

中国人群 1991~2000 年伤害死亡的流行趋势和疾病负担

杨功焕 周脉耕 黄正京 王黎君

【摘要】 目的 了解 1991~2000 年中国人群伤害死亡的变化趋势、地区特点和疾病负担。方法 使用全国疾病监测资料,经漏报调查结果进行调整,描述伤害的死亡水平和主要死亡原因,并计算伤害导致的平均潜在寿命损失年和潜在工作寿命损失年,以及伤害死亡、寿命损失和潜在工作寿命损失占总死亡的比例。结果 1991~2000 年伤害死亡基本维持在恒定水平,经漏报率调整后 10 年平均伤害死亡率为 66.56/10 万,男性为 81.41/10 万,女性为 51.17/10 万。城市和农村人群的 10 年平均伤害死亡率分别为 38.68/10 万和 74.63/10 万。西部农村伤害的死亡率为 81.02/10 万,东、中、西部农村地区伤害死亡率之比为 1:1.14:1.21。伤害是儿童和青年的主要死因,交通事故、自杀、淹溺、意外中毒、意外坠落是伤害的主要死因。自 20 世纪 90 年代以来,交通事故死亡率上升明显,至 2000 年已成为第一位死因。因伤害导致的潜在减寿年数是 2132 年/10 万,导致的工作减寿年数为 1587 年/10 万,分别占总死亡减寿年数的 24.56% 和 26.51%。结论 伤害带来的疾病负担是严重的,由于“早死”,使伤害死亡带来更多的社会和经济损失,特别是交通伤害死亡率的上升应该引起更多重视,不同地区应针对本地区的重要伤害死亡谱和目标人群制订有效的控制策略。

【关键词】 伤害;死亡;潜在寿命损失年;城市;农村

Study on the trend and disease burden of injury deaths in Chinese population, 1991-2000 YANG Gong-huan*, ZHOU Mai-geng, HUANG Zheng-jing, WANG Li-jun. *Institute of Basic Medicine, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100005, China

【Abstract】 Objective The mortality and trend of injury in 1991-2000, the distribution of causes of injuries by areas as well as disease burden in Chinese population were discussed. **Methods** Data on mortality level and causes of injuries provided by National Disease Surveillance Program in 1991-2000, adjusted by under-reporting rate together with years of potential life lost (YPLL) and WPYLL of injuries and proportion of YPLL and WPYLL of total death, were calculated. **Results** The mortality of injury was kept at a stable level from 1991 to 2000. The adjusted average death rates were 66.56/100 000 with 81.41/100 000 in males, 51.17/100 000 in females, and 38.68/100 000, 74.63/100 000 in urban and rural populations respectively. Death rates of injury in the east, central and west rural areas were 1:1.14:1.21 respectively. Injury was the main cause of death among children and youths. Traffic accident, suicide, drowning, poisoning and fall were main causes of injury accounting for 70 percent of all the injury mortality. Since 1990's, the death rate of traffic accident had been obviously increasing, YPLL and WPYLL in injury 2132 years/10 000 and 1587 years/10 000, respectively. The YPLL and WPYLL were 24.56% and 26.51% of total deaths. **Conclusion** The disease burden of injury was heavy and the death of injury caused more social and economic losses owing to premature death. The increasing death rate of traffic accident called for more attention. Different effective control strategies should be formulated based on different death causes of injury and different target populations.

【Key words】 Injury; Death; Years of potential life lost; Urban; Rural

近年来,伤害与传染病、非传染性慢性病共同成为公共卫生的热点问题,其研究重点是伤害的急性效应和长期的致残效应^[1],其中因伤害引起的死亡

在死因构成中占居一定的比重。随着我国经济的发展,一些伤害如交通事故死亡呈明显的上升趋势,严重威胁人民健康,由于其发生率和死亡潜在寿命损失率高、后遗伤残多,造成社会经济损失巨大。我们利用全国疾病监测 1991~2000 年死亡数据,对我国伤害的发生和死亡状况进行了回顾性研究。

