

# 精细化护理对口腔门诊患儿配合程度的影响分析

福建医科大学附属协和医院门诊口腔科（福州 350001） 兰文杰

随着人们生活水平的提高，精细化食物在饮食结构上的占比越来越高，蔗糖等致龋食品及碳酸饮料消费骤增，对儿童牙齿的健康十分不利，导致龋齿患病率有呈逐年升高的趋势<sup>[1]</sup>。我国龋齿患病率高，治疗率却很低。一方面由于父母对儿童口腔疾病知识的缺乏和不够重视，导致患儿病情持续进展继而出现肿痛不适才来就诊，往往错过了最佳的诊疗时机。另一方面患儿年龄相对较低，对医院环境陌生，紧张恐惧的心理多，配合度远低于成年人，为医生的操作增加了难度。本文回顾性分析我院儿童口腔科接诊患儿的临床资料，在儿童就诊过程中进行全程心理护理及四手操作技术的精细化护理<sup>[2]</sup>，以帮助患儿更好地配合治疗，提高诊疗效率及护理工作的满意度。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料：**选择 2017 年 5 月至 2018 年 5 月我院儿童口腔科接诊的患儿 90 例，男 42 例，女 48 例；其中 1~3 岁 18 名，4~7 岁 42 名，8~12 岁 30 名。患儿所患疾病为龋

齿、牙髓炎、根尖周炎及乳牙滞留。采用治疗前后心理干预、四手操作技术等精细化护理模式的患儿共 44 例（精细化护理组），采用常规护理模式的患儿共 46 例（常规护理组）。两组性别、年龄等一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

## 1.2 方法：

**1.2.1 常规医护配合模式：**由于口腔门诊护理人员有限，1 名护士需配合 3~4 名医生，患儿采用现场取号的方式，患儿进入诊疗室后，医生诊断并设计治疗方案后直接进行治疗。护士负责诊疗前后的器械准备、调拌材料、物品的终末消毒，而治疗中的隔湿和吸唾液均由医生自己完成。

**1.2.2 精细化护理模式：**1 名护士负责 1 个诊疗室的 1 个患儿。具体措施如下：1) 治疗前的行为管理。① 诊室环境和多媒体系统：儿童诊室的空间多宽敞明亮，墙面多采用色彩鲜明及生动的卡通图案转移患儿注意力从而消除他们的恐惧心理。我院采用网上预约及 LED 显示屏叫号系统，现代

化的多媒体系统可缩短患儿和家属的等待时间,同时有效缓解患儿及家长因长时间排队而产生的焦虑和烦躁情绪,减少医患之间的矛盾。患者在候诊区等待时,可先播放与口腔疾病防治有关的儿童卡通片,让儿童和家长对口腔健康知识有些初步的了解<sup>[3]</sup>。②心理护理:护士于医生接诊前可先了解患儿就诊原因及基本情况,了解患儿的性格特点,快速掌握患儿的心理需求,适时提供心理诱导<sup>[4]</sup>。同时,事先向家长介绍患儿情况、治疗计划、疾病预防及风险、费用等问题,以取得家长的信任和理解。进入诊区后,护士先用牙齿模型和口腔护理道具,用通俗易懂的方式讲充满儿童色彩的小故事,向患儿讲解治疗过程。治疗前告知患儿如有不适可以举手示意,切勿随意摇头、闭口或说话等,以缩短施治医生的操作时间。对于犹豫治疗的患儿可待诊,先观看合作儿童的治疗,或者在不影响治疗的情况下,先做无痛、简单及不费时的治疗,如口腔检查、涂氟和教刷牙等方法,待情绪稳定后再进行治疗<sup>[5]</sup>。切不可用言语刺激吓唬的方法,更要禁止个别家长的斥责和打骂。对于低龄及不配合的患者,经家属的同意后可用保护性固定方法。拒绝张口的患者可用开口器,治疗前不宜过饱,防止患儿治疗中呕吐。同时应向家长做好沟通,让其陪伴在椅位旁适时支持鼓励,增加安全感,对于被溺爱的患儿可以让家长暂时回避<sup>[6]</sup>。2) 治疗过程中的护理。待患儿愿意治疗后引导患儿躺在椅位上,调节椅位和灯光的距离,系好围兜,准备好漱口水。播放轻松悦耳的音乐以舒缓紧张情绪。四手操作实施过程中,根据医生的需要提前准备好治疗所需的物品和器械并迅速准确传递器械。协助医生吸除唾液和水,在获得良好隔湿的同时更有利于充填材料获得良好的固化效果。协助医生牵拉口角增大视野,用气枪冲吹口镜有利于获得清晰视野并缩短治疗时间。避免因长时间张口造成患儿突然躁动,引起意外穿髓、口腔软组织损伤及器械折断掉入口中导致误吸误咽。治疗过程中护士应用形象化比喻,使患儿明白医生正在用什么器械,做什么操作,减轻患儿的恐惧感。同时不断鼓励和夸赞患儿并有意地转移注意力,如讲故事分散孩子的注意力,把牙钻手机比作拆除虫牙虫的违章建筑的工具,水枪比作给牙齿洗澡的淋浴器,气枪当作电风扇吹干牙齿。也可用数数的方法告诉患儿数到几停止操作,通过握住患儿手、给患儿擦汗以及抚摸患者额头等肢体接触来减少患儿紧张感。对于微小的进步进行表扬,让患儿增加荣誉感,同时建立友好的信任关系。3) 治疗结束后健康教育。治疗结束后给予肯定和表扬,对于配合较好的患儿可给予小气球或牙齿玩具作为奖励,让患儿体验到“看牙”是个愉快的过程,为下一步的治疗和护理打下基础。对患儿及家属进行健康教育并交代注意事项及下次就诊时间。告知家长选用刷头小、刷毛软、有弹性的牙刷,并监督患儿早晚使用含氟牙膏正确刷牙,饭后漱口,养成良好的口腔清洁习惯,嘱患儿多进食营养丰富食物,如蛋类、豆类、牛奶、鱼虾及瘦肉,新鲜蔬菜水果等健牙食物,每半年进行一次口腔检查,有利于及时发现问题<sup>[7]</sup>。

