

中华医学会儿科医学分会第二次 全国学术会议论文汇编



中华医学会儿科医学分会
一九九七年十月四日北京

日程安排

时间 日期	8:00—12:00	2:00—5:30	19:30—21:00
10月3日 周五	报 到	报 到 预 备 会	第一、二届全体委员会
10月4日 周六	一、开幕式:主持人:李世埏 开幕词:曹泽毅 1. 来宾讲话 2. 学会工作总结 二、大会报告:主持人:杨秉辉 论文1—6号	大会报告 主持人:徐群渊等 论文7—10号 专题讲座: 1. 焦虑性、抑郁性神经症 (曹泽毅) 2. 传染病学的发展趋势	一、全科医学杂志编委会 主持人:曹泽毅、李 宁
10月5日 周日	分组交流 一、全科医学与卫生改革 主持人:朱宗涵、张一杰 二、做一个好的全科医生 主持人:王 炜、何天德 三、临床问题 主持人:戴玉华、李 宁	分组交流 一、全科医学培训 主持人:周东海、顾 媛 二、社区卫生服务模式/管理 主持人:张 愈、孙中行 三、临床问题 主持人:陈安球、涂明华	专题讨论会(自由参加) 一、医学学术论文撰写方法 召集人:李曼春、张代铭、 乌正贵等 二、全科医学在卫生改革中的 作用与全科医学发展的 政策保障 召集人:顾媛、张愈、朱宗涵 等 三、全科医学临床问题 召集人:杨秉辉、戴玉华、 张一杰等
10月6日 周一	分组交流 一、全科医学与中医学 主持人:周中原、陈立华 专题讲座: 4. 中医学与全科医学(陆 广莘) 二、社区家庭护理 主持人:李曼春、蔺惠芳 三、社区卫生信息管理系统 顾媛、李宁	大会报告 主持人:曹泽毅 专题讲座: 3. 全科医学在工作中的 作用和地位(杨秉辉) 11—17号 闭 幕 式 一、学术总结	
10月7日 周二	12:00 前撤离		

开饭时间 早:7:30

午:12:00

晚:6:00

目 录

大会报告

1	发展我国全科医学策略的思考·····	周东海 (1)
2	开展全科医疗 完善社区卫生服务·····	董燕敏 (4)
3	吸取经验发展我国的老年卫生保健事业·····	项曼君 (7)
4	发展临终关怀事业,提高生命垂危人群的保健服务质量·····	李曼春等(11)
5	面向社区、走向家庭、服务人群 ·····	张晓林 (17)
6	试论社区全科医疗的考评标准及管理 ·····	张代铭等(22)
7	1774 例一年级医学生人格(个性)调查分析 ·····	柳斯品等(24)
8	小于胎龄儿病因及合并症分析 ·····	王东红等(28)
9	综合疗法在儿童单纯性肥胖症中的应用 ·····	张亨菊等(30)
10	通过系统委托开考拓宽基层在职医生高等学历教育渠道 ·····	李 霞等(34)
11	开展全科医师职称评定的作法与体会 ·····	周中原等(36)
12	全科医生培训目标、计划与实践·····	谭锡勋 (40)
13	论全科医学在三级医院中的地位和作用 ·····	杨秉辉 (44)
14	以全科医疗模式推动社区卫生服务的实践与思考 ·····	朱凤雏 (46)
15	沈阳市城乡家庭结构及功能现况调查 ·····	董亚珞 (48)
16	发展社区卫生服务推进城市初级卫生保健事业 ·····	王 炜 (50)
17	全科医学教育培训 5 年探索 ·····	顾 媛等(54)

小会交流(B 组)

18	团队合作开展社区健康服务 ·····	廖庆伟 (57)
19	论全科医学在卫生改革中的作用 ·····	张代铭等(58)
20	现行职工医疗保障制度改革如何适应全科医学学科发展 ·····	朱洪文 (58)
21	谈全科医疗中的卫生资源及其配置 ·····	许峻峰 (59)
22	论社区卫生服务向全科医学转轨 ·····	刁秀展 (59)
23	浅谈全科医学在基层医疗单位的发展 ·····	张培根 (60)
24	全科医学发展趋势调查分析 ·····	刘训正等(60)
25	企业社区构筑全科医疗服务模式的必要性和可行性 ·····	华显庭等(61)
26	发展社区全科医学 ·····	章道元 (62)
27	全科医疗是社区卫生服务的理想模式 ·····	张一杰等(63)
28	全科医院是一级医院发展的必由之路 ·····	胡金敏 (64)
29	全科医疗服务中相关团体协作的探讨 ·····	王桂林 (64)
30	农村社区卫生服务试点工作的实践与体会 ·····	袁新房等(64)
31	三级医院在发展全科医疗中的作用 ·····	王锡瑜 (65)

