

· 论 坛 ·

# 广义结合医学:综合健康干预的战略方向

侯政昆<sup>1</sup> 刘凤斌<sup>1</sup> 杨云英<sup>1</sup> 陈新林<sup>2,3</sup> 李丽娟<sup>4</sup> 李培武<sup>1</sup> 刘元鹏<sup>5</sup>

**摘要** 随着社会的发展,简单的西医学和补充替代医学结合已不能完全满足人们日益多元化的健康诉求。本研究提出广义结合医学模型,认为针对病因、临床干预和测评等,应从正统医学(西医学、中医学等)、个体内在主观特征(情绪、态度、心理等)、文化影响(医生、护理者、群体关怀等)、自然环境社会系统(经济水平、社会保障、环境污染等)4个维度在个体的生理、心理、精神等多个层面进行综合考虑和管理,并建立来自生物学、医生、患者、健康相关者、社会环境系统等更为完善的结局报告体系。该模型有个体化、动态化、标准化、客观化、系统化的内在特征和开放兼容的外在特征,旨在为综合健康干预提供新的理论指导和发展方向,探索解决目前存在的诸多医疗心理和社会问题。

**关键词** 广义结合医学;综合健康干预;疗效评价;结局测评;社会环境报告;患者报告结局;理论模型

General Integral Medicine: the Strategic Direction for Complex Health Interventions HOU Zheng-kun<sup>1</sup>, LIU Feng-bin<sup>1</sup>, YANG Yun-ying<sup>1</sup>, CHEN Xin-lin<sup>2,3</sup>, LI Li-juan<sup>4</sup>, LI Pei-wu<sup>1</sup>, and LIU Yuan-peng<sup>5</sup>  
1 Department of Spleen-Stomach Diseases, First Affiliated Hospital, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou (510405), China; 2 Department of Preventive Medicine and Health Statistics, College of Basic Medical Sciences, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou (510405), China; 3 Hong Kong Baptist University, Hong Kong, China; 4 Guangzhou Women and Children's Medical Center, Guangzhou (510623), China; 5 PHAM YUM-TSO International Medicine Company Limited, Hong Kong, China

**ABSTRACT** Nowadays, the simple combination of Western medicine (WM) and complementary and alternative medicine (CAM) cannot resolve all the health problems and various requirements. This article proposed the general integral medicine (GIM) theoretical model, which declares the disease causes analysis, clinical intervention and outcomes assessment should be recognized, managed and evaluated both from physiological, psychological, and spiritual status, and all the four dimensions: orthodox medicine (WM, Chinese medicine, etc.), individual inherent characteristics (emotion, attitude, psychology, etc.), cultural influences (doctors, caregivers, groups care, etc.), and natural environment and social systems (economic status, social security system, environmental pollution, etc). As for health outcomes assessment, a more comprehensive system including biological, doctors, patients, health intimate, social and environmental evaluations were required. The GIM model has individualized, dynamic, standardized, objective, systematic inherent characteristics, and opening and compatible external characteristics. It aims to provide the new theoretical guidance and strategic development direction for complex health interventions, and solve various medical related psychological and social problems.

**KEYWORDS** general integral medicine; complex health intervention; effect evaluation; outcomes assessment; social and environmental report; patient reported outcomes; theoretical model

基金项目:国家自然科学基金青年资助项目(No.81303148);国家自然科学基金面上项目(No.81373786);广东省中医药管理局科研课题(No. 20132177);国家临床脾胃病重点建设专科(国中医药医政医管便函[2012]108号);国家中医药管理局脾胃消化病重点学科(国中医药发[2009]30号);国家中医药管理局十二五重点专科(国中医药医政发[2012]2号)

作者单位:1. 广州中医药大学第一附属医院脾胃病科(广州 510405);2. 广州中医药大学基础医学院预防医学和卫生统计学教研室(广州 510405);3. 香港浸会大学(香港);4. 广东省广州市妇女儿童医疗中心(广州 510623);5. PHAM YUM-TSO International Medicine Company Limited(Hong Kong)

通讯作者:刘凤斌, Tel: 13694239909, E-mail: lfb163@163.com

DOI: 10. 7661/CJIM. 2014. 06. 0645

中医学有数千年历史,在保障中华民族繁衍生息方面做出了不可磨灭的贡献,有无可辩驳的实证疗效。但是,随着近现代西医学的传播发展,它面临越来越多的理论责难、实践局限和社会争论。因此,在标准化、客观化的发展要求下,中医学日渐向西医微观生物学方向靠拢,并付出了远大于自身特色发展的努力。然而,同样的局面无独有偶。近几十年来,优势强劲的西医学也面临一系列指责,如忽略患者自身健康感受,欠缺对人体整体和功能性病变的系统认识和治疗,药物不良反应较多等。因此,系统生物学、社会心理学等医学分支被逐渐提出并重视,其系统化、主观量化、个体化的发展方向也逐渐与中医学融合。

