

全科医学

主编 刘全喜 王留义

GENERAL PRACTICE



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

全科医学

GENERAL PRACTICE

主 编 刘全喜 王留义

副主编 李 莉 段爱梅 黄聚三 郝义彬

戴付敏 王 芳 刘 敏 李瑞玲

杜庆英 韩永梅

编 委 崔留欣 张 建 陈书连 刘春凡

吕玉民 马 旭 夏 威 鲁笑钦

李 刚 庄卫生 武继涛 刘 豹

忽新刚

第二军医大学出版社

内容简介

本书主要包含以下内容:全科医学概况;全科医学对人生不同阶段的健康管理及医学照顾;从常见症状和疾病方面重点论述全科医师在职业过程中可能遇到的各种临床问题;社区常见病的处理;健康档案的建立及管理;健康教育;以及有关全科医生的政策、法规汇编。本书突出了全科医疗和全科医师的服务模式及特点,注重整体医学观、以人为本,关注家庭、社区医疗服务的连续性。本书的编写主要是面向基层卫生机构的全科医师,希望能进一步提高他们的疾病防控水平,也可作为全科医师转岗培训用参考书。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学/刘全喜,王留义主编. —上海:第二军医大学出版社,2012. 11

ISBN 978-7-5481-0534-3

I. ①全 II. ①刘… ②王… III. ①家庭医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 259067 号

全科医学

QUANKE YIXUE

主 编 刘全喜 王留义

出版发行 第二军医大学出版社

出 版 人 陆小新

责任编辑 沈彬源

地 址 上海市翔殷路 800 号(邮编:200433)

电话/传真 021-65493093

网 址 <http://www.smmup.cn>

印 刷 河南理想印刷有限公司

版 次 2012 年 11 月第 1 版 2012 年 11 月第 1 次印刷

开 本 850×1168 1/16

印 张 52

字 数 1 567 千字

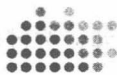
书 号 ISBN 978-7-5481-0534-3/R. 1319

定 价 108.00 元

(版权所有 盗版必究)

前言

Preface



1993年,我们组织编写出版了《全科医学》。该书对全科医生的定义和责任、培训及管理,做了全面的阐述,同时也对全科医疗、全科医学、全科医生在国内外发展的历史和现状进行了较系统的介绍。

转眼间20年过去了,我们国家的政治生活和经济体制发生了深刻的变化。近年来,党中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》及《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》先后颁布实施,一场深刻的医药卫生改革在全国城乡深入进行。将“人人享有基本医疗卫生服务”作为新时期卫生工作发展的目标,同时明确提出要“把基本医疗卫生制度作为公共产品”向全体人民提供。这是党和政府对我国卫生工作方针的大发展,也是对60余年我国医疗卫生事业实践和经验的概括和总结,是新时期卫生工作从理念到体制的重大成就。随着我国经济的快速发展,保障“人人享有基本医疗卫生服务”的战略目标正在一步一个脚印地逐步实现。

党中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确指出“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,鼓励参加学历教育,促进乡村医生职业规范化,尽快实现基层医疗卫生机构都有合格的全科医生。”《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》以国发[2011]23号文件发布全国。该文件对建立全科医生制度的重要性和必要性;建立全科医生制度的指导思想、基本原则和总体目标;逐步建立统一、规范的全科医生培养制度;近期多渠道培养合格的全科医生;改革全科医生的执业方式;建立全科医生的激励机制;相关保障措施;积极稳妥地推进全科医生制度建设等八个方面的问题,作出了明确的指导意见。这个文件是深入贯彻医药卫生体制改革精神的重大举措,是在我国城乡建立全科医生制度的纲领,是“保基本、强基层、建机制”的有力措施。

据《2011年中国卫生人力发展报告》,目前我国全科医师不足6万人,约占执业(助理)医师总人数的2.5%,远低于国际30%~60%的平均水平。按照《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》提出的“每万人口居民应配备2~3名全科医师”的标准,我国需12万~18万名全科医师。该报告还指出,目前我国在全科医学科工作的医师数约为11万人,其中至少约有5万人并非执业范围为“全科医学专业”的医师,而执业范围是“全科医学专业”的医师也不都在全科医学科工作;待遇偏低是导致全科医师来源不足和流动性大的主要原因。

面对新形势、新任务和新要求,《全科医学》再版已成为大家关心的问题。该书原编委大多已离开了原工作岗位,有些已经改变了专业研究方向,但大家受国家医改政策的鼓舞,“强基层”就是要高举全科医学的旗

帜,充分发挥全科医生的积极性,是广大卫生工作者的共识。河南省医学会全科医学专业委员会主任委员王留义教授,组织医学卫生同仁,为再版《全科医学》做了大量的工作。再版后的《全科医学》突出了实用性,着重于全科医师应掌握的基本技能、基本知识及社区常见疾病的诊治规范,同时兼顾全科医学新的研究及进展。

感谢全体专家在百忙之中为及时完稿所付出的辛勤劳动。感谢在本书编辑过程中做了大量工作的广大同仁。由于编写时间仓促,在章节结构上可能存有不妥之处;又由于我们的编写水平所限,错漏之处在所难免,恳请同行专家和广大读者批评指正,以便再版时修改补正。

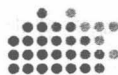
在此,谨向为本书编辑出版做出贡献的专家、学者致以衷心谢意。毋小茜、张鹏等同志积极联络各方付出了辛苦的劳动,一并感谢。

