



cnki 中国知网
www.cnki.net
中国知识基础设施工程

Google
学术搜索

Crossref

本刊由谷歌学术、中国知网检索，所有录用文章通过国际权威检测查重系统“Crossref”的检测并经过专家审定，
期刊在新加坡国家图书馆存档，本刊遵循国际开放获取出版原则，全球公开发行人，欢迎投稿和下载阅读。<http://cn.usp-pl.com/index.php>

当代医学研究

Contemporary Medical Research



 Universe
Scientific Publishing



2020[5]2
第2卷第5期

5

ISSN:2705-1234(O)
2737-4009(P)

当代医学研究

Contemporary Medical Research

主编

Editor-in-Chief

高不郎 河南省人民医院

编委成员

(排名不分先后)

Editors

李敬慧	聊城市妇幼保健院	蔡军	山东省聊城市中医医院
余祥鹏	广东三九脑科医院	牛辉	晋中市第一人民医院普外科
张全月	青海省妇女儿童医院	许胜	巴中市中医院
胡柏龙	贵州医科大学附属医院麻醉科	陈自然	巴中市南江县人民医院
闫文明	内蒙古医科大学附属医院放射科	苏浩	四川省巴中市中心医院

合作支持单位

Cooperative&Support Organizations

中国智慧工程研究会国际学术交流专业委员会	马来西亚唐博科学研究院
新加坡万仕出版社	中国《城市建设》杂志社
新加坡前沿科学出版社	北京万象兴荣科技文化发展有限公司
北京春城教育出版物研究中心	澳大利亚百图出版社
美国恩柏出版社	新加坡亿科出版社

目录

CONTENTS

- 公共卫生与预防医学在健康中国建设中的引领作用 /1
汪芸熙
- 关于胃癌的医学统计预后研究 /3
高雅静
- 冠心病现代中医证候特征的临床流行病学调查 /5
李静香
- 基层疾病预防控制机构人员职业倦怠状况及影响因素分析 /8
文月婵
- 华北地区自然疫源性疾病的分布及其与气象条件的关系 /11
伊梦瑶
- 国内外预防医学现状及发展方向 /13
周怡香
- 基于肝阴虚证现代文献病证结合研究 /15
牧雅芙
- 基于柯氏评估模式对急重症护理学本科教学课程文本模块编制
及学习平台构建 /17
刘静兰 田玉凤 席祖洋 李茶香 唐青 刘琼 刘敏
郭庆 崔克雄 彭家芹 刘彩霞 雷云宏

公共卫生与预防医学在健康中国建设中的引领作用

汪芸熙

普爱医疗有限公司 浙江 临海 317000

【摘要】公共卫生与预防医学在推动人类发展过程中起到了重要作用。随着社会经济的发展以及疾病谱、环境因素、生活方式、健康观念的改变,预防日益受到重视。《健康中国”2030规划纲要》明确将“预防为主、关口前移,推行健康生活方式,减少疾病发生促进资源下沉,实现可负担、可持续发展”作为重要内容强调了“预防为主”工作方针的极端重要性。在践行健康中国战略中,只有坚持探索具有时代特色覆盖全民的公共卫生体系,强化疾病预防控制体系在维护人民健康中的主体作用,强化各级政府的公共卫生管理职责,以改革创新为动力,促进公共卫生与临床医学的深度融合,不断提升公共卫生能力强化宣传,才能真正贯彻预防为主的卫生与健康工作方针,发挥公共卫生与预防医学在健康中国建设中的引领作用,全面提升全人群和全生命周期的健康水平。

【关键词】公共卫生与预防医学, 健康中国; 引领;

1 预防是公共卫生与预防医学的核心理念

1.1 预防医学与公共卫生

以 Winslow 教授对于公共卫生的定义 1 为基础 WHO 2011 年推荐了 Donald Acheson (1988) 对于公共卫生的定义, the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society"[2], 即“通过有组织的社会活动来预防疾病、延长寿命和改善/促进健康的科学和艺术”。

公共卫生是保障公众健康与健康公平为导向的公共事业^[3]。中国公共卫生的基本职能是医学体系中的预防医学职能, 包括疾病预防控制与计划免疫、五大卫生。广义的公共卫生职能包括: 政府和涉及公众健康的所有职能部门政策制定和实施医疗卫生服务体系中的健康管理; 生命全周期的预防保健服务; 卫生事业管理中的卫生服务体系、公共卫生监测、卫生监督/执法、卫生应急处置; 公共卫生人力资源建设与发展; 公共卫生相关教育与科研、产业与研发等。公共卫生的主要任务包括: 预防和控制疾病, 包括急性传染病; 慢性非传染性疾病, 遗传性疾病和伤残, 包括伤害和残疾; 改善与健康相关的自然和社会环境提供基本医疗卫生服务; 培养公众健康素养, 最终是创建一个人人享有健康的社会。

客观上, 公共卫生是一系列学科的集合, 该体系为社会提供广泛的不可或缺的服务。而预防医学是包含了公共卫生知识和医学技能的一个专科。预防医学是公共卫生措施的理论基础。没有预防医学的理论指导, 公共卫生就成为无源之水; 而没有公共卫生实践, 预防医学将成为空中楼阁。但公共卫生范围更广泛, 它需要医学以外各学科的知识 and 技能。

1.2 预防的核心作用

从预防医学的观点来看, 预防科学的发展和普及可以有效减少居民疾病的发生率, 不仅涉及传染性疾病

的防控公共卫生问题的处理, 通过加强健康教育和健康促进也能够降低和预防心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等慢性非性非传染性疾病的发生率和过早死亡率, 提高人群的健康水平。预防医学的影响和作用, 其结果 - - 方面对人群健康水平的提高有长远的意义; 另一 - 方面, 预防医学的良好发展会提升人口整体素质、体力和智力水平, 保护社会生产力, 促进和影响中国在经济发展的国际竞争力。

但人们认识与观念上的误区, 仍然是贯彻“预防为主”方针的最大障碍。预防与治疗的严重脱离需要时间和强有力的措施加以弥合, 祛除重治轻防的观念, 需要时间和实践的教训^[7]。实际上, 预防是公共卫生的核心, 但预防并不排斥治疗医学。大量的公共卫生措施都来自临床研究的成果; 同时, 通过临床二级预防三级预防, 阻止了病症的进一步发展^[8]。第 66 届联合国大会通过的《关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议政治宣言》提出了 32 字的慢性病防控策略关口前移、重心下沉; 提高素养、宣教先行; 学科合作、规范防治; 高危筛查、目标干预。上述观点, 正反应了预防在预防医学和公共卫生中的核心作用, 预防为主才是医学发展的根本目的, 同时也贯穿于医学各学科之中。

2 健康中国战略规划的核心是贯彻预防为主方针提升国民健康水平

2.1 形势的变化促进了对预防的更加重视

随着中国经济社会的快速发展, 经济和社会发展阶段已经发生了历史性的变化。中国工业化、城镇化、经济全球化和人口老龄化程度日益加深, 经济社会转型发展呈现出新的特征在生活环境、职业病、健康影响因素传播和健康老龄化支撑体系方面均对国民健康带来深刻影响, 需要统筹解决关系人民健康的重大“长远问题”1101。同时, 伴随着生活水平的提高和人口老龄化进程加快, 中国疾病谱发生了新的变化, 基于个体生命的健康资源被过度消耗, 心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤、

慢性呼吸系统疾病等四大重点慢性病引发的死亡人数已经占到了总死亡人数的85%。心血管病对53%的家庭造成灾难性影响，低收入家庭则高达75%^[121]。不良的行为和生活方式引起的健康问题日益凸显。生活节奏加快，精神压力加大，也直接影响到群众的身心健康。据有关调查显示中国仅有11.2%的居民能够保持健康的行为和生活方式。优质医疗资源供需矛盾依然突出，卫生健康体系重治疗轻预防的问题还没有得到根本的扭转。缺乏个性化的健康科普和技能提升指导，自己无法对自己的健康负责任。

2.2 预防为主方针在健康中国战略规划中的体现

首先，从《纲要》确立的建设健康中国的总体战略上看明确了预防为主方针在建设健康中国战略中的重要地位。《纲要》开宗明义即总结了“中国健康领域改革发展的成就分析未来15年面临的机遇与挑战明确了《纲要》基本定位。即今后15年健康中国建设的总体战略，要坚持以人民为中心的发展思想牢固树立和贯彻落实创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念坚持以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主中西医并重，将健康融入所有政策，人民共建共享的卫生与健康工作方针，以提高人民健康水平为核心。突出强调了三项重点内容：一是预防为主、关口前移，推行健康生活方式，减少疾病发生，促进资源下沉，实现可负担、可持续的发展；二是调整优化健康服务体系，强化早诊断、早治疗、早康复，在强基层基础上，促进健康产业发展，更好地满足群众健康需求；三是将共建共享全民健康作为战略主题，坚持政府主导动员全社会参与，推动社会共建共享，人人自律实现全民健康。

第二，从《纲要》确立的建设健康中国的基本路径上看，强调了预防为主的方针需要各个层面落实的极端重要性。《纲要》明确将“共建共享”作为“建设健康中国的基本路径”，是贯彻落实共享是中国特色社会主义的本质要求”和“发展为了人民、发展依靠人民、发展成果由人民共享”的要求。要从供给侧和需求侧两端发力，统筹社会、行业和个人三个层面实现政府牵头负责、社会积极参与、个人体现健康责任，不断完善制度安排，形成维护和促进健康的强大合力，推动人人参与、人人尽力、人人享有，在“共建共享”中实现“全民健康”，提升人民获得感。

3 践行健康中国战略中应重点关注的问题

3.1 探索建立具有时代特色覆盖全民的公共卫生体系

构建覆盖全民的公共卫生体系是健康中国2030规划纲要明确提出的要求。面对新的疾病流行形式和健康中国建设的战略背景，不同地域应根据本地疾病预防控制的需求来整合区域内的各类专业公共卫生资源促进全社会共同参与公共卫生职能的分担和落实在地方政府的领导下，以动态和功能性疾病预防控制职能的视角来合理构建覆盖全民的公共卫生体系。

功能性疾病预防控制网络，就是包括疾病预防控制中心在内的各类专业机构，社区、社会组织、志愿者、企事业单位等相关组织，政府及行政管理部门，各

类健康保险，个体、家庭等全社会共同参与疾病预防控制事业的共治体系。在这个功能性体系中既要发挥政府及相关职能部门的引导作用和各级疾病预防控制中心在疾病预防控制职能中的专业核心作用，也应开发其他各级各类医疗卫生机构的专业支撑能力；同时，要充分重视社会力量在疾病预防与控制中的作用，从促进疾病预防可持续发展 and 共建共享的视角来认识社会动员参与疾病预防与控制的重要性鼓励和培育更多的社会力量和志愿者组织融入疾病预防与控制功能性网络；更要合理利用医疗健康保险等利益相关措施来激发家庭和个体在疾病预防控制中的重要责任，以动态和功能性的观点合理规划清功能性疾病预防控制网络内利益相关者应当承担的职能，共同推进疾病预防控制事业的可持续发展为健康中国战略的全面实施做出贡献。

