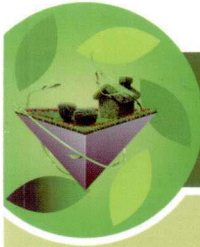




全科医生 居民健康的“守门人”

全科医生是综合程度较高的医学人才
主要在基层承担预防保健、常见病多发病诊疗和转诊、
病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务



卫生部全科医生转岗培训规划教材

全科医生基层实践

主 编 杜雪平 王家骥 席 彪

副主编 陈冬冬 方建新 张宗光



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

中国全科医学

CHINA JOURNAL OF GENERAL PRACTICE

第15卷第1期

2015年1月

第15卷第1期

第15卷第1期

中国全科医学

全科医生基层实践

主编 王卫平 副主编 王卫平 王卫平
编委 王卫平 王卫平 王卫平 王卫平

中国全科医学

● 卫生部全科医生转岗培训规划教材

全科医生基层实践

主 编 杜雪平 王家骥 席 彪

副主编 陈冬冬 方建新 张宗光

主 审 顾 颢

编 者 (以姓氏笔画为序)

王家骥 (广州医学院)

方建新 (苏州市立医院)

尹朝霞 (首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心)

杜兆辉 (上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心)

杜雪平 (首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心)

张宗光 (河北大学医学部/河北省全科医学岗位培训中心)

陈冬冬 (上海徐汇区华泾镇社区卫生服务中心)

周志衡 (广州医学院)

高 凤 (济南护理职业学院)

席 彪 (河北医科大学/河北省卫生厅)

温天莲 (山东大学附属济南市中心医院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

全科医生基层实践/杜雪平等主编. —北京:人民卫生出版社, 2012. 4

卫生部全科医生转岗培训规划教材

ISBN 978-7-117-15531-1

I. ①全… II. ①杜… III. ①临床医学-岗位培训-教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 017775 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

全科医生基层实践

主 编: 杜雪平 王家骥 席 彪

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京机工印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 22

字 数: 546 千字

版 次: 2012 年 4 月第 1 版 2012 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15531-1/R · 15532

定 价: 37.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

卫生部全科医生转岗培训规划教材

编写委员会

主任委员 吕兆丰 梁万年

副主任委员 杜雪平 祝增珠 郭爱民 杨文秀

委 员(以姓氏笔画为序)

王 仲	王 爽	王子明	王家骥	方力争	方建新
孔江联	刘 钢(澳大利亚)	刘凤奎	刘殿武	江孙芳	
杜 娟	李士雪	李晓淳	张宗光	张焕楨(台湾地区)	
陈冬冬	陈永年	陈鸿雁	武秋林	赵光斌	胡传来
施 榕	贾明艳	贾建国	夏俊杰	顾 媛	郭 华
郭 媛	席 彪	黄捷英	崔树起	路孝琴	

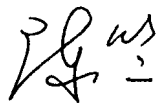
序

全科医生是一类重要的复合型医学人才,被称为居民健康的“守门人”。目前,我国合格的全科医生尚十分匮乏,远远不能满足基层医疗卫生服务的迫切需求。为加快培养全科医生,2011年,国务院印发《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》,提出着眼长远,逐步建立统一规范的“5+3”全科医生培养模式。同时,立足当前,通过基层现有专科医生转岗培训等多种渠道培养全科医生,满足目前基层对全科医生的现实需要。

为做好全科医生转岗培训,卫生部组织制定了培训大纲,在卫生部教材办公室组织协调下,人民卫生出版社组织有关专家充分调查研究、认真总结经验,针对全科医生转岗培训的特点,通过顶层设计,组织编写了与转岗培训大纲相配套的“卫生部全科医生转岗培训规划教材”,以便为全科医生转岗培训提供教材支撑。

目前,经过全国相关专家的共同努力,《全科医学理论与实务》、《全科医生临床能力培养》、《全科医生基层实践》共3门教材和《全科医生手册》、《全科医生练习题集》共2门配套教材即将出版。该套教材既有全科医学基本理论知识的阐述,同时,针对培训对象的实际情况,尤其注重实践能力培养方面的内容介绍,并采用“案例”、“要点提示”等简明实用的编写形式,深入浅出,特色鲜明,针对性、指导性、可读性强,符合当前转岗培训实际,有利于教学,我十分支持这项非常重要的工作。希望该套教材能够为贯彻落实《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》、大力培养合格全科医生发挥应有的作用,并在使用中不断完善。

