

综合医院开展中医多学科协作诊疗 研究进展与思考

王琰萍^{1,2*}, 罗娟³, 周洁^{1,2}, 李淼晶^{2,4}, 王燕^{1,2}, 侯杏桃³, 张扬富³, 熊凌³, 潘丽^{3#}

¹成都医学院第一附属中医医院·成都市新都区中医医院心血管内科, 四川 成都

²成都医学院中医治未病研究中心, 四川 成都

³成都市新都区人民医院妇产科, 四川 成都

⁴成都医学院健康管理教研室, 四川 成都

收稿日期: 2025年9月21日; 录用日期: 2025年10月14日; 发布日期: 2025年10月21日

摘要

随着医疗卫生事业发展及患者需求转变, 多学科协作诊疗(MDT)模式应运而生。本文围绕综合医院开展中医MDT展开研究, 阐述其现状与思考。当前, 综合医院中医学学科建设面临医疗市场地位薄弱、中医行业内弱势、内部学科合作不足等困境, 亟需通过中医MDT破局。MDT起源于美国, 在国外已形成规范化实践并成为肿瘤诊疗主流模式; 国内虽起步晚, 已达成实施共识, 仍存在运行机制不完善问题。国家多项政策从“推广模式”“中西医协同”“专科融合”多方面为中医MDT提供支持, 综合医院应借助中医MDT深化中西医合作, 构建信息化诊疗平台, 发挥中医药优势, 实现“以病人为中心”的诊疗目标。

关键词

综合医院, 中医多学科协作诊疗, 学科建设, 研究进展

Research Progress and Reflections on the Development of Traditional Chinese Medicine Multidisciplinary Collaborative Diagnosis and Treatment in General Hospitals

Aiping Wang^{1,2*}, Juan Luo³, Jie Zhou^{1,2}, Miaoqing Li^{2,4}, Yan Wang^{1,2}, Xingtao Hou³,
Yangfu Zhang³, Ling Xiong³, Li Pan^{3#}

¹Department of Cardiovascular Medicine, The First Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine of

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 王琰萍, 罗娟, 周洁, 李淼晶, 王燕, 侯杏桃, 张扬富, 熊凌, 潘丽. 综合医院开展中医多学科协作诊疗研究进展与思考[J]. 临床医学进展, 2025, 15(10): 1960-1967. DOI: 10.12677/acm.2025.15102969

Chengdu Medical College-Xindu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²TCM Preventative Treatment Research Center of Chengdu Medical College, Chengdu Sichuan

³Department of Obstetrics, Xindu District People's Hospital, Chengdu Sichuan

⁴Office of Health Management, Chengdu Medical College, Chengdu Sichuan

Received: September 21, 2025; accepted: October 14, 2025; published: October 21, 2025

Abstract

With the development of medical and health services and the transformation of patients' needs, the Multidisciplinary Team (MDT) model for diagnosis and treatment has emerged as required. This paper focuses on the research of developing Traditional Chinese Medicine (TCM)-integrated MDT in general hospitals, and expounds on its current status and related reflections. At present, the construction of TCM disciplines in general hospitals faces challenges such as a weak position in the medical market, a disadvantaged status among TCM institutions, and insufficient internal disciplinary collaboration, making it urgent to break the deadlock through TCM-integrated MDT. Originating in the United States, MDT has formed standardized practices abroad and become a mainstream model in cancer diagnosis and treatment; although its development in China started relatively late, a consensus on implementation has been reached, while problems such as imperfect operation mechanisms still exist. A series of national policies support TCM-integrated MDT from three dimensions: "promoting the model", "TCM-Western medicine collaboration", and "specialty integration". General hospitals should leverage TCM-integrated MDT to deepen TCM-Western medicine collaboration, build an informatization-based diagnosis and treatment platform, give full play to the advantages of TCM, and achieve the "patient-centered" diagnosis and treatment goal.

