

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2011

全国卫生专业技术资格考试**考试指导**

全科医学

适用专业

全科医学（中级）

[附赠考试大纲]



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 编写

2011

全国卫生专业技术资格考试指导

全科医学

适用专业

[附赠考试大纲]

全科医学(中级)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医学/全国卫生专业技术资格考试专家委员会
编写. —北京:人民卫生出版社,2010.12

(2011全国卫生专业技术资格考试指导)

ISBN 978-7-117-13634-1

I. ①全… II. ①全… III. ①全科医学-医药卫生
人员-资格考核-自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 199793 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

本书本印次内封贴有防伪标。请注意识别。

全科医学

编 写: 全国卫生专业技术资格考试专家委员会

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: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 51.5

字 数: 1314 千字

版 次: 2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13634-1/R·13635

定 价: 115.00 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销售中心联系退换)

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件精神,自2001年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

依据《关于2010年度卫生专业技术资格考试有关问题的通知》(人社厅发[2009]138号)文件精神,自2010年度起卫生专业技术资格考试新增输血技术(中级)和输血技术(初级师)两个专业,卫生专业中级技术资格考试专业增加至116个。其中,全科医学、临床医学等65个专业的“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4个科目全部实行人机对话考试。其他51个专业的4个科目仍采用纸笔作答的方式进行考试。

为了帮助广大考生做好考前复习工作,特组织国内有关专家、教授编写了《2011卫生专业技术资格考试指导》全科医学部分。本书根据最新考试大纲中的具体要求,参考国内外权威著作,将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来,以便于考生理解、记忆。本书全文分为三篇,与考试科目的关系如下:

“基础知识”:考试内容为考试指导第一篇的内容;

“相关专业知识”:考试内容为考试指导第二篇的内容;

“专业知识”:考试内容为考试指导第三篇的内容;

“专业实践能力”:考试内容为考试大纲中列出的常见病种。主要考核考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有知识的综合应用能力。这一部分将采用案例分析题的形式考核,沿时间或空间、病情进展、临床诊疗过程的顺序提问,侧重考查考生对病情的分析、判断及对临床症状的处理能力,还涉及到对循证医学的了解情况。考生的答题情况在很大程度上与临床实践中的积累有关。

欢迎广大考生和专业人士来信交流学习:zgks2009@163.com。

目 录

第一篇 基础知识

● 第一章	全科医学概论	1
	第一节 全科医学	1
	第二节 全科医疗	3
	第三节 全科医生	9
	第四节 临床预防	16
	第五节 以家庭为单位的健康照顾	25
	第六节 居民健康档案	29
● 第二章	基本卫生保健概论	32
	第一节 初级卫生保健概述	32
	第二节 农村初级卫生保健和新型合作医疗制度	35
	第三节 城市社区卫生服务	39
	第四节 社区预防保健概述	42
	第五节 社区卫生诊断	45
● 第三章	流行病学方法	54
	第一节 流行病学概述	54
	第二节 疾病分布	54
	第三节 现况调查	56
	第四节 病例对照研究	57
	第五节 社区干预试验	59
	第六节 社区卫生资料收集的方法	61
	第七节 流行病学研究中常见偏倚	64
● 第四章	医学统计方法	65
	第一节 概述	65
	第二节 资料特征的描述性分析	67
	第三节 资料的统计推断	75
	第四节 常用卫生统计指标	81
	第五节 统计表与统计图	85
● 第五章	健康教育与健康促进	89
	第一节 概论	89
	第二节 传播及其相关理论	92
	第三节 行为及其相关理论	95
	第四节 健康心理	97

