



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（二）：麦克威尼论全科医学学科

杨辉，澳大利亚 Monash 大学



扫描二维码
查看原文

【关键词】 全科医学；发展；全科医学科研；全科医学教育；伊恩·麦克威尼；The Lancet

学习全科医学的人必须知道伊恩·麦克威尼。正如学习教育学的人必须知道约翰·赫尔巴特。

伊恩·麦克威尼（Ian R. McWhinney，1926—2012 年）被誉为现代全科医学之父和加拿大的奥斯勒。他出生在英国伯恩利，在剑桥大学接受医学培训，医学院毕业后长期从事家庭医学工作，1968 年就职于加拿大西安大略大学，担任加拿大第一任全科医学系主任，他将家庭医学从一个未被承认的学科转变为一门包含本科课程、毕业后培训和以病人为中心的独立临床学科。

麦克威尼教授最有名的著作是 1981 年牛津大学出版社出版的《家庭医学概论》（2016 年第四版），由托马斯·弗里曼编辑，名为《麦克威尼家庭医学教科书》。在他去世后 1 年（2013 年）Benchmark 出版社出版了他的另一本著作《治愈的呼唤：家庭医生生活的反思》。

麦克威尼教授 1966 年在美国哈佛大学做全科医学访问学者，他根据在美国考察的所见所思，在《柳叶刀》上发表文章《全科医学是一个学科：访美后的反思》[The Lancet, 1966, 1 (7434): 419-423. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(66\)91412-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(66)91412-7)]。将近 60 年过去了，全科医学得到了长足发展，但麦克威尼教授提到的很多方面，仍然是当前全科教育研究中的短板。读麦克威尼教授的文章，是一次对全科医学学科思维反思的机会，可谓是温故知新了。限于篇幅，以下译文有节选。

最近常听人们说，全科医学现在可以声称自己是一门学科了。我们很多人相信，全科医学只有作为一门学科发展起来，才能有其生存的可能。尽管家庭医生知道我们对学术地位的主张是合理的，但不能指望医学界的学术同事们在没有充分理由的情况下就接受全科医学是一门学科。正是怀着这些想法，我在 1964 年对美国进行了为期 6 个月的访问，文中的大部分内容是从我与美国和加拿大各个医学领域医生进行的许多激动人心的对话中得出的。

◆什么是学科？

如果要称自己是一门学科，必须要满足什么标准呢？我建议有 4 条标准：

1. 独特的行动领地。
2. 明确的知识体系。
3. 活跃的研究领域。
4. 严格的智力训练。

◆行动领地

某学科成员必须在自己的学科领域较任何其他学科的成员更有能力。这并不是说他们必须把自己的活动限制在这个相对狭窄的范围内。在医学领域，我们大多数人必须做得与其他人同样好，甚至更好。全科医生最擅长的领地可以用一句话来定义：最早发现健康偏离的人。这种技能可用于疾病发展的任何阶段，从认识到一个人处于“危险之中”，到在最早阶段诊断出临床综合征。

全科医生的特殊能力源自几个因素。首先是其解释未分化临床问题的能力，这与对给选定的病例下诊断是截然不同的任务。其次是其对病人的个人了解。这一点至关重要，每一位经验丰富的医生都知道，对

一个人来说异常的情况，不一定对其他人异常。正如世间的人各有不同，不同的人对压力会有不同的反应。再次，全科医生的医学知识与其技能有关。

有充分的理由认为，全科医生还拥有另外两个特殊领地：慢性疾病的长期管理，以及对正常人情绪障碍的治疗。

◆知识体系

没有必要对此进行非常严格的定义。在某些学科中，对知识的限制必须始终是模糊的。谁能准确定义内科或普通外科的界限呢？此外，随着学科的发展和新挑战的出现，知识体系也在发生变化，每一代人都必须掌握新的知识。

大多数医学的学科源自许多其他的学科。例如，外科是从解剖学、病理学、生理学和生物化学中汲取知识。不过在定义一门学科时，仅列出其根源的所有学科清单是不够的。这些母学科必须被熔化和合并，并塑造成与其各个成分截然不同的新形式。

