

健康讲堂

窝沟封闭——为儿童牙齿穿上“铁布衫”

□于珍子（桂林市口腔医院）

2015年，我国启动了第四次全国口腔健康流行病学调查，调查结果显示3岁儿童的龋患率为50.5%，4岁为63%，5岁为70.9%，随着年龄的增长，龋病在学龄前儿童中的覆盖面越来越大。四次流调12岁年龄段结果显示12岁儿童的龋患率为34.5%，12岁儿童的龋患率和龋均常被用来评估恒牙列的龋患状况，较高的患龋率提示我们必须对我国儿童口腔卫生健康重视起来。在公共卫生方面，各地执行了全国儿童口腔疾病综合干预项目，该项目是新中国成立以来，第一次由中央财政支持口腔疾病预防专项，于2008年启动，主要针对3-6岁的学龄前儿童和7-9岁的学龄儿童的龋病防控。干预措施包括专业人员培训、针对大众和受众的健康教育、重点人群定期的口腔检查以及应用有效的龋病预防措施（包括窝沟封闭和局部用氟），中央财政对每一项内容都有明确的经费支持，其中应用有效的龋病预防措施窝沟封闭是最行之有效的办法。

什么是窝沟？窝沟和龋齿有什么关系？

窝沟就是牙齿上凹凸不平的沟槽，口

腔医生称之为点隙窝沟，每天小朋友们都会对进食后的牙齿进行刷牙清洁，如果打个比喻的话，我们在清洁牙齿上的窝沟面就像是在河滩石头路上扫地一样，无论我们怎样仔细打扫，都很难甚至清洁不到那些缝隙里的污垢。长此以往会发什么呢？牙齿窝沟内的食物残渣会发酵产酸，继而腐蚀我们的牙齿，这样就会出现龋齿。那我们是不是需要做些什么来预防龋齿的发生？目前最行之有效的办法就是对牙齿的窝沟进行充填封闭，让凹凸不平的石头路变成一马平川的康庄大道。这样就方便小朋友们清洁牙面，窝沟里不易滞留食物残渣，从而预防了龋病的发生。

窝沟封闭如何做？

窝沟封闭是一种无痛无创的预防性治疗，需要专业口腔医生操作。先将小朋友们需要做封闭的牙齿彻底清洁一遍，让牙齿在隔湿的情况下用流动的窝沟封闭填满牙面上的所有的窝沟点隙，之后用特殊的光源让流动的封闭剂固化变成一层坚硬的保护外套，当小朋友们的牙齿穿上这件“铁布衫”保护外套后，就可以防止食物残渣滞留到不平整的窝沟点隙中去，便于清洁，不易发生龋齿。

窝沟封闭适合哪些牙齿做？

一般来说，深窝沟，特别是可以卡住探针的（包括可疑龋）；患者其它牙齿，特别是对侧同名牙患龋或有患龋倾向的人应当行窝沟封闭；儿童牙齿萌出后达到咬合平面即适宜作窝沟封闭，一般在萌出4年之内。已发生龋坏或是已经充填的牙齿、咬合面无深的窝沟点隙、自洁作用好的、不配合操作的患儿均不适合做窝沟封闭。

做窝沟封闭的最佳时间是什么时候？

第一个时间是3-4岁，小朋友的乳磨牙已全部萌出，这是预防乳磨牙龋坏的最佳时机。

第二个时间是第一恒磨牙萌出后的时间，萌出的时间大概在儿童6岁，因为萌出的时间与年龄相符俗称“六龄牙”，第一恒磨牙是萌出时间最早，使用时间最长的一组恒牙，因其在乳磨牙的后方直接萌出，故常常被家长误认为是乳牙需要替换而不重视，所以是龋病好发的牙齿，也是发生龋病后最容易被忽视的恒牙。6-7

岁是做第一恒磨牙窝沟封闭的最佳时机，同时也是最重要的时间。

第三个时间11-13岁，此时为前磨牙、第二磨牙的萌出时间，故这个时间是做前磨牙和第二磨牙的最佳时间。与成年人相比，儿童更需要进行窝沟封闭。由于刚萌出的牙齿发育尚未完全，牙齿表面钙化不足，耐酸性差，同时窝沟又深，很容易发生龋坏。并且儿童的口腔卫生意识薄弱，正确刷牙的能力较差，所以患龋风险相对成年人更高，及时做窝沟封闭是十分必要的。

