



口腔外科小手术操作指南

Manual of Minor Oral Surgery for the General Dentist

原著 [美] Karl R. Koerner

主译 胡开进



世界图书出版公司



口腔外科小手术操作指南

Manual of Minor Oral Surgery for the General Dentist

编 著 [美] Kenneth J. Koverman

主 译 顾野强



辽宁人民出版社

Manual of Minor Oral Surgery for the General Dentist

口腔外科 小手术操作指南

原 著 [美] Karl R. Koerner

主 译 胡开进

副主译 周宏志

译 者 (按姓氏笔画排名)

丁宇翔 孔 亮 张国良 杨擎天

周宏志 孟凡文 侯 锐 胡开进

敖建华 秦瑞峰 董广英 薛 洋

世界图书出版公司

西安 北京 广州 上海

图书在版编目(CIP)数据

口腔外科小手术操作指南/(美)柯纳(Karl R. Koerner)著;胡开进译. —西安:世界图书出版西安公司,2009.5

书名原文:Manual of Minor Oral Surgery for the General Dentist
ISBN 978-7-5062-8978-8

I. 口... II. ①柯... ②胡... III. 口腔外科手术—指南
IV. R782.05-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第049033号

Copyright of the original English language edition 2006 by Blackwell Munksgaard Publishing Company. Original title: "Manual of Minor Oral Surgery for the General Dentist", by Karl R. Koerner

版权贸易合同登记号 25-2008-031

Blackwell Munksgaard 授予世界图书出版西安公司在中华人民共和国境内的中文专有翻译、出版和发行权。未经许可,不得翻印或者引用、改编书中任何文字和图表,违者必究。

口腔外科小手术操作指南

主 编 Karl R. Koerner

主 译 胡开进

责任编辑 邵小婷

出版发行 世界图书出版西安公司

地 址 西安市北大街85号

邮 编 710003

电 话 029-87214941 87233647(市场营销部)
029-87235105(总编室)

传 真 029-87279675 87279676

经 销 全国各地新华书店

印 刷 陕西金德佳印务有限公司

开 本 787 mm × 1092 mm 1/16

印 张 15.25

字 数 580千字

印 数 2000

版 次 2009年5月第1版

印 次 2009年5月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-5062-8978-8

定 价 148.00元

前言

本书是为对口腔外科感兴趣的口腔科医生编写的一本指导手册。口腔科医生拥有的外科专业知识和技术掌握程度不同，其中有些人通过综合医疗、毕业后再教育或者受到有经验医生的传授等途径获得了大量的知识和经验，而另外一些人则仅在学校学习期间受过极少量的指导和培训。

各学校对口腔外科的培训和教育程度因学校对毕业生的要求而异。此外，一些学校会提供选修或者校外培训，而其他学校则不安排。甚至在同一学校的同一个班级内，少数学生可能有机会进行大量的拔牙操作，而其他学生只能进行少量操作。本书的目的是为了缩小经验不同的医生之间的差距，并且为对口腔外科感兴趣的临床医生提供详细的知识和信息。本书综述了某些外科领域的临床操作步骤和原则，使口腔科医生可以根据已经建立的治疗标准进行操作。

本书读者应已具备口腔解剖、医生和病人体位、术中软硬组织保护等方面的基础知识和技能以及初步的临床管理能力。本书将直接介绍关键的步骤，如病例的选择、手术步骤以及并发症的防治。本书有助于使医生的手术过程更快、更顺利、更简单、更安全，从而大大减少医生的挫败感和病人的不满。

本书涉及的操作过程亦可由口腔颌面外科医生、牙周科医生和牙体科医生完成。很多时候病人应被转诊至专科医生以获得更好的处理，例如：极度忧虑的病人、由于全身性疾病而长期服用某些药物的病人、骨质过度致密的老年病人、有其他特殊情况的病人。本书可以帮助读者更清楚地了解每一个步骤的实施标准，更准确地了解自己的诊治能力和范围。

本书描述的操作步骤大部分是围绕着牙槽外科展开的，比如：“外科”拔牙术、阻生牙拔除术（主要是年轻病人）、修复前外科手术、根尖切除术、根尖倒充填术、牙冠延长术以及活检术等。本书还讨论了对病人的评估、病例的选择、出血及感染等问题的处理；由于其专业特殊性，书中某些计量单位未统一采用法定计量单位，如“英寸”的使用等。

