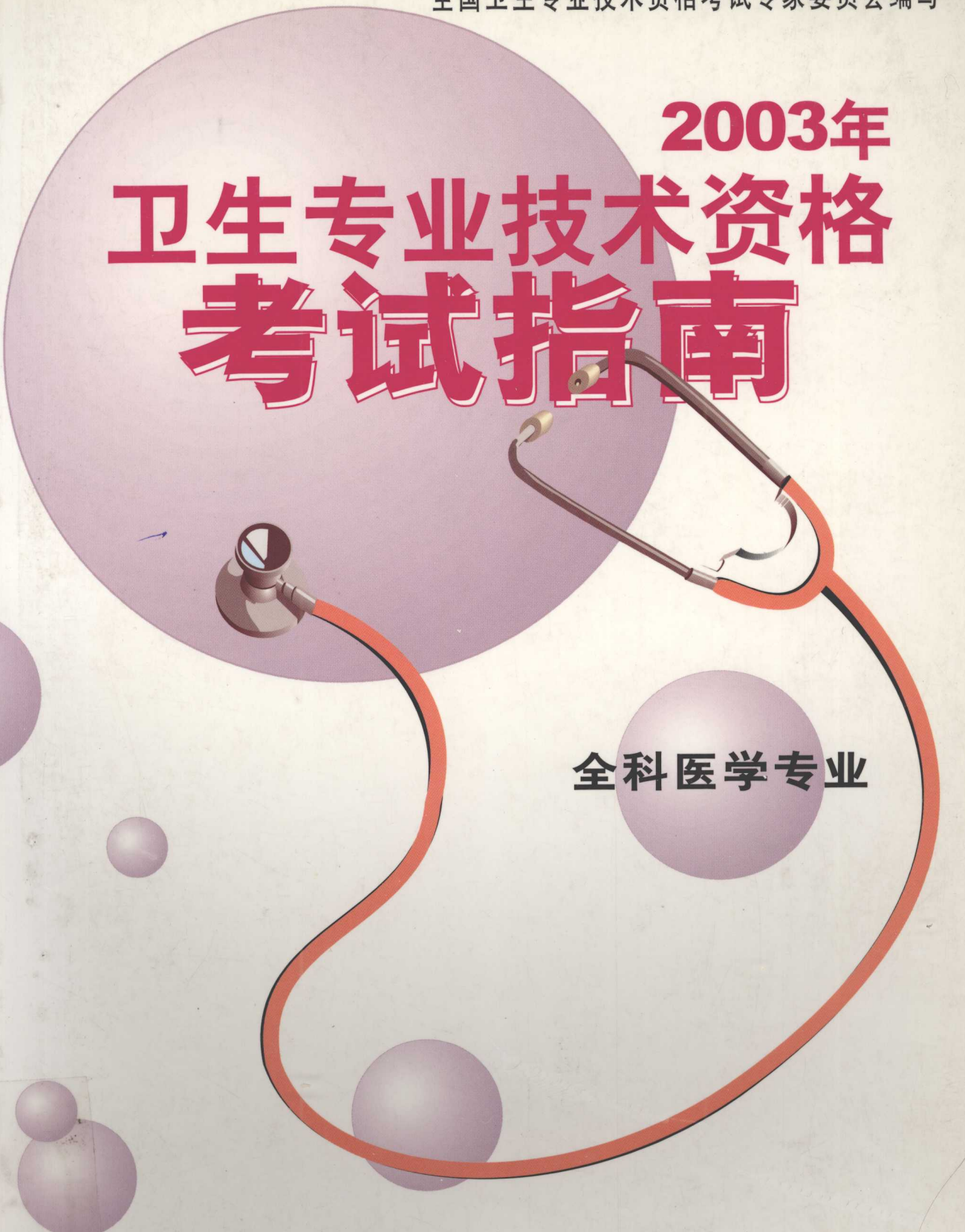


全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写

2003年 卫生专业技术资格 考试指南



全科医学专业

知识出版社

【卫生部、人事部卫生专业技术资格考试大纲】

2003年 卫生专业技术资格 考试指南

全国医学考试

中国医药出版社

全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写

2003 年
卫生专业技术资格考试指南
全科医学专业

知识出版社

总编辑：徐惟诚 社长：田胜立

图书在版编目（CIP）数据

卫生专业技术资格考试指南，全科医学专业/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编。—北京：知识出版社，2003.3

