

全国医药卫生类农村医学专业教材

全科医学基础

主 编 陈锦治 曹文侠



第四军医大学出版社

全国医药卫生类农村医学专业教材

全科医学基础

主 编 陈锦治 曹文侠

副主编 王锦钦 任 森 刘福华

编 委 (按姓氏笔画排序)

王锦钦 (福建省闽东卫生学校)

任 森 (长沙卫生职业学院)

刘福华 (山东省胶州市疾病预防控制中心)

苏 英 (安徽省宿州卫生学校)

张建梅 (巴音郭楞蒙古自治州卫生学校)

陈锦治 (中华预防医学会公共卫生教育学会职教分会)

赵君环 (山东省青岛卫生学校)

曹文侠 (黑龙江省绥化卫生学校)

潘敏侠 (南通体臣卫生学校)

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

全科医学基础/陈锦治,曹文侠主编. —西安:第四军医大学出版社,2012.4

全国医药卫生类农村医学专业教材

ISBN 978-7-5662-0129-4

I. ①全… II. ①陈… ②曹… III. ①临床医学 - 医学院校 - 教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 063463 号

全科医学基础

主 编 陈锦治 曹文侠

责任编辑 王 斌

执行编辑 王 雯

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编:710032)

电 话 029-84776765

传 真 029-84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 陕西奇彩印务有限责任公司

版 次 2012 年 4 月第 1 版 2012 年 4 月第 1 次印刷

开 本 787×1092 1/16

印 张 9.25

字 数 210 千字

书 号 ISBN 978-7-5662-0129-4/R·994

定 价 24.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

出版说明

2010年教育部颁布《中等职业学校专业目录》(2010修订版),新增农村医学专业,以承担为农村医疗单位培养合格医务人员的责任,但教学实施过程中缺乏一套实用、适用的教材。为此,第四军医大学出版社联合中国职教学会教学工作委员会、中华预防医学会职业教育分会,按照研究先行、实践支撑的科学原则,完成农村医学专业课程的研究工作,其后组织全国40余所职业院校于2011年7月正式启动国内首套“全国医药卫生类农村医学专业教材”的编写工作。

本套教材的编写思想强调两个“转变”、三个“贴近”,即由传统的“以学科体系为引领”向“以解决基层岗位实际问题为引领”的转变,由“以学科知识为主线”向“基层实际应用技能为主线”转变;坚持“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”,最终构建集思想性、科学性、先进性、启发性和适用性相结合的农村医学专业教材体系。同时,为满足农医专业学生参加临床执业助理医师资格考试的需求,教材设计了“案例分析”和“考点链接”模块,通过选编临床典型案例和高频考点并进行解析,以加深学生对重点、考点内容的理解,并提高其实际应用能力。

全套教材包括公共基础课、专业基础课、专业课、选修课、毕业实习与技能实习5个模块,共31门课程,主要供农村医学专业及其他医学相关专业使用,亦可作为基层医务人员的培训教材。

全国医药卫生类农村医学专业教材 建设委员会

主任委员 刘 晨

副主任委员 赵昌伦 宾映初 曹文元 朱爱军

委 员 (按姓氏笔画排序)

马永林 邓鼎森 石海兰 刘 敏

苏传怀 杨海根 吴 明 吴 敏

何海明 宋立富 张 展 张来平

张金来 张惊湖 陈德军 邵兴明

金 花 胡月琴 格根图雅 郭尧允

菅辉勇 崔玉国 符史干

序

太湖之滨，烟波浩渺，鱼米之乡，“二泉映月”委婉、舒缓、宁静、快乐、执着、激昂，感悟历史沧桑与幸福向往，名曲中外扬。十年前的昨天，来自全国的医学教育精英在此共议大事，筹划“卫生保健”专业的建设；十年后的今天，群英再聚首，同商“农医”专业的开拓发展，我们为之喝彩鼓掌。

