全科医学概论

高凤兰 孟凡勇主编

郑州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医学概论/高凤兰,孟凡勇主编. —郑州:郑州大学出版社,2016.8

高职高专临床医学专业规划教材

ISBN 978-7-5645-3261-1

Ⅰ.①全… Ⅱ.①高…②孟… Ⅲ.①家庭医学-高等职业教育-教材 Ⅳ.①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 175965 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号　　邮政编码:450052

出版人:张功员　　发行部电话:0371-66966070

全国新华书店经销

河南龙华印务有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm　1/16

印张:19.75

字数:483 千字

版次:2016 年 8 月第 1 版　　印次:2016 年 8 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-3261-1　　定价:49.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换

《全科医学概论》作者名单

主　编　高凤兰　孟凡勇
副主编　徐宛玲　马永超
编　委　(以姓氏笔画为序)
于康康　卢　纳　刘金艳
李　楠　杨青霖　吴凤兰
吴照明　范柳笛　高素珍

《全科医学概论》 前　言

为了适应我国建立全科医生制度、发展全科医生队伍、促进社区卫生服务的可持续发展，我们组织了具有全科医生师资的教师编写《全科医学概论》。全科医学在国内有将近 20 年的发展历程，但全科医学教育并非普及到所有医学院校，与之相应的全科医学教材也是“百花齐放”，各有千秋。

本教材以反映全科医学的发展规律与国家医疗卫生体制改革方向相一致，着重全科医师岗位需求和岗位任务以胜任全科医师岗位能力为指导思想。

本教材共分 10 章，内容参考了国内和国外的相关教材和资料，从我国的医疗制度到建立全科医生制度、从专科医生到全科医生、从全科医疗服务到全科医疗的临床思维和诊断服务模式、从社区服务到健康教育、医患沟通等都在本书有重点描述，对全科医学有一个较全面性的概括论述。

本书具有概括准确、层次分明、适用、易学的特点。适合作为医学高等专科学校的教材及全科医生转岗培训用书。此书的编写得到郑州大学出版社苗萱主任的大力支持，也受到了河南省卫计委全科医生转岗培训基地漯河医学高等专科学校部分教师的关怀指导，在此一并表示谢意！

编　者

《全科医学概论》

目　录

第一章　绪论 …… 1
第一节　我国目前的医疗制度与社区卫生服务 …… 1
一、我国目前的医疗制度 …… 1
二、社区卫生服务 …… 3
第二节　全科医学 …… 4
一、定义与学科特点 …… 5
二、产生的背景与发展 …… 6
三、全科医学的基本原则 …… 13
四、与相关学科的关系 …… 16
第三节　全科医疗 …… 18
一、定义 …… 18
二、基本特征 …… 18
三、服务对象 …… 19
四、服务内容 …… 20
五、与其他专科医疗之间的关系 …… 25
第四节　全科医生 …… 26
一、定义 …… 26
二、对全科医生的基本要求 …… 27
三、全科医生的角色与任务 …… 28
四、与其他医生的区别 …… 28
五、在基层社区中的地位与作用 …… 30
第五节　家庭医生的组织 …… 30
一、世界家庭医生组织 …… 30
二、中国全科医学相关组织机构 …… 31
第二章　全科医疗服务 …… 32
第一节　以患者为中心的医疗保健服务 …… 32
一、概述 …… 32
二、以患者为中心的应诊过程 …… 37

