

炎症性肠病多学科团队诊疗模式的共识意见

梁洁¹ 周禾¹ 杨红² 何瑶³ 王玉芳⁴ 郑青⁵ 朱维铭⁶ 陈旻湖³ 钱家鸣²

吴开春¹ 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组

¹空军军医大学西京医院消化内科,西安 710032; ²中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院消化内科 100730; ³中山大学附属第一医院消化内科,广州 510080; ⁴四川大学华西医院消化内科,成都 610041; ⁵上海交通大学医学院附属仁济医院消化科 200127; ⁶东部战区总医院普通外科,南京 210002

通信作者:吴开春,空军军医大学西京医院消化内科,西安 710032, Email:kaicwu@fmmu.edu.cn, 电话:029-84771502

【摘要】 炎症性肠病(IBD)的病因尚不明确,治疗难度大。正确诊断对于IBD的治疗至关重要,而IBD缺乏诊断金标准,需结合临床、内镜检查、影像学和组织病理学进行综合诊断分析。因此,急需解决的问题是通过规范的多学科团队(MDT)、现有诊疗方法的优化组合,制定个性化的治疗方案,达到改善疗效的目的。本共识是基于IBD的诊治现状,参照国内外MDT诊治的成功经验,结合我国国情,组织国内相关领域多位专家进行线上投票,最终制定完成。本共识就MDT的意义、组成、运行模式、临床实践、MDT综合管理等方面进行了详细论述,希望能为推动我国IBD-MDT的规范化开展、改善IBD疗效、加强人才培养有所裨益。

【关键词】 炎症性肠病; 共识; 多学科团队; 治疗
DOI:10.3760/cma.j.cn101480-20210701-00051

Expert consensus on the diagnosis and treatment model of inflammatory bowel disease multidisciplinary team in China

Liang Jie¹, Zhou He¹, Yang Hong², He Yao³, Wang Yufang⁴, Zheng Qing⁵, Zhu Weiming⁶, Chen Minhu³, Qian Jiaming², Wu Kaichun¹, Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association

¹Department of Gastroenterology, Xijing Hospital, Air Force Medical University, Xi'an 710032, China; ²Department of Gastroenterology, Peking Union Medical College Hospital, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China; ³Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China; ⁴Department of Gastroenterology, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China; ⁵Department of Gastroenterology, Renji Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200127, China; ⁶Department of General Surgery, Jinling Hospital, Medical School of Nanjing University, Nanjing 210002, China

*Corresponding author: Wu Kaichun, Department of Gastroenterology, Xijing Hospital, Air Force Medical University, Xi'an 710032, China
Email:kaicwu@fmmu.edu.cn, Tel:0086-29-84771502*

【Abstract】 The etiology of inflammatory bowel disease (IBD) is unclear, and its treatment is difficult. The correct diagnosis of IBD is crucial for treatment, but there is a lack of the diagnostic gold standard. A comprehensive diagnosis and analysis combined with clinical manifestations, endoscopy, imaging and histopathology is required. Therefore, the problem to be solved urgently is to develop a personalized treatment plan through a standardized multidisciplinary treatment (MDT) and the optimized combination of existing diagnosis and treatment methods, so as to improve the efficacy. Based on the current situation of IBD diagnosis and treatment, with reference to the successful experience of MDT diagnosis and treatment at home and abroad, and combined with China's national conditions, this consensus is finally formulated by organizing multiple experts in relevant fields to conduct online voting. The significance, the institutional composition, the operating mode, the clinical practice and the MDT integrated management are discussed in detail. Through the formulation and publication of this consensus, we hope that it can promote the development of standardized IBD-MDT, improve the therapeutic efficacy of IBD in China, and strengthen the training of professionals.

【Key words】 Inflammatory bowel disease; Consensus; Multidisciplinary team; Treatment

DOI:10.3760/cma.j.cn101480-20210701-00051

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一类病因未明的非特异性肠道炎症性疾病,包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)及克罗恩病(Crohn's disease, CD)。IBD患者临床表现复杂,伴有多种并发症,病程长且易复发,

易致诊断延误、治疗困难,给患者及其家庭带来沉重的负担。IBD需要多学科团队(multidisciplinary team, MDT)合作,为患者提供规范高效的诊疗。虽然我国不少医疗机构已经建立了IBD诊疗中心,但是许多团队对IBD的认识仍处于起步阶段,对如何建立规范的IBD-MDT诊疗模式缺乏认识,影响了IBD的诊疗效果。IBD-MDT可通过多学科的合作,发挥各学科的优势,合力解决临床难题。

为建立切合我国现阶段实际情况的IBD-MDT诊疗模式,形成行业的标准操作流程,中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组组织IBD领域专家,经过反复讨论及投票,制定了本共识意见。

本共识采用Delphi程序制定,首先由中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组组织部分IBD专家,对国内外相关文献进行检索、筛选、整理、评价,确定共识意见需阐明的的问题及推荐方案,参考国外共识并根据国内多位IBD专家的临床经验完成初稿,然后广泛征求国内IBD权威专家学者对初稿的意见并进行修改完善,形成初步共识意见;最后组织IBD领域专家对共识逐条讨论修改,进行投票并由第三方计票。投票登记分为:a完全赞成(必不可少);b部分赞成,但有一定保留;c赞成,但有较大保留;d不赞成,但有一定保留;e完全不赞成。本共识将推荐等级分为A级指标(强烈推荐),即a得票数为80%及以上;B级指标(推荐),即a和b得票数相加为80%及以上;C级指标(建议),即a、b和c得票数相加为80%及以上;未达C级指标则删去。最终由专家审阅定稿形成本共识意见。根据证据级别高低及专家投票结果,本共识将推荐等级分为“强烈推荐”、“推荐”和“建议”3个等级。

