

·全科护理·

全期心理支持联合卫生行为指导对口腔种植义齿修复患者认知、口腔健康和牙周炎症的影响

徐英娜 方梦霞 罗澄煊

牙缺失表现为口腔不美观、咀嚼能力变差、辅助发音不完全等症状^[1]。口腔种植义齿修复通过生物或非生物材料制备人工牙根,恢复牙齿完整性^[2]。但种植义齿后,大多数患者因保养知识缺乏,不良行为频发,导致种植体周围产生炎症,口腔微生态平衡被破坏^[3]。全期心理支持联合卫生行为指导在修复治疗前后对患者提供持续性心理辅导和卫生行为指导,以帮助其改善预后。该方式在口腔种植义齿修复中应用较少。本次研究探究全期心理支持联合卫生行为指导对口腔种植义齿修复患者认知、口腔健康和牙周炎症的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2022年1月至2024年1月舟山市口腔医院收治的100例牙缺失患者。纳入标准包括:①符合种植义齿治疗指征,并于我院进行口腔种植义齿修复者;②年龄45~75岁;③治疗依从性好;④纳入前未参与其他类似研究。排除标准包括:①合并其他牙周疾病;②重要脏器功能障碍;③凝血功能障碍;④过度吸烟、饮酒。本次研究所有纳入对象均知晓本次研究,且已签署知情同意书。本次研究已通过医院伦理委员会审批。将100例患者按随机数字表法分为观察组与对照组,各50例,两组患者基本资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组行常规护理干预。遵照医嘱对患者进行用药注意事项指导,并告知种植义齿后口腔清洁步骤及方法,进行常规健康教育。观察组行全期心理支持联合卫生行为指导护理干预。组织院内具有心理干预经验且工作5年以上的护理人员

表1 两组患者基本资料比较

组别	性别 (男/女)	年龄/岁	文化程度/例		
			初中及以下	高中及大专	本科及以上
观察组	34/16	59.21±5.57	20	15	15
对照组	27/23	58.48±5.24	18	12	20

成立护理干预专项小组,由护士长对小组成员进行全期心理支持联合卫生行为指导的相关知识培训,并针对患者可能出现的心理问题以及口腔卫生清洁问题进行适当梳理,制定干预措施。具体实施:①患者入院后,护理人员通过沟通掌握患者对于口腔种植义齿修复相关知识的了解程度,对疾病了解有偏差的患者,进行健康知识教育,修正其口腔健康、口腔种植义齿修复方面的认知误区;对于治疗前担忧、焦虑心情较多的患者,在进行健康教育的同时,对其进行心理疏导,展示我院以往成功治疗案例,使患者树立治疗信心。同时还可与患者建立微信联系,为患者推送微信公众号中口腔治疗相关文章以及心理调节小技巧。②治疗时,护理人员与患者进行实时沟通,对患者提出的问题耐心、及时解答,引导患者根据先前护理人员推送的心理调节知识进行自我调节,治疗关键期可通过微笑、手动点赞等形式对患者进行适当表扬,增加患者的心理支持,转移其注意力。③治疗后,指导患者进行口腔卫生护理,早晚两次按时刷牙,定期返回医院进行超声波清洗牙齿,针对有轻度吸烟习惯的患者,劝导其尽量减少或不抽烟,提醒患者按时吃药,饮食方面应保持清淡,忌酒忌辛辣和刺激性重的食物,种植早期不可食用硬度较高的食物,出院后定期随访,了解患者口腔功能恢复情况及口腔健康行为保持情况。

1.3 观察指标 ①口腔健康:采用口腔保健自我效

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.012.028

作者单位: 316000 浙江舟山, 舟山市口腔医院护理部 (徐英娜), 种植科 (方梦霞、罗澄煊)

能感量表(self-efficacy scale, SESS)和口腔健康影响程度量表(oral health impact profile-14, OHIP-14)评价。SESS量表共15条,总分75分,分数与自我效能感呈正比^[4]; OHIP-14量表共14个条目,总分56分,分数与口腔健康程度呈反比^[5]。②疾病认知度:采用《疾病知识知晓度调查问卷》评价患者干预前后疾病机制、疾病诱因、口腔清洁和疾病危害4个维度,总分100分,得分与疾病认知水平呈正比^[6]。③牙周炎症:取患者干预前后2 mL无菌龈沟液,使用离心机以3 000 r/min离心15 min,去上清液,检测C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、白细胞介素-1 β (interleukin-1 β , IL-1 β)指标。④护理满意度:由医院自制护理满意度调查问卷,问卷共包括生活质量、预后回访等4个维度,共100分,≥80分为十分满意;60~79分为基本满意; <60分为不满意。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后口腔健康程度比较见表2

