

团 体 标 准

T/CHSA 086—2024

口腔急诊预检分诊分级专家共识

Expert consensus on pre-examination in oral emergency



2024-11-29 发布

2024-12-29 实施

中华口腔医学会 发布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华口腔医学会口腔急诊专业委员会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件起草单位：北京大学口腔医院、四川大学华西口腔医院、空军军医大学第三附属医院、首都医科大学附属北京口腔医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、中山大学附属口腔医院、中国医科大学附属口腔医院、兰州大学口腔医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院牙科中心、南京医科大学附属口腔医院、解放军总医院第一医学中心。

本文件主要起草人：姬爱平、白洁、赵丽萍、汪晓彤、郭华秋、徐训敏、王津、陈红涛、付元、白向松、孙伟。

本文件专家组成员：华成舸、陈永进、张旻、夏登胜、朱亚琴、余东升、张英、李志革、盛列平、陈亚明、郭斌。



引 言

口腔急诊患者诉求繁杂，涉及所有年龄段及多个口腔医学分支学科。口腔急诊的预检分诊需要综合所在医疗机构的诊疗条件、患者诉求、具体病种、患者的全身健康状况等进行分诊和分级。危及患者生命的急危重症需立即接诊并组织抢救；在生命体征平稳的患者中，有些病例需根据其病因及病情的发展是否会短时间内快速进展危及患者生命或影响疾病预后而确定就诊的优先等级。

本文件在制定过程中广泛征询了全国各地各级口腔专科医院和综合医院口腔科专家的意见，也征询了口腔专科医院中与口腔急诊相关的科室专家和综合医院急诊专家的意见和建议。

本文件基于文献和部分医疗机构的临床实际状况而制定，各医疗机构需依据自身医疗资源配置情况酌情采纳。



口腔急诊预检分诊分级专家共识

1 范围

本文件给出了口腔急诊预检分诊、口腔急诊常见疾病的分诊分级及分诊流程。

注：本文件不涉及医师接诊后的转诊、会诊和救治流程。

本文件适用于各级口腔医疗机构对口腔急诊初诊患者的预检分诊，特别适用于开设有口腔急诊的医疗机构。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

口腔急诊预检分诊 pre-examination triage in oral emergency department

对口腔急诊患者进行快速评估，根据其急危重程度和具体病情予以分级，依据级别排定就诊的先后顺序。

3.2

口腔急诊分诊分级 triage system in oral emergency department

一种以口腔急诊患者病情急危重程度以及治疗响应时间对预后影响程度而制定的等级标准，也是辅助分诊人员分诊的依据。

3.3

响应时间 response time

口腔急诊患者可等待医疗处置的时间，即患者从分诊评估结束到医生接诊前的最长等候时间^[1]。

4 口腔急诊预检分诊与口腔急诊分诊分级

4.1 口腔急诊预检分诊原则

分诊工作要抓住威胁患者生命安全和影响疾病预后的主要矛盾，分清轻重缓急，遵循从重到轻、从病情迅速变化到相对稳定的就诊原则。

预检分诊要对患者的病情及潜在的风险进行预判，危重患者建议实时监测生命体征，生命体征平稳的患者建议动态评估其病情变化，发现问题及时预警。

4.2 口腔急诊分诊分级标准

按照“急重优先”原则定级，由分诊人员预检后进行分级，按 I 级- II 级- III 级- IV 级顺序就诊^[2,3]。级别的确定是依据客观指标联合人工评级指标共同确定疾病的急危重程度，I 级和 II 级需设定相应的响应时间。

