

以患者症状为导向的融合门诊多学科诊疗模式探索^{*}

——陈金祥 郑唯晟 席悦 庄旭

【摘要】 创新门诊服务模式是改善患者就医体验的重要途径。仁济医院响应改善就医感受提升患者体验政策,在分析我国现行门诊多学科诊疗模式基础上,探索并实践了以患者症状为导向的融合门诊多学科诊疗模式。聚焦某一疾病症状,融合学科资源、诊室资源、诊疗流程,向所有患者开放预约号源,在同一诊室为患者提供连续性诊疗服务,缩短了患者就诊时间,提高了医疗资源利用效率,可作为传统门诊和现有门诊多学科诊疗模式的补充。

【关键词】 多学科诊疗;融合门诊;患者症状;医疗资源

中图分类号:R197.323

文献标识码:B

Exploration of a Patient Symptom-Oriented Multi-Disciplinary Treatment Model in Integrated Outpatient Clinics/CHEN Jinxiang, ZHENG Weisheng, XI Yue, et al.//Chinese Health Quality Management, 2025, 32(5):01-04, 12

Abstract Innovating outpatient service models is a crucial approach to improving patients' healthcare experience. In response to policies aimed at enhancing patient experience and satisfaction, Renji Hospital has explored and implemented a patient symptom-oriented integrated outpatient multi-disciplinary treatment model, based on an analysis of the current multi-disciplinary outpatient treatment models in China. Focusing on a specific disease symptom, this model integrates disciplinary resources, consultation room resources, and diagnostic and treatment processes, opening appointment slots to all patients. It provides patients with continuous diagnostic and treatment services in the same consultation room, reducing patient waiting times and improving the efficiency of medical resources utilization. This model can serve as a supplement to traditional outpatient services and existing multi-disciplinary outpatient treatment models.

Key words Multi-Disciplinary Treatment; Integrated Outpatient Clinics; Patient Symptoms; Medical Resources

First-author's address Renji Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, 200127, China

随着医疗技术的进步和患者对医疗服务要求的提高,创新门诊服务模式成为提升医疗质量和改善患者就医体验的重要途径之一。多学科诊疗(Multi-Disciplinary Treatment, MDT)是指以患者为中心,由多个相关领域具有丰富临床经验的医生组成团队,共同为患者提供一站式诊疗服务,是国内外广泛使用的疾病诊疗模式^[1]。在国外,MDT模式已覆盖烧伤、物理医学与康复、肿瘤等多个领域^[2],MDT运行模式也在不断发展。例如,部分医疗机构因门诊MDT需求量较大,开设了一种新型

的临床放射学评估会议(CRAM),即“迷你-MDT”,旨在减少MDT工作量^[3]。在国内,门诊MDT模式近年来得到了应用和推广,包括常规门诊MDT模式^[4]、专科联合门诊模式^[5]、器官/生理系统整合门诊模式^[6]等。这些模式通常侧重于特定疾病或疑难病例的诊疗,仅机械地将相近领域学科门诊进行整合,且设置了严格的患者纳入标准。国家卫生健康委联合国家中医药管理局发布的《关于开展改善就医感受提升患者体验主题活动的通知》(国卫医政发〔2023〕11号)提出,完善多学科诊疗(MDT)制

度,鼓励医疗机构扩展MDT覆盖的专科和病种。为了创新门诊MDT模式,上海交通大学医学院附属仁济医院探索开展了以症状为导向的融合门诊模式,通过组建多学科融合诊疗团队、共享诊室资源、优化诊疗流程等,旨在提高诊疗效率,缩短患者就诊时间,保障患者就医连续性,从而改善患者就医体验。

1 国内现行门诊MDT模式

1.1 常规门诊MDT模式

为了满足患者的个性化诊疗需

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.5.01

^{*} 基金项目:国家卫生健康委医院管理研究所“医疗质量循证管理持续改进研究项目”(编号:YLZLXZ23K008)

上海交通大学医学院附属仁济医院 上海 200127

求,缓解三级医院普遍存在的专科和亚专业之间不匹配导致的患者多次往返不同科室问题,MDT 模式在门诊得到推广。该模式诊疗对象以肿瘤等明确疾病、疑难疾病或罕见病的患者为主,常规诊疗流程为接诊医师推荐预约,MDT 秘书整理患者病史资料,召集 MDT 专家小组共同讨论并确定诊疗方案。常规门诊 MDT 模式减少了患者往返不同科室的次数,提高了诊疗方案的准确性,但存在接诊数量有限、应用范围较窄等问题^[4]。

