

肿瘤专科医院多学科诊疗模式难点及初步解决策略

刘翔,王莹,刘新亚,贾慧民
(新疆医科大学附属肿瘤医院,新疆乌鲁木齐 830011)

摘要:多学科专家协作组(multidisciplinary team,MDT)诊疗模式已成为恶性肿瘤重要的治疗模式和发展方向。文章结合新疆医科大学附属肿瘤医院MDT诊疗模式的实践经历,对MDT诊疗模式在肿瘤专科医院中的应用进行了分析和总结,目的为推广MDT诊疗模式和规范治疗提供参考依据。

关键词:恶性肿瘤;多学科诊疗模式;策略;肿瘤医院

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1004-0242(2017)09-0673-04
doi:10.11735/j.issn.1004-0242.2017.09.A004

Issues and Strategies of Multidisciplinary Team Diagnosis and Treatment Mode in Cancer Specialized Hospital

LIU Xiang, WANG Ying, LIU Xin-ya, et al.

(Cancer Hospital Affiliated to Xinjiang Medical University, Urumchi 830011, China)

Abstract: Multidisciplinary team(MDT) diagnosis and treatment mode has become an important approach for management of malignant tumor. Based on experience in Cancer Hospital Affiliated to Xinjiang Medical University, the application of MDT diagnosis and treatment mode in the cancer specialized hospital are analyzed and discussed, which may provide a reference for the promotion of MDT diagnosis and treatment mode and standardized management of cancer patients.

Key words: malignant tumor; multidisciplinary diagnosis and treatment mode; strategy; cancer hospital

近几十年来,恶性肿瘤的治疗原则已经由单一的外科手术治疗演变为由手术治疗为主的多学科共同参与的综合治疗^[1]。多学科专家协作组(multidisciplinary team,MDT)诊疗模式已成为恶性肿瘤重要的治疗模式和发展方向。所谓MDT诊疗模式,是指由肿瘤内科、外科、放疗科、介入科、影像科室(包括CT、MRI、B超等)、病理科的医师及护理人员共同组成的诊疗团队,依据共同认可的恶性肿瘤诊疗指南,在综合考虑患者病情及所有相关治疗的选择基础上,共同为患者制定出个体化、合理化的综合治疗方案并严格执行的一种诊疗模式^[2,3]。MDT诊疗模式已经是欧美医院治疗恶性肿瘤的规范模式,我国部分

医院也已逐步应用MDT诊疗模式^[4]。2012年卫计委印发的《三级肿瘤医院评审标准(2011年版)》中第四章第五节“肿瘤多学科诊疗管理与持续改进”专门对肿瘤医院开展MDT诊疗做出相关要求并将其纳入医院质量管理与持续改进的重要部分中^[5]。

1 新疆医科大学附属肿瘤医院MDT开展情况

新疆医科大学附属肿瘤医院自2011年4月至9月,逐步建立了肺癌、宫颈癌、淋巴瘤、胃癌/结直肠癌、肝癌、乳腺癌和甲状腺癌7个单病种诊疗管理办法。诊疗讨论小组办公室设在医务部,由医务部负责定期召集各单病种专家组开展多学科病例讨论。由

收稿日期:2016-07-25;修回日期:2017-01-05
通讯作者:刘新亚,E-mail:812443842@qq.com

单病种相关临床科室轮流发起讨论,每两周开展一次病例讨论活动,由于时间间隔较长,讨论的病例一般为当时科室新入、病情复杂或疑难病例,讨论病例范围有限,讨论数量较少,不能使更多的患者得到多学科、个体化的综合治疗。由于是完全的行政主导,专家组中的专家缺乏活力,讨论质量不高,但MDT模式逐渐引起了专家们的重视和认可。

