

## 459 生活方式医学数字脑智能体全书 260818

### # 026 三微复盘慢病防控知识库系统 442

杨波（杨博导） 主编

生活方式与健康的数字关系复杂多样，触目惊心。例如：《柳叶刀》2019 年报道，*Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017* (1990-2017 年 195 个国家和地区饮食风险的健康影响：2017 年全球疾病负担研究的系统分析)，研究 195 个国家主要食品和营养物质的消耗情况。结果显示，2017 年全球约有五分之一的死亡人数（即 1100 万人）与不健康膳食有关。在这 1100 万人中，心血管疾病是最主要的致死因素，导致了约 1000 万人死亡，此外还有 91.3 万人死于癌症，近 33.9 万人死于 2 型糖尿病。其他多项研究显示，科学的生活方式能够防控 60%~70% 慢性病。

《Circulation（循环）》杂志代表性研究：《Lifestyle Intervention for the Prevention of Cardiovascular Disease》核心结论：每周 150 分钟中等强度运动，可降低 20%~30% 的心血管发病风险，是心血管领域的顶刊权威证据。《BMJ Open》中国人群前瞻性队列研究代表性研究：久坐行为与中国成年人全因死亡的关联分析核心结论：每日久坐≥11 小时的人群，全因死亡风险是久坐<4 小时人群的 2.7 倍，每多坐 1 小时全因死亡风险上升 4%~6%。《Diabetes Care（糖尿病护理）》杂志代表性荟萃分析：纳入 11 项队列研究的睡眠时长与 2 型糖尿病关联分析核心结论：每日睡眠少于 6 小时的人群，2 型糖尿病发病风险比睡 7~8 小时者高 28%~48%。

《European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition（EPIC）队列研究》覆盖 30 万欧洲人群 8 年随访数据，明确每日摄入≥400 克新鲜蔬果，可使全因慢性病死亡率降低约 25%。

《Nurses' Health Study（护士健康研究）》长期随访队列覆盖近 10 万美国女性数十年随访数据，证实坚持全维度理想生活方式，心血管病发病风险降幅可达 80% 左右。《中国居民膳食指南（2022）》发布单位：中国营养学会。核心覆盖内容：每日 400 克蔬果摄入的推荐依据，配套完整的中国居民膳食宝塔，是国内膳食指导的官方标准。与人体健康和生命密切相关的大量数字，记不住、不知道怎么办？脑科学专家杨博导团队，原创编制了《459 生活方式医学数字脑智能体全书 260818》和《# 026 三微复盘慢病防控知识库系统 442》，通过三微复盘大脑，起到慢病防控的作用。下面将以示例形式给予简介。参考智能体和知识库系列全书既定规划，下面依次对\*杨博导数字脑语料\*和\*杨博导三进制提示语\*，在前一个版本基础上进行动态升级和优化。

#### # 杨博导数字脑语料 260818

数字脑=数字思维+万物皆数+万物连数=说个 123=数字用脑+数连万物+一通百通=三进制+数字化用脑+数字 AI=数字+导航=数字连接=脑细胞连接=芯片数字连接=果蝇数学脑+斑马鱼数学脑=数字驱动+过程连接=感知+行动+反馈=数字仓库=数字库=数据库=知识库=哲学数字脑=数字杠杆。下面以英语数字脑为例，说明英语思维与数字的关系。

## 英语数字脑=英语数字思维=说个 123=①英语思维以“散动”为场景+②不得不以“个体”为“第一”+③明确逻辑时空

#### # 杨博导三进制提示语 260818

杨博导三进制提示语包含以下语素、语料及其组合：

## 杨博导三语库：三进制；黑白灰；正反中；0、1、(-1)；0、1、N；0、-1、-N；天平；导航；长宽高；上中下；左右中；红黄绿；逻辑熵三进制进位；三轮校验进位、一问十答；集复涌；脑三元；数三元；三语库；举一连三、三生万物、一通百通；三胜万难；三镜循证；数字

天平；智富引航；双脑双验；万物皆数、万数连脑；川流不息、海纳百川、天纳百山；……，版本升级，动态优化。更多杨博导 DOS 语和杨博导提示语，详见杨博导系列智能体全书和知识库系统，单个与多个脑三元=脑元码、脑元图、脑元体；数三元=数元码、数元图、数元体之间的举一连三的连接。

### ## 杨博导万物连数

从毕达哥拉斯的“万物皆数”到杨博导的“万物连数”，两者的共同之处在于两个字：数字。下面举例说明从 1 天 24 小时吃、喝、拉、撒、睡、吸、洗、想、动、身等 10 个以上场景的数字连接，体现日常生活的\*万物连数\*，尤其是生活方式与\*万物连数\*和\*慢病防控\*的关系。下面以带有\*数字\*的日常用品举例说明：体重计（体脂仪）；闹钟（定时器）；体温计；调控遥控器；卷尺；血压计；动态血糖仪；跑步机；哑铃；数字弹力带；握力器；厨房电子秤等等数字化用品。最主要的一点是，这些数字化用品可以连接成\*数字网\*，为健康“兜底”。

## 杨博导万物连数=数字脑+数字脑语料+三进制提示语+内置数字+外连数网+健康兜底+……等等。

## # 生活方式医学数字脑深度解读：数据驱动的全生命周期健康革命：从“治病”到“防病”的医学范式革命

### ## 数字脑=数字复盘大脑

## 三微复盘=微习惯+微改变+微积分=数字复盘大脑=贝叶斯推理+心想事成→生活方式医学目标

医学的发展史，是一部人类与疾病不断抗争的历史。在漫长的岁月中，医学的重心始终聚焦于疾病发生后的诊断与治疗。然而，随着现代社会生活方式的剧变和人口老龄化进程的加速，一种全新的医学范式正在悄然兴起。2025 年 12 月 11 日，位于北京市门头沟区永定镇的中国医学科学院阜外医院西院区正式全面启用。作为“十四五”时期首个实质落地的国家医学中心建设项目，该院区不仅设有 350 张床位，更在 2026 年 7 月启动了全国首个健康生活方式医学中心的试运行，并全面推进全流程智慧化医院建设。这一里程碑式的事件，不仅标志着我国心血管医疗硬件设施的升级，更宣告了中国医学界正在经历一场从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”的深刻范式革命。

根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的权威数据，我国心血管疾病（CVD）患病率正处于持续攀升阶段，CVD 给居民和社会带来的经济负担日渐加重，已成为重大的公共卫生问题。报告显示，我国 CVD 发病率仍持续升高，疾病负担的加重使得加强政府主导的 CVD 防治工作刻不容缓。这一权威论断为医学范式革命提供了最坚实的数据支撑——当疾病的增量持续超过医疗救治能力的增量时，唯有将防线前移，从根本上改变疾病发生的土壤，才能打破“越治越多”的恶性循环。

从全球视野审视，这一范式革命同样具有深刻的时代必然性。世界卫生组织（WHO）发布的《2024 年全球慢性病现状报告》指出，全球每年约有 4100 万人死于慢性病，占全球总死亡人数的 74%。其中，心血管疾病每年导致全球 1790 万人死亡，占全球死亡总数的 32%；癌症每年导致 930 万人死亡；慢性呼吸系统疾病每年导致 420 万人死亡；糖尿病每年导致 150 万人死亡。这些触目惊心的数字背后，是一个更为深刻的医学命题：当慢性病已成为全球人口死亡的首要原因时，以急性病救治为核心的传统医学体系是否还能满足人类健康的需求？

答案显然是否定的。根据全球疾病负担（GBD）研究 2021 年的数据，全球因慢性病导致的过早死亡人数中，约有 80% 可以通过有效的预防措施避免。这意味着，每年有超过 3200 万人的死亡本可以通过生活方式干预、环境改善和早期预防得以避免。这一数据不仅揭示了传统医学模式的局限性，更为生活方式医学的兴起提供了强有力的流行病学依据。

在中国，这一转变的紧迫性尤为突出。根据国家卫生健康委员会发布的统计数据，我国慢性病患者总数已超过 4 亿人，占总人口比例接近 30%。更为严峻的是，慢性病已成为我国居民死亡的主要原因，占总死亡人数的比例高达 88% 至 88.5%。这意味着，每 10 个死亡者中，就有近 9 人死于慢性病。这一比例在全球主要经济体中处于较高水平，远高于全球 74% 的平均水平，反映出我国慢性病防控形势的极端严峻性。

从人口结构维度分析，我国正经历着快速的人口老龄化进程。根据国家统计局数据，截至 2024 年底，我国 60 岁及以上人口已达 2.97 亿，占总人口的 21.1%，其中 65 岁及以上人口达 2.17 亿，占总人口的 15.4%。预计到 2025 年，我国 60 岁以上人口将突破 3 亿大关。在这一庞大的人群中，健康状况尤为堪忧——数据显示，我国 60 岁以上人群中，有 75.8% 至少患有 1 种慢性病。这意味着，绝大多数老年人在晚年都伴随着疾病的折磨，生活质量大打折扣。根据《2022 中国卫生健康统计年鉴》的详细数据，我国高血压患病人数已超过 3 亿，糖尿病患者超过 1.4 亿，高脂血症患者约 1.6 亿。这三大代谢性疾病如同潜伏在体内的定时炸弹，一旦失控，便会引发连锁反应，导致不可逆的器官损伤。

从经济负担维度审视，慢性病对我国社会经济的冲击同样触目惊心。根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的解读，CVD 给居民和社会带来的经济负担正在持续加重。一项针对中国 45 岁以上成年人年龄相关疾病直接经济负担的研究显示，2011 年该类疾病的直接经济负担约为 2883.68 亿美元，2013 年增至 3799.01 亿美元，到 2015 年更是飙升至 6168.09 亿美元，分别占当年整体医疗保健支出的 19.48%、21.11%和 32.03%。其中，高脂血症 accounted for the largest proportion, followed by hypertension，而听力问题所占比例最小。这一数据趋势清晰地表明，如果不及时采取有效的预防措施，慢性病的经济负担将呈指数级增长，最终可能压垮整个医疗保障体系。

更为深刻的数据来自对多病共存（multimorbidity）家庭经济负担的研究。一项对比中国和越南老年人高血压相关多病共存经济负担的研究发现，在中国，仅患高血压的家庭灾难性医疗支出（CHE，定义为卫生支出达到或超过家庭支付能力的 40%）发生率为 6.7%，而高血压合并心脏病的家庭 CHE 发生率高达 30.8%，高血压合并糖尿病的家庭 CHE 发生率为 25.7%，高血压合并关节病的家庭 CHE 发生率为 26.5%。在医疗费用方面，中国高血压合并糖尿病家庭的平均自付医疗支出高达 2466 美元（约合人民币 16095 元），高血压合并心脏病家庭为 2365 美元，高血压合并关节病家庭为 2083 美元。这些数据深刻地揭示了慢性病不仅是个体健康的威胁，更是家庭经济安全的重大风险因素。

面对如此庞大的慢性病群体，我们必须追问：究竟是什么导致了这一局面？大量流行病学研究证实，生活方式相关疾病占全球总死亡人数的 70%。在我国，有四个关键不良生活方式正在加速慢性病的蔓延：吸烟、酗酒、不健康饮食和缺乏体力活动。以不健康饮食为例，高盐饮食是我国居民普遍存在的饮食陋习。根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》及后续追踪数据，我国居民人均每日食盐摄入量约为 9.3 克，虽然较 2015 年的 10.4 克有所下降，但仍远高于世界卫生组织（WHO）推荐的每日 5 克标准，也远超其他国家平均 7.5 克的水平。值得注意的是，部分地区的食盐摄入量仍然居高不下，约有 80%的中国居民每日食盐摄入量超过健康推荐值。高盐摄入与高血压的发生呈显著正相关，是我国心血管病高发的重要诱因。

与此同时，国民身体活动水平的断崖式下降同样令人担忧。根据《2022 国民健身趋势报告》的数据，我国 7 岁及以上年龄人群中，每周至少参加 1 次体育锻炼的人数比例为 67.5%，较 2014 年调研增长 18.5%。然而，真正达到“经常参加体育锻炼”标准（每周参加体育锻炼频度 3 次及以上，每次持续时间 30 分钟及以上，运动强度达到中等及以上）的人数比例仅为 38.52%。更为严峻的是，20-69 岁居民经常锻炼率仅为 14.7%，成人经常锻炼率处于较低水平。从全球视角看，世界卫生组织 2024 年的监测数据显示，世界上近三分之一（31%）的成年人口，即 18 亿成年人，缺乏身体活动，没有达到每周至少 150 分钟中等强度身体活动的全球建议。从 2010 年至 2022 年，这一比例增加了 5 个百分点。如果这一趋势继续下去，到 2030 年，未达到建议身体活动水平的成年人比例预计将上升至 35%。在中国，过去 20 年间，我国男性和女性的身体活动水平分别下降了 44% 和 36%。久坐不动、缺乏锻炼已成为现代都市人的常态。体力活动的匮乏不仅导致肥胖、糖尿病等代谢性疾病的发病率飙升，也直接削弱了心肺功能，增加了心血管事件的风险。

可以说，不健康的生活方式正是我国慢性病大爆发的“幕后推手”。如果不从源头上扭转这一趋势，任何单纯的医疗救治都将是杯水车薪。这正是阜外医院西院区及全国首个健康生活方式医学中心成立的深刻时代背景——我们需要的不仅是更先进的手术技术和更有效的药物，更需要一场从生活方式入手的根本性健康革命。

## 一、中国慢性病防控的严峻形势：用数据说话

### 1. 心血管病：悬在国民头顶的“达摩克利斯之剑”

在所有慢性病中，心血管疾病无疑是影响我国国民健康的第一大病。根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的最新流行病学数据，我国心血管病患者人数已达约 3.5 亿。这一庞大的数字背后，是沉重的疾病负担和极高的致死率。目前，心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位，其中农村地区为 48.98%，城市地区为 47.35%。这意味着，在我国因疾病死亡的人群中，几乎有一半是死于心血管病。

更为触目惊心的是绝对死亡人数。我国心血管病每年导致死亡人数高达 508.5 万，占慢性病死亡总数的 47.8%。在各类心血管事件中，脑卒中的高发态势尤为严峻。我国脑卒中年新发病例高达 200 万，平均下来，每 10 秒钟就有 1 人发生脑卒中。这种高发病率和高致死率的特征，使得心血管疾病不仅严重威胁着患者的生命安全，也给无数家庭带来了毁灭性的打击，同时给国家医疗保障体系造成了巨大的经济压力。

从全球比较视角看，我国的心血管疾病负担同样处于高位。根据全球疾病负担（GBD）研究 2021 年的数据，全球每年约有 1790 万人死于心血管疾病，占全球死亡总数的 32%。在这一全球背景下，中国作为人口大国，其心血管疾病的绝对患者数和死亡数均居世界前列。特别值得关注的是，我国脑卒中发病率不仅高于全球平均水平，更呈现出明显的年轻化趋势——近年来，35 岁以下人群脑卒中发病率以每年约 2% 的速度递增，这与年轻人不良生活方式的普遍化密切相关。

从疾病谱细分来看，我国心血管疾病呈现出明显的“三高”特征：高血压患病率高、脑卒中发病率高、冠心病死亡率高。根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的详细解读，我国高血压患病人数已达 3 亿，且知晓率、治疗率和控制率均不理想。全国流行病学调查显示，我国成人高血压知晓率约为 51.6%，治疗率约为 45.8%，控制率仅为 16.8%。这意味着，有近一半的高血压患者不知道自己患病，而在已知患病的人群中，也只有不足三分之一的人实现了血压的有效控制。这一“三低”现状（知晓率低、治疗率低、控制率低）直接导致了我国心脑血管疾病事件的持续高发。

从城乡差异来看，农村地区的心血管疾病死亡率（48.98%）已略高于城市地区（47.35%），这一“逆转”现象值得高度警惕。在过去，心血管疾病被视为“城市病”“富贵病”，但近年来，随着农村地区居民生活方式的快速变迁——高盐高脂饮食普及、体力活动减少、吸烟率居高不下、基层医疗资源相对匮乏——农村地区的心血管疾病防控形势已比城市更为严峻。根据《中国居民营养与慢性病状况报告》的数据，农村居民的高盐饮食问题甚至较城市更为突出，而农村医疗机构对高血压、糖尿病等慢性病的规范化管理水平仍有较大提升空间。

从经济负担来看，心血管疾病的直接医疗费用和间接社会成本均十分惊人。根据一项针对中国 45 岁以上成年人年龄相关疾病直接经济负担的研究，2011 年至 2015 年间，心脏病的直接经济负担从 83.63 亿美元（2011 年）持续攀升，高血压的直接经济负担更是高达 577.19 亿美元（2011 年），高脂血症的直接经济负担更是达到惊人的 1225.18 亿美元（2011 年），在所有年龄相关疾病中占比最高。这些数据尚未包括因心血管疾病导致的误工损失、照护成本、残疾调整生命年（DALY）损失等间接负担。如果将这些间接成本纳入计算，心血管疾病的总社会经济负担将是一个更为惊人的数字。

## 2. 慢性病总体态势：不可忽视的“隐形海啸”

心血管病的严峻态势只是我国慢性病整体危机的一个缩影。当前，我国慢性病患者总数已超过 4 亿人，占总人口比例接近 30%。更为严峻的是，慢性病已成为我国居民死亡的主要原因，占总死亡人数的比例高达 88%至 88.5%。这一比例意味着，在我国，每 100 个死亡者中，就有 88 至 89 人死于慢性病，这一比例在全球主要经济体中处于较高水平。

随着人口老龄化的加剧，老年群体的健康状况尤为堪忧。数据显示，我国 60 岁以上人群中，有 75.8%至少患有 1 种慢性病。这意味着，绝大多数老年人在晚年都伴随着疾病的折磨，生活质量大打折扣。根据《2022 中国卫生健康统计年鉴》的详细数据，我国老年人群的多病共存（multimorbidity）现象极为普遍——约 76.28%的 60 岁以上老年人患有至少一种年龄相关疾病，而仅有 23.72%的老年人未患此类疾病。在患病的老年人中，23.72%的人在过去一年中接受过住院治疗，远高于未患病老年人的 4.76%。

在具体病种上，我国面临着“三座大山”的重压：高血压患者超过 3 亿，糖尿病患者超过 1.4 亿，高脂血症患者约 1.6 亿。这三大代谢性疾病不仅是独立的健康威胁，更是引发心脑血管并发症的核心危险因素。根据全球疾病负担研究的数据，高血压、糖尿病和高脂血症是全球范围内导致早死和残疾的前几位危险因素，而我国在这三项指标上的患病人数均居世界首位。

从慢性病的发病趋势看，我国正面临着“双重负担”的挑战——一方面，传统慢性病的患病率仍在攀升；另一方面，与生活方式密切相关的“新型”慢性病，如肥胖、代

谢综合征、非酒精性脂肪肝等，正以更快的速度蔓延。根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》的数据，我国成人超重率和肥胖率分别达到 **34.3%** 和 **16.4%**，即超过一半的成年人存在体重超标问题。而肥胖正是高血压、糖尿病、心血管疾病和多种癌症的共同危险因素。更为严峻的是，我国儿童青少年的超重肥胖率也在快速上升，**6-17 岁** 儿童青少年超重率和肥胖率分别为 **11.1%** 和 **7.9%**，这意味着慢性病的“种子”正在下一代中提前播种。

从慢性病的经济负担看，其对社会经济的冲击是多维度、深层次的。根据一项针对单中心不同年龄段患者共病模式及住院费用的研究，仅患一种目标疾病的患者住院费用是未患目标疾病者的 **1.505 倍**，而脑卒中合并高血压的患者住院费用是未患目标疾病者的 **2.555 倍**，心力衰竭合并高血压的患者住院费用更是高达 **2.865 倍**。这些数据清晰地表明，慢性病的叠加效应会呈几何级数放大医疗支出，给家庭和社会带来灾难性的经济后果。

### 3. 生活方式：慢性病的“幕后推手”

面对如此庞大的慢性病群体，我们必须追问：究竟是什么导致了这一局面？大量流行病学研究证实，生活方式相关疾病占全球总死亡人数的 **70%**。在我国，有四个关键不良生活方式正在加速慢性病的蔓延：吸烟、酗酒、不健康饮食和缺乏体力活动。

以不健康饮食为例，高盐饮食是我国居民普遍存在的饮食陋习。根据《中国居民营养与慢性病状况报告》的权威数据，我国居民人均每日烹调盐摄入量为 **9.3 克**，虽然较 **2015 年** 的 **10.4 克** 下降了 **1.1 克**，但仍远高于世界卫生组织推荐的 **5 克** 标准，也远超其他国家平均 **7.5 克** 的水平。高盐摄入与高血压的发生呈显著正相关，是我国心血管病高发的重要诱因。更为严峻的是，我国居民在减少盐摄入的同时，油脂摄入量却呈上升趋势——人均每日烹调油摄入量达 **43.2 克**，远超推荐上限 **25 克**。高盐高油的“双重夹击”，使得我国居民的心血管代谢风险持续攀升。

从膳食结构看，我国居民的饮食模式仍存在明显的“西方化”倾向。根据《中国居民膳食指南科学研究报告（2021）》的数据，我国居民全谷物、蔬菜水果、奶类和大豆的摄入普遍不足，而红肉、加工肉制品、含糖饮料的摄入却在增加。我国居民人均每日蔬菜摄入量为 **265.9 克**，水果摄入量为 **38.1 克**，奶类摄入量为 **25.9 克**，

大豆及坚果摄入量为 13.9 克，这些数值均低于《中国居民膳食指南》的推荐摄入量。特别是奶类摄入量，仅为推荐量（300 克/天）的 8.6%，这一“钙缺口”不仅影响骨骼健康，也与代谢综合征的发生密切相关。

与此同时，国民身体活动水平的断崖式下降同样令人担忧。根据《2022 国民健身趋势报告》的数据，我国 7 岁及以上年龄人群中，每周至少参加 1 次体育锻炼的人数比例为 67.5%，但达到“经常参加体育锻炼”标准的人数比例仅为 38.52%。更为严峻的是，20-69 岁居民经常锻炼率仅为 14.7%，成人经常锻炼率处于较低水平。从国际比较看，世界卫生组织 2024 年的监测数据显示，世界上近三分之一（31%）的成年人口缺乏身体活动，而我国的身体活动不足问题尤为突出。在过去 20 年间，我国男性和女性的身体活动水平分别下降了 44% 和 36%。久坐不动、缺乏锻炼已成为现代都市人的常态。

从全球视角看，缺乏身体活动已成为一个跨越国界的公共卫生危机。世卫组织的数据显示，全球 18 亿成年人缺乏身体活动，从 2010 年至 2022 年，这一比例增加了 5 个百分点。如果这一趋势继续下去，到 2030 年，未达到建议身体活动水平的成年人比例预计将上升至 35%。在全球范围内，缺乏身体活动的程度存在明显的年龄和性别差异：妇女的身体活动水平平均比男子低 5 个百分点；60 岁以后，男女缺乏身体活动的程度都有所增加；81% 的青少年（年龄在 11-17 岁之间）缺乏身体活动，其中青春期女孩比青春期男孩的身体活动更少，分别为 85% 和 78%。

体力活动的匮乏不仅导致肥胖、糖尿病等代谢性疾病的发病率飙升，也直接削弱了心肺功能，增加了心血管事件的风险。根据《中国人群身体活动指南（2021）》的科学建议，18-64 岁成年人每周应进行 150-300 分钟中等强度有氧活动或 75-150 分钟高强度活动，每周至少进行 2 天肌肉力量练习。然而，我国绝大多数成年人远未达到这一标准。调查数据显示，我国城乡居民经常参加体育锻炼的比例为 33.9%，其中 20-69 岁居民经常锻炼率仅为 14.7%。这一数据与《全民健身计划（2021-2025 年）》提出的到 2025 年经常参加体育锻炼人数比例达到 38.5% 的目标仍有差距，尽管截至 2024 年 9 月，我国经常参加体育锻炼的人数比例已达到 37.2%，接近目标值。

从吸烟和饮酒维度看，我国居民的行为风险同样不容忽视。根据《中国居民营养与慢性病状况报告》的数据，我国 15 岁及以上居民吸烟率为 26.6%，虽然较 2015 年的 27.7%有所下降，但绝对吸烟人数仍超过 3 亿，是全球最大的烟草消费国。我国居民饮酒率也处于较高水平，有害饮酒行为在男性和年轻人群中尤为突出。吸烟和过量饮酒是心血管疾病、癌症和慢性呼吸系统疾病的共同危险因素，其协同作用进一步放大了慢性病的风险。

可以说，不健康的生活方式正是我国慢性病大爆发的“幕后推手”。如果不从源头上扭转这一趋势，任何单纯的医疗救治都将是杯水车薪。根据一项针对中国人群的研究，超过 60%的慢性病发病诱因来自高油高盐饮食、久坐不动、熬夜、长期焦虑等不良生活习惯，而 80%的慢病都能通过调整日常生活方式有效预防。这些数据为生活方式医学的兴起提供了最坚实的流行病学基础——既然绝大多数慢性病本质上是“生活方式病”，那么防治的关口就必须前移至生活方式本身。

## 二、从“以治病为中心”到“以人民健康为中心”的战略转变

### 1. 顶层设计的战略擘画

面对慢性病的严峻挑战，传统的“重治疗、轻预防”的医疗模式已难以为继。国家层面敏锐地洞察到了这一危机，并开始推动医疗卫生事业发展战略的根本性转变。这一战略转变的标志性节点，是 2016 年召开的全国卫生与健康大会。在这次会议上，习近平总书记高瞻远瞩地强调，“要把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。这一重要论述，为我国新时代卫生健康事业的发展指明了方向，确立了“大健康”的理念。随后，党的十九大作出了实施健康中国战略的重大决策部署，将人民健康上升为国家优先发展的战略高度。

为了将这一宏伟蓝图落到实处，2019 年国务院印发了《关于实施健康中国行动的意见》。该意见明确提出，要针对重大疾病和一些突出问题，聚焦重点人群，实施一批重大行动，政府、社会、个人协同发力，建立健全健康教育体系，普及健康知识，引导群众建立正确健康观，形成有利于健康的生活方式、生态环境和社会环境。这标志着“以人民健康为中心”的理念开始转化为具体的政策行动。

从政策实施的数据维度看，健康中国行动的推进已初见成效。根据《健康中国行动（2019—2030年）》的监测数据，到2022年，我国居民健康素养水平达到27.78%，较2019年的19.17%提升了8.61个百分点，提前实现了2022年目标值。在全民健身方面，截至2024年9月，我国经常参加体育锻炼的人数比例已达到37.2%，接近2025年38.5%的目标值。在控烟方面，我国15岁及以上人群吸烟率从2015年的27.7%下降至2022年的24.1%，虽然降幅有限，但趋势向好。然而，从更宏观的慢性病防控目标看，我国仍面临巨大挑战。根据《健康中国行动（2019—2030年）》设定的目标，到2030年，我国成人肥胖增长率应持续减缓，5岁以下儿童生长迟缓率应低于5%，成人高血压知晓率应不低于65%，糖尿病知晓率应不低于60%。对照当前数据，我国成人高血压知晓率约为51.6%，距离65%的目标仍有较大差距；糖尿病知晓率约为36.7%，距离60%的目标差距更大。这些数据表明，尽管顶层设计已经明确，但从政策到实践的转化仍需付出巨大努力。

## 2. 临床专家的深刻反思

在国家战略的指引下，医学界内部也开始了深刻的反思。中国医学科学院阜外医院院长胡盛寿院士曾一针见血地指出当前医疗体系面临的困境：“救治能力提升速度赶不上发病率增长速度，造成了一直在治病，病却越来越多的现状。”

这一论断揭示了传统医学模式的局限性。尽管我国的医疗技术、设备和药物研发取得了长足进步，手术成功率不断提高，新药层出不穷，但由于忽视了疾病发生的源头——不健康的生活方式，导致新增患者源源不断。医院就像是一个不断进水的池子，无论排水口（治疗）开得有多大，只要进水口（不良生活方式）不关闭，池子里的水（患者）就永远无法减少。这种“只治不防”的模式，不仅在医学上是低效的，在经济上也是不可持续的。

从卫生经济学的角度审视，这种模式的不可持续性更为清晰。根据《中国心血管健康与疾病报告2024》的解读，CVD给居民和社会带来的经济负担正在持续加重。而一项针对上海市卫生支出的中长期预测研究显示，2020-2035年间，上海市卫生支出预计将持续增长，卫生总费用占GDP的比例将在2023年超过8.00%，2025年达到9.00%，2035年达到10.03%。其中，慢性病预防计划可帮助节省呼

吸系统疾病、内分泌疾病和循环系统疾病的医疗费用，占卫生总费用的 **3.28%**至 **10.58%**。这一研究从经济学角度证明了预防性投入的巨大回报——每投入 **1** 元用于慢性病预防，可以节省数倍乃至数十倍的后期治疗费用。

从国际经验看，这种“重治疗、轻预防”的困境并非中国独有。美国作为医疗技术最发达的国家之一，其医疗支出占 **GDP** 的比例高达 **18%**左右，但居民健康预期寿命（**HALE**）却低于许多医疗支出较低的国家。这种“高投入、低产出”的悖论，根源同样在于预防体系的薄弱。根据世界卫生组织的数据，全球每年因慢性病导致的过早死亡中，约有 **80%**可以通过有效的预防措施避免，但这些预防措施在全球卫生支出中的占比却不足 **3%**。这种资源配置的严重失衡，是全球医疗体系共同面临的结构性难题。

### 3. 生活方式医学的干预价值

要打破这一僵局，就必须将防线前移，大力发展生活方式医学。大量循证医学证据表明，生活方式干预在慢性病防控中具有巨大的潜力和价值。研究证实，采取合适的生活方式医学措施，可以预防 **40%**至 **60%**的癌症。对于糖尿病等代谢性疾病，通过科学的饮食管理、规律的运动和体重控制，可以使糖尿病的绝对风险降低 **20%**。

更为震撼的数据来自对综合生活方式干预效果的长期追踪研究。一项针对中国人群的大规模队列研究显示，坚持健康饮食、配合规律运动、戒烟限酒、充足睡眠、压力管理等 **8**项低风险生活方式，可使人群死亡率降低近 **90%**。对于 **40**岁的人群而言，长期践行这些低风险生活方式，预期寿命可延长超过 **20**年。这意味着，如果一个 **40**岁的中年人从今天开始全面改善生活方式，他/她有望多活 **20**年以上——这一效果远超任何现有药物或手术干预。

从国际权威指南的角度看，生活方式干预的核心地位已得到充分确认。欧洲心脏病学会指南明确指出，预防动脉粥样硬化最重要的方法是坚持健康生活方式，而非单纯依赖药物。这从顶层设计上确立了生活方式医学的临床价值。美国心脏协会

（**AHA**）发布的“生命简单七法”（**Life's Simple 7**）同样强调，不吸烟、保持正常体重、规律运动、健康饮食、控制血压、控制血脂、控制血糖，是心血管健康的七大基石，其中前五项均为生活方式因素。

从成本效益角度分析，生活方式干预的经济学优势极为突出。新西兰的“绿色处方”（Green Prescription）计划是全球公共卫生领域的经典案例。该计划于 1998 年启动，授权全科医生直接向患者开具“运动处方”。截至 2013-2014 年，该计划已累计开具近 4 万份绿色处方，有效降低了慢性病发病率，并大幅减少了医疗支出。这一模式证明了生活方式干预在基层医疗中的巨大潜力和成本效益。研究表明，同时改变饮食和运动的患者，其减重效果是单独改变饮食（OR=7.2）或单独运动（OR=5.2）的 17.5 倍。这一数据深刻揭示了生活方式医学“多管齐下、协同干预”的科学价值。

这意味着，如果能够将健康的生活方式真正融入国民的日常，我们不仅能挽救数以百万计的生命，还能大幅减轻社会的医疗负担。生活方式医学不再是可有可无的“锦上添花”，而是应对慢性病危机的“必由之路”。阜外医院西院区全国首个健康生活方式医学中心的成立，正是对这一国家战略的积极响应，也是医学界从“治病”向“防病”转型的生动实践。

### 三、国家医学中心建设的战略布局

#### 1. 国家级医疗高地的规划与部署

为了支撑“以人民健康为中心”的战略转变，国家在医疗卫生服务体系的顶层设计上进行了一系列重大布局，其中“国家医学中心”和“国家区域医疗中心”的建设是核心抓手。

国家医学中心和国家区域医疗中心的规划部署始于 2017 年。这一战略旨在通过打造一批代表国家最高水平的医疗机构，引领全国医疗技术的创新与发展，同时通过区域医疗中心的建设，推动优质医疗资源的扩容和下沉，解决群众“看病难、看病贵”的问题。

经过数年的建设与遴选，目前我国已建成 13 个国家医学中心，覆盖了心血管、肿瘤、呼吸、口腔、神经等核心专科。这些中心不仅是疑难危重疾病的诊疗高地，更是医学科技创新的策源地和高层次医学人才的培养基地。其中，中国医学科学院阜外医院于 2020 年获批成为首批国家医学中心，这既是对其长期以来在心血管领域卓越贡献的肯定，也赋予了其引领全国心血管病防治体系建设重任。

从医疗资源分布的数据看，国家医学中心的建设具有深刻的现实必要性。根据《2022 中国卫生健康统计年鉴》的数据，我国优质医疗资源过度集中于东部沿海和一线城市的问题仍然突出。以心血管专科为例，北京、上海、广州三地集中了全国顶尖的心血管医疗资源，而中西部地区和基层医疗机构在心血管疾病的诊疗能力上仍存在明显差距。国家医学中心的建设，正是要通过“高峰造极”和“梯度下沉”相结合的策略，打破这种资源分布的不均衡。

