

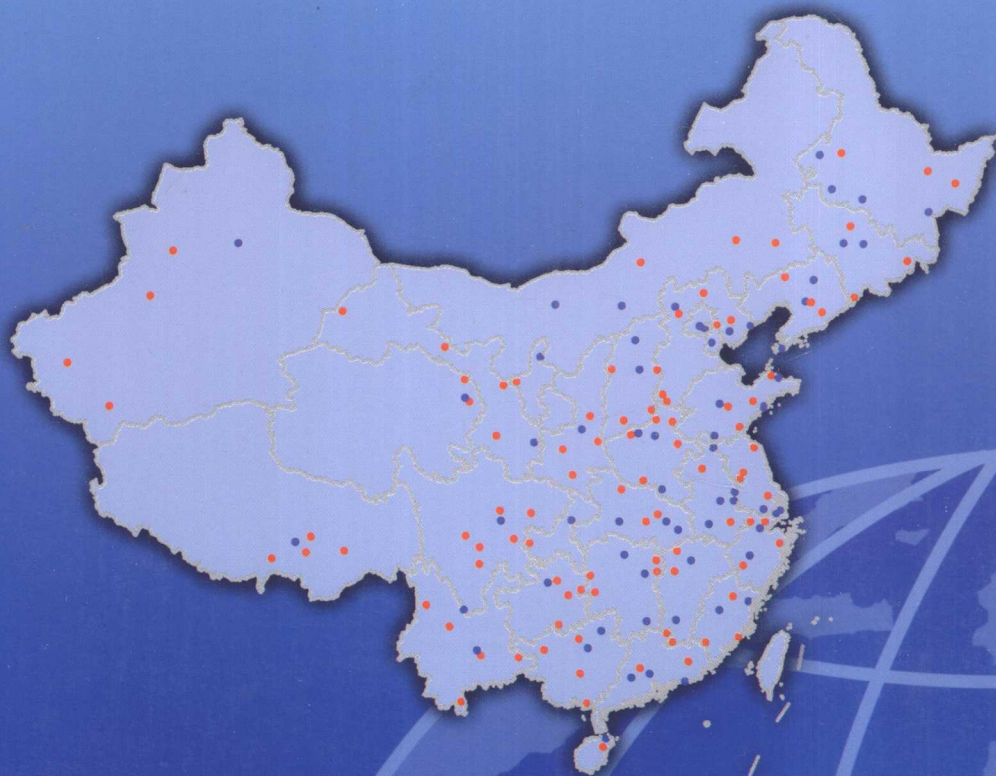


中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心

Report on Chronic Disease Risk Factor Surveillance in China

中国慢性病及其危险因素监测分析报告

2004



中国协和医科大学出版社

中国慢性病及其危险因素监测 分析报告(2004 年)

中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心 编

中国协和医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国慢性病及其危险因素监测分析报告(2004年)/中国疾病预防控制中心
中心慢性非传染性疾病预防控制中心编 - 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008.11

ISBN 978-7-81136-098-1

I. 中… II. 中… III. 慢性病 - 卫生监测 - 中国 IV. R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 185159 号

中国慢性病及其危险因素监测分析报告(2004年)

编 者: 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心

责任编辑: 段江娟 胡永洁

封面设计: 李全喜

版式设计: 吴 华

责任校对: 段江娟

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新化书店总店北京发行所

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

开 本: 880 毫米 × 1230 毫米 1/16 开

印 张: 9.5

字 数: 181 千字

版 次: 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

印 数: 1-3000 册

定 价: 58.00 元

ISBN 978-7-81136-098-1/R·098

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

中国慢性病及其危险因素监测 分析报告(2004 年)

编写人员

吴 凡	姜 勇	张 梅	汪 媛
武文娣	吕淑荣	李晓萍	张普洪
郭晓雷	宋桂德	王秋实	张 涛
晋灿瑞	俞 敏	马文军	李镒冲

专 家 组

杨功焕	Maximilian de Courten		
饶克勤	何 耀	陈育德	钮式如
乌正赉	陈春明	陈君石	曾 光
李 辉	金水高	王 辰	姚崇华
姜 垣	杨 焱	武阳丰	胡善联
胡建平	郭 岩	吴兆苏	李可基
马冠生	葛可佑	杨晓光	赵文华
翟凤英	胡永华	王建生	