基金项目 科技部科技基础性工作专项基金资助项目

作者单位:100005 北京,中国协和医科大学基础医学研究所(杨功焕);中国疾病预防控制中心(周脉耕、黄正京、王黎君)

资料与方法

1. 相关定义 :伤害是指由于暴露于过量的机械、电力、热能或化学能 ,或缺乏某些物质 ,如氧、热能导致身体的急性损伤。伤害死亡是受伤后或伤害晚期效应后死亡的病例。根据国际疾病分类 (ICD-9),伤害死亡定义为死亡类目表中死因编码为 47~56(外部原因分类为 E 47~56)的所有死亡病例。伤害死亡分成有意和无意两大类。在该分类水平下,死亡又分成不同的子类。无意识的伤害又分成交通意外、中毒、跌落、火焰引起的事故和淹溺等,有意识的伤害再分为自杀或自伤、他杀或他伤,以及战争引起的伤害^[2]。

2. 资料来源 :1991~2000 年全国疾病监测系统 145 个疾病监测点报告的伤害死亡资料,通过多阶段分层随机抽样获得。监测点覆盖 31 个省(自治区和直辖市)的城市和农村,监测人群为 1000 万人,是一个能代表全国人群疾病模式的代表性样本^[3]。该系统通过原中国预防医学科学院、省和县卫生防疫站、医院以及相应的街道、村卫生人员组成的监测网络,组织监测系统的运行,确保监测资料的质量。死因资料通过填写死亡登记证明书收集有关的信息。该死因登记证明书包括死者的年龄、性别、死亡时间和地点、死亡原因、内部和外部原因分类等 17 个变量,全部进入数据库。1994 年前,每年进行一次出生、死亡和传染病的入户漏报调查,以后改为每三年进行一次。漏报调查采用“捕捉-标记-再捕捉”的原理,确定漏报率用以校正报告数据^[4]。

3. 分析方法 :使用伤害死亡率描述不同类别伤害的死亡水平和变化趋势,并估计伤害导致的平均潜在寿命损失和潜在工作寿命损失年限,以及伤害死亡、寿命损失和潜在工作寿命损失占总死亡的比例。

监测系统报告死亡率,经漏报调整,并根据 2000 年人口数据进行标化;10 年伤害平均死亡率是以 1991~2000 年监测地区报告的伤害死亡人数与 10 年共监测的人数和观察年数的乘积之比,再经漏报调整,并根据 2000 年人口数据进行标化。

$$10 \text{ 年伤害平均死亡率} = \frac{\sum [10 \text{ 年监测地区伤害年龄别死亡人数} / \sum (\text{该年龄段年监测人数}) \times (N_i / N)] (1 - \text{漏报率})}{10} \times 10^5$$

为了估计伤害导致“早死”的危险,测量每 10 万人中归因伤害导致的潜在减寿年数(YPLL),即距

离目标生存年龄所损失的生存年数^[5]。目标生存年龄,定义了 2 个等级:70 岁和 60 岁,70 岁和我国的人均 0 岁期望寿命接近,70 岁以前死亡所损失的年限为潜在期望寿命损失的年限,60 岁是我国规定的退休年龄,虽然女性规定得更早,考虑到 60 岁以前,人们基本处于工作状态,所以定义 60 岁前死亡所损失年限为工作损失年限(WPYLL)。

$$YPLL/10^5 = \sum (A - a_i) \times [N_i / (1 - \text{漏报率})] \sum (\text{年监测人数}) \times 10^5$$

式中 A 表示目标生存年龄,定义为 70 岁和 60 岁, a_i 表示死亡年龄, N_i 表示在该年龄组伤害死亡的人数,伤害死亡数是指经过漏报调整,并标化后的估计死亡数。

结 果

1. 样本的人口学特点 :伤害死因报告覆盖的人口为 1000 万,城市、农村人群年龄、性别分布和 2000 年人口普查的结果基本类似(表 1)。

2. 伤害死亡特点 :