此为试读，需要完整PDF请访问：

三、以患者为中心的四项应诊任务…… 43
四、以患者为中心医疗保健服务中的医患关系…… 48
五、以患者为中心医疗保健服务中的原则…… 53
第二节 以家庭为单位的服务 …… 54
一、家庭的含义、结构与功能 …… 55
二、家庭对健康和疾病的影响…… 60
三、家庭生活周期…… 61
四、家庭资源…… 62
五、家庭危机…… 63
六、家庭访视…… 64
七、家庭评估…… 65
第三节 以社区为单位的基础服务 …… 69
一、社区与健康…… 69
二、COPC 及实施过程 …… 73
三、社区诊断…… 77
四、社区卫生服务开展 COPC 面临的问题…… 82
第四节 以预防为导向的医疗服务 …… 84
一、预防医学的概述…… 85
二、预防医学的服务方法…… 89
三、预防服务的实施…… 97
四、预防服务的项目…… 97
第三章 全科医疗的临床思维和诊疗模式 …… 104
第一节 全科医疗的临床思维…… 104
一、以患者为中心的全人照顾的思维定式 …… 106
二、全科医生的临床推理与判断 …… 107
三、全科医生诊断思维的特定策略 …… 115
四、临床处理目标与思维程序 …… 117
第二节 临床辩证思维与临床逻辑思维…… 118
一、临床辩证思维 …… 118
二、用系统方法观察与解决临床实践问题 …… 123
三、临床逻辑思维 …… 124
第三节 以问题为导向的诊疗模式…… 125
一、全科医疗中常见的临床问题 …… 126
二、社区常见健康问题的临床特点 …… 127
第四节 全科医疗的诊疗流程和管理要求…… 130
一、首先要识别或排除可能会威胁患者生命的问题 …… 130
二、全科医疗的基本诊疗流程 …… 132
三、陈述患者状况的基本要求与思维训练 …… 134
第五节 运用临床流行病学思维方法指导临床诊疗工作…… 135

一、概述 …… 136
二、诊断试验的研究方法和评价指标 …… 137
三、诊断阈值和治疗阈值 …… 143
四、临床效果与结局的评价 …… 144
第四章 全科医疗中的临床诊断与处理 …… 148
第一节 一般原则 …… 148
一、概述 …… 148
二、全科医疗中的临床诊断 …… 149
三、全科医疗中的临床处理 …… 150
第二节 全科医疗中常见症状的诊断与处理 …… 151
一、咳嗽和咳痰 …… 152
二、咽痛 …… 153
三、腹泻 …… 155
四、胸痛 …… 157
五、失眠 …… 159
第三节 全科医疗中常见慢性病的处理 …… 161
一、哮喘的处理 …… 161
二、高血压病的处理 …… 166
三、非胰岛素依赖型糖尿病的处理 …… 171
四、血脂异常的处理 …… 175
第五章 全科医疗健康档案的建立与管理 …… 179
第一节 概 述 …… 180
一、建立健康档案的意义 …… 180
二、居民健康档案的分类 …… 181
三、居民健康档案的基本要求 …… 181
四、全科医疗中个人档案的记录方式 …… 182
五、社区卫生服务信息的收集和处理方法 …… 185
第二节 个人健康档案 …… 189
一、封面 …… 190
二、以问题为导向的健康问题记录 …… 191
三、以预防为导向的记录 …… 194
第三节 家庭健康档案 …… 195
一、家庭基本资料 …… 195
二、家系图 …… 196
三、家庭评估资料 …… 196
四、家庭主要问题目录及描述 …… 196
五、家庭各成员的个人健康记录 …… 197
第四节 社区健康档案 …… 197
一、社区基本资料 …… 197

