



团 体 标 准

T/ XXXX—XXXX

伴常见全身系统性疾病患者口腔门诊诊疗 风险评估专家共识

Expert Consensus on Oral Treatment Risk Assessment for Patients with Common
Systemic Diseases

草案版次选择

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

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。

本文件由中华口腔医学会全科口腔医学专业委员会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件主要起草单位：中山大学附属口腔医院

本文件参与起草单位：华中科技大学同济医学院附属协和医院、四川大学华西口腔医院、北京大学口腔医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、北京大学第三医院、空军军医大学口腔医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北部战区总医院、山东第一医科大学/附属省立医院、复旦大学附属中山医院、广州医科大学附属口腔医院、中山大学附属孙逸仙纪念医院、广州医科大学附属第一医院、中山大学附属第三医院、首都医科大学附属北京口腔医院、广西医科大学附属口腔医院、海南医学院第二附属医院、中国医学科学院北京协和医院、郑州大学第一附属医院、空军军医大学第二附属医院、首都医科大学宣武医院、湖北省人民医院、青岛大学附属医院、昆明市第一人民医院、蚌埠医学院第一附属医院、南部战区总医院、中国科学技术大学附属第一医院、深圳市人民医院、解放军总医院第一医院、吉林大学第一附属医院、泰康拜博口腔、青岛大学附属青岛市口腔医院、聊城市人民医院、西安交通大学第一附属医院、南方医科大学口腔医学院、黑龙江省医院

本文件主要起草人：

专家组：陈莉莉、余东升、梁玉洁、胡丽、周学东、邓旭亮、朱亚琴、王霄、陈永进、王左敏、张晓东、张东升、余优成、张清彬、耿登峰、黄伟青、杨旭斌、夏文芳、周建、潘洁、农晓琳、贺小宁、赵继志、何巍、焦凯、赵颖、彭友俭、袁昌青、曹良菊、张凯、李潇、张志宏、郑雨燕、贺慧霞、张丛笑、吕亚林、邵丹、赵红宇、李克义、陈曦、苏媛、葛文玉、王吉天

工作组：寇晓星、唐清明、张晨光、谢梦茹、刘茜、章靖

引 言

随着社会的进步和人民生活水平的提高，口腔门诊诊疗逐渐成为广大人民群众最经常需要的诊疗之一。口腔门诊诊疗中，合并心血管疾病、脑卒中、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等全身系统性疾病的患者比例持续上升。此类基础疾病不仅对口腔门诊诊疗构成诸多限制与潜在风险，同时，口腔门诊诊疗过程中的情绪应激、疼痛刺激和创伤出血等因素，也可能诱发或加重全身系统性疾病。因此，科学、规范地开展诊疗前风险评估，已成为临床实践中不可回避的问题。

全国流行病学调查数据显示，高血压、心脑血管疾病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等在我国成年人群中患病率居高不下，且患病率随年龄增长显著增高。与此同时，中老年人群对口腔诊疗的需求亦不断增加。尽管口腔门诊诊疗操作诱发或加重全身系统性疾病的总体发生率较低，但一旦发生，将严重影响患者治疗效果与生活质量，甚至危及患者生命，并对医患双方造成重大心理冲击。因此，规范开展口腔门诊诊疗风险评估，有效防范严重并发症的发生，亟需引起全体口腔医护人员的高度重视。

目前，国内外针对伴常见系统性疾病患者口腔门诊诊疗风险评估仅有零散研究与报道，尚未形成统一、公认的行业规范。为此，迫切需要建立标准化术前风险评估体系与操作规范，最大限度降低诊疗过程中全身系统性疾病恶化及后续并发症发生的风险，为医护人员安全执业与患者健康提供坚实保障。

中华口腔医学会口腔全科专业委员会在广泛开展临床调研及系统梳理文献资料的基础上，组织全国口腔医学领域资深专家进行多轮研讨，并充分征求心血管内科、内分泌科、神经科、呼吸科等多学科专家的意见，牵头制定本专家共识。

