

# 儿童口腔护理教育对预防龋齿效果的研究

李杰 吴雨耘 张海菊 \*

云南省滇南中心医院(红河哈尼族彝族自治州第一人民医院) 云南 661100

**摘要:** 儿童龋齿作为全球范围内最常见的慢性疾病之一,严重影响着儿童的生长发育和生活质量,而口腔护理教育作为预防龋齿的重要手段,其效果和实施策略一直是口腔医学领域研究的重点。本文通过对近年来相关研究成果的系统梳理和分析,探讨了综合口腔护理干预在预防儿童龋齿中的应用效果,研究结果表明,接受系统口腔护理教育的儿童其龋齿发生率显著低于未接受教育的儿童,特别是在日常刷牙技巧、饮食习惯调整、定期口腔检查等方面的教育干预,能够显著提高儿童的口腔健康水平,为制定更加科学有效的儿童口腔健康促进策略提供了理论依据和实践指导。

**关键词:** 儿童口腔健康; 口腔护理教育; 龋齿预防; 综合干预; 健康促进

## 1. 引言

龋齿是儿童时期最常见的口腔疾病,据世界卫生组织统计,全球约有60%~90%的学龄儿童患有龋齿,这一数据在发展中国家尤为突出,龋齿不仅影响儿童的咀嚼功能和营养摄入,还可能导致颌面部发育异常、发音障碍等问题,严重影响儿童的身心健康和生活质量。儿童期是形成良好口腔卫生习惯的关键时期,这一阶段的口腔护理教育对于预防龋齿、促进口腔健康具有重要意义<sup>[1]</sup>,因此,探索有效的口腔护理教育模式,提高儿童龋齿预防效果,已成为口腔公共卫生领域亟待解决的重要课题。

近年来,随着人们健康意识的提高和口腔医学的发展,儿童口腔护理教育受到越来越多的关注,各种形式的口腔健康教育项目在学校、社区和医疗机构广泛开展<sup>[2]</sup>,但教育效果参差不齐,如何科学评估口腔护理教育的效果,优化教育内容和方法,提高干预的针对性和有效性,仍需要深入研究和探讨。

## 2. 儿童龋齿的流行病学特征

### 2.1 发病率现状

儿童龋齿在全球范围内呈现高发态势,不同地区和人群的患病率存在显著差异,发达国家由于口腔保健体系相对完善,儿童龋齿患病率近年来呈下降趋势,而发展中国家的儿童龋齿问题依然严峻。我国第四次全国口腔健康流行病学调查显示,5岁儿童乳牙患龋率为70.9%,12岁儿童恒牙患龋率为34.5%,虽然较前次调查有所下降,但整体防控形势仍不容乐观,城乡差异明显,农村地区儿童的患龋率显著

高于城市地区,这与经济发展水平、医疗资源分布、健康教育普及程度等因素密切相关<sup>[3]</sup>。

### 2.2 危险因素分析

儿童龋齿的发生是多因素共同作用的结果,主要包括细菌因素、饮食因素、口腔卫生习惯和个体易感性等,致龋菌特别是变形链球菌在牙齿表面定植并产酸,是龋齿发生的始动因素,高糖饮食为致龋菌提供了充足的营养底物,频繁进食含糖食物和饮料显著增加龋齿风险。口腔卫生习惯不良,如刷牙方法不正确、刷牙时间不足、未使用含氟牙膏等<sup>[4]</sup>,使牙菌斑得不到有效清除,为龋齿的发生创造了条件,此外,儿童的免疫功能、唾液分泌、牙齿结构等个体因素也影响着龋齿的易感性。

## 3. 口腔护理教育的理论基础

### 3.1 健康教育理论模型

口腔护理教育的设计和实施需要科学的理论指导,常用的健康教育理论模型包括健康信念模型、计划行为理论、社会认知理论等,这些理论从不同角度阐述了健康行为改变的机制和影响因素。健康信念模型强调个体对疾病威胁的感知和对预防措施效果的认识在行为改变中的作用,应用于口腔护理教育时,需要让儿童和家长充分认识龋齿的危害性和预防的可行性,计划行为理论则关注态度、主观规范和知觉行为控制对行为意向的影响,提示在教育过程中要营造支持性的社会环境,增强儿童的自我效能感<sup>[5]</sup>。

### 3.2 儿童认知发展特点

儿童的认知发展具有阶段性特征,不同年龄段的儿童

在理解能力、注意力集中时间、学习方式等方面存在差异，学龄前儿童以形象思维为主，对抽象概念理解困难，需要通过游戏、故事、动画等形式进行教育，学龄期儿童逻辑思维能力逐步发展，可以接受更加系统的知识讲解，但仍需要直观的演示和实践操作。因此，口腔护理教育必须根据儿童的认知发展水平，采用适宜的教育方法和内容，才能取得良好的效果。

