

# 脑胶质瘤多学科诊疗模式的必要性及策略

刘宝辉 董慧敏 胡伟国 詹娜 谢宝君 欧阳凤晴 陈谦学

【关键词】脑胶质瘤;多学科诊疗模式;策略  
【文章编号】1009-153X(2020)10-0731-03 【文献标志码】A 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1\*1

多学科诊疗模式(multiple disciplinary team, MDT)起源于20世纪90年代,由美国的医疗专家组率先提出。在该模式下,来自外科(肿瘤外科)、内科(肿瘤内科)、放疗科、放射科、病理科、内镜中心等科室的专家组成一个比较固定的治疗团队(即MDT),针对某一疾病、某个病人,通过定期定时的会诊形式,提出适合病人当前病情的最佳治疗方案,继而由主管该病人的学科单独或多学科联合严格执行该治疗方案,同时定期对病人的治疗反馈进行质量评估和优化,不断修正现有的诊疗模式<sup>[1]</sup>。MDT诊疗模式是以病人为中心,将多学科的诊治优势强强联合,以期达到临床治疗的最大获益,简单地说,就是让每个病人获得最适合于他(她)的治疗措施。本文就脑胶质瘤MDT的必要性及策略进行综述。

## 1 脑胶质瘤MDT的必要性

MDT已成为国际顶尖综合医院和专科医院诊治脑胶质瘤的共识。在国内,北京天坛医院<sup>[2]</sup>、上海华山医院、中山大学肿瘤医院等医院的神经外科已经陆续开展了脑胶质瘤的MDT模式。

脑胶质瘤的治疗需要进行MDT,是因为脑胶质瘤疾病本身的特殊性。脑胶质瘤是全身性的疾病,诊断和治疗均需要多学科治疗共同完成<sup>[3]</sup>。在胶质瘤治疗方法的历史发展与演变过程中,肿瘤外科学、肿瘤放射治疗学、肿瘤化学药物治疗学逐渐构成了现代肿瘤治疗学的三大支柱,而肿瘤病理学又是三大支柱的基础。这三种治疗手段各有千秋,在胶质瘤治疗学中都有着无可替代的地位。但目前随着临床专科分类越来越细化,在促进专业化的同时,医生

对疾病知识掌握的全面性也在降低,而胶质瘤本身的诊治非常复杂,在不同的治疗阶段,可能需要的治疗方法也不完全相同。因此,亟需多学科医生共同决定病人在整个治疗过程中的治疗方案,而MDT可以解决这一问题。MDT可有效地减少临床医生的主观偏差(内科医生偏爱化疗,外科医生偏向手术切除,放疗医生擅长放射治疗),不仅能客观、规范地依据病情进程选择最合适的治疗措施,还能加强团队合作、弥补个人因知识面有限带来的对疾病认识不足等问题。MDT在胶质瘤诊疗中有如下显著优势:MDT显著减少诊断和治疗等待时间,提高病人满意度;MDT增加治疗方案的可选择性,大大降低诊疗费用;MDT显著改善肿瘤病人预后<sup>[4]</sup>,提升医生乃至医院总体诊疗水平;MDT加强多学科协作,减少医源性失误;MDT还为医院对医生继续教育提供案例素材,为临床医生提供理想研究平台<sup>[5]</sup>;此外,MDT也在一定程度上消除地区和医院之间的诊疗差异。

## 2 胶质瘤MDT面临的挑战

2.1 相关制度建设落后于MDT需求 目前,胶质瘤MDT中国专家共识已经发布<sup>[1]</sup>,为脑胶质瘤诊疗的规范化及具体实施提供了指南,但因为中国地域广大,各级医院发展水平参差不齐,即便同样是三级甲等医院,各个医院的发展水平也差别巨大,因此,临床医生想按照共识开展MDT可能困难重重,临床医生在行MDT的同时,还需克服医院相关制度的缺陷带来的困扰。

2.2 亚专业建设明显跟不上MDT发展速度 目前,对于全国的神经外科专业,真正建立起脑胶质瘤亚专业并能够严格按照亚专业分类诊治病人的医疗单位并不是特别多,大多数医院的神经外科还处于全科医生阶段,即一个神经外科医生诊治大多数神经外科疾病,这一现象在一定程度上滞后于脑胶质瘤MDT的发展,因为病人分散及医生的相对不专业性,

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.10.027  
作者单位:430060 武汉,武汉大学人民医院神经外科(刘宝辉、陈谦学),神经内科(董慧敏),肿瘤科(胡伟国),病理科(詹娜),影像科(谢宝君、欧阳凤晴)  
通讯作者:陈谦学,E-mail:chenqx666@whu.edu.cn

使得病人无法及时接受 MDT。

2.3 一线医生的工作量巨大以致没有过多精力开展 MDT 中国临床医生的工作量在世界上是排第一位的,因此,一线医生的工作强度非常高,即便是有心想开展脑胶质瘤 MDT,但因为繁忙,常常无法坚持,使得 MDT 工作开展常常虎头蛇尾,最终无法继续实施下去。

