

多学科协作（MDT）模式在肝胆胰肿瘤患者护理中的研究现状

王美芬

华中科技大学同济医学院附属同济医院肝胆胰外科 湖北武汉

【摘要】肝胆胰肿瘤因病情复杂、治疗难度高、并发症风险大,成为临床护理的重点与难点。多学科协作(MDT)模式以患者为核心,整合医疗、护理、营养、心理、康复等多学科资源,实现诊疗护理的全程化、个性化与精准化,为肝胆胰肿瘤患者提供全面优质的健康服务。本文系统梳理 MDT 模式在肝胆胰肿瘤护理中的内涵与运作机制、临床应用现状、实施效果,深入分析当前实践中存在的问题,并提出针对性优化对策,同时展望未来发展趋势,旨在为 MDT 模式在肝胆胰肿瘤护理领域的规范化推广与高质量发展提供参考。

【关键词】多学科协作; MDT 模式; 肝胆胰肿瘤; 护理; 研究现状

【收稿日期】2026 年 1 月 2 日

【出刊日期】2026 年 2 月 5 日

【DOI】10.12208/j.ijnr.20260065

The current research status of the multidisciplinary team (MDT) model in the nursing of patients with liver, gallbladder and pancreatic tumors

Meifen Wang

Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei

【Abstract】 Liver, gallbladder and pancreatic tumors have become the focus and difficulty in clinical nursing due to their complex conditions, high treatment difficulty and high risk of complications. The multi-disciplinary collaboration (MDT) model centers on patients, integrating resources from multiple disciplines such as medical care, nursing, nutrition, psychology, and rehabilitation to achieve full-process, personalized, and precise diagnosis, treatment, and nursing, providing comprehensive and high-quality health services for patients with liver, gallbladder, and pancreatic tumors. This article systematically sorts out the connotation and operation mechanism, clinical application status and implementation effect of the MDT model in the nursing of liver, gallbladder and pancreatic tumors, deeply analyzes the existing problems in current practice, and proposes targeted optimization countermeasures. At the same time, it looks forward to the future development trend, aiming to provide a reference for the standardized promotion and high-quality development of the MDT model in the field of liver, gallbladder and pancreatic tumor nursing.

【Keywords】 Multidisciplinary collaboration; MDT model; Liver, gallbladder and pancreatic tumors; Nursing; Research status

1 引言

肝胆胰系统是人体重要代谢与消化中枢,其肿瘤如肝癌、胆管癌、胰腺癌等,有发病率上升、病情隐匿、进展快、治疗复杂等特点。我国每年新增肝胆胰外科疾病患者约 150 万,恶性肿瘤占比高,术后并发症发生率超 30%,影响患者生存质量与预后^[1]。传统护理模式以单一学科为中心,存在评估片面、干预碎片化、多学科沟通不畅等局限,难以满足患者多元化健康需求。随着精准医学与整合护理理念发展,多学科协作(MDT)模式成为复杂疾病诊疗护理核心模式。该模式整合多

学科专业力量,打破学科壁垒,实现全流程协同管理。护理是 MDT 模式核心环节,在优化护理结局、提升患者体验中作用不可替代^[2]。本文基于国内外研究与临床实践,对 MDT 模式在肝胆胰肿瘤患者护理中的研究现状进行综述,为临床与学术提供参考。

2 MDT 护理模式的内涵与运作机制

2.1 核心内涵

MDT 护理模式以循证医学为基础、患者个体特征为导向,强调多学科协同合作,通过闭环管理实现全方位护理目标。与传统模式相比,其优势在于突破单一学

科局限,实现评估全面性、措施针对性、服务连续性和决策共同性。

2.2 团队组成与职责划分

MDT 护理团队采用核心学科+支持学科+协调管理架构,成员职责明确、协同互补。核心临床学科明确疾病分期、制定治疗方案;医技学科提供诊断支持、协助监测病情;护理学科牵头评估、执行方案、协调沟通与监测病情;支持学科分别提供营养、心理、康复、用药等支持;协调管理角色中,MDT 协调人组织会议、整理资料、推进流程,质控专员监督质量、统计指标,确保规范运行^[3]。

2.3 运作流程规范

MDT 护理模式实施依赖标准化流程,包括五个环节:启动机制,针对特定患者由主管护士或医师申请,经 MDT 协调人审核启动;多学科评估,提前 24 小时共享资料,通过会议或平台联合评估患者状况;方案制定,以患者利益最大化为原则,结合循证与个体需求制定个性化方案;实施与监测,各学科按方案工作,护理团队统筹协调,遇变化及时调整;随访与改进,建立长期随访机制,定期复盘优化流程与模式。

