

卫生部  
规划  
教材

# 全国成人

## 高等医学学历（专科） 教育教材

供临床医学专业用

# 全科医学概论

卫生部教材办公室组织编写  
顾 媛 主编

# L



人民卫生出版社

全国成人高等医学学历（专科）教育教材

供临床医学专业用

# 全科医学概论

卫生部教材办公室组织编写

顾 媛 主编

编者（以姓氏笔画为序）

王苏中（首都医科大学）

付希娟（首都医科大学）

瓮学清（首都医科大学）

顾 媛（首都医科大学）

梁万年（首都医科大学）

路孝琴（首都医科大学）

翟晓梅（首都医科大学）



人 民 卫 生 出 版 社

## 全科医学概论

---

主 编: 顾 媛

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: 12.5

字 数: 257千字

版 次: 2000年11月第1版 2000年11月第1版第1次印刷

印 数: 00 001—5 000

标准书号: ISBN 7-117-04000-9/R·4001

定 价: 19.00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)

# 目 录

第一章 导论 .....	1
第一节 医疗保健系统中的基层医疗 .....	1
第二节 卫生改革与社区卫生服务 .....	5
第三节 全科医学发展简史 .....	12
第二章 全科医学的概念与原则 .....	17
第一节 全科医学、全科医疗和全科医生 .....	17
第二节 全科医疗的基本特征 .....	21
第三节 全科医疗与专科医疗的区别与联系 .....	27
第三章 以病人为中心的照顾 .....	31
第一节 疾病与病人：两个不同的中心 .....	31
第二节 全科医生的应诊过程——以人为本模式的体现 .....	39
第三节 全科医生临床思维模式及其要素 .....	41
第四节 病人管理与医患交流 .....	51
第四章 以家庭为单位的照顾 .....	58
第一节 家庭的定义、结构和功能 .....	58
第二节 家庭生活周期、家庭资源和家庭危机 .....	63
第三节 家庭对健康的影响 .....	69
第四节 家庭评估 .....	71
第五节 家庭照顾 .....	79
第五章 以社区为基础的照顾 .....	84
第一节 社区及社区健康问题 .....	84
第二节 社区诊断 .....	88
第三节 社区导向的基层医疗 .....	90
第四节 全科医生在社区照顾中的作用 .....	93
第五节 社区慢性病照顾与管理 .....	97
第六章 全科医疗中的预防医学 .....	110
第一节 概述 .....	110

第二节	全科医生与临床预防 .....	113
第三节	我国开发“临床预防服务指南”的建议 .....	121
第四节	国外“临床预防服务指南”简介 .....	123
<b>第七章</b>	<b>全科医疗健康档案 .....</b>	<b>129</b>
第一节	建立全科医疗居民健康档案的必要性及意义 .....	129
第二节	全科医疗健康档案的形式和内容 .....	130
第三节	全科医疗健康档案的建立和使用 .....	134
<b>第八章</b>	<b>社区卫生服务管理 .....</b>	<b>145</b>
第一节	社区诊断与社区卫生服务的需求评价 .....	145
第二节	社区卫生服务的计划与实施 .....	151
第三节	社区卫生服务的质量管理 .....	155
第四节	社区卫生服务中的风险管理 .....	159
第五节	社区卫生服务的评价 .....	160
第六节	社区卫生服务的资源管理 .....	163
<b>第九章</b>	<b>全科医疗中的伦理学问题 .....</b>	<b>168</b>
第一节	全科医生与伦理学决策 .....	168
第二节	医学伦理学的基本原则 .....	169
第三节	全科医疗中的医患关系 .....	173
第四节	患者的基本权利 .....	178
第五节	健康责任与卫生政策问题 .....	184
第六节	临终照顾中的伦理学问题 .....	187

