

借

w e i s h e n g b u

q u a n k e y i s h i

p e i x u n

g u i h u a

j i a o c a i

卫生部全科医师  
培训规划教材

# 全科医学 概论

主编 顾媛

q u a n k e

y i x u e

g a i l u n

q u a n k e

y i x u e

g a i l u n



人民卫生出版社

4-43

6

卫生部全科医师培训规划教材

# 全科医学概论

顾 媛 主 编

李俊伟 副主编

编 委 (按姓氏笔画为序)

任 冉 大连医科大学

李俊伟 浙江大学

施 榕 上海第二医科大学

顾 媛 首都医科大学

梁万年 首都医科大学

人 民 卫 生 出 版 社

## 全科医学概论

---

主 编：顾 澍

出版发行：人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址：(100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

网 址：[http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷：北京人卫印刷厂

经 销：新华书店

开 本：850×1168 1/16 印张：15.75

字 数：343千字

版 次：2001年2月第1版 2001年2月第1版第1次印刷

印 数：00 001—20 000

标准书号：ISBN 7-117-04157-9/R·4158

定 价：18.50元

版权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

# 卫生部全科医师培训规划教材的出版说明

为了贯彻落实《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出的“加快发展全科医学，培养全科医师”的战略任务，推动全国全科医师培训工作的开展，加强全科医师培训规划教材建设工作，卫生部于2000年4月6日成立了全科医师培训规划教材编辑委员会，彭玉副部长任主任委员。经过认真的调查研究和多次会议征求各方意见，编委会依据《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》确定了9种教材，并从全国各地推荐的500多名候选人中遴选出了主编和编者，保证了教材能够做到体现全科医学特点、适合岗位要求和当前全科医师培训需要。

## 一、编辑委员会成员名单

**主任委员：**彭玉 卫生部副部长  
**副主任委员：**祁国明 卫生部科教司司长  
戴玉华 中华医学会全科医学分会主任委员  
傅征 中国人民解放军总后勤部卫生部副部长

**委员：**（按姓氏笔画排序）

方圻 中国协和医科大学  
王环增 卫生部人事司司长  
刘海林 中华医学会副会长  
吴在德 原同济医科大学校长  
张愈 天津市卫生局局长  
张焕春 卫生部教材办常务主任  
张震康 北京大学医学部教授  
李长明 卫生部基妇司司长  
李兰娟 浙江省卫生厅厅长  
杨明信 吉林省卫生厅副厅长  
陆广莘 中国中医药研究院教授  
陈灏珠 复旦大学医学院 院士  
周东海 国家医学考试中心副主任  
周同甫 华西医科大学副校长  
金大鹏 北京市卫生局副局长  
胡亚美 北京市儿童医院 院士  
贺兴东 国家中医药管理局科教司司长  
徐群渊 首都医科大学校长  
滕卫平 中国医科大学副校长



- 霍仲厚 总后卫生部科训局局长
- 执行委员:** 王建存 天津市卫生局科教处  
 刘文川 哈尔滨医科大学成教学院  
 许四虎 深圳市卫生局  
 吴仁友 上海第二医科大学  
 张孟华 浙江省卫生厅科教处  
 张爱珍 浙江大学成人教育学院  
 李 锋 卫生部人事司专业人才处处长  
 李 霞 上海市卫生局医教处  
 李俊伟 浙江大学教务处  
 李嘉纯 吉林省卫生厅科教处  
 杨秉辉 复旦大学医学院附属中山医院  
 沈 彬 天津职工医学院  
 陆广莘 中国中医研究院  
 孟 群 卫生部科教司在职教育处处长  
 金生国 卫生部基妇司社区卫生处处长  
 祝学光 北京大学医学部  
 夏泽民 人民卫生出版社副总编辑  
 袁申元 北京同仁医院  
 贾明艳 北京市卫生局医教处  
 顾 澐 首都医科大学全科医学培训中心  
 梁万年 首都医科大学全科医学培训中心  
 曾昭着 卫生部北京医院
- 秘 书:** 吴沛新 卫生部科教司教育处  
 李显屹 卫生部教材办公室  
 宋向东 安徽省卫生厅科教处  
 钱卫国 河北省卫生厅科教处

## 二、教材目录

- |              |            |
|--------------|------------|
| 全科医学概论       | 顾 澐 主编     |
| 社区预防与保健      | 傅 华 主编     |
| 康复医学         | 胡永善 主编     |
| 社区卫生服务管理     | 梁万年 主编     |
| 社区常见健康问题     | 戴玉华 杨秉辉 主编 |
| 重点人群保健       | 金宏义 主编     |
| 急症与急救        | 陆一鸣 主编     |
| 心理障碍与精神卫生    | 陈 力 主编     |
| 社区常见病症的中医药照顾 | 李明富 主编     |

