

全国高等学校医学规划教材

(供临床、基础、预防、护理、口腔、药学等专业用)

全科医学

主编 梁万年



高等教育出版社
Higher Education Press

全国高等学校医学规划教材

(供临床、基础、预防、护理、口腔、药学等专业用)

全科医学

主编 梁万年

编者 (以姓氏笔画为序)

王家骥 广州医学院
付希娟 首都医科大学
孙荣国 四川大学
刘海波 中国医科大学
李士雪 山东大学
李俊芬 首都医科大学附属宣武医院
杜亚平 浙江大学
杨文秀 天津职工医院
施 榕 上海第二医科大学
胡传来 安徽医科大学
梁万年 首都医科大学
谢苗荣 首都医科大学附属友谊医院
路孝琴 首都医科大学



高等教育出版社
Higher Education Press

内容简介

《全科医学》一书系统地介绍了全科医学的基本概念和基本原则、全科医学产生和发展的历史背景、国内外全科医学教育的现状、全科医生的角色与任务、全科医学的核心理论(以人为中心、以家庭为单位、以社区为基础、以预防为导向的健康照顾)、以问题为导向的健康档案和人际沟通技巧等有效的全科医疗服务工具、全科医疗伦理学问题、全科医疗临床诊疗思维和常见问题处理模式,以及社区卫生服务管理等内容。此外,为达到理论与实践相结合的目的,在该书最后一章还针对前面各章的理论内容,有重点地编写了全科医学社区实习指导。

全书突出论述了全科医学的核心理论,并辅以全科医学社区实习指导,突出了理论与实践相结合和可操作性特点,兼有工具书和教材的双重功能。本书主要读者对象是医学院校中的医学各专业本科生,同时它也适合于我国目前开展的全科医学住院医师培训、基层医生的转岗培训,乃至社区卫生服务管理人员和其他医务工作者的全科医学知识的普及教育。

图书在版编目(CIP)数据

全科医学/梁万年主编. —北京:高等教育出版社,
2004.7

ISBN 7-04-014580-4

I. 全… II. 梁… III. 全科医学-医学院校-教材 IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2004)第055037号

出版发行 高等教育出版社

社址 北京市西城区德外大街4号

邮政编码 100011

总机 010-82028899

购书热线 010-64054888

免费咨询 800-810-0598

网 址 <http://www.hep.edu.cn>

<http://www.hep.com.cn>

经 销 新华书店北京发行所

印 刷 北京人卫印刷厂

开 本 880×1230 1/16

印 张 15

字 数 450 000

版 次 2004年7月第1版

印 次 2004年7月第1次印刷

定 价 24.10元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

序

记得在十多年前,我在原华西医科大学做呼吸专业教授,每每授课之余,我都在想这样的问题:教育究竟承载着怎样的重荷、责任?在我走上领导岗位后,从最初医科大学副校长、省卫生厅厅长、卫生部副部长,到现在的中国医师协会会长,虽从未主管过教学工作,但上述问题却时常萦绕着我,思考从未停止过,时至今日,答案越来越清晰,明确!那就是教育要发展,要进步,首先教育理念必须发生深刻的变革,教育的内涵必须大幅度外延,教学方式必须改革。具体到医学教育,我个人有几点看法:

在教学上:第一,医学是关系到生命、健康的科学,必须强调严谨性;第二,医学是一门边缘性科学,且发展很快,因此应强调教师知识不断更新,增强和接受新理论、新知识的能力,满足学生扩大知识面的需求;第三,医务工作除了治病救人外,还涉及伦理、道德、法律等一系列问题,医学教育应增加大量社会科学知识,并加强培养医学生的人文关怀精神;第四,医学专业的形态学课程较多,学习时需要强调死硬背,但实际运用时非常强调灵活性。因此,注意培养学生的形象思维与逻辑思维,即平时我们所说的临床思维能力,尤为重要。

在教材上:第一,内容在强调“三基”的同时,应能及时反映疾病谱的变化及学科的发展;第二,内容在注重科学性的同时,应为所教所学者着想,即将复杂、高深的知识,用最简单易懂的文字或图表表述出来;第三,教材应充分反映医学这门学科的特点,即形态学、方法学的内容较多。因此,应做到图文并茂,有些内容甚至可用视频来表这。

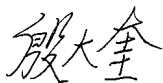
虽然自己对教学工作和教材建设有一些想法,但高等教育出版社请我来为这套医学教材做序时,使我十分为难。一是我离开教育、临床工作多年;二是先前我对其他很多专家邀请做序或跋拒绝多多,此次执笔搞不好会有厚此薄彼之嫌。但我细读这套教材的策划及部分章节后,眼前一亮,不禁释怀。