二、社区卫生服务资源 …… 198
三、社区卫生服务状况 …… 198
四、社区居民健康状况 …… 198
第五节 全科医疗健康档案的管理 …… 199
一、建立全科医疗健康档案的要求 …… 199
二、居民个人健康档案的建立和使用流程 …… 200
三、居民个人健康档案建立中的管理 …… 201
四、健康档案归档时的管理 …… 202
五、健康档案使用中的管理 …… 203
六、健康档案的建立、归档、使用管理过程中必须遵守的原则 …… 204
七、健康档案工作的职责分工 …… 206
八、健康档案的计算机管理 …… 206
第六章 人际关系与医患沟通 …… 211
第一节 人际关系 …… 211
一、人际关系概述 …… 211
二、人际交往 …… 215
三、人际吸引 …… 227
第二节 医患沟通 …… 232
一、医患沟通 …… 232
二、医患关系 …… 233
三、医患沟通中的伦理学原则 …… 236
第三节 医患沟通的基本技巧 …… 238
一、言语沟通技巧 …… 238
二、非言语沟通技巧 …… 241
第四节 与特殊患者的沟通技巧 …… 242
一、与患儿沟通 …… 242
二、与老年患者沟通 …… 243
三、与沉默寡言、性格内向甚至对峙的患者沟通 …… 243
四、与癌症患者沟通 …… 243
五、与精神疾病患者沟通 …… 243
六、与传染病患者沟通 …… 244
第七章 全科医疗的教育 …… 247
第一节 国外的全科医学教育 …… 247
一、美国全科医学教育培训 …… 248
二、英国全科医学教育培训 …… 248
三、澳大利亚全科医学教育培训 …… 249
第二节 我国的全科医学教育 …… 250
一、我国全科医学教育的主要形式 …… 250
二、我国全科医学教育体系的发展 …… 252

三、全科医学的科学研究 …… 254
第三节 全科医师的素质要求 …… 260
一、医学教育的目的 …… 260
二、医学教育面临的挑战 …… 260
三、医学教育的标准化和最低基本要求 …… 261
第八章 全科医疗中的医患关系和伦理学问题 …… 267
第一节 全科医疗中的医患关系 …… 267
一、全科医疗中医患关系的本质特征 …… 267
二、医患关系的模式及其影响因素 …… 269
第二节 医学伦理学及其在全科医疗中的作用 …… 272
一、医学伦理学的基本原则 …… 272
二、全科医疗中常见的伦理学问题 …… 273
三、全科医疗临床实践中的常见法律问题 …… 274
第九章 社区健康教育 …… 277
第一节 健康教育的地位与作用 …… 278
一、社区健康教育与健康促进的概念和意义 …… 278
二、社区健康教育与健康促进的策略和措施 …… 279
三、城市社区健康教育与健康促进 …… 279
四、农村社区健康教育与健康促进 …… 280
第二节 健康教育的形式 …… 281
一、社区健康教育的基本方法 …… 281
二、社区健康教育的形式 …… 282
三、社区健康教育的指标要求 …… 282
第三节 常见慢性病的健康教育 …… 282
一、患病情况 …… 283
二、死亡情况 …… 283
三、相关危险因素 …… 283
四、慢性病发生的原因 …… 283
五、如何预防慢性病 …… 284
第四节 心、脑血管疾病的健康教育和康复 …… 284
一、患者教育 …… 284
二、康复医疗 …… 285
三、周期性健康检查 …… 286
第五节 全科医生在呼吸系统疾病康复中的作用 …… 286
一、生活指导 …… 286
二、患者教育和康复指导 …… 287
第六节 糖尿病患者的教育和康复 …… 289
一、患者教育 …… 289
二、生活指导 …… 289

三、康复治疗 …… 292
第十章 社区卫生服务质量的监控与考核 …… 294
第一节 质量管理概述 …… 294
第二节 社区卫生服务质量管理 …… 295
一、社区卫生服务质量管理的组织体系 …… 295
二、社区卫生服务质量管理内容 …… 296
第三节 常用的质量管理和评价方法 …… 297
一、医疗评价 …… 297
二、病种质量目标管理方法 …… 298
三、顾客的满意度评价 …… 298
第四节 社区卫生服务绩效评价 …… 299
一、社区卫生服务绩效评价概述 …… 299
二、社区卫生服务绩效评价指标的筛选 …… 300
三、社区卫生服务绩效评价指标权重确定 …… 301
四、社区卫生服务绩效评价指标内容 …… 302
参考文献 …… 305

第一章

绪　论

学习目标

1. 掌握:全科医学的含义、特点与作用;全科医生的角色与作用。
2. 熟悉:社区卫生服务的作用。
3. 了解:我国目前的医疗卫生制度及其特点。
4. 具有区别专科医生与全科医生的能力。