3.2 强化疾病预防控制体系在维护人民健康中的主体作用

目前，中国公共卫生体系建设滞后于社会经济的发展，公共卫生还不能满足人民日益增长的健康美好生活需要整个公共卫生体系还面临着体系不健全，投入机制不健全区域发展不平衡，人才缺失和治理能力不足等问题。与此同时，疾病预防控制体系作为公共卫生体系的重要组成部分在健康中国的建设中有着主力军和专业支撑的地位，直接关系到提升全民健康水准战略规划的实施。但目前疾控体系在人员编制、体制、人力资源、经费支持和业务能力等诸方面还存在着发展滞后，不能满足当前健康中国建设要求的现实困境。在新的外部环境发生改变的约束下，包括疾控体系在内的公共卫生体系需要迎接新的挑战。要坚决贯彻预防为主的工作方针，强化疾控机构在公共卫生服务体系中的主体地位从体系建设、服务模式、治理能力和保障机制等多个方面进行改革创新发挥其人才优势、技术优势，做好健康生活的引领者，健康服务的主力军健康保障的促进者健康环境的守护者，健康产业的参与者；使其自身能力与所承担的任务使命相适应。

【参考文献】

- [1] 徐建国, 刘开泰, 陈博文, 贾光, 邵瑞太, 尹德卢, 殷继永, 薛冬梅, 胡贵平, 马军, 孙长颢, 何燕玲, 何耀, 李丽萍, 杨克敌, 梁鸿, 郭有德, 温春梅, 阚飙, 武阳丰, 戴政. 建立新型国家预防医学体系战略研究[J]. 中国工程科学, 2017, 19(02): 55-61.
- [2] 范小雨, 夏彦昌, 杨双波, 陈鹏, 陈江兰, 秦星星, 孙叶盛, 龚磊, 刘红. 预防医学专业新生对专业认知和满意状况的差异及交互影响[J]. 中华全科医学, 2017, 15(02): 334-337.
- [3] 王焱, 王金华. 形成性评价在口腔预防医学实验教学中的应用[J]. 重庆医学, 2016, 45(11): 1575-1577.
- [4] 韩琴, 冷言冰, 贾皓, 刘新. 3R原则与虚拟实验室在预防医学实验教学中的应用[J]. 实验技术与管理, 2013, 30(08): 152-154.

关于胃癌的医学统计预后研究

高雅静

汇瑞医疗有限公司 山东 烟台 264000

【摘要】胃癌常见恶性肿瘤之一，严重的威胁着人类的健康。但胃癌无论是手术还是联合治疗预后较差。理论上辅助化疗是可以清除残存肿瘤细胞，并起到预防肿瘤复发和转移的作用。但从胃癌术后辅助化疗的病例分析发现辅助化疗对患者预后无益处或者仅有微小益处。本研究旨在探讨影响胃癌术后患者预后的各种因素，以期提高对胃癌的认识和治疗水平。

【关键词】胃癌；医学统计；预后研究

引言

胃癌作为一种发病率和病死率均较高的恶性肿瘤，其预后与很多因素情况有关，如年龄、Bormann分型、肿瘤细胞的分化程度、淋巴结转移等。积极有效的综合治疗能带来较好的预后，近年来的许多研究逐渐表明，术后积极的化疗并未给进展期胃癌患者带来显著的生存利益，只有在获得有效切除的患者中术后化疗才能起到一些作用¹。根治性切除手术无疑是影响胃癌患者预后的最关键因素。我们从成功的手术病例来分析影响胃癌预后的各种因素。

1 年龄和性别因素的影响

胃癌预后年轻的胃癌病人中女性较差，年纪较大者无明显不同。年较大者较差，但一部份的年轻患者预后也极端不良。1981年全国胃癌协会调查27单位11734例5年前住院胃癌病例总结。20岁以下的病患无1例术后存活3年以上；21~30岁年龄组平均5年生存率仅7.6%；而71岁以上高龄组5年生存率为9.4%。

Koea等报道40岁以下的青年胃癌预后较差，要是与青年人胃癌的组织学类型较差、临床病期较晚及术切除率低有关；而相对60岁以上的胃癌患者，由于其组织学类型较好，发展较慢，预后也较好。从研究中发现：青年患者一般在有胃脘不适或隐痛等症状出现后不久马上来就诊，而且均应医师要求行胃镜或GI检查确诊。术前病程平均4.5周（2~14周），明显短于其他组的平均10周（4~40周），青年胃癌患者就医时术前病程短、肿瘤病期较早^{1,2,3,41}。因此，我们认为，在胃癌的预后影响因素中，肿瘤的TNM分期对预后的影响作用要比肿瘤的组织学类型要明显得多。

2 Bormann分型因素

Bormann I型、I型胃癌患者的预后明显好于型和IV型患者，其中IV型最差，该组45例患者中生存时间最长的为36个月，最短的仅为4个月，中位数生存期为9个月，5年生存率为0。45例BormannIV型胃癌患者中，38例为肿瘤占据胃2个分区以上的广泛癌，占84.4%。而其他BormannI、I、I型各组中占据胃2个分区以上的广泛癌分别为13.9%、14.3%、24.9%，

在各组间有着明显的差别。同时所有BormannIV型均都发生淋巴转移，平均淋巴结转移数也高于其他各组，肿瘤浸润深度均达到或超出浆膜层，肿瘤的TNM分期也较晚，这是其预后较差的主要原因。在本研究中胃癌的大体分型未能进入模型，但并不意味着胃癌的大体分型是胃癌预后的无关因素，而可能是模型中的浸润深度和淋巴结转移度替代了它的作用。

以总体的概念为例，总体的概念经过了三个演变过程：实物→数量指标+随机变量（概率分布）。比如我们研究某个地区新生儿的体质问题，那么这个地区所有的新生儿就是我们研究的总体。但是统计学是研究数量规律的一门学科，况且体质是一个很广泛的概念，这就要求我们把研究问题具体化，从实物身上抽象出数量指标来。我们知道新生儿的体质和他们的体重有很直接的关系，所以这个时候我们就把这个地区所有新生儿的体重作为我们的研究总体，总体的概念就从实物演变到了数量指标。我们可以用一个随机变量X来表示这个数量指标的取值，而根据我们以往的经验 and 统计数据，我们知道这个数量指标的取值具有某种规律，比如服从正态分布，按照数理统计中随机变量分布的代表性，我们又可以把总体抽象为一个概率分布。由此，我们就完成了总体这个概念的演化和升华。经过数理统计的讲解和推导，大家对于总体有了深刻的认识，在医学统计学中就可以简化这个过程，适当压缩课时。这样的处理，既让学生深刻理解了基本概念，又不会出现学习的浪费。

3 肿瘤细胞的分化和淋巴结转移程度

胃癌肿瘤的浸润深度和淋巴结转移度与肿瘤的预后密切相关。恶性肿瘤细胞比正常组织容易离散。是由于瘤组织含钙低，癌组织释放，肿瘤组织间液含有高的溶酶体及组织蛋白酶促使瘤细胞自肿瘤实体离散，以阿米巴样运动穿透基底膜和结缔组织间隙。毛细淋巴管通透性高，一般无完整基底膜，在内皮细胞间有暂时的裂隙，使瘤细胞易于以阿米巴样运动穿进入淋巴管内。肿瘤的TNM分期包含了肿瘤的浸润深度和淋巴结转移度，TNM分期越晚则患者的预后越差，各组间的5年生存率

有显著差异 ($P>0.0$)

1)。1997年UICC以区域淋巴结转移个数取代了以解剖位置为依据的淋巴结分级方法,同时将第12、13、14、16组淋巴结转移作为远处转移(M1)。新淋巴结分级的界定方法一定程度上统一了临床分期和病理分期,在临床上有较好的可重复性。同时我们发现,其他影响胃癌预后的因素也与肿瘤的浸润深度和淋巴结转移度相关,因此,我们认为TNM分期可以总体反映肿瘤的生物行为特性,相对其他

预后因素比较模糊的缺点来说,临床的应用价值较高^[6]。

众所周知,分析胃癌淋巴转移及复发淋巴转移数量,对胃癌预后判定及指导其进一步治疗具有更大的重要性。故国外报道:在338例胃癌手术病例中共检出附属淋巴结10134个,每例病人平均约30个。根据每例胃癌病人转移淋巴结的个数与检出的淋巴结总数之比,称为淋巴结转移度。将上述病人按转移度分为0%、-25%、-50%、>50%四组。随访转移度0%组5年生存率为73%;-25%组为43%;-50%组为22.6%;>50%组为7.4%,表明5年生存率随着淋巴结转移度上升而下降,此外随着转移度的上升,窦组织细胞的增生减少。胃癌间质淋巴细胞的浸润随着转移度的上升而减少。肿瘤的深度与胃浆面的侵犯程度与转移度的上升呈正比关系。所以,淋巴结转移度是一个良好的断判预后因素,结合其他因素,能较好地表现胃癌生物学特性。淋巴转移的位置也会影响到预后,数目较少预后较好,离开病灶愈远愈糟糕,切下淋巴结超过20%~25%被癌细胞侵犯预后较差。

由于课时的限制,大多数临床医学专业只是在大一安排了32学时的高等数学课程,有的并未开设概率论与数理统计课程,这对学生学习医学统计学无疑是釜底抽薪。学生由于经过了医学学习方式的培养,思维已经形成定势,逻辑思维与抽象思维发展严重受阻,所以学习医学统计学时普遍有畏难情绪,对统计思想、理论与原理了解甚少,更谈不上理解和掌握。大多数学生只会按照书上的例子依葫芦画瓢,不管方法适应的条件,拿来主义严重。

医学的学生在思想上普遍认为学习统计学没用,医生只要能看好病就可以了。这是思想上的误区,实际上,一种新药的诞生,一种新疗法的发现,无不经过统计学的验证和考量。所以要作一个与时俱进的医学工作者就不得不学好医学统计学。相反,如果只是一味吃以前的医学老本,没有创新和研究,没有统计学知识的应用和改革,就会止步不前,惨遭淘汰。

据国外学者报道,医学期刊中统计学知识误用率平均在50%左右,有的甚至高达100%,而且误用的并非高深统计学方法,而是极其普及的统计学知识。这种现状,有点令人触目惊心,医学所涉及的问题都是人命关天的,而在如此大的误用率下面做出来的医学研究,您会冒着病人的生命危险施行吗?又有哪个病人愿意不要命的勇敢接受呢?

