

城市与农村居民慢性病谱差异比较

马琳 孙一诺 伊斯坎代尔·图尔贡江 李景榕 余露

宁夏医科大学 宁夏 银川 750000

摘要：随着我国人口老龄化进程加快，慢性病已成为制约全民健康的重大公共卫生问题，城乡居民慢性病谱呈现显著分化特征。农村地区多重慢性病现患率更高，体感疾病与未诊断病例占比突出；城市则以代谢性疾病、职业相关慢性病高发为主要特点。本文基于现有调研数据与研究成果，系统比较城乡居民慢性病总体患病率、年龄性别分布、多病共存情况及主要病种差异，深入分析生活方式、社会经济与教育水平、医疗资源可及性、环境与职业暴露等关键影响因素，针对性提出农村筛查干预强化、差异化健康教育推广、城乡医保体系完善及跨部门协同治理等策略，为优化慢性病管理体系、缩小城乡健康差距、推进健康中国建设提供科学参考。

关键词：城乡差异；慢性病谱；患病率；影响因素；防控策略

引言：

随着我国人口老龄化加剧，慢性病已成为重大公共卫生挑战，2025年数据显示，我国慢性病患者率达35%-45%，管理人群超5亿，其中城乡居民慢性病谱呈现显著差异——农村地区虽医疗资源薄弱，但多重慢性病现患率更高，城市则以代谢性疾病高发为特征。这种差异不仅影响居民健康公平，也对医疗资源配置提出挑战。本文系统比较城乡慢性病患者率、病种分布及影响因素，提出针对性防控策略，为优化慢性病管理体系提供科学依据。

1 城乡居民慢性病总体患病率比较

1.1 总体慢性病患者率

我国城乡居民慢性病总体患病率呈现“农村反超城市”的特征，北京大学中国卫生发展研究中心（CCHDS）基于2015-2016年CHARLS数据的研究显示，农村地区多重慢性病现患率为58.3%，显著高于城市地区的50.4%；经过社会经济与生活方式变量调整后，农村多重慢病现患率仍比城市高6.4%，差异具有统计学意义^[1]。2025年上海民建发布的“新农合”相关研究进一步佐证，农村居民总体慢性病患者率为35.21%，略高于城市的33.49%。从单一病种看，澎湃新闻2025年全国高血压调查数据显示，农村高血压患病率达33.7%，超过城市的29.1%，打破传统“城市高于农村”的认知，反映出城乡慢性病流行趋势的转变。

1.2 年龄与性别分布特征

年龄是影响城乡慢性病分布的核心因素，且不同年龄组差异显著，国家统计局2003年调查数据显示，65岁及以上人群中，城市慢性病患者率为777.1%，农村为391.7%，此时城市老年人群患病率更高；但北京大学CCHDS研究指出，除75岁及以上年龄组外，农村

所有年龄分组的多重慢病现患率均高于城市，如45-54岁农村组患病率比城市组高约8个百分点，反映出农村中老年人慢性病负担更早显现。性别维度上，城乡均呈现“女性患病率高于男性”的特点。

1.3 慢性病多病共存情况

城乡居民慢性病“多病共存”现象普遍，且农村地区未诊断风险更高，北京大学CCHDS研究显示，我国45岁及以上人群中，患有任何一种慢性病的患者，同时患另外一种及以上疾病的概率达83.0%-97.6%，城乡该比例无显著差异；其中农村高血压患者中多重慢病现患率为88.1%，高于城市的85.7%，农村胃病患者中多重慢病现患率为89.1%，同样高于城市的84.8%。2025年全国性数据亦显示，80%老年人至少患1种慢性病，49.7%患3种及以上慢性病的老年人存在失能风险，其中农村失能风险人群占比更高，反映出多病共存对农村老年健康的更大威胁。

2 常见慢性病类型及其城乡差异

2.1 高血压

高血压是我国城乡居民最常见的慢性病之一，且城乡流行趋势发生逆转^[2]。澎湃新闻2025年基于

2021-2022年全国调查数据显示,农村高血压患病率为33.7%,超过城市的29.1%;从历史趋势看,1958-2018年间我国高血压患病率从5.1%升至27.5%,其中农村增长速度快于城市。过去城市患病率长期高于农村,如今农村患病率已反超,这与农村饮食结构逐渐“城市化”、高盐摄入未得到有效控制相关,城乡差异更体现在诊断与管理层面,农村居民健康筛查覆盖率低,很多潜在患者未被及时发现,确诊率远低于城市。