第一部分 意义

1. IBD-MDT是通过MDT诊疗模式,为IBD患者提供准确的诊断与鉴别诊断,制定规范、综合、多学科、个体化的治疗方案和动态随访计划,改善患者的预后,提高患者的生活质量。推荐等级:强烈推荐

2. IBD-MDT应以IBD患者为中心,在循证医学指导下使患者获益最大化。推荐等级:强烈推荐

3. IBD-MDT以指导临床诊治为主,兼顾临床研究,以便于治疗经验的总结和推广。推荐等级:强烈推荐

第二部分 IBD-MDT的组成、诊治与管理水平

一、人员组成

4. IBD-MDT团队由核心团队和扩展团队成员组成。人员应相对固定,需备有应急人员补缺。推荐等级:强烈推荐

5. 核心团队应包括IBD专科医师或有IBD相关临床诊疗经验的消化内科医师、胃肠外科或结直肠外科医师,另外还应包括IBD专科护士、医学影像科(含超声科)医师、病理科医师、临床营养师。推荐等级:强烈推荐

6. 扩展团队包括风湿免疫科医师、皮肤科医师、儿科医

师^[1-2]。有条件者还可以包括流行病学、基础研究、心理学等专业从业人员和社区志愿者。推荐等级:强烈推荐

7. MDT团队成员应以中、高级职称且工作经验丰富的人员为主,积极主动参与MDT的各项活动,承诺按时定期参与MDT讨论,且遵守团队的各项制度。IBD-MDT相关科室及任务见表1。推荐等级:强烈推荐

表1 IBD-MDT相关科室及任务

一级学科	二级学科	三级学科	主要任务	
临床医学	内科学	消化内科	诊断和治疗	
		风湿免疫科	诊断和治疗	
	外科学	胃肠外科或结直肠外科	手术治疗,包括围术期处理	
		儿科学	儿科	儿童患者诊断和治疗
	妇产科学	妇产科	妇产科相关手术	
	精神病学	心理医学	心理评估与干预	
	医技学科	影像学	放射科或超声科	诊断和疗效评价
			介入科	介入治疗
		病理学	病理科	组织学诊断
		医学检验	检验科	实验室检查
药学专业	药剂学	药剂科	支持治疗	
营养专业	营养科	无	支持治疗	
护理专业	护理学	无	随访、护理与管理	

注:IBD为炎症性肠病;MDT为多学科团队

二、MDT讨论实行首席专家带领下的团队制度

8. 首席专家每次由1名高级职称IBD临床医师(来自消化内科、胃肠外科或结直肠外科、儿科)担任,团队至少还应有1名中级职称或以上的高年资IBD专科护士和1名负责管理服务的协调员^[2,3-5]。推荐等级:强烈推荐

9. 首席专家应有丰富的IBD相关临床经验,负责引导讨论、进行病例总结、与患者共同商讨并确定下一步诊断和治疗的选择等。推荐等级:强烈推荐

10. MDT讨论需配有记录员,建议记录员由临床医师担任,主要负责以下几项工作:(1)整理病例资料并制作病例幻灯;(2)汇报病例;(3)MDT会议过程中记录专家发言和讨论结果;(4)打印最终讨论意见^[5-6]。推荐等级:强烈推荐

11. MDT讨论需配有协调员^[7-8],负责以下几项工作:(1)协助首席专家进行MDT前的准备、MDT过程中的协调、MDT后的跟踪。(2)收集患者病例资料,与首席专家商讨后按先后顺序或病情轻重安排讨论顺序。(3)通知MDT团队成员会诊的时间、地点、特殊安排、注意事项等。(4)协调各位专家的出勤,打印出勤签到表格,督促每位到会人员签名。(5)保管讨论记录和相关资料并存档。推荐等级:强烈推荐

三、MDT依托单位

12. MDT须依托有条件的临床科室或IBD诊治中心开展各种活动。推荐等级:强烈推荐

13. IBD诊治中心设有专病门诊^[9-10]。推荐等级:强烈推荐

14. IBD诊治中心有相对固定且数量合理的诊治床位或

设立IBD专科病房^[4,9,11]。推荐等级:强烈推荐

15. IBD诊治中心有病例数据库,所有确诊的IBD患者信息均应记录在电子管理系统中^[12-14]。推荐等级:强烈推荐

16. IBD诊治中心有标准化操作规程(standard operating procedure, SOP)或诊断与治疗项目流程清单(checklist)制度^[8]。推荐等级:强烈推荐

四、IBD诊治中心诊断水平

17. 除常规检查外,IBD诊疗中心或依托单位还应具备相关实验室、影像学及内镜、病理检查技术,门诊确诊IBD的患者能够在2周内完成这些检查,病情需要时能够在24 h内完成。推荐等级:强烈推荐

