

“脑心同治”理论与实践

——发挥中医药在防治慢病中的优势

主 编 赵 涛 赵步长 伍海勤

副 主 编 赵 超 王益民 薛人琿 南景一
王 勇 吴建涛

编 委 (按姓氏笔画排序)

万转欣 千 珂 王 天 王晓凯

王喜习 田 凯 史 洋 白西仓

白会强 邢攀科 刘丽萍 刘燕飞

米 鑫 孙莹莹 李 琳 李卫雪

李爱宁 杨 凯 宋琳琳 尚亚库

周 一 忽亚丽 南 娜 施志军

姚 敏 黄朝卿 曹 磊 韩阿如娜

韩腾飞 程 菲 樊秋平

学术秘书 李效洳 许 静

中国中医药出版社

· 北 京 ·

发挥中医药在防治慢性病中的优势
祝贺《贴心同治理论》与实践三出版

陈可冀题

二〇一七年秋
於北京

心脑血管病和癌症等非传染病，是本世纪全人类健康的主要威胁和病痛，并且日益显示出有不断增剧的趋势。

——陈可冀

心脑血管病的共同病理基础是“虚”“瘀”“痰”。心脑血管密切相连，唇亡齿寒，心脑血管病，一定要脑心同治，只有从多靶点预防和治疗，才会减少心脑血管病的发生。

——赵步长

序

《中国慢性病防治工作规划（2012—2015年）》指出，影响我国人民群众身体健康的常见慢性病主要有心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病等。随着工业化、城镇化、老龄化进程加快，我国慢性病发病人数快速上升，患者人数近年来估计达到3亿人左右。慢性病病程长、流行广、治疗费用贵、致残致死率高，成为重大的公共卫生问题。

国内外经验表明，慢性病是可以有效预防 and 控制的。为了积极响应国家提出的慢病管理和防控政策，发挥中医药在防治慢病中的优势，2016年2月27日中国中西医结合学会脑心同治专业委员会在海南召开了2016年度“脑心同治”工作会议。会议瞄准危害人民健康的常见病，特别是国家高度关注的老年病、慢性病，深入梳理具有专利的中医药原研药、医院及零售药店用量最大最安全的中成药品种、以著名专家牵头开展规范化临床研究并有大量数据支持的中成药品种。

围绕心脑血管疾病、糖尿病、呼吸系统疾病、肝胆病、风湿骨病、泌尿外科系统疾病等常见慢性病，从治疗原则到用药防治，在所开展的大量基础研究和临床研究基础上，详细介绍了常用中成药的药理作用机制、临床研究成果、临床用药建议和不良反应信息等，能够让基层医生及时了解医学研究的新成果，为基层医生的治疗提供用药建议，

为安全用药提供依据，减少不良反应发生，促进临床合理用药。

控制慢性病的增长需要防治结合，重在预防。医疗卫生工作的重点已经逐渐从“以疾病治疗为中心”转变为“以健康促进为中心”。健康教育、保健常识、健康的生活习惯和生活方式均可以有效预防慢性病，遏制慢性病的高发态势。中医药可以在这方面发挥重大作用。千百年来丰富的临床实践证明中医药蕴含着巨大的科学价值，屠呦呦获得诺贝尔奖的事例充分表明：“中国医药学是一个伟大宝库，应当努力发掘，加以提高。”现在已有越来越多的中药品种通过“中药现代化”科技创新，深入研究验证了其疗效和安全性，在有效预防和临床治疗慢性病方面发挥了不可低估的作用。衷心希望广大中医药专家充分关注这个发展趋势，在深入研究和严谨总结临床实践的基础上，发挥中医药防治慢病中的优势，为临床合理用药提供参考和指导。

陳凱先

2017年10月10日

前言

“脑心同治”理论提出 30 年，笔者曾写过几部书，发表了 80 余篇论文，终于得到了全国医学专家的认可。并且中国中西医结合学会批准成立中国中西医结合学会脑心同治专业委员会，现中国各省市纷纷成立脑心同治专业委员会。

