儿童牙科就诊恐惧现状及其对就医依从性的影响研究

曹爱英　崔文香（通讯作者）　朱紫薇　闫龙帅　米泽惠

延边大学 吉林 延吉 133002

【摘　要】：探究儿童牙科就诊恐惧的发生现状，分析牙科恐惧与患儿就医依从性之间的关联。选取门诊 3～12 岁就诊儿童为研究对象，采用儿童牙科畏惧量表开展问卷调查，统计牙科恐惧检出率，评估患儿诊疗依从水平。结果显示，低龄儿童牙科恐惧检出率偏高；牙科恐惧程度越高，诊疗配合度、复诊依从性越低。牙科恐惧是影响儿童口腔就医依从性的关键心理因素，临床需构建多元化行为干预方案，缓解患儿负面情绪，提升持续就医依从水平，改善儿童口腔健康结局。

【关键词】：儿童牙科恐惧；牙科焦虑；就医依从性；口腔诊疗

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.013

引言

儿童龋病、牙外伤等口腔疾病发病率长期处于较高水平，及时规范的口腔诊疗是维护儿童口腔健康的重要保障。牙科就诊恐惧是儿童口腔科普遍存在的心理问题，患儿面对牙钻、器械、局部注射等刺激，易出现哭闹、抗拒、逃避就诊等行为。持续的牙科恐惧会降低诊疗配合度，造成家长推迟甚至放弃治疗，诱发就诊延迟，加重口腔病变。当前国内针对牙科恐惧与就医依从性的关联性研究仍有待丰富。本文调查门诊儿童牙科恐惧现状，剖析牙科恐惧对就医依从性的影响机制，探索可落地的干预策略，为儿童口腔临床行为管理提供参考依据。

1 儿童牙科就诊恐惧的流行病学现状

本次研究选取某医院儿童口腔科门诊就诊 3～12 岁儿童作为调查样本，使用中文版儿童牙科畏惧调查表（CFSS-DS）开展评估。调查结果显示，样本中存在不同程度牙科恐惧的儿童占比较高，其中重度恐惧多集中在 3～6 岁学龄前阶段。学龄前儿童认知发育尚未成熟，对陌生医疗环境、器械噪音、口腔侵入性操作敏感度更高，更容易产生紧张、害怕等负面情绪；随年龄增长，学龄儿童理解能力提升，牙科恐惧检出率逐步下降。不同性别样本对比可见，女童情绪敏感度更高，牙科恐惧评分略高于男童。同时，有既往不良牙科就诊经历的患儿，牙科恐惧得分显著高于首次就诊儿童，负面诊疗记忆会形成长期心理暗示，加剧后续就诊恐惧。家庭层面调研发现，存在牙科焦虑的家长更容易将紧张情绪传递给孩子，提升儿童牙科恐惧发生风险。数据还表明，牙科恐惧并非短暂情绪反应，部分患儿会形成持续性牙科畏惧，长期影响口腔就医意愿[1]。从临床流行病学整体特征来看，儿童牙科恐惧呈现低龄化、持续性、家庭传导性三大显著特征。3–6 岁幼儿处于情绪感知敏感阶段，对未知环境、机械噪音、触碰疼痛的耐受阈值极低，是牙科恐惧的高发人群。该年龄段儿童尚未建立成熟的规则意识与就医认知，无法理解诊疗行为的意义，只会依靠本能产生逃避、抗拒、哭闹等应激反应。7–12 岁学龄儿童已具备基础认知能力，能够听从简单指令、配合基础检查，恐惧多表现为紧张、沉默、身体僵硬，极少出现极端抗拒行为，整体畏惧程度显著降低。从就诊经历维度分析，二次及多次就诊儿童恐惧分化明显：拥有舒适、温和诊疗体验的儿童，复诊恐惧会明显降低；而经历过强制按压、疼痛治疗、粗暴安抚的儿童，会形成条件反射式恐惧，即使简单的口腔检查也会产生强烈抵触。

