多学科协作模式完善儿科综合照护管理思路

魏　丹
宝鸡市妇幼保健院　陕西　宝鸡　721000

摘　要：以儿科护理特点为基础，介绍多学科合作理念以及其意义，在此基础上提出建立多层次的合作关系、制定统一的工作标准、搭建信息交流共享平台以及让家属参与到患儿照护中来这四个方面的一体化管理模式，并对目前存在的问题如学科间壁垒森严、缺乏有效的激励措施、责任分工不够明确、缺乏合理的考核制度进行剖析并提出相应的对策建议，以期为儿科医院由单一疾病的治疗转向全方位服务提供有效指导，使儿童获得更好的健康结果同时也能让家属感到满意。

关键词：多学科合作；儿科综合照护；管理模式；家属参与

引言

儿童医疗已经由单纯的疾病治疗转变为全方位、全生命周期健康管理，在早产儿远期发展、肿瘤幸存者的生活质量、先天性畸形矫正以及心理、肥胖等多个方面都存在挑战，需要集急诊、营养、发育、心理和社会支持为一体。而多学科协作（MDT）就是一种突破各专业限制的方法，围绕孩子进行整体规划。儿童MDT更注重孩子的不断成长以及家长的参与，集医疗、护理、康复、心理和社会工作于一体，“五位一体”，但是目前我国仅在白血病、脑瘫等方面开展MDT，而且大多数都是应急性质，缺少从入院到出院再到家庭的一贯性、标准化、有质量保证的过程。因此，从管理的角度出发，我们提出一个完整的关于MDT的理念、思路、方法以及保障体系，以求达到持续、整合并且可以施行的目标。

1 儿科综合照护的内涵与多学科协作的必要性

1.1 儿科照护的特殊性：从疾病到发育的多维需求

儿童有“连续性发育”、“家庭依存性”的特点。他们的器官功能不完善、对药物的代谢能力不同，疾病的症状也不明显，而且慢性病会影响孩子的成长、骨密度、性发育以及学习情况，在治疗上需要不断考虑；由于他们缺乏足够的理解力配合医生，需要用符合孩子发展的交流方式以及游戏化的手段进行干预；更重要的是，他们的健康状况还与家庭密切相关—— 患有慢性病的儿童的家庭成员出现抑郁或焦虑的可能性比一般家庭高出2到3倍，而父母的心理问题又会导致孩子不能按时就诊或者服药错误等情况发生。所以，儿科护理不仅仅是医学方面的问题，它还包括生理、心理、营养、发展、家庭教育和社会支持等多个方面，远远超出了传统的医疗服务的内容。

1.2 传统单一专科模式的局限性

根据系统或年龄段进行传统分科（如呼吸、神经、新生儿科等）对于处理单一急性病症较为便捷有效，但对于共病、综合征或者慢性复杂性疾病却存在诸多问题：信息零散造成重复检查或者判断不一致；入院及出院衔接不良，缺乏出院后指导；家长需要跑多个科室，体验不佳；缺少管理者，在专科医生意见相左的情况下容易出现“盲人摸象”[1]。而在脑瘫、遗传代谢病、儿童肿瘤等需要长期管理疾病的治疗中更为明显，影响护理连贯性和家庭满意度。

1.3 多学科协作模式的适配性与价值主张

MDT以固定团队、定期讨论、集体决定及分工实施解决以上问题的优势。其优点有：提高准确率，降低误漏诊发生率；制定个性化治疗计划，考虑效果的同时也关注对患儿的影响；保障安全性，多方面审查减少风险；改善就医体验，避免反复就诊及排队；节约医疗资源，减少住院时间。对于家庭来说，统一说法以及一致方案增加了信心并提高了配合度，所以MDT不仅是一种质量管理手段也是儿童全面照护的一种模式。

2 多学科协作下儿科综合照护的核心维度与参与主体

2.1 医疗诊治维度：亚专科协同与诊疗路径标准化

从医学角度来说，照护基础是医疗，包括儿科各个亚专业（如新生儿、呼吸、消化、心血管、肾脏、神经、内分泌、血液肿瘤、感染、免疫等）及麻醉、影像、检验等辅助科室。而合作重要的是：对于某一疾病或者症状群，制定基于证据的标准治疗流程（clinical pathway），规定每个时期哪个专业的医生负责、什么时候召开多学科会议、什么情况下需要集体讨论决定。比如，在新生儿重症监护病房，每天需要有新生儿科医生、呼吸治疗师、临床药师、营养师以及护士长一起进行床旁查房，讨论呼吸机设置、抗菌治疗、营养支持以