农村，有着我国最广大的人口群体，“新农合”惠民政策正在深入人心，为百姓交口称道。为百姓的健康，培养身边下得来、留得住、干得好的农村医生，中国预防医学会公共卫生职教分会担重担、勇创新，组织全国开设此专业的院校齐心协力、智慧汇聚，使“农医”专业的建设应时而生、应势而长，使国家的惠民大计落地、生根、开花，将结出丰硕果实。这炫丽的花朵，恰绿叶相托，第四军医大学出版社捧上一片事业爱心、待人诚心，尽全力支持本专业的研究、开发和教材建设，并已见成效。

本套教材是教育部2010年确定开设“农医”专业后的第一套教材，有着很大的创新要求。它依据教育部专业目录与专业简介（2010版），以及此基础上公卫职教分会的研究结果——教改性教学方案而编写；它将医学教育与职业教育相结合，满足岗位需要；它适合学生、教师、院校的实际情况，具有可操作性。为此，陈锦治理事长、学会的核心院校领导和老师们共同努力，第四军医大学出版社鼎力支持，分析了本专业的教育目标、教育层次、岗位特征、学制学时、教学特点、学生状况以及执业资格准入标准等多个因素，提出了初中毕业起点学生获得农村医生执业（助理执业医师标准以上）能力的课程结构与基本教学内容。相信在教学实践中，老师们将结合实际做出进一步地探索与发展，以培养出合格的新型农村医生，发展医学服务事业，造福百姓，完成社会、时代所赋予的重任。

“农医”专业的课程与教材建设宛如柔韧多彩的江南乐曲与质朴高亢的秦腔汇成的一个春天的曲目，它会得到全国不同地区院校师生们的喜爱与爱护，它将是大家共同创造的“农医”专业的美好明天。

刘 晨

2012年3月28日于北京

前 言

自 1999 年中央十部委共同签发了实施社区卫生服务的纲领性文件《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》以来,我国社区卫生服务事业方兴未艾,为全科医学提供了广阔的发展前景。

全科医学是面向社区和家庭,整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会学科相关内容于一体的综合性医学专业学科,是临床二级学科。其范围涵盖了不同年龄、性别、各个器官系统以及各类疾病。其主旨是强调以人为中心、以家庭为单位、以整体健康的维护与促进为导向的长期负责式照顾,并将个体与群体健康照顾融为一体。将全科/家庭医学理论应用于患者、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业称为全科医疗,全科医疗的卫生服务提供者 of 全科医师,又称家庭医师。

本教材供农村医学专业学生“全科医学专门化”学习使用,为全科医师提供全科医学的基本理论、基本知识和基本技能。本书共分五章:第一章全科医学概论,阐明全科医学、全科医疗、全科医生的概念,全科医学的基本特征,卫生改革和社区卫生服务。第二章以人为中心的服务,阐明两个不同的中心即疾病与患者以及全科医生的应诊过程——以人为本模式的体现。第三章全科医疗的临床诊疗思维,阐述病史采集的方法、住院病历书写的基本要求、系统体格检查、常见症状的诊断与鉴别诊断、以症状为导向的诊疗模式、全科医疗中用药的原则。第四章医患沟通与交流的基本技巧,阐述医患关系的含义、模式,医患沟通、交流的技巧。第五章全科医疗中的伦理学问题,阐明全科医生与伦理学决策、医学伦理学的基本原则、全科医疗中的医患关系以及患者的基本权利等。学生学习时既要全面系统,又要抓住重点,力求学有所得,学以致用。

本教材在编写中参考和吸收了国内外有关文献中的观点和方法,在此谨向有关作者表示敬意和感谢。本教材的编写得到中华预防医学会公共卫生教育学会职业教育分会和第四军医大学出版社的支持和指导,得到编者所在单位领导的关心和支持,在此一并表示感谢。