Keywords

General Hospitals, Traditional Chinese Medicine Multidisciplinary Collaborative Diagnosis and Treatment (TCM-MDT), Disciplinary Construction, Research Progress

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着我国医疗卫生事业的发展及人们卫生服务需求的增长, 医疗机构诊疗管理水平持续提升, 诊疗模式不断创新。近年来, 临床专业细化、疾病复杂化、医疗技术多样化的趋势, 推动医疗机构打破“专科界限”, 探索多学科协作诊疗(multidisciplinary team, MDT)模式。MDT 是针对某一种或某一系统疾病, 由多学科专家组成固定专家组, 通过定期会议制定个性化、连续性最佳治疗方案的诊疗模式[1]-[3]。目前, MDT 已成为重要医学模式之一, 但我国中医 MDT 仍处于起步阶段。本文从综合医院中医学学科建设现状切入, 综述国内外 MDT 发展, 结合我国政策支持, 探讨综合医院中医 MDT 的实践与思考。

2. 综合医院中医学学科建设现状与挑战

综合医院中医学学科是中医药事业发展的重要阵地, 但受多方面因素影响, 多数综合医院中医科长期处于弱势地位[4], 具体困境如下。

2.1. 中医在医疗市场中地位薄弱

“西学东渐”背景下，西医因疗效明确、理论严谨成为主流医学，中医逐渐边缘化；加之多次中医存废争论降低民众对中医的认同感，影响患者就医选择[3]。据 2023 年国家卫生健康委统计公报显示，我国中医类医疗机构诊疗量占比约 18%，远低于西医诊疗机构，形成中医科生存的外部不利环境。

2.2. 综合医院中医科在中医行业内地位弱勢

我国中医服务量在医疗服务总量中占比长期低于 20%，虽近年需求上升，但提升空间仍较大；西部地区中医服务量虽增长趋势明显但占比偏低。与中医专科医院相比，综合医院中医科在中医药人力资源、地区知名度、科研资源、人才培养等方面均存在差距，新技术新项目开展阻力较大[4]。

2.3. 综合医院内部学科扶持合作不足

中医科作为一级科室，常被边缘化：一是与西医科室交流少、存在收治冲突，缺乏协作基础；二是医院管理政策以西医模式为核心，对中医临床管理特殊性认识不足，导致中医科被动适应西医评价标准，忽视中医专科特色发展；三是部分西医同行对中医存在认知偏差，中医科与其他科室多为“会诊 + 中药指导”的浅层合作，缺乏深度临床协作，进而影响中医科医务人员职业信心[4]。

2.4. 中医科困境的解决思路

综合医院中医科在专科影响力、科研学术、服务质量等方面的不足，需通过模式创新破局，开展中医 MDT 是解决这一困境的有效路径。中医 MDT 作为中西医结合的重要载体，需医院层面提供政策引导与资源支持，配足中医专业技术人员，强化机制建设，利用信息化手段调动全院科室参与积极性，从学科发展、人才队伍、医院管理多维度构建中医 MDT 平台，以中医药“简、便、廉、验”优势提升诊疗质量与患者满意度。

3. 国内外 MDT 发展现状

MDT 可以理解为一组具有不同专业背景的医疗保健专业人员，他们定期(例如每周)会面，讨论患者病例、诊断和治疗建议[5]。MDT 的目标是确保对所有讨论的患者进行及时、准确和基于证据的诊断、治疗和随访。MDT 在临床诊疗实践的优点有：① MDT 有针对性地制定最佳治疗方案，最大限度地减少误诊，减少患者的无效治疗。② 多位专家参与 MDT 可以制定合理的治疗方案，避免了传统治疗经常出现的多次转诊、反复检查、治疗方案变更等导致的低效治疗；清晰、直接和有效的治疗计划可以帮助患者稳定情绪，从而有可能提高他们对治疗的依从性，这有利于疾病向更积极的结果转化。③ MDT 可以避免患者多次换科。这种连续性可以缩短患者等待治疗的时间，也有助于改善预后。④ MDT 使不同专业的医学专家可以就具体病例进行咨询和讨论，促进了不同部门之间的交流和了解，确保了最佳治疗方案的制定和实施，促进了临床和基础科学研究的发展，而且这种合作可以让年轻的医学生通过参加 MDT 会议获得有价值的信息，对年轻医生的培养至关重要。⑤ MDT 促进了医院整体治疗水平，促进不同部门之间的沟通和了解，提高了肿瘤患者生存率[5]。

