**6501**

|  |  |
| --- | --- |
| ICS |  |
| CCS |  |

乌 鲁 木 齐 市 地 方 标 准

## DB 6501/T XXX—XXXX

儿童青少年龋病防控公共卫生综合干预

技术规范

## Technical specification for comprehensive public health intervention for prevention and control of dental caries in children and adolescents

20XX - XX - XX 发布 20XX - XX - XX 实施

乌鲁木齐市市场监督管理局 发 布

# 前 言

本标准按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本标准由乌鲁木齐市疾病预防控制中心（乌鲁木齐市卫生监督所）提出。

本标准由乌鲁木齐市卫生健康委员会归口并组织实施。

本标准起草单位：乌鲁木齐市疾病预防控制中心（乌鲁木齐市卫生监督所）、乌鲁木齐市米东区疾病预防控制中心（卫生监督所）。

本标准主要起草人：张勇、王君、塔衣尔江·牙库甫、胡海、祖力皮卡尔·吐迪、尹钰、阿巴百克力·阿不力米提、苏比努尔·多尔空、叶尔盼·苏莱曼、杜新宇、马辉、木亚沙尔·吾吉、孙静、王梦莎、骆喜梅。

本标准实施应用中的疑问，请咨询乌鲁木齐市疾病预防控制中心。

对本标准的修改意见建议，请反馈至乌鲁木齐市卫生健康委员会、乌鲁木齐市疾病预防控制中心（乌鲁木齐市卫生监督所）、乌鲁木齐市市场监督管理局（乌鲁木齐市中山路33号）。

乌鲁木齐市卫生健康委员会 联系电话：0991-2351677；邮编：830037

乌鲁木齐市疾病预防控制中心（乌鲁木齐市卫生监督所） 联系电话：0991-3767610；邮编：830026

乌鲁木齐市市场监督管理局 联系电话：0991-2815191；邮编：830004

# 儿童青少年龋病防控公共卫生综合干预技术规范

1 范围

本标准规定了儿童青少年龋病防控公共卫生综合干预的术语和定义、组织管理体系、风险人群的划定、检查的方法和内容、综合干预方式及内容等相关技术要求。

本标准适用于儿童青少年龋病防控公共卫生综合干预，各类中小学及托幼机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件， 仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本 文件。

TCHSA 011—2020 婴幼儿龋防治指南

APPD Caries-Risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents（婴幼儿、儿童和青少年龋病风险评估和管理指南，美国儿科牙科学会）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

龋病 Dental caries

在以细菌为主的多种因素作用下，牙体硬组织发生慢性进行性破坏的一种疾病，可累及单个或多个牙齿。患龋的牙称为龋齿，龋齿的临床特征包括牙的色、形、质等方面的变化，后期有龋洞形成。

3.2

龋病风险等级 Dental caries risk level

根据龋病风险的程度，将个体进行分类。龋病风险分级有低风险、中风险和高风险等级三个层次。低风险等级指的是没有龋病风险因子或者只有微弱风险因子的个体；中风险等级指的是有一定风险因子存在的个体；高风险等级则指的是具有明显龋病风险因子的个体。

3.3

龋活跃性检测 Caries activity test

通过采集牙菌斑或唾液样本，测定变异链球菌和乳杆菌等致龋菌水平、细菌产酸能力和唾液缓冲能力等，辅助判断婴幼儿患龋危险性或治疗后再患龋风险。

3.4

筛查/筛检 Screening

针对临床前期或早期的疾病阶段,运用快速、简便的试验、检查或其他方法,将未诊断或未察觉疾病的人群中那些可疑有病或有缺陷的、但表面健康的个体,同可能无病者鉴别开来的一系列医疗卫生服务措施。

3.5

第一级预防 Primary prevention

通过采取措施促进健康，或消除致病因素对机体危害的影响 ，以及提高机体的抵抗力来预防疾病的发生。

3.6

第二级预防 Secondary prevention

在疾病的临床前期通过采取早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防措施，以控制疾病的发展和恶化。

3.7

第三级预防 Tertiary prevention

对已患某些疾病者， 采取及时的、有效的治疗措施，终止疾病的发展、防止病情恶化、预防并发症和伤残；对己丧失劳动力或残废者，主要促使功能恢复、心理康复，进行家庭护理指导，使患者尽量恢复生活和劳动能力，能参加社会活动并延长寿命。

