

多学科团队提高结直肠外科医师综合素质

秦新裕 许剑民 冯青阳



秦新裕

【摘要】 结直肠癌是全身性疾病,需要多学科综合治疗。结直肠外科医师的综合素质直接影响结直肠癌患者的诊疗效果。多学科团队的诊疗模式有利于培养外科医师的循证医学能力,提升本专科素质,了解其他专科的知识,增强医患沟通能力,提高科研水平,从而全面提高结直肠外科医师综合素质。

【关键词】 多学科团队; 结直肠外科医师; 综合素质

基金项目: 上海市卫生系统先进适宜技术推广项目(2013SY013)

Multidisciplinary team improves the comprehensive quality of colorectal surgeons Qin Xinyu, Xu Jianmin, Feng Qingyang

Department of General Surgery, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China

Corresponding author: Qin Xinyu, Email: qin.xinyu@zs-hospital.sh.cn

[Abstract] Colorectal cancer is a systemic disease that requires multidisciplinary treatment. The comprehensive quality of colorectal surgeon directly impacts on the efficacy of diagnosis and treatment of colorectal cancer. Multidisciplinary teams help surgeons enhance their ability of evidence-based medicine, improve the quality of main specialty, expand the knowledge of other specialty, enhance the doctor-patient communication, and increase the research level. Thus, multidisciplinary teams can improve the comprehensive quality of colorectal surgeons.

[Key words] Multidisciplinary team; Colorectal

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2017.01.004

作者单位:200032 上海,复旦大学普通外科研究所 复旦大学附属中山医院普通外科

通信作者:秦新裕,Email: qin.xinyu@zs-hospital.sh.cn

surgeon; Comprehensive quality

Fund program: Advanced Appropriate Technology Promotion of Shanghai Health System (2013SY013)

外科医师的责任大,风险高,性命攸关,其能力与素质直接影响了患者的预后。近20年来,我国疾病谱发生了巨大的变化,癌症成为外科诊治的主要疾病,结直肠外科同样如此。现代医学认为,癌症不只是单一器官的局部病变,还与遗传、免疫、代谢等全身状况密切相关,单纯的手术难以达到最佳治疗效果,需要多学科综合诊疗。此外,随着经济、社会、文化的发展,患者对生活质量的要求逐步提高,医患关系也变得更为复杂,这些都对结直肠外科医师提出了新的挑战。可以说,当代结直肠外科所需要的,不仅是“开刀”的能手,更是全面兼顾的综合人才。多学科团队(multidisciplinary team, MDT)恰好为外科医师综合素质的培养提供了良好的平台。

一、MDT 的概念与发展

MDT 是一种新型临床诊疗模式,通常指来自两个以上相关学科,一般包括多个学科的专家,形成相对固定的专家组,针对某一器官或系统疾病,依据循证医学,通过定期的会议,为患者制定个体化的诊疗方案。MDT 这一概念起源于英国,1995 年英格兰和威尔士的首席医学专家 Calman 和 Hine 在《癌症诊疗政策大纲》白皮书中首次明确推荐 MDT 作为癌症诊疗的基本策略^[1]。1997 年国际结直肠癌工作组 (International Working Group in Colorectal Cancer, IWGCRC) 建议推广 MDT 治疗模式^[2]。此后,经一系列临床实践,英国率先于 2007 年将 MDT 写入国家健康服务计划 (National Health Service, NHS),并立法要求所有癌症患者必须接受相应 MDT 模式。随后,美国结直肠癌肿瘤临床实践指南 (NCCN, 2008 版)也明确指出,转移性结直肠癌患者应当接受 MDT 讨论。2010 年我国《结直肠癌诊

疗规范》也纳入了 MDT 诊疗模式。可见,MDT 已经在世界范围内成为结直肠癌诊疗体系的重要组成部分。

2005 年初,复旦大学附属中山医院依靠强大的综合学科优势,在国内率先建立了结直肠癌肝转移 MDT。经过十余年的探索,我院 MDT 建立了完善的专家团队和规范的诊疗制度,以会议形式对住院病例进行讨论,同时开设了 MDT 门诊,至今已为 1 941 例患者提供了从入院开始的全程 MDT 诊疗。据统计,经 MDT 诊疗,我院结直肠癌肝转移患者总体 5 年生存率由建立前的 15% 提高至如今的 39.6%;初诊无根治性手术条件的转移性结直肠癌患者中,有 12.7% 获得了转化性的可手术机会,充分地体现了 MDT 诊疗的优势。

