

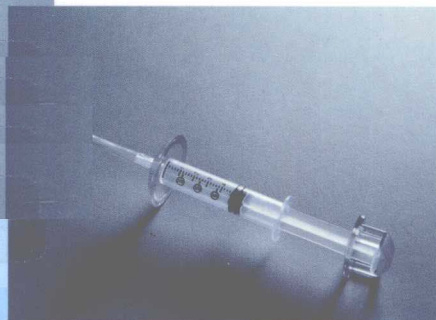
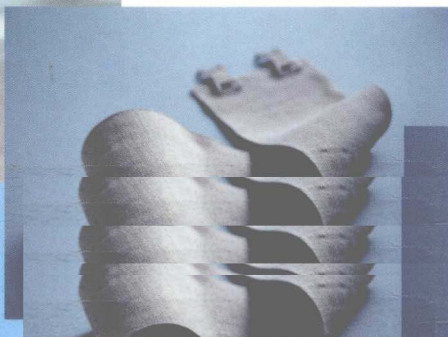
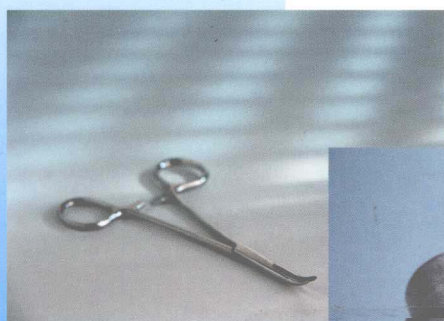


普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高等医药院校规划教材

# 全科医学基础

王家骥 主编



科学出版社

www.sciencep.com

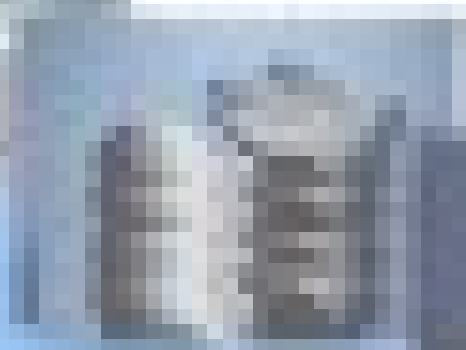
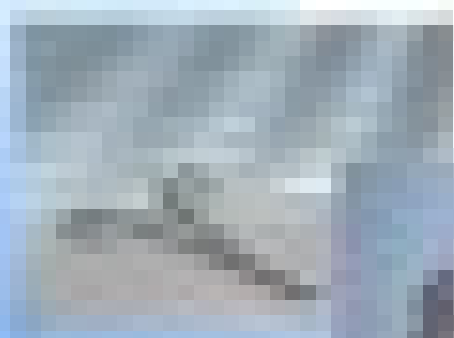


教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

全国高等医药教材建设研究会 全国高等医药院校教材评审委员会 规划教材

# 全科医学基础

第二版



人民卫生出版社

普通高等教育“十一五”国家级规划教材  
全国高等医药院校规划教材

# 全科医学基础

主 编 王家骥

主 审 梁万年

副主编 崔树起 张开金

编 委 (以姓氏笔画为序)

王家骥(广州医学院)

牛玉杰(河北医科大学)

刘 伟(江苏大学)

杨艳平(山东大学)

王培席(广州医学院)

田庆丰(郑州大学)

李芳健(广州医学院)

何 坪(重庆医科大学)

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

### 内 容 简 介

本书是普通高等教育“十一五”国家级规划教材,由国内16所最早开展全科医学教育的高等医药院校教师与知名社区卫生服务专家结合多年的全科医学教学与培训工作经验编写而成。全书共14章,以案例为引导系统地阐述了全科医学与全科医疗的基本概念和研究方法、以问题为导向的健康照顾、以人为中心的健康照顾、以家庭为单元的健康照顾、以社区为基础的健康照顾、全科医疗健康档案、全科医学中的健康管理、全科医学中的交流与沟通、全科/家庭医学教育培训、循证医学、全科医疗中的伦理与政策法规、社区卫生服务管理等,并增加了全科医学基本技能实训等内容,培养医学生分析及解决社区卫生实际问题的能力。医学生通过本课程的学习,熟悉或了解我国社区卫生服务以及基层医疗卫生机构专业技术人员所需的全科医学知识与技能,为将来成为全科医师或与全科医师的有效沟通及双向转诊打下基础。

本书主要作为高等医药院校本(专)科生、研究生教材,并可作为全科医学培训教材以及社区卫生服务机构或基层医疗卫生保健机构专业技术人员的参考书。

### 图书在版编目(CIP)数据

全科医学基础 / 王家骥主编. —北京:科学出版社,2010.7  
(普通高等教育“十一五”国家级规划教材·全国高等医药院校规划教材)  
ISBN 978-7-03-028234-7

I. 全… II. 王 III. 全科医学-高等学校-教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 128429 号

策划编辑:李国红 周万灏 / 责任编辑:周万灏 李国红 / 责任校对:朱光光  
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京市文林印务有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2010年7月第一版 开本:850×1168 1/16

2010年7月第一次印刷 印张:14 1/4 插页:2

印数:1—4 000 字数:410 000

定价:29.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

# 前 言

全科医学是一门处于迅速发展中的新兴学科,是面向个人、家庭与社区,整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会科学相关内容于一体的综合性医学专业学科。2006年6月,人事部等5部委《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》提出“加强医学生的全科医学和社区护理学科教育,将医学生的全科医学知识教育与技能培养作为一项基本任务,在向医学类专业开设全科医学概论必修课程的基础上,积极将全科医学基本理论教育和技能培养融入教学全过程之中”。2009年2月,教育部、卫生部《关于加强医学教育工作 提高医学教育质量的若干意见》指出“加强教材建设,组织编制一批高质量的适合不同层次人才培养需要的全科医学、社区护理学等培训教材”。2009年3月,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“调整高等医学教育结构和规模。加强全科医学教育,完善标准化、规范化的临床医学教育,提高医学教育质量”。根据以上文件精神,以及教育部“普通高等教育‘十一五’国家级规划教材”的要求,我们组织了国内16所最早开展全科医学教育的高等医药院校教师与知名社区卫生服务专家编写了此书。

本书紧密围绕当前国内外医疗卫生体制改革以及社区卫生服务内涵建设对高素质防治结合型医学人才的需求,突出了全科医学的实用性与应用性,让医学生通过本门课程的学习熟悉或了解我国社区卫生服务以及基层医疗卫生机构专业技术人员所需的全科医学知识与技能,为将来成为全科医师或与全科医师的有效沟通及双向转诊打下基础。

本书注重理论与实践的紧密结合,以案例为引导(列举了35条案例),将健康管理的理念渗透到各有关章节,突出健康管理、循证医学以及社区卫生服务特色;并增加了全科医学基本技能实训等内容,培养医学生分析及解决社区卫生实际问题的能力。

本书主要作为高等医药院校本(专)科生、研究生教材,并可作为全科医学培训教材以及社区卫生服务机构或基层医疗卫生保健机构专业技术人员的参考书。

在本书编写过程中,得到了科学出版社及全国兄弟院校同道们的热情关心与大力支持,提出了许多宝贵的意见和建议。广州市人才工作协调小组办公室给予了本书部分出版资助。在此,一并表示诚挚的感谢!

