

基层卫生人员成人大专学历教育
全科思维创新型规划教材

● QUANKEYIXUE JICHU ●

供临床医学专业用

全科医学基础

主编 ● 路孝琴 席彪



军事医学科学出版社

基层卫生人员成人大专学历教育全科思维创新型规划教材
供临床医学专业用

全 科 医 学 基 础

主 编 路孝琴 席 彪
副主编 杜 娟 张 雷
编 者 (按姓氏笔画排序)
马 宁 (河北医科大学)
王良君 (辽宁医学院)
刘可征 (内蒙古科技大学包头医学院第一附属医院)
刘森冰 (首都医科大学附属北京朝阳医院)
刘媛媛 (河北医科大学第二医院)
严琴琴 (西安医学院)
杜 娟 (首都医科大学)
李 雪 (河北医科大学第二医院)
张 雷 (河北医科大学)
周 云 (复旦大学上海医学院/复旦大学附属中山医院)
袁雅冬 (河北医科大学第二医院)
高 婷 (河北医科大学)
席 彪 (河北省卫生厅)
梁艳虹 (首都医科大学附属北京朝阳医院)
韩 敏 (河北北方学院)
路孝琴 (首都医科大学)
熊国星 (首都医科大学)
薛 鹏 (河北医科大学)
魏学娟 (北京市丰台区方庄社区卫生服务中心)

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

全科医学基础/路孝琴,席彪主编.

—北京:军事医学科学出版社,2012.8

ISBN 978-7-5163-0021-3

I. ①全… II. ①路… ②席… III. ①临床医学—成人高等教育—教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 202904 号

策划编辑:盛立 责任编辑:蔡美娇

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:中煤涿州制图印刷厂北京分厂

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:11.5

字数:276千字

版次:2012年11月第1版

印次:2012年11月第1次

定价:26.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

全科医学学科正式建立于 20 世纪 60 年代的美国。目前全科医学已经成为一门成熟的临床医学专业学科,经过全科医学专业培训合格的全科医生在国家卫生保健体系中具有重要的地位和作用。我国于 20 世纪 80 年代后期引入全科医学,历经 20 多年的研究与实践,已经初步建立了我国特色的全科医生培养体系。自 1999 年以来,通过多种途径培养的全科医生在我国医疗卫生改革、更好地满足社区居民卫生保健服务需求中起着积极的作用,适宜我国全科医学学科发展和全科医学人才队伍建设的政策环境正逐步形成,尤其是 2011 年 7 月《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》的颁布,指明了全科医生培养实现的途径与方式,为今后我国全科医学学科发展和全科医学人才队伍建设明确了方向,同时也确立了我国全科医生在卫生保健系统中的功能与作用。同时“指导意见”也指出了为解决当前基层急需全科医生与全科医生规范化培养周期较长之间的矛盾,应采取多种措施加强全科医生培养,力争到 2012 年实现每个城市社区卫生服务机构和农村乡镇卫生院都有合格的全科医生的目标。为落实国务院关于建立全科医生制度的指导意见,做好社区卫生服务和全科医学人才培养工作,尤其是农村地区乡村卫生所和乡镇卫生院的医务工作者的学历和能力提升,特组织全国范围内长期工作在全科医学教学一线的教师和社区卫生服务专家编写了此书。

本教材作为全科思维创新型规划教材之一,汇集了来自国内多家院校的专家、教授多年积累的教学和实践经验。本书共分十二章,分别就全科医学的基本理论与原则、全科医生的工作方式(包括以人为单位的照顾、以家庭为单位的照顾、以社区为基础的照顾、以问题为导向的照顾和以预防为导向的服务)、全科医生的基本技能(全科医疗中的行为医学、社区康复、呼吸疾病的全科医学处理、心脑血管疾病的全科医学处理、糖尿病的全科医学处理和社区特殊人群保健)等三个方面进行了详细的介绍。

本书在编写上既斟酌了全科医学基本理论的深度与广度,同时又注重了教材知识的实用性和系统性,增加了案例,体现了“实用为本,够用为度”的特点。该书是针对成人高等医学专科学历教育的教材,但同时该教材还可以作为社区卫生服务机构专业技术人员学习的参考教材。

由于作者水平和经验有限,书中难免存在疏漏和不足之处,恳请各地有关专家学者、师生不吝赐教和批评指正。

主编

2012 年 7 月

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 全科医学	(1)
第二节 全科医疗	(8)
第三节 全科医生	(12)
第二章 以个人为中心的照顾	(15)
第一节 医学模式的转变	(15)
第二节 以个人为中心照顾的基本原则	(17)
第三节 以个人为中心的应诊过程及其主要任务	(20)
第四节 以患者为中心照顾中的医患关系与沟通	(28)
第三章 以家庭为单位的照顾	(33)
第一节 家庭的定义、结构与功能	(33)
第二节 家庭与健康	(38)
第三节 家庭生活周期	(41)
第四节 家庭评估	(42)
第五节 家庭照顾	(47)
第四章 以社区为基础的照顾	(53)
第一节 社区及以社区为导向基层医疗	(53)
第二节 社区诊断	(58)
第五章 以问题为导向的健康照顾	(65)
第一节 社区常见健康问题及特点	(65)

