

由于现代医学的快速发展，大多数人追求专科的相对高度和深度，但另一面对其他领域的涉猎会相对减少。

而患者身上所涉及的疾病或许是一种或许是多种，一种疾病要用多种手段以及多学科的参与才能更好地体现当代的医学水平；如果是多种疾病，那么既要照顾疾病又要照顾患者。无论是哪种情况，都需要多学科的参与，当代医学对患者实行更好地照顾所采取必然的医疗形式，便是MDT。

呼吸病学领域和其它专科有更广泛的交叉趋势，因此2012年我们提出在多学科交融的呼吸疾病防治中，呼吸学科发挥主导作用。2016年提出构建多学科立体交融的现代呼吸学科体系。MDT是这两个观念在具体实践中的体现。

——王辰院士

多学科协作诊疗（MDT）通常指由来自两个以上相关学科、相对固定的专家组成工作组，针对某一器官或系统疾病，通过定时、定址的会议，提出科学、合理意见的临床治疗模式。

2012年王辰院士提出在多学科交融的呼吸疾病防治中，呼吸学科将会起主导作用。2016年，他又提出构建多学科立体交融的现代呼吸学科体系。MDT就是这两个观念在具体实践中的体现。

本期专栏系统介绍了肺部感染疾病、结核病、肺癌和胸腔疑难疾病的MDT诊疗模式，既有病例分析，也有实践经验，希望能给读者以启示。

建立辐射基层的MDT诊疗体系

▲ 重庆医科大学附属第一医院呼吸与危重症医学科 刘煜亮 郭述良



郭述良 教授

50岁中年女性患者，因“近3个月来出现逐渐加重的活动后气促，并伴有双臂及背部酸痛不适，双上肢抬举无力”于2017年1月5日来我院就诊。入院后行胸部CT示：双肺弥漫性间质性改变；右侧腋二头肌及腓肠肌肌电

图提示：肌源性损伤；行左腋二头肌+皮肤活检示：炎性肌病；全麻下行经硬质支气管镜冷冻肺活检术。病理结果提示右下叶内基底段，纤维组织增生致肺泡壁增厚，少量慢性炎症细胞浸润；组织培养结果是龋齿放线菌。

考虑到患者的情况，感染性呼吸疾病MDT诊疗模式启动。

放射科专家仔细阅读片，并讲解了影像学上放线菌感染可能的表现及鉴别诊断；检验科专家借助该病例讲解了放线菌感染的高危因素、确诊方法等，并对微生物培养标本采集送检的基本原则做出简要

的介绍；病理科专家解读了该患者的病检结果，从“硫磺颗粒”等放线菌独有特征入手，分析了该患者的诊断可能，并详述了临床医生在有创检查过程中，能够取得合格病理标本的一些原则；药学部专家结合该病例将放线菌等特殊病原菌敏感的抗菌药物及激素治疗过程中可能出现的一些注意事项进行了讲解。

经过讨论，最终考虑患者为结缔组织病相关性间质性肺病可能性大，龋齿放线菌要考虑定植与污染因素，最后结合风湿免疫科专家建议，制定下一步的相关检查及治疗方案。



网络直播让基层在线参与

该患者只是受惠于MDT诊疗模式的患者之一。从2014年开始，呼吸与危重症医学科联合病理科、检验科等多个科室组成MDT团队，每2周/次，严格遵守定期、定址、相对固定专家的原则，对近百名病情复杂、疑难危重患者进行MDT诊疗。

从3年前开始，每次MDT会议都会通过网络，实时对周边十多家医院相关学科进行互动直播和讨论。不但弥补了弱势科室的“先天不足”，促

进不同学科间的无意识联合，也通过MDT会议的多次推广，发挥以疾病诊治为核心的优势学科辐射带动作用，让以MDT为基础的学科群成为所有参加MDT会议相关学科持续发展的源动力。

3年来，呼吸与危重症医学科MDT除了在专病综合诊疗方面执行单次MDT模式外，还在疑难疾病诊疗方面执行多次MDT模式，重大、急危重症疾病抢救方面执行连续MDT工作模式。