卫生部部长



2012年3月

前 言

2011年7月1日《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》中指出:全科医生是综合程度较高的医学人才,主要在基层承担预防保健、常见病多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务,被称为居民健康的“守门人”。我们广大的全科医生是医疗卫生队伍的生力军,肩负着中国医药卫生体制改革的重任,要努力提升我们的基层服务能力,最主要提升基本医疗服务的能力,一定要让常见的健康问题在基层医疗卫生机构的服务中得以解决;让广大的人民群众充分享受到基本医疗卫生服务、基层医疗卫生保障服务,充分享受公共卫生服务。全科医学事业是朝阳事业,是为人民健康服务的事业。

全科医生转岗培训是目前我国全科医生培养的一个重要途径。为贯彻落实《指导意见》,做好全科医生转岗培训工作,提高培训质量,有必要统一组织规划和编写出版针对性和适用性较强的高质量培训教材。2011年7月以来,在卫生部科教司指导下,卫生部教材办公室组织全国相关单位全科医学专家学者和富有经验的教学一线人员,在认真调研和充分论证基础上编写了针对全科医生转岗培训的规划教材,并授权人民卫生出版社出版发行。

本套教材共5本,《全科医生基层实践》是其中的一本。这本书的编委队伍中有承担全科医生转岗培训的师资,也有来自基层的全科医生。中国的全科医生已经在基层医疗卫生事业中发挥骨干中坚作用。这本书所涉及的案例都是基层医疗卫生实践工作的总结,学习起来让人回味无穷。

在此诚挚感谢卫生部科教司和人民卫生出版社启用一批基层的全科医生作为编委。同时也感谢《全科医生基层实践》编写组全体成员,在很短的时间里完成了这本书的编写。我身边的全科医生们在统稿审议的过程中也给予我极大的帮助。但毕竟时间紧,我们的学识和经验有限,难免存在不足,望使用本书的全科医生提出宝贵意见。让我们共同为人民的健康保驾护航,为祖国全科医学事业的发展而扎根基层。

杜雪平

2011年12月14日

目 录

第一章 全科医生基层实践技能	1
第一节 全科医生思维方式与照顾实践	1
一、全科医生思维方式与照顾实践案例一	2
二、全科医生思维方式与照顾实践案例二	6
第二节 医患沟通技巧及接诊方式	8
一、医患沟通概述	8
二、常用的沟通技巧	8
三、接诊中的沟通技巧	13
四、不同人群的沟通	17
第三节 居民健康档案的建立与管理	19
一、居民健康档案概述	19
二、居民健康档案的内容及考核指标	23
三、个人健康档案	24
四、家庭健康档案	26
五、居民健康档案的使用	29
六、案例分析	31
第四节 双向转诊	44
一、双向转诊概述	44
二、双向转诊指征	45
三、双向转诊方法	45
四、案例分析	48
第五节 社区卫生服务需求评价与社区卫生诊断	51
一、社区卫生服务需求评价	51
二、社区卫生诊断技术	51
三、社区卫生服务计划实施与评价	60
第六节 传染病的信息报告及预防控制	65
一、法定传染病的信息报告	66
二、传染病的预防控制措施	66
三、突发公共卫生事件的分类和分级	68



四、突发公共卫生事件的应对	71
五、案例分析	71
第二章 慢性非传染性疾病管理	73
第一节 慢性非传染性疾病管理概述	73
一、慢性非传染性疾病概述	73
二、慢性非传染性疾病筛查	77
三、慢性非传染性疾病预防控制与健康管理服务规范	78
第二节 高血压管理	86
一、高血压概述	86
二、高血压筛查	87
三、高血压预防控制与健康管理服务规范	87
四、案例分析	104
第三节 糖尿病管理	108
一、糖尿病概述	108
二、糖尿病筛查	112
三、糖尿病预防控制与健康管理服务规范	114
四、案例分析	125
第四节 慢性阻塞性肺疾病管理	133
一、慢性阻塞性肺疾病概述	133
二、慢性阻塞性肺疾病筛查	136
三、慢性阻塞性肺疾病预防控制与管理	137
四、案例分析	144
第五节 脑卒中管理	145
一、脑卒中概述	145
二、脑卒中筛查	148
三、脑卒中预防控制与管理	149
四、案例分析	155
第六节 冠心病管理	159
一、冠心病概述	159
二、冠心病筛查	162
三、冠心病预防控制与管理	162
四、案例分析	168
第七节 重性精神疾病管理	170
一、精神疾病概述	170
二、重性精神疾病筛查	171
三、重性精神疾病管理策略	171
四、重性精神疾病管理考核指标	177
五、案例分析	178
第三章 重点人群保健	188
第一节 健康管理概述	188



