

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔、
药学、护理等专业用

全科医学理论与循证实践

主编 于晓松



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

全 国 高 等 学 校 教 材
供基础、临床、预防、口腔、药学、护理等专业用

全科医学理论与循证实践

主 编 于晓松

副主编 崔树起 王 爽

编 者 (以姓氏笔画为序)

王家骥 (广州医学院)

江孙芳 (复旦大学)

李俊伟 (浙江中医药大学)

何 坪 (重庆医药高等专科学校)

施 榕 (上海交通大学)

崔树起 (首都医科大学)

中国医科大学编者 (以姓氏笔画为序)

于晓松 王 爽 朱 悦 朱亮亮 刘云鹏 齐殿君

吴 彬 时景璞 何旖旎 张艳君 施 萍

美国仁美医疗中心编者 (In His Image, Inc. [U. S. A.]) (以首字母拼音为序)

Brian Holsinger Carlton Baer David Larrabee Eva Holsinger Nancy Yau

Peter Burgos 谷 健 刘 丽 庞 严 王 欢 温 宇

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医学理论与循证实践/于晓松主编.—北京:人民卫生出版社,2013

ISBN 978-7-117-17502-9

I. ①全… II. ①于… III. ①家庭医学-技术培训-教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 144264 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询,在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导,医学数据库服务,医学教育资源,大众健康资讯

版权所有,侵权必究!

全科医学理论与循证实践

主 编:于晓松

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:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京中新伟业印刷有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/16 印张:21

字 数:607 千字

版 次:2013 年 9 月第 1 版 2013 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-17502-9/R·17503

定 价:48.00 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市场营销中心联系退换)

教材内容介绍

全科医学在我国的发展已有 20 余年时间,而近年来以循证为基础开展全科医疗服务是促进全科医学学科发展的全球新趋势。《全科医学理论与循证实践》是由我国较早开展全科医学及循证医学研究、实践和教育的专家及美国家庭医生通力合作,借鉴国际循证全科医学的精髓,立足国内实际,结合自身的教育经验,撰写的国内第一本循证全科医学教育教材,具有权威性、系统性、科学性和适用性。

全书共分为两篇 23 章。第一篇为全科医学理论篇,以案例为引导系统介绍了全科医学基本理论、全科医疗临床思维方法、以人为中心的健康照顾、以家庭为单位的健康照顾、以社区为范围的健康照顾、以预防为导向的健康照顾、健康档案的建立与管理、慢性病与健康管理等。第二篇为循证全科医疗实践篇,重点介绍了循证医学的基本理论与方法如何在全科医疗实践中应用。实践篇为读者提供了 23 个案例,构建了 92 个临床问题,涉及基层常见健康问题/疾病的预防、诊断、治疗、预后、疾病管理、心理问题管理及重点人群保健等内容。

本书有两个重要特点:一是重视全科医疗实践中临床思维的培养,培养全科医生使其具备使用现有最佳证据,结合病人价值观、期望与医生临床经验来改善居民医疗保健质量的能力;二是邀请了具有丰富循证全科医疗实践经验的美国家庭医学的专家学者参与编写。借鉴美国家庭医学实践经验,介绍循证全科医疗实践的理论和方法在国内尚属首次。

本书的读者对象主要为全国高等学校医学生,亦包括全科医学专业研究生、全科医生规范化培训、转岗培训以及全科医学继续教育的全科医生,以及基层医疗卫生机构管理人员和其他专业技术人员。

序

20 世纪 80 年代后期,全科医学从国外引进中国,至今已有 20 多年,得到我国政府和医学界的关注。2011 年,国务院出台了《关于建立全科医生制度的指导意见》,这是我国卫生事业发展和医学教育领域的一件大事,是深化医药卫生体制改革,加快培养基层卫生人才的重要举措,也标志着我国全科医学的发展进入了一个新的历史时期。在此背景下,由中美全科医学专家编写的《全科医学理论与循证实践》一书的问世,为我国培养全科医生提供了有益的参考与指导。

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”。因此,培养全科医生在现阶段具有重要意义。培养全科医生也要遵循高等医学教育的基本规律,向医学生、全科医学住院医师、基层全科医生等传授循证全科医学的理论、思维和方法,培养全科医生具备使用现有最佳证据,结合病人价值观、期望与医生临床经验来改善居民医疗保健质量的能力,是培养全科医生的重要环节和措施,有利于提高全科医生终身学习能力以及批判性思维能力,促进基层医疗卫生服务质量的持续改进。