2.2 糖尿病

糖尿病的城乡差异呈现城市患病率高于农村的稳定态势,但农村的增长潜力和防控压力不容忽视。城市居民久坐、高脂高糖饮食等生活方式,使其患病风险更高;而农村地区,随着饮食结构中高热量食物占比上升,糖尿病发病率正逐步攀升。值得关注的是,农村糖尿病患者的并发症风险更高,这主要因为农村居民健康监测意识薄弱,定期血糖监测频次不足,血糖控制效果不佳,进而增加了心脑血管、肾脏等相关并发症的发生概率。

2.3 心脑血管疾病

从患病率来看,城市居民因久坐、高油高脂饮食等因素,心脏病、脑卒中的患病比例高于农村;但从死亡率和预后情况来看,农村反而更严峻。陆杰华等2022年基于《中国卫生健康统计年鉴2021》的研究显示,农村居民心脏病死亡率为171.36/10万,高于城市的155.86/10万^[3]。农村地区急救转运效率较低,基层康复服务资源不足,导致患者发病后得不到及时有效的救治和后续康复护理,失能率远高于城市,这也使得农村心脑血管疾病的死亡占比更高。

2.4 呼吸系统慢性病

呼吸系统慢性病以慢阻肺为主要类型,呈现农村患病率和死亡率均高于城市的特点,农村地区的高发与当地环境和职业暴露密切相关。农村居民长期接触农业生产中的秸秆燃烧粉尘、农药喷洒,再加上部分人群有长期吸烟习惯,这些因素都大大增加了慢阻肺的发病风险,而城市的呼吸系统疾病则以哮喘、过敏性疾病为主,主要受空气污染、室内装修污染等环境因素影响,与农村的疾病类型和致病原因有明显区别。

2.5 肥胖与代谢综合征

肥胖与代谢综合征是引发多种慢性病的重要危险因素,其城乡差异正逐渐缩小,城市居民因日均久坐时间长、缺乏运动,肥胖和代谢综合征风险较高;农村居

民虽体力劳动相对较多,但随着饮食结构改变,高碳水、高油食物摄入增加,肥胖率也在稳步上升,与城市的差距不断缩小,此外,农村居民对代谢综合征的认知不足,诊断率远低于城市,很多潜在患者未被及时干预,这也进一步增加了后续患上心脑血管疾病的风险^[4]。

3 影响城乡慢性病谱差异的因素分析

3.1 生活方式因素

生活方式是城乡慢性病谱差异的核心诱因,二者虽呈现趋同特征,但细节差异显著,农村居民饮食长期高盐,且随着饮食“城市化”,高油高糖食物摄入增多,可健康认知未同步提升,使得相关慢性病风险上升。城市居民则受“久坐危机”困扰,缺乏运动的生活状态,易诱发糖尿病等代谢性疾病,吸烟饮酒习惯上,农村男性吸烟率更高,睡眠方面,城市居民熬夜普遍,农村居民虽睡眠时长充足,但受环境与基础疾病影响,睡眠质量较差,两类问题均不利于慢性病防控。

3.2 社会经济与教育水平

社会经济与教育水平通过健康认知间接塑造城乡慢性病差异,农村居民学历与家庭收入普遍偏低,导致慢性病认知薄弱,对疾病治疗关键信息的知晓度远不及城市居民。经济压力下,农村患者医疗支出占比更高,往往“小病拖、大病扛”,错失早期干预时机。

3.3 医疗资源与服务可及性

医疗资源配置不均是城乡慢性病差异的关键制度因素,城市医疗人才与床位资源更充足,而农村基层医疗机构设备简陋,难以满足慢性病筛查需求,服务可及性上,农村居民到医疗机构的距离更远,体检参与度低,导致慢性病“早发现、早诊断”率偏低。

3.4 环境与职业暴露因素

环境与职业暴露的差异,直接导致城乡慢性病类型分化,农村居民长期面临农业生产带来的风险,农药接触、秸秆燃烧产生的粉尘等,易诱发慢性呼吸系统疾病与消化系统疾病,城市则受工业与生活污染影响更大,空气质量问题增加了肺癌等疾病的发生概率,职业特点也加剧了差异,城市白领长期伏案易引发颈腰椎问题;农村体力劳动者因长期关节劳损,关节炎发病率更高,两类环境与职业因素共同造就了城乡不同的慢性病谱特征。