2012年11月,医院正式建立了包括肺癌、胃癌/结直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、卵巢癌、甲状腺癌、淋巴瘤、头颈部肿瘤等单病种多学科首席专家团队,并从我院名医中推选出各个病种多学科首席专家,带领整个团队积极开展多学科协作诊疗工作。各团队由肿瘤外科系统、内科系统、放射治疗系统、影像系统、介入治疗科、神经外科、麻醉科、病理科、检验科、药剂科和护理等多个专业的副高职称以上的专家组成,每个团队指定1~3名临床医师作为团队秘书,负责协助首席专家开展团队活动。各团队以定时(每周一次)、定址开展多学科病例讨论活动为主,截止到2015年底,各个团队共计开展多学科讨论会930次,讨论病例数为4811例。明确MDT讨论要与随访及临床研究相结合,使患者获益,让临床医生在临床工作中完成科研。团队中专家积极主动,并与行政部门互动,共同推动MDT向高品质方向发展。

2 开展恶性肿瘤MDT诊疗模式过程中遇到的困难

2.1 分科体制的制约

我院临床科室基本按照肿瘤部位及治疗手段分科,这种分科可以促进各专科的发展,但由于各专科医师仅对本专业内对肿瘤的治疗新进展非常关注,而忽略了各学科间治疗手段的交叉,缺乏多学科综合治疗的意识,出现各自为政的治疗,使患者得不到全面最佳的综合治疗。

2.2 首席专家的影响因素

团队的首席专家缺乏学术核心影响力及组织号召力,不能很好地团结带领团队,导致其它专业科室的专家不能按时参会,团队综合诊疗的力量大大减弱。

2.3 经济利益原因的驱使

各临床科室之间存在争抢病源的现象,外科医

师收治患者做化疗,有些应该在其它科室治疗的患者留在本科室治疗等,极大地损害了患者的利益,甚至延误了患者的最佳治疗时机。

2.4 忽视恶性肿瘤患者随访及临床科研工作的重要性

恶性肿瘤是一种慢性病,其治疗也是长期的,但临床医师往往只专注于对患者当次住院的诊疗,而忽略对患者病情及后期疗效的评估。由此导致医生可能不能及早发现肿瘤患者的复发或转移,没有全面的随访资料,不利于今后的医学临床研究。

2.5 没有公认统一的MDT实施效果评价体系

我院各病种MDT开展成熟程度各不相同,没有公认统一的MDT实施效果评价体系,缺乏对MDT各组工作开展情况进行有价值的评价和有效的监管。如何公正、有信服力地评价各MDT团队工作开展的优劣,指导和推动MDT团队健康积极发展是一直伴随着MDT开展至今的问题。

3 初步解决所面临问题的方法探讨

3.1 规范团队诊疗活动

2015年初,我院制定了《单病种多学科首席专家团队管理规定》,进一步规范和引导团队的MDT活动。要求各单病种多学科首席专家团队在首席专家的带领下,根据国家卫计委颁发的《肿瘤诊疗规范》、NCCN指南以及CSCO肿瘤学术年会的最新进展,结合医院实际情况,形成本团队的肿瘤治疗指南,组织团队成员共同讨论学习;并且要求定期组织举办学术讲座,把肿瘤综合治疗的理念渗入到团队各专业的每个医师心中。

3.2 逐步打破分科体制

2014年医院将胸部肿瘤和消化道肿瘤相关临床科室调整在相邻楼层,实现空间意义上的单病种诊疗中心。由于科室的距离拉近了,使得内科和外科医师的联系交流更加方便,互动更加频繁,打破了分科体制^[6]。最终使得肺癌和胃、结直肠癌两个团队真正意义上实现MDT诊疗模式,不论病人就诊于哪个科室,都遵循MDT团队共同制定的治疗方案,在规范的指南指导下,真正做到外科只负责手术,内科专业做化疗,放疗科做放疗,使患者在团队中实现了个性化、连贯性的专科治疗。2013年全年胃、结直肠癌

团队开展多学科讨论 31 次,讨论 120 例;2015 年讨论 40 次,共讨论 277 例,团队讨论病例数 2015 年较 2013 年增加了一倍多。同时,外科与内科楼层相邻后,内、外科的医师讨论病例的积极主动性明显提高,最终使得胃肠外科和胸外科真正做到了仅负责手术,而消化内科和肺内科负责化疗的规范化诊疗。

