

ates Nicotine-Induced Anti-Inflammation in N9 microglial cells exposed to β amyloid via protein kinase C[J]. *Mediators Inflamm*, 2016(8):1-10.

- [15] Zhu D, Yang N, Liu YY, et al. M2 macrophage transplantation ameliorates cognitive dysfunction in amyloid-beta-treated rats through regulation of microglial polarization[J]. *J Alzheimers Dis*, 2016, 52(2):483-495.
- [16] Mazzon C, Zanotti L, Wang L, et al. CCRL2 regulates M1/M2 polarization during EAE recovery phase[J]. *J Leukoc Biol*, 2016, 99(6):1027-1033.
- [17] Guglielmetti C, Le Blon D, Santermans EA, et al. Interleukin-13 immune gene therapy prevents CNS inflammation and demyelination via alternative activation of microglia and macrophages[J]. *Glia*, 2016, 64(12):2181-2200.
- [18] Nissen JC, Tsirka SE. Tuftsin-Driven experimental autoimmune encephalomyelitis recovery requires neuropilin-1[J]. *Glia*, 2016, 64(6):923-936.
- [19] Kong WM, Hooper KM, Ganea D. The natural dual cyclooxygenase and 5-lipoxygenase inhibitor flavocoxid is protective in EAE through effects on Th1/Th17 differentiation and macrophage/microglia activation[J]. *Brain Behav Immun*, 2016(53):59-71.
- [20] Wang Y, Duan WS, Wang W, et al. scAAV9-VEGF prolongs the survival of transgenic ALS mice by promoting

activation of M2 microglia and the PI3K/Akt pathway[J]. *Brain Res*, 2016(1648):1-10.

- [21] Piotrowska A, Kwiatkowski K, Rojewska EA, et al. Maraviroc reduces neuropathic pain through polarization of microglia and astroglia-Evidence from in vivo and in vitro studies[J]. *Neuropharmacology*, 2016(108):207-219.
- [22] Ketz AK, Byrnes KR, Grunberg NE, et al. Characterization of macrophage/microglial activation and effect of photobiomodulation in the spared nerve injury model of neuropathic pain[J]. *Pain Med*, 2017, 18(5):932-946.
- [23] Wachholz S, Esslinger M, Pluemper JA, et al. Microglia activation is associated with IFN-alpha induced depressive-like behavior[J]. *Brain Behav Immun*, 2016, 55(1):105-113.
- [24] Su F, Yi H, Xu L, et al. Fluoxetine and S-citalopram inhibit M1 activation and promote M2 activation of microglia in vitro[J]. *Neuroscience*, 2015(294):60-68.
- [25] Zhao QY, Wu XH, Yan S, et al. The antidepressant-like effects of pioglitazone in a chronic mild stress mouse model are associated with PPAR gamma-mediated alteration of microglial activation phenotypes[J]. *J Neuroinflammation*, 2016, 13(1):259.

(收稿日期:2016-12-08 修回日期:2017-04-11)

• 综述 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.27.041

骨科围术期静脉血栓风险评估工具的研究进展*

王 鹏^{1,2}, 卢绍燊^{2△}, 陈金雄²综述, 余海波²审校

(1. 广州中医药大学研究生院, 广州 510405 2. 广东省佛山市中医院 528000)

[关键词] 骨科, 静脉血栓栓塞症; 评估工具; 综述

[中图分类号] R658

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2017)27-3869-04

静脉血栓栓塞症(venous thromboembolism, VTE)是指在静脉管腔内血液不正常的凝结, 完全或不完全阻塞静脉血管, 导致静脉回流障碍的一种循环系统疾病, 在骨科围术期具有较高的发生率。其中主要表现包括下肢深静脉血栓(deep venous thrombosis, DVT)及肺栓塞(pulmonary embolism, PE), 据国外流行病学调查报道, 美国平均每年有 54 万人以上的住院患者并发 VTE, 其中 DVT 患者 34 万, PE 患者 27 万。文献报道, 下肢骨折的患者, 受伤后 24 h 内静脉血栓的发生率为 2.6%, 但如果在受伤后 72 h 未接受预防血栓形成的干预性治疗, 则其发生率增至 13.3%, 且在 DVT 形成前没有明显的症状和体征, 如果 DVT 已发生, 会引起下肢静脉溃疡, 股青肿、股白肿等并发症, 更为严重的是下肢静脉栓子脱落, 引起致命性的 PE 发生^[1-3]。因此对骨科围术期患者提前进行 DVT 风险的评估并实施个体化的预防具有重要的临床意义。笔者对

