

口腔健康教育在种植牙患者全程护理工作中的应用效果

李冉

(赤峰市医院口腔科, 内蒙古 赤峰, 024000)

摘要:目的 探讨种植牙患者全程护理工作中,开展口腔健康教育的临床效果。方法 选取 2018 年 1 月~2019 年 12 月赤峰市医院收治的 126 例人工种植牙患者作为研究对象,按随机数表法分为参照组与研究组,每组 63 例。给予参照组患者全程护理,给予研究组患者全程护理联合口腔健康教育,对比分析两组患者植牙成功率、负性情绪、生存质量及不良反应发生率。结果 研究组患者植牙成功率高于参照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者干预前的抑郁自评量表(SAS)、焦虑自评量表(SDS)评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,SAS、SDS 评分均降低,且研究组患者 SAS、SDS 评分低于参照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者干预前口腔健康相关生存质量影响程度量表(OHRQOL-UK)评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,两组患者 OHRQOL-UK 评分均提高,且研究组 OHRQOL-UK 评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组患者不良反应发生率低于参照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 口腔健康教育在种植牙患者全程护理工作中应用效果良好,可提高植牙成功率,改善患者负性情绪,提升生活质量,减少不良反应,值得应用。

关键词: 种植牙; 全程护理; 口腔健康教育; 临床效果

中图分类号: R780.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-10-0110-03

牙齿缺失原因较多,包括龋齿、疾病、牙周炎等,已对患者身心健康产生严重影响。目前,用于牙齿缺失治疗的人工种植牙已从外形和功能都代替牙齿的天然牙根。人工种植牙又称为“种植牙”、“种植人工义齿”,是一种缺牙修复方式,具体是指将人工牙根种于牙齿缺损部位,待种植牙与颌骨融合完好后,在人工牙根上做烤瓷牙根冠。人工种植牙不仅能形似天然牙,且固定力较高,还可提高患者的咀嚼能力,改善患者发音、外形等功能,从而提升患者的生活质量^[1]。然而,种植牙过程较复杂,临床护理质量可直接影响种植效果。汪红^[2]指出,种植牙期间,护理措施与患者健康认知水平、种植牙疗效存在明显相关性。部分患者在接受种植牙治疗时,因不了解种植牙过程,会产生负性情绪。因此,实施有效的全程护理、口腔健康教育,不仅能提高患者对疾病、种植牙的认知水平,还能提高自我维护能力及临床治疗效果和护理配合度,进而提高患者的满意度^[3]。基于此,本研究以 2018 年 1 月~2019 年 12 月赤峰市医院收治的 126 例人工种植牙患者作为研究对象,旨在探究口腔健康教育联合全程护理的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月~2019 年 12 月赤峰市医院收治的 126 例人工种植牙患者作为研究对象,按随机数表法分为参照组

与研究组,每组 63 例。参照组患者中男 35 例,女 28 例;年龄 20~70 岁,平均年龄(39.78 ± 5.43)岁;病程 0.5~20.0 年,平均病程(10.12 ± 2.83)年;前牙缺失者 27 例,后牙缺失者 36 例。研究组患者中男 37 例,女 26 例;年龄 20~72 岁,平均年龄(40.12 ± 5.52)岁;病程 0.2~20.0 年,平均病程(10.23 ± 2.26)年;前牙缺失者 25 例,后牙缺失者 38 例。两组患者的一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。患者及家属均知情并签署知情同意书,本研究经赤峰市医院医学伦理委员会批准后开展。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①诊断标准:单牙缺损,术前经 CT 测量显示缺牙区骨量充足,符合手术指征^[4];②牙槽骨量足;③无口腔感染疾病;④拔牙时愈合良好。

排除标准:①资料不全者;②牙槽骨畸形者;③认知、理解异常者;④全身性、免疫性疾病;⑤处于妊娠期或哺乳期女性;⑥患有内分泌、血液系统疾病者;⑧配合度差者。

1.3 方法

参照组进行全程护理。术前,向患者介绍种植牙手术流程及注意事项,评估患者的病情、口腔卫生,了解饮食状况及完善相关检查。术中,加强心电监护,密切监测患者生命体征,关注患者情绪状态变化,并根据患者身心状态,给予有针对性的护理工作;同时,精准完成术者下达的护理要求。术后,叮嘱患者术后注意事项,嘱咐患者定期入院随访,了解种植牙情况。