	第五节 健康教育与健康促进计划设计、实施与评价	99
	第六节 社区健康教育与健康促进	104
●第六章	儿童保健	109
	第一节 小儿生长发育	109
	第二节 小儿营养和喂养	116
	第三节 计划免疫和预防接种	119
	第四节 新生儿保健	130
	第五节 儿童系统保健管理	132
	第六节 儿童营养性疾病	134
●第七章	妇女保健	137
	第一节 妇女保健学概论	137
	第二节 青春期保健	138
	第三节 婚前保健	140
	第四节 围产期保健	141
	第五节 围绝经期及绝经后妇女保健	152
	第六节 计划生育	154
●第八章	老年保健	158
	第一节 老年人特点	158
	第二节 老年人健康综合评估	163
	第三节 老年保健实施	166
	第四节 老年常见健康问题	168
●第九章	社区用药	176
	第一节 药理学基础	176
	第二节 特殊人群用药原则	178
	第三节 药品不良反应与不良事件	185
	第四节 抗感染药物合理应用	189
	第五节 常用解热镇痛药物	206
第二篇 相关专业知识		
●第十章	妇科疾病	211
	第一节 月经病	211
	第二节 妇科炎症	213
	第三节 子宫内膜异位症	218
	第四节 流产	219
	第五节 异位妊娠	221
	第六节 常见肿瘤	222
	第七节 葡萄胎	227
	第八节 不孕症	228
●第十一章	儿科疾病	230
	第一节 新生儿疾病	230

	第二节	呼吸道疾病	233
	第三节	消化道疾病	237
	第四节	肾脏疾病	240
	第五节	神经系统疾病	241
	第六节	川崎病	244
	第七节	先天性髋关节脱位	245
	第八节	小儿常见传染病	246
● 第十二章		眼科疾病	252
	第一节	屈光不正	252
	第二节	感染性眼病	258
	第三节	青光眼	265
	第四节	白内障	268
	第五节	眼部化学性烧伤与异物伤	269
	第六节	眼底病	270
● 第十三章		耳鼻咽喉科疾病	276
	第一节	耳部疾病	276
	第二节	鼻部疾病	280
	第三节	咽喉部疾病	287
	第四节	耳聋	294
● 第十四章		口腔疾病	296
	第一节	龋病	296
	第二节	慢性龈炎	296
	第三节	急性牙髓炎	297
	第四节	慢性牙周炎	298
	第五节	复发性口腔溃疡	299
	第六节	口腔白斑病	300
	第七节	智牙冠周炎	300
	第八节	口腔保健	301
● 第十五章		皮肤病与性传播疾病	305
	第一节	病毒性皮肤病	305
	第二节	真菌性皮肤病	307
	第三节	湿疹皮炎类皮肤病	310
	第四节	物理性皮肤病	313
	第五节	痤疮	316
	第六节	斑秃	317
	第七节	酒渣鼻	317
	第八节	白癜风	318
	第九节	荨麻疹	318
	第十节	银屑病	319
	第十一节	细菌性皮肤病	320

	第十二节 性传播疾病	321
	第十三节 外用药物疗法	327
● 第十六章	精神疾病与精神卫生	330
	第一节 概述	330
	第二节 精神分裂症	333
	第三节 情感性精神障碍	334
	第四节 癔症	337
	第五节 神经症	338
	第六节 躯体疾病所致精神障碍	341
	第七节 精神卫生	343
● 第十七章	康复医学	347
	第一节 基本概念	347
	第二节 康复评定	349
	第三节 康复治疗	351
	第四节 几种常见病的康复	363
● 第十八章	中医药技术	377
	第一节 中医药的治疗原则与主要治法	377
	第二节 常见病证的中医治疗	382
	第三节 常用中成药	399
● 第十九章	常用临床检验	413
	第一节 临床检验标本采集	413
	第二节 血液学检查	415
	第三节 尿液检查	418
	第四节 粪便检查	420
	第五节 临床生化检查	421
	第六节 临床免疫学检查	426
● 第二十章	肿瘤防治	429
	第一节 肿瘤概述	429
	第二节 肿瘤临床表现与诊断	433
	第三节 肿瘤治疗	435
	第四节 癌症疼痛和姑息治疗	438
	第五节 肿瘤康复与预防	440
● 第二十一章	常用影像技术	443
	第一节 X线成像基础	443
	第二节 计算机体层摄影	445
	第三节 磁共振成像	447
	第四节 核医学基础	449
	第五节 超声成像基础	451
	第六节 心电学诊断基础	453

