



中国科学院教材建设专家委员会规划教材  
全国高等医药院校规划教材

供临床、预防、中医、护理、口腔、基础等专业用

# 全科医学导论

主编 刘铮然 王素华



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材  
全国高等医药院校规划教材

供临床、预防、中医、护理、口腔、基础等专业用

# 全科医学导论

主 审 霍洪军 杨巨钧  
主 编 刘铮然 王素华  
副主编 冯 蕾 郝小金 刘可征 何金鑫

编写人员 (以姓氏笔画为序)

王 丽	包头医学院公共卫生学院	王素华	包头医学院公共卫生学院
白 钢	包头医学院公共卫生学院	朱 巍	包头市中心医院
乔 瑞	包头医学院公共卫生学院	刘文颖	包头医学院公共卫生学院
刘可征	包头医学院第一附属医院	刘铮然	包头医学院继续教育学院
齐教娜	包头医学院公共卫生学院	杨晓敏	包头医学院第二附属医院
何金鑫	包头医学院公共卫生学院	陈秋红	包头医学院第二附属医院
周彦儒	包头市中心医院	贾小青	包头市中心医院
徐立松	包头市中心医院	高红萍	包头医学院公共卫生学院

审阅人员 (以姓氏笔画为序)

于跃利	包头医学院第一附属医院	王志香	内蒙古包钢医院
王秀春	内蒙古包钢医院	王春梅	包头市昆区疾病预防控制中心
石继海	包头医学院第二附属医院	冯景丽	包头医学院第三附属医院
李 华	包头市九原区医院	李彦庆	内蒙古自治区卫生计生委
张宏宇	包头医学院第一附属医院	和姬苓	包头医学院第一附属医院
孟宪梅	包头医学院第二附属医院	赵美清	内蒙古包钢医院
侯培珍	包头医学院第一附属医院	袁慧忠	内蒙古自治区卫生计生委
董乐乐	包头医学院第一附属医院	魏 枫	包头医学院第一附属医院
魏翠英	包头医学院第一附属医院		

科 学 出 版 社

北 京

## 内 容 简 介

本教材以国家卫生与计划生育委员会颁布的基层医疗卫生机构专业技术人员岗位培训大纲为依据,在注重理论知识深度、广度的同时,兼顾与全科医学教育与基层医疗卫生工作实践的有机结合。本书共分两篇,第一篇为全科医学的核心理念和基本方法,第二篇为全科医疗常见问题及处理,全书共 14 章,紧密配合内蒙古自治区高等医学院校在校医学生的全科医学教育,努力保证教材的针对性、指导性、实用性和规范性。

本书内容丰富精炼、可读性强,可供高等医学院校各专业层次学生及住院医师规范化培训与基层卫生服务专业技术人员使用。

### 图书在版编目 ( HT ) 数据

---

全科医学导论 / 刘铮然, 王素华主编. —北京: 科学出版社, 2016.8  
中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材  
ISBN 978-7-03-049306-4

I. ①全… II. ①刘… ②王… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 150092 号

---

责任编辑: 李国红 周 园 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

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>

大厂书文印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2016 年 8 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2016 年 8 月第一次印刷 印张: 12 1/4

字数: 350 000

定价: 35.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

# 前 言

全科医学自 20 世纪 80 年代后期引入我国,经过近三十年的研究与实践,具有中国特色的全科医生培养体系初步建立起来,特别是近十年来,更得到了迅速发展。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》出台,2011 年 7 月《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》颁布,2015 年 9 月,《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》提出,这一系列重要文件的公布与实施,为我国全科医学学科发展和全科医学人才队伍建设指明了方向,同时也进一步确立了全科医生在卫生保健系统中的重要位置与功能。当前,高等医学院校高度重视在校医学生的全科医学教育,各省(区、市)卫生计生委全面推进住院医师规范化培训工作。为适应医药体制改革的新形势,促进医学教育更好地服务于医药卫生事业发展,在内蒙古自治区卫生计生委的领导下,组织全区范围内长期工作在全科医学教育与教学一线的教师、国家级全科医学培训骨干师资、医院与社区卫生服务专家编写该书。本书共分两篇,第一篇为全科医学的核心理念和基本方法,具体内容包括:全科医学的基本理论与原则,全科医生的工作方式(包括以人为中心的健康照顾、以家庭为单位的健康照顾、以社区为基础的健康照顾、以预防为导向的健康照顾),全科医生的临床思维方法以及全科医疗实践过程中的人际关系与医患沟通技巧,健康档案的建立与管理,全科医疗中的慢性病与健康管理服务;第二篇为全科医疗常见问题及处理,具体内容包括:社区急症的全科医学处理,心、脑血管疾病的全科医学处理,恶性肿瘤的全科医学处理,呼吸系统疾病的全科医学处理,精神卫生问题的全科医学处理。

本书注重知识的实用性、系统性,通过认真、全面学习和借鉴国内外知名专家学者的理论研究成果、工作实践经验,结合高等医学院校医学生全科医学教育教学实践,并充分考虑内蒙古自治区基层医疗卫生工作开展的实际状况与基层卫生服务专业技术人员的基本素质编写而成。该书适用医学院校在校医学生使用,还可作为住院医师规范化培训与基层卫生服务专业技术人员学习的参考教材。

由于编写时间较为仓促,不足之处在所难免,恳请广大读者多提宝贵意见和建议,以使教材得到进一步完善。最后对在本书编写过程中付出辛勤汗水的编审人员表示衷心的感谢!

编 者  
2016 年 6 月

# 目 录

## 第一篇 全科医学的核心理念和基本方法

第一章 绪论 .....	1
第一节 全科医学产生基础 .....	1
第二节 全科医学、全科医生和全科医疗 .....	6
第三节 全科医学的基本原则 .....	12
第四节 全科医学教育 .....	17
第二章 以人为中心的健康照顾 .....	22
第一节 医学模式与诊疗关注中心的转移 .....	22
第二节 以人为中心健康照顾的指导原则 .....	25
第三节 以人为中心健康照顾的主要任务和应诊过程 .....	29
第四节 健康信念模型与病人管理 .....	33
第三章 以家庭为单位的健康照顾 .....	35
第一节 概述 .....	35
第二节 家庭生活周期、家庭资源与家庭危机 .....	39
第三节 全科医疗服务中常见的家庭问题及处理原则 .....	45
第四节 以家庭为单位的健康照顾的实施 .....	46
第四章 以社区为基础的健康照顾 .....	49
第一节 社区概述 .....	49
第二节 社区诊断 .....	58
第三节 社区导向的基础医疗服务 .....	63
第五章 以预防为导向的健康照顾 .....	67
第一节 概述 .....	67
第二节 临床预防服务的内容和常用方法 .....	70
第三节 常见慢性病的三级预防 .....	79
第六章 全科医生的临床思维 .....	84
第一节 临床思维概述 .....	84
第二节 全科医生的临床思维 .....	95
第三节 全科医生临床思维训练与实践 .....	99
第七章 全科医疗中的人际关系及沟通 .....	103
第一节 全科医疗中的人际关系 .....	103
第二节 全科医疗中的沟通 .....	107

