

意見相左時的共識策略—德爾菲法 (Delphi technique)

曾嶽元 (馬偕紀念醫院病理科主任、社團法人台灣分子醫學會理事長)

記得我還在讀醫學院時，曾聽過教授講幾分鐘的APUD，當時聽不懂這是什麼東西，只知道是個很新的醫學名詞。30多年以後，發現這個名詞已成為醫學史的一部分，觀念也已被推翻了；取而代之的是「神經內分泌系統 (neuroendocrine system)」。不知道現今的醫學生們在這方面學到的是什麼？是否也跟當年的我一樣，只覺得它是個「很新的醫學名詞」？若是只有如此膚淺的感受的話，那麼，當新聞報導蘋果公司的Steve Jobs得到胰臟癌而飽受內分泌失調之苦時，就只能當八卦消息來看了。

目前除了少數研究學者外，醫學界各科醫師對神經內分泌細胞 (neuroendocrine cell) 的確所知不多。若這只是門學問，僅限於基礎研究而已，那就罷了，但是偏偏神經內分泌細胞就跟其他細胞一樣也會長出腫瘤—神經內分泌瘤 (neuroendocrine tumor)。更麻煩的是，許多器官組織都有神經內分泌細胞，只是各有不同的名稱而已。譬如，在甲狀腺它被稱為C細胞，在皮膚則叫Merkel細胞。可想而知，最後造成的混亂局面就是：對於一個所知不多的東西，我們卻有太多的名稱；因此，每種疾病名稱所分配到的發生率，就會低到讓該病名被歸入罕見疾病。

對此亂象，即便是世界級的權威們，有時也會火上添油。譬如說，近年來之文獻大多用神經內分泌瘤來稱呼此類疾病，但是世界衛生組織 (WHO) 卻仍用內分泌瘤 (endocrine tumor) 來稱呼它們。然而，臨床醫師卻更熟悉教科書上使用的名稱，如類癌 (carcinoid)、胰島素瘤 (insulinoma)、驅體激素瘤 (somatostatinoma) 等名稱。又例如，分化良好的神經內分泌瘤到底

是良性還是惡性腫瘤，以及判斷標準為何也是莫衷一是。在知識爆發的時代，我們已經很擔心是否能即時獲得正確的新知識了，實在沒必要浪費時間在釐清這些混淆。因此，歐洲有歐洲神經內分泌瘤學會 (ENETS) 致力於這方面的研究和教育的普及。基於同樣的理由，美國近年也成立了北美神經內分泌瘤學會 (NANETS)。歐洲和美國有心人士願意分頭解決此亂象，的確是醫界的福音。但是歐洲醫界和美國醫界之間不同的意見又該如何解決呢？甚至，歐美之外的醫界呢？雖然亞洲無此學會，難道就表示他們沒意見嗎？

有鑑於此，美國國家癌症研究院 (National Cancer Institute; NCI) 請耶魯大學的外科教授Irvin Modlin (圖一之3) 及Sloan-Kettering癌症中心紀念醫院的病理教授David Klimstra (圖一之2) 兩人主持「神經內分泌瘤病理高峰會 (NET Pathology Summit)」，邀請各地病理醫師及臨床醫師共聚一堂以尋求共識。除了正、副主持人外，NCI還邀請了13名美國的學者、ENETS的主席Guido Rindi (圖一之6) 及4名歐洲代表和1名亞洲代表 (即筆者)，一共20人於2009年2月7-8日一起在邁阿密建立共識。20位意見領袖 (opinion leaders) 達成共識的過程極為精彩，筆者認為值得華人醫界參考 (我們不也是有很多不同意見極需整合嗎?)，故特別在此記錄，以饗《生物醫學》讀者。

兩個多月之前，筆者即收到邀請函。信中告訴與會人員將召開Pathology NET Consensus，每人只被分配到15分鐘，其中10分鐘表達自己的意見 (演講題目則是更早之前就協商好的)，另外5分鐘給聽眾進行問答。因此，每人有兩個月以上的



