

全国高等学校教材

供临床医学、影像学、儿科学等专业和全科医生规范化培训、转岗培训使用

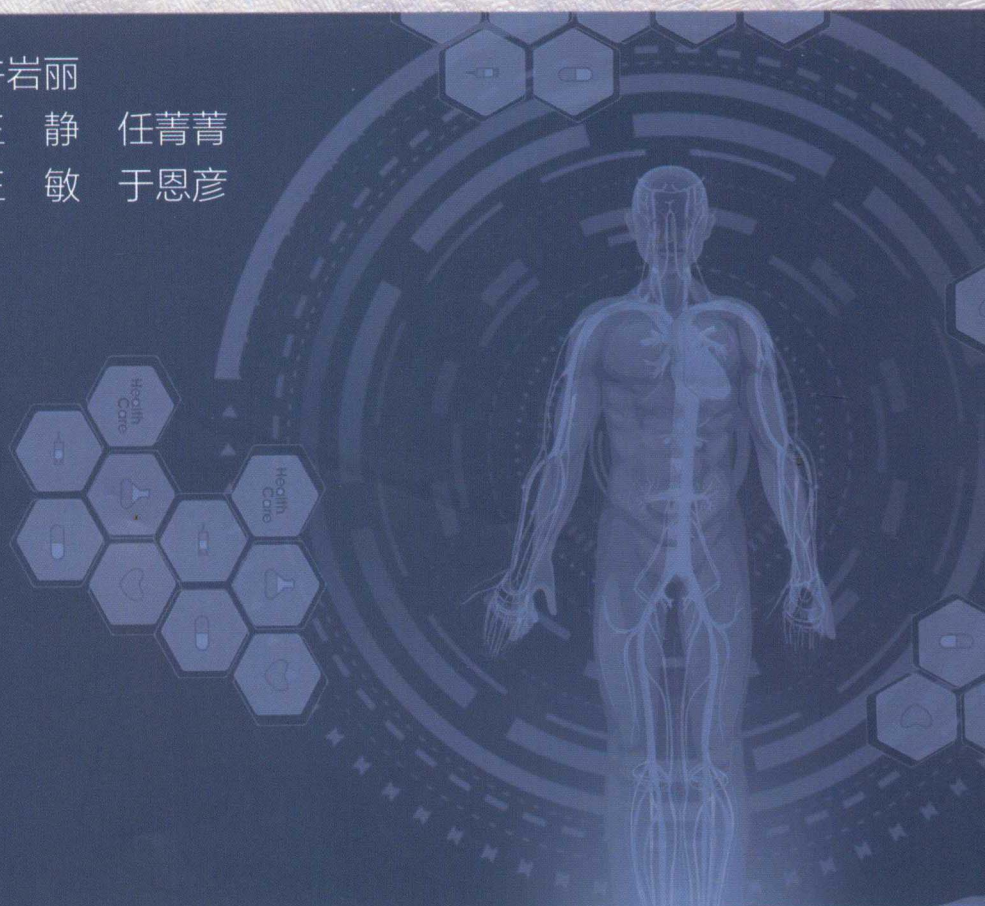
全科医学

导入式诊疗思维

主 审 许岩丽

主 编 王 静 任菁菁

副主编 王 敏 于恩彦



人民卫生出版社

全科医学导入式诊疗思维

主 审 许岩丽

主 编 王 静 任菁菁

副主编 王 敏 于恩彦

编 委 (按姓氏笔画排序)

于恩彦 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

王 敏 嘉兴学院

王 静 杭州医学院

王华力 香港港岛西联网家庭医学及基层医疗部

方 舟 浙江省绍兴第二医院平水分院

卢美萍 浙江大学医学院附属儿童医院

吕晓东 嘉兴学院附属第一医院

朱培芳 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

任菁菁 浙江大学医学院附属第一医院

刘 颖 浙江大学医学院附属第一医院

刘浩濂 香港家庭医学学院

刘娟娟 浙江大学医学院附属第一医院

阮恒超 浙江大学医学院附属妇产科医院

杨其刚 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

汪 泉 浙江省杭州市江干区闸弄口街道社区卫生服务中心

陈 环 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

蒋天武 浙江省杭州市下城区长庆潮鸣街道社区卫生服务中心

蔡文伟 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

潘红英 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

秘 书 李 帅 浙江大学医学院附属第一医院

倪飞华 杭州医学院附属人民医院(浙江省人民医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医学导入式诊疗思维 / 王静, 任菁菁主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26168-5

I. ①全… II. ①王…②任… III. ①临床医学—诊疗
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 040488 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

全科医学导入式诊疗思维

主 编: 王 静 任菁菁

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: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 26

字 数: 649 千字

版 次: 2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26168-5/R · 26169

定 价: 58.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

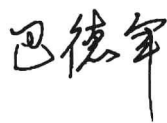
(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序 >>>

“健康中国建设”赋予了全科医生重要的使命，加强全科医生队伍建设是医改重要内容之一。从某种意义上讲，我国全科医学发展状况标志着我国医学服务的普及，并是我国医疗保障是否落实的“试金石”。大力发展全科医学，加快全科医生培养，是当前我国医药卫生事业一项紧迫的重要任务。

