

ICS 11.060.01
CCS C 05

T/CHSA

中华口腔医学会团体标准

T/CHSA XXXX—2025

口腔诊疗过程中误吞误吸防范与应急处置的专家共识（拟修改为：口腔诊疗过程中误吞误吸的防范及应急处置专家共识）

Expert consensus on prevention and emergency management of accidental ingestion and aspiration during dental management

（征求意见稿）

（本草案完成时间：2025年4月20日）

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。

2025-XX-XX 发布

2025-XX-XX 实施

中华口腔医学会 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
4 风险因素	1
4.1 生理因素	1
4.2 基础疾病	1
4.3 口腔与咽喉部局部因素	2
4.4 诊疗操作	2
5 预防措施	2
5.1 风险评估与告知	2
5.2 器械与材料	3
5.3 治疗时长管理	3
5.4 患者体位管理	3
5.5 隔离保护措施	3
5.6 规范诊疗操作	3
5.7 特殊人群的防范	4
5.8 急救设备与药品准备 ^[18]	5
6 应急处置	5
6.1 停止操作	5
6.2 判断病情	5
6.3 紧急处置	5
6.4 沟通与安抚	7
6.5 应急处置流程图	7
7 记录与上报	7
8 追踪随访	7
9 结语	8
附录 A (资料性) 误吞误吸风险评估 ^[1, 3, 14]	9
附录 B (资料性) 医疗事故分级	10
参考文献	11

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：中山大学附属口腔医院、空军军医大学第三附属医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、中国医科大学附属口腔医院、北京大学口腔医院、兰州大学口腔医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院、四川大学华西口腔医院、中国人民解放军总医院、郑州大学第一附属医院、联勤保障部队第九〇〇医院、武汉大学口腔医学院、南京大学医学院附属口腔医院、中山大学附属第一医院、广州医科大学附属第一医院。

本文件主要起草人：余东升、陈永进、朱亚琴、张英、姬爱平、李志革、盛列平、华成舸、郭斌、张旻、何巍、傅升、邹静、赵吉宏、王铁梅、李彦、丁震、黄伟青、曾秉辉、黄宇蕾、王朝、张茜柳、何毅、邓惠芬、陆云洋、高慧。

引　　言

在口腔诊疗过程中，患者常处于张口状态，器械、材料、牙体碎片或其他物体意外进入患者咽部以下消化道或声门以下呼吸道，即为口腔诊疗过程中的误吞误吸（accidental ingestion and aspiration during dental management）。该并发症常需多学科协作管理（涉及口腔科、急诊科、放射科、消化科及呼吸科等），是临床实践中必须重点防控的安全问题。

有统计数据表明，口腔诊疗过程中年均误吞误吸发生率约为0.018~0.021（例/牙医），其中约87%的异物进入消化道，13%进入呼吸道^[1]。尽管整体发生率较低，但一旦发生，影响患者治疗及日常生活，严重时可导致胃肠道穿孔、气道梗阻、阻塞性肺炎甚至危及患者生命，并且对医患双方造成严重的心理创伤。因此，如何有效预防及规范应急处置误吞误吸事件亟需引起全体口腔医护人员的高度重视。

目前，国内外关于口腔诊疗过程中误吞误吸的预防和应急处置有零星报道，但业界尚未形成共识。因此，迫切需要建立标准化预防流程并规范应急处置措施，最大限度避免误吞误吸的发生以及后续出现的并发症，为医护人员操作安全和患者健康提供有力的保障。

中华口腔医学会口腔急诊专业委员会通过广泛的口腔临床调研和文献查阅，经过全国经验丰富的口腔急诊专家反复讨论并全面听取了急诊科、放射科、消化科及呼吸科等相关学科专家的意见，制定本专家共识。

口腔诊疗过程中误吞误吸防范与应急处置的专家共识（拟修改为： 口腔诊疗过程中误吞误吸的防范及应急处置专家共识）

1 范围

误吞误吸是口腔诊疗过程中可能发生的并发症之一，影响患者治疗及日常生活，严重时可导致胃肠道穿孔、气道梗阻、阻塞性肺炎甚至危及生命。本共识旨在规范口腔诊疗过程中误吞误吸的预防及应急处置流程，规避风险，保障患者安全。

本专家共识提出口腔诊疗过程中误吞误吸事件的风险因素、预防措施与应急处置方法。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，涵盖所有可能涉及误吞误吸的口腔专科操作。

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

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 误吞 accidental ingestion of dental objects

指在口腔诊疗过程中，器械、材料、牙体碎片或其他物体意外进入患者咽部以下消化道。

3.2 误吸 accidental aspiration of dental objects

指在口腔诊疗过程中，器械、材料、牙体碎片或其他物体意外进入患者声门以下呼吸道。

4 风险因素

4.1 生理因素

4.1.1 儿童^[1-3]

儿童吞咽功能发育尚未成熟，自控力差、容易哭闹，且气道相对狭窄，更易发生误吞。

4.1.2 老年人^[1-3]