对于一个对口腔外科感兴趣的口腔科医生来说，这是一本非常好的参考书，它提供了很多非常宝贵的知识和经验，可达到提高读者的诊治能力和操作信心的目的。

目 录

- 第一章 病人评估与病史 /1
- 第二章 外科拔牙术 /15
- 第三章 阻生第三磨牙的外科处理 /40
- 第四章 修复前外科 /66
- 第五章 适度的牙冠延长术 /80
- 第六章 根尖周根管显微外科 /108
- 第七章 口腔病变的评估与治疗 /162
- 第八章 口腔手术与牙科治疗的焦虑控制 /177
- 第九章 感染和抗菌药物的应用 /205
- 第十章 围手术期出血的预防和处理 /223

第一章 病人评估与病史

引 言	/ 1	癫痫	/ 8
病 史	/ 2	妊娠	/ 9
检 查	/ 3	母乳喂养	/ 9
头颈部检查	/ 5	基本急救	/ 9
可疑的病损	/ 6	P 保持病人良好的体位	/ 10
焦虑的控制	/ 6	A 保持呼吸道通畅	/ 10
影响牙科病人的常见病	/ 6	B 人工呼吸	/ 10
心血管疾病	/ 6	C 人工循环	/ 10
心肌梗死	/ 7	D 后续治疗	/ 11
冠状动脉搭桥术	/ 7	基本急救,心肺复苏	/ 11
充血性心力衰竭	/ 7	窒息	/ 12
肝功能障碍	/ 8	急救箱	/ 12
糖尿病	/ 8	结 论	/ 13
出血	/ 8		

引 言

本书的目的是为初级口腔科医生提供常见的口腔外科操作知识,也为有经验的口腔科医生提供更多的专业知识和操作技能,以便他们在临床实践中更好地发挥自己的诊治能力,提高操作水平。

一个口腔科医生完成外科操作的能力受多方面因素影响。有一些医生对外科手术有很大的兴趣,而另一些却不太

喜欢。有的医生有在综合医院工作的经验或毕业后受过相关的培训,而另一些医生则没有这个机会。有的医生因工作在缺乏专科医生的地方,以至于他们必须进行一些需专科医生来完成的手术。目前认为,在口腔科治疗的过程中,不管操作者是颌面外科专科医生还是口腔科医生,治疗标准应该是一样的。如果一个口腔科医生想要拔除第三磨牙,除了有学校所学知识外,通常还需更多的培训。仅仅有完成这个操作的愿望是不

够的，必须达到相应的水平。对一个口腔科医生来说最好的方法就是能得到额外的培训机会。通过毕业后的继续教育提高外科专业知识，然后学着诊治不太复杂的病例，并且在上级医生指导下进行操作，直到能很好地完成诊断与操作。医生执照给了口腔科医生和口腔颌面外科医生相同的权利来完成拔牙术，因此，一个口腔科医生如果想要进行更加复杂的操作就必须有更强的愿望去获得培训和提高的机会。学习的内容不仅包括接受相关的外科操作技术培训，还包括提高管理病人的能力和正确处理可能出现的并发症。

外科操作技术仅仅是整个治疗过程的一部分，对一个医生来说，根据病人的整体情况来制订适当的治疗方案才是至关重要的。应该在术前先对病人的焦虑状况进行控制。是否需要镇静才可完成治疗？（有的病人需用镇静剂才能顺利地完成任务。）当你面对一个极度紧张和由于全身性疾病而长期服用某些药物的病人时，如果不能全面了解和解决病人各方面的问题，就需要找药理学专家和（或）口腔颌面外科专家，通过多学科合作来解决问题。

口腔科医生永远都要对病人保持友好、同情及关心的态度。病人希望在治疗疾病的同时能够被作为一个人来对待。口腔科医生需要详细了解病人的恐惧与焦虑心理，使病人坚信无论术中发生任何意外医生都有能力解决。在当今这个快节奏的社会，有时一点同情心就可起到很大的作用。

病人认为人道主义和同情心是评价医生能力的最重要的两个因素。特别是医生控制疼痛和焦虑的能力比手术技术更重要。医生应该以精湛的技术和高度

的责任心来处理手术区，恰当的处理和人为的关心可以使组织快速愈合，减少并发症的发生。

病 史

医生能获得的最重要的信息就是病人的病史。如果病人的病史里存在健康问题，有经验的医生就能判断该病人能否接受手术并能预见可能干扰病人伤口愈合的问题以及病人是否会受到麻醉药物、抗生素或其他药物的影响。