第一节　我国目前的医疗制度与社区卫生服务

一、我国目前的医疗制度

医疗制度与社会制度及经济发展状况有着密切的联系。不同的社会条件,不同历史时期,医疗制度的内容和方式有所不同。在一个国家内,往往是多种医疗保健制度并存。世界各国的医疗制度大体有3种基本类型:①国家资助和自费医疗相结合的医疗保健制度。主要在亚洲、非洲、拉丁美洲的100多个国家和地区实行。②健康保险制度。健康保险种类繁多,基本形式是由居民通过一定方式聚集部分或全部资金,以解决集资者本人或其赡养者的医疗费用。它由政府或私人举办,资金由国家、雇主或个人支付。主要在西欧、北美、澳大利亚、新西兰和日本等20多个国家和地区实行。③国家保健服务制度。主要在英国、瑞典等国及一些社会主义国家实行。我国的医疗保障制度根据享受对象可以分为城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助制度。

(一)城镇职工基本医疗保险

1998年国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,在全国范围内全面进行职工医疗保障制度改革。

1. 覆盖范围　城镇所有用人单位,包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业

此为试读,需要完整PDF请访问:

单位及其职工,都要参加城镇职工基本医疗保险。随着原劳动保障部对于灵活就业人员、农民工、非公有制经济组织参保政策的明确,城镇职工基本医疗保险实际上覆盖了城镇全体从业人员。截至2009年底,我国城镇职工基本医疗保险参保人数为2.2亿人。

2. 筹资标准　医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费率控制在职工工资总额的6%左右,在职职工缴费率为本人工资的2%,退休人员个人不缴费。具体缴费比例由各统筹地区根据实际情况确定。目前,用人单位缴费率全国平均为7.37%,个人缴费率全国平均为2%。

3. 统筹层次　原则上以地级以上行政区为统筹单位,也可以县(市)为统筹单位,京津沪原则上在全市范围内实行统筹。目前,全国多数地区为县级统筹,目前正在进行提高统筹层次的工作。

4. 待遇支付　城镇职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。个人账户主要支付门诊费用、住院费用中个人自付部分及在定点药店购药费用。统筹基金用于支付符合规定的住院医疗费用和部分门诊大病医疗费用,起付标准为当地职工年平均工资的10%(实际在5%左右),最高支付限额(封顶线)为当地职工年平均工资的6倍左右。2009年,城镇职工基本医疗保险政策范围内住院医疗费用报销比例约72%,实际住院费用支付比例约67%。

(二)城镇居民基本医疗保险

为解决城镇非从业居民的医疗保障问题,2007年7月,国务院印发《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》。目前,这项制度已在全国全面推开。

1. 覆盖范围　城镇中不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的学生(包括大学生)、少年儿童和其他非从业城镇居民,都可自愿参加城镇居民医疗保险。截至2009年底,城镇居民医保参保人数为1.8亿人。

2. 筹资标准　由各地按照低水平起步的原则,根据本地经济发展水平、居民家庭和财政负担的能力合理确定。2009年城镇居民基本医疗保险参保人员人均筹资标准为130元。

3. 政府补助　为了引导和帮助广大城镇居民缴费参保,城镇居民基本医疗保险实行了政府补助的政策。2009年政府对参保居民的补助标准为不低于每人每年80元。

4. 待遇支付　城镇居民基本医疗保险不建立个人账户,基金主要用于支付住院医疗费用和部分门诊大病费用。2009年城镇居民基本医疗保险政策范围内住院医疗费用支付比例约55%。此外,为解决参保居民常见病、多发病的门诊医疗费用负担问题,部分地区开展了门诊统筹,将普通门诊医疗费用纳入医疗保险支付范围。

