

FISH SCHOOL

SHIYONG QUANKU
YISHI SHOUCHE

实用 全科医师手册

主编 王佐卿 王树山 李洪涛

主审 邱洪斌



黑龙江科学技术出版社

实用全科医师手册

主 编 王佐卿 王树山 李洪涛
主 审 邱洪斌

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目 (CIP) 数据

实用全科医师手册/主编王佐卿, 王树山, 李洪涛.
哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2002.4 (2009.3
重印)

ISBN 978-7-5388-4046-9

I. 实... II. ①王... ②王... ③李...
III. 全科医学-手册 IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 026797 号

责任编辑 关士军

封面设计 刘 洋

实用全科医师手册

SHIYONG QUANKE YISHI SHOUC

主编 王佐卿 王树山 李洪涛

主审 邱洪斌

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150090 哈尔滨市南岗区湘江路 77 号)

电话 (0451) 53642106 电传 53642143 (发行部)

印 刷 哈尔滨市龙会科技彩印厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787×1092 1/16

印 张 22

字 数 500 000

版 次 2002 年 4 月第 1 版·2009 年 3 月第 2 次印刷

印 数 1-1 000

书 号 ISBN 978-7-5388-4046-9/R·903

定 价 35.00 元

《实用全科医师手册》 编委会

主 编 王佐卿 王树山 李洪涛
副主编 王 琰 陶桂华 高伟勤 何林达
主 审 邱洪斌
编 委 (按姓氏笔画为序)
王 倜 王守锋 祝丽玲 李殿奎
田鑫华 石 伟 郭媛媛

前 言

在全国全面推进社区卫生服务工作，认真贯彻落实党中央、国务院全国城市社区卫生工作会议精神及国家新医改方案即将出台的新形势下，为了适应目前我国社区卫生人员的需求，我们组织有关专家对《实用全科医师手册》一书进行了删改、填补和调整。再版后的《实用全科医师手册》内容更丰富新颖，具有实用性、简明性和可操作性，并兼有工具书和教材的双重功能。

本书共分二十一章。包括三部分内容：一是全科医学的理论与方法，二是社区常见疾病的全科医学处理，三是社区卫生服务管理。

由于经验不足，加之时间仓促，编写中疏漏和缺点在所难免，我们殷切期望广大的读者和有关专家给我们提出宝贵意见和建议。

本书是集体智慧的结晶。第一部分的第一章由邱洪斌编写，第一部分的第二、三章和第三部分的第一章由王树山编写，第一部分的第四章和第二部分的第三、四、八、十二章由王佐卿编写，第一部分的第五章和第二部分的第九章由李洪涛编写，第一部分的第六章第一、二节和第二部分的第十章由王琰编写，第二部分的第六、七章由陶桂华编写，第一部分的第六章第三、四节和第二部分的第一、二、五章由高伟勤编写，第一部分的第六章第五节和第二部分的第十一章由何林达编写，第三部分的第二、三章由王守锋、王倜、祝丽玲、李殿奎、田鑫华、石伟、郭媛媛编写。

编 者

2009年1月

目 录

第一部分 全科医学的理论与方法

第一章 全科医学概述	(3)
第一节 全科医学、全科医疗和全科医生	(3)
第二节 全科医学产生的基础	(8)
第三节 全科医学发展史和前景	(12)
第四节 全科医学的基本原则与特点	(19)
第五节 全科医学与相关学科的关系	(25)
第二章 以病人为中心的照顾	(29)
第一节 疾病与病人：两个不同的中心	(29)
第二节 全科医生的应诊过程—以人为本模式的体现	(34)
第三节 全科医生的临床思维	(35)
第四节 全科医学中的病人管理	(38)
第三章 以家庭为单位的健康照顾	(47)
第一节 家庭医学理论	(47)
第二节 家庭与健康	(53)
第三节 家庭生活周期、家庭资源与危机	(56)
第四节 家庭评估与家庭照顾	(63)
第四章 以社区为基础的健康照顾	(71)
第一节 社区及社区健康问题	(71)
第二节 社区诊断	(75)
第三节 社区导向的基层医疗	(82)
第四节 社区重点人群保健	(87)
第五章 以预防为导向的健康照顾	(94)
第一节 全科医生与三级预防	(94)
第二节 全科医生与临床预防	(99)
第六章 社区人群的健康照顾	(106)
第一节 儿童期保健	(107)
第二节 青少年期保健	(112)
第三节 成年期保健	(116)
第四节 老年期保健	(125)
第五节 临终关怀	(128)

