


QUANKE YIXUE GAILUN YU XINXUEGUAN JIBING  
ZONGHE ZHENZHI XINCELUE

# 全科医学概论与心血管疾病 综合诊治新策略


主 编 谢 军

 江西科学技术出版社

QUANKE YIXUE GAILUN YU XINXUEGUAN JIBING  
ZONGHE ZHENZHI XINCELUE

# 全科医学概论与心血管疾病 综合诊治新策略

主 编 谢 军

 江西科学技术出版社  
江西·南昌

## 图书在版编目(CIP)数据

全科医学概论与心血管疾病综合诊治新策略 / 谢军  
主编. —南昌: 江西科学技术出版社, 2018.10  
ISBN 978-7-5390-6540-3

I. ①全… II. ①谢… III. ①家庭医学②心脏血管疾  
病-诊疗 IV. ①R499②R54

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第218404号

国际互联网(Internet)地址:  
**http://www.jxkjcs.com**  
选题序号: ZK2018402  
图书代码: B18174-101

全科医学概论与心血管疾病综合诊治新策略

谢 军 主编

QUANKEYIXUEGAILUNYUXINXUEGUANJIBINGZONGHEZHENZHIXINCELUE

出版 江西科学技术出版社  
发行 江西科学技术出版社  
社址 南昌市蓼洲街2号附1号  
邮编: 330009 电话: (0791)86623491 86639342(传真)  
印刷 河南恒泰印务有限公司  
经销 全国各地新华书店  
开本 787 mm × 1092 mm 1/16  
字数 850千字  
印张 33.75  
版次 2018年10月第1版 2018年10月第1次印刷  
书号 ISBN 978-7-5390-6540-3  
定价 50.00元

赣版权登字-03-2018-346

版权所有, 侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误, 可向承印厂调换)

# 主编简介



谢军，男，38岁，副主任医师，副教授，民革党员，现任合肥市第二人民医院·安徽医科大学附属合肥医院全科医学科学带头人及全科医学规范化培训基地教学主任，安徽省卫生计生委“家庭医生签约服务专家指导组”医疗卫生专家，安徽省全科医生培训省级督导专家，安徽省全科医师协会常务理事兼学术部副部长，中华医学会安徽省全科医学分会委员及慢病管理学组委员，安徽医科大学全科医学系常务委员，合肥市全科医学专业质控中心主任委员，合肥市医学会全科医学分会主任委员（筹），合肥市医学会慢病防治分会副主任委员（筹），合肥市全科医师协会副理事长，合肥市医学会老年医学分会委员，合肥市医学会感染病学分会委员。从医15年来，擅长老年医学科、全科医学科各种常见病、多发病及疑难危重病的诊断与治疗，特别在老年心血管疾病的诊治方面具有扎实的理论基础及丰富的临床经验；同时长期承担安徽医科大学《内科学》、《诊断学》的教学任务；主持安徽医科大学科研项目1项（项目编号：2012xkj090），已顺利结题；主持安徽省科技厅公益性技术应用研究联动项目1项（项目编号：1704f0804042），目前课题进展顺利；近年来参与2项省厅级、2项市级科研项目研究，发表SCI及核心期刊论文10余篇；在科学技术文献出版社发表24万字独著著作一部——《老年高血压的综合诊治》（中国版本图书馆CIP数据核字（2017）第219932号）；作为第一发明人获得国家实用新型专利2项。

# 主审简介



李建中,男,中共党员,现任合肥市第二人民医院·安徽医科大学附属合肥医院院长、党委书记。社会任职:安徽省老年医学学会副理事长,安徽省医院管理协会医保管理专业委员会副主任委员,安徽省医师协会常务委员,安徽省生物医药技术协会副理事长,安徽省全科医学会常务理事,合肥市医学会法人,合肥市内科学会主任委员。

# 前 言

随着生活水平的提高和老龄化社会的到来,心血管疾病的发病率越来越高,并已经成为备受关注的社会问题。老年人由于身体器官及各项生理机能开始下滑,血管自行调节能力减弱,极易引起各种心血管疾病。而全科医学是强调以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以整体健康的维护与促进为方向的长期综合性、负责式照顾,并将个体与群体健康融为一体。本书编者将自身经验融合国内外的相关研究及进展,编写了这本《全科医学概论与心血管疾病综合诊治新策略》。

