

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科 / 家庭医学概论

顾 援 主编

科学出版社

全科医学系列教材

曹泽毅 总主编

全科/家庭医学概论

顾 援 主编

科学出版社

2001

内 容 简 介

本书是中华医学会全科医学分会主持编写的《全科医学系列教材》中的一个分册。全书共10章,系统阐述了全科/家庭医学产生和发展的背景与前途,全科/家庭医学的基本理论原则,全科医疗服务模式的精髓——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,全科医疗实践中的有效手段,以及社区卫生服务管理与全科医疗中的伦理学问题等。本书涉及面广,内容丰富,实用性强,是全科医生、护士、医学院校学生以及公共卫生和社区管理人员进行全科医学知识培训的理想教材。

图书在版编目(CIP)数据

全科/家庭医学概论/顾援主编. -北京:科学出版社,2001.3

全科医学系列教材

ISBN 7-03-008885-9

I. 全… I. 顾… II. 临床医学-教材 IV.R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2000)第72042号

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

北京双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2001年3月第一版 开本:787×1092 1/16

2001年3月第一次印刷 印张 18 3/4

印数:1—4 000 字数:424 000

定价:25.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

《全科医学系列教材》编委会

总 主 编 曹泽毅

副总主编 孙爱明 周东海 顾 溪* 李 霞*

编 委 林 锴 蔡素筠 石民生 杨秉辉
张明岛 刘本俶 张树基 吴锡桂
刘凤奎 张志真 李齐岳 胡大一
董 悦 谭维溢 王均乐 李 宁
李曼春 梁万年 崔树起 吕 繁
蒋保季 李雅媛

顾 问 彭瑞骢 戴玉华 刘 俊 徐群渊
曾昭耆 张孔来 李天霖 黄蒞庭
何慧德 姚 宏 陆广莘 林菊英

(说明:有*号者为常务副总主编)

《全科/家庭医学概论》参编人员

主 编 顾 媛

编 委 (按姓氏笔画为序)

王苏中 付希娟 瓮学清 顾 媛

梁万年 蒋保季 路孝琴 翟晓梅

总 序

在 1996 年底召开的中央卫生工作会议和 1997 年初公布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》上,将社区卫生服务作为城市卫生改革的重要举措,提到了显要的地位上。而全科医生作为社区卫生服务的中坚力量,也引起了全社会的重视。他们将对社区民众,特别是老年人、妇女、儿童、残疾人等特殊人群提供综合、持续、协调、可及的基层医疗保健服务,成为社区家庭的健康护卫者、咨询者和教育者,并担任即将全面推开的医疗保险的“守门人”。为此,全科医生的教育培训和考试,就成为一个亟待解决的重要问题。

全科医生的工作模式与传统的专科医生有所不同。他们立足于社区,以社区民众的卫生需求为导向,以人与健康为中心,按照人的生命周期和家庭发展周期对各种主要危险因素和疾病进行长期的监测与控制,其“防、治、保、康、健康教育一体化”的方便快捷的服务能使老百姓切实受益,但对于医学界和医学教育界来说,也提出了严峻的挑战。这就需要我们转变原来以疾病为中心、以医生为中心的生物医学模式,而真正将服务与教育的重点转到预防、保健、医疗、康复的全程服务以及对生物医学和与之相关的人文社会知识技能同等重视的教育上来。因此,新型教材的编写与相应的师资队伍培训,是全科医学在我国扎根与发展的一个关键策略。

中华医学会全科医学分会于 1996 年起,策划编写一套全科医学系列教材,其对象是现有的基层医务人员,二、三级医院有志于走向社区的医生,以及各类教育培训计划(包括成人大专教育和本科毕业后教育等)的培训对象;其内容主要涉及临床阶段综合性的教育培训和实习,包括全科医学导论、全科医疗常见健康问题、相关的心理与精神卫生、中医学、科研、管理、预防保健、康复,乃至全科医生需要熟悉的社区护理等,此外,还有全科医疗诊疗手册、急诊手册、常用药物手册、病人教育手册、实习手册等。编写者是我国多年来从事全科医学服务与教育试点工作的专业人士,以及热心参与全科医学发展的各学科的专家。相信本系列教材的出版将对我国全科医生的培养以及全科医学的发展起到一定的推进作用。由于我国国情与西方的差别,以及本学科在我国的服务实践和研究发展并不充分,在编写过程中遇到很多困难,甚至还存在一些类似于专科医学的思路,难以达到预期的水平。希望广大读者在使用中带着批判的眼光与我们共同切磋,及时把各种意见和建议反馈给我们,使之在今后得以不断完善,最终成为一套较为成熟的教材。

