

家长对预防接种有正确的认识,了解可能出现的不良反应以及正确的应对措施、家庭护理方法等,避免了不必要的惊慌和纠纷。

接种后6 h无论有无红肿或硬结常规进行湿热敷可使局部血管扩张,血液循环加快,同样局部白细胞的数量增加,吞噬作用增强,新陈代谢加快,营养状态改善,使局部反应消散并减轻疼痛。再者从2011年开始接种门诊实行7—9月高温季节暂停第4针百白破疫苗的接种,从而避免了因高温、针眼易受污染等所致的不良反应增加的因素。

实践证明,在实施第4针百白破预防接种过程中应用多举措护理干预,可以降低儿童疫苗接种的不良反应率,提高儿童家长护理满意度。

4 参考文献

- [1] 谢桂香,陈锋. 护理干预对吸附百白破疫苗接种后不良反应发生率的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(7): 14-15.
- [2] 于洪迎. 百白破疫苗引起不良反应的原因及处理[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2013, 20(7): 42-43.
- [3] 徐彩霞,叶剑芳. 局部湿热敷配合鲜鱼腥草外敷治疗百白破疫苗接种后硬结的效果观察[J]. 护理学报, 2012, 19(11A): 61-63.
- [4] 谢亚利,李汉华,李贺兰,等. 百白破疫苗接种不良反应原因分析及预防对策[J]. 中国自然医学杂志, 2009, 11(6): 446-448.

(收稿日期:2013-10-15)

文章编号:1004-9231(2014)06-0298-03

· 慢性病防治 ·

上海市甘泉社区60岁及以上人群盲和低视力现况调查

黄燕¹, 孙嘉禧², 龚程¹, 朱剑锋³, 陆丽娜³, 何鲜桂³, 贺江南³, 杨立¹, 赵蓉⁴

(1. 上海市普陀区眼病牙病防治所, 上海 200060; 2. 上海市甘泉社区卫生服务中心, 上海 200065; 3. 上海市眼病防治中心, 上海 200040; 4. 上海市申康医院发展中心, 上海 200431)

国家统计局第二次全国残疾人抽样调查领导小组对中国眼病和视力残疾人调查发现,近20年来,居民盲和低视力的患病率呈增长趋势,与视力相关的残疾人平均每年新增25万^[1]。上海市是人口老龄化最明显的城市之一,老年人卫生服务需求必然增加,其中与年龄相关性眼病,也越来越受到关注。本调查旨在为制订社区老年眼部疾病的防盲政策提供依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

本调查地点为上海市普陀区甘泉社区,调查对象以户籍为依据的60岁及以上人群。2013年甘泉社区户籍人口约9万人,该地区≥60岁人群占总人口的31.68%。甘泉社区共有20个居委会,将居委作为基本抽样单位,采用整群抽样方法进行抽样,抽取

3个居委,对3个居委中所有≥60岁共1 046人进行调查。

1.2 方法

1.2.1 组织实施 确定目标人群后,通过甘泉社区卫生服务中心与甘泉街道及社区居委会联系,制定调查时间表。调查地点设在各居委会活动中心教室,由区眼防所医师、经过培训的视光学医师、社区防保医师组成视力普查小组,各居委会配合通知调查对象前来检查。

1.2.2 问卷调查 调查者在签署受检者书面知情同意后,才进行问卷调查。问卷内容包括一般资料及针对盲和低视力的防治问题等。

1.2.3 眼科检查 采用Snellen视力表检查日常生活视力^[2](若受检者未配戴远用矫正眼镜,则检查裸眼视力。若受检者已配戴远用矫正眼镜并经常配戴,则请受检者戴镜后检查视力)。若日常生活视力<0.8,则采用自动验光仪进行验光和检查矫正视力,同时采用免散瞳数码相机眼底照相,由上海市眼防中心眼科专家进行读片确立眼病诊断。

1.2.4 盲及低视力判断标准 根据世界卫生组织

基金项目:上海市公共卫生优秀学科带头人培养计划项目(编号:GWDTR201209);上海市优秀眼病防治人才培养计划(编号:GWDTR201209-YF09)

作者简介:黄燕(1970—),女,主管医师。

通信作者:赵蓉。Email:zhaorong@smhb.gov.cn

(WHO)标准^[3],盲指较好眼的最佳矫正视力 < 0.05; 低视力指视力较好眼的最佳矫正视力 < 0.3 且 ≥ 0.05。本调查“盲”和“低视力损害”均指双眼。