前 言

近半个世纪以来,随着社会环境、自然环境、生活方式的改变以及人口的老龄化,慢性非传染性疾病(简称慢性病)已经成为全球重要的公共卫生问题之一。2005年日内瓦世界卫生大会报告显示,无论是发达国家、发展中国家,还是欠发达国家,慢性病都已经取代传染性疾病,成为世界各国的主要死亡原因。我国的疾病谱和死因构成与世界各国一样,心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病等慢性病成为城乡居民死亡的主要原因,慢性病已经成为威胁我国人民健康的公共卫生问题,给患者个人、家庭和社会带来沉重的疾病负担,给国民经济和社会发展带来负面影响。

大量研究证明,慢性病是可防可治的。慢性病的发生发展与不良生活方式和行为等危险因素密切相关,这些危险因素包括吸烟、酗酒、不合理膳食、身体活动缺乏和精神因素等。针对慢性病发生的危险因素进行的干预比疾病发生后的临床干预,成本效益要好得多。

全面而准确地了解我国城乡居民慢性病危险因素的发展趋势和规律,可以为国家制定慢性病防治规划、相关政策和干预策略提供科学依据。世界卫生组织(WHO)在预防慢性病的策略中,也把慢性病危险因素监测作为发展中国家慢性病监测的优先选择。因此,中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心(简称中国疾控中心慢病中心)建立了全国慢性病及其危险因素监测系统,开展以人群为基础的连续、系统的慢性病及其危险因素监测。中国慢性病及其危险因素监测的第一次现场调查于2004年8-10月在全国范围内开展,这一监测工作被确立为慢性病监测和防治的常规工作之一,每三年进行一次。

中国慢性病及其危险因素监测(2004)涉及全国31个省、自治区、直辖市79个监测点的3万余名18~69岁被调查者。监测的抽样设计遵循经济、有效的原则,采取多阶段随机抽样的方法确定监测样本,采用集中调查和入户调查相结合的方式,内容包括问卷调查和身体测量两部分。

本次调查获得了大量数据和信息。根据这些信息,本报告对吸烟、饮

酒、饮食、身体活动、超重和肥胖等慢性病相关危险因素,高血压、糖尿病等慢性病,以及相关卫生保健状况进行系统分析,旨在为制定评价卫生政策和干预策略及措施提供科学依据。

本次调查得到卫生部、世界卫生组织、各省(自治区、直辖市)、县(区)级卫生行政部门的大力支持,全国31个省(自治区、直辖市)疾控中心及79个监测点疾控中心的工作人员直接参与了本次监测工作,在此表示衷心的感谢!

编 者

二〇〇八年五月

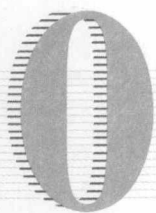
目 录

摘要.....	1
一、调查基本情况	1
二、调查主要结果	2
三、主要发现	4
四、建议	5
 第一章 总论.....	7
一、背景	7
二、监测目的	9
三、监测对象与方法	9
四、抽样方法	9
五、质量控制与评价	10
六、样本代表性评价	13
七、统计方法与结果	16
 第二章 一般情况	19
一、性别、年龄构成	19
二、婚姻状况、文化程度和职业构成	20
三、家庭收入和居住面积状况	21
 第三章 吸烟行为	22
一、样本情况	22
二、吸烟情况	23
三、被动吸烟情况	31
四、戒烟情况	36
五、主要发现	39
六、建议	40

第四章 饮酒行为	41
一、样本情况	41
二、饮酒现状	42
三、主要发现	53
四、建议	54
第五章 身体活动	55
一、相关定义	55
二、工作性身体活动情况	57
三、交通性身体活动情况	62
四、锻炼情况	64
五、业余静坐情况	71
六、身体活动总体水平	72
七、主要发现	76
八、建议	77
第六章 饮食状况	79
一、主要食物使用频率	79
二、主要发现	85
三、建议	85
第七章 体重控制及身体测量	86
一、相关定义	86
二、BMI 的分布	86
三、中心性肥胖	89
四、体重自评与实际体重情况比较	91
五、超重和肥胖人群体重控制情况	93
六、主要发现	95
七、建议	96

