

盆底医学多专业一体化诊疗体系的发展思路

王海东 丁曙晴 金 洵

(马应龙医药研究院, 武汉, 430064)

摘要 人类已快速进入老龄化社会,盆底功能障碍性疾病成为新的高发疾病。盆底功能障碍是由于盆底肌、结缔组织和盆壁纤维肌层等盆底支持结构损伤、功能退化或协调障碍所致,包括排便障碍、肛门失禁、膀胱过度活动症、尿失禁、盆腔脏器脱垂、痔疮、性功能障碍、慢性尿潴留和慢性盆腔疼痛等^[1-2]。PFD常表现为一组疾病征候群,常合并发生,涉及泌尿、妇科、肛肠和心理等多科,多专业一体化诊疗成为发展趋势。

关键词 盆底;多专业一体化;诊疗体系构建

Development Ideas of Integration of Multidisciplinary of Pelvic Floor Medicine

Wang Haidong, Ding Shuqing, Jin Xun

(Mayinglong Academy, Wuhan 430064, China)

Abstract Human Being has walked into the aged society and the pelvic floor disorder (PFD) has become a new common disease. PFD is caused by the injury of pelvic floor muscles, connective tissue or pelvic floor muscle fiber and functional deterioration or coordination disorder. Symptoms of PFD include dyssynergic defecation, fecal incontinence (FI), bladder overactivity (OAB), urinary incontinence (UI), pelvic organ prolapse (POP), hemorrhoids, sexual dysfunction, chronic urinary retention and chronic pelvic pain. PFD is often complied with a group of syndromes and connected with multidisciplinary including urology, gynecology, anorectic and psychology. Integration of multidisciplinary becomes a development trend.

Key Words Pelvic floor; Integration of multidisciplinary; Construction of diagnosis and treatment system

中图分类号: R2-03

文献标识码: A

doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.10.057

中医药、西医药的大发展阶段分别处于农业经济时代、工业经济时代,与2个时代相关学科和产业提供的支持相一致,显示二者具有密切的技术经济关系。见图1。

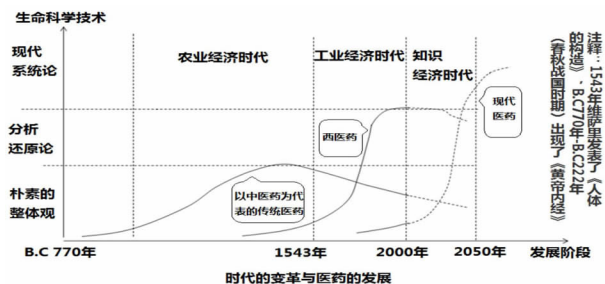


图1 时代的变革与医药的发展

随着现代生命科学技术的飞速发展,各医药学体系取长补短,相互融合的趋势明显,现代医药正在逐渐成型当中,这是由于世界发展观、消费观和医疗保健观的发展趋势正逐渐发生改变。见图2。

世界发展观、消费观和医疗保健观(以下简称“三观”)的发展趋势反映了全球范围内人类回归自

然的潮流,即开始追求以人为本的可持续发展观、追求以个性化和多样性为主要特征的生活质量,开始重视人体免疫力和整体医疗保健;原有医疗保健模式的局限性、人类人口学的改变、新的疾病对人类的挑战、经济发展对人类健康特别是人类创新能力的要求成为了推动医疗保健观发生变化的力量,同时也带来了传统药、植物药特别是中医药在世界范围内的兴起。三观的改变造就了医学模式的改变、对疾病及病因认识的改变、人们逐渐开始重视维护人体自身免疫力、重申“高质量的生存方式”为医学目的、构建新的“生命质量”成为主要健康指标。此外,“三观”的影响渗透了人类生活的各个方面,社会、经济、科技和文化活动都要面对这种变化带来的影响。这样,现代医学的渐趋融合将成为未来社会面对解决健康问题的更好方向。

当前,医学模式正由传统的“生物医学模式”向现代的“生物-心理-社会”医学模式转变,该模式由美国罗彻斯特大学医学院精神病学和内科教授恩格

基金项目:武汉市黄鹤英才资助

作者简介:王海东(1970.08—),男,博士,主任医师,马应龙医药研究院院长,研究方向:中医药多专业一体化、标准化、信息化、国际化, E-mail: drwanghaidong@foxmail.com

通信作者:丁曙晴(1973.10—),女,博士,南京市中医院肛肠科,副主任中医师,科副主任,研究方向:盆底功能障碍性疾病的诊治, E-mail: njgczx@gmail.com;金洵(1983.09—),女,博士,讲师,主治医师,研究方向:针灸治疗盆底疾病

