

الوقاية وتدير الحالات الطارئة في العيادة السنية
Prevention and Management of Medical Emergencies
in Dental Office

Dr. Lama Hammoud
PhD in Oral and Maxillofacial Surgery



تحتوي هذه المحاضرة على ملخص لتدبير حالات الطوارئ التي تواجه طبيب الأسنان في عيادته, لحسن الحظ فإن حالات انهيار المريض صحياً في عيادة الأسنان قليلة وإن حدثت فهي مقلقة للجميع حتى وإن تماثل المريض للشفاء سريعاً, إن قلة حدوث مثل هذه الحالات الإسعافية لا تلغي أهمية امتلاك المعرفة والخبرة والمستلزمات الضرورية لتدبير هذه الحالات في عيادة الأسنان.

تتطلب جاهزية عيادة الأسنان لتدبير مثل هذه الحالات ما يلي:

1. خبرة كافية لدى طبيب الأسنان ومساعديه في الحفاظ على الطرق التنفسية سالكة وحقن الأدوية وريدياً وعضلياً وتحت الجلد والقيام بالإنعاش القلبي التنفسي.
2. هدوء الأعصاب وعدم الارتباك حلقة مفتاحية للتعامل مع مثل هذه الحالات.
3. رقم أقرب مركز إسعافي.
4. عدة الإسعاف كاملة وجاهزة للعمل وأدوية لم تنته فعاليتها بعد.

طب الطوارئ هو تخصص طبي يتضمن التشخيص والتدبير الفوري للحالات الإسعافية وخاصة الإنعاش الفوري والعمل على استقرار الحالة والحفاظ على حياة المريض.

إن تواتر حدوث الحالات الإسعافية يكون أكبر عند المرضى الذين تلقوا جراحة فموية عابرة مقارنة بهؤلاء الذين تلقوا معالجة غير جراحية. ويعود ذلك إلى:

1. الجراحة أكثر إثارة للضغط والقلق.
2. توصف الأدوية عادة قبل العمل الجراحي وبعده.
3. المدة الطويلة اللازمة للجراحة الفموية وصعوبتها.

هذه العوامل تزيد من احتمالية حدوث الحالات الطارئة، وهناك عوامل أخرى قد تزيد من حدوثها مثل الجنس، عمر المريض، حيث يحمل الصغار جداً أو المسنين الخطر الأكبر.

تمثل الوقاية حجر الأساس في تدبير الحالات الإسعافية:

الخطوة الأولى: هي تقييم للحالة وتبدأ بالتقييم الطبي في العيادة السنية عبر أخذ القصة المرضية بدقة، متضمنة مراجعة جهازية موجهة وشاملة، لمعرفة الحالة العامة للمريض، تسجيل العلامات الحيوية، مع إنجاز فحص سريري، وفي حال الضرورة تم طلب الاستشارات اللازمة.

**رغم أن جميع مرضى العيادة السنية عرضة لحالات إسعافية، إلا أن
المرضى الذين لديهم مشاكل صحية حالية، هم أكثر عرضة لتطور الحالات الإسعافية**

Basic Life Support (BLS):

$P \rightarrow C \rightarrow A \rightarrow B \rightarrow D$

P=position; C=circulation; A=airway; B=breathing; D=definitive care.

هو أحد إجراءات الرعاية الطبية الذي يُستخدم مع ضحايا الأمراض أو الإصابات التي تهدد الحياة إلى أن يتم تقديم الرعاية الطبية الكاملة لهم في المستشفى.

وهو مهم جداً في المرحلة الأولى لإسعاف الغائب عن الوعي نتيجة لنقصان ضغط الأوكسجين التوتري في الدم مثل حالات الاختناق أو خلل تدفق الدم إلى أعضاء الجسم.

معدات وتجهيزات الطوارئ

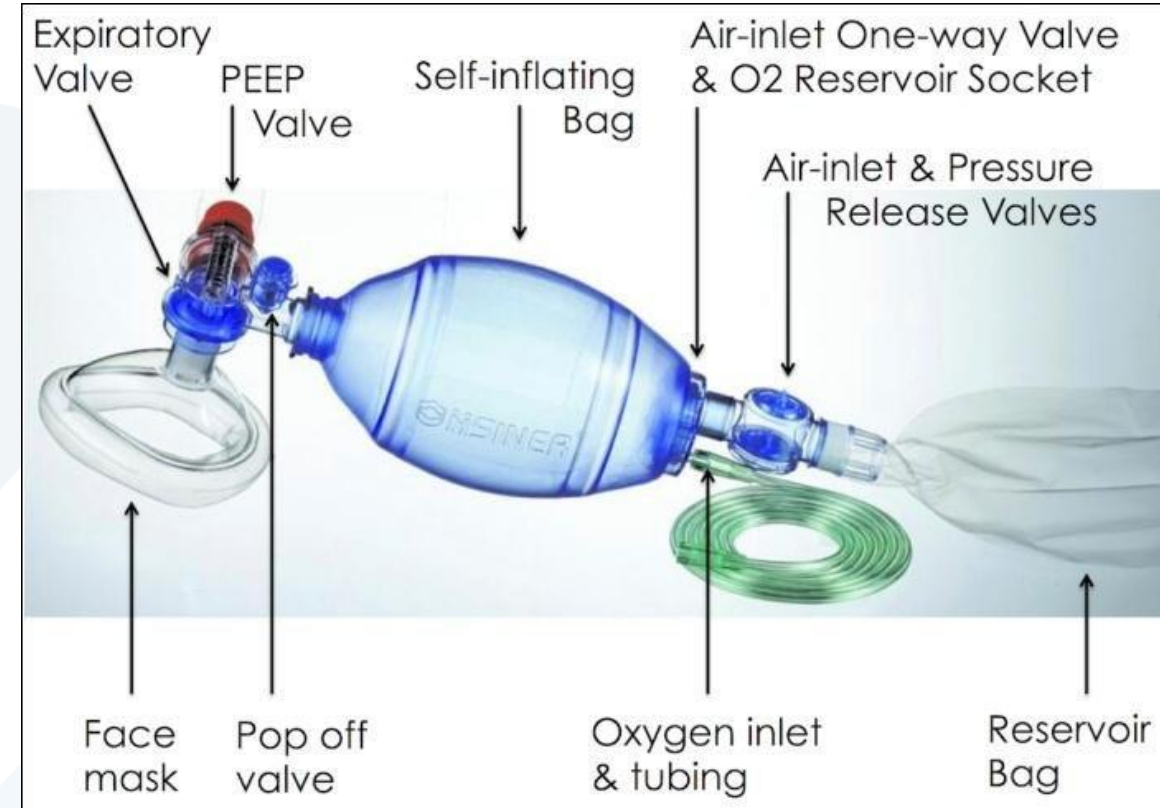
Emergency Supplies and Equipment

تتضمن المعدات والأدوية الواجب توفرها في العيادة، أحد تلك التجهيزات هو كرسي الأسنان والذي يمكن ضبطه على وضع الاستلقاء ورفع الأرجل فوق مستوى الرأس، بالإضافة لإمكان خفض كرسي المعالجة ليصبح قريباً من مستوى الأرض للقيام بإجراءات دعم الحياة الأولية. BLS.

يجب تزويد العيادات السنية بمعدات التنفس المساعدة وتأمين إمكانية حقن الأدوية الضرورية خلال الحالات الطارئة، تتضمن معدات التنفس أجهزة تهوية عبر الفم أو الأنف وكذلك ماصات وحقيبة الإنعاش مثل حقيبة قناع الهواء AMBU bag ومنظار الحنجرة وأنابيب لتؤمن التنبيب الرغامي ويجب أن يكون طبيب الأسنان مدرباً على استخدامها في تدير الحالات الإسعافية.

المعدات المفيدة لإعطاء الأدوية تتضمن محاقن وأبر وعصابات تربط لوقف النزف، محاليل للتسريب الوريدي، قناطر مناسبة.