第八章 高血压、血脂异常和糖尿病	97
一、相关定义	97
二、高血压	97
三、血脂异常	103
四、糖尿病	104
五、血压、血糖和血脂的综合测量情况	105
六、主要发现	106
七、建议	106
第九章 健康状况与卫生服务	108
一、相关定义	108
二、总体健康状况	108
三、慢性病诊断情况及1年内慢性病患者率	110
四、卫生保健情况	113
五、健康检查情况	116
六、主要发现	120
七、建议	120
附 表	121
附表3-1 不同教育水平人群吸烟率	121
附表3-2 不同教育水平人群现在吸烟率	121
附表3-3 不同教育水平人群常吸烟率	121
附表3-4 不同教育水平人群重型吸烟率	121
附表3-5 吸烟者开始吸烟平均年龄	122
附表3-6 不同教育水平男性吸烟者吸烟类型构成	122
附表3-7 不同教育水平人群被动吸烟率	123
附表3-8 不同性别、教育水平被动吸烟者被动吸烟场所分布	123
附表3-9 不同教育水平吸烟者戒烟率	124
附表3-10 不同教育水平吸烟者戒烟成功率	124
附表4-1 不同性别、教育水平人群过去1年内各种饮酒情况	125
附表4-2 不同教育水平人群人均日酒精摄入量	125

附表 5-1	不同教育水平工作性身体活动人群活动强度分布	127
附表 5-2	不同教育水平人群参加锻炼率	127
附表 5-3	不同强度工作性身体活动人群参加锻炼率	128
附表 5-4	不同教育水平人群身体活动不足率	129
附表 5-5	不同交通方式人群身体活动不足率	129
附表 5-6	不同锻炼情况人群身体活动不足率	130
附表 5-7	不同业余静坐时间人群身体活动不足率	130
附表 6-1	不同性别、地区人群米、面等主食食用频率分布	131
附表 6-2	不同性别、地区人群蔬菜食用频率分布	131
附表 6-3	不同性别、地区人群水果食用频率分布	132
附表 6-4	不同性别、地区人群禽肉及制品食用频率分布	132
附表 6-5	不同性别、地区人群家畜肉及制品食用频率分布	133
附表 6-6	不同性别、地区人群水产品 & 海鲜食用频率分布	133
附表 6-7	不同性别、地区人群蛋类及制品食用频率分布	134
附表 6-8	不同性别、地区人群豆类及制品食用频率分布	134
附表 7-1	不同人群 BMI 分布(城乡合计)	135
附表 7-2	不同人群 BMI 分布(城市)	135
附表 7-3	不同人群 BMI 分布(农村)	136
附表 7-4	不同职业人群 BMI 分布	137
附表 8-1	不同性别、年龄人群平均收缩压/舒张压水平	138
附表 8-2	不同教育水平人群高血压患病率	138
附表 8-3	不同年龄、地区高血压患者的高血压知晓率	139
附表 8-4	不同教育水平高血压患者的高血压知晓率	139
附表 8-5	高血压患者药物治疗率	139
附表 8-6	不同教育水平高血压患者药物治疗率	140
附表 8-7	不同年龄、地区高血压患者血压控制率	140
附表 8-8	不同教育水平高血压患者血压控制率	140
附表 8-9	35 岁及 35 岁以上人群血压测量情况	140



一、调查基本情况

中国慢性病及其危险因素监测的目的,是为了掌握慢性病及其危险因素在我国不同地区、不同人群中的流行特征,分析、评价我国慢性病危险因素的变化趋势及其影响因素,预测慢性病流行趋势,为制定评价卫生政策和干预策略及措施提供科学依据。

2004 年的监测对象为全国样本地区 18 ~ 69 岁(年满 18 周岁,不满 70 周岁)的常住居民。监测设计遵循经济、有效的原则,在地理分布、社会经济发展状况、人口年龄构成、性别构成等方面,对全国情况具有良好代表性的全国疾病监测系统(DSPs)中分层随机抽取 79 个监测点。采用多阶段随机抽样的方法,从每个监测区/县系统抽取 4 个乡/街道,每个监测乡/街道系统抽取 3 个村/居委会,全国共抽取 948 个村/居委会。每个村/居委会随机抽取 35 户居民,全国共抽样 33 180 户(城市 12 600 户、农村 20 580 户)。每户确定 1 名 18 ~ 69 岁居民(选取居民中出生日期与 21 日最接近的)进行调查。

2004 年监测采取集中调查和入户调查相结合的方式,监测内容包括问卷调查和身体测量两个部分。问卷调查以调查员现场询问的方式进行,主要包括:社会人口学特征、慢性病主要危险因素、主要慢性病患者情况、健康状况和卫生保健服务。身体测量内容包括:身高、体重、腰围、臀围和血压。

