

小儿恶性肿瘤多学科综合治疗模式的现状与思考

王忠荣



王忠荣 教授

恶性肿瘤年发病率在 14 岁以下儿童中约为 110 ~ 144/100 万,在 15 ~ 19 岁青少年中约为 200/100 万,是 15 岁以下儿童的主要死因之一,仅次于意外事故,为目前儿童第二位常见死因。长期以来,小儿恶性肿瘤都是以手术为主的传统治疗模式。随着大量循证医学证据的问世,在肿瘤的治疗中,以外科手术为主的传统治疗正逐渐被手术配合综合治疗所取代,MDT(multidisciplinary team, 多学科团队)的工作模式也应运而生。MDT 是由临床多个学科,针对一个临床疾病,通过多学科的讨论会诊,制定最合理治疗方案的临床治疗模式。肿瘤的 MDT 工作模式可提高诊断准确率,优化治疗方案,改善生存率和增加患者满意度。尽管倡导恶性肿瘤多学科综合治疗的理念已有半个世纪,也得到了我国广大临床肿瘤医学工作者的认同,且在一些大中城市的综合医院、肿瘤专科医院、肿瘤研究所等单位相继开展和实施,但目前小儿恶性肿瘤的多学科综合治疗的现状仍不尽人意,以下几方面值得探讨。

一、就医患者和接诊施治医师的第一次谋合

显然,面对恶性肿瘤,病家要求治愈、医者努力治愈,这是共同的目的和共同的愿望。基于此点,医患的第一次接触就需要共同对疾病有一初步正确的评估。但是否能如愿达成共识?就以小儿较常见的后腹膜神经母细胞瘤、肾母细胞瘤、畸胎瘤三大肿瘤为例,患儿就诊时病程有长有短,肿块有大有小,病理性质不尽相同,个体差异各有分寸。如此病人第一次接触不同医院、不同科室、不同医生,所得到的结论常常不一致,能达成共识者少,因病情分期不一,治疗意见不一,医患沟通不一,家长出于对病情不理解,出于对战胜病魔无信心,有的选择“放弃治疗”、“诊而不疗”。目前国际上 MDT 工作模式已经成为大型医院和肿瘤专科医院治疗的固定模式。在国内有条件的医院可以尝试开展 MDT 门诊(联合会诊),即多学科专家对 1 例初诊病人进行临床会诊,结合各种检查资料得出相对综合而正确的肿瘤分期、临床诊疗方案及较确切的疾病预后,使得病人在初诊时就能够接触到多个相关学科的专家,从而得到病家的信赖,获得医患谋合成功。

二、小儿恶性肿瘤的诊治技术与设备资源

20 世纪 90 年代,我们在所在大型综合性医院里,常常陪送手术后的肾母细胞瘤、神经母细胞瘤等患儿奔走于影像科、病理科、肿瘤化疗组、放疗组等部门,常常为讨论一合理的肿瘤分期和治疗方案而操劳,但时常又因患儿年龄小,放疗设备不适宜,治疗难配合等原因致使效果不满意。如今,这些方面已在作者单位得到了很大的改观,小儿内科有专门肿瘤化疗组医师等和儿外科医师协作,院内召集其它相关科室专家会诊、讨论,共同制定合理的治疗方案,可是在实施过程中,有的还是因为有以上问题受影响,有的检查和治疗甚至还需要麻醉科的配合。在儿童专科医院,小儿恶性肿瘤更不少见,MDT 诊治的固定模式应是必不可少,可是,这样的医院往往存在科研基础及病理检查方面薄弱、专业人才及相关设备(如放疗等)不齐全,也亟待解决!大医院况且如此,小医院更是困难重重!作者也接诊从基层医院转诊来的小儿肿瘤患者,诉说走过的医院不是缺技术力量,就是没有供儿童使用的技术设备。一个医院、一个地区,如何整合技术力量及技术设备来为小儿肿瘤患者服务?如何满足小儿肿瘤患者的诊治需求?从目前一所所血管瘤专科医院及血管瘤诊疗中心的建立可以想到,一个地区建立一所专门诊治小儿恶性肿瘤的医院或中心也无可非议,当前可解决的办法是,在我国已有 MDT 诊治模式的大医院里可继续完善多学科综合诊疗中心,而在其它地区,可整合当地的

