



患者正在进行血液透析。



定点医院内专家集体会诊。

龄、生命体征等基本信息，病人的基本病情医护们并不清楚。有的病人自己也说不清楚。通常情况下，陪护的人还能帮助病人描述一下病情，但在定点医院，这一切只能靠医护自己的经验和判断了。

肾脏科主任医师顾乐怡常常要处理突发情况。“有的病人病情变化快，尤其是老年人，本身基础病多，合并新冠后情况更棘手。”他说，穿着厚重的“大白”，医生没法进行简单但却非常有效的听诊，只能不断借助监护仪、血氧饱和仪以及更多的检查来判断病人的病情，力争不疏漏任何一个疾病。

他记忆深刻的一次是从某养老院一下子转运来了十位高龄患者。“十位病人年龄加起来超过九百岁。”老年人们有的瘫痪，有的患阿尔茨海默症，完全不能诉说自己的病史，即便只是新冠阳性的轻症患者，也可能引发心、脑、肺、肾等各个器官的连锁反应，导致出现各种危急重症。

4月底5月初最紧张焦灼的那段时间，内科ICU里有一半以上患者施行了气管插管，还有不少需要血透、依靠ECMO维持生命的患者。对医护而言，绝对是身体和心理的双重考验。

面对这些有着复杂基础疾病的新冠患者，医生们的医疗思路也发生了改变。通常医院设置里的专科专病治疗模式被多学科、定点医院和总院联合会诊制度取代，这一创新的诊疗新模式为定点医院带来了意想不到的高效和疗效。

4月中旬，顾乐怡收治了一位从其他医院转来新冠阳性女患者。病人来的时候情况比较危重，盆腔里有一个巨大的肿瘤，输尿管受到肿瘤挤压，一直无法排尿，肾脏功能几乎为零。顾乐怡赶紧安排病人进行透析治疗，维持她的体内环境稳定，避免因无尿肾衰竭而死亡。

接下来，医生们开始探讨，到底是先治新冠还是先处理肿瘤？

顾乐怡感慨：“以前，病人涉及不同科室，医生之间分别打电话，或者直接碰面简单几句话就能说清楚。处于闭环的定点医院里，整个医疗流程和思路发生了改变，不同学科的专家一起坐下来讨论病人的病情，不同的专家从自己擅长的领域分析病情，反倒效率更高，效果更好。”

最终，针对这位女病人的诊疗方案很快确定下来。参与讨论的七八位专家认为，如果在阳性环境中进行手术，医生的操作难度加大，对患者而言，风险也更大。应该在确保肾功能的前提下，先治疗病人的新冠病情，等核酸转阴后再转院对病人的肿瘤进行治疗。

这位女患者在规律血透之后，肾脏功能得到完全的恢复；核酸检测转阴之后，迅速被转移到仁济东院，先在妇产科进行了盆腔手术，切除了肿瘤，尔后，又转移到血液科，开启了淋巴瘤治疗。“通常情况下，完成这些诊疗需要2—3个月时间，而癌症的病程进展很快，患者很有可能在这段时间里病情恶化，手术就不能做了。”

两个多月时间里，各个科室的专家积极参与每天举行的联合会诊，只要是病情所涉及的相关科室，专家们都预留出相应的时间进行线上讨论。

“每天下午2点，由集装箱改装的会诊室里，我们不仅会讨论病人的病情，还会制定详细的救治计划。比如怎么维持现有的身体状况，怎么转院，转院后怎么安排手术。”顾乐怡说，这种集全院力量的大会诊制度，让定点医院的治疗水准得到了更大的提升。