一、健康管理概念	188
二、健康管理目的	188
三、健康管理实施步骤	189
第二节 儿童健康管理	190
一、服务对象	190
二、服务内容	190
三、服务流程	200
四、服务要求	202
五、考核指标	202
第三节 妇女健康管理	212
一、服务对象	212
二、服务内容	212
三、服务流程	221
四、服务要求	221
五、考核指标	224
第四节 老年人健康管理	229
一、服务对象	229
二、服务内容	229
三、服务流程	232
四、服务要求	232
五、考核指标	232
第五节 老年人居家照顾	241
一、老年人居家环境要求	241
二、老年人卫生照顾	241
三、老年人生活照顾	242
四、老年人疼痛照顾	247
第六节 家庭访视与家庭病床	248
一、家庭访视	248
二、家庭病床概述	248
三、家庭病床的建立与管理	251
四、家庭病床的服务流程	253
第七节 预防接种服务规范	259
一、服务对象	259
二、服务内容	260
三、服务流程	265
四、服务要求	266
五、考核指标	266
第八节 重点人群保健相关政策	276
一、重点人群保健相关政策	276
二、关于重点人群保健相关法律法规	277



第四章 基层疾病预防控制与妇幼保健职能	279
第一节 基层疾病预防控制中心组织体系	279
一、疾病预防控制体系的组织结构	279
二、基层疾病预防控制机构基本职能	279
三、基层疾病预防控制机构主要科室设置	280
第二节 传染病防控体系及工作流程	281
一、疫情信息管理	281
二、疫情调查与控制	288
第三节 慢性非传染性疾病的防控体系及工作流程	291
一、慢性非传染性疾病及其危险因素监测	291
二、慢性非传染性疾病发病和患病监测	291
三、死因监测	292
四、建立健康档案	293
五、慢性非传染性疾病筛检	293
六、慢性非传染性疾病高危人群及患病人群管理	294
第四节 基层妇幼保健体系	296
一、基层妇幼保健机构概述	296
二、基层妇幼保健机构的职责	298
三、基层妇幼保健机构的工作内容	300
四、基层妇幼保健机构的设置	301
第五章 基层卫生服务管理	303
第一节 概论	303
一、基层卫生服务管理概述	303
二、基层卫生服务管理的内容	305
第二节 基层卫生服务评价	306
一、基层卫生服务评价概述	306
二、基层卫生服务评价的操作步骤	307
三、基层医疗卫生服务机构绩效考核	309
四、案例分析	312
第三节 基层卫生服务团队工作模式	331
一、基层医疗卫生服务机构组织结构与功能	331
二、全科医生服务团队工作模式	332
参考文献	338

第一章

全科医生基层实践技能

第一节 全科医生思维方式与照顾实践

医学模式是指医学整体思维方式,即解释和处理医学问题的方式。医学模式受到不同历史时期的科学、技术、哲学和生产方式等方面的影响,曾有过多种不同的医学模式,到了现代,产生了生物医学模式及生物-心理-社会医学模式。

