

口腔门诊急救

表1 牙科诊所中的突发事件 (美国)

突发事件状况	数量	突发事件状况	数量
晕厥	15407(50%)	轻微过敏反应	2583(8%)
心绞痛 [※]	2552(8%)	体位性低血压 [※]	2475(8%)
癫痫	1595(5%)	哮喘发作(支气管痉挛) [※]	1392 (4.5%)
过度通气 [※]	1326(4.5%)	“肾上腺素反应”	913(3%)
胰岛素休克 (低血糖)	890(3%)	心脏停搏 [※]	331(1%)
抗过敏反应	304(1%)	心肌梗死 [※]	289(1%)
局麻过量	204(0.6%)	急性肺水肿 (心力衰竭)	141(0.4%)
糖尿病昏迷	109(0.35%)	脑血管意外 [※]	68(0.2%)
肾上腺功能不全	25(0.08%)		
合计		合计	30608(100%)

- ▶ 表1综合了1985年和1992年两次美国的调查，有96.6%的诊所发生过医疗紧急事件。在这些紧急事件中大约50%（15407次）是晕厥，这是通常情况下不太危险的突发事件。另外，25.35%的事件与心血管系统、中枢神经系统和呼吸系统有关，这些都有潜在的致命性

对日本牙科诊所发生紧急事件的调查：

表2 突发事件发生的时间

突发事件发生时间	总百分比
在候诊室	1.5
在局麻中或局麻后	54.9
在治疗中	22
治疗后（在诊所内）	15.2
离开口腔诊所	5.5

表3 发生并发症时进行治疗

治疗项目	构成比 (%)
牙拔除术	38.9
牙髓摘除术	26.9
未知治疗	12.3
其他治疗	9
准备工作	7.3
窝洞填充术	2.3
切开术	1.7
赘生物切除术	0.7
充填物去除	0.7
牙槽修整术	0.3

注意

1993年通过信件调查了北美及加拿大共计4307名医生，94.9%至少在诊所中经历过一次医疗急救，总计30608次急救

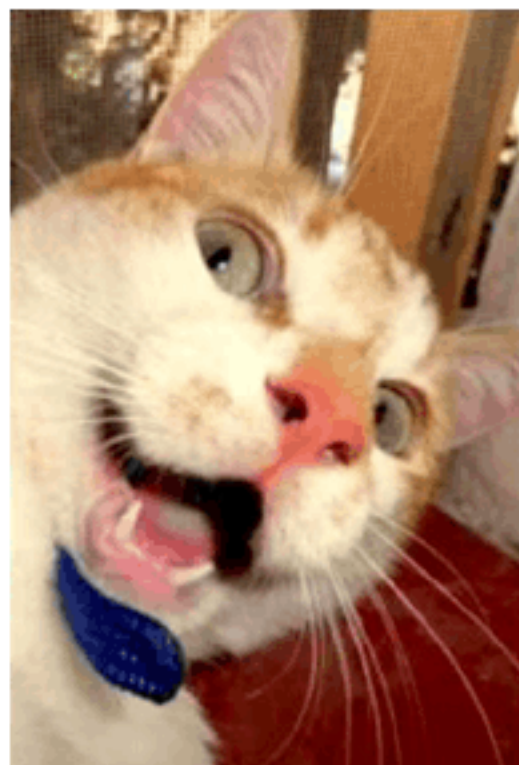
也就是说：每个牙科医生的从业生涯中均要经历7次急救场面！

死亡率

- ▶ 1962年，美国牙科协会在对4000名口腔医生调查，发现45例发生在口腔诊所的死亡病例
- ▶ 1989年，澳大利亚报道的811例口腔突发事件，其中20例需要实施CPR，15人存活，5人死亡
- ▶ 英国的报道，在义齿修复、牙周刮治、取印模等治疗期间，共出现20例死亡病例
- ▶ 2006年，有口腔医生和病人同时突发心脏病死亡的报道

中国基层口腔门诊目前急救之现状

- ▶ 1: 思想麻痹, 认为口腔门诊无急救
- ▶ 2: 有理论学习无操作学习
- ▶ 3: 无临床基础
- ▶ 4: 无急救预案准备
- ▶ 5: 无药物器械
- ▶ 6: 不会判断是否需要急救
- ▶ 7: 不会熟练操作急救措施
- ▶ 8: 遇突发事件慌张无措



