

全国成人高等医学教育协作组“专升本”规划教材

梁万年 / 主编

全科医学导论

供基础、临床、预防、口腔、检验、影像医学类专业用

- 教育部 卫生部“课程基本要求”接轨教材
- 国家执业医师资格考试“直通车”

中国协和医科大学出版社

高等医学教育协作组“专升本”规划教材
基础、预防、口腔、检验、影像医学类专业用

全科医学导论

梁万年 主 编

路孝琴 解 军 副主编

编者 (以姓氏笔画为序)

王家骥	广州医学院	胡传来	安徽医科大学公共卫生学院
李俊芬	首都医科大学附属宣武医院	侯武姿	首都医科大学附属复兴医院
李雅媛	首都医科大学附属复兴医院	施 榕	上海第二医科大学
沈瑞英	首都医科大学卫生管理与教育学院	梁万年	首都医科大学
杨文秀	天津高等医学专科学校	解 军	上海职工医学院
瓮学清	首都医科大学公共卫生与家庭医学学院	路孝琴	首都医科大学

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

全科医学导论 / 梁万年主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2005.3

全国成人高等医学教育协作组“专升本”规划教材

ISBN 7-81072-650-1

I. 全… II. 梁… III. 全科医学-医学院校-教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 006501 号

全国成人高等医学教育协作组“专升本”规划教材

全科医学导论

供基础、临床、预防、口腔、检验、影像医学类专业用

主 编: 梁万年

责任编辑: 陈永生

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开

印 张: 15.25

字 数: 360 千字

版 次: 2005 年 3 月第一版 2005 年 3 月第一次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 28.00 元

ISBN 7-81072-650-1/R·643

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

**全国成人高等医学教育协作组“专升本”规划教材
编写委员会**

主任委员

郑树森

副主任委员

董崇田 袁 钟 张成兰 沈 彬

委 员 (按姓氏笔画为序)

于秉治	刘纯艳	吕敏芝	朱为民	余承高	吴 坤
张爱珍	李 敏	李玉林	杨世杰	陈金华	周胜利
胡品津	梁万年	熊宝珍	潘辉英	磨 琨	

出版说明

为了确保全国高等医学教育专科起点本科的教育质量,落实教育部关于专升本的培养目标,全国成人高等医学教育协作组组织全国从事成人高等医学教育专家编写了本套教材。

在我国高等医学教育中,由于专升本教育对象有的从事过医学工作,有的尚未参加工作,但是均经过了专科培养,若按一般本科教育不仅会出现教学内容重复,也难以与医学实践教学相结合。因此,目前专升本教育仍在探索中。通过调查了解,学生愿意使用普通本科教育教材,以示自己在接受本科教育,但在具体学习过程中,学生很反感重复教学,希望学习到更多的新的实用知识和技能,尤其是结合临床实际的内容。针对专升本教育的这些问题,全国成人高等医学教育协作组在卫生部科教司的指导下,从2001年开始组织专家进行科学研究,广泛听取多年从事专升本教育教师的意见,总结出专升本教育的特点和培养目标的要求。通过反复讨论和修改,编写了医学专升本教育的课程基本要求。在此基础上,协作组又在2002年厦门会议上讨论决定编写专升本系列教材。根据卫生部科教司有关领导的指示精神,经征集专家的意见,确定了本套教材的特点和编写原则,即缩减本科与专科教学内容的重复,增加临床实践教学内容,并结合临床执业医师资格考试,力求全面覆盖执业医师资格考试内容,使这套教材成为专升本学生参加执业医师资格考试的“直通车”,必将受到广大专升本教师和学生的欢迎。

本套教材的编写始终得到卫生部科教司的关怀与支持,在卫生部的直接指导下经过认真地推荐与评选,成立了以郑树森院士为主任委员的编委会,根据编委会拟定的严格条件,认真遴选了每个学科的主编、副主编和编者。在编写过程中认真参考了已有的各种教材,并要求每位主编及时写出本门教材的编写大纲和样章。本套教材经过充分准备、认真研讨、集思广益,总结了各类教材的经验教训,广泛征求了教学第一线的教师意见,准确把握专升本的教学内容,并做到能够与执业医师考试有机地结合。

