



面向 21 世纪课程教材

Textbook Series for 21st Century

# 全科医学基础

Foundation for General Practitioner/Family Medicine

主编 王改兰

- 以社区为导向的全科医学教育系列教材
- 以卫生部全科医师规范化培训大纲为依据
- 展示课程体系和教学内容10年改革成果



北京医科大学出版社

BEIJING MEDICAL UNIVERSITY PRESS

面向 21 世纪 课程教材  
Textbook Series for 21st Century

# 全科医学基础

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 主 编 | 王改兰 |     |     |
| 副主编 | 夏修龙 | 孙 红 | 李小妹 |
| 编 者 | 王改兰 | 夏修龙 | 李小妹 |
|     | 孙 红 | 陶 明 | 赵亚玲 |
|     | 李冬民 | 吴伯英 |     |



北京医科大学出版社  
Beijing Medical University Press

# QUANKE YIXUE JICHU

## 图书在版编目 (CIP) 数据

全科医学基础/王改兰主编. - 北京: 北京医科大学出版社, 2000.7

ISBN 7-81071-077-X

I. 全… II. 王… III. 全科医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 38454 号

北京医科大学出版社出版发行

(100083 北京学院路 38 号 北京大学医学部院内)

责任编辑: 谢琳 张枢贤

责任校对: 王怀玲

责任印制: 张京生

山东省莱芜市印刷厂印刷 新华书店经销

\* \* \*

开本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 12.25 字数: 307 千字

2000 年 8 月第 1 版 2000 年 8 月第 1 次印刷 印数: 1—6000 册

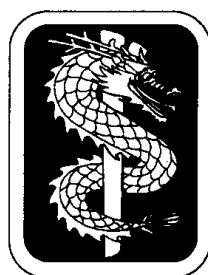
定价: 20.50 元

(凡购买我社的图书, 如有缺损、倒页、脱页等质量问题者, 请与当地供应部门联系调换)

版权所有 不得翻印

本书由美国中华医学  
基金会资助出版

This series of textbooks is funded by China  
Medical Board of New York, Inc.



# 丛书编委会

主 任

朱宏亮

副主任

李 伟 涂明华 益西央宗

编委会执行主任

林 奇

委 员

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 李金锁 | 周玉玲 | 姚果原 |
| 李长山 | 杨耀防 | 周惠英 |

# 序

为适应 21 世纪医学科学的发展和医学模式的转变，高等医学教育也必然要经历一场深刻的变革和创新。国家教育部在全国高校启动的“面向 21 世纪教学内容和课程体系改革计划”，及时而有力地推动了医学教育改革的进程。近几年来，国内不少医学院校从教育思想、培养模式、课程体系、教学内容和教学手段等方面进行了大胆的探索，并取得了不少有益的成效，这 16 本系列教材的问世就好似教学改革百花园里绽出的一枝绚丽花朵，她凝聚着前西安医科大学、九江医学专科学校和西藏大学医学专科学校等数所院校多年辛勤耕耘的汗水及共同智慧的结晶，也是在实施教育部“高等院校面向 21 世纪教学内容与课程体系改革计划”子项目中得到的一点成果。

这几所院校的共同点都是针对社区适用型医务人才培养的目标，在课程体系、教学内容和教学方法上进行了实质性的改革与调整，本着淡化学科界限、强调人整体意识的原则，对基础医学课程进行了重组和优化，内容上做了合理的删减和新内容的增补，实现了学科间的有机融合，《人体形态学》、《人体机能学》、《医学免疫学及病原生物》就是其中富有改革特色教材的典型；对后期的临床医学课则更突出其社区的适用性，突出疾病预防、常见病多发病的诊治以及康复服务的结合。从这套教材上反映出改革的另一个侧面是课程内容融入了全科医学的思想，这是对专科层次人才按全科医学模式培养的一种初步尝试。根据社区全科医师所应具备的知识结构和业务能力，加入了若干人文社会科学以及相关的新课程，如其中的《全科医学基础》、《临床技能》、《行为医学》、《卫生事业管理》、《预防医学》、《急诊医学》、《康复医学》等，都是造就一个全科医生所必不可缺的培训内容，将为全科医生的实际工作需要提供预防、医疗、保健、康复综合服务的基本理论和技能，构建生物——心理——社会立体认识健康与疾病的思维模式，因而不失为当前开展全科医学教育适用的一套教科书。

本套教材在内容形式上增添了置于篇章前后的“内容提要”和“复习思考题”或“病案讨论”，加之许多教材中在不同学科上相互衔接，融会贯通以及力求基础与临床、理论与实践的密切结合，因而这套教材十分有利于采用“以问题为基础教学法”实施教学。可以结合教材内容，通过对相关病例展开小组讨论，从而启迪学生独立思考、主动学习的积极性，培养临床思维和实践操作的能力。

这套教材的设计构思有幸得到美国中华医学基金会的支持和鼓励，并得到了编写、出版方面的经费资助，在此特表示衷心的感谢！

教材的编写，也得到了教育部和卫生部的领导以及许多专家教授的大力支持和关怀，原西安医科大学前任校长任惠民教授为教材项目曾做了大量的工作，在此也一并深表谢意！

由于这套教材涉及一些新学科、新理论和新方法，而我们的编写人员学术水平有限，工作也比较粗浅和仓促，因而教材的内容和形式难免多有不妥之处，深望广大读者和同道、专家不吝批评指正。

