

引用:李帆影,张尚华,刘珍,邓天好. 肿瘤患者心理干预疗法的研究概况[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):159-162.

## 肿瘤患者心理干预疗法的研究概况

李帆影<sup>1</sup>,张尚华<sup>2</sup>,刘珍<sup>2</sup>,邓天好<sup>3</sup>

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院,湖南长沙,410006;

3. 湖南省中医药研究院附属医院,湖南长沙,410006)

[关键词] 肿瘤;心理干预;综述;学术性

[中图分类号] R273 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.063

近年来随着经济飞速发展,人们的物质生活水平也得到了大幅度提高,但在追求经济增长的同时也受到了来自各种环境的影响。肿瘤已成为危害人类身心健康的严重疾病,恶性肿瘤更上人类疾病致死的重要元凶之一。世界卫生组织(WHO)统计公布,癌症的世界人口标准化率(ASR)男性为209.6/10万,女性为161.5/10万;0~64岁的累积发病率男性为10.3%,女性为9.5%。我国癌症发病率为285.91/10万,平均每分钟便有6个人被诊断为癌症<sup>[1]</sup>。现代医疗治疗肿瘤的技术方法和手段日趋多样化,目前多采用手术联合放疗的综合治疗手段,利用放射线或化学药物将癌细胞歼灭,防止扩散,以延长肿瘤患者的生存时间,提高生存率<sup>[2]</sup>。但化疗对正常细胞也会造成影响,从而使患者出现不同程度的不良反应,一般多表现为恶心呕吐、脱发、皮肤过敏等症<sup>[3]</sup>。在一系列躯体不良反应的状态下,患者极易出现痛苦、焦虑、烦躁、沮丧等不良情绪,而这些不良心理会直接影响其病情发展和预后<sup>[4]</sup>。因此,运用心理疗法干预肿瘤显得尤为重要。本文将近年来肿瘤患者的心理状况及心理干预疗法的研究情况综述如下。

### 1 心理现状

1.1 焦虑 焦虑是由紧张、焦急、忧虑、担心和恐惧等感受交织而成的一种复杂的情绪反应。有研究表明,肿瘤患者焦虑的发生率仅次于抑郁<sup>[5]</sup>。在肿瘤手术治疗过程中,患者常会因麻醉、创伤、应激反应、神经功能紊乱等原因而产生术后恶心、纳差、疼痛、失眠等症状,不仅影响其生活质量,更增加了焦虑、抑郁等情绪障碍的发病率<sup>[6]</sup>。王龙等<sup>[7]</sup>采用焦虑自评量表(SAS)对457名肿瘤患者进行测评,结果显示有18.6%的患者存在焦虑情绪,其相关性分析表明患者的焦虑情绪与病情知情程度存在显著负相关,在临床工作中应重点关注对病情不知情的肿瘤患者的焦虑状况。朱应等<sup>[8]</sup>对159例癌痛患者进行了调查,SAS评分结果显示,

癌痛程度越高,焦虑的发病率也就越高。因此,医护人员在临床治疗的过程中应积极采用有效的心理干预措施来缓解肿瘤患者的焦虑情绪,以控制癌痛。

1.2 抑郁 抑郁是一种对自己、所处的世界及将来均存在负性的歪曲认知的情绪障碍,多表现为忧愁、寡欢、紧张、缺乏精力、丧失兴趣、注意力难以集中、缺陷和无用观念等<sup>[9]</sup>,严重者甚至有自伤或自杀的观念或行为。李文高等<sup>[10]</sup>对571例新确诊肿瘤患者进行了调查研究发现已婚患者的抑郁水平显著低于未婚患者,年龄越大的患者越容易产生抑郁。抑郁者通常会有自我评价和自信的降低,并对未来感到暗淡而悲观失望,即无望感,而无望感又是肿瘤患者常见的负性情绪,可以独立预测病死率,甚至加速死亡的进程<sup>[11]</sup>,直接影响肿瘤的治疗和预后。有学者通过对早、中、晚期的成人肿瘤患者比较发现,肿瘤患者的无望感与病程、性别有关<sup>[12]</sup>。抑郁心理障碍导致肿瘤患者自杀病死率高达25%<sup>[13]</sup>。王舒杰<sup>[14]</sup>对310例住院肿瘤患者进行调查,结果显示11%的患者存在自杀意念,其抑郁发生率为7.1%,患者的抑郁得分与自杀可能性呈正相关。因此,临床治疗中应重点关注有抑郁倾向的肿瘤患者,以防止其出现自伤或自杀行为。

