

# 子宫内膜异位症多学科团队管理模式管理现状与前景

冷金花, 李晓燕

北京协和医院妇产科, 北京 100730

**【摘要】** 子宫内膜异位症(简称内异症)是一种涉及多个器官的复杂慢性疾病,其临床管理需要应对多种症状并采取多样化的治疗策略。目前,如何通过多学科团队合作模式为患者提供更精确、个性化的治疗方案,已成为临床管理的焦点和挑战。内异症的临床表现多变,影响多个器官,治疗方法包括药物治疗、手术治疗、心理支持等多个方面。由于单一学科的治疗模式无法全面满足患者需求,因此需要多学科共同参与规划和诊治。构建有效的多学科团队(MDT)模式,以及在实际操作中实现跨学科的有效沟通和协作,是实施MDT模式时的关键挑战。近年来,国内外学者的共识和指南均强调了内异症长期慢性病管理需要全程管理、个体化、精准的治疗策略。2021年《子宫内膜异位症中国专家指南》和2022年初的欧洲人类生殖与胚胎学会(ESHRE)指南均突出了MDT在提升内异症诊疗效果中的核心作用。MDT模式在内异症围手术期、相关不孕和疼痛评估与长期管理中的应用,能够显著提升治疗效果。MDT模式能够整合各学科的资源 and 优势,为患者制定个性化的治疗方案,从而提高治疗效果,减少并发症,提升患者的生活质量。随着医疗技术的不断进步和跨学科合作的深入发展,MDT模式在内异症的治疗中将会得到更广泛的应用和推广。未来内异症MDT将更加注重患者的个体差异和全面管理,建立标准化协作流程,为患者提供更加个性化、精准化的医疗服务。

**【关键词】** 子宫内膜异位症;多学科团队

**【中图分类号】** R711.71 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-6170(2025)03-0010-04

**Current status and prospects of multidisciplinary team management for endometriosis** LENG Jin-hua, LI Xiao-yan *Department of Obstetrics and Gynecology, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730, China*

**【Abstract】** Endometriosis (abbreviated as EMT) is a complex chronic disease involving multiple organs. Its clinical management requires addressing multiple symptoms and adopting diverse treatment strategies. Currently, how to provide patients with more precise and personalized treatment plans through multidisciplinary team (MDT) collaboration has become the focus and challenge in clinical management. The clinical manifestations of endometriosis are highly heterogeneous. It affects multiple organ systems. Its treatment methods include drug therapy, surgical treatment, psychological support and other aspects. Since the treatment model of a single discipline cannot fully meet the needs of patients, multiple disciplines are required to participate in planning and diagnosis and treatment. The establishment of effective MDT models and the realization of efficient cross-disciplinary communication and coordination in clinical practice remain key challenges in MDT implementation. In recent years, both domestic and international consensus guidelines have emphasized that the long-term chronic disease management of endometriosis requires holistic management, individualized approaches and precision strategies. Both 2021 Chinese Expert Consensus on Endometriosis and 2022 European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) guidelines highlight the central role of MDT in enhancing diagnostic and therapeutic outcomes. The application of the MDT model in the perioperative period, related infertility and pain assessment and long-term management of endometriosis can significantly improve the treatment effect. The MDT model can integrate the resources and advantages of various disciplines to develop personalized treatment plans for patients, thereby improving treatment outcomes, reducing complications, and improving patients' quality of life. With the continuous advancement of medical technology and the in-depth development of interdisciplinary cooperation, the MDT model will be more widely used and promoted in the treatment of endometriosis. In the future, endometriosis MDT will pay more attention to individual differences and comprehensive management of patients, establish standardized collaborative processes, and provide patients with more personalized and precise medical services.

**【Key words】** Endometriosis; Multidisciplinary team

子宫内膜异位症(简称内异症)是一种慢性、系统性、多器官受累的疾病,其症状复杂多样,包括慢性盆腔疼痛、痛经、性交痛、不孕等。此外,内异症

常伴随神经源性疼痛、肠道/膀胱功能异常及心理疾病(如焦虑、抑郁)<sup>[1]</sup>。内异症的临床管理一直是国内外指南的热点话题。国内外学者共识及指南提出,内异症的长期慢病化管理强调全程管理、个体化、精准的治疗策略,结合患者的病情进展和生活质量需求,制定动态调整的治疗计划<sup>[2~4]</sup>。