由于我国全科医学、全科医疗服务尚处于起步阶段,加上编者水平和实践经验有限,书中如有疏漏和错误,我们恳请同仁和读者赐教、指正,以便今后修订完善。

陈锦治

2012 年 3 月

目 录

第一章 全科医学概论	(1)
第一节 全科医学及其发展简史	(1)
第二节 全科医疗	(5)
第三节 全科医生	(10)
第四节 卫生改革与社区卫生服务	(18)
第二章 以人为中心的服务	(22)
第一节 疾病与患者——两个不同的中心	(22)
第二节 全科医生的应诊过程——以人为本模式的体现	(27)
第三节 全科医生临床思维模式及其要素	(34)
第四节 患者管理与医患交流	(37)
第三章 全科医疗的临床诊疗思维	(42)
第一节 病史采集的方法	(42)
第二节 社区常见症状的诊断及鉴别诊断	(45)
第三节 体格检查	(60)
第四节 全科医生的诊断思维与病历书写	(64)
第五节 全科医疗中用药的原则	(69)
第四章 医患沟通与交流的基本技巧	(76)
第一节 医患关系	(76)
第二节 医患沟通与交流	(81)
第三节 需特别沟通的患者	(87)
第五章 全科医疗中的伦理学问题	(92)
第一节 全科医生与伦理学决策	(92)
第二节 医学伦理学的基本原则	(94)
第三节 全科医疗中的医患关系	(97)
第四节 患者的基本权利	(101)
第五节 健康责任与卫生政策问题	(107)



第六节 临终照顾中的伦理学问题	(109)
模拟测试卷	(116)
试卷一	(116)
试卷二	(125)
参考答案	(136)
参考文献	(137)

第一章 全科医学概论

全科医学又称家庭医学，诞生于 20 世纪 60 年代。它是在西方国家通科医生长期实践经验的基础上，综合了现代生物医学、行为科学和社会科学的最新研究成果，用以指导医生从事基层医疗保健第一线服务的知识技能体系。全科医学的相关概念于 20 世纪 80 年代后期传入中国大陆，深受我国政府的重视，将其视为实现“2000 年人人享有卫生保健”的重要途径，经历 20 年来的研究与实践，目前全科医学的学科地位在我国逐步确立，由全科医生提供的基于患者为中心的基层医疗服务逐渐得到社区居民的认可。1997 年 1 月 15 日，中共中央、国务院在《关于卫生改革与发展的决定》中明确提出要积极发展社区卫生服务，要加快发展全科医学，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络，大力培养全科医师，建立一支以全科医师为主体的社区卫生服务队伍。

第一节 全科医学及其发展简史

一、全科医学的定义

关于全科医学的定义，国内外迄今尚没有统一的概念，不同国家对其有不同的界定。但是，综合起来，其内容都包括以下三个方面：一是通过长期的通科医疗实践而积累起来的经验；二是从其他医学学科中整合而来的知识与技能；三是通过全科医学的专业研究发展起来的属于自己独特的观念与态度、知识和技术。2005 年美国家庭医师学会（AAFP）重新认定的家庭医学定义为：“家庭医学是整合了生物学、临床医学和行为科学的知识与技能为一体的、为患者个体及其家庭提供连续性、综合性健康照顾的医学专业学科。家庭医学涵盖了所有年龄、性别、每一个系统和每一种疾病。”

我国在引入家庭医学概念之后，结合美国家庭医师学会等西方有关部门对家庭医学的定义，将我国的全科/家庭医学定义为：全科医学是一个面向个人、家庭与社区，整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会学科相关内容于一体的综合性临床二级学科，其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类健康问题/疾病。其主旨是强调以人为中心、以家庭为单位、以整体健康的维护与促进为方向的长期负责式照顾，并将个体与群体健康照顾融为一体。

二、全科医学的目的

全科医学所研究的重点不仅是对某些疾病的诊疗手段和处理技术，而是更要研究生

活中广泛的健康问题、医学伦理与善待人生的价值观。全科医学既是自然科学，又是社会科学；既是技术服务，又是艺术服务。因此，发展全科医学的目的就是把自然科学和社会科学的观念和方法，把技术服务和艺术服务有机地结合成为一个整体，实现医学模式转变，完善医学体系，使医学成为真正服务于人的科学，建立基层医疗的理想模式，解决现实问题。

三、全科医学的研究对象

全科医学的研究对象主要有：社区常见健康问题的诊断、治疗、康复和预防；完整人及其健康问题，即以人为本，以健康为中心来理解患者作为一个完整的人的特征和需要；家庭的健康问题，以家庭为单位，理解家庭和个人之间的关系和对健康的影响，服务于社区中的全体居民。