老年人口腔、咽、喉及食管组织出现退行性改变，表现为吞咽反射延迟、食管蠕动功能减退及胃排空时间延长，更易发生误吸。

4.1.3 孕妇^[4]

妊娠中晚期因子宫机械性压迫胃部致胃内压升高，联合孕酮水平升高导致的食管下括约肌松弛，显著增加胃内容物反流风险。

4.2 基础疾病

4.2.1 神经系统疾病

脑血管疾病（如脑卒中等）、神经退行性疾病（如阿尔茨海默病、帕金森病等）及神经肌肉疾病（如进行性肌营养不良症等）可导致吞咽功能失调，表现为咽期反射延迟、咽部分泌物潴留或肌群协调性障碍^[1, 3, 5, 6]。癫痫发作时患者可出现意识丧失及肌肉痉挛。

4.2.2 呼吸系统疾病

慢性阻塞性肺疾病等呼吸系统疾病患者因慢性炎症反应损伤气道黏膜屏障，导致吞咽功能障碍^[7]，若合并低氧血症或呼吸肌疲劳，误吸风险显著升高。

4.2.3 头颈部肿瘤治疗术后^[8-10]

手术治疗可能损伤舌咽神经、迷走神经、肌肉等结构，引发舌运动障碍、腭咽闭合不全等并发症，直接削弱吞咽协调性。放疗后常伴有黏膜下纤维化及神经损伤，导致咽喉部顺应性下降及吞咽反射抑制。化疗药物的神经毒性作用可引发神经损伤，同时化疗相关性黏膜炎及肌力减退进一步损害吞咽功能。

4.2.4 认知障碍

认知障碍患者常合并吞咽功能异常^[3]，包括咽期反射延迟、咽部分泌物潴留及吞咽风险识别能力缺失，同时因突发躁动或抗拒性动作可能干扰诊疗操作安全。

4.2.5 意识障碍

嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷等意识障碍患者因气道保护性反射消失，无法自主维持气道通畅。

4.3 口腔与咽喉部局部因素

咽反射敏感易导致患者在诊疗过程中出现频繁咳嗽或呛咳；牙齿松动或缺失以及唾液分泌过多或过少，可影响咀嚼和吞咽功能；舌体运动障碍会影响食物的搅拌和推送；口腔肿瘤、炎症等疾病可阻塞气道或干扰吞咽反射；口腔结构异常（如腭裂等）导致腭咽闭合功能不全，咽喉结构异常（如会厌功能不全、声带麻痹等）可导致吞咽协调障碍。

4.4 诊疗操作

4.4.1 麻醉方式^[1, 11, 12]

局部麻醉可诱发暂时性感觉-运动功能障碍，导致舌体麻木及咽喉部触觉反馈缺失。镇静状态下患者意识模糊，咽喉反射受到抑制甚至消失，镇静过深时体位自主调节能力丧失。全身麻醉可完全抑制咳嗽反射、吞咽反射等中枢性保护机制，伴随声门开放及食管下括约肌松弛。全身麻醉气管插管操作中，松动牙齿或修复体易脱落，若未及时发现并移除，可直接引发误吞或误吸。

4.4.2 治疗部位

后牙区（尤其是下颌磨牙）因距离咽喉部较近、操作空间狭窄及视野受限，异物易滑向咽喉部^[5]。

4.4.3 操作类型

不同类型口腔治疗的误吞误吸风险存在差异，发生率最高的操作分别是口腔修复、根管治疗术、牙种植术及牙拔除术^[1]。显微治疗因视野受限、工具细小，误吞误吸风险加剧。

4.4.4 患者体位

过度仰卧位可致异物重力性滑向咽喉部^[5]，尤其是对于儿童、老年人或存在吞咽功能障碍的群体。

5 预防措施

5.1 风险评估与告知

5.1.1 诊疗前风险评估

治疗前建议进行误吞误吸风险评估（见附录A）^[3, 13, 14]：

- a) 病史采集：记录患者年龄、既往口腔治疗史、吞咽困难史或窒息史等基本信息，筛查慢性阻塞性肺疾病、帕金森病、癫痫等高风险疾病，了解用药史，尤其是影响吞咽功能或意识状态的药物，包括但不限于阿片类镇静药物（如羟考酮等）、三环类抗抑郁药物（如阿米替林等）；
- b) 口腔功能评估：完善口腔及咽部结构检查（如牙齿松动度、舌体运动、腭咽闭合功能等）并评估吞咽功能；

c) 意识状态评估：评估意识水平、情绪状态及治疗配合度，重点关注儿童、认知障碍或焦虑患者。

5.1.2 沟通与告知

- a) 治疗前沟通：向患者（或家属）介绍治疗程序及存在的误吞误吸风险，使其在治疗期间配合医生治疗要求，需要注意的是沟通应以患者理解能力为基础，并依据风险评估结果有侧重点地告知风险；
- b) 知情同意：常规口腔治疗知情同意书中建议纳入误吞误吸风险告知条款；对误吞误吸风险较高者，建议单独签署专项知情同意书，或在常规口腔治疗知情同意书中以加粗、下划线等形式显著标注风险内容。