第三节 全科医疗服务团队的沟通 .....	114
<b>第八章 健康档案的建立与管理 .....</b>	<b>116</b>
第一节 全科医疗健康档案概述 .....	116
第二节 全科医疗健康档案的内容 .....	119
第三节 全科医疗健康档案的管理 .....	133
<b>第九章 全科医疗中的慢性病与健康管理服务 .....</b>	<b>137</b>
第一节 慢性病与健康管理的概述 .....	137
第二节 健康管理的基本步骤和常用服务流程 .....	142
第三节 社区及慢性病健康管理 .....	144
第四节 健康危险因素及健康风险评估 .....	146

## 第二篇 全科医疗常见问题及处理

<b>第十章 社区急症的全科医学处理 .....</b>	<b>153</b>
第一节 社区常见急症及现场急救 .....	153
第二节 社区常见急症的转诊和运送 .....	157
第三节 社区急症的防范和健康教育 .....	157
<b>第十一章 心、脑血管疾病的全科医学处理 .....</b>	<b>160</b>
第一节 心、脑血管疾病严重威胁人类健康 .....	160
第二节 心、脑血管疾病患者的全科医学照顾 .....	162
第三节 心、脑血管疾病防治中全科医生的职责 .....	163
第四节 心、脑血管疾病的健康教育和康复 .....	164
<b>第十二章 恶性肿瘤的全科医学处理 .....</b>	<b>167</b>
第一节 恶性肿瘤患者需要全科医学照顾 .....	167
第二节 全科医生在恶性肿瘤预防中的作用 .....	167
第三节 全科医生在恶性肿瘤诊疗及康复中的作用 .....	169
第四节 全科医生在晚期恶性肿瘤治疗中的责任 .....	171
<b>第十三章 呼吸系统疾病的全科医学处理 .....</b>	<b>172</b>
第一节 呼吸系统疾病流行病学特征及危险因素 .....	172
第二节 呼吸系统疾病的全科医学照顾 .....	173
<b>第十四章 精神卫生问题的全科医学处理 .....</b>	<b>178</b>
第一节 社区常见精神卫生问题 .....	178
第二节 全科医生对精神疾病的识别和处理 .....	180
第三节 常见精神性和非精神性障碍的全科医学处理 .....	182
<b>参考文献 .....</b>	<b>189</b>

# 第一篇 全科医学的核心理念 和基本方法

## 第一章 绪 论

全科医学 (general practice), 又称家庭医学 (family medicine), 是 20 世纪 60 年代末在欧美兴起的一门综合性的临床医学学科。全科医学是在西方国家通科医学的基础上, 吸纳了现代生物医学、心理学、社会学等学科的最新成果, 经过 50 多年的不断发展, 逐渐形成了自己独特的学科体系。全科医生是身兼医生、教育者、咨询者、健康监护人、卫生服务协调者、居民健康“守门人”等数种角色的综合程度较高的医学人才, 主要在基层承担预防保健、常见病多发病的诊疗及转诊、患者康复和慢性病管理、健康管理 (health management) 等一体化服务。

全科医学符合时代发展的需要, 开展全科医疗有利于提高基层医务人员的基本素质、改善医德医风、提高医疗服务水平和质量; 有利于合理地使用卫生资源、降低医疗费用、充分满足社区居民的卫生服务需求; 有利于实现人人健康的战略目标, 因而受到各国政府和医学界的高度重视并得以不断发展。

### 第一节 全科医学产生基础

#### 一、全科医学产生的基础

第二次世界大战后, 借助于近代医学科学的成就, 各个临床医学专科迅猛发展, 专科医生数量剧增, 全科医学出现衰退景象, 全科医生数量骤减。医疗服务被割裂为各个专科服务的片段, 缺乏能提供连续性、综合性的医疗服务的医生。虽然医学高度发展, 但仍然有许多疾病无法治愈, 很多病痛无法医治。人们发现现代医学仍有其方法与应用上的局限性, 使得全科医学个体化的基础医疗照顾重新得到重视和发展。获得重生的全科医学融入了现代医学科学、医学心理学、

社会医学和行为医学等新的学科, 它的崛起与人口老龄化、疾病谱和死因谱的变化、医学模式的转变、医疗费用的高涨与卫生资源的不合理分配、医疗机构功能分化等密切相关。

#### (一) 人口老龄化

人口老龄化是指总人口中因年轻人口数量减少、年长人口数量增加而导致的老年人口比例相应增长的动态。它包括两个含义: 一是指老年人口相对增多, 在总人口中所占比例不断上升的过程; 二是指社会人口结构呈现老年状态, 进入老龄化社会。国际上的通常看法是, 当一个国家或地区 60 岁以上老年人口占人口总数的 10%, 或 65 岁以上老年人口占人口总数的 7%, 即意味着这个国家或地区的人口处于老龄化社会。

第二次世界大战以后随着社会经济条件的改善、公共卫生事业的迅速发展, 促进了人类寿命的增长和人口数量的增加, 人口老龄化问题逐渐成为当今全球性的一个社会问题。根据 2010 年第六次全国人口普查数据显示: 我国 60 岁及以上人口为 177 648 705 人, 占 13.26%, 其中 65 岁及以上人口为 118 831 709 人, 占 8.87%。同 2000 年第五次全国人口普查相比, 0~14 岁人口的比重下降 6.29 个百分点, 15~59 岁人口的比重上升 3.36 个百分点, 60 岁及以上人口的比重上升 2.93 个百分点, 65 岁及以上人口的比重上升 1.91 个百分点。我国已经进入了老龄化社会, 人口年龄结构的变化, 说明随着我国经济社会的快速发展, 人民生活水平和医疗卫生保健事业的巨大改善、生育率持续保持较低水平、老龄化进程逐步加快。曾任世界银行首席经济学家的林毅夫博士主编的《21 世纪中国人口与经济发展》中提到, 到 2050 年, 我国 60 岁及以上老年人口将达到 4 亿多, 占那时中国总人口的 1/3, 占全世界老年人口的 1/4 (图 1-1)。