32	开展社区医疗的工作探索	徐 淮 (65)
33	因地制宜开发全科医疗服务	洪世香 (66)
34	走出医院大门 进入家庭服务	吴天宝等(66)
35	广州市红十字会医院三年来社区全科医疗的实践体会	许光灿等(67)
36	深圳市宝安区社区健康服务试点业务开展与经济运作状况调查	邱松葵等(68)
37	大直沽社区医院实施全科医疗模式探讨	吴贵德 (69)
38	浅谈如何做一个好的全科医生	林炳文 (71)
39	上海全科医生培养的道路	李 霞等(71)
40	努力做一个好的全科医生	王 群 (72)
41	做好一个全科医生的体会与认识	陈金书 (73)
42	社区卫生服务工作中全科医生的语言艺术	司马泽生(74)
43	医生的心理误区—思维定势的负效应	王志荣 (74)
44	社区医学专业教学改革初探	罗 明 (75)
45	关于培养中等社区护士的教学设计之管见	叶自雯等(76)
46	建立面向农村基层的全科医学教育模式	涂明华等(76)
47	全科医学专业的眼科教学初探	陈 昌等(79)
48	河东区全科医疗的社区居民意向调查	崔乃庆等(79)
49	全科医疗管理和质量控制	侯雅琴 (79)
50	关于建立居民个人健康责任制的探讨	崔树起等(81)
51	探讨脑血管疾病的心理支持治疗	王 南 (82)
52	全科医疗中脑卒中的家庭康复	王桂林等(82)
53	气管导管引导用于胃管插入困难病例的体会	李斗泉 (83)
54	不规则的阿司匹林应用对血栓性疾病治疗有害	江 滔等(83)
55	浅谈在戒酒中的心理治疗	王旭东 (84)
56	乙肝疫苗注射后的疗效观察	王利平 (84)
57	社区用药的个体化	周安保 (85)
58	散居儿童计划免疫在全科医疗站的开展	边 津 (86)
59	(临终关怀病房)80 例终末期病人分析	陈 蓉等(86)
60	浅析高血压的病因与非药物治疗	汪贤翠 (88)
61	高血压病社区的教育问题	胡金敏 (89)
62	156 例老年糖尿病及其并发症	杨锦枫 (90)
63	Ⅱ型糖尿病 148 例治疗总结	秦基堂等(91)
64	国产糖适平治疗 54 例疗效观察	毕海洋 (91)
65	Binswanger 病的临床分析	张淑华等(92)
66	返流性食管炎 21 例治疗体会	冯云坡等(92)
67	社区老年人生活中的力学指导	蔺惠芬 (92)
68	方庄一院全科工作站卫生服务统计分析	王文敏等(93)
69	方庄第一医院向“健康中心”转化的实验思考	徐惠琴 (94)
70	社区人群胰岛素敏感性与危险因素的相关性分析	王苏中等(94)

71	青年人双侧自发性气胸 16 例分析·····	肖穗春 (95)
72	56 例肺结核并糖尿病的临床诊疗分析·····	刘玉莲等(95)
73	腔隙性脑梗塞临床、CT 与 MRI 的分析·····	王景春 (95)
74	70 岁以上小量脑出血 40 例临床分析·····	马玉琛 (96)
75	63 例老年人脑血管疾病与痴呆临床病例分析·····	王锡瑛 (96)
76	急诊危重 488 例临床分析·····	冯德发 (97)
77	急性心肌梗塞院外抢救的体会·····	闫亚彬等(99)
78	猝死的防治—附 10 例猝死报告·····	安立昌等(99)
79	急性心肌梗塞的合并症与血浆心钠素水平的相关性研究·····	林朝胜等(100)
80	小剂量尿激酶治疗脑梗塞疗效观察·····	周从阳等(100)
81	从全科医学领域探讨重度妊高征·····	薛 春等(101)
82	高危人流及其并发症防治的体会·····	冯杏丽 (101)
83	母婴同室对母婴近期影响的临床分析·····	谢桂萍等(101)
84	乳腺红外线扫描 1470 人临床观察·····	马书芬等(102)
85	淋球菌急性盆腔腹膜炎的临床分析·····	徐裕海等(102)
86	城市女职工妇科疾病调查分析·····	王 红等(102)
87	“双黄消炎止痒生肌膏”治疗外阴、阴道疾病 108 例临床观察·····	韩 杰等(103)
88	高血压患者血浆降钙素基因相关肽水平及与内皮素、心钠素间 相关性初探·····	刘 华等(103)
89	40 例川崎氏病应用丙种球蛋白治疗的疗效观察·····	马云翔等(104)
90	零岁儿童急性中耳炎的临床研究·····	路 晶 (104)
91	小儿颜面神经麻痹临床特征性观察统计·····	路 晶 (105)
92	肾盂肾炎尿细菌 L 型培养的实验室研究·····	姜秀云 (105)
93	论心理治疗在脑震荡治疗中的作用·····	张代铭 (106)
94	老年肥胖症及其并发疾病分析·····	杨晓霞等(106)
95	燃气热水器淋浴致一氧化碳中毒的救治和预防(附 33 例分析)·····	赵玉宝等(107)
96	某轧钢厂工人肝功能及 HBV 检测分析·····	万腊英 (107)
97	18 例老年人糖尿病合并多器官衰竭·····	邵鲁华等(108)
98	一例呼吸、心跳骤停运用辩证施护配合抢救成功的报导·····	章淑萍 (108)
99	硫酸镁抢救重症支气管哮喘持续状态 48 例·····	赵和云等(108)
100	急性细菌性痢疾流行过程中的医疗质量控制·····	何进梅 (109)
101	伤寒误诊为流行性出血热 16 例临床分析·····	徐维祖 (109)
102	天津市城区居民脑卒中社区干预效果的横断面评价·····	冯 晖等(110)
103	北京市方庄社区高血压患病率及危险因素病例对照研究·····	刘凤敏 (112)
104	防范医疗纠纷、完善全科医疗管理·····	王雅洁等(113)
105	全科医院门诊管理的一些体会·····	张瑞新等(113)
106	金花街开展社区康复工作十年回顾与发展·····	张志强 (114)
107	社区医疗在心血管病防治中的应用体会·····	张 韧 (114)
108	天津市南开区 1217 名 3—6 岁散居儿童龋齿调查·····	李凤琴 (115)

