

# 全科医学

## General Medicine

刘全喜 主编

中国医药科技出版社

---

### 编写指导委员会名单

|       |     |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|-----|
| 主 任   | 刘秀峰 |     |     |     |
| 副 主 任 | 葛丙耀 | 梅同筠 | 郭书钦 | 李卫平 |
|       | 岳树梅 | 王自敏 | 聂登银 | 聂元昌 |
|       | 谭 锋 | 刘长春 |     |     |
| 委 员   | 马爱珍 | 韦京琴 | 王文英 | 王玉凤 |
|       | 顾景舜 | 路孝勤 | 万信周 |     |

### 编写委员会名单

|       |     |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|-----|
| 主 编   | 刘全喜 |     |     |     |
| 副 主 编 | 齐宗华 | 张世敬 | 张为民 | 袁东河 |
|       | 段爱梅 | 张智民 | 顾 媛 | 吴春容 |
|       | 吕 繁 | 崔晓波 | 冯翠贞 | 刘鸣勋 |
|       | 黄聚三 | 邓涓沧 | 谢书敏 |     |
| 执 行   | 刘鸣勋 | 黄聚三 | 邓涓沧 | 谢国玺 |

# 前 言

我国政府历来十分关心人民群众的健康，重视卫生保健事业。在“预防为主”方针的指引下，公共卫生事业得到迅速发展，急性传染病、寄生虫病等一些严重危害人们身心健康的疾病，得到有效的控制。由于改革开放，我国进入新的历史时期，经济的快速发展，人民群众生活水平的不断提高，一些慢性退行性疾病广泛流行，心、脑血管病和恶性肿瘤已成为危害人民健康的主要疾病。这些疾病的发生、发展与转归，有其复杂的心理和社会原因。如体力劳动减少、脑力劳动负荷加大、营养过剩以及吸烟、酗酒等原因引起的疾病，一旦发生，需要提供综合性、连续性医疗照顾。现代化专科医院，由于分工过细，追求高精尖的医疗设施，医疗费用开支加大，大大超过患者经济上的承受能力，而且局限于院内服务，无法满足迅速增长的社会需要。同时，医疗服务的高消费，造成医药资源不足。加之医疗体制的不合理、医药资源分配不公，设施效能得不到充分的发挥。特别是公费医疗和劳保医疗费用，已达到国家难以承受的程度。现行医疗模式的改革，确已迫在眉睫，形势逼人，不改不行，慢改亦不行。

基于上述情况，全科医疗服务模式应运而生。在改革开放中诞生的这一新生事物，是生物学服务模式向生物、心理、社会学综合服务模式转化的必然产物。它的突出特点是以个人为中心，家庭为单位，社区为范畴，具有固定的医疗关系，独特的知识体系，有效的预约系统。这一服务模式的普遍推广和应用，不仅是为病人和家庭提供连续性、综合性、高效能、低消费医疗保健服务，并为扩大社会保障，推行医疗保险，建立医疗保健网络和管理机制奠定了坚实的基础。有着较高的实用价值和社会价值。本书编辑的出发点和要向读者介绍的内容，正是力求妥善解决这一问题，努力为推行全科医疗服务模式，为全社会医疗保健，作出一定的贡献。

本书作者，全系国内外比较著名的专家学者，经过广泛的资料收集和潜心的论证研究，编辑而成。本书知识新颖，时代感强，内容丰富，侧重实用，是引进传播全科医疗的普及读物。既是广大医务工作者为人们提供全科医疗服务的良师益友，也是医学院校培训全科医学师资的较好教材。它具有知识性、通俗性和实用性，不仅适合于专业工作者，同时也适合社会群众阅读和使用。

由于参加本书撰写的人员多，在章节结构上可能存在有不妥之处。同时由于我们编辑水平所限，错漏之处在所难免，恳切希望广大读者和医务界的专家学者多提宝贵意见，以便再版时修改补正。在此谨向为本书编辑出版做出贡献的专家、学者致以衷心谢意。