表2 两组干预前后SESS、OHIP-14量表评分比较/分

组别		SESS评分	OHIP-14评分
观察组	干预前	42.04±7.22	41.25±6.42
	干预后	51.24±7.84*	32.26±4.54*
对照组	干预前	41.83±7.54	40.72±6.85
	干预后	46.52±6.16	36.24±4.76

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,干预前,两组患者SESS、OHIP-14量表评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.14、0.39, P 均>0.05)。干预后,观察组SESS评分高于对照组,OHIP-14评分低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=3.35、-4.28, P 均<0.05)。

2.2 两组干预前后疾病认知度比较见表3

由表3可见,干预前,两组患者疾病认知度中疾病机制、疾病诱因、口腔清洁、疾病危害维度评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.25、0.33、0.28、0.12, P 均>0.05)。干预后,观察组患者的疾病认知度中疾病机制、疾病诱因、口腔清洁、疾病危害维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=

3.07、6.09、4.28、5.81, P 均<0.05)。

表3 两组干预前后疾病认知度比较/分

组别		疾病机制	疾病诱因	口腔清洁	疾病危害
观察组	干预前	8.24±2.31	9.56±2.25	10.24±2.75	9.56±2.18
	干预后	14.28±3.47*	16.64±3.55*	18.24±3.17*	16.24±3.21*
对照组	干预前	8.36±2.45	9.72±2.57	10.38±2.27	9.61±2.04
	干预后	12.21±3.26	12.24±3.67	15.45±3.34	12.34±3.50

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

2.3 两组干预前后牙周炎症因子比较见表4

表4 两组干预前后牙周炎症因子比较

组别		CRP/mg/L	TNF- α /ng/L	IL-1 β /μg/L
观察组	干预前	16.24±3.43	23.24±3.12	5.34±1.01
	干预后	13.24±2.23*	17.15±1.32*	3.24±0.56*
对照组	干预前	16.36±3.28	24.25±3.41	5.21±1.03
	干预后	14.76±2.07	19.21±1.27	3.51±0.68

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,干预前,两组患者CRP、TNF- α 、IL-1 β 水平比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.18、1.55、0.64, P 均>0.05)。干预后,观察组患者的CRP、TNF- α 、IL-1 β 水平均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=3.53、7.95、2.17, P 均<0.05)。

2.4 两组护理满意度比较见表5

表5 两组护理满意度比较/例(%)

组别	n	十分满意	基本满意	不满意	满意率
观察组	50	31(62.00)	16(32.00)	3(6.00)	47(94.00)*
对照组	50	25(50.00)	13(26.00)	12(24.00)	38(76.00)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,观察组患者的护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.54$, $P<0.05$)。

3 讨论

导致牙缺失的因素有牙周病、生理退行性脱落、身体疾病、外伤等因素。口腔种植义齿修复能够帮助患者恢复口腔美观和咀嚼功能,但若维护不好,预后存活率低,易发生炎症。临床整体护理模式逐渐成为口腔种植义齿修复领域的发展趋势。本次研究应用全期心理支持联合卫生行为指导护理模式观察患者在该模式下认知、口腔健康行为等的变化。

