

扫描二维码
查看原文

医学中的全科医学

——从《柳叶刀》200年历史看现代医学中的全科医学发展（三）：哈特论医学本科教育对基本医疗的影响

杨辉，澳大利亚 Monash 大学

【关键词】 全科医学；教育，医学，本科；初级卫生保健；基本医疗；健康公平；反向服务定律

朱利安·哈特医生（Julian Tudor Hart，1927—2018年）是一名研究者、高血压专家、流行病学家、科学家、作家、政治评论员和社会倡导者，但在其内心深处，其始终是一名全科执业医师。哈特医生在英国南威尔士的一个煤矿村的全科诊所工作，为大约2100人提供全科服务30年，哈特医生的研究和反思都是基于在这家诊所的实践开展的。哈特医生将其与患者的关系描述为：**最初是面对面，最终是肩并肩。**

哈特医生是“医学社会主义者”，其是国民医疗服务体系（NHS）和社会主义的积极倡导者，提出的“反向服务定律”（inverse care law）于1971年在《柳叶刀》发表[HART J T. The inverse care law [J]. Lancet, 1971, 1(7696): 405-412. DOI: 10.1016/S0140-6736(71)92410-X.]，该文被很多学者反复引用，使哈特医生成为健康公平和初级保健最有名的倡导者。**哈特医生以全科医生的睿智和沟通技巧诠释了“反向服务定律”：光脚的人，显然是最需要鞋的人。**哈特医生认为，追求利润可能会阻碍医学的理性进步，其著作《卫生服务的政治经济学：临床的视角》根据NHS实施以来的临床经验描绘了NHS从19世纪起源于工人互助协会的发展和演进历程，探索如何将NHS重组为面向所有人的人道服务，而不是为少数人提供“有利可图”的服务，并推动医学发展、影响整个社会文明。哈特医生抨击了医疗服务商业化，根据自身对医疗保健经济的实际经验提出了对NHS的经济分析[HART J T. The political economy of health care: a clinical perspective [M]. Bristol: The Policy Press, 2006.]。

哈特医生的诊所是英国第一个研究型全科诊所，该诊所承接过很多医学委员会的研究项目。哈特医生与Richard Doll（英国知名流行病学专家，第一个证明吸烟与肺癌和心血管疾病发生风险存在关系的专家之一）、Archie Cochrane（现代临床流行病学和循证医学之父）一起参与了很多流行病学研究。

哈特医生是第一位给所有患者测量和记录血压的医生，其为所有患者提供无条件 and 个性化的连续性服务，并发表了连续观察25年的研究结果，证实了测量血压可以将过早死亡的风险降低30%[HART J T. Hypertension-community control of high blood pressure [M]. 3rd ed. Florida: CRC Press, 1993.]。

哈特医生做过全科审计，是自己的“验尸官”，其从诊所保存了20多年的1800份患者医疗记录中找出500份死亡病历，发现45%的死亡包括了可避免的死因，其中59%归因于患者、20%归因于全科医生、9%归因于医院、17%归因于其他[HART J T, HUMPHREYS C. Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice [J]. Br Med J (Clin Res Ed), 1987, 294(6576): 871-874. DOI: 10.1136/bmj.294.6576.871.]。哈特医生认为，由全科医生对社区人群的疾病和死亡进行评判性分析，有助于识别出医疗服务组织和团队需要改进的地方，以及社区人群需要改变的生活行为方式。哈特医生以犀利的笔触评判社会、医学界及全科领域，同时也毫不犹豫地评判自己，其是一位敢于发表自己所在诊所500份死亡病历的医生。哈特医生对全科医学的思想和研究处于前沿，并且笃信**全科团队和全科审计是改善全科医疗相关健康结果的关键。**

哈特医生是位高产的研究者和思想者，发表过350多篇同行评议文章和多本著作，仅在《柳叶刀》就发表了20篇文章。下面选读的是其针对医学本科教育与全科医学发展的讨论性文章[HART J T. Relation of primary care to undergraduate education [J]. Lancet, 1973, 302(7832): 778-781. DOI: 10.1016/S0140-6736(73)91049-0.]。受限于篇幅，译文有删节。