本书内容着重讲述了常见心血管疾病的病因、发病机制、临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗等内容,并对全科医学的概论进行了较为详细的阐述,浓缩了全科医学基础理论的精华。本书内容详实,深入浅出、方便实用,尽可能的满足广大基层医务人员的临床需要,兼顾实用性、前沿性、可读性。

由于编者编写水平有限,加之编写时间仓促,书中难免有不足之处,恳请广大读者和同行们批评指正。

谢军

安徽医科大学附属合肥医院·合肥市第二人民医院

2018年6月

# 序

全科医学是一个面向个人、家庭与社区,整合临床医学、预防医学、康复医学以及相关人文社会科学于一体,以人为中心,以整体健康促进为方向的新型综合交叉型临床二级学科,是社区卫生服务学科基础。在全科医学理论指导下的全科医疗将个体保健和人群保健融为一体,向服务对象提供连续、负责、综合、协调、可及和安全、经济有效的基本医疗保健。而心血管病是威胁人类健康的常见重要疾病之一,心血管病是目前中国人群的重要死因。

中国人群中主要的心血管疾病为高血压和冠心病,二者均有上升趋势;中国人群中具有主要心血管病危险因素的绝对人数较高(1.3亿的高血压病人和3亿多的烟民);中国人群中主要的心血管病危险因素水平呈上升趋势。中国心血管病流行现状具有如下的特点:心血管病的发病率和死亡率迅速增长;心血管病发病和死亡有明显的地区差异;目标人群转向中青年;农村心血管病死亡率接近或超过城市。

本书由谢军同志总结其多年临床诊疗经验,结合有关资料,介绍了全科医学概论与心血管疾病综合诊治的相关知识,包括全科医学概述、常见健康问题的全科医学处理和常见心血管疾病的病因、发病机制、临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗等内容。全书内容深入浅出,通俗易懂,实用性强,适合医学院校学生及基层医务人员参考阅读。

这是一本很优秀的著作,衷心希望本书的出版能够为广大基层医生的临床诊疗工作带来一些便利,是以为序。

李建中

安徽医科大学附属合肥医院·合肥市第二人民医院

2018年6月于庐州

# 目 录

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| <b>第一章 全科医学概述</b> .....        | ( 1 )   |
| 第一节 全科医学的产生与发展 .....           | ( 1 )   |
| 第二节 全科医学的基本概念 .....            | ( 9 )   |
| 第三节 全科医学与相关学科的关系 .....         | ( 13 )  |
| 第四节 全科医学的基本原则与特点 .....         | ( 16 )  |
| <b>第二章 常见健康问题的全科医学处理</b> ..... | ( 30 )  |
| 第一节 心、脑血管疾病的全科医学处理 .....       | ( 30 )  |
| 第二节 呼吸系统疾病的全科医学处理 .....        | ( 39 )  |
| 第三节 糖尿病的全科医学处理 .....           | ( 50 )  |
| <b>第三章 心血管疾病常见症状与体征</b> .....  | ( 62 )  |
| 第一节 胸痛 .....                   | ( 62 )  |
| 第二节 晕厥 .....                   | ( 65 )  |
| 第三节 心悸 .....                   | ( 70 )  |
| 第四节 呼吸困难 .....                 | ( 73 )  |
| 第五节 水肿 .....                   | ( 76 )  |
| <b>第四章 心血管疾病常用无创诊断技术</b> ..... | ( 80 )  |
| 第一节 心电图 .....                  | ( 80 )  |
| 第二节 运动试验 .....                 | ( 97 )  |
| 第三节 动态心电图 .....                | ( 101 ) |
| 第四节 心率变异性 .....                | ( 103 ) |
| 第五节 心室晚电位 .....                | ( 106 ) |
| 第六节 动态血压监测 .....               | ( 107 ) |
| <b>第五章 心血管疾病实验室检查</b> .....    | ( 110 ) |
| 第一节 心肌损伤标志物 .....              | ( 110 ) |
| 第二节 炎症标志物 .....                | ( 112 ) |
| 第三节 心功能指标 .....                | ( 113 ) |
| 第四节 凝血功能相关指标 .....             | ( 114 ) |
| 第五节 免疫系统指标 .....               | ( 115 ) |
| 第六节 血栓性疾病检验诊断 .....            | ( 117 ) |
| 第七节 抗血栓和溶栓治疗实验室监测 .....        | ( 126 ) |

