

晋城市城区慢性非传染性疾病综合防控 示范区社区诊断报告

随着社会经济的发展和人民生活水平的改善，人口老龄化进程加快，与社会心理和行为因素相关的慢性非传染性疾病（以下简称慢病）已成为危害人民健康的重要公共卫生问题。为摸清本区慢性病的基本情况及其危险因素，了解社区相关背景材料与社会支持系统，分析我区社区卫生服务的实际需求，制定我区疾病控制和健康促进策略，提高我区居民健康水平。我们开展了此次晋城市城区慢性病及其危险因素监测项目。

1. 对象与方法

1.1 对象 晋城市城区 18 岁以上的常住居民（在该地区居住 6 个月及以上）。采用多阶段分层整群随机抽样的方法，按性别、年龄两层因素匹配，样本量确定为 3110 人。

1.2 方法 本次慢性病及其危险因素监测调查由区卫体局牵头，专业调查队伍由区疾控中心、各乡镇卫生院（社区卫生服务中心）医务人员、行政村/社区相关人员组成。社区基本资料由社区居民委员会、街道办事处提供，社会、经济、环境与人口资料来源于区统计局，患病资料来源于对居民的健康调查及各医疗卫生机构的统计资料，居民危险因素和不良习惯通过慢性病及其危险因素调查得到，问卷由经过统一培训的调查员以面对面询问的方式进行填写。

1.3 数据处理 调查问卷经数据整理、逻辑核查后，应用 Epidata 3.02 建立数据库，进行数据分析。

2. 结果

2.1 概况

晋城市城区位于山西东南部，总面积 149.6 平方公里，为晋城市经济、政治、文化中心地域。全区辖 1 个镇 7 个街道办事处，49 个行政村，85 个社区。

全区共有医疗卫生机构 486 个，其中区直医疗卫生机构 4 个、社区卫生服务中心 7 个、乡镇卫生院 1 个、社区卫生服务站 39 个，村级卫生所 68 个，民营医院 24 个、社会办医及其他医疗机构 343 个。

2.2 人口统计资料：2019 年末全区常住人口为 500839 人，户籍总人口为 403835 人，全年出生人口 2761 人，死亡上报人口 1967 人。

2.3 流行病学诊断

2.3.1 调查人群基本情况

本次慢性病及其危险因素监测调查由区卫体局牵头，专业调查队伍由区疾控中心、各乡镇卫生院（社区卫生服务中心）医务人员、行政村/居委相关人员组成。

基本情况：本次共调查了 3110 人，其中男性 1611 人，女性 1499 人，男女性别比为 1.07:1，15-29 岁 891 人，占调查人口的 28.65%；30-39 岁 616 人，占调查人口的 19.81%；40-49 岁

621人，占调查人口的19.97%；50-59岁461人，占调查人口的14.82%；60岁以上人521人，占调查人口的16.75%（见表1）

年龄分段	比例	样本数
15-29岁	28.65%	891
30-39岁	19.81%	616
40-49岁	19.97%	621
50-59岁	14.82%	461
60岁-	16.75%	521
合计	100.00%	3110

婚姻状况：未婚604人，占调查人口的19.42%；已婚2402人，占调查人口的77.23%；离婚26人，占调查人口的0.84%；丧偶74人，占调查人口的2.38%；分居4人，占调查人口的0.13%。

文化程度状况：文盲18人，占调查人口的0.58%；小学199人，占调查人口的6.4%；初中767人，占调查人口的24.66%；高中800人，占调查人口的25.72%；大专及以上1326人，占调查人口的42.64%。

职业分布状况：机关企事业单位人员551人，占调查人口的17.72%；专业技术人员524人，占调查人口的16.85%；商业服务业人员249人，占调查人口的8.00%；农林牧渔人员86人，占调查人口的2.76%；家务、待业337人，占调查人口的10.84%；退休人员255人，占调查人口的8.20%；其他1108人，占调查人口的35.63%。

