

亚健康概念、特点及与慢性疲劳综合征的关系

王文丽 周明洁 王力 张建新

从 1989 年前苏联学者 N·布赫曼提出介于健康与疾病之间的“第三状态”至今,亚健康的研究已有二十年的历史,“亚健康状态”的提法在我国已被公众所广泛使用。然而,学术界对亚健康的概念、诊断标准、病因与病理机制的认识还比较模糊,许多基本问题还缺乏权威、统一的界定^[1],国际上也没有与之相对应的公认的专业概念,这种状况制约了理论界对亚健康的进一步研究,临床干预也难以得到有效的指导。本文总结文献中的亚健康的概念,提出了新的亚健康的定义,并就文献中常常混淆或争论的“慢性疲劳综合征”与“亚健康状态”的关系进行分析讨论。

一、亚健康的概念

1. 文献中对亚健康概念的描述性表述:国内文献中对亚健康概念的描述性表述很丰富,主要包括:(1)亚健康是一种动态的临界状态:亚健康是人体处于健康和疾病之间的临界状态(中间状态),是相对于健康和疾病而言的,是一种动态变化的过程、也是一个特殊的、独立的阶段,具有既可向疾病发展、又可向健康逆转的双向性和可逆性的特点^[2]。(2)亚健康具有健康低质及其主观体验的特点:亚健康临床表现常常是主观体验的不适,主诉症状也多种多样且不固定,也称“不定陈述综合征”,有多种与年龄不相适应的功能性低下的表现,但无器质性病变,不能满足现有疾病分类中各种疾病的诊断标准^[2,3]。(3)亚健康状态在人群中广泛存在:大多数的人是处于健康与疾病之间的某种亚健康状态,流行病学的调查结果也证实了这一点,这里不再详述。(4)亚健康有微小的病理改变:亚健康表现为无临床症状或症状轻微,但它已有潜在的病理信息,包括了微生态失衡的状态,是某些疾病的病前生理病理学改变^[2],虽然还未患病,但已有患病的危险倾向,实际上是心、身疾病的潜在临床或病前状态^[1]。(5)亚健康的概念范围呈“多层次、多维度”的特征:多层次是指亚健康可以根据症状程度划分为轻度失调、潜临床状态、前临床状态等不同层次^[4],许多慢性病在发展中以亚健康形态长期存在;多维度是指可以根据内容、主体、症状、病因等不同的维度划分:根据内容可分为生理亚健康、心理亚健康、社会适应亚健康等不同亚型^[2];根据主体可分为个体亚健康、群体亚健康和社会亚健康的概念范畴;根据临床表现及病因划分为社会型、心理型、疲劳型、眼涩咽干型、二便异常型、月经不调型、体质型等亚型^[5]等等。并且,这些维度也可以继续细分下去,例如心理亚健康可分为情感、思想、道德、行为的亚健康,或者是具有焦虑、抑郁、恐惧等症状的亚健康等等。同时,各个维度间又具有内在联系,例如生理、心理、社会功能的亚健康具有内在一致性,又如,慢性疼痛与抑郁、焦虑和睡眠障碍的共病性已经得到广泛研究^[6]。

可以说健康概念的范围有多大,亚健康的涵盖范围就有多

大;疾病和病症谱所涉及的领域有多宽,亚健康谱的涉及范围就有多宽^[1]。与此相一致的现实是,目前尚难以制订出非常详细的有关亚健康的分类和诊断标准^[1,2]。

2. 文献中的亚健康的操作性定义:西医、中医、心理学研究者,都采用了许多方法来界定亚健康,制定出诸多亚健康的诊断标准或测量方法,这些都是对亚健康的操作性定义,这里不作详细介绍。国外老年医学中有关于“subclinical”的测量可供借鉴。Miller 等^[7]在大样本的调查中使用 Fried 的方法测量亚临床状态,解决了功能受限与失调的亚临床状态的测量数据的稳定性问题。Vandewoude 等^[8]提供了一个非常简便而高效的筛查工具,仅用三个简单的问题来探测前病态的(premorbid)虚弱成分(frailty components),可用于在普通医院的非老年医学部门对看医生的老年病人进行筛查,找出处于不利健康结果的高风险者。