由于我国的全科医学教育起步较晚,尚处于“初级阶段”,加之作者的水平 and 经验有限,书中难免存在疏漏和不足之处,真诚希望专家、学者、师生及时向我们反馈各种建设性的意见和建议,以便修订时完善。

王家骥

2010年1月

# 目 录

## 前言

<b>第 1 章 绪论</b> .....	(1)
第 1 节 全科医学基本概念 .....	(1)
第 2 节 全科医学产生的基础及其发展 .....	(4)
第 3 节 全科医学的方法论 .....	(9)
第 4 节 全科医学常用的研究方法 .....	(11)
第 5 节 医学生学习全科医学的意义和方法 .....	(15)
<b>第 2 章 全科医疗</b> .....	(18)
第 1 节 全科医疗的基本原则与特点 .....	(18)
第 2 节 全科医疗与专科医疗的区别与联系 .....	(24)
第 3 节 我国全科医疗发展的现状与趋势 .....	(25)
<b>第 3 章 以问题为导向的健康照顾</b> .....	(31)
第 1 节 以问题为导向的健康照顾概述 .....	(31)
第 2 节 全科医疗为什么要提供以问题为导向的健康照顾 .....	(37)
第 3 节 临床诊断思维 .....	(38)
第 4 节 全科医生如何实施以问题为导向的健康照顾 .....	(42)
第 5 节 关于以问题为导向的健康照顾的哲学思考 .....	(49)
<b>第 4 章 以人为中心的健康照顾</b> .....	(51)
第 1 节 两种不同的照顾模式 .....	(51)
第 2 节 以人为中心的健康照顾 .....	(52)
第 3 节 以患者为中心的应诊过程及服务内容 .....	(56)
第 4 节 以患者为中心的四项应诊任务 .....	(61)
第 5 节 患者管理 .....	(65)
第 6 节 全科医疗中的转诊服务 .....	(67)
<b>第 5 章 以家庭为单元的健康照顾</b> .....	(70)
第 1 节 概述 .....	(70)
第 2 节 家庭健康问题评估 .....	(77)
第 3 节 家庭的健康评估工具 .....	(82)
第 4 节 全科医疗服务中常见家庭问题及处理原则 .....	(85)
第 5 节 以家庭为单元的健康照顾 .....	(87)
<b>第 6 章 以社区为基础的健康照顾</b> .....	(92)
第 1 节 社区与健康 .....	(92)
第 2 节 以社区为基础的基层照顾 .....	(96)
第 3 节 社区诊断 .....	(101)
<b>第 7 章 全科医疗健康档案</b> .....	(107)
第 1 节 信息化与健康档案 .....	(107)
第 2 节 社区卫生服务管理系统中的健康档案 .....	(109)
第 3 节 社区卫生服务信息管理技术 .....	(112)

第4节 电子计算机在社区卫生服务信息管理中的应用 .....	(115)
<b>第8章 全科医学中的健康管理</b> .....	(119)
第1节 健康管理概述 .....	(119)
第2节 健康管理的基本步骤 .....	(122)
第3节 社区健康管理 .....	(126)
第4节 健康管理中的临床预防服务 .....	(129)
<b>第9章 全科医学中的交流与沟通</b> .....	(141)
第1节 人际交往的基本技巧 .....	(141)
第2节 医患关系 .....	(145)
第3节 患者教育 .....	(147)
<b>第10章 全科/家庭医学教育培训</b> .....	(151)
第1节 全科医生的知识结构与能力 .....	(151)
第2节 国外的全科/家庭医学教育 .....	(152)
第3节 中国内地的全科/家庭医学教育 .....	(155)
<b>第11章 循证医学</b> .....	(160)
第1节 概述 .....	(160)
第2节 系统评价 .....	(163)
第3节 Meta 分析的概念和基本步骤 .....	(167)
第4节 循证医学的应用 .....	(168)
<b>第12章 全科医疗中的伦理与政策法规</b> .....	(171)
第1节 概述 .....	(171)
第2节 全科医疗中常见的伦理学问题 .....	(177)
第3节 全科医疗中常见的法律问题 .....	(182)
<b>第13章 社区卫生服务管理</b> .....	(187)
第1节 概述 .....	(187)
第2节 社区卫生服务组织管理 .....	(190)
第3节 社区卫生服务资源管理 .....	(194)
第4节 社区卫生服务质量管理 .....	(197)
<b>第14章 全科医学基本技能训练</b> .....	(201)
实习1 人际沟通技巧训练 .....	(201)
实习2 家庭访视 .....	(202)
实习3 健康档案的建立 .....	(203)
实习4 健康危险因素评价及健康干预计划制定 .....	(203)
实习5 社区健康教育案例讨论 .....	(206)
实习6 社区高血压的病例管理 .....	(208)
实习7 Internet 网络及局域网在循证医学中的应用 .....	(209)
<b>参考文献</b> .....	(211)
<b>附录</b> .....	(212)
附录1 ××社区卫生服务中心社区诊断报告 .....	(212)
附录2 全科医学基础关键词 .....	(214)
附录3 全科医学及相关网站 .....	(216)
附录4 卡尔加里-剑桥观察指南 .....	(216)
附录5 中国人缺血性心血管病风险预测评估图 .....	(223)



# 第 1 章 绪 论



## 学习目标

1. 掌握全科医学的基本概念、全科医生应具备的能力、全科医学常用的研究方法
2. 熟悉全科医学产生的科学和社会基础
3. 了解全科医学的产生与发展过程

## 第 1 节 全科医学基本概念

### 一、全科医学

**1. 全科医学的定义及特点** 全科医学(general practice)又称家庭医学(family medicine),是一门面向个人、家庭与社区,整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会科学相关内容于一体的综合性医学专业学科。全科医学以“家庭”和“社区”为核心要素,强调人性化、综合性、持续性的基本医疗卫生保健照顾。全科医学具有独特的医学观和方法论以及系统的学科理论,填补了高度专科化的生物医学的不足,充分发掘和利用社区各种可利用资源,突出社区特点,满足社区卫生服务(community-based health care/service, CHC/CHS)的需要,真正实现了医学模式的转变。全科医学是通科医疗的回归和发展,已成为一门全新的防治结合型医学学科,在知识结构、学科内涵、服务类型和服务方式上已创立了自己的学科体系。