(三)新型农村合作医疗

新型农村合作医疗简称新农合,是以政府资助为主、针对农村居民的一项基本医疗保险制度。

1. 覆盖范围　所有农村居民都可以家庭为单位自愿参加新型农村合作医疗。截至2009年底,参合人数为8.33亿人。

2. 筹资和政府补助　政府对所有参合农民给予适当补助,其中中央财政对中西部除市区以外参加新型农村合作医疗的农民每年每人补助40元,地方财政的资助额不低于

40 元,个人缴费 20 元。中央财政对东部省份也按中西部地区一定比例给予补助。

3. 待遇标准　新农合一般采取以县(市)为单位进行统筹,主要补助参合农民的住院医疗费用。各县(市)确定支付范围、支付标准和额度。2009 年,新农合政策范围内住院医疗费用报销比例约为 55%。

(四)城乡医疗救助

城乡医疗救助体系是我国多层次医疗保障体系的兜底层次,包括城市医疗救助制度和农村医疗救助制度。由政府财政提供资金,主要是为无力进入基本医疗保险体系及进入后个人无力承担自付费用的城乡贫困人口提供帮助,使他们能够与其他社会成员一样享有基本医疗保障。社会医疗救助的对象是因病致贫的低收入者和贫困者,资金主要由财政支持,也可以吸纳社会捐助等其他来源的资金。2009 年,全年共累计资助 5 650 万人参保参合,住院救助 520 万人次,门诊救助 1 083 万人次。

二、社区卫生服务

社区卫生服务(community health service,CHS)是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体,全科医师为骨干,合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性病患者、残疾人、贫困居民等为服务重点,以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务功能等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。

(一)社区卫生服务的发展意义

1. 社区卫生服务是提供基本卫生服务,满足人民群众日益增长的卫生服务需求,提高人民健康水平的重要保障　社区卫生服务覆盖广泛、方便群众、能使广大群众获得基本卫生服务,也有利于满足群众日益增长的多样化卫生服务需求。社区卫生服务强调预防为主、防治结合,有利于将预防保健落实到社区、家庭和个人,提高人群健康水平。

2. 社区卫生服务是深化卫生改革,建立与社会主义市场经济体制相适应的城市卫生服务体系的重要基础　社区卫生服务可以将广大居民的多数基本健康问题解决在基层。积极发展社区卫生服务,有利于调整城市卫生服务体系的结构、功能、布局,提高效率,降低成本,形成以社区卫生服务机构为基础,大中型医院为医疗中心,预防、保健、健康教育等机构为预防、保健中心,适应社会主义初级阶段国情和社会主义市场经济体制的城市卫生服务体系新格局。

3. 社区卫生服务是建立城镇职工基本医疗保险制度的迫切要求　社区卫生服务可以为参保职工就近诊治一般常见病、多发病、慢性病,帮助参保职工合理利用大医院服务,并通过健康教育、预防保健,增进职工健康,减少发病,既保证基本医疗,又降低成本,符合“低水平、广覆盖”原则,对职工基本医疗保险制度长久稳定运行,起重要支撑作用。

4. 社区卫生服务是加强社会主义精神文明建设,密切党群干群关系,维护社会稳定的重要途径　社区卫生服务通过多种形式的服务为群众排忧解难,使社区卫生人员与广大居民建立起新型医患关系,有利于加强社会主义精神文明建设。积极开展社区卫生服务

是为人民办好事、办实事的德政民心工程,充分体现全心全意为人民服务的宗旨,有利于密切党群干群关系,维护社会稳定,促进国家长治久安。

(二)社区卫生服务的作用

社区是由社会群体或社会组织聚集在一定的地域里形成的生活上相互关联的集体。社区卫生服务是以人群和基层作为着眼点。目前不论发达国家或发展中国家都推行社区卫生服务。因此,各级领导要进一步提高对发展社区卫生服务的思想认识,即把健康与社会经济的双向性作用这个道理落实到社区,成为各级政府义不容辞的职责。