为了保证调查的顺利开展和调查的质量,本次现场调查专门建立了由国家、省和监测点三级组成的质量控制网络,明确了各级、各部门及相关人员的职责,制定了统一的质量控制标准方案并严格实施。此次监测培训采取两级培训模式,即省级师资培训和现场调查人员培训。省级培训合格的人员作为师资负责本省监测点工作人员的培训。

调查数据的一致性检验结果显示,抽取的样本人群在性别构成上与 2004 年全国数据有一定差异,为了保证监测数据的全国代表性,在数据分析阶段进行了加权调整;家庭规模和全国数据基本一致;年龄构成的拟合优度检验说明,样本的年龄分布与全国总体人群的年龄分布无统计学差异;玛叶指数为 5.87,说明调查结果无年龄偏好,质量较好;DELTA 不相似系数和 GINI 集中比计算结果说明,监测样本分布与全国总体分布具有一致性。

二、调查主要结果

(一) 调查人口一般情况

本次实际共收到有效调查问卷 33 051 份,经过最终复核的有效调查问卷为 32 987 份。

调查人群中,男性为 14 169 人,女性为 18 368 人,城乡人口分别为 12 360 人和 20 627 人。18~29 岁、30~39 岁、40~49 岁、50~59 岁、60~69 岁人群年龄组人口,分别占调查人口总数的 11.9%、26.3%、27.4%、21.6% 和 12.8%。

(二) 慢性病相关危险因素流行状况和慢性病患者情况

1. 吸烟 我国 18~69 岁人群的吸烟率和现在吸烟率分别为 35.9% 和 31.5%,城市略低于农村。男性各吸烟水平指标远高于女性,其吸烟率和现在吸烟率分别为 67.0% 和 58.7%,常吸烟率和重型吸烟率也分别达到 50.3% 和 26.5%。吸烟者中,8.6% 的人在 15 岁之前开始吸烟,41.8% 的吸烟者开始吸烟年龄介于 15~18 岁之间。吸烟者戒烟率为 12.4%,6.9% 的吸烟者已有 2 年以上时间未吸烟,城市略高于农村,女性略高于男性。33.0% 的不吸烟者有被动吸烟经历,72.5% 的被动吸烟者被动吸烟的主要场所是家中。

2. 饮酒 18~69 岁成人中有 36.6% 的人最近一个月内曾经饮酒。人群人均每日酒精摄入量为 0.8 标准饮酒单位(1 标准饮酒单位 = 10g 纯酒精),农村略高于城市,男性高于女性。其中,3.1% 的人平均每日酒精摄入量在 6 个标准饮酒单位(男性)或 4 个标准饮酒单位(女性)以上,属于有害饮酒,而 4.0% 的人平均每日酒精摄入量为 4~6 个标准饮酒单位(男性)或 2~4 个标准饮酒单位(女性),属于危险饮酒。在这两类人群中男性比例远高于女性。

3. 身体活动 将日常身体活动划分为工作性、交通性身体活动和锻炼三类进行分析。我国 18~69 岁成人中,38.2% 的人有工作性身体活动(农活除外),平均每日工作时间为 7.2 小时。其中 78.5% 的人从事的工作属于轻度身体活动,女性高于男性,只有 3.4% 的人从事的工作属于重度身体活动。

32.9% 的人日常生活中有交通性身体活动,城市高于农村。以步行、骑自行车和驾驶机动车为主要交通方式的人,分别占 36.0%、28.0% 和 36.0%。步行出行者中,52.4% 的人单程交通时间在 10 分钟以内。骑自行车和驾驶机动车出行者中,分别有 59.8% 和 42.0% 的人单程交通时间为 10~30 分钟。

我国 18~69 岁人群参加锻炼率仅为 19.2%,城市高于农村,男性略高于女性。参加

锻炼的人群每周进行中轻强度锻炼和高强度锻炼的次数分别为 4.2 次和 2.8 次,每周进行中轻强度锻炼和高强度锻炼的时间分别为 45.8 和 46.0 分钟。男、女性人群锻炼频率接近,但男性锻炼时间比女性长。城、乡人群锻炼频率差别不大,锻炼时间以城市人群较长。