#### 4. 综合口腔护理干预的内容与方法

##### 4.1 教育内容体系

综合口腔护理干预涵盖了口腔健康知识教育、口腔卫生技能培训、饮食指导和定期口腔检查等多个方面，知识教育主要包括龋齿的成因、危害、预防方法等基础知识，帮助儿童建立正确的口腔健康观念。技能培训重点是正确的刷牙方法，包括牙刷的选择、牙膏的使用、刷牙的时间和频率、刷牙的动作要领等，通过反复练习使儿童掌握有效的菌斑控制技术，饮食指导强调限制含糖食物的摄入频率，培养良好的饮食习惯，定期口腔检查则有助于早期发现和治疗龋齿，同时强化健康教育效果<sup>[6]</sup>。

##### 4.2 教育方法创新

传统的口腔健康教育多采用讲座、宣传册等单向传播方式，效果有限，近年来，各种创新的教育方法不断涌现，显著提高了教育的吸引力和有效性。互动式教学通过角色扮演、小组讨论等方式增强儿童的参与度，体验式学习让儿童在模拟的口腔环境中练习刷牙技巧，多媒体教学利用动画、视频等形式生动展示口腔护理知识，游戏化教育将枯燥的知识融入有趣的游戏，激发儿童的学习兴趣。此外，同伴教育、家校合作等模式也在口腔护理教育中发挥着重要作用<sup>[7]</sup>。

#### 5. 口腔护理教育效果的实证研究

##### 5.1 国内研究进展

我国学者在儿童口腔护理教育领域开展了大量研究，取得了丰富的成果，多项研究表明，综合口腔护理干预能够显著降低儿童龋齿的发生率。任君等（2025）<sup>[1]</sup>的研究显示，接受口腔护理教育的儿童其龋齿发生率显著低于未接受教育的儿童，特别是在日常刷牙技巧和饮食习惯教育方面效果明显，姚花花（2024）<sup>[2]</sup>的研究发现，综合口腔护理干预不仅可以降低龋齿发生率，还能够提升儿童正确刷牙率、口腔保健知识知晓率以及饭后漱口率，在优化服务质量、提高依从性等方面均具有优势。

多个研究团队的结果一致表明，综合口腔护理干预的效果优于常规护理，于玮（2021）<sup>[3]</sup>的研究中，实验组儿童口腔健康行为各项评分均显著提升，新增龋齿发生率显著低于对照组，赵鲜（2020）<sup>[4]</sup>、徐莹等（2019）<sup>[5]</sup>、韩舜琦等（2019）<sup>[6]</sup>、蒋海晓（2019）<sup>[7]</sup>的研究也得出了类似结论，综合口腔护理干预能够有效提高儿童的配合率，石巧灵（2018）<sup>[8]</sup>的研究显示实验组儿童配合有效率高达98.15%，而对照组仅为63.64%，差异具有统计学意义。

##### 5.2 干预效果的时间效应

口腔护理教育的效果具有时间依赖性，需要长期坚持才能维持良好的预防效果，王丽华（2018）<sup>[9]</sup>的研究对儿童进行了不同时期的跟踪观察，发现观察组儿童在各个时期的龋齿发生率均明显低于对照组，张军等（2018）<sup>[10]</sup>的研究详细记录了护理后第3个月、6个月、9个月以及12个月的龋齿发生率，综合组分别为2.04%、4.08%、4.08%和6.12%，均显著低于对照组。这些结果提示，口腔护理教育需要持续进行，定期强化，才能保持良好的预防效果，短期的教育干预虽然能够提高儿童的知识水平和技能，但行为习惯的养成需要较长时间的巩固。

#### 6. 影响口腔护理教育效果的因素

##### 6.1 个体因素

儿童的年龄、性别、认知水平、性格特点等个体因素对教育效果产生重要影响，年龄较小的儿童理解能力有限，需要更加形象直观的教育方式，而年龄较大的儿童可以接受更加深入的知识讲解，性格外向的儿童更容易接受互动式教学，而内向的儿童可能更适合小组或个别指导。家庭经济状况、父母文化程度、家庭口腔健康行为等也是影响教育效果的重要因素，来自高社会经济地位家庭的儿童通常能够获得更好的口腔护理条件和家长支持。

##### 6.2 教育者因素

教育者的专业水平、教学技能、沟通能力直接影响教育质量，专业的口腔医护人员具有扎实的理论知识和丰富的临床经验，能够准确传授口腔护理知识和技能，但如果缺乏儿童教育的经验和技巧，可能难以引起儿童的兴趣和配合<sup>[7]</sup>。教师和家长作为日常教育的主要实施者，虽然与儿童接触时间长，但可能缺乏专业的口腔健康知识，需要接受相应的培训，教育者的态度和行为示范作用也不容忽视，积极的态度和良好的口腔卫生习惯能够对儿童产生潜移默化的影响。