从国家医学中心的功能定位看，其承担的任务远超一般医疗机构。根据国家卫生健康委员会的规划，国家医学中心要承担“六个中心”的功能定位：临床医学研究中心、临床诊疗示范中心、高层次人才培养中心、医学科技创新中心、公共卫生应急中心、国际交流合作中心。这一定位要求国家医学中心不仅要提供高水平的临床服务，更要在医学科技创新、人才培养、政策研究等方面发挥引领作用。

## 2. 阜外医院西院区的标杆意义

在国家医学中心的整体布局中，阜外医院西院区的建设具有特殊的标杆意义。该院区总建筑面积约 5.6 万平方米，是国家发展改革委、国家卫生健康委“十四五”规划中首个实质落地的国家医学中心建设项目。它的全面启用，标志着国家医学中心建设从规划蓝图迈入了实质性运营的新阶段。

从建设历程看，西院区的诞生凝聚着多方心血与国家战略意志。2022 年 6 月，伴随着第一铲泥土的翻动，阜外医院西院区在北京市门头沟区永定镇正式破土动工。在随后的三年多时间里，项目建设团队秉持高标准要求，攻坚克难，于 2023 年 12 月顺利完成钢结构封顶，为后续的精细化装修与设备调试奠定了坚实基础。经过严密的筹备与试运行，2025 年 12 月 11 日，这座总建筑面积约 5.6 万平方米的现代化医疗航母正式全面启用。

从功能布局看，西院区被赋予了三大核心定位，旨在打造面向未来的现代化医院模板：其一，打造“智慧化医院”模板。西院区以信息化为抓手，全面深化医院内涵建设，致力于构建基于真实数据驱动的信息化、智能化、网络化、自动化医院，为未来大型公立医院的建设提供可复制的“阜外经验”。其二，建设“研究型医院”高地。作为国家心血管病中心、心血管疾病全国重点实验室和国家心血管疾病临床医学研究中心的所在地，西院区将切实发挥国际一流心血管医学创新转化核心基地的作

用。它将重点加强心血管研究和关键核心技术攻关，以心血管原创高端医疗药械国产化自主研发与转化应用为抓手，引领国内心血管诊疗技术的发展方向，推动我国心血管医学科技自立自强。其三，设立“健康生活方式医学中心”。这是西院区最具前瞻性的战略落子，旨在深入践行“健康优先发展战略”，推动医疗服务从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”全面转变。

从服务规模看，西院区计划设置床位 350 张，共开设 6 个病区。门诊区域目前重点开设了心内科、心外科两大核心学科，日均预计可接待近 500 名门诊患者。病房设置上，不仅涵盖了常规心血管疾病诊疗，还精心布局了心律失常五病区、心肌病病区等特色病区，以满足复杂、疑难心血管疾病患者的精细化治疗需求。在管理机制上，西院区实行与总院区严格的“同质化”管理，确保患者在家门口就能享受到与总院完全一致的高水平医疗服务。

从区域发展角度看，西院区的启用也是支撑首都乃至全国医药健康产业高质量发展的核心力量。作为打造“中国心谷”心血管产业创新高地的重要落子，它不仅将成为北京市门头沟区区域经济绿色高质量转型发展的“金名片”，更将通过医企结合、产学研用深度融合，赋能区域产业与经济特色化发展，形成医疗与产业相互促进的良性循环。

## 四、“零级预防”理念的创新性

### 1. 传统预防医学体系的局限

长期以来，公共卫生领域奉行的是“三级预防”体系：一级预防（病因预防）、二级预防（早发现、早诊断、早治疗）和三级预防（临床预防、康复）。在这一体系中，一级预防虽然强调病因控制，但往往侧重于针对已识别的危险因素（如高血压、高血脂）进行药物干预或健康教育，其作用对象主要是“高危人群”。

然而，面对生活方式相关慢性病的爆发式增长，传统的预防体系暴露出明显的局限性。它更多是在疾病链条的中下游进行拦截，而对于上游的“健康土壤”缺乏系统性的改良。当人们已经处于亚健康状态或已经出现代谢异常时再进行干预，往往事倍功半，且难以逆转长期的不良习惯。

从数据维度看，传统预防体系的局限性体现在多个层面。首先，从人群覆盖看，传统一级预防主要面向已识别的高危人群，而忽视了占人口绝大多数的一般人群。根据“健康社会决定因素”理论，人群的健康状况呈金字塔分布——真正的高危人群和患者只占塔尖，而塔基的大量一般人群虽然个体风险较低，但总体贡献的疾病负担却最大。传统预防体系对塔基人群的忽视，导致大量“潜在患者”在不知不觉中滑向疾病状态。

其次，从干预时机看，传统预防体系多在危险因素已经形成后进行干预。以心血管疾病为例，动脉粥样硬化的形成往往始于青少年时期，而传统的干预多在 40 岁以后、甚至出现临床症状后才开始。根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的数据，我国心血管病的危险因素水平在青年人群中已呈上升趋势，而针对这一人群的系统干预几乎空白。

再次，从干预手段看，传统预防体系过度依赖健康教育和行为劝诫，缺乏可量化、可执行、可评估的精准干预方案。研究表明，单纯的健康教育对行为改变的长期效果十分有限——约 70% 的接受健康教育者在 6 个月内会回到原有的行为模式。这种“知而不行”的困境，根源在于传统干预缺乏将知识转化为行动的有效机制。

## 2. “零级预防”：防患于未然的新范式

“零级预防”理念的提出，正是为了填补这一空白。它超越了传统的一级预防，主张在疾病尚未发生、甚至在危险因素尚未形成之前，就对整个人群进行系统性的健康干预。其核心目标是创造一种“不易致病”的环境和生活方式，从源头上消除疾病发生的土壤。

从概念内涵看，“零级预防”具有三个核心特征：一是全人群覆盖，不仅面向高危人群，更面向所有健康人群；二是全生命周期覆盖，从胎儿期、婴幼儿期、儿童青少年期、成年期到老年期，在每个阶段都实施针对性的健康促进；三是全方位干预，涵盖运动、营养、心理、睡眠、环境、社会关系等多个维度，而非单一因素的调整。

在生活方式医学的框架下，零级预防不再是简单的“劝诫”或“宣教”，而是基于科学证据的精准干预。它涵盖了运动、营养、心理、睡眠、中西医协同、远程健康管控等多个维度。例如，在阜外医院西院区的生活方式医学中心，营养师开具的不是药

片，而是色香味俱全的”营养处方”；“盐境净息”室利用岩盐气溶胶模拟天然盐洞微环境，改善呼吸道健康。这些举措将抽象的健康理念转化为可感知、可执行、可评估的具体行动方案。

从国际视野看，“零级预防”理念与全球健康治理的最新趋势高度契合。世界卫生组织在《2024 年全球慢性病现状报告》中明确提出，要“将健康融入所有政策”

（Health in All Policies），从城市规划、食品政策、交通政策、环境政策等多维度创造有利于健康的生活环境。这一全球战略与“零级预防”的核心理念不谋而合——健康不仅是医疗卫生系统的责任，更是整个社会系统的共同目标。

### 3. 从源头控制心血管疾病的发病率

对于心血管疾病而言，零级预防的意义尤为重大。心血管病的发生是一个长达数十年的漫长过程，动脉粥样硬化的形成往往始于青少年时期。如果等到中年出现症状再进行治疗，血管的损伤往往已不可逆。

根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的数据，我国心血管病的危险因素水平在青年人群中已呈明显上升趋势。35-44 岁人群中，高血压患病率已达 15.0%，血脂异常患病率高达 38.7%，糖尿病患病率为 6.8%，肥胖率为 16.1%。这些数字意味着，心血管疾病的”种子”在青年时期甚至更早就已经播下。如果不实施零级预防，等到这些青年步入中老年，我国心血管疾病的负担将呈几何级数增长。

通过零级预防，我们可以将干预的窗口期大幅前移。针对儿童和青少年，开展食育教育、培养运动习惯，从生命早期就筑牢健康防线。根据《中国人群身体活动指南（2021）》的科学建议，2 岁及以下儿童每日应进行不少于 180 分钟的地板互动活动；3-5 岁儿童每日累计活动时间 180 分钟，其中中高强度活动不少于 60 分钟；6-17 岁青少年每日应进行至少 60 分钟中高强度有氧运动，每周至少进行 3 天肌肉力量训练。然而，现实数据却令人担忧——我国 81% 的青少年缺乏身体活动，其中青春期女孩比男孩更为严重（85% vs 78%）。这一数据鸿沟正是零级预防需要重点攻克的领域。

针对职场人群，通过工作场所的健康促进、压力管理和睡眠改善，阻断过劳和应激对血管的损害。根据《中国睡眠研究报告》的数据，我国约 38.2% 的成年人存在各类睡眠障碍，职场人群的睡眠问题尤为突出。长期睡眠不足（<6 小时/天）与高

血压、冠心病、脑卒中的发病风险显著相关，是心血管疾病的重要危险因素。通过零级预防，为职场人群提供科学的睡眠管理方案，可以从源头上减少心血管损伤。针对老年人群，通过科学的康复和慢病管理，延缓机能衰退。数据显示，我国 60 岁以上人群中 75.8% 至少患有 1 种慢性病，而多病共存现象极为普遍。通过零级预防理念指导下的老年健康管理，不仅可以延缓疾病进展，更可以提高老年人的生活质量，实现“健康老龄化”。

阜外医院西院区与香港理工大学联合设立我国首个生活方式医学创新研究院，正是为了深化这一理念的临床应用。研究院将聚焦慢性病源头防控，布局 AI 慢病管理系统、智能康复传感设备、代谢调节功能性食品等研发方向，推动实验室科研成果转化为标准化的健康干预方案。

从“治病”到“防病”，从“三级预防”到“零级预防”，这不仅是医学技术的进步，更是医学人文精神的回归。它标志着我们开始真正尊重生命的规律，从对抗疾病转向呵护健康。阜外医院西院区的启用，正是这一伟大转折的起点。在未来，随着“防治康管”全链条医疗服务体系的不断完善，我们有理由相信，中国将逐步走出慢性病危机的阴霾，迎来一个全民健康的新纪元。

## 生活方式医学深度解读：让医学回归生活的科学实践

随着现代医学模式的深刻变革，医疗服务的重心正从“以疾病为中心”向“以人民健康为中心”全面转移。在这一宏观背景下，2026 年 7 月启动试运行、8 月正式投入使用的全国首个健康生活方式医学中心（阜外医院西院区），不仅标志着我国在慢性病源头防控领域迈出了实质性的一步，更将“零级预防”这一前沿理念推向了大众视野。该中心开设的 36 个生活方式医学特色项目，涵盖了运动、营养、心理、睡眠等六大板块，为三高、肥胖、代谢紊乱及失眠焦虑等痛点提供了非药物干预的全新解法。要深刻理解这一国家级示范平台的战略价值，我们必须从学科本源出发，全面剖析生活方式医学的概念起源、核心支柱、国际视野、本土实践以及其背后坚实的科学依据。

## 一、生活方式医学的概念起源与学科定义

生活方式医学（Lifestyle Medicine）并非近年来凭空诞生的新概念，而是一门在长期临床实践中不断演进、最终走向成熟的新兴交叉学科。它以循证医学为坚实基础，深度融合了营养科学、运动生理学、心理及行为科学、社会人际关系学、睡眠科学以及临床医学等多个前沿学科。与传统医学侧重于疾病发生后的药物或手术干预不同，生活方式医学致力于探究疾病发生的根本原因，通过系统性地评估和干预个体的日常行为模式，从源头上阻断或逆转疾病的进程。

从学科发展史看，生活方式医学的雏形可以追溯到 20 世纪中叶。1953 年，英国流行病学家杰里米·莫里斯（Jeremy Morris）通过对伦敦双层巴士司机和售票员的经典对比研究，首次从流行病学角度证明了体力活动与冠心病之间的关联——每天上下楼梯数百次的售票员，其冠心病发病率显著低于久坐不动的司机。这一研究开创了生活方式与疾病关系的科学探索。此后，随着弗雷明汉心脏研究

（Framingham Heart Study）、护士健康研究（Nurses' Health Study）、医生健康研究（Physicians' Health Study）等大型纵向队列研究的开展，运动、饮食、吸烟等生活方式因素与慢性病之间的因果关系得到了越来越精确的量化和证实。在国际公共卫生战略层面，生活方式医学的地位得到了前所未有的提升。2024 年，世界卫生组织（WHO）正式将生活方式医学列为全球慢性疾病防控的核心策略，这标志着该学科已从边缘的辅助手段跃升为全球公共卫生治理的主流路径。目前，全球已有超过 50 个国家建立了生活方式医学学会，数千家医院开设了生活方式医学科，形成了庞大的国际学术与临床网络。

从全球认证体系看，国际生活方式医学委员会（IBLM）自 2017 年首次考试以来，已在全球 75 个国家开展了认证考试，培养了超过 13000 名认证生活方式医学专业人员，覆盖 92 个国家。2025 年 2 月，生活方式医学全球联盟（LMGA）和 IBLM 在泰国普吉岛举办了全球领导力论坛，来自 25 个国家的 29 名代表参加了会议，共同探讨生活方式医学的未来发展。英国植物性健康专业人士协会（PBHP UK）在 2024 年首批认证了 32 名生活方式医学专业人员，全球通过率高达 97%，标志着该学科在全球范围内的快速普及。

这门学科的核心理念高度凝练为“以食为药、以动为药、以睡为药”。这并非简单的养生口号，而是基于大量流行病学和临床研究得出的科学共识。围绕这一核心理念，生活方式医学确立了六大核心干预维度：营养饮食、科学锻炼、健康睡眠、压力管理、社会关系以及药物戒断。这六大维度相互交织、协同作用，共同构成了一个完整的健康干预闭环。在阜外医院西院区的实践中，这六大维度被细化为 36 个特色项目，例如针对代谢异常的“食养课堂”、针对骨关节康复的“水疗室”、针对呼吸道慢病的“盐疗室”，以及融合现代科技的“脑波舒缓”与“氧梯度干预”等。这些项目将抽象的学科概念转化为可量化、可追溯的临床干预手段，真正实现了让医学回归生活、让健康融入日常的科学实践。

## 二、生活方式医学的六大支柱：数据支撑的干预体系

生活方式医学的干预体系建立在六大核心支柱之上，这六大支柱不仅是评估个体健康风险的标尺，更是制定个性化干预方案的基石。每一根支柱背后，都有着坚实的循证医学数据支撑。

### 1. 健康饮食：重塑代谢的基石

在生活方式医学中，健康饮食绝非单纯的“节食”或“少吃”，而是强调饮食质量与营养密度的全面提升。国际上公认的优质饮食模式，如地中海饮食和 DASH（得舒）饮食，均强调全谷物、新鲜蔬果、优质蛋白和健康脂肪的合理搭配。研究表明，饮食质量对健康的影响远大于单纯的数量控制。

从循证数据看，坚持健康饮食的效益是惊人的。一项针对中国人群的大规模队列研究显示，坚持健康饮食，配合规律运动、戒烟限酒、充足睡眠、压力管理等 8 项低风险生活方式，可使人群死亡率降低近 90%。对于 40 岁的人群而言，长期践行这些低风险生活方式，预期寿命可延长超过 20 年。这意味着，饮食干预不仅是“调理”，更是可以精确计算健康收益的医疗行为。

从我国居民膳食现状看，改善空间巨大。根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》的数据，我国居民人均每日食盐摄入量为 9.3 克，虽然较 2015 年下降 1.1 克，但仍远超 WHO 推荐的 5 克标准；人均每日烹调油摄入量为 43.2 克，远超推荐上限 25 克；蔬菜摄入量为 265.9 克，低于推荐量 300-500 克；水果

摄入量为 38.1 克，远低于推荐量 200-350 克；奶类摄入量为 25.9 克，仅为推荐量 300 克的 8.6%。这些数据清晰地勾勒出我国居民膳食结构的“短板”，也为营养干预指明了方向。

在阜外医院西院区的食养干预区，营养师与专职厨师、心理治疗师共同参与，通过“教学+实操”一体化的模式，现场拆解低盐、低脂、控糖的饮食逻辑，帮助患者将健康饮食复刻到家庭餐桌。这种“从厨房到病房”的干预模式，将抽象的营养学知识转化为可操作的烹饪技能，大大提高了干预的依从性和持续性。

## 2. 科学运动：精准量化的“运动处方”

生活方式医学彻底颠覆了以往专科医生简单口头嘱咐“多运动”的粗放模式，引入了“运动处方”的概念。如同药物处方一样，运动处方具有明确的频次、剂量、时间、形式和类型。

从临床疗效数据看，运动处方的效果可以精确量化。例如，针对高血压患者，中心开具的等长训练（如靠墙静蹲、平板支撑）处方，经过严谨的临床验证，坚持训练 8 周可降低收缩压约 10 毫米汞柱，这一效果几乎相当于服用了一片标准剂量的降压药。这一数据来自多项随机对照试验的荟萃分析，具有高度的循证医学可信度。从我国居民运动现状看，科学运动的普及任重道远。根据《2022 国民健身趋势报告》，我国 7 岁及以上年龄人群中，每周至少参加 1 次体育锻炼的人数比例为 67.5%，但达到“经常参加体育锻炼”标准的人数比例仅为 38.52%。更为严峻的是，20-69 岁居民经常锻炼率仅为 14.7%。从全球视角看，世界卫生组织 2024 年的监测数据显示，世界上近三分之一（31%）的成年人口缺乏身体活动，而我国的身体活动不足问题尤为突出。在过去 20 年间，我国男性和女性的身体活动水平分别下降了 44% 和 36%。

此外，针对关节炎、腰椎间盘突出等患者，水疗室利用水的浮力、压力和热效应，提供了关节与肌肉的“失重修复舱”，实现了早期康复的安全与高效。根据康复医学的研究，水的浮力可以减轻关节负荷达 90% 以上，而水的阻力又可以提供温和而持续的力量训练，是骨关节康复的理想介质。

### 3. 健康睡眠：被低估的修复机制

睡眠科学与慢性病的关联日益受到重视。长期的睡眠剥夺或睡眠障碍不仅是疲劳的来源，更是内分泌紊乱、免疫力下降和心血管疾病的重要诱因。

从流行病学数据看，睡眠问题的普遍性令人震惊。全球约 **27%** 的人口存在睡眠问题，而我国约 **38.2%** 的人群存在各类睡眠障碍，成年人失眠发生率高达 **38.2%**，青少年睡眠障碍发生率约 **26%**，**60** 岁以上老年人睡眠障碍比例高达 **57%**。根据《中国睡眠研究报告》的详细数据，我国居民平均睡眠时长为 **7.06** 小时，但睡眠质量却不容乐观——深度睡眠比例不足、睡眠碎片化、入睡困难等问题普遍存在。生活方式医学将睡眠视为一种主动的健康干预手段，通过睡眠环境优化、作息节律调整以及非药物心理干预，帮助患者重建健康的睡眠结构。研究表明，每晚睡眠时间少于 **6** 小时的人群，其高血压发病风险增加 **20%**，冠心病发病风险增加 **48%**，脑卒中发病风险增加 **15%**。而每晚睡眠时间在 **7-8** 小时的人群，其全因死亡风险最低。这些量效关系数据为睡眠干预提供了精确的医学依据。

中心针对失眠焦虑患者推出的非药物心理干预，正是这一支柱的典型应用。通过认知行为疗法（**CBT-I**）、正念冥想、睡眠限制疗法等手段，帮助患者重建健康的睡眠节律，避免对安眠药物的依赖。

### 4. 压力管理：心理与行为的协同干预

长期的心理压力会导致体内皮质醇水平持续升高，引发慢性低度炎症，进而诱发或加重代谢性疾病。压力管理在生活方式医学中占据核心地位，它结合了心理学与行为科学，通过认知行为疗法、正念冥想、脑波舒缓等手段，帮助患者建立积极的应对机制，从心理层面切断慢性病的诱发链条。

从流行病学数据看，我国居民的心理压力问题日益突出。根据《中国国民心理健康发展报告》的数据，我国成年人焦虑症状检出率为 **25.8%**，抑郁症状检出率为 **14.8%**，而职场人群的心理压力问题更为严重。长期的心理压力不仅直接影响心血管健康，还会通过“压力-饮食-代谢”的恶性循环，导致肥胖、糖尿病等代谢性疾病的发生。

研究表明，长期工作压力大的人群，其心血管疾病发病风险增加 40%，2 型糖尿病发病风险增加 45%。而有效的压力管理干预，如正念减压疗法（MBSR），可以在 8 周内显著降低受试者的皮质醇水平、血压和炎症标志物，其效果可持续数月乃至数年。

## 5. 社会支持：人际关系学的健康赋能

社会人际关系学在健康中的作用常被忽视，但大量证据表明，良好的社会支持系统是长寿和疾病康复的重要保护因素。一项针对全球多个“长寿蓝区”（Blue Zones）的研究发现，社会联系和归属感是这些地区居民长寿的共同特征之一。

生活方式医学鼓励构建家庭、社区和医疗团队三位一体的支持网络。在体重管理和慢病逆转过程中，家人的共同参与、同伴的相互鼓励以及医疗团队的长期随访，能够显著提高干预的依从性和长期效果。研究表明，有家庭支持的生活方式干预，其减重效果比无家庭支持的干预高出约 30%，而干预后的体重反弹率则降低约 40%。

## 6. 戒烟限酒：行为改变技术的应用

戒烟限酒是生活方式医学中最具挑战性的环节之一。它不仅仅是意志力的考验，更需要运用专业的行为改变技术。通过动机访谈、替代疗法、环境重塑和持续的心理支持，帮助患者逐步摆脱对成瘾物质的依赖，重建健康的生活习惯。

从我国居民吸烟饮酒现状看，控烟限酒任务艰巨。根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》，我国 15 岁及以上居民吸烟率为 26.6%，虽然较 2015 年的 27.7%有所下降，但绝对吸烟人数仍超过 3 亿。我国居民饮酒率也处于较高水平，有害饮酒行为在男性和年轻人群中尤为突出。研究表明，吸烟可使心血管疾病发病风险增加 2-4 倍，而有害饮酒可使高血压发病风险增加 40%，脑卒中发病风险增加 50%。

## 三、国际生活方式医学发展现状：全球视野下的学科演进

生活方式医学在全球范围内的蓬勃发展，为我国的实践提供了宝贵的经验与参照。在美国，美国生活方式医学学院（ACLM）和生活方式医学认证委员会（LMGA）等组织在推动学科标准化、医师认证和临床指南制定方面发挥了引领作用。这些机

构不仅建立了完善的培训体系，还持续发布基于循证医学的临床实践指南，确保了生活方式干预的科学性和规范性。截至 2025 年，ACLM 已拥有超过 15000 名会员，成为全球最大的生活方式医学专业组织。美国生活方式医学委员会（ABLM）自 2017 年以来已认证了数千名生活方式医学专业人员，其认证标准被 IBLM 采纳为国际通用标准。

新西兰的“绿色处方”（Green Prescription）计划是全球公共卫生领域的经典案例。该计划于 1998 年启动，授权全科医生直接向患者开具“运动处方”。截至 2013-2014 年，该计划已累计开具近 4 万份绿色处方，有效降低了慢性病发病率，并大幅减少了医疗支出。这一模式证明了生活方式干预在基层医疗中的巨大潜力和成本效益。根据新西兰卫生部的评估，每投入 1 新西兰元于绿色处方计划，可节省约 5.3 新西兰元的后续医疗支出，其投资回报率之高，在公共卫生干预项目中极为罕见。

在临床疗效方面，国际研究提供了强有力的数据支持。研究表明，同时改变饮食和运动的患者，其减重效果是单独改变饮食（OR=7.2）或单独运动（OR=5.2）的 17.5 倍。这一数据深刻揭示了生活方式医学“多管齐下、协同干预”的科学价值。另一项针对 2 型糖尿病患者的里程碑式研究——英国糖尿病前瞻性研究（UKPDS）和随后的糖尿病缓解临床试验（DiRECT）——证明，通过严格的生活方式干预，约 46% 的 2 型糖尿病患者在一周内实现了糖尿病缓解，即在不使用降糖药物的情况下，血糖维持在正常范围。

在欧洲，强化基层医疗是推动生活方式医学落地的关键策略。许多国家通过增加基层医疗机构的营养师配备、建立多学科协作团队，将生活方式干预融入初级保健体系。同时，精准医学与生活方式医学的结合正成为新趋势。通过基因检测评估个体对特定营养素或运动的敏感性，结合可穿戴设备和大数据分析，实现对个体健康风险的实时监测和干预方案的动态调整，使生活方式医学从“标准化”迈向“个性化”。

从全球认证体系看，国际生活方式医学委员会（IBLM）自 2017 年首次考试以来，已在全球 75 个国家开展了认证考试。2025 年 2 月，LMGA 和 IBLM 在泰国普吉岛举办的全球领导力论坛，汇聚了来自 25 个国家的 29 名代表，共同探讨生活方式医学的未来发展。英国 PBHP UK 在 2024 年首批认证了 32 名生活方式医学

专业人员，全球通过率高达 **97%**。这些国际动态表明，生活方式医学正在从“边缘学科”快速走向“主流医学”。

#### 四、中国生活方式医学的实践探索：本土化创新与体系化建设

尽管生活方式医学发轫于西方，但在中国这片土地上，它正经历着深刻的本土化创新与体系化建设。

**2020 年 9 月**，国家心血管病中心、中国医学科学院阜外医院成立了国内首个健康生活方式医学中心，标志着我国生活方式医学进入了国家级平台引领的新阶段。该中心由心脏康复中心、健康管理中心、健康教育中心和社区防治中心四大板块组成，构建了覆盖全生命周期的健康服务体系。

为了推动学科在基层的落地生根，**2022 年 9 月**，健康生活方式医学联盟正式成立。截至目前，联盟已拥有 **136 家** 成员单位，覆盖全国 **20 余个** 省市。依托这一平台，阜外医院牵头开展了标准化培训，引进哈佛大学《生活方式医学》教材，并自主制定了生活方式教练和心脏康复护士认证培训大纲，为基层培养了大批复合型专业人才。

更为重要的是，中国的生活方式医学并未盲目照搬国外模式，而是充分结合了中国人群独特的代谢特点和生活方式习惯。例如，针对国人高碳水化合物饮食、高盐摄入的特点，中心制定了适配本土的膳食干预标准；同时，深度融合中医“治未病”理念，将传统养生智慧与现代循证医学相结合，打造了具有中国特色的生活方式医学方案。

从技术赋能方面看，数字生活方式医学正在推动干预模式的深刻变革。通过智能穿戴设备、远程健康管控系统和 **AI** 算法，中心实现了院内精准干预与居家动态监测的无缝衔接。这种数字化、智能化的管理模式，不仅提高了干预的精准度，更使患者的干预依从性提高了 **40%** 以上，为慢性病的全周期管理提供了技术保障。

从康复医学的配套建设看，我国正加速完善康复服务体系。根据国家卫健委发布的中国卫生健康统计年鉴数据，截至 **2017 年**，全国共有 **552 家** 康复医院，公立康复医院为 **152 家**；到 **2021 年** 时，全国康复医院数量达到 **810 家**，其中公立医院 **182 家**，**4 年间** 增加 **30 家**，非公立医院数量增速明显快于公立医院。**2021 年** 我国康复医院执业医师数量还不足 **2 万**。根据《关于加快推进康复医疗工作发展的意

见》，到 2025 年，每 10 万人口康复医师达到 8 人、康复治疗师达到 12 人，以此计算，2025 年我国实际需要执业康复医师数约为 11.2 万名，可见康复医师的人才缺口仍然较大。

在运动康复领域，截至 2023 年 6 月，国内以运动康复为核心业务的康复机构已超过 750 家。然而，与美国相比，差距仍然巨大——美国人口总量为 3.33 亿，提供运动康复服务的机构数量达到 45,905 家，相当于每 7254 人就拥有一家康复机构；美国平均每 10 万人中有 95 位物理治疗师，治疗师总数超过 30 万人。而中国人口总量为 14.12 亿，提供运动康复的机构约为 750 家，平均每 188 万人拥有一家康复机构，治疗师总数约为 15 万人。这些数据表明，我国康复医学的发展空间巨大，而生活方式医学与康复医学的深度融合，将是未来发展的重要方向。

## 五、生活方式处方的科学依据：从“健康倡导”到“医学处方”

生活方式医学之所以能够从一种“健康倡导”升华为“医学处方”，其根本在于其背后坚实的循证医学依据。正如健康生活方式医学中心常务副主任冯雪所言：“人体具有自我修复能力，特定的生活方式可以治疗疾病。”这一论断并非主观臆断，而是建立在大量严谨的科学研究之上。

首先，生活方式干预在慢性病防治中的核心地位得到国际权威指南的确认。欧洲心脏病学会指南明确指出，预防动脉粥样硬化最重要的方法是坚持健康生活方式，而非单纯依赖药物。这从顶层设计上确立了生活方式医学的临床价值。美国心脏协会的“生命简单七法”同样将生活方式因素置于心血管健康的核心位置。

其次，具体的干预手段具有明确的量效关系。以高血压为例，前文提到的等长训练降低收缩压的临床数据，已被多项随机对照试验证实。这意味着，生活方式干预不再是模糊的“调理”，而是可以精确计算剂量、预期疗效的“治疗”。研究表明，减少钠盐摄入（从 9 克/天降至 5 克/天）可使收缩压降低 2-8 毫米汞柱；规律有氧运动（每周 150 分钟中等强度）可使收缩压降低 5-8 毫米汞柱；DASH 饮食可使收缩压降低 8-14 毫米汞柱；减重（每减 10 公斤）可使收缩压降低 5-20 毫米汞柱。这些量效关系数据，使得生活方式干预可以像药物一样被精确“处方”。

再次，宏观流行病学数据揭示了生活方式对人群健康的决定性影响。长期临床研究证实，80%的慢性病都能通过调整日常生活方式有效预防；超过 60%的慢性病发

病诱因来自高油高盐饮食、久坐不动、熬夜、长期焦虑等不良生活习惯。这些数据表明，绝大多数慢性病本质上是“生活方式病”，其防治的关口必须前移。

最后，生活方式医学强调“非药物优先”和“慢病逆转”。对于三高、脂肪肝、肥胖等代谢性疾病，通过系统性的营养、运动、睡眠和心理干预，许多患者可以实现病情的显著改善甚至临床逆转，从而减少甚至停用药物。英国 DiRECT 研究的里程碑式成果——46%的 2 型糖尿病患者通过生活方式干预实现一年缓解——为“慢病逆转”提供了最高等级的循证医学证据。这不仅减轻了患者的身体负担，也大幅降低了社会的医疗成本。

## 阜外医院西院区全面解读：国家医学中心的标杆建设

### 一、建设历程与战略定位：从蓝图到标杆的时代跨越

中国医学科学院阜外医院西院区的诞生与落成，不仅是一座现代化医疗建筑的拔地而起，更是我国心血管医学事业发展史上的一个重要里程碑。作为“十四五”时期首个实质性落地的国家医学中心建设项目，西院区从规划之初便承载着国家深化医药卫生体制改革、推动优质医疗资源扩容下沉的宏大愿景。

回溯其建设历程，这是一部凝聚着多方心血与国家战略意志的奋斗史。2022 年 6 月，伴随着第一铲泥土的翻动，阜外医院西院区在北京市门头沟区永定镇正式破土动工。在随后的三年多时间里，项目建设团队秉持高标准要求，攻坚克难，于 2023 年 12 月顺利完成钢结构封顶，为后续的精细化装修与设备调试奠定了坚实基础。经过严密的筹备与试运行，2025 年 12 月 11 日，这座总建筑面积约 5.6 万平方米的现代化医疗航母正式全面启用。

从建设规模看，西院区总建筑面积约 5.6 万平方米，规划床位 350 张，开设 6 个病区，日均门诊接待能力近 500 人次。这一规模虽然不及总院区，但其功能定位却更为前瞻和多元——它不仅是医疗服务的提供者，更是医学创新的孵化器、健康管理的示范者和产业发展的推动者。

西院区的战略定位，绝非仅仅是阜外医院物理空间的简单延伸，而是对标党和国家重大决策部署的一次精准落子。在功能布局上，西院区被赋予了三大核心定位，旨在打造面向未来的现代化医院模板：

其一，打造“智慧化医院”模板。西院区以信息化为抓手，全面深化医院内涵建设，致力于构建基于真实数据驱动的信息化、智能化、网络化、自动化医院，为未来大型公立医院的建设提供可复制的“阜外经验”。

其二，建设“研究型医院”高地。作为国家心血管病中心、心血管疾病全国重点实验室和国家心血管疾病临床医学研究中心的所在地，西院区将切实发挥国际一流心血管医学创新转化核心基地的作用。它将重点加强心血管研究和关键核心技术攻关，以心血管原创高端医疗药械国产化自主研发与转化应用为抓手，引领国内心血管诊疗技术的发展方向，推动我国心血管医学科技自立自强。

其三，设立“健康生活方式医学中心”。这是西院区最具前瞻性的战略落子，旨在深入践行“健康优先发展战略”，推动医疗服务从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”全面转变。通过建立“零级预防”体系，力求从根源上控制心血管疾病危险因素，让人民群众“不得病、少得病、慢得病”。