4 慢性病防控策略的城乡对策建议

4.1 提高农村慢性病筛查与干预能力

针对农村慢性病筛查不足、未诊断率高的问题，需构建“主动筛查+精准干预”体系。一是推广移动筛查模式，依托县域医共体，配置移动筛查车，每季度深入村屯开展免费筛查，重点覆盖45岁及以上人群、高血压高风险人群，参考哈尔滨医科大学“现场调查+医保数据整合”方法，建立农村居民慢性病电子档案，实现筛查数据与医保、医院电子病历互联互通，减少漏诊。二是强化基层干预能力，为村卫生室配备慢性病管理包，培训村医掌握“高血压+糖尿病”联合管理技能，建立“村医-乡镇卫生院-县级医院”转诊机制，对筛查发现的高危人群实行分级管理，确保3天内完成县级医院复诊。三是针对农村高发病种制定干预方案，如对关节炎患者开展关节保护宣传，对慢阻肺患者提供戒烟干预与肺功能康复训练，降低并发症风险。

4.2 推进健康教育差异化推广

根据城乡居民健康素养、信息获取渠道差异，实施差异化健康教育，农村地区侧重“接地气”的宣传方式，利用村广播、宣传栏、入户走访等渠道，以方言短视频、案例讲解形式，普及慢性病防治知识；结合农村集市、庙会等场景，开展“健康大集”活动，通过免费测血压、发放低盐酱油等实物，强化健康行为引导；针对农村女性抑郁症状高发（49%），联合妇联开展心理健康讲座，培训村妇联干部担任“心理联络员”，及时识别抑郁风险。城市地区侧重“精准化”的宣传方式：针对职场人群，通过企业微信、线上课程等，推广“办公室微运动”、

低盐饮食食谱；针对青少年，联合学校开展“营养健康课”，预防肥胖与青少年糖尿病；利用社区健康驿站，为老年人提供“一对一”用药指导，重点解决“多病共存”患者用药叠加问题，此外，依托中国营养学会2025年《新时代慢性病防治食养食疗策略和行动》，农村推广“粗粮替代精米白面”，城市推广“控糖饮食”，实现饮食干预的城乡适配。

4.3 完善城乡医保与健康保障体系

针对城乡慢性病患者经济负担差异，优化医保保障政策，提升保障公平性^[5]。一是扩大农村医保覆盖范围，将农村高发的关节炎、慢性胃病等病种纳入慢病医保报销目录，参考2025年全国慢性病医疗费用减负认证系统，农村地区慢病门诊报销比例提高至90%，逐步缩小城乡报销差距；对农村“多病共存”患者，设立年度医疗费用封顶线豁免政策，避免因病致贫。二是推进城乡医保经办服务一体化，建立“县域内一站式结算”机制，农村患者在村卫生室就诊可直接享受医保报销，无需垫付费用；推广“长处方”政策，对病情稳定的农村慢性病患者，开具最长3个月的处方，减少往返医院次数，降低交通成本。三是引入商业健康保险补充，针对农村慢性病患者，开发“普惠型慢病补充保险”，保费由政府补贴50%，覆盖医保未报销部分，减轻经济负担；城市则优化大病保险与基本医保衔接，重点保障癌症、心脑血管疾病等高额医疗费用。

结 语：

我国城乡居民慢性病谱差异显著，农村以多重慢性病现患率高、体感疾病高发为特征，城市以代谢性疾病、职业相关疾病高发为特征。这种差异是生活方式、医疗资源、社会经济等多因素交织的结果，不仅影响居民健康公平，也对慢性病防控体系提出挑战。未来需立足城乡差异，通过强化农村筛查干预、推进差异化健康教育、完善医保保障、加强跨部门协同，构建“城乡适配、精准高效”的慢性病防控体系。随着健康中国行动的推进，只有持续优化资源配置、缩小城乡健康差距，才能有效减轻慢性病负担，提升全民健康水平。

参考文献：

[1] 郭方鹏. 城市与农村居民慢性病相关行为与生

活方式对比分析[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(01): 31-34.

[2] 丁贤彬, 毛德强, 沈卓之, 等. 重庆市城市与农村居民慢性病相关行为与生活方式比较[J]. 中国慢性病预防与控制, 2015, 23(07): 512-515.

[3] 聂雪琼, 李英华, 陶茂莹, 等. 中国居民慢性病防治素养水平及其影响因素[J]. 中国健康教育, 2015, 31(02): 108-111.

[4] 官海静, 刘国恩. 中国四地城乡居民生命质量的比较分析[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(02): 5-12.

[5] 高博, 赵娜, 任晓晖, 等. 城市化发展对居民卫生服务需要及利用的影响分析[J]. 四川大学学报(医学版), 2013, 44(02): 255-260.