伴常见全身系统性疾病患者口腔门诊诊疗风险评估专家共识

1 范围

口腔门诊诊疗患者常常伴发全身系统性疾病，影响患者诊疗安全，严重时可危及患者生命。本共识旨在规范各级口腔诊疗机构对患者全身系统性疾病状态及口腔诊疗操作等级的评估，以防范风险，保障患者安全。

本专家共识提出伴常见全身系统性疾病患者口腔门诊诊疗操作前风险评估方法及口腔门诊操作风险分级。适用于口腔专科医院、综合医院口腔科、基层口腔医疗机构、民营口腔诊所等诊疗环境，涵盖伴发高血压、冠心病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、脑卒中等常见全身系统性疾病非急诊口腔专科操作。

本专家共识供口腔临床医师借鉴与参考。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

系统性疾病

系统性疾病（Systemic diseases）是指累及全身一个或多个器官或系统、需长期管理、显著影响诊疗安全的慢性疾病。

4 口腔门诊诊疗患者伴发的常见全身性疾病及相关风险

随着中国社会经济快速发展和生活方式转变，高血压、冠心病及糖尿病等系统性疾病已成为威胁居民健康的主要负担。由于口腔门诊诊疗是我国广大人民群众最常需要的诊疗服务之一，口腔诊疗患者中伴发全身系统性疾病的比例也随之增加；其中，高血压、冠心病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease, COPD）、脑卒中等最为常见^[1-3]。

2020—2022年“中国居民心血管病（cardiovascular diseases, CVD）及其危险因素监测”项目显示，18岁及以上居民高血压患病率为31.6%^[3]。2023年“中国居民心脑血管事件监测”项目显示，18岁及以上居民冠心病患病率为758/10万；卒中发病率为491.0/10万^[4,5]。2018~2019年国家流行病学调查数据显示，我国糖尿病患病率按2010年美国糖尿病协会（American Diabetes Association, ADA）2010年诊断标准为12.4%^[6]。中国成人COPD总患病率为8.6%^[7-10]。以上疾病患病率均呈上升趋势。

伴发全身系统性疾病患者可能由于生命体征不稳定，心脑血管意外及恶性心律失常等风险增加，严重时可能危及生命，给口腔诊疗带来各种限制。同时，口腔是呼吸道和消化道的起始端，口腔诊疗可能带来的情绪波动、疼痛、出血、呼吸道及饮食影响等，可诱发或加重全身系统性疾病^[2,11-15]。因此，对口腔诊疗中伴发全身系统性疾病的患者，需要进行适当及规范的评估以降低诊疗风险。由于系统性疾病可能是患者已知的，也可能是隐匿的，所以一方面需要对诊疗创伤进行分级，另一方面需要按患者已知的全身性疾病进行特异性评估，对创伤较大的操作进行更充分的系统评估，以期最大程度降低诊疗风险。

5 口腔门诊诊疗操作风险分级

根据口腔门诊操作所致创伤大小、出血风险、感染风险、侵入性、手术范围、以及对呼吸道及进食影响的程度，本共识将口腔门诊操作的风险由小至大分为 I 到 III 级（表 1）。

I 级：仅涉及牙体硬组织的治疗操作。

常见操作：牙体缺损充填，正畸操作，窝沟充填，简单乳牙拔除，嵌体、冠修复及活动义齿修复等。

特点：创伤小，感染、出血风险极小；疼痛少，仅少部分需要局麻，对心脑血管系统干扰较少；不需要禁食，对内分泌及代谢系统干扰少；不会产生术后水肿，不涉及口咽，呼吸道风险小。

II 级：涉及牙龈、唇、颊、硬腭黏膜、牙髓腔及颞下颌关节腔的治疗操作。

常见操作：龈上洁治，松动牙拔除，牙龈、唇、颊、硬腭黏膜肿物活检或小肿物切除，根管治疗、颞下颌关节冲洗及封闭等。

特点：涉及软组织创伤，有感染及出血风险；可能产生疼痛，部分需要局麻，镇痛效果不佳可能对心脑血管系统产生干扰；呼吸道风险较小，但吸引不及时可能对呼吸道产生影响。

III 级：涉及舌、口底、软腭组织、颌骨组织的治疗操作。

常见操作：舌、口底、软腭肿物活检或小肿物切除，龈下刮治，牙周手术，复杂牙拔除，颌骨肿物开窗或刮治，种植手术、根尖手术等。这类操作创伤较大、操作时间较长，有一定感染及出血风险；需要局麻，镇痛效果不佳可能对心脑血管系统干扰较大；部分操作需要术后短时间禁食，对内分泌及代谢系统干扰相对较大；术中出血吸引不及时、术后血肿或水肿可对呼吸道产生影响。

