口腔科医疗安全应急预案

一、血压突然升高应急预案……………………………………3

二、过敏性休克应急预案………………………………………5

三、拔牙后创口出血不止应急预案……………………………7

四、下牙槽神经组阻滞麻醉引起的损伤应急预案……………9

一、血压突然升高应急预案

（一）血压：

1、正常情况下，收缩压＜18.6kPa（140mmHg)，舒压＜12.0kPa(90mmHg)。当收缩压≥18.6kPa（140mmHg)和（或）舒压≥12.0kPa(90mmHg)称为高血压。

2、高血压主要见于高血压病（原发性高血压），亦可继发于其他疾病（如肾脏疾病、甲状腺功能亢进、颅压增高等），称继发性高血压。

3、血压低于12.0/8.0kPa(90/60mmHg)时，称为低血压，常见于休克、急性心肌梗死、心力衰竭等，也可见于极度衰弱者。血压为重要的生命体征，在拔牙及手术过程中，应随时监测血压变化，维持血压平衡。

（二）病因：

1、精神心理因素：如恐惧、紧、忧虑等。

2、不良刺激：如疼痛、器械响声、出血等。

3、其他：如伴有其他全身性疾病（急性心肌梗死、颅压增高、体弱疲劳者等）。

（三）临床表现：

患者出现头昏、头胀、胸闷、心悸症状。严重时可有头痛、恶心、想吐、手足发麻等症状。

（四）预防：

术前应仔细询问病史并监测患者血压，是否在正常值围， 如血压高于18.6/12.0kPa(140/90mmHg)时，应先行科治疗待血压接近正常或稳定后再拔牙或手术。若血压正常可以手术，术前应消除患者的恐惧和紧情绪，在术前1小时可给予适量的镇静剂（如口服安定药片一次2.5--5mg，一天3次）。术中保证无痛，局麻药选用利多卡因为宜，尽量减少手术创伤及局部止血。术后继续服用降压药物。有明显症状或合并心、脑、肾等损害的高血压患者，应禁忌拔牙。

(五)处理：

1.一旦出现高血压症状，应立即停止麻醉注射或手术。

2.迅速放平椅位，让患者平卧休息。

3.给患者以安慰，消除顾虑，往往能迅速好转。

4.根据病情给患者服用适量的降压药：舌下含服卡托普利一次12.5--25mg一天3次或舌下含硝苯地平一次5--10mg一天2--3次。

5.给药5分钟后监测血压到正常围，若经安静环境休息15分钟血压仍在140/90mmHg以上者，经治医师应及时拨打120转院进一步处理。

二、过敏性休克应急预案

（一）休克：

1、休克是人体对有效循环血量锐减的反应，是全身微循环障碍，组织和器官氧合血液灌流不足，进而引起代障碍，细胞结构和功能损害等系列全身反应的病理综合症。

2、休克按病因分为低血容量性、心源性、感染性，过敏性休克等，而口腔诊疗中最常见的并发症是过敏性休克。

（二）病因：

麻药过敏性反应

（三）临床表现：

胸闷、全身或手发麻、发痒、皮疹、寒颤；甚至突然出现惊厥、昏迷、呼吸心跳骤停等严重反应。

（四）预防：

1、详细询问患者有无过敏史

2、对普鲁卡因过敏者，可改用利多卡因，使用前也应做过敏试验。由于同类药物叉现象，普鲁卡因过敏者，也不能使用丁卡因。

3、麻醉前先用抗组胺药（如盐酸苯海拉明口服一次25--50mg,一天2--3次;或者盐酸异丙嗪口服一次12.5--25mg，一天2-3次）或镇静药（如安定口服一次2.5-5mg），一天2-3次）对防止或者减轻过敏反应有一定效果。

