

# 全科医学基础

主编 吴春容  
主审 周东海

人民卫生出版社

# 全科医学基础

---

顾问 章锁江 来茂德 李 鲁 张爱珍

主 编 吴春容

主 审 周东海

副主编 李俊伟 张一杰 张永隆  
胡福山 黄素霞

编 委 (以姓氏笔划为序)

孙培忠 李绪臣 刘小平 邱俊芳  
周长青 周维顺 金大兴 施 晓  
姜存法 高红娟 徐永金 韩存莲  
韩道德 韩祥增 潘红卫

---

人民卫生出版社

**图书在版编目 (CIP) 数据**

全科医学基础/吴春容主编. -北京: 人民卫生出版社, 1998  
ISBN 7-117-03107-7

I. 全… I. 吴… III. 临床医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 26730 号

**全科医学基础**

吴春容 主编

人民卫生出版社出版发行  
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 22.25印张 510千字  
1998年12月第1版 1998年12月第1版第1次印刷  
印数: 00 001—7 000

ISBN 7-117-03107-7/R·3108 定价:29.00 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

# △ 前 言

---

全科医学(家庭医学)是本世纪60年代末在北美兴起的一门综合性的临床医学学科,她整合了生物医学、行为科学和社会科学的最新研究成果以及通科医疗的成功经验,真正实现了医学模式的转变,填补了高度专科化的西方医学的不足,并在合理利用卫生资源、降低医疗费用、改善医疗保健体制、最大限度地满足公众对医疗保健服务的需求等方面产生了独特的作用,取得了许多令人瞩目的成就,引起世界各国的普遍重视。为此,WHO与WONCA在一份合作文件中明确强调:所有国家的医疗保健体制都应转向以全科医生(家庭医生)为主。

自80年代末全科医学的有关概念引入中国以来,我国的医学界也对全科医学进行了认真的研究和实践。浙江省是我国最早开展全科医学试点工作的地区之一。1991年6月,吴春容老师与浙江省江山市卫生局合作,在四都镇卫生院启动了我国第一个农村全科医疗试点,1992年,又与浙江省金华卫生学校合作,开始招收4年制全科医士班,而且,专门从江山市招收学生,以便配合江山市的试点工作。1992年11月,曾在金华卫生学校和江山市召开了全国全科医学教育与服务现场研讨会,在国内产生了一定的影响。1993年,浙江医科大学专门为江山市卫生局招收了一个全科医学大专班,同年,浙江医科大学的“社会医学的社区医学实践”项目被评为国家级教学成果一等奖。1996年8月,浙江医科大学和金华卫生学校培养的两批全科医学毕业生在江山市宣誓就职,对江山市的全科医疗试点工作产生了积极的推动作用。1997年初,浙江医科大学的“适应农村卫生需求,培养全科医师”项目获国家教学成果二等奖、省级教学成果一等奖。同时,浙江医科大学分别成立了全科医学高级师资培训中心和全科医学教研室,全科医学课程被纳入住院医师训练、继续医学教育和本科教育等项目之中。

在全国各地同仁们的共同努力下,我国的全科医学研究和实践已引起中共中央、国务院和卫生部以及各级卫生行政部门的高度重视

视。1996年12月于北京举行的全国卫生工作大会和中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》均明确指出：要加快发展全科医学，大力培养全科医生。一门医学学科能引起中共中央、国务院和卫生部的高度重视，这已足见全科医学在我国卫生体制改革中的作用和价值，也更加坚定了我们大力开展全科医学实践和研究的决心。

《全科医学基础》一书就是在这样一个背景下完成的。这本书不仅认真吸取了国外家庭医学的精髓，而且，融入了许多单位开展全科医学试点工作的成功经验，基本上形成了适合中国国情的全科医学学科体系，为中国全科医学的学科建设打下了一定的基础。该书从医学观、方法论等哲学高度出发，对全科医学的本质进行了深入浅出的探讨，并由此产生出全科医学的基本原则和临床方法，形成了比较系统、完整的全科医学理论体系，比较适合中国的医学教育模式和医疗保健体制。该书十分注重实用性和可操作性，并同时考虑到中国目前的医疗服务水平和医疗保健体制，既有超前的引导作用，又有现实的指导意义；既保持了全科医学的高素质和先进性，又体现了全科医学的实用性和适应性。她必将成为广大热衷于全科医学教育、研究和服务的医学工作者的良师益友。