作者简介: 李冉(1982.9-),女,汉族,籍贯:内蒙古自治区赤峰市,本科,副主任护师,研究方向:口腔科优质护理服务。

表 3 两组患者生活质量(OHRQOL-UK 评分)比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理评分		心理评分		社会评分		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	63	15.36 ± 2.56	18.92 ± 2.78 [*]	12.36 ± 2.35	16.55 ± 2.09 [*]	10.36 ± 2.67	13.45 ± 2.76 [*]	43.64 ± 5.25	53.98 ± 5.11 [*]
研究组	63	15.67 ± 2.49	27.78 ± 3.20 [*]	12.45 ± 2.41	24.94 ± 2.77 [*]	10.45 ± 2.59	22.83 ± 2.77 [*]	43.59 ± 5.48	65.36 ± 5.82 [*]
<i>t</i>		0.689	16.590	0.212	19.191	0.192	19.040	0.052	11.663
<i>P</i>		0.492	<0.001	0.832	<0.001	0.848	<0.001	0.958	<0.001

注: 与同组干预前相比, ^{*}*P*<0.05。

研究组在参照组的基础上, 联合口腔健康教育。术前, 对患者认知、病情等予以全面评估, 制定个性化健康教育方案。利用模型操作、多媒体等工具, 向患者介绍种植牙手术的过程、原理及不良反应, 耐心解答患者的疑问, 与患者进行有效沟通, 疏导患者焦虑、不安的情绪。交流期间, 注意语言精练、态度平和。术中, 指导患者取舒适体位, 亦可使用靠枕提高舒适度, 及时疏导负面情绪, 实时掌握健康状态, 提高治疗安全性。同时, 还可在拔牙时, 同患者交流趣事、热门新闻等, 以减轻患者压力, 放松其精神状态。术后, 介绍口腔卫生习惯对种植牙的影响, 告知刷牙注意事项, 涵盖刷牙方法、次数及时间, 使用软毛牙刷, 叮嘱患者刷牙时间宜 ≥ 3 min, 早晚各 1 次。并以模型指导患者正确的刷牙方式, 纠正患者错误的刷牙方式, 保证刷牙的规范性。指导患者持续 24 h 患处冰敷, 以改善水肿。以多媒体播放视频、动画的形式, 介绍吸烟、饮酒的危害, 督促患者戒烟、戒酒, 可用电子烟替代烟草, 并且定期复查软垢、烟斑附着等。指导患者合理饮食, 术后 2 h 半流食, 以温凉、易消化食物为主, 不宜大量饮水, 不宜食用过冷、过热、过硬食物。出院后定期随访, 了解患者恢复情况, 嘱咐患者术后 2 周内禁止佩戴义齿, 并根据患者具体情况进行全面指导, 期限 1 年。对两组患者通过电话、微信等方式连续随访 1 年。

1.4 观察指标

对比两组患者的植牙成功率、负性情绪、生活质量以及不良反应发生率。①植牙成功: 种植牙 1 年后, 达 1 期愈合, 骨组织、种植体完全结合(使用 X 线片进行确认), 植体稳定, 无异常; 反之, 为植牙失败^[5]。②负性情绪[焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分]: 分别根据 SAS、SDS 评定患者的焦虑、抑郁等负性情绪, 总分均为 100 分, 其分数与负性情绪呈负相关, 即: 分数越高, 表示负性情绪越严重。③生活质量[口腔健康相关生活质量量表(OHRQOL-UK)评分]: 根据 OHRQOL-UK 评定患者口腔健康相关的生活质量, 包括生理评分、心理评分、社会评分等, 共有条目 16 个, 1~5 级评分法, 分值范围 16~80 分, 其分数与生活质量呈正相关, 即: 分数高, 表示患者生活质量高。④不良反应: 植牙松动、植牙脱落、异物感或疼痛, 有些患者可并发多种不良反应, 不良反应总发生率 = (植牙松动 + 植牙脱落 + 异物感或疼痛) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据处理。计量资料采

用($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较行 *t* 检验; 计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示, 组间比较行 χ^2 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者植牙成功率比较