全科医学提倡以社区为基础(community-based),提供全面性(comprehensive)及连续性的医疗照顾(continuity of care),促进各医学专科的协作(coordinative),使患者生理、心理和社会等方面达到良好状态,即以人为中心(human-centered)的全人整体健康照顾。以上五个“C”为全科医学的基本特点,其对患者、医疗政策制定者及整个社区的健康水平具有重大影响。

**2. 全科医学的主要研究内容** 全科医疗是一种综合性的基层医疗保健服务,支持这种服务的全科医学体系是在整合了其他医学及相关专科基础

上发展起来的,并吸纳了生物医学、行为医学和社会科学的最新成果,故研究范围和内容十分广泛,其研究内容主要有以下几个方面:

(1) 研究健康需求评价及社区卫生诊断的基本方法,掌握社区人群的总体健康状况、规律及其特征,在此基础上制订有针对性的解决主要卫生问题的计划,以满足个人、家庭和社区人群的身心健康需求。

(2) 研究分析生物、心理、社会、环境等各种因素对社区居民健康、疾病和死亡的影响,发掘并利用各种可利用的社区卫生资源以预防或减少疾病的发生。

(3) 研究如何动员社区人群积极参与公共卫生与预防保健,提高患者以及社区人群的自我保健意识与自我保健能力,有效提高健康教育和行为干预的效果,以提高社区居民的健康水平,达到维护和促进健康的目的。

(4) 研究社区妇女、儿童、老年人、残疾人等特殊人群的卫生保健特点、方法与技能及卫生防病需求,并提出合理的、有针对性的卫生服务策略。

(5) 研究全科医生的临床工作特点、内容和方法,提高全科医生对重要疾病的识别能力,对社区常见病、多发病和慢性病的诊疗水平,提高全科医生健康促进、社区预防、临床预防服务和社区康复的理论和实践水平。

(6) 研究全科医疗服务模式、内容、形式、效果、服务绩效、质量保证、社区卫生计划实施效益及其他服务管理工作的评估原则、内容、方法、指标和标准。

(7) 研究和解决不同类型的常见健康问题所需的理论、知识、技能和态度。

(8) 研究全科医学人才的培养、使用、评价、考核、人力资源管理与供给等。

**3. 全科医学与其他医学学科的关系** 全科医学需要对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、生活方式和社会环境对健康的影响,从宽广的背景上考察健康和疾病进程,做出适当的评价



和干预。全科医学是在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,用以指导全科医生为个人、家庭及社区人群提供连续、综合、整体性、全程的人性化医疗保健服务的知识技能体系。全科医学的范围广阔、内容丰富,与其他各专科相互交叉、相互补充,但不是各专科的简单叠加,它不仅有自己独特的哲学基础,而且有自己独特的研究领域、知识技能和态度。

从整体医学照顾出发,全科医学跨越了各个临床学科并与预防医学、康复医学紧密结合,又涉及与患者健康有关的心理和社会问题,在建立医患关系,实施以患者为中心的服务和重点人群保健中,还涉及社会医学、社区医学、流行病学、医学人类学(medical anthropology)、替代医学(alternative medicine)等学科领域。在我国为满足居民的社区卫生服务需求还要充分利用中医、中药等传统医学资源。通过与上级综合性医院或专科医院以及预防保健等机构的双向转诊等途径实现各司其职、优势互补、接力棒式的、长期负责任式的健康管理及健康照顾。

## 二、全科医疗

**1. 全科医疗的定义** 全科医疗(general practice),在许多国家又称家庭医疗(family practice),是将全科医学理论应用于患者、家庭和社区照顾,为个人、家庭、社区提供持续性、综合性、协调性、可及性的一种基层医疗卫生保健服务。全科医疗是在通科医疗的基础上发展起来的,是一种整合了其他许多学科领域内容的一体化的临床服务模式,并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和技能提供综合服务。

美国家庭医师学会(the American Academy of Family Physicians, AAFP) 1999 年对家庭医疗的定义是:“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。”

**2. 全科医疗的服务内容** 全科医疗涉及生物医学和人体结构功能学、临床医学、预防医学、康复医学、社会医学、行为医学、医学伦理学、健康教育、营养卫生学、医学心理学等方面,以现代医学模

式为指导,为患者提供综合性的医疗保健服务。全科医疗服务贯穿人的生命周期:从妇女围产期保健、新生儿保健、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,但是全科医疗服务内容离不开向个人、家庭、社区提供可及性、持续性、综合性、协调性的基层医疗保健服务范畴。

全科医疗的具体服务内容一般包括:向社区居民提供基本的健康促进、健康教育(强调自我保健能力的培养)、疾病预防服务;急性损伤与疾患和慢性疾病的诊疗服务,一定的康复治疗服务;帮助患者合理地协调利用各种卫生资源;健康评估,妇女、儿童、老年人等重点人群的保健服务;患者的支持性照顾及临终关怀服务;基本的精神卫生保健服务;咨询、会诊、转诊服务;服务质量改进和基于临床实践的研究工作等。

## 三、全科医生

**1. 全科医生的定义** 全科医生(general practitioner, GP) 又称家庭医师/医生(family physician/doctor),是接受过全科医学专门训练,为个人、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,对生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。全科医生是全科医疗服务的提供者,是每个服务对象的健康代理人,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。

美国家庭医师协会(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广泛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。这种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患者,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。”

英国皇家全科医师学院(the Royal College of General Practitioners, RCGP)对全科医生的定义

是：“在患者家里、诊所或医院里向个人和家庭提供人性化、连续性基层医疗服务的医生。他承担对自己的患者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，并为了促进患者健康而对其进行教育性、预防性和治疗性的干预。”

尽管世界各国因经济发展、文化背景和医疗体制等的不同使全科/家庭医生的概念也存在一定差异，然而以下几点则是较为公认的全科医生的作用：①全科医生是首诊医生；②全科医生以家庭和社区为主要工作场所，提供以门诊为主体的医疗保健服务；③全科医生的服务不受时间、地点、性别、年龄和疾病种类的限制；④全科医生是患者及其家庭所有医疗保健服务的协调者；⑤全科医生是高质量的基层卫生保健的最佳提供者与组织者。

**2. 全科医生的角色** 全科医生扮演着多重的角色，并承担着不同的职责，总体上可以归纳为以下两方面：

#### (1) 医疗卫生方面

**诊疗者：**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；提供门诊、家庭及老年病康复为主要内容的住院诊疗服务。

**守门人：**作为首诊医生和医疗保健体系的“门户”，为患者提供所需的基本医疗保健，将大多数患者的问题解决在社区，对少数需要专科服务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，与保险系统共同管理社区居民的基本医疗保健。