四、全科医学的特征

全科医学的主要特征有：

1. 整体医学观 把医学看成一个整体，把患者及其健康看成一个整体，为患者及其家庭和社区提供整体性的服务。
2. 现代的服务模式 用系统理论和整体论的方法来理解和解决人群和患者的健康问题，注重患者及其健康问题的背景和关系，采取整体性的社会、生物、心理服务模式来服务。
3. 独特的方法与技术 采取以人为本，以健康为中心，以家庭为单位，以社区为范围、以预防为导向的服务方法，强调团队合作和人际交流等技术。
4. 独特的服务内容 主动为社区居民提供连续性、综合性、个体化的医疗卫生服务，讲究成本效益和成本效果。
5. 高度重视服务艺术 全科医学注重人胜于疾病，注重伦理胜于病理，注重满足患者的需要胜于疾病诊断。它强调技术水平的同时，十分注重服务艺术的重要性。

考点链接

下列不是全科医学特征的是

- A. 整体医学观 B. 自然整体观 C. 独特的方法与技术
D. 独特的服务内容 E. 高度重视服务艺术

解析：此题是反题。全科医学特征应包括现代的服务模式，而不是自然整体观。

参考答案：B。

五、全科医学产生的背景

（一）人口迅速增长与老龄化社会

第二次世界大战后，社会稳定和生活水平提高，人群疾病发病率和死亡率大幅下降，

世界人口数量迅速增加。人口过剩使生活空间过度拥挤,成为危害公众健康的重要问题。人口老龄化是当今世界的重大社会问题,老龄化一方面带来了老年人自身健康方面的问题,另一方面亦带来一些社会经济问题。因此,人口过多和老龄化必然影响到卫生服务的供需变化,加剧了卫生服务供需之间的矛盾。随着社会发展进程的加快,我国老龄人口数量急剧上升,2000年我国60岁以上的老龄人口已有1.3亿人,占总人口的10.2%。预计2025年老龄人口将达到2.8亿,占总人口的15.6%。众多老龄人口带来的严重卫生问题,如发病率高、患病天数长,给卫生服务提出了新的问题。这些问题不仅关系到卫生事业的发展,也关系到经济和社会的发展。

(二) 疾病谱与死因谱的变化

20世纪初,各国传染病、寄生虫病、呼吸系统及消化系统感染性疾病以及营养不良症等的发病率和死亡率很高。20世纪50年代以后,由于社会的进步,生物医学防治手段的发展与公共卫生的普及以及营养状态的普遍改善,传染病和营养不良症在疾病谱和死因谱上的排位逐渐下降,然而,慢性退行性疾病、不良生活方式及行为所致的慢性非传染性疾病等却逐渐成为人类健康的主要疾病。与20世纪80年代的死亡谱对照,心脑血管疾病、意外死亡和恶性肿瘤已成为世界各国共同的前几位死因。由于疾病谱和死因谱的变化,给医学和医学服务提出了许多有待解决的新问题,要求医疗服务适应该变化的需求。这些需求包括:服务时间需求长期而连续;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务地点要求以家庭和社区为主;服务类型要求综合性的照顾重于医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,强调患者本身主动和自觉控制,而不是被动的遵从医嘱。

(三) 医学模式与健康观的转变

医学模式是在不同历史阶段和医学科学水平上,观察和处理医学问题的思想与方法,是对人类健康与疾病总体的特点和本质的概括,其核心是医学观。医学模式在不同的历史阶段是不一样的。在古代,最初人类对于疾病只能乞求神灵的保佑。随着历史的发展,人类在与疾病的斗争中不断积累粗浅的理性认识,阴阳五行学说就是当时朴素医学观的代表。16世纪以后医学获得迅速发展,人们从生物体系、生态学观点去认识和控制疾病,取得了巨大成功。生物医学模式的特点是追求特异性的诊断与特异性的治疗,强调外来的致病因素,忽略人类自身的行为与环境和其他因素的影响。20世纪40年代以后,疾病谱和死因谱发生了显著变化,单纯生物医学模式已不能适应这一变化,慢性病和不良生活行为习惯、环境压力所带来的新的健康问题,只有用新的医学模式才能最终解决。自从1997年美国医生G. L. Engle提出生理-心理-社会医学模式以来,人们对疾病的认识发生了很大的变化,其最根本的变化是人们认识到疾病的多因多果,也认识到对疾病应该进行综合性治疗。由此,生物-心理-社会医学模式被提出,并为人们所接受。新医学模式的产生,对医疗服务模式也产生了很大的影响。