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| <b>第六章 心力衰竭</b> .....         | ( 133 ) |
| 第一节 概述 .....                  | ( 133 ) |
| 第二节 急性心力衰竭 .....              | ( 137 ) |
| 第三节 慢性心力衰竭 .....              | ( 145 ) |
| 第四节 顽固性心力衰竭 .....             | ( 156 ) |
| 第五节 舒张性心力衰竭 .....             | ( 157 ) |
| <b>第七章 心律失常</b> .....         | ( 160 ) |
| 第一节 窦房结心律失常 .....             | ( 160 ) |
| 第二节 期前收缩 .....                | ( 162 ) |
| 第三节 房性心动过速 .....              | ( 165 ) |
| 第四节 阵发性室上性心动过速 .....          | ( 168 ) |
| 第五节 心房扑动 .....                | ( 170 ) |
| 第六节 心房颤动 .....                | ( 172 ) |
| 第七节 室性心律失常 .....              | ( 199 ) |
| 第八节 尖端扭转型室性心动过速 .....         | ( 219 ) |
| 第九节 特发性室性心动过速 .....           | ( 220 ) |
| 第十节 Brugada 综合征 .....         | ( 221 ) |
| 第十一节 预激综合征 .....              | ( 223 ) |
| 第十二节 病态窦房结综合征 .....           | ( 225 ) |
| 第十三节 房室传导阻滞 .....             | ( 228 ) |
| 第十四节 闭塞性心律失常 .....            | ( 229 ) |
| 第十五节 再灌注性心律失常 .....           | ( 234 ) |
| <b>第八章 高血压</b> .....          | ( 236 ) |
| 第一节 原发性高血压 .....              | ( 236 ) |
| 第二节 老年高血压 .....               | ( 243 ) |
| 第三节 老老年高血压 .....              | ( 251 ) |
| 第四节 盐敏感性高血压 .....             | ( 254 ) |
| 第五节 难治性高血压 .....              | ( 261 ) |
| 第六节 继发性高血压 .....              | ( 275 ) |
| 第七节 高血压危象 .....               | ( 286 ) |
| <b>第九章 冠状动脉粥样硬化性心脏病</b> ..... | ( 292 ) |
| 第一节 总论 .....                  | ( 292 ) |
| 第二节 稳定型心绞痛 .....              | ( 298 ) |
| 第三节 急性冠脉综合征概述 .....           | ( 307 ) |
| 第四节 非 ST 段抬高型急性冠脉综合征 .....    | ( 316 ) |
| 第五节 ST 段抬高型心肌梗死 .....         | ( 327 ) |
| 第六节 缺血性心肌病 .....              | ( 348 ) |

