

全国卫生专业技术资格考试指导

2014

附赠考试大纲

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 编写

权威
畅销书

全科医学

适用专业

全科医学（中级）

全国卫生专业技术资格考试指导

2014

附赠考试大纲

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 编写

全科医学

适用专业

全科医学（中级）

图书在版编目(CIP)数据

2014 全国卫生专业技术资格考试指导. 全科医学/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写. —北京:人民卫生出版社,2013
ISBN 978-7-117-17709-2

I. ①2… II. ①全… III. ①医学-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 ②家庭医学-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 IV. ①R-42 ②R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 180675 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!

2014 全国卫生专业技术资格考试指导
全科医学

编写: 全国卫生专业技术资格考试专家委员会

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: 北京市卫顺印刷厂

经销: 新华书店

开本: 787×1092 1/16 印张: 51

字数: 1306 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 978-7-117-17709-2/R · 17710

定价: 135.00 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)

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,自 2001 年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

依据《关于 2013 年度卫生专业技术资格考试工作有关问题的通知》(人社厅发[2012]110 号)文件精神,临床医学以及中药学初级(士)、初级(师)、中级、中医护理学初级(师)、中级等 65 个专业“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4 个科目的考试均采用人机对话的方式进行。其他 52 个专业的 4 个科目仍采用纸笔作答的方式进行考试。

为了帮助广大考生做好考前复习工作,特组织国内有关专家、教授编写了《2014 全国卫生专业技术资格考试指导》全科医学部分。本书根据最新考试大纲中的具体要求,参考国内外权威著作,将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来,以便于考生理解、记忆。本书全文分为三篇,与考试科目的关系如下:

“基础知识”:考试内容为考试指导第一篇的内容;

“相关专业知识”:考试内容为考试指导第二篇的内容;

“专业知识”:考试内容为考试指导第三篇的内容;

“专业实践能力”:考试内容为考试大纲中列出的常见病种。主要考核考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有知识的综合应用能力。这一部分将采用案例分析题的形式考核,沿时间或空间、病情进展、临床诊疗过程的顺序提问,侧重考查考生对病情的分析、判断及对临床症状的处理能力,还涉及到对循证医学的了解情况。考生的答题情况在很大程度上与临床实践中的积累有关。

欢迎广大考生和专业人士来信交流学习:zgks2009@163.com。

第一篇 基础知识

第一章 全科医学概论..... 1	第五节 健康教育与健康促进计划设计、实施与评价 103
第一节 全科医学..... 1	第六节 社区健康教育与健康促进..... 108
第二节 全科医疗..... 3	第六章 儿童保健..... 113
第三节 全科医生..... 9	第一节 小儿生长发育..... 113
第四节 临床预防 17	第二节 小儿营养和喂养..... 120
第五节 以家庭为单位的健康照顾 ... 25	第三节 计划免疫和预防接种..... 122
第六节 居民健康档案 29	第四节 新生儿保健..... 135
第二章 基本卫生保健概论 32	第五节 儿童系统保健管理..... 138
第一节 初级卫生保健概述 32	第六节 儿童营养性疾病..... 139
第二节 社区预防保健概述 35	第七章 妇女保健..... 143
第三节 建设覆盖城乡居民的基本卫生保健制度 40	第一节 妇女保健学概论..... 143
第三章 流行病学方法 57	第二节 青春期保健..... 144
第一节 流行病学概述 57	第三节 婚前保健..... 146
第二节 疾病分布 58	第四节 围产期保健..... 147
第三节 现况调查 59	第五节 围绝经期及绝经后妇女保健..... 157
第四节 病例对照研究 61	第六节 计划生育..... 159
第五节 社区干预试验 62	第八章 老年保健..... 163
第六节 社区卫生资料收集的方法 ... 64	第一节 老年人特点..... 163
第七节 流行病学研究中常见偏倚 ... 67	第二节 老年人健康综合评估..... 168
第四章 医学统计方法 69	第三节 老年保健实施..... 171
第一节 概述 69	第四节 老年常见健康问题..... 173
第二节 资料特征的描述性分析 71	第九章 社区用药..... 181
第三节 资料的统计推断 78	第一节 药理学基础..... 181
第四节 常用卫生统计指标 85	第二节 特殊人群用药原则..... 183
第五节 统计表与统计图 89	第三节 药品不良反应与不良事件..... 190
第五章 健康教育与健康促进 93	第四节 抗感染药物合理应用..... 194
第一节 概述 93	第五节 常用解热镇痛药物..... 213
第二节 传播及其相关理论 96	
第三节 行为及其相关理论 99	
第四节 健康心理..... 101	