做了窝沟封闭的牙齿就不会坏了吗？穿上这件“铁布衫”一劳永逸吗？

窝沟封闭的防龋效果与封闭剂的保留率直接相关，因此操作必须严格、规范，选择适合做窝沟封闭的牙齿。封闭后定期（三个月、半年或一年）复查，观察封闭剂保留情况，脱落时应重新封闭。

选择正确的时间和让合适的牙穿上这件“铁布衫”，定期维持，可以让小朋友们拥有健康坚固的牙齿，好牙好胃口才能保障小朋友们有健壮的身体魄。

这个视力杀手（糖尿病视网膜病变）有点甜

□覃蓓（桂林医学院第二附属医院）

什么是糖尿病视网膜病变？

糖尿病视网膜病变是一种高血糖引起的，以视网膜微血管损伤、神经退行性病变等为特征的临床常见疾病。调查显示我国成人糖尿病发生率达到11.6%，已成为全球第一糖尿病大国，糖尿病视网膜病变是糖尿病慢性微血管严重的并发症之一，常造成视力下降、视野缺损、玻璃体积血，严重者甚至出现牵拉性视网膜脱离、新生血管性青光眼，最终失明。我国的糖尿病视网膜病变在糖尿病罹患人群的发病率为24.7%~37.5%，已经成为我国工作年龄人群第一位的致盲性疾病。

我们的眼睛相当于一台精密的照相机，视网膜就是照相机的“底片”，正常视网膜反光为橘红色，视网膜上血管管壁光滑、无扩张、无渗漏、无出血。糖尿病视网膜病变眼底表现为出血、渗出、水肿、异常血管增生、牵拉性视网膜脱离等。

糖尿病视网膜病变的发展过程可以分为两个阶段：早期的非增殖性糖网和晚期的增殖期糖网。非增殖性早期主要是由于高血糖引起的血管内皮细胞损伤，导致视网膜血管的通透性增加，血管壁变薄，甚至出现微血管瘤。这会导致液体渗出和微出血，可能会影响视

力。增殖性晚期，则是指在非增殖性早期的基础上，血管缺血和缺氧导致新生血管的形成。这些新生血管通常是脆弱且不规则的，容易破裂引起视网膜出血导致视力丧失。糖尿病黄斑病变又称糖尿病性黄斑水肿，是一种糖尿病患者常见的黄斑区液体积聚的病变。黄斑区是视觉最敏感的功能区，负责清晰的直视和详细的颜色感知。当高血糖引起视网膜血管损伤时，黄斑区的微血管也会受到损害。这会导致黄斑区的微血管通透性增加，引起液体渗漏和水肿。这会干扰视觉信号的传递，导致中心视力模糊和失真。

哪些是糖尿病性视网膜病变高危人群？

1. 患糖尿病超过10年；2. 患有糖尿病的同时也患血压高；3. 血糖波动大，长期血糖控制不好；4. 已经出现糖尿病其他部位的并发症，如糖尿病性肾病、糖尿病足、糖尿病性周围神经病变等；5. 血脂异常伴糖尿病的患者。

糖尿病视网膜病变的危害

对糖尿病患者而言，10年病史形成

糖尿病视网膜病变比例大概50%，20年糖尿病病史基本100%会发生糖尿病视网膜病变。糖尿病性视网膜病变对患者造成影响主要是视力下降、视物模糊，甚至视力丧失。随病情逐渐加重，并且没有得到很好控制，可能会发展到新生血管性青光眼，患者不仅视力丧失，眼睛还会伴发眼红、眼痛，甚至恶心、呕吐等并发症。

糖尿病性视网膜病变的治疗

1. 内科控制血糖、血脂、血压。
2. 重度非增殖性糖尿病视网膜病变，及时行全视网膜激光治疗。
3. 糖尿病性黄斑水肿，玻璃体腔注药抗VEGF治疗及微脉冲激光治疗。
4. 增殖性糖尿病视网膜病变，出现牵拉性视网膜脱离、反复严重玻璃体积血，行玻璃体切除手术。
5. 辅助治疗，口服药物。

