



乐山市沙湾区
创建国家慢性病综合防控示范区

社
会
因
素
调
查
报
告

乐山市沙湾区人民政府
二零二二年十一月



特别说明

2020 年沙湾区成功创建成省级慢性非传染性疾病综合防控示范区，今年，我区申报创建国家慢性病综合防控示范区，本报告之《专项调查》仍原用 2019 年的调查数据，其余部分采用近年最新社会信息及监测数据进行了更新。

特此说明。



目 录

第一部分 背景	1
第二部分 目的和意义	2
一、目的	2
二、意义	2
第三部分 资料来源与方法	3
一、现有资料收集	3
二、专题调查	3
第四部分 社会因素调查结果	8
第一章 沙湾区基本情况	9
一、历史地理概况	9
二、区域特征	10
三、人口概况	13
四、社会保障	14
五、经济发展	19
六、环境治理	19
七、卫生健康事业	19
八、文化旅游与体育业	19
第二章 居民死亡 疾病监测	20
一、居民死亡情况	20
二、肿瘤随访登记情况	28
三、心脑血管疾病发病情况	34
四、传染病监测	36
五、重性精神疾病管理	37
六、口腔卫生	37
七、残疾人群调查	37
八、妇幼卫生	38
第三章 专项调查结果	41
一、调查完成情况	41
二、基本情况	42
三、周围环境与卫生服务	46
四、锻炼行为	50
五、饮食行为	54
六、饮酒行为	57
七、吸烟行为	58
八、慢性病核心知识知晓情况	60
九、居民健康素养水平	61



十、18 岁及以上居民慢性病相关指标测量结果	62
十一、18 岁以上居民重点慢性病患者情况	66
第四章 社区条件和支持性环境情况	69
一、社区健康教育宣传条件及情况	69
二、健身活动	69
三、平衡膳食	70
第五章 慢性病防控资源分析	71
一、现有慢性病防控有关政策	71
二、医疗卫生机构情况	71
三、公共卫生服务供给情况	73
第五部分 主要问题及对策	74
一、主要发现及问题	74
二、防控重点人群和优先干预的疾病	76
三、优先策略与措施	76



第一部分 背景

随着社会经济的发展，我国居民的生活环境、生活习惯、年龄结构、医疗卫生条件等方面得到了明显的改善，居民的疾病谱和死亡谱也发生了重大变化，以高血压、糖尿病、恶性肿瘤等为代表的慢性非传染性疾病（以下称“慢性病”）的发病率、患病率和死亡率呈不断上升趋势^[1]，已成为我国居民主要死亡原因和疾病负担。《2021年四川省人群健康状况及重大疾病报告》显示我省慢性病死亡构成由2016年的87.66%上升到2021年的88.57%，慢性病所致死亡率由568.70/10万上升到619.90/10万^[2]。因此，慢性病已经成为威胁我省居民健康的主要疾病和制约健康预期寿命提高的重要因素。不仅是影响人民健康严重的公共卫生问题，也是影响经济社会发展重大的社会问题。

慢性病发生和流行受众多因素的影响，其中社会因素是不可忽略的重要方面。社会因素是指人类的一切活动，包括人们的卫生习惯、卫生条件、医疗卫生状况、生活条件、居住环境、人口流动、风俗习惯、宗教信仰和社会动荡等。开展全面、准确的慢性病社会因素调查，旨在摸清目前我区慢性病及其相关因素的状况，以及卫生资源、服务的提供与利用和环境支持等情况，并为今后制定切实可行的慢性病综合防控策略和针对性的干预措施提供重要依据。



第二部分 目的和意义

一、目的

发现并确定我区主要健康问题，尤其是慢性病相关的问题及其危险因素，分析造成这些卫生问题的可能原因和影响因素；评价社区卫生资源，重点是社区卫生服务机构资源状况、供给与利用效率；分析与社区卫生服务发展及慢性病防控相关政策环境及其社区资源综合支持特征；调查并分析居民卫生知识水平、卫生服务需求与利用及满意度；提出我区优先干预疾病项目，确定重点干预人群；制订全区卫生服务工作规划，并为社区卫生服务及慢性病综合防控的效果评估提供基线数据。

二、意义

社会因素调查报告是慢性病社区综合防控的基础性工作，通过调查可以准确掌握辖区内与慢性病防控相关的各种资料，提出有针对性的防控措施，为科学掌握我区居民慢性病防控的主要公共卫生问题及重点目标人群，制定适合我区人群特点的慢性病综合防控策略和干预措施，评价综合防控示范区的防治效果提供科学依据。

开展社会因素调查对于政府及有关社会部门编制社区卫生服务规划、合理配置卫生资源以及发挥社区各类相关资源的综合利用效益，对于提高社区卫生服务质量与效率、切实落实社区卫生服务机构的公共卫生和基本医疗双重网底功能、满足社区居民基本卫生服务需求，治理社区主要公共卫生问题，保证社区卫生服务的健康及可持续发展，促进社会和谐与公平，维护社区居民健康等方面具有极其重要的意义，以最终达到提高社区居民整体健康水平和生活质量的目的。



第三部分 资料来源与方法

一、现有资料收集

- (一) 基本情况、自然环境资料，来源于沙湾区统计年鉴。
- (二) 人口学、经济状况、社会保障、社区条件和设施等资料，来源于沙湾区公安分局、沙湾区国民经济和社会发展的统计公报。
- (三) 教育资源状况来源于沙湾区教育局统计资料。
- (四) 卫生资源配置、居民就诊、医疗费用，来源于沙湾区卫生健康局 2021 年工作资料。
- (五) 居民死亡信息、肿瘤信息、慢性病信息、重性精神疾病信息和传染病监测资料，来源于 2021 年中国疾病预防控制中心信息系统和中国肿瘤登记平台。
- (六) 社区贫困、残疾情况，来源于沙湾区民政局及残联。

二、专题调查

(一) 调查对象和内容

1. 调查对象：全区 13 个乡镇 16 个基层医疗卫生机构（2020 年撤乡并镇后 8 个镇 1 个办事处和 10 个基层医疗卫生机构）服务人口中 15 岁及以上常住居民（调查前 12 个月内在该地区居住 6 个月以上的本地居民）。

2. 调查内容：包括问卷调查，身体测量和实验室检测。

(1) 问卷调查内容：

①基本情况：包括：出生年月、性别、身高、体重、身体状况、文化程度、民族、婚姻状况、户籍所在地、本地居住时间、职业。

②周围环境：了解本地区是否有慢性病健康教育阵地，健身场所，是否开展过相关活动。

③生活方式：了解是否每天参加体育锻炼以及锻炼频率。

④饮食方式：了解每周进食的食物种类和数量。

⑤饮酒调查：了解饮酒的年龄及饮酒量。

⑥吸烟状况：了解吸烟状况、频率、原因及吸烟的场所。



⑦核心知识、健康状况：了解慢病核心知识知晓率，慢病患病情况、相关检查指标及就医情况。

(2) 身体测量：现场测身高、体重、腰围、血压。

(3) 实验室检测：现场抽取空腹静脉血，实验室检测血糖、血脂。

(二) 抽样原则

1. 以男女进行分层，考虑调查点和调查样本具有代表性。
2. 考虑可行性及经济有效性，采用 PPS、多阶段分层整群抽样相结合的方法。

(三) 调查点数量及男女比例

根据各基层医疗卫生机构服务人口数量及满足调查的最小样本要求等因素确定各基层医疗卫生机构调查点数量。见表 3.1.1。

表 3.1.1 各基层医疗卫生机构调查点分配数量

序号	服务人口规模（人）	调查点数量
1	<5000	2
2	5000~	3
3	10000~	4
4	≥15000~	5

在确定全区总样本量的基础上，根据各基层医疗卫生机构服务人口数量占全区总人口比例，分配相应的调查人数（男女各一半），再按性别调查年龄段构成比，分配男女年龄段调查人数，然后按调查点平均分配。

(四) 抽样方法

为保证监测结果具有代表性，应调查足够样本量。由于糖尿病患病率低于高血压患病率，根据样本量最大原则，以糖尿病患病率估算，可同时满足高血压和糖尿病所需样本量。

1. 样本量估计

样本量采用公式 $N = \frac{\mu_a^2 \times p(1-p)}{\delta^2} \times deff$ 计算。置信水平 95%（双侧），相应的 $\mu_a=1.96$ ，概率 p 取糖尿病患病率 9.7%（2010 年中国慢性病及其危险因素监测全国水平），设允许相对误差为 15%，允许绝对误差 $\delta = 9.7\% \times 15\%$ ，设计效率 $deff$ 值取 1.5。

根据以上取值，计算得所需最低样本量为 2385 人，若考虑 15% 的拒访率，

男女性别分层因素，最终需要样本量 $2805 \text{ 人} \times 2 \approx 6000 \text{ 人}$ 。

2. 抽样方法与样本分配

采用与人口规模成比例（Probability Proportionate to Size Sampling, PPS）、多阶段分层整群抽样相结合的方法。见表 3.1.2。

表 3.1.2 沙湾区社会因素调查抽样步骤

抽样阶段	样本分配	抽样方法	分工
第一阶段	按各基层医疗卫生机构服务人口比例分配调查样本量（人）	PPS 法	区疾控中心分配
第二阶段	在各基层医疗卫生机构服务的辖区内按服务人口确定的调查点数量，以村/社区或片区为单位随机抽取相应数量的村/社区或片区	简单随机抽样	各基层医疗卫生机构提供信息，区疾控中心抽样
第三阶段	在抽中的村/社区或片区分男女随机抽取相应的 15 岁及以上常住居民，完成确定的分男女年龄段所要调查的人数	分层整群随机抽样	区疾控中心抽样利用各基层医疗卫生机构建立的居民电子健康档案进行抽样

根据样本量的分配，在 8 个镇 1 个办事处 56 个村/社区中，抽取男性 15 岁组-726 人，35 岁组-1479 人，60 岁以上组-890 人；女性 15 岁组-707 人，35 岁组-1344 人，60 岁以上组-854 人，共计对 6000 个 15 岁及以上的常住居民进行个人调查。

（五）质量控制

1. 方案设计阶段：方案设计遵循科学可行原则，指标筛选慎重、解释清楚、标准统一，并进行预调查，保证方案的科学性和可行性。



2. 人员培训：由区疾控中心组织开展各乡镇调查人员培训，统一调查方法和各项技术标准。

3. 预调查：正式调查前，进行预调查，检验调查设计方案的合理性和可行性。

4. 体格检查及实验室测定：各种检测仪器在使用前经过校准，体格测量和实验室检查严格按照标准方法操作。体重、腰围的测量需在清晨空腹状态下进行，身高测量采用长度为 2.0 米、精确度为 0.1 厘米的身高计；体重测量采用最大称量为 150 千克、精确度为 0.1 千克的电子体重计；腰围测量采用长度为 1.5 米，宽度为 1 厘米，精确度为 0.1 厘米的腰围尺。血压测量采用标准汞柱式血压计和臂式电子血压计，精确度 2mmHg。血糖、血脂的测定在各镇卫生院（社区卫生服务中心）实验室进行，使用真空非抗凝采血管采集空腹静脉血 3ml，用于实验室检测血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白），所检项目统一由全自动生化分析仪完成，所用仪器需通过相关质控部门的检验或认证，并在有效期内，每次使用前须进行质控。血清与接触的血细胞和凝块的分离及血糖的检测应在采血后尽快（2h 内）完成。血清的贮存：于 22℃~25℃ 血清的保存不超过 8h；实验于 8h 内不能完成时，血清应置 2℃~8℃ 保存；48h 内不能完成的实验项目，或分离的血清需贮存 48h 以上时，应于 -20℃ 保存；标本不可反复冻融（只能冻融一次），且不可贮存于无霜冰箱（可造成样品温度变化）；血清必须保存于密闭的试管中。

5. 调查过程：1、质量控制内容：（1）工作进程：各项工作是否按照时间安排表的预计时间进行。（2）工作质量：各项工作在内容上、数量上、质量上是否符合计划要求，及时发现问题和不足，并予以纠正。2、质量控制方法：（1）专家组指导督导：在调查过程中，质量控制及技术指导人员对现场调查质量、进度等进行督导。（2）现场复核：重点是居民现场调查，应有 1 名技术指导人员专职负责复查每天的调查问卷，及时纠错。（3）抽查复核：由领导小组和质量控制及技术指导小组随机抽取各乡镇的调查问卷进行复核。

资料录入和统计分析：由质量控制人员对问卷进行审核后，再进行数据录入和逻辑查错，确保数据反映辖区真实情况。

（六）数据处理

调查完毕后，应分乡镇整理和检查各类资料，评价其可靠性、完整性和准确



性等。使用 EPIDATA3.1 建立数据库和逻辑审核程序,如发现问题应核对调查表,修改错误的数 据,保证录入数据的质量。使用 SPSS20.0 软件进行统计分析。

(七) 判定标准

本次调查中使用的有关专业术语判定标准如下:

1. **高血压:** 本次测量收缩压 (SBP) $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 (DBP) $\geq 90\text{mmHg}$ 或已被乡镇卫生院/社区卫生服务中心及以上级别医院诊断患有高血压者。

2. **糖尿病:** 自报已被乡镇卫生院/社区卫生服务中心及以上级别医院诊断患有糖尿病或测量空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或者糖尿病症状+随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 者。

3. **具备基本健康素养的标准:** 问卷得分达到总分 80%及以上,即问卷得分 ≥ 80 分,被判定具备基本健康素养。

4. **高血压知晓率:** 指所有高血压患者中明确承认被医疗机构诊断过患有高血压者占有所有高血压患者的比例。

5. **糖尿病知晓率:** 指所有糖尿病患者中明确承认被医疗机构诊断过患有高血压者占有所有高血压患者的比例。

6. **吸烟者:** 调查时吸烟的人或者过去曾经吸烟者。

7. **重型吸烟者:** 现在每日吸烟者中每天吸至少 20 支卷烟者。

8. **被动吸烟者:** 不吸烟者吸入别人产生的烟雾,频率 >1 天/周,且时间 >15 分钟/天。

9. **饮酒:** 指最近一年内喝过购买或自制的各类含乙醇成分的饮料,包括啤酒、果酒、白酒、黄酒和糯米酒等。

10. **过量饮酒:** 男性一次喝酒超过 5 个标准饮酒单位 (即 2 两半高度白酒,或 3 两半低度白酒,或 3 瓶/5 听啤酒,或 7 两半黄酒,或 1 斤半葡萄酒),女性一次喝酒超过 4 个标准饮酒单位 (即 2 两高度白酒,或 3 两低度白酒,或 2.5 瓶/4 听啤酒,或 6 两黄酒,或 1 斤 2 两葡萄酒)。

11. **食盐摄入量:** 食盐摄入量=盐摄入量 + 酱油摄入量 $\times 0.146$ + 黄酱摄入量 $\times 0.079$ + 豆瓣酱摄入量 $\times 0.153$ + 甜面酱摄入量 $\times 0.053$ + 咸菜摄入量 $\times 0.15$ +味精 $\times 0.205$ 。

12. **千步当量:** 相当于以 4 千米/小时的速度步行 10 分钟 (约 1 千步) 的活



动量。

13. **静态行为过久**：包括每天坐着、靠着或躺着（如看电视、用电脑、阅读、写字、吃饭、打麻将、打牌、下棋等，减去睡眠时间）的累计时间 ≥ 4 小时。

14. **慢性病核心知识知晓率**：慢性病核心知识知晓率=所有答题对象答对的总题数 / （慢性病核心知识相关问题题数 $\times$ 总答题人数） $\times 100\%$ 。

15. **体质指数**：体质指数（BMI）计算公式为 $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身高 (m)}^2$ 。按照中国肥胖问题工作组的标准， $BMI < 18.5$ 为低体重， $18.5 \leq BMI < 24.0$ 为体重正常， $24.0 \leq BMI < 28.0$ 为超重， $BMI \geq 28.0$ 为肥胖。

16. **中心性肥胖**：指腰围男性 $\geq 90\text{cm}$ ，女性 $\geq 85\text{cm}$ 。

17. **血脂高值判断^[3]**：总胆固醇（TC） $\geq 5.2\text{mmol/L}$ ，甘油三酯（TG） $\geq 1.7\text{mmol/L}$ ，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C） $\geq 3.4\text{mmol/L}$ 。

（八）人口标化

为消除被调查居民年龄结构与沙湾区居民年龄结构的不同，真实反映全区慢性病患者状况及危险因素水平，本报告根据 2018 年沙湾区的常住人口构成进行标化。见表 3.2.1

表 3.1.3 沙湾区某慢性病时点患病率及调整

年龄组（岁）	患病率（%） A_i	人口构成比 B_i	$C_i = A_i \times B_i$
18~34	11.49	0.1914	2.1993
35~64	19.75	0.5020	9.9137
≥ 65	41.94	0.1930	8.0966
	23.48	0.8864	20.2096

来源：虚构数据，仅用作公式表示

$$\text{时点患病率调整值为 } 22.80 = \sum_{Ci=1}^3 C_i / 0.8864$$

第四部分 社会因素调查结果



第一章 沙湾区基本情况

一、历史地理概况

（一）历史文化

沙湾从公元 742 年建镇，至今已有一千多年的历史，实为古镇。古称“南陵”，因南宋诗人范成大评“南陵”地处“灵山秀山水，沙岸湾环处”得名。历史悠久、人文荟萃。新石器时代的石斧、汉代的邓通铸币遗址和春秋以来的“阳山江道”，见证了人文历史的厚重；铜河号子、铜河山歌和铜河花灯诠释了沙湾民俗文化的积淀，世界文豪郭沫若在此度过了难忘的童年和少年时光。

（二）自然地理特征

沙湾，属盆周山区，全境处于大凉山与四川盆地的过渡地带，可概括为：“九分山丘一分坝，一条大河绕城过，东低西高倾斜状，亚热带气候旱涝多”。地理座标介于东经 103 度 25 分 13 秒至 103 度 44 分 10 秒，北纬 29 度 11 分 18 秒至 29 度 31 分 30 秒之间。周边相邻 6 个区市县：北连乐山市市中区，南界沐川、峨边两县，东临五通桥区和犍为县，西靠峨眉山市。沙湾城区海拔高度 402—480 米，南北长 6 公里，东西宽 1.5 公里。