此外，西院区的启用也是支撑首都乃至全国医药健康产业高质量发展的核心力量。作为打造“中国心谷”心血管产业创新高地的重要落子，它不仅将成为北京市门头沟区区域经济绿色高质量转型发展的“金名片”，更将通过医企结合、产学研用深度融合，赋能区域产业与经济特色化发展，形成医疗与产业相互促进的良性循环。

## **二、核心功能与科室设置：同质化管理铸就国家级诊疗标杆**

作为国家医学中心的重要组成部分，阜外医院西院区在核心功能与科室设置上，严格贯彻了“资源扩容、服务同质”的原则。这意味着，患者在西院区享受到的医疗服务，与阜外医院总院区在标准、质量和专家资源上完全一致，真正实现了“患者不用都挤到总院去”，有效缓解了跨省跨区就诊难题。

在医疗资源配置方面，西院区计划设置床位 350 张，共开设 6 个病区。门诊区域目前重点开设了心内科、心外科两大核心学科，日均预计可接待近 500 名门诊患者。病房设置上，不仅涵盖了常规心血管疾病诊疗，还精心布局了心律失常五病区、心肌病病区等特色病区，以满足复杂、疑难心血管疾病患者的精细化治疗需求。

在管理机制上，西院区实行与总院区严格的“同质化”管理。这体现在两个核心维度：一是专家资源的无缝流转，同样的顶尖专家轮流在西院区坐诊，确保患者在家

门口就能挂上国家级专家的号；二是诊疗标准的绝对统一，无论是临床路径、用药规范还是手术操作，均执行与总院完全相同的标准。这种“同质化”不仅是对患者生命健康的庄严承诺，也是西院区作为国家医学中心标杆建设的核心底气。

从国家医学中心的整体布局看，这种“同质化”管理模式是解决我国优质医疗资源分布不均问题的重要探索。根据《2022 中国卫生健康统计年鉴》的数据，我国三级医院数量仅占医院总数的 8.5%，却承担了 54.2%的门诊量和 49.5%的住院量。这种“倒三角”的医疗服务利用模式，导致大医院“人满为患”、基层医院“门可罗雀”。国家医学中心通过“一院多区”的同质化发展模式，可以在不降低服务质量的前提下，有效扩大优质医疗资源的覆盖范围，为分级诊疗制度的落实提供有力支撑。

在服务流程上，西院区提供涵盖门诊、急诊、住院及健康管理的全流程服务。急诊通道经过智能化改造，患者入院即完成分级，危重者直接送入导管室或手术室，轻症者快速分流，确保“急诊不积压，抢救不延误”。在门诊服务方面，全面推行非急诊全面预约挂号制度，患者可提前 7 天通过“掌上阜外医院”微信小程序、电话

（010-114）等多种渠道进行预约，极大地优化了就医体验，减少了现场排队等候的时间成本。

### 三、全国首个健康生活方式医学中心：重塑“零级预防”健康新生态

如果说顶尖的心血管诊疗技术是阜外医院的“硬核”实力，那么全国首个健康生活方式医学中心的落地，则是其向“以人民健康为中心”转型的“软实力”展现。该中心于 2026 年 7 月启动试运行，并于同年 8 月正式投入使用，标志着我国在慢性病源头防控领域迈出了实质性的一步。

当前，我国居民疾病谱已发生根本性转变，心脑血管疾病、糖尿病等慢性非传染性疾病已成为公共卫生面临的最主要挑战。临床数据表明，超过 60%的慢性病发病诱因来自高油高盐饮食、久坐不动、熬夜、长期焦虑等不良生活习惯，而 80%的慢病都能通过调整日常生活方式有效预防。基于此，该中心创新性地打造了“零级预防”体系，将健康干预前置到疾病尚未发生的阶段，针对三高、肥胖、代谢紊乱、失眠焦虑等现代人常见痛点，提供科学、系统的干预指导。

这绝非一个传统的体检中心或调理门诊，而是一个国家级的生活方式医学研究示范平台。中心共开设了 36 个生活方式医学特色项目，涵盖运动、营养、心理、睡眠

等六大板块，其干预方案的严谨程度和临床药物处方相当，所有干预过程、改善效果全部可量化、可追溯。

从项目设置看，这 36 个特色项目充分体现了生活方式医学的“全人、全程、全方位”理念。在运动健康管理区，中心配备了带有实时监护系统的跑步机、踏车等专业设备。由运动医学专家根据患者的各项生理指标，开具完整的“运动处方”，确保高风险人群在安全的前提下进行科学锻炼。根据《中国人群身体活动指南

（2021）》的建议，18-64 岁成年人每周应进行 150-300 分钟中等强度有氧活动或 75-150 分钟高强度活动，每周至少进行 2 天肌肉力量练习。然而，我国 20-69 岁居民经常锻炼率仅为 14.7%，绝大多数成年人远未达到这一标准。运动处方的精准开具，正是要将“动则有益、多动更好、适度量力、贵在坚持”的科学原则转化为个体化的行动方案。

在食养干预区，设计别具匠心，设有开放式中岛台和无土栽培智能设备。这里打破了传统的说教式营养指导，由营养师、厨师和心理治疗师共同指导患者实操烹饪，让患者在动手过程中复刻健康饮食，将营养学知识转化为肌肉记忆。根据《中国居民膳食指南（2022）》的核心推荐，我国居民应做到食物多样、合理搭配，吃动平衡、健康体重，多吃蔬果、奶类、全谷、大豆，适量吃鱼、禽、蛋、瘦肉，少盐少油、控糖限酒。然而，现实数据却显示，我国居民人均每日食盐摄入量 9.3 克、烹调油摄入量 43.2 克，均远超推荐值；奶类摄入量仅为推荐量的 8.6%。食养干预区的“教学+实操”模式，正是要将这些抽象的指南转化为具体的烹饪行为，从根本上改善我国居民的膳食结构。

此外，中心还引入了前沿的特色理疗项目。例如水疗室，利用水浮力原理，为心血管疾病患者及术后康复人群提供低负荷的康复训练环境。根据康复医学的研究，水的浮力可以减轻关节负荷达 90% 以上，而水的阻力又可以提供温和而持续的力量训练，是骨关节康复和心脏康复的理想介质。盐疗室则通过释放高浓度的盐气溶胶，改善呼吸道健康，为合并呼吸系统问题的心血管患者提供辅助治疗。这些特色项目将现代康复技术与传统理疗智慧相结合，为患者提供了多元化的非药物干预选择。

该中心承担着推动国内生活方式医学规范化、本土化发展的核心使命。国外成熟的生活干预体系不能直接照搬，中心依托阜外医院顶尖的心血管学科资源，持续开展专项科研，打造了一套适配中国人群饮食结构、作息模式和健康评估标准的干预体系。未来，中心还将联动社会各界，加速健康新技术、科研成果的落地转化，搭建全链条健康生活服务体系，为“健康中国”建设筑牢第一道防线。

#### 四、全流程“智慧化”医院建设：让“信息跑”代替“患者跑”

阜外医院西院区在建设之初，便将“智慧化”作为贯穿全流程的核心基因。这里的科技不是为了炫技，而是为了重新构建主动式智慧服务体系，让医护回归治病救人的本质，让患者就医更加从容。

从智慧医院建设的全球趋势看，西院区的实践正处于行业变革的前沿。根据行业研究数据，2025年，国内智慧医院在运营效率优化方面取得了显著成效。通过智能化改造，多场景时间成本降幅超过20%——具体而言，患者挂号候诊时间缩短了20%，极大缓解了就医焦虑；医院IT基础设施的SDN（软件定义网络）部署时间缩短了50%，提升了运维响应速度；而医护人员的查房效率更是提升了50%，将更多时间还给患者。在网络稳定性方面，升级后的网络架构下，数据中心丢包率从2%降至0%，确保了海量医疗数据的无损传输；移动查房中断率从15%降至0.5%，保障了临床诊疗的连续性。

从市场规模看，中国智慧病房市场展现出巨大的增长潜力。2025年，国内智慧病房市场规模预计将突破170亿元，而到2029年，这一数字有望突破340亿元，实现翻倍增长。目前，三级大型综合医院、三甲专科医院的智慧病房覆盖率已超过60%，成为行业标杆。展望未来，智能化将成为新建医院的标配，预计到2029年，20%的新建医院或重大改造项目将配备由AI驱动的智慧病房，实现从入院评估、诊疗决策到康复指导的全流程智能化。中国智慧医疗的蓬勃发展，离不开庞大的网民基础与互联网普及率的支撑——截至目前，中国网民规模已达11.25亿，互联网普及率达80.1%。

在诊间环节，西院区打造了新一代“移动”医师辅助平台。医生在问诊时，诊间系统可实时转写医患对话，并自动提取关键信息。问诊结束后，系统会自动生成一份包括既往病史、主要症状、过敏信息、检查结果、治疗意见等内容的完整病历。这一

AI 辅助病历系统平均为每位医生节省了 40% 的书写时间，每年可节约大量临床人力，同时使病历整体无差错率从 78.14% 大幅提升至 99.57%。

在药品与样本流转环节，智慧化极大地提升了效率与安全性。门诊楼一层设置了全自动自助取药窗口，患者只需扫码，设备便可自动出药，随来随取，且在开药及取药时系统会进行双重核对，确保用药安全。在检验科，采血室采用了先进的“气动物流”系统，血液样本通过专用管道直达检验科，不仅平稳快速，还彻底避免了人工运送可能带来的差错和污染风险。

在病房管理上，西院区构建了智能病房管理闭环新生态。成人心外科等病区内，智慧机器人深度嵌入物流新范式。“托举侠”机器人能够智能分流人流，将医用物资精准送到指定点位；“闪电侠”机器人则随时在线“接单”，完成送物接物任务。护士站的大屏幕可以实时监控各病房的输液进度与呼叫情况，实现“诊床直连”的入院新范式。此外，住院病房卫生间内还安装了疑似跌倒警报系统，一旦监测到异常，工作人员可第一时间处置，全方位保障患者安全。

为了进一步提升就医体验，西院区还设立了“一站式服务中心”，整合了门诊咨询、医保咨询、结算咨询等 7 个窗口，实现“一柜通办”。中心实行首诉负责制，建立“受理-转办-反馈-评价”闭环流程，倾听患者心声；同时提供老年人线下预约挂号服务、手术意外险咨询办理等贴心服务，让智慧医疗不仅有速度，更有温度。

## 五、就医指南与服务体系：打造便捷高效的就医新体验

为了让广大患者能够顺利、便捷地享受到国家医学中心的优质医疗服务，阜外医院西院区建立了一套完善、透明的就医指南与服务体系。

在预约挂号方面，医院实行非急诊全面预约挂号制度。号源提前 7 天开放，每天下午 15:00 准时放号。患者可以通过多种途径进行预约，包括：“掌上阜外医院”微信小程序、电话（010-114）、门诊自助机、北京市挂号预约统一平台以及互联网在线问诊。对于不熟悉智能手机操作的老年患者，综合服务中心专门设立了“结算咨询”柜台，提供人工协助与线下预约服务，跨越“数字鸿沟”。

在交通出行方面，西院区位于北京市门头沟区永定镇阜外西院东街 1 号，交通便利。乘坐公交的患者，可搭乘 977 路、977 路快、快速直达专线 222 路、快速直达专线 213 路、快速直达专线 137 路、M43 路至冯村公交场站下车步行前往；或

乘坐 959 路至冯西园站、965 路至冯村中路南口站下车。选择“地铁+公交”出行的患者，可乘坐地铁 6 号线至杨庄地铁站 A 口出，换乘 977 路等公交至冯村公交场站；或乘坐地铁 S1 线至苹果园站 A 口出，换乘 977 路等公交到达。自驾前往的患者，可直接在手机地图导航软件输入“阜外医院西院区”，按照导航提示将车辆停至地下车库。

在就诊流程上，患者持有效证件在门诊西侧自助机取号（医保患者需持医保卡或扫描电子医保码）。取号成功后，系统将自动检诊，无需再到分诊台排队。患者只需核对就诊位置，到诊区门口等候叫号即可。对于急危重症患者、军人、残疾人及年龄大于 80 岁的患者，可在分诊台登记后享受优先看诊服务。过号或当日诊疗室段内复诊的患者，可到分诊台旁自助机扫码重新报到。

此外，医院还开通了 24 小时就诊咨询电话：010-88322674，随时解答患者的就医疑问。对于复诊患者，还可以通过“掌上阜外”办理线上复诊和药品配送，真正实现“一次就诊，全流程无忧”。阜外医院西院区正以其卓越的医疗技术、智慧的服务流程和人文的关怀理念，为首都乃至全国的心血管疾病患者撑起一把坚实的健康保护伞。

## 智慧医院与科研创新：数据驱动的未来医疗

在数字化浪潮席卷全球的今天，医疗健康领域正经历着前所未有的深刻变革。作为国家医学中心，阜外医院西院区不仅肩负着疑难重症诊疗的重任，更在智慧医院建设与医学科技创新的道路上走在前列。通过将智慧手段深度融入诊疗全流程，西院区成功实现了用“信息跑”代替“患者跑”，大幅提升了就医效率与患者体验。与此同时，作为打造“中国心谷”心血管产业创新高地的重要落子，西院区联合多方力量，在产学研融合、科技成果转化等方面进行了前瞻性布局。

### 一、智慧医院建设的全球趋势与中国实践

智慧医院的建设并非单一技术的堆砌，而是一个涵盖“技术提供方-医院应用层-患者受益端”的完整产业链生态。在这一生态中，技术提供方负责研发底层技术与解决方案，医院应用层将技术与临床、管理流程深度融合，最终使患者受益端获得更高

效、更安全、更便捷的医疗服务。随着全球人口老龄化加剧与医疗资源分布不均等问题的凸显，智慧医院已成为各国医疗体系改革的重要抓手。

在中国，智慧医院建设正迎来爆发式增长。2025 年，国内智慧医院在运营效率优化方面取得了显著成效。数据显示，通过智能化改造，多场景时间成本降幅超过 20%。具体而言，患者挂号候诊时间缩短了 20%，极大缓解了就医焦虑；医院 IT 基础设施的 SDN（软件定义网络）部署时间缩短了 50%，提升了运维响应速度；而医护人员的查房效率更是提升了 50%，将更多时间还给患者。

网络稳定性是智慧医院运行的基石。在升级后的网络架构下，数据中心丢包率从 2% 降至 0%，确保了海量医疗数据的无损传输；移动查房中断率从 15% 降至 0.5%，保障了临床诊疗的连续性。这些底层技术指标的优化，是智慧医院各项应用得以顺畅运行的前提。

从市场规模来看，中国智慧病房市场展现出巨大的增长潜力。2025 年，国内智慧病房市场规模预计将突破 170 亿元，而到 2029 年，这一数字有望突破 340 亿元，实现翻倍增长。目前，三级大型综合医院、三甲专科医院的智慧病房覆盖率已超过 60%，成为行业标杆。展望未来，智能化将成为新建医院的标配，预计到 2029 年，20% 的新建医院或重大改造项目将配备由 AI 驱动的智慧病房，实现从入院评估、诊疗决策到康复指导的全流程智能化。

中国智慧医疗的蓬勃发展，离不开庞大的网民基础与互联网普及率的支撑。截至目前，中国网民规模已达 11.25 亿，互联网普及率达 80.1%。这一庞大的数字基座，不仅培养了用户在线获取医疗服务的习惯，也为智慧医疗的远程问诊、健康管理、数据互联等应用提供了广阔的市场空间与数据基础。

## 二、阜外西院区的智慧化创新

作为国家心血管病中心的重要组成部分，阜外西院区的智慧化建设并非盲目追求技术前沿，而是基于真实数据驱动，构建了一套涵盖信息化、智能化、网络化、自动化的医院模板。其核心目标是通过技术手段重塑业务流程，实现主动式、闭环式的智慧服务。

在诊前与诊中环节，智能问诊系统成为医生的得力助手。该系统能够实时转写医患对话，并自动提取关键信息，生成结构化、完整的电子病历。这不仅大幅减轻了医

生的文书负担，还避免了人工记录可能出现的遗漏与错误，提升了诊疗信息的准确性。根据实际运行数据，这一 AI 辅助病历系统平均为每位医生节省了 40% 的书写时间，同时使病历整体无差错率从 78.14% 大幅提升至 99.57%。

在药品与物资流转环节，西院区引入了多项自动化设备。自助取药窗口实现了“扫码即出药”，患者只需扫描处方码，设备便会自动完成配药、出药，减少了人工核对与传递环节，降低了发药差错率。对于检验样本，气动物流系统构建了“空中走廊”，采血样本通过管道直达检验科，全程无需人工搬运，既缩短了样本送检时间，又避免了样本污染与遗失的风险。

在病房管理与患者安全方面，智慧机器人深度嵌入物流新范式。机器人不仅承担物资运送任务，还能实时监控输液进度与患者呼叫，实现“随叫随到、精准送达”。针对老年患者或行动不便者的跌倒风险，病房卫生间安装了疑似跌倒警报系统。一旦系统检测到异常姿态或长时间静止，便会立即向护士站发送警报，为抢救争取黄金时间。

更为重要的是，西院区重构了入院服务流程，推出“诊床直连”入院新范式。患者在门诊确诊后，系统自动匹配床位并办理入院手续，患者无需在门诊与住院部之间往返奔波，实现了“信息先行、患者直达”。同时，新一代“移动”医师辅助平台打造了移动查房新体验。医生通过移动终端即可随时调阅患者病历、检验结果、影像资料，并在床旁完成医嘱录入与病情记录，真正实现了“数据跟着医生走”。

在此基础上，西院区构建了智能病房管理闭环新生态。从患者入院评估、诊疗计划制定、护理执行、康复指导到出院随访，全流程实现智能化管理。系统能够根据患者病情变化自动调整护理级别，提醒用药与检查时间，并在出院后自动生成随访计划，将医疗服务延伸至院外，实现了真正意义上的全生命周期健康管理。

### 三、医学科研与产业创新

智慧医院不仅是诊疗服务的载体，更是医学科技创新的孵化器。阜外西院区依托国家医学中心的平台优势，积极推动产学研深度融合，将临床需求转化为科研课题，再将科研成果转化为临床应用。

在基础研究方面，西院区联合香港理工大学设立了我国首个生活方式医学创新研究院。该研究院聚焦慢病源头防控，致力于研究生活方式干预在心血管疾病预防、治

疗与康复中的作用，推动科研成果向临床转化。这一举措标志着我国在慢病管理领域从“以治病为中心”向“以健康为中心”的战略转变。

作为打造“中国心谷”心血管产业创新高地的重要落子，西院区重点加强心血管药械的国产化自主研发与转化应用。通过赋能首都医药健康产业发展，西院区吸引了大量高能级平台向门头沟区集聚。目前，国家心血管病中心、北大医学—凯斯利康器官芯片及 3D 疾病模型联合实验室等已落地运行，为心血管疾病的机制研究与药物筛选提供了前沿技术平台。

在成果转化方面，阜外医院、百洋国心、百洋智心被认定为“心血管创新药械概念验证平台”。该平台旨在解决科研成果从实验室到临床的“死亡之谷”问题，通过提供概念验证、临床评价、注册申报等一站式服务，加速创新药械的上市进程。

为支持创新企业发展，西院区联合北京国管公司、高瓴创投共同设立了 30 亿元京西瑞瓴基金。该基金专注于心血管领域的早期投资，为初创企业提供资金支持与产业资源对接，助力其跨越发展瓶颈。此外，华科先锋心脏放疗项目获批“十四五”国家重点研发计划项目，标志着我国在心血管放疗领域取得了重要突破，有望为无法手术或放疗的心血管病患者提供新的治疗选择。

#### 四、“中国心谷”的产业布局

“中国心谷”的建设是门头沟区推动区域高质量发展的重要战略。门头沟区重点培育人工智能、超高清数字视听、心血管领域创新药械三大产业，将心血管创新药械作为核心发力点，打造具有全国影响力的产业集群。

从产业空间布局看，门头沟区构建了“1+1+1”空间格局，即一个核心研发区、一个生产制造区、一个配套服务区，提升了项目落地承载能力，为企业提供了从研发到生产的全链条空间保障。2024 年，“中关村（门头沟）心血管创新药械产业园”正式揭牌，标志着“中国心谷”建设进入实质性阶段。门头沟区成功纳入北京市七个医疗器械产业集聚区之一，获得了市级层面的政策支持与资源倾斜。截至目前，园区已累计孵化和集聚创新企业近 30 家，涵盖了从基础研究、临床试验到生产制造、销售服务的全产业链环节。

在龙头企业引领方面，同心医疗正在研发新一代超小型植入式全磁悬浮人工心脏。该产品具有体积小、重量轻、生物相容性好等优点，有望为终末期心衰患者提供更

优的治疗方案。根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的数据，我国心力衰竭患者约 890 万，且呈逐年增长趋势。人工心脏作为终末期心衰患者的重要治疗选择，其市场需求巨大。华科先锋则专注于 4π 智能机器人放疗系统的研发，该系统能够实现亚毫米级的精准放疗，大幅降低对周围正常组织的损伤。

“中国心谷”的建设以医—研—产高效协同为抓手，深度融合人工智能技术。通过 AI 赋能药物研发、影像诊断、手术规划等环节，提升了创新效率与产品质量。从产业生态看，“中国心谷”正形成“临床需求牵引—基础研究突破—工程技术转化—产业规模生产”的完整闭环。阜外医院西院区作为这一闭环的临床端和需求端，为创新企业提供了丰富的临床资源和真实的应用场景；而国家心血管病中心、心血管疾病国家重点实验室等科研平台，则为基础研究和攻关提供了强大支撑。

从区域经济贡献看，“中国心谷”的建设对门头沟区的转型发展具有战略意义。作为北京市生态涵养区，门头沟区传统上以煤炭开采和山区农业为主，产业结构相对单一。随着“中国心谷”的崛起，心血管创新药械产业正成为区域经济增长的新引擎。根据规划，到 2030 年，“中国心谷”将集聚创新企业超过 100 家，年产值突破 500 亿元，带动就业超过 2 万人，成为北京市乃至全国心血管产业创新的标杆区域。

## 五、智慧医疗面临的挑战与展望

尽管智慧医疗取得了显著进展，但在实际推进过程中仍面临诸多挑战。首先是标准化缺失问题。不同厂商的设备与系统之间缺乏统一的数据接口与通信协议，导致信息孤岛现象严重，难以实现跨机构、跨区域的数据互联互通。根据行业调研数据，目前我国医院信息系统中，来自不同厂商的系统平均超过 15 个，而这些系统之间的数据互通率不足 30%。这种“烟囱式”的建设模式，严重制约了智慧医疗整体效能的发挥。

其次是落地适配不足。部分智慧医院项目在设计时未能充分考虑临床实际工作流程，导致系统与业务脱节，医护人员使用意愿低。一项针对全国 1120 名心血管医护人员的调查显示，仅有 34.6% 的参与者熟悉心脏康复的具体细节，而 86.0% 的医护人员表示需要更多的心脏康复资源和培训。这一数据反映出，即使技术系统已经部署，如果医护人员缺乏相应的培训和认知，技术的价值也难以充分发挥。

资金成本受限也是制约智慧医疗发展的重要因素。智慧医院建设投入大、周期长、回报慢，许多医院面临资金压力。根据行业数据，一个三级医院的智慧化改造，平均投入在 5000 万元至 2 亿元之间，而智慧病房建设的单床成本约为 5-10 万元。对于许多基层医疗机构而言，这样的投入是难以承受的。此外，数据合规风险不容忽视。医疗数据涉及患者隐私与国家安全，如何在数据利用与隐私保护之间取得平衡，是亟待解决的难题。

在政策层面，目前缺乏细分行业规范。针对医疗数据隐私、AI 预警医疗责任界定等细则尚不完善，导致医院在应用新技术时存在法律顾虑。在项目交付模式上，多采用一次性工程交付模式，缺少常态化运营服务。系统上线后，缺乏持续优化与迭代，导致系统逐渐落后于临床需求。部分医院管理者仅看重硬件政绩，忽视软件系统与业务流程改造，导致“重建设、轻运营”现象普遍。

展望未来，智慧医疗行业将迎来深刻转型。硬件设备占比将逐步下降，AI 临床软件、云化护理平台、长期运维服务营收占比将持续抬升。行业盈利模式将从一次性硬件售卖转向“硬件+平台订阅+持续性运维服务”的长效模式。根据市场预测，到 2029 年，中国智慧病房市场规模有望突破 340 亿元，而 AI 驱动的智慧病房将成为新建医院的标配。

这一转型要求企业从“产品提供商”向“服务运营商”转变，通过持续的数据分析与算法优化，为医院提供个性化的智慧解决方案。同时，政府应加快完善相关政策法规，建立数据共享与隐私保护的标准体系，为智慧医疗发展营造良好的制度环境。医院则应转变观念，将智慧医院建设视为一项长期战略，注重业务流程再造与人才培养，真正实现技术与业务的深度融合。

在阜外西院区的实践中，我们看到了智慧医疗的未来图景：数据在云端流动，算法在后台运行，医生专注于诊疗，患者安心接受治疗。这不仅是技术的胜利，更是医学人文精神的回归。随着“中国心谷”的崛起与智慧医院建设的深入推进，我们有理由相信，数据驱动的未来医疗将为人类健康事业带来更加美好的明天。

# 挑战、机遇与未来展望：构建中国特色的健康生活方式医学体系

## 一、中国生活方式医学面临的四大挑战

尽管生活方式医学在国内外均展现出巨大的发展潜力，但在中国本土化落地的过程中，仍面临诸多亟待破解的现实挑战。这些挑战涵盖了从基础研究、支付体系、人才培养到基层普及的各个环节，构成了当前制约该学科高质量发展的主要瓶颈。

### 1. 机制研究及循证研究有待强化

生活方式医学的核心在于“科学干预”，而科学的基石在于扎实的机制研究与高质量的循证医学证据。目前，我国在该领域的机制研究尚不够深入，亟需寻找明确的科学原理与干预靶点。生活方式干预并非简单的“多运动、少吃盐”，其背后涉及复杂的代谢通路、表观遗传学修饰以及肠道微生态调控等深层机制。只有阐明这些机制，才能制定出具有中国人群特异性、符合国人基因与生活习惯的规范和指南。

从研究投入看，我国生活方式医学领域的科研经费占比仍然偏低。根据《中国心血管健康与疾病报告 2024》的解读，尽管 CVD 的防治研究受到重视，但专门针对生活方式干预的大规模、长期、随机对照试验仍然匮乏。在新技术和新产品的研发方面，我国仍缺乏针对国人饮食结构、运动习惯的精准干预产品。例如，个体化的饮食处方与运动处方，需要基于大规模人群队列的长期随访数据来验证其有效性与安全性，而这正是当前循证研究最为薄弱的环节。

从国际比较看，欧美国家在生活方式医学的循证研究方面起步较早，积累了大量高质量证据。例如，美国的护士健康研究（Nurses' Health Study）追踪了超过 27 万名女性长达数十年，揭示了饮食、运动、吸烟等生活方式因素与慢性病之间的精确量效关系；英国的前列腺癌、肺癌、结直肠癌和卵巢癌筛查试验（PLCO）则提供了大规模人群生活方式干预的宝贵数据。相比之下，我国虽然拥有庞大的人群基数和丰富的疾病谱资源，但缺乏类似的大型前瞻性队列研究，导致本土循证数据严重不足。没有强有力的本土循证数据支撑，生活方式医学在临床推广时便难以获得主流医学界的广泛认可。

## 2. 收费难、医保支付难纳入

医疗服务的价值实现离不开合理的定价与支付体系。当前，生活方式医学面临的最大痛点之一是“预防性医疗计费难题突出”。在现行的医疗服务价格体系中，大量生活方式干预项目（如营养咨询、运动指导、心理疏导等）缺乏明确的收费编码，导致医疗机构难以合规收费，医生付出的时间与智力劳动无法得到合理补偿。

从医保支付体系看，我国的医保制度仍以“治疗为中心”的支付方式为主导。根据《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024 年）》的数据，目前纳入医保报销的主要是药品、检查、手术等治疗性项目，而预防性、康复性、健康管理类服务的医保覆盖范围极为有限。一项针对高血压相关多病共存经济负担的研究显示，在中国，高血压合并心脏病的家庭灾难性医疗支出（CHE）发生率高达 30.8%，而医保报销后的自付比例仍然较高。这反映出，即使对于已确诊的慢性病患者，医保的经济保护功能仍有待加强，更不用说对生活方式干预这类预防性服务的覆盖了。

同时，商业保险市场也缺乏针对生活方式干预的相关险种，预防性医疗服务的价值尚未被金融体系所量化与认可。根据《中国健康保险发展报告》的数据，2024 年我国健康保险保费收入约为 9678.5 亿元，但其中绝大多数产品仍聚焦于疾病发生后的费用补偿，缺乏将生活方式干预与保费优惠挂钩的创新型产品。要打破这一僵局，必须建立一套科学、合理的计费机制，明确预防性医疗服务的经济学价值，并通过卫生技术评估（HTA）证明其在降低长期医疗费用方面的有效性，从而推动其逐步纳入国家基本医保与商业健康保险的支付范畴。

## 3. 专业人才不足

生活方式医学是一门高度交叉的学科，其从业者不能仅停留在传统的“开药看病”思维。目前，国内从事该领域工作的人员大多来源于过去的体检中心或健康管理中心，其知识结构往往较为单一，缺乏系统的医学、营养学、运动科学、心理学、睡眠医学以及中医学等多学科交叉融合的能力。

从人才供给数据看，我国生活方式医学领域的人才缺口极为突出。根据国家卫健委发布的数据，2021 年我国康复医院执业医师数量还不足 2 万。根据《关于加快推

进康复医疗工作发展的意见》，到 2025 年，每 10 万人口康复医师达到 8 人、康复治疗师达到 12 人，以此计算，2025 年我国实际需要执业康复医师数约为 11.2 万名，而实际供给远未达到这一目标。在生活方式医学更为细分的领域，如注册营养师、运动处方师、健康心理师等，人才缺口更为严重。

真正的复合型生活方式医学人才，不仅要懂临床病理，还要懂行为改变理论，能够根据患者的个体情况制定综合干预方案。这种人才的匮乏，直接导致了基层干预方案的同质化与低效化。因此，建立一套完善的生活方式医学人才培养体系，包括学历教育、继续教育与职业认证，已成为行业发展的当务之急。从国际经验看，美国生活方式医学学院（ACLM）已建立了从住院医师培训到专科认证的完整教育体系，而国际生活方式医学委员会（IBLM）则在全球 75 个国家开展了认证考试，培养了超过 13000 名认证专业人员。我国亟需建立类似的人才培养和认证体系。

#### 4. 缺乏有效的推广及普及措施

生活方式医学的最终目标是惠及广大民众，尤其是基层群众。然而，当前我国基层医疗机构面临着医生短缺、工作负荷过重等严峻问题，基层医生往往连基本的诊疗任务都难以应付，更无暇顾及耗时耗力的生活方式干预。根据《2022 中国卫生健康统计年鉴》的数据，我国社区卫生服务中心（站）数量为 3.6 万个，乡镇卫生院 3.5 万个，但基层医疗机构的执业医师数量和质量均难以满足需求。

从基层服务数据看，我国基层医疗机构的诊疗人次占比仍然偏低。根据《2024 中国卫生健康统计年鉴》的数据，2023 年全国医疗卫生机构总诊疗人次 95.6 亿，其中医院诊疗人次 42.9 亿（占 44.9%），基层医疗卫生机构诊疗人次 46.5 亿（占 48.6%）。虽然基层诊疗人次占比有所提升，但“大医院人满为患、基层医院门可罗雀”的局面仍未根本改变。在慢性病管理方面，基层医疗机构的规范化管理水平仍有较大提升空间。

如何提升基层生活方式医学的实践与落地能力，是关键问题。这要求我们必须探索出一条适合中国国情的推广路径，例如通过数字化工具赋能基层、建立上下联动的专科医联体、将生活方式干预纳入国家基本公共卫生服务项目等。只有让基层医疗机构“有能力做、有动力做”，生活方式医学才能真正实现优质医疗资源的扩容下沉。

## 二、中西医结合与“治未病”理念

生活方式医学虽源于西方，但其核心理念与中国传统养生保健文化的精髓一脉相承。中医学在数千年的发展中，积累了丰富的关于饮食、起居、情志、运动的健康智慧，这为构建具有中国特色的生活方式医学体系提供了得天独厚的文化土壤与理论支撑。

### “治未病”理念的现代诠释

中医“治未病”思想是生活方式医学在中国落地的最佳切入点。它包含三个递进的层次：一是“未病先防”，即在健康状态下通过养生保健防止疾病发生，这与生活方式医学的一级预防完全契合；二是“既病防变”，即在疾病早期通过综合干预防止病情恶化或产生并发症，对应生活方式医学的二级预防与疾病管理；三是“愈后防复”，即在疾病康复期通过调理体质防止复发，对应生活方式医学的三级预防与康复管理。这三个层次构成了一个完整的健康闭环，为生活方式干预提供了清晰的临床路径。

从现代科学研究看，中医“治未病”理念正获得越来越多的循证医学支持。例如，中国科学院院士仝小林提出的“态靶辨治”理论，为中西医结合的生活方式干预提供了创新范式。该理论将中医宏观的“调态”（调整人体整体状态，如寒热虚实）与现代医学微观的“精准诊疗”（针对具体靶点，如血压、血糖）深度结合。在生活方式干预中，这意味着既要根据患者的体质状态制定个性化的饮食运动方案，又要针对其具体的代谢指标进行精准调控。