由于全科医学作为学科建设在我国起步较晚，因此目前我国全科医生的数量不足、质量不佳，且表现为全科医疗诊疗水平参差不齐，故提高全科医生的业务能力迫在眉睫。在国家有关制度健全之时，不仅要让更多有志之士加入全科队伍中，而且全科诊疗中的核心人物——全科医生，其全科素养也亟待提高，以胜任“健康守门人”的重任。本书的主编王静教授、任菁菁主任医师在全科医学生和临床医学人才培养方面不断探索创新，以全科病案为切入点，模拟全科医疗活动的情境，着重阐述社区常见问题的全科诊疗思维，从而加强全科医生的临床思维和接诊技能，以提高全科医生的基本素养。

各位编者结合自己的临床实践，贡献各自的临床诊疗经验和全科诊疗思维，必将为我国全科医学的发展助一臂之力。我很高兴此书能够出版发行，及早为全科医生和医学生提供一本有价值、有特色的参考书。



2017年12月29日

前言 >>>

目前,国家正大力培养全科医生,全科医生作为首诊医生,接触到的病例大部分处于疾病早期、尚未接受过相关医学处置,需要全科医生采用“生物-心理-社会”医学模式,从躯体、心理和社会多个层面去全面评价患者的健康问题,做出全面的诊断。

国内全科医学教材以为全科医学生和全科医生提供常见疾病的基础知识和临床基本理论者居多,而针对社区全科病案导入式诊疗思维训练的教材却微乎其微。2017年12月22日,全国人大常委会第三十一次会议审议的《基本医疗卫生与健康促进法(草案)》提出,“国家重视全科医生的培养和使用”。全科医生作为基层的主要诊疗力量,其门诊的接诊能力作为基本技能更应重点培训,而目前的教材尚不能满足全科医生诊疗思维培训的需求。

为便于医学生和全科规培生的学习,更全面培养全科临床思维和接问诊技能,提高全科诊疗能力,本教材改变传统的教材编写模式,用案例层层导入,模拟全科医疗服务中的接诊情境,详细展示开放式问诊技巧——RICE模式,引导读者积极思考,训练和拓展全科医学临床思维和问诊技巧,提高医务人员的人文素质和培训效果。

主编一直投身于全科医生培养和社区卫生服务实践中,并曾多次赴国外及中国香港特别行政区的家庭医学学院学习。在工作中,我们强烈意识到理论需结合实践,目前迫切需要可深度结合全科临床的理论教材的指导。基于此,我们编写了这本教材。编写过程中得到了浙江省卫生计生委基层处、科教处领导和杭州医学院领导及中国香港特别行政区家庭医生的大力支持,并得到各位编委的鼎力相助,在此一并表示感谢。

在编著过程中,我们参阅了国内外大量文献,引用了其中的一些观点和内容,在此深表谢意。

由于编写时间仓促,水平有限,书中难免存在不足和疏漏,我们期盼广大读者不吝指正,愿与大家共同为新一代全科医生的培养工作奉献绵薄之力!

王 静 任菁菁

2017年12月26日

目

录 >>>

第一章 总论	1
第一节 国内外全科医学教育	1
第二节 RICE——以人为本的全科问诊模式	6
第三节 全科医学医患沟通	11
第四节 全科医疗管理模式	28
第五节 全科医生基本素养	31
第二章 社区常见未分化疾病的全科临床处置	34
病案1 脚肿1月余	34
病案2 咳嗽7周余	39
病案3 反复低热1周	43
病案4 阵发性头痛半年	47
病案5 心悸2月	52
病案6 头晕伴恶心、呕吐半天	57
病案7 乏力不适半月	61
病案8 消瘦3月余	65
病案9 口臭3月	69
病案10 反复腹泻4月余,再发2天	73
病案11 呕吐3天	76
病案12 解便不畅1年	80
病案13 持续右侧腰背痛半天	86
病案14 关节肿痛1年,加重3月	92
病案15 血尿3天	97
病案16 便血1月余	100
第三章 社区常见慢性病的全科临床处置	105
病案1 反复头晕1年,加重1周	105
病案2 体检发现血脂异常1周	111
病案3 反复咳嗽咳痰20余年,气促1月	115
病案4 反复咳嗽3年,加重2周	120