(四) 卫生经济学的压力

首先是世界各国普遍存在卫生资源分布的不均衡,城市远远多于农村。这种不平衡,给区域卫生规划、医院实行分级医疗、卫生资源的合理配置和使用带来诸多问题。第二是医疗卫生服务享用不合理。我国有相当一部分的贫困人口不能得到很好的医疗服务,



而另一方面亦存在着过度使用医疗服务和严重浪费的问题。第三是医药费用上升过快。医药费用的迅速增长,导致政府和社会、家庭以及个人的医疗费用压力越来越大。医疗手段的高科技化、过度专科化医疗的服务模式、不规范的药物营销和使用,是医疗费用猛涨的主要原因。这些卫生经济学方面的压力,都迫切需要深化改革,从卫生服务体系、服务模式等根本问题上寻求出路。

(五) 家庭结构的改变

现代家庭类型以核心家庭较多,据统计,绝大多数社区核心家庭占社区家庭类型的60%以上。核心家庭规模小,家庭应付包括卫生、教育等问题的能力不足,与家庭有关的健康问题增多,对医护依赖增强,对社区化、家庭化服务需求较迫切。

(六) 专科医疗服务有明显局限性

各级医疗机构的单一专科医疗服务模式促使医院片面追求大型诊疗仪器的配备,同一地区大型医疗设备不必要的重复购置导致了资源配置的不合理。专科医生的单纯治病观点疏远了医患关系,出现了“医院门难进,医护人员脸难看”的现象。医生与患者交往只限于诊治疾病,很少关心患者的心理、行为、居住和工作环境以及家庭等影响因素。专科医疗带来的高医药费用也直接影响着卫生事业的发展 and 人民群众对卫生资源的享用。

由于以上种种原因,在20世纪50年代后期,世界医学界掀起了一场医疗服务模式改革的浪潮,全科医学被推到了改革的前沿。

六、全科医学发展简史

(一) 通科医生时代(18世纪中叶至19世纪末)

全科医学是在通科医疗的基础上发展起来的。19世纪20年代以前,世界各国医疗是不分科的。在欧美,起源于18世纪的“general practice, GP”,是指受过一般的医学训练但不分科的基层医生所提供的医疗服务,称为通科医疗,这类基层医生称为通科医生(general practitioners, GPs)。当时这些通科医生大多在社区独立开业行医,只有少数在为数不多的医院工作。尽管当时医疗水平不高,但他们生活在社区居民之中,能解决患者及其家庭的一般健康问题,受到居民的尊敬,在社区享有很高的威望。一直到19世纪末,通科医生仍占据西方医学的主导地位。

(二) 专科化发展阶段(19世纪末至20世纪60年代)

19世纪末,化学、物理学、生物学、解剖学、生理学及细菌学等基础学科的迅速发展,为医学教育建立在科学的基础之上奠定了基础。由于医学知识的迅速膨胀,医疗技术的系统化发展和药品种类的增多,医疗重点从社区转向医院,导致临床医疗实践的分化,专科医疗开始发展。从20世纪70年代起,美国建立医疗法规,对医生业务水平的要求提高了。当时美国的医学教育发展较快,全美大约有160所医学院校,在校生超过25 000人。创建于1890年的Johns Hopkins医学院设立了4年制本科学位教育,在其附属医院里,按专科临床教学,并将教学、研究和临床实践相结合。1910年,美国著名教育学家Abraham Flexner应美国医学会和卡耐基(Carnegie)基金会的邀请,对约100所医学院校进行现状调查,并发表了一篇具有历史意义的考察报告——《加强生物医学教育》。该报告极力主张加强生物医学的研究和教学,同时高度肯定和热情推荐Johns Hopkins

