

慢病科患者死因监测中生活方式因素的分析

徐 梅

兰州市西固区疾病预防控制中心慢病科 甘肃省兰州市 730060

摘要: 本研究旨在探讨辖区内慢性病（以下简称“慢病”）相关死亡病例与生活方式因素的关联，为疾控机构制定针对性慢病防控策略提供依据。选取 2015 年 1 月至 2024 年 12 月（十年）我区疾控中心死因监测系统中 12000 例慢病相关死亡病例为研究对象，通过回顾性分析其死因监测信息、居民健康档案及家庭医生随访记录，明确主要死因构成并探索生活方式危险因素。结果显示，心血管疾病（38.0%）与恶性肿瘤（32.0%）是主要慢病死因；不良饮食（65.0%）、缺乏运动（58.0%）和吸烟（42.0%）是发生率最高的生活方式危险因素，且与特定死因存在显著关联。研究为优化辖区慢病患者生活方式干预策略提供了数据支持。

关键词: 慢性病；死因监测；生活方式因素；关联性分析

前言

随着居民生活方式转变与人口老龄化加剧，慢性疾病发病率在全球范围内持续攀升，已成为我国居民死亡的首要原因，占全死因构成比约 80%^[1]。此类疾病具有病程长、易反复、多器官累及的特点，不仅严重威胁人群健康质量，还大幅增加医疗资源消耗与社会经济负担^[2]。当前疾控机构开展的慢病死因监测研究，多聚焦于死因分类统计、区域分布特征等宏观指标，对生活方式因素的探索常局限于单一维度描述，缺乏对饮食、运动、吸烟、饮酒等多维度习惯与死因关联性的系统分析，难以全面识别可控风险因素，导致生活方式干预措施缺乏精准依据^[3]。我区为常住人口约 35 万的行政区域，按国家年均死亡率千分之七估算，每年居民死亡约 2400 例，其中慢病相关死亡占比约 80%（年均约 1920 例）。基于此，本研究选取 2015–2024 年十年间我区疾控中心监测的 12000 例慢病相关死亡病例，通过整合死因监测系统、居民健康档案及家庭医生随访数据，明确主要死因构成，分析生活方式因素与不同死因的关联，为制定符合辖区实际的慢病防控策略提供科学支撑。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为一项回顾性分析，纳入 2015 年 1 月至 2024 年 12 月期间我区疾病预防控制中心死因监测系统登记的 12000 例死亡病例，所有病例均为常住居民，且其居民健康档案中明确诊断患有慢性疾病。其中男性 6800 例（占 56.7%），

女性 5200 例（占 43.3%）；年龄介于 40 至 85 岁之间，平均年龄为 (65.2 ± 7.8) 岁。基础慢性病主要包括高血压（5200 例，43.3%）、2 型糖尿病（3800 例，31.7%）、冠心病（3200 例，26.7%）和慢性阻塞性肺疾病（2500 例，20.8%），其中 3420 例（28.5%）合并两种或以上慢性病。纳入标准包括：为本区常住居民（居住满 6 个月以上）；慢性病诊断符合《慢性非传染性疾病诊断指南》标准；根本死因为慢病相关（如心血管病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统病、代谢性疾病等）；且健康档案与家庭医生随访记录中生活方式信息完整度不低于 80%。排除标准为：非本区常住居民；因急性创伤或急性感染性休克等急性原因直接致死；生活方式信息缺失超过 20% 且无法补充；死因编码不明确或存在争议者。

1.2 方法

本研究通过疾控机构现有数据平台整合多源信息，避免依赖临床病历。数据主要来自：死因监测系统，获取人口学信息、根本死因（ICD-10 编码）及死亡时间；居民健康档案，提取慢性病诊断时间、长期用药方案及年度体检中的血压、血糖等指标；家庭医生签约平台，收集近 3 年饮食、运动、吸烟、饮酒、作息等生活方式随访记录；对信息不全者，由家庭医生通过电话回访，使用标准化问卷补充核实。生活方式涵盖五大维度：饮食（蔬菜水果摄入量、高盐高糖食物频率）、身体活动（每周主动运动次数与时长）、吸烟（当前状态、年限、日吸烟量及戒烟时长）、饮酒（饮酒习惯、频率及每周纯酒精摄入量）和作息（平均睡眠时间与熬夜频