## 前 序

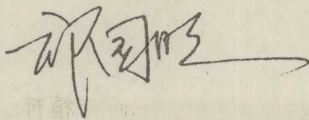
全科/家庭医学教育培训在欧美国家已经进行了三四十年，现在正以迅猛的速度向世界范围扩展。根据 1994 年 WHO 颁布的文件，世界各国在 21 世纪均将建立这一培训体系。在我国毕业后医学教育制度的建立和完善的过程中，全科医生的培养将和其它专科医生的培养工作一样，受到重视，得到加强，取得进展。

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出了“加快发展全科医学，培养全科医师”的战略任务，这给我国全科医学事业的发展提供了前所未有的机遇，为了落实中共中央、国务院的决定，卫生部又下发了《关于发展全科医学教育的意见》，对发展我国的全科医学教育提出了具体的要求。于是，如何培养合格的、适应我国国情、高质量的全科医师的问题已摆在了我们面前。1999 年底，卫生部召开了“全国全科医学教育工作会议”，会议交流了各地开展全科医学教育工作的情况，总结了经验，同时也指出了不足，其中亟待解决的问题之一是缺乏规范、科学的全科医师培训教材，这也是制约我国全科医师培训工作开展的瓶颈。

教材建设是教学的基础性工作，是保证教学工作顺利进行和达到教学目标的重要工具。因此，我认为编写一套具有较强指导性、针对性、科学规范的全科医师培训教材，是保证培养高起点、高水平、高素质全科医师的前提，对于规范指导全国全科医师的培训工作具有十分重要的意义。作为卫生部科教司的重点工作之一，经过广泛调查研究和反复论证，制订了《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》，提出了教材编写的初步意见，并委托卫生部教材办公室和人民卫生出版社编辑出版这套教材。这套教材所培养的全科医师是具有高尚的职业道德，能以人为中心、以维护和促进健康为目标，向个人、家庭与社区提供医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导六位一体的基层卫生服务的医生，成为社区卫生服务团队的学科骨干。

这套教材是卫生部科教司向全国推广使用的统一的全科医师培训指导教材，我确信她将在全科医师的培训工作中发挥重要作用。因此，我衷心地预祝这套教材出版成功！同时，我也希望培训教师和学员在使用这套教材的过程中，提出使之更加完善的意见和建议，以推进我国的全科医生培训事业的健康发展。

卫生部科教司司长



2000.8.29



# 前 言

全科医学是一个面向社区与家庭,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医学专业,是一个临床二级学科;其范围涵盖了各种年龄、性别、器官系统以及各类疾病;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融为一体。“全科医学概论”作为全科医生知识技能态度训练的核心课程,在各国全科/家庭医生专业培训项目中都占有重要的地位。此外,本课程还是全体医学本科生的全科医学教育必修课。

《全科医学概论》教材是卫生部全科医师培训规划教材之一。本书系统阐述了全科医学产生和发展的背景与前途,全科医学的基本理论原则,全科医疗服务模式的精髓——以人为中心、以家庭为单位、以社区为基础、以预防为导向的健康照顾,全科医疗实践中的有效手段——临床思维方法与策略、医患交流、问题为导向的连续性健康档案,以及全科医疗管理等问题。我国自1980年代后期引进全科医学,十余年来在北京、天津、上海、深圳、浙江、江苏、山东、四川等许多省市开展了社区卫生服务与全科医疗试点,并在各地医学院校进行了不同形式的全科医学教育培训的尝试;同时与世界各国的全科/家庭医学界开展了全方位的国际学术交流。无论是对于全科医学基本知识和技能、世界各国的发展概况与趋势的把握,还是在使全科医学在中国“本土化”的努力方面,我们都已获得了可喜的初步成果。在此基础上写出的这本《全科医学概论》,是作者根据自己对发展适合中国国情的全科医学的理解,对世界各国(包括我国在内)的全科/家庭医学学科内容的一次精心筛选。以此奉献给国内同道,希望能对我国正在蓬勃兴起的社区卫生服务和全科医学学科建设起到一定的促进作用。

本书适合于我国目前开展的各项全科医学教育培训,包括全科医学的毕业后教育、岗位培训、继续医学教育等。由于我国全科医学学科建设尚处于起步阶段,缺乏公认的研究证据和细致的推敲,本书远未达到成熟的地步;恳请各地同道不吝赐教,使之在今后得以进一步修订与完善。

