

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2023.16.001

文章编号: 1005-8982 (2023) 16-0001-07

共识

## 亚健康多学科管理黑龙江专家共识

黑龙江省康复医学会亚健康康复专业委员会

**摘要:** 亚健康是介于健康与疾病之间的一种状态,与健康相对应,亚健康也包括生理、心理、社会适应3方面问题,涉及多个学科。为此,黑龙江省康复医学会亚健康康复专业委员会组织多学科专家进行多次讨论,制订该共识,以期号召全社会医务工作者关注亚健康状态,及早识别并及时调整,共同携手构建亚健康管理体系统。

**关键词:** 亚健康;多学科;管理;共识

**中图分类号:** R181.37

**文献标识码:** A

### Heilongjiang expert consensus on multidisciplinary management of sub-health

Sub-health Professional Committee of Rehabilitation Medical Association of Heilongjiang Province

**Abstract:** Sub-health is a state between health and disease. Corresponding to those of health, physiological, psychological and social adaptation issues are also concerned as for sub-health, which involves multidisciplinary management. Therefore, Sub-health Professional Committee of Rehabilitation Medical Association of Heilongjiang Province organized much discussion with the presence of experts from multiple disciplines and formulated this consensus, in order to call on the medical workers of the whole society to pay attention to the sub-health state, to identify and get rid of it as early as possible, and to jointly establish a system for management of sub-health.

**Keywords:** sub-health; multidisciplinary; management; consensus

随着人民健康需求的日益增长,我国的医学服务模式也发生相应改变,卫生事业的重心已逐步由“以治疗疾病为中心”转变为“以提高人民群众健康水平”为中心,这一转变在2022年发布的《“十四五”国民健康规划》<sup>[1]</sup>中有明确的规范化建议。因此,医疗卫生服务体系所关注的人群也应由疾病人群转变为健康人群、亚健康人群和疾病人群。亚健康是介于健康与疾病之间的一种状态,其具有双向转化性,早期识别并给予恰当的干预,可以促使亚健康群体向健康转化,否则该状态有可能转化为疾病状态<sup>[2-3]</sup>。现实生活中亚健康常不被个体所意识,也常被专科医师忽视,这部分人群的疏于管理给我国健

康事业带来极大隐患。为规范亚健康人群的评估及管理措施,黑龙江省康复医学会亚健康康复专业委员会专家组撰写了《亚健康多学科管理黑龙江专家共识》,用于指导临床医师尤其是社区全科医师对亚健康人群进行规范的评估和管理。

#### 1 亚健康定义

亚健康被定义为处于健康和疾病之间的状态,也被称为次优健康状态(suboptimal health status, SHS)<sup>[2]</sup>,是指持续3个月以上的慢性疲劳、生理机能减退(包括心血管系统、消化系统、免疫系统和神经系统等),以及对外界的适应能力下降<sup>[4-5]</sup>。

收稿日期: 2023-05-05

[通信作者] 姜礼红, E-mail: jianglihong2006@163.com; Tel: 13945079993

在通常情况下,机体对损害健康的危险因素具有可调控机能。当长时间处于损害健康的危险因素中,这种平衡就会被打破,例如某些不健康的生活方式和饮食习惯就是很多疾病发生、发展的病因。肥胖和极端消瘦都是健康的危害因素,初期会带来亚健康状态,持续下去将引发器质性疾病。超重是糖尿病、高血压、高脂血症、冠状动脉粥样硬化性心脏病等疾病的危险因素。其实体重对人体健康的影响不单纯是对生理机能的影响,对精神心理因素也具有极大的影响。运动不仅能改善身体的生理机能,而且能带来精神上的愉悦感;相反,运动的减少会使身体机能下降,情绪低落,因此少运动也是亚健康的危险因素之一。焦虑、抑郁、失眠及其他对生理和精神心理带来威胁的其他因素,会使免疫功能下降,从而引发亚健康状态<sup>[4]</sup>。一项对武汉抗疫期间一线护士进行的问卷调查结果显示,每天睡眠时间和焦虑是发生亚健康状态的主要影响因素<sup>[6]</sup>。和男性相比,女性更容易出现亚健康状态<sup>[6-7]</sup>。随着年龄增加,机体适应能力和生理机能都随之下降,因而年龄也可能为亚健康的相关因素<sup>[6]</sup>。

