



基层医院的整体策划与 建筑设计方法

董黎 张南宁 等著



科学出版社

基层医院的整体策划 与建筑设计方法

董 黎 张南宁 等 著

国家自然科学基金项目“基于新医改背景的基层医院建设
整体策划及适宜设计方法研究”（项目批准号：50978061）

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书回顾了我国医院建筑的演进过程与发展动态,阐述了我国医疗体制与基层医院建设的内在联系问题,并采用信息资源和应用技术整合的方法,选取有代表性的城市或区域背景的案例,分类型、分区域进行了关于基层医院的专题研究;通过新医改的框架,将不同视角和不同层面的基层医院建设案例联系起来,从而构成一个有机、整体的研究过程。在此基础上,本书进一步探讨了在不同医疗体制中的基层医院建设的差异情况、基层医院建设的前期策划及实践工程总结、基层医院建设的若干技术问题等,系统归纳了基层医院建设策划的理论及方法,较全面地覆盖了当前基层医院建设发展的主要矛盾和难点问题。

本书对于中小型医院建筑设计理论和方法研究具有重要的参考价值和借鉴意义;亦可为从事医院建筑设计、卫生设施布局规划等工作的技术人员,以及从事医疗卫生政策研究的社会学研究人员等提供有益的资料帮助或研究思路;同时也可供医院建设管理部门作为科学决策依据。

图书在版编目(CIP)数据

基层医院的整体策划与建筑设计方法/董黎,张南宁等著. —北京:科学出版社, 2014

ISBN 978-7-03-040611-8

I. ①基… II. ①董… ②张… III. ①医院-规划布局 ②医院-建筑设计 IV. ①R197.32 ②TU246.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 097434 号

责任编辑:王 钰 袁莉莉 / 责任校对:刘玉靖

责任印制:吕春珉 / 封面设计:耕者设计工作室

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>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行

各地新华书店经销

*

2014 年 6 月第 一 版 开本: B5 (720×1000)

2014 年 6 月第一次印刷 印张: 22

字数: 439 000

定价: 88.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈双青〉)

销售部电话 010-62140850 编辑部电话 010-62148322

版权所有, 侵权必究

举报电话: 010-64030229; 010-64034315; 13501151303

前 言

2009年1月21日,国务院常务会议审议并原则通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009~2011年深化医药卫生体制改革实施方案》,明确部署了五项医改政策,其中第三条是健全基层医疗卫生服务体系,重点加强县级医院(含中医院)、乡镇卫生院、边远地区村卫生室和困难地区城市社区卫生服务中心建设。为保障新医改政策的落实,在实施方案的三年期间,各级政府预计投入8500亿元。新医改改革方案的正式实施,标志着我国公共医疗政策已发生了重大转折。

医院建筑的发展与国家公共政策、国家或地区经济实力、社会大众的实际支付能力、医疗科学技术的发展程度、医院管理水平等密切相关。对于基层医院,不仅是从政策层面重新审视基层医院的角色定位,充分发挥基层医院卫生保健功能的问题,更重要的是通过国家投入来建立能够承担起公共服务设施职能的社会医疗健康保障体系。因此,一种符合新医改目标的、能为社会民众所接受的社会医疗保障体系,将会为医院建筑的设计指明发展方向。新医改方案实施是基层医院从简陋医疗用房向现代医院转型的重大机遇,只有基层医院逐渐完成了从原有形态向现代医院的过渡之后,承担公共服务设施职能的社会医疗健康保障体系才能有效发挥作用。同样,基层医院也必须以良好的空间环境、硬件设备、医疗水平来获得人民群众对新医改政策的信心和信任度,真正实现医疗资源的合理配置。

进入21世纪,在国家各领域取得巨大成就的同时,我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展要求不适应的现象已引起社会普遍关注。例如,城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,卫生资源配置不合理,公共卫生和农村、社区医疗卫生工作较为薄弱,医疗保障制度不健全,药品生产流通秩序不规范,医院管理体制和运行机制不完善,政府卫生投入不足,医药费用上涨过快,个人负担过重等问题导致了人民群众的强烈反映。在市场经济的推动下,