在此向在本书编写过程中给予热情关怀、大力支持和帮助的领导和同道,以及卫生部教材办公室的同志们,表示衷心的感谢。

顾 澐

2000年9月于北京

# 目 录

第一章 全科医学概述 .....	(1)
第一节 全科医学、全科医疗和全科医生 .....	(1)
第二节 全科医学产生的基础 .....	(6)
第三节 全科医学发展史和前景 .....	(11)
第四节 全科医学的基本原则与特点 .....	(20)
第五节 全科医学与其他学科的关系 .....	(27)
第二章 以人为本的健康照顾 .....	(32)
第一节 疾病与病人:两个不同的关注中心 .....	(32)
第二节 以人为本的病人照顾方法 .....	(39)
第三节 病人角色与医患交流 .....	(45)
第三章 全科医生的临床思维 .....	(55)
第一节 全科医生的临床判断 .....	(55)
第二节 全科医疗中的病人管理 .....	(64)
第三节 全科医生的若干临床策略 .....	(71)
第四章 以家庭为单位的健康照顾 .....	(75)
第一节 家庭的定义、结构与功能 .....	(76)
第二节 家庭与健康 .....	(82)
第三节 家庭生活周期、家庭资源与危机 .....	(85)
第四节 家庭评估与家庭照顾 .....	(93)
第五章 以社区为基础的健康照顾 .....	(103)
第一节 社区及社区健康问题 .....	(103)
第二节 社区诊断 .....	(107)
第三节 社区导向的基层医疗 .....	(115)
第四节 社区重点人群保健 .....	(120)
第六章 全科医疗中的预防医学 .....	(130)
第一节 全科医生与三级预防 .....	(130)



第二节	临床预防医学	(135)
第三节	周期性健康检查	(141)
<b>第七章</b>	<b>全科医学教育培训与研究</b>	(158)
第一节	全科医生的知识、技能与态度	(158)
第二节	国外全科医学教育培训	(161)
第三节	我国全科医学教育体系	(164)
第四节	全科医疗的科研	(171)
<b>第八章</b>	<b>全科医疗健康档案</b>	(178)
第一节	建立全科医疗居民健康档案的必要性及意义	(178)
第二节	全科医疗健康档案的内容和记录方式	(179)
第三节	全科医疗个人健康档案	(182)
第四节	家庭健康档案	(190)
第五节	社区健康档案	(192)
第六节	全科医疗健康档案的建立和管理	(197)
第七节	计算机化的健康档案	(199)
<b>第九章</b>	<b>全科医疗管理</b>	(202)
第一节	全科医疗管理的内容与方式	(202)
第二节	社区卫生服务团队与全科医生的角色与作用	(210)
第三节	全科医疗的评价	(217)
第四节	全科医疗实践中的伦理学问题	(227)
<b>附录</b>		(236)
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		
(6)		
(7)		
(8)		
(9)		
(10)		
(11)		
(12)		
(13)		
(14)		
(15)		
(16)		
(17)		
(18)		
(19)		
(20)		
(21)		
(22)		
(23)		
(24)		
(25)		
(26)		
(27)		
(28)		
(29)		
(30)		
(31)		
(32)		
(33)		
(34)		
(35)		
(36)		
(37)		
(38)		
(39)		
(40)		
(41)		
(42)		
(43)		
(44)		
(45)		
(46)		
(47)		
(48)		
(49)		
(50)		
(51)		
(52)		
(53)		
(54)		
(55)		
(56)		
(57)		
(58)		
(59)		
(60)		
(61)		
(62)		
(63)		
(64)		
(65)		
(66)		
(67)		
(68)		
(69)		
(70)		
(71)		
(72)		
(73)		
(74)		
(75)		
(76)		
(77)		
(78)		
(79)		
(80)		
(81)		
(82)		
(83)		
(84)		
(85)		
(86)		
(87)		
(88)		
(89)		
(90)		
(91)		
(92)		
(93)		
(94)		
(95)		
(96)		
(97)		
(98)		
(99)		
(100)		

# 第一章 全科医学概述

## 第一节 全科医学、全科医疗和全科医生

### 一、全科医学

全科医学又称全科/家庭医学(*general practice/family medicine*),诞生于20世纪60年代。它是在西方国家通科医生长期实践经验的基础上,综合了现代生物医学、行为科学和社会科学的最新研究成果,用以指导全科医生从事基层医疗保健第一线服务的知识技能体系。1968年美国家庭医疗董事会(American Board of Family Practice, ABFP)成立,于1969年成为美国第二十个医学专科董事会(实际上是负责组织专科考试的考试委员会),表明了家庭医疗专业学科的诞生;这是本学科建立的一个里程碑。这一新型学科于20世纪80年代后期传入中国大陆,1993年11月中华医学会全科医学分会成立,标志着我国全科医学学科的诞生。

