

军队保健人员培训教材

# 全科医学

主审 范 利 主编 王晓明 ○



第四军医大学出版社

军队保健人员培训教材

# 全科医学

主 审 范 利

主 编 王晓明

副主编 麻晓林 周 翊 赵 英 张荣怀

编 者 (按姓氏笔画排序)

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 卫子然 | 王 莉 | 王胜朝 | 文亚洲 |
| 卢根娣 | 史 忠 | 宁晓暄 | 刘 波 |
| 刘 鹏 | 孙 阳 | 苏 慧 | 李 珂 |
| 李 源 | 李 榕 | 李付亮 | 吴 楠 |
| 吴利平 | 应 希 | 沈 柱 | 宋 晖 |
| 宋志强 | 张 华 | 张丙芳 | 张克勤 |
| 张连阳 | 张恩娟 | 张航向 | 张颖秋 |
| 陆琪红 | 陈康宁 | 罗春霞 | 岳丽萍 |
| 周 坤 | 周人杰 | 周振华 | 郑 莎 |
| 孟 华 | 胡 轶 | 姚定康 | 桂 莉 |
| 徐伦山 | 高文超 | 高建苑 | 郭晓丽 |
| 黄艳红 | 葛 伟 | 滑 玮 | 谭群友 |

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目 (CIP) 数据

---

全科医学/王晓明主编. —西安: 第四军医大学出版社, 2014. 5

军队保健人员培训教材

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0467 - 7

I. ①全… II. ①王… III. ①家庭医学 - 技术培训 - 教材 IV. ①R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 097544 号

---

quankeyixue

## 全科医学

出版人: 富 明      责任编辑: 土丽艳 王 雯

---

出版发行: 第四军医大学出版社

地址: 西安市长乐西路 17 号 邮编: 710032

电话: 029 - 84776765 传真: 029 - 84776764

网址: <http://press.fmmu.edu.cn>

---

制版: 绝色设计

印刷: 西安市建明工贸有限责任公司

版次: 2014 年 5 月第 1 版 2014 年 5 月第 1 次印刷

开本: 889 × 1194 1/16 印张: 26 字数: 770 千字

书号: ISBN 978 - 7 - 5662 - 0467 - 7 / R · 1345

定价: 78.00 元

---

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

# 《军队保健人员培训教材》

## 指导委员会

主任委员 任国荃

副主任委员 方国恩 李清杰 周先志

赵铤民 席立锁 陈景元

委 员 张 晖 王树千 郭雨禾

王 洋 曹保文 胡伟军

扈国栋 王东光 谢长勇

张 伟 赵 英



随着我国科技的进步和经济的迅猛发展，人民的生活水平得到了显著的提高，人们对健康的需求和对医疗卫生服务的要求日益提高，这些都推动了我国的医疗卫生事业的不断发展。近年来，随着医疗卫生体制改革的不断推进，社区卫生服务体系的建设和全科医学的发展得到前所未有的重视，我国政府在新医改方案中明确提出“把加强基层医疗卫生人才队伍建设，特别是全科医生的培养，努力提高基层医疗卫生机构服务水平和质量，实现基层医疗机构都有合格的全科医生作为目标”。为了更好地完善医学体系，实现医学模式的转变，建立基层医疗的模式，大力加强全科医学的建设显得越来越迫切。

全科医学是一个面向社区与家庭，整合临床、预防和康复医学及人文关怀等于一体的综合性体系，其主旨是以人为中心、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。强调能提供基础、连续、综合和协调的医疗保健服务。作为全科医学主体的全科医师，应该具有丰富的医疗经验、良好的医患沟通能力，应该具有为个人、家庭和社区长期服务的社会功能。其中，全科医师高水平的诊断和治疗技能，是为患者提供有效健康保障的基础。

作为特殊的社区单位——军队干休所，其成员是离退的军队干部，他们大多身经百战、戎马一生，是国家和人民的功臣。这些老人具有高龄、高发病、高“空巢”等特点，干休所承担着这些老人的医疗、保健、康复、护理、心理关怀照料等一体化服务；因此提高干休所医护人员的医疗水平，做好老年常见病、多发病防治工作非常重要。为了适应不断发展的卫生事业的需要，为了培养更多优秀的全科医师，在总后卫生部保健局的指导下，第四军医大学牵头，联合第二军医大学和第三军医大学，充分发挥军队医学院校多年的教学实践和经验，组织编写了本教材。教材内容在借鉴国内外大量相关教材的基础上，尽量避免以往教材

重理论、轻实践的问题，以针对性、实用性、系统性为指导原则，把更多的精力放在临床的诊治方面。

本书共分二十三章，内容涵盖内、外、妇、儿、眼、皮肤等科室常见疾病，按照突出诊断、治疗的原则对不同人群常见疾病及不同类型疾病进行编写，将全科医学、专科诊疗以及军队干休所特殊人群需求的各要素，都进行了合理安排，希望为军队干休所卫生人员、全科医师及各类基层医务工作者提供一本实用的工具书。