## 2 亚健康流行病学

世界卫生组织(World Health Organization, WHO)的一项全球性调查表明,真正健康的人仅占5%,患有疾病的人占20%,而75%的人处于亚健康状态<sup>[8]</sup>。2002年中国国际亚健康学术成果研讨会的数据显示,目前我国70%的人处于亚健康状态,15%的人处于疾病状态,只有15%的人处于健康状态<sup>[9]</sup>。随着社会压力增加,生活方式改变,我国亚健康人群的比例也不断扩大。以天津为例,城镇地区的亚健康总检出率为66.37%,女性亚健康检出率为68.31%,高于男性的63.94%<sup>[10-11]</sup>。上海(72.66%)、广州(60%~70%)、杭州(76%)、沈阳(70.94%)等近年抽样调查的结果也均>60%。对包括黑龙江在内的6省市共48 978例成人健康状况调查结果显示,亚健康比例为69.46%<sup>[12]</sup>。2008年大学生调研数据显示,亚健康占18.9%<sup>[11]</sup>,到2020年该数据提升至59.34%<sup>[12]</sup>。尽管不同地区、不同研究对象的研究结果可能存在差异,但近年来总体流行病学研究均显示亚健康比例在增加<sup>[13-15]</sup>。不同性别(男生高于女生)、专业(医学类高于非医学类)、年级(一年级高于二年级)和家

庭状况(农村高于城市)对大学生亚健康状况均有一定影响<sup>[13-17]</sup>。亚健康状态与每日工作时间、劳动强度明显相关<sup>[18]</sup>。

总之,亚健康人群的数量是非常庞大的,长期处于亚健康状态而不自知,可能是近年来慢性疾病年轻化的原因。

## 3 亚健康的判断

依据WHO提出的健康概念,亚健康状态的评判包括以下范畴:①无自觉症状或症状轻微,但已有潜在病理信息者;②亚临床的带菌者、带病毒者、带原虫等其他病原体者;③有免疫状态改变者,如过敏体质、免疫机能低下;④不合理膳食或缺少运动所致的肥胖;⑤长期大量吸烟、酗酒者;⑥轻度或临界的代谢异常:如离子、血脂、血黏度、尿酸、纤维蛋白原、氧自由基等血液成分改变,高胰岛素血症、糖耐量异常等;⑦慢性疲劳综合征;⑧心理障碍:情绪障碍、神经质、神经症、心身失调;⑨信息过剩综合征;⑩疾病治愈恢复期的虚弱状态;⑪生理性衰老;⑫隐性遗传疾病;⑬情感、行为、道德、社会适应能力的亚健康状态;⑭生物节律的脆弱期,如更年期、经前期、老年期等<sup>[3, 19-22]</sup>。

## 4 亚健康临床表现

### 4.1 成人亚健康

成人亚健康的表现根据涉及健康的层面分为3个方面,即躯体问题、心理问题和社会适应不良问题。

**4.1.1 躯体问题** 躯体问题包括各个生理系统不适的症状:头痛头晕、睡眠障碍、记忆力减退等神经系统问题;自主神经问题如腹泻、便秘等胃肠道功能紊乱;尿频、尿急等泌尿系统功能紊乱;心悸、胸闷、气短等心脏神经症;慢性疲劳综合征;各种躯体疼痛;脱发等。

