

• 临床研究 •

前牙美学评估表对前牙美学修复患者满意度 VAS 评分的影响

福建医科大学附属口腔医院种植科 福建省口腔医学重点实验室 (福州 350002) 吴为良 阮坚勇 谢长富
鄢明东 苏恩典 叶晓昂

【摘要】 目的 探讨前牙美学评估表对前牙美学修复患者满意度 VAS 评分的影响。**方法** 将上颌前牙美学修复的患者 70 例, 随机分为 A、B 两组各 35 例。A 组结合前牙美学评估表进行现代前牙美学修复, B 组则进行现代前牙美学修复。修复完成 1 个月后预约患者复诊, 观察修复后两组患者每项评估指标的满意度 VAS 评分。**结果** 前牙美学修复后, 两组患者在牙齿形态、牙齿颜色、上前牙正面观宽度比、中切牙宽长比、发音测试、微笑曲线及整体满意度 7 个方面的视觉模拟评分 (visual analogue scale, VAS) 比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 前牙美学修复中应用前牙美学评估表进行现代标准前牙美学修复的治疗方法, 能够有效提高修复后患者满意度, 增加医患相互间的信任, 同时提升医院的品牌竞争力。

【关键词】 前牙美学评估表; 前牙美学修复; 患者满意度

【中图分类号】 R781.05 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1002-2600(2020)05-0071-03

21 世纪的口腔医学已进入到审美需求和个性体现的阶段, 患者对自身口腔的追求已由最初的解决疼痛、恢复功能上升为在此基础上的个性化美学塑造。人们对健康的认识发生了转变, 身体健康已经不仅仅是简单的没有疾病、恢复功能, 还需要良好的个性化美学表现。口腔医学在实现和满足患者对人体美的需求中更具其特殊性和必要性。越来越多患者和医生关注前牙美学修复, 希望通过前牙美学修复提高患者的生活质量。每位修复医生迫切关注的重点是如何能更好地提高前牙美学修复的效果及患者的满意度^[1]。当然, 前牙美学修复后效果的影响因素很多, 但在繁多的影响因素中, 重要的就是患者对最终修复效果的期望值。即使经验丰富的主治医生在繁忙门诊工作中也很难集中精力将每位就诊患者的美学因素考虑周全。因此, 一份详细完整的前牙美学评估表可以辅助主治医生尽可能全面获取患者相关的美学因素, 从而为设计更加精准完善的个性化修复治疗方案提供可靠依据。目前国内外已有很多相关的前牙美学评估表, 本研究选取一份来自纽约大学且获得较高评价的前牙美学评估表^[2], 分析该前牙美学评估表的应用与前牙美学修复后患者满意度 VAS 评分的关系。

1 对象与方法

1.1 对象: 选择 2017 年 11 月至 2019 年 5 月就诊于我院口腔种植二科, 要求上颌前牙美学修复的患者 70 例, 其中男 29 例, 女 41 例; 年龄 18~40

岁, 平均 31 岁。入选患者 (在患者知情同意情况下) 按就诊次序编号, 单号为 A 组, 双号为 B 组, 每组 35 例。A 组结合前牙美学评估表进行现代前牙美学修复, B 组则进行现代前牙美学修复。纳入标准: 1) 牙齿硬组织美学缺陷 (龋病、外伤、发育畸形、死髓变色牙、牙面白垚斑样病损、四环素牙、氟牙症等); 牙列空间美学缺陷 (牙齿倾斜、扭转、错位、个别或多个前牙牙间隙); 牙周软组织美学缺陷 (由于各种病因导致的牙周软组织出现颜色、形态、质地、位置等异常); 影响美观而要求进行前牙美学修复。2) 患者具备完全自主行为能力和表达能力。3) 患者依从性好, 能按时复诊配合问卷调查。排除标准: 1) 合并其他口腔疾病; 2) 患者由于经济原因, 要求采用活动义齿修复; 3) 患者不具备完全自主能力与表达能力; 4) 患者中途要求退出或不能按时复诊配合问卷调查。

