

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

T/

中华口腔医学会团体标准

T/XXX XXXX—XXXX

代替 T/XXX

# 口腔急诊预检分诊分级标准及流程的专家共识

Expert consensus on classification standard and process of pre examination in oral emergency

(征求意见稿)

(2023 年 3 月 8 日)

- XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

发布

## 目 次

前言 .....	II
引言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
3.1 口腔急诊预检分诊 .....	1
3.2 口腔急诊分诊分级 .....	1
3.3 响应时间 .....	1
4 口腔急诊预检分诊与分诊分级原则 .....	1
4.1 急危重症优先就诊 .....	1
4.2 动态评估及时预警 .....	1
4.3 分诊分级原则 .....	1
4.4 分诊分级标准 .....	2
4.5 各级患者响应时间 .....	2
4.6 分诊人员的岗位设置 .....	2
5 口腔急诊常见疾病的分诊分级与分级依据 .....	2
5.1 口腔颌面部创伤 .....	2
5.2 口腔颌面部感染 .....	2
5.3 口腔颌面部出血 .....	2
5.4 牙外伤 .....	3
5.5 急性牙痛 .....	3
5.6 其他口腔急症 .....	3
6 口腔急诊常见疾病的预检分诊流程 .....	3
6.1 口腔颌面部创伤 .....	3
6.2 口腔颌面部感染 .....	4
6.3 口腔颌面部出血 .....	6
6.4 牙外伤 .....	7
6.5 急性牙痛或其他口腔急症 .....	8
参考文献 .....	1

## 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、空军军医大学口腔医院、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、中山大学附属光华口腔医院、中国医科大学附属口腔医院、兰州大学附属口腔医院、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、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、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。

## 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须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。

本共识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。

本共识是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标准及流程的专家共识

## 1 范围

本共识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，应用场景是口腔急诊初诊患者的预检分诊，不涉及医师接诊后的转诊、会诊和救治流程。本共识适用于各级口腔医疗机构，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**

指对口腔急诊患者进行快速评估，根据其急危重程度和病情进行优先顺序的分诊与分级。

### 3.2

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

是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**

指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<sup>[1]</sup>。

## 4 口腔急诊预检分诊与分诊分级原则

### 4.1 急危重症优先就诊

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<sup>[2]</sup>。

### 4.2 动态评估及时预警

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，生命体征稳定的患者应动态评估其病情变化，发现问题及时预警。

### 4.3 分诊分级原则

参照中华急诊医学《急诊预检分诊专家共识》<sup>[2]</sup>及北京市卫生健康委员会《北京市加强急诊预检分诊分级工作方案》<sup>[3]</sup>的四级预检分诊分级标准制定，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。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。

#### 4.4 分诊分级标准

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。

#### 4.5 各级患者响应时间

响应时间是基于预检分诊分级原则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。本共识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分钟，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完成评估，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。

#### 4.6 分诊人员的岗位设置

分诊人员主要由护士承担，主诊医生予以辅助。分诊人员应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，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与分级依据

#### 5.1 口腔颌面部创伤

严重的口腔颌面部创伤患者可能发生急性呼吸道梗阻或低血容量性休克<sup>[4]</sup>。当患者生命体征出现不稳定状况时，应按Ⅰ级管理，即刻接诊救治；生命体征暂时平稳的患者，如果创伤部位出血迅猛或肿胀明显或骨折明显移位，按Ⅱ级管理，进行早期评估，避免因延误而出现呼吸道梗阻或低血容量性休克<sup>[5]</sup>。

对生命体征稳定患者，如果开放性伤口出血状况稳定或闭合性伤口不伴有大范围肿胀，可纳入Ⅲ级管理。

#### 5.2 口腔颌面部感染

口腔颌面部感染大多比较局限，轻症感染一般不会有严重后果，按序就诊即可。对重症感染患者，如果感染部位邻近气道可能会因组织肿胀导致呼吸道梗阻而危及患者生命；感染如果扩散，可导致脓毒症、颅内感染、胸腔纵隔感染等急危重症<sup>[6,7]</sup>。当患者可疑发生呼吸道梗阻或海绵窦血栓性静脉炎或感染性休克时，按Ⅰ级管理，即刻接诊救治。

对尚未发生气道梗阻，但感染部位是紧邻呼吸道的咽旁间隙、咽后间隙、气管旁间隙、口底多间隙时，应高度警惕发生呼吸道梗阻的风险<sup>[8]</sup>，建议按Ⅱ级管理，尽快接诊评估。

#### 5.3 口腔颌面部出血

除严重口腔颌面部创伤导致的大出血外，口腔颌面部肿瘤破裂出血或肿瘤侵袭周围组织出血、口腔血管瘤或血管畸形的血管破裂引起的口腔出血或血肿、颌面外科大手术后出血及全身因素导致的出血，可能会发生气道梗阻或低血容量性休克而威胁患者生命<sup>[9]</sup>，生命体征不稳定患者按I级管理，其他按II级管理。

患者生命体征稳定，出血病因明确，出血范围局限且稳定的活动性出血，可按Ⅲ级管理。

## 5.4 牙外伤

在国际牙外伤协会出版的《牙外伤手册》（第3版）中，根据各种类型牙外伤延迟治疗效果的研究结果，建议可将牙外伤的治疗顺序分为急诊优先治疗、急诊当日治疗和延时治疗<sup>[10]</sup>，急诊优先治疗病例按Ⅲ级管理，其他按Ⅳ级管理。

需要急诊优先治疗的牙外伤主要包括恒牙全脱出（撕脱伤）、支持骨创伤（支持骨损伤）、部分脱出（脱出性脱位）、侧方移位（侧方脱位）和根折。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<sup>[11-13]</sup>。支持骨创伤、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<sup>[13, 14]</sup>。

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<sup>[13, 15-17]</sup>，可依据患者要求和医生建议，选择在急诊当日按挂号顺序治疗或短期内去门诊治疗。

## 5.5 急性牙痛

目前尚无文献证据支持对急性牙痛的分诊分级。但在临床实际工作中,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,应将患者纳入Ⅱ级管理;对于伴有严重心脑血管疾病患者、合并全身疾病的妊娠期妇女及其他特殊患者,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,建议按Ⅲ级管理,以降低因疼痛刺激诱发或加重原有疾病的风险<sup>[18, 19]</sup>;其他急性牙痛患者按Ⅳ级管理。

## 5.6 其他口腔急症

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，其他疾病的应急处置时间与预后关系不大，按序处置即可。

## 6 口腔急诊常见疾病的预检分诊流程

患者进入口腔急诊后，分诊人员对患者病情进行评定，按照 I 级-II 级-III 级-IV 级顺序采取降阶式分诊。

## 6.1 口腔颌面部创伤

分诊护士首先对患者伤情进行初判，对于严重颌面部损伤，分诊护士应即刻呼叫主诊医生共同进行预检分诊。



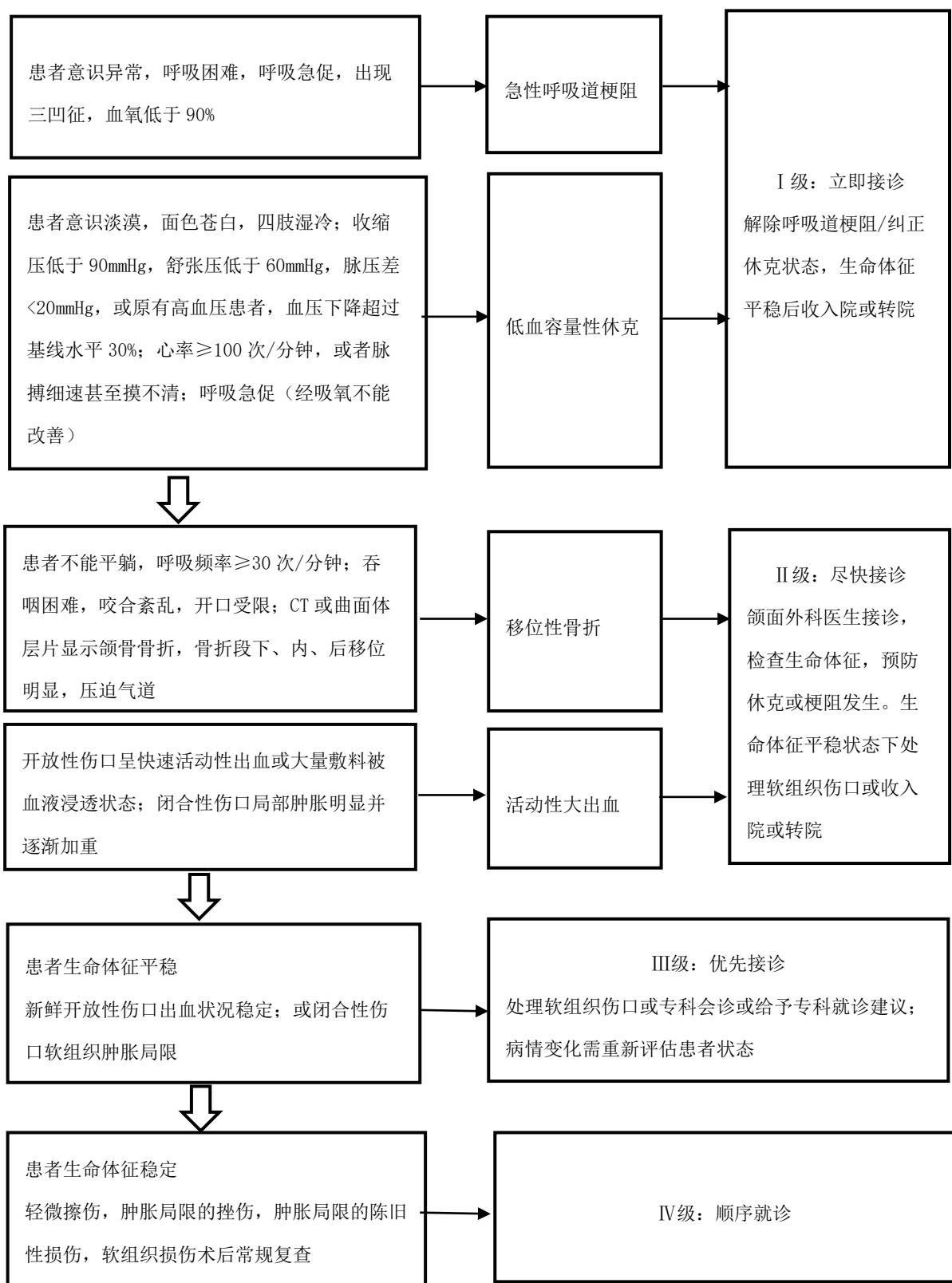
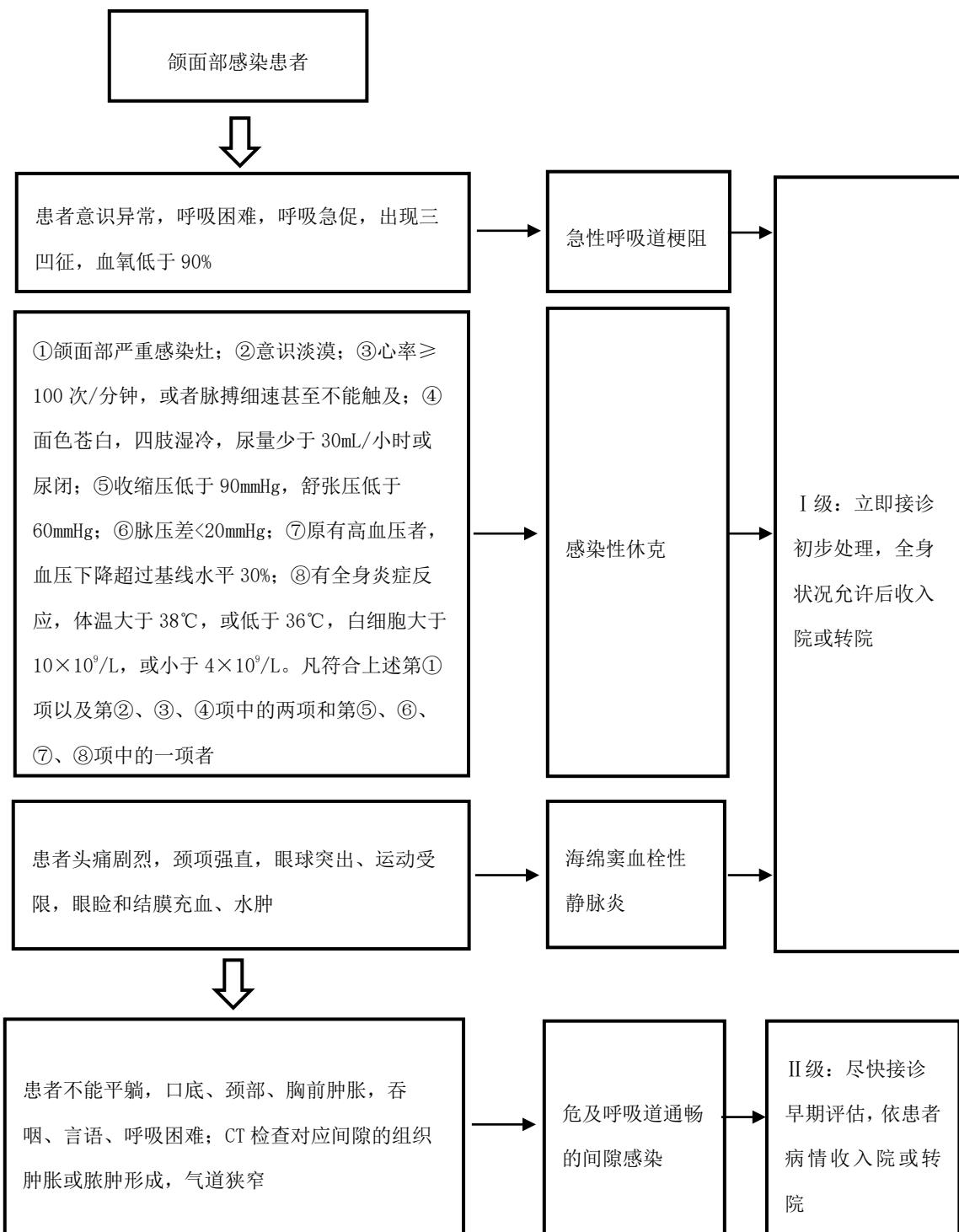
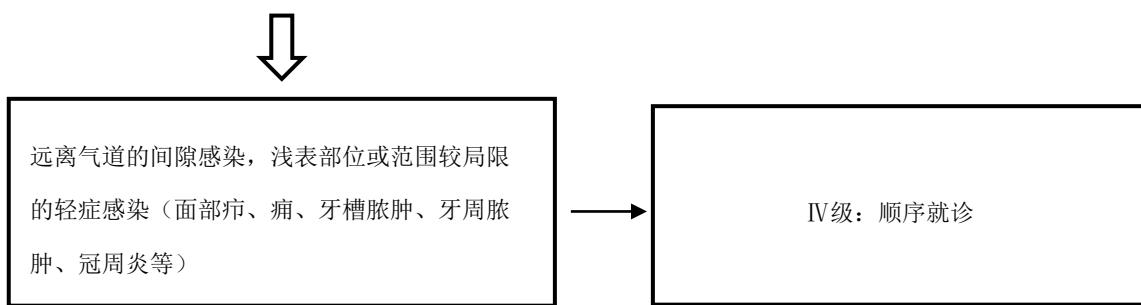


图1 口腔颌面部创伤的预检分诊流程

## 6.2 口腔颌面部感染

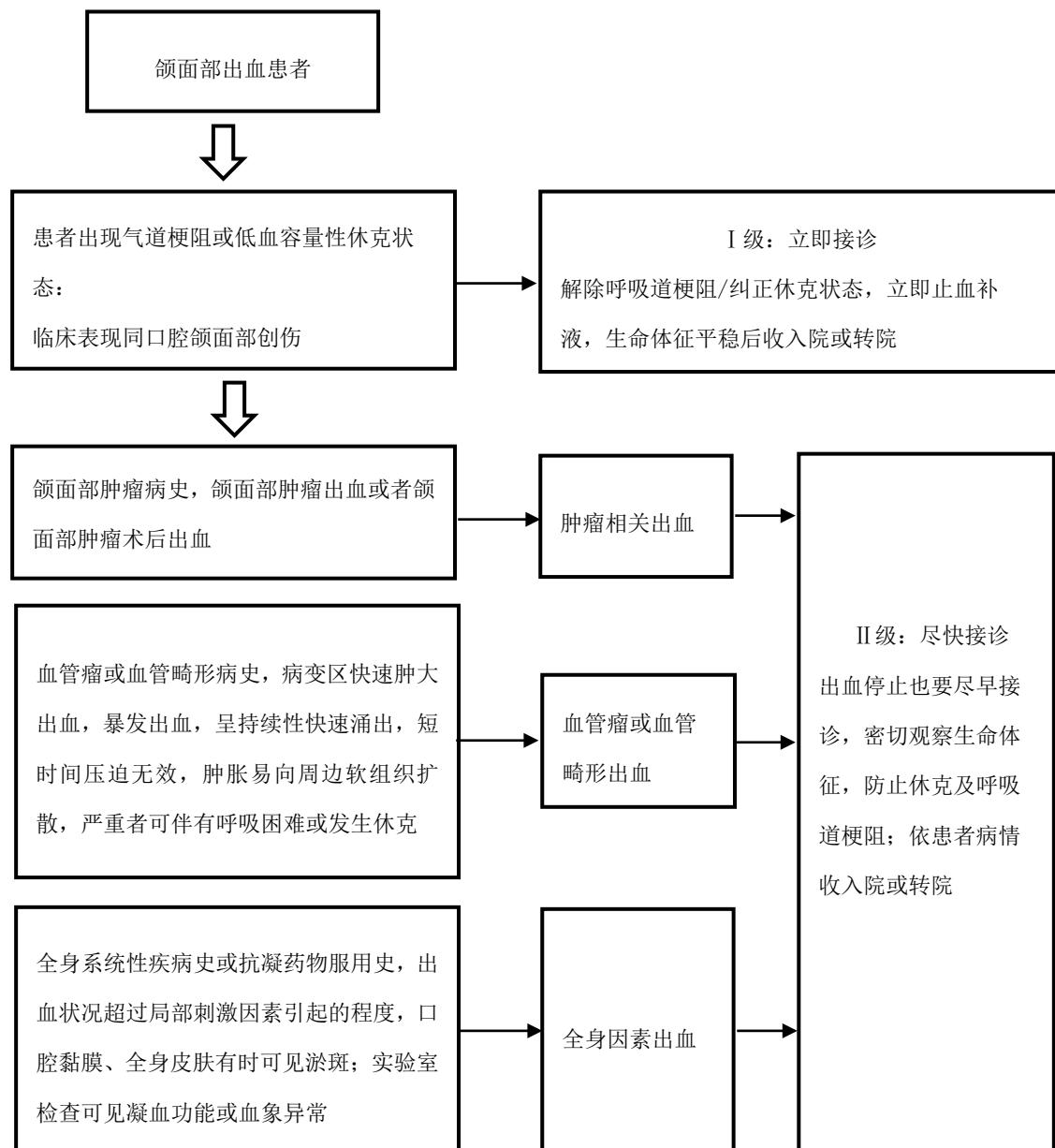
口腔颌面部感染患者的临床表述一般为口腔颌面部的肿痛。轻症感染由分诊护士预检分诊即可，较严重的间隙感染建议由分诊护士和主诊医生共同承担预检分诊，主要注意感染部位和感染程度，甄别患者气道是否通畅、是否有并发休克或即将发生休克的可能，吞咽困难、流涎、喘鸣、呼吸及发声困难是气道受损的标志<sup>[6, 20-22]</sup>。





### 6.3 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，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。除病因清楚的局部性出血患者由分诊护士预检分诊外，其他出血患者建议由分诊护士和主诊医生共同承担预检分诊。



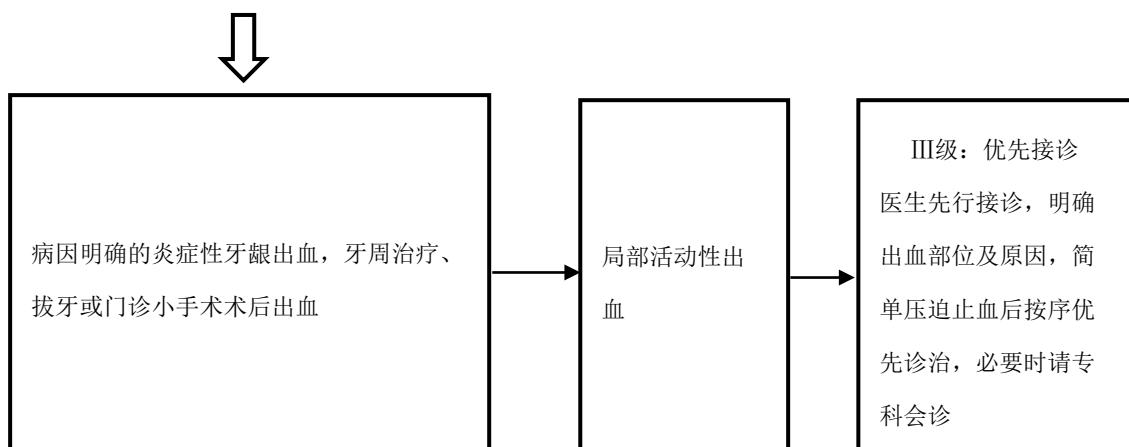
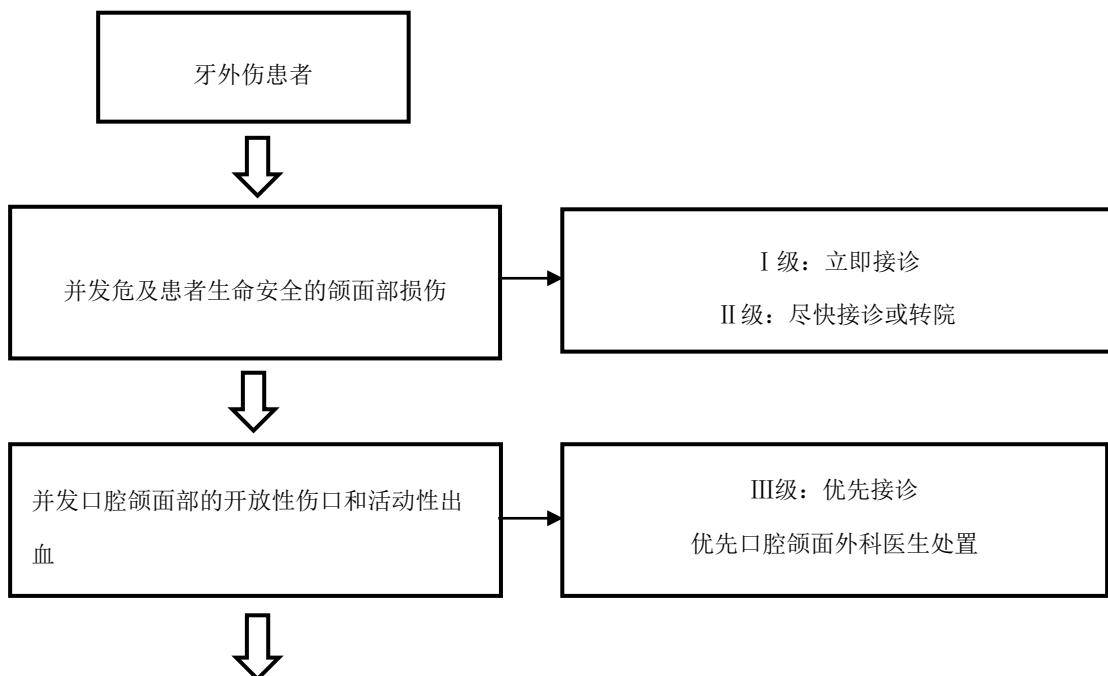


图3 口腔颌面部出血性疾病的预检分诊流程

#### 6.4 牙外伤

牙外伤患者同时可能伴发颌面部软组织或/和骨组织损伤，或者与全身其他部位的损伤并存。单纯的牙外伤由分诊护士预检分诊，必要时请主诊医生予以辅助；合并颌面部及其他部位损伤的患者，分诊护士与主诊医生共同预检分诊。牙外伤患者候诊期间建议对外伤牙及其他可疑牙齿或区域进行影像学检查，为医师接诊作准备。



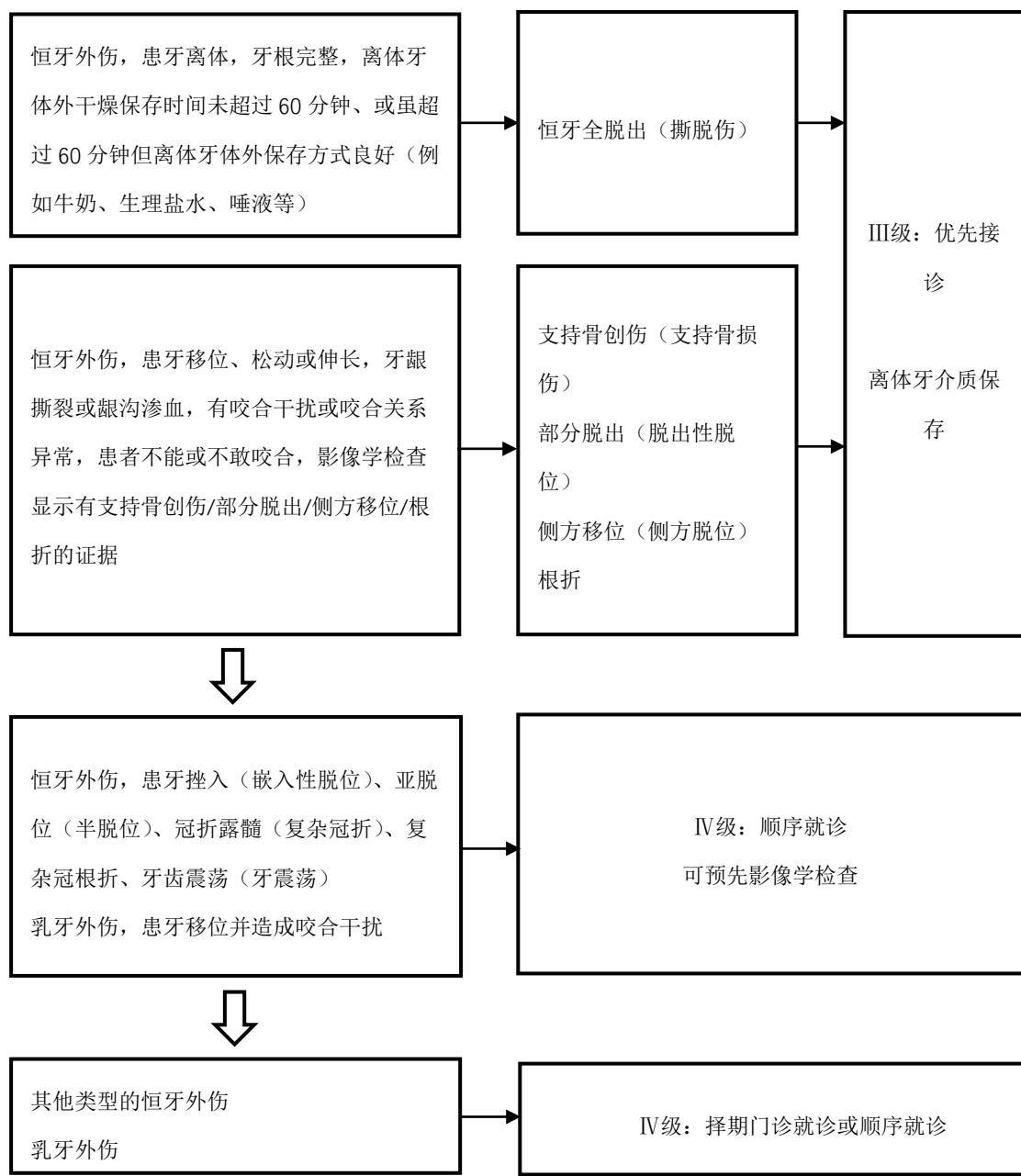


图4 牙外伤的预检分诊流程

## 6.5 急性牙痛或其他口腔急症

急性牙痛或其他口腔急症患者就诊时, 分诊护士需询问病情, 依据患者的就诊诉求、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。

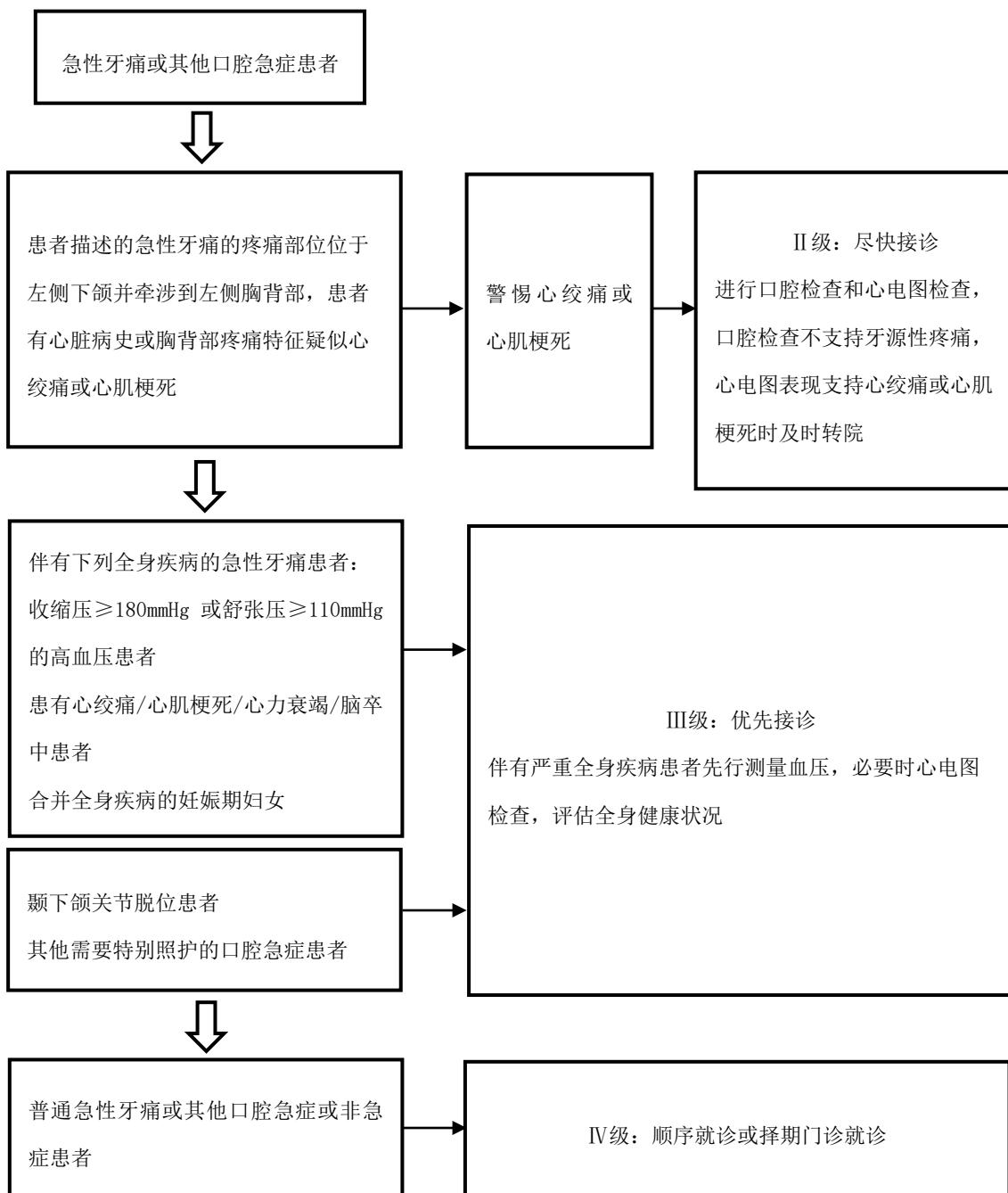


图5 急性牙痛或其他口腔急症的预检分诊流程

## 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](http://wjw.beijing.gov.cn/zwgk_20040/zxgk/201912/t20191230_1545244.html)
- [4] 郭传琰, 张益. 口腔颌面外科学[M]. 第3版. 北京:北京大学医学出版社, 2021:199-200.
- [5] 李祖兵. 口腔颌面创伤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011: 47-49.
- [6] GREENBERG S L, HUANG J, CHANG R S, et al. Surgical management of Ludwig's angina [J]. ANZ J Surg, 2007, 77(7):540-3.
- [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):1093-103.
- [9] 李龙江. 口腔急诊诊疗与操作常规[M]. 第一版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 118-125.
- [10] ANDREASEN J O, DATA T. Traumatic dental injuries: a manual[M]. 3rd. Chichester, West Sussex, U.K:Wiley-Blackwell, 2011: 26-27.
- [11] 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]. Dental traumatology, 1995, 11(2):76-89.
- [12] 白洁, 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.
- [13] 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]. Dental traumatology, 2002, 18(3):116-128.
- [14] 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.
- [15] 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]. Dental traumatology, 2012, 28(5):364-370.
- [16] 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: The risk of pulp necrosis in teeth with combination injuries[J]. Dental traumatology, 2012, 28(5):371-378.
- [17] 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.
- [18] 姬爱平. 口腔急诊常见疾病诊疗手册[M]. 第2版. 北京:北京大学医学出版社, 2021: 227-234.
- [19] 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.

- [20] 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):1608–12.
  - [21] 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.
  - [22] MILORO M, GHALI G E, LARSEN P E, et al. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery[M]. Cham:Springer International Publishing AG, 2022:1193–1219.
-