

2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率调查的 Meta 分析

蒋碧清¹, 龙斯思², 黄婕¹

[1. 湖南省人民医院 (湖南师范大学附属第一医院) 急诊医学科, 湖南 长沙 410005;
2. 中南大学湘雅二医院 医管感染控制中心, 湖南 长沙 410008]

摘要: **目的** 酒精使用障碍已被证实可能导致人群生理功能、心理健康及社会关系损害, 本研究将收集 2014—2024 年发表的有关中国酒精使用障碍流行病学研究数据, 运用 Meta 分析方法汇总分析中国酒精使用障碍患病率。**方法** 检索万方数据库中报道中国酒精使用障碍的文献, 采用 STATA14 软件, 使用随机效应模型进行 Meta 分析并绘制森林图。异质性检验采用 Homogeneity test (Q 检验), 若 $I^2 > 50\%$, 认为纳入研究存在异质性, 进行亚组分析。**结果** 汇总分析 7 项研究 50 399 例数据, 得到 2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率为 13.1% (95%CI: 0.089~0.174), 按照性别不同进行亚组分析, 报道中国男性与女性的患病率分别为 10% (95%CI: 0.037~0.177) 和 2.2% (95%CI: 0.018~0.026)。**结论** 2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率为 13.1%, 其中男性患病率高于女性。

关键词: 酒精使用障碍; 患病率; Meta 分析

中图分类号: R749.62

Prevalence of alcohol use disorders in China: a meta-analysis

JIANG Biqing¹, LONG Sisi², HUANG Jie¹

[1. Department of Emergency, Hunan Provincial People's Hospital (The First Affiliated Hospital of Hunan Normal University), Changsha, Hunan 410005, China; 2. Hospital Infection Control Center, The Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, Hunan 410008, China]

Abstract: **[Objective]** To summarize the prevalence of alcohol use disorders in China from 2014 to 2024 by collecting data from published studies on alcohol use disorders in China and use meta-analysis. **[Methods]** Literature on alcohol use disorder in China was retrieved from Wanfang database. STATA14 software was used for meta-analysis and forest mapping. Random effects model was used. Heterogeneity test was adopted by Homogeneity test (Q test). If I^2 was greater than 50%, heterogeneity was considered in the included studies and subgroup analysis was conducted. **[Results]** Data of 50,399 patients from 7 studies were analyzed, and the prevalence of alcohol use disorder in China during 2014 to 2024 was 13.1% (95%CI: 8.9% to 17.4%). The prevalence of male and female in China was 10% (95%CI: 3.7% to 17.7%) and 2.2% (95%CI: 1.8% to 2.6%), respectively. **[Conclusion]** The prevalence of alcohol use disorder in China from 2014 to 2024 was 13.1%, with higher prevalence among men than women.

Keywords: alcohol use disorder; prevalence; meta-analysis

有害饮酒被认为是一种可能导致健康问题的危险饮酒行为^[1]。根据世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 的数据, 有害饮酒导致的疾病负担占有所有残疾调整生命年 (DALYs) 的 5.1%^[2]。严重的有害饮酒可能成为酒精滥用乃至酒精依赖。酒精使用障碍 (alcohol use disorder,

AUD) 是一种常见的精神障碍, 是指饮酒者在饮酒时间或饮酒量上无法自控, 长时间或大剂量反复饮酒, 对躯体或精神健康造成损害的一类疾病^[3]。现有证据证明, 酒精使用障碍可能导致人群生理功能、心理健康及社会关系损害^[4-5]。饮酒文化在中国源远流长, 而饮酒所带来的风险亦有

许多报道。WHO 发布的《2019 年中国酒精使用概况》称每 100 个 15 岁以上的中国人中，就有将近 1 个人有潜在可能或已经患上了“酒精依赖”疾病^[6]。2023 年一项由牛津大学和北京大学共同完成的研究^[7]表明，中国男性自报的酒精摄入量与 61 种疾病的发病风险呈正相关，其中包含了 33 种先前未确定为与酒精摄入有关的疾病，例如痛风、白内障、骨折和胃溃疡。然而尚未有研究报道近十年来的中国酒精使用障碍的患病率。

国际通用的诊断酒精使用障碍的标准有三种，第一种是《精神障碍诊断与统计手册第五版》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V)，它被世界各地的卫生保健专业人员视为指导手册，在精神障碍诊断方面具有权威地位^[3]。DSM-V 可以用来评估酒精使用障碍，其将酒精使用障碍分为轻度、中度（酒精滥用）、重度（酒精依赖）。因为翻译原因，中国多使用 DSM-IV 版本。第二种用于测量酒精使用的标准工具是酒精使用障碍鉴定测试 (The ALcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)^[1]。AUDIT 包含 10 个分调查问卷，用来评估酒精消费、饮酒行为和与酒精有关的问题。一个国际药物滥用研究小组为 WHO 制定了另一项测试，称为酒精、吸烟和物质介入筛查测试 (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)，以管理和监测人群物质滥用问题^[8]，即第三种诊断标准。