值此2004年我们将本套教材奉献给广大教师和学生,使大家在成人高等医学教育中真正受益,既符合成人高等医学教育的需要,又充分反映了专升本医学生的普遍要求。

本套教材的编写尽管汇集了全体专家的智慧和经验,但不足之处在所难免,恳请各位同行与广大学生提出宝贵意见,批评指正。

全国成人高等医学教育协作组

二〇〇四年三月

前 言

全科医学作为一门独立的临床二级学科，自 20 世纪 60 年代正式建立以来，迄今已有 30 多年的历史。经过这一专业培训出来的全科医生，其所提供的全科医疗服务已被各国公认为基层医疗保健的最佳照顾模式。全科/家庭医学在我国大陆仅有十几年的发展历程。随着全科医学学科建设工作的不断深入，学科内容不断丰富与发展，使全科医学理论和医疗服务逐渐成熟，形成了一门独立的专业学科。目前，该学科的基础理论课程已经成为很多医学院校成人教育中临床医学和预防医学专业专科生的选修或必修课程。为了适应高等医学院校成人教育的发展，满足专升本学生以及基层医疗服务提供者和管理者对全科医学基础理论学习的需要，我们编写了这本教材。

本书共分 12 章，分别就全科医学的基本概念和基本理论、基本技能、常用技术、全科医疗服务管理，以及全科医疗服务中常见健康问题的处理方式等方面进行详细论述。

本教材在编写过程中，既注重体现了全科医学的基本理论和基本技能，又注重了编写上的科学性、系统性、实用性，更注重了教材的连续性和使用者的需求。它不仅可以用来作为临床医学专业、预防医学专业专升本学生的教材，还可作为基层医生的全科医学转岗培训、全科医学的住院医师培训，以及社区卫生服务管理者和护士等人员学习全科医学基本理论的参考教材。

鉴于我国全科医学理论和全科医疗服务尚处于研究和不断发展的特殊阶段，加上本教材编写时间仓促、编者们的经验和水平有限，不足和缺点在所难免，恳请同行专家与广大读者不吝赐教。

梁万年

2005 年 1 月

目 录

第一章 全科医学概述	(1)
第一节 全科医学	(1)
一、全科医学的定义及学科特点	(1)
二、全科医学发展简史	(2)
三、全科医学的基本原则	(4)
四、全科医学与相关领域的关系	(6)
五、世界家庭医生组织	(7)
第二节 全科医生	(8)
一、全科医生的定义	(8)
二、全科医生的角色与工作任务	(8)
三、全科医生的素质要求	(9)
四、全科医生与其他专科医生的区别	(10)
五、全科医生的知识与技能	(10)
第三节 全科医疗	(11)
一、全科医疗的定义	(11)
二、全科医疗的基本特征	(11)
三、全科医疗与其他专科医疗的区别与联系	(12)
第二章 以人为中心的照顾	(14)
第一节 以病人为中心照顾的指导原则	(14)
一、对病人角色的理解	(14)
二、以病人为中心照顾的指导原则	(15)
第二节 以病人为中心的应诊过程及服务内容	(16)
一、全面收集病人的“三维”资料	(17)
二、进行判断和评价	(20)
三、医患协同制订处置计划——病人参与决策	(21)
四、利用多方资源, 提供整体服务	(21)
第三节 以病人为中心的服务模式和应诊任务	(22)
一、以病人为中心的服务模式	(22)
二、全科医生应诊的主要任务	(24)

第四节 慢性病管理框架与 COOP/WONCA 功能状态量表	(25)
一、慢性病管理框架	(25)
二、COOP/WONCA 功能状态量表	(26)
第五节 病人管理与教育	(28)
一、病人管理的原则与基本内容	(28)
二、病人健康教育	(32)
三、病人遵医行为的改进	(33)
第三章 以家庭为单位的照顾	(36)
第一节 家庭的定义	(36)
第二节 家庭的结构和功能	(37)
一、家庭的结构	(37)
二、家庭的功能	(40)
第三节 家庭生活周期	(40)
第四节 家庭资源与家庭危机	(41)
一、家庭资源	(41)
二、家庭生活压力事件	(42)
三、家庭危机	(43)
第五节 家庭对健康和疾病的影响	(43)
一、遗传上的影响	(44)
二、对儿童发育及社会化的影响	(44)
三、对疾病传播的影响	(44)
四、对成人发病率和死亡率的影响	(44)
五、对疾病恢复的影响	(44)
六、家庭对其成员求医和遵医行为、生活习惯与方式的影响	(44)
第六节 家庭评估常用工具	(45)
一、家庭基本资料	(45)
二、家系图	(45)
三、家庭圈	(46)
四、APGAR 量表	(47)
五、家庭适应度及凝聚度评估量表	(48)
第七节 以家庭为单位的照顾	(50)
一、一般家庭照顾	(50)
二、家庭咨询	(51)
三、家庭治疗	(51)