1. 生物医学模式 生物医学模式是以急性传染病为研究对象而发展起来的,是医生处理疾病问题的基本思维模式;由于现代科学技术发展,建立起特异性强的诊断治疗方法,有效地控制了许多生物因素造成的人类疾病,在特定的历史阶段对疾病防治、维护健康作出了巨大贡献,至今仍占据现代医学体系的统治地位,也是大多数专科医生观察处理其领域内问题的基本方法。其特点是:以生物科学为基础,具有客观性、科学性;理论方法简单、直观,易于掌握;可以得到科学方法确认,如影像学、实验室检查、活检、尸检等;实践证明是有效的,可以治愈疾病并且可以控制许多目前尚不能治愈的疾病。但是,这种模式关注点是疾病,忽视人的社会性,对于心理因素、社会因素对健康的影响重视不够;以疾病为中心,忽视患者的需求;医患关系疏远,患者依从性低;因此,仅用生物医学模式不能解决慢性病长期、系统管理和生活质量降低等问题,随着传染病的有效控制、疾病谱的变化、人均寿命的延长和病因病程的多样性,各种慢性非传染性疾病成为危害人类健康的主要因素,生物医学模式的片面性、局限性日益明显,生物医学模式面临极大的挑战。

2. 生物-心理-社会医学模式 生物-心理-社会医学模式的提出改变了人们思考健康问题的方法,这种模式认为生物因素、心理因素、社会因素三者共同制约着人的健康和疾病,不仅关注人的生物性,还同时重视影响健康的心理因素和人的社会性,充分认识到环境因素、社会因素、心理因素对健康的综合作用。随着这种新的医学模式的诞生,健康的概念也随之发生了变化,即“健康不但是没有身体的疾病和缺陷,还要有完好的生理、心理状态和社会适应能力”。全科医学很好地体现了这种医学模式。

全科医学不是各学科知识和技能的简单集合,也不是临床医学、医学心理学、社会医学、医学伦理学等学科知识简单的拼凑,面对的问题不是临床医学中各个专科问题的相加,也不是各种疾病的集合,需要解决的不单纯是疾病问题,还应该包括人的疾病之外的健康问题。因此贯穿全科医学诊疗观始终的是以生物-心理-社会医学模式的整体医学观和系统整体性思维观,弥补了生物医学的不足,取得明显效果。

全科医生以人为中心的照顾模式,要求在照顾病人中体现综合性、系统性思维和强烈的人文关怀。全科医生首先应该通过建立良好的医患关系改善患者就医和遵医行为,在此基

础上才能实现综合性、整体性、协调性、连续性、预防性的全面服务。

全科医生思维方式与照顾模式需要在基层医疗卫生服务中反复演练才能把握,本节将以案例来说明。

一、全科医生思维方式与照顾实践案例一

高某,女性,59岁,5年前第一次到某社区卫生服务站,要求全科医生按照三级医院的处方开药。

(一) 问题1:全科医生的工作就是“照方开药”吗?

很多患者到社区卫生服务机构就诊的目的是取药,那么全科医生的工作就是开药吗?答案必然是否定的。全科医生如果只是开药或仅仅建立健康档案、简单的健康教育等,就不是一个合格的全科医生。

那全科医生应如何应对呢?不同的全科医生有不同的方法,针对不同人群也有不同的措施。高某第一次到社区卫生服务机构,从处方的药物名称了解到高某是一位诊断明确的慢性病患者,但她本人并不知道在三级医院取药和到社区卫生服务站取药有什么区别。最好的办法是通过全科医生良好的沟通能力,精湛的全科医疗技能,“推销”自己,让患者感受到社区卫生服务机构管理慢性病与三级医院诊疗的不同。

“从您的处方看您以前患过高血压、糖尿病还有脑梗死?”“是的,好多年了,你给我开药就行了,问那么多干什么!”“论年龄我得称您一声阿姨,就称您为高阿姨吧。高阿姨,别着急,您先坐会儿,既然来了,待会儿我还给您量个血压。”“不用,我家有血压表。”“那您近期测量了吗?”“没有。”“哟,血压表‘病’了?还是‘睡着了’?您这高血压都怎么发现的?”几句似与邻居大妈闲聊家常的语言,一下子拉近了医患之间的距离,与高某的交流中了解到,患者1981年妊娠时发现血压高,最高达160/90mmHg,由于无症状而未就医;有时头晕测量血压大多数在150/90mmHg左右,1989年其爱人因意外去世后,血压明显升高,最高曾达200/110mmHg,仍未规律服药、监测血压。2003年单位体检发现血糖增高,在某三级医院多次检查空腹血糖7~9mmol/L,餐后2小时血糖8~12mmol/L,确诊为2型糖尿病,但一直未服药。2006年1月,因“头晕、视物模糊”住院,确诊为“左侧中脑梗死”,住院治疗恢复较好,除略有言语不利外,未遗留明显后遗症,出院后规律服用阿司匹林每日1次每次1片,硝苯地平控释片每日1次每次1片,贝那普利每日1次每次1片,血压控制在150/90mmHg左右,规律服用阿卡波糖每日3次每次1片,糖化血红蛋白(HbA1c)控制在6.8%~7.3%。