1.3 统计学分析

由社区卫生服务中心眼防医师负责调查表的收集、整理,并审核受检者资料完整性和逻辑性。由专人录入计算机,应用 SPSS 15.0 软件进行统计。本研究数据资料以率和构成比表示。采用 χ^2 检验及趋势 χ^2 检验对视力损害的相关因素进行分析。

2 结果

2.1 一般情况

甘泉社区 2013 年户籍人口数 90 530 人,60 岁及以上老年人 28 684 人,占 31.68%。通过随机整群抽样方法抽取 3 个居委,其中 ≥ 60 岁 1 213 人,实际受检 1 046 人,受检率 86.23%;其分类变量结果见表 1。

表 1 一般人口学特征 (n = 1 046)

项目	性别		年龄(岁)			文化程度				
	男	女	60~70	70~80	>80	文盲	小学	初中	高中	大学
人数	412	634	590	318	138	79	136	455	232	144
构成比(%)	39.39	60.61	56.41	30.40	13.19	7.55	13.00	43.50	22.18	13.77

表 2 受检者不同性别、年龄、文化程度的视力分布 (n = 1 046)

项目	总人数	日常生活视力 < 0.05(盲)的患病率				日常生活视力 < 0.3 ≥ 0.05 的检出率			
		人数	患病率(%)	χ^2 值	P 值	人数	检出率(%)	χ^2 值	P 值
性别									
男	412	1	0.24			33	0.24		
女	634	6	0.95	0.95 ^①	0.17	65	10.25	1.48	0.22
年龄(岁)									
60~70	590	1	0.17			32	5.42		
70~80	318	3	0.94			40	12.58		
>80	138	3	2.17	2.67 ^②	0.008	26	18.84	5.40 ^②	<0.0001
教育程度									
文盲	79	1	1.27			20	25.32		
小学	136	3	2.21			29	21.32		
初中	455	0	0.00			21	4.62		
高中	232	2	0.86			22	9.48		
大学以上	144	1	0.69	-0.89 ^②	0.08	6	4.17	-5.54 ^②	<0.0001

① 校正卡方检验值;② 趋势卡方检验值

表 3 不同病因导致日常生活视力损害的分布 (n = 105)

主要原因	总例数	日常生活视力 < 0.05 的分布		日常生活视力 < 0.3 ≥ 0.05 的分布	
		例数	构成比(%)	例数	构成比(%)
屈光不正	29	2	28.6	27	27.6
白内障	38	2	28.6	36	36.7
青光眼	5	2	28.6	3	3.1
黄斑变性	30	1	14.3	29	29.6
其他	3	0	0.0	3	3.1
合计	105	7	100.0	98	100.0

表 4 1 年内眼科检查情况 (n = 1 046)

变量	分类	检查人数	构成比(%)
常规检查	0	563	53.82
	1 次	330	31.54
	2 次以上	153	14.63
眼底检查	0	679	64.91
	1 次	286	27.34
	2 次以上	81	7.74

2.2 盲和低视力损害患病率的性别年龄及文化程度分布

受检人群性别、年龄、文化程度分布及构成情况见表 2。采用日常生活视力分类,双眼盲 7 人,患病率为 0.67%; 双眼低视力损害 98 人,患病率为 9.37%; 男性和女性双眼盲及低视力损害患病率差异均无统计学意义;盲和低视力损害患病率随年龄的增长而增加,差异有统计学意义;低视力损害患病率是随着教育程度的增高有降低的趋势。

2.3 致盲和低视力损害的病因分析

采用日常生活视力分类标准,导致双眼盲及低视力损害的主要原因详见表 3。

2.4 卫生资源情况

调查对象 1 年内进行常规眼科检查的占 46.18%, 其中开展眼底检查的有 35.09%, 其分类变量结果见表 4。

3 讨论

3.1 调查特点

本次调查社区老年人眼病,主要了解盲和低视力损害的患病率情况,探索本区眼病医防结合的服务机制和工作模式。本次调查结果仅代表了该社区老年人的特点:① 女性多于男性;② 年龄以 60~70 岁居多;③ 受教育程度处于中下水平。