5.2 器械与材料

器械与材料的选择及维护应以风险可控性、操作安全性和患者适应性为基本原则。优先选用防滑脱设计的器械（如带安全链的手机头、系线固定的根管器械等）。操作中建议佩戴合适型号的防滑手套，握持精细器械时保持手套干燥，防止因手部打滑导致器械滑脱^[5]。材料使用需严格遵循操作规范，确保生物相容性及安全性。推荐所有器械依据厂家指南定期维护和质控检查，及时停用磨损或松脱器械并妥善处理。

5.3 治疗时长管理

单次口腔诊疗操作时长应依据治疗复杂度、患者耐受度与心理状态动态调整。对于复杂口腔诊疗操作，合理安排治疗时间，可分阶段完成，避免长时间操作导致医患疲劳。对于紧张焦虑患者，建议缩短单次治疗时间；患者出现焦虑体征（如皱眉、肢体紧绷等）时，宜暂停操作，安抚确认后继续治疗^[15]。

5.4 患者体位管理

建议优先选择半卧位（适度倾斜）以降低误吞误吸风险，非必要不采用仰卧位操作^[3]。必须使用仰卧位时，需加强风险防控。特殊情况可牺牲医师体位以适应患者需求，确保诊疗安全。

5.5 隔离保护措施

采用橡皮障将操作区域与口腔、气道有效分隔，防范异物误吞误吸^[14]。对于无法应用橡皮障的操作场景（如正畸、修复和显微外科手术等），可采用替代性隔离方案：

- a) 口障（咽幕）：将 10 cm×10 cm 无菌纱布块折叠后固定于口腔后部（近咽腔处）来防范小颗粒或气体进入口咽部，并通过牙线或保留纱布尾端外置于口角以控制移位^[14]。该方式更适用于镇静或全身麻醉患者，因对于非镇静患者口障可能干扰吞咽并限制通气量^[16]；
- b) 高负压吸引协同：术中同步开启强吸负压吸引器及时清除碎屑与液体，降低误吸风险。

5.6 规范诊疗操作

5.6.1 器械使用与管理

器械使用与管理应遵循“固定-防滑-核查”三级防控原则：

- a) 器械固定：小型器械建议通过系线（如牙线、缝线等）固定，术者可通过小指/无名指夹持安全线，或由护士在口外牵拉控制^[5, 6]；
- b) 防滑控制：术前以无菌纱布擦拭器械表面及术者手套；术中注意保持手指和器械干燥，随时吸除操作区液体，避免器械湿滑脱手^[5]；
- c) 安装核查：安装涡轮车针等需接驳器械时，向外侧轻拉确认就位，避开患者在体外试转以验证夹持稳定性^[5, 17]；术前核查器械完整性（如螺丝刀螺纹、车针柄部等），术中定期检查固定线状态，术后严格执行清点制度，重点核查小型器械数目，确保与术前记录一致。

5.6.2 四手操作

积极倡导采用四手操作模式^[1]，护士同步吸唾、传递器械及固定患者体位，减少操作干扰，特殊情况可实施六手操作，降低呛咳和异物滑脱风险。

5.6.3 异物滑脱应对

若异物滑脱于口内，医生应保持镇定，切勿让患者坐起，可嘱患者大张口，由头仰位改为头侧位，使异物滑向口内侧方，避免刺激咽部诱发吞咽；推荐优先使用强吸负压吸引器吸出异物，或使用卵圆钳/止血钳夹取异物，或让患者自行吐出，避免使用镊子、尖锐器械、弱吸引器或手指探查^[5, 18]。

5.7 特殊人群的防范

5.7.1 儿童

- a) 适应证把握：治疗前保证良好精神状态，避免进食过饱，感冒、鼻塞、咳嗽者可暂缓治疗^[6]；
- b) 行为管理：通过“告知-演示-操作”流程，运用儿童能理解的语言和比喻解释治疗步骤^[19]，借助动画、玩具分散注意力，缓解患儿紧张感；
- c) 保护性固定：对低龄或焦虑患儿，经家长知情同意后可使用束缚治疗，减少患儿的抗拒行为^[19]；
- d) 镇静与麻醉：根据治疗类型和时长及配合度选择方案（如吸入镇静、全身麻醉等）^[20]；
- e) 操作优化：选择合适的儿童专用器械（如迷你车针、弹性开口器等），必要时采用“六手操作”模式^[19]，护士协助吸唾、固定体位及安抚患儿，缩短操作时间；
- f) 家长协作：诊疗中根据患儿情况，适时让家长参与或在场外等候，以提供必要的鼓励和安全感。

5.7.2 老年人

针对老年人（尤其合并吞咽功能障碍、认知障碍或头颈部放疗史等高危群体），建议采取以下措施：

- a) 术前评估：重点筛查吞咽反射、咳嗽反射及口腔协调运动能力；
- b) 操作优化：优先选择椅旁快速修复技术（如复合树脂充填、预成冠等），尽量避免多步骤精细操作，术中通过间歇性闭口休息缓解疲劳。