几乎每位到医院接受专科服务的患者，在来医院前都经过了全科医生的先期梳理和管理，全科医生通常只把4%~10%的患者转介给医院。从这个意义来看，初级保健是国家卫生服务的基础。显然，医学本科生教学应该包括初级保健。如果情况并非如此，就应该去寻找发生这种异象的原因。

◆过去

1950年，柯林斯在英国NHS实施后6个月，对初级保健服务的真实和丑陋状况做了描述，其描绘了覆盖人口最多的基本医疗服务最糟糕的方面：“在工业区开业的全科医生的工作环境非常糟糕，以至于医生的个人能力显得微乎其微，对工业区全科医生最基本的资质要求是具备快速处理患者的能力。质量最差的全科医学服务，存在于最大量和最迫切需要高质量医疗服务的地方……全科诊所条件的糟糕程度，足以在瞬间把一位好医生变成坏医生。”

教学医院本可以为扭转这种局面做出重大贡献。巴伯代表当时其他进步的全科医生发声，认为“学生要认识大学所教的与实际所见之间的差异，树立起与劣质医学斗争的态度，准备好为践行好的医学而去做出改变”。这是（或应该是）每一所医学院的首要职能：让新一代医生做好准备，与服务中的不公正和劣行做斗争，支持医生在批评中无所畏惧、准确无误、切合实际，并通过为医生提供比以往更好的技术培训来减少无理的医学行为。医学生们肯定接受了很不错的医学技能培训，不过除了那些知名的省级或苏格兰的医学院外，学生们还没有尝试过这项任务，更别说要完成任务了。

医学院并没有刻意地传授那些自鸣得意的、功利主义的、与患者利益无关的价值观，其只是自然流露。现实中，医生的个人抱负和职业满足感与患者需要存在交叉，但两者并不重叠。只不过大多数医学院假设医生的取向就是患者的需要。要想让好的初级保健得以生存，需要明确定义其任务，发展其毕业后教育，提高其研究水平，而这些不能指望伦敦那些高级的医学院去实现。医学院的态度是：医学教育是彻头彻尾地提供当代最好的医学临床知识和技术，让学生毕业后在真实世界里尽可能地使用这些先进知识和技能。

大多数能力较强的毕业生会寻找那些可以获取、发挥和保留这些先进知识和技能的临床领域。在这些领域里，遵从权威比热衷改革更重要。学生们要去高级的医院，而不是去县医院、集镇的贫民救济医院、如同居民家的全科诊所，也不是去工业区里的医疗室。

在发展完善的卓越中心里制造技术创新是一种惯常做法，而且也不那么费力，然而这些创新通常不意味着能推动社会变革。而在一个贫困的、人力资源不足的、设备陈旧不堪的工业区周边建立起基本的医疗服务，那才意味着真正的挑战。面临这种挑战的是在工业区里的全科医生，然而可惜的是，这些医生通常是医院多重选拔后裁减下来的。每次医院的人才选拔，都会把更有能力和更雄心勃勃的医生输送到更有名望的、更可能顺利发展的医学专业中去。

这就是“反向服务定律”的主要原因：高质量医疗服务的可得性，通常与所服务人群的医疗需要呈反比（最需要的人反而得到的最少）。

莫兰勋爵在1958年表示：“所有杰出者（极少数除外）的目标都是成为人上人。这里只有一个梯子，有些人从梯子上掉下来。你认为爬到梯子顶端的人与掉下来的人是一样的吗？”科文于1963年的调查结果显示，在75名随机抽取的执业全科医师中，19名一直以全科医学为目标，39名曾尝试成为顾问医生但未能成功，于是转到全科，17名在没有任何明确目标的情况下漂流到或被迫进入全科领域。但对70名顾问医生的调查发现，有61名医生在学生时期或刚获得行医资格后就瞄准了自己的专科方向。