1.2 专科联合门诊模式

除常规门诊 MDT 模式外,部分医院也尝试开展了专科联合门诊模式。该模式通常以某一明确疾病为中心,由相关专科在相邻或同一诊区内为患者进行诊疗,患者一般仅需挂一个号源,便可在不同科室之间就近转诊。

1.3 器官/生理系统整合门诊模式

除上述两类门诊 MDT 模式外,还有医院尝试开展了其他形式的门诊 MDT 模式,如按照器官系统或生理系统开展联合诊疗。患者被确定为某一生理系统疾病时,可先预约该生理系统内某一科室的门诊号源,该系统内的其余科室医生可跨科室接诊患者。

1.4 融合门诊模式

融合门诊诊疗对象以需要连续诊疗或诊疗方案不明确的具有某一疾病症状的患者为主,由 2~3 个相关学科的医师在同一诊室内开展诊疗,快速明确病因,并在主诊科室负责制原则上,根据患者需求转入参与科室接受进一步诊疗。与其他现行门诊 MDT 模式相比,融合门诊模式在医师资质、患者入组流程、资源配置等方面有所不同,见表 1。

2 融合门诊模式

2.1 组建多学科融合门诊团队

发起科室结合学科特色,针对某一疾病症状,精准匹配学科,相关学科达成合作意向并明确合作方案后,向管理部门发起融合门诊团队组建申请。例如,针对垂体泌乳素增高患者,由神经外科专家与内分泌科高年资主治医师共同组建内分泌科同诊的垂体疾病融合门诊。又如,针对儿童鼻炎口呼吸症状,将儿科免疫过敏专家、耳鼻咽喉腺样体肥大专家和口腔矫正医师相融合。在组建团队时,还充分考虑了医院优势学科与其他相关科室之间的医疗业务平衡,确保融合门诊能够充分利用医疗资源,带动业务不饱和和科室提升工作效能。例如,针对糖尿病伴神经痛和肢体麻木融合门诊,在内科诊区诊室资源紧张的情况下,由团队中的内分泌科医师前往就诊人数相对较少的神经外科诊室共同接诊。每个融合门诊团队由

2~3 个科室组成,医生在同一诊室接诊。按照管理职能,参与科室可分为牵头科室和协作科室。牵头科室医师要求具有副高及以上医师职称,负责对团队诊疗质量进行监管。协作科室医师相对固定,每个科室由 1~2 名高年资住院及以上职称医师出诊,共同负责融合门诊工作。按照诊疗流程,参与科室可分为主诊科室和协作科室,医师资质要求为高年资住院及以上职称。

2.2 建立融合门诊管理制度

MDT 门诊必须建立和完善管理制度^[7]。单个融合门诊团队不设立秘书或管理人员,融合门诊日常工作由门急诊办公室设专人负责。管理小组根据科室自主申报、高效利用医疗资源的原则,制订了《多学科融合诊疗门诊管理制度》,明确了融合门诊的申请流程、患者纳入标准、医疗质量管理、收费标准等。

在申请流程方面,采取“科室协商、自下而上”的方式申请成立融合

表 1 我国现行门诊 MDT 模式比较

维度	常规门诊 MDT 模式	专科联合门诊模式	器官/生理系统整合门诊模式	融合门诊模式
医师资质	须为高级职称医师,部分医技科室可放宽至高年资主治医师	主治及以上职称医师	常规门诊医师即可(含普通和专家门诊)	至少一名副主任及以上职称医师牵头,配合高年资住院及以上职称医师
诊疗对象	以肿瘤疾病或罕见病为主	以某一明确疾病为中心	以某一脏器为中心	需要连续诊疗或诊疗方案不明确的具有某一疾病症状的患者
场地要求	专用 MDT 会诊室,必要时需配备远程会诊设备	多学科在同一或相邻的诊区	门诊布局整体按照器官/生理系统类别设置联合诊区	2~3 个学科在同一诊室内开展诊疗
诊疗模式	患者通常无法直接预约挂号,需由 MDT 秘书为患者进行预约。定期开展,主诊科室以患者收治科室为主,其他科室共同参与制订诊疗方案,但科室组成不固定	首诊负责制为基础,针对某一常见病或多发病,由某一专科医师接诊,必要时为患者在多个学科间转诊	预检分诊参照常规就诊模式,患者首先在相应器官系统范围内的一个专科门诊就诊,如需不同科室诊疗,可直接前往另一个专科就诊,一般无需再次挂号	开放预约号源,由 2~3 个科室共同参与,主诊科室可灵活调整。由主诊科室负责诊疗,参与科室根据患者需求可负责后续诊疗
信息平台	一般开发专用门诊 MDT 信息平台	开发转诊功能,实现多个门诊间连续就诊	突破常规门诊信息系统限制,不同科室之间可以跨科室接诊	可依托常规门诊信息平台,但需要具备跨科室接诊功能
实施医院	国际公认的肿瘤诊疗模式,国内三甲医院普遍开展	北京协和医院西单院区	宁波市杭州湾医院、上海市老年医学中心	上海交通大学医学院附属仁济医院