病案 5	反复心前区疼痛不适 1 年, 再发 1 小时就诊	124
病案 6	阵发性心悸、胸闷半年, 再发半小时	129
病案 7	黑便 7 天	133
病案 8	腹胀 5 年余	138
病案 9	反复腹痛、腹胀 2 年余, 再发 1 天	142
病案 10	双下肢肌肉发僵酸痛 1 月余	146
病案 11	血糖控制不佳 1 年余, 伴夜尿多, 双足麻木 3 天	149
病案 12	反复乏力、头晕 10 余年, 加重 1 月	154
病案 13	左侧脚趾肿痛 10 月余, 加重 1 天	161
病案 14	左膝关节痛半年余	166
病案 15	腰椎骨折术后 2 年, 腰背部、髋部疼痛 2 年	171
病案 16	尿频伴排尿困难 1 月	177
第四章	社区常见急症的全科临床处置	181
病案 1	突发头晕、身体发麻、痉挛十几分钟	181
病案 2	腹痛伴恶心半天	185
病案 3	突发口角歪斜 2 小时	189
病案 4	发作性右侧肢体无力 1 天余	191
病案 5	突发晕厥约二十分钟	194
病案 6	急性尿潴留伴下腹胀痛 10 小时	197
病案 7	咳嗽、咳痰伴气急 5 天	201
病案 8	头晕、乏力伴短暂昏迷 2 小时	205
病案 9	突发意识不清半小时	208
病案 10	胸痛 3 月	211
病案 11	突然歪倒, 意识丧失伴抽搐半小时	215
病案 12	车祸致腹部疼痛 1 小时	220
病案 13	慢性咳嗽咳痰三十多年, 咯血 3 小时	223
病案 14	淹溺, 呼吸困难, 咯粉红色泡沫痰 1 小时	226
病案 15	呕血黑便 2 小时	229
病案 16	鼻出血半小时	232
病案 17	咽喉部疼痛半小时	236
病案 18	电击伤 2 小时	238
病案 19	左眼外伤后疼痛半小时	241
病案 20	左眼异物溅入后疼痛半小时	243
第五章	社区常见传染病的全科临床处置	245
病案 1	咳嗽伴乏力、盗汗 1 月	245
病案 2	发热伴全身酸痛 2 天	248
病案 3	发热伴头痛、四肢肌肉酸痛 2 天	251

病案 4	在校大学生要求查 HIV 抗体	253
病案 5	发热 5 天, 皮疹 1 天	257
病案 6	发热 2 天, 全身皮疹 1 天	260
病案 7	婚检发现乙肝 3 天, 伴乏力	262
病案 8	发热伴皮疹 2 天	266
病案 9	尿频尿急尿痛, 流脓性分泌物 1 天	269
病案 10	发现生殖器肿物一天	272
第六章	社区常见妇女健康问题的全科临床处置	277
病案 1	阴道流血 10 余日	277
病案 2	阴道分泌物异常伴外阴瘙痒 2 月余	282
病案 3	自觉盆腔肿块一周	287
病案 4	怀孕 2 月余, 要求建围产期保健卡	293
病案 5	月经紊乱 1 年, 潮热 3 个月	298
病案 6	意外怀孕拟行人工流产, 咨询避孕措施	303
第七章	社区常见儿童健康问题的全科临床处置	308
病案 1	脐部红肿伴脓性分泌物 2 天	308
病案 2	口腔黏膜有乳白色斑块, 食欲减退 2 天	310
病案 3	臀部皮肤大片红斑伴局部糜烂渗液 3 天	311
病案 4	皮肤巩膜中度黄染 25 天	313
病案 5	面部、四肢皮疹 2 月余	317
病案 6	发热 3 天, 皮疹 2 小时	319
病案 7	发热、咽痛伴疱疹 3 天, 易惊半天	323
病案 8	发热伴进食时哭闹 1 天	327
病案 9	体重增长缓慢 2 年余	330
病案 10	多汗易夜啼 2 月余, 发现肋骨外翻 3 天	334
病案 11	体检发现“贫血”1 天	338
病案 12	咳嗽、喘息伴发热 2 天, 气促 4 小时	341
病案 13	腹泻, 发热 1 天	345
附	小儿液体疗法原则	349
病案 14	脐部可复性肿块 2 周	349
病案 15	双大腿内侧皮肤皱褶不对称, 右侧多于左侧	351
附	免疫异常儿童疫苗接种的常见问题	354
第八章	社区常见精神疾病的全科临床处置	359
病案 1	反复眠差 4 月余	359
病案 2	情绪低落 3 月, 加重 1 周	363
病案 3	紧张不安, 伴胸闷、心慌 6 月	367

病案 4	记忆力明显减退 3 年, 走失 1 次	371
病案 5	反复腹胀 4 年, 加重 3 月	377
病案 6	反复言行异常 10 年, 再发 1 周	380
病案 7	反复发作性四肢抽搐伴意识不清 1 年, 再发 3 小时	384
病案 8	情绪低落 2 月, 兴奋躁动 2 周	389
附	病案诊断列表	395
参考文献		399

第一章 >>>

总 论

第一节 国内外全科医学教育

一、国外全科医学教育

规范的全科医生教育培养体系始于欧美的一些国家,以美、英为代表的西方发达国家最早在 20 世纪 60~70 年代就建立起了对医学生进行全科医学相关知识教育和(或)全科医疗诊所见习、毕业后全科医学教育、全科医学的继续教育(持续职业发展)为主线的全科医学教育体系。英国和美国在大学本科毕业后进行的全科医学教育的住院医师培训(称为职业培训),是各国培养全科医生的通用做法和途径。