因此，仅仅说全科医学包括内科、儿科、精神病学和社会医学是不够的。全科医生所需的知识在程度和种类上均与这些学科的专家所需的知识不同。因此在确定全科医学知识体系时，我特意避免使用“儿科”和“精神病学”等名称。

对症状和征象评估和诊断测试。这种源自内科的技能构成了全科医生工作的最大部分，并且有充分的理由将临床医学视为全科医学的基础学科。

疾病的流行率、发病率、分布和自然史。这种源自流行病学的知识，让全科医生识别有风险的人，并识别疾病发生和流行情况。全科医学的许多研究都与疾病的这些方面有关。随着预防医学范围的扩大，这些知识将变得越来越重要。

人类从子宫内到成年的身心发展规律。这种源自儿科和心理学的知识，让全科医生能跟踪病人的发育和发展情况，并观察最早的异常证据。

人类行为和心理动力学。人类行为决定了病人把生病呈现给全科医生的方式。心理学和社会学极大地丰富了全科医学的知识，并已成为全科医生基本装备的一部分。

疾病表现中的社会影响。这种社会学知识让全科医生了解其所工作的社区，以及其在社区中的位置。许多疾病，以及病人对疾病的态度、合作意愿，使用医疗服务的方式，在很大程度上受到社会和家庭背景的影响。

全科医生还应该习惯于批判性地审视卫生服务机构的工作和他自己的临床服务。

以上列出了五个知识体系，但其分界线是人为划分的。全科医学把这五个部分结合形成了统一的整体。我没有提到治疗学和产科学，这不是说这些对全科医生来说不重要，而是我认为全科知识体系是与全科服务所有方面都相关的那些知识。一位精通我所描述的五个知识体系的全科医生，应该对治疗学有批判性的和知情的看法，并且能够提供无可挑剔的产前服务。实用产科学是全科服务中的一门特殊知识和技能，不是每个全科医生都要掌握。

◆研究领域

一个学科成员必须通过自己的研究来丰富这个学科的知识体系。在医学研究者中，全科研究者相对较少。直到现在，全科医学才被普遍地认为是一个富有成效的研究领域。我们正在见证全科医学研究蓬勃发展。当今一些发展较迅速的知识领域均处于学科交汇的模糊地带。全科医学研究介于临床医学、心理学和社会学之间，就是这些交叉学科领域之一。

学科的第四个标准是严格的训练，这是在英国最被忽视的一个标准。现在这是一个非常重要的问题，我先讨论全科医学的态度以及全科医学在美国的学术地位，然后再回到全科培训问题。

◆全科医学的态度

除了我提到的学科属性外，一个学科的成员通常还具有与其他学科不同的精神气质和态度。全科医生标志的态度是他对人有最大兴趣。这个兴趣从最小的萌芽开始发育，在实践中逐年增长，直到成为他工作的主导特征。其他医生对人也感兴趣，不过专科医生可能对人和疾病感兴趣，而全科医生是对疾病发生之前的人感兴趣。

与对人感兴趣密切相关的，是全科医生对疾病的独特态度。全科医生认为病人的任何困扰或痛苦都很

重要，无论痛苦的根源是情感上的还是躯体上的。全科医生不会把病人分成“有意义的病例”（器质性问题）和“神经症病人”或“疯子”。正如施泰格和霍夫曼描述综合医学时说的，“不存在疾病价值的等级”。

家庭医生的第三种态度，也是施泰格和霍夫曼也提到过的，是全科医生对自己的个性在医患关系动态中所扮演的角色有强烈的认识。

当全科医生具有这三个态度后，就与专科医生完全不同：全科医生对病人和职业的价值是与医院专科医生是不同的，取决于全科医生的这三个态度。必须在全科医生培训的所有阶段持有这种态度。

◆全科医学是专科吗？

我们把很多时间浪费在全科医学是否属于专科这个毫无意义的争论上。从局限的学科领域看，每一位现代医生都是专家，除非他在边远地区工作。专科化只是一个程度问题：普通外科医生的专科化程度不如耳鼻喉科医生。与只在耳朵上做手术的人比，普通外科医生也是专家吧？正如普拉特所说，专家的知识并不总是很深。我们大多数人只有一个狭窄的主题（如果有的话），我们只在这个狭窄的主题里说话有权威。即便是在狭窄的领域里，我们也可能会感到困惑。

