****

**大竹县2023年慢性病防控社会因素调查报告**

**目 录**

[第一部分 调查背景 1](#_Toc27416)

[第二部分 调查目的和意义 3](#_Toc26211)

[第一章 调查目的 3](#_Toc32733)

[第二章 调查意义 3](#_Toc20369)

[第三部分 调查内容和方法 5](#_Toc4476)

[第一章 现有资料收集 5](#_Toc16120)

[第二章 社区居民调查 5](#_Toc22204)

[一、调查对象 5](#_Toc29895)

[二、调查方法 8](#_Toc340)

[三、调查内容 8](#_Toc9106)

[第三章 调查资料分析方法 9](#_Toc12633)

[一、指标定义 9](#_Toc1522)

[二、体格测量及生化检测具体测量方法 11](#_Toc15368)

[三、质量控制 13](#_Toc13588)

[四、统计学分析 14](#_Toc4919)

[第四部分 调查结果 15](#_Toc2916)

[第一章 大竹县基本情况 15](#_Toc24526)

[一、地理位置 15](#_Toc3505)

[二、自然条件 15](#_Toc7381)

[三、行政区划 16](#_Toc5744)

[四、人口 16](#_Toc8248)

[五、社会保障 17](#_Toc7169)

[六、经济发展 17](#_Toc9845)

[七、科学技术和教育事业 20](#_Toc29216)

[八、文化、体育与卫生事业 21](#_Toc24768)

[第二章 慢性病相关监测情况 21](#_Toc10220)

[一、死因监测 21](#_Toc16753)

[二、肿瘤监测 25](#_Toc28465)

[三、心脑血管疾病监测 30](#_Toc24758)

[四、儿童伤害监测 33](#_Toc7882)

[第三章 专项调查分析 38](#_Toc25554)

[一、60岁及以上且确诊慢性病的老年人调查 38](#_Toc12638)

[二、慢性病防控核心知识知晓率调查 41](#_Toc25469)

[三、社区诊断健康知识知晓率调查 44](#_Toc27336)

[第四章 居民调查情况 46](#_Toc29215)

[一、基本信息 46](#_Toc25058)

[二、健康状况及就医行为 49](#_Toc10487)

[三、两周就诊情况 60](#_Toc22926)

[四、卫生服务资源知晓与使用 61](#_Toc7027)

[五、慢性病主要影响因素现况 62](#_Toc27448)

[六、居民自我健康知识知晓状况 71](#_Toc19006)

[七、特殊人群健康状况 73](#_Toc22047)

[八、慢性病综合防控参与度和满意度调查 81](#_Toc15314)

[九、社会因素调查结论及分析 82](#_Toc8741)

[第五部分 主要发现、目标与措施 86](#_Toc20117)

[第一章 主要发现和干预 86](#_Toc31232)

[一、优先干预疾病 86](#_Toc14525)

[二、优先干预人群 86](#_Toc32760)

[三、优先干预策略 86](#_Toc3230)

[第二章 建设目标及评价标准 87](#_Toc14748)

[一、总体目标 87](#_Toc3076)

[二、具体目标 88](#_Toc21009)

[三、评价标准 88](#_Toc11213)

[第三章 行动措施 89](#_Toc12263)

# 第一部分 调查背景

近年来，随着我国经济社会的发展，人民生活水平不断提高，社会老龄化进程加剧，从而导致人群的疾病谱和死因谱发生了巨大的变化。心脑血管疾病、癌症、呼吸系统疾病、高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病（以下简称“慢性病”）对人类健康的威胁日益严重，已经成为影响我国居民健康和经济社会发展的重要因素。在2021年，第七次全国人口普查的数据表明，中国60岁以上老年人的数量已经达到2.64亿，占全国总人口的18.7%，有超过1.8亿老年人患有慢性病，占老年人口总数的68%。根据《2021年四川省人群健康状况及重点疾病报告》，四川省人群死亡率为699.93/10万；其中慢性病所致死亡率为619.90/10万，已成为四川省居民主要死亡原因。慢性病通常为终身性疾病，不仅严重影响病人的身体健康状况和生活质量，而且持续性的医疗费用也会给患者个人、家庭乃至社会带来沉重的经济负担。许多研究均显示，慢性病的发生是由多种危险因素长期相互作用的结果，其中超过50%的慢性病与人们的行为生活方式有关。吸烟、饮酒、不合理膳食等不良生活方式在居民中普遍存在，这些均是慢性病患病的主要危险因素，若不能及时有效地把控，将难以遏制慢性病发展势头，也难以实现健康中国的伟大目标。因此，在社会人群中开展慢性病调查工作，厘清慢性病患病的主要社会决定因素，成为各地慢性病防控的一项基础性工作。

根据《“健康中国2030”规划纲要》，在建设健康中国的路径中，需要把健康摆在优先发展的地位，以“共建共享、全民健康”为主题，提高全民健康素养，引导民众形成自主自律的健康生活方式。可见个人健康已经不仅是每个人的需要和责任，也是国家健康管理事业的重要组成部分，公民对自身健康管理和生命质量的认知应从“有病治病”的被动接受转变为“防患于未然”的主动出击。达州市大竹县高度重视慢性病防控工作，通过积极推进健康大竹建设和大竹县省级慢性病综合防控示范区建设工作的深入开展，力求实现对大竹县人群慢性病的有效控制，提高全县人民的生活质量。为实现以上目标，大竹县组织相关专家和工作人员于2023年7月至9月开展了全县慢性病社会因素调查。初步查明了该县慢性病患病、防控现状及影响因素、居民生活方式、社区支持性环境建设、慢性病卫生资源及其服务的提供与利用情况，结合该县人口学特征、自然环境、经济状况、文化教育、卫生状况等特点，确定了该县慢性病综合防治的优先健康问题与干预重点人群及相关因素，为进一步因地制宜制订大竹县慢性病综合防控政策提供了科学依据。

# 第二部分 调查目的和意义

## 第一章 调查目的

系统评估大竹县居民高血压、糖尿病、血脂异常等主要慢性病的患病情况、慢性病知识水平以及行为危险因素，全面分析大竹县慢性病防控存在的主要问题，进而提出有效改进大竹县慢性病防控的策略建议。具体目标如下：

1.了解大竹县人口、社会、经济、政策和环境、卫生资源配置等基本情况；

2.掌握大竹县居民慢性病相关流行状况，摸清主要慢性病患病、死亡分布及其危险因素分布特点；

3.了解大竹县居民主要慢性病如高血压、糖尿病、血脂异常、COPD（慢性阻塞性肺部疾患）等的相关知晓率和控制率，以及膳食营养、生活方式、经济状况等情况。

4.了解我县开展慢性病防治工作的防治现状，主要慢性病如高血压、糖尿病、肿瘤、超重及肥胖患者的社区管理情况。

5.确定当前大竹县主要慢性病问题及其主要影响因素，制定主要对策和具体措施。

6.明确大竹县慢性病防控存在的主要问题，为进一步制定慢性病综合防治规划和有针对性地开展综合防治提供科学依据。

## 第二章 调查意义

慢性病社会因素调查可以通过多渠道，多角度的方式和手段，了解到被调查居民对慢性病相关问题的回答情况和想法，进而通过收集必要的资料，科学客观地分析，为目标地区慢性病防控建设提出有价值的建议。

慢性病社会因素调查是慢性病防控建设的基础性工作，是制定与评价慢性病防控策略和措施的重要科学依据。根据慢性病社会因素调查结果，可以分析、评价大竹县慢性病及其危险因素变化趋势，对大竹县主要公共卫生问题进行干预，制定和改善慢性病防控策略措施，从而提高居民的健康水平。开展慢性病社会因素调查，还可以为政府及相关部门有针对性地、有重点地编制地区卫生健康规划、配置卫生健康资源，同时，为相关资源的综合利用提供指南。

# 第三部分 调查内容和方法

## 第一章 现有资料收集

1.大竹县基本情况资料：来源于《大竹县2022年国民经济和社会发展统计公报》，大竹县人民政府官网（http://www.dazhu.gov.cn/），以及大竹县各相关部门。

2.慢性病相关监测资料：来源于《大竹县2022年人口死亡信息登记数据分析报告》《大竹县2022年肿瘤随访登记工作年度分析报告》《大竹县2022年心脑血管疾病监测数据分析报告》《2022年大竹县儿童伤害监测总结报告》。

3.专题调查资料：来源于《大竹县慢性病社会因素调查问卷》《大竹县社区诊断知晓率调查》。

4.其它资料：来源于《2021年四川省人群健康状况及重点疾病报告》《四川省慢性病与营养监测报告（2018）》。

## 第二章 社区居民调查

### 一、调查对象

为确保调查样本的代表性，保证监测样本对全县人口的代表性，本次调查覆盖大竹县28个乡镇、3个街道社区，以实际居住的18周岁及以上的常住人口为调查对象（即过去12个月中在调查地区累计居住6个月及以上的所有户籍及非户籍居民）。其中，排除由于认知、语言障碍或者病情严重，不能亲自参加问卷调查的居民。

样本量的计算采用公式：

各参数的含义及取值如下：

置信水平取95%（双侧），相应的=1.96；概率p：为满足被调查疾病的代表性，本地或全省或全国既往患病率最低的一种疾病，如2021年四川省糖尿病患病率为12.94 %；设计效率deff值取为2.5（相对于单纯随机抽样的权数）；相对误差r=20%；无应答率nonresp=15%。故确定样本量（即理论调查人数）为：N=2.5×1.962×0.1294×(1-0.1294)/(0.1294×0.2)2/0.85=1901人，考虑男女2层，估计的总体样本量为3802人。考虑到调查过程或数据清理过程中的数据损耗，在调整后的样本量基础上增加10%，总共需要调查不少于4185名大竹县常住居民。

在充分考虑大竹县的人口分布特征、年龄构成与地理分布等基础上，同时依据《社区卫生诊断技术手册（试用）》相关要求，本研究方案主要采用分阶段按比例分层随机抽样方法获得调查对象。第一阶段抽样，整群纳入大竹县的31个乡镇（街道），根据中国疾病预防控制信息系统提供的大竹县2021年常住人口数据832352人，按城镇/农村人口比例0.87：1进行分配，计算得出城镇和农村所需调查人数分别为1948人和2237人。针对城镇居住人口，以街道为单位，抽取3个街道；针对农村居住人口，以乡镇为单位，按地区经济发展水平和常住人口情况划分为高、中、低三个层次进行分层随机抽样，抽取8个目标乡镇（高层次3个：石河镇、周家镇和庙坝镇；中层次3个：石桥铺镇、文星镇和清水镇；低层次2个：中华镇和朝阳乡）。其中抽取的结果为：竹阳街道780人、白塔街道778人、东柳街道390人；石河镇511人、周家镇355人、庙坝镇384人、石桥铺镇275人、文星镇255人、清水镇206人、中华镇163人、朝阳乡89人。

第二阶段抽样：在抽取的街道中随机抽取7个社区：新华社区、大众社区、大同社区、解放社区、卧佛寺社区、游家社区、东柳社区；在每个抽中乡镇内随机抽取目标村，石河镇3个村：长官坪村、前锋村、五通村，周家镇2个村：高峰寨村、清凉村，庙坝镇2个村：福城村、五桂村，石桥铺镇2个村：汤家营村、绿水村，文星镇2个村：龙门村、花桥村，清水镇2个村：明光村、高巩村，中华镇2个村：黄家村、九盘村，朝阳乡3个村：仁寿村、仙桥村、竹园村。

第三阶段抽样：针对目标社区及目标村，根据大竹县第七次全国人口普查的统计资料显示，全县常住人口中，18-59岁人口约为62.48%，60岁及以上人口为20.02 %，男/女比例约为1：1，按性别、年龄段将所有符合条件的常住居民编码按比例分层随机抽样，在社区和村分别随机抽取1476名和1695名18-59岁的居民以及472和542名60岁及以上的居民作为目标调查对象，其中男女比例约为1：1，最后将各层抽出的样本组成一个总的抽样样本。具体调查编码分配详见表1。

本研究为确保整体调查过程的完全随机，每个社区（村）由一名队长带队在抽样前开展排查工作，排除所有空户、家中无人等情况后，形成18岁及以上常住人口信息花名册；再对所有符合条件的居民进行系统随机抽样，确定具体的抽样名单。同时，对抽样名单上的居民进行家庭排查，筛选出符合条件的儿童、青少年、孕产妇这三类特殊调查人群。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表1 大竹县慢性病防控社会因素调查问卷调查编码分配表 | | | | |
| 乡镇（街道）名称 | 行政村（居委会）名称 | 乡镇代码 | 村代码 | 调查居民代码 |
| 竹阳街道  N=780 | 新华社区 | 01 | 01 | 001~999 |
| 大众社区 | 01 | 02 | 001~999 |
| 大同社区 | 01 | 03 | 001~999 |
| 白塔街道  N=778 | 解放社区 | 02 | 01 | 001~999 |
| 卧佛寺社区 | 02 | 02 | 001~999 |
| 游家社区 | 02 | 03 | 001~999 |
| 东柳街道  N=390 | 东柳社区 | 03 | 01 | 001~999 |
| 石河镇  N=511 | 长官坪村 | 04 | 01 | 001~999 |
| 前锋村 | 04 | 02 | 001~999 |
| 五通村 | 04 | 03 | 001~999 |
| 周家镇  N=355 | 高峰寨村 | 05 | 01 | 001~999 |
| 清凉村 | 05 | 02 | 001~999 |
| 庙坝镇  N=384 | 福城村 | 06 | 01 | 001~999 |
| 五桂村 | 06 | 02 | 001~999 |
| 石桥铺镇  N=275 | 汤家营村 | 07 | 01 | 001~999 |
| 绿水村 | 07 | 02 | 001~999 |
| 文星镇  N=255 | 龙门村 | 08 | 01 | 001~999 |
| 花桥村 | 08 | 02 | 001~999 |
| 清水镇  N=206 | 明光村 | 09 | 01 | 001~999 |
| 高巩村 | 09 | 02 | 001~999 |
| 中华镇  N=163 | 黄家村 | 10 | 01 | 001~999 |
| 九盘村 | 10 | 02 | 001~999 |
| 朝阳乡  N=89 | 仁寿村 | 11 | 01 | 001~999 |
| 仙桥村 | 11 | 02 | 001~999 |
| 竹园村 | 11 | 03 | 001~999 |

### 二、调查方法

本次调查设入户调查员和调查指导员。一个村（社区）组织若干入户调查组，每个调查组需有2名调查员，保证其中1名为女同志，负责该村（社区）的样本户调查；每个乡镇（街道）设调查指导员，由属地政府工作人员和乡镇卫生院（街道社区卫生服务中心）分管领导担任，负责调查的组织、指导、检查、验收及质量控制工作。

集中调查、体检。以村（居）民小组为单位，按照实施计划，将抽中的居民预约带入指定地点，分批集中查体和接受调查，预约报告领取时间。入户补充调查：对于无法集中调查的目标居民，事先与其预约，派专业人员入户补充调查、体检。调查主要采取手机端问卷调查方式，由调查员询问并填写问卷。对于手机信号不良的地区，采用纸质问卷调查。

### 三、调查内容

居民健康调查包括调查表调查、体格测量、生化检测三个方面。调查表调查包括：①调查对象的社会人口学特征，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、家庭结构、户籍所在地、本地居住时间、职业；②家庭经济状况、生活方式及医疗保险情况等；③社区居民常见慢性病患病情况；④社区居民卫生服务利用情况；⑤社区居民健康素养；⑥社区居民心理健康状况。体格测量和生化检测：包括身高、体重、腰围、心率、血压、空腹血糖和血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）。

## 第三章 调查资料分析方法

### 一、指标定义

#### （一）疾病指标

1.**慢性病患病率**：慢性病患病是指通过询问被调查者，患有经过医务人员明确诊断的各类慢性非传染性疾病。

慢性病患病率（%）= ×100%

2.**两周患病率**：两周患病是指在入户调查日的前14天内被调查自觉身体不适，包括未明确诊断的症状、体征和明确诊断的疾病，也包括意外损伤或中毒等。高血压和糖尿病患者不记入两周患病，其他慢性病如果在前两周内发作或治疗也要记入两周患病。

两周患病率（%）=×100%

3.**高血压时点患病率**：现场三次测量读数的平均值，收缩压≥140mmHg和/或舒张压≥90mmHg，认定为高血压。

高血压时点患病率（%）=×100%

4.**高血压知晓率**：高血压患者中，现场测量被认定为高血压患者且知晓的比例。

高血压知晓率（%）=×100%

5.**糖尿病时点患病率**：现场测量空腹血糖≥7.0mmol/L，或随机血糖≥11.1mmol/L，认定为糖尿病；

糖尿病时点患病率（%）=×100%

6.**糖尿病知晓率：**糖尿病患者中，现场测量被认定为糖尿病患者且知晓的比例。

糖尿病知晓率（%）=×100%

**7.血脂异常：**TC≥6.2mmol/L为高TC血症，TG≥2.3 mmol/L为高TG血症，LDL-C≥4.2 mmol/L为高LDL-C症，HDL-C＜1.0 mmol/L为低HDL-C血症；符合上述情况任意一项即为血脂异常。

8.**肥胖率：**体重指数（BMI）的计算公式为：BMI=体重（㎏）/身高的平方（㎡），按照《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》，18岁及以上成年人，BMI＜18.5kg/m2为低体重，18.5kg/m2≤BMI＜24kg/m2为正常体重，24kg/m2≤BMI<28kg/m2为超重，BMI≥28kg/m2为肥胖。

肥胖率（%）=×100%

9.**中心性肥胖率**：根据 WS/T 428-2013中华人民共和国卫生行业标准《成人体重判定》，18岁以上成年人中心性肥胖定义为腰围男性≥90cm，女性≥85cm。

中心性肥胖率（%）=×100%

#### （二）健康影响因素指标

1.**空腹血糖受损率**：6.1mmol/L≤空腹血糖＜7.0mmol/L，空腹血糖受损率是指被调查者中空腹血糖受损人数的比例。

空腹血糖受损率（%）=×100%

2.**吸烟率**：不吸烟指从不吸烟或累计吸烟量未达到100支者；吸烟指累计吸烟达到100支且现在还在吸者；有吸烟史指累计吸烟曾经达到100支，但现在已经不再吸烟者；吸烟率是指被调查者中吸烟人数的比例。

吸烟率（%）=×100%

3.**血压正常高值率**：收缩压在120～139mmHg之间和（或）舒张压在80～89mmHg，血压正常高值率指所调查者中血压正常高值人数的比例。

血压正常高值率（%）=×100%

4.**超重率**：指被调查中超重人数的比例。

超重率（%）=×100%

5.**锻炼或娱乐活动**：指有意识地为强体健身而进行的活动。

6.**每天静坐时间**：包括学习、工作或业余时间看电视、坐在电脑前等情况的每天累计时间。

#### （三）卫生服务需求与利用指标

1.**两周就诊率**：指被调查居民两周内因病或身体不适寻求各类医疗机构治疗服务的比例。

2.**两周患病未就诊比例**：指两周患病者未去医疗机构就诊的例数与两周患病总例数的百分比。

3.**居民对社区卫生服务中心（站）利用率**：指到过乡镇卫生院或社区卫生服务中心接受服务人数占调查总人数的百分比。

#### （四）其它指标

**重点慢性病核心知识知晓率：**通过测评所得分值达到63分及以上的人数占比。

重点慢性病核心知识知晓率（%）=×100%

### 二、体格测量及生化检测具体测量方法

（1）**血压测量具体步骤**：①室内环境应保持安静和明亮，气温适度；建议设立独立的空间；②被测量者至少安静休息5分钟，在测量前30分钟内禁止吸烟和饮咖啡。如有可能，应排空膀胱；③测量时应关闭手机等，以免因电磁场的干扰而影响测定结果的准确性；④被测量者取坐位，最好坐靠背椅；裸露右上臂，肘部置于与心脏同一水平。特殊情况下测量血压时可以取卧位或站立位；老人、糖尿病人及常出现直立性低血压情况者，应测立位血压。立位血压测量应在卧位改为站立位2分钟后；⑤使用校准的上臂式的电子血压计放在上臂，上臂血压袖带放置于心脏平齐，松紧度应特别注意，袖带松紧度以能容纳1横指的距离为适宜。在测量的过程中，电子血压计会自动地感知心跳，同时显示收缩压的水平和舒张压水平。注意在测量过程中不屏气、不紧张，应精神放松，避免用力、说话和肢体移动，以获取正确的血压数值。应相隔2分钟重复测量，取2次读数的平均值记录。

