

# 第一章 眼保健与健康教育

## 学习要点

1. 初级眼保健与社区眼保健。
2. 眼保健机构与人员的基本要求。
3. 眼病的三级预防。

## 第一节 眼保健的概念与分级

眼保健 (eye care) 的主要内容是预防眼病、提高眼的健康水平。广义的眼保健还包括眼病的调查、诊断、治疗。国际上将眼保健分为三个级别即 初级眼保健、二级眼保健、三级眼保健。眼保健和防盲工作的重点在乡村和社区。因为基层初级眼保健工作不仅最有益于广大群众，而且还有助于眼病的预防、一般眼病的及时诊治和致盲眼病的及时转诊。当然也应积极发展二、三级眼保健机构，以培训初级眼保健人员、充实和发展眼保健的其他部分，并处理复杂的致盲眼病，提高整个眼保健和眼病防治水平。

### 一、初级眼保健

初级眼保健 (primary eye care)，也有人称为基本眼保健，包括社区眼保健 (community eye health) 在内，是最基本的眼卫生保健和眼病预防的服务。其内容包括提高眼的健康水平、预防和治疗可导致视力丧失的疾病。初级眼保健机构主要是乡村卫生机构、厂矿及学校卫生室、社区卫生服务站以及个体诊所等，全部工作由经过眼病防治知识培训过的医生、初级卫生保健工作者及其他辅助人员来完成 通过社会、家庭和个人的积极参与 使人人都能掌握眼睛卫生知识 提高对眼睛的自我保健能力，只有所有患者的一般眼病都得到必要的治疗，人群的眼病状况才能得到有效的控制，防盲工作才能获得成功，从而实现人人享有眼卫生保健。

初级眼保健工作侧重预防潜在性致盲眼病的发生。为降低我国的盲率，仅依靠二、三级医院显然不够，必须有一个基层组织及时发现眼病，早期诊治，及时转院。只有搞好初级眼保健工作，才能使防盲工作有组织、有计划、深入持久地开展下去 实现“视觉 2020 根治可避免盲 享有看见的权利”的宏伟目标。

初级眼保健是初级卫生保健的一个重要的组成部分，可以纳入初级卫生保健和社区卫生服

务的目标和规划中去。另一方面，搞好初级眼保健工作也可以促进和推动初级卫生保健各项工作的深入开展，真正实现人人享有卫生保健。

## 二、二级眼保健

二级眼保健比初级眼保健具有更高的水平和更广泛的保健活动范围。二级眼保健活动主要在县、地区（市）级医院进行。工作人员包括眼科医生、眼科辅助人员及其他受过眼病防治知识培训的专业技术人员。

二级眼保健应能处理常见致盲性眼病，如白内障、青光眼、眼外伤、角膜溃疡及眼内感染等。二级眼保健机构在接受初级眼保健机构转诊的患者方面起着重要作用。二级和初级眼保健人员之间应有密切的联系。此外，二级眼保健工作者还应积极培训和监督初级眼保健人员的工作。

## 三、三级眼保健

三级眼保健主要指医学院校附属医院或类似的省级以上高级医疗机构所从事的眼保健活动。主要任务是诊断和治疗复杂的眼病、少见眼病，开展高难度的手术。三级眼保健机构应在公共卫生和预防眼科方面提供技术指导。

以上眼保健的分级是国际比较公认的。根据中国国情有人将我国的眼医疗保健网也分为三级（初级眼保健 由村卫生室负责）二级眼保健（由乡卫生院负责）三级眼保健（由县医院承担）。

## 第二节 初级眼保健工作的开展

### 一、初级眼保健与初级卫生保健

初级眼保健是初级卫生保健的一个组成部分，是最基本的眼卫生保健服务。它通过提供预防、治疗、康复和科普教育等社区群众服务而减少眼病的发病率、致盲率。除了直接开展眼保健活动以外，初级眼保健服务还涉及饮水安全、环境卫生、健康教育甚至提高粮食产量等对眼部疾病有重大影响的内容。所以初级眼保健应包括以下组成部分：①使所有可能患眼病特别是致盲眼病的个体都能享受眼保健服务。通过改变人的生活习惯、改善环境、提供足够的食物、提供清洁的水源和提高污水处理能力来提高眼的健康水平。加强宣传和合作来提高社会和家庭对眼病患者的关爱。

初级眼保健工作的开展有利于改善眼部的卫生状况，减少眼病的发生。例如开展眼的健康教育有利于降低眼科疾病的患病率，提供清洁的水源、改进环境卫生有利于减少沙眼的发生，合理饮食、调整营养可减少维生素 A 缺乏症、白内障和糖尿病性视网膜病变的发生，加强妇幼保健和改善居住环境对维生素 A 缺乏症有积极的影响，开展预防接种麻疹疫苗可预防维生素 A 缺乏症所致的盲，控制传染性疾病的流行可减少沙眼、维生素 A 缺乏症、后天获得性盲，控制地方病如碘缺乏症可减少先天性盲的发生，提供必要的药物可减少沙眼、维生素 A 缺乏症、眼外伤致残的发生等。

### 二、开展初级眼保健工作的要点

开展初级眼保健工作应该掌握有以下几个要点：将初级眼保健纳入初级卫生保健的

目标和规划，是搞好初级眼保健工作的基本前提。② 政府重视，有关部门密切配合是搞好初级眼保健的关键。初级眼保健是一项面广、量大的系统工程，只有将防盲和初级眼保健列入政府工作的管理目标，发挥社会的整体功能，才能将防盲和初级眼保健落到实处。

将初级眼保健网络建在农村业已存在的三级医疗保健网上是开展初级眼保健切实可行的途径。可在原有初级卫生保健网的基础上增加防盲和初级眼保健内容，一网多用，是切合实际的建网方法。群众拥护、人人参与是搞好初级眼保健工作的重要条件。当前我国已较广泛开展社区服务，将初级眼保健纳入社区服务内容势在必行。这种服务不仅注重眼病患者，更应关注尚无眼疾的人，通过宣传教育，人人均能掌握眼睛卫生知识，从而真正实现人人享有眼卫生保健。

### 三、初级眼保健人员的工作范围

开展眼保健科普宣传是初级眼保健人员的主要工作之一。初级眼保健人员的诊疗范围主要是眼部一般问题的处理。应做到① 会检查视力，掌握好盲和低视力的标准，决定哪些白内障患者需要手术。② 会询问病史，然后给予简单的眼科检查和处理。③ 及时转诊。对矫正视力不良和视力突然下降的患者应转上级医院，由眼科专家处理。眼部疼痛、眼红治疗3天未见好转的患者也应转诊。此外，初级眼保健人员还应积极开展眼病流行病学调查。