**协调者：**当患者需要时，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。

**管理者：**负责全科医疗的业务运行管理，作为社区卫生服务团队的核心人物，在日常医疗保健工作中管理人、财、物，协调好医护、医患关系，以及与社区、社会各方面的关系；保证卫生服务质量和团队成员学术水平的提高。

**教育者：**利用各种机会和形式，对服务对象(包

括健康人、高危人群和患者)随时进行深入细致的健康教育，促进健康行为与生活方式的形成，保证教育的全面性、科学性和针对性，并进行教育效果的评估。

**咨询者：**提供健康与疾病的咨询服务，聆听与体会患者的感受，通过有技巧的沟通与患者建立信任关系，对各种健康相关问题提供详细的解释和资料，指导服务对象实施有成效的自我保健。

**社区健康组织与监测者：**建立个人、家庭、社区健康指导，定期进行适宜的健康检查，早期发现并干预危险因素；动员、组织社区内外各方面的积极因素，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、疾病预防和全面的健康管理工作；建立与管理社区健康信息网络，运用各种形式的健康档案资料做好疾病监测和统计工作。

#### (2) 自身事业发展方面

**学习者：**保持积极进取的治学态度和广泛的兴趣与热情，踊跃参与各种教学、科研、学术交流活动以及继续医学教育，进行终身学习，不断提高服务水平，迎接全科医疗服务中所需要的新知识与新技术的挑战。

**研究者：**对社区卫生服务中常见的健康问题展开科学研究。

**贡献者：**具有高尚的职业道德，有耐心、同情心与责任心，立志献身于基层医疗与卫生保健事业，热爱本职工作，将全科医疗服务作为其终身的职业和事业。

**3. 全科医生的素质** 全科医生为个人、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，提供全方位、全过程负责制健康管理，必须具备以下素质：

(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；其对患者的高度同情心和责任感不轻易改变，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，这种人格是当好一名全科医生的基本前提。

(2) 出色的管理能力：全科医生必须具有自信心、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人物，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,一丝不苟地按照全科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;在对患者、家庭和社区进行健康教育与健康促进工作时亦不忘科学性。为此应特别注意保持与医院及专科医生的联系。

#### 4. 全科医生应具备的能力

(1) 以人为中心的服务能力:以健康为中心,能熟练运用全科医学的基本原则,了解人类的健康需求和就医背景,维护患者的权益,为取得最佳的健康结局、满足患者多样化的需求并能提供连续的、全面的、可及的、综合性整体卫生保健服务。

(2) 系统思维与循证执业能力:从以人为中心的服务观念出发,全科医生必须树立整体医学观,掌握整体性的系统思维方法,在实践中能应用循证医学证实的各医学相关专科知识和技术以及行为科学、社会科学等方面的最新科学研究成果指导自己的工作实践。

(3) 首诊医生应具有的工作能力:合格的全科医生应能承担首诊医生的职能,一方面要能处理维护与促进社区居民健康以及各科门诊 80%~90% 的常见病症;另一方面,对于各科少见而威胁患者生命的问题具有及时识别的能力并将患者恰当转诊,保证患者的安全。

(4) 疾病预防和人群健康管理能力:具有基本的公共卫生服务与人群健康管理观念和能够有针对性地开展临床预防服务与社区常见疾病的预防工作,能够有效地开展健康促进、健康教育和健康管理工作。

(5) 信息管理能力:能够科学、有效、及时、客观地收集有关的医学信息和证据并指导社区卫生服务实践,开展健康相关信息的收集、记录、分析预测、储存、报告、交流工作。学会学习,参与数据、信息、知识全程管理和更新。能够熟练使用电子计算机和网络技术管理患者健康档案。

(6) 良好的沟通能力:作为全科医疗的提供者,全科医生应该熟悉社区居民,了解其生活状况、家庭和社区,背景并要与其他成员进行协调配合,如上级医疗机构的专科医生、社区卫生服务机构的其他工作人员。全科医生沟通能力的培养关系到全科医疗服务能否顺利开展。

(7) 良好的应变能力:全科医生身在社区,需要

很强的独立工作能力。全科医疗服务对象常难以预测与多变,每位就诊者都可能带来意想不到的问题,尽管大多属于常见健康问题,但同一问题也会因人而异,甚至有可能碰到较罕见的、复杂的或难以处理的问题,所以全科医生应有良好的人格与心理素质,并能迅速、合理、有效地处理各种健康问题。

(8) 必要的管理才能:全科医生是患者的临床决策者和团队的管理者,应承担起服务计划的制定、组织、协调、控制等管理职能,能持久有效地进行服务质量改进。

5. 全科医生与其他专科医生的区别 全科医生相对其他专科医生而言,是医学领域的通才医生。全科医生与专科医生的不同之处不仅表现在他们的服务理念、对象、内容和范围等方面,还源于他们各自的医学教育背景所形成的知识结构上的差别。就某一专科知识掌握的纵深度而言,全科医生不如该学科的专科医生,然而全科医生拥有多学科横向整合的知识,其具有的知识与技能的宽度与广度是其他专科医生难以涵盖的。毕竟全科医生不是全才医生,不是“万金油”,全科医生的个人力量是有限的,随着社会的发展,疾病谱的改变和社区居民医疗保健需求的增长,全科医生必须与其他专科医生以共同的目标、良好的协调、互补的合作,才能提供优质高效集防、治、保、康、计、教为一体的服务,共同推进我国卫生事业健康持续发展。

(王家骥 王敏 崔树起)

## 第2节 全科医学产生的基础及其发展

### 一、全科医学的发展历程

从世界医学发展的历史来看,全科医学是在近代通科医疗的基础上经过升华而产生的,其发展历程大致包括三个阶段。

#### (一) 通科医生时代

18 世纪初期,欧洲开始出现少数经过正规训练且以行医为终身职业的医生,这些医生仅为少数贵族阶层服务,被称为“贵族医生”。其余大多数为公众提供疾病治疗的服务者被称为“治疗者”(healers/therapists),他们将行医作为副业,大多凭自己的经验和手艺为公众提供治疗服务。18 世纪中期,一些“贵族医生”随着移民潮进入北美,并

以个人开业的方式面向公众提供医疗服务。由于开业医生数量有限,无法满足不断增长的医疗服务需求,使得他们不得不向患者提供诸如验尿、配药、放血、灌肠、缝合等多项服务,这就是全科医生最早的雏形。19世纪初,英国 *Lancet* 杂志首次将这种具有多种技能的医生命名为通科医生(*general practitioners, GPs*),从此通科医疗快速发展。到19世纪末,通科医生一直占据着西方医学的主导地位,当时80%以上的开业医生都是通科医生,这些医生在社区开展诊疗活动,为患者提供从生到死的照顾,他们熟悉社区居民的基本情况,经常到患者家里出诊或提供咨询,是社区居民的亲密朋友和照顾者,在社会上备受尊敬。