|      |                       |       |
|------|-----------------------|-------|
| 第七节  | 冠心病猝死                 | (350) |
| 第八节  | 无症状性心肌缺血              | (352) |
| 第九节  | X综合征                  | (354) |
| 第十章  | 心脏瓣膜病                 | (356) |
| 第一节  | 主动脉瓣疾病                | (356) |
| 第二节  | 二尖瓣疾病                 | (365) |
| 第三节  | 肺动脉瓣疾病                | (375) |
| 第四节  | 三尖瓣疾病                 | (377) |
| 第五节  | 多瓣膜病                  | (379) |
| 第六节  | 老年退行性心脏瓣膜病            | (381) |
| 第十一章 | 急性周围动脉栓塞              | (384) |
| 第一节  | 急性肢体动脉栓塞              | (384) |
| 第二节  | 急性肠系膜动脉栓塞             | (390) |
| 第十二章 | 外周静脉血栓栓塞              | (394) |
| 第十三章 | 心血管急症并发症              | (402) |
| 第一节  | 心源性脑卒中                | (402) |
| 第二节  | 急性心源性肺水肿和心力衰竭的机械通气    | (411) |
| 第三节  | 心血管疾病合并急性肾衰竭及床旁血液净化治疗 | (416) |
| 第四节  | 心血管危重症合并高血糖的处理        | (425) |
| 第五节  | 心血管疾病合并精神障碍           | (429) |
| 第六节  | 心血管疾病合并消化系统疾病         | (432) |
| 第十四章 | 常用心血管药物               | (441) |
| 第一节  | 血管紧张素转换酶抑制剂           | (441) |
| 第二节  | 血管紧张素受体拮抗剂            | (449) |
| 第三节  | 血脂异常与调脂治疗             | (453) |
| 第四节  | 硝酸酯类药物                | (463) |
| 第五节  | 抗心律失常药物               | (467) |
| 第六节  | 正性肌力药                 | (480) |
| 第七节  | 钙通道阻滞剂                | (485) |
| 第八节  | $\beta$ 受体阻滞剂         | (487) |
| 第九节  | 抗血栓药                  | (506) |
| 第十节  | 心血管药物的相互作用            | (511) |
| 参考文献 |                       | (528) |

# 第一章 全科医学概述

---

## 第一节 全科医学的产生与发展

### 一、全科医学产生的基础

古代的医生在中国被称为“郎中”，在西方被称为“healer”，即“医治者”，那时医生并不分科。这些古代医生运用朴素的自然哲学医学理论，以及对患者的细致观察，采用各种治疗手段（包括药物、针灸、按摩、放血等）帮助患者从病理不平衡状态恢复到身体与精神的平衡状态。当然，鉴于当时对疾病的病因、病理认识局限性以及治疗手段的缺乏，一旦定位精确、技术高明的现代医学应用于临床，自然会取而代之。

百年来近代医学的发展，使人们对于疾病和人体有了更为精确、深入的了解。1857年巴斯德发现细菌是许多疾病的病因；1863年孟德尔著名的豌豆试验，开创了遗传学的研究；1895年伦琴发现X射线；1940年青霉素开始应用于疾病的治疗。詹姆斯·沃森和弗朗西斯·克里克提出DNA双螺旋结构已成为生物学自达尔文以来最重要的发现，其影响深及21世纪。在此基础上，医学技术迅猛发展，许多严重的感染如败血症、细菌性心内膜炎等都可被治愈，恶性肿瘤可以被切除，器官可以移植。现代医学的发展使人类的预期寿命大大延长。

第二次世界大战后，借助于近代医学科学的成就，各个临床医学专科迅猛发展，专科医生和亚专科医生数量剧增，而全科医学则出现衰退景象，全科医生数量骤减。人们发现医疗卫生服务被割裂为各个专科服务的片段，缺乏能提供连续性、综合性的医疗服务的医生。同时，在现代医学高度发展的今天，仍然有许多的疾病无法治愈，很多病痛无法医治。当人们发现现代医学仍有其方法与应用上的局限性，全科医学个体化的基础医疗照顾重新得到重视和发展。然而，获得重生的全科医学并非回到古代医学中，而是建立在现代医学科学、医学心理学、社会学和行为医学等科学的基础之上的新的学科。

现代全科医学的崛起，与人口老龄化、疾病谱和死因谱的变化、医学模式转变、医疗资源分配不合理与费用增长过快、医疗机构功能分化等密切相关。

#### （一）人口老龄化

第二次世界大战以后社会经济条件的改善，公共卫生事业的迅速发展，促进了人类寿命的

增长和人口数量的增加,人口老龄化问题逐渐成为当今全球性的一个社会问题。人口老龄化是指总人口中因年轻人口数量减少、年长人口数量增加而导致的老年人口比例相应增长的动态。国际公认的标准是60岁以上人口超过总人口10%,或65岁以上人口超过总人口7%。发达国家在20世纪50年代进入人口老龄化社会。在我国,2000年第五次全国人口普查显示我国60岁以上人口占10.33%,65岁以上人口占6.96%,基本进入老龄化社会。至2010年第六次人口普查显示60岁及以上人口占13.26%,其中65岁及以上人口占8.87%,正在进入老龄化加速的阶段。