### 四、社区眼保健

随着社会经济的发展和医学事业的进步，医学模式已从生物医学模式转为生物—心理—社会—环境模式，医疗保健将从疾病为中心转为健康为中心，医疗保健的基础也从以医院为基础转为社区为基础。眼保健与防盲工作也应适应医学模式的改变，将眼保健与防盲工作深入到社区基层。也可以说社区眼保健是初级眼保健的城市模式。社区眼保健在社区卫生服务站开展工作 常见的眼病有白内障、红眼病、屈光不正、沙眼等。社区眼保健强调医生不能仅仅在服务站里等待眼病患者，不能仅为经济利益，不能仅进行最先进的手术。社区眼保健工作者要了解威胁视力的主要眼病 能对一般眼病 如红眼病、屈光不正 进行有效的预防和治疗 所开展的手术还要考虑到患者的经济承受能力，不能只考虑经济效益。眼保健工作者还要走出医院，开展眼病预防知识宣传、眼病调查、眼科医疗、康复服务。

社区眼保健与临床眼科不同，社区眼保健关注的对象是人群而不是个别患者；临床眼科主要由眼科医生担当 社区眼保健则可以由眼科医生、公共卫生人员、新闻媒体人员、社会工作者共同参与；临床眼科主要在医院内为患者解除痛苦，社区眼保健则主要在社区从事确定致盲原因、评价人群需要、选择适当干预、计算成本效益比、分析防盲治盲模式等工作。

## 第三节 眼保健人员的培训

### 一、培训对象和培训基地

眼保健人员培训的对象涉及所有与眼保健防盲有关的人员，包括各级眼科医师及护士、视光医师、验光师、技师、配镜技师、乡村医生、防盲项目行政管理人员、开业医生、医学院校师生及眼

科仪器维修人员等。

眼保健人员的培训主要通过眼保健防盲网络完成。目前,我国的眼保健防盲网络分国家、省、地区(市)、县、乡(镇)、村6级。眼保健防盲培训网络及培训基地有国家、省、地区(市)、县、乡(镇)5级,分别负责培训下一级别的防盲人员。卫生部医政司及全国防盲技术指导组、中华医学会眼科学分会防盲学组负责制定国家防盲培训计划,组织实施防盲培训并指导地方各级培训基地的工作。省级培训基地以省卫生厅(局)、省防盲指导组为主体,依托省级卫生部门选定的省级医院(或教学医院、眼科专科医院)中眼科设备及教学力量较强、领导重视并有较强组织管理能力的医院作为省级防盲人员培训中心。省级培训基地承担培训地、市、县级眼科医生及眼科辅助人员。市、县、乡根据具体情况建立相应的培训基地。

眼保健人员接受培训的其他途径还有学校的学历教育(中专、专科、高职、本科、硕士、博士)毕业后的眼科继续培训教育、学术会议和防盲专题培训班。

## 二、村眼保健员的培训

眼保健与防盲网络中,村卫生室是眼保健防盲网络的网底,它的建设应该成为整个网络的重点和关键。村卫生室的初级卫生保健人员即为初级眼保健员,他们应该掌握相关的防盲治盲和初级眼保健知识。因此,培训村初级卫生保健人员对开展防盲工作十分重要。

### (一) 村防盲与眼保健工作要求

1. 人员 以现有乡村医生队伍为基础,以村为单位,原则上每1000人以下的小村配备1名眼保健人员。大村配备2至3人。

2. 职责 ① 作好本村范围的眼科流行病学调查,每年一次,认真填好盲人及低视力普查表格并及时统计上报。作好本村居民的眼病防治及眼病科普宣传。利用广播、黑板报,根据不同季节宣传眼病防治知识,每月1~2次。每两月定期参加乡防盲例会。积极参加各级眼病防治机构组织的业务学习或短期培训。④ 对在校学生每年进行两次(春、秋两季)视力普查,并登记造册存档。

3. 业务 ① 操作技术 掌握远、近视力检查法,色盲、色弱检查法,翻眼睑法,滴眼药水及涂眼膏法,眼部换药法,冲洗结膜囊法。常见眼病的诊疗方法,掌握沙眼、红眼病(急性结膜炎)、结膜异物、化学性眼外伤、电光性眼炎、白内障、青光眼的诊断和治疗原则。

4. 设备 村卫生室配备远、近视力表各1张,手电筒1只,针灸针1盒,洗眼壶或吊瓶1个,受水器或弯盘1个,放大镜1只,常用的眼药水、眼膏等。

### (二) 村眼保健人员的培训

1. 培训目的 通过培训使村初级眼保健人员能熟悉常见致盲眼病,了解治疗方法。能正确填写眼病门诊日志,发现、登记、上报盲人,并做好眼病防治健康教育宣传,配合复明手术,做好白内障患者的筛查和术前、术后管理工作。

2. 培训内容 ① 眼的解剖生理基本知识。② 简单的视功能检查及屈光不正的诊断。眼表感染性疾病及异物的诊断与处理。④ 沙眼的诊断与药物治疗。严重眼外伤紧急处理。⑥ 白内障的诊断与治疗原则,手术适应证,术前患者准备,术后观察及处理。⑦ 眼科用药方法。⑧ 盲与低视力标准及眼病普查方法。⑨ 会填写眼病卡、盲人卡等,并对数据进行统计

分析。

3. 培训方法 用数天时间在当地乡或县医院进行培训，培训教师由县或乡医院眼科医生担任。选择合适的培训教材，采用理论教学与图片录像观摩、眼部检查法示教与练习、门诊与病房见习、村民眼病现场调查等教学方法。培训重点是白内障的检查与诊断及眼病流行病学调查。

### 三、乡眼保健人员的培训

#### （一）乡防盲与眼保健工作要求

1. 人员 原则上由专业眼科或五官科医师（士）担任。

2. 职责 ① 掌握本乡及片（几个乡联成的片）的防盲、治盲工作动态及眼病流行病学调查资料。对低视力患者及盲人要做到人人建卡，每半年整理、核实一次低视力及盲人卡，每3年做一次全民眼病普查。加强与上级防盲机构的联系，及时传达上级精神，反映基层的意见。制定和组织安排村级眼病防治员的每月例会内容、业务学习或短期培训工作。加强对村级防治员的管理考核工作和评比检查。积极参加县级防盲例会、各种学习及会议。搞好科研协作，把乡眼病防治站办成连接县、村两级网络的中心环节和纽带。防治老年性白内障、眼外伤、青少年近视及学龄前儿童的弱视是工作的重点。必须有计划地安排好盲人的复明手术及在校学生的视力保健工作。