## (二) 专科化的兴起与通科医疗的衰落

19世纪,生物学、解剖学、生理学和微生物学等基础医学学科的迅速发展,为现代医学奠定了科学基础。1910年,美国著名教育学家 *Abraham Flexner* 发表了一篇具有历史意义的考察报告,高度肯定和热情推荐 *Johns Hopkins* 医学院把临床、教学和科研结合的新型教育模式。该报告改变了医学教育的方向,从此各医学院校根据不同专科要求重新组织教学,医学从此走上了专科化发展道路。从1910年到1940年间,医学经历了第一次专科化发展的高潮。1917年眼科学会首先成立,此后各种专科医学会相继成立,同时建立了相应的住院医师训练项目。第二次世界大战以后,科技的快速发展促进了生物医学研究的进一步深入,医学向着技术化、专科化的方向突飞猛进,综合性医院如雨后春笋般出现,专科医疗成为医学的主导。

专科医疗服务模式的成功,使得以医院疾病为中心、以专科医生为主导、以消灭生物学疾病为目标的生物医学模式取得了统治性地位。由于医院里装备了各种先进的仪器设备,集中了一大批掌握现代医学知识和专科技能的专家,吸引了越来越多的患者,社区中的通科医生受到社会冷落,数量逐渐减少,其与专科医生的比例从1930年的4:1降到1970年的1:4,通科医疗逐渐衰落。

## (三) 全科医学的产生和发展

20世纪50年代后期,随着人口老龄化进程的加快、慢性病和退行性疾病患病率的上升所导致的疾病谱和死因谱的变化及医学模式的转变,专科化服务模式的内在缺陷以及医疗费用的过快增长逐渐显现出来,世界范围内的医疗卫生事业又面临着一

次巨大的转折。由于医院的专科越分越细,医生很少主动走出医院去家庭访视和照顾患者,使得医疗服务的方便性、可及性、连续性和综合性受到了极大的挑战。现代化的高新技术和仪器设备虽然可以提供高水平的医疗服务,但是各种高科技服务越来越显得机械化、单一化和失人性化,高技术的专科服务逐渐显现出局限性和片面性;面对需要长期健康照顾的老年人,面对控制当前“头号杀手”的慢性疾病必须实施防治一体化、长期负责任式的健康照顾的严峻要求,面对卫生经费过快增长超出人类支付能力的巨大压力,越来越暴露出大医院专科服务的无奈与不足;同时,专科医生越来越细化的专业分工难以综合应对人类天人合一的环境、心理、社会、预防保健、康复、家庭等综合性的健康照护问题。能在基层提供全面的、综合性医疗保健照顾的通科医生又重新为社会所重视,人们开始呼唤通科医疗的回归。全科医学作为一门新兴的综合性医学学科,立足于社区,面向个人和家庭提供集健康教育、预防、保健、医疗、康复、计划生育技术服务等于一体的、连续的、方便而经济的、以人为中心的基本卫生服务,与各种专科医疗服务互相配合、功能互补,逐步发展成为一种世界公认的、理想的基层健康服务模式。

全科医学诞生于20世纪60年代后期,英国、美国、加拿大、澳大利亚等国相继建立了全科医师学会(学院)。20世纪60~70年代,美、加两国又将该学会改名为家庭医师学会,并且将通科医师改称为“家庭医师”(family physician),将他们提供的服务称为“家庭医疗”(family practice),将其指导实践的基础理论知识学科称为“家庭医学”(family medicine)。1969年,美国家庭医疗专科委员会(American Board of Family Practice, ABFP)创立,家庭医学正式成为美国第20个临床医学专科委员会,标志着家庭/全科医疗专业学科的诞生,这是全科医学学科建设的一个里程碑,从此全科医学有了自己的学科/专科,迈入了专业化的行列。2005年,更名为美国家庭医学专科委员会(the American Board of Family Medicine, ABFM)。随后,美国、英国和加拿大等国又建立了相应的全科医学住院医师培训制度,新型的全科医生必须经过3~4年住院医师规范化培训,全科医学在世界范围内蓬勃发展起来。为与历史上曾有的通科医生(*general practitioner, GP*)加以区别,北美(美国、加拿大等)、日本等大多数国家和我国的香港特别行政区及台湾地区将通科医生改称为“家庭医生”,将



通科医疗改称为“家庭医疗”，同时强调家庭和个人与健康之间的关系以及全科医疗以家庭为单位的特点。而英国和英联邦等国家未改变“通科医生”的称谓，仍沿用老词。

我国大陆的全科医学概念最早从香港特别行政区引进，为了改变人们对“通科医生”只通不专、缺乏专业训练的印象；加之“家庭医疗”、“家庭医生”容易与国内常用的“家庭保健医学”、“家庭病床医生”等词混淆，现将“general practitioner”翻译为“全科医生”，以示其服务全方位、全过程的特点，故一直称谓全科医学、全科医生。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。尽管我国引进这一学科时间不长，但是各地的全科医学工作者做了大量开创性工作，为建立适合中国国情的全科医学学科、全科医疗服务模式与全科医学教育体系进行了艰辛的理论与实践诸方面的探索，取得了许多有益的经验与成果，使越来越多的人认识到全科医学的发展将有助于解决我国医疗卫生服务提供欠公平、费用增长过快、资源浪费与不足并存、基层医疗水平低与人才流失、预防保健工作薄弱以及预防与医疗严重分离、人口老龄化与疾病谱改变导致的服务需求变化乃至医疗体制改革面临的一系列深层次问题。加快发展全科医学以及社区卫生服务已成为我国医疗卫生体制改革和发展的必然需求和突破口。

1972年，世界家庭医生组织(World Organization of Family Doctors, WONCA)在澳大利亚墨尔本正式成立，WONCA已成为世界各国全科医生提供学术和信息交流的组织及WHO的重要合作伙伴，促进了世界范围内全科医学的发展。WONCA成立之初仅有18个成员组织，1994年中华医学会全科医学分会成为其正式团体会员，到2008年年底，WONCA已经拥有99个国家119个会员组织，代表着25余万名全科/家庭医师会员。WHO和WONCA指出，在21世纪，全科医生与专科医生的比例至少应达到1:1，即平均每2000人口应有一名全科医生，以满足社区居民对基层卫生保健的需求。因此，加快发展全科医学，大力培养全科医生已成为很多国家发展基层医疗保健的重要任务之一。

## 二、全科医学产生和发展的基础

全科医学的产生与发展不是偶然的，而是特定历史条件下的必然产物，是医学科学发展的必然，

也是经济社会发展的必然。

### (一) 人口的迅速增长和老龄化进程的加快

第二次世界大战以后，世界各国经济条件普遍改善，人民生活水平不断提高，加之卫生事业的迅速发展，人民健康水平不断提高，人口死亡率显著下降使世界人口迅速膨胀，世界人口从1950年的25亿激增到1987年的50亿，2009年已达到68亿。由于增长的人口相对集中于现代化大都市，人口过剩使生活空间过度拥挤、公共设施明显不足、生活节奏加快、人际关系紧张、竞争激烈、卫生服务供需之间出现尖锐矛盾，这种状况已成为危害公众健康的重要问题。