集众家之长 解患者之忧

▲ 上海交通大学医学院附属瑞金医院呼吸科 时国朝



时国朝 教授

几年瑞金医院大规模开展MDT，呼吸科的胸腔疑难会诊中心正式纳入全院的MDT体系。

胸腔疑难病例MDT由呼吸科主导，每周三上午进行，呼吸科、放射科和胸外科派副高级职称以上医师参与，就胸腔疑难病例提出合理的诊疗意见和建议。讨论前由青年医师对病例资料进行整合分析，根据病例需要，邀请病理科、肿瘤放疗科，以及其他可能涉及的科室共同参与。

MDT后续诊疗的跟踪至关重要。我们专门成立了瑞金医院肺部阴影专病门诊、肺小结节专病门诊，方便随访；呼吸科开设日间病房，为这部分患者提供快速的检查，包括支气管镜检查、EBUS-TBNA、CT引导下肺穿刺等；放

射科有专人负责设计优化影像序列，为临床诊疗提供更多信息；胸外科给予讨论患者入院手术绿色通道。

广义来讲，胸腔疾病MDT还包括瑞金医院呼吸科参与其他科室主导的MDT，如肺小结节MDT（放射科），淋巴瘤MDT（血液科），乳腺癌MDT（乳腺外科）等。

呼吸科MDT拥有与众不同之处，其一，除门诊病例外，疑难胸腔疾病MDT还接受来自呼吸科病房及兄弟科室病房提出的病例；其二，MDT在病房会诊中心进行，方便各级医师旁听或提问，因此，可谓一举多得，不仅为相关肺部疑难疾病患者提供个体化的诊疗服务；同时，也为青年医师的成长提供培训平台。

MDT让疾病抽丝剥茧

西医是以合理分工、提高效率为基础的，所以被细分了多种领域，这就导致临床有时候不能清晰地对患者整体情况作出判断，内科、外科各有自己的专长，无法完全代替，需要各领域专家共同探讨。借助MDT，连接片断信息，让疾病在抽丝剥茧，逐渐露出庐山真面目的过程中保持专家之间信息的流通。

MDT和会诊的差别不在形式，是在于主观意识上，MDT是主动为特定患者进行讨论，而会诊往往是以主治医师为主，当他认为需要其他专业帮助时才请会诊，因此会诊在大多数情况下都是被动进行的。另外MDT与传统的多学科会诊相比，是持续诊疗的过程，多学科会诊是临时性的，很少做

后续追踪，而MDT要有追踪，全程参与诊疗过程，且每一步的实施必须要有最新指南、专家共识、最新文献所支撑。

我们追求的MDT，应该不止是传统的，以医务处为主导的MDT诊疗团队。我们要借助医院整体诊疗水平这一平台，通过网络打造优势学科MDT团队，扩大学科影响力，发挥优势学科辐射带动作用。推动MDT的发展能够使这种“患者不动、医生动”的新模式更加常态化，更能够有利于首诊负责制落到实处。

MDT对于患者、医生、科室、医院来说是个共赢的模式，应该以MDT为契机，完善和优化多学科诊疗机制，进一步提高医疗服务质量。

呼吸专栏编委会

名誉主编：钟南山 王辰

指导专家：

林江涛 康健 白春学

沈华浩 陈荣昌 孙铁英

陈良安 王娟 代华平

主 编：曹 彬

执行主编：

白 冲 黄克武 李海潮

王 玮 宋元林 应颂敏

张 艰 冯 靖 陈亚红

本期轮值主编：郭述良

编委（按姓氏拼音排序）：

边玛措 蔡志刚 曹孟淑

陈 成 陈 虹 陈 娟

陈 磊 陈 燕 陈湘琦

范 晔 郭 强 郭岩斐

何晓琳 何志义 何志明

胡 毅 季颖群 解立新

李和权 李敏超 李燕明

刘 晶 刘国梁 刘维佳

刘先胜 卢文菊 卢献灵

马德东 孟 莹 苗丽君

庞 敏 苏 楠 苏 欣

孙加源 唐 昊 田 庆

王 琪 王 凯 王佳烈

王晓平 王效静 吴司南

肖 丹 邢西迁 徐金富

许小毛 叶小群 翟振国

詹庆元 张 静 张晓菊

赵 俊 赵丽敏 周 为

周林福 朱 玲