境内地形以山地为主：大渡河以西为中山区，最高处为三峨山“美女峰”，海拔 2027 米；大渡河以东，沫溪河以南至铜街子一带为低山区，最低处为沫溪河谷，海拔 367 米。大渡河为境内主要河流，流经 6 个镇、1 个办事处，流程 118 公里，流成面积 369.35 平方公里，年平均经流量为 400 亿至 500 亿立方米。境内水力资源颇丰，开发利用条件好，已建成 3 座水电站，总装机容量 180 万千瓦，可年发电量 80 多亿度。

境内已探明的地下矿藏有铁矿、铜矿、硬质耐火粘土矿、煤矿、磷矿、绿豆岩、石膏矿、石灰石、白云石、长石砂岩矿、砂岩与泥岩、花岗石、玄武岩、砂金、铅锌矿、岩盐和盐卤。全区共有 6 个土壤类型，以黄壤土、黄棕壤土为主。

沙湾区属亚热带季风气候区，气候随海拔高度的变化而变化，其特点是四季分明，雨量充沛，夏季降水较多且多暴雨，尤以夜间降雨为主要特征。年平均气



温摄氏 17.3 度。最热在 7 月，平均月气温摄氏 26 度；最冷为 1 月，平均月气温摄氏 7.3 度。日极端最高气温摄氏 38.1 度，日极端最低气温摄氏零下 4.3 度。年平均日照数 1091.6 小时。全年平均降雨量为 1430 毫米，降雨日数平均为 185 天左右。平均无霜期 330 天。

二、区域特征

（一）行政区划

公元 1912 年（民国元年）至 1949 年 12 月，沙湾为四川省嘉定府、四川省建昌上川南道乐山县、四川省建昌道乐山县、四川省乐山县、四川省第五行政督察区乐山县辖。1950—1952 年 8 月，沙湾为川南行署乐山专区乐山县辖。1952 年 9 月至 1968 年 1 月，沙湾为四川省乐山专区乐山县辖。1968 年 1 月至 1978 年 5 月，沙湾为四川省乐山地区乐山县辖。1978 年 5 月至 1985 年 5 月，沙湾为四川省乐山地区乐山市（县级）辖。1985 年 5 月撤乐山地区建乐山市（地级），原乐山市（县级）划分为乐山市市中区、五通桥区、沙湾区 3 个县级区。将原乐山市（县级）沙湾区的沙湾、范店、龚嘴、轸溪、葫芦、四峨、罗亦乡和沙湾镇，安谷区的碧山、观榜、踏水乡和太平镇，福禄区的红阳、福楠、谭坝、铜茨、牛石乡和福禄镇，苏稽区的嘉农、新农乡，共 20 个乡镇划归县级乐山市沙湾区管辖，幅员面积 606 平方公里。

（二）镇、街办事处概况

建区后，自 1992 年 9 月以来，沙湾区所属乡镇几经撤销、合并、复建等变化，截止 2021 年底，全区辖 8 镇 1 办事处，即铜河街道办事处、沙湾镇、嘉农镇、太平镇、踏水镇、福禄镇、牛石镇、葫芦镇、轸溪镇。74 个行政村 648 个村民小组，18 个社区居委会，116 个居民小组（表 4.1.1）。户籍人口 144931 万人。

表 4.1.1 沙湾区所辖镇办事处基本情况

镇/办事处	村民委员会	居委会
-------	-------	-----



	名称	村(个)	组(个)	名称	居委会 (个)	居民小 组(个)
铜河街道 办事处	新都村	1	7	南陵社区	4	63
				绥山社区		
				观峨社区		
				农村社区		
沙湾镇	忠心村	9	77	余溪社区	2	10
	王田村					
	余溪村					
	世坪村					
	二峨山村			范店社区		
	三峨山村					
	五七村					
	代湾村					
	先锋村					
嘉农镇	沫东坝村	7	82	嘉农社区	1	4
	苏店村					
	魏坝村					
	王场村					
	龙泉村					
	盐溪口村					
	玉龙村					
太平镇	罗一村	13	105	太平社区	3	14
	付塘村					
	五高山村					
	草坝村					
	费槽村					
	双星村			谭坝社区		



	马胡埂村					
	肖店村					
	谭坝村					
	挹峨村					
	永丰村					
	绿化村					
	沫江村			沫江社区		
福禄镇	平原村	14	108		2	8
	沙湾儿村					
	干坝子村					
	万福桥村					
	燕子坎村					
	岚坝村					
	公店村					
	大坪村					
	雷店村					
	观房寺村					
	红阳村					
	铜街子村					
	龙柱村					
	青岗坪村					
牛石镇	豆地坪村	6	52	牛石社区	1	2
	朝山村					
	喻坝村					
	利农村					
	九龙口村					
	安池村					
葫芦镇	葫芦坝村	5	62	葫芦社区	1	3
	江村					

	梁村					
	祝村					
	四峨山村					
踏水镇	踏水村	12	97	踏水社区	2	9
	公坪村					
	长坪村					
	魏槽村					
	黄坝村					
	铁寨村					
	柏林村			碧山社区		
	凉水村					
	连沟村					
	蜜蜂村					
	中桥村					
	江红村					
轸溪镇	轸溪村	7	58	轸溪社区	2	3
	寨子村					
	双山村					
	金牛村					
	万坪村			龚嘴社区		
	刘沟村					
	永和村					

三、人口概况

2021 年末沙湾区常住人口 144931 人，农村人口 75595 人，占 52.16%，城镇人口 69336 人，占 47.84%；男性 73990 人，女性 70941 人，男女性别比 104.30。全区出生人口 707 人，人口出生率 4.19%，死亡人口 1539 人，人口死亡率 9.09%，人口自然增长率 -4.91%。18 岁以下 16877 人，18-34 岁 27325 人，35-59 岁 62570 人，60 岁及以上 38159 人。见图 4.1.1。

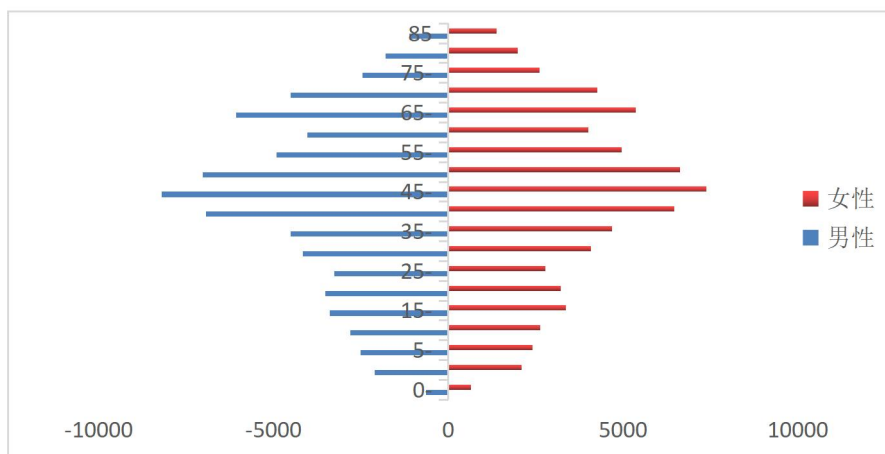


图 4.1.1 2021 年沙湾区人口金字塔

四、社会保障

(一) 慢性病管理

慢性病管理属于慢性病预防的健康管理范畴，主要是通过医防结合早发现、早诊断、早治疗慢性病患者，并给慢性病患者提供一个全面、主动、有效的健康管理，延缓或降低并发症的发生，减轻疾病负担，提高慢性病患者生活质量的一种科学管理方式，包括慢性病早期筛查、风险预测、危险分层、预警与综合干预、效果评估等。

1. 慢性病管理的意义

慢性病不仅可以对患者的健康和生活产生较为严重的影响，同时由于其久治不愈，也会对患者的家庭和社会带来沉重的负担，消耗大量的医疗资源。因此，对于慢性病而言，科学的管理是发现慢性病高危人群和患者的有效途径和方式，对高危人群和早期慢性病患者可首先通过健康教育促其改变不良健康生活方式，使其逆转恢复到健康状态，对不可逆转的患者可通过管理，提高患者的依从性，增强治疗效果，降低并发症的发生率。

2. 慢性病管理的对象及方法

慢性病管理的对象应该涵盖全人群的全生命周期，包括生理、心理、社会三类基本属性，只有具备这三类基本属性，慢性病管理才能维持长久的效果。因此，慢性病管理对象应包括慢性病高危人群和患者对相应慢性病的认知、患者心理状态和行为方式以及所处的社会环境三个方面。

明确了慢性病管理对象，我们便可以采取相应的方法对慢性病进行管理。从目前我国慢性病管理实践经验来看，慢性病管理主要有 3 种方法：（1）生物医



学管理:这种管理是一种最基本的管理方式。它指的是对社区内的一定人群进行筛查,然后对符合管理范围的患者进行登记,并给予个性化的用药指导。(2) 认知行为干预:对于生物医学管理方法,有其明显的不足,即对加重疾病的行为方式没有采取任何措施。所以,针对这些不足,认知行为干预也就逐渐开始实施。通过这种方式,我们可以向慢性病的高危人群和患者进行个性化的健康指导,讲解关于疾病的更多知识,从而让患者了解疾病的发生发展过程,以及通过采取适宜的健康生活方式和积极的治疗后会产生什么样的结果,使其向健康逆转或控制满意。(3) 心理动力干预:这种管理方式是在很好地实施了前两种管理方式的基础上,更加重视患者的心理动机和心理健康,以此来指导患者的治疗和康复。

目前,我区主要通过建立居民健康档案对辖区内的慢性病高危人群和患者进行跟踪管理,即登记造册,定期随访,动态记录变化情况,给予个性化的健康指导或/和用药指导,使居民不得病、少得病、晚得病、不得大病。

(二) 政策条件

中共中央、国务院在《关于卫生改革与发展的决定》中指出,要积极发展社区卫生服务,努力推动以社区为基础、家庭为服务对象,以健康促进为主要手段的综合防治工作,控制慢性病的发病率和早死率,从而提高社区居民的健康水平,延长居民的健康寿命。同时,为落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号)的有关要求,加强慢性病的预防控制和管理工作的意见,卫生部决定在全国范围内开展“慢性非传染性疾病综合防控示范区”创建工作,旨在探索适合于本地区的慢性病防控策略、措施和长效管理模式。随着深化医药卫生体制改革的不断推进,慢性病防控形势的不断变化,示范区建设面临着新的任务和要求,2015年,国家卫计委依据《国民经济与社会发展“十三五”规划纲要》“实施慢性病综合防控策略,有效防控心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病等慢性病和精神疾病。”和《健康中国2030规划纲要》“实施慢性病综合防控战略,加强国家慢性病综合防控示范区建设”要求,启动了《国家慢性非传染性疾病综合防控示范区管理办法》修订工作,于2016年10月印发了《国家慢性病综合防控示范区建设管理办法》(国卫办疾控发[2016]44号),突出慢性病综合防控理念,要求融慢性病防控于万策,强调政府主体责任,加大部门权重,调动社会大众参与的积极性;着力构建防治结合、分工协作、优势互



补、上下联动的慢性病综合防治体系；综合控制慢性病的社会和个体风险，通过支持性环境建设、健康教育和健康促进、早诊早治、慢性病管理及监测评估，降低慢性病发病率和早死率，减轻慢性病负担，形成示范和带动效应，从而推动全国慢性病综合防控工作深入开展。2019 年，国务院出台了《健康中国行动（2019—2030 年）》和《健康中国组织实施和考核方案》，细化落实《健康中国 2030 规划纲要》相关部署，加快推动以治病为中心向以人民健康为中心转变，动员全社会落实预防为主方针，实施健康中国行动，提高全民健康水平。紧紧围绕疾病预防和健康促进两大核心，提出开展 15 个重大专项行动，其中有 10 项与慢性病综合防控有关，包括实施健康知识普及行动、实施合理膳食行动、实施全民健身行动、实施控烟行动、实施心理健康促进行动、实施健康环境促进行动、实施心脑血管疾病防治行动、实施癌症防治行动、实施慢性呼吸系统疾病防治行动、实施糖尿病防治行动。

依据国家相关文件，结合我区实际，沙湾区人民政府办公室下发了《乐山市沙湾区创建国家级慢性病综合防控示范区工作方案》（乐沙府办发[2022]7 号），同时结合全国文明城市的创建，全面推进沙湾区慢性病综合防控工作。

1. 医疗救助

为完善城乡医疗救助制度，规范城乡医疗救助工作，保障城乡贫困群众“病有所医”，根据《国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》（国办发[2005]10 号）和《民政部、财政部、卫生部、人力资源和社会保障部关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（民发[2009]81 号），我区认真贯彻执行《乐山市城乡困难群众重大疾病医疗救助实施办法》（乐市民政发[2013]41 号）和《乐山市基本医疗保险实施细则》。城乡困难群众重大疾病医疗救助对象为具有沙湾区户籍且生活困难、医疗负担过重的城乡困难群众。主要包括：（一）城乡居民最低生活保障对象；（二）重点优抚对象（不含 1-6 级残疾军人）；（三）沙湾区政府认为应该救助的其他困难群众。救助的病种包括的慢性病有癌症、急性心肌梗死、脑梗死、重性精神疾病等。

《办法》第十四条规定，城乡低保、重点优抚对象（政策范围内）个人负担医疗费用在 0.5 万元以上的，实行分段救助：自付部分 5001 元—15000 元段救助比例不低于 40%，自付部分 15001 元—30000 元段救助比例不低于 45%，30001



元以上救助比例不低于 50%；沙湾区政府认为应该救助的其他困难群众（政策范围内）个人负担医疗费用在 1 万元以上的实行分段救助：自付部分 10001 元—15000 元段救助比例不低于 40%，自付部分 15001 元—30000 元段救助比例不低于 45%，30001 元以上救助比例不低于 50%。每人每年累计救助金额不得超过 3 万元（含一站式服务中的医疗救助资金）。

《乐山市民政局关于乐山市基本医疗保险市级统筹实施后医疗救助“一站式”服务工作相关事项的通知》明确：（一）城乡低保、城市“三无”和农村五保对象。扣除城乡居民基本医疗保险报销和大病保险赔付的医疗费用外，对个人实际负担（扣除个人全额自付和个人部分自付部分）的医疗费用民政部门按三级医院为 60%，二级医院为 75%，一级和未定级医院为 80%，乡镇卫生院和社区卫生服务中心为 85%进行补助。每人每年累计救助金额最高不超过 8000 元。另外，对实施城乡医疗救助“一站式”服务后，医疗负担仍然过重的民政救助对象，若符合城乡困难群众重特大疾病医疗救助条件的，可按规定程序实行重特大疾病医疗救助。（二）重点优抚对象。在扣除城乡居民基本医疗保险报销和大病保险赔付的医疗费用外，优抚对象的医保报销和补助范围及标准按《乐山市优抚对象医疗保障办法》（乐市民政发[2009]25 号）执行，即七至十级残疾军人、烈士烈属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属、在乡老复员军人补助比例为 40%；带病回乡退伍军人、参战退役人员补助比例为 20%。但每人每年累计补助金额最高不超过 5000 元。

2. 惠民政策

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发[2009]6 号）指出，完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系，加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络，完善服务功能，以维护社区居民健康为中心，提供疾病预防控制等公共卫生服务、一般常见病及多发病的初级诊疗服务、慢性病管理和康复服务。同时，转变社区卫生服务模式，不断提高服务水平，坚持主动服务、上门服务，逐步承担起居民健康“守门人”的职责。

《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划纲要》指出，建立健全基本公共卫生服务体系。推进基本公共服务均等化，努力使发展成果惠及全体人民。坚持以人为本、服务为先，履行政府公共服务职责，提高政府保障能力，



逐步缩小城乡区域间基本公共卫生服务差距。明确基本公共服务范围和标准，加快完善公共财政体制，保障基本公共服务支出，强化基本公共服务绩效考核和行政问责。改革基本公共服务提供方式，引入竞争机制，扩大购买服务，实现提供主体和提供方式多元化。完善基本医疗卫生制度。按照保基本、强基层、建机制的要求，增加财政投入，深化医药卫生体制改革，建立健全基本医疗卫生制度，加快医疗卫生事业发展，优先满足群众基本医疗卫生需求。加强公共卫生服务体系建设，逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准，扩大国家基本公共卫生服务项目，实施重大公共卫生服务专项，积极预防重大传染病、慢性病、职业病、地方病和精神疾病。完善以社区卫生服务为基础的新型城市医疗卫生服务体系，大力推进基层医疗卫生机构综合改革，建立多渠道补偿机制，形成新的运行机制。加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，完善鼓励全科医生长期在基层服务政策，每万人口全科医师达到两人，加快推行分级诊疗、双向转诊制度，形成各类城市医院和基层医疗机构分工协作格局。健全医疗保障体系。健全覆盖城乡居民的基本医疗保障体系，进一步完善城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助制度。逐步提高城镇居民医保和新农合人均筹资标准及保障水平并缩小差距。提高城镇职工医保、城镇居民医保、新农合最高支付限额和住院费用支付比例，全面推进门诊统筹。完善药品供应保障体系。建立和完善以国家基本药物制度为基础的药品供应保障体系。基层医疗卫生机构全面实施国家基本药物制度，其他医疗卫生机构逐步实现全面配备、优先使用基本药物。建立基本药物目录动态调整机制，完善价格形成机制和动态调整机制。提高基本药物实际报销水平。支持中医药事业发展。坚持中西医并重，发展中医医疗和预防保健服务，推进中医药继承与创新。发展中医药教育，加强中医医疗机构和中医药人才队伍建设。医疗保障政策和基本药物政策要鼓励中医药服务的提供和使用。