3.1. MDT 国外发展状况

20 世纪 90 年代美国率先提出 MDT 的概念，近 10 年来，该诊疗模式在国外受到了特别的重视和关注，已成为国际医学领域积极倡导的重要医学新模式。在欧美和澳大利亚等国家的癌症诊疗体系中广泛实施了 MDT。2012 年美国临床肿瘤学会年会更以“合作战胜癌症”为主题，提出恶性肿瘤的多学科综合诊断与治疗是永恒的主旋律[6]。20 世纪 90 年代初全英国推广肿瘤 MDT 模式。自 1994~2004 年以 MDT

模式进行肿瘤诊治的患者比例由 20% 上升至 80% 以上。自 1996 年起,英国卫生部门发布一系列循证基础指南,旨在建立肿瘤治疗的国家标准,指南涉及病种包括乳腺癌、结直肠癌、肺癌、妇科肿瘤、胃肠癌等,该系列指南的主题是:肿瘤治疗应由医生、护士、放疗科医生以及其他专家共同合作进行,以保证高质量的诊断、治疗和护理[7]。英国甚至在 2007 年颁布了关于肿瘤治疗 MDT 模式的法律文件。在欧美国家 MDT 已成常态,欧洲肿瘤外科学会主席格雷姆·J.波斯頓(Graeme J. Poston)认为 MDT 诊疗对于挽救肿瘤患者是无可替代的诊疗模式,而且已成为肿瘤治疗的主流趋势[8]。综上所述,国外 MDT 的规范化实践,如英国法律保障、美国肿瘤领域应用,为国内提供了“制度保障 + 专科聚焦”的借鉴方向。

3.2. MDT 国内开展状况

在我国,医院诊疗面临两大挑战:一是老龄化加剧医院的就诊人群,老年患者剧增,并发症、夹杂症多,往往需要往返多个专科就诊;二是疾病谱改变,恶性肿瘤、慢性非传染性疾病发病率逐年上升,而医学分科越来越细,单一的科室或者专业无法准确地诊断和制定最佳治疗方案。在此背景下,在 2010 年 11 月 4 日,原卫生部医政司公布的《结直肠癌诊疗规范(2010 年版)》,多次提及“多学科协作”的理念。国内一些大型的诊疗中心逐步开始重视多学科协作[9]。为了促进我国 MDT 的有效实施,2015 年 5 月 15 日成立了“中国医师协会外科医师分会多学科综合治疗专业委员会”(简称“中国医师协会外科医师分会 MDT 专委会”),并发布了《MDT 的组织和实施规范(第一版)》,旨在规范 MDT 组织和行为,使我国的 MDT 诊疗模式更加规范[10]。由国家卫生计生委卫生科技发展研究中心牵头发起的“全国结直肠癌多学科综合治疗先进技术示范推广工程(简称:MDT 工程)”项目会议于 2016 年 3 月 5 日在北京召开[10]。该项目首次批准了浙江大学医学院附属第二医院、北京大学肿瘤医院、复旦大学附属肿瘤医院、中山大学附属肿瘤医院、四川大学附属华西医院 5 家 MDT 工程示范中心,积极推动结直肠癌规范化诊治[11]。上海中山医院、肿瘤医院等三级医院在国内较早试点 MDT 诊疗模式,上海申康医院发展中心自 2009 年在市级医院推广整合门诊试点。国内目前对疾病实施多学科综合诊治已成为医学界的共识。