I级为濒危患者，正在或即将发生生命威胁或病情恶化。指主因是口腔疾病，生命体征出现不稳定的患者。

II级为危重患者，需在短时间内优先安排救治。指主因是口腔疾病，短时间内如不进行治疗可能危及生命安全的患者。

III级为口腔急症优先患者。指虽没有危及生命安全，但治疗时间与预后有相关性，需优先处理的口腔急症患者。

IV级为普通口腔急症患者或非急症患者。指生命体征稳定，未列入以上3级的其他口腔急症或非急症患者。

4.3 各级患者响应时间

响应时间是基于预检分诊分级标准及所在医疗机构口腔急诊医疗环境资源而确定，可根据所在单位实际情况做适当调整。本文件推荐各级别患者响应时间如下：I级濒危患者为即刻，II级危重患者为15 min，III级口腔急症优先患者为先于IV级就诊，IV级普通口腔急症患者及非急症患者为按挂号顺序就诊。

I级和II级患者要保障充足的医疗卫生资源，尽最大可能在响应时间内尽快接诊，并与救治同时进行；III级和IV级患者如在候诊期间内病情发生变化，需重新进行评估与定级。

4.4 分诊人员岗位设置

分诊人员建议有一定的口腔临床工作经验，具备较全面的口腔专业知识和基本急救技能、较强的沟通与协调能力，以及良好的心理素质与应变能力。

5 口腔急诊常见疾病的分诊分级及流程

5.1 一般规定

患者进入口腔急诊后，分诊人员对患者病情进行评定分级，按照I级-II级-III级-IV级顺序采取降阶式分诊，在同级别患者中优先安排高龄老人和低龄儿童。

5.2 口腔颌面部创伤

重症口腔颌面部创伤患者进入急诊后，分诊人员需快速评估患者生命体征，询问患者或陪同者是否伴有全身其他部位的损伤，伤后是否有意识丧失、嗜睡、呕吐或头痛症状^[4]，以了解患者是否存在可能危及生命安全的损伤，是否需先行转院紧急处置。

患者生命体征出现不稳定状况时，需即刻接诊救治；生命体征暂时平稳的患者，需先行评估是否存在移位性骨折或活动性大出血，避免因延误而出现呼吸道梗阻或低血容量性休克^[5]。口腔颌面部创伤的预检分诊流程见图1。

