

# 河南省全科医学学科的发展研究

□王留义 李纳纳

全科医学起源于近代的通科医学,诞生于20世纪60年代末,是面向个人、家庭与社区,集临床医学、预防医学、康复医学、人文社会学学科等于一体的综合性二级临床学科。世界卫生组织早已提出,居民80%以上的健康问题可以在基层解决,而解决最好的办法就是发展全科医学,培养合格的全科医生,逐步做到“大病进医院,小病在社区”。

1993年11月,中华医学会全科医学分会正式成立。这是学科确立的标志。1995年8月,中华医学会全科医学分会正式成为世界家庭医生组织成员。这说明我国的全科医学发展开始得到国际认可。

2002年12月,河南省医学会全科医学分会成立。经过多年发展,河南省全科医学获得了很多成就,得到了关注。

## 河南省全科医学的发展现状

在政策的引导下,河南省全科医学取得了重要的阶段性成果,学科建设不断加强,人才培养体系逐渐完善,队伍结构持续优化,服务水平稳步提高。

### 教育培训

河南省卫生健康委高度重视全科医学人才培养,采取全科住院医师规范化培训、全科医生转岗培训、助理全科医生培训、全科医生岗位培训、对口支援等多种措施,加强全科医生队伍建设。

2010年,河南省启动全科医生转岗培训,至今已有2.6万余人参加培训并获得合格证书,为全科医学培训和家庭医生签约等工作的开展储备了大量人才。

2014年,自启动住院医师规范化培训以来,河南省卫生健康委按照省委、省政府

的决策部署,全面推进全科医生制度建设,先后投入20多亿元,建成40家住院医师规范化培训基地,56家助理全科医生培训基地和一大批基层实践基地。其中,河南省人民医院全科、郑州大学第一附属医院全科、新乡医学院第一附属医院全科获得中国医师协会“2020年度住院医师规范化培训重点专业基地”称号。河南省每年全科医生招生数量都位居全国前列,多次在国内重要会议上分享全科医生培养经验。

此外,河南省卫生健康委积极探索全科医生培养模式,将全科院校教育与毕业后教育有效衔接起来,连续多年开展全科暨助理全科医师培训和全科骨干医师培训,开办家庭医生签约服务能力提升培训班,鼓励高等院校开设本科

“全科医学概论”课程,编写全科医学相关教材,成立全科医学系,设立全科医学教研室,增设全科医学硕士及博士学位授予点等。

### 临床建设

全科医生兼顾基本医疗卫生服务与基本公共卫生服务两大任务,是家庭医生签约服务的最佳人选。在国家全科医生相关政策的推动下,河南省全科医学学科建设日益规范,医疗护理队伍结构日趋合理,开展的诊疗项目更加具体。

2021年,《中国卫生健康统计年鉴》指出,截至2020年年底,我国全科医生数为408820人,每万人口全科医生数为2.90人。河南省全科医生数为31948人,每万人口全科医生数为2.45人。以河南省现

有全科医生的人数,要到2030年基本实现城乡每万名居民有5名合格的全科医生的目标,有一定难度。

目前,河南省住培基地全科医学学科平均有10.1名全科医生,加注全科执业范围占比55.7%。助理全科基地全科医学学科平均有6.7名全科医生,加注全科执业范围占比47.1%。住培和助理全科基地的基层实践基地共有128家,基层基地辖区人口数平均59387.7人,其中97.7%设置全科医学学科,平均全科医生10人,加注全科执业范围人数占比83.2%。

河南省38家住培基地的全科医学学科均独立设置病房,平均床位数34张,年均出院患者3103人次;全科门诊1间~2间,年均门诊量82571人次。

54家助理全科基地的全科医学学科均设置了全科病房,平均床位数35张,年均出院患者1985人次;55家助理全科基地设置了1间~2间全科门诊,年均门诊量10678人次。

### 科研进展

河南省全科医学在科学研究方面实现了跨学科、跨领域、跨地域的突破。研究者从关注研究内容到关注研究方法,注重证据的严谨性和科学性,再到关注基层卫生科研网络建设,实现了质的飞跃。

河南省38家住培基地全科医学学科近3年发表论文共348篇,其中教学论文52篇;承担国家级科研项目4项、省级52项、院级15项。56家助理全科基地全科医学学科近3年发表学术论文共156篇,教学论文共17篇;承担国家级科研项目3项、省级6项、院级11项。

