

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.13.027

文章编号: 1005-8982(2016)13-0138-03

多学科协作模式对结肠癌患者住院费用、 平均住院日、并发症发生率的影响

刘清安,肖泽民,郭敏,刘书田,杨利民,陈新文,刘海军
(湖南省常德市第一人民医院,湖南 常德 415000)

摘要:目的 探讨多学科协作(MDT)对结肠癌患者住院费用、住院时间及并发症发生率的影响。**方法** 选取该院收治的 124 例结肠癌患者为研究对象,分为 MDT 组和非 MDT 组,分析比较两组患者的住院费用、住院日期及并发症的发生情况。**结果** MDT 组患者的住院费用和住院时间均少于非 MDT 组($P < 0.05$);MDT 组患者治疗过程中呼吸衰竭、肺部感染及切口感染的发生率低于非 MDT 组患者($P < 0.05$)。**结论** 多学科协作治疗模式能够有效优化治疗过程,促进患者恢复,减少住院费用及住院日期,同时减少并发症的发生。

关键词: 多学科协作;结肠癌;住院费用;住院时间;并发症

中图分类号: R735.35

文献标识码: B

Effect of multidisciplinary team on hospital fee, hospital stay and complications of colorectal cancer patients

Qing-an Liu, Ze-min Xiao, Min Guo, Shu-tian Liu,
Li-min Yang, Xin-wen Chen, Hai-jun Liu

(Department of Gastrointestinal Surgery, the First People's Hospital of Changde,
Changde, Hunan 415000, China)

Abstract: Objective To explore the effect of multidisciplinary team (MDT) work model on hospital fee, hospital stay and complications of colorectal cancer patients. **Methods** Totally 124 colorectal patients who received treatment in our hospital were divided into MDT group and non-MDT group. The hospital fee, hospital stay and complications were analyzed. **Results** The hospital fee was significantly lower and the hospital stay was significantly shorter in the MDT group than in the non-MDT group ($P < 0.05$). The occurrence rates of respiratory failure, lung infection and incision infection in the MDT group were obviously lower than those in the non-MDT group ($P < 0.05$). **Conclusions** Multidisciplinary team can effectively optimize therapeutic process, promote patients' recovery, reduce their hospital fee and stay, meanwhile reduce the complications.

Keywords: multidisciplinary team; colorectal cancer; hospital fee; hospital stay; complication

随着医学模式的改变和对肿瘤治疗的不断认识,单一学科的肿瘤治疗模式已经无法为肿瘤患者的治疗提供全方位的治疗策略^[1],因此多学科协作(multidisciplinary team,MDT)综合治疗模式应运而生。MDT是指由多个学科针对一种临床疾病进行诊断和治疗方案的商讨,基本组成包括肿瘤内科、肿瘤

外科、病理科、影像科、放射科、放疗科、基础研究人员、护理人员等,有时也包括心理辅导人员、物理治疗专家等^[2]。研究表明,MDT可以有效提高患者的治疗效果和预后^[3],延长患者生存期^[4]。本研究试图分析多学科协作模式对结肠癌患者住院费用、平均住院时间及治疗期间并发症的影响。

收稿日期:2015-11-23

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2012 年 3 月 -2015 年 3 月本院收治的 124 例结肠癌患者为研究对象。其中,男性 80 例,女性 44 例;年龄 26 ~ 78 岁,中位年龄 55 岁。根据是否接受 MDT 治疗分为 MDT 组和非 MDT 组,每组 62 例。两组患者一般情况比较差异无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①术前结肠镜活检确诊为结肠癌;②临床分期明确;③无肿瘤病史;④远端转移部位确定;⑤可以接受根治切除或姑息切除术;⑥病患资料记录详实。

1.2.2 排除标准 ①有肿瘤病史;②非原发性结肠癌;③有其他严重并发症;④接受造口术患者;⑤接受过放、化疗治疗。

1.3 实验方法

所有患者术前经前纤维结肠镜检查及病理活检初步确诊为结肠癌性质,同时接受血常规、肝肾功能等的常规实验室检查,并对治疗过程中出现的并发症给予对症治疗。MDT 组患者入院后每周进行 1 次 MDT 模式的会诊,诊治人员包括消化、病理、影像、外科、临床肿瘤内科、精神心理医生和护理人员等,会诊专家根据病理科和影像科检查结果对患者病情进行综合评估,包括患者的身体整体情况、病情发展、临床分期及肿瘤生物学特性,内科和外科医生根据讨论的结果探讨合适的临床执行路径,确定手术方式、是否在术前或术后进行辅助化疗,单一化疗