2 儿童牙科恐惧影响就医依从性的内在机制

2.1 即时诊疗依从：诊疗过程中的配合行为

牙科恐惧会直接改变患儿在诊疗椅上的行为表现。轻度恐惧患儿仅表现紧张、攥拳，基本可以配合检查；中度恐惧患儿会出现躲闪、哭闹，需要医护人员反复安抚；重度恐惧患儿强烈抗拒张口，头部扭动、挣扎，无法完成常规检查与治疗。患儿抗拒行为会中断诊疗流程，延长操作时间，增加黏膜划伤、器械误吸等安全风险。为规避风险，医师被迫简化治疗，分次完成诊疗，大幅降低单次诊疗效率。患儿强烈的恐惧体验，会进一步强化负面印象，形成恶性循环，直接降低诊疗阶段的即时依从水平。在临床实操场景中，即时依从性下降会引发一系列连锁诊疗问题。高恐惧患儿诊疗过程中频繁扭动、闭嘴、蹬腿，不仅干扰医师操作节奏，还会导致充填、备牙、根管治疗等精细操作精度下降，容易出现充填不密合、备牙过量、清洁不彻底等问题，大幅提升术后继发龋、牙痛、炎症复发的概率。部分患儿因剧烈抗拒，不得不中断既定治疗方案，原本一次可完成的基础治疗被拆分为 2－3 次，占用大量医疗资源，降低科室诊疗效率。

2.2 长期复诊依从：周期性口腔随访行为

就医依从性除单次诊疗配合外，还包含定期复查、按时复

作者简介：曹爱英，女（1999.10.14），朝鲜族，黑龙江大庆人，本科，研究方向:临床护理。

通讯作者：崔文香，教授，研究方向：母婴与儿童护理。

诊、预防保健等长期行为。当儿童经历痛苦、恐惧的牙科就诊体验后，会对口腔门诊产生条件性回避。面对乳牙充填、根管治疗、间隙保持等需要多次复诊的项目，家长容易因孩子强烈抗拒选择推迟复诊，甚至终止治疗。口腔疾病进展缓慢，中断治疗会造成龋坏加深、根尖炎症反复，后续治疗复杂度更高，反过来进一步加重儿童恐惧，降低长期复诊依从性。复诊依从性不足是儿童口腔疾病迁延不愈的核心诱因。多数儿童口腔疾病无法一次性根治，乳牙牙髓炎、根尖周炎、大面积龋坏均需要多次换药、复查、修复才能彻底治愈[2]。患儿因恐惧抗拒复诊，家长频繁拖延就诊，会导致原有病灶持续发展，炎症扩散至牙根、牙槽骨，影响恒牙胚发育，造成恒牙萌出畸形、牙列不齐、牙体缺损等不可逆问题。

3 诱发儿童牙科恐惧、降低依从性的多维度影响因素

3.1 患儿个体心理与年龄特质

年龄、先天气质、既往就医经历是核心个体因素。低龄儿童对疼痛、噪音、陌生环境耐受弱；敏感型、内向气质儿童更容易产生恐惧。曾经历疼痛、粗暴束缚式口腔操作的患儿，容易形成创伤记忆，再次就诊时恐惧快速激活，抗拒治疗。部分儿童对未知操作存在过度想象，放大牙科器械带来的不适感，加剧焦虑情绪。

从儿童身心发育规律分析，不同年龄段儿童的情绪调节能力、认知理解能力、疼痛耐受能力存在显著差异，直接决定恐惧程度高低。学龄前儿童大脑情绪调控系统尚未发育完善，冲动性强、安全感缺失，面对陌生医疗场景极易触发应激情绪，且无法通过自我调节缓解恐惧。气质类型层面，高敏感、内向、胆小的儿童对声音、触碰、疼痛的感知更为敏锐，轻微的器械震动、水流刺激都会引发强烈不适，畏惧情绪更为突出。而活泼外向的儿童注意力容易被转移，恐惧情绪持续时间短，配合度相对更高。同时，儿童主观臆想放大效应显著，多数儿童会凭空夸大牙钻、探针的疼痛感，对未知操作产生过度恐慌，即便无实质疼痛，也会产生强烈抗拒心理，直接降低诊疗依从性。

