



全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材



全国高等中医药院校规划教材（第十版）

中医全科医学概论

（供中医学、针灸推拿学、中西医临床医学等专业用）

主 编 姜建国

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材

全国高等中医药院校规划教材（第十版）

中医全科医学概论

（供中医学、针灸推拿学、中西医临床医学等专业用）

主 编

姜建国（山东中医药大学）

副主编

顾 勤（南京中医药大学）

宫晓燕（长春中医药大学）

翁宁榕（福建中医药大学）

编 委（按姓氏笔划排序）

王晓峰（新疆维吾尔自治区中医医院）

杨丽萍（河南中医药大学）

张玉英（陕西中医药大学）

张国俊（天津中医药大学）

张晓雪（山西中医学院）

林 勋（上海中医药大学）

姚睿智（广州中医药大学）

郭 栋（山东中医药大学）

唐翠兰（浙江中医药大学）

覃琥云（成都中医药大学）

戴小华（安徽中医药大学）

主 审

王新陆（山东中医药大学）

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中医全科医学概论/姜建国主编. —北京: 中国中医药出版社, 2016. 12

全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材

ISBN 978 - 7 - 5132 - 3939 - 4

I. ①中… II. ①姜… III. ①中医学临床 - 中医学院 - 教材 IV. ①R24

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 326865 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

廊坊市晶艺印务有限公司印刷

各地新华书店经销

开本 850 × 1168 1/16 印张 8 字数 199 千字

2016 年 12 月第 1 版 2016 年 12 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 3939 - 4

定价 20.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

微信服务号 zgzyycbs

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

淘宝天猫网址 <http://zgzyycbs.tmall.com>

全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材

全国高等中医药院校规划教材（第十版）

专家指导委员会

名誉主任委员

王国强（国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长）

主任委员

王志勇（国家中医药管理局副局长）

副主任委员

王永炎（中国中医科学院名誉院长、中国工程院院士）

张伯礼（教育部高等学校中医学类专业教学指导委员会主任委员、

中国中医科学院院长、天津中医药大学校长、中国工程院院士）

卢国慧（国家中医药管理局人事教育司司长）

委员（以姓氏笔画为序）

马存根（山西中医学院院长）

王 键（安徽中医药大学校长）

王国辰（中国中医药出版社社长）

王省良（广州中医药大学校长）

方剑乔（浙江中医药大学校长）

孔祥骊（河北中医学院院长）

石学敏（天津中医药大学教授、中国工程院院士）

匡海学（教育部高等学校中药学类专业教学指导委员会主任委员、

黑龙江中医药大学教授）

吕文亮（湖北中医药大学校长）

刘振民（全国中医药高等教育学会顾问、北京中医药大学教授）

安冬青（新疆医科大学副校长）

许二平（河南中医药大学校长）
孙忠人（黑龙江中医药大学校长）
严世芸（上海中医药大学教授）
李秀明（中国中医药出版社副社长）
李金田（甘肃中医药大学校长）
杨 柱（贵阳中医学院院长）
杨关林（辽宁中医药大学校长）
杨金生（国家中医药管理局中医师资格认证中心主任）
宋柏林（长春中医药大学校长）
张欣霞（国家中医药管理局人事教育司师承继教处处长）
陈可冀（中国中医科学院研究员、中国科学院院士、国医大师）
陈立典（福建中医药大学校长）
陈明人（江西中医药大学校长）
武继彪（山东中医药大学校长）
林超岱（中国中医药出版社副社长）
周永学（陕西中医药大学校长）
周仲瑛（南京中医药大学教授、国医大师）
周景玉（国家中医药管理局人事教育司综合协调处副处长）
胡 刚（南京中医药大学校长）
洪 净（全国中医药高等教育学会理事长）
秦裕辉（湖南中医药大学校长）
徐安龙（北京中医药大学校长）
徐建光（上海中医药大学校长）
唐 农（广西中医药大学校长）
梁繁荣（成都中医药大学校长）
路志正（中国中医科学院研究员、国医大师）
熊 磊（云南中医学院院长）

