

花高价买牙膏为何孩子仍长蛀牙

读懂儿童牙膏成分，别被奥拉氟、防蛀膏、“可吞咽配方”绕花了眼

“医生，我给孩子买的是最贵的儿童牙膏，他怎么还是长蛀牙了？”在门诊，经常有家长提出这样的疑问。现在，儿童牙膏市场的产品琳琅满目，奥拉氟、防蛀膏等新概念层出不穷，“食品级原料”“可吞咽配方”“械字号医用”等宣传词让人眼花缭乱。可不少家长多花了钱，孩子的蛀牙却没少长。面对满满一货架的儿童牙膏，家长该如何选择呢？

一支牙膏里究竟有啥

一支普通牙膏通常含有摩擦剂、发泡剂、保湿剂、香味剂等。摩擦剂是牙膏中能够和牙刷共同作用，去除牙齿表面软污垢、牙渍等物质的成分。发泡剂让牙膏产生泡沫，以增强清洁功能。保湿剂有助于保持牙膏膏体的水分。香味剂则赋予牙膏更易被人们接受的味道。

对孩子来说，牙膏最值得关注的，不是有多少“黑科技”，而是其中是否含有有效的防龋成分，尤其是氟化物。很多家长把牙膏当成防龋“主力军”，其实牙膏多是辅助工具，主要作用是配合牙刷机械清除牙齿表面的牙菌斑、食物残渣等。

选含氟的还是无氟的

有的家长一听说“含氟”就表示担心：孩子这么小，用含氟牙膏安全吗？

其实，使用氟化物是目前公认最经济、方便，证据最充分的家庭防龋措施之一。氟化物能够促进牙齿再矿化，提高牙釉质抗酸能力，从而降低龋齿发生风险。

有些商家把“无氟更安全”当卖点，但实际上无氟牙膏主要发挥的是清洁作用，防龋效果有

限。对绝大多数儿童来说，选择适龄、合规的含氟牙膏，通常比一味追求“零氟”更科学。

有些家长担心孩子误吞含氟牙膏会导致氟斑牙或中毒，这种顾虑可以理解，但从科学角度看，不能抛开剂量谈毒性。只要按照推荐量使用，少量误吞牙膏通常问题不大。我们真正需要警惕的不是氟的存在，而是不规范的用量。

奥拉氟属高端成分吗

奥拉氟是近几年儿童牙膏宣传广告里的高频词，不少产品把它包装成“高端防蛀成分”，让家长误以为含奥拉氟的牙膏就是可以避免孩子患龋的“神器”。

其实，奥拉氟在本质上也是一种氟化物，和氟化钠、单氟磷酸钠一样，核心作用都是提供氟离子来防龋。目前并没有充分证据表明，在儿童日常使用过程中，含奥拉氟牙膏的效果一定优于其他正规含氟牙膏。

对大多数人来说，一款含氟量标准的氟化钠牙膏，配合正确的刷牙方法，完全能够提供充足的防龋保护。如果孩子患龋齿的风险很高，或者已经有多颗龋齿，可以将含奥拉氟的牙膏作为一种升级选择。

“食品级”牙膏靠谱吗

一些儿童牙膏以“食品级原料”“可吞咽配方”作为宣传噱头，容易造成家长的误解。

牙膏的用途是刷牙，而不是食用。即使部分成分来源于食品工业，也不意味着牙膏可以像食品一样被随意食用。儿童刷牙时少量误吞牙膏，通常问题不大，但长期大量吞食可能带来健康隐患。

为什么孩子刷牙时容易呛

孩子刷牙时容易呛，可能与口腔肌肉发育不完善、刷牙姿势不当、牙膏泡沫过多刺激咽喉等有关。家长应引导孩子掌握正确的刷牙方法，如采用“巴氏刷牙法”，并控制牙膏用量，避免产生过多泡沫。

睡眠呼吸暂停综合征的危害

OSAHS对身体的危害

OSAHS的本质是间歇性夜间低氧和睡眠结构破坏。整夜反复“窒息—唤醒”的过程，会引发全身性损伤。

心血管系统首当其冲：反复低氧会激活交感神经，导致血压升高、心律失常。反复的间歇低氧和再氧合，会导致大量自由氧离子形成，促进动脉粥样硬化作用。患者冠心病、心肌梗死、心力衰竭的风险显著增加，严重者可发生睡眠猝死。