四、家访	(51)
第四章 以社区为基础的照顾	(53)
第一节 社区及社区常见健康问题	(53)
一、社区的定义和基本要素	(53)
二、社区常见健康问题	(54)
第二节 社区卫生诊断	(56)
一、社区卫生诊断的概念	(56)
二、社区卫生诊断的目的与意义	(57)
三、社区卫生诊断的主要内容	(58)
四、社区卫生诊断的步骤	(59)
五、社区卫生诊断常用的研究方法	(62)
第三节 社区导向的基层医疗	(67)
一、COPC 的概念	(67)
二、COPC 的基本特征	(67)
三、COPC 的基本实施步骤	(68)
四、COPC 的实施阶段	(68)
五、全科医生在实施 COPC 中的作用及其意义	(68)
第五章 全科医疗中的预防医学	(71)
第一节 预防医学的概念及预防观念的演变	(71)
一、预防医学的概念	(71)
二、预防观念的演变及临床预防服务提出背景	(71)
第二节 全科/家庭医生与临床预防服务	(72)
一、临床预防的概念及其特点	(72)
二、全科/家庭医生实施临床预防服务的独特优势	(72)
第三节 临床预防的内容及方法	(73)
一、临床预防的内容	(73)
二、临床预防服务的实施(常用方法介绍)	(74)
第四节 国外临床预防服务指南简介	(81)
第五节 我国开发“临床预防服务指南”的建议	(84)
一、出生至 18 月	(84)
二、19 月至 6 岁	(84)
三、7 至 12 岁	(84)
四、13 至 18 岁	(85)
五、19 至 39 岁	(85)

六、50至64岁	(85)
七、65至84岁	(85)
八、85岁以上	(85)
第六节 健康促进与自我保健	(86)
一、健康促进	(86)
二、自我保健	(87)
第六章 健康档案的建立与管理	(88)
第一节 全科/家庭医疗健康档案的记录方式	(88)
一、以疾病/医生为导向的记录方式	(88)
二、以问题/病人为导向的记录方式	(89)
第二节 个人健康档案	(92)
一、以问题为导向的健康问题记录	(92)
二、预防为导向的记录	(97)
第三节 家庭健康档案	(98)
一、家庭基本资料 (family profile)	(98)
二、家系图 (family genogram)	(98)
三、家庭评估资料	(99)
四、家庭主要问题目录及描述	(99)
五、家庭成员的健康记录	(99)
第四节 社区健康档案	(100)
一、社区基本资料	(100)
二、社区卫生服务资源	(100)
三、社区卫生服务状况	(101)
四、社区居民的健康状况	(101)
第五节 全科/家庭医疗健康档案的管理	(102)
第六节 基层医疗国际分类及其在健康档案中的应用	(102)
一、基层医疗国际分类概述	(102)
二、基层医疗国际分类在健康档案中的应用	(103)
第七章 全科医疗中的人际关系与沟通技巧	(105)
第一节 医疗工作中的人际关系	(105)
一、人际关系的内涵	(105)
二、医患关系	(107)
第二节 沟通的概念和作用	(109)
一、沟通的概念	(109)