二、MDT 培养循证医学能力

循证医学已逐步成为当代医学的主流,结直肠外科医师同样需要掌握循证医学以解决越来越复杂的临床问题。例如,为提高经腹会阴联合切除术(abdominoperineal resection, APR) 的肿瘤根治效果, Holm 等^[3]于 2007 年提出了经肛提肌外腹会阴联合切除术(extralevator abdominoperineal excision, ELAPE)。早期的研究也显示,ELAPE 能够降低肿瘤穿孔率和环周切缘阳性率^[4]。然而,近期的大宗研究却认为,ELAPE 并未能改善肿瘤相关预后,反而带来了更多的术后并发症^[5]。如此相互矛盾的临床证据应当如何评价与应用?这就要求外科医师拥有较强的循证医学实践能力,能够广泛地收集证据,结合患者实际情况进行评价、应用。MDT 的开展恰巧可以有效培养医师的循证医学能力。MDT 本身建立在循证医学基础之上,所有临床决策应依据循证医学。同时,MDT 还能够以会议讨论的形式,将循证过程中的要点逐一展现,便于低年资外科医师学习模仿,充分掌握循证医学方法,增强实践能力。

三、MDT 提升本专科素质

对于一名结直肠外科医师,手术自然是工作的重点。然而年轻医师往往注重手术的操作技巧,却忽视了手术的理念与原则,容易出现唯技术论,只考虑手术技术的可行性,一叶障目。MDT 则可以很好地避免这种情况的发生。以我院肠癌肝转移 MDT 团队为例,团队常规配备两名以上结直肠外科医师,不同年资相互搭配,且其中至少有 1 名为资深教授。在团队讨论中,高年资医师可以对低年

资医师进行有效的引导,从术前评估到术后可能并发症的处理,进行全面系统的培训,提高低年资医师对于结直肠外科的整体认识与掌握。同时,MDT 中时常出现较为复杂的病例,有助于低年资医师积累经验,快速成长。另外,MDT 讨论对于高年资医师也是一次温故而知新的体验,可以发现工作中的不足,查漏补缺,教学相长。

四、MDT 拓展其他专科素质

结直肠癌涉及遗传、免疫、代谢等多种状况,多学科综合诊疗才能取得最佳效果。同时,随着医学技术的进步,分子靶向治疗、免疫治疗等新型治疗手段层出不穷,且效果良好。这就要求结直肠外科医师对其他学科,如肝外科、胸外科、化疗科、放疗科等专业的相关知识有所涉猎,能够在恰当的时刻,针对合适的患者,选择适宜的治疗手段。然而,随着医学专科化的发展,各专科医师的培养都越发精深,广度却有所不足,单一学科很难掌握其他学科的医学信息。这就需要 MDT 提供一个了解其他学科的平台。在 MDT 会议中,多个学科专家共同就临床问题进行讨论,比较不同学科的诊疗方案,不仅具有单个学科的深度,也具有多学科的广度,为低年资外科医师提供了具体直观的感受。而且,MDT 中所采用的证据都已经过反复筛选,代表了当前各个学科诊疗的主流,也避免了以偏概全情况的发生。借此,外科医师可以掌握各学科交叉部分,拓展综合素质。

五、MDT 增强医患沟通能力

100 年前,著名的病理学家 Virchow 曾说过:“医学,本质上是社会科学”。1977 年,美国著名医学家 Engel 则提出应以生物-心理-社会医学模式(Bio-Psycho-Social Medical Model)取代单纯的生物医学模式(Biomedical Model)。随着经济、社会、文化的发展,患者对于生活质量的要求与日俱增,对医疗活动的参与度也日益提升,医师对于诊疗方案大包大揽的时代已经结束。在医疗器械等“硬件”越发完善的同时,医患沟通交流的“软件”升级也不容忽视。2006 年,世界卫生组织将癌症重新定义为可以治疗、控制、甚至治愈的慢性病,这就要求医患之间摒弃既往的指导-合作模式,转向共同参与模式。MDT 会议贯彻以患者为中心的原则,全程有患者及其家属参与讨论,充分听取患者的个人意愿,每一步治疗计划都充分向患者说明,并随时解答患者

的疑问。此外,MDT 并非单次诊疗,而是一个长期的过程,贯穿患者病程的始终,医患之间从相互熟悉到相互理解,再到相互支持,形成了稳定而良好的关系。部分转移性结直肠癌患者经过数年诊疗走到了生命的尽头,家属仍会主动写信或发来短信,对 MDT 的医师表示感谢,充分显示了 MDT 对于医患沟通的作用。参与其中的医师不仅锻炼了沟通的能力与技巧,更得到了一个观察患者整个病程中心理变化的良好机会,增强了对于医学心理学的认识,这是其他诊疗活动所无法提供的。

六、MDT 提高科研能力

科研从来都不是“高大上”的难题,相反,它渗透于当代医学的每个角落。我们所熟悉的各种临床指南、诊疗共识,都是由一项又一项看似微小的临床研究堆积而成。只要掌握了一定的研究方法,每个临床医师都可以是,也应当是研究者,为医学进步添砖加瓦。MDT 对于临床研究同样有所助益。在日常的诊疗活动中,我们会偶然遇到一些临床问题,而 MDT 通过“富集”病情复杂的患者,将这些问题集中起来,并加以整理,为临床研究提供了良好的切入点。同时,MDT 以循证医学为基础,综合多个学科的前沿进展,通过学科交叉,从不同的角度对科研问题进行阐释,有助于开阔思路,创新观点。此外,MDT 患者的依从性普遍较好,检查治疗也更为完善,有利于新技术、新方法的开展。我院结直肠外科就以肠癌肝转移 MDT 为基础,从肝转移的预防、手术和转化治疗三大方面入手,开展多项临床研究,成果斐然,先后在《Annals of Surgery》和《Journal of Clinical Oncology》等国际顶尖期刊发表论文^[6-8],并牵头制定《结直肠癌肝转移诊断和综合治疗指南》,获国内外同行高度评价。部分成果被《NCCN 结直肠癌诊疗指南》和《中国结直肠癌诊疗规范》采纳。

七、总结

MDT 在国内已开展十余年,无论是改善结直肠癌患者预后,还是培养医师综合素质,都取得了

相当的成绩。然而,随着时代的进步,MDT 同样需要不断的发展。当下的医疗大数据、网络医疗、精准医疗等新理念,不仅是对 MDT 的补充与提升,也对外科医师的综合素质提出了新的要求。只有不断学习实践,把握医学发展的脉搏,才能在悬壶济世的道路上走得更好、更远。

参 考 文 献

- [1] Calman K, Hine D. A policy framework for commissioning cancer services[M]. London: Department of Health, 1995.
- [2] Wilke H. An international, multidisciplinary approach to the management of advanced colorectal cancer. International Working Group in Colorectal Cancer[J]. Anticancer Drugs, 1997, 8 Suppl 2:S27-S31.
- [3] Holm T, Ljung A, Hagemark T, et al. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer[J]. Br J Surg, 2007, 94(2):232-238.
- [4] West NP, Finan PJ, Anderin C, et al. Evidence of the oncologic superiority of cylindrical abdominoperineal excision for low rectal cancer [J]. J Clin Oncol, 2008, 26(21):3517-3522. DOI:10.1200/JCO.2007.14.5961.
- [5] Prytz M, Angenete E, Bock D, et al. Extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer--extensive surgery to be used with discretion based on 3-year local recurrence results: A registry-based, observational national cohort study[J]. Ann Surg, 2016, 263(3):516-521. DOI:10.1097/SLA.0000000000001237.
- [6] Xu J, Zhong Y, Weixin N, et al. Preoperative hepatic and regional arterial chemotherapy in the prevention of liver metastasis after colorectal cancer surgery[J]. Ann Surg, 2007, 245(4):583-590.
- [7] Chang W, Wei Y, Ren L, et al. Randomized controlled trial of intraportal chemotherapy combined with adjuvant chemotherapy (mFOLFOX6) for stage II and III colon cancer [J]. Ann Surg, 2016, 263(3):434-439. DOI:10.1097/SLA.0000000000001374.
- [8] Ye LC, Liu TS, Ren L, et al. Randomized controlled trial of cetuximab plus chemotherapy for patients with KRAS wild-type unresectable colorectal liver-limited metastases[J]. J Clin Oncol, 2013, 31(16):1931-1938. DOI:10.1200/JCO.2012.44.8308.

(收稿日期:2016-09-18)

(本文编辑:汪挺)