通过全科医生的询问,还了解到高阿姨的生活方式:她平时很少运动,朋友少,基本不参加同学或单位同事的聚会;1989年其爱人因意外去世后,情绪一直处于低落状态,她又是所在单位的负责人,工作繁忙,独自照顾孩子,更无暇顾及自身健康;即使单位有定期体检,也没有医生长期关注她的血压、血糖等健康方面的问题,更没有关注她的心理问题和工作、家庭带来的社会生活双重压力,最终导致出现脑梗死。她不久前已经办理了退休手续,工资待遇与退休前没有太大差别;孩子已成年,有比较稳定的工作;家庭其他成员和同事都比较关心她的健康。脑梗死出院后她比较关心自己的健康问题,买了血压计有时测量血压,同时按照出院时的药物治疗方案坚持服药,但因一人生活,饮食不规律,每日餐数不定,每餐量也不定;出院后每月到三级医院门诊复查,同时挂3个科的号,但排队时间长、看病时间短,未能充分与医生沟通,虽然患高血压、糖尿病多年,但有关防治知识了解甚少。

随着对病情深入了解,言语交流的增多,高某对这位全科医生产生了好感,说话不再那



么尖刻了。

“我能为您做体检吗?”“可以啊。”高某非常配合地解开了衣扣。客观检查情况如下:

血压 150/90mmHg;言语欠流利,伸舌无偏斜;颈动脉听诊未闻血管杂音,双肺呼吸音清,未闻及干、湿啰音;心界不大,心率 84 次/分,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹部平软,肝脾未触及;双下肢不肿;生理反射对称存在,未引出病理反射。双侧足部皮温及足背动脉搏动未见异常。

“您慢点下床,我给您开药。”

此时高某主动将近期在三级医院检查报告递给全科医生,辅助检查结果:空腹血糖 7.9mmol/L,餐后 2 小时血糖 10.2mmol/L,HbA1c 7.3%;甘油三酯(TG)1.73mmol/L(参考值 0.45~1.71mmol/L)、总胆固醇(TC)8.16mmol/L(参考值 3.37~6.48mmol/L),低密度脂蛋白胆固醇(LDL)5.06mmol/L(参考值 1.81~3.35mmol/L)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL)0.98mmol/L(参考值 1.03~1.55mmol/L);肝功能、肾功能检查未见异常;尿微量白蛋白阴性;心电图、腹部 B 超未见异常。

(二) 问题 2:全科医生用什么模式进行医学评价?

高某 1981 年出现妊娠高血压综合征,此后血压一直没有恢复正常,未规律服药,如果有医生提醒她定期测血压,必要时开始药物治疗,相关并发症就可能不发生、少发生、晚发生。其原因是生物医学模式关注的是本专业的问题、只负责就诊这一时段的问题,而很少注意其他学科的问题和患者的持续性健康维护;当出现新的合并症——2 型糖尿病时,由于专科的局限性,对涉及其他专业的知识认识不足,也没有及时给予系统治疗和全面照顾,最终导致左侧中脑梗死的发生,出现机体功能的严重损伤。这是生物医学模式将人分割为系统、器官,各专科负责本专业范围内的疾病问题,没有用整体观关注患者的全部问题;同时,医患关系的疏离,导致专科医生很少关注患者其他的问题。从中可以看到“生物医学模式”的局限性,不能全面评价患者的健康问题。