4 肿瘤部位因素的影响

胃癌多开始于胃小弯,当延伸至胃大弯则多属晚期,或已侵及横结肠。所以胃上端似较差,胃大弯处更差,也有可能是因胃上端淋巴走向亦蔓延,初期症状较不明显,上端有病灶切除部位较大,手术后营养较差并发症多。此外在胃大弯处常穿出到腹腔,腹腔内转移概率大预后当然很差。

如患者男性,57岁,陕西佳县农民。1979年因上腹剧痛当地医院诊断胃穿孔施行胃穿孔修补术。术后半年上腹部出现包块,钡餐和胃镜活检诊断胃腺癌。1980年8月手术见胃体小弯侧癌灶与肝左外侧叶粘连且穿入肝实质,附近淋巴结肿大。胃下半部尚无异常,故施行近端胃大部分及肝左外侧叶切除,和较彻底的淋巴结清除。术后虽未进行其他治疗,但15年后随访仍健在。

“概率论与数理统计是——门研究随机现象数量规律性的学科。在医学、药学和卫生科技中所涉及的临床试验和科学研究中面临着许多不确定因素的影响,这就意味着数理统计要在这样的领域起到积极的作用,再鉴于医学、药学科内容的丰富,便产生了一门新的学科——“医学统计学”。“医学统计学”是以高等数学和线性代数为基础,用数理统计学的原理和方法来解决医学实践研究、居民健康状况及卫生服务领域中数据的收集、整理、分析、推断的一门应用学科。撰写医学论文的每个过程都离不开医学统计学,脱离了医学统计学,论文就失去了科学性,即便论文的主题再好,最后的结论也有可能是错误的。所以要提高医务工作者的业务水平和科研能力,推动整个医学研究向前发展,就不得不提高广大医学学生的医学统计学水平。所以笔者根据自己的教学经历和体会,探讨如何做好‘概率论与数理统计’和‘医学统计学’的衔接教学。

结论

总之,肿瘤的生物学特性、机体的免疫状态等诸多因素是造成胃癌个体差异和不同预后的内在因素;对他们之间的相关性进行分析和检测有助于筛选出有价值的预后指标,认识胃癌的个体差异,为胃癌诊断、治疗提供新的途径。

【参考文献】

- [1] 医学统计工作的基本内容[J]. 重庆医学, 2015, 44(06): 806.
- [2] 冯丽云, 戴越苏. 充分利用FoxPro数据库编程技术控制医学统计大数据群录入质量[J]. 中国卫生统计, 1998(02): 3-5.
- [3] 赵益新, 阮晓冬. 生物医学统计分析中样本容量的确定[J]. 西南民族学院学报(自然科学版), 1995(01): 86-89.
- [4] 徐勇勇, 郭祖超. 高级医学统计软件包——SPLM研究初报[J]. 第四军医大学学报, 1988(05): 346.

冠心病现代中医证候特征的临床流行病学调查

李静香

高雅生物科技有限公司 浙江 绍兴 312000

【摘要】目的探讨目前我国冠心病患者中医证候学特征。方法运用临床流行病学调查方法,对来自全国21个省、市、自治区40家三级中医或中西医结合医院的8129例冠心病患者中医证候特征进行临床横断面调查建立心病中医诊疗信息数据库,运用频数分析及关联规则等方法进行数据处理。结果冠心病中医证候多属本虚标实、虚实夹杂的复合证型,本虚以气虚(67.17%)为注,标实以血瘀(77.89%)、痰浊(43.97%)为主,同时可兼见阴虚(28.97%)、气滞(19.60%)、阳虚(17.39%)等证候要素;其中气虚、血瘀、痰浊之间关联度最强证候类型以气虚血瘀(15.06%)、气虚痰瘀(10.95%)、气阴两虚血瘀(9.28%)、痰瘀互结(8.75%)最为多见;男性与女性的证候要素常见度排序基本一致,男性较女性更多见血瘀(78.81%/76.19%)、痰浊(46.79%/39.00%)、热蕴(9.70%/8.27%)女性则较男性多见气虚(74.74%/67.01%)、阴虚(32.21%/27.08%)、阳虚(18.45%/16.73%)、血虚(12.15%/8.01%);不同年龄段冠心病患者证候要素常见度分析,随着年龄增长(<45岁、45-60岁、61-75岁、>75岁),气虚(54.75%/60.38%/69.52%/73.88%)、血虚(5.57%/8.63%/9.40%/11.86%)、阴虚(23.93%/29.27%/28.69%/30.08%)、阳虚(12.13%/15.01%/17.33%/21.93%)以及水、饮证(6.23%/7.21%/9.53%/13.24%)比例呈明显增长趋势。结论目前我国冠心病患者中医病机为“本虚标实”,证候以气虚为本、血瘀或兼痰浊为标多见。

【关键词】心病;证候特征;流行病学调查;阳微阴弦;

引言

证候是中医药辨治疾病的关键,精准把握疾病的证候特征有益于提高疾病的诊疗水平。张仲景提出的“阳微阴弦”是胸痹心痛的病机,至今仍指导着冠心病的临床辨治。但冠心病作为一种生活方式疾病,随着人们生活环境及饮食的变化,其中医证候特征也在发生变化[1],与东汉张仲景“阳微阴弦”病机表现出的证候内涵已有所不同。为准确把握目前我国冠心病患者中医证候的特征和内涵,心病中医临床研究联盟40家成员单位在前期工作的基础上12.3.4.51,进行协作研究,开展了多地域、大样本的临床流行病学横断面调查,对冠心病中医证候特征进行了调查,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例来源

本调查从2012年1月至2014年11月在全国21个省市自治区的40家三级中医或中西医结合医院同时展开,病例均为门诊或住院患者。

1.2 西医诊断标准

参考《2007年中国慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》[6]、《2007年中国不稳定性心绞痛和非ST段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》[7]、《2010年中国急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》[8]进行制定。

1.3 中医辨证标准

参考《冠心病中医辨证标准》[9]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》[10]、《中医诊断学》[11]及《中医内科学》[12]相关内容进行制定。

1.4 纳入标准

1)符合冠心病诊断标准(具备以下至少一项):

(1)冠状动脉造影或冠状动脉CT血管造影(CTA)证实至少一支主要分支管腔直径狭窄在50%以上,有或无心绞痛、心力衰竭、心律失常、猝死复苏;(2)既往或当时有明确的ST段抬高或非ST段抬高型心肌梗死证据;(3)有明确的经皮冠状动脉介入术(PCI)史;(4)有明确的冠脉旁路移植术(CABG)史。2)年龄>18岁。3)签署知情同意书。

1.5 排除标准

1)患有风湿性心脏病、严重瓣膜病、肺源性心脏病、扩张性心肌病、肥厚性心肌病、心肌炎、甲状腺功能亢进症、恶性肿瘤、血液病。2)精神或智力异常,难以准确获取病情资料。

1.6 调查表的制作

在文献分析及专家调查基础上,初步形成调查表,进行信度、效度、反应度检验,并进一步通过多次临床预调查及多轮专家咨询、论证,最后制定量表,开展临床调查。表内容包括一般资料、发病情况、中医四诊信息采集、中医证候要素判断、临床诊断及相关理化检查等。

1.7 分析内容与方法

针对病位分布及证候要素常见度分析,运用频数统计;针对证候要素严重度分析,首先在临床调查时对各种证候要素的表现程度进行0-3分判定,实际分表示存在某证候要素所有患者的得分总和,最高分为存在某证候要素的患者人数x3分,严重度即为实际得分与最高得分的比值。关联规则分析能够挖掘两个或多个变量取值之间存在某种规律性,其形式为A→B,A称为规则的前项,B称为规则的后项,主要评价指标包括支持度(项目A和项目B同时出现的概率)、置信度(在包

含 A 的事务中同时出现 B 的概率) 以及提升度 (置信度与后项支持度的比)。

1.8 质量控制

严格执行诊断及纳入、排除标准, 对调查人员进行系统培训 (培训光盘 + 现场指导), 提高研究者及患者依从性, 制定中医信息采集、表填写等操作规范, 加强资料管理。运用内部检查和外部督查相结合方式, 对协作单位进行不定期现场或电话监查, 并撰写监查报告, 发现问题及时解决, 保证调查结果的真实性和准确性。

1.9 统计学方法

采用 Epi Data 3.0 建立数据库, 运用 SPSS 19.0 对数据进行统计分析。描述性资料进行频次分析, 计量资料以 (口 + S) 表示, 计数资料用例数和百分比进行表达, 采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

共纳入病例 8129 例, 住院患者 5893 例, 门诊患者 2236 例; 男性 5093 例, 女性 3036 例, 年龄 25-97 岁, 平均 (65.52 ± 11.06) 岁; 民族分布: 汉族 7749 例, 回族 144 例, 维吾尔族 132 例, 壮族 27 例, 满族 24 例, 蒙古族 21 例, 哈萨克族 15 例, 朝鲜族 8 例, 锡伯族 3 例, 藏族 2 例, 俄罗斯族 2 例, 东乡族 1 例, 土家族 1 例; 文化程度低于小学 501 例, 小学 1802 例, 中学 4273 例, 大学 1524 例, 研究生及以上 29 例; 职业: 工人 981 例, 农民 931 例, 农民工 30 例, 干部 789 例, 职员 455 例, 教师 206 例, 医护人员 48 例, 科研人员 34 例, 离退休者 3944 例, 自由职业者 131 例, 个体劳动者 139 例, 无业者 210 例, 其他 134 例, 未提供信息 97 例。病源分布于 28 个省、市、自治区, 具体见表 1。

2.2 疾病诊断

8129 例冠心病患者中, 心绞痛 5310 例, 急性心肌梗死 1367 例, 心力衰竭 1570 例, 心律失常 1599 例, PCI 术后 3693 例, CABG 术后 335 例。心绞痛患者中, 稳定型劳力性 2900 例, 初发型劳力性 455 例, 恶化型劳力性 1560 例, 自发型 585 例。急性心肌梗死患者中, ST 段抬高 671 例, 非 ST 段抬高 696 例; 前壁 1243 例, 下壁 1329 例, 高侧壁 197 例, 后壁 140 例, 右室 92 例。心力衰竭患者中, 急性 147 例, 慢性 1423 例。心律失常患者中, 窦性心动过速 105 例, 窦性心动过缓 180 例, 窦性心律不齐 78 例, 房性早搏 322 例, 室性早搏 455 例, 结性早搏 6 例, 心房颤动 366 例, 1 度房室传导阻滞 97 例, 2 度房室传导阻滞 33 例, 3 度房室传导阻滞 14 例, 左束支传导阻滞 96 例, 右束支传导阻滞 126 例。

2.3 合并疾病

8129 例冠心病患者中, 合并高血压病 5343 例, 糖尿病 2205 例, 高脂血症 2036 例, 陈旧脑梗死 1133 例, 既往脑出血病史 111 例, 慢性肾病 209 例, 既往肺栓塞

病史 25 例, 周围血管病 147 例。2036 例高脂血症患者中高甘油三酯血症 601 例, 高低密度脂蛋白胆固醇血症 296 例, 低高密度脂蛋白胆固醇血症 167 例, 混合型高脂血症 972 例。

2.4 心病患者的中医证候特征

2.4.1 病位分布

8129 例冠心病患者中, 按脏腑辨证, 病位在心者 8030 例 (98.78%), 兼及脾者 2340 例 (28.79%), 及肾者 1469 例 (18.07%), 肝者 1303 例 (15.85%), 肺者 504 例 (6.20%), 胃者 385 例 (4.74%), 其他 32 例 (0.39%)。

2.4.2 证候要素的常见度和严重度

对 8129 例冠心病患者中医证候要素常见度和严重度进行分析, 结果如表 2。

2.4.3 证候类型分布

8129 例冠心病患者中医证候类型的分布特征如表 3 所示。

2.5 中医证候要素的关联规律

以最小置信度 60%, 最小支持度 15% 生成关联规则, 共生成 15 个有效关联, 其中最大前项数为 2 项, 后项均为 1 项。规则支持度在 11.02%~54.63% 之间, 规则置信度在 62.46%~86.58%, 规则提升度在 0.90%~1.21% 之间, 部署能力在 268%~23.26% 之间。