编委会

2000 年 5 月

# 前言

全科/家庭医学，源于古代医学质朴的思想体系和作业方式，同时又融入了现代科学的理论与技术，是一门研究初级卫生保健的专门学科。这一学科在 20 世纪 60 年代首先被北美国家所重视，以后逐渐在许多发达国家得以推广。全科医学之所以发展得如此迅速，受到各国民众的欢迎，是由于它推行和贯彻了新的生物-心理-社会医学模式，解决了各国群众医疗保健的需求问题和医疗费用的上涨，并弥补了单纯生物医学模式下所形成的医学观念和医疗服务体系的缺陷。

全科/家庭医学于 80 年代后期引入我国，深受我国政府的重视，将其视为实现“2000 年人人享有卫生保健”的重要途径。在中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定中明确提出要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。而发展社区卫生服务的关键是要大力培养全科医师，建立一支以全科医师为主体的社区卫生服务队伍。培训全科医生的理论基础——全科医学，作为一门新兴学科，其思想、内涵和专业特点尚未被人们认识和了解。为了弘扬全科医学，让更多的人认识这门学科，我们撰写了这本教材，奉献给广大读者。

这本教材的编写是基于西安医科大学社区医学教育的实践。自 1986 年起，我校就开始了社区定向医学教育的探索和实验，10 余年来取得了一定的经验和成效。随着社会需求的变化，我校的社区医学教育又拓展到全科医学领域，几年来对全科医学进行了多方面的理论研究和教育实践的尝试，努力为全科医学的学科建设尽微薄之力。《全科医学基础》是我校为实施全科医学教育计划而编写的 16 本系列教材之一，我们对于教材编写的指导思想是：

1. 具有中国的特色：我们力求将国外全科/家庭医学的精华与我国的具体情况相结合，以便于这门学科在中国普及推广，并为中国人民乐于接受。

2. 理论与实践的结合：我们尽量克服单纯理论阐述的弊端，将全科医学的理论与临床实践相结合，并融入我校的实践经验，其写作手法使全科医学的理论通俗易懂，具有较强的操作性。

3. 突出思想性：在撰写中，始终体现了全科医学着眼于人类健康的观点，突出生物-心理-社会医学模式对临床运作的指导思想。不仅传授了学科知识，并且还起到了更新知识，转变观念的作用。

我们在这门课程的教学过程中，将强调：

1. 采用新的教学方法：在教学过程中，将采用包括以问题为基础教学方法在内的多种教育形式，通过对临床病例的讨论，使学生领会和掌握全科医学的原理和技巧，以及分析问题、解决问题和自学的能力，并培养他们的团队合作精神。

2. 注重实践性：在教学过程中，要让学生走出学校和医院的围墙，深入社区，熟悉社区的工作环境，使他们获得实际的社区工作能力。

《全科医学基础》是全科医学的概论部分，为全科医生培训的基本教材。其教学目的，是使学生了解全科医学的思想和知识结构。使学生初步掌握全科/家庭医学的有关理论知识和技能，为造就一名全科医师奠定坚实的思想基础并筑起基本的知识框架。本书也可作为临

床医学专业本科学生和从事专科医务人员的参考教材，使他们了解全科医学，理解全科医生，以便在以后的医疗工作和双向转诊中互相协作，共同促进人群的健康。

本教材由西安医科大学、九江医专两校联合编写，全书共 32 万余字，内容共分十章。其中第一章、第三章、第四章、第六章和第十章均由王改兰撰写；第二章、第九章由夏修龙撰写，第五章由王改兰、陶明、赵亚玲撰写，第七章由李小妹撰写，第八章由孙红撰写。

本教材在编写中查阅了不少国外的资料，同时也参考了国内张枢贤、顾援、吴春容以及李孟智（台湾）等专家教授的有关专著。在成稿之后，又特请曾昭耆教授作了审阅，对本书提出了许多宝贵的修改意见，在此一并表示衷心的感谢。

由于全科医学在中国起步较晚，目前还处于探讨阶段，本人学识浅薄，书中难免有许多不足或错误之处，望各位同道者不吝赐教，最终是为了一个共同的目的——发展中国的全科医学，如能有抛砖引玉的作用，也算如愿以偿。

**编者**

1999.12.7

# 目 录

## 第一章 全科医学产生的历史与科学性

..... (1)

### 第一节 医学发展的历史回顾..... (1)

一、医学的发展和医疗方式..... (1)

二、既往医学体系和现代医学体系的对比..... (3)

### 第二节 全科医学产生的必然性..... (5)

一、全科医生的产生..... (5)

二、美国家庭医学发展历史..... (5)

三、时代的产物——全科医学..... (6)

### 第三节 全科医疗、全科医学及全科医生..... (9)

一、全科医疗..... (9)

二、全科医学..... (11)

三、全科医生..... (12)

## 第二章 全科医师的态度、知识和技能

..... (15)

### 第一节 全科医师应有的态度..... (15)

一、注重于人而不是病..... (16)