此外，广东省中医院作为全国首家“治未病”中心，自主研发了中医特色亚健康状态辨识管理系统。该系统将中医体质辨识与现代健康风险评估相结合，实现了亚健康状态的量化评估与动态监测，为生活方式干预提供了客观、可操作的数字化工具，是中西医结合在生活方式医学领域成功转化的典范。根据广东省中医院的实践数据，通过“治未病”中心的系统干预，亚健康人群的体质改善率可达 65% 以上，慢性病的早期预警准确率超过 70%。

## 政策导向与“三点论”

2026 年政府工作报告明确提出“推进中医药传承创新，促进中西医结合”，这为生活方式医学的发展指明了方向。在实践层面，中西医结合应遵循“三点论”：以中医经典为“元点”，深入挖掘《黄帝内经》等经典著作中的养生智慧；以现代科学技术为“支点”，运用循证医学、分子生物学等手段阐释中医药的科学内涵；以建设“新医学”为“落脚点”，最终目标是融合中西医学之长，构建一种既关注微观病理又关注宏观整体、既重治疗又重预防的新型医学模式。

从全球视角看，中医药在慢性病防治中的价值正获得越来越广泛的国际认可。世界卫生组织（WHO）在《2014-2023 年传统医学战略》中明确提出，要将传统医学和补充医学纳入各国卫生体系。截至 2024 年，全球已有超过 170 个国家和地区使用中医药，针灸已被纳入 103 个世界卫生组织成员国的医疗保险体系。这些国际趋势为中西医结合的生活方式医学走向世界提供了重要机遇。

## 三、数字健康技术赋能生活方式医学

数字健康技术的飞速发展，正在深刻重塑生活方式医学的干预模式与服务形态。基因检测、可穿戴设备、人工智能与大数据分析等技术的广泛应用，使个性化、精准化、持续化的健康干预成为可能。

### 从“标准化”向“个性化”的范式转变

传统的健康建议往往是“一刀切”的标准化方案，难以满足不同个体的差异化需求。而数字生活方式医学技术通过收集个体的基因组学、代谢组学、肠道微生态、日常活动、睡眠质量等多维度数据，能够构建出精准的“数字健康画像”。基于此，系统可以生成高度个性化的饮食和运动建议。研究表明，这种基于数据的个性化干预可使患者的依从性提高 40% 以上，因为干预方案更加贴合个体的生活习惯与生理特征，执行难度大幅降低。

从可穿戴设备市场看，我国已成为全球最大的智能可穿戴设备市场之一。根据行业数据，2024 年我国智能可穿戴设备出货量超过 1.2 亿台，其中健康监测类设备占比超过 60%。这些设备可以实时监测心率、血压、血氧、睡眠质量、身体活动量等关键健康指标，为生活方式干预提供了前所未有的数据 granularity。然而，目前

这些设备采集的数据大多停留在“展示”层面，缺乏与临床干预的深度融合。未来的发展方向，是将可穿戴数据与电子健康档案（EHR）打通，实现“数据采集—风险评估—干预建议—效果反馈”的闭环管理。

### 精准医学在生活方式干预中的应用

精准医学的核心在于“因人而异”，这在生活方式医学中体现得尤为明显。例如，通过基因检测，可以识别个体对特定营养素（如叶酸、维生素 D）的代谢能力差异，以及对咖啡因、酒精的敏感度，从而制定精准的营养补充方案。在运动干预方面，基因信息可以帮助判断个体的肌肉类型、有氧耐力潜力及运动损伤风险，进而设计最优的运动处方。这种基于生物学特征的精准干预，极大地提升了生活方式医学的科学性与有效性。

从肠道微生态研究看，近年来，肠道菌群与慢性病的关系成为研究热点。研究表明，肠道菌群的组成与肥胖、2 型糖尿病、心血管疾病、抑郁症等多种慢性病密切相关。通过肠道菌群检测和个性化益生菌干预，可以调节宿主的代谢状态和免疫功能，为生活方式医学提供了新的干预靶点。根据《自然》杂志发表的研究，通过饮食干预（如增加膳食纤维、多酚类物质）可以在数周内显著改变肠道菌群组成，进而改善血糖控制和炎症水平。

### AI 与机器学习挖掘潜在规律

AI 和机器学习技术在处理海量健康数据方面具有不可替代的优势。通过分析数百万人的饮食记录、运动数据与疾病发生情况，AI 能够挖掘出人类难以察觉的潜在规律，识别出与特定慢性病（如 2 型糖尿病、心血管疾病）密切相关的饮食模式与行为特征。这些发现反过来又可以指导生活方式干预指南的更新与优化。

同时，AI 驱动的智能健康助手能够提供 7×24 小时的个性化反馈与行为支持，有效弥补了专业人力不足的问题。根据行业数据，我国健康管理市场规模已从 2020 年的约 8000 亿元增长至 2024 年的 12555.2 亿元，预计到 2025 年将达到 13225.5 亿元。其中，AI 健康管理服务是增长最快的细分领域之一。以美年健康为例，该公司 2024 年已推出“健康小美”等 AI 健康管理产品，利用 AI 技术实现健康风险的智能评估和个性化干预建议。

## 跨学科合作的深化

数字健康技术的发展也推动了跨学科合作的深化。基础科学家、临床医生、行为心理学家、数据科学家与政策制定者需要紧密协作，共同构建从数据采集、算法模型、干预方案到效果评估的完整闭环。只有打破学科壁垒，才能真正释放数字技术在生活方式医学中的巨大潜力。

从全球趋势看，“数字疗法”（Digital Therapeutics, DTx）正成为数字健康领域的新兴赛道。根据国际数字疗法联盟（DTA）的定义，数字疗法是由软件程序驱动、以循证医学为基础的干预方案，用于治疗、管理或预防疾病。截至 2025 年，全球已有超过 100 款数字疗法产品获得监管批准，其中不少聚焦于糖尿病、肥胖、心血管等疾病等慢性病的管理。我国在这一领域也在加速布局，预计未来几年将有更多数字疗法产品进入临床。

## 四、健康管理的多层次体系

构建中国特色的健康生活方式医学体系，必须依托一个多层次、全方位的健康管理服务网络。这一体系既包括针对个体的狭义健康管理，也涵盖整合社会资源的广义健康管理。

### 狭义与广义健康管理的协同

狭义健康管理主要面向个人与企业，通过对个体健康危险因素进行系统的检测、评价与干预，实现疾病的早期预警与风险控制。其核心是“个体化”与“精准化”。根据《中国健康体检行业全景图谱》的数据，2024 年我国体检市场规模约为 2584 亿元，健康体检人次约 5.43 亿人。其中，公立医院市场份额约占 69%，民营连锁机构约占 24%。行业龙头企业美年健康 2024 年拥有 576 家体检中心，年服务人次 2525 万人，客单价 672 元。这些数据表明，狭义健康管理市场已具备相当规模，但服务深度和干预效果仍有提升空间。

而广义健康管理则突破了医疗体系的边界，吸纳食品、体育、旅游、保险、养老等多行业相关资源，构建一个完整、科学、现代、多元化的服务体系。其核心是“生态化”与“社会化”。两者相辅相成，狭义管理为广义体系提供专业支撑，广义体系为狭义管理创造实施环境。

从健康体检行业的发展趋势看，我国正从“体检 1.0 时代”（单纯体检）向“体检 3.0 时代”（系统健康管理）转型。根据前瞻产业研究院的数据，2023 年我国健康体检行业市场规模约为 2922 亿元，预计到 2025 年接近 3000 亿元，到 2030 年有望突破 4000 亿元。在这一转型过程中，体检机构正从“疾病筛查”向“健康风险评估+生活方式干预”升级，AI 辅助诊断、个性化健康管理方案、检后随访干预等增值服务成为行业竞争的新焦点。

### 服务对象的精准分类

多层次体系需要对服务对象进行精准分类，以实现资源的优化配置。主要包括四类人群：一是亚健康人群，他们是生活方式干预的最大潜在受益者，通过早期干预可有效阻断疾病进程。根据《中国亚健康学》的估计，我国亚健康人群比例高达 70%，约 9.5 亿人。这一庞大的人群是生活方式医学服务的核心目标人群。二是老年人群，其健康管理重点在于功能维护、跌倒预防与慢性病综合管理。我国 60 岁以上人口已达 2.97 亿，且以每年约 1000 万的速度递增，老年健康管理市场潜力巨大。三是慢性患者群，需要通过生活方式干预与药物治疗协同，控制病情进展、减少并发症。我国慢性病患者已超过 4 亿人，这一人群的规范化管理是降低慢性病负担的关键。四是康复人群，重点在于促进功能恢复、预防复发与提高生活质量。

从服务需求看，不同人群对健康管理的需求存在明显差异。亚健康人群更关注健康风险评估和早期干预；老年人群更关注功能维护和生活质量；慢性患者群更关注病情控制和并发症预防；康复人群更关注功能恢复和社会回归。生活方式医学体系需要针对不同人群的需求特点，设计差异化的服务包和干预方案。

### 多维度的全面健康保健

现代健康管理主张通过饮食、运动、心理调适、睡眠改善等个人养生保健方法维持健康平衡。这要求我们从“生物学、心理学、社会学”三个维度实现对个人和群体的全面健康保健服务。生物学维度关注生理指标与疾病风险；心理学维度关注情绪管理、压力应对与行为改变动机；社会学维度关注家庭支持、社区环境与文化习俗对

健康行为的影响。只有实现这三个维度的协同干预，才能真正达成“全人健康”的目标。

从行为改变理论看，健康行为的养成和维持是一个复杂的社会心理过程。根据普罗察斯卡（Prochaska）的行为改变阶段理论，个体从“无意改变”到“维持新行为”需要经历六个阶段，每个阶段需要不同的干预策略。生活方式医学的干预设计，需要充分考虑个体所处的行为改变阶段，提供相匹配的教育、激励和支持，而非“一刀切”的标准化方案。研究表明，基于行为改变阶段理论的个性化干预，其效果比标准化干预提高约 25-30%。

## 五、酒店业与生活方式医学的跨界融合

近年来，一个引人注目的新兴趋势是酒店业与生活方式医学的跨界融合。这一趋势不仅拓展了生活方式医学的服务场景，也为酒店业的转型升级提供了新方向。

### 市场需求与商业价值

数据显示，超 70% 的高端酒店客群优先选择康养服务，相关酒店服务需求年增长率超 20%。这反映出消费者对“健康旅居”的强烈需求。从商业角度看，以生活方式医学为核心概念的酒店，其投资回报率较传统酒店高出 8-12 个百分点。这得益于其更高的客单价、更强的客户粘性与更丰富的衍生收入来源。

从全球康养旅游市场看，这一趋势同样明显。根据全球健康研究所（Global Wellness Institute）的数据，全球康养旅游市场规模已从 2019 年的约 7200 亿美元增长至 2024 年的超过 1 万亿美元，年增长率约为 8-10%。中国作为全球第二大经济体和最大的旅游市场之一，康养旅游的发展潜力巨大。特别是在后疫情时代，消费者对健康和免疫力的关注度大幅提升，“健康旅居”正从高端小众市场向大众主流市场扩展。

从国内实践看，一批具有代表性的康养酒店已经涌现。例如，浙江德清莫干山康养度假村依托莫干山百年别墅建筑群与现代康养理念，打造集高端住宿、健康管理、中医调理、森林疗愈于一体的综合性康养度假产品。度假村内设有独立的康养中心，配备健康检测、营养配餐、运动康复等专业设施，并常年开展太极、瑜伽、冥想等课程。云南腾冲温泉康养酒店则依托稀缺的天然火山温泉资源，打造了以温泉

疗养为核心的康养体系，结合火山泥面膜、药浴等特色项目，形成了独特的温泉康养品牌。山东青岛崂山山海康养酒店则将道教养生文化、海洋疗法与山海景观相结合，提供山海深呼吸、道家呼吸法、海洋疗法等独特的康养体验。

## 六大干预维度与酒店载体的天然契合

生活方式医学的六大干预维度（营养、运动、睡眠、压力管理、社交连接、避免风险物质）与酒店业“吃、住、养、游”的综合载体天然契合。酒店可以通过提供定制营养餐饮菜单、配备专业运动指导与设施、打造优质睡眠环境、组织健康社交活动等方式，将生活方式干预无缝融入客人的旅居体验中。

从营养学维度看，康养酒店可以提供基于《中国居民膳食指南》的定制营养餐饮，采用低盐、低脂、高纤维的烹饪方式，结合当地特色食材，打造“药食同源”的健康餐饮体验。从运动维度看，酒店可以配备专业的运动指导师和设施，提供瑜伽、太极、普拉提、户外徒步等多样化的运动项目，帮助客人在度假中保持运动习惯。从睡眠维度看，酒店可以通过优化客房的光照、温度、湿度、噪音控制，提供助眠香薰、白噪音、助眠餐食等，打造优质的睡眠环境。从压力管理维度看，酒店可以提供冥想、正念、SPA、森林浴等减压服务，帮助客人释放压力、恢复身心平衡。

## 跨界联动的生态构建

这种融合并非简单的服务叠加，而是深度的生态联动。一是联动旅游，打造集观光、休闲、健康干预于一体的健康旅居产品。二是联动养老社区，为养老社区提供人员培训与技术支持，提升其健康管理能力。三是联动保险，将酒店的健康服务作为商业健康保险的增值权益，实现“保险+健康+旅居”的闭环。

从产业融合角度看，“酒店+生活方式医学”的跨界模式正在催生新的商业生态。一些高端酒店集团已经开始与医疗机构合作，引入专业的健康管理团队，为客人提供从健康评估、风险筛查到个性化干预的全流程服务。例如，部分酒店与体检机构合作，推出“体检+度假”套餐，客人在享受度假的同时完成年度健康体检，并根据体检结果获得个性化的健康建议。还有一些酒店与保险公司合作，将客人的健康数据（如运动步数、睡眠质量）与保费优惠挂钩，激励客人在旅居期间保持健康行为。

通过以生活方式医学为核心打造专属 IP、配备专属健康管家，酒店正从传统的住宿提供商转型为“健康生活方式的体验场”。这一转型不仅提升了酒店的服务附加值，也为生活方式医学的大众化普及提供了新的渠道和场景。

## 六、未来展望与建议

面向未来，构建中国特色的健康生活方式医学体系是一项系统工程，需要政府、医疗机构、科研机构、产业界与社会公众的共同努力。为此，提出以下八点建议：

第一，构建“中国化”的技术与能力支撑体系。立足中国人群特征与传统文化，研发具有自主知识产权的生活方式干预技术、产品与标准，避免简单照搬西方模式。我国人群在基因背景、代谢特点、饮食习惯、运动偏好等方面与西方人群存在显著差异，直接套用西方的干预方案往往效果不佳。例如，我国居民以米饭、面条等精制碳水化合物为主食，与西方以全麦面包为主食的饮食结构不同；我国居民的体力活动模式以家务劳动和步行通勤为主，与西方以健身房锻炼为主的模式不同。因此，必须基于中国人群的本土数据，建立适合国情的膳食指南、运动指南和生活方式干预标准。

第二，推动干预技术标准化、规范化。加快制定生活方式医学的临床路径、操作规范与质量控制标准，确保干预服务的同质化与安全性。目前，我国生活方式医学领域缺乏统一的行业标准，不同机构的服务质量参差不齐。建议由国家心血管病中心牵头，联合中华医学会、中国康复医学会等学术组织，制定《中国生活方式医学临床实践指南》和《生活方式医学中心建设与评价标准》，为行业的规范化发展提供依据。

第三，加强医保支付改革。通过卫生经济学评估，将确有成本效益的预防性医疗服务逐步纳入医保支付范围，建立合理的激励机制。参考新西兰“绿色处方”计划的成功经验，探索将生活方式干预项目（如运动处方、营养咨询、心理干预）纳入医保门诊统筹报销范围。同时，鼓励商业保险公司开发将生活方式干预与保费优惠挂钩的创新型产品，形成基本医保与商业保险互补的多层次支付体系。

第四，培养多学科交叉复合型人才。在医学教育体系中增设生活方式医学相关课程，建立职业认证体系，打造一支懂医学、懂营养、懂运动、懂心理的复合型专业队伍。建议在医学院校设立“生活方式医学”选修课或必修课，在住院医师规范化培

训中增加生活方式医学轮转，并参照 **IBLM** 的国际认证标准，建立中国自己的生活方式医学专业人员认证体系。同时，加强基层医护人员的继续教育培训，提升其生活方式干预能力。

第五，利用数字技术赋能基层。开发适合基层使用的数字化健康管理工具，通过远程指导、智能辅助等方式，提升基层医疗机构的生活方式干预能力。针对我国基层医疗机构人才短缺、工作负荷重的现实，可以开发基于 **AI** 的智能健康管理助手，为基层医生提供决策支持，为患者提供个性化的健康教育和行为提醒。同时，利用远程医疗技术，建立三级医院与基层医疗机构的联动机制，让基层患者也能享受到国家级专家的生活方式干预指导。

第六，深化产学研融合。鼓励医疗机构、高校、企业联合开展生活方式医学研究，加速科研成果向临床产品与服务转化。依托阜外医院西院区和“中国心谷”的平台优势，建立“临床需求—基础研究—工程技术—产业转化”的完整创新链。重点支持智能穿戴设备、数字疗法、功能性食品、运动康复器械等领域的创新研发，形成具有自主知识产权的产品体系。

第七，打造区域心血管疾病预警防控网络。以阜外医院西院区为核心，联动京津冀地区各级医疗机构，构建覆盖全域的心血管疾病生活方式干预与预警防控网络，发挥示范引领作用。根据《健康中国行动（2019—2030 年）》的目标，到 2030 年，我国心脑血管疾病死亡率应较 2015 年降低 30%。实现这一目标，必须建立从一级预防到三级预防的完整防控网络，而生活方式医学正是这一网络的核心环节。

第八，坚守终极目标。始终牢记生活方式医学的初心——让老百姓少得病、慢得病、不得病。一切技术创新、模式探索与政策设计，都应服务于这一根本目标。根据全球疾病负担研究的数据，全球每年因慢性病导致的过早死亡中，约有 80% 可以通过有效的预防措施避免。在我国，如果生活方式医学能够得到全面推广，预计每年可避免数百万人的过早死亡，节省数千亿元的医疗费用，其社会经济效益不可估量。

## 结语

阜外医院西院区及生活方式医学中心的启用，不仅是中国心血管医学事业发展的重要里程碑，更是中国医学模式从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变的标志事件。它象征着我们对健康的理解，正从单纯的“疾病治疗”走向全面的“生命养护”。

从全球视野看，生活方式医学的兴起代表了人类医学文明的一次深刻转型。当慢性病的浪潮席卷全球，当医疗支出的增长快于经济增长，当“越治越多”的困境成为各国共同的挑战，生活方式医学提供了一条回归本源的道路——最好的医生是自己，最好的医院是生活，最好的药物是日复一日的健康习惯。世界卫生组织将生活方式医学列为全球慢性病防控的核心策略，全球超过 50 个国家建立了生活方式医学学会，国际生活方式医学委员会在 75 个国家认证了超过 13000 名专业人员——这些全球趋势表明，生活方式医学正在从“边缘学科”走向“主流医学”，从“替代疗法”走向“标准治疗”。

从本土实践看，中国的生活方式医学发展具有独特的优势和机遇。我们有中医药“治未病”的深厚文化底蕴，有“健康中国”国家战略的强力支撑，有庞大的人口基数和丰富的疾病谱资源，有快速发展的数字健康技术和人工智能产业，有日益增强的全民健康意识和消费升级需求。这些优势条件，为中国构建具有全球影响力的生活方式医学体系提供了坚实基础。

展望未来，中国健康生活方式医学的发展前景广阔而光明。通过强化循证研究、完善支付体系、培养复合人才、深化中西医结合、拥抱数字技术、构建多层次服务体系并推动跨界融合，我们完全有能力构建起一套既符合国际科学共识、又具有鲜明中国特色的健康生活方式医学体系。这一体系将不仅为亿万民众的健康福祉保驾护航，也将为全球健康治理贡献中国智慧与中国方案。

从数据维度展望，如果我国能够将生活方式医学全面融入医疗卫生体系，其潜在的健康和经济效益是巨大的。根据流行病学模型估算，如果我国居民人均每日食盐摄入量从目前的 9.3 克降至 WHO 推荐的 5 克，每年可减少约 150 万例脑卒中和心脏病事件；如果经常参加体育锻炼的人数比例从目前的 37.2% 提升至 50% 以上，每

年可减少约 100 万例心血管疾病和糖尿病新发病例；如果吸烟率从目前的 26.6% 降至 20% 以下，每年可减少约 50 万例癌症和心血管疾病死亡。这些数字背后，是数百万个家庭的幸福，是数千亿元医疗费用的节省，是“健康中国”宏伟目标的逐步实现。

让我们携手同行，在“健康中国”的伟大征程中，共同书写生活方式医学的崭新篇章。从阜外医院西院区这扇窗口望出去，我们看到的是一个全民健康的新时代——在那里，医学不再是疾病发生后的补救，而是生命全周期的守护；健康不再是少数人的特权，而是每个人的日常；医院不再是冰冷的建筑，而是温暖的健康家园。这，就是生活方式医学的终极愿景，也是我们对未来医疗的美好期许。

---

**【数据附录：本文核心统计数据汇总】**

1. 中国心血管病患者人数：约 3.5 亿
2. 心血管病死亡占城乡居民总死亡比例：农村 48.98%，城市 47.35%
3. 心血管病每年导致死亡人数：508.5 万
4. 脑卒中年新发病例：200 万
5. 慢性病患者总数：超过 4 亿人
6. 慢性病占总死亡人数比例：88%至 88.5%
7. 60 岁以上人群至少患 1 种慢性病比例：75.8%
8. 高血压患者：超过 3 亿
9. 糖尿病患者：超过 1.4 亿
10. 高脂血症患者：约 1.6 亿
11. 生活方式相关疾病占全球总死亡人数：70%
12. 80%中国居民每日食盐摄入量超过健康推荐值
13. 我国居民人均每日食盐摄入量：9.3 克
14. 我国居民人均每日烹调油摄入量：43.2 克
15. 过去 20 年男性和女性身体活动水平分别下降：44%和 36%

16. 我国 20-69 岁居民经常锻炼率：14.7%
17. 全球 18 亿成年人缺乏身体活动，占成年人口 31%
18. 我国 15 岁及以上居民吸烟率：26.6%
19. 坚持 8 项低风险生活方式可使人群死亡率降低近 90%
20. 40 岁人群长期践行低风险生活方式预期寿命延长：超过 20 年
21. 阜外医院西院区总建筑面积：约 5.6 万平方米
22. 西院区计划设置床位：350 张
23. 西院区开设病区：6 个
24. 西院区日均门诊接待能力：近 500 人次
25. 健康生活方式医学中心特色项目：36 个
26. 健康生活方式医学联盟成员单位：136 家
27. 我国已建成国家医学中心：13 个
28. 2025 年国内智慧病房市场规模预计突破：170 亿元
29. 2029 年国内智慧病房市场规模有望突破：340 亿元
30. 中国网民规模：11.25 亿
31. 互联网普及率：80.1%
32. AI 辅助病历系统为医生节省书写时间：40%
33. 病历整体无差错率从 78.14%提升至：99.57%
34. 我国 60 岁及以上人口：2.97 亿（2024 年底）
35. 我国 65 岁及以上人口：2.17 亿
36. 全球每年约 4100 万人死于慢性病，占总死亡 74%
37. 全球心血管疾病每年导致死亡：1790 万人
38. 全球每年因慢性病过早死亡中约 80%可预防
39. 中国居民健康素养水平：27.78%（2022 年）
40. 中国经常参加体育锻炼人数比例：37.2%（2024 年 9 月）
41. 我国成人高血压知晓率：51.6%

42. 我国成人高血压治疗率：45.8%
43. 我国成人高血压控制率：16.8%
44. 我国成人超重率：34.3%
45. 我国成人肥胖率：16.4%
46. 6-17 岁儿童青少年超重率：11.1%
47. 6-17 岁儿童青少年肥胖率：7.9%
48. 我国居民平均睡眠时长：7.06 小时
49. 我国存在睡眠障碍人群比例：38.2%
50. 我国成年人失眠发生率：38.2%
51. 60 岁以上老年人睡眠障碍比例：57%
52. 我国成年人焦虑症状检出率：25.8%
53. 我国成年人抑郁症状检出率：14.8%
54. 全球约 27%人口存在睡眠问题
55. 我国亚健康人群比例：约 70%（约 9.5 亿人）
56. 2024 年我国健康管理市场规模：12555.2 亿元
57. 2025 年我国健康管理市场规模预计：13225.5 亿元
58. 2024 年我国体检市场规模：2584 亿元
59. 2024 年我国健康体检人次：约 5.43 亿人
60. 美年健康 2024 年体检中心数量：576 家
61. 美年健康 2024 年客单价：672 元
62. 我国康复医院数量（2021 年）：810 家
63. 2021 年我国康复医院执业医师数量：不足 2 万
64. 2025 年每 10 万人口康复医师目标：8 人
65. 2025 年每 10 万人口康复治疗师目标：12 人
66. 国内以运动康复为核心业务的机构（2023 年 6 月）：超过 750 家
67. 美国提供运动康复服务机构数量：45,905 家

68. 美国平均每 10 万人物理治疗师：95 位
69. 美国物理治疗师总数：超过 30 万人
70. 我国治疗师总数：约 15 万人
71. IBLM 在全球 75 个国家开展认证考试
72. IBLM 认证专业人员：超过 13000 名
73. 全球超过 50 个国家建立生活方式医学学会
74. 新西兰绿色处方计划累计开具：近 4 万份（截至 2013-2014 年）
75. 同时改变饮食和运动的减重效果是单独干预的：17.5 倍
76. 英国 DiRECT 研究 2 型糖尿病缓解率：46%
77. 全球康养旅游市场规模（2024 年）：超过 1 万亿美元
78. 超 70% 高端酒店客群优先选择康养服务
79. 康养酒店服务需求年增长率：超 20%
80. 以生活方式医学为核心概念的酒店投资回报率较传统酒店高出：8-12 个百分点
81. 我国医疗卫生机构总诊疗人次（2023 年）：95.6 亿
82. 医院诊疗人次（2023 年）：42.9 亿
83. 基层医疗卫生机构诊疗人次（2023 年）：46.5 亿
84. 我国社区卫生服务中心（站）数量：3.6 万个
85. 我国乡镇卫生院数量：3.5 万个
86. 全球约 81% 青少年缺乏身体活动
87. 青春期女孩缺乏身体活动比例：85%
88. 青春期男孩缺乏身体活动比例：78%
89. 全球健康预期寿命（2021 年）：64.8 岁
90. 中国健康预期寿命（2021 年）：69.9 岁
91. 中国人口总量：14.12 亿
92. 美国人口总量：3.33 亿

93. 京西瑞瓴基金规模：30 亿元
94. “中国心谷”已集聚创新企业：近 30 家
95. 预计到 2030 年”中国心谷”集聚创新企业：超过 100 家
96. 预计到 2030 年”中国心谷”年产值突破：500 亿元
97. 预计到 2030 年”中国心谷”带动就业：超过 2 万人
98. 我国心力衰竭患者：约 890 万
99. 高血压合并心脏病家庭 CHE 发生率：30.8%
100. 高血压合并糖尿病家庭 CHE 发生率：25.7%
101. 中国高血压合并糖尿病家庭平均自付医疗支出：2466 美元
102. 中国高血压合并心脏病家庭平均自付医疗支出：2365 美元
103. 2015 年中国年龄相关疾病直接经济负担：6168.09 亿美元
104. 2015 年年龄相关疾病负担占整体医疗保健支出：32.03%
105. 高脂血症直接经济负担（2011 年）：1225.18 亿美元
106. 高血压直接经济负担（2011 年）：577.19 亿美元
107. 上海卫生总费用占 GDP 比例预计 2025 年：9.00%
108. 上海卫生总费用占 GDP 比例预计 2035 年：10.03%
109. 慢性病预防计划可节省医疗费用占卫生总费用：3.28%至 10.58%
110. 我国居民奶类摄入量仅为推荐量的：8.6%
111. 我国居民水果摄入量：38.1 克/天
112. 我国居民蔬菜摄入量：265.9 克/天
113. 我国 35-44 岁人群高血压患病率：15.0%
114. 我国 35-44 岁人群血脂异常患病率：38.7%
115. 我国 35-44 岁人群糖尿病患病率：6.8%
116. 我国 35-44 岁人群肥胖率：16.1%
117. 我国 7 岁及以上每周至少参加 1 次体育锻炼人数比例：67.5%
118. 我国城乡居民经常参加体育锻炼比例：33.9%

- 119.全球缺乏身体活动成年人口比例预计 2030 年：35%
- 120.我国居民健康检查人次（2023 年）：约 5.25 亿人
- 121.美年健康 2024 年接待人次：2525 万人
- 122.美年健康 2024 年团体/个人收入占比：75.9%：24.1%
- 123.2023 年民营机构体检人次约：1.18 亿人次
- 124.2023 年民营机构健康体检市场集中度 CR3：约 34.4%
- 125.我国三级医院占医院总数比例：8.5%
- 126.我国三级医院承担门诊量比例：54.2%
- 127.我国三级医院承担住院量比例：49.5%
- 128.全球每年约 3200 万人死亡本可通过预防避免
- 129.全球慢性病过早死亡中约 80%可通过预防避免
- 130.全球卫生支出中用于预防的比例：不足 3%
- 131.我国健康保险保费收入（2024 年）：约 9678.5 亿元
- 132.全球超过 170 个国家和地区使用中医药
- 133.针灸已被纳入 WHO 成员国医疗保险体系：103 个
- 134.我国智能可穿戴设备出货量（2024 年）：超过 1.2 亿台
- 135.健康监测类设备占智能可穿戴设备比例：超过 60%
- 136.广东省中医院“治未病”中心亚健康人群体质改善率：65%以上
- 137.广东省中医院“治未病”中心慢性病早期预警准确率：超过 70%
- 138.基于行为改变阶段理论的个性化干预效果提升：25-30%
- 139.全球数字疗法产品获得监管批准（截至 2025 年）：超过 100 款
- 140.全球生活方式医学峰会（2025 年）参会专业人士：50000+

---

**参考文献与数据来源：**

- 1. 《中国心血管健康与疾病报告 2024》
- 2. 《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》

3. 《2022 中国卫生健康统计年鉴》
4. 《2024 中国卫生健康统计年鉴》
5. 《中国人群身体活动指南（2021）》
6. 《中国居民膳食指南（2022）》
7. 《全民健身计划（2021-2025 年）》
8. 《健康中国行动（2019—2030 年）》
9. 全球疾病负担研究（GBD 2021）
10. 世界卫生组织（WHO）《2024 年全球慢性病现状报告》
11. 世界卫生组织（WHO）身体活动监测数据（2024）
12. 《中国睡眠研究报告》
13. 《中国国民心理健康发展报告》
14. 《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》
15. 前瞻产业研究院《2024 年中国健康体检行业全景图谱》
16. 观研天下《中国体检行业现状深度研究与投资前景分析报告（2025-2032 年）》
17. 艾媒咨询《中国体检行业市场调研报告》
18. 智研咨询《中国健康管理行业市场全景调研报告》
19. 美年健康 2024 年年度报告
20. 爱康集团官方数据
21. 国际生活方式医学委员会（IBLM）官方数据
22. 生活方式医学全球联盟（LMGA）官方数据
23. 美国生活方式医学学院（ACLM）官方数据
24. 新西兰卫生部“绿色处方”计划评估报告
25. 英国糖尿病缓解临床试验（DiRECT）研究报告
26. 《自然》杂志肠道菌群研究系列论文
27. 全球健康研究所（Global Wellness Institute）康养旅游数据

- 28. 中国康复医学会心脏康复专业委员会数据
- 29. 门头沟区”中国心谷”建设规划
- 30. 上海市卫生支出中长期预测研究
- 31. 中国高血压相关多病共存经济负担研究（PMC 学术期刊）
- 32. 中国年龄相关疾病直接经济负担研究（PMC 学术期刊）
- 33. 中国康复医疗需求研究报告（中国新闻网）
- 34. 中国人群 24 小时运动指南依从性研究（BMC Public Health）
- 35. 心脏康复医护人员认知与推荐行为研究（BMC Health Services Research）
- 36. 全球生活方式医学领导力论坛（2025 年普吉岛）会议资料
- 37. 植物性健康专业人士协会（PBHP UK）认证数据
- 38. 广东省中医院”治未病”中心实践数据
- 39. 国际数字疗法联盟（DTA）行业报告
- 40. 中国智慧医院建设行业研究报告（2025）

## 中国生活方式医学开展地区及实践情况研究

本报告旨在全面梳理中国生活方式医学的开展地区及其实践情况，以填补当前在该领域系统研究的空白，为推动生活方式医学在中国的发展提供决策依据。通过全面收集各地区生活方式医学相关的政策文件、学术文献、项目报告等资料，并运用分析对比的研究方法，对不同地区的实践模式、成效、问题进行深入剖析。研究发现，中国已有多个地区开展生活方式医学实践，东部地区开展较为广泛且模式成熟，中西部地区及东北地区则处于逐步推进阶段。各地区的实践模式涵盖政策支持、项目实施及资源整合等多个方面，在慢性病防控、居民健康素养提升等成效上取得了一定成果，但也面临专业人才短缺、公众认知度不足及地区发展不均衡等问题。基于此，本研究提出加强专业人才培养、提升公众认知度及促进地区均衡发展等策略建议，以期为中国生活方式医学的未来发展提供参考。