### 3 我院脑胶质瘤 MDT 的经验

我院也面临上述问题,在具体操作中,虽困难重重,但最终将脑胶质瘤 MDT 顺利开展起来,现将总结的一些经验分享如下。

3.1 充分利用医院目前现有 MDT 制度 目前,我院鼓励进行 MDT。在门诊,有专门的 MDT 门诊及组织架构负责病人挂号、沟通、协调医生及准备场地等,但在病房内,尚无 MDT 诊疗项目的相关规章制度。针对这一情况,我科在科室主任陈谦学教授的带领下,组建了本院脑胶质瘤 MDT 门诊团队,门诊病人可以直接网上挂号,由门诊工作人员负责通知 MDT 团队进行诊疗;而针对病房的病人,可以直接执行多学科门诊医嘱,在门诊行 MDT 讨论。MDT 讨论的时间,则实行更灵活的形式,即病人挂号后,由门诊工作人员预约 MDT 时间,而不是每周固定时间,如果病人病情相对稳定,则将多个病人集中讨论;如果病人病情紧急,则可以随时召开 MDT。这一措施即可以节省医生时间,又可以为病人提供及时的诊治。

3.2 大力促进脑胶质瘤亚专业发展 我院神经外科面临着脑胶质瘤亚专业发展相对滞后的问题,针对这一问题,我科大力促进脑胶质瘤亚专业发展,建立了脑胶质瘤亚专业组,并规定脑胶质瘤亚专业组年轻医生以脑胶质瘤作为主要研究方向,不断提高专业技术水平。同时,在科室层面鼓励胶质瘤病人收治入脑胶质瘤专业组,但对于未收治入脑胶质瘤专业组的胶质瘤病人,也鼓励其管床医生建议病人前往医院脑胶质瘤 MDT 门诊诊治。

3.3 建立多层次的胶质瘤 MDT 团队 为了给予病人最好的医疗服务,我科建立了三级 MDT 制度,即由脑胶质瘤首席专家(陈谦学)、教授(田道锋)、副教授(刘宝辉)三级教授诊治模式。通常情况下,由副教授参加 MDT,并将相关 MDT 结果由教授审核后确定,而对于疑难病例,则请脑胶质瘤首席专家及教授共同决定。这一措施,既可以保证对病人的治疗质量,同时又不会造成医疗资源的浪费,并对于脑胶质瘤治疗专家的培养有重要意义。

同时,由于建立了三级教授会诊模式,使得 MDT 工作更有弹性,即便是 MDT 团队成员因为工作原因暂时无法参加,其他医师也可以及时补上,有利于 MDT 模式的可操作性及持续性。

在人员构成上,各个学科在确立一个总负责人的同时,由副教授一级的医生负责 MDT 的具体实施,包括 MDT 时间的确定及参与人员。

3.4 充分利用现代信息手段 我院门诊具有国内一流的 MDT 诊室,其诊室内安装有与影像科、病理科、检验科的相互关联系统,可以看到病人所有的临床资料、影像学资料及相关检查结果,并能将病人既往所有的资料全部调集出来放置在投影仪上,以提供给专家参考。

此外,医院还充分建立了现代化的信息传递手段,当病人挂号后,医院系统会第一时间通过微信系统通知到 MDT 团队成员,并对病人病情有一个简要的介绍,可以使得医生获得病人的初步资料。同时,MDT 团队建立了包括门诊 MDT 管理人员、MDT 团队成员的微信群,在微信群内直接预约时间,并将病人的会诊意见通过微信群汇总,做到最短的时间内进行 MDT 讨论。

3.5 把胶质瘤 MDT 与团队胶质瘤人才培养相结合 ①MDT 病例资料的收集整理,我院门诊为我们 MDT 团队设置专门工作人员进行资料整理,包括病人的基本信息、诊疗经过、影像学资料及相关病理、分子诊断结果,并将各位教授发言的相关内容记录在案,计划出版专著一部,既可以记录 MDT 团队的工作,也可以为低年资神经外科医生提供学习材料,并可以为其他 MDT 团队提供借鉴。②年轻医生现场学习,每次脑胶质瘤 MDT,除工作要求外,要求神经外科全体年轻医生到场学习,并可以提出自己的见解,既可以丰富诊疗观点,使病人获益,同时,也可以使年轻医生得到培养与锻炼。

总之,脑胶质瘤 MDT 的开展能让更多的病人获益,我们也将 MDT 运行的过程中逐步完善和优化各项诊疗流程、制度,从而能进一步改善医疗服务、提高诊疗水平。

#### 【参考文献】

- [1] 中国医师协会神经外科医师分会脑胶质瘤专业委员会. 胶质瘤多学科诊治(MDT)中国专家共识[J]. 中华神经外科杂志, 2018, 34(2): 113-118.
- [2] 江 涛,王忠诚. 构建胶质瘤综合治疗体系[J]. 河北医药,

2007,29(1):3-6.