河南省医师协会会长 刘全喜

2012年9月18于郑州

目 录

Contents



第一章 全科医学概论	(1)
第一节 全科医学的定义及其发展历史	(1)
第二节 全科医生与全科医疗	(2)
第三节 以病人为中心的照顾	(4)
第四节 以家庭为单位的照顾	(6)
第五节 以社区为范围的全科医疗实践	(13)
第二章 生命周期保健及管理	(18)
第一节 生命周期概述	(18)
第二节 儿童期保健	(19)
第三节 青年期保健	(26)
第四节 中年期保健	(28)
第五节 老年期保健	(30)
第六节 女性保健	(36)
第七节 临终关怀	(44)
第三章 常见症状、体征的识别及处理原则	(47)
第四章 社区常见病及急重症	(146)
第一节 急性中毒	(146)
第二节 内科常见病及急重症	(185)
第三节 外科、五官科常见病及急重症	(421)
第四节 妇产科常见病及急重症	(447)
第五节 儿科常见病及急重症	(484)
第六节 其他健康问题	(503)
第五章 常用急救及诊疗操作	(508)
第一节 基本操作技术	(508)
第二节 常见骨折外固定及关节脱位复位术	(557)
第三节 心肺复苏术	(569)
第六章 职业病分类与常见职业病	(574)
第一节 职业病概述	(574)
第二节 常见职业病	(575)
第七章 中医学在全科医学中的应用	(590)
第一节 中医学基础理论和知识	(590)
第二节 常用中药介绍	(602)
第三节 收涩药	(620)



第四节 常用方剂组成及功用	(621)
第五节 各系统常见疾病常用选穴	(633)
第八章 社区卫生服务与管理	(638)
第一节 概论	(638)
第二节 传染病防控体系及工作流程	(641)
第三节 慢性非传染性疾病的预防与管理	(644)
第四节 妇幼预防保健体系	(648)
第五节 双向转诊	(652)
第六节 社区卫生服务团队工作模式	(654)
第七节 社区卫生服务评价	(656)
第九章 慢性非传染性疾病的的管理	(662)
第一节 慢性非传染性疾病概述	(662)
第二节 高血压管理	(674)
第三节 糖尿病管理	(683)
第四节 慢性阻塞性肺疾病管理	(697)
第五节 脑卒中管理	(708)
第六节 冠心病管理	(717)
第七节 重性精神疾病管理	(726)
第十章 全科医疗健康档案的建立与管理	(733)
第一节 建立健康档案的意义	(733)
第二节 个人健康档案	(737)
第三节 家庭健康档案	(740)
第四节 社区健康档案	(742)
第五节 健康档案的建立与管理	(745)
第十一章 健康教育	(752)
第一节 健康教育概述	(752)
第二节 健康相关行为	(762)
第三节 健康教育的方法和注意事项	(767)
第十二章 社区康复	(772)
第一节 社区康复概论	(772)
第二节 颈椎病的康复	(774)
第三节 脑卒中的社区康复	(779)
第四节 下腰痛的社区康复	(797)
附 录	(803)
全科医生制度问答	(803)
中华人民共和国执业医师法(节选)	(810)
药品管理法(节选)	(811)
医疗事故处理条例(节选)	(812)
中华人民共和国传染病防治法(节选)	(813)
献血法(节选)	(814)
侵权责任法(节选)	(814)
参考文献	(824)



第一章 全科医学概论

第一节 全科医学的定义及其发展历史

全科医学(general family medicine)是集生物学、行为科学和社会科学于一体的一门独特的综合性医学学科。它的核心内容是研究如何“以个人为中心、以家庭为单位、以社区为范围”对社区居民(病人、健康人、就诊者和未就诊者)提供连续性、综合性、协调性、可及性、个体化和人性化医疗保健服务。

全科医学起源于18世纪的欧美,完善于20世纪60年代的美国,80年代末被介绍到中国。所以说,全科医学在我国历史较短,与发达国家相比差距甚大。近50年来,全科医学在全世界范围内发展很快,已形成了两个鲜明的专业特征,即“以家庭为单位,以社区为范围”的初级卫生保健服务体系。因此,全科医学已被学术界、专家界定为初级卫生健康和社区卫生服务的核心学科。正因为如此,许多国家和地区将其称为“家庭医学”(family medicine)。将家庭这一要素引入医学和医疗服务之中,同时兼顾个人和社区,这是全科医学与其他学科相区别的重要理论基础。

全科医学研究的主要目的是:真正实现医学模式的转变,建立一种整体性的临床思维方式和一系列独特的基本原则,以此来指导全科医生利用社区内外有限的卫生资源,为社区中的个人及家庭提供连续性、综合性、协调性、可及性、个体化和人性化的医疗保健服务。

全科医学的研究对象主要是:社区中的个人及其家庭,包括病人和健康人、就医者和未就医者。在全科医学的实践过程中全科医生始终应以个人为中心、以家庭为单位、以社区为范围全面了解和处理疾病、健康问题。全科医学植根于世界医学悠久的历史之中,在它的发展和完善过程中经历了三个阶段。

一、全科医学的初期阶段

18世纪的欧美,从事医疗卫生服务者多是一些经过一般训练、不分科的基层医生,其医疗服务被称为全科医疗(general practice, GP);这些从业人员被称为全科医生(general practitioner),或被称为“通科执业者”。因其服务内容和学科特点是以家庭为导向,所以有些地区(美国、加拿大、以色列、台湾等)又将他们和他们的活动称为家庭医生/家庭医疗(family doctor/family practice)。由于他们接受的医学教育是原始的、不分科的,所以在医疗服务过程中方法原始、技术落后,但态度热情。他们常深入患者家中在家属和病人的配合下,通过细致观察并根据经验和有限的书本记载,对疾病做出判断(也可以叫猜测性诊断),然后通过简单的手法(如药物、按摩、放血等)治疗疾病,使病情发生好转。因此,病人多是“自愈”而非“治愈”。在病人康复过程中,医患关系良好,家属积极参与,深受民众欢迎。上述行医方式归之于当时医学教育水平低,对疾病认识肤浅,治疗手段匮乏,但是它却形成了全科/家庭医学的萌芽。