109	高中学生焦虑情绪调查研究	沈向阳 (115)
110	我校中年教师健康调查与探讨	傅伟杰等(116)
111	生活事件与健康(中老年知识分子健康的评价)之二	柳斯品等(117)
112	长沙市社区人群的膳食营养分析	田发发等(118)
113	1462 例北京居民死亡原因分析	张俊玲 (118)
114	重庆市西三街地区 103 例死亡调查分析	罗光玲 (119)
115	社区医疗对 78 例脑卒中危险因素回顾分析	胡金敏 (120)
116	建立居民健康档案馆 开展社区卫生服务初探	王志英 (120)
117	对城市农民职业人群卫生保障问题的探讨	左 红等(121)
118	社区新生儿行为神经测定与 0-2 岁社区管理	陈 韵等(121)
119	造成中学生日常心理压力的原因调查分析	张志强 (122)
120	心理因素、生活方式与疾病关系的社区探讨	王金素 (122)
121	发挥余热、造福人民	郦筱能 (123)
122	中医—古老的全科医学	陈立华等(124)
123	中医学在全科医疗中的应用—108 例高血压患者社区调查与诊治	马志宏 (125)
124	浅谈中医药在全科医学发展中的优势	陈维云 (126)
125	活血化瘀结合西药治疗原发性高血压病临床研究及血流 病变学观察	杨尚敏等(127)
126	中西医结合治疗更年期功能失调性子宫出血 23 例分析	文福善等(127)
127	社区医疗中补阳还五汤治疗肢体麻木的体会	张彩玲 (128)
128	复方丹参治疗过敏性紫癜 24 例临床观察	胡善慧 (129)
129	川芎嗪治疗新生儿缺氧缺血性脑病的临床研究	谢 明 (129)
130	中医温中降逆法在社区服务中的临床应用体会	杨春霞 (130)
131	中医学在全科医疗中的应用	王万英 (130)
132	自拟排石汤治疗泌尿系结石 20 例临床分析	王文凤等(132)
133	中医在全科医疗中的作用	刘一芳 (132)
134	小儿惊厥的抢救及护理	周 成等(133)
135	基层单位全科护士开展情况的调查与分析	李长林 (133)
136	浅谈在全科医疗中的护理工作	王丽琴等(134)
137	全科医疗中的社区护理	邵永琴 (136)
138	老年肺心病患者的家庭护理指导	张静娟 (137)
139	老年性痴呆家庭护理中应注意的几个问题	李晓茹 (137)
140	精神科护士应掌握老年病人的临床用药特点	冯慧萍 (138)
141	老年人的心理保健	吕文秀 (138)
142	临床儿科的心理护理	程琪梅等(139)
143	内科老年病人的护理体会	刘彩凤等(139)
144	注重老年骨折患者的心理疏导及护理	李玉英 (140)
145	脑外伤迟发性昏迷护理分析	居兴云 (140)

146	感冒通 2 片致血尿一例的治疗护理	张秀玲等(141)
147	小儿急性中毒洗胃操作中的护理技术	周 成等(142)
148	老年患者前列腺术后并发肺动脉栓塞的预防和护理	唐维佳等(143)

小会交流(C 组)

149	浅谈老年慢性病人家庭护理的重要性	张兰萍 (144)
150	关于农村发展全科医学的几点思考	李如松 (144)
151	关于 21 世纪大连社区医疗服务的设想和建议	范成明等(145)
152	全科医学临床问题研究	郭和顺 (145)
153	怎样做一个跨世纪的全科医生	吴学斌 (146)
154	人口老龄化与全科医学	秦文斌 (146)
155	全科医学发展策略	何进梅 (148)
156	卫生改革和全科医学	范中一 (149)
157	试论沈阳市社区医疗卫生保健服务的现状及发展对策	林 新等(149)
158	浅谈如何办好家庭病床	汪书琼 (151)
159	从新医学模式浅谈医德修养与医患关系	刘占军等(151)
160	乡镇卫生院培养全科医生的我见	姚正平 (152)
161	全科医学人力培训要体现中国特色	谭波涛 (152)
162	如何开展全科医学教育和培训	张桐桂 (153)
163	对全科医学模式的认识及课程设置探讨	张锦明 (154)
164	培养全科医生,提高医疗质量	巩日云 (154)
165	浅谈视听教育与全科医学教育	邓文军等(155)
166	初级卫生保健纳入社区全科医疗管理的探讨	张祖亮 (155)
167	全科病区 587 例分析	于鑫坤 (156)
168	包虫病的诊断与治疗的进展	徐明谦 (157)
169	小儿病毒性脑炎 82 例临床分析	何貽玉 (157)
170	老年人用药的注意事项	王晓瑜等(158)
171	社区脑血管病防治	王遂恩等(158)
172	伊曲康唑治疗真菌性阴道炎 36 例临床分析	詹俊华 (159)
173	胃粘膜淋巴小结形成与幽门螺杆菌感染	杨开洵等(159)
174	防治宫内上环出血 91 例临床观察	詹俊华 (160)
175	老年高血压病患者高胰岛素血症与血脂、血管紧张素的关系	马维红 (160)
176	病例报告二例讨论	谭梅珍 (160)
177	一个梗阻性型心肌病家系调查研究	曲政海等(161)
178	378 例伤寒临床分析	李继华等(161)
179	老年高脂血症用藻酸双脂钠治疗降低血脂减少并发症 234 例 临床观察	王秀英 (162)
180	对社区中不同生命周期的主要健康问题的识别及预防	葛志芬 (162)
181	家庭与健康	唐宝陆 (163)
182	发展全科医学 提高老年人生命质量	李 虹等(163)