[3] Shi C, Lamba N, Zheng LJ, *et al.* Depression and survival of glioma patients: a systematic review and meta-analysis [J]. Clin Neurol Neurosurg. 2018, 172: 8-19.

[4] Back MF, Ang EL, Ng WH, *et al.* Improvements in quality of care resulting from a formal multidisciplinary tumour clinic in the management of high-grade glioma [J]. Ann Acad Med Singap. 2007, 36(5): 347-351.

[5] Landry A, Erwin C. Perspectives on multidisciplinary team processes among healthcare executives: processes that facilitate team effectiveness [J]. J Health Hum Serv Adm. 2015, 38(3): 350-380.

(2018-12-06 收稿, 2019-02-16 修回)

· 个案报告 ·

头皮侵袭性血管粘液瘤 1 例

郭 帅 姚 坤 陈金华 刘 华 陈 涛 高文宏

【关键词】侵袭性血管粘液瘤;头皮;显微手术

【文章编号】1009-153X(2020)10-0733-01

【文献标志码】B

【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1\*1

1 病例资料

60 岁男性,因右颞部头皮包块进行性增大 3 年入院。3 年前发现右颞部头皮包块,约豌豆大小,无疼痛、瘙痒,3 年来无明显诱因进行性增大。入院体格检查:右颞部扪及一大小约 2.5 cm×2.0 cm 包块,质软,搏动感可疑,无明显压痛,活动欠佳,无瘙痒,无表皮溃烂。头颅 CT 示右颞部头皮皮下可见混杂密度结节影,其内可见略高密度结节(图 1A)。彩色超声多普勒检查示右侧头部皮下可见一范围约 2.5 cm×1.0 cm 的混合回声,边界尚清,其内大部分为稍低回声,少部分为无回声;血流成像示右侧头部皮下混合回声内可见血流信号,探头加压时血流信号稍增多,右侧头部皮下含液性病变(血管瘤?)(图 1B)。完善术前准备,行右颞部头皮包块切除术。术中见肿物为血色胶冻样物,富含血管,易出血,无包膜,基底宽,超出皮下肿物范围,且与骨膜结合紧密,不易分离,以骨剥分离骨膜与骨,将肿物连同皮肤及骨膜扩大切除。术后病理检查示侵袭性血管粘液瘤。术后随访 1 年未复发。

2 讨论

侵袭性血管粘液瘤是一种生长缓慢,来源于间叶组织的罕见软组织肿瘤,边界不清,呈无包膜的胶质状生长,尽管为良性肿瘤,但仍具有侵入局部周围组织(如脂肪和肌肉组织)的能力。其主要临床特点为发病隐匿、局部侵袭性强、局部

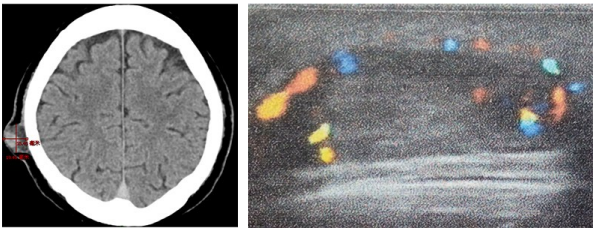


图 1 右颞部头皮侵袭性血管粘液瘤影像学表现  
A. 头部 CT, 病灶大小约 19 mm×15 mm CT 值 21~42 HU; B. 彩色超声多普勒血流成像见包块内血流信号多

复发率高和远处转移少。一般无明显症状,多以偶然中发现局部包块为主诉,包块无明显压痛,由于其生长缓慢,生长周期长,故临床表现不典型,容易误诊为其它病理性肿块如脂肪瘤、囊肿等,误诊率在 70%~100%。

由于易侵入局部组织,故体格检查时扪及或肿物的可视范围只是冰山一角,肿物可侵入到远处组织,因此影像学在评估肿物范围及制定手术方案中显得尤为重要。超声检查通常表现为囊性或低回声病变,其内可分散多条血管。CT 检查缺乏特异性,可表现为低密度或等密度实性或囊性肿物影,其边界不清、内部结构有时可呈现出漩涡状或轮状。肿瘤大小不等,形状不一,可呈球形,半圆形,绳形,哑铃形或不规则形状。肿瘤大多不大,边界不清,呈侵袭性生长,粘附在肌肉和脂肪及其周围结构上,切面可呈半透明橡胶样或凝胶状,亦可见部分囊性变性和出血区域。目前最有效的治疗方法为手术切除,由于无包膜,且与周围组织界限不清,因此需扩大手术切除的范围,尽可能将肿瘤边缘切除干净,从而提高手术切除率,以减少复发。

(2018-10-26 收稿, 2018-11-14 修回)