危及生命的口腔急救事件

遇上了？

怎么办？

1、最重要的专业思路与对策

判断，但暂不诊断
对症，但暂不对因
救命，但暂不治病

所谓先“救人”后“治病”，而不遵循治病救人的常规。

急重症的特点：

- 突发、病情多变、难辨
- 救命第一、先稳定病情再弄清病因
- 时间紧迫，病情多变、预后差

应争分夺秒、强化时间观念

赶在“时间窗”内尽快实施目标治疗



按患者轻重缓急分为四类



刻不容缓立即实施抢救，心肺复苏



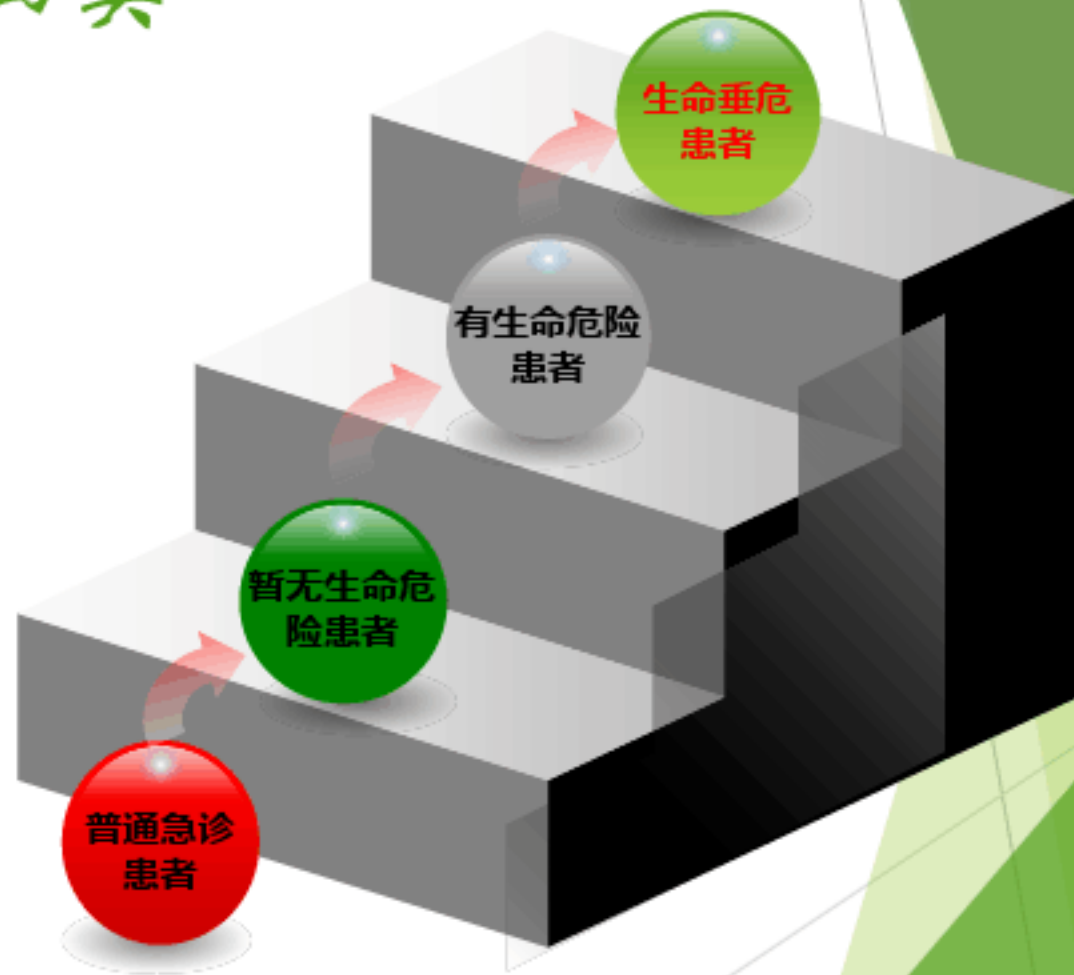
5~10分钟内接受病情评估和急救措施



30分钟内急诊检查及处理



30~60分钟内予急诊处理



2、最基本的五项急救首要措施 ——适用于任何急危重症

- 1、体位：仰卧、侧卧、端坐位
- 2、开放气道：保持呼吸道通畅
- 3、有效吸氧：鼻导管或面罩
- 4、建立静脉通路：应保持通畅可靠
- 5、纠正水电酸碱失衡：酌情静脉输液（先晶后胶）