2.5.1 两个证素之间的关联规则

对两个证素之间的关联频度进行分析, 可形成直观的关联网络图, 有效关联规则中前项为 1 项, 后项为 1 项, 得到两个证素之间的关联规则有 10 条, 结果如表 4 所示。

2.5.2 三个证素之间的关联规则

有效关联规则中前项为 2 项, 后项为 1 项, 得到三个证素之间的关联规则有 5 条, 结果如表 5 所示。

3 讨论

“阳微阴弦”是张仲景对胸痹心痛病机的经典阐释, “阳微”是指上焦阳虚, “阴弦”则指阴邪之盛, 也有本虚标实的解释, 至今仍被广泛认可。但“阳微阴弦”病机在当代冠心病临床辨证时所表达的精准证候特征内涵如何? 中医证候分布的时代特征如何? 此次在全国范围内开展的多地域、大样本的临床流行病学调查给出了诸多提示。

3.1 病机为本虚标实, 证候以气虚为本、血瘀或兼痰浊为标多见

本调查结果提示, 心病中医证候多属本虚标实、虚实夹杂的复合证型, 本虚以气虚 (67.17%) 为注, 标实以血瘀 (77.89%)、痰浊 (43.97%) 为主, 同时可兼见阴虚 (28.97%)、气滞 (19.60%)、阳虚 (17.39%) 等证候要素; 证候类型则以气虚血瘀、气虚痰瘀、气阴两虚血瘀、痰瘀互结最为多见。关联规则提示, 气虚、血瘀、痰浊之间的关联度较强, 尤以气虚血瘀为关联度最强的

证素组合；就严重程度而言，血瘀、痰浊（标实证）表现程度重于气虚、阴虚（本虚证）。

3.2 证候分布存在性别与年龄差异

不同性别冠心病患者，就证候要素常见度分析，男性患者常见证候要素包括血瘀（78.81%）、气虚（67.01%）、痰浊（46.79%）、阴虚（27.08%），女性患者包括血瘀（76.19%）、气虚（74.74%）、痰浊（39.00%）、阴虚（32.21%），男性与女性之间的证候要素常见度排序基本一致。将各种证候要素在男性与女性进行对比可以发现，男性较女性更多见血瘀（78.81%/76.19%）、痰浊（46.79%/39.00%）、热蕴（9.70%/8.27%），女性则较男性多见气虚（74.74%/67.01%）、阴虚（32.21%/27.08%）、阳虚（18.45%/16.73%）、血虚（12.15%/8.01%）；就证候要素的严重度分析，男性患者表现程度较重的证候要素为血瘀（56.66%）、痰浊（53.99%）、气虚（51.79%）、阴虚

（50.27%），女性患者包括血瘀（56.22%）、气

虚（55.78%）、痰浊（53.07%）、阴虚（51.21%）。与女性之间的证候要素严重度排序基本一致，但也有差别，比如女性较男性气虚（55.78%/51.79%）及气滞（49.00%/41.61%）程度更甚。不同年龄段冠心病患者证候要素的常见度，随着年龄增长（<45岁、45-60岁、61-75岁、>75岁），气虚（54.75%/60.38%/69.52%/73.88%）、血虚（5.57%/8.63%/9.40%/11.86%）、阴虚（23.93%/29.27%/28.69%/30.08%）、阳虚（12.13%/15.01%/17.33%/21.93%）及水饮证（6.23%/7.21%/9.53%/13.24%）比例呈增长趋势，尤以气虚及阳虚较为明显，血瘀（75.74%/77.94%/78.60%/76.63%）、痰浊（44.26%/44.04%/44.48%/42.66%）、气滞（19.67%/20.89%/19.83%/17.20%）则无明显差异；就不同年龄段之间各种证候要素严重度进行对比，随着年龄增长，气虚（49.50%/50.69%/52.53%/53.53%）和血瘀（51.66%/55.40%/57.47%/56.76%）呈现渐进加重的趋势。

【参考文献】

- [1] 唐安, 仝振东, 李科峰, 李鹏, 王虹玲, 戴亚欣, 俞梦璐, 张永利, 严剑波. 舟山市新型冠状病毒肺炎病例流行病学特征分析 [J]. 预防医学, 2020, 32(02): 113-116.
- [2] 李睿琪, 王伟, 舒盼盼, 杨慧, 潘黎明, 崔爱香, 唐明. 复杂网络上流行病传播动力学的爆发阈值解析综述 [J]. 复杂系统与复杂性科学, 2016, 13(01): 1-39.
- [3] 宋全伟, 李克莉, 张国民, 王华庆. 中国 2005 ~ 2014 年乙型病毒性肝炎空间流行病学特征分析 [J]. 中国疫苗和免疫, 2015, 21(06): 601-605.
- [4] 毛镭策, 肖盟, 王贺, 赵颖, 徐英春. 全国多中心细菌耐药监测网中血流感染相关金黄色葡萄球菌的分子流行病学研究 [J]. 中国感染与化疗杂志, 2015, 15(02): 120-125.

基层疾病预防控制中心人员职业倦怠状况及影响因素分析

文月婵

理康医疗有限公司 江西 萍江 337000

【摘要】目的分析某基层疾病预防控制中心人员职业倦怠的现状及其影响因素,探讨职业特征与职业倦怠的关系。方法以某基层疾病预防控制中心全体工作人员 245 人作为研究对象,采用自行设计的一般人口学和职业特征调查问卷及 Maslach 职业倦怠普适量表 (MBI-GS) 进行调查。结果职业倦怠的总体检出率为 58.65%,其中轻度、中度、重度倦怠分别占 56.56%、32.79% 和 10.66%。职业倦怠 3 个维度检出情况为情绪衰竭 31.73%,犬儒主义 31.73%,成就感低落 26.92%。职业倦怠的严重程度与日常工作数量、临时性工作数量及每日重复工作时间占总工作时间的比例有关 ($P < 0.05$)。结论基层疾病预防控制中心职工的职业倦怠检出率较高,具有较高的情绪衰竭和犬儒主义,整体职业倦怠形势不容乐观;承担重复性及工作数量较多的职工职业倦怠较重。

【关键词】基层疾病预防控制中心人员;职业倦怠;职业特征;

引言

职业倦怠 (job burnout),是指个体因为不能有效地应对工作上延续不断的各种压力,而产生的一种长期性心理反应 [1]。多年的研究表明,在我国脑力劳动者中有 55% 的人群容易产生职业倦怠,而且越接近基层,越容易产生职业倦怠 [2]。国外的调查表明,48% 的医护人员压力测评得分显示处于压力状态,这一概率是普通人群的将近 2 倍 [3]。国内已有研究也表明疾病预防控制中心人员职业倦怠发生率较高,高于医护人员的职业倦怠的调查结果 [4]。另一个对 1020 名基层和公共卫生人员的职业倦怠调查表明,参加工作时间较短、职称较低、学历较高的基层和公共卫生,人员存在较严重的职业倦怠 [5]。为了解基层疾病预防控制中心人员的职业倦怠现状及其影响因素,为今后有针对性地采取干预措施,改善基层公共卫生人员职业倦怠状况提供科学依据,本研究于 2013 年 6-12 月对某区县级疾病预防控制中心的所有在职在编的 208 名工作人员进行问卷调查。结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

以某区县级疾病预防控制中心在职在编的全体工作人员 (调查时间在岗) 为研究对象。共发放问卷 245 份,收回有效问卷 208 份,有效率为 84.9%。

1.2 方法

在正式调查前抽取 25 名职工进行预调查,就调查问卷和实施方式等存在的问题进行修改并确定最佳的调查方式。调查开始前,申请北京大学生物医学伦理委员会对研究进行伦理审查,正式调查时对职工就研究背景、性质、意义等进行解释,强调本次研究是一项匿名调查,对研究对象提供的信息进行保密。调查工具包括:(1)一般人口学调查表自行设计,主要包括性别、年龄、受教育程度、职称、职称获得年限、职务、从事

本岗位工作年限。(2)职工职业特征调查问卷:自行设计,要求研究对象对近 1 个月的工作情况进行回顾,调查内容主要涉及职工职责定位、平均每日纯工作时间、工作种类数量、每日重复工作时间、近 1 个月承担临时性工作花费时间及种类数。(3)职业倦怠调查量表 (Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS) [6,7,8]:由李超平和时勤修订,该量表包括情绪衰竭 (5 道题)、犬儒主义 (4 道题)、成就感低落 (6 道题) 3 个维度,该表采用利克特 7 分等级量表,“0”表示“从不”,“1”表示“极少,1 年几次或更少”,“2”表示“偶尔,1 个月 1 次或更少”,“3”表示“经常,1 个月几次”,“4”表示“频繁,每个星期 1 次”,“5”表示“非常频繁,1 星期几次”,“6”表示“每天”。其中目 1-9 为正向计分,目 10-15 为反向计分。情绪衰竭和犬儒主义的得分越高表示职业倦怠程度越重,成就感低落反向计分后越高表示倦怠程度越重。3 个维度的得分相互独立,不能相加计算工作倦怠的总分,也不能计算职业倦怠的总平均分。情绪衰竭、犬儒主义和成就感低落 3 个维度的内部一致性系数分别为 0.88, 0.83 及 0.82,通过修订后的量表调查所获得的数据对因素结构进行验证,3 个因素模型的拟合指标均达到了要求,证实了修订后的 MBI-GS 量表的三因素结构。将各维度调查数据按得分高低顺序分别划分为 3 个大小相等的群体,并以其上三分之一处的临界值作为各自维度的判定标准,对个体综合倦怠程度给出评判 3 个维度上的得分都低于临界值,为零/无倦怠;某一维度上的得分高于临界值,为轻度倦怠;某 2 个维度上的得分高于临界值,为中度倦怠;3 个维度上的得分都高于临界值,为高度倦怠。

1.3 统计分析

采用 Epi Data 3.1 软件建立数据库,应用 SPSS 13.0 软件进行描述性分析、 χ^2 检验和非参数秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基本情况

调查对象中男性 70 人 (33.7%), 女性 138 人 (66.3%); 硕士及以上学历 49 人 (23.6%), 本科 116 人 (55.8%), 大专/中专及以下 43 人 (20.7%) 高级职称 20 人 (9.6%), 中级职称 95 人 (45.7%), 初级、管理及工勤 93 人 (44.7%); 最高职称获得年限 ≤ 5 年 114 人 (54.8%), 6~10 年 43 人 (20.7%), 11~15 年 26 人 (12.5%), ≥ 16 年 25 人 (12.0%); 从事工作年限 ≤ 10 年 140 人 (67.3%), 11~20 年 31 人 (14.9%), ≥ 21 年 37 人 (17.8%)。

2.2 基层疾病预防控制人员职业倦怠现况 (表 1)

无倦怠 86 人 (41.35%), 有职业倦怠 122 人 (58.65%), 其中轻度倦怠 69 人 (56.56%), 中度倦怠 40 人 (32.79%), 重度倦怠 13 人 (10.66%)。情绪衰竭、犬儒主义、成就感低落 3 个维度平均分分别为 11.09、7.73 和 13.44 分; 通过临界值得出职业倦怠 3 个维度的检出率分别为 31.73%、31.73% 和 26.92%。

2.3 不同特征基层疾控人员职业倦怠总体检出情况比较 (表 2)