تتضمن مجموعة الطوارئ عدد كبير من الأدوية المتوفرة تجارياً



الأدوية الإسعافية في العيادة السنية





Emergency Kit

<i>Drug</i>	<i>Indication</i>	<i>Initial Adult Dose</i>
1. Oxygen	almost any medical emergency	100%: inhalation
2. Epinephrine	anaphylaxis	0.1 mg i.v., or 0.3–0.5 mg i.m.
	asthma unresponsive to albuterol/salbutamol	0.1 mg i.v., or 0.3–0.5 mg i.m.
	cardiac arrest	1 mg i.v.
3. Nitroglycerin	pain of angina	0.3–0.4 mg sublingual
4. Antihistamine (diphenhydramine or chlorpheniramine)	allergic reactions	25–50 mg i.v., i.m.
		10–20 mg i.v., i.m.
5. Albuterol/salbutamol	asthmatic bronchospasm	2 sprays: inhalation
6. Aspirin	myocardial infarction	160–325 mg

<i>Drug</i>	<i>Indication</i>	<i>Initial Adult Dose</i>
1. Glucagon	hypoglycemia in unconscious patient	1 mg i.m.
2. Atropine	clinically significant bradycardia	0.5 mg i.v. or i.m.
3. Ephedrine	clinically significant hypotension	5 mg i.v., or 10–25 mg i.m.
4. Hydrocortisone	adrenal insufficiency	100 mg i.v. or i.m.
	recurrent anaphylaxis	100 mg i.v. or i.m.
5. Morphine or nitrous oxide	angina-like pain unresponsive to nitroglycerin	titrate 2 mg i.v., 5 mg i.m.
	angina-like pain unresponsive to nitroglycerin	~35%, inhalation
6. Naloxone	reversal of opioid overdose	0.1 mg i.v.
7. Lorazepam or Midazolam	status epilepticus	4 mg i.m. or i.v.
	status epilepticus	5 mg i.m. or i.v.
8. Flumazenil	benzodiazepine overdose	0.1 mg i.v.

أولاً: الإغماء Fainting

الإغماء من أكثر أسباب فقد الوعي المفاجئ في عيادات الأسنان، يؤهب لذلك الألم، والقلق، والتوتر، والخوف، والتعب الجسدي والنفسي، الجوع، أو الصيام لفترة طويلة نسبياً، ارتفاع درجة حرارة المحيط والرطوبة العالية، وضعية الجلوس بانتصاب في كرسي المعالجة.

- لا يرتبط الإغماء بالوهن العام أو تقدم السن فكثيراً ما يحدث لدى شباب أصحاء والذكور خاصة بعد حقنة تخدير موضعي.
- يعاني المريض من دوار وجلد رطب بارد وغثيان وشحوب ونبض بطيء ضعيف ثم يصبح سريع، وإذا لم يسعف المريض بسرعة يفقد الوعي.

التدبير:

1. وضع المريض بوضعية الاستلقاء لتحسين التروية الدموية للدماغ, ليكون الرأس أخفض من القدمين .
2. تأمين طريق هوائي مفتوح إما برفع الذقن أو قذف الفك مع تجنب هز الرأس وتأمين طريق هوائي متجدد داخل العيادة.
3. فك كل الألبسة الضيقة عن الرقبة والصدر.
4. إنعاش المريض بإثارة منعكساته بتقديم مشتقات الأمونيا عن طريق الإنشاق, الكمادات الباردة.
5. التواصل مع المريض بشكل مستمر وطمأننته, القيام ببعض الحركات الفيزيائية للمريض (تحريك اليدين, ضم وتباعد الرجلين).
6. في حال الحاجة تقديم الأوكسجين عن طريق القناع الأنفي لتجنب نقص الأكسجة الدماغية وتطور الحمض الاستقلابي.
7. مراقبة العلامات الحيوية وتقديم الدعم الحياتي الأساسي.
8. إذا لم يعد المريض لوضعه خلال 1-2 دقيقة واستمرت حالة بقاء القلب يحقن 0.5-1 ملغ من الأتروبين في الوريد لمعاكسة فرط المقوية المهمة.

يتعافى المريض سريعاً وإذا لم يحدث فيجب إعادة النظر بالتشخيص فربما يكون الإغماء لسبب أكثر خطورة ويمكن معرفة السبب من خلال قصة المريض الطبية والحالة التي تم بها فقد الوعي , فمثلاً حالة فقد وعي لمريض سكري يرجح أنها بسبب نقص سكر الدم, وفقد الوعي لمريض بقصة احتشاء عضلة قلبية أو خناق صدر ربما يكون بسبب حالة احتشاء جديدة.

إن فقد الوعي بعد عدة دقائق من حقن البنسلين غالباً بسبب حالة تأق, بينما فقد الوعي بعد إعطاء حقنة تخدير أو ربما مشاهدتها فقط هو غالباً حالة إغماء بسيطة.

ثانياً: ردود الفعل تجاه التخدير الموضعي Local Anesthetic Reactions

قد يحدث ذلك كنتيجة للزيادة المطلقة أو الزيادة النسبية في الدواء المقدم، والذي نجم عنه مستويات دموية مرتفعة في العديد من الأعضاء والأنسجة الهدف .

تعتبر المخدرات الموضعية مواد آمنة إذا ما طبقت بشكل صحيح وبالجرعات الصحيحة، إلا أنها أدوية مثبطة للجملعة العصبية والجهاز القلبي الوعائي إذا ما طبقت بصورة غير صحيحة أو إذا ما وصلت مستوياتها الدموية إلى مقادير مرتفعة الأمر الذي يسبب تطور أعراض وعلامات التسمم الجهازى بفرط الجرعة.

الأسباب:

1. بطء عملية التحول الحيوي للدواء.
2. إطراح الدواء عبر الكلية بصورة بطيئة جداً.
3. الجرعة الدوائية المقدمة كبيرة أو مفرطة.
4. امتصاص المخدر الموضعي من مكان تطبيقه سريع جداً.
5. تقديم الدواء بشكل غير مقصود عبر الوعاء الدموي.

الصورة السريرية للتسمم الجهازي بفرط الجرعة:

تؤدي حالات التسمم الجهازي التي تحصل بسبب زيادة الجرعة إلى ظهور الأعراض والعلامات السريرية التي تعكس مرحلة التنبيه في الجملة العصبية المركزية ثم تظهر الأعراض والعلامات التي تعكس مرحلة التثبيط في الجملة العصبية المركزية والجهاز القلبي الوعائي.

أعراض مرحلة التنبيه:

1. الشعور بعدم الارتياح.
2. الشعور بخفة الرأس.
3. الإحساس بالخدر أو النمل الخفيف في اللسان وحول الفم.
4. الشعور بالتوهج.
5. النشوة.
6. الإحساس بالوسن.
7. الإحساس بالدوار.
8. الإحساس بالطنين في الأذنين.
9. عدم القدرة على التركيز البصري .
10. الشعور بالتيهان (الزمني والمكاني).
11. فقد الوعي.

علامات مرحلة التنبيه:

1. ثثرة كلامية.
2. قابلية الإثارة.
3. الكلام المتداخل.
4. نفضان عضلي ورعاش في عضلات الوجه والأطراف السفلية.
5. عسرة التلفظ.
6. الرؤية.
7. التعرق.
8. التقيؤ.
9. ارتفاع الضغط الشرياني, نقص الاستجابة للمثيرات الألمية, زيادة معدل ضربات القلب. زيادة معدل التنفس.

تتظاهر مرحلة التثبيط بالعلامات والأعراض التالية:

1. انخفاض الضغط الدموي الشرياني.
2. بطء القلب.
3. الصدمة بآلية الوهط القلبي الوعائي.
4. فقد الوعي.
5. تثبيط التنفس توقف القلب في حالات التسمم الجهازى الشديد.

التدبير في حالات التسمم الجهازى الخفيف والمتوسط:

1. طمأننة المريض.

2. تأمين الطريق الهوائى المفتوح بصورة كافية.

3. تقديم الأوكسجين للوقاية من الاحمضاض.

4. مراقبة ودعم الوظائف الحيوية الأساسية.

أما في الحالات الشديدة قد تتطلب إدخال المريض للمشفى لتقديم الدعم الحياتى الأساسى (BCLS) والمتقدم (ACLS) وقد تقدم المادة الدوائية المضادة للاختلاج (Diazepam\Midazolam) في مرحلة التنبيه،

أورافعات الضغط الشريانى ومضادات الصدمة (Phenylephrine Hydrochloride\ Methoxamine Hydroxide) في مرحلة التثبيت.