有研究显示,20%以上口腔科患者在治疗时多出现紧张、恐惧等心理^[7]。心理因素在患者治疗过

程中发挥重要作用,治疗时患者身心应激反应敏感,使治疗耐受性降低,部分患者因为耐受性较低出现抵触治疗的情绪,因此对患者进行心理护理十分必要。本次研究结果显示,干预后,观察组患者对疾病认知度评分高于对照组(P 均 <0.05),提示相比于常规护理模式,全期心理支持联合卫生行为指导护理模式能够有效增加患者疾病认知度,从而减少疾病焦虑程度。该模式在患者入院接受治疗后,护理人员首先对其进行疾病认知评估,通过健康教育手段、推送微信公众号文章等方式及时纠正其对于口腔种植义齿修复方面的偏差,增加了疾病认知水平,这一点与尚瑞芬等^[9]的研究一致。在治疗时,护理人员避免讲述具体的手术步骤,回答患者问题时主动往外观、功能等方面进行阐述解答,通过微笑、点赞等动作对患者进行心理支持,然后通过引导患者根据先前推送的心理调节技巧主动调节自我心理状态,减少其内心焦虑与恐惧,增强治疗耐受性。本次研究结果显示,干预后,观察组患者的SESS量表评分高于对照组,OHIP-14量表评分低于对照组(P 均 <0.05),提示相比于常规护理模式,全期心理支持联合卫生行为指导护理模式能够增加患者保持口腔清洁的主观能动性,有效改善口腔健康。

李晓蕾等^[9]对2型糖尿病患者种植义齿修复情况进行分析发现,种植义齿后患者容易产生并发症,炎症因子水平急剧上升。本次研究结果显示,干预后,观察组患者的CRP、TNF- α 、IL-1 β 因子均低于对照组(P 均 <0.05),提示相比于常规护理模式,全期心理支持联合卫生行为指导护理模式能够有效减轻患者炎症反应。分析牙周炎症产生的原因可能为:是否吸烟是导致患者细菌及微生物滋生的重要因素^[10]。全期心理支持联合卫生行为指导护理模式在对患者进行卫生行为指导时,劝导有吸烟习惯的患者进行戒烟行动,改善口腔环境,抑制细菌及微生物滋生,加之要求患者定期来院对口腔义齿进行清洁与维护,养成勤漱口的优良习惯,发生早期炎症反应及时到医院进行干预治疗。此外,本次研究还显示,观察组患者护理满意度高于对照组(P 均 <0.05),提示相较于常规护理模式,全期心理

支持联合卫生行为指导护理模式能够提高患者的满意度。

综上所述,对口腔种植义齿修复患者行全期心理支持联合卫生行为指导模式,可以增加患者的疾病认知程度,缓解患者焦虑、担忧的情绪,从而减少炎症反应,改善口腔健康,还能增加患者护理满意度。但本次研究仍存在不足,如样本量较小,且均为进入我院治疗的患者,样本量筛选标准单一,因此,后期将纳入多家医院患者进行研究,进行多中心探索,同时加大样本量,保证结果的有效性与科学性。

参考文献

- 1 潘磊,沈宏一,郑伶俐,等.口腔种植修复与常规修复对牙列缺失患者生活质量及龈沟液细胞因子水平的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(6):1141-1145.
- 2 罗静,姚严琦,徐晨.口腔种植修复治疗牙列缺损的临床效果及舒适度分析[J].贵州医药,2020,44(2):229-231.
- 3 杨成雪,喻正文,范芹.种植体周围病的病因及危险因素[J].临床口腔医学杂志,2020,36(5):313-316.
- 4 聂溶冰,唐军.种植牙患者口腔保健自我效能量表的设计与应用[J].上海口腔医学,2019,28(3):293-296.
- 5 孙旭,李媛媛,张大凤.C型美观卡环可摘局部义齿和传统卡环可摘局部义齿的满意度对比[J].现代口腔医学杂志,2019,33(4):211-214.
- 6 陆怡,陈润元.知信行理论的护理干预对牙周牙髓联合病变患者口腔健康行为及疾病知识认知度的影响[J].中国药物与临床,2021,21(14):2588-2589.
- 7 肖霞,王军强,张文娟,等.口腔颌面锥形束CT在种植牙术前诊断、术后效果评估中的应用[J].中国CT和MRI杂志,2021,19(3):50-52.
- 8 尚瑞芬,王烨华,刘霞.认知-行为的心理护理在口腔种植修复患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(10):9-12.
- 9 李晓蕾,郭立华,张建霞,等.2型糖尿病患者种植义齿修复的存留及炎症反应研究[J].临床口腔医学杂志,2021,37(11):671-676.
- 10 李小红,郝志军,许应宏,等.种植牙早期牙周炎症细胞因子的变化及其对牙周健康的影响[J].川北医学院学报,2022,37(12):1558-1562.

(收稿日期 2024-02-06)

(本文编辑 高金莲)