系统综述 (Systematic Review, SR) 是评估研究证据的高级方法，其通过预定义标准、可重复方法和明确策略来全面评估研究，被认为是具有最高等级证据的研究^[9]。而 Meta 分析/荟萃分析 (Meta Analysis, MA) 是一类统计学方法，其将系统综述中包含的研究结果进行定量组合，以评估

统计意义、方向（赞成或反对受测干预措施、风险因素或暴露）以及结果作为一个整体来看时的异质性（不同研究结果之间的差异）^[10]。合理使用 SR 和 MA，可以充分利用已有研究文献，经济、快捷地获取一国乃至全省的疾病患病率。

本研究通过运用 Meta 分析对 2014—2024 年已发表的有关文献进行综合定量分析，得出一个基于较大样本量的中国酒精使用障碍患病率参考值，以期临床及相关卫生行政部门开展预防控制工作提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 文献检索与筛选

检索万方数据库中报道中国酒精使用障碍的文献，中文检索词为“酒精使用障碍”。时间限定为 2014—2024 年，语种限定为“中文”。研究对象为中国大陆的人群。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：①研究目的为有关酒精使用障碍患病率及（或）影响因素的研究；②横断面研究；③文献中可直接提取或间接获得酒精使用障碍患病率数据。

排除标准：①发表类型为“综述”“信件”“评论”“社论”“病例报告”的文章。②研究对象明确共病其他精神类疾病如药物滥用。③调查对象固定在某一个单位，如某高校。

由两名公共卫生专业医师分别检索文献，按照纳入、排除标准筛选文献，最终确定符合标准的纳入文献。

1.3 文献质量评价

采用美国卫生保健质量和研究机构 (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) 所推荐的基于横断面研究的文献质量评价标准^[11]对纳入文献进行质量评分，评价标准见表 1。

表 1 AHRQ 基于横断面研究的文献质量评价标准

序号	评价标准	评分标准
1	是否明确了资料的来源(调查,文献回顾)	
2	是否列出了暴露组和非暴露组(病例和对照)的纳入及排除标准或参考以往的出版物	"是"计 1 分
3	是否给出了鉴别患者的时间阶段(哪个时间段内的患者被纳入研究)	"不是"或"不清楚"计 0 分
4	如果不是人群来源的话,研究对象是否连续(是否将某时段内全部的患者纳入了研究)	

1.4 数据提取

背景信息和设计信息包括作者、发表时间、研究地区、诊断标准、样本量、年龄、文献质量评分。实验数据包括调查人数、酒精使用障碍患

病人数、不同性别患病人数、患病率。

1.5 统计学方法

采用 STATA14 软件，使用随机效应模型进行 Meta 分析并绘制森林图。异质性检验采用

Homogeneity test (Q 检验), 检验水准 $\alpha=0.1$, 若 $I^2>50\%$, 认为纳入研究存在异质性, 进行亚组分析。因为本研究仅讨论单组患病率, 非差异比较结果, 故不进行发表偏倚检验。

2 结果

2.1 文献检索结果

按照检索词共检索到 890 篇文献, 依据事先拟定的纳入、排除标准筛选文献, 文献筛选流程及结果见图 1。最终纳入 7 篇文献^[12-18], 编号 1~7。

2.2 数据提取及文献质量评价

提取纳入研究的背景及设计信息见表 2, 7 项研究共报道了中国 29 个省市自治区居民酒精使用障碍患病情况, 从中提取样本总量 50 399 例, 其中 2 篇研究仅纳入男性病例 (样本量分别为 1 379、2 151 例), 余 5 篇研究共计纳入男 18 433 例, 女 28 436 例。文献质量评价认为评分在 8~11 分为高质量, 4~7 分为中等质量, 0~3 分为低质量。