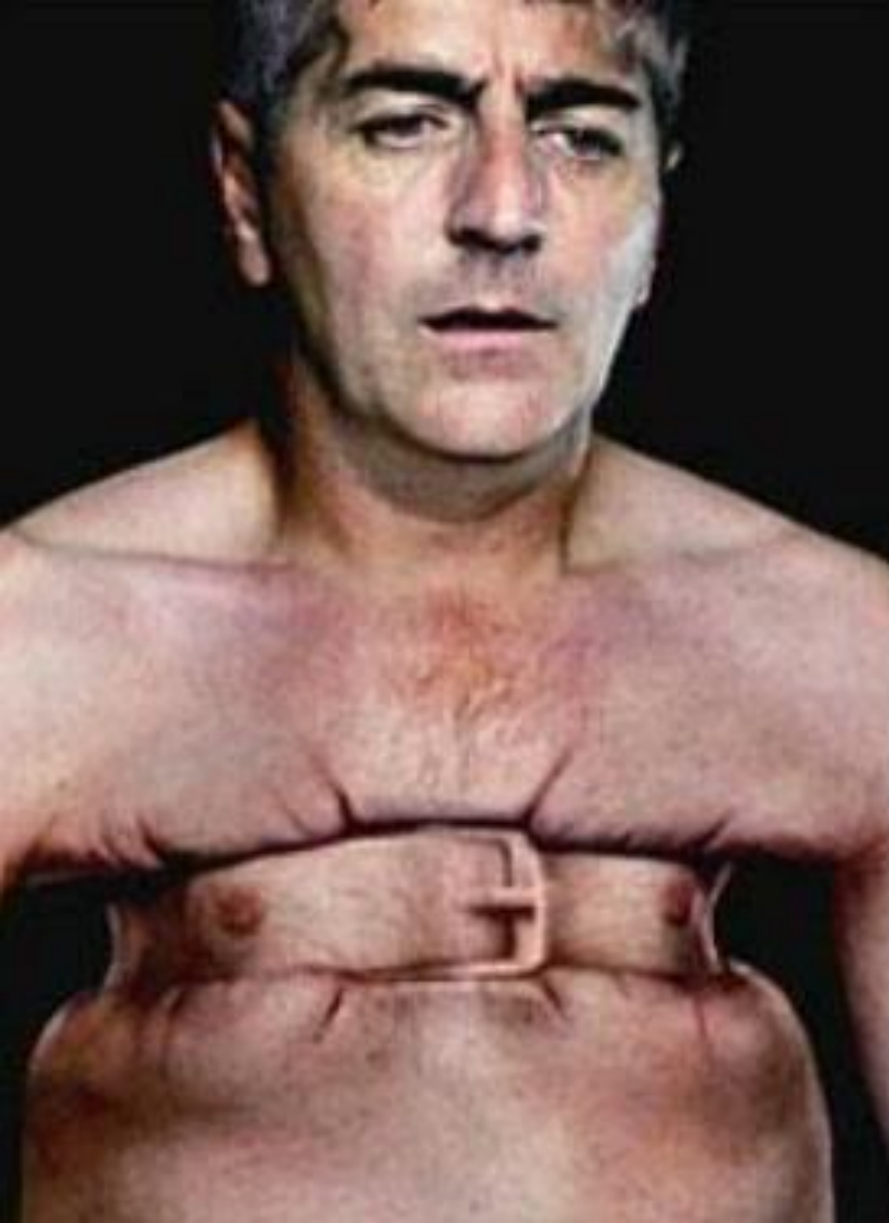
ثالثاً : ألم الصدر الحاد Acute Chest Pain

ألم صدر حاد Acute Chest Pain

غالباً ما ينجم عن خناق صدر أو احتشاء عضلة قلبية مع ضيق نفس وإقياء وصداع شديد وعادة يحافظ المريض على وعيه.

يمكن السعي لوضع تشخيص تفريقي بين خناق الصدر واحتشاء العضلة القلبية فكلاهما يترافق بألم صدر شديد صاعق يأخذ شكل حزام وقد يمتد للذراع والرقبة أحياناً إلى الظهر والبطن .

يزول خناق الصدر على الراحة وحبّة النتر وغلوسيرين (0.5ملغ) تحت اللسان بينما فشل تعافي المريض بعد الإجراءات السابقة ووجود ضيق نفس وغثيان وإقياء وربما فقد الوعي مع نبض سريع ضعيف أو غير منتظم يرجح حالة احتشاء عضلة قلبية.



1. لا ترتبك وتصرف بهدوء.
2. إيقاف المعالجة السنية فوراً.
3. مراقبة العلامات الحيوية (النبض, ضغط الدم, التنفس).
4. يوضع المريض في وضعية الجلوس أو نصف الجلوس مع متابعة مراقبة العلامات الحيوية.
5. إعطاء الأكسجين أو مزيج نيتروس مع الأوكسجين 50:50 وحيث يخفف ذلك من الألم وخوف المريض.
6. يعطى المريض حبة نتروغليسيرين 0.5ملغ فإذا لم يتوقف الألم بعد 3-5 دقائق يعطى حبة ثانية وإذا استمر الألم بعد 3 جرعات وخلال 10-15 دقيقة يمكن توقع حالة احتشاء قلب قد تتطلب نقل المريض إلى أقرب مركز اسعافي.
7. تنصح جمعية القلب الأمريكية المرضى الذين يصابون باحتشاء عضلة قلبية حاد بمضغ حبة أسبرين (325 ملغ) لمدة 30 ثانية ثم تبلع مع الماء يعطي ذلك تأثيراً سريعاً.

Cardiac Arrest

رابعاً : توقف القلب Cardiac Arrest

يحدث شحوب مفاجئ وتوقف التنفس وفقد الوعي وغياب النبض والسبب غالباً احتشاء عضلة قلبية أو حالة تآق أو هبوط ضغط شديد.

التدبير:

- 1- لا تنتظر تصرف بسرعة واطلب المساعدة الطبية.
- 2- ضع المريض على الأرض.
- 3- احن رأس المريض إلى الخلف قليلاً لجعل الطرق التنفسية سالكة.
- 4- ابدأ بعملية الإنعاش القلبي التنفسي.
- 5- إعطاء الأدرينالين وريدي (حبابة 0.5 مل بتركيز 1:1000)
- 6- الاستمرار في الإنعاش القلبي التنفسي إلى أن يستعيد المريض النبض والضغط والتنفس ويبدأ باستعادة وعيه.
- 7- نقل المريض إلى أقرب مركز إسعافي.



خامساً: الصدمة التأقية Anaphylactic shock

هي المتلازمة السريرية الأكثر خطورة في الارتكاسات الأرجية وتكون مفاجئة ومعممة وغالباً ما تكون شديدة ومهددة للحياة.

وتحدث نتيجة دخول المؤرج عن طريق الدوران أو عن الطريق الهضمي بشرط أن يكون امتصاصه سريعاً عبر الأمعاء .

تحدث عادة بسبب التحسس لمادة معينة مثل الأدوية وخاصة الصادات الحيوية من زمرة البنسلين أو المادة المخدرة في العيادة السنية .

تتطور الصدمة بسبب سوء في التوزع الدوراني حيث تفرز كمية كبيرة من الهيستامين الذي يزيد نفوذية الأوعية الشعرية وبالتالي هروب كمية كبيرة من البلازما للمسافات خارج الأوعية.



تأثير الارتكاسات التحسسية على جهاز التنفس هي أكثر خطورة وتتطلب تدخلاً ما أشد حزمًا ، بسبب تضيق المجاري الهوائية وتقلص عضلات القصبات الملساء (تقبض القصبات)، كما يحدث التهاب مخاطية المجاري التنفسية فيشكو المريض من زلة وربما يصبح مزرق.

- في الطرق التنفسية الكبرى عادة ما تكون منطقة الحبال الصوتية في الحنجرة الأكثر تضيقاً، تسبب الوذمة الوعائية في الحبال الصوتية انسداد جزئي أو تام ويكون المريض غير قادر على التكلم ويصدر صوتاً بشعاً مثل صوت الصرير كمرور الهواء من منطقة ضيقة وتصبح الوذمة أسوأ وربما يصبح الانسداد كاملاً مسبباً حالة مهددة للحياة

- تبدأ الاضطرابات الوظيفية القلبية الوعائية بتسرع القلب والخفقان، حيث يميل الضغط الدموي للانخفاض بسبب نقص الناتج القلي وبسبب التوسع الوعائي الحاصل، وتظهر الانظميات القلبية، وربما ينخفض الناتج القلي لدرجة حرجة تفقد المريض الوعي مع توقف القلب.

- رغم الحالة القلبية السيئة إلا أنه عادة ما يكون سبب الموت عند هؤلاء المرضى هو انسداد الحنجرة بسبب وذمة الحبال الصوتية، وكما هو الحال في أي وضع إسعافي فإن الوقاية تعتبر أفضل طريقة للتدبير.