5.7.3 孕妇

- a) 控制饮食：治疗前避免进食过饱，防止术中胃内容物反流；
- b) 恶心干呕处理：患者诉恶心或出现干呕时立即停止操作，嘱深呼吸并哈气，若患者呕吐，嘱将头偏向一侧并及时清除口腔中的呕吐物，保持呼吸道畅通^[21]；
- c) 体位管理：推荐采用左侧倾斜15°联合半坐位（头部抬高30°～45°），缓解下腔静脉受压，预防仰卧位低血压综合征导致的意识丧失^[22]，缓解子宫对胃部的压迫，避免胃内容物反流；
- d) 操作优化：优先选择短时、非侵入性治疗^[22]，尽可能使用无刺激性材料（如无味印模膏等）减少咽喉刺激。

5.7.4 头颈部肿瘤治疗后患者

- a) 治疗前评估病史，明确手术范围、放化疗剂量及神经损伤情况，询问呛咳史和吞咽困难史；
- b) 调整患者至更直立的体位；
- c) 治疗中使用强吸负压吸引器及时清除口内液体^[23]；
- d) 限制每次冲洗液量，避免液体过量积聚；
- e) 治疗中观察患者吞咽动作，发现频繁呛咳时立即暂停操作。

5.7.5 残障患者^[24]

5.7.5.1 通用措施

- a) 诊疗设备配置：常规诊疗器械与普通患者一致，特殊残障患者配备病员安全固定设备、橡塑材质开口器等器材，有条件单位建议配置残障专用牙科综合治疗机；
- b) 安全固定原则：固定措施仅用于保障治疗安全，建议避开胸腹及关节并全程监测呼吸循环，出现剧烈抗拒或应激反应时立即终止固定；
- c) 镇静与麻醉：优先采用清醒镇静（如笑气等）缓解焦虑，但若常规心理生理或药物手段都无法令患者配合时，建议使用非住院全身麻醉牙科治疗技术；
- d) 家属协作：术前与家属或监护人明确风险及配合要求，签署特殊知情同意书；必要时术中允许家属陪同参与治疗过程；术后指导家庭护理，重点宣教误吸误吸早期识别与应急处理。

5.7.5.2 针对性措施

- a) 智力残障患者：沟通时使用简单词汇和重复语句，语速放缓；
- b) 肢体残障患者：根据患者肢体残障情况调整体位，控制治疗时长；
- c) 听力残障患者：可使用手势、图片或书写进行沟通，术中尽量减少噪音以避免惊扰患者；
- d) 视力残障患者：操作前详细告知患者即将进行的操作，并让患者感知器械和治疗环境；
- e) 精神残障患者：建议在急性期外进行治疗，避免患者因术中不适出现情绪波动。

5.8 急救设备与药品准备^[18]

5.8.1 急救设备准备

口腔诊所或口腔门诊部由于受到场地、运营成本限制，难以配备大型急救设备；综合医院口腔科依托于综合医院，能更快得到急诊科专业医师的会诊和救治。上述医疗机构建议配备常规急救设备：开口器、负压吸引器及吸痰管、简易呼吸球囊、口咽通气管、基本吸氧设备、环甲膜穿刺针、听诊器、血压计等。

口腔专科医院等机构除常规急救设备外，建议配备气管插管器材、气管切开包、心电监护仪、专业吸氧设备等设备；为方便患者转运，尽可能配备铲式担架或移动式担架床、转运呼吸机等，便于特殊情况下供专业救援团队抢救时备用。

5.8.2 急救药品准备

6 应急处置

6.1 停止操作

口腔诊疗过程中发生误吞误吸事件时，立即停止当前的口腔诊疗操作，保持患者体位稳定，避免进一步刺激患者口腔或咽喉，导致异物移动加重患者状况。

6.2 判断病情

首先评估患者是否出现呼吸道阻塞症状：若存在明显呼吸困难、发绀（皮肤/唇部/甲床青紫）、呼吸急促费力伴“三凹征”（胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙凹陷），提示呼吸道严重阻塞，需立即急救解除气道梗阻；若表现为咳嗽、喘鸣但无显著呼吸困难，则考虑部分阻塞，应安抚患者保持镇定，避免体位剧烈变动。同时需鉴别消化道症状，如胸骨后疼痛、吞咽困难或异物感等，提示异物可能滞留于消化道，建议结合影像学检查明确异物位置。需特别关注镇静或全身麻醉患者，此类患者无法主动表达不适，需密切监测生命体征：若出现血氧饱和度骤降、心率增快或气道压力异常升高，应高度怀疑误吸；若术后出现不明原因胸骨后疼痛、腹痛或吞咽障碍等不适，需警惕误吞可能。