3.2 盲和低视力损害患病率分析

根据童晓维等^[4]对上海城乡 60 岁以上老年人群视力损害调查结果,按日常生活视力分类,盲和低视力损害的患病率分别为 1.22%, 12.96%, 而本调查结果都低于上述报告数据。对此结果推想原因:一方面上海市不同区县间存在着差异;另一方面体现出普陀区各卫生相关部门对基层眼病防治工作的重视。本调查数据可以代表甘泉社区居民盲和低视力损害情况,为以后其它社区盲和低视力调查情况提供参考。

3.3 盲和低视力影响因素分析

由于不同地区之间经济地位和医疗水平等方面的差异,本次调查不同性别人群低视力损害患病率与文献报道^[5]存在差异,但盲患病率与上述文献报道相似。年龄及教育程度分布结果显示,调查人群中盲和低视力损害的患病率随年龄增长而增高,到 80 岁视力损害达到高发期;低视力损害患病率是随着教育程度的增高有降低的趋势,这都与李炳震等^[6]调查结果相似。因此,在社区应加强 ≥70 岁老年人防盲治盲工作。

3.4 盲和低视力损害原因分析

根据日常生活视力分类,白内障、屈光不正、青光眼并列为本次调查致盲的主要原因;低视力损害主要原因依次为:白内障、黄斑变性、屈光不正、青光眼等。可见除白内障仍是致盲和低视力损害的首位原因外,屈光不正、黄斑变性和青光眼的患病率也逐渐增高,这与宝山区大场社区^[7]调查结果相似。本次调查的启示是:① 白内障造成盲和低视力除了加强对其复明手术的宣传外,还应提高手术质量,加大对贫困白内障患者的免费手术措施,以降低盲的患病率。② 屈光不正是引起日常生活视力损伤的重要因素。致盲者在城市为 24.0 万人(0.2%)^[8],对其防治将是该社区今后防盲的重点工作,包括高度近视引起的黄斑变性造成视力低下,成为仅次于白内障的低视力性

眼病原因。在人口增加和老龄化加剧的情况下,屈光不正的人数将会逐年增加。因而在今后社区眼病防治工作中应开展对低视力对象验光配镜工作,及时给予矫正,降低盲和低视力的发生。③ 本调查结果显示,青光眼也是致盲的另一主要原因,且为首位不可逆致盲性眼病。本研究认为,应做好社区青光眼远程筛查工作,将有利于早期发现,早期诊断,早期治疗。

3.5 卫生资源调查

随着目前医疗卫生事业的不断发展、居民医疗需求的提升,了解社区居民眼部健康问题及卫生服务需求情况,对于眼病防治工作十分重要。本次调查对象 1 年内进行常规眼科检查占 46.18%,其中开展眼底检查仅有 35.09%。可能为社区卫生服务中心眼科医疗资源相对不足,而大医院就诊时间长、费用高。因此,加大推进公共卫生和医疗机构眼科的资源融合,建立医防结合工作机制,深入社区开展眼病筛查,旨在以有限的卫生资源更好地服务于居民眼病防治。

4 参考文献

- [1] 赵家良. 防盲治盲依然是我国眼科界面临的巨大挑战[J]. 中华眼科, 2009, 45: 769-771.
- [2] 黄晓波, 邹海东, 王宁, 等. 上海市北新泾街道 60 岁及以上人群盲和视力损伤的现况调查[J]. 中华眼科杂志, 2009, 45: 786-792.
- [3] 中华医学会第二届眼科学术会议专题总结[J]. 中华眼科杂志, 1980, 16(2): 101-103.
- [4] 童晓维, 邹海东, 朱剑锋, 等. 数字化筛查模式研究上海城乡老年人群视力损害及影响因素分析[J]. 中国实用眼科杂志, 2013, 31(11): 1488.
- [5] 齐慧, 杨琛, 陈华, 等. 浦东新区陆家嘴街道 60 岁及以上人群盲和低视力流行病学调查[J]. 中华疾病控制杂志, 2010, 14(8): 64-66.
- [6] 李炳震, 刘瑜玲, 韩亮, 等. 北京市顺义区 40 岁及以上人群视力损害现况调查[J]. 中华实验眼科杂志, 2010, 29(10): 939.
- [7] 童晓维, 赵蓉, 邹海东, 等. 上海市宝山区大场社区 60 岁及以上人群盲和低视力患病率调查[J]. 中华眼科杂志, 2010, 47(9): 788.
- [8] 邹海东, 朱剑锋. 视力检查在眼病筛查中的作用. 中华眼科杂志, 2011, 47(9): 775.

(收稿日期: 2014-02-15)