国内外针对创伤骨科患者的 VTE 风险评估方法、应用和研究现状进行阐述和总结, 以期筛选出适用于骨科围术期患者的 VTE 风险评估工具, 为骨科围术期患者 VTE 的个体化预防提供指导。

1 VTE 风险评估工具

1.1 VTE 风险评估方法概述 VTE 风险评估工具多是通过文献总结和临床资料的回顾性研究而开发的。其评估方法主要为群体评估和个体化评估两大类。群体化评估将患者分为广泛的风险类别; 而个体化评估则是将风险因素量化, 通过评分的方式来确定个体风险。

1.2 骨科群体风险评估 美国胸科医师学会(ACCP)在 2001 年预防指南^[4]中, 将患者 VTE 风险总体上划分为低危、中危、高危和超高危 4 组。2008 年 ACCP《抗栓及溶栓治疗循证临床实践指南》在 2001 版^[5]的基础上根据手术类别、活动程度和出

* 基金项目: 广东省佛山市科技攻关项目(2012AA100441); 广东省佛山市十三五重点专科建设项目——骨关节外科(FSZDZK153013)。

作者简介: 王鹏(1991—), 在读硕士, 主要从事骨与关节方面的研究。△ 通信作者, E-mail: 18274960974@163.com。

血风险对 VTE 总体风险分级加以修订,将患者 VTE 风险总体上划分为低危、中危和高危 3 组。低危是小手术可活动者,中危组主要包括普通外科、妇科、泌尿科手术患者,高危组包括髋关节、膝关节置换术,髋部骨折、重大创伤或脊髓损伤的患者,指南即群体化风险评估为 VTE 预防提供了框架性的指导作用,虽然指南的提出提高了临床预防静脉血栓的质量,但当面对差异性的个体时,指南并没有提出有效的数据来区分具体预防措施是否应用,因此仅依靠指南很难实现个体化的 VTE 预防。

2 国外设计开发骨科围术期个体风险评估工具研究进展

2.1 Caprini 风险评估工具

Caprini 风险评估量表(Caprini Risk Assessment Model)是由美国的一位外科医生 Caprini 及其团队基于他们的临床经验和已发表和 VTE 相关的文献,精心设计的用于个体化 VTE 风险评估工具,该工具可用于内科和外科患者的 VTE 风险评估。该风险评估量表于 2005 年发表第 1 版,并在 2009 年进行了 2 次修改,2005 年版 VTE 评估量表中对 20 个 VTE 的相关危险因素分别进行了赋值,然后根据患者 VTE 风险评估总分将风险分为低危组(0~1 分),中危组(2~4 分)和高危组(4 分);在 2009 年的第 2 次修改中 VTE 评估量表纳入了包括年龄、体质量指数(BMI)、大手术、实验室检查、长期卧床等项目 40 条,每个条目分别赋值 1~5 分不等,其风险分级由最初的 3 组变为低危组(0~1 分)、中危组(2 分)、高危组(3~4 分)、极高危(≥ 5 分)4 组,同时该量表还根据不同的 VTE 风险等级,推荐不同的预防措施。适用范围:2012 年美国胸内科医生学会第 9 版指南将 Caprini 风险评估模型作为非骨科手术患者 VTE 风险评估工具,Zhou 等^[6]对 347 例已患 VTE 的住院患者进行回顾性调查分析,以判断 Caprini 风险评估量表的准确性和有效性,结果显示 Caprini 风险评估量表可对所有住院患者患 VTE 的风险进行有效的评估。在骨科患者围术期中,该量表也有应用和研究。有学者运用 Caprini 风险评估量表对 49 例膝关节置换术后患 VTE 和 98 例未患 VTE 的患者进行评分比较和病例对照分析,结果显示 Caprini 风险评估模型中的高危组和极高危组患 VTE 的风险较低危组分别高 2.13 和 11.78 倍,表明 Caprini 风险评估量表可对膝关节置换术后患者的 VTE 风险进行评估。Shaikh 等^[7]对 1 598 例整形外科手术患者术前的 VTE 风险评估发现,Caprini 风险评估量表对术前易患 VTE 的高危人群有较高的敏感性;同时 Lobastov 等^[8]对腹部、脑部及脊柱创伤患者进行 Caprini 风险评分,发现 Caprini 风险评分的高低与术后 DVT 的发生率有着密切的关系,且对评分超过 11 分的患者有必要采取有效的预防措施。以上临床研究表明 Caprini 风险评估工具的临床应用较为广泛,其设计开发及临床研究应用由内科领域逐步转移至外科领域,在骨科领域方面的应用研究开展得相对较晚,在骨科围术期应用 Caprini 风险评估工具对患者进行风险评估,其有效性也得到很好的证实,因此 Caprini 风险评估工具可对骨科围术期患者进行 VTE 风险评估。