2.3 数据提取及文献质量评价

2.3.1 Meta 分析及异质性分析 汇总分析 7 项研

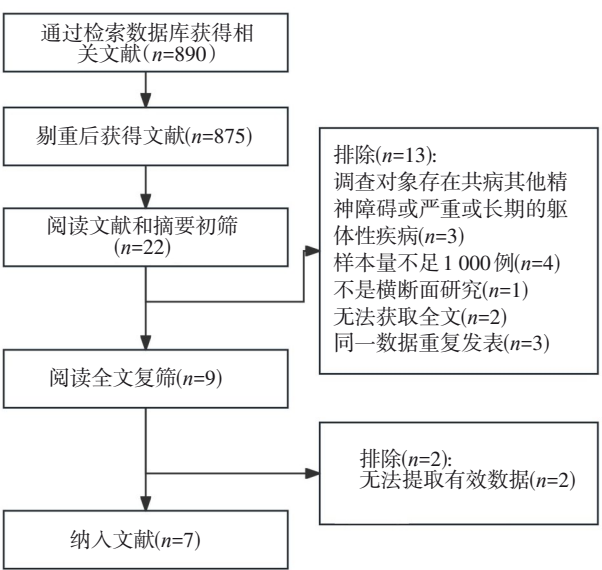


图 1 文献筛选流程及结果

究 50 399 例数据, 得到 2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率为 13.1% (95%CI: 0.089~0.174), 绘制森林图, 见图 2。异质性检验 $I^2>50\%$, 认为结果具有异质性, 需进行亚组分析。Meta 分析及异质性分析结果, 见表 3。

表 2 纳入 2014—2024 年酒精使用障碍文献数据提取及质量评分

序号	第一作者	年份	地区	诊断标准	总样本量	患病人数	性别构成比(男:女)	男 总人数 患病人数	女 总人数 患病人数	年龄	质量评分
1	孙仙, 等 ^[12]	2023	宁夏	DSM-IV	4 085	50	1:1.40	1 700 47	2 385 3	18 岁以上	6
2	陶睿 ^[13]	2022	中国大陆 29 个省会城市	AUDIT	13 980	1 045	1:3.02	3 479 661	10 501 384	18 岁以上	8
3	王岚, 等 ^[14]	2021	河北石家庄市某区	DSM-IV	1 379	518	—	1 379 518	0 0	18 岁以上	5
4	谢筠 ^[15]	2018	天津市	DSM-IV	4 438	178	1:1.36	1 884 171	2 554 7	18 岁以上	9
5	周敏, 等 ^[16]	2015	成都市	AUDIT	2 151	618	—	2 151 618	0 0	18~34 岁	7
6	廖震华, 等 ^[17]	2014	厦门市	DSM-IV	10 764	56	1:1.17	4 957 52	5 807 4	18 岁以上	7
7	王文政 ^[18]	2014	中国七地区	AUDIT	13 602	1 898	1:1.12	6 413 1 394	7 189 504	全年龄段	9

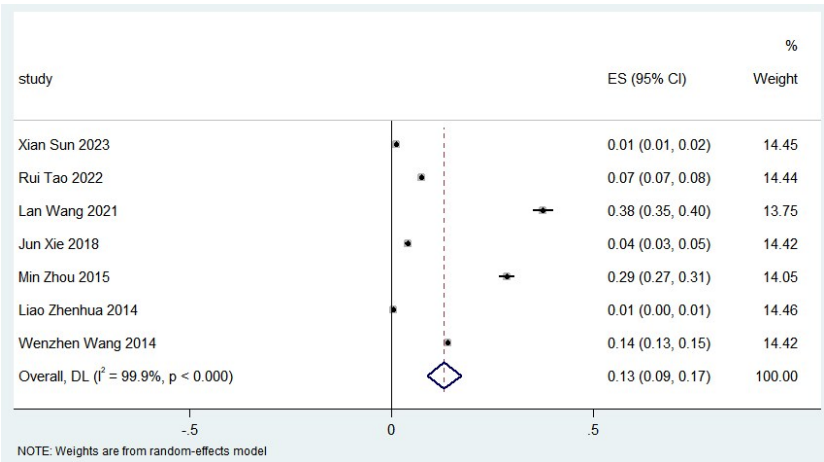


图 2 中国酒精使用障碍患病率 Meta 分析森林图 (n=7)

表 3 2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率 Meta 分析结果

分组	纳入研究数	样本量	异质性检验结果		Meta 分析结果		
			I ² /%	P	效应模型	合并患病率/%	95%CI
总体	7	50 399	99.8	P<0.001	随机	13.1	0.089~0.174
性别							
仅男性	2	3 530	96.6	P<0.001	随机	33.1	0.244~0.418
全性别	5	46 869	99.9	P<0.001	随机	5.4	0.014~0.095
诊断标准							
DSM-IV	4	20 666	99.5	P<0.001	随机	10.0	0.065~0.134
AUDIT	3	29 733	99.7	P<0.001	随机	13.1	0.093~0.240

2.3.2 亚组分析 性别：按照调查对象仅有男性（A 组）和调查对象包含男性及女性（B 组）进行分组，其中 A 组纳入文献 3 及文献 5，总样本量为 3 530 例；B 组纳入其余 5 篇文献，总样本量为 46 869 例。分析发现，2014—2024 年中国男性酒