18. 实验室检查技术:结核菌素纯蛋白衍生物(purified protein derivative, PPD)试验、结核杆菌T细胞斑点试验(T-cell spot of tuberculosis assay, T-spot)或结核杆菌 γ 干扰素释放试验(mycobacterium tuberculosis interferon-gamma release assay, TB-IGRA)、艰难梭菌感染检测、肝炎病毒感染检测[包括乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)标志物及DNA检测、丙型肝炎病毒(hepatitis C virus, HCV)抗体测定、HCV RNA]、巨细胞病毒(cytomegalovirus, CMV)DNA检测及CMV免疫组织化学染色、粪便常规检查和粪便致病菌培养^[15]、粪钙卫蛋白。推荐等级:强烈推荐

19. 影像学检查技术:计算机断层扫描小肠成像(computer tomography enterography, CTE)、磁共振小肠成像(magnetic resonance enterography, MRE)、腹部超声(最好经腹部肠道超声)、肛周磁共振(MRI)检查技术。推荐等级:强烈推荐

20. 内镜检查技术:胃肠镜、胶囊内镜、超声内镜、小肠镜检查^[3]。推荐等级:强烈推荐

21. 病理检查技术:活检病变组织病理检查。推荐等级:强烈推荐

五、IBD诊治中心治疗水平

22. 除常规诊疗外,还需要具备IBD专科治疗能力。推荐等级:强烈推荐

23. 具有使用激素、免疫抑制剂和生物制剂治疗经验。推荐等级:强烈推荐

24. 具备评估IBD外科手术指征及并发症的能力,能够开展IBD相关手术,并且具有围术期处理经验^[7]。推荐等级:强烈推荐

25. 具备进行IBD内镜下治疗的技术,包括狭窄扩张术、内镜下肌切开术、放置肠梗阻导管等。推荐等级:强烈推荐

26. 具有治疗妊娠期IBD患者的经验^[10]。推荐等级:强烈推荐

27. 充分知晓免疫调节剂和生物制剂、手术、非药物治疗方法(包括内镜治疗)的获益和风险^[3,5,7],实施治疗前获得患者知情同意。推荐等级:强烈推荐

六、IBD诊治中心管理水平

28. 建立随访制度。根据患者的病情,制定完善的随访计划。随访计划由IBD团队专职人员执行。随访可以通过

门诊、电话或网络平台等方式完成。每位患者的随访档案以电子版或纸质版保存^[3,5,7,10,16]。推荐等级:强烈推荐

29. 定期开展患者教育活动。推荐等级:强烈推荐

30. 具备培训IBD专科医师和IBD专科护士的资质。推荐等级:强烈推荐

第三部分 线下、线上IBD-MDT的运行模式

一、线下IBD-MDT

(一)运行条件

31. 时间要求:定期开展多学科病例讨论,建议至少每个月2次。推荐等级:强烈推荐

32. 场地要求:确保MDT顺利进行的固定场所,以及容纳各科医师参加学习的足够空间。推荐等级:强烈推荐

33. 设施要求:安装好病理和影像阅片等必要软件的多媒体电脑、投影仪、连接医院his系统的内网,可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^[17]。或将需要阅片的病理和影像等资料提前拷贝至多媒体电脑,提供清晰的图像。推荐等级:强烈推荐

(二)讨论的基本流程

34. 病例选择:需经过上级医师(主治医师或以上职称)确认讨论病例的必要性,不同的中心可根据病例数量、讨论时间安排来确定讨论病例的入选标准,如诊断困难、需要更换治疗方案或需要手术的复杂病例^[1]。推荐等级:强烈推荐

35. 病例汇报:首席专家与协调员共同商讨安排讨论病例的顺序,优先讨论紧急病例和(或)住院患者(包括上次会议遗漏的患者),保证整个MDT讨论的顺利进展。原则上由主管医师(如实习医师、住院医师、进修医师、研究生)准备完整的病例资料并汇报,尽量统一病例汇报的幻灯模版。汇报内容应全面,重点突出,并提出初步诊断及讨论目的,同时说明患者的疗效期望、经济状况、依从性等。上级医师(主治医师或以上职称)补充病例资料,总结病历摘要或小结,提出诊治见解、存在的困难、本次讨论的要点以及重点需要哪些科室协助诊疗。推荐等级:强烈推荐

36. 专科讨论:由影像科、病理科、IBD专科、胃肠外科或结直肠外科、相关专科(如风湿免疫科、血液科、妇产科、儿科等)、营养科、药剂科、心理科医师进行讨论并提出意见。推荐等级:推荐

影像科医师(主治医师或以上职称):对患者的CT、MRI、超声等影像征象进行描述及分析,并根据影像特征给出协助诊治的建议^[18-19]。

病理科医师(主治医师或以上职称):对大体或活检病理标本特征进行描述及分析,推荐必要的分子和标记物检测并解读结果,做出病理诊断,或提出需鉴别诊断的可能疾病,以及进行相关知识介绍。

IBD专科医师(主治医师或以上职称):在已有的病史及实验室、影像学、病理检查等资料相对完整的基础上,基于现有的医学证据和经验,发表诊治意见,进行充分讨论^[6]。

胃肠外科或结直肠外科医师(主治医师或以上职称):基

于现有的医学证据和经验,发表诊治意见,如需手术,则提出手术预案^[20-21]。

其他相关专科医师(主治医师或以上职称):依据相关专科(如风湿免疫科、血液科、妇产科、儿科等)情况发表专科诊治意见。

营养科医师(主治医师或以上职称):营养科医师应出席所有定期的MDT会议,负责评估患者营养状况,提供营养支持治疗相关的专科意见。

药剂科医师(主治医师或以上职称):给予患者用药的个体化指导,以减少用药错误,提高IBD患者对药物的接受度和依从性^[22]。必要时,可对患者进行治疗药物监测,以获得最佳的药物疗效和减少药物不良反应。

