

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（六）：麦金托什医生的全科医学研究观

杨辉，澳大利亚 Monash 大学

【关键词】 全科医学；初级卫生保健；全科医学研究；统计学方法；詹姆斯·麦金托什

现代全科医学发展之初，人们是怎样看待全科医学研究的呢？我们看看詹姆斯·麦金托什教授是怎么看的。

詹姆斯·麦金托什（Mackintosh，1891—1966年），他学医过程被第一次世界大战中断，复员后1920年获得公共卫生博士学位，1923年获得医学博士学位，1941年任格拉斯哥大学公共卫生教授，1943年当选英国内科学会院士和爱丁堡内科学会院士，1944年任伦敦卫生和热带医学学院公共卫生教授和院长，1950年获格拉斯哥大学荣誉法学博士，1956年获全科医学学院荣誉院士，1961年获伯明翰大学荣誉法学博士。他曾在美国约翰霍普金斯大学举办研究生系列讲座，并曾经在WHO任职。他为1959年第一份世界卫生状况报告提供过调查研究，该研究是有史以来关于国际公共卫生理论和实践中备受认可的短篇专著之一。退休后他回到布里斯托尔，继续写作。

下面的这篇文章是《柳叶刀》主编用第三人称撰写的麦金托什教授的全科医学研究观 [The Lancet, 1995, 265 (6871): 953-954. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)90974-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)90974-0)]。限于篇幅，以下译文有节选。

“全科医学工作存在一个固有的危险性，即一天内看了各种病人，得出各种临床想法，结果是形成了肤浅和杂乱无章的好奇心，而不是激发出对研究的渴望。”1954年詹姆斯·麦金托什教授在爱丁堡皇家内科医学院的第一场约翰·马西森·肖讲座中分享了他的这段反思，他讨论的是全科医生做研究的机会。

支持全科医生做研究是值得赞扬的，既往有很多鼓励全科医生为科研做贡献的尝试，不过全科医学研究总是满怀希望的开始，缺乏活力的夭折。对于独自工作的医生来说，自己选择的研究项目往往会失去吸引力，尤其是在冬天疾病流行的“忙碌季”。通常，现代的研究最好由团队来完成，全科医生学会鼓励医生组成小组开展科研项目，同时为喜欢单独做研究的医生提供信息和帮助，这种做法是正确的。

1954年底，在学会理事会研究委员会登记的愿意参与研究的会员名册里，约有380名来自英联邦各地。正在做的全科医学研究有4种类型：大学资助的调查研究、医生小组开展的研究、学会分会资助的调查研究、医生个人自选的调查研究，其中学会分会资助的调查研究只限于在全科诊所的研究，或者比在医院或实验室更好的研究。比如正在开展的磺胺类和抗生素在预防麻疹并发症效果的调查（由于1954年麻疹发病率低而使研究进程受阻），预计1955年情况好转，并在1994年底发布研究报告……

在学会的各个研究组中，有的观察急性呼吸道感染临床模式；有的感兴趣遗传性疾病，研究拉姆施泰特手术后儿童肥厚性幽门狭窄的发病率；有的在研究扁桃腺切除术的价值；有的对心身疾病感兴趣，研究哮喘和偏头痛的心理因素；有的则主要关注儿童哮喘。学会分会资助的调查包括对英格兰西南部产科工作的调查、对北爱尔兰婴儿头部对称性与优势手关系的研究、对约克郡癌症患者未接受治疗的原因分析，以及对英格兰东南部腺热、传染性肝炎和流行性冬季呕吐的流行病学调查等。

上面列举的这些研究，都是以极大的热情开始；但从以往组织的全科医学研究经验来看，过于分散的努力可能会导致虎头蛇尾。另外，麦金托什教授认为即便医生太忙，仍然可以在临床工作之外做一些自己愿意的研究工作。全科医生进行的研究通常是在自己以往研究的基础上，有计划地在今后进一步巩固和完善，这是明智的，而不是拓展新的研究领域。公共卫生实验室可以增强全科医生的研究能力，比如科比的纳菲尔德诊断中心，其配备专门的技术人员，全科医生可以在这里直接获得简单的细菌学、放射学和病理学方面的技术帮助；如果全科医生愿意，还可以自己做试验。

全科医生可以研究遗传性缺陷和疾病，特别是有经验的家庭医生，比大多数医生更有机会注意到一代又一代发生的问题。他们可以评估古怪的亲戚和迟钝的孩子，可以看到死产、新生儿死亡、轻微先天畸形、血友病、亨廷顿舞蹈病和幽门狭窄的记录，可以观察到常见的疾病对患者及其环境的关系，可以评估新旧治疗方法的长期效果，可以分析疫苗的保护价值。只有他们才有机会看到老年相关疾病发作的整个过程，并且可以分析应激疾病的基本原因和诱发原因。

全科医生有一定的临床预见能力，许多年轻医生被老医生预测疾病近期和远期结果的技巧所震惊。正

如麦金托什教授所说，在专家层面上，妊娠对慢性病的真正影响多是未知的。虽然在医院可以大致了解某明确疾病的病理学，但只有在全科医学才能体会到疾病早期的微妙暗示，这是全科医生通过对同一位患者的终身观察而学到的。