在此趋势下,结合医学(Integrative Medicine)成为中西医学突破各自局限而进行汇合交流的重要领域,即“结合传统生物医学和替代医学的各种方法和经验,强调将人作为整体进行治疗,并集中关注患者的幸福感、健康状态和医患关系,而非只是治疗疾病”<sup>[1-4]</sup>。目前,在国内虽无结合医学的准确定义,但相关研究和临床实践却十分丰富,且早已进入政府的公共卫生管理体系。结合医学旨在中西医学互通有无,理论上应该带来更好收益,但事实似乎并不完全如此。例如,来自国家卫生和计划生育委员会《2012 中国卫生统计年鉴》的数据显示,我国 2011 年各级医疗机构门诊和住院接诊人次分别上升至 627 122.6 万和 15 298 万人次,门诊和住院病人均医药费用分别上升至 179.8 元和 6 632.2 元,而中医科和中西医结合科的执业医师则分别下降到总医师人数的 11.9% 和 0.9%<sup>[5]</sup>。越来越沉重的医疗压力不断挑战着国家卫生健康体系,而在社会现实中,针对社会医疗体系的质疑和医护人员的职业伤害也屡见不鲜。因此,传统的结合医学体系还面临较多难题,而本研究拟构建包含更宽范围和更多层次的广义结合医学(General Integrative Medicine, GIM)理论,以期综合健康干预提供新的启示。

### 1 整合医学和狭义结合医学分析

1.1 整合理论和整合医学简介 本研究渊源于整合理论(Integral Theory),该理论由美国著名哲学家、心理学家和作家肯·威尔伯(Ken Wilber)(1949 年-)创建推广。威尔伯通过整合文化研究、人类学、系统理论、发展心理学、生物学和精神意识研究等,建立了更为完善和系统的结合理论,并将其应用于生态学、心理治疗、精神病学、教育、商业、医药、政治、体育和艺术等。迄今为止他已有 25 部作品被翻译成 30 种

语言,在全球获得了广泛赞誉。整合理论旨在以象限、层次、路线、状态和类型五大要素为大量现存的独立范例构建相互联系、相互补充完善的网络<sup>[6,7]</sup>。整合医学(Integral Medicine)是整合理论在医学领域的应用范例,它认为除了完全依赖外部介入方式处理有机体外(正统医学),人们内在状态在引发疾病和疗愈身体方面也起着关键作用(另类护理),一种文化如何看待某种具体疾病也会深刻影响个体对待疾病的方式(文化观念),而物质、经济和社会因素也能引发和疗愈疾病(社会系统),并且大多数疾病的产生和疗愈都包含了情绪、心理及灵性因素,见图 1。因此,一个真正有效和全面的治疗计划必然包括所有象限和层次<sup>[7-9]</sup>。

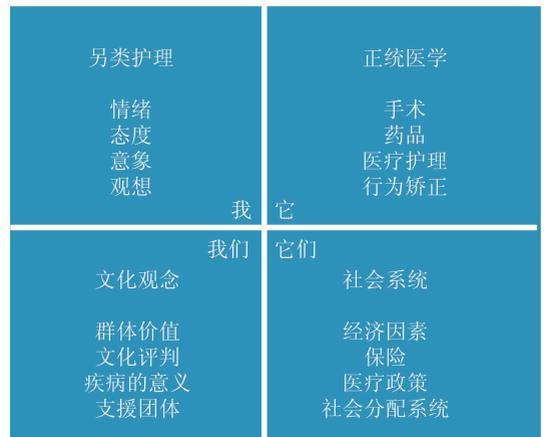


图 1 整合医学的四大象限

1.2 狭义结合医学的特点和局限 与整合医学不同,目前被广泛使用的“结合医学(Integrative Medicine)”多指主流医学和替代医学结合,如西医学和中医学、身心医学、生物学疗法、推拿按摩疗法、能量疗法等<sup>[4]</sup>互相补充替代,概念和范围相对较窄,故称为狭义结合医学(Special Integrative Medicine, SIM)。SIM 产生的客观背景是因为主流医学认识到自身无法在客观上解释、解决所有健康问题,在较多方面仍需要当地医学或传统医学干预;而补充替代医学也在医学全球化的冲击下面临到前所未有的挑战,因为西医学以其客观、快捷、确切的认知和干预方式改变了许多疾病传统的处理手段,为了患者健康和自身发展,传统医学也必须接纳新学说并调整自身。两者结合目的在于各自避短扬长,在客观上也起到了积极作用。

但是, SIM 也面临较大压力:(1)随着社会、经济、文化等发展,人们对健康的期望范围和质量越来越高,即在基本的身体没有疾病之外,还越来越多的关注自身心理、精神、社会状态等的稳定,且目前又逐渐