大部分省会城市中的大型医院都利用自有结余资金或向银行贷款进行了大规模的自身扩张。同时,新医改政策允许由民间举办医疗机构,部分社会资金也迅速进入了医疗市场,形成了国家、社会、医院对医院建设进行资金投入的格局。这种投入机制虽能补充国家财政资金的不足,但也打破了原有三级医疗服务网络的平衡,大型医疗机构在急剧扩张,几乎垄断了大部分医疗市场,基层医疗机构却因得不到政策、技术力量和资金扶持而不断萎缩,甚至造成了基层医疗机构的工作效率低下、日常运营困难的情况。基层医院是承担社会卫生服务责任的基本载体,也是我国医疗卫生服务事业的重要组成部分,截至2011年年底,我国的基层医院达到57 927家,是我国医院体系中的主要力量,是直接面向城市社区或农村乡镇为基层居民提供卫生防疫、病患救治、健康指导和医疗保健的基层医疗机构。2009年4月,卫生部公布了医药卫生体制改革2009~2011年重点实施方案。该方案对加强基层医疗卫生机构建设,完善农村三级医疗卫生服务网络提出了目标,即确定在方案实施的三年期间内,中央重点支持2000所左右县级医院(含中医院)建设,使每个县至少有1所县级医院基本达到标准化水平,另外,在三年期间内还要新建、改造3700所城市社区卫生服务中心和1.1万个社区卫生服务站。国务院于2012年10月8日正式发布了《卫生事业发展“十二五”规划》,再次提出优先建设发展县级医院,提高服务能力和水平,使90%的常见病、多发病、危急重症和部分疑难复杂疾病的诊治、康复能够在县域内基本解决;继续加强乡镇卫生院和村卫生室建设;积极推进乡镇卫生院和村卫生室一体化管理;建立社区卫生服务机构与大医院、专业公共卫生服务机构上下联动、分工明确、协作密切的城市医疗卫生服务体系。医院建筑与公共医疗政策紧密关联,新医改实施方案指明了未来我国医院建设的发展方向和预定目标。可以预见:过去那种对基层医院建设几乎不投入、不重视、不研究的状况将在相当程度上得到纠正,在新医改的背景下,必将有大量基层医院进入新一轮的建设过程。

在国家的“十二五”发展规划期间,扩大内需和改善民生已成为当前的执政理念,基层医院有可能得到更进一步发展的新机遇,但新医改方案落实到政策层面、社会层面以及医院管理层面都需较长的探

索过程,其中还有相当大的不确定性。从基层医院建设的角度来看,基层医院建设滞后于体制改革是不言而喻的,因此,基层医院建设应从医院整体策划起始,通过适宜设计方法及相应技术措施来进行全面更新,并留有适当的发展余地,其最终目标是创造既能与医改的目标相适应,又能较好地体现出当代医疗水准和服务质量的基层医院室内外空间环境。

本书是国家自然科学基金项目“基于新医改背景的基层医院建设整体策划及适宜设计方法研究”(项目批准号:50978061)的研究成果。该项目的主持者是董黎和张南宁。为了较全面地完成该项课题,课题组系统地进行了分项研究,先后有三届硕士研究生参加了课题研究工作,因此,本书也是课题组成员集体工作的结果。

本书各章的专题研究者名单如下:第1章,董黎、郝虹琳;第2章,张南宁、董黎;第3章,张南宁、董黎;第4章,李清河;第5章,郑锐嘉;第6章,林华良;第7章,邹倩;第8章,刘淳熙;第9章,孙婧;第10章,陈芝颖;第11章,罗志华、洪惠群、董黎。

需要特别说明的是:第4章~第10章的初稿是本课题组所完成的各分项专题研究,提交专题研究成果形式是硕士学位论文;第4章~第8章的指导教师由董黎担任;第9章的指导教师由董黎和王玉担任;第10章的指导教师由董黎和张南宁担任。因全书的结构和编排需要之故,纳入本书的内容由董黎进行了较大幅度删节或改写,若与原有专题研究成果有出入,其文责由董黎负责。