**1.3 统计学分析:**采用 SPSS 25.0 统计软件进行分析。计数资料以百分数表示,采用卡方检验或 Fisher 精确检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

所有患儿中常规护理组配合程度 50.0% (23/46),精细化护理组配合程度 79.5% (35/44),差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。对于小于 3 岁的患儿,常规护理组配合程度 22.2% (2/9),精细化护理组配合程度 33.3% (3/9),两组比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。对于 4~7 岁患儿,常规护理组配合程度 50.0% (11/22),精细化护理组配合程度 85.0% (17/20),精细化护理组较常规护理组配合程度增加 ( $P < 0.05$ )。对于 8~12 岁患儿,常规护理组配合程度 66.7% (10/15),精细化护理组配合程度 100.0% (15/15),两组比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。随着年龄的增长,患儿配合程度逐渐增高。

## 3 讨论

牙科恐惧症是口腔门诊治疗的障碍,国外逐渐发展出一些精细治疗及护理模式以改善牙科保健及治疗。本文中对口腔门诊实施的精细化护理模式,主要包括:1) 治疗前护士主动与患儿沟通,了解患儿的性格特征,进行有针对性的心理护理。2) 治疗中应用娴熟的四手操作技术和转移注意力的方法来增加患儿的舒适度和配合度。3) 治疗结束后进行口腔知识的健康宣教。结合本文,与常规医护配合模式相比,精细化护理明显提高口腔科门诊患儿的配合程度,尤其是针对 4 岁以上的患儿。

随着儿童年龄的增长,患儿对于口腔门诊的配合程度增高。然而研究表明,即使对于学龄期儿童,仍有高达 24% 有高度牙科恐惧,12.5% 为严重的牙科恐惧症<sup>[8]</sup>。本文研究表明,对于 4 岁以上的患儿实施口腔门诊精细化护理,可明显提高患儿的配合程度。其中心理干预是十分重要的,治疗全程的心理干预常见的方法有松弛法、告知—演示—操作模式、模范作用、转移注意法、正强化、奖励法,此时家长对患儿的支持也非常重要<sup>[9]</sup>。与患儿沟通时使用形象化的比喻可增加亲切感,例如龋病可以说是虫牙虫在牙齿里盖房子,如果不治疗,虫牙虫会把房子盖得越来越大,最后变成牙齿大街,医生相当于拆除违章建筑的人,来抓虫牙虫。然后向患儿介绍抓虫牙虫的工具。如高速涡轮手机比喻成拆除违章建筑的工具,水枪是用来给牙齿洗澡的,气枪是用来吹干牙齿的,小镜子是用来照小虫子的,镊子是用来抓虫子的。让患儿听听牙钻手机启动的声音,水枪喷出水让患儿亲身体会。儿童的思维在 10~11 岁时开始从具体形象思维为主过渡到抽象逻辑思维为主,但其抽象逻辑思维仍需以具体形象为支柱。通过观看视频动画、彩色图卡或模型结合正向心理暗示诱导方式在患儿心理护理中发挥十分重要的作用。