教学医院顾问医生教授的内容是其所知晓的知识，与其擅长的执业技能一致。顾问医生的大多数学生后来也自然成为该领域的专家。然而大多数全科医学/基本医疗医生是这个选择过程的“副产品”，全科医生的招募过程向任何有行医注册的医生开放，无须专门的毕业后培训。在现在的教师们看来，全科医生往好了说是“残余行医者”，往坏了说是“不良行医者”。有什么可能的理由让老师来传授残留或不良的医学呢？

◆理想与现实

托德的报告显示，23.5%的毕业生对全科医学有偏好。对1971名曼彻斯特和谢菲尔德医学院毕业生的调查结果显示，32.2%的毕业生有全科偏好。

期望全科职业培训学员的质量是比较高的，不应该是“被挑剩下的”医生。英国全科医生学会（RCGP）的理想是：初级保健是一个独立的重要专业，是在各种卫生技术人员支持下的集体医学实践，是在专门建造的医疗场所中工作的医学专业。过去10年对全科医学的研究结果令人印象深刻：RCGP图书馆1960—1970年的出版物清单长达181页，其中还不包括治疗试验和大量的小型操作研究。随着越来越多的学生承诺要承担社会责任，招募更多、更好的医生进入全科领域的可能性也越来越大。

不过，这种对初级保健的新意识形态，远远超出了许多其他倡导者的社会理解。真正的社会变革不是靠优秀文章带来的，也不是靠建立大量小型卓越中心带来的，即便是在最需要基本医疗的工业区建立优秀的示范点。真正的社会变革取决于是否唤起了从变革中受益的社会群体。当然，任何变革都会遭到那些将受到损失的社会群体的反对。出版物及英雄式的个人榜样产生的影响，完全取决于在多大程度上协助了对社会群体的动员。从目前初级保健的现实及社会支持力量的来源、方向和规模来看，情况是不乐观的。

欧文和杰弗里斯于1969年对全科诊所进行的抽样研究表明，90%没有心电图机，32%没有窥阴器，65%没有血红蛋白检测仪，22%没有小型手术设备，15%没有尿液分析设备，16%没有秘书室，31%没有打字机，62%没有录音机，29%没有供患者使用的卫生间。

在81%的合伙式全科诊所中，全科医生接诊的是预约列表中的所有患者，而非优先接诊选择自己看诊的患者，也没有诊所内转诊，这意味着全科诊所存在缺乏服务个性化和连续性的问题。仅22%的合伙式全科诊所每周召开一次会议来讨论案例或问题，30%的诊所在财务上存在不平等。10%的医生没有或不知道是否可以直接获得医院诊断服务。这些质量问题显示出南北梯度：英国中部和南部的年轻医生会提供更优质的服务。

全科医学资源最差的地区与健康问题最严重的地区是一致的。可满足未来全科教学需要（有完善组织和足够空间）的诊所是很少的。年轻全科医生想去现代化的、有足够诊疗工具和卫生人力的诊所工作。某些全科诊所已经做了明显的改进，如果要满足年轻医生的职业期望，必须把这种改进迅速扩展到其他诊所。

1968—1971年，英国增加的全科医生中，有83%出生在英国境外。工业区的医院和全科诊所的人员配备更依赖来自印度和巴基斯坦的年轻医生。爱尔兰和苏格兰也曾是这样的情况。这些“输入医生”原本的职业目标是医院专科，其中大多数人具有外科经验，但这并不适合初级保健。“输入医生”中很少有人延长毕业后培训时间去接受全科医学的学徒式职业培训。因此，总是难以找到两全的服务方案。

全科医学“新人”们一直在纠结中，即面对现实是否要改变自己的医学初心。当然，医院专家也会遇到类似的纠结。然而，最大的需要及最好的创新机会仍是在初级保健层面。

◆ 医学本科教育的机会

明显而迫切的变革需求，以及已制定但未应用的初级保健意识形态，使医学本科中的全科医学教学变得如此重要。这不是把初级保健当成一个专业进行“碎片化”教学，不是在无菌条件下给学生注射一点安全剂量的全科医学，也不是通过宣传全科形象来改善大学招生状况，这是一个利用独特机会向所有专业、所有学生拓展全科医学教育的问题。