(一) 英国全科医学教育

英国的全科医学教育贯穿于医学本科阶段的教育、毕业后教育和继续教育 3 大部分。在医学本科教育阶段,包含了全科医学的入门教育,让医学生了解全科医学的基本概念和原则。本科阶段毕业后便成为英国全科医学理事会(General Medical Council, CMC)的临时注册医生,并进入为期 2 年的临床基本训练,但是不能单独作为“国家医疗卫生服务体制”的雇佣医生,不能独立开业。在 2006 年以后,这些医生要想成为全科医生,必须经过毕业后培训,全科医生需经历期限为 3 年的临床培训。通常情况下,其中 18 个月时间在医院各专科轮转,18 个月时间在社区全科医生诊所内学习。如果能通过英国皇家全科医师学院(Royal College of General Practitioners, RCGP)的考试,便可成为英国皇家全科医师学院的一员(即 MRCP)。RCGP 是英国全科医师的高级学术组织,旨在完善全科医疗服务和全科医疗的研究及教育。

英国的全科医生继续教育是没有强制性要求的,但大部分的全科医生会要求参加继续教育活动。时间大约为每年 1 周,政府对此会给予鼓励,其中包括一定的物质奖励。

(二) 美国全科医学教育

在美国,选择做家庭医生需在国家认定的培训机构接受住院医师培训,培训时间根据所选项目会有不同。目前从医学院毕业后,家庭医师培训项目时间一般为 3 年,前 2 年主要在大医院或社区医院进行培训,但每周至少需有 2~3 个半天到社区诊所进行实习;第 3 年主要在社区诊所进行培训。住院医师每年必须参加由美国家庭医疗委员(American Board of Family Medicine, ABFM)会命题、组织的统一考试,合格者可进入下一阶段培训。3 年培训结束后,还要参加由该委员会统一组织的综合考试,考试合格者获得由美国家庭医疗委员会颁发的家庭医师资格证书,此后才有资格开始其基层医疗的职业生涯。

为了保持和提高家庭医师的素质和能力,美国家庭医师每3年必须获得继续教育学分150学分,每6年必须参加ABFM组织的家庭医师资格再认证,合格者才能再注册执业。在全美二十多个医学专业委员会中,ABFM是第一个实施再认证考试的专业委员会。美国家庭医疗委员会重视教育、知识和实践技能质量,促使了家庭医师的声望在该国卫生保健系统中的迅速提高。

(三) 澳大利亚全科医学教育

在澳大利亚,医学生毕业后如果想成为一名全科医生,需经过1年的实习医生培训,之后通过执业医师考试,申请成为住院医师,并经过1~2年的住院医师培训后,才能向澳大利亚皇家全科医师学会(Royal Australian College of General Practitioners, RACGP)申请进入全科专科医生职业培训。全科医生的职业培训共3年,第1年主要在综合性大医院中轮转,学习内、外、妇、儿、创伤和急救等诊疗技术;第2、3年的培训主要在社区全科诊所中完成,从事全科医疗、社区卫生、预防保健等工作。同时对将在农村及边远地区工作的全科医师增加1年的培训时间,学习麻醉、急救、土著人疾病、诊疗器械应用等知识技能。完成全科医生职业培训后,需通过RACGP的资格考试,合格者才能获得全科医师资格。

此后,全科医生还要接受由澳大利亚皇家全科医学院组织的继续医学教育,每年有4周左右的脱产培训。全科医生每3年需参加国家组织的继续医学教育的考核和评估,合格者方能再注册行医。

二、中国全科医学教育

1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》作出了“加快发展全科医学,培养全科医生”的重要决策。将全科医学和全科医生培养纳入了我国医疗卫生改革的重点。1999年包括原卫生部在内的10个部委下发了《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,确定了社区卫生服务是以基层卫生机构为主体、全科医师为骨干,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围,以解决社区人群存在的主要卫生问题为目的,进行有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。作为社区卫生服务的技术和人才支撑,全科医学和全科医生再一次被提到基层卫生服务建设的前沿。同年原卫生部下发了《卫生部关于发展全科医学教育的意见》,出台了《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》,对全科医学教育的目标、发展原则、措施和培训标准等要求进行了全面的部署,全面启动了全科医学教育。2006年人事部、原卫生部、教育部等五部门联合颁发了《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》,进一步明确了全科医学应作为高等医学院校重点建设的学科。

2010年,六部委联合颁发《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》,明确到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求的基层医疗队伍。2011年,国务院颁发了《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》,明确提出建立全科医生制度是实现人人享有基本医疗卫生服务的基本途径。对全科医生培养提出要求,逐步规范全科医生培养为“5+3”模式:即前5年是临床医学基础教育阶段(医学本科生教育),后3年是全科医生规范化培养阶段(全科住院医师培养)。要求统一全科医生培养内容、准入条件及学位授予标准,逐步建立统一、规范的全科医生培养制度。上述文件发布后,中华医学会、中国医师协会呼吁全行业凝聚共识、形成合力,通过医疗卫生界的共同努力,促使全科医学受到应有的重视,使全科医学学科建设取得长足、健康发展。

（一）中国大陆（内地）全科医生的培养方式

中国大陆（内地）的全科医生培养方式主要有全科医生“5+3”培养模式、全科医生“3+2”培养模式和 2009 年启动的全科医生转岗培训项目。

1. 全科医生“5+3”培养模式 全科医生“5+3”培养，即全科医生规范化培养项目与全科医学专业临床专业学位研究生培养项目相接轨的培养模式。

（1）全科医生规范化培训项目：

- 1) 培养目标主要是培养合格的全科医生和社区卫生服务的业务骨干；
- 2) 培训对象是高等医学院校医学专业本科毕业后拟从事社区卫生服务工作的医师；
- 3) 培训时间总共为 3 年；
- 4) 培训内容分两个部分：临床培训 27 个月和基层实践 6 个月。