该委员会成立的目的是为降低国人心脑血管病的发病率、死亡率、致残率、复发率，减少并发症。由赵步长、伍海勤和赵涛提出的“脑心同治”理论，是一门有理论指导的医学理论。关于脑心同治理论的研究文章很多，清代医学家张锡纯讲“只要病因、病机、病位相同，一药可治数病也”，今天“步长脑心通”在各科疾病的治疗中得到普遍应用，其活血化瘀作用，也得到现代医学证实。如心脑血管疾病的病因大都是动脉粥样硬化、高血压、高血脂、高血糖以及不良生活习惯如抽烟、酗酒等。病位是在脑及心血管。如冠状动脉堵塞可引起心绞痛、心梗；脑血管堵塞可引起脑梗；周围血管堵塞可引起闭塞性血管病，眼动脉堵塞可引起视力障碍等。

今天影响人类身体健康的疾病有好多种，但是血管病占了相当大的比例，可以说“血管健康你的身体才能健康”，重视血管健康就是重视身体健康。丹红注射液和脑心通胶囊就是解决血管健康问题的很好的选择，稳心颗粒则是治疗慢性心律失常的良药。

中国人已把“步长脑心通”和“丹红注射液”作为防治血管堵塞的常用药。“步长脑心通”处方来源于清代医学家王清任《医林改错》一书中的补阳还五汤，“丹红注射液”处方来源于中医药传统理论。《黄帝内经》讲“久病必虚，久病必瘀，久病必入脉络”。

今天在防治慢病中，中医药发挥了其优势。我们来分析“步长脑心通”防治慢病的优势在哪里？

首先慢病必虚：脑心通成分中有黄芪和当归，王清任用黄芪大补元气，当归补血活血，双补五脏的气血，使脏器功能恢复正常。二是久病必瘀：中医讲，虚是万病之源，虚则寒，寒则湿，湿则瘀，瘀则凝，凝则滞。脑心通方中除了有一般的桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎等活血药外，应用了较为峻烈的乳香、没药，活血化瘀力度之大，实为罕见。三是久病入脉络：方中主要应用了水蛭、全蝎、地龙，通脉络。《黄帝内经》讲：气血和百病不生，经络通百病不生。其次还应用了桑枝、牛膝、桂枝等。

“脑心同治”理论的科学性已得到科学研究证实，原中国中医科学院院长王永炎院士在1997年对该理论做出认可，并在中国中医科学院成立了“步长脑心同治研究中心”。今天浙江中医药大学专门成立了“脑心同治研究院”。基于“脑心同治”理论，著名肾病专家陈香美院士也提出“脑心肾一体化”理论。

“脑心同治”理论与实践以及书中筛选的常用药，必将在落实国务院2017~2025年慢病防治中发挥重要作用，助一臂之力。在为习总书记19大报告中提出决胜2020奔小康社会精准扶贫，为人民健康发挥中医优势做贡献。

感谢中西医结合学会各位领导、全国院士、各位医学专家的大力支持。如有错误之处，敬请指导。

赵步长

2017年10月

目 录

第一部分 中医药防治慢性病优势	1
第一章 慢性病防治工作现状	2
第二章 “脑心同治”理论的创立与发展	20
第三章 脑心同治理论指导下防治慢性病优势	27
第二部分 中医药防治慢性病优势药物	37
第四章 心脑血管疾病药物	38
第五章 糖尿病药物	98
第六章 呼吸系统疾病药物	106
第七章 泌尿系统疾病药物	115
第八章 肝胆疾病药物	119
第九章 风湿骨病药物	125
第十章 妇科疾病药物	130
第十一章 抗肿瘤药物	148
第十二章 消化系统药物	153
第十三章 抗菌消炎药物	154

第三部分 慢性病防治任重道远，应同时注重科普教育与宣传	155
第十四章 慢性病防治任重道远	156
第十五章 防治慢性病的生活方式	159
第十六章 治未病与科普宣传	169
附 录	175

第一部分

中医药防治慢性病优势



第一章 慢性病防治工作现状

第一节 慢性病概述

慢性病（慢性非传染性疾病）不是特指某种疾病，而是对一类起病隐匿，病程长且病情迁延不愈，缺乏确切的传染性生物病因证据，病因复杂，且有些尚未完全被公认的疾病的概括性总称。影响身体健康的常见慢性病主要有心脑血管病、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等。慢性病具有病程长、病因复杂或不明、并发症多、发病率和死亡率高等特点，严重影响人们的生活质量，危害人类健康，损耗社会资源。慢性病的患病危险因素广泛存在，其发生和流行与经济社会、生态环境、文化习俗和生活方式等因素密切相关。随着工业化、城镇化、老龄化进程加快，加之吸烟、高脂、高糖、少运动等不健康的生活方式越来越常见，使得慢性病的发病率持续上升，超过了传染病而成为主要的公共卫生问题。