1.3 恐惧 恐惧是指个人面临危险时的情感体验,通常其个体认为自己无力克服这种危险,因而试图回避<sup>[15]</sup>。2003年Dankert提出恐惧疾病进展(FoP)这一概念。李露等<sup>[16]</sup>综合大多数研究者观点,认为肿瘤患者的FoP多来自于对癌症病情进展、复发、转移及其产生的生理、心理、社会后果的担心。黄家莲等<sup>[17]</sup>对152例肿瘤患者的调查结果显示,FoP中等水平占42.1%,高等水平占29.6%。蔡建平<sup>[18]</sup>研究发现,乳腺癌患者的FoP水平与生存质量各维度均呈负相关。因此,医护人员应有针对性地对肿瘤患者制定干预措施,控制和降低患者的恐惧水平,提高其生存质量。

基金项目:全国中医药创新骨干人才项目(国中医药人教函[2019]128号);湖南省“121”高层次人才项目(第2018-03-027号)

第一作者:李帆影,女,研究实习员,研究方向:积极心理学

通讯作者:邓天好,男,副主任医师,研究方向:肿瘤的中西医结合防治研究,E-mail:601329092@qq.com

## 2 常见心理干预疗法

2.1 中医五行音乐疗法 音乐疗法属于心理学行为治疗中的放松训练法。五行音乐疗法属于音乐治疗的范畴。早在《黄帝内经》和《乐记》中就有用音乐治疗疾病的记载,该理论来自于阴阳五行学说,即五行之木、火、土、金、水,分别对应于五音阶的角(肝)、徵(心)、宫(脾)、商(肺)、羽(肾),从而有了“五音对五脏”的治疗思想<sup>[19]</sup>。五行音乐疗法以中医脏腑理论为基础,体现了中医整体观念,以“调畅情志”为原则,着重于治“病的人”,而不是“人的病”,结合个体所处的时间、空间,因时、因地、因人辨证施乐<sup>[20]</sup>。音乐的刺激可以促进人体内具有镇痛作用的内啡肽的分泌,因此五行音乐疗法也被推广用于肿瘤患者的治疗。在调节情志方面,曹仙霞等<sup>[21]</sup>在常规护理的基础上加用五行音乐联合免疫疗法干预肿瘤患者,随访1个月后采用SAS、抑郁自评量表(SDS)评分对患者进行评价,结果显示五行音乐联合免疫疗法能有效缓解肿瘤患者的焦虑和抑郁情绪,使其生理和心理得到双重改善,提高了患者的生存质量。在减轻症状困扰方面,金玲<sup>[22]</sup>对胃癌患者实施子午流注择时五行音乐,治疗前后采用匹兹堡睡眠质量指数量表和Piper疲乏量表对患者的睡眠质量和疲乏程度进行测评,结果表明子午流注择时五行音乐疗法可减轻胃癌患者的癌因性疲乏症状,提高患者的睡眠质量。在提高免疫功能方面,顾云慧<sup>[23]</sup>对乳腺癌患者在化疗和基础治疗上结合五行音乐疗法,每日上、下午戴耳机听音乐各1次,以21d为1个疗程,2个疗程后对患者采用恶心呕吐标准评分、血常规和细胞免疫测定进行评估,发现五行音乐疗法不仅可以改善患者的恶心呕吐症状,还能提高其免疫力。综合大量研究表明,五行音乐疗法在改善肿瘤患者的情绪和缓解躯体症状方面效果显著,但鉴于患者的文化程度、年龄、语言、民族等个体状况存在差异,临床治疗还需辨证施治。