从认识和纠正错误中学到的东西，与从成功中学到的东西一样多（甚至更多）。医学教育不仅是对卓越和先进的观察和模仿；医学生要学到的，是在未来复杂的工作和真实世界中去使用处理复杂问题的技能。这是初级保健在教学情境中的普遍价值。其中有三项具体任务，在大学本科阶段要比任何医院都教得更好。

第一个任务是纠正社会无知。目前只有很小部分医学生对未来所服务患者的个人和工作生活特点有切实了解。很多学生不能理智地反对社会不公正，即便是有些感悟，也仅是刚刚开始。如果让学生坚持“以患者为导向”的动机，而非“以疾病为导向”的动机，学生们就必须学会用复杂、具体、详细的方式识别出那些粗俗、刻板的印象。对患者的人道承诺和理想，必须转化为对现实生活中的人的有效关心。目前的医学专业等级制度将基本医学、老年医学和精神病学置于底层，这表明医学教育很难尝试这种转变，更不用说实现了。然而只有经过本科阶段的社会再教育，才能进行部分的和可控的改变，这对于当好医生来说是绝对必要的。初级保健教师可以给学生传授以往不曾共享的共同社会经验；学习真正尊重患者，而非形式上的礼貌；在很多方面，医生必须服从患者；患者必须成为医疗服务的主体，而非客体。医学的这一部分必须重建，而最好的重建者是权威程度较低的医生，其与患者密切接触，具有最低限度的技术和社会装甲。

第二个任务是应对不确定性。全科医生与医院共同承担责任和技术复杂性，能帮助全科医学避免大多数医疗服务中真正的不精确性和不确定性。当代医学生很少接触从未见过的病例，大多数病例至少见过2次，通常是10次或12次。医学生把自己见到的问题归纳整理成可以用医学术语理解的疾病，这些临床材料是医院教学过程中最原始的数据，实际上是初级保健提出问题的10%的精华，是所有症状的三分之一。顾问医生在医院里接诊患者的时候，绝大部分有一定程度的“事后诸葛亮”行为，顾问医生很少意识到这些患者的症状已经被整理过，除非有一天到全科诊所来观察，否则其不能理解患者去医院之前的症状的混乱程度。重要的是，学生不仅应该了解每位医生都有局限性，还应该知道整个医学知识存在局限性，存在大量不精确的领域，存在因信息贫乏而做的临床猜测。医学生还必须学会保持头脑清醒，坚持建立适合其工作水平的完整而精确的数据库。处理医学的不精确性和不确定性是一项日益复杂和负责的技能，应该在整个本

科期间以有组织的方式在真实情况下进行教授。这不应该像过去那样通过个人反复尝试而习得，也不应该以患者为代价来学习。初级保健并不是传授应对不确定性策略的唯一层次，如果要培养出对自己工作有更平衡和现实看法的医生，学习解决不确定性必须成为本科生经验的重要组成部分。

第三个任务是改变世界。学习初级保健最好的一点，是要告诉学生：不仅要学会解释医学服务这个世界，而且要能去改变这个世界。新建的全科医学部门的任务，不仅是为已经很优秀的医疗团队输入新的年轻伙伴，更是向最需要基本医疗服务的地方输送新的和更好的医疗服务开拓者。在那些最需要的地方工作的人，可能是莫兰勋爵所说的从“争高”的梯子上掉下来的人，在医学阶层中疲惫不堪的人、对踏上新台阶缺乏信心的人。新建的全科医学系应该培养学生的“有纪律的愤怒”（有理的、克制的、真诚的）。这种愤怒不是针对某个人，而是针对阻碍向患者提供有效医学服务的态度和情况。如果年轻医生没有这种“有纪律的愤怒”，那么其只能在仁慈的医学中顺从地成长。当然，没有纪律的愤怒只是咒骂而已，是不可取的。

