

# 罗湖区慢性非传染性疾病 社会因素调查报告

罗湖区建设慢性病综合防控示范区办公室

二〇二四年四月



# 目录

一、 背景 .....	1
二、 资料来源 .....	2
(一) 专题调查 .....	2
1. 2023 年罗湖区慢性病及其危险因素监测现场调查 .....	2
1.1 研究目的 .....	2
1.2 研究对象 .....	2
1.3 样本量 .....	2
1.4 抽样方法 .....	3
1.5 调查内容与方法 .....	3
2. 2022 年罗湖区居民营养与健康状况监测 .....	4
2.1 研究目的 .....	4
2.2 研究对象 .....	5
2.3 样本量 .....	5
2.4 抽样方法 .....	6
2.5 调查内容与方法 .....	6
(二) 统计年鉴 .....	7
三、 罗湖区基本情况 .....	7
(一) 辖区基本情况 .....	7
(二) 人口学特征 .....	8
(三) 经济状况 .....	9

(四) 教育、文化与科学技术 .....	11
(五) 卫生状况 .....	12
(六) 社区条件和设施情况 .....	13
四、 慢性病流行现状 .....	14
(一) 人口学特征 .....	14
(二) 参保情况 .....	16
(三) 家庭情况 .....	17
(四) 吸烟情况 .....	18
(五) 饮酒情况 .....	20
(六) 膳食及营养状况 .....	24
(七) 锻炼与静态时间情况 .....	26
(八) 睡眠质量情况 .....	27
(九) 人群高血压患病情况 .....	28
(十) 人群糖尿病患病情况 .....	30
(十一) 血脂异常的流行特征 .....	36
(十二) 超重、肥胖与向心性肥胖 .....	42
五、 死因谱特点 .....	47
(一) 死亡水平和三大类死因构成 .....	47
1. 总体死亡水平 .....	47
(二) 死因顺位 .....	49
(三) 主要慢病及伤害死因谱顺位 .....	52
(四) 主要慢性病过早死亡率 .....	55

六、营养监测情况 .....	58
(一) 人口学特征 .....	58
(二) 儿童营养监测情况 .....	58
1. 0-5 岁儿童生长发育情况 .....	58
2. 儿童两周患病情况 .....	60
3. 两岁以下儿童喂养监测情况 .....	60
4. 儿童膳食营养状况 .....	61
(三) 学龄儿童青少年营养监测情况 .....	62
1. 一般情况 .....	62
2. 身高体重情况 .....	62
3. 中心型肥胖率 .....	63
4. 学龄儿童青少年的卫生情况 .....	63
5. 学龄儿童青少年的饮酒及吸烟情况 .....	64
6. 睡眠与身体活动情况 .....	64
(四) 18 岁以上居民营养监测状况 .....	65
1. 一般情况 .....	65
2. 居民贫血状况 .....	65
3. 居民维生素及激素水平 .....	66
八、慢性病防控示范区建设 .....	70
(一) 政府主导，多部门协作 .....	71
(二) 加大投入，保障经费 .....	72
(三) 构建全方位支持环境 .....	72

1. 健康单元数量变化 .....	72
2. 健康自助检测点覆盖情况 .....	73
3. 公共体育设施变化情况 .....	74
（四）居民健康状况的变化 .....	75
1. 高血压变化情况 .....	76
2. 糖尿病变化情况 .....	76
3. 血脂变化情况 .....	78
4. 吸烟变化情况 .....	78
5. 饮酒变化情况 .....	79
6. 饮食变化情况 .....	80
7. 运动变化情况 .....	81
8. 体重变化情况 .....	82
9. 学生口腔 .....	83
九、慢性病防控相关组织结构和人员情况 .....	85
（一）慢性病防控相关部门 .....	85
（二）机构工作职责 .....	85
1. 罗湖区人民政府 .....	85
2. 罗湖区慢性病防治院 .....	85
4. 罗湖区政府下属职能部门及街道办事处 .....	86
5. 罗湖区各综合医院 .....	89
6. 罗湖区疾控中心 .....	89
7. 社区健康服务中心 .....	89

十、现有卫生、疾病防治政策.....	90
(一) 政策现状.....	90
(二) 经费来源.....	92
(三) 慢性病防控人员配备.....	92
十一、综合防控规划.....	93
(一) 重点人群.....	93
(二) 综合防控目标.....	94
(三) 优先策略.....	96
(四) 工作内容与行动措施.....	98
1.加强原有重点工作.....	98
2.落实新增工作任务.....	99
附录.....	101

## 一、背景

随着工业化和城镇化进程，生活方式的快速转变和人口老龄化，以心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病和癌症为代表的慢性非传染性疾病（以下简称慢性病）已成为重大公共卫生问题，并因高额的医疗费用和高死亡、高致残率等疾病负担而成为严重的社会问题。2019年6月国务院印发了《关于实施健康中国行动的意见》（国发【2019】13号），是贯彻党的十九大精神，推动实施健康中国战略的必然要求，落实预防为主方针、统筹解决当前人民健康突出问题的具体措施，体现人民健康优先发展的战略思想。

慢性病的发生与发展受到多种因素的影响，其中社会因素是至关重要的一部分。社会因素包括但不限于生活方式、社会经济地位、教育程度、职业环境、居住环境、社会支持等多个方面。这些因素与慢性病的发病率、疾病管理和预防密切相关。因此，深入了解慢性病相关的社会因素，对于有效预防和控制慢性病、提高居民健康水平具有重要意义。

通过开展慢性病社会因素调查，可以深入了解不同人群中慢性病的高发因素，为制定科学、精准的慢性病防控策略提供有力支持。了解社会因素有助于实施个性化的健康管理措施，根据不同人群的生活方式、社会经济状况和其他相关因素，为其提供精准的健康指导和服务。通过社会因素调查，可以了解慢性病患者的分布和需求，为卫生资源的合理配置提供依据，确保医疗资源能够更有效地满足患者的需求。报告的结果可作为开展慢性病相关健康教育的基础，提高居民对

慢性病的认知水平，推动全社会形成积极的健康生活方式。建立监测与评估体系：定期进行社会因素调查有助于建立慢性病监测与评估体系，及时发现问题、调整防控策略，确保防控工作的持续有效性。

报告旨在加深社会对慢性病问题的认知，引起广泛关注和社会共识，推动政府、医疗机构、社区等多方合作，共同应对慢性病挑战。通过充分调查社会因素，期望能够为慢性病综合防控示范区的建设提供具体可行的政策建议，促进全社会的健康发展，提高居民生活质量。

## 二、资料来源

### （一）专题调查

#### 1. 2023 年罗湖区慢性病及其危险因素监测现场调查

##### 1.1 研究目的

掌握我区居民慢性病及危险因素的流行状况和变化趋势，为制定慢性病预防控制策略和措施、评价卫生及相关政策和慢性病防控工作效果提供科学依据。

##### 1.2 研究对象

调查前 12 个月内在监测点地区居住 6 个月及以上的 18 岁及以上常住居民。排除孕妇、存在认知障碍、严重疾病或残障等可能影响调查情况的居民。

##### 1.3 样本量

为保证监测结果的区级代表性，兼顾抽样的可操作性，应调查足够样本量，并采用多阶段分层随机抽样方法等容抽取各区级抽样单元。

具体样本量计算和抽样方法：

1.3.1 根据 2018 年深圳市慢性病及其危险因素调查结果，以糖尿病患者率 8.3%为样本量测算依据。

1.3.2 允许误差  $r=10\%$ ，以保证精确度。

1.3.3 置信水平取 95%（双侧），相应的  $u=1.96$ ，以保证准确度。

1.3.4 调查效率  $d_{eff}$  设定为 2.0，以控制有效率。

采用现况调查率的样本量计算采用公式  $N = \frac{d_{eff} u^2 p(1-p)}{d^2}$  进行测算。根据以上参数取值，计算得到平均每一层的样本量约为 4628 人。根据男女性别分成 2 层，并考虑 15%无应答率，计算得到每个基本抽样单位至少调查 120 人，罗湖区慢性病及其危险因素调查总样本量为 1080 人，本次罗湖区慢性病及其危险因素调查中实际调查 1129 人。

#### 1.4 抽样方法

由市慢性病防治中心在区级慢病防治机构配合下完成。市慢性病防治中心负责抽取街道和社区，并将样本名单反馈给区级慢病防治机构。区级慢病防治机构根据反馈的第一阶段抽样名单，收集居民名单及其居民户数和常住人口数（过去 12 个月在本地居住累计 6 个月以上，但不包括单位集体户），并经社区核实去除无人居住户后，将住户名单上报市慢性病防治中心。市慢性病防治中心根据“调查户名单”，为每一个调查户随机分配 KISH 表号码，将结果反馈区级慢病防治机构和社区健康服务中心。

#### 1.5 调查内容与方法

调查内容包括问卷调查、体格检查、实验室检测。

### 1.5.1 问卷调查

采用个人调查问卷收集信息，包括调查对象的一般情况、主要慢性病的患病、控制情况及家族史、吸烟、饮酒、饮食习惯、身体活动、心理健康等。个人问卷由调查员以面对面询问调查方式采集信息。

### 1.5.2 体格检查

体格检查由调查员采用标准方法集中进行，对所有调查对象进行身高、体重、腰围、血压、身体成分等检查。所有测量仪器均符合国家计量认证要求。测量方法均符合中华人民共和国行业标准-人体健康监测人体测量方法（WS/T424-2013）标准要求。皮肤和口腔等健康状况检查由统一培训后的专科医生进行检查。

### 1.5.3 实验室检测

实验室检测工作包括现场血样的采集、处理、运输、检测和保存。采集所有调查对象的空腹静脉血 10 毫升（mL）。血液样本的监测指标包括血常规、糖化血红蛋白、血清胰岛素、空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇等。

## 2. 2022 年罗湖区居民营养与健康状况监测

### 2.1 研究目的

掌握辖区居民行为生活方式，主要慢性病患者现状，身高、体重、血压等健康状况；掌握辖区居民油、盐消费量，食物摄入频率，营养素补充剂消费量，膳食结构等营养状况；分析辖区居民营养与健康状况的变化趋势及影响因素，为制定和评价卫生政策、干预措施提供科

学依据。

## 2.2 研究对象

本次监测对象为辖区常住居民。常住居民是指在调查前 12 个月内在辖区居住六个月及以上的中国居民，但不包括居住在功能区（工棚、军队、学校、养老院等）中的居民。

## 2.3 样本量

全区合计调查至少 360 户，总样本量至少 1012 人。为保证特殊人群（0-5 岁儿童、6-17 岁儿童青少年、孕妇）的调查人数，当来源于调查户的样本人群数量不足时，按照国家居民营养与健康监测工作实施方案，通过其他社区、中小学校、幼儿园和妇幼保健院补足。不同人群的样本量如下：

### 2.3.1 0-5 岁儿童

全区至少调查 0-5 岁儿童 252 名，其中 0-5 月、6-11 个月、12-23 个月、24-35 个月、36-47 个月、48-59 个月、60-71 个月每个年龄组分别为 36 名，男女各半。

### 2.3.2 6-17 岁儿童青少年

全区至少调查 6-17 岁儿童青少年 240 名，一岁一组，共计 12 个年龄组，每个年龄组 20 名，男女各半。

### 2.3.3 18 岁及以上成人

全区至少调查 18 岁及以上成人 420 名，分为 18-44 岁、45-59 岁、60 岁及以上三个年龄组，每组各 140 名，男女各半。

### 2.3.4 孕妇及乳母

乳母是指 2 岁以下儿童的母亲；全区至少调查孕妇 45 名（孕早、中、晚期各 15 名），乳母 55 名。

## 2.4 抽样方法

根据国家抽样方案抽取 3 个街道 6 个社区，每个社区抽取 1 个居民小组，每个居民小组抽取 60 户，其中前 30 户作为膳食调查户，其余 30 户为非膳食调查户。当家庭户不符合条件或无法进行调查时，须在同一个居民小组内选择结构相似的家庭户进行置换，总置换百分比不超过 35%。

## 2.5 调查内容与方法

监测工作包括询问调查、膳食调查、医学体检、实验室检测。

### 2.5.1 询问调查

询问调查包括家庭基本情况表、补充人群基本情况表、个人营养与健康表、身体活动表。所有调查表由调查员面对面询问填写。

### 2.5.2 膳食调查

分为膳食调查户和非膳食调查户两类。膳食调查抽取 180 户，完成连续 3 天家庭食用油和调味品称重表、连续 3 天家庭用餐人次数表、连续 3 天 24 小时膳食回顾调查表、营养素补充剂消费调查表、食物频率调查表；非膳食调查抽取 180 户，完成食物频率调查表。

### 2.5.3 医学体检

由经培训合格的调查员采用标准方法集中进行，所有测量仪器均应符合国家计量认证要求。体检内容包括身高、身长、体重、腰围、头围、颈围、握力、血压和心率。

#### 2.5.4 实验室检测

0-5 岁儿童采集指尖血，其他人群采集静脉血和随机尿。检测内容包括血红蛋白、血清血脂四项、空腹血糖、血肌酐、血尿酸、高敏 C-反应蛋白、叶酸、铁蛋白、白蛋白、转铁蛋白受体、维生素 A、维生素 B12、维生素 D、游离三碘甲状腺原氨酸、游离四碘甲状腺原氨酸、促甲状腺激素、抗甲状腺过氧化物酶抗体、抗甲状腺球蛋白抗体、糖化血红蛋白、糖化白蛋白、尿常规等指标，不同人群血样检测项目参照国家总体工作方案执行。

### （二）统计年鉴

1. 《罗湖统计年鉴 2023》（深圳市罗湖区统计局）
2. 《深圳市罗湖区 2023 年国民经济和社会发展统计公报》（罗湖区统计局）
3. 《2023 年深圳市卫生健康统计提要》（深圳市卫生健康委员会）
4. 《深圳市罗湖区 2023 年政府工作报告》（深圳市罗湖区人民政府办公室）

## 三、罗湖区基本情况

### （一）辖区基本情况

罗湖区隶属于广东省深圳市，是深圳市的中心城区之一，位于深圳市中部，东起莲塘，与盐田区相邻；西至红岭路，与福田区相连；南临罗湖桥与香港毗邻；北到原特区管理线，与龙岗区横岗、南湾、

布吉、坂田及龙华新区民治等地交界，位于东经 114° 04′ -114° 21′ ，北纬 22° 31′ -22° 40′ 之间，总面积 78.75 平方公里。

罗湖区地势东北高、西南低，多为丘陵山地和冲积小平原，深圳最高峰梧桐山即坐落在辖区东部，深圳水库位于梧桐山下，库容量达 4577 万立方米，日供水量 40 万吨。属亚热带海洋性气候，辖区年平均气温 22℃。罗湖区是深圳经济特区最早开发的城区，是深圳中央商务区重要组成部分，先后获得全国和谐社区建设示范区、全国文化先进区等荣誉称号。

截至 2022 年，罗湖区辖桂园街道、黄贝街道、东门街道、南湖街道、笋岗街道、东湖街道、莲塘街道、东晓街道、清水河街道、翠竹街道 10 个街道，下辖 81 个社区工作站，109 个社区居委会。

## （二）人口学特征

2022 年全区常住人口为 1143801 人。全区常住人口与 2010 年第六次全国人口普查的 923423 人相比，十年共增加 220378 人，增长 23.87%，年平均增长率为 2.16%。10 个街道中，人口在 10 万人至 20 万人之间的街道有 5 个，少于 10 万人的街道有 5 个。其中，常住人口居前五位的街道合计人口占全区人口比重为 58.62%。与 2010 年第六次全国人口普查相比，1 个街道的人口减少，9 个街道的人口增加。人口增长较多的 5 个街道依次为：黄贝街道、莲塘街道、笋岗街道、翠竹街道、桂园街道，分别增加 71398 人、44281 人、28950 人、19128 人、17724 人。人口减少的街道为东门街道，减少 3798 人。

全区常住人口中，男性人口为 582817 人，占 50.95%；女性人口

为 560984 人，占 49.05%。总人口性别比（以女性为 100，男性对女性的比例）由 2010 年第六次全国人口普查的 101.67 上升为 103.89。10 个街道中，人口性别比在 110 以上的街道有 2 个，在 105-110 之间的街道有 1 个，在 105 以下的街道有 7 个。

全区常住人口中，0-14 岁人口为 193957 人，占 16.96%；15-59 岁人口为 851851 人，占 74.47%；60 岁及以上人口为 97993 人，占 8.57%，其中 65 岁及以上人口为 62527 人，占 5.47%。与 2010 年第六次全国人口普查相比，0-14 岁人口的比重提高 5.15 个百分点，15-59 岁人口的比重下降 8.84 个百分点，60 岁及以上人口的比重提高 3.69 个百分点，65 岁及以上人口的比重提高 2.49 个百分点。10 个街道中，15-59 岁人口比重在 80%以上的街道有 1 个，在 70%-80%之间的街道有 9 个。65 岁及以上老年人口比重超过 7%的街道有 1 个，小于 7%的街道有 9 个。

### （三）经济状况

根据深圳市地区生产总值统一核算结果，2022 年罗湖实现地区生产总值（GDP）2630.19 亿元，比上年增长（以下简称“增长”）3.4%。其中，第一产业增加值 0.47 亿元，比上年下降（以下简称“下降”）6.1%；第二产业增加值 155.56 亿元，下降 4.6%；第三产业增加值 2474.16 亿元，增长 4.0%。三次产业结构为 0.0：5.9：94.1。生产性服务业实现增加值 1566.47 亿元，增长 5.6%，占 GDP 比重 59.6%，占第三产业比重 63.3%，对全区经济增长的贡献率为 95.9%；现代服

务业增加值 1884.66 亿元，增长 5.2%，占 GDP 比重 71.7%，占第三产业比重 76.2%，贡献率为 106.8%。

三大重点产业中，金融业增加值 974.55 亿元，增长 9.2%；商贸业增加值 434.36 亿元，下降 0.1%；商务服务业增加值 157.13 亿元，增长 1.1%。两大特色产业中，黄金珠宝产业增加值 91.71 亿元，增长 2.7%；文化及相关产业增加值 172.93 亿元，增长 2.4%。

战略性新兴产业增加值合计 212.60 亿元，增长 2.9%，占地区生产总值比重 8.1%。其中，新一代电子信息产业增加值 28.61 亿元，下降 6.4%；数字与时尚产业增加值 113.03 亿元，增长 1.7%；高端装备制造产业增加值 1.70 亿元，增长 41.0%；绿色低碳产业增加值 36.12 亿元，增长 22.7%；新材料产业增加值 0.62 亿元，下降 6.6%；生物医药与健康产业增加值 10.82 亿元，下降 8.7%；海洋经济产业增加值 21.71 亿元，增长 0.2%。

年末全区常住人口 101.80 万人；全年人均地区生产总值（人均 GDP）为 242839 元（按年平均汇率折算为 36104 美元），增长 9.6%。全年全市居民消费价格比上年上涨 2.3%。其中，消费品价格上涨 3.3%，服务项目价格上涨 1.0%。全年农林牧渔业增加值 0.47 亿元，下降 6.1%。水果种植面积 1295 亩，产量 12 吨。水产品产量 2816 吨。年规模以上工业总产值 580.79 亿元，增长 11.3%，其中，“文教、工美、体育和娱乐用品制造业”工业总产值 384.74 亿元，增长 14.1%；“电力、热力生产和供应业”工业总产值 59.09 亿元，增长 7.4%；“水的生产和供应业”工业总产值 58.04 亿元，增长 2.0%。规模以上工业增加值

增长 6.0%。规模以上工业销售产值 563.99 亿元，增长 10.5%。规模以上工业营业收入 591.39 亿元，增长 9.7%。全年固定资产投资下降 12.7%。在固定资产投资中，房地产开发投资下降 22.1%，非房地产开发投资增长 2.0%。全年全区商品房销售面积 39.93 万平方米，增长 8.9%；商品房销售额 226.38 亿元，下降 13.4%。全年固定资产投资下降 12.7%。在固定资产投资中，房地产开发投资下降 22.1%，非房地产开发投资增长 2.0%。全年全区商品房销售面积 39.93 万平方米，增长 8.9%；商品房销售额 226.38 亿元，下降 13.4%。全年新设外商投资企业 375 个，下降 15.5%。合同外资 35.07 亿美元。实际使用外资 9.77 亿美元。

#### （四）教育、文化与科学技术

2022 年末全区共有各级各类学校（园）238 所，增加 11 所。其中，高等教育学校 1 所、中等职业教育学校 1 所、普通中学 19 所、小学 70 所、幼儿园 147 所。各级各类学校（园）毕业生 4.53 万人、招生 6.62 万人，在校生 23.71 万人。学龄儿童入学率和小学毕业生升学率均保持在 100%。年末全区各级各类学校（园）有教职工 1.83 万人。其中，专任教师 1.38 万人。高等教育学校、中等职业教育学校、普通中学、小学和幼儿园的专任教师分别为 0.02 万人、0.02 万人、0.45 万人、0.54 万人和 0.34 万人。年末有各类艺术表演团体 15 个，区级文化馆 1 座，文体广场 105 个，博物馆、纪念馆 6 座，电影院、影剧院 20 座。公共图书馆 101 座，总藏量 355.32 万册（万件），其中总藏书量 317.22 万册（万件）。电视和广播人口覆盖率均达 100%。

承办了第十八届“文博会”的6个分会场。

年末全区有国家高新技术企业509个，增长13.1%；新认定的国家高新技术企业133个，增长17.7%。全年专利授权量9495件，下降8.8%。其中，发明专利1100件，增长18.0%；实用新型专利2790件，下降26.6%；外观设计专利5605件，下降1.4%。有116个软科学研究计划项目获得立项。辖区17家企业组团参展第二十四届“高交会”。

## （五）卫生状况

2023年末拥有卫生机构（私营和个体卫生机构）456间。其中中医院22间、妇幼保健院1间、疾病预防控制中心1间。设有社区健康服务中心73间。拥有各类卫生技术人员14537人，其中执业医师和执业助理医师6808人，注册护士5996人。全年各级各类卫生机构完成诊疗总量862万人次，其中门诊和急诊诊疗量为785万人次和63万人次。医院实际开放床位5974张。每诊疗人次费用为654元，每出院者费用为17078元。报告法定传染病发病13338例，死亡1人。其中法定甲、乙类传染病发病4493例，死亡1人，死亡率0.098/10万。

表 3-1 各类卫生机构情况

指标	单位	绝对数	比上年增长（%）
一、卫生机构数	间	456	-0.9
1. 医院	间	22	4.8
综合医院	间	6	持平
专科医院	间	15	7.1

中医院	间	1	持平
2. 门诊部	间	122	-10.9
3. 私人诊所	间	279	6.1
4. 企事业内部医务室	间	28	-17.6
5. 妇幼保健院	间	1	持平
6. 疾病预防控制中心	间	1	持平
7. 其他卫生事业机构	间	3	持平
二、社区健康服务中心	间	63	-7.4
三、卫生技术人员	人	14537	-2.3
执业医师和执业助理医师	人	6808	2.2
注册护士	人	5996	-3.9
四、总诊疗人次	万人次	862	-28.8
医院实际开放床位数	张	5974	-4.0
病床使用率	%	71	-7%
孕产妇死亡率	1/10 万	13.94	13.94
每诊疗人次费用	元	654	7.6
出院病人平均住院日	日	7.4	持平
每出院者费用	元	17078	-4.8

注：诊疗人次费用和出院者费用统计范围为辖区公立医院，不包括民营医院、驻区医院及社会医疗机构。

## （六）社区条件和设施情况

2022 年末城市绿化覆盖面积达 5176.74 公顷，绿化覆盖率为 64.6%。园林绿地面积为 4987.3 公顷，其中公园绿地面积为 1712.1 公顷。拥有公园 113 个，其中市政公园 15 个，社区公园 98 个。全年空气质量优良天数为 343 天。其中，达到 I 级 230 天，II 级 113 天。空气中二氧化硫、二氧化氮、可吸入颗粒物（PM10）和可吸入颗粒