通观全书有两个重要特点:一是在结构上的新颖之处。理论篇各章采用了“案例介绍—引导问题—理论叙述—思考题”的结构,突出基本理论与临床实践的密切结合。二是创新性和实践性的特点。我国全科医学起步较晚,循证全科医学证据还在发展中,此书借鉴美国家庭医学实践经验,介绍循证全科医学实践的理论和方法在国内尚属首次。实践篇在介绍循证医学基本理论和方法的基础上,集中美全科医学、循证医学和专科医学专家的学术经验,介绍了 13 个基层医疗常见疾病和健康问题的循证全科医学的处理方法,结束了国内迄今未有人对循证全科医学实践方法进行系统研究的现状。仅就此来讲,该教材对于医学本科生、研究生、全科医生规范化培训,基层在岗医生培训及继续教育具有指导和参考价值。

此书编写者由国内外全科医学界一批老、中、青专家学者组成,特别邀请了具有丰富循证全科医学实践的美国家庭医学的专家学者参与编写。学者们积极参与、通力合作,为我国基层医疗卫生事业发展辛勤耕耘,贡献力量,为此,我深感欣慰,并热诚向广大读者推荐此书。

马晓伟
二〇一三年七月二十九日

前言

随着我国社会经济的发展、医药卫生体制改革的不断深入以及人民群众健康需求的不断变化,全科医学的重要性日益凸显。特别是《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》提出到 2020 年,我国将初步建立“首诊在基层”的服务模式,基本实现城乡每万名居民有 2~3 名合格的全科医生,为全科医学的发展展示了广阔的前景,推动全科医学发展迈入了新的时代。全科医生制度的建立与实施,将有利于优化医疗卫生资源配置,更好地为人民健康服务,有利于为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务,缓解群众“看病难、看病贵”的状况。

为适应新的目标与要求,医学教育要积极探索全科医学人才培养的新模式、新途径,强化学科建设与发展。运用全科医学基本理论知识和最佳科学研究证据为人民群众提供优质全科医疗服务是全科医生必须具备的重要能力,而全科医生如何充分利用科学研究证据支持临床实践是目前全科医生培养的薄弱环节。为此,我们在国内全科医学发展与实践的基础上,借鉴国外循证医学与全科医学的理论和实践经验,汇集了国内外 27 位专家和学者的智慧以及教学、研究和医疗实践经验编写了这本教材。

全书共分两篇 23 章。第一篇为全科医学理论篇,以案例为引导系统介绍了全科医学基本理论、全科医疗临床思维方法、以人为中心的健康照顾、以家庭为单位的健康照顾、以社区为范围的健康照顾、以预防为导向的健康照顾、健康档案的建立与管理、慢性病与健康管理等。第二篇为循证全科医疗实践篇,重点介绍循证医学的基本理论与方法如何在全科医疗实践中应用。实践篇为读者提供了 23 个案例,构建了 92 个临床问题,涉及基层常见健康问题/疾病的预防、诊断、治疗、预后、疾病管理、心理问题管理及重点人群保健等内容。本书旨在培养全科医生如何运用全科医学理论和循证医学的理念和方法处理日常诊疗实践中的常见健康问题或疾病,提供更优质的、有循证支持的医疗服务。本书有两个重要特点:一是理论篇采用案例引导和理论叙述相结合的方式,力求更好地体现教材的适用性和启发性,突出理论与实践的密切结合;二是实践篇重视全科医生临床思维的培养,从构建临床问题开始,采用循证医学的“使用”模式,寻找并应用严格评价过的证据,结合临床经验和病人的具体情况,做出适宜的临床决策。同时,根据牛津大学循证医学中心证据分级标准对主要证据进行了分级,以更好地突出教材的创新性、实践性和代表性。

本书主要作为全国高等学校医学生全科医学教育教材,亦可作为全科医学研究生培养、全科医生规范化培训、转岗培训以及全科医学继续教育的教材,也可作为基层医疗卫生机构管理人员和其他专业技术人员全科医学知识培训的培训教材。

