

北京市房山区周口店 65 岁以上居民 4 种慢性病现状及相 关危险因素分析

刘振华 冯亚红 张 奎

北京市房山区精神卫生保健院

〔摘要〕目的 研究分析北京市房山区周口店 65 岁以上居民 4 种慢性病的临床现状以及危险因素。方法 在 2017 年 4 月至 6 月对在本地区（北京市房山区周口店）居住并在社区服务中心建档的 65 岁以上老年人患 4 种慢病情况进行调查，从本地区选出 65 岁以上老年人共 5150 人符合本次调查患 4 种慢病的老年人共 2993 位，根据老年人的 4 种慢性病名称、确诊时间、病程、治疗情况进行观察分析。结果 四种慢性病（脑卒中，糖尿病，冠心病，高血压）的检测结果表明，男性老人的脑卒中检出率高于女性老人的检出率，数据比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。女性老人的糖尿病，冠心病，高血压检出率高于男性老人的检出率，数据比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 65 岁老人易患有的四种老年慢性病，其中男性老人患有脑卒中的几率高于女性老人，其余三种慢性病则是女性老人患有几率高于男性老人。

〔关键词〕65 岁；4 种慢性病；危险因素

〔中图分类号〕R195.4 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2018）05-0045-02

慢性病已经成了当今世界上人们死亡的最主要原因，其中中国的慢性病患者人数在以直线状态上升，危害着患者的生命。人口老龄化时代的来临，导致老人患有慢性病的几率远远高于年轻人。但是各种慢性病病情一旦严重起来，就会危害的人们的身体健康，导致残疾或是死亡。据统计，被各大医院确诊的我国老年慢性病患者有足足 2.6 亿人，给国家造成了严重的医疗负担以及经济负担。糖尿病，冠心病，高血压，脑卒中是我国最为常见的老年慢性病。发作快，病情重，容易导致患者残疾或死亡。本研究统计分析了北京市房山区周口店 65 岁以上居民 4 种慢性病现状及相关危险因素，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2017 年 4—6 月采用整群调查的方法，对在本地区（北京市房山区周口店）居住并在社区服务中心建档的 65 岁以上老年人患 4 种慢病情况进行调查。本地区共 38594 人，其中 65 岁以上老年人 5150 人，建档 5094 人，其中男性 2216 人，女性 2878 人；符合本次调查患 4 种慢病合格档案共 2993 份，占 58.12%。合格档案中，男 1259 人（占 42.06%），女 1734 人（占 57.94%）；年龄 65~90 岁，平均（72.1±6.3）岁；婚姻状况：未婚 1 人，已婚 2391 人，离异 9 人，丧偶 588 人；

1.2 方法

本次调查采用自行设计的调查表，调查表内容包括性别、年龄、民族、婚姻、4 种慢性病名称、确诊时间、病程、治疗情况，以及吸烟、饮酒、高盐饮食；4 种慢病包括：糖尿病、高血压、冠心病、脑卒中。

1.3 观察指标

65 岁老人的四种得病率以及男女老人得病率偏向。

1.4 统计学方法

统计学方法：用 Excel 进行数据汇总，采用 SPSS17.0 统计软件包进行统计学分析，计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 4 种慢性病检出情况

周口店地区 65 岁老年人糖尿病检出率 1.96%（750/38594），其中男性检出率 0.58%（226/38594），女性检出率 1.36%（524/38594）；高血压检出率 7.17%（2769/38594），其中男性检出率 3.02%（1164/38594），女性检出率 4.16%（1605/38594）；冠心病检出率 5.34%（2059/38594），其中男性检出率 2.43%（936/38594），女性检出率 2.91%（1123/38594）；脑卒中检出率 0.89%（342/38594），其中男性检出率 0.61%（235/38594），女性检出率 0.28%（107/38594）。男性脑卒中检出率高于女性，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；女性糖尿病、高血压、冠心病检出率高于男性，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表 1：周口店 ≥ 65 岁居民 4 种常见慢性病检出率比较 [n (%)]