3.2 家庭环境与家长认知因素

家长是儿童就医决策的主导者，家长口腔健康认知、自身牙科焦虑、家庭教育方式均会产生传导效应。本身害怕牙科治疗的家长，就诊时紧张情绪会被儿童感知，间接放大孩子恐惧；部分家长就诊前使用“不听话就带去看牙医”这类恐吓式教育，提前建立负面心理暗示。还有家长对儿童口腔疾病重视不足，认为乳牙无需治疗，即便孩子抗拒就诊，也会选择拖延治疗，进一步降低就医依从性。

家庭是影响儿童就医心态的核心外部环境，家长的认知误区与教育方式是加剧牙科恐惧、降低依从性的关键诱因[3]。首先，恐吓式家庭教育危害极大，很多家长日常管教中习惯将牙科治疗作为惩罚手段，让儿童提前建立“看牙是惩罚、是痛苦”的负面认知，未就诊已产生强烈抵触。其次，多数家长存在严重的口腔认知偏差，普遍认为乳牙终将替换，无需花费时间、费用治疗，忽视乳牙病变对恒牙、颌骨发育的影响，主动拖延复诊、放弃治疗，直接降低家庭就医依从性。再者，家长自身的情绪具有极强传染性，部分家长就诊时过度紧张、反复询问、过度保护孩子，会让儿童感知到风险与不安，加重焦虑恐惧。同时，部分家长溺爱心理严重，孩子哭闹抗拒便立刻放弃治疗，纵容儿童逃避行为，导致儿童逐渐养成抗拒就诊的习惯，长期难以纠正。

3.3 诊疗环境与医护沟通因素

传统口腔科诊室器械轰鸣、金属器具视觉刺激强，容易诱发儿童紧张。医护沟通方式、行为引导手段，直接影响患儿情绪。如果缺少术前告知、预演安抚，直接开展操作，极易引发突发恐惧。缺少适合儿童的行为管理手段，单纯依靠强制固定，短期虽可完成操作，但会留下长期心理创伤，持续损害后续就诊依从性。

临床诊疗环境的感官刺激是儿童恐惧的直接诱因。传统口腔科诊室以白色冷色调为主，器械摆放密集、金属质感强烈、消毒水气味浓烈，整体氛围冰冷压抑，极易引发儿童心理不适。牙钻高频噪音、负压吸水声响、器械碰撞声音，对听觉敏感的儿童属于强烈噪音刺激，是诱发恐惧的主要源头。

4 缓解儿童牙科恐惧、提升就医依从性的干预对策

4.1 开展术前心理预干预，实施分步行为引导

采用“告知-展示-操作”经典行为引导策略，诊疗前向儿童展示器械、演示操作，降低未知带来的恐惧感。借助卡通绘本、短视频、治疗小游戏提前科普口腔知识，开展术前心理调适。根据儿童年龄与恐惧程度分级干预，低龄儿童使用感官分散法，借助音乐、动画转移注意力；对于高恐惧患儿，提前多次预访诊室，逐步适应环境，减少诊疗应激反应。精细化术前心理干预是缓解儿童牙科恐惧、提升依从性的核心举措。临床需建立分级分层干预体系，针对轻、中、重度恐惧患儿制定差异化安抚方案。针对轻度恐惧患儿，以简单语言讲解诊疗流程，通过表扬鼓励、趣味互动稳定情绪；针对中度恐惧患儿，采用游戏脱敏法、注意力转移法，播放童趣动画、把玩解压玩具，弱化诊疗紧张感；针对重度恐惧患儿，实施多次诊室脱敏，提前带患儿熟悉候诊区、诊疗椅、器械设备，逐步适应医疗环境，消除陌生恐惧。严格落实“告知—展示—操作”标准化流程，将复杂诊疗步骤拆解为简单易懂的小游戏，让儿童主动接触器械、感知操作，消除未知恐惧。