18~69 岁人群中,有 59.2% 的人业余静坐时间 1~3 小时,27.9% 的人业余静坐时间 3 小时以上。男性人群业余静坐时间比女性人群长,城市人群业余静坐时间比农村人群长。

39.3% 的人身体活动不足,城市高于农村,女性高于男性。平时不锻炼的人群中,73.5% 的人身体活动不足,而参加锻炼者中仍有 41.7% 的人身体活动不足。业余静坐时间越长的人群,身体活动不足率越高。

4. 饮食与营养 米、面等主食是 18~69 岁人群食用频率最高的食物,其次为蔬菜。每日食用水果和乳类及其制品的人分别仅占 41.5% 和 13.3%,而禽肉及制品和水产品及海鲜每周食用天数不到 1 天者的比例高达 70.4% 和 68.0%。女性人群蔬菜、水果、蛋制品和乳制品的食用频率高于男性人群,而男性人群禽肉、畜肉、水/海产品和豆制品的食用频率较高。上述 8 种食物的食用频率城市人群均高于农村人群,尤其乳制品差别很大。

5. 体重控制及身体测量 18~69 岁人群中,肥胖、超重和低体重者的比例分别为 7.0%、23.1% 和 7.9%,中心性肥胖的比例为 30.7%。城市人群肥胖、超重及中心性肥胖比例均高于农村地区,女性人群肥胖、超重及中心性肥胖比例高于男性人群。超重和肥胖人群中,仅有 9.0% 的人采取措施控制体重,城市和男性超重与肥胖人群采取体重控制措施的比例较高。

6. 高血压、血脂异常和糖尿病 18~69 岁人群的平均收缩压和平均舒张压分别为 120.9mmHg 和 76.3mmHg。高血压患病率为 18.1%,男性略高于女性。高血压患者中仅有 30.9% 的人为医疗机构诊断,女性高血压知晓率高于男性。仅有 23.1% 的高血压患者进行药物治疗,血压控制率仅为 8.0%,城市地区和女性高血压患者高血压的药物治疗率与血压控制率均较高。

血脂异常和糖尿病的自报患病率分别为 3.1% 和 1.1%,城市人群上述两种疾病的自报患病率均高于农村人群。

7. 健康状况与卫生服务 男性和女性慢性病自报患病率分别为 53.6% 和 57.4%,自报患病率最高的前五位慢性病依次为消化系统疾病、颈腰部疾病、骨关节疾病、口腔疾病和心血管疾病。

18~69 岁人群中有近一半人对健康的自评为“较好”或“好”,男性对自身健康的满意程度高于女性。调查人群中有 16.0% 的人在过去一个月内曾因感觉身体不适或患病

而影响工作,平均受影响天数为7.4天,农村高于城市,其中劳动力人口此比例为15.1%。

城市和农村人群中需个人负担医疗卫生保健费用的分别为75.3%和61.5%。13.3%的城市居民享受城镇基本医疗保险,17.0%的农村居民享受合作医疗,上述两种卫生保健服务分别是城市和农村地区最常见的形式,商业保险和劳保医疗所占比例最低。

83.5%的人5年内没有做过健康体检,男性高于女性,农村(88.5%)高于城市。已婚及25岁以上未婚女性妇科检查中,乳腺X线检查率为10.1%,城市、农村分别为18.4%和6.8%;子宫细胞学涂片检查率为8.7%,城市、农村分别为16.1%和5.8%。

三、主要发现

1. 与1996年和2000年行为危险因素监测、2003年中国卫生服务调查结果相比,人群吸烟率及现在吸烟率均有所上升。中年男性是控烟工作应重点干预的人群。吸烟者开始吸烟年龄较之前相关调查结果有所提前。成年人群的戒烟率和戒烟成功率仍然很低。被动吸烟情况普遍存在,其中女性人群在家中被动吸烟占大多数。

2. 1个月内饮酒者的比例与1996年行为危险因素监测结果相近,各年龄段男性饮酒者的比例以及人均日酒精摄入量均高于女性。每10个成人中就有1人,或者说,每5名男性成人中有1人每周饮酒5天以上。人群日均酒精摄入量为0.8个标准饮酒单位,相当于平均每人每天摄入纯酒精8g。根据WHO健康调查提出危险饮酒和有害饮酒2个指标评价,我国18~69岁成人每10个人中就有1人面临或者可能已经遇到过量饮酒所带来的健康问题,这种情况在40~59岁年龄段更为严重。