精使用障碍患病率为 33.1%（95%CI：0.244~0.418），剔除仅调查男性的研究后患病率降至 5.4%（95%CI：0.014~0.095）。分析结果见表 3，森林图见图 3。

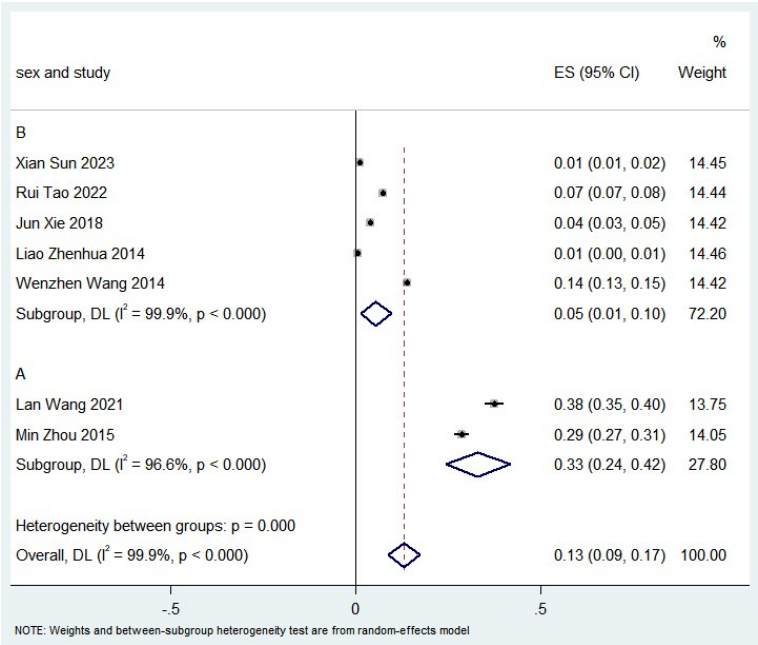


图 3 中国酒精使用障碍患病率 Meta 亚组分析森林图（按性别）（n=7）

将仅纳入男性的文献剔除，分别计算男性与女性的患病率分别为 10%（95%CI：0.037~0.177）和 2.2%（95%CI：0.018~0.026），数据及森林图见表 4 及图 4、图 5。

诊断标准：将诊断标准按照 DSM-IV（C 组）及 AUDIT（D 组）进行分组，其中 C 组纳入文献 1、3、4、6，总样本量 20 666 例；D 组纳入文献 2、5、7，总样本量为 29 733 例。分析发现，按照 DSM-IV 诊断酒精使用障碍，2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率为 10%（95%CI：0.065~0.134），而按照 AUDIT 进行诊断，患病率为 13.1%（95%CI：0.093~0.240）。分析结果见表 3，森林图见图 6。

表 4 中国酒精使用障碍患病率 Meta 分析结果（按性别）

分组	纳入研究	样本量	异质性检验结果		效应模型	合并患病率/%	95%CI
			I ² /%	P			
男性	5	18 433	100	<0.001	随机	10.7	0.037~0.177
女性	5	28 436	100	<0.001	随机	2.2	0.018~0.026

