



中国科协学会学术部 编

新

观点新学说学术沙龙文集

33

肿瘤多学科综合治疗的困惑与思考



 中国科学技术出版社



会议时间

2009年6月27日9:00-12:30

会议地点

南方医科大学南方医院国际会议厅

主持人

罗荣城

尊敬的各位嘉宾,各位专家学者,各位朋友,早上好!对大家百忙之中能参加中国科协第33期新观点新学说学术沙龙表示衷心的感谢。由中国科协倡导和组织的系列学术沙龙,从2006年开始举办以来,目前是第33期。本期沙龙在南方医科大学南方医院举行,这是中国科协举办沙龙以来的第一期临床医学沙龙。

临床医学沙龙,首次出现的是肿瘤学科,学科分类是一个二级学科,足以反映出其发展的速度和受关注的程度。肿瘤发病率和死亡率一直呈上升趋势,在经济发达的地区,已成为居民死亡原因的首要因素。有效地预防和治疗恶性肿瘤,备受人们关注。然而,近年来肿瘤治疗的方法和手段层出不穷,治疗的理念不断更新。不仅老百姓看不明白,就是业内专家也存在不同的观点和争议。我们正好可以借助中国科协学术沙龙这个平台,召集有关专家学者对肿瘤综合治疗的问题进行广泛和深入的探讨,欢迎大家畅所欲言。

新观点新学说学术沙龙主张充分发挥学术交流作为原始创新源头的作用,提倡敢于创新,敢于竞争,宽容失败的精神,倡导自由,鼓励学术争鸣,活跃学术气氛,为萌芽时期尚未认可的学术观点理论和灵感创造学术平台,创造良好的学术氛围。激发广大的科技工作者的创造力和思维,促进创新人才的成长。



南方医院是第一军医大学转制以后改名的南方医科大学第一附属医院,我们医院在各位领导、专家的关爱下,这几年有长足的发展,几乎整个肿瘤领域的分子诊断、分子影像到常规治疗非常齐全,人才队伍比较齐全。我相信这一次的沙龙,一定会使我国肿瘤学科获得更好的发展理念、发展模式、发展成果。



第一专题

何谓肿瘤多学科综合治疗

◎张军一

在座的都是肿瘤界的多学科治疗专家,每天做多学科综合诊疗工作,对综合诊疗工作都非常熟悉,但是我们也有许多困惑,比如如何去做?怎么样才能够做好多学科综合诊疗工作?如何适应肿瘤治疗的新观点和新理念?随着近年来肿瘤分子生物学和靶向治疗的迅速发展,对肿瘤的进一步认识,我们对多学科综合诊疗的认识如何来提高?

目前,癌症已经成为一个全球性的公共健康问题,20世纪80年代以后,肿瘤患者越来越多,已经发展成一种常见病、多发病,国内很多有肿瘤科的医院不断地扩张肿瘤科,原来没有肿瘤科的县级地院,现在也设立了肿瘤科。拿南方医院来说,全院各科室的肿瘤患者占1/3左右,按照这样的发展趋势,未来20~30年肿瘤的患者还会持续地上升。

我们做任何事情,如果没有计划,就意味着失败。同样,在肿瘤的治疗和控制方面,如果说没有完整的治疗计划,就意味着治疗终将会失败,我觉得这句话是非常有意义的。全球的癌症状况是平均每年有1000多万的新发病例,死亡的是600多万,中国有200多万。从发病率的病种来看,发病率最高的是肺癌、乳腺癌和大肠癌,死亡率最高的是肺癌、胃癌和肝癌,患病率最高的是乳腺癌。这里面可以看出一些问题,肺癌发病率高,死亡率也高,乳腺癌发病率高,但是死亡率不是最高的。为什么乳腺癌是这么一个结果呢?就是因为乳腺癌综合诊疗的思路被大家广泛地认可,综合诊疗做得最好,所以乳腺癌患者的生存期相对长。