曹泽毅

1998 年 6 月于北京

前 言

全科/家庭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,是一个临床二级学科;其范围涵盖了各种年龄、性别、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/家庭医学概论”作为全科医生知识、技能、态度训练的核心课程,在各国全科/家庭医师专业培训项目中都占有重要的地位,其开课时间往往在第一、二年训练中持续 2~3 个月,其中一些关键性的题目甚至需要反复进行。此外,本课程还是全体医学本科生的全科医学教育必修课。

《全科/家庭医学概论》是全科医学系列教材之一。本书系统阐述了全科/家庭医学产生和发展的背景与前途,全科/家庭医学的基本理论原则,全科医疗服务模式的精髓——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,全科医疗实践中的有效手段——临床思维方法与策略、医患交流、问题为导向的连续性健康档案,以及社区卫生服务管理与全科医疗中的伦理学问题等。首都医科大学全科医学培训中心作为国内第一家本专业的教学研究机构,自 1989 年成立以来,在社区卫生服务和全科医学领域进行了理论与实践各方面的艰苦探索,并通过世界家庭医生学会(WONCA)与世界各国的全科/家庭医学界建立了广泛的联系,就此领域的学术、教育与管理等方面的热点问题开展了全方位的国际学术交流。无论是在全科医学基本知识和技能、世界各国的发展概况与趋势的把握方面,还是全科医学在中国的“本土化”努力方面,首医大全科医学培训中心都获得了可喜的成果。在此基础上写出的这本《全科/家庭医学概论》,是多年来研究工作的一个总结,是作者根据自己对发展适合中国国情的全科医学的理解,对世界各国(包括我国在内)的全科/家庭医学学科内容的一次精心筛选。以此奉献给国内同道,希望能对我国正在蓬勃兴起的社区卫生服务和全科医学学科建设起到一定的促进作用。

本书涉及面广泛、内容丰富,适合于我国目前开展的各项全科医学教育培训工作,包括全科医学的毕业后教育、岗位培训、继续医学教育等,乃至专科医生、护士、公共卫生人员和社区卫生服务管理人员等全科医学知识的普及教育。由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,理论与实践研究都欠深入,缺乏公认的研究证据,本书远未达到成熟的地步,恳请各地同道不吝赐教,使之能够在今后进一步修订与完善。

本教材得到北京市教委教改立项补助经费的支持,为北京市普通高等学校教育教学改革试点立项成果。在此,向在本书编写过程中给予大力支持和帮助的领导和同道,表示衷心的感谢。

顾 澐

2000 年 8 月于北京

目 录

总序

前言

第一章 导论	(1)
第一节 医疗保健系统中的基层医疗.....	(1)
第二节 卫生改革与社区卫生服务.....	(4)
第三节 全科医学发展简史	(12)
第二章 全科医学的基本概念与原则	(17)
第一节 全科医学、全科医疗和全科医生.....	(17)
第二节 全科/家庭医疗的基本特征.....	(26)
第三节 全科医疗与专科医疗的区别与联系	(33)
第四节 全科医学与相关学科的关系	(35)
第三章 以病人为中心的照顾	(38)
第一节 疾病与病人:两个不同的关注中心.....	(38)
第二节 理解病人范畴	(45)
第三节 病人为中心的临床工作方法	(50)
第四节 全科医疗中的医患交流	(58)
第四章 全科医生的临床思维	(63)
第一节 全科医生的临床判断	(63)
第二节 全科医疗中的病人管理	(72)
第三节 全科医生的若干临床策略	(79)
第五章 以家庭为单位的照顾	(84)
第一节 家庭的定义、结构和功能.....	(84)
第二节 家庭生活周期、家庭资源和家庭危机.....	(89)
第三节 家庭系统理论	(94)
第四节 家庭对健康和疾病的影响	(97)
第五节 家庭评估	(98)
第六节 家庭照顾.....	(107)
第七节 对两种家庭问题的讨论.....	(111)
第六章 以社区为基础的照顾	(121)
第一节 社区导向的基层医疗.....	(121)
第二节 社区诊断.....	(123)
第三节 全科医生在社区卫生服务中的作用.....	(127)