3. 国际学术界没有公认的与“亚健康状态”对应的概念名称:值得注意的是,尽管国内文献中多处有“亚健康又称为第三状态或中间状态”、“国际上把亚健康称为第三状态”、“CFS 最早被认为是第三状态”的提法,但笔者用“the third status”或“the middle status”加“health status”在“Schyc-Info”、“Elsilver”等数据库检索时却没有查到直接研究“第三状态”的文章,只有“Sub-threshold symptoms /syndrome /disorder”的提法散见于一些文献中,翻译为阈下症状、阈下综合征或阈下障碍。例如,“在 DSM-IV 中有阈下赌博的表述”^[9];“即使是阈下迹象和症状也要关注并给予治疗性干预,这是应该警觉的事情”,“抑郁有许多种不同的形式,其中轻微的抑郁与阈下综合症状的类型是最常见、也是人们了解最少的”,“我们至今还不清楚如何定义和如何对待阈下”的表述^[10]等等。从这些散见的论述中可以看出,到目前为止,国际上对于相当于亚健康或第三状态概念的表述是相当谨慎,甚至只用 health being less than good 或 poor health^[11]这样简单、原始的表述方式,这恐怕正是我们没有找到专门阐述如何定义亚健康状态的英文文献的原因。还有一些相关概念在国外文献中常常出现,但与亚健康的含义相差较大。首先看“preclinical”(前临床)与“subclinical”(亚临床)的概念,这两个词乍看起来与“亚健康”的概念很接近,但前者的“pre”在英文中是“先于-”之意、因而有“预兆、预示”的含义,后者的“sub”则指症状程度、级别没有达到临床的诊断标准。例如, Wolinsky 等^[12]发现在非裔美国中老年人中,各种日常生活功能的受限与失调的亚临床症状能够显著预测 1~2 年后发生全面的功能障碍^[13]; Kruit 等^[14]的大样本人口调查发现,有些偏头痛病人在特定脑区内有更高的亚临床病变的危险性。可见,这类研究的主题虽然与“亚健康状态”的概念有类似之处,但并不对应。再来看“adverse health outcome/consequence/effects 不利健康结果”的概念,这类文献是最丰富的,但通常用于研究某变量与不利健康结果之间的关系。类似的提法还有“adverse health behaviors 不利健康行为”,大都用于研究不利健康行为与某变量之间的关系。这两类研究在近年来非常活跃,特别是与生态、环保、人文方面有关的主题。例如, Johansson 等^[15]的研究表明,儿童在出生前、后暴露于 ETS(被动

DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2010.01.035

基金项目:国家“863”计划项目(2006AA02Z426)

作者单位:100101 北京,中国科学院心理研究所,中国科学院研究生院(王文丽、周明洁、王力、张建新)

通信作者:张建新,Email: zhangjx@psych.ac.cn

吸烟)干扰了儿童的健康,因而支持对被动吸烟的零容忍; Brook 等^[16]发现在 20 岁后期与 30 岁早期的物质成瘾与后来的不良健康结果有着直接的关系,而青春期的心理社会困难则起到中介变量的作用;又如 Lallukka 等^[17]对英国、芬兰、日本三国的白领雇员的研究表明,不良健康行为及肥胖都与工作强度及超时工作呈现相关性;Miller 等^[18]发现,减轻由相关共变量引起的下半身的功能的退化,可避免或延缓多种与年龄有关的不利健康后果,等等。这些文献中的“adverse health outcome/ consequence/ effects 不利健康的结果”与“adverse health behavior 不利健康的行为”或“adverse job conditions 不利的工作条件”、“adverse health factor 不利健康的因素”一样,只是一般的构词用法,而不是一个特指的专业概念,尽管这些研究的具体内容常常与“亚健康状态”的主题有相关,但“adverse health outcome/ consequence/ effects”是通常用于说明某个变量对健康的影响,它与“亚健康状态”并不是相对应的概念。可见,在国外的文献中,以上这些英文名词的表述与应用虽与“亚健康”有关,但概念的外延与内涵都与“亚健康状态”有很大的不同。总之,经过大量的文献检索,本课题组确认,我国学术界所谈的“亚健康状态”在国际上还没有与之相对应的、普遍使用的概念,目前还找不到与“亚健康”相对应的国际统一的概念名称,我国的专业词典上已经将“亚健康”所对应的英文名字列为“sub-health”,中文文献中多处提到国外称亚健康为“第三状态”,这两种提法在英文数据库中是很难检索到亚健康的文章。这种状况显然不利于学术交流,也不利于关于亚健康状态的研究与干预。