对肿瘤的再认识。可能以前认为肿瘤生长在某个器官或脏器的局部,因而



过分地强调局部治疗,但肿瘤的实质是一种全身性疾病,虽然不知道病因,但是我们了解很多的致癌因素,这些致癌因素可能作用于局部,也作用于全身。也许每一个人根据个人情况不一样可能患不同的肿瘤,我个人认为,病因不清楚,可能有个体的差异,包括基因的差异、工作环境的差异、生活习惯的差异。肿瘤虽然长在局部,但是是一种全身性疾病,肿瘤的病因非常复杂,我们治疗起来比较困难。

对于肿瘤治疗来讲,紧紧依靠某一种治疗手段是不能给患者带来很大益处的,所以我们会想更多的办法,更多地联合手段。如何来进行综合治疗,这是一个关键问题。

我们现在医院的体制,我个人觉得,对肿瘤这个学科来讲是有缺陷的。肿瘤学科是一个年轻的学科,南方医院的肿瘤学科是20世纪90年代成立的。传统分科是按照系统来分科,对于现在的肿瘤专业来讲是不是适合还值得商榷。在肿瘤治疗中我们提出“四专三固定”的制度,把肿瘤当做一个专科,专病、专技、专家、专科。一个专家针对某一个专业的病;用一个专业的技术来作为我们的分科。还有一个是固定的场所;同样的事情,一件事情做得越多,重复得越多,可能会做得更好、更精确;还有做固定的事情,肿瘤治疗包括化疗、放疗和微创治疗等。

客观地说,每一个人包括每一个专家的精力都是有限的。能够相对固定地做某一个固定的专业,或者是用某一个专技,才能发挥个人最佳的能力,也能够帮助他成长。但是目前的科室设置,特别是在综合性医院里面的科室制度,可能对肿瘤综合治疗的发展有一个很大的限制。比如说各个科室的团结协作问题,有的时候我们中国人缺乏团结协作的精神,也是阻碍我们对肿瘤进行多学科综合治疗的一个原因。

还有一些存在的问题就是社会上的一些原因,这里包括经济的原因。我们现在很多的医院,一谈医院好不好,医院的大小,效益好不好,首先看创收。创收多少个亿,可能是创收英雄。创收哪里来呢?都是来自一线临床的科室,一线科室的目的就是创收。



在现代的教育里面还没有肿瘤专业,肿瘤的治疗都是分散在各个系统里,大部分的医生以前都不是在肿瘤专科,都是后来转行的,多数肿瘤科的成立就是这个科抽几个人,那个科抽几个人组建,边工作边学习。从目前来看,肿瘤学科经过 20 多年的发展,专科医生的规范化培训是非常重要的,特别是肿瘤这个专业,医生的专业知识的缺乏和更新的不够,对多学科综合诊疗的重要性和一些新的进展认识不足,是直接影响规范化治疗水平的因素。

什么叫多学科综合治疗?这个定义,我觉得从最早提出来到现在已经有很大的进步了,内容不断地充实,根据病人的身心状况,首先把病人放在首位,以前我们把肿瘤放在首位,只看到病不看人。还有一个是明确肿瘤的状况以及病人的状况,结合现在科学进步带来的一些对肿瘤的认识,包括生物学方面的改变,有计划地、合理地利用现有的各种治疗手段。这里不排除任何有效的治疗手段,只是如何来合理地计划、应用,这是一个难题,也是考验每个人的能力或者精力的问题。

实际上,合理有计划地运用是以循证医学为基础的,我觉得还要加上一条——病人的意愿,有的病人得了肿瘤就不愿意治,你也没有办法。以最适当的经济费用取得最好的效果,这个是经济的原因,以前没有考虑这一条,现在把经济的原因也加到里面,提高性价比,最大限度地提高病人的治愈率,延长生存期并大大地改善人的生活质量。很多人讲要有尊严地活着,要有尊严地死去,这里的生活质量更重要了。

多学科综合诊疗的原则,我们已经非常熟悉了,局部和全身并重,不要只看到局部,要看到病人整个人是一个社会的人,在一定的时间,社会的角色有很多要扮演。还有循证分期治疗,成本与效果并重,不排除任何有效的治疗手段,中西医结合是我们国家的传统,不能丢,不断地探索治疗的手段。在综合性医院要想多学科综合诊疗,要保证在前面讲的定义上执行,可能需要有一些制度上的保障,大家要达成共识,一个肿瘤专家会诊中心如何来成立,我们后面会讲到。