脑卒中风险上升：低氧会损伤血管内皮，促进血栓形成，同时诱发脑血管收缩。近60%的脑血管意外患者伴有OSAHS，其中35%发生在睡眠中。

代谢紊乱：患者常存在胰岛素抵抗，易发展为糖尿病、高血脂症等代谢综合征。

认知与精神损害：长期低氧损伤大脑唤醒区和皮层神经元，导致记忆力下降、注意力不集中、抑郁、易怒等。

其他并发症：包括胃食管反流、红细胞增多症、肺动脉高压、性功能减退等。

如何快速识别 OSAHS

那么，如何识别和确诊OSAHS？

OSAHS的典型表现——夜间症状：响亮而不规律的鼾声，他人目击的呼吸暂停，夜间憋醒、多梦、肢体抽动、夜尿增多；日间表现：晨起头痛、咽干，难以抗拒的嗜睡（开会、看电视甚至开车时打瞌睡），疲劳乏力，反应迟钝，情绪改变。

多导睡眠图（PSG）监测是诊断的“金标准”。患者需要在睡眠实验室度过一夜，监测脑电、眼动、心电、呼吸、血氧等指标。若整夜7小时睡眠中，呼吸暂停低通气次数（AHI）在30次以上，或平均每小时呼

哮喘药吸对了吗？医生详解吸入装置规范操作

排出罐内可能分层失效的药液。很多人不知道，药液如果没有充分混匀，单次给药的剂量就会出现偏差，抗炎、平喘的药效自然大打折扣。这里要特别提醒的是，干粉吸入剂严禁摇晃，两种装置的操作完全不同，千万别弄混了。

呼气这个动作也有讲究。患者采取站立或端坐体位，头部轻度后仰，缓慢呼出肺内全部气体，但整个过程要避免气流直吹吸嘴。为什么不能向吸嘴呼气？因为干粉吸入剂里面的药粉一旦受潮就会结块，堵塞装置内部的气道，药就吸不进去了。充分呼出肺内残气可以扩充胸腔容积，为接下来的深吸氣做好准备，有效提升用药疗效。

接下来是整套操作中最关键的一步——双唇密闭包裹吸嘴，同步按压药罐并缓慢深吸气3~5秒。使用压力定量气雾剂时，双唇要完整地密封吸嘴，在吸气启动的瞬间同步按压药罐，整个过程匀速缓慢吸气，以听不到气流哨音为标准。而干粉吸入剂则正好相反，需要快速、用力地吸气，才能保障药粉充分释放出来。这两种装置的操作要截然不同，弄反了就等于白吸。

吸入完成后，还要记得屏气5~10秒，然后再经鼻腔缓慢呼气。取出装置后保持屏气，目的是延长药物微粒在气道和肺部内停留的时间。如果屏气时长不足30秒，肺部药物留存率会近乎减半。如果需要连续吸入第二喷，两次给药之间要间隔1分钟，然后重复整套操作流程。

漱口这个步骤同样不能省略。所有含有吸入型糖皮质激素的吸入剂，使用后都需要用清水仰头深度含漱30秒，漱口水全部吐出，禁止吞咽。为什么要这么严格？因为没有规范漱口的人群容易出现声音嘶哑、口腔白色念珠菌感染，而规范漱

比起寻找所谓的“可吞咽牙膏”，更重要的是让孩子学会吐出牙膏泡沫，养成正确的刷牙习惯。

防蛀膏能代替牙膏吗

市面上还出现了一些防蛀膏、护牙膏，其中部分属于医疗器械产品，一些商家在宣传中暗示其可以替代牙膏和刷牙。事实上，牙菌斑的清除主要依赖刷牙这一机械清洁过程。即使某些产品在特定场景下有辅助作用，也无法替代日常刷牙和含氟牙膏。

挑选儿童牙膏有讲究

面对五花八门的宣传，家长不必陷入选择焦虑。挑选儿童牙膏，要先看年龄标识，再看是否正规、是否含氟、标识是否完整。对于“快速防蛀”“无氟更安全”“食品级更高级”等说法，要保持理性的判断。牙膏味道不必过度香甜，以免孩子过度吞食。