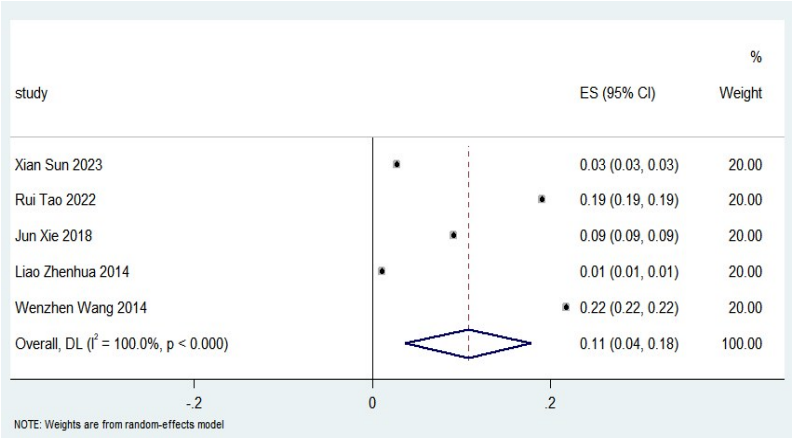


图 4 中国男性酒精使用障碍患病率 Meta 分析森林图

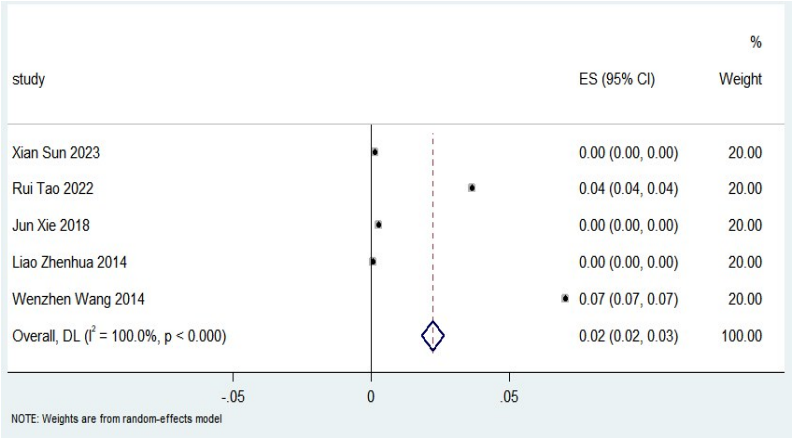


图 5 中国女性酒精使用障碍患病率 Meta 分析森林图

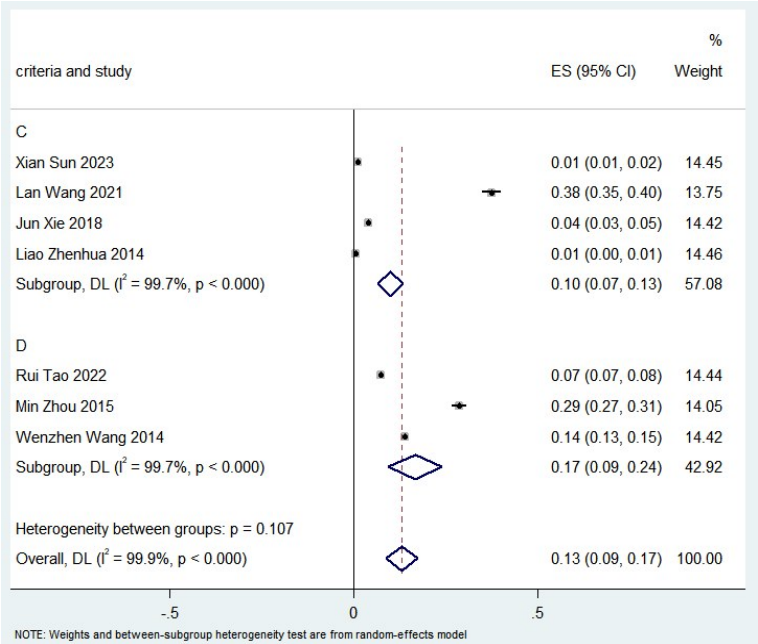


图 6 中国酒精使用障碍患病率 Meta 亚组分析森林图（按诊断方法）（ $n=7$ ）

3 讨论

中国的制酒历史源远流长,随着制酒技术的不断进步,也孕育了博大精深的中国酒文化,渗透于中国人生活的各个方面,包括养生保健、审美娱乐、社交礼仪、祭祀庆典、文学艺术等诸多方面,从某种意义上来说,中国的酒文化也是中华民族悠久历史的一个重要载体。随着近现代医学发展,饮酒所带来的健康危害也逐渐被人们所熟知。近三十年来,我国研究报道发现与酒精使用有关的精神障碍患病率逐年上升。1982 年及 1993 年的全国大型精神疾病流调结果报道酒依赖患病率分别为 0.09‰^[19] 和 0.68‰^[20]。随后 2001 年中南大学湘雅二医院报道中国酒精所致精神障碍时点患病率为 5.1%,其中男性患病率较女性升高 45 倍^[21]。随后几个省域范围进行的研究报道的患病率在 4%~5% 之间^[22-23]。2018 年,WHO 报道中国 AUD 发生率男、女性分别为 9.3% 和 0.2%^[24]。2014 年发表了一篇关于中国酒精使用障碍的 Meta 分析,纳入了 2014 年 1 月之前的 38 项相关研究,结果显示酒精使用障碍终生患病率、时点患病率分别为 1.4%、1.5%,其中男性 AUD、酒依赖、酒滥用患病率分别为 10.1%、4.4%、4.0%,女性却低于 0.1%、0.2%、0.1%,而使用其中高质量的研究做分析显示酒依赖的终生患病率和时点患病率分别达到 3.7%、2.2%^[25]。本研究报道了 2014—2024 年中国酒精使用障碍患病率,同时部分印证了其他研究中论述的中国酒精相关精神障碍逐年升高,男性酒精使用障碍患病率高于女性的结论^[12-13, 15]。由于本研究纳入文献报告的性别构成比与全国总人口性别比不符,实际性别患病率可能存在差异。