## 河南省全科医学面临的挑战

### 学科地位有待提高

我国的全科医学起步较晚,整体发展滞后。多数医生对全科医学的认识还停留在通科医学的基础上,认为全科医生是“万金油”,专业素质不高。省内获批的全科医学重点专科/学科医疗机构较少,学科受重视程度不够,不利于发展。

在目前国家推进分级诊疗的关键时期,就河南省而言,大型医院专科仍是多数百姓就医的首选,多数综合医院的全科门诊量有待提高。群众对于全科医学的认可度相对较低,全科医生的地位相对不高。

### 全科医生队伍建设有待加强

在河南省卫生健康委的领导下,河南省的全科医生培养工作发展迅速,在全国范围内居于领先地位。但是,河南省是人口大省,全科医生的规模仍然未能满足群众的就医需求,全科医生的学历层次和岗位胜任力仍然有待提高,全科医生的待遇仍然有待改善。如何促使更多参加过培训的全科医生投入全科医学事业,愿意留在基层工作,仍然是需要探讨和研究的问题。

### 现行绩效考核机制有待完善

目前,河南省综合医院绩效

考核制度主要根据专科疾病诊疗量,与患者的数量及相关检查开展指标息息相关,对住院患者多数使用区域点数法总额预算和按分值计算费用。但是,全科医学的门诊及住院患者多以症状就诊,多病共存患者居多,在现行的医院绩效考核制度下,势必导致绩效低或者无法收治本学科相关患者,影响科室收入、患者满意度及医务人员的工作积极性。

### 高水平科研成果缺乏

我国尚未建立全科数据网络平台或数据库,导致全科医学研究缺乏系统性,经费缺乏申请渠道。从国家自然科学基金、各种省部级科研基金等申

请分类来看,全科医学尚不在其列。

省内综合医院建立全科医学学科的时间较短,全科医生多数从专科转岗而来,他们虽然具有硕士及以上学位学历,有一定的科研基础,但由于没有独立的科研申请分类,只能延

续专科的科研方法和方向,导致这个领域缺乏高质量的科研成果。

另外,相较各专科医学,基层全科医生的科研能力相对较差,科研意识不强,科研平台缺乏,使得全科医学以社区为范围的相关研究开展缓慢。



## 河南医学学科发展

HENAN YIXUE XUEKE FAZHAN

## 临床技术

日前,一位老年女性患者以“突发胸闷6小时”为主诉,到郑州大学第五附属医院住院治疗。经扩张血管、改善循环治疗,患者的胸闷症状没有多大改善,且有肛周疼痛。我和同事对患者进行查体,考虑肛周严重感染。由于患者的一侧臀部波动感明显,另一侧臀部触诊有握雪感,我们立即想到不是简单的肛周脓肿,可能合并坏死性筋膜炎。考虑患者病情危重,我们立即让她做盆腔CT(计算机层析成像)检查。CT检查结果提示:直肠周围结构紊乱,盆腔内、臀部两侧、会阴部、下腹部软组织内多发积气。患者被紧急转至胃肠甲状腺外科,接受治疗。

# 治疗肠痿合并坏死性筋膜炎

□罗昭锋

结合患者的体征、实验室检查结果,我们证实患者是肛周严重感染合并坏死性筋膜炎。患者呼吸困难、血压不稳定,感染在快速发展。我们考虑合并脓毒症休克,必须积极控制感染。由于患者有直肠癌手术史,近期进行过靶向药物治疗,主任医师傅伟铭说,该患者肛周严重感染的病因较复杂,需要警惕肠痿可能。

胃肠甲状腺外科手术团队及时为患者实施急诊手术,术中探查直肠吻合口痿合并肛周、会阴部、下腹壁软组织感染,迅速控制感染源,改善脓毒症休克,在多部位切开引流。

肠痿合并坏死性筋膜炎时,如果从消化道漏出的肠内容物没有得到有效引流,消化液会腐蚀、感染周围组织,引起深层及腔隙部位感染,造成严重后果。

手术怎么做?做大手术还是做小手术?考虑到患者病情危重,合并脓毒症休克,我们决定分阶段手术,并在抢救时坚持损伤控制理念,在控制感染和改善全身症状后再处理肠痿。第1次术后1周,患者的感染症状有所减轻,呼吸功能及循环功能稳定,营养状况良好,遂按计划接受第2次手术。术后2周,患者康复出院。

(作者供职于郑州大学第五附属医院)