التدبير:

يكون العلاج إسعافياً لإنقاذ حياة المريض

1. وضع المريض بوضعية مريحة و أفضلها وضعية الاستلقاء أو نصف الاستلقاء.
2. اطلب الإسعاف.
3. تحرير المجاري التنفسية.
4. تأمين مصدر للأوكسجين وإذا لم يوجد نجرى له تنفس اصطناعي



- يعطى الأدرينالين 0.5 مل بتركيز 1:100000 في العضل أو تحت الجلد لرفع الضغط ومن ثم نراقب العلامات الحيوية ، يعاد كل 5-10 دقيقة وقد يعطى وريدياً عندما نريد الحصول على استجابة سريعة، حيث تعطى نصف الكمية المعطاة عضلياً أو أقل بعد تمديدها بـ 10 سم 3 من المصل الملحي مع التركيز على الحقن البطيء.
- تعطى مضادات الهيستامين وريدياً مثل Diphenhydramine او 20.10 Phenoxybenzamine ملغ. أو Diphenhydramine في العضل 50 ملغ. كعلاج داعم للأدرينالين في الحالات الشديدة وفي لوحده في الحالات التحسس الخفيفة.
- يعطى الهيدروكورتيزون 100-200 ملغ لينقص النفوذية الوعائية ويمكن أن يعاد الحقن بفواصل زمنية حسب الحاجة ويعطى في العضل أو الوريد. إذ أن لها فائدة قليلة لتدبير حالة تآق حادة لأن تأثيرها متأخر لعدة ساعات.
- يمكن أن تعطى الموسعات القصبية كالأمينوفيلين 250-500 ملغ ممددة في 10-20 سم 3 في المصل الملحي وريدياً. وذلك في حال وجود تشنجات قصبية شديدة وسعال وإحساس بالغصص وصعوبة بالبلع

في حال الإعاقة التنفسية الشديدة بسبب وذمة الحنجرة

قد نضطر إلى خزع الرغامى

يوجد تحت الغضروف الدرقي الغضروف الحلقي ومن ثم

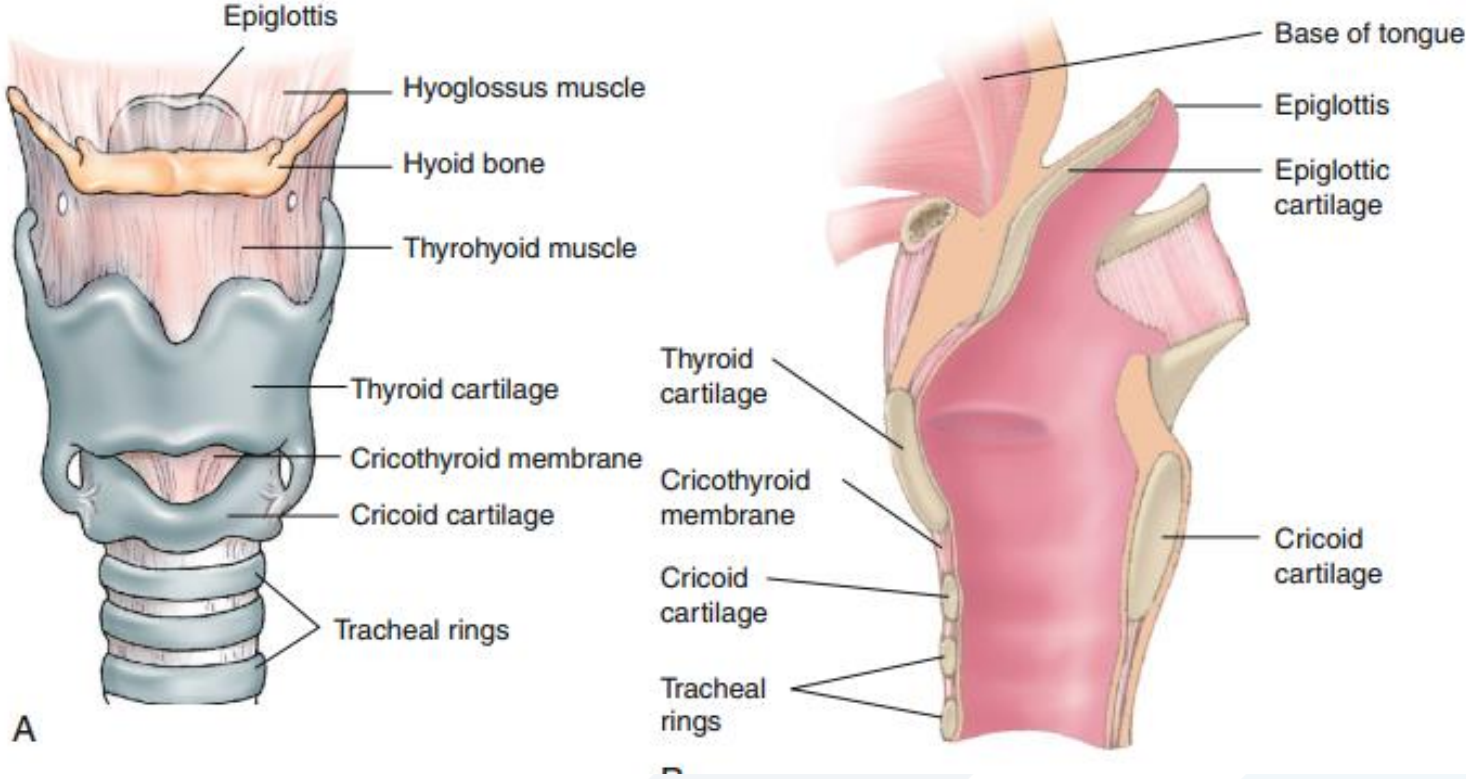
حلقات الرغامى.

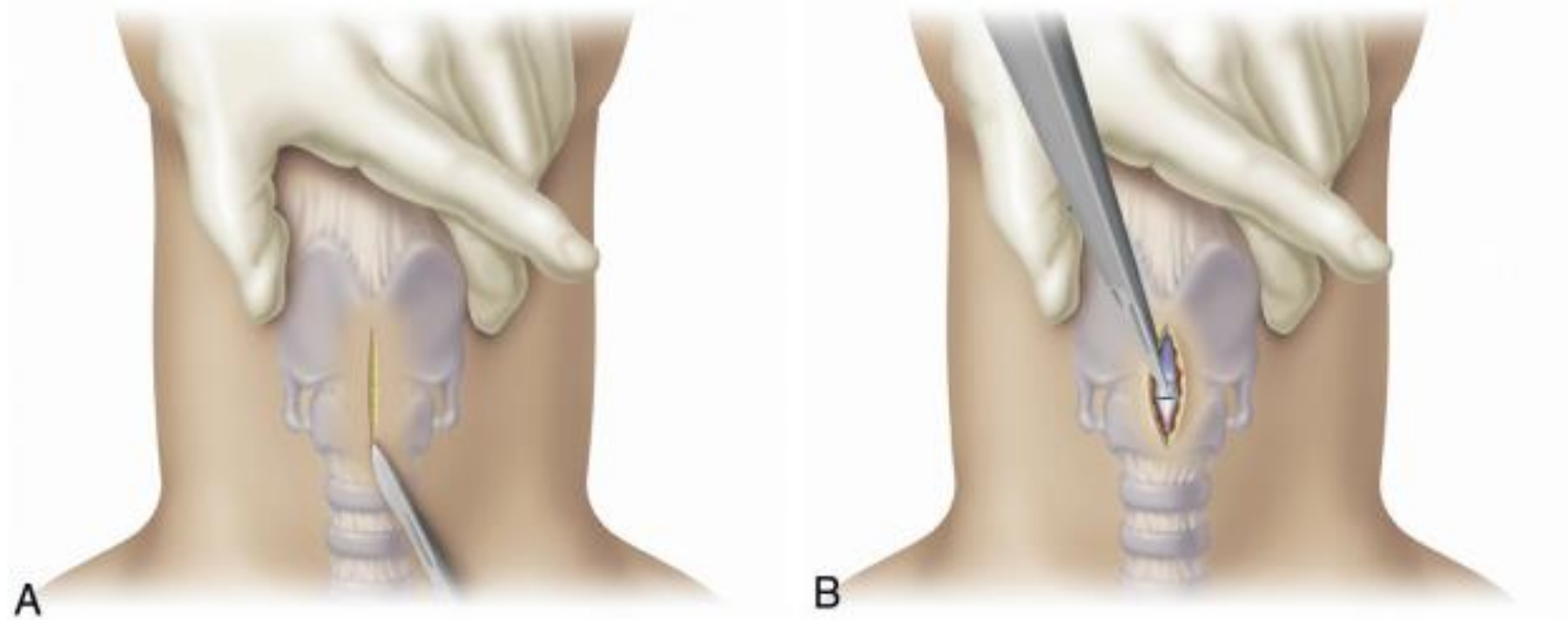
يجب أن يكون الخزع أسفل الغضروف الدرقي وأعلى

الغضروف الحلقي.