扩展到社会组织、医疗环境、费用支付体系等的关怀期待,这使得即使多医学体系的结合也难以解决日益多元化的健康诉求,进而患者健康的直接干预者—临床医师—面临远超出个人能力之外的压力和困惑;(2)虽然传统中医学也早已认识到情绪、社会因素、自然环境、季节等是疾病的发病原因,也是治疗手段的组成部分,而西医学也较早认识到护理、运动、宣传教育等在治疗中有重要地位,但是在客观上,其价值和地位仍远远受限,无法解决实际问题。

**1.3 整合医学的启示和局限** 因此,引入整合医学是适应当前患者多元健康诉求,系统干预健康管理的重要可行措施,因为它能够在更高的层次、更精细的组成上分析解决患者心理、文化影响、社会系统等问题。但是首先,整合理论自身仍存在不足,如认识角度单一,适应局部但忽略整体,组成细节的描述欠清晰等<sup>[10]</sup>;其次,整合医学本质仍来源于哲学和心理学,而对健康和疾病这一自然科学问题及相互的关系处理仍存在一定认识局限,如各象限切实的医学关联、下属组成部分、疾病发病解释、治疗方案构成和权重、健康结局测评等都缺乏系统、科学、专业化的解释。因此,尚需进一步完善优化。

## 2 GIM 的特征和启示

**2.1 GIM 的特征** 基于以上分析,本研究提出 GIM 概念,即指结合正统医学、个体内在主观特征管理、文化影响、自然环境社会系统影响等综合措施,干预个体的身体、心理和精神等,并由个体、干预者、健康相关者和社会环境等对其健康结局进行综合评价的医学体系。

根据其理论模型(图 2)GIM 具备以下特征:(1)正统医学:包括西医学、整体医学体系(如顺势疗法、自然疗法、中医学、印度医学等)、身心医学、生物学疗法、推拿按摩疗法、能量疗法、临床护理和适当的心理精神干预等措施,旨在客观的生理身体层面进行健康管理<sup>[4]</sup>;(2)患者内在主观特征:包括情绪(喜怒悲思忧恐惊等)、态度(如情绪态度、认知性态度、动作定向态度、防卫态度等)、医学心理、人格、健康期望等多个方面,旨从患者个体角度对其主观的心理和精神因素进行管理,西医医学心理学和精神病学、中医情志疗法等对其有较深的理论认识,但在临床实践中仍缺乏足够重视和有效的实用途径;(3)文化影响:包括医生、家属亲属、护理者、相关健康团体组织、集体群体、整体社会等各个方面和层次对病人的主观文化关怀,如良好的医患沟通、细致的家属护理、积极的团体支持、包容的群体社会态度等,旨

从主观心理精神层面改善提高健康相关者的干预意识和能力;(4)自然环境社会系统:包括患者物质经济水平(富裕或贫困等)、医疗支付方式(公费医疗、医疗保险、自费等)、疾病的医疗政策(慢性病管理、肿瘤性疾病等)、公共卫生资源建设(医疗环境、医疗设备等)、自然环境(硬质水地区、疫区、雾霾、物理化学污染区等)等,针对上述因素的积极管理能更好改善健康结局,旨在提升人们对社会环境在健康综合管理中重要地位和作用的认识,并促进相关措施的改善和落实;(5)身体、心理和精神:上述综合干预措施的作用途径包括身体、心理、精神等单个或多个渠道,并根据病情和干预措施的不同而变化;(6)ID-SOS 的内在特征:即 GIM 具有个体化(Individualized)、动态化(Dynamic)、标准化(Standardized)、客观化(Objective)、系统化(Systematic)的内在特征,其中个体化指不同疾病在不同个体中应采用相对特异的干预方法,与中医学的三因制宜(因时、因地、因人制宜)有较大理论联系;动态化指认识疾病应从发病原因(过去)、现阶段临床资料和治疗(现在)、预后评估(未来)等不同时期纵向进行分析,而且各方面的组成部分在不同时间和环境中均应进行优化调整,具有动态特征;标准化指所有干预措施必须有规范统一的共识指南,并具有循证来源;客观化指所有的疾病认识(包括病因、治疗、评估等)均应建立客观的数据记录,包括客观的实验和器械检查及主观信息的客观化处理等;系统化指所有认知类别均相互融合,在具有各种独立和个体特点的同时,相互之间有高度的关联性和不可分割性,必须结合所有认知方法对患者的各个方面和疾病的各个特点进行综合判断;(7)开放兼容的外在特征:即 GIM 并非封闭静止的理论模型,而是具有较深理论背景渊源、广泛应用环境和迫切需要性的医学体系,在保持正统医学自然科学属性的同时,对外又与心理学、社会学等社会学科交叉,期以更全面的认知体系和干预能力适应管理目前日益多元化的健康诉求;(8)GIM 不同于 SIM 之处在于它包含了更多的干预维度、更精细的干预构成、更多元的病因分析和更高的干预目的;不同于整合医学之处在于包含了更专业的理论分析、更切实的临床操作性和更严格的疗效评价等。此外,与正常化过程理论(Normalisation Process Theory, NPT)<sup>[11]</sup>、Clark 体系<sup>[12]</sup>等理论分析不同,GIM 是以医学临床实际和医学社会现实为出发点,更强调对实际问题的解决能力,具备良好的应用前景。