还有单病种的专家组。肿瘤是一种非常复杂的疾病,每一个人患病都可以



看成一组肿瘤,可能这个人得的肺癌和那个人得的肺癌治疗方案不一样,因为他的分期、病情等情况都不一样,单病种的专家就可以去深入地研究。单病种的病区和公共的诊疗技术平台,从治疗的方法上来讲,我们应该对大家开放。放疗作为一项技术,作为一个技术平台,向所有的病种、病区开放,把技术作为一个专科来建设。

还有一个多学科联合门诊,多学科联合查房的制度。这就要具体落实肿瘤会诊,多学科共同讨论使大家达成共识,提出诊疗的意见,保证得到实施。传统的治疗模式按照外科、普外科,包括乳腺、肠道等划分,以前的观点是,只要是普外科医生,所有外科的疾病都能看,都能治。以现在的观点来看,普外科治疗胃肠道肿瘤,也治疗大肠癌肿瘤。最好是每一个专家能够固定一种病种。按照专病、专科、专科、专技联合合作,不要一个医生把所有的病都包了。因为看病有很多的因素,特别在广东这边,如果有一个病人认识你,不管他家里的人得了什么病都找你看,这里可能有社会的原因,有医生的原因,还有很多的因素在影响着。

多学科综合治疗的整体架构,包括医院的规章制度、科学建设是基础和保障。这个保障中,需要专家人员能够协作得好,有很好的团队文化。所谓的团队文化是长期协作以后,形成的制度,给大家一种合作的精神,这是团队文化的内容。一个优秀的企业肯定有优秀的文化,优秀的文化才能够保证我们所有的工作能够有序地开展起来。

多学科综合治疗主要的组成成员,对肿瘤这个专业来讲,在南方医院 80% 的科室都会涉及肿瘤专业,核心的成员包括肿瘤内科、肿瘤外科、病理科、放疗科、影像科的专家等,这些是肿瘤相关的非常重要的科室。一般来说,因为肿瘤需要有一个很好的康复期,所以还要有心理科、康复科。在中国,以前的康复科是运动科学的康复,肿瘤病人的心理康复还没有得到重视。例如,随访科,可以不断地判断我们前面所采用的治疗手段是否合理,没有随访,就没有办法评价我们的治疗的疗效;还有志愿者科、宣传科,在国外很多的医院还有很多的志愿者的团队为患肿瘤的病人服务,核心是肿瘤科的成员。



类治疗,已经是基本上明确了。

因为不同遗传学,不同的染色体改变,同样药物治疗的效果是不一样的。所以说,我觉得诊断是所有的治疗的关键,我们应该去分层分析。以前都像瞎子摸象,过去用于治疗乳腺癌的药物,后来发现也可以治疗胃癌,治疗大肠癌也可以用,所以说对于疾病的本质还没有认识清楚就诊断了。

我觉得分子诊断、遗传学诊断、病理诊断是肿瘤治疗的最基础的事情,当然这里面的大部分是外国人发现的。在白血病方面,我们中国人发现的还是很多的,我不知道在实体瘤方面中国的诊疗进展如何。我觉得一些大的临床肿瘤中心,就有义务先把国外的分子分型的诊断实施开来,来指导我们大家的运用。不要说专科肿瘤医生,外科来化疗,怎么能够了解,怎么能够学习呢?怎么知道肿瘤的宏观意义呢?所以说这个是一个诊断的问题,我们要建立、健全这个方法。

第二个是治疗评估的问题。中国的肿瘤病很多,哪一种肿瘤怎么样治疗,我们都没有去研究,有那么大的病群体,都没有去研究,如何过渡治疗,也没有去研究,化疗到底要达到什么样的疗程,国外的工作者做了一些工作,但是我们很难借鉴,我觉得我们肿瘤的临床学会、抗癌学会应该有义务把这些事情到底应该怎么样做,进行多中心的研究。