医生需要有一个详细的健康调查表，表中应包括病人所有的健康问题，还应设置“其他未提及的情况”一栏。这个调查表要确保医生了解病人曾经出现过的治疗并发症，这样医生才能充分了解病人有关手术的具体问题。

在采集病史的过程中，医生应注意病人异常的言语和反应并要作进一步的评估。一个受过良好培训的助手的作用是尤为重要的，特别是在填写病人信息表及获取病人医学数据时，他应该使医生注意到表上可能影响手术过程的问题并强调这些问题，还应在表外做标记进行提示。

所有的调查表都应该包括病史和病人的主诉。病人应该用自己的话填写表格并尽可能多的提供与其病情相关的信息。详细的信息及医生细心而有技巧的提问能帮助医生作出合理的诊断。如果病人没有能力提供自己的病史，那么所有的信息都不应采信。只有对病人情况有完整而可靠的评估才能进行诊断。调查表还应包括保密性声明，向病人保证这些记录会被保密。唯一能看到这些记录的人就是参与手术的医生或者内科医生（需经病人同意）。签字一栏还应包括

病人明白所有问题并得到满意的解释。

病史必须包括可能危及病人安全的健康问题（除非医生已采取适当的措施）。心血管系统是首先需要考虑的。应特别重视心绞痛、心肌梗死、心脏杂音、风湿热等病史，并应采取适当的措施。其他疾病如肝炎、哮喘、糖尿病、肾病、性传播疾病、癫痫、人造关节置换、心瓣膜病以及过敏性疾病等也应特别注意。需要处理的过敏主要是药物过敏及其他牙科材料的过敏，如橡胶过敏。面对长期使用抗凝药物、皮质类激素、高血压药物及其他药物的病人时要全面考虑^[1]。对于女性病人即使是未婚的育龄女性，都应该询问是否怀孕。病史应该每年更新。一个好的助手应该对病人进行随访以便发现病人在最后一次接受治疗后所发生的变化，然后记录这些变化并告知医生。

在病史调查表填写完毕之后，医生与病人见面并仔细核对表格内容。病人理解所谈论的内容是非常重要的。这是一个评估病人的全身状况和反应能力的非常好的机会。应注意病人表情和心理状态的变化，判断是否可以相信病人所提供的信息。如果有可疑的地方，应该询问比较可靠的病人家属。

样表 1-1 是一份典型的病史调查表。任何填写者都必须对填写的内容负责^[2]。另一个重要的法律文书是手术同意书（样表 1-2），它为医护人员提供更多的保护。

检 查

医生或训练有素的助手应首先检查病人的生命体征。这既能筛查未考虑到的健康问题又能为后期的评估提

供依据。图 1-1 显示测量血压和脉搏的技术。



图 1-1 测量血压和脉搏。水银血压计仍是测量血压的金标准，但是现在大多数诊室都使用数字化的仪器

尽管高血压很常见，但测量这一重要生命体征的工具却经常不太准确。医生必须根据标准的水银仪器校准血压计并定期对工作人员进行培训以确保测量的准确性。即使使用自动测量血压的装置，也应对操作者进行培训以减少人为误差。

成千上万的高血压病人中很多人都不知道自己的血压高。口腔科医护人员可以帮助病人及早发现这一重要且危及生命的健康问题。研究表明约三分之一的美国人患有高血压（舒张压 $>89\text{mmHg}$ ，收缩压 $>139\text{mmHg}$ ）。另外四分之一的美国人处于高血压前期（舒张压 $80\sim 89\text{mmHg}$ /收缩压 $120\sim 139\text{mmHg}$ ）^[3]。注：最近公共健康倾向于提倡比表 1-1 中更保守的数值。

表 1-1 列出了血压的正常值及高血压的分级。

与脉压相比，收缩压和舒张压是划分高血压等级的最佳方法。随着血压从 $115/75\text{mmHg}$ 开始不断上升，脑卒中的风险亦逐步增加。

大约 15%~20% 的 I 期高血压病人

样表 1-1 病史

病人姓名: _____ 出生日期: _____

医生姓名: _____ 电 话: _____

请尽可能完整地回答以下问题:

1. 你认为自己健康吗? 是 否

2. 目前或近几年内是否接受过医生的治疗? 是 否

如果是,请写明详细的治疗情况: _____

3. 是否服用过药物,包括避孕药? 是 否

请详细写明药物名称及服用目的: _____

4. 是否患有或者曾经患有心脏病或血液疾病? 是 否

5. 是否曾被告知存在心脏杂音? 是 否

6. 是否因心脏问题而需要在治疗前服用抗生素? 是 否

7. 是否患有或者曾患有高血压? 是 否

8. 是否为艾滋病病毒携带者或者是艾滋病病人? 是 否

9. 是否曾患有肝炎或其他肝脏疾病? 是 否

10. 是否曾患有风湿热 哮喘 血液系统疾病

糖尿病 风湿病 关节炎 结核 性传播疾病

心脏病发作 肾脏疾病 免疫系统疾病

其他疾病 请详细写明: _____

11. 是否很容易出血? 是 否

12. 是否曾对药物存在异常反应或过敏,包括以下药物?

青霉素 布洛芬

阿司匹林 可待因

对乙酰氨基酚 巴比妥类药物

是否正在服用下列药物?

抗生素 洋地黄或治疗心脏病的药物

硝酸甘油 抗凝药物(血液稀释剂)

阿司匹林 抗组胺药

镇静药 口服避孕药

胰岛素

13. 是否容易晕倒? 是 否

14. 是否曾对牙科治疗材料或局麻药有反应? 是 否

15. 是否对局麻药过敏? 是 否

16. 是否有其他过敏反应? 是 否

如果是,请记述: _____

17. 是否曾患有精神失常或接受过精神治疗? 是 否

18. 是否曾对酒精或药物成瘾? 是 否

19. 女性: 是否在孕期? 是 否

是否在母乳喂养期? 是 否

20. 牙齿现在是否感到疼痛? 是 否

21. 上次看牙的时间:

22. 上次看牙的医生是:

23. 你的牙是否影响全身健康? 是 否

24. 你的牙龈是否出血或敏感? 是 否

25. 是否曾服用食欲抑制药物? 是 否

26. 是否吸烟? 是 否

如果是,每日吸多少支:

27. 是否饮酒? 是 否

如果是,多长时间喝一次:

我保证对上述问题回答的准确性。由于我医疗状况或者用药的改变都会影响牙科治疗,所以我同意在以后的诊疗过程中告知医生任何变化,并理解这样做的重要性。

签名(病人、法定监护人或病人委托人): _____ 日期: _____

样表 1-2 知情同意书

我授权_____医生和(或)其同事或助手施行那些对我或我的被监护人或者委托人牙齿健康必要的或可取的治疗程序,包括:镇静药物(包括一氧化氮)、止痛药以及其他药物成分(滋补药物、姑息治疗药物、治疗用药或外科治疗)的使用和(或)安排。

我理解使用局麻药可能会引起不良反应或副作用,包括(但不局限于)淤血、血肿、刺激心脏、肌肉疼痛以及暂时的或永久性的(极少)麻木等。我理解有时可能会发生断针并需要外科手术取出。

我理解作为牙科治疗的一部分,包括预防性的程序如洁牙和各种充填术在内的基本牙科治疗过程中及完成治疗后牙齿仍有可能敏感甚至疼痛。在长时间的治疗后,口颌肌群可能也会疼痛、敏感。在治疗中和(或)治疗后牙龈及其周围组织也有可能敏感或疼痛。在常规的牙科治疗过程中,虽然很少见但也有可能会造成舌、颊或口周软组织损伤或割裂,有时可能需要缝合或其他处理。

我理解作为牙科治疗的一部分,牙冠、小的牙科器械、钻机的组成部分等物品,可能被吸入呼吸系统或被吞咽。这种特殊情况可能需要在 X 线引导下由医生取出,极少情况下,可能需要气管镜或其他的方法才能将其安全取出。

为了得到有利于我或我的小孩或被监护人的预期效果,我愿意承担所有的风险,包括与全面预防和手术治疗相关的所有危害。对我所得到的必要的解释和提问的机会,我表示衷心的感谢。

病人姓名: _____

签名(病人、法定监护人或病人委托人): _____

见证人: _____

表 1-1 血压分级

收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	分级
<120	<80	正常
120~139	80~89	高血压前期
140~159	90~99	I 期 轻度高血压
>160	>100	II 期 中度高血压
>200	>110	III 期 重度高血压

