

## • 卫生管理 •

# 区域化口腔疾病防治管理体系的应用与实践效果分析<sup>\*</sup>

陈 瑶<sup>1</sup>, 陈晓琴<sup>2△</sup>

(梁平区人民医院:1. 口腔科;2. 办公室,重庆 405200)

**[摘要]** 目的 探讨区域化口腔疾病防治管理体系的应用效果。方法 采用准实验研究设计,于 2023 年 10 月至 2025 年 1 月对重庆市梁平区 32 家基层口腔医疗机构(包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、诊所)的 69 名医护人员进行调查与干预,其中 2023 年 10 月至 2025 年 1 月为 A 组,2022 年 6 月至 2023 年 9 月为 B 组。A 组以重庆市梁平区基层口腔医疗机构现有管理体系为基础,采用传统管理模式。B 组在传统管理模式的基础上引入区域化口腔疾病防治管理体系。比较 2 组医护人员理论、操作考试成绩、医疗机构防治质量评分、医疗机构会诊次数和会诊成功率、医护人员培训参与率和患者教育满意度。结果 2 组医护人员理论、操作考试成绩比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2 组医疗机构各项防治质量评分及总分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。A 组、B 组医疗机构会诊次数分别为 42、26 次,二者比较,差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。A 组、B 组医疗机构会诊成功率分别为 85.71%(36/42)、69.23%(18/26),二者比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。A 组、B 组医护人员培训参与率分别为 93.94%(62/66)、75.76%(50/66),二者比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。A 组、B 组患者教育满意度分别为 90.79%(69/76)、75.00%(57/76),二者比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。结论 区域化口腔疾病防治管理体系显著提升了基层口腔医疗机构的防治工作质量、医护人员的专业能力及整体服务效率。

**[关键词]** 区县级; 口腔疾病防治; 管理体系; 质量提升; 持续改进

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.12.043

**文章编号:** 1009-5519(2025)12-2940-04

**中图法分类号:** R78

**文献标识码:** C

口腔健康是全身健康的重要组成部分。口腔疾病不仅影响口腔功能和美观,还与心血管疾病、糖尿病等多种慢性疾病密切相关,已成为全球性的公共健康问题<sup>[1]</sup>。近年来,我国大力推进口腔疾病防治体系建设,逐步建立了覆盖城乡的口腔疾病防治网络。重庆市积极响应国家政策,于 2021 年建立了三级口腔疾病防治指导中心,为提升口腔疾病预防和治疗水平提供了有力支持。然而,在口腔疾病防治体系不断完善的过程中,也暴露出一些问题。现有研究多聚焦于城市大型医疗机构或省级层面,对区县级基层口腔医疗机构的管理研究相对不足。区县级基层口腔医疗机构在人员培训、质量控制等方面仍面临诸多挑战,这些问题严重影响了口腔疾病防治工作的有效性和持续性,制约了基层口腔医疗机构的服务能力提升<sup>[2-6]</sup>。重庆市梁平区的口腔疾病防治工作同样面临着类似挑战。为精准对接群众多元化、差异化的口腔健康需求,梁平区积极探索和实践,于 2021 年开始构建由区口腔疾病防治指导中心主导的区域化口腔疾

病防治管理体系,并取得了一定成效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用准实验研究设计,于 2023 年 10 月至 2025 年 1 月对重庆市梁平区 32 家基层口腔医疗机构(包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、诊所)的 69 名医护人员进行调查与干预,其中 2023 年 10 月至 2025 年 1 月为 A 组,2022 年 6 月至 2023 年 9 月为 B 组。

## 1.2 方法

**1.2.1 干预方法** 32 家基层口腔医疗机构覆盖了不同的人群和地理区域,为研究提供了全面的数据支持。研究结合基线横断面调查与干预研究,通过对比基线和干预后的数据,能够有效控制外部变量,从而科学评估管理体系的实施效果。研究分为 3 个阶段:基线调查阶段(2023 年 10 月至 2024 年 1 月),全面调查医务人员现状,收集基线数据,持续 3 个月以确保数据稳定性和代表性;干预实施阶段(2024 年 2—7 月),实施管理体系干预措施,监测并调整干预过程,