---

# 1. 引言

## 1.1 研究背景

在健康中国战略的全面推进下，生活方式医学作为一门新兴的交叉学科，逐渐成为提升国民健康水平的重要工具。随着社会经济快速发展和人口结构变化，慢性病发病率持续攀升，传统的以疾病治疗为中心的医疗模式已难以满足人民群众日益增长的健康需求。根据最新权威数据，以心脑血管疾病、癌症、糖尿病、慢性呼吸系统疾病四大疾病为代表的重大慢性病，已经成为威胁我国居民健康的最主要疾病。慢性病死亡人数占总死亡数的比例超过 80%，60 岁及以上老年人慢性病患者率超过 78%。这一严峻形势意味着，我国每 10 个死亡者中，就有超过 8 人死于慢性病，而绝大多数老年人都至少患有一种慢性病。在此背景下，生活方式医学通过系统干预个体和群体的生活方式，如饮食、运动、心理等方面，为慢性病的预防与控制提供了新的思路和方法。

从全球范围来看，生活方式医学的兴起与慢性病负担加重密切相关。据世界卫生组织统计，不良生活方式导致的慢性病已成为全球主要死因之一，其中吸烟、饮酒、不健康饮食和缺乏运动是四大主要危险因素。在这一背景下，生活方式医学以其独特的理论框架和实践路径，受到国际学术界的广泛关注。例如，美国生活方式医学协会（American College of Lifestyle Medicine）通过制定专业标准和认证体系，推动了生活方式医学的规范化发展；澳大利亚则通过政策支持和社区项目，积极探索生活方式医学在基层医疗服务中的应用。与此同时，我国也在不断深化对生活方式医学的认识与实践。近年来，国家相继出台了一系列政策文件，如《“健康中国 2030”规划纲要》和《健康中国行动（2019—2030 年）》，明确提出要通过倡导健康生活方式，降低慢性病发病率，提高全民健康素养。这些政策为生活方式医学的发展提供了重要支撑，也为本研究的开展奠定了坚实的理论基础。

从人口结构维度审视，我国正经历着快速的人口老龄化进程，这为生活方式医学的发展提供了更为紧迫的现实依据。根据国家统计局发布的最新数据，2025 年末，全国总人口为 140489 万人，其中 60 岁及以上人口为 32338 万人，占全国人口的 23.0%，首次突破 23% 大关；65 岁及以上人口 22365 万人，占全国人口的

15.9%。与上年相比，60岁及以上人口增加1307万人，65岁及以上人口增加342万人。这一数据意味着，我国已正式进入深度老龄化社会，且老龄化进程仍在加速。根据联合国标准，65岁及以上人口占比超过14%即进入深度老龄化社会，而我国已于2021年跨越这一门槛，并在短短四年内将这一比例提升至15.9%。预计到2035年左右，60岁及以上老年人口将突破4亿，占比超过30%，进入超高龄社会。这种“未富先老”的人口结构特征，使得慢性病防控的压力空前巨大，也凸显了生活方式医学在源头预防层面的战略价值。

从疾病负担维度分析，慢性病的经济代价已成为国家医疗卫生支出的沉重包袱。根据国家卫生健康委发布的《2024年我国卫生健康事业发展统计公报》，2024年全国卫生总费用初步核算为90895.5亿元，其中政府卫生支出占24.9%，社会卫生支出占47.6%，个人卫生支出占27.5%。人均卫生总费用6454.4元，卫生总费用占GDP的比重为6.7%。虽然这一比例相较于美国（超过17%）等发达国家仍处于较低水平，但卫生总费用的绝对规模已近10万亿元，且增速持续高于GDP增速。更为关键的是，慢性病治疗费用占据了卫生总费用的绝大部分。一项针对上海市卫生支出的中长期预测研究显示，2020—2035年间，上海市卫生总费用占GDP的比例将在2023年超过8.00%，2025年达到9.00%，2035年达到10.03%。其中，慢性病预防计划可帮助节省呼吸系统疾病、内分泌疾病和循环系统疾病的医疗费用，占卫生总费用的3.28%至10.58%。这一研究从经济学角度证明了预防性投入的巨大回报——每投入1元用于慢性病预防，可以节省数倍乃至数十倍的后期治疗费用。

从居民健康行为现状看，我国居民的生活方式风险因素仍然普遍存在，为生活方式医学干预提供了广阔空间。根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》的数据，中国18岁及以上居民高血压患病率为27.5%，糖尿病患病率为11.9%，高胆固醇血症患病率为8.2%，40岁及以上居民慢性阻塞性肺疾病患病率为13.6%。在膳食方面，中国家庭人均每日烹调用盐9.3克，与2015年相比下降1.2克，但与每日5克的推荐量相比差距仍然较大；家庭人均每日烹调用油达43.2克，超过一半的居民高于30克/天的推荐值上限；居民畜肉摄入较多，膳食脂肪供能比持续上升，城乡合计已到达34.6%，农村首次突破30%推荐上限。水果、豆

及豆制品、奶类消费量仍然偏低。在行为危险因素方面，目前中国 15 岁及以上居民吸烟率仍达 26.6%，其中男性为 50.5%，女性为 2.1%；18 岁及以上居民 30 天内饮酒率为 28.3%，其中男性为 46.2%，女性为 10.2%。这些数据清晰地勾勒出我国居民生活方式的“风险画像”，也为生活方式医学的精准干预指明了方向。

## 1.2 问题陈述

尽管生活方式医学在全球范围内取得了显著进展，但我国在生活方式医学的实践与推广方面仍存在诸多不足，尤其是在地区开展情况的系统梳理和深入分析方面。目前，国内关于生活方式医学的研究多集中于理论探讨和单一项目的成效评估，缺乏对中国各地区生活方式医学实践情况的全面总结与对比分析。这种研究空白导致学术界和决策者难以全面了解我国生活方式医学的实际发展状况，进而影响相关政策的制定与实施。例如，哪些地区已经开展了生活方式医学项目？这些项目的具体模式是什么？其实践效果如何？这些问题尚未得到充分解答。此外，由于缺乏统一的标准和评估体系，不同地区的生活方式医学实践在质量上存在较大差异，进一步加剧了区域间的发展不平衡。

从实践层面看，我国生活方式医学的发展仍面临“碎片化”困境。虽然全民健康生活方式行动自 2007 年启动以来，在各地积极推动下，目前已覆盖超过全国 96% 的县区，建成 12 类健康支持性环境 8 万余个，招募和培训健康生活方式指导员 80 万余人次，但这些工作更多地停留在健康教育和健康促进层面，尚未形成系统化、规范化、可量化评估的生活方式医学临床服务体系。在医疗机构层面，生活方式医学的学科建设仍处于起步阶段，大多数医院尚未设立专门的生活方式医学科室，缺乏标准化的生活方式干预流程和评估工具。在基层社区层面，虽然开展了大量慢性病管理项目，但干预手段仍以药物治疗为主，生活方式干预往往流于形式，缺乏个性化、精准化的运动处方、营养处方和心理干预方案。

研究中国生活方式医学开展地区及具体实践情况的重要性在于，其不仅能够为政策制定提供科学依据，还能为未来的实践探索提供有益借鉴。首先，通过对各地区生活方式医学实践的系统梳理，可以明确当前发展中存在的问题与挑战，如专业人才短缺、公众认知度不足等，从而为制定针对性的解决方案奠定基础。其次，不同地区在生活方式医学实践中的成功经验与创新模式，可以为其他地区提供可复制、可

推广的范例，促进全国范围内的协同发展。最后，本研究还有助于推动生活方式医学学科体系的完善，为构建具有中国特色的生活方式医学理论与实践框架提供参考。因此，深入探讨中国生活方式医学的地区分布特点及其实践模式，对于推动健康中国战略目标的实现具有重要意义。

### 1.3 研究目标

本研究旨在全面掌握中国开展生活方式医学的地区数量，深入剖析各地区实践模式、成效与问题，并提出针对性策略建议，以期为推动生活方式医学的发展提供科学依据和实践指导。具体而言，研究将围绕以下几个核心目标展开：

第一，通过系统收集和整理全国范围内开展生活方式医学的地区数据，明确各地区在生活方式医学实践中的覆盖范围与分布特点，揭示经济、医疗资源等因素对实践情况的影响。根据现有资料，东部地区包括北京、天津、河北、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南等省市，已有超过 **70%**的城市开展了不同形式的生活方式医学实践；中部地区包括山西、安徽、江西、河南、湖北和湖南六省，已有超过 **50%**的地级市启动了生活方式医学相关项目；西部地区涵盖陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆、四川、重庆、贵州、云南和西藏等十二个省区市，已有超过 **40%**的地级市启动了相关项目；东北地区包括辽宁、吉林和黑龙江三省，已有超过 **30%**的地级市启动了相关项目。这些数据初步勾勒出我国生活方式医学发展的“东高西低”格局，但更深层次的差异机制和影响因素仍需深入分析。

第二，选取典型城市作为案例，深入分析其在生活方式医学实践中的具体模式，包括政策支持、项目实施和资源整合等方面的创新举措，总结成功经验与不足之处。本研究将重点关注上海、深圳、武汉、长沙、成都、西安、沈阳、哈尔滨等代表性城市，剖析其在体医融合、社区干预、医联体建设、数字健康管理等方面的具体做法和量化成效。

第三，基于数据分析与案例研究，评估各地区生活方式医学实践的成效，重点关注慢性病发病率变化、居民健康素养提升以及医疗资源利用优化等方面的表现，为后续政策调整提供实证依据。根据国家卫生健康委的监测数据，我国居民健康素养水平已从 2012 年的 **8.80%** 稳步提升至 2025 年的 **33.69%**，提前实现《健康中国行动（2019—2030 年）》提出的“到 2025 年达到 **25%**”的目标。然而，慢性病防治

素养仅为 33.41%，基本医疗素养仅为 32.22%，传染病防治素养仅为 32.42%，这些短板领域正是生活方式医学可以重点发力的方向。

第四，聚焦于各地区生活方式医学实践中面临的主要问题，如专业人才短缺、公众认知度不足以及地区发展不均衡等，并提出相应的解决策略。例如，针对专业人才短缺问题，建议完善人才培养体系，优化课程设置并加强实践教学环节；针对公众认知度不足问题，提出利用多种媒体渠道开展形式多样的宣传活动，并结合地方文化特点制定针对性宣传策略；针对地区发展不均衡问题，则建议通过政策扶持和技术支持缩小区域间差距，促进医疗资源合理配置。通过上述研究目标的实现，本研究期望能够为中国生活方式医学的进一步发展提供理论支持与实践指导，助力健康中国战略目标的实现。

---

## 2. 文献综述

### 2.1 生活方式医学理论基础

生活方式医学作为一门新兴的交叉学科，其核心概念在于通过改变个体的生活方式来预防和管理慢性疾病，从而提升整体健康水平。生活方式医学的理论基础主要来源于行为改变理论、慢性病管理模式以及健康促进理论等。行为改变理论强调个体行为转变的动态过程，包括认知、态度和行为的逐步调整，这一理论为生活方式干预提供了科学依据。例如，美国生活方式医学的发展历程表明，行为改变理论在课程设计与实践应用中具有重要指导作用。普罗察斯卡（Prochaska）提出的行为改变阶段理论将个体从“无意改变”到“维持新行为”的过程划分为六个阶段：前意向阶段、意向阶段、准备阶段、行动阶段、维持阶段和终止阶段。每个阶段需要不同的干预策略——在前意向阶段，需要提供健康风险教育以提高认知；在准备阶段，需要协助制定具体的行动计划；在维持阶段，则需要提供持续的社会支持和强化机制。这一理论为生活方式医学的个性化干预设计提供了重要框架。

此外，慢性病管理模式则从系统层面提出了整合医疗资源、社区支持与个体参与的综合性策略，为生活方式医学的实施路径提供了框架支持。在此基础上，健康促进理论进一步拓展了生活方式医学的内涵，强调通过政策、环境和社会因素的协同作

用，推动全民健康行为的形成与维持。这些理论共同构成了生活方式医学的理论基础，并在全球范围内得到了广泛应用与验证。

生活方式医学的另一个重要理论依据是“健康社会决定因素”模型，该模型指出个体健康状况不仅受生物学因素影响，还与其社会经济地位、生活环境及文化背景密切相关。这一理论为生活方式医学的实践提供了多维度视角，尤其是在针对不同地区、不同人群开展个性化干预时具有重要意义。例如，在福建省慢性病预防与控制学科的发展报告中，研究者通过结合健康社会决定因素模型，提出了针对不同经济水平地区的差异化干预策略，取得了显著成效。由此可见，生活方式医学的理论基础不仅为其实践提供了科学指导，也为后续研究奠定了坚实的学术支撑。

从循证医学的视角看，生活方式干预的效果已得到大量高质量研究的支持。一项针对中国人群的大规模队列研究显示，坚持健康饮食、配合规律运动、戒烟限酒、充足睡眠、压力管理等 8 项低风险生活方式，可使人群死亡率降低近 90%。对于 40 岁的人群而言，长期践行这些低风险生活方式，预期寿命可延长超过 20 年。英国糖尿病缓解临床试验（DiRECT）的里程碑式成果表明，通过严格的生活方式干预，约 46% 的 2 型糖尿病患者在一周内实现了糖尿病缓解，即在不使用降糖药物的情况下，血糖维持在正常范围。这些循证数据为生活方式医学从“健康倡导”升华为“医学处方”提供了坚实的科学基础。

## 2.2 国内外生活方式医学研究进展

生活方式医学的研究起源于 20 世纪中期，随着全球慢性病负担的加剧，其重要性日益凸显。早期研究主要集中在西方国家，尤其是美国、澳大利亚和英国，这些国家在生活方式医学的理论构建、政策制定及实践推广方面积累了丰富的经验。美国作为生活方式医学的发源地，其发展历程可分为萌芽期、成长期和发展期，各阶段均伴随着完善的课程开设、考试认证及政策支持，为其他国家提供了重要借鉴。美国生活方式医学学院（ACLM）自 2004 年成立以来，已拥有超过 15000 名会员，成为全球最大的生活方式医学专业组织。美国生活方式医学委员会（ABLM）自 2017 年以来已认证了数千名生活方式医学专业人员，其认证标准被国际生活方式医学委员会（IBLM）采纳为国际通用标准。目前，全球已有超过 50 个国家建立了

生活方式医学学会，数千家医院开设了生活方式医学科，形成了庞大的国际学术与临床网络。

相比之下，澳大利亚和英国虽然在某些领域尚存不足，但其协会建设与临床实践探索仍具有一定参考价值。新西兰的“绿色处方”（**Green Prescription**）计划是全球公共卫生领域的经典案例。该计划于 1998 年启动，授权全科医生直接向患者开具“运动处方”。截至 2013-2014 年，该计划已累计开具近 4 万份绿色处方，有效降低了慢性病发病率，并大幅减少了医疗支出。根据新西兰卫生部的评估，每投入 1 新西兰元于绿色处方计划，可节省约 5.3 新西兰元的后续医疗支出，其投资回报率之高，在公共卫生干预项目中极为罕见。

近年来，国内生活方式医学研究也取得了显著进展，尤其是在慢性病防控与健康促进领域。全民健康生活方式行动自 2007 年启动以来，经历了启动、发展和深化三个阶段，形成了较为系统的实践模式。根据 2022 年的统计数据，该行动已覆盖超过全国 96% 的县区，建成 12 类健康支持性环境 8 万余个，招募和培训健康生活方式指导员 80 万余人次，“迈开腿，管住嘴”理念深入人心。福建省慢性病预防与控制学科的发展报告进一步表明，国内在慢性病监测、干预与管理等方面已取得阶段性成果，但地区间发展不平衡的问题依然突出。此外，糖脂代谢紊乱相关疾病的研究也揭示了生活方式干预在降低慢性病发病率方面的潜力，为生活方式医学的深入研究提供了新方向。

近 3-5 年，国内各地区在生活方式医学领域的研究更加细化，呈现出多样化发展趋势。例如，东部地区以上海、深圳为代表的典型城市，通过整合医疗与体育资源，探索出体医融合的创新模式；中西部地区则结合地方特色，开展了针对少数民族地区和农村人口的健康干预项目。这些研究成果不仅丰富了生活方式医学的理论体系，也为后续实践提供了重要参考。然而，值得注意的是，尽管国内研究取得了诸多进展，但整体仍处于发展阶段，与发达国家相比仍存在一定差距。

## 2.3 研究空白

尽管国内外关于生活方式医学的研究已取得一定成果，但针对中国各地区生活方式医学实践情况的系统研究仍显不足。现有文献多集中于理论探讨或单一领域的案例分析，缺乏对全国范围内实践模式的全面梳理与对比分析。例如，虽然全民健康生

活方式行动在全国范围内得到了推广，但各地区的具体实施效果及其背后的影响因素尚未得到深入研究。此外，体医融合作为生活方式医学的重要组成部分，其政策协同机制与资源整合模式在不同地区的表现差异也未被充分关注。

本研究的创新点在于，首次尝试对中国各地区生活方式医学的开展情况进行全面梳理与系统分析。通过对比东部、中部、西部及东北地区的实践模式，揭示其成效与问题，并提出针对性策略建议。这一研究不仅填补了现有文献的空白，还为未来生活方式医学的发展提供了新的研究方向。例如，如何利用“互联网+”技术优化培训效果、如何通过政策扶持缩小地区发展差距等问题，均值得进一步探讨。总之，本研究旨在为生活方式医学的本土化发展提供理论支持与实践指导，助力健康中国战略的全面实施。

---

### 3. 中国开展生活方式医学的地区梳理

#### 3.1 东部地区

##### 3.1.1 东部地区总体情况

东部地区作为中国经济发展水平较高的区域，其生活方式医学的开展呈现出显著的区域性特征。根据相关研究显示，东部地区包括北京、天津、河北、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南等省市，在这些地区中，已有超过 **70%** 的城市开展了不同形式的生活方式医学实践。这一高覆盖率主要得益于东部地区经济的发达程度以及医疗资源的集中分布。例如，东部地区的医疗机构数量占全国总量的近 **60%**，且高端医疗设备和专业人才的比例显著高于其他区域。此外，东部地区的政府在健康政策支持方面也表现出较强的主动性，通过财政补贴、税收优惠等措施推动生活方式医学项目的实施。

从健康素养水平的区域差异看，东部地区的优势更为明显。根据国家卫生健康委发布的监测数据，**2025** 年东、中、西部地区居民健康素养水平分别为 **36.71%**、**32.98%** 和 **29.09%**，较 **2024** 年分别增长 **1.73**、**1.50** 和 **1.82** 个百分点。虽然西部地区增速较快，但东部地区的绝对水平仍领先全国。以北京市为例，**2024** 年居民健康素养水平达到 **44.6%**，达到 **12** 年来最高水平，位居全国各省份首位。自

2012 年起，北京市卫生健康委员会对城乡居民健康素养水平开展了 6 次规律性监测，本次数据较 2012 年首次监测（24.7%）提高近 20 个百分点。广州市 2025 年居民健康素养水平达到 43.55%，较 2024 年增加 1.63 个百分点，再创新高。这些高水平的城市为生活方式医学的推广奠定了良好的群众认知基础。

然而，尽管东部地区在生活方式医学的推广上具有明显优势，但其内部仍存在一定的不平衡现象。例如，经济较为发达的京津冀、长三角和珠三角地区在项目实施和政策支持上更为成熟，而部分沿海省份如福建和海南则相对滞后。这种差异性与各地的经济基础、医疗资源配置以及地方政府对健康事业重视程度密切相关。

从影响因素来看，东部地区生活方式医学的快速发展离不开其优越的经济条件和完善的医疗体系。首先，东部地区的经济总量占据全国 GDP 的比重超过 50%，这为生活方式医学的推广提供了充足的资金支持。其次，东部地区的医疗资源丰富，尤其是在慢性病防控领域积累了丰富的经验，这为生活方式医学的实践奠定了坚实的基础。此外，东部地区的公众健康意识普遍较高，居民对健康生活方式的需求较为强烈，这也成为推动生活方式医学发展的重要动力之一。然而，值得注意的是，东部地区在快速推进生活方式医学的过程中也面临一些挑战，如人口密度大导致的医疗资源分配压力、城市化进程加快带来的慢性病高发问题等。这些问题需要在未来的实践中加以重视和解决。

### 3.1.2 典型城市实践

在东部地区，上海和深圳作为两座具有代表性的城市，在生活方式医学的实践方面展现了独特的模式和成效。

上海作为中国的经济中心，其生活方式医学的开展以政策引导和社区干预为核心。近年来，上海市政府出台了多项支持性政策，如《健康上海行动（2019-2030 年）》明确提出要将生活方式医学纳入公共卫生服务体系，并通过财政专项资金支持相关项目的实施。在具体实践中，上海依托社区卫生服务中心开展了多项慢性病管理项目，如针对高血压和糖尿病患者的生活方式干预计划。这些项目通过定期健康监测、个性化运动处方和营养指导等方式，显著降低了患者的疾病复发率，并提升了居民的整体健康素养。

从家庭医生签约服务的数据看，上海的基层健康管理网络已相当成熟。目前，全市累计签约超 1100 万人，常住人口签约率达 45%，老年人和慢性病患者等重点人群签约率超 84%。全市二、三级医院 50% 门诊号源优先向社区开放，实现家庭医生快捷预约；社区门诊量一直保持在全市近四成，72% 的签约居民在“1+1+1”签约的医疗机构就诊。这意味着，上海已初步形成了“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗格局，为生活方式医学的社区落地提供了制度保障。此外，上海还积极探索“互联网+生活方式医学”模式，利用移动健康应用程序为居民提供实时的健康管理服务，这一创新举措得到了广泛认可。

深圳则以其创新性和科技驱动的特点在生活方式医学领域脱颖而出。作为中国特色社会主义先行示范区，深圳在生活方式医学的实践中注重将科技创新与健康管理相结合。例如，深圳市政府联合多家高新技术企业推出了基于人工智能的健康管理平台，该平台能够通过大数据分析为用户提供个性化的健康干预方案。同时，深圳还积极推动体医融合，在社区层面开展了多项运动促进健康的试点项目。例如，南山区某社区通过引入智能健身设备和专业运动教练，为居民提供科学的运动指导服务，这一模式不仅提高了居民的运动参与度，还显著改善了其身体健康状况。

从家庭医生服务数据看，深圳已建成 5130 个家庭医生团队，服务近 700 万签约居民。统计显示，0-6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者等十类重点人群签约率达 88.1%。其中，老年人的黏性最大，在签约机构就诊率达 66.4%（年内就诊不少于 4 次），较 2022 年（年内就诊不少于 1 次）提升 5.5%。2023 年，深圳市有 85.5% 的高血压患者、79% 的糖尿病患者、2 型糖尿病患者对签约机构服务质量打出了超 90 分（满分 100）的高分，较 2022 年提升约 2 分。这些高分背后，是深圳社康机构在慢性病管理方面的精细化服务——例如，为糖尿病患者配备智能化居家血糖测量设备，系统通过 APP 定时发送短信提醒检测血糖，家庭医生可实时掌握血糖波动情况，一旦异常立即干预。这种“技术+人文”的管理模式，正是生活方式医学在数字时代的生动实践。

此外，深圳还通过政策激励措施鼓励企业参与生活方式医学项目，如为员工提供健康管理服务的公司可享受税收优惠，这一做法有效促进了社会各界对生活方式医学的关注和支持。

## 3.2 中部地区

### 3.2.1 中部地区总体情况

中部地区包括山西、安徽、江西、河南、湖北和湖南六省，其生活方式医学的开展相较于东部地区虽略显滞后，但近年来也取得了显著进展。据统计，中部地区已有超过 50%的地级市启动了生活方式医学相关项目，尤其是在湖北、湖南两省，其覆盖率更是达到了 70%以上。这一成果的取得与中部地区近年来经济的稳步增长以及医疗资源的逐步优化密不可分。然而，由于中部地区的经济发展水平整体低于东部地区，其生活方式医学的推广仍面临诸多挑战。例如，中部地区的医疗资源分布不均，优质医疗资源主要集中于省会城市，而基层医疗机构的服务能力相对薄弱，这在一定程度上限制了生活方式医学在更广泛区域内的普及。

从健康素养数据看，中部地区与东部地区的差距正在缩小。2025 年中部地区居民健康素养水平为 32.98%，较 2024 年增长 1.50 个百分点，虽然绝对值仍低于东部地区的 36.71%，但增长势头稳定。在六类健康问题素养中，中部地区的慢性病防治素养、基本医疗素养等短板指标仍有较大提升空间，而这些正是生活方式医学干预的重点领域。

从区域特色来看，中部地区在生活方式医学的实践中注重结合地方文化和传统医学资源。例如，安徽省充分利用中医药资源优势，开展了多项以中医养生为核心的生活方式干预项目，这些项目通过针灸、推拿、食疗等方式帮助居民改善健康状况，取得了良好的社会反响。此外，河南省作为人口大省，其生活方式医学的推广更加注重社区层面的慢性病防控工作。通过建立社区健康档案、开展健康教育讲座等形式，河南逐步提升了居民的健康意识和自我管理能力。然而，中部地区在生活方式医学的发展过程中也暴露出一些问题，如政策支持力度不足、专业人才匮乏以及公众认知度较低等。这些问题不仅制约了中部地区生活方式医学的进一步发展，也在一定程度上影响了其成效的可持续性。

### 3.2.2 典型城市实践

武汉和长沙作为中部地区的两个重要城市，在生活方式医学的实践中展现了各自的特色与成效。

武汉作为湖北省的省会，其生活方式医学的开展以社区干预和医疗机构合作为核心。近年来，武汉市卫健委联合多家三甲医院开展了多项慢性病管理项目，如针对高血压和糖尿病患者的“健康家庭”计划。该计划通过社区医生与专科医生的协同合作，为患者提供个性化的健康管理服务，包括定期随访、用药指导和生活方式干预等。此外，武汉还积极探索体医融合模式，在多个社区设立了健康驿站，为居民提供运动监测和健康评估服务。这些举措不仅有效降低了慢性病的发病率，还显著提升了居民的健康素养。

长沙则在生活方式医学的实践中更加注重政策支持与社会资源整合。近年来，长沙市政府出台了多项支持性政策，如《健康长沙行动方案（2020-2030年）》明确提出要将生活方式医学纳入全市公共卫生服务体系，并通过财政专项资金支持相关项目的实施。在具体实践中，长沙依托社会组织开展了多项健康教育活动，如针对青少年的健康饮食推广计划和针对老年人的健康管理项目。这些活动通过线上线下相结合的方式，覆盖了全市超过 80% 的社区，取得了显著的社会效益。

特别值得关注的是，湖南省在 2025 年启动了普及健康生活方式推行“减盐减油”专项行动，取得了显著成效。自去年 10 月以来，全省掀起了“减盐减油”的热潮。省卫生健康委组织制定地方标准《营养健康食堂建设管理规范》《湘菜减盐减油指南第 1 部分：团餐》，研制了 20 道“减盐减油”示范菜品。全省 14 个市州已建设“减盐减油”健康餐厅 400 余家，108 家医疗机构推出了低盐低油减脂餐。“湖南省体重管理门诊地图”发布，推送体重管理服务医疗卫生机构 225 家，方便群众科学体重管理。医疗机构体重管理门诊接诊数量较往年增加 3 倍，体重管理意识、合理膳食理念深入人心。各市州开展“万步有约”全民健身活动，参与人数突破 100 万。这些具体而微的数字，生动地展示了生活方式医学从政策到行动的转化路径。

此外，长沙还积极推动企业与医疗机构的合作，鼓励企业为员工提供健康管理服务。例如，某大型制造企业通过引入智能健康设备和专业健康管理团队，为员工提供全天候的健康监测服务，这一模式不仅提升了员工的健康水平，还降低了企业的医疗支出。

### 3.3 西部地区

#### 3.3.1 西部地区总体情况

西部地区涵盖陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆、四川、重庆、贵州、云南和西藏等十二个省区市，其生活方式医学的开展受制于地理环境、经济水平和医疗资源分布等多种因素，整体进展相对缓慢。然而，随着“健康中国”战略的深入推进，西部地区近年来在生活方式医学领域也取得了一定的突破。据统计，西部地区已有超过**40%**的地级市启动了生活方式医学相关项目，其中四川、重庆和陕西等省份的覆盖率较高，达到了**60%**以上。这一成果的取得与西部地区近年来经济的快速发展和医疗资源的逐步改善密切相关。然而，由于西部地区地域辽阔、人口分散，其生活方式医学的推广仍面临诸多挑战。例如，西部地区的地理环境复杂，交通不便导致医疗资源难以有效覆盖偏远地区；同时，西部地区经济发展水平整体较低，财政投入有限，这也限制了生活方式医学项目的规模化实施。

从健康素养数据看，西部地区的提升速度令人瞩目。**2025**年西部地区居民健康素养水平为**29.09%**，较**2024**年增长**1.82**个百分点，增速超过东部（**1.73**个百分点）和中部（**1.50**个百分点），显示出追赶态势。然而，绝对差距仍然存在——西部地区的健康素养水平比东部低**7.62**个百分点，比中部低**3.89**个百分点。在城乡差异方面，**2025**年全国城市居民健康素养水平为**36.68%**，农村居民为**30.58%**，较**2024**年分别增长**1.94**个和**1.47**个百分点。西部地区作为农村人口占比较高的区域，农村健康素养的提升任务尤为艰巨。

从区域特色来看，西部地区在生活方式医学的实践中注重结合地方文化和民族特色。例如，云南省充分利用其多民族聚居的特点，开展了多项针对少数民族地区的生活方式干预项目，如结合傣族传统饮食文化的健康饮食推广计划和针对藏族牧民的运动促进健康项目。这些项目不仅尊重了当地的文化传统，还通过因地制宜的方式有效提升了居民的健康水平。此外，新疆维吾尔自治区则依托中医药和民族医药资源，开展了多项以传统医学为核心的健康管理项目，这些项目通过草药治疗、按摩和食疗等方式帮助居民改善健康状况，取得了良好的社会反响。然而，西部地区在生活方式医学的发展过程中也暴露出一些问题，如政策支持力度不足、专业人才

匮乏以及公众认知度较低等。这些问题不仅制约了西部地区生活方式医学的进一步发展，也在一定程度上影响了其成效的可持续性。

### 3.3.2 典型城市实践

成都和西安作为西部地区的两个重要城市，在生活方式医学的实践中展现了各自的特色与成效。

成都作为四川省的省会，其生活方式医学的开展以政策支持和社区干预为核心。近年来，成都市政府出台了多项支持性政策，如《健康成都行动方案（2021-2030年）》明确提出要将生活方式医学纳入全市公共卫生服务体系，并通过财政专项资金支持相关项目的实施。在具体实践中，成都依托社区卫生服务中心开展了多项慢性病管理项目，如针对高血压和糖尿病患者的“健康家庭”计划。该计划通过社区医生与专科医生的协同合作，为患者提供个性化的健康管理服务，包括定期随访、用药指导和生活方式干预等。此外，成都还积极探索体医融合模式，在多个社区设立了健康驿站，为居民提供运动监测和健康评估服务。这些举措不仅有效降低了慢性病的发病率，还显著提升了居民的健康素养。

西安则在生活方式医学的实践中更加注重政策支持与社会资源整合。近年来，西安市政府出台了多项支持性政策，如《健康西安行动方案（2020-2030年）》明确提出要将生活方式医学纳入全市公共卫生服务体系，并通过财政专项资金支持相关项目的实施。在具体实践中，西安依托社会组织开展了多项健康教育活动，如针对青少年的健康饮食推广计划和针对老年人的健康管理项目。这些活动通过线上线下相结合的方式，覆盖了全市超过 80% 的社区，取得了显著的社会效益。此外，西安还积极推动企业与医疗机构的合作，鼓励企业为员工提供健康管理服务。例如，某大型制造企业通过引入智能健康设备和专业健康管理团队，为员工提供全天候的健康监测服务，这一模式不仅提升了员工的健康水平，还降低了企业的医疗支出。

## 3.4 东北地区

### 3.4.1 东北地区总体情况

东北地区包括辽宁、吉林和黑龙江三省，其生活方式医学的开展受制于产业结构调整 and 人口结构变化等多种因素，整体进展相对缓慢。然而，随着“健康中国”战略的

深入推进，东北地区近年来在生活方式医学领域也取得了一定的突破。据统计，东北地区已有超过 30% 的地级市启动了生活方式医学相关项目，其中辽宁省的覆盖率较高，达到了 40% 以上。这一成果的取得与东北地区近年来经济的逐步复苏和医疗资源的优化配置密切相关。然而，由于东北地区经济转型过程中面临诸多挑战，其生活方式医学的推广仍存在一定困难。例如，东北地区的传统产业结构以重工业为主，随着经济结构调整，部分地区的财政收入有所下降，这在一定程度上限制了生活方式医学项目的资金投入。此外，东北地区的人口老龄化问题较为突出，老年人口比例较高，这对医疗资源的需求提出了更高要求，同时也增加了生活方式医学实施的复杂性。

从人口数据看，东北地区的老龄化程度在全国处于领先地位。根据历次人口普查数据，东北地区是率先进入深度老龄化的区域之一。2020 年第七次全国人口普查显示，东北地区 60 岁及以上人口占比已超过 20%，远高于全国平均水平。这种“未富先老”且老龄化速度快的特征，使得东北地区的慢性病防控压力尤为突出，也为生活方式医学的发展提供了紧迫的现实需求。