(1)伤害死亡水平和变化趋势 :根据 1991~2000 年全国疾病监测报告,伤害死亡率 20 世纪 90 年代以来基本维持恒定,在总人群、农村和城市人群中拟合的回归方程均无统计学意义。各年度分城市和农村的漏报率见表 2。经漏报调整,并标化后的 10 年平均死亡率为 66.56/10 万(65.46/10 万~67.66/10 万)(以下死亡率均同此)。伤害死亡一般来说是男性高于女性,男性 10 年平均死亡率为 81.41/10 万(79.77/10 万~83.05/10 万),女性为 51.17/10 万(49.31/10 万~53.03/10 万),男性伤害死亡率是女性的 1.59 倍。除 0 岁组伤害死亡率为女性高于男性外,其余年龄组(1~14 岁、15~34 岁、35~69 岁和 70 岁)人群均为男性高于女性。

伤害的死亡率水平没有明显的变化,但是随着其他类别疾病的变化,伤害死亡占总死亡的比例略有下降,从 1991 年的 11.7% 到 2000 年的 9.6%。

虽然伤害总死亡率持稳定状态,但是伤害死亡谱变化十分明显。总人群伤害死亡构成是以交通事故、自杀、淹溺、意外中毒、意外坠落为主,这五种伤害的死亡案例占全部伤害死亡的 70% 左右。自 90 年代以来,交通事故死亡率上升明显,1991 年自杀是全人群伤害的第一位死因,交通事故位居第二,至 1996 年起交通事故已上升为第一位伤害死因,而自杀下降为第二位伤害死因(图 1)。

表1 1991~2000 全国疾病监测系统人口年龄构成

年龄组 (岁)	城 市		农 村		合计
	男性	女性	男性	女性	
0~	12 287(0.010)	11 432(0.010)	62 675(0.015)	54 963(0.014)	141 357(0.013)
1~	54 212(0.045)	51 061(0.044)	292 681(0.071)	264 511(0.066)	662 465(0.063)
5~	76 124(0.063)	71 393(0.061)	372 459(0.090)	345 212(0.087)	865 188(0.082)
10~	74 960(0.062)	70 474(0.060)	385 505(0.093)	362 637(0.091)	893 577(0.085)
15~	90 165(0.074)	87 042(0.075)	418 271(0.101)	400 966(0.101)	996 444(0.095)
20~	109 985(0.091)	103 964(0.089)	416 684(0.101)	406 114(0.102)	1 036 747(0.099)
25~	125 211(0.103)	118 876(0.102)	386 790(0.093)	377 030(0.095)	1 007 906(0.096)
30~	122 476(0.101)	114 965(0.098)	321 236(0.078)	311 274(0.078)	869 951(0.083)
35~	113 760(0.094)	106 915(0.092)	299 705(0.072)	288 439(0.072)	808 820(0.077)
40~	98 814(0.081)	91 832(0.079)	250 441(0.060)	241 907(0.061)	682 994(0.065)
45~	77 210(0.064)	71 835(0.062)	206 411(0.050)	194 208(0.049)	549 664(0.052)
50~	64 823(0.053)	63 495(0.054)	179 972(0.043)	168 835(0.042)	477 125(0.045)
55~	59 094(0.049)	58 094(0.050)	160 582(0.039)	151 894(0.038)	429 664(0.041)
60~	50 021(0.041)	49 532(0.042)	133 380(0.032)	129 863(0.033)	362 796(0.035)
65~	37 689(0.031)	37 820(0.032)	105 039(0.025)	107 537(0.027)	288 084(0.027)
70~	24 385(0.020)	26 513(0.023)	71 882(0.017)	78 909(0.020)	201 688(0.019)
75~	13 954(0.011)	16 790(0.014)	43 287(0.010)	52 820(0.013)	126 851(0.012)
80~	6 745(0.006)	10 183(0.009)	21 602(0.005)	30 191(0.008)	68 720(0.007)
85~	2 662(0.002)	5 193(0.004)	10 082(0.002)	15 827(0.004)	33 765(0.003)
不详	74(0.000)	75(0.000)	2 427(0.001)	2 049(0.001)	4 626(0.000)
合计	1 214 650	1 167 485	4 141 110	3 985 186	10 508 433