尔(O. L. Engel)在1977年提出。生物医学模式是18世纪下半叶到19世纪初建立在生物科学的基础上,反映病因、宿主和自然环境变化规律的医学观和方法论。这种模式的主要缺陷在于只注重人体的生物属性,而忽视了人的社会属性;只重视人的生理活动,而忽视了人的心理活动在疾病发生发展以及防治与康复中的作用。也就是说,这种医学模式只从生物学的角度和还原方法分析研究人,把人的心理、社会因素抛弃了;以疾病为中心,不以患者为中心;治病却不治人。无法解释心理及社会因素对健康的影响,使它无法圆满解释和有效解决当人类健康所面临的更多问题。所以还在应用这种医学模式的治疗带来了临床上不完整的临床诊断、不当的诊断措施、无效的治疗、非必要的住院、医疗费用上涨及延长治愈时间等现实表现。反观“生物-心理-社会”医学模式,不仅关注人的生物性,同样关注人的社会性,充分认识到社会因素、心理因素对健康的综合作用,是对“生物医学模式”的更正与补充,它不仅重视生物个体本身,更重视影响个体和群体健康的社会、心理和精神状态,临床诊疗更加注重整体性,更加强调以人为本。多专业一体化诊疗服务的核心价值理念正是以人为本。这种诊疗服务模式改革了传统医疗服务模式,致力于实现“诊疗围绕疾病转”“医生围绕患转”“医院围绕疗效转”,真正为患者提供高效、便捷、综合的诊疗服务。

40%有不同程度的脏器脱垂。慢性盆腔疼痛在18~50岁的女性中发病率为15%,美国约900万妇女患有盆底痛^[1]。盆底功能障碍性疾病临床发病率高,病因复杂,病程较长,症状重叠,造成患者身体痛苦、精神抑郁、药物不良反应和经济负担等,严重影响患者生存质量,在国内日益引起关注。对该类疾病的诊疗采用多学科合作模式,按照临床路径理念,建立以患者为中心,患者、医疗者(多专业)、研究者等处于同一诊治体系下的“盆底中心”模式。见图3。已成为共识,是国内外近年最活跃的研究领域之一。国际上自2000年至今,已建立多家以结直肠外科、妇科、泌尿科或康复科为主的“盆底中心”。见图4。开展系列诊疗技术的研究、规范、培训和推广。

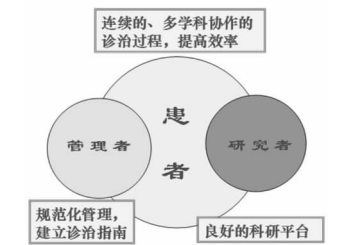


图3 以患者为中心的临床路径

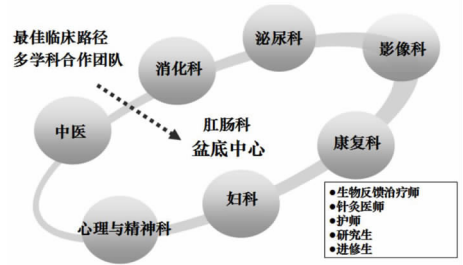


图4 多学科合作的诊疗模式

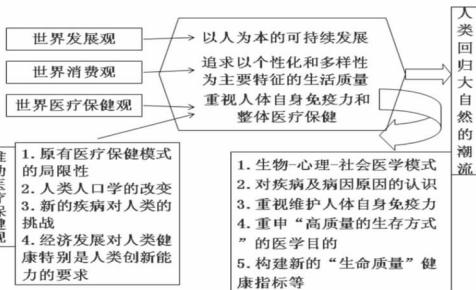


图2 世界发展观、消费观和医疗保健观的发展

1 为何建立盆底医学多专业一体化诊疗体系

1.1 建立以患者为中心,患者、医疗者(多专业)、研究者等处于同一诊疗体系下的“盆底中心”模式已成为共识 Richard 等研究发现^[3],尿失禁发病率男性为4.4%,女性35.3%;肛门失禁发病率男性6.8%,女性10.9%;痔疮发病率男性19.9%,女性30.2%;均与年龄和女性生产次数成正比。Hampel 等发现^[4],膀胱过度活动症男性发病率15.6%,女性17.4%,与年龄成正比。排便障碍的发病率为15%~20%,65岁以上人群中,女性为男性的2.2倍^[2]。美国健康研究发现^[5],50~79岁的妇女中约

1.2 多维度诊断模式和个性化综合治疗需在多专业一体化平台,以标准化方式规范和深化 多维度诊断和评估技术多是近二十年来逐步发展形成的。形态学诊断技术包括:排粪造影、钡灌肠、盆底动态磁共振和三维动态超声等;功能学诊断技术包括:结肠传输试验、肛管直肠测压、尿流动力学、盆底肌电图和诱发电位(盆底神经电生理)等^[1]。PFD 的征候群常合并发生,患者滥用各种药物,兼上消化道和精神心理症状,因此需根据患者的病史和症状综合评估,完成细致的专病诊断、体质和精神心理状态评估。这些评估技术。如图5。均需以标准化研究的方式规范和深化。治疗技术更是如此,每一项治疗技术。见图6。都是一个研究方向,需细化。以针灸治疗慢性便秘为例,需完成的研究包括^[6-11]:治疗优势类型、治疗方案的设计(针刺深度、刺激量、灸