3.3 充分发挥首席专家引领作用,提升团队影响力

MDT 团队成立后,要求首席专家不仅要具备一定学术权威性和肿瘤综合治疗的理念,保证多个学科的专家在公平的基础上展开平等的交流,还需要有多学科管理的理念和组织能力^[7],才能带领一个团结、和谐的 MDT 团队,以科学的指南为基础,才能打破学科壁垒^[8],真正体现以患者为中心。医院大力支持首席专家积极邀请国内知名专家和疆内各大医院有影响力的专家以及疆内地州医院的医师来我院进行学术、经验交流和病例讨论,加强院内院外宣传,个别团队在新疆肿瘤学界也产生了一定的影响力。同时,MDT 团队吸引了全疆各地州的患者慕名前来就诊。此外,MDT 团队的秘书也非常重要,每次 MDT 讨论会前,团队中内、外、放疗科的秘书提前相互沟通,确定本次讨论会病例和涉及的专家,并提前通知各位专家按时参会,提高了团队工作效率^[9]。

3.4 经济利益对 MDT 诊疗模式运行的影响

首先由医院管理层进行干预,全院倡导规范行医行为;其次制定相应的管理制度,对于违反 MDT 诊疗模式的科室,先由医务部对其诫勉谈话,若再次违反则给予一定的经济处罚;最后,医院要适当地进行二次分配,对 MDT 团队中的弱势科室给予一定倾斜,提高团队成员的积极性。

3.5 随访是肿瘤专科医院的难点和重点工作

对肿瘤患者的长期随访,一能评价疗效;二能指导康复锻炼、尽可能减轻治疗后遗症和心理辅导,提高生活质量;三能早期诊断及治疗肿瘤的复发或转移,使其得到最大化的控制;四能经验积累,有利于临床科研工作的开展和业务水平的提高,更好地为肿瘤患者服务^[10]。我院要求各个 MDT 团队依据各自病种的特点和临床研究方向,制定出随访表单并电子化,由主管医师负责 MDT 患者随访工作。此项工作中还有很多细节困难需要进一步解决。做好肿瘤患者的随访工作,既能体现以患者为中心,使患者从中受益,又能使临床医师在临床科研上有所收获,同

时医院可以树立自己的品牌,三方从中受益。

3.6 建立医院对 MDT 团队的考核激励机制

我院每年有专项经费作为对优秀的 MDT 团队进行奖励。医务部牵头制定各病种 MDT 团队相应的考核标准,由医务部负责组织相关专家对各团队的各项考核指标进行评分。考核标准主要包括以下内容:①开展 MDT 讨论会次数(评价团队是否定时开展讨论活动),参加讨论会的人员(考核团队中各专业专家的参会出勤率);②多学科病例讨论范围(要求团队提出具体讨论范围,考核其讨论内容及效率),MDT 病例再次讨论情况(考核团队对讨论的病例反馈跟踪的情况),讨论病例治疗方案的执行情况(评价团队的执行力);③团队随访工作(考核随访率);④团队是否开展学术培训讲座、文献学习等团队内部学习交流活动(评价团队内的学习氛围及可持续发展能力);⑤加分项:与其他不同级别医院专家间交流学习情况(提倡 MDT 活动的开放性,邀请本地区 and 疆外专家共同参与病例讨论),MDT 团队申请相关科研课题及发表论文情况(评价临床科研成果)。

医院明确上述考核标准后,MDT 团队按照考核内容不断完善,团队成员积极性有所提高,MDT 讨论病例质量明显改善,使得各 MDT 团队朝着医院引导的 MDT 诊疗模式的方向不断靠近。

4 总 结

MDT 诊疗模式在恶性肿瘤的治疗中势在必行,不仅使患者能够在省时省力、减少医疗费用的前提下获得系统性、规范化的综合治疗,同时也能提高医院的管理水平和信息化水平,整合医院有限的资源,更好地为患者提供高效优质的医疗服务。医院行政部门积极有效地引导 MDT 团队发展的方向,MDT 首席专家把握诊疗的规范性,行政部门与 MDT 团队互相配合,形成互动,有利于 MDT 团队诊疗的规范、获益、主动和高品质发展。对 MDT 团队的考核评价体系内容尚需进一步完善,如医生满意度调查等。通过管理部门积极的引导和与团队专家的互动,争取患者、医院、医生在 MDT 团队诊疗过程中都获益,做到可持续发展。