第三篇 专业知识与专业实践能力

● 第二十二章	常见症状鉴别诊断	457
	第一节 发热	457
	第二节 胸痛	459
	第三节 咳嗽	461
	第四节 咯血	463
	第五节 心悸	465
	第六节 水肿	467
	第七节 腹痛	468
	第八节 呕吐	470
	第九节 腹泻	472
	第十节 便秘	474
	第十一节 呕血与黑便	475
	第十二节 便血	476
	第十三节 黄疸	478
	第十四节 腹水	479
	第十五节 肥胖	481
	第十六节 头痛	484
	第十七节 头晕、眩晕、晕厥	485
	第十八节 昏迷	488
	第十九节 抽搐	490
	第二十节 关节痛	492
	第二十一节 腰背痛	494
● 第二十三章	神经科疾病	497
	第一节 缺血性脑血管病	497
	第二节 出血性脑血管病	501
	第三节 癫痫	505
	第四节 帕金森病	508
	第五节 老年性痴呆	510
● 第二十四章	心血管系统疾病	514
	第一节 高血压病	514
	第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	521
	第三节 高脂血症	526
	第四节 慢性肺源性心脏病	528
	第五节 心力衰竭	529
	第六节 心律失常	534
	第七节 心肌炎与心肌病	541
	第八节 心脏瓣膜病	543
	第九节 感染性心内膜炎	547

● 第二十五章	呼吸道疾病	550
	第一节 上呼吸道感染	550
	第二节 慢性支气管炎	551
	第三节 肺炎	553
	第四节 支气管哮喘	557
	第五节 支气管扩张	560
	第六节 慢性阻塞性肺疾病	562
	第七节 肺癌	564
	第八节 肺栓塞	566
● 第二十六章	消化系统疾病	569
	第一节 胃炎	569
	第二节 消化性溃疡	571
	第三节 胰腺炎	574
	第四节 炎性肠病	578
	第五节 常见恶性肿瘤	584
● 第二十七章	泌尿系统疾病	595
	第一节 尿路感染	595
	第二节 肾小球肾炎	599
	第三节 肾病综合征	603
	第四节 间质性肾炎	606
	第五节 肾衰竭	609
● 第二十八章	血液系统疾病	614
	第一节 贫血	614
	第二节 血液系统恶性疾病	620
	第三节 出血性疾病	626
● 第二十九章	内分泌代谢疾病	629
	第一节 糖尿病	629
	第二节 甲状腺功能亢进	637
	第三节 痛风	639
● 第三十章	风湿病	642
	第一节 类风湿关节炎	642
	第二节 风湿热	644
	第三节 强直性脊柱炎	647
	第四节 系统性红斑狼疮	650
● 第三十一章	传染病	654
	第一节 传染病防治	654
	第二节 病毒性肝炎	655
	第三节 肺结核	660
	第四节 细菌性痢疾	662
	第五节 霍乱	664

● 第三十二章

第六节	肾综合征出血热	666
第七节	艾滋病	667
第八节	麻疹	668
第九节	新发与再发传染病	670
外科疾病		673
第一节	创伤	673
第二节	烧伤	677
第三节	外科感染	680
第四节	体表肿瘤及肿块	684
第五节	颈部疾病	687
第六节	乳房疾病	691
第七节	腹外疝	694
第八节	阑尾炎	696
第九节	肠梗阻	698
第十节	胆石症与胆道感染	700
第十一节	肛门直肠疾病	702
第十二节	周围血管疾病	708
第十三节	尿石症	710
第十四节	前列腺疾病	712
第十五节	泌尿系统常见肿瘤	715
第十六节	骨关节病	717
第十七节	除痛治疗	728
第十八节	临床常用技术	734
● 第三十三章	常见急症与急救	741
第一节	心脏骤停	741
第二节	现场急救基本技术	743
第三节	休克	745
第四节	急性呼吸衰竭	747
第五节	急性呼吸困难	748
第六节	急性呼吸窘迫综合征	750
第七节	自发性气胸	751
第八节	急性上消化道出血	752
第九节	癫痫持续状态	754
第十节	大咯血	756
第十一节	昏迷	757
第十二节	急性中毒总论	759
第十三节	急性一氧化碳中毒	762
第十四节	有机磷农药中毒	763
第十五节	镇静催眠药物中毒	765
第十六节	急性酒精中毒	766

