

我国碘缺乏病防治现状与对策

郑庆斯 戴政 马焯

碘缺乏危害是由于自然环境缺碘致使机体碘摄入不足而产生的一系列损害,除地方性甲状腺肿和克汀病两种明显表现外,还能引发流产、死产、先天畸形和新生儿死亡率增高及影响发育等问题,其中最主要的危害是影响胎儿脑发育,造成婴幼儿不可逆的智力损伤,并影响儿童的成长发育。因此碘缺乏危害已不单纯是一种疾病的问题,而是世界普遍关注的公共卫生问题。

目前全世界有 118 个国家和地区存在碘缺乏问题,15.72 亿人口生活在缺碘地区。我国是世界上碘缺乏病流行最严重的国家之一,全国大部分地区为碘缺乏地区,约有 7.2 亿人口受到碘缺乏的威胁,占世界受威胁人口的 46%。

1990 年 9 月联合国召开了世界儿童问题首脑会议,在会上提出“实际消除碘缺乏病”。1991 年 3 月,中国对世界做出了消除碘缺乏病的庄严承诺。1993 年 9 月,国务院在京召开了“中国 2000 年实现消除碘缺乏病目标动员会”。随后国务院颁布了《食盐加碘消除碘缺乏危害管理条例》、《食盐专营办法》等一系列法规、条例,全面推动了我国消除碘缺乏病工作。

几年来,在各级政府的领导和各有关部门、广大群众的积极参与下,在国际社会的大力支持下,我国消除碘缺乏病工作取得了举世瞩目的成就,以食盐加碘为主的综合防治措施在大部分地区得到落实,人群的碘营养水平得到改善。但是,自然环境中的碘缺乏状况将长期存在,消除碘缺乏危害的任务任重道远。

一、碘缺乏病防治现状

1999 年全国进行了第三次碘缺乏病监测,结果表明我国在总体水平上消除碘缺乏病成绩显著:碘盐覆盖率由 1995 年的 80.2% 上升到 1999 年的 93.9%,居民合格碘盐(>20 mg/kg)食用率由 1995

年的 39.9% 上升到 1999 年的 88.9%;尿碘中位数由 1995 年的 $164.8 \mu\text{g/L}$ 上升到 1999 年的 $306.0 \mu\text{g/L}$;儿童触诊甲状腺肿率由 1995 年的 20.4% 下降到 1999 年的 8.8%(表 1)。

表1 1999 年全国第三次碘缺乏病监测结果

省、市 (自治区)	合格碘盐 食用率 (%)	儿童尿碘 中位数 ($\mu\text{g/L}$)	儿童触诊法 甲状腺肿率 (%)
北京	86.0(1 151)	270.5(440)	8.7(1 200)
天津	79.8(1 261)	287.0(360)	8.6(1 261)
河北	83.0(1 200)	303.2(360)	5.4(1 200)
山西	58.4(1 193)	407.5(357)	6.4(1 200)
内蒙古	94.8(1 201)	439.5(364)	6.0(1 223)
辽宁	90.8(1 200)	246.1(360)	8.4(1 200)
吉林	80.3(1 200)	247.5(360)	6.2(1 200)
黑龙江	90.4(1 101)	321.1(1 178)	6.1(1 200)
上海	73.7(1 320)	214.3(1 291)	0.8(1 323)
江苏	65.7(1 190)	406.6(1 187)	4.2(1 200)
浙江	85.0(1 200)	206.9(360)	6.3(1 200)
安徽	82.8(1 200)	403.2(360)	7.5(1 200)
福建	65.1(1 196)	203.9(387)	4.2(1 200)
江西	90.0(1 200)	281.8(363)	6.8(1 200)
山东	79.0(1 192)	267.3(355)	13.2(1 200)
河南	90.1(1 245)	344.8(360)	6.9(1 245)
湖北	90.2(1 200)	331.2(360)	8.7(1 200)
湖南	85.2(1 186)	437.7(365)	4.3(1 206)
广东	81.3(1 151)	185.8(345)	7.5(1 161)
广西	82.0(1 203)	367.6(363)	6.9(1 233)
海南	37.5(1 184)	103.0(360)	10.3(1 200)
重庆	71.0(1 200)	328.0(360)	24.0(1 198)
四川	76.1(1 198)	261.6(358)	15.8(1 204)
贵州	84.5(1 200)	389.7(369)	19.4(1 200)
云南	87.9(1 200)	374.7(361)	7.7(1 200)
西藏	27.5(1 200)	58.8(1 200)	22.8(1 200)
陕西	78.3(1 257)	261.5(440)	9.6(1 264)
甘肃	69.5(1 246)	200.8(362)	11.3(1 253)
青海	55.0(1 179)	136.8(360)	4.9(1 200)
宁夏	79.8(1 200)	379.1(360)	4.1(1 200)
新疆	69.3(1 166)	202.8(360)	20.9(1 226)
合计	80.6(37 226)	306.0(14 765)	8.8(37 597)

