

四手操作在口腔修复牙体预备中的运用分析

陈莎莎

西安交通大学口腔医院 陕西 西安 710000

摘要: **目的:** 对于四手操作在口腔修复牙体预备中的运用情况进行分析。**方法:** 采取随机入组的方式筛入口腔修复牙体预备的患者, 患者入院时间为2022年1-12月, 共有70例, 其中对照组患者应用常规的护理模式, 而实验组之中的患者则实施四手操作的模式。对于实验组与对照组之中患者整体的应用效果。**结果:** 在牙体预备操作的过程中, 实验组在细菌菌落数、粉尘密度比对照组低, 牙体预备操作的时间相比于对照组短, 护理服务方面的评分要比对照组理想, 实验组的模型牙标准率与手术操作时间都要比对照组理想, 且差异有一定的统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论:** 在对于口腔修复牙体预备发挥做义工的过程中应用四手操作护理模式, 能够有效的减少污染程度, 并且可以提升操作速度, 整体的应用价值较高。

关键词: 四手操作; 口腔修复牙体预备; 运用

近年来, 随着人们物质生活水平的不断提高, 人们在日常生活中的不良饮食习惯也逐渐增多, 严重地影响患者的日常生活质量。目前, 我国很多高校都已经开设了口腔护理专业, 因此, 在临床上, 四手操作技术的使用也越来越多。在进行治疗的时候, 两个人都是四只手进行操作, 可以给病人带来一个更加舒适的就医体验, 同时还能让病人有一个高效的治疗操作过程^[1]。在整个手术过程中, 护士要协助医生做好设备的转移、物资的调配、吸痰、确保医生的视野等工作。与此同时, 要及时与患者进行交流, 做好对患者的保护工作, 这样才能起到既有利于医生操作, 又有利于患者就诊体验的效果。这将大大提高牙齿护理的工作效率。有研究表明, 四手操作能将口腔医师的工作效率由原来的三成提升至78%。可以改善护理的品质。曾有统计显示, 在小学阶段, 每个班都实施了一次窝沟封闭。一年之后, 再以四手作业为例, 观察到两手作业的脱出率, 发现两手作业的脱出率均显著低于两手作业的作业。在目前的情况下, 可以很好的满足口腔医师对自己工作人员的保护需求, 同时也可以最大限度的降低工作人员的工作压力, 降低工作人员的工作强度。口腔修复是指在牙齿缺损或丢失后进行治疗, 通过口腔修复, 可以有效的改善患者的牙齿缺损状况, 从而提高患者的生活质量^[2]。随着社会经济的发展, 人们对口腔美观的需求日益提高, 修复工作也随之增多。以往修复牙缺损时, 因使用传统方法, 患者常需无意识地变换体位, 如下床等。因为医护人员之间的配合不够默契, 所以才会拖了这么久。并且, 在常规操作过程中, 对患者的忍耐力和合作程度有较高的要求, 因此, 对于老年人和小孩来说, 实施的效果并不理想。

本次调研的结论符合现实, 进一步加深了人们对“四手操作”在实践中所起到的重要作用的理解。在进行四手操作时, 要注意医护人员的配合, 以便能够根据病人的具体情况, 及时调整椅位、医护人员体位等。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取随机入组的方式筛入口腔修复牙体预备的患者, 患者入院时间为2022年1-12月, 共有70例, 实验组患者年龄区间为35-59周岁, 平均为(41.92±1.23)周岁, 男/女为19/11。对照组患者年龄区间为36-60周岁, 平均为(42.71±3.18)周岁, 男/女为18/12。对于两组患者的资料进行分析, 差异不具备统计学意义, $P > 0.05$ 。纳入标准: 患者都符合在口腔修复牙体预备治疗方面的指正, 且具备一定的沟通能力, 患者同意对于护理效果进行观察与对比, 家属知情并且简述了知情同意书等相关文件。排除标准: 患者不具备沟通能力, 在临床资料信息方面不全面, 患者存在较为严重的慢性基础类疾病。

1.2 方法

相关实验的全部设备都是由一家公司制造的, 所用的材料和工具有: 高速涡轮式牙钻手机, 金刚砂车针, 低速式牙钻手机; 牙科防护线, 牙科仿生石膏, 贺利氏手工调整硅胶; 比色板, 印模盘。全部操作由一名医师及一名护士进行。对照组采用普通方法, 进行牙体预备, 牙龈收缩治疗, 取模; 试戴、比色及其他有关的工作, 由护士做好纸板及印模的准备工作。实验组采用四手操作, 护士与医师分别在不同的工作范围进行工作, 彼此之间互不干涉, 使工作过程顺畅。只要不对手术造成太大的影响就可以了。在手术中, 护士要适时地帮助