第二节	以问题为导向的健康照顾的实施	(70)
第六章	以预防为导向的健康照顾	(75)
第一节	预防医学概述	(75)
第二节	全科医疗中常用的临床预防服务	(77)
第三节	社区人群疾病预防服务提供	(85)
第七章	全科医疗中的行为医学	(87)
第一节	行为医学概述	(87)
第二节	心理社会因素对健康的影响	(89)
第三节	行为医学的临床应用	(95)
第八章	社区康复	(103)
第一节	概 述	(103)
第二节	社区常见慢性病的康复	(106)
第九章	呼吸系统疾病的全科医学处理	(115)
第一节	呼吸系统疾病的流行病学特征及危险因素	(115)
第二节	呼吸系统疾病的全科医学照顾	(118)
第十章	心、脑血管疾病的全科医学处理	(127)
第一节	心、脑血管系统疾病的流行病学特征及危险因素	(127)
第二节	心、脑血管系统疾病的全科医学照顾	(130)
第十一章	糖尿病的全科医学处理	(143)
第一节	糖尿病的流行病学特征及危险因素	(143)
第二节	糖尿病的诊断	(145)
第三节	糖尿病的全科医疗照顾	(146)
第四节	糖尿病患者的自我管理	(153)
第十二章	社区特殊人群保健	(158)
第一节	概 述	(158)
第二节	社区妇女保健	(160)

第三节 社区儿童保健 (164)

第四节 社区老年保健 (168)

参考文献 (172)



第一章 总论

目标与任务

1. 掌握:全科医学的定义和学科特点;全科医疗的基本特征;全科医疗与专科医疗的区别和联系;全科医生的角色与素质。
2. 熟悉:全科医学与相关学科及领域的关系;全科医疗的定义;全科医生的定义;全科医生与专科医生的区别。
3. 了解:全科医学发展简史;全科医学产生的背景。

全科医学(general practice)又称家庭医学(family medicine),是20世纪60年代末在欧美兴起的一门综合性的临床医学学科。经过40多年的不断发展,全科医学已经逐渐形成了自己独特的学科体系和临床技能方法,有效地克服了高度专科化的生物医学的不足,真正实现了医学模式的转变,为满足社会经济发展的要求,维护和促进国民健康,作出了重要贡献。全科医学自从20世纪80年代末引入我国以来,经过快速发展,目前已初步形成了其学科体系,在国家卫生体系中扮演着越来越重要的作用。

本章将就全科医学、全科医疗、全科医生三个核心概念,全科医学发展的历史,全科医疗的基本原则,全科医师的素质与角色以及全科医学与相关学科的关系等内容进行详细的介绍。

第一节 全科医学

一、全科医学的定义及学科特点

(一)全科医学的定义

关于全科医学的定义,不同国家有不同的界定。1986年美国家庭医师学会(American Academy of Family Physicians, AAFP)定义的且在2005年经重新认定的家庭医学定义为:“家庭医学是整合了生物学、临床医学和行为科学的知识和技能为一体的、为患者个体及其家庭提供连续性、综合性健康照顾的医学专业学科。家庭医学的服务范围涵盖了所有年龄、性别、每一个器官系统和每一种疾病。”

我国在引入家庭医学时,结合了各西方国家对家庭医学的定义,将我国的全科/家庭医学定义为:全科医学是一个面向个人、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临床二级专业学科。其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类健康问题/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、防和治有机地融为一体。

(二) 全科医学的学科特点

1. 是一门综合性的临床医学学科 全科医学是一门独立的临床医学二级学科,但又具有跨学科、跨领域综合性的特点,不仅涉及内科、外科、妇科、儿科等临床医学学科,而且也涉及社会学、社区医学、行为学科、预防医学、流行病学、医学伦理学、心理学、哲学及法学等学科。但是全科医学并不是以上学科片断知识和技术的集合,而是基于整体的医学观和系统性理论,以健康为中心,发展创造新的知识与技能,长期连续地为患者提供综合性全面服务。

2. 定位于基层卫生保健领域的医学专科 全科医学定位于基层卫生保健领域,以家庭、社区为背景,处理常见的未分化的早期健康问题,干预各种无法被其他专科医疗治愈的慢性疾病及其所导致的功能性问题。全科医学服务对象面向的是社区全体居民,其服务内容丰富,服务形式多样,服务地点灵活,可在医院、诊所、患者家中及社区中的提供各种服务场所提供服务。