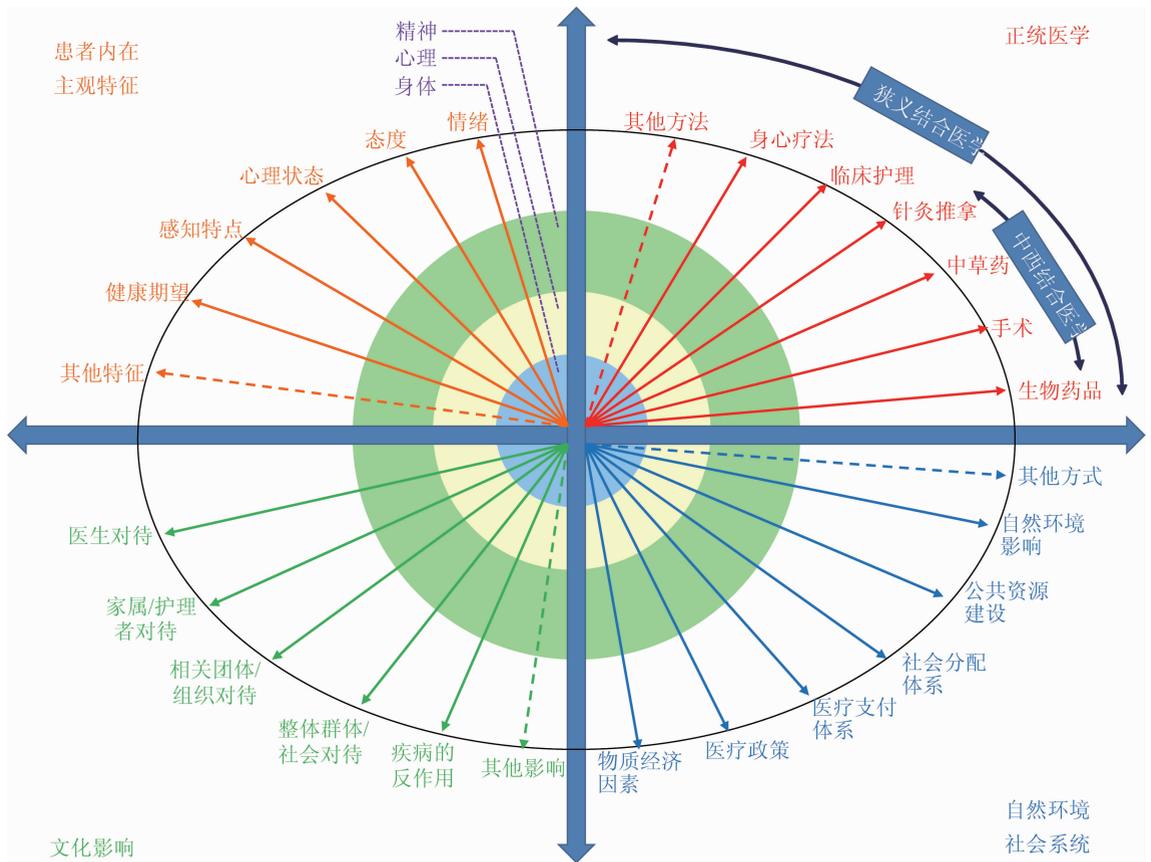


图 2 广义结合医学的简单理论模型

**2.2 对正统医学的启示** GIM 对正统医学的启示首要在于促使各经典医学体系能够对自身和其他医学的优点和局限有科学清醒的认识和平等公正的态度,以及相互结合的眼光、决心和智慧。例如,对于优势的西医学来讲,能认识在部分情况下仍面临困境非常重要,如对功能性和系统性疾病的机制和治疗等仍存在局限,所以结合其他医学措施尤为可贵。而对中医学而言则更为艰难,因为要科学面对强劲发展的西医学所带来的各种机遇和挑战,那么就需要放弃中国几千年来主体医学地位的传统心态并具备积极适应优化的能力智慧。其次,作为中国补充替代医学领域中相对的主体医学,又需以更加兼容的心态容纳蒙古医学、藏医学等少数民族医学,并将其自身的发展经验用于其他少数医学的肯定、保护和挖掘。再次,GIM 期望促使正统医学对外能够在更广的范围内承认患者内在主观特征、文化影响和自然环境社会系统对疾病的发病、治疗和转归能够产生足够的影响。虽然中医学早在几千年前就将七情、社会因素和自然环境作为重要的发病因素和治疗手段,西医学体系也已纳入精神病学、医学心理学、预防医学、系统生物学、医学社会学等分支学科,近几十年快速发展的