3. 业务 ① 操作技术：掌握裂隙灯显微镜和检眼镜的使用方法，掌握电解倒睫、角膜异物剔除、球结膜下注射法。② 眼科手术：掌握睑内翻矫正术、睑腺炎切开术、睑板腺囊肿切开术。

常见眼病的诊疗方法：在村级要求的基础上，掌握眼外伤、工业化学及农药烧伤的急救处理；骤然失明的诊断和处理；角膜炎与角膜溃疡的诊断和处理。了解甲状腺功能亢进、糖尿病、维生素A缺乏症等全身疾病的眼部表现与防治原则。

4. 设备 乡医院眼科或五官科应配备远、近视力表，聚光电筒，放大镜，洗眼壶，受水器，色盲本，眼底镜，眼科手术器械。有条件的医院最好配备裂隙灯显微镜。应有1%丁卡因、1%阿托品、2%后马托品、2%毛果云香碱、抗生素、激素类眼药水及眼膏等眼科常用药物。

#### （二）乡眼保健人员的培训

1. 培训目的 通过培训使乡级眼保健人员能掌握常见致盲眼病的诊断、治疗原则以及调查登记方法。做好白内障患者的初步筛查、术前准备以及术后管理随访工作。

2. 培训内容 除上述村初级眼保健人员的培训内容外，重点讲授常见眼病的防治特别是白内障、青光眼、角膜病的诊断治疗等。

3. 培训方法 用1~2周时间在当地县医院进行培训，培训教师由县医院眼科医生担任。选择合适的培训教材，采用理论教学与录像观摩、门诊与病房实习、乡村眼病现场调查等学习方法。

### 四、县级眼科医生的培训

#### （一）县防盲与眼保健工作要求

1. 机构 县级眼病防治机构以县眼病防治所或县医院眼科、五官科、小型眼科医院为主。

县级眼病防治机构是全县眼病防治的中心，其地位和作用十分重要。必须加强竖向和横向方面的联系 形成网络系统。发挥传递信息、交流技术的中转作用 不断扩充设备 增强自身的技术建设 逐步向宣教、培训、防治发展过渡。

2. 人员 县级防治机构需 4~9 人(包括眼科医生、护士)

3. 任务 承担本县眼病普查普治、验光配镜、科普宣传、科技咨询等工作 对乡村两级防治人员有业务指导权。主要任务有： 依靠信息指导工作，建立本县盲人及低视力登记卡片，及时组织基层人员做好每半年的填卡统计工作。 发挥本机构的技术优势，做好全县眼科疑难病的诊治工作，特别是复明手术。经常有 1/3 的人组成防盲治盲巡回医疗队，深入农村防治眼病。

定期轮训基层眼病防治人员。不断提高他们的防盲治盲的实际工作能力与技术水平。 在经常性的防盲治盲工作中，重点抓好：白内障及青光眼的防治，特别是老年性白内障的复明手术；工农业及交通事故引起的眼外伤的防治、季节性眼科流行病的防治；本县门诊及住院的眼科患者的治疗任务。

4. 目标 县级眼病防治机构是我国眼病防治网的中心环节，具有承上启下的作用，占着很重要的位置。业务技术和器械设备上，要成为全县或周围经济较差县的眼防中心，因此在技术力量和设备上必须优于基层。当然，还要注意全面发展眼科诊治水平。

5. 管理 明确责任制，可采取多种模式加强管理。

6. 业务

(1) 操作技术 按眼科医师水平要求 掌握常用眼科治疗操作、验光(检影)、裂隙灯、眼底镜、三面镜等的使用。

(2) 眼科手术：熟练掌握一般常见内、外眼手术。特别是农村常见的泪囊鼻腔吻合术、白内障手术、抗青光眼手术、眼外伤的急诊手术等。有条件的要开展视网膜复位手术、眼内异物取出等。

(3) 常见眼病诊疗方法 ① 常见眼科内、外眼疾病的诊断及治疗。 ② 骤然失明眼病的诊断、抢救、治疗。 防治学龄前儿童弱视，青少年近视，应设专人负责，组织宣传、筛选、检查、治疗。

(4) 加强横向联系 开展科技咨询。

7. 设备 在乡医院眼科设备基础上，配备眼科显微手术器械，眼科显微镜，视野计、A、B 超，角膜曲率计等，配齐眼科常用药物。

## (二) 县眼科医师的培训

1. 培训目的 通过培训使县级眼科医师掌握常见眼病的诊断与治疗，掌握白内障、青光眼等常见致盲眼病的手术复明方法，熟悉眼病流行病学调查方法。

2. 培训内容 主要讲授常见眼病的诊断与治疗、眼科手术与显微手术技术、眼病流行病学调查方法、眼病防治进展等。

3. 培训方法 用 1~6 个月时间，在省市级培训基地进行培训，采用理论教学与录像观摩、门诊与病房进修学习、县乡眼病现场调查等学习方法。培训方式： 初步培训，使其切实掌握有关的眼病理论知识和实习技巧。 进大医院实习。 跟随眼科医疗队参加医疗及手术实践。

具备 1~2 年的实践经验后，再到对口的上级医院进修提高。重点掌握眼病防治知识以及白内障囊外摘出手术和人工晶状体植入技术。

## 五、眼视光专业技术人员的培训

视光学是眼科学的起点，也是眼科学的终点。常见致盲眼病术后的视力康复与眼视光学密切相关。白内障、青光眼、角膜病、玻璃体视网膜病手术后或多或少都表现有视光学问题。眼科学加视光学组合成最好的眼睛全程医疗保健体系。眼视光专业技术人员主要指从事眼屈光不正及其相关疾病的诊断治疗与研究开发人员 包括眼科医生、眼视光医生、验光配镜师、眼镜质量管理 人员等。这些人员的教育培训模式包括学历教育（专科、高职、本科、硕士、博士）和毕业后的眼视光学继续教育培训教育。眼视光学的培训教育包括从业人员教育、眼视光学师资教育即教育者教育、行政管理即领导者教育等。

1. 教育者培训 要提高眼视光学的教学与培训水平，师资力量是关键。国际、国内视光学组织定期举办面向教育者的高级培训课程。还可与眼视光院校、学术团体、眼睛保健产品公司的合作，培训出合格的眼视光学教师。

2. 从业人员培训 通过与国家有关部门、眼视光专业团体、眼睛保健产品公司、国际学术团体合作 在全国各地开办面向从业人员的继续教育培训课程 培训工作在医院、研究所、视光学诊所、眼镜店的眼视光专业技术人员，全面提高其理论水平与实际操作技能。眼视光学的发展依赖于专业人才的培养和训练，眼视光专业技术人员水平的提高必将进一步推动致盲眼病和低视力康复工作的深入开展。