只有在保健检查时才会出现血压升高。这种暂时性的高血压常见于老年人,而且降压治疗可能会降低他们在诊所的测量血压,但不会影响他们的动态血压。

对于轻、中度高血压病人,首先应让其接受保健医生的降压治疗。在以后的每一次牙科治疗之前都应测量血压。如需要的话采用抗焦虑治疗(表 1-2)。

重度高血压病人,必须延期治疗并转诊至保健医生或者急诊医生接受降压

治疗。这些病人可能随时发生脑卒中。

应测量并记录脉搏。最常用的方法是用右手中指和食指指尖触诊病人腕部的桡动脉(图 1-1)。

心率通常是通过测 30s 内的脉搏后乘以 2 得到。对于脉弱或者心律不齐的病人,只有在上述疾病经治疗控制后方可进行其他治疗。

头颈部检查

口腔科医生的检查重点通常是口腔、头面部及颈部,但也应仔细检查其他部位,以便发现异常。

体格检查的方法通常有 4 种:视、触、叩、听(用听诊器听心脏、肺及血管发出的声音)。口腔科医生还应对皮肤进行检查,看头颈部和其他暴露部位是否存在皮肤缺损,并触摸颌下及颈部淋巴结。此外,还应检查头发的情况、颜

面部的对称性、眼球运动、结膜颜色及面部有无包块等。应全面检查口内的情况，包括口咽部、舌、口底及口腔黏膜以便发现异常的组织和有病变的区域。

可疑的病损

可疑的病损都应做活检。根据美国牙科协会的方案，任何超过 14d（包括 14d）且外观异常的病损都应做活检，并将标本送至口腔病理实验室。专门的组织病理学检查实验室通常免费提供标本瓶。口腔科医生在这方面必须起带头作用。红色及白色或者红白混合的损害是特别可疑的，必须谨慎处理（图 1-2）。口腔癌的侵袭性及破坏性极强，即使是无吸烟及饮酒等危险因素的人甚至是儿童都有可能发生口腔癌，所以必须进行彻底的检查。



图 1-2 舌缘的鳞状细胞癌

焦虑的控制

目前常用的减少焦虑的方法见表 1-2。

表 1-2 抗焦虑方案

1. 手术前一天晚上服用安眠药以促进睡眠（唑吡坦 10mg）。
2. 术前 2h 应用镇静药物。
3. 约在早晨治疗以减少等待时间。
4. 和病人讨论与手术无关的话题来减轻病人的焦虑。
5. 提醒病人不要做可能引起不舒适的事情。
6. 尽量避免病人看见手术器械和针等。
7. 应用笑气。
8. 进行局部麻醉时应轻柔并应选择持久强效的麻药。
9. 应用 1:100 000 的肾上腺素，但不得超过 4mL，成人用量为 0.04mg/30min。
10. 有条件者可行静脉镇静，但应有专业麻醉医生配合。
11. 术后给予口头及书面的护理说明。
12. 使用有效的镇痛药。
13. 让病人放心，并告知病人如果出现问题应与谁联系。
14. 手术当晚电话询问病人的情况及是否有问题。

影响牙科病人的常见病

检查完成后，医生应全面了解病人的情况。因为牙科治疗对大多数病人并不构成风险，所以当遇见高危病人又没有认识到其危险性时会使口腔科医生放松警惕。对于因全身性疾病而长期服用某些药物的病人须谨慎处理，才能避免和控制可能发生的并发症。下面是医生可能会遇见的常见病。

心血管疾病

供应心脏的动脉进行性狭窄会导致心肌供氧及需氧的失衡。需氧量会因劳累、消化食物或术中焦虑而进一步增加。当心肌缺血时会导致胸闷，

并向手臂、颈部及颌骨产生放射痛。其他的症状还包括出汗及心率减慢，上述情况被称为心绞痛。如果能够及时给予药物和氧气，心绞痛通常是可逆的。诊室应准备氧气、硝酸甘油及阿司匹林等药物。

在检查过程中，如果医生确定病人存在供应心脏的动脉栓塞，就需要采取必要的预防措施。医生的责任是准备好必要的药物并在治疗开始前采取预防措施。这样可以降低手术诱发心绞痛发作的风险。如果病人频发心绞痛，建议补充氧气。口服镇静剂或吸入笑气可以减轻病人的紧张情绪。如在诊所治疗过程中发生心绞痛，医生应向急救中心求救。在以后的复诊之前应先咨询病人的家庭医生。