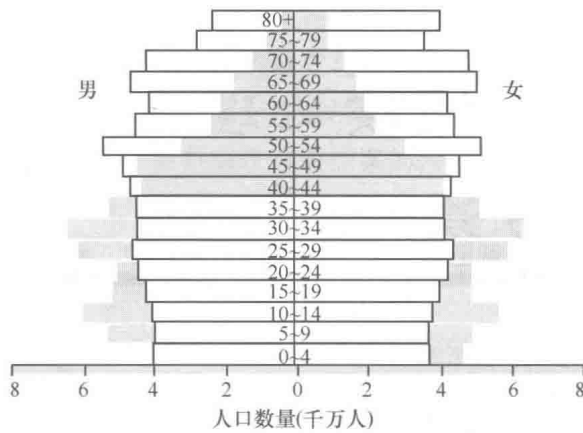


图 1-1 中国人口的年龄性别结构  
2000 年（灰色）和 2050 年（白色）

老年人口的快速增加给社会造成了巨大的压力：一方面，社会劳动人口比例下降，老年人口扶养比增大。根据国家统计局数据显示：2000~2014 年，我国少年儿童人口抚养系数一直呈下降趋势，即由 2000 年的 32.6% 下降到 2014 年的 22.5% 左右。与此同时，我国老年人口抚养比呈上升趋势，由 2000 年的 9.9% 上升到 2014 年 13.6%，即平均每一个劳动年龄的人需负担 13.6 个老年人。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。老年人处于生活周期的后期阶段，面临着家庭人口减少、经济依赖性增高、疾病逐渐增多尤其是慢性病等问题，心理方面常常会出现失落感、孤独感及恐惧感，同时因病就诊率、住院率高，住院时间长，费用高，需要家人的特殊护理和照顾。在家庭成员无法满足老年人的这种需求时，社区医务人员提供的家庭保健、社区照顾成为老年人最重要的医疗保健支持。人口老龄化也使社会对卫生服务的需求与医疗费用迅猛增长，社会对以家庭为单位的综合性保健的需求已十分突出，这是促使全科医学产生与发展的重要因素。

另外，随着人们生活水平的普遍提高，卫生服务需求也发生了很大的变化。人们已经改变了原来的生病才就医的思维观念，而是主动进行健康投资，积极预防疾病、延缓衰老、提高生命质

量。人们观念上的转变，使其对卫生服务提出了更高的要求，人们的卫生需求不再仅仅是疾病的治疗，而是扩大到沿生命周期的全方位的医疗保健，健康的概念也从生理范围扩大到身心健康和社会领域。因此，人们迫切需要社区医生或全科医生能够在社区对其进行长期的健康管理，提供全方位的服务。

## （二）疾病谱和死因谱的变化

疾病谱是指由固定的谱阶组成的疾病过程。其中的一层含义是某一地区危害人群健康的诸多疾病中，可按其危害程度的顺序排列成疾病谱带。如某地死亡率居第一位的疾病是癌症，居第二位的是心血管疾病，居第三位的是恶性传染病，不同的地区，疾病的谱带组合情况不尽相同。疾病的这种排列如同光谱谱带一样，能反映某地危害人群疾病的组合情况，可指导有关部门针对性地部署防治。

20 世纪初，威胁人类健康的主要疾病是急性和慢性传染病、营养不良性疾病、寄生虫病等。随着生物医学的发展、公共卫生的普及和营养状态的改善，疾病谱和死因谱中传染病及营养不良性疾病的占位逐渐下降。20 世纪 50 年代以后，人类的“疾病谱”和“死亡谱”，发生了历史性的转折。预防接种使“不可一世”的天花被最终消灭，小儿麻痹症的消亡在地球上已经进入“倒计时”阶段；以青霉素为代表的抗生素，成为细菌性疾病的劲敌；营养缺乏造成的疾病，如缺乏维生素 A 造成的夜盲症、缺乏维生素 D 造成的软骨症、缺乏维生素 B<sub>1</sub> 的脚气病及坏血病等，因为病因被查清，而不再危害人类。然而，慢性退行性疾病、与生活方式及行为有关的疾病等逐渐成为影响人类健康的主要疾病。与 20 世纪 80 年代的死亡谱对照，心脑血管疾病、意外死亡和恶性肿瘤已成为世界各国共同的前几位死因。在我国，根据 2013 年中国卫生统计年鉴的数据显示：城市居民疾病死亡率的前三位是心脏病、恶性肿瘤和脑血管疾病；农村居民疾病死亡率的前三位是脑血管疾病、心脏病、恶性肿瘤（表 1-1，表 1-2）。

表 1-1 2012 年城市居民主要死亡率及构成

疾病名称	合计			男			女		
	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位 次	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位 次	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位 次
传染病（不含呼吸道结核）	4.17	0.68	11	5.66	0.81	11	2.65	0.55	11
呼吸道结核	1.90	0.31	14	2.96	0.42	13	0.82	0.16	18



续表

疾病名称	合计			男			女		
	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位次	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位次	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位次
寄生虫病	0.14	0.02	19	0.14	0.02	19	0.14	0.03	20
恶性肿瘤	164.51	26.81	1	208.11	29.64	1	120.12	22.95	2
血液、造血器官及免疫疾病	1.31	0.20	18	1.34	0.16	17	1.27	0.24	17
内分泌、营养和代谢疾病	17.32	2.82	7	15.96	2.27	8	18.69	3.57	7
神经障碍	2.00	0.33	13	2.04	0.29	16	1.97	0.38	12
神经系统疾病	6.86	1.12	9	7.28	1.04	9	6.43	1.23	9
心脏病	131.64	21.45	2	136.38	19.42	2	126.80	24.22	1
脑血管疾病	120.33	19.61	3	130.68	18.61	3	109.80	20.97	3
呼吸系统疾病	75.59	12.32	4	87.55	12.47	4	63.41	12.11	4
消化系统疾病	15.25	2.48	8	18.78	2.67	7	11.65	2.23	8
肌肉骨骼肌和结缔组织疾病	1.41	0.23	17	1.03	0.15	18	1.79	0.34	13
泌尿生殖系统疾病	6.30	1.03	10	7.01	1.00	10	5.58	1.07	10
妊娠、分娩产褥期并发症	0.09	0.01	20				0.16	0.03	19
围生期疾病	1.86	0.30	15	2.23	0.32	14	1.48	0.28	16
先天畸形、变形和染色体异常	1.81	0.26	16	2.07	0.29	15	1.55	0.30	15
诊断不明	2.57	0.42	12	3.45	0.49	12	1.68	0.32	14
其他疾病	23.82	3.88	6	23.85	3.40	6	23.78	4.54	5
损伤和中毒外部原因	34.79	5.67	5	45.66	6.50	5	23.72	4.53	6