3. 秉承整体观、系统论的医学思维 全科医学秉承整体观和系统论的医学思维,把医学看成为一个整体,从生理、心理、社会等多方面将照顾对象作为一个不可分割的整体的特性,对其健康问题实施综合性的全面服务。

二、全科医学发展简史

全科医学的发展起源于西方的通科医疗,从通科医疗的兴盛期,到专科医学的崛起,直至全科医学学科专业的建立和发展,经历了漫长的过程。

(一) 全科医学在国外发展的历史

1. 通科医疗阶段(18世纪至19世纪末) 在欧洲,直至18世纪初才出现以行医为终生职业的医生,在此之前,为公众提供疾病治疗服务的被称为治疗者。他们大多凭借自己的经验和手艺行医,而且只是副业,正式的职业可能是牧师、商人或手艺人。18世纪初也仅少数人是经大学正规训练的医生,为少数“贵族”服务,主要从事类似内科的工作,而外科仍被认为是手工艺活。18世纪中期,一些欧洲的“贵族医生”进入北美,以个体开业的方式面向公众提供医疗服务,常常通过家访和守候在患者床边为患者及其家庭提供服务,受此影响,开业医生在北美得以迅速发展。医学生毕业后若通过医疗、药物、外科及接生技术的考试,即可获得“通科医生”的开业资格。19世纪初,英国的 *Lancet* 杂志第一次把那些接受过医学的一般训练而个体开业的行医者称为通科医生(*general practitioner*),以区别于其他治疗者。直到19世纪末,通科医生一直占据了西方医学的主导地位。

2. 专科医学发展阶段(19世纪末至20世纪60年代末) 20世纪初,医学科学及其他科学的迅速发展带动了医疗技术的分化和临床实践的分化与专门化。19世纪末成立的 Johns Hopkins 医学院对医学教育进行了改革,实施正规的及理论、研究与临床实践为一体的四年制医学教育。1910年美国教育家 Abraham Flexner 对100多所医学院进行调查,发表了医学教育史上著名的 Flexner 报告,热情赞扬了 Johns Hopkins 医学院的成功经验,极力主张生物医学的研究和教学,提倡把研究、病房教学和会诊制度作为医学教育的基本保证,从而为培养专科化合格的医生奠定了基础。这些医学教育改革使医生作出的临床决策是基于可靠的科学基础,鼓励了专科化,并推动了医学科研的发展。

1917年眼科专科医学会首先成立,在1930~1940年这10年间,先后成立了14个专科医学会及相应的住院医师训练项目。具有相当规模的综合性医院遍布各大城市,医院内提供的



专科化服务已经成为公众关心的热点,通科医生无论是作为教师还是临床医生,都受到冷落;通科医生的人数锐减,在 20 世纪 30 年代时美国每 600 人就有 1 名通科医生,通科医生和专科医生的比例为 4:1;到 20 世纪 70 年代每 3000 人才有 1 名通科医生,通科医生和专科医生的比例成了倒置的 1:4。同时,专科化进程促使医学院校的课程进一步细分,使医学知识得到了前所未有的发展,但是医学科学的进步却掩盖了这样一个事实:临床服务变得支离破碎,失去个性化,医疗费用急剧上升,而服务效果却并不理想。

3. 全科医学产生及与专科医学共同发展阶段(20 世纪 60 年代末至今) 从 20 世纪 50 年代后期起,人口老龄化进程加快,慢性病、退行性疾病逐渐成为影响民众健康的主要问题,这对以医院为基础的、在生物医学模式基础上建立起来的专科医疗服务是一个极大的冲击和挑战。于是,基层保健的重要性日益突出,人们开始呼唤从事基层保健的通科医生的回归。为了保证和提高服务质量,一些国家开始对已经在基层执业的通科医生进行再培训,在医学院校开始建立家庭医学系,并开展毕业后的家庭医学住院医师培训项目。在西方发达国家,全科医学住院医师培训时间一般为三年左右。这种严格的规范化的全科医学培训有明确的培训目标、课程设置、教学方法。训练完成后,学员通过全科医师(家庭医生)专科学会的考试,才能取得全科医生的资格。

知识链接

世界家庭医生组织

世界家庭医生组织(World Organization of Family Doctors,曾用名:World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA),是全科/家庭医学的国际学术组织,1972 年在澳大利亚墨尔本市举行的第五届世界全科医学大会上正式成立。