2.2 Autar 风险评估工具

Autar 血栓风险评估量表由英国德蒙特福德大学专家 Autar 在 1996 设计发表,该量表包括患者的年龄、BMI、创伤、活动度、手术、高风险疾病、特殊风险 7 个因素组成。每 1 个条目赋值 1~7 分,根据患者评分的高低将风险分为低危组(7~10 分)、中危组(11~14 分)、高危组(≥ 15 分),通过临床应用和研究,发现其与 VTE 的相关系数(r)

为 0.98,评分为 16 分时其敏感度为 100%,特异度为 81%。Autar^[9]在 2003 年对该评分表进行了修订,修订后的临床研究显示其与 VTE 的相关系数(r)为 0.94~0.99,K 值为 0.88~0.95。Müller 等^[10]对 Autar 血栓风险评估量表进行临床验证,发现 Autar 血栓风险评估有较高的信度和效度。以上临床研究证明 Autar 量表具有较高的可信度。在骨科围术期的应用方面,梁妮等^[11]将 Autar 血栓风险评估量表运用于骨科大手术围术期 VTE 的评估,发现该量表对中、高危患者也有一定的预见作用。Yin 等^[12]运用 Autar 血栓风险评估量表对行矫形关节外科手术的患者进行评分,发现该量表可以较准确地对患者的 DVT 风险进行评估,并给出相应的预防措施。国内有学者在术前 1 d 应用 Autar 血栓风险评估量表对骨科大手术患者进行 DVT 风险评估,发现低危组血栓发生率为 2.00%,中危险组血栓发生率为 8.11%,高危组为 57.14%。该表格设计条目主要根据骨科患者的临床特点进行罗列,因此该表格主要应用于骨科领域,以上临床研究证实了 Autar 血栓风险评估量表在骨科领域的实用性和有效性。但在临床应用过程中其预测结果可能会出现假阳性及假阴性的情况。

2.3 RAP 风险评工具

RAP 风险评分是 1997 年由密歇根大学医学中心、辛辛那提大学医疗中心的医学专家合作设计的,该评估表的研发主要用于创伤患者的 VTE 风险评估。该量表包括年龄、创伤相关性因素、医源性因素和潜在疾病因素 4 个模块,共包括 19 个条目,每个条目赋值 2~4 分,根据患者评分高低将患者分为低危组(2~4 分)和高危组(≥ 5 分)。该评分的设计者 Greenfield 博士同时在 1997 年对该评分表进行临床应用,发现高危组患者患 VTE 的风险为低危组的 3 倍以上。RAP 风险评分表主要在创伤骨科方面应用和研究较多,2000 年 Gearhar 等^[13]在 184 例骨科创伤患者中运用对 RAP 评分进行前瞻性的临床研究,发现低危组患者中无静脉血栓的发生,评分大于 5 分的患者有较高的 VTE 发生率,其发生率为低危组的 2~3 倍,同时该研究中对于低危组患者不予任何预防措施,对高危组患者给予药物和物理措施进行干预。在 2011 年,Acuña 等^[14]对 110 例创伤患者进行回顾性研究,以判断 RAP 评分 5 分是否为 VTE 高风险发生的血栓临界值,结果发现在评分低于 5 分的 26 例患者中,有 3 例患者发生了 VTE,不仅证实了 5 分作为 VTE 发生的低高危临界值,同时该研究还提出对于所有创伤住院的患者在没有禁忌证的情况下均应接受血栓预防措施的干预。Zander 等^[15]对 1 505 例创伤患者进行 RAP 评分,其中 152 例患者被诊断为 VTE,但 152 例患者中有 26 例(17%)患者 RAP 评分低于 5 分,其高低危的分值分界点的敏感度和特异度分别为 0.83 和 0.37,ROC 下曲线面积为 0.66,研究结果提示,VTE 的监测和药物预防不能完全依据 RAP 评分,一些影响 VTE 的高危因素需要进行进一步的探讨。RAP 风险评工具设计开发的病例主要来源于骨科创伤的患者,因此其临床主要应用于创伤骨科的患者,从既往对 RAP 风险评估工具的研究报道来看,该工具在预测 VTE 风险方面,虽然有一定的指导意义,但其对 VTE 的风险预测缺乏较高的特异性和敏感性,因此其预测 VTE 的有效性仍需进一步证实。