表 1-2 2012 年农村居民主要疾病死亡率及死因构成

疾病名称	合计			男			女		
	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位次	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位次	死亡率 (1/100 万)	构成 (%)	位次
传染病(不含呼吸道结核)	5.69	0.86	11	7.78	1.01	9	3.53	0.64	11
呼吸道结核	2.08	0.32	16	3.12	0.41	14	1.01	0.18	17
寄生虫病	0.05	0.01	20	0.05	0.01	19	0.05	0.01	20
恶性肿瘤	151.47	22.96	1	198.65	25.91	1	102.78	18.71	3
血液、造血器官及免疫疾病	0.99	0.15	18	1.03	0.13	18	0.96	0.17	18
内分泌、营养和代谢疾病	10.66	1.62	8	9.92	1.29	8	11.42	2.08	8
神经障碍	3.10	0.47	12	3.14	0.41	13	3.05	0.55	12
神经系统疾病	6.26	0.95	10	6.60	0.86	11	5.90	1.07	9
心脏病	119.50	18.11	3	123.51	16.11	3	115.36	21.00	2
脑血管疾病	135.95	20.61	2	150.62	19.65	2	120.80	21.99	1
呼吸系统疾病	103.90	15.75	4	114.53	14.94	4	92.93	16.91	4
消化系统疾病	16.79	2.54	7	21.95	2.86	7	11.46	2.09	7
肌肉骨骼肌和结缔组织疾病	1.40	0.21	17	1.19	0.16	17	1.61	0.29	16
泌尿生殖系统疾病	6.62	1.00	9	7.72	1.01	10	5.48	1.00	10
妊娠、分娩产褥期并发症	0.15	0.02	19				0.30	0.06	19
围生期疾病	2.72	0.41	13	3.29	0.43	12	2.14	0.39	13
先天畸形、变形和染色体异常	2.11	0.32	14	2.35	0.31	15	1.86	0.34	14
诊断不明	2.09	0.32	15	2.33	0.30	16	1.83	0.33	15
其他疾病	29.34	4.45	6	29.91	3.90	6	28.75	5.23	6
损伤和中毒外部原因	58.86	8.92	5	78.92	10.29	5	38.17	6.95	5

资料来源：2013 年中国卫生统计年鉴。

疾病谱和死因谱的变化对现代医学产生了新的冲击。单纯以生物医学模式为病人进行病因诊断和干预很难满足病人的需求,这就要求医疗服务适应变化的需求,包括:服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务时间要求长期而连续;服务地点要求以家庭和社区为主;服务类型要求综合性的照顾重于医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,强调病人本身主动和自觉的控制,而不仅仅是被动地服从医嘱。上述要求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

所谓医学“模式”(model),又称为“医学观”,是指医学整体上的思维方式,即以何种方式解释和处理医学问题。医学模式的形成和演变是一个历史过程,从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,发展到最新的生物-心理-社会医学模式。

生物医学模式是16世纪欧洲文艺复兴时期发展起来的医学观,它把人作为生物体进行解剖分析,致力于寻找每一种疾病特定的病因和生理病理变化,并研究相应的生物学治疗方法。在生物医学模式的指导下,人类基本上解决了几千年来严重威胁健康的传染病,疾病谱发生了根本的变化,平均期望寿命得到了极大的提高。然而随着医学的进步和社会的发展,对人类健康的最大挑战变为慢性非传染性疾病,这种旧模式的片面性和局限性日益明显,其缺陷在于:它无法解释某些疾病的心理社会病因,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,更无法解决慢性病病人的心理疾病和生活质量降低等问题。19世纪末以来,随着预防医学、行为科学、心身医学、医学哲学等学科的发展,系统论的思维逐渐被接受,终于产生了生物-心理-社会医学模式。

1977年由美国罗彻斯特大学精神病和内科学教授恩格尔(Engel)首先提出的生物-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,与整体方法协调使用。无论是医学的科学特征、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。

### (四) 医疗费用的高涨与卫生资源的不合理分配

近年来,人们的健康意识不断增强,医疗消费占生活消费的比例日趋增大,同时人口老龄化加重,老年性疾病相对增多,医疗费用逐年增长,并且由于医学科技的日新月异,高科技医疗设备和材料、各种新药应用也必然增加医疗费用的支出,医疗费用的增加逐渐成为了社会的负担。医学高技术的快速发展使医疗投入急剧增长,但对改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本与效益相距甚远。有资料表明,85%以上的卫生资源消耗在15%的危重病人治疗上,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,也使公众十分不满,人们迫切要求改变现行医疗服务模式。另外,现有卫生资源多集中在城市,其中优质资源又多集中在大中型医院,城乡和区域之间的差距不断加大。同时,公共卫生和城乡基层医疗机构资源不足,服务能力较低,服务质量不高,难以满足人民群众日益增长的对基本医疗卫生服务的需求。

因此,改变现行医疗服务模式,合理利用有限的医疗卫生资源,使大众得到及时、方便、价格合理的卫生服务,全科医学就在这样的背景下应运而生。

### (五) 医疗机构功能分化

以社区为基础的正三角形(又称金字塔形)医疗保健体系是目前世界公认的理想保健体系。其宽大的底部是可以被群众广泛利用、立足于社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的门诊机构(全科医疗诊所与社区健康中心);中部是二级医院、慢性病院、护理院和其他能处理需要住院的常见问题的机构;顶部是利用高技术处理疑难危重问题的少数三级医院。医师人力有一半以上在基层从事社区卫生服务(communitary health service CHS),体现了在卫生资源分配上对社区的倾斜;所有民众的首诊医疗保健都在基层解决,体现了卫生资源利用对社区的重视(图1-2)。

这种正三角形体系意味着不同级别医疗保健机构功能的分化: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

接受后续服务。其优点为：不同级别的医疗保健机构可以各司其职，大医院将精力集中于疑难危重问题和高技术的研究，并作为基层医疗的学术与继续医学教育的后盾；基层机构则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生转诊，减少就医的不便与盲目性；在医疗保健系统与医疗保险系统则可以获得自己的“守门人”——全科/家庭医生，通过其预防导向的服务和一对一负责式的首诊医疗（即每个人都拥有自己的家庭医生），减少疾病的发生、恶化和高技术的滥用，从而避免浪费，提高医疗卫生资源利用上的成本效益。

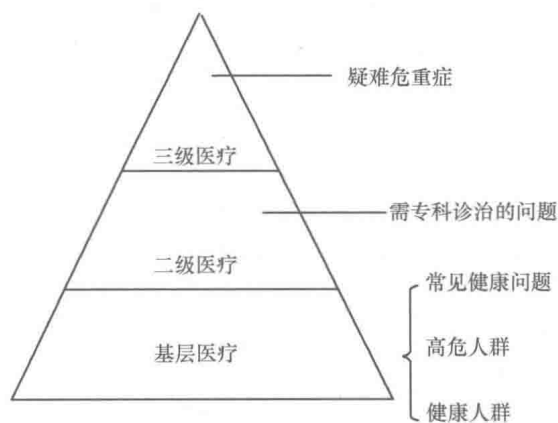


图 1-2 理想的医疗保健体系-正三角形

## 二、全科医生在卫生改革中的地位和使命

社区作为医学教育训练和科学研究的重要场所，体现了近年来世界范围内卫生改革的方向。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。

