

# 探索适合县域的多学科诊疗模式新形态

● 本报记者 李清波 严涛

“肝血管瘤是良性肿瘤,可以观察,暂不需要治疗。”

“它位置特殊,对胃部产生了压迫,需要手术。”

“手术创伤太大,可进行腹腔镜肝血管瘤微波消融术。”

……

时隔一年,空军军医大学唐都医院(以下简称唐都医院)专家团队一行16人,再次来到陕西省富平县张桥镇卫生院开展义诊。活动尚未开始,慕名而来的患者已经排起了长龙。

## 送医下乡的县域探索

富平县是唐都医院驻点帮扶县,自帮扶工作开展以来,唐都医院驻点帮扶团队打破学科间壁垒,开展MDT多学科协作诊疗,让越来越多的群众在家门口就能看得上病、看得好病。

MDT指多学科诊疗,换句话说,就是两个以上的临床相关学科专家组成相对固定的医疗团队,针对某一特定器官或系统疾病,通过定期会议形式,提出最佳治疗方案,继而由相关学科独立或多学科联合执行该治疗方案。该概念最早由上世纪90年代美国医疗专家组提出。

唐都医院普外科副教授陈安是驻点帮扶专家团队领队。这已经是他第二次来到富平县。

上一次来,陈安带领团队上门诊、查病房,下基层义诊、授课,进村入户送医药、问病情,忙得像个陀螺。回到西安的一年时间里,陈安的脑子里一直都在想最佳方案。

“对于一个人口大县,我们帮扶团队的力量始终是有限的,特别是一些身患疑难杂症和多种疾病的患者,往往在多家医院、多个科室之间辗转就医,既浪费宝贵的时间,也难觅最佳诊疗方案。”陈安说。

帮扶团队以一名肝血管瘤患者诊疗方案讨论为契机,举办了一期院内多学科诊疗研讨会。“这种以患者为中心的模式,打破了学科之间的壁垒,解决了‘专’与‘全’的矛盾,从‘一对一’变为‘多对一’,为患者制定最佳诊疗方案,改善患者预后,同时避免了不停



图片来源:摄图网

转诊、重复检查对患者造成的经济负担,给患者带来的是1+1大于2的效果。”陈安说。

此后,陈安带领帮扶团队将多学科诊疗模式进一步拓展优化。利用互联网云端会议,邀请县域内各医院相关科室及基层卫生院医生在线讨论疑难病例,同时远程邀请唐都医院“外援”教授在线诊断,并建立跟踪反馈机制,形成了院内多学科协作、县域内多学科协作、县域外多学科协作的跨科室、跨院、跨区域的诊疗模式。

“多学科协作诊疗模式既提高了对患者的诊治质量,又提升了患者的就医体验,同时还推动了县域内、院内多学科交流合作、资源共享。”富平县第二人民医院院长乔小路说。

据统计,在驻点帮扶期间,团队专家共开展带教查房287次,门诊接诊人数2425人次,开展手术69例,培训人数达到2000人次。

## 平衡资源配置的最优解

多学科协作诊疗模式最主要目的是服务患者,解决看病“跑断腿”的现实难题。

近年来,医学科技水平不断提高,国内医疗资源配置却严重失衡,基层医院面临着“设备不够用,人才留不住”的问题。为改变现状,我国对基层医疗投入的力度越来越大。据统计,截至2021年底基层床位数达171.2万张,但与之相对的基层医院床位空置率却创了新高。

一方面,基层医疗机构的综合技术实力较弱,病情复杂的患者无法得到最优诊疗方案;另一方面,许多群众

不信任基层医疗机构,不想在本地就医的观念根深蒂固,无论大病小病都喜欢“蜂拥而至”大医院。长此以往,基层医疗资源的闲置与浪费越来越严重,人才流失严重,拖累了基层医疗卫生事业。

针对这种状况,国家深化医疗体制改革,将上级医院对下级医院的帮扶作为重点,将设备投入和人才培养作为必要条件,“两只脚”同步走。

陈安介绍道,目前主流的方法分为“向上走”和“向下走”。“向上走”是基层医疗机构的医务人员前往定点的上级医院进行专科进修轮训;“向下走”是上级医疗机构的专家定期下基层,在定点帮扶区域开展工作,包括临床技能培训、教学查房、病例讨论、指导手术等。

实践中,“向上走”,一部分人员“走过场”,把它当作晋升“门票”的机会;“向下走”,上级医院对基层群众产生“虹吸”效应,复杂病因或者病情危重的患者被转至上级医院,进一步限制了基层医院和医生的发展。

而且医学学科逐步细分,医护人员临床知识结构愈来愈窄。他们常常因为经验和跨专业领域信息缺少,错过疑难重症的诊治机会,进而落入经验机会缺少的死循环。

为了使群众从“跑断腿”到“少跑路”,坐在家门口就能享受最优质的医疗资源的“一站式”服务,陈安在驻点帮扶期间总结出了三种帮扶模式的新形态:院内MDT、县域内MDT及跨区域MDT,提高当地医院的医疗综合救治能力。

## 多学科协作诊疗的三种形态

截至目前,富平县已开展多学科协

作诊疗讨论20余场次。陈安把20多场讨论内容划分出院内MDT、县域内MDT及跨区域MDT三种形态。

其中,院内MDT诊疗在帮扶期间开展次数最多、最方便。一般流程是县域医院主动提出疑难、危重及具有学术价值的病例,由病人所在科室主管医师介绍,驻点帮扶的医务人员辅导完善,再由医务科牵头,全院相关科室共同参与讨论,制定诊疗方案。该模式打破了疾病的限制,只要有学习价值的病例都可以讨论,诊治完成后的情况再反馈给各个参与科室。

范围稍大点的县域内医院开展次数仅次于前者,执行难度最大。由于牵涉各医院多科室,参与人员分散,各医院之间理念存在差异,大家对同一个疾病认知也差异巨大,所以必须有一个或多个具有一定专业能力及会场把控能力的人主持讨论。各医院相关科室指派专业人员在约定时间到达指定地点,共同为患者制定出最佳治疗方案,由申请医院相关科室执行治疗。

唐都医院团队在帮扶期间,发起了一次典型的县域内MDT讨论,联动县域内各家医院专长,诊治了一名重症胰腺炎伴局部胰腺坏死形成假性囊肿的患者,不同医院科室协作完成了“胃镜下空肠营养管留置术”以及“芒硝外敷”“针灸”等理疗,最终患者顺利出院。

跨区域MDT是在前两种模式基础上,由帮扶医院提供病例,邀请上级帮扶医院或者三甲医院专家针对疑难、危重、治疗效果差的病例共同讨论,这种模式打破了时间、空间的限制,可以覆盖更广泛的基层医生。

在陈安带领唐都医院帮扶团队期间,富平县级医院门诊量、床位使用率、疑难危重症占比、3级以上手术数量均有了明显的提升。但仍有一些基层医生多学科协作意识不强、认知不够深入,而患者对MDT的了解不深、需求不高,同时基层医院也缺乏具体操作流程和标准规范。“我们要继续强调内容深度和多方协作,让MDT在推广过程中不断完善。”陈安表示。