由于本书内容涵盖范围广、编写时间仓促、编者水平有限，疏漏和错误之处在所难免，恳请读者批评和指正。

王晓明

# 目 录

CONTENTS

|                        |        |                      |         |
|------------------------|--------|----------------------|---------|
| 第一章 全科医学概况 .....       | ( 1 )  | 第四节 老年性眩晕 .....      | ( 99 )  |
| 第二章 老年人生理变化及健康评估 ..... | ( 12 ) | 第七章 老年内分泌代谢性疾病 ..... | ( 103 ) |
| 第三章 临床常见症状诊断及鉴别诊断 ...  | ( 15 ) | 第一节 老年糖尿病 .....      | ( 103 ) |
| 第一节 发热 .....           | ( 15 ) | 第二节 老年性骨质疏松症 .....   | ( 107 ) |
| 第二节 咳嗽与咳痰 .....        | ( 16 ) | 第三节 甲状腺疾病 .....      | ( 111 ) |
| 第三节 水肿 .....           | ( 18 ) | 第四节 高脂血症 .....       | ( 114 ) |
| 第四节 咯血 .....           | ( 20 ) | 第八章 老年泌尿系统疾病 .....   | ( 120 ) |
| 第五节 胸痛 .....           | ( 21 ) | 第一节 老年泌尿系感染 .....    | ( 120 ) |
| 第六节 呼吸困难 .....         | ( 22 ) | 第二节 老年慢性肾衰竭 .....    | ( 121 ) |
| 第七节 呕吐 .....           | ( 24 ) | 第九章 老年消化系统疾病 .....   | ( 125 ) |
| 第八节 腹痛 .....           | ( 26 ) | 第一节 老年消化道出血 .....    | ( 125 ) |
| 第九节 腹泻与便秘 .....        | ( 27 ) | 第二节 老年消化性溃疡 .....    | ( 127 ) |
| 第十节 血尿 .....           | ( 29 ) | 第三节 老年便秘 .....       | ( 128 ) |
| 第十一节 尿潴留与尿失禁 .....     | ( 30 ) | 第十章 老年心身疾病 .....     | ( 130 ) |
| 第十二节 抽搐与惊厥 .....       | ( 32 ) | 第一节 精神疾病概述 .....     | ( 130 ) |
| 第十三节 意识障碍 .....        | ( 33 ) | 第二节 睡眠障碍 .....       | ( 140 ) |
| 第四章 老年循环系统疾病 .....     | ( 35 ) | 第三节 焦虑障碍 .....       | ( 144 ) |
| 第一节 老年高血压 .....        | ( 35 ) | 第四节 抑郁障碍 .....       | ( 147 ) |
| 第二节 老年冠心病 .....        | ( 43 ) | 第十一章 老年人合理用药及药物不良反应  |         |
| 第三节 慢性心力衰竭 .....       | ( 49 ) | .....                | ( 152 ) |
| 第四节 老年心律失常 .....       | ( 53 ) | 第一节 生理生化特点 .....     | ( 152 ) |
| 第五章 老年呼吸系统疾病 .....     | ( 57 ) | 第二节 老年人药代动力学 .....   | ( 154 ) |
| 第一节 老年肺炎 .....         | ( 57 ) | 第三节 老年人药效动力学 .....   | ( 156 ) |
| 第二节 老年慢性阻塞性肺疾病 .....   | ( 63 ) | 第四节 老年人常用药物的注意事项 ... | ( 156 ) |
| 第三节 老年支气管哮喘 .....      | ( 67 ) | 第五节 老年药物不良反应及注意事项    |         |
| 第四节 老年呼吸衰竭 .....       | ( 73 ) | .....                | ( 160 ) |
| 第五节 老年睡眠呼吸暂停综合征 .....  | ( 76 ) | 第十二章 急诊诊治 .....      | ( 162 ) |
| 第六章 老年神经系统疾病 .....     | ( 81 ) | 第一节 急诊抢救组织方法与工作流程    |         |
| 第一节 老年脑卒中 .....        | ( 81 ) | .....                | ( 162 ) |
| 第二节 老年痴呆 .....         | ( 87 ) | 第二节 急性心肌梗死 .....     | ( 165 ) |
| 第三节 老年帕金森病 .....       | ( 96 ) | 第三节 心肺脑复苏 .....      | ( 170 ) |

|      |            |       |       |                 |       |
|------|------------|-------|-------|-----------------|-------|
| 第四节  | 呼吸衰竭       | (174) | 第十八章  | 康复护理和关怀照料       | (335) |
| 第五节  | 休克         | (181) | 第一节   | 老年康复护理概述        | (335) |
| 第六节  | 过敏         | (183) | 第二节   | 老年人常见疾病及其康复护理   | (335) |
| 第七节  | 昏迷         | (187) | 第三节   | 家庭病房的管理及护理      | (347) |
| 第八节  | 中毒         | (193) | 第四节   | 临终关怀            | (348) |
| 第十三章 | 外科疾病       | (202) | 第五节   | 四防              | (350) |
| 第一节  | 疼痛         | (202) | 第十九章  | 实用技术和全科医师操作技能   | (353) |
| 第二节  | 外科感染       | (211) | 第一节   | 无菌术             | (353) |
| 第三节  | 颅脑损伤       | (219) | 第二节   | 清创术             | (355) |
| 第四节  | 乳腺疾病       | (224) | 第三节   | 换药术             | (356) |
| 第五节  | 胸部外伤       | (228) | 第四节   | 气管插管            | (358) |
| 第六节  | 外科急腹症      | (232) | 第五节   | 胸、腹腔穿刺引流术       | (360) |
| 第七节  | 周围血管疾病     | (240) | 第六节   | 胃管置入术           | (362) |
| 第八节  | 前列腺增生及前列腺癌 | (250) | 第七节   | 导尿术             | (363) |
| 第九节  | 骨折固定、搬运与转送 | (259) | 第八节   | 灌肠术             | (364) |
| 第十节  | 慢性腰腿痛      | (261) | 第二十章  | 老年人的膳食营养        | (366) |
| 第十四章 | 妇科疾病       | (267) | 第二十一章 | 健康教育与预防保健       | (373) |
| 第一节  | 阴道炎        | (267) | 第一节   | 医学的最终目标是促进人类健康  | (373) |
| 第二节  | 子宫颈炎       | (270) | 第二节   | 健康教育            | (374) |
| 第三节  | 盆腔炎        | (271) | 第三节   | 预防保健            | (379) |
| 第四节  | 更年期综合征     | (274) | 第二十二章 | 人际关系和医患沟通       | (383) |
| 第五节  | 妇科肿瘤       | (278) | 第一节   | 人际关系            | (383) |
| 第十五章 | 儿科疾病       | (289) | 第二节   | 医患沟通            | (385) |
| 第一节  | 小儿腹泻病      | (289) | 第二十三章 | 老年口腔疾病的预防与保健    | (389) |
| 第二节  | 急性上呼吸道感染   | (293) | 第一节   | 老年口腔疾病与健康概述     | (389) |
| 第三节  | 儿童肺炎       | (295) | 第二节   | 老年牙体牙髓疾病及预防     | (390) |
| 第四节  | 小儿贫血       | (298) | 第三节   | 老年牙周疾病和口腔黏膜病及预防 | (394) |
| 第十六章 | 眼科疾病       | (301) | 第四节   | 老年人牙列缺损和缺失及预防   | (397) |
| 第一节  | 青光眼        | (301) | 第五节   | 老年人其他口腔疾病及预防    | (399) |
| 第二节  | 白内障        | (306) | 第六节   | 老年人口腔急症及处理      | (400) |
| 第三节  | 黄斑变性       | (309) | 第七节   | 老年人口腔保健         | (402) |
| 第四节  | 虹膜睫状体炎     | (315) |       |                 |       |
| 第五节  | 老花眼        | (320) |       |                 |       |
| 第十七章 | 皮肤疾病       | (322) |       |                 |       |
| 第一节  | 皮疹         | (322) |       |                 |       |
| 第二节  | 皮肤瘙痒症      | (329) |       |                 |       |
| 第三节  | 带状疱疹       | (332) |       |                 |       |