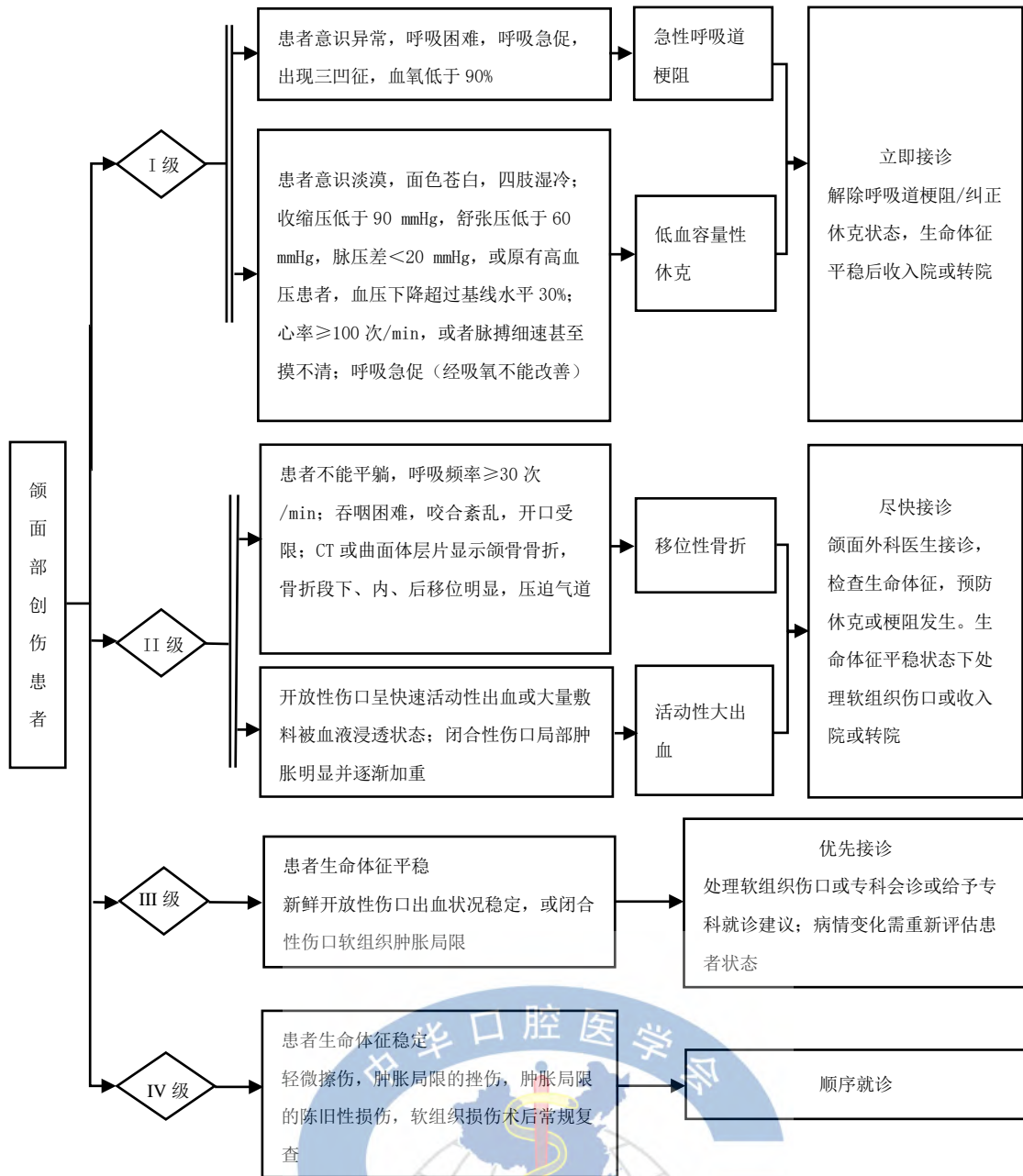


图1 口腔颌面部创伤的预检分诊流程

5.3 口腔颌面部感染

口腔颌面部感染患者的就诊表述一般为口腔颌面部的肿痛，对临床表现明显的重症感染患者^[6,7]，分诊时要注意感染部位和感染程度，甄别患者气道是否通畅，如果感染部位是紧邻呼吸道的咽旁间隙、咽后间隙、气管旁间隙或口底多间隙时，应高度警惕发生呼吸道梗阻的风险^[8]，吞咽困难、流涎、喘鸣、呼吸及发声困难是气道受损的标志^[6,9-11]。口腔颌面部感染的预检分诊流程见图2。