第二篇 相关专业知识

第十章 妇科疾病 217	第六节 口腔白斑病 305
第一节 月经病..... 217	第七节 智牙冠周炎 305
第二节 妇科炎症..... 219	第八节 口腔保健 306
第三节 子宫内膜异位症..... 224	第十五章 皮肤病与性传播疾病 310
第四节 流产..... 225	第一节 病毒性皮肤病..... 310
第五节 异位妊娠..... 227	第二节 真菌性皮肤病..... 312
第六节 常见肿瘤..... 228	第三节 湿疹皮炎类皮肤病..... 315
第七节 葡萄胎..... 232	第四节 物理性皮肤病..... 318
第八节 不孕症..... 234	第五节 痤疮..... 320
第十一章 儿科疾病 236	第六节 斑秃..... 321
第一节 新生儿疾病..... 236	第七节 酒渣鼻..... 322
第二节 呼吸道疾病..... 239	第八节 白癜风..... 322
第三节 消化道疾病..... 242	第九节 荨麻疹..... 323
第四节 肾脏疾病..... 245	第十节 银屑病..... 323
第五节 神经系统疾病..... 247	第十一节 细菌性皮肤病..... 325
第六节 川崎病..... 250	第十二节 性传播疾病..... 326
第七节 先天性髋关节脱位..... 250	第十三节 外用药物疗法..... 330
第八节 小儿常见传染病..... 251	第十六章 精神疾病与精神卫生 333
第十二章 眼科疾病 257	第一节 概述..... 333
第一节 屈光不正..... 257	第二节 精神分裂症..... 336
第二节 感染性眼病..... 263	第三节 心境(情感)障碍..... 338
第三节 青光眼..... 269	第四节 分离(转换)性障碍..... 340
第四节 白内障..... 272	第五节 神经症性障碍..... 341
第五节 眼部化学性烧伤与异物伤..... 273	第六节 躯体疾病所致精神障碍..... 344
第六节 眼底病..... 275	第七节 精神卫生..... 345
第十三章 耳鼻咽喉科疾病 280	第十七章 康复医学 350
第一节 耳部疾病..... 280	第一节 基本概念..... 350
第二节 鼻部疾病..... 284	第二节 康复评定..... 352
第三节 咽喉部疾病..... 292	第三节 康复治疗..... 356
第四节 耳聋..... 299	第四节 几种常见病的康复..... 368
第十四章 口腔疾病 301	第十八章 中医药技术 382
第一节 龋病..... 301	第一节 中医药的治疗原则与主要治法..... 382
第二节 慢性龈缘炎..... 301	第二节 常见病证的中医治疗..... 387
第三节 急性牙髓炎..... 302	第三节 常用中成药..... 404
第四节 慢性牙周炎..... 303	第十九章 常用临床检验 418
第五节 复发性口腔溃疡..... 304	第一节 临床检验标本采集..... 418

第二节 血液学检查·····	420	第四节 癌症疼痛和姑息治疗·····	443
第三节 尿液检查·····	423	第五节 肿瘤康复与预防·····	446
第四节 粪便检查·····	425	第二十一章 常用影像技术 ·····	448
第五节 临床生化检查·····	426	第一节 X线成像基础·····	448
第六节 临床免疫学检查·····	430	第二节 计算机体层摄影·····	450
第二十章 肿瘤防治 ·····	434	第三节 磁共振成像·····	451
第一节 肿瘤概述·····	434	第四节 核医学基础·····	453
第二节 肿瘤临床表现与诊断·····	438	第五节 超声成像基础·····	455
第三节 肿瘤治疗·····	440	第六节 心电学诊断基础·····	457

第三篇 专业知识与专业实践能力

第二十二章 常见症状鉴别诊断 ·····	461	第二十四章 心血管系统疾病 ·····	518
第一节 发热·····	461	第一节 高血压病·····	518
第二节 胸痛·····	463	第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	525
第三节 咳嗽·····	465	第三节 高脂血症·····	530
第四节 咯血·····	467	第四节 慢性肺源性心脏病·····	532
第五节 心悸·····	469	第五节 心力衰竭·····	533
第六节 水肿·····	470	第六节 心律失常·····	538
第七节 腹痛·····	472	第七节 心肌炎与心肌病·····	544
第八节 呕吐·····	473	第八节 心脏瓣膜病·····	547
第九节 腹泻·····	475	第九节 感染性心内膜炎·····	550
第十节 便秘·····	477	第二十五章 呼吸道疾病 ·····	553
第十一节 呕血与黑便·····	478	第一节 上呼吸道感染·····	553
第十二节 便血·····	480	第二节 慢性支气管炎·····	554
第十三节 黄疸·····	481	第三节 肺炎·····	556
第十四节 腹水·····	482	第四节 支气管哮喘·····	560
第十五节 肥胖·····	484	第五节 支气管扩张·····	563
第十六节 头痛·····	487	第六节 慢性阻塞性肺疾病·····	565
第十七节 头晕、眩晕、晕厥·····	489	第七节 肺癌·····	567
第十八节 昏迷·····	491	第八节 肺栓塞·····	569
第十九节 抽搐·····	493	第二十六章 消化系统疾病 ·····	572
第二十节 关节痛·····	495	第一节 胃炎·····	572
第二十一节 腰背痛·····	496	第二节 消化性溃疡·····	574
第二十三章 神经科疾病 ·····	500	第三节 胰腺炎·····	577
第一节 缺血性脑血管病·····	500	第四节 炎性肠病·····	581
第二节 出血性脑血管病·····	504	第五节 常见恶性肿瘤·····	586
第三节 癫痫·····	508	第二十七章 泌尿系统疾病 ·····	597
第四节 帕金森病·····	511	第一节 尿路感染·····	597
第五节 老年性痴呆·····	514		