نجري شق على طول الرغامى وندخل قنية تؤمن مجرى

هوائي

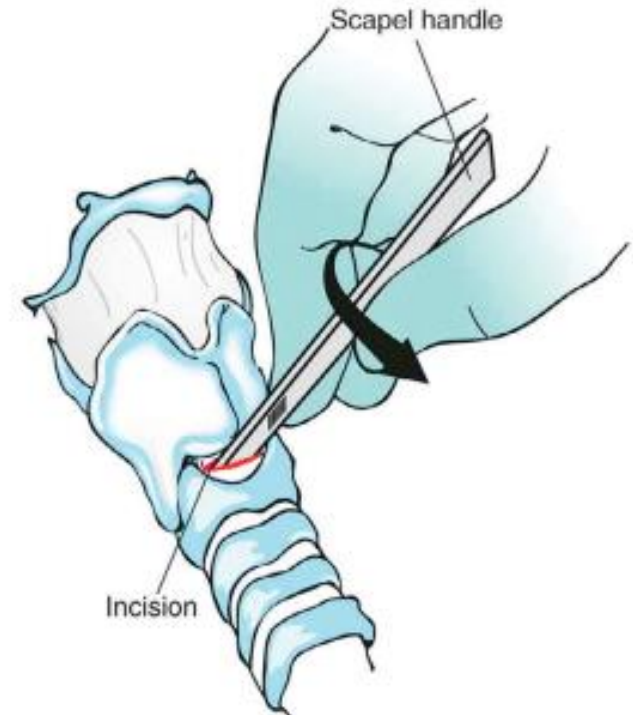




During cricothyrotomy, an incision is made inferior to the thyroid cartilage and superior to cricoid cartilage.
(From Custalow C: *Color atlas of emergency department procedures*, Philadelphia, Saunders, 2005.)



To stabilize the larynx, the thumb and middle finger stabilize the cartilage while the index finger rests in the cricothyroid membrane.



The handle of the scalpel is inserted into the incision and rotated 90 degrees to enlarge the airway opening.

مراقبة العلامات الحيوية:

نفحص النبض وفي حال توقف القلب

نجري عملية تدليك للقلب بوضع اليد فوق عظم القص

وضغط باتجاه العمود الفقري

(غياب التنفس : تنفس اصطناعي)



سادساً: قصور الكظر الحاد

Acute Adrenal Insufficiency

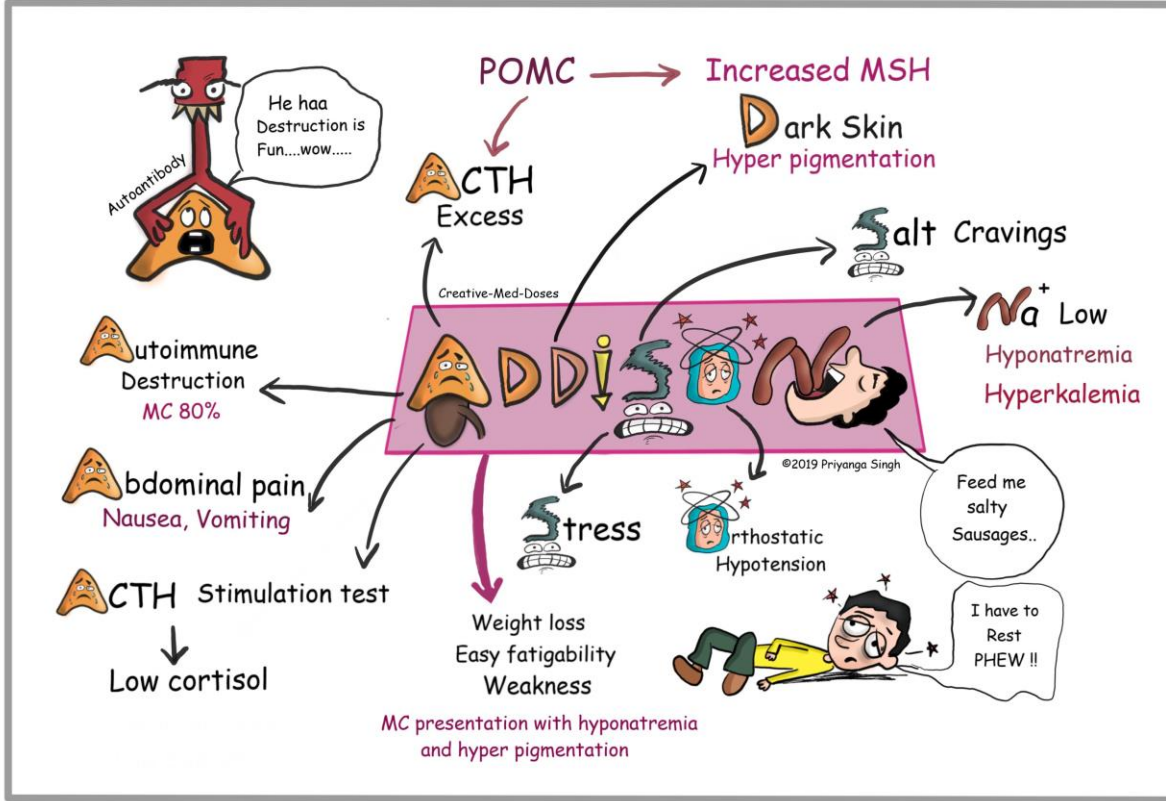
يكون المريض مهين للإصابة بقصور الكظر الحاد إذا تلقى معالجة بالستيروئيدات بمقدار 20 mg أو ما يعادلها يومياً ولمدة أسبوعين خلال سنة قبل العمل الجراحي الفموي.

تنشأ غالباً نتيجة تدني مستويات الكورتيزول عن الحد الطبيعي وهو هرمون يتم إنتاجه في الغدة الكظرية.

يحدث قصور الكظر إما بشكل أولي أو ثانوي:

الشكل الأولي وهو ما يعرف بداء أديسون ويعود إلى تدمير تدريجي في خلايا قشر الكظر بسبب مجهول وقد تلعب المناعة الذاتية دوراً في ذلك أو لأسباب أخرى قد تكون ورمية أو انتانية مثل (السل).

الشكل الثانوي ينجم عن الإفراط في تعاطي مادة الكورتيزون الصناعية ويكمن الخطر عند هؤلاء المرضى عند تعرضهم للجراحة أو الضغط النفسي إذ يتطور لديهم ما يسمى النوبة الكظرية وهي حالة طبية اسعافية.



أعراض النوبة الكظرية:

1. آلام بطنية.
2. تشوش.
3. الشعور بتعب شديد.
4. انخفاض الضغط الدموي.
5. ألم عضلي.
6. غثيان .
7. وهن.
8. فقدان جزئي أو كامل للوعي.

النواحي السنية للمعالجة الجهازية بالستيروئيدات:

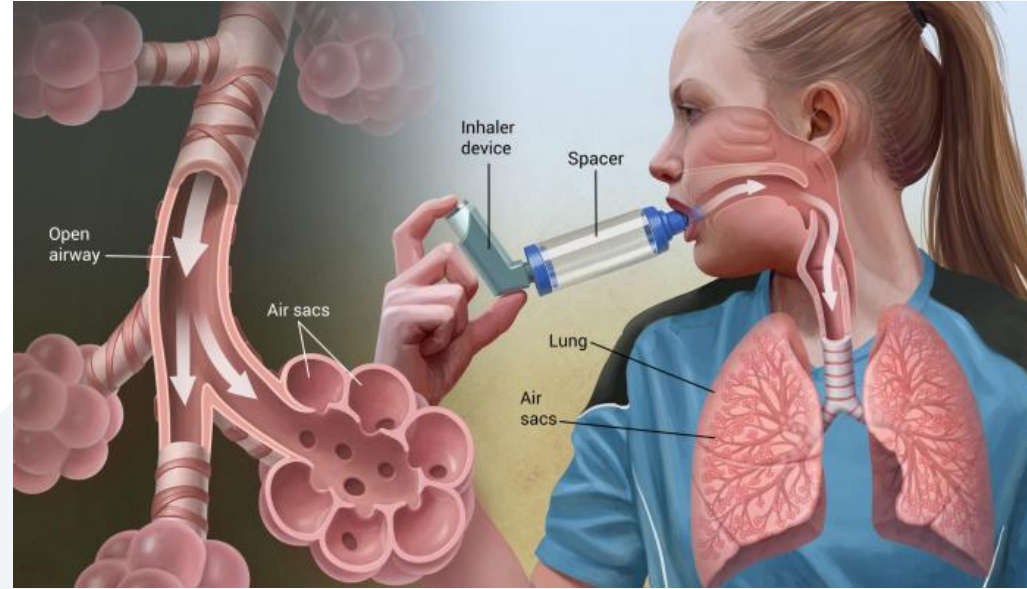
المعالجة السنية	التدبير
معالجة سنية محافظة, معالجة تقويمية , تقليح , معالجة لبية, قلع الأسنان	لا داعي لإعطاء جرعة إضافية والتأكد من تناول المريض لجرعته الاعتيادية
جراحة صغرى (قلع عدة أسنان, قلع جراحي,...) أو معالجة سنية محافظة عند مريض خائف بوضوح	مضاعفة الجرعة الاعتيادية في يوم العمل الجراحي وإذا ما حصل ألم تالي تضاعف الجرعة في اليوم التالي للعمل الجراحي
الجراحة تحت التخدير العام	يعطى المريض جرعة إضافية 100 ملغ هيدروكورتيزون في يوم العمل الجراحي ثم 100 ملغ هيدروكورتيزون قبل ساعة من العمل الجراحي وإذا ما حصل ألم بعد القلع يعطى جرعة مضاعفة من جرعاته الاعتيادية في الأيام التالية

التدبير:

1. إيقاف كافة الإجراءات العلاجية.
2. وضع المريض بوضعية الاستلقاء.
3. الطلب من الطاقم استدعاء الإسعاف.
4. إعطاء 100 ملغ هيدروكورتيزون عضلياً أو وريدياً.
5. إعطاء الأوكسجين.
6. مراقبة العلامات الحيوية.
7. تسريب المصل الفيزيولوجي وريدياً.
8. البدء بإجراءات BLS عند الضرورة.
9. نقل المريض إلى مركز العناية الإسعافية.

سابعاً: هجمة ربو Asthmatic Attack

يمكن أن تثار هجمة ربو بحالة خوف أو انتان أو التعرض لمادة محسسة, تحدث للمريض زلة تنفسية ونفس قصير وأزيز تنفسي وازرقاق الغشاء المخاطي وسرير الأظافر مع نبض سريع (عادة فوق 120 نبضة/د).



التدبير:

- يبدأ التدبير بوضعية المريض الجلوس أو نصف الجلوس، ثم يتناول موسع قصبي باستخدام بخاخه أو باستخدام Aerosol بخاخ مجهز مسبقاً في العيادة، قد يحتوي البخاخ على أدريينالين، ايزوبروترينول، أو ميتابروتريينول، أو البوتيرول.
- إعادة الجرعة يجب أن تكون مدروسة لتجنب الجرعة المفرطة ويتبع بإعطاء الأوكسجين باستخدام الشوكة الأنفية أو القناع الوجهي، وفي الحالات الأشد وعند فشل المعالجة بـ Aerosol مكن حقن 0.3 مل من محلول الأدرينالين الألفي تحت الجلد أو وريدياً.
- لا يجوز إعطاء المريض مضادات الهيستامين لأنها تؤدي إلى سماكة المفرزات القصبية.
- تستخدم أيضاً هيدروكورتيزون وريدياً 200 ملغ في علاج الهجمات الحادة الشديدة.

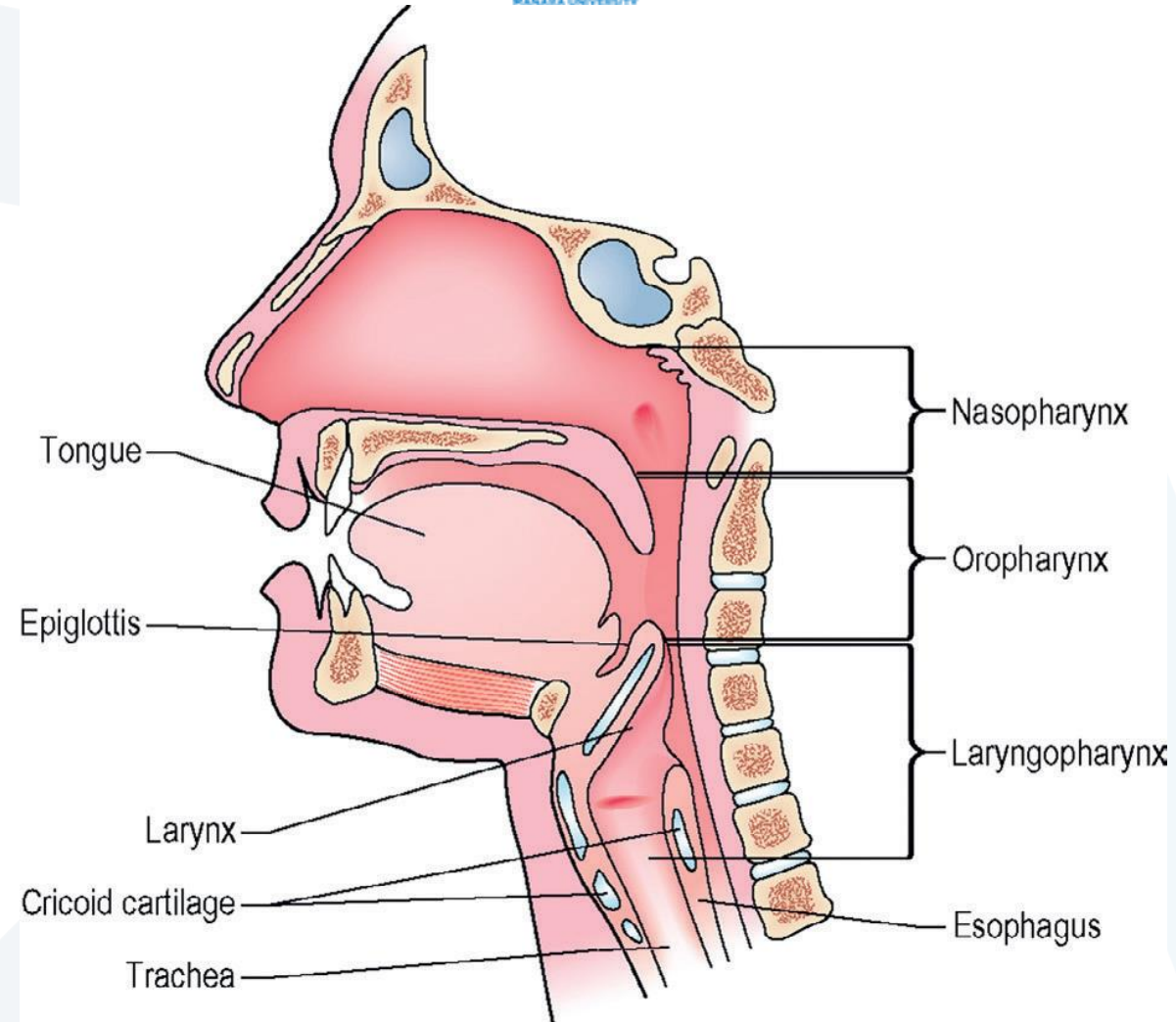


ثامنا: استنشاق الأجسام الغريبة Inhaled Foreign Bodies

- استنشاق جسم غريب إلى داخل الطرق الهوائية أمر وارد الحدوث أثناء الجراحات الفموية وبشكل خاص عند المرضى المستلقين أو بوضعية نصف الاستلقاء أو عند المرضى الخاضعين للتركين بسبب قصة منعكس الإقياء.

وهي حالة طارئة تهدد الحياة إذ قد يستقر الجسم الغريب في الحنجرة أو القصبة الهوائية فإذا كان الجسم الغريب كبيراً في الحجم بما يكفي ليتسبب في انسداد كامل للشعب الهوائية فقد يسبب الاختناق والوفاة. أما إذا كان الانسداد غير كامل فقد يؤدي إلى أعراض أقل حدة .

- تبتلع الأجسام التي تسقط في البلعوم السفلي غالباً وتجتاز جهاز الهضم بأقل أذى ممكن، يجب طلب صورة شعاعية للبطن والصدر حتى وإن تؤكد الطبيب من ابتلاع المواد وذلك لاستبعاد إمكانية استنشاقه إلى الطرق التنفسية.