第四节 社区健康问题照顾与管理·····	(130)
第七章 全科医疗中的预防医学 ·····	(142)
第一节 概述·····	(142)
第二节 全科医生与临床预防·····	(146)
第三节 我国开发“临床预防服务指南”的建议·····	(157)
第四节 国外“临床预防服务指南”简介·····	(159)
第八章 全科医疗健康档案 ·····	(166)
第一节 建立全科医疗居民健康档案的必要性及意义·····	(166)
第二节 全科医疗健康档案的内容和记录方式·····	(167)
第三节 个人健康档案·····	(170)
第四节 家庭健康档案·····	(178)
第五节 社区健康档案·····	(180)
第六节 全科医疗健康档案的建立和管理·····	(185)
第七节 计算机化的健康档案·····	(187)
第八节 基层医疗国际分类·····	(189)
第九章 社区卫生服务管理 ·····	(191)
第一节 社区卫生服务的概念、特点与意义 ·····	(191)
第二节 社区诊断与社区卫生服务的需求评价·····	(193)
第三节 社区卫生服务的计划与实施·····	(200)
第四节 社区卫生服务的质量管理·····	(205)
第五节 社区卫生服务的资源管理·····	(209)
第六节 社区卫生服务中的风险管理·····	(212)
第七节 社区卫生服务的评价·····	(214)
第十章 全科医疗中的伦理学问题 ·····	(218)
第一节 全科医生与伦理学决策·····	(218)
第二节 医学伦理学的基本原则·····	(219)
第三节 全科医疗中的医患关系·····	(223)
第四节 患者的基本权利和义务·····	(226)
第五节 健康责任与卫生政策问题·····	(231)
第六节 临终照顾中的伦理学问题·····	(234)
附件:《使医疗服务与医学教育更加适合民众的需要——家庭医生的贡献》(WHO-WONCA 工作报告) ·····	(239)

第一章 导 论

第一节 医疗保健系统中的基层医疗

一、医疗机构功能分化

医学是一个既古老又年轻的学科。其古老的渊源与人类的历史同时产生；而其与科学相结合产生的现代医学科学系统自 16 世纪发端，经过 400 年的艰苦探索，终于形成了规模。自 19 世纪末开始，大型的医疗机构不断涌现，它们以现代化的医疗仪器装备自身，对疾病的病因或病灶作出具有开创性与特异性的有效诊断与治疗，从而在医学界与社会上享有盛誉。直到 20 世纪中叶，这些高度专科化的大型医院和实力雄厚的专科医生在各国的医疗保健体系中占据着主体地位。

自 20 世纪 60~70 年代起，社会对大医院和专科医学的盲目崇拜发生了变化。由于人口老龄化和疾病谱的改变，越来越多的慢性病、退行性疾病不可能被医院的精确诊断和对因治疗所祛除，社会上带病长期生存者日益增加。人们发现，以“治愈疾病”为价值取向的专科医疗服务存在着相当大的局限性，很多疾患不仅无法治愈，甚至连症状也难以缓解；而这种价值观导致的“过度医疗”所产生的医疗费用暴涨问题，就更令社会不堪重负。以美国为例，其每年的医疗费用占到国内生产总值(GDP)的 14%~16%，总量达一万多亿美元，其中大部分都投入了高技术医学的发展与利用；而民众却因得不到及时、方便、便宜的基层卫生服务而怨声载道，有所谓“做得越多，满意越少”的舆论评价。反观英国、瑞典等欧洲国家，因其国家基本医疗保险覆盖了全体居民，又重视基层医疗和全科医生的作用，则能以较低的费用、较少的卫生资源获得较理想的健康效果。