这套教材在内容、形式上有许多新颖之处:1. 基础学科教材注意了理论与临床紧密结合,删减了为使学科系统化而舍简求繁的内容,突出了为临床服务,打基础的特点;2. 临床学科教材则根据近些年来疾病谱的变化,突出重点地介绍了临床常见病、多发病的诊疗知识、技术手段,而且增加了近年来被公认、成熟的新知识、新技术;3. 这是一套真正意义的立体化教材,不但图文并茂,且配有学生用光盘及教师授课多媒体光盘。光盘中内容丰富,有大量彩图、病案分析、进展讲座、习题。大大丰富了教材内容,达到了医学教育应以视觉教学为主的目的;4. 本套教材作者队伍年轻化,主编平均年龄50余岁,多为留学归国人员,且为活跃在教学、临床一线的骨干。

更为可贵的是,本套教材由于策划得当,在丰富了教材内容、提高印刷质量的同时,却未增加篇幅、提高书价,减轻了学生的经济负担。以《病理学》为例,全书彩色印刷,有近500幅彩图,并附学生用光盘,有病理报告库(内有17个CPC)和图库(内有302幅较为罕见的彩图),而全书定价不过60元。作为教材,能有如此的印刷质量、定

价,在我国也是少见的,为此,我深感欣慰!

谨以此文,权当为序,有些提法不知当否,还请教育界、医学界有关同仁指正。

Handwritten signature in black ink, reading '殷大奎' (Yan Daxun).

中国医师协会会长

2003年6月12日于北京

出版说明

为贯彻教育部关于“教材建设精品化,教材要适应多样化教学需要”(教高[2001]1号)的精神,在全国高等学校教学研究会、中国医师协会以及数十所高等医学院校大力支持下,经两千余名具有丰富教学经验的医学专家及学者的共同努力,高等教育出版社出版了全国高等学校医学规划教材。愿此凝聚着众多学者智慧与汗水的教科书,能给我国的医学教材建设注入活力,以推动医学教育改革加速发展。

全国高等学校医学规划教材(供临床、基础、预防、护理、口腔、药学等专业用)以全球医学教育最低基本要求及教育部“新世纪高等教育教学改革工程”重点项目——临床医学专业本科教学基本要求为准则,突出对学生创新意识、创新能力和批判性思维方式的培养;强调与医疗卫生的联系,囊括了国家执业医师考试所需的知识。整套教材中各学科相关内容有机衔接、循序渐进,既防止各学科之间脱节,又避免了重复,更为有特色的是书后配有包含信息库、习题库、案例库、图像库等内容学生用光盘,部分学科还配有教师用光盘。全套教材论述严谨,语言流畅、简洁,层次分明,编排格式新颖,图文并茂,并根据学科特点,采用了全彩色印刷或彩色插图,有些内容甚至用视频形式来表达。

全国高等学校医学规划教材(成人教育)针对成人医学教育特点而编写,主编及编写人员均是具有多年医学教育经验的专家和学者。与同类教材相比,此套教材在以下几方面进行了创新和探索:(1)在确定编写体系和选择教材内容时,注重对学生创新思维、分析解决问题能力以及综合素质的培养,尽量做到以问题为中心,与临床紧密结合,学以致用。(2)注重素质教育,加强对学生伦理、道德素质和法制观念的培养。

建面向现代化、面向世界、面向未来的立体化、系列化精品医学教材,是高等教育出版社追求的目标。尽管我们在出版教材的工作中力求尽善尽美,但仍避免了不存在这样或那样的不足和遗憾,恳请广大专家、教师及学生提出宝贵的意见和建议,为促进我国高等医学教育的进一步发展共同努力。

全国高等学校医学规划教材

(供临床、基础、预防、护理、口腔、药学等专业用)

第一批启动教材(已于2003年——2004年陆续出版)

基础化学	主编	祁嘉义	内科学	主编	张运
医用有机化学	主编	唐玉海	外科学	主编	郑树森
生物化学	主编	赵宝昌	妇产科学	主编	孔北华
医用物理学	主编	洪洋 鲍修增	儿科学	主编	王卫平
临床医学导论(第2版)	主编	孙宝志	眼科学	主编	葛坚
医学伦理学	主编	孙慕义	耳鼻咽喉头颈科学	主编	韩德民
系统解剖学	主编	钟世镇	口腔临床医学导论	主编	樊明文
局部解剖学	主编	王怀经	神经病学	主编	张淑琴
断层解剖学	主编	刘树伟	精神病学	主编	李凌江
组织学与胚胎学	主编	高英茂	传染病学	主编	李兰娟
医学微生物学	主编	黄汉菊	法医学	主编	侯一平
医学寄生虫学	主编	江世平	中医学	主编	陆付耳
生理学	主编	王庭槐	循证医学	主编	李幼平
病理学	主编	王思华	全科医学	主编	梁万年
病理生理学	主编	肖献忠	康复医学	主编	纪树荣
药理学	主编	颜光美	预防医学	主编	施榕
诊断学	主编	张桂英	流行病学	主编	姜庆五
医学影像学	主编	孟峻非	医学统计学	主编	倪宗璜
核医学	主编	黄钢	医学信息检索	主编	徐一新