考虑到重度倦怠的检出率不高, 将中度和重度倦怠人数合并。经非参数 Mann-Whitney (U) 或 Kruskal-Wallis test (H) 秩和检验比较, 不同的“每日重复工作时间所占比例”、“日常工作个数”、“临时性工作个数”之间在发生倦怠的程度上差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 重复工作时间所占比例越高、日常工作数量越多、临时性工作数量越多, 倦怠情况越严重其他特征之间差异无统计学意义。

2.4 不同特征基层疾控人员职业倦怠各维度检出情况比较 (表 3)

男性职工在成就感低落维度中的检出率高于女性; 中层以上管理者在情绪衰竭维度中检出率高于科员、在成就感低落维度则低于科员; 每日重复工作时间越长, 成就感低落维度的检出率越高; 每日重复工作时间所占比例越高, 成就感低落维度的检出率越高; 日常工作个数越多, 情绪衰竭和犬儒主义维度的检出率越高; 每日工作时间 ≤ 7 h 的职工其情绪衰竭的检出率高于 > 7 h 的职工, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

目前全球正处于社会变革加剧、竞争激烈、生活方式变迁和工作压力激增等时代背景下, 越来越多的人处于或濒临耗竭的倦怠状态。职业倦怠已成为全球范围内不可忽视的普遍现象。本研究结果显示, 58.65% 的基层预防控制机构人员存在不同程度的倦怠, 其中轻度倦怠、中度、重度倦怠者分别占 56.56%、32.79%、10.66%, 这与李霞等 [9] 针对山东省某区县级疾病预防控制人员的研究结果相似。在具体各个维度上, 情绪衰竭 (11.09 分) 和成就感低落 (13.44 分) 维度得分较高, 犬儒主义维度平均分为 7.73 分; 而倦怠检出率则

是情绪衰竭和犬儒主义最高, 均为 31.73%, 成就感低落的检出率则为 26.92%。这表明基层疾病预防控制机构的人员对工作压力和人际关系紧张的体验感比较强。此外, 基层疾病预防控制人员并不能像医生那样在工作中获得“挽救生命”、“救死扶伤的职业成就感”, 大多数基层疾控人员只求在本职工作中做好即可, 并没有进行职业规划, 因此其成就感低落情况不容乐观。目前国内对职业倦怠全人群的调查尚处于空白阶段。针对基层疾病预防控制机构人员开展的职业倦怠调查由于采用的量表不同、诊断的临界值判定也不尽相同, 因此职业倦怠的检出率间的比较不具有代表性。

单因素分析发现, 不同性别的职工在职业倦怠不同程度的检出率上的差异无统计学意义, 但在成就感低落维度检出率上, 男性高于女性, 说明男性职工更容易出现成就感低落的情况。此外, 职务级别越高的职工, 其承担的工作压力越大, 因此导致情绪衰竭的检出率越高, 但由于职务级别高而产生的工作成就感也较一般科员要高, 这与游丽琴等 [10] 研究结果相似。可能与职务级别越低的职工其大多从事简单重复性的工作, 在单位的地位和受重视程度低有关。

现有的研究表明, 产生职业倦怠的主要原因还在于工作量过大、工作缺乏自主、角色模糊和角色冲突以及回报缺乏公平性等。工作过大和社会冲突, 例如角色冲突, 是导致情绪衰竭和犬儒主义的直接因素, 而工作资源的缺乏, 例如缺乏充裕的时间、缺少关键的信息和必要的工具等, 则是导致成就感低落的主要原因 [11]。由此可见, 人口统计学变量等个人特征对职业倦怠有一定程度的影响, 但工作因素等工作特征变量对职业倦怠的影响更为明显。本研究针对基层疾病预防控制机构中职业特征较易控制和干预的因素进行研究, 结果发现主要承担重复性工作、及承担工作数量较多的职工会存在较严重的职业倦怠, 表明职工所承担的工作个数, 无论是日常工作还是临时性工作都对倦怠严重程度有所影响。此外虽然重复性工作所花费的时间对职业倦怠的严重程度没有直接的影响, 但是重复工作占每日总工作的时间的比例越高却会导致更严重的倦怠发生。而职工的职责定位不同则并不影响职业倦怠的检出。日常工作个数越多的职工其情绪衰竭和犬儒主义维度的检出率较高, 每日纯工作时间越长的职工情绪衰竭越严重, 而重复工作时间越长、重复工作时间所占比例越高的职工其成就感低落越严重。表明日常工作数量越多、每日工作时间越长的职工更容易产生情绪衰竭, 而日常工作数量越多则会造成犬儒主义, 重复性工作会导致成就感低落。职业倦怠不仅影响个人, 从组织层面上看, 其对员工态度、行为 (如增加缺勤率、离职率、人际冲突等) 都会产生影响, 因此要做好多方面预防与干预, 防范职业倦怠的产生。

【参考文献】

[1] 李刚, 冯占春. 疾病预防控制系统改革与公共卫生医师制度改革比较研究 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(02): 145-147.

[2] 邓峰, 吕菊红, 高建民. 中国疾病预防控制体系发展与改革情况综述 [J]. 中国公共卫生管理, 2019, 35(04): 436-440.

[3] 姜文娟, 张光鹏, 滕文杰, 张建华. 中国疾病预防控制机构人力资源配置公平性泰尔指数分析 [J]. 中国公共卫生, 2017, 33(07): 1092-1095.

[4]. 全国麻疹监测方案 [J]. 中国疫苗和免疫, 2014, 20(04): 364-375.

华北地区自然疫源性疾病的分布及其与气象条件的关系

伊梦瑶

康乐医疗有限公司 福建 泉州 362000

【摘要】目的在华北地区8种自然疫源性疾病高发区进行热点区域探测,分析影响不同自然疫源性疾病发病率的气象因素。方法应用空间聚类分析方法对华北地区1994-2000年8种自然疫源性疾病高发区进行空间聚类分析,应用面板数据分析定量评价气象条件对肾综合征出血热等4种疾病发病率的影响。结果华北地区自然疫源性疾病以肾综合征出血热、斑疹伤寒和乙脑为主,年均发病率分别为4.17/10万、2.13/10万和0.23/10万。各省市8种传染病发病率存在差异,以河北、内蒙古发病率较高。不同类型自然疫源性疾病的分布空间分布为非随机分布。气象因素分析显示,肾综合征出血热、斑疹伤寒发病率与平均气温呈正相关,布病的发病率与平均最高气温负相关,斑疹伤寒、乙脑发病率与平均相对湿度呈正相关;肾综合征出血热发病率与日照负相关。结论华北地区8种自然疫源性疾病的分布具有显著的空间聚集性,其流行与气象条件关系密切。气温(包括气温的极值)、湿度和日照对自然疫源性疾病发病率的影响较大。建议在自然疫源性疾病的防控中纳入对气象条件和自然疫源地气候的监测。

【关键词】自然疫源性疾病;空间聚集性分析;气象因素;

引言

自然疫源性疾病的传播和媒介、宿主种群数量的变动及其活性等受气象、自然因素和人类的社会活动影响较大。自然因素包括气候、温度、湿度、地理环境等。相对于气象因素来说,其他因素在时间尺度上的变化是缓慢的[1]。近年来全球气候变化加剧将对人类健康产生巨大影响。由于气温升高和降雨模式改变,各种传染病特别是虫媒和水源性传染病的传播会受到很大影响[2]。Bi等[3]以气候变暖为焦点研究了气温上升引发的气候变化对人群发病及死亡影响,结果表明气候变暖对人类疾病的发病和死亡的影响不容忽视。杨坤等[4,5]开展了气象因素对传染病发病率影响的研究,认为温度和湿度等气候变化对媒介传播等疾病的流行具有重要影响。华北地区是肾综合征出血热、布鲁氏菌病(简称布病)、斑疹伤寒、流行性乙型脑炎等自然疫源性传染病的疫源地。揭示发病率与气象因素的关系,确定影响该地区传染病流行的主要气象因素,对于有针对性的采取预防和控制工作,减少传染病的发生和死亡具有重要意义。

1 材料与方法

1.1 疾病与人口数据

收集1994-2000年华北5省(自治区、直辖市)各县、市区8种主要自然疫源性疾病的逐年发病数据和1998年人口数据(国家疾病预防控制中心提供)。

自然疫源性疾病发生和流行,媒介和宿主种群数量的变动及活性等受气象、自然因素和人类的社会活动影响。地形、地貌、植被等地理因素对动物宿主传染源有重要影响。肾综合征出血热在我国华北地区东南部的华北平原广泛流行,该地区气候适宜,食物丰富,主要宿主动物和传染源褐家鼠活动频繁;林间湿地,河湖

低洼地有利于蚊虫孳生,因而乙脑的发病率也较高。布病和炭疽主要分布在畜牧业发达的草原和农牧地区,内蒙古自治区占很大比例,畜牧养殖业的发展增加了相邻省份疫情发生的危险。

1.2 气象资料

1994-2000年中国地面气候资料年值数据集,来源于各省、市、自治区气候资料处理部门逐月上报的《地面气象记录月报表》的信息化资料,包含华北地区95个基本、基准地面气象观测站及自动站气候资料年值数据集,数据集内容包括平均气温、平均最高气温、平均最低气温、平均相对湿度、最小相对湿度、日照时数和降水量等14项气象指标。其中气温距平反映了一年中心气温的变异程度,平均最低和平均最高气温则反映了气温的极值变化范围(由国家气象局气象信息中心提供)[6]。

1.3 分析方法

利用SatScan8.0软件对华北地区自然疫源性疾病的分布进行空间聚类分析,该分析采用在地图中建立一个活动的圆形窗口扫描病例的方法(移动窗口法, moving windows)探测疾病的高发聚集区,通过计算似然函数Log likelihood ratio (LLR)确定高发病率聚集区所包括的地区,并计算其相对危险度及统计学意义,得出各种疾病的高发聚集区[7]。应用反距离加权空间插值(IDW)技术[8]获取华北地区1994-2000年每年所有358个县市的气象信息,基于面板数据(panel data)的多水平泊松回归模型定量评价各气象因素对符合病例数要求的4种自然疫源性疾病的影响。面板数据[9]由对*i*个分析单位或案例在*t*个时间点上的数据组成,既考虑到各地存在的明显地区差异,同时又从时间序列的角度考虑到各个地区的差异的动态性,能够同时从时间和截面构成的二维空间反映变量的变化特征和规律,弥

补了仅用时间序列资料不能满足大样本要求的缺陷。应用面板数据设置时间变量(年度)和截面变量(地区),通过单因素的泊松回归模型进行变量筛选,最后通过多因素分析得出影响发病率的气象因素。考虑到影响疾病发病率的因素除气象因素外还有其他因素,在面板分析过程中采用了随机效应模型。

2 结果

2.1 自然疫源性疾病分布及构成

华北地区8种自然疫源性疾病总体上以河北、内蒙古发病率较高,年均发病率分别为2334/10万和6.56/10万;其他省市发病率见图1,差异有统计学意义($\chi^2=53.144$, $P<0.01$)。华北地区各省市1994~2000年自然疫源性疾病以肾综合征出血热和斑疹伤寒为主,年均发病率分别为4.17/10万、2.13/10万和0.23/10万。5省市疾病构成见图2。8种自然疫源性疾病中,肾综合征出血热和斑疹伤寒的高发区主要集中在华北南部的华北平原,呈现出南多北少的特点;布病和炭疽高发区主要在西北部农牧区;乙脑主要在华北东南部地区呈零星分布,北京基本无病例发生;疟疾病例主要集中在人口相对密集和人口流动性较大的北京等城市(图3)。

