

# 全科医学在临床中的实践与探索

王海成

中国人民解放军 94701 部队医院 安徽安庆 246001

**【摘要】目的** 全科医学在临床中的应用分析。**方法** 随机选取我院在 2018 年 1 月到 2018 年 12 月之间全科病房收治的 150 名病人。对 150 名病人进行的病情进行具体分析。根据病人具体的疾病种类与病症的起因等,将相关数据收集整理后进行对比。**结果** 在全科医学科室的治疗之后,病人的治愈效果比较好。然而在治疗过程中由于受到多种不同因素的影响,部分病人的治疗效果不太理想,需要转到专科接受专项治理。如果病人在治疗后病情出现改善,则病情稳定的病人可以选择回家静养。**结论** 在医院中设立全科医学科室可以为病人的治疗带来很多的便捷,保证病人可以得到全方面的救治,达到最佳的身体状态。因此,在医学的发展中全科医学具有广泛的推广价值。

**【关键词】** 全科医学; 临床; 实践与探索

**【中图分类号】** R197.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 06-193-02

## 1 一般资料与方法

### 1.1 研究对象

选择我院 150 名病人,对病人的病情进行分析,对比疾病种类与疾病起因。纳入标准:我院在 2018 年 1 月—2018 年 12 月之间全科病房收治的 150 名病人。男性病人 82 人, 占 54.67%, 女性病人 68 人, 占 45.33%。病人的年龄范围在 15 岁到 78 岁之间不等, 平均年龄为 51.2 岁。病人一般病程时间在 1 天到 140 天之间, 平均病程时间为 22.6 天。造成病人生病的原因有很多种, 病人的病情发展也是不一样的。

### 1.2 方法

针对我院全科医学科室这一年中收治的这 150 名病人先进性基础情况的收集、分析与整理, 主要涵盖了: 病人的来源、病情的种类以及治愈后的一些基本情况等等。

### 1.3 统计学方法

采用 SPSS13.0 进行数据处理: 对一般资料进行描述性统计。计量资料比较采用 t 检验, 计数资料比较采用了卡方检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

对于本次选取的我院全科医学科室的这 150 名病人的实际情况进行分析, 根据不同病人的实际病情状况进行治疗方案的选择, 经过治疗之后病人的病情得到改善, 得到医生准许后出院并且出院后的休养情况进行跟踪调查, 主要分为以下几种情况: 第一种, 病人经过治疗之后病情痊愈, 恢复身体的基本功能。第二种, 病人经过全科医学治疗之后病情得到好转, 需要继续住院治疗观察。第三种, 病人在全科医学科室进行治疗之后需要转到专科的科室中继续接受治疗。第四种, 病人经过治疗, 决定转院接受其他医院的治疗。第五种, 经过治疗之后病人的病情有所好转, 决定到社区的医疗机构进行简单的保养治疗。第六种, 病人经过治疗, 病情没有出现好转, 甚至发生了死亡。这几种就是针对全科医学科室中病人治疗之后的几种情况。而这 150 名病人的最终愈后与转归的情况是: 第一种, 治疗后痊愈出院的有 105 人, 占总人数的 70%; 第二种治疗之后病情好转, 需要继续治疗的有 37 人, 占总人数的 24.67%; 第三种, 经过治疗之后转专科病房继续接受治疗的有 3 人, 占总人数的 2%; 第四种, 治疗后病人决定自愿转院的有 2 人, 占总人数的 1.33%; 第五种, 治疗之后病情改善转到社区继续治疗的有 2 人, 占总人数的 1.33%; 第六种, 病人治疗后, 病情恶化死亡的有 1 人, 占总人数的 0.67%。因此可

以看出, 在经过全科医学科室治疗之后病人的基本情况是痊愈出院, 有少数病人由于病人比较复杂, 在治疗之后主要转到专科科室继续治疗。还有极少数病人病情严重, 治疗无效死亡。剩余一部分病人在接受全科医学治疗之后病情稳定, 好转之后选择回家或者社区继续修养治疗。