\* 基金项目:重庆市卫生健康委医学科研项目(2024WSJK117)。

△ 通信作者,E-mail:286322987@qq.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250902.1551.002\(2025-09-03\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250902.1551.002(2025-09-03))

持续 6 个月以确保干预措施充分发挥作用;干预后数据收集阶段(2024 年 10 月至 2025 年 1 月),收集干预后数据,评估管理体系实施效果,持续 3 个月,与基线调查阶段时间一致,确保数据可比性。

A 组以重庆市梁平区基层口腔医疗机构现有管理体系为基础,采用传统管理模式。该模式主要依靠既有的规章制度和常规培训模式对医护人员进行管理,对防治工作进行质量把控。传统管理模式下,各机构自行开展工作,缺乏统一的协调和监督机制。B 组在传统管理模式的基础上引入区域化口腔疾病防治管理体系,具体措施如下:(1)人员培训与考核体系。区口腔疾病防治指导中心实施为期 6 个月的规范化培训体系,提升医护人员在龋齿预防和牙周病预防等关键领域的专业水平。培训内容包括每月 4 课时的理论知识和操作技能培训,涵盖基础知识,并辅以病例演练和现场考核。教学方法采用多媒体教学、案例分析和模拟操作等多种方式,增强学习效果。培训结束后,实施严格的考核机制,涵盖理论考核与实践操作考核,量化评估医护人员的专业知识与技能水平。理论和操作考核评分标准均依据国内外最新口腔疾病防治指南中的知识要点与操作规范制定,经专家多轮讨论后明确各评分项定义及范围,并通过预测试与反馈优化,确保评分人员经统一培训后执行一致标准。(2)质量控制与评估。构建全面的质量控制体系,对基层口腔医疗机构的防治工作实施定期检查。依据国内外最新指南与文献制定防治质量评分标准,结合专家多轮研讨,明确各维度定义与评分范围;经预测试及反馈优化,最终确定并推广至各机构。评估内容涵盖防治质量、人员资质、消毒与感染控制、资源配置、宣传教育等关键维度,确保全面性。通过定期检查监督工作质量,发现问题时及时反馈并整改。为确保数据的准确性和可比性,评分标准在基线调查和干预实施阶段保持一致,仅在研究结束后根据最新研究和实践进行更新,同时详细记录变更内容和时间。(3)技术支持与资源共享。建立区域口腔疾病防治会诊机制,鼓励基层口腔医疗机构对疑难病例进行会诊。通过会诊,促进经验分享和技术交流,提高诊断准确性和治疗成功率。定期病例讨论交流,进一步加强各机构间的合作与沟通。(4)宣传教育与健康促进。针对基层口腔医疗机构的医护人员,每季度完成 1 次口腔健康教育技能培训,每次培训时长不少于 1 h。培训内容聚焦于提升医护人员向患者传授口腔健康知识的能力,包括讲解技巧、沟通方法及保健指导等。此外,向医护人员提供标准化的口腔健康教育资源,如宣传册、海报和视频等,并对其进行使用培