2.2 自然疫源性疾病发病率与气象图的相关性分析

多水平Poisson分析显示,肾综合征出血热发病率与平均气温呈正相关($IRR=2.2$, $P<0.01$),与日照百分率负相关($IRR=0.9$, $P<0.01$)(表1);布病发病率与平均最高气温呈负相关($IRR=0.3$, $P<0.01$),与作为调整因素的海拔高度呈正相关($IRR=1.2$, $P<0.01$)(表2);斑疹伤寒发病率与平均气温和平均相对湿度呈正相关(IRR 分别为5.8和1.9, $P<0.01$),与日照百分率负相关($IRR=0.9$, $P<0.01$)(表3);乙脑发病率与平均相对湿度呈正相关($IRR=1.7$, $P=0.017$),与日照百分率负相关($IRR=0.7$, $P=0.003$)(表4)。

讨论

自然疫源性疾病发生和流行,媒介和宿主种群数量的变动及活动性等受气象、自然因素和人类的社会活动影响。地形、地貌、植被等地理因素对动物宿主传染源有重要影响。肾综合征出血热在我国华北地区东南部的华北平原广泛流行,该地区气候适宜,食物丰富,主要宿主动物和传染源褐家鼠活动频繁[10];林间湿地,河湖低洼地有利于蚊虫孳生,因而乙脑的发病率也较高。布病和炭疽主要分布在畜牧业发达的草原和农牧地区,内蒙古自治区占很大比例,畜牧养殖业的发展增加了相邻省份疫情发生的危险[11, 121]。气候变化会作用于病原体及其媒介和宿主,可影响病原体的存活和变异,从而影响传染病的发生与流行。研究表明,气候是影响肾综合征出血热发病和传播的关键因素[13],气温会直接影响其宿主动物鼠的种群密度和分布[14]。气温升高,鼠类更容易成功越冬,感染的几率明显增加。鼠类喜阴暗,以夜间活动为主,对日光刺激敏感,因此日照对肾

综合征出血热发病也有一定影响。各种致病菌、病毒及疾病传播媒介、动物宿主都有与其相适应的天气及气候条件。昆虫的活动受气候因素的影响很大,温度升高和湿度增大,以及日照减少均有利于蚊虫的滋生和繁殖,增大了乙脑感染和传播机会[15~17]。对于以鼠类为传染源,虱蚤为媒介的斑疹伤寒,气温升高和日照减少都有利于疾病的传播。在我国,布病主要分布在内蒙古高寒牧区,致病菌主要为羊种布鲁氏菌。牲畜的抗病能力除了与体格状况有关外,受恶劣的气候条件影响很大。当气温低于 -5°C 时,家畜的抗病能力逐渐下降,感染布病的机会增加。影响疾病传播的社会因素包括人类的活动、生产生活条件以及卫生保健政策等。流动人口是传染病暴发流行的高危人群,也是疫区与非疫区间传染病的传播纽带。在华北地区,疟疾主要为输入型病例,集中在人口密集且流动性大的城市(如北京),边缘省份则很少。

本研究选取了平均最高温度、平均最低温度和最小相对湿度几个极值指标,探讨极值对自然疫源性疾病发病率的影响。相关分析显示,平均最高气温与布病的发生呈负相关,本研究中平均最高气温在 $5.3\sim 21.0^{\circ}\text{C}$ 之间,温度越低则相应的传染病发病率越高。温度和湿度的变化会影响媒介的繁殖或存活,也会影响病原体在媒介生物体内的繁殖或存活,从而影响传染病的发生和流行。

本研究只对华北地区1994~2000年的自然疫源性疾病数据进行了分析,且数据的尺度为年,未能很好地反映出这些疾病的季节性变化。这也可能是造成降水的各项指标与发病率无显著相关性的原因之一。另外,导致自然疫源性疾病发生和流行的环境因素较多且复杂,本研究只做了初步分析,关于自然疫源性疾病流行的适宜气象指标还有待于进一步探索。

【参考文献】

- [1] 桂诚, 伦妙栩, 王苑, 张秀, 黄汉林. 某汽车制造企业女工妇科疾病分布特征分析[J]. 中国职业医学, 2017, 44(02): 203-206.
- [2] 郭建新, 秦纹, 魏民, 陈静. 2009年我国住院系统疾病统计及年龄分布[J]. 当代医学, 2012, 18(34): 23-24.
- [3] 韩晓春, 吴翠珍, 王成岗, 崔宁, 郝志, Lorann Stallones. 蔬菜大棚种植工人职业相关疾病及其时间分布调查[J]. 现代预防医学, 2010, 37(24): 4606-4608+4611.
- [4] 于彩云, 朱香萍. 某高校2007学年大学生门诊就诊疾病分布特征分析[J]. 中国学校卫生, 2010, 31(08): 1001-1002.

国内外预防医学现状及发展方向

周怡香

益安医疗有限公司 湖南 岳阳 414000

【摘要】进入新世纪以来,社会环境、生物环境都发生重大变化,疾病谱也随之发生转移。因此,预防医学的概念和模式必须作出相应的调整,以满足新时期的需要。本文就国内外预防医学的概况、动态进行简要的综述,并对其应对策略和发展方向进行初步探讨。

【关键词】预防医学;现状;发展

引言

预防医学(preventive medicine)是以人群为研究对象,应用宏观与微观的技术手段,研究健康的影响因素及其作用规律,阐明环境因素与人群健康的相互关系,制定公共卫生策略与措施,以达到预防疾病、增进健康、延长寿命、提高生命质量为目标的一门医学科学。预防医学是从医学中分化出来的一个独立的学科群,历史上,预防医学曾经为群体疾病,特别是传染病的防治作出了巨大贡献。

1 预防医学的概况与现状

1.1 预防医学的概念日趋完善

早在两千多年前,我国《内经》就提出了“治未病”、“无病先防”、“既病防变”等概念,确立了预防为主的原则。现代预防医学的发展大致经历了3个阶段:1)个体预防阶段、2)群体预防阶段和3)社会预防阶段。个体预防阶段也称经验预防阶段,是预防医学的初级阶段,此时社会发展水平较低,预防措施多针对个人。群体预防阶段也称实验预防医学阶段,工业革命以后,自然科学的发展推动了医学学科的发展,也为预防医学的发展提供了理论基础和实验手段。同时,由于生产的进一步社会化,城市人口大量增加,造成职业病、传染病剧增,人们在与传染病的斗争中,逐渐认识到群体预防的重要性,从而完成了从个体预防向群体预防的转变。社会预防阶段也称社会及人类预防阶段,20世纪下半叶以来,人类疾病谱发生了明显变化,影响人类健康的主要疾病由传染病转变为心脑血管疾病、恶性肿瘤和糖尿病等非传染性疾病。人类的健康观念也发生了重大改变,从“无病就是健康”转变为“健全的身心状态和社会适应能力”,预防医学也随之向着社会预防为主的方向转变。

1.2 预防医学的模式逐渐转变

预防医学的研究模式是随着疾病模式的转变和相关基础科学的发展而发展的。现代医学模式已从单纯的生物学模式向生物-心理-社会医学模式转变,预防医学作为医学的1个重要分支,其研究模式也发生了重要转变。人们已经开始认识到,现代预防医学作为人类

保护健康的手段,不仅要研究人的生物属性,更要研究人的社会属性,关注各种社会、心理因素对人群健康的影响。现代预防医学重新审视影响健康的各种因素,并取得了明显的社会效益。

近年来,慢性病在疾病谱中所占的比例越来越大,据统计,心脑血管病、糖尿病、肿瘤等慢性病的死亡率占全世界所有死亡原因的1/4以上,中国慢性疾病的危害也呈持续上升趋势。大部分慢性病的发病原因尚未完全阐明,目前认为遗传因素和环境因素都参与了慢性病的发病。采取合理的健康教育和严格的干预措施,会明显降低慢性病的发病率。在过去30多年中我国慢性病流行病学、慢性病监测、危险因素控制、慢性病经济学、法学、慢性病流行的心理学、慢性病的预防等方面均取得了令人瞩目的进展。

1.3 预防医学研究范围更加广泛

近年来,预防医学研究领域日益拓展,研究方法不断发展完善,循证医学的观念深入人心。流行病学的应用范围已从传染性疾病扩展到慢性非传染性疾病、伤害和健康相关领域等,流行病学理论和方法也日趋完善成熟,已经成为预防医学的基础学科和现代医学的重点学科,被誉为“公共卫生之母”。社会医学是预防医学领域中一门十分重要的新兴学科,它从社会学角度研究医学问题,关注社会因素对个体和群体健康、疾病的作用及其规律,制定各种社会措施,保护和增进人们的身心健康和社会活动能力,提高生活质量,其核心是新健康观的形成和医学模式的转变。社会医学突破了传统健康测量的局限性,开发了一系列测量健康的新指标,对疾病和健康状态进行评价,大大丰富了社会医学学科研究的内涵。中国的社会医学也经历了近30年的发展,已经成为预防医学领域内一门重要学科,对推动中国卫生事业现代化管理发挥了重要作用。

1.4 预防医学面临的挑战

随着社会的发展和人类对健康的要求逐渐提高,现代预防医学也面临着巨大挑战[6,7]:(1)人口老龄化带来的问题日趋严重,预防老年性疾病,促进老年人的健康已成为当务之急;(2)传染病仍然严重威胁人民

群众生命健康,新的传染病不断出现,同时慢性非传染性疾病威胁加重,对非传染性疾病的研究和防治是预防医学面临的又一难题;(3)精神卫生和心理健康问题日益突出;(4)意外伤害发生率在我国不断上升;(5)环境恶化:全球范围内的空气、水、食物等都正在遭受严重的污染,环境恶化日益严重;(6)中国食品安全仍面临严峻的考验;(7)不良生活方式如吸烟、酗酒等导致严重的健康问题,已成为人类死亡最重要的原因之一。

2 预防医学的应对策略及发展方向

2.1 分子生物学技术的发展和利用

分子生物学是在分子水平上研究生命现象的科学,通过研究生物大分子的结构、功能和生物合成等方面来阐明各种生命现象的本质,其研究内容涵盖了生命的全过程。近年来,分子生物学技术得到了突飞猛进的发展,与预防医学的结合越来越紧密,开辟了疾病控制的新途径,使预防医学的发展进入了1个崭新的阶段。通过对易感基因的分析,筛选出携带易感基因型的人群,采取针对性的预防措施,将大大提高疾病防治的效率。通过研究疾病的分子生物学标志物能够在亚临床阶段早期发现患者,给予早期干预,防止疾病进一步发展。分子流行病学的研究有助于发现病原微生物的蛋白质和核酸分子结构的变异,阐明感染性疾病的流行病学特征。利用分子生物学技术还能够高效的生产疫苗和生物药品。药物基因组学可以预测人群对治疗的反应,从而更好的指导临床实践。分子生物学技术也广泛应用于职业卫生。因此,分子生物学的发展已经渗透到预防医学的各个方面,为预防医学的发展带来了前所未有的机遇。