表1 基于全身风险的口腔门诊诊疗操作分级

口腔门诊诊疗操作分级	操作范围	心脑血管系统风险	内分泌及代谢系统风险	呼吸系统风险
I 级	仅涉及牙体硬组织的治疗操作。	产生疼痛较少，对心脑血管系统干扰较少	感染、出血风险极小；不需要禁食，对内分泌及代谢系统干扰较少	呼吸道风险小
II 级	涉及牙龈、唇、颊、硬腭黏膜、牙髓腔及颞下颌关节腔的治疗操作。	可能产生疼痛，部分需要局麻，镇痛效果不佳可能对心脑血管系统产生干扰	有感染及出血风险	呼吸道风险较小；
III 级	涉及舌、口底、软腭组织或颌骨组织的治疗操作。	创伤较大、操作时间较长，需要局麻，镇痛效果不佳对心脑血管系统产生较大干扰	有一定感染、出血风险，部分操作需要术后短时间禁食，对内分泌及代谢系统有一定干扰	出血吸引不及时，水肿、血肿严重时可能影响呼吸道

6 常见全身系统性疾病的风险评估

如患者已告知系统性疾病病史，评估内容应包括详尽的病史、用药情况、神智、精神及生命体征（血压、心率、呼吸、体温）检查。如仅涉及 I 级口腔门诊诊疗操作，整体评估无明显异常即可。

当涉及 II、III 级口腔门诊诊疗操作，如患者已告知系统性疾病病史，需要对系统性疾病做进一步评估；如患者高龄，或视诊初步判断患者状态不佳，即使自诉无系统性疾病病史，也建议进行系统评估。

6.1 高血压评估

6.1.1 高血压定义及诊断标准

高血压（Hypertension）是指以体循环动脉血压增高为主要特征，收缩压 ≥ 140 mmHg，舒张压 ≥ 90 mmHg，可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。

根据《中国高血压防治指南（2024年修订版）》，高血压的诊断标准为：在未使用降压药的情况下，非同日3次规范化测量诊室血压，3次测量的全部血压值 $\geq 140/90$ mmHg；或连续5-7天规范化测量家庭血压，所有测量血压读数的平均值 $\geq 135/85$ mmHg；或24h动态血压 $\geq 130/80$ mmHg，白天血压 $\geq 135/85$ mmHg，夜间血压 $\geq 120/70$ mmHg^[16]。

6.1.2 高血压评估

血压和心率为最基本的心血管评估，如初次测量有异常（表2），可休息后（10分钟以上）再次评估。如多次评估仍异常，建议改善疾病状态至允许范围内，择期行口腔诊疗^[2]。

根据诊室血压水平，将高血压分为1级、2级和3级（表2）。

表2 基于诊室血压的血压分类和高血压分级（mmHg）

分类	收缩压	和	舒张压
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120~139	和/或	80~89
1级高血压（轻度）	140~159	和/或	90~99
2级高血压（中度）	160~179	和/或	100~109
3级高血压（重度）	≥180	和/或	≥110

高血压可影响心脏功能。高血压患者建议对心脏功能进行评估。NYHA(New York Heart Association) 心功能分级（表3）为临床最常用的心功能评估方法。NYHA心功能III~IV级，建议经心血管专科诊疗改善疾病状况后择期行口腔诊疗。

表3 NYHA 心功能分级

分级	症状
I	活动不受限，日常体力活动不引起气促、疲乏或心悸
II	活动轻度受限，休息时无症状，日常活动可引起气促、疲乏或心悸
III	活动明显受限，休息时可无症状，轻于日常体力活动即引起气促、疲乏、心悸
IV	休息时也有症状，任何体力活动均会引起不适