刚刚讲了,肿瘤多中心会诊模式,这是一个最完美的肿瘤治疗模式。一个肿瘤病人来了,由一个牵头的首席医生联合各个科室统一进行会诊,根据以前的循证医学和治疗结果来确定他应该实施怎么样的治疗,比如有的医师说先手术,后化疗,再放疗,有的医师说仅仅手术就足够了,有的医师说放疗就可以了,每个人的意见可能都不一样。现在这个问题很严重,在各个医院,肿瘤多中心会诊可能都实行得不好,这也就是关系到刚刚讲过的,每一个科室、每一个小团体都有各自的利益。我讲一个例子,一个朋友是淋巴结肿大,诊断为食管癌,外科转过去做手术,他只是站在手术科室的角度考虑,并不是对肿瘤整体来考虑治疗。这些问题和现行的医疗体制有关系,我想也很难解决,包括外科医生去做化疗,这些问题不可能一下子都能得到圆满解决。



比如说对于乳腺癌、肠癌,首先是外科治疗,手术完了以后进行化疗,都是科室的利益,局部的利益在影响,这个很难解决。现在各个医院为这个问题说了多少年了,照样是普外科继续进行肠癌的化疗和乳腺癌的化疗。如果真正做到了医药分家,我想普外科医生也不会去做化疗,这实际上是有一些利益的因素在里面起作用。

一说就牵涉医改的工作,我觉得我们今天在这里讨论,都有一个很好的愿望,为了对病人联合会诊,确定最佳的方案,确定最好的程序。到了医院,要做到真正执行,还需要时间,因为涉及医疗体制的问题,利益分配的问题。

吴江:

我想谈谈医院的肿瘤中心相关科室如何有顺序地运作。多学科综合治疗看起来很美好,但是实现起来是很难的。我想先举一个例子,某个女性患者其实是淋巴瘤,但患者发病后首诊是某医院的外科,当时医师综合分析病情后,考虑诊断是亚急性的甲状腺炎,同时CT显示左侧的甲状腺肿块。第一次处理是按照亚急性甲状腺炎来治疗,后来效果不好,患者甲状腺肿大了,呼吸很困难,转到比较著名的三级医院做手术。后来我给她进行会诊,发现是弥漫大B细胞淋巴瘤,因为在行气管插管的时候可能人为地把气管弄破了,所以治疗三天后患者就有感染,最后对她进行两周化疗,一周过后,因为不是很严重,又转回普通的医院。

这样的治疗给我们后期带来的麻烦是感染未得到控制,与原发性肿瘤发展并存。这个案例给我们的思考是,如果这个首诊的医生是一个肿瘤专科的医师,是不是也会出现这个问题?如果当时能够进行肿瘤多学科会诊,情况会不会不一样?是选择活检还是穿刺?综合治疗的问题在哪里?刚刚张教授把NCCN的模式已经讲了,在实施NCCN时的具体的规定有这几步,但是在我们的综合医院实施起来,可能会有困难,如果每一个患者都要组织那么多的专家,我们每一个地方都做这么多的治疗,可能有很大的困难。

这个瓶颈在哪里呢?在综合医院,我们从事专科的都知道综合治疗的重要



性,但是其他的专科都不了解,我们和国际上存在很大的差距,综合医院获得肿瘤的治疗方案很零散,原因在哪里呢?

第一,在教学上面没有相关的课程,存在医师水平问题和专业化问题。第二,对某些疾病的治疗,新药的研发有突破,但是客观地说总体上还是落后,肿瘤医生都是来自各个科,其知识结构很零散,所以在某种程度上其思维受到一定的局限,所以专科医生的专业水平要不断地提升。还有对于非肿瘤专科来说,肿瘤知识怎么普及?医院的领导以及其他科室的医生要对肿瘤科予以重视和理解,此外与经济、政治环境和政府的投入也有关。

我们知道,近年来 NCCN 指南和循证医学已经为我们的临床工作提供了一定的依据,但是由于全国各地经济状况的差异等问题,会直接导致临床治疗水平和手段的差异,一些先进的技术、新手段和新药物的运用肯定会受到限制,从而使我们同样是运用国外 NCCN 指南,在不同的地区和人群中,效果可能不一样。

某些人用一种方法取得较好的结果,是否一定要用 MDT? 在综合医院都是简单的、粗糙的、机械的,不是准确的、精细的、合理的、科学的、最适当的费用。在临床的操作上,即使有 MDT,但是存在技术水平不同和权威,也就是谁拍板的问题,这些会左右着我们综合治疗科学与否。我们希望以病人为中心,以最少的治疗费用取得最好的效果。但是存在谁把关的问题,谁管的问题,谁制订、谁监管的问题。