本书在编写过程中得到了卫生部领导、中国医科大学领导、美国仁美医疗中心等有关专家和学者的大力支持和帮助,对本教材编写思路和内容提出了宝贵的建议。人民卫生出版社相关编辑人员也

提出了许多很好的建议,给予了大力支持。本书编写团队中的翻译和校对人员也为该教材付出了智慧和辛苦。在此,一并表示衷心的感谢。

鉴于我国全科医学学科发展仅有 20 多年的历史,循证全科医疗实践尚未规范起步,国外的循证全科医疗实践并不能完全适用于我国国情,加上我们的理论水平和实践经验有限,书中难免有一些错误和不足之处,敬请同行专家与广大读者给予批评指正,以便我们进一步修订完善。

于晓松
2013 年 7 月于沈阳

目 录

第一篇 全科医学理论篇

第一章 全科医学概论	1
第一节 全科医学产生基础及在中国的发展前景	2
一、全科医学产生基础	2
二、全科医生在卫生改革中的使命	3
三、全科医学在中国的发展与前景	4
第二节 全科医学、全科医生和全科医疗	7
一、全科医学	7
二、全科医生	8
三、全科医疗	10
第三节 全科医疗的基本原则	11
一、基本医疗	11
二、以人为中心的照顾	11
三、综合性照顾	12
四、连续性照顾	12
五、可及性照顾	12
六、协调性照顾	12
七、个体-群体一体化的照顾	13
八、以生物-心理-社会模式为诊治理论基础	13
九、以预防为导向的照顾	13
十、团队合作的工作方式	14
第四节 全科医学教育	14
一、医学教育的改革	14
二、国外全科医学教育体系	15
三、国内全科医学教育体系	16
第二章 全科医疗临床思维方法	20
第一节 概述	21
一、以病人为中心的整体服务性和系统性思维	21

二、全科医生的临床推理与判断	22
三、支持全科医生进行正确的临床思维应具备的相关素质和能力	25
第二节 以问题为导向的诊疗模式	28
一、全科医疗常见临床问题	28
二、社区常见健康问题的临床特点	29
三、从病人主诉和症状出发的诊断与鉴别诊断	31
四、从疾病入手的诊断思维方法	36
第三节 运用临床流行病学思维方法指导临床诊疗工作	36
一、概率方法在临床判断中的作用	37
二、诊断试验的评价、选用及结果解释	37
三、临床效果与结局的评价	42
第四节 全科医疗的诊疗流程和规范管理要求	43
一、全科医疗的基本诊疗流程	43
二、及时识别与排查有可能威胁病人生命的健康问题	45
三、临床转诊的原则与处理	47
四、病情介绍的基本要求	48
第三章 以人为中心的健康照顾	51
第一节 两个不同的照顾模式	51
一、以疾病为中心的照顾模式	51
二、生物-心理-社会医学模式下的健康与健康观	52
三、以人为中心的健康照顾模式	53
第二节 以人为中心的健康照顾的实施	57
一、全科医生应诊中的四项任务	58
二、全科医疗的问诊方式	60
第三节 健康信念模型与病人管理	61
一、健康信念模型与就医行为	61
二、病人管理的原则	62
三、病人管理的基本技能	63
第四章 以家庭为单位的健康照顾	66
第一节 家庭的定义及类型	66
一、家庭的定义	66
二、家庭的结构	67
三、家庭的功能	69
四、家庭生活周期	70
五、家庭对健康的影响	71
六、家庭成员的健康问题对家庭的影响	72
第二节 以家庭为单位的照顾	72
一、家庭评估	72
二、家庭咨询	76
三、家庭访视	76