秘 书 长

王 键（安徽中医药大学校长）
卢国慧（国家中医药管理局人事教育司司长）
王国辰（中国中医药出版社社长）

办公室主任

周景玉（国家中医药管理局人事教育司综合协调处副处长）
林超岱（中国中医药出版社副社长）
李秀明（中国中医药出版社副社长）

编审专家组

组 长

王国强（国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长）

副组长

张伯礼（中国工程院院士、天津中医药大学教授）

王志勇（国家中医药管理局副局长）

组 员

卢国慧（国家中医药管理局人事教育司司长）

严世芸（上海中医药大学教授）

吴勉华（南京中医药大学教授）

王之虹（长春中医药大学教授）

匡海学（黑龙江中医药大学教授）

王 键（安徽中医药大学教授）

刘红宁（江西中医药大学教授）

翟双庆（北京中医药大学教授）

胡鸿毅（上海中医药大学教授）

余曙光（成都中医药大学教授）

周桂桐（天津中医药大学教授）

石 岩（辽宁中医药大学教授）

黄必胜（湖北中医药大学教授）

前言

为落实《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010—2020年）》《关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》，适应新形势下我国中医药行业高等教育教学改革和中医药人才培养的需要，国家中医药管理局教材建设工作委员会办公室（以下简称“教材办”）、中国中医药出版社在国家中医药管理局领导下，在全国中医药行业高等教育规划教材专家指导委员会指导下，总结全国中医药行业历版教材特别是新世纪以来全国高等中医药院校规划教材建设的经验，制定了“‘十三五’中医药教材改革工作方案”和“‘十三五’中医药行业本科规划教材建设工作总体方案”，全面组织和规划了全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材。鉴于由全国中医药行业主管部门主持编写的全国高等中医药院校规划教材目前已出版九版，为体现其系统性和传承性，本套教材在中国中医药教育史上称为第十版。

本套教材规划过程中，教材办认真听取了教育部中医学、中药学等专业教学指导委员会相关专家的意见，结合中医药教育教学一线教师的反馈意见，加强顶层设计和组织管理，在新世纪以来三版优秀教材的基础上，进一步明确了“正本清源，突出中医药特色，弘扬中医药优势，优化知识结构，做好基础课程和专业核心课程衔接”的建设目标，旨在适应新时期中医药教育事业发展和教学手段变革的需要，彰显现代中医药教育理念，在继承中创新，在发展中提高，打造符合中医药教育教学规律的经典教材。

本套教材建设过程中，教材办还聘请中医学、中药学、针灸推拿学三个专业德高望重的专家组成编审专家组，请他们参与主编确定，列席编写会议和定稿会议，对编写过程中遇到的问题提出指导性意见，参加教材间内容统筹、审读稿件等。

本套教材具有以下特点：

1. 加强顶层设计，强化中医经典地位

针对中医药人才成长的规律，正本清源，突出中医思维方式，体现中医药学科的人文特色和“读经典，做临床”的实践特点，突出中医理论在中医药教育教学和实践工作中的核心地位，与执业中医（药）师资格考试、中医住院医师规范化培训等工作对接，更具有针对性和实践性。

2. 精选编写队伍，汇集权威专家智慧

主编遴选严格按照程序进行，经过院校推荐、国家中医药管理局教材建设专家指导委员会专家评审、编审专家组认可后确定，确保公开、公平、公正。编委优先吸纳教学名师、学科带头人和一线优秀教师，集中了全国范围内各高等中医药院校的权威专家，确保了编写队伍的水平，体现了中医药行业规划教材的整体优势。

3. 突出精品意识，完善学科知识体系

结合教学实践环节的反馈意见，精心组织编写队伍进行编写大纲和样稿的讨论，要求每门

教材立足专业需求,在保持内容稳定性、先进性、适用性的基础上,根据其在整个中医知识体系中的地位、学生知识结构和课程开设时间,突出本学科的教学重点,努力处理好继承与创新、理论与实践、基础与临床的关系。

4. 尝试形式创新,注重实践技能培养

为提升对学生实践技能的培养,配合高等中医药院校数字化教学的发展,更好地服务于中医药教学改革,本套教材在传承历版教材基本知识、基本理论、基本技能主体框架的基础上,将数字化作为重点建设目标,在中医药行业教育云平台的总体构架下,借助网络信息技术,为广大师生提供了丰富的教学资源 and 广阔的互动空间。