# 第一章 全科医学概况

## 一、全科医学的定义、历史及现状

### (一) 全科医学的定义

全科医学又称家庭医学 (general medicine 或 family medicine), 是一个面向社区与家庭, 整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会科学相关内容于一体的综合性相关医学专业学科; 是一个临床二级学科, 其范围涉及各种年龄、性别、各个器官系统以及各类疾病。其主旨是以人为中心、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。强调为所有的人、家庭及社区提供基础的、连续的、综合的和协调的医疗保健服务。

全科医学主要是指导医生从事基层医疗保健、首诊医疗服务知识技能体系, 是基层医疗保健的主要形式, 它强调以下特点:

1. 首诊服务, 是患者进入卫生保健系统最先接触的服务。
2. 它是一种持续性服务, 贯穿整个人的一生, 兼顾疾病及健康状态。
3. 它是综合性的服务, 服务内容包含了所有传统的主要学科内容。
4. 为有卫生保健需求的人提供协调性的服务。
5. 它是一种高度个性化的人文服务。

### (二) 全科医学的历史与现状

全科医学起源于 18 世纪的欧美, 而正式建立于 20 世纪 60 年代的美国, 此后在世界范围内蓬勃发展, 20 世纪 80 年代后期引入我国。经过数十年的发展, 全科医学目前已逐渐形成了自身独特的学科体系。1969 年全科医学被批准为美国第 20 个医学学科, 是全科医学在世界上诞生的重要里程碑。1971 年美国家庭医师学会成立, 标志着全科医学有了自己的专业实体。我国正式提出全科医学是在 20 世纪 80 年代后期。1993 年 11 月中华医学会全科医学分会的成立, 标志着我国全科医学的诞生。首都医科大学于 2000 年 7 月成立了卫生部直属的第一个全科医学培训中心, 并以此为核心建立了全国的培训网络。此外, 中华医学会全科医学

分会与国家医学考试中心共同制订了全科医生任职资格和晋升条例, 这表明我国的全科医学正逐步步入正轨。

#### 1. 通科医生时代(18 世纪中叶至 19 世纪末)

全科医学是在通科医疗的基础上发展起来的。19 世纪 20 年代以前, 世界各国医疗是不分科的。在欧美, 起源于 18 世纪的“general practice, GP”, 是指受过一般的医学训练但不分科的基层医生所提供的医疗服务, 称为通科医疗, 这类基层医生称为通科医生 (general practitioners, GPs)。当时这些通科医生大多在社区独立开业行医, 只有少数在为数不多的医院工作。尽管当时医疗水平不高, 但他们生活在社区居民之中, 能解决患者及其家庭的一般健康问题, 受到居民的尊敬, 在社区享有很高的威望。一直到 19 世纪末, 通科医生仍占据西方医学的主导地位。

2. 专科化发展阶段(19 世纪末至 20 世纪 60 年代) 19 世纪末, 随着现代化学、生物学、解剖学、生理学及细菌学等学科的迅速发展, 医学知识、医疗技术、医疗设备的发展和药品种类的增多, 医疗重点从社区转向医院, 导致临床医疗实践的分化, 专科医疗开始发展。从 20 世纪 70 年代起, 美国建立医疗法规, 对医生业务水平的要求提高了。当时美国的医学教育发展较快, 全美大约有 160 所医学院校, 在校生超过 25 000 人。创建于 1890 年的 Johns Hopkins 医学院设立了 4 年制本科学位教育, 在其附属医院里, 按专科临床教学, 并将教学、研究和临床实践相结合。从此各医学院校根据专科重新组织教学, 通科医疗明显趋向于专科化, 并逐渐影响到整个世界。专科医疗服务模式的成功, 大大推进了医院专科化和医学科研机构的发展, 随着诊治手段的高科技化, 更使专科医疗服务达到了空前的繁荣。20 世纪以来, 特别是第二次世界大战后, 科学技术的进步促使医学迅猛发展, 人们深信依靠高科技能解决人类的一切病痛。由此, 造成了人们对医院和专科医生的崇拜, 而社区中的通科医生受到冷落, 通科医疗逐渐萎缩。