全科医学的定义:全科医学是一个面向社区与家庭,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医学专业学科,是一个临床二级学科;其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类疾病。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融为一体。

全科医学学科的特点:范围宽广、内容丰富,与其他各专科有相互交叉;亦有自己独特的知识技能和态度/价值观(图1-1)。与各门窄而深的专科医学相比较,全科医学的学科范围宽而较浅。它根据服务于社区和家庭、维护与促进健康的需要,将各门相关知识、技能有机地融合为一体(一体化, *integration*)。这一学科需要对于社区和家庭中各类服务对象的基本卫生服务需求有全面而透彻的研究与把握,注意其个性、家庭、生活

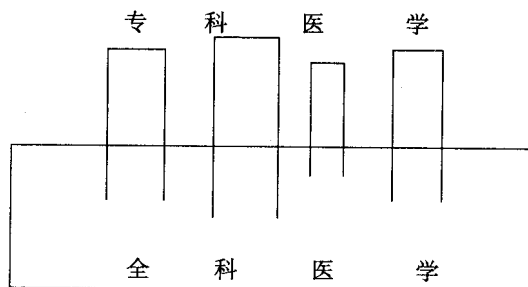


图 1-1 全科医学与专科医学的关系



方式和社会环境,从宽广的背景上考察健康和疾病进程,在社区条件下作出适当的评价和干预。为此目的,全科医学必须对服务对象的需求和各门相关学科的发展保持高度的敏感性与开放性,从而能够不断汲取营养,完善自身。

全科医学的哲学方法是具有科学基础的整体论。与传统经验医学笼统的思辨的整体论方法不同,全科医学需要以现代医学的成果来解释发生病人身上的局部和整体变化。例如,它应用神经科学、免疫学和内分泌学的成果来解释心身相关现象;它应用一般系统论来解释人的生物机体和家庭、社区、社会与自然环境等不同层次系统之间的相互作用及功能变化,进而解释病患的具体生物、心理、社会因素之间的相互关系、平衡及失衡;它应用流行病学方法来判断和积累临床知识……从而使它的整体论方法完全建立在现代科学的基础之上。

## 二、全科医疗

全科医疗是将全科/家庭医学理论应用于病人、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务,是一种集合了其他许多学科领域内容的一体化的临床专业;除了利用其他医学专业的内容以外,还强调运用家庭动力学、人际关系、咨询以及心理治疗等方面的知识提供服务。美国家庭医师学会(AAFP)对家庭医疗 Family Practice(即全科医疗)的定义是:“家庭医疗是一个对个人和家庭提供持续性与综合性卫生保健的医学专业。它是一个整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。家庭医疗的范围涵盖了所有年龄、性别,每一种器官系统以及各类疾病实体。”(1999)。

全科医疗的特点包括:强调持续性、综合性、个体化的照顾;强调早期发现并处理疾患;强调预防疾病和维持健康;强调在社区场所对病人提供服务,并在必要时协调利用社区内外的其他资源。其最大特点是强调对当事人的“长期负责式照顾”,这意味着其关注的中心是作为整体人的服务对象,并对其长期负有管理责任。只要全科医生与服务对象建立了某种合同关系,就应随时关注他们的身心健康,对其主观和客观的、即刻的与长期的各种需求作出及时的评价和反应;无论何时何地都不能摆脱这种责任。由于医生对医学知识的把握胜于病人,因此也可以说,这是一种由医生发起的以人为本、以健康为中心、以需求为导向的主动服务。

全科医疗服务内容贯穿人的生命周期:从妇女围产期保健、新生儿保健、儿少保健、青少年保健、中年期保健、老年保健,乃至濒死期与死亡照顾;生命周期的每个阶段都有其特定的生理、心理与社会方面的健康危险因素与疾患。在不同的国家与地区,因卫生保健系统、体制和人员分工不同,其全科医疗所涉及的内容也有所区别。在某些国家,接生和围产期保健完全由妇产科专业人员负责,而与全科医疗无关;在某些地区,更多的预防工作是由护士或专职公共卫生人员提供,全科医疗更集中于病人的管理。而因服务地点和场所的不同,导致服务内容的区别就更明显:如在乡村地区由于难以转诊,全科医疗服务范围就较城市地区广泛得多,往往包括接生、外科常规手术、各种内窥镜检查等;在北美,许多大型医疗中心也设有家庭医学科,其服务除了日常门诊以外,往往还包括病房、急诊室与ICU、CCU服务;在老龄化严重的地区,全科医疗常包括护理院和临终关怀病院的老年医学与善终服务;而在学校的保健中心,全科医疗除了日常门诊