刘国喜 一九九〇年四月

# 目 录

|     |  |      |
|-----|--|------|
| 第一章 | 世界家庭医学会组织(WONCA)的声明——健康照顾体系<br>中全科/家庭医师之角色 ..... | (1)  |
| 第一节 | 全科医生/家庭医生的定义 .....                               | (1)  |
| 第二节 | 全科医生/家庭医生的责任 .....                               | (2)  |
| 第三节 | 履行全科医生/家庭医生责任的详细要求 .....                         | (3)  |
| 第四节 | 教学与研究的需要 .....                                   | (4)  |
| 第二章 | 全科医学在中国的发展 .....                                 | (7)  |
| 第一节 | 需求与需要 .....                                      | (7)  |
| 第二节 | 困难 .....   | (8)  |
| 第三节 | 可行的发展方式(特点) .....                                | (9)  |
| 第四节 | 中国模式(目前对几种可能的发展模式的探索) .....                      | (11) |
| 第五节 | 评估计划 .....                                       | (13) |
|     | 附:中国全科医学发展简史 .....                               | (13) |
| 第三章 | 全科医疗、全科医学与全科医生导论 .....                           | (14) |
| 第一节 | 全科医疗 .....                                       | (14) |
| 第二节 | 全科医学 .....                                       | (17) |
| 第三节 | 全科医生 .....                                       | (21) |
|     | 附:国外全科/家庭医疗简介 .....                              | (23) |
| 第四章 | 保健与家庭 .....                                      | (27) |
| 第一节 | 健康的概念 .....                                      | (27) |
| 第二节 | 影响健康的因素 .....                                    | (28) |
| 第三节 | 家庭评估 .....                                       | (31) |
| 第五章 | 全科医师的临床策略 .....                                  | (35) |
| 第六章 | 全科医生之病历记录 .....                                  | (38) |
| 第一节 | 病历记录的方式 .....                                    | (38) |
| 第二节 | 家庭医生病历记录的内涵 .....                                | (40) |
| 第七章 | 居民健康档案 .....                                     | (41) |
| 第一节 | 居民健康档案概述 .....                                   | (41) |
| 第二节 | 个人健康档案 .....                                     | (42) |

|      |                           |       |
|------|---------------------------|-------|
| 第三节  | 家庭健康档案 .....              | (45)  |
| 第四节  | 社区健康档案 .....              | (49)  |
| 第八章  | 全科医疗中的人际关系 .....          | (53)  |
| 第一节  | 医师与病人之间的关系 .....          | (53)  |
| 第二节  | 沟通的技巧 .....               | (55)  |
| 第三节  | 全科医生内部人际关系 .....          | (60)  |
|      | 附:医患关系交流技巧的几点认识 .....     | (61)  |
| 第九章  | 流行病学、预防医学、社区医学与家庭医学 ..... | (65)  |
| 第一节  | 流行病学 .....                | (65)  |
| 第二节  | 预防医学 .....                | (67)  |
| 第三节  | 社区医学 .....                | (73)  |
| 第十章  | 全科医疗管理 .....              | (79)  |
| 第十一章 | 健康教育和社会医学的发展与联系 .....     | (82)  |
| 第一节  | 社会医学的发展 .....             | (82)  |
| 第二节  | 健康教育的发展 .....             | (92)  |
| 第十二章 | 健康教育学简介 .....             | (96)  |
| 第一节  | 两个有关的概念 .....             | (96)  |
| 第二节  | 健康教育的目的意义 .....           | (97)  |
| 第三节  | 健康教育的原则与方法 .....          | (98)  |
| 第四节  | 世界健康教育发展新趋势 .....         | (100) |
| 第五节  | 学习健康教育学的意义 .....          | (102) |
| 第六节  | 健康教育的实施 .....             | (103) |
| 第十三章 | 常见心身性疾病的病因及处理 .....       | (107) |
| 第一节  | 心身医学概述 .....              | (107) |
| 第二节  | 心血管系统心身病 .....            | (109) |
| 第三节  | 消化、神经系统心身病 .....          | (110) |
| 第四节  | 其它系统心身性疾病 .....           | (111) |
| 第五节  | 心身病诊断 .....               | (113) |
| 第六节  | 心身病治疗 .....               | (115) |
| 第十四章 | 社区常见精神疾患和社区精神卫生服务 .....   | (118) |
| 第一节  | 概述 .....                  | (118) |
| 第二节  | 脑器质性与躯体疾病所致的精神障碍 .....    | (124) |
| 第三节  | 常见的几种精神障碍 .....           | (125) |
| 第四节  | 神经症 .....                 | (128) |
| 第五节  | 老年期精神疾患 .....             | (129) |
| 第六节  | 儿童精神疾病 .....              | (132) |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| 第七节 社区精神卫生服务与精神保健    | (132) |
| 第十五章 社区中的老年医疗保健问题    | (135) |
| 第一节 老年人生理、心理及疾病的特点   | (135) |
| 第二节 老年保健             | (138) |
| 第十六章 内科临床常见症状及处理     | (142) |
| 第一节 胸痛               | (142) |
| 第二节 咳嗽、咳痰            | (146) |
| 第三节 腹痛               | (149) |
| 第四节 腹泻               | (151) |
| 第五节 浮肿               | (155) |
| 第六节 少尿、无尿            | (157) |
| 第十七章 常见外科疾病的诊断及处理    | (159) |
| 第一节 外科感染             | (159) |
| 第二节 破伤风              | (160) |
| 第三节 颈部疾病             | (160) |
| 第四节 乳房疾病             | (160) |
| 第五节 急性腹膜炎            | (161) |
| 第十八章 现场心肺复苏          | (164) |
| 第一节 引起心跳呼吸停止的原因      | (164) |
| 第二节 心跳呼吸停止的诊断        | (165) |
| 第三节 心跳呼吸停止的急救处理(CPR) | (165) |
| 第四节 现场复苏术的操作程序       | (166) |
| 第五节 心脏复苏的药物应用        | (168) |
| 第十九章 性医学问题           | (170) |
| 第一节 性医学范围及内容         | (170) |
| 第二节 梅毒               | (170) |
| 第三节 淋病               | (174) |
| 第四节 尖锐湿疣             | (175) |
| 第五节 获得性免疫缺陷综合征——艾滋病  | (176) |
| 第六节 控制性行为传播疾病措施      | (177) |
| 第二十章 妇产科常见病之诊治       | (178) |
| 第一节 孕妇监护             | (178) |
| 第二节 孕期出血             | (179) |
| 第三节 胎膜早破             | (181) |
| 第四节 产前子痫             | (181) |
| 第五节 产褥期家庭保健          | (181) |
| 第六节 阴道炎              | (183) |