培训强调以全科医生服务技能和岗位胜任能力为核心，同时强调全科医生职业素养和人文素养的提高。培训细则的具体规定和要求，请见国家卫生计生委网站。

（2）全科医学专业临床专业学位研究生培养项目：该培养项目与全科医生规范化培养在培训内容、培养过程及考核方面完全接轨。不同的是，该学员经过全国的研究生入学考试，合格后才能进入两合一的培训系统中，需要修够学历学位课程的学分，并完成学位论文答辩。

2. 全科医生“3+2”培养模式 对于到经济欠发达的农村地区工作的 3 年制医学专科毕业生，可在国家认定的培养基地经 2 年临床技能和公共卫生培训，培训合格并取得执业助理医师资格后，可注册成为助理全科医师。

3. 全科医师转岗培训 全科医师转岗培训又称为基层医疗卫生机构全科医生转岗培训。

（1）培养目标：以全科医学理论为基础，以基层医疗卫生服务需求为导向，以提高全科医生的综合服务能力为目标，通过较为系统的全科医学相关理论和实践技能培训，培养学员热爱、忠诚基层医疗卫生服务事业的精神，建立连续性医疗保健意识，掌握全科医疗的工作方式，全面提高城乡基层医生的基本医疗和公共卫生服务能力，达到全科医生岗位的基本要求；

（2）培训对象：基层医疗卫生机构中正在从事医疗工作、尚未达到全科医生转岗培训合格要求的临床执业（助理）医师；

（3）培训时间：不少于 12 个月。其中，理论培训不少于 1 个月（160 学时），临床培训不少于（10 个月），基层实践培训不少于 1 个月，全部培训内容在 1~2 年内完成；

（4）培训方式：采取按需分层、必修与选修相结合的方式，具体可采用集中、分段或远程理论培训，科室轮转、基层实践等形式。

（5）培训内容及要求：培训内容分为理论培训、临床培训和基层实践培训三个部分，具体内容和要求请见国家卫生计生委网站。

经过全科医师转岗培训考试合格，由各省级卫生行政部门颁发全科医生转岗培训合格证书，并可以注册为全科医师。

（二）中国香港特别行政区

中国香港特别行政区家庭医生教育培养模式与英国相似，是由本科教育、毕业后教育与继续医学教育形成连贯的教育链。

自 1995 年开始，中国香港特别行政区实施本科毕业后进行 6 年家庭医生专业培训制度，培训的宗旨和目的包括：学习诊断和治疗的最新知识和技术；提高诊疗技能，如沟通、辅导、合理利用资源、适当转诊等；提高解决临床问题的综合能力，成为全民医疗保健、健

康教育及慢性病管理的中坚力量。6年培训包括至少4年的基础培训和2年高级培训。4年基础培训分为2年以医院为主的基础培训和2年以社区为主的基础培训,以保证培训者掌握广泛的医学知识并具备扎实的临床技能。完成4年基础培训,并成功通过中级专业考试后,可获得家庭医学2年高级培训资格。

1. 2年以医院为主的基础培训 医生在开始培训前会收到培训手册和培训日志,各个专科培训所要求的内容均在培训手册中详细列出。受训医生通过被认可的医院培训来完成核心专科培训,包括内科、外科、儿科、妇产科,各科培训3~6个月;其他必须参加的专科培训包括耳鼻喉科、骨科、皮肤科、精神科、眼科、急诊科,各科被认可的培训不超过6个月;自选培训科目有肿瘤科、病理科、放射线科、微生物科、重症监护室、麻醉科等,各科被认可的培训不超过3个月。

2. 2年以社区为主的基础培训 完成2年以医院为主的基础培训后,受训医生被指派到家庭医学培训中心普通部工作,由家庭医学专科医生负责直接监督指导。受训医生与导师共同诊治,进行临床病例录像分析,参加家庭医学临床及理论讲座。社区规范化医学小组研讨会有14个方面,包括家庭医学的原则、会诊过程、家庭医学的处理模式、伦理学和道德操守、心理问题、预防保健、慢性疾病、常见疾病、危急疾病、生殖和性别问题、社区资源、专业发展、诊所管理、医疗体制等,每个方面至少需要15小时。2年以社区为基础的培训,重点在于训练RICE问诊模式、SOAP病程记录模式、RAPRIOP诊疗与管理模式等,受训医生在情景学习中强化全科临床思维。

(1) 培训要求:受训医生必须掌握在社区基层医疗中常见病的诊断和治疗,了解在何种情况下需要转诊专科医生或急诊室治疗,掌握基本简单的操作。

(2) 培训日志:受训医生和导师必须按时记录培训日志,并妥善存档保存。详细记录两年内接诊的患者,包括姓名、日期、性别、年龄、诊断/健康问题、处方/调查/推荐等。受训医生在培训完成后,需把培训日志交给家庭医学学院作评核;学院委派的导师均拥有一定的资历和经验,确保符合培训的要求及素质保证。