改革开放 30 年来，随着工业化的发展，中国人均 GDP 增加了约 80 倍，城镇化率提高了 32 个百分点。中国已经进入快速老龄化社会，2010 年中国 60 岁以上老龄人口占总人口的 13.26%，成为世界首个“未富先老”的发展中大国。快速工业化和城镇化带来的生活方式转变，促使与生活方式密切相关的慢性病及其危险因素快速增加。2010 年中国慢性病行为危险因素监测数据显示，47% 的中国男性吸烟，80% 的家庭人均食用盐和食用油摄入量超标，50% 的居民蔬菜水果摄入不足，18 岁以上成人经常参加身体锻炼的比例仅 11.9%。我国现有超过 2 亿高血压病患者、1.2 亿肥胖患者、9700 万糖尿病患者、3300 万高胆固醇血症患者，其中 65% 以上为 18 ~ 59 岁的劳动力人口。

近年来，我国的慢性病已呈现“井喷式”增长，发病人数快速上升。2012 年全世界共死亡 5600 万人，其中 3800 万人（68%）死于慢性病，70 岁以下的过早死亡病例超过 40%（1600 万人），其中大部分过早死亡（82%）发生在低收入和中等收入国家。

据估计,2012年花费在心肌梗死、颅内出血以及脑梗死上的治疗费用达到500亿元。2015年我国恶性肿瘤发病人数为429.2万人,死亡人数为281.4万人,恶性肿瘤已经成为我国居民仅次于心血管疾病的第二大死因,全球22%的新发病例和27%的死亡病例发生在中国。针对广东的一项调查发现,包括高血压病、肥胖、高脂血症以及血糖异常在内的代谢性疾病的发病率一直在上升,在2010年达到24.5%。中国18岁以上成人的糖尿病患病率为11.6%,而糖尿病前期的患病率高达50.1%,2008年我国在2型糖尿病上的直接负担约为90亿美元,预计到2030年我国糖尿病的防治成本将达到1320亿美元。

世界卫生组织(WHO)的数据显示,中国因慢性病而死亡的人数构成比甚至高于世界的平均水平。由于地区经济的差异,不同地区慢性病的构成略有差别。经济较好的地区糖尿病的患病率较高,高胆固醇血症和高甘油三酯血症都呈升高趋势,高胆固醇血症明显多于高甘油三酯血症。肿瘤在农牧区的发病主要集中在胃癌和肝癌,且发现时常处于晚期,另外结肠癌和直肠癌以及乳腺癌在农牧区也较常见,现在和城市的肿瘤患病率已无明显差别。

慢性病病程长、流行广、费用贵、致残致死率高,严重影响了我国居民健康水平的提高和经济社会的发展,已成为我国居民健康的头号威胁。然而,我国全社会对慢性病防控的重视程度仍然较低,群众自我保健意识薄弱,现有的防治体系和服务能力难以满足人民群众的健康需求。因此,尽管医学的监测和治疗水平不断提高,慢性病防治形势仍然严峻。这不仅严重影响个人的生活质量,也消耗大量资源,是对卫生事业和经济发展的挑战。

国内外经验表明,慢性病是可以有效预防和控制疾病。30多年来,我国经济社会快速发展,人民生活不断改善,群众健康意识提高,为做好慢性病防治工作奠定了基础;同时,我国政府及各级机构在慢性病预防和控制方面开展了大量工作,在局部地区和示范地区开展的工作积累了许多成功经验,初步形成了具有中国特色的慢性病预防控制策略和工作网络,但慢性病并未得到有效遏制,总的防控形势依然十分严峻。