2019年10月10日，国家医保局、财政部、国家卫生健康委和国家药监局联合印发了《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》，今后城乡居民高血压、糖尿病参保患者在二级及以下定点基层医疗机构看门诊开降压药、降糖药，可进行医保报销，政策范围内支付比例达到50%以上。城乡居民低保对象实现应保尽保，基本医疗保险参保率达98%，基本养老保险覆盖率



94%。

沙湾区将高血压、糖尿病纳入基本医疗保险 A 类特殊门诊范围，提高了年度支付限额，职工医保增加 500 元，居民医保增加 200 元。

五、经济发展

2021 年，全区完成地区生产总值 203.4 亿元，增长 8.3%，增速居全市第三，人均 GDP 达 14 万元，居全市第一；规模以上工业增加值增速 12.0%，居全市第二；全社会固定资产投资完成 166.6 亿元，增长 10.1%；社会消费品零售总额完成 43.5 亿元，增长 18.7%；地方一般公共预算收入 8.8 亿元，增长 33.6%；城镇居民人均可支配收入完成 43049 元，增长 8.8%；农村居民人均可支配收入完成 19365 元，增长 10.3%；主要经济指标好于全省、全市平均水平，实现“十四五”良好开局。

六、环境治理

坚决打好蓝天、碧水、净土等“八大战役”，城区环境空气质量优良天数达 318 天，主要污染物年平均浓度达到国家二级标准。大渡河、沫溪河等主要河流断面水质总体保持在Ⅲ类及以上，四川沙湾大渡河国家湿地公园（试点）建设通过国家级验收。深入开展农村“五清”行动、建制乡镇场镇建设管理服务能力提升和机关企事业单位周末卫生大扫除，“五清”行动考核保持全市前列，累计建成“美丽四川·宜居乡村”达标村 43 个、水美新村 11 个，省级卫生乡镇实现全覆盖。

七、卫生健康事业

2021 年末，全区有综合性医院 1 所，镇卫生院 8 所，社区卫生服务中心 1 个，妇幼保健院 1 所，疾控中心 1 个，卫生执法监督大队 1 个。有卫生专技人员 1204 人，其中公立 747 人、民营 457 人，执业（助理）医师及以上 398 人、注册护士 450 人、医技人员 147 人。全区 5 岁以下儿童死亡率 0.67%，婴儿死亡率 2.83%，产妇住院分娩比例达 100%。

八、文化旅游与体育业

沙湾因南宋诗人范成大“灵山秀山水，沙岸湾环处”的描述而得名。沙湾区历史悠久、人文荟萃，世界文豪郭沫若先生在此出生、长大，省市级非物质文化遗产铜河号子、铜河山歌和铜河花灯诠释了沙湾民俗文化的积淀。近年来，沙湾



区坚定“工旅融合发展示范区”发展定位，突出“农旅兴区、产业强区”发展主线，以争创天府旅游名县候选县、全国研学旅行基地（营地）为契机，通过做活做好“沫若文化”、做优做响“康养休闲”、做深做足“全域研学”，全力推进文旅产业发展。沫若戏剧文创园成功创建为国家 AAA 级旅游景区，郭沫若故居创建为四川省首批中小学红色教育研学实践基地，硝斗岩天坑创建为四川省首批地学研学旅行实践基地。美女峰石林景区、铜河银滩等项目建成运营，总投资 50 亿元的环球嘉年华（乐山）文旅康养城项目正式签约。沙湾依托二峨、三峨、四峨三座峨眉姊妹山雄奇壮美、生物多样、植被良好、空气清新的独特优势，以“峨沙康养休闲走廊”建设为载体，将四峨梯田、山水世界、美女峰景区、世外花乡等特色旅游景点有效连接，打造集体闲度假、康复疗养、避暑消夏、体验乡村风情等于一体的特色旅游品牌，打造“沙湾康养旅游精品线路”，形成峨眉山系康养休闲度假旅居带。新时代新征程，“沫若故里”正用心描绘乐山建设世界重要旅游目的“蓝图”。

第二章 居民死亡 疾病监测

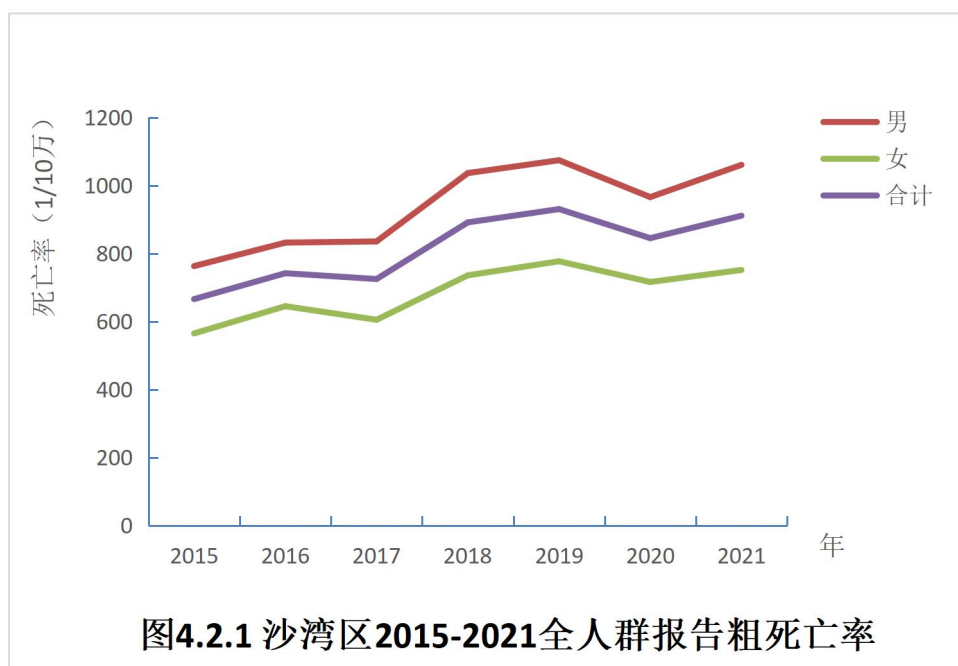
一、居民死亡情况

（一）死亡率

2021年沙湾区全年共报告户籍人口死亡1539例,报告粗死亡率为911.27/10万,标化死亡率442.66/10万。其中男性死亡925人,男性粗死亡率为1060.89/10万,女性死亡614人,女性粗死亡率为751.59/10万,死亡性别比1.51:1。婴儿死亡2例,婴儿死亡率为2.83‰;全年报告孕产妇死亡0例。2015-2021年沙湾区户籍人口死亡率呈现波动状态。见表4.2.1。

表 4.2.1 2015-2021 年沙湾区不同性别居民死亡情况（户籍人口）

年份	男		女		合计		标化死亡率（1/10万）
	死亡数	粗死亡率（1/10万）	死亡数	粗死亡率（1/10万）	死亡数	粗死亡率（1/10万）	
2015	736	763.04	524	564.92	1260	665.92	492.41
2016	791	832.08	569	645.05	1360	742.06	430.44
2017	775	835.59	518	605.09	1293	724.96	404.92
2018	940	1036.62	621	735.83	1561	891.63	448.26
2019	957	1074.5	648	777.2	1605	930.75	459.82
2020	856	966.06	594	716.28	1450	845.29	405.82
2021	925	1060.89	614	751.59	1539	911.27	442.66



(二) 死因构成

1. 三大类死因

2021 年沙湾区三大类疾病死因构成统计，慢性非传染性疾病死亡 1313 人，死亡率 777.45/10 万，占总死亡人数的 85.32%，居死因首位；其次，伤害致死 134 人，死亡率 79.34/10 万，占总死亡人数的 8.71%；感染性、母婴及营养缺乏性疾病死亡 80 人，死亡率 47.37/10 万，占总死亡人数的 5.20%。见表 4.2.2

表 4.2.2 2021 年沙湾区三大类疾病死因构成

死因分类	全人群		男性		女性	
	死亡率	构成比	死亡率	构成比	死亡率	构成比
1	777.45	85.32	907.20	85.51	638.97	85.02
2	79.34	8.71	87.16	8.22	71.00	9.45
3	47.37	5.20	59.64	5.62	34.27	4.56
其他	7.11	0.78	6.88	0.65	7.34	0.98
合计	911.27	100	1060.89	100	751.59	100

注：1、慢性非传染性疾病 2、伤害 3、感染性、母婴及营养缺乏性疾病

2. 全人群死因顺位

全区总人群及分性别人群主要疾病死亡率、标化死亡率及顺位：男女合计前五位依次是循环系统疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、伤害和内分泌营养代谢疾病/消化系统疾病；男性前五位依次是循环系统疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、伤害和消化系统疾病；女性前五位依次是循环系统疾病、呼吸系统疾病、恶性肿瘤、伤害和内分泌营养代谢疾病。见表 4.2.3。

表 4.2.3 2021 年沙湾区全人群前十大类疾病死亡率、标化死亡率及顺位

死亡率、标化死亡率：1/10 万

男女合计				男				女			
顺位	疾病	死亡率	标化死亡率	顺位	疾病	死亡率	标化死亡率	顺位	疾病	死亡率	标化死亡率
1	循环系统疾病	304.94	128.78	1	循环系统疾病	338.34	156.68	1	循环系统疾病	269.30	99.43
2	恶性肿瘤	205.47	108.60	2	恶性肿瘤	263.79	142.58	2	呼吸系统疾病	162.80	52.74
3	呼吸系统疾病	204.87	75.79	3	呼吸系统疾病	244.29	98.87	3	恶性肿瘤	143.22	72.09
4	伤害	79.34	47.59	4	伤害	87.16	58.44	4	伤害	71.00	35.78
5	内分泌营养代谢疾病	28.42	13.09	5	消化系统疾病	37.85	18.97	5	内分泌营养代谢疾病	30.60	11.90



			内分泌			神经系		
						统和精		
5	消化系 统疾病	28.42 12.49	6	营养代 谢疾病	26.38 14.38	6	神障碍 疾病	25.71 9.46
			神经系			消化系		
7	神经系 统疾病	23.09 11.46	7	统和精 神障碍 疾病	20.64 13.07	7	统疾病	18.36 5.62
			泌尿生			肌肉骨		
8	泌尿生 殖系统 疾病	10.66 3.91	8	殖系统 疾病	13.76 5.34	8	骼和结 缔组织 疾病	7.34 4.17
						泌尿生		
9	传染病	7.70 5.66	9	传染病	12.62 9.34	9	殖系统 疾病	7.34 2.51
			肌肉骨					
10	肌肉骨 骼和结 缔组织 疾病	5.92 2.85	10	骼和结 缔组织 疾病	4.59 1.77	10	传染病	2.45 1.57

3. 分单病种死因顺位

男女合计前 5 位依次是：慢阻肺、脑血管病、缺血性心脏病、肺癌、意外跌落，占死亡总数的 59.83%。男性前 4 位与男女合计前 4 位一致，最后 1 位是：

下呼吸道感染，占死亡总数的 58.94%。女性第 1 位与男女合计第 1 位一致，后 4 位依次是：缺血性心脏病、脑血管病、意外跌落、肺癌，占死亡总数的 63.46%。见表 4.2.4。

表 4.2.4 2021 年沙湾区人群前十单病种疾病死亡率、构成比及顺位

死亡率：1/10 万，构成比：%

顺位	男女合计			男			女		
	疾病	死亡率	构成比	疾病	死亡率	构成比	疾病	死亡率	构成比
1	慢性阻塞性肺病	159.28	17.51	慢性阻塞性肺病	184.65	17.44	慢性阻塞性肺病	132.20	17.62
2	脑血管病	155.73	17.12	脑血管病	183.51	17.33	缺血性心脏病	127.30	16.97
3	缺血性心脏病	129.08	14.19	缺血性心脏病	130.75	12.35	脑血管病	126.08	16.80
4	肺癌	62.17	6.84	肺癌	79.14	7.48	意外跌落	46.52	6.20
5	意外跌落	37.90	4.17	下呼吸道感染	45.88	4.33	肺癌	44.07	5.87
6	下呼吸道感染	37.30	4.10	肝癌	43.58	4.12	下呼吸道感染	28.15	3.75
7	肝癌	27.83	3.06	交通事故	36.70	3.47	糖尿病	24.48	3.26
8	交通事故	25.46	2.80	食管癌	35.55	3.36	阿尔茨	17.14	2.28



						海默病		
				结直肠		结直肠		
9	结直肠癌	24.87	2.73	癌	34.41	3.25	14.69	1.96
				意外跌				
10	糖尿病	24.28	2.67	落	29.82	2.82	胰腺癌	13.46
								1.79

4. 恶性肿瘤死亡率与死因顺位

男女合计前 5 位依次是：肺癌、肝癌、结直肠癌、食道癌和胃癌，占恶性肿瘤死亡的 84.64%。男性前 2 位与男女合计前 2 位相同，后 3 位依次是食管癌、结直肠癌、胃癌，占男性恶性肿瘤死亡的 89.11%。女性前 5 位依次是肺癌、结直肠癌、宫颈癌、胰腺癌和肝癌，占女性恶性肿瘤死亡的 79.80%。见表 4.2.5。

表 4.2.5 2021 年沙湾区人群恶性肿瘤死亡率、构成比及顺位

死亡率：1/10 万，构成比：%

顺位	男女合计			男			女		
	疾病	死亡率	构成比	疾病	死亡率	构成比	疾病	死亡率	构成比
1	肺癌	62.17	35.84	肺癌	79.14	34.16	肺癌	44.07	36.36
2	肝癌	27.83	16.04	肝癌	43.58	18.81	结直肠癌	14.69	12.12
3	结直肠癌	24.87	14.33	食管癌	35.55	15.35	宫颈癌	13.46	11.11
4	食管癌	20.13	11.60	结直肠癌	34.41	14.85	胰腺癌	13.46	11.11
5	胃癌	11.84	6.83	胃癌	13.76	5.94	肝癌	11.02	9.09
6	胰腺癌	11.25	6.48	胰腺癌	9.18	3.96	胃癌	9.79	8.08
7	宫颈癌	6.51	3.75	前列腺癌	6.88	2.97	卵巢癌	6.12	5.05

8	前列腺 癌	3.55	2.05	膀胱癌	3.44	1.49	食管癌	3.67	3.03
9	卵巢癌	2.96	1.71	白血病 淋巴瘤	3.44	1.49	乳腺癌	3.67	3.03
10	白血病	2.37	1.37	与多发 性骨髓 瘤	2.29	0.99	白血病	1.22	1.01

5. 分年龄组死亡率、构成比及主要死因

0-14 岁人群死亡数占死亡总人数的 0.45%，该年龄组粗死亡率为 46.27/10 万；15-64 岁劳动力人群死亡数占死亡总人数的 18.91%，该年龄组粗死亡率为 249.15/10 万；死亡主要发生在 65 岁及以上的老年人人群，占总死亡的 81.16%，该年龄组粗死亡率为 3357.87/10 万。各年龄组死亡情况见表 4.2.6

表 4.2.6 2021 年沙湾区分年龄主要死亡原因

年龄组	年龄组死亡率 (/10 万)	占死亡总构成 (%)	分单病种主要死因
0-	293.69	0.13	早产儿或未成熟儿、先天性疾病
1-	26.44	0.06	意外中毒
5-	19.05	0.06	脑血管病
10-	55.36	0.19	心脏病、神经系统疾病、淹溺
15-	33.88	0.13	神经系统疾病
20-	38.77	0.19	交通事故、自杀
25-	60.31	0.39	肝癌、白血病、肌肉骨骼和结缔组织疾病、先天性疾病、意外 跌落
30-	126.65	0.78	胃癌、结直肠癌、肝癌、脑血管病、心脏病、交通事故、意外 跌落、触电
35-	82.89	0.45	结核病、神经系统疾病、缺血性心脏病、交通事故、淹溺、被 杀



40-	134.46	0.84	肝炎、肺癌、结直肠癌、宫颈癌、神经系统疾病、缺血性心脏病、脑血管病、交通事故、意外中毒、被杀
45-	172.05	2.14	肝癌、交通事故、缺血性心脏病、脑血管病、意外跌落
50-	281.68	3.83	肝癌、结直肠癌、脑血管病、交通事故、肺癌、缺血性心脏病
55-	429.81	5.20	脑血管病、肺癌、糖尿病、交通事故、肝癌、结直肠癌
60-	1104.49	4.94	肺癌、脑血管病、慢性阻塞性肺病、交通事故、结直肠癌
65-	1038.67	8.45	肺癌、脑血管病、慢性阻塞性肺病、缺血性心脏病、糖尿病
70-	2125.03	12.28	肺癌、脑血管病、慢性阻塞性肺病、缺血性心脏病、意外跌落
75-	3231.43	15.66	慢性阻塞性肺病、脑血管病、缺血性心脏病、肺癌、意外跌落
80-	5431.17	15.92	脑血管病、慢性阻塞性肺病、缺血性心脏病、肺癌
85-	12182.17	28.33	慢性阻塞性肺病、脑血管病、缺血性心脏病、意外跌落
合计	911.27	100	

（三）期望寿命

平均预期寿命又称为人口平均寿命，是评价人口健康水平的重要指标，也是人口预测的一个重要参数，它与死亡率密切相关，两者呈反比关系。

全区人均期望寿命经校正后为 81.70 岁，男性期望寿命 78.87 岁，女性期望寿命 85.07 岁。四大类慢病（心脑血管疾病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病和糖尿病）的过早死亡率为 11.89%（其中：心脑血管疾病死亡率为 304.94/10 万、标化死亡率为 128.78/10 万；恶性肿瘤死亡率为 205.47/10 万、标化死亡率为 108.60/10 万；慢性呼吸系统疾病死亡率为 204.87/10 万、标化死亡率为 75.79/10 万；糖尿病死亡率为 24.28/10 万、标化死亡率为 11.73/10 万）。70 岁以下人群慢性呼吸系统疾病死亡率 22.85/10 万，标化死亡率为 12.00/10 万。