医生扩大视野，保护病人的舌头和口腔粘膜，给病人涂上润唇膏，保护病人的嘴唇。在进行器械转移时，应采用手持钢笔的方法，全程注意病人的感觉；为病人提供必要的心理支援，减轻他们的恐惧感1) 椅子位置调整：及时调整病人的椅子位置，在准备上颌牙的时候，病人必须平躺，或者30度半卧位，使上颌平面与地板的角度大约90度，在准备下颌牙的时候，病人必须45度半卧位，使牙齿表面与地板平行。2) 姿势调整：在手术中，医师与护工的姿势与姿势要符合临床情况，以确保医师手术视野清楚，并不影响医师的诊断与治疗。3) 手术范围的调节：手术过程中，护士要积极配合医师扩大手术范围，以确保手术范围的清楚。在治疗过程中，可以采用吸管来帮助扩大视野，并及时将镜中的迷雾清除掉。座椅的扶手置于肋下区，以便在工作时在身体倾斜的位置起到支持作用，手肘尽可能贴近身体。将两只脚放在脚垫上，使左侧臀部和病人的肩膀在同一水平线上，并且使大腿和地板成一条直线。大腿长轴线平行于病人左耳与左肩连线。尽可能靠近治疗座椅。钻头手机，牙科防护线，牙科仿真石膏；贺利氏公司生产的手调式硅橡胶，色板，印模盘。4) 口腔组织的护理：护士要配合医师，做好病人口腔粘膜，舌体及其他有关组织的防护工作，以防止在手术过程中因用力拉扯口角而造成口腔组织的损害。对病人的口腔情况进行观察，并给予相应的保护措施。5) 仪器的护理：护士要主动配合医师的操作，用手持笔形，正确地将仪器送到患者手中。6) 心

理护理：当病人处于坐姿时，椅子的上边与病人的肩胛相平，头枕支撑在枕部，椅子的靠背与头枕之间的间距适当；头部，颈部和背部在同一水平线上，病人双眼平视，嘴巴自然张开，下颌弓形平面与地板成一条直线。护士要加强对病人的观察，了解病人的心理和情绪，多与病人交流，多给予安慰和鼓励，转移病人的注意力，减轻病人的痛苦和不良情绪，手术后适时告知病人有关的注意事项。

1.3 观察指标

分别于准备前和准备后测量细菌数量和灰尘浓度，并进行比较。将两组病人之牙齿预备作业时间进行比较，比较患者在接受治疗之后的概率，其中包括非常满意、满意、比较满意与不满意，概率总和为100%，再比较患者治疗的时间以及模型牙的标准率。

1.4 统计和分析

统计学软件SPSS 23.0分析，计数型指标则以例(n/%)表示， χ^2 检验，计量型指标则选用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述、t检验。 $P < 0.05$ ，则具有差异。

2 结果

2.1 对比实验组与对照组的空气污染指标

在患者的牙体预备之前，患者在指标数据方面没有明显的差异，而在牙体预备后，实验组的细菌菌落数以及粉尘密度方面都要低于对照组，且差异有着一定的统计学意义， p 值小于0.05，如表1。

表1 空气污染的相关指标

组别	例数	细菌菌落数 (CFU/m ³)		粉尘密度 (mg/m ³)	
		牙体预备前	牙体预备后	牙体预备前	牙体预备后
实验组	35	274.3±18.5	448.3±19.5	0.6±0.3	0.7±0.4
对照组	35	273.1±16.2	481.5±21.4	0.5±0.1	0.9±0.3
t值		0.2887	6.7842	1.8708	2.3664
P值		0.7737	0.0000	0.0657	0.0208

2.2 比较实验组与对照组在护理上的满意度 意度要高于对照组，且差异有明显的统计学意义， $P < 0.05$ ，如表2所示。

表2 比较实验组与对照组在护理上的满意度

组别	例数	非常满意	满意	比较满意	不满意	总满意度
实验组	35	19	10	6	2	33 (94.28%)
对照组	35	11	6	5	13	22 (62.85%)
χ^2 值						10.2667
P值						0.0013