医学结局研究也广泛将精神、心理、社会状态等作为结局测评重要的组成部分<sup>[13]</sup>,且较多临床研究和医学指南也将患者宣教关怀等作为综合治疗手段之一,但事实上不可否认的是针对上述因素与疾病关系的理论和临床研究仍然极少,尤其在一线临床实践中的地位仍然极低。而在模型图(图 2)中,不同的方向维度清晰阐明患者对待疾病的态度、家属和社会的支持、政府的医疗政策和卫生管理等都会对患者的生理、心理、精神等产生影响,进而影响疾病的临床疗效,这一现象已在较多的临床研究和实践中被证实认同。

**2.3 对患者自身的启示** GIM 对患者的启示首要在于促使其重视自身感觉对疾病发病和治疗的影响。如在态度方面,平素自身健康关注不足但发病后又过分焦虑担忧的患者往往难以取得理想的综合疗效,而良好的态度管理则可以改善临床结局<sup>[14,15]</sup>。此外,患者心理状态<sup>[16,17]</sup>、内在感知特点<sup>[18]</sup>、健康期望水平<sup>[19,20]</sup>等较多因素都会对发病和转归产生影响,所以自身调节是预防和治疗疾病的重要组成部分。其次,还需认识到群体文化态度、自然环境和社会支持保障系统都能够对疾病产生影响,故还需在更广范围内寻求治疗帮助。

**2.4 对文化影响的启示** GIM 对群体文化的启示在于促使其明确认识到自身对患者发病、治疗和预后等能够产生确切影响。例如,来自医生<sup>[21,22]</sup>、家属<sup>[23,24]</sup>、护理者<sup>[25,26]</sup>等更多、更细致、更贴心的交流和照顾能为患者带来更多的临床收益,来自相关疾病团体/组织的支持则比没有类似支持的患者有更好的临床转归<sup>[27-29]</sup>,而来自社会的文化态度则也可能在较大程度上影响疾病的价值判断<sup>[30]</sup>,并进而影响患者自身的心理状态和疾病预后。

**2.5 对社会和环境系统的启示** GIM 对社会系统的启示在于促使其积极认识到对疾病一线管理的重要作用并直接参与其中。例如,不同的经济物质水平会对健康水平或发病原因产生明确影响<sup>[31,32]</sup>,全面的社会支持<sup>[33,34]</sup>、完善的医疗政策<sup>[35,36]</sup>和健全的社会保障体系<sup>[37,38]</sup>也会改善健康状态,而医院、卫生设备等公共卫生资源的建设和分配也会群体产生显著影响<sup>[39-41]</sup>。GIM 对自然环境的启示在于肯定其对健康的影响,如环境污染对呼吸系统疾病<sup>[42]</sup>、水质与传染病<sup>[43]</sup>、环境变化与身体生理变化<sup>[44]</sup>等的影响都被证实,而改善自然环境、远离致病原也是较多疾病的重要干预措施。

**2.6 对科学研究和临床实践的意义** 由上述分析可知,现代医学已经研究了 GIM 中多种因素对个体健康的影响,但是均过于分散和独立,目前仍缺少系统化总结和理论萃取。因此,GIM 的意义在于:(1)首先系统分析并科学构建了广义结合医学的理论模型,拓展了现代综合性健康干预的范围,并明确了其组成、方向和层次,进而指导相关的实验研究和临床基础研究;(2)指导建立疾病的干预模型(图 3),即针对每种疾病干预的研究水平和临床价值进行评估,并建立量化模型以指导临床实践,如对结肠癌患者,正统医学中生物药品治疗的地位可能局限,但手术、中草药和身心疗法则可能有较大贡献;在患者内在主观特征中,良好的情绪态度和相对较低的健康期望可能对疾病有积极影响;在群体文化中,家属和护理者的悉心照顾能更好促进疾病良性转归;在社会环境系统中,充足的物质经济因素、较多的医疗支付保障、远离物理化学污染等也对本病有较大贡献。但对慢性胃炎患者,则生物制剂、中草药、良好的情绪管理、相对较低的感知阈值、充分的医患沟通、良好的公共卫生资源建设会对疾病有较好的综合影响;(3)指导完善临床结局评价体系,因为传统的西生物医学结局已远不能满足现代临床测评的多