二、专科化医院的发展使全科医学近乎于停滞

19世纪是现代医学迅猛发展的时代,微生物学和病理解剖学的进展加深了人们对疾病的认识。从19世纪初到20世纪40年代的一个多世纪里,各种先进的辅助诊断设备相继问世并投入使用,加速了现代化专科医院形成。当人们生病的时候,首选现代化专科医院。在科室齐全、诊疗手段先进的大医院里,医生成为



医疗服务的主体,病人和家属处于“被动、服从”地位。医生很少主动寻找病人,更谈不上病人家庭服务。此时,早年那种深受民众欢迎的全科/家庭医疗模式基本被忘记,全科医生逐渐淡出了公众视野。

三、20 世纪 60 年代以来全科医学再度复兴

第二次世界大战结束后,世界各国社会经济条件普遍改善,加之公共卫生事业的发展和人民生活水平的提高,出现了一系列现代文明带来的问题,如人口老龄化、心脑血管病等慢性病发病率增高、健康观念的改变、医疗费用的上涨等等。解决上述问题,现代化专科医院已显得无能为力,因此人们再度呼唤那种快捷、方便、经济、医患关系密切的全科/家庭医学的再度回归。

从 20 世纪的 50 年代末到 70 年代初,美国、英国、加拿大、澳大利亚、南非、丹麦相继成立(或恢复)了全科医师学会。1972 年在澳大利亚的墨尔本世界全科医学大会上,成立了世界家庭医生学会(WONCA)。自此,全球性全科/家庭医学取得了长足的发展。

WHO(世界卫生组织)与 WONCA(世界全科医师协会)在 1995 年 6 月批准的一份合作文件中明确要求:“所有国家的医疗保健体制都应转向以全科医疗为主。”这份报告被分发到 187 个国家的卫生部和专科学会以及全球 1 500 所为 WHO 所知的医学院校,在国际上产生了广泛的影响。

目前,国际全科医学发展初步显现出以下共同特点:①建立了比较完善的全科医学终生教育体系,包括高等医学院校全科医学教育、毕业后医学教育和在岗医师继续医学教育;②全科医学已经被认定为医学的二级学科,“毕业后规范化培训”成为全科医师主要培养模式;③全科医师继续医学教育与执业再注册紧密联系,从而保证了全科医师水平的不断提高;④国家对全科医师规范化培训实行“三统一”:统一培训标准,统一考试内容,统一颁发证书;⑤毕业后规范化培训经费由国家提供。

第二节 全科医生与全科医疗

一、全科医生

全科医生(general practitioner)是全科医疗的主要执行者,是受过正规全科医学训练的科班医生。在社区卫生服务具体工作实践中,全科医生是病人首诊医生。全科医生以家庭、社区为服务场所,为居民提供以门诊为主体的医疗保健服务,是病人及其家庭需要所有医疗保健服务的协调者,是社区卫生服务的组织者和实施者,是高质量的初级卫生保健的最佳提供者,也有人把他们称为“健康的守门人”。

20 世纪 60 年代以来,全科医生的培养教育已正规化,培养出了具有博士学位的高素质全科医生,它与 18 世纪末那种原始的通科执业者有明显区别。现如今,在欧美一个全科医生的培养过程长达 9 年,即 4 年综合性大学→4 年医学院→1 年实习医师训练→申请开业。在香港,培养过程是:4 年医学院→2 年专科医院实习→2 年社区卫生服务实习→通过实践技能(12 个项目)考试→获取全科医师执照。

当今,全科医生的正确定义应该是:受过现代医学正规训练,具有坚实的理论基础、丰富的临床经验、熟练的预防保健与健康教育手段以及较强的社会交往和组织管理能力的高素质医生。

为进一步深化医药卫生体制改革,坚持保基本、强基层、建机制的基本目标,2011 年 7 月我国国务院正式颁发【国发〔2011〕23 号】文件,提出了建立具有中国特色的“全科医生制度”指导意见。该指导意见提出:①到 2020 年,在我国初步建立起充满生机和活力的全科医生制度;②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;③基本实现城乡每万名居民有 2~3 名合格的全科医生;④将全科医生培养逐步规范为“5+3”模式,即先接受 5 年的临床医学(含中医学)本科教育,再接受 3 年的全科医生规范化培养;⑤在过渡期内,3 年的全科医生规范化培养可以实行“毕业后规范化培训”和“临床医学研究生教育”两种方式。

二、全科医疗的定义及特征

全科医疗是由全科医生所从事的医疗实践活动,它是在现代医学模式指导下,为社区居民提供的以个人为中心、家庭为单位、社区为范围的连续性、综合性、协调性、可及性、个体化和人性化的医疗保健服务。与大中型综合医院的专科医疗模式相比较,全科医疗具有以下鲜明特征。

1. 首诊服务

全科医疗是社区居民进入医疗保健系统的门户,是患病就医时首先接触的医疗保健服务。从某种意义上讲,全科医生是广大社区居民健康的“守门人”,当与病人第一次接触时,就开始承担起该病人及其家属医疗保健责任,并将他们引入医疗保健系统。