物（PM<sub>2.5</sub>）的年平均浓度分别为 6 微克/立方米、24 微克/立方米、29 微克/立方米和 16 微克/立方米。区域环境噪声合格率 100%，与上年持平；区域环境噪声平均值 53.7 分贝，增长 1.5%；主要交通干道噪声平均值 70.3 分贝，下降 1.4%。饮用水源水质达标率为 100%，与上年持平。

## 四、慢性病流行现状

### （一）人口学特征

调查结果显示，本区有效样本共计 1129 名居民参与（表 4-1），其中男性占 505 人，占比 44.73%，女性占 624 人，占比 55.37%，男女性别比为 1：1.23。参与者的年龄范围从 18 岁至 84 岁，平均年龄为  $46.9 \pm 11.6$  岁。年龄分布显示，40 至 49 岁年龄组人数最多，达 334 人，其次为 50 至 59 岁年龄组，共 310 人。为检验本次调查样本的代表性，本研究使用玛叶指数判断调查样本代表性，结果得出玛叶指数为 5.40，因此从年龄分布的随机性上来看样本的代表性较好（大于 60 可以肯定调查人口数据存在严重的年龄偏好即堆积现象）。

调查对象中，已婚人群占比达 82.8%。在文化程度方面，高中文化程度占 29.0% 的比例最高，其次是初中文化程度占 21.9%，紧随其后的是大专文化程度，占 20.1%。而就职领域而言，32.2% 的调查对象从事商业、服务业行业，其次是其他类劳动者，占比 17.2%，退休人员占比 15.3%。

表 4-1 调查人群人口学特征

项目	人数 (构成比)
性别	
男	505 (44.73%)
女	624 (55.37%)
民族	
汉族	1105 (97.87%)
少数民族	21 (1.86%)
缺失	3 (0.26%)
年龄 (岁)	
18~29	78 (6.91%)
30~39	245 (21.70%)
40~49	334 (29.58%)
50~59	310 (27.46%)
60~69	127 (11.25%)
70+	35 (3.10%)
婚姻状况	
未婚	97 (8.66%)
已婚	935 (83.48%)
丧偶	14 (1.25%)
离婚	64 (5.71%)
其他与缺失值	19 (0.89%)
文化程度	
研究生及以上	10 (0.89%)
高中/中专	327 (29.01%)
初中	247 (21.92%)
大专	227 (20.14%)
本科	184 (16.33%)
小学	77 (6.83%)

文盲	55 (4.97%)
职业	
商业、服务业人员	363 (32.21%)
其他劳动者	194 (17.2%)
退休人员	173 (15.35%)
家务劳动者	113 (10.03%)
办事人员及有关人员	89 (7.89%)
专业技术人员	79 (7.01%)
未就业	61 (5.41%)
机关负责人	57 (5.06%)
职业属性	
静态劳动为主	626 (55.45%)
动态劳动为主	373 (33.04%)
缺失值	130 (11.51%)
家庭年收入	
<2 万元	66 (4.10%)
2~4.9 万	195 (12.84%)
5~11.9 万	420 (34.16%)
12~24.9 万	348 (30.86%)
25~49.9 万	84 (13.56%)
50 万及以上	7 (4.4%)
是否购买商业医疗保险	
否	654 (57.93%)
是	397 (35.16%)

## （二）参保情况

本次调查结果显示,罗湖区居民医疗保险参与情况如下(表 4-2):  
共有 687 名居民参与了城镇职工基本医疗, 占总参与人数的 64.08%;

其次是参与城镇居民医疗保险的 215 人，占比为 20.06%；剩余部分涉及新型农村合作医疗及城乡居民基本医疗，其中未参与任何基本医疗项目的居民共计 7 人。

表 4-2 调查人群的参保情况

项目	人数	构成比 (%)
城镇职工基本医疗保险	687	64.08
城乡居民基本医疗保险	71	6.62
城镇居民医疗保险	215	20.06
新型农村合作医疗	91	8.48
公费医疗	1	0.093
以上均没有	7	0.65
总计	1072	100

### （三）家庭情况

调查结果显示家庭基本人口情况，见表 4-4，家庭人口数为 4 人的家庭占据最多，达到 25.5%；其次是三人组成的家庭，占比为 23.9%；其后是两人组成的家庭，占比为 15.3%；而家庭人口数为 6 人及以上的家庭占比为 12.2%。在调查的人群中，有 44.0%的家庭没有 18 岁以下的子女，其次是有一名 18 岁以下的子女的家庭，占比为 27.9%；拥有两名 18 岁以下子女的家庭占比为 22.4%。

表 4-4 调查人群的家庭人口情况

家庭人口数（人）	数量	构成比 (%)
4	287	34.15
3	270	21.56
2	173	4.63

5	153	19.39
1	108	1.88
6人及以上	138	12.29
总计	1127	100

#### （四）吸烟情况

调查结果显示，在罗湖区调查人群中，吸烟者达 175 人，见表 4-5，吸烟率为 15.50%；而从未吸烟者达到 853 人，占比 75.55%。2023 年罗湖区慢性病调查显示，男性吸烟率有 34.26%，女性吸烟率有 0.32%，二手烟的总体暴露率为 56.51%，男性二手烟暴露率为 63.36%，女性的二手烟暴露率为 50.96%。男性的吸烟率高于女性，且差异有统计学意义（ $\chi^2 = 460.3$ ， $P < 0.001$ ）。

根据调查结果 2023 年的吸烟率是 15.50%，相比 2018 年罗湖区慢性病调查结果的吸烟率是 17.38%。使用标化率进行对比，2018 年的标化吸烟率是 21.37‰，2023 年的标化吸烟率为 21.07‰，说明去除年龄的影响因素后罗湖区近五年的吸烟率下降。

结果表示，吸烟者的平均烟龄为 20.9 年，最小烟龄不足一年，最长为 59 年；平均每日吸烟量为 19.4 支，调查人群中吸烟量最高者每日吸烟 60 支。其中，有 94 名吸烟者有戒烟意愿，而 81 名表示不打算戒烟。调查显示，有 849 人听说过电子烟，占调查人群的 75.3%，而 277 人未听说过。近一个月内使用过电子烟的人数为 16 人，其平均年龄为 30.4 岁，最年轻的使用者为 23 岁。此外，有 367 人（32.51%）每天都暴露于二手烟下，52 人（4.61%）平均每周暴露于二手烟 4-6

天，219人（19.40%）平均每周暴露于二手烟1-3天，而没有二手烟暴露情况的人数为465人，占比为41.19%。见表4-5。

表 4-5 各年龄段吸烟及二手烟暴露情况

性别	年龄段	吸烟		二手烟暴露	
		人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)
男性	18-29	15	37.50	26	65.00
	30-39	36	33.64	79	73.83
	40-49	60	41.10	94	64.38
	50-59	49	35.51	91	65.94
	60-69	12	21.43	25	44.64
	70+	1	5.88	5	29.41
	合计	173	34.26	320	63.37
女性	18-29	0	0.00	25	65.79
	30-39	0	0.00	77	55.80
	40-49	1	0.53	104	55.32
	50-59	1	0.58	79	45.93
	60-69	0	0.00	30	42.25
	70+	0	0.00	3	20.00
	合计	2	0.32	318	50.96
合计	18-29	15	19.23	51	65.38
	30-39	36	14.69	156	63.67
	40-49	60	17.96	198	59.28
	50-59	51	16.45	170	54.84
	60-69	12	9.45	55	43.31
	70+	1	3.13	8	25.00
	合计	175	15.50	638	56.51

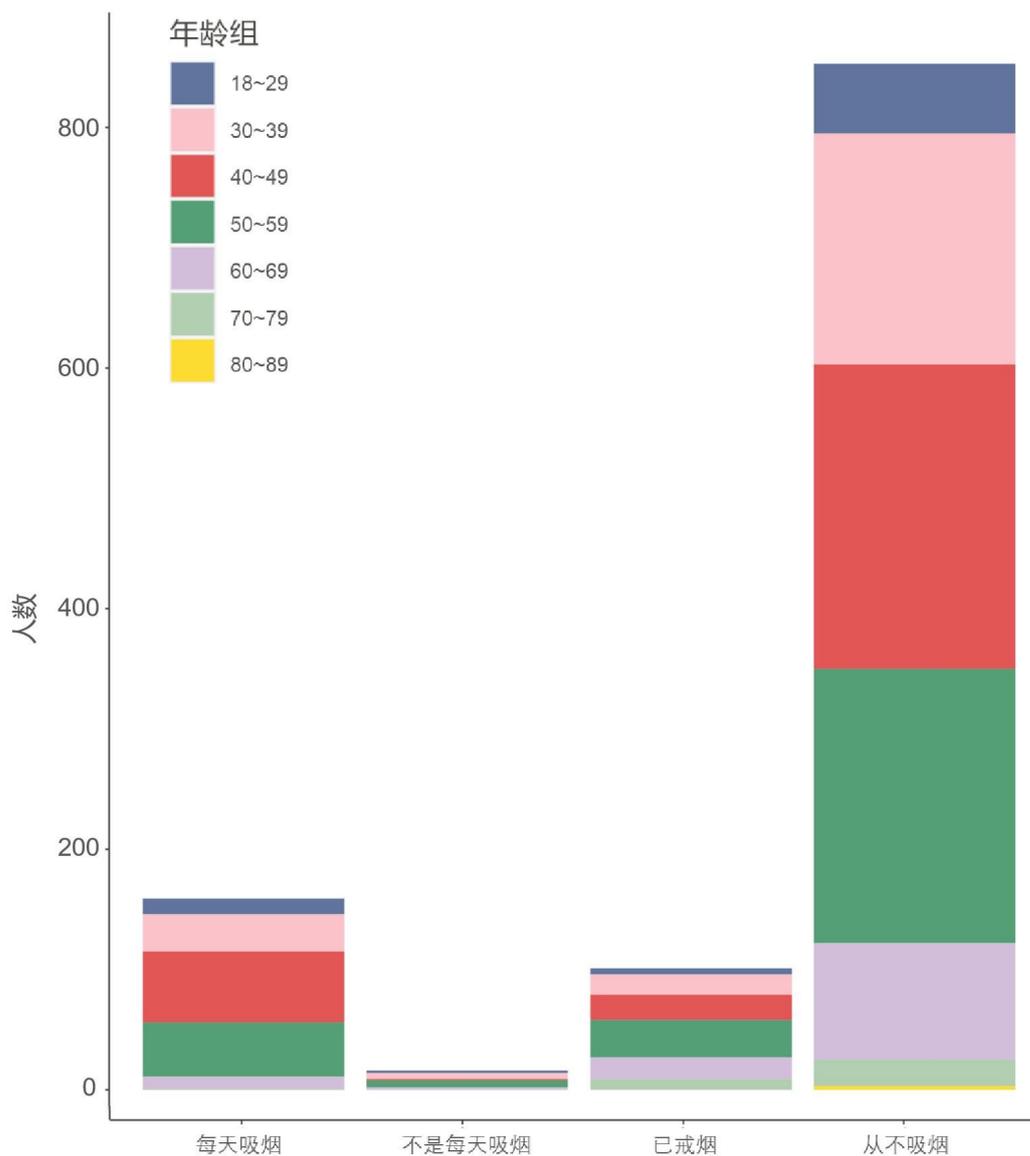


图 4-1 罗湖区居民烟草使用分布图

### (五) 饮酒情况

有害饮酒率是指具有有害饮酒行为者所占饮酒者的比例；指男性饮酒者日均酒精摄入量在 61 克及以上的饮酒行为，女性饮酒者日均酒精摄入量在 41 克及以上的饮酒行为。

调查结果显示，2023 年罗湖区居民饮酒率为 30.20%，有害饮酒

率为 1%，仅有一名男性饮酒者有日均酒精摄入量在 61 克及以上的饮酒行为。罗湖区居民日均饮酒量为 1.6 克，罗湖区居民的日均饮酒量在健康标准内。2018 年罗湖区慢性病调查结果的饮酒率是 11.89%，使用标化率进行对比，2018 年的标化饮酒率是 20.13%，2023 年的标化饮酒率为 40.04%，说明罗湖区近五年的饮酒率有所上升。

根据调查结果见表 4-7，调查人群中 485 人从不饮酒，占比 43.0%；偶尔饮酒者有 104 人，占总调查人群的 9.2%；较少饮酒者有 198 人；一个月内曾饮酒的人数为 341 人，占总调查人群的 30.2%。不饮酒者中男性占比 24.5%，女性占比 75.5%；一个月内曾饮酒者中男性占比 70.4%，女性占比 29.6%；一个月前及一年内曾饮酒者中男性占比 48.3%，女性占比 51.7%。调查人群中每次喝高度白酒超过一两的人数为 270 人。

表 4-7 各年龄段饮酒情况

年龄段	一个月内饮过酒		一个月前饮过酒		一年内饮过酒		从不饮酒	
	男	女	男	女	男	女	男	女
18~29	15	4	12	9	3	7	10	18
30~39	55	24	25	26	6	16	21	71
40~49	78	41	25	27	14	19	29	101
50~59	66	22	28	26	8	12	36	112
60~69	24	7	8	4	10	7	14	53
70+	2	3	5	3	2	0	9	11
总计	240	101	103	95	43	61	119	366
(%)	(30.2%)	(8.9%)	(17.5%)	(8.4%)	(9.2%)	(5.4%)	(43.0%)	(32.4%)

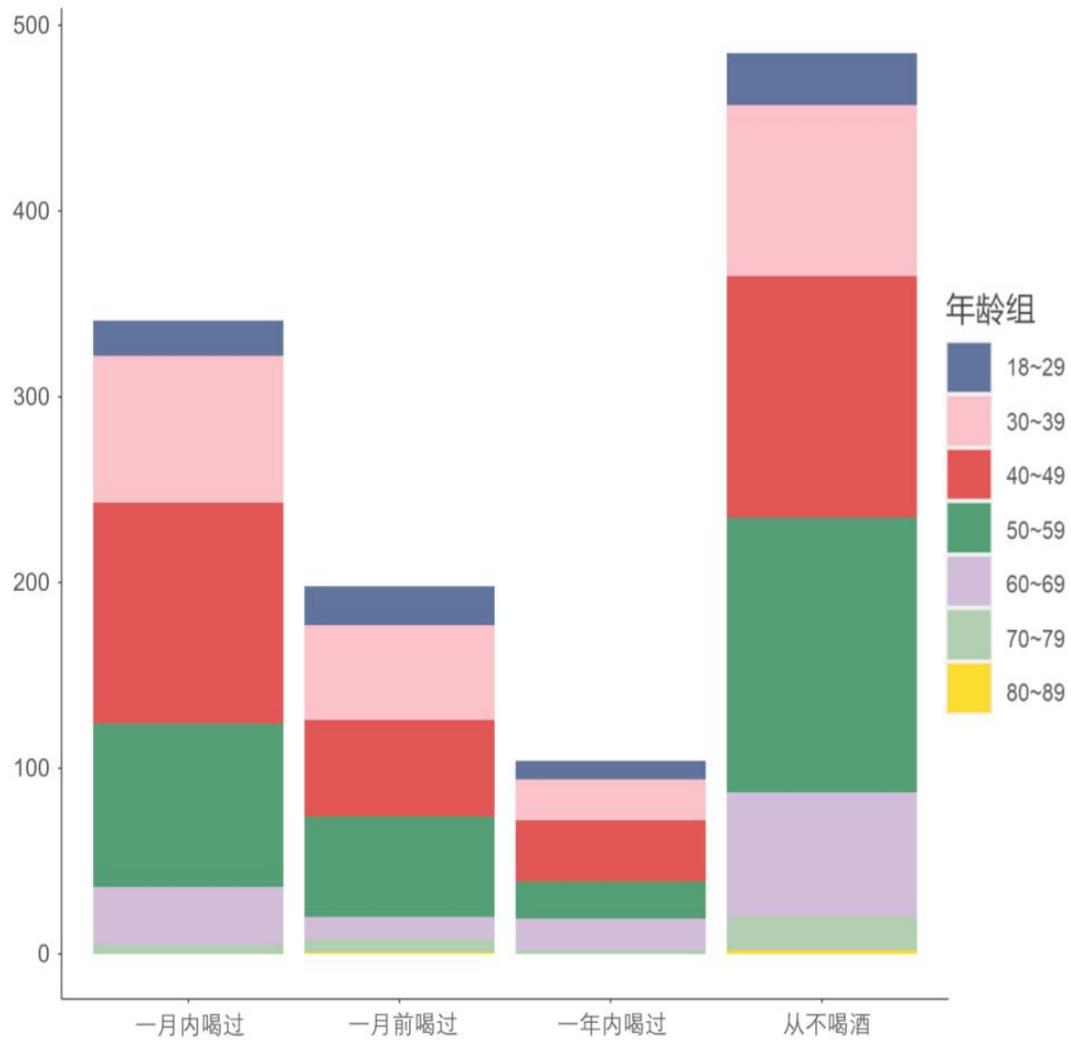


图 4-2 罗湖区居民饮酒习惯分布图

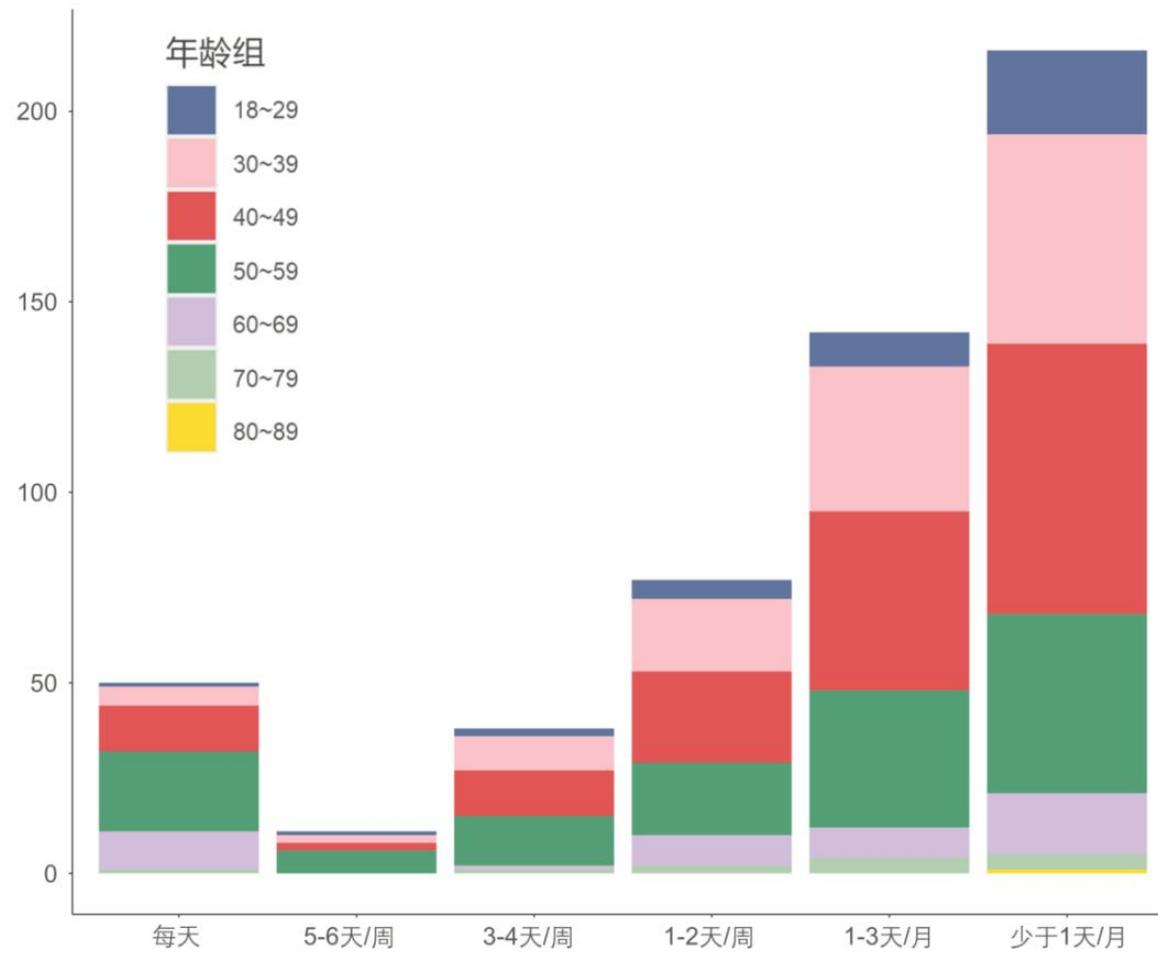


图 4-3 罗湖区居民饮酒频率分布图

## （六）膳食及营养状况

调查结果表明，罗湖区居民平均每日盐的摄入量为  $7.64 \pm 4.95\text{g}$ ，超过了国家推荐摄入量，对比 2018 年报告的盐摄入量为  $6.24\text{g}/\text{标准人日}$ ，盐摄入量上升；平均每日油的摄入量为  $23.23 \pm 13.38$  克，对比 2018 年报告的油脂摄入量为  $27.96\text{g}/\text{标准人日}$ ，油脂摄入量明显下降；畜禽肉的平均每日摄入量为  $106.1 \pm 112.9$  克，少于推荐范围，肉类摄入量的范围分布在不同居民中相差较大；平均每日蔬菜水果类的摄入量为  $371.80 \pm 240.46$  克，少于推荐范围。

表 4-8 罗湖区居民膳食情况（克/标准人日）

年龄	男性		女性		总计	
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
人均每日盐摄入量（g/d）						
18-29	9.06	6.92	6.69	3.01	7.99	5.60
30-39	7.32	5.04	7.54	4.52	7.45	4.73
40-49	7.36	4.20	6.87	3.98	7.08	4.07
50-59	7.88	4.90	7.86	5.11	7.87	5.01
60-69	8.84	5.13	8.05	6.96	8.39	6.23
70+	7.80	4.94	11.19	7.57	9.38	6.42
合计	7.80	4.94	7.52	4.95	7.64	4.95
人均每日油摄入量（g/d）						
18-29	31.26	29.78	29.54	27.25	30.44	28.37
30-39	22.90	11.74	20.98	8.13	21.76	9.79
40-49	21.97	10.60	23.55	17.03	22.87	14.64
50-59	23.92	9.36	23.59	11.84	23.74	10.87
60-69	23.20	12.61	21.28	6.63	22.11	9.67

70+	26.28	10.95	20.01	4.78	23.34	9.07
合计	23.63	13.06	22.92	13.63	23.23	13.38
人均每日蔬菜水果摄入量 (g/d)						
18-29	323.26	229.35	314.62	190.90	318.88	209.35
30-39	314.28	195.34	362.88	196.16	341.72	196.87
40-49	354.52	252.05	368.23	195.78	362.39	221.23
50-59	372.13	275.61	391.05	209.76	382.74	240.63
60-69	435.95	263.53	419.74	240.37	426.92	249.96
70+	618.28	708.06	363.21	174.44	499.25	538.25
合计	366.98	279.41	375.52	204.76	371.80	240.46
人均每日红肉摄入量 (g/d)						
18-29	168.28	129.63	84.11	76.12	127.31	114.40
30-39	133.33	156.49	106.89	127.13	118.41	140.98
40-49	122.23	135.70	86.40	93.51	102.17	115.21
50-59	125.29	125.10	80.70	65.39	100.65	99.11
60-69	117.41	90.73	81.18	63.85	97.28	78.73
70+	91.79	65.11	74.83	52.72	83.02	58.58
合计	128.02	131.67	88.25	91.38	106.10	112.93