## 六、眼保健与项目管理人员的培训

防盲项目管理人员培训的目的在于使培训人员掌握眼保健防盲项目的组织管理程序，协调项目单位的整体工作进展，进行项目实施全过程的监督管理。被培训者应参加各种形式的复明手术医疗队。在省或市级培训基地举办项目管理人员（如省、市、县卫生和残联部门的管理人员）培训班，讲授项目工作的基本情况、项目管理要求、医疗队组织管理、统计技术理论及应用等。还应讲授白内障防盲项目立项背景，项目任务书及其配套实施方案；眼病防治的组织管理程序 项目管理人员的职责 应具备的条件及要求 项目评估方法、评估指标及操作方法 项目经费的使用原则及申报程序。

在县和乡开办乡村项目管理及项目参与人员（如乡村干部，乡村医生，中小学校教师，参加眼病调查和白内障病员组织、输送、手术后管理有关的人员）培训班，讲授白内障防盲项目工作的基本情况 医疗队组织管理 统计报表填写 如何组织、输送白内障患者 白内障手术后如何随访管理等。

## 第四节 眼的健康教育与眼病的三级预防

### 一、眼的健康与疾病

传统观念认为无病就是健康（health）。新的健康概念不仅是指没有疾病或虚弱，而且是要有健全的机体、精神状态及社会适应能力。世界卫生组织（WHO）提出的衡量人体健康的 10 条具体标志之一为眼睛明亮、反应敏锐、眼睑不发炎。眼的健康为眼组织的结构和功能正常且对环

境中各种因素变化具有应变能力。

## 二、预防眼科学

预防眼科学 (preventive ophthalmology) 是以人群眼健康为主要研究对象, 采用现代科学技术和方法, 研究环境因素对人群眼健康和疾病的作用规律, 分析和评价环境中致病因素对人群眼健康的影响, 提出改善不良环境因素的卫生要求, 并通过公共卫生措施达到预防眼病、增进健康的一门科学。

预防眼科学像预防医学一样经历了以个体—群体—人类为对象的三个阶段。以个体为对象预防疾病的科学称为卫生学, 以群体为对象预防疾病的科学称为公共卫生学。眼公共卫生学是通过有组织的社会努力来达到预防眼病、增进视功能、提高工作效率的科学和技术。

## 三、眼病的三级预防

视觉器官从健康无病到发生疾病, 从出现疾病到功能障碍, 其发生发展都有一定的规律。针对无病期、发病期及障碍期开展的眼病预防称为眼病的三级预防。

1. 一级预防 (primary prevention) 一级预防又称为病因学预防, 主要针对无病期, 通过采取各种消除和控制危害眼健康的因素、增进眼健康的措施, 以防止健康人群发生眼病。例如, 对病因明确的传染性眼病、外伤与职业性眼病、维生素 A 缺乏症等, 开展以消除病因为主的预防措施 如用免疫接种预防累及眼部的传染病 改善环境、消除污染 贯彻执行环境和劳动卫生标准和法规等措施预防职业病和眼外伤。

2. 二级预防 (secondary prevention) 二级预防又称为临床前期预防, 即在疾病的临床前期作好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防措施 以预防眼病的发展和恶化 防止复发和转变为慢性病等。对于致病因素不完全明确或致病因素经过长期作用而发生的慢性眼病, 如白内障、青光眼、视网膜病、眼肿瘤、河盲等 特别应该以二级预防为重点。达到“三早”的三个关键措施为普及宣传眼病知识, 提高眼科工作者的眼病诊断水平, 开发实用、敏感的诊断技术。实践已证明开展对某些眼病的普查、高危人群的筛检、特定人群的定期健康检查等二级预防的有效措施。

3. 三级预防 (tertiary prevention) 三级预防又称为临床预防, 主要是对已患病者进行及时治疗 防止恶化 预防并发症和致盲致残 促进恢复劳动和生活能力的预防措施。如白内障、角膜混浊、低视力的防治等。

眼科工作者的医疗活动不仅是治疗眼病, 而且要做好二、三级预防工作, 同时还应该积极参与一级预防活动, 为控制或消灭眼病、增进健康而努力。

世界卫生组织西太平洋地区提出的 21 世纪健康新视野 (new horizon in health) 概念鼓励和帮助人们自己预防疾病和残疾, 对影响健康的因素进行分析, 预防不利因素, 促进有利因素。根据三级预防的原则和危险因素的分类, 新世纪预防眼科学将实现个人—家庭—社区三位一体的预防模式。在眼保健群体预防中, 社区的参与是关键。社区是若干社会群体 (家庭、氏族) 或社会组织 (机关、团体) 聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体, 是宏观社会的缩影。WHO 认为, 一个有代表性的社区人口大约为 10 万~30 万 面积为 5~50 km<sup>2</sup>。在我国, 城市社区通常是由企业、事业单位或机关、学校构成的功能社区和由居民家庭和居民生活区 (包

括企业、事业单位或机关、学校家属区 )街道、居委会构成的生活社区两部分组成。农村社区一般指乡、镇、村。社区卫生服务 ( community-based health care, CHC ) 是人类社会为生存而开展的互助活动, 是社区服务中的一种最基本、最普通的常用形式。根据社区居民的需求和世界各地的运行方式, 社区卫生服务是由全科-医生( general practitioner, GP) 为主体的卫生组织或机构所从事的一种社区定向的卫生服务。眼保健与眼病预防是社区卫生服务的一个重要组成部分。可见 社区是实现世界卫生组织提出的“视觉 2020, 人人享有看见的权利”的主要阵地。

## 思 考 题

1. 什么叫初级眼保健, 如何开展初级眼保健工作?
2. 如何在社区开展眼保健?
3. 如何预防眼病?
4. 试述视光学与眼保健的关系。

## 第二章 防盲与治盲

### 学习要点

1. 盲和低视力的概念。
2. 国内外的防盲现状。
3. 现阶段我国的防盲任务与措施。

盲 ( blindness ) 和视力损伤 ( vision impairment ) 不仅对患者造成巨大的痛苦和损失, 而且还加重家庭和社会的负担, 因此眼保健和防盲治盲工作具有重要意义。防盲治盲既是眼科学、眼视光学的重要组成部分, 也是社会公共卫生事业的一部分。眼科医生所从事的工作是防盲复明。当然, 防盲治盲工作还有其特定含义, 它的研究对象是人群, 包括对盲和视力损伤进行流行病学调查, 对引起盲和视力损伤的主要眼病进行病因和防治方法的研究, 对盲和视力损伤的防治进行规划、组织和实施等。面对“视觉 2020 享有看见的权利”的宏伟目标, 防盲治盲和视力损伤已成为全世界和我国主要的公共卫生课题之一。