据 Kerr White 等在 1961 年对社区居民患病与利用医疗资源情况的调查，在英、美等国 1000 个 16 岁以上人中，1 个月里约有 750 人发生了某种疾患，其中只有 250 人就医。所有就医者中，平均有 14 人利用了专科医疗：5 人由专科医生进行了会诊；9 人住院，而其中仅有 1 人被送到三级教学医院住院；其余皆在基层医疗解决了问题(图 1-1)。其他国家的研究也有类似结论。可见，根据居民患病和就医的需求，医疗资源应分为不同的层次或等级，而重心应向基层倾斜。

现在世界上已经公认，以社区为基础的正三角形(又称金字塔形)医疗保健体系是理想的保健体系(图 1-2)。其宽大的底部是可以被群众广泛利用的、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

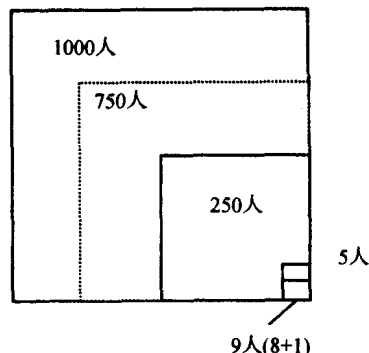


图 1-1 社区居民患病及其对医疗资源利用

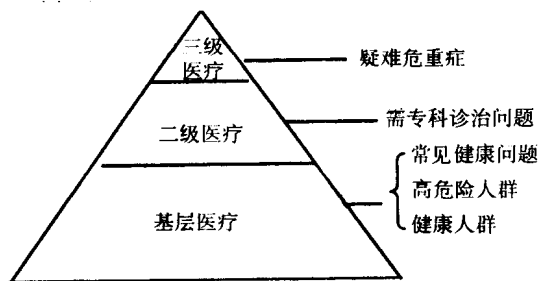


图 1-2 理想的医疗保健体系——正三角形

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(如急腹症、胃切除、分娩等)的机构；顶部是利用高技术处理疑难危重问题(如冠脉搭桥、开颅、器官移植等)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，体现了在卫生资源分配上对社区的倾斜；而所有民众的首诊医疗保健都在基层解决，则体现了卫生资源利用对社区的注重。

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；而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。

二、基层医疗与全科医生

从组织角度看，基层医疗(primary medical care, 又称 primary care, PC)是一种医疗服务层次，即提供除了医院内服务(住院服务)以外的一切服务。它是以社区为基础的服务，与二、三级医院相比，其对高技术的需要程度较低，而特别强调适宜技术。从专业角度看，虽然基层医疗也是一种临床专业，但它特别关注病人的个体化需求，注重向其提供具有人情味的、有针对性的服务。

1. 基层医疗主要特点

(1) 可及性：无论对急性病人或慢性病人，基层医疗都是其首诊医疗，且在地理上接近、使用上方便、经济上能够负担得起。这类服务通常在城市和农村的社区诊所或卫生服务中心进行。

(2) 综合性：所提供的服务既包括急性和慢性疾病的医疗、康复和预防，也包括心理社会问题的干预，其服务可在诊所、医院、护理院或家庭内提供，有时还通过电话服务提供。

(3) 协调性：基层医疗把病人作为一个整体看待，了解病人的所有卫生服务需求，并充当医疗服务资源信息的中心，来协调各种服务。如在必要时负责联系病人向专科医生的

会诊、转诊;以团队合作的形式提供管理化医疗保健(managed care,一种控制总费用的大规模医疗保险)服务等。

(4) 连续性:与病人建立起长期的合作关系,保持病人健康问题的连续性档案记录,提供长期的医疗保健服务。

(5) 负责性:作为健康代理人负责病人健康问题与结果的处理,对病人需要的所有医疗保健服务负有全部责任。

2. 基层医疗功能

基层医疗主要包含六方面的功能:①医学诊断与治疗;②心理诊断与治疗;③对病人提供个性化的支持;④与病人交流有关诊断、治疗、预防和预后的信息;⑤对慢性病人提供连续性照顾;⑥预防疾病和功能丧失。