2.2 预防医学与基础医学和临床医学的整合

人类对疾病的易感性取决于遗传因素和环境因素,两者缺一不可,由单一学科已经很难揭示疾病的病因和发病机制,因此需要预防医学、基础医学和临床医学的紧密结合,在疾病的研究过程中各个学科会相互交融、相互促进。人类对许多疾病的认识往往先由流行病学研究发现其危险因素,然后由基础医学阐明其作用机制,最后在临床实践中得到证实。在这个过程中,预防医学、基础医学和临床医学的研究往往交替进行,不断深化对疾病的认识。为了促进三者的有机整合,尚需完善和加强社区疾病防控的建设,以公共卫生为主导,通过大众媒体开展健康教育,控制危险因素,促进健康。临床医生在治疗疾病的同时,应提供预防保健和健康教育服务,使居民得到综合性、连续性、协调性的服务。社会应建立一个长效的、有专门机构负责的疾病救治与防控的预防医学网络。最后,还应加强突发公共卫生事件的协调与控制,提高对突发公共卫生事件的应对能力。

2.3 加强预防医学科研核心竞争力

中国预防医学科研具体依托的是高等院校、科研单位和各级疾病预防控制中心。科研核心竞争力的定义可以界定为科研核心竞争力是科研事业单位在进行科学研究、技术开发和争取经费来源过程中所表现出来的

特有能力和组织中的科研成果和知识的积累,特别是协调科研能力与管理能力获取外部经费支持的多种综合能力。加强人力资源管理是加强预防医学科研核心竞争力的1个重要手段。而了解我国疾病预防控制机构人力结构现状有助于加强人力资源管理。预防医学的研究模式是随着疾病模式的转变和相关基础科学的发展而发展的。现代医学模式已从单纯的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变,预防医学作为医学的1个重要分支,其研究模式也发生了重要转变。人们已经开始认识到,现代预防医学作为人类护健康的手段,不仅要研究人的生物属性,更要研究人的社会属性,关注各种社会、心素对人群健康的影响。现代预防医学重新审视影响健康的各种因素,并取得了明显的社会效益[21]。近年来,慢性病在疾病谱中所占的比例越来越大,据统计,心脑血管病、糖尿病、肿瘤等慢性病的死亡率占全世界所有死亡原因的1/4以上,中国慢性疾病的危害也呈持续上升趋势[3.41]。大部分慢性病的发病原因尚未完全阐明,目前认为遗传因素和环境因素都参与了慢性病的发病。采取合理的健康教育和严格的干预措施,会明显降低慢性病的发病率。在过去30多年中我国慢性病流行病学、慢性病监测、危险因素控制、慢性病经济学、法学、慢性病流行的心理学、慢性病的预防等方面均取得了令人瞩目的进展。

结论

预防医学作为医学的重要分支,在防治疾病,保护人民健康方面起到了不可替代的作用。现代预防医学的概念越来越完善,研究手段突飞猛进,研究范围更加广泛,并向着社会化、国际化、多元化的方向发展。为了应对新时期的挑战,预防医学与分子生物学等基础医学以及临床医学的结合将越来越紧密。展望未来,预防医学的发展将有助于更好得实现“人人享有基本医疗卫生服务”的宏伟目标。

【参考文献】

- [1] 范亚慧,李昭芳,张鲍明,姜红,程彦斌,王渊,侯樊兴,张明,马乐,庄贵华. 加强临床医学预防医学实践技能的培养[J]. 医学教育研究与实践, 2020, 28(02): 196-198+204.
- [2] 王璐,张萌,张晓峰,迪力拜尔·阿里木,刘礼荣,戴江红. 新疆预防医学本科生专业认同感调查[J]. 疾病预防控制通报, 2019, 34(06): 84-87+91.
- [3] 吴建军,张艳,宋志靖,魏兴民,李金娟,岳嘉,陈丽,樊景春,赵翊,刘晓霞,徐厚谦,金华,郑贵森. “医教协同”背景下预防医学人才实践能力培养的思考[J]. 基础医学教育, 2019, 21(06): 490-493.
- [4] 杨淑改. 翻转课堂教学模式在预防医学教学中的应用效果评价[J]. 中国医学教育技术, 2016, 30(05): 577-580.

基于肝阴虚证现代文献病证结合研究

牧雅芙

康怡医疗有限公司 河南 登封 452470

【摘要】目的对中医临床文献中肝阴虚证相关疾病进行证病结合的描述性统计分析,明确肝阴虚证与西医疾病之间的关系。方法全文检索中国知网中医临床研究文献,对文献中的涉及的西医病名规范化整理后,进行频数统计。结果初步检索到3717篇文献,最终纳入2115篇文献,肝阴虚证相关疾病出现频次高低前20位依次为肝病、糖尿病、高血压、眼病、围绝经期综合征、肾病、失眠、胆病、冠心病、甲状腺功能亢进症、中风、胃炎、月经失调、干燥综合征、骨质疏松、关节病、抑郁症、抽动秽语综合征、乳腺癌、帕金森病。结论确定肝阴虚证对应的西医疾病分布,可以更好的认识“证”的实质,充分发扬中医“辨证论治”特色;为阐述肝阴虚证“异病同证”“肝阴虚证”实质的研究以及临床实践提供参考。

【关键词】肝阴虚证;疾病分布;异病同证;

“异病同证”是指在不同的疾病过程中,出现了相同的病机类型或发展到了相同的病理阶段,即出现了相同的“证”。这时可以采用相同的治疗措施和方法,包括相同的方剂,也就是“异病同治”[1]。对于证候本质的研究,多数只是重点在“证”,而对而没有进行病证结合分析。有研究者试图找到某种可以与单一证候相对应的微观“金指标”,从而达到揭示证候科学内涵的目的[2]。主要以代谢组学、蛋白质组学、基因组学等手段研究“证”的本质。如,肝郁脾虚证[3]、肾阳虚证[4]、血瘀证[5]等的本质研究,确定了证的各种理化指标。返璞归真,证的本义为[6]:证是疾病发生和演变过程中某一阶段本质的反映,它以一组相关的症状和体征为依据,不同程度地揭示当前的病位、病性、病因、病机等。例如:肝胆湿热证,病位在肝胆,病因为湿热,病性为实证,病机为湿热:雍滞肝胆,其临床表现为胁肋灼热胀痛,厌食腹胀、口苦尿黄或黄疸、红苔黄腻、脉弦数等。从证的概念可以看出其辨证依据是主观的症状及体征,“证是不固定的,所以“证”就很难用一个或者一组固定的指标进行概括;而西医疾病具有明确的生化理化指标,西医疾病与“证”都是对疾病本质的归纳,二者都可以通过人体表现出一组症状或体征,通过“症状或者体征”的桥梁作用把“证”与西医疾病联系起来,可以更好的认识“证”的实质,充分发扬中医“辨证论治”特色。本研究从病证结合的角度对“肝阴虚证”相关疾病的分布进行统计分析,明确“肝阴虚证”相关疾病的分布情况,阐述肝阴虚证“异病同证”的内涵,对“肝阴虚证”实质的研究以及临床实践提供参考。

1 文献来源

1.1 来源

检索中国知网,检索式A:全文=肝阴虚(精确匹配),文献类型主要是临床文献期刊,初步收集全文文献共计3717篇。

1.2 筛选标准

(1) 文中有明确的西医病名;(2) 公开发表的临床研究文献,排除实验研究及综述文献。同时符合(1)(2)的文献则纳入研究。

1.3 筛选结果

按照纳入标准,通过阅读文献,最终纳入文献2115篇。

2 文献整理

2.1 导出文献题录信息

包括题名、作者、单位、文献来源、关键词、摘要、发表时间、第一责任人、基金、年、期、页码等,阅读原文,摘录文献中所涉及的中医病名、西医病名、中医证名、各证的症状及频数,2115篇文献年度分布情况见图表一。

2.2 病名规范

不同文献中对同一中医病名描述不同时,按《中华人民共和国国家标准中医病证分类与代码》进行规范,对同-西医病名描述不同时按《国际疾病分类标准编码ICD-10》进行规范。

3 结果

从筛选文献中,提取出涉及肝阴虚证的西医病名共203种,总频次2199次。其中频次前20位见图二。

其中肝病包括8种具体疾病,频次分别为病毒性肝炎351次(16%)、肝癌75次(3.4%)、肝豆状核变性5次(0.2%)、肝纤维化33次(1.5%)、肝硬化91次(4.1%)、急性黄疸型肝炎2次(0.1%)、酒精性肝炎8次(0.4%)、重型肝炎3次(0.1%);眼病包括8种具体疾病,频次分别为青光眼21次(1%)、白内障13次(0.6%)、眼底病13次(0.6%)、干眼病11次(0.5%)、视网膜膜炎8次(0.4%)、暴盲5次(0.2%)、白内障4次(0.2%)、角膜炎2次(0.1%);肾病包括5种具体疾病,频次分别为慢性肾炎36次(1.6%)、慢性肾功能衰竭25次(1.1%)、肾病综合征10次(0.4%);胆病病包括5种具体疾病,频次分别为胆结石37次(1.7%)、急慢性

胆囊炎 16 次 (0.7%)、胆汁淤积 8 次 (0.4%)、胆道梗阻 1 次 (0.05%)、胆道蛔虫症 1 次 (0.05%)。

4 讨论

中医学认为肝阴虚证是指肝之阴液亏损,濡养失职,阴不制阳,虚热内扰所表现的证候。其临床表现是两目干涩,视力减退,胁肋隐隐灼痛,或见手足蠕动,头晕耳鸣,面部烘热或五心烦热,潮热盗汗,口咽干燥,舌红少津,脉弦细数。其辨证要点是以目、筋、肝脉失养与阴虚见症为要点。也即肝阴虚证是以肝藏系统(肝-胆筋-目-爪)失养与阴虚见症为要点。肝之经脉布胸胁,肝脉失养则胸胁隐痛;肝主筋,筋失养则手足蠕动;肝开窍于目,肝经直达颠顶,肝阴虚头目失养则头晕耳鸣,两目干涩,视力减退;肝阴虚,阴液不足在潮热,口咽干燥等。从本次研究结果的疾病分布来看,203 种疾病在一定阶段都会出现肝阴虚证的临床表现的全部或部分症状,如肝病(病毒性肝炎、肝癌、肝豆状核变性、肝纤维化、肝硬化、急性黄疸型肝炎、酒精性肝炎、重型肝炎)出现症状后都会出现肝区疼痛的症状;糖尿病出现症状后会出现“三多一少”,口咽干燥的症状;高血压病会出现头痛、头晕耳鸣的症状;目病(青光眼、眼底病、干眼病、视网膜炎、暴盲、白内障、角膜炎)都会出现视力减退,视物模糊的症状;其后的围绝经期综合征、肾病、失眠、胆病、心病、甲状腺功能亢进症、中风、胃炎、月经失调、干燥综合征、骨质疏松、关节病、抑郁症、抽动秽语综合征、乳腺癌、帕金森病等疾病也是如此。说明西医疾病的分布情况吻合肝阴虚证的症状描述,“共同症状”的桥梁作用可以把中医的证与西医疾病联系起来。