2. 一体化服务

全科医生立足于在社区主动地为病人、健康人、高危人群、就诊者和未就诊者提供医疗、预防、保健、康复、健康教育于一体的全方位服务。

3. 以门诊为主体的服务

在全科医疗中以门诊服务为主,并开展巡回医疗、传呼服务、上门服务、家庭病床等形式多样的服务。

4. 协调性服务

全科医疗机构负责协调社区内的卫生资源和非卫生资源的作用;解决人群健康问题和公共卫生问题;对疑难、危重病人开展专科会诊或双向转诊。

5. 连续性服务

全科医生对疾病的各个阶段负责管理、治疗;对人生各阶段提供保健服务,并根据家庭生活周期可能发生的问题,提供全程服务。

三、全科医疗的服务对象

1. 无法确定问题所属专科的病人

在疾病的早期由于缺乏典型症状和体征,无法确定病人的问题属于哪一科疾病,可先到全科医学专科就诊。

2. 病变累及多个系统的患者

一些慢性疾病发展至中晚期,常造成多个系统、多个器官功能损害。在到专科化医院就诊时,往往辗转于多个科室之间。此类患者如能到全科医疗门诊就诊,可节约大量的时间,同时可得到整体化协调服务。

3. 心理障碍和神经功能紊乱患者

此类病人经多种物理、仪器检查,多不能发现阳性体征,而病人主诉却多不胜数,使得专科医师在处理上显得无能为力。受过正规训练的全科医生常可通过心理咨询,发现问题的根源所在,并提供以心理治疗为主的综合性服务。

4. 需要连续性、协调性、综合性服务的慢性病患者

许多慢性疾病如高血压、冠心病、糖尿病、老年骨关节疾病等,由于病程较长,仅靠一次次短期就诊很难获得满意的防治效果。全科医生立足于社区,建立了长期的医患合作关系,常使病人得到连续性、协调性、综合性保健服务。

5. 行动不便的老年病人

人口老龄化是一个社会问题,全科医疗应把老年人群列为重点服务对象。对于常年患病、行动不便的老人,开展老年保健、老年健康教育、家庭病床、社区康复等活动,可产生明显的经济效益和社会效益。



6. 临终病人

为生命垂危病人提供临终关怀常使临终病人的家属情绪稳定,全力以赴配合医护工作。对临终者提供关怀,可使其死亡恐惧消失、疾病痛苦缓解,尽可能地在体面、有尊严中安详离去。

7. 有家庭问题的个人

有这样或那样家庭问题的个体属心理、生理疾病的高危险人群,全科医生必须不失时机地提供家庭咨询、家庭访视、家庭评估、家庭干预,以便及时解决其家庭问题或改善其家庭成员之间的关系。

8. 有某些特殊需要的群体

例如某些高收入阶层常需“家庭保健医生”或“私人医生”,全科医生可在医疗服务合同的保障下为该阶层人群提供服务。

第三节 以病人为中心的照顾

以病人为中心的医疗服务是全科医生在社区卫生服务中必须采用的诊疗模式,其内容有两大方面:一是了解疾病、治疗疾病、预防疾病;二是了解病人、服务病人、满足病人需要。有人把这种诊疗模式称为以病人为中心的临床方法(patient-centered clinical method),以区别于以疾病为中心的诊疗模式(disease-centered diagnosis and treatment model)。

以上两种模式并不互相排斥,全科医生在社区卫生服务工作中缺一不可,但是位次不可颠倒。专科医生多年来只是理解疾病、治疗疾病,而忽视了解病人;全科医生应先了解病人,然后了解疾病、治疗疾病,最终服务病人,满足病人的需要。

一、了解病人

1. 病人的背景资料

完整的背景包括社会背景、社区背景、家庭背景和个人背景。社会背景包括文化修养、职业、宗教信仰、政治地位、经济状况、社会关系、社会适应状况、社会价值观念等方面。社区背景包括团体关系、社区网络、社区意识、社区资源、社区环境、社区影响力等方面;家庭背景包括家庭结构与功能状况、家庭生活周期、家庭资源、家庭角色、家庭关系、家庭交往方式等;个人背景包括性别、年龄、气质与性格、需要与动机、爱好与兴趣、能力与抱负、个人简历与生活挫折等。

要了解上述背景资料,绝非在一次就诊中就能解决,全科医生要在连续性服务的基础上不断积累;同时随着交往时间的延长,朋友式医患关系的建立,了解逐渐加深。

2. 病人就诊的原因

研究证明,病人就诊的主要原因有:躯体方面的不适超过了忍受限度;心理方面的焦虑达到了极限;出现了信号行为;出于管理方面的原因,如就业前体检、医疗证明、民事纠纷、病假条等;机会性就医;出于周期性健康检查或预防保健的目的,没有不适;随访观察。不论病人处于何种动机、在何时来就诊,全科医生都应以仁心仁术予以救治。

3. 病人对医生的期望是什么

病人总是带着对医生的期望前来就诊的。全科医生一定要依据病人的期望提供优质服务。病人对医疗服务的满意程度取决于期望得以满足的程度。当然往往是病人的期望值越高,越容易产生不满。一般情况下,病人对医生的期望有以下几点:①对医生品德的期望;②对医生医疗技术的期望;③病人对医生服务技巧的期望;④病人对就诊结果的期望;⑤病人对治疗效果的期望。

要满足病人的期望不是一个轻松的话题。随着人民卫生知识的普及和对卫生需求的高涨,病人对卫生

服务的期望值越来越高。全科医生必须具备有高尚的医德、热忱的态度、精湛的技术、正确的方法,才能最大可能地满足病人期望。当病人的期望与医生的能力和医疗原则有冲突时,耐心说明是十分必要的。当就诊结束时,医生一定要了解和判断病人的期望是否得到了满足,礼貌性提几个问题往往是很有效的,例如,不知你是否还有什么要求?我这样处理你是否满意?还有什么问题需要讨论吗?等等。

