

泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队综合诊治 组织与实施规范中国专家共识

中国抗癌协会泌尿男生殖系统肿瘤专业委员会
中国肿瘤医院泌尿肿瘤协作组

[关键词] 泌尿男生殖系统肿瘤; 多学科团队综合诊治; 组织与实施规范

DOI: 10.19401/j.cnki.1007-3639.2017.11.014

中图分类号: R737.1; R737.2 文献标志码: A 文章编号: 1007-3639(2017)11-0917-04

泌尿男生殖系统肿瘤是一系列泌尿系统和男性生殖系统肿瘤的集合, 包括发病率较高的三大肿瘤: 前列腺肿瘤、膀胱肿瘤和肾脏肿瘤, 以及睾丸肿瘤、阴茎肿瘤等少见肿瘤。近年来, 我国前列腺癌的发病率呈现持续快速增长趋势, 成为中国男性泌尿生殖系统发病率最高的肿瘤。前列腺癌正成为严重影响我国男性健康的泌尿系统恶性肿瘤, 应引起充分重视; 伴随烟草消费、工业化水平提高及人口老龄化, 中国人膀胱癌发病率不论是男性还是女性, 也不论在城市还是农村中, 均呈现逐年增长趋势; 我国肾癌的发病率和死亡率逐年增加, 对居民生命健康的危害进一步加大。

泌尿男生殖系统肿瘤生物学行为各不相同, 对于系统治疗的敏感性也存在很大的差异, 有些肿瘤即使很晚期也能获得长期控制, 而有些肿瘤最多只能获得姑息效果, 显然传统的“1对1”的医疗模式难以解决患者的最优诊疗问题。这就催生新的多学科团队(multidisciplinary team, MDT)综合诊治模式, 亦即相对固定的多个临床专科医师定时、定点对某一种疾病的患者的诊治一起讨论, 制订出对患者最适合、最优的诊治方案, 由一个临床专科予以执行。在泌尿男生殖系统诊治领域中, 尽管肿瘤生物学行为不同, 发病时肿瘤分期各异, 但通过确切的多学科介入, 治疗效果得以提升。

然而, 当前国内泌尿男生殖系统肿瘤诊治水平极不均衡, 在此基础上, MDT综合诊治模式的

开展也极不规范, 仍然面临着一些问题, 例如如何加强各学科间的相互协作、提高诊治手段的有效性, 以及如何进一步优化、整合层出不穷的治疗方案, 制订出最适合的诊疗策略, 这些问题的解决势必影响中国泌尿男生殖系统肿瘤诊治的发展和广大患者的健康管理。为此, 中国抗癌协会泌尿男生殖系统肿瘤专业委员会及中国肿瘤医院泌尿肿瘤协作组牵头组织国内泌尿男生殖系统肿瘤领域专家撰写《泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队综合诊治组织与实施规范中国专家共识》, 旨在推动国内泌尿男生殖系统肿瘤MDT综合诊治模式规范化, 内容包括MDT组织架构、MDT实施条件及MDT标准化程序等关键诊治环节的专家讨论要点, 临床指导性及实用性强, 可作为临床工作手册在各级医院推广应用。

1 MDT组织架构

1.1 召集人(首席专家)

一般由泌尿外科权威专家担任。

召集人对MDT项目全权负责, 主持并参与讨论, 合理分配讨论时间, 协调组织讨论, 当意见不一致时, 负责以投票制或其他形式决定意见的形成, 最终总结并形成个体化的专业意见。审核医疗记录并签名负责。