二、肿瘤随访登记情况

（一）发病率和死亡率

2021 年，沙湾区登记报告肿瘤新发病例 469 例，发病率为 277.70/10 万，标化发病率 161.21/10 万，死亡 377 例，死亡率为 223.23/10 万，标化死亡率为 117.57/10 万；死亡发病比（M/I）为 0.80。其中男性发病率与死亡率分别为



316.55/10 万、282.14/10 万；女性发病率与死亡率分别为 236.25/10 万、160.35/10 万。见表 4.2.7。

表 4.2.7 2021 年沙湾区肿瘤发病率与死亡率（1/10 万）

性别	人口数	发病数	发病率	死亡数	死亡率
男性	87191	276	316.55 (169.47*)	246	282.14 (150.85*)
女性	81694	193	236.25 (152.50*)	131	160.35 (81.74*)
合计	168885	469	277.70 (161.21*)	377	223.23 (117.57*)

*：标化率

（二）年龄别发病率

2021 年沙湾区全人群居民在 1-39 岁肿瘤发病处于较低水平，40 岁以后发病率随年龄增长呈升高趋势，70-79 岁达到高峰，80 岁后开始下降。60 岁以后男性肿瘤发病率明显高于女性。70 岁男性肿瘤发病率达到峰值，女性则为 80 岁达到峰值。见表 4.2.8。

表 4.2.8 2021 年沙湾区肿瘤年龄别发病率（1/10 万）

年龄组	合计		男性		女性	
	发病率	构成比 (%)	发病率	构成比 (%)	发病率	构成比 (%)
0-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5-	19.05	0.21	0.00	0.00	40.03	0.52
10-	36.91	0.43	0.00	0.00	75.67	1.04
15-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
20-	25.85	0.43	0.00	0.00	50.43	1.04
25-	30.16	0.64	39.05	0.72	20.72	0.52



30-	105.54	2.13	40.31	0.72	177.27	4.15
35-	35.52	0.64	23.28	0.36	48.19	1.04
40-	113.78	2.35	59.83	1.09	171.90	4.15
45-	109.49	4.48	108.95	3.99	110.08	5.18
50-	229.16	10.23	224.66	9.06	234.26	11.92
55-	268.63	10.66	265.60	9.42	271.99	12.44
60-	581.31	8.53	691.24	8.70	469.35	8.29
65-	575.26	15.35	692.27	15.22	465.19	15.54
70-	888.24	16.84	1250.00	21.38	479.16	10.36
75-	817.91	13.01	1069.12	15.58	523.86	9.33
80-	953.23	9.17	1063.36	8.70	842.95	9.84
85+	642.64	4.90	907.91	5.07	441.83	4.66

（三）年龄别死亡率

2021年沙湾区居民在0-14岁无肿瘤死亡,15-44岁处于较低水平,45岁以后死亡率随年龄增长呈升高趋势,80岁达到高峰,80岁以后明显开始下降。55岁之前男性肿瘤死亡率与女性无明显差异,55岁以后男性肿瘤死亡率明显高于女性。见表4.2.9。

表 4.2.9 2021 年沙湾区肿瘤年龄别死亡率（1/10 万）

年龄组	合计		男性		女性	
	死亡率	构成比 (%)	死亡率	构成比 (%)	死亡率	构成比(%)
0-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15-	16.94	0.27	32.64	0.41	0.00	0.00
20-	12.92	0.27	0.00	0.00	25.21	0.76

25-	20.10	0.53	19.53	0.41	20.72	0.76
30-	52.77	1.33	100.77	2.03	0.00	0.00
35-	11.84	0.27	0.00	0.00	24.10	0.76
40-	41.37	1.06	59.83	1.22	21.49	0.76
45-	67.78	3.45	108.95	4.47	22.02	1.53
50-	128.90	7.16	152.77	6.91	101.85	7.63
55-	171.92	8.49	194.10	7.72	147.33	9.92
60-	435.98	7.96	547.24	7.72	322.68	8.40
65-	375.52	12.47	494.48	12.20	263.61	12.98
70-	742.07	17.51	1059.32	20.33	383.33	12.21
75-	911.77	18.04	1093.98	17.89	698.49	18.32
80-	1064.07	12.73	1329.20	12.20	798.58	13.74
85+	894.10	8.49	1037.61	6.50	785.47	12.21

（四）肿瘤发病顺位

2021 年男女肿瘤发病第 1 位均是肺癌，男性发病 2-5 位依次为结直肠及肛门癌、肝癌、食管癌和前列腺癌。女性发病 2-5 位依次为结直肠及肛门癌、乳腺癌、宫颈癌和甲状腺癌。见表 4.2.10。

表 4.2.10 2021 年沙湾区前 10 位肿瘤发病

顺位	男女合计			男性			女性		
	肿瘤名称	发病率 (1/10 万)	构成比 (%)	肿瘤名称	发病率 (1/10 万)	构成比 (%)	肿瘤名称	发病率 (1/10 万)	构成比 (%)
1	支气管和肺 (C34)	79.94	28.78	支气管和肺 (C34)	102.07	32.25	支气管和肺 (C34)	56.31	23.83



	结直肠			结直肠			结直肠		
2	(C18-C21)	39.08	14.07	(C18-C20)	48.17	15.22	(C18-C21)	29.38	12.44
3	肝 (C22)	26.65	9.59	肝 (C22)	40.14	12.68	乳腺 (C50)	20.81	8.81
4	胃 (C16)	11.84	4.26	食管 (C15)	14.91	4.71	宫颈 (C53)	17.14	7.25
5	乳腺 (C50)	10.66	3.84	前列腺 (C61)	13.76	4.35	甲状腺 (C73)	15.91	6.74
6	脑 (C71)	9.47	3.41	膀胱 (C67)	13.76	4.35	胃 (C16)	12.24	5.18
7	食管 (C15)	8.88	3.20	胃 (C16)	11.47	3.62	肝脏 (C22)	12.24	5.18
8	胰腺 (C25)	8.88	3.20	胰腺 (C25)	10.32	3.26	脑 (C71)	11.02	4.66
9	甲状腺 (C73)	8.88	3.20	口腔和咽喉 (C00-10, C12-14)	8.03	2.54	子宫 (C54)	8.57	3.63
10	子宫颈 (C53)	8.29	2.99	脑 (C71)	8.03	2.54	卵巢 (C56)	7.34	3.11

(五) 肿瘤死亡顺位

2021 年男女肿瘤死亡第 1 位均是肺癌，男性死亡肿瘤 2-5 位依次为肝癌、食管癌、结直肠癌和胃癌。女性肿瘤死亡 2-5 位依次为结直肠癌、子宫颈癌、胰腺癌和肝癌。见表 4.2.11。

表 4.2.11 2021 年沙湾区前 10 位肿瘤死亡



顺位	男女合计			男性			女性		
	肿瘤名称	死亡率 (1/10万)	构成比 (%)	肿瘤名称	死亡率 (1/10万)	构成比 (%)	肿瘤名称	死亡率 (1/10万)	构成比 (%)
1	支气管和肺 (C34)	65.13	29.18	支气管和肺 (C34)	81.43	28.86	支气管和肺 (C34)	47.74	29.77
2	肝 (C22)	28.42	12.73	肝 (C22)	42.44	15.04	结直肠 (C18-C20)	15.91	9.92
3	结直肠 (C18-C20)	26.05	11.67	食管 (C15)	40.14	14.23	子宫颈 (C53)	15.91	9.92
4	食管 (C15)	21.91	9.81	结直肠 (C18)	35.55	12.60	胰腺 (C25)	13.46	8.40
5	胃 (C16)	13.62	6.10	胃 (C16)	13.76	4.88	肝 (C22)	13.46	8.40
6	胰腺 (C25)	11.84	5.31	胰腺 (C25)	10.32	3.66	胃 (C16)	13.46	8.40
7	子宫颈 (C53)	7.70	3.45	前列腺 (C61)	9.18	3.25	脑 (C71)	7.34	4.58
8	脑 (C71)	7.11	3.18	脑 (C71)	6.88	2.44	卵巢 (C56)	6.12	3.82
9	前列腺 (C61)	4.74	2.12	膀胱 (C67)	5.73	2.03	乳腺 (C50)	4.90	3.05
10	喉 (C32)	3.55	1.59	喉 (C32)	5.73	2.03	子宫体 (C54-55)	4.90	3.05



三、心脑血管疾病发病情况

2021 年沙湾区户籍人口心脑血管疾病报告 748 例，报告发病率为 437.11/10 万，标化发病率 237.64/10 万；男性 394 例，发病率为 454.19/10 万，女性 354 例，发病率为 419.55/10 万，男女发病比为 1.1:1。

（一）病例上报情况

2021 年上报心脑血管疾病监测病例 748 例。上报数据中，脑卒中 632 例，占比约 84.49%；急性心梗 111 例，占比约 14.84%；心脏性猝死 5 例，占比最小，约 0.67%。见表 4.2.12。

表 4.2.12 沙湾区 2021 年心脑血管事件报告发病数、发病率及发病比例

	急性心梗	脑卒中			心脏性猝死	合计
		出血性 脑卒中	缺血性脑 卒中	未分类脑 卒中		
发病数（例）	111	115	515	2	5	748
发病率（1/10 万）	64.87	67.2	300.95	1.17	2.92	437.11

（二）个案数据来源

心脑血管监测病例主要采取系统直报方式上报数据，2021 年共录入 748 例，其中发病录入 508 例，占 67.91%；死亡补发病 240 例，占 32.09%；死亡未补发病 0 例。

沙湾区 2019-2021 年心脑血管报告发病总体成下降趋势，分别为：826 例、809 例、748 例，其中发病录入分别为 537 例、602 例、508 例；死亡补发病分别为 289 例、207 例、240 例。见图 4.2.2。

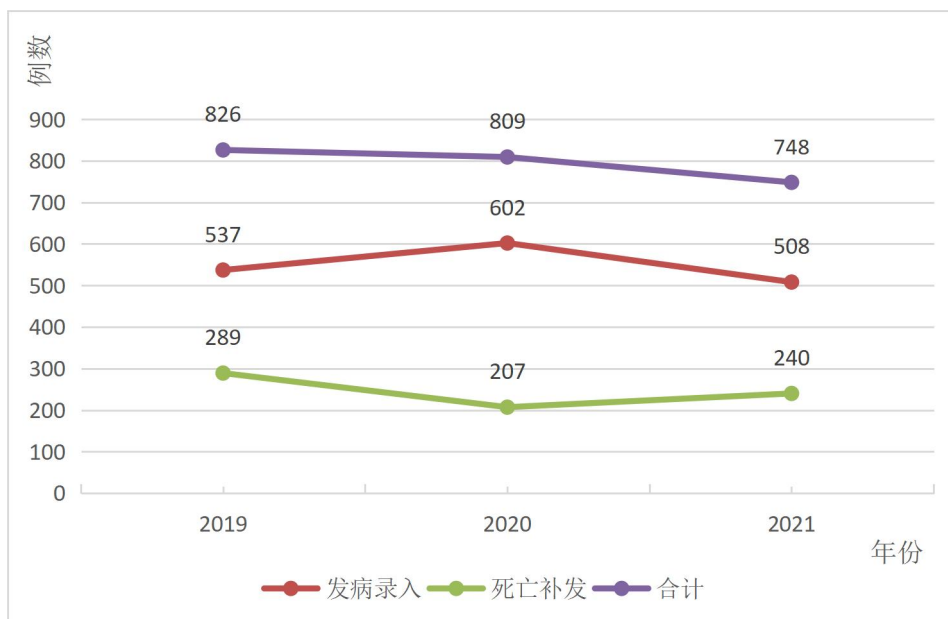


图 4.2.2 2019-2021 年心脑血管事件发病情况

(三) 分年龄组及病种发病率

30 岁年龄组前, 除 10-15 岁年龄组 1 人心脏性猝死外, 无心脑血管事件发病, 30 岁年龄组以后逐渐有少量发病, 到 50 岁年龄组以后, 随着年龄的增加, 发病逐步增多, 70 岁以后年龄组发病幅度增加, 85 岁以上达到峰值。见图 4.2.3。

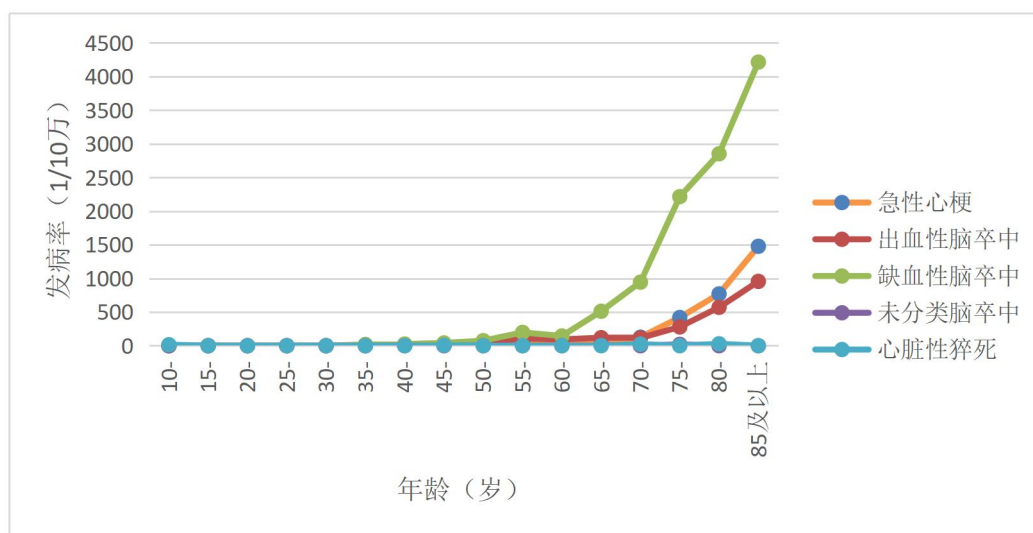


图 4.2.3 沙湾区 2021 年心脑血管事件各年龄段全人群发病率

(四) 致死性事件报告情况

2021 年全共报告死亡病例 240 例, 死亡率 140.25/10 万, 分病种死亡率从高到低依次为脑卒中、急性心梗、心脏性猝死, 与发病情况一致。脑卒中及急性



心梗男性发病高于女性。心脏性猝死男性 5 例，女性无发病。见表 4.2.13。

表 4.2.13 沙湾区 2021 年心脑血管事件致死性事件报告情况

	男性				女性				合计
	脑卒	急性心	心脏性	合计	脑卒	急性	心脏性	合计	
	中	梗	猝死		中	心梗	猝死		
死亡数（例）	83	50	5	138	58	44	0	102	240
死亡占比 （%）	11.10	6.68	0.67	18.45	7.75	5.88	0	13.64	32.09
死亡率 （1/10 万）	48.50	29.22	2.92	80.64	33.89	25.71	0	59.61	140.25

四、传染病监测

2021 年通过传染病报告信息管理系统报告沙湾区甲乙丙类法定管理传染病 2 类 10 种，报告发病 404 例，报告死亡 5 人，年报告发病率、死亡率分别为 278.76/10 万、3.45/10 万；与 2020 年相比，报告发病率上升 8.66%、报告死亡率下降 15.66%。

1. 法定传染病发病率

2021 年沙湾区无甲类传染病报告；乙类传染病报告发病 7 种 250 例，报告死亡 5 例，均为艾滋病；年报告发病率 172.50/10 万，死亡率 3.45/10 万；与 2020 年相比，报告发病率上升 6.18%、报告死亡率下降 15.66%。丙类传染病报告发病 4 种 154 例，无报告死亡；年报告发病率 106.26/10 万。与 2020 年相比，报告发病率上升 12.94%。

2. 传染病发病情况及顺位

甲乙类传染病报告发病数居前四位的病种依次为：乙肝、梅毒、肺结核、丙肝，占甲乙类传染病总报告发病数的 89.20%。报告死亡数的传染病有：艾滋病，占死亡总数的 100.00%。丙类传染病报告发病数居前三位的病种依次为：手足口病、流行性感冒、其它感染性腹泻，占丙类发病总数的 91.56%。无报告死亡病例。

五、重性精神疾病管理

截至 2021 年 12 月 31 日，按要求录入严重精神障碍患者发病报告登记在册人数 886 人，报告患病率 5.18%。在册患者管理人数 876 人，管理率 98.87%；规范管理人数 872 人，规范管理率 98.42%，服药人数 825 人，服药率 93.12%；规律服药 695 人，规律服药率 78.44%，其中精神分裂症 578 人，服药人数 527 人，服药率 91.18%，规律服药 443 人，规律服药率 76.64%。体检人数 308，体检率 35.12%。

六、口腔卫生

2021 年，我区按照省、市《学生近视及其他重点常见病和健康影响因素监测与干预工作方案》的要求，采用分层整群抽样方法，在抽取的沙湾小学、福禄中心校、福禄中学、实验中学和沫若中学 5 所学校 2101 名学生中进行了龋齿检查，结果显示：全区儿童的龋患率为 31.56%，6-10 岁儿童龋患率较高，12 岁年龄组的龋患率为 24.24%。见表 4.2.14。

表 4.2.14 2021 年沙湾区学生患龋情况

年龄组（岁）	检查人数	患龋人数	患龋率（%）
6~	161	61	37.89
7~	196	70	35.71
8~	198	83	41.92
9~	187	74	39.57
10~	212	76	35.85
11~	182	55	30.22
12~	231	56	24.24
13~18	734	188	25.61
合计	2101	663	31.56

七、残疾人群调查



通过对沙湾区残联提供的《非农业残疾人基础信息》和《农业残疾人基础信息》进行整理，获取沙湾区残疾人口情况汇总结果，截止 2021 年 12 月 31 日，沙湾区共有残疾 5774 人，残疾率为 4.19%。

残疾人群中，男女性别比 1.47:1。各年龄段的残疾人群都存在，其中 18 岁以下的残疾人群占 2%，18 到 60 岁残疾人群占 57.10%，60 岁及以上残疾人群占 40.9%。残疾类型主要是肢体残疾。见表 4.2.15。