4. 病人的需要是什么

亚伯拉罕·马斯洛认为人的需要是有层次的,由低级到高级可分5个层次:生理需要、安全需要、归属和爱的需要、自尊的需要、自我实现的需要。先有低级的需要,再逐渐产生高级的需要。人出生后显示明显的生理需要,也是以一种初期的方式显示出安全需要;几个月后,才表现出爱和归属的需要;2~3岁才会有基本的自尊需要;自我实现的需要则是以后甚至是成年以后才逐渐发展的需要。

在病人就诊的过程中5种需要都存在,但是最基本的、最强烈的是那些低级的需求如生活需要、安全需要,其次是被关爱、被尊重的需要。至于自我实现的需要,不同的人群差别很大,多与患者的社会地位、家庭角色、文化层次、心理素质、患病种类有密切关系。全科医生在社区卫生服务的实践中,应了解不同人群的不同需要,有针对性地选择治疗手段、处理健康问题,才能最大可能地满足病人的期望和需求。

5. 病人的疾病因果观和健康信念模式

疾病因果观是指病人对自身疾病的因果看法,是病人解释自身健康问题的理论依据。对疾病因果观的了解,与病人的文化层次、个性、家庭、宗教和社会背景有密切关系。全科医生在了解病人疾病因果观的基础上,对病人作耐心细致的解释,以便在疾病因果观上取得一致,治疗手段上取得病人的认同和配合,收到预期治疗效果。

健康信念模式是人们对自身健康的价值观念,反映了对自身健康的关心程度。珍惜健康的人常因轻微的症状而来就诊,而忽视健康的人却往往延迟就诊,延误治疗时机。为什么要研究健康信念模式?因为一个人的健康信念模式直接影响着就医行为和对医嘱的顺从性(合作程度)。作为全科医生要利用各种途径进行健康教育,让社区居民掌握医学科普知识,树立正确的疾病因果观和健康信念。

二、了解疾病

了解疾病、采取正确诊疗手段,使病人恢复健康是全科医生最基本的职责。此种工作能力的强弱,直接影响着社区卫生服务质量。毋庸讳言能否正确理解疾病、治疗疾病与全科医生的基础知识和临床技能的强弱有直接关系。理解疾病、实施以疾病为中心的诊疗模式包括以下几个过程。

1. 搜集资料

通过接诊交谈搜集症状、体征、病程演变经过以及既往史、家族史等背景资料,以便作出诊断假设(初步诊断)。

2. 作出诊断假设

根据搜集到的资料,全科医生可初步作出诊断。诊断假设可能有多个,根据专业知识按可能性大小顺序排队。

3. 检验诊断假设

通过现代化实验室检测仪器设备,对诊断假设逐一排除。在病程发展的过程中,对于一时难以肯定诊断假设的疾病,不妨采用追踪观察的方法,等待新的、典型症状及体征的出现,也可以验证诊断假设。

4. 确诊或实验性治疗

经过上述步骤许多疾病均能确立诊断,但是许多非典型疾病仍不能明确诊断,可进行实验性治疗。

5. 追踪观察

追踪观察的目的有两个:一是进一步观察病情是否复发、再燃;二是观察治疗效果。

第四节 以家庭为单位的照顾

以家庭为单位的医疗卫生服务是全科医学的主要原则之一,是全科医师的鲜明专业特征。在当今社会中,家庭作为社会的一个最基本的单位,对个人健康的影响越来越受到关注。将医疗、预防、保健深入到家庭,并为其提供完整的家庭卫生服务已成为现代医学的一个新内容,也是全科医学产生与发展的重要基础。随着急性传染病和营养不良性疾病发病率的下降,肿瘤、心脑血管病等慢性病发病率增加,家庭卫生服务需求日渐增高。另外,老龄化社会的到来,老年人口比例的增加,专科化医院的短期就诊行为已显得无能为力,因此,家庭医疗服务的作用越来越受到重视。实际上家庭是防治慢性疾病,实施预防、诊疗、康复等措施的一个可利用的场所和资源。

一、家庭的定义

家庭并没有固定不变的模式,要给家庭下一个统一的定义是很困难的,家庭的任何定义都很难包含现代社会中存在的所有家庭形式。

传统概念:在同一处居住的,靠血缘、婚姻或收养关系联系在一起的,由两个以上的人所组成的单元。现代社会中单亲家庭、单身家庭、同居家庭的出现,使以上概念已不能涵盖全部家庭形式。

近年来,大多数学者所认同的家庭定义是:家庭是通过生物学关系、情感关系或法律关系联系在一起的一个群体。这个定义既包括了传统上的家庭结构,又包含了现代的家庭结构。

二、家庭的类型

家庭的类型也被称为家庭外部结构,特指家庭的人口结构。健全的家庭一般有以下几种基本类型。

1. 核心家庭

由父母及其未婚子女组成的家庭,也包括无子女夫妇家庭和养子女组成的家庭。

2. 扩展家庭

由两对或两对以上的夫妇及其未婚子女组成的家庭,是由核心家庭及夫妇单、双方的父母、亲属共同构成的。扩展家庭又可分为主干家庭和联合家庭。

(1)主干家庭:由一对已婚子女同其父母、未婚子女或未婚兄弟构成的家庭;或者父(母)和一对已婚子女及其孩子所组成的家庭;以及一对夫妇的家庭同其未婚兄弟姐妹所组成的家庭。主干家庭又称直系家庭,有一个权力和活动中心,还有一个次中心。

(2)联合家庭:指由两对或两对以上同代夫妇及其未婚子女组成的家庭,又称大家庭或复式家庭。包括由年长的父母和两对以上已婚子女及孙子女居住在一起的家庭,两对以上已婚兄弟姐妹组成的家庭。