（2）**身高体重测量具体步骤**：①测量前，被测量对象应脱去鞋帽，掏出衣兜内钱包、手机、钥匙等重物。如现场条件允许，应设置可供其放置衣服的挂钩或椅子等；②测量对象站在踏板上，站立时取立正姿势，腰背伸直，两臂自然下垂，眼睛平视前方，通过校准后的电子身高体重仪进行测量，仪器将自动进行身高、体重测量，应嘱咐测量对象在测量过程中保持正确姿势，完成后仪器自动显示测量结果；③身高测量结果以厘米为单位，并精确到0.1厘米（1毫米）。体重测量结果以千克为单位，并精确到0.1千克。

（3）**腰围测量具体步骤**：①测量采用统一的软皮尺，测量时要求测量对象将衣服挑起，暴露皮肤后进行测量；②测量员面对测量对象，然后将皮尺水平环绕腹部，皮尺的具体定位点应放置在髂前上棘和第12肋下缘连线的中点水平。在确定了腰围的测量周径处后，调整皮尺的松紧度，使其贴住皮肤，但不要紧压，然后进行读数；③腰围的测量值也以厘米为单位，具体数值精确到1厘米。如穿内衣进行测量，对具体测量值应减去内衣厚度（1～2厘米）进行校正。

（4）**空腹血糖**：空腹要求至少禁食8h，以12h～14h为宜，但不宜超过16h。宜安排在隔天上午7：00-9：00采取静脉血，使用统一的生化分析仪测量静脉血浆血糖。空腹期间可少量饮水。具体测量步骤：①采血前不宜改变饮食习惯，24h内不宜饮酒。采血前24h，被检者不宜剧烈运动，采血当天患者宜避免情绪激动，且采血前宜静息至少5min，保持情绪比较平和、无焦虑；②开始采血前，采血的医务人员应佩戴医用帽子、口罩与手套并确认被检者的身份与准备情况，同时告知被检者不宜穿着袖口紧的上衣，以减少采血后出血和血肿的发生。并且，在完成每一位被检者血液标本采集后更换新的手套或进行手消毒；③要求被检者侧身坐，座位采血。其上身与地面垂直，将手臂置于稳固的操作台面上，肘关节置于垫巾上，使上臂与前臂呈直线，手掌略低于肘部，充分暴露采血部位；④采血首选手臂肘前区静脉，优先顺序依次为正中静脉、头静脉及贵要静脉。当无法在肘前区的静脉进行采血时，也可选择手背的浅表静脉。全身严重水肿、大面积烧伤等特殊患者无法在肢体找到合适的穿刺静脉时，可选择颈部浅表静脉、股静脉采血。止血带绑扎在采血部位上方5cm～7.5cm的位置，宜在开始采集第一管血时松开止血带，使用时间不宜超过1min。在穿刺时可让患者攥拳（不可反复拍打采血部位），使静脉更加充盈，以利于成功穿刺。穿刺成功后宜让患者放松拳头，尽量避免反复进行攥拳的动作；⑤以穿刺点为圆心，以圆形方式自内向外进行消毒，消毒范围直径5cm，消毒2次。消毒剂发挥作用需与皮肤保持接触至少30s，待自然干燥后穿刺，可防止标本溶血及灼烧感。如静脉穿刺比较困难，在消毒后需要重新触摸血管位置，宜在采血部位再次消毒后穿刺。在穿刺部位下方握住患者手臂，拇指于穿刺点下方2.5cm～5.0cm处向下牵拉皮肤固定静脉，避免触碰消毒区。采血时，保持针头斜面向上，使采血针与手臂呈30°左右的角度刺入静脉。成功穿刺入静脉后，可在静脉内沿其走向继续推进一些，保持采血针在静脉内的稳定；⑥采血结束，先松开止血带，从采血针/持针器上拔出采血管，从静脉拔出采血针。拔出采血针后，在穿刺部位覆盖无菌棉签、棉球或纱布等，按压穿刺点5min（止血功能异常的患者宜适当延长时间），直至出血停止。

### 三、质量控制

#### （一）设计阶段的质控

方案设计应科学可行，指标筛选慎重、解释清楚、标准统一，保证方案的科学性和可行性，并咨询省、市相关专家。

1.**方案修订完善**。在开展社会因素调查之前，组织专家、各参与单位的相关负责人对社会因素调查实施方案进行讨论、修订及进一步完善，并进行预调查。

2.**问卷可行性分析**。组织专家讨论，并通过预调查，对所设计的调查问卷进行可行性和信度、效度分析，以保证所获得的信息资料渠道可行、内容可靠而有效。

3.**人员培训**。在开展现场调查和资料收集之前，由县卫生健康局组织、县疾病预防控制中心具体承办调查员培训，培训师资为调查方案设计专家。所有调查员（包括临时补充的调查员，可由质控人员现场培训），均应在培训结束后参加考核，合格者方可参加调查工作，以尽可能避免调查过程中出现源自调查员的信息偏倚。培训内容包括：

（1）社会因素调查的目的、意义、基本原则和主要内容。

（2）社会因素调查的流程和基本方法。

（3）资料收集方法及专项调查的内容与抽样方法、各类调查对象的出生时间界定范围等。

（4）调查指标含义与填写说明、调查技术和询问技巧等。

（5）质量控制制度、方法和指标。

（6）模拟演练，讨论可能出现的问题，找出解决的办法等。

#### （二）调查阶段的质控

1.现场实施的组织管理，及时向领导小组汇报，做到边调查、边协调、边质控。注意各项工作是否按照时间安排表的预计时间进行；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。考虑到调查过程中的数据损耗，如意外情况中断调查等特殊情况，设计方案时在计算出的原样本量的基础上增加了10%，从而达到质控的目的。

2.在资料收集过程中，注意记录资料的来源、时间、调查人员、现场情况、意见和建议等，及时向工作小组汇报，以保证收集的数据有据可查、可溯可追。同时，应由质控小组每天随机复核调查对象的真实性，及时纠错，对错项、漏项及时补充调查。最后，由质控小组不定期随机抽取各社区的调查问卷进行部分内容复核。

3.调查规范、标准。调查员采用的语言要通俗易懂、准确，掌握询问技巧，统一测量的标准；体格检查中使用的设备均进行校正；生化检测中所有检测项目均要通过质量控制，保证检测数据真实可用。

4.阶段性地对现场工作、数据资料进行抽查，及时发现不必要的问题并进行完善。

#### （三）数据整理分析阶段的质控

1.由质控人员对问卷进行审核后，再对收集到的资料进行核对、逻辑查错，确保数据反映社区真实情况。

2.对于异常值或缺失值进行及时的处理，对于失访过多的变量进行二次补充调查。

3.在资料分析时选择合理的统计学分析方法。

### 四、统计学分析

使用SPSS 27.0 以及WPS Office软件进行数据清理和分析工作。数据分析过程中，以频数（*n*）、频率（*%*）或均数/标准差（‾）描述社区居民的基本情况、慢性病知识、慢性病健康相关行为以及慢性病的患病情况；采用检验或*t*检验对居民慢性病的患病情况进行单或双因素分析，以 *P*＜0.05 为差异具有统计学意义的标准。

# 第四部分 调查结果

## 第一章 大竹县基本情况

### 一、地理位置

大竹县位于四川盆地东部，地跨东经10659′—10732′，北纬3020′—3100′，东邻重庆市梁平县、垫江县，南接邻水县，西连广安市，北靠达川区。东西宽45km，南北长75km，辖区面积2079k㎡。大竹县是全国粮食主产区、全国粮食生产先进县、四川省产粮大县。享有“中国苎麻之乡、川东绿竹之乡、中国香椿第一县”的美誉。

### 二、自然条件

大竹县属四川盆地亚热带湿润气候区，特点是：日照适宜，热量丰富，雨量充沛，温暖湿润，无霜期长，大陆性季风气候显著。因此，农业气候四季分明，春季气温不稳定，回升缓慢，多寒潮；夏季气温高，降雨集中，光照充足，暑热多伏旱；秋季温暖，多连绵雨；冬季凉，多云雾，霜雪少，无霜期长。总的来说，农业气候比较优越，但降雨时空分布不均，干旱较频繁，尤以伏旱严重，冰雹、大风、暴雨，亦有发生。

全县气温随海拔高程和地理位置的不同而有所差异，在地理位置上，总的趋势是从南到北气温有所下降，随海拔高程的增高而有所降低。据气候资料统计，全县多年平均降水量为1179.1mm，降水量为24.46亿立方米，径流深为589.1mm，最大年降水量1494.4mm（1983年），最小降水量为840.9mm（1966年）。降雨年内分配不均，雨季从4月上旬至10月下旬，其降雨量约占全年降雨量的85.5%，其中以7月降雨量最多，约占全年降雨量的15%，12月至次年3月是枯水季节，其降雨量约占年降雨量的9.7%。多年平均气温16.5℃，大于0℃的总积温平均为6059℃，最低月（1月）平均气温为5.5℃，极端最低气温为-4℃（1975年12月15日）。最热月（8月）平均气温为27.3℃，极端最高气温达40.2℃（1972年8月27日），多年平均日照为1313.4小时，多年平均蒸发量898.4mm，无霜日285天，多年平均相对湿度85%，多年平均风速1.2m/s，实测最大风速17.0m/s（1978年4月15日），风向为NE向。全县冬干、春旱、伏旱严重，具有十年八旱的规律。

### 三、行政区划

大竹县辖区3个街道办（竹阳街道、白塔街道、东柳街道）、28个乡镇（乌木镇、团坝镇、杨家镇、中华镇、清河镇、柏林镇、石河镇、月华镇、石桥铺镇、永胜镇、观音镇、周家镇、高明镇、天城镇、石子镇、四合镇、童家镇、文星镇、高穴镇、妈妈镇、庙坝镇、欧家镇、清水镇、朝阳乡、安吉乡、八渡乡、杨通乡、川主乡）。

### 四、人口

2022年末大竹县总户数37.43万户，户籍总人口105.53万人，其中男性人口56.08万人，占比53.14%，女性人口49.45万人，占比46.86%。常住人口83.55万人，其中城镇人口39.32万人，农村人口44.23万，城镇化率达47.06%。各乡镇街道户籍人口、常住人口详见表2。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表2 2022年大竹县各乡镇常住人口分布情况 | | | |
| 乡、镇名 | 户籍人口（万人） | 常住人口数（万人） | 下辖村、社区（个） |
| 竹阳街道 | 12.633 | 14.5318 | 19 |
| 白塔街道 | 6.8616 | 13.0294 | 11 |
| 东柳街道 | 2.8471 | 4.1578 | 7 |
| 乌木镇 | 2.018 | 1.2432 | 6 |
| 团坝镇 | 1.8205 | 1.0175 | 7 |
| 杨家镇 | 3.9784 | 2.2491 | 14 |
| 中华镇 | 2.894 | 1.6605 | 12 |
| 清河镇 | 3.1471 | 1.9782 | 13 |
| 柏林镇 | 1.9287 | 1.2578 | 5 |
| 石河镇 | 7.9465 | 5.221 | 28 |
| 月华镇 | 2.8731 | 1.9742 | 9 |
| 石桥铺镇 | 4.397 | 2.8026 | 15 |
| 永胜镇 | 2.143 | 1.1913 | 7 |
| 观音镇 | 5.8919 | 3.9108 | 22 |
| 周家镇 | 5.2158 | 3.6199 | 15 |
| 高明镇 | 2.9832 | 1.3923 | 8 |
| 天城镇 | 1.4652 | 0.7792 | 5 |
| 石子镇 | 2.3978 | 1.5276 | 8 |
| 四合镇 | 2.3163 | 1.3374 | 7 |
| 童家镇 | 2.6066 | 1.3243 | 8 |
| 文星镇 | 3.6610 | 2.5995 | 13 |
| 高穴镇 | 2.7655 | 1.6668 | 11 |
| 妈妈镇 | 2.6262 | 1.5773 | 11 |
| 庙坝镇 | 5.5178 | 3.9221 | 17 |
| 欧家镇 | 1.5475 | 1.0252 | 6 |
| 清水镇 | 3.1887 | 2.1024 | 10 |
| 朝阳乡 | 1.7096 | 0.9083 | 6 |
| 安吉乡 | 1.4698 | 0.9083 | 5 |
| 八渡乡 | 1.2894 | 0.7454 | 5 |
| 杨通乡 | 1.4059 | 0.6823 | 5 |
| 川主乡 | 1.9873 | 1.2101 | 9 |

### 五、社会保障

2022年大竹县实现城镇新增就业5856人；城镇失业人员再就业1954人；就业困难人员再就业974人；脱贫人口就业35081人；城镇登记失业率3.5%。全年开展“温暖回家路”“百日千万网络招聘专项行动”“高校毕业生就业服务行动”“就业扶贫行动周”“金秋招聘月”等线上线下招聘活动28场次，累计参加企业604家，累计提供岗位18574个，达成就业意向2622人，为辖区内就业困难人员、有就业创业意愿的农村劳动力、返乡农民工以及高校毕业生等重点对象提供多样化就业服务。

2022年末全县各种社会福利收养性单位28个，社会福利收养性单位床位3275床。享受城镇居民最低生活保障5281人，农村居民最低生活保障34449人，传统救济人数89人。城镇基本养老保险参保人数161966人，机关事业单位职工养老保险参保人数25865人，城乡居民养老保险人数502358人。城乡居民基本医疗保险人数835879人，其中城镇职工基本医疗保险49307人，生育保险32039人，失业保险参保17427人。

### 六、经济发展

#### （一）综合经济发展

2022年大竹县地区生产总值（GDP）438亿元，同比增长（下同）2.5%。其中，第一产业增加值73.1亿元，增长4.5%；第二产业增加值172.5亿元，增长2.5%；第三产业增加值192.4亿元，增长2.4%。三次产业结构比为16.7：39.4：43.9，三次产业对GDP增长贡献率分别为31.3%、37.4%和31.3%，拉动GDP增长分别0.8个、0.9个、0.8个百分点。民营经济增加值269.7亿元，增长2.1%，占GDP比重61.6%。

2022年全社会固定资产投资增长9.2%。其中，建安工程投资增长9.4%，工业性投资下降2.8％，民间投资增长2.4%。分产业看，第一产业投资下降4.6%，第二产业投资下降2.7%，第三产业投资增长24.1%。按投资性质分，房地产开发投资增长9.7%，基本建设投资增长17.0%，更新改造投资下降14.3%，农户投资增长11.7%。

2022年社会消费品零售总额205亿元，增长2.7%。分区域看，城镇消费市场优势明显，城镇消费品零售额109.2 亿元，增长3.7%；农村消费品零售额95.8亿元，增长1.6%。分行业看，批发和零售业仍然是消费品市场的主导力量，批发业零售额12.9 亿元，增长 13.2%；零售业零售额152.3亿元，增长2.0%；住宿业零售额2.8亿元，增长2.9%；餐饮业零售额37亿元，增长2.2%。

#### （二）农业

2022年，全县农林牧渔及服务业总产值118.12亿元，增长4.7%。其中，农业产值63.84亿元，增长5.5%：林业产值5.29亿元，增长7.9%；畜牧业产值41.35亿元，增长1.9%；渔业产值4.03亿元，增长4.5%；农林牧渔服务业产值3.61亿元，增长5.6%。

全年粮食播种面积171.9万亩，比上年增加2.9万亩；油料播种面积32.4万亩，比上年增加0.8万亩；苎麻种植面积14.5万亩，比上年增加702亩；蔬菜及食用菌种植面积22.6万亩，比上年增加0.6万亩。

全年粮食总产量60.85万吨，下降1.6%。其中：夏粮8.0万吨，增长2.6%；秋粮52.8万吨，下降2.2%。油料产量5.7万吨，增长2.8%；苎麻产量1.9万吨，增长0.3%；蔬菜及食用菌产量58.5万吨，增长2.4%；园林水果产量4.2万吨，增长10.1%。

全年生猪出栏79.0万头，增长4.3%：生猪存栏48.91万头，下降3.7％；牛出栏4.68万头，增长3.7％，牛存栏7.61万头，增长2.9%；羊出栏26.7万头，增长1.1%，羊存栏20.69万头，下降1.4%；家禽出栏1718.16万只，增长0.3%；禽蛋产量3.6万吨，增长4.2%；猪牛羊禽肉总产量9.45万吨，增长1.6%。其中：猪肉产量5.85万吨，增长3.6%；牛肉产量0.6万吨，增长3.5%；羊肉产量0.42万吨，增长2.8%；禽肉产量2.58吨，增长0.5%。

#### （三）工业和建筑业

2022年，全部工业增加值120亿元，增长0%，对GDP增长的贡献率0.5%，拉动GDP增长0.01个百分点。全年规模以上工业企业202户，规模以上工业总产值388亿元，下降2.8%，规上工业增加值增长3%。规模以上工业中，重工业产值245亿元，下降1.6%；轻工业产值143亿元，下降4.7%，重轻工业比为1.7：1。主要支柱产业中，食品及饮料产业产值84亿元，下降10.2%；纺织及化纤工业69亿元，增长9.5%；机电产业产值81亿元，下降2.5%；煤炭采选业产值30亿元，下降19.5%；建材业101亿元，增长1.7%；水电气生产和供应产值23亿元，下降1.8%。规模以上工业企业主要产品中，商品混凝土、饲料等产品产量增速上升，大米、水泥等产品产量增速下降。全年规模以上工业企业营业收入352.5亿元，下降9.7%，利润总额19.6亿元，下降33.1%。资质以上建筑企业48户，全年建筑业产值99.6亿元，增长9.2%，建筑业增加值56.6亿元，增长4.5%。建筑业中房屋施工面积405万平方米，竣工面积304万平方米。

#### （四）交通、邮电和旅游

2022年末，全县公路总里程3410.96公里，其中等级以上（含高级、一、二、三和四级）公路3410.96公里，高速公路94.3公里，公交车路线7路，公交车营运车64辆，出租年230辆。全年公路客运量377.6万人，公路客运周转量19245万人公里；公路货运量511.16万吨，公路货运周转量 80781万吨。全年，邮政电信业务收入5.93亿元，年末全县移动电话用户70.6万户，固定电话用户10.87万户，互联网宽带用户25.7万户，网络电视用户25.08万户。大竹县国家A级旅游景区接待游客59.37万人次，其中五峰山景区接待游客29.95万人次，东汉醪糟景区接待游客5万人次，太极岛景区接待游客20.21万人次，云峰茶谷景区接待游客4.21万人次。

#### （五）财政和金融、保险业

2022年，全县完成公共财政总收入26.22亿元，增长3.5%；地方公共财政收入19.87亿元，增长12.3%，其中税收收入6.67亿元，下降0.6%，占地方公共财政收入的比重33.6%，比上年回落4.3个百分点。地方公共财政支出60.02亿元，增长9.0%，其中，农林水支出11.78亿元（乡村振兴支出2.97亿元），科学技术支出0.68亿元，教育支出12.52亿元，卫生健康支出4.95亿元。

全县共有银行业金融机构10家，其中，人民银行1家，政策性银行1家（中国农业发展银行大竹县支行），国有商业银行5家（中国工商银行股份有限公司大竹支行、中国农业银行股份有限公司大竹县支行、中国银行股份有限公司大竹支行、中国建设银行股份有限公司大竹支行、中国邮储银行股份有限公司大竹县支行），地方中小股份制银行4家（达州银行股份有限公司大竹县支行、四川大竹渝农商村镇银行股份有限公司、成都农村商业银行股份有限公司大竹支行、四川大竹农村商业银行股份有限公司），地方法人银行机构2家（四川大竹渝农商村镇银行股份有限公司、四川大竹农村商业银行股份有限公司）。全县金融机构各项存款余额593.18亿元，增长11.9%，其中，城乡居民储蓄存款余额552.64亿元，增长9.2%，金融机构各项贷款余额275.46亿元，增长9.2%。其中，中长期贷款余额227.4亿元，增长4.4%；消费贷款余额91.9亿元，增长5.1%。

全县有保险机构30家，实现保费总收入7.55亿元，其中农业政策性保险收入0.61亿元，保险部门已决赔款及给付2.74亿元。

### 七、科学技术和教育事业

2022年末，全县各类学校（即小学、普通中学、中等职业教育学校、特殊学校）97所（含教学点），在校学生114566人，专任教师8076人。其中，小学48所（含教学点），小学在校学生53317人，小学专任教师3765人，学龄儿童入学率100%；普通中学46所，在校学生54694人，专任教师3958人：中等职业教育学校2所，在校学生6447人，专任教师331人：特殊学校1所，在校学生108人，专任教师22人。