2. 患病率情况

高血压 590 人，占调查人口的 19.00%，高血压患者采取措施控制血压的 565 人，占 95.76%；糖尿病 144 人，占调查人口的 4.63%，糖尿病患者采取措施控制血糖的 142 人，占 98.61%；血脂异常 302 人，占调查人口的 9.71%；过去一年发生脑卒中的 22 人，占调查人口的 0.71%；过去一年发生心肌梗死的 9 人，占调查人口的 0.29%；患有慢性阻塞性肺部疾病的 5 人，占调查人口的 0.16%；人群知道自己血压的 2777 人，血压知晓率为 89.29%，人群知道自己血糖的 1756，血糖知晓率为 56.46%。

3. 行为生活方式诊断

由调查结果可知，男性 1611 人，吸烟者 757 人，占调查总人数的 24.34%，占男性调查人口的 46.99%；吸烟者中吸烟年数 5 年以下的 43 人，占吸烟者的 5.68%，6-10 年的 358 人，占 47.29%，15 年以上的 356 人，占 47.03%（见表 2.1）。吸烟者烟龄多在 5 年以上。

吸烟者吸烟量每天达 1-9 支的 353 人，占吸烟者的 46.63%，10-19 支的 314 人，占 41.48%，20 支以上的 90 人，占 11.89%。被动吸烟 1424 人，占调查人口的 45.79%（见表 2.2）。

表 2.1 吸烟者各烟龄段所占比例

吸烟年数	人数	比例
0-5	43	5.68%
6-10	358	47.29%

15-	356	47.03%
合计	757	100%

表 2.2 吸烟者各吸烟量所占比例

吸烟量	人数	比例
1-9	353	46.63%
10-19	314	41.48%
20-	90	11.89%
合计	757	100%

饮酒 850 人，占调查人口的 27.33%；经常参加体育锻炼的 1220 人，占调查人口的 39.23%；我区居民人群人均食盐日摄入量为 6.06g，人群人均食盐日摄入量标准知晓率为 55.53%，人群人均每天吃油的标准知晓率为 32.32%，认为吃盐会影响健康的 2777 人，占调查人口的 89.29%；慢性病高风险人群标准知晓率为 34.34%；体质指数（BMI）知晓率为 23.95%，营养标签知晓率为 34.60%。由此可见我区居民人群慢性病及其相关危险因素知晓率低。

知晓自己身高的 3001 人，占调查人口的 96.50%，知晓自己体重的 2964 人，占调查人口的 95.31%，知晓自己腰围的 1693 人，占调查人口的 54.44%。体重指数（BMI）<18.5 体重过低的 152 人，占 4.89%，18.5-23.9 适宜体重的 1607 人，占 51.67%，24.0-27.9 超重的 1110 人，占 35.69%，28.0 以上的肥胖 241 人，占 7.75%。（见表 3）男性腰围大于 85cm 的 897 人，占 28.84%。

女性腰围大于 80cm 的 451 人,占 14.5%。空腹血糖在 3.9-6.1mmol (正常) 的 2776 人,占 89.26%,血脂系列正常的 2741 人,占 88.14%。

表 3 人群 BMI 体质指数分布

体重指数 (BMI)	人数	比例
<18.5	152	4.89%
18.5-23.9	1607	51.67%
24.0-27.9	1110	35.69%
>28.0	241	7.75%
合计	3110	100.0%

由调查结果可知,我区居民膳食不合理、吸烟、饮酒、身体运动不足等不良生活方式普遍存在,健康生活方式的知晓率低。慢性病与居民的健康意识较差和不良生活方式等因素有关,所以社区工作者应普及对居民的健康教育,促使居民改变不良生活方式,提高自我保健意识,并对重点人群定期随访和体检,及时给予干预治疗。

4. 人力资源

我区有 8 个社区卫生服务中心(乡镇卫生院),107 个社区卫生服务站(村卫生所),负责各社区内的综合防治工作。区疾控中心与辖区内二级以上医院也抽调专职人员参与健康教育的慢性病防治工作。

在 590 例高血压患者中,过去一年,基层医疗卫生机构的医

生为其测量过血压的 538 人，针对患者的高血压病提供指导的 560 人。144 例糖尿病患者中，过去一年，基层医疗卫生机构的医生为其测量过血糖的 128 人，针对患者的糖尿病提供指导的 120 人。说明我区基本公共卫生服务中高血压、糖尿病的管理有了明显成效。