## 1 内异症多学科团队(MDT)的背景与意义

内异症临床表现多样。内异症常见的临床症状包括进行性加重的痛经、盆腔包块、不孕。侵犯特殊器官的内异症常伴有其他症状,如肠道内异症常有消化道症状(便秘、便血、排便痛或肠瘘

**【基金项目】** 国家重点研发计划(编号:2022YFC2704000);北京协和医院中央高水平医院临床科研专项(编号:2022-PUMCH-B-085)

**【作者简介】** 冷金花,女,博士,主任医师,教授,博士研究生导师。中国医师协会妇产科分会常委兼总干事,中国医师协会妇产科分会内异症学组组长,内异症及子宫疾病协会(SEUD)理事,中华医学会妇产科分会妇科内镜学组副组长,中国医药教育协会妇科专委会副主任委员,十三五及十四五国家科技部重点研发计划首席专家。主要研究方向:子宫内膜异位症及子宫腺肌症的诊治。

挛),膀胱内异位症常出现尿频、尿急、尿痛甚至血尿,肺及胸膜内异位症可出现经期咯血及气胸。剖宫产术后腹壁切口、会阴切口内异位症表现为瘢痕部位结节及与月经期密切相关的疼痛<sup>[4]</sup>。

内异位症可累及多个器官,引起组织器官纤维化及功能障碍。根据疾病受累脏器,内异位症可分为多种临床表型,可影响子宫、卵巢、肠道、膀胱、输尿管、横膈、肾脏、切口及胸腔等。由于其异位之处的全面纤维化,累及的组织结构更为广泛,常见部位包括盆底腹膜、肌肉、宫旁结缔组织、神经血管淋巴组织等。这种病灶侵袭及对组织的影响时常是无症状的,如腹膜和卵巢病灶对女性生育力的影响,以及输尿管内异位症常发病隐匿,多以输尿管扩张或肾积水就诊,甚至出现肾萎缩、肾功能丧失等<sup>[3]</sup>。

随着对内异位症研究的不断深入,我们更清晰地认识到内异位症的临床问题多样化、病灶部位多样化,是一种“变化多端”的疑难“综合征”<sup>[5]</sup>。在多种临床问题和多类临床表型并存的情况下,患者病情往往更为复杂、难治。内异位症的治疗方法包括药物治疗、手术治疗、心理支持和生活方式等<sup>[6]</sup>调整。无论是药物还是手术,都各有利弊。传统单一学科的治疗模式(如单纯手术或激素治疗)难以全面解决患者需求。内异位症本身的疾病复杂性、对内异位症患者疼痛管理的挑战以及患者可能面临的生育保留、生活质量改善及长期复发控制等差异化目标等因素,决定了复杂的内异位症患者需要多学科共同规划及诊治,MDT 模式应运而生。无论是 2021 年《子宫内异位症中国专家指南》,还是 2022 年初的 ESHRE 指南,均强调了 MDT 在提升内异位症诊疗效果中的核心作用,推荐通过多学科协作,综合评估患者病情。

## 2 MDT 在内异位症患者不同临床问题中的运用

### 2.1 MDT 在内异位症围手术期的应用

内异位症病灶通常影响盆腔周围器官,通过减少手术次数,尽可能地切除病灶并保护受累器官的功能,已成为内异位症手术治疗的核心原则。对于累及其他器官并引发相关症状的内异位症,手术的总体趋势是更加合理、人性化,更注重降低手术风险和最大化患者利益。我们建议由经验丰富的专科医师接诊复杂的内异位症手术,并强调多学科团队合作的重要性,旨在减轻患者的痛苦,同时降低治疗对各个受累器官的影响。针对内异位症病例,强调由外科亚专科和内异位症专家组成的 MDT 进行彻底的术前评估与规划,准确评估病灶范围(如肠道、膀胱、输尿管、腹壁受累程度),指导是否术中需要外科参与,必要时针对患者在手术方式和手术实施流程上做到更加个体化,以实现最佳手术效果<sup>[7-12]</sup>。术后则除妇科医生

外,可能涉及生殖医学团队介入优化辅助生育的时机、物理治疗师参与控制疼痛复发、慢性疼痛患者需心理治疗、营养指导以改善生活质量等<sup>[13-15]</sup>。多项研究表明,内异位症患者在提供 MDT 服务的内异位症诊治中心接受治疗,能够最大程度地获益<sup>[8,16,17]</sup>。