本项成果总结了中国医院建筑的演进过程与发展动态,阐述了中国医疗体制与基层医院建设的内在联系问题,并采用了信息资源整合和应用技术整合的方法,分类型分区域进行了关于基层医院专题研究,分别进行了关于大型城市近郊基层医院建设的案例研究、关于中小城市基层医院建设的案例研究、关于经济欠发达地区的基层医院建设案例的研究、关于小城镇医院建设的案例研究、关于城市社区卫生服务中心建设的案例研究等,这五项专题都具有一定的区域或城市背景的特殊性,也是我国全民医疗健康制度和医院建设最薄弱的地方,能够较全面地覆盖当前基层医院建设与发展的主要矛盾和难点问题,代表新医改所要的最终实现目标。在此基础之上,本项成果还包含了不

同医疗体制的基层医院建设专题研究、基层医院建设的前期策划及实践研究以及关于当前医院建设的若干技术问题探讨,归纳了关于基层医院建设的适宜性设计方法及策略,共同构成了对中国基层医院建设的系列研究,在一定程度上弥补了建筑学术界长期忽视中小型医院建筑研究的缺憾,对推进中国医疗改革的顺利进行及深化医院建筑综合设计理论研究,都具有重要的现实意义和应用价值。

目 录

前言

第 1 章 中国医院建筑发展的历史回顾	1
1.1 中国近代教会医院建筑	1
1.1.1 中国近代教会医院的传播	1
1.1.2 中国近代教会医院的发展过程	4
1.1.3 中国近代教会医院的社会意义	6
1.2 国立医院建设的早期实践	8
1.2.1 公共卫生建设的普及与发展	8
1.2.2 国立医院建筑实践的典型作品	9
1.3 中国医院建筑模式的确立	13
1.3.1 20 世纪 50 年代后的发展状况概述	14
1.3.2 中国医院建筑的基本形态	15
1.3.3 20 世纪 80 年代前的中国医院建设评述	18
1.4 中国医院建筑的现代化历程	19
1.4.1 20 世纪 80 年代之后的中国医院发展概述	19
1.4.2 中国现代化医院建筑布局集中化倾向	24
1.4.3 中国现代医院对医技科室的依赖性	25
1.4.4 中国现代医院的“大而全”设计理念	25
1.5 中国医院建筑的成就与悖论	26
第 2 章 中国医疗体制与医院建设	28
2.1 中国医疗体制的沿革	28
2.1.1 新中国成立初期（1949~1964 年）	28
2.1.2 “文化大革命”时期（1965~1977 年）	29
2.1.3 改革开放时期（1978~1999 年）	31
2.1.4 跨世纪之后（2000 年至今）	32
2.2 中国的医院建设	34
2.2.1 中国医疗服务体系与医院分级制度	34
2.2.2 医院建设的投入机制	35
2.3 医药卫生体制改革与中国基层医院建设	36
第 3 章 中国基层医院建设的基本概况	39
3.1 基层医院的定义	39
3.2 基层医院的发展历程	39

3.3	基层医院建设的规模	41
3.4	基层医院建设资金来源	42
3.5	基层医院建设急需解决的问题	45
第4章	大型城市基层医院建设与案例研究——以广州近郊基层医院为例	47
4.1	广州近郊基层医院概况	47
4.1.1	广州地区医疗资源概况	47
4.1.2	各级医疗机构资源差异	48
4.1.3	广州近郊基层医院建设的基本问题	50
4.1.4	广州近郊基层医院功能布局与流线分析	54
4.2	广州近郊基层医院更新改造方法与措施	58
4.2.1	基层医院建筑更新改造方法	58
4.2.2	基层医院建筑的更新措施	63
4.3	基层医院各主要部门的空间改造处理	67
4.3.1	门诊部的空间改造	67
4.3.2	医技部的空间改造	70
4.3.3	住院护理单元的空间改造	72
4.4	广州近郊基层医院更新改造建议	78
4.4.1	基层医院的人性化设计	78
4.4.2	基层医院的绿色节能设计	80
第5章	中小型城市基层医院建设的案例研究——以广东汕头市城区基层医院为例	82
5.1	汕头市中心城区基层医院概况	82
5.1.1	汕头市中心城区医院历史概况	83
5.1.2	汕头市中心城区医疗需求概况	86
5.1.3	中心城区医疗资源配置概况	88
5.1.4	中心城区基层医院建筑现状	92
5.2	汕头市中心城区基层医院规划策略	97
5.2.1	中心城区基层医院规划的改进方法	98
5.2.2	基层医院规划指标的确定	99
5.2.3	各区基层医院规划改进措施	100
5.3	汕头市中心城区基层医院建筑设计的改进方法	105
5.3.1	外部空间布局设计	106
5.3.2	门诊部设计的改进方法	109
5.3.3	医技科室设计的改进方法	114
5.3.4	住院部设计的改进方法	118
5.4	汕头市中心城区基层医院的外观设计	121
5.4.1	现代医院建筑外观设计的趋向	122
5.4.2	基层医院外观设计的改进措施	123