**4.1.2 心理问题** 常见精神紧张,神经性厌食、贪食和呕吐,物质依赖(酒依赖、烟瘾、药物成瘾)等。

**4.1.3 适应不良** 包括空巢引起的问题、退休综合征等。

### 4.2 儿童亚健康

儿童亚健康多表现为纳呆、口臭、夜眠不安、大便不调、哭闹易怒、面色萎黄、易疲劳。学龄期儿童可表现为上课注意力不集中、记忆力减退、学习成

绩下降等。

## 5 亚健康评估方法

对亚健康个体进行评估仍需利用医学的评估方法和思维,亚健康状态的确认同样需要遵循循证医学的原则。

### 5.1 采集病史

医师全面掌握就诊者的症状,分别从生理、心理和社会等方面了解其存在的健康问题。

### 5.2 体格检查

医师根据问诊结果对就诊者进行相应的体格检查,掌握患者有无疾病征象和功能障碍。

### 5.3 辅助检查

医师根据就诊问题建议其进行必要的实验室检查和影像学检查,排除器质性病变。

### 5.4 评估量表

量表问卷评估法主要是通过设置阈值界定亚健康状态,其制订需要获得较为全面的数据、严密的科学统计和临床的反复论证,才能形成可操作性强的判别标准。目前主要采用国际公认且具备良好信效度的相关量表,包括症状自评量表-90 (symptom check list 90, SCL-90)、健康状况调查问卷-36 (the short form-36 health Survey, SF-36)、焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 及抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 等<sup>[23]</sup>。

**5.4.1 SCL-90** SCL-90 是世界上最著名的心理健康测试量表之一,是当前使用最为广泛的精神障碍和心理疾病门诊检查量表<sup>[24]</sup>。SCL-90 协助人们从 10 个方面了解自己的心理健康程度。这些方面涵盖了人际关系敏感、敌对症状、焦虑、恐惧、躯体化症状及其他精神心理症状。该量表共有 90 个项目,包含较广泛的精神病症状学内容,从感觉、情感、思维、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等均有涉及,并采用 10 个因子分别反映 10 个方面的心理症状情况。该量表适用于精神科或非精神科门诊的成年人。

SCL-90 总分 > 160 分或阳性项目数 > 43 项,单项均分 > 2 分提示应做进一步检查,标准分 > 200 分提示有很明显的心理问题,需求助于心理咨询。当总分 160 ~ 200 分或阳性项目数 > 43 项,且各项因子分达到:躯体化 24 ~ 36 分、强迫症状 20 ~ 30 分、人际

关系 18 ~ 27 分、抑郁 26 ~ 39 分、焦虑 20 ~ 30 分、敌对 12 ~ 18 分、恐怖 14 ~ 21 分、偏执 12 ~ 18 分、精神病性 20 ~ 30 分,建议认定该测试者可能正处在亚健康状态。

**5.4.2 SF-36** SF-36 是为人群调查或健康政策的评价性研究而设计的一般健康状况参数,适用于 > 14 岁人群<sup>[25]</sup>。问卷共包括 36 个条目,涉及躯体健康和心理健康两方面,测量 8 个健康概念和 1 个健康变化自评,是目前国际上最为常用的生命质量标准化测量工具之一。8 个健康概念分别是躯体功能 (physical functioning, PF); 躯体健康问题导致角色受限 (role limitations due to physical health, RP); 躯体疼痛 (bodily pain, BP); 总体健康感 (general health perceptions, GH); 生命活力 (vitality, VT); 社交功能 (social functioning, SF); 情感问题所致的角色受限 (role limitations due to emotional problems, RE); 心理健康 (mental health, MH): 包括心理抑郁状态和健康感内容。有资料显示,亚健康人群的 PF、GH、MH 量化总分均低于健康人群<sup>[26]</sup>。但目前对亚健康的量化评定标准还有待进一步完善。

**5.4.3 SAS** SAS 适用于具有焦虑症状的成年人,具有较广泛的适用性,包括识别焦虑、害怕、不幸预感、手足颤抖、心悸、头晕、呼吸困难、手脚刺痛、胃痛或消化不良、尿意频数、多汗、睡眠等 20 条症状项目<sup>[27-30]</sup>。SAS 的主要统计指标为总分。评定结束后将 20 个项目的得分相加再乘以 1.25,得分整数部分即为标准分。也可以查“粗分标准分换算表”作相同的转换。标准分越高,症状越严重。总分 > 50 分提示患者处在焦虑状态,需要进一步检查。学者们考虑亚健康是健康与病态之间的过渡状态,将总粗分 > 40 分且标准总分在 30 ~ 50 分认定为亚健康状态。