本套教材的建设,得到国家中医药管理局领导的指导与大力支持,凝聚了全国中医药行业高等教育工作者的集体智慧,体现了全国中医药行业齐心协力、求真务实的工作作风,代表了全国中医药行业为“十三五”期间中医药事业发展和人才培养所做的共同努力,谨向有关单位和个人致以衷心的感谢!希望本套教材的出版,能够对全国中医药行业高等教育教学的发展和中医药人才的培养产生积极的推动作用。

需要说明的是,尽管所有组织者与编写者竭尽心智,精益求精,本套教材仍有一定的提升空间,敬请各高等中医药院校广大师生提出宝贵意见和建议,以便今后修订和提高。

国家中医药管理局教材建设工作委员会办公室

中国中医药出版社

2016年6月

编写说明

在全国高等中医药院校教育的教改新形势下和国家医疗改革的大环境中,为了更好地培养适应新形势的创新型、复合型中医药专业人才,按照全国高等中医药院校的专业培养目标,国家中医药管理局教材建设工作委员会办公室和全国高等中医药教材专家指导委员会组织我们编写了本教材。

本书的编写目的是为高等院校中医学等专业学生提供一部较为系统的有关中医全科医学基本理论、基本内容和思维方法的教材,向学生介绍全科医学思想,为学习其他全科医学有关课程打下基础,培养既有中医学知识,又具备全科医学理念的高级中医人才。

本教材的编写始终遵循求实、创新、包容的基本原则,以中医学和全科医学的相关性为切入点,强化中医学特色,突出全科医学理念。既要运用中医学的独特理论和思维方法丰富全科医学,又要运用全科医学的全新理念和临床模式发展中医学。

本教材除绪论外分为六章,其中绪论与第一章由姜建国、郭栋、唐翠兰编写,第二章由翁宁榕、杨丽萍编写,第三章由顾勤、张玉英编写,第四章由覃璇云、林勋、张国俊、姚睿智编写,第五章由张晓雪、戴小华编写,第六章由宫晓燕、王晓峰编写。最后由姜建国统稿,王新陆主审。

中医全科医学是新生的医学学科,是将中医学的基本理论、诊疗特色与全科医学的基本理念、临床模式进行全方位整合的中医临床二级学科,也是我国医药卫生改革和社区卫生服务的方向和出路所在。本教材仍然处于两大医学融合的初期阶段,在此真诚地希望广大师生在使用过程中提出宝贵意见,以便再版时修订提高。

《中医全科医学概论》编委会

2016年6月

目 录

绪论	1	二、家庭的结构	41
一、中医全科医学的形成与发展	1	三、家庭的功能	44
二、全科医学与中医学的同一性	5	四、家庭与健康	44
三、全科医学的医学观	7	第二节 家庭生活周期及其健康问题	45
第一章 中医全科医学的基本概念	9	一、家庭生活周期	45
第一节 中医全科医学	9	二、家庭生活周期遇到的问题及照顾	46
一、全科医学的定义与特征	9	三、家庭压力事件和家庭危机	49
二、中医全科医学的定义与特征	10	第三节 家庭评估	50
第二节 中医全科医疗	12	一、家庭基本资料	50
一、全科医疗的定义与特征	12	二、家系图	51
二、中医全科医疗的定义与特征	14	三、家庭圈	52
第三节 中医全科医生	15	四、家庭功能问卷	53
一、全科医生及其角色	15	五、家庭适应度及凝聚度评估	54
二、中医全科医生的定义	16	第四章 以社区为基础的卫生服务	57
三、中医全科医生的素质与要求	16	第一节 社区卫生服务概述	57
四、中医全科医生的角色特点	17	一、社区的定义	57
第二章 以人为中心的健康照顾	18	二、社区卫生服务及其管理	60
第一节 全科医疗的诊疗思维	18	三、社区导向的基层保健	63
一、以问题为导向的系统思维	18	四、社区诊断	64
二、以证据为基础的辩证思维	21	第二节 社区中医药卫生服务	70
三、以人为中心的整体照顾	22	一、社区中医药卫生服务的意义	70
第二节 因人制宜的诊疗策略	24	二、社区中医药卫生服务的特点	70
一、以人为中心的照顾原则	24	三、社区中医药卫生服务的内容	72
二、以人为中心的应诊方法	30	第三节 社区重点人群健康管理	73
第三节 全科医疗中的医患沟通	34	一、健康管理的概念	74
一、医患关系与医患沟通的概念	34	二、婴幼儿健康管理	74
二、医患沟通与接诊技巧	35	三、孕产妇健康管理	76
第三章 以家庭为单位的健康照顾	40	四、老年人健康管理	78
第一节 家庭结构与功能	40	第五章 以预防为导向的卫生服务	79
一、家庭的定义	40	第一节 中医治未病	79
		一、治未病理论的形成和发展	79