5.4.3 提升医院硬件设施建设水平	124
第6章 经济欠发达地区的基层医院建设案例研究——以广东省粤西基层医院为例	126
6.1 粤西基层医院概况及新医改发展趋向	126
6.1.1 粤西基层医院服务需求构成现状	126
6.1.2 粤西基层医院医疗资源的分布情况	128
6.1.3 粤西地区基层医院发展的制约因素	133
6.1.4 新医改背景下粤西基层医院面临的新机遇	134
6.2 粤西基层医院分类分级方法及与之相适应的建设标准探讨	135
6.2.1 合理的分类分级方法	135
6.2.2 与分类分级方法相适应的建设标准	137
6.2.3 发达及欠发达地区建设标准的探讨	141
6.3 粤西地区基层医院建筑适宜性设计方法	143
6.3.1 基层医院门诊部设计	143
6.3.2 基层医院住院部设计	145
6.3.3 基层医院医技部设计	145
6.3.4 基层医院手术部设计	147
6.3.5 基层医院节约型设计	155
6.4 粤西地区基层医院发展策略	156
6.4.1 基层医院新建策略	156
6.4.2 基层医院改扩建策略	157
6.4.3 粤西地区基层医院改扩建的发展趋势	163
第7章 小城镇医院建设的案例研究	165
7.1 新医改下小城镇医院面临的新局面	165
7.1.1 我国小城镇医院建设的主要问题	166
7.1.2 小城镇医院建设发展的制约因素	168
7.2 小城镇医院建筑的调查与分析	169
7.2.1 建设规模分析	169
7.2.2 小城镇医院内部功能分析	171
7.2.3 小城镇医院的规模与定位分析	176
7.3 小城镇医院的适宜性设计方法	177
7.3.1 总体规划设计	177
7.3.2 小城镇医院门诊部的适宜性设计	180
7.3.3 小城镇医院病房的适宜性设计	185
7.3.4 小城镇医院的医技科室设计	191
7.3.5 小城镇医院交通空间处理	196
7.4 小城镇医院建设发展的策略研究	198
7.4.1 小城镇医院的发展途径	198

7.4.2 关于小城镇医院建设的设计建议	198
7.4.3 小城镇医院建设适宜性设计方案控制	199
第8章 城市社区卫生服务中心建设研究	201
8.1 社区医疗建筑的调查与分析	202
8.1.1 调研范围及对象	202
8.1.2 北京市及天津市医疗现状	202
8.1.3 社区卫生服务中心的建设现状考察	205
8.1.4 社区卫生服务中心的建设规模分析	207
8.2 社区卫生服务中心策划研究	211
8.2.1 功能定位	211
8.2.2 卫生资源配置	213
8.2.3 交通区位分析及建设用地分析	214
8.3 社区卫生服务中心的规模分级	215
8.3.1 功能框架	215
8.3.2 规模分级依据分析	216
8.3.3 床位配置	219
8.4 社区卫生服务中心设计方法	220
8.4.1 外部空间设计	220
8.4.2 内部空间设计	224
8.4.3 流线组织方式	228
8.4.4 诊疗空间设计要素	229
8.4.5 病房空间设计要素	230
8.4.6 物理环境设计要素	233
8.4.7 公共空间设计	234
8.5 国外社区卫生服务模式研究	235
8.5.1 美国模式	236
8.5.2 英国模式	237
8.5.3 其他模式	237
第9章 不同医疗体制的基层医院建设案例研究——以广州与高雄为例	239
9.1 广州市医疗卫生设施现状研究	239
9.1.1 广州市各级医疗卫生设施资源发展现状	239
9.1.2 广州市医疗卫生设施服务现状	241
9.1.3 广州市医疗卫生设施配置特色及评述	246
9.2 高雄市医疗卫生设施现状研究	249
9.2.1 高雄市各等级医疗卫生设施资源发展现状	249
9.2.2 高雄市各级医疗设施配置等级现状	250
9.2.3 高雄市医疗卫生设施服务现状	252
9.2.4 高雄市医疗卫生设施配置特色及评述	255