参照组、研究组植牙成功率分别为 84.13%、95.24%, 研究组患者植牙成功率高于参照组, 差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者植牙成功率比较

[*n*(%)]

组别	例数	植牙失败率	植牙成功率
参照组	63	10(15.87)	53(84.13)
研究组	63	3(4.76)	60(95.24)
χ^2			4.203
<i>P</i>			0.040

2.2 两组患者的负性情绪(SAS、SDS 评分)比较

两组患者干预前的 SAS、SDS 评分比较, 差异无统计学意义(*P*>0.05); 干预后, 两组患者 SAS、SDS 评分均降低, 且研究组患者的 SAS、SDS 评分低于参照组, 差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者负性情绪(SAS、SDS 评分)比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	63	54.35 ± 2.19	45.37 ± 2.36	55.34 ± 2.61	46.73 ± 2.27
研究组	63	54.18 ± 2.23	34.71 ± 2.34	54.98 ± 2.57	35.68 ± 2.34
<i>t</i>		0.432	25.459	0.780	26.903
<i>P</i>		0.667	<0.001	0.437	<0.001

2.3 两组患者生活质量(OHRQOL-UK 评分)比较

两组患者干预前 OHRQOL-UK 评分比较, 差异无统计学意义(*P*>0.05); 干预后, OHRQOL-UK 评分均提高, 且研究组 OHRQOL-UK 评分高于对照组, 差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

2.4 两组患者不良反应发生率比较

研究组患者不良反应发生率低于参照组, 差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 4。

3 讨论

牙齿缺失为口腔科常见疾病, 主要患病人群是中老年群众^[6]。该病发病因素较多, 最主要因素有早期龋齿、意外事故等导致牙齿遭受阻力而形成牙齿缺失^[7]。目前, 常见牙齿缺失部位有门齿、前臼齿等。多数患者表现为臼齿缺失, 引起

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [n(%)]

组别	例数	植牙松动	植牙脱落	异物感或疼痛	总发生情况
参照组	63	3(4.76)	4(6.35)	5(7.94)	12(19.05)
研究组	63	2(3.17)	1(1.59)	0(0.00)	3(4.76)
χ^2					6.130
<i>P</i>					0.013

牙齿外泄,重者引起咬合不良,诱发牙齿磨损等,进而影响牙齿健康和美观性^[8]。

近年来,随着我国医疗水平提高,单纯采取传统镶牙牙套或卡环等,已无法满足人们对牙齿美观性的需求^[9]。而现在种植牙技术已发展成为一项十分成熟、稳定的技术。凭借稳固性高、舒适度高、自然度高、咬合功能好、操作简单、安全可靠等优势,种植牙已成为牙缺失患者的首选疗法。可借助手术的方式,将种植体(金属或陶瓷)置入骨组织中,确保下部稳定性,实现支持、固定修复体的效果。同时,种植牙还能结合牙根、牙槽骨,保证牙齿稳定性^[10]。手术治疗具有多样化、灵活性等特点,因此可结合患者具体情况,选择适宜的修复体,从而保证牙齿的协调性和美观性。相比于传统缺牙修复治疗,种植牙有手术操作简单、舒适性高,牙齿更加美观及固定效果好等优势^[11]。而且种植牙在咀嚼功能方面的优势明显,不会影响正常牙齿功能。但临床研究发现,种植牙疗效高低与种植牙护理内容及患者自我维护能力存在确切相关性,并且患者自身行为是影响植牙成功率的重要因素,因此采取有效护理干预对提高患者口腔维护能力具有明显作用^[12]。全程护理属于种植牙围术期常见护理模式,虽有明确的护理效果,但护理期间对患者认知提升方面略有不足,表现为健康教育局限于医患间宣教及患者被动接受宣教,这会导致部分患者因对种植牙治疗不了解,对注意事项不重视。如果健康教育无法满足患者的信息需求,不仅术前无法消解患者的负性情绪,还会导致术后口腔卫生维护不到位,无法发挥主观能动性,最终导致植牙失败^[13-14]。