第二批启动教材(将于2005年——2006年陆续出版)

医学免疫学	主编	卫生学	主编	临床药理学
皮肤性病学	主编	细胞生物学	主编	卫生法
医学生物学	主编	医学分子生物学	主编	医学遗传学
医学心理学	主编			

全国高等学校医学规划教材

(成人教育)

内科学	主编	刘远厚	生理学	主编	徐斯凡
外科学	主编	高居忠	生物化学	主编	万福生
妇产科学	主编	林仲秋	人体解剖学	主编	席焕久
儿科学	主编	黎海芪	药理学	主编	凌保东
病理学	主编	章宗籍	医学伦理学	主编	卜平
医学免疫学	主编	张昌菊	预防医学	主编	钟才高
医学微生物学	主编	吴移谋			

前 言

自20世纪60年代起,全科医学在美国开始生根发展,经过30余年的研究与实践,迄今全科医学已经发展成为医学领域中一门较为成熟的学科,并被各国公认为基层医疗保健的最佳照顾模式。全科/家庭医学作为一门临床二级学科在我国大陆已经有十几年的发展历程。十多年来,随着教学、医疗实践和科研工作的深入,学科内容不断丰富与发展,特别是相关学科的相互交叉、渗透和影响,使全科医学理论和医疗服务逐渐成熟,形成了一门独立的专业学科,目前该学科的基础理论课程已经成为近20所医学院校临床医学专业本生的必选或必修课程。全科医学的基本理论与服务模式也已逐渐成为基层医疗服务提供者和管理者必须具备的专业基础知识之一。因此,全科医学教材方面的建设显得尤为重要。为适应学科发展和满足在校医学本科生全科医学教学的需要,我们编写了这本教材。

本教材在编写上既注重体现了全科医学的基本理论、基本原则和基本技能,又注重了编写上的科学性、系统性、实用性和可持续性,使其不仅可以用来作为本科生的教材,还可以作为基层医生的全科医学转岗培训、全科医学的住院医师培训等的参考教材。

本教材的编写分为四个部分,共十四章内容。第一部分为全科医学的基本理论,主要介绍全科医学的基本概念、基本理论和全科医疗服务的基本原则;第二部分为全科医学的基本技能,主要介绍全科医学的临床思维方法与策略、医患交流技巧、以问题为导向的连续性健康档案,以及社区卫生服务管理等内容;第三部分为全科医疗服务中的诊疗模式,主要介绍全科医疗服务中常见健康问题的处理方式;第四部分为全科医学社区实习指导,主要针对医学本科生进行社区实习的目的、要求进行编写。

鉴于我国社区卫生服务和全科医学学科建设尚处于起步阶段,理论与实践研究亦欠深入,再加上本教材编写时间仓促,编者们经验和水平有限,难免存在不足和缺点,恳请各地同道与读者不吝赐教和批评指正。

梁万年
2004年3月于北京

目 录

第一章 绪论	1	第四节 全科医学的诊疗观	24
第一节 全科医学发展简史	1	一、全科医学的诊断观	24
一、国外全科医学发展的历史	1	二、全科医学的治疗观	26
二、中国内地全科医学的发展	2	第三章 以人为中心的照顾	29
三、全科医学产生的历史背景	3	第一节 以人为中心进行照顾的原则	29
第二节 全科医学	4	一、关注病人与关注疾病同等重要	29
一、全科医学的定义	4	二、理解病患对病人的意义和影响	32
二、全科医学的学科特点	5	三、提供个性化的服务	35
三、全科医学与相关领域的关系	5	四、尊重病人权利	36
第三节 全科医疗	6	第二节 以人为中心的应诊过程	37
一、全科医疗的定义	6	一、收集并确认就诊原因	37
二、全科医疗的基本特征与原则	6	二、确认并处理现患问题	39
三、全科医疗与专科医疗的区别与联系	8	三、管理慢性活动性问题	40
第四节 全科医生	9	四、提供机会性预防	42
一、全科医生的定义	9	五、关注病人的需求与患病感受	43
二、全科医生的角色与工作任务	10	六、关注病患与家庭间的相互影响	44
三、全科医生的素质	11	七、关注并改善病人的遵医行为	44
四、全科医生与其他专科医生的区别	11	第四章 以家庭为单位的照顾	48
第五节 国内外全科医学教育概况	12	第一节 概述	48
一、国外全科医学教育概况	12	一、家庭的定义和特点	48
二、我国全科医学教育概况	13	二、家庭的结构	49
第六节 世界家庭医生组织	14	三、家庭的功能	52
四、家庭生活周期	52	第二节 家庭资源和家庭危机	53
第二章 全科医疗中的临床思维	16	一、家庭资源	53
第一节 哲学思维	16	二、家庭生活压力事件和家庭危机	54
一、全科医学哲学思维的发展	16	第三节 家庭对健康和疾病的影响	57
二、全科医学辩证法研究的对象与内容	17	一、家庭对个体健康情况的影响	57
第二节 全科医疗临床诊断思维的要素、规律和特点	18	二、家庭对健康影响的机制	57
一、全科医疗临床诊断思维的要素	19	三、几种重要事件对家庭成员健康的影响	58
二、全科医疗临床诊断思维的基本规律	19	第四节 家庭照顾	60
三、全科医疗临床诊断思维的特点	20	一、一般的家庭照顾	61
第三节 全科医学观与临床诊疗思维	21	二、系统地评估和干预的家庭照顾	61
一、全科医学社会观	21	三、家访	62
二、全科医学发展观	22	第五节 常用家庭评估工具	64
三、医学生命观	23	一、家庭基本资料	64
四、医学人体观	23		