1. 强化初级卫生保健的具体有效措施　随着我国计划经济向市场经济的转换,原有的城市三级医疗保健体系被冲破,根据政府划定的区域医疗名存实亡,有些地区基层保健任务难以落实。社区是初保的落脚点,开展社区卫生服务是落实初级卫生保健的有效途径。

2. 有利于职工医疗保障制度的改革　随着医疗保障制度改革的逐步深入,实行社会统筹医疗基金和职工个人医疗账户相结合的职工医疗保障制度势在必行。由于实行定点医疗制度,又缺乏合理调节患者流向的手段和方法,造成承担转诊患者的大医院人满为患。为此,把预防工作和职工医疗保险结合起来,使社区卫生服务成为医疗保障网络体系的重要组成部分。社区卫生服务坚持预防为主,开展健康促进活动,可以逐步控制慢性病的发病率、降低死亡率,在社区医疗服务中可以解决大量的常见病、多发病,并且实行双向转诊,这些都降低了职工医疗保险的费用支出,促进医疗保障制度改革的顺利进行。

3. 适应医学模式的转变和人口结构老龄化的需要　从事社区卫生服务的全科医生应按生物-心理-社会医学模式,以社区为范畴,以家庭为单位,对人群提供服务。社区卫生服务的开展,可以有效地预防与控制慢性非传染性疾病的发生。

4. 有利于控制医疗费用的上涨　开展社区卫生服务由于重视预防保健工作,患病率和就诊率下降,实行双向转诊,减少了患者的住院费用,控制了医疗费用的上涨。

5. 适应人民群众新的医疗需求　社区内人群在得到医院内的基本医疗服务的同时,还能享受到如上门服务、家庭医生、健康咨询、个人健康顾问等医疗保健服务、社区卫生服务,有利于融洽医患之间的感情和提高医疗质量。

6. 基层医院走出困境的根本道路　城市基层医院医改后工作量下降,业务收入低,经济难以维持,基层卫生保健工作由于缺乏经费难以开展。只有调整医院的服务结构、拓宽服务领域、改变传统的就医方式,变坐等患者为上门主动为患者服务,使医院的业务工作从重视诊断治疗扩大到同时重视预防保健,从院内服务扩大到社区,注重健康促进、心理咨询,也就是只有开展社区卫生服务,才能够改变重医轻防状况,使基层卫生保健工作落到实处。同时增强了基层卫生机构的活力,成为基层医院摆脱困境的重要途径。

第二节　全科医学

本章主要内容包括:全科医学、全科医疗、全科医生三个核心概念;全科医学发展的历史;全科医疗的基本特征与原则;全科医生的素质与角色,以及全科医学与相关学科的关系等。

全科医学(general practice)又称为家庭医学(family medicine),诞生于20世纪60年

代。它是以西方国家通科医师长期医疗实践为基础,又结合了现代心理学、生物医学、行为科学、社会科学等学科的最新研究成果,用来指导全科医生从事基层医疗服务的知识和技能体系。全科医生制度在欧美各国已经实行多年,并收到了可喜的成效。20 世纪 80 年代后期,全科医学的相关概念引入中国内地,历经了 20 年来的研究与实践,目前全科医学学科在我国逐步确立地位,由全科医生提供的以患者为中心的基层医疗服务逐渐得到社区居民的认可。我国卫生行政部门、教育部门给予该学科高度重视,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。本学科在发展中已经吸引了一大批教学、科研、服务提供者的热心参与和积极响应。

一、定义与学科特点

(一)全科医学的定义

目前,不同国家、不同学者对全科医学的定义不同,有着不同的界定。1986 年美国家庭医师学会(American Academy of Family Physicians,AAFP)定义、并且在 2005 年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和技能为一体的、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。家庭医学的服务范围涵盖了所有年龄、性别、每一个器官系统和每一种疾病。

我国在引入家庭医学概念后,又结合了 AAFP 等西方国家对家庭医学的定义,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、康复医学及人文社会学科相关内容于一体的综合性临床二级专业学科;其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统及各类健康问题/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。