基层医疗服务所处理的健康问题,明显地不同于二、三级医院。美国 1991 年关于基层门诊医疗的统计显示,病人就诊的前 20 位诊断如表 1-1 所示:

表 1-1 美国基层门诊医疗主要诊断

主要诊断	占全部就诊比例(%)	主要诊断	占全部就诊比例(%)
高血压	3.5	皮脂腺疾病	1.4
常规产前检查	3.1	过敏性鼻炎	1.4
成人体检	2.7	哮喘	1.3
婴儿/儿童体检	2.6	白内障	1.1
急性上呼吸道感染	2.5	接触性皮炎/湿疹	1.1
中耳炎	2.4	腰背扭伤	1.0
糖尿病	1.9	实验室检查	0.9
慢性鼻窦炎	1.7	神经功能紊乱	0.9
青光眼	1.6	一般症状	0.9
急性咽炎	1.6	其他	64.9
气管炎	1.5		

上述问题多为未分化问题、小病、慢性疾病、急诊等常见健康问题,可以称之为“早、晚、急”。所谓“未分化问题”,是指机体内部正在向某种疾病发展,病人已经有了很少的一些症状或体征,但尚不足以明确诊断。基层医疗在处理上述各类问题时,采用与二、三级医疗不同的模式,即以预防为导向,利用适宜技术将问题处理在早期;高度警惕可能危及生命的各种疾病、慢性病的合并症和医、药源性疾病等,应在等待中密切观察,若有必要,则及时进行特定疾病的筛检;此外,还使用各种替代医学(alternative medicine,例如传统医学)手段解除病人的疾患,注意与病人合作,共同为改善其生活质量而努力。基层医疗的这种服务模式体现了很高的成本效益,从而使其得以成为整个医疗保健系统与医疗保险系统的可靠基础。

3. 基层医疗中的全科医生

从事基层医疗的医生可以有全科医师(家庭医师)、内科医师、儿科医师、外科医师、妇

产科医师、眼科医师、泌尿科医师、口腔科医师、精神科医师等,他们组成团队向居民提供全方位的服务;但不同专业的医生在基层的服务范围和工作量有明显差异。

美国的一项研究表明,在一定时间内,不同的医生所处理的基层病人数和构成也有所不同,如表 1-2 所示:

表 1-2 美国基层医疗不同医生处理病人数

科 别	病人数	构成(%)	科 别	病人数	构成(%)
家庭医生	27	20.5	眼科医生	3	2.3
内科医生	21	15.9	骨科医生	8	6.1
儿科医生	6	4.5	耳鼻喉科医生	7	5.3
心血管医生	7	5.3	泌尿科医生	10	7.6
皮肤科医生	5	3.8	精神科医生	4	3.0
普外科医生	22	16.7	神经科医生	9	6.8
妇产科医生	3	2.3			

由于接受过系统的、有针对性和适宜性的培训,全科医生在基层医疗中照顾的人口数量最多,也最受欢迎。除了对于民众最常见健康问题进行方便可及的诊治以外,全科医生还有能力从心理、社会方面对个人与家庭提供必要的支持,对慢性病人提供长期的、综合性、连续性的照顾;并在需要时,为其服务对象协调有效的预防与康复服务。因此,深受社区群众的欢迎,终于成为基层医疗中的主要学术核心与技术骨干。

第二节 卫生改革与社区卫生服务

近 40 年来,由于各国人口老龄化和疾病谱等方面的改变,民众的卫生服务需求不断变化,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,是其中最具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、卫生改革的社会与医学背景

1. 人口迅速增长、城市化与老龄化

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，全国老年人口已达到 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，人的生理状况及需求在各方面都有别于过去：

(1) 生理功能衰退：各种器官，包括感官、脑、心血管、肺、肾、胃肠、骨关节、内分泌、免疫等系统都或迟或早出现退化，整体调节能力减弱，使之被越来越多的慢性退行性疾病所困扰。

(2) 行为能力变化：生理的退化使老年人行为能力减退，日常生活中的自我服务活动及社会交往活动将会出现某些障碍，有可能导致身心疾患。

(3) 社会地位变化：退休后的社会和经济地位将会与过去有所不同，大部分老年人不再担任社会和家庭里的中心角色。因子女离家或丧偶，其家庭结构也会发生某种变化。据统计，我国独身和身边无成年子女的老年人占老年人总数的 25%；到 2005 年，“空巢家庭”中的老年人将占老年人的一半以上，其生活照料和情感慰藉将成为普遍的社会问题。