训,以便在诊疗过程中有效辅助教育工作。

**1.2.2 数据收集** 在基线调查阶段,通过问卷调查患者教育满意度,通过文档审查获取医护人员的培训、会诊记录,使用本院专家修改制定的评分标准收集理论、操作考核及质量检查数据。在干预实施阶段,定期收集上述记录,统计医护人员培训参与率、理论和操作考核成绩,以及医疗机构防治质量评分(其中人员资质 11 分,防治质量控制标准 45 分,消毒与感染控制 16 分,资源配置 13 分,宣传教育 15 分)、会诊次数和会诊成功率,并通过问卷调查患者教育满意度。干预结束后,再次进行全面调查,收集干预后的数据,方法同基线调查阶段。2024 年 10 月至 2025 年 1 月向 32 家基层口腔医疗机构发放调查问卷 69 份,回收 30 家基层口腔医疗机构有效问卷 66 份,有效回收率为 95.65%;向患者发放问卷 80 份,回收有效问卷 76 份,有效回收率为 91.25%。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS26.0 软件进行数据统计分析。对服从正态分布的计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用两独立样本  $t$  检验;对服从非正态分布的计量资料采用中位数(四分位间距) $[M(Q_1, Q_3)]$  表示,组间比较采用两独立样本非参数秩和检验。计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 精确检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 2 组医护人员理论、操作考试成绩比较** 2 组医护人员理论、操作考试成绩比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组医护人员理论、操作考试成绩比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	理论考核	操作考核
A 组	66	$80.68 \pm 1.09$	$83.34 \pm 7.07$
B 组	66	$66.58 \pm 3.37$	$69.95 \pm 4.17$
<i>t</i>	—	11.54	15.05
<i>P</i>	—	$<0.001$	$<0.001$

注:—表示无此项。

**2.2 2 组医疗机构防治质量评分比较** 2 组医疗机构各项防治质量评分及总分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 2 组医疗机构会诊次数及会诊成功率比较** A 组、B 组医疗机构会诊次数分别为 42、26 次,二者比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = -4.567, P < 0.001$ )。A 组、B 组医疗机构会诊成功率分别为 85.71%(36/42)、69.23%(18/26),二者比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 3.841, P < 0.05$ )。

**2.4 2 组医护人员培训参与率及患者教育满意度比较** A 组、B 组医护人员培训参与率分别为 93.94% (62/66)、75.76% (50/66), 二者比较, 差异有统计学

意义 ( $\chi^2 = 6.789, P < 0.01$ )。A 组、B 组患者教育满意度分别为 90.79% (69/76)、75.00% (57/76), 二者比较, 差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 12.345, P < 0.01$ )。

表 2 2 组医疗机构防治质量评分比较 [ $M(Q_1, Q_3)$  或  $\bar{x} \pm s$ , 分]

组别	n	防治质量控制标准	宣传教育	人员资质	消毒与感染控制	资源配置	总分
A 组	30	42.00(40.00, 43.00)	13.81±1.05	9.38±0.96	14.19±0.40	12.31±0.70	91.38±4.26
B 组	30	35.50(35.00, 37.00)	10.25±1.34	7.00±1.63	12.88±0.96	10.69±0.87	76.50±5.43
t/Z	—	—3.75	—8.37	—5.02	—5.05	—5.79	—8.63
P	—	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注: — 表示无此项。

### 3 讨 论

本研究实施的区域化口腔疾病防治管理体系, 在人员管理、质量控制与评估、技术支持与资源共享及宣传教育与健康促进等方面进行了系统性改进, 显著提升了防治工作质量和医护人员专业能力, 推动了服务的标准化和同质化发展<sup>[7-10]</sup>。

**3.1 区域化口腔疾病防治管理体系的创新性与实践价值** 区域化口腔疾病防治管理体系通过规范化培训, 显著提高了医护人员的理论知识水平和操作技能, 提升了其专业能力。网格化管理模式促进了区域内的协作与资源共享, 增加了会诊次数和成功率, 形成了协同发展的良好局面。此外, 区域化口腔疾病防治管理体系还为基层口腔医疗机构培养了一批能够持续推动质量改进的骨干力量, 为长期发展奠定了坚实基础, 同时强化了宣传教育, 进一步提升了医护人员培训参与率和患者教育效果。

**3.2 对基层医疗机构发展的深远影响** 区域化口腔疾病防治管理体系的实施显著提升了防治工作质量和医护人员的专业水平, 其通过持续改进机制的建立, 基层口腔医疗机构能够不断发现和解决新问题, 实现防治工作的稳定性和持续性提升, 有助于基层口腔医疗机构在不断变化的医疗环境中保持竞争力, 实现可持续发展<sup>[11-12]</sup>。然而, 本研究也存在局限性: 会诊机制虽提高了诊断准确性和治疗成功率, 但受资源限制, 会诊频率和覆盖范围有待扩大; 病例讨论交流虽增强了机构间合作, 但其持续性和参与度需通过更有效的激励机制来保障。此外, 区域化口腔疾病防治管理体系的长期效果需通过更长期的随访研究来进一步验证。