及出院等问题[2]。标准流程可以避免由于医生换岗或者科室之间的差别导致的变化，保证一致性合作。

2.2 营养与代谢支持维度

在MDT中，营养师负责所有住院患儿以及高危门诊患儿（如短肠综合征、慢性腹泻、喂养困难、先天性心脏病、早产儿）的营养风险筛查、能量及蛋白需求计算、特殊配方的选择、喂养方式以及生长发育情况等。每周营养师向团队汇报营养评价结果并参加讨论，对于热量-蛋白质的比例以及液体管理、用药都密切相关，需要与其他医生和药师密切合作。

2.3 心理行为与发育促进维度

儿童心理行为问题包括由于疾病所引起的应激反应（如焦虑、恐惧、攻击行为）、慢性病所致抑郁和社会退缩、还有神经发育障碍（如孤独症谱系、注意缺陷多动障碍）的相关诊治工作。心理治疗师或者发育行为儿科医生是应该作为MDT团队固定成员，其职责有：入院时的心理风险筛查、诊疗过程中的焦虑管理、慢性病儿童情绪支持、家长的心理辅导以及定期监测儿童生长发育的情况。发育促进也非常重要—— 对那些长期住院或频繁住院的孩子们，要制定床旁早期干预措施（如触觉刺激、言语练习等），由康复师和护士完成，防止因住院而造成孩子发育落后。

2.4 康复与社会工作维度

康复治疗师（物理治疗、作业治疗、言语治疗）介入时间不应仅限于功能恢复期，在重症以及术后患者中也应尽早参与，以避免肌肉萎缩、关节僵硬以及吞咽困难的发生。社会工作者（或医务社工）负责家庭经济情况评估、慈善救助申请、学校沟通、社区资源整合以及出院后护理工作，起到连接医院和社会家庭的作用[3]。而在MDT中，社会工作者提供的家庭支持程度、照顾能力以及经济条件等信息对医生制定切实可行而非理想化计划有着至关重要的作用，是让计划得以实施的重要保障。

3 多学科协作综合照护的管理架构与运行机制

3.1 分层协作架构：基础级、核心级与扩展级

为了防止资源浪费，儿科MDT管理应采取分级的形式。最基础层是对所有的住院患儿设立一个由“主治医生+责任护士+临床药师+营养师”组成的基本团队来完成日常工作；较高一层是对于一些有较高风险或者较复杂的疾病（例如肿瘤、脑性瘫痪、短肠综合征、复杂先天性心脏病等）设立固定的疾病MDT小组，人员相对稳定，每周1～2次会议讨论病情并制定相应治疗计划；最高一层是针对一些跨越多个科室疾病的罕见病或者极为复杂的疾病，召集全院甚至跨院的MDT，包括该领域的医生以及伦理学专家和法律方面的专业人士参与解决伦理问题和资源配置问题等。这种分层方式可兼顾灵活性与经济性。

3.2 角色职责与协调员制度

要给每个成员规定其角色和任务：主诊医生负责整体医疗决策以及与患者家属交流；亚专科医生提出各自专业意见；临床药师审查药物间相互作用及剂量问题；营养师根据患者情况制定个性化饮食计划；心理咨询师进行心理评估并给予相应帮助；康复医师对患者进行康复指导；护士落实医嘱并且及时反馈患者状况；社工寻找社会支持系统。为了防止合作流于表面，还需设置“MDT协调员”，可以是一个经验丰富的护士或者管理者，负责组织会议、准备相关文件、记录决定事项、监督实施过程以及汇报结果，在整个过程中起着指挥棒的作用。

3.3 标准化工作流程：识别-讨论-决策-执行-反馈

制订一个五步骤循环过程：识别—— 利用入院评估或者常规随访发现需MDT干预患者，开始该过程；讨论—— 由秘书会前收集病例及影像学等资料，组织MDT会诊（或线上讨论），各方陈述意见，主诊医生总结；决定—— 制定出书面统一方案，给每个参与者分配具体工作内容以及完成时限并告知家长取得其同意；实施—— 每个人按要求执行，护士负责每日观察及通知；反馈—— 下次MDT总结上次方案实施结果，结合最新信息对方案作出相应改变，形成良性循环[4]。所有会议记录以及执行情况都应录入到电子病历中，以备检查。