**5.4.4 SDS** SDS 是含有 20 个项目,分为 4 级评分的自评量表。该量表有 4 组特异性症状,包括精神情感障碍、躯体性障碍、精神运动性障碍及抑郁的心理障碍<sup>[31-32]</sup>。这 4 组特异性症状共包含 20 个条目,供被试者作答,反映其抑郁状态。SDS 的特点是使用简便,并能直观地反映抑郁患者的主观感受及其在治疗中的变化。按照中国常模结果,SDS 标准分 > 50 分提示受试者存在抑郁症状;标准分处于 30 ~ 50 分,且总粗分 > 40 分则提示受试者可能处在亚健康状态。

**5.4.5 自测健康评定量表 (self-rated health measurement scale, SRHMS)** SRHMS是个体对其健康状况的主观评价和期望,是国际上比较通用的健康测量方法之一。SRHMS由自测生理健康、心理健康和社会健康3个评定子量表组成,用于>14岁各类人群(尤其是普通人群)的健康测量。SRHMS得分能够直接反映健康状况,得分高说明健康状况好,各维度、子量表和总量表的评分结果可以与常模进行比较,解释不同评分值的实际意义。目前对SRHMS的常模研究还在进行当中,虽然不能准确地通过SRHMS来确定亚健康状态,但是可以通过对特定人群的测量,从而评估该人群整体健康水平及重点人群的关注;也可对个人进行阶段性评估,观察健康情况的变化,对亚健康人群的变化过程起到一定的可视化作用。

**5.4.6 亚健康躯体症状自评量表 (somatic complaints of subhealth status questionnaire, SC-SHs-Q)** SC-SHs-Q是在短时间内建立一种可操作、简单易行的亚健康评价方法<sup>[33]</sup>。该量表从50种常见症状中筛选出包括疲劳、疼痛、睡眠问题和胃肠道不适。其评分标准为:较完美状态30~39分;亚健康状态(轻度40~49分、中度50~59分、重度60~69分);疾病状态 $\geq 70$ 分。除以上方法,还有症状组合法和叙述法也被应用于亚健康状态的评估。亚健康状态的判定非常重要,但是目前亚健康状态的评估尚未建立统一、公认的标准,学者们还在探索新的评估方法。

## 6 亚健康管理

随着我国医疗体制的改革及健康中国战略的实施,以全科医师为主体的全生命周期健康管理成为亚健康人群识别和健康管理的保障。亚健康人群的管理需组织全社会力量,提升全民健康意识,结合自我管理和医师管理,完善双向转诊、全专联合机制逐步实现。2022年国家六部委联合印发的《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》<sup>[34]</sup>,随着政策推荐,家庭医生将成为亚健康人群健康管理的主力军。根据《国务院关于实施健康中国行动的意见》<sup>[35]</sup>、《“十四五”国民健康规划》<sup>[1]</sup>,亚健康管理策略和流程建议如下。

## 6.1 自我管理

健康促进生活方式包括心灵成长、健康责任、运动和锻炼、营养、人际关系及压力管理等,对亚健康状态的转换有显著影响。积极做好患者健康教育,通过科普、讲座、病友会等方式做好宣传工作,提高患者的自我认知,使其通过改善生活方式能够维持并提升个体的健康状态,增加患者的社会参与度。通过宣教也能使患者识别生活方式的危险因素,对亚健康状态进行早期干预,可促进亚健康状态向健康状态的转归,减少疾病的发生,是慢性病防治的重要窗口<sup>[36]</sup>。

**6.1.1 饮食干预原则** ①规律饮食,定时定量;②培养细嚼慢咽、专注进食的好习惯;③饮食结构合理、营养均衡,根据《中国居民膳食指南(2022版)》<sup>[37]</sup>指导膳食结构;④遵循减盐、减油、减糖的饮食原则,控制重口味、生冷、油腻或含糖食物的摄入;⑤忌烟酒,减少摄入咖啡、茶、可乐等兴奋性饮料及高热量饮品。

**6.1.2 运动干预原则** 定期适量体育锻炼能有效改善呼吸和循环功能,促进新陈代谢,改善睡眠,增加骨量,调节情绪,提高机体免疫力。鼓励亚健康人群选择合适的运动项目,例如慢跑、散步、打球等有氧运动及体操、太极、八段锦等,协助制订运动计划,并监督其实施。