3 MDT 模式在肝胆胰肿瘤患者护理中的临床应用现状

3.1 围手术期护理中的应用

肝胆胰手术难度高、创伤大、出血多、并发症风险高,围手术期护理是 MDT 模式应用核心场景。术前,MDT 团队全面评估准备,护理与营养科筛查营养风险,为低蛋白血症患者补充营养;心理科与护理团队评估焦虑抑郁,为中度焦虑患者疏导;影像科与外科护士评估手术区域状况。术中,护理团队与麻醉科、医师配合,实施体温管理、精准输液,严格无菌操作。术后,MDT 团队聚焦康复与防并发症,多模式镇痛控制疼痛,康复科与护理团队制定早期活动计划,遵循 ERAS 理念提供营养支持,护理团队联合多科室建立并发症预警机制^[4]。

3.2 并发症护理中的应用

肝胆胰肿瘤患者常见并发症多,MDT 模式为综合管理提供支撑。对肝硬化背景肝癌患者,MDT 团队建立肝功能保护护理;对上消化道出血高危患者,制定预防方案,出现症状启动急救流程。在肿瘤治疗并发症管理中,MDT 协作优势明显,为化疗相关恶心呕吐患者制定干预方案;对靶向治疗皮肤不良反应患者开展评估护理^[5]。

3.3 营养与心理护理中的应用

营养失调与心理障碍影响患者治疗和生活,MDT 模式实现个体化、全程化管理。营养护理采用闭环模式,先评估营养风险,为有需求患者强化营养支持,再由营养科制定饮食计划,最后由护理团队指导监督并反馈。心理护理构建支持体系,先筛查心理状况,由心理治疗师制定干预方案,护理团队与家属配合,严重患者转诊精神科。

3.4 延续性护理中的应用

肝胆胰肿瘤患者治疗周期长,出院后仍有需求,MDT 模式延伸护理服务范围。部分医院搭建远程护理平台,全程管理患者,患者反馈情况,团队及时指导;设定随访节点评估调整方案;为带管患者制作教程。此外,MDT 团队建立跨机构协作机制,加强医院、社区、家庭衔接,形成延续性护理网络。

4 MDT 模式在肝胆胰肿瘤护理中的实施效果

4.1 改善患者临床结局

多项临床研究证实,MDT 护理模式可显著优化肝胆胰肿瘤患者临床结局。围手术期应用时,能使术后首次下床时间提前 1-2 天,肠功能恢复时间缩短 24-48 小时,住院天数平均减少 3-5 天;还可显著降低并发症发生率,将胆漏、胰瘘、肺部感染等主要并发症发生率从传统模式的 30%以上降至 15%以下,并通过早期干预降低并发症严重程度。对于中晚期患者,MDT 模式下的综合护理干预能有效控制疼痛、黄疸等症状,提高带瘤生存质量,部分研究显示患者 1 年生存率提升 10%-15%。

4.2 提升患者身心健康水平

生理健康方面,MDT 团队个性化营养支持使患者血清白蛋白水平平均提升 2-3g/L,控制体重下降趋势,增强机体抵抗力,改善睡眠质量与日常活动能力。心理健康方面,MDT 模式心理干预缓解患者焦虑抑郁情绪,中度焦虑患者 GAD-7 评分平均降 4-6 分,轻度抑郁患者 PHQ-9 评分降至 5 分以下,提升治疗依从性与战胜疾病的信心;充分调动家庭支持系统,让患者感受情感关怀,减轻心理压力,患者满意度评分普遍达 90 分以上^[6]。

4.3 优化医疗护理效率

MDT 模式通过标准化流程与多学科协同提升医疗护理效率:提前共享病例资料并集中讨论,减少重复评估与等待时间,MDT 会议按时召开率超 95%、方案执行率超 90%;护理团队作为沟通枢纽,避免学科信息壁垒,提高跨学科建议采纳率,信息传递及时性控制在 24 小时内;优化资源配置,减少不必要检查与治疗,

使患者次均住院费用降低 10%-20%，提升医疗资源利用率。同时，该模式促进护理团队专业能力提升，护士在多学科讨论中拓宽知识视野，锻炼沟通协调等能力，提高护理文书质量与操作规范性^[7]。

5 MDT 模式在肝胆胰肿瘤护理实施中存在的问题

5.1 协作机制不健全

部分医疗机构 MDT 管理制度不完善，存在启动指征不明、流程不规范、责任划分模糊等问题，致协作流于形式。部分 MDT 会议无固定时间和场地，参会人员积极性低，核心学科参与率不足 80%，营养科、心理科等支持学科参与度更低。此外，因缺乏有效激励机制，多学科人员额外工作投入未获认可，影响协作持续性与主动性。

5.2 信息共享不畅

信息化建设滞后制约 MDT 模式发展。多数医疗机构未建统一 MDT 管理系统，病例资料以纸质或分散电子文档存在，难实现多学科实时共享，致评估与决策效率低。部分医院引入信息化工具，但功能单一、操作复杂，且缺数据安全保障机制，影响医护使用意愿。跨机构协作中，信息互通壁垒突出，难实现患者诊疗护理信息连续传递。

5.3 资源整合困难

MDT 模式实施需充足人、财、物力，但部分医疗机构资源配置不足，营养、心理、康复等支持学科人员短缺，难满足肝胆胰肿瘤患者需求；缺专职 MDT 协调人与质控专员，流程推进和质量监督不到位。此外，医保政策对 MDT 相关服务覆盖不足，部分营养支持、心理干预等项目未纳入医保，增加患者负担，影响 MDT 方案全面实施。