# 第一章 导 论

## 第一节 医疗保健系统中的基层医疗

### 一、医疗机构功能分化

医学是一个既古老又年轻的学科。其古老的渊源与人类的历史同时产生；而其与科学相结合产生的现代医学科学系统自 16 世纪发端，经过四百年的艰苦探索才形成了规模。自 19 世纪末开始，大型的医疗机构不断涌现，它们以现代化的医疗仪器装备自身，对疾病的病因或病灶作出具有开创性与特异性的有效诊断与治疗，从而在医学界与社会上享有盛誉。直到 20 世纪中叶，这些高度专科化的大型医院和实力雄厚的专科医生在各国的医疗保健体系中占据着主体地位。

自 20 世纪 60 ~ 70 年代起，社会对大医院的盲目崇拜发生了变化。由于人口老龄化和疾病谱的改变，越来越多的慢性病、退行性疾病无法被医院的诊治所根除，社会上带病长期生存者日益增加。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，甚至症状也难以缓解；而这种价值观导致的“过度医疗”所产生的医疗费用暴涨问题就更令社会不堪重负。以美国为例，其每年的医疗费用占到国内生产总值（GDP）的 14% ~ 16%，总量达一万多亿美元；而民众却因得不到及时、方便、便宜的基层卫生服务而怨声载道。反观英国、瑞典等欧洲国家，因其基本医疗保险覆盖了全体居民，又重视基层医疗和全科医生的作用，则能以较低的费用、较少的卫生资源获得了较理想的健康效果。

现在世界上已经公认，以社区为基础的正三角形（又称金字塔形）医疗保健体系是理想的保健体系（图 1-1）。其宽大的底部是可以被群众广泛利用的、立足于

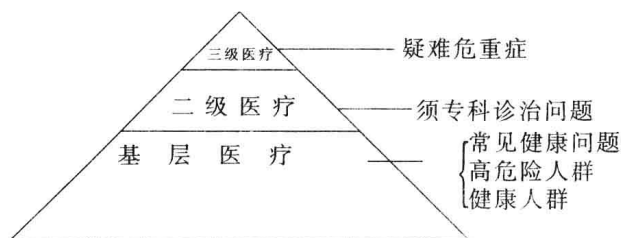


图 1-1 理想的医疗保健体系——正三角形

社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的门诊机构（诊所与健康中心）；中部是

二级医院、护理院和其它能处理需要住院的常见问题（如急腹症、分娩等）的机构；顶部是处理疑难和高技术问题（如冠状动脉搭桥术、器官移植等）的少数三级医院。医师人力有一半以上在基层从事社区卫生服务，体现了在卫生资源分配上对社区的倾斜；而所有民众的首诊医疗保健都在基层解决，则体现了卫生资源利用对社区的注重。

这种正三角形体系意味着不同级别医疗保健机构的功能分化：在基层能用价格合理的基本技术解决 90% 左右的健康问题，仅有少数病人需要转诊到大医院进行专科医疗；之后再转回基层进行后续服务。其优点为：不同级别医疗保健机构可以各司其职，大医院将精力集中于疑难问题和高技术的研究，并作为基层的学术后盾；基层机构应全力投入社区人群的基本医疗保健工作。病人的一般问题和慢性病可以就近获得方便、便宜而具有人情味的服务，若需要专科服务时可以通过全科医师的转诊而减少就医的不便与盲目性；而医疗保险系统则可以获得“守门人”——全科医师，通过其预防导向的服务和首诊医疗大大减少疾病发生、恶化和高技术的滥用，从而减少浪费，提高医疗资源利用上的成本效益。

## 二、基层医疗的特点与功能

从组织角度看，基层医疗（primary care, PC）是一种医疗服务层次，它提供医院内服务以外的一切服务。它是以社区为基础的服务，与二、三级医院相比，其对高技术的需要程度较低，而特别强调适宜技术。从功能角度看，基层医疗除了提供必需的医疗服务以外，还提供连续、可及的预防、保健、康复、健康教育等综合服务。从专业角度看，虽然基层医疗也是一种临床医学专业，但它特别关注院外病人的个体化需求，注重向其提供具有人情味的服务。