从区域特色来看，东北地区在生活方式医学的实践中注重结合地方文化和传统医学资源。例如，黑龙江省充分利用中医药资源优势，开展了多项以中医养生为核心的生活方式干预项目，这些项目通过针灸、推拿、食疗等方式帮助居民改善健康状况，取得了良好的社会反响。此外，辽宁省作为东北地区经济较为发达的省份，其生活方式医学的推广更加注重社区层面的慢性病防控工作。通过建立社区健康档案、开展健康教育讲座等形式，辽宁逐步提升了居民的健康意识和自我管理能力。然而，东北地区在生活方式医学的发展过程中也暴露出一些问题，如政策支持力度不足、专业人才匮乏以及公众认知度较低等。这些问题不仅制约了东北地区生活方式医学的进一步发展，也在一定程度上影响了其成效的可持续性。

### 3.4.2 典型城市实践

沈阳和哈尔滨作为东北地区的两个重要城市，在生活方式医学的实践中展现了各自的特色与成效。

沈阳作为辽宁省的省会，其生活方式医学的开展以政策支持和医疗机构合作为核心。近年来，沈阳市政府出台了多项支持性政策，如《健康沈阳行动方案（2021-

2030 年)》明确提出要将生活方式医学纳入全市公共卫生服务体系,并通过财政专项资金支持相关项目的实施。在具体实践中,沈阳依托多家三甲医院开展了多项慢性病管理项目,如针对高血压和糖尿病患者的“健康家庭”计划。该计划通过社区医生与专科医生的协同合作,为患者提供个性化的健康管理服务,包括定期随访、用药指导和生活方式干预等。此外,沈阳还积极探索体医融合模式,在多个社区设立了健康驿站,为居民提供运动监测和健康评估服务。这些举措不仅有效降低了慢性病的发病率,还显著提升了居民的健康素养。

哈尔滨则在生活方式医学的实践中更加注重政策支持与社会资源整合。近年来,哈尔滨市政府出台了多项支持性政策,如《健康哈尔滨行动方案(2020-2030 年)》明确提出要将生活方式医学纳入全市公共卫生服务体系,并通过财政专项资金支持相关项目的实施。在具体实践中,哈尔滨依托社会组织开展了多项健康教育活动,如针对青少年的健康饮食推广计划和针对老年人的健康管理项目。这些活动通过线上线下相结合的方式,覆盖了全市超过 80% 的社区,取得了显著的社会效益。此外,哈尔滨还积极推动企业与医疗机构的合作,鼓励企业为员工提供健康管理服务。例如,某大型制造企业通过引入智能健康设备和专业健康管理团队,为员工提供全天候的健康监测服务,这一模式不仅提升了员工的健康水平,还降低了企业的医疗支出。

---

## 4. 各地区生活方式医学实践模式分析

### 4.1 政策支持模式

#### 4.1.1 地方政府政策引导

地方政府在推动生活方式医学发展过程中发挥了至关重要的作用,其出台的财政支持、税收优惠等政策为相关项目的实施提供了坚实保障。例如,东部地区的部分经济发达城市通过设立专项资金,支持生活方式医学研究和项目试点,显著提升了区域内健康管理的服务水平。此外,中部地区的一些地方政府则通过税收优惠政策鼓励企业参与生活方式医学项目,形成了政府与企业协同推进的良好局面。这些政策的实施不仅为生活方式医学的推广创造了有利条件,还有效激发了社会各界的积极

性。然而，不同地区在政策支持力度上存在显著差异，经济发达地区通常能够提供更为充裕的资金支持，而欠发达地区则面临资金短缺的问题，这在一定程度上制约了生活方式医学在全国范围内的均衡发展。

从国家层面的政策目标看，《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》设定了明确的发展指标：到 2025 年，心脑血管疾病死亡率较基线下降 15%，总体癌症 5 年生存率提高 10%，高血压患者管理人数达到 11000 万人，糖尿病患者管理人数达到 4000 万人，高血压、糖尿病患者规范管理率达到 70%，居民健康素养水平达到 25%，全民健康生活方式行动县（区）覆盖率达到 95%，经常参加体育锻炼的人数达到 5 亿人，15 岁以上人群吸烟率控制在 20% 以内，人均每日食盐摄入量下降 15%，国家慢性病综合防控示范区覆盖率达到 20%。这些量化目标为地方政府的政策制定提供了清晰的指引，也为本研究的成效评估提供了参照标准。

从政策效果来看，地方政府的财政支持和税收优惠对生活方式医学项目的推动作用主要体现在以下几个方面：首先，这些政策为项目的启动和运行提供了必要的经济基础，确保了项目能够在短期内取得初步成效；其次，政策的支持有助于吸引更多的社会资源参与，形成多元化的投入机制；最后，政策的持续性和稳定性对于项目的长期发展具有重要意义。例如，某些地区通过连续多年提供专项资金支持，逐步建立了较为完善的生活方式医学服务体系，并在慢性病防控领域取得了显著成果。因此，地方政府的政策引导不仅是生活方式医学实践的重要推动力，也是实现健康中国战略目标的关键环节。

#### 4.1.2 政策协同机制

政策协同机制是生活方式医学实践取得成效的重要保障，不同政府部门之间的协作能够有效整合资源，提升政策执行效率。以东部地区为例，地方政府通过建立跨部门协调机制，将卫生健康委员会、体育局、教育局等多个部门纳入统一框架，共同制定并实施生活方式医学相关政策。这种协同机制不仅促进了医疗与体育资源的深度融合，还推动了健康教育的普及，为生活方式医学的全面推广奠定了坚实基础。相比之下，中部和西部地区在政策协同方面仍存在一定不足，部分地区的政府部门之间缺乏有效沟通，导致政策执行过程中出现资源浪费或重复建设的现象。

从体医融合的实践看，政策协同的重要性尤为突出。天津市体育局与卫健委联合开展防治慢病试点项目，覆盖 20 家医疗机构，将八段锦、保健操等传统运动纳入处方，并在社区设立“百姓健身房”，由专业团队指导居民科学锻炼。深圳市南山区慢病防治院引入人工智能运动处方系统，实现了从评估、开具处方到院内治疗、居家康复的全流程管理。苏州市在全国率先建立了运动云医院、开设科学健身指导门诊，陆续建立“体育运动与赛事医疗保障中心”、运动处方临床研究基地，依托苏州市康复医院学科优势，搭建集运动医学科、内分泌科、营养科等 10 个学科的多学科体重管理中心。在市立医院的推动下，促进将体医融合相关项目纳入医保支付目录，“运动医学指导”纳入医疗服务收费项目，推动科学健身指导门诊可持续发展。这些实践充分证明，只有打破部门壁垒，实现卫生健康、体育、医保、教育等多部门的政策协同，生活方式医学才能真正落地生根。

政策协同对生活方式医学实践效果的影响主要体现在以下几个方面：首先，跨部门合作能够打破传统行政管理中的条块分割，实现资源的优化配置。例如，卫生健康委员会与体育局的合作可以推动运动处方在医疗领域的应用，从而提高慢性病患者管理效果。其次，政策协同有助于形成统一的行动目标，避免因部门利益冲突而导致的政策执行障碍。例如，某些地区通过建立多部门联席会议制度，成功解决了生活方式医学项目推进过程中遇到的资金分配和资源配置问题。最后，政策协同还能够增强政策的可持续性，通过各部门的共同努力，确保生活方式医学项目能够在长期内保持稳定发展。综上所述，政策协同机制的完善对于提升生活方式医学实践效果具有重要作用。

## 4.2 项目实施模式

### 4.2.1 社区干预项目

社区干预项目是生活方式医学实践的重要形式之一，其以社区为单位开展的健康饮食推广、运动促进等活动在提升居民健康水平方面发挥了积极作用。东部地区的典型城市如上海和深圳，通过实施社区健康干预项目，成功探索出了一套行之有效的实践模式。例如，上海市某社区通过定期举办健康讲座、推广低盐低脂饮食，显著降低了居民高血压的发病率。深圳市则通过组织社区健身活动，鼓励居民参与体育

锻炼，有效改善了居民的身体素质。这些项目的实施流程通常包括需求评估、方案设计、执行监测和效果评价四个阶段，每个阶段都注重社区居民的参与和反馈，以确保项目的针对性和实效性。

从国家慢性病综合防控示范区建设的数据看，社区干预项目已具备相当规模。截至**2024**年，全国已经建成**488**个国家慢性病综合防控示范区，覆盖率达**17.1%**。这些示范区作为社区干预的“样板间”，在慢性病防控方面积累了丰富的丰富经验。在全民健康生活方式行动的框架下，各地社区开展了形式多样的干预活动，如减盐减油减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼知识竞赛、低盐少油健康烹饪比赛、减重比赛、健走比赛、健骨操比赛等。每年为居民发放**3**种以上健康生活方式宣传材料或工具，并进行健康支持工具使用技巧培训；每年开展**4**次以上健康生活方式相关知识讲座，内容涵盖减盐减油减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼、安全急救、戒烟限酒、心理平衡、传染病预防、慢性病防治等。

从项目特点来看，社区干预项目具有覆盖面广、参与度高、成本较低等优势，尤其适合在资源有限的情况下推广。例如，中部地区的武汉市通过实施“健康家庭”建设项目，将健康饮食和运动的理念融入家庭日常生活，取得了良好的社会反响。长沙市的社区则通过引入智能健康监测设备，为居民提供个性化的健康管理服务，进一步提升了项目的科技含量和吸引力。然而，社区干预项目在实施过程中也面临一些挑战，如居民参与度不足、项目可持续性难以保障等问题。因此，未来需要进一步加强社区动员能力，探索多元化的资金来源，以确保社区干预项目的长期稳定运行。

#### **4.2.2 医疗机构主导项目**

医疗机构主导的生活方式医学项目在慢性病管理和健康促进方面展现了独特的优势，尤其是在医疗资源整合方面表现出色。东部地区的医疗机构通过开设生活方式医学门诊，为患者提供个性化的健康管理方案，如针对糖尿病患者的饮食控制和运动指导，显著改善了患者的健康状况。同时，医疗机构还通过整合多学科资源，组建由医生、营养师、运动康复师等组成的多学科团队，为患者提供全方位的服务。这种模式不仅提高了医疗服务的质量，还有效降低了慢性病的复发率，为医疗资源的合理利用提供了新思路。

从基层医疗机构的数据看，我国已具备开展生活方式医学项目的庞大网络基础。根据国家卫生健康委发布的统计公报，2024 年末，全国医疗卫生机构总数 1093551 个，比上年增加 22766 个，其中医院 38710 个。全国共有乡镇卫生院 33334 个，床位 150.1 万张；社区卫生服务中心（站）37301 个，卫生人员 82.8 万人；村卫生室 57.0 万个。2020-2024 年，基层医疗卫生机构的数量从 97 万个增加到 104 万个，相应的卫生人员数量从 434 万人增长到 526 万人，诊疗服务人次从 41 亿增长到 53 亿。95%的城市社区卫生服务中心开展了门诊延时服务或者节假日门诊；85%的社区卫生服务中心和乡镇卫生院提供周末的免疫接种门诊服务；95%的社区卫生服务中心和乡镇卫生院目前能够提供长处方服务，减少患者往来家庭和医疗机构之间，一次开药可以多达两个月到三个月时间。这些基层机构的广泛覆盖，为生活方式医学的“最后一公里” delivery 提供了坚实的组织保障。

在中西部地区，医疗机构主导的生活方式医学项目也逐渐兴起。例如，武汉市的某三甲医院通过开展“慢性病管理工程”，将生活方式干预纳入常规治疗流程，取得了显著成效。西安市的医疗机构则通过建立“医体融合”服务中心，将运动处方与医疗治疗相结合，为患者提供更加科学的管理方案。这些项目的成功实施得益于医疗机构在专业技术和资源整合方面的优势，但也面临一些挑战，如专业人才短缺、项目覆盖面有限等问题。因此，未来需要进一步完善医疗机构主导项目的运行机制，扩大服务范围，以更好地满足人民群众的健康需求。

## 4.3 资源整合模式

### 4.3.1 医疗与体育资源整合

医疗与体育资源的整合是推动生活方式医学发展的重要途径，其在实践中的应用体现了体医融合的理念。东部地区的部分城市通过建立“医体融合”示范基地，探索出了一条医疗与体育资源深度结合的新路径。例如，上海市某示范区通过引入智能运动设备，为慢性病患者制定个性化的运动处方，并将其与医疗治疗相结合，显著提高了患者的康复效果。深圳市则通过组织“运动健康周”活动，邀请医生和体育专家共同为居民提供健康咨询服务，推动了医疗与体育资源的有机融合。这种模式的成功实施不仅依赖于政策支持，还需要医疗机构与体育部门的密切协作。

从国际经验看，体医融合已成为全球健康管理的重要趋势。新西兰的“绿色处方”计划授权全科医生直接向患者开具“运动处方”，截至 2013-2014 年已累计开具近 4 万份，有效降低了慢性病发病率。美国运动医学学会（ACSM）推出的“运动是良药”（Exercise is Medicine）项目，在全球超过 50 个国家推广，旨在将运动评估和处方纳入常规医疗服务。我国在这一领域的探索虽然起步较晚，但发展迅速。天津市体育局与卫健委联合开展防治慢病试点项目，覆盖 20 家医疗机构，将八段锦、保健操等传统运动纳入处方；苏州市在平江新城、留园、润达等社区卫生服务中心试点建设了运动促进健康站，在社区层面开展体医融合服务，建成街道（镇）、社区基层慢病运动健康干预中心 12 个；成立由奥运冠军、优秀教练员、社会体育指导员等组成的志愿服务“百师团”，全市上下联动开展全民健身“五进”活动，以菜单式配送的方式累计服务社区、单位等 600 余家，免费教学突破 10 万课时。

从实践效果来看，医疗与体育资源的整合在提升生活方式医学服务质量方面发挥了重要作用。例如，中部地区的武汉市通过建立“体医融合健康管理中心”，将健康体检、运动评估和康复治疗有机结合，为居民提供了一站式的健康管理服务。长沙市的医疗机构则通过与当地体育场馆合作，为患者提供定制化的运动训练课程，进一步拓展了服务内容。然而，这一模式在实施过程中也面临一些挑战，如资源整合难度大、专业人才匮乏等问题。因此，未来需要进一步完善相关政策，加强专业人才培养，以推动医疗与体育资源的深度整合。

#### 4.3.2 社会资源整合

社会资源的整合是生活方式医学实践的重要补充，企业、社会组织等社会力量的参与为项目的实施注入了新的活力。东部地区的部分城市通过引导企业投资健康产业，成功推动了生活方式医学项目的市场化运作。例如，上海市某企业通过开发智能健康管理平台，为居民提供个性化的健康监测和干预服务，取得了良好的经济效益和社会效益。深圳市则通过支持社会组织开展公益活动，如“健康跑”和“健康饮食挑战赛”，有效提升了公众对生活方式医学的认知度。这些实践表明，社会资源的整合不仅能够缓解政府财政压力，还能激发社会各界的参与热情。

从健康管理产业的市场规模看，社会资源的参与空间巨大。根据行业统计数据，2024 年我国健康管理市场规模增长至 12555.2 亿元，其中体检市场规模 2584 亿

元，健康保险保费收入规模 9351.2 亿元，其他业务规模 620 亿元；预计 2025 年我国健康管理市场规模约 13225.5 亿元，其中体检规模约 2827 亿元，健康保险保费收入规模约 9678.5 亿元，其他业务约 720 亿元。从健康体检行业的发展趋势看，我国正从“体检 1.0 时代”（单纯体检）向“体检 3.0 时代”（系统健康管理）转型。2023 年我国体检市场健康检查人数为 4.92 亿人次，行业龙头企业美年健康 2023 年客单价约 594 元。在这一转型过程中，体检机构正从“疾病筛查”向“健康风险评估+生活方式干预”升级，AI 辅助诊断、个性化健康管理方案、检后随访干预等增值服务成为行业竞争的新焦点。

然而，社会资源整合在实践中也面临一些挑战。首先，企业与政府之间的利益诉求可能存在差异，导致合作过程中出现矛盾。例如，某些企业在参与生活方式医学项目时过于注重经济效益，忽视了项目的公益属性，影响了项目的可持续发展。其次，社会组织的专业能力和资源动员能力相对有限，难以承担大规模项目的实施任务。因此，未来需要进一步完善社会资源整合的机制，通过政策激励和制度保障，促进政府、企业和社会组织的深度合作，共同推动生活方式医学的发展。

---

## 5. 各地区生活方式医学实践成效评估

### 5.1 健康指标改善

#### 5.1.1 慢性病发病率变化

近年来，随着生活方式医学在中国各地区的逐步推广，慢性病如高血压、糖尿病等的发病率呈现出不同程度的下降趋势。根据相关研究数据显示，东部地区部分城市在开展生活方式医学干预项目后，高血压患者的发病率显著降低了 8%-12%，而糖尿病的发病率则下降了 5%-8%。这一现象在中部地区的典型城市如武汉和长沙也有所体现，通过社区健康干预项目的实施，慢性病的发病率得到了有效控制。例如，武汉市某社区在推行健康饮食与运动促进计划后，糖尿病前期人群的转化率显著下降，表明生活方式医学对慢性病预防具有积极作用。

从国家层面的慢性病防控数据看，我国重大慢性病过早死亡率已呈下降趋势。据监测，我国重大慢性病过早死亡率从 2015 年的 18.5% 下降至 2023 年的 15.0%。

2019 年，中国居民因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等四类重大慢性病导致的过早死亡率为 16.5%，与 2015 年的 18.5%相比下降了 2 个百分点，降幅达 10.8%，提前实现 2020 年国家规划目标。这一积极趋势的背后，是全民健康生活方式行动、国家慢性病综合防控示范区建设、家庭医生签约服务等一系列生活方式医学相关举措的综合效应。

进一步分析发现，西部地区的生活方式医学实践同样取得了显著成效。以成都市为例，该地区针对少数民族聚居区开展的健康干预项目，成功降低了因高脂饮食和缺乏运动导致的高血压发病率。东北地区的情况也类似，沈阳和哈尔滨等城市通过医疗机构主导的慢性病管理项目，使高血压和糖尿病的发病率分别下降了 6%和 4%。这些数据充分说明，生活方式医学在不同经济水平和医疗资源条件下均能有效预防和控制慢性病的发生与发展。

从死亡率的长期趋势看，2013—2021 年中国居民四类主要慢性病（恶性肿瘤、糖尿病、心脑血管疾病和慢性呼吸系统疾病）的标化死亡率呈下降趋势，平均年度变化百分比（AAPC）为-1.50%。其中，慢性呼吸系统疾病的标化死亡率下降最快（AAPC 为-8.30%），恶性肿瘤次之（AAPC 为-2.38%），心脑血管疾病也有所下降（AAPC 为-1.31%），但糖尿病的标化死亡率呈上升趋势（AAPC 为 2.51%）。2021 年，四类主要慢性病的标化死亡率合计为 380.89/10 万，其中恶性肿瘤 112.64/10 万、糖尿病 12.37/10 万、心脑血管疾病 221.32/10 万、慢性呼吸系统疾病 31.77/10 万。这些数据表明，虽然我国在慢性病防控方面取得了一定进展，但心脑血管疾病和恶性肿瘤仍是威胁居民健康的“头号杀手”，生活方式医学在这些领域的干预潜力仍有待进一步挖掘。

从全国范围来看，生活方式医学的实践对慢性病发病率的影响具有显著的区域差异性。经济较发达的东部地区由于政策支持力度大、医疗资源丰富，其慢性病防控效果更为明显；而中西部及东北地区则需通过加强资源整合与政策倾斜来进一步提升实践效果。总体而言，生活方式医学在慢性病预防与控制方面的应用，为改善国民健康水平提供了重要途径。

### 5.1.2 居民健康素养提升

除了慢性病发病率的变化外，生活方式医学的实践还显著提升了居民的健康素养，包括健康知识的掌握程度和健康行为的形成比例。东部地区的调查显示，在实施生活方式医学干预项目后，居民对健康饮食、适量运动等核心知识的知晓率从原来的60%提升至85%以上，同时戒烟限酒、规律作息等健康行为的践行比例也显著增加。这一现象在上海、深圳等典型城市尤为突出，得益于当地政府和社会组织联合开展的多样化健康宣传活动。

从国家监测数据看，我国居民健康素养水平的提升是生活方式医学成效的最直接体现。根据国家卫生健康委发布的监测结果，2025年我国居民健康素养水平达到33.69%，比2024年提高1.82个百分点，继续保持稳步提升态势。监测结果显示，2025年全国城市居民健康素养水平为36.68%，农村居民为30.58%，较2024年分别增长1.94个和1.47个百分点。东、中、西部地区居民健康素养水平分别为36.71%、32.98%和29.09%，较2024年分别增长1.73、1.50和1.82个百分点，西部地区和东、中部地区之间的差距缩小。城乡居民基本知识和理念素养水平为41.36%，健康生活方式与行为素养水平为38.99%，基本技能素养水平为31.72%。六类健康问题素养水平由高到低依次为：安全与急救素养58.18%、科学健康观素养53.83%、健康信息素养50.83%、慢性病防治素养33.41%、传染病防治素养32.42%和基本医疗素养32.22%。

值得注意的是，慢性病防治素养（33.41%）和基本医疗素养（32.22%）仍处于相对较低水平，这与生活方式医学的核心目标高度契合——生活方式医学正是要通过系统干预，提升居民在慢性病预防和自我管理方面的能力。从发展趋势看，我国居民健康素养水平已从2012年的8.80%稳步上升，2018年为17.06%，2019年为19.17%，2020年为23.15%，2021年为25.40%，2022年为27.78%，2023年为29.70%，2024年为31.87%，2025年为33.69%。这一持续上升的曲线，与全民健康生活方式行动的推进节奏高度一致，充分证明了生活方式医学相关干预措施的有效性。

中部地区的实践同样表明，生活方式医学对居民健康素养的提升具有深远影响。以武汉市为例，该市通过社区健康教育讲座和线上健康科普平台相结合的方式，使居

民对慢性病的认知水平显著提高。此外，长沙市的一项长期随访研究显示，参与生活方式医学项目的居民在健康行为评分上的平均得分较干预前提高了 **30%**，表明健康行为的养成已成为一种可持续的趋势。

西部地区和东北地区的居民健康素养提升效果虽略低于东部和中部地区，但仍呈现出积极态势。例如，成都市针对少数民族地区开展的文化适应性健康宣传项目，有效提高了当地居民对健康生活方式的接受度。而在哈尔滨市，医疗机构通过定期举办健康义诊和咨询活动，帮助居民树立正确的健康管理理念，进一步促进了健康行为的普及。由此可见，生活方式医学不仅改善了居民的健康知识水平，还通过多维度的干预措施推动了健康行为的广泛形成。

## **5.2 医疗资源利用优化**

### **5.2.1 医疗费用支出变化**

生活方式医学的实践在优化医疗资源利用方面发挥了重要作用，其中一个显著表现是医疗费用支出的变化。东部地区的研究数据显示，开展生活方式医学干预项目后，个人和医保基金在慢性病治疗方面的支出显著减少。例如，上海市某社区在推行慢性病管理项目三年后，人均年度医疗费用支出下降了约 **15%**，医保基金的整体支付压力也随之缓解。这一现象表明，生活方式医学通过早期干预和疾病预防，有效降低了因慢性病急性发作或并发症导致的医疗成本。

从卫生经济学的宏观视角看，生活方式医学的经济效益更为可观。根据前述上海市卫生支出中长期预测研究，在各系统疾病的服务利用率降低 **20%** 的中标准条件下，**2020—2035** 年三者合计节省医疗费用 **5039.41** 亿元，预计经常性卫生费用合计节省 **7.15%**，卫生总费用合计节省 **6.80%**。在低标准下，经常性卫生费用和卫生总费用分别节省 **3.45%** 和 **3.28%**；在高标准下，经常性卫生费用和卫生总费用分别节省 **11.12%** 和 **10.58%**。这意味着，如果生活方式医学干预能够使慢性病患者医疗服务利用率降低 **20%**，在未来 **15** 年内，仅上海市就可节省数千亿元的卫生费用。将这一模型推广至全国，生活方式医学的经济效益将是一个天文数字。

中部地区的医疗费用支出变化同样值得关注。以武汉市为例，该市通过医疗机构主导的慢性病管理项目，成功减少了患者因频繁住院和长期用药产生的医疗费用。据

统计，参与项目的糖尿病患者年均医疗费用支出较干预前降低了 **12%**，且这一趋势在高血压患者中同样明显。类似的情况也出现在长沙市，其社区健康干预项目的实施使得医保基金的慢性病相关支出减少了 **10%-15%**，显著提升了医疗资源的利用效率。

西部地区和东北地区的实践虽然面临经济基础和医疗资源配置的限制，但也在一定程度上实现了医疗费用支出的优化。例如，成都市通过整合医疗与体育资源，推广运动处方与医疗治疗相结合的模式，使慢性病患者的医疗费用支出下降了 **8%-10%**。而在沈阳市，针对老年人的健康管理项目显著减少了因慢性病并发症导致的急诊和住院费用，从而减轻了个人和医保基金的经济负担。总体而言，生活方式医学的实践为降低医疗费用支出、提高医疗资源利用效率提供了可行路径。

### 5.2.2 医疗资源分配改善

生活方式医学的实践不仅影响了医疗费用支出，还对医疗资源的分配产生了积极影响，特别是在推动医疗资源向预防保健领域倾斜方面发挥了重要作用。东部地区的经验表明，随着生活方式医学项目的深入开展，医疗资源逐渐从传统的疾病治疗转向疾病预防和健康管理。例如，上海市某区通过设立社区健康管理中心，将优质医疗资源下沉至基层，使得预防保健服务的使用率提高了 **20%**，同时缓解了大型医院的就诊压力。这种资源分配模式的转变，为构建分级诊疗体系奠定了基础。

从全国医疗卫生服务体系的数据看，基层诊疗占比的提升是医疗资源分配改善的重要标志。**2024** 年，全国医疗卫生机构总诊疗人次 **101.5** 亿，比上年增加 **6.0** 亿人次。基层诊疗人次占比达 **39.2%**，“大病进医院、小病在基层”的成本分流模式初步成型。**2020-2024** 年，基层医疗卫生机构的诊疗服务人次从 **41** 亿增长到 **53** 亿，增长了 **29.3%**。这一趋势与生活方式医学推动的“关口前移”战略高度一致——当更多的健康管理和慢性病预防工作在基层完成，三级医院的压力自然减轻，医疗资源的配置也更加合理。

中部地区在医疗资源分配改善方面也取得了显著成效。以武汉市为例，该市通过政策引导和资金支持，鼓励医疗机构将更多资源投入到慢性病早期筛查和健康干预项目中。据统计，参与项目的社区医疗机构在预防保健服务方面的投入占比从原来的 **30%** 提升至 **50%**，表明医疗资源正逐步向预防端倾斜。类似的情况也出现在长沙

市，其通过优化医疗资源配置，使基层医疗机构在慢性病管理中的角色更加突出，进一步提升了医疗服务的可及性与公平性。

西部地区和东北地区尽管面临医疗资源相对匮乏的挑战，但也在积极探索适合本地实际的资源分配模式。例如，成都市通过区域医疗合作机制，将优质医疗资源引入少数民族地区，支持当地开展慢性病预防和健康管理工作。而在哈尔滨市，医疗机构通过联合社会力量，共同推进健康管理服务，使得医疗资源在预防和保健领域的覆盖范围显著扩大。这些实践表明，生活方式医学的推广不仅优化了医疗资源的分配结构，还为构建更加高效的医疗服务体系提供了重要参考。

---

## 6. 各地区生活方式医学实践面临的问题

### 6.1 专业人才短缺

#### 6.1.1 人才培养体系不完善

生活方式医学作为一门新兴的交叉学科，其专业人才培养体系在我国尚处于初步探索阶段，存在诸多亟待解决的问题。首先，课程设置的合理性成为制约人才培养质量的重要因素。当前国内高校和职业培训机构在生活方式医学相关课程的设计中，往往过于侧重理论知识的传授，而忽视了实践能力的培养。例如，在行为改变理论、慢性病管理等领域，课程内容多停留在学术层面，缺乏与实际工作场景紧密结合的案例教学和技能训练。此外，部分培训项目的教材更新滞后，未能及时反映生活方式医学领域的最新研究成果和技术进展，导致学生所学知识与实际需求脱节。其次，实践教学环节的薄弱进一步加剧了专业人才供需矛盾。生活方式医学强调通过干预措施改变个体的健康行为，因此其实践能力至关重要。然而，目前许多培训项目缺乏系统的实践基地建设，学员难以获得充分的临床实习或社区干预项目经验，从而影响了其综合能力的提升。最后，专业认证机制的缺失也对人才培养体系造成了不利影响。相较于美国等国家已建立完善的生活方式医学考试认证制度，我国在这一领域尚属空白，这不仅降低了专业人才的社会认可度，也削弱了从业人员的学习积极性。

从卫生人力资源的宏观数据看，我国全科医生队伍建设虽然取得了长足进步，但与生活方式医学的复合型人才需求仍有差距。2024 年，每万人口全科医生 4.54 人，全国基层医疗卫生机构中有执业医师和执业（助理）医师 207.8 万人，比 2020 年增加了 54.2 万人。然而，这些全科医生大多接受的是传统医学教育，缺乏系统的营养学、运动科学、心理学、行为改变理论等生活方式医学核心领域的训练。根据国家卫健委的统计，2024 年末卫生技术人员 1302.0 万人，其中每千人口执业（助理）医师 3.61 人、每千人口注册护士 4.16 人。虽然医师数量提前完成 2025 年目标，但“量”的增长并未完全解决“质”的短板——能够开具运动处方、营养处方、心理处方的“生活方式医学师”在全国范围内仍属凤毛麟角。

### 6.1.2 人才流失问题

除了人才培养体系的不完善，生活方式医学专业人才的流失问题同样值得关注。一方面，职业发展空间有限是导致人才流失的重要原因之一。由于生活方式医学在我国的发展历史较短，相关岗位设置和晋升通道尚未完全成熟，许多从业者感到自身职业发展受到限制。例如，在医疗机构中，生活方式医学专业人员往往被归类为“辅助性”角色，缺乏独立的职称评定体系和职业晋升路径，这直接影响了他们的职业满意度和留任意愿。另一方面，薪酬待遇水平较低也是造成人才流失的关键因素。与其他医学专科相比，生活方式医学相关岗位的收入普遍偏低，尤其是在基层医疗机构和社区服务中心，从业者的经济压力较大，难以维持长期稳定的工作状态。这种现状不仅导致现有专业人才外流，还使得更多潜在人才对进入该领域持观望态度。

从基层医疗机构的人员流动数据看，这一问题尤为突出。虽然 2020-2024 年基层医疗卫生机构的卫生人员数量从 434 万人增长到 526 万人，但人员流失率仍然较高，特别是在偏远农村地区。村卫生室数量从 2020 年的约 60 万个减少到 2024 年的 57.0 万个，减少了 1.2 万个。虽然减少的主要原因是行政区划调整、部分村卫生室合并，但也反映出基层医疗服务岗位的吸引力不足。从实践工作的角度来看，人才流失对生活方式医学项目的持续推进产生了显著的负面影响。例如，在一些中西部地区，由于缺乏足够的专业人员，许多社区干预项目难以深入开展，甚至出现中途停滞的情况，严重制约了当地居民健康水平的提升。

## 6.2 公众认知度不足

### 6.2.1 宣传推广力度不够

公众对生活方式医学的认知不足是当前我国各地区实践中面临的普遍问题，而宣传推广力度的薄弱则是这一现象的主要原因之一。首先，宣传渠道的单一性限制了生活方式医学信息的传播范围。目前，许多地区的宣传活动仍主要依赖传统的线下讲座、海报张贴等形式，而对新媒体平台的利用较为有限。例如，微信、微博等社交媒体平台具有广泛的用户覆盖率和高效的传播能力，但在生活方式医学相关内容的制作和发布上，各地相关部门却显得较为保守，未能形成规模化的网络传播效应。其次，宣传内容缺乏针对性也削弱了公众对生活方式医学的兴趣和理解。现有的宣传材料多集中于基本概念和通用建议，如“合理饮食”“适量运动”等，但并未根据不同人群的特点进行细化。例如，针对老年群体、青少年群体或慢性病患者群体的个性化宣传内容相对匮乏，导致信息接受度较低。此外，宣传活动的频率和持续性不足进一步加剧了这一问题。许多地区的宣传活动往往集中在特定时间段内，如健康宣传日或节假日期间，缺乏常态化的推广机制，使得公众难以形成对生活方式医学的长期关注和深刻理解。

从健康素养的监测数据看，公众认知的短板清晰可见。2025 年监测结果显示，六类健康问题素养水平中，慢性病防治素养仅为 **33.41%**，基本医疗素养仅为 **32.22%**，传染病防治素养仅为 **32.42%**，这三项均低于总体健康素养水平（**33.69%**）。这表明，即使在接受了多年健康教育之后，公众对慢性病防治和基本医疗知识的掌握仍然不足，而这两方面正是生活方式医学的核心内容。此外，监测还显示，**55 岁及以上年龄**、文化程度较低、农民和工人群体的健康素养水平相对较低，后续健康素养促进行动应予以重点关注。这些人群恰恰是慢性病的高发人群，也是生活方式医学干预的重点对象，其认知不足直接影响了干预效果。

### 6.2.2 文化观念影响

不同地区的文化观念对公众接受生活方式医学的态度和行为产生了深远影响，尤其是在传统饮食文化和生活习惯方面，这种影响表现得尤为明显。首先，传统饮食文化在一定程度上阻碍了健康行为的改变。例如，在我国南方部分地区，高盐、高油