除了性别以外,酒精使用障碍的其他危险因素已有多个研究进行讨论。孙倩男等^[26]在江苏省进行的一项医学生酒精使用情况的研究发现少数民族人群更容易出现酒精使用问题,这与另一项海南省的研究结论相同^[27],但 2023 年在宁夏回族自治区进行的调查却得出与之相反的结论^[12],这可能与具体少数民族类型及其信仰有关。同时,吸烟已被证实是酒精使用障碍的危险因素^[28-29],另有研究表明,吸烟与酒精使用障碍的共患率很高^[2]。家庭年收入低或高均可促进酒精使用问题的发生,而家庭年收入低的人群更容易产生严重的酒精使用问题^[30]。由于文化因素影响,家庭年

收入高的群体更有可能因社交、工作需要,或表现自己对权威的尊重而产生饮酒行为^[31-33]。另一方面家庭年收入低这一危险因素需要和压力共同进行讨论,多个研究证明情感压力过大会引起酒精使用问题^[15-17, 26],酒精使用障碍与抑郁症的共患率也很高^[34],而家庭年收入低的人群普遍生活压力较大,情感压抑,这提示虽然多个研究认为家庭年收入低和压力均为酒精使用障碍的危险因素,但需要考虑二者之间是否存在相关性。

酒精使用障碍的危害可以总结为以下几个方面^[35-36]:一是酒精所致的躯体疾病,过度饮酒除了对精神状态有很大影响,对全身其它各个系统均有影响,2023 年一项由牛津大学和北京大学共同完成的研究^[6]表明,中国男性自报的酒精摄入量与 61 种疾病的发病风险正相关;二是饮酒所致的伤害,包括酒驾、酒后跌倒或溺水等酒驾是现如今一个重要社会问题,其对社会、家庭、个人都造成了严重且难以挽回的危害;三是饮酒会对特殊人群产生危害,如孕妇、儿童等。目前针对个体治疗酒精使用障碍的研究有很多,但是从整个社会层面来看,干预仅停留在个人层面可能是不够的,可能还需要政策与社会环境支持。

一方面,与酒精有关的公众态度降低了患者寻求干预措施的动机,从而影响了个体干预措施的有效性。正如前文所言,国际普遍的社会观点中并不认为饮酒行为是一种错误的行为^[31-32],甚至有时被认为是对权威的尊重^[33]。这种对酒精使用的“积极”态度使得人们厌恶医务人员询其酒精使用状况。与之相对应的,医生也担心和病人讨论其饮酒行为会让病人感觉受到冒犯^[37-38]。与对饮酒行为的宽容相对的,由饮酒造成的有害饮酒和不安全行为在整体大环境下被认为是不对的,即被污名化^[31, 39-40]。为了保护自已免受这些社会耻辱和歧视,人们可能会拒绝酒精使用干预,即使他们知道他们可能有酒精使用问题^[31, 40]。这些对酗酒的消极态度也影响到医疗服务提供者,并导致医疗质量下降^[40]。此外,一些患者可能没有意识到他们在一些特殊的社会条件下有酒精使用障碍的问题^[41]。总而言之,公众的态度似乎降低了个体干预的有效性,因为有酗酒问题的人加剧了寻找干预项目的帮助。

另一方面,如果可利用的卫生资源不足,任何干预措施都可能难以处理和显示其效果。无论是高收入国家还是中低收入国家,都存在精神卫

生医师及其有关资源的缺乏^[37, 42-44]。与此同时,现有的心理健康医生和护士对提供有害的酒精使用干预措施普遍不感兴趣^[45-46]。这种较低的动机被认为源于实施相关干预经济收获或补偿不足和缺乏培训^[38, 40]。

可持续的个体干预需要长期的财政支持。财政紧缩将直接和消极地对卫生系统产生负面影响,从而降低所有促进卫生的干预措施的有效性^[47]。与酒精相关的个人干预的主要方法是教育、参与和其他说服性行为,而方法需要长期的后续行动和实施才能保证其实效效果^[47-50],这意味着需要提供长期的财政支持。有两个证据证明了这一观点:一个研究显示了对国家政府财政支持的地方个人层面的干预措施的积极影响^[49],而另一项研究提供了负面的证据,表明许多长期的健康促进项目的失败是由财政和其他资源的支持不足造成的^[51]。因此,世卫组织指出了财政支助的重要性,并要求各国政府制定相应的干预措施^[52]。足够的财政支助可能获得的另一个好处是可以有效提高医务人员的积极性^[38, 53]。

正如 WHO 所提到的,酒精使用和相关问题是复杂的,这与就业、税收、经济影响以及国家和国际贸易问题有关。因此 WHO 建议各国政府应采取宏观层面的干预措施,提供政治支持,并优化资源分配,以平衡促进健康、经济发展和利益的目标^[50]。与此同时,社会组织也对政府提出了类似的要求。总之,政策与社会层面的支持可以改善心理健康服务需求和资源的不平衡,从而确保个体干预措施的有效性。个体干预效果的最大化依赖于政策与社会环境层面支持,这提示笔者需要增加相关研究,推动政策与社会观念的转变。

