

MDT 让诊治复杂结核病有了方向

▲ 黑龙江省传染病防治院副院长 刘玉琴



刘玉琴 教授

一天下午，从某综合医院转来一例咯血患者，“52岁，男性，糖尿病史10年，肺结核病史2年，间断有血尿，5h前出现咯血”。为更全面科学诊治，接诊科室在第3d、10d、21d，分别提出多学科会诊申请。结核

内科、外科、内分泌、放射影像、结核病实验室、内镜介入、超声诊断医生共同参与，根据病历资料综合分析，对诊断补充完善：继发性肺结核，双上中，涂（2+），复治耐多药；左肾结核；2型糖尿病，并对疗效追踪优化方案，对预后评估。

作为省级传染病专科医院，这是我院每年为十余万人次结核病患者提供医疗服务的一个缩影。

当前结核病除了高疫情、传染性之外有了新的特点——难诊、难治、难管、难防。针对特定疾病，依托多学科团队，制定规范化、个体化、连续性的综合治疗方案的MDT，让我们在诊治复杂结核病上有了方向。

申请 MDT 必须具备条件

MDT 以患者为中心，提高诊疗质量，促进学科协作和人才培养。建立多学科专家团队，通常包括结核内科、外科、内分泌、肝病、介入内镜、放射影像、病理、结核病实验室、超声、检验科、药学、护理及其他专业内科医生，由医务科组织实施。

申请 MDT 的条件是涉及多脏器、跨科性的疑难重症需要制定个体、连续、规范的多学科诊疗计划的病例。对符合条件的病

例提出 MDT 申请，由医务科根据涉及学科召集有关专家参与，申请科室记录诊疗建议并执行。

本院 MDT 组织形式有两种：回顾培训式，对典型病例通过多学科专家对资料的剖析、对诊疗的总结、结合各学科新进展的培训，达到提高能力、避免误诊的效果；会诊讨论式，对新入院的病例在资料充分情况下，多学科专家分析讨论，达到明确诊断，完善治疗计划和追踪预后的效果。

不是因为发现问题而请会诊

MDT 模式不是因为发现了问题而请会诊，是为提高诊治水平的多学科团队提前干预。

在实际操作中，也会遇到一些问题，例如管床医生在理论上认同 MDT 模式，但在实际工作中会有担心会诊后患者的不信任，病源的流失等顾虑而影响 MDT 模式常态化的推广。

部分参与医生，顾忌同行面子或限于自身知识水平等原因，在 MDT 讨论中蜻蜓点水，影响预期效果的实现。

因此，要从医院角度推进对 MDT 模式认识；从专科角度加强知识更新，增进学科交流；

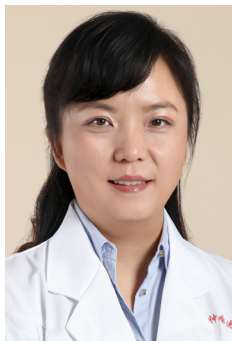
从临床科室角度提高医疗安全意识，服务好患者。

建立相关制度，在 MDT 团队中增加心理医生，给予患者心理疏导和人文关怀。同时，与基层医疗机构建立 MDT 远程化，服务下沉，有利于基层技术提升和分级诊疗制度的落实。

结核病专科医院大专科小综合的模式，使医务人员专业知识有深度缺广度，探索构建多学科立体交融的结核病 MDT 诊疗体系，以患者为中心，促进各专科优势发挥，使患者得到全方位、多学科的规范、连续、综合的最佳诊治方案服务是我们的责任。