ISBN 7-5015-3766-6

I.卫… II.全… III.全科医学-医药卫生人员-资格考核-自学参考资料 IV.R 192

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2003）第 012364 号

策划人：张高里 于淑敏

责任编辑：王 琰 施萃善

封面设计：主桅美术

责任印制：徐继康

知识出版社出版发行

（100037 北京阜成门北大街 17 号 电话：68318302）

印刷 新华书店经销

2003 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

开本：787 毫米×1092 毫米 1/16 印张：42.5

字数：943.6 千字 印数：1-3000 册

定价：111.00 元

本书如有印装质量问题，可与出版社联系调换

目 录

全科医学专业资格考试指南	1
第一部分	3
第一章 全科医学基础	3
第一节 全科医学	3
第二节 全科医疗	7
第三节 全科医生	15
第四节 临床预防	18
第五节 以家庭为单位的健康照顾	19
第六节 全科医疗健康档案	23
第二章 社区卫生	27
第一节 概述	27
第二节 常用社区卫生调查方法	28
第三节 社区诊断	33
第四节 常用社区卫生指标简介	37
第三章 流行病学方法	42
第一节 流行病学概述	42
第二节 疾病分布与现况调查	42
第三节 病例对照研究	45
第四节 社区现场干预试验	47
第五节 流行病学研究中常见的偏倚	48
第四章 医学统计方法	50
第一节 变量的概念与类型	50
第二节 定量资料的分析方法	50
第三节 分类资料的分析方法	53
第四节 统计表与统计图	55
第五章 健康教育与健康促进	57
第一节 基本概念	57
第二节 健康传播与行为干预	58
第三节 社区健康教育与健康促进	61
第四节 健康教育规划设计、实施与评价	63
第六章 儿童保健	67
第一节 小儿生长发育	67
第二节 小儿营养和喂养	68
第三节 计划免疫和预防接种	70
第四节 新生儿护理	72

第五节 儿童系统保健管理	75
第六节 儿童营养性疾病	76
第七章 妇女保健	80
第一节 青春期保健	80
第二节 婚前保健	82
第三节 围产保健	84
第四节 围绝经期及绝经后妇女保健	90
第五节 计划生育	92
第八章 老年保健	96
第一节 老年人的特点	96
第二节 老年人健康综合评估	102
第三节 老年保健实施	103
第二部分	107
第一章 常见症状鉴别与诊断	107
第一节 发热	107
第二节 胸痛	109
第三节 咳嗽	110
第四节 咯血	112
第五节 心悸	113
第六节 水肿	114
第七节 腹痛	115
第八节 呕吐	117
第九节 腹泻	119
第十节 便秘	120
第十一节 呕血与黑粪	122
第十二节 便血	124
第十三节 黄疸	125
第十四节 腹水	126
第十五节 肥胖	127
第十六节 头痛	128
第十七节 头晕、眩晕与晕厥	130
第十八节 昏迷	132
第十九节 抽搐	134
第二十节 关节痛	135
第二十一节 腰背痛	137
第二章 脑血管疾病	140
第一节 缺血性脑血管病	140
第二节 出血性脑血管病	142

第三章 心血管疾病	146
第一节 高血压病	146
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	151
第三节 慢性肺源性心脏病	156
第四节 心力衰竭	157
第五节 心律失常	163
第六节 心肌病	171
第七节 心瓣膜病	172
第四章 呼吸道疾病	177
第一节 上呼吸道感染	177
第二节 慢性支气管炎	179
第三节 肺炎	182
第四节 支气管哮喘	183
第五节 支气管扩张	186
第六节 慢性阻塞性肺疾病	188
第七节 肺癌	190
第五章 消化系统疾病	193
第一节 胃炎	193
第二节 消化性溃疡	195
第三节 胰腺炎	198
第四节 炎症性肠病	202
第五节 常见恶性肿瘤	207
第六章 泌尿系统疾病	216
第一节 泌尿系感染	216
第二节 肾小球肾炎	218
第三节 肾病综合征	220
第四节 肾功能衰竭	222
第七章 血液造血系统疾病	228
第一节 贫血	228
第二节 白血病	234
第三节 淋巴瘤	238
第四节 出血性疾病	239
第五节 特发性血小板减少性紫癜	241
第八章 内分泌代谢疾病	243
第一节 糖尿病	243
第二节 甲状腺机能亢进	250
第九章 风湿病	253
第一节 类风湿关节炎	253

第二节	风湿热	255
第十章	老年人健康问题	258
第一节	骨质疏松症	258
第二节	老年痴呆	260
第三节	帕金森病	261
第四节	老年期抑郁症	263
第五节	睡眠呼吸暂停综合征	264
第六节	老年瘙痒症	266
第七节	尿失禁与尿潴留	267
第八节	跌倒	269
第十一章	常见急症与急救	271
第一节	心搏骤停与心肺复苏	271
第二节	现场急救基本技术	273
第三节	急性呼吸困难	275
第四节	休克	277
第五节	癫痫持续状态	278
第六节	急性一氧化碳中毒	279
第七节	有机磷类农药中毒	280
第八节	镇静催眠药物中毒	282
第九节	急性酒精中毒	283
第十节	细菌性食物中毒	284
第十一节	电击伤	285
第十二节	中暑	286
第十三节	淹溺	289
第十四节	意外伤害(交通事故、地震、火灾)	290
第三部分		293
第一章	外科疾病	293
第一节	创伤	293
第二节	烧伤	298
第三节	外科感染	301
第四节	体表肿瘤和肿物	305
第五节	乳房疾病	311
第六节	腹外疝	314
第七节	阑尾炎	316
第八节	肠梗阻	317
第九节	胆石症与胆道感染	319
第十节	肛门直肠疾病	322
第十一节	周围血管疾病	328

第十二节	尿石症	330
第十三节	前列腺疾病	332
第十四节	骨关节疾病	334
第二章	妇科疾病	338
第一节	月经病	338
第二节	妇科炎症	340
第三节	子宫内膜异位症	342
第四节	流产	342
第五节	常见肿瘤	344
第三章	儿科疾病	347
第一节	新生儿黄疸	347
第二节	呼吸道疾病	348
第三节	小儿腹泻	353
第四节	小儿常见传染病	356
第四章	眼科疾病	362
第一节	屈光不正	362
第二节	常见感染性眼病	365
第三节	青光眼	369
第四节	白内障	371
第五章	耳鼻喉疾病	374
第一节	耳部疾病	374
第二节	鼻部疾病	378
第三节	咽喉部疾病	382
第四节	耳聋	388
第六章	口腔疾病	391
第一节	龋病	391
第二节	成人牙周炎	391
第三节	急性牙髓炎	392
第四节	复发性口腔溃疡	393
第五节	口腔保健	394
第七章	皮肤病与性传播疾病	396
第一节	病毒性皮肤病	396
第二节	真菌性皮肤病	397
第三节	湿疹皮炎类皮肤病	400
第四节	痤疮	402
第五节	荨麻疹	403
第六节	银屑病	404
第七节	性传播疾病	405

第八节 外用药物疗法	409
第八章 传染病	413
第一节 传染病防治	413
第二节 病毒性肝炎	414
第三节 肺结核	418
第四节 细菌性痢疾	419
第五节 霍乱	421
第六节 肾综合征出血热	423
第九章 精神疾病和精神卫生	426
第一节 概述	426
第二节 精神分裂症	429
第三节 情感性精神障碍	431
第四节 癔症	432
第五节 神经症	433
第六节 心身疾病	434
第七节 精神卫生	435
第八节 心理健康服务	437
第十章 康复医学	439
第一节 概述	439
第二节 残疾分类	440
第三节 康复评定	440
第四节 康复治疗	442
第五节 几种常见病的康复	443
第十一章 中医药技术	448
第一节 中医药的治疗原则与主要治法	448
第二节 几种常见病证治	453
第三节 中风病的针灸应用	458
第四节 常用感冒类中成药的应用	459
第五节 中药煎煮方法	460
全科医学专业资格考试大纲	463
全科医学专业资格考试题集	487
全科医学专业资格考试练习题	489
全科医学专业资格考试模拟题	505
基础知识	505
相关专业知识	516
专业知识	525
专业实践能力	535
答案	545

2001 年全科医学专业资格考试试题	549
基础知识	549
相关专业知识	561
专业知识	573
专业实践能力	585
全科医学专业资格考试训练题	596
基础知识	596
相关专业知识	607
专业知识	619
专业实践能力	630
答案	641
附件	645
一、卫生专业技术资格考试答题卡	
二、卫生专业技术资格考试考生手册	

全科医学专业资格 考试指南



第一部分

第一章 全科医学基础

第一节 全科医学

全科医学又称全科/家庭医学(*general practice/family medicine*),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第一线服务的知识技能体系。全科医生是从近代通科医生进化而来的。通科医生诞生于18世纪的美洲,而命名于19世纪的欧洲。

从20世纪50年代后期起,英国、美国、加拿大、澳大利亚等国相继建立了全国性全科/家庭医师学会。1968年美国家庭医疗董事会(American Board of Family Practice, ABFP)成立,并于1969年成为美国第20个医学专科董事会(考试委员会),标志着家庭医疗专业学科的诞生。这一新型学科于20世纪80年代后期传入中国大陆,1993年11月中华医学会全科医学分会成立,标志着我国全科医学学科的诞生。

全科医学的定义:全科医学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学科相关内容于一体的综合性医学专业学科,其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类疾病。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。

一、全科医学产生的基础

(一)人口老龄化

第二次世界大战后各国逐渐出现了老龄化趋势。如何在社区发展各种综合性、经常性的日常照顾,特别是适当的医疗保健照顾,帮助老年人全面提高适应性和生活质量,使其得以安度晚年,成为各国公众和医学界共同关注的热门话题。

(二)疾病谱与死因谱的变化

20世纪中期以来,传染病和营养不良症在疾病谱和死因谱上的顺位逐渐下降,其位置由慢性退行性疾病、生活方式与行为疾病等所取代。与不良生活习惯、环境污染等因素密切相关的慢性非传染性疾病已成为成年人早残和早死的主要原因。

(三)医学模式的转变

自16世纪发展起来的生物医学模式为,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病理变化,并研究相应的生物学治疗方法。这种模式指导下产生的现代医学的疾病理论以及各种高技术的特异性诊断、治疗、预防工具,在特定的历史阶段对防治疾病、维护人类健康做出了巨大贡献。其缺陷在于:它无法解释某些病的心理社会病因与心身不适,无法解释生物学与行为科学的相关性,更无法解决慢性病人的心身疾患和生活质量降低等问题。随着疾病谱变化和病因病程的多样化,生物医学模式的片面性和局限性日益明显。

生物-心理-社会医学模式的概念是由美国医生G.L. 恩格尔于1977年首先提出的,

该模式是一种多因多果、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系统,通过与周围环境的相互作用以及系统内部的调控能力决定健康状况。生物医学的还原方法被整合到系统论的框架中,与整体方法协调使用。无论是医学的科研领域、医生的诊疗模式或医疗保健事业的组织形式,都将根据新的模式进行调整,使之适应医学模式转变的需要。

(四)医疗费用的高涨与卫生资源的不合理分配

20世纪60年代以来,高技术医学的发展使医疗投入急剧增长,而对改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本的投入与产生的效果/效益相距甚远。医疗费用暴涨问题令社会不堪重负,也令公众十分不满,他们迫切要求改变现行卫生资源的分配方式。

(五)医疗保健机构功能分化与重视基层

现在世界上已经公认,以社区为基础的正三角形(又称金字塔形)医疗保健体系是理想的保健体系。其宽大的底部是可以被群众广泛利用的、立足于社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的门诊机构(全科医疗诊所、社区卫生服务机构);中部是二级医院、慢性病院、护理院和其他能处理需要住院的常见问题的机构;顶部是利用高技术处理疑难、危、重问题的少数三级医院。

这种正三角形体系意味着不同级别医疗保健机构功能的分化:在基层能用价格合理的基本技术解决90%左右的健康问题,仅有少数病人需要转诊到大医院进行专科医疗;之后再转回基层接受后续服务。其优点为:不同级别的医疗保健机构可以各司其职,大医院将精力集中于疑难、危、重问题和高技术的研究,并作为基层医疗的学术与继续医学教育后盾;基层机构则全力投入社区人群的基本医疗保健工作。

二、全科医学的基本原则

(一)基层医疗保健

全科/家庭医疗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、最经常利用的医疗保健部门的专业服务,也称为首诊服务。若将基层医疗视为整个医疗保健体系的门户和基础,全科医生就是这门户的“守门人”,除了提供优质的诊疗服务以外,他还应通过家访和社区调查,关心没有就医的病人以及健康居民的需要与需求。全科医疗以相对简便、便宜而有效的手段解决社区居民90%左右的健康问题,并根据需要安排病人及时进入其他级别或类别的医疗保健服务。

(二)人格化照顾

全科医疗重视人胜于重视疾病,它将病人看作有个性、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、心理、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,只有提供个性化、人格化的照顾,才能为病人所乐于接受,并显示良好的效果。

(三)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;因此又被称为一体化服务(integrated care)。

(四)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、儿少期、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,健康—疾病—康复的各个阶段,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,无论何时何地,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,要根据病人的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,包括:建立家庭保健合同,以此固定医患双方的相对长期关系;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。

(五)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、营养食堂、护工队伍等,必要时可为病人联系有效的社区支持;他熟悉病人及其家庭,对家庭资源的把握与利用更是作为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。

(六)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、使用上的方便、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试点时,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可以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讯与辅助检查,从而获得比一般专科医疗更好的成本效益。

(七)以家庭为照顾单位

家庭是全科医生的服务对象,又是其诊疗工作的重要场所和可利用的有效资源。

“以家庭为单位的照顾”主要涉及两方面的内容:第一,个人和其家庭成员之间存在着相互作用,家庭的结构与功能会直接或间接影响家庭成员的健康,亦可受到家庭成员健康或疾病状况的影响;第二,家庭生活周期理论是家庭医学观念最基本的构架,家庭生活周期的不同阶段存在不同的重要事件和压力,若处理不当而产生危机,则可能对家庭成员造成健康损害。因此,家庭医生要善于了解并评价家庭结构、功能与周期,发现其中对家庭成员健康的潜在威胁,并通过适当的咨询干预使之及时化解,改善其家庭功能;还要善于动员家庭资源,协助对疾病的诊断与长期管理。

(八)以社区为基础的照顾

全科医疗是立足于社区的卫生服务,其特征表现为:第一,社区的概念体现于地域和人群,即以一定的地域为基础、以该人群的卫生需求为导向,全科医疗服务的内容与形式都应适合当地人群的需求,并充分利用社区资源,为社区民众提供服务;第二,以社区为导向的基层医疗(communitary-oriented primary care, COPC)与全科医疗中个体和群体的健康照顾紧密结合、互相促进。全科医生在诊疗服务中,既要利用其对社区背景的熟悉去把握个别病人的相关问题,又要对从个体病人身上反映出来的群体问题有足够的敏感性,必要时追踪个别病人的来龙去脉,了解其所属单位、团体或住宅区域可能发生的重大生活事件,评估其对个体病人的负面影响并设法提出合理的社区干预计划。

(九)以预防为导向的照顾

全科医疗对个人、家庭和社区健康的整体负责与全程管理,要求落实“预防为主”的思想,即在人健康时、由健康向疾病转化过程中以及疾病发生早期(无症状时)就主动提供关注,其服务对象除了患病者外还包括高危人群与健康人群。全科医疗注重并实施“生命周期保健”,根据服务对象生命周期的不同阶段中可能存在的危险因素和健康问题,提供一、二、三级预防。全科医生从事的预防多属于“临床预防”,即在日常临床诊疗活动中对个体病人及其家庭提供随时随地的个体化预防照顾;同时还根据需要与可能,协助其团队成员提供某些公共卫生服务。

(十)团队合作的工作方式

全科医生通过与他人协调配合,形成了卓有成效的综合性工作团队。

在基层医疗本身,存在着门诊团队、社区团队、医疗-社会团队及康复团队等,由社区护士、公共卫生护士、康复医师、营养师、心理医师、口腔医师、其他专科医师(如外科、骨科、儿科、五官科等)、中医师、理疗师、接诊员、社会工作者、护工人员等与全科医生协同工作,改善个体与群体的健康状况和生命质量。其中,社区护士是全科医生完成社区家庭医疗工作的主要助手,其主要服务对象是需要社区长期管理的慢性病(如糖尿病)人、老年病人、出院病人及残疾人等,服务内容包括家庭访视、家庭护理、病人小组活动指导、病人教育等。社区护士和全科医生的比例一般为2:1,甚至更多,即社区护士的数量大大超过全科医生。

在基层医疗与各级各类医疗保健网络之间,存在着双向转诊和继续医学教育的团队合作关系,这种关系保证了全科医生协调性服务的开展和服务水平的持续提高。