2.4 Wells 风险评工具

Wells 静脉血栓风险评估是由 Wells 等^[16]在 1995 年在文献资料及临床经验的基础上设计的,该 DVT 风险评估量表主要包括相关症状体征、危险因素及患者的

其他诊断 3 个方面,根据评分将患者分为低危组(0 分)、中危组(1~2 分)及高危组(3 分);在 2003 年 Wells 等^[18]对该风险评估表进行了修改,增加了 DVT 病史这一因素,同时根据评分将患者 DVT 风险度分为很有可能(≥ 2 分)和不太可能(< 2 分),通过临床研究发现 Wells 评分结合 D-二聚体指标可对 DVT 的诊断作出一定的判断。同样 Wells 深静脉血栓风险评估在国内骨科创伤领域的研究应用也主要是 Wells 评分联合 D-二聚体或相关实验室指标对 DVT 进行预测分析。杨广林等^[18]应用 Wells 评分联合 D-二聚体检测诊断创伤后下肢 DVT 的形成,结果显示,Wells 评分诊断创伤后 DVT 的灵敏度为 91.53%,阴性预测值为 91.07%,Wells 评分联合 D-二聚体诊断创伤后 DVT 的灵敏度为 94.91%,特异度为 91.67%,其结论认为 Wells 评分大于 2 分或 D-二聚体阳性就应该考虑诊断为 DVT;沈明荃等^[19]应用 Wells 评分对 82 例发病前无 DVT 的下肢或脊柱创伤骨折的患者进行前瞻性研究,发现高危组患者 DVT 阳性预测值为 70.79%,中危组患者 DVT 阳性预测值为 44.44%,Wells 评分的临床应用需与相关实验室指标相结合。Modi 等^[20]单独应用 Wells 评分对创伤骨折的患者进行回顾性调查研究,发现 Wells 评分与 DVT 的诊断呈线性相关,该相关的决定系数为 0.88,Wells 评分小于 1 分时,可以排除患 DVT 的敏感度为 100.00%,对于 Wells 评分大于 2 分,其预测 DVT 的特异度为 90.00%,ROC 为 0.859。以上研究表明 Wells 风险评分在骨科创伤方面也有较广泛的应用,其在骨科领域可对患者的 DVT 及 PE 风险进行评估,有较多的临床研究表明,该量表在对 VTE 或 PE 进行风险评估时需要与 D-二聚体等相关指标结合;但同样该量表在临床运用时的预测值存在假阳性及假阴性的可能。

2.5 Geneva 量表评估工具 Geneva 量表评分是由瑞士日内瓦大学医院 Vicki 教授等在 2001 年对急诊病历资料的回顾性研究中制订出来的,该量表的制订主要用于急诊中对疑似 PE 患者的评估,2006 年 Legal 等对该量表进行了第 2 次修订^[21],修订后 Geneva 评分主要包括既往 DVT 病史、心率、近 1 个月手术史、咯血、下肢水肿、年龄等 9 个条目,每个条目赋值 1~4 分不等,根据患者 Geneva 量表评分分为很有可能(0~3 分)、中度可能(4~10 分)、高度可能(≥ 11 分)3 个等级。该量表设计和开发的病例来源于急诊患者,同时该工具目前国内在创伤骨科领域的应用研究也主要是对 PE 的风险进行预测,主要原因可能是与该工具设计开发的病例资料来源有关。

2.6 其他量表 除以上风险评估工具之外,根据量表设计开发的目的及量表条目的不同,不同的量表适用于不同领域,如 Padua、Cohen 评估量表主要用于内科患者 VTE 风险评估,JFK 血栓评估表主要用于所有住院患者,IMPROVE 风险评估模型主要用于 ICU 或 CCU 的患者,Rogers 风险评分量表主要用于普外科和血管外科的血栓风险评估;同时还有利用评估表与计算机相结合动态地对患者进行 VTE 评估,如 Kucher 量表、Woller 模型、Samama 电子风险评估模型;除此之外,还有 RAM 法、Pisa 量表、Taiwan 量表、Davison 评分、Claudia 量表等风险评估工具的存在,目前国内外尚缺乏对这些量表的应用和研究,其在骨科领域的临床应用的有效性也无考证。

