

孕期、哺乳期妇女家庭碘盐食用量调查

朱仕英¹, 吴民义¹, 王安平¹, 孙建平², 谢轶青¹

(1. 江苏省常州市疾病预防控制中心, 江苏 常州 213022; 2. 江苏省金坛市疾病预防控制中心, 江苏 金坛 213200)

全民普及碘盐措施防治碘缺乏病在我国已实施多年,人们从碘盐中获取的碘量基本代表碘的膳食摄入量。在健康教育清淡限盐膳食的倡导下,不断了解当地居民碘盐食用量是因地制宜防治方针的基础,而孕期哺乳期妇女作为碘缺乏病防治特别关注的群体,其碘营养直接关系到胎儿、新生儿的智力发育。为此,我们于2010年3月对孕期哺乳期妇女家庭碘盐食用量进行了调查。

1 对象与方法

1.1 调查点的选择

在碘盐覆盖率较高的江苏省常州市,选择城郊结合部金城镇作为调查点,其经济社会发展水平在本地区处于中等状况,具有一定的代表性。凡孕期妇女或哺乳期妇女并志愿配合调查的家庭列为调查对象。

1.2 孕期哺乳期妇女家庭碘盐食用量调查

1.2.1 称量器具 称量用的JPT-5型架盘天平,最大称量500g,分度度0.5g;器具还有称重用碗、勺。

1.2.2 碘盐食用量调查方法 碘盐食用量调查采用

称重3日法^[1]。连续4d,4次入户调查,每天在18:00时后入户开展工作。首日首次入户先采集盐样约20g带回实验室作盐碘定量检测。然后将称量器具碗称重后,把家庭户盐罐中的盐置于碗中进行称重,重量减碗重即为该户盐量本底数,称重完成后将食盐放回家庭原食盐罐中。第2天即第2次入户称重碘盐后,将首日本底数减第2次称重数,即为第1天的碘盐用量。第3、4次称重方法相同,获得各个家庭第2、3天食盐用量。碘盐重量以g计。

1.2.3 食盐中碘含量的检测 采用直接滴定法(GB/T13025.7—1999),川盐和特殊盐种用次氯酸钠氧化还原滴定法检测。

1.3 家庭成员在家用餐情况调查

与碘盐食用量调查同步,连续3d调查家庭成员在家用餐情况。记录家庭每一成员的姓名、性别、年龄。用餐按在家用餐、在外用餐、不吃该餐3类分别记录,以在家用餐作为有效统计,家庭外来亲友的用餐也列入用餐调查与计算。依据家庭成员用餐次数及餐次比,按不同年龄计算用餐人日数。1日各餐餐次比参照当地饮食习惯按早餐0.1、中餐0.45、晚餐0.45计^[2],用餐人日计算按≤5岁儿童每日0.2人日计,6~13岁每日按0.8人日计,≥14岁每日按1.0人日计。

基金项目:江苏省卫生厅地方病应用性科研课题(X200915)

作者简介:朱仕英(1973—),女,主管医师,学士。

的评价,对发生危重孕产妇抢救成功的单位给予一定的奖励。

提高出生人口素质,降低孕产妇和婴儿死亡率是各级政府应尽的职责,而提高危重孕产妇抢救成功率是各级卫生行政部门和医疗保健机构的共同任务和目标。故我区将进一步健全区域内危重孕产妇会诊抢救工作网络,确保危重孕产妇抢救“绿色通道”畅通,定期召开危重孕产妇抢救工作会议和对口危重孕产妇转会诊中心的联席会议,明确职责,加强沟通,实现危重孕产妇快速、安全、专业、成功的救治,进一步

降低孕产妇死亡率。

6 参考文献

- [1]朱丽萍,何丽萍,秦敏,等.上海市危重孕产妇抢救网络建设及成效[J].中国妇幼保健,2010,25(2):150-152.
- [2]俞铮,何丽萍,左瑛,等.上海市危重孕产妇抢救报告调查制度建立及实施效果[J].中国妇幼保健,2008,23(31):4379-4381.