### （一）承担三级预防服务任务与使命

生物医学模式的健康观认为，健康就是没有疾病。它在健康与疾病之间划了一条明显的界限，可以称之为“无病即健康”。由于其易于操作，所以被医生广泛接受。生物医学模式的缺陷是过于狭窄，不包括许多病理基础不明的疾病（来自病人自我感觉的不适）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。

世界卫生组织（WHO）1947年提出了生物-心理-社会医学模式的健康观，即“健康是身体上、精神上和社会上的完好状态，而不仅仅是没有疾病或虚弱”。这种定义适应了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，并强调个体的自我保健责任。同时，它认为健康是一种“状态”，即把健康和疾病看做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（通常人们称之为“亚健康状态”），此区域的任何一段上都是健康与疾病并存，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。

慢性病的三级预防措施可以概括如下：一级预防（primary prevention），亦称为病因预防，是在疾病尚未发生时针对致病因素（或危险因素）采取措施，其是预防疾病和消灭疾病的根本措施。WHO提出的人类健康四大基石“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”是一级预防的基本原则。二级预防（secondary prevention），亦称“三早”预防，即早发现、早诊断、早治疗，是防止或减缓疾病发展而采取的措施。三级预防（tertiary prevention），亦称临床预防。三级预防可以防止伤残和促进功能恢复，提高生存质量，延长寿命，降低病死率，主要是对症治疗和康复治疗措施。显然，这种根据疾病周期进行的综合性预防措施涉及预防、医疗、康复、心理、行为、社会等诸多领域，需要多学科人员共同承担。由于其出发点是慢性病的防治，需要以临床医生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，理应为社区、家庭和个人承担一、二、三级预防任务，成为预防措施的实际协调人。

### （二）承担发展“照顾医学”的任务与使命

对抗疾病和延长生命、促进和维护健康及解除疼痛和疾苦是医学的传统目的。随着现代医学的飞速发展，使人们对对抗疾病和延长生命格外青睐，似乎只要投入足够的金钱和对科学的热忱，医学将能够治愈所有疾病，死亡则被视为医学的失败。当社会越来越难以继续为对抗疾病付出高

昂代价时,当将大量宝贵资源(甚至是90%以上的资源)用于“最后的安慰”时,对医学其他方面的目的,如促进和维持健康、解除病痛却投入甚少,并处理乏术时,一些专家开始反省,并提出了新的医学目的:①预防疾病损伤,促进和维持健康;②解除疾病引起的痛苦;③治疗、照顾患病与无法治愈者;④避免早死,追求安详死亡。

新的医学目的不是以“治愈医学”为目标,而是在医院以外的广大社区发展“照顾医学”,以西医学和替代医学(中医学)为手段,实现为慢性病病人解除痛苦并改善生命质量的目的;同时强化预防疾病与促进健康的有效方法的研究。因此,围绕着“生命周期”,以生命准备、生命保护、生命质量为中心发展照顾医学的重任,就历史地落在了全科医生肩上。

### (三) 建立全科医生制度,推进卫生改革

根据医学史记载,从希波克拉底时代起,医生就与病人保持密切的接触,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料。通过这种密切接触将医生的爱心传递给病人,使之获得诊治与慰藉,而医生本身就成为治病的良药。因此,密切接触的做法是医生人性化服务的体现。

纵观医学史,医生连续性照顾的做法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医生的体格检查甚至诊断思维,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,医患关系越来越走向冷淡与对立。高技术医学作为“双刃剑”,在挽救了大量危重病人的同时,也带来了许多不良反应,造成卫生资源的高投入、低产出,服务的低覆盖和服务对象的低满意度。以上情况严重影响到医学和医疗卫生事业的可持续发展,甚至涉及社会公正和政局稳定等问题。

各国政府和医学界都认识到需通过卫生改革改变一味发展高技术的弊端,纠正卫生资源配置的偏差,强调对基层医疗保健的投入,以适宜技术和高情感的手段,实现卫生服务的经济有效、高覆盖和高满意度。WHO与世界家庭医生学会联合提出,在卫生保健系统实现优质、经济有效及公正服务的过程中,全科医生(家庭医生)应该起到核心作用。为了承担这一重任,家庭医生必须能高度胜任对病人的照顾,同时必须能将个人和社区的卫生保健融为一体。

在中国,建立全科医师制度是促进医疗卫生

服务模式转变的重要举措。建立分级诊疗模式、实行全科医生签约服务、将医疗卫生服务责任落实到医生个人,是我国医疗卫生的发展服务方向,也是许多国家的通行做法和成功经验。建立适合我国国情的全科医生制度,有利于优化卫生资源配置,形成基层医疗卫生机构与大医院合理分工的诊疗模式,有利于为群众提供连续协调、方便可及的医疗卫生服务,缓解群众“看病难、看病贵”的现状。

## 第二节 全科医学、全科医生和全科医疗

### 一、全科医学

#### (一) 全科医学的概念

全科医学,又称家庭医学,诞生于20世纪60年代,并于20世纪80年代后期传入中国。不同国家对其定义有不同的界定。

澳大利亚皇家全科医师学院(The Royal Australian College of General Practitioners, RACGP)对全科医学的定义是:全科医学是卫生保健系统的一个组成部分,它整合目前的生物医学、心理学及社会学科于一体,为所有个人、家庭及社区提供基本的、连续性的、综合性的及协调性的医疗保健服务。

美国家庭医师学会(American Academy of Family Physicians, AAFP)和美国家庭医学专科委员会(American Board of Family Medicine, ABFM)将家庭医学定义为:为个人和家庭提供连续性和综合性卫生保健的医学专科。它是一个整合生物医学、临床医学及行为科学于一体的宽广专业,其范围涵盖了所有年龄、不同性别、各个器官系统及各类疾病实体。

我国学者普遍认同的全科医学的定义是“全科医学是一门面向社区与家庭,整合临床医学、预防医学、康复医学及人文社会科学等相关内容于一体的综合性医学专业学科,是一个临床医学二级学科;其范围涉及不同年龄、性别、各个器官系统及各类健康问题和疾病;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”。

全科医学具有独特的医学观和方法论,以及系统的学科理论,其技术方法更适合于基层医疗卫生服务。全科医学以生物-心理-社会医学模式

为理论基础,秉承整体观和系统论的医学思维,建立了一系列独特的基本原则,以此来指导全科医生利用社区内外有限的卫生资源,为社区中的个体及其家庭提供连续性、综合性、协调性、个体化和个性化的医疗保健服务,并最大限度地满足社区居民追求健康生活的需求。