2022年新发布《中国居民膳食指南》将“畜禽肉、水产品、蛋类”合并为“动物性食品”，并将摄入量合并为每天120~200克。每周提倡吃2次水产品，每天1个鸡蛋。盐的摄入量由“<6克”调整为“<5克”，符合《健康中国行动（2019—2030年）》、“三减三健”等政策。

罗湖区居民的膳食基本情况与推荐摄入量（表4-9）对比发现，盐的摄入量偏高，畜禽肉类及蔬果类的摄入量均未达到推荐摄入量，可能与居民的健康意识相关，值得注意的是罗湖区居民的蔬果类的摄

入不足，膳食中应增加蔬菜水果的占比。

表 4-9 罗湖区居民膳食基本情况与推荐摄入量（克/标准人日）

食物品类	2023 年罗湖区居民平均消耗量	中国居民平衡膳食宝塔 2022 版
盐	7.64 ± 4.95	< 5g
油	23.23 ± 13.38	25~35g
畜禽肉	106.10 ± 112.93	120~200g
蔬菜水果类	371.80 ± 240.46	500~800g

### （七）锻炼与静态时间情况

根据调查结果显示，罗湖区居民经常参加体育锻炼率为 31.26%，女性（32.69%）略高于男性（29.50%），与 2018 年的调查结果相比，2018 年经常参加体育锻炼的人口比例是 29.77%，使用标化率进行比较发现 2023 年主动锻炼标化率为 49.50‰，2018 年主动锻炼标化率为 63.46‰，表明罗湖区居民的主动运动与锻炼意识减弱，需要增强居民主动锻炼的意识。见表 4-10。

结果显示，居民平均一天静态时间（坐着、靠着或躺着不动）达 5.73 小时，男性平均一天静态时间有 6.23 ± 3.24 小时，女性平均一天静态时间有 5.32 ± 2.9 小时，女性的平均静态时间较短，男性与女性的平均一天静态时间有统计学差异（ $t = 4.88$ ， $P < 0.01$ ）。

结果显示，居民的平均业余使用手机时间达 2.45 小时，其中男性的平均业余使用手机时间有 2.54 ± 1.84；女性的平均业余使用手机时间有 2.38 ± 1.74 小时，男性与女性的平均业余使用手机时间无统计学差异。

表 4-10 罗湖区人群经常参加锻炼的年龄与性别分布情况

年龄组	男性		女性		总体	
	经常锻炼人 数	经常锻炼 率 (%)	经常锻炼人 数	经常锻炼 率 (%)	经常锻炼人 数	经常锻炼 率 (%)
18~29	14	35.00	10	26.32	24	30.87
30~39	24	22.43	30	21.74	54	22.04
40~49	37	25.34	62	33.08	99	29.64
50~59	40	28.99	62	36.05	102	32.90
60~69	26	46.43	34	47.99	60	47.24
70+	8	57.16	6	42.80	14	40.65
总	149	29.50	204	32.69	353	31.27

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### (八) 睡眠质量情况

根据罗湖区慢性病调查结果显示，见表 4-10，2023 年调查中的居民平均睡眠时间有  $7.79 \pm 1.24$  小时，男性的平均睡眠时间  $7.83 \pm 1.27$  小时，女性的平均睡眠时间为  $7.76 \pm 1.22$  小时，男女平均睡眠时间无统计学差异 ( $t = 1.57$ ,  $P = 0.11$ )。

表 4-11 罗湖区居民睡眠时长分布

年龄组 (岁)	男性	女性	总
18~29	$7.82 \pm 0.98$	$8.57 \pm 1.29$	$8.18 \pm 1.20$
30~39	$7.87 \pm 1.19$	$7.89 \pm 1.16$	$7.88 \pm 1.18$
40~49	$7.74 \pm 1.17$	$7.57 \pm 1.07$	$7.65 \pm 1.12$
50~59	$7.69 \pm 1.35$	$7.62 \pm 1.24$	$7.66 \pm 1.29$
60~69	$8.19 \pm 1.36$	$7.74 \pm 1.31$	$7.94 \pm 1.35$
70+	$8.12 \pm 1.80$	$8.23 \pm 1.51$	$8.17 \pm 1.64$
总计	$7.83 \pm 1.27$	$7.76 \pm 1.22$	$7.79 \pm 1.24$

### (九) 人群高血压患病情况

本次调查人群 1129 人中，有 301 人患有高血压，高血压患病率为 26.7%。患有高血压者的平均年龄为  $56.74 \pm 9.78$  岁，其中 171 人为男性（占比 33.86%），130 人为女性（占比 20.83%），见表 4-43。利用标化率计算 2018 年的高血压标化患病率为 68.69‰，2023 年的高血压标化患病率为 48.38‰，近五年高血压患病标化率下降。居民的收缩压平均值为  $122.2 \pm 17.6$ mmHg，与 2018 年的收缩压平均值  $118.43 \pm 17.2$  有所上升，差异有统计学意义。

最近一次测量血压时间为一个月内的有 365 人（占比 32.32%），六个月内测量过血压的有 298 人（占比 26.39%），一年内测量过血压的有 109 人（占比 9.65%），131 人分别采用按医嘱服药、控制饮食、减少盐摄入、增加运动、血压监测等措施进行血压控制。

表 4-12 测量血压频率分布表

年龄组	一个月内	六个月内	一年内	一年前	从未测过
18~29	13	20	9	16	7
30~39	51	53	34	49	31
40~49	100	96	23	77	18
50~59	113	94	30	40	17
60~69	66	30	9	14	4
70+	22	5	4	2	2
总计	365 (32.32%)	298 (26.39%)	109 (9.65%)	198 (17.54%)	79 (7.00%)

利用年龄组分层，进行 Mantel-Haenszel 检验以确定高血压与年

龄的关系，并考虑性别的影响。结果显示高血压与年龄之间存在相关性（ $\chi^2=6.26$ ， $P<0.05$ ），差异具有统计学意义。利用性别分层，进行 Cochran-Mantel-Haenszel 检验以确定高血压与性别的关系，并考虑年龄的影响。结果表明高血压与性别之间存在相关性（ $M^2=110.93$ ， $P<0.01$ ），差异具有统计学意义。进一步比较不同年龄组别中男性与女性的高血压患病率，结果显示仅在 40~49 岁年龄组中男性的高血压患病率高于女性（ $\chi^2=4.08$ ， $P<0.05$ ），而在其他年龄组别中则无统计学差异。

表 4-13 罗湖区人群高血压的年龄与性别分布情况

年龄组	男性		女性		总体	
	患病人数	患病率	患病人数	患病率	患病人数	患病率
18~29	2	5.00	0	0.00	2	2.56
30~39	16	14.95	6	4.35	22	8.98
40~49	48	32.98	26	13.83	74	22.26
50~59	59	42.75	51	29.65	110	35.58
60~69	32	57.14	37	52.11	69	54.33
70~79	14	76.47	10	60.00	24	68.75
总	171	33.86	130	20.83	301	26.66

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

高血压治疗率被定义为参与体检的个体中，在过去两周内曾经使用降压药物治疗高血压的比例。高血压控制率则被定义为那些已经被诊断为高血压的体检个体中，通过治疗使其血压维持在 140/90 mmHg 以下的比例。

罗湖区居民的高血压知晓率为 60.13%，男性高血压知晓率为 59.06%，女性高血压知晓率为 61.54%，女性略高于男性的高血压知晓率，无统计学意义。相比与 2018 年的高血压知晓率 46.4%，2023 年的高血压知晓率有上升，差异有统计学意义。以上数据说明在慢性病防治方面，高血压防治效果有所改善。

罗湖区调查人群高血压治疗率为 74.39%，高于 2018 年罗湖区高血压治疗率的 63.4% ( $\chi^2=7.813$ ,  $P < 0.05$ )。其中男性高血压治疗率为 70.62%，女性为 82.43%，女性高血压治疗率高于男性，差异无统计学差异。

罗湖区调查人群高血压控制率为 76.29%，高于 2018 年罗湖区高血压控制率的 75.8%，其差异无统计学意义，说明在随访情况下大多数患有高血压居民的血压达标，高血压病情得到控制。

## （十）人群糖尿病患病情况

糖尿病的诊断标准根据个体的既往史或世界卫生组织的指南进行确定：已被医生诊断为糖尿病或接受降糖药物治疗的被视为患有糖尿病；对于其他人群，则需进行空腹血糖（FBG）检测和餐后 2 小时口服葡萄糖耐量试验（2hOGTT），若  $FBG \geq 7.0\text{mmol/L}$  或  $OGTT \geq 11.1\text{mmol/L}$ ，则可诊断为糖尿病。

调查结果显示，2023 年罗湖区居民的平均血糖值为  $5.72 \pm 1.36$  mmol/L，与 2018 年的平均血糖值  $5.33 \pm 1.44\text{mmol/L}$  对比，发现居民的平均血糖值有上升，差异有统计学意义 ( $t = 6.261$ ,  $P < 0.01$ )。

男性中有 66 人被诊断患有糖尿病，男性患糖尿病占比为 13.06%；女性中有 41 人被诊断患有糖尿病，女性患糖尿病占比 6.57%，罗湖区居民总体的糖尿病患病率为 8.41%。利用标化率对比 2018 年及 2023 年的糖尿病患病情况，2023 年糖尿病患病标化率为 17.75‰，2018 年糖尿病患病标化率为 27.68‰，表示糖尿病的标化患病率在近五年下降。

进一步，利用卡方检验发现男性的患病率显著高于女性，差异具有统计学意义（ $\chi^2 = 8.49$ ， $P < 0.01$ ）。利用年龄分层，进行 Mantel-Haenszel 检验以考察糖尿病与年龄的关系，并考虑性别的影响，结果表明糖尿病与年龄呈相关性（ $\chi^2 = 7.26$ ， $P < 0.01$ ），差异具有统计学意义。利用性别分层，进行 Cochran-Mantel-Haenszel 检验以研究糖尿病与性别的关系，并考虑年龄的影响，结果表明糖尿病与性别呈相关性（ $M^2 = 53.32$ ， $P < 0.01$ ），男女之间的糖尿病患病率差异具有统计学意义。

2023 年罗湖区调查人群的糖尿病知晓率为 55.14%，与 2018 年罗湖区的糖尿病知晓率 79.02%对比，有统计学差异（ $\chi^2 = 3.601$ ， $P < 0.05$ ）。其中，2023 年罗湖区男性的糖尿病知晓率为 53.03%，女性的糖尿病知晓率为 58.54%，男女之间糖尿病知晓率无显著差异（ $\chi^2 = 1.15$ ， $P = 0.284$ ）。

2023 年罗湖区调查人群糖尿病患者的治疗率为 33.7%，与 2018 年罗湖区糖尿病患者的治疗率 60.8%，有统计学差异。其中男性患者治疗率为 38.89%，女性为 33.3%，男女治疗率无统计学差异（ $\chi^2 = 0.084$ ，

$P = 0.77$ )。

2023 年被调查人群糖尿病患者血糖控制率为 36.84%，与 2018 年罗湖区糖尿病患者血糖控制率 33.6%，有统计学差异 ( $\chi^2 = 6.44$ ,  $P = 0.049$ )。其中男性糖尿病患者血糖控制率为 50.00%，女性为 25.42%，男女血糖控制率没有统计学无差异 ( $\chi^2 = 2.42$ ,  $P = 0.12$ )。

表 4-15 罗湖区人群糖尿病的年龄与性别分布情况

年龄组	男性		女性		总体	
	患病人数	患病率	患病人数	患病率	患病人数	患病率
18~29	1	2.50	0	0.00	1	1.28
30~39	5	4.67	0	0.00	5	2.04
40~49	18	12.33	8	4.26	26	7.78
50~59	23	16.67	15	8.72	38	12.26
60~69	12	21.43	12	16.90	24	18.90
70+	7	41.19	6	40.00	13	40.63
总	66	13.07	41	6.57	107	9.47

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

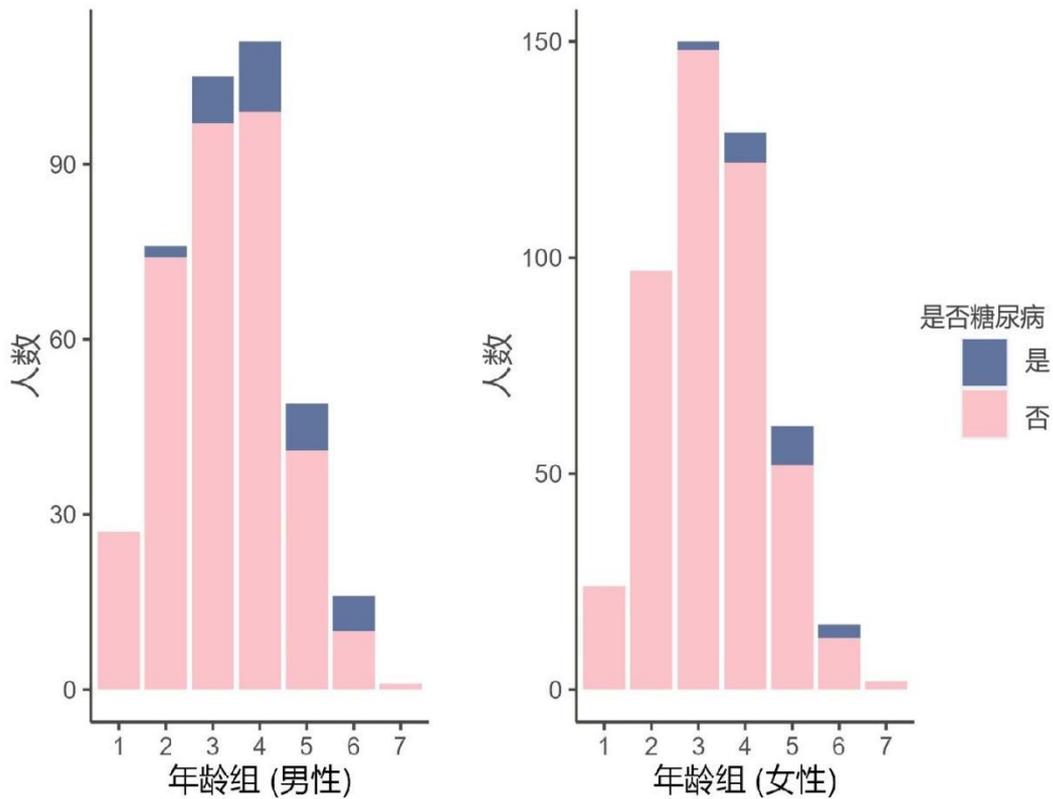


图 4-4 罗湖区调查人群糖尿病患者分布。注：年龄组 1~7 分别代表 18~29 岁、30~39、40~49、50~59、60~69、70~79 岁。

图 4-5 与表 4-16 可以看出，男性总体的空腹血糖水平比女性的高，并且在年龄分层下进行对比发现除了 40~49 岁的年龄组之外，80 岁以下的男性的空腹血糖水平比女性的高，差异有统计学意义。空腹血糖的正常范围是 3.9~6.1mmol/L，在下图可以看到有部分血糖超过 6.1mmol/L，可能患有糖尿病，并且血糖水平随年龄增高有上升趋势。

我国目前将糖尿病患者的糖化血红蛋白标准定为 6.5% 以下。男性总体的糖化血红蛋白水平高于女性，而在年龄分层对比中发现，除了 40~49 岁年龄组之外，80 岁以下的男性糖化血红蛋白水平也高于女性，差异具有统计学意义。在下图中也可观察到一些糖化血红蛋白

水平超过 6.5%的情况，这可能暗示着糖尿病的存在，并且糖化血红蛋白水平随着年龄增长呈上升趋势，与空腹血糖水平的趋势相符。

表 4-16 年龄与性别分组下糖尿病相关指标

年龄组	性别	空腹血糖	糖化血红蛋白 (%)	胰岛素
18~29	男	5.23 ± 0.69*	5.37 ± 0.29*	16.50 ± 29.46
	女	5.18 ± 0.42	5.26 ± 0.35	11.70 ± 5.40
30~39	男	5.46 ± 0.83*	5.55 ± 0.53*	12.84 ± 6.54
	女	5.24 ± 0.41	5.31 ± 0.35	11.31 ± 7.29
40~49	男	5.88 ± 1.68	5.83 ± 0.98	14.51 ± 15.61
	女	5.47 ± 0.76	5.53 ± 0.49	11.36 ± 11.71
50~59	男	6.05 ± 1.67*	5.98 ± 1.06*	12.33 ± 11.4
	女	5.91 ± 1.79	5.91 ± 1.03	11.71 ± 8.66
60~69	男	6.96 ± 0.96*	6.07 ± 0.80*	11.42 ± 8.39
	女	6.29 ± 2.01	6.03 ± 0.89	11.73 ± 4.80
70+	男	6.45 ± 1.21*	6.48 ± 1.29*	11.00 ± 4.71
	女	6.41 ± 0.93	6.19 ± 0.83	17.96 ± 15.08

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

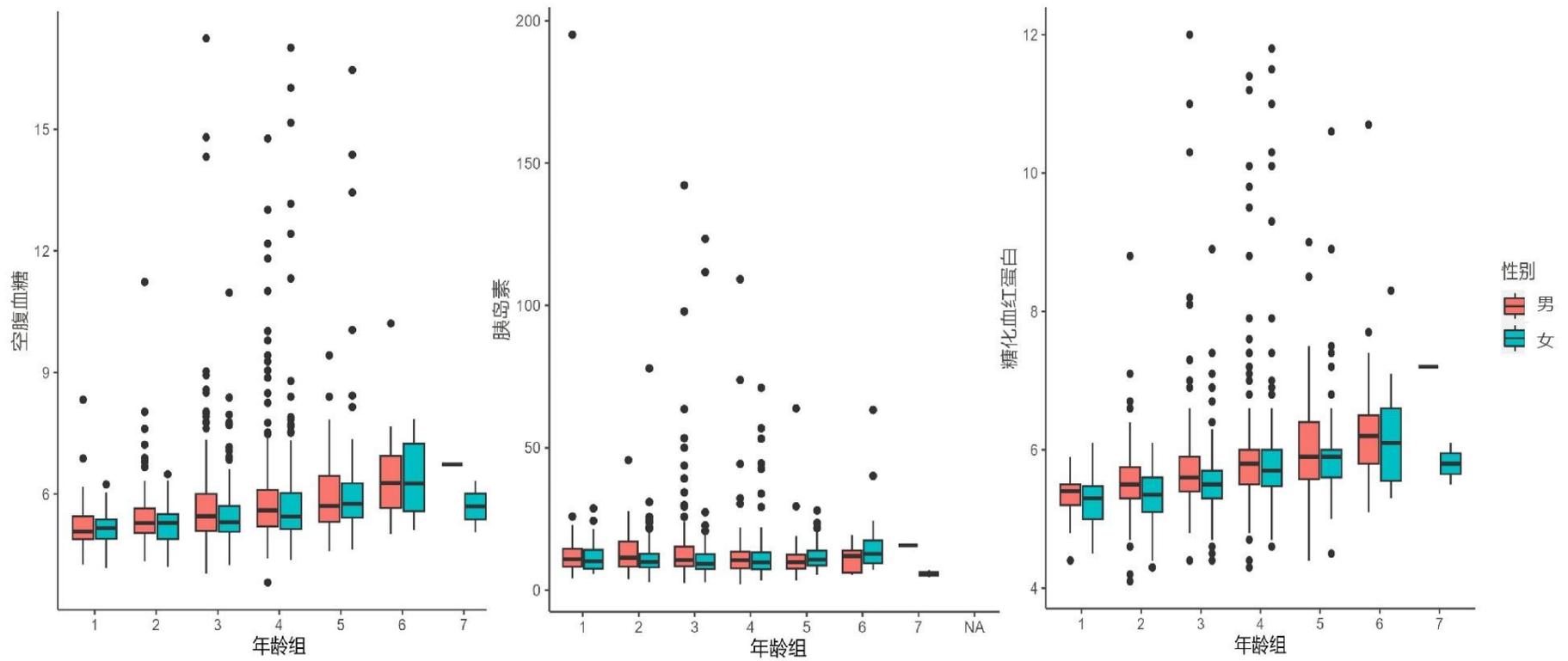


图 4-5 空腹血糖、糖化血红蛋白、胰岛素年龄与性别分布图。注：年龄组 1~7 分别代表 18~29 岁、30~39、40~49、50~59、60~69、70~79 岁。

## （十一）血脂异常的流行特征

血脂异常通常指血清总胆固醇（TC）升高、甘油三酯（TG）升高以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）降低。大量研究已证实血清TC、TG、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）升高以及HDL-C降低是冠心病、动脉粥样硬化的主要危险因素《中国成人血脂异常防治指南》提出了我国人群血脂合适水平的标准：TC的合适范围应该低于5.2mmol/L，TC水平达到或超过6.2mmol/L则被认为是高胆固醇血症；TG的合适范围应该低于1.7mmol/L，TG达到或超过2.3 mmol/L则被视为高甘油三酯血症；LDL-C的合适范围应该低于3.4 mmol/L，LDL-C达到或超过4.1 mmol/L则被认为是高低密度脂蛋白胆固醇血症；HDL-C的合适范围应该高于或等于1.0mmol/L，而低于1.0mmol/L则被认为是低高密度脂蛋白胆固醇血症。当上述血脂指标一项及以上异常则可诊断为血脂异常。

2023年罗湖区调查结果显示，共有671名个体被诊断为血脂异常，患病率为59.43%，男性血脂异常患病率为67.72%，女性血脂异常患病率为52.72%，差异有统计学意义（ $t = 34.79, P < 0.001$ ）。2018年慢性病流行调查结果显示血脂异常率为38.1%，2018年血脂异常标化率为97.98‰，而2023年血脂异常标化率为147.50‰，说明5年内血脂异常患病标化率上升。

血清总胆固醇达到高胆固醇血症标准的个体数为160人，占比16.83%；诊断为高甘油三酯血症的个体数为126，占比34.98%；而HDL-C降低的个体数为92，占比5.67%。调查结果发现有505名男

性中，342 名诊断为血脂指标一项及以上异常，占比 67.72%；血清总胆固醇达到高胆固醇血症标准的有 169 人，占比 33.46%；高甘油三酯血症标准的有 239 人，占比 47.33%；HDL-C 降低的有 50 人，占比 9.90%。调查涉及的 624 名女性个体样本中，76 人被诊断为混合型血脂异常，占比 12.18%；血清总胆固醇达到高胆固醇血症标准的有 182 人，占比 29.17%；高甘油三酯血症标准的有 156 人，占比 25.00%；HDL-C 降低的有 14 人，占比 2.24%。

根据调查结果显示，2023 年居民血液中甘油三酯的平均含量为  $1.75 \pm 1.72$  mmol/L，而 2018 年慢性病流行病学调查显示居民血液中甘油三酯的平均含量为  $1.39 \pm 1.07$  mmol/L，2023 年居民的甘油三酯平均含量较 2018 年的甘油三酯平均含量高，差异有统计学意义 ( $t = 5.85$ ,  $P < 0.01$ )；2023 年居民血清总胆固醇平均含量为  $5.29 \pm 1.047$  mmol/L，2018 年居民血清总胆固醇平均含量为  $4.90 \pm 0.99$  mmol/L，2023 年居民血清总胆固醇平均含量较 2018 年的平均含量高，且差异有统计学意义 ( $t = 9.03$ ,  $P < 0.001$ )；2023 年居民的平均高密度脂蛋白水平 ( $1.43 \pm 0.31$  mmol/L) 较 2018 年的平均高密度脂蛋白水平 ( $1.21 \pm 0.30$  mmol/L) 高，并且差异有统计学意义 ( $t = 16.87$ ,  $P < 0.01$ )；2023 年居民的平均低密度脂蛋白水平 ( $3.38 \pm 0.75$  mmol/L) 较 2018 年的平均低密度脂蛋白水平 ( $3.09 \pm 0.80$  mmol/L) 高，并且差异有统计学意义 ( $t = 8.92$ ,  $P < 0.01$ )。