第二部分 社区常见疾病的全科医学处理

第一章 呼吸系统疾病	(137)
------------	-------

第一节	慢性支气管炎·····	(137)
第二节	肺气肿·····	(139)
第三节	慢性肺源性心脏病·····	(141)
第二章	循环系统疾病·····	(148)
第一节	冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(148)
第二节	高血压病·····	(154)
第三节	心律失常·····	(157)
第四节	心源性猝死·····	(161)
第三章	消化系统疾病·····	(165)
第一节	慢性胃炎·····	(165)
第二节	消化性溃疡·····	(166)
第三节	上消化道出血·····	(169)
第四节	急性胰腺炎·····	(172)
第五节	病毒性肝炎·····	(174)
第六节	胆囊炎·····	(176)
第四章	内分泌及代谢疾病·····	(179)
第一节	糖尿病·····	(179)
第二节	甲状腺功能亢进症·····	(184)
第五章	神经系统疾病·····	(188)
第一节	脑出血·····	(188)
第二节	脑动脉硬化症·····	(192)
第三节	老年性痴呆·····	(195)
第四节	高血压脑病·····	(196)
第六章	妇产科疾病·····	(199)
第一节	阴道炎·····	(199)
第二节	子宫内膜炎·····	(200)
第三节	老年妇女泌尿道感染·····	(200)
第四节	盆腔炎·····	(202)
第七章	儿科疾病·····	(209)
第一节	急性上呼吸道感染·····	(209)
第二节	肺炎·····	(210)
第三节	过敏性紫癜·····	(215)
第八章	肿瘤·····	(220)
第一节	肺癌·····	(220)
第二节	食管癌·····	(226)
第三节	胃癌·····	(228)
第四节	大肠癌·····	(230)
第五节	原发性肝癌·····	(233)

第九章 常见疾病的影像学诊断·····	(237)
第一节 呼吸系统常见疾病的影像学诊断·····	(237)
第二节 循环系统常见疾病的影像学诊断·····	(248)
第三节 消化系统常见疾病的影像学诊断·····	(252)
第四节 脑血管系统常见疾病的影像学诊断·····	(265)
第十章 社区急救与护理·····	(268)
第一节 自然灾害与社区护理·····	(268)
第二节 社区常见急性病症的初步处理·····	(270)
第三节 社区常见急性意外损伤及其处理·····	(276)
第十一章 社区护理实用技术·····	(282)
第一节 生命体征的观测护理·····	(282)
第二节 卧床病人的护理·····	(289)
第三节 冷热护理技术·····	(292)
第四节 灭菌与隔离·····	(294)
第五节 复苏技术·····	(296)
第十二章 社区患者的外科手术问题·····	(299)
第一节 手术的决定·····	(299)
第二节 麻醉·····	(300)
第三节 外科急症·····	(301)
第四节 选择性手术·····	(302)

第三部分 社区卫生服务管理

第一章 社区卫生服务管理理论·····	(307)
第一节 社区卫生服务管理的理论体系·····	(307)
第二节 社区卫生服务管理的基本理念·····	(309)
第三节 社区卫生服务管理的基本原理·····	(311)
第二章 社区卫生服务管理基本方法·····	(316)
第一节 社区卫生服务管理方法体系·····	(316)
第二节 循证卫生管理方法·····	(318)
第三节 社区卫生服务管理的常用方法·····	(319)
第三章 社区卫生服务管理常用的研究方法与技术·····	(322)
第一节 社区卫生服务的调查与研究方法·····	(322)
第二节 社区卫生服务的测量与评价方法·····	(324)
第三节 实用管理方法与技术·····	(328)
参考文献·····	(338)

第一部分

全科医学的 理论与方法

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 20 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, 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。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。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的干预。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、平衡与失

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；强调预防疾病的维持健康；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中人的“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做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、少儿保健、青年保健、中年保健、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，在急诊中心等地，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

(一) 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或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。

(二) 全科医生的角色

1. 对病人与家庭

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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,并进行教育效果的评估。

(5) 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

(1) 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在社区解决,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。

(2) 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

(1) 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。

(2) 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。

(三) 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永远不变,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与专科医生的联系,参与各种教学、科研、学术交流活动以及继续医学教育(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。

(四) 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，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，我国 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总数的 25%；到 2005 年，“空巢家庭”中的老年人占老年人的一半以上，其生活照料和情感慰藉已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、片面性和费用昂贵,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 20 世纪 60 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 20 世纪 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。我国城市总人数中慢性病患率,已由 1985 年的 237‰ 增加到 1993 年的 285.8‰ (表 1-1-1); 1994 年更增加到 323‰。全国平均每年有 13 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 1-1-1 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
消化系统病	41.97	31.28	0.74
呼吸系统病	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,目前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 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