9.3 两市现状医疗卫生设施配置评价	257
9.3.1 按人口数量及密度分布	258
9.3.2 新兴城区配置较合理	262
9.3.3 偏远城区配置不足	264
9.3.4 独特环境下的配置特色	265
9.3.5 各级医疗卫生资源分布失衡	266
9.3.6 两市医疗卫生服务设施配置优劣综述	266
9.3.7 两市医疗卫生服务设施配置优劣比较	267
9.4 广州与高雄两市医疗卫生设施配置分析及发展趋势	268
9.4.1 两市社会发展对医疗卫生设施的影响	268
9.4.2 两市医疗服务水平对医疗卫生服务设施的影响	269
9.4.3 两市医疗制度对医疗卫生服务设施的影响	271
9.4.4 广州市与高雄市医疗卫生设施的配置的差异性分析	273
9.4.5 两市医疗卫生设施配置布局发展趋势建议	274
9.5 案例研究结论	277
第10章 城市中心区医院建设的垂直交通问题探讨——以广州为例	279
10.1 多高层医院建筑垂直交通研究的背景	279
10.2 多高层医疗建筑在国内的发展状况	281
10.2.1 我国的人口发展状况	281
10.2.2 我国的城市化现状	281
10.2.3 我国多高层医疗建筑出现的原因	281
10.3 多高层医疗建筑垂直交通体系的构成	282
10.3.1 消防梯	282
10.3.2 洁、污梯	282
10.3.3 医院建筑垂直交通设计的相关规定	284
10.3.4 广州多高层住院楼客梯配置调查分析	284
10.3.5 广州多高层住院楼客梯配置的现状调查及分析	287
10.4 多高层住院楼客梯配置	296
10.4.1 垂直交通组织的量化分析	296
10.4.2 电梯交通服务质量评定指标	297
10.4.3 电梯交通计算及配置	298
10.4.4 实例计算分析	301
10.4.5 电梯数量与床位数的关系	303
10.4.6 多高层住院楼垂直交通组织设计方法建议	305
第11章 基层医院设计前期策划与工程实践研究	307
11.1 广州市番禺区中医院前期策划案例	307
11.1.1 研究背景	307
11.1.2 工作内容和操作方式概述	307

11.1.3 操作过程技术要点	308
11.1.4 操作步骤和成果表达	313
11.2 广东省河源市中医院建筑改扩建工程案例	322
11.2.1 研究背景	322
11.2.2 基层中医院改扩建的主要问题	322
11.2.3 现状分析	323
11.2.4 环境友好的中医建设发展模式	325
11.2.5 环境友好之医院建筑改扩建方法分析	327
11.2.6 工程实践经验小结	332
主要参考文献	333
后记	336

第 1 章 中国医院建筑发展的历史回顾

医院建筑是提供医疗活动的有机组合体, 相比其他建筑类型比较而言, 医院建筑的功能更加复杂, 空间组合更加理性, 并随着医疗科学技术和社会经济的发展而处于动态变化中。最早的医院雏形是源自西方教会慈善所或战时伤病收容所, 现代意义的医院建筑是自 1859 年的英国南丁格尔模式起始, 现在则发展成为部门繁多、功能科室要求各异的特殊建筑类型。

现代医院建筑是西方医疗科学发展的结果, 对中国来讲是地地道道的舶来品。在近代中国的特殊历史环境中, 西方传教士曾采取以医布道的传教策略, 在近代中国全面移植了当时先进的西方医学科学及建筑理论, 教会医院一度成为中国医院建设发展的主流。自第二次世界大战之后, 由于国际形势和中国国内的变化缘故, 西方教会在华教会医院建设活动逐渐停滞, 教会医院的数量增长明显放缓, 教会医院建筑也没有新的进展。民国时期, 在国民政府的大力倡导和支持下, 国立医院的建设活动有了新的突破, 但因连年战乱的缘故, 国立医院未能取代教会医院的主导地位。1949 年之后, 中国政府根据本国的社会制度、医疗体制、城乡特点等实际情况, 逐步形成了完整的医疗体制和医学教育体系。