183	12804 名 0-7 岁民、汉健康儿童母乳喂养情况调查.....	杨望平等(163)
184	老年心理变态及相应对策	韩丽菊 (164)
185	300 名青年婚前性教育调查结果分析.....	姚宝新 (165)
186	论开展社区服务与儿童健康教育	杨明坤 (165)
187	我国离退休职工卫生与保健	朱淑珍 (166)
188	老年人的医疗保健及社区医疗保健	刘 欣 (167)
189	发展家庭医生与社区医疗保障	兰东芝 (167)
190	老年病人院内感染易感性及防治管理	陶 虹等(167)
191	加强基层医疗单位全科医学的发展	朱永辉 (168)
192	产后出血的预防及处理	潘永华 (168)
193	乡村医生与城市医学专家协调合作	任传家等(169)
194	脂肪肝危险因素的病例对照研究	王连成等(169)
195	社区康复卫生服务的实践与探讨	关书政 (170)
196	在社区服务时对心肌梗塞的早期急救	房滨堂 (171)
197	老年病人的就诊心态及调适	周贵才 (172)
198	以城市初保网络各依托全面推进社区卫生服务	彭巨亚 (172)

1. 发展我国全科医学策略的思考

卫生部科教司 周东海

全科/家庭医学近卅年来在世界范围内有了长足进展,已经成为初级保健领域内相当成熟的新学科。全科医生立足于社区,向个人和家庭提供集治疗、预防、保健、康复于一体,综合、连续、协调而又方便、经济、优质的基本医疗服务,它与各种医疗服务互相配合,优势互补,成为世界公认的初级保健服务的好模式。

世界全科医生组织前任主席李仲贤博士向我国提供的一份报告中指出:“医疗保健系统若不是以受过良好训练、采用现代方法的全科医生为基础,便注定要付出高昂的失败代价。”经过对国外全科医学的研究及对我国初级保健经验的总结,在 97 年 1 月 15 日颁发的《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,培养全科医生。”李鹏总理在全国卫生工作会议上的讲话及陈敏章部长的工作报告中,都提出了同样的要求。

随着经济发展、科技进步以及人民生活水平的提高,人民群众对改善卫生服务和提高生活质量有了更多更高的要求。工业化、城市化及人口老龄化进程加快,与生态环境、生活方式及精神、心理、社会因素相关的卫生、健康问题日趋加重。慢性非传染性疾病患病率上升。一些传染病、地方病仍危害着人民健康,有些新的传染病对人民健康构成重大威胁。这一切要求我国卫生事业有一个大的发展与提高。同时,也要求卫生体系、卫生服务模式及卫生人力结构也必须有相应的变化。中共中央和国务院的决定中明确要求“改革城市卫生服务体系,积极发展社区卫生服务,逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”。“加强农村卫生工作,实现初级卫生保健规划目标”。为实现这一要求,就需要培养一支适应社会需求、结构合理、德才兼备的专业卫生队伍。总结我国加强农村和基层卫生服务的经验,回顾国际上全科医学的发展历程,我们形成了这样的概念:全科医疗是加强初级卫生保健的途径,全科医学是生物、心理、社会医学模式的体现,全科医生是三级医疗预防保健服务网络的中坚,以全科医生为基础,全科医生与专科医生相配合,治疗与预防保健相协调的卫生体系是提供最佳卫生服务的基础。

全科医学的发展涉及到服务模式、人才培养、相关政策等方面,思考发展我国全科医学的主要策略应该包括:

1. 积极发展社区卫生服务,开展全科医疗。

改革城市卫生服务体系,使基层卫生机构与城市大医院合理划分功能,充分利用卫生资源。基层卫生机构要以人为中心,以社区、家庭为服务对象,开展疾病预防、常见病与多发病的诊治、伤残康复、健康教育、计划生育技术服务、妇幼及老年保健等工作。城市大医院主要从事疑难急重病症的诊疗,结合临床实践开展教学与科研工作,不断提高医学科技水平。而大医院的社区保健科、综合病房、老年病房、门急诊等科室,也应该配备全科医生,与专科医生相配合开展医疗服务。加强农村卫生组织建设,完善县、乡、村三级医疗预防保健网,调整其结构和功能。在社区、基层开展防治保康综合

服务,对病人实行连续、综合、协调照料,这样的卫生服务要求和模式是发展全科医学的需求前提,是全科医生发挥其优势的必要基础。

2. 发展以培养全科医生为目标的多层次全科医学教育体系。

国外的全科医生培训一般都是在医学院本科毕业后进行,培训时间为2—3年,经考试合格后才能从事全科医疗工作。鉴于我国经济、教育发展的实际情况,现阶段不可能以这种方式作为培养全科医生的主要形式,而应以基层医生的在职教育为重点。广大在乡镇卫生院、厂矿医务室、学校校医室、城市街道医院、社区诊断所及部队团队卫生所等基层工作的医生,其服务的性质、任务、范围以及服务对象对他们的要求都与全科医生很接近,他们是初级保健工作的骨干,他们大都热爱本职工作,了解基层服务需求,渴望学习提高,他们应该是当前培养、发展我国全科医生队伍的主要对象。专科及本科医学专业的成人学历教育应按全科医学体系设置课程,同时还要通过不同形式的非学历全科医学教育,使培训对象扩充知识、更新观念、发展能力,实现全科化转型,以适应开展全科医疗服务的要求。