口腔门诊的急救生存链



基础生命支持（BLS）的步骤：

基础生命支持（BLS）

是所有医疗急救处理中唯一最重要的一步

是所有的医务工作职员都应该接受的培训

步骤一 判断

- ▶ A 停止口腔操作
- ▶ B 确定意识是否丧失
- ▶ C 寻求帮助
- ▶ D 根据症状和体征识别病情：
 - ▶ 出汗/行为异常/口唇紫绀/头晕/恶心/胸痛
 - ▶ 意识改变/惊厥/呼吸困难/药物过量/过敏

基础生命支持

(现场目击, 判断, 启动急救医疗服务系统)


 判断患者意识



图 4-1 判断意识


 检查循环体征和呼吸



图 4-3 判断患者有无脉搏, 触摸颈动脉搏动


 启动急救医疗服务系统



图 4-5 判断患者有无呼吸

步骤二 P(体位)

- ▶ 调整病人体位（椅位）
 - ▶ 平卧位，脚稍抬高



步骤三 判断并开放气道（A）



给氧



判断呼吸道通畅及呼吸情况（B）

A 可以在口鼻感觉和听到气流，看不到胸腹部运动

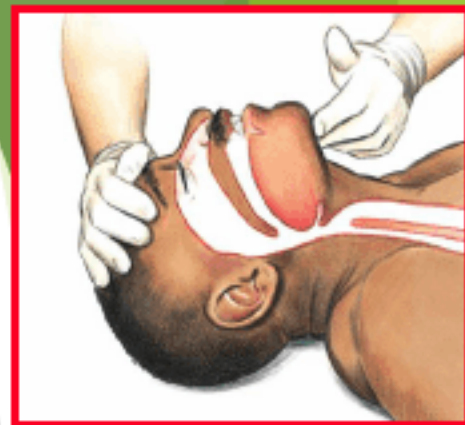
→ 说明呼吸道通畅

B 不能在口鼻部感觉和听到气流，胸腹部的运动沉重不规则

→ 存在气道梗阻 → 重新开放气道

C 不能在口鼻部感觉和听到气流，不能看到胸腹部的运

动 → 呼吸停止 → 开始人工呼吸



头后仰-抬下颌手法



下颏前冲手法

步骤四 判断循环 (C)



图 4—8 判断患者有无脉搏, 触摸颈动脉搏动

触摸大动脉搏动
推荐颈内动脉

无搏动, 或对搏
动有疑问, 立即
开始心外按压

有搏动, 且有意识,
监测血压值
和脉搏



注意

抢救者必须在10秒钟内查明动脉的搏动情况



没有搏动，立即开始胸外按压



(1) 檢查意識



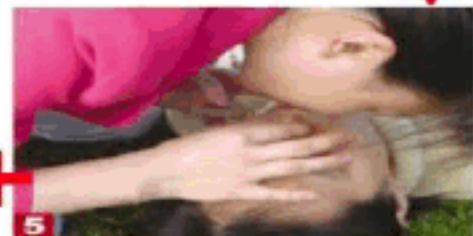
(2) 求救



(3) (A) 暢通呼吸道



檢查呼吸



5



6

(B) 吹兩口氣
每口氣一秒鐘



7

(C) 胸部按壓
用力壓、快快壓、
胸回彈、莫中斷。



8



9

按壓與吹氣比率

30 : 2



10



(D) 去舌



2010年新版CPR

根据2010美国心脏协会心肺复苏及心血管急救指南，CPR操作有以下的改变。

- (1) 胸外按压频率由2005年的100次/分改为“至少100次/分”
- (2) 按压深度由2005年的4-5cm改为“至少5cm”
- (3) 人工呼吸频率不变、按压与呼吸比不变
- (4) 强烈建议普通施救者仅做胸外按压的CPR，弱化人工呼吸的作用，对普通目击者要求对ABC改变为“CAB”即胸外按压、气道和呼吸。