WONCA 是非官方的、国际性的全科医学学术团体,是 WHO 的学术咨询组织,在学术上,尤其在初级卫生保健方面,WONCA 和 WHO 有着密切的合作。WONCA 的目标和使命是通过提倡和保持家庭医学高水平的服务改善世界人民的生活质量。WONCA 的主要活动之一是主办全科医学的国际会议,每三年一次。WONCA 按地区分设亚太、欧洲、北美、非洲等区域组织,各区域组织每年召开一次区域年会。通过每三年一次的 WONCA 世界大会和每年一次的 WONCA 区域会议,为全科医师提供学术交流和知识更新的讲坛,以促进世界各地的全科医师进行教育、科研和服务方面的交流与合作。此外,WONCA 通过其网站(<http://www.globalfamilydoctor.com/>)免费为世界各地的全科医师提供相关信息服务。WONCA 也负责出版、发行国际性的杂志和刊物。

WONCA 自成立以来,以其出色的活动促进了全科医学在世界范围的发展。同时,随着各国全科医疗的发展及对 WONCA 的支持,WONCA 自身也得到发展壮大。1972 年 WONCA 拥有 18 个成员,中华医学会全科医学分会 1995 年成为 WONCA 的正式团体会员,到 2008 年底,WONCA 已经拥有 99 个国家的 119 个会员组织,代表着全世界 25 余万名全科/家庭医师会员。



1969 年美国家庭医疗专科委员会(American Board of Family Practice, ABFP)成立,并于同年 2 月成为美国第二十个医学专科,并成为全科医学/家庭医学学科确立的里程碑式的标志。1972 年,世界全科医师/家庭医师学会(WONCA)在墨尔本举行的第一届国际会议上正式成立,专科与全科医疗进入协调发展时代。

为了凸显复兴于 20 世纪的全科医学,作为一门新型的学科与 18 世纪的通科医疗在科学基础、学科内涵、培训要求和服务能力上的迥然不同。在北美(美国、加拿大),经过毕业后 2~4 年全科医学住院医师培训的全科医生改称为“家庭医生(family physician)”,全科医疗改为“家庭医疗(family practice)”,全科医学改为“家庭医学(family medicine)”。除北美外,日本和我国的台湾也称这样训练有素的医生为家庭医生,在英国和英联邦国家仍沿用 general practitioner 一词,在中文译作全科医生,已示区别。我国的全科医学一词最早是从香港引进,因此在政府文件中采用全科医学的称谓。

(二) 全科医学在中国的引入与发展

1. 全科医学的引进 全科医学的概念在 20 世纪 80 年代后期被引入中国大陆。在 1986 年和 1988 年,中华医学会派代表参加在英国伦敦和香港举行的世界家庭医生组织年会及亚太地区会议,并邀请当时的 WONCA 主席 Rajakumar(1986~1989 年担任主席)和 Peter Lee(李仲贤医生,1992~1995 年担任主席)访问北京。在他们的帮助下,于 1989 年 11 月在北京召开了第一届国际全科医学学术会议,同年在首都医科大学成立了大陆首家全科医学培训中心,开始在大 陆传播全科医学,启动了全科医学培训工 作。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学科的诞生。

2. 全科医学在中国的发展 在 1997 年以前,中国内地的全科医学尚未在全国广泛开展。1997 年 1 月,中共中央、国务院发布《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,明确提出要“加快发展全科医学、培养全科医师”。这一政策的出台,为中国大陆全科医学的快速发展创造了前所未有的契机。1999 年 12 月卫生部召开了“全国全科医学教育工作会议”,标志着全科医学教育工作正式启动,开始进入了规范化发展阶段。2000 年卫生部颁发了《关于发展全科医学教育的意见》、《全科医师岗位培训大纲》、《全科医师规范化培训试行办法》、《全科医师规范化培训大纲(试行)》,提出了我国全科医学教育的发展目标。2006 年 2 月 24 日国务院召开全国城市社区卫生工作会议并下发了《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,在“意见”中要求教育部门负责全科医学和社区护理学科教育,将培育社区卫生服务技能作为医学教育的重要内容。2009 年 4 月国务院下发《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“加强基层医疗卫生人才队伍建设,特别是全科医生的培养培训,着力提高基层医疗卫生机构服务水平和质量”。2011 年 7 月国务院下发《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》,提出建立全科医生制度。至此,适宜全科医学学科发展的政策环境已经形成。

中国内地的全科医学经历了近 20 年的探索与实践,截止到 2010 年 12 月 128 所医学院校中共有 63 所院校开设了全科医学课程;在北京、上海、浙江、广东、江苏、四川、重庆等多个省、直辖市开展了毕业后全科医学教育(三年制全科医学住院医师规范化培训),全国除西藏外普遍开展了全科医师岗位培训,全科医师继续医学教育也逐渐在各省陆续开展。一些医学院校也相继建立了全科医学院、系、研究所,在复旦大学医学院、首都医科大学、重庆医科大学、浙江大学医学院等已经开展了全科医学专业的硕士研究生教育,首都医科大学从 2005 年开始已经