4 防控体系

4.1 建立以政府主导，卫生行政部门、教育行政部门、疾病预防控制部门、社区卫生服务机构及学校为主体的龋病防控工作体系。

4.2 卫生行政部门、教育行政部门负责龋病公共卫生综合干预工作的规划、统筹及协调，疾病预防控制部门、社区卫生服务机构及学校负责龋病公共卫生综合干预工作的具体实施。

5 龋病风险等级的划定

5.1 风险等级

从行为习惯、临床检查、全身情况及家庭情况四个方面，选取相应的龋病风险因子，对不同的风险因子赋予高、中、低风险等级，依据结果划分为高、中、低风险人群。低风险指的是没有龋病风险因子或者只有微弱风险因子的个体;中风险表示有一定风险因子存在的个体;高风险则是具有明显风险因子的个体。

5.2 风险等级的划定

5.2.1 可依据《儿童龋齿风险评估表》（参见附录A）进行划定，采用问卷调查及临床检查的方式，来判断个体的龋病风险等级。

5.2.2 可采用龋病活跃性检测，来判断个体的龋病风险等级。

6 检查的方法和内容

参照《龋病检查方法及结果记录》（参见附录B）进行检查。

7 综合干预方式及内容

7.1 无/低风险人群

采用第一级预防策略，主要采取健康教育、强化个人卫生、定期口腔检查及适宜技术的应用的方式进行干预。具体方式可参照《儿童青少年龋病风险人群防控干预方式》（参见附录C）及《儿童青少年龋病公共卫生综合干预工作流程图》（参见附录D）。

7.2 中/高风险人群

采用第二级预防策略，主要采取定期筛查、健康教育(侧重预防龋病的发生)及随访的方式进行干预。具体方式可参照《儿童青少年龋病公共卫生综合干预工作流程图》（参见附录D）。

7.3 龋病患者

采用第三级预防策略，主要采取科学治疗、健康教育(侧重龋病治疗及预防龋病的再发生)及随访的方式进行干预，从而延缓龋病的进展、预防并发症的发生。具体方式可参照《儿童青少年龋病公共卫生综合干预工作流程图》（参见附录D）。

8 综合干预过程质量评估

采用可及性、有效性、采纳性、应用性及持续性等指标确定干预过程的工作质量。具体方式可参照《龋病防控公共卫生综合干预过程质量评估》（参见附录E）。

附 录 A

（资料性）

儿童青少年龋齿风险评估表

儿童龋齿风险评估表见表A.1

表A.1儿童龋齿风险评估表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 风险项目 | 风险因子 | 低龋风险 | 中龋风险 | 高龋风险 |
| 行为习惯 | 每天用含氟牙膏刷牙 | 是 |  |  |
| 专业医师局部涂氟 | 是 |  |  |
| 定期口腔保健 | 是 |  |  |
| 每天3次以上饭间零食或每天喝饮料的习惯 |  |  | 是 |
| 临床检查 | 乳牙龋失补牙数(dmft)≧1 |  |  | 是 |
| 过去36个月内的龋发生 | 0个 | 1-2个 | 3个或更多 |
| 过去36月内有因龋而造成牙的缺失 |  |  | 是 |
| 有活跃性白垩斑或釉质缺损 |  |  | 是 |
| 可导致牙清洁不到位的牙发育异常 |  | 是 |  |
| 牙面存在菌斑 |  | 是 |  |
| 有牙根暴露 |  | 是 |  |
| 佩戴矫治器 |  | 是 |  |
| 口内有不良修复体 |  | 是 |  |
| 全身情况 | 有特殊健康需求/伴全身疾病的儿童 |  | 是（>14岁） | 是（6-14岁） |
| 接受放化疗 |  |  | 是 |
| 饮食不规律 |  | 是 |  |
| 服用可导致唾液减少的药品 |  | 是 |  |
| 吸烟/酗酒 |  | 是 |  |
| 家庭情况 | 母亲/看护者/其他兄弟姐妹有活跃性龋洞 | 过去两年内无龋发生 | 过去半年至两年有龋发生 | 过去半年内 有龋发生 |
| 社会经济地位（家庭年收入<1万元） |  |  | 是 |
| 儿童为流动人口 |  | 是 |  |
| 评估结果： 低龋风险□ 中龋风险□ 高龋风险□ | | | | |
| 注：在“高龋风险”一栏中符合一项即判定该儿童为“高龋风险”，无“高龋风险”但在“中龋风险”一栏中符合一项即判定该儿童为“中龋风险”，仅当所有项均在“低龋风险”一栏才可判定该儿童为“低龋风险” | | | | |