对心脏病病人使用的局麻药中是否加肾上腺素一直存在争议，但是总的来说利大于弊。因疼痛刺激引起的内源性肾上腺素分泌增加与轻微的血管收缩相比，其危险性更高。尽管如此，建议此类病人在行局麻时，局麻药量不得超过4mL，肾上腺素的浓度为1:100 000，成人用量为0.04mg/30min。

术中应监测病人的生命体征，保持与病人的语言交流，并准备硝酸甘油和充足的氧气。

许多症状的出现提示医生病人的情况比心绞痛更糟糕。下述症状表明病人可能出现心脏病发作或心肌梗死：

1. 胸痛持续发作。
2. 胸痛间断性反复发作。
3. 胸痛加重。^[5]

如果这些症状持续存在，医生就必须将病人送至急诊室或者呼叫急救中心。

心肌梗死

对有心肌梗死史的病人应该特别小心，应该及时发现并处理冠状动脉堵塞。梗塞区域功能会不断降低，最终坏死而失去功能。如果梗塞区域周围的心肌轻度受损，通常是可以治愈的，但可能会成为诱发心律失常的病灶。

对有心肌梗死史的病人处理方法如下（美国心脏协会建议）：

1. 请病人的家庭医生会诊。
2. 将所有择期治疗计划推迟至少6个月。在得到内科医生的准许后采用抗焦虑治疗。在每次治疗时都给予充足的氧气。
3. 准备硝酸甘油。如需行口腔手术，可将病人转诊至口腔颌面外科。^[6]

冠状动脉搭桥术

冠状动脉搭桥术病人应在术后6个月才能接受牙科治疗。如果在恢复过程中出现了并发症，间隔时间需延长。需放松病人紧张焦虑的心情。在治疗过程中密切监测病人的生命体征。每一个有心脏病史的病人都应该检测脉搏氧。如果诊室配有心电监护仪，可用其进行心律不齐的监测。

充血性心力衰竭

这种心脏病主要是心肌不能有效工作，心脏不能泵出足够的血来支持循环系统，并且血液开始集聚。集聚部位主要位于肺、肝、肠系膜血管。

充血性心力衰竭的主要症状为端坐呼吸、踝关节肿胀及呼吸困难。端坐呼吸是指病人在平躺时通气不足，上身抬起可增强呼吸使病人感觉舒服一些。这类病人需要使用利尿药和洋地黄毒苷等

多种药物来降低其液体量并增加心排出量，也可通过服用 β -受体阻滞剂和钙离子通道拮抗剂来控制心脏的负荷。

经药物控制比较好的病人可接受常规的牙科手术或其他治疗，术中应控制病人的焦虑症状并补充供氧以保证病人的安全。

接诊因心脏病而长期服用某些药物的病人，医生应具备处理紧急情况资格，否则应将病人转诊至颌面外科。

肝功能障碍

肝功能损害病人，通常因病毒感染或酗酒引起，需特殊的对待，包括减少或避免使用需经肝脏代谢的药物。这就需要医生了解所开药物的代谢过程。由于肝脏合成的凝血因子减少，此类病人通常会有出血倾向。部分凝血酶原时间和凝血酶原时间是较好的评价指标，特别是对肝功能损害严重的病人。许多肝病病人具有传染性，但可通过常规的方法预防。

糖尿病

糖尿病分为胰岛素依赖型和非胰岛素依赖型。胰岛素依赖型病人常在儿童期或成年早期即患病，胰岛素分泌不足是主要病因。

短暂的血糖升高对糖尿病病人来说并不危险，但是服用胰岛素后没有吃饭所引起的低血糖可能会导致定向障碍及糖尿病或胰岛素休克。此时必须给病人使用葡萄糖以稳定病人的情况，在病人清醒时可饮用橙汁。处理胰岛素依赖型糖尿病病人应注意以下几方面：