#### 3. 专科与全科协调发展阶段 随着专科化的



过度发展,其服务模式的内在缺陷也越来越引起人们的关注。而在通科医生队伍萎缩的同时,社会对通科医生的需求却在不断增长。当然,通科医生本身也没有停止对命运的抗争。1947年,美国通科医学学会(AAGP)成立,1971年更名为美国家庭医师学会(AAFP)。该学会提出了“家庭医学”和“家庭医生”,力求使这种具有鲜明特征的新的医疗服务模式为医学界和民众所接受。

1969年,美国成立了家庭医疗专科学会(ABFP),作为全科医学学科正式建立的标志。1972年,世界全科/家庭医师学会(WONCA)在澳大利亚墨尔本正式成立,学会热情为世界各国全科医生提供学术和信息交流的讲坛,发展全科医学学术组织。目前,全科医学在中国也取得了迅速的发展。1989年北京全科医学会首先成立,1993年中华医学会全科医学分会成立。与此同时,许多地方还成立了全科医学培训中心。上述学会和中心为推进全科医学在我国的发展做了许多开拓性工作。

4. 全科医学的发展是时代的呼唤 全科医学的发展具有明显的时代背景和社会需求。

(1)人口学发展 第二次世界大战后,社会稳定和生活水平提高,人群疾病发病率和死亡率大幅下降,世界人口数量迅速增加。人口过剩使生活空间过度拥挤,成为危害公众健康的重要问题;人口老龄化是当今世界的重大社会问题,老龄化一方面带来了老年人自身健康方面的问题,另一方面亦带来一些社会经济问题。因此,人口过多和老龄化必然影响到卫生服务的供需变化,加剧了卫生服务供需之间的矛盾。

(2)疾病谱和死亡谱变化 20世纪中叶以来,由于社会的进步,生物学防治手段的发展与公共卫生的普及,以及营养状态的普遍改善,传染病和营养不良症在疾病谱和死因谱上的位置逐渐下降,并为慢性退行性疾病、不良生活方式及行为所致的慢性非传染性疾病所取代。

(3)卫生经济学的压力 首先是世界各国普遍存在卫生资源分布的不均衡,城市远远多于农村。这种不平衡,给区域卫生规划、医院实行分级医疗、卫生资源的合理配置和使用带来诸多问题。第二是医疗卫生服务享用不合理。我国有相当一部分的贫困人口不能得到很好的医疗服务,而另一方面亦存在着过度使用医疗服务和严重浪费的问

题。第三是医药费用上升过快。医药费用的迅速增长使政府、单位和个人难以承受。医疗手段的高科技化、过度专科化医疗的服务模式、不规范的药物营销和使用,是医疗费用猛涨的主要原因。这些卫生经济学方面的压力,都迫切需要深化改革,从卫生服务体系、服务模式等根本问题上寻求出路。

(4)医学模式的转变 医学模式是在不同历史阶段和医学科学水平上,观察和处理医学问题的思想与方法,是对人类健康与疾病总体的特点和本质的概括。16世纪以后医学获得迅速发展,人们从生物体系、生态学观点去认识和控制疾病,取得了巨大成功。然而20世纪40年代以后,疾病谱和死因谱发生了显著变化,单纯生物医学模式已不能适应这一变化,慢性病和不良生活习惯、环境压力所带来的新的健康问题,只有用新的医学模式才能最终解决。由此,生物-心理-社会医学模式被提出,并为人们所接受。新医学模式的产生,对医疗服务模式也产生了很大的影响。

(5)家庭结构的改变 现代家庭类型以核心家庭较多,据统计绝大多数社区核心家庭占社区家庭类型的60%以上。核心家庭规模小,家庭应付包括卫生、教育等问题的能力不足,与家庭有关的健康问题增多,对医护依赖增强,对社区化、家庭化服务需求较迫切。

(6)专科医疗服务有明显局限性 单一专科医疗服务模式促使医院片面追求大型诊疗仪器的配备,同一地区大型医疗设备不必要的重复购置导致了资源配置的不合理。专科医生的单纯治病观点疏远了医患关系,出现了“医院门难进,医护人员脸难看”的现象。医生与患者的交流往往只限于诊治疾病,很少关心患者的心理、行为、居住和工作环境以及家庭等影响因素。专科医疗带来的高额医药费用也直接影响着卫生事业的发展和人民群众对卫生资源的享用。鉴于上述种种原因,以致在20世纪50年代后期,世界医学界掀起了一场医疗服务模式改革的浪潮,全科医学被推到了改革的前沿。

5. 我国全科医学的现状 在美国全科医生占医生总数的34%,英国的全科医生达50%,加拿大的全科医生也占医生总数的近半数比重,而我国目前从事全科医疗工作的医生仅占8%。在国外,全科医生的业务量占总业务量的50%以上,家庭医



生基本都在硕士学历以上的层次,独立执业,而且可以服务于多家医疗机构,工资收入超过多数专科医生,社会地位很高。他们是居民家庭成员一辈子的健康保护神,是国家卫生服务支出的守门人,也是引导专科医疗的经纪人。

全科医学在我国的发展已经有 20 多年历史,然而进展并不尽如人意。由于历史的原因,我国民众对全科医学、全科医生并不十分理解。提到全科医生即刻联想到“赤脚医生”“万金油医生”,认为这些医生看不了大病,因而不愿意在小医院寻医问药。还有全科医生工作环境简陋,设施设备落后,不能满足患者对医疗卫生服务的要求。国内的专业人士目前也认为在中国“全科医学及全科医生”的概念非常模糊,不知道全科医生应该培养到什么程度、全科医生应该承担的责任是什么、全科医生应该如何开展工作等。再加上我国在高等医学院校建立全科医学教研室的为数并不多,承担全科医学教学工作的大部分是由公共卫生专业的教师和临床专科兼职教师所担任,即尚未形成一支专职的全科医学师资队伍。我国目前全科医生仅占医生总数的 8%,这与全科医生缺乏必要的职业认同、难以从基础医疗中获得荣誉、收入低等因素有密切关系。大家对全科医学和全科医生在中国的现状都不满意,民众也没有真正得到从生到死的家庭医生式的管理。