从全科医生采集病史过程可以看出管理慢性病人,首先要详细了解患者的问题,疾病发生、演变过程,包括患者症状,诊疗过程、病情监测结果,既往用药情况,靶器官是否损害;其次是全面的体格检查和必要的辅助检查。根据收集的信息,作出全科医生的诊断、制订并实施合理的治疗方案,这种针对患者的生物医学模式评价,与其他专科医生的接诊内容是相似的。但作为全科医生还应该继续深入了解患者其他与健康问题相关的情况,如生活方式,包括饮食情况,每日主食量、辅食量,饮食习惯等;运动情况,运动强度以及运动持续时间、运动方式、运动量评估(心率或自我感觉);烟酒嗜好等;还有是否遵医嘱,心理状况、工作环境、社会环境、家庭环境等。全面的病史与健康问题相关的资料是进行医学评价的基础。这位全科医生在采集病史的过程中就是运用了生物-心理-社会医学模式。

在全科医生的引导下,从高某琐碎的叙述中基本了解了患者的病史,不仅了解高某的疾病,也关注到她的心理问题及家庭生活变故对她的影响,体现了全科医生需要关注的不仅是患者的疾病问题,心理、生活压力、社会关系等所有可能影响其健康的问题都应给予足够重视。全科医生应具备三种眼光:用“显微镜”发现病人身体器官上可能的病灶;用“肉眼”审视面前的病人,了解其患病的体验;还要用“望远镜”观察病人的身后,了解其社会情境(背景)情况,从整体角度、综合地考虑疾病和健康的问题。

全科医生给予高某问题的评价:

1. 疾病诊断明确 高血压 3 级(高危)、2 型糖尿病、脑梗死、血脂异常(按照《中国高血



压防治指南-2009 年基层版》高血压危险度分层为低危、中危、高危)。

2. 目前存在的健康问题

(1)存在的危险因素:运动少,饮食不规律、未定时定量。

(2)目前疾病的状态:血压控制不佳,血糖控制也未达标,血脂也超标。

(3)目前尚未发现心、肾、神经病变,是否存在眼底病变不详。

(4)目前患者的综合评估,防病知识少,但文化水平较高,依从性好,能遵医嘱服药,丧偶,独子已成家,进入空巢期,家庭可利用资源不多。无社会压力;是否存在心理问题还需进一步评估。

“您是在我们小区居住吗?我想给您建一份健康档案,以后在我们这儿看病的资料、接受其他健康管理服务的情况全部记录在健康档案中,您随时可以查找您的健康记录,可以吗?”

征得高某的同意,全科医生为她建立了健康档案;同时对她的心理状况进行评估,当时她诉说爱人去世情况时语气已经比较平静,抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)得分均在正常范围。

“高阿姨,经过检查,您的血压、血糖均未达到控制目标值,血脂也超标,下一步先帮您解决两个问题,可以吗?”“一是进一步检查您的眼底等,原因是……;二是调整综合治疗方案,包括……”。

(三) 问题 3:全科医生如何实现对患者的全面照顾?

1. 解决当前的问题 全科医生虽然提供的是全面健康服务,但解决患者当前关心的主要问题,却是取得患者信任的切入点。解决临床基本问题的能力是全科医生的基本能力,需要系统的全科培训和在临床实践中不断积累。全科医生只有掌握常见病、多发病的基本诊治方法,急危重症的识别、初步处理和转诊,以及慢性病的规范管理方法,才能为患者提供全面、系统、连续、可及的照顾打好基础。

高某因“左侧脑梗死”出院后规律服药,但血压一直在 150/90mmHg 左右,血糖也控制不良,HbA_{1c} 7.3%,需要首先解决的问题是控制好血压、血糖,重新制订综合治疗方案:先调整饮食、运动等非药物治疗,开出饮食、运动处方,经正规的饮食、运动治疗,观察血压、血糖值是否达标,必要时再调整药物治疗,达到相关《指南》的要求。其次请康复医生指导语言训练,并定出下次随访时间。对于在随诊过程中出现的新问题有如眼底视网膜病变等或一些临时性问题如上呼吸道感染、小外伤等,也需要积极处理。通过解决高某当前存在的问题建立起良好的医患关系,切实改善患者就医和遵医行为,才有可能实现全科医生的全面照顾方式。

2. 全面照顾方式 全面照顾要求全科医生不仅要掌握常见病、多发病的知识,还要了解心理学、社会学和人文学等方面的基本知识,从各方面充分了解服务对象,熟悉其生活、工作、社会背景和个性类型,乃至健康信念,以便提供有针对性的、适当的服务;让服务对象充分知情,积极参与到诊疗活动中;对服务对象的愿望和需求应答准确及时;加强医患双方的交流,提供有效咨询与帮助,鼓励患者反馈信息并认真听取他们的意见;维护患者的尊严等。在建立良好的医患关系基础上,全科医生才可能提供综合性、整体性、协调性、连续性、预防性的全面服务。