2.2 情志疗法 情志疗法指运用语言、表情、姿势、行为等非药物方法改变患者的意识、心境、态度等心理活动,以调整其形神紊乱的病理状态,从而达到缓解或治愈病症的心理治疗方法<sup>[24]</sup>。具体方法主要有:1)消除心因法。根据患者的不同特点,运用不同方法消除致病心因。2)移情易性法。了解患者的兴趣、个性和文化水平,借助合适的方法来分散和转移患者的注意力,将其转移至积极、美好的事物对象上,以缓解精神压力并保持良好的心理状态。3)以情胜情法。以中医阴阳五行理论为指导,用一种或多种方法刺激患者产生新的、暂时性的剧烈情志反应,以制约和消除患者原有的不良情绪。常有“阴阳相胜疗法”或“五行相胜疗法”。吴丽娜等<sup>[25]</sup>在常规护理的基础上对肝癌患者采用中医情志护理干预,在干预前后进行焦虑和抑郁评估,结果显示中医情志护理能显著缓解肝癌患者的负性情绪,促进患者更好的康复。陈苏娟等<sup>[26]</sup>的研究发现,对中晚期肿瘤患者实施中医情志护理能显著改善患者的躯体、情感、认知等癌因性疲乏症状。刘珠等<sup>[27]</sup>对癌性腹痛并腹水患者的研究

结果显示,患者在中医情志护理干预后腹围显著缩小,并且在减轻了癌性腹水症状的同时,还减少了爆发性癌痛发作的次数,有效改善了患者的癌痛。中医情志护理在临床操作中可行性高,无任何毒副作用,且可采用的方法较多,无成瘾性,但其起效相对缓慢,需患者长期坚持。

2.3 认知行为疗法 认知行为疗法是根据认知过程影响情感和行为的理论假设,通过认知和行为技术来改变患者不良认知根源的一类心理治疗方法的总称<sup>[15]</sup>。认知行为疗法是认知疗法与行为疗法的结合,目的在于改变患者的信仰、期待和应对能力,方法多为认知重塑、合理情绪治疗、放松训练、行为强化法等。苏晓玲<sup>[28]</sup>将认知行为疗法用于癌症患者的心理治疗中,结果表明认知行为疗法可显著降低肿瘤患者的焦虑、抑郁评分,此外神经和肌肉的放松也在一定程度上提高了肿瘤患者的疼痛阈值,提高了其生活质量评分。周建梅等<sup>[29]</sup>对淋巴瘤化疗患者进行6个月的认知行为干预,结果显示认知行为疗法能够增加患者的心理弹性水平,促进化疗后创伤性成长,提高患者生活质量。李小红等<sup>[30]</sup>在常规护理的基础上,对甲状腺癌患者采用基于赋能理论的认知行为路径化干预,发现认知行为疗法干预能显著提高患者的自我护理能力和生活质量。认知行为疗法效果确定,但需要针对患者的个体差异、环境制约而制定不同治疗方案,故有一定局限性。

2.4 家庭治疗 家庭治疗是一项协同合作的探索,其治疗目的不在于“制造”改变,而是致力于创造一种相互了解与接纳的家庭氛围,使家庭成员学会开发他们的资源,进而产生建设性的改变<sup>[15]</sup>。仲冬梅等<sup>[31]</sup>运用McMaster模式家庭治疗来改善中晚期肝细胞癌患者的生存质量,结果发现中晚期肿瘤患者在McMaster模式家庭治疗的干预下,其生存质量得到了显著提高。何俊等<sup>[32]</sup>基于结构式家庭治疗的随访,观察了乳腺癌术后患者的疗效,结果显示采用结构式家庭治疗随访管理能更有效地降低患者术后化疗的癌因性疲乏程度,提高其满意度。占志强<sup>[33]</sup>观察家庭治疗在宫颈癌同步放化疗中的作用,其认为家庭治疗对肿瘤同步放化疗患者具有显著效果,能有效减轻患者的焦虑、抑郁状态,降低不良反应的发生率,提高1年无病生存与1年疾病控制率。相较于常规治疗,患者能更加认同家庭在促进其康复、提高生活质量方面的作用。