心理科医师(主治医师或以上职称):鼓励心理科医师参加MDT会议,评估患者的心理健康状态并提供专业报告或意见。

IBD专科护士:需全程参加MDT会议,协助IBD专科医师完成对患者的诊治,帮助患者建立治疗目标,为患者提供相关的健康教育,参与患者疾病管理如健康心理咨询、饮食指导、用药指导及康复指导等,同时在需要时协助患者联系MDT团队的医师^[5,23-25]。

37. 讨论总结:由首席专家归纳整合MDT讨论意见,梳理诊治流程,确定诊治方案,推进下一步诊治方案的有序执行,包括尚需进一步补充的检查、目前的诊断以及修正诊断、治疗方案的制定、是否需要转科治疗、预期治疗效果和可能的临床结局^[2,6,8]。推荐等级:强烈推荐

(三)MDT意见的落实

38. MDT结束后,应由主管医师或上级医师以口头、文字或图片的方式向患者及家属解释病情^[4,8,25-26]。推荐等级:强烈推荐

39. MDT结束后,由主管医师或记录员通过微信或邮件等形式将MDT结果通知MDT成员,并将后续检查治疗结果持续传递给MDT成员,如有需要可再次发起MDT讨论。推荐等级:强烈推荐

40. 完善MDT记录,由记录员在专用MDT记录本上完整记录MDT讨论全过程及随访内容,包括门诊就诊、住院治疗、后期随访等^[7]。推荐等级:强烈推荐

41. 协调员应督促IBD患者按照与IBD医师约定的时间复诊,医师应记录复诊信息^[4,7]。推荐等级:强烈推荐

二、线上IBD-MDT

42. 定义:以传统的MDT模式为基础,采用互联网平台进行线上MDT,又称互联网+MDT(eMDT)。推荐等级:强烈推荐

43. 意义:主要解决分级诊疗困难,避免不必要的病例转诊,提高就诊效率,规范不同层级医院间的诊治流程,服务基层医院,整合优质医疗资源,帮助解决基层群众看病难等问题。此外,eMDT模式更能减少线下就医带来的感染风险(如新型冠状病毒感染等),减少患者及家属焦虑,提高就诊满意度^[27]。推荐等级:强烈推荐

44. 方式:结合互联网技术,通过远程会诊、联合门诊、移动查房和教学培训等多种形式,实现多人、多终端、多场景模式的多学科合作^[28]。推荐等级:强烈推荐

45. 实施要求:符合相关法律法规和合约,包括医疗领域相关法规,并在实践过程中不断修正。参加eMDT的各医疗单位均应签署相关文件。完善上下级医院间一对一信息的互联互通,保证数据的管理、整合与共享。保证互联网基础建设的稳定性、参与方式的便捷性,且支持绝大多数现有主流的软硬件环境和移动设备。明确对患者的责任,原则上遵循谁提交病例谁负责的原则。推荐等级:强烈推荐

46. 实施流程:由主管医师提交线上MDT申请,申请方选定1位首席专家,MDT协调员负责联系并确认参与人员、确定时间、通知参加eMDT的人员准时参会。推荐等级:强烈推荐

主管医师向MDT协调员提出线上MDT申请,须注明需要申请的专家专业方向、职称,并准备病例资料。

各单位设立1个MDT会诊帐户,专人操作,协调会诊,包括病例整理、提交或接受会诊申请、会诊结论整理和传达等^[29]。提交线上MDT申请必须详细阐明此次MDT的必要性、所需要专家专业方向、职称及所需解决的问题。准备患者完整的病例资料,包括电子病历、实验室检查结果、影像学图片等,保证高保真医疗信息的远程传输。

根据不同会诊需求,由申请方选定1位首席专家,同时也是eMDT会议的主持人,对特定会诊病例选择参与讨论专家。

MDT协调员负责联系并确认参与人员,协调eMDT时间、网络工具,确定后通知参与人员,提前上传病例资料,方便各位专家提前查阅和准备。

参加eMDT的人员需准时参会,基于现有的医学证据和经验,发表诊治意见,进行充分的讨论。

eMDT讨论基本流程及意见落实参见线下IBD-MDT的对应内容。

第四部分 临床实践

一、药物治疗

47. 所有IBD住院患者入院时应由主管医师仔细审核其处方和非处方药物,必要时咨询药剂师,并在住院期间和出院时定期审核药物^[4]。推荐等级:强烈推荐

48. 医师应当向患者认真介绍所用药物包括5-氨基水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫调节剂、生物制剂以及其替代品的适应证、疗效和风险^[4,20,30]。推荐等级:强烈推荐

二、外科手术

49. 拟行手术的IBD患者应由胃肠外科或结直肠外科医师和消化内科医师共同诊治^[4]。术前对患者进行全面评估和优化治疗,以便将手术并发症的风险降到最低,并有助于术后恢复^[34,31],术后对患者和家属进行护理教育(包括伤口和造瘘口护理),提供心理支持^[32],并充分说明后续维持治疗方案。推荐等级:强烈推荐