全年，专利授权438件，其中发明专利8件、实用新型279件、外观设计151件。商标申请数990件，注册数771件。截至2022年年底，全县商标有效注册量5316件，专利授权1680件，中国驰名商标了件，地理标志保护产品4件。

### 八、文化、体育与卫生事业

2022年末，全县有文化馆1个，文化站31个，公共图书馆1个，影剧院9个，体育场馆1个。全民健身路径193条，其中当年新建50条，全年新建农民体育健身工程70个。有线电视用户28.7万户，其中数字电视28.7万户，广播覆盖率100%，电视覆盖率100%。

年末，全县共有医疗卫生机构428个（含村卫生室、诊所），其中，医院19个，疾府预防控制中心1个，妇幼保健站1个；卫生技术人员5067人，其中执业医师1903人，执业护士2400人；医疗卫生机构床位7556张，其中，医院和卫生院床位数7187张；5岁以下儿童死亡率4.01‰，婴儿死亡率1.85‰，孕产妇住院分娩率99.78%。全县人口出生率4.64‰，人口死亡率9.98‰，人口自然增长率-5.34‰。

## 慢性病相关监测情况

### 一、死因监测

#### **（一）**居民主要健康指标

2021年全县户籍人口1064245人，户籍人口死亡8051例，粗死亡率756.50/10万，标化死亡率为479.02/10万；男性死亡4670例，粗死亡率825.88/10万，标化死亡率为554.88/10万；女性死亡3381例，粗死亡率677.84/10万，标化死亡率为395.81/10万。

（1）人均期望寿命：全县2022年人均期望寿命为78.22岁，其中男性75.63岁，女性81.30岁。

（2）婴儿死亡率：报告死亡9人，死亡率184.12/10万。

（3）五岁以下儿童死亡率：报告死亡19人，死亡率388.70/10万。

（4）孕产妇死亡率：报告死亡0人，死亡率0/10万。

（5）心脑血管疾病死亡率：报告死亡3543人，死亡率332.91/10万，标化死亡率203.19/10万。

（6）70岁以下人群慢性呼吸系统疾病死亡率：报告死亡143人，死亡率13.42/10万，标化死亡率8.12/10万。

（7）30-70岁早死概率：四大类疾病的过早死亡共计2338人，早死概率为13.68%。

（8）去死因期望寿命

影响人均期望寿命的死因主要是循环系统疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、损伤和中毒、消化系统疾病。分别的除去循环系统疾病、呼吸系统疾病、恶性肿瘤、损伤和中毒、消化系统疾病引起的死亡后期望寿命分别为88.47岁、83.04岁、82.66岁、81.26岁、80.41岁，其分别造成居民人均期望寿命损失8.24岁、2.81岁、2.42岁、1.02岁、0.17岁。详见表3。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表3 大竹县2022年去死因期望寿命表 | | | |
| 去死因类别 | 去死因期望寿命（岁） | 寿命损失（岁） | 寿命损失率（%） |
| 循环系统疾病 | 88.47 | 8.24 | 9.31 |
| 恶性肿瘤 | 83.04 | 2.81 | 3.39 |
| 呼吸系统疾病 | 82.66 | 2.42 | 2.93 |
| 损伤和中毒 | 81.26 | 1.02 | 1.26 |
| 消化系统疾病 | 80.41 | 0.17 | 0.21 |

#### **（二）**居民死因分析

2022年大竹县三大类疾病报告的死亡病例中慢性非传染性疾病死亡7035例，占87.38%；损伤中毒死亡495例，占6.15%；感染及母婴疾病死亡492例，占总死亡的6.11%；诊断不明及其他疾病死亡29例，占总死亡的0.36%。详见表4。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表4 大竹县2022年三大类疾病死因分析 | | | | | | | | | | | |
| 疾病分类 | 合计 | | |  | 男性 | | |  | 女性 | | |
| 死亡人数 | 死亡率（1/10万） | 构成比（%） |  | 死亡人数 | 死亡率（1/10万） | 构成比（%） |  | 死亡人数 | 死亡率（1/10万） | 构成比（%） |
| 感染及母婴疾病 | 492 | 46.23 | 6.11 |  | 249 | 44.04 | 5.33 |  | 243 | 48.72 | 7.19 |
| 慢性病 | 7035 | 661.03 | 87.38 |  | 4072 | 720.12 | 87.19 |  | 2962 | 593.84 | 87.63 |
| 损伤中毒 | 495 | 46.51 | 6.15 |  | 330 | 58.36 | 7.07 |  | 165 | 33.08 | 4.88 |
| 诊断不明及其他 | 29 | 2.72 | 0.36 |  | 19 | 3.36 | 0.41 |  | 10 | 2.00 | 0.30 |
| 合计 | 8051 | 756.50 | 100.0 |  | 4670 | 825.88 | 100.0 |  | 3380 | 677.64 | 100.0 |

**1.分年龄性别分布**

大竹县2022年报告的8051例死亡者中，主要集中在老年人群（65岁以上），死亡达6250例，占总死亡数的77.63%；幼儿（0-4岁）死亡19例占总数的0.24%，儿童（0-15岁）死亡26例，占总死亡数的0.32%；青年人群（15-44岁）死亡217例，占总死亡数的2.70%。中年人群（45-65岁）死亡1539例，占总死亡数的19.12%。各年龄组死亡率中男性基本均高于女性；45岁以后死亡数随年龄的增长而增多。详见表5。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表5 大竹县2022年不同年龄组死亡率死亡人数构成 | | | | |
| 年龄组 | 人口数 | 死亡数 | 死亡率（1/10万） | 死亡人数构成比（%） |
| 幼儿组0-4岁 | 38045 | 19 | 49.94 | 0.24 |
| 儿童组5-14岁 | 115854 | 26 | 22.44 | 0.32 |
| 青年组15-44岁 | 384840 | 217 | 56.39 | 2.70 |
| 中年组45-64岁 | 357911 | 1539 | 430.00 | 19.12 |
| 老年组65岁以上 | 167595 | 6250 | 3729.23 | 77.63 |
| 合计 | 1064245 | 8051 | 756.50 | 100.00 |
| 男性 |  |  |  |  |
| 幼儿组0-4岁 | 19860 | 10 | 50.35 | 0.21 |
| 儿童组5-14岁 | 61897 | 17 | 27.46 | 0.36 |
| 青年组15-44岁 | 214578 | 159 | 74.10 | 3.40 |
| 中年组45-64岁 | 189740 | 1130 | 595.55 | 24.20 |
| 老年组65岁以上 | 79383 | 3354 | 4225.09 | 71.82 |
| 合计 | 565458 | 4670 | 825.88 | 100.00 |
| 女性 |  |  |  |  |
| 幼儿组0-4岁 | 18185 | 9 | 49.49 | 0.27 |
| 儿童组5-14岁 | 53957 | 9 | 16.68 | 0.27 |
| 青年组15-44岁 | 170262 | 58 | 34.07 | 1.72 |
| 中年组45-64岁 | 168171 | 409 | 243.20 | 12.10 |
| 老年组65岁以上 | 88212 | 2895 | 3281.87 | 85.65 |
| 合计 | 498787 | 3381 | 677.64 | 100.00 |

**2.死因顺位**

在上报的死亡信息中，造成死亡的前10位死因分别是：脑血管疾病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病、损伤和中毒、营养和代谢性疾病、消化系统疾病、传染病和寄生虫病、泌尿生殖系统疾病及精神障碍；报告死亡数分别占总死亡数的26.19%、23.33%、17.73%、17.17%、6.15%、2.85%、1.45%、1.21%、1.07%、0.81%。男性主要疾病死因前10顺位中，恶性肿瘤排在第1位，脑血管疾病排在第2位，其他顺位和总死因顺位一致。女性与男性相比前10位死因基本相同，但顺位多有不同，女性主要疾病死因排在首位的是脑血管疾病，心脏病排在第2位，恶性肿瘤排在第3位，呼吸系统疾病排在第4位，精神障碍排在第8位，其中与总人群和男性死因顺位不同的是神经系统疾病排在第10位。详见表6。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表6 大竹县2022年人群主要疾病死亡率、构成比与顺位 | | | | | | | | | | | |
| 顺位 | 合计 | | |  | 男性 | | |  | 女性 | | |
| 疾病 | 死亡率（1/10万） | 构成（%） | 疾病 | 死亡率（1/10万） | 构成（%） | 疾病 | 死亡率（1/10万） | 构成（%） |
| 1 | 脑血管疾病 | 198.07 | 26.19 |  | 恶性肿瘤 | 222.30 | 26.92 |  | 脑血管疾病 | 192.47 | 28.41 |
| 2 | 恶性肿瘤 | 176.46 | 23.33 |  | 脑血管疾病 | 202.84 | 24.57 |  | 心脏病 | 144.95 | 21.40 |
| 3 | 呼吸系统疾病 | 134.09 | 17.73 |  | 呼吸系统疾病 | 147.84 | 17.91 |  | 恶性肿瘤 | 124.50 | 18.38 |
| 4 | 心脏病 | 129.86 | 17.17 |  | 心脏病 | 116.54 | 14.11 |  | 呼吸系统疾病 | 118.49 | 17.49 |
| 5 | 损伤和中毒 | 46.51 | 6.15 |  | 损伤和中毒 | 58.36 | 7.07 |  | 损伤和中毒 | 33.08 | 4.88 |
| 6 | 营养和代谢的其他疾病 | 21.52 | 2.85 |  | 营养和代谢的其他疾病 | 19.45 | 2.36 |  | 营养和代谢的其他疾病 | 23.86 | 3.52 |
| 7 | 消化系统疾病 | 10.99 | 1.45 |  | 消化系统疾病 | 14.50 | 1.76 |  | 消化系统疾病 | 7.02 | 1.04 |
| 8 | 传染病和寄生虫病 | 9.11 | 1.21 |  | 传染病和寄生虫病 | 13.09 | 1.58 |  | 精神障碍 | 7.02 | 1.04 |
| 9 | 泌尿生殖系统疾病 | 8.08 | 1.07 |  | 泌尿生殖系统疾病 | 9.20 | 1.11 |  | 泌尿生殖系统疾病 | 6.82 | 1.01 |
| 10 | 精神障碍 | 6.11 | 0.81 |  | 精神障碍 | 5.31 | 0.64 |  | 神经系统疾病 | 4.81 | 0.71 |

#### （三）主要发现

1．2022年大竹县全人群报告粗死亡率为756.50/10万，达到省级要求，同时报告及时性、审核率和死因编码等质量均达到省市工作要求，监测数据能够反映该县居民健康状况水平。

2．2022年度死因构成分析表明，慢性非传染性疾病是该县主要死因，占全死因的87.38%；其中影响大竹县居民生命健康水平前五位主要疾病死因依次为脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病及伤害；同时传染病和寄生虫病死亡率较2021年相比有明显增加。

3．2022年大竹县人均期望寿命78.22岁，较全省平均期望寿命77.95岁高0.27岁，这可能与该县经济发展水平和居民健康素养的提高等因素有关。

### **二、**肿瘤监测

#### 概况

根据四川省达州市历年死因数据统计显示，恶性肿瘤的死因顺位始终排在前五位，恶性肿瘤已经成为危害人类健康的重要慢性非传染性疾病。大竹县于2009年纳入国家肿瘤随访登记监测点，至今已有14年。自2012年起，该县监测工作数据被国家癌症中心采用，为癌症监测、预警提供基础数据，为制定癌症防治策略提供可靠依据。

#### 发病分析

**1.发病率**

2022年共登记报告全县户籍居民恶性肿瘤发病2345例，报告发病率为220.43/10万，标化率为149.24/10万。

**2.发病性别、年龄分布**

新发病例中，男性1433例，发病率为253.42/10万，标化率为173.25/10万；女性912例，发病率为182.84/10万，标化率为124.88/10万。恶性肿瘤发病率随年龄增长而增高，30岁前恶性肿瘤的发病数较少，30岁后逐渐增多，50岁以前女性发病高于男性，50岁后男性发病均高于女性，70岁组发病数最多。详见表7、图1。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表7 大竹县2022年不同性别、年龄恶性肿瘤发病率 | | | | | | |
| 年龄组 | 合计 | | 男 | | 女 | |
| 发病数 | 发病率  （1/10万） | 发病数 | 发病率  （1/10万） | 发病数 | 发病率  （1/10万） |
| 0- | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 1- | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 5- | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 10- | 2 | 3.12 | 2 | 5.80 | 0 | 0.00 |
| 15- | 4 | 5.93 | 2 | 5.38 | 2 | 6.60 |
| 20- | 2 | 3.35 | 1 | 3.03 | 1 | 3.73 |
| 25- | 3 | 4.11 | 0 | 0.00 | 3 | 9.33 |
| 30- | 18 | 21.58 | 4 | 8.33 | 14 | 39.57 |
| 35- | 22 | 39.87 | 7 | 22.47 | 15 | 62.43 |
| 40- | 35 | 75.86 | 17 | 69.29 | 18 | 83.32 |
| 45- | 123 | 129.26 | 57 | 113.87 | 66 | 146.35 |
| 50- | 244 | 210.03 | 135 | 217.72 | 109 | 201.22 |
| 55- | 357 | 330.42 | 220 | 385.09 | 137 | 269.08 |
| 60- | 173 | 448.93 | 119 | 579.22 | 54 | 300.15 |
| 65- | 346 | 572.29 | 236 | 773.62 | 110 | 367.24 |
| 70- | 401 | 864.63 | 266 | 1201.72 | 135 | 556.86 |
| 75- | 322 | 1053.91 | 197 | 1380.71 | 125 | 767.58 |
| 80- | 191 | 1021.01 | 113 | 1395.23 | 78 | 735.29 |
| 85+ | 102 | 887.11 | 57 | 1302.86 | 45 | 631.76 |
| 合计 | 2345 | 220.34 | 1433 | 253.42 | 912 | 182.84 |

##### 图1 大竹县2022年不同性别、年龄恶性肿瘤发病情况图

**3.发病顺位**

恶性肿瘤发病前十位依次是肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、食管癌、乳腺癌、甲状腺癌、胰腺癌、鼻咽癌、宫颈癌，占全部恶性肿瘤的81.92%。男性恶性肿瘤发病前十位依次为肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、食管癌、前列腺癌、胰腺癌、鼻咽癌、膀胱癌以及甲状腺癌，前十位恶性肿瘤占男性全部恶性肿瘤的88.28%；女性恶性肿瘤发病前十位与男性大有不同，依次为肺癌、乳腺癌、结直肠癌、肝癌、胃癌、宫颈癌、甲状腺癌、子宫癌、食管癌、胰腺癌，前十位恶性肿瘤占女性全部恶性肿瘤的81.58%。详见表8、9。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表8 大竹县2022年前十位恶性肿瘤发病情况 | | | | |
| 顺位 | 种类 | 发病数 | 发病率1/10万 | 构成比（%） |
|
| 1 | 肺癌 | 809 | 76.02 | 34.50 |
| 2 | 肝癌 | 271 | 25.46 | 11.56 |
| 3 | 结直肠癌 | 262 | 24.62 | 11.17 |
| 4 | 胃癌 | 147 | 13.81 | 6.27 |
| 5 | 食管癌 | 114 | 10.71 | 4.86 |
| 6 | 乳腺癌 | 113 | 10.62 | 4.82 |
| 7 | 甲状腺癌 | 56 | 5.26 | 2.39 |
| 8 | 胰腺癌 | 55 | 5.17 | 2.35 |
| 9 | 鼻咽癌 | 47 | 4.42 | 2.00 |
| 10 | 宫颈癌 | 47 | 4.42 | 2.00 |
|  | 合计 | 1921 |  | 81.92 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表9 大竹县2022年男性、女性前十位恶性肿瘤发病情况 | | | | | | | | |
| 顺位 | 男 | | | | 女 | | | |
| 种类 | 发病数 | 发病率 | 构成比 | 种类 | 发病数 | 发病率 | 构成比 |
| 1 | 肺癌 | 561 | 99.21 | 39.15 | 肺癌 | 248 | 49.72 | 27.19 |
| 2 | 肝癌 | 209 | 36.96 | 14.58 | 乳腺癌 | 113 | 22.65 | 12.39 |
| 3 | 结直肠癌 | 163 | 28.83 | 11.37 | 结直肠癌 | 99 | 19.85 | 10.86 |
| 4 | 胃癌 | 100 | 17.68 | 6.98 | 肝癌 | 62 | 12.43 | 6.80 |
| 5 | 食管癌 | 89 | 15.74 | 6.21 | 胃癌 | 47 | 9.42 | 5.15 |
| 6 | 前列腺癌 | 44 | 7.78 | 3.07 | 宫颈癌 | 47 | 9.42 | 5.15 |
| 7 | 胰腺癌 | 32 | 5.66 | 2.23 | 甲状腺癌 | 46 | 9.22 | 5.04 |
| 8 | 鼻咽癌 | 31 | 5.48 | 2.16 | 子宫癌 | 34 | 6.82 | 3.73 |
| 9 | 膀胱癌 | 26 | 4.60 | 1.81 | 食管癌 | 25 | 5.01 | 2.74 |
| 10 | 甲状腺癌 | 10 | 1.77 | 0.70 | 胰腺癌 | 23 | 4.61 | 2.52 |
|  | 合计 | 1265 |  | 88.28 | 合计 | 744 |  | 81.58 |

#### （三）死亡分析

**1.死亡率**

2022年共登记报告大竹县户籍居民恶性肿瘤死亡1728例，报告粗死亡率为162.37/10万，标化率为113.27/10万。

**2.死亡性别、年龄分布**

死亡病例中，男性死亡1157例，报告粗死亡率为204.61/10万，标化率为145.48/10万；女性死亡571例，报告粗死亡率114.48/10万，标化率为78.49/10万。死亡率男性高于女性，35岁以后死亡率随着年龄增长而增高，同时35岁以后男性死亡率均高于女性。详见表10、图2。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表10 大竹县2022年不同性别、年龄恶性肿瘤死亡率 | | | | | | |
| 年龄组 | 合计 | | 男 | | 女 | |
| 死亡数 | 死亡率 | 死亡数 | 死亡率 | 死亡数 | 死亡率 |
| （1/10万） | （1/10万） | （1/10万） |
| 0- | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 1- | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 5- | 2 | 3.86 | 2 | 7.30 | 0 | 0.00 |
| 10- | 1 | 1.56 | 0 | 0.00 | 1 | 3.38 |
| 15- | 3 | 4.45 | 2 | 5.38 | 1 | 3.30 |
| 20- | 4 | 6.69 | 3 | 9.10 | 1 | 3.73 |
| 25- | 3 | 4.11 | 2 | 4.91 | 1 | 3.11 |
| 30- | 15 | 17.99 | 7 | 14.58 | 8 | 22.61 |
| 35- | 15 | 27.18 | 11 | 35.31 | 4 | 16.65 |
| 40- | 47 | 101.87 | 27 | 110.05 | 20 | 92.58 |
| 45- | 90 | 94.58 | 66 | 131.84 | 24 | 53.22 |
| 50- | 154 | 132.56 | 103 | 166.11 | 51 | 94.15 |
| 55- | 211 | 195.29 | 150 | 262.56 | 61 | 119.81 |
| 60- | 128 | 332.16 | 92 | 447.80 | 36 | 200.10 |
| 65- | 262 | 433.35 | 202 | 662.16 | 60 | 200.31 |
| 70- | 272 | 586.48 | 184 | 831.26 | 88 | 362.99 |
| 75- | 245 | 801.89 | 146 | 1023.27 | 99 | 607.92 |
| 80- | 162 | 865.99 | 92 | 1135.94 | 70 | 659.88 |
| 85+ | 114 | 991.48 | 68 | 1554.29 | 46 | 645.80 |
| 合计 | 1728 | 162.37 | 1157 | 204.61 | 571 | 114.48 |