四、家庭病床	77
五、家庭预防	78
六、家庭护理	79
七、家庭康复	79
八、家庭治疗	80
第五章 以社区为范围的健康照顾	83
第一节 社区的概念及其健康影响因素	83
一、社区的定义与要素	83
二、社区与健康	84
三、初级卫生保健与社区卫生服务	85
第二节 社区为导向的基层医疗	88
一、社区为导向的基层医疗的定义	88
二、社区为导向的基层医疗的基本要素	89
三、实施社区为导向的基层医疗的基本步骤	89
四、社区为导向的基层医疗的实施应与基本公共卫生服务相结合	91
五、社区为导向的基层医疗的实施阶段	96
第三节 社区卫生诊断的基本内容与方法	97
一、社区卫生诊断的概念	97
二、社区卫生诊断的内容	97
三、社区卫生诊断的流程与步骤	98
四、社区卫生诊断及其报告书写实例	101
第六章 以预防为导向的健康照顾	104
第一节 预防医学概述	105
一、预防医学的概念	105
二、三级预防的策略	106
三、临床预防的概念及其特点	107
四、全科医生提供临床预防的优势	107
第二节 全科医疗中常用的临床预防服务	108
一、临床预防服务指南	108
二、健康咨询	109
三、筛检	111
四、免疫预防	114
五、化学预防	116
第三节 慢性病病人的预防服务	118
第七章 健康档案的建立与管理	121
第一节 居民健康档案建立的必要性	121
一、建立社区居民健康档案目的与意义	122
二、居民健康档案的分类	122
三、居民健康档案的基本要求	123

第二节 居民健康档案内容及记录方式	123
一、以疾病/医生为导向的记录方式	123
二、以问题/病人为导向的记录方式	124
第三节 居民健康档案管理与信息化系统	129
一、居民健康档案的管理	129
二、居民健康档案的信息化管理	131
第四节 基层医疗国际分类及其在健康档案中的应用	136
第八章 慢性病与健康管理的概述	138
第一节 慢性病与健康管理的概述	138
一、健康管理的定义和特点	138
二、慢性病的定义和特点	139
第二节 健康管理的基本策略与步骤	140
一、健康管理的基本策略	140
二、健康管理的基本步骤	144
第三节 社区健康管理及慢性病管理	145
一、社区健康管理概述	145
二、社区慢性病管理	146
三、社区高血压的病例管理	148
第四节 健康危险因素及健康风险评估	151
一、健康危险因素的定义及种类	151
二、健康危险因素评估	152
三、健康风险评估的目的、方法及应用	156

第二篇 循证全科医疗实践篇

第九章 循证医学基本理论与方法	161
第一节 循证医学的概念及发展	161
一、循证医学的概念	161
二、循证医学的发展背景	161
三、循证医学的实践基础	162
四、循证医学实践的分类	163
五、循证医学实践的目的及意义	163
第二节 提出临床需要解决的问题和实施循证医学的方法	164
一、提出需要解决的临床问题	164
二、实施循证医学的方法和步骤	166
第三节 循证医学证据的检索	166
一、循证医学文献检索的特点	166
二、循证医学文献检索的步骤	167
三、常见的循证医学证据资源库简介	169
第四节 证据的分类、分级及来源	173
一、证据的分类与分级	173
二、证据的来源	175

第五节 系统评价与 meta 分析	176
一、系统评价	176
二、meta 分析	178
第十章 循证医学在全科医疗实践中的应用	184
第一节 循证全科医疗实践的意义和步骤	184
一、全科医疗中实施循证医学方法的意义	184
二、循证全科医疗实践	185
第二节 国外循证全科医学教育	190
一、国外循证全科医学教育概况	190
二、国外循证医学教学设计与教学方法	191
第三节 循证全科医疗实例介绍及应注意的问题	192
一、循证全科医疗实践案例介绍	192
二、学习和实践循证医学方法应注意的问题	193
第十一章 高血压	196
第十二章 2 型糖尿病	205
第十三章 冠心病	212
第十四章 慢性阻塞性肺疾病	221
第十五章 乳腺癌术后治疗	231
第十六章 颈椎病	236
第十七章 腰椎间盘突出症	242
第十八章 小儿肺炎	249
第十九章 儿童期单纯性肥胖症	257
第二十章 母乳喂养及产后乳腺炎	267
第二十一章 骨质疏松症	277
第二十二章 抑郁症	287
第二十三章 医学上无法解释的症状	297
附录 1 医患伙伴协议书 (PPPP)	304
附录 2 教育处方	305
附录 3 FACES II 中文版	306
中英文名词对照索引	307
教学建议	311

第一篇 全科医学理论篇

第一章 全科医学概论

案例 1-1:

主观资料(S):女性,36岁。一个月前因“哮喘”入某综合医院,治疗10天后症状好转出院。近日又出现咳嗽、咳痰,并自觉气短,就诊居住地的社区卫生服务中心。自诉近三年常无明显诱因即出现感冒,且咳嗽、咳痰症状逐渐加重,并伴有喘息、气短等症状,就诊于当地的一家三甲医院,3年内入院治疗6次。医院对病人哮喘反复发作归因为出院后服药依从性差。无其他疾病史,无药物及食物过敏史。已婚,育有一子,6岁,丈夫及孩子均体健,夫妻关系尚可。