### 1. 基层医疗主要特点

(1) 可及性：即无论对急性病人或慢性病人，基层医疗都是其首诊医疗，且在地理上接近，经济上能够负担得起。这类服务通常在城市和农村的诊所发生。

(2) 综合性：所提供的服务既包括急性和慢性病的处理和预防，也包括心理社会问题的干预，其服务可在诊所、医院、护理院或家庭内提供，有时还通过电话服务提供。

(3) 协调性：基层医疗把病人作为一个整体看待，了解病人的所有卫生服务需求，且充当医疗服务资源信息的中心来协调各种服务，如负责病人向专科医生的转诊，以团队的形式来提供管理化保健服务。

(4) 连续性：即和病人建立起长期的合作关系，保持病人问题的连续记录，提供长期的医疗保健服务。

(5) 负责性：即作为健康代理人负责病人健康问题与结果的处理，对病人需要的所有医疗保健服务都负有责任。

2. 基层医疗功能 从医疗服务的观点看，基层医疗主要包含以下六方面的功



能：

(1) 医学诊断与治疗：作为基层医疗的中心任务，医生不仅要为疾病提供首次诊断，还要作出对病人照顾的范围、地点及频度的判断，并制定相应的管理计划。为此，基层医生不仅需要熟练掌握有关疾病的知识、常规的诊断学技能，而且需要了解病人、社会及医疗保健系统等各方面的情况，从而能够弥补在基层服务中诊疗设备的不足，满足病人的需求。此外，恰当把握转诊与会诊的原则和时机，也是基层医生必备的能力。

(2) 心理诊断与治疗：随着社会文明的进步和压力的普遍增加，基层医生在精神—心理照顾方面的任务已经日益显现出其紧迫性和重要性。基层医生不仅要能诊断出病人的不安、焦虑等心理障碍，还应将其置于家庭、社区背景下考察引起障碍的原因，并采取有针对性的干预措施。

(3) 对病人提供个体化的支持：与医院中的专科医生不同，基层医生的服务对象是所有的居民及其所有的健康问题，因此他需要具有开放的态度和全方位的知识，并熟知病人的来龙去脉（例如人口学、经济学情况、宗教背景、家庭与社会支持、个性、生活态度、价值观与健康信念等），才能针对具有各种不同背景、处于不同疾病阶段的病人提供适宜的人格化、个体化服务。

(4) 与病人交流有关诊断、治疗、预防和预后的信息：病人需要了解其病情，而医生应对病情和诊疗方案进行详尽的解释、咨询并使病人减轻疑虑和精神负担（称为“归因治疗”，attribution therapy），目前这已经构成基层医疗的重要部分。要建立起以病人为中心（patient - centered）的新型医患关系，基层医生必须注重以下几个方面：①给病人选择诊断和治疗方案的一定权利；②提供充分的信息供病人参考；③关注病人与疾病和治疗相关的情感；④对病人的态度及时作出适当的反应；⑤有效地传播有关健康教育、自我保健等信息。

(5) 对慢性病人提供连续性照顾：这是基层医疗当前最重要的保健任务。由于慢性病人需要长期的医疗照顾，如何提高其对治疗的依从性，是十分重要的。医生了解病人对治疗的态度，说服病人使之与医生的观点一致，是保证依从性的关键所在。

(6) 预防疾病和功能丧失：基层医生应掌握最有效的时机和状况来进行筛查、教育、咨询和危险因素的控制，以及适当的预防性治疗，以避免许多疾病与功能丧失。

### 三、基层医疗中的全科医生

从事基层医疗的医生可以有全科医师（家庭医师）、内科医师、儿科医师、外科医师、妇产科医师、眼科医师、泌尿科医师、精神科医师等，他们组成团队向居民提供全方位的服务；但不同专业的医生在基层的服务范围和工作量有明显差异。由于接受过有针对性和适宜性的培训，全科医生在基层医疗中照顾的人口数量最