3 国内对创伤患者 VTE 风险评估工具设计开发的研究进展

与国外 VTE 风险评估工具的研发水平比较,我国的开发研究相对滞后,当前阶段仅局限于对国外风险评估工具的验证

或者修订,随着对 DVT 临床研究的不断深入,也有一部分研究者对 VTE 风险评估工具进行设计和开发,但这些工具缺乏足够的临床数据验证,因此其效度和可信度相对不足^[22-23]。虽然目前国内已经推出了骨科 VTE 的预防和治疗指南,但在骨科 VTE 的风险评估表的研究开发中,国内目前尚处于初级阶段。

4 小结和展望

基于以上综述,国外的 VTE 已设计开发出应用于不同疾病 VTE 风险评估工具,其中与骨科领域相关的 VTE 风险评估工具也得到了国内外研究者的应用和研究,证实了其有效性。但当前骨科领域应用较广泛的 VTE 风险评估工具在预测风险时仍存在一定的假阳性及假阴性率,仍需要进一步证实并通过实验数据量化 VTE 风险评估工具,使其敏感度及特异度更高。目前国内在骨科领域 VTE 风险评估工具的开发和研究尚处于空白,同时由于地域、人种和生活习惯等差异的存在,导致影响不同人种和地域人群 VTE 的危险因素不同,因此国外的 VTE 风险评估工具在我国骨科临床的应用可能存在一定的缺陷,因此从我国人群疾病谱、患病特点、经济水平等实际情况出发,有必要研制和开发适合我国人群 VTE 风险评估工具,更有必要研制和开发适合骨科围术期这一高发 VTE 的时期的风险评估工具,结合静脉血栓预防指南,对骨科围术期患者 VTE 做到早期筛查,早期个体化和阶段化的预防,降低患者 VTE 的发生率,提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] Huang L, Li J, Jiang Y. Association between hypertension and deep vein thrombosis after orthopedic surgery: a meta-analysis[J]. Eur J Med Res, 2016, 21(1): 1-7.
- [2] Lee SY, Rod H, Chung CY, et al. Incidence of deep vein thrombosis after major lower limb orthopedic surgery: a national claim registry[J]. Yonsei Med J, 2015, 56(1): 139-145.
- [3] Cho YH, Byun YS, Jeong DG, et al. Preoperative incidence of deep Vein thrombosis after hip fractures in Korean[J]. Clin Orthop Surg, 2015, 7(3): 298-302.
- [4] Baumann MH, Strange C, Heffner JE, et al. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement[J]. Chest, 2001, 119(2): 590-602.
- [5] Hirsh J, Guyatt G, Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition)[J]. Chest, 2008, 133(6): 71-109.
- [6] Zhou HX, Peng LQ, Yan Y, et al. Validation of the Caprini risk assessment model in Chinese hospitalized patients with venous thromboembolism[J]. Thromb Res, 2012, 130(5): 735-740.
- [7] Shaikh MA, Jeong HS, Mastro A, et al. Analysis of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System and Caprini Risk Assessment Model in Predicting Venous Thromboembolic Outcomes in Plastic Surgery Patients[J]. Aesthet Surg J, 2015, 36(4): 1933 -