本文为近十年首个利用 Meta 分析方法测量中国酒精使用障碍患者患病率的研究,当没有足够的时间或经费做全国性调查时,可以通过对现有文献报道的率进行 Meta 分析,从而增大样本量、提高诊断效能,使研究结果具有统计学意义。

本文仅检索了万方数据库的中文文献,未将英文文献及其他中文数据库的文献纳入,存在有一定偏差。

根据第七次全国人口普查公报数据,我国总人口性别比(以女性为 100,男性对女性的比例)为 105.07,本研究中报告的总性别构成明显女性多于男性,因此也会造成误差。

参 考 文 献

- [1] KENDRICK T, PILLING S. Common mental health disorders: identification and pathways to care: nice clinical guideline[J]. Br J Gen Pract, 2012, 62(594): 47-49.
- [2] Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization[EB/OL]. [2024]. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [3] KOVEL J. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, edition III[J]. 2016.
- [4] Depression. World Health Organization[EB/OL]. 2019[2024]. https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/.
- [5] Alcohol. Who. int. [EB/OL]. 2019[2024]. https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_3.
- [6] World Health Organization. Alcohol China 2019 country profile. World Health Organization. [EB/OL]. 2019[2024]. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/substances-abuse/chn.pdf?sfvrsn=1d0b280b_3&download=true.
- [7] WANG JT, DUAN XL, LI BR, et al. Alcohol consumption and risk of gallstone disease: a meta-analysis[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2017, 29(4): e19-e28.
- [8] ASSIST WORKING GROUP WHO. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility[J]. Addiction, 2002, 97(9): 1183-1194.
- [9] TU YK, GREENWOOD DC. Modern Methods for Epidemiology [M]. Springer, Dordrecht:DOI:10. 1007/978-94-007-3024-3.
- [10] 孙振球 徐勇勇. 医学统计学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社, 2014: 628-630.
- [11] ROSTOM A, DUBÉ C, CRANNEY A, et al. Celiac disease: Appendix D. Quality Assessment Forms. EvidenceReports/Technology Assessments. Agency for Healthcare Research and Quality. [EB/OL]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35156/>, 2004-09-07.
- [12] 孙仙, 张婷婷, 王立群, 等. 宁夏回族自治区成人酒精使用障碍现况调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2023, 37(12): 1017-1022.
- [13] 陶睿. 中国精神专科医务人员酒精使用和滥用现状的调查[D]. 合肥:安徽医科大学, 2022.
- [14] 王岚, 孙玲, 王冉, 等. 石家庄市藁城区男性工人酒精滥用或依赖状况调查[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2021, 47(3): 141-148.
- [15] 谢筠. 天津市社区居民酒精使用障碍的患病率及影响因素[D]. 天津:天津医科大学, 2018.
- [16] 周敏, 胡俊梅, 王慧琴, 等. 成都市青年男性情绪障碍与健康危险行为的流行病学研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2015, 19(4): 345-347, 356.
- [17] 廖震华, 王文强, 丁丽君, 等. 厦门市≥18岁居民酒精使用障碍现状及其危险因素[J]. 中国公共卫生, 2014, 30(10): 1258-1262.
- [18] 王文政. 中国七地区心理健康调查及酒精滥用简要干预[D]. 上海:上海交通大学, 2014.
- [19] 沈渔邨. 精神病学(第5版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009.
- [20] 张维熙, 李淑然, 陈昌惠, 等. 中国七个地区精神疾病流行病学调查[J]. 中华精神科杂志, 1998, (2): 5-7.