##### 图2 大竹县2022年不同性别、年龄恶性肿瘤死亡情况

**3.死亡顺位**

恶性肿瘤死亡前十位依次是肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、食管癌、胰腺癌、乳腺癌、鼻咽癌、脑癌、膀胱癌占全部恶性肿瘤的86.86%。男性恶性肿瘤死亡前十位依次为肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、食管癌、胰腺癌、前列腺癌、鼻咽癌、膀胱癌、脑癌，前十位恶性肿瘤占男性全部恶性肿瘤的90.92%；女性恶性肿瘤死亡前十位依次为肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、乳腺癌、食管癌、胰腺癌、宫颈癌、鼻咽癌、卵巢癌，前十位恶性肿瘤占女性全部恶性肿瘤的83.89%。详见表11、12。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表11 大竹县2022年前十位恶性肿瘤死亡情况 | | | | |
| 顺位 | 部位 | 死亡数 | 死亡率1/10万 | 构成比（%） |
| 1 | 肺癌 | 667 | 62.67 | 38.60 |
| 2 | 肝癌 | 303 | 28.47 | 17.53 |
| 3 | 结直肠癌 | 156 | 14.66 | 9.03 |
| 4 | 胃癌 | 121 | 11.37 | 7.00 |
| 5 | 食管癌 | 110 | 10.34 | 6.37 |
| 6 | 胰腺癌 | 44 | 4.13 | 2.55 |
| 7 | 乳腺癌 | 39 | 3.66 | 2.26 |
| 8 | 鼻咽癌 | 22 | 2.07 | 1.27 |
| 9 | 脑癌 | 20 | 1.88 | 1.16 |
| 10 | 膀胱癌 | 19 | 1.79 | 1.10 |
|  | 合计 | 1501 |  | 86.86 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表12 大竹县2022年男性、女性前十位恶性肿瘤死亡情况 | | | | | | | | | |
| 顺位 | 男 | | | |  | 女 | | | |
| 种类 | 死亡数 | 死亡率 | 构成比 |  | 种类 | 死亡数 | 死亡率 | 构成比 |
| 1 | 肺癌 | 478 | 84.53 | 41.31 |  | 肺癌 | 189 | 37.89 | 33.10 |
| 2 | 肝癌 | 225 | 39.79 | 19.45 |  | 肝癌 | 78 | 15.64 | 13.66 |
| 3 | 结直肠癌 | 107 | 18.92 | 9.25 |  | 结直肠癌 | 49 | 9.82 | 8.58 |
| 4 | 胃癌 | 83 | 14.68 | 7.17 |  | 胃癌 | 38 | 7.62 | 6.65 |
| 5 | 食管癌 | 78 | 13.79 | 6.74 |  | 乳腺癌 | 38 | 7.62 | 6.65 |
| 6 | 胰腺癌 | 25 | 4.42 | 2.16 |  | 食管癌 | 32 | 6.42 | 5.60 |
| 7 | 前列腺癌 | 17 | 3.01 | 1.47 |  | 胰腺癌 | 19 | 3.81 | 3.33 |
| 8 | 鼻咽癌 | 13 | 2.30 | 1.12 |  | 宫颈癌 | 18 | 3.61 | 3.15 |
| 9 | 膀胱癌 | 13 | 2.30 | 1.12 |  | 鼻咽癌 | 9 | 1.80 | 1.58 |
| 10 | 脑癌 | 13 | 2.30 | 1.12 |  | 卵巢癌 | 9 | 1.80 | 1.58 |
|  | 合计 | 1052 |  | 90.92 |  | 合计 | 479 |  | 83.89 |

#### （四）主要发现

1.全县癌症发病率随年龄增长而增高，自2020以年大竹县30岁前居民癌症的发病率较低，30岁后逐渐升高。

2.全县肿瘤的发病最高的依然是肺癌，其次为肝癌、结直肠癌和胃癌。该县抽烟人群和被动吸烟人群较大，环境空气质量较差，致使肺癌发病居高不下；同时由于地区饮食生活方式偏向高盐高糖和麻辣、不合理膳食喜欢夜宵、过度饮酒等情况，工作压力大，乙肝感染、幽门螺杆菌感染，使得肝癌、结直肠癌和胃癌成为该县的高发癌症。

3.乳腺癌和宫颈癌依然为该县女性居民的高发癌症。

4.鼻咽癌的发病和死亡顺位有所提升，分别排在第8位和第9位，可能与该县环境空气质量较差有关。

### **三、**心脑血管疾病监测

#### **（一）数据**来源

2022年大竹县常住居民心脑血管疾病监测数据来源于《中国疾病预防控制信息系统》子系统《慢性非传染性疾病监测》和中国居民心脑血管监测平台上报的数据，报告病种为脑卒中（I60-I64）、急性心肌梗死（I21-I22）、心脏性猝死（I46.1）心绞痛（I20）。

#### **（二）发病情况**

全县总共报告心脑血管疾病发病6141例，发病率577.03/10万。其中报告病例以脑卒中为主，报告发病5253例，占85.54%，发病率493.59/10万；其次为急性心肌梗死，报告发病742例，占12.08%，发病率67.72/10万；心脏性猝死报告发病115例，占1.87%，发病率10.81/10万；心绞痛报告发病31例，占0.50%，发病率2.91/10万。详见图3、4。

##### 图3 大竹县2022年心脑血管疾病发病情况

**图4 大竹县2022心脑血管疾病发病构成比情况**

#### **（三）**死亡情况

全县共报告心脑血管疾病死亡2049例，死亡率为192.53/10万。其中报告死亡依旧以脑卒中为主，报告死亡1497例，占73.06%，死亡率140.66/10万；其次为急性心肌梗死，报告死亡438例，占21.38%，死亡率41.16/10万；心脏性猝死报告死亡110例，占5.37%，死亡率10.34/10 万；心绞痛报告死亡4例，占0.20%，死亡率0.38/10万。详见图5、6。

##### 图5 大竹县2022心脑血管疾病死亡情况

##### 图6 大竹县2022年心脑血管疾病死亡占比

#### **（四）**主要发现

1.全县2022年度心脑血管监测事件报告发病率为577.03/10万，死亡率为192.53/10万。

2.在登记上报的四大类疾病发病与死亡中，脑卒中占主要地位，发病占85.53%，死亡占71.75%，发病较去年有明显增加；其次是急性心肌梗死，发病占12.08%，死亡占21.38%；随后是心脏性猝死，发病占1.87%，死亡占10.81%，发病较去年有明显减少；心绞痛占比最少。造成脑卒中高发是受多个危险因素的影响，比如吸烟、不健康的饮食、肥胖、缺乏适量运动、过量饮酒和高同型半胱氨酸以及患者自身存在一些基础疾病，如高血压、糖尿病和高脂血症，都会增加脑卒中的发病风险。

### **四、儿童**伤害监测

#### （一）监测对象及内容

**1.监测对象**

儿童伤害监测报告需符合以下两条之一。

（1）因伤害请假（休学、休息）一节课及以上的学生。

（2）经医疗单位诊断为某一类损伤的学生。

**2.监测内容**

全县学校学生情况、受伤害儿童基本信息、伤害发生时间、地点、类型、伤害发生时的活动、伤害部位、处理方式、在读学校类型等。

#### （二）监测结果分析

2022年全县共有中小学、幼托机构177所上报了《四川省儿童伤害监测全校学生情况报告表》，全县共计学生134915人，其中，男生70713人，占比52.49%；女生64102人，占比47.51%。

**1.伤害发生年龄**

2022年全年上报受伤害学生共862人，男生571人（占66.24%），女生291人（占33.76%）。以8岁年龄组为多，共76人（占8.82%），其次5岁、11岁、12岁年龄组分别为73人（占8.47%）、72人（占8.35%）、70人（占8.12%）。详见图7。

##### 图7 伤害发生年龄分布

**2.伤害发生月份**

全年儿童伤害发生月份以10月为多，共96人（占11.14%），其次，8月有94人（占10.90%）；季度以3季度为多，共252人（占29.23%）。详见图8。

##### 图8 伤害发生月份分布

**3.伤害发生时间**

伤害发生时间以16点为多，共80人（占9.28%），其次为17点、10点、14点、15点分别为75人（占8.70%）、71人（占8.24%）、71人（占8.24%），70人（占8.12%）。详见图9。

##### 图9 伤害发生时间分布

**4.伤害发生地点**

伤害发生地点以家里为多，共384人（占44.55%），其次学校、公路/街道分别为197人（22.85%）、186人（占21.58%）。详见图10。

##### 图10 伤害发生地点分布

**5.伤害发生类型**

伤害发生类型以动物咬伤为多，共381人（占44.20%），其次为跌倒/坠落类型为327人（占37.94%）。详见图11。

##### 图11 伤害发生类型分布

**6.伤害发生时活动**

伤害发生时活动以玩耍娱乐为多，共542人（占62.88%），其次是行走活动为178人（占20.65%）。详见图12。

##### 图12 伤害发生活动类型分布

**7.伤害部位**

伤害部位以上肢为多，共389人（占45.13%），其次是下肢部位为258人（占29.93%）。详见图13。

##### 图13 伤害发生部位类型分布

**8.伤害处理方式**

伤害处理方式以医院门诊为多，共648人（占75.17%），其次是住院为204人（占23.67%）。详见图14。

##### 图14 伤害发生处理方式分布

**9.在读学校类型**

在读学校类型以小学为多共410人（占47.56%），其次为幼儿园223人（25.87%）。详见图15。

##### 图15 伤害发生学校类型分布

#### （三）主要发现

2022年大竹县学生伤害监测上报862人，涉及所有年龄段，所有学校类型，发生伤害地方以家里为主，发生伤害时活动以玩耍娱乐为主，处理方式以医院门诊为主，这需要社会加强对儿童安全的关注，以防止更多类似伤害情况发生，为青少年的健康成长保驾护航。

## 第三章 专项调查分析

### 一、60岁及以上且确诊慢性病的老年人调查

#### （一）基本信息

本次调查共收集499份60岁及以上且确诊慢性病的老年人问卷，被调查居民中，城镇人口223人（46.69%），农村人口276人（53.31%），男性居民204人（40.88%），女性居民295人（59.12%）。

#### （二）相关慢性病确诊情况

被调查的499名确诊慢性病的老年人患有一种或多种慢性病，根据调查结果显示，有376人被确诊患有高血压，137人被确诊患有糖尿病，慢性阻塞性肺部疾病（慢支炎/肺气肿）、冠心病或心肌梗死、脑卒中分别有52人、48人、26人，恶性肿瘤患病相对较少，在被调查者仅有18人。详见表13。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表13 老年人患病情况表 | | |
| 慢性病 | 频数/n | 频率/% |
| 高血压 | 376 | 75.35 |
| 糖尿病 | 137 | 27.45 |
| 慢性阻塞性肺部疾病（慢支炎/肺气肿） | 52 | 10.42 |
| 冠心病或心肌梗死 | 48 | 9.62 |
| 脑卒中 | 26 | 5.21 |
| 恶性肿瘤 | 18 | 3.61 |
| 其它 | 15 | 3.01 |

#### （三）慢性病患病程度自我评价

被调查者中，23.05%的老年人表示自己所患慢性病程度严重，57.11%表示疾病程度一般，19.84%表示自己所患疾病不严重。详见图16。

##### 图16 老年人患病程度自我评价

#### （四）慢性病用药来源

根据调查结果显示，慢性病用药方案的主要来源为医生处方，占比89.18%，其次是药店药师推荐和以往用药经验，分别占比32.06%和12.02%，广告宣传和病友推荐占比相对较少，占比不超过3%。详见表14。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表14 老年人用药来源情况表 | | |
| 用药来源 | 频数/n | 频率/% |
| 医生处方 | 445 | 89.18 |
| 药店药师推荐 | 160 | 32.06 |
| 以往用药经验 | 60 | 12.02 |
| 广告宣传 | 10 | 2 |
| 病友推荐 | 13 | 2.61 |
| 家人、邻居、同事 | 26 | 5.21 |
| 其它 | 4 | 0.8 |

#### （五）慢性病用药情况调查

根据调查结果显示，92.18%的老年人表示知道或完全知道所用药物的名称、功能和用法用量；71.54%表示知道或完全知道所用药物的副作用；67.54%表示知道或完全知道所用药物的禁忌证；75.95%表示知道或完全知道服药期间的注意事项；65.33%表示知道或完全知道所用药物之间的相互作用；74.55%表示知道或完全知道忘服或漏服药物后如何处理；68.14%表示知道或完全知道自己对哪些药物过敏；76.15%表示知道或完全知道所用药品的贮存保管方式；61.32%表示知道或完全知道如何识别假药和劣药；76.35%表示知道或完全知道如何判断药品有效期；84.17%表示知道或完全知道药品变色或受潮后不可继续服用；86.17%表示知道或完全知道服用过期药品对身体有害；73.75%表示知道或完全知道自己用药剂量比一般成年人的用量小。详见表15。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表15 老年人慢性病用药情况表 | | | |
| 变量（频数） | 完全知道 | 部分知道 | 完全不知道 |
| 所用药物的名称、功能和用法用量 | 217 | 243 | 39 |
| 所用药物的副作用 | 118 | 239 | 142 |
| 所用药物的禁忌证 | 127 | 210 | 162 |
| 服药期间的注意事项 | 151 | 228 | 120 |
| 所用药物之间的相互作用 | 104 | 222 | 173 |
| 忘服或漏服药物该如何处理 | 130 | 242 | 127 |
| 自己对哪些药物过敏 | 139 | 201 | 159 |
| 所用药品的贮存保管方式 | 155 | 225 | 119 |
| 如何识别假药和劣药 | 93 | 213 | 193 |
| 如何判断药品有效期 | 182 | 199 | 118 |
| 药品变色或受潮后不可服用 | 269 | 151 | 79 |
| 过期药品对身体有害 | 266 | 164 | 69 |
| 用药剂量比一般成年人小 | 173 | 195 | 131 |

#### （六）慢性病用药安全行为调查

被调查的老年人中，42.48%的老年人表示在医生没有诊断下，从不根据病情自行购买药品；15.43%表示在用药之前，总是会阅读药品说明书；57.52%表示在未经过医生同意下，从不自行停止用药；59.32%表示总是每天按照医生要求的次数用药；61.32%表示总是每天按照医生规定的服药时间用药；69.74%表示在未经过医生同意，从不自行改变用药剂量；71.94%表示在未经过医生同意，从不自行改变用药种类；36.67%表示总是定期监测血压、血糖等常规体检，以了解药物疗效；31.86%表示总是会分开存放内服与外用药品；52.3%表示总是会丢弃过期或变质的药品；49.7%表示总是会主动与医生沟通自己所有的用药信息。详见表16。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表16 老年人慢性病用药安全行为情况表 | | | | |
| 变量（频数） | 从不 | 偶尔 | 经常 | 总是 |
| 无医生诊断，根据病情自行购药 | 212 | 199 | 57 | 31 |
| 用药之前，阅读药品说明书 | 181 | 147 | 94 | 77 |
| 未经医生同意，病情好转后自行停药 | 287 | 158 | 41 | 13 |
| 每天按医生要求的次数用药 | 33 | 61 | 109 | 296 |
| 每天按医生规定的服药时间用药 | 22 | 58 | 113 | 306 |
| 未经医生同意，自行改变用药剂量 | 348 | 109 | 26 | 16 |
| 未经医生同意，自行改变用药种类 | 359 | 92 | 29 | 19 |
| 定期监测血压、血糖，以了解药物疗效 | 63 | 135 | 118 | 183 |
| 分开存放内服与外用药品 | 128 | 114 | 98 | 159 |
| 丢弃过期或变质药品 | 57 | 104 | 77 | 261 |
| 主动与医生沟通自己所有的用药信息 | 45 | 86 | 120 | 248 |

### 二、慢性病防控核心知识知晓率调查

#### （一）基本信息

本次调查使用大竹县慢性病社会因素调查问卷的第八部分《慢性病防控核心信息知晓情况调查》测量社会人群慢性病核心信息知晓率，该部分共有20个题目，其中8个单选题，12个多选题。

#### （二）总体知晓情况分析

全县被调查人群总体知晓率为78.5%，其中城镇人口知晓率为89.54%，农村人口知晓率为68.83%；不同性别知晓率情况：男性76.72%，女性80.17%；各年龄段人群知晓情况：18~44岁为83.43%、45~59岁为80.64%、60岁及以上为71.78%。

#### （三）各知识点知晓情况分析

**1.单选题知晓情况**

单选题中知晓率水平最高为92.69%，最低为28.23%，其中心脑血管病、癌症、糖尿病和慢性呼吸系统疾病的危害认知（92.69%）、高血压控制认知（92.56%）、急性心肌梗死的紧急处理措施认知（89.42%）、哮喘的预防和控制措施认知（85.27%），这些方面的知晓率处于较高水平；每日食用盐推荐摄入量认知（75.68%），该认知处于中等水平；18岁及以上成年人高血压诊断标准的认知（46.66%）、每日食用油的推荐摄入量认知（45.73%）、成年人肥胖评价标准的认知（28.23%），这三个方面的知晓率处于较低水平。

此外，根据调查显示，按城乡居民知晓情况划分，城镇居民知晓率最高为96.69%，认知最高的是控制高血压措施，最低为36.33%，认知最低的是成年人肥胖评价标准；农村居民知晓率最高为91.44%，认知最高的是心脑血管病、癌症、糖尿病和慢性呼吸系统疾病的危害，最低为21.13%，认知最低的是成年人肥胖评价标准；各项城镇居民知晓率均高于农村。

按性别知晓情况划分，女性居民知晓率普遍高于男性，其中仅急性心肌梗死的紧急处理措施认知是男性（89.78%）略高于女性（89.08%）。按年龄段知晓情况划分，心脑血管病、癌症、糖尿病和慢性呼吸系统疾病的危害认知、高血压控制认知、急性心肌梗死的紧急处理措施认知、哮喘的预防和控制措施认知均以45-59岁知晓率最高；每日食用盐推荐摄入量认知、每日食用油的推荐摄入量认知、18岁及以上成年人高血压诊断标准的认知均以18-44岁知晓率最高；仅成年人肥胖评价标准的认知是以60岁及以上知晓率最高。

**2.多选题知晓情况**

多选题中知晓率水平最高为70.79%，最低为29.33%。其中合理膳食要点的认知（70.79%）、慢性病的有效预防措施认知（69.71%）、有利于糖尿病患者控制血糖水平措施的认知（68.14%）、预防慢性呼吸系统疾病的主要措施认知（66.84%）、癌症危险因素的认知（65.02%）、可能会发生脑卒中（中风）的行为表现认知（64.31%）、容易导致高血压发病的因素认知（63.5%），以上的知晓率均处于中等水平；可能增加患骨质疏松的风险因素认知（53.12%）、糖尿病患病风险因素认知（52.04%）、糖尿病患者常见的并发症认知（51.3%）、吸烟可能增加慢性病的患病风险认知（46%）、口腔健康行为认知（29.33%），这些方面的认知处于较低水平。

以上问题的城镇居民知晓率均高于农村，女性高于男性。分年龄段来看，普遍为18-44岁认知水平高于其他年龄段，仅口腔健康行为认知为45-59岁知晓率最高。

#### （四）主要发现

1.居民慢性病防控核心信息知晓率总体偏低，且城乡差异显著，城镇居民知晓率均高于农村。

根据调查结果显示，全县被调查居民慢性病防控核心信息知晓率为78.5%，20题知识问答中，知晓率最低为28.33%；按城乡划分，城镇高于农村，且调查的20题知晓情况均为城镇高于农村，农村慢性病防控核心信息传播仍较为薄弱。需要进一步加大对农村地区的慢性病相关知识宣传，提高农村居民慢性病防控知识水平。

2.性别差异明显，各类慢性病防控知识知晓率女性普遍高于男性。

女性对自身及家人健康情况的关注度更高，因此，女性核心知识知晓率普遍高于男性，一方面可以进一步加大宣传，提升女性接受慢性病核心知识传播的参与度，从而提高女性知晓率；另一方面可以通过家庭宣传，促使女性带动男性参与慢性病相关防控，提高男性参与度，从而提高人群知晓率。

3.不同年龄段不同慢性病防控知识知晓情况差异显著，应重点关注老年人群。

就总体而言，大竹县被调查居民中，18-44岁居民慢性病核心信息知晓率较高，45-59岁人群次之，60岁及以上人群知晓率最低。这可能是老年人由于文化程度以及健康知识获取的相关能力有限，从而导致慢性病防控相关认知较低。因此，需要进一步加大对老年人的关爱，帮助他们提高对健康知识的获取能力，提升老年人对慢性病防控知识的知晓率。

4.针对知识点短板，加大健康教育宣传，强化知识薄弱点。

根据调查结果显示，被调查居民对18岁及以上成年人高血压诊断标准的认知、每日食用油的推荐摄入量认知、成年人肥胖评价标准的认知、可能增加患骨质疏松的风险因素认知、糖尿病患病风险因素认知、糖尿病患者常见的并发症认知、吸烟可能增加慢性病的患病风险认知、口腔健康行为认知等知晓率处于较低水平，因此，在日后工作中，需针对相应知识薄弱点，有针对性进行健康宣传和健康教育活动。

### 三、社区诊断健康知识知晓率调查

#### （一）基本信息

本次调查以《四川省慢性病综合防控示范区建设指标体系（2023年版）》为标准，在全县开展随机抽样调查，各乡镇、街道随机抽取25名当地居民询问社区诊断相关健康知识知晓情况。最终共获得问卷791份，其中，男性363人，占比45.89%，女性428人，占比54.11%。