- 1936.
- [8] Lobastov K, Barinov V, Schastlivtsev I, et al. Validation of the Caprini risk assessment model for venous thromboembolism in high-risk surgical patients in the background of standard prophylaxis[J]. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*, 2016, 4(2):153-160.
- [9] Autar R. The management of deep vein thrombosis; the Autar DVT risk assessment scale re-visited[J]. *J Adv Nurs*, 2003, 7(3):114-124.
- [10] Müller G, Fritz E, Them C. Translation of the "Autar Deep Vein Thrombosis Scale" to assess the risk of thrombosis. [J]. *Pflege Z*, 2008, 61(2):94-99.
- [11] 梁妮, 李春容. Autar 量表在骨科大手术患者深静脉血栓形成风险评估中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2013, 10(2):49-50.
- [12] Yin HZ, Shan CM. The effect of nursing intervention based on Autar scale results to reduce deep venous thrombosis incidence in orthopaedic surgery patients[J]. *Int J Nurs Sci*, 2015, 29(2):178-183.
- [13] Gearhart MM, Luchette FA, Proctor MC, et al. The risk assessment profile score identifies trauma patients at risk for deep vein thrombosis[J]. *Surgery*, 2000, 128(4):631-640.
- [14] Acuña DL, Berg GM, Harrison BL, et al. Assessing the use of venous thromboembolism risk assessment profiles in the trauma population: is it necessary? [J]. *Am Surg*, 2011, 77(6):783-789.
- [15] Zander AL, Van Gent JM, Olson EJ, et al. Venous thromboembolic risk assessment models should not solely guide prophylaxis and surveillance in trauma patients. [J]. *J Trauma Acute Care Surg*, 2015, 79(2):194-198.
- [16] Wells PS, Hirsh J, Anderson DR, et al. Accuracy of clinical assessment of deep-vein thrombosis[J]. *Lancet*, 1995, 345(8961):1326-1330.
- [17] Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis[J]. *N Engl J Med*, 2003, 349(13):1227-1235.
- [18] 杨广林, 黄晨, 郑元超. Wells 评分联合 D-二聚体检测在诊断创伤后下肢深静脉血栓形成中的似然比分析[J/CD]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2012, 6(8):28-31.
- [19] 沈明荃, 谢增如. 复合骨折后下肢深静脉血栓形成 Wells 评分与 D-二聚体及纤维蛋白降解产物的预测[J]. *中国组织工程研究*, 2014, 18(38):6136-6140.
- [20] Modi S. Wells criteria for DVT is a reliable clinical tool to assess the risk of deep venous thrombosis in trauma patients[J]. *World J Emerg Surg*, 2016, 11(1):1-6.
- [21] Le GG, Righini M, Roy PM, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva Score[J]. *Anna Int Med*, 2006, 144(3):165-171.
- [22] 赖红梅, 刘丽玲, 韩露, 等. 骨科手术病人静脉血栓栓塞症风险评估单的设计和应用[J]. *护理研究*, 2013, 27(17):1766-1767.
- [23] 盛英, 蔡婷婷, 王亚婷, 等. 外科手术患者静脉血栓栓塞症风险评估量表的研制[J]. *护理与康复*, 2015, 14(12):1103-1106.

(收稿日期:2017-02-12 修回日期:2017-05-16)

· 综 述 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.27.042

焦点解决团体治疗的应用与展望*

梁明明, 李晓敏, 曾超超, 高洁 综述, 杜玉凤[△] 审校
(承德医学院护理学院 067000)

[关键词] 焦点解决短程治疗; 团体治疗; 心理; 行为

[中图法分类号] R192

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2017)27-3872-03

20 世纪 80 年代初期, Steves 等在 Miwlauke 的简捷家庭治疗中心及其各领域(心理、教育、哲学、医学、社工等工作领域)的研究基础上, 汲取了美国心理研究协会(Mental Research Institute, MRI)简捷治疗模式中的简捷治疗理念, 发展了焦点解决短程治疗(solution focused brief therapy, SFBT)^[1]。随着对 SFBT 的不断探索和应用, 21 世纪初期国外学者开始将其与团体心理辅导相结合形成了焦点解决团体治疗(solution-focused group therapy, SFGT)。随后国内也有学者提出 SFBT 在团体心理辅导中的应用, 能更好地增强团体成员的自我效能感、发挥其自身潜力, 激励团体成员群策群力, 从而有效解决各

成员的心理困扰^[2]。至今, SFBT 在家庭、学校以及社会其他各个领域的应用已经逐渐发展并趋近成熟, 已取得显著成果。本文对 SFGT 的内涵及取得的成果进行详细阐述, 着重介绍 SFGT 在心理和行为干预研究中的应用及其与其他心理干预方法的比较, 并提出参考建议。

1 概念的界定

1.1 SFBT SFBT 是一种充分尊重个体、相信个体自身资源和潜能的临床干预模式^[3]。SFBT 以问题解决和提高能力为导向, 认为个体虽不能改变过去, 但可致力于现在和未来。它强调把解决问题的关注点集中在人的正向方面, 并且寻求最大

* 基金项目: 河北省高等教育教学改革研究与实践项目(2016GJJG150); 河北省卫生和计划生育委员会重点课题项目(ZD20140185); 承德医学院重点资助项目(201632)。 作者简介: 梁明明(1990—), 硕士, 主要从事护理心理学方面的研究。 [△] 通信作者, E-mail: duyufeng1648@sina.com。