(收稿日期:2012-01-04)

1.4 质量控制

1.4.1 调查人员组成及分工 根据孕期哺乳期妇女家庭地址较分散的特点,将调查人员分为8个组,每组2人,其中1人为市或县级疾控中心地方病防治专业人员,1人为镇医院防保专业人员,每组负责4~8个家庭的调查工作。

1.4.2 调查前培训 对所有参加调查工作的人员进行统一培训,印制“家庭碘盐用量调查记录表”、“家庭成员每人每日用餐登记表”作入户调查记录使用。各组全部使用新购置的称量器具架盘天平、碗、勺。入户时间统一在家庭晚餐烹制完成后的18:00以后。

2 结果

2.1 家庭基本情况

本次共完成41个孕期哺乳期妇女家庭的碘盐用量调查。41个家庭成员共178人,其中男性80人,女性98人,平均年龄37.9岁。41名孕产妇中孕期妇女32人,哺乳期妇女9人(母乳喂养或混合喂养的8人,配方奶粉喂养的1人),平均年龄25.9岁。

2.2 家庭食盐碘含量

于41户孕期哺乳期妇女家庭采集食盐样41份,无川盐和特殊盐种。经检测,41户食用盐均为加碘食盐,盐碘含量为17.6 mg/kg ~ 39.7 mg/kg,碘含量中位数为33.6 mg/kg。

2.3 家庭成员在家用餐情况

41户孕期哺乳期妇女家庭在家用餐的共有178人,其中年龄≤5岁的11人,6~13岁2人,≥14岁165人,家庭用餐共354.2人日(表1)。

表1 孕期哺乳期妇女家庭成员用餐情况

年龄组(岁)	人数	早餐人次	中餐人次	晚餐人次	用餐人日数
≤5	11	9	6	6	1.3
6~13	2	6	5	5	4.1
≥14	165	343	311	388	348.8
合计	178	—	—	—	354.2

2.4 孕期哺乳期妇女家庭碘盐食用量

41户孕期哺乳期妇女家庭每日的碘盐用量,因家庭人数、是否在家用餐、烹调菜肴数量等因素,每天用碘盐量最少2.6 g,最多70.0 g。3 d观察中,第1天每人平均食用碘盐7.23 g,第2、第3天分别为8.03 g、7.43 g,差别无统计学意义($F = 0.16 < F_{0.05(2,120)}$, $P > 0.05$)。3 d每人每日平均食用碘盐为7.55 g(表2)。

表2 孕期哺乳期妇女家庭碘盐用量

时间	合计食用盐量(g)	用餐人日数	平均食用盐量(g)
第1天	884.4	122.4	7.2
第2天	885.0	110.2	8.0
第3天	903.5	121.6	7.4
合计	2 672.9	354.2	7.5

3 讨论

就家庭食盐用量调查而言,除了烹调用的食盐,调味品(酱油、味精等)和腌制品(榨菜、腐乳等)也是盐摄入的途径之一,理应一并列入调查^[3]。本项研究也将调味品、腌制品的家庭用量列入了调查。如酱油的称重,统一使用最大称重量3 kg、分值10 g的杆(盘)秤,称重时将酱油含瓶(桶)合并称重,称重量减上日重量即为每天的用量(g)。调查计算出经由调味品和腌制品食入的盐每人每日为1.4 g,碘盐食用7.5 g,食盐的食用量每人每天为9.0 g。据江苏≤14岁居民分年龄分性别的10组人群食盐用量调查显示,其中≥9.0 g的有9个组,最高组达14.0 g^[4];北京市居民食盐日摄入量为11.4 g^[5]。相比较本项调查的食盐摄入量虽较低,说明限盐宣传及提倡清淡少盐膳食的健康教育,使人们的行为逐步发生转变,但还没有达到中国营养学会提出的一般人群每日食盐摄入量控制在6 g以下的建议。基于我们主要开展的是碘缺乏病防治食盐加碘量的研究与探讨,据了解,酱油酿造过程中(高盐稀态发酵),盐加入后要经过3~6个月的发酵期,所用盐往往是不含碘的日晒盐。味精生产中一般也不使用加碘盐。因此,我们在探讨碘盐用量时,由于调味品、腌制品中含碘的不确定性,因此未将家庭消费的调味品、腌制品中所含的盐计算入碘盐用量之内,孕期哺乳期妇女家庭每人每日碘盐食用量为7.5 g。