外,更注重青少年保健和心理咨询的实施。此外,在远洋航行的商船和海军舰艇上,在运动员训练基地,在军营,在急诊中心等,都可设有全科医疗诊所,其服务也会因对象的不同而具有各自的特色(如侧重于运动医学、职业病学、针灸、草药医疗等)。

随着卫生改革的实施,全科医疗被赋予越来越重要的社会责任,因此,其服务涉及的知识技能也在日益拓宽。在知识方面,要对个人和家庭提供长期负责式的服务,就应对于健康水平(而不仅是疾病)的测量、疾病的预测、各年龄段不同症状的含义、疾患对家庭的冲击和家庭资源的利用等有所了解;要提供以人口为基础的服务,就需要更多的流行病学、统计学知识,以及与社区健康促进相关的各种工作能力;要做好医疗保险系统的“守门人”,就需要更全面地关注全科医疗服务中成本-效果的要求、社区卫生服务及全科医疗管理的技术;要影响卫生政策和卫生资源投向,就需要与服务对象和决策者进行更经常而有效的对话;等等。这些实践中的需要将进一步推动全科/家庭医学的研究与学科的发展建设,并吸收更优秀的专业人员,壮大全科/家庭医生的队伍。

### 三、全科医生及其学术组织

#### 1. 全科医生的定义

全科医生又称全科/家庭医师(*general practitioner/family physician*)或家庭医生(*family doctor*),是执行全科医疗的卫生服务提供者。英国皇家全科医学院对全科医生的定义是“在病人家里、诊所或医院里向个人和家庭提供人性化、基层、连续性医疗服务的医生。他承担对自己的病人所陈述的任何问题做出初步决定的责任,在适当的时候请专科医生会诊。为了共同的目的,他通常与其他全科医生以团队形式一起工作,并得到医疗辅助人员、适宜的行政人员和必要设备的支持。……其诊断由生物、心理、社会几个方面组成,并为了促进病人健康而对其进行教育性、预防性和治疗性的干预。”

美国 AAFP 对家庭医师的定义是:“家庭医师是经过家庭医疗这种范围宽广的医学专业教育训练的医师。家庭医师具有独特的态度、技能和知识,使其具有资格向家庭的每个成员提供持续性与综合性的医疗照顾、健康维持和预防服务,无论其性别、年龄或健康问题类型是生物医学的、行为的或社会的。这些专科医师由于其背景与家庭的相互作用,最具资格服务于每一个病人,并作为所有健康相关事务的组织者,包括适当地利用顾问医师、卫生服务以及社区资源。”

用中国语言来概括,可以给全科医生下一个通俗的定义:全科医生是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效的、一体化的基层医疗保健服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。其服务涵盖不同的性别、年龄的对象及其所涉及的生理、心理、社会各层面的健康问题;他应能在所有与健康相关的事务上,为每个服务对象当好健康代理人。

#### 2. 全科医生的角色

##### (1)对病人与家庭:

医生:负责常见健康问题的诊治和全方位全过程管理,包括疾病的早期发现、干预、康复与终末期服务;

健康监护人(代言人):负责健康的全面维护,促进健康生活方式的形成;定期进行



适宜的健康检查,早期发现并干预危险因素;作为病人与家庭的医疗代言人对外交往,维护其当事人的利益;

咨询者:提供健康与疾病的咨询服务,聆听与体会病人的感受,通过有技巧的沟通与病人建立信任,对各种有关问题提供详细的解释和资料,指导服务对象的有成效的自我保健;

教育者:利用各种机会和形式,对服务对象(包括健康人、高危人群和病人)随时进行深入细致的健康教育,保证教育的全面性、科学性和针对性,并进行教育效果评估;

卫生服务协调者:当病人需要时,负责为其提供协调性服务,包括动用家庭、社区、社会资源和各级各类医疗保健资源;与专科医生形成有效的双向转诊关系。

### (2)对医疗保健与保险体系:

守门人:作为首诊医生和医疗保健体系的“门户”,为病人提供所需的基本医疗保健,将大多数病人的问题解决在社区,对少数需要专科医疗者联系有选择的会诊与转诊;作为医疗保险体系的“门户”,向保险系统登记注册,取得“守门人”的资格,并严格依据有关规章制度和公正原则、成本/效果原则从事医疗保健活动,与保险系统共同办好管理化医疗保健;

团队管理与教育者:作为社区卫生团队的核心人物,在日常医疗保健工作中管理人、财、物,协调好医际、医护、医患关系,以及与社区社会各方面的关系;组织团队成员的业务发展、审计和继续教育活动,保证服务质量和学术水平。