二、治未病理论的内容和方法	80	五、居民健康档案的分类	98
第二节 预防保健与健康教育	82	第二节 个人健康档案	98
一、三级预防	82	一、个人健康问题记录	98
二、预防保健服务方法	83	二、特殊人群保健记录	101
三、健康教育和健康促进	86	三、其他医疗档案记录	101
第三节 常见慢性疾病的中医药预防	89	第三节 家庭健康档案	102
一、冠心病	89	一、家庭的基本资料	102
二、高血压病	90	二、家庭生活周期维护记录	104
三、糖尿病	92	第四节 社区健康档案	105
四、肿瘤	93	一、建立社区居民健康档案的意义	105
第六章 健康档案的建立与管理	95	二、社区居民健康档案的内容	106
第一节 居民健康档案概念与背景	95	第五节 居民健康档案管理	110
一、建立居民健康档案背景	95	一、健康档案的常规管理	110
二、居民健康档案服务对象、内容及流程	95	二、计算机在健康档案管理中的应用	113
三、居民健康档案的特点	96	参考文献	116
四、建立居民健康档案的意义	98		

绪论

一、中医全科医学的形成与发展

全科医学 (general/family medicine) 是 20 世纪 60 年代末在北美兴起的一门以人为中心, 以维护和促进健康为目标, 向个人、家庭与社区提供连续、综合、便捷的基本卫生服务的新型医学学科。全科医学有着自己独特的医学观、方法论和学科体系, 弥补了高度专科化的生物医学的不足, 实现了医学模式的转变, 在合理利用卫生资源, 降低医疗费用, 满足社区居民的健康需求等方面, 起到重要的作用。

(一) 全科医学发展简史

研究和分析全科医学发展的历史, 有助于理解全科医学的基本理念和现实意义, 从而更准确地把握中医全科医学所产生的背景和意义。

1. 国外全科医学的发展

在西方, 中世纪以前, 医生并不是一个正式的职业, 多数是牧师、商人或手工业者通过学徒的方式获得医技, 并作为副业为公众提供疾病治疗的服务。这些人成为早期医生职业的雏形, 被称为治疗者。18 世纪初期, 欧洲开始出现少数经过正规训练且以行医为终身职业的医生, 这些医生仅为少数富人和贵族阶层服务, 被称为“贵族医生”。18 世纪中期, 随着社会阶层等级日渐模糊和人们对医疗服务需求的日益提高, 一些“贵族医生”以个人开业的方式面向公众提供医疗服务, 他们与公众接触频繁、关系密切, 深受民众欢迎并得以迅速发展。19 世纪初, 英国的《Lancet》杂志首次称这种具有多种技能的医生为通科医生 (general practitioners, GPs)。从此, 通科医生这一称谓被广泛使用, 通科医疗得以快速发展。尽管当时通科医生的水平不高, 但他们生活在社区居民之中, 能解决病人及其家庭的一般健康问题, 受到居民的尊敬, 在社区享有很高的威望。到 19 世纪末, 通科医生仍占据西方医学的主导地位, 有人将 19 世纪欧洲和北美的医学发展称为“通科医生时代”。

20 世纪初, 医学及其相关学科迅速发展, 奠定了医学教育的科学基础。伴随着医学学科、医疗技术的发展和分化, 促进了临床实践的专门化, 专科医疗开始发展。1910 年, 美国著名教育学家 Abraham Flexner 对美国 and 加拿大 155 所医学院校的课程设置、教学质量进行现状调查, 发表了对医学教育具有历史意义的考察报告。文中极力主张加强生物医学的研究和教学, 高度肯定和推荐霍普金斯大学医学院按专科进行教学的做法。在此影响下, 各医学院校开始按照专科医生培养模式重新组织教学, 不再尽力培养多面手的通科医生。

1910 ~ 1940 年是第一次专科化发展的高潮。1917 年, 美国眼科医学会率先成立, 其他专科医学会及相应的住院医师培训项目相继建立, 具有相当规模提供专科化服务的综合性医院遍布各大城市, 城市、医院、专科医生成为代表医学进步的标志, 通科医生受到冷落。