客观资料(O):体温 37.5℃,心率 86 次/分,呼吸 20 次/分,血压 130/90mmHg。精神差,咽部黏膜充血水肿。胸廓对称,触诊语颤正常,叩诊呈过清音,双肺呼吸音粗,可闻及湿性啰音及散在哮鸣音。心脏听诊无异常。双下肢无水肿。血常规:WBC $12 \times 10^9/L$,N 85%。胸透:肺纹理增强及炎性浸润阴影。绘制家庭圈:孩子和丈夫的关系疏远,丈夫脾气较暴躁,并经常在酗酒后打骂孩子。

评估(A):1. 慢性支气管炎、支气管哮喘;2. 遵医行为差;3. 家庭暴力问题。

处理计划(P):1. 疾病治疗计划:①建议病人根据医院的出院医嘱继续服药治疗;②病情有变化随诊。2. 病人指导计划:指导病人的饮食及休息,告知病人注意保暖,保持衣物及房间的干净。3. 病人健康管理计划:①告知病人下次就诊时间;②了解病人不遵医嘱的真实原因:病人认为自己住院是减少丈夫实施家庭暴力的一个有效方法。提出请病人的丈夫陪同就诊,探讨如何改善家庭环境,避免家庭暴力,共同协商病人出院后的治疗。

问题:

1. 上述社区卫生服务与大医院就诊有何区别?
2. 比较全科医生与其他专科医生的区别。

全科医学(general practice)又称家庭医学(family medicine),是临床医学的二级学科。全科医生是身兼医生、教育者、咨询者、健康监护人、卫生服务协调者、居民健康“守门人”等数种角色的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。

全科医学符合时代发展的需要,开展全科医疗有利于提高基层医务人员的基本素质、改善医德医风、提高医疗服务水平和质量;有利于合理地使用卫生资源,降低医疗费用,充分满足社区居民的卫生服务需求;有利于实现人人健康的战略目标,因而受到各国政府和医学界的高度重视并得以不断发展。

第一节 全科医学产生基础及在中国的发展前景

一、全科医学产生基础

(一) 人口迅速增长与老龄化

随着各国的社会经济条件普遍改变,加之公共卫生事业迅速发展,促进了人类的长寿和人口数量的激增。许多国家 65 岁及以上人口所占的比例日趋增大,在发达国家和部分发展中国家超过了 7%,进入了老龄化社会。我国在 2000 年已正式宣告进入老龄化社会。

人口老龄化给社会造成了巨大的压力。一方面社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,使社会的经济负担加重;另一方面进入老年后,其生理功能衰退,慢性退行性疾病越来越多,行为能力减退,社会地位和家庭结构以及心理、精神方面的变化,使老年人的生活质量全面下降,“长寿”和“健康”成为两个相互矛盾的目标。而高度专科化的生物医学模式因其医疗服务的狭窄性、片段性和费用昂贵,加剧了这一矛盾。怎样帮助老年人全面提高生活质量,使其得以安度晚年,成为自 20 世纪 60 年代以来各国公众和医学界共同关注的热门话题。

(二) 疾病谱与死因谱的变化

20 世纪 40 年代,由于抗生素的成功研制,拯救了许多严重感染的病人,给人类带来了巨大希望。由此开始,千百年来影响人类健康的传染病得到控制。传染病和营养不良症在疾病谱与死因谱上的顺位逐渐下降,而慢性退行性病、与生活方式及行为有关的疾病等却逐渐成为影响人类健康的主要因素。与 20 世纪 80 年代的死因谱对照,心脑血管病、恶性肿瘤和意外死亡已成为世界各国共同的前几位死因。疾病谱的变化向西医学及医疗服务系统提出了新的要求。这些要求包括:服务时间要求长期而连续;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(包括医疗、预防、康复、保健、教育、咨询等干预)重于单独医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,强调病人本身主动和自觉地控制,而不仅仅是被动地遵从医嘱。