性别	例数	糖尿病	高血压	冠心病	脑卒中
男	2216	226 (0.58)	1164 (3.02)	936 (2.43)	235 (0.61)
女	2878	524 (1.36)	1605 (4.16)	1123 (2.91)	107 (0.28)
χ^2		0.74	2.14	2.58	3.17
P		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 4 种慢性病共病检出情况

表 2：周口店 ≥ 65 岁居民 4 种慢性病共病检查情况

患病种数	男性		女性		合计	
	检出人数	比例 (%)	检出人数	比例 (%)	检出人数	比例 (%)
0	957	43.19	1144	39.75	2101	41.24
1	262	11.82	445	15.46	707	13.88
2	721	32.54	974	33.84	1695	33.27
3	255	11.51	302	10.49	557	10.93
4	21	0.94	13	0.46	34	0.68
合计	2216	100.00	2878	100.00	5094	100.00

周口店地区 65 岁老年人患 1 至 4 种慢病的共 2993 人，占 58.12%；患有 1 种慢性病 711 人，占 23.76%；患有 2 种

慢性病 1676 人, 占 55.99%; 患有 3 种慢性病 567 人, 占 18.94%; 同时患 4 种慢性病 39 人, 占 1.31%。4 种慢性病共病其他疾病依次为脑卒中(99.71%(341/342))、糖尿病(96.93%(727/750))、冠心病(93.35%(1922/2059))、高血压(80.10%(2218/2769))。(见表 2)。

2.3 4 种慢性病相关危险行为情况

检出病例中吸烟率 7.32%(219/2993); 其中糖尿病患者吸烟率 4.67%(35/750), 高血压患者吸烟率 7.22%(200/2769), 冠心病患者吸烟率 6.85%(141/2059), 脑卒中患者吸烟率 7.31%(25/342)。检出病例中饮酒率 13.89%(416/2993); 其中糖尿病患者饮酒率 6.8%(51/750), 高血压患者饮酒率 13.94%(386/2769), 冠心病患者饮酒率 14.57%(300/2059), 脑卒中患者饮酒率 13.16%(45/342)。高盐饮食的占 66.66%(1955/2993); 其中糖尿病占 66.53%(499/750), 高血压占 66.02%(1828/2769), 冠心病占 65.95%(1358/2059), 脑卒中占 74.56%(225/342)。

3 讨论

我国人口进入老龄化时代, 老年人数量的增多以及寿命的延长让国家无法将这一类人仍旧混杂于人们的大群体之中。老年人已经成为人口中的主场。慢性病的存在严重影响老年人的身体健康, 病情严重的患者会有很高的几率残疾或是死亡。糖尿病、高血压、冠心病、脑卒中这四种老年慢性病是所有老年慢性病重最为常见的。导致慢性病的原因有很多, 可是这四种老年慢性病患者还是有不少相同点的。

吸烟率下降但是吸烟率增加。饮酒率下降, 但是饮酒量增加。肥胖人群在迅速的增加, 人们的血脂异常人数在逐步

增加^[1]。人们的生活质量高了, 但是饮食结构却很不合理。老年慢性病是一种长期的难以治愈的潜伏性疾病。发作厉害, 病情严重, 容易致残致死^[2]。这样的老年慢性病成为了医疗费用上的黑洞, 我国 65% 的医疗资源便是用于治疗老年慢性病, 严重的增加了我国经济负担^[3]。

老年慢性病的增加, 加重了人们的死亡率。人们必须调整合理膳食, 调节自己的生活方式, 生活态度。不放纵自己, 掌控自己的行为思想。进入合理的, 正确的, 科学化的生活模式^[4]。很多老年人的文化水平不高, 不懂得如何健康科学的生活。社区或是小区应该有序的举办相关的科学养生讲座, 举办慢性病防治讲座。提倡老年人进入正确的科学的健康生活模式。减少患病概率, 为医疗资源减负, 为国家经济减负, 为自己生命安全减负^[5]。

[参考文献]