6.2 冠心病评估

6.2.1 冠心病定义及分类

冠状动脉粥样硬化性心脏病指冠状动脉发生粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧或坏死引起的心脏病，简称冠心病（coronary heart disease, CHD），也称缺血性心脏病。

冠心病可分为两大类：慢性冠脉综合征（chronic coronary syndromes, CCS）和急性冠脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）。慢性冠脉综合征包括稳定型心绞痛，缺血性心脏病和隐匿性冠心病等。急性冠脉综合征包括不稳定型心绞痛，非ST段抬高型心肌梗死（non-ST-elevation myocardial infarction, NSTEMI），ST段抬高型心肌梗死（ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI）^[17-19]。

6.2.2 冠心病评估

冠心病患者需进行心脏功能评估（见表3），同时行心绞痛CCS(Canadian Cardiovascular Society, CCS) 分级评估^[20]。CCS分级根据诱发心绞痛的体力活动量将稳定型心绞痛分为四个等级（表4），如CCS II~IV级，建议经心血管专科诊疗改善疾病状况后择期行口腔诊疗。

表4 心绞痛 CCS 分级标准

分级	临床表现
I	日常体力活动（如步行、爬楼梯）不引起心绞痛，仅在剧烈、快速或长时间用力时发作；
II	日常活动轻度受限，快走、爬楼梯、情绪激动或餐后活动等可诱发心绞痛，正常速度步行较长距离（200米以上）或登楼一层以上才会出现症状；
III	日常活动明显受限，一般速度平地步行小于200米或登一层楼梯即可诱发心绞痛，轻微活动如穿衣、洗漱也可能导致发作；
IV	任何体力活动甚至休息时均可发生心绞痛，患者基本丧失活动能力，属于不稳定型心绞痛范畴，需紧急医疗干预。

大部分冠心病患者长期服用抗血小板药物，建议患者咨询心血管内科医生抗血小板药物处理方案，结合操作部位、创伤大小、围术期出血/血栓风险等决定是否停用、停用时间及替代方案，确保患者围术期出血/血栓风险最小化。如遇患者出血异常情况，建议参考《口腔出血患者应急处理专家共识》^[21]。

6.3 糖尿病评估

6.3.1 糖尿病定义及诊断标准

糖尿病（Diabetes Mellitus, DM）是一种由胰岛素绝对或相对分泌不足以及利用障碍引发的，以高血糖为标志的慢性疾病。长期碳水化合物以及脂肪、蛋白质代谢紊乱可引起多系统损伤，导致眼、肾、神经、心脏、血管等组织器官发生进行性变、功能减退及衰竭；病情严重或应激时可发生急性严重代谢紊乱，如糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗状态等。糖尿病控制不佳可能导致创口愈合困难及感染风险增加。

糖尿病诊断主要依据3项指标：糖化血红蛋白（glycated hemoglobin A1c, HbA1c） $\geq 6.5\%$ 、空腹血糖（fasting plasma glucose, FPG） ≥ 7.0 mmol/L、口服葡萄糖耐量试验（oral glucose tolerance test, OGTT）2 h 血糖或随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L^[6]。

6.3.2 糖尿病评估

如患者需要行Ⅲ级口腔门诊诊疗操作，对于伴有高血压、高血脂或冠心病的成人糖尿病高危人群，即使患者未诉糖尿病病史，也建议行随机血糖检测。如有明显异常，建议进一步专科检查及诊疗后择期行口腔诊疗^[6, 22]。

如患者已告知糖尿病病史，自诉血糖控制稳定（空腹血糖 ≤ 8.8 mmol/L，或HbA1c $\leq 7.5\%$ ），生命体征平稳，可行Ⅱ、Ⅲ级口腔门诊诊疗。

如患者自诉血糖控制不稳定或已出现严重并发症，建议采指尖血通过血糖仪进行毛细血管椅旁即时血糖检测，随机血糖范围在3.9 mmol/L~10.0 mmol/L，且预计诊疗后无需禁食，可慎重完成Ⅱ级口腔诊疗；如预计为Ⅲ级操作，建议至代谢或内分泌专科进一步诊疗后择期完成口腔门诊诊疗。