在我国,MDT 模式正在被广泛关注,并已建立少数的医疗中心,四川大学华西医院结直肠外科率先在国内建立了结直肠肿瘤多学科交叉协作诊治团队[12]。但我国 MDT 诊疗模式刚刚起步,在临床实践中真正认真和全面实施多学科综合治疗的还不多。国内各个医院情况不同,MDT 也呈多样化发展,在发展过程中,逐步形成简单的院内会诊模式、松散的科间会诊模式、单病种 MDT、多病种 MDT 及 MDT 查房模式等,但目前已经建立的 MDT 模式运行仍存在问题。结合我国整体医疗体制和医院实际情况,在经济利益左右治疗手段及医院、科室之间的竞争下,使得医务人员对于 MDT 没有太多的好感,同时对 MDT 的概念和要求的理解也不甚相同,并且多数医院缺乏有效的制度、具体的流程和细化的标准来保证 MDT 的开展和实施,MDT 的开展并未步入正轨[13]。

4. 综合医院建设中医多学科协作诊疗平台的机遇与挑战

4.1. 开展中医 MDT 的国家政策支持

国家多项政策为中医 MDT 提供明确支持,形成递进式保障体系。2018 年《关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见》(国卫医发[2018] 29 号)[14]:首次明确“推广多学科联合诊疗等医疗服务新模式”,提出运用新技术提升医疗效率,为中医 MDT 提供“模式推广”基础。2021 年《公立医院高质量发展促进行动(2021~2025 年)》(国卫医发[2021] 27 号)[15]:聚焦中医与 MDT 融合,提出“建设中医特色重点医院、中西医协同‘旗舰’医院”,将中医 MDT 纳入“医疗服务领域十项制度”,为中医 MDT 提供“中西医协同”实践载体,针对性解决中医科“资源不足、行业弱势”问题。2021 年《“十四五”国家临床专科能力建设规划》(国卫医发[2021] 31 号)[16]:强调“研究推广 MDT、中西医

结合等新诊疗模式”，注重“医学交叉领域、中西医结合复合型创新团队建设”，为中医 MDT 提供“专科能力融合”支撑，助力中医科提升专科影响力。上述政策与“进一步改善医疗服务行动计划”相衔接，推动公立医院从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变，为中医 MDT 的开展提供政策依据与方向指引[17]。2021 年 12 月，国家中医药管理局联合国家医保局印发《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》[18]，在医疗服务项目管理方面，积极推动符合条件的中医医疗服务项目纳入医保。这一举措对中医 MDT 意义重大，通过医保政策的倾斜，降低患者接受中医 MDT 诊疗的经济负担，提高中医 MDT 服务的可及性，从经济保障角度推动中医 MDT 的广泛应用。2022 年 6 月，国家卫生健康委办公厅印发的《医疗机构门诊质量管理暂行规定》中提到，医疗机构应当积极推行 MDT 门诊，MDT 门诊由相对固定的专家团队在固定的时间、地点出诊。这为中医 MDT 门诊的规范化运营提供具体指导，确保中医 MDT 服务的稳定性与专业性[19]。2023 年 5 月，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《关于开展改善就医感受提升患者体验主题活动的通知》[20]，明确要求医疗机构完善多学科诊疗(MDT)制度，鼓励扩展 MDT 覆盖的专科和病种，有条件的医疗机构可设立门诊 MDT 岗，提供“患者不动医师动”的便捷 MDT 服务。同时，倡导推广门诊中西医结合医疗模式，打造中西医结合团队开展联合诊疗。该政策从优化患者就医体验出发，将 MDT 制度完善与中西医结合门诊模式推广相结合，进一步促进中医 MDT 在日常诊疗服务中的落实。

综上所述，国家政策从制度建设、医保支持、评审考核、资金投入到具体服务规范与应用场景拓展等多维度为中医 MDT 提供全面支持，推动综合医院积极探索与实践中医 MDT 模式，提升中医药在综合医院诊疗服务中的价值与影响力，促进中西医深度融合，为综合医院建设中医多学科协作诊疗平台提供多维度的政策支持。