注：1、特殊需求儿童（美国儿童牙科学会）：存在慢性的身体、发育、行为或情绪类问题的儿童。如：唇腭裂、唐氏综合症、神经障碍、大脑性麻痹、视觉和听觉损伤以及学习和发育障碍等常见医疗病症。2、服用可导致唾液减少的药品：抗组胺药（苯海拉明，氯雷他定，仙特明等）、抗抑郁药（左洛复，Flexaryl和盐酸阿米替林）、止吐药（Anzemet和多潘立酮）、抗高血压药（沙丁胺醇喷雾，络活喜，赖诺普利）、抗帕金森药物（左旋多巴，安坦）、解痉药物(双环维林)、抗精神病药物(左洛复和依地普伦)、镇静剂(戊巴比妥、安定和鲁尼司塔)。

附 录 B

（资料性）

龋病检查方法及结果记录

B.1 检查方法

检查应在人工光源下，以视诊结合探诊的方式进行。检查器械包括平面口 镜和探针，必要时可以借助棉签擦去软垢。检查应按顺序从右上象限第三恒磨牙 或第二乳磨牙开始至左上象限第三恒磨牙或第二乳磨牙，再至左下象限第三恒磨牙或第二乳磨牙，最后到右下象限第三恒磨牙或第二乳磨牙。从一个牙或缺牙间隙到相邻牙或缺牙间隙逐一进行检查，包括第三磨牙的检查。

a）无龋：牙冠健康，无因龋所做的充填物，也无龋坏迹象的完整牙冠记 为无龋牙。龋洞形成前阶段及其类似的早期龋情况，因诊断不可靠，故都不作为 龋坏记录。以下情况不诊断为冠龋：

1) 白垩色的斑点。

2) 牙冠上变色或粗糙的斑点，用探针探测未感觉组织软化。

3) 釉质表面点隙裂沟染色，但无肉眼可见的釉质下潜行破坏，探针也没有探到洞底或沟壁有软化。

4) 中到重度氟牙症所造成釉质上硬的、色暗的凹状缺损。

5) 牙釉质表面的磨蚀。

6) 没有发生龋损的楔状缺损。

b）冠龋：牙冠有明显的龋洞、或明显的釉质下破坏、或明确的可探及软 化洞底或洞壁的病损记为冠龋。牙上有暂时充填物、窝沟封闭同时伴有龋者均按 冠龋计。应使用探针来证实咬合面、颊舌面视诊所判断的龋损。若有任何疑问， 不应记为冠龋。