6.3 紧急处置

6.3.1 误吸异物的处理

6.3.1.1 危险性异物

误吸尖锐器械（如车针、刀片等）或腐蚀性异物（如沾有化学药剂的棉球等）等危险性异物后，立即协助患者取头低脚高左侧卧位^[16]，利用重力减缓异物向气道深部移动，嘱患者小幅度呼吸，禁止咳嗽、说话或突然体位变动。同时密切监测生命体征，予高流量吸氧，立即转诊至综合医院急诊科。

6.3.1.2 非危险性异物

6.3.1.2.1 鼓励患者咳嗽^[18]

误吸棉球、树脂碎片等非危险性异物后，若患者意识清醒且能自主呼吸，医护人员应指导患者取前倾坐位，鼓励其用力咳嗽，同时协助拍背，促进异物咳出。若异物未咳出，需密切监测生命体征，予高流量吸氧。若呼吸道阻塞症状加重，立即启动急救流程。

6.3.1.2.2 海姆立克急救法

海姆立克急救法（Heimlich maneuver）是异物性上气道梗阻的首选急救技术^[25]。

- a) 意识清醒患者：患者立位，施救者站于身后，双臂环抱其腰部，双手置上腹部（剑突与脐之间）；一手握拳，拳眼（拇指侧）对腹部；另一手紧握该拳；快速向上、向内冲击5~6次（同时嘱患者咳嗽）；重复以上动作，直至异物排出。
- b) 儿童（>1岁）：患儿弯腰前倾（或趴于施救者膝盖上），头部低于胸部；施救者站在患者背后侧面，用一只手搂住其胸部，另一只手掌根部在肩胛骨之间连续拍击5下，方向向前向下；使呼吸道内压力骤然升高；重复以上动作，直至异物排出。
- c) 婴儿（<1岁）：将婴儿面朝下，趴在施救者前臂上，头低于躯干，支撑下颌；用掌根拍击背部（肩胛骨之间）5次，力度适中；翻转婴儿仰卧，用两指快速按压胸骨下半段（乳头连线下方）5次；重复直至异物排出。
- d) 孕妇：患者站位，施救者站在孕妇背后，双臂从腋下环抱其胸部；双手置于孕妇胸骨下半段（避开腹部和剑突）；一手握拳，拳眼（拇指侧）对两乳头连线中点（胸骨下端）；另一手紧握该拳；快速向后上方（朝向孕妇头部方向）用力冲击5~6次（同时嘱患者咳嗽）；重复以上动作，直至异物排出。
- e) 昏迷患者（有心跳）：将患者置于仰卧位，使头后仰，开放气道；施救者双膝骑跨在患者髋部；用一手掌根置于剑突与脐上的腹部，另一手交叉重叠在其上；借助身体重量，向上快速冲击腹部5~6次；重复以上动作，直至异物排出。

6.3.1.3 心肺复苏术^[18]

患者窒息昏迷并出现心脏骤停时，应立即将患者平卧并启用心肺复苏术（cardiopulmonary resuscitation, CPR）。在CPR过程中，每次打开气道换气时注意检查口腔内有无异物，如有可小心移除。

6.3.1.4 气道管理^[18, 26]

部分呼吸道阻塞者应给予高流量鼻导管或面罩吸氧。严重呼吸道阻塞者经海姆立克急救法、CPR后效果欠佳（患者呼吸、心跳和脉搏未恢复正常或仍处于无意识状态）时，需紧急行环甲膜穿刺术或气管切开术，待生命体征平稳后转诊至综合医院急诊科。

6.3.1.5 影像学检查管理

误吸异物后，首选胸部X线片作为初步筛查手段，快速评估异物位置及阻塞程度^[1]。若X线未显影但临床高度怀疑异物存在，进一步行胸部CT或诊断性支气管镜检查以明确诊断^[27]。

转运至放射科时，清醒患者保持侧卧位，避免异物向气道深部移位或分泌物反流引发二次误吸；意识模糊或昏迷患者维持平卧位，头偏向一侧并固定头颈部，防止舌后坠加重气道阻塞。检查中常规采用仰卧位或侧卧位X线片观察气管及主支气管异物，怀疑声门下区异物时加摄颈部侧位片；对小体积或非金属异物，可调整至斜位或侧卧位摄片以提高显影清晰度。

影像学检查需全程监测血氧饱和度及呼吸频率，若出现发绀、呼吸窘迫或血氧饱和度骤降等异常症状，立即暂停检查并实施急救。异物定位后，若患者生命体征稳定，尽快转诊至综合医院相应专科进一步处理。

6.3.2 误吞异物的处理

误吞异物后，应立即安抚患者情绪并严格禁食禁水，避免体位剧烈变动，同时尽快完善影像学检查以评估异物位置。影像学检查首选立位胸腹部X线正侧位片；若X线未能显影但高度怀疑异物误吞，或需要进一步明确异物位置及并发症等情况时，推荐进行CT检查，必要时可考虑超声检查^[28]。转运至放射科时，应固定患者躯干并保持侧卧位，若怀疑异物位于食管，可协助患者取头低足高位（倾斜15°~30°），利用重力减缓异物向深部移位。