二、家系图	64	二、评价	100
三、家庭圈	67	三、改善遵医行为的方法	101
四、家庭功能 APGAR 表	67	第七章 全科医疗中的健康档案	103
五、家庭适应度及凝聚力评估表和 Circumplex 模型	68	第一节 建立健康档案的意义	103
六、ECO-MAP 图——家庭外资源的评估	70	第二节 全科医疗中个人与家庭健康档案的记录方式	103
第五章 以社区为基础的照顾	71	一、以疾病或医生为导向的记录方式	103
第一节 社区及社区健康问题	71	二、以问题或病人为导向的记录方式	104
一、社区的定义及要素	71	第三节 个人健康档案	106
二、社区资源与健康	71	一、以问题为导向的健康问题记录	106
三、社区常见健康问题	72	二、预防为导向的记录	110
第二节 社区诊断	73	第四节 家庭健康档案	111
一、社区诊断的概念	73	一、家庭基本资料	111
二、社区诊断的目的与意义	73	二、家系图	111
三、社区诊断的主要内容	74	三、家庭评估资料	112
四、社区诊断的步骤	75	四、家庭主要问题目录及描述	112
五、社区诊断的常用定性研究方法	77	五、家庭成员的健康记录	112
第三节 COPC 的概念与起源	79	第五节 社区健康档案	112
一、COPC 的起源	79	一、社区基本资料	112
二、COPC 的定义和基本要素	80	二、社区卫生服务资源	113
三、实施 COPC 的意义	80	三、社区卫生服务状况	113
第四节 COPC 的实施程序	81	四、社区居民的健康状况	113
一、COPC 的基本实施步骤	81	第六节 全科医疗健康档案的管理	114
二、COPC 的实施阶段	82	第七节 基层医疗国际分类及其在健康档案中的应用	114
三、全科医师在 COPC 中的作用及其意义	82	一、基层医疗国际分类概述	114
第五节 实施 COPC 的注意事项	83	二、基层医疗国际分类在健康档案中的应用	115
第六章 临床预防与健康管理	85	第八章 全科医疗中的医患关系与伦理学问题	116
第一节 临床预防	85	第一节 全科医疗中的医患关系	116
一、临床预防的概念	85	一、医患关系的定义	116
二、周期性健康检查	86	二、医患关系的本质特征	116
三、筛检	87	第二节 医患关系中患者的基本权利和义务	118
四、免疫接种	92	一、患者的基本权利	118
第二节 健康管理	95	二、医患关系中患者的义务	119
一、概念	95	第三节 医患关系的模式及影响因素	119
二、现代健康观与医学目的	96	一、医患关系模式	119
第三节 病人教育	98	二、影响医患关系的因素	122
一、概念	98	三、医患关系的作用	123
二、方法	98	第四节 医学伦理学的基本原则	123
三、时机、原则	98		
第四节 病人遵医的概念与评价	100		
一、概念	100		