**6.1.3 睡眠作息干预原则** 建立良好睡眠卫生习惯,按时休息、不熬夜,生活作息有规律。对存在睡眠障碍的个体,应积极寻找导致睡眠障碍的原因,给予睡眠卫生教育,通过认知行为疗法帮助其解决睡眠障碍问题,也可根据个体情况为其开具处方助眠药物,如地西洋或阿普唑仑、唑吡坦、佐匹克隆、褪黑素或中药等。对存在心理问题的个体,应积极解决心理问题。充分利用家庭因素,营造安静舒适的睡眠环境和温馨和谐的家庭氛围,有助于提高睡眠质量。

**6.1.4 体重管理干预原则** 肥胖是众多慢性疾病的独立危险因素,可导致较高的早期死亡风险。应尤为重视亚健康人群的体重管理,利用体重指数和腹围等指标定期监测其肥胖风险,对其进行包括饮食干预、运动干预和行为干预的全生活方式管理。

**6.1.5 心理干预** 关注亚健康人群的心理,通过家庭访谈、举办心理讲座等方法普及心理健康知

识,使其保持乐观的心态,预防心理疾病的发生;对存有精神心理问题或社会交往困难的亚健康个体,可根据具体情况给予心理疏导或认知行为方面的指导<sup>[38]</sup>,逐渐引导其进入健康的轨道。

## 6.2 医师管理

**6.2.1 周期性体检** 建立科学有效的体检模式,根据个体、社区情况制订体检周期及项目,完善体检管理流程,拓展社区卫生服务机构的健康管理服务,注重居民健康,建立健康监测系统,关注亚健康人群各项指标的变化情况,并为其制订个性化管理方案。

**6.2.2 健康知识科普** 积极开展健康教育,提高全民健康意识,推广健康管理知识,以热线、电台、报刊、网络等多种形式普及健康管理理念,提高患者的自我认知,使其主动配合、积极参与到自身健康的管理中来,成为自身健康的第一责任人。

**6.2.3 高危因素识别** 医师通过问诊、查体和常规的辅助检查,识别个体的致病高危因素,并对其进行跟踪管理。对常规检查不能识别危险因素的亚健康个体,或出于与疾病鉴别的需要,可进行升级检查,如 24 小时动态血压监测、运动负荷试验、脑电图、心理测试等。医师还可以根据个体实际情况和健康需求,采用微观手段进行个体化体检,如机体免疫细胞功能检测、血液超高倍形态检测、疾病相关的 DNA 和基因 PCR 检测等,发现人体微小的生理变化,进行更准确、更深入的危险因素分析,筛检出高危人群,尽早识别、早期干预<sup>[39]</sup>。

**6.2.4 中医药对亚健康调理** 中医药在亚健康调理过程中具有独特的优势:中医诊疗疾病体系可无须依赖检查指标的异常,从患者的基本生活状况,包括饮食、睡眠、舌象、脉象等几个方面,以望、闻、问、切四诊的诊断方法,司外揣内,见微知著,更符合亚健康状态的特征,具有明显的优越性。

中医药具体调理方法:①中药、方剂:中药防病治病的基本作用原理为祛邪去因、扶正固本,协调脏腑经络机能,从而纠正阴阳偏盛偏衰<sup>[40]</sup>,使处于亚健康状态的机体恢复到阴平阳秘的正常状态;②针刺、艾灸:针灸运用经络腧穴调理身体<sup>[41]</sup>。艾灸疗法通过温热刺激以及药物作用,达到防治疾病的目的,有“灸治百病”之说。中医可通过针刺、艾灸等方法刺激穴位,纠正亚健康状态<sup>[42]</sup>;③养生功法:传

统养生功法有易筋经、五禽戏、八段锦、太极拳等,强调动作与呼吸的配合,通过调神宁息、培植真气,达到贯通经络、五脏平和、形神俱养、身心同调之功;④传统推拿:通过疏通经络,改善气血循环,传统推拿使组织得到充分的滋养<sup>[43]</sup>,达到“骨正筋柔、气血以流”,也可疏通体内的经络代谢,使淤积在代谢中的毒素迅速排出体外;⑤食疗、药膳:药膳是将药物和食物进行合理搭配,利用食、药物性味的偏颇特性,达到保健强身、既病防变的功效<sup>[44]</sup>。合理药膳可以调整人体的阴阳平衡,但应注意药膳的功效相对有限,不能完全代替药物,应根据个体体质特点合理配置。