表 4.2.15 2021 年沙湾区残疾人基本情况调查

变量	人数	构成 (%)
残疾类型		
肢体残疾	3524	61.03
视力残疾	710	12.30
言语/听力残疾	343	5.95
精神残疾	534	9.25
智力残疾	389	6.73
多重残疾	274	4.74
性别		
男	3439	59.56
女	2335	40.44
年龄		
<18	115	2.00
18~60	3503	57.10
>60	2455	40.90
合计	5774	100.00

注：来源：沙湾区残疾人口信息系统，数据截止日期：2021 年 12 月 31 日

八、妇幼卫生

（一）7岁以下儿童保健和健康

1. 5岁以下儿童死亡情况



2021 年，沙湾区 5 岁以下儿童死亡 3 人，其中婴儿死亡数 2 人，新生儿死亡数 1 人。

2. 母乳喂养、儿童健康管理、营养评价情况

2021 年，沙湾区纯母乳喂养率 92.57%（648/700）；7、3 岁以下儿童健康管理率分别为 97.44%（5526/5671）、98.18%（2103/2142）；5 岁以下儿童营养评价，低体重率 0.89%（33/3727）、生长迟缓率 0.38%（14/3727）、超重率 1.31%（49/3727）、肥胖率 0%、贫血率 3.19%（119/3727）。0-6 岁儿童眼保健和

视力检查覆盖率 97.44%（5526/5671）、6 岁儿童视力不良检出率 1.03%（16/1546）。见表 4.2.16。

表 4.2.16 2021 年沙湾区母乳喂养、儿童健康管理、营养评价情况

名称	人数（人）/率
6 个月内婴儿母乳喂养情况	
纯母乳喂养	648/700（92.57%）
7 岁以下儿童保健服务	
7 岁以下儿童健康管理	5526/5671（97.44%）
3 岁以下儿童健康管理	2103/2142（98.18%）
新生儿访视	699
5 岁以下儿童营养评价	
身高（长）体重检查	
低体重	33/3727（0.89%）
生长迟缓	14/3727（0.38%）
超重	49/3727（1.31%）
肥胖	0/3727（0%）
血红蛋白监测人数	
贫血	119/3727（3.19%）

**0-6 岁儿童眼保健和视力检查**

0-6 岁儿童保健和视力检查	5526/5671 (97.44%)
6 岁儿童视力不良检出率	16/1546 (1.03%)

(二) 孕产妇保健和健康

2021 年,沙湾区活产数 700 人,男 345 人,女 355 人,产妇数 690 人。产妇建卡人数 690 人,建卡率达 100%。2021 年产妇产住院分娩活产数 700 人,其中剖腹产活产数 417 人。产前检查情况见表 4.2.17。

表 4.2.17 2021 年沙湾区孕妇产前检查情况

检测项目	人数(人)/率
产妇孕产期血红蛋白检测	
孕产期贫血	42/690 (6.09%)
艾滋病病毒检测	
艾滋病病毒感染	0/690 (0%)
产妇梅毒检测	
梅毒感染	3/690 (0.43%)
产妇乙肝表面抗原检测	
乙肝表面抗原阳性	15/690 (2.17%)

(三) 婚前保健

2021 年,沙湾区共计结婚登记人数为 1812 人,其中进行婚前检查人数为 1766 人,婚前检查率为 97.46%。检测的疾病中,男、女性各检出指定传染病 6 人和 6 人,其中,性传播疾病男性 6 人,女性 6 人。

(四) 叶酸预防神经管缺陷项目

2021 年,沙湾区开展增补叶酸知识调查,共调查 695 人,知晓率达 100%。



农村适龄妇女孕前和孕早期叶酸服用情况：新增应服用人数 695 人，实际新增服用 695 人；叶酸服用的依从人数 679 人，依从率 97.70%。

（五）妇女常见病筛查

2021年，沙湾区35-64岁妇女人数为34719人，进行宫颈癌细胞学筛查4087人、HPV检测检查2252人、HPV+细胞学联合检测2279人、阴道镜检查1796人、病理检查52人，其中宫颈癌前病变21人、宫颈微小浸润癌4人、宫颈浸润癌2人；乳腺彩色超声检查5453人、乳腺病理检查5人，其中乳腺癌2人，均为早期诊断。

第三章 专项调查结果

一、调查完成情况

2019年2月—8月沙湾区在13个乡镇由16个基层医疗卫生机构进行了慢性病综合防控社会因素调查，共调查15岁及以上居民6009人，回收数据清洗后有效问卷5656份，问卷有效率为94.13%。见表4.3.1。

表 4.3.1 沙湾区社会因素调查情况

乡镇/社区	服务人口	调查村/片区数	分配调查人数	实际调查人数	有效问卷	有效问卷率 (%)
沙湾镇	9937	3	337	337	318	94.36
嘉农镇	22976	5	778	778	731	93.96
太平镇	16009	5	540	540	522	96.67
福绿镇	18841	5	638	638	600	94.04
踏水镇	9469	3	320	320	296	92.50
葫芦镇	10314	4	349	349	328	93.97
牛石镇	8135	3	275	284	284	100.00



龚嘴镇	5165	3	175	175	165	94.29
谭坝乡	8044	3	272	272	183	67.28
轸溪乡	4930	2	167	167	157	94.01
铜茨乡	6487	3	220	220	219	99.55
范店乡	4216	2	143	143	118	82.52
碧山乡	11193	4	379	379	356	93.93
文豪社区	25325	5	857	857	855	99.77
绥山社区	9186	3	310	310	298	96.13
观峨社区	7074	3	240	240	226	94.17
合计	177301*	56	6000	6009	5656	94.13

*2018年沙湾区基本公共卫生服务项目拨款人数

二、基本情况

（一）性别及年龄

在 5656 名被调查对象中, 男性 2802 人, 占 49.54%, 女性 2854 人, 占 50.46%, 男女性别构成比为 0.98:1。调查对象平均年龄为 49.46 岁, 不同年龄阶段调查人数分别为: 15~24 岁 559 人 (9.9%), 25~34 岁 711 人 (12.6%), 35~44 岁 743 人 (13.1%), 45~54 岁 1563 人 (27.6%), 55~64 岁 778 人 (13.8%), 65 岁及以上 1302 人 (23.0%)。见表 4.3.2。

表 4.3.2 被调查对象年龄、性别构成

年龄组	调查人数	男	女
15~	559	257	302
25~	711	314	397
35~	743	359	384
45~	1563	787	776
55~	778	425	353
65~	1302	660	642
合计	5656	2802	2854

（二）民族

被调查对象中汉族 5626 人 (99.5%), 少数民族 30 人 (0.5%)。沙湾区仍



然是以汉族为主民族聚居的辖区。

（三）婚姻状况

被调查 18 岁及以上成年人中，82.8%婚姻状况为已婚，未婚占 13.3%，丧偶、离异以及其它 3.9%。

（四）户籍、文化程度及职业

被调查 15 岁及以上人群中，沙湾区户籍人 5246（92.8%），在本地居住 5 年以上的 5427 人（95.9%）。文化程度以小学、初中为主，未接受正规学校教育人数为 528 人，占 9.3%，大学本科及以上为 151 人，占 2.7%，人群整体文化水平偏低；职业以农林牧渔水利业从业人员最多，占 2.67%。见表 4.3.3

表 4.3.3 被调查对象户籍、文化程度及职业构成

组别	本区户籍		非本区户籍		合计	
	人数	构成 (%)	人数	构成 (%)	人数	构成 (%)
文化程度						
未接受正规学校教育	502	9.6	26	6.3	528	9.3
小学未毕业	498	9.5	22	5.4	520	9.2
小学	1440	27.4	64	15.6	1504	26.6
初中	1702	32.4	114	27.8	1816	32.1
高中/中专/技校	754	14.4	93	22.7	847	15.0
大专	235	4.5	55	13.4	290	5.1
大学本科及以上	115	2.2	36	8.8	151	2.7
职业						
生产、运输设备操作人员 及有关人员	175	3.3	18	4.4	193	3.4
机关、企事业等单位管理 者	72	1.4	18	4.4	90	1.6
专业技术人员	252	4.8	47	11.5	299	5.3



办事人员和有关人员	91	1.7	12	2.9	103	1.8
农林牧渔水利业从业人员	1802	34.4	67	16.3	1869	33.0
商业、服务业人员	226	4.3	56	13.6	282	5.0
军人	6	0.1	0	0.0	6	0.1
其他劳动者	731	13.9	47	11.5	778	13.8
在校学习	287	5.5	47	11.5	334	5.9
未就业	649	12.4	25	6.1	674	11.9
家务	721	13.7	57	13.9	778	13.8
离退休人员	234	4.5	16	3.9	250	4.4
合 计	5246	100.0	410	100.0	5656	100.0

（五）经济水平

被调查对象中,月平均收入小于 1500 元的占 48.0%, 1500—2999 元的占 24.8%, 3000—5000 元的占 8.3%, 5001 元以上的占 2.0%, 其它占 16.9%。

（六）医疗保障

被调查的 15 岁以上人群中, 98.6%的人群参加了社会医疗保险, 在参加社会医疗保险的被调查对象中, 购买人次最高的是新型农村合作医疗保险, 占 47.9%, 其次是城镇居民基本医疗保险, 占 32.9%, 和城镇职工基本医疗保险, 占 13.9%, 1.0%的被调查对象购买过商业医疗保险。见表 4.3.4。

表 4.3.4 被调查对象医疗保障情况

项目	率 (%)
----	-------

社会医疗保险

新型农村合作医疗	47.9
城镇居民基本医疗保险	32.9
城镇职工基本医疗保险	13.9
贫困救助	1.2
商业医疗	1.0
全公费	0.1
全自费	0.7
其他	0.5
未参加	1.4

(七) 生活压力

被调查的 15 岁以上人群中, 感觉目前生活压力“一般”的人数最多, 有 2006 人 (35.47%), 其次是“较大”和“很大, 尚可承受”分别是 1237 人 (21.87%) 和 924 人 (16.34%), 自感“无”压力的有 622 人 (11.00%), 压力“很大, 难以承受”的只有 513 人 (9.1%)。见图 4.3.1。60.9% 人次感觉压力最大的事是“维持家庭各项开支”, 其次分别是“孩子教育” (23.6%)、工作繁忙 (19.2%) 和“买房” (13.6%)。见表 4.3.5。

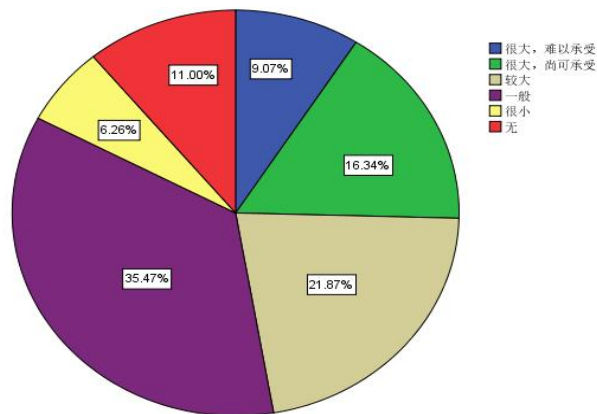


图 4.3.1 被调查对象生活压力构成比

表 4.3.5 被调查对象生活压力最大的事 (人次率)

生活压力最大的事	率 (%)
----------	-------



工作繁忙	19.2
维持家庭各项开支	60.9
孩子教育	23.6
买房	13.6
买车	6.4
无休闲娱乐时间	5.3
下岗危机	1.7
其它	12.4

三、周围环境与卫生服务

（一）居民周围环境健康氛围

在 5656 名被调查的 15 岁及以上居民中，八成以上的居民知道其居住的居委会/村委会有固定的健康教育宣传专栏和健身场所，七层以上居民回答居委会/村委会发放过健康生活方式宣传资料，一半以上居民到居委会/村委会的健康教育活动室听过健康生活方式相关知识讲座。53.5%的居民回答其居住的居委会/村委会有群众性健身活动团体，但只有 30%的居民参加过团体。见表 4.3.6。

表 4.3.6 居民居住的居委会/村委会健康氛围情况

项 目	有（是）		没有（否）		不知道	
	人数	占比（%）	人数	占比（%）	人数	占比（%）
居委会/村委会						
固定的健康教育宣传栏	4719	83.4	146	2.6	791	14.0
健身场所	4656	82.3	359	6.3	641	11.3
为居民发放过健康生活方式						
的宣传资料	4083	72.2	319	5.6	1254	22.2
组织开展过健康生活方式						
的评选活动	2931	51.8	692	12.2	2033	35.9
开展过健康生活方式相关						
知识讲座	3230	57.1	596	10.5	1830	32.4



健康活动室	3141	55.5	577	10.2	1938	34.3
群众性健身活动团体	3024	53.5	667	11.8	1965	34.7
居民参加过居委会/村委会内						
群众性健身活动团体	1695	30.0	3961	70.0	-	-

（二）居民卫生服务

5656 名被调查对象中，97.2%的居民知道其居住的辖区有社区/乡镇卫生服务医疗机构，96.0%的居民愿意在辖区社区/乡镇卫生服务医疗机构建立健康档案，只有 4.0%的居民不愿意去社区/乡镇卫生服务医疗机构建立健康档案，原因主要是“太麻烦”（占 37.9%），其次“没意义”（31.3%）和“不愿意透露个人信息”（26.0%）。见表 4.3.7。

表 4.3.7 居民在社区/乡镇卫生服务医疗机构建立健康档案意愿

项目	人数	占比 (%)
愿意	5429	96.0
不愿意	227	4.0
原因：没意义	71	31.3
不愿透露个人信息	59	26.0
太麻烦	86	37.9
其它	11	4.8

31.3%的居民没有参加过社区/乡镇卫生服务医疗机构提供的慢性病相关知识的健康教育宣传，主要原因是“不知道”（占 43.4%）和没时间（占 39.1%），其次是“不感兴趣”（16.7%）。全部参加过的只有 9.8%，近 60%的居民是有时参加。见表 4.3.8。

89.5%调查对象（5063 人）接受过社区/乡镇卫生服务医疗机构提供的医疗或基本公共卫生服务，6.6%（373 人）不知道自己是否接受过，3.9%（220 人）未接受过，其原因有：路程较远不方便（46.8%）、医疗设备不全（24.1%）、医疗质量不高（19.5%）、药品品种太少（12.3%）、服务态度不好（8.6%）等。见



表 4.3.8。

84.5%调查对象（4781 人）对社区/乡镇卫生服务医疗机构提供的服务满意，13.4%（759 人）感觉服务一般，2.1%（116 人）不满意，其原因主要有：设备条件差（45.7%）、服务项目少（41.4%）、技术水平低（37.9%）、药品种类少（25.9%）、附近没有社区卫生服务机构（16.4%）、主动性服务差（16.4%）、收费不合理（15.5%）。见表 4.3.8。

表 4.3.8 居民在社区/乡镇卫生服务医疗机构接受的服务及满意度

项目	人数	占比（%）
健康教育		
全部参加过	555	9.8
有时参加过	3344	59.1
没有参加过	1757	31.1
原因：不感兴趣	293	16.7
没时间	687	39.1
不知道	763	43.4
其它	14	0.8
医疗或基本公共卫生服务		
接受过	5063	89.5
不知道	373	6.6
未接受过	220	3.9
原因：路程较远不方便		46.8※
医疗质量不高		19.5※
服务态度不好		8.6 ※
药品品种太少		12.3※
医疗设备不全		24.1※
其它		23.6※
满意	4781	84.5
一般	759	13.4



不满意	116	2.1
原因：附近没有社区卫生服务机构		16.4※
服务项目少		41.4※
技术水平低		37.9※
设备条件差		45.7※
服务态度差		14.7※
药品种类少		25.9※
收费不合理		15.5※
主动服务性差		16.4※
其它		0.0※

※ 人次率

（三）居民两周患病情况

调查 5656 人中，两周患病人数为 1266 人，两周患病率为 22.4%。其中 15.0%（848 人）的患者因病就诊，7.4%（418 人）的患者有不适但未就诊。因病就诊的患者中，66.5%选择社区/乡镇卫生服务医疗机构，18.8%选择私人诊所就诊，13.9%选择二、三级综合医院或专科医院就诊，0.4%选择单位医务室就诊，0.4%选择其他。见表 4.3.9。

表 4.3.9 居民因病就诊及就诊机构选择

项目	人数	占比 (%)
最近两周没有感不适	4390	77.6
有不适但未就诊	418	7.4
就诊	848	15.0
首次就诊机构：私人诊所	159	18.8
社区/乡镇卫生服务医疗机构	563	66.5
单位医务室	4	0.4
二、三级综合医院或专科医院	118	13.9
其它	4	0.4



最近一年就诊机构：

社区/乡镇卫生服务医疗机构	61.4 ※
二、三级综合医院或专科医院	32.5 ※
中医医院	4.4 ※
私人诊所	22.0 ※
单位医务室	1.1 ※
其它	2.9 ※

※ 人次率

（四）最近一年居民就诊机构情况

在一年中，居民因病就诊去过社区/乡镇医疗卫生服务机构最多（61.4%），其次是二、三级综合医院或专科医院（32.5%）和私人诊所（22.0%）。见表 4.3.9。

四、锻炼行为

（一）体育锻炼

1. 锻炼频率及时间

调查的 5656 人中，不参加锻炼活动的有 439 人，占 7.8%；进行锻炼的 5217 人中（男 2557 人，女 2660 人），无论男女年龄，其活动方式主要选择以走路（上下楼）为最多（86.16%），其次是其他（包括家务劳动）（75.37%）；每周锻炼频率为 1~2 天、3~5 天、6~7 天的依次为 132 人（2.3%）、512 人（9.1%）、4573 人（80.9%）；见图 4.3.2。每天活动时间达 30 分钟以上的有 5155 人（98.81%），每周达 150 分钟以上的有 5032 人（96.45%）。见表 4.3.10。

表 4.3.10 不同性别、年龄调查对象锻炼活动方式及频率时间

组别	男					女				
	15-	25-	45-	≥65	合计	15-	25-	45-	≥65	合计
活动项目										
走路（上下楼）	2185	299	465	162	2209	275	635	880	496	2286
骑脚踏车	45	25	31	9	110	34	49	22	5	110