3. 其他家庭类型

包括单身家庭、单亲家庭、同居家庭、孤老家庭及隔代家庭。近年来有人把同性恋家庭也认同为特殊类型的家庭。

三、家庭的功能

1. 抚养和赡养功能

抚养是指夫妻之间以及家庭中同辈人之间的相互供养、帮助和救援,这体现了同辈人应尽的家庭责任和义务。赡养是指子女对家庭中长辈的供养和照顾,体现了下一代人对上一代人应尽的家庭责任和义务。

2. 满足感情需要功能

家庭成员通过相互理解,表达与交流内心的深层情绪与感受,形成共同的感情基础;家庭成员通过相互关怀与支持,消融家庭外部的社会生活所带来的苦恼与挫折,以保持和谐的心理状态,并可享受家庭之外无

法得到的精神安慰,从而缓和与协调个人与社会之间的某些紧张关系;家庭成员通过共同的娱乐活动,调节身心,恢复体力,并增强家庭成员间的亲密程度。和睦温暖的家庭可以激发人们的种种依恋之情,可以催人上进。

3. 性生活调节功能

成年男女组成家庭的最初的、直接的动机之一是满足两性生活的要求。家庭在保证夫妻正常性生活的同时,又借助法律、道德和习俗的力量来限制家庭之外的各种性行为。

4. 生育功能

生育子女,传宗接代,延续种族是家庭所特有的功能。

5. 经济功能

家庭是一个自给自足的自然经济单元,是社会基本的消费单位。家庭必须为其成员提供充足的物质资源,如金钱、生活用品、居住空间等。

6. 社会化功能

家庭具有把其成员培养成合格社会成员的社会化功能,每个家庭都在日常生活中向其成员传授社会生活和家庭生活的知识和技能,引导他们学习社会行为规范、树立生活目标,学会恰如其分地扮演各种社会角色。

四、家庭生活周期

家庭也像个体一样,有其发生、发展和结束的过程。这个过程的任何重大事件,如结婚、分娩、患病、死亡等,不仅会对家庭系统及其成员的心理发育产生影响,还会对家庭成员的健康造成影响。

当全科医师将家庭作为服务对象时,也应知道家庭的发展过程。目前国内外学者一致认同,家庭在发生、发展的过程中,可分为新婚期、第一个孩子出生期、有学龄前儿童期、有学龄儿童期、有青少年期、孩子离家创业期、父母独处(空巢)期、退休(老年期)8个阶段。全科医生在以家庭为单位的医疗照顾中,应根据家庭生活周期提供有针对性的家庭服务。家庭生活周期以及不同阶段所面临的问题见表 1-1。

表 1-1 家庭生活周期及重要的家庭问题

阶 段	时 间	定 义	家庭重要问题
新婚	2 年	男女结合	性生活协调、计划生育、双方互相适应及沟通、面对现实的困难、适应新的亲戚关系
第一个孩子出生	2 年 6 个月	最大孩子介于 0~30 个月	父母角色的适应、经济问题、生活节律、照顾幼儿的压力、母亲的产后恢复
有学龄前儿童	3 年 6 个月	最大孩子介于 30 个月	儿童的身心发展问题、孩子与父母部分分离(上幼儿园)
有学龄儿童	7 年	最大孩子介于 6~13 岁	儿童的身心发展、上学问题、性教育问题、青春期卫生
有青少年	7 年	最大孩子介于 13~20 岁	青少年的教育与沟通(代沟问题)、社会化、青少年的性教育及与异性的交往、恋爱
孩子离家创业	8 年	最大孩子离家至最小孩子离家	父母与子女的关系改为成人对成人的关系、父母感到孤独、女主人应发展个人社交及兴趣
父母独处(空巢期)	15 年	所有孩子离家至家长退休	恢复仅夫妻两人的生活、女主人特别孤寂难过、计划退休后的生活、在精神和物质上给孩子们支持、重新适应婚姻关系、与孩子的沟通问题、维持上下代的亲缘关系
退休(老年期)	10~15 年	退休至死亡	经济及生活的依赖性高、老年的各种疾病、衰老和面对死亡(适应丧偶的悲伤)

引自:吴春容.《全科医学基础》[M].北京:人民卫生出版社,1998.

1. 新婚时期

此阶段为期1~2年,它标志着一个新的家庭生活周期的开始。虽然经过相识、了解、恋爱的过程,但夫妻双方毕竟是两个相互独立的个体,在人生观、道德观、价值观、思维方式、性格、生活习惯等方面均存在着差异,同时又有着各自的社会、经济地位和社会人际关系,因此,婚后两年内是一个继续了解和适应的过程。

在此期间夫妇共同面对和适应的问题有以下诸方面:共同生活习惯的建立;共同分担家务,体现男女平等;共同创造物质财富,并共同支配;与对方家庭成员和社会关系相处问题;从精神和物质上作好为人父母的准备;适应对方思维方式、人际交往方式,并逐渐缩小距离。

全科医生在新婚期间的卫生服务应从性生活知识和遗传疾病的咨询教育开始;介绍家庭与健康的关系;了解婚姻美满度,进行心理咨询和疏导教育;帮助指导新婚夫妇合理安排家务、合理分配时间、合理经济支出、正确人际交往;建立健康档案,引导他们进入家庭保健系统。新婚时期的卫生服务是十分周到的,全科医生的角色首先是朋友,然后才是保健大夫。妥帖周到的服务,可以帮助新婚夫妇平安度过这段既甜蜜浪漫又充满危险的时期。