法、穴位、电针参数等多角度研究任务)、实施(各项技术标准或规范)、疗效评估(患者报告结局/医生报告结局等)等,如此才能凸显各项治疗的优势。

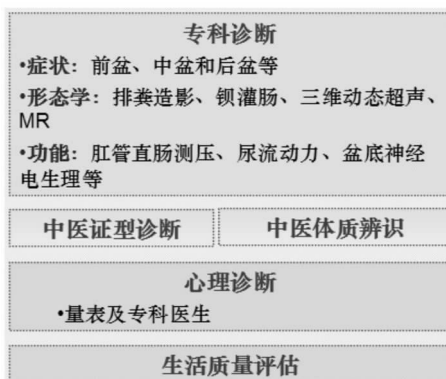


图5 多维度诊断和评估技术



图6 中西医结合的综合治疗技术

医疗人员和患者2个层面。医疗人员经专业系统培训,可完成许多跨学科工作,提高效率。对患者而言,为提高长期疗效,患者配合和家庭辅助治疗也必不可少。对一些无创安全的诊疗技术,如盆底生物反馈治疗等也可实施远程化,逐步实现慢病管理。21世纪的医学将从“疾病医学”向“健康医学”发展;从重治疗向重预防发展;从群体治疗向个体治疗发展^[12]。我国2009年推出的新医改将“疾病预防为主”作为医疗的最高目标。以计算机网络技术为手段,充分发挥信息化、网络化、无线化的优势,实现医疗前(预防、监护)、医疗中与医疗后(随访、个性服务)的医疗健康全过程的跟踪与服务,将医疗服务延伸到院外,整体提升医疗服务水平,构建盆底疾病诊疗的全国网络医疗中心。见图7、图8。

2 多专业一体化诊疗平台的内容

多专业一体化诊疗平台的内容包括临床路径、区域化医疗和慢病管理3方面。见图9。该模式以系列高新诊治技术为前提,以患者为中心,以提高疗效为目的,将中医辨证与辨病相结合,建立了从预防到治疗,从非手术到微创治疗的体系,整合中医、针灸、脾胃、治未病、康复、相关科室(妇科、心理、影像、盆底生理)、护理等学科。

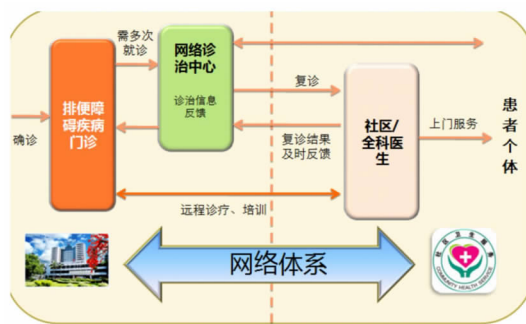


图7 患者治疗后随访及远程照护

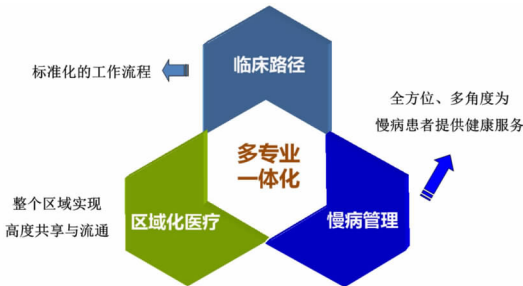


图9 多专业一体化诊疗平台的内容



图8 家庭治疗和实施方式

1.3 多专业一体化平台能实现诊治体系优化、培训和推广的良性循环 在多专业一体化平台下实现相对稳定的诊疗技术体系就需开展多中心研究,获得更大样本的循证医学证据,建立地区或国家诊疗指南,丰富专科和学科发展内涵,并以此不断优化临床实践,形成良性循环。实现相对稳定的高新诊疗技术体系后有必要开展各项技术的培训和推广,包括

2.1 临床路径:标准化的工作流程 临床路径是一个事先写好的标准化工作流程,是由各学科的专业人员根据循证医学的原则将某疾病或手术的关键性治疗、检查和护理活动标准化,按照预计治疗和住院天数设计成表格,将治疗、检查和护理活动的顺序以及时间的安排尽可能地达到最优化,使大多数罹患此病或实施此手术的患者由入院到出院都能依此流程接受照顾。临床路径具有综合性、时效性、多专业性以及结果可测量等特点^[13-14]。实施临床路径可促进盆底诊疗平台多专业协作配合,确保治疗和护理的连续性,使患者得到最佳的服务,保证资源合理及有效使用,减少医疗资源的浪费。