- [21] 苏中华, 郝伟, 湛红献, 等. 中国五地区饮酒情况及相关问题调查Ⅲ. 普通人群的饮酒相关问题[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(8): 544-546.
- [22] 杨晓丽, 姜潮, 富增国, 等. 辽宁省居民酒精使用障碍及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(7): 935-937.
- [23] 张敬悬, 卢传华, 唐济生, 等. 山东省18岁及以上人群精神障碍流行病学调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(3): 161-167, 182.
- [24] GRAY H. World health organization. Technical Report Series No. 54 Expert Committee On Insecticides—Fourth Report: 98 pp., Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1952. price 5/-; \$0. 65; sw. Fr. 2. 60. -[J]. Am J Trop Med Hyg, 1953, 2: 554-555.
- [25] CHENG HG, DENG F, XIONG W, et al. Prevalence of alcohol use disorders in mainland China: a systematic review[J]. Addiction, 2015, 110(5): 761-774.
- [26] 孙倩男, 钱依宁, 李欣宇, 等. 江苏省医学生酒精滥用相关因素研究[J]. 中华疾病控制杂志, 2021, 25(2): 211-215.
- [27] TANG XL, CHEN XG, LI HW, et al. Smoking and drinking patterns among residents of Li ethnic minority villages in Hainan, China[J]. Subst Use Misuse, 2005, 40(5): 687-701.
- [28] 杜文琪, 赵旭明, 李斌, 等. 青海省在校大学生饮酒现状及影响因素分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2015, 19(10): 1070-1071, 1074.
- [29] PENGPID S, PELTZER K. Tobacco use and associated health risk behaviours among university students in 27 countries[J]. Int J Adoles Med Health, 2020, 34(2): 131-137.
- [30] KEYES KM, HASIN DS. Socio-economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM-IV alcohol abuse diagnosis[J]. Addict Abingdon Engl, 2008, 103(7): 1120-1130.
- [31] SCHOMERUS G, LUCHT M, HOLZINGER A, et al. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies[J]. Alcohol Alcohol, 2011, 46(2): 105-112.
- [32] XIAN L. A cross-sectional survey of the awareness of common mental disorders among urban and rural residents in northern China China[J]. Chin Ment Health J, 2009, 23(10): 729-733.
- [33] ROOM R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use[J]. Drug Alcohol Rev, 2005, 24(2): 143-155.
- [34] 张辉, 陈鹤元, 杨凤池. 新疆克拉玛依地区酒精滥用者焦虑、抑郁症状及自杀风险调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2015, 29(7): 539-542.
- [35] 向小军, 王绪轶, 汤宜朗, 等. 我国酒精相关危害的现状与策略[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2015, 21(6): 368-372.
- [36] 郝伟, 王学义, 周小波, 等. 酒精相关障碍的临床表现[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2017, 23(4): 192-195.
- [37] O'DONNELL A, ANDERSON P, NEWBURY-BIRCH D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews[J]. Alcohol Alcohol, 2014, 49(1): 66-78.
- [38] HEATHER N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? [J]. Addict Sci Clin Pract, 2012, 7(1): 15.
- [39] DEAN JC, POREMBA GA. The alcoholic stigma and the disease concept[J]. Int J Addict, 1983, 18(5): 739-751.
- [40] LIVINGSTON JD, MILNE T, FANG ML, et al. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review[J]. Addiction, 2012, 107(1): 39-50.
- [41] 汤宜朗. 偏常行为的医学化——对酒依赖、药物依赖疾病概念的思考[J]. 中国药物依赖性杂志, 2000, (04): 303-305. DOI:10.13936/j.cnki.cjdd1992.2000.04.023.
- [42] MCCAMBRIDGE J, SALTZ R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice[J]. BMJ, 2017, 356: j1116.
- [43] XU XY, LI XM, XU DM, et al. Psychiatric and mental health nursing in China: past, present and future[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2017, 31(5): 470-476.
- [44] ABDULMALIK J, KOLA L, FADAHUNSI W, et al. Country contextualization of the mental health gap action programme intervention guide: a case study from *Nigeria*[J]. PLoS Med, 2013, 10(8): e1001501.
- [45] NILSEN P. Brief alcohol intervention: where to from here? Challenges remain for research and practice[J]. Addiction, 2010, 105(6): 954-959.
- [46] MACKINTOSH M, CHANNON A, KARAN A, et al. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries[J]. Lancet, 2016, 388(10044): 596-605.
- [47] IFANTI AA, ARGYRIOU AA, KALOFONOU FH, et al. Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care[J]. Health Policy, 2013, 113(1/2): 8-12.
- [48] MARLATT GA, WITKIEWITZ K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment[J]. Addict Behav, 2002, 27(6): 867-886.
- [49] NILSSON T, ALLEBECK P, LEIFMAN H, et al. Effects on alcohol consumption and alcohol related harm of a community-based prevention intervention with national support in Sweden[J]. Subst Use Misuse, 2018, 53(3): 412-419.
- [50] SWERISSEN H, CRISP BR. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization [J]. Health Promot Int, 2004, 19(1): 123-130.
- [51] GOODMAN RM, STECKLER A, HOOVER S, et al. A critique of contemporary community health promotion approaches: based on a qualitative review of six programs in Maine[J]. Am J Health Promot, 1993, 7(3): 208-220.
- [52] World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol[EB/OL]. 2010. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/?sequence=1>
- [53] MOONEY H. Doctors are told to "make every contact count" to reduce costs of poor lifestyles[J]. BMJ, 2012, 344: e319.

(方丽蓉 编辑)