2.5 催眠疗法 催眠疗法是运用一定的催眠技术使人进入催眠状态,并利用积极暗示来控制患者的心身状态和行为,以解除或治愈患者躯体疾病和心理疾病的一种心理治疗方法<sup>[15]</sup>。暗示是指用含蓄间接的方式对他人的心理和行为产生影响的过程。在催眠状态下,大脑皮层处于抑制状态,患者处于被支配地位,因此治疗者对言语刺激、安慰、疏导具有不可抗拒的力量,从而获得积极的治疗效果。陈漫容等<sup>[34]</sup>在肿瘤化疗患者睡眠质量及其相关因素分析的研究中发现,肿瘤化疗患者的睡眠质量整体水平显著低于正常成人,影响睡眠的因素主要包括FoP、化疗毒副作用、环境噪声

等。申紫薇<sup>[35]</sup>研究了催眠对淋巴瘤患者积极心理品质及免疫功能的影响,结果显示,在对淋巴瘤患者实施催眠干预后,患者的积极心理品质水平有了显著提升,负面情绪、应对方式和睡眠质量均得到了改善,且对化疗中患者的免疫功能有较好的保护作用。催眠疗法经过不断地研究和改进,能适用于各种心理疾病乃至躯体疾病,让患者在放松、愉悦的情境下接受治疗,效果更加明显。但目前此方法普遍为一对一的个体催眠,比其他疗法更费时费力,临床实用性相对较低,且催眠疗法在中国的发展还仅处于起步阶段,国内相关临床研究仍较少。

### 3 小结与展望

近年来,随着对肿瘤研究的深入,认识和处理肿瘤患者的心理问题迫在眉睫。心理疗法作为一种非药物治疗方法,具有无毒副作用、低成本、低风险、易操作和适用性广的特点,具有不可替代的优势。心理疗法在我国尚处于不成熟阶段,因此在肿瘤治疗中推广心理疗法尚存在诸多问题,如专业心理咨询医师及心理护理人员数量少;现有的心理咨询机构力量薄弱,技术水平层次不一;开展范围狭窄,大多在三甲大型综合医院实施,地方基层医院尚未普及;对人们心理疗法的认识程度不高,甚至有抵抗情绪;缺乏相关部门的有力支持;医院缺乏系统、长期、严谨的心理治疗措施;中医心理疗法尚未得到深入研究与广泛实施等。

针对这些问题,笔者认为可以从以下几个方面加以改进。第一,进行培训。要对医院的护理管理人员进行科学、合理、规范的心理知识培训,如开展心理疗法,尤其是肿瘤心理疗法的理论教学与规范化操作培训,培养专业心理咨询人员,提高其专业素养与水平,从而更好地服务于临床。第二,完善机制、制定措施。相关机构或医院应该加大心理疗法的力度,将心理疗法纳入到医院医嘱中,完善肿瘤患者心理干预的机制。肿瘤或心理医护人员应根据患者的个性、文化差异等给予其针对性的心理干预措施,不断优化临床心理治疗路径,缓解患者的负性心理,控制应激事件发生。第三,提高认知。通过心理知识宣教提高人们对肿瘤心理疗法的科学认知,如制定肿瘤心理疗法的宣传册、组织肿瘤患者开展专题讲座等。第四,提高疗效。癌痛是一个痛苦而漫长的过程,目前心理疗法对肿瘤患者的研究大多是随访几个月的调查结果,因此需要加大心理疗法的治疗周期与随访时间,如此才能真正地确保患者的远期疗效。最后,创新理论。加快、加深肿瘤心理疗法的临床与实验研究,提高理论水平,挖掘中医特有的情志疗法,创新心理疗法理论。

### 参考文献

[1] 陈璐. 癌症患者的心理疏导技术[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:1-2.

[2] 王秀玲,孙明芝,张焕凤. 心理护理干预对癌症放疗患者负性情绪的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(20):32-33.

[3] 高凤莉,张福泉,鲁重美. 头颈部肿瘤病人放疗期间营养状态变化及放疗毒副反应的研究[J]. 临床消化病杂志,2008,20

(4):214-219.

[4] 邓立力,吕慧芳,杨宁. 心理干预治疗对癌症患者化疗后心理状态的影响[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(2):168-169.