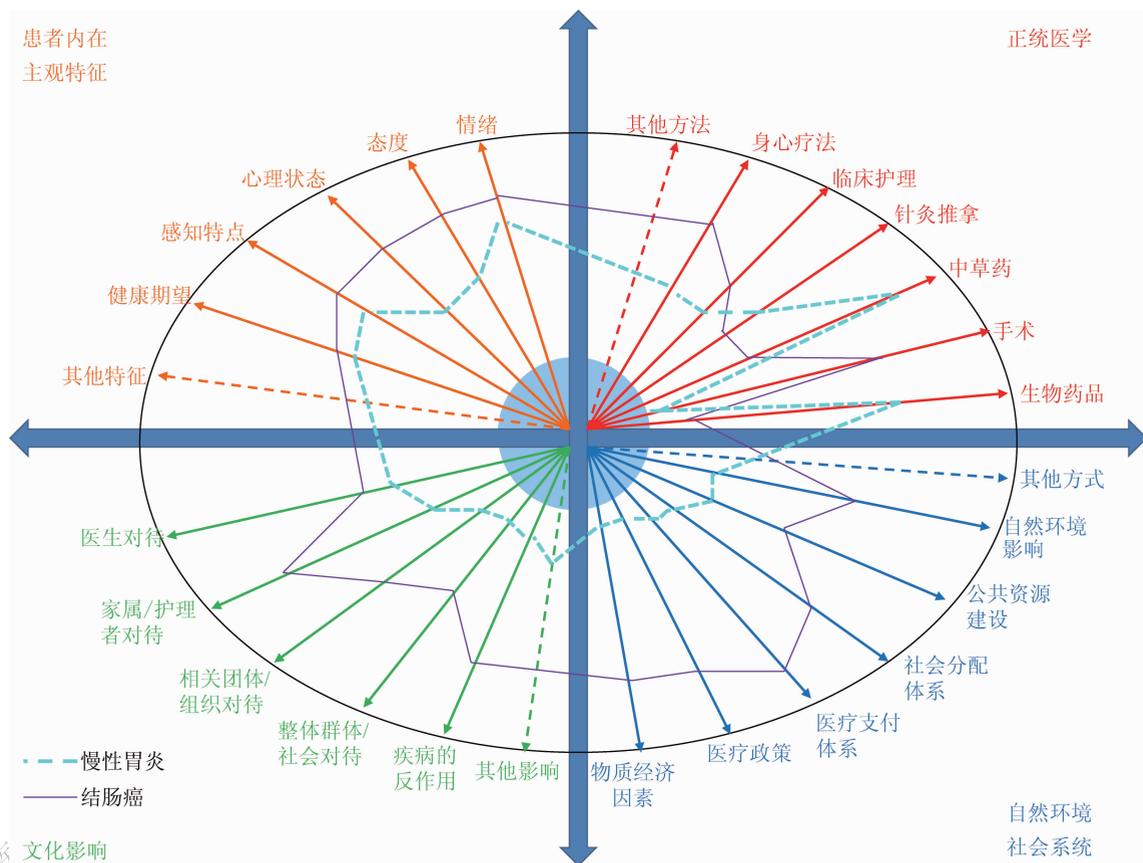


图 3 基于广义结合医学理论的疾病假设干预模型(例)

元需求,传统中医学的医生主观评估和简单生物学指标化也不能适应现代临床测评标准化和客观化的需求<sup>[45]</sup>,而目前广泛认同的四指标结局虽然纳入了医生报告、护理者报告和患者报告结局,但其测评结构和理论来源仍然是狭义结合医学,忽略了除护理者之外的其他健康相关者群体报告和社会环境报告,限制了结合医学体系的拓展。因此,需基于 GIM 模型建立更为完善的评价体系,即应包含不同特征的健康相关者报告结局和社会环境报告结局(图 4),该结局测评体系能够明确追溯各干预措施在综合干预体系中的价值和地位,并能够实现潜在偏倚关系分析和既往科学数据的量化循证累积,进而影响包括社会环境管理等在内的卫生决策<sup>[46]</sup>。但是,需说明的是对生物学、医生、健康相关者和患者的结局测评目前已有相对成熟独立的研究方法,但针对社会环境系统的干预结局测评仍需大量研究<sup>[47,48]</sup>,而且对综合健康干预“结局”的定义和构成仍然有更为多元化的认识<sup>[49]</sup>。

### 3 结论

作为正统医学的代表,传统中西结合医学和狭义结合医学在过去几十年中发展迅速,并且为提高患者健康水平做出了积极贡献。但是,随着社会发展、自然

环境变化和人们健康观念的改变,由临床医生主导的正统医学已不能完全满足健康干预的综合需求,而且也无力承担超出自身能力范围的健康结局诉求,所以引发了一系列与医疗相关的心理和社会问题,例如大量针对医疗的社会责难和频发的职业暴力伤害。

GIM 以整合理论为指导,融合了中医学的疾病认知特点和西医学的心理社会学科知识,在正统医学的基础上,扩展纳入了患者内在主观特征、文化影响、自然环境和社会系统等方面来指导健康认知、管理和评价,对丰富完善综合健康干预模式有重要的指导作用。对中国医疗而言,首先需各种群体认识到健康管理并非单独的医生职责,还需要患者自身、群体文化、社会支持和环境影响等综合介入;其次,在临床实践中,在加强正统医学统筹发展的同时,还应进一步丰富多种形式的心理精神辅导方法,建设运行多层次多渠道的群体关怀组织,完善社会保障体系和卫生资源管理分配体系,进而建立系统、科学的综合健康干预体系,共同提高国人们健康水平。在后续研究中,进一步明确各维度的组成部分和权重等,建立更为精细的工作模型,并将其应用于科研和临床实践是重要的研究方向。