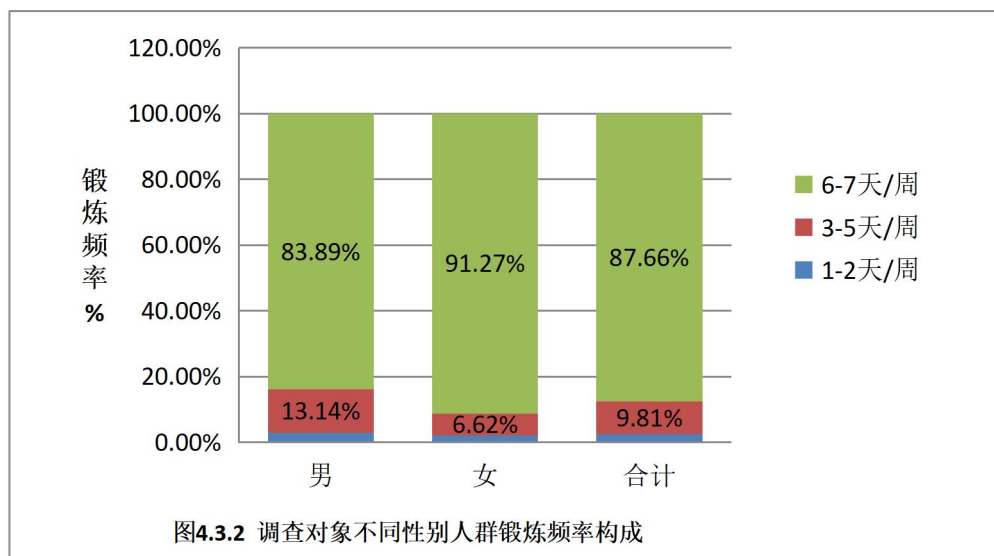


高尔夫球	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
登山	12	29	48	20	109	7	23	22	8	60
健身操	36	6	7	3	52	47	32	28	12	119
太极拳	2	0	6	4	12	0	3	2	2	7
瑜伽	0	0	1	1	2	5	13	5	0	23
保龄球	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
交谊舞	0	2	2	3	7	0	4	14	2	20
集体舞	12	3	14	1	30	12	27	43	8	90
排球	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2
羽毛球	34	16	9	6	65	38	9	8	1	56
乒乓球	38	8	6	1	53	23	3	3	1	30
跑步	86	62	47	7	202	128	58	20	5	211
网球	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
篮球	84	10	7	0	101	22	7	1	0	30
跳绳	3	3	3	1	10	21	29	7	0	57
游泳	11	4	6	0	21	0	6	1	2	9
其它										

(包括家务劳动等) 102379861433 1775 156 583 908 5102157

活动时间

10-29 分钟/天	8	11	13	15	47	6	2	1	6	15
≥30 分钟/天	23357711115585	2510	286	717	1035	6072645				
≥150 分钟/周	2285611073567	2429	281	708	1022	5922603				
1-2 天/周	0	0	48	28	76	0	0	20	36	56
3-5 天/周	1	423398	336	0	2	107	67	176		
6-7 天/周	240584847474	2145	292	717	909	5102428				



2. 每天 6000 步活动当量

调查的 5656 人中，平均每天活动量达 6000 步活动当量的有 4642 人，占 82.07%，其中男性 2225 人（79.41%），女性 2417 人（84.69%），男女平均每天活动量差别有统计学意义（ $\chi^2=26.437$ ， $P<0.05$ ）。不同年龄组每天 6000 步活动当量达标情况相当（ $\chi^2=6.526$ ， $P>0.05$ ）。见表 4.3.10。

表 4.3.11 不同性别、年龄调查对象每天活动 6000 步活动当量比较

组别	调查人数	达标人数	达标率 (%)	χ^2 值	P
性别					
男	2802	2225	79.41	26.437	0.000
女	2854	2417	84.69		
年龄组 (岁)					
15~24	559	469	83.89	6.526	0.089
25~44	1454	1182	81.29		
45~64	2341	1946	83.13		
≥65	1302	1045	80.26		
合计	5656	4642	82.07	—	—

3. 静态行为过久

久坐不动的生活方式可增加所有疾病的死亡率，加倍增加心血管疾病、糖尿



病和肥胖症的危险。在有效回答此题 5656 名调查对象中静态行为过久率为 39.73% (2247 人), 不同性别间静态行为过久率差异无统计学意义 ($\chi^2=3.153$, $P=0.076$), 不同年龄组间静态行为过久率不全相同 ($\chi^2=26.07$, $P<0.05$), 以 15~24 岁组最高 (48.48%), 其次是 65 岁以上人群 (41.55%), 不同职业间静态行为过久率不全相同 ($\chi^2=112.92$, $P<0.05$), 以在校学生最高 (54.19%), 其次是离退休人员 (53.20%)、商业服务人员 (50.71%) 和专业技术人员 (50.50%)。见表 4.3.11。

表 4.3.12 不同性别、年龄、职业调查对象静态过久行为情况比较

组别	调查人数	静态行为过久				
		人数	率（%）	χ ² 值	P	
性别						
男	2802	1080	38.54	3.153	0.076	
女	2854	1167	40.89			
年龄组（岁）						
15~24	559	271	48.48	26.07	0.000	
25~44	1454	563	38.72			
45~64	2341	872	37.25			
≥65	1302	541	41.55			
职业						
设备操作人员类	193	71	36.79	112.92	0.000	
机关企事业单位管理者	90	37	41.11			
专业技术人员	299	151	50.50			
办事人员类	103	47	45.63			
农林牧渔水利从业人员	1869	678	36.28			
商业服务人员	282	143	50.71			
军人	6	1	1/6			



其他劳动者	778	249	32.01		
在校学习	334	181	54.19		
未就业	674	273	40.50		
家务	778	283	36.38		
离退休人员	250	133	53.20		
合计	5656	2247	39.73	—	—

五、饮食行为

（一）谷类食物

回答此项问题的 5656 人中，过去一个月平均每天食用谷类食物少于 250 克的占 28.5%（1615 人），平均每天食用谷类食物在 250~400 克的占 48.5%（2742 人），平均每天食用谷类食物大于 400 克的占 23.0%（1299 人）。不同性别平均每天食用谷类食物差异有统计学意义（ $\chi^2=72.232$ ， $P<0.05$ ）。见表 4.3.13。

表 4.3.13 不同性别调查对象平均每天主食量比较

组别	回答人数	平均每天谷类食物食用量（克）（构成比：%）						x ²	P	
		<250		250~400		>400				
性别										
男	2802	661	（23.6）	1419	（50.6）	722	（25.8）	72.232	0.000	
女	2854	954	（33.4）	1323	（46.4）	577	（20.2）			
合计	5656	1615	（28.5）	2742	（48.5）	1299	（23.0）			

（二）食用油

完整回答此项问题的 5656 人中，主要食用植物油的占 98.5%（5572 人），主要食用动物油的占 0.7%（41 人），食用动物油和植物油各半的占 0.8%（43 人）。调查家庭中每人月均食用油摄入量为 1113.44 克，日均食用油摄入量为 37.15 克。控制在中国膳食营养指南推荐标准食用油限量 25 克以下的人员占 0.73%（41 人），日均食用油在 25~30 克的占 15.54%（879 人），日均食用油大

于 30 克的占 83.73% (4736 人)。见图 4.3.3。男性日均食用油摄入量高于女性 ($t=2.776$, $P<0.05$)；不同年龄组日均食用油摄入量以 15~34 岁组最高 (均值 37.59 克)，各年龄组日均食用油摄入量不全相同 (单因素 anova 检验 $F=37.289$, $P<0.05$)。见表 4.3.14。

表 4.3.14 不同调查对象日均食用油摄入量比较

组别	回答人数	日均食用油摄入量(克)	统计量	<i>P</i>
性别				
男	2802	37.37	t=2.776	0.006
女	2854	36.86		
年龄组(岁)				
15~34	1270	37.59	F=37.289	0.000
35~64	3084	37.53		
≥65	1302	35.66		
合计	5656	37.59	——	——

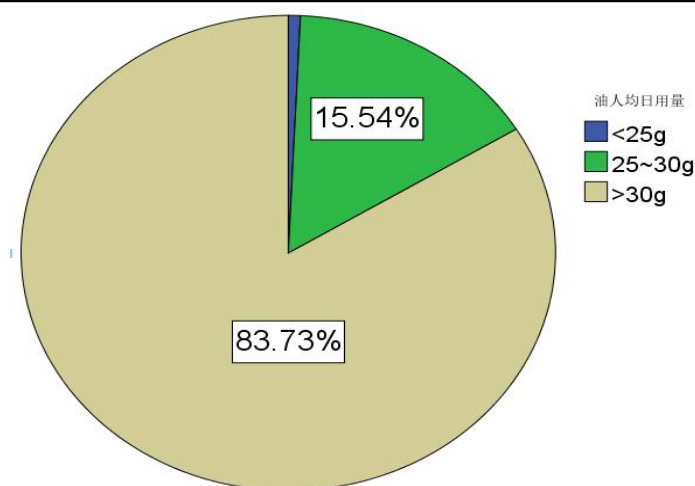


图 4.3.3 调查对象日均食用油构成比

(三) 新鲜蔬菜

调查对象 5656 人中平均每天食蔬菜量少于 300 克的占 44.57% (2521 人)，平均每天食蔬菜量 300~500 克的占 33.70% (1906 人)，平均每天食蔬菜量大于 500 克的占 21.73% (1229 人)。见图 4.3.4

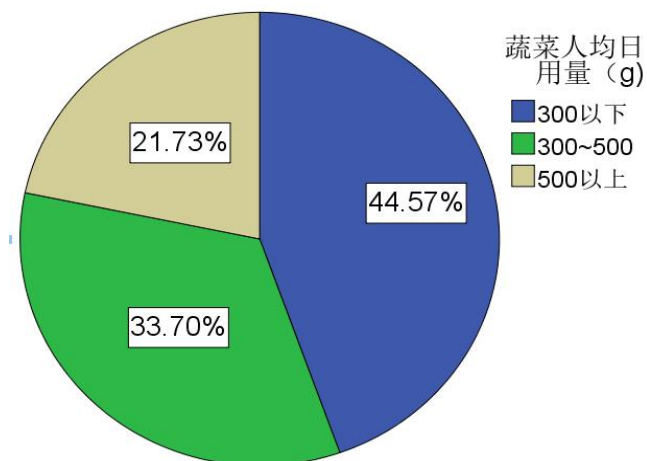


图 4.3.4 调查对象人均蔬菜食用量构成比

(四) 水果

调查对象中不吃水果的占 7.4% (421 人)，平均每天食水果量少于 200 克的占 75.6% (4274 人)，平均每天食水果量 200~400 克的占 15.0% (850 人)，平均每天食水果量大于 400 克的占 2.0% (111 人)。不同性别平均每天食水果量构成比差别无统计学意义 ($\chi^2=2.961$, $P>0.05$)，平均每天食用水果量少于 200 克所占比例最大。见表 4.3.15。

表 4.3.15 不同性别调查对象平均每天食用水果情况

调查 性别	调查 人数	平均每天水果食用量 (克) (构成比%)								χ^2	P
		不吃	<200	200~400	>400						
男	2802	225 (8.0)	2110 (75.3)	413 (14.7)	54 (2.0)					2.961	0.398
女	2854	196 (6.9)	2164 (75.8)	437 (15.3)	57 (2.0)						
合计	5656	421 (7.4)	4274 (75.6)	850 (15.0)	111 (2.0)						

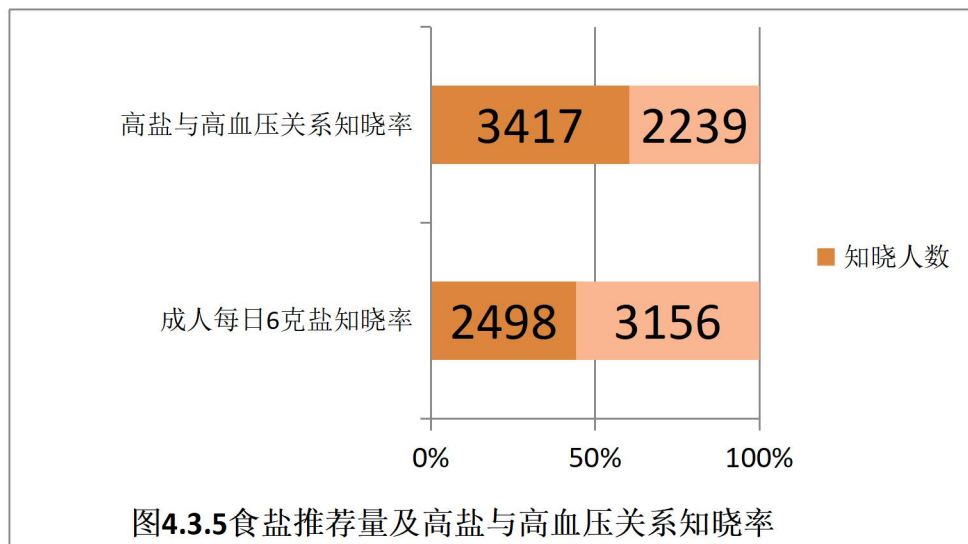
(五) 食盐

完整回答此项问题的 5656 人中，人均每日食盐摄入量为 7.57 克。控制在《中国膳食营养指南》推荐标准 6 克或以下的人群占 31.5% (1780 人)，6~10 克的占 52.0% (2942 人)，大于 10 克的占 16.5% (934 人)。见表 4.3.16。“健康成年人每日的盐摄入量不应超过 6 克”的知晓率为 44.2% (2498/5656)；“高

盐食物与血压的关系”的知晓率为 60.4% (3417/5656)。见图 4.3.5

表 4.3.16 调查对象人均每日食盐摄入量情况

人均每日食盐摄入量（克）	人数	构成比（%）
<6	1780	31.5
6~10	2942	52.0
>10	934	16.5
合计	5656	100.0



六、饮酒行为

本次调查对象 5656 人中，饮酒 1032 人，饮酒率为 18.25%，经年龄调整后饮酒率为 18.21%。其中男性饮酒率为 33.53% (941/2802)，女性 3.19% (91/2854)。每天饮酒者 450 人，占饮酒人数的 43.60%。饮酒人群中，过量饮酒者 220 人，其中男性 188 人，女性 32 人，过量饮酒比例为 21.32%。

饮酒率男性高于女性，差异有统计学意义 ($\chi^2=875.645$, $P<0.05$ ，不同年龄组饮酒率以 ≥ 65 岁组最高，为 19.67%，各年龄组饮酒率不全相同。($\chi^2=13.223$, $P<0.05$)。见表 4.3.17。

表 4.3.17 不同性别、年龄调查对象饮酒情况比较

组别	调查人数	饮酒人数	饮酒率（%）	χ^2 值	P
----	------	------	--------	------------	---



性别					
男	2802	941	33.53	875.645	0.000
女	2854	91	3.19		
年龄组（岁）					
15~44	1270	188	14.80	13.223	0.000
45~64	3084	588	19.07		
≥65	1302	256	19.67		
合计	5656	1032	18.25	—	—

七、吸烟行为

（一）吸烟率

本次调查中，15岁及以上且有效回答此题目的调查对象为5656人，其中吸烟者1607人，调查人群吸烟率为28.41%，经年龄调整后吸烟率为28.28%。其中男性吸烟率为50.39%（1412/2802人），女性吸烟率为6.83%（195/2854），平均开始吸烟年龄20.88岁。男性吸烟率高于女性，差异有统计学意义（ $\chi^2=1319.00$ ， $P<0.05$ ）；≥65岁组吸烟率最高，为33.64%，15~34岁、35~64岁、≥65岁组吸烟率差异具有统计学意义（ $\chi^2=47.928$ ， $P<0.05$ ）。见表4.3.18。重型吸烟者1178人，占吸烟者的73.30%。

表 4.3.18 不同性别、年龄调查对象吸烟情况

组别	调查人数	吸烟人数	吸烟率（%）	χ^2 值	P
性别					
男	2802	1412	50.39	1319.00	0.000
女	2854	195	6.83		
年龄组（岁）					
15~34	1270	273	21.49	47.928	0.000
35~64	3084	896	29.05		
≥65	1302	438	33.64		



合计	5656	1607	28.41	——	——
----	------	------	-------	----	----

（二）吸烟场所

在调查的 1607 名吸烟者中，吸烟的场所主要为家里 63.22%（1016 人），其他场所依次为餐厅 16.06%（258 人）、工作场所 12.07%（194 人）、娱乐场所 6.59%（106 人）和其他 2.06%（33 人）。

（三）吸烟原因

在调查的 1607 名吸烟者中，吸烟的原因占比依次为生活（工作）的压力 43.87%（705 人）、其他 20.22%（325 人）、工作应酬需要 18.42%（296 人）和好奇 17.49%（281 人）。

（四）戒烟率

本次调查中吸烟总人数为 1607 人，其中正在、计划或考虑戒烟的人数为 654 人，占 40.69%，其余 59.31%（953 人）没有考虑戒烟。女性戒烟率高于男性，差异有统计学意义（ $\chi^2=432.302$, $P<0.05$ ）。不同年龄组之间戒烟率不全相等，15~44 岁组戒烟意愿最高。（ $\chi^2=8.063$, $P<0.05$ ）。见表 4.3.19。

表 4.3.19 不同性别、年龄调查对象戒烟情况

组别	吸烟人数	正在、计划或考虑戒烟人数	正在、计划或考虑戒烟 (%)	χ^2 值	P
性别					
男	1412	574	40.65	432.302	0.000
女	195	80	41.03		
年龄组（岁）					
15~34	273	119	43.59	8.063	0.018
35~64	896	382	42.63		
≥65	438	153	34.93		
合计	1607	654	40.69	——	——