◆不久未来

未来几年很难乐观。大多数现有的全科医学部门似乎忙于证明自己的临床信誉，无暇在培养真正的新型医生上进行冒险，尽管从长远来看，更大胆的方法可能会让其他专业勉强接受全科医学。

还有一个风险，某些全科医学部门的场所、人员和设备配备并不适合全科医学教育，所营造出来的教学情境如同“高级医学”那样的不真实，不能反映出全科医学的患者特征和诊治过程。当然，建立卓越中心（即样板教学和优秀服务）的理念是必要的，在工业区繁忙和陈旧、简陋的诊所不可能进行全科教学。另外，不能因为工业区诊所的问题太多，就认为“这里不能培养出好医生”，而放弃把这里作为教学场所。

坚决反对初级保健教学的时代已成为过去。随着时间的推移，即便是伦敦的知名大学也会设立全科医学部或社区医学部，姑且把基于人群的流行病学研究或操作层面研究算作全科或社区医学。现在的挑战，并非大学是否设立了全科医学部，而是其如何看待教育目标。杰弗里·维克斯爵士将公共卫生史描述为“不断重新定义不可接受事物的记录”。医学教育也应该重新定义不可接受的事物，帮助新一代拒绝这一代所倾向的事物，并以伟大和简洁的方式表达新一代的拒绝。全科医学系可成为这种新型医学教育的创新者。

感悟——

我在哈特医生文章的字里行间都看到了“公平”二字。哈特医生于1971年在《柳叶刀》发表了长篇文章《反向服务定律》，两年后发表了上述文章。首先感受到的是哈特医生对当时医学教育模式的忧虑，其认为医学院不应仅向学生传授医学知识和技能，更要让其准备好去促进和践行医学的改革和进步。哈特认为医生的取向不一定是患者的需要，医学阶层对权威的追求远大于对改革的渴望。迎接医学改革的通常是弱势社区的全科医生，但其大多是医生中的弱势群体，是爬梯过程中“掉下来”的医生，这也是“反向服务定律”的重要成因之一。哈特医生认为，发展全科研究和设立全科示范诊所是不够的，真正的社会变革取决于是否唤起了从变革中受益的利益相关者，全科医学“新人”们一直纠结的是面对现实是否要改变自己的医学初心。

哈特医生提出本科教育在推动全科发展上可做具有独特优势的三件事情。第一，应在巩固社会良知的基础上纠正社会无知；理解社会、理解患者；把医学理想转化为对患者的有效关怀；必须让患者成为医疗服务的主体，而非客体。第二，学会应对医学的不精确性和不确定性，从医院专家与全科医生的分担服务着手，在认识各学科和整个医学知识局限性的基础上，对复杂和不确定性共担责任。第三，教会学生不仅能解释医学世界，而且要有能力改变医学世界。哈特医生提到的“有纪律的愤怒”是建设性的评判和思辨，医学进步是把不可接受的事情变成可能的过程。

哈特医生所描述的情形距离现在的英国基本医疗服务和医学教育已经很远，然而其所期望的全科医学教育的理想仍没有完全实现。从这篇文章可以看到哈特医生的批判精神，同时也可以看到其对问题的解决方案。在评判和揭示问题的同时，也给出下一步有针对性和可行性的做法和建议，这是负责的学者风范。

哈特的文字是锋利的。不过在笔者看来，哈特医生是最有情怀的全科医生，是理想主义者，热衷于推动全科医学发展和社会进步。哈特医生对大学的期望，是在传授知识的同时培养学生评判和担责的能力，这对于促进全科医学学科发展而言是至关重要的。大学是培养学生评判思维能力的地方，评判思维是一项核心学术技能，是质疑和反思自己获得的知识和信息，这对于学生完成学业、研究者开展研究、医生进行临床实践都是一项非常宝贵的技能。医生随着年资的增长会成为教育者，那么，从哈特的文字中一定会得到有益的领悟。

引用本文：杨辉. 医学中的全科医学——从《柳叶刀》200年历史看现代医学中的全科医学发展（三）：哈特论医学本科教育对基本医疗的影响[J]. 中国全科医学, 2024, 27(4): 插图. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.A0003.