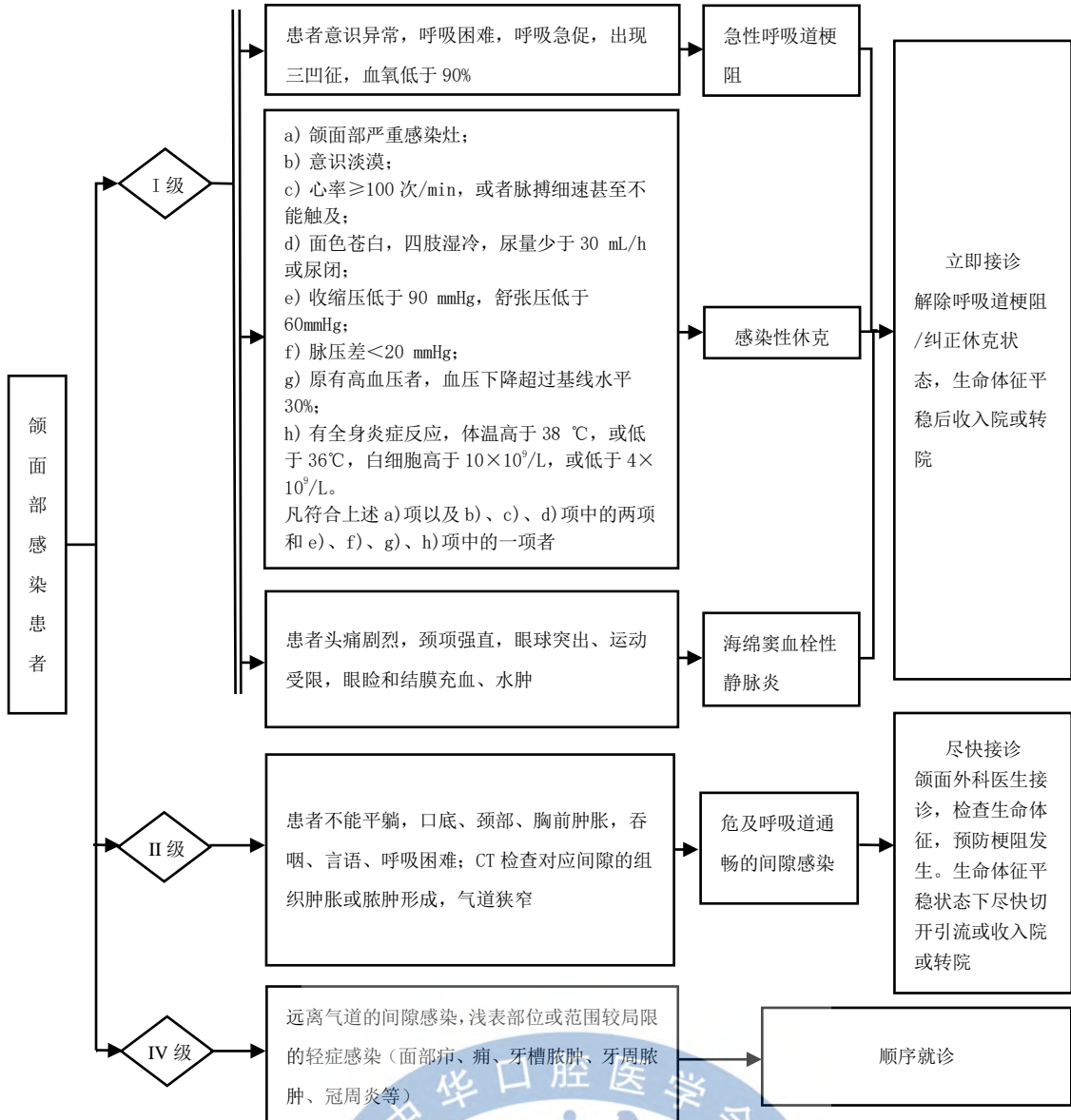


图2 口腔颌面部感染的预检分诊流程

5.4 口腔颌面部出血

口腔颌面部出血性疾病患者就诊急迫，病情多样，病因复杂^[12]，快速准确的预检分诊是保证急性出血患者及时接受救治的关键。对活动性大出血患者，评估与救治同时进行，分诊人员应及时评估患者的生命体征，快速简明了解病史，对出血病因和出血状况作出初步判断，呼叫相关专业医师接诊。口腔颌面部出血性疾病的预检分诊流程见图3。