本研究在全面护理的基础上,对患者实施口腔健康教育,取得了较好成效。研究组患者植牙成功率高于参照组,负性情绪评分低于参照组,不良反应发生率低于参照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。可见,种植牙患者接受单一全程护理,护理效果不佳。而在全程护理的基础上,加以口腔健康教育,基于护患自愿基础之上开展双向性护理活动,扩展教育面的同时,促进主、被动接受结合,能从根本上提高患者卫生保健意识与能力。具体为术前全面评估病情,加强心理疏导,为患者介绍种植牙知识,纠正错误认知,改善患者焦虑、不安等情绪,有助于临床治疗和护理配合度的提高;术中包括摆放体位、指导配合、监测体征等工作,促进治疗的顺利进行;术后通过口腔卫生指导、饮食指导、生活指导及定期随访等,进一步加深患者对口腔卫生知识了解程度,养成良好的生活习惯,这对植牙效果的提高与种植体寿命的提升均具有重要意

义^[15-16]。彭冬云等^[17]以接受种植牙治疗的老年患者为例,以常规健康教育作对照,对研究组患者进行系统化口腔健康教育,研究组患者的植牙成功率高于对照组、不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),与本次研究结果大致相同。这充分证实口腔健康教育用于种植牙患者全程护理的有效性,此方法既能提高植牙成功率,又能降低不良反应发生率。

综上所述,口腔健康教育用于种植牙全程护理中应用效果良好,植牙成功率较高,SAS、SDS评分低,且不良反应发生率低,证明此方法安全有效,在种植牙临床护理中可以开展和使用。

参考文献

- [1] 刘秀艳. 系统化健康教育对种植牙患者全程护理的影响[J]. 锦州医科大学学报,2019,40(6):99-101.
- [2] 汪红. 全程护理配合口腔健康教育对种植牙患者的影响[J]. 河南医学研究,2019,28(23):4395-4396.
- [3] 刘宇,姜华茂,王海鑫. 微创拔牙联合位点保存技术在口腔后牙种植修复中的应用效果[J]. 山东医药,2020,60(28):84-87.
- [4] Wismeijer D, Chen S, Buser D. 国际口腔种植学会(ITI)口腔种植临床指南(第六卷):美学区连续多颗牙缺失间隙的种植修复[M]. 宿玉成译. 北京:人民军医出版社,2014:121-122.
- [5] 万彩霞,雷双喜. 对接受人工种植牙手术的患者进行围手术期优质护理的效果分析[J]. 当代医药论丛,2019,17(15):230-232.
- [6] 何晓杰. 健康教育护理干预在种植牙患者中的应用分析[J]. 中国医药指南,2019,17(2):197.
- [7] 康晓菲. 延续性护理对种植牙患者护理干预效果分析[J]. 山西医药杂志,2021,50(24):3438-3441.
- [8] 陈玲娜,高山. 优质护理在人工种植牙口腔修复患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2021,33(22):206-208.
- [9] 高璇,陈孚,邢晏,等. 循证护理与风险管理在慢性牙周炎患者种植牙术中的应用[J]. 基层医学论坛,2020,24(33):4741-4743.
- [10] 赵莹琼. 探讨强化口腔健康教育对吸烟患者种植手术后的效果[J]. 中国社区医师,2020,36(18):177-178.
- [11] 孟晓燕. 舒适护理在种植牙患者围术期的应用效果[J]. 首都食品与医药,2020,27(11):158.
- [12] 岑琼,顾捷,陶春,等. 基于动机访谈技术的健康教育对牙周病病人口腔健康行为自我管理的影响[J]. 护理研究,2020,34(16):2842-2846.
- [13] 杨华瑾,贺高美,林志玲. 基于行为转变理论的护理干预对种植牙患者口腔卫生行为的影响[J]. 中国社区医师,2021,37(22):146-147.
- [14] 肖炜,王雅婷,彭乙莲,等. 个性化健康教育对种植义齿患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25(4):89-91.
- [15] 徐颖欣. 综合健康教育模式对种植牙患者心理状态和口腔健康相关生活质量的影响[J]. 医学理论与实践,2018,31(6):922-923.
- [16] 詹映华. 系统化口腔健康教育在种植牙患者中的应用效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2018,39(12):1471-1473.
- [17] 彭冬云,张芳,游涵雪. 系统化口腔健康宣教对老年人种植牙成功率及并发症发生的影响[J]. 中国医学创新,2019,16(30):121-125.