2.3 对比实验组与对照组的患者的模型牙标准率 4.6289， p 值为0.0314。

实验组的患者模型牙标准共有32例，其比例为91.42%，而对照组共有25例，比例为71.42%， χ^2 值为

2.4 对比实验组与对照组的患者的在手术的操作时间 实验组的患者手术的操作时间为26.8±2.2分钟，而对

照组共有25例, 比例为 39.5 ± 4.2 分钟, t 值为15.8467, p 值为0.0000。

3 讨论

近几年, 随着人民群众物质生活水平的提高, 由于不合理的饮食习惯, 导致口腔疾病的患病率逐年上升; 对病人的生活造成了很大的影响^[3]。在临床中, 因牙齿缺损或牙列缺损而进行修复的患者很多, 牙齿准备的标准与否将会直接影响到后期的修复效果。因此, 临床上需要的时间比较长^[4]。当前, 在我国口腔医疗工作主要是通过一位护理人员 and 几位医师共同完成的。在口腔护理的全过程中, 存在着许多琐碎、重复性、并不复杂但耗时或者仅由一只手难以同时完成的工作, 如调整患者姿势、调整光线、吸痰、隔离湿气等, 吹干、冲洗、止血、传送工具, 调配原料、操作区的外露、消毒剂的使用、废物的处置等; 如果让一名医生一个人来做, 会占用太多的时间, 也会影响到治疗效果^[5]。四手操作手术最早在60年代被提出, 并在国外得到了广泛的应用, 如儿科、口腔、颌面部等。近几年, 国内一些口腔医疗机构及私人牙科也逐步发展起来, 四手式作业, 可使工作效率提升23%。护理人员 and 医师都能熟练地运用四手操作, 在整个口腔治疗过程中, 医师和医师配合, 护士能及时地准备器械, 配置填充材料, 减少医师的工作量; 这样做, 既能减少手术人员的身心疲惫, 又能最大限度的利用坐在椅子上的时间, 提高手术效率^[6]。在护理实践中, 可有效地提高护理人员的工作效率, 实现更高的工作目标。而患者则在护理人员的照顾下, 以放松的状态接受治疗, 口腔修复指的是牙齿缺损或缺失后的治疗工作, 在口腔修复后, 可以有效地改善病人的牙齿缺损情况, 提高病人的日常生活质量。随著社会经济的不断进步, 人们对于牙齿的美学要求越来越高, 牙体修补也就越来越多^[7]。在过去的牙齿修补工作中, 由于采用了传统的手术方式, 导致病人经常需要不自觉地改变姿势,

并经常需要起床等相关的动作; 医生和护士的配合并不好, 导致了手术的持续时间很长。而且在进行常规操作的时候, 需要对病人的耐受性和配合度有很高的要求, 所以在老年患者和儿童的实践中, 效果会比较差。这次调查的结果与实际情况一致, 对“四手操”在实际操作中的作用也有了更多的认识。在使用四手操作的时候, 需要对医护人员之间的配合程度进行更多的关注, 这样才能及时地根据患者的实际情况调整椅位、医护人员体位等。

在牙体预备操作的过程中, 实验组在细菌菌落数、粉尘密度比对照组低, 牙体预备操作的时间相比于对照组短, 护理服务方面的评分要比对照组理想, 且差异有一定的统计学意义, $P < 0.05$ 。

综上所述, 四手操作护理对于口腔修复后的牙体准备具有显著的效果, 可以加速准备过程, 减少对病人的不良影响, 具有一定的优越性。

参考文献

- [1]朱琴. 牙体预备的两种操作方法的应用比较及对患者满意度的影响[J]. 健康之友, 2021(6):64.
- [2]孔凤. 四手操作护理在口腔修复牙体预备中的效果研究[J]. 保健文汇, 2021, 22(5):119-120.
- [3]李美芳, 周敬, 张占乐. 口腔修复牙体预备不同操作模式的临床疗效比较[J]. 中国美容医学, 2020, 29(1):87-90.
- [4]邓学韬, 钱文昊. 口腔修复治疗中四手操作技术的应用效果分析[J]. 健康大视野, 2021(24):212-213.
- [5]陶芳. 口腔修复牙体预备中四手操作的临床护理研究[J]. 健康忠告, 2021, 15(29):139.
- [6]张萍萍. 口腔修复护理配合中实施四手操作的意义评价[J]. 医学美容美容, 2021(24):86-87.
- [7]王付群. 四手操作护理在口腔修复牙体预备中的运用分析[J]. 保健文汇, 2020(32):113-114.