医学总是需要细分的狭窄专业的，尤其是必须掌握高难度技术的医学领域。同时，医学也总是需要广泛的学科，如内科、儿科和家庭医学，来对医学服务进行综合和协调。如果将狭窄的专业化等同于深奥，将广泛的领域等同于肤浅，那就陷入了常见的谬论。一个人学问的深度，并不取决于研究领域的宽窄，而取决于他的思想品质和所接受的训练。

专家可能只是一个学究，对一个广泛领域进行深入思考的人。正如内科医生和儿科医生可以看成是专家一样，家庭医生也是专家。与像其他专家一样，他们可能会对全科医学领域的一小部分产生兴趣，同时继续在整个全科领域工作。

◆全科医学在美国的学术地位

美国的全科医生正在迅速减少。下降幅度最大的是两类社区：大城市的中产阶级郊区，儿科和内科医生正在取代全科医生成为居民主要接触的医生；而在城市贫困地区，医院门诊部试图填补全科医生减少造成的空缺。农村地区全科医生减少的程度没有那么剧烈，但现象依然存在，而且人们的感受更加敏锐，因为在农村没有专家或大医院来弥补这一缺口。

为什么美国的全科医生消失了？我多次问过这个问题，得到的答案通常都是一样的。当然不是因为缺乏经济回报，美国全科医生的收入通常比一些专科医生还要好。医学生回避全科医学，因为它缺乏学术声望。有些医学老师认为，全科医生是二流医生、经验主义者、对症治疗的提供者、浅尝过但没有仔细品味过皮里安泉水的人（注：在现代语言中，皮里安泉隐喻的是艺术和科学知识的来源）。

有些医学老师甚至认为全科医学的一切都是有问题的。对于这些人来说，全科医生的消失不是悲剧而是福音。这种对全科医学的判断是不公正的，而且这种态度会影响到医学生，让医学生决定不再进入全科医学领域。

美国全科医生一直在积极努力提高自身的学术地位。在1959年美国医学协会（AMA）会议期间，AMA和美国全科医学会（AAGP）的十余名全科医生成员组成了非正式小组，探讨家庭医生的认证机构问题。这个小组拟定了章程，并向AMA申请承认家庭医学是一门新的专业学科。

与英国的专科学会不同，美国的专科委员会不是专业协会，不负责行业许可和处分，也不授予学位。除了制定标准和进行考试外，没有其他职能。美国专科委员会通过3种方式影响对医生的培训。第一，他们规定了最短的职业培训期限，通常是住院医培训后的3年时间，再加上2年的临床实践。第二，他们要确保高质量的住院医培训。第三，他们通过考试对教学大纲产生影响。

尽管专科委员会能力有限，但新成立的委员会很快提出了该专科领域的标准。AAGP 1965年批准了这个提案。以往许多全科医生接受的唯一培训是为期一年的住院医轮换实习，AMA已经意识到了这种培训的问题，在1956年建议成立一个关于全科医学学习的筹备研究小组，由AMA、美国医学专科学会协会及AAGP的代表组成。1959年，这个小组提出了一份报告，建议在选定的医院进行为期两年的全科培训试点项目。这种两年培训被认为是全科医学基础的最低限度培训，如果学员认为有必要，还可以继续在某个特定方面进行补充培训。委员会还提出了如下详细建议：

1. 培训方案要统筹规划。
2. 内科是最重要的学习内容，同时重视儿科培训。外科训练应仅限于紧急治疗和小手术。

3. 应始终强调个人和持续服务。学员应全程跟踪病人，从病房、特定科室，到后续诊所，如果可行，再到家中。

4. 至少4个月的产科培训，使医生能够进行正常的产科工作。如要提供异常分娩服务，学员要接受进一步培训。

5. 强调门诊经验，尤其是处理未分化临床问题的经验。

有16个培训项目获得批准参加培训试验。尽管这些计划经过精心设计，但大多数未能吸引学员。我认为，失败的原因是既没有学术上的动机，也没有经济上的动机让学员去报名。到了项目结束时，学员的情况比那些接受专科培训或实习1年后进入诊所的同事还要差。