招收全科医学专业博士研究生。最近,根据国务院学位委员会已在临床医学专业学位类别下增设了全科医学领域的决定,其他许多大学将从2012年起开展临床医学(全科医学领域)硕士专业学位研究生的招生培养工作。至此,包括医学本科生的全科医学教育、毕业后全科医学教育(包括三年制全科医学住院医师规范化培训和全科医学研究生教育)、全科医师岗位培训、全科医师继续医学教育的全科医学教育体系已经形成。

为适应全科医学教育培训的需要,2000年成立了卫生部全科医学培训中心,挂靠在首都医科大学名下;2002年8月成功构建了以国家级全科医学培训中心为龙头,各省市全科医学培训中心为骨干的全科医学培训网络体系,为全科医学教育资源共享提供了发展平台,加强了国内的学术交流与合作。2003年11月成立了中国医师协会全科医学分会,从此全科医生有了自己的行业服务、协调、自律、维权、监督、管理的组织。

总之,我国的全科医学教育体系正在逐步走向成熟与完善,全科医学人才队伍正在不断成长和壮大,全科医疗服务正在逐步规范,全科医学学科建设相应地也在不断发展和规范。

三、全科医学产生的历史背景

(一) 疾病谱和死因谱的变化

自20世纪50年代末开始,随着各种传染病被逐步消灭和控制,心脑血管病、恶性肿瘤、高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病已成为世界性的、严重威胁各国国民健康的最主要问题,疾病谱和死因谱开始从以往的急性传染病为主转向以慢性非传染性疾病为主导。由于疾病谱与死因谱的变化,要求医疗服务适应该变化的需求。这些需求包括:服务时间要求长期而连续;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务地点要求以家庭和社区为主;服务类型要求综合性的照顾重于医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,强调患者本身主动和自觉的控制,而不仅是被动地遵从医嘱。由此表明,慢性病的防控对于医院服务来说是难以驾驭的,只能靠发展社区卫生服务,提供全科医疗服务来解决。

(二) 人口的老龄化

老龄化问题是当今世界的重大社会问题,已引起联合国和各国政府的关注。联合国规定,在一个国家或地区的总人口中,如果60岁和60岁以上人口所占的比例超过10%,或者65岁和65岁以上人口所占的比例超过7%,这一国家或地区就属于老年型国家或地区。我国于2000年进入老龄化社会。在2010年第六次人口普查显示,中国60岁及以上人口占13.26%,比2000年人口普查上升了2.93个百分点。人口老龄化给社会造成了巨大的压力,主要表现在:第一,社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,社会的经济负担加重;第二,人在进入老年以后,因病就诊率、住院率高,住院时间长,费用高,需要家人的特殊护理和照顾。在家庭成员无法满足老年人的这种需求时,社区医务人员提供的家庭保健、社区照顾成为老年人最重要的医疗保健支持,这也是促使全科医学产生与发展的重要因素。

(三) 医学模式的转变

所谓医学模式,是对人类健康与疾病总体的特点和本质的概括,即以何种方式观察和处理医学问题,又称为“医学观”。由于受到不同历史时期的科学、技术、哲学和生产方式等方面的影响,多种医学模式在历史上出现过,主要有神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、机械论医学模式、生物医学模式及生物-心理-社会医学模式。

自16世纪欧洲文艺复兴时代发展起来的生物医学模式,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和生理病理变化,并研究相应的生物学治疗方法。其特点是认为病因和症状间存在线性关系,使用还原方法追求特异性,在疾病研究的各个领域都寻求特定的解释和处理方式。

但随着疾病谱的改变,生物医学模式的片面性和局限性被逐渐显露出来,其缺陷在于:它无法解释某些病的心理社会因素,以及疾病造成的种种心身不适,无法解释生物学与行为科学的相关性,更无法解决慢性患者的心身疾患和生活质量降低等问题;而生物-心理-社会医学模式则认为医学模式必须考虑到与健康有关的患者自身状况及其周围的自然与社会环境,生物医学仍是这一模式的基本内容之一,但其还原方法却被整合到系统论的框架中,与整体方法协调使用。无论是医学的科学研究领域、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) 卫生费用的上涨及卫生资源的不合理配置和利用

20 世纪 60 年代以来,各国都面临医疗费用的过快增长问题,一方面是人口老龄化,另一方面是医学高新技术的发展。新药的生产成本大大提高和医学高新技术的快速发展使医疗投入急剧增长,但对改善人类的总体健康状况却收效甚微,即成本的投入与其实际效果相距甚远。有资料表明,85% 以上的卫生资源消耗在 15% 的危重患者身上,而仅有 15% 的资源用于大多数人的基层医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理消耗,不仅使政府不堪重负,也使公众十分不满。因此,改变现行的医疗服务模式,合理利用有限的医疗卫生资源,使大众得到及时、方便、价格合理的卫生服务,全科医学就在这样的背景下应运而生了。