第十七节 细菌性食物中毒	767
第十八节 电击伤	768
第十九节 中暑	769
第二十节 淹溺	772
第二十一节 意外伤害	774
全科医学考试大纲	781

第一章 全科医学概论

第一节 全科医学

全科医学又称家庭医学,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的知识技能体系。经过多年的发展与完善,全科医学逐渐形成了自己独特的医学观和方法论,弥补了高度专科化的生物医学的不足,实现了医学模式的转变。1969年美国家庭医疗专科委员会成立,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。这一新型学科于20世纪80年代后期引入中国内地,1993年中华医学会全科医学分会成立,标志着我国全科医学学科诞生。

自20世纪50年代以来,慢性非传染性疾病已成为全球严重威胁国民健康的最主要的问题,加之世界各国越来越受到社会老龄化、卫生费用过快增长、医学模式转变和卫生改革的巨大挑战,暴露出传统的专科服务模式对此情况的无奈、低效与高成本的弊端。全科医学符合时代发展的需要,能够有效地应对上述挑战,满足社区居民卫生服务需求,有利于提高基层医务人员的基本素质,提高医疗服务的水平和质量;有利于合理利用卫生资源,降低医疗费用;有利于实现人人健康的战略目标,因而引起各国政府和医学界的高度重视。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。时至今日,国家十余个部门已相继下发了一系列相应的重要文件,制订了许多扶持政策,有力地推动了我国大陆全科医学的发展和全科医师队伍的建设。

一、全科医学的概念

1. 定义 全科医学是面向个人、家庭与社区,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,其范围涵盖各种年龄、性别、器官系统的各类健康问题和疾病。其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。

2. 研究对象 全科医学的研究对象主要有:

(1)面向社区一定的各类居民:即无论是健康的、高危的和患病的居民,均可为其提供适宜的卫生服务,着重常见健康问题的医疗、康复和预防。

(2)完整的人及其健康问题:即以人为本,以健康为中心,从生物、心理、社会等多层面全面了解病人作为一个完整的人的特征和需要。

(3)家庭的健康问题:即以家庭为单位,了解家庭与个人之间的关系和家庭对健康的影响,沿着家庭周期各个阶段有针对性地为家庭成员提供相应服务。

3. 主要特征 从功能上来看,全科医学是一门独立的临床二级学科,它包括总论和各论两个部分。从服务内容上看,全科医学是一门综合性的临床专科,它不仅涉及临床内外妇儿等专科的内容,也涉及社会医学、行为科学、预防医学、医学哲学等学科领域的内容。与其他临床专科明显不同的是,其他临床专科都是面对各自划定的服务对象在一定领域范围内不断地朝纵深方向发展,呈现一种深度上的医学专科;而全科医学则是在一定深度上朝横向发展,是一个范围广泛的临床医学专科。它定位于基层医疗、初级卫生保健、社区卫生服务的医学专科。

综合起来,全科医学的主要特征有:

(1)整体医学观:用系统论和整体论的方法来理解与解决人群和个人的健康问题,把医学看成一个整体,把病人及其健康看成一个整体,依靠服务团队为病人、家庭和社区提供协调性整体性服务。

(2)现代服务模式:基于病人的需求,采取以人为本、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模式,注重病人及其健康问题的背景和关系,按照生物-心理-社会医学模式的要求提供全面服务。

(3)独特的方法与技术:以病人主诉和健康问题为导向的临床诊疗方法,基于门诊的综合性服务技能,强调团队合作和人际交流等方面的技术。

(4)突出的服务优势:能够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,能够获得良好的成本效益和成本效果。