此外，成人心肺复苏无论单人、双人，按压-通气均为30:2，先开始胸外按压，再进行开放气道。

步骤五 诊断/药物治疗/除颤 (D)

采取进一步措施改善症状，促进恢复

- ✓ 建立静脉通路
- ✓ 应用急救药物
- ✓ 转运
- ✓ 记录

案例

案例：患者男性、60岁、今晨9时10分因牙痛不能进食1天为主诉来我院就诊，刚坐上牙椅时，情绪异常紧张、突发脸色苍白，呼吸急促，诉胸闷心悸、头晕、眼花，继而丧失意识，昏迷

初诊：反射性（神经性）晕厥

抢救措施 1:

心理指导、放低牙椅，平卧位头偏1侧，双脚上抬 10-15度，以利于有效的脑部供血

抢救措施 2:

手法按压“人中”穴



患者症状不能缓解，反而加重，出现口唇紫绀

抢救措施 3:

立即给予氧气吸入 (4L/min)



抢救措施 4:

- 1、测量血糖 3.2mmol/L ，建立静脉通道
- 2、静推50%葡萄糖40ml，续5%葡萄糖250ml静点



抢救措施 5:

心电监护提示：

P 110次/分

R 25次/分

BP 88/56mmHg

SP_O₂ 85%



抢救措施 6:

吸痰



抢救措施 7:

开通第2条静脉通道:

生理水250ml+多巴胺100mg, 60d/min

血压平稳后调至20d/min



抢救措施9:

静脉推注:

- 1、“心三联” (0.1% 肾上腺素1mg、利多卡因100mg、阿托品 1mg)
- 2、“呼三联” (可拉明0.375mg、洛贝林3mg、回苏灵8mg)

结果：

经过抢救约10分钟后患者心跳呼吸恢复，瞳孔对光反射灵敏，会诊人员到达，做好抢救记录工作，与会诊/转运医护人员做好交接工作。



交接班记录：

急诊日期：2018年7月24日9时10分。

主诉：牙痛不能进食1天，伴突发胸闷心悸、头晕、眼花。

现病史：刚坐上牙椅时，情绪异常紧张、突发脸色苍白，呼吸急促，神志不清，四肢湿冷心跳呼吸停止。

交接班记录:

检查: P 110—0次/分, R 25—0次/分,
BP 88/56—0mmHg, SP02 85—95%,
心电图显1条直线

诊断: 1、牙痛。2、心跳呼吸停止

交接班记录：

处理：

- 1、放低牙椅
- 2、手法按压“人中”穴
- 3、吸氧：4升/分
- 4、测血糖（3.2mmol/L）
- 5、50% G.S 40ml IV后，续5%G.S 250ml ivgtt
- 6、心电监护
- 7、吸痰
- 8、心肺复苏术

交接班记录:

处理:

- 9、“呼三联” “心三联” 各1组 IV
- 10、开通第2条静脉通道: 生理盐水
250ml+多巴胺100mg , 60d/min,
待血压平稳后调至 20d/min
- 11、转科/院治疗

晕厥

- ◆ 定义：由于脑缺血、缺氧引起的一种突然发作历时短暂的意识丧失和无法保持姿势紧张

晕厥

◆病因：能够短暂降低脑灌注的所有疾病

1、不良刺激：疼痛、声音、环境。

2、情绪因素：紧张、恐惧。

3、其他因素：疲劳、体位改变、低血糖

晕厥

◆分类：

- 1、反射性晕厥。
- 2、直立性低血压性晕厥。
- 3、心源性晕厥。

临床特征

- ▶ 晕厥发作一般具有以下过程：
 - ▶ 发作前：多数病人感头晕、视物模糊、耳鸣或听力减退、全身无力、面色苍白、恶心、出汗、腹部不适等症状，可持续数秒至数10秒
 - ▶ 发作时：多数病人感眼前发黑，有短暂意识丧失（多在5秒内），同时全身肌肉松弛，跌倒在地；发作时伴血压下降，少数意识丧失持续时间超过15秒者，可出现抽搐、呼吸暂停、心率减慢、瞳孔散大、尿失禁等
 - ▶ 发作后：多数患者数秒即恢复意识，可伴有面色苍白、恶心、头晕和全身无力等，经休息可缓解，不留任何阳性体征