综合性服务是不分年龄、性别,不论疾病属于哪一类型或哪个阶段;服务内容包括医疗、预防、保健、康复;服务层面包括生物、心理、社会三个方面;服务范围包括个人、家庭、社区。



整体性服务认为患者是一个完整的人,其各器官系统间、躯体与精神间、机体与环境间、个体与家庭和社区乃至整个社会间都有着密不可分的联系;全科医学超越了临床各专科间及与心理学、社会学等学科间的界限,并非相关学科的简单综合;只有具备整体医学观的全科医生才能提供这种全面的健康服务。

协调性服务包含三个层面:全科医生作为医疗卫生服务团队的协调者,通过协调团队不同成员的作用提供整体性服务,如护理人员提供基本社区护理服务和健康教育等,公共卫生人员提供预防保健服务,康复人员提供适宜的康复指导;全科医生及其团队可以在社区解决大部分健康问题,但总有一些问题不能解决,需要适时将这部分患者转往适当的专科医生;全科医生还需要利用社区内外的一切资源,解决诸如群体健康促进、社区环境改造等问题,因此也是各种资源的协调者。

连续性服务狭义是指一位医生连续为某位患者治疗某种疾病,广义是指全科医生与患者之间的关系是连续的,对维护和促进个人及其家庭健康的责任是连续的。这种连续性不因某一疾病的治愈或转诊而终止,不受时间、空间的限制,甚至与是否患病无关,从疾病的发生、发展到治愈、康复,从个人的出生、成长、衰老到死亡,从家庭的建立、新成员的出现和成长、子女离家、空巢直至家庭解体,这种关系是持续的。

预防性服务不仅是预防传染病或者预防患者现患疾病的并发症、合并症出现,更要提供全面的预防服务:预防生命周期各阶段可能出现的疾病与健康问题,预防疾病可能引起的心理问题和社会适应问题,同时关注个体疾病对家庭其他成员的影响,为家庭成员提供预防指导。

高某的问题如果在综合医院就诊,至少需要同时挂3个科的号:心内科、内分泌科、神经内科,而在社区卫生服务机构一位全科医生即可以解决这些问题,当然经过规范的综合治疗,血压、血糖值仍未达标或又出现新的临床症状,全科医生应及时给予转诊。同时还可以通过建立良好的医患关系为她提供健康指导和心理支持;针对脑梗死的后遗症,推荐一位社区康复医生提供针灸、推拿及功能恢复训练等康复服务;参加免费的健康教育活动,由社区护士指导饮食、运动等非药物治疗;当出现一些其他问题如牙缺失、更年期症状等时,及时予以指导和转诊。由全科医生及其团队提供的不仅是涉及多学科、多阶段、多层面的综合性服务,更重要的是把患者作为一个“整体”提供协调性、连续性照顾。

“这是您的药物处方和饮食、运动处方,请交费后凭处方到药房取药,饮食、运动处方请交护理组,她们会安排干预措施。如有问题及时找我,我的电话136……回家后别再让您的血压计、血糖仪‘睡大觉了’,按照我给您的表格记录测量的血压、血糖值,如病情平稳咱们至少3个月见一次面,见面时带上您的血压、血糖记录单。护士给您治疗时还会监测您的血压、血糖。最近健康教育课内容是糖尿病系列讲座《2型糖尿病患者的自我监测》,上课前有工作人员会通知您,欢迎您参加。”

一位全科医生以人为中心的理念,以生物-心理-社会医学评价模式,恰当的语言,娴熟的基本医疗技能将一位简单取药的慢性病患者转变成为社区卫生服务站慢性病规范管理的“忠实顾客”。

同时,糖尿病、高血压、心脑血管疾病等慢性病都有一定的遗传相关性,需要指导家庭其他成员改善生活方式预防疾病的发生,定期体检及时发现异常情况。高某的祖父很早去世,具体死因不详;祖母因“脑出血”去世;高某的父亲53岁时因“肺癌”去世;其姑姑于1990年发现“2型糖尿病”,1994年因“脑梗死”去世;其母今年86岁,身体健康;高某有1个哥哥