二、沟通的基本要素·····	(110)
三、人际沟通的类型·····	(110)
四、人际沟通的特点与功能·····	(112)
五、人际沟通能力及其培养·····	(112)
第三节 医患沟通·····	(115)
一、医患沟通的目的与特征·····	(115)
二、医患沟通技巧·····	(116)
三、临床会谈程序与接诊技巧·····	(122)
四、与沟通困难病人会谈的技巧·····	(124)
第四节 全科医疗服务团队的沟通·····	(126)
一、全科医疗服务团队群体沟通的策略和方法·····	(126)
二、团队成员个体间沟通·····	(127)
第八章 全科医疗中的伦理学问题·····	(129)
第一节 全科医生与医学伦理学·····	(129)
一、伦理学概述·····	(129)
二、职业道德与医德·····	(130)
第二节 医德建设的基本原则与规范·····	(132)
一、我国医德建设的基本原则·····	(132)
二、医务人员的道德规范·····	(133)
三、全科医生的执业伦理原则·····	(134)
第三节 医患双方的权利与义务·····	(135)
一、病人的权利与义务·····	(136)
二、医生的权利与义务·····	(137)
第四节 全科医疗中的医患关系·····	(139)
一、医患关系的概念·····	(139)
二、医患关系的内容·····	(140)
三、医患关系模型·····	(141)
四、医患关系的本质·····	(142)
五、医学技术的进步对医患关系的影响·····	(143)
第五节 全科医疗中特别注意的伦理学问题·····	(144)
一、伦理问题的决策框架·····	(144)
二、家庭/全科医疗中的主要伦理问题·····	(145)
第九章 全科医疗中常见问题处理方式范例·····	(151)
第一节 胸痛·····	(151)

一、引起胸痛的主要原因·····	(151)
二、引起胸痛的急、危重症疾病的主要特点·····	(151)
三、急性胸痛的处理原则·····	(152)
第二节 2型糖尿病·····	(152)
一、概述·····	(152)
二、诊断标准·····	(153)
三、治疗·····	(153)
四、糖尿病的随访与自我监测·····	(156)
五、转诊指征·····	(156)
第三节 高血压病·····	(157)
一、概述·····	(157)
二、血压的分类和定义·····	(157)
三、高血压的测量·····	(158)
四、高血压的病因·····	(158)
五、高血压患者的评估·····	(159)
六、高血压的临床表现·····	(160)
七、高血压的治疗·····	(160)
八、常用的降压药物及剂量·····	(163)
第十章 全科医疗中的循证医学·····	(165)
第一节 循证医学概述·····	(165)
一、循证医学的概念·····	(165)
二、循证医学产生的背景和基础·····	(166)
第二节 全科医疗中循证医学的实施步骤及其应用·····	(168)
一、全科医疗中实施循证医学的步骤·····	(168)
二、循证医学在全科医疗中的应用·····	(172)
三、实施循证医学过程中的应注意的事项·····	(174)
第三节 循证医学的常用方法·····	(175)
一、Meta 分析·····	(175)
二、系统评价·····	(178)
第十一章 全科/家庭医学的教育与研究·····	(182)
第一节 国外的全科/家庭医学教育·····	(182)
一、医学本科生的全科/家庭医学教育·····	(182)
二、全科医学住院医师培训·····	(183)
三、全科/家庭医学的继续教育·····	(184)

四、全科/家庭医学的研究员训练/学位教育	(185)
第二节 中国内地的全科/家庭医学教育	(186)
一、医学本科生的全科/家庭医学教育	(186)
二、毕业后全科/家庭医学教育	(187)
三、全科/家庭医生继续医学教育	(188)
四、全科医生岗位培训	(188)
第三节 全科/家庭医学的科研	(189)
一、全科/家庭医学研究的目的	(189)
二、全科/家庭医学研究的范畴及现状	(189)
三、研究的方法与步骤	(190)
四、开展研究的学科基础	(192)
五、研究的条件	(192)
第十二章 全科医疗服务管理	(195)
第一节 概述	(195)
一、基本概念	(195)
二、管理的范围与内容	(197)
三、基本原则	(200)
第二节 全科医疗质量管理	(201)
一、全科医疗质量	(201)
二、全科医疗质量管理体系	(204)
三、医疗质量控制与评价	(205)
四、全面质量管理	(207)
第三节 全科医疗营销管理	(210)
一、概述	(210)
二、全科医疗服务营销计划	(211)
三、全科医疗服务营销系统与管理	(212)
四、全科医疗服务的顾客满意学	(217)
第四节 全科医疗中的法律与法规	(219)
一、全科医疗服务的相关法规	(219)
二、全科医疗服务的相关法律	(223)