目前文献中亚健康的概念主要是指介于健康与疾病之间的临界状态。这样的概念过于笼统模糊、包含的范围太广,难以指导进一步的研究与临床实践,在国际上也没有与之对应的专业概念名称。近年来亚健康的研究难有大的突破反映了亚健康的概念过于笼统所带来的弊端。目前人们对亚健康的认识还没有质的进步,甚至在一些基本的概念问题上例如“亚健康状态”与“慢性疲劳综合征”二者的关系都难以达成共识。

二、本课题组对亚健康的定义

1. 定义的形成:通过专家访谈,广泛收集资料,文献检索,全国专家研讨会,根据中医理论、健康心理学研究、应激的相关研究,与慢性疲劳综合征相区别,并结合系统理论和适应理论,我们最后达到如下共识:亚健康状态是一种介于健康与疾病的中间状态,是个体在适应生理、心理、社会应激过程中,由于身心系统(心理行为系统、神经系统、内分泌系统、免疫系统)的整体协调失衡、功能紊乱,而导致的生理、心理和社会功能下降,但尚未达到疾病诊断标准的状态,这种状态通过自我调整可以恢复到健康状态,长期持续存在可演变成疾病状态。这一亚健康概念背后的理论是系统理论和适应理论。健康是身心各系统内在和谐并能够灵活有效适应各种应激;疾病是各系统内在冲突难以解决或难以适应外部应激、身心系统不能自我调整的状态。心理系统是个体主动适应调节的功能系统,神经免疫内分泌是个体自动适应调节的功能系统,身体其余系统是受这些系统调节的。

2. 定义的内涵:这一概念包含了健康状态改变为亚健康状态的原因、改变过程、改变状态、改变程度、改变结果。改变的原因包含三方面:心理、生理、社会三方面应激因素,明确了亚健康是一种应激反应的结果,而不是遗传、感染、外伤、物理、化学物质所致。改变的过程是一个适应过程,是通过心理行为系统、神经系统、内分泌系统、免疫系统的适应,在适应中出现整

体协调失衡、功能紊乱而导致身心各系统功能下降,即,亚健康不同于各系统由于其他原因导致的功能下降。改变的状态除上述四个系统改变外,还包含身心各系统与社会功能改变;改变的程度是尚未达到疾病诊断标准;改变的结果是可自我调整恢复健康,或持续演变成疾病。

3. 定义的核心:这一定义的核心是:亚健康状态发生的机制是在应激的作用下、在个体内在适应的过程中发生的状态性的改变,而不是遗传、感染、外伤、物理、化学物质等原因所致。循着这个定义的核心,可以识别和预防亚健康状态的发生,也便于指导亚健康的临床干预。例如,三峡移民具有政府强制性、非自愿性、彻底性、不可逆性、限时性、永久性等特点,它毁灭性地破坏了原有的社会结构和秩序^[19],这就使得这些移民的应激总量非常大,因而移民中普遍发生亚健康状态也就在所难免了。

4. 与以往定义的比较:在这个亚健康的新定义下,“介于健康与疾病之间的临界状态”将不再是定义亚健康状态的充分定义,即,并非“没有达到诊断标准”就属于亚健康,而必须区分发生症状的原因与机制,在应激作用下的身心系统适应功能下降属于“状态性的”亚健康,经过调整可以恢复健康,如果持续发展下去可以演变为疾病,其病因与病理机制是意识-物质交互作用的;而遗传、感染、外伤、物理、化学物质等原因所致的症状,即使尚未达到诊断标准,其病因与病理也仍是物质的,要从物质原因出发进行干预。这一定义继承了前人定义中的亚健康的“状态性”、“可逆的”,“介于健康与疾病之间”、“未达到诊断标准”,“健康低质”、“功能改变”等成分,补充强调了必须区分症状发生的原因是在应激作用下的身心系统的适应过程中发生的,还是在其他物质性原因下发生的。