门诊。先由发起科室组织相关科室讨论融合门诊针对的疾病或症状,并明确融合门诊名称,配置团队成员,确定开展地点、时间、收费标准、开放号源和预约途径等。经全部参与科室科主任会签同意后,发起科室通过医院 OA 向管理部门提交申请。

在患者纳入标准方面,融合门诊为了更好地提升患者就医可及性,简化了就诊流程,一般不限制患者自主预约挂号。

在医疗质量管理方面:第一,实行主诊医师负责制和牵头科室医师全面负责制。经融合门诊团队讨论后确定主诊医师,由其主要负责为患者制订个体化诊疗方案。由牵头科室医师全面负责患者诊疗质量监管,如定期对诊疗方案和效果进行评估。第二,制订专用病历模板,由主诊科室医师完成主要病史书写,需注明当日看诊医师的科室、姓名和职称。第三,常规管理工作参照专家门诊标准执行。第四,管理小组对融合门诊开展效率、患者满意度等设置了阈值,规定每半天接诊人次低于 5 人次或者半年内发生 3 例及以上有效投诉的融合门诊团队,相关科室需提交情况说明,必要时需暂停门诊工作。

在收费标准方面,融合门诊以及其他多学科门诊作为新的医疗服务模式,缺乏专用收费标准,在实际操作中只能参照现有门诊收费标准执行。具有单独诊疗场所并提供一站式服务的融合门诊,可按照特需门诊标准收费;不具备上述条件者,按照普通门诊标准收费。

2.3 梳理融合门诊运行流程

融合门诊运行流程见图 1。第一步:导诊与分诊。融合门诊对所有患者开放预约号源,支持线上预约或现场挂号。初诊患者可线上自主预约或由预检分诊人员推

荐就诊,复诊患者可由门诊医师通过诊间预约后就诊。对于未线上预约患者,进入医院后,由导诊人员提供初步咨询和引导,分诊护士根据患者病情推荐至相应融合门诊。第二步:跨科室接诊。融合门诊团队成员在同一个诊室共同接诊患者,讨论并确定患者主要疾病、主诊科室和诊疗方案。所有参与科室均可同时在门诊系统内接诊并查看患者诊疗信息。第三步:开展跨学科连续诊疗。患者完成初步诊断后,可直接转至主诊科室进行进一步检查或治疗,无需再次挂号。第四步:诊后随访。融合门诊的主诊科室负责开展诊后随访工作,为患者提供必要的健康指导和康复建议。

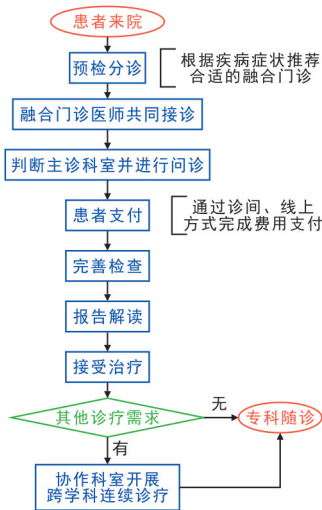


图 1 融合门诊运行流程

2.4 建立运行保障机制

第一,对医院信息系统功能进行优化整合。例如:预约一个号源可以实现融合门诊团队内多个科室书写诊疗意见和医嘱,即由多个科室共同书写一份病历;部分专科建立了融合门诊患者随访管理系统。第二,患者可在微信公众号预约界面直接搜索相关病症或融合门诊,获取预约挂号界面。第三,在融合门诊诊区放置自助设备,提供一站式付费、检查预约、取药服务等。第四,通过融合门诊牵