(3) RICE问诊模式:中国香港特别行政区家庭医学支持“患者也是专家”“助患者自助”等新理念,通过RICE问诊模式,了解患者的RICE,即明确患者来就诊的原因(reason)——患者今天为什么来;想法(ideas)——患者自己认为出了什么问题;关注(concerns)——患者忧虑什么;期望(expectations)——患者希望医生帮助做些什么。RICE问诊模式强调了良好医患关系和医患沟通的重要性。

(4) SOAP病程记录:SOAP病程记录的问题描述是以问题为导向,其中S代表主观资料(subjective data)、O代表客观资料(objective data)、A代表健康问题的评估(assessment)、P代表对患者健康问题的处理计划(plan),其中A是问题描述中最重要的部分。

(5) RAPRIOP诊疗与管理模式:中国香港特别行政区家庭医生需具备世界家庭医生组织(WONCA)提出的6种核心能力,即基层保健管理能力、以患者为中心的照顾能力、解决具体临床问题的技能、综合性的服务能力、社区导向的服务能力及全面提供整体服务能力。RAPRIOP诊疗与管理模式要求家庭医生做好患者管理的7个步骤,即安慰与解释(reassurance and explanation)、告诫或建议(advice)、药物处方(prescription)、转诊(referral)、辅助检查(investigation)、观察(observation)或随访(followup)、预防(prevention and health promotion)。

3. 2年高级培训 在高级阶段,受训医生将学习家庭治疗、预防保健、照顾有特殊需求患者、伦理学和道德操守、专业发展、质量保证、审查、管理和医疗等课程。

在总共6年的培训过程中,培训医生必须详细填写培训日志,以作为审核培训进度的指标;同时还要向家庭医学学院呈交学术报告,最后要通过相关考试。

4. 家庭医学学院院士考试 家庭医学学院院士考试分笔试、临床技能考核两部分,受训医生在完成2年以医院为主的基础培训后,有资格以第一类别身份参加中国香港特别行政区家庭医学学院暨澳大利亚皇家全科医学院的院士考试(Conjoint HKCFP/RACGP Exam)的笔试部分;笔试通过并完成2年以社区为主的基础培训后,有资格报考其临床技能考核部分;通过笔试和临床技能考核,并具备足够的医学持续进修学分(CME)者,由一名院士推荐并由家庭医学学院会籍委员会通过,获得中国香港特别行政区家庭医学学院院士及澳大利亚皇家全科医学院院士。如考生没有经过HKCFP认可的专科培训,可以以第二类别身份报考,前提是必须拥有至少5年及以上的家庭医生工作经验。家庭医学学院院士考试笔试分为两个部分:多项选择题(MCQ)和要诀特点题(key feature problems, KFP)。选择题占50%,其中单选题90题,多选题50题;要诀特点题占50%,共25题。临床技能考试(OSCE)部分至少有14个情景模拟病例,长病例限时19分钟,短病例限时8分钟。

5. 家庭医学专科考试 获得家庭医学学院院士者可参加两年高级培训,完成后有资格报考最终级别的家庭医学专科考试,合格者授予中国香港特别行政区医学专科学院认可的家庭医学专科医生(FHKAM-香港医学专科学院院士)。考试包括3部分:临床技能考试(CSA)、诊所管理(PA)、临床审计报告或科研论文报告。考试内容包括诊断技术评估、实践评估、调查日志、病志、临床审计报告或科研论文报告等。临床技能考试考核组成如下:病史采集(20%)、体格检查(10%)、管理(20%)、问题处理(20%)、医患关系(10%)、预防性治疗(10%)、病程记录(10%);日志需要收集300份患者记录,包括基本资料、预防疾病记录、诊症记录、检查原因和检验跟进等;临床审计报告或科研论文报告要求明确主题、制定标准和审核范围、数据收集、结果回顾和对照标准、整改,如此周而复始。中国香港特别行政区家庭医生培养流程图见图1-1。

6. 考试合格率和证书 中国香港特别行政区家庭医学学院院士考试合格率较低,笔试部分合格率为50%~70%;通过笔者参加临床技能考核,合格率为60%~80%。中国香港特别行政区家庭医学学院综合家庭医学培训计划得到澳大利亚皇家全科医学院认可,FHKCFP/FRACGP证书可在中国香港特别行政区和澳大利亚执业。

(三) 中国台湾省

中国台湾省家庭医学教育训练工作始于1977年,由台大医院首先试办2年制“一般科医师训练计划”。1979年第一家社区医疗保健站成立在台北市澳底社区,几年后在台大医院建立了“一般科(全科医学科)”,接着各医学院都成立了家庭医学科。家庭医学的医学本科生教育和3年住院医师培训项目普遍开展起来。1986年3月成立了家庭医学会,全面开展家庭医学教育工作,由学会创立了执业医师继续教育课程,以及家庭医学专科医师继续教育课程等。