注: 括号外数据为人数, 括号内数据为年龄别构成比

表2 不同年龄标准的每 10 万人的潜在寿命损失

死因	YPLI(/10 万)	WYPLI(/10 万)
全死因	8679.10	5986.60
感染性疾病	1588.80	1290.55
母婴疾病	979.95	838.95
慢性病	3594.00	1978.00
意外伤害	2132.00	1587.00
不明原因	384.35	292.10
交通事故	436.15	309.40
淹溺	293.40	245.40
自杀	403.00	277.75

1991~2000 年女性,特别是农村 15~34 岁年龄组的女性,自杀死亡呈下降趋势^[6],致使男性和女性自杀死亡率愈来愈接近。而交通事故,无论男性还是女性,其死亡率上升很快,男性交通事故死亡水平已经远远超出其他伤害原因所致的死亡水平(图 2)。

(2) 伤害死亡的年龄、性别特点:与慢性病和感染性疾病不同,各年龄组人群伤害死亡率的差别不是十分明显,但是伤害占总死亡的构成却差别很大。0 岁儿童伤害死亡率是其他年龄组儿童伤害死亡的数倍,但是伤害占总死亡的比例为 6.9%,1~4 岁、5~9 岁和 10~14 岁年龄组的儿童中,伤害死亡也分别占总死亡的 33.8%、56.6% 和 45.5%。15~34 岁年龄组伤害死亡占总死亡的 52%。对于儿童和青少年伤害是危及他们健康的主要卫生问题。

不仅不同年龄组人群伤害所占比重不同,不同年龄组人群的伤害死亡原因构成也不同(图 3)。0~14 岁儿童淹溺为主要死因,其死亡占伤害的 50% 以上,男孩伤害死亡中,淹溺占了近 60%。对于 15~34 岁人群,交通事故和自杀是最主要的两个死因。男性交通事故和自杀分别占伤害的 46.1% 和 21.5%,而女性自杀所占的比例更大,交通事故和自杀分别占伤害的 18.2% 和 45.5%。女性自杀较男性更严重。35~69 岁人群交通事故和自杀同样是最主要的两个死因。男性交通事故和自杀分别占伤害的 32.9% 和 22.2%,而女性,虽然在 2000 年该年龄段自杀死亡率已经低于男性,但所占的比例仍然大于男性,为 38.8%,其交通事故占伤害的 27.3%。70 岁以上人群,交通事故、意外跌落和自杀是较重要的三个死因,男性自杀死亡率明显高于女性,占伤害的比例为 33.1%,其次为交通事故所至伤害死亡,第三位为意外跌落,而女性,自杀、意外跌落和交通事故分别为导致伤害的前三位死因,其占伤害死亡的比例分别为 30.9%、16.8% 和 15.4%。

(3) 伤害死亡水平的地区特点:伤害死亡总的来说,呈现农村高于城市,西部地区高于中部地区,东部地区最低的特点。城市人群的伤害死亡率从 1991 年的 37.99/10 万到 2000 年的 46.21/10 万,