除了选对牙膏，保证正确的用量和操作方法同样重要。3岁以下的孩子，每次用米粒大小的含氟牙膏即可；3~6岁的孩子，每次用豌豆大小的含氟牙膏；6岁以上的孩子，每次可使用豌豆大小至长度约1厘米的含氟牙膏。刷牙时，家长应监督孩子，尽量让孩子吐出泡沫，减少吞咽。学龄前儿童即使会自己刷牙，家长也应该再帮其补刷一遍。

需要强调的是，牙膏不是挤得越多越防龋。过量使用不仅浪费，还可能增加氟摄入风险。

预防儿童龋齿，不能单纯依赖牙膏。想要守护孩子牙齿健康，需要综合防护：坚持每日早晚认真刷牙，减少糖分摄入频次，定期开展口腔检查，按需接受专业涂氟、窝沟封闭，多管齐下，才能筑牢儿童龋病防护屏障。

（据大众健康杂志）

睡眠呼吸暂停综合征的诊断标准

吸暂停≥5次，同时日间嗜睡评分大于9分即可诊断。

根据AHI和夜间最低血氧饱和度，可将病情分为轻、中、重度。

治疗 OSAHS 的方法

OSAHS可以治疗，且治疗意义重大——目标不仅是消除鼾声，更是降低心脑血管并发症和猝死风险，具体治疗方法如下。

基础治疗：减重（体重下降10%，AHI可降低近50%），侧卧位睡眠，戒烟戒酒，避免服用镇静安眠药。

持续气道正压通气（CPAP）：是首选和最有效的治疗方法。患者夜间佩戴鼻罩，机器提供一定压力的气流，像“空气支架”一样撑开塌陷的上气道。适用于中重度患者及伴有日间症状或心血管疾病的轻中度患者。但需注意的是，每夜使用CPAP低于4小时被定义为治疗失败，需分析原因，必要时进行CPAP的技术训练。

口腔矫治器：其工作原理是将软腭上抬以减少振动消除鼾声，或牵引舌体向前伴下颌前移，使气道扩张。适用于轻中度患者，尤其适合亚洲人群。

手术治疗：对有明确的手术可以解除的上气道解剖学狭窄者，应根据适应症来确定相应的手术治疗，疗效的关键在于准确的判断阻塞的部位和手术的可行性。常见的手术如腭垂腭咽成形术（UPPP）、正颌手术等。

针对病因治疗：如治疗甲状腺功能减退、肢端肥大症等原发病。

总之，打鼾不等于睡得香，反复的呼吸暂停可能正在悄悄损伤你的心、脑、代谢和生命。如果你或家人有响亮的、间断的鼾声，白天总也睡不醒，建议尽快到呼吸科或睡眠中心就诊。一夜监测，或许就能改变一生的健康轨迹。

安徽省胸科医院结核五科 王文楠

重症患者早期康复护理小课堂

ICU里很多患者需要长期卧床，但一直躺着不动并非安全，反而会带来肌肉萎缩、关节僵硬、肺部感染、深静脉血栓等风险，轻则拖长住院时间，重则危及生命。重症早期康复的目的，就是通过科学手段打破“卧床、并发症、病情恶化”这个恶性循环。下面用通俗语言讲讲ICU里早期康复的关键措施。

为什么卧床会躺出病

人体如同一台精密的机器，长期不运转会导致多个系统“生锈”。

肌肉与骨骼：卧床24小时后，肌肉开始分解；3~5天不活动，肌肉力量可能下降30%。关节因缺乏活动会逐渐僵硬，甚至形成关节挛缩，导致无法站立或行走。

呼吸系统：平躺时，肺部扩张受限，痰液易积聚在肺底，引发肺炎；长期不咳嗽还会导致气道分泌物滞留，增加窒息风险。

循环系统：血液流动变慢，尤其在下肢静脉中易形成血栓，一旦脱落可能堵塞肺动脉（肺栓塞），死亡率极高。

消化系统：胃肠蠕动减弱，患者易出现便秘、腹胀，甚至引发肠梗阻。

这些变化可能从卧床第1天就开始，但通过早期康复护理，大部分风险可被显著降低。

早期康复护理的原则

重症康复并非等病情稳定再开始，而是从入住ICU的24~48小时内即可启动。核心原则是贴合患者身体耐受程度，由轻到重、由被动到主动，逐步增加活动量，绝不盲目强行锻炼。