## (二) 全科医学学科特点

全科医学学科有其独特的知识、技能、态度/价值观,其服务内容十分广泛,在深度上与其他临床专科的知识和技能相比较浅,但其服务的病人和病种又与其他临床专科有一定的交叉。全科医学学科特点主要包括以下几点。

**1. 一门综合性的临床医学学科** 全科医学是一门独立的临床医学二级学科,但又具有跨学科、跨领域的综合性特点,不仅涉及内、外、妇、儿等临床医学学科,而且也涉及社会学、行为科学、预防医学、医学伦理学、心理学等学科。但是全科医学并不是以上学科片段知识和技术的集合,而是基于整体的医学观和系统性理论,以健康为中心,发展创造新的知识与技能,长期连续地向病人提供综合性全面服务。

**2. 定位于基层卫生保健领域** 全科医学的主要服务领域为基层卫生保健,以家庭、社区为背景,处理常见问题为主,并且大都是处于疾病未分化阶段的健康问题。全科医学强调要对病人及其家庭、社区负责,对疾病预防、服务质量、病人满意度、卫生资源的有效利用和医学伦理学等问题全面负责,因此全科医学是一门适用于基层医疗、社区卫生服务和初级卫生保健领域的医学专科。

**3. 一个广度上的医学专科** 全科医学与其他临床医学专科有着显著的区别,其他临床专科都是在一定的领域或范围内不断朝纵深方向发展,是一种深度上的医学专科;而全科医学则是在一定深度上朝横向发展,是一个独特的、范围宽广的临床医学专科,成为多学科连接的纽带(图 1-3)。一定深度是指处理社区常见健康问题而不是指疑难的专科化问题所需要的知识和技能,横向发展的结果是能解决问题的范围越来越广泛,服务内容越来越丰富、全面,病人的需要才能得到充分的满足。

**4. 具有整体论的临床思维方法** 全科医学与传统经验医学不同,它是用系统论和整体论的方法来理解和解决人群和个体的健康问题,把病人及其健康看成一个整体,注重病人及其健康问题的背景和关系,采取整体性的“生物-心理-社

会”医学模式为病人、家庭和社区提供全面的、综合的服务。同时应用现代医学的研究成果来解释发生在病人身上的局部问题和整体变化,并以科学证据为基础,运用流行病学和循证医学方法评价与处理临床问题,并在医疗服务过程中注重建立良好的医患关系。

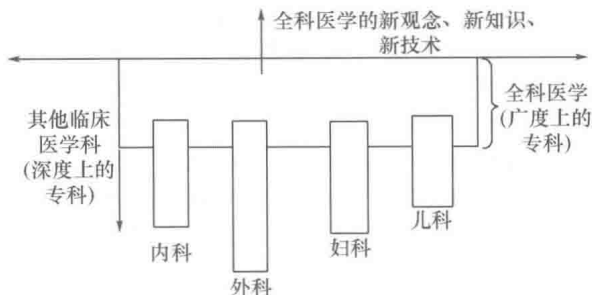


图 1-3 全科医学与其他专科医学的关系

**5. 高度重视服务艺术** 全科医学在强调医学科学的同时,还十分关注服务艺术。“高情感”的全科医学表现为:以维护个体长远的总体健康为己任,注重人胜于疾病,注重伦理胜于病理,注重满足病人的要求胜于疾病的诊疗。全科医学在强调技术水平的同时,十分注重将其与服务艺术有机地结合成为一个整体,使医学成为真正服务于人的科学。

**6. 有地域和民族特点** 全科医疗服务充分地体现了西医学模式和医学目标转变的要求,采取了以人为中心的全面照顾模式。它重视发展与病人间长期稳定的合作伙伴关系,强调要对病人及其家庭、社区的健康长期负责;对疾病预防、治疗及康复,医疗服务满意度,卫生资源的有效利用和医疗伦理学等问题的全面关注。由于文化背景、社会经济发展水平、医疗保健体系和医疗保障制度的不同,全科医学存在明显的地域和民族特点,因此在诊疗病人时也应充分考虑民族、文化、经济发展水平等因素对疾病诊疗的影响。

## 二、全科医生

### (一) 全科医生的定义

全科医生 (general practitioner), 又称家庭医生 (family physician) 或家庭医生 (doctor), 是全科医疗服务的提供者, 是全科医学理论的践行者。英国皇家全科医学院 (Royal College of General Practitioners, RCGP) 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、基础性、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”。

美国家庭医师协会对家庭医师的定义是“家庭医师是经过家庭医疗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与家庭的相互作用,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、卫生服务及社区资源”。

概括地说,全科医生是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效的、一体化的基础的医疗保健服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。其服务内容涵盖了不同性别、年龄的对象及其生理、心理、社会各层面的健康问题;全科医生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。

全科医生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,从宽广的背景上考察健康和疾病及其相互关系,在社区条件下作出适当的评价和干预。为此,全科医生必须对服务对象的卫生服务需求和各门相关学科的发展保持高度的敏感性与开放性,从而能全方位汲取营养,在理论与实践的结合中不断完善自身。

## (二) 全科医生的角色

相对不同的层面,全科医生承担着不同的角色。

### 1. 就个人与家庭层面来说,全科医生承担的角色

(1) 医生:负责常见健康问题的诊治和全方位、全过程的管理,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: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理人开展对外交往,维护当事人的利益。

(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关系,对各种有关问题提供详细的资料与解释,指导服务对象进行有成效的自我保健。

(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,并进行教育效果评价。

(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. 就医疗保健与保险体系层面来说,全科医生承担的角色

(1) 守门人:作为首诊医生和医疗保险体系的“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解决在社区,为少数需要专科医疗者联系有选择的会诊/转诊;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,与保险系统共同实施基本医疗保险。

(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. 就社会层面来说,全科医生承担的角色

(1) 社区与家庭的成员: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) 社区健康的组织与监测者:动员、组织社区各方面积极因素,协调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协助做好疾病监测和卫生统计工作。

## (三) 全科医生的素质

全科医疗体现了全科医学的宗旨,全科医疗质量的高低取决于全科医生的素质,包括思想素质和业务素质。对于病人来说,医生既要容易接近、沟通,可以信赖、依靠;又要能提供满意的服务及高超的医技。要使全科医生在工作中按照全科医学的基本原则,为居民提供综合且连续的

全科医疗服务,必须具备强烈的人文情感、娴熟的业务技能、出色的管理能力、执著的科学精神、高尚的职业道德等。

**1. 强烈的人文情感** 全科医疗是以人为本的照顾,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并与人相互交流、理解的强烈愿望。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、不求回报的,这种品格是当好全科医生的基本前提。