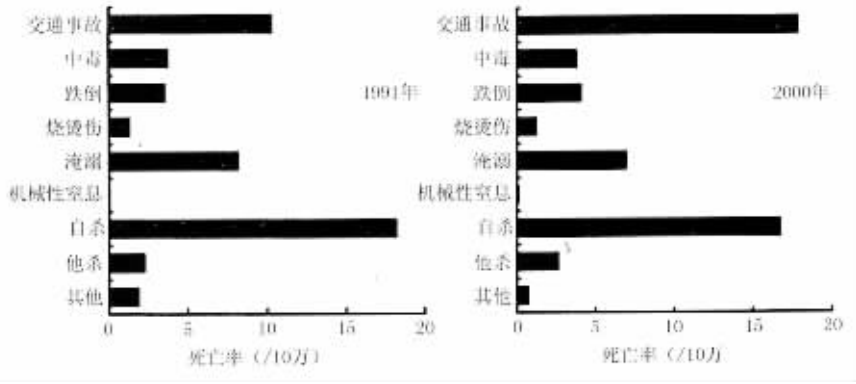


图1 中国人群 1991 年和 2000 年伤害死亡谱的变化

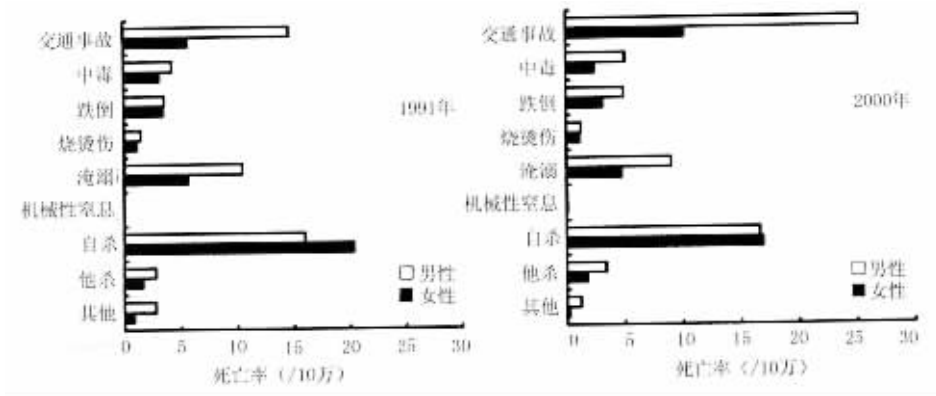


图2 中国人群 1991 年和 2000 年分性别伤害死亡谱的变化

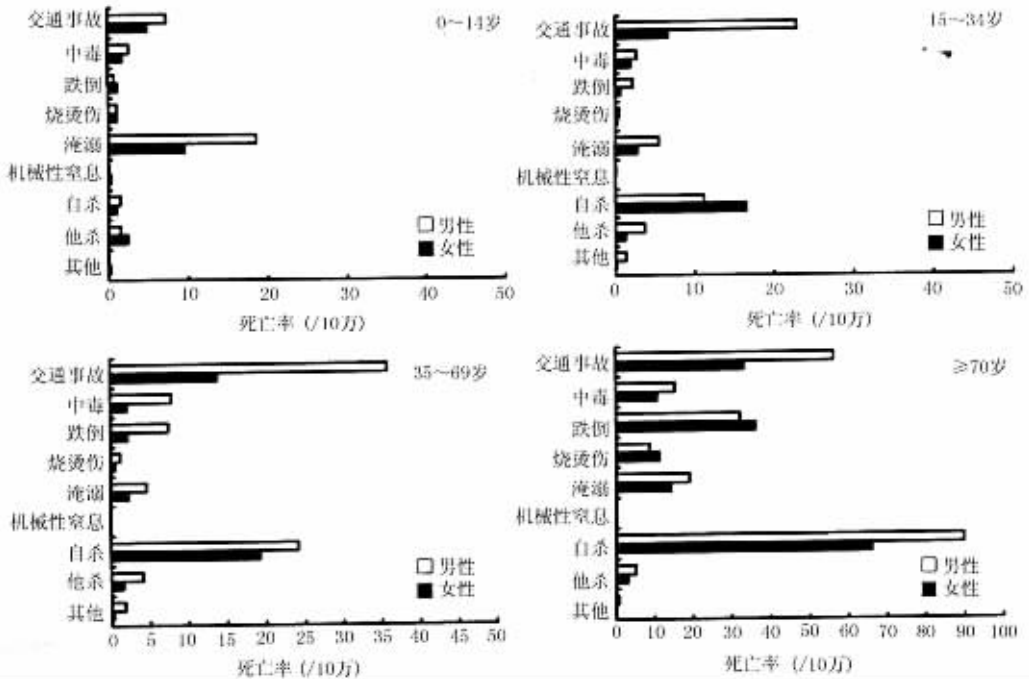


图3 不同年龄、性别人群伤害谱

农村人群的伤害死亡率从 1991 年的 78.36/10 万到 2000 年的 71.11/10 万。虽略有变化,但拟合的回归方程无统计学意义,基本上城市和农村的伤害死亡