圖一、與會者在會議陽台上團體合照。

幾位大老如下：1為Ricardo Lloyd（WHO 內分泌器官腫瘤之作者）；2為David Klimstra（本次會議副主席）；3為Irvin Modlin（本次會議主席）；4為Kjell Öberg（首創以Ki-67免疫染色評估神經內分泌瘤惡性度者）；5為Kay Washington（AJCC分期系統撰寫者）；6為Guido Rindi（ENETS現任主席）；7為Robert Jensen（Harrison內科學之「胃腸道與胰臟內分泌瘤」之作者）；8為Bertram Wiedenmann（首先發現synaptophysin及其命名者）。（彩圖詳見本刊網頁）

時間準備。當時我心裡想，怎麼需要這麼長的時間來準備10分鐘的演講？不過，一開始進行下去後就發覺，由於與會者都有自己的一套想法（否則怎麼會成為意見領袖？），想要在10分鐘內說服他們，的確是一大挑戰。後來Klimstra及Modlin又用聯邦快遞寄了一張光碟來，裡面有81篇論文，大多是受邀者發表的，而且意見相左的還真不少（怪不得要開共識會議）。果真，我在工作之餘準備講稿，竟真的花了近兩個月的時間才完成。

2009年2月5日晚上搭長榮航空到洛杉磯，再轉美國航空於6日清晨5點到邁阿密。會議地

點是一家在海邊的飯店（Fontainebleau, Miami Beach），可惜全程會議非常緊湊，大家只能在會議室內隔窗看海而已（沙灘是碰不到的啦！）。入住飯店後小睡片刻補眠，午飯後各人將自己的powerpoint交給工作人員存入電腦及試播（preview）。晚上7點在會場旁有雞尾酒式的晚餐，讓與會者彼此交談認識。有美國病理醫師看到來自台灣的我，就問說：「認不認識Dr Fu？」可見傅堯喜教授在美國病理界多麼有名，真是華人之光哪！

會議從7日早上8點開始。除了禮貌性的簡短致歡迎詞外，主席特別強調，在講者前面有一個



圖二、左圖為從演講者位置往大螢幕看過去，在大螢幕旁有個小桌子，上面放了個液晶螢幕。右圖即為此液晶螢幕之近觀。可以看到兩個時間標示。上排為演講時間的碼錶，從講者一開口即開始倒數計時。每人只有10分鐘可講。下排即當下之時間。（彩圖詳見本刊網頁）

螢幕（見圖二），從演講伊始起倒數計時，螢幕上會顯示還剩幾分幾秒，請講者注意。果真大家都只用10分鐘時間表達自己的看法，主持人也做到控制只有5分鐘的討論而已。因此，中場休息時間準時開始，也準時結束。這對習慣台灣各種醫學會演講的我而言，真是大為驚訝。在台灣經常是大會給演講者半小時時間，但講者卻滔滔不絕講個不停，遲遲不肯下台（顯然忘了當時大會邀請他時，他還一副不願接受的樣子）。工作人員在台下按鈴又舉牌，他老兄就是視若無睹，座長也不好意思打斷他的興致。全體聽眾只好忍著尿意，耐著性子等他下台。其實我瞭解，台上的人不是故意拖延，他只是事前沒有好好準備，因此帶著一大堆未加以組織的資料上台。等到發覺講不完時，又沒有技巧收拾局面，才出現尾大不掉的窘境。

我的演講時段排在下午第二場。準時開始，當然我也準時結束。我把要說服其他專家的意見充分地表達了。我最主要的立場是反對WHO用內分泌瘤來稱呼神經內分泌瘤（不是所有的神經內分泌瘤都是內分泌瘤，當然也不是所有的內分泌瘤都是神經內分泌瘤）。我以胚胎發育的分子生物學觀點來陳述。但是我知道純講學理是