- [1] 朱海龙. 老年慢性病智慧居家养老服务定位研究[J]. 湖南师范大学社会科学学报, 2017, 46(5):99-106.
- [2] 唐京京, 陈石柱, 唐平等. 老年慢性病继发肺部真菌感染的预防对策[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(2):249-251.
- [3] 陈晓依, 刘峰, 刘蕴玲等. 老年慢性病病人自我感受负担与家庭支持和应对方式的相关性研究[J]. 护理研究, 2013, 27(6):510-512.
- [4] 张姮, 姜安丽. 健康赋权理论在老年慢性病管理中的应用和启示[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(10):875-878.
- [5] 杨蓓, 杨翔, 李雪等. 老年慢性病住院患者对家庭探视心理需求及影响因素的调查研究[J]. 重庆医学, 2016, 45(34):4834-4837.

(上接第 44 页)

[7]Saladino RA, Lund DP. Abdominal trauma. In: Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 6th, Fleisher GR, Ludwig S (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2010. p.1271.

[8]Watts DD, Fakhry SM, EAST Multi-Institutional Hollow Viscus Injury Research Group. Incidence of hollow viscus injury in blunt trauma: an analysis from 275,557 trauma admissions from the East multi-institutional trial. J Trauma 2003; 54:289.

[9]Holland AJ, Cass DT, Glasson MJ, Pitkin J. Small bowel injuries in children. J Paediatr Child Health 2000; 36:265.

[10]Ulman I, Avano, lu A, Ozcan C, et al. Gastrointestinal perforations in children: a continuing challenge to nonoperative treatment of blunt abdominal trauma. J Trauma 1996; 41:110.

[11]Grosfeld JL, Rescorla FJ, West KW, Vane DW. Gastrointestinal injuries in childhood: analysis of 53 patients. J Pediatr Surg 1989; 24:580.

[12]Stylianios, S, Pearl, SH. Abdominal Trauma. In: Pediatric Surgery, Grosfeld, JL, Fonkalsrud, EW, Coran, AG (Eds), Elsevier, Philadelphia p.295.

[13]Fakhry SM, Brownstein M, Watts DD, et al. Relatively short diagnostic delays (<8 hours) produce morbidity and mortality in blunt small bowel injury: an analysis of time to operative intervention in 198 patients from a multicenter experience. J Trauma 2000; 48:408.

[14]Burch, JM. Injury to the Colon and Rectum. In: Trauma, Feliciano, DV, Moore, EE, Mattox, KL (Eds), Appleton & Lange, Stamford 1996. p.595.

[15]Williams MD, Watts D, Fakhry S. Colon injury after blunt abdominal trauma: results of the EAST Multi-Institutional Hollow Viscus Injury Study. J Trauma 2003; 55:906.

[16]Flood RG, Mooney DP. Rate and prediction of traumatic injuries detected by abdominal computed tomography scan in intubated children. J Trauma 2006; 61:340.

[17]Fakhry SM, Watts DD, Luchette FA, EAST Multi-Institutional Hollow Viscus Injury Research Group. Current diagnostic approaches lack sensitivity in the diagnosis of perforated blunt small bowel injury: analysis from 275,557 trauma admissions from the EAST multi-institutional HVI trial. J Trauma 2003; 54:295.

[18]Strouse PJ, Close BJ, Marshall KW, Cywes R. CT of bowel and mesenteric trauma in children. Radiographics 1999; 19:1237.

[19]Holmes JF, Offerman SR, Chang CH, et al. Performance of helical computed tomography without oral contrast for the detection of gastrointestinal injuries. Ann Emerg Med 2004; 43:120.

[20]Rance CH, Singh SJ, Kimble R. Blunt abdominal trauma in children. J Paediatr Child Health 2000; 36:2.

[21]Streck CJ, Lobe TE, Pietsch JB, Lovvorn HN 3rd. Laparoscopic repair of traumatic bowel injury in children. J Pediatr Surg 2006; 41:1864.

[22]Kurkchubasche AG, Fendya DG, Tracy TF Jr, et al. Blunt intestinal injury in children. Diagnostic and therapeutic considerations. Arch Surg 1997; 132:652.