6.4 慢性阻塞性肺疾病评估

6.4.1 慢性阻塞性肺疾病定义及分期

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease, COPD）简称慢阻肺，是一种以持续气流受限为特征的常见呼吸系统疾病，与气道和肺组织对有害颗粒或气体的异常炎症反应相关。其特征是持续存在的气流受限和相应的呼吸系统症状（呼吸困难、咳嗽、咳痰）；其病理学改变主要是气道（支气管炎、细支气管炎）和/或肺泡异常（肺气肿）。

COPD可分为稳定期及急性加重期^[23]。稳定期：咳嗽、咳痰和气短等症状稳定或症状轻微，病情基本恢复到急性加重前的状态。急性加重期：以呼吸困难和/或咳嗽、咳痰加重 < 14 d为特征的事件，可伴有呼吸急促和/或心动过速，通常与呼吸道感染、空气污染或其他肺部损伤引起的局部和全身炎症加重有关。

6.4.2 呼吸状态评估

急性加重期应暂缓口腔诊疗操作，稳定期可采用改良版英国医学研究委员会（modified Medical Research Council, mMRC）呼吸困难问卷（表5）进行初步评估，2级及以上为存在呼吸困难症状。

如患者呼吸频率较快（ > 20 次/分钟）并且经过休息后仍无改善，或体查时存在咳、痰、喘等明显呼吸道症状，或mMRC评估2级及以上，建议至呼吸专科进一步诊疗后择期完成口腔门诊诊疗^[8, 23, 24]。

表5 改良版英国医学研究委员会呼吸问卷（mMRC 问卷）

呼吸困难评价等级	呼吸困难严重程度
0级	只有在剧烈活动时才感到呼吸困难
1级	在平地快步行走或者步行爬小坡时感到气短
2级	由于气短，平地行走时比同龄人慢，或者需要停下来休息
3级	在平地行走100m左右或者数分钟后需要停下来喘气

6.5 脑卒中评估

6.5.1 脑卒中定义及分类

脑卒中（Cerebral Stroke），又称为脑血管意外（Cerebral Vascular Accident, CVA）是指急性局灶性神经功能缺损 > 24 小时或影像学证实梗死/出血。

卒中包括缺血性卒中（脑梗死）和出血性卒中。缺血性卒中包括脑血栓形成和脑栓塞。出血性卒中是由于脑血管出血所致。

6.5.2 脑卒中评估

口腔诊疗期间发生脑卒中的相关危险因素包括高龄、高血压（>160/90mmHg）、糖尿病、脂代谢异常、脑卒中病史、症状性颈动脉狭窄、短暂性脑缺血发作史、6个月内心肌梗死史、心房颤动、左心室收缩功能障碍（左心室射血分数<40%）、心脏瓣膜病、肾功能不全（血浆肌酐>2mg/dl 或>177 μmol/L）、外周血管病、COPD、吸烟史等。如患者为高龄或存在脑血管病史，建议询问其是否存在上述其它危险因素^[25]，如存在多个危险因素，需告知患者口腔诊疗操作中脑卒中风险相对增加。

既往脑卒中病史患者，为降低诊疗期间再发生脑卒中的风险，建议脑卒中后6个月再行口腔门诊诊疗，口腔病情允许者建议延长到9个月；合并高血压的老年患者，建议血压控制达到≤140/90mmHg，理想目标达到≤130/80mmHg；持续性心房颤动患者，建议将静息心室率控制<100 次/分。

缺血性脑卒中患者长期服用抗栓药物，建议患者咨询神经科医生抗栓药物处理方案，结合操作部位、创伤大小、围术期出血 / 血栓风险等决定是否停用、停用时间及替代方案，确保患者围术期出血 / 血栓风险最小化。如遇患者出血异常情况，建议参考《口腔出血患者应急处理专家共识》^[21]。