多，也最受欢迎。

美国的一项研究表明，在一定时间内，不同的医生所处理的基层病人数和构成也有所不同，如表 1-1 所示：

表 1-1 美国基层医疗不同医生处理病人数

科 别	病人数	构成(%)
家庭医生	27	20.5
内科医生	21	15.9
儿科医生	6	4.5
心血管医生	7	5.3
皮肤科医生	5	3.8
普外科医生	22	16.7
妇产科医生	3	2.3
眼科医生	3	2.3
矫形科医生	8	6.1
耳鼻喉科医生	7	5.3
泌尿科医生	10	7.6
精神科医生	4	3.0
神经科医生	9	6.8

国外基层医疗服务所处理的卫生或健康问题，明显地不同于二、三级医院。美国 1993 年关于基层医疗的统计显示，病人就诊的前 20 位问题如表 1-2 所示：

表 1-2 美国基层医疗常见问题

问 题	构 成(%)
1. 常规体检	4.4
2. 咳嗽	3.6
3. 常规产前检查	2.9
4. 咽部不适	2.7
5. 术后访视	2.4
6. 耳痛与耳部感染	2.0
7. 儿童保健	2.0
8. 背痛	1.9
9. 皮疹	1.8
10. 胃痛	1.7
11. 发热	1.5
12. 头痛	1.5
13. 视力障碍	1.5
14. 膝关节问题	1.4
15. 鼻塞	1.3
16. 血压测量	1.1
17. 上呼吸道感染	1.1
18. 颈部症状	1.1
19. 抑郁	1.1
20. 腰痛	1.1
其它	61.8

上述问题多为未分化问题、慢性疾病、急诊等常见健康问题，可以称之为“早、晚、急”。所谓“未分化问题”，是指机体内部正在向某种疾病发展，病人已经有了很少的一些症状或体征，但尚不足以明确诊断。全科医生在处理上述各类问题时，采用与二、三级医疗不同的模式，即以预防为导向，利用适宜技术将问题处理在早期；高度警惕可能危及生命的各种疾病、慢性病的合并症和医、药源性疾病等，应在等待中密切观察，若有必要，则及时进行疾病筛检；此外，还使用各种替代医学（alternative medicine，例如传统医学）手段解除病人的疾患，注意与病人合作，共同为改善其生活质量而努力。基层医疗的这种服务模式体现了很高的成本效益，从而使其得以成为整个医疗保健系统与医疗保险系统的可靠基础。

## 第二节 卫生改革与社区卫生服务

近 40 年来，由于各国人口老龄化和疾病谱等方面的改变，民众的卫生服务需求不断变化，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、卫生改革的社会与医学背景

1. 人口迅速增长、城市化与老龄化 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 and 事业的发展远远跟不上人们的需求。

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，全国宣告进入老龄化社会。

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，人的生理状况及需求在各方面都有别于过去：

(1) 生理功能衰退：各种器官，包括感觉器官、脑、心血管、肺、肾、胃肠、骨关节、内分泌、免疫等系统都或迟或早出现退化，整体调节能力减弱，使之被越来越多的慢性退行性疾病所困扰。

(2) 行为能力变化：生理的退化使老年人行为能力减退，日常生活中的自我服务活动及社会交往活动将会出现某些障碍，有可能导致身心疾患。

(3) 社会地位变化：退休后的社会和经济地位将会与过去有所不同，对于大部分老年人来说，退休意味着“退居二线”，即不再担任社会和家庭里的中心角色。因子女离家或丧偶，其家庭结构也会发生某种变化。然而相当多的老年人仍坚持原来的角色意识和行为，不能自行适应这种角色变换。

(4) 心理精神变化：随着上述变化引起的心理情感上的不适应是很普遍的，诸如不满现状、失落、孤独、恐惧、偏执、暴躁、猜疑、妄想、焦虑和抑郁，甚至痴呆。

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，这是自 20 世纪 60 年代以来公众和医学界共同关注的热门话题。

2. 疾病谱与死因谱的变化 直到 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。随着生物医学防治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也逐渐下降，并为慢性退行性疾病、生活方式及行为疾病等问题所取代。从中美两国 80 年代前后的死因谱对照，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，约占总死亡原因的四分之三。1997 年我国的死因顺位中，恶性肿瘤、脑血管病、心血管病为前三位死因，占总死亡的 62% 左右。