第一章 全科医学概述

全科医学是诞生于 20 世纪的 60 年代、为个人和家庭提供持续而全面的健康照顾的医学专科。它之所以能够成为一门独立的医学专科，是因为它拥有自己的学术领域及其照顾患者的独特地位不能够被其他专科所替代。因此，全科医学/家庭医学的特色并不仅限于它的知识及技能领域的宽广，更在于它在服务于照顾对象时所秉持的特有哲学、态度及方法。

本章将详细介绍全科医学领域中相关的定义、原则以及发展的历史，并阐明全科医学的发展历史以及全科医学与其他学科的相关性。

第一节 全科医学

随着社会的不断发展和医疗照顾模式的转变，以及民众对医疗保健需求的不断增加，全科医学及全科医师制度悄然兴起。全科医学专科医师制度已在欧美各国实行多年，并收到了可观的成效。

一、全科医学的定义及学科特点

(一) 全科医学的定义

全科医学又称家庭医学 (general practice/family medicine)，其定义，不同的学者对其有着不同的界定。美国家庭医师学会 (AAFP) 在 1984 年对家庭医学的定义为：“家庭医学是一种整合生物医学、行为医学及社会科学的专科，其知识和技能的核心源于传统的开业医师和以家庭为范围的独特领域，而不是以病人的年龄、性别或器官系统的疾病来分科。家庭医学的训练，除了提供以家庭为单位的照顾外，还要对病人负起持续性健康照顾的责任，在医疗系统中担任提供协调病人照顾的独特专业性角色。”虽然家庭医学的概念还有其他不同的论述，但目前使用最多的是：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临床二级专业学科；其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类健康问题/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。

全科医学的概念于 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。经过十多年的宣传、交流、研究与实践，目前全科医学已引起我国卫生行政、教育部门的高度重视，在广大基层医疗工作者中也引起了极大兴趣，在全国大部分城市社区中都开展了全科医疗服务的试点工作。

(二) 全科医学的学科特点

从全科医学学科的知识体系上来看，全科医学是一门独立的临床二级学科，其知识体系中包括总论和各论两个部分。总论部分主要介绍全科医学的理论精髓，包括：以病人为中

心、以家庭为单位、以社区为基础、以预防为导向的健康照顾等，同时包括了全科医学临床服务基本技能和服务工具等。各论主要包括临床诊疗中常见健康问题的诊断、处理与评价的方法和技术等。

从服务内容上来看，全科医学是一门综合性的临床医学专科。它不仅涉及到临床内、外、妇、儿等专科的服务内容，而且还涉及到心理学、行为科学、预防医学等学科领域的服务内容。与其他临床专科明显不同的是，全科医学的学科范围宽而较浅，其发展是根据其服务对象的健康需要与需求，来发展和建设学科，包括教育科研与服务，最终以满足患者需要为目的。从全科医生的知识和技能总体上讲，是朝着横向发展，也就是朝着宽泛的方向发展；而其他临床专科都是在一定的领域范围内不断的向纵深方向发展的，向病人提供的服务范围较窄。

从全科医学的临床思维方法上看，与传统经验医学笼统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在病人身上的局部和整体变化，它的哲学方法是具有科学基础的整体论。因此，全科医生在临床上处理患者的健康问题时，不仅注重患者所患生理疾病的客观需求，还非常关注患者的主观需求，如患者的患病感受、担忧等。

总之，全科医学学科的特征可以概括为：①用系统理论和整体论的方法来理解和解决病人的健康问题，注重患者健康问题发生、发展的背景；②采取生物-心理-社会医学模式来具体地服务于患者；③采取以健康为中心，以人为本，以家庭为单位，以社区为范围，以预防为导向的服务等独特的方法与技术为患者服务；④服务内容以社区居民的需要与需求为导向；⑤服务的提供讲究成本效益和成本效果；⑥强调全科医疗团队内和整个医疗团队间的合作。