[5] 刘文京. 心理疗法在癌痛护理中的研究进展[J]. 当代护士,2020,27(1):12-14.

[6] HAUN MW, SKLENAROVA H, VILLALOBOS M, et al. Depression, anxiety and disease-related distress in couples affected by advanced lung cancer[J]. Lung Cancer,2014,86(2):274-280.

[7] 王龙,张雪,韩晶,等. 中国癌症患者病情知情程度与生活质量焦虑抑郁情绪及尊严感的相关性研究[J]. 河北医学,2019,25(12):1945-1950.

[8] 朱应,朱均权,蔡国英. 不同程度癌痛患者焦虑与抑郁状况调查研究[J]. 中国预防医学杂志,2016,17(6):455-457.

[9] 钱铭怡. 变态心理学[M]. 北京:北京大学出版社,2006:139.

[10] 李文高,杨源,孙恒文,等. 新确诊癌症患者的焦虑、抑郁及失眠现状分析[J]. 中华卫生应急电子杂志,2019,5(4):221-228.

[11] RODING, LOC, MIKULINCER M. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients[J]. Social Science & Medicine, 2009,68(3):562-569.

[12] RITCHIE MA. Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer[J]. J of Pediatric Nursing,2001,16(1):35-42.

[13] 史健,袁梦. 肿瘤患者精神心理障碍及其评估[J]. 中国临床保健杂志,2016,19(5):451.

[14] 王舒杰. 住院癌症患者自杀意念的筛查及心理体验研究[D]. 武汉:华中科技大学,2017.

[15] 胡佩诚. 临床心理学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2014:50,181-183.

[16] 李露,唐浪娟. 癌症患者恐惧疾病进展的研究现状[J]. 天津护理,2019,27(5):621-623.

[17] 黄家莲,应燕萍,陆秋芳,等. 癌症患者疾病进展恐惧现状及其影响因素[J]. 海南医学,2018,29(16):2266-2269.

[18] 蔡建平,江子芳. 乳腺癌患者恐惧疾病进展与生存质量的关系研究[J]. 护理管理杂志,2020,20(1):23-26.

[19] 覃学燕,唐忠敏. 五行音乐疗法应用于癌症患者的研究进展[J]. 蛇志,2019,31(4):573-574.

[20] 廖娟,赵楠,胥微,等. 中医五行音乐疗法在肿瘤治疗中的应用及护理培训师工作室建设[J]. 中西医结合护理,2019,5(12):17-19.

[21] 曹仙霞,李艳,邓伟泉,等. 五行音乐联合免疫疗法对癌症焦虑患者生存质量的影响分析[J]. 中国医药指南,2019,17(20):156-157.

[22] 金玲. 子午流注择时五行音乐对胃癌患者睡眠质量及癌因性疲乏的影响研究[C]//中国中西医结合学会肿瘤专业委员会. 第十七届全国中西医结合肿瘤学术大会摘要集. 北京:中国中西医结合学会肿瘤专业委员会、中国中西医结合学会,2019:123.

[23] 顾云慧. 中医五音疗法改善乳腺癌患者化疗应激状态的临床研究[D]. 南京:南京中医药大学,2017.

引用:王桂云,刘湘琳,陈沙,张国民. 中医药治疗骨质疏松症的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):162-165.

# 中医药治疗骨质疏松症的研究进展

王桂云,刘湘琳,陈沙,张国民  
(湖南中医药大学,湖南长沙,410208)

[关键词] 骨质疏松症;中医药治疗;综述,学术性

[中图分类号]R274.97 [文献标识码]A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.064

骨质疏松症(osteoporosis, OP)是一种以单位体积内患者的骨量减少为主要特点的代谢性骨病,主要发生在中老年人群中<sup>[1]</sup>。中国大陆地区40岁以上中老年人群中OP的患病率约为24.6%<sup>[2]</sup>。疼痛是OP患者的主要临床表现,其次为身长缩短、驼背、骨折及呼吸系统障碍等<sup>[3]</sup>,严重影响患者的生活质量。中医学无OP的病名,根据临床症状和体征可将其归属于“骨痿”“骨枯”“骨痹”等范畴。中医学认为肾主骨、肝主筋、脾主百骸。本文主要综述从肝脾肾三脏诊治OP的研究现状。