c）已充填有龋：牙冠上有一个或多个因龋所做的永久充填物且伴有一个 或多个部位龋损者记为已充填有龋。无须区分原发龋或继发龋（即不管龋损是否 与充填体有关）。

d）已充填无龋：牙冠有一个或多个因龋所做的永久充填物且无任何部位 龋损，记录为已充填无龋。因龋而做冠修复的牙齿也记这个。

e）因龋缺失：因龋而拔除的恒牙或乳牙。对于 3-5 岁年龄组儿童乳牙的丧失，该记分仅用于不能以正常替牙来解释的乳牙缺失。12-15 岁年龄组须区分

牙齿缺失的原因。

f）因其它原因缺失：因先天缺失，或因正畸、牙周病、外伤等丧失的乳 牙或恒牙。

g）窝沟封闭：牙的深窝沟部位（包括咬合面和颊腭沟）已做窝沟封闭。 如果已做窝沟封闭的牙齿有龋，按龋计算。

h）固定修复体基牙、冠修复或贴面：牙成为固定桥的组成部分，即桥基 牙。也包括非龋原因而进行的冠修复、覆盖牙唇面的贴面，这些牙无龋或充填物 存在。

i）未萌牙：仅用于恒牙未萌且没有乳牙存在的缺牙区或者乳牙未萌。未 萌牙不包括先天缺失或因外伤等造成的牙缺失。

j）外伤：牙冠因外伤而使部分牙面缺损、变色或移位，且无龋损的现象。

B.2 相关的解释和说明：

恒牙检查32颗牙齿，多生牙不检查，融合牙按2颗牙记录。

a）可疑龋按无龋计。除非牙面视诊发现明确龋洞或借助 CPI 探针发现明确龋洞或明显釉质下破坏，否则不记录为龋。不能明确诊断的早期龋不记录为龋。

b）静止龋按龋齿计，楔状缺损和釉质发育不全基础上发生的龋按龋齿计。

c）牙齿的永久充填物包括银汞、复合树脂、复合体和玻璃离子等。暂时充填物包括氧化锌、磷酸锌水门汀等。

d）不是因龋做的牙体修复不按龋齿计。

e）已充填的牙，充填体折断，如无继发龋，则按已充填牙无龋计。

f）因正畸原因拔除的双尖牙，一律定为第一双尖牙。

g）牙齿萌出的标准是：只要在口腔内见到牙齿的任何一部分，就应该认 为这颗牙已经萌出。

h）若一颗恒牙和乳牙同时占据一个牙位间隙，仅记录恒牙情况。如果恒牙先天缺失或未萌出，只有乳牙存在时，则记录乳牙。

i）死髓牙记分方法与活髓牙相同。

j) 戴固定矫治器时，如牙齿可见部位占牙冠 1/2 以上，则作冠龋检查，牙冠可见部位占1/2以下则不作记录。

k) 在某些年龄组，难以区分未萌牙和缺失牙。可借助牙萌出规律、缺牙区牙槽嵴外观、口内其他牙齿的龋坏情况予以鉴别。

附 录 C

（资料性）

儿童青少年龋病风险人群防控干预方式

C.1 干预对象

针对监测中发现的主要健康问题，对学生、学校、家庭和社区持续开展学生龋病防控干预活动

C.2 干预内容和方法

a)专家进校园行动

组建学校卫生专家队伍，定期到学校对龋病防控工作进行技术指导，对儿童青少年龋病防控知识和技能进行宣讲，倡导儿童青少年做自己健康第一责任人的理念，引导学生形成自主自律的健康生活方式。

b)标准普及行动

对龋病预防及治疗相关标准进行宣贯、督导和检查。

c)健康月活动

以整月为单位，在学校、医疗机构（口腔保健）和社区内，采取发放健康教育材料、张贴宣传画、制作宣传展板、举办健康知识竞赛、讲座、主题班会等形式，因地制宜、持续开展形式多样的健康教育活动。