(4) 心理精神变化：随着上述变化引起的心理情感上的不适应相当普遍，诸如不满现状、失落、孤独、恐惧、偏执、暴躁、猜疑、妄想、焦虑和抑郁，甚至痴呆。

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、片断性和费用昂贵，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，特别是适当的医疗保健照顾，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 年代以来公众和医学界共同关注的热门话题。

2. 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，约占总死亡原因的四分之三。1997 年，我国的死因顺位中，恶性肿瘤、脑血管病、心血管病为前三位死因，占总死亡的 62% 左右。

不仅如此，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 1880 万例，而艾滋病毒感染者已达到 3430 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,往往涉及多种外因和内因、多个脏器和系统;可以将它们大体上分为“生活方式与行为因子”、“环境因子”、“人类生物学因子”以及“卫生保健制度因子”等四大类型,而“生活方式与行为”的重要性首当其冲,包括吸烟、酗酒、营养失调、紧张的行为方式和个性等等,都是多种慢性病的重要致病危险因子。现代社会带来的紧张刺激、环境污染和生活压力,都有害于健康;而性乱、吸毒、嫖娼这些问题行为,更引起了艾滋病等前所未有的慢性“不治之症”。

(2) 病理过程: 急性传染病发展迅速,病人可在短期内死亡或恢复健康;而慢性病大部分既不能根治又不会在短期内致人死亡,一旦患病,往往带病终身,而且要经历长期的病理发展过程,出现多系统损害的合并症,从而进一步降低病人的生活质量。

(3) 需要的医疗照顾: 慢性病在病因、病理方面与急性传染病的区别,导致了相应的医疗服务需求改变。对慢性病人的医疗服务特点为: 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;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务类型要求照顾(包括护理、教育、咨询等干预)重于医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,特别强调病人本身主动和自觉的控制,而不仅是机械地服用医生给予的药物。

3. 医学模式的转变

所谓医学“模式”(model),是指医学整体上的思维方式或方法,即以何种方式解释和处理医学问题,又称为“医学观”。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,例如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以及生物-心理-社会医学模式。

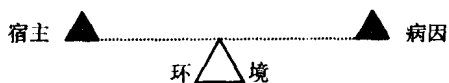


图 1-3 生物医学模式疾病观
(即病因、宿主和环境三者之间的平衡)

自 16 世纪欧洲文艺复兴时代发展起来的生物医学模式,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。其特点是使用还原方法(reductive method)追求特异性,即在疾病研究的各个领域都寻求特定的(最好是单一的)

解释和处理方式,因此,可以称之为单因单果直线式思维(图 1-3)。

这种模式把疾病看成是外来的或独立的实体而设法消除。它与现代科学技术相结合,发展出一整套现代医学的疾病理论,以及各种高技术的特异性诊断、治疗、预防工具,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。迄今为止,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自己领域问题的基本方法。

生物医学模式的缺陷在于:它无法解释某些病的心理社会病因,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,更无法解决慢性病人的心身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。自 19 世纪末以来,随着预防医学、流行病学、行为科学、心身医学、医学哲学等领域的发展,系统论的思维逐渐被接受,终于导致了新的医学模式的产生。

生物-心理-社会医学模式的概念是由美国医生 G. L. Engle 于 1977 年首先提出的,他认为“为了理解疾病的决定因素以及达到合理的治疗和卫生保健模式,医学模式必须考虑到病人及其生活环境,并通过医生的作用和卫生保健制度来对付疾病的破坏作用”,因此,合理的模式应涉及人本身(包括医患双方)及其自然与社会环境。

生物-心理-社会医学模式是一种多因果、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(holistic method)协调使用。无论是医学的科学研究领域、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。