2009 年通过医学界和基层的努力,全科医学终于获得了政府相关部门的支持,一系列的政策和文件相继出台。2009 年 3 月 17 日通过的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,要通过发展全科医学解决老龄化社会带来的严峻的老年人口保健医护照顾问题。为此,国家相关部门联合印发了《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍发展规划》,该规划明确提出,到 2020 年通过各种途径培养 30 万名全科医生,逐步形成一支数量适宜、质量较高、结构合理、适应基本医疗卫生制度需要的基层医疗队伍。2011 年,《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》(简称《指导意见》)出台。《指导意见》指出,中国将逐步建立统一规范的全科医生培养制度,推行“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。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“5+3”和“临床医学研究生教育”两种方式,具体方式由各省(区、市)确定。这种培养模式是非常理想的,广州、上海的部分医学院校早有行动。可是,培养人才是一个漫长的过程,短时间内收效甚微,全科医生一时间不能“豪华”登场。为此,全科医生培训应运而生,北京、山东、上海、广东等地开设了全科医生岗位培训班和培训基地,将专科医生进过全科医生的培训后转岗进入全科医生的行列中。2011 年 5 月 9 日,北京大学医学部讨论决定成立北京大学医学部全科医学系。在这个致力于创造世界一流医学教育事业的高等学府里已经开始以系的规格组建全科医学学科,打破了以往对全科医学的传统偏见,也表明全科医学的理念被广泛接受。

## 二、全科医生与全科医学教育

### (一)全科医生的定义

全科医生(general practitioners, family physician, family doctor)是全科医疗的主要执行者,是受过正规全科医学专业培训,临床技能全面、医德高尚的高素质基层医疗保健人才,要富有独立工作能力,对个人、家庭及社区能提供便捷廉价的防、治、保、康全方位的优质服务。全科医生的通俗定义是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济、有效、一体化的基层医疗保健服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责管理的医生。

全科医生一般是以门诊形式处理常见病、多发病及一般急症的多面手。社区全科医生工作的另一个特点是上门服务,全科医生常以家访的形式上门处理家庭的患者,根据患者各自不同的情况建立各自的家庭病床和各自的医疗档案。全科医生应具备专业的职业素养、完备的医学知识结构、综合性的临床急救知识、高尚的医德医风、丰富的生活经验及人文情怀、卓越的管理才能和执着严谨的科学精神。

美国的家庭医学学会(AASP)将全科医生定义为“家庭医生(family doctor)”,是指经过家庭医疗这种范围广泛的医学专业教育训练的医生。家庭医生由于具备医学背景,又擅长与家庭沟通交流,最具资格服务于每一个患者,并且作为所有健康相关事务的组织者,包括适当利用顾问医生、合理分配卫生服务以及社区医疗资源等。



## (二)全科医学教育的重要性

全科医学现在已在世界上 50 多个国家和地区推行,尤其在许多发达的西方国家,全科医学已得到医学界和公众的普遍认可,是发挥各级医疗资源和节约患者医疗费用的关键枢纽。所以,培养全科医学科技人才,有效地使用全科医学人才,是当前开展全科医学教学的头等战略任务。

1. 全科医学教育是社会发展的需要 我国从 20 世纪 80 年代后期引进了全科医学这一学科。它的经济基础是我国社会生产力已发展到了一定水平,是在人民的生活水平由温饱型向小康型转变后,对医疗事业提出新的要求而产生的。而基层医院的医疗资源配置已经不能满足人民的需要,因此除了不断地深化医疗体制改革外,还需大力发展全科医学教育,培养大批的全科医生,充实到各个基层医疗单位,从而满足人民的需要。要培养高素质的专业化水平较高的全科医生,首先是要注重更新教师的教育思想观念,这就决定了医学素质教育在社会实践中的重要性。全科医生的服务是一种全新医疗服务模式,这意味着基层医疗机构的医疗服务模式从以患者和疾病为中心转变为以所有人和人的健康为中心。据有关资料统计,患者 90% 的疾病都属于普通疾病,全科医生均能处理。如果 90% 的患者都能在社区医院就诊,大医院就可以从大量的普通疾病中解脱出来,集中精力治疗研究各种疑难危重患者。所以实行全科医生制,一是可以改变医患关系,协调医患关系中的首诊负责制度;二是可控制目前卫生资源浪费、乱用药、乱收费、乱检查的现象,建立合理有序的转诊制度;三是可以使医疗资源配置更合理,避免了患者不管大病小病都去大医院就诊,造成了大医院里人满为患,而基层医院里的医疗资源完全闲置。因此,要充分发挥全科医生制度的优越性,才能大大提高社会效益。

2. 全科医学教育是新形势下的客观需要 当前,我国医疗卫生事业发展并不均衡,在大城市经济发达地区发展较快,对人才层次的要求较高,在中小城市经济欠发达的广大乡村对人才层次的要求较低,这决定于当地服务对象和医疗卫生设施。如果盲目追求高层次人才会产生诸多不利影响,比如教育投入过大、医疗卫生支出增加、国家和个人医疗负担过重、高层次人才有效利用率不高,从