4、对过敏试验阴性者，也要提高警惕，在注射时仍然不可麻痹大意。

5、随时做好抗过敏性休克抢救准备

（五）处理：

1、一旦出现休克现象，应立即停止注射麻药

2、迅速平放椅位，患者于头低位

3、给患者松解衣扣，保持呼吸道通畅，同时给患者保暖

4、立即给1:1000肾上腺素0.5--1ml静脉注射，症状不缓解可间隔20-30分钟经肌注射或皮下重复注射1ml。

5、根据患者的具体情况给予对症治疗立即进行抢救，同时拨打120转院进一步处理，如出现心脏骤停应由首诊医生组织有关人员立即进行现场心肺复的抢救。

三、拔牙后创口出血不止应急预案

（一）拔牙后一般情况：

正常情况下，拔牙15分钟左右创口形成血凝块，即不再出血。如在术后30分钟去除敷料，创口仍有明显的出血倾向时称为原发性出血；术后48小时以上创口感染、血凝块分解后发生的出血称为继发性出血。

（二）原因：

1、急性炎症期拔牙;

2、牙龈及骨膜撕裂未行缝合或缝合不当；

3、牙槽窝残留炎性肉芽组织；

4、牙槽小血管破裂；

5、手术创伤大，牙槽骨折裂未行复位；

6、创口护理不当，如术后反复漱口、吐唾、吮吸、近过热过硬的食物、剧烈活动等；

7、局麻药中肾上腺素含量过高或术中用肾上腺棉球压迫止血，引起的血管扩;

8、全身因素所引起的出血如高血压、血液疾病（血红蛋白及红细胞、白细胞、血小板均减少，出血时间及血块收缩时间也延长等）、肝脏疾病等。

（三）临床表现：

患者情绪紧、焦虑、恐慌、面色苍白，严重的这可有血压降低，甚至虚脱。局部检查，可见血凝块高出创缘表面之上，在血凝块下有血液不断渗出。

（四）预防：

1、 术前询问病史并做必要检查及准备。

2、术中应减少损伤。

3、术后应妥善处理好拔牙创口。

4、拔牙后，应根据患者的具体情况给予止血药物。

（五）处理：

1、注意患者的全身状况，询问出血情况，估计出血量。应注意脉搏与血压的变化。

2、安慰患者消除其恐惧心理

3、去除血凝块，仔细查明出血原因和部位

4、针对不同的出血情况采取相应的止血措施：

a：轻微出血，可填塞碘仿海绵后压迫止血；

b：牙槽窝的出血，在局麻下切除刮除不良的血凝块或者残留的炎性肉芽组织及骨碎片，用碘仿纱条填塞止血；

c：牙龈及粘骨膜撕裂后的出血，应予以缝合止血。

（1）不论何种因素引起的出血，经上述方法处理后，宜观察患者半小时。待其完全不出血后方能离去。

（2）对疑有全身出血性疾病、严重的难以查明原因而又反复出血的患者，在局部处理同时应根据患者的具体情况，给予止血药物和抗生素预防感染。必要时应及时拨打120送往医院住院治疗或转科处理。

四、下牙槽神经组阻滞麻醉引起的损伤

应急预案

（一）下牙槽神经阻滞：

下牙槽神经阻滞麻醉剂注射于翼下颌间隙下颌肢侧的下牙槽神经沟周围，麻醉剂顺沟流入下颌孔而麻醉下牙槽神经，使该神经分布的区域产生麻醉效果。

（二）原因：

下颌磨牙特别是低位阻生第三磨牙，根尖与下颌管邻近，在分牙或断根是容易损伤下牙槽神经，或将牙根推入下颌管，使神经受压。

（三）临床表现：

下唇长期麻木或感觉异常。

（四）预防：

1、阻生牙拔除前应射X线片了解牙根于下颌管的关系，避免术中损伤。

2、如断根已经入下颌管，应扩大牙槽窝后取出，不可盲目用器械强取。

（五）处理：

1、如神经已受损伤，术后应给予预防水肿及减压药物；地塞米松磷酸钠注射液：静脉注射每次2--20mg；静脉注射时，应以5%葡萄糖注射液稀释。地巴唑片：口服一次5--10mg，每次3次。

2、给予促进神经恢复的药物，如维生素B1（口服一次5--10mg，一日3次）B6（口服一次10--20mg，一日3次）、B12（一般每片25mg--100mg分3次口服）片等。

3、如下牙槽神经血管束损伤拔牙创出血，还应以明胶海绵、碘仿纱条等填塞压迫止血。