二、尊重病人权利..... (16)

三、病人是完整的人，具有一定的家庭社会背景..... (17)

四、具有高度的责任感、丰富的同情心和奉献精神..... (17)

### 第二节 全科医师应具备的知识与技能..... (18)

一、全科医师的知识结构..... (18)

二、全科医生应具备的能力..... (19)

## 第三章 以病人为中心的照顾..... (22)

### 第一节 两种不同模式的照顾..... (22)

一、两种模式的理论根据..... (22)

二、两种不同的服务模式..... (24)

### 第二节 以病人为中心的照顾..... (24)

一、以病人为中心的照顾模式..... (24)

二、以病人为中心的思路..... (25)

三、以病人为中心的临床处理方式

..... (26)

### 第三节 全科医生的临床判断..... (26)

一、全科医生工作环境的特点..... (27)

二、全科医生的诊断手段..... (27)

三、全科医生的思维判断程序..... (34)

四、全科医生对病例分析的思路..... (35)

### 第四节 全科医生对病人的管理..... (37)

一、全科医生临床管理的种类..... (37)

二、全科医生对病人的管理内容..... (38)

三、社区健康教育..... (41)

## 第四章 以家庭为单位的照顾..... (44)

### 第一节 家庭的定义、结构和功能..... (44)

一、家庭的定义..... (44)

二、家庭的结构..... (45)

三、家庭的基本功能..... (51)

### 第二节 家庭生活周期、家庭危机和家庭资源..... (52)

一、家庭生活周期..... (52)

二、临终关怀..... (54)

三、家庭危机及家庭资源..... (55)

### 第三节 家庭对健康和疾病的影响..... (58)

一、家庭、家庭医疗和家庭系统理论..... (58)

二、家庭相互作用模式类型..... (59)

三、家庭对健康的影响..... (59)

### 第四节 家庭评估及家庭照顾..... (60)

一、家庭评估的资料..... (60)

二、家庭评估..... (63)

三、家庭保健..... (64)

## 第五章 以社区为范围的照顾..... (66)

|                               |       |                        |       |
|-------------------------------|-------|------------------------|-------|
| 第一节 社区医学概述 .....              | (66)  | 二、处理人际关系的基本原则 .....    | (104) |
| 一、社区 .....                    | (66)  | 三、医患沟通技巧 .....         | (104) |
| 二、社区医学 .....                  | (67)  | 四、沟通情形的评估 .....        | (107) |
| 三、社区医学教育 .....                | (67)  | <b>第七章 社区护理</b> .....  | (108) |
| 四、社区卫生服务 .....                | (68)  | 第一节 社区护理的概念及内容 .....   | (108) |
| 五、全科医疗、初级卫生保健与社区卫生服务的关系 ..... | (69)  | 一、社区护理的概念 .....        | (108) |
| 第二节 影响社区人群健康的因素 .....         | (70)  | 二、社区护理的发展历史 .....      | (109) |
| 一、环境因素对健康的影响 .....            | (71)  | 三、社区护理的特点 .....        | (110) |
| 二、生物因素对健康的影响 .....            | (73)  | 四、社区护士的角色及功能 .....     | (111) |
| 三、生活方式对健康的影响 .....            | (73)  | 五、社区护士应具备的条件 .....     | (112) |
| 四、健康照顾系统对健康的影响 .....          | (75)  | 六、社区护士的工作范围 .....      | (113) |
| 第三节 社区诊断与社区调查 .....           | (75)  | 七、社区护理的发展趋势 .....      | (113) |
| 一、社区诊断 .....                  | (75)  | 第二节 社区护理的理论指导及模式 ..... | (114) |
| 二、社区调查 .....                  | (77)  | 一、健康信念模式 .....         | (114) |
| 第四节 以社区为范围的服务 .....           | (80)  | 二、保健教育过程模式 .....       | (115) |
| 一、我国的三级医疗预防网 .....            | (80)  | 三、促进健康模式 .....         | (116) |
| 二、以色列国家的三级医疗预防模式 .....        | (82)  | 四、其它模式 .....           | (118) |
| 三、以社区为导向的基层医疗 .....           | (83)  | 第三节 社区护理程序 .....       | (118) |
| 第五节 区域卫生规划 .....              | (84)  | 一、护理评估 .....           | (118) |
| 一、区域卫生规划的含义 .....             | (85)  | 二、护理诊断 .....           | (121) |
| 二、区域卫生规划的程序 .....             | (85)  | 三、护理计划 .....           | (122) |
| 三、区域卫生规划的基本内容 .....           | (86)  | 四、护理实施 .....           | (123) |
| <b>第六章 全科医生诊疗模式</b> .....     | (88)  | 五、护理评价 .....           | (123) |
| 第一节 全科医生对社区疾病的界定 .....        | (88)  | 第四节 社区护理的方式及内容 .....   | (123) |
| 一、全科医生作业的特点 .....             | (88)  | 一、社区护理方式 .....         | (123) |
| 二、对社区疾病处理范围的界定 .....          | (89)  | 二、社区护理的具体内容及工作要点 ..... | (124) |
| 三、全科医疗问题的特殊性 .....            | (96)  | 第五节 社区中的家庭访视及护理 .....  | (129) |
| 第二节 新的医疗模式在实践中的运用 .....       | (96)  | 一、家庭访视及护理的目的 .....     | (129) |
| 一、临床处理原则 .....                | (96)  | 二、家庭访视及护理的原则 .....     | (129) |
| 二、不同的诊治思路和方法 .....            | (97)  | 三、家庭访视及护理的方法与内容 .....  | (130) |
| 第三节 接诊技能、沟通技巧 .....           | (103) | 四、家庭访视及护理的程序 .....     | (131) |
| 一、医患关系概述 .....                | (103) | 第六节 社区健康教育 .....       | (133) |
|                               |       | 一、健康教育的概念 .....        | (133) |