1.1 中国近代教会医院建筑

1.1.1 中国近代教会医院的传播

西方在华教会机构创办了一批教会医院。这批教会医院不但是中国现代医学的起始, 也是中国现代医院建筑的雏形。在华西方教会引入西方现代医学理论和医疗技术, 在某种程度上提升了近代中国的社会文明程度, 改善了社会民众的医疗条件, 理所应当受到当时中国各阶层的普遍欢迎, 相比较在华西方教会的教堂建筑和学校建筑而言, 这批教会医院的建筑活动显然没有遇到当时中国社会的抵触, 其创办过程也相当顺利。

当时的中国医疗卫生事业长期落后, 尤其是在公共卫生领域的传染病防治方面非常薄弱, 使得进行医学传教的初始门槛并不高, 虽然当时医学传教士在各地行医之初, 也会受到当地人的猜疑, 甚至引起教案与冲突; 但是他们却通过西医医术、免费施诊送药、参加流行病防治等活动, 将传教活动转变成一种世俗性很

强的教会医疗事业，以其灵活的社会适应性，不仅取得了一般民众的信任，而且还逐渐取得了在社会上占主导地位的官绅认同。

西方医学最早出现在岭南地区，中国第一所西式医院是在澳门诞生。1569年，耶稣会士、葡萄牙人卡内罗（Melchior Carneiro，1516～1583年）主教在澳门建立圣拉法艾尔医院（Hospital de S. Rafael），因位于白马行路（今伯多禄局长街），故该院被俗称为白马行医院。该院“因属教会所办，初时不免带有宗教形式，时人称之为“医人庙”，……初建时规模很小，其后随医务发展，院舍陆续重建、拆建，最后一次改建于1939年。”^① 该院是澳门第一家西式医院，也是中国领土上第一所西式医院，存在400多年，1975年10月31日停业，现为葡萄牙驻澳门总领事馆。19世纪，伴随着西方传教士的来华，西方医学才在中国广泛深入地传播起来。20世纪后，教会医院迅速发展，并分布在全国各地。由于西医学是建立在近代自然科学基础上的，西医学的传入和医院以及医学院的成立，客观上给中国带来了新的医学科学知识，促进了我国现代医学的发展，对整个社会的医疗卫生保健起到重要作用，也对自然科学知识的传播起到一定的促进作用。

中国内地的第一所西医医院——博济医院（图1.1）、第一所西医学校——南华医学堂、第一所精神病医院——惠爱医院、首倡新法接生的医院——柔济女医院都是在广州建立的，而且都是西方在华教会所办的。

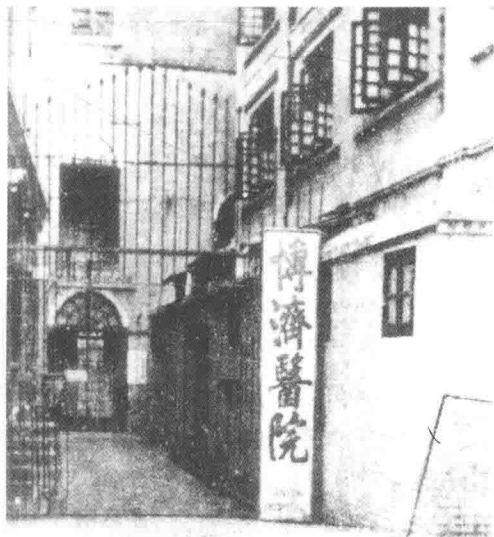


图 1.1 广州博济医院的早期建筑

资料来源：李穗梅．广州旧影 [M]．北京：人民美术出版社，1996

^①刘先觉，陈泽成．澳门建筑文化遗产 [M]．南京：东南大学出版社，2005．

早在鸦片战争之前,西方传教士医生就开始在广州活动了。1805年,牛痘接种术由英国医生皮尔逊传入广州,随后逐渐向全国推广。1820年,东印度公司的英国传教士郭雷枢医生(T. R. Colledge)在澳门先后设立眼科医院和养病院^②,1828年,到广州与美国医生伯福氏合作设立诊所。