参加社会医疗保险（非商业）的 2493 人，占调查人口的 80.16%，没参加社会医疗保险的 617 人，占调查人口的 16.09%。居民家离最近的医疗单位不足 1 公里的 1690 人，占调查人口的 54.34%。说明我区各级各类医疗卫生机构设置合理，居民就医方便，医疗保险覆盖率高。

2.5.2 经济资源

统一配备的监测工具已安装并投入使用。各合作单位在人力、物力、财力上给予大力支持，保证了社区卫生服务工作的顺利进行。

2.6 政策环境支持

2.6.1 政策环境

根据中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》中积极发展社区卫生服务的精神，努力推动以社区为基础，以健康促进为主要手段的慢性病综合防治工作，控制慢性病的发病率和死亡率，提高居民健康水平，延长居民健康寿命。为落实中共中央关于社区卫生服务的指导精神，市、区卫生行政部门统一安排部署了各镇（街道）的社区卫生服务工作，并组织有关专家定期

进行检查和指导。

为落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）的有关要求，加强慢性非传染性疾病预防控制工作，我区于2013年10月23日向省卫计委提出了慢病示范区创建申报。

2.6.2 经济环境

近年来我区国民经济持续快速发展，综合经济实力显著增强，2022年全区生产总值完成425.2亿元，城乡居民人均可支配收入72854元。

2.6.3 社会环境

晋城市城区是1985年8月新设置的县级行政区，位于山西省东南部，地理坐标为东经112°50′，北纬35°31′，周边与泽州县的金村、南村、大箕、大东沟、川底、巴公、高都镇等7个乡镇接壤。全区地势为西北高而东南低，平均海拔为800米，总面积149.6平方公里，四季分明，气候温和，年平均气温9-12℃，年平均降雨量700毫米，是晋城市政治、经济、文化中心地域。

3 讨论

3.1 通过对以上资料 and 数据分析表明，我区的主要卫生问题是：（1）人口学特征以老龄化为主，60岁以上人口占成年人口的16.97%左右，离退休人员占全人口的4.90%左右，说明该社区已成为老龄化社区，今后的卫生服务对象也主要是老年人

口；(2) 危险因素以不良生活行为方式为主。本地的高发慢性病行为危险或影响因素主要是社区居民缺少体育锻炼、吸烟、嗜酒、超重、生活无规律、口味偏咸、人群健康知识知晓率低。

3. 2 环境支持系统现状

我区政策、经济、社会环境有利于开展慢性病的综合防治工作。通过政府部门支持，卫生部门协调，群众积极参与，综合防治工作定会取得良好的社会效益。

3. 3 今后工作重点

通过对我区高血压、糖尿病等高发病及各种致病因素的分析，认为居民的主要健康问题与不良生活方式有关，居民的健康常识知晓率较低，大大影响了其自我保健意识，增加了诱发各种慢性病的潜在危险性。其中，高血压问题既是引起其他疾病的危险因素，又是危害本社区居民健康的主要问题，与资料报道的结果一致。因此，必须积极开展控制高血压的干预活动，通过宣教，提高居民对自身血压水平的知晓率，对血压异常者要按时测血压，规律服药，减少高血压及其并发症的发生。另外，居民选择社区卫生服务中心看病的人数较少，考虑可能与居民对社区看病的医药费报销政策不了解、对社区医疗服务的优势和技术特色不了解等因素有关。分析表明，社区居民在专科或三级医院确诊为慢性非传染性疾病后，来社区卫生服务中心取药、治疗、定期复查及接受慢性病管理、健康教育、康复等。因此，在今后的工作中，应在各级政府领导的支持下，利用三级医疗保健网，依靠社

区医生队伍，积极开展社区综合防治工作，加大社区服务政策的宣传，协助政府部门做好全民医保的普及工作，针对本区人群特点、病种和居民的就医需求，开展特色医疗服务，强化医务人员的服务意识，提高医疗技术水平，为居民提供便利、高效、高质量的医疗保健服务。

晋城市城区疾控中心

二〇一九年十一月