

陪伴居民一生的健康“代言人”

缓解“看病难”“看病贵”

每天清晨，祝培珠医生所在的中山医院门诊大厅内，排队挂号的病人里三层外三层，要么在排队，要么三三两两聚在一起，看着墙上的100多位专家，商量着挂哪个专家号。祝医生说，每每看到这样的情景，她都会觉得病人很“可怜”。

祝医生的开场白，一下子吸引了现场居民的注意力，几乎每个人都有过“看病难”“挂号难”的经历，“实际上三级医院专科是非常细的，有的是心血管，专门研究高血压，有的专门研究心律失常，他们不一定比社区医生更了解你的病情。据测算，在1万个病人中，只有1000个病人需要到中山、华山等大医院看，9000个病人应该在社区看，实行全过程管理，早期干预，也能有效缓解看病难、看病贵。”

与专科医生着眼点不同

全科医学又称为家庭医学，诞生于20世纪60年代，于20世纪80年代后期传入中国大陆，2011年6月，国务院常务会议决定建立家庭医生制度。

全科医学和其他专科医学有着截然不同的特点，全科医学的着重点在于社会、社区、家庭、个人，而生物医学的着重点在于系统、器官、组织、细胞、分子。图为全科医生与专科医生的主要区别：(见图一)

专科医生负责疾病形成以后一段时期的诊治，强调根除或治愈疾病；家庭医生则负责健康时期、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，家庭医生都要为其提供令人满意的照顾，其最高价值既有科学性，又顾及服务对象的满意度，既充分体现了医学的艺术性价值，又体现了医学的公益性。

专科医生处于卫生服务金字塔的上部，其所处理的多为生物医学上的重病，往往需要动用昂贵的医疗资源，以解决少数人的疑难问题；家庭医生处于卫生服务金字塔的基础与核心地位，处理的多为常见健康问题，提供初步诊断与合理分诊，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。

从生到死的全程医疗保健

连续性照顾是全科医疗区别于专科的一个重要而独特的特征，前者以人为本，后者以疾病为中心，全科医生不是有病才照顾，而是无病防病，从健康的人群开始，一直到生病后、病后康复都可以照顾。

祝培珠医生举例说：“如果居民朋友的直系亲属是糖尿病，那么他自己就是高危对象，由家庭医生照顾，可以比较慢的转变或不成为糖尿病人，而这一点是专科医院的大医生不可能做到的。”

“在大医院里，中风病人可以在急性期得到治疗，但后期偏瘫病人的手脚功能、心理康复，与医生的关系并不大。然而，全科医生的目标不是这样，其中还包括肢体康复、心理康复，帮助他们回归社会。”

对于孕产妇、婴儿、老年人来说也是如此，许多老年人患有多种疾病，如果去大医院看病，男性前列腺增生要挂泌尿外科，糖尿病要挂内分泌，高血压要挂心血管内科，骨质疏松要挂老年科或骨科，前前后后一天时间可能还不够，没有病都要累出病来。如果是家庭医生，就可以全方位照顾，提出预防建议，在疾病的终末期也可以由社区照顾。

“家庭”是全科服务的核心

祝培珠医生指出，全科医疗的核心是“以家庭为服务单位”，重视家庭与个人健康的互动关系，在家庭背景下认识个人的健康问题。以家庭为单位的健康照顾包括以下几个方面：

- 家庭的结构/功能
- 家庭成员健康
- 家庭生活周期中的健康问题管理
- 家庭访视
- 家庭评估

在一些影视剧中，我们常会看到“私人医生”上门为病人服务；也会看到，一家老小都在同一家诊所的同一位医生那里看病。如今，家庭医生逐渐走近我们的身边，他们是怎么工作的？能为居民带来哪些服务？在5月29日举行的新民健康大讲堂上，上海医学会全科医学分会主任委员、复旦大学附属中山医院全科医学系主任祝培珠教授对此作了详细解答。



祝培珠在讲解 楼文彪 摄

全科医生与其他专科医生的区别

项目	全科医生	其他专科医生
服务模式	生物-心理-社会医学模式	生物医学模式
照顾重点	注重人、生命质量和病人需求	注重疾病诊疗
服务对象	病人、亚健康和健康的人群	病人
服务内容	预防、治疗、保健、康复、健康教育等	注重疾病的治疗
服务性质	主动性、连续性	被动性、间断性
服务单位	个人、家庭、社区	个人
处理问题	早期未分化疾病	高度分化疾病
诊疗手段与目标	以物理学检查为主，满足病人需要，维护病人利益为目标	依赖高级仪器设备，以诊断和治疗疾病为目标
医患关系	亲密、连续	疏远、间断

图一

三级预防

- 一级预防：无病防病（疾病易感期）
- 二级预防：早查早治（症状前期+临床早期）
- 三级预防：既病防残（临床中后期+终末期）



家庭干预

据了解，如果按照一个家庭三口人计算，目前我们的家庭医生大约签约1000个病人，就是300多户家庭，国外的每个家庭医生签约800到1000个家庭，也就是2500到3000人。