|                                  |              |                                    |              |
|----------------------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
| 二、健康教育的原则·····                   | (133)        | 二、开展全科医疗社区卫生服务实践<br>和研究的原则及内容····· | (167)        |
| 三、健康教育的程序·····                   | (133)        | 第三节 行为学、心理学、社会学<br>研究·····         | (168)        |
| 四、社区健康教育的方法·····                 | (134)        | 一、开展行为学、心理学和社会学<br>研究的意义·····      | (168)        |
| <b>第八章 居民健康档案·····</b>           | <b>(139)</b> | 二、行为学、心理学和社会学研究的<br>方法·····        | (168)        |
| 第一节 建立居民健康档案的目的<br>·····         | (139)        | 三、行为学、心理学及社会学研究的<br>内容和范围·····     | (169)        |
| 一、建立居民健康档案的必要性<br>·····          | (139)        | <b>第四节 全科医疗知识范围研究</b><br>·····     | (170)        |
| 二、居民健康档案的作用和目的<br>·····          | (142)        | 一、广泛的多学科知识·····                    | (173)        |
| <b>第二节 建立居民健康档案的原则</b><br>·····  | <b>(143)</b> | 二、以生命周期阶段照顾划分的知识<br>领域·····        | (173)        |
| 一、科学性原则·····                     | (143)        | 三、防、治、保、康为一体的知识体系<br>研究·····       | (173)        |
| 二、实用性原则·····                     | (143)        | 四、注重家庭医学知识·····                    | (173)        |
| 三、规范性原则·····                     | (143)        | 五、全科医业的内外管理·····                   | (174)        |
| 四、严肃性原则·····                     | (144)        | <b>第十章 全科医生培训·····</b>             | <b>(175)</b> |
| 五、前瞻性原则·····                     | (144)        | 第一节 全科医学教育的变革·····                 | (175)        |
| 六、管理现代化原则·····                   | (144)        | 一、全科教育目标·····                      | (175)        |
| <b>第三节 居民健康档案的种类和内容</b><br>····· | <b>(144)</b> | 二、全科医生所注重培养的知识能力<br>·····          | (175)        |
| 一、社区健康档案·····                    | (144)        | 三、全科医学的教育方法·····                   | (176)        |
| 二、家庭健康档案·····                    | (153)        | <b>第二节 全科医学教育的特设课程</b><br>·····    | <b>(177)</b> |
| 三、个人健康档案·····                    | (156)        | 一、全科医学特色课程设置·····                  | (177)        |
| <b>第九章 全科医业中的科研重点·····</b>       | <b>(159)</b> | 二、全科医生的资格认证·····                   | (179)        |
| 第一节 流行病学和临床研究·····               | (160)        | <b>第三节 全科医疗的发展趋势·····</b>          | <b>(180)</b> |
| 一、流行病学在全科医疗中研究的内容<br>·····       | (160)        | 一、发展社区卫生服务的目标<br>·····             | (180)        |
| 二、流行病学研究方法·····                  | (161)        | 二、社区卫生服务的三个阶段<br>·····             | (181)        |
| 三、流行病学研究计划的制订与<br>实施·····        | (163)        |                                    |              |
| 四、全科医疗的临床研究·····                 | (165)        |                                    |              |
| <b>第二节 社区卫生服务研究·····</b>         | <b>(166)</b> |                                    |              |
| 一、开展全科医疗社区卫生服务研究<br>的背景和意义·····  | (166)        |                                    |              |

## 全科医学产生的历史与科学性

### 提 要

本章着重叙述了三个方面内容：回顾了医学产生、发展的历史，全科医学产生的缘由，全科医学、全科医疗和全科医生三者之间的关系。从而阐明了全科医疗在医疗体系中固有的主导作用并为大众欢迎的医疗模式。通过对这部分内容的描述和对医学历史的系统回顾，澄清我们的认识，清楚真正的医学本质，因而重新确立全科医学在当今卫生服务体系的位置已是历史的必然。