一是被动运动，可唤醒沉睡的肢体：对意识不清或无法自主活动的患者，护士会为其进行被动关节活动：轻柔地弯曲、伸展四肢关节，每天2~3次，每次10~15分钟。这一动作能保持关节灵活性，防止肌肉挛缩，同时促进血液循环，降低血栓风险。

二是主动辅助运动，可激活休眠的肌肉：当患者意识恢复但力量不足时，可通过助力训练逐步恢复自主活动能力。例如：用健侧手臂帮助患侧抬起；借助弹力带进行上肢拉伸；在护士指导下尝试翻身、坐起。这些动作能刺激肌肉收缩，防止萎缩，同时增强患者对身体的控制感。

三是呼吸训练，可给肺部做体操：肺部感染是ICU常见并发症，而主动咳嗽、深呼吸是

护士有招

家中有人确诊精神分裂症，整个家庭极易陷入困惑与压抑。这一疾病病理机制复杂，患者会反复被幻觉、妄想等症状困扰，感知到的世界会出现现实错位。首先应当树立正确认知：它既不是无法逆转的病变，也不是人格人格上的问题。和高血压、糖尿病一样，精神分裂症属于慢性疾病，坚持规范治疗是控制症状的基础，更是患者恢复社会功能的关键。

提升患者用药的依从性

药物治疗是症状控制的核心手段，也是防控复发的核心机制。药物不良反应与认知不足常使治疗中断，成为病情反复的关键诱因，护理团队承担着护航职责。

第一，监督与服务需以理性态度引导用药，维持剂量精确与时间规律。在实操中，可采用分装药盒，结合定时提醒装置实施管理。

第二，医疗监护者需定期检测嗜睡、震颤、体异异常等体征数据，观察记录不良反应，迅速反馈医疗团队。专业人员将依据反馈制定优化方案，提升治疗持续性。

第三，治疗方案的药物剂量变更必须经精神科医师确认，患者及家属不得私自调整用药方案。

医患需构建信任的桥梁

开展医患沟通，既要有充分耐心，也要讲究专业技巧，核心是构建情感共鸣，而不是和患者争辩事实对错。

第一，不争辩，只共情。患者描述幻听体验时，无需争论现象真实性。可采用回应策略：“这种恐惧感真实存在，我会持续陪伴你。”情感逻辑辨析更能给患者带来稳定感。

第二，简洁、清晰、平静。复杂句式易造成认知负荷，建议采用单层语义结构。环境声光刺激需控制在阈值以下，指令表述限制在10字以内。

第三，多鼓励，少批评。精神障碍已侵蚀患者自我价值感，观察到进食量增加5%、睡眠时长延长20分钟等细微改善时，立即反馈正向评价。负面语言将导致患者治疗的阻抗情绪上升。

营造稳定与希望的环境

除了控制症状外，还需要重构患者生活的内在逻辑框架，建立持续稳定的日程管理体系，这成为康复进程的核心支点。

第一，昼夜节律。帮助患者规划作息时

预防的关键。患者可通过以下方法锻炼呼吸肌。缩唇呼吸：吸气时用鼻子，呼气时缩起嘴唇如吹口哨，缓慢呼出，帮助排出肺底痰液；腹式呼吸：平躺时将手放在腹部，吸气时鼓起肚子，呼气时收缩，增强膈肌力量；咳嗽训练：深吸气后屏住3秒，用力咳出，护士可通过拍背辅助排痰。

四是坐立与站立训练，可打破平躺“魔咒”：长期卧床会导致血压调节能力下降，突然坐起可能引发头晕（体位性低血压）。因此，体位转换需循序渐进：先抬高床头30°，观察无不适后逐渐增加角度；能耐受半卧位后，尝试在床边坐起，双腿下垂；经护士协助后站立，甚至短距离行走。这一过程不仅能预防深静脉血栓，还能增强患者康复信心。