2.2 区域化医疗:实现高度共享与流通 区域化医疗是医疗卫生日益发展的必然,也是医疗卫生服务

宗旨的拓展。区域医疗信息化是区域医疗最直接、有效的体现^[15],即通过居民信息在整个区域实现高度共享与流通,方便患者就诊、降低医疗费用。盆底疾病区域医疗主要服务 3 类人群^[16]:1) 为百姓提供方便,无论是实现远程挂号预约、医疗咨询,还是开展远程会诊都需要远程医学信息系统作为搭建平台;2) 为医护人员服务,例如医生接诊时,远程系统能够为其提供就诊者在任何时间、任何地点的检验结果和医疗记录,使医生的诊断更为准确、治疗更有效,保证“双向转诊”时治疗的连续性;3) 为医疗管理人员服务,区域医疗数据中心的集成也必须以稳定高效的远程医学网络为依托,使卫生行政部门更好地协调医疗卫生资源,减少重复建设与浪费,充分发挥区域医疗卫生信息系统的经济效益、管理效益和决策效益。

2.3 慢病管理:全方位、多角度为慢病患者提供健康服务 慢病健康管理是指组织慢病专业医生及护理人员,为慢病患者提供全面、连续、主动的管理,达到促进健康、延缓慢病进程、减少并发症、降低伤残率、延长寿命、提高生存质量,并降低医药费用的一种科学管理模式^[17]。盆底疾病慢病管理是一种综合干预模式,该模式从生物-心理-社会医学模式出发,以人群为基础,重视疾病发生发展的全过程(高危管理、患病后的临床诊治、保健康复、并发症预防与治疗等),强调多学科合作,突出循证医学指导和健康教育的重要性,预防疾病恶化,提倡连续监管和持续评估改进的过程。

3 如何建立和实施多专业一体化诊疗(以排便障碍性疾病为例)

3.1 专病门诊是患者初期就诊和随访的基本方式

通过开设排便障碍性疾病专病门诊,每周 3 个半天,由盆底中心负责诊疗方案制定的医生带领下级医生、研究生、护士和治疗师完成。患者首次就诊时,经过问诊流程培训的研究生或进修医生负责收集患者的病史资料,并完成门诊病历部分。然后由负责医生补充问诊患者,完成查体,并根据患者症状及严重程度,分型分级诊治:第 1 级诊治,适用于多数轻、中度排便障碍性疾病患者,给予合理的饮食指导及认知教育,配合药物。第 2 级诊治适用于经过进一步检查未发现器质性疾病以及经验性治疗无效的患者,可完成相应系统检查,如结肠传输试验和(或)肛门直肠测压等,确定便秘类型;在此过程中患者需要根据最优化检查流程完成系列检查,以避免各种检查因不同准备要求而延长时间。第 3 级诊

治适用于对第 2 级诊治无效的患者,应对排便障碍性疾病进行重新评估,注意有无特殊原因引起的便秘,尤其是和便秘密切相关的结肠、肛门直肠结构异常;有无不合理的治疗,有无精神心理障碍,是否需要多专业联合评估或会诊,可根据患者的主要矛盾推荐妇科、泌尿科、精神心理科等医生联合评估,然后汇总至盆底中心负责医生。经过分级诊治后,患者再次就诊可提交完成的多项检查结果或会诊方案,由盆底中心负责医生将患者病因一体化解释后,给予个体化中西医结合的综合治疗方案,疗程结束后给予疗效评估或方案调整。患者经 2~3 个疗程后,予家庭治疗及健康教育方法,定期专病门诊随访,维持长期疗效,提高患者生存质量。

3.2 多专业一体化治疗室及治疗师是个体化综合治疗实施的基本方式

排便障碍性疾病根据动力学因素可分为结肠慢传输型和盆底功能障碍型,其中盆底功能障碍可根据排粪造影、钡灌肠、三维动态超声和磁共振等形态学检查方法分为盆底失弛缓型和盆底松弛型,又可根据肛管直肠测压、感觉功能测定、盆底肌电图和诱发电位等功能学检查方法进一步确定患者的病因是肌源性还是神经源性,是否合并直肠感觉功能减退或推动力不足等。由于患者便秘或失禁常合并排尿障碍、盆腔脏器脱垂或盆底痛等,常合并上消化道症状和精神心理问题,因此需要完成专病诊断、体质、精神心理状态和疾病相关生存质量等综合评估,最后制定中西医结合的个性化综合治疗方案。按照“盆底中心”模式,将相关检查和治疗技术整合设置到同一区域,让患者在专病门诊就诊后,根据医生方案,按照流程完成系列检查,再由盆底中心负责人全面分析病因后制定系统治疗方案,并在此区域完成包括认知治疗、中医药及针灸治疗、心理治疗、生物反馈治疗、体疗和食疗等非手术治疗,明确各治疗方法的介入时机,根据治疗方案完成相应的综合治疗。盆底康复治疗师是整个治疗实施的核心,可根据治疗方案贯彻完成所有治疗过程及指导。平均治疗 1~2 个疗程,每个疗程结束需要完成疗效评估,坚持患者长期随访,疗效不佳者需每周开展病案讨论,及时调整治疗方案。