“糖友”如何做？

糖尿病引起的视网膜病变患者一般可以通过控制血糖、激光治疗、药物治疗、手术治疗、中医针灸等方式进行治疗。

1. 控制血糖
糖尿病引起的视网膜病变一般是由于

前列腺增生知识小讲堂

□廖松柏（广西壮族自治区南溪山医院）

诊和常规的体格检查，还需要结合其他辅助检查来进行综合判断。

1. 问诊要点包括：①LUTS的特点、持续时间及其伴随症状；②手术史、外伤史；③既往史；④药物史；⑤患者的一般状况；⑥国际前列腺症状评分（IPSS）。此外，生活质量（QoL）评分也是评估前列腺增生患者的重要指标。以上两种评分量表均应由专业医师进行询问、评分。
2. 体格检查包括：①外生殖器官检查；②直肠指检(DRE)；③局部神经系统检查(包括运动和感觉)。
3. 尿常规：尿常规可以确定LUTS患者是否有血尿、蛋白尿、脓尿及尿酸糖等。
4. 血清前列腺特异抗原(PSA)：血清PSA不是前列腺癌特有的，BPH、前列腺炎、泌尿系感染、前列腺穿刺、急性尿潴留、留置导尿、直肠指检等均可使血清PSA升高，临床一般将PSA≥4ng/ml作为分界点。
5. 前列腺超声检查：超声检查可以了解前列腺形态、体积、有无异常回声、凸入膀胱的程度，经腹超声检查可以了解膀胱壁的改变及有无结石、憩室或占位性病变。
6. 残余尿量测定：残余尿量可以通过经腹部超声或者导尿测定，通常采用

50ml作为残余尿是否阳性的标准。

7. 根据初始评估结果需要完善的其他检查：排尿日记、肾功能检查、静尿尿路造影、尿道造影、尿流动力学检查、尿道膀胱镜检查、核磁共振成像检查等。

前列腺增生对人体有何影响？

前列腺增生可导致后尿道延长、受压变形、狭窄和尿道阻力增加，引起膀胱高压并出现排尿期症状。随着膀胱压力的增加，出现膀胱逼尿肌代偿性肥厚、逼尿肌不稳定并引起储尿期症状。如梗阻长期未能解除，逼尿肌失去代偿能力，继发上尿路改变，出现肾积水及肾功能损害。

前列腺增生如何治疗？

前列腺增生治疗方案并非千篇一律，需要根据患者具体情况综合考虑，总的来说可分为前列腺增生的非手术治疗、前列腺增生的药物治疗、前列腺增生的外科治疗。

1. 非手术治疗：①观察等待：观察等待是良性前列腺增生的非手术治疗的主要方式，是一种非药物、非手术的治疗措施，但并非完全不进行干预，其主

长期的糖尿病导致微血管受损，引起视网膜微血管瘤、出血、渗出等改变。患者可以通过控制血糖，减少对微血管的损伤，从而缓解症状。患者可以在医生指导下使用二甲双胍、格列齐特等药物进行治疗。

2. 激光治疗

糖尿病引起的视网膜病变还可以通过激光治疗的方式进行治疗，通过激光治疗可以封闭视网膜微血管，促进视网膜微血管的循环，从而改善症状。

3. 药物治疗

患者也可以在医生指导下使用改善微循环的药物，比如羟苯磺酸钙、胰激肽原酶等，可以改善微循环，促进出血和渗出的吸收，从而缓解症状。

4. 手术治疗

如果患者病情比较严重，患者还可以通过手术治疗的方式进行治疗，常用的手术有玻璃体切割术、激光光凝术等。

5. 中医针灸

糖尿病引起的视网膜病变的患者还可以通过中医针灸的方式进行治疗，可以改善眼部血液循环，促进病情好转。

除此之外，建议糖尿病患者及时前往眼科门诊就诊，以免延误病情，损害身体健康。

小儿高热抽搐的急救与护理

□霍金孟（桂林市人民医院急诊科）

什么是小儿高热惊厥？

惊厥是由于大脑皮质运动神经元突然大量异常放电所致的身或局部骨骼肌群不自主的短暂收缩，常伴意识障碍，是小儿时期常见急症。目前以高热惊厥多见，多见于6个月至3岁小儿，一般见于呼吸道感染、颅内感染、中毒性痢疾等患儿。在发病急性期（发热24小时内），孩子体温会迅速升高，伴短暂性全身惊厥反应，如双眼上翻、牙关紧闭、全身痉挛，有短时间意识丧失。这里需要注意的是，惊厥严重程度和体温升高没有正相关的关系，惊厥通常持续几秒或是几分钟，最多不超过10分钟，发作后孩子会短暂嗜睡，但是很快神志清醒。