### 第一节 盲和低视力的定义与分类

#### 一、盲和低视力的定义

目前, 对盲人的定义并不十分严格, 不同国家、组织、行业制定的盲的标准并不一致。1999年 WHO 曾指出, 盲人的定义是指因视力损伤不能独自行走的人, 通常需要职业和/或社会的扶持。由于各国社会经济状况不同, 采用的盲和视力损伤的标准也有所不同。目前, 一些国家采用下列标准: ① 视力正常者: 双眼中较差眼的视力  $\geq 0.3$  者; ② 视力损伤者: 双眼中较差眼的视力  $< 0.3$  但  $\geq 0.1$  者; ③ 单眼盲者: 双眼中较差眼的视力  $< 0.1$ , 较好眼的视力  $\geq 0.1$  者; ④ 经济盲者: 双眼中较好眼的视力  $< 0.1$  者, 但  $\geq 0.05$  者; ⑤ 社会盲者: 双眼中较好眼的视力  $< 0.05$  者。

#### 二、盲和视力损伤的分类

世界卫生组织 ( WHO ) 于 1973 年提出了盲和视力损伤的分类标准 ( 表 2 - 1 ) 并鼓励所有国家的研究工作者和有关机构采用这一标准以便于眼的流行病学研究, 防盲治盲工作的开展, 特别

是国际交流。这一标准将盲和视力损伤分为 5 级，规定一个人较好眼的最好矫正视力  $< 0.05$  时为盲人 较好眼的最好矫正视力  $< 0.3$  但  $\geq 0.05$  时为低视力者。该标准还考虑到视野状况，指出不论中心视力是否损伤，如果以中央注视点为中心，视野半径  $\leq 10^\circ$  但  $> 5^\circ$  时为 3 级盲 视野半径  $\leq 5^\circ$  时为 4 级盲。我国于 1979 年第二届全国眼科学术会议已决定采用这一标准。实际工作中 为了能全面地反映盲和视力损伤情况 又将盲和低视力分为双眼盲、单眼盲、双眼低视力和单眼低视力，如果一个人双眼最好矫正视力都  $< 0.05$  则为双眼盲 如果一个人双眼最好矫正视力都  $< 0.3$  但  $\geq 0.05$  时 则为双眼低视力。这与 WHO 标准是一致的。如果一个人只有一眼最好矫正视力  $< 0.05$  另眼  $\geq 0.05$  时，则称为单眼盲。如果一个人只有一眼最好矫正视力  $< 0.3$ ，但  $\geq 0.05$  时，另眼  $\geq 0.3$  时则称为单眼低视力。按这种规定，有些人同时符合单眼盲和单眼低视力的标准。在实际统计中，这些人将归于单眼盲中，而不纳入单眼低视力中。事实上，不少通过验光配镜能矫正提高视力的屈光不正患者在实际工作生活中并未配戴眼镜等。因此，目前有人提出了日常生活视力这一概念。日常生活视力是指受检者在日常的屈光状态下的视力，即受检者未经常配戴远用矫正眼镜时（不管其已经配镜与否），则为裸眼视力；受检者经常配戴远用矫正眼镜，则为戴镜后的视力。

表 2-1 盲和视力损伤的分类 (WHO, 1973)

视力损伤		最好矫正视力	
类别	级别	较好眼	较差眼
低视力	1	$< 0.3$	$\geq 0.1$
	2	$< 0.1$	$\geq 0.05$ (3 m 指数)
盲	3	$< 0.05$	$\geq 0.02$ (1 m 指数)
	4	$< 0.02$	光感
	5	无光感	

## 第二节 国内外防盲治盲的历史与现状

### 一、世界防盲治盲的历史与现状

盲和视力损伤是世界范围内的严重公共卫生、社会和经济问题。不容乐观的盲情引起全社会和眼科工作者的重视。国际眼科会议曾倡议“今后召开任何眼科年会，首先要报告防盲治盲工作的情况”。目前估计全世界视力损伤的人群为 1.8 亿人。其中 4 000 万~4 500 万是盲人。社会经济状况和可利用的健康和眼保健服务是影响盲患病率的主要因素（表 2-2）。目前，全世界盲人患病率为 0.7%（其中，经济状况和保健服务良好的社区盲人患病率为 0.25% 比较好的社区为 0.5% 差的社区为 0.75% 很差的社区为 1.0% 以上）全球每年新增加盲人 100 万。发展中国家的情况更为严重，全世界 9/10 的盲人生活在发展中国家。目前大约 60% 的盲人生活在非洲撒哈拉地区、中国和印度。由于人口增长和老龄化，世界盲人负担大幅度地增加。从 1978 年到 1990 年之间 世界盲人数增加了 1 000 万人。如果这种趋势不加以控制，到 2020 年盲

人数又将增加一倍。

表 2-2 全球盲发生情况比较

	经济和保健良好的社区	经济和保健差的社区
盲率	0.1%~0.4%	0.5%~1.5%
主要原因	年龄相关性黄斑变性 青光眼 糖尿病 先天性眼病 遗传性眼病	白内障 青光眼 沙眼 河盲 维生素 A 缺乏等儿童盲
原发部位	眼后段为主	眼前段为主
可避免率	20%	80%

全世界致盲的原因、盲人数及其构成与发展趋势见表 2-3。在这些致盲眼病中，如果及时应用足够的知识和恰当的措施，有的就能预防或控制，例如沙眼和河盲；有的能成功地治疗而恢复视力，如白内障、角膜瘢痕等。

表 2-3 世界盲人数及其构成与发展趋势 (2000 年)

病种	盲人数/百万	构成比/%	发展趋势
白内障	25.0	50	增加
青光眼	8.0	16	增加
沙眼及角膜瘢痕	5.0	10	减少
糖尿病性视网膜病变	3.0	6	增加
年龄相关性黄斑变性	2.0	4	增加
屈光不正	2.0	4	稳定
儿童盲	1.5	3	减少
外伤	1.0	2	稳定
河盲	0.5	1	减少
麻风性眼病	0.5	1	减少
其他	1.5	3	稳定

全世界盲的发病具有以下特点：① 不同经济地区的盲患病率明显不同。盲患病率在发达国家约为 0.3% 而在发展中国家为 0.6% 以上。不同年龄人群中盲患病率明显不同，老年人群明显增高。发展中国家老年人群盲患病率增高更为明显。低视力患病率约为盲患病率的 2.9 倍。如果不做好低视力患者的防治，盲人数将会急剧增加。不同经济地区盲的主要原因明显不同，经济发达地区为老年性黄斑变性、糖尿病性视网膜病变等，而发展中国家以老年性白内障和感染性眼病为主。⑤ 白内障是全球第一位的致盲性眼病，《世界卫生组织报告》(1998 年)全世界估计 1 934 万老年性白内障盲人，占有盲人总数的 43%。全球每年新发生白内障盲大约有 500 万。全球视力低于 0.1 的白内障患者有 1 亿 而视力低于 0.3 的白内障患者有 3 亿~4