中国台湾省的医学教育在高中毕业后通常为7年时间(毕业后授学士学位),前2年由基础科学和人文课程组成,第3、4年学习基础医学和临床医学课程,见习和实习的时间因学校不同而异。在中国台湾省家庭医学住院医师训练年限为3年。训练场所自医院病房、急诊,延伸至门诊和社区基层医疗保健单位。在继续教育方面,中国台湾省的家庭医学科专科医师在完成住院医师训练及通过专科医师甄审后,每6年必须至少修满专科医学会认可的继续教育学分,才能够延续其专科医师资格。

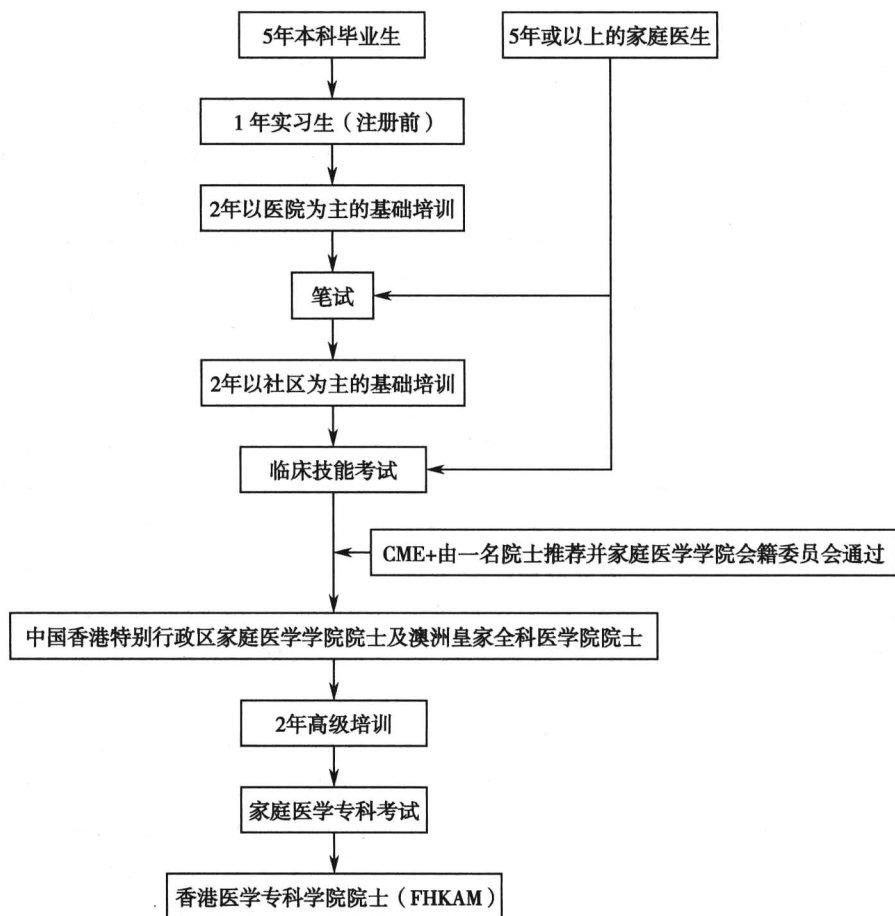


图 1-1 中国香港特别行政区家庭医生培养流程图

（王 静 刘浩濂）

第二节 RICE——以人为本的全科问诊模式

在医院里，同事之间讨论病例时，经常会这样开头“我今天收了一个冠心病、两个胃出血、三个脑中风”。而在全科医生讨论病例时，可能会这样开始“今天我看了一位 78 岁的婆婆，她有高血压、心脏病多年，今天自己能来复诊拿药（平时都是老伴儿陪着一起来），说心口不舒服，想做心脏检查。”

采集病史、物理检查、做出诊断、治疗疾病——这是传统的“器质性”的诊疗模式。近年来，以人为中心的诊疗模式，越来越被更多医务人员接受。其实远在上古希腊时代，在希波克拉底（Hippocrates）的诞生地——科斯（COS）的医学院，已经提出这个理念：注重每一位病人的需要。近代，也有不少基于以病人为中心的诊疗模式被提出，例如 Carl Rogers（1940—1950）的“以当事人为中心的治疗”（client-centered therapy）、George L. Engel（1977）的“社会 - 心理 - 生理”模式（biopsychosocial model）、McWhinney（1984）的“疾病 - 患病”模式（disease-illness model）。以病人为中心，注重病人在患病中的经历、体验、感受，关注疾病对病人造成的影响，越来越受到重视。就如 Sir William Osler（1849—1919）提出的：重要的是了解这个人，

而不是关心他身上的病。

疾病，从生物学角度，可以有症状、体征、临床检验异常、潜在的病理原因、诊断和鉴别诊断。作为医生，从进入医学院的第一天，就开始系统的学习，培训有关的一系列知识。成为医生之后，惯性思维也令我们更加注重生物学角度的病因、病理、诊断和治疗。这也是作为一名医生的基本功和专业性。而从病人的角度，患病是一种不舒服的感受，病人会有自己的想法、关注点、担心和期望，患病会对病人的生活造成一定的影响。这种经历，是每位病人独有的、真实存在且不可忽略的。以病人为中心，并不等于病人主导一切，什么都听病人的。在诊疗过程中，充分融合医生（专业）和病人（感受）的关注点，令大家取得共识，才可以互相配合，更好的处理病人的问题。