而造成人才浪费。随着医学模式的转变和医疗环境的不断变化,专科服务已难以满足人民群众日益增长的卫生服务需求,只有推行全科医疗与专科医疗协调发展、互相结合的服务模式,才能实行分级医疗,加强基层医疗保健工作,减轻专科医疗的负担,更合理地利用卫生资源,最大限度地满足人民群众的卫生服务需要。全科医生作为全科医疗的主要执行者,要求他所受的训练和经验使他能够从事内、外科等若干领域的服务。对患者来说,不论是由于性别、年龄或所发生的躯体、心理及社会问题所引起的疾病,全科医生均能提供连续性和综合性的医疗保健服务。全科医生既要继承传统,又要结合现代时尚,他是横向信息交流的中心,所有专科知识都在这里汇集、筛选并形成独特的知识和技能体系并应用于实践。全科医生是医生中的多面手,这种多面手一直存在于整个医学发展的历史过程中,其作用是任何其他专科医生所无法取代的。在现阶段,我们还不能像发达国家那样,培养相当于硕士水平的全科医生去基层医疗单位工作,但实施全科医疗、发展全科医生是历史发展的必然趋势。我国也应该有计划有步骤地培养相当数量的高学历全科医生,为今后我国医疗事业的发展提供必要的师资力量和一定数量的全科医生。因此,在新形势下,随着现代科学的发展和社会教育理念的转变,高等医学教育模式正在发生着深刻的变化。

3. 开展医学教学的全科医学模式,实行课程改革 按照国际标准,每名全科医生应服务 2000 ~ 3000 人。按最低标准计算,我国 5 亿城市人口至少需要 16 万名全科医生。那么如何在较短的时间内培养出更多更好的全科医生,这里有三个问题需要解决,即师资、生源、课程内容。

(1)在师资方面 建设一支高素质的师资队伍,是培养全科医学人才的根本保证。要吸引一批热爱全科医学事业、有基层工作经验、在临床学科中有一定建树的专家,经过必要的全科医学知识培训后充实到师资队伍中。

(2)在生源方面 应在高等医学院校设立全科医学专业培养的专门人才。

(3)课程内容教育的模式 应具备以下特点:

①综合性的知识技能:全科医生除应掌握全面的基础和临床医学的基本知识,还应了解社会学、心理学、政治、法律、社会经济学,甚至宗教知识,以



便解决各种问题及各种个体的身心疾患和群体的健康卫生问题。

②良好的素质教育:全科医生肩负着生命周期健康照顾的重担,对每一位患者都要有高度的责任感和同情心,对每一个问题需始终站在公正的立场上。平时全科医生常常会遇到一些棘手的问题,他们必须具备冷静的头脑、良好的思想境界,甚至具有政治家的智慧,洞察眼前所经历的一切事物,调节人们的情绪,使人们相对的思想平静、生活安逸、工作舒畅、精神愉快。因此,他们除具有好的医学才能外,还必须要有高尚的人品、良好的修养,全科医生一生需不断进取。

要想真正成为一名合格的全科医生,首先要把患者当成特殊的服务对象,懂得尊重患者的人格才能顺应全科医学模式的需要,才能成为高素质的专业人才,培养出更多懂得生物、心理、社会、伦理、医学知识的优秀专业全科医生技术人才。

③积累丰富的生活经验:全科医生面临的是疾病和生活交织的问题,是医学知识与社会常识、人文科学边缘的接合。他们生活在社区,距居民最近,不是在高墙内的医院,而是不时地介入个人和家庭之中,最能了解人们的生活情境,了解各个患者的心愿和家庭状况,从实践中获得和总结丰富的生活经验。正是由于这些,丰富了他们的头脑,使其对问题有深刻的认识,并具有较强的解决问题的能力。

④培养卓越的管理才能:全科医生以患者为中心,维护患者的利益,站在较高的层次观察和管理社区内个人和家庭的问题,并且对整个社区卫生状态进行监测,随时提出干预措施,与有关部门(政府、企业、慈善等部门)进行协商共管。对自己的工作岗位诊所,更是要进行细致的业务、人事、经济管理,因此在其工作中施展了卓越的管理才能,也只有具有这种才能,才能当好一个全科医生。由于全科医生对医疗和医疗费用的卓越管理,而获得了医疗保健“守门人”的专业称号。

⑤锻造执着的科学精神:随着知识更新,人民医疗保健需求不断提高,全科医生为满足社区和个人的需要,必须对各门学科不断地学习和研究,只有具有谦虚的作风和严谨的科学态度,对不断进展和变化的科学和社会知识孜孜不倦地学习,才能处理好社区和人群的健康问题,也才能成为一个合格

的全科医生。

4. 加强全科医学继续教育的连续性 应对从事或即将从事社区卫生服务工作的执业医师,采取脱产或半脱产的方式进行全科医师岗位培训。对毕业后已从事全科医学的高等医学院校本科毕业生,在经过规范化的全科医学培训优秀者,按有关规定申请专业学位。同时完善和提高相关知识,现行的教材多偏重于生物医学的知识,缺乏新知识的更新,与医学有关的边缘学科相互渗透不够,学生很难成为具有良好知识结构的优秀全科医务人才。因此,要加强并增添人文、社会学等课程,从生理、心理、社会、伦理、营养学等方面全面提升分析,更好的发挥服务社区解决问题的能力。

### 三、全科医生的职责及特点

#### (一)服务宗旨和职责

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深入研究来认识与对抗疾病。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患者的诊治责任。在这种意义上,专科医生类似于“医学科学家”,即充分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,可将其称之为治愈医学(cure medicine)。

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不适,全科医疗都要为其提供令人满意的照顾,也即它对自己的“当事人”具有不可推卸的责任。因此,全科医师类似于“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,又延及到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、艺术学等),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,基层医疗的公平性、经济性与普及性日益显现,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。

#### (二)服务内容和方式

专科医疗处于卫生服务的金字塔的顶部,其所处理的多为生物医学上的重病,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。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,并干预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,这些问题往往涉及服务对象的生活方式、社会角色和健康信念。

### (三)应具备的能力

1. 建立并使用家庭、个人健康档案(病历)。
2. 建立社区常见病、多发病的医疗诊治常规,合理的会诊/转诊制度。
3. 急、危、重患者的院前急救与转诊。
4. 社区健康人群与高危人群的健康管理,包括疾病预防筛查与咨询。
5. 社区慢性患者的系统管理(数据库网络建立病案)。
6. 根据需要提供家庭病床及其他家庭服务。
7. 社区重点人群保健(包括老人、妇女、儿童、残疾人等)。
8. 人群与个人健康教育。
9. 提供基本的精神卫生服务(包括初步的心理咨询与治疗)。
10. 开展医疗与伤残的社区康复。
11. 计划生育技术指导。
12. 通过团队合作执行家庭护理、卫生防疫、社区初级卫生保健任务等。