社区卫生机构应设立中医体质评判,运用望、闻、问、切四诊并结合心理量表对居民进行身体、心理等全方面检查,积极发现亚健康人群,以中医理论为指导,根据亚健康状态个体的体质及临床特征进行辨证,予以相应的干预措施,如中药、针灸、推拿按摩、食品保健、药膳及传统健身等<sup>[45]</sup>,将机体各脏腑组织器官的功能调节到或接近于最佳生理状态<sup>[46]</sup>,使机体的正常状态得以恢复和维持。

## 6.3 管理流程

基于亚健康状态其健康阶段的特点,本共识撰写专家讨论推荐,亚健康的管理应动员全社会资源,形成以全科医师为主导,全专合力、中西合璧的分级诊疗模式,亚健康管理流程图见图 1。

## 6.4 呼吁社会力量

提高社区卫生服务水平,提高基础设施、管理水平及专业化水平,创建和谐的社区环境包括:

**6.4.1 创造和谐的生存环境** 提供干净、整洁的社区环境,并为居民建设社区体育中心等便捷的娱乐、健身场所。

**6.4.2 创建和谐的人际关系** 基层卫生机构与社区合力举办形式多样的社区活动增进邻里感情,与居民进行深层次的接触,这有利于向居民宣传健康教育知识,为更好地开展亚健康人群的健康教育创造良好条件。

**6.4.3 创建和谐的用药环境** 社区卫生服务机构积极向居民宣传合理用药的标准,有利于家庭合理用药习惯的养成,通过一些实际例子和数据资料,让居民认识到合理用药的重要性,控制药物滥用造成的亚健康状态。

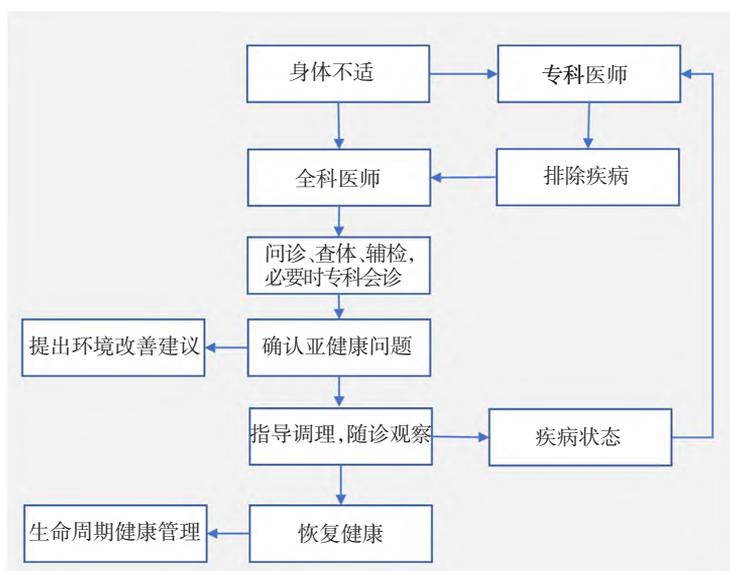


图1 亚健康管理模式流程

## 7 展望

亚健康人群的健康管理是全生命周期健康管理的重要组成部分,构建亚健康人群的评估和管理体系,降低亚健康人群比例,是“预防为主、强化基层”原则的重要体现,也是进一步提升人民健康水平,持续推进健康中国建设的发力方向。本共识离不开中国国情、中国民众感受、现行的政策措施及广大群众面临的各种相关问题。随着标准化的亚健康防治工作的开展,逐步完善工作规范、标准及流程,必然会给全社会带来更大的健康成果。亚健康人群的有效管理不仅能减少医疗卫生系统的经济负担,降低疾病发生率,还能改善人民的生存质量,提高人民健康水平。本共识的宗旨是呼吁广大医务工作者开启亚健康人群的健康管理,携手逆转亚健康状态,实现健康中国梦。