**2.2 MDT 在内异位症相关不孕中的应用** 内异位症患者中约有 40% 面临不孕问题。这类患者在选择治疗方案前需进行全面的生育力评估,且在整个疾病管理过程中,都需要生殖医学专家的参与,确保治疗方案既控制病情,又满足生育需求。通过个性化治疗策略,综合运用药物、手术及辅助生殖技术,旨在缓解症状的同时,提高患者的生育成功率。这些治疗决策均需多学科协作进行长期管理<sup>[18]</sup>。

**2.3 内异位症相关疼痛评估和长期管理** 内异位症患者常伴有不同程度的盆腔疼痛,因此疼痛评估和管理是多学科管理中的关键部分<sup>[19]</sup>。需要综合考虑疼痛的性质、强度和影响因素,制定相应的疼痛控制策略。疼痛是影响内异位症患者生活质量的重要因素,患者需进行生活质量评估,使用如世界卫生组织生存质量测评量表等工具评估患者的生活质量,并根据评估结果调整治疗方案。内异位症的长期管理强调治疗选择的最优化,既要横向兼顾又要纵向长远统筹考虑,在特定的时机选择合适的治疗方式,并随着病情变化适时更换方案。因此,内异位症疼痛管理除了时间维度上的长期性,也需要空间维度上多学科团队的参与<sup>[6,20]</sup>。

## 3 内异位症 MDT 的构成与运作

目前,国内外内异位症 MDT 通常由妇科、影像学、生殖医学、整形外科、盆底康复、结直肠外科、泌尿外科、病理学、疼痛管理、心理治疗师、物理治疗师等领域的专家组成。各医院的 MDT 不一定同时涵盖所有科室,可能组合略有不同。MDT 的成员各司其职,紧密协作,共同为患者制定个性化的治疗方案。在 MDT 模式下,团队会定期组织跨学科的病例讨论,邀请相关科室的专家共同参与,对患者的病情进行深入分析,制定出最优化的治疗方案。以患者为中心,为其提供个性化的治疗计划和持续的护理。同时,利用 MDT 的专业知识进行临床研究,还可在 MDT 内部举办学术沙龙活动,邀请相关领域的专家进行病例讨论和经验分享,促进知识交流和技术创新。

关于 MDT 的具体组成形式,在国内综合医院,MDT 的建立方式多采用通过完善制度成立分散型模式,即由疾病专科医生,首席专家担任召集人,同时邀请其他相关专业的专家组成相对稳定的 MDT,定期召开会诊及病理讨论,对各学科所收集的较为复杂疑难的病例进行集中分析讨论,形成初步诊疗

建议,最后由首诊医生负责联系相关科室,协调安排患者的后续治疗。这种模式的优点是组建速度快,资源利用率高,便于各科室灵活协作,同时能根据患者具体情况灵活调整治疗方案;而缺点是组织相对分散,可直接参加 MDT 的患者病例数有限。

MDT 的组织架构具体包括召集人(临床首席专家)、各科专家(可设 A、B 角)、MDT 会议记录员、MDT 秘书(协调员)以及 MDT 委员会。所有角色在 MDT 标准化流程中分工合作:包括 MDT 前的预约、准备、收集资料,MDT 会议中的病例汇报、分析、讨论、决策及会议记录,MDT 会议后的患者及家属谈话、方案实施、必要时的方案修订、被讨论病例的随访跟踪以及 MDT 委员会对整体工作的监测和评估。

#### 4 内异症 MDT 的临床应用效果

国内外研究和临床实践表明,在 MDT 模式的临床应用中,复杂和疑难的内异症病例取得了显著的治疗效果。在手术方面,MDT 能够设计出个性化的手术计划,有效降低手术风险和并发症的发生;在药物治疗方面,MDT 能够依据患者的病情和体质,制定出个性化的药物治疗方案,提升治疗效果;在生殖方面,MDT 能够为不孕症患者提供全面的辅助生殖技术支持,提高患者的生育成功率<sup>[1,21]</sup>。因此,国内外的指南和共识普遍推荐在必要时采用 MDT 模式。北京协和医院由多个科室成立内异症 MDT,定期举行多学科协作进行复杂的内异症患者诊治,跨学科专家的紧密合作为患者提供了更全面和精准的诊断及治疗方案,有效缩短患者的治疗周期,减少不必要的重复检查和用药,降低医疗成本,患者的整体治疗体验也得到了显著改善。