全科医学学科体系建立的基础有三个方面:一是通过长期的通科医疗实践而积累的经验;二是通过全科医学的专业研究,从而发展起来的属于自己的独特的知识、技术、观念和态度;三是从其他医学学科中整合而来的知识和技能。

(二)全科医学的学科特点

全科医学具有独特的知识、技能、态度和职业价值观,全科医学在服务内容上十分宽广,但相对于临床其他专科的知识和技能来讲却较浅;从服务的患者和病种上来讲,又与其他临床学科的服务有一定交叉。全科医学的学科特点有以下几点。

1. 服务内容　全科医学是一门综合性的临床专科。不仅涉及临床内、外、妇、儿等专科的服务内容,还涉及心理学、预防医学、行为科学、医学哲学等学科领域的服务内容。全科医学与其他临床专科明显不同的是,全科医学的学科范围宽而较浅,并在一定深度上朝横向发展,同时根据服务对象的健康需要与要求,将各科相关知识、技能有机地整合为一体,向患者提供全面、综合性的服务;而其他临床专科都是在一定的领域范围内,不断地向纵深方向发展,向患者提供独特的专科范围内较窄的服务。

2. 知识体系　全科医学是一门独立的临床二级学科,它的知识体系中包括总论和各

论两个部分。总论部分主要介绍全科医学的理论精髓,包括以患者为中心、以家庭为单位、以社区为基础、以预防为导向的健康照顾等,同时还包括了全科医学临床服务基本技能和服务工具等。各论部分主要是临床诊疗中常见健康问题(包括生理疾病、心理问题、影响健康的社会问题等)的诊断、处理与评价的方法和技术。

3. 临床思维方法　全科医学需要以现代医学的成果来解释发生在患者身上的局部和整体变化,与传统经验医学笼统的思辨的整体论方法不同,它的哲学方法是具有科学基础的整体论,同时注重将循证医学的研究结果应用于诊疗实践。

二、产生的背景与发展

(一)全科医学产生的历史背景

1. 疾病谱与死因谱的变化　20 世纪 40 年代,人们从某些微生物体内找到了具有抗生作用的物质,并把这种物质称为抗生素,其高度针对性的疗效给人类带来了巨大的希望,拯救了许多严重感染的濒危患者。由此开始,各种抗生素、传染病疫苗和维生素类药物,以强有力的疗效使千百年来影响人类健康的传染病得到了控制。然而,生活方式、慢性退行性疾病及与行为有关的疾病等却逐渐成为影响人类健康的主要疾病。我们对照 20 世纪 80 年代的死因谱,发现心脑血管病、恶性肿瘤和意外死亡已成为世界各国共同的前几位死因。当今社会,医疗服务要适应疾病谱与死因谱的变化需求,这些需求包括:①长期而连续的服务时间;②生物、心理、社会、环境等全方位的服务内容;③以家庭和社区为主的服务地点;④综合性的照顾重于医疗干预的服务类型;⑤医患双方共同参与,强调患者本身主动和自觉的控制,而不仅是被动地遵从医嘱的服务方式。

2. 人口的老龄化和医疗服务需求的改变　随着人们生活水平的不断提高,人群的平均预期寿命也在迅速增长,在许多国家,65 岁以上人口所占的比例日趋增大,发达国家和部分发展中国家已超过了 7%,进入了老年型社会。我国早在 2000 年已正式宣告进入了老龄化社会。

人口老龄化给社会造成了巨大的压力,主要表现在:①社会劳动人口比例下降,老年人的赡养系数明显增大,社会的经济负担加重;②人在进入老年以后,其行为能力和生理功能降低,心理、精神方面及家庭结构和社会地位的变化,使老年人的生活质量全面下降,出现了“健康”与“长寿”两个相互矛盾的目标。而高度专科化的生物医学,因其医疗服务的狭窄性、片段性及其昂贵的费用,加剧了这一矛盾。自 20 世纪 60 年代以来,怎样全面提高老年人的适应性和生活质量,满足其各种医疗需求,已成为公众和医学界共同关注的热门话题。