同时，建议转诊至综合医院急诊科进一步处理。若专科建议暂予观察，医生应指导患者：正常饮食并增加纤维素摄入（如燕麦、绿叶蔬菜等）^[29]，避免酸性、刺激性或干硬食物；不建议患者自行催吐或服用促泻药物；密切观察排便；定期复查X线追踪异物位置变化；若出现腹痛、呕血、黑便、发热等症状，建议及时至综合医院急诊科就诊。若专科建议内镜或手术干预，首诊医生陪同并交接诊疗信息（如异物材质、误吞时间、已实施的影像学检查结果等），确保治疗连续性。

6.4 沟通与安抚

误吞误吸事件发生后，患者常因突发不适和未知风险产生强烈焦虑，家属亦可能因担忧患者安全而情绪紧张。建议医护人员遵循“简明、真实、共情”原则，从患者及家属两方面进行沟通与安抚^[30]。医护人员可通过保持眼神接触、适度点头示意等行为缓解患者紧张情绪；对于儿童、老年或认知障碍患者，建议采用蹲姿或平视交流；必要时安排专人全程陪护，给予患者充分关怀。同时，及时向家属说明事件经过及患者当前状态，主动解答家属疑问，消除信息不对称引发的误解，并指导家属协助安抚患者。

6.5 应急处置流程图

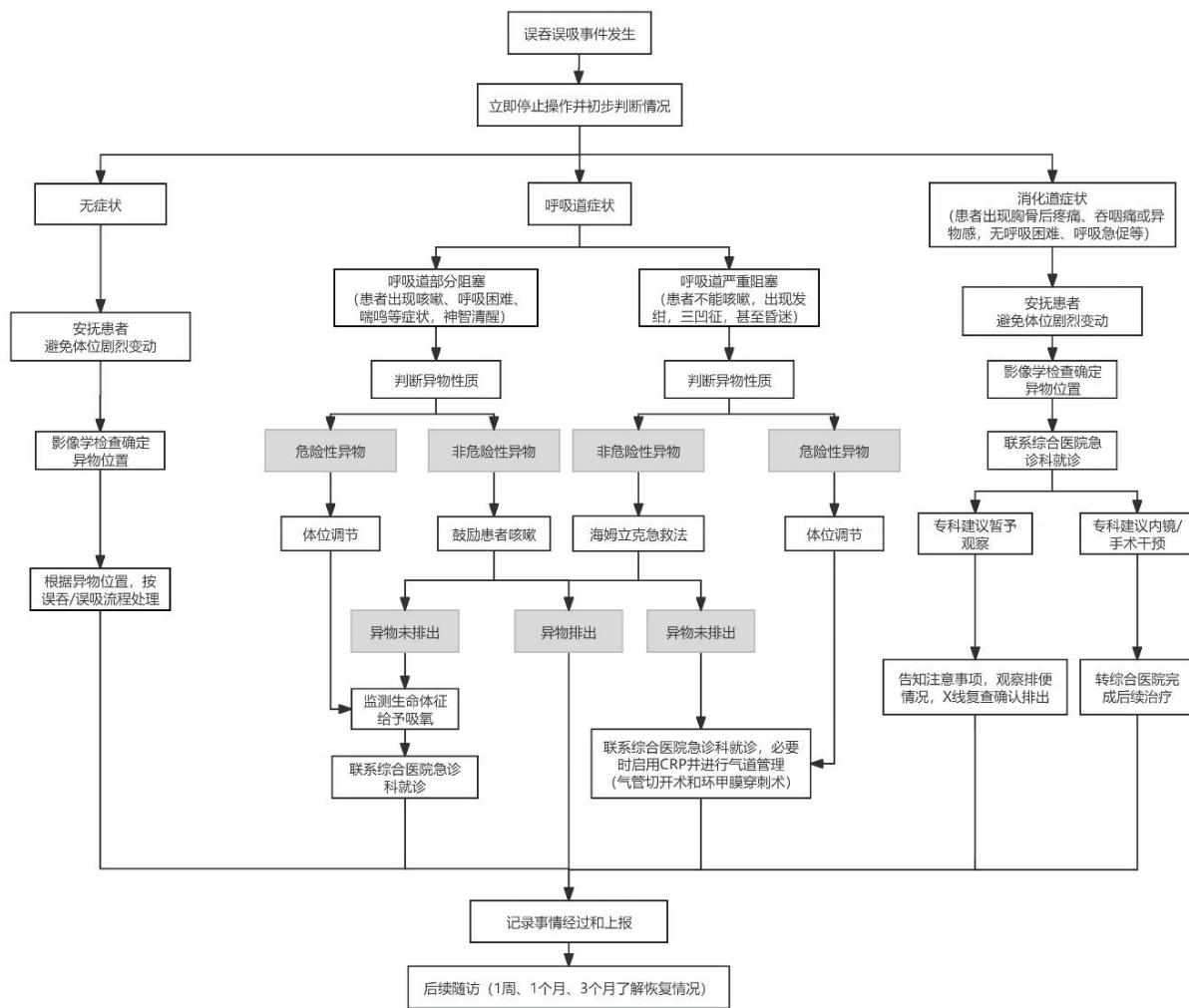


图1 口腔诊疗过程中误吞误吸应急处置流程图

7 记录与上报

严格遵循医疗不良事件上报规范，如实、完整记录事件信息^[1, 18]，涵盖患者信息、事件经过（时间/操作类型/器械细节）、应急处置措施、患者生理心理反应、影像学检查结果及医患沟通内容。确保信息完整可追溯并保护患者隐私。

8 追踪随访

建立系统化随访机制^[17]，密切观察患者恢复情况。对于误吞异物未排出者，制定影像学复查计划，密切观察患者是否出现腹痛、呕血、黑便等异常症状，直至确认异物排出或经专科处理。同时关注患者远期心理创伤风险，通过定期电话随访或门诊复诊评估心理状态，必要时转介心理干预。随访记录可纳入患者病历，确保诊疗连续性。

9 结语

口腔诊疗过程中的误吞误吸直接影响患者日常生活甚至生命安全，口腔医护人员需从思想到行动高度重视其风险。建议各机构开展误吞误吸专项培训，通过系统性理论教学、模拟实操及案例复盘，全面提升急救技能，并熟悉与急诊科、放射科等多学科协作的流程。本专家共识提出口腔诊疗过程中误吞误吸事件的风险因素、预防措施与应急处置方法，各医疗机构可依据本共识制定应急预案，结合自身条件配置急救资源，强化“预防-识别-处置-转诊”全链条管理。

附录 A
(资料性)
误吞误吸风险评估^[1, 3, 14]

评估项目	风险清单
患者基本情况	<input type="checkbox"/> 年龄: ≤10岁或≥60岁 <input type="checkbox"/> 妊娠期 <input type="checkbox"/> 患有相关基础疾病: 如神经系统疾病、呼吸系统疾病、头颈部肿瘤治疗术后、认知障碍、意识障碍等
口腔状况	<input type="checkbox"/> 呕吐反射敏感 <input type="checkbox"/> 牙齿缺失与松动: 多颗牙齿松动或缺失 <input type="checkbox"/> 唾液分泌异常: 分泌过多或过少 <input type="checkbox"/> 舌体运动障碍: 如舌神经损伤等 <input type="checkbox"/> 咽喉部病理状态: 如活动性出血、肿瘤等 <input type="checkbox"/> 口腔咽喉结构异常: 如腭裂、会厌功能不全、声带麻痹等
诊疗操作因素	<input type="checkbox"/> 麻醉方式: 采用局部麻醉、全身麻醉、镇静麻醉等技术 <input type="checkbox"/> 操作类型: 涉及大量小器械或操作复杂 (如根管治疗、种植手术等) <input type="checkbox"/> 治疗区域: 位于后牙区 <input type="checkbox"/> 体位: 仰卧位

本表旨在系统识别口腔诊疗中误吞误吸的高危因素，为临床提供标准化评估工具，通过治疗前风险筛查，指导医护人员制定针对性防范措施，降低误吞误吸事件发生的可能性。

使用方法及结果判定：

- 根据患者实际情况，对照清单逐条核查，符合风险项者在“□”内打“√”。
- 如满足清单中的一条，则视为存在误吞误吸风险，需针对性强化防范措施。

附录 B
(资料性)
医疗事故分级

根据《医疗事故分级标准(试行)》，误吞误吸的医疗事故分级如下^[31]:

- a) 四级医疗事故：器械或异物误入呼吸道或消化道，需全麻后内窥镜下取出；
- b) 三级丁等医疗事故：器械或异物误入呼吸道需行肺段切除术；
- c) 三级戊等医疗事故：器械或异物误入消化道，需开腹取出。

参 考 文 献

- [1] HOU R, ZHOU H, HU K, et al. Thorough documentation of the accidental aspiration and ingestion of foreign objects during dental procedure is necessary: review and analysis of 617 cases[J]. Head Face Med, 2016, 12(1):23.
- [2] FUANGTHARNTHIP P, PUJARERN P, PACHIMSAWAT P, et al. Accidental Swallowing of Dental Objects During Pediatric Dental Care in Thailand[J]. J Int Soc Prev Community Dent, 2021, 11(6):671–677.
- [3] HUH J, LEE N, KIM K Y, et al. Foreign body aspiration and ingestion in dental clinic: a seven-year retrospective study[J]. J Dent Anesth Pain Med, 2022, 22(3):187–195.
- [4] 张俊青. 围生期预防误吸的护理观察[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(24):107–108.
- [5] 杨勤. 口腔诊疗中异物误咽[J]. 口腔疾病防治, 2016, 24(6):321–325.
- [6] 钱虹. 口腔疾病治疗中异物的误吸误咽 [J]. 华西口腔医学杂志, 2016, 34(04): 329–331.
- [7] 高明谦, 魏强旭, 张小虎. 老年住院患者吸入性肺炎发生情况及危险因素[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2021, 8(4):37–40.
- [8] WALL L R, WARD E C, CARTMILL B, et al. Physiological changes to the swallowing mechanism following (chemo)radiotherapy for head and neck cancer: a systematic review[J]. Dysphagia, 2013, 28(4):481–493.
- [9] PEARSON W G, JR., DAVIDOFF A A, SMITH Z M, et al. Impaired swallowing mechanics of post radiation therapy head and neck cancer patients: A retrospective videofluoroscopic study[J]. World J Radiol, 2016, 8(2):192–199.
- [10] LI H, LI L, HUANG X, et al. Radiotherapy-induced dysphagia and its impact on quality of life in patients with nasopharyngeal carcinoma[J]. Strahlenther Onkol, 2019, 195(6):457–467.
- [11] D'ANGELO O M, DIAZ-GIL D, NUNN D, et al. Anesthesia and increased hypercarbic drive impair the coordination between breathing and swallowing[J]. Anesthesiology, 2014, 121(6):1175–1183.
- [12] HÅRDEMARK CEDBORG A I, SUNDMAN E, BODÉN K, et al. Effects of morphine and midazolam on pharyngeal function, airway protection, and coordination of breathing and swallowing in healthy adults[J]. Anesthesiology, 2015, 122(6):1253–1267.
- [13] DASTOURI E, HECK T Y, WANG H L. Accidental ingestion of a dental object during a periodontal surgical procedure on an IV sedated patient: Case management[J]. Clin Adv Periodontics, 2023, 13(3):156–162.
- [14] HUH J Y. Foreign body aspirations in dental clinics: a narrative review[J]. J Dent Anesth Pain Med, 2022, 22(3):161–174.
- [15] 武霖, 孔繁芝, 钱良玉, 等. 口腔种植术中误吸螺丝刀病例报道及文献回顾[J]. 口腔疾病防治, 2022, 30(8):582–587.
- [16] 陈永进. 口腔急诊医学[M]. 人民卫生出版社, 2024.
- [17] HUANG J, XIE Y, PAN Y. Accidental ingestion of a fractured piece of orthodontic aligner: a case report[J]. BMC Oral Health, 2024, 24(1):1101.
- [18] 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[J]. 中华口腔医学杂志, 2022, 57(5):441–454.
- [19] 娄凌玮, 刘飒. 儿童行为管理在口腔诊疗中的研究进展[J]. 浙江临床医学, 2024, 26(11): 1734–1735+1738.
- [20] 郁葱, 周玭婧, 席梦莹. 儿童门诊口腔治疗常用镇静镇痛技术及风险防范[J]. 麻醉安全与质控, 2019, 3(3):133–136.
- [21] 郑红, 余光容. 饱胃孕妇急诊剖宫产术中恶心呕吐的预防及护理[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(9):1346–1347.

- [22] 张雪峰, 刘显, 刘畅, 等. 妊娠期口腔急症的临床考量[J]. 华西口腔医学杂志, 2024, 42(2): 142–153.
- [23] EL WAZANI B, NIXON P, BUTTERWORTH C J. Accidental Ingestion of an Implant Screwdriver: A Case Report and Literature Review [J]. Eur J Prosthodont Restor Dent, 2018, 26(4):184–189.
- [24] 万呼春, 杨征, 吴红崑, 等. 残障人口腔疾病的临床治疗[J]. 华西口腔医学杂志, 2017, 35(4): 348–354.
- [25] SHIN Y, HONG S O, KIM R, et al. Strategies for dental aspiration and ingestion accidents that can lead to serious complications: a report of three cases and a review of articles[J]. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg, 2022, 48(5):318–325.
- [26] ARAUJO S C S, BUSTAMANTE J E D, DE SOUZA A A B, et al. Aspiration of dental items: Case report with literature review and proposed management algorithm[J]. J Stomatol Oral Maxillofac Surg, 2022, 123(4):452–458.
- [27] YADAV R K, YADAV H K, CHANDRA A, et al. Accidental aspiration/ingestion of foreign bodies in dentistry: A clinical and legal perspective[J]. Natl J Maxillofac Surg, 2015, 6(2):144–151.
- [28] PEDIATRIC COLLABORATIVE GROUP C S O D E, ASSOCIATION P D E P C O C E. 中国儿童消化道异物管理指南(2021)[J]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2021, 8(4):147–163.
- [29] ALMUAYTIQ Y M, ALHARBI G L, ALFAHAD S A, et al. Accidental Stainless Crown Ingestion During Dental Treatment in a Pediatric Patient[J]. Cureus, 2022, 14(1):e21335.
- [30] 赵翰, 姜婷, 葛春玲, 等. 口腔修复治疗中的并发症及其防范处置措施[J]. 口腔颌面修复学杂志, 2015, 16(5):285–288.
- [31] 国务院法制办公室. 医疗事故分级标准(试行) [M]. 北京:中国法制出版社, 2002.