如召集人不能参与MDT会诊, 需委托另外一位专家代为主持。

召集人应该对MDT的学科建设和资源分配提出必要的规划, 并保障实施。

1.2 各科专家

各专科一般应包括泌尿外科、放疗科、肿瘤内科、病理科、放射诊断科、核医学科、超声诊断科及介入科等，特殊病例根据需要邀请相关科室参加。

各科专家一般应具有高年资主治医师以上资格，并且有泌尿男生殖系统肿瘤的诊治经验。

多学科专家应该相对固定，对泌尿系统肿瘤进展比较熟悉。

各科专家应承诺按时定期参与MDT讨论，如自己不能参加，要指派另外一位相应专家代替参与。

参与讨论的各科专家负责对患者进行相关的体检，对每个病例进行讨论，解答其他专家的问题，提出本专业领域的独立观点，达成共识。

此外，各科专家负责对自己预约提交讨论的患者作最终的解释并安排患者的下一步处理，审核医疗记录，签名负责。

1.3 记录员

负责对MDT会诊全程记录，包括讨论专家的发言和最终建议。

打印最终讨论意见并提交专家签名。

负责归纳汇总MDT病例的临床资料。

1.4 会诊秘书

协助召集人进行MDT的全程操作，包括会诊前准备、会诊中协调及会诊后跟踪。

统一受理各专家推荐的患者预约，收集资料，按先后顺序或病情轻重安排讨论顺序。有条件的单位，可在会诊前制作好患者表格(形式可以为公布栏、纸质表格及网络微信等)。

负责通知MDT成员会诊时间、地点、特殊安排及注意事项等。

负责协调各专家的出勤，打印出勤签到表格，督促每位到会人员签名。

负责保管、存档讨论记录和相关资料。

会诊秘书可兼任记录员。

1.5 医疗机构

提供指定的MDT会诊场所和相关的设施，保障设施的完备。

指定MDT专家成员的组成及IT后勤相关人

员，颁发专家任命证书，并监督其参与。

建立考勤登记及相对应的奖惩制度。

对于MDT专家资源丰富的单位，需要建立MDT讨论专家的轮替制度。

根据需要，协调本院或外院相关的非固定MDT专家参加会诊。

负责建立及完善MDT操作流程，并保证其整体的实施。

促进各学科MDT团队之间的交流，包括会诊模式、实施流程及发展规划等，督促MDT团队定期(至少1年1次)参与由医疗机构组织的相关交流活动。

保障患者的隐私及相关医疗记录不向外泄露。

根据学科具体情况，设立MDT临床研究基金，定期组织基金的申报，并执行和监督。

2 MDT实施条件

2.1 会诊室

独立空间，足够宽敞，建议场地可容纳15人以上，照明设施完善，并有较好的通风系统。

2.2 桌椅配置

建议配置可容纳15人左右圆形或椭圆形长条桌及合适尺寸座椅，以便于各科医师近距离讨论病情，如参加人数较多，可增加后排座椅。

场地不合适搭建圆形或椭圆形长条桌的，也可选择剧院式或课桌式配置布局。

2.3 实物投影仪(触屏式电子示教屏)

建议常规配置实物投影仪，以便于影像学图片及病历资料放大投影到银幕上，供各科医师分析及讨论病情，有条件的医院最好配备触屏式电子示教屏，使分析内容更便捷直观。

2.4 内网

建议配备医院内网(有线或无线)，通过内网可以连接医院数据库，查询和调取患者的影像学、实验室等相关检查结果及病历内容。

2.5 微信群及网络平台

可以建立一个微信群，包含参与MDT会诊的各科医师，成员应注明科室及全名，利于辨

别身份。便于及时传达MDT相关的重要通知,如MDT会诊时间或地点临时改动通知、待讨论患者资料及会诊目的、必要时通知影像及病理科医师提前阅片、拟提请MDT专家讨论的问题,以及专家的初步讨论意见等,可发到微信群或网络平台,使会诊更具有时效性,提高会诊的效率。

有条件的单位可建立互联网平台或基于智能手机的应用软件等。

2.6 电脑

至少配备1台电脑(台式机或笔记本电脑),与实物投影仪兼容,用于查询和调取患者的实验室相关检查结果、影像学资料及病历内容,并记录。

2.7 打印机

建议常规配置,供打印会诊单及相关需要纸质保存的病历资料。

2.8 检查室(私密检查床)

有条件的单位可配置独立检查室,或会诊室有一张隔离的私密检查床,床底前方放置移动台阶,方便患者上下床;床旁配备常规检查车,车内应放置检查相关用品,如手套、石蜡油及纸巾等;检查室内应配备洗手池和消毒液,以便于医师检查后清洁双手。

2.9 候诊室

有独立的等候区或房间,与会诊室互不干扰。可建立叫号系统或叫号管理员,以便及时通知患者进行会诊。

2.10 会谈室

有条件的单位可配置独立的会谈室,提供一个私密的空间,便于医师把MDT会诊意见传达给患者及家属。会谈室内配备诊治相关的必要的文书资料,保证医患双方整个交流过程的直观化及传达信息准确。