3. 医学模式的转变　医学模式是指医学整体上的思维方式,即用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、哲学、技术和生产方式等方面的影响,在历史上曾有过多种不同内容的医学模式,例如古代的神灵主义医学模式、近代的机械论医学模式,到了现代,产生了生物医学模式,以及生物-心理-社会医学模式。

生物医学模式是把人作为生物机体进行解剖分析,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伟大贡献。直到现在,生物医学模式仍是医学科学界占统

治地位的思维方式,也是目前大多数专科医师观察处理其领域内医学问题的基本方法。但是随着社会的发展,科学技术的进步,人们逐渐发现它存在一定缺陷。生物医学模式无法解释某些疾病的心理社会病因,以及疾病造成的各种心身不适,它无法解释生物学与行为科学的相关性,更无法解决慢性患者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,生物医学模式的局限性和片面性日益明显。19 世纪末以来,随着预防医学、心身医学、医学哲学、行为科学等学科的发展,系统论的思维逐渐被接受,终于产生了生物-心理-社会医学模式。

生物-心理-社会医学模式的概念是由美国罗彻斯特大学医学院精神病学和内科教授恩格尔(Engle. GL)于 1977 年首先提出的,是一种多因多果、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的系统,通过系统内部的调控能力及与周围环境的相互作用来决定健康状况,虽然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。无论是医师的诊疗模式、医学的科学研究领域或医疗保健事业的组织形式,都将根据新的模式进行调整,使它们适应医学模式转变的需要。

4. 医疗费用方面的压力　20 世纪 60 年代以来,各国都开始面临医疗费用过快增长的问题。新药的开发和医学高新技术的发展使得医疗投入急剧增加,而对于改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本与效益相距甚远。有资料表明,85% 以上的卫生资源都消耗在 15% 的危重患者治疗上,而仅有 15% 的资源用于基层医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理消耗,不仅使公众十分不满,也使政府不堪重负。因此,人们迫切地要求改变现行医疗服务模式,合理地利用有限的医疗卫生资源,使公众得到及时、方便、价格合理的基层卫生服务。

以英国为代表的众多欧洲国家实施的国家基本医疗保险制度值得我们借鉴,该制度在其医疗保健体系中充分发挥了基层医疗和全科医生“守门人”的作用,以有限的卫生资源、较低的医疗费用取得了较为理想的居民健康效果。

全科医学(general practice)又称家庭医学(family medicine),它是一个面向个人、家庭与社区,整合临床医学、康复医学、预防医学及人文社会学科等相关内容于一体的综合性临床二级专业学科,其范围涵盖了各种性别、年龄、各个器官系统及各类健康问题/疾病。其主旨是强调以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围、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。全科医学起源于 18 ~ 19 世纪以来的西方国家的通科医疗,而在 20 世纪 60 年代(1969 年),家庭医学被批准为美国第 20 个医学专业。我国于 20 世纪 80 年代后期将全科医学引入中国内地,1989 年 10 月建立了我国第一个全科医学培训中心——首都医学院全科医师培训中心,1993 年中华医学会全科医学分会的成立,标志着全科医学在我国正式建立。不论是中国还是西方发达国家,促使全科医学产生的背景有以下几个方面:各国面临的人口老龄化问题、疾病谱的改变、患者健康观念的变化和医疗模式的转变以及医疗费用增长的巨大压力等。

(二)全科医学的发展

1. 国外全科医学的发展历史　医药从原始社会发展至今经历了漫长而复杂的道路,其发展受生产关系和生产力水平的制约,更与其他自然科学和技术的进步及哲学思想的发展有密切关系。全科医学的发展也是如此,从历史上看,它在国外的发展大概经历了三

此为试读,需要完整PDF请访问: