



主治医师晋升宝典

# 全科主治医师 资格考试**考点速记** (第二版)

过关必读·纵览学科核心考点  
图表梳理难点要点  
过关必记·快速记忆高频考点  
以点带面高效备考

主编 牛玉琴 李军所

中国医药科技出版社

全科医师晋升宝典



# 全科主治医师资格考试考点速记

(第二版)

主编 牛玉琴 李军所

中国医药科技出版社

## 内 容 提 要

本书为《主治医师晋升宝典》系列之一，是由具有丰富教学和考前辅导经验的专家教授在深入分析全科主治医师资格考试的考纲考点后，以章节的形式编写而成。每章包括两大版块：一是“过关必读——核心考点纵览”，按照章节权重和考试大纲要求，采用大量图表和要言不烦的形式，归纳梳理考点要点，帮助考生记忆及掌握考点；二是“过关必记——高频考点速记”，对常考点做了摘要，便于读者发现命题规律和快速记忆高频考点，在短期内高效复习、一举过关。是参加全国卫生专业技术资格考试全科医学中级考试读者的首选参考书。

### 图书在版编目 (CIP) 数据

全科主治医师资格考试考点速记 / 牛玉琴, 李军所主编. —2 版. —北京: 中国医药科技出版社, 2017. 7

(主治医师晋升宝典)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 9385 - 8

I. ①全… II. ①牛… ②李… III. ①家庭医学 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R499

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 148704 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www.cmstp.com](http://www.cmstp.com)

规格 889 × 1194mm<sup>1</sup>/<sub>16</sub>

印张 41

字数 1296 千字

初版 2016 年 12 月第 1 版

版次 2017 年 7 月第 2 版

印次 2017 年 7 月第 1 次印刷

印刷 三河市百盛印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 9385 - 8

定价 79.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010 - 62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

# 本书编委会

主 编 委	牛玉琴	李军所		
	李军所	黄丽	陈俊	付涛
	侯荣	计莉	蒋太春	李国静
	梁琼	廖发金	刘波	刘颖
	孔志坚	刘作华	龙永强	鲁冰
	罗小娟	马建国	聂勇	彭景云
	任蓉	王莉	张敬	张静静
	赵慧慧	付丽珠	刘葆陞	周萃
	刘凯	牛玉琴		

# 编写说明

主治医师是临床医师的中级职称,是通过参加全国卫生专业技术资格(中级)考试才能取得的任职资格。该考试于每年5月下旬举行。其考试科目包括:基础知识、相关专业知识、专业知识和专业实践能力,共4个科目。各科目以100分为满分计算,每科目成绩达到60分为合格。考试成绩实行2年为周期的滚动管理,即所有4个科目在2年内全部合格者可申请该级别的专业技术资格,成为主治医师。

为了帮助忙碌的临床医生顺利通过卫生专业技术资格(中级)考试,我们组织了有丰富教学和考前辅导经验的专家,在深入分析各科主治医师资格考试的考纲考点、细致研究历年真题命题规律的基础上,编写了这套“主治医师晋升宝典”丛书。

本丛书包括“考点速记”和“通关必做”2个系列,具体分册为:

1. 内科主治医师资格考试考点速记
2. 外科主治医师资格考试考点速记
3. 妇产科主治医师资格考试考点速记
4. 儿科主治医师资格考试考点速记
5. 全科主治医师资格考试考点速记
6. 内科主治医师资格考试通关必做7000题
7. 外科主治医师资格考试通关必做5000题
8. 妇产科主治医师资格考试通关必做4000题
9. 儿科主治医师资格考试通关必做4000题
10. 全科主治医师资格考试通关必做5500题

“**考点速记**”系列,每个分册的章节结构由两部分组成。

**过关必读——核心考点纵览:**按照章节,依据考纲要求,采用“图表为主,文字表述为辅”的形式,梳理归纳知识要点;其间穿插“要点提示”,直击考试重点、难点及易混淆知识点,帮助读者在短期内快速掌握中级职称考试的重要考点内容。

**过关必记——高频考点速记:**分析整理历年考题,把常考点进行了提炼、摘要,便于读者发现命题规律和记忆高频考点。

“**通关必做**”系列,每个分册根据大纲所要求的考点,按学科分章节编排题目,题量丰富,题型全面,题目仿真性强。真题做导航,把脉复习方向;题库为后盾,囊括全部考点;解析是精髓,引导答题技巧。有助于读者熟悉考试题型,提前感受考试的氛围,方便自测,提高解题和应试能力。

如将两系列图书配套使用,定会使您的复习备考取得事半功倍的效果,在短期内高效复习、一举过关。

为不断提高图书品质,更好地为大家服务,欢迎广大读者提出宝贵意见,我们将在今后的工作中不断修订完善。反馈信息请发送至邮箱:kszx405@163.com。

相信本丛书定会为您的职称考试提供强大助力,伴您职场一帆风顺!

编者  
2017年7月

# 目录

## 第一部分 基础知识 / 1

第一章 全科医学概论 .....	1	第四节 健康心理 .....	68
第一节 全科医学 .....	1	第五节 健康教育与健康促进计划设计、 实施与评价 .....	69
第二节 全科医疗 .....	2	第六节 社区健康教育与健康促进 .....	73
第三节 全科医生 .....	5	第六章 儿童保健 .....	79
第四节 临床预防 .....	9	第一节 小儿生长发育 .....	79
第五节 以家庭为单位的健康照顾 .....	16	第二节 小儿营养和喂养 .....	84
第六节 居民健康档案 .....	19	第三节 计划免疫和预防接种 .....	86
第二章 基本卫生保健概论 .....	25	第四节 新生儿保健 .....	93
第一节 初级卫生保健 .....	25	第五节 儿童系统保健管理 .....	95
第二节 城市社区卫生服务 .....	28	第六节 儿童营养性疾病 .....	97
第三节 社区预防保健概述 .....	31	第七章 妇女保健 .....	101
第三章 流行病学方法 .....	35	第一节 妇女保健学概论 .....	101
第一节 流行病学概况 .....	35	第二节 青春期保健 .....	102
第二节 疾病分布 .....	36	第三节 婚前保健 .....	103
第三节 现况调查 .....	39	第四节 围生期保健 .....	104
第四节 病例对照研究 .....	40	第五节 围绝经期及绝经后妇女保健 .....	118
第五节 社区干预试验 .....	41	第六节 计划生育 .....	120
第六节 社区卫生资料收集的方法 .....	43	第八章 老年保健 .....	125
第七节 流行病学研究中常见偏倚 .....	45	第一节 老年人特点 .....	125
第四章 医学统计方法 .....	50	第二节 老年人健康综合评估 .....	130
第一节 概述 .....	50	第三节 老年保健实施 .....	132
第二节 资料特征的描述性分析 .....	51	第四节 老年常见健康问题 .....	135
第三节 资料的统计推断 .....	55	第九章 社区用药 .....	144
第四节 统计表与统计图 .....	57	第一节 概述 .....	144
第五章 健康教育与健康促进 .....	62	第二节 特殊人群用药原则 .....	146
第一节 概述 .....	62	第三节 抗感染药 .....	152
第二节 传播及其相关理论 .....	63	第四节 解热镇痛药 .....	165
第三节 行为及其相关理论 .....	66		

## 第二部分 相关专业知识 / 169

第十章 妇科疾病 .....	169	第三节 子宫内膜异位症 .....	174
第一节 月经病 .....	169	第四节 流产 .....	175
第二节 妇科炎症 .....	171	第五节 异位妊娠 .....	177



第六节 常见肿瘤 .....	178	第七节 外用药物疗法 .....	264
第七节 不孕症 .....	182	第十六章 精神疾病与精神卫生 .....	269
第十一章 儿科疾病 .....	185	第一节 概况 .....	269
第一节 新生儿疾病 .....	185	第二节 精神分裂症 .....	270
第二节 呼吸道疾病 .....	187	第三节 情感性精神障碍 .....	272
第三节 消化道疾病 .....	190	第四节 癔症 .....	274
第四节 肾脏疾病 .....	191	第五节 神经症 .....	275
第五节 神经系统疾病 .....	193	第六节 躯体疾病所致精神障碍 .....	277
第六节 川崎病与先天性髋关节脱位 .....	195	第七节 精神卫生 .....	278
第七节 小儿常见传染病 .....	196	第十七章 康复医学 .....	284
第十二章 眼科疾病 .....	201	第一节 概况 .....	284
第一节 屈光不正 .....	201	第二节 康复评定 .....	285
第二节 感染性眼病 .....	207	第三节 康复治疗 .....	286
第三节 青光眼 .....	212	第四节 几种常见病康复 .....	287
第四节 白内障 .....	215	第十八章 中医药技术 .....	293
第五节 眼部化学性烧伤与异物伤 .....	216	第一节 中医药的治疗原则与主要治法 .....	293
第六节 眼底病 .....	217	第二节 几种常见病证治 .....	297
第十三章 耳鼻咽喉科疾病 .....	223	第三节 常用中成药 .....	310
第一节 耳部疾病 .....	223	第十九章 常用临床检验 .....	324
第二节 鼻部疾病 .....	227	第二十章 肿瘤防治 .....	328
第三节 咽喉部疾病 .....	231	第一节 肿瘤概述 .....	328
第四节 耳聋 .....	236	第二节 肿瘤的临床表现与诊断 .....	331
第十四章 口腔疾病 .....	239	第三节 肿瘤治疗 .....	334
第一节 常见口腔疾病 .....	239	第四节 癌症疼痛和姑息治疗 .....	336
第二节 口腔保健 .....	243	第五节 肿瘤康复与预防 .....	339
第十五章 皮肤病与性传播疾病 .....	248	第二十一章 常用影像技术 .....	341
第一节 病毒性皮肤病 .....	248	第一节 X线成像基础 .....	341
第二节 真菌性皮肤病 .....	250	第二节 计算机体层摄影 .....	343
第三节 湿疹皮炎类皮肤病 .....	253	第三节 磁共振成像 .....	344
第四节 物理性皮肤病 .....	255	第四节 核医学基础 .....	346
第五节 细菌性皮肤病 .....	259	第五节 超声成像基础 .....	347
第六节 性传播疾病 .....	260	第六节 心电学诊断基础 .....	349

### 第三部分 专业知识与专业实践能力 / 353

第二十二章 常见症状鉴别诊断 .....	353	第四节 心力衰竭 .....	415
第二十三章 神经科疾病 .....	390	第五节 心律失常 .....	419
第一节 缺血性脑血管病 .....	390	第六节 心肌病 .....	426
第二节 出血性脑血管病 .....	393	第七节 心肌炎 .....	430
第三节 癫痫、帕金森病、老年性痴呆 .....	397	第八节 心脏瓣膜病 .....	431
第二十四章 心血管系统疾病 .....	405	第九节 感染性心内膜炎 .....	438
第一节 高血压病与高脂血症 .....	405	第二十五章 呼吸系统疾病 .....	441
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病 .....	409	第二十六章 消化系统疾病 .....	462
第三节 慢性肺源性心脏病 .....	414	第二十七章 泌尿系统疾病 .....	486

第二十八章 血液系统疾病 .....	501	第七节 腹外疝 .....	571
第二十九章 内分泌代谢疾病 .....	514	第八节 阑尾炎 .....	573
第三十章 风湿病 .....	525	第九节 肠梗阻 .....	574
第三十一章 传染病 .....	536	第十节 胆石症与胆道感染 .....	576
第一节 传染病防治 .....	536	第十一节 肛门直肠疾病 .....	577
第二节 大纲要求的传染病 .....	537	第十二节 周围血管疾病 .....	582
第三节 新发与再发传染病 .....	549	第十三节 尿石症 .....	584
第三十二章 外科疾病 .....	554	第十四节 前列腺疾病 .....	586
第一节 创伤 .....	554	第十五节 泌尿系统常见肿瘤 .....	588
第二节 烧伤 .....	557	第十六节 骨关节病 .....	590
第三节 外科感染 .....	561	第十七节 除痛治疗 .....	598
第四节 体表肿瘤及肿块 .....	563	第十八节 临床常用技术 .....	603
第五节 颈部疾病 .....	565	第三十三章 常见急症与急救 .....	615
第六节 乳房疾病 .....	569		



# 第一部分 基础知识

## 第一章 全科医学概论



过关必读 核心考点纵览

### 第一节 全科医学

#### 一、全科医学概念

1. 全科医学又称全科/家庭医学，诞生于20世纪60年代。
2. 1969年美国家庭医疗委员会成立，并成为美国第20个医学专科委员会，标志着：家庭医学在世界上的诞生。
3. 1993年成立中华医学会全科医学分会，标志着：我国全科医学学科正式形成。
4. 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。
5. 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。
6. 范围：涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类疾病。
7. 级别：是一门独立的临床二级学科包括总论各论两个部分。
8. 全科医学是一个实用于基层医疗、初级卫生保健、社区卫生服务的医学专科。
9. 研究对象
  - (1) 常见健康问题：包括诊断、治疗、康复和预防。
  - (2) 完整的人及其健康问题：以人为本，以健康为中心。
  - (3) 家庭的健康问题：以家庭为单位。
10. 全科医学的主要特征
  - (1) 整体医学观：把患者及其健康看成一个整体，为患者及其家庭和社区提供整体性服务。
  - (2) 现代服务模式：用系统理论和整体论的方法来理解和解决人群和患者的健康问题，采取整体性的社会-生物-心理医学模式来服务。
  - (3) 独特方法与技术：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方法，强调团队合作和人际交流等技术。
  - (4) 独特服务内容：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，讲究成本效益和成本效果。
  - (5) 高度重视服务艺术：注重人胜于疾病，注重伦理胜于病例，注重满足患者的需要胜于疾病的诊疗。

#### 二、全科医学与有关领域/学科的关系

1. 与区域卫生规划的关系 区域卫生规划要求“小病在社区，大病进医院”，使80%左右的疾病首先在社区得到处理，全科医生是实施区域卫生规划的基础。
2. 与社区卫生服务的关系 全科医生已经成为发展社区卫生服务的主力军，全科医疗代表了社区卫生



服务发展的最佳服务模式。

3. 与社区医学的关系 全科医学是临床二级学科，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。为此社区医学在群体的目标上与全科医学是一样的。

## 第二节 全科医疗

### 一、定义

1. 将全科/家庭医学理论应用于患者、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务。

2. 美国家庭医师学会对家庭医疗（即全科医疗）的定义（1999）：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。是一个整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。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、基本特征

1. 基层医疗保健 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。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。

2. 人格化照顾 更重要的是维护服务对象的整体健康。

3. 综合性照顾 “全方位”或“立体性”，又被称为一体化服务。

4. 持续性照顾 第一，人生的各个阶段；第二，健康-疾病-康复的各个阶段；第三，任何时间地点。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。建立慢性病的随访制度。建立急诊或 24 小时电话值班制度。建立完整的健康档案。

5. 协调性照顾 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。

6. 可及性照顾 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。

### 三、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	全科医疗
负责疾病形成以后一段时期的诊治，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	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，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
专科医生类似于“医学科学家”，工作遵循“科学”的模式，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	类似于“医学服务者”与“管理者”，工作遵循“照顾”的模式，责任既涉及医学科学，又延及与这种服务相关的各个专业领域，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
可将其称为治愈医学	可称之为照顾医学
对患者的管理责任仅限于在医院或诊室中，一旦患者出院或就诊结束，这种管理责任即终止	对患者的管理责任是无止境的

#### 2. 服务内容与方式上的区别

##### (1) 专科医疗

①处于卫生服务的金字塔的上部，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。

②方式为现代医学中日日新月异的高科技诊疗手段。

③专科医生是运用越来越复杂而精密的仪器装置救治患者的技术权威，而患者是“听凭医生处置”的高技术手段的被动受体。

## (2) 全科医疗

①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。

②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）。

③在全科医疗服务团队中，患者（个体或群体）应是医护人员得力的合作伙伴，是社区/家庭健康管理目标制定与实施的积极主体之一。

## 3. 全科医疗与专科医疗的联系

(1) 各司其职：基层机构则应全力投入社区人群的基本医疗保健服务。大医院集中于疑难、急、重问题诊治和高科技研究。

(2) 互补互利：专科医生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患者的一般健康问题，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。

(3) “接力棒”式服务：①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。②住院后全科医生可以到医院中了解病情、交流信息，协助专科医生与患者沟通，改善患者管理。③全科医生作为“守门人”，有监督患者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专科医生和全科医生围绕着共同的疾病或患者，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，有利于全面改善医疗服务质量与提高医疗服务效率。

## 4. 全科医疗与专科医疗比较

项 目	专科医疗	全科医疗
人均服务人口	多而流动性强（1：5万~1：50万）	少而稳定（1：2500左右）
照顾范围	窄（金字塔顶）	宽（生物-心理-社会功能，金字塔底部）
疾患类型	疑、难、急、重健康问题	常见健康问题
服务内容	医疗为主	一体化
态度/宗旨	以疾病为中心，救死扶伤	以健康为中心，全面管理
医患关系	以医生为中心，患者被动服从	以人为中心，患者主动参与
技术	高新技术，价格昂贵	基本技术，价格不昂贵
方法	分科	综合
责任	间断性	持续性，从生前至死后

## 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

①“确有助益”：治愈或缓解患者的疾病，解除或减轻患者痛苦。

②“不伤害”：包括不应该发生有意地伤害以及无意造成的伤害。



③双重效应：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。

(2) 尊重患者自主性原则：医学伦理学理论中的自主性原则是个人的自我控制权。

(3) 知情同意原则：是第二次世界大战后提出的。来源于战后的纽伦堡审判。

①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。

②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。

(4) 公正原则

①主要：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。

②形式上的公正原则：同样的情况应当同样地对待。

③实质性公正原则：由于资源有限，不可能对所有的需要都做到同等分配。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

①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是正当的。

②当说出诊断和预后的真相不利于患者或可能对患者造成伤害的时候，不告诉患者真相可以保护患者。

③某些患者特别是危重或临终患者并不要求知道关于其病情的真相时，也可以不说出真相。

④为患者保守秘密是医务工作中的最根本的原则。

⑤除非法律要求这么做，或如坚守秘密则将对其他人引起的伤害大于医生对患者所负的责任。

## 2. 全科医疗中患者的权利

权 利	内 容
享有人格和尊严得到尊重的权利	精神病、艾滋病等特殊患者，显得更为重要
享有必要的医疗与护理的权利	患者作为社会成员享有最基本的健康权利和医疗权利
享有自主和知情同意的权利	患者自主权：患者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做出合乎理性的决定并据此采取负责的行动。知情同意是自主自愿的，是患者自主权的集中体现
享有医疗保密权和隐私权	隐私权：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。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。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患者保密，给患者自己、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
有了解自己病历内容的权利	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
有监督自己医疗权利实现的权利	患者有权对妨碍患者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。患者有权要求医生降低或节省医药费用，有权了解医疗费用，要求对医药费做出合理的解释

## 3. 全科医疗中患者义务

(1) 有义务真实地提供病史。

(2) 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防止进一步传播。

- (3) 在同意治疗后有义务遵医嘱。
- (4) 每个公民都有义务避免使自己罹患疾病。
- (5) 有义务尊重医务人员及其劳动。

## 第三节 全科医生

### 一、概况

**1. 概念** 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、全方位负责式管理的医生。

#### 2. 角色

##### (1) 对个人与家庭

参与者	作用
医生	负责疾病早期发现、干预、康复与终末期服务
健康监护人（代言人）	负责健康的全面维护
咨询者	提供详细的解释和资料，指导自我保健
教育者	保证教育的全面性、科学性和针对性，并评估效果
卫生服务协调者	动用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

参与者	作用
守门人	为患者提供所需的基本医疗保健，将大多数患者的问题解决在社区，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，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
团队管理与教育者	为社区卫生团队的核心人物

##### (3) 对社会

参与者	作用
社区/家庭成员	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
社区健康组织与监测者	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。运用各类形式的健康档案资料做好疾病监测和统计工作

### 3. 全科医生的任务

- (1) 社区常见病、多发病医疗及适宜会诊、转诊。
- (2) 社区慢性患者系统管理。
- (3) 急、危、重患者院前急救与转诊。
- (4) 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) 根据需要提供家庭病床及其他家庭服务。
- (6) 社区重点人群保健，包括老人、妇女、儿童、残疾人。



- (7) 个人与人群健康教育。
- (8) 基本的精神卫生服务，包括初步的心理咨询与治疗。
- (9) 医疗与伤残的社区康复。
- (10) 计划生育指导。
- (11) 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。

4. 全科医生的素质

- (1) 强烈的人文情感。
- (2) 出色的管理意识。
- (3) 执着的科学精神。

5. 全科医生的历史使命

项 目	内 容
承担三级预防	<p>①生物医学模式的健康观认为，健康就是没有疾病。在健康与疾病之间划了一条鸿沟，称之为“非此即彼”。因易于操作被医生广泛接受。其缺陷是过于狭窄：不包括许多病理基础不明的病患或功能问题；同时过于武断和静止：没有疾病时也可能处于疾病前期，特别是许多慢性病，完全遵照这一观念将有可能失去疾病早期的有效干预机会</p> <p>②生物-心理-社会医学模式的健康观可以世界卫生组织 1948 年提出的定义作为代表，即“健康是身体上、精神上和社会上的完好状态，而不仅是没有疾病或虚弱”。这种定义适应现代社会的多元思维要求，认为良好的健康状况要由全社会共同创造，并强调自我保健责任。同时，它认为健康是一种“状态”，即把健康和疾病看作是并存于一个连续统一体中的动态过程，认为人的健康状态往往波动于健康与疾病之间；承认在健康和疾病之间存在着一个广阔的中问区域（即“亚临床期”或“亚健康状态”），此区域的任何一段上都是健康与疾病并存；故可称之为“亦此亦彼”。此时若能够及时发现并控制作用于人体的健康危险因素和致病因素，进行健康促进和疾病预防，即可促使健康向疾病发展的进程逆转。而体现综合性保健观念的预防战略及其按照慢性疾病自然史的不同发展阶段设计的三级预防措施，则为这种新型健康观提供了有力的工作手段。三级预防是根据疾病周期（健康-疾病-康复）进行的综合性预防措施，它涉及预防、医疗、康复、心理、行为、社会等许多领域，需要多学科人员共同承担。但由于其出发点是慢性病的防治，需要以临床医生为骨干进行长期综合性照顾与协调。全科医生作为个人和家庭的责任制保健医生，以在社区提供综合性、持续性、协调性服务见长，理应为社区、家庭和个人承担三级预防任务，成为三级预防措施的实际协调人</p>
发展“照顾医学”	<p>来源于“医学目的”的讨论。医学的传统目的可以归纳为三个：对抗疾病和延长生命、促进和维持健康，以及解除疼痛和疾苦。而第二次世界大战以来现代医学的飞速发展，使得人们对于上述三者之一、即对抗疾病与延长生命（可用“救死扶伤”来概括）格外青睐，似乎只要投入足够的金钱、能量和科学热忱，医学将能够治愈所有疾病；并将死亡视为医学的失败，任何时候都要尽一切可能抵制死亡。医学为此目的付出了巨大的努力，现今已能在 ICU 中普遍使用各种高技术手段来维持生命，使得许多奄奄一息者尚能拖延数月甚至数年之久；但当社会越来越难以继续为此付出高昂代价之时，一些专家开始反省，“昂贵地、雄心勃勃地、无休止地去寻求进步，那是过去五十年来医学的标志，现在许多国家已经走到了可供性的边缘。”为此，报告提出了四点新的医学目的：①预防疾病损伤、促进维持健康；②解除疾病引起的痛苦；③治疗照顾患病与无法治愈者；④避免早死、追求安详死亡。现代医学偏向于“治愈”；当治愈无望时，便宣布放弃，忽视了对病人的照顾与同情；“对症处理”或“姑息治疗”实际上并未得到足够的重视。为了实现上述新的医学目的，需要在医院以外的广大社区发展“照顾医学”，以现代医学和替代医学（传统医学）为手段，实现为慢性病人解除痛苦并改善生命质量的目的；同时强化预防疾病与促进健康的有效方法的研究。因此，围绕着人类的“生命周期”，以人生准备、人生保护、人生质量为中心发展照顾医学的重任，就历史地落在了全科医生肩上</p>

续表

项 目	内 容
重塑医生形象, 推进卫生改革	<p>从希波克拉底时代起, 医生就与患者保持密切的接触, 密切接触的做法是医生人性化服务的体现。“当知道心脏和肺部都发出自己的声音, 而且这些声音有时能够用于诊断之后, 医生就把耳朵靠在病人心脏的前面, 胸前和背后, 去仔细倾听。很难想象人的哪种姿势能比一个贴在皮肤上的低下的头更为友善, 更能代表另一个人的关心、爱护和亲密。”(刘易斯·托马斯《最年轻的科学》)然而, 随着现代高技术医学的发展, 各种诊疗设备代替了医生的手工检查甚至诊断思维, 致使医生与病人之间的距离不断拉大。在很多医院里, 病人被视为疾病的载体, 医生仅对其所患疾病感兴趣, 而不知其作为“人”的期望与情感需求; 医生则成为高高在上的技术操作工和读报告者, 甚至只剩下“那种看管机器的职守”, 失去了昔日与病人亲密无间的关系, 致使医患关系越来越走向冷淡和对立。高技术医学作为“双刃刀”, 在挽救了大量危重病患者的同时, 也产生了许多副作用, 造成卫生资源的高投入、产出的低效率、服务的低覆盖和对象的低满意度; 使得一些国家政府和公众感到, 投入越多、满意越少, 这种资源配置方向上的误区影响到医学和医疗保健事业的可持续性, 甚至涉及社会公正和政局稳定问题。认识到一味发展高技术医学的弊病, 各国政府和医学界权威人士都试图通过卫生改革, 纠正卫生资源配置的偏差, 强调对基层医疗保健的投入和人文医学的发展, 以适宜技术和高情感的手段, 实现卫生服务的经济有效、高覆盖与高满意度。由于全科医生在基层医疗服务中使用适宜技术、并服务于广大社区民众, 因此, 重塑医生的良好形象、恢复密切的医患关系、实现卫生服务的公平性与经济性, 这一推进卫生改革的重任也寄厚望于这支队伍。1994年11月, 世界卫生组织与世界家庭医生学会联合发表了工作报告:《使医疗服务和医学教育更适合民众的需要——家庭医生的贡献》, 其中心思路为:“为了满足民众的需要, 卫生保健系统、医学界、医学院校和其他医学教育机构必须进行根本性的变革。在卫生保健系统实现优质、经济有效以及公正的服务过程中, 家庭医生应该起到中心的作用。为了承担这一重任, 家庭医生对病人照顾必须高度胜任; 同时必须能将个人和社区的卫生保健融为一体。因此, 世界卫生组织与世界家庭医生组织朝着这一方向的合作具有历史意义。”</p>

## 二、病人管理

### 1. 原则

- (1) 充分利用各类资源。
- (2) 解释充分, 建立正确的健康观。
- (3) 鼓励患者自己承担健康的责任。
- (4) 评价疗效、毒副反应与费用。
- (5) 合并使用非药物疗法: 行为疗法、康复方法、营养方法以及群体治疗。
- (6) 分析“疾病”对家庭的影响。

### 2. 基本内容

项 目	内 容
支持和(或)解释	有计划的、谨慎的、有充分科学根据的。影响支持成功的另外两个处理技术是交流和信任
告诫或建议	向患者提供有关改善生活方式及用药等家庭管理的医嘱
开处方	①目的是什么? ②有什么事实能证明, 药物将有利于患者问题的自然发展过程? ③在开药时要考虑药物的疗效、危险性和费用的证据、药物过敏问题、药物间的相互作用问题、药代动力学问题、患者遵医行为



续表

项目	内容
转诊	①为患者选择转诊专科与顾问医生。②对顾问医生提供有关患者的详尽资料。③当好患者的参谋和协调者
实验室检验	仅在下述标准才应做实验室检验：①符合成本-效益原则。②实验室检查的价值大于其危险性。③检查结果将能对诊断或治疗有直接而有效的帮助。过度、不适当地利用实验室检查是医学中最常见的失误
随访	包括自限性问题、急重性问题和慢性问题。随访的内容包括回顾治疗是否得当。检查患者是否遵医嘱。预见或确认并发症。评价患者在生理、心理、社会等各个方面的功能状态
预防	围绕疾病周期的持续性三级预防

### 3. 患者的遵医行为

#### (1) 遵医行为的影响因素

影响因素	要点
患者知识	医生应使其真正懂得自己的疾病特点以及用药目的、正确方式与持续时间，此类误解就会少得多
患者健康信念（动力）	共同设定短期目标，如通过维持服药和血压监测。制定不良反应少的治疗和简单、方便的养生方法（如锻炼减肥或控制饮食等），以及与患者讨论药物种类选择、剂量大小、劳累和情绪控制等问题，使其意识到自己在治疗计划中的重要作用
处方的特性（用药）	药物的剂量与不良反应是两个经常影响遵医行为的因素。最好循序渐进，完成一个目标，再引进下一个目标
经济因素和人际支持	在慢性病长期管理计划的落实方面，家庭和亲友提供的支持是最具影响力的。首先表现在情绪上，其次在信息上，再次在人力物力上，医生的管理计划应将家属或亲友包括在内，争取他们共同参与长期治疗过程
医患关系和医疗照顾方式	医患之间的沟通和平等互动能够加强患者的参与意识和遵医行为

#### (2) 改善遵医行为的策略

##### 1) 医生方面

- ①最重要的内容最先提供，因其最容易记住。
- ②对重要的内容必须强调2~3遍，使之易于回忆起来。
- ③每次给予的内容尽量少些，便于记忆。
- ④较复杂的内容应写在纸上，或让患者复述，以保证其正确理解。

##### 2) 医疗行政方面：检查经营政策和教育目标，强调以“整体人”为服务对象。

## 三、全科医生的工作方式

### 1. 以人为本的照顾

(1) 以人为本的临床诊疗模式：从生理、心理、社会三维角度做出整体的评价和干预计划，并就此计划的适宜性和可行性与患者协商、获得认可。

#### (2) 全科医生的应诊内容



内 容	要 点
确诊并处理现患问题	是全科医生应诊的中心任务
对慢性活动性问题进行处理	应关注暂时性问题与慢性疾患的相互作用, 或借此机会顺便提供对慢性疾患的常规随访
根据需要提供预防性照顾	就诊时是提供个体化预防的最佳时机
改善患者的就医和遵医行为	医疗服务分为4个层次: ①自我服务。②亲友帮助。③基层医师处理。④专科医师处理。大约2/3的健康问题都在前两个层次解决

**2. 以家庭为单位的照顾** 个人和其家庭成员之间存在着相互作用。家庭生活周期理论是家庭医学观念最基本的构架。

### 3. 以社区为基础的照顾

(1) 社区的概念体现于地域和人群。

(2) 社区为导向的基层医疗(COPC)将全科医疗中个体和群体健康照顾紧密结合、互相促进。

**4. 以预防为导向的照顾** 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。

### 5. 团队组合

(1) 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患者(如糖尿病)、老年患者、出院患者及残疾人等, 服务内容包括家庭访视、家庭护理、患者小组活动指导、患者教育。

(2) 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。

## 第四节 临床预防

### 一、概况

#### 1. 概念

(1) 又称个体预防, 是医务工作者(包括医生、护士)在临床医疗卫生服务过程中对导致健康损害的主要危险因素进行评价的基础上, 对患者、健康者和无症状“患者”实施的具体的个体预防干预措施。

(2) 是在临床环境条件下向患者、无症状“患者”和健康人提供的以第一级预防和第二级预防为主的治疗与预防一体化的卫生保健服务。

(3) 尤其注重不良行为与生活方式等危险因素的收集和纠正, 强调医患双方以相互尊重的方式进行健康咨询并共同决策, 以及疾病临床前期的早期诊断和早期治疗, 推行临床与预防一体化的、连续性的卫生保健服务, 以达到减少或消除致病危险因素、维护与促进健康的目的。

(4) 临床预防已成为一项基本的、不可缺少的医疗卫生保健服务。

#### 2. 特征

(1) 临床医务工作者为主体。

(2) 临床环境下防治结合的综合性的医疗卫生服务。

(3) 主要针对慢性病临床个体化预防。

(4) 涉及三级预防, 更注重第一级和第二级的结合。

(5) 以个人主动负责为主的预防。

#### 3. 临床预防的优势

(1) 具有及时性、针对性和有效性。

(2) 有利于提高服务对象的依从性。