1.2 方法: A 组与 B 组通过临床检查与诊断→资料收集 (研究模型、照片)→前牙美学评估表 (仅 A 组进行)→制作诊断蜡型→Mock-up 制作诊断饰面→知情同意与确定治疗方案→标准牙体预备→排龈、硅橡胶取模、比色→制作临时修复体→制作最终全瓷修复体→试戴牙、最终粘接结等步骤完成前牙美学修复→修复后 1 个月复诊进行患者满意度调查^[3]。A 组除了在临床检查过程中应用前牙美学评估表外, 其余治疗步骤均与 B 组相同。由我院种植二科同一位有丰富临床经验的主治医生完成两组患

者的临床操作部分；由我院修复科技工中心的同一位技师制作全瓷修复体，选用全瓷材料（中国爱尔创公司）制作修复体。

1.3 美学修复效果评价：前牙美学修复治疗完成后 1 个月预约患者复诊，指导患者填写前牙美学修复患者满意度调查表，其内容包括牙齿形态、牙齿颜色、上前牙正面观宽度比、中切牙宽长比、发音测试、微笑曲线及整体满意度 7 个方面。每项调查内容通过 VAS 进行量化，记为 0~100 分，患者满意度高低与分值大小呈正相关^[4]。

1.4 统计学分析：应用 SPSS 19.0 软件进行数据

统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验，两组患者间相同项目满意度调查 VAS 评分比较采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

前牙美学修复后两组患者的满意度调查 VAS 评分结果显示，A 组在牙齿形态、牙齿颜色、上前牙正面观宽度比、中切牙宽长比、发音测试、微笑曲线及整体满意度 7 个方面的满意度 VAS 评分均高于 B 组，两组对比差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ，表 1）。

表 1 两组患者前牙美学修复后对各指标满意度的 VAS 评分对比（ $n=35$ ，分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	牙齿形态	牙齿颜色	正面观宽度比	中切牙宽长比	发音测试	微笑曲线	整体满意度
A 组	94.14 \pm 2.34	95.15 \pm 3.14	92.15 \pm 3.14	94.23 \pm 3.23	93.44 \pm 2.34	94.33 \pm 2.33	95.41 \pm 3.22
B 组	90.15 \pm 3.12	92.13 \pm 2.34	89.12 \pm 2.13	91.23 \pm 3.14	90.34 \pm 3.14	89.43 \pm 3.14	90.40 \pm 2.35
t 值	10.334	8.104	9.112	7.193	8.838	13.663	16.531
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

在现代生物-心理-社会医学模式中，医护人员应该清楚地认识到临床医学是一门由技术和人道两大要素构成的特殊自然学科。如果医护人员盲目依赖先进的医疗设备看病，而忽视医患双方的沟通交流，势必会影响患者的满意度。患者的满意度评价是判定医疗效果的最直接评定^[5]。患者既是美学主体又是美学客体。当患者作为医师的治疗对象时他是美学客体，但当对自身的美学问题进行描述和对美学治疗结果进行评价时其又是美学主体。因此，口腔医师还需了解患者的审美心理，更好地把握患者的个性化美学诉求，从而获得患者满意的个性化美学修复效果。

许多学者进行了有关前牙美学修复的临床评价与患者满意度关系的调查研究，根据研究显示：由于美对每个人来说都存在着主观性和客观性两方面，因此在临床诊疗过程中，医患双方对于美的理解存在一定程度上的差异，导致在前牙美学修复后患者对修复效果不满意造成临床医疗纠纷屡见不鲜。前牙美学评估表可以辅助主治医生在繁忙的门诊工作中尽可能完善地收集患者前牙美学相关的风险因素；同时加强医患之间的有效沟通，共同交流对美学修复的需求，积极引导患者以获得对修复后美学效果的认可；最终取得患者的绝对信任与全力配合，实现医疗服务中的最理想医患关系，医患形成统一战线。