二、全科医学发展简史

（一）国外全科医学的发展

1. 通科医疗时期 在1900年以前及初期，通科医疗（general practice, GP）是各国医疗界的主体，从全科医学发展的历史来讲，可将通科医疗看作是全科/家庭医学的原始形态，19世纪可以说是通科医生的时代。当时，在有正式职业的医生中80%左右是通科医生，这些医生在居民居住的社区开展诊疗活动，为患者提供周到细致的健康照顾，如经常出诊，查明病情，为患者家庭中所有成员提供医疗服务，亲密友善地与病人交谈，熟悉病人的家庭环境等。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。

2. 专科医疗的兴起与通科医疗的衰退 到了1910年，Flexner A在走访了美国的175家医学院以后，对医学院的教育落后水平提出了批评，他极力主张应加强生物医学的教育及研究，肯定了Johns Hopkins医学院的将临床服务、教学和科研融为一体的新型教育模式，从而改变了医学教育的方向。他的报告诱发了医学专科化的趋势，如1917年眼科专科学会以及后来的各种专科学会及专科医师培训项目陆续出台。到了1930年左右，专科化的趋势最为显著。此后，欧美各医学院校便按照不同专业的要求组织教学，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。到了第二次世界大战期间及战后的1960年代，由于与医学发展相关的各项科学技术迅猛发展和专科医生地位的提高，医学院校毕业生优先选择专科训练，并促使了亚专科的出现。此时，专科

医疗进入了兴盛的时期。医学专科化的成功,形成了以医院为中心、以专科医生为主导、以消灭生物学疾病为目标的临床思维模式,掌握了现代医学知识和技术的专科医生在人们心中树立了神圣的形象。医生因此成为对疾病自然史线索的搜寻者,从而确立了特权的地位;病人则因不可能再了解自己体内的细微变化而处于无能为力的地步。在先进技术和设备的支持下,医生很少再去访视和守候病人;医院里由于装备了各种诊疗设备,又集中了一批懂得高新技术的专科医生,所以比社区里的通科诊所更能吸引病人。这使得在社区里开展通科医疗的医生一度被社会冷落,通科医生的数量开始降低。例如,在1900年,美国每600位居民就有1位通科医生,到了1960年,每3000位居民才有1位通科医生;在1930年专科医生与全科医生的比例1:4,而到了1970年,这个比例为4:1,恰好与1930年的情形相反。

3. 全科医学学科的建立与全科医疗的发展 从1950年代后期起,由于人口老龄化速度的加快和慢性病、退行性疾病患病率的上升,以及医疗费用的上涨,民众也开始感到就医不便及医疗照顾不完整等问题,因此,通科医疗的重要性又重新受到重视,并被赋予新的内涵。医学界的反应十分迅速:英国、美国、加拿大、澳大利亚等国相继建立了全国性全科医师学会,在60~70年代,美、加两国又将该学会更名为家庭医师学会。更有意义的是,他们不仅将通科医生改称“家庭医师”(family physician),还将他们提供的服务称为“家庭医疗”(family practice),将其赖以实践的知识基础称为“家庭医学”(family medicine),这就意味着一个新的临床二级学科的建立。在美国,家庭医学于1969年被批准为第20个医学专科。至此,全科医疗迈入了专业化之列。以上重要事件促进了基层医疗队伍的发展与建设,经过全科医学规范化培训后在社区开业的家庭医生数量开始增加。与此同时,英国与英联邦国家也和美国、加拿大一样建立了全科医学这一新型学科及其培训制度,但在英文字面表达上并未改变 general practitioner 的称谓。此后,在尚未回归祖国的香港地区也建立了这一专业学科,香港于1977成立了全科医师院,其名称因服从英国而称为 GP。但为了改变人们对“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。因此,在世界上就有了全科医生和家庭医生这样一种医生、两个名字的称谓。在各国政府和专业人士的大力支持下,家庭医学的教学与培训有了快速的发展。在21世纪到来之前,世界卫生组织与世界家庭医生组织共同指出:在新世纪中,全科医生与专科医生的比例应至少达到1:1,以满足民众对基层卫生保健的需要和需求。由此可见,加速发展全科医学、培养适应民众需要的全科医生,已成为很多国发展基层医疗保健服务的重要任务之一。