### (3)对社会:

社区/家庭成员:作为社区和家庭中重要的一员,参与其中的各项活动,与社区和家庭建立亲密无间的人际关系,推动健康的社区环境与家庭环境的建立和维护;

社区健康组织与监测者:动员组织社区各方面积极因素,协助建立与管理社区健康网络,利用各种场合做好健康促进、疾病预防和全面健康管理工作;建立与管理社区健康信息网络,运用各类形式的健康档案资料做好疾病监测和统计工作。

## 3. 全科医生的素质

承担上述全方位、全过程负责式健康管理的全科医生,需要有其特定的专业素质,包括:

(1)强烈的人文情感:全科医生必须具有对人类和社会生活的热爱与持久兴趣,具有服务于社区人群、与人交流和相互理解的强烈愿望和自身需求;其对病人的高度同情心和责任感历劫而不变,就像母亲对孩子的爱心一样,是无条件的、全方位的、不求索取的。与纯科学或纯技术行业的要求不同,这种人格是当好一个全科医生的基本前提。

(2)出色的管理意识:全科医生必须具有一个强者的自信心、自控力和决断力,敢于并善于独立承担责任、控制局面,也包括能平衡个人生活与工作的关系,以保障其身心健康与服务的质量;在集体环境中具有自觉的协调意识、合作精神和足够的灵活性,从而能成为团队工作的实际核心,并与各有关方面保持良好的关系。

(3)执著的科学精神:全科医生是现代科学的产物,在社区相对独立的环境中更需要持有严谨的科学态度,一丝不苟地按照临床医生的诊疗程序和科学思维工作,并保持高度的敏感性,对任何疑点都不轻易放过;在对病人、家庭和社区进行教育时亦不忘科

学性。为此应特别注意保持与医院及专科医生的联系,参与各种教学、科研、学术交流活以及继续医学教育(CME),使自身的知识技能保持与现代医学和相关人文社会科学的同步发展。

正是以上特定的专业人格特质,使人们能放心地把自己的健康托付给全科医生,使全科医生队伍能在强手如林的专科化时代以不可阻挡之势发展壮大,成为高素质的专业学科的载体和“人人享有卫生保健”目标的主要承担力量。

#### 4. 全科医生的专业训练与学术组织

世界各国的全科/家庭医师都有本专业的训练和考试要求。各国普遍的专业要求大体上包括以下几个方面:第一,全科/家庭医师的专业训练和其他各种专科医师一样,都是在本科毕业后的住院医师培训阶段进行,而本科阶段的全科医学教育属于全体医学本科生必修的素质教育课程;第二,全科/家庭医师的专业培训时间为3~4年,内容包括医院各相关科室轮转、家庭医学理论课程与社区实习、导师带教、案例讨论、教学研讨会、科研方法与实践、农村或偏远地区独立实践等;第三,受训者学习结束后须参加国家级全科/家庭医学学会的正式考试,通过者获得全科/家庭医师资格(专科医师称号),可在医院家庭医学科、社区卫生服务中心、全科/家庭医疗群体开业诊所等不同场所工作,亦可选择自己在社区独立开业;第四,各国学会都要求全科/家庭医师参加各种形式的终生继续医学教育,美国等国家还要求家庭医师每6~7年参加一次学会组织的资格再认证考试,以保证其专业知识不断更新,能够适应社区民众不断增高的服务需求。

各国全科/家庭医师都有自己的学术团体。世界家庭医生学会(World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians,简称WONCA;又名World Organization of Family Doctors)于1972年在澳大利亚的墨尔本成立,它是全世界全科/家庭医师的学术组织,是世界卫生组织(WHO)在社区卫生方面的工作伙伴。成立了全国性全科/家庭医学团体的国家即可申请成为WONCA的团体会员;同时各国的全科/家庭医师及其教师亦可申请成为WONCA的个人会员。WONCA又按地区分为亚太、欧洲、北美、非洲等区域组织,各区域每年召开一次区域年会;总会每三年召开一次世界大会;为全科/家庭医师提供学术交流和知识更新的讲坛。中国于1994年成为WONCA的正式成员,并将于2003年主办WONCA亚太地区年会。到1999年底,WONCA已经拥有65个团体会员组织,代表着全世界15万多名经过规范化培训、考试合格的全科/家庭医师。

WONCA一经成立,就成为世界卫生组织(WHO)的高级顾问;近年来两个组织间的联系日益密切。在1994年11月WHO和WONCA的联合工作报告中,针对家庭医生及其服务明确了以下几个观点:

(1)医疗服务适应个人与社区:最理想的医疗服务应该以人为中心、以健康为导向和以社区为基础。医疗服务与公共卫生体系应该紧密结合起来,以便最有效地促进个人及其生活社区的健康。家庭医生应能够融合这两个功能的许多方面。医疗服务需要这样能干的医生,他们既是医疗服务的提供者、决策者、与个人和社区的交流者,又是管理者和卫生保健团队的成员。

(2)人人拥有家庭医生:每个人都应该熟悉其家庭医生,并为医生所熟悉。作为基



层医疗提供者,家庭医生应该熟悉群众,了解其生活状况、家庭和社区。个人的大部分健康问题可以由他负责处理;他也可以与卫生保健团队其他成员进行协调配合。人们将与其家庭医生形成一种持久的信任关系。

(3)家庭医生必须训练合格:只有合格的家庭医生才能提供优质基层服务,适当地处理大多数人经常发生的大部分健康问题。家庭医生所受的专业培训使他们能够照顾病人、可靠地排除严重的疾患,并对慢性病人提供长期服务。这些训练使他们能够考虑生物学、家庭、社会和环境各系统之间的相互关系,并具备适应各国不同个人和社区的独特需要的技能。训练合格的家庭医生应该在卫生保健系统中充分施展其能力,获得适宜的专业身份,并取得应得的报酬。

## 第二节 全科医学产生的基础

全科医学的产生,是与人口老龄化、疾病谱和死因谱的变化、医学模式转变等历史事实紧密相联系的。近40年来,由于上述客观形势的变化,民众的卫生服务需求也随之不断变化,导致医疗服务提供方面产生了巨大的变革。社区卫生服务的兴起,全科医疗服务、全科医学学科与全科医师队伍的形成和发展,是其中最有意义的历史性事件之一,它显示了在时代潮流裹挟下医学模式与卫生服务模式重大变革的世界趋势。

### 一、人口迅速增长与老龄化

第二次世界大战后,各国的社会经济条件普遍改善,加之公共卫生事业迅速发展,以及以急性传染病与营养不良症为目标的第一次卫生革命的成功,使人口死亡率、特别是婴儿和孕产妇死亡率明显下降,促进了人类的长寿和人口数量的激增。

随着现代社会的高度工业化和城市化进程,人类的生存环境发生了根本的改变,人们对生活的需求也随之提高。大量人口集中于现代化的大城市,原有的大批农业村镇变成了工业化城市,使生活空间十分拥挤,住房、交通、卫生、教育、娱乐等公共设施和事业的发展远远跟不上需求,导致了許多新的公共卫生与社会问题。

许多国家的人口统计“金字塔”都在逐渐变形。65岁以上人口所占的比例日趋增大,在发达国家和部分发展中国家超过了7%,从而进入“老年型社会”行列。我国在北京、上海、天津等许多大城市率先进入老龄化城市以后,从2000年起,全国60岁以上老年人口已达到1.26亿,正式宣告进入老龄化社会;而且老年人口还在以每年3%的速度增长,其中80岁以上的高龄老人每年以5%的速度增长。

人口老龄化给社会造成了巨大的压力:一方面,社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,这是使任何社会或集团的管理者都感到头痛的经济负担;另一方面,老年人本身对衣食住行、医疗保健以至自身发展等方面的特殊需要又要求全社会给予特别的关注。1982年7月,联合国在维也纳召开了老龄问题的世界大会,大会通过了《维也纳老龄问题国际行动计划》,提请世界各国注意上述情况。这表明,老龄化已经成为全球范围的重大社会问题。

进入老年后,人的生理功能衰退,慢性退行性疾病越来越多;行为能力减退,日常生

活中的自我服务活动及社会交往活动出现障碍,身心疾患增加;社会地位和家庭结构变化,心理情感上的不适应问题有增无减。据统计,我国独身和身边无成年子女的老年人占老年人总数的 25%;到 2005 年,“空巢家庭”中的老年人将占老年人的一半以上,其生活照料和情感慰藉将成为普遍的社会问题。

种种变化使老年人的生活质量全面下降,使“长寿”与“健康”成为两个相互矛盾的目标。而生物医学的高度专科化发展加剧了这一矛盾,并因其医疗服务的狭窄性、片断性和费用昂贵,对解决这一矛盾无能为力。如何在社区发展各种综合性、经常性的日常照顾,特别是适当的医疗保健照顾,帮助老年人全面提高适应性和生活质量,使其得以安度晚年,成为自 1960 年代以来各国公众和医学界共同关注的热门话题。