国外的一些研究表明，以病人为中心的诊疗模式，并不会延长病人的就诊时间，但有助于提高病人的满意度，有助于提高医生的满意度，可减少医疗失误，还可以促进病人的康复，提高医疗系统的效率，比如减少不必要的检查和治疗。在全科诊疗实践中，以病人为中心的诊疗过程可以体现在以下几个方面（图 1-2）：

1. 医生通过病史采集，询问病人的主诉、病症，并进一步了解病人的感受、想法、担心和期望；
2. 关注病人全人健康，而不是只注重疾病；
3. 医生与病人达成共识；
4. 健康促进，医生提出和病人本次就诊无关的，但可以促进病人健康的预防性建议；
5. 建立和谐的医患关系；
6. 病人参与的诊疗计划。

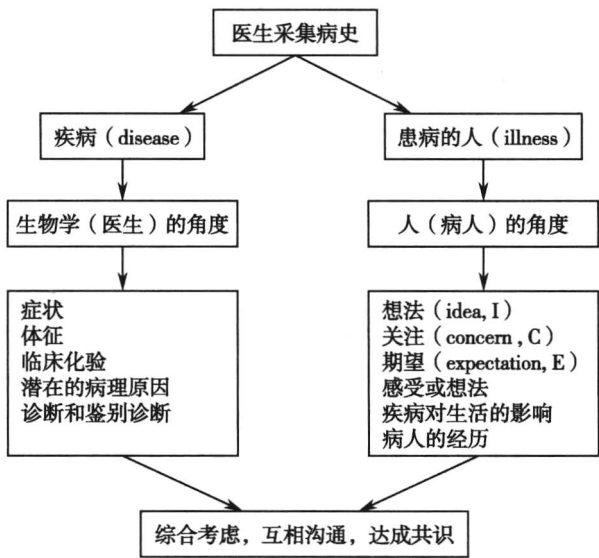


图 1-2 以病人为中心的诊疗模式

如何去了解病人的 RICE 呢？如何做到医生和病人之间达成共识呢？医生和病人如何一起建立诊疗计划呢？临床工作中，我们很可能会遇到这种情形：当你和一位“网球肘”患者讲了一系列药物与非药物治疗、运动注意事项之后，患者最后说“医生，这些我都知道，我也有药，今天来是要开一张病假条”。有时，我们用尽九牛二虎之力对一位非典型性心绞痛

病人解释,所有检查都做了,结果她的胸痛不是因为心脏病导致的,病人最后告诉你,她的哥哥最近因为食道癌去世了,她很悲痛。假如我们尽早知道病人的 RICE,是否可以更好、更有效的处理以上情况呢?下面我们借助真实病案来介绍 RICE 问诊法。

病案:张女士,81岁,高血压患者,每三个月定时复诊,血压控制稳定。半年前的检查报告如下:空腹血糖、糖化血红蛋白、肾功能、肝功能、血脂全部控制良好。一年前心脏彩超、24小时动态心电图、CT动脉造影检查全部正常。

张女士的老伴10年前因脑出血去世,她有一个女儿,单身,与女儿一起住。

张女士无烟酒等不良嗜好。

就诊时:BP 134/76mmHg, P 76次/分,身高体重指数(BMI)23.5kg/m²。

主诉:定时复诊取药,不过觉得最近有些上不来气,想看看有什么问题。

需要思考的问题:

1. 如何用归纳演绎的方法采集病史?
2. 如何建立诊断和鉴别诊断?
3. 如何清楚的了解患者的 RICE?
4. 如何同病人达成共识,共同制定诊疗方案?

病史采集:

医生:张奶奶您好,请坐。今天回来复诊啊?(就诊原因 R)

患者:对啊,来拿药。

医生:您最近怎么样啊?(开放性问题)

患者:都挺好,血压不错,都正常,药也吃得好。就是最近总觉得有些上不来气。

医生:您能再详细讲一下上不来气是怎么回事吗?(让患者进一步阐述,澄清主诉)

患者:就是我一走路,就觉得气不够,然后都不太敢出去了。(病人的感受)

思考以下问题:患者的主诉是什么?有什么可能的诊断?为什么?分析现有的资料:长者,既往高血压史,气促,无吸烟史。常见的气促/呼吸困难原因:肺源性、心源性、缺乏运动、过度通气等。分析已有的数据,以上可能性都存在。进一步问诊如下:

医生:这样的情形有多久?

患者:大概两三个月了。

医生:大概什么时候会发生?

患者:就是一走路就这样,尤其是出门。在家还好,坐下来休息也没事。

医生:大概走多远会这样?

患者:一出门一走就这样,上不来气,家里就没事。

医生:家里做家务、劳累的时候,有没有上不来气?

患者:家里没事。

医生:家里走路也没事?

患者:对。

思考以下问题:患者的主诉是什么?她的可能的诊断/问题清单是什么?为什么?进一步收集的资料:非典型的劳累性呼吸困难,慢性起病,促发因素为出门走路。可能的原因:肺源性、心源性呼吸困难机会减低;缺乏运动、过度通气,或其他少见原因机会增加。

医生:您还有其他不舒服吗?(开放性问题)

患者:没有。