20 世纪 40 年代末 ~ 60 年代末, 医学专科化蓬勃兴起, 各种专科、亚专科的委员会相继成立。在医院所提供服务越来越丰富的同时, 医生的分科也越来越细, 一个医生通常只负责医疗服务中某一方面或只对某一器官、系统的疾病进行诊治, 专科医生在一个相对狭窄领域中的研究达到前所未有的深度。由于医院里装备了各种先进的仪器设备, 集中了一大批掌握现代医学知识和专科技能的专家, 从而开始吸引越来越多的患者, 社区中的通科医生越来越不被社会重视。到 20 世纪 50 年代末, 专科医疗已占据了卫生服务行业的主导地位, 而通科医疗面临着衰亡的危机。

随着专科化的过度发展, 其服务模式的内在缺陷也渐渐引起人们的关注。如在服务地点上, 患者就医的地点从家庭、社区的诊室到了医院; 专科医生诊疗更多的是已病的患者, 很难提供相应的预防服务; 专科医生无法长时间接待患者, 很难对患者的背景进行详细了解, 对病情的分析、判断则更多地依赖化验和检查。专科化使医疗的可及性、连续性、综合性及人性化服务受到了极大的挑战。同时, 人口老龄化、疾病谱改变和医疗费用的迅猛增加, 使得民众和政府不堪重负。越来越多的人认识到, 专科化医疗不是解决健康问题的唯一或最佳模式。通科医疗的作用又重新受到重视, 并被赋予新的内涵。在公众的呼唤、医学界的呼吁和通科医生自身的不懈努力下, 1947 年 6 月, 代表通科医生的组织——美国通科医疗学会 (American Academy of General Practice, AAGP) 正式成立。1969 年 2 月, 家庭医疗作为第 20 个医学专科的建议得到政府的批准, 同时成立了美国家庭医疗专科委员会 (American Board of Family Practice, ABFP), 负责家庭医疗专科证书的考核与办法, 这标志着全科医疗迈入了专业化发展的行列。1971 年, 美国通科医疗学会 (AAGP) 正式改名为美国家庭医师学会 (American Academy of Family Physician, AAFP)。20 世纪的全科医生和 18 世纪的通科医生有着相似之处, 但面临着完全不同的历史背景和职业使命, 这就决定了他们在服务理念 and 水平上有着质的区别, 全科医生的回归并不是历史的简单重复。

专业化对全科医生提出了更高的要求。从 1970 年开始, 只有完成为期 3 年的家庭医疗住院医师培训项目, 并通过综合性考试之后, 才能获得美国家庭医疗专科委员会颁发的有效期 6 年的专科医师证书, 获得全科医生的执业资格。自此, 全科医学作为解决临床和预防分离、卫生资源分布不均和医疗费用上涨等问题的有效途径, 得到政府和医学界的广泛认可, 全科医学在世界范围内得以快速发展。

1972 年, 世界家庭医生组织 (the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians, WONCA) 在澳大利亚墨尔本市正式成立。中国于 1994 年成为 WONCA 的正式成员国。2013 年, 布拉格 Wonca 大会上新任主席 Micheal Kidd 在发言中提到, 目前已有 118 个成员, 代表着 130 个国家和地区的家庭医生。

2. 国内全科医学的形成与发展

全科医学正式引入我国是在 20 世纪 80 年代末。1986 ~ 1989 年, WONCA 专家几次来华访问, 建议我国开展全科医疗。1989 年, 卫生部在首都医科大学成立了国内首家全科医学培训中心, 北京市成立了北京全科医学会。在 WONCA 的支持下, 1989 年底, 卫生部、中华医学会等单位举办了第一届国际全科医学学术会议, 促进了全科医学在国内医学界的传播。1993 年, 中华医学会全科医学分会正式成立, 成为我国全科医学发展的标志性事件。

1997 年 1 月, 《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中明确提出“加快发展全

科医学,培养全科医生”;“改革城市卫生服务体系,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”。1997年11月,首次全国社区卫生服务工作现场研讨会在济南召开,要求全国各地总结经验、深化改革,积极发展社区卫生服务全科医学模式。1999年7月,卫生部等10个部委局印发《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》,这是我国第一个关于社区卫生服务的全国政策指导性文件。2000年,卫生部印发《发展全科医学教育的意见》,提出“发展全科医学教育,建立适合我国国情的全科医学教育体系,造就一支高素质的社区卫生服务队伍,是建设面向21世纪的社区卫生服务体系的重要保障”。