غالباً ما يتم استنشاق الأجسام الغريبة إلى الحنجرة، وعند مرضى التركيب السطحي أو غير المرن فإن السعال العنيف غالباً ما يخرج هذه الأجسام.

غالباً ما يستمر المريض بالتنفس والكلام، ولكن الأجسام الأكبر قد تسبب انسداد الطرق الهوائية ويصبح السعال غير فعال بسبب العجز عن ملء الرئتين بالهواء قبل السعال.

يصبح المريض في هذه الحالة غير قادر على إصدار أي صوت وقلق بشكل شديد، ويظهر الازرقاق لاحقاً متبوعاً بفقدان الوعي.

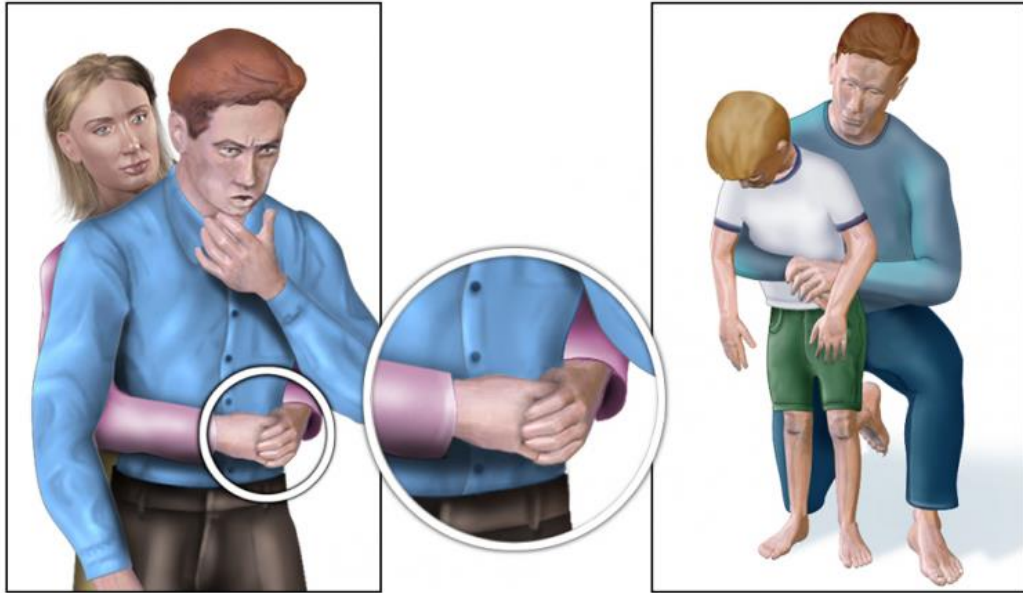
الأعراض:

1. الاختناق
2. السعال
3. صعوبة في الكلام
4. ضيق التنفس
5. تغير لون الوجه إلى الأزرق أو الأحمر
6. الصفير
7. ألم في الصدر أو الحلق

التدبير:

1- يعتمد التدبير عند استنشاق جسم أجنبي على درجة انسداد الطرق التنفسية، المرضى اللذين لا يعانون من منعكس اقياء ومصابون بانسداد جزئي في الطرق الهوائية يجب حثهم على السعال لاستخراج الجسم الأجنبي، وإذا لم يخرج الجسم الأجنبي نبدأ بتزويد المريض بالأكسجين، وينقل إلى أقرب وحدة إسعافية لإجراء تنظير حنجرة أو تنظير قصبات.

2- تدبر حالة الانسداد الكامل والمريض واع وبالغ عبر ضغطات على البطن أو عبر مناورة Heimlich حتى استخراج الجسم الأجنبي أو يفقد المريض الوعي.



تاسعاً: نقص سكر الدم Hypoglycemia

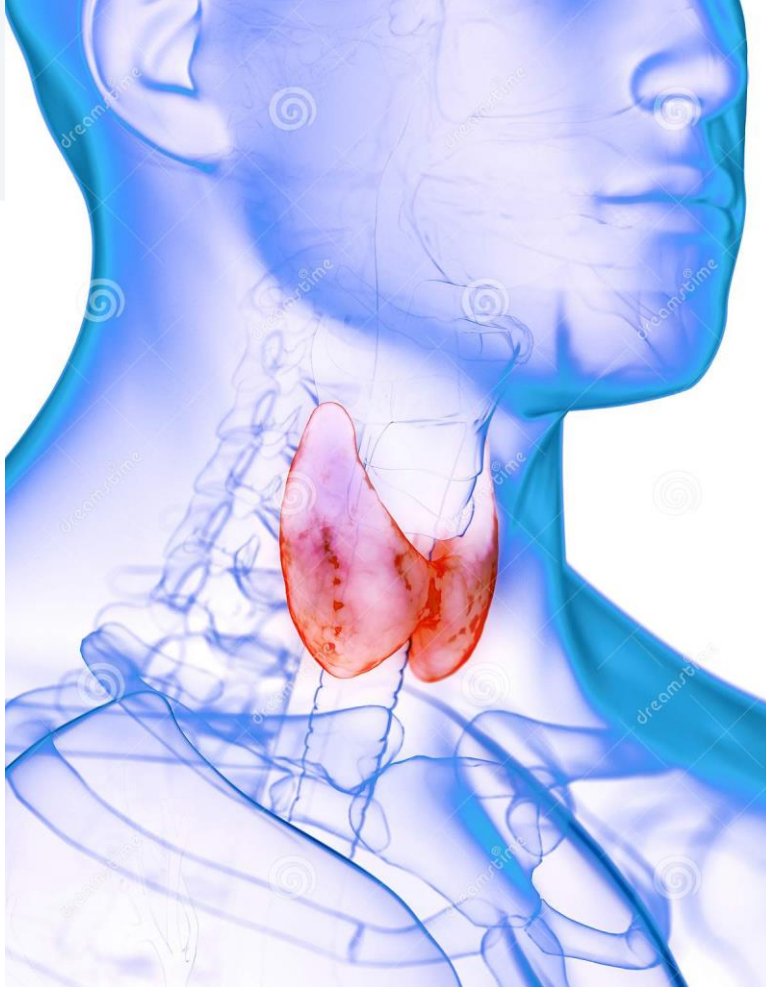
عندما يحدث انهيار لمريض سكر الدم يكون السبب غالباً حالة نقص سكر الدم في هذه الحالة أن يُعطى المريض سكر غلوكوز وليس أنسولين إلا إذا كنا على يقين من حالة فرط سكر الدم .

قد تحدث هجمة نقص سكر الدم بسبب عدم تناول وجبة الطعام الاعتيادية أو جرعة زائدة من الأنسولين أو تمارين رياضية مجهدة غير اعتيادية يعالج المريض على أساس نقص سكر حتى يثبت العكس.

يكون المريض في حالة تيهان (عدم القدرة على تحديد الاتجاه شبيه بالسكران) وتسرع قلب وتعرق مع انخفاض ضغط الدم وهيجان وسرعة الإثارة.

التدبير:

- إنهاء المعالجة السنية فوراً.
- وضع المريض في الوضعية الجانبية للأمان.
- إزالة كل معيقات التنفس.
- البدء بإعادة معدل سكر الدم عن طريق إعطاء المريض عدداً من قطع السكر أو شراب محلى إذا كان واعياً.
- افتح وريد وأعط دكستروز وريدي بتركيز 50% , إذا كان فتح الوريد غير ممكن يعطى المريض 1-2 ملغ من هرمون glucagon بالوريد أو بالعضل وقد يكون الطريق العضلي هو الأسلم إذا كان المريض مستثاراً أو إذا كان المريض فاقدًا للوعي.
- إرسال المريض إلى أقرب مركز إسعافي.



10: الأزمة الدرقية Thyroid Crisis

يمكن لما يرافق المعالجات السنية من ألم وخوف ورض أن يساعد على حدوث أزمة

درقية عند مريض فرط نشاط درق غير معالج , لذلك من الحكمة تحويل المريض

لتلقي العناية الطبية قبل البدء بأية معالجة سنية.

تترافق الأزمة الدرقية بالخوف والارتعاش وضيق النفس وقد يتطور اضطراب نظم.

تكمُن الخطورة لدى إجراء القلع لمرضى فرط نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroidism أو الانسمام الدرقي Thyrotoxicosis. في أمرين اثنين:

1- أن يتطور لديه اضطراب نظم بطيني ناجم عن حساسية العضلة القلبية المفرطة عند هؤلاء المرضى للكاتيكول أمين (الابينفرين) تضافر ما بين الأدرينالين الداخلي المفرز من الجسم وذلك الموجود في أمبولة التخدير.