精神疾病有时起源于人际关系，这为全科医生提供了另一个研究领域。即便在精神病院或精神科诊所多年的观察，也无法像全科医生那样了解精神病患者在真实生活环境中的情况。

流行病学的很多命题需要全科医生来回答。很多疾病的潜伏期仍不确定，许多传染性疾病的传播方式还远不清楚。全科医学在流行病学研究上可以继续做一些工作，不仅是涉及水痘、带状疱疹等常见的感染，也包括如风湿病、甲状腺肿、支气管炎、龋齿等慢性和局部的非传染性疾病。在健康和生理学方面，也需要全科医学的研究，包括青春期紊乱、月经紊乱、女性绝经期、男性更年期、老花眼、身体和情感类型的重要性，以及“漫长而迷人的儿童生长发育”。

全科医学研究可以有这么多方向。不过麦金托什教授也暗示，全科医学研究也存在障碍。第一个障碍是医学教育课程的问题，它没有让学生为在医学服务过程中开展研究做好准备，而且主要向学生介绍的是疾病的晚期阶段，对疾病与社会和工作的关系叙述甚少。其次，全科医生没有学到足够的统计学知识。如果他们能对统计方法和对照组重要性有所了解，他很快就会认识到全科服务中的研究所需要设备并不多：两只眼睛、一支笔和一张记录卡通常就足够了。其他障碍包括全科医生和顾问医生之间缺乏联系，缺乏做研究的碎片化时间，患者的偏见（一般人对研究有近乎敬畏的尊重，但他们不喜欢自己成为研究对象）、缺乏如医院或实验室存在的研究气氛。

麦金托什教授认为这些障碍都是可以克服的。学会发挥其应有的作用，如提供帮助和指导（特别是收集准确的统计数据方面）、组织研究团队和小组、让热心研究的人保持联系，以及与各自学科的专家保持联系。其他激励措施，比如医学院必须培养学生有更好的研究能力，卫生部门可以提供有关常见病的数据和信息，应该把研究工作纳入集体行医的副产品，让医生有时间阅读、写作，参加临床会议，照顾自己的健康，并更充分地发展专业技能。

感悟——

没有问题就无所谓研究。不过，研究问题（research question）从哪里来的呢？是自己的，还是别人的？是源于兴趣或好奇，或是疑惑或尴尬，还是理想或价值？

蒙纳士大学的全科医学教授彼得·沙特那医生说过，一个人要用 60 min 做研究的话，45 min 是花在思考“我要做什么研究”上，甚至在把文章提交给杂志社之前，仍在反思和确认“我在做什么研究”。可见，提出好的研究问题，而且这个研究问题是属于你自己学科的研究问题，并不是容易的事情。

麦金托什教授谈的，是全科医生自己的研究问题，而不是为职业研究者或政府回答的问题。他们的研究问题一定是来自全科医学的临床实践和管理现实。全科医生的研究问题可以来自对自己工作的兴趣和好奇。全科医学的特点致使全科医生对研究问题的思考处于两个极端：一种是因研究点瞬起瞬灭，兴趣点过多，让人无暇关注，长此以往，淹没在问题中找不到重点，并可能失去对研究的兴趣。对于兴趣不足者，需要激发。另一个极端则是“满怀希望的开始，缺乏活力的夭折”。对于兴趣过度者，则需要优选。

现实中兴趣不足的医生可能会更多一些。麦金托什教授主张全科医生做研究，他鼓励医生们首先做的，是寻找可研究问题的机会。而对于兴趣过多的医生，应该鼓励他们做自己擅长的领域。这取决于医生是否能清楚地定位，并且一直有这样清楚的定位。里昂·皮特曼教授推荐的“5 年一转身”的混合式职业路径，对兴趣不足和兴趣过多的医生来说，都是很有价值的建议。

无论是全科的研究，还是广泛的医学研究，都有不少人陷入了方法学的泥潭，甚至总有人越过前期步骤，直奔方法而去，期望能尽快出结果。这样做的弊病在于学术型全科医生会失去自己的特点和方向。有很多研究问题是只有全科医生才能提出来的，这才是研究的独特和创新之处。因此麦金托什教授指出的，是全科医生首先要提出自己的全科性质的研究问题，然后才是选择适宜的方法。

全科医学研究对全科医生来说是存在障碍和困难的，不仅是工作繁忙，也不仅是缺乏研究问题，而是医学研究系统对全科医学研究的认可和支持。这需要我们全科人的努力倡导，让专科式的研究和学院派的研究理解和接受全科医学的与众不同，也让研究基金或未来基金能更多地给全科医学研究和研究能力发展提供更多的支持。

好的研究者不一定是学究的样子，也不会限于自己的“学术围城”，而是像麦金托什那样，对人类学保持持久的兴趣，在生活中探究生命和健康哲学。我们的全科医生中也不乏这样高情商的同仁，这种素质更有利于提出新鲜的、有趣的，并有意义的全科医学研究问题。

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（六）：麦金托什医生的全科医学研究观[J]. 2024, 27（8）：前插. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.A0008.