（五）被动吸烟率

在调查的 4049 名不吸烟者中,被动吸烟者有 1868 人,被动吸烟率达 46.13%,经年龄调整后被动吸烟率为 50.65%。被动吸烟者平均每周被动吸烟 2.15 小时。男性被动吸烟率高于女性,差异有统计学意义 ($\chi^2=251.429$, $P<0.05$)。不同年龄组被动吸烟率不同,差异有统计学意义 ($\chi^2=49.925$, $P<0.05$)。见表 4.3.20。

表 4.3.20 不同性别、年龄调查对象被动吸烟情况比较

组别	不吸烟人数	被动吸烟人数	被动吸烟率 (%)	χ^2 值	P
性别					
男	1390	645	46.40	251.429	0.000
女	2659	1223	45.99		
年龄组 (岁)					
15~34	997	498	49.95	49.925	0.000
35~64	2188	1203	54.98		
≥65	864	347	40.16		
合计	4049	1868	46.13		

八、慢性病核心知识知晓情况

问卷设 12 个慢性病核心知识题目,5656 名调查对象的知晓率为 62.28%。其中,糖尿病的治疗措施 (86.6%)、慢性病规范治疗 (79.6%)、对于恶性肿瘤 (癌症) 的认识 (73.4%)、防治心脑血管疾病的重要措施 (68.7%)、慢性病预防和控制 (68.0%)、健康“四大基石” (67.0%) 和慢性病高危因素 (61.7%) 的知晓率均大于 60%; 正常人血清总胆固醇水平 (40.7%)、常见慢性病种类 (42.5%) 知晓情况相对较差,均低于 60%。见表 4.3.21。

表 4.3.21 慢性病核心知识知晓情况

项目	知晓人数	知晓率 (%)
----	------	---------



正常成年人血压值	3291	58.2
正常人空腹血糖值	2991	52.9
正常人血清总胆固醇水平	2304	40.7
正常人腰围	2723	48.1
健康“四大基石”	3787	67.0
常见慢性病	2403	42.5
慢性病高危因素	3490	61.7
慢性病规范治疗	4503	79.6
慢性病预防和控制	3844	68.0
防治心脑血管疾病的重要措施	3886	68.7
对于恶性肿瘤（癌症）的认识	4151	73.4
糖尿病的治疗措施	4899	86.6

九、居民健康素养水平

随机抽取 3 个镇 15~69 岁常住人口作为 2021 年健康素养监测对象,共调查 250 人,用于分析的有效问卷有 240 份,调查问卷共 56 个题目,根据判定标准,具备健康素养水平的有 56 人,健康素养水平样本率为 23.33%,按性别分层加权率为 23.41%。总体呈现以下特点,中老年人低于青年人,有统计学意义($\chi^2=46.621$, $P<0.05$);农民低于其他职业人群;随文化程度升高而呈升高趋势。见表 4.3.22。

表 4.3.22 2021 年沙湾区居民健康素养水平的人群分布

组别	分类	监测人数（人）	具备健康素养			
			频数（人）	样本率（%）	χ^2 值	P
性别						
	男性	119	30	25.21	0.465	0.495
	女性	121	26	21.49		
年龄组（岁）						
	15～24	15	8	53.33	46.621	0.000



	25~34	53	26	49.06		
	35~44	27	9	33.33		
	45~54	75	8	10.67		
	55~64	47	5	10.64		
	65~69	23	0	0		
文化程度						
	不识字或识字很少	11	0	0	120.188	0.000
	小学	89	1	1.12		
	初中	86	15	17.44		
	高中/职高/中专	33	19	57.58		
	大专/本科以上	21	21	100		
职业						
	事业单位类人员	11	6	54.55	57.848	0.000
	学生	8	4	50		
	农民	173	19	10.98		
	企业类人员	30	20	66.67		
	其他	18	7	38.89		
合计		240	56	23.33*		

*按性别分层加权率为 23.41%

十、18 岁及以上居民慢性病相关指标测量结果

（一）超重和肥胖

有效测量身高、体重 5656 人，超重率为 31.01%（1754 人），经年龄调整后超重率为 31.23%，肥胖率 10.27%（581 人），经年龄调整后肥胖率为 10.35%。

男性超重率 32.55%（912 人），女性超重率 29.50%（842 人），男性肥胖率 8.53%



(239 人)，女性肥胖率 11.98% (342 人)，男女超重率和肥胖率差异均有统计学意义 ($\chi^2=6.131$, $\chi^2=18.296$, $P<0.05$)，男性超重率高于女性，女性肥胖率高于男性。不同年龄组的超重率和肥胖率不全相同，差异均有统计学意义 ($\chi^2=177.352$, $\chi^2=53.079$, $P<0.05$)，35~64 岁组超重率、肥胖率均最高。见表 4.3.23。

表 4.3.23 不同性别、年龄调查对象 BMI 情况

组别	调查 人数	低体重		正常		超重		肥胖	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
性别									
男	2802	1194	25	1532	54.67	912	32.55	239	8.53
女	2854	1585	54	1512	52.98	842	29.50	342	11.98
χ^2 值		0.505		0.312		6.131		18.296	
P		0.477		0.576		0.013		0.000	
年龄组									
(岁)									
15~34	1270	168	13.23	835	65.75	204	16.06	63	4.96
35~64	3084	38	1.23	1541	49.97	1125	36.48	380	12.32
≥ 65	1302	71	5.45	668	51.32	425	32.64	138	10.59
χ^2 值		185.251		148.384		177.352		53.079	
P		0.000		0.000		0.000		0.000	
合计	5656	2774	49.0	3044	53.82	1754	31.01	581	10.27

(二) 中心性肥胖

测量腰围 5656 人，中心性肥胖者 1187 人，中心性肥胖率为 20.99%，经年龄调整后中心性肥胖率为 21.06%。男性 (16.20%) 低于女性 (25.68%)，差异有统计学意义 ($\chi^2=76.637$, $P<0.05$)；不同年龄组中心肥胖率不全相同，差异有统计学意义 ($\chi^2=116.680$, $P<0.05$)，呈随年龄增大而增加的趋势， ≥ 65 岁组中心性肥胖率最高。见表 4.3.24。



表 4.3.24 不同性别、年龄调查对象中心性肥胖情况

组别	调查人数	中心性肥胖人数	中心性肥胖率 (%)	χ^2 值	P
性别					
男	2802	454	16.20	76.637	0.000
女	2854	733	25.68		
年龄组 (岁)					
15~34	1270	132	10.39	116.680	0.000
35~64	3084	712	23.09		
≥65	1302	343	26.34		
合计	5656	1187	20.99	——	——

(三) 成年人平均总胆固醇水平

对 5430 名在 18 岁以上居民的总胆固醇检测结果进行分析显示,成年人平均总胆固醇水平为 4.52mmol/L;男、女性平均总胆固醇水平差异具有统计学意义 ($t=-6.389, P<0.05$),女性高于男性。各年龄组及性别组总胆固醇均值见表 4.3.25。

总胆固醇 $\geq 5.2\text{mmol/L}$ 的有 1290 人,占 23.76% (1290/5430),男性 565 人,占 20.92% (565/2701),女性 725 人,占 26.57% (725/2729),男女之间正常高值差异有统计学意义 ($\chi^2=130.743, P<0.05$)。

表 4.3.25 被调查成年居民总胆固醇水平

年龄组 (岁)	男	女	合 计
18~	4.25±0.958	4.24±0.958	4.16±0.946
35~	4.41±1.139	4.69±1.179	4.54±1.167
≥65	4.70±1.244	4.92±1.273	4.81±1.263
合 计	4.42±1.145	4.62±1.177	4.52±1.165*

* $t=-6.389, P=0.000$

(四) 成年人甘油三酯水平



对 5430 名在 18 岁以上居民的甘油三酯检测结果进行分析显示,成年人平均甘油三酯水平为 1.69mmol/L;男、女平均甘油三酯水平差异无统计学意义 ($t=0.145, P>0.05$)。各年龄组及性别组甘油三酯均值见表 4.3.26。

甘油三酯 ≥ 1.7 mmol/L 的 1957 人,占 36.04% (1957/5430), 男性 984 人,占 20.92% (984/2701), 女性 973 人,占 35.65% (973/2729), 男女之间正常高值差异有统计学意义 ($\chi^2=21.079, P<0.05$)。

表 4.3.26 被调查成年居民甘油三酯水平

年龄组	男	女	合 计
15~	1.62 $\pm$ 0.702	1.58 $\pm$ 0.521	1.58 $\pm$ 0.585
35~	1.73 $\pm$ 0.815	1.73 $\pm$ 0.819	1.73 $\pm$ 0.817
≥ 65	1.66 $\pm$ 0.732	1.71 $\pm$ 0.747	1.68 $\pm$ 0.740
合 计	1.70 $\pm$ 0.777	1.69 $\pm$ 0.751	1.69 $\pm$ 0.755*

* $t=0.145, P=0.885$

(五) 低密度脂蛋白胆固醇水平

对 5430 名在 18 岁以上居民的低密度脂蛋白胆固醇水平检测结果进行分析显示,成年人平均低密度脂蛋白胆固醇水平为 2.55mmol/L;男、女性平均低密度脂蛋白胆固醇水平水平差异具有统计学意义 ($t=-3.767, P<0.05$), 女性高于男性。各年龄组及性别组低密度脂蛋白胆固醇水平均值见表 4.3.27。

低密度脂蛋白胆固醇水平 ≥ 3.4 mmol/L 的有 1325 人,占 24.40% (1325/5430), 男性 984 人,占 36.43% (984/2701), 女性 341 人,占 12.49% (341/2729), 男女之间正常高值差异有统计学意义 ($\chi^2=75.332, P<0.05$)。

表 4.3.27 被调查成年居民低密度脂蛋白胆固醇水平

年龄组	男	女	合 计
15~	2.44 $\pm$ 0.624	2.45 $\pm$ 0.674	2.40 $\pm$ 0.649
35~	2.53 $\pm$ 0.705	2.64 $\pm$ 0.778	2.58 $\pm$ 0.766
≥ 65	2.58 $\pm$ 0.840	2.67 $\pm$ 0.880	2.62 $\pm$ 0.861



合 计 2.52 ± 0.754 2.60 ± 0.787 $2.55 \pm 0.769^*$

* $t = -3.767$, $P = 0.000$

十一、18 岁以上居民重点慢性病患者情况

(一) 慢性病患者情况（一年内自报）

慢性病及危险因素调查资料结果显示, 5430 名 18 岁及以上调查对象自报一年内慢性病患者人数为 1342, 患病率为 24.71%, 经年龄调整后患病率为 23.14%。患病率依次是高血压 14.11% (766 人)、糖尿病 5.34% (290 人)、慢性阻塞性肺部疾病 2.54% (138 人)、恶性肿瘤 0.81% (44 人)、冠心病 1.69% (92 人)、脑卒中 0.22% (12 人)。男性、女性, 不同年龄段与全人群慢性病患者顺位相同。见表 4.3.28、表 4.3.29。

表 4.3.28 沙湾区 18 岁及以上居民分性别慢性病患者率及顺位

病 名	合计			男性			女性		
	患病 (人)	患病率 (%)	顺位	患病 (人)	患病率 (%)	顺位	患病 (人)	患病率 (%)	顺位
高血压	766	14.11	1	377	13.96	1	389	14.25	1
糖尿病	290	5.34	2	129	4.78	2	161	5.90	2
慢性阻塞性肺部疾病	138	2.54	3	65	2.41	3	73	2.67	3
冠心病或心肌梗死	92	1.69	4	43	1.59	4	49	1.80	4
恶性肿瘤	44	0.81	5	18	0.67	5	26	0.95	5
脑卒中	12	0.22	6	6	0.22	6	6	0.22	6

表 4.3.29 沙湾区 18 岁及以上居民分年龄慢性病患者率及顺位

病 名	合计			18~34 岁			35~64 岁			65 岁及以上		
	患病 (人)	患病率 (%)	顺位	患病 (人)	患病率 (%)	顺位	患病 (人)	患病率 (%)	顺位	患病 (人)	患病率 (%)	顺位
高血压	766	14.11	1	105	10.06	1	345	11.19	1	316	24.27	1



糖尿病	290	5.34	2	28	2.68	2	141	4.57	2	121	9.29	2
慢性阻塞性肺部疾病	138	2.54	3	19	1.82	3	68	2.20	3	51	3.92	3
冠心病或心肌梗死	92	1.69	4	12	1.15	4	46	1.49	4	34	2.61	4
恶性肿瘤	44	0.81	5	7	0.67	5	32	1.04	5	5	0.38	5
脑卒中	12	0.22	6	2	0.19	6	8	0.26	6	2	0.15	6

（二）慢性病就诊情况

在 1342 名知晓慢性病患者人中，近一年因慢性病就诊 414 人，花费的总费用 71.79 万元，近一年因慢性病就诊人均花费 1733.99 元。

（三）高血压患病情况

根据 5430 名 18 岁及以上调查对象的问卷调查及体格检查结果，高血压（本次测量收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 或已被乡镇卫生院/社区卫生服务中心及以上级别医院诊断患有高血压者）患病率为 23.48%（1275/5430），经年龄调整后患病率为 22.80%。其中，自报患高血压病者 766 人，知晓率为 60.08%（766/1275）。其中男性高血压患病率为 22.92%（619/2701），知晓率为 60.90%（377/619），女性高血压患病率为 24.04%（656/2729），知晓率为 59.30%（389/656），男女高血压患病率无显著性差异（ $\chi^2=0.949$ ， $P>0.05$ ）；18~34 岁组高血压患病率为 11.49%，35~64 岁组高血压患病率为 19.75%，65 岁及以上组高血压患病率为 41.94%。不同年龄组高血压患病率不全相同，差异有统计学意义（ $\chi^2=471.846$ ， $P<0.05$ ）。见表 4.3.30。

表 4.3.30 不同性别、年龄调查对象高血压患病情况

组别	调查人数	患病人数	患病率（%）	χ ² 值	P
性别					
男	2701	619	22.92	0.949	0.330
女	2729	656	24.04		
年龄组（岁）					
18~34	1044	120	11.49	354.212	0.000
35~64	3084	609	19.75		



≥65	1302	546	41.94
合计	5430	1275	23.48

（四）糖尿病患者情况

根据 5430 名 18 岁及以上调查对象的问卷调查及体格检查结果，糖尿病（自报已被乡镇卫生院/社区卫生服务中心及以上级别医院诊断患有糖尿病或实验室检查测量空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或者糖尿病症状+随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 者）患病率为 10.52%（571/5430），经年龄调整后患病率为 10.28%。知晓率为 50.79%（290/571）。其中男性糖尿病患病率为 10.66%（288/2701），知晓率为 44.78%（129/288），女性糖尿病患病率为 10.37%（283/2729），知晓率为 56.89%（161/283），男、女糖尿病患病率差异无显著性差异（ $\chi^2=0.124$ ， $P>0.05$ ）。18~34 岁组糖尿病患病率为 5.46%，35~64 岁组糖尿病患病率为 9.92%，≥65 岁组糖尿病患病率为 15.98%，不同年龄组糖尿病患病率不全相同，差异有统计学意义（ $\chi^2=70.760$ ， $P<0.05$ ）。见表 4.3.31。

表 4.3.31 不同性别、年龄调查对象糖尿病患病情况

	调查人数	患病人数	患病率（%）	χ^2 值	P
性别					
男	2701	288	10.66	0.124	0.725
女	2729	283	10.37		
年龄组(岁)					
18~34	1044	57	5.46	70.760	0.000
35~64	3084	306	9.92		
≥65	1302	208	15.98		
合计	5430	571	10.52	——	——



第四章 社区条件和支持性环境情况

一、社区健康教育宣传条件及情况

2021-2022 年，我区充分利用新媒体（公众号、微信平台）和传统媒体（电视台、报刊）以及墙体广告、LED 电子显示屏等多种载体，大力开展健康教育宣传。同时，结合“双创”（创建国家卫生城市 and 全国文明城市），建设健康主题广场 1 个。健康街道 2 条，健康步道 4 条。在城区主要街道、广场、车站和居民小区、机关企事业单位设置健康教育宣传专栏 74 个，营造浓厚健康宣传氛围。积极推动“健康社区”建设，全区社区/村委会及基层医疗卫生机构设置健康驿站 55 个，健康教育宣传专栏 150 余个。

近年来，我区每年积极招募培训全民健康生活指导员，截止 2022 年 3 月，我区已有全民健康生活方式指导员 1388 人。结合乡村振兴战略，政府出资培养了 110 名合格的乡村健康指导员，建设了一支贴众近、入得户、讲得来、稳得住的乡村健康指导队伍，让健康知识飞入寻常百姓家。

利用大型慢性病主题日宣传活动 20 余次，为群众提供健康咨询，普及慢性病防治知识，发放宣传资料 15 种 10 万余份，控油壶、限盐勺等健康支持性工具 5000 余套，受众达 10 余万人次。开展健康“六进”活动，每年进行慢性病健康知识讲座 10 余次；中小学校全面开设健康教育课程，每学期达到 6 学时，幼儿园开展健康教育覆盖率 100%。通过以上举措，提高居民重点慢性病核心知识知晓率达 60% 以上和健康素养水平加权率达 23.41%。

二、健身活动



我区将健康与健身深度融合，大力树立科学健身思想，积极倡导“运动是良医”的理念。区卫生健康部门与区文化旅游与体育部门密切配合，先后开展了“健骨操”、工间操、穴位操、第九套广播体操的骨干培训，并利用每年“8.8全民健身日”进行展示或比赛。

全区群众性体育锻炼有声有色，每年新春开班第一天由区“四大班子”带领的“迎春千人健身跑”已成为我区一道亮丽的风景线；20公里的生态骑游绿道，已成为骑游、健走、美丽乡村健康跑和马拉松赛跑的首选地；全区有群众性健身团体50余个，在河边、在广场、在居民小区，清晨傍晚都有他们活动的身影。

三、平衡膳食

积极开展“三减三健”专项行动，进社区、进校园进行减盐、减油、减糖宣传；依托区爱卫办指挥部推动健康营养食堂、健康餐厅建设，以《中国居民膳食指南》（2022版）为基础，指导人群平衡膳食。