### 第一节 医学发展的历史回顾

#### 一、医学的发展和医疗方式

人类疾病的发生促使医学的发展，有了疾病就产生了医病的医生，最早的医患关系具有鲜明的亲近性和协调性。春秋战国时期的著名医学家扁鹊在治疗中注重“望色”、“闻声”、“观形”、“切脉”。最早的医学论著《内经》、《素问》中提到，“善诊者察色按脉，先别阴阳；审清浊而知部分，视喘息、闻声音而知所苦；观权衡规矩而知病所主；按尺寸观浮、沉、滑、涩而知病所生”。《素问》中明确指出问诊在诊断中的重要性，如：“诊病不问其始、忧患、饮食之失节、起居之过度，不先言此，率持寸口，何病能中？”回顾 2000 多年祖国医学的历程，是一个全科/家庭医学的写照，祖国医学的悠久历史，记载着多少为医学而奋斗终生的伟大人物，成为至今还流传于民间的美好回忆。而西方医学自成体系登上科学的舞台则要从“古希腊热”谈起，14 世纪末，在意大利的佛罗伦萨办了一所“希腊学院”，讲授的是古希腊哲学、历史和文学，这些优美的文学艺术和丰富的学术思想，大开了佛罗伦萨人的眼界，顿时在意大利掀起了一股“希腊热”，并影响了整个西欧，是这种新的思潮摧毁了当时的封建主义束缚——基督教教义的统治（在基督教会的钳制下，所有行为不得越雷池一步），要求个性解放和人身自由，迎来了鼎盛的 16 世纪文艺复兴时期，在整个欧洲由于思想解放，促进了自然科学的发展，医学在这个孕育科学的时代，也得到了长足进步。达·芬奇不顾教会的禁令，亲自动手解剖尸体，写下了医学史上第一部人体解剖学专著，掀开了医学的新篇章，以他为起点，相继生理学、病理学、微生物学、免疫学等一系列基础医学逐步建立，期间经历了 400 多年时间，终于形成了庞大的医学科学体系。

直至本世纪之前（20 世纪），无论是医业还是医学教育，都没有明显的分科。在我国古代，如名医扁鹊在治病中把人视为一个整体，他注重四诊，望色：其含意包括望面色和神

色，面色是观察患者得病类型及轻重的标志，如贫血时苍白和肺炎时发红及肝病时青滞就很明显的表现在面部颜色的不同，病轻时的红润和病重时的灰暗面色也截然不同。而神色则是观察患者表露出来的心理状态，是惊、是恐、是怒、还是安祥，通过它能推测患者的情境。闻声：是听病人发出的声音，《素问》中写到，“视喘息、闻声音而知所苦”，表明了从病人的喘息声中得知患者的痛苦。这些简练的语言中流露出医生对患者的痛苦感触之深，医生进入病人的世界而体会其疾苦。观形：则是观察患者的体态和举止，是行动自如、还是因疾病而受限，是肥胖、还是消瘦，是步履轻盈、还是寸步难行。切脉：则是根据患者的脉象浮、沉、滑、涩，标示着疾病的轻重缓急或表里。这些都充分表明了祖国医学的望、闻、问、切的诊治过程所体现的医患关系具有鲜明整体性、辨证施治的特点。“权衡规矩而知病所主”，即通过整体的观察、依疾病的规律、而判断疾病，对于病人的治疗则是通过对身体内部的调节达到治本的目的。在公元2世纪东汉时期，名医华佗在行医中就体现了对外科、内科、妇科、儿科的全面知识和技能的掌握，他以解除病痛为宗旨，而并没有分科的念头。在我国古代，对这些卓越医祖业绩的记载中，不但描述了他们对疾病的治疗，而且也记录了高超的心理治疗医术，如有一郡守久病不愈，华佗经过诊断，认为是长期精神忧郁而造成，要激他发一阵火，病才会治愈，于是诊疗时故意惹病人生气，并开了谩骂的处方激发病人大怒，七窍冒火后感轻松而疾病痊愈。祖国医学流传至今，仍以辨证施治，以权衡调节机体内部平衡进行治疗。

国外医学虽与祖国医学所走的道路有所不同，但其治疗的模式都是通科医疗的形式。如公元10世纪阿拉伯名医阿维森纳、15世纪法国医生拉伯雷、19世纪德国的“杆菌之父”科赫，均以通科医疗形式为居民治疗各种疾病。在西方早期，医生的培养不仅限于传授医学知识，而是综合知识的教育，除学医之外，还学习文学、哲学、数学、法律、音乐、天文、考古等，如拉伯雷他是一位伟大的文学家，而为穷人治病伴随着他的一生。科赫也是在德国一个小镇的开业医生，工作非常辛苦，为市镇的居民和附近地区的农民医治各种疾病，还包括牲畜的疾病。就是因为西方的文化和综合教育，培育出了众多的医学科学家，谱写了光辉的医学历史。17世纪荷兰人列文虎克首先创制了显微镜，为发现微生物开辟了大门，18世纪英国医生琴纳创造了牛痘疫苗预防天花，与此同时法国医生Laennec发明了听诊器。19世纪更是医学的一个辉煌时代，法国科学家路易斯·巴斯德1865年第一次在蚕的身上发现了致病菌，随后发现了鸡霍乱菌、羊炭疽菌、狂犬病毒，并发明了高温消毒法，研制了伤寒、霍乱、白喉、鼠疫、狂犬病等多种疫苗，遏止了人和动物的多少传染病流行。1876年科赫进一步研究了炭疽杆菌对人类疾病的传播，并证明了一种特定微生物是引起一种特定疾病的原因，根据他的建议，大大控制了人类疾病传播和羊群的死亡。随后，科赫又发现了结核杆菌并指出是引起肺结核传播的病因。以后又首次成功的分离出霍乱弧菌，1896年他在美国制止了牛瘟，1897年他揭开了鼠蚤传播鼠疫的秘密。1895年德国科学家伦琴发现了X射线，打开了洞察人体内部结构的一扇窗户，1896年Riva-Rocci发明了血压计，1901年Einthoven发明了心电图机，随着20世纪科学技术的发展，出现了各种高科技诊断和治疗手段，如：B超、纤维内窥镜、M超、彩色多普勒、CT、核磁共振、 $\gamma$ 刀、X刀等等，医学出现了高度的分化，追求高、精、尖和技术设备的完善性，追求医学的尊严，其模式必然导致医院的机构庞大、分科过细和医疗的不尽人意，并忽视了医学的实践性，忘掉了医患人际交往的纯朴素质，医生见病人联想到的只是某一脏器和组织，而忘掉了面对的是一个活生生的整体人。对于过去的回顾，由于生物医学的成功和体系的庞大，而人们觉察到的却是医疗的重心已经发