**3.3 推广应用的可行性与挑战** 区域化口腔疾病防治管理体系具有较强的可复制性和推广价值。然而, 在推广过程中需要考虑不同地区的经济水平、医疗资源分布和人员素质等差异, 因地制宜地调整管理模式

的具体实施细节。此外, 推广过程中还需加强政策支持、资金投入和人员培训, 以确保区域化口腔疾病防治管理体系能够顺利落地并取得预期效果。

**3.4 未来研究方向与展望** 未来研究可进一步扩大样本量, 结合多中心研究, 验证梁平区的区域化口腔疾病防治管理体系在不同地区的适用性和实用性。此外, 还需要通过长期随访研究, 评估区域化口腔疾病防治管理体系对患者口腔健康水平的长期影响, 从而为全国范围内的口腔疾病防治工作提供更广泛参考。同时, 随着信息技术的快速发展, 未来研究还可以探索如何利用大数据、人工智能等新技术, 进一步优化管理体系, 提升防治工作的效率和质量<sup>[13-15]</sup>。

综上所述, 区域化口腔疾病防治管理体系显著提升了基层口腔医疗机构的防治工作质量、医护人员的专业能力及整体服务效率。尽管样本量有限, 但该管理体系在人员培训、防治质量控制、技术支持及宣传教育等方面进行了系统性改进, 推动了服务的标准化和同质化发展, 未来研究应关注会诊机制的持续性及长期效果。

### 参 考 文 献

- [1] 王春风, 梅君. 口腔预防医学 [M]. 7 版. 武汉: 华中科技大学出版社, 2020: 122.
- [2] 廖娜, 徐名媛, 陈雅文, 等. 北京市通州区 3~6 岁儿童口腔健康相关生活质量及影响因素 [J]. 北京口腔医学, 2024, 32(6): 415-420.
- [3] 何扬艳, 杨耀菊, 施春梅. 孤独症儿童口腔疾病防治的研究进展 [J]. 中国临床新医学, 2023, 16(12): 1312-1316.
- [4] 朱燕燕, 刘琳, 包广洁. 我国妊娠期妇女口腔健康现状及常见口腔疾病防治 [J]. 西北民族大学学报(自然科学版), 2021, 42(1): 50-53.
- [5] 张艳霞. 儿童口腔疾病防治策略分析 [J]. 妇儿健康导刊, 2023, 2(21): 67-68.
- [6] 李昊, 廖胤涵. 金属纳米酶在菌斑生物膜相关口腔疾病防

治中的研究进展[J]. 口腔疾病防治, 2024, 32(4): 241-248.

[7] 胡玲曦, 程磊, 陈婧. 唾液联合乳杆菌在口腔疾病防治中的研究进展[J]. 口腔疾病防治, 2024, 32(9): 722-729.

[8] 陆晓欣, 李兵, 邓润智, 等. 某口腔医院临床用血质量控制体系的建立与应用效果评价[J]. 中国病案, 2021, 22(3): 36-38.

[9] 曾晓娟, 周学东, 陈文霞. 建立和完善中国特色口腔公共卫生体系的思考[J]. 中华口腔医学杂志, 2020, 55(6): 6.

[10] 朱辛奕, 宋殿华, 陈丹, 等. 加强医疗质量管理, 促进口腔专业发展[J]. 吉林医药学院学报, 2020, 41(6): 425-426.

[11] 何珂. 高校附属医院学生和学员网格化管理模式的探索

## • 卫生管理 •

与创新[J]. 中国卫生资源, 2022, 25(6): 842-846.