### 参与制订本共识的专家(按姓氏笔画排序):

马兰 (哈尔滨医科大学附属第二医院)  
 王恩海 (黑龙江省康复医学会)  
 王秋军 (哈尔滨医科大学附属第二医院)  
 冯建斌 (黑龙江省康复医学会)  
 朱秀英 (哈尔滨医科大学附属第二医院)  
 刘薇 (哈尔滨医科大学附属第一医院)  
 闫爽 (哈尔滨医科大学附属第四医院)  
 吴东红 (哈尔滨市第一医院)  
 陈彦平 (哈尔滨市儿童医院)

张杰 (黑龙江中医药大学附属二院)

张智勇 (佳木斯大学附属一院)

张愈东 (哈尔滨市 242 医院)

周萍 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

房玉利 (哈尔滨市第五医院)

孟佳 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

姜礼红 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

聂英坤 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

陶天遵 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

崔璨 (哈尔滨医科大学附属第二医院)

执笔: 哈尔滨医科大学附属第二医院 孟佳 姜礼红

### 参 考 文 献 :

- [1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. "十四五"国民健康规划[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2022, 29(6): 1-11.
- [2] GRAD F P. The preamble of the constitution of the World Health Organization[J]. Bull World Health Organ, 2002, 80(12): 981-984.
- [3] 王育学. 亚健康: 21 世纪健康新概念[M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2002.
- [4] LIANG Y Z, CHU X, MENG S J, et al. Relationship between stress-related psychosocial work factors and suboptimal health among Chinese medical staff: a cross-sectional study[J]. BMJ Open, 2018, 8(3): e018485.
- [5] WANG W, YAN Y X, GUO Z, et al. All around suboptimal health: a joint position paper of the Suboptimal Health Study Consortium and European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine[J]. EPMA J, 2021, 12(4): 403-433.
- [6] LIU H, FAN J L, TAO X B, et al. Suboptimal health status of nurses in Wuhan, China during the COVID-19 outbreak[J]. Rev