亿。⑥ 由于世界人口的增长和寿命的延长 白内障、老年性黄斑变性、糖尿病性视网膜病变等所致的盲人数将继续增加。

实际上 全球 80%的盲人是可以避免或预防的。 WHO 等国际组织和各国已为防盲治盲做了不少工作。WHO、一些国际非政府组织 (包括 6 个创办成员,16 个支援成员) 联合于 1999 年 2 月发起“视觉 2020 享有看见的权利”行动 目标是在 2020 年全球根治可避免盲。这次行动将通过: 预防和控制疾病。 培训人员。 加强现有的眼保健设施和机构。 采用适当和能负担得起的技术。 动员和开发资源用于防治盲人等措施, 来解决可避免盲。目前已确定白内障、沙眼、河盲、儿童盲、屈光不正和低视力五个方面作为“视觉 2020”行动的重点。具体目标是 2020 年每年完成 3 200 万例白内障手术, 应用 SAFE 战略消灭致盲性沙眼, 消灭盘尾丝虫病, 控制儿童盲、散光、弱视。青光眼、糖尿病性视网膜病变将来也有可能成为“视觉 2020”行动的重点。目前国际社会每年用于防盲的经费约为 8 000 万美元 如果要达到视觉 2020 消灭可避免盲的目标, 至少要增加一倍的费用。

## 二、我国防盲治盲的历史与现状

我国曾是盲和视力损伤十分严重的国家之一。新中国成立之前, 人民生活贫困, 卫生条件极差, 眼科医生仅有百余人, 眼病非常普遍。新中国成立前和新中国成立初, 我国以沙眼为主的传染性眼病、维生素 A 缺乏、外伤和青光眼是致盲的主要原因。其中, 沙眼广泛流行, 是致盲的首要原因 沙眼患病率高达 50%~90%。新中国成立后, 各级政府大力组织防治沙眼。在全国农业发展纲要 28 条中, 沙眼被列为紧急防治的疾病之一。全国眼科医师响应政府号召, 积极参与防治沙眼, 使全国沙眼患病率和严重程度明显下降。“文化大革命”期间, 全国防盲治盲工作受到干扰而中断。党的十一届三中全会以后又重新开展起来。 1984 年国家成立全国防盲指导组, 统筹全国防盲治盲工作 制定了《全国防盲计划大纲》、《1991—2000 年全国防盲和初级眼保健工作规划》。20 世纪 80 年代, 全国各地进行眼病流行病学调查, 明确白内障为致盲主要原因。各地积极开展筛查和手术治疗白内障。全国残疾人联合会把白内障复明纳入工作范围, 极大地推动了防盲治盲工作。1988 年国务院批准实施的《中国残疾人事业五年工作纲要》将白内障手术复明列为抢救性的残疾人三项康复工作之一。 1991 年国务院批准的《中国残疾人事业“八五”计划纲要》中又明确规定了白内障复明任务。全国各省、自治区、直辖市也相继成立了防盲指导组 认真规划防盲治盲工作 建立和健全防盲治盲网络 根据各自实际情况 运用各种方式积极开展工作, 眼科事业得到很大发展。许多地方除了诊治眼科常见病之外, 还能开展先进和复杂的手术。1996 年卫生部等国家部委发出通知, 规定每年的 6 月 6 日为“全国爱眼日”。1999 年 世界卫生组织发起“视觉 2020 享有看见的权利”行动后 中国政府立刻向世界做出承诺 决定从 2000 年起通过 4 个五年计划来实施该行动。新世纪之初, 卫生部又制定了《2003—2010 年全国防盲规划》。

根据 1980 年以后我国各地陆续进行的盲和视力损伤流行病学调查, 估计我国盲患病率为 0.5%~0.6% 盲人数为 670 万人, 双眼低视力患病率为 0.99% 患者数为 1 200 万人。盲和低视力的患病率随年龄增加而明显增加, 女性比男性高, 农村地区比城市高。由于我国人口众多, 老龄化的速度很快, 如果不采取切实有效措施做好防盲治盲, 我国的盲人数将会急剧增加。我国每年新增盲人约为 45 万 几乎每 1 min 有 1 例新盲人病例出现。现阶段, 中国仍然是世界上盲

人最多的一个国家,约占世界盲人总数的18%~20%。据2000年出版的《中国眼病调查数据统计分析报告》调查结果显示在白内障、屈光眼肌、青光眼、角膜病及沙眼等9类眼疾构成比中白内障患者所占比例最高为20.29% 其次为屈光眼肌13.27%、眼外伤9.48%、眼底病7.88%、青光眼4.45%。我国盲的主要原因依次为白内障(46.1%)、角膜病(15.4%)、沙眼(10.9%)、青光眼(8.8%)、视网膜脉络膜病(5.5%)、先天或遗传性眼病(5.1%)、视神经病(2.9%)、屈光不正(或弱视)(2.9%)和眼外伤(2.6%) 其中,半数以上盲和视力损伤是可以预防和可以治疗的。

2000年眼科现况调查数据显示至2000年底全国医疗机构中能提供眼科医疗服务的机构有3613个(除福建省)其中眼科专科医院87所;县以上(不含县)综合医院眼科940所;县医院眼科1324所;眼病防治所23所;营利性眼科医疗机构84个。眼科编制床位40608张,实际开放70397张。眼科医生23606人,其中约47%的眼科医生能做白内障手术。目前我国的防盲治盲工作也存在一些问题,主要是组织和领导工作有待于进一步加强。此外,我国虽然现已具有年开展50万例以上白内障手术的能力,但全国平均白内障手术率约为每年每百万人口400,与发达国家相比差距较大(每百万人口3000~5000)。因此,白内障盲人仍是我国严重的致盲问题。防盲治盲的实际需要和效率不高之间存在着矛盾,大规模白内障手术治疗的质量有待于进一步提高。当然,眼保健工作也需要更深入而广泛地开展。