一、有利于患者的原则	123	三、加强临终关怀的宣教工作	154
二、尊重患者自主性原则	123	四、建立具有中国特色的临终关怀模式	154
三、知情同意原则	124	五、建立临终关怀教育培训体系	155
四、公正原则	124	六、实行规范化管理	155
五、讲真话和保密原则	124	七、加强临终关怀的研究与评价工作	155
第五节 全科医疗中常见的伦理学问题	124	八、大力发展家庭临终病房	155
一、隐私权和保密性问题	124	九、法律与伦理问题	156
二、知情同意	125	第十一章 循证医学在全科医疗中的应用	157
三、不遵医嘱的病人	126	第一节 循证医学的概念	157
四、转诊	126	一、循证医学的定义	157
第九章 全科医疗中的沟通	128	二、循证医学产生的背景 and 基础	157
第一节 沟通的概念和作用	128	第二节 全科医疗中循证医学的实施	
一、沟通的概念	128	步骤	158
二、沟通的基本要素	128	一、如何提出全科医疗实践中要解决的问题	158
三、人际沟通的类型	129	二、收集有关问题的资料	158
四、人际沟通的特点与功能	130	三、对文献资料的真实性和有用性进行评价	159
五、人际沟通能力及其培养	131	四、应用证据指导临床决定	160
第二节 医患沟通	133	第三节 循证医学的常用方法	160
一、医患沟通的目的与特征	133	一、Meta 分析	160
二、医患沟通技巧	134	二、系统评价	164
三、临床会谈程序与接诊技巧	139	第四节 循证医学的 Cochrane 协作网	166
四、与沟通困难的病人会谈的技巧	140	一、国际 Cochrane 协作网站的建立	166
第三节 全科医疗服务团队的沟通	142	二、协作网站的宗旨和任务	167
一、全科医疗服务团队群体沟通的策略和		三、在我国建立 Cochrane 中心的意义	167
方法	143	第十二章 全科医疗服务管理	168
二、团队成员个体间沟通	143	第一节 概述	168
第十章 临终关怀	145	一、全科医疗服务管理的基本概念	168
第一节 概述	145	二、全科医疗服务管理的范围	169
一、临终关怀的概念	145	三、全科医疗服务管理的内容	170
二、临终关怀的起源与现状	145	第二节 全科医疗服务质量管理	171
三、临终关怀的意义	146	一、概述	171
第二节 临终关怀的原则	147	二、全科医疗服务质量管理体系	173
一、医德原则	147	三、全科医疗服务质量的控制与评价	174
二、医护原则	148	四、全面质量管理	175
第三节 临终关怀的方法	149	第三节 全科医疗的经营管理	177
一、姑息治疗	149	一、全科医疗经营管理的概念	177
二、满足需要	150	二、全科医疗经营管理体制	178
三、安抚和帮助亲属	153	三、全科医疗经营机制	178
第四节 发展对策与措施	153	四、全科医疗服务的经营决策	179
一、进一步转变医学模式	153	第四节 全科医疗的人力资源管理	180
二、完善临终关怀的配套政策	153	一、基本概念	180

二、全科医疗人力资源结构与配置	181	第二节 急性胸痛的诊断和处理	204
三、全科医疗人力的招聘与使用	182	一、概述	204
四、全科医疗人力资源培训	183	二、急性胸痛的诊断思维程序	205
第五节 全科医疗服务信息管理	184	三、几种急诊常见胸痛的诊断	207
一、概述	184	四、常见急性胸痛的处理原则及程序	209
二、基本模式与内容	184	第三节 2型糖尿病	212
三、全科医疗服务信息系统的开发与利用	186	一、概述	212
第六节 全科医疗服务的相关法律法规	188	二、诊断标准	212
一、全科医疗服务的相关法规	188	三、治疗	213
二、社区卫生服务的相关法律	191	四、糖尿病的随访与自我监测	215
第十三章 全科医疗中常见问题的处理		五、转诊指征	215
范例	196	第十四章 全科医学社区实习指导	216
第一节 高血压的防治	196	实习一 全科医疗服务模式及服务内容	216
一、高血压防治的重要性	196	实习二 全科医疗中的接诊技巧	217
二、血压的测量	196	实习三 家庭访视与家庭护理	219
三、血压的确定及评估	197	实习四 全科医疗中的病人教育	219
四、高血压的临床表现及检查	199	实习五 COPC 的理论与实践	220
五、高血压的治疗	199	实习六 全科医疗健康档案的建立	221
六、血压急症的处理	203	附录 医疗机构病历管理规定	222
七、社区防控高血压中需要注意及重视的 问题	204	参考文献	224

第一章 绪 论

全科医学又称家庭医学(General Practice, Family Medicine),诞生于20世纪60年代的美国。随着社会政治经济的不断发展、医疗照顾模式的转变,以及民众对医疗保健需求的不断增加,使得全科医学及全科医师制度悄然兴起。全科医师制度已在欧美各国实行多年,并收到了可观的成效。全科医学的有关概念于20世纪80年代后期引入中国内地,历经十几年的交流、宣传、实践与研究,目前全科医学已引起我国卫生行政部门的高度重视和广大基层医疗工作者的极大兴趣。

本章详细介绍了全科医学的基本概念、发展的历史、基本原则以及全科医学与相关学科的关系等内容。

第一节 全科医学发展简史

一、国外全科医学发展的历史

在1900年初期及以前,通科医疗(General Practice, GP)是各国医疗界的主体,也可以称之为全科/家庭医学的原始形态,19世纪可以说是通科医生的时代。当时80%左右有正式职业的医生都是通科医生,这些医生在社区开业,真诚地为患者提供周到细致的照顾,如经常出诊,详查病情,为患者家庭的所有成员提供医疗,亲密友善地与病人交谈,熟悉病人的家庭环境等。他们是社区居民亲密的朋友、照顾者和咨询者,在社会上备受尊敬。