50. 择期IBD手术应由定期开展此类手术的经验丰富的胃肠外科或结直肠外科医师进行,并且该医师是IBD-MDT团队的核心成员^[4]。推荐等级:强烈推荐

51. 对于符合手术指征的病例,如果患者腹部条件允许,推荐患者选择腹腔镜手术^[3,4]。推荐等级:强烈推荐

52. 对于有手术指征患者,建议由参与手术的外科医师、消化内科医师和专科护士组成围术期管理小组,实施包括术前优化、转科、术后预防用药、随访等患者管理。推荐等级:强烈推荐

三、营养支持

53. IBD患者住院期间应常规进行营养评估与营养监测。推荐等级:强烈推荐

IBD患者营养不良的发生风险高,住院期间应常规进行营养风险筛查,定期评估营养状况,具有营养需求的患者应及时行营养支持治疗^[28-29]。评估IBD患者时常使用营养风险筛查工具(nutritional risk screening tools 2002, NRS2002),进一步可用患者主观整体评估量表(patient-generated subjective global assessment, PG-SGA)进行评估。根据筛查和评估结果以及患者的病情给予规范化和个性化的营养治疗。在营养治疗期间需要动态评估疗效^[33]。

54. 出现营养不良的IBD患者应接受充分的营养支持治疗。推荐等级:强烈推荐

IBD的营养不良包括宏量营养素缺乏和微量营养素缺乏,并与病程的进展和疾病活动程度相关。宏量营养素缺乏是指碳水化合物、脂肪、蛋白质等能量营养素缺乏,主要表现为消瘦和体质量下降,儿童患者可有生长发育延迟。微量营养素缺乏是指维生素和微量元素缺乏。骨量减少、骨质疏松也是IBD营养不良的重要表现之一^[33]。

营养治疗包括肠内营养(enteral nutrition, EN)和肠外营养(parenteral nutrition, PN)。只要有适应证且没有禁忌证,就应该首先考虑并实施肠内营养治疗,全肠内营养治疗可有效改善IBD患者的营养不良状况以及降低营养不良风险,疗程通常为6~8周。肠内营养途径应始终优先于肠外营养,对于有营养支持指征但不能通过肠内途径满足60%以上能量需求的患者,应考虑肠内营养和肠外营养结合^[34]。如果肠内营养不能进行(无法实施、严重呕吐或腹泻)或有禁忌证(肠梗阻、严重休克或肠缺血),肠外营养应作为唯一的营养支持方式^[34]。

IBD患者除了注意蛋白质和热量的支持,还应该注意钙、维生素D、其他脂溶性维生素、锌、铁等的监测和补充治疗。

55. 在IBD围术期,应尽早给予营养支持治疗,可降低术后并发症的风险^[35]。推荐等级:强烈推荐

四、心理状况

56. 在入院时,应使用心理健康评估量表或筛查表对IBD患者的精神健康状况进行评估。推荐等级:强烈推荐

IBD患者较正常人群更易伴发焦虑和抑郁情绪,其严重程度与疾病活动度、住院状态、压力感知力等相关;同时焦虑

和抑郁情绪、应激事件影响IBD的疾病病程和患者的生活质量。使用心理健康评估量表或筛查表评估患者心理健康情况,及早发现或解决患者的心理问题,对优化疾病管理以获得良好的临床结局非常重要^[4,36-37]。

57. 发现IBD患者出现心理问题时,应及时与心理医师沟通,提高心理和精神方面的支持治疗^[38-41]。推荐等级:强烈推荐

五、生活质量

58. MDT支持下采用慢性疾病管理模式改善IBD患者的健康相关生活质量(health-related quality of life, HRQOL)^[42]。推荐等级:强烈推荐

第五部分 综合管理

一、规范化管理

59. 遵守医院MDT管理规定:各IBD诊治中心在开展IBD-MDT讨论前应向所在医院相关管理部门申报备案,获得批准后按照医院MDT管理要求,规范开展MDT讨论。推荐等级:推荐

60. MDT团队自我管理:MDT团队负责人要确保MDT定时、定点进行;应具有教学和培训意识^[4],确保MDT团队成员持续更新IBD知识体系,以增强个人的专业技能及在MDT中的协作能力。推荐等级:强烈推荐

61. MDT数据管理:MDT团队需要有良好的数据管理机制,实时收集并妥善使用患者所有诊疗数据,便于管理和研究。推荐等级:强烈推荐

二、医患共决策

62. 患者及家属知情同意:向患者和家属说明MDT意见,帮助患者选择适合的诊治方案,并签署知情同意书。推荐等级:强烈推荐

63. 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,需及时反馈,再次提请MDT讨论,修正治疗方案,再次与患者和家属协商。推荐等级:强烈推荐

三、社会支持体系

64. 建议积极调动社会医疗公益资源,整合政府、医院、公益组织及患者等多方参与和共同管理,为IBD患者群体带来更加科学、精准和智能的服务支持。推荐等级:推荐

65. 建议条件成熟时,建立以我国IBD诊治区域中心为核心的IBD区域性远程MDT网络,辐射并带动基层医院,推进分级诊疗,提高基层医院IBD诊治水平。推荐等级:强烈推荐

四、质量控制

66. 参照我国IBD诊疗质控评估体系^[43],IBD内镜^[44]、病理^[45-46]、影像^[19]专项质控标准,定期对MDT管理制度、实施流程、MDT病历、患者数据库建设情况等进行完善修订,以利于临床更好地进行IBD-MDT全程质量控制。推荐等级:强烈推荐