在医学院校的普通本、专科教育中应开设全科医学的必修课和选修课,使医学生了解全科医学的理论原则及实践技能要求,认识全科医学在实现“人人享有卫生保健”的目标,加强农村、基层卫生服务,提高全民族健康素质的战略中的地位和作用,增加对全科医学的兴趣,为使他们成为全科医生或为将来全科、专科医生间的合作打下基础。

在有条件的地方或单位,试行全科医生住院医师规范化培训,“科班”培养全科医生。这样的全科医生在培养方式和专业水平上与国外接近,将来在提高我国全科医学水平方面,他们可以成为骨干,同时,也积累我国规范化培养全科医生的经验。

随道全科医生队伍的形成,全科医学继续教育也将提上日程,通过继续教育使全科医生不断改进服务,发展能力,提高水平,逐渐培养出学科带头人。

3. 以全科医学为指导,提高乡村医生教育水平。

广大乡村医生服务在农村卫生工作的第一线,随着经济发展,农民卫生服务需求也不断提高,要求提高乡村医生的业务水平,通过对他们的业务培训,至2000年,80%的乡村医生将达到中专水平。尽管乡村医生学历层次偏低,与合格的全科医生还相距甚远,但是,我们仍然可以把全科医学的一些理论原则和实践技能要求融于乡村医生培训及复训之中,从而提高他们的初级保健工作能力。为了提高面向广大农民的基本卫生服务水平,全科医学教育涉及乡村医生培训领域,不仅是必要的,而且也是可能的。

4. 培训全科医学师资,编写教材,建立培训基地,发挥专科医生的指导作用。

培训师资、编写教材、建立基地是建立全科医学培训体系的重要条件。当前,我国还没有形成一支合格的全科医生队伍,特别是缺乏高水平的全科医生,因而,在师资培训、编写教材以及医院中带教等方面必须依靠专科医生,发挥他们的业务专长和指导作用。当然,这些专科医生也必须通过学习,使自己对全科医学有比较深刻的理解,首先是转变观念,认识全科医生在卫生服务体系中的地位、作用及工作需要,这样,他们的指导和帮助才能适应全科医生的培训要求。

全科医生培训基地包括:有条件承担住院医师培训的二、三级医院和已经开展全科医疗服务的社区卫生服务网,包括社区全科医疗中心及全科医疗诊所。在医院培养着重疾病的诊断治疗,某些急重症的处理及其技术操作的掌握,了解专科检查治疗手段及设

备应用。在社区卫生服务网络培训，着重于建立家庭、社区保健观念，综合、连续、协调服务的观念，培养处理社区保健中临床问题及健康问题的能力，体验社区服务中的医患关系，体验个体健康与疾病的连续性以及如何在家中照顾个人，在社区中照顾家庭。对培训基地的要求应该是具有较强的教学意识并按照全科医学观点和要求组织教学和带教。

5. 制定相关政策法规及学术组织支持全科医学发展。

卫生行政部门应把全科确定为与内、外、妇、儿等学科相平行的临床医学专科，从而使全科医学在我国确立其学科地位。国家人事部门建立全科医学技术职称系列，确立全科医生的技术水准及职责要求。国家教委认可把医学成人高等教育中的临床医学专业，改为全科医学专业，以全科医生为培养目标，并依此改革课程体系及教学组织安排，对生源的专业背景及工作经历提出必要的要求，条件成熟的地方，应建立全科医学会，作为推动和发展全科医学的学术组织。

6. 积极开展全科医生培训，严谨认定全科医生资格。

通过多层次、多形式大力开展基层卫生技术人员，特别是基层医生的全科医学教育是十分必要的，这样有助于提高他们的服务水平，有助于实现优先保证全民基本卫生服务的要求。由于长期以来我国经济、教育、卫生发展处于较低水平，造成基层、农村卫生技术人员水平差异大，队伍总体素质偏低，因此不能不加区别地将凡参加过培训，甚至只要是在基层工作的医生就都自然成为全科医生，那样做不仅不利于真正提高基层卫生人员的水平，而且会有损全科医生的形象和声誉，不利于全科医学的健康发展。有关部门正在制定全科医生职称系列、资格标准。应该按照规定要求，依据受训者的学历背景，接受培训的层次、考核情况，按照程序严谨地确定全科医生的任职资格，在这一点上与对专科医生的要求，不应有任何不同。

7. 把发展全科医学、培养全科医生纳入建立医疗保险体系的总体策划之中。

以全科医生为基础，全科与专科相协调的卫生服务体制是很多国家加强初级保健，提高卫生服务水平的成功经验或是追求的目标。全科医生解决卫生保健中大部分临床问题，只把很少一部分病人转给专科医生治疗。在医疗保险的付费规定中，通常要求实行由全科医生首诊和转诊制度，否则患者医疗费用保险公司拒付。这样的制度有利于加强全科医生在治疗第一线服务及其与专科医生的关系。我国在进行医疗保险制度改革过程中，有必要研究、借鉴国外经验，从我国实际情况出发，制定相应的办法。当然，初级保健医生水平的提高、社区公众对他们的信任度和必要的设备条件的配备是保证医疗服务质量的基础。

8. 全科医学发展应积极试点，稳步推进。

全科医学在我国的发展将涉及到卫生服务模式、医学教育、卫生人力政策、医疗保险体制以及传统观念和习惯势力的影响等等，而且我国地域辽阔，经济、文化、教育、卫生差异都很大，因此，要加快发展全科医学决不能限于一般号召，要在以往试点经验的基础上，认真分析研究，进一步深入和扩大试点。中央和地方可以有不同层次，不同地区的试点，在综合试点中应该把对全科医生的培养、使用、提高，全科医疗的开展、推广以及相关政策、制度、措施的制定结合起来，这样的试点才有实效，才可借鉴，才具生命力。