|       |                         |       |
|-------|-------------------------|-------|
| 第七节   | 急性盆腔炎·····              | (184) |
| 第八节   | 阴道出血的鉴别要点·····          | (184) |
| 第二十一章 | 传染病的诊断与防治·····          | (186) |
| 第一节   | 传染病的特征与诊断·····          | (186) |
| 第二节   | 传染病的预防与治疗·····          | (187) |
|       | 附:病毒性肝炎病原学检测指标临床意义····· | (188) |
| 第二十二章 | 儿科专业体检和婴幼儿的生长发育·····    | (191) |
| 第一节   | 儿科专业体检方法和诊断要点·····      | (191) |
| 第二节   | 婴幼儿的生长发育·····           | (193) |
| 第二十三章 | 社区常见眼病的诊疗·····          | (197) |
| 第一节   | 眼睑结膜病·····              | (197) |
| 第二节   | 细菌性结膜炎·····             | (197) |
| 第三节   | 翼状胬肉·····               | (198) |
| 第四节   | 慢性泪囊炎·····              | (198) |
| 第五节   | 病毒性角膜炎·····             | (198) |
| 第六节   | 绿脓杆菌性角膜溃疡·····          | (199) |
| 第七节   | 青光眼·····                | (199) |
| 第二十四章 | 中医学在社区中的应用·····         | (200) |
| 第一节   | 中医的特点·····              | (200) |
| 第二节   | 全科医生应掌握的中医理论·····       | (202) |
| 第三节   | 全科医生应具备的中医技能·····       | (205) |
| 第二十五章 | 流行病学·····               | (208) |
| 第一节   | 概论·····                 | (208) |
| 第二节   | 病因的概念和病因推断·····         | (210) |
| 第三节   | 流行病学调查与分析·····          | (212) |
| 第四节   | 病历对照研究·····             | (214) |
| 第五节   | 传染病流行病学·····            | (216) |
| 第二十六章 | 临终关怀的理论与实践·····         | (221) |
| 附 录   | 家庭医师为您做什么——家庭医业经验谈····· | (224) |

# 第一章 世界家庭医学学会组织(WONCA)的声明

## ——健康照顾体系中全科/家庭医师之角色

世界家庭医学学会组织(WONCA)针对全科/家庭医师的特质、应具有的训练、以及在健康照顾系统中应有的角色,于1983年以挪威籍 Professor Bent Guttorm Bentsen 为首之工作委员会,委员包括英、美、加拿大等国先进学者,历经数年反复讨论,提出一份有关的声明,并于1990年6月经世界家庭医学学会组织之执行委员会通过,于1991年广泛地向世界各地发布,可视为全世界全科/家庭医学界之共同目标与准则。

本篇声明所使用“全科医师”一词与“家庭医师”完全同义,只是顾及欧洲国家惯用此词,仅此说明。

声明摘要:高质量的初级卫生保健有赖于在社区医疗保健队伍中是否有训练良好的全科医生或家庭医生。为此,卫生部门 and 世界卫生组织应该采取一些政策,提高接受过全科/家庭医疗训练的医生人数。这些政策主要涉及更加重视医学院校的基层医疗保健教学,为全科/家庭医疗的毕业后训练和研究创造更好的机会,为新毕业的学生选择全科医疗为未来的事业提供更大的动力。医学院校应该把初级医疗保健教学当做本科生课程中不可缺少的部分,并且建立或支持强而有力的全科医学/家庭医学的毕业后训练计划。