第二节 肾小球肾炎	601	第七节 腹外疝	694
第三节 肾病综合征	604	第八节 阑尾炎	696
第四节 间质性肾炎	608	第九节 肠梗阻	697
第五节 肾衰竭	610	第十节 胆石症与胆道感染	699
第二十八章 血液系统疾病	616	第十一节 肛门直肠疾病	702
第一节 贫血	616	第十二节 周围血管疾病	707
第二节 血液系统恶性疾病	622	第十三节 尿石症	709
第三节 出血性疾病	628	第十四节 前列腺疾病	711
第二十九章 内分泌代谢疾病	631	第十五节 泌尿系统常见肿瘤	713
第一节 糖尿病	631	第十六节 骨关节病	716
第二节 甲状腺功能亢进	639	第十七节 除痛治疗	718
第三节 痛风	641	第十八节 临床常用技术	724
第三十章 风湿病	645	第三十三章 常见急症与急救	731
第一节 类风湿关节炎	645	第一节 心脏骤停	731
第二节 风湿热	647	第二节 现场急救基本技术	733
第三节 强直性脊柱炎	650	第三节 休克	735
第四节 系统性红斑狼疮	653	第四节 急性呼吸衰竭	737
第三十一章 传染病	657	第五节 急性呼吸困难	738
第一节 传染病防治	657	第六节 急性呼吸窘迫综合征	740
第二节 病毒性肝炎	658	第七节 自发性气胸	740
第三节 肺结核	663	第八节 急性上消化道出血	741
第四节 细菌性痢疾	665	第九节 癫痫持续状态	744
第五节 霍乱	667	第十节 大咯血	745
第六节 肾综合征出血热	669	第十一节 昏迷	747
第七节 艾滋病	670	第十二节 急性中毒总论	749
第八节 麻疹	671	第十三节 急性一氧化碳中毒	751
第九节 新发与再发传染病	673	第十四节 有机磷农药中毒	752
第三十二章 外科疾病	676	第十五节 镇静催眠药物中毒	754
第一节 创伤	676	第十六节 急性酒精中毒	755
第二节 烧伤	679	第十七节 细菌性食物中毒	756
第三节 外科感染	681	第十八节 电击伤	757
第四节 体表肿瘤及肿块	684	第十九节 中暑	758
第五节 颈部疾病	687	第二十节 淹溺	761
第六节 乳房疾病	691	第二十一节 意外伤害	762

全科医学考试大纲	771
----------	-----

第一篇 基础知识

第一章 全科医学概论

第一节 全科医学

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,用以指导全科医生从事基层医疗保健的知识技能体系。经过多年的发展与完善,全科医学逐渐形成了自己独特的医学观和方法论,弥补了高度专科化的生物医学的不足,实现了医学模式的转变。1969年美国家庭医疗专科委员会成立,成为美国第20个医学专科委员会,标志着家庭医学在世界上的诞生。这一新型学科于20世纪80年代后期引入中国内地,1993年中华医学会全科医学分会成立,标志着我国全科医学学科诞生。

自20世纪50年代以来,慢性非传染性疾病已成为全球严重威胁国民健康的最主要的问题,加之世界各国越来越受到社会老龄化、卫生费用过快增长、医学模式转变和卫生改革的巨大挑战,暴露出传统的专科服务模式对此情况的无奈、低效与高成本的弊端。全科医学符合时代发展的需要,能够有效地应对上述挑战,满足社区居民卫生服务需求,有利于提高基层医务人员的基本素质,提高医疗服务的水平 and 质量;有利于合理利用卫生资源,降低医疗费用;有利于实现人人健康的战略目标,因而引起各国政府和医学界的高度重视。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》中明确指出,要加快发展全科医学,大力培养全科医生。时至今日,国家十余个部门已相继下发了一系列相应的重要文件,制订了许多扶持政策,有力地推动了我国大陆全科医学的发展和全科医师队伍的建设。

一、全科医学的概念

1. 定义 全科医学是面向个人、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医学专业学科,其范围涵盖各种年龄、性别、器官系统的各类健康问题和疾病。其宗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。

2. 研究对象 全科医学的研究对象主要有:

(1)面向社区各类居民:即无论是健康的、高危的和患病的居民,均可为其提供适宜的卫生服务,着重常见健康问题的医疗、康复和预防。

(2)完整的人及其健康问题:即以人为本,以健康为中心,从生物、心理、社会等多层面全面了解病人作为一个完整的人的特征和需要。

(3)家庭的健康问题:即以家庭为单位,了解家庭与个人之间的关系和家庭对健康的影响,沿着家庭周期各个阶段有针对性地为家庭成员提供相应服务。

3. 主要特征 从功能上来看,全科医学是一门独立的临床二级学科,它包括总论和各论两个部分。从服务内容上看,全科医学是一门综合性的临床专科,它不仅涉及临床内外妇儿等

专科的内容,也涉及社会医学、行为科学、预防医学、医学哲学等学科领域的内容。与其他临床专科明显不同的是,其他临床专科都是面对各自划定的服务对象在一定领域范围内不断地朝纵深方向发展,呈现一种深度上的医学专科;而全科医学则是在一定深度上朝横向发展,是一个范围宽广的临床医学专科。它定位于基层医疗、初级卫生保健、社区卫生服务的医学专科。

综合起来,全科医学的主要特征有:

(1)整体医学观:用系统论和整体论的方法来理解与解决人群和个人的健康问题,把医学看成一个整体,把病人及其健康看成一个整体,依靠服务团队为病人、家庭和社区提供协调性整体性服务。

(2)现代服务模式:基于病人的需求,采取以人为本、以健康为中心、以家庭为单位、以社区为基础、以预防为导向的服务模式,注重病人及其健康问题的背景和关系,按照生物-心理-社会医学模式的要求提供全面服务。