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 1 880 万例，而艾滋病毒感染者已达到 3 430 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) 致病因素/危险因素：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”、“环境因素”、“人类生物学因素”以及“卫生保健制度”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素。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，病人一旦患病，往往带病终身，而且将经历长期的演变过程，出现多系统损害的各种合并症，从而进一步降低病人的生活质量。

(3) 所需要的医疗照顾：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的改变。对慢性病人的医疗服务特点为：①服务时间要求长期而连续；②服务地点要求以家庭和社区为主；③服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位；④服务类型要求护理、教育、咨询（即照顾）重于医疗；⑤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。

3. 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）。

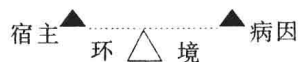


图 1-2 生物医学模式疾病观（即病因、宿主和环境三者之间的平衡）

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，发展出各种高技术的特异性诊断、治疗、预防工具，对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占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。

生物医学模式的缺陷在于：它无法解释某些病的心理社会病因，以及疾病造成的种种心身不适，无法解释生物学与行为科学的相关性，更无法解决慢性病人的心身疾患和生活质量降低等问题。随着疾病谱变化和病因病程的多样化，生物医学模式的片面性和局限性日益明显。自 19 世纪末以来，随着预防医学、流行病学、行

为科学、心身医学、医学哲学等领域研究的发展，系统论的思维逐渐被接受，终于导致了新的医学模式的产生。

生物—心理—社会医学模式的概念是由美国医生 G. L. Engle 于 1977 年首先提出的，他认为“为了理解疾病的决定因素以及达到合理的治疗和卫生保健模式，医学模式必须考虑到病人及其生活环境，并通过医生的作用和卫生保健制度来对付疾病的破坏作用”，因此合理的模式应涉及人本身（包括医患双方）及其自然与社会环境。

生物—心理—社会医学模式是一种多因多果、立体网络式的系统论思维方式。它认为人的生命是一个开放系统，通过与周围环境的相互作用以及系统内部的调控能力决定健康状况。因此，生物医学仍是这一模式的基本内容之一，但其还原方法却被整合到系统论的框架中，与整体方法（holistic method）协调使用。无论是医学的研究领域、医生的诊疗模式或医疗保健事业的组织形式，都将根据新的模式进行调整，使之适应医学模式转变的需要。

4. 医疗费用的高涨与卫生资源的不合理分配 20 世纪 60 年代以来，各国都面临医疗费用的高涨问题，其主要原因为高技术医学的发展和人口老龄化。高技术医学的发展使医疗投入急剧增长，而对改善人类总体健康状况却收效甚微，即成本的投入与其实际效果/效益相距甚远。据估计，85% 以上的医疗资源消耗在 15% 的危重病人身上，而仅有 15% 的资源用于大多数人的基层医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理消耗，不仅使政府不堪重负，也令公众十分不满，他们迫切要求改变现行医疗资源分配方式。

鉴于“健康是一项基本人权”的观点日益深入人心，健康和医疗保健服务已经成为敏感的社会和政治问题之一。世界卫生组织多次指出，21 世纪的医学和医疗保健事业必须更好地体现卫生服务的可及性与公正性；这种观点已成为各国政府的共识。

## 二、社区卫生服务及其对全科医生的需求

1. 社区卫生服务的概念与基本特点 卫生部等十部委在 1999 年 7 月《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》中对社区卫生服务的定义是：“社区卫生服务是社区建设的重要组成部分，是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下，以基层卫生机构为主体，全科医生为骨干，合理使用社区资源和适宜技术，以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点，以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的，融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的，有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。”

从上述定义可以看出，社区卫生服务体现了以下几个特点：①强调了服务的场所必须在社区；②服务的目标必须以社区居民“需求”（demands）为导向，而不是以“需要”（needs）为导向；③服务的内容不仅是疾病的医疗，而应是集防、治、保、康、教、计划生育为一体的全方位服务；④服务必须是居民在经济上能够承担