技术和设备资源,医院之间加强联合,儿童专科医院也可与大的综合性医院协作,构建当地的多学科综合诊疗中心,从而改变小儿恶性肿瘤的就医局面。

三、恶性肿瘤的分科诊治体制对综合治疗效果的影响

以上提及的现状和设想启示我们,要提高恶性肿瘤的整体治疗水平,临床医生应有将各种有效诊治手段科学整合的意识,即多学科综合诊疗的理念。目前我国的治疗现状多数为各自为政的分科体制。按治疗手段划分科室有利于手术、放疗、化疗等专科自身的纵向发展,但不得不承认各种治疗手段都有其局限性,在这种模式下相当一部分肿瘤患者的诊断、分期不规范,治疗上各自为政。儿童实体肿瘤诊治涉及肿瘤内(化疗)科、小儿(肿瘤)外科、放疗科、病理科、影像科、骨科、神经外科、小儿血液科、康复科、心理科、中医科等多学科配合,即需要多学科共同协助诊治。譬如小儿外科医生,其关注的可能不在于一个疾病的合适治疗方法,而在于肿瘤外科技术的掌握和发展,因此医生们更倾心于术式的创新、倾心于使用器械的改良、腔镜外科技术的操作等。在临床实践中,左右这些外科医生们治疗决策的往往是这个肿瘤能不能切下来,手术的危险性如何等,至于手术后的长期效果、生存率、是否有比手术更好的治疗手段,往往考虑的不多或没有思考。对术后的常规化疗,很多外科医生一般也是例行处置,没有象手术那样重视。这也是几十年来几种实体肿瘤单纯外科手术后 5 年生存率长期徘徊不前的主要原因之一。打破以往以治疗手段分科的体制,建立以病种分科的新体系,邀请多个学科合作,是由肿瘤本身的生物学特性所决定的,是学科发展的必然,也是使小儿恶性肿瘤的综合治疗能做到规范化的体制保障。

四、循证医学证据滞后对综合治疗的影响

循证医学强调医师应认真地将目前所得到的最佳证据,用于对每一个患者进行健康服务时的决策,使提供的医疗服务建立在目前所能获得的证据基础上。高可信度的证据确实让临床医生的临床决策有章可循、有据可依。实施循证医学模式,将临床试验的证据融合到肿瘤治疗实践中,改变医师的个人习惯和行为,对提高肿瘤的诊疗水平将产生重大影响。但是要获得基于循证医学的高可信度证据并非易事,它不仅是一个漫长的过程,而且是一项耗时耗力的巨大工作。因此期望所有的临床过程均有高可信度的证据显然是不可能的,循证医学证据的滞后性影响了恶性肿瘤综合治疗的合理发展。克服循证医学证据滞后性需要积极推行各种指南,如“小儿肾上腺占位(肿物)的临床诊疗指南(IPEG)”、《临床诊疗指南(肿瘤科分册)》以及张金哲院士和郝希山院士共同写序的《儿童实体肿瘤诊疗指南》等。通过不断宣传,使广大医疗工作者真正掌握综合诊疗的精髓,这是目前恶性肿瘤综合治疗最迫切的需要。

五、肿瘤专科人才的缺乏妨碍规范化综合治疗实施

目前我国临床医学教育的模式仅局限于专业形式的培养,学科交融不够,缺乏与真正多学科联合治疗模式相适应的高素质复合型人才,而且这些复合型人才还要具备足够的权威性和号召力,而现实是复合型人才往往缺乏权威性和号召力,有权威和号召力的人常常缺乏复合型知识。毫无疑问,肿瘤的多学科诊疗需要一个横向把握多个学科知识的组织者和带头人,即领军人才。未来的领军人才不仅仅局限于制定临床诊疗方案,还必须有综合治疗的理念、基础研究的经验和转化研究的实践,以对不同治疗手段进行合理运用与衔接。

六、如何使肿瘤多学科综合治疗模式成为常规

MDT 符合循证医学治疗模式,是未来肿瘤治疗的大势所趋,也是依法行医、人文行医和科学行医的保证。临床多学科治疗需要一大批了解肿瘤综合诊疗理念的临床医师,包括肿瘤外科、内科、放射科、临床病理科及护士等。统一收集信息包括接待、登记、诊断、治疗、并发症、预后评估、随访,统一诊断标准、治疗原则和疗效评估等。同时,多学科协作组应定期或不定期举行联合讨论,综合分析影像学、病理学、细胞学、实验室分子生物及基因工程提供的相应材料,对诊断治疗原则及预后作出判断,结合各种检查资料得出相对综合而正确的临床诊疗方案,由此,扎实的将 MDT 规定为大型医院和肿瘤专科医院治疗的固定模式。此外,多学科讨论对于病人和医生来讲,也都是非常合适的选择,对病人来说,诊断和治疗上可以减少走弯路,精神上可以增强战胜疾病的信心;对医生来讲,可以拓宽知识面、不断提高诊治水平。因此肿瘤多学科综合治疗模式要求由单纯的学术讨论与研讨、不定期的病例讨论转变为制度化的工作模式,从而实现以循证医学为基础,以肿瘤分期为导向,以多学科治疗为手段的现代肿瘤治疗模式。