3 MDT标准化程序

3.1 预约

患者一部分通过专家、专科门诊预约,一部分通过兄弟科室或医院转诊。患者通常需要提前预约。患者MDT讨论前需要完成必要的实

验室、影像学、内镜及病理检查,经由高年资主治以上职称医师的审核,报请MDT会诊秘书统一安排。会诊秘书根据情况,控制当次MDT讨论的患者数量。

建议同时满足以下两个条件的病例,推荐参加MDT讨论:①经具有泌尿生殖系统肿瘤诊治经验的高年资主治以上职称医师诊治;②医患双方认为有需求参加MDT讨论的,或认为经过MDT讨论后,患者有机会做出更优化的治疗选择的病例。

3.2 准备

门诊患者的基本资料由门诊医师收集整理,并填写MDT讨论申请单;会诊秘书统一整理门诊患者的病历资料,以及提请MDT讨论的目的和理由。如有需要,并且条件允许的,会诊秘书可提前将当次MDT讨论需求,通过电子邮件、微信或院内MDT信息系统等发送给MDT专家成员,以便提前准备。住院患者由管床医师收集资料,并汇报当次MDT讨论病例。

3.3 病情汇报

原则上,门诊患者由会诊秘书汇报病情,提请会诊的医师可补充关键信息;住院患者由管床医师汇报,主管医师可补充关键信息。汇报时除了患者的病历资料,以及提请MDT讨论的目的和理由外,必要时还需说明患者的疗效期望、经济状况及依从性等。

3.4 影像分析

由影像科专家现场分析影像学资料,解答临床各科医师的疑问,提出进一步影像学检查的建议。

3.5 专家讨论

在MDT召集人的主持下,由相关专科的专家在诊断有共识的前提下提出各自学科的治疗策略,阐述各种治疗手段对该患者的适应证、禁忌证、预期疗效、可能的并发症和风险。

3.6 决定方案

基于最新指南共识和循证医学证据,结合患者的个体情况,综合MDT的共识意见,由MDT召集人最终确定合理的个体化治疗方案,并交由相关的专科具体实施。

3.7 患者及家属会谈

由会诊秘书负责向患者和家属说明会诊的意见,解释他们的疑问,并告知他们进一步诊治顺序和相关专科联系人的接诊时间或联系方式。

3.8 讨论记录

会诊秘书将讨论结论记录在《MDT意见表》上,最好是电子病历,打印后其中一份交给患者和家属,另一份交由会诊秘书统一保管。

3.9 方案实施

具体诊断和治疗措施交由相应的MDT专科成员或特定的专家及医疗机构完成。

3.10 监测评估

由医院医务管理部门定期组织专家,抽查

病历,了解MDT讨论执行情况,监督规范化治疗的实施。

3.11 方案修订

如果具体实施治疗方案的MDT成员发现疗效不满意、疾病进展等情况,需要及时反馈,再次提请MDT讨论,修正治疗方案。

3.12 随访跟踪

所有MDT决策的治疗方案实施完成后,召集人定期组织专人通过电话、信件或电子邮件等形式对患者进行随访。定期向MDT成员反馈治疗疗效和预后,不断提高诊治水平。

总 编:叶定伟 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科

秘 书:秦晓健 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科

评审专家(按拼音先后排序):

戴 波 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科

董柏君 上海交通大学附属仁济医院泌尿外科

甘华磊 复旦大学附属肿瘤医院病理科

何立儒 中山大学肿瘤防治中心放疗科

何志嵩 北京大学第一医院泌尿外科

贺大林 西安交通大学第一附属医院泌尿外科

黄 蕤 四川大学华西医院核医学科

李 响 四川大学华西医院泌尿外科

李长岭 中国医学科学院肿瘤医院泌尿外科

马学军 复旦大学附属肿瘤医院放疗科

齐 隽 上海交通大学医学院
附属新华医院泌尿外科

秦晓健 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科

盛锡楠 北京大学肿瘤医院肿瘤内科

史艳侠 中山大学肿瘤防治中心肿瘤内科

孙忠全 复旦大学附属华东医院泌尿外科

王奇峰 复旦大学附属肿瘤医院病理科

许 青 上海市第十人民医院肿瘤科

杨 勇 北京大学肿瘤医院泌尿外科

姚伟强 复旦大学附属肿瘤医院放疗科

姚 欣 天津市肿瘤医院泌尿外科

叶定伟 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科

张 盛 复旦大学附属肿瘤医院肿瘤内科

周芳坚 中山大学肿瘤防治中心泌尿外科

朱绍兴 浙江省肿瘤医院泌尿外科

朱 耀 复旦大学附属肿瘤医院泌尿外科

邹 青 江苏省肿瘤医院泌尿外科