到了1910年, Flexner A. 对 Johns Hopkins 医学院的报告肯定了该校将临床医疗、教学和科研融为一体的新型教育模式,从而改变了医学教育的方向。这位报告人从1906年起走访了美国的175家医学院,批评医学院的教育水平落后,极力主张应加强生物医学的教育及研究,之后并关闭了50多家不合标准的专科医院。他的报告诱发了医学专科化的趋势,如1917年眼科专科学校首先成立,以及后来的各种专科学校及专科医师培训项目陆续出台。到了1930年左右,专科化的趋势最为显著。此后欧美各医学院校便按照不同专业的要求组织教学,医学科学研究逐渐在以医院为主体的临床医疗中占据了中心位置,从此医学便开始了意义深远的专科化进程。虽然当时 Peabody (1923) 也在大力宣传全科医师的重要性,但并没有受到重视。到了第二次世界大战期间及战后的20世纪60年代,由于科学技术迅猛发展和专科医生地位的提高,促使医学生优先选择专科训练,也促使了亚专科的出现,此时专科医疗进入了兴盛的时期。医学专科化的成功,形成了以医院为中心、以专科医生为主导、以消灭生物学疾病为目标的思维模式,掌握了现代医学知识和技能的医生在人们心中树立了神圣的形象。医生因此成为对疾病自然史线索的搜寻者,从而确立了其特权地位;而病人则因不可能再了解自己体内的细微变化而处于无能为力。在先进技术和设备的支持下,医生很少再去访视和守候病人;而医院里由于装备了各种诊疗设备,又集中了一批懂得新技术的专科医生,所以社区里的通科诊所更能吸引病人。这样,使得通科医疗一度被社会冷落,通科医生的数量开始降低。如在1900年,美国每600位居民就有1位通科医生,到了1960年,每3000位居民才有1位通科医生,其锐减的情况详见表1-1。到1970年,专科医生与全科医生的比例为4:1,恰好与1930年的情形相反。

从20世纪50年代后期起,由于人口老龄化进程和慢性病、退行性疾病患病率的上升,以及医疗费用的上涨,民众也开始感到有就医不便及照顾不完整等问题,于是通科医疗的重要性又重新受到重视,并被

赋予新的内涵和使命。医学界的反应是迅速的:英国、美国、加拿大、澳大利亚等国相继建立了全国性全科医师学会,在20世纪60年代到70年代,美、加两国又将该学会更名为家庭医生学会。更有意义的是,他们不仅将通科医师改称“家庭医生”(family physician),还将其提供的服务称为“家庭医疗”(family practice),将其赖以实践的知识基础称为“家庭医学”(family medicine),这意味着一个新的临床二级学科的建立(在美国,1969年批准家庭医学为第20个医学专科)。至此,全科医疗迈入了专业化之林。这些重要事件促进了基层医疗队伍的发展,经过规范化专业培训后在社区开业的家庭医生数量开始增加。

表1-1 1930—1980年美国全科医师数量变化情况

年份	全国医师数	私人执业医师比例 (%)	全科医师占私人 执业医师的比例(%)
1931	150 425	89.2	74.5
1940	165 290	86.5	66.1
1949	191 577	78.5	49.9
1959	225 772	71.1	36.3
1967	294 072	64.6	21.3
1975	388 626	79.6	28.0
1985	545 986	86.2	27.1

说明:此表摘自台湾中山医学院附属医院家庭系李孟智教授主编的《家庭医学与全民保健医学管理》一书。

1975—1985的数字中,包括了基层医师(Primary care physician)中的全科/家庭医学科、内科及儿科开业诊所的医师。

与此同时,英国与英联邦国家也和美国、加拿大一样建立了全科医学这一新型学科及其培训制度,但在英文字面表达上并未改变 General practitioner 的称谓。此后,在当时尚未回归祖国的香港地区也建立了这一专业学科(香港全科医学院于1977年成立),因要服从英国而不得改动 GP 的英文名称;但为了改变人们对“通科医生”只通不专、缺乏专业训练的印象,将“general”的译文从“通”改为“全”,以示其服务全方位、全过程的特点。这样,世界上就有了全科医生和家庭医生这样一种医生,两个名称的事实。在各国政府和相关人士的大力支持下,家庭医学的教学与训练有了快速的发展。在21世纪到来之前,世界卫生组织与世界家庭医生组织共同指出:在新世纪中,全科医生与专科医生的比例应至少达到1:1,才能满足民众对基层卫生保健的需要和需求。由此可见,加速发展全科医学、培养适应民众需要的全科医生,已成为很多国家发展基层医疗保健服务的重要任务之一。

二、中国内地全科医学的发展

我国正式从国外引进全科医学是在20世纪80年代后期。1986年和1988年中华医学会派代表参加在伦敦举行的世界家庭医生组织(WONCA)年会及在香港举行的亚太地区会议,并邀请了当时的WONCA主席Dr. Rajakumar(1986—1989担任主席)和Dr. Peter Lee(李仲贤,1992—1995担任主席)访问北京,随后既由Dr. Peter Lee进行了多次高层访问和研讨,介绍全科医学的概念和其在外国所取得的成效。1989年底,Dr. Peter Lee的热心努力起到了很好的效果,在当年的11月,第一届国际全科医学学术会议在北京召开,同时还成立了北京全科医学学会,会址设在首都医科大学(原首都医学院)的全科医学培训中心。