头科室专家的知名度吸引患者预约就诊,或者通过微信公众号、新闻媒体等渠道进行宣传。

3 实践效果

收集并统计医院 2023 年 8 月—12 月融合门诊组(8 个)、非融合门诊组(8 个)、MDT 门诊组(9 个)的相关数据,包括就诊人次、患者候诊时间、患者就诊耗时等。就诊耗时定义为从挂号开始到最后一次刷卡确认身份之间的时长。此外,为了充分了解患者对融合门诊的就诊体验,通过问卷形式对就诊患者进行满意度调查,问卷采用 Likert 5 级评分法。共计发放 267 份问卷,回收有效问卷 247 份。

3.1 缩短了患者就诊时间

在候诊时间方面,融合门诊组患者平均候诊时间为 (22.7 ± 4.6) min,短于 MDT 门诊组 (69.2 ± 25.8) min 和非融合门诊组 (88.9 ± 14.1) min,差异具有统计学意义($F=29.743, P<0.001$)。在就诊耗时方面,融合门诊组患者平均耗时为 (82.2 ± 14.9) min,短于 MDT 门诊组 (113.0 ± 20.1) min 和非融合门诊组 (127.5 ± 19.9) min,差异具有统计学意义($F=12.513, P=0.001$)。

进一步对各组数据进行多重比较后发现,融合门诊组在候诊时间和就诊耗时方面均与其他两组具有差异,且差异均有统计学意义(P 均 <0.001),而非融合门诊组和 MDT 门诊组在就诊耗时方面差异没有统计学意义(P 均 >0.05),这表明融合门诊有助于缩短患者就诊时间。

3.2 提升了患者就医满意度

对数据进行单因素方差分析后发现(表 2),MDT 门诊组在医生专

业水平、就诊流程便捷性、综合满意度 3 个维度获得最高评分,融合门诊组次之,非融合门诊组最低。进一步进行多重比较发现:医生专业水平方面,非融合门诊组与融合门诊组、MDT 门诊组差异均有统计学意义($P=0.013,0.009$),但融合门诊组与 MDT 门诊组间差异无统计学意义($P=0.857$);就诊流程便捷性方面,融合门诊组与非融合门诊组间差异有统计学意义($P=0.007$),但与 MDT 门诊组之间差异无统计学意义($P=0.062$);综合满意度方面,融合门诊组与非融合门诊组间差异有统计学意义($P=0.006$),与 MDT 门诊组间差异无统计学意义($P=0.791$)。综上,融合门诊在医生专业水平、就诊流程便捷性、综合满意度 3 个方面的满意度水平未显著低于 MDT 门诊组,但显著高于非融合门诊组。此外,在医生服务态度和候诊时间维度,融合门诊组获得最高评分,MDT 门诊组次之,非融合门诊组最低。

4 讨论

融合门诊模式具有以下特点与优势:

一是以患者症状为中心提供高效服务。相较于现场预检分诊和 AI 智能分诊^[8],融合门诊模式是一个有益的补充。相对于现场预检分诊,融合门诊模式在流程上更为简化,不需要依赖经验丰富的医护人员分诊,患者只需根据自身症状预约相应的融合门诊号源,便可获得更为全面的初诊,并直接进入诊疗环节。相对于手机端的 AI 智能分诊,融合门诊对老年患者群体更加友好,且分诊准确率更高。

二是充分利用医疗资源提供多学科联合诊疗服务。据统计,该院部分科室每半天诊疗人次可达到 60 余

表 2 三组门诊患者就医满意度得分比较					单位:分
评价指标	融合门诊组 (n=83)	非融合门诊组 (n=85)	MDT 门诊组 (n=79)	F	P
医生服务态度	4.2±0.8	3.9±0.9	4.1±0.8	2.017	0.135
医生专业水平	4.3±0.9	4.0±1.0	4.4±0.8	4.396	0.013
候诊时间	4.0±0.9	3.5±1.2	3.7±1.0	5.267	0.006
就诊流程便捷性	3.8±0.9	3.3±1.1	4.1±0.9	10.526	<0.001
综合满意度	3.9±1.1	3.5±1.3	4.0±0.9	5.503	0.005