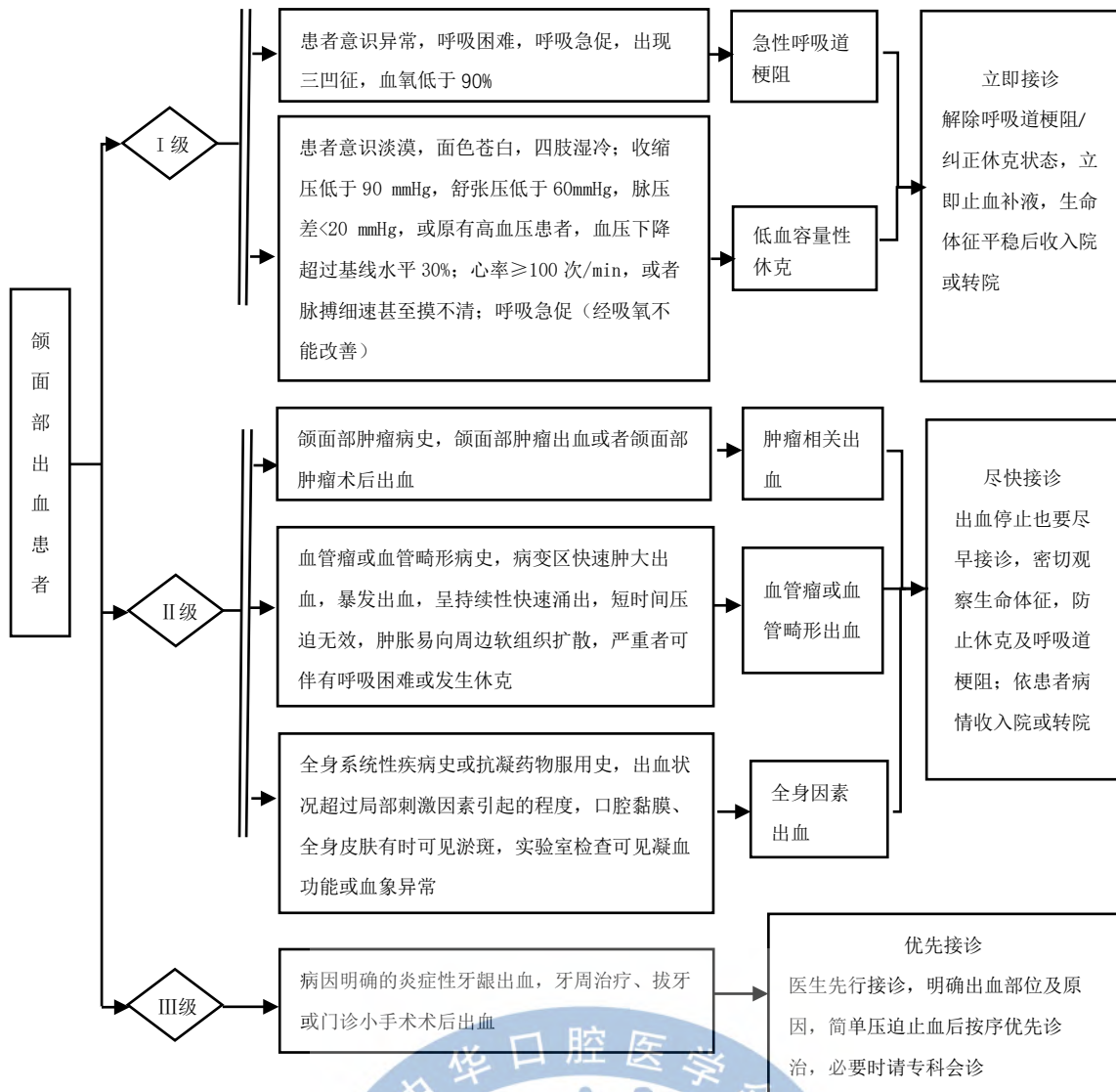


图3 口腔颌面部出血性疾病的预检分诊流程



5.5 牙外伤

牙外伤患者的分诊重点是对外伤牙的损伤类型作出判断，需要优先治疗的牙外伤主要包括恒牙全脱出、支持骨创伤、部分脱出、侧方移位和根折^[13]。全脱出恒牙的牙髓及牙周组织预后均与脱出后干燥保存的时间长短有关，优先治疗能够显著提高再植牙的成功率^[14-16]。支持骨创伤（牙槽窝粉碎性骨折、牙槽窝壁折断、牙槽突骨折）、部分脱出、侧方移位和根折的患者常伴有咬合干扰，早期复位固定可减少出现牙髓坏死的概率，有利于根折线的愈合^[16,17]。其他类型的牙外伤没有文献支持尽快治疗和延时治疗对患牙的远期预后存在显著差异^[16,18-21]。牙外伤的预检分诊流程见图4。