1834年,美国传教士伯驾(Peter Parker,又名派克)先在新加坡办了所中国侨民医院,次年又创办了广州眼科医局,初设于广州十三行新豆栏,此时,广州正在流行红眼病,这个眼科医局采用免费治疗的方式争取了人们的好感,同时,伯驾利用给病人治疗的机会进行传教,也收到了良好效果。广州眼科医局后来在战争中被夷为平地。1858年年底,美国传教医生嘉约翰再度来到广州,开始了在中国长达40余年的行医生涯。嘉约翰抵达广州后,即在南郊的增沙街租下一间店铺,加以改造和装修,使之符合医疗的基本要求。1859年1月广州眼科医局再度开业。1865年,该局迁至广州仁济桥路,改称博济医院,并建了新的医院楼房。尽管规模迅速扩大,但其病房设施非常普通,在医院病床难以满足病人需要时,附近的民房和礼拜堂就被当成临时住院处。后来,博济医院发展成为岭南大学医学部(图1.2)。



图 1.2 岭南大学医学部主楼

资料来源:李瑞明,岭南大学[M].香港:岭南(大学)筹募发展委员会,1997

由于西医在广州受到热烈欢迎,西方教会又先后在香港、福州、厦门、上海和宁波等地相继建立了医院,并成立“医院传教会”,奖励和支持以医疗为职业的传教士来华进行医药传教。对于传教士传播的西方医学,人们不加拒绝地接受了,并非常乐意去教会医院看病求医,“医院之士民云集挤拥,老幼男

^②陈邦贤,中国医事史[M].北京:团结出版社,2006.

女如蚁来，莫说广东之各府厅州县之人，就是福建、浙江、江西、江苏、安徽、山西各省居民求医焉。儒农官员，各品人等，病来痊去矣。”^③ 博济医院是中国最早施行截肢术、膀胱取石术和剖宫产术的医院，还最早使用西方麻醉药品，购置 X 光机等医技设备，外国教会医院的出现使广州在全国最早形成中西医并存的局面。

福建省也是开办教会医院较早的地方。1882 年，基督教在福宁（霞浦）创办博济男医馆、博爱女医馆，是闽东最早的西医诊所。1893 年，英国基督教传教士在古田县传入西药。西医临床检验技术始于 19 世纪的古田教会医院与霞浦教会博济医馆。

1900 年以前，教会医院有一定数量但规模一般不大，即使是正式医院，其收容能力也极为有限，限于条件，只能对医院的医疗功能要求有所考虑而已，如有的教会医院虽然建在普通民房里，但手术室的房间颇为讲究，地板铺上了透水性良好的地砖，墙壁粉刷的光洁白净，有了木制的手术台等，但医疗洁净技术、灯光设备都比较差。总的来看，早期的教会医院在建筑方面没有特殊的要求。1900 年后，一些有医疗实力和经济来源的教会医院得以全部重建，有的是利用了部分庚子赔款，这些医院几乎都是当时属于现代化的建筑。西医医院的出现，使中国跟上了最先进的医疗技术的发展潮流。

1.1.2 中国近代教会医院的发展过程

到 19 世纪末，仅以基督教新教在华医疗机构的大概规模看，“新教所属的大小医院、诊所共计 40 余家，天主教所属的也有数十家，主要分布在一些较大城市。”^④

1933 年，有张星烺所著《欧化东渐史》概述过中国教会医院在 19 世纪时的发展过程，基本反映了当时的实际情况，是目前较为确切的史料。

“自是之后，医生兼教士来华者日多；各地西式医院，亦逐渐设立；初立时多遭愚民反对，甚有所谓外人挖取小孩心眼以制药者；久之，渐得中国人民信仰，外国医术，优于中国旧有，逐渐证明；外国医院组织完美，尤优于中国之无组织者多矣；外国医术在中国减轻人民痛苦，救免夭亡，同时中国人反对基督教之偏见亦渐消除；当时医科传教会设立之目的，亦可谓远矣！各医院之功绩不独为人治愈疾病，减少死亡率，而训练甚多中国助手，翻译西国医学书籍为汉文，

^③ 爱汉者，黄时鉴. 东西洋考每月统记//何小莲. 晚清西医在中国 [N]. 南方周末，2004-03-18，D29.

^④ 董丛林. 龙与上帝——基督教与中国传统文化 [M]. 北京：生活·读书·新知三联书店，1992.