### (四)全科医生的特点

1. 以人为本 全科医生具有对健康评估、疾病判断和疾病转归的相关知识和经验,对不同服务对象的具体情况,采取不同的个体化处置方式,包括对疾病的预防、治疗、康复及姑息治疗,达到以人为本的人文关怀和医疗照顾。患者的需求、价值观和理想的健康结果始终是全科医生工作的核心。

2. 连续性的医疗 对患有慢性疾患的患者,在长期的医疗服务中相互了解、理解和信任,在疾病的发生发展及转归的全过程提供连续不断的医疗服务,使患者达到最大限度的治疗和康复。

3. 整体全面性 全科医生为患者提供医疗服务应不受年龄、性别、不同器官系统疾病的限制,完善患者医疗档案并定期更新患者的病情及用药方案;提供疾病预防、健康促进、慢性病管理及患者健

康教育等医疗服务;定期定时巡诊,搭建家庭医疗和上级医院会诊或转诊的桥梁,达到对所有社区医疗服务对象的全面医疗保障。

4. 全面整体照顾病患 全科医生具有丰富的医疗经验和医患沟通的能力,深刻理解生物—心理—社会医疗模式各因素之间的相互作用。全科医生不仅仅作为一名医生,而且是情感、身心健康的辅导员,积极健康理念的倡导者,具有为个人、家庭和社区长期服务的社会功能。

5. 诊断和治疗的技能 全科医生高水平的诊断和治疗技能是为患者提供有效健康保障的基础。在全科医生的职业生涯中,通过各种途径,不断完善和提高医学专业知识,不断积累临床经验,以及与患者的沟通、协调及管理能力。

6. 协调和临床团队精神 由于患者病情的复杂性和患者个体化治疗的特殊性,要求全科医生在独立诊疗过程中同时做好与不同专业、不同医疗机构的密切协作,根据病情需要注重患者的会诊及转诊,为综合诊治、护理患者提供方便。

7. 持续质量改进 全科医生能够客观地评估自己的专业能力,不断学习新的专业技能,以应对不断变化的临床和社区情况。通过继续医学教育、专业进修等多种途径不断提高医疗服务水平、各个层面的领导管理才能、团队协作能力、诊治规划和系统化的信息管理水平,使得医疗服务质量达到持续改进。

8. 专业水平和道德标准 给全科医生提供统一的专业标准和道德标准,能够在复杂的环境下做出正确的应对决策,给特殊人群提供最好的照顾,有效地利用有限的公共医疗资源。

9. 倡导、宣传和权益 全科医生了解医疗从业的基层水平,结合经济和环境的健康决定因素,和其他卫生专业人员广泛交流,认可其他部门和社会团体所作出的贡献,积极合作,倡导和领导个人,平衡家庭的利益,影响当地环境和社区,特别是那些最边缘化的风险性行业的从业人员。

10. 不断完善的学科 随着知识日新月异的更新,人民医疗保健需求的逐渐提高,全科医生为满足社区和个人的需要,必须对各门学科不断地学习和研究,对全科医学及全科医生的服务内容及知识不断地完善及改进,对不断进展和变化的科学和社会知识的不断更新,才能处理好社区和人群的健康



问题,也才能成为一个合格的全科医生。

#### 四、以患者为中心的卫生服务

以患者为中心的卫生服务是全科医学的基本特性之一,它与其他专科医疗以疾病为中心的诊疗模式有根本的区别。全科医生在诊疗过程中要做到以患者为中心,必须考虑以下两方面:一是理解疾病、预防疾病、治疗疾病;二是理解患者、服务患者、满足患者的需要。有人把这种诊疗模式称为以患者为中心的临床疗法(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,全科医生和专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,忽视了解患者;而全科医生则先了解患者,然后了解疾病、治疗疾病,最终服务患者,满足患者的需求。

##### (一)了解患者

1. 患者的一般背景资料 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、社会价值观等方面;社区背景包括团体关系、社区意识、社区资源、社区环境、社区影响力等方面;家庭背景包括家庭状况、家庭资源、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、能力与抱负等。全科医生在连续性服务的基础上不断累积,随着交往时间的延长,朋友式医患关系的建立,逐渐加深并了解患者的背景资料。全科医生在其诊疗过程中,应理解患者,在了解其就医的完整背景的基础上才有可能实现这一过程。

2. 患者就诊的原因 主要原因包括有躯体方面的不适、心理方面的焦虑及其他原因,如就业前体检、医疗证明、民事纠纷、病假条、机会性就医、健康检查或预防保健等。

3. 患者对医生的期望及需要 患者总是带着对医生的期望前来就诊的。患者对医疗服务的满意程度取决于期望得以满足的程度。当然往往是患者的期望值越高,越容易产生不满。一般情况下,患者对医生的期望包括对医生的品德、医疗技术、服务态度、就诊结果及治疗效果的期望。随着卫生知识的普及和对卫生需求的高涨,患者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患者的期望。

亚伯拉罕·马斯洛认为人的需要包括由低到高的五个层次: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。在患者就诊过程中五种需要都存在,但最基本的、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患者的期望和需求。

##### (二)了解疾病

了解疾病、采取正确的诊疗手段,使患者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到社区卫生服务质量。了解疾病、预防和治疗疾病包括以下几个过程。

