·专题论坛·

多学科协作在盆底功能障碍性疾病诊疗中的价值

扫码阅读电子版

刘新志 武爱文

北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所 恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室 胃肠肿瘤中心三病区 100142

通信作者:武爱文,Email:wuaw@sina.com

武爱文

【摘要】 盆底功能障碍性疾病(PFDD)是盆底支持组织缺陷或损伤性疾病,是以尿失禁、盆腔器官脱垂、性功能障碍、排粪失禁、慢性盆腔疼痛等为核心症状的一系列疾患。由于PFDD病因病情复杂,涉及多个器官和多个系统,为探寻患者的最佳诊疗模式,需要不同领域的专家共同协作。目前国外已发展出提供盆底功能服务的盆底中心,但国内针对PFDD的多学科团队(MDT)交叉融合起步较晚,发展较缓慢。已有证据证实,在MDT管理模式下,PFDD患者的功能恢复、心理状态和生活质量均可获得较大改善。但目前对于PFDD的MDT诊治模式,国内外还没有统一的标准,MDT团队的人员构成、职责、培训和运营模式等有待成熟。完善MDT团队成员管理模式,建立规范化的培训方案及评价指标是PFDD的MDT诊治模式未来发展的重点。

【关键词】 盆底功能障碍性疾病; 多学科团队协作; 器官功能保护

基金项目:北京市医院管理中心临床医学发展专项(ZYLX202116)

DOI:10.3760/cma.j.cn.441530-20210107-00006

Role of multidisciplinary cooperation in the diagnosis and treatment of pelvic floor disorder disease

Liu Xinzhi, Wu Aiwen

Unit III, Gastrointestinal Cancer Center, Key Laboratory of Carcinogenesis and Translational Research (Ministry of Education), Peking University Cancer Hospital & Institute, Beijing 100142, China

Corresponding author: Wu Aiwen, Email: wuaw@sina.com

【Abstract】 The pelvic floor disorder disease (PFDD) typically originates from supportive tissue defects or injuries in the pelvic floor with a wide spectrum of symptoms such as urinary incontinence, pelvic organ prolapse, sexual dysfunction, fecal incontinence and chronic pelvic pain. But its etiology is complex, involving multiple systems and organs. So the best management of PFDD requires the implementation of multidisciplinary team (MDT). Pelvic floor centers have been developed abroad to provide pelvic floor services. In the setting of PFDD, the concept of MDT starts lately and develops slowly in China. The MDT approach was demonstrated to improve general rehabilitation, psychological state and quality of life. However, there is no unified standardization for MDT diagnosis and treatment of PFDD at home and abroad. Meanwhile, the personnel composition, responsibilities, training, and operation mode of the MDT need to be further developed. Perfecting the management mode of MDT team members, establishing standardized training programs and assessment criteria play crucial role in the future development of MDT in PFDD.

【Key words】 Pelvic floor disorder disease; Multidisciplinary team; Organ function protection

Fund program: Beijing Hospitals Authority Clinical Medicine Development of Special Funding (ZYLX202116)

DOI: 10.3760/cma.j.cn.441530-20210107-00006

盆底功能障碍性疾病(pelvic floor disorder disease,PFDD)是盆底支持组织缺陷或损伤性疾病,这是以尿失禁、盆腔器官脱垂、性功能障碍、排粪失禁、慢性盆腔疼痛等为核心症状的一系列疾病,严重影响患者生活质量[1]。研究发现,超过1/4的20岁以上女性不同程度罹患PFDD,并且发病率随着年龄的增加而递增[2]。流行病学资料表明,妊娠、分娩及盆腔手术史是导致PFDD的独立危险因素[2-3]。孕期和分娩期的生理变化包括腹压增加、盆底支持结构胶原减少等,导致盆底肌力降低、盆底支持组织松弛,是PFDD的易发阶段[4];PFDD的早

期阶段常表现为盆底支持组织的生化和电生理改变，若损伤进一步发展，逐渐出现症状性的PFDD。临床上最常见的三种PFDD分别是尿失禁、盆腔器官脱垂及排粪失禁[5]。

2000年之前，PFDD的诊治主要基于患者病史及解剖部位，以妇科、肛肠科或者泌尿外科等单个学科各自接诊进行诊治，但其整体疗效并不十分令人满意。但随着对PFDD认识的加深，研究者们发现，绝大多数PFDD不是以单一专科疾病形式存在，而涉及多系统、多器官[6]。患者常表现出以某一种疾患为主的症候群，而且各种症状之间相互关联。因此，只有树立盆底整体观，在多学科团队（multidisciplinary team，MDT）协作诊治理念指导下，PFDD的治疗才可能获得理想的效果。

一、PFDD的MDT诊治现状

1.MDT的必要性：在现代医学中，疾病诊疗更加趋于专业的细分，专病化已经成为各家医院门诊的主要诊疗模式。但是专病化诊疗模式有其自身的局限性，对于复杂或危重患者，所患疾病可能涉及多因素多脏器，牵涉到多个学科。患者在诊疗过程中可能需要往返多个科室，不同科室医师给出的治疗方案可能不尽相同甚至有矛盾之处，给患者就诊带来诸多不便；此外，患者无法得到对疾病的全面评价和考量，达不到最优的诊疗效果。因此，MDT诊疗模式应运而生，并在恶性肿瘤的诊疗实践中被证明，能给患者带来理想的效果[7]。

对于PFDD而言，也曾经历过妇产科、泌尿外科和肛肠科各自为营的很长一段时期。多年的临床实践证实，单一学科理论指导下的PFDD诊治曾一度陷入窘迫的局面，主要表现为症状缓解不明显甚至加重，以及手术失败率高。Olsen等[8]回顾分析了在美国一大型医学中心接受妇产专科手术治疗的395例盆腔脏器脱垂及排尿失禁女性患者资料，发现再手术率高达29.2%，而对于多次手术者，每次手术后症状缓解时间逐渐缩短。Kahn和Stanton[9]回顾观察了英国圣乔治医院妇产科行阴道后壁缝合治疗231例直肠前突的女性患者，发现手术后患者的肠道功能及性功能反而较术前明显减弱。由此可见，试图通过单一学科完全解决PFDD的症候群，似乎还远远不够。因为盆底各组织器官之间解剖位置毗邻，PFDD常表现为以某一症状为主的症候群，单一学科针对单个系统或者器官的处置，并不一定能带来良好效果。

1991年，Wall和DeLancey[10]提及盆底-尿生殖膈“斗拱”支撑效应对盆腔脏器的承载作用，对提高盆腔、尤其是前、中盆器官稳定性具有重要意义。要提高对PFDD的认识，应该将盆底当做一个整体看待，前盆、中盆及后盆腔脏器之间解剖关系及功能关系都非常密切。1994年，DeLancey[11]提出了著名的“吊床假说”和阴道支持结构的“三水平”理论，即整体理论是支撑盆腔器官的解剖学基础。这也标志着将全盆底作为一个整体功能研究系统的概念正式形成。1997年，Nager等[12]学者在*Lancet*杂志上发文指出PFDD良好的治疗效果，建议应该将盆底作为一个整体结构去治疗康复，MDT协作诊治是必不可少的。2000年以后，越来越多的学者及研究中心都开始推崇MDT诊疗模式。

盆腔手术史是PFDD的独立危险因素[2]。在直肠癌手术治疗方面，随着治疗技术的进步，低位直肠癌的保肛率越来越高。在保证手术根治性效果、患者达到术后长期生存的前提下，如何减少创伤、保留功能、提高患者生活质量成为直肠癌外科领域关注的热点问题。直肠癌术后出现的PFDD包括排粪、排尿及性功能障碍不容忽视。直肠癌术后PFDD的患者常表现出非单一症状，亟需多专业多学科的联合诊治才可能取得良好效果[13]。

在盆底整体概念及MDT诊疗模式的指导下，盆底功能评估检测方法和手术理念发生了巨大的变化。对于盆底功能的评估，需要对盆底的泌尿、生殖及消化系统行综合评价，不能单纯描述单个系统或者器官解剖结构的异常，强调对性功能、排粪及排尿等方面施行全面的功能评价，并且需要注意功能的动态变化。手术理念的变化体现在，不再一味追求解剖结构的绝对修复，而强调恢复整个盆底的稳定性和悬吊功能。

2.MDT的国际现状：国外提供盆底服务的盆底中心按规模分为地方中心、区域中心及三级中心。80%的三级中心和62%的区域中心设有联合盆底诊所，84%的三级中心及75%的二级中心参加盆底MDT会议[14]。1997年国际上首次报道，联合盆底诊所能够取得很高的患者满意度，同时节省经济成本[13-15]。其联合盆底诊所成员包括泌尿外科医生、妇科医生、肛肠外科医生及护理专家。2013年，英国国家卫生和临床技术优化研究所（National Institute for Health and Care Excellence，NICE）尿失禁患者管理指南提出，前、中、后盆腔中出现多腔室

引起的尿失禁患者，在施行侵入性的治疗前，必须由MDT协作评估制定整体计划，其中成员包括肛肠外科医生、妇产科医生、泌尿科医生、影像科医生、盆底物理治疗师及专科护士等相关学科专家[16]。这种针对PFDD患者管理的MDT理念在欧洲多个国家和部分亚洲国家均被广泛应用，各个国家MDT参与者不尽相同，然而大部分国家中护理专家和心理学专家参与度相对偏低。

3.MDT的国内现状：国内针对PFDD的MDT交叉融合起步较晚且发展缓慢。2010年，上海交通大学附属医院在国内成立了首个由妇产科和泌尿科合作的专病诊治中心。2016年，复旦大学附属医院成立了MDT盆底疾病诊治中心。中国盆底MDT协作组的成员呈现出多元化的特点，尤其是融入了中医学科，形成了具有中国特色的盆底疾病MDT团队。与国外MDT团队人员构成相比，中国PFDD的MDT团队在心理治疗专家、性学专家、物理治疗专家及营养专家方面显得尤其缺乏。国外提供PFDD的MDT协作服务的场所有多层级的特点，甚至社区医院都能完成部分治疗康复工作，中国提供PFDD的MDT协作服务的场所主要在医院。

二、MDT在PFDD中的实践成效

1.MDT管理模式下PFDD诊疗方式转变：许多国家的MDT会议已成为PFDD管理的一个重要组成部分。MDT能为患者提供一致、连续、协调和低成本高效益的治疗管理。Pandeva等[17]研究发现，MDT模式能够改变20%患者的初始治疗计划，这些被改变治疗计划的患者中，有80%的比例是复杂PFDD。因PFDD涉及多学科、多系统，从以往各个学科的单线模式到如今多学科交叉的多线、多维度模式，各专业的专家共同参与计划制定过程。MDT提供的诊疗管理是基于不同成员、不同方向的专业知识而制定的管理计划，因此被认为是最行之有效的循证科学方法。

2. MDT管理模式下PFDD患者的治疗效果提高：Kapoor调查了3年期间113例复杂PFDD患者经过MDT决策后的治疗效果满意度情况，发现73%的患者非常满意，12%的患者比较满意[15]。Vrijens等[18]分析了647例经MDT团队反复会议讨论完善治疗方案的尿失禁患者，治疗结束后1年的评估结果显示，尿失禁严重程度得分明显降低，且患者对MDT模式诊疗的满意度很高。由此可见，MDT团队在PFDD中的应用能够消除传统的、专注于特定盆腔器官的治疗弊端，提高治疗效果和患者满意度。

3.MDT更关注患者心理状态及生活质量：PFDD对患者的影响是多方面的，既往单学科思维指导的诊疗模式重点关注患者疾病本身的病理改变或者解剖异常，忽略了患者的心理状态、生活状态以及生活质量。MDT模式纳入了心理专家进行心理治疗，同时反复调研患者生活质量，即功能变化情况，这体现了以患者为中心的多维诊疗理念。通过MDT团队成员的配合协作，可全面提高患者的心理状态及生活质量，推进PFDD的科学发展。

三、PFDD的MDT诊治模式仍需改进

对于PFDD的诊治，国内外目前存在不同的MDT模式，大多数没有标准的指导原则。MDT团队成员的结构未固定统一标准。MDT团队成员的教育和培训结构需要进一步合理和标准化，因为不同成员专业基础不同，最好具有一定非本专业相关知识储备，有助于更好的跨学科合作。

国外的前期经验提示，护理团队在PFDD的全程化诊疗管理中尤其不可或缺。护理团队应该包括排粪失禁护士、尿失禁护士及临床护理专家等，他们大多是PFDD患者的先见者，同时还能完成评估、记录及协调等工作，也能承担社会支持、康复锻炼等作用。护理团队能够互补医生无法提供的支持。此外，还应充分利用网络平台、微信平台等资源，使疑难病例能够得到更及时、更便捷的学术讨论。利用平台资源，也能及时有效与患者沟通，记录生活质量变化和随访治疗情况。尤其中国医疗机构应加快完善信息化平台的建设，加速推动MDT团队在PFDD中的发展。

四、小结

国内外针对PFDD的诊疗模式在逐步发展完善，MDT模式已经被证实占有举足轻重的作用。虽然国内PFDD中心的MDT发展相对滞后和缓慢，但是随着中医科学的加入，已形成了具有中国特色的治疗模式。不同PFDD中心MDT人员组成不尽相同，形式也各有区别，但是MDT团队通过跨专业的合作，为PFDD患者提供最合适有效的医疗服务。MDT团队的人员构成、职责、培训、运营模式及应用现状等有待成熟。以改善患者生活质量为目的，完善MDT团队成员的管理，使成员多学科化、职责明确、合作加强，同时建立规范化的培训方案及评价指标，是未来PFDD的MDT诊疗中大有可为的领域。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Weber AM, Abrams P, Brubaker L, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders[J]. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2001, 12(3): 178-186. DOI: 10.1007/pl00004033.

[2] Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women[J]. JAMA, 2008, 300(11): 1311-1316. DOI: 10.1001/jama.300.11.1311.

[3] Zhu L, Lang J, Liu C, et al. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China[J]. Menopause, 2009, 16(4): 831-836. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181967b5d.

[4] Diez-Itza I, Arrue M, Ibañez L, et al. Postpartum impairment of pelvic floor muscle function: factors involved and association with prolapse[J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(12): 1505-1511. DOI: 10.1007/s00192-011-1484-2.

[5] Hartigan SM, Smith AL. Disparities in female pelvic floor disorders[J]. Curr Urol Rep, 2018, 19(2): 16. DOI: 10.1007/s11934-018-0766-3.

[6] 丁义江. 盆底疾病的诊治进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(2): 109-111.

[7] Patkar V, Acosta D, Davidson T, et al. Cancer multidisciplinary team meetings: evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology[J]. Int J Breast Cancer, 2011, 2011: 831605. DOI: 10.4061/2011/831605.

[8] Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence[J]. Obstet Gynecol, 1997, 89(4): 501-506. DOI: 10.1016/S0029-7844(97)00058-6.

[9] Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: Its effects on bowel and sexual function[J]. Br J Obstet Gynaecol, 1997, 104(1): 82-86. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb10654.x.

[10] Wall LL, DeLancey JO. The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor in women[J]. Perspect Biol Med, 1991, 34(4): 486-496. DOI: 10.1353/pbm.1991.0034.

[11] Delancey JOL. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis[J]. Am J Obstet Gynecol, 1994, 170(5): 1713-1723. DOI: 10.1016/S0002-9378(12)91840-2.

[12] Nager CW, Kumar D, Kahn MA, et al. Management of pelvic floor dysfunction[J]. Lancet, 1997, 350(9093): 1751. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)63575-1.

[13] 丁曙晴. 盆底生物反馈疗法在盆底疾病治疗中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(12): 1351-1354. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2017.12.007.

[14] Hainsworth AJ, Schizas AM, Brown S, et al. The future of pelvic floor services in the UK[J]. Colorectal Dis, 2016, 18(11): 1087-1093. DOI: 10.1111/codi.13341.

[15] Kapoor DS, Sultan AH, Thakar R, et al. Management of complex pelvic floor disorders in a multidisciplinary pelvic floor clinic[J]. Colorectal Dis, 2008, 10(2): 118-123. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2007.01208.x.

[16] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Urinary Incontinence in Women: The Management of Urinary Incontinence in Women[M]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK), 2013.

[17] Pandeva I, Biers S, Pradhan A, et al. The impact of pelvic floor multidisciplinary team on patient management: the experience of a tertiary unit[J]. J Multidiscip Healthc, 2019, 12: 205-210. DOI: 10.2147/JMDH.S186847.

[18] Vrijens DM, Spakman JI, van Koeveringe GA, et al. Patient-reported outcome after treatment of urinary incontinence in a multidisciplinary pelvic care clinic[J]. Int J Urol, 2015, 22(11): 1051-1057. DOI: 10.1111/iju.12885.

(收稿日期: 2021-01-07)

(本文编辑: 朱雯洁)

本文引用格式

刘新志, 武爱文. 多学科协作在盆底功能障碍性疾病诊疗中的价值[J]. 中华胃肠外科杂志, 2021, 24(4): 306-309. DOI: 10.3760/cma.j.cn.441530-20210107-00006.