1. 确保糖尿病已得到控制。并应在治疗前咨询病人的家庭医生。
2. 必要时可以采用抗焦虑治疗，

但不要采用深度镇静。

3. 治疗时间不要过长，尽量安排在上午。

4. 在操作前询问病人吃了什么，胰岛素是否平衡。

5. 持续监测病人的生命体征。

6. 让病人服用正常的早餐和正常剂量的胰岛素。

7. 必须告知病人应根据术后饮食摄入量来调整胰岛素用量，进食困难可能会引起胰岛素失衡，必要时咨询家庭医生。

8. 注意病人是否出现低血糖的症状。

9. 与病人保持联系，了解术区情况。采取必要的措施预防感染，如发生感染应及时处理。

10. 诊室内应准备糖源（橙汁及葡萄糖等）。^[1]

对于非胰岛素依赖型糖尿病病人来说，所有牙科治疗都无需特别注意，除非糖尿病无法控制^[7]。表 1-3 描述了低血糖的症状。

表 1-3 糖尿病病人低血糖的体征

尿频	面色苍白
极度口渴	肿胀
极度饥饿	易疲劳
体重异常减轻	定向障碍
易怒	视力模糊

出血

出血性疾病将在第十章中讨论。

癫痫

癫痫病人最常见的发作类型是癫痫大发作，多发生在大脑的一个区域自发性去极化后。治疗前应询问病人以下问题：

- 你的癫痫发作属于哪种类型？
- 你服用的是什么药物？
- 你发作之前的征兆是什么？

治疗癫痫的药物是中枢神经系统抑制剂，常用的药物有：苯妥英钠、苯巴比妥、卡马西平及双丙戊酸钠。

可通过询问病人及其家属获得癫痫发作的频率、严重程度及持续时间等。通常癫痫发作持续 1~3min。如果发作时间超过 5min 将会危及生命。在 2~3min 的发作后，病人通常会极度疲惫并出现定向障碍。在病人抽搐的时候你唯一可做的事就是防止病人受伤，不要试图将病人移到地面。在发作之前，将系有绳子的口腔支撑物塞入病人口中，但发作过程中不可塞支撑物，以免损伤牙齿和牙龈。在服用抗癫痫药一段时间后才能进行牙科治疗。

妊娠

对一个孕妇来说，不只是要关心孕妇本人的安全，也要考虑婴儿的安全。应特别注意由药物和放射引起的基因损伤，最好是在孕妇分娩以后再进行手术治疗。

多数需要手术和（或）药物治疗的孕妇都处于高危状态，应该按下述方法处理。美国口腔协会根据药物对婴儿的影响将其分为 A、B、C、D 及 X 5 种类型。A 型是最安全的，D 和 X 型安全性最低。D 和 X 型的致畸作用最强，C 型和 B 型药物应注意使用剂量^[89]。

青霉素、对乙酰氨基酚、可待因、利菌沙、头孢菌素等被认为是最安全的药物。阿司匹林和布洛芬是孕妇禁忌使用的，因为它们可能引起产后出血及延长妊娠^[7]。

要避免临产妇取仰卧位，因为此体

位会压迫静脉腔而限制血流。除非万不得已，不要在孕期前 3 个月及后 3 个月对孕妇进行治疗。如必须治疗，须先咨询病人的家庭医生。

母乳喂养

医生应避免使用可进入乳汁而影响婴儿的药物。只有少量牙科常用药对婴儿有害，其中包括皮质醇、四环素、甲硝唑及氨基糖类药物。

根据婴儿的年龄及体重，可使用一些经乳汁排泄的药物。婴儿年龄越大，药物引起问题的几率就越小。药效持续时间也是一个影响因素，应尽量避免使用长效药。婴儿可服用的药物都可用于哺乳期妇女，但必须缩短用药时间^[8]。表 1-4 列举了一些可以保守应用的药物和对母乳喂养的婴儿有潜在危害的药物。

表 1-4 哺乳期妇女与药物

可以保守使用的药物	对婴儿有潜在危害的药物
对乙酰氨基酚	氨苄青霉素
抗组胺剂	阿司匹林
可待因	阿托品
利菌沙	巴比妥类
氟化物	水合氯醛
利多卡因	安定
杜冷丁	甲硝唑
苯甲异恶唑青霉素	青霉素
氯林可霉素	四环素类