生了某种程度的偏移，其结果是耗费了 85% 的医疗资源，只解决了 10% ~ 15% 的疾病问题，而带来的却是医患关系的疏远、医疗服务的满意度下降和医疗费用超支，偏离了医学的目的。

## 二、既往医学体系和现代医学体系的对比

回顾医学发展的历程，对前人的业绩和现代的业绩作宏观的总结，方能使我们对做过的事情有一清楚的认识，从而取其精华、弃其糟粕，即可避免我们今后少走些弯路，少作无用之功。

### （一）知识的比较

从宏观的角度看医学人才的培养，古代医学人才的培养是全面知识循序渐进的渗透过程，并不是在高中毕业后便进入了医学院校进行专业培养。如像前面所述的法国医生拉伯雷，他曾学习和自修许多专业，他一生最有成就的是他的文学著作，而第二个对人民的贡献则是从事医疗。而东汉时期的名医华佗，则从事数学研究。直至近代的伟大文学家鲁迅，也曾经是一位医生。西方的文化流传到现在，医学很重视人文科学的教育，将医学专科设立在综合院校或大学毕业后进入医学专科学习，这样对学生知识的全面性培养，于人际交往、综合能力、素质的训练和克服狭隘的专科意识等都有好处。

### （二）操作形式对比

古代的医学注重于实践性，从实践中去寻找解决问题的办法，如科赫跟着农民去看患了病的羊，终于发现了炭疽杆菌及它的繁殖芽孢形成过程；巴斯德亲自去看狂犬病患儿。祖国医学的记载更是如此，战国时的扁鹊是一位民间医生，到处为人民治病并且带着徒弟四处从事实践学习。汉朝时的华佗更是走遍千家万户，不管路远路近都要亲自看病，详细询问病情。隋唐时期的孙思邈一生大部分时间生活在山区，采药为贫苦人民治病。记载华佗曾为症状一样的两人治病，而一个采用了泻药，另一个则给服了发散的药，学生问其原因，华佗回答说一个伤食（多食）、一个外感，病症相同而病源不同，因此给药也不一样。古人治病离不开病人的背景和情景，从实践中了解疾病的起因以确定诊治的对策。而现代医疗中不少医生在医院的诊室诊断疾病，根据诊断学中所规定的症状去进行推理，但过于依靠实验室诊断数据，反而削弱对病人患病背景和情景的关注。

### （三）服务的内容对比

在古代无论是西方还是中国，都是在不分年龄、性别和科别来为百姓治病，历史记载华佗治疗内科、外科、妇科、小儿科、精神科等各科的疾病，孙思邈在治疗疾病中还非常关注妇女儿童的保健问题及预防的重要性。而现代医疗分科过细，使人的思维进入人体的某一脏器或某一细微结构，因而忽视了人体的细微结构是受整个人体机能的制约，而且与外界环境息息相关。

### （四）医疗形式的对比

古代的医疗行为淳朴而自然，医生以家庭服务为主，能够洞察到病人所处的环境（包括家庭环境），关注患者的心理状态，易于进入病人的世界，对疾苦的感受很深，并根据患者的处境（家境）来处治病患的疾病，富有极大的照顾色彩。在家庭环境中对病人的处理，易于动用家庭资源（人力、物力、财力）和便于现场指导。而现代医疗，均在医院诊治，缺乏情景的感受，只是根据医院的医疗原则进行诊断、查房和常规治疗，很少去考虑患者的感受、患者家庭的需求，体现的是医生至上，而不是患者至上，忽视了病人是主体，医生服务

于病人这一重要原则。

(五) 照顾模式的比较

古代医疗充满了对病人的情景照顾，医生参与了大量的医疗活动，他们都具有一种高尚的品质，那就是良好的医德和医疗态度，“救死扶伤、悬壶济世”是他们的行为准则，在治病中精力集中、不贪私利、爱护病人、对患者寄予无限同情，给患者和家庭以周全的照顾，医病没有时间地点之分，对患者没有贫贱高低之分，一视同仁，不单治已病，还要治未病，甚至涉及到健身指导和病残康复。而现代的医疗过程主要在医院进行，这种照顾模式墨守成规和等级森严，封闭了医生的视野，促使了他们的循规蹈矩和缺乏情感，妨碍了对疾病的连续照顾，忽视预防、保健、康复，因而不能体现完整的医疗照顾。