d)健康父母行动

引导家长重视学生龋病防控工作，掌握龋病的防控知识和技能，尽早发现健康问题、及时科学就医。培养孩子形成良好的卫生行为习惯。

e)孕妈妈关爱行动

在孕妇课堂中增加龋病防治教育内容，将龋病防控战线前移至孕期阶段，增强家长龋病防控意识。

f)特殊群体关爱行动

关注低收入家庭儿童、留守儿童、孤儿、特殊学校就学儿童（盲人、聋哑）等人群，依托社区卫生服务机构，采取进学校及社区方式，因地制宜的对不同群体开展龋病干预行动。

g)个人口腔保健提升行动

以家庭及学校为行动基本单元，采用“大手拉小手”的方式，逐步提升儿童青少年的行为养成。

h)健康社区行动

在社区设立健康科普专栏，举办讲座，开展户外活动、推广健康生活方式，推进健康社区建设。

C.3 适宜技术应用

针对不同年龄段儿童青少年开展适宜技术应用，具体操作可参照《口腔预防适宜技术操作规范》（卫办疾控发〔2009〕15 号）相关内容。

C.4 定期口腔保健

建议儿童青少年每3-6个月进行一次专业的口腔检查。

附 录 D

（资料性）

儿童青少年龋病防控公共卫生综合干预工作流程图

儿童青少年龋病公共卫生综合干预工作流程图见图1，

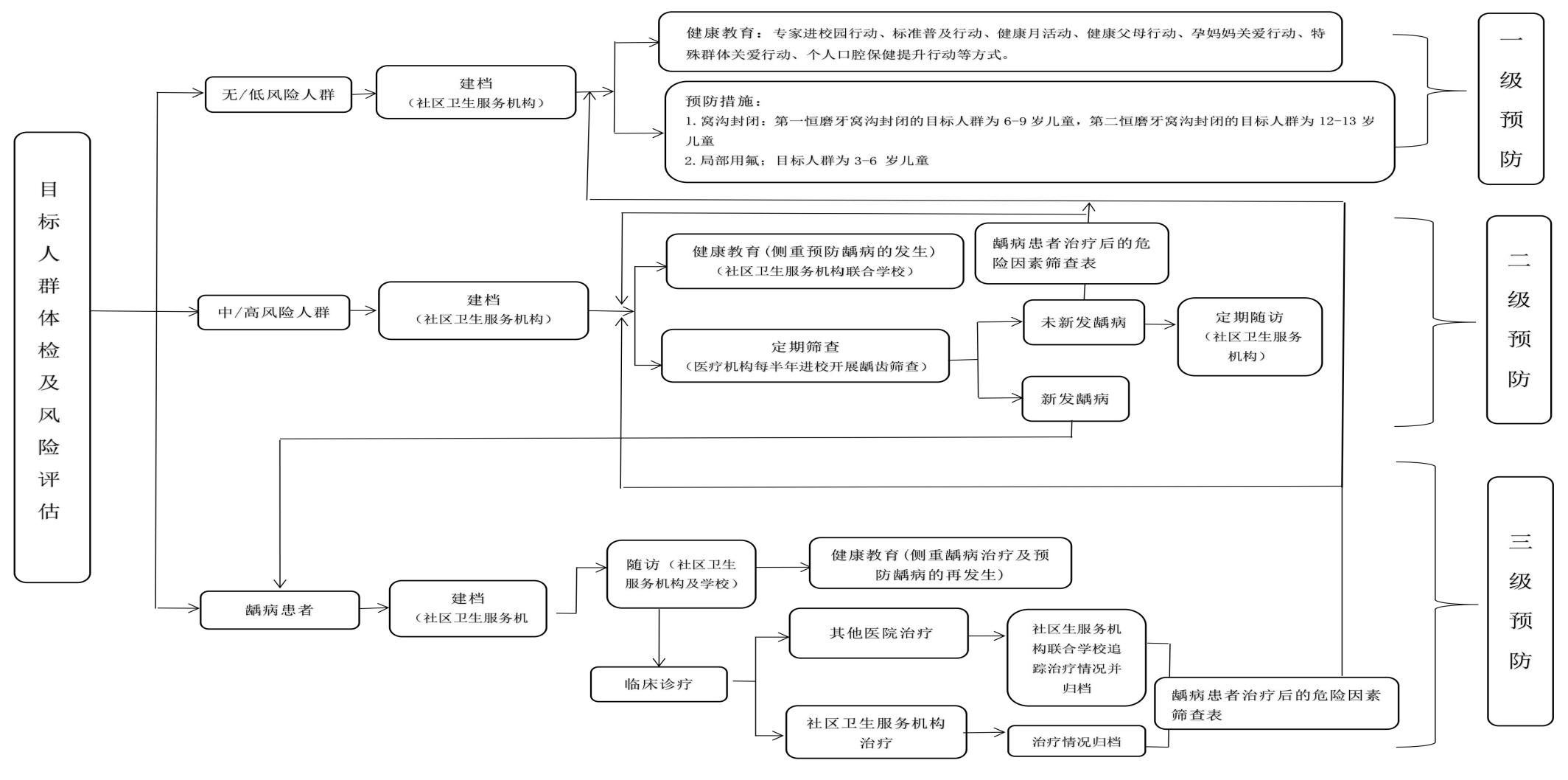


图1 儿童青少年龋病公共卫生综合干预工作流程图

附 录 E

（资料性）

龋病防控公共卫生综合干预过程质量评估表

龋病防控公共卫生综合干预过程质量评估见表E.1

表E.1龋病防控公共卫生综合干预过程质量评估见表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **指标** | **评价内容** | **采集方法** |
| 组织管理 | 管理机构与制度 | 查阅文件 |
| 人员配备与培训 | 查阅资料 |
| 基础信息 | 筛查（分级）与建档 | 查阅资料 |
| 信息化管理 | 信息系统建立及完整性 | 查看系统 |
| 干预可及性 | 干预计划及干预方式 | 查阅资料 |
| 学校、学生、社区及医疗机构覆盖率 | 现场调查 |
| 孕妇及特殊群体纳入人数 | 查阅资料 |
| 干预采纳性 | 学校、家长、社区及医疗机构对干预行动的接纳程度 | 问卷调查 |
| 干预应用性 | 执行程度，如口腔定期检查、适宜技术的应用、健康教育行动执行情况等 | 现场调查 |
| 学校、家长、社区及医疗机构对干预行动的支持情况 | 问卷调查 |
| 随访规范性及随访率 | 现场调查 |
| 完成年度干预工作学校、社区及医疗机构的比例 | 查阅资料 |
| 干预有效性 | 患病率和(新)发病率变化 | 龋病筛查 |
| 家长及学校负责人接纳程度的变化 | 问卷调查 |
| 学生、家长、教师和学校负责人龋病防控知识知晓率的变化 | 问卷调查 |
| 干预持续性 | 干预行动长效机制 | 查阅文件 |
| 资金支持 | 调取资料 |
| 干预措施执行＞1年的比例 | 现场调查 |
| 干预满意度 | 干预过程学生/家长满意度 | 问卷调查 |
| 干预过程学校满意度 | 问卷调查 |