小儿为什么会出现高热惊厥？

高热惊厥的发病机制较为繁杂，多与儿童脑功能尚处于发育状态、病毒感染及遗传易感性等因素相关。临床观察发现，该病有显著的家庭遗传倾向，家族史热性惊厥发生率为25%，同胞兄弟或姐妹中热性惊厥率高达20%。

小儿发生高热惊厥时，家长该如何急救？

家长要做到“三要”“五不”。

“三要”：1. 要保持镇静。孩子发生抽搐后，家长需保持冷静，迅速将孩子周边的危险物品比如锐器、石头和玻璃等移除干净。2. 要保持呼吸通畅。将孩子缓缓放平，保持侧卧位，然后解开其衣物，将头部偏向一侧，以使其口中唾液、呕吐物顺着口角流出，避免误吸引起吸入性肺炎。此外，需防止舌后坠，堵住气道，引发窒息。可将柔软的衣物垫于孩子头下，防止因抽搐而使头部磕碰床铺或地面，之后保持安静待抽搐结束。3. 要及时行退热干预。对体温>38.5℃的孩子使用退烧药，未超过该温度者则建议采取物理降温措施。需要注意的是，如孩子已发生惊厥，体温38℃即可使用退烧药。不要硬性阻止发作，部分家长在孩子抽搐时会硬性地去按压其胳膊、腿部，想要通过外界力量使孩子停止抽搐，但是这样做并不能使发作停下来，反而可能对孩子造成骨折等伤害。

“五不”：1. 不要穴位按压。孩子抽搐时，常常有家长会掐其人中穴、百会穴及虎口穴等。但研究表明，此类按压刺激并不能将抽搐发作停止，甚至有时候会因强烈疼痛刺激导致发作时间延长。并且，孩子的皮肤比较娇嫩，家长对穴位进行过度按压可使其皮肤溃破，易引发感染。2. 不可在口中塞东西。抽搐时不建议往孩子口中塞东西，比如筷子、纸巾和毛巾等，同时不要塞药物。处于抽搐状态时孩子牙关紧闭，撬开嘴巴往嘴中放东西会引起二次损害、窒息。3. 不可尝试喂水、喂药。喂水、喂食有可能让水、食物误入气管，最终引发窒息。4. 不可急于心肺复苏。大多数癫痫、抽搐患儿的心跳并不会停止，只是在发作状态时呼吸会出现暂停。对抽搐患者进行心肺复苏，有可能会引起意外，比如肋骨骨折、肺出血等。通常情况下，小儿高热惊厥3~5分钟后会自行缓解，但惊厥停止后也要去医院做进一步的检查，摸清发病原因，以免耽误治疗。5. 可于患儿抽搐停止后就近求治，切勿长途奔波去大医院，导致惊厥无法在短时间内控制，继而诱发小儿脑缺氧，引起脑水肿、脑损害，甚至危及生命安全。

高热惊厥有哪些治疗方法？

急性发作期，选择药效强的镇静止惊药物，比如水合氯醛和地西泮等。对于惊厥发作时间长，或惊厥反复发作后导致脑水肿的患儿，可用甘露醇降低颅压。惊厥控制后，需继续使用抗惊厥药物，直至孩子退热为止，防止发热过程中再次发生惊厥，常用药物有苯巴比妥、地西泮等。

孩子发生高热惊厥，会不会伤害大脑？

高热惊厥发病急骤，很多家长最关心的就是高烧会不会把孩子的大脑烧坏，进而影响智力。实际上，绝大多数高热惊厥对孩子身体并不会造成严重的损害，但如24小时内孩子有多次复发高热惊厥，并且持续时间久，那么其发生癫痫的风险就会上升，有可能形成脑损伤。一般具有以下高危因素的患儿容易继发癫痫：①先天性神经系统或是全身发育异常；②高热惊厥程度严重，也就是全身性/局限性惊厥发作时间>15分，或是24小时内惊厥出现2次及以上；③1岁前发生高热惊厥；④体温低于38℃但出现热性惊厥；⑤伴癫痫家族史。

遗失声明

▲宋蔚全（450302195411111019）、陈桥妹（45031119621028052X）遗失宋琳独生子证,声明作废。
▲吕晶文遗失桂林师范高等专科学校学生证,学号为：20220211075,声明作废。
▲陈宏伟(身份证号码:452331197510100078)遗失人民警察证,警号为:304681,声明作废。

公告

本单位拟向登记机关申请注销,请债权人、债务人于公告之日起90天内向本单位清算组申报债权、债务。

桂林市国土资源局大埠国土资源局