所以,真正地实行科学合理的肿瘤多学科综合治疗,不仅仅是医学界和肿瘤医务者的问题,还与社会、政治、财政、医改等各种因素密切相关,在现有的条件下,单单依靠我们医疗界的努力,在综合医院里面实现综合治疗的困难确实很大,至少是不完全和不完美的。

吴兰笛:

前面几位专家都讲到了一些肿瘤多学科综合治疗现状,我也非常地认同,但是五分钟时间非常宝贵,我想从两个角度谈谈我的看法。



第一,在沙龙上谈到肿瘤专科发展的时候,我们眼界可以再放开一点,我认为这个不是一个局部的专科的问题。肿瘤医学的发展,本身是一个开放性的学科,为什么呢?一个是它的病种的涉及面,病人的涉及面,还有本身肿瘤专科的治疗技术的涉及,都是处于动态的发展。在我们综合医院,相较其他学科来说,肿瘤学科被同行认可的时间还是比较短的,还在不断地更新,我们的发展也是比较快的,要不断地通过肿瘤学的理论去发展。在这种情况下,从分子医学各方面讲,我们不断地突破自我,突破肿瘤学。从这个角度讲,我们的病人在全院都存在。但若让肿瘤医生什么都会做是很困难的,让其他科室的医生掌握肿瘤的所有治疗手段也是有困难的。

由此导致了现在医院里面专科的医生手术治疗都非常漂亮,但是肿瘤专业的不是很懂,包括我们这个专业。很多科室的护士天天在做化疗,但是对于化疗中的具体要求和毒副反应的了解不够透彻,甚至有很不了解的。所以,对于病人的护理观察也不够细致。因此,我觉得我们的发展应该突破本专科,本专科的角度,要站在病人的角度,站在社会的层面上。

先讲一下在医院里面,我认为要通过各种渠道呼吁卫生、行政部门,让他们为肿瘤专业的技术准入设立门槛。前一段时间,我国对所有的麻疹人群都做了免疫注射,做免疫注射之前每一个人都要去培训的,有了免疫注射的上岗证才能打麻疹疫苗,这种做法是最好的。我们肿瘤治疗要求这么高,也应该有一个技术准入条件,这需要卫生行政部门重视,很多的医疗纠纷都是肿瘤治疗初期发生问题的,很多的外科医生连肿瘤的医嘱都看不明白就去打化疗,这样做风险是很大的。

另外,还有医保方面也要谈谈。不是说能够为肿瘤病人治疗的医生变得越少越好,而是希望能够接触到肿瘤治疗的医务人员应该有一定的资格才可以下医嘱,才能实施特殊的治疗手段,这一点应该能够做到。在医学科学中,既然肿瘤已经成为这么大的病种,应该加大关于它的培训力度,在课程设置中,应该设置更加多的课时和章节,讲得比较细,这个是第一个问题。

第二,老百姓从害怕癌症到关注肿瘤问题。我觉得对于今天讨论的话题除



了包括肿瘤专科以外,也应该包括全科,因为我们对于肿瘤医学的研究目的是降低发病率,提高生存率。降低发病率,应该关注到肿瘤高危人群住院前后的问题,因此我觉得我们还应该关注在社区方面大力地开展一些实质性的工作。怎么样预防肿瘤?注意生活方式、营养搭配、适当运动。另外还有一级预防“三早”(早发现、早诊断、早治疗)、二级预防,这些都应该覆盖高危人群,让更多的人,更多的医疗机构和医务人员能够进入肿瘤医学的行业中来,关注老百姓的肿瘤发病的问题。还有出院后带瘤人群增加,时间延长,往往成为高龄人口重要的健康问题,这一点要给予实质性的健康指导,包括肿瘤病人后期的服药和复查等。

现在有很多病人手术做完了以后不用住院,而是每隔几天来医院打一次针就可以了,这些技术保障的问题应该由护理协会来给予技术指导。另外,康复社区规范性的治疗,家庭照顾中的治疗,还有对临终病人的照顾,这些方面都是日益重要的问题,如果能够提出来的话,引起政府的高度重视,在医保的费用,养老保险的费用,在照顾人群等方面可能会有一些改善。