3.3 慢病管理是维持长期疗效的有效方法

3.3.1 个体化行为干预指导 对疾病的认识:1) 使患者认识疾病,了解病因:首诊时应使患者对其疾病有清楚的了解,如“什么是盆底失弛缓?”“什么是结肠慢传输?”“什么是直肠前突?”“什么是盆底松弛?”。告诉患者疾病是如何形成的,如盆底松弛患

者多见于女性,可能与难产、生育次数多、产程过长、使用产钳或宫吸等有关。患者只有认识疾病,治疗时才能有更好的依从性。2)纠正认识误区:慢性便秘患者病程较长,经常会通过不同渠道了解自己的疾病,存在认识误区也就不可避免。比如许多患者认为“今天没有排便就得了便秘”“排便次数不少就不是便秘”“患上便秘就得用泻药”“得了便秘就要洗肠等”。患者对排便的错误认识在一定程度上会影响治疗效果。排便习惯指导:部分便秘是由于不良排便习惯引起,如忽视便意、生活无规律等。良好的排便习惯可保持大便通畅,预防便秘患者治疗后复发。排便习惯指导包括:1)养成定时排便的习惯;2)不可忽视便意感或强忍不便;3)防止久蹲;4)养成集中精力排便的习惯等。服药指导:部分患者一发生便秘就服果导片、大黄、番泻叶等刺激性泻药,服用时间较长影响肠壁黏膜和神经,破坏正常的肠蠕动,加重便秘。使患者认识到长期使用某种泻药,会造成泻药依赖,一旦停药,正常排便功能难以恢复;应在医生指导下,根据体质和病情,合理选用缓泻药、灌肠或微生态制剂。心理指导:便秘与精神情绪方面的异常常互为因果。首先要让患者知道慢性便秘病程少则三五年,多则三五十年,要治好非一朝一夕,必需树立长期治疗的意识,支持性的疏导、鼓励和安慰有助于获得疗效;其次在心理上有一个适应过程,对排便次数要采取“听其自然”的态度,对偶然出现未按时排便也不必介意;调摄情志,精神放松,保持乐观。饮食指导:便秘患者饮食应遵循个体化原则,合理选择食物品种,营养均衡,做到饮食规律,定时定量;多饮水,多摄入膳食纤维,适当进食油脂食品,维持肠道菌群平衡。运动指导:慢性便秘患者的运动应按照每个患者功能障碍的特点、疾病情况和康复需求等制定康复治疗目标和方案,因人而异,做到循序渐进、持之以恒、主动参与、全面锻炼。但应注意掌握活动量,不可操之过急。

3.3.2 个体化的巩固治疗方案 盆底肌家庭凯格尔模板训练:患者经过门诊1~2个疗程生物反馈强化治疗后,需进行盆底肌家庭凯格尔模板训练,继续锻炼肌肉功能,以巩固疗效。具体方法为:每日晨起或入睡前,取胸膝位,全身放松,做收缩10 s、放松10 s的提肛训练,至少120次/d。收缩时仅使用肛门的力,手脚、腹部等处尽量不要用力;收缩时不需要用全力,只需用最大力的1/3~1/2即可。针灸巩固治疗:患者经过1~2个疗程针灸治疗后,为提高疗效或巩固疗效,需进一步巩固治疗。有条件的患者

可按其门诊治疗的针灸处方继续1~2个疗程,但治疗间隔适当延长;没有条件的患者可行艾灸、经皮穴位电刺激、自我保健按摩等方法刺激穴位。根据其治疗进度和功能状态,为每位患者制定个体化的针灸治疗巩固方案,包括具体的穴位、操作方法、疗程及复诊时间等,并及时调整方案。药物巩固治疗:根据其具体情况,患者治疗结束时可配合药物以调整体质、巩固疗效,如中医中药、微生态制剂、膳食纤维等,疗程因人而异。精神心理状态异常需配合精神专科药物治疗的患者,需在专科医生指导下合理用药,不可擅自停药,并定期复诊。慢性便秘家庭治疗仪的开发:慢性便秘病程较长,病情复杂,1~2个疗程的综合治疗可改善部分症状,为进一步提高和巩固疗效,也考虑到患者的治疗成本和经济压力,有必要开发慢性便秘家庭治疗仪,如生物反馈家庭训练仪、生物反馈气囊训练、艾灸器、根据慢性便秘疾病特点设计参数的穴位电刺激仪、灌肠器等,目前正根据设想不同程度的实施中。