在世界人口迅速增长的同时，老龄化问题日趋严重，许多发达国家和部分发展中国家已经进入老龄化社会(65岁及以上人口占总人口比例超过7%或60岁及以上人口占总人口比例超过10%)。我国老龄人口是人口中增长最快的群体。2008年，全国60岁以上老年人为1.67亿。到2020年，这一群体将达到2.48亿，到2050年更将超过4亿，届时每4个人中就有1个老年人。目前，我国80岁以上的高龄老人已经超过2000万。到本世纪下半叶，将保持在8000万~9000万，高龄化水平达到25%~30%。根据联合国预测，21世纪上半叶，中国将一直是世界上老年人口最多的国家，占世界老年人口总量的1/5。2006年，中国已有21个省(区、市)成为人口老龄型地区，老龄化比率上升迅猛，每年以3.2%的速度增长。在一些大城市，老龄化趋势更加明显，上海、广州等地老龄人口已达到或超过18%，老龄化压力已经开始显现。

人口老龄化是当今世界重大社会问题。一方面，带来了老年人自身健康方面的问题，诸如营养与保健、福利与保障等。由于老年人患病率高、行动不便、经济来源有限等客观原因，要求改变卫生服务模式，就近能够得到预防、保健、医疗和康复等一体化的卫生服务。另一方面老龄化也带来一些社会经济问题，如劳动年龄人口比重下降，赡养系数增大；独生子女家庭的后代要照顾多位老人已无法应对。因此，人口过多和老龄化必然影响到卫生服务的供需变化，加剧了卫生服务供需之间的矛盾，迫切要求提高国家的社会化发展进程，大力加强社区服务和社区卫生服务。

### (二) 疾病谱和死因谱变化

20世纪初期，世界各国传染病、寄生虫病、感染

性疾病以及营养不良等疾病的发病率和死亡率都很高。到了20世纪中叶,随着第一次卫生革命的成功和人们营养状态的普遍改善,影响人类健康的主要问题不再是各种传染病和营养不良症,取而代之的是由不良生活方式、行为习惯和退行性病变引起的各种慢性非传染性疾病。20世纪80年代,心脑血管疾病、恶性肿瘤以及意外死亡已经成为世界各国居民共同的前几位死因。慢性非传染性疾病造成的疾病负担不断增加,据估计,2005年全球慢性非传染性疾病导致的死亡人数已达3500万,占全球总死亡人数的60%。与此同时,一些老的传染病如结核、疟疾等死灰复燃;艾滋病、SARS、H1N1等新传染病不断涌现,人类仍然面临着各种传染病的威胁。

疾病谱和死因谱的变化对医疗服务模式提出了更高的要求。各种慢性非传染性疾病的病因和发病机制复杂、病程漫长,常涉及身体的多个系统、器官,且缺乏特异性的治疗手段。对付这类疾病必须基于社区,防治结合,需从改变不良行为生活方式,调整心理压力,消除心理、环境和社会致病因素等方面着手,需要人性化、综合性、持续性的长期基层医疗卫生保健服务,这导致了社会对全科医生价值的再思考,重新呼唤发展全科医学。

### (三) 医学模式的转变和健康概念的扩展

医学模式(medical model)又称医学观,是人们在长期的医学实践中形成的观察与处理医学问题的方法,是对疾病和健康总的特点和本质的概括,它形成于医学实践,反过来又对医学实践起着重要的指导作用。人类历史上经历了神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、机械论医学模式、生物医学模式和生物-心理-社会医学模式。

从医学历史看,生物医学模式对现代医学的发展影响很大,使人们从生物学的观点来认识疾病和健康的关系,使人类在传染病防治上取得了重大进展。但是随着医学的发展和疾病谱的变化,生物医学模式渐渐显现出其片面性和局限性。人们的卫生保健需求在不断提高,要求增进健康、延年益寿,要求保持良好的行为生活方式和健康的心理状态。这些变化最终促使生物-心理-社会医学模式产生。1977年,美国精神病学专家G. L. Engle正式提出了生物-心理-社会医学模式。其观点迅速为人们所接受,成为医学教育、医学研究、临床服务的指导思想。生物-心理-社会医学模式是系统论的思维方式,它认为人的生命是一个开放的系统,通过与周围环境的相互作用以及系统内部调控能力决定

健康状况。生物医学模式时期,医生只注意到身体和疾病,而忽略了患者是一个具有心理活动的社会人,医生的思维仅局限于“治病不治人”的阶段,只是用药物或手术来消除疾病,而不考虑患者生活在特定的环境里,具有一定的社会关系,一定的心理状态制约着人体的生理功能。生物-心理-社会医学模式充分地将人体与环境、心理、社会等因素之间的相互联系与相互作用考虑在内,必然在治疗疾病时会考虑到生物、心理、社会的等多方面因素,使人们更全面地认识健康与疾病的问题。

随着社会的进步以及医学模式的转变,人们对健康的认识逐渐深化,健康的内涵不再局限于“无病”或“无虚弱的状态”,而是被赋予了更多的人文和社会内涵。1948年,WHO明确指出:“健康不仅是没有疾病和虚弱,而是身体的、精神的健康和社会适应的完好状态”。新的健康概念受到了人们的广泛认同,传统的医学理念、单纯的生物医学模式的治疗已经不能达到“身体上、精神上和社会适应上的完好状态”的目标,因此,“医学以促进人类健康为目标”理念的实现形式——全科医学应运而生,并得到飞速发展。

### (四) 卫生经济学压力和卫生改革的需要

20世纪60年代以来,由于医疗服务的高度专科化和高新技术的普遍应用,世界各国普遍面临医疗费用高涨的问题。以美国为例,1970年的医疗费用占GDP的7.3%,1991年上升到13%,现在已达14%~16%。与此同时,卫生资源的分布严重不均衡,这些资源有85%以上被用于危重病患者,仅有少部分用于成本效果好的基层卫生和公共卫生服务。医疗费用的过快增长给政府、社会、家庭和个人带来了难以承受的巨大压力,然而对改善人们健康状况却收效甚微。在我国,70%左右的人口在农村,但农村拥有的卫生资源仅占总数的20%;在城市,卫生资源过分向大医院集中,基层医院和社区卫生服务机构人、财、物等卫生资源相当匮乏。这些卫生经济学方面的压力,都迫切需要深化卫生改革,从卫生服务体系、服务模式等根本问题上寻求出路。