1. 搜集资料 通过接诊交谈搜集患者的症状、体征、病程演变经过以及既往史、家族史等背景资料,以便作出初步诊断。

2. 初步诊断及确诊 根据搜集到的资料,可初步作出诊断,根据专业知识按可能性大小顺序排队。通过实验室及仪器设备的检查,对初步诊断进行确诊。在病程发展过程中,对于一时难以明确诊断的疾病,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,以验证初步诊断。

3. 治疗及随访 确诊的疾病,给予合理的治疗,对非典型疾病仍不能明确诊断者,可进行实验性治疗。同时定期随访病情变化及观察治疗效果。

#### 五、以家庭为单位的卫生服务

以家庭为单位的医疗卫生服务是全科医学的基本特性之一,是全科医师的主要特征。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、心脑血管疾病等慢性疾病发病率的增加,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、康复等措施的一个最重要的场所。

### (一)家庭的定义

传统概念上家庭的定义是在同一处居住,靠血缘、婚姻或收养关系联系在一起的,由两个或两个以上的人组成的单元。现代社会中单亲家庭、单身家庭、同居家庭、孤老家庭及隔代家庭的出现,使以上概念已经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,又包含了现代家庭的结构。

家庭的类型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,是有核心家庭及夫妇单、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住在一个家庭,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。

### (二)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互相供养、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 家庭成员通过互相了解,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。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. 性生活调节及生育功能 成年男女组成家庭的最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。生育子女、传宗接代、延续种族是家庭所特有的功能。

4. 经济及社会化功能 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。此外,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他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。

### (三)家庭生活周期

家庭也像个体一样,有其发生、发展、结束过程。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产生影响,还会对家庭成员的健康造成影响。

当全科医生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。

### (四)家庭对健康的影响

1. 疾病与家庭 遗传疾病大多来自家庭,一些慢性病也有家庭遗传倾向;传染及呼吸道疾病在家庭更容易传播,某些疾病与不良家居环境、过分拥挤、母亲照顾相关;家庭与儿童身心健康成长密切相关。

2. 慢性病与家庭 慢性病的长期照顾依靠家庭,患者的生活质量及预后与家庭照顾相关。

3. 饮食、生活、行为与家庭 慢性病诱因大多

与不良生活方式、饮食习惯、行为和心理相关,而这些诱因多来自家庭。

4. 疾病预防与家庭 疾病预防应从孩子做起,从家庭开始,健康的一言一行及生活方式保持了人的健康。

5. 婚姻与健康 良好的家庭氛围促使机体生理、心理平衡,孩子健康成长。

6. 家庭经济与健康 经济对健康的影响与年龄相关,年龄越小、相关性越大。

7. 家庭关系不良与健康

8. 家庭对儿童社会化的影响 儿童的躯体和行为异常与家庭相关。

### (五)家庭访视

1. 适应范围 紧急事件、行动不便、心理社会及从医性问题、老年人、慢性病患者、临终家庭、产褥期、家庭治疗。

2. 种类 评估性家访(常用于家庭问题、心理问题、老年患者的家庭环境了解)、连续性家访(对慢性病及家庭病床提供持续性照顾)、急诊性家访(处理紧急事件)、随机性家访(医生的意向及追踪)。

### (六)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、帮助家庭成员解决个人困难和问题。

主要包括:进入家庭开始讨论问题、回顾历史找出解决关键问题的方法、鼓励合作以促进家庭问题的化解,支持、教育和激励、控制场面并随时应付抵抗。

### (七)家庭治疗

1. 家庭危机和压力 ①家庭压力事件:地位改变、失落、家庭负担加重、道德行为问题。②家庭危机:能否发生取决于生活事件的性质、大小、资源的多寡,决定因素是事件的性质。

2. 家庭治疗 是指对家庭的功能、角色、互动模式的调适,涉及心理、行为问题的治疗。家庭治疗以家庭为对象,通过对家庭所有成员的协调,达到家庭和谐、功能运转正常。家庭危机是家庭治疗的一大指征。

## 六、以社区为范围的卫生服务

全科医生的位置要置于一定范围、一定区域的生活体中,这一生活体就是社区。以社区为范围的医疗服务是医务人员立足于社区,为居民提高基本医疗和基本公共卫生服务的总称。为导向所在社区的医疗,涉及个体-群体的一体化照顾。主要分为公共卫生体系和基本医疗服务两个方面。

### (一)公共卫生方面

主要是突出社区大卫生管理,重视利用社区资源、政府、医疗、居委会共同参与,形成卫生服务网络。全科医生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问题,进行全面而有针对性的研究,作出社区诊断,协助有关部门制订一个适宜的公共卫生管理制度,并督促制度实施,保证社区公共卫生安全,动员社区民众,利用社区资源,通过政府支持,建设一些环境保护设施和娱乐、锻炼、康复场所,促进社区公共卫生健康。

主要项目内容有:

1. 建立社区居民健康档案 以慢性病患者、老年人、孕产妇、儿童以及基层医疗卫生机构就诊人群等为重点,并及时更新,逐步实施计算机管理。

2. 开展健康教育 基于健康素养基本知识和技能,优生优育及辖区重点健康问题等内容,向城乡居民提供健康教育宣传信息和咨询服务。

3. 儿童保健 为0~3岁婴幼儿建立保健手册,开展新生儿访视及儿童保健系统管理。每年新生儿访视至少2次,儿童保健1岁以内至少4次,1~2岁儿童至少2次。

4. 孕产妇保健 为孕产妇建立保健手册,开展至少5次孕期保健服务和2次产后访视。

5. 老人保健 对辖区老年人进行健康指导服务,定期为全省城乡65岁以上老年人进行健康体检。

6. 预防接种 为适龄儿童接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗。在重点地区,对重点人群进行针对性接种,包括出血热疫苗,发现、报告预防接种中的疑似异常反应,并协助调查处理。

7. 传染病防治 及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例,参与现场疫点处理;开展传染病防治知识和咨询服务;配合专业公共卫生机构,对非住院结核病患者、艾滋病患者进