第二节 慢性病的危险因素

随着我国经济的高速发展,人民生活方式也在快速转变,促使各种慢性病危险因素快速增加。慢性病危险因素分为不可控危险因素(如年龄、性别、遗传等)和可控

危险因素，可控危险因素包括生物危险因素（如血压、血糖、血脂）和行为危险因素（如运动、饮食、吸烟、饮酒等），行为危险因素是可以通过改变生活方式加以控制的。据 WHO 报告，不健康饮食、不锻炼身体以及使用烟草这些常见、可变更的危险因素在世界所有地区、所有年龄组、无论是男性还是女性，都是导致绝大多数慢性病死亡的原因。已经明确导致多种疾病发生的四大共同危险因素是烟草使用、有害饮酒、不健康饮食和缺乏身体运动。

一、吸烟

2002 年我国男性吸烟率 66.0%，女性吸烟率 3.08%，吸烟人口总量比 1996 年增加 3000 万人。2002 年我国有 1.77 亿高血压患者，3.03 亿烟民（占世界烟民的 1/3）和 5.3 亿被动吸烟者。

中国是世界上最大的烟草生产国和消费国，全球每 3 个吸烟者中就有 1 个是中国人。1949 年，中国的卷烟生产量为 800 亿支，到 1968 年，已稳步增长到 2560 亿支，1979 年为 6510 亿支，1990 年达到 16300 亿支；虽然国家采取烟草生产量的控制政策，但卷烟生产销售量依然在逐年增加，2006 年卷烟生产量已增至 20220 亿支，与 2002 年相比上升了 17.4%，2011 年卷烟产量达到 24474 亿支，与 2000 年相比，增长超过 40%。城镇居民家庭人均烟草类支出，从 2002 年的 113.04 元增加到 2011 年的 249.11 元，增长了 120%。而我国生产的卷烟只有 0.8% 出口到国外。

男性吸烟率水平仍然较高，1984 年为 61%，1996 年为 63%，2002 年为 57%。我国 18 ~ 69 岁男性居民标化吸烟率从 2004 年的 58.7% 降至 2010 年的 54.0%，而 2010 年的标化戒烟率仅为 13.8%，吸烟者成功戒烟率仅为 11.1%，控烟效果并不明显。开始吸烟年龄也明显降低，男性开始吸烟的平均年龄从 20 世纪 80 年代的 22 岁提前到 18 岁，女性由 25 岁提前到 20 岁。除此之外中国有 52.5% 人群遭受二手烟的危害。

二、饮酒

饮酒对身体健康有一定的影响，有研究认为适量饮酒具有和血益气、保护心脑血管的作用，但也有大量研究表明，过量饮酒会对肝脏、心血管系统、中枢神经系统等重要脏器造成严重损害，甚至危及生命。

肝脏是乙醇代谢的主要场所，乙醇进入肝细胞后不断氧化，NAD、NADH 转化增多，NADH/NAD 比值升高，进而抑制线粒体三羧酸循环，使肝内脂肪酸代谢发生障碍；NADH 的增多又促进脂肪酸的合成，从而使脂肪在肝细胞中堆积而发生脂肪变性，最终形成脂肪肝。

适量饮酒可使高血压病发病率降低，而长期大量饮酒使高血压发病率增加，且随饮酒量的增加而增加。我国全国血压抽样调查协作组在 1991 年对全国 30 个省（自治区）市（除台湾外）的 15 岁以上 95 万多人进行高血压流行病学抽样调查，结果显示高血压患病率的高低与饮酒剂量呈正相关。

大量流行病学调查显示，适量乙醇摄入可改善胰岛素的敏感性，从而减少糖尿病的发病率；而大量乙醇则增加 2 型糖尿病的患病率。同时，饮酒可引起血脂异常，众多研究表明，乙醇可增加高密度脂蛋白（HDL-C）中 HDL₂、HDL₃、载脂蛋白 apoA-1 和 apoA-2，使得乙醇能够升高血清 HDL-C 水平，并且 HDL-C 水平随着饮酒量的增加而升高。另外，饮酒亦可增加空腹甘油三酯（TG）水平，其原因是乙醇可刺激脂肪组织释放脂肪酸，促进肝脏合成 TG。