人口老龄化导致劳动人口比例下降,老年人赡养系数不断增大,国家和社会需承担越来越重的经济负担;随着年龄的增加,老年人的生活自理能力逐渐下降,其医、食、住、行等方面面临严峻问题,给社会和家庭产生巨大的压力。

随着老年人的器官、生理、神经等功能的减退,功能性和器质性疾病的发病率逐渐增加;随着生物医学的发展,慢性非传染性疾病对老年人健康的危害日益突出,且老年人往往同时伴有多种慢性疾病。随着社会地位和家庭结构的改变,老年人易引起心理上的空虚感、寂寞感,更有甚者可导致多种躯体疾病。而生物医学的高度专科化不能全面解决老年人的综合性问题。如何发展各种综合性、连续性的日常照顾,提高老年人的生活质量则成为各国公众和医学界的共同聚焦点。

## (二) 疾病谱和死因谱的变化

20世纪初,威胁人类健康的主要疾病是各种急慢性传染病以及营养不良性疾病、寄生虫病等。随着生物医学的发展、公共卫生的普及和营养状态的改善,疾病谱和死因谱中传染病及营养不良疾病的顺序逐渐下降。当进入20世纪末的时候,它们已经被慢性疾病、生活方式及行为疾病所取代。在20世纪后期的人类疾病谱中占前3位的依次是心脑血管病、恶性肿瘤和意外死亡。

疾病谱的变化对现代医学产生了新的冲击。各种慢性病的病因和发病机制往往涉及多种外因和内因、多个脏器和系统,如高血压的发病常牵涉遗传、饮食、紧张的行为方式和个性等,而性乱、吸毒、嫖娼等行为公认为是艾滋病的发病因素;慢性病患者一旦患病往往终身带病,长期的发展过程可出现多系统的损害,如高血压、糖尿病的不断进展可导致心脑血管、肾脏、视网膜等病变,这些损害使患者的生活质量进行性下降;慢性病需要一个长期而连续的治疗过程,需要生物、心理、家庭、社会等全方位的配合,要求照顾(包括护理、教育、咨询等)重于医疗干预,要求医患双方共同参与。

## (三) 医学模式转变

所谓医学模式,是指医学整体上的思维方式或方法,即以何种方式解释和处理医学问题,又称为“医学观”。历史上曾经有过多种不同内容的医学模式,古代的神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、近代的机械论医学模式、现代的生物医学模式、最新的生物-心理-社会医学模式等。

生物医学模式起源于16世纪欧洲文艺复兴时期,这一模式把人作为生物体进行解剖分析,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。在生物医学模式的指导下,人类基本上解决了几千年来严重威胁健康的传染病,疾病谱发生了根本

的变化,平均期望寿命得到了极大提高。然而随着医学的进步和社会的发展,对人类健康的最大挑战变为慢性非传染性疾病,用这个旧模式来指导必然是收效甚少。

1977年美国医生 G.L.Engle 首先提出生物-心理-社会医学模式的概念。新的医学模式理论认为:人在社会中生存,会受社会各种因素变化的影响,同时人的心理也会发生改变,两者共同作用于人体后机体产生一系列复杂变化,疾病则是这些变化导致的一种整体表现。新模式的一个目的就是要改变人们以往的健康观念,从以单因单病、病在细胞为特征的生物学模式中跳出来。无论是医学的科学研究、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

随着人们健康意识的增强,医疗消费占生活消费比例日趋增大;人口老龄化的加重,老年性疾病相对增多,医疗费用逐年增长;医学科技的日新月异,高科技医疗设备和材料、各种新药应用也必然增加医疗费用的支出。医疗费用的增加逐渐成为了社会的负担。