- Assoc Med Bras (1992), 2021, 67(7): 1010-1014.
- [7] HSU S H J, CHEN D R, CHENG Y W, et al. Association of psychosocial work hazards with depression and suboptimal health in executive employees[J]. J Occup Environ Med, 2016, 58(7): 728-736.
- [8] 孙宪民, 任平. 关于亚健康若干问题的思考[J]. 中国误诊学杂志, 2002, 2(8): 1255-1256.
- [9] 徐宝, 何映. 亚健康状态及其研究现状[J]. 中国性科学, 2007, 16(2): 16-18.
- [10] 吴伟旋, 许军, 向前, 等. 我国三省市城镇居民亚健康状况及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(22): 2651-2655.
- [11] 谢娟, 罗红彬, 朱红, 等. 天津市城镇居民亚健康现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2016, 32(1): 76-80.
- [12] XU T, ZHU G J, HAN S M. Prevalence of suboptimal health status and the relationships between suboptimal health status and lifestyle factors among Chinese adults using a multi-level generalized estimating equation model[J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(3): 763.
- [13] 李勇杰, 苟定邦, 严欣, 等. 我国七所重点高校大学生亚健康现状调查与对策研究[J]. 第四军医大学学报, 2008, 29(4): 334-337.
- [14] 王平霞, 朱小云. 大学生亚健康状况调查及其影响因素分析[J]. 价值工程, 2020, 39(21): 219-221.
- [15] 岳雨珊, 俞君, 朱黎婷, 等. 南京市大学生亚健康状况及影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2013, 30(1): 46-48.
- [16] 郑文红, 陈景祥, 彭青渝, 等. 军医大学学生严重亚健康症状及其相关因素[J]. 解放军预防医学杂志, 2013, 31(2): 144-145.
- [17] 李白坤, 王成立, 朱继民, 等. 合肥某高校大学生亚健康状况调查[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(12): 1542-1544.
- [18] 杨善岚, 杨紫飞, 刘斌, 等. 中青年白领健康问题现状分析及其对策[J]. 中国疗养医学, 2021, 30(11): 1127-1130.
- [19] 赵瑞芹, 宋振峰. 亚健康问题的研究进展[J]. 国外医学(社会医学分册), 2002, 19(1): 10-13.
- [20] 祝恒琛, 谢成. 亚健康[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [21] 杨菊贤. 现代生活方式与亚健康[J]. 中国全科医学, 2001, 4(7): 545-547.
- [22] 董莉, 董玉整. "亚健康"的表现、原因和对策[J]. 医学与哲学, 2001, 22(12): 54-55.
- [23] 赵晖, 梁媛, 薛飞飞, 等. 亚健康状态的评估、诊断现状与对策[J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(4): 8-10.
- [24] 唐秋萍, 程灶火, 袁爱华, 等. SCL-90 在中国的应用与分析[J]. 中国临床心理学杂志, 1999, 7(1): 19-23.
- [25] 李春波, 何燕玲. 健康状况调查问卷 SF-36 的介绍[J]. 国外医学(精神病学分册), 2002, 29(2): 116-119.
- [26] 庞军, 唐宏亮, 杨扬, 等. 南宁市亚健康状态人群生命质量测评结果分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(11): 160-162.
- [27] 刘贤臣, 唐茂芹, 彭秀桂, 等. 焦虑自评量表 SAS 的因子分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1995, 21(6): 359-360.
- [28] 王征宇, 迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. 上海精神医学, 1984(2): 73-74.
- [29] 王文菁, 许明智. 焦虑自评量表在精神疾病患者中的因子结构研究[J]. 广东医学, 2009, 30(10): 1416-1418.
- [30] 刘欣, 朱明泉, 王清玲, 等. 面部糖皮质激素依赖性皮炎患者匹兹堡睡眠质量指数、焦虑自评量表和抑郁自评量表调查[J]. 中华皮肤科杂志, 2012, 45(6): 2.
- [31] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- [32] 李龙龙, 万里川, 赵守盈. 大学生抑郁特点及影响因素分析[J]. 黔南民族师范学院学报, 2018, 38(4): 81-84.
- [33] 魏育林, 孔晶, 刘国玲, 等. 亚健康躯体症状自评量表在亚健康筛查、症状分析和疗效评估中的应用[J]. 环球中医药, 2009, 2(5): 349-353.
- [34] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委财政部人力资源社会保障部国家医保局国家中医药局国家疾控局关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2022, 29(4): 7-9.
- [35] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 国务院关于实施健康中国行动的意见[J]. 中国公共卫生管理, 2019, 35(4): 426-428.
- [36] 罗蓝芳. 现代亚健康的保健预防[J]. 中国医药指南, 2012, 10(27): 382-383.
- [37] 中国营养学会. 中国居民膳食指南 2022[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [38] 朱嵘. «亚健康中医临床指南»解读[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(2): V-VI.
- [39] 刘津. 亚健康的检测及评估方法[J]. 中国健康心理学杂志, 2010, 18(2): 235-237.
- [40] 雷载权. 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 13-14.
- [41] 杨静, 李慧, 赖俊阳, 等. 温针灸脾胃经治疗亚健康的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(20): 78-80.
- [42] 张玉杰, 刘峰辰, 贾梦真, 等. 艾灸治疗疲劳性亚健康的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(19): 199-202.
- [43] 王雄将, 唐宏亮, 卢栋明, 等. 中医保健推拿疗法干预东盟青年亚健康状态的临床研究[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(20): 26-28.
- [44] 王欢. 分析中医食疗药膳对亚健康状态的影响[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(1): 22-24.
- [45] 王思成. 中医治未病溯源、内涵与应用浅析[J]. 世界中医药, 2008, 3(1): 43-45.
- [46] 刘朝辉. 名医讲堂: 亚健康[M]. 北京: 现代出版社, 2004.

(童颖丹 编辑)

**本文引用格式:** 黑龙江省康复医学会亚健康康复专业委员会. 亚健康多学科管理黑龙江专家共识[J]. 中国现代医学杂志, 2023, 33(16): 1-7.

**Cite this article as:** Sub-health Professional Committee of Rehabilitation Medical Association of Heilongjiang Province. Heilongjiang expert consensus on multidisciplinary management of sub-health [J]. China Journal of Modern Medicine, 2023, 33(16): 1-7.