7 各级别口腔门诊诊疗对全身性疾病控制状态的要求

口腔门诊操作创伤越大，对全身各系统干扰越大，对全身状况要求越严格。全身风险越高，允许的口腔操作风险就越低。结合以上基于全身风险的口腔诊疗分级及常见系统性疾病评估，本共识对各级别口腔门诊诊疗的全身系统状态作出参考建议（表6）。

表6 各级别口腔门诊诊疗的全身系统状态建议

口腔诊疗操作级别	高血压	冠心病	糖尿病	COPD	脑卒中
I 级	不高于高血压3级	心功能不差于III级； CCS I 级或II级 ACS 患者病情稳定至少2周以上	患者自诉血糖控制良好，无严重并发症； 或自诉血糖控制不佳但生命体征平稳	稳定期，mMRC 0-2级	既往脑卒中后至少6个月
II 级	不高于高血压2级	心功能不差于II级； CCS I 级 ACS 患者病情稳定至少4周以上	患者自诉血糖控制良好，无严重并发症； 或自诉血糖控制不稳定但生命体征平稳，椅旁随机血糖在 3.9mmol/L~10.0 mmol/L之间	稳定期，mMRC 0-1级	既往脑卒中后至少9个月
III 级	不高于高血压1级	心功能不差于II级； CCS I 级 ACS患者病情稳定至少6周以上	患者自诉血糖控制良好，无严重并发症	稳定期，mMRC 0-1级	既往脑卒中后至少9个月，需要停抗栓药或使用替代方案

8 常见全身系统性疾病患者的口腔诊疗注意要点

口腔门诊诊疗多数可择期完成，合并全身系统性疾病患者建议将疾病或全身状态控制至上述建议程度再择期行口腔门诊诊疗。但合并全身系统性疾病患者的口腔诊疗风险仍高于健康人群，口腔门诊操作需特别注意以下事项：①操作前应详尽告知患者操作过程、操作相关风险，并取得其知情同意；②通过和患者沟通交流了解患者心理状态，如患者过于紧张焦虑，容易在操作过程中诱发系统性疾病加重，建议择期诊疗；如患者心理状态可耐受，尽可能让患者在舒适、放松的诊疗环境及体位进行操作；③对产生疼痛的操作应给予充分的镇痛，根据系统性疾病情况选择合适的局麻药物及方法^[26]；④注意通过负压吸引、橡皮障使用、合适体位等防止误吞误吸；⑤诊疗操作中关注患者神智、精神以及生命体征变化，建议通过指脉氧实时监测血氧饱和度，心功能III级以上患者建议于心电监护下操作；⑥在规范化操作的前提下尽量选取微创、无痛的方式，从相对简单的操作开始，循序渐进，尽量控制每次操作时间不超过30分钟；⑦诊疗结束后根据患者状态予以适当时间留观；⑧诊疗后使用合适的药物以减少疼痛、出血及感染等风险。

在口腔诊疗刺激下，患者全身系统性疾病可能加重，诊室内需配备常用急救药品及设备。如发现患者全身情况出现异常，应尽快停止口腔诊疗操作，清理口腔保持呼吸道通畅，必要时使用棉球压迫等暂时止血措施，评估患者生命体征，根据应急预案做出适当的应急处理，最大程度保障患者生命安全^[1, 27]。