为了鼓励培训更多的全科医生/家庭医生,本声明指出全科/家庭医生在医疗保健系统中的角色和所应具备的知识、技能与态度。

### 第一节 全科医生/家庭医生的定义

全科医生/家庭医生的基本责任是为每个寻求医疗保健的人提供综合性医疗保健照顾,必要时安排其他专业人员提供其它服务。全科/家庭医生的功能是多面性的,他接受寻求医疗保健的任何人,而不象其他卫生人员在服务中有年龄、性别和/或诊断方面的限制。

全科/家庭医生以家庭为单位照顾个体,在社区范畴中照顾家庭,不分种族、宗教信仰、文化或社会阶层。在了解病人的文化、社会经济和心理学背景后,全科/家庭医生有能力在临床上为他们提供主要的照顾。另外,他个人有责任为病人提供综合性、连续性照顾。

全科/家庭医生的专业作用是直接提供医疗保健照顾,或者根据健康照顾的需要和社区中可利用的资源,安排其它服务机构为病人提供服务。



## 第二节 全科医生/家庭医生的责任

### 一、社区方面

总体目标：

具备所服务社区的流行病学知识。

对社区中任何健康问题发挥最大的影响力。

总体方法：

确认组成该社区民众的资料，判定是否有什么困难阻碍他们服务于该社区的目标。

确认除了寻求照顾的人之问题以外的社区健康问题，通过发现病例和/或健康教育，照顾那些缺乏照顾的人群。

社区的支持：

了解社区中与健康有关的行为，支持社区自发的努力，去促进和保护居民的健康。

将其他学科合格的医疗人员所能提供的服务当做一种必要的资源，并最大限度地运用这些资源。

医疗保健照顾包括：预防疾病、促进健康、诊治病人和康复。

### 二、个人方面

综合性保健：

认明病人提出的所有问题，包括不确定的问题、疾病的早期状况、急性问题、慢性疾病、心理社会问题和康复需求。

确认治疗病人所需的生物医学和人文科学方面的哪些生理、心理、社会方法。

诊断盛行的疾病，消除可能的严重疾病，必要时协调其它卫生服务。

病人导向：

了解病人为什么在特定时间带着特定问题来看医生。

认清每次诊疗时病人对其结果的期望，并做出反应。

了解特定问题是如何影响特定的病人。

重视家庭因素：

认清谁是真正的病人：是与医生接触的人，或是其他与来者有关的家人。

认识家庭因素对病人健康的影响，在考虑预防和治疗方法时应该想到这点。如果要解决病人的问题，应该着手处理这些因素。

认识病人的健康问题对家庭的冲击。

医患关系：

把医生和病人及其家庭的关系看作医疗保健中的重要方面。

了解医生对病人的感情是如何影响病人的情况，以及医生应如何处理这种感情方式。

认识到在提供保健，尤其在管理计划中，病人/家庭的自主性。

## 第三节 履行全科医生/家庭医生责任的详细要求

### 一、综合性保健

医生和病人的关系超越了个别的疾病,而是包括长期照顾、康复以及预防保健和促进健康。

全科/家庭医生既关心病人的永久健康,又关心特殊疾病的诊断和治疗。

### 二、协调其它服务

全科/家庭医生有责任安排个人和家庭利用各种必要的医疗保健资源,并克服任何困难。这个作用与其他为病人提供直接服务的医疗保健人员是一致的。全科/家庭医生的服务必须正式纳入整个医疗保健系统,包括以清楚明确的方式与其他(包括当地)初级卫生保健工作者、二、三级医院的医疗保健,以及有关的社区和政府机构一起工作。

### 三、维护作用

不管病人要求的保健水平如何,全科/家庭医生始终是病人的维护者,这些维护包括帮助病人和/或家庭在做临床决策上起积极作用。处理计划要与病人协商,并充分重视花费的效益。

全科/家庭医生的维护作用也包括与政府和私人权威一起工作,最大限度地把服务公平地分配到社区中的所有成员。

### 四、资料基础

全科/家庭医生应该知道病人的临床情况和个人情况,因为这些对医疗实践同样有价值。

### 五、医一患关系

医一患关系有赖于建立全科/家庭医生和病人间的信任程度(用来描述这种信任的其它术语有“契约”(covenant)、“协约”(pact)、“合营”(partnership)、“共同的责任”(mutual commitment)。