我们从这些失败的计划中吸取两个教训。首先，全科培训不能在真空中生存，它必须成为全科学术结构的一部分。全科学员应该在他面前能看到一条通往职业生涯顶峰的精心设计的道路，在各个职业发展阶段都有经验丰富且训练有素的全科医生进行教导和指导。这并不是说对学员的培训始终由全科医生负责，而是说在医院培训期间，学员不应该感到缺乏学术水平高的家庭医生的指导和鼓励。其次，要期望一个人对医学服务做好准备而做出牺牲，这个过程中可能得不到任何回报。当然，这是对人性的过高期望。

◆英国医生的职业培训

英国医生毕业后培训的缺点：缺乏正规教学；图书馆设施简陋；职业培训前要求有临床经验。即便是所有这些缺陷得到纠正，毕业后培训的结构仍然不利于全科医生培训。传统上，以6个月为一个专科学习周期，这意味着学员缺乏经验的连续性，也缺乏责任的递进。通常，全科学员的培训是在病房而不是在门诊。几乎所有基本医疗服务是由全科医生在社区诊所提供的，因此在医院学习的全科学员对未分化临床问题几乎没有经验。全科学员可能会在没有真正全科医生的指导下完成整个医院培训，而且对什么是家庭医学也知之甚少。

医院提供的全科医生培训仍然基于家庭医学的过时概念，即全科医生是许多不同专科医生的皮毛组合。据此观点，对全科医生培训应该是对各个专科的简短接触，通过各个专业科室轮换实习来实现这个目标。这种培训是与现代家庭医学概念相对立的。这个简单的培训安排是错误的。而且，在医院各科室选择的教学病例，很可能对全科医生来说是非常不合适的。我相信，全科学员在普通病房和良好的全科教学诊所里学到的全科医学知识和技能，要远比在医院轮转的收获更多。

学习不仅仅是获取事实。同样重要的是培养一种能够解决问题的心理纪律（注：心理纪律是一种心理训练理论，即教学的主要目标不是教学本身，而是为了训练被教育对象的智力、态度和价值观）。这种纪律不太可能通过从一个专科跳到另一个专科而获得。在对北卡罗来纳州全科医学的研究中，彼得森和他的同事发现，高标准的服务与长期的内科培训有关。他们还发现，接受过内科培训的人在其他领域（例如儿科和产科）比接受过其他专科培训的人，能提供更好的服务。

根据我在美国的观察，建议全科职业培训应遵循以下原则：

(1) 全科培训课程学制不少于2年，并统筹规划。

(2) 职业培训期间给学员的责任，应该由较小到较大递进，而不是每6个月结束时突然变到另一个科室初始阶段。

(3) 教学计划应在能获得教学收入的临床带教（家庭医生或专科医生）的指导下进行。

(4) 医院的人员数量应多于日常工作所需，以便大家有时间学习。

(5) 内科学应成为全科培训的核心内容。

(6) 努力打破每6个月为1个单独学期的惯例。学员可以在内科学学习18个月或2年，同时在儿科诊所学习儿童健康和发育，在产科诊所学习产前服务。这样就可以跟踪从新生儿到出生后18个月，以及孕妇从妊娠初期到产后检查。学员还可以对紧急情况、创伤和伤员的小手术进行有带教指导下的工作。这种方式的培训计划，能给学员一种连续的体验，而不是一系列零碎、不相关的体验。

(7) 应给学员在门诊和家中随访病人的时间和机会。这给他提供长期观察慢性病病人的重要经验。

(8) 他还应该有机会处理未分化的临床问题。不仅可以让学员体验到这些问题，还可以让医院的资深医生了解全科医学服务中的问题。

(9) 精神病学培训应贯穿整个全科培训计划。让对教学感兴趣的精神病医生可以随时接受学员的咨询。还可以举办与全科培训其他部分相关的研讨会：例如儿童发展发育和产前服务中的心理问题。

(10) 最重要的是，学员从一开始就应该由一位具有良好学术地位的家庭医生指导，最好是在医院有

职位,并能指导学员向执业的全科诊所过渡。其他医生应该参加研讨会、查房和其他教学会议,在讨论过程中,始终强调临床问题中自己能解决的方面。

◆从医院向全科诊所的过渡

从医院到全科医学诊所的转变,是突然的,而且常常是令人不愉快的。学员援助计划缓解了这个过渡给年轻全科医生带来的冲击,学员援助计划也受到了很多批评,主要是因为它很容易被寻找廉价劳动力的临床带教滥用。可以通过仔细选择临床带教来弥补这个缺陷。