(六) 不同的理论依据

在 20 世纪中期以前，人类的疾病谱表现了以传染病猖獗流行为主，因而孕育了本体论。这种理论常把疾病与环境分割开，并认为疾病是由于单一的病原体引致了某一脏器的病理、或生化反应紊乱的单因单果的关系。本体论促使人们努力寻找引致疾病的病原体、特异性抗生素、疫苗，因而成功地控制了传染病的流行，但对各种慢性病则无法用单因单果的本体理论解释其病因，使得人们必须站在更高的水平来认识问题，那就是整体论。整体论者认为，疾病是人与环境不相协调的结果，强调环境和精神因素对人的致病作用，应用它能够完善的解释各种慢性疾病的病因是由于许多因素共同作用的结果，或者说是多种原因而导致的多种结果。整体论克服了本体论的局限性，扩大了认识范围，现代疾病谱的改变，慢性疾病的防治，促使医学必须采用整体论的方法去研究复杂的健康问题。全科医学的历史使命就是运用整体论的方法，超越疾病的范围，观察、研究人们的环境、精神与机体的健康问题。因此，描述生命的开放系统，则要借助整体的系统理论把事物放回到原来的环境中宏观洞察，暴露所有有关联的因素，以便全面的了解其内在的因果关系。

(七) 两种诊断模式的对比

从以上理论不难看出近代的医学模式是采用单因单果的直线思维、对人体疾病进行局部诊断的生物医学模式，如胃溃疡、牙痛、妄想狂等，只是对病谈病，不涉足到人的处境、心理行为等问题。而祖国医学就已经采用整体思维观察和处理问题，如孙思邈对山区大脖子病的治疗，他认为是长期饮用山里水，需要食用海带、海藻、动物甲状腺进行治疗。这位高明医生在早年就观察了环境对人的影响。华佗针对相同症状的病人作了不同的处理，正是说明了他对病人背景的了解。而观察现代社会、人们的健康问题，更显现了错综而复杂的因素，没有整体论的观点、运用生物 - 心理 - 社会全方位医学模式去探讨诸多的疾病，就很难推行防、治、保、康为一体的全方位服务。

表 1-1-1 两种医学模式的对比

| 内 容 \ 时代 | 传统的（古代）        | 现代          |
|----------|----------------|-------------|
| 知识掌握范围   | 知识全面，包括人文社会知识等 | 知识局限、注重医学知识 |
| 操作形式     | 注重实践观察、实践操作    | 注重实验室操作     |
| 服务内容     | 通（全）科          | 专科          |
| 医疗模式     | 家庭式            | 医院式         |
| 服务方式     | 照顾式            | 医疗式         |
| 依据理论     | 整体论            | 本体论         |
| 诊断模式     | 生物 - 心理 - 社会模式 | 生物医学模式      |

## 第二节 全科医学产生的必然性

劳动产生了智慧，实践验证了真理，随着时间的延续，民众在呼唤全科医生，时代需要全科医学。由于人们的需求使通科医疗发展升华为现代的全科/家庭医疗，它的根源深扎于世界医学的悠久历史之中，而其学科体系的完善并宣告成立则产生于美国 20 世纪的 60 年代。全面照顾的医学思想源于古代、延续至今，是人类反复实践和验证的结果，人类在与自身疾病斗争的漫长历史中经历了无数的失败和教训，不断加深了对健康与疾病的科学认识，从而推动了医学模式的转变。

### 一、全科医生的产生

医疗是伴随着疾病而产生的，在 17~18 世纪的西方，有各种各样的行医者，他们缺乏正规的训练和高明的医术，例如一些“外科医生”是由理发匠兼职的，他们擅长修脚、正骨、治疗落枕等，而仅有一小部分内科医生，他们毕业于某个大学，在大城镇开业，为富人和上层社会服务。18 世纪时，很多欧洲人移民到北美，其中包括有一些内科医生，他们在欧洲享有很高地位，而在美洲由于当时社会等级界线在新的殖民地被打破，并且居民对各种医疗服务的需求增长，于是促使所有的开业医生（包括欧籍的内科医生）都不得不按照通科医疗的方式进行工作，这样，全科医生在 18 世纪的美洲得以诞生。与此同时欧洲的医学不断在发展，在 19 世纪初叶，医疗活动中的医学科学成分已不断增加，各学科的进步，外科医生也规范了通过师带徒和医院培训的两种训练，并经过皇家外科学院的院士考试获得与内科医生同等的资格。药剂师经过 5 年师带徒式训练也建立了资格考试制度，以及新法接生技术的考试等，随后逐步建立了医学生需要通过医疗、药物、外科、接生技术的考试，才可获得开业资格，这类医生被称为“全科医生”，于是“全科医生”这一名称在欧洲首先使用，确切地说全科医生产生于 18 世纪的美洲而命名于 19 世纪的欧洲。