## 1 病因病机

OP的病因病机目前尚无统一标准,多数医家认为可概括为肾精不足、脾胃虚弱、肝失条达和瘀血阻络。

1.1 肾精不足 肾为先天之本,主骨生髓。《素问·痿论》云:“肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿”,《灵枢·经脉》云:“足少阴气绝则骨枯”,《素问·长刺节论》云:“病

在骨,骨重不举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹”,这些经典条文为OP归属于“骨痿”“骨枯”“骨痹”等范畴找到了可靠的理论依据。《素问·上古天真论》曰:“女子七岁,肾气盛,齿更发长……丈夫八岁,肾气实,发长齿更”,《医经释义》曰:“肾藏精,精生髓,髓养骨……精足则髓足,髓在骨内,髓足则骨强”,指出肾、骨及髓之间存在着紧密的关联性。葛继荣等<sup>[4]</sup>认为OP发病的主要原因为肾虚,其中女性以肾阴虚为主,男性以肾阳虚为主。许兵等<sup>[5]</sup>用去势(切除卵巢)的OP模型大鼠进行实验,结果显示,实验大鼠出现了肾虚的器质性和功能性变化,且生理功能大大减弱,表明OP大鼠存在肾虚的病机。

1.2 脾胃虚弱 脾为后天之本,气血生化之源,主百骸。《素问·五脏生成论》云:“肾之合骨也,其荣在发,其主脾也”,《素问·太阴阳明论》云:“今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以

**基金项目:**湖南省自然科学基金面上项目(2018JJ2297);湖南省中医药科研计划重点项目(201612);湖南省教育厅科学研究重点项目(16A162);湖南省大学生研究性学习和创新性实验计划项目(2016284,2016281,2017281,2018420)

**第一作者:**王桂云,女,2018级硕士研究生,研究方向:中医老年病

**通讯作者:**张国民,男,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医老年病,E-mail:834095773@qq.com

[24] 毕艳欣. 癌性疼痛的中医情志护理研究进展[J]. 中西医结合护理,2017,3(11):16-18.

[25] 吴丽娜,姜桂春,肖丽萍. 中医情志护理对改善肝癌患者疼痛程度及负性情绪的应用效果[J]. 辽宁中医药大学报,2019,21(5):146-149.

[26] 陈苏娟,金正芳,刘凤霞,等. 中医情志护理对中晚期癌症患者负性情绪及癌因性疲乏的影响[J]. 中西医结合护理,2018,4(10):91-94.

[27] 刘珠,秦韬,谢梯霞. 中医情志护理联合离照散药灸对癌性腹痛合并腹水患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25(11):68-70.

[28] 苏晓玲. 认知行为疗法用于癌症患者心理治疗的临床作用探究[J]. 心理月刊,2020,15(2):75.

[29] 周建梅,孟爱凤,刘建红,等. 认知行为干预对非霍奇金淋巴瘤化疗患者心理弹性及创伤性成长的影响[J]. 江苏预防医学,2019,30(6):629-631.

[30] 李小红,周霞. 基于赋能理论的认知行为路径化干预对甲状腺癌患者自我护理能力及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17(4):49-51.

[31] 仲冬梅,赵瞳,陈佩,等. McMaster模式家庭治疗在改善中晚期肝癌患者生存质量中的作用[J]. 解放军护理杂志,2016,33(16):30-36.

[32] 何俊,王伟文. 基于结构化家庭治疗的随访对乳腺癌术后患者的效果观察[J]. 医院管理论坛,2019,36(16):78-80.

[33] 占志强. 家庭治疗在宫颈癌同步放化疗中的临床研究[J]. 现代诊断与治疗,2015,26(21):5019-5020.

[34] 陈漫容,梁佩仲,莫春玲,等. 肿瘤化疗病人睡眠质量及其相关因素分析[J]. 全科护理,2013,11(10):2847-2849.

[35] 申紫薇. 催眠对淋巴瘤患者积极心理品质及免疫功能的影响[D]. 太原:山西医科大学,2017.