作为一门独立的临床医学学科，全科医学应该包括两大部分内容：一是临床方法论部分，也即总论；二是社区常见健康问题，通常选择社区中最常见的25~35种健康问题。该书属于总论部分，一般安排在临床见习后、实习前讲授，而社区常见健康问题一般安排在社区实习时讲授。一般的医学生只需掌握总论的内容，只有全科医学专业的学生或全科医生才必须学习社区常见健康问题。因此，把以上两大部分内容分成两本书来介绍，可便于教学时灵活使用。

该书不可能包括全科医学的所有内涵，许多概念仍在发展之中。我们希望通过该书与广大同仁进行交流，并争取广泛的合作，共同为建设具有中国特色的全科医学学科体系而努力奋斗。

浙江医科大学 副校长

成人教育学院 院长 章镇江

全科医学高级师资培训中心 主任

1997年6月 于杭州

# △ 目 录

---

<b>第一章 绪论</b> .....	1
<b>第一节 全科医学的定义、目的、对象与范围</b> .....	1
一、全科医学的定义 .....	1
二、全科医学的目的、对象与范围 .....	2
三、国内外全科医学的基本特点 .....	3
<b>第二节 全科医生</b> .....	4
一、全科医生的定义 .....	4
二、全科医生与通科医生的区别 .....	4
三、全科医生与其他专科医生的区别 .....	5
四、全科医生的知识结构 .....	5
五、全科医生应具备的能力及其职责 .....	6
六、全科医生在医疗保健系统中的作用 .....	7
<b>第三节 全科医疗</b> .....	8
一、全科医疗的定义 .....	8
二、全科医疗的基本特征 .....	8
三、全科医疗与一般基层医疗的关系 .....	9
<b>第四节 全科医学专科</b> .....	10
一、全科医学专科作为一个独立的临床医学专科的理由 .....	10
二、全科医学专科的服务对象 .....	10
三、全科医学专科的特色 .....	11
四、全科医学专科在综合性医院中的作用 .....	11
<b>第五节 全科医学与相关学科的关系</b> .....	12
一、全科医学与医学哲学、医学学的关系 .....	12
二、全科医学与医学心理学的关系 .....	12
三、全科医学与社会医学的关系 .....	13
四、全科医学与社区医学的关系 .....	13
五、全科医学与中医学的关系 .....	14
<b>第六节 医学生和医务人员学习全科医学的意义</b> .....	15
一、更新医学观念, 跟上时代发展的步伐 .....	15
二、真正实现医学模式的转变 .....	15
三、提高观察、理解和解决健康问题的层次 .....	15

四、激发对全科医学的兴趣和热情 .....	15
五、改善医患关系、改善医德医风 .....	17
<b>第二章 全科医学产生与发展的历史和背景 .....</b>	<b>17</b>
<b>第一节 全科医学产生与发展的历史 .....</b>	<b>17</b>
一、第一时期 通科医生时代 .....	17
二、第二时期 专科化发展阶段 .....	18
三、第三时期 专科与全科协调发展的阶段 .....	19
<b>第二节 全科医学产生与发展的历史背景 .....</b>	<b>23</b>
一、人口迅速增长 .....	24
二、人口老龄化 .....	24
三、家庭结构与功能的变化 .....	25
四、疾病谱和死因谱的变化 .....	26
五、医院作用的变化和医学教育的危机 .....	27
六、卫生经济学方面的压力 .....	27
七、行为科学、社会科学等领域的研究成果 .....	28
<b>第三节 国外全科医学的发展状况 .....</b>	<b>28</b>
一、加拿大的家庭医疗 .....	29
二、英国的全科医疗 .....	30
三、澳大利亚的全科医疗 .....	31
四、世界全科医师/家庭医师学会 (WONCA) .....	32
<b>第三章 全科医学的哲学基础 .....</b>	<b>33</b>
<b>第一节 全科医学的医学观 .....</b>	<b>33</b>
一、医学究竟是什么 .....	34
二、医学是怎样的——整体医学观 .....	37
<b>第二节 全科医学的方法论 .....</b>	<b>41</b>
一、一般方法论 .....	42
二、一般系统理论 .....	46
三、系统整体论 .....	50
<b>第三节 全科医学的基本原则 .....</b>	<b>56</b>
一、注重于人，而不是病 .....	56
二、在完整的背景上来观察、研究和解决病人及其家庭的健康问题 .....	58
三、以家庭为保健单位 .....	58
四、以生物心理社会医学模式为基础 .....	59
五、采用以预防为导向的服务模式 .....	59
六、发扬团队合作的精神 .....	60
七、在连续性的基础上，提供综合性的服务 .....	60
八、把医生本身作为治疗的重要因素，强调医患关系的重要性 .....	61
九、立足于社区，保持医疗保健服务的可得性和可用性 .....	61
十、做病人及其家庭的朋友，成为他们的代言人和利益维护者 .....	62
<b>第四章 以病人为中心的临床方法 .....</b>	<b>63</b>
<b>第一节 以疾病为中心的诊疗模式 .....</b>	<b>63</b>
一、搜集资料 .....	64