3. 在不从事农业劳动的人群中,高达78.5%的人从事的工作主要为轻度身体活动,女性和教育水平高的人从事轻度身体活动工作的人比例明显偏高。我国18~69岁成人往返工作(学习)场所采用的方式主要为步行和骑自行车,城市驾乘机动车上下班(学)的比例高于农村。18~69岁人群每周锻炼者的比例不足1/5,男性略高于女性,城市明显高于农村。综合身体活动总体水平,以代谢当量是否达到600MET为标准,我国18~69岁成人中身体活动不足(不足600MET)的比例为39.3%,女性高于男性,城市高于农村,30~39岁组身体活动不足率最高。日常参加锻炼者的身体活动不足率远低于不参加锻炼的人群。

4. 以米、面为代表的主食依然是我国18~69岁成人食用频率最高的食物,蔬菜是仅次于主食的食用频率最高的食物。18~69岁成人食用水果的频率仍有待提高,每天食用水果的人仅占总人群的41.5%,而有近1/3的人食用水果每周不到1天。我国18~69岁成人禽肉、家畜肉、水产海鲜及蛋类的食用频率不高,并且各地区之间可能受食物可及性

不同及膳食习惯的不同而有所差异。我国 18~69 岁人群乳类及其制品的食用频率很低,近 80% 的人每周食用乳类及其制品不到 1 天,农村该比例明显偏高。

5. 与 2002 年中国居民营养与健康状况调查结果相比,成人超重比例从 17.6% 上升到 23.1%。城市人群、女性人群和 40 岁以上人群超重比例相对较高。中心性肥胖比例为 30.7%,城市人群、女性人群和 50 岁以上人群中心性肥胖比例较高。超重和肥胖者中均有一定比例的人认为自己“体重正常”,超重者尤其这样认为。只有 9.0% 的超重和肥胖者有意识地控制体重,超重与肥胖人群中,农村、女性、50 岁以上和农林牧渔水利工作人员控制体重者比例较低。

6. 高血压患病率为 18.1%。仅有 30.9% 的高血压患者曾在医疗机构做过诊断。农村人群和男性人群的知晓率相对较低,年龄越大,知晓率相对越高。仅有 23.1% 的高血压患者做了药物治疗,农村、男性、小年龄组和初中学历高血压患者药物治疗比例较低。高血压患者血压控制情况很差,只有 8.0% 的人血压处于正常范围。农村和男性高血压患者血压控制情况明显偏差,教育水平越低的患者血压控制情况越差。35 岁以上人群中,有一半以上的人从未测量过血压,农村和男性人群该比例明显偏低。

血脂异常和糖尿病自报患病率分别为 3.1% 和 1.1%,从未测量过血脂/血糖的调查对象均占调查人群的 90% 左右,农村、男性人群从未测量过血脂/血糖的比例高于城市、女性人群。

7. 近一半人自认为自己身体状况“较好”或“好”,对健康状况的关注程度男性低于女性。近 1/5 的人在过去一个月内曾因感觉身体不舒服或患病而影响工作。调查对象精神状况自评“差”所占比例随年龄增高而上升,该比例在丧偶、离婚和分居人群中最高。调查地区多数居民的医疗卫生保健费用需个人负担。育龄妇女的健康体检率及妇科检查率均不高,尚有 31.5% 和 24.7% 的妇女未在相应时间内得到妇科 X 线检查和宫颈细胞涂片检查,农村地区此问题更为突出。

四、建议

1. 进一步完善控烟政策与措施,推动控烟立法,营造无烟环境。加强在青少年控烟宣教,强化烟草危害意识,避免其过早接触烟草,同时通过青少年督促其家长戒烟。加强对被动吸烟危害的宣传和教育,倡导吸烟者注意对周围不吸烟者的自觉保护,避免吸烟时影响他人。

2. 对处于危险饮酒和有害饮酒情况的人群进行健康宣教,晓以利害,促使其改变饮酒习惯。开展过量饮酒相关的专项研究,进一步研究过量饮酒与慢性病发生、发展之间的关系和机制。

3. 将保持适当的身体活动量作为预防干预慢性病的重要理念加以推广,倡导将步行和骑自行车出行作为健康生活方式之一。大力宣传体育锻炼对于健康的重要性,增强人群锻炼意识,普及日常运动知识。注意对中年人群的健康干预,同时向老年人群推荐适合其生理特点的运动项目,避免因错误的锻炼行为造成身体的损害。