不夠的，一定要指出他們用了WHO的定義而產生矛盾的例子，這些大老們才有可能產生「於我心有戚戚焉」的認同感。因此，我撥出一分鐘時間舉了一個例子。我問大家：「驅體激素（somatostatin）是內分泌（endocrine）、旁分泌（paracrine）、還是自分泌（autocrine）？」回答均為：「驅體激素是旁分泌。」於是我接著問：「那你為什麼把驅體激素瘤歸入內分泌瘤而非旁分泌瘤？」頓時大家啞然失笑了。中計之後，打開心防，就更容易被我說服了。果然，連WHO之內分泌瘤專輯的作者Ricardo Lloyd（圖一之1）也不持反對意見。談到這裡，我想起在華人世界裡，經常是大老說了算。年輕的一輩不應也沒有機會提出另類看法。但問題是，如果南、北大老的意見不同時，大家要怎麼辦？或者，當國內唯一的大老犯錯的時候，大家要怎麼辦？我們不是強調「以病人為中心的醫療」嗎？難道我們要繼續犯錯到大老退休才改正嗎？

下午時段分為兩場。「盍各言爾志」到了下午中場休息前已全部完畢。等下午的第二個時段開始後，與會專家們被分成兩組，分工討論事前已經擬好的爭論性議題。由於每人都已充分地（雖然只有10分鐘而已）聽到其他專家的看

法，因此在此討論階段大家都知道對方的立場和理由。心裡有譜之後，討論起來就方便多了。這個階段的討論是德爾菲法（Delphi technique）的前戲。德爾菲法乃是根據古希臘德爾菲神廟神諭的模式以解決衝突來達成共識。為了解決團體中個人之間的衝突，主持人將議題寫下摘要後交予每個人，每人根據其摘要修改議題交還主持人。主持人再根據每人之修改意見重擬摘要，擲回每人修改，如此一再重複直到達成共識為止。由於德爾菲法非常耗時，因此當議題太多時，大家先「壺各言爾志」一番，然後再聚在一起針對各議題辯論，並適度地修改議題，以免最後表決時無法達成共識。

由於議題很多（我已記不起有多少題了），因此當天下午只能討論一半，另一半的議題則留待次日上午繼續討論。第一天的會議於下午6點結束。6點到6點半之間有個餘興節目，那就是大會準備了45張Ki-67的免疫染色powerpoint slides，請大家（病理醫師和臨床醫師都參加）以目測方法判讀陽性百分比。這些染色片子事先都已用電腦掃描計算過陽性率。大家填上答案繳卷後就散會了。7點半全體集合到外面的餐廳吃飯，餐廳是Modlin教授挑選的，因為它的酒單足有電話本那麼厚（並非因為食物精美）。大夥心情愉快地用餐，還有醫師清唱了一曲自娛娛人。我也不知不覺喝了好幾杯紅酒和白酒。回到飯店正想回房休息，Modlin教授看到我經過大廳，又拉我去bar喝酒，直說謝謝我的參加。我心裡想，「您老人家邀請我，是我該謝謝您的賞識，怎麼你反倒來謝我呢？」一直等到他說，他家存有上千瓶法國波爾多紅酒，希望我有機會去耶魯拜訪他，又說：「你的演講是這次會議中最好的一場。Brilliant! Brilliant!」這時我才相信這位老教授不是在講客套話，他是真的感激我的演講所帶來的震撼。剎時，我感受到花了兩個月的時間來準備，果然是值得的。