(3)独特的方法与技术:以病人主诉和健康问题为导向的临床诊疗方法,基于门诊的综合性服务技能,强调团队合作和人际交流等方面的技术。

(4)突出的服务优势:能够主动地为社区居民提供连续性、综合性、个体化的医疗卫生服务,能够获得良好的成本效益和成本效果。

(5)高度重视服务艺术:全科医学在强调医学科学的同时,还十分注重服务的艺术性,表现为:注重人胜于疾病,注重伦理胜于病理,注重满足病人的需要胜于疾病的诊疗。

二、全科医学与相关领域或学科的关系

1. 全科医学与区域卫生规划 区域卫生规划是以提高一定区域内居民健康为中心,动员并合理配置该区域内全部卫生资源的管理模式。其主要目标是在一个特定的区域内,根据经济发展、人口数量与结构、自然地理环境、居民主要卫生问题和不同的卫生服务需求等因素来统筹规划,确定区域内卫生发展的目标、模式、规模和速度,从而合理配置卫生资源,力争体现协调发展战略,通过符合成本效益原则的干预措施,改善和提高区域内的综合卫生服务能力,向全体人民提供公平、有效、经济、方便、综合的卫生服务。

区域卫生规划要求做到“小病在社区,大病进医院”,使 80% 以上的疾病首先在社区得到处理,必须转诊的病人才被转诊到上级医院。因此发展全科医学教育、培养全科医生是实施区域卫生规划的基础。

2. 全科医学与社区卫生服务 全科医生是社区卫生服务的核心力量。全科医学作为基层医疗保健体系培养这种专门的新型医生的临床医学学科,在重新塑造医生形象、发展照顾医学、承担个体和群体的三级预防、推进卫生改革等方面发挥着重要作用,全科医疗代表了社区卫生服务发展的最佳服务模式。

3. 全科医学与社区医学 社区医学是公共卫生和社会医学在 20 世纪中期深入发展的产物,它以社区为立足点,应用流行病学、社会医学、统计学、人类学等方法和技术,对社区人群的公共卫生问题以及社区卫生服务的组织管理进行全面而有针对性的研究,通过社区健康环境的营造,社区参与、家庭参与及病人参与健康促进和疾病防治的各种活动,达到改善人群的健康水平、促进社区健康等目的。

全科医学是临床医学的二级学科,其内容和研究目标以个体的医疗保健为主,同时又将个体和群体保健融为一体。可见,全科医学在群体服务的目标上与社区医学是一致的,全科医生就自然地成为执行社区医学任务的带头人。在提供社区医学服务过程中所获得的资源,以及

全科医生在社区实践中所获得的自身训练,则为全科医学在社区中的实施奠定了坚实基础。

第二节 全科医疗

一、全科医疗的定义

全科医疗是将全科家庭医学理论应用于病人、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务。这是一种综合了许多学科领域内容的一体化的临床专业。除了利用其他医学专业的相关内容外,还强调运用家庭动力学、人际关系、咨询以及心理治疗等方面的知识提供服务。美国家庭医师学会(AAFP)对家庭医疗(即全科医疗)的定义(1986,2010年)是:“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学专业。它是一个整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。家庭医疗的范围涵盖了所有年龄、性别、每一种器官系统以及各类疾病实体。”

二、全科医疗服务的基本特征

1. 基层医疗保健 全科医疗服务属于基层医疗保健,是一种以门诊为主体的第一线医疗照顾,即公众为其健康问题寻求卫生服务时最先接触、最经常利用的医疗服务,也称为首诊服务。若将基层医疗视为整个医疗保健服务体系的门户和基础,全科医生就是这门户的“守门人”。除了提供优质的诊疗服务,全科医生还应通过家访和社区调查,关心未就医的病人以及健康人的需求。全科医疗以相对简便、经济而有效的手段解决社区居民80%以上的健康问题,并根据需要安排病人及时、适当地利用其他级别或类别的医疗保健服务。

2. 人性化照顾 全科医疗采取以病人为中心的服务模式,重视人胜于重视疾病。它将病人看做有个性、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体健康。为达到这一目标,在全科医疗服务中,医生必须视服务对象为重要合作伙伴,熟悉其生活、工作、社会背景和个性类型,从“整体人”的生活质量的角度全面考虑其生理需求、心理需求、社会需求,以便提供适当的服务(如不同的、有针对性的预防和治疗建议),使其积极参与健康维护和疾病控制的过程。对全科医生来说,只有以病人需求为导向为其提供个体化、人性化的照顾,才能使病人乐于接受,并获得良好的效果。

3. 综合性照顾 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、性别和疾患类型;就服务领域和内容而言,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,要照顾社区中所有的单位、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,包括现代医学与传统医学。因此全科医疗呈现着一体化服务(integrated care)。

4. 持续性照顾 全科医疗是从生到死的全过程服务。其持续性可包括:第一,人生的各个阶段,从婚育咨询开始,经过孕期、产期、新生儿期、婴幼儿期、少儿期、青春期、中年期、老年期直至濒死期,都可覆盖在全科医疗服务之下;当病人去世后,全科医生还要顾及其家属居丧期的保健,乃至某些遗传危险因素和疾病的持续性监测问题。第二,沿着疾病发生发展的自然过程即健康-疾病-康复的各个阶段提供连续性照顾,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,到疾病的早、中、晚各期的长期管理。第三,任何时间地点,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,要根据病人需要事先或随时提供服务。