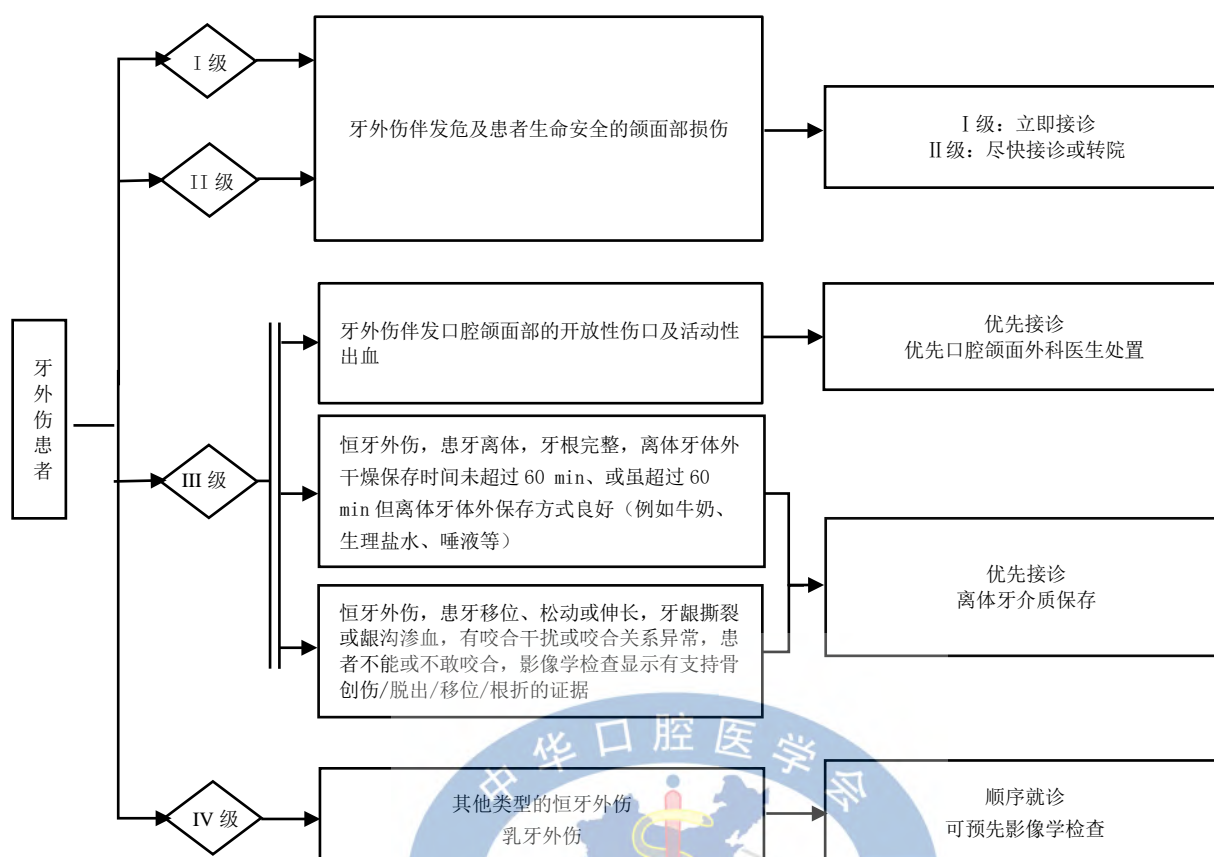


图4 牙外伤的预检分诊流程

5.6 急性牙痛及其他口腔急症

急性牙痛或其他口腔急症患者就诊时，分诊人员需对患者的就诊诉求、年龄、全身健康状况、疼痛的性质及发作特点等进行综合判定，为患者安排合理的就诊顺序。

目前尚无文献证据支持对急性牙痛的分诊分级。如果患者的主诉症状疑似表现为牙痛的心绞痛或心肌梗死时，应及时予以排查。对于伴有严重全身疾病患者，如果急性牙痛的表现为剧烈的自发性放散痛或影响睡眠的夜间痛，建议优先接诊，以降低因疼痛刺激诱发或加重原有疾病的风险^[22,23]。