20世纪60年代以来,许多国家先后面临医疗费用高涨的问题。然而在医疗投入不断增加的情况下,人类总体健康状况的改善却收效甚微。原来医疗投入中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础医疗和公共卫生服务。这种价值取向导致的“过度医疗”所产生的医疗费用暴涨问题,令社会不堪重负。而普通民众因得不到及时、方便、便宜的基础卫生服务而怨声载道。反观在重视基层医疗和全科医生作用的英国等欧洲国家,因其国家基本医疗保险覆盖了全体居民,故能以较低的费用、较少的卫生资源获得较理想的健康效果。

#### (五) 医疗机构功能分化

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(全科医疗诊所与社区健康中心);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(如急腹症、胃切除、分娩等)的机构;顶部是利用高技术处理疑难危重问题(如冠脉搭桥、开颅、器官移植等)的少数三级医院。医生有一半以上在基层从事基础卫生服务,体现了在卫生资源分配上对社区的倾斜;而所有民众的首诊医疗保健都在基层解决,体现了卫生资源利用对社区的注重。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,仅有少数患者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。患者的一般问题和慢性病可以就近获得方便、便宜而且具有人情味的服务,若需要专科服务时可以通过全科医生转诊,减少就医的不便与盲目性;而医疗保健系统与医疗保险系统则可以获得自己的“守门人”——全科/家庭医生,通过其预防导向的服务和一对一负责式的首诊医疗(即每个人都拥有自己的家庭医生),减少疾病的发生、恶化和高技术的滥用,从而避免浪费,提高医疗卫生资源利用上的成本效益。

## 二、全科医学发展简史

在很久以前,医学基本不分科,一名医生常常涉足内外妇儿,因此如果从广义上来考虑,那时候的医生大多都是全科医生。到 20 世纪上半叶医学的专科化发展后,人们开始熟悉内外妇儿的分科方式。

随着医学的专科化发展,医生们对于疑难杂症的诊治能力越来越强,然而医生在将各种疾病攻克的同时,忽视了患者本身的需求,患者不能在诊疗过程中得到应有关怀与关注。

现代“全科医生”在这样的情况下应运而生,全科医生(家庭医生)也开始逐步组织成立各国的全科医生学会。近代全科医学发展可分为下列 3 个阶段:

### (一)近代的通科医生

全科医学是在通科医疗的基础上发展起来的。18 世纪欧洲向北美大陆的“移民热”中,部分医生也迁移到了美洲,然而为数甚少的医生无法满足大量移民的医疗需求,医生不得不打破原有的行业界限,从事内科医生、外科医生、药剂师等工作,以各种可能的方式服务于患者。此时通科型的医生就在 18 世纪的美洲诞生了。

19 世纪初,英国的 Lancet 杂志首次将这类具有多种技能的医生称为“通科医生(GP)”,医学生毕业后若通过了内科医疗、药物、外科及接生技术的考试,可获得“通科医生”的开业资格。由于这一名称首先于 19 世纪在欧洲(英国)使用,所以说,通科医生诞生于 18 世纪的美洲,而命名于 19 世纪的欧洲。

在 19 世纪,80%左右的医生都是通科医生。这些医生在社区开业,为居民及家庭提供周到细致的照顾,照料全家成员的疾患,他们是社区民众亲密的朋友、照顾者和咨询者,在社会上备受尊敬。

### (二)医学专科化与通科医疗的衰落

19 世纪基础医学的大发展奠定了现代医学的科学基础,新技术的使用和发展导致了临床医疗实践的分化。1910 年在美国,A. Flexner 对 Johns Hopkins 医学院的报告中肯定了该校将临床医疗、教学和科研融为一体的新型教育模式。此后欧美各医学院校便按照不同专业的要求重新组织教学,医疗开始趋向于专科化,医学科学研究逐渐在以医院为主体的临床医疗中占据了中心位置,从此医学便开始了意义深远的专科化进程。专科医疗服务模式的成功,大大提高了医院专科化和医学科研机构的发展,而诊治手段的高科技化,更使专科医疗服务达到了空前的繁荣。