### 六、可近性

对于病人和其他医疗保健工作者来说,全科/家庭医生的服务必须在任何时间都相当易于接近及得到。

### 七、资源管理

通过在卫生保健系统中处于优势的地位,全科/家庭医生在分配有限的卫生资源时起到主要管理作用。

### 八、临床决定

(一)全科/家庭医疗不同于其他专科医疗的重要之处如下:

1、全科/家庭医生常常处理不明确的临床问题,比如以前没有被医生评估过的问题。

2、即使经过全面的评估,问题的某种重要部分还不能,而且不需要用正式的医学术语来诊断。因此,许多临床决定必须在没有一个精确的临床诊断时做出。在这些决定中,对病人的了解往往起很大的作用,最重要的任务常常是先排除严重疾病的可能性。

3、全科医疗中疾病的流行情况与在医院门诊或病房中所见人群疾病的流行情况有很大不同。因为临床资料的预测值因特定人群之疾病盛行情况而不同,故在全科/家庭医疗中,即使有与医院医疗相同的症状、体征或化验,却具有不同的预测值。

4、全科/家庭医生常常在疾病的早期,在表现出全部临床情况之前诊视病人。因为临床资料的敏感性和特异性随着疾病的不同阶段而有所不同,所以,全科/家庭医疗中有价值的检查与以医院为基础的医疗中有用的检查不尽相同。鉴于这些考虑,在提供治疗所需要的病理生理学的精确报告及传统的诊断方式和条件,有时不一定是必备的,全科/家庭医生具有保护病人免于危险,解除痛苦的任务,这通常意味着在建立病理生理学诊断之前就必须采取行动,或者做为建立正式诊断过程的一部分。为此,必须充分考虑敏感性和特异性,在可能性和检查的基础上做出决定。时间的推移和试行治疗也是达到诊断的有效基础。实行的计划应该与病人及其家人商定,医生要诚实地提出可能性与可行性,以便他们在知情下做出选择。

(二)与全科医疗有关的其它学科为了了解医学的技术方面,全科/家庭医生必须学习与全科/家庭医疗有关的流行病学、行为科学、环境卫生、基本卫生经济学中的相关知识。

## 第四节 教学与研究的需要

### 一、医学教育

传统的医学教育方式已经达到了一个转折点,因为如医学知识增长率、教师教些没有用的专业,以及过于依赖强调事实的及非常专科化知识的讲课形式和学生考试。谈到临床医学,仍然主要教授学生一些无生命的学习资料或者卧床、穿病号服、没有自主性的医院病人。然而这些病人越来越代表全体居民发病情况中的极少一部分。住院费用增长,加上技术的延伸,使得有必要重新评价医疗保健的工作。由于所有这些原因,接受传统医学教育的新毕业生不适合全科/家庭医疗工作。

### 二、医学生教育

(一)世界医学教育协会强调需要对医学生教育进行根本的改革。医学教育计划的改革应该以如下内容为目标:

1、扩大进行教育计划的场所范围,包括社区中所有的卫生资源,而不仅仅是医院。

2、保证课程表内容反映了国家卫生之优先顺序和资源。

3、通过强调从消极被动地教育方法转到更积极的学习风尚,包括自我学习、独立学习及导师指导,提高学生继续学习所需要的技能。

4、建立课程与考试系统,来保证获得具有社会价值的专业技能,而不仅仅是保留和回忆资料。

5、把教师培训为教育家,而不只是知识体系的专家;就象奖励优秀的生物医学研究或临床工作一样,奖励优秀的教育工作。

6、补充教导如何处理病人,增加强调提高健康和预防疾病。

7、通过把在医院中进行的解决问题的实践活动扩展到诊所和社区,并作为学习的基础,而将科学教育与实践教育加以整合。

8、扩大选择医学生的标准,不仅包括智能和学术成就,还包括任何好医生所要求的个人品质,比如诚实、同情心、解决病人问题的能力。

(二)其他的改良要求涉及更多范围的机构,以便达到如下目标:

1、为了在制定计划、实施和评价方面形成共同政策,鼓励并帮助卫生部门、教育部门、社区健康服务和其它有关机构之间的合作。

2、确保入学政策使得那些受过训练的学生数目与国家对医生的要求数目相匹配。

3、增加与其它卫生相关职业的人员共同学习、研究和服务的机会,作为团队合作训练的一部分。

4、划分医学继续教育责任及资源分配。

上述这些原则在世界的任何地方都是有效的,显示着需要在每所医学院校都应有强有力的全科医学/家庭医学部。近些年来,一些医学院校已经包含:

——全科/家庭医生参与专科教研室的(有时以整合和协调的教学模式)