中医学本身即具有全科属性,自全科医学进入我国之后,就引起中医学界的重视。1997年,山东中医药大学成立全科医学研究室,1999年9月,率先在全国高等中医院校开办中医学(全科医学方向)专业的试点,进行中医全科医学人才培养和学科建设的探索。2006年2月,国务院下发《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,我国的基层卫生服务工作全面提速,文中强调“在预防、医疗、康复、健康教育等方面,充分利用中医药和民族医药资源,充分发挥中医药和民族医药的特色和优势”。为了进一步落实国务院精神,卫生部、国家中医药管理局制定了《关于在城市社区卫生服务中充分发挥中医药作用的意见》,指出要在“城市社区卫生服务网络建设中,合理配置和充分利用中医药资源,完善社区中医药服务功能”。2008年,全国中医药工作会就把中医药“进农村、进社区、进家庭”作为重要内容,让农村、社区、家庭等基层也能方便地获得中医药医疗和保健服务。

2009年4月,《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》是我国医疗卫生事业发展从理念到体制的重大变革,提出加快推进基本医疗保障制度建设、初步建立国家基本药物制度、健全基层医疗卫生服务体系、促进基本公共卫生服务逐步均等化、推进公立医院改革试点,完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系,建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。为深入贯彻医药卫生体制改革精神,2011年7月,国务院颁布《关于建立全科医生制度指导意见》,指出“到2020年,在我国初步建立起充满生机和活力的全科医生制度,基本形成统一规范的全科医生培养模式和‘首诊在基层’的服务模式,全科医生与城乡居民基本建立比较稳定的服务关系,基本实现城乡每万名居民有2~3名合格的全科医生,全科医生服务水平全面提高,基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求”,使我国全科医生的培养和全科医疗的发展愈加规范。

(二) 全科医学及中医全科医学产生的背景

全科医学是在通科医疗的基础上,为了克服和弥补专科医疗的不足,顺应大众对健康的整体需求,向个人及家庭提供综合性的可及的医疗服务而发展起来的,是特定历史条件下的必然产物。中医学和全科医学在医学观和服务模式上高度吻合。中医全科医学的产生是中医学与全科医学的融合,是中医学理论体系和临床实践的新发展。从其发展的背景来看,主要与下列因素有关。

1. 人口因素

随着世界各国的经济发展,大众生活水平提高、卫生事业迅速发展,使居民人口死亡率显著下降,人口迅速膨胀,维护健康成为个人、家庭和國家的主要支出之一;同时,随着生活水平提高,生活节奏加快,和对卫生服务的更高需求,导致了卫生服务能力和公众健康需求之间的尖锐矛盾。仅靠建立更多的大型综合性医院,提供更为高精尖的专科医疗服务,并不能良好

解决这个问题。

随着人群平均预期寿命的迅速增长,老年人口所占比例不断增加。联合国规定,在一个国家或地区的总人口中,60岁和60岁以上人口所占的比例超过10%,或65岁和65岁以上人口所占的比例超过7%,就属于老年型社会。据《中国老龄事业发展报告(2013)》指出,2012年我国老年人口数量达到1.94亿,老龄化水平达到14.3%,并且随着时间的推移,老龄化情况将日趋严重。人口老龄化是当今世界的重大社会问题,高度专科化的生物医学因其医疗服务的狭窄性、片面性和高费用,已不能解决这些问题。如何在社区发展各种综合性、经常性的医疗保健照顾,帮助老年人全面提高生活质量,已成为各国公众和医学界共同关注的焦点。

2. 家庭因素

现代家庭类型以核心家庭居多,据统计绝大多数社区核心家庭占到60%以上。核心家庭规模小,家庭应对卫生、教育等问题的能力不足,与家庭有关的健康问题增多,如抑郁、身心疾病、药物依赖和酗酒等,家庭成员对医护的依赖性明显增强。核心家庭与健康、疾病的关系已引起医学界的高度重视,家庭及其成员越来越需要初级保健医生的指导和帮助。医生走进家庭、家庭拥有自己的医生已成必然趋势。