二、作出诊断假设 .....	64
三、检验诊断假设 .....	64
四、制订处理计划, 进行试验性治疗 .....	64
五、追踪观察 .....	65
第二节 了解病人的就医背景 .....	65
一、病人是一个怎样的人 .....	65
二、病人为什么在这特定的时刻来就诊 .....	66
三、病人对医生的期望是什么 .....	67
四、病人的需要是什么 .....	68
五、了解病人的疾病因果观和健康信念模式 .....	70
六、了解问题的真正原因是什么? 真正的病人是谁 .....	71
第三节 患病体验 .....	71
一、一般的患病体验 .....	73
二、疼痛和痛苦 .....	74
第四节 疾患对病人的意义和疾患行为 .....	75
第五节 以病人为中心的服务及其策略 .....	76
一、用心去倾听, 并作适当的反馈 .....	77
二、开放式的引导 .....	77
三、接受病人的症状和体验 .....	79
四、对病人作详细的解释和必要的教育 .....	79
五、感情交流 .....	80
六、让病人自己扮演“决定者”的角色 .....	81
七、利用各种资源, 为病人提供多方面的支持和帮助 .....	82
第六节 以病人为中心的服务模式 .....	83
<b>第五章 以家庭为单位的服务</b> .....	86
第一节 家庭的定义和特征 .....	87
第二节 家庭的结构与功能——家庭动力学与家庭系统理论 .....	91
一、家庭动力学 .....	91
二、家庭系统理论 .....	97
三、家庭的功能 .....	98
第三节 家庭生活周期 .....	99
一、家庭生活周期 .....	99
二、根据家庭生活周期预测家庭问题 .....	100
三、根据家庭生活周期提供预防性的家庭保健服务 .....	101
第四节 家庭与健康 .....	105
一、家庭对健康和疾病的影响 .....	105
二、家庭成员的健康问题对家庭功能的影响 .....	107
第五节 家庭评估 .....	108
一、家庭评估的背景资料 .....	108
二、家庭关怀度指数 .....	109
三、家族谱 .....	110
四、家庭圈 .....	110



五、McMaster 家庭评估模型 .....	111
六、家庭动力学评估 .....	111
七、寻找家庭功能障碍的线索 .....	112
第六节 家庭咨询 .....	112
一、个人咨询与家庭咨询 .....	113
二、家庭咨询者应具备的条件 .....	113
三、家庭咨询的内容 .....	114
四、家庭危机 .....	115
五、家庭咨询的作用 .....	117
六、家庭咨询的过程和技术 .....	118
第七节 家庭治疗 .....	122
一、家庭治疗者应具备的品质和能力 .....	123
二、家庭治疗三角 .....	123
三、家庭治疗的基本框架 .....	124
四、个人治疗与家庭治疗 .....	127
第八节 家访 .....	127
一、家访的必要性 .....	127
二、家访的目的 .....	128
三、家访的程序 .....	129
四、家访的艺术 .....	129
五、家庭访视报告 .....	130
<b>第六章 以社区为范围的服务 .....</b>	<b>131</b>
第一节 概述 .....	131
一、社区的定义 .....	131
二、社区医学 .....	132
三、以社区为范围的服务 .....	132
第二节 社区卫生生态学 .....	134
一、社会因素与社区健康 .....	134
二、社区组织与社区健康 .....	135
三、社区人口与社区健康 .....	135
四、社区环境与社区健康 .....	135
五、职业与社区健康 .....	136
六、不良行为与社区健康 .....	136
七、卫生保健系统与社区健康 .....	136
第三节 以社区为定向的基层医疗 .....	136
一、COPC 的定义 .....	137
二、COPC 的基本要素 .....	137
三、实施 COPC 的基本步骤 .....	137
四、COPC 与全科医疗的关系 .....	138
第四节 社区调查 .....	138
一、社区调查的基本内容 .....	139
二、社区调查的步骤 .....	139