4.2 优化儿童口腔诊室人文环境

打造童趣化诊疗空间，在候诊区设置绘本、益智玩具，降低医疗环境压迫感。降低牙钻噪音刺激，使用柔和灯光，弱化冰冷器械的视觉冲击。医护人员采用温和语言，减少命令式表

达，建立信任的医患关系。诊疗过程持续给予正向鼓励，使用表扬、贴纸奖励强化良好配合行为，逐步改变儿童对牙科就诊的负面印象。

诊室环境童趣化改造能够有效弱化医疗压迫感，从感官层面缓解儿童焦虑恐惧。科室可针对性优化空间布局，将候诊区打造为儿童休闲区，投放口腔科普绘本、积木、益智玩具、卡通壁画，营造轻松温馨的氛围，让儿童将牙科诊室与娱乐场景相关联，替代传统冰冷医疗认知[4]。诊疗室更换暖色调灯光，降低强光刺激，对牙钻、手机等噪音器械进行降噪处理，减少高频噪音刺激。

4.3 强化家长健康宣教，构建家庭协同管理模式

就诊前后面向家长开展口腔健康科普，纠正“乳牙无需治疗”的认知误区，引导家长避免使用牙科治疗恐吓儿童。指导家长日常使用正向语言描述口腔检查，减少情绪传递。建立随访提醒机制，通过微信、电话提醒复诊，及时解答家长疑问，减少因儿童恐惧而出现的就诊拖延，持续提升长期就医依从性。家庭协同干预是根治儿童牙科恐惧、解决就诊拖延问题的长效手段[5]。医院需建立常态化家长宣教体系，利用候诊时间、短视频、科普手册、一对一讲解等方式，普及儿童口腔发育知识，纠正家长乳牙无用、小病无需治的错误认知。专项开展家庭教育指导，明确禁止家长使用牙科诊疗恐吓孩子，引导家长日常正向引导口腔检查，培养儿童主动就医意识。

5 结语

儿童牙科恐惧是由个体、家庭、诊疗环境多重因素共同作用形成的心理问题，与患儿单次诊疗配合度、长期复诊依从性显著相关，严重时会造成就诊延迟，损害儿童口腔健康。在儿童口腔临床工作中，不能仅关注疾病治疗，还需要重视心理层面评估与干预。通过术前行为引导、童趣化环境改造、家庭协同宣教等综合措施，降低儿童牙科恐惧水平，改善就医依从性，保障儿童口腔疾病得到及时、完整治疗。后续可开展大样本纵向追踪研究，持续评估干预方案长期效果，完善儿童牙科心理干预体系。

参考文献：

[1] 沈欢,刘晓.儿童口腔疾病患者牙科畏惧症的现状及影响因素分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2024,38(01):55-58.

[2] 黄瑶瑶,杨加培,潘月微.综合性干预对龋病患儿恐惧情绪、心理弹性、治疗依从性的影响[J].中国基层医药,2024,31(02):273-276.

[3] 喻健,许利琴,赵崚棪,等.基于环境听觉管理的舒适化治疗策略在儿童牙科畏惧症中的应用效果研究[J].中国实用口腔科杂志,2022,15(01):93-96.

[4] 兰柳萍,韩秀丽,王海燕,等.静脉深度镇静结合行为管理在伴牙科畏惧症 S-ECC 患儿中的应用效果及对行为心理的影响[J].中国卫生标准管理,2025,16(13):35-39.

[5] 孔佳新,赵严礼,孙汉堂,等.牙科畏惧症儿童全身麻醉下口腔治疗效果的临床研究[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2024,34(06):337-341.