图 4 基于广义结合医学理论的临床结局评价体系

## 参 考 文 献

- [1] Bell IR, Caspi O, Schwartz GE, et al. Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care [J]. *Arch Intern Med*, 2002, 162 (2): 133 - 140.
- [2] Snyderman R, Weil AT. Integrative medicine: bringing medicine back to its roots [J]. *Arch Intern Med*, 2002, 162(4): 395 - 397.
- [3] Srivastava R. What's the alternative? The worldwide web of integrative medicine [J]. *N Engl J Med*, 2012, 366(9): 783 - 785.
- [4] Tang JL, Liu BY, Ma KW. Traditional Chinese medicine [J]. *Lancet*, 2008, 372(9654): 1938 - 1940.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 2012 中国卫生统计年鉴 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2012: 40, 100 - 101, 111.
- [6] Esbjörn-Hargens S. Integral theory in action: applied, theoretical, and constructive perspectives on the AQAL model [M]. Albany NY: State University of New York Press, 2010: 33 - 64.
- [7] 肯·威尔伯. 全观的视野 [M]. 王行坤译. 北京: 同心出版社, 2013: 49 - 74.
- [8] Wilber K, Patten T, Leonard A, et al. Integral life practice: a 21st century blueprint for physical health, emotional balance, mental clarity, and spiritual awakening [M]. Boston: Integral Books, 2008: 9 - 26.
- [9] Astin JA, Astin AW. An Integral approach to medicine [J]. *Alternat Therapies*, 2002, 8(2): 70 - 75.
- [10] Meyerhoff J. Bald ambition: a critique of Ken Wilber's theory of everything [M]. LaVerne, Tennessee: Inside the Curtain Press, 2010: 253 - 258.
- [11] Murray E, Treweek S, Pope C, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions [J]. *BMC Med*, 2010, 8: 63.
- [12] Clark AM. What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention [J]. *Soc Sci Med*, 2013, 93: 185 - 193.
- [13] Acquadro C, Berzon R, Dubois D, et al. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an Ad Hoc Task Force Report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group Meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001 [J]. *Value Health*, 2003, 6(5): 522 - 531.
- [14] 崔顺姬. 老年心血管病患心态监控配合靶向心理护理干预护理的临床研究 [J]. *中国医药指南*, 2012, 10 (12): 688 - 689.
- [15] 胡恒芸, 刘诏薄, 陈秀涓, 等. 睡眠信念与态度量表在失眠患者健康教育中的应用 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2008, 22(11): 833 - 836.
- [16] 白慧丽, 蒋继敏, 刘会义. 集体心理治疗合并喹硫平对精神分裂症患者主观舒适度影响的随机对照研究 [J]. *中国民康医学*, 2012, 24(1): 26 - 27.
- [17] 侯永梅, 胡佩诚, 王梅, 等. 心理干预对维持性血液透析患者影响的随机对照研究 [J]. *北京大学学报(自然科学版)*, 2007, 43(2): 265 - 273.
- [18] 张鹏. 失眠患者与 OSAHS 患者睡眠感知特征及相关影响因素的研究 [D]. 第二军医大学, 2008.
- [19] 周慧洁, 程恒金, 陶洁静, 等. 住院患者对护士行为期望的调查研究 [J]. *浙江中医药大学学报*, 2013, 37 (3): 347 - 349, 355.
- [20] 张彦清. 结果期望理论在对高血压患者行为干预中的应用 [J]. *中国误诊学杂志*, 2007, 7(20): 4729 - 4730.
- [21] 张晓倩. 医患沟通技能对糖尿病患者治疗依从性的影响 [J]. *中国医学伦理学*, 2008, 21(5): 49 - 50, 55.
- [22] 黄志娟. 妇科手术患者医患沟通临床分析 [J]. *中国实用医药*, 2012, 7(19): 257 - 258.
- [23] 肖晓玲, 胡秋秋, 刘玉萍. 家属参与健康教育在 2 型糖尿病管理中的应用 [J]. *中华护理杂志*, 2012, 47 (4): 313 - 316.
- [24] 李长兰. 健康教育家属对肝硬化患者生活质量的影响 [J]. *中华全科医学*, 2011, 9(8): 1252 - 1253.
- [25] 梁明亮. 护理者对脑外伤患者心理干预的康复影响 [C]. 首届全国脑外伤治疗与康复学术大会论文集汇编(下). 杭州: 2011.
- [26] 龚素芬. 护理人员 and 主要照护者对脑卒中康复相关知识认知的研究 [D]. 河北联合大学, 2011.
- [27] 王春, 熊卫. 重症精神障碍住院患者团体治疗的定性研究 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2013, 27(7): 508 - 512.
- [28] 张晓冬, 西英俊. 社区中老年高血压患者团体心理干预效果评价 [J]. *中国全科医学*, 2007, 10(19): 1619 - 1621.
- [29] 何振兴. 乳腺癌“粉红丝带病房”健康教育的方式与效果 [J]. *实用医药杂志*, 2011, 28(3): 254 - 255.
- [30] 韩骥. 大连市居民医疗服务社会态度研究 [D]. 大连医科大学, 2007.
- [31] 张一青, 李少波, 周益众. 经济水平对成人营养素摄入和营养状况影响的研究 [J]. *中国医师杂志*, 2005, 7 (8): 1053 - 1055.
- [32] 林玫, 董柏青, 李永红, 等. 不同经济水平地区腹泻病危险因素病例对照研究 [J]. *现代预防医学*, 2009, 36

(17): 3212 - 3214.