率)。质量控制方面,所有人员统一培训,明确数据标准;实行“疾控人员-家庭医生”双人核对机制,确保一致性;缺失值处理原则为:缺失率低于 20% 采用同年龄、同病种均值填补,超过 20% 则予以排除,保障数据完整性与可靠性。

1.3 评价指标及判定标准

根据 ICD-10 标准,根本死因分为四类:心血管疾病(如急性心肌梗死、缺血性脑卒中、心力衰竭)、恶性肿瘤(如肺癌、胃癌、结直肠癌、肝癌)、慢性呼吸系统疾病(如慢性阻塞性肺疾病急性加重、肺心病)以及其他慢性病原因(如糖尿病酮症酸中毒、慢性肾功能衰竭)。生活方式危险因素依据《中国居民膳食指南(2022)》和慢病管理规范判定,包括:不良饮食(蔬果摄入不足 300g/日,或盐 > 5g/日且糖 > 25g/日)、缺乏运动(每周主动运动少于 150 分钟)、吸烟(目前仍在吸烟或戒烟不足一年)、有害饮酒(男性每周酒精超 210g,女性超 140g)以及作息紊乱(每日睡眠 < 6 或 > 9 小时,且每周熬夜 ≥ 3 次)。

1.4 统计学方法

所有数据采用 SPSS 26.0 统计学软件处理。计量资料(如年龄、吸烟年限)以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料(如死因构成比、生活方式危险因素发生率)以频数(n)及率(%)表示。分析生活方式因素与死因的关联性时,先采用卡方检验进行单因素分析,再通过二元 logistic 回归模型控制混杂因素(如年龄、基础病类型)开展多因素分析。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 根本死因构成情况

12000 例慢病相关死亡病例中,心血管疾病与恶性肿瘤为主要死因,占比超 70%,具体构成见表 1。

表 1 12000 例慢病相关死亡病例根本死因构成情况

死因类别	例数(n)	构成比(%)	主要疾病类型(例数)
心血管疾病	4560	38	急性心肌梗死 2100、缺血性脑卒中 1800、心力衰竭 660
恶性肿瘤	3840	32	肺癌 1500、胃癌 1100、结直肠癌 900、肝癌 340
慢性呼吸系统疾病	2160	18	慢性阻塞性肺疾病急性加重 1720、肺心病 440
其他慢病原因	1440	12	糖尿病酮症酸中毒 880、慢性肾功能衰竭 560
合计	12000	100	-

2.2 生活方式危险因素分布情况

五大生活方式危险因素中,不良饮食发生率最高(65.0%),其次为缺乏运动(58.0%),具体分布见表 2。

表 2 12000 例慢病相关死亡病例生活方式危险因素分布情况

生活方式危险因素	例数(n)	发生率(%)	关键特征指标($\bar{x} \pm s$)
不良饮食	7800	65	每日蔬果摄入量(210 ± 55)g,高盐摄入周频率(4.2 ± 1.3)次
缺乏运动	6960	58	每周主动运动时间(85 ± 32)分钟
吸烟	5040	42	吸烟年限(23.2 ± 6.5)年,每日吸烟(18.5 ± 5.2)支
有害饮酒	4200	35	每周纯酒精摄入量(278.6 ± 44.8)g
作息紊乱	3600	30	每日睡眠时间(5.2 ± 1.1)小时,每周熬夜(4.1 ± 1.2)次

2.3 生活方式因素与根本死因的关联性分析

采用统计学方法(先单因素卡方检验,再二元 logistic 回归模型多因素分析),分析生活方式因素与不同根本死因的关联,单因素分析结果见表 3,多因素分析结果见表 4。

表 3 生活方式因素与根本死因的单因素分析(例,%)