4.2. 综合医院建设中医多学科协作诊疗平台的挑战及策略建议

4.2.1. 理论体系冲突及解决策略

西医以“病因治疗、精准靶向”为核心，注重病理生理机制与量化指标；中医遵循“辨证论治、整体调理”理念，强调证候动态变化与个体化干预，二者理论框架的本质差异易导致诊疗决策分歧[4]。例如，在糖尿病诊疗中，西医聚焦血糖数值调控，中医侧重“消渴”证候分型，如肺热津伤、胃热炽盛，若缺乏统一协作逻辑，易出现治疗方案冲突。

策略建议：一是建立“中西医双轨诊疗共识”。针对老年慢性病，如高血压、糖尿病，制定相关的《中医 MDT 协同诊疗路径手册》，明确西医病名与中医证型的对应关系，如将 2 型糖尿病划分为“阴虚燥热 - 气阴两虚 - 阴阳两虚”三阶段，分别匹配西医降糖方案与中医干预，如阴虚燥热型联用玉泉丸、气阴两虚型联用生脉散；二是开展跨学科培训。定期组织“中西医理论互学 workshops”，邀请中医专家讲解证候辨识、西医专家解读疾病机制，提升团队对双体系的认知融合度，减少协作中的理论分歧[4]。

4.2.2. 付费机制障碍及解决策略

当前医保体系对中医 MDT 的支持存在两方面短板：一是中医特色服务，如针灸、辨证食疗指导等未完全纳入 MDT 诊疗项目付费范畴，患者需额外承担费用，降低参与意愿；二是 MDT 会诊费用核算机制不明确，多学科专家劳务难以量化，导致科室协作积极性不足[18]。2023 年国家卫生健康委统计显示，未纳入医保的中医 MDT 项目，患者参与率较纳入医保项目低 34%，直接影响模式推广[2]。

策略建议：一是推动医保政策倾斜：依据《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》[18]，医院层面联合医保部门申报“中医 MDT 诊疗包”，将中医辨证咨询、针灸干预、食疗方案制定等纳入打包付费范围，明确医保报销比例，如按 70%~80%核算，降低患者经济负担；二是建立内部成本补偿机制。设立 MDT 专项经费，按“病例参与度与诊疗贡献度”核算专家劳务，例如将中医专家证候辨识、方案制

定等工作量化为“协作积分”，每月按积分发放补贴，同时从医院绩效基金中划拨 10%~15%用于 MDT 科室奖励，激发协作动力[2]。

4.2.3. 评价体系不兼容及解决策略

综合医院现行诊疗评价体系以西医指标为核心(如肿瘤病灶缩小率、血压控制达标率)，缺乏对中医疗效的科学评估维度，导致中医 MDT 的价值难以体现。例如在高血压诊疗中，西医评价聚焦血压数值，而中医“头晕改善、睡眠质量提升”等主观症状改善未纳入考核，易忽视中医干预的综合效益[4]；同时，中医科室考核仍沿用“门诊量、中药处方占比”等单一指标，未将 MDT 协作贡献纳入评价，削弱中医团队参与积极性。

策略建议：一是构建“中西医双维度评价指标体系”。参考《MDT 的组织和实施规范(第一版)》[10]，设计过程指标与结果指标。① 过程指标包括中医专家参与 MDT 会诊次数、中医方案采纳率、双体系诊疗记录完整性；② 结果指标包括西医指标(如血压达标率、血糖控制率)和中医指标(如证候改善评分、患者生活质量量表评分)，形成全面评价框架；二是优化科室考核机制：将中医 MDT 参与度，如会诊次数、方案贡献度纳入中医科绩效考核，占比不低于 20%，同时将西医科室对中医方案的配合度纳入其学科评估，实现“双向考核激励”[4]。

4.2.4. 人员协作壁垒及解决策略

综合医院内部存在“科室壁垒”与“认知偏差”双重协作障碍：一是中医科与西医科室日常交流少，多停留在“应急会诊”层面，缺乏常态化沟通机制，导致 MDT 病例筛选、方案调整滞后；二是部分西医专家对中医疗效存在质疑，倾向优先采用西医方案，中医意见易被边缘化，相关报道显示，62%的中医 MDT 案例中，中医方案采纳率不足 50%，反映协作深度不足[4]。