在碘缺乏病防治中,碘盐覆盖率和人群尿碘水平是碘营养监测的一线指标,但由于盐碘是膳食碘摄入的主要来源,居民碘盐消费水平在食盐加碘策略的确定与修订中有其特殊的意义,探讨居民碘盐用量亦是碘缺乏病防治进程中实行分类指导方针不可或缺的一手资料。碘缺乏对人类大脑损害主要发生在脑发育的关键期,即胎儿期和生后早期。因此防治工作中要更多关注孕期和哺乳期妇女。我国地域广阔,各地居民饮食习惯亦存在较大差异^[6]。由于盐碘是膳食碘摄入的主要来源,有关部门在修订食用盐碘含量等相关标准时,密切关注孕妇碘营养问题,结合限盐饮食健康教育对人群行为改变的促进作用,因地制宜制定食用盐碘含量标准,切实保护人类免受碘缺乏的危害。

社区高血压综合干预方法及效果

陆燕, 汤海英, 吴武鑫 (上海市奉贤区疾病预防控制中心, 上海 201400)

高血压是指体循环动脉血压增高,常伴有心脑、肾等器官功能或器质性改变为特征的全身性疾病,是常见的临床综合征。2002年全国营养与健康调查显示,我国 ≥ 18 岁居民高血压患病率为18.8%,估计全国患病人数达1.6亿以上,并有继续增加的趋势^[1]。目前我国每年新发病例300多万。国内外经验表明,控制高血压最有效的方法是社区防治。高血压的三级防治措施只有融入到社区卫生服务中,才能发挥其应有的效应。近年来,我国社区卫生服务的开展与社区功能的不断完善为高血压的防治提供了重要的手段,提出了许多新的研究观念。但在我国开展成本低、效果好的高血压防治措施,尚需进一步探索。现对我国高血压社区综合干预方法及效果评价研究现状作一综述。

1 高血压社区干预定义

高血压社区干预是指在社区人群中实施健康教育和健康促进,创造有利于健康的环境,改变人们的行为和生活方式,提高整个人群的健康水平和生活质量,在一般人群中预防高血压的发生,在高危人群中降低血压水平,降低危险因素,提高高血压病人的管理率、治疗率和控制率,最终减少并发症的发生。

2 社区高血压干预方法

社区高血压干预方法主要采用药物干预、非药物

干预、政策干预、成立自我管理小组、双向转诊等方法。

2.1 药物干预

在社区医生指导下对高血压病人进行正规治疗,合理用药^[2]。通过合理使用降压药,帮助病人维持正常的血压水平。让病人正确理解服药对控制血压及预防并发症的意义,提高病人遵医嘱服药行为,不能随意更换药物和增减剂量。

2.2 非药物治疗

所谓非药物治疗主要是指生活方式的改善,养成良好的行为习惯。WHO在2003年发布的高血压防治指南中对非药物治疗的评价是:不论何种血压水平,所有的高血压患者都应适当改善生活方式^[3]。

2.2.1 健康教育 健康教育是控制高血压的有效途径之一,可以帮助患者正确了解该病的发生发展规律,充分认识自我保健在防治高血压中的重要性,努力掌握自我锻炼,优化生活方式的实际技能,提高依从性,并由被动的依从性转变为主动的参与型^[4]。教育形式多种多样:通过电视、广播、报纸、网络等大众传媒进行高血压知识宣传;通过小册子、折页等文字资料直接入户宣传;通过社区服务中心的板报、宣传画及进行高血压防治知识讲座和相关咨询。除了对高血压患者进行健康教育宣传外,应积极调动其家属参与学习与管理,提高社区人群的高血压知识知晓率,改变不良的饮食、生活习惯,形成健康的生活方式,将血压控制在正常范围。

作者简介:陆燕(1980—),女,主管医师,硕士。

4 参考文献

- [1] 杨月欣,张立实,糜漫云,等.公共营养师[M].第2版.北京:中国劳动社会保障出版社,2007:26-35.
- [2] 蔡忠元,王波,吴菊英,等.“三日盐调法”计算方法探讨[J].中国健康教育,2004,20(2):164-165.
- [3] 翟凤英,何宇纳,马冠生,等.中国城乡居民食物消费现状及变化趋势[J].中华流行病学杂志,2005,26(7):485-488.

- [4] 袁宝君,史祖民.江苏居民营养与健康状况.南京:南京大学出版社,2007:199-210.
- [5] 李玉青,刘秀荣,刘枫,等.北京市居民食盐摄入水平现况调查[J].中国健康教育,2008,24(5):345-346.
- [6] 叶健莉,崔颖,杨丽.新疆、安徽两地区农村居民饮食习惯调查分析[J].中国健康教育,2007,23(6):437-438.

(收稿日期:2011-12-28)