(三) 医学模式的转变

所谓医学模式,是指医学整体上的思维方式或方法,即以何种方式解释和处理医学问题。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,人类历史上经历了多种不同的医学模式,如古代的神灵主义医学模式、近代的机械论医学模式以及现代的生物医学模式、生物-心理-社会医学模式。

生物医学模式是把人作为生物体进行解剖分析,致力于寻找每一种疾病特定的病因和病理生理变化,并研究相应的生物学治疗方法。生物医学模式在特定的历史阶段对防治疾病、维护人类健康做出了巨大贡献。而且一直是医学科学界占统治地位的思维方式,也是大多数专科医生观察处理其领域问题的基本方法。但生物医学模式无法解释某些疾病的心理社会因素,以及疾病造成的种种身心不适;无法解释生物学与行为科学的相关性;更无法解决慢性病病人的心身疾患和生活质量降低等问题。随着疾病谱的变化和病因病程的多样化,生物医学模式的片面性和局限性也日益明显。自 19 世纪末以来,随着预防医学、流行病学、行为科学、心身医学、免疫学、医学哲学等领域的发展,系统论的思维逐渐被接受,终于导致了新的医学模式的产生。

生物-心理-社会医学模式的概念是由美国医生 G. L. Engle 于 1977 年首先提出的,是一种多因果、立体网络式的系统论思维方式。它认为人的生命是一个开放系统,通过与周围环境的相互作用以

及系统内部的调控能力决定健康状况。因此,生物医学仍是这一模式的基本内容之一,但其还原方法却被整合到系统论的框架中,与整体方法协调使用。无论是医学的科学特征、医生的诊疗模式或医疗保健事业的组织形式,都将根据新的模式进行调整,使之适应医学模式转变的需要。

(四) 医疗费用的快速上涨

20 世纪 60 年代,各国都面临医疗费用的快速增长问题,其主要原因为高技术医学的发展和人口老龄化。高技术医学的发展使医疗投入急剧增长,而对改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本的投入与其实际效果/效益相距甚远。有资料表明,85% 以上的卫生资源消耗在 15% 的危重病人治疗上,而仅有 15% 的资源用于大多数人的基本医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理消耗,不仅使政府不堪重负,也使公众十分不满。因此,人们迫切要求改变现行医疗服务模式,合理利用有限的医疗卫生资源,使其得到及时、方便、价廉的基本卫生服务。

以社区为基础的正三角形(又称金字塔形)医疗保健体系是目前世界公认的理想的健康体系。其宽大的底部是可以被群众广泛利用的、立足于社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的门诊机构(全科医疗诊所与社区健康中心);中部是二级医院、慢性病院、护理院和其他能处理需要住院的常见问题的机构;顶部是利用高技术处理疑难危重问题的少数三级医院。医师人力有一半以上在基层从事社区卫生服务,体现了在卫生资源分配上对社区的倾斜;而所有民众的首诊医疗保健都在基层解决,体现了卫生资源利用对社区的重视。

这种正三角形医疗保健体系意味着不同级别医疗保健机构功能的分化:即不同级别的医疗保健机构各司其职,大医院集中于疑难危重问题和高技术的研究,并作为基层医疗的学术与继续医学教育的后盾;基层机构则全力投入到社区人群的基本医疗保健工作。在医疗保健系统中充分发挥基层医疗和居民健康“守门人”的作用,以较低的医疗费用、有限的卫生资源取得较为理想的居民健康效果。

二、全科医生在卫生改革中的使命

社区作为医学教育训练和科学研究的重要场所,体现了近年来世界范围内卫生改革的方向。作为社区卫生服务的学术核心和业务骨干,全科医生在承担基本诊疗工作的同时,还被赋予了更重要的历史使命。

(一) 承担三级预防

生物医学模式的健康观认为,健康就是没有疾病。其在健康与疾病之间划了一条界线,可以称之为“非此即彼”。因为易于操作,所以被医生广泛接受。生物医学模式的缺陷是过于片面,不包括许多病理基础不明的疾患或功能问题;同时过于武断和静止,人没有疾病时也可能处于疾病前期,特别是许多慢性病。因而完全遵照这一理念将有可能失去疾病早期的有效干预机会。