早期康复的细节管理

康复效果不只靠规范运动训练，更离不开全方位的护理细节管控，每一处细节都直接影响康复进度和安全。

首先是皮肤护理：卧床患者每2小时需翻身一次，避免骶尾部、足跟、肩胛等骨突部位长期受压。可使用气垫床或泡沫敷料减轻压力，同时保持床单平整、皮肤清洁干燥，杜绝潮湿、摩擦诱发皮肤破损。

其次是营养支持：肌肉修复需要蛋白质，能量供应依赖碳水化合物和脂肪。医生会根据患者情况制定个性化营养方案，尽可能通过鼻饲或静脉，精准补充营养，避免营养不良拖慢肌肉恢复和整体康复进程。

最后是心理支持：ICU环境陌生且充满仪器声响，患者易产生焦虑、抑郁情绪。护士会通过语言鼓励、手势沟通或播放音乐帮助患者放松，家属的探视和陪伴也能显著提升康复意愿。

家属也需做好这些事

早期康复不仅是医护人员的任务，家属的理解、配合与参与同样重要。家属可向护士学习被动运动技巧，利用探视时机帮助患者活动肢体，做好情感鼓励，通过眼神、手势或简短话语传递支持，帮助患者建立康复信心，同时主动知晓患者的活动目标，配合落实护理计划，切勿因心疼患者而阻止其尝试坐起或站立。

ICU早期康复是一场与时间赛跑的生命保卫战——通过科学运动、细节管理、心理支持，减少卧床并发症，从单纯“活下来”稳步走向“活得好、恢复好”。康复的起点不是离开ICU，而是患者愿意主动动起来的那一刻。患者、家属、医护人员，都是这场战斗中不可缺少的战友。

亳州市人民医院重症医学科 刘芳

精神分裂症家庭照护实用指南

间框架，设定明确的起床、服药、用餐时段，融入康复训练与睡眠管理，规律的生活节奏为神经可塑性创造生物条件，支撑认知功能的渐进式改善。

第二，动作唤醒。起始阶段选择低负荷体感任务，诸如整理桌面、浇灌绿植等日常事务，后续可拓展至户外自然接触、非竞技性艺术创作等活动，行为触发多巴胺分泌的同时，重塑个体的功能联结机制与社会存在感知。

第三，代谢监控。鉴于长期药物干预可能引发的胰岛素抵抗与脂质代谢紊乱，需组建多学科医疗团队定期跟踪相关的数据，制定个体化营养配比方案，将膳食纤维摄入与抗阻训练有机结合，形成内生性健康防御系统。

及早识别病情恶化信号

精神分裂症病程波动常伴随前驱症状，看护人员及时识别早期征兆并采取干预措施，有效预防病情全面恶化。

首先，识别出典型预警征兆序列。睡眠节律异常，持续多日入睡困难或生物钟紊乱；情绪剧烈波动，无明确诱因出现焦虑躁动或抑郁状态；社交功能退化，明显减少人际互动并回避社交场景；病理性言谈复现，重新提及既往存在的妄想主题；自我照料能力下降，日常清洁护理质量显著降低。

其次，制定危机应对指南。检测到预警征兆即刻执行既定方案：联系责任医师增强监护力度，根据评估结果启动紧急住院流程。

照护者自我关怀的方法

精神分裂症患者的长期照护是一项持续性挑战，与短期看护存在本质区别，照护支撑体系能否稳定运行，关键在于维持照护者自身的身心平衡。具体方法如下。

第一，照护者参加互助社群（如病友家属群组）具有现实意义，既能分享照护经验，也能疏解情绪，群体成员间的情感共鸣可构建心理屏障。

第二，家庭内部应建立清晰的责任分配机制。压力过度集中易造成家庭系统结构失衡，科学划分照护任务，能够保障家庭支持网络平稳运行。

第三，照护者应当预留体整缓冲窗口，定期短暂脱离照护场景，通过兴趣爱好实现自我调适，照护者自身的能量储备，直接决定对患者支持的可持续性。

精神分裂症照护属于多维干预模式，既要依托精准的生物医学手段，也需要兼具社会心理学的人文关怀，能够显著减少阳性症状发作，推动患者社交功能尽量恢复至原有水平。亲属日常陪伴带来的情感接纳，配合系统化照护训练，家庭互动可成为对抗瓦解性思维的重要稳定力量。

宣城市第四人民医院精神科 赵莉