还是联合化疗,有无必要进行放疗等,心理医生和护理人员则根据自己相应的工作经验,对治疗过程中需要注意的问题进行分析讨论,避免对患者造成不必要的困扰和伤害。非 MDT 组患者采用常规治疗模式,医生根据患者基本资料进行判断是否进行诊治,护理人员提供基本的日常护理。

1.4 观察指标

整理分析患者手术前后的住院费用和住院时间,以及总住院费用和总住院时间,同时记录分析两种治疗模式下患者并发症的发生情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计量数据以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,计数资料以用百分比或率表示,用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术前后及总住院费用比较

两组患者的住院费用比较,经 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),MDT 组患者手术前后及总住院费用少于非 MDT 组。见表 2。

2.2 两组患者手术前后及总住院时间比较

两组患者手术前后及总住院时间比较,经 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.01$),MDT 组患者手术前后及总住院时间短于非 MDT 组。见表 3。

2.3 两组患者并发症发生情况比较

两组患者治疗过程中呼吸衰竭、肺部感染、切口感染的发生率比较,经 χ^2 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),MDT 组患者的呼吸衰竭、肺部感染、切口

表 1 两组患者一般情况比较

| 组别 | 男例(%) | 55岁例(%) | 部位/例 | | | 临床分期/例 | | 肝转移/例 | 肺转移/例 |
|------------|-----------|-----------|------|-------|------|--------|--------|-------|-------|
| | | | 右半结肠 | 横结肠 | 左半结肠 | I+II | III+IV | | |
| MDT组 | 42(67.74) | 30(48.39) | 18 | 6 | 39 | 28 | 34 | 27 | 2 |
| 非MDT组 | 38(61.29) | 31(50.00) | 17 | 7 | 39 | 25 | 37 | 29 | 1 |
| χ^2 值 | 0.564 | 0.000 | | 0.060 | | 0.297 | | 0.130 | 0.342 |
| P 值 | 0.574 | 1.000 | | 0.932 | | 0.717 | | 0.857 | 1.000 |

表 2 两组患者手术前后及总住院费用比较 ($n=62$,元, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 术前费用 | 术后费用 | 总费用 |
|-------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| MDT组 | 13 136.61 ± 1 993.44 | 25 162.94 ± 9 505.54 | 38 345.73 ± 10 990.79 |
| 非MDT组 | 16 911.08 ± 6 819.03 | 30 103.24 ± 9 828.15 | 47 200.92 ± 16 397.31 |
| t 值 | 4.184 | 2.847 | 3.532 |
| P 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

感染的发生率低于非 MDT 组 ($P < 0.05$)。两组患者的吻合不良及死亡发生率比较,经 χ^2 检验,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者手术前后及总住院日比较 ($n=62, d, \bar{x} \pm s$)

| 组别 | 术前住院时间 | 术后住院时间 | 总住院时间 |
|---------|---------------|----------------|----------------|
| MDT 组 | 3.371 ± 0.633 | 11.306 ± 1.409 | 14.741 ± 3.141 |
| 非 MDT 组 | 7.387 ± 1.030 | 15.290 ± 1.885 | 20.463 ± 4.281 |
| t 值 | 26.154 | 13.327 | 5.520 |
| P 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表 4 两组患者并发症发生情况比较 例(%)

| 组别 | 呼吸衰竭 | 肺部感染 | 切口感染 | 吻合不良 | 死亡 |
|------------|----------|-----------|----------|---------|---------|
| MDT 组 | 1(1.61) | 2(3.32) | 2(3.32) | 2(3.23) | 1(1.61) |
| 非 MDT 组 | 9(11.29) | 11(12.90) | 9(14.52) | 3(4.84) | 3(4.84) |
| χ^2 值 | 6.691 | 6.960 | 4.888 | 0.208 | 1.033 |
| P 值 | 0.017 | 0.016 | 0.045 | 1.000 | 0.619 |