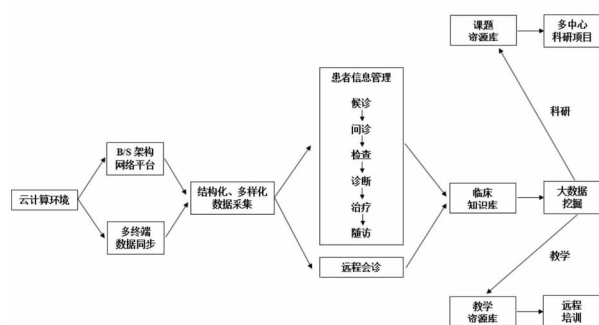


图10 基于盆底功能障碍性疾病的智慧医疗多功能一体化信息管理系统框架

3.4 疾病信息网络化的建立是高效运转的推动力 盆底功能障碍性疾病的智慧医疗多功能一体化信息管理系统(计算机软件著作权登记号:2014SR074666)建成以患者为中心的信息系统,数据部署在远程云服务器,医生能在共享平台中完整掌握患者的历次就诊和随访情况,借助信息化手段获得大样本循证依据,为科研、教学和远程诊疗等提供大数据支持,实现盆底功能障碍性疾病诊治的个体化和多专业一体化。系统以患者为中心,基于多学科医疗团队,协作多中心资源,改变传统就医模式,以循证医学实现多维度诊断和评估;完成门诊和远程会诊患者结构化、多样化的数据采集、整理、存储和共享,通过数据仓库进行临床大数据挖掘,为科研和教学提供数据资源,在此基础上利用系统开展多中心科研项目合作和远程培训。见图10。系统采用B/S架构网络平台,即浏览器/服务器模式(Brow-

ser/Server),以 WEB 浏览器为客户端,将系统功能实现的核心部分集中到远程云服务器上,简化系统的开发、维护和使用,并通过电脑、平板或手机多终端同步数据。系统的核心功能包括:1)便捷数据采集;2)智能随访跟踪;3)多维度数据分析挖掘;4)高效科研管理;5)实时远程培训。

期研修等形式,以及论文论著发表、课题研究、科研成果等方面制定人才培养计划及经费使用管理办法。每年度医院领导小组考核合格后下拨次年建设经费,经费实行统筹安排,分级管理,以此形成有效的激励机制^[18]。

3.5.2 建立相关诊疗流程和诊疗方案,并根据诊治结果不断优化 排便障碍性疾病多专业一体化实施过程中,主要抓住 3 条主线,包括人员组成、体系流程和优势诊治技术研究。见图 9。经过流程梳理,思路清晰,目标明确,形成完整体系,可使不同专业不同方向均得到有序发展,形成“合力”。

4 思考和展望

目前盆底医学“多专业一体化模式”使患者、医生、研究者及管理者的效率得到最优化,为新医改中患者满意度、慢性病管理、区域化医疗和中医药发展等均提供了较好的思路。虽然目前实施中还存在诸多问题,如医疗费用、治疗时间、人员最优化配置及公益性等矛盾,但着眼于医学整体观和“以人为本”发展方向,盆底医学“多专业一体化模式”必能吸引更多专业的融入,具有鲜活的生命力。

参考文献

[1] Giulio Aniello Santoro, Pawel Wieczorek, Clive I. Barrtram. Pelvic Floor Disorders [M]. Springer Verlag,2010;15-20.
 [2] Askın Erdogan, Satish S. C. Rao. Constipation [M]. Springer Verlag, 2014.
 [3] MacLennan A H, Taylor A W, Wilson D H, et al. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery [J]. Obstetrical & Gynecological Survey, 2001, 56 (6):335-336.
 [4] Hampel C, Gillitzer R, Pahernik S, et al. Epidemiology and etiology of overactive bladder[J]. Der Urologe. Ausg. A, 2003, 42(6):776-786.
 [5] Hendrix S L, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women’s Health Initiative: gravity and gravidity[J]. American journal of obstetrics and gynecology, 2002, 186(6):1160-1166.
 [6] 邹洋, 丁曙晴, 周惠芬, 等. 八髎穴治疗出口梗阻型便秘的机制探讨[J]. 针刺研究, 2015, 40(5):427-430.
 [7] 杨勇, 丁曙晴, 杨光, 等. 功能性便秘中医证候与症状严重度的量化研究[J]. 南京中医药大学学报, 2015, 31(1):24-27.
 [8] 丁曙晴. 盆底功能障碍所致便秘的诊治策略[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2015, 4(2):11-14.
 [9] 周惠芬, 丁曙晴, 丁义江, 等. 电针治疗不同类型功能性便秘效应特点观察[J]. 中国针灸, 2014, 34(5):435-438.
 [10] 金洵, 丁曙晴, 丁义江, 等. 慢性便秘患者报告临床结局评估量表的性能评价和分值意义判定[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21(14):1360-1365.
 [11] 周惠芬, 丁曙晴, 丁义江, 等. 八髎穴(骶后孔)定位、测量与取穴方法研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(8):703-707.
 [12] 邱宇鹤, 王锦, 周凤岩. 健康医学发展趋势及策略[J]. 中国医药科学, 2015, 5(2):214-216.