四、全科医学与相关学科及领域的关系

(一) 全科医学与其他临床二级学科的关系

全科医学与内科、外科、儿科、妇产科等学科一样均为临床医学下的二级专业学科,各二级学科均形成了自己的知识和技能体系。全科医学是在一定深度上横向发展,是一个范围广泛的临床医学专科,成为多学科连接的纽带(图 1-1-1),而其他临床专科都是在一定的学科范围

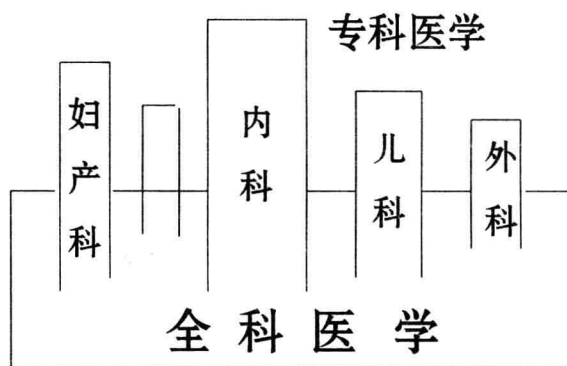


图 1-1-1 全科医学与其他专科医学的关系

内不断地朝纵深方向发展,是一种深度上的医学专科。

全科医学以常见病、多发病、常见症状、体征入手进行疾病诊治,通过个人预防、群体预防相结合,实现全程照顾;在遇到疑难杂症时,及时将患者转诊至其他临床专科,以进一步接受高度专科化的临床服务。全科和专科服务的紧密结合将是最经济有效的医疗实践模式。只有加强全科医学与其他临床专科之间的有效协作和沟通,实现医疗服务的无缝化衔接,才能为患者

提供真正意义上的整体医疗服务。

(二) 全科医学与预防医学的关系

预防医学是一门研究如何通过采取适当的干预措施而达到防止疾病发生、发展,尽可能地



维护和恢复机体功能,最终达到维护和促进个体和人群健康为目的的医学学科。近年来,随着疾病谱的改变,预防医学的主要任务逐渐从以群体预防为主转向个体和群体预防相结合,从生物预防扩大到生物、心理、行为和社会预防,从独立的预防服务转向防治结合或防、治、保健、康复一体化的综合性预防;预防疾病的责任在以政府、社会为主的同时更强调居民个人所应承担的责任。由于全科医生在基层医疗中对社区居民提供长期负责式照顾,与患者最早接触并保持着良好的医患关系,所以他们是在临床环境下,为社区居民使用临床医学方法提供个体化预防服务的最佳人选。同时,全科医生必须具备群体预防和公共卫生的有关理念、知识和技能,按照国家文件规定的要求和内容去承担有关社区公共卫生的服务任务和职责。

(三) 全科医学与中医学的关系

全科医学与中国传统医学有许多相似之处,尤其在医学观、方法论和基本原则方面:两者具有相同的哲学基础,即唯物辩证的整体论;中医学的辨证施治和全科医学提供的个体化服务都是强调针对个体的具体情况而采用不同的处理方法;两者均强调医患关系的重要性,重视精神活动对健康和疾病的影响以及开展以预防为主的服务。但是全科医学在整体论方面更系统,在具体分析研究基础上建立了系统整体性的方法论。基于中医学的全面性、实用性和可及性,在发展全科医学时要将中医的精华成分通过循证医学理念辩证性地引入,为社区居民提供全方位综合性的基层保健服务。

(四) 全科医学与社区卫生服务的关系

近年来,我国政府把建设和发展城市社区卫生服务体系作为卫生改革、解决群众“看病难”和“看病贵”问题的重要举措。社区卫生服务是一种以社区居民卫生服务需求和需要为导向,由政府主导、社区参与的基层医疗服务。它不是一个学科而是一种基层医疗的服务模式。全科医学是为社区卫生服务队伍培养业务和管理骨干的医学专业学科,经过全科医学培养合格的全科医师,是社区卫生服务发展的主力军;由全科医师提供的全科医疗服务代表了社区卫生服务发展的最佳服务模式。

知识链接

全科医学国内主要学术期刊

1. 中华全科医师杂志《中华全科医师杂志》是由中国科学技术协会主管、中华医学会于2002年主办并编辑出版的全科医学领域的国家级学术期刊。《中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)》、《中国核心期刊(遴选)数据库》收录期刊、《中国期刊全文数据库》收录期刊、《中国学术期刊综合评价数据库》统计源期刊、月刊,国内外公开发行人。其办刊宗旨以科学性、普及性和实用性为原则,用全科医学的科学理论和技能指导临床医务工作者的医疗服务实践,以人为本,为医生创造良好的继续教育机会和学术交流平台,致力于全面提高医生的综合素质。主要面向全体医务工作者,重点是各级医院全科医师、关注全科医学发展的各专科医师、住院医师、社区卫生服务各类技术人员、城乡基层医疗保健人员、医学院校学生以及全科医学和社区卫生的科研、教学及管理人员。(转下页)