且能够方便地接受。

费孝通先生将“社区”定义为：“社区是若干社会群体（家庭、氏族）或社会组织（机关、团体）聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体。”有关专家对我国社区类型及功能进行了研究，提出我国的社区可分为三个基本类型，即：城市社区（通常是以街道为基本单位）、农村社区（通常是以乡镇为基本单位）、城镇社区（通常是指城乡结合部的小城镇）。近年，国内也有学者将社区分为生活社区（即居民居住区域）和功能社区（即社会团体、工矿企事业单位等所在区域）。不论何种分类，社区的构成必须包括以下要素：相对固定的人群、一定的地域范围、必需的生活服务设施、特定的文化背景、生活方式和认同意识，以及相应的生活制度和管理结构。

2. 社区卫生服务的主要内容 《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中明确规定了社区卫生服务的主要内容，包括疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务、妇女儿童与老年人和残疾人保健等。社区卫生服务强调并保证以基本卫生服务为主体的一线服务，作为卫生服务的基础领域，既面向社区人群又重视对个体病人及其家庭提供基本照顾，它包括了二、三级医院院内服务以外的各种卫生服务。

从理论上说，社区卫生服务包括公共卫生服务、基层医疗保健服务和社区内的其它特需卫生服务。

(1) 公共卫生服务：是由当地政府牵头的卫生服务，以确定的整体人群为主要服务对象，着重人群的健康保护。我国初级卫生保健的大部分工作当属公共卫生服务，目前包括健康促进、卫生防疫、计划免疫、计划生育、卫生管理与政策开发等工作。此外还包括环境治理、妇幼保健、学校卫生、食品卫生、精神卫生和残疾人保健工作，积极防治传染病、地方病、职业病和老年病等。

(2) 基层医疗保健服务：社区卫生服务中为个体服务对象提供服务的主要形式是基层医疗保健服务，最理想最有代表性的是全科医疗。在我国，这还是非常薄弱的服务领域。1966年美国的 John Millis 首先提出基层医疗保健服务这一概念，并描述其特点是综合性连续性的一线服务。基层医疗保健服务有首诊服务、综合性、协调性、持续性和负责性五大特征，同时还强调预防服务及服务的方便、可及、经济。

随着医学模式的转变，国际上已流行采用以社区为导向的基层医疗保健服务模式（COPC）来为居民提供基层医疗保健服务，它强调了以家庭为单位和以社区为导向，将个体预防与群体预防融为一体，实现了防治结合，但其仍是一种高度个体化保健服务的类型。

(3) 其它服务：为满足人民群众日益增长的多层次、多方面的需求，适当开放一部分医疗市场，允许开展一定的特需服务、高档服务等及未纳入基本医疗服务范畴的各科医疗与护理服务，如：牙齿正畸与镶复服务，整形外科与美容服务，部分康复服务，高档个人保健服务等。

1997年1月发表的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中指出：



“改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”；同时还指出，要“加快发展全科医学，培养全科医生”。这是我国政府第一次在中央文件中明确规定，要把发展社区卫生服务作为今后若干年内卫生改革的重要内容；而以全科医学为核心培养专业化的全科医生，则成为社区卫生服务人力建设的关键环节。

3. 社会赋予社区卫生服务与全科医生的历史使命 20世纪80年代以来，各国医疗卫生保健方面呈现出以下的趋势：①病人的年龄更加老龄化；②各种生活方式相关疾病，如性传播疾病和慢性非传染性疾病等日益增加；③卫生服务地点更多地从医院转移到社区和家庭；④民众的健康权利意识与病人的需求不断增加，要求医生的数量与分布更趋合理，更多地面向社区；⑤采用“管理化医疗保健”（managed care）模式的国家增多，对卫生服务公平性和经济合理性的要求更加突出；⑥各种新药和高新技术设备大量涌现，迫使医生在“技术兴趣”与“经济限制”的双重压力之间面临更频繁的选择。