解决策略：一是建立“递进式协作流程”。以中医亚专业为核心，与西医专科构建“MDT 会诊 - 联合查房 - 专病协作 - 专科融合”机制[21]，例如针对糖尿病患者，每周开展 1 次中西医联合查房，每月组织 1 次 MDT 病例讨论，每季度联合制定《糖尿病中西医协同诊疗共识》诊疗规范，强化常态化沟通；二是设立专职协调岗位。配备中医 MDT 协调员，负责病例筛选、会议组织、方案跟踪，同时建立协作意见反馈通道，若中医方案未被采纳，需由西医团队书面说明理由，确保双体系意见充分沟通，减少认知偏差导致的协作壁垒[10]。

5. 综合医院建设中医多学科协作诊疗平台的展望

综合医院应以中医 MDT 为抓手，从以下方面构建诊疗平台，推动中医与西医从“竞争”转向“协同”，提升综合医院中医学学科建设水平，实现“以病人为中心”的“多对一”诊疗服务目标，保障医疗质量与安全。

5.1. 深化中西医协作机制

以中医亚专业为核心，与西医临床专科建立“MDT 会诊 - 联合查房 - 专病协作 - 专科融合”的递进式协作机制[21]。聚焦老年慢性病领域，如高血压、糖尿病等，中医凭借“治未病”理念，提前干预疾病发生发展，运用整体调理思路，从人体整体机能出发改善患者体质；西医发挥精准靶点干预特长，针对疾病病理生理机制进行靶向治疗，双方形成中医未病先防与整体调体与西医精准控病与并发症管理的协同诊疗流程。以糖尿病管理为例，西医团队精准监测血糖等生化指标，合理运用药物调控血糖水平；中医团队依据患者“消渴”证候，如肺热津伤型给予清热润肺、生津止渴中药内服，气阴两虚型采用益气养阴中药并配合针灸疗法，调节机体整体代谢功能。双方通过定期联合查房、病例讨论，根据患者病情变化动态调整诊疗方案，实现中西医协作优势互补。

5.2. 构建信息化支撑平台

搭建跨科室病例共享、中医诊疗方案库、MDT 会议预约与记录、患者随访管理等功能的信息化平台[22], 打破中西医科室间的数据屏障, 促使诊疗数据实时互通, 提升 MDT 运行效率。借助平台, 各科室可即时获取患者检查检验结果、病情动态等关键信息, 中医科室能迅速从方案库中筛选适配的辨证施治策略。MDT 会议实现线上预约与记录, 会后诊疗方案精准推送至协作科室。通过患者随访管理模块, 持续跟踪患者预后, 为诊疗方案的优化迭代提供依据, 推动中西医协同诊疗朝着规范化、高效化开展。

5.3. 强化中医药优势发挥与保障机制

在 MDT 中充分凸显中医“简、便、廉、验”特色, 针对慢性病患者, 制定中医食疗、针灸等非药物干预方案, 切实降低医疗成本, 改善患者就医体验。同时, 完善配套保障制度: 一方面, 构建中医 MDT 绩效考核机制, 将 MDT 会诊参与次数、方案贡献程度、患者对中医特色疗法的依从性及实际疗效等纳入考核范畴, 与科室及个人绩效紧密挂钩[21]; 另一方面, 设立 MDT 专项经费, 用于支付专家劳务报酬、支持信息化建设、补贴患者接受中医药特色疗法费用, 并配备专职协调工作人员, 专职负责病例筛选、会议组织、方案跟踪等工作, 全力保障中医 MDT 稳定、常态化运行[12], 使中医在 MDT 中持续高效发挥独特优势。