生活方式危险因素	心血管疾病(n=4560)	恶性肿瘤(n=3840)	慢性呼吸系统疾病(n=2160)	其他慢病原因(n=1440)	χ^2 值	P 值
不良饮食	3720 (81.6)	2640 (68.8)	972 (45.0)	420 (29.2)	132.56	< 0.001
缺乏运动	2510 (55.0)	2999 (78.1)	972 (45.0)	410 (28.5)	108.34	< 0.001
吸烟	2758 (60.5)	1440 (37.5)	540 (25.0)	282 (19.6)	99.78	< 0.001
有害饮酒	1670 (36.6)	1320 (34.4)	864 (40.0)	346 (24.0)	12.89	0.005
作息紊乱	1440 (31.6)	1200 (31.3)	648 (30.0)	342 (23.8)	10.25	0.016

表 4 生活方式因素与根本死因的多因素 logistic 回归分析

因变量	自变量	OR 值	95% 置信区间	P 值
心血管疾病死亡	不良饮食	2.38	1.25-4.52	0.009
	吸烟	2.01	1.06-3.85	0.035
	缺乏运动	1.15	0.61-2.18	0.72
恶性肿瘤死亡	缺乏运动	2.15	1.12-4.12	0.022
	不良饮食	1.58	0.82-3.08	0.185
	吸烟	1.08	0.53-2.20	0.83

3 讨论

慢性疾病的发生与社会工业化、人口老龄化及生活方式西化密切相关，受生理状态与行为习惯共同影响^[4]。疾控机构虽常规通过药物管理与健康教育进行干预，但仅靠药物难以抵消高盐高糖饮食、缺乏运动等不良生活方式的长期危害，这些因素会持续加重血管负担、削弱免疫功能，加速疾病进展并提升死亡风险^[5]。

本研究基于辖区 35 万常住人口十年间 12000 例慢病死亡数据，具有良好的代表性。结果显示，心血管病（38.0%）和恶性肿瘤（32.0%）为主要死因，与全国趋势一致。分析表明：高盐高糖饮食损伤血管内皮，增加心梗与脑卒中风险；缺乏运动导致代谢减缓、免疫力下降，促进肿瘤发展；吸烟则通过尼古丁等成分诱发动脉粥样硬化，机制明确。然而，有害饮酒与作息紊乱未见显著关联，可能因数据依赖家属回忆存在偏差，或其效应被其他因素掩盖，亦或随访时间间隔过长所致。值得注意的是，28.5% 的病例存在多种不良生活方式，提示需从单一干预转向综合管理。

本研究优势在于利用现有疾控数据平台，样本量大且贴近实际工作；采用双人核对与电话回访保障质量。局限性

包括回忆偏差、未控制遗传与环境等混杂因素，以及区域单一性限制推广。建议今后加强靶向宣教（如对高血压患者强调低盐控烟，对肿瘤高危者推广运动），完善健康档案中的生活方式记录，引入体脂、血压等客观指标，并通过社区活动推动饮食与运动干预的常态化实施。

参考文献：

- [1] 程琳琳, 林红. 大连市甘井子区 2018-2022 年居民主要死因分析 [J]. 养生大世界, 2024(20):215-216.
- [2] 沈宛颖, 霍军荣, 郝光, 等. 2014-2019 年湖北省某市慢性病死亡率及早死概率分析 [J]. 实用预防医学, 2021, 28(7):65-66.
- [3] 尚明风. 日照市东港区 2020-2022 年居民死因监测分析 [J]. 慢性病学杂志, 2023(11):107-108.
- [4] 安峻颖, 王晓燕, 胡晓波, 等. 2018-2021 年广元市户籍居民死因监测分析 [J]. 预防医学情报杂志, 2023, 39(2):26-27.
- [5] 陈敏, 孟显峰, 李宁, 等. 2021 年潍坊市常住居民死亡原因及主要慢性病早死概率分析 [J]. 社区医学杂志, 2024, 22(11):103-104.