次日一大早起床，時差還沒調整好。前一晚

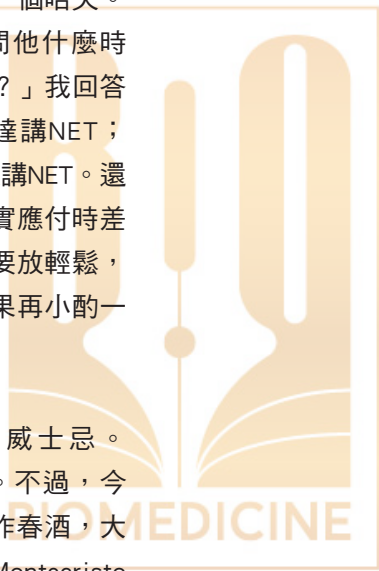
將近1點才上床，可是一早5點就醒來了，前一天的疲勞尚未退去。怪不得邀請函會特別指出是入住高級的沙灘飯店，以聊表歉意。然而，即便有會議舉辦單位的盛情，還是挽救不了時差的影響。會前大家一起合照紀念（圖一）。會議8點準時開始，這時一名統計博士上台繼續昨天的餘興節目。他指出病理醫師（實驗組）判讀Ki-67染色並沒比臨床醫師（對照組）好多少，引起哄堂大笑。更勁爆的是，45題中有3題是重覆題，而20位專家中竟只有2位能重覆自己的判讀數據。於是瑞典籍的Kjell Öberg教授（圖一之4）站起來感慨地說：「幾年前我提出神經內分泌瘤應該要作Ki-67免疫染色以評估其惡性度，沒想到現在竟造成這麼大的困擾。」接著有人起鬨：「那你要不要收回這個建議啊？」

輕鬆談笑之後，大家又開始繃緊神經討論另一半的議題。此一時段結束後，主席Modlin教授宣佈休息片刻，強調大家一定要上廁所，因為接下來才是重頭戲—以德爾菲法建立共識。會中不准任何人中途離席，也不准提早離席回家（其實大會委託的旅行社在幫參與人員訂機票時，都已事先告知與會者，所有回航班機一律是訂在下午2點半之後）。因此，中場休息時沒有人敢大喝咖啡。會議準時開始，我回到座位後看到每個人的桌上都有一個電子按鈕的投票機。主席先解釋什麼是德爾菲法，每一議題由贊成到反對分成五等級，分別由A到E。必須A加B或D加E超過80%才算有共識。對於沒有共識的議題，主席會詢問少數的一方是否可經過修改議題，以及想如何修改議題才願意同意多數方。如果第二次投票後還是沒有共識，大會就承認該議題目前的確沒有共識。先前每組只有機會參與討論一半的議題，因此議題合併後題數就加倍了。主席唸完題目後，每個人必須在5秒內按下自己的答案。由於題目實在太多了，義大利籍的病理醫師Guido Rindi終於忍不住提議要上廁所，因此會議只好中途暫停5分鐘。幸好只有3名女性與會者，廁所不需要排隊。因此，5分鐘後會議準時開始。但由於意見分歧加上

修正議題，因此會議無法準時結束，這是這次大會中唯一沒有準時的一項（還好沒人誤了回航班機）。

下午3點與德國醫師Bertram Wiedenmann（圖一之8）共乘轎車去機場，只見他不停地打哈欠。他說：「抱歉！兩週前才去日本演講神經內分泌瘤，時差尚未完全調整好，又來趟美國行。」我開玩笑問他：「那你下一站去哪演講？」他竟正經八百地說：「雪梨。」接著又是一個哈欠。看他一臉倦容，我實在不好意思再問他什麼時候去，沒想到他竟然反問我：「你呢？」我回答說：「印尼病理學會邀我3月去雅加達講NET；Asia Oncology Summit邀我4月去新加坡講NET。還好這兩個地方都沒有時差問題。」其實應付時差的訣竅就是，時間到了該入眠之前人要放輕鬆，心情輕鬆了，睡意自然就會出來。如果再小酌一杯的話，那就更有效了。

回台後，我坐在院子裡啜一口威士忌。「嗯，這款18年的確實比12年的好。不過，今年聚會要挑Macallan還是Glenlivet當作春酒，大家意見就不同了。」我緩緩吸了一口Montecristo #2的雪茄，心裡想：「或許得用德爾菲法取得共識，不然還沒品到酒就吵掉幾盎斯的口水，豈不掃興？」一陣輕風徐來，雪茄煙散去，月光下留下淡淡的香味。「還好公共場合不能吸煙，不然還得用德爾菲法來挑Montecristo #2還是Arturo Fuente Don Carlos呢！」



生物醫學
BIOMEDICINE JOURNAL