**2. 娴熟的业务技能** 全科医生应具有把服务对象作为一个整体人看待和服务的知识,既善于处理暂时性健康问题,又能对慢性病人、高危人群与健康人提供持续性保健。因此,全科/家庭医学,涉及社区常见疾病的各临床学科(包括中医学),乃至遗传学、心理学、行为科学、流行病学、统计学、预防医学、伦理学、社会学、经济学等学科中的相关知识技能,对于胜任全科医疗工作都是不可缺少的。

**3. 出色的管理能力** 全科医生工作处处涉及病人、家庭与社区健康管理,以及社区卫生服务团队管理等,因此他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。在集体环境中具有协调意识,合作精神和足够的灵活性、包容性,从而成为团队的核心,与各方面保持和谐的人际关系,又能随时平衡个人生活与工作的关系,以保障自己的身心健康与服务质量。

**4. 执著的科学精神** 为了保持与改善基层医疗质量,科学态度和自我发展能力是全科医生的关键素质之一。全科医生必须严谨、敏锐、孜孜不倦地对待业务工作,抓紧任何继续医学教育的机会;能运用循证医学方法,批判性地评价新知识和信息,并将其结合于日常服务实践中;善于通过自学、质量保证活动、学习评价自身技能与行为等,不断获得自我发展。

**5. 高尚的职业道德** 全科医生应具备高尚的职业道德,很强的敬业精神、奉献精神,以及全心全意为人民服务的态度,要品行端正、坦率真诚、尊重他人,要有积极向上的世界观和人生观,有良好的自我调控能力,能耐心、细致、持久地做好每项工作。

#### (四) 全科医生应具备的能力

**1. 处理常见健康和疾病问题的能力** 能熟练应用全科医学的原则和方法处理社区中常见的健康问题;鉴别病人的患病状况,能及时对急

症病人进行必要的处理,准确把握转诊时机;能在社区医疗实践中整合其他专科的知识和技能,整合健康教育、心理咨询、心理治疗等技术,适当运用中西医结合的治疗方法,在日常工作中提供以基本医疗为主,预防、诊疗、保健、康复及健康管理一体化的服务。

**2. 评价个人心理、行为问题的能力** 能熟练评价和处理各种行为问题,包括生活事件与应激反应,性格问题,性问题,饮食与营养问题,吸烟、酗酒、药物成瘾问题,儿童、妇女、老年人的特殊问题等。熟悉心身疾病产生的机制,掌握心理诊断、心理治疗和心理咨询的基本技能。

**3. 家庭评估、家庭访视的能力** 能熟练评价家庭的结构、功能、家庭生活周期和家庭资源状况;善于鉴别有问题的家庭及其患病成员,能准确评价家庭功能障碍与个别患病成员之间的互动关系,充分利用家庭资源,为病人提供以家庭为单位的服务;为个人及家庭提供预防性咨询服务;帮助家庭解决存在的问题。

**4. 服务社区的能力** 具有较强的社会工作能力,能顺利协调和利用社区内外的医疗和非医疗资源,组织必要的社区调查,运用卫生统计和流行病学的方法全面评价社区健康状况,制订和实施社区卫生计划;能对流行病、传染病、职业病、地方病和慢性病进行有效的监测和控制;能胜任初级卫生保健的组织与实施工作,并为社区中的不同人群提供综合性的预防保健服务。

**5. 处理医疗相关问题的能力** 能妥善处理在医疗过程中可能会遇到的社会与伦理学问题,如为病人保守秘密、尊重病人的隐私权、科学理解死亡的定义、熟悉临床药物试验的有关规定、正确对待安乐死等问题;熟悉有关的法规,在维护病人及其家庭最佳利益的前提下,尽量避免医疗纠纷的发生。

**6. 自我完善与发展的能力** 有较强的医疗管理能力,善于把握卫生事业改革与发展的规律与方向,利用各种机会学习新的知识和技能,不断取得进步;能熟练查阅文献资料,在专家的指导下开展科研和教学工作,并善于应对各种各样的困境和挑战。

#### (五) 全科医生与其他专科医生的区别

全科医生与其他专科医生的区别,见表 1-3。

表 1-3 全科医生与其他专科医生的区别

项目	全科医生	其他专科医生
1. 所接受的训练	接受立足于社区的全科医学专门训练	接受立足于医院病房的教学训练
2. 服务模式	以生物-心理-社会医学模式为基础注重于人, 伦理生命的质量和病人的需要	以生物医学模式为基础
3. 照顾重点	注重于人, 伦理生命的质量和病人的需要	注重于疾病、病理、诊断和治疗
4. 服务对象	社区中病人、健康人、高危人群	只服务于就诊的病人
5. 服务内容	提供预防、保健、治疗、康复、健康教育及计划生育指导等综合性服务, 对医疗的全过程负责	注重疾病的治疗, 对医疗的某些方面负责
6. 服务单位	病人及其家庭、社区兼顾	病人个体服务
7. 服务的主动性	主动为社区全体居民服务	在医院里被动地坐等病人
8. 服务的连续性	连续性整体化服务	片段性服务, 不连续
9. 所处理问题的特点	以处理早期未分化的疾病为主	以处理高度分化疾病为主
10. 诊疗模式与手段	一人为中心的合作型诊疗服务模式, 以物理学检查为主, 以满足病人的需要为目标, 以维护病人的最佳利益为准则	以疾病为中心的权威型诊疗服务模式, 依赖高级的仪器检查设备, 以诊断和治疗疾病为目标
11. 医患关系	长久且连续	暂时且间断

资料来源: 梁万年, 郭爱民. 全科医学基础. 北京: 人民卫生出版社, 2009.