5.4 人员专业素养不足

MDT 护理模式对参与人员的综合素养要求较高，但部分护理人员缺乏多学科知识储备，对其他学科的专业范畴与协作要点了解不足，难以有效开展跨学科沟通与协调。部分学科人员存在本位主义思想，缺乏团队协作意识，讨论中过度强调本学科意见，影响了方案的科学性与一致性。此外，缺乏系统的 MDT 相关培训，人员的协作技能与循证实践能力有待提升^[8]。

6 MDT 模式在肝胆胰肿瘤护理中的优化对策

6.1 健全协作机制与管理制度

医疗机构要建立完善 MDT 管理体系，明确相关标准，将特定患者纳入强制管理范畴。设立固定会议时间与场地，配备设备，确保会议规范开展。建立激励机制，将参与情况纳入绩效考核，表彰奖励突出团队与个人。

成立工作委员会，由分管院领导牵头，定期督查评估，以核心指标为依据每半年修订工作流程，优化协作模式。

6.2 加强信息化建设

加快构建统一的 MDT 信息化管理平台，整合多种功能，实现实时沟通与数据共享。优化平台设计，简化流程，增加智能化模块，提升决策效率；建立数据安全保障机制，规范信息管理。推进跨机构信息互通，依托医联体建共享平台，为延续性护理提供支撑；鼓励开发患者端 APP，方便医患沟通^[9]。

6.3 强化资源整合与政策支持

医疗机构合理配置 MDT 资源，充实支持学科人员，设立专职人员，明确职责流程。加大资金投入，保障运行需求。争取医保政策支持，将相关服务纳入医保，调整价格减轻患者负担。加强与社会组织合作，引入慈善资金扩大受益范围。

6.4 提升人员专业素养

建立 MDT 培训体系，定期开展多学科活动，提升护理人员综合素养。鼓励护理人员参与跨学科学习交流，拓宽视野思路。培养团队协作文化，树立全局观念。建立人才培养梯队，选拔优秀人员发挥引领作用。

7 展望

随着精准医学、智慧医疗与整合护理理念发展，MDT 模式在肝胆胰肿瘤护理领域应用将更深入广泛。未来，智能化技术融合是重要方向，人工智能辅助病情评估、并发症预警与护理方案优化，大数据为 MDT 决策提供循证依据，物联网设备实现患者生命体征实时监测与远程干预。跨地域协作将加强，通过远程医疗平台下沉优质 MDT 资源，让基层患者享受高水平多学科护理服务。同时，MDT 模式向精准化、个体化深化，结合患者多方面情况制定针对性护理方案，实现从疾病护理到全人护理的转变^[10]。

此外，加强国际交流与合作，能促进我国 MDT 护理模式与国际标准接轨，通过借鉴经验和开展联合研究，提升我国肝胆胰肿瘤 MDT 护理国际化水平。相信通过完善机制、创新技术、整合资源与培养人才，MDT 模式将在肝胆胰肿瘤患者全程管理中发挥更大价值，为改善患者预后和提升生存质量提供保障。

参考文献

- [1] 宋政炜,陈敏捷,陈飞,等.法尼酯 X 受体在肝胆胰恶性肿瘤中的研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(5):396-400.

- [2] 丹增阿旺,王超,杨振华,等.MDT 协作下 ERAS 临床路径在肝切除围手术期中的应用[J].中华肝脏外科手术学电子杂志,2025,14(05):732-739.
- [3] 屠冬英,杨丽红,王玲,等.多学科团队协作模式下的延续护理对急性胰腺炎病人健康行为能力和生活质量的影响[J].护理研究,2022,36(2):317-321.
- [4] 丹增阿旺,王超,杨振华,等.MDT 协作下 ERAS 临床路径在肝切除围手术期中的应用[J].中华肝脏外科手术学电子杂志,2025,14(05):732-739.
- [5] 马蕾."多因素-护理干预模式"对肝硬化合并上消化道出血患者的临床护理价值[J].2024(5):187-189.
- [6] 杨春兰,付东冬,刘梦.多学科协作团队模式指导下的心理干预结合延续性康复护理在急性胰腺炎患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(8):109-111.
- [7] 朱利思,陈军华,胡辉,等.多学科协作团队工作坊教学模式应用于护士伤口护理培训的效果[J].解放军护理杂志,2019,36(9):85-88.
- [8] 汪洁,裴丽燕,芦亚男,等.基于证据临床应用的多学科协作加速康复外科模式在肝切除患者护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(14):1883-1888.
- [9] 李钦慧,王钧慷,罗树春,等.基于过程控制优化综合医院多学科诊疗模式研究[J].中国卫生事业管理,2023,40(6):418-421.
- [10] 容洁,余雄丽.多学科协作营养干预联合赋能激励护理对胰腺癌手术患者希望水平、免疫功能及生命质量的影响[J].当代护士,2023,30(14):70-74.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

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



OPEN ACCESS