注:表中括号内数字为监测人数

资料来源于中国地方病防治中心

作者单位:100020 北京,中国疾病预防控制中心传染病预防控制所碘缺乏病室

但是,全国消除碘缺乏病工作进展很不平衡。东部沿海产盐地区的碘盐普及工作有待加强。海南

省 1999 年居民合格碘盐食用率仅达到 37.5% 福建省为 65.1%。其他已实现消除碘缺乏病阶段目标的省(自治区、直辖市)也分别存在碘盐普及程度不高的地区。西部地区的防治工作还落后于全国平均水平,部分地区碘缺乏病病情仍十分严重。监测结果显示,重庆、四川、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏和新疆合格碘盐食用率均低于 80.6%(盐碘含量以 20~60 mg/kg 为标准)的全国平均水平。重庆、四川、贵州、西藏、甘肃、新疆 8~10 岁在校学生甲状腺肿率均高于 10%。西藏自治区学生尿碘中位数仅为 58.8 $\mu\text{g/L}$ 。

根据 2000 年全国开展碘缺乏病阶段评估的结果,重庆、四川、西藏、甘肃、青海、新疆和海南 7 个省(自治区、直辖市)尚未实现消除碘缺乏病阶段目标;贵州、云南、陕西、宁夏、内蒙古、辽宁和福建 7 个省(自治区)达到基本实现消除碘缺乏病阶段目标,但未达到实现消除碘缺乏病阶段目标(图 1)。上述 14 个省(自治区、直辖市)中有 11 个属于西部地区。在这些地区,人群受碘缺乏威胁的状态尚未得到根本改变。

2000 年 10 月卫生部等五部委召开《中国 2000 年实现消除碘缺乏病阶段目标总结暨再动员会》,张文康部长在大会发言中明确指出:“我们要结合西部大开发战略和扶贫计划,将消除碘缺乏病工作和其他地方病防治工作纳入国家西部大开发的总体规划。加大防治工作力度,加快老、少、边、穷地区消除碘缺乏病工作步伐。”西部省份将是我国今后碘缺乏病防治工作的重点地区。

二、存在问题与对策

我国幅员辽阔,环境碘缺乏严重,尤其是西部地区地处边远、交通困难、经济文化落后,碘缺乏病防治专业条件不完善,加之部分地方领导重视不够,从而严重阻碍了碘缺乏病防治工作的进程。加强这些地区的碘缺乏病防治,关键在于强化以普及碘盐为主的综合性防治措施,同时注意结合不同地区的特点,落实针对性的防治措施。主要对策包括:社会动员和政策倡导,继续加强部门协作,共同推进以普及碘盐为主的综合性防治措施的落实;加强病情与碘盐的监测力度,结合每年碘缺乏病防治日活动开展经常性的健康教育;开展应用性科研工作,解决防治工作中的重点、难点问题;加强国际交流与合作,充分利用外来资金开展合作项目等。

1. 认真贯彻执行“政府行为、部门职责、全社会参与”的策略。继 1993 年高层动员会之后,国务院又相继颁发了“中国 2000 年消除碘缺乏病规划纲要”、“食盐加碘消除碘缺乏病危害”、“食盐专营办法”等重要政策、法规文件,是国家消除碘缺乏病规划全面实施的根本保证。

1995 年成立的国务院协调领导小组,以卫生部和轻工总会(盐业部门)为主体,协调 19 个有关部委和机构,为国家消除碘缺乏病规划的具体实施提供了切实可靠的保证。

由国务院批准,从 1994 年起,每年的 5 月 5 日定为“碘缺乏病防治日”,由卫生部、轻工业部、国家教委、广播电影电视部、国家工商行政管理总局等多个部门联合主办,是动员群众、教育群众防治碘缺乏病的主渠道之一,连续的碘缺乏病防治宣传日活动为全社会参与起到良好的动员作用。