三、不健康饮食

2002 年，全国膳食调查结果表明，居民膳食营养结构不平衡，畜肉类及油脂消费过多，谷类食物消费仍然偏低。1982 ~ 2002 年随着经济发展和收入增加，我国居民的膳食结构发生了改变。其中粮谷类食物摄入减少，肉类和油脂消费明显增加。据调查，居民脂肪摄入量从每人每日 68.3g 增加到 85.6g，其中农村居民从 39.6g 增加到 72.6g。农村居民粮谷类食物供能比从 74.6% 下降到 61.5%，城市居民从 65.0% 下降到 48.5%。2002 年，平均每标准人日的食盐摄入量为 12.0g，是《中国居民膳食指南》推荐量的 2 倍。在一些农村地区，平均食盐摄入量高达 14.7g。2010 年中国慢性病危险因素监测显示，家庭人均每日食盐和烹调油摄入量分别为 10.6g 和 49.1g，80% 以上的家庭人均食盐和食用油摄入量超标。

四、缺乏身体运动

运动是心脑血管病等慢性病的重要影响因素，国外研究表明，人群中不同强度体力活动与心脑血管病的发生率及病死率有关，中等强度的体力活动最有益于健康，而



静坐生活方式则是心脑血管病等慢性病的重要危险因素。因此,运动在慢性病的健康管理中有重要作用。

(一) 运动与肥胖、能量平衡

运动不足与过食可引起超重或肥胖,肥胖与遗传易感性或代谢效率变有关,很多慢性病均以腹部肥胖介导而发病。肥胖可引起血脂水平增高、糖耐量下降、对胰岛素的反应能力降低从而产生胰岛素抵抗,结果肥胖、冠心病等以代谢紊乱为特征的疾病接踵而来。成人体重超重者与体重正常者比较心血管病、2型糖尿病、高血压、子宫内膜癌等的发病率较高。运动产生效益的关键在于维持合理体重和体脂。研究提出运动与体重指数(BMI)存在负相关,采用稳定同位素研究证实:能量消耗与肥胖负相关。

(二) 运动与心脑血管病

缺乏运动是心血管疾病发生的重要危险因素。多数研究表明,中等强度的体力活动与冠心病呈负相关。目前公认运动可使对人体有利的各种功能(心肌功率、循环功能等)得到强化,增加有利物质的含量,减少不利于机体健康的多种因素。体力活动可减少发生冠心病(CHD)的危险。研究显示,少量的每日中等强度的体力活动可减少处于CHD高危险中的老年人CHD死亡率。对于CHD患者,适当的体力活动是重要的干预措施,因为它不仅能降低CHD的死亡率,而且能减少心肌梗死的发生。

(三) 运动和2型糖尿病

2型糖尿病的诱发因素是体力活动不足、能量摄入过多、肥胖或应激、自身免疫因素、胰岛素抵抗等所致的高血糖、糖耐量受损和胰岛素敏感度降低有关。运动对2型糖尿病有一定的治疗作用,有规律的运动会对糖尿病人产生有益的代谢影响,总体包括:减轻胰岛素抵抗,降低血糖减轻体重,增加肌肉组织对葡萄糖的吸收和利用,改善机体的脂代谢状态,减少治疗糖尿病的药物用量,提高免疫力,改善心肺与神经内分泌功能,肥胖者体重降低(尤其是与饮食结合)、肝葡萄糖合成减少、血压降低等。西医学更是将适当运动、饮食控制、药物治疗列为糖尿病防治的三大法宝。

(四) 运动与骨质疏松

缺少体力活动和钙以及维生素D使骨质丢失。骨的破损率高于成骨率,会导致骨质疏松症和骨折的发生。增加体力活动使骨形成增加,运动训练有助于提高骨密度。运动员尤其是进行力量训练者的骨密度比非训练者高;肌肉力量、肌组织量和最大吸氧量与骨密度相关,力量和耐力运动训练均可增加骨密度。缺少体力活动和钙以及维生素D营养不良会使骨质丢失,如骨的吸收率大于成骨率,会导致骨质疏松症和骨折的发生。

第三节 我国慢性病防治工作存在的主要问题

WHO 的战略目标是多国参与,将慢性病的预防与控制作为卫生工作的重点领域,建立全球性的预防与控制慢性病的公共卫生方法,共同改变全人群的健康状况。我国卫生部也积极响应,推进建设慢性病防控工作的体系,以全人群策略为基础,开展全民健康生活方式行动,做好慢性病监测工作,建立防治示范区,以基本公共卫生服务项目为基础,以健康管理为手段,以全民健康生活方式行动为重点,以预防和减少慢性病危害为目的的慢性病防治体系已初步形成,基本实现了慢性病防治队伍网络化、管理规范、干预常态化、监测自主化。中国从 2005 年以来开始启动新一轮的医药卫生体制改革,为慢性病防治工作提供了很好的契机。作为医疗卫生事业的重要组成部分,我国总体上已经确立了慢性病综合防治的原则,但尚停留在理念和表层,仍有许多问题亟待解决。