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

执笔专家:梁洁(空军军医大学西京医院),周禾(空军军医大学西京

医院),杨红(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院),何瑶(中山大学附属第一医院),王玉芳(四川大学华西医院),朱维铭(东部战区总医院),吴开春(空军军医大学西京医院)

参与本专家共识讨论与制定的专家(按姓氏汉语拼音排序):曹倩(浙江大学医学院附属邵逸夫医院),陈宁(北京大学人民医院),陈焰(浙江大学医学院附属第二医院),陈旻湖(中山大学附属第一医院),董卫国(武汉大学人民医院),窦艳(解放军总医院),杜奕奇(海军军医大学长海医院),何瑶(中山大学附属第一医院),高翔(中山大学附属第六医院),韩玮(安徽医科大学第一附属医院),胡品津(中山大学附属第六医院),胡益群(厦门大学附属中山医院),黄梅芳(武汉大学中南医院),霍丽娟(山西医科大学第一医院),李瑾(广州医科大学附属第三医院),李军(北京大学第三医院),李俊霞(北京大学第一医院),李延青(山东大学齐鲁医院),李毅(东部战区总医院),李玥(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院),梁洁(空军军医大学西京医院),刘小伟(中南大学湘雅医院),刘玉兰(北京大学人民医院),刘占举(同济大学附属第十医院),缪应雷(昆明医科大学第一附属医院),牛俊坤(昆明医科大学第一附属医院),欧阳钦(四川大学华西医院),冉志华(上海交通大学医学院附属仁济医院),施嫣红(上海市第十人民医院),孙菁(上海交通大学医学院附属瑞金医院),钱家鸣(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院),田德安(华中科技大学同济医学院附属同济医院),王化虹(北京大学人民医院),王英德(大连医科大学附属第一医院),王玉芳(四川大学华西医院),王晓艳(中南大学湘雅三医院),汪芳裕(东部战区总医院),魏艳玲(陆军军医大学大坪医院),吴开春(空军军医大学西京医院),吴小平(中南大学湘雅二医院),杨红(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院),张红杰(江苏省人民医院),张虎(四川大学华西医院),张晓岚(河北医科大学第二医院),张晓琦(南京大学鼓楼医院),张亚历(南方医科大学南方医院),郑鹏远(郑州大学第五附属医院),郑长青(中国医科大学附属盛京医院),邴敏(中山大学附属第六医院),周禾(空军军医大学西京医院),钟捷(上海交通大学医学院附属瑞金医院),朱兰香(苏州大学附属第一医院),朱良如(华中科技大学同济医学院附属协和医院),朱维铭(东部战区总医院)

参 考 文 献

- [1] Morar P, Read J, Arora S, et al. Defining the optimal design of the inflammatory bowel disease multidisciplinary team: results from a multicentre qualitative expert-based study [J]. *Frontline Gastroenterol*, 2015, 6(4):290-297. DOI:10.1136/flgastro-2014-100549.
- [2] Morar PS, Sevdalis N, Warusavitarne J, et al. Establishing the aims, format and function for multidisciplinary team-driven care within an inflammatory bowel disease service: a multicentre qualitative specialist-based consensus study [J]. *Frontline Gastroenterol*, 2018, 9(1):29-36. DOI:10.1136/flgastro-2017-100835.
- [3] Kapasi R, Glatter J, Lamb CA, et al. Consensus standards of healthcare for adults and children with inflammatory bowel disease in the UK [J]. *Frontline Gastroenterol*, 2020, 11(3):178-187. DOI:10.1136/flgastro-2019-101260.
- [4] Hibi T, Panaccione R, Katafuchi M, et al. The 5C concept and 5S principles in inflammatory bowel disease management [J]. *J Crohns Colitis*, 2017, 11(11):1302-1308. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjx085.
- [5] Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults [J]. *Gut*, 2019, 68(Suppl 3):s1-s106. DOI:10.1136/gutjnl-2019-318484.
- [6] Fiorino G, Allocca M, Chaparro M, et al. 'Quality of Care' standards in inflammatory bowel disease: a systematic review [J]. *J Crohns Colitis*, 2019, 13(1):127-137. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjy140.
- [7] Calvet X, Panés J, Alfaro N, et al. Delphi consensus statement: quality indicators for inflammatory bowel disease comprehensive care units [J]. *J Crohns Colitis*, 2014, 8(3):240-251. DOI:10.1016/j.crohns.2013.10.010.
- [8] Ye BD, Travis S. Improving the quality of care for inflammatory bowel disease [J]. *Intest Res*, 2019, 17(1):45-53. DOI:10.5217/ir.2018.00113.
- [9] Mawdsley JE, Irving PM, Makins RJ, et al. Optimizing quality of outpatient care for patients with inflammatory bowel disease: the importance of specialist clinics [J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2006, 18(3):249-253. DOI:10.1097/00042737-200603000-00004.
- [10] Louis E, Dotan I, Ghosh S, et al. Optimising the inflammatory bowel disease unit to improve quality of care: expert recommendations [J]. *J Crohns Colitis*, 2015, 9(8):685-691. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjv085.
- [11] Nguyen GC, Steinhart AH. Nationwide patterns of hospitalizations to centers with high volume of admissions for inflammatory bowel disease and their impact on mortality [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2008, 14(12):1688-1694. DOI:10.1002/ibd.20526.
- [12] Krishnaprasad K, Walsh A, Begun J, et al. Crohn's Colitis Care (CCCare): bespoke cloud-based clinical management software for inflammatory bowel disease [J]. *Scand J Gastroenterol*, 2020, 55(12):1419-1426. DOI:10.1080/00365521.2020.1839960.
- [13] Johnson MW, Lithgo K, Price T. The first years outcome data from IBD - SSHAMP; UK's first remote web-based self management programme for stable inflammatory bowel disease patients [J]. *Gut*, 2014, 63(Suppl 1):A231. DOI:10.1136/gutjnl-2014-307263.497.
- [14] Ananthakrishnan AN, Cagan A, Cai T, et al. Identification of nonresponse to treatment using narrative data in an electronic health record inflammatory bowel disease cohort [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2016, 22(1):151-158. DOI:10.1097/MIB.0000000000000580.
- [15] Walsh AJ, Weltman M, Burger D, et al. Implementing guidelines on the prevention of opportunistic infections in inflammatory bowel disease [J]. *J Crohns Colitis*, 2013, 7(10):e449-e456. DOI:10.1016/j.crohns.2013.02.019.
- [16] Koltun WA. Better together: improved care of the IBD patient using the multi-disciplinary IBD center [J]. *Expert Rev*