2. 婴幼儿时期

婴幼儿时期指的是从第一个孩子出生至2.5岁,历时30个月。该时期全科医生应从以下两方面给予必要的卫生照顾。

(1)对父母照顾:对母亲医疗照顾的内容包括产后伤口愈合、产道清洁及产后恶露、产后活动、产后体形恢复等。在营养方面进行膳食指导,适当增加优质蛋白、钙、磷、铁、碘等元素及多种维生素的摄入。应注意产后避孕,最好是产后第一次月经来潮后立即于宫内放置节育环。在初为人母以后,全科医生应对其进行育儿知识教育,大力推广母乳喂养,并让母亲学会处理婴幼儿健康与生活问题。同时要让年轻的母亲学会处理婆媳关系、夫妻关系,不要因为爱子心切与长辈和丈夫发生冲突和分歧。作为父母,孩子的出生可能会带来经济压力,全科医生要在心理适应问题给予咨询和帮助。在夫妻关系方面,应让父亲了解夫妻亲子角色的转变,协助家庭建立一种全新生活模式;同时也要提醒妻子,不要只注意孩子而冷落了丈夫。

(2)对婴幼儿的照顾:全科医生从孩子出生那一刻起,即可考虑从以下方面开展医疗卫生服务:按照程序进行计划免疫;详细体检以便及早发现可以治疗的先天性疾病,观察病程发展,提供力所能及的治疗;母婴同室以利母乳喂养,并经常进行营养评估,早期发现营养素缺乏病;定期进行智力测定,评价观察其智力、心理发育情况;加强看护防止意外伤害,如跌伤、烫伤、窒息、气管异物等;鼓励父母家人多逗孩子、多听柔和音乐,以获得良性感官刺激信号,促进其智力发育。

3. 学龄前儿童期及学龄儿童期

这是家庭生活周期的两个阶段,因有许多相同之处,故合在一起论述。在这两个阶段孩子年龄跨度较大,大约从3岁到13岁。此阶段对孩子的成长发育甚为重要,需要全科医生和家庭家长从以下三方面进行照顾和关怀。

(1)身体发育。生长发育相对较快需要合理的营养膳食指导,纠正偏食、厌食和不良嗜好。按国家规定程序完成计划免疫和计划外免疫接种,以预防各种传染病的发生。适当的体力活动,以促进骨骼、肌肉发育,但需防止意外伤害,如跌打损伤、骨折、溺水、烧伤、触电、车祸等。建立良好的学习环境如采光照明、课桌椅高度合适,以预防视力下降、脊柱弯曲等。

(2)智力发育。从婴幼儿期到学龄时期,大脑神经组织发育较快,因而智力发育较身体发育明显加速。全科医生和家长可通过语言、行为、游戏、音乐等信号提供足够的感观刺激和人际活动,从而促进智力发育。学习过程中教师的知识传授是十分必要的,学习的同时既掌握了知识又开发了智力。因此全社会都要关心儿童在校教育,尽量减少辍学比率。

(3)人格发育。学龄前儿童是人格发育的重要时期,对成人行为的模仿作用不可低估。因此,父母的思想境界、道德行为、为人处世、言谈话语,对儿童人格发育有着潜移默化的影响。全科医生应提醒家长、老师

要以良好的、符合道德规范的言行举止为儿童树立榜样。进入学龄期儿童社会行为比重增加,不论是家长、老师都要为儿童成长创造优良环境,鼓励他们学习社会规范、培养优秀道德品质,学会与人沟通交往,建立人际关系。随着年龄的增长和认识能力的进步,学龄期儿童感悟能力、自主能力、判断能力日益增长,同时也形成了人格上的自尊、自强意识,全科医生要在家庭和社区为儿童人格发育创造良好氛围。

4. 青少年时期

青少年时期指的是家庭中最大的孩子从13岁开始到20岁(或23岁)这一阶段,全科医生要从生理、心理发育和性格素质发育两个方面给予关怀和医疗照顾。

(1)生理、心理发育。青少年阶段是身高、体重、体型(骨骼肌肉的发育和脂肪分布的改变)、第二性征发育较为明显的时期,全科医生应及时开始青春期生理、心理教育和咨询。身高增长过快时应及时补充足够的蛋白质、维生素(A、D、B族、C)和微量元素(铁、钙、锌、碘、硒、磷),以防止营养缺乏症。最常见的症状是缺钙性生长痛,表现为下肢长管骨疼痛、肌肉抽痛。

第二性征成熟后出现外生殖器发育、阴毛长出、首次遗精、月经初潮等现象,常使青少年困惑不解、不知所措,极易引发心理障碍。不论男孩女孩,如果第二性征发育迟缓,在体型、体能上落后同龄孩子,则易产生自卑感、依赖与反抗心理。此种现象应及时给予指导和教育,否则可影响成年后进取心、竞争意识、人际交往和领导能力等。在青少年期由于性功能的成熟,对性的渴求和神秘感日渐增加,如果指导教育不及时,可使青少年染上手淫、窥阴癖、恋物癖等毛病,甚至产生性攻击行为。解决青少年时期生理、心理问题的最好办法是在学校和社区定期开展青春期性知识咨询教育。

(2)性格、素质发育。青少年时期行为自主、情感自主、自身价值是三个日渐形成的观念(目标)。在其形成的过程中,青少年的行为标准往往与父母长辈或社会人群相差甚远,这是形成代沟的关键所在。这种“代沟”的形成是造成两代人行动和思维方式不一致的原因。国内外大量的研究表明:青少年的行为具有较强的“自我中心”的色彩,看待问题的态度偏于理想化,难以符合客观现实,因而造成与家庭、社会产生冲突和矛盾,如不及时引导纠正可造成过失和挫折,甚至触犯法律、法规。

全科医生深入家庭,通过家访和座谈,让家长的管教方法正确、得当。过于严厉(权威型)和过于宽容(放纵型)的教育方法,都易使青少年人格缺陷;宽严适当(适权型)教育方法是最佳育人之道。父母与青少年子女适当增加谈话次数,在互相理解的基础上容许在适当的理由和一定的规范内让子女有独立自主权利,由此培养青少年自信、自律、自强的人格。