[33] 裘佳佳. 综合社会支持项目对提高乳腺癌患者应对及生命质量的效果研究[D]. 复旦大学, 2008.

[34] 刘圣芳, 凌峰. 脑出血患者出院后健康行为与社会支持的相关性分析[J]. 中国医药导报, 2013, 10(14): 126 - 127, 130.

[35] 张小兰, 胡秉平. 宁夏贫困地区政策干预对孕产妇分娩影响的分析[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2013, 4(1): 42 - 43.

[36] 崔扬文, 胡必杰, 马坚, 等. 政策干预对 9808 例心脏介入操作抗菌药物预防性应用的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(7): 1673 - 1675.

[37] 栾文敬, 李杨, 李玉娇. 社会保障、收入水平、就医习惯与老年人自评健康[J]. 广西经济管理干部学院学报, 2012, (2): 25 - 35.

[38] 成晓华. 农村贫困人口的医疗社会保障研究[D]. 山东大学, 2013.

[39] 辛英, 徐玲, 王才有, 等. 我国城乡不同经济水平居民卫生保健公平性变化趋势分析[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2012, 9(6): 35 - 40.

[40] 张国杰. 经济水平排序下我国中老年人卫生服务利用公平性及其分解研究[D]. 山东大学, 2013.

[41] 李荣. 医院住院环境及其评价研究[D]. 重庆大学, 2008.

[42] 刘霞. 家居环境指导与干预对哮喘儿童生存质量影响的研究[D]. 中国协和医科大学, 2007.

[43] 赵艳玲. 我国农村饮用水质量、环境卫生状况与介水传染病发病的关系研究[D]. 中国疾病预防控制中心, 2008.

[44] 李乃民, 贾丹兵, 张东雨, 等. 高寒缺氧环境中的脉诊研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(2): 17 - 18, 32.

[45] Connelly JB. Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry[J]. J Eval Clin Pract, 2007, 13(6): 935 - 941.

[46] Ogilvie D, Cummins S, Petticrew M, et al. Assessing the evaluability of complex public health interventions: five questions for researchers, funders, and policymakers[J]. Milbank Q, 2011, 89(2): 206 - 225.

[47] 田伟, 栗美娜, 张鹭鹭, 等. 我国公共卫生服务系统政策干预研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(10): 1093 - 1095.

[48] 贾莉英, 秦坤, 苏大明, 等. 卫生政策循证方法探讨: 如何在特定环境下评价政策干预效果[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(10): 14 - 16.

[49] Paterson C, Baarts C, Launsø L, et al. Evaluating complex health interventions: a critical analysis of the 'outcomes' concept[J]. BMC Complement Altern Med, 2009, 9: 18.

(收稿:2013 - 12 - 06 修回:2014 - 04 - 02)

### 第十三次全国中西医结合影像学术交流会征文通知

中国中西医结合学会医学影像专业委员会定于 2014 年 8 月 21—25 日在福建省武夷山市召开第十三次全国学术会议。欢迎大家撰写论文, 与会交流经验。现将有关征文事项通知如下:

**征文内容** (1) 中西医结合影像学基础与临床应用研究; (2) 影像学(包括 X 线、CT、MRI、超声及核医学等)的临床应用; (3) 介入技术的临床应用; (4) 其他传统医学, 如针灸等方面的影像学研究和有关信息的交流; (5) 影像学最新进展介绍及有关信息的发布。

**征文要求** 有创新意义的实验研究、临床论著、综述、技术交流、经验介绍及临床病例报告、短篇、个案等。(1) 文稿字数请尽量控制在 3000 字左右, 并附摘要。(2) 论文请附作者简介, 内容包括“姓名、出生年月、性别、民族、籍贯、工作单位、学历学位、职称、研究方向、联系电话(若有 E-mail 请写出)”。(3) 本次会议征文统一采用电子文档, 以 E-mail 发送至 ptchenyp@163.com; 邮件主题请注明“中西医结合影像学征文”字样。(4) 联系人: 中国福建省福州市台江区茶中路 20 号(邮编 350005), 福建医科大学附属第一医院介入科 陈一平, 电话: 13805066904。(5) 来稿未在公开发行的刊物上发表; 署名无争议; 不涉密; 图片分辨率 300dpi 以上; 请自留底稿。

**截稿日期** 2014 年 7 月 31 日。