1992 年发生“脑出血”，大妹妹 57 岁时发现“2 型糖尿病”，小妹妹 53 岁时发现“2 型糖尿病”、55 岁时出现“心肌梗死”。根据高某的家庭情况绘制家系图，见图 1-1。家系图显示，高某家族有明显的糖尿病和心脑血管病聚集情况，可能与遗传因素有关；而其爱人家族亦有 2 型糖尿病和心脑血管病家族史，其儿子是糖尿病和心脑血管病遗传高危人群，需要加强监测和健康指导。

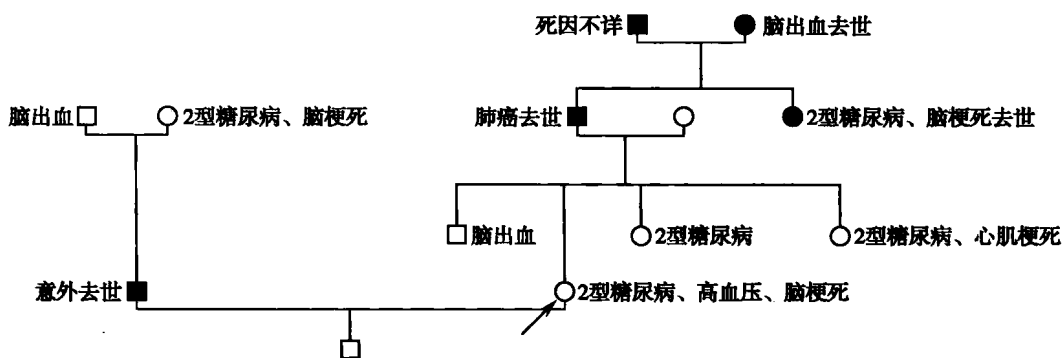


图 1-1 家系图

二、全科医生思维方式与照顾实践案例二

宋某，男性，48 岁，因“难受 1 小时”由他人搀扶走入社区卫生服务站。

（一）问题 1：患者当前的问题是什么？

中年男性需要在他人帮助下才能行走，什么原因？映入眼帘的一切，全科医生第一反应是“危急重症”！有哪些急症会立即危及生命的？全科医生马上放下手中的其他工作，以最快的速度应对这位“难受”患者，“六官”总动员，眼观神色、面色、唇色、呼吸频率；鼻闻呼出气体有无特殊气味；简单询问病史；耳听病人的回答；检查生命体征、快速血糖、心电图检查，……大脑迅速启动思路，在短时间内将所得的信息及平时储存的信息综合集成为一个整体，作出判断，这是对全科医生处理急症病人的要求，时间就是生命必须争分夺秒。这就要求全科医生具有迅速把握疾病整体特征的能力和抓住疾病关键特征的能力，这些能力是以知识广博、实践经验积累为基础的。

“心电图显示 II、III、aVF 导联 ST 段明显抬高，I、aVL 导联 ST 段压低”。“急性下壁心梗！快！开通静脉通道，生理盐水 100ml，注意速度，暂不加其他药物，吸氧，口嚼阿司匹林 0.3g，准备心电监护器、简易除颤器、简易呼吸器，监测生命体征，通知‘120’急救车、通知距离最近的医院心内科、通知家属，告诉其他候诊病人暂时等候……”在全科医生一连串的指令下，全站工作人员按照急诊急救演练的预案，有条不紊地履行各自职责。医生弯下腰低声说：“宋先生，心电图显示您的心脏出了点问题，我们在联系急救车直接送往上级医院，您不要着急，我们会一直陪伴在您的身边，有不舒服时请告诉我们，好吗？”从家属只言片语的叙述中获悉，患者既往有糖尿病，自己不在意，服药不规律，从事公司推销工作经常在外就餐、陪客户喝酒，作息时间不规律，吸烟 20 年，从不听家属劝告，越来越胖。

“生命体征尚平稳，急救车已到。”全科医生随急救车将患者直接送入最近的上级医院冠心病监护病房(CCU)。

两天后电话随访家属，患者已脱离危险期。第十天患者出院。两周后患者在家属及子