#### （二）健康知识知晓情况分析

**1.成年人BMI指数健康体重知晓情况**

根据调查结果显示，76.49%被调查居民认为i18岁以上健康成年人的BMI指数在18~24范围内；认为18岁以上健康成年人的BMI指数低于18的占比3.79%；认为18岁以上健康成年人的BMI指数在24~28之间的占比9.23%；大于28的占比10.49%。详见图17。

##### 图17 18岁及以上成年人健康体重知晓情况

**2.成年人健康腰围知晓情况**

根据调查结果显示，68.14%的被调查居民表示成年人健康腰围为男性≤85cm，女性≤80cm；表示成年人健康腰围为男性≤80cm，女性≤75cm，占比17.32%；表示成年人健康腰围为男性≤90cm，女性≤85cm，占比10.37%；表示成年人健康腰围为男性≤95cm，女性≤90cm，仅占比4.17%。详见图18。

##### 图18 18岁及以上成年人健康腰围知晓情况

**3.成年人正常血压值知晓情况**

根据调查结果显示，超过70%的被调查居民表示成年人正常血压值为收缩压90~139mmHg，舒张压60~89mmHg；18.84%的被调查居民表示成年人正常血压为收缩压80~120mmHg，舒张压50~80mmHg；5.06%的被调查居民表示成年人正常血压为收缩压低于90mmHg，舒张压低于60mmHg；3.41%的被调查居民表示成年人正常血压为收缩压高于140mmHg，舒张压高于90mmHg。详见图19。

##### 图19 18岁及以上成年人正常血压知晓情况

#### （三）主要发现

根据我国社区诊断健康知识标准，18岁及以上健康成年人BMI指数为18~24；健康腰围为男性≤85cm，女性≤80cm；正常血压值为收缩压90~139mmHg，舒张压60~89mmHg。此次专项调查结果显示，18岁及以上成年人健康体重知晓率为76.49%；健康腰围知晓率为68.14%；正常血压值知晓率为72.69%。

## 第四章 居民调查情况

### 一、基本信息

#### （一）居民基本情况

本次共调查大竹县县域内居民4202人，最终获得有效问卷4074份，问卷有效率96.95%。被调查居民中，男性占48.5%，女性占51.5%，平均年龄为54.9岁，其中以50-59岁年龄段为主，占比43.54%，民族以汉族为主，仅一名少数民族居民；被调查居民约87.19%的婚姻状况为已婚，文化程度主要集中以初中毕业和小学毕业为主，约占比53.68%。

在个人从事职业方面，65.58%的被调查居民职业为农、林、牧、渔等生产人员；97.69%的调查对象参加了医疗保险，主要为城乡居民基本医疗保险，占比84.56%；在个人收入方面，月平均收入<1500元占比最大，约占58.69%。在居住方面，98.63%的被调查居民为本市户口，其中在本地居住10年及以上占比91.95%。详见表17。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表17 被调查居民基本情况 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率/% |
| **性别** |  |  |
| 男 | 1976 | 48.5 |
| 女 | 2098 | 51.5 |
| **年龄** |  |  |
| 18-29 | 206 | 5.06 |
| 30-39 | 324 | 7.95 |
| 40-49 | 558 | 13.7 |
| 50-59 | 1774 | 43.54 |
| ≥60 | 1212 | 29.75 |
| **民族** |  |  |
| 汉族 | 4073 | 99.98 |
| 少数民族 | 1 | 0.02 |
| **婚姻状况** |  |  |
| 已婚 | 3552 | 87.19 |
| 离婚 | 74 | 1.82 |
| 丧偶 | 227 | 5.57 |
| 未婚 | 221 | 5.42 |
| **文化程度** |  |  |
| 未接受正规学校教育 | 379 | 9.3 |
| 小学未毕业 | 586 | 14.38 |
| 小学毕业 | 952 | 23.37 |
| 初中毕业 | 1235 | 30.31 |
| 高中/中专/技校 | 521 | 12.79 |
| 大学及以上（专科/本科） | 401 | 9.84 |
| **职业** |  |  |
| 公职人员 | 286 | 7.02 |
| 农、林、牧、渔等生产人员 | 2672 | 65.59 |
| 生产、运输、操作等工作人员 | 499 | 12.25 |
| 军人 | 3 | 0.07 |
| 在读学生 | 38 | 0.93 |
| 离/退休 | 183 | 4.49 |
| 待业/失业 | 255 | 6.26 |
| 其它 | 138 | 3.39 |
| **是否参加社会医疗保险** |  |  |
| 无、未参加 | 94 | 2.31 |
| 职工基本医疗保险 | 420 | 10.31 |
| 城乡居民基本医疗保险 | 3445 | 84.56 |
| 商业医疗保险 | 8 | 0.2 |
| 其它社会医疗保险 | 107 | 2.63 |
| **个人月平均收入** |  |  |
| <1500元 | 2391 | 58.69 |
| 1500～2999元 | 1013 | 24.86 |
| 3000～5000元 | 577 | 14.16 |
| ≥5000元 | 93 | 2.28 |
| **本市户口** |  |  |
| 是 | 4018 | 98.63 |
| 否 | 56 | 1.37 |
| **本地居住时间** |  |  |
| ＜10 | 328 | 8.05 |
| ≥10 | 3746 | 91.95 |

#### （二）家庭一般情况

在家庭结构方面，被调查居民在世的兄弟姐妹为3个及以上的占比最多，约占54.71%；家庭常住人口数以2人为主，占比31.93%；家庭代际层次主要以包含一代人或两代人的小家庭为主，占比63.11%；家庭结构类型以核心家庭为主，占比62.64%；被调查居民与户主关系上，主要以户主为主，占比50.39%。

在家庭年收入方面，总收入＜60000元的占比最多，约占67.89%，其次是60000~79999元，占比23%，仅有0.32%的被调查居民年收入超过160000元。详见表18。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表18 被调查居民家庭一般情况 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率/% |
| **在世的兄弟姐妹** |  |  |
| 独生子女 | 336 | 8.25 |
| 1个 | 619 | 15.19 |
| 2个 | 890 | 21.85 |
| 3个及以上 | 2229 | 54.71 |
| **家庭常住人数** |  |  |
| 1 | 365 | 8.96 |
| 2 | 1301 | 31.93 |
| 3 | 902 | 22.14 |
| 4 | 713 | 17.5 |
| 5 | 449 | 11.02 |
| 6 | 273 | 6.7 |
| 7 | 44 | 1.08 |
| 8 | 15 | 0.37 |
| 9 | 3 | 0.07 |
| 10 | 9 | 0.22 |
| **家庭代际层次** |  |  |
| 包含一代或两代人（小家庭） | 2571 | 63.11 |
| 包含三代及以上（大家庭） | 1503 | 36.89 |
| **家庭结构类型** |  |  |
| 核心家庭 | 2552 | 62.64 |
| 主干家庭 | 1406 | 34.51 |
| 联合家庭 | 14 | 0.34 |
| 其他家庭 | 102 | 2.5 |
| **与户主关系** |  |  |
| 户主 | 2053 | 50.39 |
| 配偶 | 1505 | 36.94 |
| 子女 | 337 | 8.27 |
| 孙子/女 | 16 | 0.39 |
| 父母 | 136 | 3.34 |
| 祖父/母 | 5 | 0.12 |
| 兄弟姐妹 | 9 | 0.22 |
| 其它 | 13 | 0.32 |
| **家庭年总收入** |  |  |
| ＜60000元 | 2766 | 67.89 |
| 60000~79999元 | 937 | 23 |
| 80000~119999元 | 303 | 7.44 |
| 120000~160000元 | 55 | 1.35 |
| ＞160000 | 13 | 0.32 |

### **二、健康状况及就医行为**

#### **（一）**健康状况自我评价

根据调查结果显示，超过76.31%的被调查居民表示自身健康状况为较好或很好，19.64%的被调查居民表示自身健康状况一般，仅有0.17%的被调查居民表示自身健康状况很差，3.88%认为自身健康状况较差。其中，1633名被调查者自身健康状况很好，1476名被调查者自身健康状况较好。详见图20。

**图20 被调查居民健康状况**

#### （二）心理状态自我评价

根据调查结果显示，4074名被调查者中，感觉自身生活总是充实和快乐的占比44.26%，感觉自身生活经常充实和快乐的占比42.17%，时有时无和偶尔感觉生活充实和快乐分别占比8.66%和3.26%，仅有1.64%的被调查居民完全没有感觉到自身的生活充实和快乐；表示自身完全没有情绪低落或抑郁等情况的占比34.54%，偶尔有情绪低落或抑郁等情况的占比38.14%，总是有情绪低落或抑郁等情况的仅占7.76%。详见表19。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表19 被调查居民心理状态情况表 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率/% |
| **感觉生活充实和快乐** |  |  |
| 总是有 | 1803 | 44.26 |
| 经常有 | 1718 | 42.17 |
| 时有时无 | 353 | 8.66 |
| 偶尔有 | 133 | 3.26 |
| 完全没有 | 67 | 1.64 |
| **感觉情绪低落或抑郁等情况** |  |  |
| 总是有 | 316 | 7.76 |
| 经常有 | 341 | 8.37 |
| 时有时无 | 456 | 11.19 |
| 偶尔有 | 1554 | 38.14 |
| 完全没有 | 1407 | 34.54 |

#### （三）社会关系自我评价

该小节主要描述分析被调查居民的社会关系情况，包括家庭成员间、亲友和邻里关系。根据调查结果显示，93.98%的被调查者家庭成员间关系好或很好，仅有0.02%的被调查者表示家庭成员间的关系很差；91.41%的被调查者表示自己的亲友关系好或很好，仅有0.15%的被调查者表示亲友关系差，但很差和无来往的亲友关系占比均为0%；有87.78%的被调查者认为邻里关系好或很好，表示自身邻里关系差或很差，甚至无来往的占比分别为0.52%、0.52%和0.98%。详见表20。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表20 被调查居民的社会关系 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率/% |
| **家庭成员间关系** |  |  |
| 很好 | 2557 | 62.76 |
| 好 | 1272 | 31.22 |
| 一般 | 236 | 5.79 |
| 差 | 8 | 0.2 |
| 很差 | 1 | 0.02 |
| **亲友关系** |  |  |
| 很好 | 2025 | 49.71 |
| 好 | 1699 | 41.7 |
| 一般 | 344 | 8.44 |
| 差 | 6 | 0.15 |
| 很差 | 0 | 0 |
| 无来往 | 0 | 0 |
| **邻里关系** |  |  |
| 很好 | 1865 | 45.78 |
| 好 | 1711 | 42 |
| 一般 | 416 | 10.21 |
| 差 | 21 | 0.52 |
| 很差 | 21 | 0.52 |
| 无来往 | 40 | 0.98 |

#### （四）被调查者就医情况

**1.定期体检情况**

平均每年都会定期做身体检查的被调查居民占比61.19%，其中，平均每年做一次体检的占比55.96%，每年两次体检的占比4.22%，三次及以上体检仅占比1.01%。详见图21。

##### 图21 被调查居民每年定期体检情况

**2.血压测量情况**

根据调查显示，被调查居民最近一次测量血压距今在1个月以内的占比最多，约38.12%，其次是距今2～3个月测量了血压，占比20.2%，最近一次测量血压距今3～6个月和6个月以上的分别占比11.34%和11.29%，有19.05%的被调查者记不清上一次测量血压的时间。详见图22。

##### 图22 被调查居民最近一次血压测量情况

#### （五）自述慢性病患病及就诊情况

**1.被调查居民曾被告知慢性病患病情况**

根据被调查居民的慢性病患病情况，本小节对高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、心肌梗死、慢性阻塞性肺炎、恶性肿瘤等进行分析，在4074名被调查居民中，曾被告知患有慢性病共有1059人，慢性病患病率25.99%，其中，男性曾被告知患有慢性病患病人数479人，男性慢性病患病率23.68%，女性曾被告知患有慢性病患病人数580人，女性慢性病患病率26.69%。被调查居民曾被告知慢性病患病例数与慢性病顺位见表21。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表21 被调查居民曾被告知慢性病患病例数与慢性病顺位表 | | | |
| 慢性病 | 患病例数 | 患病率（%） | 顺位 |
| 高血压 | 767 | 18.83 | 1 |
| 糖尿病 | 304 | 7.46 | 2 |
| 慢性阻塞性肺部疾病（慢支炎/肺气肿） | 99 | 2.43 | 3 |
| 冠心病或心肌梗死 | 81 | 1.99 | 4 |
| 其它 | 68 | 1.67 | 5 |
| 脑卒中 | 47 | 1.15 | 6 |
| 恶性肿瘤 | 37 | 0.91 | 7 |

**2.被调查居民曾被告知慢性病就诊情况**

在所有曾被告知患有慢性病的被调查居民中，近一年因慢性病就诊的人数为659人，占比62.23%，近一年因慢性病就诊次数三次及以上的占比64.64%；近一年因慢性病自费医疗费用超过1000元的占比60.7%。

**3.为慢性病患者确诊医疗机构分布**

在所有曾被告知患有慢性病的被调查居民中，为其确诊慢性病的医疗机构主要以乡镇/社区卫生服务机构为主，占比47.31%，其次是二、三级综合医院或专科医院，占比41.93%。如图23所示。

**图23 慢性病患者确诊医疗机构分布情况**

#### **（六）**高血压患病情况

**1.既往患病情况**

被调查居民中，曾被告知患有高血压的人数为767，患病率为18.83%；其中126人（16.43%）现场测量血压正常；641人（83.57%）现场测量血压仍高于140/90mmHg。

**2.高血压患病情况分析**

本次调查使用医用上臂式电子血压计测量血压，将三次测量读数中的平均值用于资料的分析中。根据现场测量结果，976人血压读数达到高血压检出标准（收缩压≥140mmHg 和/或舒张压≥90mmHg），高血压现场检出率为23.96%。按性别划分，男性高血压检出495人，患病率25.05%；女性高血压检出481人，患病率22.93%；高血压患病情况性别差异不具有统计学意义（*χ²*=2.520，*p*=0.112）。按年龄组划分，18~59岁年龄组高血压检出634人，患病率22.15%；60岁及以上年龄组检出342人，患病率28.22%；高血压年龄组患病情况差异具有统计学意义（*χ²*=17.195，*p*<0.001）。详见表22。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表22 被调查居民高血压患病情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 患病率/% |
| 性别 | 男 | 495 | 25.05 |
| 女 | 481 | 22.93 |
| *χ2* | 2.520 | |
| *P*值 | 0.112 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 634 | 22.15 |
| 60岁及以上年龄组 | 342 | 28.22 |
| *χ2* | 17.195 | |
| *P*值 | <0.001 | |

**3.30岁以上高血压知晓率**

976名被检出高血压患者中，30岁以上有957人，其中在本次调查前已经知晓患高血压的641人，30岁以上高血压知晓率65.68%。

**4.居民平均血压值**

4074名接受血压测量的18岁及以上居民平均收缩压为129.65mmHg，男性平均收缩压高于女性，差异具有统计学意义（*t*=3.814，*P*＜0.001）；平均舒张压为80.12mmHg，男性平均舒张压高于女性，差异具有统计学意义（*t*=5.644，*P*＜0.001），各性别、年龄组血压水平见表23。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表23 被调查成年居民血压水平（均值±标准差 mmHg） | | | | | | | | |
| 年龄组（岁） | 男性 | |  | 女性 | |  | 合计 | |
| 收缩压 | 舒张压 |  | 收缩压 | 舒张压 |  | 收缩压 | 舒张压 |
| 18~59 | 129.34±13.93 | 81.34±8.87 |  | 127.61±14.43 | 79.58±8.91 |  | 128.48±14.21 | 80.46±8.93 |
| ≥60 | 133.65±14.15 | 79.8±8.74 |  | 131.45±13.23 | 78.93±7.83 |  | 132.44±13.69 | 79.32±8.75 |
| 合计 | 130.53±14.12 | 80.92±8.86 |  | 128.83±14.17 | 79.37±8.58 |  | 129.65±14.17 | 80.12±8.75 |

**5.血压正常高值率**

本次被检者中，血压正常高值率25.45%。其中，18~59岁居民血压处于正常高值者占27.5%，60岁及以上为20.63%；男性居民血压处于正常高值占27.18%，女性占23.83%。各性别、年龄组血压高值人数和高值率详见表24。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表24 被调查成年居民血压测量正常高值情况 | | | | | | | | | | | |
| 年龄组（岁） | 男性 | | |  | 女性 | | |  | 合计 | | |
| 人数 | 正常高值人数 | 高值率（%） |  | 人数 | 正常高值人数 | 高值率（%） |  | 人数 | 正常高值人数 | 高值率（%） |
| 18~59 | 1433 | 422 | 29.45 |  | 1429 | 365 | 25.54 |  | 2862 | 787 | 27.5 |
| ≥60 | 543 | 115 | 21.18 |  | 669 | 135 | 20.18 |  | 1212 | 250 | 20.63 |
| 合计 | 1976 | 537 | 27.18 |  | 2098 | 500 | 23.83 |  | 4074 | 1037 | 25.45 |

#### **（七）**糖尿病患病情况

**1.既往患病情况**

被调查居民中，曾患有糖尿病的人数为304，患病率为7.46%；其中17人（5.59%）空腹静脉血浆血糖正常，85人（27.96%）拒绝抽血；2022人（66.45%）空腹静脉血浆血糖≥7.0mmol/L。

**2.糖尿病患病情况分析**

本次愿意抽血居民共计3745人，其中有355人测量静脉血浆血糖达到糖尿病检出标准（空腹静脉血浆血糖≥7.0mmol/L），糖尿病检出率9.48%。按性别划分，男性居民糖尿病检出198人，患病率10.99%；女性居民糖尿病检出157人，患病率8.08%；糖尿病患病情况性别差异具有统计学意义（*χ²*＝9.211，*P*=0.002）。按年龄组划分，18~59岁年龄组糖尿病检出206人，患病率7.72%；60岁及以上年龄组糖尿病检出149人，患病率13.84%；糖尿病患病情况年龄组差异具有统计学意义（*χ²*＝33.575 ，*P*<0.001）。详见表25。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表25 被调查居民糖尿病患病情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 患病率/% |
| 性别 | 男 | 198 | 10.99 |
| 女 | 157 | 8.08 |
| *χ2* | 9.211 | |
| *P*值 | 0.002 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 206 | 7.72 |
| 60岁及以上年龄组 | 149 | 13.84 |
| *χ2* | 33.575 | |
| *P*值 | <0.001 | |

**3.18岁及以上糖尿病知晓率**

18岁及以上糖尿病检出355人，其中在本次调查前已经知晓患糖尿病的202人，18岁及以上居民糖尿病知晓率56.9%。

**4.空腹血糖受损率**

居民空腹血糖检测结果显示，空腹血糖受损有413人，受损率为11.03%。男、女性空腹血糖受损情况差异不具有统计学意义（*χ²*＝0.830 ，*P*=0.362）。各年龄组及性别组空腹血糖受损情况见表26。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表26 被调查成年居民空腹血糖受损情况 | | | | | | | | | | | |
| 年龄组（岁） | 男性 | | |  | 女性 | | |  | 合计 | | |
| 人数 | 受损人数 | 受损率（%） |  | 人数 | 受损人数 | 受损率（%） |  | 人数 | 受损人数 | 受损率（%） |
| 18~ | 1322 | 129 | 9.76 |  | 1347 | 133 | 9.87 |  | 2669 | 262 | 9.82 |
| ≥60 | 480 | 61 | 12.71 |  | 596 | 90 | 15.1 |  | 1076 | 151 | 14.03 |
| 合计 | 1802 | 190 | 10.54 |  | 1943 | 223 | 11.48 |  | 3745 | 413 | 11.03 |

#### **（八）**血脂异常情况

**1.总体情况**

被调查居民中，血脂异常检出人数为1610人，血脂异常率42.99%；按性别划分，男性居民血脂异常检出人数为835人，异常率46.34%，女性居民血脂异常检出人数为775人，异常率39.89%；血脂异常情况性别差异具有统计学意义（*χ²*＝15.873，*P*＜0.001）。按年龄组划分，18~59岁年龄组血脂异常检出人数为1099人，异常率41.18%；60岁及以上年龄组血脂异常检出人数为511人，异常率47.49%；血脂异常情况年龄组差异具有统计学意义（*χ²*＝14.475，*P*＜0.001）。详见表27。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表27 被调查居民血脂异常情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 异常率/% |
| 性别 | 男 | 835 | 46.34 |
| 女 | 775 | 39.89 |
| *χ2* | 15.873 | |
| *P*值 | <0.001 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 1099 | 41.18 |
| 60岁及以上年龄组 | 511 | 47.49 |
| *χ2* | 14.475 | |
| *P*值 | <0.001 | |