20 世纪以来,科学技术的进步促使医学迅猛发展。医学研究对象逐渐从人体系统、器官、组织、细胞到亚细胞和生物大分子层次,向微观世界的深入使疾病在生物学方面得到精确的定位,形成了众多的二级学科。它对疾病进行了详尽的分类和研究,发展了各种高技术手段,并找到了一系列有效的治疗方法。由此,造成了人们对医院和专科医生的崇拜,而社区中的通科医生被冷落,通科医疗逐渐萎缩。到了 20 世纪 40 年代末,仅有不到 20%的医生还在社区工作。

### (三) 专科医疗局限性的显现与通科医疗的复兴

随着专科化的过度发展,其服务模式的内在缺陷也逐渐引起人们的关注。从20世纪50年代后期起,由于人口老龄化进程和慢性病、退行性疾病患病的上升,基层医疗保健的重要性重新显现;老年人易患多种疾病,也需要一大批医生在社区和家庭环境中长期陪伴、照顾他们,社会对通科医生的需求开始不断增长。1947年,成立了美国通科医疗学会,后更名为美国家庭医师学会(AAFP)。1968年美国家庭医学委员会(ABFP)成立,于1969年成为美国第20个医学专科委员会,通常人们将其作为全科医学学科正式建立的标志。在美国,通科医师改称“家庭医师”,其提供的服务称为“家庭医疗”,将其知识基础或学科体系称为“家庭医学”。

与此同时,英国与英联邦国家尽管也和美国一样建立了一个新型学科及培训制度,但未改变GP的称谓。此后在香港地区也建立了这一专业学科,为了改变人们对“通科医生”只通不专、缺乏专业训练的印象,将“general”的译文从“通”改为“全”,以示其服务全方位、全过程的特点。这样,在世界上就有了全科医生和家庭医生这样一种医生、两个名称的事实。

1972年,世界全科/家庭医师学会(WONCA)在澳大利亚墨尔本正式成立,学会为世界全科医生提供学术和信息交流的平台,大大促进了全科医学在世界各地的发展。

## 三、世界范围全科医学发展现状

### (一) 美国

1. 基层医疗服务 在美国,家庭医师大多数是个体或群体开业,在社区开办家庭医师诊所;少数人在大医院的家庭医学科从事医疗与教学活动。家庭医生提供的其实是一种基础医疗保健服务,当患者出现不适时,首先要到自己的家庭医生那里去看病,一般的疾病家庭医生都能治疗,家庭医生提供的服务内容范围非常广泛,包括家庭医疗、预防接种、儿童及老年保健、营养指导、精神卫生等。目前在美国,大部分的疾病可以经家庭医生治疗后得到治愈,只有部分疾病家庭医生无法应付时,才把患者转到专科医生处或医院治疗。同时家庭医生和专科医生、医院的关系密切,使得他们能够对转诊后的患者进行更好的随访和照顾。

美国目前的商业医疗保险形式为管理保健。在这一形式下,保险公司为投保人购买医疗服务。每位参保人自己选择保险公司名单下的家庭医生,或被分配一名家庭医生,保险公司则按比例将保费预付给家庭医生。在预付保费的情况下,家庭医生提供医疗服务的同时,需严格审核患者的转诊指征。家庭医生成为这一模式下的核心角色,成为参保人与保险公司的“双重守门人”。随着家庭医生素质的提高和能力的增强,越来越多的民众选择由家庭医生提供的基础医疗服务。

美国家庭医师学会(AAFP)是美国家庭医生的全国组织。它是美国最大的全国性医学组织之一,其会员超过10万人。该学会工作的目的是促进和维持家庭医师服务的高质量标准,使之能向公众提供连续性综合性的卫生保健。

2. 教育培训 在美国,所有临床医生都需要接受毕业后教育。选择做家庭医生的医生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。目前毕业后家庭医师培训项目时间一般为3年,第1、2年主要在大医院或社区医院培训,但每周至少2~3个

半天到社区诊所实习;第3年主要在社区诊所培训。住院医师每年必须参加由美国家庭医疗委员会命题、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(ABFP)颁发的家庭医师资格证书,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ABFP组织的家庭医师资格再认证,合格者方能再注册执业。在全美二十多个医学专业委员会当中,ABFP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对教育、知识和实际操作技能质量的强调,已经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。