上述种种趋势给医学界和医疗服务系统造成了更大的压力，也促成了一波接一波的哲学争论与改革浪潮。作为社区卫生服务的学术核心和业务骨干，全科医生在承担基层诊疗工作的同时，还被赋予了更重要的历史使命。

(1) 全科医生的使命之一：承担群体与个体的三级预防任务 生物医学模式的健康观认为，健康就是没有疾病（disease）。它在健康与疾病之间划了一条鸿沟，可以称之为“非此即彼”。因为易于操作，所以被医生广泛接受。其缺陷是过于狭窄：不包括许多病理基础不明的病患（illness）或功能问题；同时过于武断和静止：没有疾病时也可能处于疾病前期，特别是许多慢性病，完全遵照这一观念将有可能失去疾病早期的有效控制机会。

生物—心理—社会医学模式的健康观可以世界卫生组织1948年提出的定义作为代表，即“健康是身体上、精神上和社会上的完好状态，而不仅是没有疾病或虚弱”。这种定义适应现代社会的多元思维要求，认为良好的健康状况要由全社会共同创造，并强调自我保健责任。同时，它认为健康是一种“状态”（state），即把健康和疾病看作是并存于一个连续统一体中的动态过程，认为人的健康状态往往波动于健康与疾病之间；承认在健康和疾病之间存在着一个广阔的中间区域（即“亚健康状态”或“第三状态”），此区域的任何一段上都是健康与疾病并存（图1-3）；

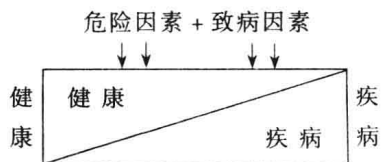


图1-3 健康与疾病共存模式

故可称之为“亦此亦彼”。此时若能够及时发现并控制作用于人体的健康危险因素和致病因素，进行健康促进和疾病预防，即可促使健康向疾病发展的进程逆转。而



体现综合性保健观念的预防战略及其按照慢性疾病自然史的不同发展阶段设计的三级预防措施，则为这种新型健康观提供了有力的工作手段。

三级预防措施可以概括如下：

第一级预防：（易感受期）无病防病，包括非特异性的健康促进和特异性的疾病预防措施，避免疾病侵入人体；

第二级预防：（症候前期 + 临床早期）有病早查早治，防止疾病恶化蔓延，预防合并症发生；

第三级预防：（临床中后期 + 濒死期）限制残障，减少后遗症、合并症，提供康复与善终服务，最大限度地改善生命质量。

显然，这种综合性预防措施涉及预防、医疗、康复、心理、行为、社会等许多领域，需要多学科人员共同承担。但由于其出发点是慢性病的防制，需要有临床医生作为骨干进行长期综合性照顾与协调。全科医生作为个人和家庭的责任制保健医生，以在社区提供综合性、持续性、协调性服务见长，理应为人群和个人承担三级预防任务，成为三级预防措施的实际协调人。

（2）全科医生的使命之二：发展“照顾医学” 这一使命的提出，来源于“医学目的”（The Goals of Medicine）讨论。这一场严肃的学术讨论，是在 20 世纪 80 年代中期由美国哈斯廷斯核心 Daniel Callahan 教授发起的；在世界卫生组织的支持下，有 13 个发达程度不同的国家参与了该项研究计划，这些国家是：智利、中国、捷克、丹麦、德国、印度尼西亚、意大利、荷兰、斯洛伐克、西班牙、瑞典、英国和美国。各国的工作小组中包含了医学、生物学、法律、哲学、神学、卫生政策、管理、政治和公共卫生等多学科的专家，历时多年，于 1996 年 11 月提交了一份工作报告。该报告号召各国医学界、政府和公众“审查医学目的”，敦促将对“治愈和高科技”医学的优先选择，转移到“照顾医学”，重点是公共卫生和预防。