**2.总胆固醇水平**

被调查居民中，高TC血症检出人数为165人，患病率4.41%；按性别划分，男性居民高TC血症检出人数为60人，患病率3.33%，女性居民高TC血症检出人数为105人，患病率5.4%；高TC血症情况性别差异具有统计学意义（*χ²*＝9.552，*P*=0.002）。按年龄组划分，18~59岁年龄组高TC血症检出人数为93人，患病率3.48%；60岁及以上年龄组高TC血症检出人数为72人，患病率6.69%；高TC血症情况年龄组差异具有统计学意义（*χ²*＝18.726，*P*＜0.001）。详见28。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表28 被调查居民高TC血症情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 患病率/% |
| 性别 | 男 | 60 | 3.33 |
| 女 | 105 | 5.4 |
| *χ2* | 9.552 | |
| *P*值 | 0.002 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 93 | 3.48 |
| 60岁及以上年龄组 | 72 | 6.69 |
| *χ2* | 18.726 | |
| *P*值 | <0.001 | |

被调查居民平均总胆固醇水平为4.05mmol/L。按性别划分，男性居民平均总胆固醇水平为3.98mmol/L，女性为4.12mmol/L，女性平均总胆固醇水平高于男性，差异具有统计学意义（*t*=3.17，*P*=0.002）。按年龄组划分，18~59岁年龄组居民平均总胆固醇水平为4.06mmol/L，60岁及以上年龄组为4.04mmol/L，18~59岁年龄组平均总胆固醇水平高于60岁及以上年龄组，差异不具有统计学意义（*t*=0.401，*P*=0.689）。各年龄组及性别组总胆固醇均值见表29。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表29 被调查居民总胆固醇水平（均值±标准差 mmol/L） | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 3.98±1.37 | 3.17 | 0.002 |
| 女 | 4.12±1.45 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 4.06±1.32 | 0.401 | 0.689 |
| 60岁及以上年龄组 | 4.04±1.63 |

**3.甘油三酯水平**

被调查居民中，高TG血症检出人数为1252人，患病率33.43%；按性别划分，男性居民高TC血症检出人数为651人，患病率36.13%，女性居民高TG血症检出人数为601人，患病率30.93%；高TG血症情况性别差异具有统计学意义（*χ²*＝11.338，*P<*0.001）。按年龄组划分，18~59岁年龄组高TG血症检出人数为863人，患病率32.33%；60岁及以上年龄组高TG血症检出人数为389人，患病率36.15%；高TG血症情况年龄组差异具有统计学意义（*χ²*＝5.023，*P*=0.025）。详见表30。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表30 被调查居民高TG血症情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 患病率/% |
| 性别 | 男 | 651 | 36.13 |
| 女 | 601 | 30.93 |
| *χ2* | 11.338 | |
| *P*值 | <0.001 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 863 | 32.33 |
| 60岁及以上年龄组 | 389 | 36.15 |
| *χ2* | 5.023 | |
| *P*值 | 0.025 | |

被调查居民平均甘油三酯水平为2.15mmol/L。按性别划分，男性居民平均甘油三酯水平为2.2mmol/L，女性为2.1mmol/L，男性平均甘油三酯水平高于女性，差异不具有统计学意义（*t*=1.830，*P*=0.067）。按年龄组划分，18~59岁年龄组居民平均甘油三酯水平为2.1mmol/L，60岁及以上年龄组为2.26mmol/L，60岁及以上年龄组平均甘油三酯水平高于18~59岁年龄组，差异不具有统计学意义（*t*=2.852，*P*=0.004）。各年龄组及性别组甘油三酯均值见表31。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表31 被调查居民甘油三酯水平（均值±标准差 mmol/L） | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 2.2±1.52 | 1.830 | 0.067 |
| 女 | 2.1±1.51 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 2.1±1.47 | 2.852 | 0.004 |
| 60岁及以上年龄组 | 2.26±1.63 |

**4.低密度脂蛋白水平**

被调查居民中，高LDL-C血症检出人数为141人，患病率3.77%；按性别划分，男性居民高LDL-C血检出人数为58人，患病率3.22%，女性居民高LDL-C血检出人数为83人，患病率4.27%；高LDL-C血情况性别差异不具有统计学意义（*χ²*＝2.862，*P*=0.091）。按年龄组划分，18~59岁年龄组高LDL-C血症检出人数为103人，患病率3.86%；60岁及以上年龄组高LDL-C血症检出人数为38人，患病率3.53%；高LDL-C血情况年龄组差异不具有统计学意义（*χ²*＝0.227，*P*=0.634）。详见表32。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表32 被调查居民高LDL-C血症情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 患病率/% |
| 性别 | 男 | 58 | 3.22 |
| 女 | 83 | 4.27 |
| *χ2* | 2.862 | |
| *P*值 | 0.091 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 103 | 3.86 |
| 60岁及以上年龄组 | 38 | 3.53 |
| *χ2* | 0.227 | |
| *P*值 | 0.634 | |

被调查居民平均低密度脂蛋白水平为2.61mmol/L。按性别划分，男性居民平均低密度脂蛋白水平为2.54mmol/L，女性为2.67mmol/L，女性平均低密度脂蛋白水平高于男性，差异具有统计学意义（*t*=4.553，*P*<0.001）。按年龄组划分，18~59岁年龄组居民平均低密度脂蛋白水平为2.60mmol/L，60岁及以上年龄组为2.61mmol/L，60岁及以上年龄组平均低密度脂蛋白水平高于18~59岁年龄组，差异不具有统计学意义（*t*=0.243，*P*=0.808）。各年龄组及性别组低密度脂蛋白均值见表33。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表33 被调查居民低密度脂蛋白水平（均值±标准差 mmol/L） | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 2.54±0.83 | 4.553 | <0.001 |
| 女 | 2.67±0.85 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 2.60±0.85 | 0.243 | 0.808 |
| 60岁及以上年龄组 | 2.61±0.82 |

**5.高密度脂蛋白水平**

被调查居民中，低HDL-C血症检出人数为499人，患病率13.32%；按性别划分，男性居民低HDL-C血症检出人数为307人，患病率17.04%，女性居民低HDL-C血症检出人数为192人，患病率9.88%；低HDL-C血症情况性别差异具有统计学意义（*χ²*＝41.443，*P<*0.001）。按年龄组划分，18~59岁年龄组低HDL-C血症检出人数为381人，患病率14.28%；60岁及以上年龄组低HDL-C血症检出人数为118人，患病率10.97%；低HDL-C血症情况年龄组差异具有统计学意义（*χ²*＝7.268，*P=*0.007）。详见表34。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表34 被调查居民低HDL-C血症情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 检出数/n | 患病率/% |
| 性别 | 男 | 307 | 17.04 |
| 女 | 192 | 9.88 |
| *χ2* | 41.443 | |
| *P*值 | <0.001 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 381 | 14.28 |
| 60岁及以上年龄组 | 118 | 10.97 |
| *χ2* | 7.268 | |
| *P*值 | 0.007 | |

被调查居民平均高密度脂蛋白水平为1.42mmol/L。按性别划分，男性居民平均高密度脂蛋白水平为1.34mmol/L，女性为1.49mmol/L，女性平均高密度脂蛋白水平高于男性，差异具有统计学意义（*t*=10.441，*P<*0.001）。按年龄组划分，18~59岁年龄组居民平均高密度脂蛋白水平为1.39mmol/L，60岁及以上年龄组为1.51mmol/L，60岁及以上年龄组平均高密度脂蛋白水平高于18~59岁年龄组，差异具有统计学意义（*t*=6.395，*P*<0.001）。各年龄组及性别组高密度脂蛋白均值见表35。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表35 被调查居民高密度脂蛋白水平（均值±标准差 mmol/L） | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 1.34±0.44 | 10.441 | <0.001 |
| 女 | 1.49±0.48 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 1.39±0.44 | 6.395 | <0.001 |
| 60岁及以上年龄组 | 1.49±0.51 |

### 三、两周就诊情况

在被调查的4074名居民中，有510名居民近两周因病就诊，就诊率12.52%。其中257名居民选择去乡镇卫生院/社区卫生服务机构就诊，占比50.39%，134名居民选择去二、三级综合医院或专科医院就诊，占比26.27%，12名居民选择去中医医院就诊，占比2.35%，103名就诊居民选择去私人诊所就诊，占比20.2%。详见图24。

**图24 被调查居民两周患病的就诊选择情况**

### 四、卫生服务资源知晓与使用

#### （一）基层医疗机构知晓与使用情况

在被调查的4074名居民中，98.9%的居民表示自己居住的乡镇/社区有基本医疗卫生服务机构，仅有0.37%的居民表示没有；94.31%的居民表示自己接受过乡镇/社区的基本公共卫生服务，仅有2.45%的居民表示没有接受过；其未去医疗机构就诊主要是因为路程较远不方便，占比62%，其次是因为其他原因，占比30%，其余原因还包括医生水平不高、服务态度不好、医疗设备不全、药品品种太少。

#### （二）近一年就诊最多的医疗机构

近一年里，有3628名被调查居民在医疗机构就诊过，平时就诊最多的医疗机构是乡镇/社区卫生服务医疗机构，占比69.93%，其次为私人诊所和二、三级综合医院或专科医院，分别占43.64%和34.17%。详见表36。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表36 被调查居民近一年就诊机构选择情况 | | |
| 医疗机构类型 | 频数/n | 频率/% |
| 乡镇/社区卫生服务医疗机构 | 2849 | 69.93 |
| 二、三级综合医院或专科医院 | 1392 | 34.17 |
| 中医医院 | 328 | 8.05 |
| 私人诊所 | 1778 | 43.64 |
| 企事业单位医院/保健站 | 82 | 2.01 |
| 其它 | 20 | 0.49 |

#### （三）医疗机构满意度评价

根据调查结果显示，3842名接受过乡镇/社区基本公共卫生服务的被调查居民对医疗机构的满意度评价，表示满意的占98.93%，表示一般的占1.07%。

#### （四）社区支持性环境建设情况

在被调查居民中，73.17%的居民表示自己居住的社区有健身场所；65.76%的居民表示自己居住的社区有健康教育活动室；61.86%的居民表示自己居住的社区有群众性健身活动团体；33.09%的居民表示自己参加过群众性健身活动团体。

### 五、慢性病主要影响因素现况

#### （一）身体活动情况

**1.工作、农活及家务活动情况**

在所有的被调查居民中，8.76%的居民日常至少有持续10分钟的高强度工作，平均有5.17天存在超过10分钟高强度工作，平均每天持续高强度工作的时间为249.71分钟。93.59%的居民日常至少有持续10分钟的中低强度工作，平均每周有5.45天的粗在超过10分钟中低强度工作，平均每天持续中低强度工作的时间为183.37分钟。

**2.锻炼或娱乐活动情况**

在被调查居民中，3.22%的居民存在超过10分钟的高强度锻炼或娱乐活动，平均每周为4.44天，平均每天高强度锻炼或娱乐活动的时间为151.58分钟。97.67%的居民存在超过10分钟的中低强度锻炼或娱乐活动，平均每周为4.42天，平均每天中低强度锻炼或娱乐活动的时间为99.51分钟。

**3.静态习惯**

在被调查居民中，平均每天静坐、靠或躺的时间为199.08分钟，18~59岁的居民为196.17分钟，60岁及以上居民为205.95分钟；平均每天看电视的时间为68.73分钟，18~59岁的居民为61.54分钟，60岁及以上居民为85.72分钟；平均每天使用电子产品（包括电脑、平板、手机等）的时间为107.98分钟，18~59岁的居民为132.58分钟，60岁及以上居民为49.9分钟；平均每天用于阅读纸质读物的时间为12.28分钟，18~59岁的居民为14.81分钟，60岁及以上居民为6.3分钟。详见图25。

##### 图25 不同年龄段居民静态习惯

**4.睡眠情况**

被调查居民中，平均每天睡眠时间为7.03个小时。18~59岁的居民平均睡眠时间为7.13个小时。60岁及以上的居民平均每天睡眠时间为6.8个小时。详见图26。

##### 图26 不同年龄段居民睡眠情况

过去一个月内，每周至少有3天出现打鼾、窒息或憋气的睡眠问题的居民有1076人（26.41%）；入睡困难（入睡时间30分以上）的有1026人（25.18%）；中间觉醒两次及以上的有1127人（27.66%）；早醒，并难以重新入睡的有1022人（25.09%）；至少有1天服用安眠药（西药或中药）以帮助睡眠的有55人（1.35%）。

#### （二）饮酒情况

**1.饮酒率**

被调查居民中，现在饮酒或有过饮酒史的有1009人，饮酒率为24.77%；其中，男性饮酒率为43.12%，女性饮酒率为7.48%；平均饮酒的年龄为26岁。详见表37。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表37 被调查居民饮酒率现状 | | |
| 变量 | 饮酒人数/n | 饮酒率/% |
| 男 | 853 | 43.12 |
| 女 | 157 | 7.48 |
| 合计 | 1009 | 24.77 |

**2.首次饮酒年龄**

在被调查的1009名饮酒居民中，除去327名居民记不清自己的首次饮酒年龄外，平均饮酒的年龄为26岁。

**3.饮酒类型**

在被调查的1009名饮酒居民中，过去一年里，42.12%的居民有饮过高度白酒（>40度）；20.02%的居民有饮过中度白酒（20-40度）；38.75%的居民有饮过啤酒；仅有1.19%的居民饮过葡萄酒、黄酒或米酒；还有8.03%的居民过去一年未饮酒。

#### （三）吸烟情况

**1．吸烟率**

在被调查18岁及以上成年人居民中，现在吸烟的有905人，18岁及以上成年人吸烟率为22.21%；其中，男性吸烟率为44.94%，女性吸烟率为0.81%。被调查者中曾经吸烟但目前已戒烟的有177人（4.34%）。详见表38。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表38 被调查居民吸烟情况 | | |
| 变量 | 吸烟人数/n | 吸烟率/% |
| 男 | 888 | 44.94 |
| 女 | 17 | 0.81 |
| 合计 | 905 | 22.21 |

**2.首次吸烟年龄**

在被调查的1082名现在吸烟或曾经吸烟的居民中，除去320名居民记不清自己的首次吸烟年龄外，平均吸烟的年龄为26岁。

**3．吸烟量**

在被调查的每日吸烟的居民中，平均每日吸烟量为16支；每日吸烟量在20支及以上占比最多，约52.44%；其次是每日吸烟量在10～19支，占比29.16%。详见图27。

##### 图27 被调查的每日吸烟居民情况构成

**4****.开始吸烟的原因**

在被调查的1082名现在吸烟或曾经吸烟的居民中，开始抽烟的主要原因是生活、工作压力和好奇，分别占比42.98%和44.45%。因工作应酬需要开始抽烟的占比12.01%

**5.二手烟危害情况**

在被调查居民中，有37.53%的居民表示经常受到二手烟的危害。

#### （四）食用油摄入量

**1.基本摄入情况**

被调查的居民中，每人每天食用油（包含植物油、动物油）的平均摄入量为37.08克；男性居民每人每天食用油的平均摄入量为36.43克，女性居民每人每天食用油的平均摄入量为37.70克，性别差异不具有统计学意义（*t*=1.695，*P*=0.090）；18-59岁年龄段居民每人每天食用油的平均摄入量为35.62克；60岁及以上居民每人每天食用油的平均摄入量为40.52克，年龄组差异具有统计学意义（*t*=6.017，*P*<0.001）。详见表39。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表39 不同性别、不同年龄组平均每天食用油的摄入情况 | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 36.43±22.19 | 1.695 | 0.090 |
| 女 | 37.70±25.30 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 35.62±21.96 | 6.017 | <0.001 |
| 60岁及以上年龄组 | 40.52±27.52 |

**2.控油壶使用情况**

在被调查居民中，仅有8.25%的居民表示一直在用控油壶，3.39%的居民表示曾经用过，88.37%的居民表示从未使用过控油壶。

#### （五）食用盐摄入情况

**1．基本摄入情况**

被调查的居民中，每人每天食用盐的平均摄入量为4.66克；男性居民每人每天食用盐的平均摄入量为4.67克，女性居民每人每天食用盐的平均摄入量为4.65克；18-59岁年龄段居民每人每天食用盐的平均摄入量为4.69克；60岁及以上居民每人每天食用盐的平均摄入量为4.58克，不同性别、年龄组差异均不具有统计学意义。详见表40。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表40 不同性别、不同年龄组平均每天食用盐的摄入情况 | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 4.67±2.84 | 0.258 | 0.796 |
| 女 | 4.65±2.81 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 4.69±2.75 | 1.064 | 0.287 |
| 60岁及以上年龄组 | 4.58±2.98 |

**2.控盐勺使用情况**

在被调查居民中，有19.24的居民表示一直在用控盐勺，2.92%的居民表示曾经用过，77.84%的居民表示从未使用过控盐勺。

#### （六）膳食营养

**1.基本摄入情况**

在被调查居民中，每人每天平均主食（谷类、薯类及杂粮等）摄入量为316.63克，达到中国居民平衡膳食宝塔的推荐量；每人每天平均食用肉类（猪牛羊及禽类）为119.17克；每人每天平均食用鱼虾类为87.92克；每人每天平均食用蛋类为1.06个；每人每天平均食用奶类及奶制品为98.21克；每人每天平均食用大豆类及豆制品为59.98克；每人每天平均食用水果为154.04克；每人每天平均食用蔬菜为252.37克；每人每天平均食用腌腊制品为25.77克。详见表41。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表41 被调查居民平均每天各类食物摄入情况（克） | | |
| 食物种类 | 平均摄入量（标准差） | 中国居民平衡膳食宝塔（2022） |
| 主食 | 316.63198.91 | 250-400 |
| 肉类 | 119.1793.27 | 50-75 |
| 鱼虾类 | 87.92144.67 | 50-100 |
| 蛋类（个） | 1.060.78 | 1个 |
| 奶及奶制品 | 98.21121.32 | 300-500 |
| 大豆类及豆制品 | 59.98100.43 | 25-35 |
| 水果 | 154.04160.29 | 200-350 |
| 蔬菜 | 252.37227.33 | 300-500 |
| 腌腊制品 | 25.7756.72 | ＜5 |

**2.居民肉类摄入情况**

在被调查居民中，有2.63%的居民表示不摄入肉类或很少摄入；在摄入肉类人群中，平均摄入量为122.39克；其中，29.49%的居民肉类摄入适量，63.17%的居民肉类摄入过量，7.34%的居民肉类摄入不足。详见图28。

**图28 被调查居民肉类每日摄入情况**

**3.居民水果摄入情况**

在被调查居民中，有9.87%的居民表示平时不怎么吃水果或很少吃；在摄入水果人群中，平均摄入量为170.90克；其中，36.96%的居民水果摄入适量，57.33%的居民水果摄入不足，5.72%的居民水果摄入过量。详见图29。

##### 图29 被调查居民水果摄入情况

**4.居民蔬菜摄入情况**

在被调查居民中，有0.42%的居民表示平时不怎么吃蔬菜或很少吃；在摄入蔬菜人群中，平均摄入量为253.43克；其中，29.06%的居民蔬菜摄入适量，63.13%的居民蔬菜摄入不足，7.81%的居民蔬菜摄入过量。详见图30。

##### 图30 被调查居民蔬菜摄入情况

**5.各类膳食营养性别差异分析**

在被调查居民中，不同性别在主食、肉类、奶类及奶制品、大豆类及豆制品的平均摄入量差异具有统计学意义（*p*＜0.05）。详见表42。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表42 不同性别居民食物平均摄入情况分析表 | | | | |
| 食物种类 | 分性别摄入情况 | | *t*检验 | *P*值 |
| 男 | 女 |
| 主食 | 336.85±203.85 | 297.58±192.24 | 6.328 | <0.001 |
| 肉类 | 123.38±91.79 | 115.21±94.50 | 2.794 | 0.005 |
| 鱼虾类 | 92.32±149.23 | 83.77±140.15 | 1.887 | 0.059 |
| 蛋类（个） | 1.05±0.69 | 1.08±0.85 | 1.304 | 0.192 |
| 奶及奶制品 | 89.50±119.60 | 106.42±122.39 | 4.460 | <0.001 |
| 大豆类及豆制品 | 55.51±98.42 | 64.18±102.13 | 2.754 | 0.006 |
| 水果 | 153.45±164.88 | 154.58±155.87 | 0.226 | 0.822 |
| 蔬菜 | 256.99±221.24 | 248.02±232.88 | 1.259 | 0.208 |
| 腌腊制品 | 25.42±54.21 | 26.11±59.00 | 0.387 | 0.699 |