4. 医疗费用的高涨与卫生资源的不合理分配

1960 年以来,各国都面临医疗费用的高涨问题,其主要原因为高技术医学的发展和人口老龄化。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,即成本的投入与其实际效果/效益相距甚远。据估计,85%以上的卫生资源消耗在 15%的危重病人身上,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,也令公众十分不满,他们迫切要求改变现行卫生资源分配方式,将大部分资源用于基层卫生保健。

鉴于“健康是一项基本人权”的观点日益深入人心,健康和医疗保健服务已经成为敏感的社会和政治问题之一。各国正在日益普及管理化医疗保健(managed care),要求建立人人皆可享有的医疗保健制度。“人人享有卫生保健”不仅是 20 世纪的、也是 21 世纪的全球卫生战略目标。1998 年 5 月在日内瓦召开的第 51 届世界卫生大会上审议通过了 WHO 提出的“21 世纪人人享有卫生保健”全球卫生战略,其总目标是:①使全体人民增加期望寿命并提高生活质量;②在国家之间和国家内部改进健康公平;③使全体人民利用可持续发展的卫生系统提供的服务,行动的政策基础是使健康成为人类发展的中心;发展可持续卫生系统以满足人民的需要。所采取的四项战略性行动是:①与贫困作斗争;②在所有环境中促进健康;③使部门卫生政策相一致;④将卫生列入可持续发展计划。由此可见,21 世纪的医学和医疗保健事业将更好地体现卫生服务的可及性与公平性,这种观点已成为各国政府和民众的共识。

二、社区卫生服务及其对全科医生的需求

1978 年,世界卫生组织在阿拉木图宣言中,强调初级卫生保健应从个人、家庭和社区开始,“社区参与”对于“人人健康”战略目标的实现具有重要意义。此后,与“基层医疗”类似的概念——“社区卫生服务”(又称为社区健康服务,community-based health care)开始在上世界流行。二者相比,“基层医疗”体现了卫生服务体系中的最基础层次,而“社区卫生服务”则更明确地强调了这种服务的社区特性。

（一）社区卫生服务的若干概念和特点

“社区”(community)有各种不同的定义。我国学者费孝通先生将“社区”定义为:“社区是若干社会群体(家庭、氏族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体。”有关专家对我国社区类型及功能进行了研究,提出我国的社区可分为三个基本类型,即:城市社区(通常是以街道和居民委员会为基本单位)、农村社区(通常是以乡镇和村为基本单位)、城镇社区(通常是指城乡结合部的小城镇)。近年,国内也有一些学者将社区分为生活社区(即居民居住区域)和功能社区(即社会团体、工矿企事业单位等所在区域)。

实际上,社区的大小可以根据不同需要而弹性界定。但不论大小及分类如何,社区的构成必须包括以下五个要素:相对固定的人群;一定的地域范围;必需的生活服务设施;特定的文化背景、生活方式和认同意识;以及相应的生活制度和管理结构。

“社区卫生服务”亦有不同的定义。我国卫生部等国务院十部委在1999年7月发表的《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》中对社区卫生服务的定义是:“社区卫生服务是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体,全科医师为骨干,合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点,以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。”

从上述定义可以看出,社区卫生服务体现了以下几个特点:①强调了服务的场所必须在社区,并成为社区建设的一部分;②服务的目标必须以社区居民需求(demands)为导向;③服务的内容不仅是疾病的医疗,而是集防、治、保、康、教、计划生育为一体的全方位服务;④服务必须是居民在经济上能够承担且能够方便地接受。

（二）社区卫生服务的主要内容

中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》中明确规定了社区卫生服务的主要内容,包括疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务、妇女儿童老年人和残疾人保健等。社区卫生服务强调并保证以基本卫生服务为主体的第一线服务,作为卫生服务的基础领域,既面向群体,又重视对个体病人提供基本医疗卫生照顾。

从理论上说,社区卫生服务包括公共卫生服务、基层医疗保健服务和社区内的其他特需卫生服务。

1. 公共卫生服务

公共卫生服务是由当地政府牵头的卫生服务,以确定的整体人群为主要服务对象,着重人群的健康保护。我国初级卫生保健的大部分工作当属公共卫生服务,目前包括健康促进、卫生防疫、计划免疫、计划生育、卫生管理与政策开发等工作,还有环境治理、妇幼保