治疗前实施心理干预的护理人员由于已经拉近与患儿的心理距离,缓解了患儿的紧张情绪,此时实施四手操作技术,不仅能够增加患儿安全感,而且能够密切留意患儿的行为表现和情绪反应,有利于提高患儿的配合程度。而治疗后的心理护理不仅可以增强防治宣教的力度,而且有利于提高后续治疗的依从性<sup>[10-11]</sup>。对于 4 岁以下的患儿,由于患儿的心理及生理尚不成熟,理解程度和意志力较弱,不易有效沟通和集中注意力,单纯采用精细化护理虽未明显提高患儿的配合程度,但心理护理的实施对于减少心理负面影响仍然十分必要。此时更应避免强制手段造成不良印象及牙科恐惧

症,必要时可能需采用麻醉镇静,在全程监护下进行治疗,最大程度降低对患儿身心的负面影响,提高诊疗效率和质量。研究表明全麻和单纯镇静均可改善牙科康复后的生活质量及行为,全麻而非单纯镇静可以明显减少 3~5 岁的患儿牙科恐惧症<sup>[12]</sup>。

综上,儿童口腔门诊的治疗是一个复杂的治疗过程,同时也对护理工作提出了更高的要求,不仅要学会娴熟的四手操作技能,还需通过儿童心理学、行为医学方面的知识来减少患儿的恐惧与焦虑心理。儿童口腔门诊的精细化护理,可以提高儿童尤其是 4 岁以上患儿的配合程度,使整个诊治过程得以高质量、高效率地顺利完成。

### 参考文献

[1] 杨雪梅. 儿童龋齿的病因综合分析及防治 [J]. 中国医药指南, 2017, 15 (12): 69.

[2] 钱海虹. 细化护理在口腔科四手操作技术中的应用 [J]. 护理研究, 2009, 23 (10): 2679-2680.

[3] 陈小燕, 李凤娟. 精细化管理在门诊输液患者中的应用效果 [J]. 实用临床医学, 2014, 15 (2): 121-122.

[4] Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review [J]. Australian Dental Journal, 2013, 58 (4): 390-407.

[5] 郭媛媛. 学龄前期手术患儿的术前访视与干预模式探讨 [J]. 护理学杂志, 2013, 28 (6): 49-50.

[6] 谷楠, 刘富萍, 张宇娜, 等. 儿童牙科焦虑症的治疗及其研究进展 [J]. 国际口腔医学杂志, 2015, 42 (5): 575-577.

[7] 熊景, 陈琳, 胡宏强. 口腔综合保健预防儿童龋齿的应用效果观察 [J]. 人民军医, 2017, 60 (8): 767-771.

[8] Alsadat F A, Elhousseiny A A, Alamoudi N M. Dental fear in primary school children and its relation to dental caries [J]. Niger J Clin Pract, 2018, 21 (11): 1454-1460.

[9] Alnamankany A. Video modelling and dental anxiety in children. A randomised clinical trial [J]. Eur J Paediatr Dent, 2019, 20 (3): 242-246.

[10] Haggman-henrikson B, Eeberg E, Ettlin D A, et al. Mind the gap: a systematic review of implementation of screening for psychological comorbidity in dental and dental hygiene education [J]. J Dent Educ, 2018, 82 (10): 1065-1076.

[11] Aljasser R, Almashaan G, Alwalaan H, et al. Dental anxiety among dental, medical, and nursing students of two major universities in the central region of the kingdom of Saudi Arabia: a cross-sectional study [J]. BMC Oral Health, 2019, 19 (1): 56.

[12] Guney S E, Araz C, Tiralı R E, et al. Dental anxiety and oral health-related quality of life in children following dental rehabilitation under general anesthesia or intravenous sedation: a prospective cross-sectional study [J]. Niger J Clin Pract, 2018, 21 (10): 1304-1310.