表中所列的其他专科医生是指经过住院医师培训合格的、在综合性或专科医院各临床专科工作的医生, 他们是深度的专科医生, 如儿科医生。

## 三、全科医疗

### (一) 全科医疗的定义

全科医疗 (general practice, GP) 在北美的一些国家和地区被称为家庭医疗 (family practice), 也是现阶段世界各国公认的基层医疗的最佳服务模式。美国家庭医生学会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和综合性卫生保健的医学专业, 它是一个整合了生物医学、临床医学和行为学的宽广专业。家庭医疗的范围涵盖了所有年龄、性别、每一种器官系统及各类疾病的实体。

从以上定义可以看出, 全科医疗是将全科医学的基本理论应用于病人、家庭和社区居民健康照顾的, 主要由全科医生提供的, 以解决社区常见健康问题为主的一种基层医疗服务, 它是整合其他许多学科领域的知识和技能于一体的临床专业服务。全科医疗提供的是基础性的医疗卫生服务, 也是优质的医疗服务。全科医疗为服务对象提供躯体和精神上的医疗照顾, 是一种可及的、安全的、有较好费用效益的; 是基于最佳科学证据的, 充分考虑到服务对象需求的、尊重病人家庭、个人价值观及其信仰的医疗服务。

### (二) 全科医疗的特点

(1) 全科医疗有其独特的知识、技能和理念。在知识和技能方面, 全科医疗与其他专科共享人类医学发展的成果, 但全科医疗的理念有别于其他临床专科。全科医疗更强调以人为中心, 将病人置于其家庭背景和社区环境之中, 强调运用家庭力量、人际关系、咨询及心理治疗等方面的知识技能处理其医疗问题。

(2) 全科医疗有其独特的问诊过程。通过有效的沟通使医生和病人逐渐建立起积极的医患关系, 强调医患关系的建立与维护, 进而倡导授权给病人, 帮助病人作出医疗决策。

(3) 全科医疗强调综合性、个体化的照顾。强调疾病预防和健康维持; 强调疾病早期发现并处理; 强调在社区场所对病人提供服务, 以保证全科医疗对其服务对象是方便的、可及的; 强调协调利用全科、专科等医疗卫生资源, 以及社区内外的其他资源。

(4) 全科医疗最大的特点是强调对服务对象的“长期负责式照顾”。这种持续性医疗服务的关注中心是“整体的人”, 而非仅仅是其所患的病, 并对其长期健康负有管理责任。只要全科医生与服务对象建立了某种契约关系, 就应随时关注他们的身心健康, 对其主观和客观的、短期与长期的各种卫生需求作出及时评价和反映。由于医生对医学知识的把握胜于病人, 因此全科医疗是一种由医生发起的以人为本、以健康为中心、以需要为基础、以需求为导向的主动的医疗服务。

(5) 由于全科医疗内容丰富, 因此全科医疗多以团队合作的方式开展工作, 以生物-心理-社会模式为诊治理论基础。从身体, 心理, 社会, 文化, 家庭, 个人的信仰、价值观, 以及客观存在的各种因素等多个角度来处理问题, 着重于对病人的照顾、疾病预防和健康促进。



### (三) 全科医疗与专科医疗的区别与联系

在一个布局合理的医疗卫生服务体系中,全科医疗和专科医疗各自负责健康与疾病的不同阶段,两者既有区别,又互相联系;两者既有分工,又有合作,承担着不同的医疗保健工作,共同维护全体居民的健康。

#### 1. 全科医疗与专科医疗的区别

(1) 服务宗旨和职责方面:从服务宗旨与职责上看,全科医疗和其他专科医疗负责健康与疾病发展的不同阶段。全科医疗负责人的健康时期、疾病早期未分化阶段的心身问题及经专科诊疗后无法治愈的各种病患的连续性照顾,其关注的中心是人而不是病,无论服务对象是否有生物学上定义的疾病或病患,全科医疗都要为其提供令人满意的照顾,即它对自己的服务对象具有不可推卸的持续责任。因此,全科医疗提供的服务是防、治、保、康、教、计六位一体的综合性照顾。其责任既涉及医学科学,又延伸至与这种服务相关的多个专业领域(包括行为科学、社会学、人类学、伦理学、文学、艺术等),其最高价值既有科学性,更顾及服务对象的满意度,充分体现了医学的艺术性。这种医疗服务充分体现“照顾”的模式,所以可称其为照顾医学(care medicine)。

专科医疗主要负责疾病形成后一段时期的诊断与治疗,其目的是以科学为基础,对人体生命与疾病本质进行深入研究来认识与对抗疾病。采用的是以疾病为中心的诊疗模式,着重于识别特定疾病的特殊症状和体征,而且越来越多地依赖于死板的诊断标准和高度技术化的诊疗手段,一旦遇到现代医学无法解释与解决的问题时,专科医疗就不得不宣布放弃对病人的责任(即在某病人“无诊断可能性”或“无治疗价值”时即让其出院或终止治疗)。从这种意义上说,专科医生类似于“专科专家”,其工作体现“科学”的模式,其责任局限于医学科学认识与实践的范围,其最高价值是科学性,充分体现了医学的科学性方面。由于专科医疗更强调根除或治愈疾病,故亦可将其称为治愈医学(cure medicine)。

(2) 服务内容和方式方面:从服务内容与方式上看,在理想的医疗保健体系中,专科医疗处于卫生服务系统正三角的顶部,其主要负责处理少数人生物学上的重病或疑难问题。而解决这些问题需要动用昂贵的医疗资源,其服

务方式往往采用专科的高新技术。在医疗服务过程中,专科医生为技术权威,病人是“被动接受者”,他们在高科技面前显得无能为力,只能是被服从医生对其健康问题的“处置”。而全科医疗处于卫生服务系统正三角的基础部分,其主要负责处理常见健康问题和疾病早期未分化阶段,其利用最多的是社区、家庭的卫生资源和时间这一最好的诊断手段,其服务方式是团队合作,一体化全方位管理,以低廉的成本维护大多数居民的健康,并能使那些无法被专科医疗治愈的慢性病患及其导致的功能性问题得到良好的管理与照顾。全科医疗服务团队中,病人及其家庭成员也是医护人员得力的合作伙伴,他们是健康/疾病管理目标制订与实施的主体之一。

综上所述,可将全科医疗与其他专科医疗的区别归纳为表 1-4。

表 1-4 全科医疗与专科医疗的区别

特征	全科医疗	专科医疗
服务人口	较少而稳定[1: (2000~2500)]	大而流动性强
照顾范围	宽(兼顾生物、 心理、社会单 方面)	窄(局限于某系统/器官)
技术	基本技术,费用 可以接受	高新技术
方法	综合	分科
医患关系	连续性	间断性
服务内容	防治保康教计一 体化	医疗为主
态度/宗旨	以健康为中心, 全面管理:以 人为中心,病 人主动参与	以疾病为中心,救死扶伤: 以医生为中心,病人被 动服务

2. 全科医疗与专科医疗的共同特点和联系  
全科医疗是在其他专科医疗的基础上发展起来的,广泛采用其他专科医疗的理论和方法,两者具有许多共同特点和密切的联系。

#### (1) 全科医疗与专科医疗的共同特点

1) 服务和研究的对象都是人,都必须具有高尚的职业道德,职业规范也有很多不同于其他行业的特殊要求。

2) 都是以科学的方法为基础,医生都必须经过系统的学习才能向群众提供优质的医疗保健服务。

3) 都要求医生在医疗服务中,不仅要正确使用药物、器械,还要同情关怀和支持病人,尊重病人的人格和感情,增强医疗保健效果。