(下接第 2155 页)

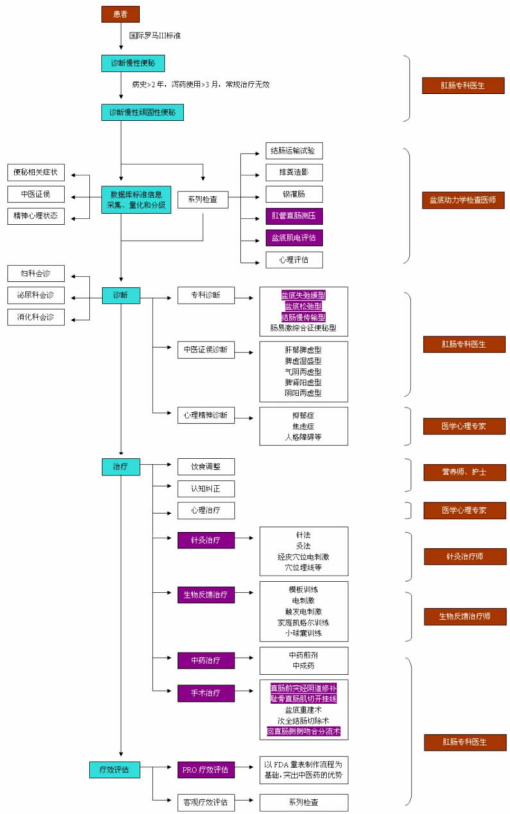


图 11 慢性顽固性便秘诊治体系示意图

注:红色框为人员组成,蓝色框为体系流程,紫色框为优势诊治技术及研究。

3.5 质量控制

3.5.1 “多专业一体化”诊疗体系制度的建设 制度是体系高效运转的保证。在遵守医院及肛肠科室的各项制度下,还需制定包括盆底中心中长期规划及年度计划、盆底中心各组成人员职责、盆底中心例会讨论、进修医生及研究生管理、人才培养及经费使用管理方法等。如例会讨论制度,每半年制定系列授课计划、研究生工作计划和病案讨论病种计划等,每周召开由盆底中心所有工作人员、进修医生及研究生等参加的业务学习,完成专项技术交流和培训、疑难病例讨论和治疗经验分享和研究进度检查等,以此方式完成诊治技术及不同背景专业人员的整合和融合,形成临床诊疗方案的持续改进和产生新思路。再如人才培养及经费使用管理制度,以参加国际会议、国内会议、国内外短期培训、专项培训、中

可能会降低试验结果的精确度,增加Ⅱ型错误的发生率,这也是目前国内随机对照试验普遍质量较低的原因之一,后续研究应该注重设计合理、严格执行的大样本随机双盲对照试验,提供更高质量的证据。