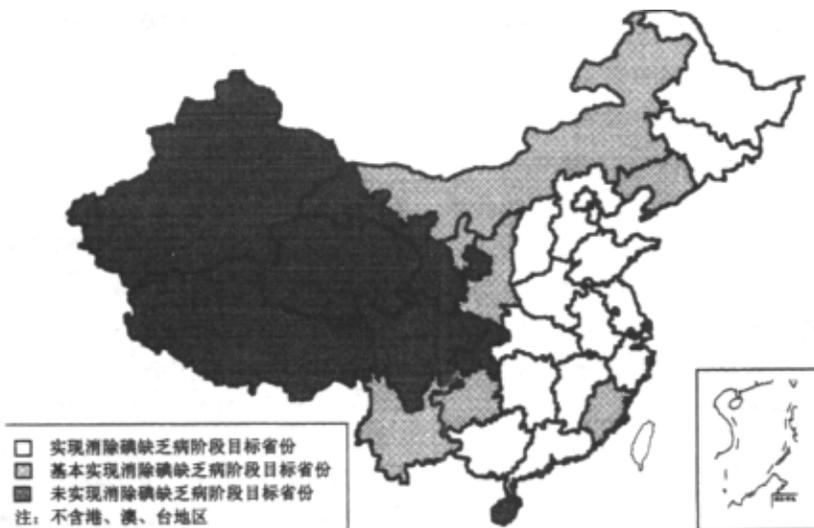


图1 2000 年全国消除碘缺乏病评估结果示意图

2. 逐步完善持续消除碘缺乏病运转机制。经过几年的努力,我国消除碘缺乏危害工作虽已取得很大进展,但环境缺碘是长期的,消除碘缺乏危害也必然是长期的。一旦放松,碘缺乏危害将死灰复燃,因此建立并完善长期可持续运转机制至关重要。继续完善我国消除碘缺乏可持续运转机制是今后的重要任务,重点包括:建立相应的组织管理体系和相关组织,加强对国家规划的管理和实施,培训并建立相应的专业技术队伍,在各层次认真贯彻落实国家规划和行动计划,建立病情监测机制和碘盐监测信息系统,确保规划正常运转等。

3. 重点支持西部省份。目前就全国水平而言,已接近2000年消除碘缺乏病的阶段目标,但各省间很不平衡,在各省内部也很不平衡,尤其是我国西部地区。因此今后的重点将放在我国西部,以及沿海、内陆产盐而存在非碘盐严重冲销的地区。

4. 重视调查研究。1995、1997和1999年进行的全国碘缺乏病监测为我国的碘缺乏病防治现状和成效提供了大量宝贵的数据。此外,针对防治中出现的问题,及时开展了大量应用性研究,包括需求调查、健康教育效果评估、碘性甲状腺机能亢进流行病学调查、碘盐监测网络的建立和应用研究、尿碘实验室快速评估、孕妇尿碘水平及其新生儿促甲状腺激素水平的调查研究、居民户碘盐监测的试点研究等,为制定相应对策适时提供必要的参考和科学依据。

5. 继续加强部门协作及国际合作与交流。我国是世界上受碘缺乏危害人口最多的国家,因此对碘缺乏危害的控制在全球实现防治碘缺乏病的进程中举足轻重,受到了国际社会的普遍关注。在1993年高层动员会后,联合国开发署、联合国儿童基金会、世界卫生组织、世界银行等国际组织以及加拿大国际开发署、澳大利亚国际开发署、国际控制碘缺乏病理事会等国际机构从经济、设备和技术上对中国给予很大的支持和帮助。中国政府积极争取国际资助,与联合国儿童基金会已先后3期(1993~1995年/1996~2000年/2001~2005年)合作,顺利开展消除碘缺乏病项目的工作,与其他组织也从不同方面重点开展合作,为规划的顺利实施起到了良好的促进作用,取得很好的成效。

环境缺碘是碘缺乏病发生的根源,经济欠发达特别是贫困也是影响我国消除碘缺乏病的重要因素。科学研究证明,环境缺碘是人类无法改变的客观现实,而发展经济也将是一个长期的过程,因此,我们与碘缺乏危害的斗争将是长期的、艰巨的。但是随着持续消除碘缺乏病工作机制的不断完善,随着社会经济的不断发展和国家开发西部战略的全面实施,我国消除碘缺乏病工作将会步入可持续发展的轨道。

(收稿日期 2002-02-21)

(本文编辑:张林东)

· 短篇报道 ·

748 名蒙古族人群包虫病流行病学调查

夏吾才让

为了摸清包虫病在边远牧区的流行状况,于1997年10月对河南县赛尔龙乡进行了流行病学调查。

1. 材料与方法 对3周岁以上人群采用Cosomi皮内试验(ID)和微量间接血凝试验(MIHA)。ID和MIHA抗原由青海省医学科学研究所提供,方法按常规进行。

2. 结果与分析:748名牧民中阳性者55例,阳性率7.35%。3~9岁组阳性率为3.45%(1/29),10~19岁组为4.32%(7/162),20~29岁组阳性率为7.19%(11/153),30~39岁组为8.84%(13/147),40~49岁组为9.65%(11/114),50~59岁组为9.28%(9/97),60岁以上组为6.52%(3/46)。各年龄组间感染率差异无显著性($\chi^2 = 4.66, P > 0.05$)。男

性感染率为6.80%,女性7.85%,性别间感染率差异无显著性($\chi^2 = 0.11, P > 0.05$)。

发病地区牧民家均有养犬习惯,且在草场随地屠宰牲畜,将病变脏器喂狗的现象很普遍。从发病年龄上看,儿童和少年的感染率在3.45%~4.32%之间,与他们喜欢玩狗、缺乏良好的卫生习惯、机体免疫系统尚未完善有关。30~50岁青壮年感染率较高,与他们参与生产、放牧活动、和狗密切接触有关。女性感染率较高的原因是牧区妇女多从事家务劳动,接触病原体机会多且较易感染等因素有关。针对上述问题,有关部门应大力宣传包虫病的防治知识,教育牧民群众改变不良的生活和卫生习惯,提高自我保健意识。

(收稿日期 2001-11-22)

(本文编辑:张林东)