### 第三节 我国眼保健与防盲工作的开展

#### 一、眼保健与防盲的组织

我国政府和各级卫生、残联等有关部门十分重视防盲和残疾人康复工作,专门成立组织,领导我国的防盲治盲工作。目前,我国与防盲有关的组织有:卫生部全国防盲技术指导组、中华医学会眼科学分会防盲学组、“视觉第一中国行动”顾问委员会、中国残联全国白内障手术复明技术指导组等。近几十年来,世界卫生组织及其西太平洋区域组织、国际防盲协会等国际组织也为我国的防盲治盲做了大量富有成效的工作。此外,还有很多非政府的眼保健与防盲的组织关心和支持我国防盲工作。仅目前就有12个非政府组织与世界卫生组织和中国卫生部合作在我国的19个省支持和开展眼保健服务,这些组织包括友好基金会(中国)、亚洲防盲基金会(中国香港)、基督教国际盲人教会(德国)、展望(澳大利亚)、喜马拉雅眼保健基金会(荷兰)、Fre Hollows基金会(澳大利亚)、Helen Keller 联合国国际(美国)、国际狮子会(美国)、奥比斯国际(美国)、新加坡国家眼科中心(新加坡)、Seva基金会(美国)、西藏视觉项目(美国)等。

#### 二、眼保健与防盲工作措施与成就

##### (一) 已采取和正在采取的眼保健与防盲工作措施

1. 政府组织领导,规划协调发展 改革开放之初,我国政府就已十分重视防盲治盲工作。1984年由卫生部牵头成立全国防盲指导组,将防盲工作列入了国家工作项目。同时制定了《全国防盲计划大纲》、《全国防盲先进县标准及申报评定方法》,轰轰烈烈地开展了以初级眼保健、白内障手术复明为中心的防盲治盲和全国防盲先进县建设。为进一步搞好盲的防治与康复工作,1988年我国专门成立了国务院全国残疾人工作协调委员会,民政部、卫生部、国家教育委员

会(国家教委)、国家发展计划委员会、财政部、解放军总后勤部、中华全国妇女联合会、中国社会福利有奖募捐委员会(中募委)、国务院扶贫办公室、中国残疾人联合会(残联)等十个部门密切配合,共同开展眼保健防盲工作。

1988年以来,全国残疾人康复工作办公室相继制定了包括防盲治盲工作在内的《中国残疾人事业五年工作纲要》及残疾人事业的三个五年计划,每年专项拨款300余万元,将白内障手术复明列为抢救性的残疾人三项康复工作之一,明确规定了白内障复明手术和低视力康复的目标。1992年,卫生部、国家教委、中国残联联合下发了《1991—2000年全国防盲治盲和初级眼保健工作规划》,要求加强基层医疗预防保健网,提高初级眼保健服务覆盖率。1993年10月,我国政府专题召开了全国白内障手术复明暨防盲治盲工作总结表彰大会。1997年,卫生部、中国残疾人联合会与国际狮子会通过友好协商在我国合作开展“视觉第一中国行动”大型防盲治盲项目,使我国的防盲治盲工作又上了一个新台阶。1999年,世界卫生组织发起“视觉2020享有看见的权利”行动后,中国政府高度重视,支持召开了国际防盲协会第6届全体大会,以“动员全世界各方面同心协力,在2020年前根治可避免盲,达到人人享有看见的权利”。原国家主席江泽民在给大会的贺信中指出“防盲治盲,有效控制眼疾侵害,是人类在新世纪面临的挑战之一”。原卫生部部长张文康代表我国政府在“视觉2020行动”宣言上签字,并向世界做出承诺,决定从2000年起通过4个五年计划来实施该行动。2003年,卫生部制定了《2003—2010年全国防盲规划》。可见,中国盲的防治与康复工作已正式纳入国家计划,与国家的社会经济协调发展。

2. 提高公众眼保健意识,动员全社会参与防盲治盲工作 中国把提高公众意识、动员全社会参与作为防盲治盲工作的百年大计。编制了防盲治盲科普知识系列丛书、音像制品、公益广告、农村张贴画及公交车载宣传画。并通过报刊、广播、电视普及眼保健知识,唤起防盲意识,增强自我保健能力。中国将每年的6月6日定为“全国爱眼日”,通过国家领导人发表电视讲话,全国城乡举行报告会、座谈会,开展街头宣传、咨询、义诊等多种形式来宣传防盲治盲,数千万群众参与了这项声势浩大的活动,使防盲治盲的意识深入人心。

3. 健全眼保健网络,完善防盲工作体系 各级政府卫生行政主管部门和各级残联将防盲纳入工作日程,发挥政府的主导作用,加强领导和管理,认真组织国家防盲治盲和白内障康复计划。1984年全国防盲指导组成立后,相继在各省、自治区、直辖市及其所辖地、(市、州)县成立了相应机构,形成了自上而下的防盲技术指导体系。在各级政府的领导下,依托城乡三级医疗预防保健网络,按照一网多用的原则,把防盲与初级卫生保健工作结合起来,在农村初步开展了以县医院眼科为指导中心、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的防盲治盲网络,为开展防盲治盲工作奠定了组织基础。1988年,全国残疾人事业领导小组和全国残疾人三项康复工作办公室成立以后,各省、自治区、直辖市及其所辖地、(市、州)县也都成立了相应机构,制定了《全国残疾人三项康复工作实施方案》并组织实施。由此形成了国家、省、地区(市)县、乡、村六级眼保健组织,健全了防盲网络,构建了一个完整的防盲治盲工作体系。

4. 开发人力资源,培训防盲人员 为开发人力资源,解决防盲治盲技术力量不足的问题,卫生部、中国残联以及全国防盲指导组、中华医学会眼科学会防盲学组认真制定了国家防盲培训计划,编写教材,组织实施防盲培训并指导地方各级培训基地的工作。通过国家、省、市、县、乡防盲网络分别培训下一级机构的防盲与眼保健人员,培训对象包括各级眼科医师及护士、视光医师、验光师、技师、配镜技师、乡村医生、防盲项目行政管理人员及开业医生等。此外,国家还通过学

历教育和毕业后的眼科继续教育、防盲学术会议、防盲专题培训班等途径培训防盲人员。“视觉第一中国行动”制定一系列培训措施，并对组织与管理、学员情况、培训基地（教室、录像观摩室、动物实验室）、课程安排、培训教材及临床实习等进行检查与评估。白内障手术复明医疗队也同时培训当地医务人员，提高他们的手术水平，传播防盲治盲知识，扩大防盲队伍。

5. 加强眼科基础建设，发展复明手术机构 县医院眼科是我国开展防盲治盲与康复工作的关键机构。长期以来，我国一直重视县医院眼科的建设。1984年和1987年卫生部两次全国防盲工作会议都提出建设县医院眼科是防盲治盲的主要内容。同时，卫生部及全国防盲指导组为县级眼科的机构、人员、任务、目标、管理及业务制定了标准。1997年“视觉第一中国行动”卫生部项目办依据条件、合理布局，择优选择尚没有眼科的县作为建立县医院眼科的项目县。统一配备设备，使其具有开展白内障囊外手术的能力。同时制定了《县医院眼科建设与验收标准》，规范了我国县医院眼科的建设。为生产价廉物美的人工晶状体，降低白内障复明手术费用，让更多的盲人重见光明，国家选择苏州医疗器械厂作为项目人工晶状体定点生产厂。