会后WONCA制订出了对中国内地全科医学发展的援助计划,并通过加拿大家庭医师学会向加拿大国际发展局(CIDA)申请到了援助资金。本计划派出的第一位客座教授是加拿大籍的Dr. Brian Cornelsson,他从1991年7月到12月在北京首都医科大学全科医学培训中心任教,主要工作目标是充实培训中心的设备及讲授家庭医学的基础知识。后在1992年1月到3月,我们又得到了该援助计划派出的来自台湾中山医学院李孟智医生的技术支持。

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。在随后的几年中,我们继续得到了WONCA的支持,此外还得到来自美国、英国、澳大利亚、加拿大、以色列、中国台湾、中国香港等多个国家和地区全科医学专家的技术支持。通过国内和国际间的学术交流与合作,全科医学的理论在中国开始推广,学术界开始认识并研究全科医学的相关理论和服务模式。1996年在中央政府部门的支持与推动下,全科医学的发展有了重大突破,在全国范围内开展了上百个全科医疗或社区卫生服务站的试点工作。有关全科医学的培训,也有了长足的进展,首先是在几所大学(如上海复旦大学、浙江大学医学部邵逸夫医院等)建立了三年制的全科医学住院医师培训项目,有近20所医学院校成立了全科医学教研室,开展医学本科生的全科医学教育和在职、转岗培训工作。首都医科大学于2000年7月成为卫生部直属的第一个全科医学培训中心,并以此中心为核心建立了全国的培训网络,开展了大量的全科医学师资培训和全科医生骨干培训工作。此外,中华医学会全科医学分会与国家医学考试中心共同制定了全科医师任职资格和晋升条例。

总之,目前从全科医学的服务、教育以及政策的配套上来讲,都有了很大幅度的提高,但由于我国与发达国家在观念、服务与教育体制、付费机制、师资和基层卫生人力等方面存在着许多差别,全科医学的发展面临不少困难。尽管如此,客观的需求仍是大量而迫切的,人口老龄化、疾病谱改变、医学模式与医学目的的转变、建立城市医疗保险体制的压力、经济发展与生活质量改善导致保健需求的增加,乃至社会主义市场经济体制下的医疗改革等,都为全科医学的发展提供了积极的动力。同时,我国原有的三级医学保健网和大批医学专业人才、初级卫生保健机构、社区群众工作网络等,都可作为社区卫生服务队伍建设的基础。只要广泛研究各国经验、博采众家之长,并发挥我国自己的优势,相信将能在较短时间内形成具有中国特色的全科医学学科和全科医师队伍,使之适合我国人口多、底子薄、城市化和老龄化进展迅速等方面的国情。

三、全科医学产生的历史背景

(一) 疾病谱与死因谱的变化

20世纪40年代得以研制成功的抗生素,其高度针对性的疗效拯救了许多严重感染的濒危病人,给人类带来了巨大的希望。由此开始,各种传染病疫苗、抗生素和维生素类药物,以强有力的疗效使千年来影响人类健康的传染病得到了控制。然而,慢性退行性疾病、生活方式及与行为有关的疾病等却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。由于疾病谱与死因谱的变化,要求医疗服务适应应该变化的需求。这些需求包括:服务时间要求长期而连续;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;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,而不仅是被动地服从医嘱。

(二) 人口的老齡化

随着人们生活水平的不断提高,人群的平均预期寿命也在迅速增长,许多国家中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%,进入了老年型社会。我国在2000年已正式宣告进入了老龄化社会。

人口老龄化给社会造成了巨大的压力。主要表现在:第一,社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,社会的经济负担加重;第二,人在进入老年以后,其生理功能和行为能力降低,家庭结构和社会地位以及心理精神方面的变化,使老年人的生活质量全面下降,出现了“长寿”与“健康”两个相互矛盾的目标。而高度专科化的生物医学因其医疗服务的狭窄性、片面性以及费用的昂贵,加剧了这一矛盾。怎样使老年人全面提高其适应性和生活质量,满足其各种医疗需求,已成为自20世纪60年代以来公众和医学界共同关注的热门话题。

(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,如古代的神灵主义医学模式、近代的机械论医学模式,到了现代,便产生了生物医学模式,及生物—心理—社会医学模式。

生物医学模式是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病因和生理病理变化,并研究相应的生物学治疗方法,在特定的历史阶段对防治疾病、维护人类健康做出了巨大贡献。直到现在,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其领域内问题的基本方法。但生物医学模式无法解释某些病的心理社会病因,以及疾病造成的种种身心不适,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身心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。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,终于导致了生物—心理—社会医学模式的产生。

生物—心理—社会医学模式的概念是由美国医生 Engle G. L. 于 1977 年首先提出的。该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,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。无论是医学的科学研究领域、医生的诊疗模式还是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) 医疗费用方面的压力