## 三、我国全科医学事业的发展

### (一) 全科医学的引入

20世纪80年代后期,中国大陆引入了全科医学概念。1986~1988年,当时的世界家庭医生组

织(WONCA)主席 Rajakumar 博士和李仲贤医生(Peter Lee)多次访问北京,建议中国发展全科医学。1989年,首都医科大学成立了国内第一个全科医学培训机构——全科医生培训中心,同年11月,在众多国际友人的帮助下,在北京召开了第一届国际全科医学学术会议,促进了全科医学概念在国内的传播,对我国全科医学的发展起到了重要的推动作用。此后,我国继续得到了 WONCA 以及加拿大、以色列等地区的全科医学专家的支持和热情帮助,在国内外热心人士的共同努力下,全科医学开始在中国生根发芽。1993年11月,中华医学会全科医学分会在北京正式成立,标志着我国全科医学学科的诞生。

## (二) 全科医学的发展

全科医学引入我国后,国内专家和学者对全科医疗模式进行了大胆试点,努力探索适合中国国情的全科医学理论和实践体系。随着我国医疗卫生体制改革的不断深入和医学科学的发展,国家越来越重视全科医学的发展。自从1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》做出“加快发展全科医学,培养全科医生”的重要决策以来,相关部门出台了一系列政策法规,为我国全科医学的发展提供了良好的政策环境,全科医学的发展步入了一个新的历史时期。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)》等,提出了我国全科医学教育的发展目标。2006年,《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》明确提出“加强高等医学院校的全科医学、社区护理学科教育”。同年,人事部、卫生部、教育部等五部委联合颁发的《关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见》还指出:“有条件的医学院校要成立全科医学/家庭医学系、社区护理学系,将该类学科纳入学校重点建设学科整体规划之中”,“高等医学院校要创造条件积极探索全科医学研究生教育,有条件的高等学校要举办全科医学研究生学位教育”。2010年3月国家发改委等6部委又联合下发了《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍发展规划》。这些文件为我国新时期全科医学的发展指明了方向。

近年来,随着城市社区卫生服务的深入开展,全科医疗在我国蓬勃开展起来,各地根据当地社会经济发展水平和群众的需求,充分利用现有资源,改革原有基层医院的功能,建立了不同体制、多种

形式的社区卫生服务机构。据卫生部发布的统计公报,全国2009年底已设立社区卫生服务中心(站)27308个,其中社区卫生服务中心5216个,社区卫生服务站22092个。与上年相比,社区卫生服务中心增加了1180个,社区卫生服务站增加了1868个。社区卫生服务中心人员20.6万人,平均每个中心39人;社区卫生服务站人员8.9万人,平均每站4人。社区卫生服务中心(站)人员比上年增长7.6万人,增长34.8%。2009年,全国社区卫生服务中心诊疗人次为2.6亿人次,比上一年增加0.9亿人次;住院人数164.2万人;医师人均每日担负诊疗人次为14.0。社区卫生服务站提供诊疗人次1.2亿,医师人均每日担负诊疗人次13.7人次,基本形成了覆盖全国城市的社区卫生服务网络。在社区卫生服务机构覆盖面明显扩大的同时,各地逐渐加大人才培养的力度,积极开展社区全科医生、护士岗位培训,社区卫生人才队伍建设得到明显加强,目前全国城市地区从事全科医疗和社区卫生服务的卫生技术人员已达到29.5万人。

在各级政府的领导和关怀下,全科医学在我国的发展势头良好。目前,全国10余个省、市、区建立了地方全科医学分会。《中国全科医学》、《中华全科医师杂志》和《全科医学临床与教育》杂志分别于1998、2002和2003年创刊。2003年,WONCA在北京召开了第13届亚太地区会议。中国医师协会全科医学分会的成立,使全科医生有了自己的服务、协调、自律、维权、监督、管理的行业组织。2000、2002、2006、2008和2010年分别在澳门、昆明、北京、台北和北京召开了海峡两岸(大陆、台湾、香港、澳门)全科/家庭医学学术会议,加强了彼此全科医学与家庭医学界的学术交流。

## (三) 全科医学教育

我国的全科医学教育培训从20世纪80年代末开始试点,1999年首届全国全科医学教育工作会议的召开,标志着我国全科医学教育工作的全面启动,进入规范化发展阶段。经过十几年的发展,目前已初步建立了适合我国国情的全科医学教育体系,包括医药院校医学生全科医学教育、规范化培训、岗位培训、继续医学教育等。在制度建设方面,卫生部已组织并下发了一系列全科医学教育的文件和标准;在组织建设方面,一些省(市)相继成立了以卫生厅(局)或分管厅(局)长为组长的全科医学教育工作领导小组;在网络建设方面,形成了以国家培训中心为龙头,省培训中心为骨干的全科



医学培训网络。此外,各省(市)积极开展师资队伍以及临床/社区实践教学基地的建设工作,卫生部和教育组织专家编写出版了供本(专)科生使用的全科医学相关教材和全科医学培训规划教材,目前,一些医药院校相继建立了全科医学学院(系)或研究所,同时正在积极探索适合我国国情的全科医学本科及研究生学历教育,并已有了毕业生。

虽然近年来我国全科医学的发展取得了一定的成绩,但由于我国与发达国家在观念、教育体制以及卫生服务模式等方面存在着很大差别,全科医学的发展仍面临许多困惑和挑战。随着居民健康保健需求的增加以及我国医药卫生体制改革的全面推进,迫切需要具备社区综合防治能力的全科医学人才充实到社区卫生服务队伍中去,为全科医学提供了良好的发展机遇和广阔的应用空间。

(王家骥 王敏 陆召军 张立威)

### 第3节 全科医学的方法论

全科医学的特色不仅在于知识和技能的宽广程度,且还突出于它在观察和解决问题时所秉持的哲学及一系列独特的医学观、方法论和基本原则。哲学与医学的结合是全科医学的灵魂,只有深刻的把握其哲学内涵,才能理解全科医学产生与发展的历史必然性及其现实意义,才能整合和综合性地应用来自许多学科领域的知识和技术,为成为一名合格的全科医生打下坚实的基础。正因为全科医学具有独特的世界观、方法论和理论基础,才使之成为真正意义上的独立专业学科,否则只能是来自其他学科的一些片段知识和技术的简单堆积。所以,认真学习掌握全科医学的哲学基础和方法论,是转变医学观念和临床思维方式的重要基础。

#### 一、系统论

系统论是关于研究一切综合系统及子系统的一般模式、原则和规律的理论体系,是20世纪科学方法论研究的一项重大成果,它彻底改变了世界的科学格局和当代科学家的世界观和思维方法,对医学模式的转变产生了深远的影响。全科医学在一般系统论的指导下,克服了19世纪末以来的生物医学模式机械的世界观和归纳方法的局限性,并建立了系统、全面、综合的科学方法论。