## (二) 英国

1. 初级医疗保健服务 英国是世界上最早实行国家医疗卫生服务体制的国家。其宗旨是让英国居民(不论性别、年龄、文化和宗教)享受条件允许的最好的免费医疗服务。1944年国家卫生法令提出,应该对每个人提供广泛的医疗服务;卫生服务费用应该全部或大部分由国家从税收中支出;卫生服务应由社区基层卫生保健服务和医院服务两部分组成;其中基层卫生保健由以全科医生为主的基层卫生保健队伍承担,社区服务由当地政府提供支持;医院实施二、三级医疗保健,由专科医师提供服务。国家卫生服务的原则是使不同地区、不同阶层的民众都有同等机会得到有效的卫生服务。1948年英国建立了国家卫生服务体系(NHS),规定凡是英国公民、医疗互惠国的居民、在英国居住6个月以上的民众均有享受权。NHS主要包括2个方面:第一是以社区为基础的初级医疗保健服务,在初级保健服务下英国居民可以选择自己的家庭医生,家庭医生为其提供初级健康保健;第二是以医院为基础的专科医疗服务,这一医疗服务由专科医生承担,处理家庭医生转诊的病例、一些重大的意外事故及急诊者。

英国的全科医生为其注册的患者提供全过程、全方位的基础医疗服务,内容包括疾病诊治、健康保健、疾病监测、患者转诊等。全科诊所是患者接触医疗卫生保健系统的第一站。全科医生与患者之间实行双向选择,每个全科医生平均注册2000名居民,按注册的患者数、服务的范围及其质量,全科医生获得相应的报酬。

2. 全科医学教育 英国的全科医学教育贯穿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(GMC)的注册医生,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。这些医生要想成为专科医生(包括全科医学专科医生)必须经过毕业后培训。全科住院医师需经历期限为3年的临床培训。其中2年时间在医院各专科轮转,1年时间在社区全科医师诊所内学习。如果能通过英国皇家全科医师学院(RCGP)的考试,便可成为英国皇家全科医师学院的一员(即mRCGP)。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,包括一定的物质奖励。

### (三) 澳大利亚

澳大利亚是全球卫生体系比较完善、卫生绩效比较满意的国家之一,澳大利亚的基层医疗保健承袭了英国的传统。1984年澳大利亚建立了全民医疗保险与私人医疗保险相结合的医疗服务体系,规定了联邦政府、州政府、社会团体和个人对健康的责任,保障了公民的基本医疗需要,体现了国家和政府对公民健康的责任和义务。政府承担着绝大多数的卫生支出,澳大利亚卫生总支出占国内生产总值的9%左右。澳大利亚医疗服务体系分三级:初级是全科医生服务;二级是从全科医生转诊的专科医生服务和医院服务;三级是主要以专科医生为主,兼顾教学、科研的高级医院服务。在澳大利亚看病,如果首先去看全科医生,国民医疗保险可支付全部或部分的诊费。患者只有通过全科医生转诊才能获得有政府资助的专科医生服务,通过转诊或者是通过医院急诊才能得到免费的公立医院服务。

1958年成立的澳大利亚皇家全科医生学会(RACGP),它是独立的全科医生行会组织,负责制订:全科诊所认证标准,全科医生职业前、职业中和职业后继续教育培训、考核标准;组织全科医生职业考试及制订全科医学相关标准,提供全科医生教育培训平台等。

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,合格者方能注册行医。

### (四) 中国台湾地区

中国台湾地区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建立在台北县澳底社区,几年后在台大医院建立了“一般科(全科医学科)”,接着在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,全面推展家庭医学教育工作,由学会创立了开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。

此后在政府的支持下,建立起以家庭医生为主的基层医疗模式,肯定了家庭医学专科地位,并举办家庭医学科专科考试。1995年台湾实行“全民健康保险”,试行家庭医生制度,赋予基层医疗医生部分“守门人”的功能,同时将预防服务(特别是周期性健康检查)列为健康保险的必要内容。2005年台湾全面实施家庭医生制度,保险制度与家庭医生制度结合,全面推进社区医疗与保健照顾。