6. 开展眼病流行病学调查，建立眼病防治数据库 为掌握我国眼病流行病学的基础资料，更科学地开展防盲与白内障复明手术。1987年我国开展了包括眼病在内的第一次全国残疾人抽样调查。1997年“视觉第一中国行动”卫生部项目办制定了眼病调查实施细则，统一印制了《致盲与低视力眼病登记表》124万份，发至全国各级各类医院。以了解我国眼科患者的构成和主要眼病的分布。此外，全国各地开展了很多不同范围和方式的眼病流行病学调查研究。国务院全国残疾人工作协调委员会决定从2005年起正式启动包括眼病在内的第二次全国残疾人抽样调查。在眼病流行病学的基础上，我国拟建立由眼科技术资源数据库、眼疾病源数据库和白内障复明手术数据库三个子库组成的全国眼病防治数据库。

7. 施行复明手术，重点支援农村 我国各级政府始终把白内障复明手术作为防盲和残疾人康复的中心任务。1998年起，白内障手术复明被列为我国抢救性的残疾人三项康复工作之一。层层下达手术指标，使居住在城市、交通方便、经济发达地区和享受公费医疗的白内障患者先后接受了手术治疗。我国广大农村“老、少、边、穷”地区，特别是经济贫困的盲人患者缺乏就医条件。针对这一情况，中国政府采取了必要的特殊政策倾斜：①对任务量大、经济落后地区增拨专项特困补助经费，保证防盲与白内障手术复明任务的完成。由卫生部、中国残联、总后卫生部联合组队向“老、少、边、穷”及经济技术落后地区组派白内障复明手术医疗队，为贫困患者实行减免手术费用，为当地医疗单位提供必要的器械和技术力量，各省也派出多批手术医疗队，以解决了部分地区患者就医难的问题。在医疗技术力量较强、经济状况较好、病员相对较少地区与任务量大、技术条件差、经济状况落后、病员多及完成任务有困难地区之间大力开展区域间协作，发挥先进地区优势，支援后进地区，互相配合，双向促进，共同完成任务。

8. 加强国际合作交流，启动大型防盲项目 我国政府积极开展国际交流，先后与世界卫生组织、国际防盲协会和国际狮子会等组织合作开展防盲和残疾人康复工作。1995年和1998年，世界卫生组织、中国卫生部、国际非政府防盲组织两次召开中国防盲协调会，专题研讨中国的防盲治盲工作。从1987年起，爱德基金会、德国克里斯朵夫防盲协会与中国合作，陆续在29个省开展了盲的预防、康复治疗、技术人员培训以及盲人教育、就业等工作。1992年美国与甘肃合作，连续8年在农村免费实施白内障手术。1997年香港回归之际，特区政府向内地捐赠了健康快车，免费为内地老少边穷地区的白内障患者提供医疗服务。国际防盲协会主要成员之一的奥

比斯自1982年进入中国,1996年开始与中国各省、自治区、直辖市开展长期合作项目,包括建立省级眼科培训中心、眼库、小儿眼科专科病房、小儿眼病防治中心及国际远程医疗和教学培训等。

1997年,国际狮子会与中国合作开展了以预防保健和白内障复明为重点的“视觉第一中国行动”大型防盲治盲项目。经过五年的认真实施,一期项目规定的各项任务均超额完成,实现了白内障致盲人数的负增长,加强了我国防盲治盲工作的基础。目前正在实施二期项目,包括在我国设立无白内障障碍区等。

9. 制定防盲技术标准,确保复明手术质量 为提高防盲和白内障手术复明工作的质量,中国政府多次召开专题会议研究手术规范问题。先后制定了《白内障手术复明工作设中心(点)的要求》、《白内障手术规范及验收标准》、《后房型人工晶状体植入术的基本要求和验收标准》、《后房型人工晶状体植入手术要则》、《医疗队工作规范》等有关技术标准,并开展质量监督、定期检查、验收。各省、自治区、直辖市按要求进行自查验收,全国康复工作办公室会同全国防盲指导组组成联合检查组在全面自查的基础上再进行抽查验收,以严格控制防盲和白内障手术复明工作的质量。

10. 开展公众眼保健教育,提高全民爱眼意识 为提高全民爱眼意识,卫生部成立了《眼保健及防盲治盲丛书》编委会,编写通俗实用的眼保健教育丛书。同时,印制科普资料,编印了《白内障术后须知》,发放给白内障手术患者。此外,为使农村医生掌握白内障的基本知识,提高工作效率,印发了《白内障筛查》工作手册。中国残联开展“爱护我们的眼睛”预防保健教育活动,通过阅读眼保健知识科普读本《爱护我们的眼睛》,观看眼保健电视系列专题讲座《珍爱光明》等活动,教育广大青少年儿童正确用眼、爱眼、护眼,掌握眼保健的基本知识和方法。公众宣传工作以建立宣传网络为重点,以增进社会理解、唤起各界积极参与为目标,突出宣传了该行动的宗旨、任务、组织,加强了与社会各界的沟通。

11. 创建全国防盲先进县,及时推广防盲经验 1988年卫生部发布了“防盲先进县标准及申报评定方法”。要求全国各地按照防盲先进县5条标准,广泛开展创建全国防盲先进县活动,全面推动眼保健、防盲治盲和白内障手术复明工作的开展。提高了政府部门和医务人员开展防盲治盲工作的积极性,及时推广防盲经验。

## (二) 眼保健与防盲工作取得的成就

1. 形成了完整的中国防盲体系,涌现出一大批防盲先进县 自全国防盲指导组成立以来,各省、自治区、直辖市及其所辖地、市、州、县、乡、村成立了相应机构,形成了自上而下的防盲技术指导体系。全国不少县区按照“防盲先进县标准”开展创建工作,已有105个县被评为防盲先进县,3个地区(市)被评为防盲先进地区(市),数以5000万的群众受益。

2. 高质量超额完成白内障复明手术任务,我国实现了白内障盲人负增长 防盲治盲工作的开展使白内障年手术量从1988年前的每年10万例增加到2004年一年58万。据不完全统计,1998—2004年全国共完成539万例白内障复明手术。其中,1988—1996年完成了175万例白内障手术(平均每年19.4万例),脱盲率为98%,脱残疾为89%;1997—2001年完成了白内障手术206万例(平均每年41.2万例),实现了我国每年白内障手术数超过白内障盲发生数(40万例/年)的历史性转变;2002—2004年完成白内障手术158万例(平均每年51.2万例)。

“视觉第一中国行动”共组派了约400批国家医疗队、省际对口医疗队和省内医疗队,足迹