3 讨论

结肠癌是目前世界范围内常见的恶性肿瘤之一^[9],近年来发展中国家的诊断率不断上升。2005 年世界卫生组织的统计结果显示,我国结肠癌患者的 5 年生存率为 32%,仅为北美地区存活率的一半左右,主要是诊断及治疗不规范造成的。MDT 诊疗模式已在国外开展十多年之久,已经成为肿瘤诊治的基本模式。2010 年,卫生部医政司颁布的《结肠癌诊疗规范(2010 年版)》也对 MDT 的诊疗模式做出认可,MDT 是肿瘤规范化治疗的基础^[6]。MDT 诊疗的最大优势是在多个学科专家根据肿瘤的分期、病情、发展趋势和生物学特性共同讨论下决定的有序、有计划的诊疗方案,更大限度地发挥各学科的专业优势^[7],在很大程度上避免由于单一学科医生的主观判断而造成病情考虑不周,导致病情扩大、恶化、延误治疗时机等问题发生^[8]。

治疗方案是否优化,一方面反映在患者治疗效果;另一方则反映在患者住院费用、时间等方面。本研究从住院费用、住院时间和并发症发生 3 方面评估 MDT 诊疗模式对结肠癌患者影响。与传统的诊疗模式相比,MDT 组患者手术前后住院费用和住院时间显著减少,同时其并发症的发生率也明显降低。这是因为 MDT 是团队合作方式,其治疗方案是 MDT 专家根据病理及影像检查结果进行共同商讨的结果,避免患者由于单一学科专家经验不足而四处奔波,减少患者住院时间和费用,合理的手术临床执行路

径也会缩短治疗过程,有利于患者的恢复及预后^[9]。术前完善合理的检查可以明确患者病理分期、是否转移、转移情况等,对于制定合理的治疗方案必不可少。新辅助化疗是目前较常用的治疗手段,但是否在术前及术后采用新辅助化疗,目前对于 II 期结肠癌患者仍未达成一定共识^[10],因此在治疗过程中肿瘤的生物学特性、分期及转移情况必须纳入考虑范围。手术切除是根治结肠癌的主要手段,医生不仅需要高超的手术技巧,而且需要对肿瘤有综合的判断能力。MDT 诊疗过程中,外科医生会综合专家组的讨论意见,避免保守切除和盲目的扩大切除,以减少患者不必要的损伤。因此,多学科协作共同制定合理的治疗方案对结肠癌的诊治有很大的必要性。另外,MDT 治疗过程中专业的护理人员和心理辅导人员也会减少病患的心理负担,促进术后恢复和生活质量的提高^[11]。

综上所述,多学科协作模式治疗结肠癌可以有效优化患者治疗方案,使患者得到系统、规范的治疗,减少住院时间及住院费用,降低患者并发症发生率,促进预后,同时又可以促进各学科间的交流讨论,提高服务质量,适合在医院进一步推广。

参 考 文 献:

- [1] 张百红,岳红云. 肿瘤多学科综合治疗模式[J]. 西北国防医学杂志, 2012, 33(2): 156-158.
- [2] 沈焘,李云峰,蔡昕. 多学科协作模式下的大肠癌诊治进展[J]. 实用癌症杂志, 2011, 26(6): 680-682.
- [3] 姚宏伟,修典荣,付卫,等. 多学科协作诊治团队模式治疗可切除的结肠癌肝转移[J]. 中华外科杂志, 2013, 50(11): 961-965.
- [4] 姚青阳,许剑民. 多学科团队在结肠癌肝转移诊断与治疗中的应用[J]. 中华消化外科杂志, 2014, 13(3): 230-233.
- [5] SIEGEL R, NAISHADHAM D, JEMAL A. Cancer statistics, 2012[J]. Cancer Journal for Clinicians, 2012, 62(1): 10-29.
- [6] 王锡山. 多学科团队诊疗模式在结肠癌治疗中的重要意义[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(6): 479-481.
- [7] 刘新亚,刘翔,王莹,等. 恶性肿瘤多学科综合诊疗模式的探讨[J]. 中国医药导报, 2013, 10(27): 154-156.
- [8] MICHIKO T, SUGA S. The role of multi-disciplinary team in the surgical area-at present and in future [J]. Nippon Geka Gakkai Zasshi, 2010, 111(4): 220-225.
- [9] 赵剑. 执行临床路径对结肠癌患者住院费用、平均住院日、并发症发生率的影响[D]. 大连:大连医科大学, 2013.
- [10] 梁后杰,李建军. 结肠癌术后辅助化疗的共识与争议[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(1): 1-4.
- [11] 何芳,王敏,孙薇,等. 多学科协作模式下的快速康复流程在结肠肿瘤患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(12): 1589-1591.

(童颖丹 编辑)