5. 子女离家期和空巢期

如果不是独生子女家庭,子女离家期指的是从最大孩子的离家到最小的孩子离家,前后长达6~8年之久。但是中国实行计划生育后大多数家庭只有一个子女,孩子一旦离家创业,父母马上进入空巢期,即不再有子女离家期,故此处将两期合并论述。

子女离家后使家庭结构、家庭关系发生了变化,父母的角色内容和生活重心发生转移,此种变化不同程度地影响着父母身心健康。父母的管教和养育责任减轻,可产生失落、寂寞、空虚、无靠等感觉,严重者出现心身疾病如神经功能紊乱、内分泌失调等症状。全科医生的措施是多方面的,可以让其情感转移,多给丈夫(或妻子)一点关爱;也可以让其多参加社区活动,以分散注意力。更重要的是让父母重新认识家庭的培养功能、子女的社会属性,并且明白“分别是不可避免的、孩子终究是要离开家庭的”。只有这样,才能尽快适应子女离家后的境况。

子女离家后随着时间的推移,家庭男女主人双双步入中年,并一直延续到60岁(退休),此阶段为空巢期,全科医生应注意以下几方面的问题。

(1)生理功能逐渐减退:40岁以后的中年人视力减退、记忆力下降、体形偏胖、血压波动、反应迟缓,加之生活与工作压力常感疲惫。此种情况属亚健康状态,应从生活节律、生活方式给予悉心指导,应采取劳逸结合、规律生活、适当体育锻炼、戒除烟酒等干预措施。在诸多功能中,性功能减退是比较敏感问题。男性中年

以后普遍有性欲减退和力不从心的恐惧。女性因个体素质差异而功能状态不一,一部分女性因过早进入更年期,处于性冷漠状态;另一部分却表现出异常亢奋。全科医生应加强健康教育,必要时施以药物、心理治疗。

(2)慢性病发病率增高:中年男子常见病发病率增高,因此加大了对医疗资源的利用,这是一个普遍的社区健康问题。全科医生应有针对性地开展常见病(高血压、糖尿病、冠心病、骨关节疾病、肿瘤、消化性溃疡等)讲座、咨询、体检等医疗服务,将社区治疗、预防保健、健康教育融为一体,确保中年人群健康。

另外,为了使中年人以足够的心理和生理准备进入老年期,可做一些“防患于未然”的工作,如建立健全家庭健康档案、协助商保和医保部门完善养老保险和基本医疗保险制度。为了使中年人将来老有所乐,可以组织中年人开展文体活动、培养业余爱好,以积极乐观的态度面对日益明显的老化过程。

6. 老年期

从60岁退休一直到生命终结,此期长短不一,差别甚大,短则几年,长则20~30年。但是不论期限长短,老年人面临的心理、生理问题具有共同特征。

(1)角色位移带来的心理问题:60岁(或55岁)退休的老人不再是社会舞台的主角,不再是家庭财富的创造者,其主要心理感受是“失落”。由于心理方面出现障碍可诱发许多生理和心理疾病,如性格怪异、闭门不出、烦躁易怒、抑郁痴呆等症状。全科医生、家庭成员和社区组织共同努力,可阻断和缓解症状。常采取措施有:开办老年人活动中心让其老有所乐;组织社会公益活动如关心下一代、治安交通管理、计划生育宣传、环境保护宣传等活动,让其老有所为发挥余热。值得强调的是:家庭天伦之乐是医治“失落”的良药。老人与晚辈共同生活,身为祖父母的老人,可将情感精力转移至孙子女身上,以增加老人生活乐趣。许多研究表明:祖孙之间常因有较少的冲突,更能和平相处。某种程度上讲孙子女、外孙子女是老年人生命价值的延续和情感归宿的实现。

情感打击是加重失落感的催化剂,如亲朋好友逝世、配偶一方故去,常使老人更加感到失落、无助和孤独,长期郁闷寡欢可使老人们产生轻生念头。全科医生和家庭成员应多一份关心和爱护,采取各种措施为老年人排除忧愁,如开办夕阳红俱乐部、组建老干部活动中心、鼓励丧偶老人再婚等,常可收到明显的治疗效果。

(2)老年慢性病是老年人健康的大敌:进入老年期后,机体储备能力、应激能力、免疫功能日渐衰退,心脑血管系统疾病、代谢性疾病、骨关节疾病、恶性肿瘤发病率明显上升。老年人健康问题是社区卫生服务工作的重中之重,全科医生和社区卫生服务机构必须从健康教育、定期体检、门诊服务、家庭病床、社区康复、社区护理等方面入手,全方位做好老年卫生服务,满足日益增长的社区老年健康需求。

五、家庭咨询

在以家庭为单位的照顾中,家庭咨询(family counseling)是全科医生服务于家庭的基本形式,它是一种通过人际交往关系而完成的教育、帮助的过程。在社区全科医疗实践中,全科医生必须以朋友、教育者、帮助者的身份,去关怀、帮助、疏导家庭全体成员。家庭咨询是艺术性较强的活动,这就要求咨询者本身必须具备坚实的专业知识和娴熟的交往技巧,同时还应具备良好的个人品行和丰富的生活阅历。只有这样,才能为社区内的服务对象提供咨询服务。

1. 家庭咨询的内容

一般来说家庭咨询涉及以下主要内容:家庭遗传学咨询;婚姻咨询;其他家庭关系问题;家庭生活问题;子女教育及父母与子女的关系问题;患病成员的家庭照顾问题;严重的家庭功能障碍;卫生与健康科普知识咨询。

2. 家庭咨询的具体步骤和方法

(1)进入家庭开始讨论问题。进入家庭是开始与家庭接触并与家庭成员建立信任关系的过程。进入家