6.各类膳食营养年龄组差异分析

在被调查居民中，不同年龄组在主食、鱼虾类、奶类及奶制品、大豆类及豆制品、水果、蔬菜的平均摄入量差异具有统计学意义（*p*＜0.05）。详见表43。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表43 不同年龄组居民食物平均摄入情况分析表 | | | | | |
| 食物种类 | 分年龄段摄入情况 | | | *t*检验 | *P*值 |
| 18-59岁 | 60岁及以上 | |
| 主食 | 321.02±204.74 | | 306.23±184.05 | 2.169 | 0.030 |
| 肉类 | 119.60±90.96 | | 118.16±98.55 | 0.451 | 0.652 |
| 鱼虾类 | 95.73±146.25 | | 69.48±139.20 | 5.310 | <0.001 |
| 蛋类（个） | 1.06±0.77 | | 1.05±0.80 | 0.458 | 0.647 |
| 奶及奶制品 | 105.43±123.05 | | 81.17±115.42 | 5.859 | <0.001 |
| 大豆类及豆制品 | 66.34±103.41 | | 44.95±91.29 | 6.245 | <0.001 |
| 水果 | 159.83±157.76 | | 142.71±165.61 | 2.939 | 0.003 |
| 蔬菜 | 246.84±224.89 | | 265.42±232.56 | 2.386 | 0.017 |
| 腌腊制品 | 25.33±53.79 | | 26.83±63.12 | 0.772 | 0.440 |

#### （七）超重和肥胖现况

**1.成年人超重和肥胖情况分析**

在被调查18 岁及以上居民中，根据身高和体重检测结果显示，超重率为33.26%；按性别划分，男性超重率为33.81%，女性超重率为32.75%，差异不具有统计学意义（*χ²*=0.515，*P*=0.473）；按年龄组划分，18~59岁年龄组超重率为33.89%，60岁及以上年龄组超重率为31.77%，差异不具有统计学意义（*χ²*=1.735，*P*=0.188）。详见表44。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表44 被调查居民超重情况检验 | | | |
| 人群特征 | | 超重数/n | 超重率/% |
| 性别 | 男 | 668 | 33.81 |
| 女 | 687 | 32.75 |
| *χ2* | 0.515 | |
| *P*值 | 0.473 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 970 | 33.89 |
| 60岁及以上年龄组 | 385 | 31.77 |
| *χ2* | 1.735 | |
| *P*值 | 0.188 | |

被调查居民总体肥胖率10.33%；按性别划分，男性肥胖率为9.72%，女性肥胖率为10.92%；按年龄组划分，18~59岁年龄组肥胖率为10.27%，60岁及以上年龄组肥胖率为10.48%，性别、年龄组差异不具有统计学意义。详见表45。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表45 被调查居民肥胖情况分析 | | | |
| 人群特征 | | 肥胖数/n | 肥胖率/% |
| 性别 | 男 | 192 | 9.72 |
| 女 | 229 | 10.92 |
| *χ2* | 1.578 | |
| *P*值 | 0.209 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 294 | 10.27 |
| 60岁及以上年龄组 | 127 | 10.48 |
| *χ2* | 0.039 | |
| *P*值 | 0.843 | |

**2．成年人腰围情况分析**

被调查的18岁及以上成年人居民腰围检测结果显示，腰围均值为80.06cm；其中，男性81.43cm，女性78.77cm，差异具有统计学意义（*t*=9.575，*P*<0.001）；18~59岁年龄组腰围均值79.90cm，60岁及以上年龄组腰围均值80.44cm，差异不具有统计学意义（*t*=1.741，*P*=0.082）。性别、年龄组腰围均值见表46。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 表46 不同性别、不同年龄组腰围情况分析 | | | | |
| 人群特征 | | 均值±标准差 | *t* | *p* |
| 性别 | 男 | 81.43±8.60 | 9.575 | <0.001 |
| 女 | 78.77±9.15 |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 79.90±8.96 | 1.741 | 0.082 |
| 60岁及以上年龄组 | 80.44±9.04 |

**3．成年人中心性肥胖情况分析**

在被调查18 岁及以上居民中，中心性肥胖率为21.28%；其中，男性中心性肥胖率为17.11%，女性中心性肥胖率为25.21%；差异具有统计学意义（*χ²*=39.944，*P*<0.001）；按年龄组划分，18~59岁年龄组中心性肥胖率为20.75%，60岁及以上年龄组中心性肥胖率为22.52%，差异不具有统计学意义（*χ²*=1.592，*P*=0.207）。详见表47。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表47 被调查居民中心性肥胖情况分析 | | | |
| 人群特征 | | 中心性肥胖数/n | 中心性肥胖率/% |
| 性别 | 男 | 338 | 17.11 |
| 女 | 529 | 25.21 |
| *χ2* | 39.944 | |
| *P*值 | <0.001 | |
| 年龄组 | 18-59岁年龄组 | 594 | 20.75 |
| 60岁及以上年龄组 | 273 | 22.52 |
| *χ2* | 1.592 | |
| *P*值 | 0.207 | |

### 六、居民自我健康知识知晓状况

#### （一）健康知识获取情况

被调查居民中，63.75%的居民愿意主动地获取保健知识；其中按性别划分，男性和女性愿意主动地获取保健知识的分别为62.9%和64.54%；各年龄段愿意主动地获取保健知识的分别为：18~44岁为74.72%、45~59岁为65.48%、60岁及以上为54.13%。详见表48。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 表48 被调查居民健康知识获取情况表 | | | |
| 变量 | | 频数/n | 频率/% |
| 性别 | 男 | 1243 | 62.9 |
| 女 | 1385 | 64.54 |
| 年龄 | 18~44岁 | 541 | 74.72 |
| 45~59岁 | 1400 | 65.48 |
| 60岁及以上 | 656 | 54.13 |

#### （二）慢性病相关知识认知情况

**1.空腹血糖知晓情况**

被调查的居民中，有2087名居民表示正常人空腹血糖范围在3.9～6.1mmol/L，18岁及以上被调查居民血糖知晓率为51.23%，1899名被调查者表示不知道正常人的空腹血糖范围，剩余2.16%的居民认为正常人空腹血糖范围在6.1～7.0mmol/L。详见图31。

##### 图31 18岁及以上被调查居民血糖知晓情况

**2.血清总胆固醇水平知晓情况**

被调查居民中，有1522名居民表示正常人血清总胆固醇范围在3.0～5.2mmol/L，18岁及以上被调查居民血脂知晓率为37.36%，59.3%的被调查者表示不知道正常人血清总胆固醇范围，剩余3.34%的居民表示正常人血清总胆固醇范围在5.2～6.2mmol/L。详见图32。

##### 图32 18岁及以上被调查居民血脂知晓情况

**3.慢性病及药物治疗知晓情况**

根据被调查居民对肿瘤、高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺部疾病以及冠心病认知情况的调查，结果显示，97.4%的居民认为高血压为慢性病，93.15%的居民认为糖尿病是慢性病，对于肿瘤、冠心病和慢性阻塞性肺部疾病，分别有38.34%、42.81和60.14%的被调查居民认为是慢性病。详见表49。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表49 被调查居民两周患病的就诊选择情况 | | |
| 慢性病 | 频数/n | 频率/% |
| 高血压 | 3968 | 97.4 |
| 糖尿病 | 3795 | 93.15 |
| 慢性阻塞性肺部疾病 | 2450 | 60.14 |
| 冠心病 | 1744 | 42.81 |
| 肿瘤 | 1562 | 38.34 |

对于确诊高血压疾病药物治疗方面，86.48%的被调查居民认为需要终生坚持服药；对于确诊糖尿病疾病药物治疗方面，82.72%的被调查居民表示需要终生坚持服药。

#### （三）自身健康指标知晓情况

在被调查的4074名18岁及以上成年居民中，3135人知道自己的血压值，知晓率76.95%，2289人知道自己的血糖值，知晓率为56.19%；3642人知道自己的身高，知晓率为89.4%，3682人知道自己的体重，知晓率为90.38%，2529人知道自己的腰围，知晓率为62.08%。

### 七、特殊人群健康状况

#### （一）60岁及以上老年人

**1.基本情况**

本次被调查居民中，60岁及以上老年人有1212人，其中男性543人，占比44.8%，女性669人，占比55.2%。

**2．居住情况**

在被调查的60岁及以上老年人群体中，与老伴一起居住的有556人，占比45.87%，与子女一起生活的有156人，占比12.87%，与老伴和子女一同居住有306人，占比25.25%，自己独居的有171人，占比14.11%。详见图33。

**图33 被调查60岁及以上老年人居住情况**

**3.生活质量**

在被调查的60岁及以上老年人群体生活质量方面，69.97%表示现在的居住条件好或很好，51.24%表示个人经济状况好或很好，65.84%表示现在的食欲好或很好，56.7%表示自己睡眠情况较好，59.41%表示个人总体健康状况较好。

**4.医疗和药物需求**

在被调查的60岁及以上老年人群体中，日常生活中根本不需要依靠药物或医疗帮助的有342人，占比28.22%，偶尔需要的有478人，占比39.44%，多数需要的有180人，占比14.85%，完全需要的有212人，占比17.49%。详见图34。

**图34 被调查60岁及以上老年人对药物或医疗帮助需要情况**

在被调查的60岁及以上老年人群体中，83.17%过去一年做过健康体检，11.14%没有做过健康体检，5.69%表示记不清。

**5.活动能力自我评价**

在被调查的60岁及以上老年人群体中，大多数活动没有问题。其中，完全不能骑车或做家务1小时以上者占比13.53%，完全不能步行上三层楼的占4.04%，完全不能弯腰、屈膝或下蹲的占3.47%，完全不能步行1～2里路的占4.21%。

**6.心理状态自我评价**

在被调查的60岁及以上老年人群体中，感觉自身生活总是充实和快乐的占比41.67%，感觉自身生活经常充实和快乐的占比42.24%，时有时无和偶尔感觉生活充实和快乐分别占比11.22%和3.22%，仅有1.65%的被调查居民完全没有感觉到自身的生活充实和快乐；表示自身完全没有情绪低落或抑郁等情况的占比32.84%，偶尔有情绪低落或抑郁等情况的占比37.95%，总是有情绪低落或抑郁等情况的仅占7.26%。详见表50。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表50 **被调查60岁及以上老年人心理状态**情况表 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率/% |
| **感觉生活充实和快乐** |  |  |
| 总是有 | 505 | 41.67 |
| 经常有 | 512 | 42.24 |
| 时有时无 | 136 | 11.22 |
| 偶尔有 | 39 | 3.22 |
| 完全没有 | 20 | 1.65 |
| **感觉情绪低落或抑郁等情况** |  |  |
| 总是有 | 88 | 7.26 |
| 经常有 | 110 | 9.08 |
| 时有时无 | 156 | 12.87 |
| 偶尔有 | 460 | 37.95 |
| 完全没有 | 398 | 32.84 |

#### （二）50岁以下已婚妇女

**1.基本情况**

本次被调查的4074名居民中，50岁以下已婚妇女有442人。

**2.妇科病患病情况**

在被调查50岁以下已婚妇女中，93.44%表示有必要妇科检查。近两年来，接受过妇科检查的有69.68%。患过妇科疾病的有154人，占比34.84%。部分妇女曾患过多种妇科疾病，其中患病人次最多的为阴道炎，占患过妇科疾病人数的69.48%，最少的为宫外孕，仅占3.9%。

**3.乳腺检查**

在被调查50岁以下已婚妇女中，近一年来，有48.42%的被调查者经医生做过乳腺检查，9.05%的被调查者记不清是否经医生做过乳腺检查；52.71%知道乳腺自查的方法。知道乳腺自查方法的50岁以下已婚妇女中，51.93%是从二、三级医院医生那里学会，61.8%从社区医生那里学会。详见表51。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表51 被调查50岁以下已婚妇女乳腺自查方法来源情况表 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率/% |
| 二、三级医院医生 | 121 | 51.93 |
| 社区卫生服务中心医生 | 144 | 61.8 |
| 诊所医生 | 26 | 11.16 |
| 宣传资料 | 93 | 39.91 |
| 网络 | 80 | 34.33 |
| 其它 | 1 | 0.43 |

知道乳腺自查方法的50岁以下已婚妇女中，13.3%没有做过乳腺自查， 76.82%的乳腺自查间隔时间为不定期，仅有9.87%定期做乳腺自查。

**4.子宫颈检查与人工流产**

近两年来，54.51%的50岁以下已婚妇女做过子宫颈细胞学涂片检查；过去一年里，仅4.98%的50岁以下已婚妇女做过人工流产。

#### （三）3岁以下儿童

**1.基本情况**

在被调查居民中，有63名3岁以下儿童相关情况由其家长代答，其中，由母亲代答占19.05%，由父亲代答占11.11%，由祖父母/外祖父母代答占69.84%。详见图35。

**图35 3岁以下儿童家长代答情况**

**2.儿童保健管理情况**

在被调查的3岁以下儿童中，有50人参加了系统儿童保健管理，占比79.37%。参加儿童保健管理的幼儿中，在社区卫生服务中心（站）及医院进行系统保健管理分别占比60%、30%。详见图36。

**图36 3岁以下儿童参加系统保健管理情况**

**3.断奶时间**

在被调查的3岁以下儿童中，除去17位代答家长不清楚情况外，7.94%从未吃过母乳，55.56%为1到24个月的时候断奶，9.52%还未断奶。

**4.儿童饮食习惯及口腔护理**

根据调查结果显示，39.68%的儿童存在不良饮食习惯；其中，挑食、偏食占比80%。30.16%的家长还未给孩子进行口腔护理。

**5.活动和看电视**

在被调查的3岁以下儿童中，平均每人户外活动时间在2小时以内的占比85.71%；平均每日看视频时间在2小时以内的占比87.3。详见表52。

**表52 被调查3岁以下儿童每日户外活动和看电视时间（%）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间（小时） | 户外活动 | 视频 |
| ≤1个小时 | 28.57 | 68.25 |
| 1～2个小时 | 57.14 | 19.05 |
| 2小时以上 | 14.29 | 12.7 |

**6.进保育院或幼儿园时间**

在被调查的3岁以下儿童中，71.43%未进保育院或幼儿园，28.57%已进保育院或幼儿园。

**7.儿童饮食健康调查**

68.25%的3岁以下儿童家长知道婴儿添加辅食的月龄；95.24%的家长表示孩子应该或必须学习爬行；20.63%的家长未经医生允许会给孩子吃保健品，4.74%的家长未经医生允许给孩子吃“中、西药”。76.19%的3岁以下儿童家长认为动物肝脏可以给孩子补铁，85.71%的家长表示给孩子补铁可以预防肥胖、佝偻病和贫血。

**8.儿童体检情况**

在被调查的3岁以下儿童中，69.84%的家长愿意找同一个医生给孩子做体检，30.16%觉得无所谓；在过去三个月里，30.16%的被调查者给孩子体检和看病花费小于100元，49.21%给孩子体检和看病花费在100~300元，11.11%给孩子体检和看病花费在300~500元，7.94%给孩子体检和看病花费在500~1000元，体检和看病大于1000元的仅占比1.59%。

#### （四）3～6岁学龄前儿童

**1.儿童保健管理**

被调查居民中，有115名3～6岁学龄前儿童的家长代答问卷，其中，参加了系统儿童保健管理的占比86.09%。参加保健管理的主要机构为社区卫生服务中心/站，占比77.78%，其次为医院，占比37.37，预防保健机构和企事业单位职工医院分别占比17.17%和9.09%。详见表53。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表53 3-6岁学龄前儿童参加系统保健机构情况 | | |
| 医疗机构 | 频数/n | 频率/% |
| 社区卫生服务中心 | 77 | 77.78 |
| 医院 | 37 | 37.37 |
| 企事业单位职工医院/保健站 | 9 | 9.09 |
| 预防保健机构 | 17 | 17.17 |

**2.幼儿管理**

在被调查的3~6岁学龄前儿童中，93.91%的儿童已经进入了幼儿园，6.09%还未进入幼儿园。

**3.健康相关行为**

在被调查的3~6岁学龄前儿童中，58.26%的家长表示孩子存在不良饮食习惯，其中挑食和偏食为最主要不良习惯，其次为边吃边玩或看电视；5.22%的家长表示孩子现在还未开始刷牙，15.65%的家长记不清孩子开始刷牙的时间；36.52%的家长表示孩子平均每日看电视时间超过了2小时。

**4.儿童饮食健康调查**

22.61%的3~6岁学龄前儿童家长未经医生允许给孩子吃保健品，13.91%的家长表示在孩子患病时，未经医生允许给孩子吃“中、西药”。

**5.意外伤害相关情况**

在被调查的115名3～6岁学龄前儿童中，有4人曾经有过意外伤害，占比3.48%。伤害原因均为摔伤，占比100%。

#### （五）7～17岁学龄期未成年人

**1.饮食习惯与行为**

在被调查居民中，有459名7~17岁学龄期未成年人家长代答问卷。其中，有3.27%的家长表示孩子从不吃早餐，3.27%的家长表示不清楚自己还是每周有几天吃早餐；有57.95%存在不良饮食习惯，主要以挑食和偏食为主，占比87.22%；

**2.护牙状况**

在被调查居民中，86.72%的7~17岁学龄期未成年人家长表示孩子可以做到每天刷牙，其中68.5%平均每天刷牙2次，31.5%平均每天刷牙1次。

**3.看电视与睡眠情况**

在被调查的7~17岁学龄期未成年人中，平均每天看电视和接触电脑时间在2小时及以上的为71.46%；94.34%的家长表示孩子睡眠状况好，仅有0.44%的家长表示孩子睡眠状况不好。详见图37。

**图37 被调查7～17岁未成年人睡眠状况**

**4.行为异常表现**

在被调查的7~17岁学龄期未成年人中，仅有7.41%的家长表示孩子有过异常行为表现，其中主要为多动的异常行为表现。

**5.社交与情绪调查**

在被调查的7~17岁学龄期未成年人中，89.54%的家长表示孩子与同学关系好，关系一般的占8.06%，2.4%的家长表示不清楚；当孩子遇到挫折或情绪波动时，愿意和家长沟通的占81.92%。详见表54。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 表54 “7~17岁学龄期未成年人”社交与情绪调查表 | | |
| 变量 | 频数/n | 频率% |
| **与同学关系** |  |  |
| 好 | 411 | 89.54 |
| 一般 | 37 | 8.06 |
| 不好 | 0 | 0 |
| 不清楚 | 11 | 2.4 |
| **孩子遇到挫折或情绪波动时** |  |  |
| 愿意沟通 | 376 | 81.92 |
| 不问不说 | 52 | 11.33 |
| 问也不说 | 7 | 1.53 |
| 不清楚 | 24 | 5.23 |

**6.青春期情况调查**

在被调查的7~17岁学龄期未成年人中，64.92%的家长表示知道孩子的青春期标志是什么，35.08%表示不知道；有3.05%的家长认为孩子有早恋的异性朋友，77.34%家长认为孩子没有早恋，19.61%家长表示不清楚。

#### （六）孕产妇

**1.孕产情况**

本次被调查居民中，共调查6名孕产妇。所有孕产妇表示本次怀孕是计划好的；在准备怀孕之前，被调查的孕产妇和其丈夫都进行过孕前健康检查的占83.33%；所有被调查的孕产妇均知道孕前补充叶酸可以预防胎儿神经管畸形。

**2.孕产健康管理**

在被调查的孕产妇中，6名孕产妇在孕前三个月就开始补充叶酸；所有孕产妇在怀孕时建立了孕产妇保健手册，并且接受过孕期保健服务，其主要在社区卫生服务机构、县妇幼保健院和三级医院接受孕期保健。