(二) 全科医学在中国大陆的发展

全科医学的概念在1980年代后期引入中国大陆。在1986年和1988年,中华医学会派代表参加在英国伦敦和香港举行的世界家庭医生组织(World Organization of Family Doctors, WONCA)年会及亚太地区会议,并邀请了当时的WONCA主席Dr Rajakumar(1986~1989年间担任主席)和李仲贤医生(Dr Peter Lee, 1992~1995年间担任主席)访问北京,随后既由李仲贤医生进行了多次高层访问和研讨,介绍全科医学的概念及其在国外所取得的成效。在李仲贤医生和一些热心人士的积极努力下,促成了第一界国际全科医学学术会议于1989年11月在北京召开,同时成立了北京全科医学学会,会址设在首都医科大学。会后WONCA制订出了对中国大陆全科医学发展的援助计划,并通过加拿大家庭医师学会向加拿大国际发展

局 (CIDA) 申请到了援助资金。本计划派出的第一位客座教授是来自加拿大籍的 Brian Cornelson 医生。他从 1991 年 7 月到 12 月在北京首都医科大学全科医学培训中心任教, 主要工作目标是充实培训中心的设备及讲授家庭医学的基础知识。1992 年 1 月到 3 月间, 该援助计划又派出来自台湾中山医院的李孟智医生到大陆与同道一起工作。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。此后几年间, 我们仍然继续得到了 WONCA 的直接支持, 此外还得到来自英国、以色列、美国、澳大利亚、中国香港等国家和地区全科医学专家的技术支持。通过国内和国际间的学术交流与合作, 全科医学的理论在中国开始推广, 学术界开始认识并研究全科医学的相关理论, 对全科医疗的服务模式进行试点。

从 1997 年开始, 政府陆续出台了一系列政策和文件, 使中国大陆全科医学的发展有了重大突破。例如, 1997 年 1 月出台的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》, 明确提出要“加快发展全科医学、培养全科医生”; 1999 年 12 月卫生部召开的“全国全科医学教育工作会议”标志着我国医学教育领域的进一步拓展, 全科医学教育工作正式启动, 并开始进入一个规范发展的阶段; 2000 年, 卫生部颁发了《关于发展全科医学教育的意见》、《全科医师规范化培训试行办法》和《全科医师规范化培训大纲 (试行)》, 提出了我国全科医学教育的发展目标。在政府的倡导和支持下, 通过各方的一致努力, 目前, 在全国绝大部分城市社区中都开展全科医疗/社区卫生服务站的试点工作。有关全科医学的培训, 也有了长足的进展。首先是在一些医学院校中成立了全科医学教研室或全科医学培训中心, 对在校学生开展全科医学概论的选修或必修课程, 其次是在各省开展了程度不同的基层医生全科医学转岗培训, 再就是在少数省/市, 如北京、浙江大学医学部邵逸夫医院等, 开展了三或四年期限的全科医学住院医师培训项目。2000 年 7 月, 卫生部直属的第一个全科医学培训中心在首都医科大学成立, 并以此中心为核心建立了全国的培训网络, 开展了大量的全科医学师资培训和全科医生骨干培训工作。此外, 中华医学会全科医学分会与国家医学考试中心共同制定了全科医师任职资格和晋升条例。

总之, 无论从全科医学的服务、教育, 以及政策的配套上来讲, 都有了很大幅度的提高。但由于我国与发达国家在观念、服务与教育体制、付费机制、师资和基层卫生人力等方面存在着许多差别, 全科医学的发展仍面临不少困难。尽管如此, 客观的需求仍是大量且迫切的, 只要广泛研究各国经验、博采众长, 发扬我国自己的优势, 相信将能在较短时间内形成具有我国大陆特色的完善的全科医学教育和服务体系, 以更好地满足民众对基层医疗服务的需求。

三、全科医学的基本原则

(一) 以人为中心的照顾 (person centred care)

全科医学不仅重视患者所患疾病, 更重视患者个人, 它将病人看作是有生命、有感情、有权利和个性的人, 而不仅是疾病的载体; 其照顾目标不仅是要寻找患病的器官, 更重要的是维护服务对象的整体健康。为此目标, 在全科医疗服务中, 医生必须把服务对象视为重要的合作伙伴, 从“整体人”的生活质量的角度全面考虑其生理、心理、社会需求并加以解决; 以个性化的服务调动病人的主动性, 使之积极参与健康维护和疾病控制的过程, 从而达