率处在稳定状态。城市人群 10 年平均死亡率为 38.68/10 万(36.49/10 万~40.88/10 万),农村人群 10 年平均死亡率为 74.63/10 万(73.34/10 万~

75.91/10 万)。农村人群伤害死亡率是城市人群伤害死亡的1.93倍。西部农村地区伤害的死亡率达到了81.02/10 万,东部农村地区为67.19/10 万,东、中、西部农村地区伤害死亡率之比为1:1.14:1.21。

城市和农村人群伤害死亡谱和各类伤害的死亡水平均有差异。农村自杀死亡率是城市的 3 倍,且是伤害死亡的第一位死因;虽然农村地区近年来交通事故死亡率上升显著,但农村自杀死亡率仍略高于交通事故。其次,淹溺是农村儿童中最主要的伤害死因。农村人群伤害死亡的前四位死因依次为自杀、交通事故、淹溺、意外中毒,城市人群与农村人群生活环境和生活方式的不同决定了伤害死因谱的不同,城市人群前四位伤害死因依次为交通事故、自杀、意外坠落和意外中毒,而农村相对比较严重的淹溺在城市仅位居第六位,他杀位居第五,且死亡率明显高于农村(图 4)。

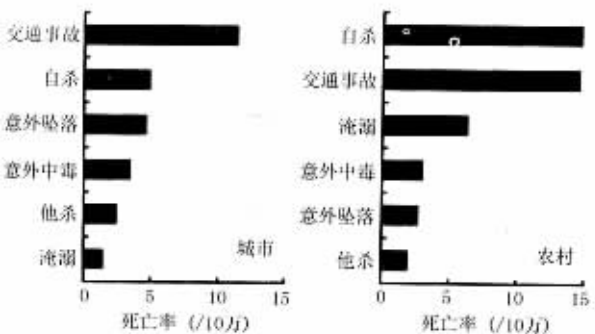


图4 中国城市和农村地区人群的伤害死亡谱

(4)交通事故呈现明显上升趋势:无论城市还是农村,交通事故死亡率一直呈现非常显著的上升趋势,1991 年人群中交通事故死亡率为10.24/10 万,至 2000 年已上升为17.82/10 万。拟合的回归方程为 $y = 1E - 52e^{0.0612x}$, $adj R^2 = 0.9709$;农村交通事故死亡率上升幅度略高于城市(图 5)。

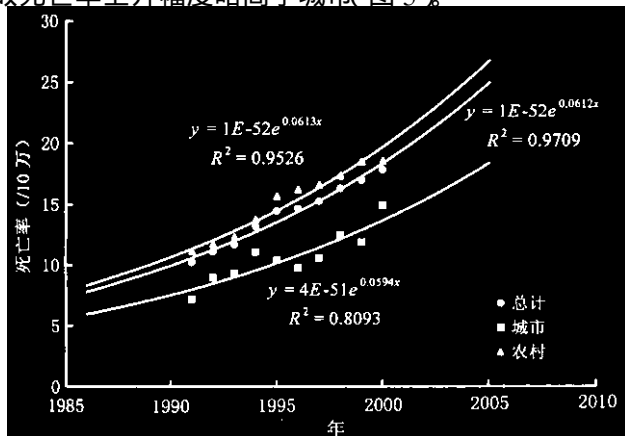


图5 1991~2000 年中国人群交通意外死亡的变化趋势

3. 伤害的 YPLL 和 WYPLL :伤害的 YPLL 为 2132 年/10 万,占总死亡 YPLL 的24.6%,WYPLL 为 1587 年/10 万,占总死亡 WYPLL 的26.5%。远远高于伤害死亡率占总死亡的比例9.6%,意味着伤害与其他疾病相比,导致“早死”的风险更大。其中交通事故、自杀和淹溺导致的潜在寿命损失分别居第一、第二和第三位,占伤害所致寿命损失的 50% 以上(表 2)。