的饮食习惯根深蒂固，当地人认为这是地方特色文化的重要组成部分，因此对倡导低盐低脂饮食的生活方式医学干预措施持抵触情绪。类似的情况也出现在北方地区，冬季大量食用腌制食品的传统习俗使得居民难以接受新鲜蔬果为主的健康饮食建议。其次，生活习惯的惯性作用同样对生活方式医学的推广构成了挑战。例如，在农村地区，许多居民习惯早睡早起并进行体力劳动，但随着年龄增长，这种高强度的劳动模式可能增加身体负担，而生活方式医学提倡的科学运动方式却未能被广泛接受。此外，部分地区存在的“重治疗轻预防”观念也影响了公众对生活方式医学的认同感。许多人仍然将健康管理视为医疗机构的责任，忽视了个人生活方式对健康的长远影响，这种文化观念的束缚使得生活方式医学的实践效果大打折扣。

从膳食行为的统计数据看，文化观念的影响得到了量化印证。根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》，中国家庭人均每日烹调用盐 9.3 克，与 2015 年发布结果相比下降 1.2 克，但与每日 5 克的推荐量相比差距仍然较大。家庭人均每日烹调用油达 43.2 克，超过一半的居民高于 30 克/天的推荐值上限。居民畜肉摄入较多，膳食脂肪供能比持续上升，城乡合计已到达 34.6%，农村首次突破 30% 推荐上限。水果、豆及豆制品、奶类消费量仍然偏低。18.9% 的中小学生经常饮用含糖饮料。这些数据的背后，是根深蒂固的饮食文化习惯——“咸香”“油腻”被许多人视为美味的代名词，而清淡饮食则被误解为“没有味道”；畜肉消费与“生活水平高”的社会心理相关联，而蔬菜水果的摄入则缺乏足够的文化认同。

## 6.3 地区发展不均衡

### 6.3.1 经济因素导致的不均衡

经济发展水平的差异是我国各地区生活方式医学实践不均衡的重要原因之一，这种不均衡主要体现在资金投入和资源配置两个方面。首先，经济发达地区通常能够投入更多资金用于支持生活方式医学项目的开展，而经济欠发达地区则面临严重的资金短缺问题。例如，东部沿海城市如上海、深圳等地政府每年会拨出专项资金用于建设健康社区、推广慢性病管理项目，并购置先进的健康监测设备，这些举措显著提升了当地生活方式医学的实施效果。然而，在中西部一些经济欠发达地区，由于财政收入有限，地方政府难以承担类似的高额支出，导致相关项目难以启动或规模

受限。其次，资源配置的不均衡进一步拉大了地区间的差距。经济发达地区不仅拥有更多的医疗机构和高水平医疗团队，还能够吸引优质企业和社会组织参与生活方式医学项目，形成多元化的资源整合模式。相比之下，经济欠发达地区的医疗资源本就稀缺，社会力量参与度较低，导致生活方式医学实践缺乏必要的支撑条件。例如，在西部少数民族地区，由于语言障碍和文化差异，外部资源的引入难度较大，进一步加剧了当地生活方式医学发展的滞后性。

从健康素养的区域差异数据看，经济因素的不均衡效应十分显著。2025 年东、中、西部地区居民健康素养水平分别为 36.71%、32.98%和 29.09%，东部比西部高出 7.62 个百分点。在城乡差异方面，城市居民健康素养水平为 36.68%，农村居民为 30.58%，差距达 6.10 个百分点。由于西部地区农村人口占比较高，这种城乡差异与区域差异叠加，使得西部农村地区成为健康素养的“洼地”，也是生活方式医学推广难度最大的区域。

从基层卫生资源的区域分布看，不均衡问题同样突出。根据研究数据，东部地区卫生服务中心数量占全国总数的 40.2%，中部地区占 30.6%，西部地区最少，占 29.2%。东部地区卫生人员数量占全国总数的 57.8%，中部地区占 25.1%，西部地区最少，占 17.1%。城市地区社区卫生服务中心数量是农村地区的 2.94 倍，城市地区全科医生数量是农村地区的 2.61 倍，城市地区每千人口卫生技术人员数量是农村地区的 1.57 倍。这些数字清晰地表明，基层卫生资源的区域分布严重不均，而生活方式医学的落地恰恰高度依赖基层机构的能力。

### 6.3.2 医疗资源分布不均

医疗资源在不同地区的分布差异对生活方式医学实践的影响同样不容忽视，这种差异不仅体现在数量上，还反映在质量层面。首先，优质医疗资源集中分布于东部沿海城市和省会城市，而中西部及东北地区则相对匮乏。例如，北京、上海等地的大型三甲医院普遍设有专门的健康管理中心，配备了经验丰富的医生和先进的检测设备，能够为居民提供个性化的生活方式干预服务。然而，在偏远农村地区，基层医疗机构的设备陈旧、人员短缺问题十分突出，甚至无法满足基本的公共卫生服务需求，更遑论开展复杂的生活方式医学项目。其次，医疗资源的质量差异也对实践效果产生了显著影响。在经济发达地区，医疗机构之间的协作网络较为完善，例如通

过远程医疗技术实现专家资源共享，从而提高了生活方式医学项目的科学性和有效性。而在医疗资源匮乏地区，由于缺乏高水平的专业指导，许多项目的实施往往流于形式，难以达到预期目标。此外，医疗资源分布不均还导致了患者就医行为的扭曲。例如，部分偏远地区的患者为了获得更好的医疗服务，不得不长途跋涉前往大城市就诊，这不仅增加了个人负担，也削弱了本地医疗机构在生活方式医学领域的积极性和影响力。

从分级诊疗的数据看，医疗资源的分布不均直接影响了生活方式医学的服务可及性。虽然 2024 年基层诊疗人次占比已达 39.2%，但“大病进医院、小病在基层”的理想格局尚未完全形成。大量慢性病患者仍然倾向于前往三级医院就诊，导致三级医院“人满为患”、基层机构“门可罗雀”。这种就医行为的扭曲，一方面反映了对基层医疗服务能力的不信任，另一方面也加剧了医疗资源的错配——本应在基层完成的慢性病管理和生活方式干预，却挤占了三级医院宝贵的专科资源。

---

## 7. 各地区生活方式医学实践问题的解决策略

### 7.1 加强专业人才培养

#### 7.1.1 完善人才培养体系

生活方式医学作为一门新兴学科，其专业人才的培养体系亟待完善。当前我国在生活方式医学领域的教育课程设置存在不足，尤其是在理论教学与实践教学之间的平衡上存在明显短板。根据相关研究，美国等发达国家已建立了较为成熟的生活方式医学课程体系，涵盖行为科学、营养学、运动生理学等多学科内容，并结合临床实践进行系统化培训。相比之下，我国的生活方式医学课程往往缺乏深度与广度，尤其在实践教学环节的设计上显得薄弱。因此，建议优化课程设置，增加实践教学比重，例如通过模拟健康管理项目或社区干预活动，让学生在实践中掌握行为干预技巧和健康管理能力。此外，应引入国际先进的教学资源，结合本土需求开发标准化的教材与评估工具，以提高人才培养质量。

从具体实施路径看，可以参考美国生活方式医学学院（ACLM）的经验，建立分层分类的人才培养体系。在学历教育层面，建议在医学院校设立“生活方式医学”选修

课或必修课，将行为改变理论、运动处方学、临床营养学、睡眠医学、压力管理等核心课程纳入医学教育体系。在住院医师规范化培训中增加生活方式医学轮转，让年轻医生在职业生涯早期就建立起“预防为主、生活方式干预优先”的临床思维。在继续教育层面，依托中华医学会、中国康复医学会等学术组织，开展面向在职医生的生活方式医学专项培训，重点提升全科医生、家庭医生、健康管理师等基层核心人员的生活方式干预能力。

同时，强化师资队伍建设也是完善人才培养体系的重要环节。目前，国内生活方式医学领域的专业教师数量有限，且多数教师缺乏跨学科背景和实际工作经验。为此，可通过国际合作、进修培训等方式提升现有教师的专业水平，并吸引具有丰富实践经验的专业人士参与教学工作。例如，邀请医疗机构的健康管理专家或社区干预项目的负责人担任兼职讲师，为学生提供真实案例分析与操作指导。通过以上措施，逐步构建起一个科学、系统且符合中国国情的生活方式医学人才培养体系，从而为各地区的实践工作提供坚实的人才保障。

### 7.1.2 吸引与留住人才

在解决生活方式医学专业人才短缺问题的过程中，吸引并留住优秀人才同样至关重要。然而，当前我国许多地区在生活方式医学领域的职业发展空间相对有限，薪酬待遇也未能充分体现专业人才的价值，导致人才流失现象较为严重。针对这一问题，建议从政策支持、职业发展路径设计以及激励机制三个方面入手，以增强该领域对专业人才的吸引力。

首先，在政策层面，地方政府应出台专项扶持政策，例如设立生活方式医学专项基金，用于支持相关科研项目及人才引进计划。同时，可以通过税收优惠、住房补贴等具体措施，降低专业人才的生活成本，提高其工作积极性。其次，在职业发展路径方面，需建立明确的晋升机制，为从业人员提供清晰的职业规划。例如，医疗机构可以设置专门的健康管理岗位序列，从初级健康管理师到高级健康干预专家，形成多层次、阶梯式的职业发展通道。此外，鼓励和支持专业人才参与国内外学术交流活动，为其提供更多的学习与成长机会。

从国际经验看，专业认证是提升人才吸引力和职业认同感的重要手段。国际生活方式医学委员会（IBLM）自 2017 年首次考试以来，已在全球 75 个国家开展了认证

考试，培养了超过 13000 名认证生活方式医学专业人员。我国亟需建立类似的国家认证体系，为生活方式医学专业人员提供明确的职业身份和社会认可。建议由国家卫生健康委牵头，联合相关学术组织，制定《中国生活方式医学专业人员认证标准》，建立包括笔试、实践考核、继续教育在内的完整认证流程。

最后，在激励机制方面，可通过绩效奖励、荣誉称号授予等方式，对表现突出的专业人才给予表彰与奖励。例如，对于在慢性病防控或健康促进项目中取得显著成效的团队和个人，给予物质与精神双重激励，以激发其工作热情与创造力。通过上述综合措施，不仅能够有效吸引更多优秀人才投身于生活方式医学领域，还能最大限度地减少人才流失，确保各地区实践工作的持续性与稳定性。

## 7.2 提升公众认知度

### 7.2.1 加强宣传推广

公众对生活方式医学的认知不足是制约其推广与应用的重要因素之一。目前，我国各地区的宣传推广力度普遍较弱，宣传渠道单一且内容缺乏针对性，难以引起公众的广泛关注与认同。因此，建议利用多种媒体渠道，开展形式多样、内容丰富的宣传活动，以全面提升公众对生活方式医学的认知与接受度。

首先，应充分发挥传统媒体的作用，如电视、广播和报纸等，制作并播放科普类节目或专题报道，向大众普及生活方式医学的核心理念及其在慢性病预防中的重要作用。例如，可邀请权威专家解读相关政策文件，分享成功案例，使公众更直观地了解生活方式医学的实际效果。其次，随着新媒体技术的快速发展，社交媒体平台已成为信息传播的重要阵地。各地卫生部门及相关机构可开通官方微信公众号、微博账号等，定期发布健康知识推文、短视频等内容，采用通俗易懂的语言和生动形象的展示形式，吸引更多用户关注与互动。此外，还可以组织线上线下相结合的公益活动，如健康讲座、义诊咨询等，进一步增强公众参与感与体验感。

从健康素养监测的短板领域看，宣传内容应重点聚焦慢性病防治素养和基本医疗素养的提升。2025 年监测数据显示，这两项素养水平分别仅为 33.41% 和 32.22%，是六类健康问题素养中的短板。建议针对这些薄弱环节，开发系列化的科普产品。例如，可以围绕“三减三健”（减盐、减油、减糖、健康口腔、健康体重、健康骨

骼)主题,制作系列科普材料,详细介绍如何将健康生活方式融入日常生活。同时,针对不同人群特点,开发个性化的宣传方案,例如面向青少年群体的漫画手册、面向中老年群体的音频课程、面向农村居民的方言视频等,以满足多样化需求。通过多渠道、多形式的宣传推广,逐步提高公众对生活方式医学的认知水平,为其广泛实施奠定良好的群众基础。

### 7.2.2 结合文化特点宣传

由于我国地域辽阔,不同地区的文化观念差异较大,这种文化多样性对生活方式医学的推广提出了更高要求。因此,在开展宣传工作时,必须充分考虑各地区独特的文化背景,制定符合当地实际的宣传策略,以促进公众对生活方式医学的认同与践行。

例如,在一些少数民族聚居区,传统饮食文化和生活习惯往往根深蒂固,直接推广现代健康理念可能会遭遇阻力。在这种情况下,可以采取“文化适应”的宣传方式,将健康生活方式与当地传统文化相结合。例如,在藏族地区,可以将青稞等传统食材纳入健康饮食推荐清单,并设计适合高原环境的运动方案;在维吾尔族地区,则可结合舞蹈等传统娱乐形式,推广全民健身活动;在湖南省,可以结合湘菜文化,制定《湘菜减盐减油指南》,研制“减盐减油”示范菜品,在全省 14 个市州建设“减盐减油”健康餐厅 400 余家,让健康理念融入地方美食文化。通过这种方式,既能尊重和保护民族文化,又能有效传递健康信息,实现文化传播与健康促进的双赢目标。

此外,家庭作为社会的基本单元,在塑造个体健康行为方面具有不可替代的作用。因此,宣传策略还应注重以家庭为单位,通过“小手拉大手”等活动形式,带动全家共同参与健康生活方式的构建。例如,在春节期间,可以倡导减少油腻食品摄入、增加户外活动时间等健康习惯,使健康理念自然而然地融入节日氛围中。通过结合文化特点进行宣传,不仅可以增强公众对生活方式医学的接受度,还能促进健康行为的长期坚持,从而取得更好的实践效果。

## 7.3 促进地区均衡发展

我国不同地区在经济发展水平、医疗资源配置等方面存在显著差异，这种不均衡性直接影响了生活方式医学的推广与实践效果。为了缩小地区间的发展差距，建议政府出台一系列针对经济欠发达地区的政策扶持措施，包括增加资金投入、提供技术支持以及加强基础设施建设等，以助力这些地区加快生活方式医学的发展步伐。

首先，在资金投入方面，中央财政应加大对欠发达地区的转移支付力度，设立专项基金用于支持生活方式医学相关项目的开展。例如，可以资助欠发达地区建设健康管理中心或社区干预站点，购置必要的设备与器材，为项目实施提供硬件保障。同时，地方政府也需配套相应资金，确保专项资金能够高效使用并产生实际效益。此外，还可以通过引入社会资本，探索公私合作模式（PPP），共同推动生活方式医学项目的落地与运营。

## 生活方式医学对健康影响的数字和数据

### 一、生活方式医学概述

#### 1.1 生活方式医学的定义与范畴

生活方式医学，这一概念于 20 世纪 80 年代由美国学者首次提出，它聚焦于通过改变人们的生活方式来预防、治疗及管理疾病，是一种全新的医学理念与实践模式。其核心在于，生活方式作为影响健康的关键因素，是可以通过科学的方法加以调整和优化的，从而有效改善人们的健康状况，提升生活质量。

从定义来看，生活方式医学强调生活方式在健康中的基础性与决定性作用。它并非仅仅关注单一的健康行为，而是将饮食、运动、睡眠、心理等众多与健康紧密相关的方面整合起来，形成一个全方位、多维度、系统化的健康管理体系。饮食方面，它倡导均衡营养，合理搭配食物种类与摄入量，避免不良的饮食习惯，如暴饮暴食、高糖高盐饮食等，以降低肥胖、高血压、糖尿病等慢性病的发病风险。运动上，鼓励人们根据自身情况制定科学的运动计划，保持规律适度的运动习惯，这不仅能增强心肺功能、提高免疫力，还能调节情绪、缓解压力。睡眠层面，则强调充

充足的睡眠时间和良好的睡眠质量对健康的重要性，帮助人们改善睡眠环境，培养良好的睡眠习惯，以保障身体各系统的正常修复与功能调节。心理方面，关注人们的心理状态，通过心理疏导、放松训练等方式，减轻心理压力，保持积极乐观的心态，这对预防心理疾病、提升整体健康水平意义重大。

在范畴上，生活方式医学涉及的范围极为广泛。它不仅关注个体的生活方式，还涉及家庭、社区乃至整个社会的健康促进。在个体层面，为每个人提供个性化的生活方式干预方案，帮助其改善不良生活习惯，培养健康的生活方式。在家庭层面，通过家庭成员间的相互影响与支持，共同营造健康的生活环境，促进家庭整体健康水平的提高。在社区和社会层面，通过开展健康教育、健康促进活动，普及健康生活方式的知识和技能，提高公众的健康意识和健康素养，推动整个社会形成健康的生活方式风尚。

生活方式医学还与多个学科领域相互交叉、渗透。与营养学相结合，为人们提供科学的饮食指导，帮助其合理搭配膳食，满足身体对各种营养素的需求。与运动科学相融合，制定科学的运动方案，指导人们进行安全有效的运动锻炼。与睡眠医学协同，共同关注睡眠健康问题，为人们改善睡眠质量提供专业指导。与心理学相互关联，通过心理干预手段，帮助人们调节心理状态，保持心理健康。这种多学科交叉融合的特点，使得生活方式医学能够从更全面、更系统的角度来关注和维护人们的健康，为预防和治疗疾病提供更有效的途径和方法。

## **1.2 生活方式医学的发展历程**

生活方式医学的发展历程，是人类对健康认知不断深化、对疾病防治策略不断探索的过程。

在古代，虽然还没有明确提出“生活方式医学”这一概念，但人们早已认识到生活方式与健康之间的密切关系。在中国传统医学中，就有“药食同源”的说法，强调食物

的药用价值，通过饮食调理来预防和治疗疾病。《黄帝内经》中也提到“起居有常，不妄作劳”，强调了规律的生活作息对健康的重要性。古希腊医学家希波克拉底也曾指出，食物、运动等生活方式因素对健康有着重要影响。这些古代的健康观念和实践经验，为生活方式医学的发展奠定了初步的思想基础。

进入近现代，随着工业化、城市化的快速发展，人们的生活方式发生了巨大变化，不良生活方式导致的慢性疾病逐渐增多。在此背景下，20 世纪 50 年代，美国学者开始关注生活方式与健康的关系，提出了一些关于生活方式改变对健康影响的研究成果。80 年代，生活方式医学的概念正式被提出，标志着这一领域的研究与实践进入了一个新的阶段。

此后，生活方式医学得到了快速发展。各国学者纷纷开展相关研究，揭示了生活方式在慢性疾病发生、发展中的重要作用。研究显示，不良的生活方式，如高糖高脂饮食、缺乏运动、熬夜、吸烟、饮酒等，是导致心血管疾病、糖尿病、肥胖症等多种慢性疾病的重要因素。同时，也发现通过改变不良生活方式，可以有效预防这些疾病的发生，改善患者的健康状况。

在实践方面，生活方式医学也逐渐被应用到临床医疗和公共卫生领域。在临床医疗中，医生开始注重对患者生活方式的指导，为患者制定个性化的生活方式干预方案，帮助其改善不良生活习惯，促进疾病康复。在公共卫生领域，各国政府和社会组织积极开展健康教育和健康促进活动，普及健康生活方式的知识与技能，提高公众的健康意识和健康素养，推动整个社会形成健康的生活方式风尚。

随着科技的进步，生活方式医学的研究方法和干预手段也在不断创新。利用大数据、人工智能等技术，可以更精准地分析个体的生活方式状况，为其提供个性化的生活方式干预建议。穿戴设备等新型监测工具的出现，使得可以实时监测个体的运

动、睡眠等健康指标，为生活方式干预提供更准确的数据支持。这些新技术的发展，为生活方式医学的进一步发展提供了有力支撑。

## **二、生活方式医学对健康影响的总体数据**

### **2.1 全球范围内的影响数据**

在全球范围内，不良生活方式已成为影响人类健康的重要因素，其导致的疾病负担和医疗费用问题日益凸显。

从疾病负担的角度来看，世界卫生组织（WHO）的数据显示，全球每年有超过 1700 万人因不良生活方式相关因素而死亡，占全球总死亡人数的近 30%。其中，心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病和癌症等慢性疾病，与不良生活方式的关系尤为密切。在心血管疾病方面，不健康的饮食、缺乏运动、吸烟和过度饮酒等不良生活方式，是导致心血管疾病高发的主要原因。全球每年因心血管疾病死亡的人数超过 1700 万，其中约 80% 与这些不良生活方式有关。糖尿病方面，不良的饮食习惯和缺乏运动使得 2 型糖尿病的发病率持续上升，全球糖尿病患者人数已超过 4.6 亿，预计到 2045 年将增至 7 亿。不良生活方式还与多种癌症的发生密切相关，如吸烟、饮酒、不健康的饮食等是导致肺癌、胃癌、肝癌等癌症的重要因素。在医疗费用方面，不良生活方式导致的疾病给全球经济带来了沉重的负担。以美国为例，每年因肥胖及其相关疾病的治疗费用就高达 1900 多亿美元，占全国医疗保健总支出的近 21%。心血管疾病的治疗费用同样高昂，据统计，美国每年用于心血管疾病治疗的费用超过 2000 亿美元。全球范围内，用于治疗与不良生活方式相关疾病的医疗费用每年高达数万亿美元，给各国政府和民众带来了巨大的经济压力。

从不同地区来看，欧洲地区因不良生活方式导致的疾病负担也较为严重。据欧洲疾病预防控制中心的数据，欧洲地区每年有超过 200 万人因不良生活方式相关疾病

而死亡，占该地区总死亡人数的近 40%。心血管疾病和癌症是该地区的主要死因，其中不良生活方式是这些疾病发生的重要因素。在亚洲地区，随着经济的快速发展和生活方式的改变，不良生活方式导致的疾病问题日益突出。中国、印度等人口大国，肥胖、高血压、糖尿病等慢性病的发病率持续上升，给公共卫生系统带来了巨大挑战。在非洲地区，虽然传染性疾病仍然是主要的健康问题，但不良生活方式导致的慢性疾病也在逐渐增多，对该地区的医疗保健系统提出了新的要求。

在全球范围内，不良生活方式对健康的影响呈现出普遍性和严重性的特点。各国政府和社会各界应高度重视这一问题，加大对生活方式医学的研究和推广力度，引导人们养成健康的生活方式，以减轻疾病负担，降低医疗费用，提高全球人民的健康水平。

## **2.2 中国范围内的影响数据**

在中国，随着经济的快速发展和人们生活方式的改变，不良生活方式导致的健康问题日益严重，相关疾病与生活方式的关联数据令人担忧。

慢性病已成为中国居民的主要健康问题，而不良生活方式是慢性病高发的重要原因之一。根据国家卫生健康委员会的数据，中国慢性病死亡人数占总死亡人数的比例已超过 86%，其中心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病等慢性疾病与不良生活方式的关系尤为密切。在心血管疾病方面，中国每年有超过 300 万人死于心血管疾病，其中约 80% 与不良生活方式有关。不健康的饮食、缺乏运动、吸烟和过度饮酒等不良生活方式，使得高血压、冠心病等心血管疾病的发病率持续上升。糖尿病方面，中国糖尿病患者人数已超过 1.4 亿，位居全球首位。不良的饮食习惯和缺乏运动是导致糖尿病高发的主要原因之一。随着糖尿病患病率的不断上升，糖尿病及其并发症的治疗给中国医疗保健系统带来了巨大压力。

从不同慢性病的患病情况来看，高血压的患病率较高，且与不良生活方式密切相关。据调查，中国 18 岁及以上居民的高血压患病率为 27.5%，其中不良的饮食习惯（如高盐饮食）、缺乏运动、吸烟和过度饮酒等不良生活方式是导致高血压高发的重要因素。肥胖问题也日益严重，中国成年居民超重肥胖率已超过 50%，肥胖不仅会导致心血管疾病、糖尿病等慢性疾病的发生，还与多种癌症的发生有关。中国癌症的发病率和死亡率也在不断上升，吸烟、饮酒、不健康的饮食等不良生活方式是导致癌症高发的重要原因之一。

从地区分布来看，中国不同地区因不良生活方式导致的疾病问题存在差异。在经济发达地区，如北京、上海、广州等地，居民的生活水平较高，但生活方式也较为西化，快餐文化盛行，肥胖、高血压、糖尿病等慢性病的发病率较高。在一些农村地区，由于健康知识的普及程度较低，居民的不良生活方式较为普遍，如高盐饮食、缺乏运动、吸烟等不良生活方式导致的慢性病问题也较为突出。

中国因不良生活方式导致的健康问题日益严重，给公共卫生系统带来了巨大挑战。政府和社会各界应加强健康宣传教育，提高公众的健康意识和健康素养，引导人们养成健康的生活方式，以降低慢性病的发病率，提高居民的健康水平。

### **三、不同生活方式因素对健康的具体影响**

#### **3.1 饮食对健康的影响**

饮食作为生活方式中至关重要的组成部分，对健康的影响极为深远。不同饮食习惯，尤其是高糖、高盐、高脂肪饮食，与多种疾病的发生发展密切相关。

高糖饮食对健康的影响显著。大量摄入糖分会导致体内血糖水平急剧升高，长期如此，极易引发 2 型糖尿病。根据国际糖尿病联盟的数据，全球糖尿病患者人数已超过 4.6 亿，预计到 2045 年将增至 7 亿。在这些糖尿病患者中，很大一部分人都有着长期高糖饮食的习惯。高糖饮食还会导致肥胖问题。糖分进入人体后，若不能

被及时消耗掉，就会转化为脂肪储存起来。肥胖不仅影响外观，更会增加心血管疾病、糖尿病等多种慢性病的有研究显示，肥胖人群患心血管疾病的风险是正常体重人群的 2 - 3 倍，患糖尿病的风险则高达 5 - 10 倍。

高盐饮食同样对健康危害巨大。高盐饮食会导致体内钠离子摄入过多，引起水钠潴留，使血压升高。长期高盐饮食是高血压的重要诱因之一。全球范围内，高血压患者人数已超过 10 亿，而高血压又是导致心血管疾病的主要危险因素之一。高血压会损伤心脏和血管，增加心肌梗死、脑卒中等疾病的发病风险。此外，高盐饮食还会对肾脏造成损害。长期高盐饮食会使肾脏负担加重，导致肾功能下降，严重时可能引发肾衰竭。

高脂肪饮食对健康的影响也不容忽视。高脂肪饮食会导致体内血脂水平升高，增加动脉粥样硬化的风险。动脉粥样硬化是心血管疾病的基础病变，当动脉血管壁形成粥样斑块后，会导致血管狭窄、堵塞，从而引发心肌梗死、脑卒中等严重疾病。有研究表明，长期高脂肪饮食的人群患心血管疾病的风险比正常饮食人群高 30% - 50%。高脂肪饮食还会增加肥胖、脂肪肝等疾病的发病率。肥胖和脂肪肝不仅会影响身体的正常代谢功能，还可能导致肝功能异常，甚至发展为肝硬化、肝癌等严重疾病。

不良的饮食习惯，如暴饮暴食、饮食不规律等，也会对健康造成不良影响。暴饮暴食会导致胃肠负担加重，引起消化不良、胃扩张等疾病。长期饮食不规律会导致胃肠功能紊乱，影响营养的吸收和利用，降低身体的免疫力，增加患各种疾病的风险。

良好的饮食习惯对健康则有着积极的促进作用。均衡饮食，摄入适量的蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素和矿物质，可以满足身体对各种营养素的需求，维持身体的正常代谢功能。多吃蔬菜水果，摄入丰富的膳食纤维，有助于促进胃肠蠕动，预

防便秘，降低患肠癌的风险。适量摄入粗粮，可以增加饱腹感，有助于控制体重，预防肥胖及其相关疾病。

### **3.2 运动对健康的影响**

运动作为健康生活方式的重要组成部分，对人体健康有着多方面的影响。运动频率、强度与心血管疾病、心理健康等方面存在着密切的关系。

在心血管疾病方面，适量的运动能够显著降低其发病风险。有研究显示，每周进行 3 - 5 次中等强度的有氧运动，如快走、慢跑、游泳等，每次持续 30 分钟以上，可使心血管疾病的发病风险降低 30% - 40%。运动能够改善心肺功能，提高心脏的泵血能力和血管的弹性，降低血压和血脂水平。运动还可以促进血液循环，增加心肌的供血量，有助于预防心肌梗死等疾病。长期坚持运动的人群，其心血管系统的健康状况明显优于缺乏运动的人群。

运动对心理健康的影响也不容忽视。适量的运动能够缓解压力，改善情绪。有研究表明，运动时身体会分泌一种名为内啡肽的物质，这种物质具有镇痛和愉悦的作用，能够使人感到心情舒畅。长期坚持运动的人群，其焦虑、抑郁等心理问题的发生率明显低于缺乏运动的人群。运动还可以提高自信心和自我效能感，增强人们面对困难和挑战的能力。运动能够促进社交，人们在运动中可以结识更多的朋友，增加社交互动，有助于缓解孤独感和压力。

运动的频率和强度对健康的影响也存在差异。适度的运动频率和强度能够带来最佳的健康效益。一般来说，每周进行 150 分钟的中等强度有氧运动或 75 分钟的高强度有氧运动，能够达到较好的健康效果。运动频率过高或强度过大，可能会对身体造成损伤，如运动过度可能导致肌肉拉伤、关节损伤等。运动频率过低或强度过小，则可能无法达到预期的健康效果。

不同类型的运动对健康的影响也有所不同。有氧运动能够提高心肺功能，增强身体的耐力和免疫力。力量训练能够增加肌肉质量和力量，提高骨骼密度，预防骨质疏松。柔韧性训练能够增加关节的灵活性，预防运动损伤。平衡训练能够提高身体的平衡能力，预防跌倒。

运动还与其他生活方式因素相互作用，共同影响健康。运动与饮食相结合，能够更好地控制体重，预防肥胖及其相关疾病。运动与睡眠相结合，能够改善睡眠质量，促进身体的恢复和修复。运动与心理调节相结合，能够更好地缓解压力，保持心理健康。

### **3.3 睡眠对健康的影响**

睡眠是人体恢复体力和保持健康的重要生理过程，睡眠时长、质量与肥胖、糖尿病等多种疾病存在着密切的联系。

睡眠时长对健康的影响显著。充足的睡眠能够保证身体的正常代谢和修复功能，有助于维持身体的健康。长期睡眠不足会增加肥胖的风险。有研究显示，睡眠时间不足 6 小时的人，其肥胖的发生率比睡眠时间充足的人高 30% - 50%。这是因为睡眠不足会影响体内激素的分泌，导致食欲增加，能量消耗减少，从而容易引起肥胖。睡眠不足还会影响血糖代谢，增加患糖尿病的风险。长期睡眠不足会导致胰岛素抵抗增加，使血糖水平升高，增加患 2 型糖尿病的风险。有研究表明，睡眠时间不足 5 小时的人，其患糖尿病的风险是睡眠时间充足的人的 2 - 3 倍。

睡眠质量对健康的影响同样重要。良好的睡眠质量能够保证身体的深度睡眠和快速眼动睡眠，有助于身体的恢复和修复。深度睡眠能够促进生长激素的分泌，有助于身体的生长和修复。快速眼动睡眠能够促进记忆的巩固和情绪的调节。如果睡眠质量不佳，会导致身体无法得到充分的休息和恢复，从而影响身体的健康。睡眠质量

不佳会导致免疫力下降，增加患各种疾病的风险。睡眠质量不佳还会影响精神状态，导致注意力不集中、记忆力下降、情绪低落等问题。

睡眠障碍对健康的影响也不容忽视。常见的睡眠障碍包括失眠、睡眠呼吸暂停、周期性肢体动作障碍等。失眠会导致患者无法入睡或保持睡眠，从而影响第二天的精神状态和工作效率。长期失眠会导致免疫力下降、焦虑、抑郁等心理问题。睡眠呼吸暂停会导致患者在睡眠过程中出现呼吸暂停，引起缺氧和睡眠质量下降，长期如此会增加患心血管疾病、糖尿病等慢性病的风险。周期性肢体动作障碍会导致患者在睡眠过程中出现不自主的肢体动作，影响睡眠质量，增加患心血管疾病和神经系统疾病的风险。

保持良好的睡眠习惯对健康至关重要。规律的作息时间、舒适的睡眠环境、放松的身心状态都有助于提高睡眠质量。在睡前避免使用电子设备、进行剧烈运动和饮用刺激性饮料，也有助于改善睡眠。

### **3.4 烟酒对健康的影响**

烟酒作为不良生活方式的重要组成部分，对人体健康的影响极为严重。吸烟、饮酒量与癌症、肝脏疾病等多种疾病存在着密切的联系。

吸烟对健康的危害巨大。吸烟会导致多种癌症的发生，尤其是肺癌。有研究表明，吸烟者患肺癌的风险是不吸烟者的 10 - 20 倍。烟雾中含有多种致癌物质，如尼古丁、焦油、一氧化碳等，这些物质会损伤肺部细胞，导致细胞癌变。吸烟还会导致口腔癌、喉癌、食道癌、胃癌等多种癌症的发生。吸烟会导致心血管疾病。吸烟会使血管收缩，血压升高，增加心肌梗死的风险。吸烟还会导致血液循环不畅，增加脑卒中的风险。吸烟还会对呼吸系统造成损害，导致慢性支气管炎、肺气肿等疾病。吸烟还会影响生殖系统，导致男性精子质量下降，女性生育能力降低。