基本急救

诊室的所有医务人员都有必要参加基本急救知识的培训。下面对基本急救知识进行简单的综述。

急救治疗的首字母缩写是 PABCD，这一缩写可以用在所有的急救场合而不仅仅是心脏病发作：

P 良好的体位

A 保持呼吸道通畅

B 进行有效的人工呼吸

C 建立有效的人工循环

D 后续治疗

每个字母的简要说明如下：

P 保持病人良好的体位

保持病人良好的体位是第一步。正确的体位是病人清醒状况下最舒适的体位。心脏停跳的病人需要平躺。如果是哮喘病人，可能希望能够坐起来以利于自己呼吸。如果病人清醒的话，他们会告诉你感觉最舒服的体位，如果病人意识丧失，则保持水平体位，稍微抬高脚。低血压是病人丧失意识的最主要原因，稍微抬高病人脚部能够使病人的头部获得更多的血供，从而刺激大脑。病人能够在水平仰卧位时呼吸，但是要确保病人的头部和心脏在同一平面而不能过低。

A 保持呼吸道通畅

缩写中第二个字母代表气道通畅。对昏迷的病人来说保持气道通畅至关重要。将病人头后仰，下巴稍微抬起。一只手放在病人的前额，另一个手的两个指头放在病人的下颌部，使病人头部后仰。将病人的舌头拉向前贴近下颌骨，当前拉病人下颌时，舌头也随之之前移而不致堵塞气道，这样可使病人呼吸或接受人工呼吸。应确保没有异物堵在口腔或咽喉部。

B 人工呼吸

医护人员须将他们的耳朵置于距病人鼻子 2.54cm 远的地方，并观察病人胸部的活动情况。病人胸部在运动表示

病人在努力呼吸，但并不意味着病人正在呼吸，病人可能存在气道堵塞。能感觉到鼻腔或口腔的气流是至关重要的。对一个心脏停跳的病人来说，必须保证病人仰卧，心脏的高度绝对不可以高于头。可以稍微抬高病人的腿来增加入脑的血液，但如果心脏高于头，呼吸就会变得困难。

如果病人没有呼吸，即为呼吸暂停。抢救人员必须帮助病人呼吸以维持血氧浓度。

C 人工循环

保持头部后仰，检查颈动脉搏动。掌握检查颈动脉搏动的方法至关重要。有研究表明，40%的医护人员忽视了颈动脉搏动的检查。检查颈动脉搏动时，应保持头部后仰，把手指放在喉结或者甲状软骨上，轻轻加压并向抢救者所在侧的颈侧部滑动至胸锁乳突肌前缘沟内。颈动脉即位于此沟内（图 1-3）。搏动检查应持续 10s。如果触摸不到颈动脉搏动，应立即开始胸部按压，这样可以把富含氧的血液输送到大脑中。根据 2005 年美国心脏病学会意见，非专



图 1-3 检查颈动脉搏动。40%的医护人员忽视了颈动脉搏动的检查

业救护人员在进行胸部按压前可以不必对病人的循环系统状况进行评估。

D 后续治疗

最后的工作就是认真诊断。如果医生能够明确地诊断，就可以给病人恰当的药物治疗。但是，要记住药物不能挽救病人，基本的急救治疗才能够拯救病人的生命。如果牙科医生没有经过高级心脏生命支持的培训，最好对病人继续实施基本的急救直到救援到来。

体征是医生检查到的，症状是病人诉说的。下面是一些需要注意的症状和体征：

1. 意识改变
2. 呼吸抑制
3. 过敏反应
4. 胸部疼痛 [1,10]

基本急救，心肺复苏

下面是对心肺复苏步骤的概括。不能代替正式的复苏培训。

心肺复苏 (CRP)

1. 拨打急救电话

检查病人的应答性。如无应答，拨打急救电话，然后回到病人身边并寻求



图 1-4 听呼吸音



图 1-5 人工呼吸两次，每次持续 2s

帮助。在多数情况下，急救人员会给予心肺复苏的指导。如果你不是一个人，叫别人拨打电话，你开始心肺复苏。

2. 人工呼吸

去除病人口腔内的异物，将病人头后仰，抬起下巴，将耳朵置于距病人口鼻 2.54cm 远的地方感觉病人的呼吸。如果呼吸异常，则用手捏住病人的鼻子，用嘴对着病人的嘴吹气直到看到病人胸部隆起。人工呼吸两次，每次呼吸应该持续 1s 以上以提供足够体积的气体使胸部隆起。

3. 胸部按压

如果病人昏迷并且无应答，应立刻进行胸部按压。在双侧乳头中间部位进



图 1-6 胸部按压