根据调查人群的血脂水平的年龄与性别分布表（表 4-17），我们发现在 18~29 岁、30~39 岁以及 50~59 岁年龄组中，男性的总胆固醇

含量高于女性，这种差异具有统计学意义。此外，男性的 TC 含量均高于合适范围，处于边缘升高的范围。在 30~39 岁年龄组中，男性的甘油三酯含量明显高于女性，差异具有统计学意义。而 40~49 岁年龄组的平均 TG 含量超过了边缘升高的范围，因此需要加强血脂管理。值得一提的是，在 30~39 岁年龄组中，女性的 HDL-C 含量高于男性，这种差异具有统计学意义。此外，女性的 HDL-C 平均含量在其他年龄组中也高于男性。在 18~29 岁、30~39 岁以及 50~59 岁年龄组中，低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 平均含量均存在统计学差异。在 18~29 岁和 30~39 岁年龄组中，男性的 LDL-C 平均含量高于女性，这种差异具有统计学意义。然而，在 50~59 岁年龄组中，女性的 LDL-C 平均含量高于男性，同样具有统计学意义。在大于 59 岁的年龄组中，我们观察到女性的 LDL-C 平均含量高于男性，但是这种差异并不具有统计学意义。

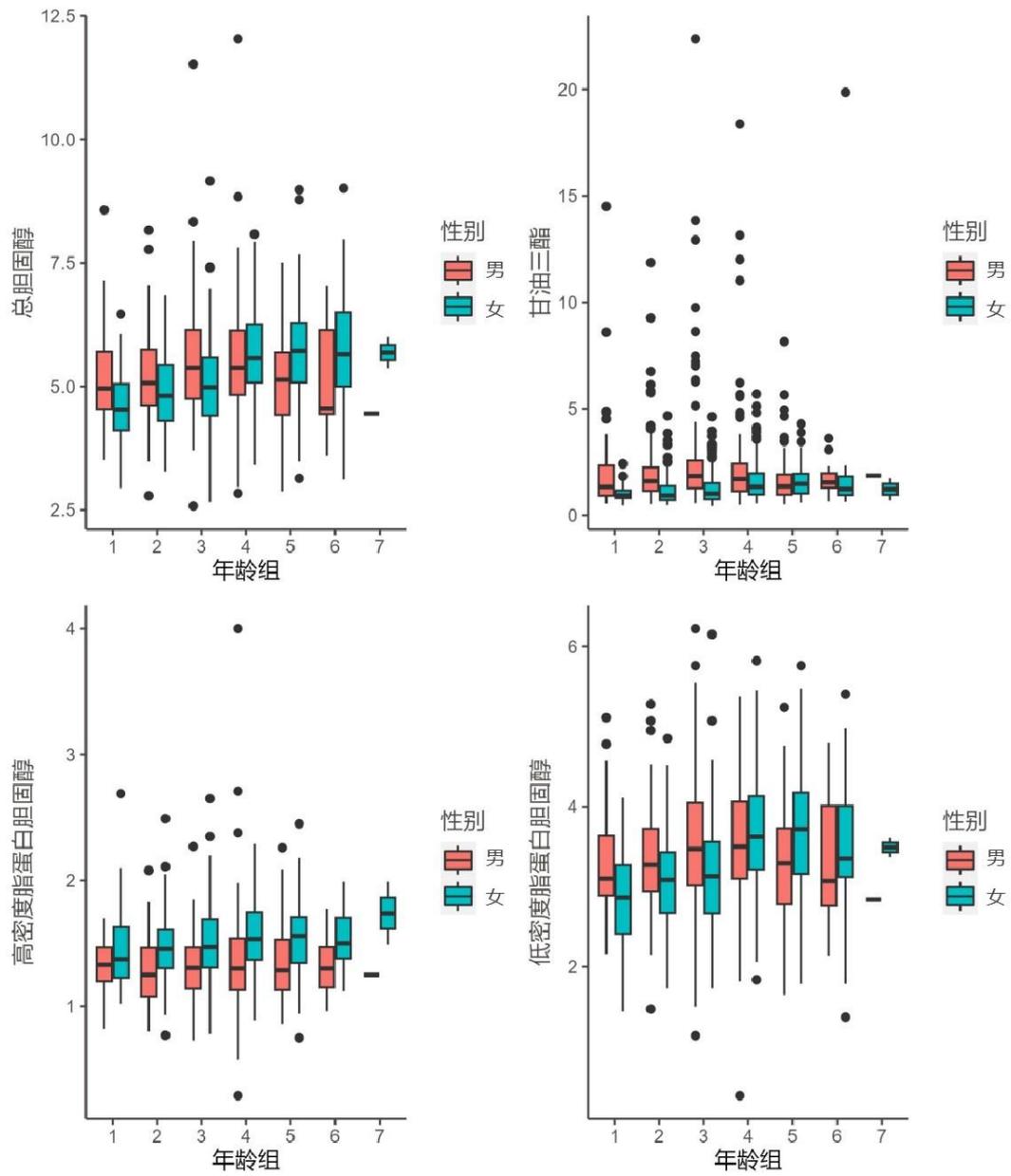


图 4-6 血脂四项年龄与性别分布图。注：年龄组 1~7 分别代表 18~29 岁、30~39、40~49、50~59、60~69、70~79 岁。

表 4-17 调查人群血脂水平的年龄性别分布

年龄组	性别	总胆固醇 (TC%)	甘油三酯 (TG%)	高密度脂蛋白胆 固醇 (HDL-C%)	低密度脂蛋白胆 固醇 (LDL-C%)
18~29	男	5.17 ± 1.05*	2.21 ± 2.56	1.32 ± 0.20	3.31 ± 0.68*
	女	4.54 ± 0.86	1.03 ± 0.45	1.46 ± 0.33	2.82 ± 0.69
30~39	男	5.21 ± 0.91*	2.05 ± 1.67*	1.28 ± 0.26*	3.37 ± 0.64*
	女	4.89 ± 0.76	1.16 ± 0.69	1.46 ± 0.27	3.10 ± 0.57
40~49	男	5.54 ± 1.14	2.45 ± 2.61	1.31 ± 0.25	3.54 ± 0.80
	女	5.00 ± 0.88	1.25 ± 0.72	1.51 ± 0.31	3.15 ± 0.65
50~59	男	5.52 ± 1.14*	2.24 ± 2.33	1.36 ± 0.398	3.54 ± 0.77*
	女	5.67 ± 0.93	1.60 ± 0.90	1.56 ± 0.28	3.68 ± 0.71
60~69	男	5.03 ± 0.96	1.82 ± 1.41	1.35 ± 0.32	3.27 ± 0.74
	女	5.68 ± 1.17	1.61 ± 0.78	1.54 ± 0.31	3.68 ± 0.84
70+	男	5.12 ± 1.12	1.67 ± 0.79	1.32 ± 0.23	3.30 ± 0.79
	女	5.80 ± 0.49	2.58 ± 4.8	1.54 ± 0.25	3.45 ± 1.06

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 4-18 罗湖区调查人群血脂异常的年龄与性别分布情况

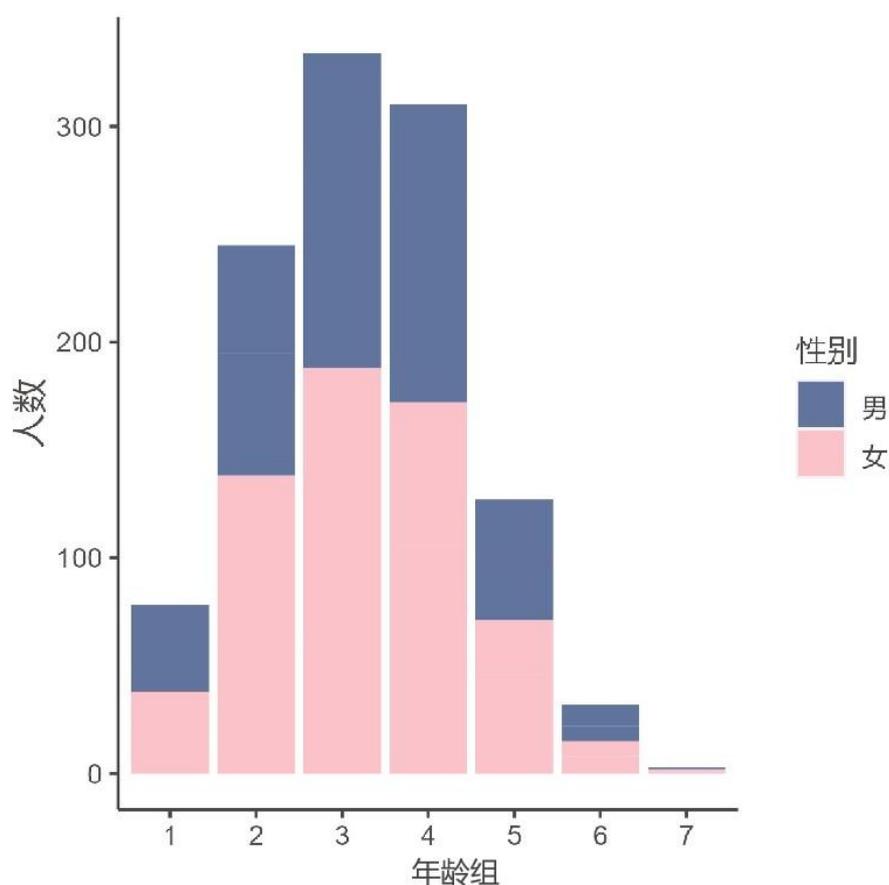
年龄组	性别	血脂异常		患病率 (%)	合计
		是	否		
18~29	男	17*	23	42.50	40
	女	4	34	10.53	38
30~39	男	57*	50	53.27	107
	女	37	101	26.81	138
40~49	男	97*	49	66.44	146
	女	60	128	31.91	188
50~59	男	92	46	66.67	138
	女	106	66	61.63	172
60~69	男	26*	30	46.4	56
	女	47	24	66.20	71
70~79	男	7	10	41.18	17
	女	8	7	53.33	15
80+	男	1	0	100.00	1
	女	1	1	50.00	2

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

调查结果显示，罗湖区调查人群中血脂异常的总人数为 560 人，其中男性 297 人，女性 263 人。在男性中，有 208 人未检测出血脂异常，而女性中有 361 人血脂在正常范围内。利用卡方检验发现，男性总体患病率高于女性，这种性别差异具有统计学意义 ( $\chi^2 = 8.50$ ,  $P < 0.01$ )。经过年龄组分层的 Mantel-Haenszel 检验显示，诊断血脂异常与年龄之间存在统计学差异 ( $\chi^2 = 33.36$ ,  $P < 0.01$ )，并且这一差异具有统计学意义，同时考虑到了男女性别的影响。而通过性别分层的 Cochran-Mantel-Haenszel 检验表明，诊断血脂异常与性别之间相关，

并且这种关系具有统计学意义 ( $M^2 = 61.26, P < 0.01$ )，同时考虑了年龄的影响。

在年龄分层后的调查人群中，男性的血脂异常率在大部分年龄分组均高于女性。具体而言，在 18~29、30~39、40~49、60~69 的年龄组中，男女检测出血脂异常的情况均存在统计学差异。



罗湖区调查人群血脂异常的年龄与性别分布情况

图 4-7 罗湖区人群血脂异常的年龄与性别分布。注：年龄组 1~7 分别代表 18~29 岁、30~39、40~49、50~59、60~69、70~79 岁。

## (十二) 超重、肥胖与向心性肥胖

超重、肥胖以及向心性肥胖是心血管疾病、糖尿病、癌症等多种

慢性疾病的主要危险因素。体质指数（Body Mass Index, BMI）是国际公认的一种评定肥胖程度的分级方法，世界卫生组织也以 BMI 来定义超重或肥胖。BMI 的计算公式为体重（kg）除以身高（m）的平方。根据诊断标准，BMI<18.5 为体重过低；18.5≤BMI <24 为体重正常；24≤BMI <28 为超重；BMI ≥28 为肥胖。男性腰围≥85cm 和女性腰围≥80cm 也被定义为向心性肥胖。

调查结果显示，超重者共有 404 人，超重率达 35.78%，肥胖者有 144 人，肥胖率有 12.75%。2018 年调查结果显示罗湖区居民的超重率是 27.2%，肥胖率是 8.29%。使用标化率比较发现，2023 年的超重标化率为 51.48%，2018 年的超重标化率为 57.56%，结果表示 2023 年的超重标化率下降；2023 年的肥胖标化率为 17.20%，2018 年的肥胖标化率为 19.26%，结果表示 2023 年的肥胖标化率下降，超重与肥胖的标化率均下降。

2023 年的结果显示男性超重者有 216 人（占比 42.77%），肥胖者有 91 人（占比 18.01%）；女性超重者有 188 人（占比 30.13%），肥胖者有 53 人（占比 8.49%）。肥胖情况的构成比在男性和女性之间有所不同。具体而言，男性在 40~49 岁年龄段的肥胖构成比最高，而女性在 60~69 岁年龄段略有上升。

本次调查显示罗湖区调查人群的平均腰围为  $82.39 \pm 10.48\text{cm}$ ，高于 2018 年深圳市居民的腰围  $81.34 \pm 9.71\text{cm}$ ，差异有统计学意义（ $t = 2.40$ ， $P = 0.016$ ）。本次调查中男性平均腰围为  $88.20 \pm 9.60\text{cm}$ ，且男性的平均腰围高于向心性肥胖的标准，女性平均腰围为  $77.77 \pm$

8.71 cm，男性的平均腰围高于女性，差异有统计学意义（ $t = 262.0$ ， $P < 0.001$ ）。利用标化率与 2018 年的结果比较，2018 年的向心性肥胖标化率为 110.59，2023 年的向心性标化率为 76.46，对比结果发现今年内人群的向心性肥胖标化率变小。

本次调查中调查人群的平均 BMI 值为  $24.18 \pm 3.42$ ，而 2018 年居民的平均 BMI 值为  $23.15 \pm 3.19$ ，高于 2018 年调查的 BMI 值，差异有统计学意义（ $t = 7.17$ ， $P < 0.01$ ），其中 2023 年与 2018 年居民的平均身高无统计学差异，2023 年居民的平均体重为  $63.76 \pm 12.14$ ，高于 2018 年的平均体重  $60.90 \pm 10.94$ ，差异有统计学意义（ $t = 5.70$ ， $P < 0.01$ ）。罗湖区调查显示，男性的平均 BMI 值高于女性，且两者之间的差异具有统计学意义。在年龄分层的分析中，男性和女性的平均 BMI 随年龄的增加而增加。男性在 70+ 岁年龄组的 BMI 值依然上升，应该注意这部分超重的老年人群。相比之下，女性的 BMI 在 60~69 岁年龄组中达到最高值，而在 70~79 岁年龄组有所下降。

表 4-19 罗湖区调查人群平均 BMI 的年龄性别分布

年龄组（岁）	男性	女性	总计
18~29	$24.40 \pm 4.50^*$	$21.68 \pm 3.27$	$23.06 \pm 4.15$
30~39	$24.83 \pm 3.90$	$23.00 \pm 2.85$	$23.79 \pm 3.46$
40~49	$25.50 \pm 3.63$	$23.38 \pm 3.21$	$24.30 \pm 3.55$
50~59	$24.88 \pm 3.06$	$23.94 \pm 3.22$	$24.36 \pm 3.18$
60~69	$24.94 \pm 3.13$	$24.46 \pm 2.87$	$24.67 \pm 2.99$
70+	$25.18 \pm 2.97$	$24.08 \pm 3.21$	$24.68 \pm 3.07$
总	$25.03 \pm 3.54^*$	$23.48 \pm 3.15$	$24.18 \pm 3.42$

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表 4-20 罗湖区调查人群超重及肥胖的年龄性别分布

年龄组	超重人数 (构成比)			肥胖人数 (构成比)		
	男性	女性	总计	男性	女性	总计
18~29	7 (17.5%)	4 (15.7%)	13 (16.7%)	10 (25%)	2 (5.3%)	12 (15.4%)
30~39	39 (36.4%)	35 (25.4%)	74 (30.2%)	20 (18.7%)	8 (5.79%)	28 (11.4%)
40~49	64 (43.8%)	56 (29.8%)	120 (35.9%)	32 (21.2%)	15 (7.98%)	47 (14.1%)
50~59	66 (47.8%)	55 (31.9%)	121 (39.0%)	19 (13.7%)	19 (11.0%)	38 (12.2%)
60~69	30 (53.6%)	28 (39.4%)	58 (45.7%)	7 (12.5%)	8 (11.3%)	15 (11.8%)
70+	7 (52.9%)	4 (46.7%)	11 (50%)	3 (17.6%)	1 (6.7%)	4 (12.5%)
总人数	216	188	404	91	53	144

调查结果显示罗湖区调查人群中男性判定为向心性肥胖有 314 人，男性向心性肥胖率为 62.17%，女性判定为向心性肥胖有 231 人，女性向心性肥胖率为 37.02%，男性的向心性肥胖率较女性的高，差异有统计学意义 ( $\chi^2=69.75$ ,  $P < 0.001$ )。罗湖区居民总体向心性肥胖率有 48.27%，较 2018 年的调查中的 29.97% 高，差异有统计学意义 ( $\chi^2=73.50$ ,  $P < 0.001$ )。说明罗湖区居民总体的向心性肥胖率在增长，而男性的向心性肥胖率增长更多，应注意饮食减少油脂摄入、增加运动量减少酒精摄入。

从平均腰围年龄性别分布表可以看到，男性的平均腰围在 30~39 岁年龄段则开始大于 85 cm，且男性总体的平均腰围大于 85cm；女性的平均腰围维持在 80cm 以内的年龄段在 59 岁之前，60 岁以上的平均腰围开始上升。向心性肥胖的年龄与性别分布表可以看到，男性在 18~29 岁年龄段向心性肥胖的占比有 40.0% 而向心性肥胖的占比随

着年龄上升而上升，在 70~79 岁年龄组有 76.5%，女性在 18~29 岁年龄组向心性肥胖占比较小，占比随年龄上升而上升但是在 60~69 岁年龄组达到最大值 63.4%，随后下降。

表 4-21 罗湖区调查人群平均腰围的年龄性别分布

年龄组 (岁)	男性	女性	总计
18~29	84.93 ± 10.58*	70.93 ± 8.41	77.83 ± 11.81
30~39	87.31 ± 10.92*	75.53 ± 7.31	80.62 ± 10.75
40~49	89.21 ± 9.43*	76.76 ± 7.92	82.21 ± 10.62
50~59	88.03 ± 8.63*	79.66 ± 8.78	83.36 ± 9.65
60~69	89.0 ± 9.20*	82.78 ± 8.60	85.53 ± 9.37
70~79	89.84 ± 7.91	82.93 ± 11.28	86.84 ± 9.96
总	88.20 ± 9.60*	77.77 ± 8.71	82.39 ± 10.48

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 4-22 罗湖区调查人群向心性肥胖的年龄性别分布

年龄组 (岁)	男性		女性		总计
	人数	构成比	人数	构成比	
18~29	16	40.00%	6	15.79%	28.17%
30~39	58*	54.20%	32	23.18%	36.73%
40~49	99*	67.80%	62	32.98%	48.24%
50~59	85	61.59%	77	44.76%	52.20%
60~69	42	75.00%	45	63.38%	68.54%
70~79	14	76.47%	9	53.33%	65.57%
总	314*	62.17%	231	37.02%	48.27%

注：\*男性相对比女性差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

## 五、死因谱特点

### （一）死亡水平和三大类死因构成

#### 1. 总体死亡水平

2022年罗湖区共报告死亡个案2412例，较2021年（1796）升高34.30%，粗死亡率为2.37‰，较2021年（1.56‰）升高51.92%；标化死亡率为3.74‰（以第六次人口普查全国人口数为标准人口），较2021年标化死亡率（2.37‰）升高57.81%。男性人口数为50.78万，死亡人数为1509人，占死亡总数的62.56%，粗死亡率为2.97‰，较2021年（1.86‰）升高59.68%；标化死亡率为4.35‰，较2021年（2.71‰）升高60.52%。女性人口数为51.01万，死亡人数为903人，占总死亡数的37.44%，粗死亡率为1.77‰，较2021年（1.24‰）升高42.74%；标化死亡率为3.13‰，较2021年（2.20‰）升高42.27%。

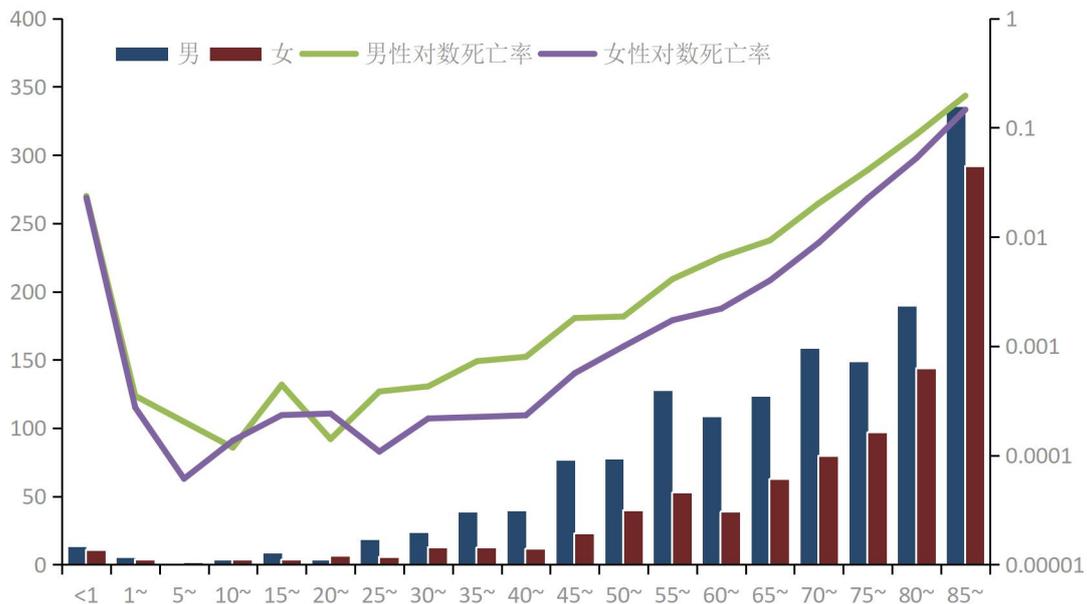


图 5-1 2022 年常住人口死亡年龄性别分布

0-1 岁组死亡率较高，男性为 23.7‰，女性为 22.8‰。1 岁后迅

速下降，30岁以后逐渐开始上升。死亡率自30岁开始逐渐上升，85岁以上死亡率达到最高峰，其中男性为196.6‰、女性为146.5‰。具体见图5-1。

## 2. 总体人群健康指标

按现有死亡数据，采用寿命表法进行期望寿命估计，2022年罗湖区常住人口期望寿命为81.42岁，较2021年（87.9岁）降低6.48岁；总早死概率为8.44%，较2021年（7.29%）升高1.15%。婴儿死亡数为25人，较2021年（8人）增加17人；孕产妇死亡数为1人。

## 3. 三大类死因构成分析

常住人口死亡病例中，慢性病为最主要的死因，共1988例，占总死亡人数的82.42%。传染病、母婴及营养缺乏性疾病共223例，较2021年（114例）增加95.61%；占比为9.25%，较2021年（6.35%）增加45.67%。具体见表5-1。