由于持续性服务是全科医疗区别于专科医疗的一个十分重要的特征,需要通过一些特定途径来实现这种服务。建立一对一的长期稳定的医患关系是连续服务的前提,是全科医疗服务的核心问题,可通过以下措施加以维系:如建立家庭保健合同;建立预约就诊制度,保证病人就诊时能见到自己的家庭医生;建立慢性病的连续管理与随访制度,使任何一个慢性病患者可获得规范化的管理而不致失控;建立急诊或 24 小时电话值班制度,使全科医疗对病人的“首诊”得到保证;建立完整的健康档案,使每个服务对象的健康与疾病资料获得完整准确的记录和充分利用。

5. 协调性照顾 为实现对服务对象的全方位、全过程服务,全科医生应成为协调人,成为动员各级各类资源服务于病人及其家庭的枢纽。他应掌握各级各类专科医疗的信息和转会诊专家的名单,需要时可为病人提供“无缝式”的转会诊服务;他应了解社区的健康资源,如健康促进协会、志愿者队伍、托幼托老机构、营养餐厅、护工队伍等,必要时可为病人联系有效的社区支持;他应熟悉病人及其家庭,对家庭资源的把握与利用更是家庭医生不可缺少的基本功。上述各种健康资源的协调和利用使全科医生可以胜任其服务对象的“健康代理人”角色。一旦病人需要,他将调动医疗保健体系和社会力量,为病人提供医疗、护理、精神等多方面的援助。

6. 可及性照顾 全科医疗是可及的、方便的基层医疗照顾,它对其服务对象应体现出地理上的接近、使用上的便捷、关系上的亲切、结果上的有效以及价格上的合理等一系列使人易于利用的特点。任何地区建立全科医疗机构时,应在地点、服务内容、服务时间、服务质量、人员结构素质以及服务价格与收费方式等方面考虑当地民众的可及性,使绝大部分民众、特别是基层百姓感受到这种服务是属于其自身并值得充分购买利用的服务。由于医患双方的亲近与熟悉,全科医生在诊疗中可以大大减少不必要的问诊与辅助检查,可避免重复检查等过度服务而造成医源性疾病和资源的浪费,从而获得比一般专科医疗更好的成本效益。

三、全科医疗与专科医疗的区别与联系

1. 服务宗旨与职责上的区别 专科医疗和全科医疗负责健康与疾病发展的不同阶段。专科医疗负责疾病形成以后一段时期的诊治,其宗旨是根据科学对人体生命与疾病本质的研究成果来认识与对抗疾病;并因此而承担深入研究病因、病理等微观机制的责任。当遇到现代医学无法解释或解决的问题时,专科医疗就不得不宣布放弃其对病人的责任(即在某病人“无诊断可能性”或“无治疗价值”时让其出院或终止治疗)。在这种意义上,专科医生类似于“医学科学家”,其工作遵循“科学”的模式,其责任局限于医学科学认识与实践的范围,其最高价值是科学性,即集中体现了医学的科学性方面。由于专科医疗强调根除或治愈疾病,可将其称为治愈医学。其对病人的管理责任仅限于在医院或诊室中,一旦病人出院或就诊结束,这种管理责任即终止。因此病人回家以后是否继续保持遵医行为,就不再属于医生的职责范围。

全科医疗负责健康时期、疾病早期乃至经专科诊疗后无法治愈的各种病患的长期照顾,其宗旨关注的中心是人而不是病。无论其服务对象有无疾病或病患,全科医疗都要为其提供令人满意的照顾,也即对自己的“当事人”有关健康的一切事务负有不可推卸的责任。因此全科医生类似于“医学服务者”与“管理者”,其工作遵循“照顾”的模式,其责任既涉及医学科学,又涉及与这种服务相关的各个专业领域(包括医学以外的行为科学、社会学、人类学、伦理学、文学、艺术等),其最高价值既有科学性,又顾及服务对象的满意度,即充分体现了医学的艺术性方面。此外,随着社会进步和民众健康需求的增加,基本医疗的公平性、经济性与可及性日益显现,于是关于经济学的考虑也成为全科医疗中重要的价值之一,这更体现了医学的公益

性。由于这种医疗服务对照顾的注重,可称之为照顾医学。全科医疗对于病人的管理责任是无止境的,只要病人信任并与医生签约,医生就应不计时间地点关照其健康问题;病人回家以后是否继续保持遵医行为,其家庭或社区环境是否有利于病人治疗与康复,这仍应属于医生的管理范围。

2. 服务内容与方式上的区别 专科医疗处于卫生服务的金字塔的上部,其所处理的多为生物学上的重病,往往需要动用昂贵的医疗资源,以解决少数人的疑难问题。其方式为各个不同专科的高新技术,即从德国化学家艾利希发明第一枚“魔弹”(称作 606 的抗梅毒螺旋体药物)到现代医学中日新月异的高科技诊疗手段。专科医生是运用越来越复杂而精密的仪器设备救治病人的技术权威,而病人是“听凭医生处置”的高技术手段的被动受体。

全科医疗处于卫生服务的金字塔底层,处理的多为常见健康问题,其利用最多的是社区和家庭的卫生资源,以低廉的成本维护大多数民众的健康,并照顾各种无法被专科医疗治愈的慢性疾患及其导致的功能性问题。由于这些问题往往涉及服务对象的生活方式、社会角色与健康信念,全科医生手中没有包医百病的“万灵药”,其服务方式是通过团队合作进行“一体化”的全方位管理(这种管理的依据既包括现代医学各学科的新成果,又有多年积累的实践经验,还包括各种行之有效的传统医学手段)。在全科医疗服务团队中,病人(个体或群体)应是医护人员得力的合作伙伴,是社区或家庭健康管理目标制定与实施的积极主体之一,全科医疗与专科医疗的区别见(表 1-1)。