临床特征

- 1、反射性晕厥：一般仅有临床症状
- 2、直立性低血压性晕厥：先兆症状+蹲位、卧位、直立位时血压下降
- 3、心源性晕厥：先兆症状+严重的心率失常的临床症状和体征



发生迅速、持续时间短暂，具有自限性并且能够完全恢复意识

并发症：

晕厥病人一般情况下是不发生并发症的，但在特殊的情况下可诱发原有的疾病发作而出现相应的状症和体征

急救处理

- 1、立即停止各种操作
 - 2、迅速放平牙椅或取头低脚高位，松解衣领，保持呼吸道通畅，吸氧
 - 3、用手按压“人中”穴位
 - 4、测量生命体征和血糖，并根据测量后的异常值给予对症处理
- ▶ 静注高渗葡萄糖20---40ml
 - ▶ 处理原发疾病
 - ▶ 呼吸循环停止时按心跳骤停处置
 - ▶ 心电监护，及时请相关科室会诊
- 病情严重者 立即呼叫给予转科/院处理

急救处理

:

★ 注意

- ▶ 在知觉未恢复前，**不能**给任何饮料或服药。如有呕吐，应将病人的头偏向一侧

预防：

- 1、治疗前充分沟通。
- 2、提倡舒适治疗。
- 3、提供良好的就诊环境。
- 4、为有晕厥史的病人治疗时，尽可能采取水平仰卧位，双脚上抬 10-15度，以利于有效的脑部供血。
- 5、治疗时密切观察病情，发现前期症状及时处理。
- 6、如果并发症病情严重者立即转科/转院处理。

小结

一、遇到危急情况怎么做？

- 1、平卧
- 2、保持呼吸道通畅
- 3、给氧
- 4、呼救
- 5、开放静脉通路
- 6、心电监护

二、如果能确定是心跳骤停必须立即开始心肺复苏！不能因为做心电图或者连接心电监护或打电话呼救而耽误时间。心外按压比人工呼吸更重要，单做心外按压也是有效的

三、几点建议

- 1、行动比思考更重要
- 2、不要盲目用药
- 3、不要盲目实施有创性的操作
- 4、一定要呼救寻求帮助
- 5、心电图资料要存档

急救团队

- ▶ 口腔诊疗往往由一个医生完成
- ▶ 急救需要的是一个团队，至少要2-3人，组成一个最基本的急救小组。
- ▶ 如果人人训练有素加上配合默契，必然能够高效完成急救工作。

成员的分工

- ▶ 急救小组的1号成员；
- ▶ 一般由医师担任，是主要的施救者和团队的领导者。（第一个到急救现场的人！）
- ▶ 主要的职责是实施基础的生命支持，包括评估环境，识别患者的意识，调整患者的体位，判断大动脉的搏动以及自主呼吸，胸外按压，除颤器送达时候的电极除颤。

成员的分工

- ▶ 2号成员：可由护士或者医师担任
- ▶ 职责：负责将简易呼吸器和氧气瓶等急救设备带着急救现场，并辅助1号成员进行气道管理，如开放气道，使用简易呼吸器进行人工呼吸，连接氧气源。

成员的分工

- ▶ 3号成员：一般由护士担任
- ▶ 职责：携带除颤仪器到达急救现场并协助安装，辅助1号,2号成员进行其他急救操作，如准备急救药物，开放静脉，拨打120急救电话，监测患者的生命体征，记录抢救时间及内容。

急救援助

- ▶ 如果你觉得需要帮助，绝对不要犹豫，应该明白，我们只是牙科医生，不是急救医生，有些人比我们强！
- ▶ 我们的任务是什么？
维持患者的生命，直到专业人员的到来

谢谢！