男女三大类死因构成模式基本相同，男性死亡病例中，传染病、母婴疾病和营养缺乏性疾病占总死亡数比例略低，慢性病、伤害占总死亡比例略高。除传染病、母婴疾病和营养缺乏性疾病外，其他疾病占总死亡人数比例，女性均显著低于男性。具体见图5-2。

表 5-1 常住人口三大类死因构成特点

三大类死因	死亡数	构成比	死亡率（/10 万）
慢性病	1988	82.42	195.3
传染病、母婴及营养缺乏性疾病	223	9.25	21.9
伤害	124	5.14	12.2
不明原因疾病	77	3.19	7.6
总计	2412	100.00	236.9

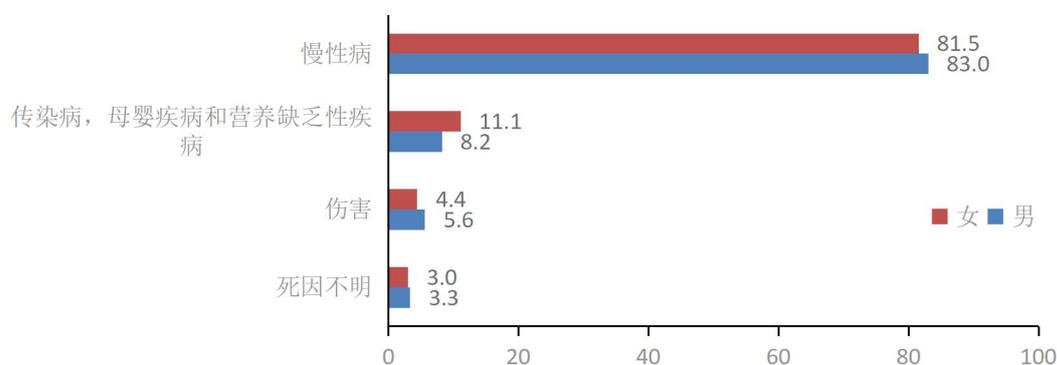


图 5-2 2022 年常住人口死因分类构成比

## （二）死因顺位

### 1. 总人群死因顺位

2022 年恶性肿瘤居死因顺位之首，死亡 710 例，占 29.4%；其次是心血管疾病，死亡 509 例，占 21.1%；第三位是脑血管疾病，死亡 356 例，占 14.8%；呼吸系统疾病居第四位，死亡 341 例，占 14.1%；伤害居第五位，死亡 124 例，占 5.1%；前五位死因合占总死亡人数的 84.6%。详见图 5-3。其中恶性肿瘤、伤害死亡占比较 2021 年（恶性肿瘤占比 33.1%，伤害占比 6.3%）有所下降，心血管疾病、呼吸系统疾病死亡占比较 2021 年（心血管疾病 15.0%，呼吸系统疾病 9.0%）

显著升高。

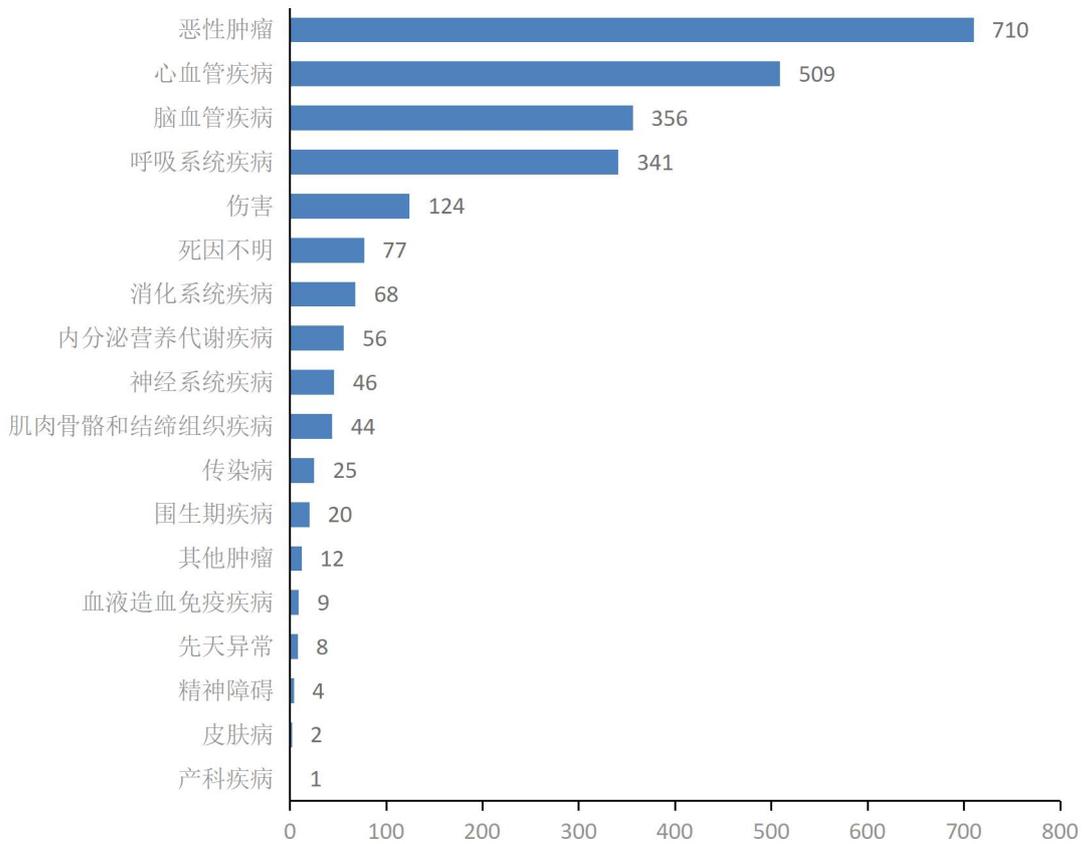


图 5-3 2022 年常住人口死因分类构成

## 2. 不同性别死因顺位

2022 年男性常住人口死因顺位第一位为恶性肿瘤，死亡 446 例，占 29.6%，较 2021 年（32.2%）占比下降 2.6%；其次是心血管疾病，死亡 326 例，占 21.6%；第三位是脑血管病，死亡 231 例，占 15.3%；呼吸系统疾病居第四位，死亡 205 例，占 13.6%；伤害居第五位，死亡 84 例，占 5.6%；前五位死因合占总死亡人数的 85.6%。详见图 5-4。

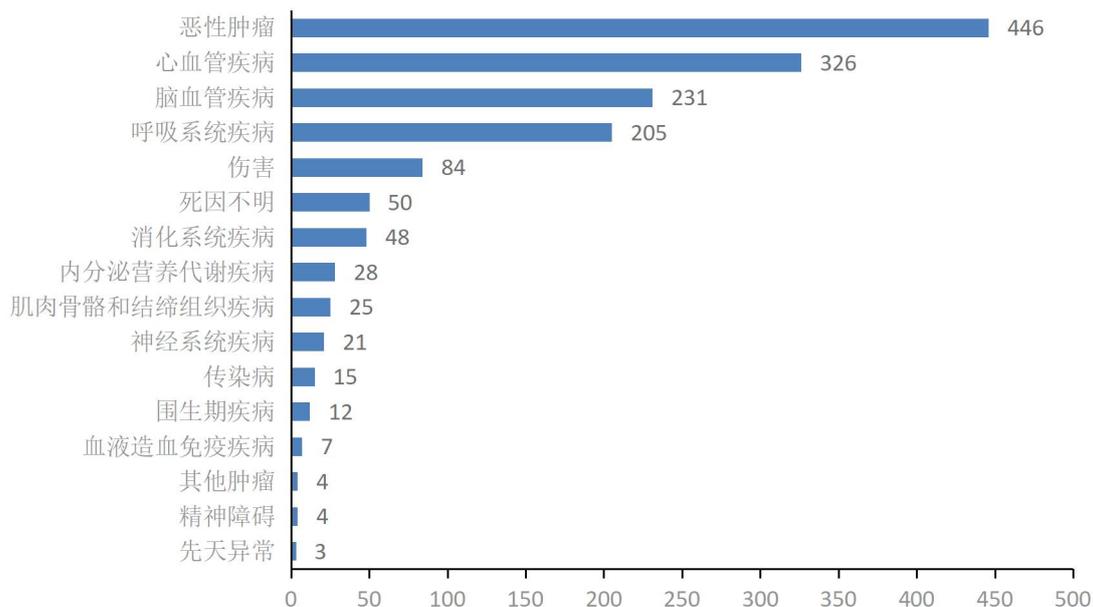


图 5-4 2022 年男性常住人口死因顺位及构成

2022 年女性常住人口死因顺位第一位为恶性肿瘤，死亡 264 例，占 29.2%；其次是心血管病，死亡 183 例，占 20.3%；第三位是呼吸系统疾病，死亡 136 例，占 15.1%；脑血管疾病第四位，死亡 125 例，占 13.8%；伤害居第五位，死亡 40 例，占 4.4%；前五位死因合占总死亡人数的 82.8%。详见图 5-5。

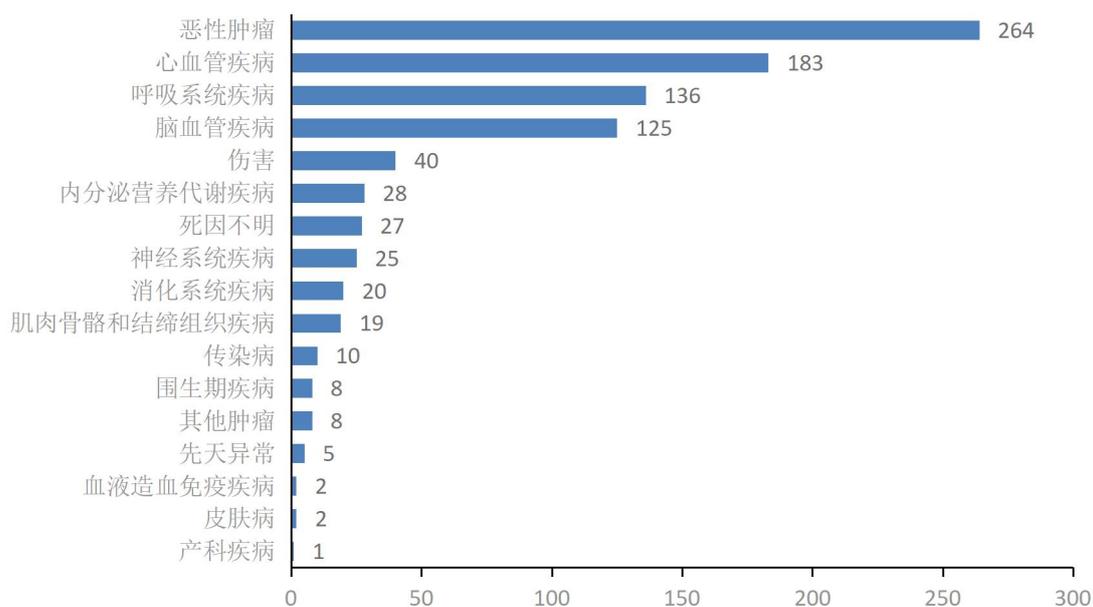


图 5-5 2022 年女性常住人口死因顺位及构成

### （三）主要慢病及伤害死因谱顺位

#### 1.恶性肿瘤前十位癌谱

2022年罗湖区常住人口恶性肿瘤死亡病例中报告数居前十位的癌种分别为：肺癌 187 例、结直肠癌 98 例、肝癌 88 例、胃癌 43 例、胰腺癌 34 例、食道癌 32 例、淋巴瘤与多发性骨髓瘤 31 例、唇、口腔和咽恶性肿瘤 25 例、乳腺癌 24 例以及前列腺癌 23 例。见图 5-6。

男性肿瘤死亡顺位为：肺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌、前列腺癌、胰腺癌、唇、口腔和咽恶性肿瘤、食道癌、淋巴瘤与多发性骨髓瘤、白血病、膀胱癌、皮肤癌。见图 5-7。

女性恶性肿瘤死亡顺位为：肺癌、结直肠癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、食道癌、淋巴瘤与多发性骨髓瘤、子宫颈癌、胰腺癌、白血病、卵巢癌、子宫体癌、唇、口腔和咽恶性肿瘤、皮肤癌、膀胱癌。详见图 5-8。

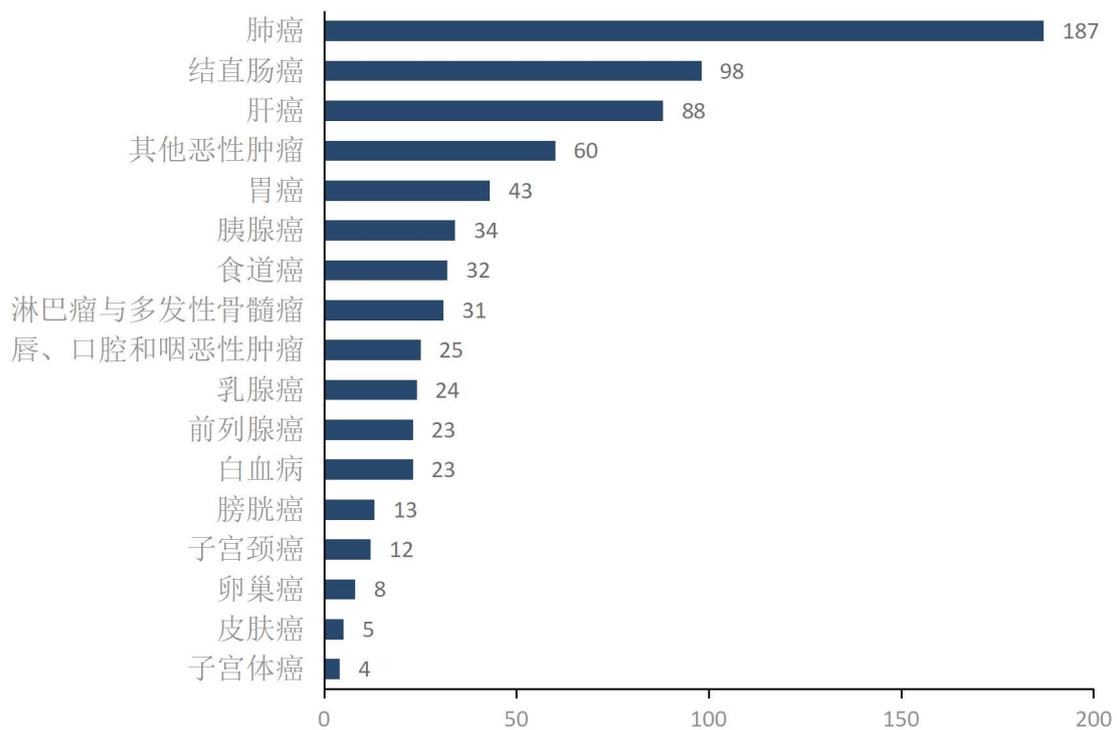


图 5-6 2022 年常住人口恶性肿瘤分布谱

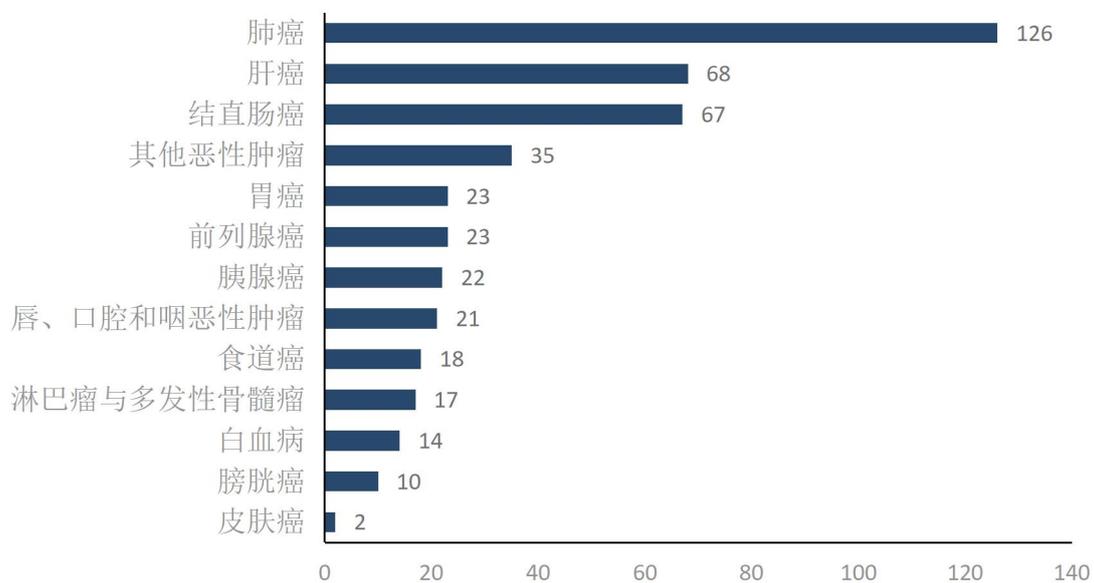


图 5-7 2022 年常住人口男性癌症分布谱

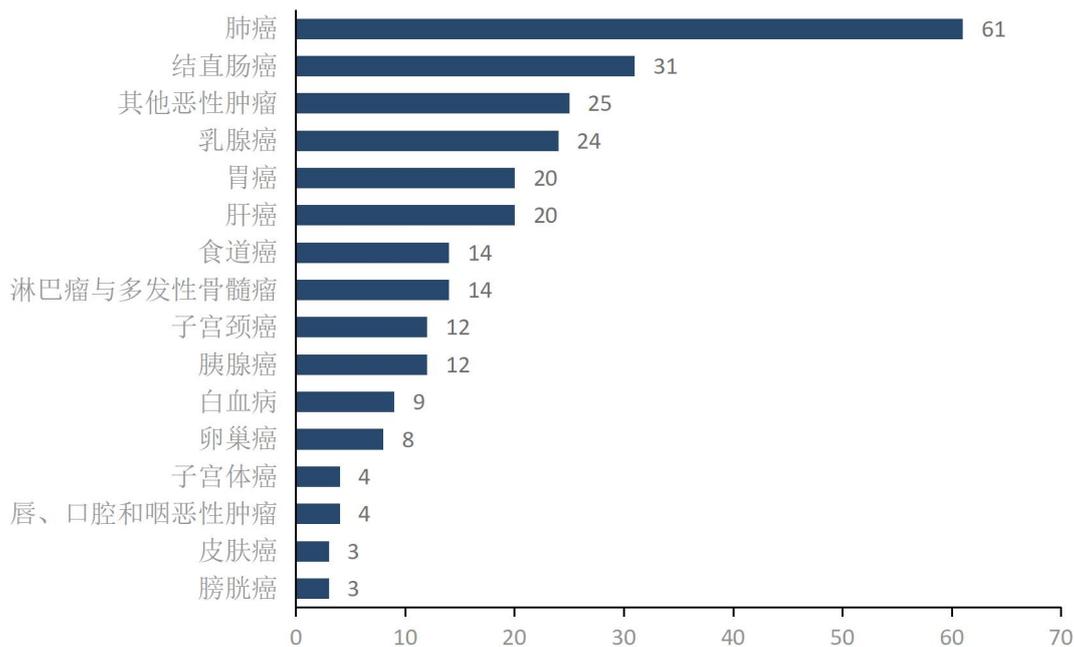


图 5-8 2022 年常住人口女性恶性肿瘤疾病谱

## 2.心脑血管疾病死因谱

心脑血管疾病以脑血管病为主，占 41.16%；其次为缺血性心脏病，占 37.46%。见表 5-2 及图 5-9。

男性与女性心脑血管病病种构成一致，除风湿性心脏病女性比例略高于男性外，其他病种男性均高于女性。具体见图 5-11。

表 5-2 心脑血管疾病主要病种分布情况

根本死因	死亡病例数	百分比 (%)
脑血管病	356	41.16
缺血性心脏病	324	37.46
其他心血管疾病	110	12.72
高血压及并发症	49	5.66
炎性心脏病	18	2.08
风湿性心脏病	8	0.92
合计	865	100.0

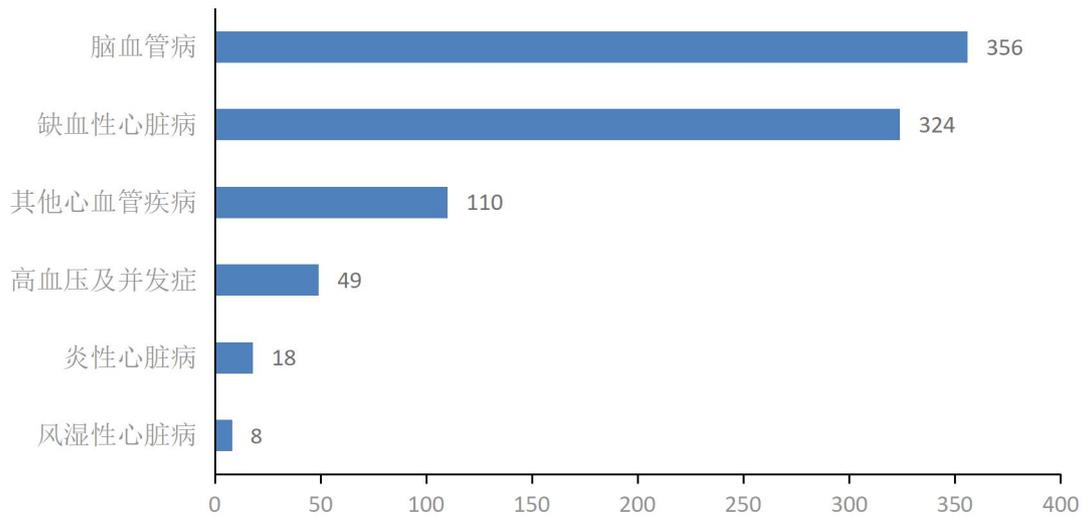


图 5-9 心脑血管病主要病种分布

#### （四）主要慢性病过早死亡率

世界卫生组织将发生在 30 到 70 岁的死亡定义为“过早死亡”，过早死亡率（早死率）是指每个人在 30 到 70 岁之间死亡的概率。从 2016 年我国颁布实施《“健康中国 2030”规划纲要》开始，“降低重大慢性病过早死亡率”已经成为我国慢性病防控工作的重要发展指标。

2022 年罗湖区居民因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病这四类重大慢性病早死率为 9.51%，比 2021 年的早死率低。见表 5-5。

表 5-5 2017-2022 年罗湖区户籍人口四类主要慢性病早死概率

年份	死亡人数（人）	死亡率（/10 万）	早死概率（%）
2017	995	153.56	7.64
2018	1158	189	11.9
2019	1034	168	10.3
2020	1242	201	9.16
2021	821	161	10.41
2022	1449	236	9.51

2022 年罗湖区居民心脑血管疾病早死率为 3.69%，总体维持在较低水平。缺血性心脏病早死率、脑血管病早死率、糖尿病和慢性呼吸性疾病早死率分别为 1.58%，1.50%，0.44%，0.33%，均比 2021 年的早死率降低。见表 5-6。

2022 年罗湖区居民期望寿命为 79.1 岁，其中男性期望寿命为 75.3 岁，女性期望寿命为 82.2 岁。

表 5-6 2017-2022 年罗湖区户籍人口各疾病早死概率

心脑血管疾病早死概率			
年份	死亡人数（人）	死亡率（/10 万）	早死概率（%）
2017	398	61.43	2.29
2018	504	82.17	4.56
2019	440	71.3	3.72
2020	510	83	2.93
2021	464	90.75	4.27
2022	675	128	3.69

缺血性心脏病早死概率			
年份	死亡人数（人）	死亡率（/10 万）	早死概率（%）
2017	165	25.47	1.89
2018	226	36.85	2.13