发展全科医学、培养全科医生应纳入地方区域卫生规划之内,适应卫生改革与发展的需要,适应优先保证全民基本卫生服务的需要,适应提高卫生服务水平的需要。

2. 开展全科医疗 完善社区卫生服务

天津市河东区卫生局(300171) 董燕敏

天津市河东区是城市社区,全区面积40.18平方公里。行政划分19个街道,328个居委会。全区居民家庭20.7万户,其中核心家庭占65.04%。居民人口61.83万人,其中60岁以上老年人口占13.62%。

区属医疗卫生机构19所,其中二级医院4所,一级医院12所。在岗职工1966人,其中卫技人员1547人。

河东区卫生局自1992年引进全科医学概念。几年来在区委区政府、市卫生局领导与专家指导下,结合本区实际情况,积极开展全科医疗,深化卫生改革,加强社区卫生服务,取得一些成绩。

一、引进全科医疗 探索城区工作模式。

河东区卫生局自1992年,从组织管理、医学教育与社区实践三方面进行探索。到1995年6月,完成了“城市社区全科医疗模式的研究”课题。主要开展以下工作。

(一) 建立组织体系 加强内部管理

1. 初步建立与全科医疗相适应的组织管理体系,区卫生局成立“全科医疗领导组”下设“全科医疗工作部”。全区成立“河东区全科医学研究会”。基层医院成立“全科医疗工作部”。社区内建立“全科医疗站”。社区支持系统。

2. 实施全科医疗站统一管理

全科医疗站的设置。

全科医疗站的管理。

(二) 开展医学教育 培养全科医生

几年来以教育为先导,明确教育目标,制定多层次的教育计划,设立多种形式培训课程。93年举办“全科医学中专班”,学制三年。招收学员62名。96年举办“全科医学大专班”,包括预科班,学制四年半。招收学员60名。培训师资队伍。人员36名。强化培训120学时,建立实习基地,完成天津医科大学“全科医学大专班”80人和河东区“全科医学中专班”59人的带教实习任务。进行岗位培训1186人次,计1668学时。开展继续教育42人,计140学时。参加首都医科大学“全科医学高级研修班”,“全科医学系列讲座”。培养学术带头人及技术骨干。

(三) 建立全科医疗站 探索服务模式

1. 全科医疗站状况

全区建站23个。服务范围为76个居委会,45600户,159600名居民。占全区总人口25.81%。

卫技人员73名,与服务社区人口比例为1:2186。

职称分析：高级职称 3 名；中级职称 22 名；初级职称 48 名。专业分析：医疗专业 28 名，占 38.4%；护理专业 24 名，占 32.8%；中医专业 4 名，占 5.5%；公卫专业 17 名，占 23.3%。

2. 全科医疗服务模式

服务特点：以个人为中心，以家庭为单位，以社区为范围开展个体化、连续性、综合性、协调性与可及性服务。服务项目：诊疗项目，预防保健项目（计划免疫），妇女保健项目（妇女常见病普查），儿童保健项目，慢性病管理项目，心理咨询与健康教育。服务方法：门诊服务，家庭服务，转诊、会诊服务，周期性健康检查及各种便民措施。服务策略：确定服务范围，开展社区调查。建立健康档案，推行家庭卫生保健合同，革新临床策略。

二、发展全科医疗 深化社区卫生服务

（一）全科医疗是基层医疗机构的改革方向

全科医疗的服务特征使其成为提供高质量初级卫生保健的有效途径，显示了旺盛生命力。

解决了社区常见健康问题。

强化了家庭医疗保健服务。提高了工作效率。增加了社会效益和经济效益。

目前，区卫生系统各级领导，全科医生，相当一部分卫技人员和居民已经认识到，全科医疗不是内外妇儿的临床综合，全科医生也不是万金油和赤脚医生。全科医疗包含了防治保康的全过程。生理—心理—社会的全方位，个人—家庭—社区的全范围，以及一级——二级——三级预防的全层次。这既标志着学术领域由一门新兴学科的产生与发展，也指导着工作领域内基层医疗机构的改革方向。

（二）全科医疗是社区卫生服务的最佳模式

社区卫生服务的学科基础是全科医学。全科医疗为社区提供高质量初级卫生保健，是社区卫生服务最佳模式。

实践证明全科医疗站深入居民区，开展全科医疗是社区卫生服务的很好形式。但不是唯一的形式。其原因有三：

一是全科医疗站受其房屋、条件所限，硬件软件的发展都受到限制。全科医学作为一门医学专科，社区卫生服务就其水平都有高中低不同层次。以长远来看，全科医疗站还是一种较低层次的形式。

二是社区卫生服务是基层广大卫技人员的主要职责，需要大量全科医生。全区 60 多万人口的社区卫生服务不能仅靠几十人去完成。基层卫技人员面临从专科向全科转向的课题，这是全科医疗站不能解决的。

三是基层医院有一定规模，作为社区卫生服务中心，要发挥这一卫生资源的作用，需要一场全方位的改革。

因此，除全科医疗站以外，应该探索医院转型，以适应全科医疗的发展，社区卫生服务的需要。

（三）全科型医院是全科医疗的发展趋势

为了进一步发展全科医疗，在社区实践上我们一方面加强全科医疗站的内涵建设，另一方面着手探索建立全科型医院。

1. 强化全科医疗站的管理

实现“四化”：功能全科化、操作程序化、管理规范化和档案标准化。五统一：统一门诊日志、出诊日志、急救记录、进药渠道、统计报表。部分全科医疗站探索转、会诊网络与运行机制。重点业务工作指标。