5 结论

通过统计分析得出肝阴虚证所涉及的常见病分布按频次高低前 20 位依次为肝病、糖尿病、高血压、眼病、围绝经期综合征、肾病、失眠、胆病、心病、甲状腺功能亢进症、中风、胃炎、月经失调、干燥综合征、骨质疏松、关节病、抑郁症、抽动秽语综合征、乳腺癌、帕金森病。这组疾病在某一阶段都会出现肝阴虚证,通过深入研究这组疾病的病理变化,以便更好的认识“证的实质,充分发扬中医辨证论治”特色,为“肝阴虚证实质研究提供参考,而肝阴虚证的理法方药是成熟固定的,确定了肝阴虚证相关疾病的分布情况,当某一阶段出现了肝阴虚证,根据异病同证、异病同治的理论,对相关疾病按肝阴虚证的理法方药进行诊治,为临床实践提供了诊疗依据。

藏象理论[是中医学理论体系的核心,对养身防病、疾病诊治及康复具有极其重要的指导意义,“藏”是指体内的脏腑,包括五脏六腑、奇恒之腑。“象”指的是体内的脏腑表现与外的生理病理现象。“藏象”是中医学特有的概念,与解剖学上的脏器概念不同,中医“藏象”的概念,不仅仅是解剖学概念,更重要的是生理病理学概念,是功能单位,是一个大系统。为了阐明中医藏象与现代医学的生理病理及各种疾病之间的联系,本课题以 - 一个“肾阴虚藏象为切入点,以临床

研究文献为依据,通过“症状或者体征的纽带作用把“肾阴虚’藏象与相关西医疾病联系起来,从相关疾病的发病部位、西医疾病、临床科室等方面,阐述肾阴虚’藏象与西医疾病的关联性。

常见发病部位是女性生殖、卵巢、子宫、男性生殖、皮肤、乳房、前列腺、阴道、尿道、阴茎、盆腔、颅脑等;常见疾病为不孕、卵巢早衰、多囊卵巢综合征、月经不调、不育、黄褐斑、崩漏、乳腺癌、闭经、痛经、前列腺增生、性早熟、乳腺增生、子宫内膜异位症、流产、阴道炎、子宫肌瘤、胎漏、高泌乳素血症、前列腺癌、尿道综合征、宫颈癌、阳痿、盆腔炎、自然流产、精囊炎等;常见临床科室为妇科、男科、皮肤科、乳腺外科、内分泌科、泌尿外科、儿科、产科、肿瘤科等。

常见发病部位是肾、前列腺、肝、免疫系统、阴茎、尿道、子宫、血液血管、皮肤、阴道、乳房、女性生殖、膀胱、颅脑、口鼻、胰腺、眼、咽喉、男性生殖等;常见疾病为糖尿病肾病、慢性肾功能衰竭、慢性肾病、前列腺炎、肝癌、慢性肾炎、IgA 肾病、前列腺增生、尿路感染、子宫内膜异位症、狼疮性肾炎、血小板减少性紫癜、尿道结石、阴道炎、高泌乳素血症、前列腺癌、尿道综合征、脑瘤、牙周炎、过敏性鼻炎、糖尿病性视网膜病变、喉炎、丙型肝炎、精囊炎、膀胱癌、急性肾炎、尿崩症等;常见临床科室为肾内科、男科、泌尿外科、肿瘤科、肝胆外科、风湿科、妇科、血液科、皮肤科、脑外科、口腔科、耳鼻喉科、眼科、内分泌科、呼吸内科、肝炎、传染科等。

常见发病部位是骨、免疫系统、颅脑、关节、肺、腰部、脊柱、皮肤、子宫、血液血管、周围神经系统、头部、上肢、面部、盆腔、卵巢、鼻、臀部、眼、脊髓等;常见疾病为骨质疏松症、干燥综合征、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、肺癌、腰椎间盘突出症、关节炎、强直性脊柱炎、过敏性紫癜、子宫肌瘤、白塞氏病、不安腿综合征、颈椎病、银屑病、三叉神经痛、盆腔炎、坐骨神经痛、脑萎缩、白血病等常见临床科室为骨科、风湿科、皮肤科、肿瘤科、呼吸内科、血液科、妇科、神经内科。

【参考文献】

- [1] 陈昭燕,田方圆,徐琰.全国6大城市贝伐珠单抗超适应症用药现状分析[J].药物流行病学杂志,2019,28(10):661-666.
- [2] 吴志平,齐国卿,谢瑞霞,王小英,李佩容,危蓉,阎俊,张德奎.甘肃省少数民族地区中学生功能性胃肠病患率及危险因素调查[J].中国卫生统计,2016,33(05):796-799.
- [3] 李智,齐俊英,郭威,郭卉.不明原因发热性疾病的病因与诊断方法分析[J].解放军医学杂志,2013,38(03):217-221.
- [4] 臧新杰,翟华蕾,史吉海,史伟云,谢立信.山东省眼库角膜供体的临床应用分析[J].眼科,2005(03):168-171.

基于柯氏评估模式对急重症护理学本科教学课程文本模块编制及学习平台构建

刘静兰¹ 田玉凤² 席祖洋³ 李茶香³ 唐青³ 刘琼¹ 刘敏¹ 郭庆¹ 崔克雄¹ 彭家芹⁴ 刘彩霞⁵ 雷云宏¹

三峡大学第一临床医学院 & 宜昌市中心人民医院 湖北 宜昌 443003

1 急诊与危重症医学科; 2 教学管理办公室; 3 护理部; 4 心血管内科; 5 心血管外科

【摘要】 [目的] 基于柯氏评估模式, 针对《急重症护理学》本科教学课程文本模块编制, 形成一套应用于本科教学课程的新的教学形式, 通过对教学文本模块的开发后, 针对每个学习模块进行有机组合, 通过计算机系统进行模块化课程的构建, 形成立体的电子化学习平台。 [方法] 基于柯氏评估模型, 采用文献研究法、半结构式访谈法、德尔菲法, 通过对反应层、学习层、行为层和结果层四个层级来构建重症护理学专业学位研究生教育质量评价体系。对教学文本模块的开发后, 针对每个学习模块进行有机组合, 通过计算机系统对模块化课程的构建, 形成立体的电子化学习平台。 [结果] 基于柯氏评估模式, 针对《急重症护理学》本科教学课程文本模块编制, 形成一套应用于本科教学课程的新的教学形式。 [结论] 通过对急重症护理学本科教学课程的教学方法方面的改革, 对于提高本科自主学习能力, 降低教学负担, 实现电子化教学提供文本基础研究和依据。

【关键词】 柯氏评估模型; 急重症护理学; 本科教学课程; 文本模块编制; 学习平台构建

传统的教育课程采用“三段式”课程设置模式^{[1][2]}^[3]。这种教学模式有很明显的缺点。在提倡新的教育模式, 以学生为主体的教育成为未来研究的发展方向^{[4][5]}。基于以上我国护理学课程教学发展的基本情况, 本研究的主要研究内容是使用柯氏评估模型分别从反应层、学习层、行为层和结果层四个层级来对急重症护理学本科教学课程文本模块编制, 构建护理学教学课程体系。并通过这个文本编制, 开发计算机课程学习平台。

1 研究目标

基于以上的我国护理学课程教学发展的基本情况, 本研究的主要研究内容是使用柯氏评估模型分别从反应层、学习层、行为层和结果层四个层级来对急重症护理学本科教学课程文本模块编制, 构建护理学教学课程体系。

2 研究方法与步骤

本研究分别从反应层、学习层、行为层和结果层四个层级来建立急重症护理学的课程模块。

2.1 反应层

在反应层模块中, 在该层中放入护理案例教学方法。引用PBL教学方法, 以护理案例作为教学的起始点。通过案例突出学生在教学中的地位。在本层中看看学员

对课程的反应度。

2.2 学习层

本层模块课程主要是引用经典传统知识传授法、情景教学法、体验式教学法、图片教学、视频教学等。将各个学习内容的特征采用声音、图像、文字以知识传授法、情景教学法、体验式教学法等方法相结合, 形成混合式的教学方法。重点是针对问题学习知识。将课程文本进行归类、处理。

2.3 行为层

本次主要是对反应层的问题进行真实再现, 进行案例的重现或者具有同类案例的处理决策。临床护理决策能力, 包括对患者病因、病史、临床表现和医疗诊断、护理诊断及护理措施的陈述情况。急危重症患者不同病情的决策能力, 潜在风险的防控能力以及突发事件的处理能力。

2.4 结果层

本层主要是对学习效果的测定, 通过选择题、问答题等相关的文本测试模块内容, 检测学生的学习效果。

3 结果

本研究分别从反应层、学习层、行为层和结果层四个层级来建立急重症护理学的课程模块。(见图1)



图1 急重症护理学本科教学课程文本模块编制模式图

4 结论

本研究引入柯氏评估模型到急重症护理学本科教学课程文本模块编制过程,分别从反应层、学习层、行

为层和结果层四个层级来建立急重症护理学的课程模块。并将急重症护理学的文本课程开发成学习平台。

【参考文献】

- [1] 黄榕, 危秋平, 卓龙彩, 游慧敏, 林巧红. 柯氏评估模型在人工流产术后患者延续护理效果评价中的应用 [J]. 国际医药卫生导报 2020; 26(10): 1464-1466.
- [2] 黄艳, 潘莉, 王媛. 柯氏评估模型在儿科试用期护士培训中的应用 [J]. 护理研究 2012; 26(16): 1520-1522.
- [3] 谭君梅, 白晓霞, 张健. 柯氏评估模型在手术室应急预案培训效果评估中的应用 [J]. 护理研究 2015; 29(22): 2562-2564.
- [4] 王迪, 曾海燕, 黄海英, 张永芳. 柯氏评估模型在护理人员培训中的应用进展 [J]. 中华现代护理杂志 2020; (02): 268-271.
- [5] 夏雪灵, 江珉, 周琴, 郭建梅. 柯氏模型在护理培训效果评估中的研究进展 [J]. 西南国防医药 2020; 30(01): 82-84.

【基金项目】

三峡大学教改项目, 项目编号: J2018052

全国医学专业学位研究生教育指导委员会资助项目, 项目编号: B3-YX20180201-05

【作者简介】

刘静兰, 女, 硕士, 主任护师, 副教授, 研究方向: 急危重症护理、护理管理、循证护理。E-mail: yichanghosipital@163.com

About the Publisher

Universe Scientific Publishing (USP) was established with the aim of providing a publishing platform for all scholars and researchers around the world. With this aim in mind, USP began building up its base of journals in various fields since its establishment. USP adopts the Open Access movement with the belief that knowledge is to be shared freely without any barriers in order to benefit the scientific community, which we hope will be of benefit to mankind.

USP hopes to be indexed by well-known databases in order to expand its reach to the scientific community and eventually grow to be a reputable publisher recognized by scholars and researchers around the world.

Our Values

✓ Passion for Excellence our values

We challenge ourselves to excel in all aspects of publishing and most importantly, we enjoy in what we are doing.

✓ Open Communication

We believe that the exchange of ideas through open channels of communication is instrumental to our development. We are in continuous consultation with the research and professional communities to influence our direction.

✓ Value & Respect

We empower our employees to proactively contribute to the success of the company. We encourage our people to innovate and execute, independently and collaboratively.