三、亚健康与慢性疲劳综合征的关系

欧美对于慢性疲劳综合征(Chronic Fatigue Syndrome, CFS)的研究比较多,国内关于亚健康与 CFS 的关系有不同看法。

1. 文献中关于“慢性疲劳综合征”与“亚健康”关系的讨论:关于慢性疲劳综合征(CFS)与亚健康的关系,主要有两类观点。一种观点认为 CFS 是疾病、不属于亚健康的范畴,最有代表性的是瞿明杰等^[1]的分析,他们认为,CFS 是有明确诊断标准的疾病,不同于亚健康状态。首先是诊断标准不同,CFS 具有国际统一的诊断标准,亚健康至今没有国际统一的诊断标准;第二是发生率不同,CFS 的发生率在 0.004% 到 0.2% 之间,而亚健康的发生率在 40% 到 90% 之间;第三是病因病理不同,“由于 CFS 与病毒感染、免疫系统和内分泌系统活动异常之间的直接因果关系仍不能肯定,同时也存在一些相互矛盾的报道”,“因此 CFS 的病因至今尚不清楚,其诊断过程复杂,疗效不理想,多年来西医对 CFS 的研究一直无突破性进展”;而亚健康状态的病因主要是长期紧张的工作、生活节奏、职业压力、心理因素、不良的生活习惯和行为,中医则认为 CFS 的病位以肝、脾、肾为主,尤以肝、脾为多。王天芳等^[2]认为,亚健康虽然多表现为有慢性疲劳,但并不特指满足一定标准的慢性疲劳综合征,其范围更为广泛,满足目前慢性疲劳综合征诊断标准者不再被判定为亚健康状态。与此相反的另一观点认为,前者属于后者、后者包含前者,即慢性疲劳综合征(CFS)是亚健康的一种表现形式。我国最早命名亚健康状态的学者王育学认为慢性疲劳综合征只是亚健康症状中最具有代表性的一种表现形式。有研究报告山西某电厂职工 CFS 流行病学调查发现 CFS 比例为 17.71%,并提到日本劳工部在 2000 年 3 月公布日本全国有 1/3 的工龄人口患有 CFS,认为 CFS 是重度亚健康的

一种表现形式。郑恒等^[3]认为类似的情况还有信息过剩综合征、神经衰弱、肥胖症等等。在这种观点下,亚健康概念应包含 CFS, CFS 因其首先被大量研究而给出称谓和操作性定义,但这并不能改变二者是属于与包含的关系,将来还会有更多的被命名、被制定诊断标准的部分,这只是人们对亚健康的认识逐渐发展的表现。

2. 对以上两种观点的分析:首先, CFS 的发病率并不高,却是国外医院就诊的五大原因之一,说明有大量的居民因疲劳症状而就诊,但被确诊为符合 CFS 标准的并不多。Skapinakis 等^[20]也认为,不明疲劳的持续比率依疲劳定义的不同而在 1/5 至 1/3 之间。这些证据表明,流行病学调查的比率与使用的定义有关,对辨析两个概念有提示线索的作用,但说服力不足。其次,国外学者研究 CFS 的病因而进展情况并不能排除 CFS 被亚健康状态所包括的可能性,两者之间没有逻辑关系。第三,现有的亚健康的概念本身是包含亚临床状态的,其中“疲劳”是常见的症状表现, CFS 的症状表现符合现有的亚健康概念,尽管西方对慢性疲劳的持续关注催生了 CFS 的命名与诊断标准,但人们对健康与疾病的研究和认识也是动态发展的,更何况中医认为亚健康本身就是“病”的。如果人们对亚健康的研究推进到对一部分情况进行操作性定义就把这部分排除在亚健康的范畴之外,那么亚健康的概念范畴将呈现越来越小的趋势,最终失去存在的意义,人们的认识将重返“非健康则疾病”的三元思维中去,对亚健康的认识将裹足不前。第四,中医认为 CFS 的病因病位以肝、脾、肾为主,人们对 CFS 进行干预时是应用 CFS 的诊断标准的, CFS 诊断标准的内容与中医认为的病因病位并无矛盾。因此,文献中已有的讨论各有局限,有必要继续分析探讨。

3. 本课题组观点:首先,这两个概念关系密切。在学科概念的发展历史上,自从 1984 年世界卫生组织(WHO)提出的“健康”定义和前苏联学者提出“第三状态”以后,西方迅速掀起了研究慢性疲劳综合征的热潮,1988 年 CDC 率先带头制定了 CFS 的诊断标准。在临床中 CFS 是西方五大就诊原因之一,但被确诊的比例却很少。因此,无论在学科概念发展史上还是在临床实践中, CFS 与亚健康都是密切相关的两个概念。其次,这两个概念又有区别之处。 CFS 的前期阶段属于亚健康范畴,而达到诊断标准的 CFS 是不属于亚健康范畴的。以 CDC 标准为例,1988 年 1994 年的标准都明确规定 CFS 的病程诊断标准为 6 个月,在此之前的阶段,应属于亚健康状态的范畴,是可逆的、状态性的,经过自我调节可以恢复健康,如果任其发展或调节不当也可以演变成为 CFS 或其他疾病,也就是说, CFS 的前期阶段属于亚健康范畴,二者区分的关键在于病程标准,其病理实质是状态的动态可逆性。第三,争论的根源在于现有的亚健康的定义的局限性。由于亚健康的概念过于笼统、模糊,范围过大,所以一部分人认为 CFS 有自己的病因和诊断标准,是区别于亚健康的疾病状态,而另一部分人则认为 CFS 的独特性仍不能超出亚健康的范围。如果应用上文的新定义,区分不明疲劳症状的发生是否有应激机制存在,比较病程结果,可以期待有新的发现来揭示二者的关系。这样的争论说明,人们对健康与病态的认识、界定还将长期处于多重的困境中,因