(5)高度重视服务艺术:全科医学在强调医学科学的同时,还十分注重服务的艺术性,表现为:注重人胜于疾病,注重伦理胜于病理,注重满足病人的需要胜于疾病的诊疗。

二、全科医学与相关领域或学科的关系

1. 全科医学与区域卫生规划 区域卫生规划是以提高一定区域内居民健康为中心,动员并合理配置该区域内全部卫生资源的管理模式。其主要目标是在一个特定的区域内,根据经济发展、人口数量与结构、自然地理环境、居民主要卫生问题和不同的卫生服务需求等因素来统筹规划,确定区域内卫生发展的目标、模式、规模和速度,从而合理配置卫生资源,力争体现协调发展战略,通过符合成本效益原则的干预措施,改善和提高区域内的综合卫生服务能力,向全体人民提供公平、有效、经济、方便、综合的卫生服务。

区域卫生规划要求做到“小病在社区,大病进医院”,使80%以上的疾病首先在社区得到处理,必须转诊的病人才被转诊到上级医院。因此发展全科医学教育、培养全科医生是实施区域卫生规划的基础。

2. 全科医学与社区卫生服务 全科医生是社区卫生服务的核心力量。全科医学作为为基层医疗保健体系培养这种专门的新型医生的临床医学学科,在重新塑造医生形象、发展照顾医学、承担个体和群体的三级预防、推进卫生改革等方面发挥着重要作用,全科医疗代表了社区卫生服务发展的最佳服务模式。

3. 全科医学与社区医学 社区医学是公共卫生和社会医学在20世纪中期深入发展的产物,它以社区为立足点,应用流行病学、社会医学、统计学、人类学等方法和技术,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进行全面而有针对性的研究,通过社区健康环境的营造,社区参与、家庭参与及病人参与健康促进和疾病防治的各种活动,达到改善人群的健康水平、促进社区健康等目的。

全科医学是临床医学的二级学科,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。可见,全科医学在群体的目标上与社区医学是一致的,全科医生就自然地成为执行社区医学任务的带头人。在提供社区医学服务过程中所获得的资源,以及全科医生在社区实践中所获得的自身训练,则为全科医学在社区中的实施奠定了坚实基础。

第二节 全科医疗

一、全科医疗的定义

全科医疗是将全科家庭医学理论应用于病人、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务。这是一种综合了许多学科领域内容的一体化的临床专业。除了利用其他医学专业的相关内容外,还强调运用家庭动力学、人际关系、咨询以及心理治疗等方面的知识提供服务。美国家庭医师学会(AAFP)对家庭医疗(即全科医疗)的定义(1986,2010年)是:“家庭医疗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。它是一个整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。家庭医疗的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、全科医疗服务的基本特征

1. 基层医疗保健 全科医疗服务属于基层医疗保健,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、最经常利用的医疗服务,也称为首诊服务。若将基层医疗视为整个医疗保健服务体系的门户和基础,全科医生就是这门户的“守门人”。除了提供优质的诊疗服务,全科医生还应通过家访和社区调查,关心未就医的病人以及健康人的需求。全科医疗以相对简便、经济而有效的手段解决社区居民80%以上的健康问题,并根据需要安排病人及时、适当地利用其他级别或类别的医疗保健服务。

2. 人性化照顾 全科医疗采取以病人为中心的服务模式,重视人胜于重视疾病。它将病人看做有个性、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需求、心理需求、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,只有以病人需求为导向为其提供个体化、人性化的照顾,才能使病人乐于接受,并获得良好的效果。

3. 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;就服务领域和内容而言,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。因此全科医疗呈现着一体化服务(integrated care)。

4. 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、少儿期、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沮丧期的保健,乃至某些遗传危险因素和疾病的持续性监测问题。第二,沿着疾病发生发展的自然过程即健康-疾病-康复的各个阶段提供连续性照顾,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,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。建立一对一的长期稳定的医患关系是连续服务的前提,是全科医疗服务的核心问题,可通过以下措施加以维系:如建立家庭保健合同;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;建立慢性病的连续管理与随访制度,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。