**知识链接**

(接上页)

2. 中国全科医学杂志《中国全科医学》杂志是在1998年经国家科委批准,由卫生部主管、中国医院协会主办的国内首家公开出版发行的中央级全科医学学术性旬刊。已被国内外多家数据库收录,如中国科学引文数据库(CSCD)、中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数字化期刊全文数据库、“中国科技核心期刊数据库”、美国《化学文摘》、《俄罗斯文摘杂志》等。办刊宗旨是宣传党和国家有关医疗卫生改革的方针政策;研究探讨中国全科医学发展的现状、特点和趋势;交流全科医学临床研究和实践的工作经验;普及全科医学理论知识,全面提高广大基层医务人员的“全科意识”。刊物主要面向基层广大医务人员、医学院校广大师生,以及从事全科医学工作的科研人员。

该杂志目前有三个版本,分别为:①红色学术版:以全科医学和社区卫生服务的系列理论研究为主。②蓝色学术版:全科医学领域前沿进展及临床研究原著为主;基金论文发表绿色通道,最新研究成果3个月内发表。③黄色读者版:也称医生“读者”版,改变医学期刊的严肃面孔,打破医学领域的沉闷气息;力求科学严谨,有趣可读,易懂实用。淡化理论,突出临床,强调实用以专家指导医生临床技能为宗旨,以病例为主线,网络与杂志相结合,真正成为临床一线医生工作需要的国家级继续医学教育读物。

3. 中华全科医学《中华全科医学》是经国家新闻出版总署批准、由中华人民共和国卫生部主管、中华预防医学会主办、国内外公开发行的中央国家级医学专业期刊。刊物宗旨:宣传全科医学知识,传播全科医学技术、方法及全科医学理念;建立和完善以病人为中心,以家庭为单位,以社区为范围的服务网络;开拓研究领域,介绍研究成果和学术成就,促进全科医学信息的传播和学术交流,繁荣和发展全科医学事业。目前已被中文科技期刊数据库、中国科学引文数据库、中国核心期刊(遴选)数据库、中文生物医学期刊文献数据库(CMCC)、中国期刊全文数据库、中国学术期刊综合评价数据库、乌里希国际期刊名录等收录。

第二节 全科医疗

一、全科医疗的定义

全科医疗是由全科医生对个人和家庭提供一种连续性、综合性的医疗保健服务;它是在综合生命科学、临床医学和行为科学的研究成果的基础上发展起来的一种独特的医学专科和基层医疗模式。它不是以患者的年龄、性别、系统疾病的类型以及采用的技术和方法来分科,而是由全科医生提供综合性医疗保健服务。全科医疗在北美等一些国家和地区被称为家庭医疗。

二、全科医疗的基本特征

全科医疗提供的服务是一种社区定向的初级卫生保健服务,它强调以一定的社区、一定的



人群作为服务范围,以社区居民健康作为工作目标。全科医疗提供的服务不仅是个体,而且还要兼顾群体,它是以患者为中心,以家庭为单位,以社区为范围,为居民提供连续性、综合性的医疗保健服务。全科医疗服务具有以下的基本特征。

(一) 基层医疗保健

全科医疗是一种以门诊为主体的一线医疗照顾,是居民在寻求卫生服务时最先接触到的、最常利用的医疗保健服务,也称为首诊服务。相关研究表明,基层医疗保健能够以安全、简便、经济而有效的手段解决社区居民 80%~90% 的健康问题,并根据需要将患者及时转诊至二三级医疗机构或其他机构。全科医疗使人们在追求健康的同时,提高了医疗保健资源利用的成本效益。因此,全科医疗成为世界上大多数国家医疗保健和医疗保险这两种体系的基础与“守门人”。

(二) 人格化照顾

人格化照顾又称为以患者为中心的照顾。全科医疗重视人胜于重视疾病,它将患者作为有个性、有情感和有尊严的人,而不仅是疾病的载体;其照顾目标不仅是要找寻有病的器官系统,而更重要的是维护服务对象的整体健康。为达到这一目标,全科医师把服务对象作为重要的合作伙伴,从“整体人”的生活质量的角度全面考虑其生理、心理、社会需求并加以解决;以个性化的服务调动患者的主动性,使之积极参与健康维护和疾病控制的全过程,从而达到良好的服务效果。

(三) 可及性服务

可及性照顾是全科医疗的一个显著特点,全科医生长期工作在社区,熟悉社区内的情况,如哪些家庭有老年人或幼儿照顾的问题,哪些家庭有长期卧床的患者等。因此,全科医生提供的医疗服务具备地理上接近、时间上及时、使用上方便、关系上固定、经济上实惠、结果上有效等方面的优势,这些都为可及性服务提供了保证。全科医疗除能够处理社区居民 80%~90% 的常见健康问题外,还能为行动不方便的老年人、伤残人或有特殊需要者提供上门访视、开设家庭病床、安排转诊或住院等服务。

