

全科多学科团队诊疗和长程管理在未分化疾病中的应用实践探索

张 艳 王春梅

河西学院附属张掖人民医院 甘肃 张掖 734000

【摘 要】：未分化疾病（MUD）以病因复杂、临床表现多样、病程迁延为特征，是当前医疗卫生服务中识别率低、管理难度大的一类临床状况。全科医学科作为综合医院与基层医疗服务的枢纽，在 MUD 的早期识别、系统评估与连续性管理中具有天然优势。本文基于全科医学视角，系统梳理了 MUD 多学科团队诊疗（MUD-MDT）的理论基础、组织架构与运行机制，重点分析了以全科医生为主导的风险分层评估、MDT 启动与决策、长程随访管理三个核心环节的协同逻辑。研究表明，全科主导的 MUD-MDT 模式通过整合多学科资源、建立标准化筛查与评估流程、实施个体化健康管理方案，能够有效缩短诊断周期、减少不必要的专科转诊、改善患者就医体验与健康结局。本文还探讨了当前模式推广面临的人员培训、信息支撑、支付保障等现实挑战，并提出优化策略，旨在为各级医疗机构推进 MUD 规范化管理提供实践参考。

【关键词】：未分化疾病；全科医学科；多学科团队诊疗；长程管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.087

1 前言

未分化疾病（MUD）指多系统、多因素交互影响，经初步检查难以明确诊断、病程反复并伴心理社会功能受损的临床状态^[1]。全科门诊中 MUD 就诊比例高达 25%~50%，国内研究为 18.6%~21.3%。因 MUD 缺乏特异性表现、诊疗路径离散，患者常反复跨专科就诊，导致诊断延迟、误漏诊风险增加，并造成显著资源浪费。全科医学科以整合性、连续性服务为核心理念，在处理多病共存及未分化症状方面具有独特优势。近年来国内 MUD 门诊已超 250 家，但仍缺乏统一筛查流程与风险分层标准，基层与综合医院在团队协作、信息化及医保支付上存在较大差距，制约了模式推广与效果评价。多学科团队诊疗（MDT）通过整合多学科资源提供个体化方案，已在肿瘤、慢性病等领域取得良好效果^[2]。将 MDT 引入 MUD 管理，建立以全科为枢纽、联动多专科的协作模式，是提升 MUD 诊疗效率的重要方向。

本文从全科医学视角出发，系统分析全科主导的 MUD-MDT 模式在组织架构、风险分层、运行流程及长程管理中的关键要素，探讨实践路径与优化策略，以期为各级医疗机构推进 MUD 规范化管理提供参考。

2 未分化疾病多学科团队诊疗的理论基础

2.1 未分化疾病的概念演进与临床特征

MUD 的概念经历了从“医学无法解释的症状”到“未明确诊断的疾病实体”的演变。“未分化”逐渐被理解为强调疾病动态演进与复杂性的跨学科临床现象。MUD 的核心特征可归纳为三点：第一，病因涉及生理、心理与社会环境的多重因素，单一专科难以把握病情全貌；第二，临床表现多样且缺乏特异性，乏力、消瘦、水肿、口干等症状可出现在多种器质性疾病或功能紊乱中；第三，病程迁延且波动，部分患者长期随访仍难以明确诊断，需在症状监测与病因排查间持续平衡^[3]。

2.2 全科医学在未分化疾病管理中的角色定位

全科医学以生物—心理—社会医学模式为指导，强调整体性、连续性与协调性健康管理。在 MUD 管理中，全科医生承担双重角色：作为“守门人”，通过病史采集、体格检查和基础检查制定适度检查方案，避免过度检查或诊断遗漏；作为“协调者”，动态评估病情复杂度，选择合适专科并统筹会诊流程，保障 MDT 高效运行。与专科医生聚焦特定系统或疾病不同，全科医生擅长处理处于疾病早期、尚未表现典型专科特征的患者。全科医学科在综合医院中连接门诊与住院、基层与专科、躯体症状与心理社会因素，为全科主导 MUD-MDT 提供了组织结构上的可行性。