5. 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。他应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;他应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、营养餐厅、护工队伍等,必要时可为病人联系有效的社区支持;他应熟悉病人及其家庭,对家庭资源的把握与利用更是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。

6. 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、使用上的便捷、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机构时,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诊与辅助检查,可避免重复检查等过度服务而造成医源性疾病和资源的浪费,从而获得比一般专科医疗更好的成本效益。

三、全科医疗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研究成果来认识与对抗疾病;并因此而承担深入研究病因、病理等微观机制的责任。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病人的责任(即在某病人“无诊断可能性”或“无治疗价值”时让其出院或终止治疗)。在这种意义上,专科医生类似于“医学科学家”,其工作遵循“科学”的模式,其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。由于专科医疗强调根除或治愈疾病,可将其称为治愈医学。其对病人的管理责任仅限于在医院或诊室中,一旦病人出院或就诊结束,这种管理责任即终止。因此病人回家以后是否继续保持遵医行为,就不再属于医生的职责范围。

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病患,全科医疗都要为其提供令人满意的照顾,也即对自己的“当事人”有关健康的一切事务负有不可推卸的责任。因此全科医生类似于“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,又涉及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,基本医疗的公平性、经济性与可及性日益显

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。由于这种医疗服务对照顾的注重,可称之为照顾医学。全科医疗对于病人的管理责任是无止境的,只要病人信任并与医生签约,医生就应不计时间地点关照其健康问题;病人回家以后是否继续保持遵医行为,其家庭或社区环境是否有利于病人治疗与康复,这仍应属于医生的管理范围。

2. 服务内容与方式上的区别 专科医疗处于卫生服务的金字塔的上部,其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。其方式为各个不同专科的高新技术,即从德国化学家艾利希发明第一枚“魔弹”(称作606的抗梅毒螺旋体药物)到现代医学中日日新月异的高科技诊疗手段。专科医生是运用越来越复杂而精密的仪器设备救治病人的技术权威,而病人是“听凭医生处置”的高技术手段的被动受体。

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,并照顾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。由于这些问题往往涉及服务对象的生活方式、社会角色与健康信念,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)。在全科医疗服务团队中,病人(个体或群体)应是医护人员得力的合作伙伴,是社区或家庭健康管理目标制定与实施的积极主体之一(表1-1)。

表1-1 全科医疗与专科医疗在具体特性上的区别

项目	全科医疗	专科医疗
服务人口	较少而稳定(1:1000~2500人)	大而流动性强(1:5万~50万)
服务宗旨和责任	对病人健康全面负责,全面管理;服务责任连续;可及性好	对病人疾病负责;间断性服务
照顾范围	宽(生物-心理-社会功能)	窄(某系统/器官/细胞)
疾患类型	常见问题	疑难急重问题
服务内容	防治结合的一体化服务	医疗为主
方法	综合服务	分科服务
技术与手段	依靠适宜的诊疗技术;能有效防止重复检查、过度治疗	依靠复杂仪器设备和高新技术处理疾病;费用高、常导致过度诊疗
临床治疗目标	服务优质、安全、有效、经济;将病人的近期、中期与远期健康目标结合起来进行考虑	针对现实疾病问题,以近期目标和过程目标为主
诊断思维	系统性思维;以问题为导向的诊疗思维,多从病人主诉症状、问题入手诊断疾病	还原性思维;以疾病为导向的诊疗思维,多从疾病受累器官、系统入手诊断疾病
医学模式和服务模式	生物-心理-社会医学模式 以人为中心,以健康为中心的服务模式	生物学医学模式 以疾病为中心的服务模式
医患关系	医患关系密切、长期连续,熟悉病人背景与病人及其家庭结成为合作伙伴式平等关系 病人主动参与	关系松散、不连续,病人背景多不熟悉 多呈不平等的垄断式的医患关系 以医生为中心,病人多被动服从