## 3 讨论

### 3.1 全科病房为全科医生的培训提供了基地

目前很多全科医生主要是通过一些专业的讲座、培训或者是进修, 了解一些专科精尖技术, 但是无论是那种方式, 在短时间内都不可能掌握所学到的知识, 没有经过长时间的实践, 所学知识很可能回到原点, 很多知识和技术不能在临床中得以运用。综合性院所设立的全科医学病房具有一个科室、多种疾病的特点, 能够为提升全科医生的临床技能提供良好的平台, 有助于全科医生医学知识的全面提升。全科医学是一种区别于专科医学价值观和治疗方式的新兴医学学科, 其特点是整合医学生物、临床医学、社会科学等众多学科的最新研究成果, 采用生物-心理-社会的医学模式, 在医疗实践中进行广泛运用, 因此, 在综合性医院内设立全科医学病房也是对全科医学理念的新实践。

### 3.2 全科医学强调以人为中心的管理办法

全科医学由专科的“人患的病”理念转变为“患病的人”, 其覆盖面更广且服务对象更广。发达国家的全科医生具有严格的准入制度, 要求医生掌握基本的医学知识, 能够应对各种普通疾病, 具有良好的沟通能力和组织能力。而国内目前全科医师大多是由原社区门诊或一级医院的医师转型而来, 存在着年龄大、学历低、职业素质低等特点。在实践中践行全科医学理念需要努力改变固有的生物医学模式的思维方式, 在以病人为中心的模式中, 需要从病人的生理、心理和社会三个方面来处理健康问题。在日常工作中重视人要比重视单纯的疾病更重要, 全科医学强调将病人看作一个包含生物因素、又含有社会心理属性的一个完整的人, 从而对病人进行全方位的评价, 进行全面的护理。在进行个体诊断时, 医生必须与患者建立良好关系, 在治疗的同时, 让患者能够改变自身的行为来增强自己的恢复过程。

综上所述, 在医院中设立全科医学科室可以为病人的致病就医提供更多的便捷, 保证病人在治疗疾病的同时, 享受健康知识的教育服务。提高我国的医疗水平。所以, 全科医学理念在我国值得广泛的推广与应用, 具有重要的临床应用价值。

(下转第 195 页)

(1) 患者术前体温  $<36^{\circ}\text{C}$ , 应尽快实施主动加温 (2) 即使患者术前体温  $\geq 36^{\circ}\text{C}$ , 也应于麻醉诱导前实施至少 20min 主动体温保护措施; (3) 维持环境温度不低于  $23^{\circ}\text{C}$ ; (4) 保持患者良好的热舒适感主诉, 麻醉前核心体温不低于  $36^{\circ}\text{C}$ ; (5) 积极采取体温保护措施并贯穿整个围手术期。

#### 5.1.4 术前预保温

是指在麻醉前采用主动保温措施对体表或外周组织进行 20min 以上的预先保温。主动预保温干预可提高患者满意度且能够降低其术前焦虑。有研究发现, 预保温还可减少术中出血、缩短住院时间等<sup>[12-13]</sup>。

#### 5.2 术中防护

术中指从麻醉开始至手术结束离开手术间。

##### 5.2.1 术中评估

首先需明确患者术中低体温风险, 如全麻联合区域麻醉、长时间手术、大手术等, 结合患者术前评估, 明确相关风险。

##### 5.2.3 术中体温保护措施

包括被动保温和主动保温。主动保温措施包括以下几种: (1) 压力暖风毯: 其不仅适用于普通成人, 还可用于特殊人群如新生儿、婴幼儿、肥胖患者, 不增加切口感染机率。(2) 输液加温设备包含各类隔热静脉输液管道、对流加温系统等低流速或高流速加温设备。(3) 其他保温措施包括体腔灌洗液加温至  $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 、提高手术室温度不低于  $21^{\circ}\text{C}$  等, 均可有效减少术中热量丢失。

#### 5.3 术后防护

术后指患者从手术间离开后 24h 内的恢复阶段

##### 5.3.1 麻醉恢复期体温评估

术后在患者进入麻醉恢复室、病房或重症监护室时需及时测量患者体温, 评估并熟知患者的低体温风险。

##### 5.3.2 术后体温保护原则

(1) 每隔 15 ~ 30min 测量一次患者体温, 在进入和离开麻醉恢复室时必须记录体温数据; (2) 如患者体温正常, 可采用被动温度保护措施如覆盖棉毯等, 维持麻醉恢复室室温不低于  $23^{\circ}\text{C}$ ; (3) 如患者体温  $<36^{\circ}\text{C}$ , 应立即启用主动保温措施, 建议采用压力暖风毯。(4) 动态评估患者的热舒适度, 警惕可能出现的低体温症状如寒战、竖毛反应等。