参 考 文 献

- [1]. 中华口腔医学会口腔急诊专业委员会, 口腔诊疗过程中伴发急性全身性病症的规范化椅旁急救专家共识. 中华口腔医学杂志, 2022. 57(5): 第441-454页.
- [2]. 章靖苏冠华张晓东徐凯王左敏, 心血管疾病患者口腔诊疗风险防范专家共识(2022版). 中华口腔医学杂志, 2022. 57(5): 第462-473页.
- [3]. 国家卫生健康委员会, 中国卫生健康统计年鉴2022. 2022, 北京: 中国协和医科大学出版社.
- [4]. 国家心血管病中心., 中国心血管健康与疾病报告2024. 2025, 北京: 中国协和医科大学出版社.
- [5]. Andrew H, T., et al., Periodontal Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2025(undefiend).
- [6]. 中华医学学会糖尿病学分会, 中国糖尿病防治指南(2024版). 中华糖尿病杂志, 2025. 1(17): 第16-139页.
- [7]. Al., W.C.X.J., Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study. *Lancet*, 2018. 10131(391): p. 1706-1717.
- [8]. 国家呼吸医学中心等基本公共卫生服务项目基层慢阻肺病防治管理办公室国家慢性呼吸疾病防治办公室, 国家基层慢性阻塞性肺疾病防治及管理实施指南(2025). 中华全科医师杂志, 2025.
- [9]. Jiyeon, O., et al., Global, regional, and national burden of chronic respiratory diseases and impact of the COVID-19 pandemic, 1990-2023: a Global Burden of Disease study. *Nat Med*, 2026(0).
- [10]. Sirota, S.B., et al., Global burden of lower respiratory infections and aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet infectious diseases*, 2025(undefiend).
- [11]. Xu, X., et al., Expert consensus on endodontic therapy for patients with systemic conditions. *International journal of oral science*, 2024. 16(1): p. 45.
- [12]. Seyed Ali, M., et al., Dental implant considerations in patients with systemic diseases: An updated comprehensive review. *J Oral Rehabil*, 2024. 51(7).
- [13]. Mei, Y., et al., Association between chronic obstructive pulmonary disease and periodontal disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2023. 13(6).
- [14]. Wijnand J, T., G. Victor E A and L. Bruno G, Effect of periodontal treatment on glyceic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 2010. 33(2).
- [15]. Robert J, G. and B. Wenche S, Diabetes as a potential risk for periodontitis: association studies. *Periodontol* 2000, 2020. 83(1).
- [16]. 中国医疗保健国际交流促进会高血压病分会中国老年医学学会高血压分会中国老年保健协会高血压分会中国卒中学会中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心中国高血压防治指南修订委员会高血压联盟中国, 中国高血压防治指南(2024年修订版). 中华高血压杂志(中英文), 2024. 32(7): 第603-700页.
- [17]. Davide, C., et al., Non-cardiac surgery in patients with coronary artery disease: risk evaluation and periprocedural management. *Nat Rev Cardiol*, 2020. 18(1).
- [18]. 中华心血管病杂志编辑委员会中华医学会心血管病学分会, 中国慢性冠脉综合征患者诊断及治疗指南. 中华心血管病杂志, 2024. 52(6): 第589-614页.
- [19]. Maura, M., et al., Prevention of perioperative stroke in patients undergoing non-cardiac surgery. *Lancet Neurol*, 2023. 22(10).
- [20]. 葛均波, 徐永健与王辰, 内科学(第九版). 2018: 人民卫生出版社.
- [21]. 中华口腔医学会口腔急诊专业委员会, 口腔出血患者应急处置专家共识, in T/CHSA 098—2025, 中华口腔医学会, 中华口腔医学会^编.*2025, 中华口腔医学会.
- [22]. 中华口腔医学会牙周病学专业委员会, 重度牙周炎诊断标准及特殊人群牙周病治疗原则的中国专家共识. 中华口腔医学杂志, 2017. 52(2): 第67-71页.
- [23]. 陈亚红陈典隆寰宇张丛溪褚岚和, 2025年GOLD慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗、管理及预防全球策略更新要点解读. 中国全科医学. 28(16): 第1937-1949页.
- [24]. 中国呼吸系统疾病基层诊疗与管理指南制定专家组中华医学会中华医学杂志中华医学会全科医学分会中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组, 中国慢性阻塞性肺疾病基层诊疗与管理指南(2024年). 中华全科医师杂志, 2024. 23(6): 第578-602页.
- [25]. 中国老年医学学会麻醉学分会, 中国老年患者围术期缺血性脑卒中防治专家共识. 临床麻醉学杂志, 2022. 38(11): 第1200-1209页.
- [26]. 中华口腔医学会牙及牙槽外科专业委员会, 口腔局部麻醉操作规范, in T/CHSA 021-2023, 中华口腔医学会, 中华口腔医学会^编.*2023, 中华口腔医学会.
- [27]. 中华口腔医学会口腔急诊专业委员会, 口腔急诊预检分诊分级专家共识, in T/CHSA 086-20242024, 中华

口腔医学会