世界卫生组织 1948 年提出的健康定义是“生物-心理-社会”医学模式健康观的代表,即“健康是身体上、精神上和社会适应上的完好状态,而不仅是没有疾病或虚弱”。这种定义适应现代社会的多元思维要求,认为良好的健康状况要由全社会共同创造,并强调自我保健责任。同时,其认为健康是一种“状态”,即把健康和疾病看做并存于一个连续统一体中的动态过程,若能及时发现并控制作用于人体的健康危险因素和致病因素,开展健康促进和疾病预防,即可促使健康向疾病发展的进程逆转。而体现综合性保健观念的预防战略及其按照疾病自然史的不同发展阶段设计的三级预防措施,则为这种新型健康观提供了有力的工作手段。

慢性病三级预防是根据疾病周期(健康-疾病-康复)进行的综合性预防措施,涉及预防、医疗、康复、心理、行为、社会等许多领域,需要多学科人员共同承担。但由于其出发点是慢性病的防治,临床

医生是进行长期综合性照顾的骨干。全科医生作为个人和家庭的责任制保健医生,以在社区提供综合性、持续性、协调性服务见长,理应为社区、家庭和个人承担三级预防任务。

(二) 发展“照顾医学”

“照顾医学”这一使命的提出,来源于“医学目的”(the goal of medicine)的讨论。这场严肃的学术讨论,是在20世纪80年代中期由美国哈斯廷斯中心 Daniel Callahan 教授发起的。在世界卫生组织的支持下,有13个发达程度不同的国家参与了该项研究计划。该项研究号召各国医学界、政府和公众“审查医学目的”,敦促从“治愈医学”(cure medicine)和高科技医学优先选择,转移到“照顾医学”(care medicine),重点是预防疾病和维护、促进健康。

医学的传统目的可以归纳为三个:对抗疾病和延长生命、促进和维护健康以及解除疼痛和疾苦。随着西医学的飞速发展,使得人们对于上述三者之一,即对抗疾病与延长生命格外青睐,似乎只要投入足够的金钱和对科学的热忱,医学将能够治愈所有疾病,死亡被视为医学的失败。当社会越来越难以继续为对抗疾病付出高昂代价之时,当将大量宝贵资源(甚至是90%以上的资源)用于“最后的安慰”时,对医学其他方面的目的,如促进/维持健康、解除病痛却投入甚少,并处理乏术。为此,该项研究计划提出了四点新的医学目的:①预防疾病损伤,促进维持健康;②解除疾病引起的痛苦;③治疗照顾患病与无法治愈者;④避免早死,追求安详死亡。

为了实现上述新的医学目的,需要在医院以外的广大社区发展“照顾医学”,以西医学和替代医学(中医学)为手段,实现为慢性病人解除痛苦并改善生命质量的目的;同时强化预防疾病与促进健康的有效方法的研究。因此,围绕着“生命周期”,以人生准备、人生保护、人生质量为中心发展照顾医学的重任就历史地落在了全科医生肩上。

(三) 建立全科医生制度,推进卫生改革

纵观医学史,医生连续性照顾的做法是医生人性化服务的体现。然而,随着现代高技术医学的发展,各种诊疗设备代替了医生的体格检查甚至诊断思维,病人被视为疾病的载体,医生仅对其所患疾病感兴趣,而不知其作为“人”的期望与情感需求,医患关系越来越走向冷淡与对立。高技术医学作为“双刃剑”,在挽救了大量危重病人的同时,也带来了许多副作用,造成卫生资源的高投入、低产出,服务的低覆盖和服务对象的低满意度。以上情况严重影响到医学和医疗卫生事业的可持续性发展,甚至涉及社会公正和政局稳定等问题。

各国政府和医学界都认识到需通过卫生改革改变一味发展高技术的弊端,纠正卫生资源配置的偏差,强调对基层医疗保健的投入,以适宜技术和高情感的手段,实现卫生服务的经济有效、高覆盖和高满意度。世界卫生组织与世界家庭医生学会联合提出,在卫生保健系统实现优质、经济有效以及公正的服务过程中,家庭医生(全科医生)应该起到核心的作用。为了承担这一重任,家庭医生必须能高度胜任对病人的照顾,同时必须能将个人和社区的卫生保健融为一体。