2019	198	32.1	1.69
2020	203	33	1.09
2021	249	48.7	2.39
2022	283	54	1.58

脑血管病早死概率

年份	死亡人数 (人)	死亡率 (/10 万)	早死概率 (%)
2017	146	22.53	0.81
2018	198	32.28	1.66
2019	176	28.5	1.21
2020	223	36.13	1.3
2021	215	42.05	1.93
2022	260	49	1.5

糖尿病早死概率

年份	死亡人数 (人)	死亡率 (/10 万)	早死概率 (%)
2017	35	5.4	0.23
2018	43	7.01	0.29
2019	41	6.64	0.39
2020	65	10.53	0.52
2021	45	9	0.47
2022	51	9.67	0.44

慢性呼吸系统疾病早死概率

年份	死亡人数 (人)	死亡率 (/10 万)	早死概率 (%)
2017	74	11.42	0.17
2018	91	14.84	0.29
2019	55	8.91	0.05
2020	85	13.77	0.03
2021	55	11	0.17
2022	132	25	0.33

## 六、营养监测情况

### (一) 人口学特征

营养监测问卷调查中，罗湖区共获得有效样本 1136 人（表 6-1），其中男性 481 人，占比 42.3%；女性 655 人，占比 57.7%，男女性别比为 1: 1.36；成年人的调查对象最大达 88 岁，其平均年龄  $48.1 \pm 14.8$  岁，其中孕妇 45 名，平均年龄 32 岁，乳母 58 名，平均年龄  $30.0 \pm 3.2$  岁。

表 6-1 调查对象年龄及性别分布

年龄（岁）	男性		女性		合计	
	人数	%	人数	%	人数	%
0~	71	46.71	81	53.28	152	13.38
2~	74	53.62	64	46.38	138	12.14
6~	142	53.18	125	46.82	267	23.50
18~	72	23.84	230	76.16	302	26.58
45~	50	34.96	93	65.03	143	12.29
60~	72	53.73	62	46.27	134	11.79
总计	481	42.34	655	57.65	1136	100

### (二) 儿童营养监测情况

#### 1. 0-5 岁儿童生长发育情况

本次调查 0-5 岁儿童 290 人，男性 145 人，女性 145 人。其中 2 岁以下儿童 152 人，男 71 人，女 81 人；2-5 岁儿童 138 人，男性 74 人，女性 64 人。

调查显示，0 至 1 岁平均体重为  $8.56 \pm 2.54$  斤，与全国平均水平

相当。其中 0 岁男婴平均体重为  $7.52 \pm 2.49$  斤，0 岁女婴平均体重为  $7.21 \pm 1.61$  斤，男女出生体重无差异，出生体重均处于正常水平；其中 1 岁男婴平均体重为  $11.24 \pm 1.98$  斤，1 岁女婴平均体重为  $10.24 \pm 1.31$  斤。

根据儿童月龄生长发育标准判断是否发育迟缓，本次调查定义生长发育迟缓为身高（身长）小于标准值（SD）的 2 个标准差。表 6-2 结果显示，0-5 岁儿童生长发育迟缓率为 17.93%，其中男性 17.24%，女性为 11.72%。2 岁以下儿童生长发育迟缓率为 26.31%，2-5 岁儿童生长发育迟缓率为 8.69%。

表 6-2 0-5 岁儿童生长发育迟缓率

年龄（岁）	男性		女性		合计	
	人数	发育迟缓率（%）	人数	发育迟缓率（%）	人数	发育迟缓率（%）
0~	16	22.53	14	17.28	40	26.31
2~5	9	12.16	3	4.69	12	8.69
总计	25	17.24	17	11.72	52	17.93

根据儿童月龄生长发育标准判断是否为低体重，本次调查定义儿童低体重为体重小于标准值的 2SD。调查结果显示，0-5 岁儿童低体重率为 23.79%，其中男性低体重率 27.58%，女性低体重率为 20.00%。2 岁以下儿童低体重率为 20.39%，2-5 岁儿童低体重率为 13.77%。见表 6-3。

表 6-3 0-5 岁儿童低体重情况

年龄（岁）	男性		女性		合计	
	人数	低体重率 （%）	人数	低体重率 （%）	人数	低体重率 （%）
0~	20	28.57	11	13.58	31	20.39
2~5	11	14.86	8	12.50	19	13.77
总计	40	27.58	29	20.00	69	23.79

## 2. 儿童两周患病情况

表 6-4 结果显示，5 岁以下儿童呼吸系统两周患病率为 20.00%，其中男性患病率为 24.73%，女性患病率为 14.72%，男女患病率有统计学差异。2 岁以下儿童呼吸系统患病率为 20.0%，2-5 岁儿童呼吸系统患病率为 20.43%。5 岁以下腹泻两周患病率为 15.82%，其中男性腹泻两周患病率为 12.80%，女性腹泻两周患病率为 5.87%，男女腹泻两周患病率有差异。2 岁以下儿童腹泻患病率为 12.00%，2-5 岁儿童呼吸系统患病率为 19.71%。

表 6-4 5 岁以下儿童两周患病率（%）

年龄（岁）	呼吸系统疾病			腹泻		
	男	女	合计	男	女	合计
<2	25.00	15.33	20.00	16.72	7.72	12.00
2-5	24.43	13.82	20.00	9.54	3.42	19.71
合计	24.73	14.72	20.00	12.80	5.87	15.82

## 3. 两岁以下儿童喂养监测情况

根据《中国居民膳食指南 2022 版》婴幼儿满 6 月龄后推荐继续

母乳喂养至 2 岁，从满 6 月龄后逐步添加辅食，过早或过晚都会影响健康。调查结果显示，认为孩子 6 月龄内应只吃母乳的正确应答率是 74.1%，孩子 6 月龄后开始添加辅食的正确应答率是 0%，母乳的哺乳率 96.4%。儿童断奶月龄主要集中在 6-12 月龄范围内，断奶月龄 $\geq$ 6 个月的占比 71.8%。婴幼儿 6 个月龄以后添加辅食的占比 80.3%，首先添加肉泥、肝泥和强化铁的婴儿谷粉等富含铁的泥糊状食物，根据调查显示辅食中添加畜肉占为 73.1%，辅食多食用谷类食物，占比 84.3%，较少食用动物血制品和肝脏等。辅食多通过添加蛋类补充维生素 A，占比 58.8%。经医生诊断共有两名儿童对奶及其奶制品有食物过敏反应，2 岁以下儿童的家长均定期监测孩子的成长发育（包括身高、体重），婴幼儿活动时间  $\geq$  4 小时的占比 58.8%，平均户外活动时间有 1.7 小时。

#### 4. 儿童膳食营养状况

调查结果显示，2-5 岁儿童每日平均水的摄入量（含饮水、牛奶和汤）为  $1481 \pm 931$  毫升，符合《中国居民膳食指南 2022 版》中 2-5 岁儿童的推荐水摄入量 1300-1600 毫升。被调查的儿童家长均有对儿童生长发育进行定期监测，指南中推荐 2-5 岁儿童每天户外活动至少 2 小时，被调查的儿童每天户外活动时间平均有 2.3 小时达到了国家推荐的标准，每天总睡眠时间平均有  $9.83 \pm 2.74$  小时（国家推荐每天睡眠时间 10-13 小时），表示在调查中的较多儿童睡眠时间不足。每天视屏时间平均有  $1.05 \pm 0.22$  小时，数据表明儿童每日视屏时间适中，

但是为保障儿童用眼卫生建议减少儿童的视频时间。

### （三）学龄儿童青少年营养监测情况

#### 1. 一般情况

本次调查 6-17 岁青少年 267 人，其中男性 142 人，女性 125 人。

#### 2. 身高体重情况

根据儿童青少年生长发育标准判断是否发育迟缓，本次调查定义生长发育迟缓为身高小于标准值的 2SD。调查结果显示，6-17 岁儿童青少年生长发育迟缓率为 0.75%，其中男性 0.70%，女性为 0.80%。根据儿童青少年生长发育标准判断是否为低体重，本次调查定义儿童低体重为体重小于标准值的 2SD。调查结果显示，6-17 岁儿童青少年低体重率为 4.9%，其中男性低体重率 5.6%，女性低体重率为 4%。采用 BMI 作为一般性肥胖的初筛指标，根据我国卫生行业标准《学龄儿童青少年超重与肥胖筛查》（WS/T 586-2018）判断儿童超重肥胖。6-17 岁儿童青少年超重率为 16.1%，男性超重率 0%，女性超重率 14.4%，6-17 岁儿童青少年肥胖率为 14.6%，男性肥胖率 17%，女性肥胖率为 11.2%。女性的超重与肥胖率略低于男性。男女生的超重与肥胖率均较高，需要注意合理膳食控制脂肪及糖类摄入，合理安排运动。见表 6-5。

表 6-5 6-17 岁儿童青少年生长发育情况

	发育迟缓		低体重		超重		肥胖	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
男性	1	0.70	8	5.63	0	0	25	17.60

女性	1	0.80	5	4.00	18	14.40	14	11.20
合计	2	0.74	13	4.86	43	16.10	39	10.63

### 3. 中心型肥胖率

采用腰围作为中心型肥胖的辅助性筛查，根据我国卫生行业标准《7-18岁儿童青少年高腰围筛查界值》（WS/T 611-2018）来判断儿童中心型肥胖。不同性别儿童青少年年龄别腰围第75百分位数（P75）作为儿童青少年正常腰围高值。不同性别儿童青少年年龄别腰围第90百分位数（P90）作为儿童青少年高腰围界值点。罗湖区6-17岁儿童青少年总体中心型肥胖率为14.7%，男性中心型肥胖率19.1%，女性中心型肥胖率9.5%，女性略低于男性，腹部脂肪含量的过多会增加心血管疾病、糖尿病等疾病的发病风险。腰围从第90百分位数开始上述疾病指标值增加趋势愈发明显，高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）变化趋势相反，血管疾病、糖尿病危险明显增加。结果提示罗湖区6-17岁儿童青少年需少吃高盐、高糖和高脂食品，做到清淡饮食；积极规律的身体活动，学龄儿童应每天累计进行60分钟以上的中高強度身体活动。

### 4. 学龄儿童青少年的卫生情况

调查结果显示，罗湖区6-17岁抽查到的儿童青少年均有一颗及以上的龋齿，最多有9颗，平均 $2.3 \pm 2.0$ 颗龋齿；每天早晚刷牙占比61.21%，早上或晚上刷一次牙的占比33.33%，不是每天刷牙的占比5.9%，说明调查中的有一部份儿童青少年没有做好口腔卫生，需要普

及每日早晚刷牙。

用眼卫生方面，在 267 人中 39.00%有近视，其中男性近视率 34.22%，女性近视率 45.00%；3.71%弱视，其中男性弱视率 2.62%，女性弱视率 5.00%；学龄儿童青少年中 27.23%确诊散光，其中男性散光率 26.33%，女性散光率 28.3.3%；5.9%有远视，其中男性远视率 3.87%，女性远视率 8.30%，提示应加强儿童青少年用眼卫生习惯，减少视屏时间并减少长时间久坐行为。

#### 5. 学龄儿童青少年的饮酒及吸烟情况

根据调查结果显示，罗湖区 6-17 岁抽查到的儿童青少年有一人有吸烟史，有三人有饮酒史，其中一人的饮酒频率是每月 1-3 天。学龄儿童应充分认识吸烟、饮酒对生长发育和健康的危害，家长应避免当着孩子的面饮酒，不诱导孩子尝试；学校应开展饮酒、吸烟有害健康的宣教活动，加强对学生的心理健康引导。

#### 6. 睡眠与身体活动情况

根据调查结果显示，罗湖区 6-17 岁学龄儿童青少年在工作日得睡眠时间平均为  $8.9 \pm 1.1$  小时，休息日的睡眠时间平均有  $9.5 \pm 1.6$  小时。6 到 12 岁的儿童平均每天睡眠时长有  $9.1 \pm 1.1$  小时，而 13 到 17 岁青少年平均每天睡眠时长为  $8.2 \pm 0.9$  小时。有 9.9%的儿童会在睡觉时打鼾，有 7.3%的儿童有入睡困难的问题，还有 2.9%的儿童有中间觉醒 2 次以上的睡眠问题。充足的睡眠是一天活动和学习效率的保

证。6 到 12 岁儿童，每天安排 9-12 小时的睡眠，不应少于 9 个小时；13 到 17 岁青少年每天睡眠时长应为 8 到 10 小时。

根据世界卫生组织的健康建议，6-17 岁儿童青少年一周中每天应当至少进行 60 分钟中等强度到高强度身体活动，主要是有氧的身体活动每周至少 3 天应当有高强度的有氧运动，以及加强肌肉和骨骼的活动。根据调查结果，罗湖区 6-17 岁儿童青少年平均每天运动时长为  $0.9 \pm 0.8$  小时，有 16% 的人每天运动不足 10 分钟。增加身体活动促进学龄儿童身体和心理健康，有助于促进学龄儿童智力发展、提高学习效率及预防近视。

#### **(四) 18 岁以上居民营养监测状况**

##### **1. 一般情况**

本次营养监测调查了 18 岁以上成年人 512 名，其中男性 205 人，女性 305 人。调查人群的平均年龄为  $48.4 \pm 14.8$  岁，其中男性的平均年龄为  $50.7 \pm 15.7$  岁，女性的平均年龄为  $46.8 \pm 14.0$  岁。

##### **2. 居民贫血状况**

根据世界卫生组织贫血诊断标准，半岁-5 岁儿童血红蛋白 (Hb)  $< 110\text{g/L}$ ，5-11 岁儿童 Hb  $< 115\text{g/L}$ ，12-14 岁青少年 Hb  $< 120\text{g/L}$ ，15 岁以上男性 Hb  $< 130\text{g/L}$ ，女性 Hb  $< 120\text{g/L}$ ，孕妇 Hb  $< 110\text{g/L}$ 。在参与血红蛋白检测的 1035 位居民中，126 人有贫血，贫血率为 12.27%，其中男性贫血率 8.03%，女性贫血率 15.19%。根据分组，

半岁~5岁儿童贫血率 17.73%，6-11岁儿童贫血率 12.57%，12-15岁青少年贫血率 21.21%，15岁以上人群贫血率 9.03%，孕妇贫血率 11.11%。见表 2-其中，轻度贫血(女性 110–119g/L，男性 110–129g/L)率为 50.79%，中度贫血(80–109g/L)率为 49.21%，重度贫血(<80g/L)率为 0%。

表 6-7 调查对象贫血状况

分组	男性		女性		合计	
	贫血人数	贫血率(%)	贫血人数	贫血率(%)	贫血人数	贫血率(%)
半岁~	7	7.87	29	25.44	36	17.73
5岁~	14	15.73	7	8.97	21	12.57
12岁~	9	25.00	5	16.67	14	21.21
15岁~	5	2.25	45	13.55	50	9.03
孕妇	-	-	5	11.11	5	11.11
总计	35	8.03	95	15.19	126	12.27

### 3. 居民维生素及激素水平

维生素和矿物质（通常称为微量营养素）摄入不足也是营养不足的表现形式。微量营养素使身体能够产生酶、激素和其他物质，这些对正常生长和发育至关重要。

维生素 B12 是水溶性维生素，在维持脑、神经系统正常功能和血流形成等方面发挥关键作用。血清维生素 B12 的正常值范围为 100-300μg/L，若血清维生素 B12 数值低于 100μg/L，即维生素 B12 缺乏，会导致巨幼细胞性贫血、恶性贫血等疾病。一般用于用于补充

因消耗性疾病，甲状腺机能亢进、妊娠、哺乳等造成的维生素 B12 需求增加。调查人群样本中，孕妇及乳母的维生素 B12 分布范围为，146.6-1153.0 $\mu\text{g/L}$ ，均为正常范围内。

维生素 B9 一般用于治疗各种原因引起的叶酸缺乏及因叶酸缺乏引起的巨幼细胞贫血；妊娠前及妊娠前 3 个月预防性治疗以降低胎儿神经管缺损的风险；慢性溶血性贫血所致叶酸缺乏。孕妇维生素 B9 正常范围通常在 11-54 $\text{nmol/L}$ 。孕妇及乳母的维生素 B9 的分布范围为 4.93-40.0 $\text{nmol/L}$ ，共有 7 名妊娠期的孕妇的维生素 B9 少于正常范围，需要注意补充足量叶酸，防止胎儿神经管缺损。

维生素 A 具有促进生长、维持上皮组织如皮肤、结膜、角膜等正常功能的作用，并参与视紫红质的合成，增强视网膜感光力；参与体内许多氧化过程，尤其是不饱和脂肪酸的氧化。维生素 A 缺乏时，则生长停止，骨骼成长不良，生殖功能衰退，皮肤粗糙、干燥，角膜软化，并发生干燥性眼炎及夜盲症。一般情况下，维生素 A 正常值是 1.1 $\mu\text{mol/L}$ ~3.1 $\mu\text{mol/L}$ 。结果表明，成人、乳母及孕妇的维生素 A 普遍不足，说明居民平时在饮食上要注意营养均衡，应适当摄入维生素含量丰富的水果和蔬菜。

血清维生素 D 水平可反应人体对维生素 D 的吸收及利用情况。维生素 D 又称抗佝偻病维生素，是类固醇衍生物，具有促进小肠钙吸收、调节血钙平衡等作用，维生素 D 偏低在不同年龄可有不同的临床表现，婴儿时期可致佝偻病，到成人阶段可形成骨软化症，老年期可出现骨质疏松症等问题。一般情况下，血清维生素 D 测定参考

值一般在 30ng/ml 以上。血清维生素 D 数值是在 20-30ng/ml 之间，属于维生素 D 不足；如果血清维生素 D < 20ng/ml，则有能是缺乏维生素 D。调查结果显示，人群的血清维生素 D 普遍不足，维生素 D 的需要量与钙、磷摄入量有关，在钙、磷摄入量充足的情况下，儿童青少年、成年人、孕妇、乳母的维生素 D 推荐摄入量均为每天 10 $\mu$ g，65 岁以上老年人每天 15 $\mu$ g。应摄入富含维生素 D、钙、磷和蛋白质的食物，如海产鱼、肝脏、蛋黄等动物性食物。

维生素 D3 可促进小肠结膜及肾小管对钙、磷的吸收，促进骨的代谢，维持血钙、血磷的平衡，促进骨的矿化，增加肌力和平衡力。维生素 D3 的正常值一般在 50-125nmol/L 之间。调查结果显示，人群的血清维生素 D3 普遍不足，维生素 D3 主要由人体自身合成，人体皮肤含有一种胆固醇，经阳光照射后可以变成维生素 D3，所以居民应多到户外运动、多晒太阳，能够促使机体自行合成维生素 D3。

孕妇更容易患甲状腺疾病，包括甲状腺功能减退或甲状腺功能亢进，在怀孕早期更加容易出现甲状腺功能的减退。由于怀孕早期，胎儿的甲状腺没有发育良好，需要依靠母亲的甲状腺来提供甲状腺素会表现为早期更加容易出现甲状腺功能减退，尤其在怀孕早期需要进行严格的检查。因此在营养学调查中需要调查关于孕妇甲状腺功能相关激素。

游离三碘甲状腺原氨酸 FT3 和血清游离甲状腺素 FT4 是甲状腺分泌的主要激素，主要作用都是调节身体的新陈代谢，包括能量代谢、蛋白质合成和降解、心脏功能、体温控制、生长发育。FT3 和 FT4

作为血液中的激素，会影响到许多体内进程，例如人体能量代谢和体温调节。2.50-3.90pg/ml 怀孕早期，因为内分泌系统处于相对亢奋状态，多会处于正常范围的偏高水平。血清游离甲状腺素(FT4)，孕妇的血清游离甲状腺素参考值一般是 10-31pmol/L，但由于不同孕妇的情况不同，具体数值存在一定的差异。结果表明有少数孕妇的血清游离甲状腺素较低，有部分孕妇的水平处于正常范围外，分布范围为 9.2- 47.2pmol/L，游离甲状腺素降低主要原因有甲状腺功能减退、低白蛋白血症等。对于孕妇来说，血清游离甲状腺素轻微超出参考范围而其他指标正常的情况，可能与人绒毛膜促性腺激素大量分泌有关，可在孕中、晚期恢复正常。

促甲状腺激素(TSH)由垂体促甲状腺激素细胞分泌，主要负责调节甲状腺细胞的增殖、和甲状腺激素的合成和分泌，在维持正常甲状腺功能中起到重要的调节作用。TSH 是反映甲状腺功能最敏感的指标可以反映甲状腺功能，排查是否存在甲状腺功能亢进症(甲亢)、甲状腺机能减退症(甲减)。根据孕期，妊娠和产后甲状腺疾病诊治指南推荐，TSH 正常值分别是：妊娠初期：0.13-3.93 mIU/L，妊娠中期：0.26-3.50 mIU/L，妊娠晚期：0.42-3.85mIU/L。结果表明，孕妇的 TSH 分布范围是 0.1-5.4mIU/L，反映可能存在甲亢或甲减的情况。

居民的维生素与激素水平分布表明，大部分居民存在维生素缺乏的现象，需要均衡饮食，多吃新鲜蔬菜水果，增加户外运动与太阳照射，孕妇需要留意甲状腺功能是否正常。

表 6-8 维生素与激素水平均值表

检测类别	儿童青少年		成人		乳母		孕妇	
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
维生素 B12	-	-	-	-	648.74	235.27	469.62	124.27
维生素 B9	-	-	-	-	12.11	5.26	21.81	9.70
维生素 A	-	-	0.41	0.087	0.51	0.15	0.41	0.078
维生素 D	20.52	6.48	20.18	5.97	21.08	5.48	23.09	8.96
维生素 D2	2.36	1.52	2.33	1.36	2.27	0.52	3.41	3.84
维生素 D3	20.30	6.38	20.01	5.89	20.97	5.61	21.49	8.12
FT3	-	-	-	-	-	-	4.62	1.97
FT4	-	-	-	-	-	-	15.95	5.64
TSH	-	-	-	-	-	-	1.38	0.99
TPOAb	-	-	-	-	-	-	20.69	37.99
TGAb	-	-	-	-	-	-	26.40	34.44

## 八、慢性病防控示范区建设

从 2011 年起，我区通过政府主导、多部门行动、全社会参与，完善慢性病综合防控机制，有效控制我区慢性病的发病率和死亡率，于 2012 年成功创建成为国家级慢性非传染性疾病综合防控示范区。在国家、省、市的大力支持和指导下，坚持以人民健康为中心，坚持政府主导与调动社会、个人的积极性相结合，推动人人参与、人人享有，落实预防为主，将示范区建设与卫生城市、健康城市、文明城市建设紧密结合，构建全方位健康支持环境，经过几年的努力，我区的慢性病综合防控工作已取得一定成效，实现我区居民“少生病、少住

院、少负担”的目标。慢性病社会因素调查结果对我区慢性病流行状况进行了详细的描述，总结示范区建设的慢病流行趋势，将为我区政府部门掌握慢病流行状况以及制定防控措施提供有力的指导作用。

### **（一）政府主导，多部门协作**

2011年12月31日罗湖区政府成立以区长任组长，区卫生人口计生局、区保密局、区文明办、区发改局、区经济促进局、区财政局、区教育局、罗湖公安分局、区民政局、区人力资源局、罗湖社保分局、区城管局、区市场监管分局、团区委、区总工会、区妇联、各街道办事处等单位负责人为成员的区级慢性病综合防控示范区创建和建设工作领导小组，全面负责示范区工作的组织和协调管理，每年召开一次示范区领导小组工作会议，落实解决慢性病防控措施，使得各部门的动态合作和管理更加紧密。