讨 论

伤害在全世界也是一个重要的公共卫生问题,任何一个国家,伤害死亡均在前五位死因中。和其他国家相比,我国伤害死亡有几个特点:第一,我国男性和女性人群的伤害死亡水平和西太区、东地中海地区人群的伤害死亡水平类似,低于其他地区的伤害死亡水平。和全世界伤害的特点相比,淹溺是唯一列入前 5 位伤害的国家。第二,虽然我国总伤害死亡率低于世界平均水平,但是自杀死亡率却是最高的几个国家之一。第三,1991~2000 年我国伤害模式正在发生明显变化,逐渐接近全球伤害的模式。1991 年我国人群中自杀还是伤害的第一位死因,交通事故死亡率为第二,死亡率也处在较低水平,仅为10.5/10 万,但在 10 年时间内,交通事故伤害的急剧上升,男性达到 25/10 万,女性达到10/10 万,迅速接近全球交通事故死亡的水平(男性 30.5/10 万,女性10.5/10 万)。这种趋同现象,提示全球化对我国社会 and 生活方式的影响。

在过去 10 年中,我国伤害死亡维持在稳定水平,占总死亡的比重呈下降趋势。但是交通事故死亡上升迅速,已经成了伤害死亡中的第一位死因。交通事故是伤害中上升迅速的重要干预目标。不同年龄组人群的伤害类别不同,淹溺是儿童最主要的伤害死亡原因,交通事故对青壮年人群所致的伤害影响最大,其次是自杀。在 70 岁以上的老年人,自杀、交通事故和跌伤是伤害死亡的前三位死因。农村伤害死亡水平和伤害谱与城市都不同,伤害死亡水平是城市的 2 倍,而自杀是城市人群的 3 倍。这些发现都提示,虽然伤害对任何地区、任何人群都是一个重要的公共卫生问题,但是不同地区、不同年龄、不同性别人群的伤害各有特点,因此在设计伤害的干预措施时,必然要考虑到这些差异。

本文在描述伤害死亡的全貌基础上,使用了 YPLL 和平均减寿年数关注伤害对“早死”的影响。

依据不同的生存目标年龄,占总死亡的潜在寿命损失年分别为24.6%、26.5% 均比用死亡率度量,伤害占总死亡的比例更大,意味着伤害与其他疾病相比,导致社会经济损失更大。如何来度量一个卫生问题以显示该问题的严重性仍值得进一步探索。本文除了使用死亡率、发生率和病死率以外,使用 YPLL 是从“早死”的角度来描述伤害的严重性,因为伤害是一个导致“早死”的主要原因,而“早死”带来的社会经济影响仅仅使用死亡率并不能反映出来。

参 考 文 献

1 Roberson LS. Epidemiology of injury. UK :Oxford University Press ,

1992.
 2 世界卫生组织.北京世界卫生组织疾病分类合作中心译.国际疾病分类.疾病、损伤和死亡原因国际分类手册.第9版.北京:人民卫生出版社,1989.881-882.
 3 杨功焕,郑锡文,曾光,等.第二阶段疾病监测点的选取及其代表性.中华流行病学杂志,1992,13:197-201.
 4 杨功焕,主编.专栏 2.1 漏报调查原理.1995 年中国疾病监测年报.北京:人民卫生出版社,1997.
 5 Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost(YPLL)- what does it measure? Epidemiology, 1990, 1:322-329.
 6 杨功焕,黄正京,陈爱平.中国人群 1991~2000 年自杀水平的变化趋势和地理分布特点.中华流行病学杂志(待发表).