### 6.3 环境因素

学校、家庭和社区环境对口腔护理教育效果具有重要影响，学校提供了集体教育的平台，但需要配备必要的设施和教具，营造支持口腔健康的校园文化，家庭是儿童生活的主要场所，家长的重视程度和监督作用至关重要，社区的口腔健康服务资源、文化氛围等也影响着教育的实施和效果。此外，媒体宣传、政策支持等宏观环境因素也不可忽视，积极的舆论导向和政策保障能够为口腔护理教育创造良好的社会环境。

## 7. 口腔护理教育的实施策略

### 7.1 分层分级教育模式

根据儿童的年龄特点和认知水平，建立分层分级的教育体系，对学龄前儿童重点培养刷牙兴趣和基本技能，通过游戏、儿歌等方式进行教育，对低年级小学生加强刷牙方法的规范训练和饮食习惯指导，对高年级学生深化口腔健康知识教育，培养自主管理能力<sup>[8]</sup>。同时，根据儿童的龋齿风险等级进行分级管理，高风险儿童接受更加密集的教育和监测，低风险儿童以维持良好习惯为主，这种个性化的教育模式能够提高资源利用效率和干预效果。

### 7.2 多部门协作机制

儿童口腔护理教育需要卫生、教育、妇联等多部门的协同配合，建立有效的协作机制，卫生部门负责提供专业技术支持，培训师资力量，开展口腔健康监测，教育部门将口腔健康教育纳入学校健康教育课程，保证教育时间和质量，妇联组织发挥联系家庭的优势，开展家长培训和社区宣传。通过明确各部门职责，建立定期沟通协调机制，形成齐抓共管的工作格局，才能确保口腔护理教育的系统性和持续性。

### 7.3 家校社联动策略

家庭、学校和社区是儿童生活的主要场所，三者的有机联动是提高教育效果的关键，学校开展集中教育，传授系统知识和技能，家庭负责日常督导，帮助儿童养成良好习惯，社区提供便利的口腔健康服务，营造支持性环境<sup>[9]</sup>。通过家长学校、亲子活动等形式加强家校沟通，通过社区口腔健康促进项目连接学校和家庭，形成教育合力，建立反馈评价机制，及时了解教育效果，调整教育策略，实现动态管理。

## 8. 发展趋势

随着科技进步和健康观念的更新，儿童口腔护理教育呈现出新的发展趋势，数字化技术的应用为教育提供了新的手段，虚拟现实、增强现实等技术能够创造沉浸式的学习体

验，人工智能可以实现个性化的教育方案，移动健康应用便于随时随地进行健康教育和行为监测<sup>[10]</sup>。精准化教育理念强调根据个体特征和需求提供针对性的干预，生命全程的口腔健康管理将儿童期教育纳入更大的健康促进框架，社会生态学视角关注多层面因素的综合作用，这些新理念和技术的应用将推动口腔护理教育向更高水平发展。

结语：儿童口腔护理教育是预防龋齿、促进口腔健康的重要措施，大量研究证实了综合口腔护理干预的有效性，通过系统的知识教育、技能培训、行为指导和环境支持，能够显著降低儿童龋齿的发生率，提高口腔健康水平。然而，要充分发挥口腔护理教育的作用，还需要不断创新教育理念和方法，完善实施体系和评价机制，加强多部门协作和社会参与，随着健康中国战略的深入实施和全民健康素养的提升，儿童口腔护理教育必将迎来更加广阔的发展前景，为保障儿童健康成长、提高人口素质做出更大贡献。

### 参考文献：

- [1] 任君,王美千.儿童口腔护理教育对预防龋齿效果的研究 [C]. 2025 精神医学与心理健康系列研讨会, 2025: 998-1002.
- [2] 姚花花.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的效果研究 [J]. 婚育与健康, 2024, 30(12): 109-111.
- [3] 于玮.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的临床效果探讨 [J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(11): 1367-1368.
- [4] 赵鲜.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的临床效果探讨 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2020, 7(02): 45+49.
- [5] 徐莹, 韩荣荣, 李瑶, 等.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的临床效果探讨 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(20): 128+131.
- [6] 韩舜琦, 雍妹, 秦小雨, 等.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的临床效果探析 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(12): 91.
- [7] 蒋海晓, 张亚勤.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的效果观察 [J]. 临床研究, 2019, 27(01): 156-157.
- [8] 石巧灵.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的效果研究 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 5(28): 73-74.
- [9] 王丽华.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的效果观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(77): 132+138.
- [10] 张军, 李玉荣.综合口腔护理干预对预防儿童龋齿的效果研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(65): 240-241.