各部门将示范区相关工作纳入本部门年度工作计划、目标管理和绩效考核，明确领导和联络员负责本部门的相关建设工作。在区卫生和计划生育局设示范区建设工作办公室，并在各部门设立联络员，负责示范区具体工作计划的制定、组织和实施，每年按需召开联络员会议，协调并解决示范区建设过程中的重点、难点问题；定期督导检查 and 考核评估，组织协调和指导各部门落实其工作职责。示范区建设工作办公室邀请相关领域专家组建了技术指导小组，进行业务技术指导和决策咨询，并组织多部门对示范区建设工作进行联合督导。罗湖区委区政府将慢性病防控纳入政府经济社会发展规划和各部门政策规

章制度，从宣传、文化、卫生、体育以及教育等方面共同促进慢性病防控工作。各部门按照工作职责，制定了相应的慢性病防控相关政策规章制度，以高度的责任意识共同参与到烟草控制、降低有害饮酒、减盐、控油、控制体重、全民健身、全民健康生活方式行动等慢性病危险因素干预、疾病管理等相关防控工作中，形成从上到下全民参与的慢病防控新局面。

## **（二）加大投入，保障经费**

为了保障罗湖区慢性病综合防控工作持续有效开展，建设一个适合本区的有效防治体系，罗湖区政府在现有公共卫生费用支出的基础上，设立了慢性病综合防控创建/建设专项工作经费，实行专款专用。自 2018 年以来，尤其是新冠肺炎疫情发生以来，在财政较为紧张情况下，区政府层面仍不断加大财政投入力度，从 2018 年的 627 万元，提升至 2023 年的 832 万元，六年累计保障达 4083 万元。基本公共卫生项目用于老年人和慢性病健康管理经费，从 2018 年的 2604 万元，提升至 2023 年的 1.2 亿元，六年来累计投入超过 5.2 亿元。

## **（三）构建全方位支持环境**

### **1. 健康单元数量变化**

2019—2023 年间，罗湖区在国家慢性病示范区的指导和要求下健康单元建设大幅提升。健康社区数量由 2018 年 36 家提升至 2023 年 45 家；健康单位数量由 2018 年 13 家提升至 2023 年 24 家；健康

学校数量由 2018 年 60 家提升至 2023 年 71 家；健康餐饮数量由 2018 年 19 家提升至 2023 年 31 家；截止目前已建成健康主题公园 3 个，健康步道 4 条，健康小屋 5 所，健康一条街 2 个。见表 8-1。

结合健康单元创建需求，在社区、单位、学校等全面普及慢性病防控、健康生活方式知识，建立由各医疗单位专业技术人员组成的健康教育宣讲团，每年深入社区、学校、机关、幼儿园等场所开展“百场讲座”，成功举办 4 届中小学生控烟主题绘画比赛、6 届家庭健康技能竞赛、6 届罗湖区“无烟家庭”创建活动、3 届“减糖家庭”创建活动、9 届罗湖区居民健康素养大赛等各类特色活动，不断探索健康支持性环境建设特色模式，让“三减三健，全民行动”逐渐融入居民生活。

表 8-1 罗湖区全民健康生活方式行动健康单元数一览表

健康单元	2018 年	2023 年
健康社区	36	45
健康单位	13	24
健康学校	60	71
健康餐饮	19	31
健康主题公园	1	3
健康步道	3	4
健康小屋	5	5
健康一条街	1	2
总计	138	185

## 2. 健康自助检测点覆盖情况

至 2023 年，罗湖区 73 个社康中心均设置自助检测点，能提供居

民自助测血压、心率、身高体重，覆盖率为 100%。五年来，罗湖区持续维护、完善并新增自助检测点，根据实际情况，采取分级分类的建设模式，全区共在 37 家社康中心及 13 处人群密集场所（医疗机构、街道行政服务中心、社区工作站、大型企业等）打造健康自助一体机检测机，其余 49 家社康中心均铺设分体式自助检测设备，见表 8-2。

表 8-2 罗湖区自助式健康检测点开展情况一览表

开展年份	社康总数	自助式健康监测点数	覆盖率（100%）	提供个性化健康指导的机构数	提供个性化指导比例（%）
2019	56	56	100	56	100
2020	65	65	100	65	100
2021	65	65	100	65	100
2022	71	71	100	71	100
2023	73	73	100	73	100

各社康中心的检测点检测结果经手动录入再在社康信息系统“诊前筛查”界面，数据上传在全科诊疗界面可被查阅及修改，实现 100% 信息利用。73 家社康中心的全科医生或健康促进员通过查看诊前筛查及健康档案，对居民进行面对面健康个性化指导，均提供个性化纸质报告，提供的机构比例为 100%。

### 3. 公共体育设施变化情况

对标城市社区运动场地设施建设试点城市的标准，充分利用我区“一半山水一半城”的独特自然生态禀赋及场馆资源，充分利用城市

“金角银边”和旧厂房、仓库、办公楼宇架空层、小区闲置空间等场所，因地制宜，建设符合罗湖城区特色的都市型、楼宇型体育设施，推动实现10分钟健身圈全覆盖。一是加快基层健身设施建设，全区80个社区，397处健身设施建设安装点，共有公益性健身设施3398个，较2019年增加，1960个健身设施，智能健身器材室外13处、室内26处，建成15分钟健身圈，健身设施覆盖率达到100%；二是定期对健身设施进行维护保养，委托专业维保公司对社区健身器材进行巡检维保，发现问题立即处理，确保居民就近就便安全开展健身活动，设施完好率100%。三是全面提升体育场地供给，2024年计划在辖区建设安装不少于30个便民健身点，不断满足市民群众可以就近就便参与体育健身需求。全区体育场地面积从2020年111.7416万平方米上升为2023年260.832万平方米，新增149.0904万平方米，增幅达133%，人均体育场地面积从2020年0.98平方米增加到2.27平方米。

全区263家机关、企事业单位中共253家开展工间操活动，覆盖率96.19%。在学校开展“阳光运动一小时”，罗湖区2023年中小学生国家体质健康测试优良率60.86%。每年组织开展多项面对全社会的大型健身竞赛活动，营造全民健身氛围，多层次满足居民健身需求。

#### （四）居民健康状况的变化

高血压、糖尿病的患病情况经过标化后较五年前标化患病率降低，超重与肥胖的情况经过标化后较五年前标化患病率降低，血脂异常的

患病情况经过标化后较五年前标化患病率升高，说明血脂异常的患病率需要引起重视，应给予公共卫生部门的重视。

## 1. 高血压变化情况

2023 年患有高血压者的平均年龄为  $56.7 \pm 9.8$  岁，对比 2018 年数据居民的标化高血压患病率下降。罗湖区居民的高血压知晓率为 60.13%。2023 年的高血压知晓率有上升说明近五年，高血压在患病人群方面二级预防效果有所改善，需要关注高危人群，积极响应“关口前移”和“健康优先”的大健康模式政策。

调查结果显示高血压的防控形势还需改善，在一般人群中加大血压健康宣传，开展健康促进工作，包括不限于线上公众号科普健康教育知识、开展血压健康讲座等等，打造全方位的健康生活方式的支持性环境，并提高居民对基本卫生服务的知晓率。对于高危人群及高血压患者，加强健康支持环境建设，扎实推进高血压患者自我管理，提升高血压患者自我管理技能，提升健康管理成效；继续做好及时识别并干预血压异常者，做到早诊早治、规范化治疗从而控制血压治疗率、血压控制率；做好高血压人群建档、检测、健康管理与风险评估，针对高危人群提供心脑血管疾病早期筛查与干预服务。

## 2. 糖尿病变化情况

调查结果显示，2023 年罗湖区居民的平均血糖值为  $5.72 \pm 1.36$  mmol/L，发现居民的平均血糖值有上升。总体的糖尿病患病率为 8.41%，标化患病率相比 2018 年的结果下降，说明糖尿病的预防控制

效果较好。糖尿病知晓率为 55.14%，糖尿病知晓率下降。罗湖区居民的糖尿病患病率增加，可能是由于人口老龄化，饮食不均衡及运动不足静态工作时间过长导致。糖尿病患者的血糖知晓率下降，反映糖尿病的健康科普教育工作需要加强，开展高危人群周期性健康体检等工作，加强罗湖区居民对糖尿病预防的重视程度。

在个人层面上，需让居民全面了解糖尿病知识，关注个人血糖水平；糖尿病前期人群，通过饮食控制和科学运动降低发病风险，每半年检测 1 次空腹血糖或餐后 2 小时血糖；糖尿病患者加强健康管理；注重膳食营养，糖尿病患者的饮食可参照《中国糖尿病膳食指南》，做到合理饮食，主食定量；科学运动，患者要遵守合适的运动促进健康指导方法并及时作出必要的调整。

社区及医疗卫生机构层面上，承担国家公共卫生服务项目的基层医疗卫生机构应为辖区内 35 岁及以上常住居民中 2 型糖尿病患者提供规范的健康管理服务，对 2 型糖尿病高危人群进行针对性的健康教育；落实糖尿病分级诊疗服务技术规范，鼓励医疗机构为糖尿病患者开展饮食控制指导和运动促进健康指导，对患者开展自我血糖监测和健康管理进行指导；促进基层糖尿病及并发症筛查标准化，提高医务人员对糖尿病及其并发症的早期发现、规范化诊疗和治疗能力；依托区域全民健康信息平台，推进“互联网+公共卫生”服务，充分利用信息技术丰富糖尿病健康管理手段，创新健康服务模式，提高管理效果。

### 3. 血脂变化情况

2023 年罗湖区调查结果显示，血脂异常患病标化率比 2018 年的高，说明血脂异常成为威胁罗湖区居民健康的主要因素，应给予重视。男性的血脂异常患病率高于女性，其原因可能是男性有较多行为生活方式的危险因素：吸烟、饮酒、摄入过量脂质含量高的食物等，血脂异常患病率上升也可能是调查时居民没有严格遵循空腹原则。

血脂异常患病率上升，提示了公共卫生部门应提高公众对血脂异常相关心血管疾病风险的认识，制定和更新血脂异常相关临床指南；关注并定期进行血脂检测：40 岁以下血脂正常人群，每 2~5 年检测 1 次血脂；40 岁及以上人群至少每年检测 1 次血脂。心脑血管疾病高危人群每 6 个月检测 1 次血脂。

社区健康服务中心应配备血脂检测仪器，扩大心脑血管疾病高危人群筛查干预覆盖面；推进“三高”（高血压、高血糖、高血脂）共管，开展超重肥胖、血压血糖增高、血脂异常等高危人群的患病风险评估和干预指导。

### 4. 吸烟变化情况

调查结果对比 2018 年数据，2023 年的标化吸烟率下降，二手烟暴露率上升，需要加大力度向居民普及烟草危害和二手烟危害等控烟知识，控制吸烟率、降低二手烟暴露率。

有充分证据说明，吸烟可以导致慢性阻塞性肺疾病、呼吸系统感

染、肺结核、多种间质性肺疾病，吸烟量越大，吸烟年限越长，疾病的发病风险越高。调查结果显示 2023 年的吸烟率较 2018 年的吸烟率略下降。有充分证据表明电子烟会对健康产生危害，对于青少年而言，电子烟会对青少年的身心健康和成长造成不良后果，同时诱导青少年使用烟草。采取多部门综合措施，改变人们对烟草制品的看法，确保每个人都能获得关于烟草制品的危害。关注青少年吸烟问题，为青少年营造远离烟草的环境。将烟草危害和二手烟危害等控烟相关知识纳入中小学生学习健康教育课程。逐步提高全面无烟法规覆盖人口比例，在罗湖区范围内实现室内公共场所、室内工作场所和公共交通工具全面禁烟。加大控烟宣传教育力度，进一步加强卷烟包装标识管理，完善烟草危害警示内容和形式，提高健康危害警示效果，提高公众对烟草危害健康的认知程度。逐步建立和完善戒烟服务体系，将询问患者吸烟史纳入到日常的门诊问诊中，推广简短戒烟干预服务和烟草依赖疾病诊治。加强对戒烟服务的宣传和推广，使更多吸烟者了解到其在戒烟过程中能获得的帮助。加强各级专业机构控烟工作，确定专人负责相关工作组织实施，保障经费投入。建立监测评估系统，定期开展烟草流行调查，了解掌握烟草使用情况。

## 5. 饮酒变化情况

对比 2018 年的数据发现罗湖区近五年的标化饮酒率上升，需要提高对有害使用酒精给个人和社会带来的健康和社会问题的认识。有害饮酒是导致神经精神伤害和其他非传染性疾病，如心血管病、肝硬化

和各种癌症的一种主要但可避免的风险因素。应促进指定旨在减少有害使用酒精的地区性政策，鼓励、协调社区一致行动，加强社区机构的伙伴关系和网络；提供有关以社区为基础的有效干预措施信息，制定针对特定人群的支持计划等等。

## 6. 饮食变化情况

罗湖区居民的膳食基本情况与推荐摄入量对比发现，盐的摄入量偏高，油类、畜禽肉类及蔬果类的摄入量均未达到推荐摄入量，可能与居民的健康意识相关，罗湖区居民的血脂异常率及高血压患病率均较高因此降低油类摄入，值得注意的是罗湖区居民的蔬果类的摄入不足，膳食中应增加蔬菜水果的占比。

合理膳食是保证健康的基础。近年来，居民营养健康状况明显改善，但仍面临营养不足与过剩并存、营养相关疾病多发等问题。存在5岁以下儿童生长迟缓现象，学龄儿童青少年超重与肥胖率分别为16.1%和14.0%，膳食纤维摄入明显不足。高盐、高糖、高脂等不健康饮食是引起肥胖、心脑血管疾病、糖尿病及其他代谢性疾病和肿瘤的危险因素。

对于一般居民：学习膳食科学知识，使用中国居民平衡膳食宝塔、平衡膳食餐盘等支持性工具，根据个人特点合理搭配食物；对于超重或肥胖的成年人群：减少能量摄入，增加新鲜蔬菜和水果在膳食中的比重，适当选择一些富含优质蛋白质食物，避免吃油腻食物和油炸食品，少吃零食和甜食，不喝或少喝含糖饮料；对于贫血、消瘦等营养

不良人群：在合理膳食的基础上，适当增加瘦肉类、奶蛋类、大豆和豆制品的摄入，保持膳食的多样性。

针对 2023 年罗湖区居民营养与膳食现状，需要推动营养健康科普宣教活动常态化，鼓励全社会共同参与全民营养周、“三减三健”（减盐、减油、减糖，健康口腔、健康体重、健康骨骼）等宣教活动；加强对食品企业的营养标签知识指导，指导消费者正确认读营养标签，提高居民营养标签知晓率；鼓励生产、销售低钠盐；鼓励食堂和餐厅配备专兼职营养师，定期对管理和从业人员开展营养、平衡膳食和食品安全相关的技能培训、考核；制定实施集体供餐单位营养操作规范，开展示范健康食堂和健康餐厅创建活动。

## 7. 运动变化情况

罗湖区居民经常参加体育锻炼率为 31.3%，较 5 年前居民主动锻炼的情况变少，居民静态时间长、经常参加体育锻炼率低，随着科技发展居民业余使用手机的时间变长，大部分居民有久坐不动的习惯，成人经常锻炼率处于较低水平，缺乏身体活动成为多种慢性病发生的重要原因，同时肌肉力量、身体成分等指标的变化不容乐观。

在个人层面上，让居民了解运动对健康的益处，建议提高身体活动意识，培养运动习惯；选择适合自身的运动方式、强度和运动量，减少运动风险，鼓励每周进行 3 次以上、每次 30 分钟以上中等强度运动，或者累计 150 分钟中等强度或 75 分钟高强度身体活动；老年人运动有助于保持身体功能，减缓认知功能的退化；以体力劳动为主

的人群，要注意劳逸结合，避免“过劳”。

针对罗湖区居民运动锻炼的变化情况，需要进一步推进基本公共体育服务体系建设，统筹建设全民健身场地设施，建设一批体育公园、社区健身中心等全民健身场地设施，推进建设城市慢跑步行道绿道，努力打造“15分钟健身圈”，让想健身的居民有适当的场所；构建科学健身体系，建立针对不同人群、不同环境、不同身体状况的运动促进健康指导方法，推动形成“体医结合”的疾病管理与健康服务模式；制定实施特殊人群的体质健康干预计划，鼓励和支持新建工作场所建设适当的健身活动场地；强化对高校学生体质健康水平的监测和评估干预。

## 8. 体重变化情况

调查结果显示，超重率与肥胖率均有增长。男性的超重率与肥胖率均高于女性。但是罗湖区居民总体的超重标化率、肥胖标化率与向心性肥胖标化率均下降，说明去除年龄及性别构成的不同后罗湖区居民总体的超重、肥胖情况有所改善。

超重与肥胖的原因是居民的饮食中富含脂肪和糖的高能量食品摄入持续增加；越来越多的工作形式为久坐的性质、交通方式的变化以及城市化加剧均使缺少体力活动的问题加重。BMI升高是罹患非传染性疾病的重大风险因素，如：心血管疾病（心脏病和中风）；糖尿病；肌肉骨骼疾患；癌症等。随着身体质量指数的升高，非传染性疾病的患病风险也随之提高。

超重与肥胖的防治需要引起社会重视，是公共卫生的重要内容，需要多组织机构与个人合作，加强基层防治网并采取行动支持。从宣传教育和健康促进入手，做好社区人群的监测与管理，及时发现高危个体可能伴发的并发症进行具体指导，成为社区卫生服务的重要内容。

## 9. 学生口腔

调查结果显示，罗湖区 6-17 岁抽查到的儿童青少年每天早晚刷牙占比 61%，早上或晚上刷一次牙的占比 33%，不是每天刷牙的占比 5.9%。2023 年罗湖区符合适应症儿童窝沟封闭率达到 98.37%，学校覆盖率 100%，全区 12 岁儿童患龋率为 15.56%，均达到国家示范区的考核标准。并对比 2018 年罗湖区符合适应症儿童窝沟封闭率为 86.09%，2023 年的儿童窝沟封闭率上升，差异有统计学意义。

## 10. 肿瘤

罗湖区常住人口恶性肿瘤发病率从 2019 年的 302.53/10 万上升至 2023 年的 365.16/10 万，标化发病率（六普标准人群）从 2019 年的 625.15/10 万下降到 2023 年的 464.04/10 万。

表 8-3 罗湖区年度常住人口恶性肿瘤发病情况

年份	恶性肿瘤新发病数（人）	发病率（/10 万）	标化发病率（/10 万）
2019	3146	302.53	625.15
2020	3210	303.80	355.97
2021	3648	317.91	405.77
2022	3890	338.85	423.51

## 11. 心脑血管疾病

罗湖区常住人口脑卒中发病率从 2019 年的 384.65/10 万下降至 2023 年的 187.11/10 万；标化发病率（六普标准人群）从 2019 年的 1047.18/10 万下降到 2023 年的 523.87/10 万。罗湖区脑卒中发病率从 2019 年到 2023 年逐年降低，标化发病率从 2019 年到 2023 年波动降低，2023 年是近五年脑卒中发病率及标化发病率最低的一年。

罗湖区常住人口急性心肌梗死发病率从 2019 年的 73.28/10 万下降至 2023 年的 52.79/10 万，标化发病率（六普标准人群）从 2019 年的 194.84/10 万下降至 2023 年的 131.18/10 万。罗湖区心肌梗死发病率从 2019 年到 2020 年降低，2021 年及 2022 年有上升情况，标化发病率从 2019 年到 2020 年降低，2021 年及 2022 年有上升，2023 年是近五年心肌梗死发病率及标化发病率最低的一年。见表 8-4。

表 8-4 罗湖区年度常住人口脑卒中及心肌梗死发病情况

年份	脑卒中			心肌梗死		
	新发病数 (人)	发病率 (/10 万)	标化发病 率(/10 万)	新发病数 (人)	发病率 (/10 万)	标化发病 率(/10 万)
2019	400	384.65	1047.18	762	73.28	194.84
2020	3626	343.17	948.19	629	59.53	151.01
2021	3937	343.09	1027.12	713	62.14	166.70
2022	3547	308.97	930.41	767	66.81	184.32
2023	2148	187.11	523.87	606	52.79	131.18

## 九、慢性病防控相关组织结构和人员情况

### （一）慢性病防控相关部门

罗湖区慢性病防治院作为慢性病防控的专业机构，在深圳市慢性病防治中心的指导和罗湖区卫生健康局的领导下，建立起了由政府主导、多部门协作、全社会共同参与的慢性病防控体系，并构建了慢性病三级防控网络体系。

### （二）机构工作职责

#### 1. 罗湖区人民政府

负责全区慢性病防控工作的组织领导和协调管理，建立慢性病综合防控示范区常态管理机制，将慢性病综合防控示范区相关工作纳入政府工作计划，并纳入年度目标管理。定期发布慢性病及社会影响因素状况报告。开展慢性病综合防控示范区建设工作常态化督导和评价，并将督导、评价结果与各部门年度绩效相关联。

#### 2. 罗湖区慢性病防治院

罗湖区慢性病防治院是罗湖区慢性病防治的专业机构，负责本区的高血压、糖尿病社区综合防治项目工作，承担全区慢性病防控工作的业务指导和管理的工作。负责全区慢性病防控工作人员及专业人员的项目培训工作；指派专人对辖区慢性病防控工作进行指导和督促；组织专家解决本辖区慢性病防控的技术难题；督促辖区各项目执行单位做好季度报表和年度报表的上报及项目工作总结，及时收集、整理、

分析全区项目实施的管理情况，定期对项目实施情况进行总结，并做出科学评估，向市慢性病防治机构和辖区卫生行政部门报告；定期组织慢性病及其危险因素的调查工作；组织对辖区内慢性病防控项目执行单位年度考核。

#### **4. 罗湖区政府下属职能部门及街道办事处**

各部门将示范区相关工作纳入本部门年度工作计划和目标管理，明确领导和联络员负责本部门的相关建设工作。区慢性病综合示范区建设工作领导小组办公室要发挥统筹协调的作用，完善信息反馈沟通制度，定期召开领导小组会议和联络员会议，落实示范区建设各项工作。

区委宣传部。协调有关媒体和部门制定慢性病防控知识传播计划，在主流大众媒体和互联网等新媒体广泛开展健康生活方式和慢性病防控知识宣传。

区发改局。将慢病防控工作纳入政府经济社会发展规划。

区财政局。将慢性病综合防控经费纳入区财政年度预算、决算管理，建立政府主导、社会力量支持的慢性病综合防控工作经费保障机制，设立慢性病防控工作及示范区专项工作经费，保障慢病防控工作可持续发展。

区卫生健康局。建立慢性病综合防治体系，明确各部门职责；指导、督促和组织辖区内各级医疗卫生机构开展慢性病防控工作中的社区诊断、慢性病综合监测、健康教育和健康促进、高危人群发现和干预以及患者管理等工作；落实分级诊疗制度，推行家庭医生签约服务，

开展高血压、糖尿病等重点慢性病规范化管理；推进社康中心中医综合服务建设，宣传推广中医药保健知识及技术；落实社康中心为群众提供方便、科学的自助式健康监测服务设备配置；建立区域卫生信息平台，实现公共卫生服务、诊疗信息互联互通；应用互联网+、健康大数据提供便捷、高效的健康管理服务。配合其他部门做好慢性病防控知识科普、支持性环境建设、医养结合等工作的技术指导。

区教育局。开展健康学校建设及动态管理工作，并做好“健康进学校”活动；在学校、幼儿园开展营养均衡、健康体重、口腔保健、视力保护、心理健康及伤害防控等为主题健康教育课；根据实际情况在学校配备卫生技术人员和心理健康工作人员，推动学校体育场地免费或低收费向社区居民开放；实施青少年体育活动促进计划，在校学生每天锻炼1小时以上；做好学生健康体检工作和儿童免费窝沟封闭组织工作；落实学校控烟工作。