参考文献:

- [1] Wiggins MG, Jackson SA, Fox BM, et al. The preoperative assessment of hepatic tumours: evaluation of UK regional multidisciplinary team performance [J]. HPB Surg, 2013, 2013; 861681.
- [2] MacDermid E, Hooton G, MacDonald M, et al. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team [J]. Colorectal Dis, 2009, 11(3): 291-295.
- [3] Department of Health. Manual for cancer services 2004 [M]. London: Department of Health, 2004.8.
- [4] Gu J. Mode and practice of multidisciplinary comprehensive treatment for rectal cancer [J]. Chinese Journal of Surgery, 2010, 48(21): 1607-1609. [顾晋. 直肠癌多学科综合治疗模式与实践 [J]. 中华外科杂志, 2010, 48(21): 1607-1609.]
- [5] National Health and Family Planning Commission. Accreditation standards for third-level cancer hospitals [Z]. Beijing: National Health and Family Planning Commission, 2011.63-65. [中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 三级肿瘤医院评审标准(2011年版) [Z]. 北京: 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 2011.63-65.]
- [6] Xu M, You CM, Ma WB, et al. The MDT model in the military hospital treatment activities in practice [J]. Military Medical Journal of Southeast China, 2013, 15(2): 157-159. [徐茂, 尤明春, 马万兵. 多学科专家组诊疗模式在肿瘤诊疗活动中的实践 [J]. 东南国防医药, 2013, 15(2): 157-159.]
- [7] Hua CJ, Hao H. The present situation and prospect for oncology multidisciplinary team [J]. Medical Recapitulate, 2015, 21(3): 436-439. [华长江, 郝红. 肿瘤多学科会诊的现状与展望 [J]. 医学综述, 2015, 21(3): 436-439.]
- [8] Sun WY, Wu T, Xu WG. Study on the construction of discipline group in hospital [J]. Chinese Hospitals, 2013, 17(1): 55-57. [孙雯燕, 吴韬, 徐卫国. 试论医院学科群的建设 [J]. 中国医院, 2013, 17(1): 55-57.]
- [9] Zhang CH, He YL, Zhan WH, et al. The multidisciplinary team and therapy on gastric carcinoma [J]. Journal of Modern Oncology, 2011, 19(6): 1238-1240. [张常华, 何裕隆, 詹文华, 等. 多学科小组与胃癌诊治 [J]. 现代肿瘤医学, 2011, 19(6): 1238-1240.]
- [10] Su YL. Methods of tumor follow-up in new period [A]. The 19th academic conference proceedings of Medical Record Management Committee of Chinese Hospital Association [C]. Kunming: Medical Record Management Committee of Chinese Hospital Association, 2010.38-39. [苏艳玲. 新时期肿瘤随访工作的方法 [A]. 中国医院协会病案管理专业委员会第十九届学术会议论文集 [C]. 昆明: 中国医院协会病案管理专业委员会, 2010.38-39.]

《中国肿瘤》编辑部郑重声明

近段时间,不少作者收到以某编辑名义发来如“《中国肿瘤》征收优秀稿件,可代发代写加急安排,录用后正常查稿”等类似邮件,故向本刊求证。

《中国肿瘤》编辑部郑重声明,编辑部从未以某编辑名义发过征收优秀稿件之类的函,请作者和读者不要受骗上当!以防经济损失,也避免因此耽误您的稿件正常发表。本刊坚决贯彻《发表学术论文“五不准”》规定,坚决抵制“第三方”代写、代投、代修改论文!!!

如您发现有这样的邮件,请速联系《中国肿瘤》编辑部!编辑部将通过法律途径来解决此类问题,以维护广大读者和作者的权益。

《中国肿瘤》编辑部电话:0571-88122280;E-mail:zgzl_09@126.com

《中国肿瘤》编辑部