在生物医学模式指引下,现存的医疗系统已被肢解成越来越多的专科,分科过细常使患者被推来推去,还造成医生的知识面也越来越窄,以致漏诊率、误诊率居高不下。为了克服这种弊端,在实践以患者为中心的服务模式中,根据患者的需要,全科医学充分体现了整体医学(integrative medicine或 holistic medicine)的要求,力求为患者提供整体服务。整体医学是从患者的健康出发,围绕患者的需要,整合利用一切可用的卫生资源为患者提供整体服务,以达到最佳服务效果,由此就需要依据系统论来改造现行卫生服务系统,尽快推动整体医学和全科医学的发展。

#### (一) 系统的概念与基本特征

系统是指由部分或元素按一定的规则相互作用、相互依赖而构成的一个整体,它包括一种和谐的排列或类型,还包括一种相互结合的动力程序,其基本特征主要有:

1. 系统的层次性 世界是一个多层次、具有严格等级程序的世界,从宇宙→总星系→星系→恒星→地球→地面物体→生态系统→社会→社区→家庭→人→器官→组织→细胞→分子→原子……客观世界的层次性是由于其发展的阶段性而产生的,而且是不可穷尽的,因为事物在某个阶段的发展又具有多样性和突变性的特点。人是有机体等级的最高层次,却是社会等级的最低层次。不同层次之间的系统是相互联系的、相互作用的,任何事件都不是单一因果关系链的结果,而是所有较高级的系统和所有较低级的系统工作作用于一个事物整体所产生的复合物。疾患就是外环境中的物理、化学、生物、家庭、社区、社会、文化、生态等较高级的系统与人体内部的神经、内分泌等较低级的系统共同作用于人这一整体而产生的复杂结果。

2. 系统的整体性 系统是由若干要素或子系统组成的具有一定新功能的有机整体,系统整体的性质和功能已明显不同于各个子系统或要素的性质和功能,也不等于各要素性质和功能的简单相加,每一个系统都有自己的质的规定性。任何一个系统只有把它作为一个整体来加以研究时,才能把握到它的本质。医学实践中,分别研究家庭中的每一个人无法完整地理解一个家庭,只有研究了家庭成员之间的相互作用类型和相互作用的结果,才能完整地理解这个家庭。

3. 系统的开放性 现实的系统都是开放的系统,封闭的系统是不存在的。开放的系统与周围环

境形成了一个交界面,通过这一交界面与周围环境交换物质、能量和信息,以维持自身的活力、完整性和稳定性。因此,在对疾病进行研究时,不能简单的将其看做是人的病,而应该充分考察病的人所处的特殊背景和环境,显然家庭和社区具有重要位置。

**4. 系统的目的性** 系统的目的性是系统变化的阶段性和系统发展变化的规律性的统一。人体是一个复杂的有机系统,在疾病的过程中有着其自愈性,康复很大程度上依赖于患者的自然痊愈能力。因此,患者本身才是康复的决定性因素,在全科医疗过程中要充分尊重患者的决定权。

**5. 系统的稳定性** 系统总是在发展中求稳定,在稳定中求发展。人不是一个简单生物体,这个模板一方面是遗传密码和有关的规则;另一方面,却是一定文化和社会背景中的行为规范和道德准则。

**6. 系统的相似性** 系统相似性的最根本原因在于世界的物质统一性,没有物质统一性的相似是不现实的相似。相似也体现着一般性,系统的一般性不可能代替系统的特殊性,它们是构成系统性的既对立又统一的两个方面。

**7. 系统的突变性** 宇宙通过突变产生新的星系,社会通过突变而改变政治形态,基因突变产生新的物种,思维突变产生灵感。突变是一种不可逆的质变,但仍然是一种在一定性质范围内的质变,突变物与原系统具有质的相似性。

## (二) 一般系统论的方法论特征

一般系统论的方法论特征包括:

(1) 应该分别从以下三个方面去认识事物:

1) 事物完整的背景、所有的联系和影响。

2) 事物的整体特性和目的。

3) 构成事物所有部分的特性、部分之间的相互联系、相互作用及其结果。

(2) 把任何一个事件都看成是所有有关因素共同作用的复合物。

(3) 用连续、发展、动态、开放、全面、非线性的观点来看问题。

(4) 凡是影响作为一个整体的系统的事物将影响系统的每一个部分。

(5) 系统内任何一个部分的变化将影响系统的所有部分,也将影响系统整体,系统整体还将制约着部分之间的相互作用。

(6) 整体不等于部分之和,整体往往大于部分之和。

(7) 应该从整个系统等级来了解事件的原因、联系和影响,从宇宙到分子,从生态、社会到家庭。

(8) 任何一个事件的发生都有内容和过程两个方面。疾病的症状、体征和其他表现是内容,而疾病的发生、发展和变化及其规律就是过程。专科医生注重于了解内容,而全科医生注重于了解过程。

## 二、一般方法论

亚里士多德是科学方法论的创始人,他首创了科学认识“归纳—演绎”的方法论程序模式。科学的方法就是归纳与演绎之间的有机结合。培根极力提倡以实验为基础的归纳法。他认为,人对事物的认识是从个别的、特殊的现象开始的,经过抽象和概括上升到一般和普遍的原理。科学就在于用理性方法去整理感性材料。归纳分析、比较、观察和实验是理性方法的重要基础。笛卡尔则重视理论的作用,提倡数学演绎法,创立了以数学为基础、演绎法为核心的科学方法论。伽利略把培根的实验法与笛卡尔的数学法结合在一起,创立了实验-数学方法,彻底改变了自古以来从直观感觉或臆想出发,凭借纯粹的逻辑推演出结论的思辨方法,为自然科学的发展做出了重大贡献。伽利略强调,对直观感觉材料要从数学方面做出理性分析,由演绎得出的结论要通过实验验证,只有这样才能使自然科学有坚实的基础,定量和定性相结合的结论才能成为科学的理论。伽利略的科学方法论为近代自然科学的研究开辟了一条正确的道路。

### (一) 归纳与演绎

归纳是一种从个别到一般、从特殊到普遍的逻辑推理方法,而演绎却是一种从一般到个别、从普遍到特殊的逻辑推理方法。归纳必须以一般原理为指导,依赖演绎确定其研究目的和方法;演绎必须以归纳为基础,依赖归纳为其提供推理的前提,人们对事物正是从个别到一般,又从一般到个别循环往复不断深化的过程。

**1. 归纳法** 归纳法可以分为完全归纳法和不完全归纳法。由于医学现象和规律纷繁复杂,无法穷尽,因此,完全归纳法很难采用。不完全归纳法有简单枚举法、统计归纳法和判明因果联系归纳法。在医学研究中应用较多的穆勒五法是建立在因果关系逻辑推理的单一决定论思想上的,忽视了客观事物和现象的运动、联系、变异和多样性。归纳法推理出来的一般性结论并不一定可靠,它还需