最后一个就是关于患者家属的问题。病人得了肿瘤以后,我们看到围绕着医生的就是家属,家属在人、财、物和时间上的投入是不遗余力的,家属投入了大量精力。在对病人进行综合治疗的同时,我们也很应该对患者家属给予心理关怀,并应该作相关的研究。

崔伟雄:

谢谢尊敬的各位专家、领导,给我这个不是学术专家代表的机会,发出一些另类的声音。我是广州市癌症儿童家长会的会长,我涉及这个人群,并不是因为我研究这个医学问题,而是因为我的孩子是一名癌症患者,我今天分享的主题是面向儿童癌症的服务。

什么是志愿服务呢?志愿服务是在不为任何物质报酬的情况下,为改善社会服务,促进社会进步而提供的服务。刚刚张军一教授也谈到了志愿服务。我非常高兴,有医学专家提到志愿服务。我自己的定义是为这个非营利性的服务



提供的服务,称之为志愿服务。志愿服务在国外已经开展很久了,范围很广泛,也很规范,面向癌症的志愿服务,包括了癌症的方方面面,并且这些服务也日显重要。

国际组织提供过这样一个案例,在巴西,针对小孩白血病作的一个研究,医学的进步和相关的志愿服务的不断提高,促进了治愈率的不断提高,这有确切的证据。随着医学水平的提高,相关的志愿服务怎么样改善呢?刚刚吴教授讲的,有一个后期的间隙的治疗,防止治疗间隙的小朋友因护理不规范得到感染。还有一个是筹款活动,能让更多的患者得到治疗的机会。

国际上有一个组织,其成员都是癌症小朋友的家长,叫 ICCCPPO,我们广州市癌症儿童家长会是唯一一个 ICCCPPO 的中国成员。在家长会成立之前,面向癌症患儿的志愿服务很少,家长会成立于2006年的4月,因为当时 ICCCPPO 有一个会议在上海召开。

家长会的活动挺多的,形式多样,这些活动包括平时的探访,重大节日的慰问,组织志愿小朋友开展各种各样的游戏、绘画的活动,组织康复者进行户外活动,通过媒体向社会报道。这些活动举办的一个重要的作用是建立作为医患之间沟通的平台。这是家长会活动的一些照片,我们在医院活动时播放的照片、节日活动的照片(图略);家长会的另外一个活动“愿望成真”,康复者的活动日,康复者欢乐日。另外,家长会所有的活动都是免费的。

同时,家长会也注意加强对外交流,这是我们参加柏林的 ICCCPPO 的年会,去香港地区做的培训,6月份家长会派出欢乐代表参加国际白血病儿童周。我们连续两年被广州市评为志愿服务的先进集体,也很高兴抗癌协会能够接纳我们。

我们理解志愿服务是一种对传统意义上的医疗护理的一个有益的补充,对于癌症患儿的群体的家长是不可或缺的。另外一方面,在提倡医患关系和谐和人性化服务的今天,面向癌症儿童的志愿服务意义就更加凸现。现在面对的一个问题是志愿者很难获得一个合法的身份。第二个问题,没有一个固定的场地和工作人员,这些问题都是有待解决的。最后有一个希望,希望在座的领导专家能给予相关的志愿服务理解与支持。



第二专题

肿瘤多学科综合治疗的困惑与难点

◎张伟京

实际上,在治疗肿瘤的过程中,需要多学科的综合治疗,当然在这个过程当中也遇到很多的困难,后面我们一一进行讨论。

肿瘤多学科综合治疗的理念已经有半个多世纪的历史,现在大家都在努力地运用多学科的方法来进行治疗,逐步成为恶性肿瘤治疗的指导原则。而且由于多学科有互补优势,有更多的方法治疗某一种肿瘤,能够取长补短,获得最好的效果。现在新的方法也在不断地涌现,因此给予了更大的想象空间。在我国,肿瘤多学科综合治疗的理念已经得到了广大临床肿瘤学工作者的认同,也就是恰当地、合理地、科学地运用综合治疗的方法,提高疗效,降低副作用,节约患者的经费。然而,如果多学科的方法应用不当,可能会给病人增加经费,这就要求我们很好地运用各种治疗方法。