### 二、美国家庭医学发展历史

#### （一）专科化的飞跃

活跃在美国医疗界的多面手全科医生直到 20 世纪的 20~30 年代还是医疗界的主体。19 世纪末，1899 年美国的 Johns Hopkins（琼斯·霍普金斯）医学院成立，设立了由专科医生组成的各专业，并建立了 4 年学制本科学士学位。1910 年 Flexner 调查了美国的大部分医学院校，发表了具有历史意义的考察报告，严肃批评了当时医学教育水平的低落，极力主张加强生物医学教育和研究，并赞扬了 Johns Hopkins 医学院的作法。在这一报告的影响下，北美一半以上的医学院校关了门，剩余的院校重组专科进行教学，从此医学院校不再培养多面手全科医生。1930~1940 年期间专科化发展达到了白热化程度，二次世界大战以后，科学技术的发展，将专科化发展再次推向高潮，各种亚专科如雨后春笋层出不穷。50 年代末专科医疗已占据了美国医疗界的绝对优势，而通科医疗却迅速减衰，他们缺乏地位和待遇，由于营业不景气而几近消亡。至 1970 年全科医生与专科医生的比例从原来的 4:1 降至 1:4。

#### （二）召唤全科医生

医学专科化促进了科学的发展，当它登上顶峰时，则显现出了它的缺陷与不足，时代又在召唤全科医生的回归。1959 年普通外科医生医学教育顾问小组的一个报告《成长中的美

国医生》就尖锐地指出全科医生的人力不足。到 60 年代 5500 万美国公民没有可以求助的初级保健医生，人们把急诊室作为自己的“家庭医生”。1963 年世界卫生组织（WHO）医疗及辅助人员专业和技术教育专家委员会讨论了关于通科医疗培训医生的报告。美国社会意识到这种严重的状况持续下去，将会产生混乱的局面。

### （三）与命运抗争

通科医疗在急骤萎缩的状况下，它开始了对命运的抗争，显示出了无限的生命力。1946 年召开了美国医学会通科医疗分会（The Section on General of the American Medical Association）第一次会议，发表了全科医生所关心问题的一次声明。1947 年美国通科医疗学会（AAGP, The American Academy of General Practice）正式成立。1962 年医学教育家 Ward Darley 在一篇文章中写到：“为了使我们的职业能在将来为个人及其家庭提供在连续性基础上的综合性保健，我建议着手建立一个新的专科——家庭医疗。这一专科可用明确的术语来定义，它将依靠一个特殊知识体系并组织和应用，要求医生接受特殊的培训，以提供一种其它专科无法满足的需求。”1966 年具有最大影响的 Ad Hoc 家庭医疗教育委员会的报告更明确地指出：1. 家庭医生利用的知识体系完全不同于专科医生；2. 家庭医生的功能完全不同于专科医生。这个报告为以后建立家庭医疗住院医师训练项目及颁发家庭医疗专科证书作出了巨大贡献。同时，10 名突出的全科医生组成了美国家庭医疗委员会筹备小组，他们呼吁建立美国家庭医疗委员会，产生新的专科——家庭医疗，开展并建立了 3 年制毕业后培训项目，组织从事保健工作具有同情心的医生，进行生物医学、行为科学和社会科学方面的训练，使各种专科的技术与社会科学、行为科学成果及开业医生的成功经验在培训项目中得以整合，产生了一个新的综合学科——家庭医学。1969 年一个经验丰富的外科医生 J.E.Dunphy 肯定了家庭医生的作用：“家庭医生一定会成为新型医疗保健的中心人物，他们必须在不同程度上依靠自己的兴趣尽可能地接受他们所能完成的训练，最后，在一定程度上代替内科医生、儿科医生和精神科医生”。在美国各界的舆论和支持下，如美国医学会专家委员会的报告提出：家庭医生的待遇、地位应与专科医生相同；建立家庭医疗专科奖励基金；建立家庭医疗住院医师培训项目，进行综合性保健、社区医学研究。由于社会的需求和舆论的支持 1969 年 2 月，家庭医疗（即全科医疗）作为第 20 个医学专科终于获得美国政府的批准。

## 三、时代的产物——全科医学

全科医学的产生并非人为地追求某种学科领域，而是时代发展的必然趋势，社会的需求使其应运而生。

### （一）人口增长与老龄化

二次大战以后，各国的社会经济得到普遍改善，公众的生活水平也得以提高，减少了营养不良和维生素缺乏而致病的原因，加之第一次卫生革命的成功，控制了引起大批人群死亡的传染病，人们在安居乐业的生活中，身体素质有了明显的提高。由于各国国民经济的发展，伴随而来的是大城市的兴起，人口的不断增长、集中和长寿。在现代化的城市里，生活空间拥挤、生活节奏加快、人际关系紧张、竞争激烈，过剩的人口导致了危害公众健康的突出问题，住房面积狭小、交通拥挤、卫生公害增多、心理素质下降、卫生服务需求增高，尤其单一的专科化医疗方式，使医疗需求与卫生服务之间产生了尖锐的矛盾。人口的老龄化带来了许多新的问题，老年人的照顾问题、慢病防治问题、心理适应问题、医疗费用增高问题，这些都涉及到初级卫生保健的长期医疗照顾和家庭形式的医疗服务，而家庭/全科医疗正是解