(收稿日期:2003-10-28)

(本文编辑:张林东)

· 疾病控制 ·

两种国产冻干水痘减毒活疫苗免疫原性及疫苗安全性比较

林云 王金荣 曹家穗 沈国初 姜亚玲 陆金星

接种水痘疫苗是预防水痘的有效措施之一。为了解不同厂家生产的水痘疫苗免疫原性及疫苗安全性的异同,2002 年 6 月我们在嘉善县和秀洲区对两种国产冻干水痘减毒活疫苗免疫成功率及疫苗安全性进行了调查。选择嘉善县和秀洲区 2~6 岁儿童,随机分成 2 组,分别接种卫生部上海生物制品所生产(上海产)水痘减毒活疫苗(批号 20020300)和卫生部长春生物制品所生产(长春产)水痘减毒活疫苗(批号 200107099、200202002、200106073),疫苗均在有效期内使用,分别于皮下接种 1 剂 0.5 ml。免疫前及免疫后 6 周分别采集双份血清标本,采用 WHO 推荐的 FAMA 法检测水痘抗体水平。以 $\geq 1:4$ 判为阳性, $< 1:4$ 为阴性。分别于接种后 30 min、6 h、24 h、48 h、72 h 及 7 d 观察接种对象的局部反应、全身反应及异常反应。

1. 免疫成功率监测:对 489 名儿童的观察,上海产与长春产的水痘疫苗抗体阳转率分别为 88.33%、92.31%,差异无显著性;两组免疫前抗体阳性者 GMT 水平差异无显著性 ($t = 0.074, P < 0.05$),免疫后抗体 4 倍增长率分别为 79.20% 和 67.41%,差异有显著性 ($\chi^2 = 4.59, P < 0.05$);上海产较长春产水痘疫苗 GMT 水平高,差异有显著性 ($t = 2.0288, P < 0.05$)。

2. 安全性观察:对 659 名儿童观察,207 名接种上海产水

痘疫苗对象中有 6 例(2.90%)出现反应,452 名接种长春产水痘疫苗对象中有 6 例(1.33%)出现反应,两者比较无统计学差异。接种上海产水痘疫苗的 207 名观察对象中有 3 例出现 39℃ 以上高热,1 例局部红肿,过敏性皮疹 2 例。除 1 例高热和 1 例过敏性皮疹经对症处理后,症状于 7 d 内消退,其余均在出现症状后 24 h 内自行缓解。据调查,3 例高热中有 2 例在接种前就已有咳嗽等上呼吸道感染症状。接种长春产水痘疫苗对象中发生 1 例(0.22%)过敏性皮疹,5 例(1.11%)发热,其中 1 例高热(40℃)反应,1 例中度发热(38℃)者伴有过敏性紫癜,另 3 例均为中度发热。6 例对象中除 1 例有轻度发热(37.5℃)外,4 例给予对症处理,2 人未经处理,至 72 h 开始症状缓解,7 d 内完全消退。

3. 讨论:通过监测发现,两种国产水痘疫苗刺激机体产生抗体的作用相似,说明两种疫苗的免疫原性相似,都能起到保护易感者的作用。但上海产的水痘疫苗能更好地刺激免疫前抗体阳性者体内抗体产生 4 倍以上增长,致使接种上海产疫苗后的 GMT 水平增长相对较高。对 659 名对象分别接种不同疫苗后发现,两种国产水痘疫苗安全性相似,副反应发生几率都比较小,均适合大面积推广接种。本次观察显示国产水痘疫苗均具有良好的免疫原性和反应原性,但因疫苗投放市场的时间尚短,目前对免疫持久性仅限于理论模式的推算,两种疫苗在人群免疫持久性及流行病学效果是否存在差异尚有待进一步研究。

(收稿日期:2003-10-05)

(本文编辑:张林东)

作者单位:314001 浙江省嘉兴市疾病预防控制中心(林云、王金荣、曹家穗、沈国初);秀洲区疾病预防控制中心(姜亚玲);嘉善县疾病预防控制中心(陆金星)