而亚健康的界定也仍将是一个难题。

参 考 文 献

- [1] 瞿明杰,杨金生,王兵. 试述亚健康状态与慢性疲劳综合征之异同. 中国中医基础医学杂志,2007;81-82.
- [2] 王天芳,薛晓琳. 亚健康状态与慢性疲劳综合征. 中国中西医结合杂志,2008;28:77-79.
- [3] 郑恒,崔丽萍. 亚健康评价方法的研究进展. 华南预防医学,2007;33:32-35.
- [4] 李海峰,陈晓,金如锋. 亚健康证候测试量表的编制和信效度分析. 陕西中医,2007;28:565-567.
- [5] 霍云华,罗仁,赵晓山,等. 亚健康状态脾气虚证的流行病学调查及证候分析. 实用医药杂志,2009;26:52-54.
- [6] 赵巍峰,姚树桥. 慢性疼痛与精神疾病共病的研究进展. 中华行为医学与脑科学杂志,2009;18:471-472.
- [7] Miller DK, Andresen EM, Malmstrom TK, et al. Test-retest reliability of subclinical status for functional limitation and disability. J Gerontol A Biol Sci Med Sci,2006;61:52-56.
- [8] Vandewoude MF, Geerts CA, d'Hooghe AH, et al. A screening tool to identify older people at risk of adverse health outcomes at the time of hospital admission. Tijdschr Gerontol Geriatr,2006;37:203-209.
- [9] Cunningham-Williams RM, Grucza RA, Cottler LB, et al. Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. J Psychiatr Res,2005;39:377-390.
- [10] Glahn D, Reichenberg A, Frangou S, et al. Psychiatric neuroimaging: Joining forces with epidemiology. Eur Psychiatry,2008;23:315-319.
- [11] Hemström O. Does high income buffer the association between adverse working conditions and ill health? Scand J Public Health,2005;33:131-137.
- [12] Wolinsky FD, Miller DK, Andresen EM, et al. Further evidence for the importance of subclinical functional limitation and subclinical disability assessment in gerontology and geriatrics. J Gerontol A Biol Sci Med Sci,2005;60:146-151.
- [13] Wolinsky FD, Miller DK, Andresen EM, et al. Effect of subclinical status in functional limitation and disability on adverse health outcomes 3 years later. J Gerontol A Biol Sci Med Sci,2007;62:101-106.
- [14] Kruit MC, Buchem MA, Hofman PA, et al. Migraine as a risk factor for subclinical brain lesions. JAMA,2004;291:427-434.
- [15] Johansson A, Ludvigsson J, Hermansson G. Adverse health effects related to tobacco smoke exposure in a cohort of three-year olds. Acta Paediatr,2008;97:354-357.
- [16] Brook JS, Saar NS, Zhang C, et al. Psychosocial antecedents and adverse health consequences related to substance Use. Am J Pub Health,2009;99:563-568.
- [17] Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O, et al. Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study. Soc Sci Med,2008;66:1681-1698.
- [18] Miller DK, Wolinsky FD, Andresen EM, et al. Adverse outcomes and correlates of change in the short physical performance battery over 36 months in the African American health project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci,2008;63:487-494.
- [19] 姜良美,郭继志,庄立辉,等. 三峡外迁移民心理健康状况与心理应激社会支持的相关性研究. 中国行为医学科学,2008;17:1100-1102.
- [20] Skapinakis P, Lewis G, Mavreas V. One-year outcome of unexplained fatigue syndromes in primary care: results from an international study. Psychol Med,2003;33:857-866.

(收稿日期:2009-07-26)

(本文编辑:冯学泉)