按照相关要求，家庭医生应该对签约家庭成员的健康了然于胸，祝培珠医生说：“如果家庭的男主人是高血压，应该采取低盐饮食，这时候就应该提醒做饭的太太，要少放一点盐，低盐饮食不仅对高血压患者有好处，对家庭成员预防高血压也有好处。有的家庭有糖尿病患者，细心的家庭医生会绘制一幅疾病家系图，这样的话一目了然，预防其他家庭成员戴上糖尿病的‘帽子’。”

以人为本的及性服务

除了以家庭为单位的健康照顾外，家庭医生还体现在“全社区照顾”“可及性照顾”等方面。



图二

全社区照顾：家庭医生身处社区，对服务对象的背景（如家庭、婚姻、子女、工作、经济状况等）、居民生理上或心理上的变化及可能由此产生的健康问题比较了解，可以把握疾病早期发现和早期诊断的时机。

祝培珠医生表示：“现在很多居民都会参加集体体检，但那样的体检项目千篇一律是不合理的。而家庭医生可以每个家庭、每个家庭成员的健康状况不同，制定不同的检查项目，从而达到早期诊断、早期治疗，节约检查费用。”

可及性照顾具体为，地理上：接近；使用上：方便；关系上：亲切；结果上：有效；价格上：可接受。

“现在好多市民都是土豆加沙发，不喜欢运动，喜欢不健康食品，如果我是你的家庭医生，我会根据你的体重，为你制定运动计划，告诉你健康食谱，以及什么是健康生活方式，这些都是家庭医生提供的可及性服务。”祝培

珠医生举例说，“我在小区里经常见到有老人，特别是老太太在做下蹲动作、抬高动作，实际上都是错误的，家庭医生看到后就可以指出来，老年人不能下蹲和抬高，对膝关节损坏非常大，可以坐在凳子上做膝关节屈伸。”

三级预防的核心人物

三级预防是预防医学针对疾病的发生、发展过程中所处的不同阶段而采取的预防措施，也是家庭医生的重要工作和职责，其中分为一级预防、二级预防和三级预防3个层次。（见图二）

一级预防是无病防病，主要通过未患病人群进行教育和健康促进工作，增强该人群对有害健康的行为和生活方式与疾病发生关系的认识，改变不合理膳食等不良生活方式的态度；

二级预防主要通过健康筛查、周期性健康体检、改变就医行为、合理引导就医途径等手段，发现无症状期的患者或出现临床症状时，能及时就诊。对老年新发疾病进行早发现、早诊断、早治疗；

三级预防通常主要针对已有功能减退的患者。针对社区人群普遍关心和需求的问题，举办合理膳食营养指导、科学运动指导等讲座活动，并为社区人群提供保健咨询、诊疗服务、心理指导等多种内容的服务。

在三级预防的多项任务中，全科医师主要承担患者教育、咨询、个案发现、筛查和周期性健康检查，乃至后期患者的生命质量评价和改善等临床预防工作，其服务目标是提高健康信息和疾病预防的知晓率、治疗率和管理率，这与三级预防目标是一致的。

天然的健康“守门人”

由于全科医师接受过临床医学为中心的一体化服务训练，能够胜任对服务对象长期跟踪式三级预防。

一方面全科医师立足于社区，服务的对象相对固定，与居民密切接触，是社区居民的首诊医师，便于开展预防服务；另一方面，全科医师对社区居民进行长期照顾，与居民建立了朋友式、彼此信任的医患关系，这些独特的优势使其有条件掌握居民个人、家庭、社区的背景，观察疾病的全过程，有利于制定个人、家庭、社区健康干预计划，帮助个体建立科学的生活方式，提高群体的健康意识、自我保健意识和自我管理能力的。

社区医生相对来说，有更多的时间与居民接触，对病情的解释、治疗效果的观察与干预措施的评价更加详细、规范化。

社区护理缓解“住院难”

目前，一些知名大医院的床位非常紧张，很多病人住不进去，还有很多病人住进去几天，解决了急症就会被告知可以出院。

一般情况下，作为病人，是不愿意住院的，或者住院一段时间病情稳定后是希望能早点出院的，但是出于积极治疗、方便照顾、医保费用、放心等方面的考虑，一部分老人的家属往往想让患病老人住院，最好住得时间长一点，这样必然会出现医院不收无需住院的老人，以及催促病情稳定的老人快点出院的现象。

老人生病后，家属希望老人得到最好治疗的心情可以理解，但方法要科学，才能事半功倍。在没有其他需要住院治疗的严重疾病或急症的情况下，大家最好还是不要待在大医院，而是到社区医院，或者回到家中加强居家护理。

例如褥疮是长期卧床引起的慢性并发症，目前没有特效治疗办法，只能靠定期换药慢慢愈合，有些病人因有糖尿病或者营养不良而很难愈合。如果住院治疗，治疗措施很简单，但时间很长，势必影响病床周转速度，浪费宝贵的医疗资源。

而且老人长时间住院很孤独，不利于康复。条件再好，哪有家里舒服，更重要的是，缺少家庭的温暖、亲人的关心，住院老人心里很孤独，对疾病康复不利。无需住院不住院，病情稳定早出院，老人回归家庭社会，病反而好得快。 本报记者 金恒