前牙美学修复后复诊，两组患者均获得了较高的患者满意度，但 A 组在牙齿形态、牙齿颜色、上前牙正面观宽度比、中切牙宽长比、发音测试、微笑曲线及整体满意度 7 个方面的满意度 VAS 评分均高于 B 组，两组对比差异显著。分析其原因可能有以下几点：1）由同一位经验丰富的修复主治医生完成两组患者的临床操作，同一位技师制作全瓷修复体（选用全瓷材料制作修复体），因此在临床操作与全瓷修复体制作方面不会对患者满意度差异造成太大影响。2）前牙美学评估表能够辅助主治医生在临床检查的过程中尽可能全面获取患者的美学相关因素，避免由于工作繁忙等原因遗漏相关美学因素，有助于主治医生衡量治疗效果的限制及评估风险因素，从而设计更加精准完善的修复治疗方案^[6]。同时，主治医生应用前牙美学评估表辅助临床检查的过程中，客观上增加了医患双方交流沟通的时间，能够在耐心倾听中真正了解患者的期望值，与患者共同交流对牙体修复的需求，及时甄别出不合理的期望值并及早进行干预；同时患者提升了对主治医生口腔临床专业性的认知，进而在一定程度上增加了对主治医生的信任度；增加了医患相互间的信任，提高患者对治疗的理解和接受程度；使医患双方能够共同努力，共同构建和谐互信的医疗环境，尽最大可能提高患者的美学治疗效果。研究表明，精准完善的治疗方案加上医患相互间的信任可以有效提高前牙美学修复后患者的满意度^[7]。

3) 最后, 患者在参与前牙美学评估的过程中, 也对前牙美学修复治疗步骤及美学风险有了一定的认知; 从而对自己前牙美学缺陷的实际情况有一个更加公正客观的评价, 用理性思维替代感性思维, 对修复后美学效果的期望值也会有更加理性的自我评估; 相应地也会提高前牙美学修复后患者满意度 VAS 评分。

综上所述, 本研究表明, 在前牙美学修复中, 应用前牙美学评估表能够有效提高前牙美学修复后患者满意度 VAS 评分, 增加了医患相互间的信任, 同时提升医院的品牌竞争力, 值得临床推广。本研究的不足之处在于研究对象主要集中在青年人, 没有考虑到人口老龄化后老年人的需求; 且样本量较少, 可能会对最终结果产生影响。因此, 在今后的工作中需扩大研究对象的年龄范围、增加样本量, 以便对临床工作起到更好的指导作用。

参考文献

[1] Sangappa S B, Mehendale A V. Instructional design for assess-

ment of dental esthetic treatment needs in a indian undergraduate school: A randomised controlled trial [J]. J Indian Prosthodont Soc, 2014, 14 (Suppl 1): 137-143.

[2] Calamia J R, Wolff M S. The components of smile design: New York university smile evaluation form revisited, update 2015 [J]. Dent Clin North Am, 2015, 59 (3): 529-546.

[3] 谭建国. 牙齿美学修复的美学分析与设计 [J]. 中国实用口腔科杂志, 2011, 4 (8): 7-8.

[4] Belser U, Buser D, Higginbottom F. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding esthetics in implant dentistry [J]. Int J Oral Maxillofac Implants, 2004, 19: 73-74.

[5] Frese C, Staehle H J, Wolff D. The assessment of dentofacial esthetics in restorative dentistry: A review of the literature [J]. Journal of the American Dental Association, 2012, 143 (5): 461-466.

[6] Polack M A, Mahn D H. Biotype change for the esthetic rehabilitation of the smile [J]. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, 2013, 25 (3): 177-186.

[7] Samorodnitzky-Naveh G R, Geiger S B, Levin L. Patients' satisfaction with dental esthetics [J]. Journal of the American Dental Association, 2007, 138 (6): 805-808.