在中国,建立全科医师制度是促进医疗卫生服务模式转变的重要举措。建立分级诊疗模式、实行全科医生签约服务、将医疗卫生服务责任落实到医生个人,是我国医疗卫生服务的发展方向,也是许多国家的通行做法和成功经验。建立适合我国国情的全科医生制度,有利于优化医疗卫生资源配置、形成基层医疗卫生机构与大医院合理分工的诊疗模式,有利于为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务,缓解群众“看病难、看病贵”的状况。

三、全科医学在中国的发展与前景

(一) 全科医学在中国的引入与发展

1. 全科医学在中国的引入 全科医学的概念在20世纪80年代后期引入中国(不含港澳台地

区)。1989年11月北京市率先成立北京市全科医学学会,1993年11月中华医学会全科医学分会成立,标志着我国全科医学学科的诞生。1995年8月,中华医学会全科医学分会正式成为世界家庭医生组织成员。2000年9月,卫生部在首都医科大学成立了卫生部全科医学培训中心,同时在北京等少数地区开始尝试进行全科医疗的实践活动。总体来说,这一时期的全科医学处于概念传播、理论探讨和实践试点阶段。

2. 全科医学在中国的发展

(1) 形成适宜全科医学发展的政策环境:1997年1月,中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》中明确提出“要加快发展全科医学,大力培养全科医生”,这是推进中国全科医学发展的重要标志。1999年12月,卫生部召开了“全国全科医学教育工作会议”,正式全面启动全科医学教育工作。之后,国家先后制定了一系列全科医学教育、培训以及全科医生专业技术资格与注册管理的相关具体政策规定,提出了我国全科医学教育发展目标,全科医师的培训开始进入规范化发展阶段。

2006年,国务院召开了全国社区卫生工作会议,同时下发国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》。强调要加强高等医学院校的全科医学、社区护理学科教育,积极为社区培训全科医师、护士,鼓励高等医学院校毕业生到社区卫生服务机构服务。之后,中央编办、国家发改委、人事、财政、社保、民政、卫生、教育等相关部门下发了9个配套文件。在全科医学学科建设与教育培训方面,要求医学院校开设全科医学课程,有条件的医学院校要成立全科医学系,将全科医学发展纳入学校重点建设学科整体规划之中;加强全科医学教材建设,组织医学生到社区卫生服务中心(站)进行见习或实习等。

2009年,中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出了“有效减轻居民就医费用负担,切实缓解‘看病难、看病贵’”的近期目标,以及“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标。为此,需要“健全基层医疗卫生服务体系,加强基层医疗卫生人才队伍建设,特别是全科医生的培养培训,着力提高基层医疗卫生机构服务水平和质量。转变基层医疗卫生机构运行机制和服务模式,完善补偿机制。逐步建立分级诊疗和双向转诊制度,为群众提供便捷、低成本的基本医疗卫生服务”。“对长期在城乡基层工作的卫生技术人员在职称晋升、业务培训、待遇政策等方面给予适当倾斜。完善全科医师任职资格制度,健全农村和城市社区卫生人员在岗培训制度,尽快实现基层医疗卫生机构都有合格的全科医生”。

这一系列文件的出台,有效地改善了我国全科医学发展的政策环境,推进了全科医生制度的建立。

(2) 中国全科医生制度的建立:为深入贯彻医药卫生体制改革精神,2011年6月,国务院总理温家宝主持召开国务院常务会议,决定建立全科医生制度。2011年7月,国务院颁发《关于建立全科医生制度指导意见》(以下简称《指导意见》)。《指导意见》要求,力争到2012年使每个城市社区卫生服务机构和农村乡镇卫生院都有合格的全科医生;再经过几年努力,到2020年,基本形成统一规范的全科医生培养模式和首诊在基层的服务模式,基本实现城乡每万名居民有2~3名合格的全科医生,更好地为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务。

《指导意见》要求改革全科医生执业方式。全科医生可根据需要多点注册执业,可以在基层医疗卫生机构全职或兼职工作,也可以开办诊所。推行全科医生与居民建立契约服务关系。加强全科医生服务质量监管,并与医保支付、基本公共卫生服务经费拨付挂钩。创新全科医生激励政策和方式,建立以按签约居民数获得服务费为基础的新激励机制,完善到艰苦边远地区工作的津、补贴政策。拓宽全科医生职业发展路径,完善职称晋升办法。

(3) 中、高级全科医师从无到有:随着我国社区卫生服务的广泛深入开展和全科医学人才发展