表 1-1 全科医疗与专科医疗在具体特性上的区别

项目	全科医疗	专科医疗
服务人口	较少而稳定(1: 1000 ~ 2500 人)	大而流动性强(1: 5 万 ~ 50 万)
服务宗旨和责任	对病人健康全面负责,全面管理;服务责任连续;可及性好	对病人疾病负责;间断性服务
照顾范围	宽(生物-心理-社会功能)	窄(某系统/器官/细胞)
疾患类型	常见问题	疑难急重问题
服务内容	防治结合的一体化服务	医疗为主
方法	综合服务	分科服务
技术与手段	依靠适宜的诊疗技术;能有效防止重复检查、过度治疗	依靠复杂仪器设备和高新技术处理疾病;费用高、常导致过度诊疗
临床治疗目标	服务优质、安全、有效、经济;将病人的近期、中期与远期健康目标结合起来进行考虑	针对现实疾病问题,以近期目标和过程目标为主
诊断思维	系统性思维;以问题为导向的诊疗思维,多从病人主诉症状、问题入手诊断疾病	还原性思维;以疾病为导向的诊疗思维,多从疾病受累器官、系统入手诊断疾病
医学模式和服务模式	生物-心理-社会医学模式 以人为中心,以健康为中心的服务模式	生物学医学模式 以疾病为中心的服务模式
医患关系	医患关系密切、长期连续,熟悉病人背景 与病人及其家庭结成为合作伙伴式平等关系 病人主动参与	关系松散、不连续,病人背景多不熟悉 多呈不平等的垄断式的医患关系 以医生为中心,病人多被动服从

3. 全科医疗与专科医疗的联系 在布局合理的金字塔形卫生服务网络结构中,全科医疗与专科医疗之间呈现一种互补与互助的关系,表现为如下几方面:

(1)各司其职:大医院不再需要处理一般常见病,而集中于疑难、急、重问题诊治和高科技研究;基层机构则应全力投入社区人群的基本医疗保健服务。病人的一般问题和慢性病可以就近获得方便、便宜且具有人情味的服务,若需要专科服务时可以通过全科医生的转诊而减少就医的不便与盲目性;而医疗保险系统则可因此而获得一支强大的“守门人”队伍,从而减少浪费(特别是减少因慢性病控制不力导致的多器官并发症所造成的费用飙升),提高医疗资源利用上的成本效益。

(2)互补互利:由于分工明确,全科医疗和专科医疗在病人照顾及医学发展中可以各自发挥所长。大医院的门诊部不再拥挤嘈杂,其主要功能是在特定的时间内根据预先的约定接待基层转诊的病人。专科医生将主要精力用于少数病人的确诊和住院治疗,以及与之相关的高科技研究和医学教育,从微观角度推动医学科学的发展;全科医生则以经济有效和高情感的方式处理大批日常病人的一般健康问题,并能筛选或发现少数疑难病例、及时转会诊,从宏观角度扩大医学服务范围,并丰富医学科学的内涵。全科医生提供的有关病人的早期信息有利于专科医生对疑难问题的诊治;专科医生主动提供的继续医学教育有利于全科医生及时更新知识、利用新技术,更好地与专科医疗衔接。

(3)“接力棒”式的服务:改变不同机构各自为政的状况,根据病人需要,组织起家庭、社区和医院之间的“一条龙”服务系统,提供“无缝式”的快捷的医疗照顾。全科医疗和专科医疗间建立了双向转诊和信息共享关系及相应的网络,以保证服务对象获得最有效、方便、及时与适当的服务。

具体做法:①在病人转诊过程中,全科医生和专科医生间互相书写详细的转诊记录,全科医生可以通过电子信息系统获得病人在大医院的检查结果与图像;②病人住院后,全科医生可以到医院中了解病情、交流信息,协助专科医生与病人沟通,改善病人管理;③全科医生作为“守门人”,有监督病人住院期间的诊疗服务、费用及住院时间是否适宜等情况的责任;④专科医师和全科医师围绕着共同的疾病或病人,在信息收集、病情监测、疾病系统管理和行为指导、新技术适宜利用、医学研究开展等诸方面开展积极合作(特别是需要长期大样本观察干预的循证医学研究),有利于全面改善医疗服务质量与提高医疗服务效率。

四、全科医疗中的伦理学原则

1. 基本伦理学原则

(1)有利于患者的原则:包括两个方面:一是“确有助益”,是指治愈或缓解患者的疾病,解除或减轻患者的痛苦;二是“不伤害”,是指不给患者带来可以避免的疼痛、痛苦、损害、残疾或死亡,包括不应该发生有意的伤害以及无意造成的伤害,例如由于疏忽大意造成的伤害。

在诊治过程中,有时会有一些不可避免的伤害,伦理学用“双重效应”原则对这样的行动加以辩护。双重效应是指一个医疗行为可以产生两重效应:一个是为达到治疗疾病或保全生命目的的有意的、直接的效应;另一个是可以预料而无法避免的、并非有意的但有害的间接效应。有利原则要求医生在选择治疗方案、作出医疗决定时进行分析,全面衡量利害得失,尽量趋利避害。