### **八、**慢性病综合防控参与度和满意度调查

#### （一）大竹县建设慢性病综合防控示范区知晓情况

在被调查居民中，76.58%的居民知晓大竹县正在创建省级慢性病综合防控示范区，23.42%的被调查者表示不知道。详见图38。

**图38 大竹县慢性病综合防控示范区建设知晓情况**

#### （二）居民对慢病综合防控示范区建设的认知情况

在被调查居民中，排除954人（23.42%）不清楚大竹县正在建设慢性病防控示范区的被调查者，超过85%的被调查居民表示以下活动是建设慢性病综合防控示范区的主要内容。各年龄组及性别组对慢性病综合防控示范区建设的主要内容认知情况见表55。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表55 大竹县居民对慢病综合防控示范区建设主要内容认知情况 | | | | | |
| 主要内容 | 频数（频率） | 性别 | | 年龄段（岁） | |
| 男 | 女 | 18~59岁 | ≥60岁 |
| 健康单位等健康细胞建设 | 2680（85.9%） | 1257（84.42%） | 1423  （87.25%） | 1992（86.72%） | 688（83.6%） |
| 健康步道等健康支持性环境 | 2768（88.72%） | 1303（87.51%） | 1465（89.82%） | 2056（89.51%） | 712 （86.51%） |
| 健身活动、控烟、高血压等宣传日健康教育与健康促进活动 | 2920（93.59%） | 1386（93.08%） | 1534（94.05%） | 2158（93.95） | 762（92.59%） |
| 三减三健等全民健康生活方式行动 | 3009（96.44%） | 1429（95.97%） | 1580（96.87%） | 2214（96.39%） | 795  （96.6%） |

#### （三）居民对慢性病防控活动的参与情况

在被调查居民中，64.04%的居民知道慢性病自我管理小组；其中，有69.11%的居民加入了该小组；约有50.74%的被调查居民参与过慢性病防控工作；参与过健步走、广场健身操等全民健康生活方式活动的有2630人，约占64.56%；有82.62%的被调查者会定期关注自身血压、血糖等身体指标；85.67%的居民知晓“三减三健”（减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼）的核心信息。

#### （四）慢性病综合防控工作对大竹县居民的影响

在所有被调查居民中，有2600名居民表示所在社区有健康步道、健康主题公园、健康小屋等健康支持性环境，占比63.82%；认为慢病综合防控工作的开展对其身心健康产生有益影响有3871人，占比95.02%。超过95%的被调查者表示对自己所居住的社区开展慢性病防控工作慢性；被调查居民对所居住地区的社区卫生服务中心或乡镇卫生院提供的慢性病管理服务满意度达到98.82%，对所居住地区健康环境建设（如健康社区、健康单位、健康步道、健康公园等）满意度达到99.58%。

### 九、社会因素调查结论及分析

#### （一）社会学分析

根据大竹县居民基本情况调查显示，被调查居民文化程度以初中毕业和小学毕业为主，整体受教育程度较低。考虑到一方面被调查居民的人口结构主要为50~59岁年龄段，另一方面被调查居民从事的职业主要为农、林、牧、渔等生产人员；故而导致被调查居民的文化程度相对较低。为进一步提升全县居民的健康自我管理能力，政府部门需进一步优化公共文化机构运转模式，加大对教育事业的投入，拓宽全县成年继续教育发展，改善全县居民受教育的条件及环境，提升全县居民基本素质。

除此之外，大竹县居民的个人月收入水平以及家庭年收入水平整体不高，根据调查结果显示，58.69%的被调查居民月平均收入小于1500元，大约67.89%的被调查居民家庭年总收入低于60000元，这将一定程度上降低居民在健康管理方面的投入，因此，政府相关部门可以加大公共卫生健康资源投入，优化资源要素配置，缓解低收入个人及家庭医疗保健费用压力，为健康大竹建设创造良好环境。

#### （二）卫生资源与医疗行为分析

根据卫生资源使用情况调查显示，98.9%的被调查居民表示自己居住的乡镇/社区有基本医疗卫生服务机构，69.93%的被调查居民表示近一年就诊最多的医疗机构是乡镇/社区卫生服务医疗机构；说明全县基本医疗卫生服务整体建设向好，能够保障大部分居民公共卫生健康安全；但另一方面显示，仍有部分居民因乡镇/社区卫生服务医疗机构路程较远、医生水平不高、服务态度不好、医疗设备不全、药品品种太少等原因未就诊，可见全县公共卫生发展仍需再接再厉。

#### （三）流行病学分析

1.根据大竹县居民慢性病相关监测发现，脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病以及伤害是大竹县居民的主要健康问题。

2022年大竹县死因监测显示，慢性非传染性疾病是影响大竹县居民生命健康的主要疾病，占全死因的87.38%；其中影响大竹县居民生命健康水平前五位主要疾病死因依次为脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病及伤害；另外传染病和寄生虫病死亡率较2021年相比有明显增加。从肿瘤监测数据来看，发病前十位依次是肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、食管癌、乳腺癌、甲状腺癌、胰腺癌、鼻咽癌、宫颈癌，占全部恶性肿瘤的81.92%；死亡前十位依次是肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、食管癌、胰腺癌、乳腺癌、鼻咽癌、脑癌、膀胱癌占全部恶性肿瘤的86.86%。从心脑血管疾病监测来看，脑卒中发病率最高，占比85.54%，远高于急性心肌梗死、心脏性猝死和心绞痛的发病率；死亡情况仍以脑卒中为主，占全部报告心脑血管疾病死亡的73.06%。从儿童伤害监测数据来看，伤害发生类型以动物咬伤为主，占比44.20%，其次是跌倒/坠落，占比37.94%。

2.根据慢性病现场测量发现，高血压、糖尿病整体患病率均低于全省平均水平；但血脂异常率超过全省平均水平的5%。

本次现场测量显示，18岁及以上人群高血压患病率23.96%，低于全省27.35%的平均水平；30岁以上高血压知晓率30.4%，人群血压正常高值率25.45%，高血压后备人群比例不容忽视。糖尿病患病率9.48%，低于全省12.94%的平均水平，空腹血糖受损率11.03%。人群血脂异常率42.99%，高于全省35.12%的平均水平，4种血脂异常情况以高TG血症较高为主，其次是低HDL-C血症，剩余两种血脂异常情况均低于全省平均水平（来自《2021年四川省人群健康状况及重点疾病报告》）。

#### （四）知识掌握情况分析

居民慢性病防控核心信息知晓率总体偏低，且城乡差异乡镇，城镇居民知晓率均高于农村居民，农村慢性病防控核心信息的传播较为薄弱；性别差异也显著，女性知晓率普遍高于男性，女性对自己及家人健康状况的关注度更高。根据调查显示，居民对18岁及以上成年人高血压诊断标准的认知、每日食用油的推荐摄入量认知、成年人肥胖评价标准的认知、可能增加患骨质疏松的风险因素认知、糖尿病患病风险因素认知、糖尿病患者常见的并发症认知、吸烟可能增加慢性病的患病风险认知、口腔健康行为认知等知晓率处于较低水平。

#### （五）行为学分析

1．吸烟行为：18岁及以上居民吸烟率为22.21%，其中男性吸烟率为44.94%，女性吸烟率为0.81%。根据《四川省慢性病与营养监测报告（2018）》显示四川省18岁以上居民现在吸烟率总体为29.04%，男性、女性分别为56.56%、2.08%，城镇、乡村分别为29.9%、28.97%。居民平均首次吸烟年龄为26岁；每日吸烟居民平均吸烟量为16支，每日吸烟量在20支及以上的居民占每日吸烟者的52.44%；被调查者中曾经吸烟但现在已戒烟的占比4.34%。可见大竹县居民的吸烟率相对不高，但是戒烟率偏低，日抽烟量相对偏高，首次吸烟年龄相对年轻化。开始抽烟的首要原因是由生活、工作压力和好奇导致，分别占比42.98%和44.45%。因此，加强青少年烟草干预和缓解居民生活工作压力是降低人群吸烟率的最重要举措。

2．饮酒行为：18岁及以上居民饮酒率为24.77%，其中男性饮酒率为43.12%，女性饮酒率为7.48%；平均饮酒年龄为26岁，有8.03%的居民近一年未饮酒。根据《2021年四川省人群健康状况及重点疾病报告》显示，四川省18岁及以上居民年饮酒率为43.97%，男性、女性饮酒率分别为63.54%、24.27%。可见大竹县居民饮酒率相对不高。

3.膳食行为：被调查居民中，除去部分居民表示不吃或者不愿意回答，平均每天吃新鲜蔬菜253.43克，平均每天水果的摄入量为170.9克，57.33%的居民每天水果摄入量不足200克，平均每天主食摄入量为316.63克。18-59岁年龄段的居民相较于60岁及以上的居民，主食、鱼虾类、奶类及奶制品、大豆类及豆制品、水果、蔬菜平均每天的摄入量差异显著。男性相较于女性，主食、肉类、奶类及奶制品、大豆类及豆制品的平均摄入量差异显著。肉类、蛋类、奶类及奶制品、大豆类及豆制品、水果、蔬菜以及腌腊制品每天平均摄入量均未达到我国膳食指南标准。

4.油盐摄入行为：居民人均食用盐摄入量为4.66克，人均食用油的摄入量为37.08克。居民人均每日盐摄入量达到我国健康成年人每日食盐标准，但人均每日食用油不达标。此外，仅有8.25%的被调查居民表示一直在用控油壶，19.24%的被调查居民表示一直在用控盐勺。

5.身体活动情况：在所有被调查居民中，日常进行中低强度的工作活动率为93.59%，平均每天持续中低强度工作时长达183.37分钟。日常进行中低强度的锻炼或娱乐活动占比97.67%，平均每天持续中低强度锻炼或娱乐活动的时间为99.51分钟。平均每天静坐、靠或躺时间为199.08分钟。

6.超重和肥胖情况：根据现场测量结果显示，大竹县18 岁及以上居民超重率、肥胖率分别为33.26%、10.33%，与全省平均水平34.58%、13.83%接近，中心性肥胖率21.28%，远低于全省32.31%的平均水平（来自《2021年四川省人群健康状况及重点疾病报告》）。

7.慢性病相关工作参与情况：慢性病自我管理小组知晓率为64.04%，小组参与率为69.11%。约64.56%的居民参加过健步走、广场健身操等全民健康生活方式活动；82.62%的居民会定期关注自身血压、血糖等身体指标；“三减三健”（减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼）知晓率为85.67%。表明大竹县健康教育宣传较好，对全民居民健康行为管理起到一定的作用。

#### （六）居民自我健康状况分析

根据调查结果显示，63.75%的被调查居民愿意主动地获取保健知识。18岁及以上居民空腹正常血糖知晓率51.23%，正常血脂知晓率37.36%，正常血压知晓率76.95%，身高知晓率89.4%，体重知晓率90.38%，腰围知晓率62.08%。可见大竹县居民对自己的身高、体重、腰围较为了解。

# 第五部分 主要发现、目标与措施

## 第一章 主要发现和干预

### 一、优先干预疾病

根据大竹县慢性病社会因素调查及慢性病相关监测发现，心脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病以及伤害是大竹县居民的主要健康问题。虽然现场监测中高血压、糖尿病患病率均低于全省平均水平，但血脂异常率严重偏高，超过全省平均水平的5%，慢性病防治建设仍然步履维艰。此外，高血压、糖尿病、血脂异常血症与心脑血管等慢性非传染性疾病密切相关，预防“三高”可以有效降低其他慢性病发病率和死亡率。

### 二、优先干预人群

#### **（一）关注老年人群**

老年人群是慢性病的高发人群，大竹县60岁及以上人口比例达24.39%，已经进入老龄化社会，且老龄比例逐年增加；调查显示，60岁及以上老年人高血压、糖尿病患病率均显著高于60.岁以下人群，因此需重点关注老年人群。

#### **（二）关注农村地区人群**

根据慢性病防控核心知识知晓率调查，城乡居民知晓情况差异显著，农村地区居民各知识点知晓情况均低于城镇地区居民，农村地区总体知晓率也远低于城镇地区，因此需关注农村慢性病核心信息的薄弱点，加大对农村地区居民的教育宣传，提高农村居民健康知识水平。

### 三、优先干预策略

慢性病是可防可治的。相关研究表面，控制危险因素后，约80%的心脏病、中风、Ⅱ型糖尿病、高血压是可以预防的。慢性病的防治不仅仅是居民个人健康问题，更是社会公共卫生安全问题。

#### （一）重视社会策略

政府主导，全社会共同参与。督促社会各界对优先干预疾病形成共识，利用各种手段及途径，公开发布相关调查结果，使各单位、社区和个人知晓当下面临的主要疾病危害，加强自身认识，推动健康问题的全社会共同参与，共同解决。

#### （二）关注环境策略

优化配置公共卫生资源。适当增加公共卫生投入，确保公共卫生投入与地方经济社会发展相适应。解决医护人员数量、质量不足和工作负担较大的问题，加强乡镇社区基本医疗卫生服务机构培训，提高基层医护人员慢性病防治工作能力；推进基层医疗机构标准化建设，改善服务环境，优化服务流程；强化基层医疗机构服务队伍建设，完善继续教育制度，吸引优秀人才服务基层，提高人员整体素质。改革服务模式，真正落实医防融合；加强各部门组织分工与协调，确保各项干预措施落实落地。建立和完善干预人群行为的社会、人文、经济和自然环境，提高全县居民受教育程度，建立和传播健康饮食文化，推广食品营养标签；严格落实健康步道、健康主题公园、健康小屋等健康支持性环境建设。

#### （三）注重教育宣传动员策略

居民行为与生活方式的改变，一方面是健康教育宣传策略，应充分发挥大竹县健康教育宣传的职能，以健康教育为根本，针对不同目标人群采取不同形式的信息传播，提高全县居民的健康素养；另一方面是社区动员策略，应充分发挥社区在慢性病防控方面的作用，采取面对全人群、高危人群和病人的防治策略，一级预防、二级预防与三级预防相结合的综合一体化防治策略。

## 第二章 建设目标及评价标准

### 一、总体目标

根据国家慢性病防治中长期规划的要求，建立健全适应我县经济和社会发展、满足居民卫生服务需要的慢性病防治体系。一是坚持以人民健康为中心，健全政府主导、多部门合作、专业机构支持、全社会共同参与的慢性病综合防控工作机制；二是通过示范区建设工作，逐步完善全县慢性病综合防控体系建设，达到慢性病综合防控标准；三是建立和完善慢性病防控工作体系，加强慢性病防治队伍建设，提高专业人员技术水平和服务能力；四是规范开展慢性病综合监测、干预和评估，降低慢性病对社会、家庭和个人的负担，减少因慢性病造成的过早死亡，有效控制慢性病负担增长，达到省级慢性病综合防控示范区建设标准。五是探索适合我县的慢性病防控策略、措施和长效管理模式。

### 二、具体目标

1.建立和完善政府主导、部门协作、动员社会、全民参与的慢性病综合防控协调机制，多部门协同配合，统筹各方资源，加大政策保障，在政策制定、组织管理、队伍建设、经费保障等方面给予充分支持，在环境治理、烟草控制、健身场所设施配备等慢性病危险因素控制方面采取有效行动。

2.省级慢性病综合防控示范区与文明城市建设、国家卫生县复审工作紧密结合，建设健康生产生活环境，优化人居环境。加强公共服务设施建设，完善文化、科教、休闲、健身等功能，向家庭和个人就近提供生理、心理和社会等服务，构建全方位健康支持性环境。

3.建立防治结合、分工协作、优势互补、上下联动的慢性病 综合防治体系，积极打造专业公共卫生机构、县公立医院和基层 医疗卫生机构“三位一体”的慢性病防控机制，建立信息共享、 互联互通机制，推进全县慢性病防、治、管整体融合发展。

4.坚持预防为主、防治结合、中西医并重，发挥医疗卫生服 务体系的整体功能，提供全人群生命周期的慢性病防治管理服务， 推进疾病治疗向健康管理转变。以癌症、高血压、糖尿病等为突破口，加强慢性病综合防控，强化早期筛查和早期发现，推进早诊早治工作。提高基本公共卫生服务均等化水平，进一步推进家庭医生签约服务，强化分级诊疗制度。

5.探索适用于我县的慢性病综合防控策略、措施和长效管理模式。依托全民健身运动、全民健康生活方式行动等载体，促进广大人民群众形成健康的生活方式。充分调动社会力量的积极性和创造性，不断满足全县人民群众多层次、多样化的健康需求。

### 三、评价标准

#### （一）过程评估

针对高血压、糖尿病等慢病防治工作的具体措施落实情况，进行阶段性考评，遇到问题及时协调并整改。

#### （二）效果评估

慢性病防治政策的制定、出台和实施情况；政府慢性病防治经费投入占当地财政收入的比值；慢性病防治机构的建设及组织落实情况；慢性病防治服务制度的建立和健全情况；健康教育覆盖情况；人群高血压、糖尿病防治知识知晓率、相关行为危险因素的改变率；高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况；服务对象对慢性病综合防治的满意度。

#### **（三）目标评估**

针对慢性病防控的近期和远期目标，开展中期、末期评估，及时了解目标完成情况，并制定新的目标和调整不合理目标。

## 第三章 行动措施

#### （一）建立综合防治体系，强化防控队伍建设。

建立防治结合、分工协作、优势互补、上下联动的慢性病综合防治体系，健全完善信息共享、互联互通的工作机制，推进慢性病防、治、管的有效整合。县疾病预防控制中心设立慢性病防控科室，负责指导全县各医疗机构慢性病防控工作；二级以上医疗机构配备公共卫生专业人员负责慢性病防控工作，每年定期组织本院从事慢性病防控工作的工作人员参加专业培训，同时针对基层医疗机构开展慢性病专业培训。基层医疗卫生机构加强公共卫生服务能力建设，承担辖区慢性病防控工作。

#### （二）开展全民健身活动，构建健康生活环境。

全面启动全民健康生活方式行动，开展“三减三健”专项行动，广泛开展健康社区、健康单位、健康主题公园、健康步道等建设工作，在社区和基层医疗机构为群众提供方便、可及的自助式健康检测服务。社区建设 15 分钟健身圈，免费向社区居民开放公共体育场地。各中、小学校实施青少年体育活动促进计划。机关、企事业单位开展工间健身活动。室内公共场所和工作场所设置禁止吸烟标识，禁止烟草广告，开展无烟单位建设活动，各级医疗机构开展简短戒烟服务培训，二级以上医疗机构提供简短戒烟服务。

#### （三）强化健康教育宣传，普及防控知识教育。

充分利用传统媒体和互联网等新媒体定期宣传重点慢性病核心知识和健康素养知识和技能，县级各部门、乡镇（街道）要在健康主题日开展社会性大型宣传活动。各乡镇（街道）在各村（社区）设置健康教育宣传阵地，向居民普及慢性病防控知识和技能。教育系统要开展幼儿园、中小学校健康行为方式教育。

#### （四）强化疾病监测工作，定期发布防控信息。

完善覆盖全人群的慢性病监测系统，包括死因监测、慢性病与营养监测、心脑血管疾病报告及肿瘤随访登记、慢性阻塞性肺疾病监测，充分利用中国疾病预防控制信息系统和四川省健康档案云平台，不断提高监测质量，实现重点慢性病监测数据互联互通。综合运用流行病学及管理学理论与方法，开展慢性病及社会因素调查，收集全县人口、社会、经济和政策环境等基础资料，分析、掌握全县居民主要慢性病及危险因素流行情况，确定重点目标人群和优先行动领域，明确主要策略和行动措施，定期向社会公开发布慢性病防控内容的综合调查报告。

#### （五）完善信息系统建设，加强生命周期管理。

建立区域卫生信息平台，实现医疗卫生机构之间互联互通、信息共享，应用互联网、健康大数据等为群众提供便捷、高效的健康管理服务。依托全民预防保健推动学生、老年人等重点人群和单位职工健康体检及健康指导。应用推广成熟的适宜技术，开展高危人群筛查与干预，加强癌症、心脑血管疾病等重大慢性病的早期发现和管理。建立分级诊疗制度，进一步推进家庭医生签约服务，开展高血压、糖尿病等重点慢性病规范化管理。

#### （六）深入推行中西并重，发挥中医治疗特色。

在全县各级医疗机构中广泛推行中西医并重，大力推广中医适宜技术，发挥中医药在慢性病预防、保健、诊疗、康复中的重要作用。做好基本医疗保险、城乡居民大病保险和医疗救助重大疾病保障工作，基层医疗卫生机构优先配备使用基本药物，根据省级医保药品报销目录配备使用药品。动员社会力量参与慢性病综合防控工作，促进慢性病全程防治管理服务与居家养老、社区养老和机构养老服务融合。

#### （七）规范慢病防治管理，提高自我管理能力。

各基层医疗机构要严格落实国家基本公共卫生服务规范，加强慢性病患者规范化管理，提高全县高血压和糖尿病规范管理率。建立慢性病管理信息系统，开展慢性病管理效果评估。强化慢性病患者自我管理作用，推广“慢性病患者自我管理小组”等模式。针对高血压、糖尿病、脑卒中康复期等慢性病人，以村委会工作场所为单元，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能力。