在与肿瘤相关的各种临床研究项目、指南、专著、会议、讲座中,大家都在谈论多学科综合治疗。由于信息时代的出现,全世界的各个角落,都在学习新方法,综合治疗的方法。在中国,我们也有幸和全世界的先进方法同步。多学科治疗的出现,也受到了医患、民众甚至政府的叫好,为什么呢?首先是患者受益,其次是医生受益,因有新的方法,可以为患者解决的问题,政府开发的就业机会增加,所以大家很开心。

当然,怎么样施行综合治疗,真正实现新理念改革的综合治疗,还是有困难。目前,我国肿瘤多学科综合治疗的现状不尽如人意,在这热闹浮华的背后,我们见到的是,我国的肿瘤多学科综合治疗,多数还停留在吆喝的阶段。忽悠多于实际、口头多于现实、形式多于内容,没有实质性的进展。它的实质到底是



怎样进行的,还是一个难题,而且难度非常大,就我国肿瘤多学科综合治疗的现状和困惑进行剖析,谈谈自己的看法和观点,希望对规范和落实肿瘤多学科综合诊疗有所帮助。

难在哪儿? 综合治疗谁是核心? 谁来牵头? 相互之间有指责、有争论,到底为什么呢? 我归纳为“三自一包”。

一是自恋,医生对于自己的专业非常热爱,很敬业,很努力。外科医生肯定先说外科是老大。放疗科医生也会说,外科现在能解决的问题,我也能解决,外科不能解决的,或者是外科难解决的,我也能解决,放射治疗将来一定可以代替外科。现在放射医生已经提出这样的口号了,甚至认为早期肿瘤放射治疗会优于外科,所以都很自恋。

二是自如,每一个医生对于专业技术精益求精,对它的潜力、现状及运用很了解,自己应用自如,所以他也很愿意用自己的技术。

三是自力,实际上就是自力更生,经济还是要靠自己。包干,我们的体制实际上是一个半包干的制度。如果把这一科交给你,你的工作职责告诉你,奖金、发展、生存问题都要自己解决。如果不把这个科做好,发展不行,挣不来钱,科研也不行,病人就没有,大家也不拥护你,所以“三自一包”是产生争论的一个原因。

因此要求我们是不是要自醒、自律、自强? 理论上大家都赞同,但是实施起来有难度。实际上,医生都是以人道的精神来对待病人的,基本思想是一切为了病人,按照医疗原则办事,收治适合本专业的病人,必要的实行转科。大家都是在努力地这样做的,但是还是存在一些问题,问题在哪呢? 千军万马都在追杀肿瘤,怎么说呢? 内科、外科、中医科都在收治肿瘤患者,谁先收到病人,谁就先诊治,该治不该治的都治,该留不该留的全都留,该化疗的不化疗,可能去做手术了,该手术的不手术,可能做了其他的治疗。

所以该与不该的问题,确实是困惑我们的一个问题。当然也给患者造成一些不必要的损失,包括经济,甚至可能是生命的代价。现在很多医生各种肿瘤“通吃”,各种手术“通做”,各种治疗手段“通用”。实际上还是一个生存与发展