三、社区调查的方式和方法 .....	140
四、问卷设计在社区调查中的应用 .....	140
第五节 社区筛检 .....	142
一、社区筛检项目的选择 .....	142
二、社区筛检的内容 .....	143
三、社区筛检的误差 .....	144
四、社区筛检的效果评价 .....	145
第六节 社区诊断 .....	146
一、社区诊断与个人疾病诊断的异同 .....	147
二、社区诊断的目的 .....	147
三、社区诊断的内容 .....	147
四、社区诊断的资料来源 .....	149
第七节 社区卫生计划 .....	149
一、社区卫生计划的制订 .....	149
二、社区卫生计划的实施 .....	150
三、社区卫生计划的评估 .....	151
第八节 学校卫生 .....	152
一、学校卫生项目的目标和范围 .....	152
二、学校卫生服务 .....	153
三、卫生的学校环境 .....	154
四、学校健康教育 .....	155
五、学校和社区对卫生活动的相互参与 .....	156
<b>第七章 以预防为导向的服务 .....</b>	<b>157</b>
第一节 预防医学的定义与演变 .....	158
第二节 全科医生的预防医学优势及其观念 .....	161
一、全科医生的预防医学优势 .....	161
二、全科医生的预防医学观念 .....	162
三、全科医生提供预防服务的流程 .....	164
第三节 临床预防医学的基本方法 .....	164
一、病人教育 .....	165
二、生长与发育评价 .....	166
三、免疫接种 .....	167
四、周期性健康检查 .....	171
五、早期诊断 .....	183
六、健康危险因素评价 .....	185
第四节 与疾病自然史有关的预防医学计划 .....	188
一、高血压病的筛检 .....	195
二、无症状冠状动脉疾病的筛检 .....	196
三、高胆固醇血症的筛检 .....	197
四、乳腺癌的筛检 .....	197
五、子宫颈癌的筛检 .....	198
六、糖尿病的筛检 .....	198

七、结核病的筛检 .....	199
<b>第五节 与职业有关的预防保健服务 .....</b>	<b>200</b>
一、职业卫生的定义和范围 .....	200
二、了解职业危害因素接触史 .....	202
三、职业卫生的基本要素和原则 .....	204
四、全科医生在职业卫生中的作用 .....	206
<b>第六节 健康促进 .....</b>	<b>207</b>
一、问题评价 .....	207
二、健康促进中的障碍因素 .....	209
三、健康促进的基本原则 .....	209
四、健康促进的基本内容 .....	210
<b>第七节 自我保健 .....</b>	<b>213</b>
一、自我保健是医疗保健的最基本成分 .....	213
二、影响病人选择自我保健的因素 .....	214
三、病人自我保健信息的来源 .....	215
四、自我药物治疗 .....	215
五、自我保健教育是全科医生日常工作的一部分 .....	216
六、开展社区自我保健服务——自助小组 .....	217
七、自我保健作为一门独立医学学科的发展 .....	218
<b>第八章 人际交往与团队合作 .....</b>	<b>219</b>
<b>第一节 人际关系 .....</b>	<b>219</b>
一、人际认知 .....	219
二、人际反应 .....	220
三、人际关系的基本理论 .....	220
四、人际吸引 .....	220
五、人际沟通 .....	221
<b>第二节 医患关系 .....</b>	<b>221</b>
一、医患关系模式 .....	222
二、协调医患关系的心理学原则 .....	222
三、影响医患关系的因素 .....	223
<b>第三节 沟通技巧 .....</b>	<b>223</b>
一、语词性沟通 .....	223
二、非语词性沟通 .....	224
三、医患沟通的途径 .....	225
四、需特别沟通的病人 .....	225
<b>第四节 团队合作 .....</b>	<b>227</b>
一、全科医疗机构内部的团队合作 .....	227
二、全科医疗机构外部的团队合作 .....	228
<b>第九章 临终关怀 .....</b>	<b>230</b>
<b>第一节 临终和死亡的定义 .....</b>	<b>230</b>
<b>第二节 死亡态度及其影响因素 .....</b>	<b>231</b>
一、年龄对死亡态度的影响 .....	231