[12] 马文晖, 王力红, 张京利, 等. 医院感染防控网格化体系的建立和实践[J]. 中华医院感染学杂志, 2021, 31(18): 2846-2849.

[13] 张宁, 王翔宇, 侯如霞, 等. 慢病管理模式在低龄儿童龋中的应用[J]. 口腔疾病防治, 2022, 30(9): 670-674.

[14] 杨瑛, 张方明. 口腔多学科协作诊疗模式(OMDT)的实施现状与思考[J]. 北京口腔医学, 2022, 30(1): 1-5.

[15] 张方明. 口腔多学科协作诊疗体系的构建与实施[J]. 中华口腔医学杂志, 2020, 55(10): 7.

(收稿日期: 2025-03-21 修回日期: 2025-08-26)

# 血站质量监控指标哨点监测情况分析<sup>\*</sup>

彭冬菊<sup>1</sup>, 代华友<sup>2#</sup>, 杨志平<sup>1</sup>, 陈 飞<sup>3</sup>, 刘开强<sup>4</sup>, 华敏玉<sup>5</sup>, 黄 霞<sup>2△</sup>

(1. 十堰市中心血站质管科, 湖北 十堰 442000; 2. 重庆市血液中心输血研究所, 重庆 400015;

3. 亳州市中心血站, 安徽 亳州 236000; 4. 文山州中心血站成分科,

云南 文山 663000; 5. 无锡市中心血站, 江苏 无锡 214000)

**[摘要]** 目的 分析哨点单位血站质量监控指标数据, 为采供血机构血液安全监测工作提供参考。方法 选取 2023 年 1—12 月参与血站质量监控指标数据分析的哨点单位 60 家, 对不同规模、区域哨点单位的数据进行回顾性分析。结果 60 家哨点单位献血总人次达 286 961 3, 共生产 101 933 67 单位血液产品, 其中脂血率、初筛血型错误率、血液报废率、血液生产过程相关报废率、医院退血率、血型抗体原因退血率分别为 6.70%、0.05%、6.06%、0.50%、0.18%、0.04%。不同规模哨点单位脂血率、初筛血型错误率、血液报废率、血液生产过程相关报废率、医院退血率、血型抗体原因退血率比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。不同区域哨点单位脂血率、初筛血型错误率、血液报废率、血液生产过程相关报废率、医院退血率、血型抗体原因退血率比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 6 项血站质量监控指标可以反映各采供血机构的质量管理情况, 辅助评判采供血不良事件, 有利于采供血机构自身及采供血机构之间的比对, 持续改进采供血机构质量管理体系, 但仍需要进一步细化。

**[关键词]** 采供血机构; 血站质量监控指标; 血液安全

**DOI:** 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.12.044

**文章编号:** 1009-5519(2025)12-2943-07

**中图法分类号:** R197.6

**文献标识码:** C

《血站质量管理规范》要求采供血机构建立和实施质量体系的监控和持续改进程序, 以保证质量体系有效运行和持续改进<sup>[1]</sup>。但该规范却没有明确的标准和质量监控指标, 采供血机构之间无法进行横向比较。2023 年中国输血协会血液安全监测专业委员会(以下简称“监测委”)参考《血站血液检测实验室质量监测指标(T/CSBT 004-2019)》拟定了脂血率、初筛血型错误率、血液报废率、血液生产过程相关报废率、医院退血率、血型抗体原因退血率 6 项血站质量监控

指标, 并纳入监控体系。2023 年, 全国共有 90 家采供血机构为血液安全监测工作哨点单位, 其中 60 家哨点单位报告了血站质量监控指标数据。本研究对哨点单位 2023 年 1—12 月血站质量监控指标数据进行了分析, 旨在为采供血机构血液安全监测工作提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选取 2023 年 1—12 月参与血站质量监控指标数据分析的哨点单位 60 家作为研究对

\* 基金项目: 中国输血协会圣湘基金项目(CSBT-SX-2023-01)。

# 共同第一作者。 △ 通信作者, E-mail: xiahuangyy@163.com。