一、医疗宣传力度低,民众普遍认识不足

医疗宣传力度低,导致普通民众对慢性病的了解不全面、对慢性病严重危害普遍认识不足,未能及时发现慢性病的征兆,以便尽早控制病情。目前我国公众对慢性病的风险因素认识不足,重视不够。由于对健康教育的人力、物力投入不足,健康教育者能力欠缺,且居民参与率不理想,使得健康教育针对性差,效果不理想,人们对慢性病的知晓率比较低。2008 年我国居民健康素养水平为 6.48%,2012 年我国城乡居民健康素养水平为 8.80%。美国国家医学统计中心研究结果显示,低健康素养会导致多种疾病的发病率和患病率增高。据对不同年龄组居民最关注的健康知识比较,居民对慢性病的关注随着年龄的增加而增加。随着年龄的增加,发生各种慢性病的几率也增大,所以老年人对慢性病的关注度普遍较高,老年 71 ~ 80 岁组对慢性病 (66.7%) 的关注度最高。

国内有关研究表明,年龄、文化程度和职业是城市居民健康素养水平的主要影响因素。2012 年全国健康素养调查显示,2012 年东、中、西部地区居民健康素养水平分别为 10.31%、8.59% 和 6.86%,与 2008 年相比,分别提高了 3.28%、0.92% 和 1.63%。经济发达的东部地区居民健康素养水平提高幅度最大,也提示经济水平同样影

响健康素养的提升。调查还显示,2012年城市居民健康素养水平为11.79%,比2008年的9.94%提高了18.61%;农村居民健康素养水平为7.13%,比2008年的3.43%提高了107.87%。农村居民健康素养水平提高幅度远大于城市居民。即使在英国这样发达的国家,穷人的预期寿命也比富人短得多,患疾病的几率也要大许多。这种差异不仅仅是因为单纯的公共卫生领域的社会不公平,其背后更多的是各种社会经济因素的综合作用。居民的社会地位越低,对社会经济资源的支配和控制能力就差,就越容易形成不良的生活方式,对心理和身体的伤害也就越明显。不良的社会经济环境具有累积作用,对人类的健康将产生消极的影响。

二、经费匮乏,特别是预防性投入不足

近年来国家逐步加大了对慢性病防治的投入,仅以癌症早诊早治为例,中央财政投入已从2005年的500万元增加到2010年的2亿元,但与慢性病的严峻形势和防治需要相比投入仍显严重不足。同时存在的突出问题是支出结构不合理,卫生部卫生发展研究中心对天津和甘肃的调查发现慢性病费用分别占医疗总费用的70.9%和64.7%,其中治疗、辅助治疗和零售药品费用占到支出的97%和94%,而预防性投入仅占1.9%和1.4%。另外一项研究显示,糖尿病医疗费用的81%用于并发症治疗,原发病治疗费用仅为19%。这种状况若不及时加以改变,仍把经费主要用在疾病的治疗甚至是晚期治疗,慢性病的疾病负担会更加沉重,即便是发达地区也难以承受。

三、缺乏政府主导、多部门合作机制和宏观政策突破

政府主导、多部门合作、全社会参与的工作机制尚未建立,与慢性病防治相关的管理环节被人为地割裂,直接影响了慢性病防治的整体效果,受各方面因素的制约,慢性病防治中的职责划分仍然存在较多的弊端,疾病预防控制机构履行职能不到位,社区卫生服务机构缺乏主动提供慢性病预防保健服务的动力,医防严重分离,不利于慢性病防治的一体化,慢性病防治各运行环节的衔接不畅。

慢性病既是公共卫生问题,更是经济社会发展问题,呼吁各国政府、公民个人、民间团体和私营部门全面参与,协力应对。联大会议通过的慢性病预防控制政治宣言再次强调贫穷、财富分配不均、缺乏教育、迅速城市化和人口老龄化以及经济、社会、性别、政治、行为和环境方面的健康决定因素,导致了慢性病的发生和流行,因此需