(四) 连续性服务

连续性服务是指全科医生与个人及其家庭建立起一种固定、长期、亲密的关系,为居民提供从出生到死亡的全过程服务。在全科医疗服务中,其连续性一般体现在:医患关系的连续性、服务时间的连续性、服务地点的连续性、临床信息的连续性、患者管理的连续性以及对患者照顾责任的连续性等五个方面。其连续性具体可以理解为以下几个方面:第一,随着人的生命周期提供全方位的照顾。全科医疗从生命的孕育开始,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、濒死期直至死亡的整个过程中,根据生命周期各阶段在生理、心理与社会方面的特点和健康危险因素与疾病特征,为服务对象提供个性化服务。第二,在健康-疾病-康复不同阶段提供相应照顾,如危险因素的监测,早期症状与症候的观察和判别,疾病诊断的确立,及时正确的治疗,防治与减少并发症、残疾与残障,以及实施必要的康复措施等。第三,无论何时何地,全科医生始终保持与患者的医患关系,并对其负有提供连续性咨询和服务的责任。如患者出差在外地生病,全科医生仍有为患者提供电话咨询和医疗信息提供的责任。

(五) 综合性服务

综合性服务体现了全科医疗的“全方位、多角度和立体化”的特点。综合性服务从以下几



个方面得到体现:就服务对象而言,不分年龄、性别、疾病种类;就服务内容而言,包括医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导“六位一体”的服务;就服务层面而言,包括生物、心理及社会文化等各个方面;就服务范围而言,包括个人、家庭及社区。

(六) 协调性服务

全科医师并非“万能医生”,要承担连续性和综合性保健服务的责任就必须提供协调性服务。协调性服务主要表现为:掌握各级各类专科医疗的信息和转、会诊专家的名单,需要时可为患者提供全过程“无缝式”的转、会诊服务;了解社区的健康资源,如社区工作人员、健康促进协会、健康俱乐部、患者小组、志愿者队伍、托幼托老机构、护工队伍等,必要时为患者联系有效的社区支持;熟悉患者及其家庭,能充分调动和利用家庭资源,帮助维护和促进患者及其家庭健康。

(七) 以家庭为单位的照顾

以家庭为单位的照顾是全科医疗区别专科医疗的特征之一,家庭是全科医生的服务对象,又是其诊疗工作的场所。家庭的结构与功能会直接或间接影响家庭成员的健康,同时家庭的功能也受到家庭成员健康和疾病状况的影响。家庭生活周期不同阶段有不同的重要生活事件以及由此带来的压力,若处理不当就会产生危机,从而可能影响家庭成员的健康。因此,全科医生应善于了解和评价家庭结构与功能,发现其中可能对家庭成员健康有危害的因素,并通过适当干预使之减少或控制。同时,全科医生在患者的诊断、治疗和长期管理过程中,应善于动员家庭资源为患者服务。

(八) 以社区为基础的照顾

全科医生在完成以人为中心、以家庭为单位照顾的同时,还要立足于社区,为社区居民提供相关的照顾,解决社区居民的健康问题。首先,全科医生通过社区诊断确定社区存在的健康问题,并分析问题发生的原因。然后,采取一系列的干预措施减少疾病的发生,延缓病情的进展,延长患者的寿命,提高患者的生存质量,最终达到维护全体居民健康的目的。

(九) 以预防为导向的服务

全科医疗对个人、家庭和社区健康的整体负责与全程控制,真正践行了“预防为主”的卫生工作方针。全科医疗应根据服务对象所处的生命周期阶段可能存在的危险因素和健康问题,主动提供一、二、三级预防。全科医生从事的预防多属于“临床预防”,即在其日常临床诊疗活动中对个体患者及其家庭提供随时随地的个体化预防照顾,包括健康教育和咨询、免疫接种、疾病筛查、化学预防等。随着人们生活水平的提高,人们开始主动要求维护健康、追求长寿和提高生活质量,因此,预防保健服务已成为公众关心的热点,全科医师在开展以预防为导向服务时,应发挥自身的优势,做好疾病预防和保健工作,提高居民的健康水平。

(十) 团队合作的工作方式

在全科医疗服务中,一个全科医师的力量是有限的,不可能解决所有的健康问题,因此必须发扬团队精神,以患者的健康问题为核心,整合社区内外的其他医疗保健工作者一起为服务对象提供立体网络式健康照顾。

三、全科医疗和专科医疗的区别和联系

全科医疗和专科医疗两者既有区别,又互相联系;两者既有分工,又有合作,承担着不同的医疗保健工作,共同维护全体居民的健康。