##### 5.3.3 术后体温保护措施

同术中。一般情况下, 患者体温  $\geq 36^{\circ}\text{C}$  方可离开麻醉恢复室。患者返回病房即应监测并记录体温, 随后每 4h 监测一次。指导患者和家属继续做好体温保护, 如使用温水、毛毯、衣物及升高房间温度等。

## 6 小结

围手术期低体温是一个常见而又易于忽视的问题, 认识其发生机理和潜在危害有助于提高防治意识, 积极采取各项防治措施, 减少围手术期低体温的发生, 不仅可以减少对病人的危害, 还可以改善围手术期患者的预后。然而, 目前临床上并非常规对胸腔镜肺癌患者进行围手术期体温监测, 对患

者围手术期体温保护亦多限于被动保温, 主动保温措施尚未普及。胸腔镜肺癌患者低体温仍然时有发生, 应进一步加强对患者低体温防护措施的落实, 降低低体温的发生率。

## 参考文献

- [1] 姜彦玲. 快速康复外科理念在胸腔镜下肺癌切除术围手术期护理中的应用价值研究 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(11): 2628-2629
- [2] Zhang Y, Gao Y. Effects of VATS lobectomy, VATS anatomic segmentectomy, and open thoracotomy on pulmonary function of patients with non-small cell lung cancer [J]. Chin J Cancer, 2016, 19(10): 700-704
- [3] Bendixen M, J Rgensen OD, Kronborg C, et al. Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: A randomised controlled trial [J]. Lancet Oncol, 2016, 17(6): 836-844
- [4] Slotman GJ, Jed EH, Burchard KW. Adverse effects of hypothermia in postoperative patients [J]. Am J Surg, 1985, 149:495-501
- [5] Sessler DI. Mild perioperative hypothermia [J]. N Engl J Med, 1997, 336: 1730-1737
- [6] Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, et al. Miller's Anesthesia [M]. Sessler DI. 8th ed. Philadelphia USA: Elsevier, 2015: 1622-1644
- [7] 仓静, 张俊峰, 薛张纲, 等. 术中保温对食管癌根治术患者凝血功能的影响 [J]. 中华麻醉学杂志, 2006, 26(1): 37
- [8] 唐佳, 李冬雪, 王志成. 老年围手术期低体温与感染的相关性研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25:418-420
- [9] Leslie K, Sessler DI, Bjorksten AR, et al. Mild hypothermia alters propofol pharmacokinetics and increases the duration of action of atracurium [J]. Anesth Analg, 1995, 80: 1007-1014
- [10] Mahoney CB, Odom J. Maintaining intraoperative normothermia: a meta-analysis of outcomes with costs [J]. AANA J, 1999, 67: 155-163
- [11] Yi J, Zhan L, Lei Y, et al. Establishment and validation of a prediction equation to estimate risk of intraoperative hypothermia in patients receiving general anesthesia [J]. Scientific Report (accepted in press), 2017
- [12] Bock M, Muller J, Bach A, et al. Effects of preinduction and intraoperative warming during major laparotomy [J]. Br J Anaesth, 1998, 80: 159-163
- [13] Melling AC, Ali B, Scott EM, et al. Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial [J]. Lancet, 2001, 358:876-880

(上接第 193 页)

## 参考文献

- [1] 赵妍妍. 医护一体化在全科医学科应用的效果分析 [J]. 青海医药杂志, 2018(06).
- [2] 汤仕忠. 社区临终关怀全科医学理念 (二) [J]. 中华全科医学, 2008(10).
- [3] 程瑞玲. 人性化护理在全科医学中的应用 [J]. 世界最新

医学信息文摘, 2019(38).

- [4] 王朝昕, 陈宁, 刘茜, 等. 我国全科医学科发展的回溯与展望: 发展历史、研究领域及瓶颈分析 [J]. 中华全科医学, 2019(07).
- [5] 葛瑶琪, 李云涛, 季国忠. 中国和澳大利亚全科医学体系的比较与启示 [J]. 中华全科医学, 2018(10).
- [6] 王爱斌. 全科医学理念在医疗实践中的现实价值和未来前景 [J]. 求医问药 (下半月), 2013(03).