二、宗教对死亡态度的影响 .....	232
三、民间习俗和民间传说对死亡态度的影响 .....	233
<b>第三节 临终病人及其家人的心理反应</b> .....	233
一、临终者的心理反应 .....	233
二、临终者家人的心理反应 .....	234
<b>第四节 临终关怀的基本观念</b> .....	234
一、注重于人而不是病 .....	235
二、尊重临终病人的生命价值和权利 .....	235
三、重视生命的质量胜于生命的数量 .....	236
四、接纳死亡 .....	236
<b>第五节 临终关怀的目的</b> .....	236
一、解除病人的疼痛和痛苦 .....	236
二、尽可能地使病人安然去世 .....	238
三、帮助丧偶者及其家庭 .....	239
四、探索生与死的意义 .....	241
<b>第六节 临终关怀的内容和范围</b> .....	241
<b>第十章 全科医疗中的伦理学问题</b> .....	243
<b>第一节 一般的伦理学原则</b> .....	243
<b>第二节 特殊场合的伦理学原则</b> .....	245
一、医疗中的性道德问题 .....	245
二、婚前检查的道德 .....	245
三、计划生育中的道德 .....	246
四、性病防治中的道德 .....	246
五、性治疗中的道德 .....	246
六、优生的道德问题 .....	246
七、安乐死的道德问题 .....	246
八、招工体检等的道德原则 .....	247
九、转诊中的伦理学问题 .....	247
十、人体实验的伦理学原则 .....	247
<b>第三节 病人的权益与满意度</b> .....	248
一、病人的权益 .....	248
二、病人的满意度 .....	249
<b>第四节 道德价值观与道德判断</b> .....	249
一、道德价值观 .....	249
二、道德判断 .....	251
<b>第五节 全科医生的伦理学策略</b> .....	253
一、了解各方的价值观 .....	253
二、评价 .....	253
三、行动 .....	253
四、作出最终的决定 .....	253
<b>第六节 病例分析</b> .....	254
<b>第十一章 全科医疗的设置、组织与管理</b> .....	258

第一节 全科医疗的设置 .....	258
一、社区的确定与划分 .....	258
二、社区医院的空间和科室配置 .....	259
三、全科医疗站的设置 .....	261
四、社区医院与医疗站的设备配置 .....	262
五、全科医疗单位的药品配置 .....	263
六、全科医疗单位的人员配备 .....	263
第二节 全科医疗的组织 .....	264
一、组织原则 .....	265
二、实施乡村一体化管理, 合理配置卫生资源 .....	265
三、实施在职培训计划, 大力培养全科医生 .....	266
四、建立与健全三级医疗预防保健网 .....	266
五、建立农村合作医疗保险制度 .....	267
六、全科医生的门诊服务规范 .....	269
七、全科医疗的组织工具 .....	270
第三节 全科医疗的管理 .....	271
一、全科医疗的目标管理 .....	272
二、全科医疗的质量管理 .....	273
三、全科医疗的人事管理 .....	274
四、全科医疗的财务管理 .....	274
<b>第十二章 以问题为中心的居民健康档案 .....</b>	<b>276</b>
第一节 建立居民健康档案的目的与意义 .....	276
第二节 以问题为中心的健康档案及其记录方式 .....	277
第三节 居民健康档案的基本内容 .....	279
一、个人健康档案的基本内容 .....	279
二、家庭健康档案的基本内容 .....	279
三、社区健康档案的基本内容 .....	279
第四节 居民健康档案的建立 .....	280
一、个人健康档案的建立 .....	281
二、家庭健康档案的建立 .....	283
三、社区健康档案的建立 .....	284
第五节 居民健康档案的使用和管理 .....	284
<b>第十三章 初级卫生保健与全科医疗 .....</b>	<b>290</b>
第一节 初级卫生保健的定义 .....	290
第二节 初级卫生保健及其目标的产生过程 .....	291
第三节 初级卫生保健产生的历史背景 .....	291
一、各国卫生状况的发展极不平衡 .....	291
二、卫生资源分配极不合理 .....	292
三、卫生经费严重匮乏, 而不合理的医疗体制却又造成严重的浪费 .....	292
四、人口剧增和人口老龄化 .....	292
第四节 初级卫生保健的基本内容 .....	293