医学院的做法。由于这一报告的影响,从此各医学院校根据专科重新组织教学,通科医疗明显趋向于专科化,并逐渐影响到整个世界。专科医疗服务模式的成功,大大提高了医院专科化和医学科研机构的发展过程,随着诊治手段的高科技化,更使专科医疗服务达到了空前的繁荣。20世纪以来,特别是第二次世界大战后,科学技术的进步,促使医学迅猛发展,人们深信依靠高科技能解决人类的一切病痛。由此,造成了人们对医院和专科医生的崇拜,而社区中的通科医生受到冷落,通科医疗逐渐萎缩。

(三) 专科与全科协调发展阶段

随着专科化的过度发展,其服务模式的内在缺陷也越来越引起人们的关注。而在通科医生队伍萎缩的同时,社会对通科医生的需求却在不断增长。当然,通科医生本身也没有停止与命运的抗争。1947年,美国通科医疗学会(AAGP)成立,1971年更名为美国家庭医生学会(AAFP)。学会关心和代表通科医生,提出了“家庭医学”和“家庭医生”两个专业术语,力求通过家庭医生提供的具有鲜明特征的一种新的医疗服务模式为医学界和民众所接受。1969年,美国成立了家庭医疗专科学会(ABFP),通常人们将其作为全科医学学科正式建立的标志。1972年,世界全科/家庭医生学会(WONCA)在澳大利亚墨尔本正式成立,学会热情为世界各国全科医生提供学术和信息交流的讲坛,发展全科医学学术组织。WONCA以其出色的活动大大促进了全科医学在世界各地的发展。目前,全科医学在中国也取得了迅速的发展。

第二节 全科医疗

一、全科医疗的定义

全科医疗是指全科医生在实际工作中的一切实践活动,是全科医生将全科医学理论应用于实践,为个人、家庭和社区提供集预防、治疗、保健、康复、计划生育和健康教育为一体的可及、持续、综合、协调的基层医疗保健服务。全科医疗是在通科医疗的基础上发展起来的,是整合多学科领域内容于一体的临床专科,除了利用宽广的医学专业知识与技术外,还特别强调运用家庭动力学、人际关系、心理咨询以及治疗等方面的知识提供服务。全科医疗在北美地区的一些国家、地区被称为家庭医疗。美国家庭医生学会(AAFP)对家庭医疗的定义:“家庭医疗是一个对个人和家庭提供持续性与综合性卫生保健的医疗专业。它是一个整合生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。全科医学涵盖了所有年龄、性别、每个器官系统以及各类疾病的实体”。在中国内地,全科医疗的内涵与北美地区的家庭医疗概念是一致的。

二、全科医疗的基本特征

全科医疗虽然也是以现代医学科学为基础,研究和处理人的健康问题,但它拥有一个不同于专科学术领域和服务范围的鲜明特征。

(一) 以社区为定向的医疗服务

以社区为定向是强调全科医生既服务于个人、也服务于群体,既服务于患者、也服



务于健康人群，它的服务目标主要是社区范围内的一切卫生问题及卫生管理问题，主要涉及一、二级医疗预防问题，可设置观察治疗室及个别床位，而不同于大医院设有庞大的住院系统。全科医疗是一种以门诊为主体的一线医疗服务，是居民在为其健康问题寻求服务时最先接触、最常利用的医疗服务，也称首诊服务。它能够以安全、经济、简便而有效的手段解决社区 90% 左右的健康问题，并根据需要安排患者及时进入其他级别或类别的医疗保健服务。它使人们追求健康的同时，提高医疗保健资源利用的成本效益。

（二）高素质的医疗服务

全科医疗虽然属于初级保健范畴，但具有丰富的科学性、完善性和哲理性，是以人的健康为中心，综合了生物、心理、社会科学的立体思维，全面对待人的躯体、精神疾患和社会适应不良的困惑，并照顾家庭和社区的环境，体现了医疗服务的周全性，学科思维的完整性，大大提高了群众对医疗服务的满意度，因此是一个体现了新医疗模式的高素质医疗服务。

（三）协作式的医疗服务

全科医疗立足于社区，距离居民居住地点最近，就诊不受时间、地点和科别的限制，无论是躯体、心理或人际关系的问题，都能得到便捷和周到的服务，并且必要时还可以动用社区资源为患者排忧解难，或转诊到专科或上一级医院，这些都是全科医疗的工作范围。不单是只解决疾病问题，全科医疗将其范围扩大到与疾病相关的一切困难，如经济、护理照顾等问题，充分地显示了全科医疗面向大众的可及性和与各级各类机构共同协作式的医疗服务。

