

“18岁的在校女学生，确诊为局部晚期低位直肠癌。按照标准治疗她需要接受放化疗，预计生还的机会只有一半，而且接受放疗后她将失去生育功能，长期排便功能等生存质量也可能受到严重影响。考虑到发病年龄的特殊性，医生给她做了分子筛查，结果是林奇综合征。这类患者是免疫治疗的优势人群，但是免疫治疗之前的证据都是用在转移性患者，在术前治疗方面经验非常有限。在MDT专家组的共同决策下给患者使用了新辅助免疫治疗，最终患者达到了临床完全缓解，并接受非手术观察等待。目前仍然处于无瘤状态，像正常人一样生活和学习。”随着多学科合作诊疗（MDT）模式应运而生，越来越多的临床实践证实，结直肠癌MDT诊疗方案更具有合理性和科学性。近日，《医师报》记者专访结直肠MDT领域三位权威专家，浅谈结直肠MDT为患者带来的获益。

MDT



丁培荣 教授



庄兢 教授



燕锦 教授

中山大学附属肿瘤医院 丁培荣教授

## 治疗策略万变 患者获益不变

▲《医师报》融媒体记者 秦苗

“侵袭性纤维瘤病以前是没有任何办法的，但是现在最新的研究结果证实，靶向治疗可以让患者长期获益。患者在MDT模式中获得了精准治疗的典型病例，MDT模式改变他的命运。”

### 筛查之变：结直肠癌筛查的机遇和挑战

“中国人结直肠癌发病的临床特征显著不同于西方国家，且发病的中位年龄较之于西方国家提早了10~12年，此外其遗传背景也存在差异。因此，筛查对结直肠癌防治非常重要；系统性分子筛查对遗传性肠癌（林奇综合征）极为必要。”

丁教授指出，对于筛查手段而言，粪便隐血试验和电子结肠镜检查是公认最常采用的大肠癌筛查手段。其中“金标准”依然是直观、精确和方便的组织学证据的电子结肠镜。研究

显示，两者都能够降低大肠癌死亡率。近年来，很多新的筛查的方式，包括粪便的基因检测、血液甲基化检测，这些方式能够发现结直肠癌的敏感性可达到80%~90%，但是缺点是只能作为初筛手段，对于大肠腺瘤癌前病变，敏感性差，所以相比于结肠镜而言，只能起到初筛的价值，而结肠镜可以同时实现检查、诊断甚至治疗的目的。所以从临床实践推荐上来讲，商业筛查手段并没有完美到可以替代传统的筛查方式。

### 思维之变：万物皆可变 诊疗思维先行

丁教授介绍，我们可以看到，以PD-1抗体为代表的肿瘤免疫治疗取得举世瞩目的成果，成为了突破目前肿瘤治疗瓶颈的重要手段。今年美国临床肿瘤学会（ASCO）结直肠癌领域中最闪亮的研究同样花落免疫治疗。

丁教授认为，这些研究给我们启示不仅仅是，告诉我们MSI-H患者是一群特殊的患者，他们的治疗与其他患者完全不同，免疫检查点抑制剂的治疗对这些患者开启了一条崭新的治疗之路，为既往仅能获得姑息治疗的患者提供长期生存甚至治愈

的可能。除了晚期患者，免疫治疗在MSI-H的局部晚期患者或者在涉及肛门等重要器官保全时，也为我们提供了一种全新的选择，这些患者在免疫治疗获得完全缓解后，很可能可以通过观察等待的策略获得器官的保全。因此，“变不设限”最重要的是要求我们临床实践中里面，终身学习、时刻思考、不断总结临床经验，然后及时的去调整治疗策略，勇于接受新知识、拥抱新理念，真正从患者角度出发选择对患者获益的治疗方案，而不是“固守陈规”的保守方案。

河南省肿瘤医院 庄兢教授

## 20岁患癌 MDT 延长他的生命

▲《医师报》融媒体记者 黄玲玲

“他还很年轻，庆幸地是通过MDT会诊，我们找到了更多适合于他本人的办法，已经过去了两年半，这位患者至今还未出现复发转移。”

### 全员多学科 MDT 一个都不能少

何为全员多学科？简单地说，就是所有首次入住河南省肿瘤医院的结直肠癌患者，都需要先经过多学科会诊后才能进行下一步的诊疗。全员多学科会诊的目的是一个都不能少，一个也不能放过。在一年半的时间里，河南省肿瘤医院完成了3400余例结直肠癌MDT会诊。每周一到周五的下午4点，所有MDT所