医学的传统目的可以归纳为三个：对抗疾病和延长生命、促进和维持健康，以及解除疼痛和疾苦。而二次大战以来现代医学的飞速发展，使得人们对于上述三者之一，即对抗疾病与延长生命（可用“救死扶伤”来概括）格外青睐，似乎只要投入足够的金钱、能量和科学热忱，医学将能够治愈所有疾病；并将死亡视为医学的失败，尽一切可能抵制死亡。医学为此目的付出了巨大的努力，现今已能在 ICU 中普遍使用各种高技术手段来维持生命，使得许多奄奄一息者尚能拖延数月至数年之久；但当社会越来越感到难以继续为此付出高昂代价之时，一些医学专家开始反省：医学的这个目的意味着什么？它合适吗？对社会发展和人类健康只是有益吗？当我们将大量宝贵资源用于“最后的安慰”时，对医学其他方面的目的，如促进/维持健康、解除病痛却投入甚少，并处理乏术。他们认为，“昂贵地、雄心勃勃地、无休止地去寻求进步，那是过去五十年来医学的标志，现在许多国家已经走到了可供性的边缘。”为此，报告提出了四点医学目的：预防疾病损伤、促进维持健康；解除疾病引起的痛苦；治疗照顾疾病与无法治愈者；避免早死、追求安详死亡。

由此联系到“治愈”(cure)和“照顾”(care)这两个概念。现代医学偏向于“治愈”；当治愈无望时，便宣布放弃，忽视了对病人的照顾与同情。为了实现上述医学目的，需要在医院以外的广大社区发展“照顾医学”，以现代医学和替代医学(传统医学)为手段，实现为慢性病人解除痛苦并改善生命质量的目的。因此，发展照顾医学的重任，就历史地落在了全科医生肩上。

(3) 全科医生的使命之三：重塑医生形象，推进卫生改革 根据医学史记载，从希波克拉底时代起，医生就与患者保持密切的接触(high touch)，这种接触既有人际关系上的、情感上的，也有身体上的(包括各种物理检查和身体语言)，医生以此对病人提供关怀照顾。这种密切接触使病人获得诊治与慰藉，使医生本身成为治病的良药，它是医生人性化服务的体现。然而，随着现代高技术医学的发展，各种诊疗设备代替了人工检查甚至诊断思维，从而在医生与病人之间拉开了距离。在很多医院里，病人被视为疾病的载体，医生仅对其所患疾病感兴趣，而不知其作为“人”的期望与情感需求；医生则成为高高在上的技术操作工和读片者，失去了昔日与病人亲密无间的关系，致使医患关系越来越走向冷淡和对立。高技术医学作为“双刃刀”，在挽救了大量危重患者的同时，也产生了许多副作用，造成卫生服务的高投入、低效率、低覆盖和低满意度；使得一些国家政府和公众感到，投入越多、满意越少，这种资源配置方向上的误区影响到医学和医疗保健事业的可持续性，甚至关系到社会公正和政治稳定问题。

认识到一味发展高技术医学的弊病，各国政府和医学界权威人士都试图通过卫生改革，纠正卫生资源配置的偏差，强调对基层医疗保健的投入和人文医学的发展，以适宜的技术和高情感的手段，实现卫生服务的经济有效、高覆盖与高满意度。由于全科医生在基层医疗服务中与社区民众的密切交往，重塑医生的良好形象、恢复密切的医患关系、实现卫生服务的公平性与经济性，这一推进卫生改革的重任也寄厚望于这支队伍。1994~1995年，世界卫生组织与世界家庭医生组织联合发表了工作报告：《使医疗服务和医学教育更适合民众的需要——家庭医生的贡献》，其中思路为：“为了满足民众的需要，卫生保健系统、医学界、医学院校和其它医学教育机构必须进行根本性的变革。在卫生保健系统实现优质、经济有效以及公正的服务过程中，家庭医生应该起到中心的作用。为了承担这一重任，家庭医生必须对病人照顾能高度胜任；同时必须能将个人和社区的卫生保健融为一体。因此，世界卫生组织与世界家庭医生组织朝着这一方向的合作具有历史意义。”

### 第三节 全科医学发展简史

#### 一、全科医生的历史起源——通科医生

全科医生的服务模式是从近代医学的一个较早的分支——通科医疗进化而来