（四）人格化的医疗保健

全科医疗将求医者看成是自己的朋友，理解患者，带有强烈的人文情感，处理问题置身于患者的苦难情景，重视人胜于重视病，重视伦理胜于病理，重视预防胜于治病，尊重人的权利和个性，它将患者看作有个性、有感情的人，而不仅是疾病的载体。其照顾目标不仅是要寻找有病的器官，更重要的是维护服务对象的整个健康。为达到这一目标，在全科医疗服务中，全科医生必须视服务对象为重要合作伙伴，从“整体人”的生活质量角度全面考虑其生理、心理、社会需求并加以解决；以人格化的服务调动患者的主动性，使之积极参与健康维护和疾病控制的过程，从而达到良好的服务效果。其哲理是：当没有了生命时疾病则无关紧要，当疾病的折磨不堪忍受时病理变化则不是主要矛盾，当早期预防时可以免于患病和疾苦，把握了情感、生命、疾患三者的平衡关系，还给患者应有的权利，是一种开放式的医患关系。在治疗中充分发挥患者及家属参与的主观能动性，以满足患者的需求为目的，全科医疗的准则是维护患者的最高利益。

（五）持续性的医疗照顾

全科医疗对人的一生负起了全程的医疗照顾，它根据人的不同生命阶段剖析其生理和疾病的特点，进行前瞻性的预防和照顾，无论任何健康问题总是要追踪到底，不论是哪种疾病，通过不同的方式（转诊、住院、专科咨询等），要尽到全程负责，是一种从生到死的整个人生周期的陪伴性医疗照顾。其持续性可包括以下几个方面：

1. 人生的各个阶段都可覆盖在全科医疗服务之下。
2. 健康—疾病—康复的各个阶段，全科医疗对其服务对象负有一、二、三级预防的

不间断责任,从健康促进、危险因素的监控,到疾病早、中、晚各期的长期管理。

3. 任何时间地点,无论何时何地,包括服务对象出差或旅游期间,甚至住院或会诊期间,全科医生对其都负有持续性责任,要根据患者需要事先或随时提供服务。持续性服务是全科医疗区别于专科医疗的一个十分重要而独有的特征。

(六) 综合性的医疗保健

是指跨学科、跨领域,这一特征是全科医学的“全方位”或“立体性”的体现。即就服务对象而言,不分年龄、性别和疾病的种类;就服务内容而言,包括医疗、预防、康复和健康促进;就服务层面而言,涉及生理、心理和社会文化各个方面;就服务范围而言,涵盖个人、家庭与社区,要照顾社区中所有单位、家庭与个人,无论其在种族、社会文化背景、经济情况和居住环境等方面有何不同;就服务手段而言,可利用一切对服务对象有利的方式与工具,包括现代医学、传统医学或替代医学,因此又被称为一体化服务。全科医疗强调人是一个整体,人体的内部环境和外界环境相互关系,始终处于动态平衡的状态。全科医疗的服务项目包括诊疗、预防保健、周期性健康检查、心理咨询、医学咨询、健康教育、家庭医疗护理等。

(七) 团队合作的工作方式

全科医疗团队以全科医生为纽带,以患者的健康问题或疾病为核心,整合社区内或(和)社区外的其他医疗保健工作者一起对服务对象提供立体网络式健康照顾。一个全科医生可能会根据患者病情的需要组建不同的照顾团队,而一个患者患病过程中和生命不同阶段可能会接受多个医疗服务团队的照顾。

1. 服务团队在基层医疗与各级各类医疗保健网络之间,存在着双向转诊和继续医学教育的合作关系,形成专科医疗和全科医疗的服务团队。

2. 工作团队在基层医疗本身,存在着以全科医生为核心的社区服务工作网络,即存在着门诊团队、社区团队、医疗-社会团队及康复团队等,由社区护士、公卫护士、康复医师、营养医师、心理医师、口腔医师、中医师、理疗师、接诊员、社会工作者、护工人员等与全科医生协同工作,以便改善个体与群体健康状况和生命质量。