人次,而部分科室每半天诊疗人次仅为 5 人次,医疗资源并未得到充分利用。融合门诊聚焦患者症状,通过优势学科牵头,带动门诊量相对不饱和的相关科室,共同参与患者诊疗,盘活了医疗资源。同时,融合门诊通过相近疾病或亚专业之间的交流合作,有助于专科医师拓展知识范围,丰富实践经验^[9]。此外,通过共享诊室,患者进入端口预约,以及主诊科室的灵活变化,实现了模式的高效运行。

三是可作为传统门诊模式和现行门诊 MDT 模式的补充。传统门诊模式下,号源横向按照专科划分,纵向按照普通、专病、专家、特需划分,较为分散。而融合门诊模式以症状为中心组建团队,能够更精准、快速地响应患者就医需求,尤其是对于需要多学科参与且连续诊疗的疾病。相较于常规门诊 MDT 模式和其他 MDT 模式,融合门诊模式在参与医师资质、开展场地、患者准入等方面要求相对宽松^[10]。在诊疗宗旨方面,融合门诊模式更偏向于提升整体医疗效率。目前,器官/生理系统整合门诊模式的实施医院为近年来新开设的医疗机构,如宁波市杭州湾医院、上海市老年医学中心,其业务体量较小,且在起步阶段,管理模式可灵活调整。而运行时间较长的三级医院难以进行大规模的门诊模式变革,处于小范围探索阶段的融合门诊可作为多学科联合诊疗模式的创新切入点。同时,融合门诊团队人员相对固定,且融合门诊在一定程度上可

作为相关专科合作平台,从而进一步提高医疗质量。

四是满足患者个性化诊疗需求,改善患者就医体验。一方面,融合门诊更加注重诊疗服务的连续性和整体性,能够为患者提供从初诊到治疗、康复的全链条服务。以儿童鼻炎口呼吸症状为例,融合门诊不仅满足患者在某一专科的就医需求,而且关注儿童过敏性疾病导致的鼻炎和夜间打鼾以及因鼻炎导致口呼吸产生的口腔矫正需求,即在疾病的产生、发展及治疗全过程中为患者提供专业化和个性化的诊疗服务。另一方面,传统就诊流程中,患者可能因分诊错误或多种诊疗需求,多次往返于不同科室,浪费了时间。而融合门诊相关科室医生在同一诊室参与诊治,为患者提供连续性诊疗服务,减轻了患者奔波之苦。

但是,融合门诊模式在运行过程中也存在不足。第一,融合门诊模式虽相较于常规门诊 MDT 模式更加灵活,但管理工作相对碎片化,亟需建立质量管理和持续改进机制。第二,现阶段融合门诊覆盖范围仍局限于小部分疾病和症状群。医院管理部门可持续挖掘新的融合门诊团队,对于无法在某一专科内解决且需要连续性诊疗的症状群,可尝试开展融合门诊。例如,骨质疏松、骨痛类的症状,可融合骨科、老年科、康复科等科室共同开展诊疗。同时,融合门诊团队可以纳入护理人员。第三,患者对

(下转第 12 页)

障更全面的老年友善门诊服务模式。第三,以制促管。为保障老年友善门诊的顺利建设,医院应加强顶层设计,建立健全老年友善门诊服务相关制度,抓实、抓细各项工作。通过明确职责分工、细化工作流程,将制度优势转化为管理效能,从而全面提升老年友善门诊的工作效率和服务质量,为老年患者提供更加优质、高效的医疗服务。

未来需从以下几个方面持续推进老年友善门诊建设工作:第一,建立追踪反馈机制,通过定期收集和分析老年患者的意见和建议,及时发现并解决其就医难题;第二,加强部门间的协作,统一思想、集中力量,共同制订并细化配套建设方案;第三,积极争取社会力量,吸纳更多志愿者和医务社工参与到助老志愿

服务中。

参考文献

[1] 民政部,全国老龄办. 2023 年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. (2024-10-11)[2024-12-16]. <https://www.mca.gov.cn/n152/n165/c1662004999980001752/content.html>.

[2] 国家卫生健康委员会. 2023 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2024:168,232.

[3] 喻月慧,贺敬芯,许 博.我国老年慢性病患者门诊服务利用情况、影响因素及城乡差异分析[J]. 医学与社会,2024,37(4):23-29.