## 相关链接

### 1.什么是坏死性筋膜炎?

坏死性筋膜炎是皮肤软组织感染中最为凶险的类型,往往合并脓毒症休克和多器官功能障碍,病死率较高。糖尿病、高血压和肥胖是其高危因素,手术延迟>24小时是死亡的独立危险因素。因此,及时诊断和处理早期感染源并辅以足量敏感的抗菌药物,是治疗成功的关键。

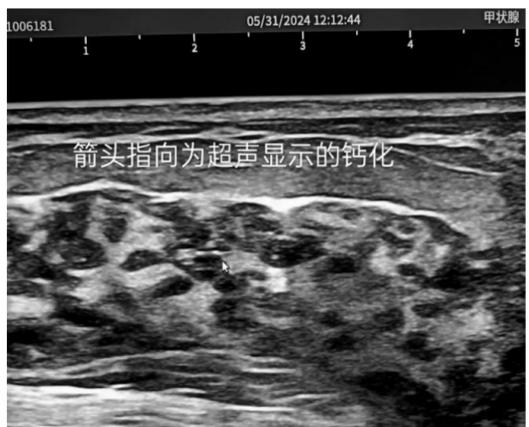
### 2.什么是损伤控制理念?

损伤控制是指在处理人体损伤时,要考虑到“严重创伤患者的最终结局决定于机体生理机能的极限,而不是对损伤器官、组织外科手术修复的完整性”。因此,在整个损伤的处理过程中,应将维护生理功能置于首位。

## 临床笔记

# 如何及时发现无肿块乳腺癌

□贺亚宁 文/图



确定钙化的位置



超声引导下穿刺活检

说起乳腺癌的时候,大家可能会不约而同地想到乳腺长了肿块。可是,你知道吗?虽然教科书上经常用无痛性肿块来描述乳腺癌的症状,但不是所有的乳腺癌都是有肿块的。

上周,河南省人民医院乳腺外科主任医师刘慧在门诊接诊了一个中年女性患者。通过询问病史,刘慧得知患者的左侧乳

头有少量溢液,呈咖啡色,量不多。患者曾到当地医院就医,做了乳腺彩超检查。乳腺彩超检查结果提示乳腺导管扩张,导管内有点状强回声。刘慧进行手术,发现除左乳头有血性溢液,还觉得左乳内上象限腺体质地与其余腺体质地不同,有点儿韧的感觉。

除了外伤导致的乳头溢血

外,其他的乳头溢液溢液,均需要高度重视。因此,刘慧把患者收治于乳腺外科三病区,并让患者完善乳腺相关检查,如乳腺彩超、钼靶检查等。乳腺彩超检查结果提示左乳内上象限结构紊乱,乳腺1点~2点导管扩张,内有细密点状强回声,挤压后可流动,未见明确肿块样改变。钼靶检查结果显示左乳内上象限砂

砾样钙化灶伴结构扭曲。结合影像学检查结果和体征,临床高度怀疑左乳恶性肿瘤,考虑导管内病变。

究竟怎样确诊呢?

按照乳腺肿瘤诊疗规范,我们为申请了彩超引导下左乳内上象限钙化区域的穿刺活检。因超声影像表现不典型,穿刺前,我们结合钼靶检查给患者

进行体表定位,并请介入彩超组副主任医师常志扬会诊。常志扬在钼靶检查显示的影像区域进行超声检查,对超声检查显示的钙化区域进行多点穿刺。穿刺病理检查结果提示:左乳中-高级别导管原位癌。

对于这个患者,如果因为乳头溢血只是让她单纯做乳腺的各项检查,也许发现不了这个0期乳腺癌。而一旦错过了这个早期诊断的机会,就会发展成为浸润性癌。到那时,患者可能需要接受更多的治疗(化疗、内分泌治疗、靶向治疗等),也可能失去彻底治愈的机会。

肿块型的乳腺癌可能比较容易通过超声检查发现,而无肿块的乳腺癌很容易被忽略。如何及时发现这种乳腺癌?除了常规的乳腺体检,专科医生检查、彩超检查、钼靶检查,特别是医生的责任心和经验,缺一不可。在临床实践中,钼靶检查已被证明是挽救生命的有效检查手段,在早期筛查和提高患者的生存率方面有重要作用。钼靶检查+彩超检查,是乳腺疾病筛查的“黄金组合”。

(作者供职于河南省人民医院)

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室