2.3 多学科团队诊疗的核心要素及其在未分化疾病中的适用性

MDT 通常由三个及以上不同学科专家组成相对固定的团队，以定期病例讨论会形式提供个体化诊疗方案。其核心要素包括：明确的团队架构与角色分工、标准化的病例筛选与会诊流程、基于循证医学的共同决策机制，以及完整的记录与随访体系。MDT 在肿瘤领域的成功应用已得到广泛验证，近年来逐步向慢性病、罕见病及复杂症状管理延伸。将 MDT 应用于 MUD 管理具有特殊价值：其一，MUD 的多系统受累特征天然需要多学科联合评估；其二，MDT 的结构化讨论有助于减少诊断偏倚，提高病因识别准确性；其三，团队共识形成的诊疗方案可增强患者对不确定性的接纳程度，降低因焦虑而反复就医的行为^[4]。

3 全科主导的多学科团队诊疗模式构建

3.1 组织架构与角色分工

全科主导的 MUD-MDT 架构涵盖综合医院、基层社区卫生服务中心及二者的协同网络。在综合医院中，全科医学科担任发起科室与组织中枢，承担初筛、首诊评估、病历整理、MDT 召集、方案沟通及随访管理等职能。核心科室根据症状

动态组合,包括心血管、内分泌、呼吸、消化、风湿免疫等内科及心理科、中医科、康复科。平台科室(检验、影像、病理、药学、营养)提供诊断与治疗支持。医务、信息、医保等部门负责制度与运营保障。同时,全科医生作为首诊识别与连续管理的主体,依托医共体上级医院支持,开展初筛评估、基本检查及社区综合干预。预防保健与护理团队参与健康教育和随访管理。

3.2 风险分层与准入标准

并非所有 MUD 患者均需进入 MDT 流程。建立科学的风险分层体系是实现精准分诊与资源配置的关键。基于症状复杂度、功能状态、心理共病、前期诊疗充分性四个维度构建风险评分体系,将患者分为三类:低危患者(0~3分),症状轻、功能良好且前期诊疗充分,可在基层随访,无需常规启动 MDT。中危患者(4~8分),存在一定复杂性或心理共病,由全科医生动态评估是否纳入 MDT。高危患者(9~12分),多系统受累、心理负担重或前期诊疗不足,需优先进入 MDT 进行早期综合干预。该分层体系将主观症状转化为可量化指标,为 MDT 启动提供了明确决策依据,同时避免了将所有 MUD 患者均纳入 MDT 造成的资源浪费。

3.3 多学科团队诊疗运行流程

MUD-MDT 的标准化运行流程涵盖以下五个环节:第一,筛查与风险分层。全科医生通过结构化问卷、预警征及基础检查完成初筛,依据风险评分判定分层等级。第二,MDT 启动。对中高危患者,全科首席专家发起 MDT,确定参与科室、时间与形式,秘书提前整理病历摘要发送专家。第三,病例讨论。全科首席专家主持,各专科专家围绕诊断难点、鉴别方向及治疗发表意见,形成共识。讨论过程结构化记录,含核心意见、分歧处理及决策依据。第四,方案执行与沟通。讨论后 24 小时内完成记录,首席专家 48 小时内向患者及家属沟通诊疗方案。第五,长程随访。所有 MDT 患者纳入持续随访,依据分层制定计划:中危每月 1 次,高危每 2 周 1 次。每 3 个月系统复评,病情无好转或出现新变化可再次启动 MDT。该闭环流程实现了从识别到干预再到动态调整的连续管理,避免了“只讨论、不跟踪”的问题。

4 长程管理的核心策略与实践路径

4.1 连续性随访与动态评估机制

MUD 的长程管理以“评估—干预—再评估”为基本循环。随访频率依据风险分层动态调整:低危患者年度常规随访;中危患者每月随访,重点监测症状、功能与心理状况;高危患者每两周随访,密切观察预警征象与治疗反应。随访形式可采用门诊、电话、线上等。信息化平台可自动提醒随访、推送量表、记录自评数据并生成趋势图。当症状评分连续两次升高或出现新预警时,系统可自动触发再次 MDT 建议。

4.2 医患共同决策与叙事医学应用

诊断不确定性是 MUD 管理中的信任挑战。患者因缺乏专业知识,难以理解多次检查仍无法明确诊断,易产生负面感受并频繁换医。医患共同决策要求医生清晰解释 MUD 的医学属性,告知已知结果、已排除疾病及后续计划,帮助患者建立合理预期。叙事医学引导患者讲述症状对生活、情绪的影响,既获取丰富信息,也传递倾听信号。在无明显病因时,医生可根据叙事信息做出有针对性的解释与安抚。