基金项目

2022 年成都市医学科研课题“构建区县级综合医院中医多学科协作诊疗平台的研究”(项目编号: 2022078)。

参考文献

- [1] 陈伟彬, 赵玲, 戈艳蕾, 赵亚婷, 孙国贵. 多学科诊疗模式的肿瘤学教学改革与实践方案[J]. 中国医药, 2025, 20(7): 1090-1094.
- [2] 陈金祥, 郑唯晟, 席悦, 庄旭. 以患者症状为导向的融合门诊多学科诊疗模式探索[J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(5): 1-4+12.
- [3] 徐蕊, 周萍, 张杨, 杨柳琴, 梁力中. 三种多学科协作诊疗模式的构建研究[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(5): 34-36.
- [4] 胡波, 陈召起, 宋欢欢, 邢作英, 徐颖. 综合医院中医学科平台化建设的思考[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(15): 63-65.
- [5] Rosander, E., Holm, T., Sjövall, A., et al. (2021) Preoperative Multidisciplinary Team Assessment Is Associated with Improved Survival in Patients with Locally Advanced Colon Cancer; A Nationwide Cohort Study in 3157 Patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 47, 2398-2404. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2021.05.008>
- [6] 陈孝平, 张志伟. 肝癌多学科综合治疗团队建立与运作[J]. 中国实用外科志, 2014, 34(8): 685-687.
- [7] 吴励, 曾令湖, 李光有. 基于 COVID-19 疑似病例的多学科联合诊疗模式在实习带教中的应用[J]. 卫生职业教育, 2022, 40(1): 107-108.
- [8] 涂晓贤, 叶华英. 多学科协作诊疗模式在提高首页数据质量中的应用[J]. 现代医院管理, 2021, 19(5): 85-87.
- [9] 周亚旭, 王春鸣, 周莹, 李瑾, 戴慧莉, 李卫平. 医院中层管理人员对学科建设与多学科协作诊疗认知评价研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(10): 46-50.
- [10] 陈麒麟, 李振香, 魏萱, 封秀萍, 冯玉婕. 多学科综合门诊开展预约会诊服务的探索与实践[J]. 中国医药导报, 2021, 18(26): 193-196.
- [11] 白辰光, 李雪莹, 杨慧玲, 郑建明. 日常多学科诊疗活动在病理医师规范化培训中的应用[J]. 南方医学教育, 2021(3): 32-34.
- [12] 赵洋. 北大肿瘤医院的 MDT 实践[J]. 中国信息界(e 医疗), 2013(12): 22-23.
- [13] 王家铃. MDT 领航肿瘤治疗新模式[J]. 中国医院院长, 2013(14): 82-83.

-
- [14] 中国政府网. 关于坚持以人民健康为中心推动医疗服务高质量发展的意见[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2018-12/31/content_5435330.htm, 2018-08-07.
- [15] 中国政府网. 关于印发公立医院高质量发展促进行动(2021-2025)年的通知[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-10/14/content_5642620.htm?eqid=8d2f00a80032b27b0000000026469e854, 2021-09-14.
- [16] 中国政府网. 关于印发“十四五”国家临床专科能力建设规划的通知[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-10/18/content_5643488.htm, 2021-10-09.
- [17] Ma, W. (2023) Evaluation of the Role of Electronic Medical Record File System in Standardized Management of Hospital Medical Records. *China Stand*, No. 12, 224-227.
- [18] 中国政府网. 国家医疗保障局, 国家中医药管理局: 关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/content_5665996.htm?ivk_sa=1023197, 2021-12-14.
- [19] 中国政府网. 国家卫生健康委办公厅: 医疗机构门诊质量管理暂行规定[EB/OL]. <https://wjw.wuxi.gov.cn/doc/2023/02/13/3881881.shtml>, 2022-06-01.
- [20] 中国政府网. 国家卫生健康委、国家中医药局联合发布: 关于开展改善就医感受提升患者体验主题活动的通知[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202305/content_6883385.htm, 2023-05-26.
- [21] 许碧霞, 孙华琴, 金水芳, 邹小明, 应京晶, 张莲菁, 卢旭雯, 陈涛, 盛瑛瑛. 高质量发展视域下公立医院中西医多学科联合诊疗模式实践探索[J]. *中国医院*, 2025, 29(9): 99-101.
- [22] 马欣妍, 严哲, 孟凡龙. 多学科联合诊疗的多元化管理平台建设探索[J]. *中国数字医学*, 2022, 17(11): 99-102.