3. 疾病因素

到20世纪80年代,由于社会的进步,生物医学防治手段的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,而慢性退行性疾病、与生活方式及行为有关的疾病成为影响人类健康的主要疾病,心脑血管疾病、恶性肿瘤及意外死亡已经成为世界各国居民共同的前几位死因。

疾病谱和死因谱的变化,对医疗服务模式提出了更高的要求。各种慢性疾病发病机制复杂,常涉及身体的多个系统、器官,而且与生活习惯、行为方式、心理、社会因素等有关,这就要求医生能够提供长期的、连续的,而且是综合性的医疗保健服务,目前专科医疗无法承担这一重任,而全科医学可以很好地满足这类需求。

4. 医院因素

各级医疗机构的单一专科医疗服务模式,促使医院片面追求大型诊疗仪器的配备,同一地区大型医疗设备重复购置,导致了资源配置的不合理。专科医生的单纯治病态度疏远了医患关系,医生与病人的交往只限于诊治疾病,很少关心病人的心理、行为、居住和工作环境以及家庭等影响因素。

近年来中医贴近基层医疗、贴近人民群众的特色逐渐消失,医院模式的专科化服务已明显暴露出其内在的局限性和片面性。具体表现在:①中医院存在西医化现象,医院模式的专科化服务以治疗为主,忽视预防、保健和康复,过度依赖大型仪器设备,中医的优势病种不明确,逐渐形成以药养医、以设备养医;②中医特色得不到发挥,治未病是中医的核心理念,但在医院模式下,仅能使所在地区人口的15%受益,去医院治疗的病人,大多数已经失去了最佳的治未病时机;③服务时间局限,中医院只能为患者提供片段的医疗服务,不能实现中医强调的因人、因时、因地制宜,也不便于对患者的治疗效果进行连续随访;④服务方法局限性,中医医院的医生长期只关注某一专科疾病的诊疗,临床思维固化,治疗方法重复,过多倚重汤剂或中成药而忽略其他传统的综合性、多样化治疗手段;⑤服务模式局限性,医院通常只为需要高技术、专科化服务的病人提供住院治疗,很少涉及社区和家庭保健。这些都使得中医药与群众生

活渐行渐远，明显影响了中医药服务的可及性，尤其是需要长期护理的老年、慢性病患者及家庭。总之，卫生服务模式的单一成为制约中医发挥作用的重要因素，中医卫生服务模式的多元化发展势在必行。

5. 经济因素

主要是医疗手段的高科技化、过度专科化的医疗、不规范的药物营销和使用，导致的药费上升过快，使政府、单位和个人都难以承受。而且，尽管医疗投入急剧增长，但在改善人类总体健康上却收效甚微。数据显示，85%以上的医疗资源消耗在15%的重病人身上，仅剩15%的资源用于大多数人的初级卫生保健，这种资源的不合理消耗不仅令政府不堪重负，也令公众十分不满，中医学原来所具有的“简便廉验”的临床特色也得不到有效的发挥，因此迫切需要改变医疗服务模式。

6. 其他因素

主要是医学模式因素。医学模式是指医学的整体思维方式或方法，即以何种方式解释和处理医学问题，又称为医学观。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。在古代，最初人类对于疾病只能乞求神灵的保佑。随着历史的发展，人类在与疾病的斗争中不断积累朴素的理性认识，阴阳五行学说就是古代医学观的代表。18世纪以后医学获得迅速发展，人们从生物体、生态学角度去认识和控制疾病，生物医学模式成为医学界占统治地位的思维方式，也成为大多数专科医生观察处理本专科问题的基本方法。但这一模式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，更无法解决慢性病人的心身疾患和生活质量降低等问题。随着疾病谱的转变和病因、病程的多样化，生物医学模式的片面性和局限性越来越明显。

由于以上种种原因，在20世纪50年代后期，医学界掀起了一场医疗服务模式改革的浪潮，全科医学被推到了改革的前沿。

二、全科医学与中医学的同一性

中医学之所以历经数千年而不衰，至今仍在人类的医疗保健中发挥着不可替代的作用，是其自身哲学思想、医学理论、诊疗方法的科学性、先进性和优势所决定的。随着疾病谱的变化、老龄化社会的到来和健康观念的转变，中医学的优势与特色日益凸显。产生于20世纪60年代的全科医学有别于现代医学专科化发展的趋势，提出了新的医学理念与医疗服务模式，与中医学十分相似，这就给中西医结合与发展带来了新的契机。中医全科医学的建立和发展，是中医学适应时代和民众需要，发扬其特色和优势的又一次机遇。