第五节	初级卫生保健的目标 .....	293
第六节	我国目前初级卫生保健的特点和缺陷 .....	295
第七节	全科医疗与初级卫生保健的关系 .....	296
第八节	全科医疗对我国初级卫生保健的影响 .....	297
<b>第十四章</b>	<b>社区常见健康问题及其诊疗策略</b> .....	<b>299</b>
第一节	社区常见健康问题的形态学 .....	299
一、	社区中健康问题出现的频率与严重性 .....	300
二、	症状与诊断的形态结构 .....	300
三、	社区人群对医疗服务的利用频率 .....	301
四、	形态学研究中的变异因素 .....	302
第二节	社区常见健康问题的基本特征 .....	303
一、	大部分健康问题尚处于早期未分化阶段 .....	303
二、	大部分健康问题都处于未经组织的原始状态 .....	304
三、	伴随大量的心理、社会问题 .....	304
四、	疾患的分科不明确 .....	306
五、	急性、一过性或自限性疾患出现的比例较高 .....	306
六、	慢性疾患出现的频率较高 .....	306
七、	问题具有很大的变异性和隐蔽性 .....	306
八、	问题的原因和影响通常都是多纬度的和错综复杂的 .....	307
第三节	全科医生在社区中的优势 .....	307
一、	地理优势 .....	307
二、	拥有丰富的时间资源 .....	308
三、	面对相对固定的人群和背景 .....	308
四、	朋友式的医患关系 .....	308
五、	连续性的服务方式 .....	309
六、	拥有广泛的社会资源 .....	309
第四节	社区常见健康问题的诊断策略 .....	309
一、	利用对病人及其背景的全面了解来作诊断 .....	310
二、	利用时间 .....	310
三、	利用经验, 进行模型辨认 .....	310
四、	进行明智的分类 .....	311
五、	利用流行病学的方法来建立诊断假设 .....	311
六、	检验诊断假设的策略 .....	313
七、	建立社区疾患模型 .....	314
第五节	解决社区常见健康问题的基本策略 .....	314
一、	建立解决社区常见健康问题的框架 .....	315
二、	确定治疗和服务的最终目标 .....	316
三、	与病人及其家庭一起制订最佳处理方案 .....	316
四、	利用时间作为治疗手段 .....	317
五、	药物治疗的基本原则 .....	317
六、	慢性病患者的处理原则 .....	317
<b>第十五章</b>	<b>全科医学教育</b> .....	<b>319</b>

第一节 国外的全科医学教育 .....	319
一、医学生的家庭医学学科教育 .....	320
二、家庭医学住院医师训练项目 .....	321
三、家庭医生的继续医学教育 .....	322
第二节 中国全科医学教育的途径与目的 .....	323
一、医学生的全科医学学科教育 .....	323
二、全科医学的学历教育 .....	325
三、全科医学的毕业后教育 .....	326
四、全科医学的在职教育 .....	326
五、全科医学的继续医学教育 .....	328
第三节 全科医学教育的基本原理与方法 .....	328
一、目前存在的几种偏见 .....	329
二、全科医学教育的基本原理 .....	330
三、全科医学教育的三大要素——师资、教材与教学基地 .....	332
四、全科医学教育的实施要点 .....	332
五、全科医学教育中的若干问题 .....	334
第四节 全科医学教育评估 .....	335
一、建立全科医学教育评估体系的目的 .....	335
二、全科医学教育的目标体系 .....	335
三、全科医学教育评估的组成部分 .....	337
四、全科医学教育评估的基本方法 .....	339
主要参考文献 .....	341

# 第一章

## 绪 论

全科医学 (General Family Medicine) 是本世纪 60 年代末在北美的一些国家兴起的一门综合性的医学学科。经过 20 多年的发展, 全科医学已逐渐形成了自己独特的学科体系, 填补了高度专科化的西方医学的不足, 促进了许多国家和地区医疗保健事业的平衡发展, 为提高各国人民的健康水平作出了重要的贡献。全科医学的影响已渗透到医疗服务、医学教育和医学研究等许多领域。在综合性医院中, 它已成为一个能与其他临床专科并存的、深受群众欢迎的、独特的医学专科; 在医疗保健系统中, 全科医学服务——全科医疗 (General Practice) 已被公认为基层医疗的最佳模式; 在医学教育中, 全科医学已成为一种举足轻重的毕业后培训项目或独特的临床医学专业; 而全科医生 (General Practitioners) 是为社区全体居民提供高质量的初级卫生保健服务的最佳人选。