- Gastroenterol Hepatol, 2017, 11(6): 491-493. DOI: 10.1080/17474124.2017.1309289.
- [17] Jung H, Jung Y, Feng DD, et al. A web-based multidisciplinary team meeting visualisation system[J]. Int J Comput Assist Radiol Surg, 2019, 14(12): 2221-2231. DOI: 10.1007/s11548-019-01999-x.
- [18] Bruining DH, Zimmermann EM, Loftus EV Jr, et al. Consensus recommendations for evaluation, interpretation, and utilization of computed tomography and magnetic resonance enterography in patients with small bowel Crohn's disease[J]. Gastroenterology, 2018, 154(4): 1172-1194. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.11.274.
- [19] 李雪华, 冯仕庭, 黄丽, 等. 中国炎症性肠病影像检查及报告规范专家指导意见[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2021, 5(2): 109-113. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20200930-00109.
- Li XH, Feng ST, Huang L, et al. Expert guideline on imaging examination and report specification of inflammatory bowel disease in China[J]. Chin J Inflamm Bowel Dis, 2021, 5(2): 109-113. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20200930-00109.
- [20] Mikocka-Walus A, Massuger W, Knowles SR, et al. Quality of care in inflammatory bowel disease: actual health service experiences fall short of the standards[J]. Intern Med J, 2020, 50(10): 1216-1225. DOI: 10.1111/imj.14683.
- [21] Adamina M, Bonovas S, Raine T, et al. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: surgical treatment[J]. J Crohns Colitis, 2020, 14(2): 155-168. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjz187.
- [22] Tiao DK, Chan W, Jegathanan J, et al. Inflammatory bowel disease pharmacist adherence counseling improves medication adherence in Crohn's disease and ulcerative colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2017, 23(8): 1257-1261. DOI: 10.1097/MIB.0000000000001194.
- [23] Kemp K, Dibley L, Chauhan U, et al. Second N - ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis[J]. J Crohns Colitis, 2018, 12(7): 760-776. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjy020.
- [24] O' Connor M, Bager P, Duncan J, et al. N - ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis[J]. J Crohns Colitis, 2013, 7(9): 744-764. DOI: 10.1016/j.crohns.2013.06.004.
- [25] Dignass A, van Assche G, Lindsay JO, et al. The second European evidence - based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management [J]. J Crohns Colitis, 2010, 4(1): 28-62. DOI: 10.1016/j.crohns.2009.12.002.
- [26] Eliadou E, Reid V, Kirkbride M, et al. Improving the quality of care and reducing costs of IBD patients on biologic therapy through a multi-disciplinary biologics clinic[J]. Gut, 2016, 65(Suppl 1): A23. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312388.39.
- [27] 武伟, 郝振华, 武燕, 等. 新冠肺炎救治远程即时多学科协作实践[J]. 中国数字医学, 2020, 15(10): 130-133. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7571.2020.10.043.
- Wu W, Hao ZH, Wu Y, et al. Remote, immediate and multidisciplinary collaborative practice for the treatment of COVID-19[J]. Chin Digit Med, 2020, 15(10): 130-133. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7571.2020.10.043.
- [28] George LA, Cross RK. Remote monitoring and telemedicine in IBD: Are we there yet? [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2020, 22(3): 12. DOI: 10.1007/s11894-020-0751-0.
- [29] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中华医学会肠外与肠内营养学分会胃肠病与营养协作组. 炎症性肠病营养支持治疗专家共识(第二版) [J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2018, 2(3): 154-172. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2018.03.004.
- Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association; Gastroenterology and Nutrition Cooperative Group, Parenteral and Intestinal Nutrition Branch, Chinese Medical Association. Chinese experts consensus on nutrition support therapy in inflammatory bowel disease (the second edition) [J]. Chin J Inflamm Bowel Dis, 2018, 2(3): 154-172. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2018.03.004.
- [30] 郭玉婷, 江学良. 炎症性肠病应用生物制剂的经验与展望[J]. 临床内科杂志, 2019, 36(2): 91-93. DOI: 10.3969/j.issn.1001-9057.2019.02.006.
- Guo YT, Jiang XL. The experience and prospect of application of biological agents in inflammatory bowel disease [J]. J Clin Intern Med, 2019, 36(2): 91-93. DOI: 10.3969/j.issn.1001-9057.2019.02.006.
- [31] Bemelman WA, Warusavitarne J, Sampietro GM, et al. ECCO-ESCP consensus on surgery for Crohn's disease [J]. J Crohns Colitis, 2018, 12(1): 1-16. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjx061.
- [32] Wong JJ, Sceats L, Dehghan M, et al. Depression and health care use in patients with inflammatory bowel disease[J]. J Crohns Colitis, 2019, 13(1): 19-26. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjy145.
- [33] 曹倩. 2018年炎症性肠病营养支持治疗专家共识解读[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2018, 2(3): 151-153. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2018.03.003.
- Cao Q. Interpretation of Chinese experts consensus on nutrition support therapy in inflammatory bowel disease (2018) [J]. Chin J Inflamm Bowel Dis, 2018, 2(3): 151-153. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2018.03.003.
- [34] Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in inflammatory bowel disease [J]. Clin Nutr, 2020, 39(3): 632-653. DOI: 10.1016/j.clnu.2019.11.002.
- [35] Nguyen GC, Laveist TA, Brant SR. The utilization of parenteral nutrition during the in-patient management of inflammatory bowel disease in the United States: a national survey [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2007, 26(11-12): 1499-1507. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2007.03547.x.
- [36] Mir FA, Kane SV. Health maintenance in inflammatory bowel disease [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2018, 20(5): 23. DOI: 10.1007/s11894-018-0621-1.