近几十年来,各国都面临医疗费用飞涨的问题。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/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,合理地利用有限的卫生资源。

第二节 全科医学

一、全科医学的定义

关于全科医学的定义,国内外至今尚有未统一的概念,不同的学者对其有着不同的界定。1984年美国家庭医师学会(AAFP)对家庭医学的定义为:“家庭医学是一种整合生物医学、行为医学及社会科学的专科,其知识和技能的核心源于传统的开业医师和以家庭为范围的独特领域,而不是以病人的年龄、性别或器官系统的疾病来分科。家庭医学的训练,除了提供以家庭为单位的照顾外,还要对病人负起持续性健康照顾的责任,在医疗系统中担任提供协调病人照顾的独特专业性角色。”1977年AAFP再度对家庭医学的专业特点加以强调:即家庭医学是涵盖知识、技能及过程三个层面的专科,尤其是它的过程层面,强调在家庭框架下以全人的照顾为中心,与病人建立亲密的医患关系,这是家庭医学有别于其他专科的特别之处。

虽然家庭医学的概念还有其他不同的论述,但目前使用最多的是: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科学相关内容于一体的综合性临床二级专业学科;其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类健康问题和疾病。其主旨是强调以人中心、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制照顾,并将个体与群体健康照顾融为一体。

二、全科医学的学科特点

美国家庭医学专家 Taylor R. 认为,全科医学学科的基础由三个要点组成:1)将卫生服务普及到人民群众的广泛社会运动;2)把因过分专科化而分裂的健康服务整合为一体的趋势;3)从其他专科知识技能衍生而建立全科医学学科的努力。全科医学的学科发展经历了一个演变过程,其学科特点可以从以下几个方面进行分析:

首先,从服务内容上来看,全科医学是一门综合性的临床专科。它不仅涉及临床内、外、妇、儿等专科的服务内容,而且还涉及心理学、行为科学、预防医学、医学哲学等学科领域的服务内容。与其他临床专科明显不同的是,全科医学的学科范围宽而较浅,在一定深度上朝横向发展,并根据服务于对象的健康需要与需求,将各门相关知识、技能有机地融合为一体,向病人提供综合性的服务;而其他临床专科都是在一定的领域范围内不断地向纵深方向发展的,向病人提供的服务范围较窄。

第二,从学科的知识体系上来看,全科医学是一门独立的临床二级学科,其知识体系包括总论和各论两个部分。总论部分主要介绍全科医学的理论精髓,包括:以病人为中心、以家庭为单位、以社区为基础、以预防为导向的健康照顾等,同时包括了全科医学临床服务基本技能和服务工具等。各论部分主要包括临床诊疗中常见健康问题的诊断、处理与评价的方法和技术等。

第三,从临床思维方法上看,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病人人身上的局部和整体变化,它的哲学方法是具有科学基础的整体论。

综上所述,全科医学学科的特征可以概括为:1)具有整体的医学观;2)用系统理论和整体论的方法来理解和解决病人的健康问题,注重病人及其健康问题的背景和关系,采取整体性的社会生物心理服务模式来服务;3)采取以人为本,以健康为中心,以家庭为单位,以社区为范围,以预防为导向的服务等独特的方法与技术为患者提供服务;4)服务内容根据社区居民的健康需求为导向,讲究成本效益和成本效果;5)强调团队合作。

三、全科医学与相关领域的关系

(一) 全科医学与社区医学

社区医学是公共卫生和社会医学在 20 世纪中期深入发展的产物,它以社区为立足点,应用流行病学、社会医学、统计学、人类学等方法和技术,对社区人群的公共卫生问题以及社区卫生服务的组织管理进行全面而有针对性的研究,通过社区卫生服务达到改善人群的健康水平、促进社区健康等目的。

全科医学的研究内容和研究目标以个体医疗保健为主,同时又将个体和群体保健融为一体。为此,社区医学在群体目标上与全科医学是相同的。这样,全科医生就自然地成为了社区医学任务的主要执行者;而在落实社区医学的过程中所获得的资源,以及全科医生在社区实践中所获得的自身训练,则为全科医学在社区中的实施奠定了坚实的基础。

(二) 全科医学与替代医学

在世界范围内,现代医学主流以外的其他类型的医疗方法依然存在,如我国的传统中医学、气功、自然疗法等,并被各国人民广泛地应用,可以称为替代医学。上述情况说明现代医学的局限性,其目前的发展水平还不能完全满足民众的需要。

由于替代医学的广泛应用,全科医生应该,也必须了解其主要的类型、特点和疗效,同时应该看到替代医学的局限性,以便能够适应社区文化和群众的健康信念,并且有助于丰富全科医学理论和治疗手段。因此,全科医生了解替代医学的知识,并教育病人需要使用这类医疗手段时,首先要经过全科医生的评价和转诊,则可以最大限度地避免对病人潜在的伤害。

(三) 全科医学与社区卫生服务