的问题。生存与发展,实际上是困惑着每一位专业医生的一个大问题。

这样可能影响我们的治疗,怎么办?我们提出两点意见:第一,我们要不要改革人才的培养;第二,我们要不要改革体制、机制方面的问题,体制对我们多学科治疗有什么样的影响呢?从根本上讲在本科阶段,我们要弥补肿瘤学教育的不足。临床医学为一级学科,外科、内科、小儿科等为二级学科,很多院校临床肿瘤学不作为二级学科,肿瘤学在临床医学中没有单独列出来。在医学院里学习、在综合性医院训练住院医师时,肿瘤学不是重点教学项目,教学内容被分散于内外专科的教学中,没有体现出肿瘤专科的特点。例如,肿瘤外科医师应该十分熟悉、会运用外科治疗以外的处理和辅助手段,否则只能算普通外科医师,而不是肿瘤外科医师。但是通常外科训练不包括这些内容。这就从根本概念上强调了临床肿瘤学不等于单一外科学、单纯放射治疗学或单独的肿瘤内科学。肿瘤学作为一个重要的学科,应该有所弥补,对于肿瘤学,需要综合治理的一个学科,在本科教育阶段应该加强。肿瘤专科医师应该怎么样制度化,能够让它完善和规范化地进行各种的培训。刚刚专家说到准入制度,实际上,不同的医院也有准入制度。在我国,专科医生培养制度还不完善,大学毕业后,医学生被分配到综合医院或者专科医院,在各个医院接受住院医师培训或接受肿瘤专科医生的培训。受学术水平和设备条件等的限制,各个医院培养出来的专科医生的水平存在很大的差别。专家也有不同的层次,有肿瘤学专家,还单病种专家,还有专病专技的专家。我觉得作为一个肿瘤专家,应该有基本的肿瘤学知识,加上某一个专病的肿瘤学知识,再加上至少一种以上的专门的技能,比如说放疗,比如说手术、化疗,这样的知识背景,当然可以一专多能。但是也不可能局限于某一种技术,也可以是某一种病,这对综合治疗是有帮助的。具体来讲,在经过严格的专科医生培养后,肿瘤专科医生对不同恶性肿瘤的病理、分期、预后和治疗原则应有全面的了解和掌握,特别是对某一期别的恶性肿瘤在手术、放疗或化疗方面的具体治疗路径应有全面的了解,而不是仅仅局限于本专科的知识。肿瘤专科医师需要国家建立专科准入制度,不是任何医学院毕业的医师均可声称为肿瘤专科医师,这样才能保证恶性肿瘤医疗质量。



继续教育和更新知识,对此再教育方面应该做更多的工作。综合性医院需要开展常见肿瘤治疗规范的再教育,并分别给予充分结合临床的考核,使各级医师明确所在学科对不同的疾病、不同的病人、不同的病期、不同的生物学行为所处的地位。如果仅仅知道本专业的知识,势必坐井观天,对肿瘤的多学科综合治疗原则缺乏全面了解,或者不愿意接受综合治疗的理念。只有不断地教育,特别是保证年轻一代医师的正规教育,才能使他们真正建立多学科综合诊疗的理念,保证综合诊疗落到实处,而不只是停留在口头上,使肿瘤专家有很好的储备力量。

传统的治疗手段为主的分科方式,我们很熟悉了,即分为肿瘤内科、肿瘤外科、肿瘤放射治疗科、肿瘤介入科等,这种模式的特点是容量比较大,使得肿瘤的病人可以同时到各个科去就诊,也得到了相对比较合理的治疗,但是也存在千军万马的问题,这种划分对肿瘤治疗需要多手段的应用是不利的。当然也有新的设想,比如说按病种分科,我们医院有肺癌科、乳腺癌科、肠癌科等,但是也不是单一的,内科是这样分的,而外科还是按照传统的治疗手段分科,实际上是传统和新方式的结合。因为完全按照新的方式分科也有它的弊病,以疾病进行分科,虽然可能有利于在一个科室开展手术、化疗和放疗的综合治疗,但不利于手术、化疗或放疗治疗手段的进步。常见的恶性肿瘤有几十种,分成几十个科室,而每个科室必须有外科、内科和放疗科医生,显然不利于管理和资源集中,仅适用于发病率比较高的几种常见肿瘤,如肺癌、乳腺癌、肝癌等。

还有一个是按照不同的部位分科,很多的肿瘤医院是按照这样的方式分的。按这种分科也有它的局限性,比如说肺癌科分内科、外科、放疗科,肝癌科分为内科、外科、放疗科,多少个病种有多少个若干的小分支,很烦琐,难以实现。但是可以考虑,内科里面以病种为牵头,治疗方法上,内科和放疗科可以合并在一起。我们医院内科如淋巴瘤科,要求医生既懂放疗,又懂化疗,训练的过程都要进行相应的专科训练。实践了几十年,我们医院是从建院开始就是这样的,还是可行的,但是外科还存在不足。

单病种专家制是可取的模式,单病种专家组由肿瘤外科、放疗科、化疗科、