#### 5 内异症 MDT 现存的挑战与未来方向

尽管 MDT 取得了一定的成效,但仍存在一些不足。例如患者参与度不足,可能导致团队决策与患者需求不符或被患者拒绝;MDT 团队中缺少持续积极参与的成员;MDT 委员会可能在监管执行上存在困难。此外,不同中心对多学科协作的适应证、团队组成及分工缺乏统一标准,部分基层医疗机构资源不足。现有研究多聚焦短期手术结局,缺乏多学科干预对患者生育结局、疼痛复发及心理健康的长期随访数据等。这些局限性可能会对 MDT 的整体效能和协作流程产生负面影响。通过持续的改进和优化,MDT 在疾病管理领域的应用价值有望得到进一步提升。MDT 的改进和优化需要相关部门在人力资源、人员培训、财政支持、物资配备、信息化建设以及场地安排等方面提供支持。

无论如何,从疾病管理的角度来看,随着医疗技术的不断进步和跨学科合作的深入发展,MDT 模式在内异症的治疗中将会得到更广泛的应用和推

广。内异症管理的 MDT 模式能够整合各学科的资源 and 优势,为患者制定个性化的治疗方案,从而提高治疗效果,减少并发症,提升患者的生活质量;更有助于集中资源和专业知识,推动内异症的临床和基础研究。在追求治疗精准化的今天,通过多学科团队的合作,我们能够使患者在治疗过程中最大程度地减少不必要的损伤,实现治疗效果的最大化。未来,内异症 MDT 将更加注重患者的个体差异和全面管理,建立标准化协作流程,为患者提供更加个性化、精准化的医疗服务。

#### 【参考文献】

- [1] Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations[J]. *Lancet*,2021,397(10276):839-852.
- [2] As-Sanie S, Black R, Giudice LC, et al. Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis[J]. *Am J Obstet Gynecol*,2019,221(2):86-94.
- [3] Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis[J]. *Hum Reprod Open*,2022,2022(2):hoac009.
- [4] 中国医师协会妇产科医师分会,中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症诊治指南(第三版)[J]. *中华妇产科杂志*,2021,53(12):812-824.
- [5] 郎景和. 关于妇科复发性疾病与疑难性疾病的若干问题[J]. *中国实用妇科与产科杂志*,2022,38(5):481-483.
- [6] Omtvedt M, Bean E, Hald K, et al. Patients' and relatives' perspectives on best possible care in the context of developing a multidisciplinary center for endometriosis and adenomyosis: findings from a national survey[J]. *BMC Womens Health*,2022,22(1):219.
- [7] Barbanti C, Labanca L, Gentile F, et al. Urinary tract endometriosis: a multidisciplinary fight against a silent enemy[J]. *J Minim Invasive Gynecol*,2022,29(5):584-585.
- [8] Mo X, Chen Y, Ruan J. A rare imaging of rectal polypoid endometriosis treated by multidisciplinary cooperation[J]. *J Minim Invasive Gynecol*,2022,29(10):1131-1133.
- [9] Nguyen DB, Arendas K, Jago CA, et al. Stepwise approach to the laparoscopic excision of bladder endometriosis[J]. *Fertil Steril*,2022,117(1):225-227.
- [10] Gupta P, Prasanna G, Waldman I, et al. Abdominal Wall Endometriosis: A Multidisciplinary Approach[J]. *J Obstet Gynaecol India*,2015,22(6s):S51.
- [11] Wolthuis AM, Tomassetti C. Multidisciplinary laparoscopic treatment for bowel endometriosis[J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*,2014,28(1):53-67.
- [12] Wolthuis AM, Meuleman C, Tomassetti C, et al. Bowel endometriosis: colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team[J]. *World J Gastroenterol*,2014,20(42):15616-15623.
- [13] Hansen KE, Lambek R, Rossaak K, et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: psychometric validation of the Endometriosis Health Profile 30 questionnaire using confirmatory factor analysis[J]. *Hum Reprod Open*,2022,2022(1):hoab042.
- [14] Kale A, Baydili KNS, Keles E, et al. Comparison of isolated sciatic nerve and sacral nerve root endometriosis: a review of the literature[J]. *J Minim Invasive Gynecol*,2022,29(8):943-951.