口腔急诊诊疗范围内的其他急症还有颞下颌关节病急症、口腔黏膜病急症、正畸和修复急症等。除颞下颌关节脱位因影响患者言语及吞咽功能且复位治疗通常不需占用椅位而建议优先诊治外，其他疾病按序处置。急性牙痛或其他口腔急症的预检分诊流程见图5。

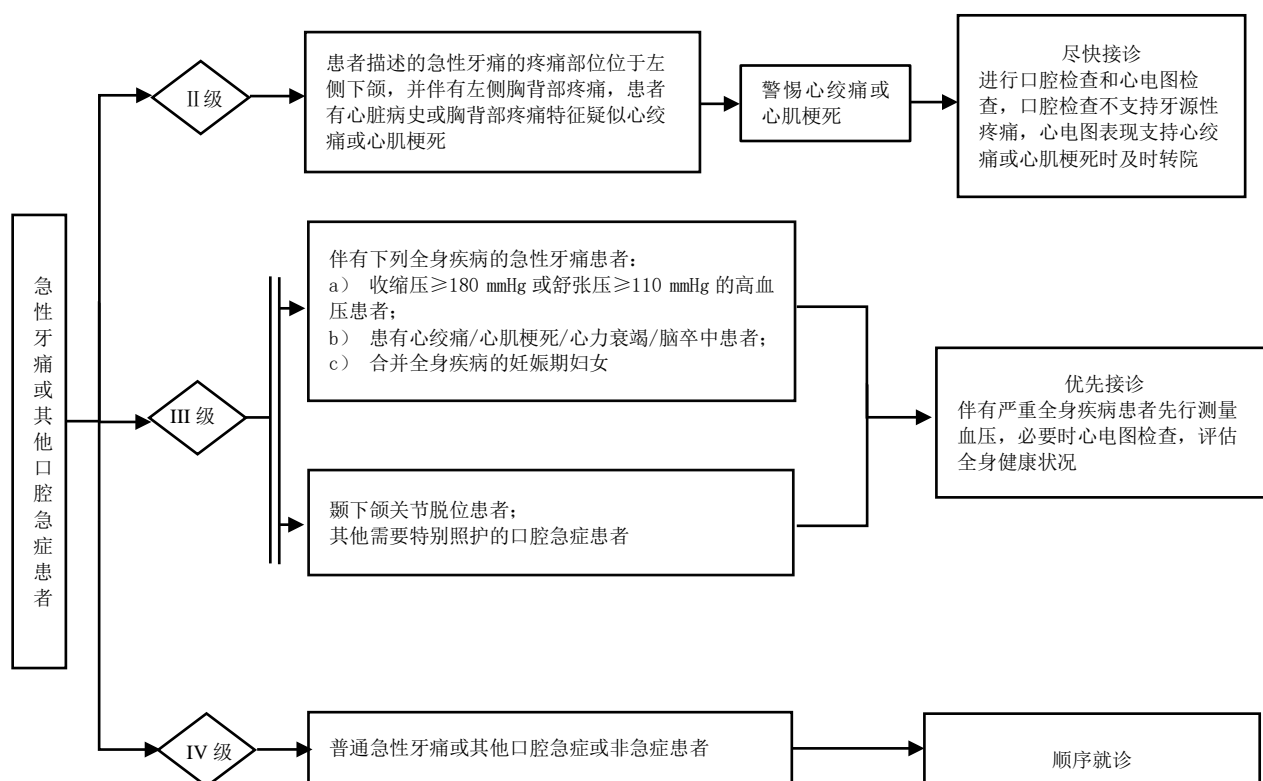


图5 急性牙痛或其他口腔急症的预检分诊流程



参 考 文 献

- [1] 中华护理学会急诊护理专业委员会,浙江省急诊医学质量控制中心. 急诊预检分诊标准(成人部分)[J]. 中华急危重症护理杂志, 2020, 1(1):45-48.
- [2] 急诊预检分诊专家共识组. 急诊预检分诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2018, 27(6):6.
- [3] 北京市卫生健康委员会. 北京市卫生健康委员会关于印发《北京市加强急诊预检分诊分级工作方案》的通知[EB/OL]. [2019-08-26]. http://wjw.beijing.gov.cn/zwgk_20040/zxgk/201912/t20191230_1545244.html.
- [4] 郭传斌, 张益. 口腔颌面外科学[M]. 3版. 北京:北京大学医学出版社, 2021.
- [5] 李祖兵. 口腔颌面创伤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011.
- [6] GREENBERG S L, HUANG J, CHANG R S, et al. Surgical management of Ludwig's angina[J]. ANZ J Surg, 2007, 77(7):540-543.
- [7] WEISE H, NAROS A, WEISE C, et al. Severe odontogenic infections with septic progress - a constant and increasing challenge: a retrospective analysis[J]. BMC Oral Health, 2019, 19(1):173.
- [8] FLYNN T R, SHANTI R M, LEVI M H, et al. Severe odontogenic infections, part 1: prospective report[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2006, 64(7):1093-1103.
- [9] BOYD B C, SUTTER S J. Dexmedetomidine sedation for awake fiberoptic intubation of patients with difficult airways due to severe odontogenic cervicofacial infections[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2011, 69(6):1608-1612.
- [10] KILIC D, FINDIKCIOGLU A, ATES U, et al. Management of descending mediastinal infections with an unusual cause: a report of 3 cases[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2010, 16(3):198-202.
- [11] MILORO M, GHALI G E, Larsen P E, et al. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery[M]. 4th ed. Cham:Springer International Publishing AG, 2022.