يتوجب هنا السيطرة على هذا الأمر بتدبير القلق عند المريض وعدم استعمال المقبض الوعائي.

2- العمل الجراحي الراض يمكن أن يسرع نوبة انسمام درقي أو العاصفة الدرقية التي قد تؤدي في حال عدم الإسعاف إلى موت المريض.

التدبير:

1. وضعية الاستلقاء.
2. طلب المساعدة الطبية.
3. تبريد المريض بمنشفة رطبة فمن أعراض فرط نشاط الدرق الجلد الحار الرطب.
4. إعطاء 200-100 ملغ/مل (Propyl Thiouracil- Propranolol) أو 300-100 ملغ هيدروكورتيزون.
5. مراقبة العلامات الحيوية
6. البدء بالإنعاش القلبي الرئوي إذا لزم الأمر.



11: نوبات الصرع

Epileptic Fits

لا تتطلب معظم نوبات الصرع تدخل في حالة المريض سوى تأمين وضعية مناسبة كي لا يؤذي المريض نفسه, تتميز نوبة الصرع بما يلي:

- فقد الوعي.
- جسم متصلب متشنج.
- حركات اختلاج.
- قد يعرض المريض على لسانه أو يتبول.
- يتعافى المريض بعد عدة دقائق مع جسم متعب.



التدبير:

- غالباً ما يكون لدى الطبيب معرفة سابقة بحالة المريض الصحية إذ يساعد ذلك على حسن وسرعة التدبير.
- يمكن أن يبقى المريض على كرسي الأسنان أو يوضع على الأرض بعيداً عن الأجهزة والأثاث بوضعية جانبية مع شد الرأس للخلف والأسفل تسمح هذه الوضعية بالحفاظ على الطرق الهوائية مفتوحة وبخروج الاقياء خارج الفم وعدم المحاولة بأي شكل من الأشكال فتح الفم قسرياً.
- لا يحتاج المريض عادةً أكثر من ذلك في حالات خاصة إذا طالبت مدة غياب الوعي ودخل المريض في حالة صرع يمكن عندها طلب المساعدة الطبية وإعطاء المريض diazepam وريدياً ببطء (على امتداد دقيقتين) أو Midazolam عضلياً.
- حافظ على الطرق الهوائية سالكة وأعط الأوكسجين.
- انقل المريض إلى أقرب مركز اسعافي.

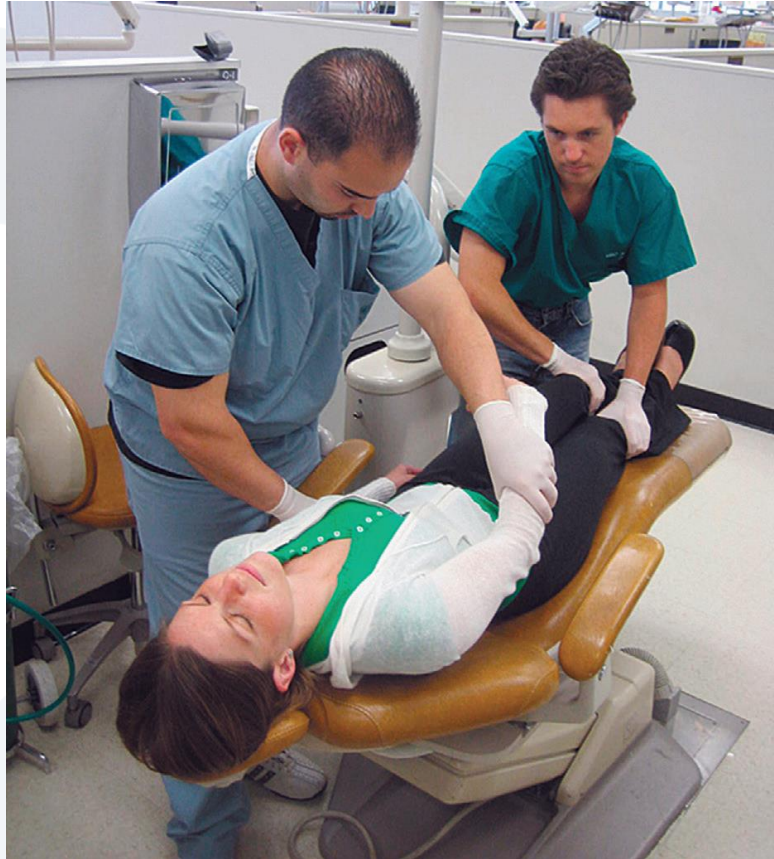




**The suction apparatus should be inserted
between the buccal surface of the teeth and the cheek.**



A, The headrest of a dental chair with a doughnut or pillow; head thrown forward results in partial or complete airway obstruction. B, A bare headrest. C, Head extended; increased airway patency

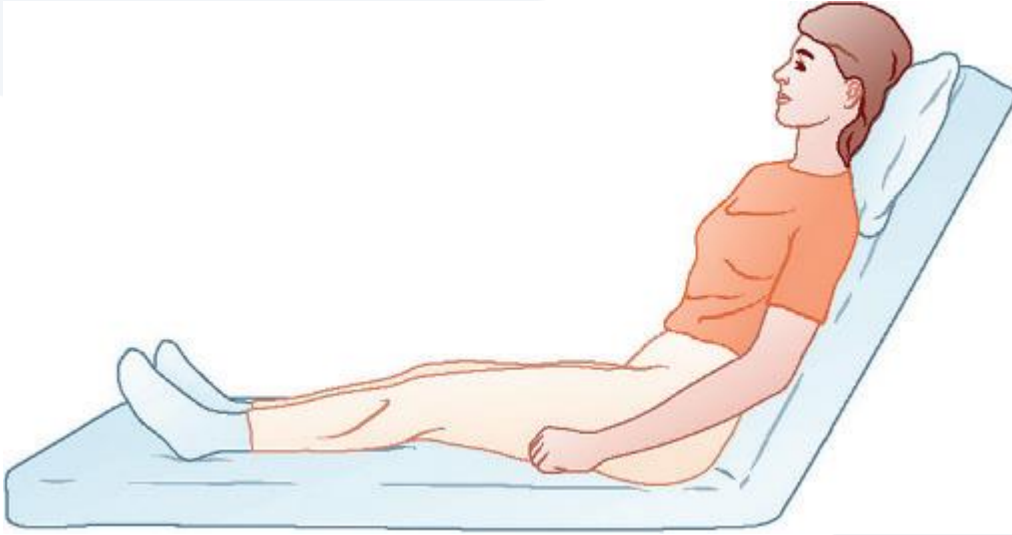


To prevent the victim from injury, one dental office team member should be positioned at the patient's chest while the second member should stand astride the victim's feet

12. السكتة Stroke

لدى المريض عادة ارتفاع ضغط شرياني، تتباين الأعراض بشدة حسب منطقة الدماغ المتضررة:

- فقد وعي.
- شلل يد وساق جهة واحدة.
- قد يصاب جانب واحد.
- صداع شديد مفاجئ.
- فقد القدرة على الكلام.



التدبير:

الخطوة الأولى: إيقاف كافة المعالجات السنية.

الخطوة الثانية: الاتصال بالطوارئ

في حال كان المريض واعي يفضل وضعه بالوضعية المستقيمة

الخطوة الثالثة: $C \rightarrow A \rightarrow B$, تأمين الدعم الحياتي الأساسي BLS.

الخطوة الرابعة: مراقبة العلامات الحيوية - إعطاء O2.

ملاحظة يجب تجنب (Any drug producing CNS depression (e.g., analgesics, antianxiety agents, opioids, or inhalation sedatives)

13. النزف Hemorrhage

يحدث النزف غالباً لأسباب موضعية مثلاً بعد قلع راض، ولكن لا يجوز أن ننسى احتمال وجود أسباب عامة، إن النزف بعد القلع مدعاة لقلق المريض وأقاربه.

التدبير:

- تهدئة المريض.
- نظف بهدوء الفم ومنطقة النزف وحدد مصدر النزف.
- أول خطوة في السيطرة على النزف هي تطبيق ضغط ثابت ومستمر على منطقة النزف.
- خيط السنخ مكان القلع تحت التخدير الموضعي.
- طبق مواد مرقنة موضعية (جلفوم،....).
- مراجعة القصة المرضية والقصة العائلية.
- إذا استمر النزف أو كان فقد الدم كبيراً فيحول المريض إلى أقرب مركز اسعافي.