第五章 慢性病防控资源分析

一、现有慢性病防控有关政策

我区以《“健康中国 2030”规划纲要》以及《健康中国行动》（2019—2030）和《“健康四川 2030”规划纲要》为指引，紧扣乐山市委乐山市人民政府《“健康乐山” 2030 规划纲要》（乐委发〔2018〕30 号）的目标任务要求，积极开展慢性病综合防控工作，高血压、糖尿病纳入基本医疗保险 A 类特殊门诊范畴，并提高了年度支付限额，职工医保增加 500 元，居民医保增加 200 元。根据《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》，我区城乡居民高血压、糖尿病参保患者在二级及以下定点基层医疗机构看门诊开降压药、降糖药医保报销支付比例已达到 50%以上。区政法委牵头制定了严重精神障碍患者监护责任以奖代补政策、精神残疾人住院救助政策。区委办、区政府办联合下发的《沙湾区 2019 年民生实事实施方案（乐沙委〔2019〕41 号）》明确：持续为全区城乡居民免费提供基本公共卫生服务，对 7749 名贫困人口进行免费健康体检，提高 13.16 万城乡居民基本医疗保障水平，提高 6809 名贫困人口基本医疗保险个人缴费代缴水平，并实行目标管理。

二、医疗卫生机构情况

2021 年，沙湾区有各级各类医疗卫生机构 205 个，其中二级以上综合医院 1 个，妇幼保健院 1 个，疾控中心 1 个，民营医院 8 个（专科医院 2 个），个体诊所 40 个，乡镇卫生院 8 个，社区卫生服务中心（站）3 个，村卫生室 143 个。

目前，区级直属和各基层医疗卫生机构有医疗卫生技术人员 748 人，其中专



业技术人员 660 人，其他人员 88 人；基层医疗卫生机构 317 人。年龄结构以青年为主，35 岁及以下人群占 52%。医疗卫生技术人员结构还存在职称较低问题，初级及以下职称所占的比例最高，占 74.9%，学历以大专所占比例较高，占 43.2%，其次是中专，占 31.3%。提示，沙湾区在今后的人事发展上，应该逐步引进高职称的人才，引进新鲜活力，从而保证沙湾区医疗卫生人力资源的结构合理化和均衡化，同时应该鼓励单位职工加强自我学习，从而储备知识，提升业务能力和技术水平，更好地为沙湾人民健康服务。见表 4.5.1、4.5.2、4.5.3。

表 4.5.1 沙湾区医疗卫生机构人力资源年龄构成

类别	35 岁 及以下	36—45 岁	46—55 岁	56 岁以上	平均年龄	合计
在编	126	137	89	17	40.3	369
临聘	264	50	39	26	38.4	379
民营	236	69	98	54	36.8	457
合计	626 (52%)	256 (21.2%)	226 (18.8%)	97 (8.0%)	39.5	1205

表 4.5.2 沙湾区医疗卫生机构人力资源职称构成

类别	无	初级	中级	高级	合计
在编	19	160	136	54	369
临聘	80	267	29	3	379
民营	174	202	74	7	457
合计	273 (22.7%)	629 (52.2%)	239 (19.8%)	64 (5.3%)	1205



表 4.5.3 沙湾区医疗卫生机构人力资源学历构成

类别	中专及以下	大专	本科	研究生及以上	合计
在编	47	132	188	2	369
临聘	99	209	71	0	379
民营	231	179	46	1	457
合计	377 (31.3%)	520 (43.2%)	305 (25.3%)	3 (0.2%)	1205

三、公共卫生服务供给情况

沙湾区有疾控中心 1 个，卫生监督执法大队 1 个，妇幼保健计划生育服务中心 1 个，开展辖区慢性病综合防控和公共卫生服务。

2021 年，沙湾区城乡居民电子健康档案建档 160464 份，建档率 94.39%；年度内开展公众健康咨询活动 113 次，健康知识讲座 180 次；儿童预防接种建卡率 100%，免疫规划疫苗基础免疫接种率 93.52%以上，加强免疫接种率 95.83%以上；65 岁及以上老年人在管 15121 人，免费体检 15121 人，老年人健康管理率 47.93%，老年人中医药健康管理 14300 人，中医药服务覆盖率 45.33%；高血压患者管理 12582 例，管理率 101.35%，规范管理 10813 例，规范管理率 85.94%，血压控制率 80.88%；II 型糖尿病患者管理 4067 例，管理率 97.13%，规范管理 3515 例，规范管理率 86.43%，血糖控制率 80.67%；登记在册严重精神障碍患者 908 例，



检出率 5.31%，规范管理 897 例，规范管理率 98.79%。未发生传染病暴发疫情，无突发公共卫生事件发生。0—6 岁儿童 5902 人，保健管理 5806 人，保健管理率 98.37%，接受 1 次及以上眼保健和视力检查的 0~6 岁儿童数 5640 人，0~6 岁儿童眼保健和视力检查覆盖率 95.56%；孕产妇系统管理 412 人，系统管理率 93.64%（412/440）。管理肺结核患者 44 人，规范管理 44 例，规范管理率 100%；卫生协管完成基础建档。

第五部分 主要问题及对策

一、主要发现及问题

（一）慢性非传染性疾病是主要公共卫生问题

2021 年，我区死因监测报告显示，慢性非传染性疾病死亡率为 777.45/10 万，死亡人数占总死亡的 85.32%，30—70 岁的早死概率为 11.89%，严重威胁居民健康。其中位于死因顺位前 5 位的疾病中有 4 种是慢性非传染性疾病，分别为循环系统疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、内分泌营养代谢疾病。2019 年社会因素调查结果显示，我区 18 岁及以上居民两周患病率为 22.4%，高血压患病率为 23.14%、糖尿病患病率为 10.28%、总胆固醇高值者占 23.76%，低密度脂蛋白胆固醇高值者占 24.40%，甘油三酯高值者占 36.04%。近一年慢性病患者因慢性病就诊年人均花费 1733.99 元，而被调查对象月收入小于 3000 元的占 72.8%。由此可见，慢性病不仅已成为危害我区居民健康的重大公共卫生问题，而且给居民带来了沉重的经济负担。

（二）慢性病主要危险因素广泛存在

调查显示，我区居民健康素养水平为 23.41%（2021 年），慢性病核心知识的知晓率为 62.28%，但对“正常人血清总胆固醇水平”“常见慢性病种类”、“正常人腰围”、“正常成年人血压值”、“正常成年人空腹血糖值”知晓情况相对较差，均低于 60%。居民日均食盐摄入量为 7.57 克，食用油摄入量为 37.15 克，食盐、食用油超标比例分别达 68.5%和 83.73%；每天食蔬菜量少于 300 克的占 44.57%，不吃水果和平均每天食水果量少于 200 克的分别占 7.4%、75.6%，居



民蔬菜、水果每天摄入量过低；可以看出，我区大多数居民的蔬菜水果摄入不足。15 岁以上的居民吸烟率为 28.28%，重性吸烟者高达 73.30%；有一半的男性吸烟（50.39%），65 岁以上人群吸烟率最高（33.64%）；被动吸烟率达 50.65%，被动吸烟的主要场所是家里，吸烟原因主要为生活（工作）的压力；吸烟者中只有 40.69%正在、计划或考虑戒烟，近六层的吸烟者没有戒烟意向。居民饮酒率为 18.21%，其中每天饮酒者占 43.60%，五个饮酒者中就有一个人过量饮酒（21.32%）；尽管有九层以上的居民每周运动 3 天以上，每周运动达 150 分钟，每天运动达 30 分钟，但每天达 6000 步当量的只有 82.07%，近四层的居民每天静态行为过久（39.73%）。这些都是慢性病的主要危险因素，居民对于健康的了解和健康的行为互相背驰，知行分离，暴露出了我区慢性病防控的不足，居民的健康理念还没有落实到行动上来。

（三）健康知识宣传效果欠佳

居民重点健康知识知晓率不高，对于“健康成年人每日的盐摄入量不应超过 6 克”的知晓率仅有 44.2%，“高盐食物与血压的关系”的知晓率为 60.4%，仍有四层的居民不知道多吃盐会影响健康；与慢性病防控相关的健康核心指标，如“正常成年人血压值”、“正常成年人空腹血糖值”、“正常人腰围”、“正常人血清总胆固醇水平”知晓情况相对较差，均不足 60%。这说明居民对慢性病防控相关核心知识还没真正入脑入心。

（四）慢性病高危人群筛查力度不够

2019 年慢性病社会因素调查报告显示，我区居民超重、肥胖和中心性肥胖比例分别为 31.23%、10.35%、21.06%，血压、血糖、血脂高值的人群众多，吸烟和被动吸烟人群同样很多，还有饮酒的人群，缺乏锻炼的人群等。客观上，我区存在庞大的慢病高危人群，而实际情况是高血压、糖尿病的患病率高（分别为 23.14%和 10.28%），知晓率并不高（分别只有 60.08%和 50.79%），说明我区有大量的高血压患者和糖尿病患者未被发现。

（五）基层人力结构不能满足慢性病防控需求

慢性病种类多，致病因素多，个体差异大，需要个性化的指导和治疗，对慢性病管理人员理论知识和临床经验要求都较高。而现实状况是我区医疗卫生技术人员结构还存在职称较低问题，初级及以下职称的人员高达 74.85%。从基层医



疗卫生机构人员素质看，现有的人力资源极不适应我区慢性病防控的需求。

二、防控重点人群和优先干预的疾病

慢性病的发生是多种危险因素不断积累从量变到质变的过程，2021 年，我区慢性病导致过早死亡率仍较高（11.89%），慢性病不仅是重大的公共卫生问题，而且也是严重的社会问题，不仅带来家庭收入的减少，也带来疾病负担的增加，造成社会资源的浪费。从慢性病三级预防策略考虑，结合乡村振兴战略，我区 45 岁以上中老年人，超重/肥胖人群，高血压、糖尿病患者与高危人群，儿童青少年、妇女是慢性病防控的重点人群。2021 年全人群死因监测结果显示：心脑血管疾病、恶性肿瘤、2 型糖尿病、慢阻肺是目前影响我区居民健康的主要疾病，应确定为优先干预的疾病。对于上述慢性病的防控，应切实贯彻全程管理，加强健康教育及行为干预，减少危险因素；同时加大疾病筛查力度，在三级预防的 1、2 级预防阶段扼制住疾病的要害；再是对于第三级预防的管理不容松懈，对于已经患病的人群给予相应的措施，延缓疾病的进程，减少并发症的发生，提高生活质量。

三、优先策略与措施

（一）建立政府主导常态化工作机制

正确的工作机制是慢性病综合防控工作可持续发展的关键。慢性病既是生物性疾病，也是社会病，既是重大的公共卫生问题，也是严重的社会经济问题，是一个发展问题，一个政治问题。当今慢性病的“井喷”已经消耗了 80% 的医疗资源，给社会带来了沉重的负担，控制慢性病已是刻不容缓。就慢性病的影响因素而言，社会因素对慢性病的发生流行有着至关重要的作用，必须动员全社会的力量，多管齐下，综合防控方能有效。从以人民健康为中心的高度，慢性病综合防控是政府行为，需要政府高度重视，只有形成了政府主导、部门配合、群众参与的共建共享大健康保障机制，才能保证慢性病防控工作真正落到实处。

（二）保证慢性病防控经费持续投入

国务院《健康中国行动》（2019-2030）已经明确了 15 项专项行动，其中与慢性病防控有关的行动就有 10 项，并首次纳入政府目标考核。要开展这些行动，



需要投入，政府每年应该安排慢性病防控工作经费，以此推动社会健康细胞的建设，包括健康社区、健康家庭、健康学校、健康单位、健康企业的建设，打造适宜居民锻炼的健康步道、健康主题公园等支持性环境。

（三）协调多部门落实慢性病综合防控措施

慢性病综合防控工作涉及文广、宣传、卫生、教育等多个工作领域，需要政府全面协调相关部门和社区的工作。如：媒体部门充分利用电视、广播、报纸以及网络等传统媒体和新兴传媒手段，定期刊登或播放慢性病健康知识、健康生活方式“三减三健”等。教育部门将营养、慢性病和口腔卫生知识纳入中小学健康教育教学内容，监督、管理和保证中小学生学习校园锻炼的时间和质量；创建无烟学校。文化旅游和体育部门扩大辖区内综合健身场馆或区域，增加体育健身场地免费开放的时间，保证人均健身设施拥有量，提高方便性和使用可及性；积极组织群众性体育健身活动，积极宣传倡导步行等健康低碳的出行方式。总工会组织各单位开展工间操、运动会等各种形式的健身活动。卫生健康部门制定慢性病防治工作的方案；合理调配医疗卫生资源；加强慢性病防治机构和专业人员队伍建设，加强人员培训，组织相关专业工作的交流学习，建立专家团队，开展慢性病防控研究工作；组织做好慢病防控技术指导、健康教育与行为干预、预防治疗和监测评估；评价防治效果，推广适宜技术，指导社会和有关部门开展慢性病预防工作；组织开展烟草控制及全民健康生活方式行动的示范创建等工作。镇街开展形式多样的健康教育与健康促进活动，充分发挥乡村健康指导员作用，走到基层，走到居民面前，将居民健康素养以及慢性病等健康知识融入日常生活工作之中，讲老百姓听得进、听得懂的健康知识，形成鼓励全民健康生活方式的社会氛围。

（四）加强基层慢性病防控软硬件建设

根据慢性病防治工作需求，针对基层专业技术人员素质不高、能力不足问题，加强慢性病防控人员的技术培训和能力建设，全面提高慢性病防控队伍的人员素质和工作能力。加强基层医疗卫生机构建设，注重医疗卫生服务的公平、效率和可及性；整合综合医院、民营医院等各类医疗机构资源，努力形成“资源共享、区域联动”的良好局面；鉴于基层卫生服务人才力量相对薄弱的现实，可协调引导基层医疗卫生机构与大医院合作建立人才培训和交流制度，促进卫生服务队伍整体素质的提高；完善双向转诊制度，合理分工、错位服务、密切协作、相互支



持，充分发挥基层医疗卫生机构方便的优势，满足居民的需求。

（五）提升基本公共卫生服务水平

进一步完善全人群死因和慢性病监测报告网络，加强心脑血管事件报告和肿瘤登记报告工作，充分利用乐山慢病数据共享和服务系统平台，开展高血压、糖尿病、心脑血管疾病、肿瘤的发现与登记工作。掌握全人群慢性病发病和死亡的重点疾病并分析发展趋势。

依托区域人口健康信息平台，完善居民电子健康档案，每年定期开展基本公共卫生服务政策宣传活动，举办慢性病防治健康知识讲座，组织健康义诊活动，提高人群健康素养。各基层医疗卫生机构继续开展基本公共卫生服务项目，完善疾病预防控制、妇幼保健和社区卫生服务机构的公共卫生职能。

开展高危人群筛查工作。对高血压、糖尿病等慢性病的筛查要长期坚持，全区各基层医疗卫生机构要切实执行 35 岁以上人群首诊测血压、糖尿病高危人群测血糖制度，建立高血压、2 型糖尿病高危人群登记台账，定期随访干预，及时将确诊患者纳入管理。同时，积极争取项目资金支持，加速开展心脑血管、恶性肿瘤、慢阻肺的筛查及随访干预；提高全民体检覆盖率，普及单位职工健康体检，最大限度发现慢性病高危人群及慢性病患者；妇幼保健院开展重点癌症（乳腺癌、子宫颈癌）早期筛查；充分利用已建成的健康小屋、健康自助检测点，提高社区居民对血压、血糖、体重指数等知识的知晓率，增强居民自我健康管理意识。

加强慢性病患者管理。提高慢性病患者建档率、管理率和控制率，针对高血压、糖尿病患者，纳入管理，建立健康档案；增加慢性病管理的工作人员或家庭医生，对慢性病患者实施规范管理和健康指导；通过定期随访、调整药物、合理膳食指导、健康知识传播等，良好控制患者的血压/血糖值，提高生活质量，减少并发症和残疾的发生。强化慢性病患者自我管理，实行“慢性病患者自我管理小组”模式，以高血压、糖尿病等慢性病患者为对象，动员慢性病患者主动、自愿参与患者自我管理活动；定期组织患者学习慢性病知识，交流防治经验，逐步提高慢性病患者自我管理的能力。

（六）提高健康促进效果

有“知”才能有“行”，知行合一方能体现健康教育与健康促进的效果。一是在镇街、社区、企事业单位、学校广泛设立健康生活方式宣传专栏、发放资料、



开展知识讲座和举行主题活动；二是营造支持性环境，创建健康家庭、健康社区、健康单位、健康学校、健康食堂、餐厅/酒店；创建健康主题公园、健康步道、健康小屋、健康一条街。三是增加全民健身设施和场所，开展群众社区健身活动，落实工间操健身制度，实施学生阳光体育运动；四是举办运动相关的比赛活动，提高体育活动的趣味性，吸引更多人群参与，如每年的“迎春千人健身跑”、“美丽乡村健康跑”、登山运动等。五是开展全民健康生活方式行动，以“三减三健”、合理膳食和适量运动为核心，大力倡导“人人都是自己健康第一责任人”理念。六是广泛创建“无烟单位”，开展控烟行动，加大公共场所禁烟控烟力度，创建无烟环境。七是结合乡村振兴战略，利用和培养好健康指导员，使其将健康教育融入日常工作生活中，运用更多行为健康信念模式，加强健康问题危害性与相关性教育，让居民对健康知识入脑入心。八是推广简便易行支持工具，如限油壶和限盐勺等，指导居民掌握、应用、巩固健康技能，维持自身及家人健康。

参考文献

1. 卢婧，任洁. 高血压管理模式研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2016, 14（22）:2637-2640.
2. 四川省卫生健康委员会. 2021 年四川省人群健康状况及重点疾病报告 [M], 2022. 05.
3. 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南（2016 年修订版）[J]. 中国循环杂志，2016, 10（220）： 937-9