在我看来,更严重的问题是,对全科临床带教的选择和任命,更多考虑的是他们在行业中的地位,而不是他们的教学能力或想法的原创性。

此外在全科诊所,师生关系是一对一的,学员没有机会通过与其他老师或学员讨论来强化他的学习经验。我怀疑很少有学员在全科诊所经历过正式的有计划的教学、引导阅读或小组讨论。

从医院到全科诊所的实习年,应该是医院计划的自然延续。在两年学习期间,针对选定病种的集中学习,让学生具有一些基本和持续的全科医学服务经验。学员应该继续学习基本和持续的全科服务,但仍应与医院保持联系。在全科职业培训阶段,学员的学习模式是在临床带教下做全科看诊的实际工作,在老师的指导下阅读和学习,以及参加临床讨论会议和研讨会,保持对学习和提高的持续刺激。全科医学临床带教应该有时间、有意愿进行教学和培训。在一个区域内应该配备多名全科临床带教,让所有全科学员都有参加研讨会的机会。

◆集中教学的课程

现代家庭医生所需的一些知识,是可以在课堂和图书馆中获得的。流行病学、统计学、社会医学和心理动力学等,是很容易通过讲座和研讨会进行教学的。将学员聚集在一起进行3个月左右的有组织教学,或者在培训期间每周有1天的集中学习时间,可以安排很多教学内容。英国全科医生学会已开始开设此类课程;如要大规模的教学,则需要大学的帮助。

◆在全科诊所的职业培训

经过在全科诊所的培训,学员应在全科学科的基本知识和技能上打下良好的基础。他应该能广泛地阅读并能深入思考,有独立的全科执业资质,并应完全有能力在自己整个工作生涯中继续接受教育。

不过,仍然有一部分人觉得需要进一步培训。我认为从全科职业培训开始,路径可以分化,以满足每个全科学员的兴趣。比如有的学员可能想做更多的产科服务,之前在医院产科只有1年的实习经验,对处理异常产科情况来说是不够的。6个月的产科训练对于要做异常产科的人来说太少了,而对于不想做异常产科的人来说又太多了。有些学员可能想要做1年的儿科学学习,也有些学员想要多做1年的内科学学习,有的学员则希望在大学全科医学系做1年的研究。

如果学员在全科医学培训的第四年有这些学习机会,那么将增加全科医生在其感兴趣领域的贡献。

◆职业培训的途径和方式

我们决不能忘记美国的经验教训。如果世界上最好的培训项目需要学员付出巨大的牺牲,最终却没有任何形式的补偿,那么再好的项目也不会找到学生的。全科职业培训需要3~4年,不仅要做出收入上的牺牲,而且还会耽误建立稳定家庭的时间。因此经过培训后,医生应该获得学术上和经济上的奖励。学术认可可由大学和全科医生学会授予。在我们的系统下很容易给予财务认可。大多数人认为应该奖励对健康做出贡献的家庭医生,但对奖励方式的看法尚不一致。除了多付工资外,还有什么更好的方式来奖励那些为准备当全科医生而做出牺牲的人呢?

◆学术结构

每个学科都需要一个学术先锋来引领教学和研究,并为有志之士提供学术生涯。这只能由大学提供。英国是将全民基本医疗委托给全科医生的少数国家之一,不过英国全国范围内只有一个完整的全科医学系。虽然英国医学院毕业生中有一半进入全科医学领域,但各医学院对基本医疗/初级保健研究的贡献非常小,对全科职业培训的贡献也非常有限。

这与美国形成鲜明对比,美国的大学深知自己对社会的应尽义务。美国大部分基本医疗/初级保健是由内科医生和儿科医生提供的,因此与社区的联系是通过儿科、内科或预防医学科室进行的,有时是在门诊