中医学的基本理论与诊疗方法重视整体性、全面性和实用性，如天人合参的整体观、阴平阳秘的健康观、内外相因的疾病观、辨证论治的诊疗观、未病先防的预防观、药食并重的营养观、形神并调的养生观等。这些都在全科医学的体系中有所体现甚至基本一致，如“以人为中心”“以社区为范围”“以预防为导向”“个体化照顾”等。全科医学的兴起，不但指导着现代医学从局部走向整体、从整体走向系统、从疾病走向健康，而且在很多方面与中医学逐步达成共识。因此，结合全科医学研究中医学，有助于加深对中医学的理解；同样，结合中医学研究全科医学，也能促进现代医学包括全科医学的发展，二者相得益彰。

(一) 医学思维

全科医学遵循生物-心理-社会医学模式,这种整体医学思维与中医学的整体观念非常一致。中医学的整体观念认为人是一个有机整体,人体与自然界也是一个密切联系着的整体。人体本身不仅是个有机整体,而且作为万物之灵,生活在自然界和社会之中,与自然和社会的发展有着密切联系,因此自然、社会环境与人的健康、疾病息息相关。这种“天人相应”的整体理论,在全科医学中,则阐释为人所具有的双重属性——生物属性和社会属性,即人为自然之物,又为社会之人。生物医学的明显缺陷在于它忽视了人的社会属性,把人看作纯粹的生物体,把疾病视作偏离正常的可测量的生物变量。而现今已经影响人体健康的原因有营养、环境和行为三大要素,社会因素几乎成为所有疾病的最终原因,医学的发展需要从整体意义上正确地、全面地把握健康和疾病的本质,将生物、心理、社会因素结合起来认识健康和疾病,因而传统的生物学模式逐渐被现代的生物-心理-社会医学模式所取代。全科医学提出的整体医学思想与中医学不约而同,回归到医学的本质,同时很好地弥补了生物医学模式的不足。

(二) 诊疗方法

全科医学诊疗方法与中医学有着相似性,主要表现在以下几个方面。

1. 整体性照顾

在中医学的整体治疗观与全科医学的生物-心理-社会医学模式的指导下,全科医疗与中医临床就不只是着眼于“病”,而是着眼于“人”。疾病是受个体体质禀赋、季节气候、地理区域等多种因素制约和影响的复杂过程。因此,治疗时除了必须通过对症状、体征及实验室检查等有关资料进行分析,以找出和抓住疾病的主要矛盾外,还需进一步考虑各种影响因素,对方用药做出适当调整,以提高治疗效果。这也就是中医所强调的因人制宜、因时制宜、因地制宜。另外,整体医学观认为健康的定义为阴阳的动态协调平衡,疾病则是这种平衡被破坏。因此,治疗从总体上说就是通过调整阴阳,以达到新的动态平衡,即《内经》所说的“谨察阴阳所在而调之,以平为期”。

2. 基层门诊治疗

全科医疗提出“以家庭为单位”“以社区为范围”的诊疗特点,与中医学一样,均以基层门诊为主,同为基层百姓真正需要的医学,对于基层百姓有着同样的亲和力。

不可否认的是,中医学在现代发展中出现了本位特色缺失等现实问题。全科医学的理念趋向中医学,而中医学在现代却向生物医学靠拢,这是值得我们反思的。社区基层是彰显中医诊疗特色的最佳场所,开展社区中医药卫生服务也正是中医回归本位的最佳机遇。

3. 个性化诊疗

中医学认为人处于自然界和社会的动态变化中,影响其健康和疾病的因素是多方面的、十分复杂的,因此发病也因人而异。既然发病因人而异,那么治疗就不能千篇一律,所以中医学强调辨证论治,并在这种诊疗思维的指导下提出“因人制宜”的治疗原则。全科医学在临床实践中也逐渐发现了生物医学的局限性,承认个体发病的特异性,提出“以人为中心”及人性化照顾的原则,并且在这种原则的指导下,主张个性化诊疗。显然,在这方面中医学与全科医学趋向同一。

4. 兼通各科

全科医学与中医学一样,重视临床各科的兼通,重视医疗技术的全面掌握。《内经》提到