肺癌 MDT 患者需严格筛选

▲ 中山大学附属肿瘤医院内科 黄岩



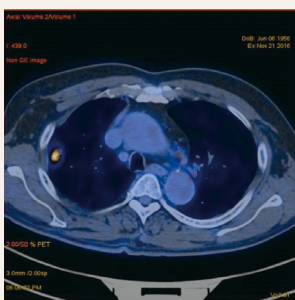
黄岩 教授

病例

患者，男性，60岁，因“左侧肢体肌力乏力1周”入住我院神经肿瘤科。



颅脑 MRI：右侧顶部近大脑镰肿物，约 29 mm × 27 mm × 15 mm，增强呈不均匀明显强化，邻近脑实质受压，见大片状水肿影，大脑中线结构稍向左侧移位，考虑脑膜瘤可能性大。



PET/CT：右顶叶结节代谢活跃，考虑恶性病变，转移与原发鉴别；右上肺尖段结节代谢活跃，疑恶性病变（右上肺癌）；右肺门淋巴结代谢较活跃，转移待排；纵膈及左肺门多个淋巴结代谢较活跃，疑炎性病变。

讨论

影像科医生：影像学考虑患者为原发性肺癌脑转移的可能性较大，是否存在肺门、纵膈淋巴结转移尚不能判断。

神经肿瘤科医生：肺癌发生脑转移的概率较高，患者就诊时多主诉神经系统症状，颅内为单发病灶、原发灶有潜在根治可能，颅内压增高症状者可先切除颅内肿瘤，缓解高颅压，明确病理后进一步综合治疗。

肿瘤内科医生：孤立性脑转移的非小细胞肺癌患者，如果原发灶为 T1~2N0 且能完全切除，可行肺原发病灶和可切除孤立性脑转移病变的手术 + 全身治疗。

放疗科医生：颅脑病灶可以考虑行脑部肿瘤切除术，尽快缓解患者的症状，如果手术不能切除或难以全切除，则采取立体定向放射治疗；肺部的原发病灶的处理可根据患者 N 分期决定。

胸外科医生：患者淋巴结转移情况，可考虑在颅脑手术后，先行纵膈镜检查，以确定患者的 N 分期。

治疗

2016 年 11 月 24 日患者在我院神经外科行“右顶叶占位显微切除术”，术后病理诊断：符合低分化腺癌，提示肺来源的可能性大。免疫组化：CK（+），TTF-1（+），P40（-），GFAP（-），GATA-3（-），CDX-2（-），CK20（-）。EGFR 野生型，ALK FISH 阴性。

2016 年 12 月 21 日，患者行“经颈数码纵膈镜淋巴

结清扫术 + 双喉返神经探查术”，纵膈淋巴结阴性。分期：T1aN0M1 IV 期。

根据患者目前分期及多学科会诊意见考虑先行两个疗程的全身治疗后，再行肺癌根治术。

术后病理：中至低分化腺癌，肿瘤大小 8 mm × 8 mm × 5 mm，淋巴结阴性。

2017 年 3 月 16 日，患者开始行术后辅助化疗。

分析

目前肿瘤 MDT 模式在我国发展仍存在诸多问题：第一，MDT 组织模式和管理运作有待进一步规范和完善，目前 MDT 发展较好的都是大型医疗中心。

第二，MDT 方案的合理性和水平受限于 MDT 各专业专家的知识积累，MDT 讨论意见应该建立在最新的临床指南和研究进展上，这就要求 MDT 专家能够掌握本领域的最新最全面的信息。

第三，MDT 占用医生的人力资源成本高昂，参加 MDT 的 6~10 位医生每半天仅诊治 4~10 例患者，需严格筛选适合 MDT 的患者。

最后，应考虑建立信息化支撑下的门诊多学科联合诊疗，利用信息共享平台将医疗资料在不同级别的医疗中心间进行传输和共享，使不同医院的医务人员得以学习观摩，提升区域整体医疗水平。

关注医学 剖析医事 服务医师

医师报
中国医师协会唯一报纸

周报，单价：4.0元，全年48期；定价192元
全国各地邮局均可随时订阅（邮发代号：1-351）
服务热线：010-58302970

医师网 的正确打开方式
www.mdweekly.com.cn

全新改版上线