- [37] Mikocka-Walus A, Knowles SR, Keefer L, et al. Controversies revisited: a systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2016, 22 (3) : 752-762. DOI: 10.1097/MIB.00000000000000620.
- [38] Mowat C, Cole A, Windsor A, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults [J]. *Gut*, 2011, 60(5):571-607. DOI:10.1136/gut.2010.224154.
- [39] Bernstein CN. Addressing mental health in persons with IBD [J]. *J Can Assoc Gastroenterol*, 2018, 1 (3) : 97-98. DOI: 10.1093/jcag/gwy038.
- [40] Stapersma L, van den Brink G, van der Ende J, et al. Effectiveness of disease-specific cognitive behavioral therapy on anxiety, depression, and quality of life in youth with inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial [J]. *J Pediatr Psychol*, 2018, 43(9):967-980. DOI: 10.1093/jpepsy/isy029.
- [41] van den Brink G, Stapersma L, Bom AS, et al. Effect of cognitive behavioral therapy on clinical disease course in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease and subclinical anxiety and/or depression: results of a randomized trial [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2019, 25 (12) : 1945-1956. DOI: 10.1093/ibd/izz073.
- [42] Ficagna GB, Dalri JL, Malluta EF, et al. Quality of life of patients from a multidisciplinary clinic of inflammatory bowel disease [J]. *Arq Gastroenterol*, 2020, 57(1):8-12. DOI: 10.1590/S0004-2803.202000000-03.
- [43] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 建立全国通用的炎症性肠病诊治过程的关键性质量控制指标的共识意见 [J]. *中华炎症肠病杂志(中英文)*, 2017, 1 (1) : 12-19. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2017.01.005.
Inflammatory Bowel Disease Group, Gastroenterology Branch of Chinese Medical Association. Chinese evidence-based consensus on the critical quality indicators in the diagnosis and treatment process of inflammatory bowel disease [J]. *Chin J Inflamm Bowel Dis*, 2017, 1 (1) : 12-19. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2017.01.005.
- [44] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国消化内镜技术诊断与治疗炎症性肠病的专家指导意见 [J]. *中华炎症肠病杂志(中英文)*, 2020, 4 (4) : 283-291. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20200914-00103.
Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association. Experts guideline on digestive endoscopy techniques in the diagnosis and management of inflammatory bowel disease in China [J]. *Chin J Inflamm Bowel Dis*, 2020, 4 (4) : 283-291. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20200914-00103.
- [45] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估体系 [J]. *中华消化杂志*, 2018, 38 (12) : 793-794. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2018.12.001.
Committee of Inflammatory Bowel Disease, Chinese Society of Gastroenterology. Quality indicators for best practice management of inflammatory bowel disease [J]. *Chin J Dig*, 2018, 38 (12) : 793-794. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2018.12.001.
- [46] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组病理分组, 叶子茵, 肖书渊, 等. 中国炎症性肠病病理诊断专家指导意见 [J]. *中华炎症肠病杂志(中英文)*, 2021, 5 (1) : 5-20. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20200731-00086.
Pathology Group, Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association, Ye ZY, Xiao SY, et al. Experts guideline on pathological assessment of inflammatory bowel disease in China [J]. *Chin J Inflamm Bowel Dis*, 2021, 5 (1) : 5-20. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20200731-00086.

(收稿日期:2021-07-01)

(本文编辑:张敏 周静)

·读者·作者·编者·

谨防非法分子冒用本刊名义进行征稿、收费的声明

近期一些非法分子冒用中华炎症肠病杂志编辑名义征稿,或通过添加微信、发送邮件等方式收取作者版面费。为维护广大读者和作者的权益及杂志声誉,本刊特别声明。

本刊关于退修、录用、缴费等事宜请务必通过中华医学会远程稿件管理系统(可通过中华医学会网站首页: <http://www.cma.org.cn> 或本刊网站: <http://www.cjibd.org.cn> 进入)进行查询。

本刊联系电话:020-38285274