区文化广电旅游体育局。开展全民健身运动，普及公共体育设施，打造社区15分钟健身圈，提高经常参加体育锻炼人口比例；组织开展辖区群众性健身运动及多部门参与的集体性健身活动；引导辖区公共体育场地、设施免费或低收费向居民开放；在社区配备体育指导员，指导社区开展群众性体育运动和“健康进社区”活动。

罗湖公安分局。协助区卫生健康局开展死因登记日常报告和漏报调查。配合相关部门开展大型健康宣传、义诊、咨询活动的备案和安全保障工作。

区城管和综合执法局。打造健身适宜性好的支持性环境，对慢行

系统、健康街区进行规划建设。将健康主题元素融入社区公园规划建设。

区民政局。促进慢性病防治管理服务与社区养老和机构养老服务结合，协助提供医养结合的健康养老服务。做好残疾人、流动人口、低收入等人群医疗救助。配合卫生健康部门完成死因监测相关工作。

市医疗保障局罗湖分局。贯彻落实深圳市医疗保障局制定的基本医保慢性病管理政策，引导居民落实社区首诊。

市场监督管理局罗湖监管局。落实餐饮服务场所、商品批发零售场所及其工作场所的控烟工作；协助卫健部门开展健康食堂和健康餐厅的选点和创建工作；推进营养标签落实和协助开展减盐减油减糖工作。

区总工会、团区委。推动落实机关、企事业单位开展工间健身活动；协调各类单位定期为职工提供健康体检；协助开展健康“进单位”活动。

街道办。打造健康教育与健康促进社区支持环境，负责全民健康生活方式示范社区创建工作，组织开展集体群众健身活动；协助开展社区健康家庭服务；统筹协调辖区各社区设置健康教育宣传阵地，进行慢性病防控知识宣传；协助开展居民重点慢性病核心知识知晓率和健康素养水平调查、社区慢性病患者自我管理、社区人口慢病与营养监测、心脑血管疾病报告、肿瘤随访登记及慢阻肺监测等工作；积极配合有关部门做好慢性病防控各项工作。

## 5. 罗湖区各综合医院

成立以医院分管领导为责任人的慢性病防控执行小组，加强综合医院机会性筛查发现高血压、糖尿病患者的职能，履行慢性病防治主要包括慢性病及其危险因素的监测、干预、治疗、首诊测量血压、血糖等各项制度，并制定个体化的治疗方案；负责对社区健康服务中心转诊的高血压、糖尿病患者进行诊断和治疗；负责对社区健康服务中心医务人员提供技术指导和培训；定期对社区进行督导和考核。

## 6. 罗湖区疾控中心

为慢性病及其危险因素的防治提供必要的支持，完成环境促进、死因监测等工作。为慢性病防控的组织机构和人员提供健康教育和健康促进理论、技能的培训及技术指导；探索社区慢性病防治健康教育的方法，并研究、开发、制作健康教育材料；组织开展高血压、糖尿病等慢性病防治的健康教育和健康促进活动。

## 7. 社区健康服务中心

完成慢性病患者的登记、建档、追踪随访和评估工作；负责慢性病及其高危人群的筛查和社区人群周期性体检工作；落实慢性病患者的双向转诊工作，并做好登记和追踪；执行首诊测量血压、血糖制度；组织开展社区高血压、糖尿病等慢性病病人和高危人群以及全人群的健康教育工作；配合完成慢性病防治机构开展的慢性病调查工作；完成本社区项目实施的各类报表的填写上报工作，定期向辖区慢性病防治专业机构报告；完成各类专业人员的受训任务；自觉接受市、区慢性病防治机构的监督检查和考核。

## 8. 公共卫生委员会

做好机制和队伍组建，广泛吸纳街道社区健康服务中心、社区养老服务机构内设医疗机构医务人员以及退休医务人员等担任公共卫生委员会成员；鼓励社会组织、物业服务企业参与相关工作机制。明确基本职责，组织居民做好社区环境卫生工作，协助提供公共卫生服务，具体包括：制定社区公共卫生工作方案和突发公共卫生事件应急预案，组织开展突发公共卫生事件应急演练；培育、引导公共卫生领域社区社会组织特别是志愿服务组织；在卫生健康部门支持、指导下，协助提供基本公共卫生服务，开展传染病和重大疫情防控处置、综合整治、卫生清理等工作；开展卫生健康政策宣传、居民健康教育等宣传教育活动；组织居民群众、经济和社会组织、单位开展爱国卫生等活动。建立健全社区卫生服务机构和公共卫生委员会协调联动工作机制，协助做好社区老年人、未成年人、残疾人等重点人群健康服务。加强公共卫生委员会与居民委员会其他下属委员会工作联动，创新工作方式方法。

## 十、现有卫生、疾病防治政策

### （一）政策现状

罗湖区政府十分重视改善民生保障，致力于完善医疗卫生基础设施，为居民提供“安全、有效、方便、价廉”的基本医疗服务，每年均将公共卫生服务纳入政府年度工作报告和公共卫生服务白皮书。

我区充分响应深圳市建设“社会主义先行示范区”的号召，以“健

康中国 2030”规划纲要为指引，将国家慢性病综合防控示范区建设工作纳入《罗湖区卫生健康事业发展“十四五”规划》，明确提出继续推进国家慢性病综合防控示范区建设，落实重点慢性病综合防控，同时，与全国健康促进示范区、健康罗湖行动建设等工作相融合，将健康融入所有政策协同发展。

2018 年为进一步加强慢性病综合防控示范区的建设成效，顺利通过国家复评审，实现我区居民“少生病、少住院、少负担”的目标，提高人民群众健康水平，贯彻落实好《“健康中国 2030”规划纲要》和《深圳市国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》的精神，根据《国家卫生计生委办公厅关于印发国家慢性病综合防控示范区建设管理方法的通知》（国卫办疾控发〔2016〕44 号）文件要求，提出关于加强深圳市罗湖区建设国家慢性病综合防控示范区的实施意见。

2021 年将国家慢性病综合防控示范区建设工作纳入《深圳市罗湖区国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》。2022 年起，我区将示范区建设工作，纳入政府绩效督查室督办事项；日常工作机制上，我区不定期开展多部门、多形式的联合督导，通过主题培训、专题汇报、现场督导等方式，每年至少开展 2 次联合督导。

2023 年《罗湖区卫生健康事业发展“十四五”规划》明确提出：继续推进国家慢性病综合防控示范区建设，落实重点慢性病综合防控。提出示范区建设两个重点工作：一是继续推进国家慢性病综合防控示范区建设。通过政府主导、多部门行动、全社会参与，将示范区建设

与健康深圳、卫生城市、健康城市、文明城市建设紧密结合，倡导与制定慢性病健康政策、构建全方位健康支持性环境，进一步促进慢性病危险因素预防与干预策略实施，落实健康促进和综合防控措施，加强高危人群及慢性病患者管理，全面推动我区慢性病预防控制工作。

## （二）经费来源

自 2018 年以来，尤其是新冠肺炎疫情发生以来，在财政较为紧张情况下，区政府层面仍不断加大财政投入力度并将慢性病综合防控示范区经费均纳入政府财政预算、决算管理，预算执行率 100%。慢性病综合防控专项业务经费从 2018 年的 469.8 万增加到 2023 年的 628.8 万元，6 年来累计达 3408.1 万元；其中示范区专项经费 592.1 万元。同时，我区加强基本公共服务补助政策倾斜，基本公共卫生服务人均补助标准高于同期国家标准和市级标准，高血压、糖尿病患者和老年人健康管理补助经费逐年提升，高血压、糖尿病患者管理项目占原 12 类基本公共卫生服务补助总经费的比例，从 2019 年的 19% 提升至 2023 年的 27%，老年人健康管理项目占原 12 类基本公共卫生服务补助总经费的比例，从 2019 年的 9% 提升至 2023 年的 18%。基本公共卫生项目用于老年人和慢性病健康管理经费从 2019 年的 2917 万元增加至 2023 年的 7509 万元，5 年来合计超过 3.58 亿。

## （三）慢性病防控人员配备

罗湖区慢性病防治院作为慢性病防控的专业机构，成立于 1999

年1月，是罗湖区政府举办的公共卫生服务慢性病及精神卫生疾病防治机构。负责罗湖辖区慢性传染性疾病（性病、结核病、麻风病）、慢性非传染性疾病（高血压、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤、伤害、口腔疾病等）和精神卫生疾病的预防控制、诊疗与疾病管理，健康教育与健康促进活动，普及卫生防病知识，以及公共场所控烟行动和营养指导、对辖区医疗卫生机构、社康中心开展慢性病防治工作实施指导、培训、督导和质量评估等。全院有医务人员83名，其中高级职称10名，中级职称22名，博士2人、硕士13人。按业务分为慢性病监测、健康干预、口腔防治专业组，配备了实力较强的公共卫生专业队伍，公共卫生专业人员9人，其他专业2人。同时承担了上级部门要求的慢性病防治项目。目前，全区形成了在区卫健局领导下的以区慢性病防治院为业务指导，各综合医院为依托，社管中心统一管理，73家社区健康服务中心为具体实施项目点的慢性病防控队伍。此外，罗湖区建立了政府主导、多部门协作、全社会共同参与的慢性病防控体系，罗湖区各医疗单位等均设有慢性病防治工作人员或联络员。

## 十一、综合防控规划

### （一）重点人群

社区诊断结果显示，高血压、糖尿病、血脂异常是危害我区居民健康的主要慢性病，故将这三种疾病及其高危人群作为慢性病防控的重点。同时，有较高行为危险因素流行的男性群体，也被纳入慢性病重点防控人群。妇幼健康是全民健康的基础，新时期妇幼健康面临新

的挑战。随着体质指数的升高，非传染性疾病的患病风险也随之提高。儿童期肥胖会使成年期肥胖、早逝和残疾出现的几率更大。由此确定罗湖区慢病防控的重点人群是：

- 1.患病人群：高血压患者；血脂异常患者；糖尿病患者；
- 2.高危人群：有高血压、血脂异常、糖尿病患病家族史的人群；吸烟者；不健康饮酒者；糖尿病前期人群；血清总胆固醇水平在 5.2-6.2mmol/L 之间人群；血清甘油三酯水平在 1.7-2.3mmol/L 之间人群；血清低密度脂蛋白水平 3.4-4.1mmol/L 之间的人群；超重、肥胖、向心性肥胖的人群。

## （二）综合防控目标

健康知识普及方面：罗湖区居民的基本知识和理念素养水平、健康生活方式与行为素养水平、基本技能素养水平提高；建立医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制；医务人员掌握与岗位相适应的健康科普知识，并在诊疗过程中主动提供健康指导。

根据调查结果，罗湖区居民盐摄入量过多，蔬果类摄入过少的现状，提出以下关于营养与膳食的举措与目标：5 岁以下儿童生长迟缓率进一步降低、贫血率降低，孕妇贫血率降低；成人脂肪供能比下降；成人肥胖增长率持续减缓；居民营养健康知识知晓率提高。人均每日食盐摄入量不高于 5g，成人人均每日食用油摄入量在 25~30g 范围内，人均每日添加糖摄入量不高于 25g，蔬菜和水果每日摄入量不低于 500g，每日摄入食物种类不少于 12 种，每周不少于 25 种；成年人将体重指数控制在 18.5~24 之间；成人男性腰围小于 85cm，女性

小于 80cm。

运动与健身方面：居民经常参加体育锻炼（每周参加体育锻炼频度 3 次及以上，每次体育锻炼持续时间 30 分钟及以上，每次体育锻炼的运动强度达到中等及以上）的人数比例上升；提倡机关、企事业单位开展工间操；鼓励个人至少有 1 项运动爱好或掌握 1 项传统运动项目，参加至少 1 个健身组织，每天进行中等强度运动至少半小时；鼓励引导社会体育指导人员在健身场所等地方为群众提供科学健身指导服务，提高健身效果，预防运动损伤；鼓励公共体育场地设施更多更好地提供免费或低收费开放服务，确保符合条件的企事业单位体育场地设施全部向社会开放。

烟草使用方面：提倡个人戒烟越早越好；创建无烟家庭，保护家人免受二手烟危害；领导干部、医生和教师发挥引领作用；鼓励企业、单位出台室内全面无烟政策，为员工营造无烟工作环境，为吸烟员工戒烟提供必要的帮助。

中小学生健康促进方面：学生体质健康标准达标优良率升高；儿童青少年总体近视率下降；符合要求的中小学体育与健康课程开课率达到 100%；中小学生每天校内体育活动时间不少于 1 小时；学校眼保健操普及率达到 100%；将学生体质健康情况纳入对学校绩效考核，与学校负责人奖惩挂钩，将高中体育科目纳入高中学业水平测试或高考综合评价体系；鼓励高校探索在特殊类型招生中增设体育科目测试；提倡中小学生每天在校外接触自然光时间 1 小时以上；小学生、初中生、高中生每天睡眠时间分别不少于 10、9、8 个小时；中小学生非

学习目的使用电子屏幕产品单次不宜超过 15 分钟，每天累计不宜超过 1 小时。

老年健康促进：提倡老年人知晓健康核心信息；老年人参加定期体检，经常监测呼吸、脉搏、血压、大小便情况，接受家庭医生团队的健康指导；鼓励和支持老年大学、老年活动中心、基层老年协会、有资质的社会组织等为老年人组织开展健康活动；鼓励和支持社会力量参与、兴办居家养老服务机构。

### （三）优先策略

《健康中国 2030 规划纲要》提出的第一个原则：“把健康摆在优先发展的战略地位，立足国情，将促进健康的理念融入公共政策制定实施的全过程，加快形成有利于健康的生活方式、生态环境和经济社会发展模式，实现健康与经济社会良性协调发展”。将抗击疾病的“关口前移”，实行“健康优先”。对人类健康的主要威胁已从传染病转变为慢性病，“关口前移”和“健康优先”是抗击慢性病更为合理、更为经济的策略。2020 年 9 月，习近平总书记在教育文化卫生体育领域专家代表座谈会上明确指出：“从源头上预防和控制重大疾病，实现从以治病为中心转向以健康为中心。”以疾病诊断治疗为主的传统临床医学模式向对健康状态进行早期监测和早期干预为主的大健康模式转变。

1.将重点转向预防：实施优先考虑预防的策略，针对高风险人群进行早期监测和干预，如社康和辖区综合医院针对血压升高，血糖升高，血脂异常，超重、肥胖 4 种生物指标进行筛查、随访和管理，区

慢性病防治院设计高危人群管理的规划，并进行培训、督导和评估。这种做法旨在在临床疾病出现之前进行干预，从而有效减轻慢性病的总体负担。

2.促进积极健康参与：培育个人积极参与健康的文化，鼓励健康的生活方式习惯和积极参与预防措施。赋予居民对自己的健康和幸福负责的能力在减轻慢性病的影响和促进整体健康意识方面至关重要。

3.合作与创新：促进医疗专业人员、研究人员之间的合作，制定综合的慢性病预防和管理方法。利用技术和数据分析的进步，以及在医疗交付系统方面的创新，可以增强慢性病的早期检测、诊断和治疗能力，同时促进更健康的环境和生活方式。

4.增强健康素养：提高人群的健康素养，使居民能够就健康做出明智的决策。社康中心针对烟草使用、不合理膳食、身体活动不足、过量饮酒中危险行为进行健康教育健康促进，辖区综合医疗机构进行健康体检和行为方式的指导，区慢性病防治院制作整体健康教育规划，为健康教育提供技术支撑。提供有关慢性病预防、管理和健康生活方式选择的易于获取和准确的信息，可以显著减少这些疾病的发病率和影响。

5.加强医疗系统：投资加强医疗系统，更好地应对慢性病的预防、诊断和治疗。这包括加强初级保健服务，增加获得基本药物和治疗的途径，并将慢性病管理整合到现有的医疗基础设施中。所有社康中心均制定并实施慢性病管理制度，与辖区综合医院建立了畅通的双向转诊通道。

## （四）工作内容与行动措施

### 1.加强原有重点工作

进一步发挥领导小组会议和联络员会议在示范区工作中的重要作用。通过领导小组会议研究部署示范区建设工作，落实部门责任；通过联络员会议通报示范区各部门各工作任务建设落实情况，协调并落实示范区建设存在问题的解决办法。

持续推进健康社区建设，倡导以家庭为单位开展健康活动，覆盖率逐年增加，到2029年12月前达到60%以上。

加强健康单位、学校、食堂/酒店建设，数量逐年增加到2029年12月前每类建设达到15个以上。

加强辖区健康支持性环境建设，以健康主题公园、步道、小屋、一条街、超市、社团等形式在居民聚集区设立，每类至少2个，到2029年12月前，健康步道、小屋建成至少5个。扩大健康超市、社团建设。

开展基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的慢性病智能化的分级诊疗服务，持续推进家庭医生签约服务，签约团队负责提供约定的基本医疗、公共卫生和健康管理服务，家庭医生签约服务覆盖率大于省平均水平30%。

建立区域卫生信息平台，实现专业公共卫生机构、二级及以上医院和基层医疗卫生机构之间实现互联互通和信息共享，实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享，利用平台大数据为签约服务

的患者提供健康管理和诊疗服务。

在机关、企事业单位推广工间操健身活动，定期组织各种类型的健身竞赛活动，到 2029 年 12 月前，开展工间健身活动单位覆盖率>90%，每年机关、企事业单位组织开展至少 1 次健身竞赛活动。

在幼儿园、中小学开展与慢性病防控相关的专题健康教育，内容包括:营养均衡、口腔保健、健康体重、视力保护等内容，开展健康教育专题活动的幼儿园、中小学校覆盖率达 100% 实施青少年体育活动促进计划。中、小学生每天锻炼 1 小时的比例达到 100%，国家学生体质健康标准达标优良率>50%。

开展全民健身活动，普及公共体育设施。社区建设 15 分钟健身圈的覆盖率达到 100%设备完好率 100%推动公共体育场地、有条件的企事业、学校的体育场地免费或低收费向社区居民开放，到 2029 年 12 月前，公共体育场地免费或低收费开放比例 100% 有条件的企事业、学校的体育场地免费或低收费比例>40% 经常参加体育锻炼人口比例>40%；社区开展群众性健身运动，有 5 个以上群众健身团体，有文体局备案的体育指导员和志愿者，每年至少开展一次由社会团体组织、企事业单位承担参与支持的健身活动。

## **2.落实新增工作任务**

1. 在社区健康服务中心建设规范统一的健康自助检测点/健康小屋，检测结果进入健康档案，实现信息利用，并能根据检测结果为居民提供个性化健康指导的机构比例不低于 60%。

2. 深入开展“三减三健”专项宣传活动，每年不少于 6 次，并做好健康“小三件”（限盐勺、定量油壶和健康腰围尺）适宜干预技术推广。在社区招募健康生活方式指导员，并对招募健康指导员进行健康指导能力培训，使其能规范开展“健康五进活动”。
3. 建立医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制。
4. 加强中小学、专职卫生专业技术人员、心理健康工作人员的配备。学校对学生健康体检结果进行分析和反馈覆盖率不低于 50%。
5. 有自我管理小组并规范开展活动的社区覆盖率不低于 50%。
6. 医疗机构首诊测压率达到 100% 基层高血压、糖尿病规范管理率均达到 70%以上。
7. 加强老年人健康管理服务。对 65 岁以上老年人提供中医药健康管理;设置老年医学科的二级及以上综合性医院比例达到 70%辖区内每个街道均设有为居家养老的半失能老年人提供日间托养服务的社区老年人日间照料中心。医疗机构向社区养老与机构养老的老年人提供医养结合的健康养老服务覆盖比例达到 100%。
8. 将骨密度检测纳入常规体检，逐年提高 50 岁及以上人群骨密度检测率。
9. 各部门需加强示范区建设实践中好的经验和做法的总结提炼，撰写优秀案例。
10. 示范区工作常态化，各职责部门按要求做好示范区动态管理，每年按时在国家示范区信息管理系统上传年度示范区建设工作信息。

# 附录

指标定义列表

慢性病及行为危险因素流行现状	
吸烟情况	
吸烟率	现在吸烟者与偶尔吸烟者在调查人群中所占比例
饮酒情况	
饮酒率	过去有饮酒行为者在调查人群中所占比例
有害饮酒	男性饮酒者日均酒精摄入量在 61 克及以上的饮酒行为, 女性饮酒者日均酒精摄入量在 41 克及以上的饮酒行为
有害饮酒率	具有有害饮酒行为者所占饮酒者的比例
膳食及营养状况	
食盐摄入过量	食盐每日摄入大于 5 克
食用油摄入过量	食用油每日摄入大于 35 克
畜禽肉摄入不足	畜禽肉每日摄入少于 120 克
蔬菜水果类摄入不足	蔬菜水果类每日摄入少于 500 克
锻炼与静态时间情况	
经常参加体育锻炼	每周至少 3 天参加业余锻炼, 每天锻炼至少 10 分钟者在调查人群中所占的比例
静态行为	坐着、靠着或躺着不动的行为, 不包括睡觉
高血压情况	
高血压患病率	被医生诊断过高血压和(或)调查中测量均值收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或(和)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 在调查人群中所占比例
高血压知晓率	问卷调查回答是否有被诊断过高血压, 回答“是”在调查人群中高血压患者人数的比例
高血压治疗率	已服用降压药的高血压患者占调查中高血压患者总人数的比例
高血压控制率	血压达标的高血压人数占调查中高血压患者总人数的比例
糖尿病情况	
糖尿病患病率	既往有医生诊断为糖尿病或服用降糖药物和进行空腹血糖检测

	≥7.0mmol/L 的人数在所有调查人群中所占比例
糖尿病知晓率	调查时已知自己患糖尿病的患者在调查人群中符合诊断标准的所有糖尿病患者的比例
糖尿病治疗率	近 1 个月使用胰岛素或降糖药物治疗的糖尿病患者数在调查人群中符合诊断标准的所有糖尿病患者的比例
糖尿病控制率	空腹血糖 < 7.0mmol/L 的曾经确诊为糖尿病患者在调查人群中符合诊断标准的所有糖尿病患者的比例
血脂异常情况	
血脂异常	胆固醇水平 ≥ 6.2mmol/L 则是高胆固醇血症；甘油三酯水平 ≥ 2.3 mmol/L 则为高甘油三酯血症；低密度脂蛋白水平 ≥ 4.1 mmol/L 则是高低密度脂蛋白胆固醇血症；高密度脂蛋白胆固醇水平 < 1.0mmol/L 则被是低高密度脂蛋白胆固醇血症。符合其中一条则被诊断为血脂异常
超重、肥胖与向心性肥胖	
体质指数 (BMI)	体重 (公斤) 除以身高 (米) 的平方。
体重过低	BMI < 18.5
超重	24 ≤ BMI < 28
肥胖	BMI ≥ 28
向心性肥胖	男性腰围 ≥ 85cm 和女性腰围 ≥ 80cm
营养监测情况	
生长发育迟缓	身高 (身长) 小于标准值 (SD) 的 2 个标准差
儿童低体重	体重小于标准值的 2 个标准差
儿童青少年超重与肥胖	BMI 作为一般性肥胖的初筛指标, 根据《学龄儿童青少年超重与肥胖筛查》(WS/T 586-2018) 的标准判断儿童超重肥胖
中心性肥胖	根据调查得出的腰围及《7-18 岁儿童青少年高腰围筛查界值》(WS/T 611-2018) 的标准判断儿童中心型肥胖
贫血	半岁-5 岁儿童血红蛋白 (Hb) < 110g/L, 5-11 岁儿童 Hb < 115g/L, 12-14 岁青少年 Hb < 120g/L, 15 岁以上男性 Hb < 130g/L, 女性 Hb < 120g/L, 孕妇 Hb < 110g/L