——教授初级保健方面的理论性课程。

——教授如何实现全科/家庭医生的作用。

——教授初级保健中见到的疾病范围,并作为课程的中心。

——以病人提出的主诉为基础的问题定向式教学,取代以疾病为基础的教学。

——在初级保健机构和医院中的实验性教学/学习,这也意味着置身于当地社区的社会、文化和环境因素中。

——考核学生的初级保健课目,包括评价和照顾患有常见身体、心理或社会健康问题的病人。

### 三、住院医师/专业及继续教育

全科/家庭医生面临许多挑战性任务。这些任务以保健工作而不是疾病过程为基础,这些工作包括:预防、健康教育、筛检、早期诊断、评估、证实假设、治疗、康复、咨询、倾听、运用医一患关系。这是需要学习和掌握的一系列任务,获得这些程序的技巧将会补充传统的医学知识。

了解初级保健医生现在和将来的功能,使得我们清楚地认识到需要一种具备明确目标而有一定结构的特殊训练方案。就象专科医生在有关医院科室接受器官系统的教育一样,全科/家庭医生应该在初级保健机构中广泛接受教育。

### 四、学习技能的发展

医生必须更重视发展自我评价、品质保证和继续教育方面的学习技能。就象能够意识到自我局限性以及运用初级保健团队中其他成员的服务、社区资源、其它机构、顾问和医院的能力

一样,可以教授和学习严格的自我意识。全科/家庭医生不是孤立的,而是做为综合性卫生保健系统的一部分发挥重要的作用。

## 五、研究

初级保健方面及其有关的研究还没有足够的发展。这些研究面对着很大的挑战,许多领域需要调查。

## 六、教育

在医学生、医生和其他卫生保健人员的教育中,需要包括初级保健方面的基本知识,如人群的健康和保康问题、疾病的自然史、危险因素的影响、临床过程、医患关系,医疗保健介入的效果。

## 七、规划

需要知道人群中的健康问题、社会医学问题和卫生保健方式,使得健康和社会医学规划部门能够在预防意外事故和疾病、促进健康方面最大限度地利用有效资源。

品质保证:需要把临床实践中的自我评价与品质保证方法结合起来。一种有用的模式是工业的质量保证方案,这些方案现在才刚开始适应于卫生保健服务。现代的毕业生面临着医学文献不断增长的潮流,具备批判性鉴定医学资料的技术是必要的。

世界全科医师学会分类委员会:世界全科医师学会分类委员会的工作与世界卫生组织有部分合作,委员会创立了初级保健研究的标准化、国际性基础,已经出版了对求诊原因、健康问题与疾病、保健过程、诊断标准、术语定义的各种分类。

研究方法:对来自于生物学和社会科学、人文科学等其它学科的研究方法加以改造,纳入初级保健研究。在这类研究中统计学方法的作用将会增大。

## 八、未来

为了达到已略述的各个目标,对于每个医学院校来说,最低要求是拥有适当资源的全科医学/家庭医学科室,而全世界的全科/家庭医生需要成为教育者兼研究人员。为了个人、家庭和社区的利益,需要正式建立全科/家庭医学学科,并成为医学的中心学科,医学和相关的卫生学科排列在它周围,形成一个合作团队。

(李孟智)

## 第二章 全科医学在中国的发展

### 第一节 需求与需要

#### 一、必要性

(一)疾病谱和死因顺位的变化、人均寿命的延长、社会老龄化的到来以及国民经济能力提高等趋势,均要求加强预防保健并兼顾心理、社会方面的医疗服务,特别是在社区内提供连续性、综合性,防治和卫生保健一体化的初级卫生保健服务,亦即全科医疗服务。

(二)迫切需要改变不平衡、不合理的医疗资源分配状况,大大加强农村和基层医疗卫生力量,需要为这些地区培养和输送大批下得去、留得住、用得上的全科型人才,即全科医生。这也是实现 WHO“2000 年人人享有卫生保健”战略目标的重要途径。

(三)医疗费用的猛增已经到了国家和单位难以承受的地步,进行公费医疗制度的改革、试行医疗保险势在必行。但若医疗服务仅朝高、精、尖的专科化方向发展,便无法避免费用的上涨和浪费;而全科医疗和全科医生首诊、转诊制度的建立将有利于经费的控制,成为付费制度改革医疗保障。

#### 二、可行性

(一)我国初级卫生保健工作已取得令人瞩目的成就,且已有一定数量的基层医疗保健人员在勤奋工作,目前三级医疗网的组织机构也得到了进一步的整顿。实行区域性分工医疗的设想已经被卫生行政领导部门认可。全科医疗的目的是提供高质量的初级卫生保健服务,通过培养大批全科医生、实行全科医疗,可充实经过整顿的医疗网络,与医院评审定级相结合,进一步改善基层医疗机构的结构和功能;并由于这种改善和充实为基层医务人员指明业务前途,从而稳定队伍。基于基层已存在一定数量的医务人员,他们自身渴望提高其业务水平和地位,通过全科医学教育和训练可满足这些人的迫切愿望。