4.3 非药物干预与自我管理支持

对于排除严重器质性疾病 MUD 患者,非药物干预是核心内容。认知行为疗法的简化应用可指导患者识别并调整负性思维,制定渐进式活动计划,打破“乏力—回避—更乏力”的恶性循环。自我管理包括:记录“乏力日记”追踪程度与诱因;拆分日常活动并穿插休息;合理饮食与规律运动;谨慎使用可能加重症状的药物(如部分 β 受体阻滞剂、抗组胺药)^[5]。心理干预方面,常规进行心理筛查,轻中度及心因性主导者首选结构化心理教育,解释“心身交互”机制;效果不佳者及时转诊至精神心理科。

4.4 中医体质辨识与整合管理

中医“治未病”理念与 MUD 长程管理具有内在契合性。通过望闻问切四诊合参,辨识患者的气虚、阳虚、阴虚、痰湿等偏颇体质状态,可制定个体化的调养方案,包括中药调理、饮食指导、穴位按摩、八段锦等传统锻炼方法。需要注意的是,中医体质辨识结果需与西医评估结合,体质辨识不应替代病因诊断,而应作为整体管理方案的有机组成部分。在随访过程中动态记录体质变化,有助于评估干预效果并调整方案。

5 挑战与优化策略

5.1 当前面临的主要挑战

全科主导的 MUD-MDT 模式在推广过程中面临多重挑战。人员层面,多数全科医生对 MUD 的系统识别与风险评估能力尚需提升,专科医生参与 MDT 的积极性因缺乏绩效激励而受限,基层医务人员在 MUD 管理方面的培训覆盖不足。信息支撑层面,电子病历系统与体检系统之间、综合医院与基层机构之间的数据壁垒普遍存在,影响连续随访与远程 MDT 的开展质量。支付保障层面,DRG/DIP 支付框架下,MUD 患者因病情复杂、检查项目多但难以归入特定病组,容易出现“重病低付费”的困境,医院开展 MUD-MDT 的经济动力不足。

5.2 优化策略建议

针对上述挑战,可从以下方面着手优化。人员培训方面,开设 MUD 数智化课程,将 AI 辅助评估工具与标准化问诊训练相结合,推动全科医生从传统经验型向数据驱动型能力转变。信息化建设方面,在医院信息系统中嵌入 MUD 风险评估模块与 MDT 启动规则,自动标记中高危患者并提醒医生介入;

依托区域健康信息平台,实现电子健康档案在医共体内部的互联互通共享,支持基层发起远程MDT。支付保障方面,在DRG/DIP框架下,通过“特例单议”机制对高复杂、高消耗病例给予合理补偿,或设置“低成本随访组”“高成本监测组”等分层病组,使支付标准更贴近实际资源消耗。同时,将MDT启动率、随访完成率、非计划再就诊率等纳入绩效考核,形成激励导向。

6 结论

未分化疾病作为全科医疗服务中的常见临床情境,其管理质量直接关系到患者的就医体验与健康结局,也影响着医疗资

源的利用效率。全科医学科凭借其整合性、连续性的服务特性,在MUD的早期识别、风险分层与长程管理中具有不可替代的核心地位。以全科医生为主导的多学科团队诊疗模式,通过整合多专科资源、建立标准化运行流程、实施个体化随访管理,能够有效应对MUD的复杂性与不确定性挑战。建立基于多维度评分的风险分层体系是实现精准分诊的基础;标准化MDT运行流程与闭环随访机制是保障管理连续性的核心;医患共同决策、叙事医学方法与中医体质辨识的整合应用,则是在技术层面之外提升管理温度与患者依从性的重要补充。

参考文献:

- [1] 安贤,黄鹏,任菁菁.全科医生对未分化疾病多学科诊疗的认知与开展现状调查研究[J].中国全科医学,2026,29(18):2472-2481.
- [2] 海峡两岸医药卫生交流协会全科医学分会,《健康体检与管理》杂志编委会,浙江省医学会全科医学分会,等.未分化疾病体检与管理中国专家共识(2026)[J].健康体检与管理,2026,7(02):157-169+268.
- [3] 刘颖,任菁菁.以未分化疾病诊疗培训驱动全科医学高质量发展[J].保健医学研究与实践,2026,23(01):1-4.
- [4] 何国枢,任菁菁.未分化疾病:全科医学视角下的科技热词解读与未来展望[J].中国科技术语,2025,27(06):33-37.
- [5] 朱佳宏,刘颖,任菁菁.以乏力为表现的未分化疾病全科诊疗思路[J].中华全科医学,2023,21(04):539-543.