或综合医学科室进行的。尽管美国没有一所大学拥有完整的全科医学系，但有几所大学已经聘用全科医生担任医学院老师。

学员在大学里学到的课程，大多是基于对家庭医生的过时概念。就好比他离开医学院时电池充满了电，在诊所工作一两年后逐渐耗尽电量，然后必须返回动力室进行充电。很少有人能停下来想一想，为什么在所有专业人员中，只有全科医生才需要这种定期的知识和技能更新。一个训练有素的医生，会一边走一边给电池充电（而不是没电了才想到充电）。他应该具备内在的成长和发展能力，让这种内在能力在他的整个职业生涯中为他服务。

其他领域的医生可以通过学术活动和医院成员身份，得到在提高知识和技能上的帮助。全科医学也应该如此。家庭医生不仅仅是等待被别人填充的空容器。家庭医学在给予的同时，也有收获。有很多东西要教，也有很多东西要学。

当其他国家开始对全科医生的衰败感到遗憾时，英国国家医疗服务体系对全科医学的保护，让我们有机会在英国建立一些东西，为世界树立榜样。英国全科医生一直在努力，推进了全科医学学科发展，到目前，英国的全科医学可能比任何其他国家都更发达。

为了进一步推进全科医学发展，需要三个条件：第一，建立与其他医学临床学科对等的学术结构；第二，全科医生在医院里有一个有保障的地位，不是作为低水平的专家，而是为自己的病人服务的专家；第三，为全科医学发展进行大幅增加的资本投入。目前，大家的注意力集中在第三点上。不过在我看来，第一点和第二点同样重要，甚至更重要。

感悟——

这篇文章发表的时间是1966年。从那时到现在，英国和全球各地的全科医学及其背景已经发生很多变化。麦克威尼教授所创建的“全科理想”中有很多已经实现，也有不少仍然遥远。

麦克威尼教授对现代全科医学的卓越贡献，可以从对他的追忆和反思的很多文章中了解到。他是第一位将全科医学定义为独特医学领域的人，因此受到广泛赞誉。他认为全科医生服务的基础，是与病人及其家人长期的治疗关系、对他们生活故事的熟悉，病人对医生的长期信任关系，因此获得的医患共识、独特的诊疗知识和决策优势。他的医学服务方法现已成为家庭医生培训中使用的基本模型。

现代医学教育的社会化过程，可能是潜移默化地把朴素情感的初学者锻造成人性化的医学专家，从而能在排除情感干扰的基础上去专注于损坏的器官（医学社会学语言）。不过希波克拉底所倡导的医学是之于人的艺术，麦克威尼教授在这篇文章中提到，全科医学与其他医学学科不同的气质和特征，是对人的兴趣、对生病的态度，以及医者即为药的理解。在医学专科化盛行的背景下，麦克威尼以全科医学的旗帜来引领医学回到根本。如果把专科这个词理解为对某个广泛领域的深入探究，那么全科医学就是一个专科。

当然，如果一个自我宣称的学科，可以轻易地被其他已存学科所替代，那么这个宣称就是无效的。麦克威尼教授从行动领地、知识体系、研究领域、成员培训四个角度，阐述全科医学与众不同的独特之处。全科医生是最早发现健康偏离的人。他能融会贯通地理解和使用对生病现象评估和诊断测试、疾病的流行病学知识、人类身心发生发展规律、人类行为和心理规律、生病表现的社会因素。全科研究的理论基础是医学、心理学、社会学的综合运用。他提出的全科成员培训的十个基本原则，迄今仍具有明确的教学实践意义。他对从医院培训向社区实践的转换，对大学在职业发展和全科研究中的作用，提出了存在的问题和可能的改进方向。他认为全科医学进一步发展的条件是与其它医学临床学科对等的学术结构、全科医生在临床服务中有保障的地位，以及对全科医学大幅增加的资本投入。麦克威尼教授在探讨全科哲学问题：全科是什么，全科从哪里来，全科将向哪里去。

除了麦克威尼教授为现代全科医学搭建的学术和发展框架外，他对全科的情怀也鼓励着他的学生和跟随者，他提出，无论人们在巅峰时期多么强大，都会突然因无情和不可避免的病痛而陷入无能为力的境地。然而如果人们能有全科医生，让跌倒不那么可怕，让着陆还有些优雅，那么真的是再幸运不过了。

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（二）：麦克威尼论全科医学学科[J]. 中国全科医学, 2024, 27(3): 前插. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.A0002.