(二)加强农村卫生工作是我国卫生部门多年来的既定方针。根据我国国情建立农村全科医疗体系,以乡卫生院为中心、与村卫生室配合形成全科医生负责制,并结合其职责进行培训,在农村建立健康档案、家庭病床,进行慢性病防治等,可大大改善农民的就医条件,提高农村卫生工作质量,同时也为乡卫生院的生存和发展指出了光明的前途;并以其方便、及时、有效、周到而便宜的服务为农民减轻经济负担。卫生行政领导部门已意识到现行的初级卫生保健工作需要不断发展和提高,正在积极寻找可行的模式;全科医疗以其特长正可以符合领导部门之所需。

(三)目前城市正在探索公费医疗制度改革,农村正在发展集资(合作)医疗制度,其目的不

外在提供医疗保健服务的同时要求符合经济效益。然而我国由于缺乏就医行为规范,使得医院系统无论如何扩建,其效果只是少数人受惠,国家浪费了资源,而民众仍然缺乏方便经济的就医场所。根据英美等国家控制医疗费用的经验,势必以有效的基层医疗保健服务,取代以医院为主的诊疗,才能收效,若在我国医疗制度改革的地区建立全科医疗试点,恰好可为这类改革提供与之相配套的医疗保证及经济效益,这样,有合理医疗费用的全科医疗模式便可充分体现出其实用价值。

(四)几年来推行的医院承包制不利于树立良好的医德医风,而集防、治、卫生保健于一体的全科医疗制度将和预付制(经费包干)相结合,从而有利于加强预防保健工作,也将大大有利于医德医风的建设,增加群众对医疗体制的信赖与亲和力。

## 第二节 困难

### 一、观念

一般人对全科医生存在着误解;以为专科医疗是解决任何健康问题的最好方式,而且越专越好;忽视预防保健,只愿意“花钱治病”而不愿意“花钱买健康”;医生则以“治病救人”为已任,不懂得医学模式、健康观的转变以及卫生事业的转型;轻视基层医疗保健等。而要使观念转变,不是仅靠宣传,更要使医学教育和政策强调能体现出基层医疗保健的重要性。

### 二、财力及教育水平(供求双方)

国力弱,卫生投资少,用于基层的更少;医学教育不发达,医学人力的培养难以满足基层广大群众的需要;大多数群众特别是农民还不富裕,无力承担高级医学人才的服务;一般民众的教育水平低,尚不理解社区/家庭医疗的必要性。这些都有赖于教育和宣传、政府的政策及财力倾斜于基层医疗保健事业,方可收效。

### 三、体制

现行卫生和教育体制均以专科化的医学为中心,追求“高精尖”,在目前的医学科研、医疗服务和医学教育领域中尚无全科医学的立足之地;科技干部政策亦鼓励医学人才走专科而非全科化道路,基层医生地位、待遇卑微,且晋升无门;多年的计划经济模式(统得过死)使局部的试点难以得到良好的试验环境(特别是试点单位人员的业务和经济前途得不到保障),使试点工作难以按科学发展的要求顺利实施;历史上频繁的政策变迁导致的不安全感阻碍人们投身于全科这一有风险的新事物。政策的改革及提高基层医生的待遇和地位,是可行之道。

### 四、医疗给付方式

大多数公费医疗不限制就医行为,使用可任意自行选择就医地点,一窝蜂涌向大医院,使医院无论怎么增建都不够用,且医疗费用不断上升;而民众得到的却是片面性、非人性化的医疗照顾,此皆有赖对就医行为的政策性规范,并与全科医疗相结合。

## 五、发展全科医疗体系的师资、教材及经验不足

中国近两年才开始接触全科医学和全科医疗,有兴趣者不少,但具有实际教育训练及规划能力者少,也缺乏适合中国人使用的教材,因此如何培训师资队伍、发展适于中国人使用的教科书和刊物,应为优先进行的推展工作。

## 第三节 可行的发展方式(特点)

鉴于在中国发展全科医疗的迫切需求和诸多困难,我们不可能模仿其他国家的发展方式,而必须探讨一条切实可行的、具有中国特色的发展道路。几年来我们在实践中认识到,可行的方式应包括下述几个方面:

### 一、理论与实践同步发展

一般引进新学科的步骤,是首先有人出国学习或阅读、翻译大量国外文献,将理论体系引入中国,然后再逐步建立自己的实践体系;但发展全科医学却不行。由于此学科立足于社区,与社会经济文化有极为密切的联系,我们不能照搬西方的理论(即使搬过来也无法被接受);如果不能建立适合中国国情的一整套全科医学理论,则难以说服国人接受这一学科;而具有中国特色的全科医学理论只有经过在中国不同社区的实践和总结才能产生。因此我们只有一边学习国外理论作为基础,一边考虑我国社会文化及实际条件和需要,通过实践探索出中国全科医疗的模式。鉴于东西方文化的差异以及中国在体制方面的种种特点,这种通过实践摸索发展理论的方法和过程与全科医学迄今为止在其他国家的发展将会有较大的区别;因此这种发展方式将十分困难,但也十分有意义。

### 二、教学、科研与医疗同步发展

我们不可能象其他国家那样,首先建立全科医学的教学体系,培养出一批教学和医疗人才,再由他们去推广全科医疗事业。如果人们看不到这一新学科在中国的发展前景,就不会提供适当的教学条件。甚至不会有学生来源。可行的途径是通过建立全科医疗试点,通过其成功的经验来说服领导和群众;而医疗试点需要一批全科医生及管理人员来运作,目前中国还没有这样一批人才,只有通过发展全科医学教育来逐步形成队伍。无论是建立教学体系还是医疗体系的试点,都必须以科研取得理论指导和科学评估的标准及取得科学的依据,说服民众、医学界及政府。因此,教学、科研和医疗试点同步进行,三者互相配合,缺一不可,将是中国发展全科医学的显著特点,我们也正以这种方式同步进行工作。

### 三、学科建设与体制改革并重

建立中国的全科医学不同于设立其他新的专科,因为它涉及医疗保健体制、医学学科以及医学教育模式上的改革问题,只有进行这些方面的改革才能为发展全科医学创造一个适宜的社会环境,帮助它克服所面临的困难。这种改革的探索需要有一些特殊政策来加以保证,包括为全科医学学科设置自己的医疗教学职称系列;在待遇、社会地位和学术地位方面为全科医生



创造条件；逐步在医学院校设置不同层次的全科医疗专业；规定全科医学的继续教育课程和考试、晋升和奖励制度等等。这些改革只有在有关方面的决策者积极支持参与和指导下，才有成功的可能。因此，必须走出学术殿堂，加强宣传和联络，吸引卫生部和各地卫生厅局的官员参加开创全科医学和全科医疗的事业，使之成为中国全科医学工作网络的一个重要的组成部分（在中华医学会全科学会筹备委员会的人员组成中体现了这一特色）。

#### 四、需要综合性的国际援助（包括 WONCA 与 WHO）

鉴于在中国发展全科医学的重要意义和特殊困难，我们亟需得到国际援助。这种援助应该是综合性的，它包括：

（一）理论和实践的指导：在实践的探索中建立中国自己的理论，容易产生自发性、盲目性；如有国外专家的参与，在试点实践中进行认真的理论指导和评估，将会大有益于提高试验的效果并缩短其进程。事实上，来自加拿大的 Dr. B. M. Cornelson 和来自台湾的李孟智医师已为我国全科事业发展做出了极为有益的实际贡献，我们期望着后续人力与财力的支持。

（二）人才培养：在开创阶段尤其需要选送人才出国进修，以发展我们的全科医学师资队伍，提高这一新学科的质量和学术地位。切盼得到国外有关院校提供的学位或非学位的进修机会和资金

（三）资金和必要的物质援助：尽管发展全科医学和全科医疗不需要昂贵的仪器设备，但在卫生资源贫乏的基层开发试点工作仍需要一些经济援助，用以购置必要的设备、书籍资料、并支付编写、出版教科书、培训基层卫生人员以及进行社区卫生状况和需求等项目的调查研究、建立健康档案的费用等。如能得到一些国外的经济资助，对于开创全科医学和全科医疗事业的艰苦工作将是极大的支持和鼓励。

（四）宣传：新事物只有通过大力宣传才能被人们所了解和接受。几年来 WONCA 领导人和许多国外专家的来信来访，不断为全科事业推波助澜，对民众特别是对领导层的开发起了有力的促进作用。这一工作如能得到 WHO 的参与，由 WHO 西太区官员推动中国政府发展全科事业以改善和提高中国初级卫生保健的质量，则将对我们的工作颇有裨益。

#### 五、民众、医学界、政府的宣传与开发

通过大众传播媒介如电视、报纸及学术刊物如全科医疗通讯及杂志等，进行全面而持续的宣传开发。

#### 六、全国性全科医学会

统一步骤及方向，集合力量，充分发挥可用的资源，及掌握学科建设的学术水平。