综上所述,TACE 联用华蟾素治疗原发性肝癌,疗效优于单纯 TACE 治疗,并有助于改善生活质量对于肝癌的治疗,是一种较好的选择。希望更大样本量的临床研究进一步证实。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 原发性肝癌诊疗规范(2011年版)摘要[J]. 中华肝脏病杂志,2012,20(6):419-426.
- [2] 徐贵升,王育盛,王沐廷. NCCN 肝胆癌临床指引(2010.1版)[J]. 循证医学,2010,10(5):294-320.
- [3] 兰春虎,王常友. 原发性肝癌 TACE 治疗进展[J]. 当代医学,2009,15(23):500-502.
- [4] 李泉旺,孙韬,胡凯文. 华蟾素抗肿瘤机制的研究进展[J]. 中华中医药杂志,2010,25(12):2075-2078.
- [5] 樊新星,孙山. 华蟾素注射液联合肝动脉栓塞化疗治疗肝癌的 Meta 分析[J]. 中国药师,2011,14(5):710-713.
- [6] 周昕,杨金坤,朱玲琦,等. 华蟾素注射液应用于介入治疗肝癌的 Meta 分析[J]. 中国新药与临床杂志,2009,28(9):671-674.
- [7] Higgins JPT, Grenn S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0[M]. London: The Cochrane Collaboration,2011.
- [8] 李晓峰. 华蟾素注射液联合肝动脉栓塞化疗治疗原发性肝癌临床观察[J]. 中国保健营养(下旬刊),2014,24(7):3728.
- [9] 王义法. TACE 联合华蟾素治疗原发性肝癌[J]. 肿瘤基础与临床,2014,27(5):417-418.
- [10] 余建国. 华蟾素注射液联合肝动脉栓塞化疗治疗原发性肝癌临床观察[J]. 现代消化及介入诊疗,2013,18(1):32-33.
- [11] 苏英,杨健全,郭长青. 华蟾素注射液联合经导管肝动脉化疗栓塞治疗晚期原发性肝癌[J]. 肿瘤基础与临床,2013,26(3):245-246.
- [12] 何胜利,刘鲁明,孙贤俊,等. 华蟾素注射液联合含奥沙利铂方案肝动脉化疗栓塞治疗肝癌临床疗效观察[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2012,6(14):3880-3883.
- [13] 宋桂萍. 华蟾素注射液对肝癌术后复发的干预作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(22):307-309.
- [14] Chen Z, Chen HY, Lang QB, et al. Preventive effects of jiedu granules combined with cinobufacini injection versus transcatheter arterial chemoembolization in post-surgical patients with hepatocellular carcinoma; a case-control trial[J]. Chin J Integr Med,2012,18(5):339-344.
- [15] 寇长元,许真. 华蟾素联合 TACE 治疗中晚期肝癌临床分析[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(25):6151-6152.
- [16] 薛骞,卢丽琴,袁国荣,等. 华蟾素联合 TACE 术治疗中晚期肝癌患者 32 例临床研究[J]. 江苏中医药,2010,42(2):22-24.
- [17] 刘永强,余志红,邵志华,等. 静脉注射华蟾素联合 TACE 术治疗肝癌的临床观察[J]. 中国农村卫生事业管理,2010,30(5):402-404.
- [18] 梁永,龙健中,刘航,等. 华蟾素和干扰素联合肝动脉化疗栓塞术治疗原发性肝细胞癌的研究[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(11):1628-1630.
- [19] 李琦,孙保木,彭永海,等. 华蟾素联合肝动脉介入化疗栓塞治疗肝癌的临床研究[J]. 上海中医药大学学报,2008,22(2):32-34.
- [20] 周建生,陆浩,吴晓东,等. 华蟾素联合肝动脉化学药物栓塞治疗原发性肝癌疗效观察[J]. 中国基层医药,2006,13(4):571-572.
- [21] 吴二光. 联合华蟾素注射液治疗中晚期肝癌 30 例[J]. 中国保健杂志,2006,14(10):66.
- [22] 李文华,尹军平,王兴卉,等. 联合华蟾素介入治疗中晚期肝癌的疗效观察[J]. 世界临床药物,2006,27(5):304-306.
- [23] 于起涛,蒙志斌. 华蟾素联合肝动脉插管灌注治疗中晚期肝癌的临床研究[J]. 广西中医学院学报,2004,7(3):35-37.
- [24] 孙中杰,潘承恩,王国俊. 华蟾素配合 TACE 治疗肝癌的临床观察[J]. 肿瘤防治研究,2002,29(1):67-68.
- [25] 吴洪梅,朱德增,凌昌全,等. 华蟾素肝动脉插管栓塞化疗治疗肝癌临床观察[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(3):127-128.
- [26] 戴殿禄,尹燕坤,白希永. 华蟾素并介入性化疗治疗肝癌的临床观察[J]. 华人消化杂志,1998,6(7):383.
- [27] 黄元亮. 乙型肝炎病毒感染与原发性肝癌的相关性临床研究. 中华医院感染学杂志,2013,23(22):5407-5409.

(2015-12-18 收稿 责任编辑:张文婷)

(上接第 2150 页)

- [13] 赵红梅,赵越,邓芒,等. 影响临床路径完成率因素分析与对策建议[J]. 中国医院管理,2015,35(5):27-29.
- [14] 潘哲毅,徐利民,陈国军. 论临床路径理论、实施及其意义[J]. 医院管理论坛,2013,30(1):29-32.
- [15] 郑西川,孙宇,于广军,等. 基于物联网的智慧医疗信息化 10 大关键技术研究[J]. 医学信息学杂志,2013,34(1):10-14,34.
- [16] 王惠品. 基于云计算的区域医疗信息系统的构建研究[D]. 安徽:合肥工业大学,2014.
- [17] 张真诚,范玉成,刘淮虎,等. 基于健康档案的区域卫生信息平台-慢病管理技术路径和应用研究[J]. 中国数字医学,2011,16(6):61-65.
- [18] 王海东. 中医药国际化之路[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2015:12-18.

(2015-12-30 收稿 责任编辑:张文婷)