2. 探索筹建全科型医院

全科型医院是以医院为主体开展全科医疗。它比全科医疗站规模大、人员多、层次高。其服务网络与科室建制，服务内容与临床策略，服务方式与运行机制都应体现全科医疗的基本特征。

三、普及全科医疗，建立新型基层医疗保健体系

(一) 工作思路

我们的目标是坚决贯彻“决定”精神，以改革为动力，在基层医疗机构，广泛普及全科医疗，建立新型基层医疗保健体系，积极发展社区卫生服务。

我们的思路为“树立一个宗旨，更新五个观念，实现四个扩大，加快三项改革，探索多种形式”。

树立一个宗旨。即全心全意为人民服务的宗旨。更新五个观念。即生物—心理—社会医学模式；三级预防综合性保健观念；社区大卫生观念；新型医患关系观念；社会主义市场经济观念。实现四个扩大。即从院内服务扩大到院外服务；从治疗服务扩大到预防服务；从技术服务扩大到社会服务；从生理服务扩大到心理服务。

加快三项改革。即机构体制改革；服务体系改革；运行机制改革。

探索多种形式。认真理解社区卫生服务精髓重在内涵，发展多种形式不拘一格。

(二) 具体作法

1. 依靠各级政府领导，支持社区卫生服务

2. 创建文明行业，建立各种承诺制度

3. 针对需求开拓社区服务领域，扩展社区卫生服务功能。

重点人群，抓老抓小。常见病种，抓早、抓晚、抓急。服务类型，向家庭、向护理、向便民发展。医院内组织机构配套改革。

4. 加强卫生技术队伍的全员建设

更新观念。解决卫技人员不愿干全科医疗，而习惯于专科模式的认识问题。更新知识。逐步掌握全科医生应有的知识、技能和态度（技巧），解决不会干的问题。更新方法。调研社区卫生需求，探索各种方式方法，使居民得到优质、低价、方便性卫生服务。使居民信任，让居民满意。树立医务工作者全心全意为人民服务的良好形象。

总之，学习“中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定”精神，我们深刻认识到社区卫生服务是基层医疗机构的主要职能，是基层广大医务人员的主要职责。今后我们一定要认真贯彻《决定》精神，想实招，办实事，求实效，真正做到为人民健康服务，为现代化建设服务。

3. 吸取经验发展我国的老年卫生保健事业

北京市老年病医疗研究中心 项曼君

我国的一些大城市已经面临着人口老龄化的挑战, 解决老年人的医疗保障问题已经刻不容缓。老年人的医疗保障问题, 不只是卫生问题, 也不是仅靠卫生部门所能解决的, 它是老年社会保障系统工程中的一个重要组成部分, 做好老年人的卫生保健和老年社会保障同样都是维持社会经济可持续发展的重要一环。根据我国人口老化的发展超前于社会经济发展的特点, 就如何实现 2000 年人人享有卫生保健(包括老年人)的目标, 促进健康老龄化的发展, 在收集参考国内外有关资料基础上, 谈一些设想。

2000 年人人享有保健目标的核心是体现卫生保健的公平性和优先选择权, 实现所有人都能在社会上经济上和精神上过上有创造性的生活, 使之能达到与其经济发展相适应的最好的健康水平。它意味着丧失活动能力者应得到更多的保健和特殊服务。站在这个出点, 首先回顾一下现状。

一、我国老年人的卫生保健的现状

改革开放以来, 我国卫生经费的总额逐年增加, 由 1975 年占国民生产总值 2.4%, 上升到 1987 年占 3.2%。各种来源的实际人均卫生费用, 在 1980—1988 年内年增长率为 11%, 高于同期国内生产总值的年增长率(8%), 每千人享有的病床数和医生数也有提高。但是与人口老化发展的形势与对卫生保健的需求相比, 以下几方面是值得思考的:

1. 卫生工作中的预防为主方针未到位: 由于历史的原因我国这一代老人文化水平低(老人中的文盲率城区 50%, 农村 90%)医学卫生知识贫乏。中青年时期生活较艰苦, 经济收入偏低, 长期的艰苦生活形成的价值观, 养老观, 无视促进健康上的消费, 自我保健意识不强, 迫切需要加强普及疾病预防知识。但目前的实际情况是在我国卫生经费逐年上升的情况下, 受市场经济等因素影响, 高层次医院占用的比重从 1980 年的 38% 上升到 1987 年的 48%, 用于卫生院和防疫站的比重均下降。使开展健康教育和多种疾病预防工作严重缺乏资金, 促进健康的宣传和对老年人慢性病预防的管理及指导支离破碎, 是现有卫生服务中的薄弱环节。随着近年来生活水平的改善, 一些与不良卫生行为有关的疾病, 如心脑血管疾病, 糖尿病的发病均连年大幅度增长。以老年人的高发的高血压为例, 在一份对七城市社区老人的调查看到, 测到有高血压的老人中知道自己的高血压病史者只占 1/2, 其中又仅有 1/4 坚持治疗。这些事实指出在我国老人中开展健康教育的紧迫性和必要性。

2. 老人中的慢性病患病率和伤残率都高于年青人, 但卫生服务的利用率相对低于年青人。根据卫生部 1993 年的全国调查资料表明(表 1) 60 岁以上老人的慢性病患病率是全体人群的 3.2 倍, 伤残率是 3.6 倍, 提示老人需要的卫生服务是大量的, 远超出老年人口占总人口的比例。但是同一个调查中又显示 60 岁以上老人的卫生服务利用率相对于其健康状况是处于低水平的, 他们的就诊率和住院率仅是全体人群的 1.4—1.8