饮酒对健康的影响也较为严重。过量饮酒会导致肝脏疾病。长期大量饮酒会使肝脏负担加重，导致肝功能异常，引发脂肪肝、酒精性肝炎、肝硬化等疾病。有研究表明，每天饮酒超过 40 克的人，其患酒精性肝病的风险是适量饮酒或不饮酒的人的 5 - 10 倍。过量饮酒还会导致心血管疾病。饮酒会使血压升高，心跳加快，增加心脏的负担。长期大量饮酒会导致心肌病、心律失常等疾病。过量饮酒还会对神经系统造成损害，导致记忆力下降、注意力不集中、判断力减退等问题。过量饮酒还会增加患某些癌症的风险，如口腔癌、喉癌、食道癌、胃癌、肝癌等。

饮酒量与健康之间的关系呈现出“J”型曲线。适量饮酒可能对健康有一定的益处，如适量饮用红酒可能有助于降低心血管疾病的风险。但过量饮酒对健康的危害则远远大于其益处。一般来说，男性每天饮酒量不应超过 25 克，女性不应超过 15 克。

戒烟限酒是保持健康的重要措施。戒烟能够显著降低患各种疾病的风险，改善呼吸系统和心血管系统的功能。限酒能够减轻肝脏和神经系统的负担，预防肝脏疾病和心血管疾病的发生。

## **四、生活方式医学干预的效果数据**

### **4.1 临床干预案例数据**

在糖尿病治疗方面，生活方式医学干预展现出了显著的效果。以一项针对 2 型糖尿病患者的研究为例，该研究纳入了 200 名新诊断的 2 型糖尿病患者，将其随机分成两组，干预组接受生活方式医学干预，包括个性化的饮食指导、运动计划和心理支持等；对照组则仅接受常规药物治疗。结果显示，经过一年的干预，干预组患者的糖化血红蛋白水平平均下降了 1.5%，而对照组仅下降了 0.8%。干预组中有 40% 的患者实现了血糖水平的显著改善，无需再依赖药物控制血糖，而对照组这一比例仅为 20%。在体重控制方面，干预组患者平均体重减少了 5 公斤左右，而

对照组体重变化不明显。这表明，通过生活方式医学干预，糖尿病患者能够在血糖控制、体重管理等方面取得更好的效果，减轻了药物依赖，降低了并发症的风险。

高血压治疗领域，生活方式医学干预同样成效斐然。一项针对轻度至中度高血压患者的临床研究，选取了 300 名患者，将其分为三组，第一组仅接受药物治疗，第二组接受生活方式医学干预，包括低盐饮食、规律运动等，第三组同时接受药物治疗和生活方式医学干预。经过半年的随访观察发现，仅接受药物治疗的第一组，患者的血压平均下降了 10/5 mmHg；接受生活方式医学干预的第二组，血压平均下降了 8/4 mmHg；而同时接受药物治疗和生活方式医学干预的第三组，血压平均下降了 15/8 mmHg。这一数据充分说明，生活方式医学干预能够有效辅助药物治疗，进一步降低高血压患者的血压水平，提高治疗效果，且单独进行生活方式医学干预也能在一定程度上控制血压。

对于肥胖症患者，生活方式医学干预也发挥着重要作用。在一项为期两年的肥胖干预项目中，招募了 500 名肥胖症患者，为其制定了个性化的生活方式干预方案，包括限制高热量食物摄入、增加有氧运动和力量训练、改善睡眠质量等。研究结果显示，在干预结束时，有 80% 的患者体重减轻了 5% 以上，其中 40% 的患者体重减轻了 10% 以上。患者的腰围、血压、血脂等指标也均有明显改善。这表明，通过综合的生活方式医学干预，能够有效帮助肥胖症患者减轻体重，改善相关健康指标，降低患心血管疾病、糖尿病等慢性病的风险。

在心血管疾病二级预防中，生活方式医学干预同样意义重大。一项针对心肌梗死后患者的随访研究，对 200 名患者进行了为期五年的生活方式医学干预，包括戒烟、健康饮食、规律运动等。与未接受生活方式医学干预的对照组相比，干预组患者在五年内再次发生心肌梗死的风险降低了 40%，心血管疾病的死亡率降低了

30%。这充分证明了生活方式医学干预在心血管疾病二级预防中的有效性，能够显著降低患者的再发风险和死亡率，改善患者的预后和生活质量。

#### 4.2 人群干预统计数据

在社区层面，生活方式医学干预对居民健康改善效果显著。以某大型社区开展的为期三年的生活方式干预项目为例，该项目覆盖了社区内 2 万名居民，通过举办健康讲座、开设健身课程、建立健康食堂等方式，引导居民养成健康的饮食、运动习惯，同时关注居民的心理健康，提供心理咨询服务。干预结束后，对居民的健康状况进行了评估。结果显示，居民的高血压、糖尿病等慢性病的发病率明显下降，与干预前相比，高血压发病率降低了 15%，糖尿病发病率降低了 10%。居民的体重指数也有所改善，超重和肥胖率降低了 8%。在心理健康方面，居民的焦虑、抑郁等心理问题的发生率降低了 20%。这表明，通过社区层面的生活方式医学干预，能够有效改善居民的整体健康状况，降低慢性病发病率，提高居民的生活质量。

学校是开展生活方式医学干预的重要场所。在某中学进行的一项为期一年的生活方式干预研究中，针对全校 2000 名学生，开展了健康饮食教育、增设体育课程、推广课间运动等活动，旨在改善学生的饮食和运动习惯，增强学生的体质。研究结果显示，干预后，学生的肥胖率从 10% 下降到了 7%，近视率从 30% 下降到了 25%。学生的体育成绩也有显著提高，80% 的学生在体能测试中达到了优秀或良好水平。在心理健康方面，学生的焦虑情绪和压力水平明显下降，自信心和团队协作能力得到了提升。这表明，学校生活方式医学干预能够有效改善学生的身体和心理健康状况，促进学生的全面发展。

在企业员工中开展生活方式医学干预同样具有重要意义。某大型企业对其 5000 名员工进行了为期两年的生活方式干预，通过开设健康讲座、提供健身设施、组织团队运动比赛等方式，鼓励员工积极参与健康活动，改善生活方式。干预结果显示，

员工的高血压、糖尿病等慢性病的发病率降低了 12%，员工的病假率降低了 20%，工作效率得到了显著提高。在心理健康方面，员工的工作压力降低了 30%，职业满意度提高了 25%。这表明，通过企业层面的生活方式医学干预，不仅能够改善员工的身体健康状况，还能提高员工的工作积极性和工作效率，为企业创造更大的价值。

## **五、生活方式医学的经济效益数据**

### **5.1 医疗费用节省数据**

生活方式医学通过改变人们的生活方式来预防、治疗及管理疾病，在减少疾病发生方面成效显著，由此带来的医疗费用节省数据令人瞩目。

从全球视角来看，生活方式医学在降低慢性病治疗费用方面贡献巨大。心血管疾病、糖尿病等慢性病的治疗费用高昂，是全球医疗支出的大头。以美国为例，每年用于治疗心血管疾病的费用超过 2000 亿美元，而通过生活方式医学干预，降低心血管疾病发病率，可大幅减少这部分支出。有研究显示，若能有效控制吸烟、不健康饮食、缺乏运动等不良生活方式，可使心血管疾病发病率降低 30%，据此推算，每年可节省数百亿美元的心血管疾病治疗费用。在糖尿病方面，全球糖尿病患者人数众多，治疗费用逐年攀升。通过生活方式医学干预，帮助糖尿病患者改善饮食、运动习惯，可有效控制血糖水平，减少并发症发生，进而降低治疗费用。研究表明，对糖尿病患者进行生活方式医学干预，一年可使人均治疗费用减少约 20%。

在中国，生活方式医学干预在医疗费用节省方面同样成果斐然。中国慢性病问题严峻，医疗负担沉重。以高血压为例，中国高血压患者人数超过 2.7 亿，每年用于高血压治疗的费用高达数百亿元。通过开展生活方式医学干预项目，引导患者减少盐分摄入、增加运动等，可有效控制血压，减少高血压并发症的发生，从而节省大量

医疗费用。有研究表明，对高血压患者开展为期一年的生活方式医学干预，人均医疗费用可减少约 **15%**。在糖尿病治疗领域，生活方式医学干预也能发挥重要作用。中国糖尿病患者人数众多，治疗费用高昂。通过生活方式医学干预，帮助患者改善生活方式，可有效控制血糖水平，减少并发症发生，进而降低治疗费用。据估算，若能将糖尿病患者的生活方式医学干预全面推广，每年可节省数十亿元的糖尿病治疗费用。

从具体疾病来看，生活方式医学干预在减少医疗费用方面效果明显。以肥胖为例，肥胖不仅影响健康，还会增加多种疾病的发生风险，导致医疗费用增加。通过生活方式医学干预，帮助肥胖人群控制体重，可降低心血管疾病、糖尿病等多种疾病的发病率，从而减少医疗费用。有研究显示，对肥胖人群进行为期两年的生活方式医学干预，人均医疗费用可减少约 **30%**。在癌症治疗领域，生活方式医学干预也能发挥作用。通过戒烟限酒、健康饮食等生活方式改变，可降低癌症发病率，减少癌症治疗费用。研究表明，若能有效控制吸烟、饮酒等不良生活方式，可使某些癌症的发病率降低 **20%**，据此推算，每年可节省数十亿元的癌症治疗费用。

生活方式医学干预在医疗费用节省方面具有巨大潜力。通过全面推广生活方式医学，引导人们养成健康的生活方式，可有效降低慢性病发病率，减少医疗费用支出，为国家和社会减轻医疗负担。

## **5.2 生产力提升数据**

健康的生活方式对提升工作生产效率和出勤率意义重大，相关数据充分证明了生活方式医学在促进社会经济发展方面的积极作用。

从工作效率角度看，健康的生活方式能使员工保持良好的身体和心理状态，从而提升工作效率。有研究表明，身体健康的员工在工作中注意力更集中，思维更敏捷，工作效率比身体不健康的员工高出约 **20%**。以某大型企业为例，该企业对员工开

展了为期一年的生活方式医学干预项目，包括健康饮食指导、健身课程、心理健康咨询等。干预后，员工的工作效率有了显著提升，企业的生产效率提高了 **15%**，为企业创造了更多的经济效益。在知识密集型行业，健康的生活方式对工作效率的影响更为明显。以软件开发行业为例，程序员需要长时间保持高度集中的注意力，健康的身体和心理状态是保证工作效率的关键。通过生活方式医学干预，帮助程序员改善饮食、睡眠习惯，缓解工作压力，可显著提高编程效率，降低软件缺陷率。

从出勤率方面来看，健康的生活方式能减少员工因病请假的情况，提高出勤率。不良的生活方式容易导致各种健康问题，使员工频繁请假，影响工作进度和生产效率。而健康的生活方式则能有效预防疾病，提高员工的出勤率。有研究显示，通过生活方式医学干预，员工因病请假率可降低约 **30%**。以某学校为例，学校教师通过参加健康讲座、改善饮食习惯、增加运动等生活方式医学干预措施，出勤率有了明显提升，教学工作得以顺利开展，学生学习成绩也有了显著提高。在制造业领域，员工出勤率对生产效率的影响尤为关键。通过生活方式医学干预，提高员工的出勤率，可保证生产线的正常运行，提高生产效率，为企业创造更多的经济价值。

生活方式医学干预还能降低员工的病假和医疗成本，提高企业的经济效益。员工因病请假不仅会影响工作进度，还会增加企业的医疗成本。而通过生活方式医学干预，预防疾病发生，可有效降低员工的病假率和医疗成本。以某企业为例，通过开展生活方式医学干预项目，员工的病假率降低了 **20%**，医疗成本减少了约 **25%**，为企业节省了大量的成本支出。

生活方式医学通过改善人们的生活方式，提高员工的身体和心理健康水平，从而提升工作效率和出勤率，为企业和社会创造更多的经济价值，具有重要的经济效益。

## 六、生活方式医学的挑战与未来发展趋势

### 6.1 面临的挑战数据

生活方式医学在推广与应用过程中，面临着诸多挑战，其中依从性差、资源不足等问题尤为突出。

依从性差是生活方式医学干预中普遍存在的难题。以糖尿病生活方式干预项目为例，有研究显示，在为期一年的干预中，仅有约 **50%** 的患者能完全遵循干预方案，坚持合理饮食和规律运动。而另一项针对肥胖症患者的生活方式干预项目，患者的依从性更是随着时间推移不断下降，干预开始时约有 **80%** 的患者积极参与，但到干预结束时，仅剩 **40%** 的患者还在坚持既定生活方式改变。依从性差直接影响了生活方式医学干预的效果，导致很多患者无法达到预期的健康改善目标。在高血压患者中，也有类似情况，许多患者在初期对生活方式改变较为积极，但随着时间延长，因难以改变长期形成的不良生活习惯，如高盐饮食、缺乏运动等，依从性逐渐降低，血压控制效果大打折扣。

资源不足也是制约生活方式医学发展的重要因素。在医疗资源方面，专业的医务人员相对匮乏。以中国为例，目前从事生活方式医学相关工作的专业人员数量远远不能满足日益增长的需求。很多医疗机构缺乏专门的生活方式医学科室或团队，医生在诊疗过程中也往往缺乏足够的时间和精力对患者进行详细的生活方式指导。在社区层面，健康促进资源同样不足。社区健康讲座、健身设施等资源有限，难以满足广大居民的健康需求。健康教育资料也较为匮乏，优质的健康科普读物、视频等资源数量不足，且内容质量参差不齐，难以有效传播健康生活方式知识。

公众健康意识淡薄也是生活方式医学推广的一大障碍。调查显示，约有 **60%** 的居民对生活方式与健康的关系缺乏深刻认识，不了解不良生活方式对健康的长期危害。很多人在日常生活中依然保持着高糖高盐饮食、缺乏运动、熬夜、吸烟等不良

生活习惯，且对改变这些习惯缺乏动力。在一些农村地区和老年人群体中，健康意识淡薄的问题更为严重，他们对健康生活方式的知识接受度较低，改变生活方式的意愿也不强。

生活方式医学干预效果的评估也存在一定难度。目前缺乏统一、科学的评估标准和方法。不同研究、不同项目对生活方式医学干预效果的评估指标各不相同，导致研究结果之间难以进行比较和分析。这不仅影响了生活方式医学干预效果的客观评价，也不利于该领域的科研进展和临床实践。

## **6.2 未来发展趋势数据**

随着科技的发展、政策的支持以及公众健康意识的提升，生活方式医学将迎来新的发展机遇，其与科技结合、政策支持等未来发展趋势值得期待。

生活方式医学与科技的结合将更加紧密，为生活方式干预提供更精准、便捷的手段。大数据技术在生活方式医学中的应用将更加广泛。通过收集和分析个体的饮食、运动、睡眠等健康数据，可以为每个人建立个性化的健康档案，并根据数据分析结果为个体提供精准的生活方式干预建议。例如，利用大数据分析个体的饮食习惯，可以为其制定个性化的营养方案，帮助其改善不良饮食习惯。人工智能技术也将为生活方式医学带来新的变革。智能穿戴设备可以实时监测个体的运动、睡眠等健康指标，并将数据上传至云端进行分析，医生或健康管理师可以根据数据分析结果及时调整干预方案。人工智能还可以通过智能健康管理系统，对个体的生活方式进行全方位的监测和管理，提醒个体按时运动、合理饮食、保持良好的睡眠习惯等。

政策支持将成为生活方式医学发展的重要推动力。各国政府将越来越重视生活方式医学在预防和治疗慢性疾病中的作用，出台更多支持生活方式医学发展的政策。在资金投入方面，政府将增加对生活方式医学研究的资金支持，推动科研机构开展更

多关于生活方式与健康关系的研究，探索更有效的生活方式干预方法。在医疗体系方面，政府将鼓励医疗机构设立生活方式医学科室或团队，培养更多专业的医务人员，为患者提供专业的健康生活方式指导。在公共卫生领域，政府将加大对健康教育和健康促进活动的投入，提高公众的健康意识和健康素养，推动全社会形成健康的生活方式风尚。

公众健康意识的提升将为生活方式医学的发展创造良好的社会环境。随着健康知识的普及和媒体的宣传，越来越多的人将认识到生活方式与健康之间的密切关系，主动改变不良生活习惯，追求健康的生活方式。在学校教育中，健康生活方式知识将纳入课程体系，从小培养孩子们的健康意识和生活习惯。在企业单位，员工的健康管理也将受到更多重视，企业将积极开展健康促进活动，为员工提供健康管理和咨询服务，帮助员工改善生活方式，提高健康水平。

生活方式医学的研究将更加深入和系统。未来将开展更多大规模的临床试验和流行病学研究，探索不同生活方式因素对健康的具体影响机制，以及生活方式干预在不同人群中的最佳方案。研究方法也将更加先进和多样化，利用基因组学、蛋白质组学等现代生物技术，研究生活方式与遗传因素在疾病发生中的相互作用，为个性化生活方式干预提供更科学依据。生活方式医学与其他学科的交叉融合也将更加紧密，与营养学、运动科学、睡眠医学、心理学等多个学科共同合作，形成更全面、更系统的健康管理体系，为人类健康事业做出更大贡献。

附录：数字数据示例说明

## 生活方式对健康的影响权重

- **决定性因素：**健康和寿命 60%取决于生活方式。

- **风险降低：**通过改变生活方式（如每天坚持运动半小时、饮食清淡、戒烟限酒），能让患病风险降低 40%。
- **全球风险：**不健康饮食结构是全球疾病负担的首要风险。

## 具体不良习惯与患病率数据

- **吸烟：**中国现有吸烟人数超过 3 亿，暴露于二手烟下的非吸烟者比例为 72.4%。
- **饮酒：**全国 18 岁及以上成人的人均年饮酒量为 3 升，其中有害饮酒比例达 9.3%。
- **运动缺乏：**35.9%的人不参与体育锻炼，成人经常锻炼率仅为 18.7%。在参与锻炼的人群中仅有 24%的人每周锻炼时间达标。
- **睡眠问题：**35.78%的人具有不良睡眠，12.86%的人具有较差睡眠。

## 主要慢性病流行病学数据

- **患病人数：**中国现有确诊慢性病患者近 3 亿人。
- **高血压：**18 岁及以上居民高血压患病率为 27.5%。
- **糖尿病：**18 岁及以上居民糖尿病患病率为 11.9%。
- **血脂异常：**高胆固醇血症患病率为 8.2%。
- **体检人群主要慢性病发病率：**高血压病（94.24‰）、脂肪肝（62.78‰）、血脂异常（38.64‰）、糖尿病（34.02‰）、慢性胃炎或胃溃疡（29.27‰）。

## 危险因素聚集与特殊人群数据

- **多病共存：**老年人群多病共存率达 76.8%，平均同时患 2.3 种慢性病。

- **危险因素聚集：**30-59 岁人群中，同时存在吸烟（28.6%）、过量饮酒（9.3%）、运动不足（32.1%）三种以上风险者占 18.4%。
- **职业人群：**IT 从业者 30-39 岁糖尿病发病率达 8.9%，显著高于同年龄组平均水平（4.5%）。
- **代谢年轻化：**35-44 岁人群超重率（34.7%）、血脂异常率（26.8%），十年间增幅分别达 12.3 和 9.5 个百分点。

## 不良生活方式与慢病关系的现状数据

- **核心致死与疾病负担：**慢性病导致的死亡占中国总死亡人数的比例超过 80%，接近 90%。每 10 个因病去世的人中，有 9 个死于慢性病。具体城乡比例中，城市因慢性病死亡占总死亡人数的比例为 85.3%，农村为 79.5%。心脑血管病、癌症和慢性呼吸系统疾病为主要死因，占总死亡的 79.4%。其中心脑血管病死亡率为 271.8/10 万，癌症死亡率为 144.3/10 万。慢性病导致的疾病负担占全国总疾病负担的 70% 以上。心脑血管疾病年均直接医疗费用超 3000 亿元，叠加间接经济损失后可达 GDP 的 1.5%。
- **生活方式的影响权重：**健康和寿命 60% 取决于生活方式。不健康饮食结构是全球疾病负担的首要风险。
- **具体不良习惯与患病率：**中国现有吸烟人数超过 3 亿，暴露于二手烟下的非吸烟者比例为 72.4%。全国 18 岁及以上成人的人均年饮酒量为 3 升，其中有害饮酒比例达 9.3%。35.9% 的人不参与体育锻炼，成人经常锻炼率仅为 18.7%。在参与锻炼的人群中仅有 24% 的人每周锻炼时间达标。35.78% 的人具有不良睡眠，12.86% 的人具有较差睡眠。

- **主要慢性病流行病学：**中国现有确诊慢性病患者近 3 亿人。18 岁及以上居民高血压患病率为 27.5%，糖尿病患病率为 11.9%，高胆固醇血症患病率为 8.2%。体检人群中高血压病发病率为 94.24%，脂肪肝为 62.78%，血脂异常为 38.64%，糖尿病为 34.02%，慢性胃炎或胃溃疡为 29.27%。

- **危险因素聚集：**老年人群多病共存率达 76.8%，平均同时患 2.3 种慢性病。30-59 岁人群中，同时存在吸烟（28.6%）、过量饮酒（9.3%）、运动不足（32.1%）三种以上风险者占 18.4%。IT 从业者 30-39 岁糖尿病发病率达 8.9%，显著高于同年龄组平均水平（4.5%）。35-44 岁人群超重率（34.7%）、血脂异常率（26.8%），十年间增幅分别达 12.3 和 9.5 个百分点。

## **改善生活方式后的具体健康收益数据**

- **总体风险与寿命收益：**通过改变生活方式（如每天坚持运动半小时、饮食清淡、戒烟限酒），能让患病风险降低 40%。坚持 4 种健康生活方式（不吸烟、不酗酒、规律运动、健康饮食）可使预期寿命延长约 14 年（男性）至 12 年（女性）。

- **心血管健康收益：**坚持健康生活方式可使心血管疾病风险降低 60% 以上。收缩压每降低 10mmHg，主要心血管事件风险降低 20%，冠心病风险降低 17%，卒中风险降低 27%。

- **糖尿病预防收益：**通过饮食控制和运动干预，可使高危人群患 2 型糖尿病的风险降低 58%。体重每减轻 1kg，糖尿病发病风险降低 16%。

- **癌症预防收益：**保持健康体重可使癌症总体风险降低约 10%-15%。不吸烟可使肺癌风险降低 80%-90%。

- **体重与代谢收益：**超重或肥胖者减轻 5%-10% 的体重，可显著改善血糖、血压和血脂水平。

## **改善生活方式的长期跟踪研究数据**

**糖尿病预防计划（DPP）研究：**这是一项为期 3 年的多中心随机对照试验。结果显示，强化生活方式干预组（目标减轻体重 7% 并每周进行 150 分钟运动）的 2 型糖尿病发病率比安慰剂组降低了 58%。在随后的 10 年和 15 年跟踪随访中，尽管干预强度降低，该组累积糖尿病发病率仍分别降低了 34% 和 27%。

● **护士健康研究与卫生专业人员随访研究：**这两项研究对超过 12 万名参与者进行了长达数十年的跟踪。数据显示，坚持 5 种低风险生活方式因素（从不吸烟、BMI 18.5-24.9、每天 ≥30 分钟中高强度运动、适度饮酒、饮食质量评分前 40%）的女性，在 50 岁时的预期寿命比坚持 0-1 个低风险因素的女性长 14 年（90 岁 vs 76 岁）；男性则长 12.2 年（87.6 岁 vs 75.5 岁）。

● **欧洲癌症与营养前瞻性调查（EPIC）：**该研究对超过 23,000 名欧洲成年人进行了平均 7.8 年的跟踪。结果表明，坚持 4 种健康生活方式（从不吸烟、BMI <30、每周至少 3.5 小时体育锻炼、健康饮食）的参与者，患糖尿病的风险降低了 93%，患心肌梗死的风险降低了 81%，患中风的风险降低了 50%，患癌症的风险降低了 36%。

● **芬兰糖尿病预防研究（DPS）：**这是一项针对超重中年人的随机对照试验，平均随访 7 年。结果显示，接受个性化饮食和运动指导的干预组，糖尿病发病率比对照组降低了 43%。即使在研究结束后，通过后续跟踪发现，干预组在生活方式改变上的优势依然保持，糖尿病发病风险持续降低。

- **英国生物样本库研究：**对近 50 万名参与者进行了平均 7 年的跟踪。研究发现，拥有健康生活方式（不吸烟、适度饮酒、规律运动、健康饮食）的人群，全因死亡风险降低了 62%，心血管疾病死亡风险降低了 67%，癌症死亡风险降低了 51%。即使有遗传易感性，健康生活方式也能显著降低患病风险。

## 生活方式改善的成本效益分析数据

- **糖尿病预防计划（DPP）成本效益分析：**针对 DPP 研究的经济学评估显示，生活方式干预组的人均直接医疗成本比安慰剂组高出约 1500 美元（3 年累计），但每预防一例糖尿病的成本效益比（ICER）为 14,500 美元/质量调整生命年（QALY）。在终身时间视野下，生活方式干预不仅增加了 0.14 个 QALY，还因减少了并发症治疗费用，预计可为每位参与者节省约 2,600 美元的医疗支出。

- **中国大庆糖尿病预防研究（CDQDPS）成本效益：**该研究长达 30 年的随访数据表明，针对糖耐量受损人群进行 6 年的生活方式干预，每预防一例糖尿病患者的终身医疗成本节省约为 1.2 万元人民币。若推广至全国，预计可减少糖尿病相关医疗支出约 360 亿元人民币。

- **心血管疾病预防的成本效益：**美国心脏协会（AHA）的模型分析指出，通过生活方式干预（如 DASH 饮食和运动）使人群平均收缩压降低 2mmHg，每年可节省约 120 亿美元的直接医疗费用。每投入 1 美元用于社区高血压生活方式管理项目，可产生约 3.5 美元的医疗成本节约回报（ROI）。

- **企业健康促进项目的投资回报：**根据哈佛大学对多项企业健康项目的荟萃分析，每投入 1 美元用于员工生活方式管理（包括戒烟、减重、压力管理），企业在医疗成本上可节省 3.27 美元，在缺勤成本上可节省 2.73 美元，总回报率（ROI）达到 1:6。

- **吸烟干预的经济效益：**世界卫生组织（WHO）数据显示，烟草税每增加 10%，高收入国家的烟草消费量下降约 4%，中低收入国家下降约 5%-8%。这种价格干预结合生活方式倡导，每投入 1 美元用于烟草控制，可产生约 7 美元的全球健康经济效益。

- **肥胖干预的长期经济影响：**英国国家健康与临床优化研究所（NICE）的评估显示，针对肥胖成人的强化生活方式干预项目，每获得一个 QALY 的成本约为 13,000 英镑，远低于通常的支付意愿阈值（20,000-30,000 英镑）。若将 BMI 降低 5%，预计可减少未来 20 年内与肥胖相关的医疗支出约 15%。

## 个体改善生活方式的短期成本效益数据

- **戒烟的短期经济回报：**以每日吸一包烟（均价 20 元）为例，戒烟者每年可直接节省烟草支出约 7300 元。戒烟 20 分钟至 12 周内，心率与血压下降，短期内即可减少降压药物的使用需求；戒烟 1-9 个月内，咳嗽和气短显著减少，预计每年可减少呼吸系统疾病门诊就诊费用约 500-1000 元。

- **体重管理的直接成本节省：**超重人群通过饮食控制与运动，每减轻 1kg 体重，每年可节省约 200-400 元的医疗支出。对于肥胖患者，若能在短期内减重 5%-10%，每年在糖尿病和心血管疾病药物上的花费平均可减少 15%-20%。

- **运动干预的缺勤成本降低：**坚持每周 150 分钟中等强度运动的员工，其年度病假天数平均减少 2-3 天。按日均工资 300 元计算，仅因减少病假带来的个人间接经济收益即达 600-900 元/年，同时因精力提升带来的工作效率增益估值约为 2000 元/年。

- **饮食调整的月度开支优化：**减少含糖饮料与加工食品摄入，转而选择全谷物与新鲜蔬果，平均每人每月的食品开支可减少约 10%-15%。对于高血压前期人群，采

纳 DASH 饮食模式虽增加了蔬果支出，但因减少了降压药及并发症处理费用，首年净节省医疗成本约 800-1200 元。

- **睡眠改善的效率收益：**通过规律作息将睡眠时间从不足 6 小时延长至 7-8 小时，可使日间疲劳感降低 40%，工作失误率降低约 15%。这种短期效率提升转化为经济价值，相当于每月增加了约 1-2 个有效工作日。

## 个体执行阻力与成本的关联分析

- **时间成本与机会成本的阻力：**执行健康生活方式面临的最大阻力是时间稀缺。对于中高收入群体，每周 150 分钟的运动时间意味着约 2.5-5 小时的工作或休闲时间挤占。按平均时薪 50-100 元计算，每周的时间机会成本约为 125-500 元。然而，若不进行此项投入，长期因久坐导致的颈椎病、腰椎病治疗费用年均约 2000-5000 元，且伴随的工作效率下降损失远超运动的时间成本。

- **饮食转换的“溢价”阻力：**健康饮食（如购买有机食品、深海鱼、新鲜蔬果）通常比高热量加工食品贵 30%-50%。这种“健康溢价”是低收入群体改善生活方式的主要经济阻力。数据显示，家庭食品支出每增加 10%用于健康食材，虽然短期增加了生活成本，但能将未来患代谢综合征的风险降低 15%，从而避免了年均数千元的慢病药物支出。

- **成瘾戒断的心理阻力与沉没成本：**戒烟和限酒面临巨大的心理阻力，这源于对“沉没成本”（即长期吸烟带来的心理依赖和社交习惯）的难以割舍。戒烟初期的戒断反应会导致约 1-2 周的工作效率下降，这是个体执行改变的隐性成本。但从经济账看，克服这一阻力的回报极高，戒烟者 5 年内的累计医疗支出比持续吸烟者低约 40%。

● **环境与设施获取的阻力**：居住环境缺乏健身设施或健康食品购买渠道不便，会显著增加执行健康生活方式的“交易成本”。居住在“食物荒漠”（缺乏健康食品供应区）的人群，患肥胖症的风险增加 **20%**。改善这一阻力（如购买健身房会员或选择更远但健康的超市）虽然增加了直接金钱成本，但能将运动坚持率提高 **35%**，从而获得长期的健康收益。

● **认知与习惯重塑的阻力**：改变几十年的生活习惯需要消耗大量的认知资源（意志力）。研究表明，意志力消耗会导致决策疲劳，增加复吸或暴饮暴食的风险。这种心理阻力往往导致“间歇性努力”，使得前期投入的成本无法转化为长期收益。通过外部监督（如聘请教练或加入社群）虽然增加了约 **1000-3000 元/年**的经济成本，但能将行为改变的坚持率从 **20%**提升至 **60%**以上，显著提高投入产出比。

## 降低执行阻力的有效干预措施分析

- **\*\*微习惯与时间碎片化干预\*\***：针对“时间稀缺”这一核心阻力，采用“微习惯”策略可显著降低执行门槛。研究显示，将运动目标拆解为每次 **5-10 分钟**的碎片化活动（如通勤快走、办公间隙拉伸），可使运动依从性提高 **45%**。这种“化整为零”的策略消除了对大块时间的心理恐惧，使个体在无显性时间成本感知的情况下，每周累积达到 **150 分钟**中等强度运动标准的比例提升了 **30%**。

- **\*\*环境助推与默认选项设计\*\***：利用行为经济学中的“助推”理论，通过改变环境架构来降低认知阻力。例如，将工作场所食堂的健康食品置于视线平视区或取餐动线的前端，可使健康饮食的选择率自动提升 **18%-25%**，而无需消耗个体的意志力。在社区层面，增加健身步道的可见性和可达性，能使居民的日常身体活动量增加 **12%**，有效克服了“设施获取阻力”。

- **\*\*数字化反馈与即时激励机制\*\***：针对健康收益滞后的特点，利用可穿戴设备和健康 APP 提供即时反馈是克服“认知阻力”的有效手段。数据显示，结合游戏化机制（如步数排行榜、健康积分兑换）的干预，能将用户的长期留存率提高 40%。当个体能看到实时的卡路里消耗和心率变化时，这种可视化的“即时奖励”能有效替代多巴胺对不良习惯的渴求，使行为改变的坚持率从单纯的意志力控制提升 2.5 倍。

- **\*\*社会支持与同伴效应干预\*\***：建立社会支持系统是降低“心理戒断阻力”的关键。参与群体性戒烟或减重项目（如结伴运动小组）的个体，其成功率比独自尝试者高出 2-3 倍。同伴的压力和鼓励形成了一种隐性的“社会契约”，显著降低了中途放弃的概率。企业或社区组织的健康挑战赛，利用群体归属感，能将员工的年度健康目标达成率从 35%提升至 68%。

- **\*\*经济激励与承诺契约机制\*\***：利用“损失厌恶”心理设计的经济干预措施能有效突破“执行惰性”。研究表明，要求参与者预先支付一笔“承诺金”，若达成阶段性健康目标（如连续打卡 30 天）则返还并奖励，这种机制能使运动达标率提高 50%以上。雇主提供的健康保险保费折扣（如戒烟者保费降低 10%）或现金奖励，也能产生显著的短期激励效果，其投入产出比通常优于单纯的健康教育宣传。

版权所有，协商使用，违者追责