4. 在慢性病的综合干预策略和措施中,对人群膳食模式进行科学的指导和优化应作为重要内容加以推广。倡导人们保持每天摄入谷类食物和蔬菜的膳食模式;常食水果应该作为营养干预预防慢性疾病的重要内容之一;提倡增加禽肉和水产类食物的食用频率,适当减少猪肉的食用;推广乳类及其制品的食用。

5. 城市、女性、中年及离退休人员是体重超标和中心性肥胖的高发人群,因此要重点加强对这部分人群的宣传和干预。此外,也不能忽视正常体重人群中心性肥胖的问题。引导大家对体重做出科学、客观的评价,要避免对高体重的低估,也要防止因一味追求瘦和苗条身材而盲目减重。要加强干预,增强该人群控制体重的意识。

6. 男性、30岁以上人群仍然是高血压防制的重中之重。高血压知晓率在一定程度上体现了对身体状况的关注程度,男性人群尽管高血压患病率较高,但知晓率却较低。因此,有必要增强男性人群对健康的关注,提高包括药物治疗在内的综合治疗手段的覆盖率和患者的依从性迫在眉睫。应加强监测的宣传教育,并在各级医院推广35岁以上人群首诊测量血压的举措。

7. 健康体检对于预防疾病具有重要意义,可以较小的投入减少疾病负担,符合成本效益原则。因此,有必要群策群力,通过多种途径,为更多的人尤其是农村人群提供健康体检的机会。

8. 自报患病率漏报较为严重,且易受被调查者主观影响,不能真实地反映慢性病患者情况。今后应加强自报调查技术的相关研究,提高调查结果的准确性和可比性。条件具备时,可开展全国慢性病患者报告及相关监测,以获得准确的慢性病患者情况。



一、背景

随着经济发展、生活水平提高及人口老龄化进程的加快,我国的疾病谱、死因谱发生了很大变化。以心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病等疾病为主的慢性病,已成为我国越来越严重的公共卫生问题,到 2000 年慢性病造成的死亡已占我国居民总死亡的 80.9%^[1]。大量研究证实,慢性病的发生与不良行为和生活方式密切相关,包括吸烟、酗酒、不合理膳食、身体活动缺乏、精神因素等。

近 50 年来,我国医疗卫生条件有了极大改善,婴儿死亡率和传染病死亡率明显降低,伴随着疾病谱的改变,死因构成也发生了明显变化。2000 年,城市地区前五位死因依次为心脏病、脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病以及损伤和中毒,占全部死因的 79.0%。农村地区前五位死亡原因依次为心脏病、脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病以及损伤和中毒,占全部死因的 83.4%。据估计,目前我国现有高血压患者 1.6 亿,血脂异常患者 1.6 亿,糖尿病患者 2000 多万,现患脑卒中 700 万人、每年新发脑卒中 200 万人,现患心肌梗死 200 万人、每年新发心肌梗死 50 万人^[2]。

慢性病多为终生性疾病,并伴有严重的并发症及残疾,预后差。如:糖尿病患者肾功能衰竭发生率比非糖尿病患者高 17 倍、致盲率高 25 倍;在我国现存的 600 多万脑卒中患者中,有 75% 的人不同程度地丧失劳动能力,40% 的人重度致残。慢性病严重影响社会劳动力,如:肿瘤患者比例以 40~65 岁组最高,高血压患者比例以 35~70 岁组最高,冠心病患者比例则以 40~60 岁组最高。慢性病的治疗耗费大量卫生资源,如果其高发趋势得不到控制,必将给个人、家庭和社会带来巨大影响。

人口老龄化以及包括吸烟、过量饮酒、身体活动不足等在内的行为危险因素,是目前已知的慢性病主要危险因素。WHO 预计,至 2020 年发展中国家将有约 3/4 的死亡与老年病有关,其中最主要的是循环系统疾病、肿瘤和糖尿病。当前,我国 60 岁以上人口达 1.3 亿,预计到 2050 年将达到 4 亿。下世纪三四十年代,中国将迎来老年人口的高负担期,这就为保健战略和卫生服务带来了严重挑战。1978-1997 年,我国城市数从 193 个上升至 668 个,而我国大中城市糖尿病患病率分别比富裕农村高出 73% 和