(2)尊重原则:包括两个方面:一是尊重病人接受医疗服务的道德上和法律上的权利;二是尊重病人在医疗服务中的自主权。

病人作为社会成员享有最基本的健康和医疗权利。具体来说,就是任何人有权因病接受必要的适宜技术的检查、诊断、治疗和护理。在基本医疗服务的层次,应该按患者病情需要一视同仁地给予提供。这种权利既体现在道德上也体现在法律上,即如果医务人员不尊重这种权利,首先在道德上要受到谴责,其次可被迫追究法律责任。

医学伦理学理论中的自主性原则是指个人的自我控制权。也就是说,我们必须尊重患者个人的看法和自我决定权,只要其想法和行动没有伤害他人;医生的治疗方案或要求应取得患者的“知情同意”。

自主性是一个人自愿的决定和行动,不是在强迫、利诱或欺骗下作出的决定。当患者丧失行为能力(如昏迷患者或老年痴呆患者)或不具备行为能力(如婴儿),则应该取得患者的家属或监护人的代理同意。在医疗决策时医务人员需要与患者、患者亲属以及患者单位协商,在协商中要尊重患者自己决定的权利,与此同时不能放弃医生的责任。医生有责任告诉患者种种可行的诊治方案及其可能的结果,以及医生所认为的最佳方案和理由,尽量避免因患者缺乏医学知识而作出对其自身有害的决定。

(3)知情同意原则:“知情同意”概念是第二次世界大战后提出的。这个概念来源于战后的纽伦堡审判。审判中揭露了纳粹医生强迫受试者接受不人道的野蛮的实验。此后,知情同意逐渐成为涉及人体实验的医学研究中最受关注的伦理学原则之一,也逐渐应用于医患关系和医学临床领域。在治疗上的所谓知情同意,就是向患者讲明其疾病或伤残的性质,以及医生所建议的治疗措施会有什么样的效果和风险等,从而征得患者的同意,然后方可实施治疗。

知情同意的四要素为信息的告知、信息的理解、同意的能力、自由表示的同意。在仅仅履行了知情同意手续,而对上述四要素贯彻不到位,例如信息告知不完全、语言不被患者理解、过程太短或有压力迫使患者接受等情况下,就不能真正落实知情同意原则,从而可能导致医患双方都受到伤害。

(4)公正原则:通常提到的公正,主要是指服务资源上的公平分配,社会收益(好处)和负担上的公平合理的分配。在卫生资源的宏观分配上,国家能得到的全部资源中应该把多少分配给卫生保健,以及分配给卫生保健的资源在卫生保健内部各部门之间应该如何分配?应该更关注疾病和残疾的预防。如果不能资助所有领域的研究和治疗,哪些疾病和病患应该优先得到资源的分配?什么时候社会应该限制并要求改变个人行为模式和生活方式(如吸烟、酗酒、不健康的饮食等)以保护个人健康?在解决这些问题时,都有一个公正与否的问题。

公正有两个原则,即“形式上的公正原则”和“实质上的公正原则”。形式上的公正原则是指同样的情况应当同样地对待。人们会认为根据需要进行分配最为合理。但由于资源有限,不可能对所有的需要都做到同等分配,这就要求实质性公正原则来补充。例如,并不是每个需要的人都有可能得到器官移植,对于这类非基本的医疗,实质性公正原则可能是根据经济支付能力的大小、医学标准和社会标准而确定的。

(5)讲真话和保密原则:讲真话原则是指医生有义务说出真相,不欺骗患者。讲真话原则体现了医务人员对患者自主性的尊重。但是,当与其他原则如与有利原则冲突时,不说出真相甚至说谎也可以在伦理学上证明为正当。比如,当说出诊断和预后真相不利于患者或可能对患者造成伤害时,不告诉患者真相就可以保护患者,因为“你不知道的东西不可能伤害你”。某些患者特别是危重或临终患者并不要求知道其病情真相时,也可以不说出真相,这样做是为了保护患者的利益。当然,随着现代社会中要求了解自己疾病及其预后情况、自主安排生活的

人日趋增多,医生的上述考虑经常会遇到挑战,应因人而异。

为患者保守秘密是医务工作中的最根本的原则。医生对其所了解到的患者的一切信息必须保密,不得到患者允许不能泄露任何情况,除非法律要求这么做;或者如果坚持保守秘密对其他人造成的伤害大于医生对患者所负的责任时除外。

2. 全科医疗中病人的权利 在我国现阶段,病人权利的基本内容可以概括为以下几个方面。

(1)病人享有人格和尊严得到尊重的权利:这是病人作为公民的一项基本权利,它也受到法律的保护,尤其对于如精神病、艾滋病等特殊病人,这一权利显得更为重要。对于一般的病人,医务人员也应尊重他们的人格和尊严。

(2)病人享有必要的医疗与护理的权利:病人作为社会成员享有最基本的健康权利和医疗权利。具体来说,就是任何病人有权获得为治疗其疾病所必需的、尊重人的、公正的、费用节省的医疗服务。

(3)病人享有自主和知情同意的权利:病人的自主权是指病人在医疗过程中经过深思熟虑,就有关自己的疾病和健康问题作出合乎理性的决定并据此采取负责的行动。知情同意是病人自主权的一个重要和具体的表现形式,为此,医生有义务为病人提供作出医疗决定所必需的足够信息,在此基础上由病人作出决定。在临床实践中必须让病人真正知情,围绕这一核心,医生必须做大量的工作,如向病人提供信息,同时判断病人理解能力和自主能力。知情同意是自主自愿的,是病人自主权的集中体现;现已广泛应用于临床医疗、人体实验研究等。在权衡利弊的基础上,病人有权接受或拒绝治疗,也有权拒绝各种医学实验。