涵盖的专科，如胃肠外科、肝胆外科、肿瘤内科、放疗科、影像诊断、病理科、内镜等相关的专家，都会聚集到一个专门的会议室，针对检查完以后的患者及相关资料进行会诊讨论。

“等于患者来院后，经过MDT会诊看到了河南省肿瘤医院所有相关学科的专家，更方便给患者提供这种一站式的量身定制的诊疗方案。”

### 一位20多岁的癌症患者因MDT改变命运

MDT会诊的优势在哪里？庄兢教授举了一个非常鲜活的例子。一位20多岁发生肠癌肝转移的年轻男性患者，最初被判定其肝脏上的转移是难以治疗的，转移的点几乎布满他的肝脏。后经MDT会诊，制定了一套适合他病情的完整的诊疗方案，切除了原发病灶和肝脏上的那些较大的转移瘤，通过介入的办法将肝脏内比较小的几个转移瘤消融，再对患者进行后续的化疗。

以结直肠癌的肝转移为例，“以前大家可能认为癌症一旦发生转移扩散了，就没救了。”但现在通过MDT会诊，可根据患者具体的病情制定最适合的策略，让部分肿瘤从不可切除的变成可切除的，让疾病从没办法治疗的变成有办法治疗的。对患者的

疾病进行全程管理，MDT会诊的优势可说是非常符合患者利益的，总体目标是提高患者生活质量。

“每个医生的知识结构是单一的，在对相关专业不是太了解的时候，以自己的知识为基础来做出判断，很容易形成偏差。但很多相关专业的专家在一起讨论，形成偏差的情况可以大概率地减少。同时，这也可以在一定程度上减少医疗纠纷。”他认为，一个好的结直肠MDT，需要肿瘤科强，影像、内科、放疗科、外科介入、病理等等所有相关专业的医生共同进步，紧跟时代，如此才能把MDT做大做强。MDT做强，带动的并不是一个专科的进步，而是所有相关专科的进步，也更有利于整个领域的发展和壮大。

四川省肿瘤医院 燕锦教授

## 患者和医生 一起MDT

▲《医师报》融媒体记者 蔡增蕊

“燕教授，我担心做手术会影响生育能力。”局部晚期肛管癌患者小张对手术治疗犹豫不决。她只有20多岁，虽然术前辅助治疗效果较好，但由于肿瘤浸润到直肠和阴道，手术治疗仍需切除肛门和部分阴道。“我理解你的想法。请你和你的家人到医院来，与我们多学科诊疗团队一起讨论下治疗方案再做决定吧！”

### 设立制度 MDT 扎根临床实践

在MDT讨论中，小张及其父母与MDT团队成员围坐在一起，沟通自己的治疗需求和顾虑，与多学科专家交流治疗建议。最终，他们被医生们的认真态度和科学治疗决策所打动，讨论结束后当即决定接受手术治疗。至今，小张已生存近7年，生活状况很好。

随着分子生物学技术的发展，人们对肿瘤的认识已深入到细胞、分子和基因水平，单一的肿瘤专科医生很难应对愈加复杂的临床状况。如今，肿瘤治疗不仅要求医生具备更丰富、全面的专业知识，

还需要从入院开始就对患者进行精细的全程管理、个体化管理。为满足新时代的临床要求，多学科诊疗应运而生。燕锦教授表示，“MDT诊疗模式整合多学科医生，在疾病诊断初期即为患者制定最适合的治疗方案，提高患者临床获益。”

在国内推广结直肠癌MDT诊疗模式，除了转变临床观念，还需要从医院的行政体制、绩效考核、团队建设等多方面加以管理和落实，并且以文件的形式明确MDT诊疗模式的管理框架、团队组成、讨论频率等制度。

### 完美诠释 MDT 是结直肠癌最佳诊疗模式

疾病在不断变化，学科也在发展进步。MDT诊疗模式的应用为攻克肿瘤提供了强大武器。

诊疗模式的升级提升了临床治疗效果，进而改善了患者的生活质量。燕教授感慨，“为患者增强生命力没有上限，对肿瘤治疗的探索精神也永无止境。”结直肠癌诊疗模式正在从单学科诊疗向多学科全

程管理发展。临床实践证明，MDT诊疗是迄今最适合肿瘤患者的诊疗模式，也是结直肠癌最佳的临床诊疗模式。

燕教授呼吁，“希望有条件的医疗机构可以尽早开展，没有条件的医疗机构创造条件也要加快开展，共同加强MDT诊疗模式在我国的临床实践，提升我国结直肠癌MDT诊疗水平。”