本章详细介绍了全科医学的有关概念、全科医学与相关学科的关系以及医学生和医务人员学习全科医学的重要意义。

### 第一节 全科医学的定义、 目的、对象与范围

从表面上看, 全科医学似乎将涉及到所有的医学学科, 包含一个庞大的知识和技能体系, 令人望而生畏, 更令人觉得学无所长。作为一门综合性的医学学科, 全科医学有其明确的目的、对象与范围, 有其独特的价值观和方法论, 并以其鲜明的基本原则作为学科的灵魂, 贯穿学科的始终。

#### 一、全科医学的定义

全科医学是在整合生物医学、行为科学和社会科学的最新研究成果以及通科医疗的成功经验的基础上产生的一门独特的综合性医学学科 (Comprehensive Medical Discipline)。简单地说, 全科医学



就是全科医生在为社区中的个人及其家庭提供连续性、综合性、协调性、个体化和人性化的医疗保健服务时所运用的知识、技能和态度。全科医学主要研究各种类型社区中的常见健康问题以及解决这些健康问题所需要的知识、技能和态度，一般包含两大部分内容：一是通过长期的通科医疗实践而积累起来的经验；二是通过研究发展起来的新知识，以满足现在及未来的需要。

全科医学被界定为关于初级保健(Primary Care)的学科，其核心内容是“以家庭为单位的初级保健服务”，这是全科医学最鲜明的专业性特征，也是许多国家和地区将其称为“家庭医学(Family Medicine)”的主要原因。将家庭这一要素引入到医学和医疗之中，同时兼顾个人和社区，这是全科医学与其他学科相区别的重要基础。实际上，只有我国采用“全科医学”这一名称，其他国家和地区均采用“家庭医学”，这是由于“家庭医学”这一名称在我国已有其他涵义，容易产生混乱。因此，作者在翻译时将全科医学译成 General Family Medicine，而不译成 General Medicine，因为在英语中，General Medicine 是不存在的。

## 二、全科医学的目的、对象与范围

全科医学研究的主要目的是：真正实现医学模式的转变，建立一种整体性的临床思维方式和一系列独特的基本原则，以此来指导全科医生利用社区内外有限的卫生资源，为社区中的个人及其家庭提供连续性、综合性、协调性、个体化和人性化的医疗保健服务，并最大限度地满足社区居民追求健康生活的需要。全科医学的研究对象主要是社区中的个人及其家庭，包括病人和健康的人、就医者和未就医者，而且，以个人为中心、家庭为单位、社区为范围。全科医学主要研究在完整背景上的、社区中的个人及其家庭的常见健康问题。

全科医学是一门综合性的学科，涉及到许多医学的和相关的学科。例如：基础医学学科、各临床医学学科、行为科学或医学心理学、社会科学或社会医学、社区医学、预防医学、流行病学、医学伦理学、医学哲学等。然而，全科医学并不是这些学科片断知识和技术的集合。如果只是把许多学科的片断知识和技术根据实际需要和个人的兴趣机械地堆积在一起，那是无法形成一个富有生命力的学科的。任何学科都有其特征性的价值观和方法论，并以此产生出指导实践的基本原则，这些原则将贯穿整个学科的内容，是这个学科的灵魂，只有在此基础上才能使其形成一个有机的整体。用一种比喻的方法来说，木材、砖块、水泥、石灰等建筑材料的简单堆积根本不可能造出一座房子，只有在泥工、木匠运用一定的原理和技艺对建筑材料进行加工、对接后才能建成房子。来自其他学科的知识和技术就象是木材、水泥等建筑材料，全科医学的研究者就象是泥工、木匠，全科医学的价值观、方法论和由此产生的基本原则就象是建筑学原理和技艺，全科医学这门学科就相当于一座完整的房子。

生物医学的着重点是在系统、器官、组织、细胞、分子等水平上来研究各种疾病(Disease)，这也是全科医学发展的基础。而全科医学除了着重于在个人、家庭、社区、社会等水平上来研究各种疾患(illness)外，更要在整体的水平上来研究个人及其家庭的常见健康问题(common Health problem)如图 1-1 所示。由此可以看出，全科医学需要广泛应用行为科学、社会科学和流行病学的基本方法。当然，不是对以上方法的简单利用，而是整合以上方法，使其成为一种整体性的方法(the holistic method)。另外，全科医学