(4)病人享有医疗保密权和隐私权:保密权是控制一个人有关自己的信息的权利。在医患关系中,患者的病情以及与此有关的个人信息应属于保密范围。患者要求对其病历内容保密是患者的权利。隐私权是指人们对自己身体和精神独处的享有权。医生为患者检查身体时允许旁人或亲属围观,这就侵犯了患者的隐私权。有的女患者不愿意男性妇科医生做阴道检查,这时应该换女医生去做检查,否则会侵犯患者的隐私权。患者的隐私还指患者患有某种特殊疾病或精神、心理处于某种特殊的状态,不宜或不能向外界透露,但患者为了治愈疾病而自愿将隐私透露给医生,这是患者对医生的信任,因此医生应当维护患者的隐私权。唯一能够否定这个权利的是,如果继续保护患者的隐私权或为病人保密,给患者本人、他人或社会带来的危害将会超过放弃隐私或解密给患者带来的损失。

(5)患者有了解自己病历内容的权利:从伦理和法律的角度来看,患者有权了解自己病历的内容。在法律上病历本身是医院或医生的财产,但病历中的信息是患者本人的财产。按患者的要求,医生应把病历中的内容告诉患者或允许患者复印病历的内容。对于那些令医生或患者不安的信息,只要对患者是重要的,也必须告诉患者。然而,在什么时间、用什么方式和告诉谁,这是值得斟酌的。

(6)病人有监督自己医疗权利实现的权利:承认病人有平等的医疗权利,就应该承认病人有维护这种权利实现的权利。病人有权对妨碍病人权利实现的不负责任、质量低下的、危害或有损健康的医疗卫生服务进行投诉,提出赔偿要求,甚至追究法律责任。病人有权要求医生降低或节省医药费用,有权了解医疗费用,要求医生对医药费作出合理的解释。

3. 全科医疗中病人的义务

(1)有义务真实地提供病史:不要说谎话,不要隐瞒有关信息,否则会影响对疾病的治疗,甚至会贻误时机,危及自己的性命。

(2)在疾病确诊后,有义务在医生指导下参与治疗,关心自己的疾病对自己以及他人的影响。患传染病的人有义务采取行动以防止疾病进一步的传播。

(3)在同意治疗后有义务遵医嘱:如按时按量服药。

(4)有义务避免使自己罹患疾病:每个公民都有义务与医生在共同制定的健康目标上进行合作,改变其不安全的、不健康的、危险的行为,比如不锻炼身体、吸烟、无保护的性行为等。

(5)有义务尊重医务人员及其劳动:医务人员为了解除患者的病痛,兢兢业业地辛勤工作、不辞劳苦,虽报酬较低,但仍献身于崇高的卫生事业,全社会和患者以及患者家属对医务人员表示应有的尊重是完全应该的。

第三节 全科医生

一、概述

1. 全科医生的定义 全科医生又称家庭医师或家庭医生,是全科医疗服务的提供者。全科医生是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效的、一体化的基本医疗保健服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。全科医生的服务涵盖不同性别、年龄的对象及其所涉及的生理、心理、社会各层面的健康问题,他应能在所有与健康相关的事务上,为服务对象当好健康代理人。

2. 全科医生的角色

(1)对个人与家庭:全科医生担当的角色包括:①医生:负责常见健康问题的诊治和全方位全过程管理,包括疾病的早期发现、干预、康复与终末期照顾。②健康管理者(代言人):负责健康的全面维护,促进健康生活方式的形成;定期进行适宜的健康检查,早期发现并干预危险因素;作为病人与家庭的医疗代言人对外交往,维护其当事人的利益。③咨询者:提供健康与疾病的咨询服务,学会聆听与体会病人的感受,通过有技巧的沟通与病人建立信任关系,对各种有关问题提供详细的解释和资料,指导服务对象进行有成效的自我保健。④教育者:利用各种机会和形式,对服务对象(包括健康人、高危人群和病人)随时进行深入细致的健康教育,保证教育的全面性、科学性和针对性,并进行教育效果评估。⑤卫生服务协调者:当病人需要时,负责为其提供协调性服务,包括动用家庭、社区、社会资源和各级各类医疗保健资源;与专科医生形成有效的双向转诊关系。

(2)对医疗保健与保险体系:全科医生常作为:①守门人:作为首诊医生和医疗保健体系的“门户”,为病人提供所需的基本医疗保健,将大多数病人的问题解决在社区,为少数需要专科医疗者联系有选择的会诊与转诊;向保险系统登记注册,取得“守门人”的资格,并严格依据有关规章制度和公正原则、成本/效果原则从事医疗保健活动,与保险系统共同办好基本医疗保险。②团队管理与教育者:作为社区卫生团队的核心人物,在日常医疗保健工作中管理人、财、物,协调好医际、医护、医患关系,以及与社区社会各方面的关系;组织团队成员的业务发展、审计和继续教育活动,保证服务质量和学术水平。

(3)对社会:全科医生常作为:①社区或家庭成员:作为社区和家庭中重要的一员,参与其中的各项活动,与社区和家庭建立亲密无间的人际关系,推动健康的社区环境与家庭环境的建立和维护;②社区健康组织与监测者:动员组织社区各方面积极因素,协助建立与管理社区健康网络,利用各种场合做好健康促进、疾病预防和全面健康管理;建立与管理社区健康信息网络,运用各类形式的健康档案资料做好疾病监测和统计工作。