3.4 信息化共享平台与决策辅助

信息化是使MDT发展到“人脑协作”到“系统协作”。需要开发儿科MDT的信息模块，包括患儿整个疾病过程的信息（检查、影像、基因、营养、发育评估、用药）以及MDT会议内容、分工和待办事项等。还需要集成临床辅助决策的功能，例如药物之间的相互作用警告、生长曲线自动生成、营养风险评分、心理问题筛查预警等。而在医联体内，远程MDT是非常重要的，即下级医院可以利用视频的方式参与到上级医院的MDT中来，提高整个区域内儿童医疗的一致性。同时也可以让患者家属看到部分信息（如护理方案、教育资料等），让其参与到孩子治疗过程中。

3.5 家庭参与式照护的嵌入机制

家庭是儿科MDT不可或缺的角色。“第四方”。应当让家庭参与到MDT中来从被动知情到主动参与：邀请家属（或者主要照顾者）参与到MDT讨论过程，在其中提出意见并回答问题；开设结构化家庭教育课使

他们学习相关知识（例如造口护理、家庭雾化、饮食调配等）；设置家属反馈机制例如每周一次“家庭照护日记”记录孩子在家情况供MDT查阅。有研究显示高家庭参与度MDT方案偏离度降低约40%，再住院率明显下降。但是也要考虑家属的心理承受能力对于情绪较为敏感的家庭需要先经过心理咨询师指导再进行交流。

4 实施障碍分析与优化策略

4.1 学科文化壁垒与激励机制缺失

MDT推进过程中最大的困难是理念上“专业领地意识”，即一些专科医生认为合作会削弱自己话语权，或者害怕自己的意见受到质疑；此外，目前医院考评主要依据门诊量以及手术数量等进行评价，而MDT讨论和沟通工作没有相应经济收益，因此大家积极性不高，在管理上需要加强文化建设，“一切为了孩子”，让所有医务人员都树立这一理念，并将MDT工作量作为考评内容（如MDT参与积分、协作质量系数）等，慢慢养成习惯。院长的支持与参与是非常重要的。

4.2 边界模糊与权责不清的规避策略

人员增加势必造成角色重叠以及责任空白地带。比如，在营养处方和药物热量存在矛盾情况下，医生和营养师各自的责任是什么？心理咨询与护理安慰之间怎样配合？处理办法有：一是列出各个专业的具体任务，即“必须做”，“可以做”和“不可以做”的内容；二是设立纠纷处理流程——有争议的事情由负责医生主导，在MDT会议上表决或者依照事先约定好的规则进行判断（比如以安全第一而非经济效益为先，或是以成长优于便捷），三是周期性总结责任空白地带，随时更新工作手册。

4.3 质量评价与持续改进体系构建

缺乏质量评价是造成MDT流于形式的重要原因。建立以“结构-过程-结果”为核心的专科MDT评价制度：结构指标包括团队构成情况、会议频率、信息化平台使用情况；过程指标包括决策时长、工作完成情况、家属沟通次数；结果指标包括平均住院日、非计划再入院率、主要并发症发生率、家属满意程度、团队成员满意程度等。每个季度公布一次MDT质量报告书，在存在问题方面提出改善措施（如加快决策速度、提升营养评估完成度等），实现PDCA。

5 结语

在儿童照护方面，MDT可以克服专科限制，从生物学、心理学和社会学角度出发，提高照护连贯性和家长参与度。但是要实现它需要建立分层合作模式、标准化闭合式管理流程、信息化支持以及家庭融入机制并解决文化差异、绩效考核、专业领域划分以及评价标准等问题。MDT并不是简单的会诊，而是一项需要有制度建设、文化建设、技术支持和不断评价的工作。随着儿童健康观念由“治病”转变为“健育”，MDT应该延伸到学校、社区、康复中心以及医疗保险单位形成儿童健康生态圈。各个单位根据各自的条件如大小、疾病类型和资源情况等具体情况开展MDT，不能一刀切。最终目的是给每一个孩子提供一个全程、系统、以人为本并且有效率的医疗服务。

参考文献

[1]中华医学会儿科学分会.儿童多学科综合诊疗专家共识（2021）[J].中华儿科杂志,2021,59(11):913-920.

[2]王天有,李彩凤,郑胡镛.儿科多学科团队建设现状与发展方向[J].中国实用儿科杂志,2022,37(4):251-256.

[3]陈丽,张葆青,刘毅.基于MDT的儿童慢性病全程管理实践与思考[J].中华医院管理杂志,2023,39(2):102-106.

[4]刘薇,孙锟.儿科营养支持多学科协作的实施路径[J].临床儿科杂志,2022,40(8):561-565.