## 二、疾病谱与死因谱的变化

20 世纪中期以前,影响人类健康的主要疾病是各种传染病和营养不良症。随着生物医学防制手段的不断发展与公共卫生的普及,以及营养状态的普遍改善,传染病和营养不良症在疾病谱和死因谱上的顺位逐渐下降,并为慢性退行性疾病、生活方式及行为疾病等所取代。从中美两国 80 年代前后的死因谱中,可以看出心脑血管病、恶性肿瘤和意外死亡成为共同的前四位死因,约占总死亡原因的 3/4。我国城市总人群中慢性病患率,已由 1985 年的 237‰增加到 1993 年的 285.8‰(表 1-1);1994 年更增加到 323‰。全国平均每年有 1.3 万人死于慢性病,占全部死亡人数的 80%以上;在门诊病人中,60%为慢性病患者,其诊治费用明显增加。与不良生活习惯、环境污染等因素密切相关的慢性非传染性疾病已成为成年人早残和早死的主要原因。

表 1-1 我国城市总人群中主要慢性病患率的变化(千人)(1985~1993)

	1985	1993	增长倍数
总患病率	237.2	285.8	1.20
传染病	6.31	5.18	0.82
肿瘤	2.85	3.96	1.38
糖尿病	2.25	6.43	2.85
眼疾病	3.99	6.69	1.67
心脏病	27.27	33.83	1.24
高血压	36.39	29.83	0.81
脑血管病	5.22	9.79	1.87
循环系统病	71.49	78.55	1.09
呼吸系统病	41.97	31.28	0.74
消化系统病	41.50	48.96	1.17
运动系统病	26.90	38.36	1.42

(卫生部统计中心:国家卫生服务研究,1994)

不仅如此,还有与生活方式直接相关的新传染病出现了:1979 年美国发现了世界上第一例艾滋病患者,到 2000 年 7 月,全世界艾滋病死亡人数已达 1880 万例,而艾滋病毒感染者已达到 3430 万例,遍布全球各大洲。人类因此而陷入对现代“黑死病”的恐怖之中。尽管生物医学研究已为其耗费巨资,至今尚未找到有效的疫苗和药物。

疾病类型的变化向现代医学及医疗服务系统提出了新的挑战,包括:

(1)致病因子/危险因子:各种慢性病的病因和发病机制是十分复杂的,往往涉及多种外因和内因、多个脏器和系统;可以将它们大体上分为“生活方式与行为因子”、“环境因子”、“人类生物学因子”以及“卫生保健制度因子”等四大类型,而“生活方式与行为”的重要性首当其冲,包括吸烟、酗酒、营养失调、紧张的行为方式和个性等等,都是多种慢性病的重要致病危险因子。现代社会带来的紧张刺激、环境污染和生活压力,都有害于健康;而性乱、吸毒、嫖娼这些问题行为,更引起了艾滋病等前所未有的慢性“不治之症”。

(2)病理过程:急性传染病发展迅速,病人可在短期内死亡或恢复健康;而慢性病大部分既不能根治又不会在短期内致人死亡,一旦患病,往往带病终身,而且要经历长期的病理发展过程,出现多系统损害的合并症,从而进一步降低病人的生活质量。

(3)需要的医疗照顾:慢性病在病因、病理方面与急性传染病的区别,导致了相应的医疗服务需求改变。人们发现,以“治愈疾病”为价值取向的专科医疗服务存在着相当大的局限性,很多疾患不仅无法治愈,甚至连症状也难以缓解。对慢性病人的医疗服务特点为:服务时间要求长期而连续;服务地点要求以家庭和社区为主;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务类型要求照顾(包括护理、教育、咨询等干预)重于医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,特别强调病人本身主动和自觉的控制,而不仅是机械地服用医生给予的药物。

### 三、医学模式的转变

所谓医学“模式”(model),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”。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,在历史上曾经有过多种不同内容的医学模式,例如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,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。其特点是使用还原方法(reductive method)追求特异性,即在疾病研究的各个领域都寻求特定的(最好是单一的)解释和处理方式;因此可以称之为单因单果直线式思维(图1-2)。

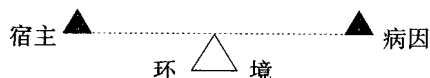


图1-2 生物医学模式疾病观(即病因、宿主和环境三者之间的平衡)

这种模式把疾病看成是外来的或独立的实体而设法消除。它与现代科学技术相结合,发展出一整套现代医学的疾病理论,以及各种高技术的特异性诊断、治疗、预防工具,在特定的历史阶段对防治疾病、维护人类健康做出了巨大贡献。迄今为止,生物医学模式一直是医学科学界统治地位的思维方式,也是大多数专科医生观察处理自己领域问题的基本方法。