- [12] 李龙江. 口腔急诊诊疗与操作常规[M]. 北京:人民卫生出版社, 2018.
- [13] ANDREASEN J O, DATA T. Traumatic dental injuries: a manual[M]. 3rd ed. Chichester, West Sussex, U.K:Wiley-Blackwell, 2011.
- [14] ANDREASEN J O, BORUM M K, JACOBSEN H L, et al. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4. Factors related to periodontal ligament healing[J]. Endod Dent Traumatol, 1995, 11(2):76-89.
- [15] 白洁, 赵玉鸣, 秦满. 儿童恒牙全脱出牙周组织预后的回顾性研究[J]. 北京大学学报(医学版), 2015, 47(2):312-316.
- [16] ANDREASEN J O, ANDREASEN F M, SKEIE A, et al. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries - a review article[J]. Dent Traumatol, 2002, 18(3):116-128.
- [17] BOURGUIGNON C, COHENCA N, LAURIDSEN E, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations[J]. Dent Traumatol, 2020, 36(4):314-330.
- [18] LAURIDSEN E, HERMANN N V, GERDS T A, et al. Combination injuries 1. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with concussion injuries and concomitant crown fractures[J]. Dent Traumatol, 2012, 28(5):364-370.
- [19] LAURIDSEN E, HERMANN N V, GERDS T A, et al. Combination injuries 2. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with subluxation injuries and concomitant crown fractures[J]. Dent Traumatol, 2012, 28(5):371-378.
- [20] ANDREASEN J O, BAKLAND L K, ANDREASEN F M. Traumatic intrusion of permanent teeth. part 3. a clinical study of the effect of treatment variables such as treatment

delay, method of repositioning, type of splint, length of splinting and antibiotics on 140 teeth[J]. Dent Traumatol, 2006, 22(2):99-111.

[21] DAY P F, FLORES M T, O'CONNELL A C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition[J]. Dent Traumatol, 2020, 36(4):343-359.

[22] 姬爱平. 口腔急诊常见疾病诊疗手册[M]. 2版. 北京:北京大学医学出版社, 2021.

[23] 陈红涛, 姬爱平. 5120例口腔急诊患者情况分析[J]. 口腔医学研究, 2014, 30(11):1066-1068.