倍。农村老人的患病率和伤残率高出全人群的比例较之城市的相应数字更大，但是就诊和住院率相对又低于城市。在北京市的调查中看到，70 岁以上老人就诊次数较 70 岁以下组低。

表 1 60 岁以上人群患病及卫生服务利用情况
与全体人群的比较 (1993) *

	60 岁及以上			全人群		
	总体	城市	农村	总体	城市	农村
两周患病率‰	250. 0 (1. 79)	309. 5 (1. 77)	216. 0 (1. 67)	175. 2	128. 2	140. 1
慢性病患者率‰	540. 3 (3. 18)	789. 3 (2. 76)	398. 2 (3. 05)	169. 0	285. 8	130. 7
残疾率‰	76. 7 (3. 57)	57. 3 (3. 57)	87. 7 (3. 95)	21. 5	19. 5	22. 2
两周就诊率‰	279. 5 (1. 64)	354. 0 (1. 78)	231. 5 (1. 44)	169. 5	198. 8	159. 7
住院率‰	61. 0 (1. 70)	86. 9 (1. 70)	46. 2 (1. 50)	35. 6	50. 4	30. 6

* 资料来源：1993 年国家卫生服务总调查分析报告。

() 内数字示 60 岁以上组与全人群相应数字的比值。

老年人的医疗服务利用率除受患病病种，严重程度影响外还与他们的经济，环境等多种因素有关。城市老人中 90% 享受全额或部分公费，农村 90% 自付医药费，享受公费者利用率高于自费者。北京市老人中认为医药费负担过重的城市有 25.4%，山区有 51.4%。城市老人中自报就医有经济困难的有 9.1%，农村有 23.4%，山区高达 44.9%，对医疗风险的承受力十分脆弱。老人就医尚有行动困难，交通不便等问题；13.3% 老人认为行动不便，92 年报告交通不便的有 9.5%，94 年这数字已减少到 5.7%。

与发达国家对比，我国的卫生资源和卫生投入相对较低（表 2），但卫生资源分配和利用上也有一些不尽合理之处。人均年收入城市是农村的 2.6 倍，但医疗费支出在城市为其人均年收入的 5.33%，在农村却为 7.6%，农村高于城市。近 10 年来享有公费医疗的人所取得的卫生保健服务比过去多得多，而不享受医疗福利者所取得的卫生服务比过去明显减少。由于医疗费负担方式上的差别，过度消费，盲目抢救以延续生存时间和限于条件得不到最基本的医疗保障的情况均屡见不鲜。这些都加剧了医疗服务中的供求矛盾。

表2 世界几个国家部分卫生指标的比较 (1991)

	60 岁以上人口	每千人口	每千人口	医疗卫生经费
	比例 (%)	医生数	病床数	占 GNP%
美国	17	2.38	5.3	12.7
加拿大	16	2.22	16.1	9.1
日本	17	1.64	15.9	6.5
澳大利亚	15	2.2	5.6	7.7
新加坡	8	1.09	3.3	1.9
巴西	7	1.46	3.5	4.2
中国 (1993)	10.3	1.9	2.3	3.2

3. 老年人患病的特点是以慢性不易治愈的疾病多, 决定了他们对医疗服务的需求除了急性期医疗外更多的是长期性照料。瑞士适应老年人增加, 病床数增加的情况是急性病床数每十年翻一番, 而慢性病的病床数每五年翻一番。我国只有少数省市有专门的老年医院或老年病房, 长期照顾的机构寥若晨星。以社区为基础的康复和照顾远不能适应日益增长的需要, 机能康复率低, 90% 以上的长期照顾由家属在没有有效的社会支持下承担, 给提供照顾者带来很大的精神压力。

综合以上来看, 目前老年人的卫生保健缺乏全面统筹安排, 在疾病治疗上苦乐不均, 老人花费少又有实效的预防, 康复等一些长期效应的服务严重不足, 对家庭养老中不能自理老人的照顾问题尚无适当对策, 因此为老年人提供一种可得可及又乐于被老人接受的完整卫生服务是目前我国急待研究的问题。

二、国外老年卫生保健工作发展的动向

医疗服务方式和组织结构适应人口老化, 卫生服务对象转换出现的需求内容的变化进行调整, 是多数国家医疗改革的焦点。由于老年人的患病多数是难以治愈的慢性病, 根据长期的实践, 各国已逐步把老年保健工作的重心集中到更有成效的预防功能减退, 维持老年人的躯体活动自主 (autonomy)。促进健康的老龄化已成为卫生保健的最终目标, 以多种方式满足老年人身心需要提高老年人的生活质量列为优先的选择。在具体策略中颇具参考价值的动向有以下几点:

1. 从世界范围来看, 卫生服务正在沿社区 - 医院逆向医院 - 社区的道路发展。有很多事例可以看到走社区保健的优势。美国医疗费用的增长速度高居各国榜首, 结合医疗改革, 正处于重新认识初级保健的过程。美国的通科医生在 1949 年占全国医生的 60%, 1988 年减少到 30%, 90 年以后进一步减少到 20%, 而其他发达国家从事初级卫生保健的通科医生多在 50%。医生在地理上的分布不平衡在美国持续存在, 而英国的分配医生的政策, 排除了乡村和城市贫民区医生补充不足, 英国的卫生开支所占的 CNP 比例只是美国的 1/2。美国的业内人士提出应该改变通科医生比例过低的现状, 克林顿已决定要使至少 50% 的医学生在毕业后成为全科医生。近 20 年来他们也开始重视支持家庭保健。