对于社区居民来说,全科医疗是一种方便、及时、周到、亲切、便宜、有效的基本医疗保健服务。全科医疗最根本的特征是“四性三化”,即连续性、综合性、协调性、整体性,个体化、人性化、防治保康一体化。提供全科医疗服务的原则是:以门诊为基础,以患者为中心,以家庭为单位,以社区为范围,以预防为导向,发扬团队优势。

考点链接

下列属于全科医疗的特点的是

- A. 服务人口多,流动性大 B. 疾患的类型属于疑难重症 C. 高新技术且昂贵
D. 服务宗旨以人为中心 E. 医患关系是流动

解析:全科医疗的特点不是服务人口多,流动性大;不是疾患的类型属于疑难重症;不是高新技术且昂贵;不是医患关系是流动的,而是服务宗旨以人为中心。参考答案:D。



三、全科医疗的基本原则

(一) 以生物-心理-社会医学模式为诊治程序

全科医疗所特有的整体论、系统论思维突破了传统的专科医学对待疾病的狭窄的还原方法,强调把患者看作社会与自然系统中的一部分,从身体、心理、社会和文化等因素来观察、认识和处理健康问题,即以患者为中心的健康照顾。此外,由于基层医疗中所面临的精神问题和身心疾患日益增多,因此全科医生经常使用各种生活压力量表检查和评价患者的心理社会问题,并全面了解其家庭和社会方面可能的支持力量,从整体上给予协调照顾。所以,生物-心理-社会医学模式已经成为全科医生诊治患者的一套必需的、自然的程序。相对于传统的专科医学,生物-心理-社会医学模式的优点如下:

1. 这种模式是生物医学模式的延伸,而不仅仅是它的替代。因此,这种新的模式是建立在生物医学模式成功的基础之上的。

2. 生物-心理-社会医学模式强调了健康与疾病同人的关系,指出要研究疾病对患者生活的影响,以及心理社会问题对于患者的健康以及健康理解的影响。

3. 生物-心理-社会医学模式对于健康和疾病的理解不再绝对,不再认为疾病纯粹基于生物医学功能的混乱,生物-心理-社会医学模式还去除了生物医学模式下的许多昂贵的检验性的试验。

(二) 以家庭为照顾单位

家庭是全科医生的服务对象,又是其诊疗工作的重要场所和可利用的有效资源。概括来说,“以家庭为单位的照顾”主要涉及两方面的内容:第一,个人与其家庭成员之间存在着相互作用,家庭的结构与功能直接或间接影响家庭成员的健康,亦可受到家庭成员健康或疾病状况的影响。第二,家庭生活周期理论是家庭医学观念最基本的构架。家庭生活周期的不同阶段存在不同的危险因素、重要事件和压力,若处理不当而产生危机,则可能在家庭成员中产生相应的特定健康问题,对家庭成员造成健康损害。因此,全科医生要善于了解并评价家庭结构、功能和周期,及时发现其中可能影响家庭成员健康的潜在威胁,并通过适当的咨询干预使之及时化解,改善其家庭功能;还要善于动员家庭资源,协助对疾病的诊断与长期管理。

(三) 以社区为基础的照顾

全科医疗是立足于社区的卫生服务,其主要实施地点不是在病房,而是在社区卫生服务的场所,包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站(诊所)、护理院、托老院、善终病院、患者家庭或单位等地方,服务于社区是全科医疗的基本宗旨。

1. 社区的概念体现于地域和人群,即以一定的地域为基础,以该人群的卫生需求为导向,全科医疗服务的内容与形式都应适合当地人群的需求,并充分利用社区资源,为社区民众提供服务。

2. 社区为导向的基层医疗使全科医疗中个体和群体健康照顾紧密结合、互相促进。全科医生的诊疗服务中,既要利用其对社区背景的熟悉去把握个别患者的相关问题,又要对从个体患者身上反映出来的群体问题有足够的敏感性。这样既可加强基层医疗的实力与针对性,又能够强化流行病学在全科医疗科研中的作用,从而提高全科医生的素质和全科医疗的整体水平。