[4] 王 露,周 典,黄欣黎,等.基于四维度模型的互联网医院服务模式创新策略探讨[J]. 中国医院管理,2019,39(10):58-60.

[5] World Health Organization. Active ageing: towards age - friendly primary health care[EB/OL]. (2012-06-17)[2024

- 12 - 16]. <https://iris.who.int/handle/10665/68727>.

[6] World Health Organization. Age - friendly PHC centres toolkit [EB/OL]. (2012-06-16)[2024-12-16]. <https://iris.who.int/handle/10665/43860>.

[7] 张敬华.老年友善医院创建对老年医院门诊体系建设的促进[J]. 中国老年保健医学,2019,17(1):160-161.

[8] 张 静,侯秀玉,徐锡武,等.基于人口老龄化的三级医院预约挂号实践与思考[J]. 中国卫生质量管理,2021,28(6):14-16.

通信作者:

刘雪晴:华中科技大学同济医学院附属同济医院中法院区门诊部护士长
E-mail:4559602@qq.com

收稿日期:2024-12-27

修回日期:2025-02-24

责任编辑:任红霞

(上接第 4 页)

融合门诊模式的知晓度较低。未来可以借助 AI 技术,通过智能分诊为患者精准推荐融合门诊,实现医疗资源精准对接^[11-12]。第四,按照特需门诊标准开设的融合门诊,门诊费用由参与科室协商分配比例后发放;而按照普通门诊标准开设的融合门诊,目前没有针对性的绩效分配机制。后续考虑根据收治患者数量、融合门诊接诊人次等指标进行绩效分配。

参考文献

[1] 李 琴,何 谦,何晓俐,等.四川大学华西医院多学科诊疗服务模式的应用与实践[J]. 华西医学,2024,39(1):88-92.

[2] PETROCHILOS P,ELMALEM MS,PATEL D,et al. Outcomes of a 5-week individualised MDT outpatient (day - patient) treatment programme for Functional Neurological Symptom Disorder (FNSD) [J]. Journal of Neurology, 2020, 267(9): 2655-2666.

[3] AHMED AM,CHINTAMANI G, ALEXIOS T, et al. Cancer MDT's oversubscribed and need to change: a Novel Clinical Radiological Assessment Meeting(CRAM) as a mini - MDT reduces referral response times and MDT workload [J]. European Journal of Surgical Oncology, 2023, 49(2): 196-197.

[4] 杨 亚,梁 晨,陈 桢,等.国内外多学科诊疗模式研究进展分析[J]. 中国卫生质量管理,2021,28(2):16-19.

[5] 光明网.北京协和医院西单院区探索设立联合门诊,开启专病患者就诊“直通车”[EB/OL]. (2022-11-30)[2024-09-16]. https://m.baidu.com/bh/m/detail/ar_10435182439423580498.

[6] 东方网.上海市老年医学中心正式开业,由中山医院同质化管理运营[EB/OL]. (2023-10-23)[2024-09-16]. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1780510220240358612&wfr=spider&for=pc>.

[7] 乔佳敏,张赫楠.赋权增能视域下门诊多学科协作诊疗服务质量提升策略研究[J]. 中国卫生质量管理,2024,31(8):30-33,37.

[8] 周 英,刘虔铭,黄轶俊,等.基于预问诊服务的患者管理流程优化与实践[J]. 中国数字医学,2023,18(6):61-65.

[9] BEDNARSKI BK, TAGGART M, CHANG GJ. MDT-How it is important in rectal cancer [J]. Abdominal Radiology (New York), 2023,48(9):2807-2813.

[10] 代佳灵,何 谦,武永康,等.多学科诊疗门诊难点分析及建议[J]. 中国卫生质量管理,2021,28(6):31-34.

[11] 焦岳龙,左克强,陈 震,等.门诊全流程智慧医疗体系建设实践与探索[J]. 中国医院管理,2021,41(5):39-42.

[12] 苟 悦,李继平,赵淑珍,等.医院多学科协作诊疗门诊信息系统优化的效果[J]. 广西医学,2019,41(21):2816-2818.

通信作者:

庄 旭:上海交通大学医学院附属仁济医院门急诊办公室副主任(主持工作)
E-mail:441484680@qq.com

收稿日期:2024-10-14

修回日期:2025-02-12

责任编辑:任红霞