

الفصل العاشر

تدبير الحالات الطبية الطارئة

Management of Medical Emergency Situations

يتعامل الطبيب مع حالات طارئة معينة، لذا يجب أن يكون بحسبانه أنه بحاجة لعمل يطابق المبادئ الأساسية وأن يكون جاهزاً لمعالجة المريض إذا كان يعاني من أمراض أو أصيب بحالات طارئة اثناء المعالجة.

تظهر أمراض معينة تحتاج الى معالجة إسعافية في عيادة طب الأسنان طوارئ

مدرجة في المربع التالي:

ملخص للطوارئ الطبية التي قد تصادف في العيادة السنية

- هجمة وعائية مبهمه (الإغماء) (Vasovagal syncope.(faint)
- فرط التهوية/ نوبة هلع Hyperventilation/panic attack.
- هجمة ربو حادة Acute asthma attack .
- النوبة /احتشاء العضلة القلبية Angina/myocardial infarction .
- نوبات الصرع Epileptic seizures.
- طوارئ مرضى السكري Diabetic emergencies.
- تفاعلات فرط الحساسية/الالرجائية Allergies/hypersensitivity reactions.
- الاختناق والاستنشاق Choking and aspiration .
- قصور الكظر Adrenal insufficiency .
- توقف القلب Cardiac arrest .

هجمة وعائية مبهمه أو الإغماء البسيط (Vasovagal syncope simple faint)

تعد الأكثر شيوعاً من بين الحالات الطبية الطارئة في عيادات طب الأسنان وينتج عنها فقدان الوعي بسبب التروية الدماغية غير المناسبة، وهو منعكس يتواسط بالأعصاب الذاتية نتيجة تنبيه العصب المبهم، يؤدي إلى توسع وعائي منتشر في الأحشاء والأوعية الدموية الهيكلية وبطء القلب Bradycardia مؤدياً إلى تقليل التروية الدموية الدماغية. ويعود السبب الى رؤية الدم، الخوف، الألم.

يمكن أن يُتَوَقَّع الإغماء من الألم أو التوتر العاطفي، تغيير في الوضعية، أو نقص الأكسجة، بعض المرضى أكثر عرضة للإغماء من غيرهم، لذا من الحكمة بأن يتم معالجتهم في وضعية الاستلقاء .

إنَّ الأعراض السريرية قد تشابه متلازمة الجيب السباتي Carotid sinus syndrome. syndrome. الضغط المعتدل على العنق لدى بعض المرضى (عادةً كبار السن) يؤدي إلى تفاعل مبهمي مؤدياً للإغماء، وهذه الحالة قد تتطور لبطء القلب أو حتى توقف القلب.

- الأعراض والعلامات:

- المريض يشعر بالإغماء/ ألم رأس خفيف /دوخة.
- شحوب وتعرق.
- معدل نبض متباطئ.
- ضغط دم منخفض.
- غثيان و/ أو إقياء.
- فقدان الوعي .

- العلاج :

- استلقاء المريض على سطح منبسط ورفع قدميه- التعافي يكون سريع بالشكل الطبيعي وضعية تراندل بيرغ.
- الحفاظ على أن يكون المجرى الهوائي سالك .
- طلب السعال لتثبيته الاعصاب الودية
- في حال تأخر التعافي أعط أوكسجين وفكر بأسباب أخرى أدت لفقدان الوعي.
- اتروبين 1-3 ملغ كحد أقصى

فرط التهوية Hyperventilation

الحادثة الإسعافية الأكثر شيوعاً مما يتوقع، عندما يكون فرط التهوية مستمراً قد يكون المريض موتراً بشدة، قلق المريض هو العامل المهيم الأساسي لهذه الحادثة .

- الأعراض والعلامات:

- قلق.
- ألم رأس خفيف.

- دوخة.
- ضعف.
- ألم واخز محيطي paraesthesia.
- تكزز (تشنجات عضلية).
- ألم صدر و / أو خفقان.
- عسر تنفس.
- خدر ونمل.
- سرعة الحركات التنفسية.

- العلاج:

- التهدة والمدخل الودي من قبل الطبيب يعد أمراً مهماً بالإضافة إلى التشخيص وخاصة في المراحل المبكرة، نعمل الإجراءات التالية:
- استبعاد الأسباب الأخرى المؤدية للأعراض.
 - حث المريض على إعادة تنفس هواء المزفور لزيادة كمية ثنائي أكسيد الكربون المستنشق عن طريق كيس ورقي أو استخدام كأس يوضع على الأنف والفم .
 - في حال لم يكن الكيس الورقي بمتناول اليد يجب على المريض على أن يجعل يديه تأخذ شكل الكوب، هذه الطريقة تُعد بديلاً عن الكيس الورقي لكنها أقل قبولاً .
- يؤدي فرط التهوية إلى زيادة الأوكسجين الوارد بالتالي ارتفاع PH الدم (قلوي - قلاء) يؤدي إلى زيادة ارتباط شوارد الكالسيوم مع الألبومين.
- ينتج عنه أعراض نقص الكلس مما يسبب تشنجات spasm على مستوى القدمين والرسغين الشكل التالي، شكل تشنجات الرسغين.
- إعادة تنفس الهواء المزفور يرفع مستوى ثنائي أكسيد الكربون المستنشق ويساعد على عودة الحالة للطبيعي. (تنفس الهواء بعد وضع اليدين على الأنف أو ضمن كاسة).



تشنجات على مستوى الرسغين

الربو Asthma

يُعد الربو من الحالات التي من الممكن أن تكون مهددة للحياة يجب دائماً أن تؤخذ بجدية، الهجمة قد تكون مهيئة بالإجهاد أو القلق أو الإبتان أو التعرض لمحسس. من المهم في القصة المرضية للمريض الحصول على بعض الأفكار حول شدة الهجمات. الدلائل تتضمن العوامل المؤهبة وفعالية الدواء وقبولات المشفى بسبب الربو واستعمال الستيروئيدات الجهازية. من الضروري أن يحمل مريض الربو جهاز الاستنشاق الاعتيادي عند قدومه للعيادة، في حال لم يكن مع المريض يجب أن تكون مع معدات الطوارئ أو تأجيل المعالجة. التشخيص التفريقي بين فرط التهوية والربو هو القصة السريرية وصوت أزيز الصدر. **المعالجة الانتقائية:** قد يكون من الأفضل تأجيلها في حال كان الربو في مرحلة شديدة استثنائية. الأدوية التي قد يتم وصفها من قبل طبيب الأسنان وبشكل خاص مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، قد تفاقم شدة الحالة لذلك من الأفضل تجنبها.

- الأعراض والعلامات:

- عسر تنفس (تنفس سريع - أكثر من 25 مرة في الدقيقة).
- أزيز عند الزفير wheezing.
- استخدام عضلات إضافية للتنفس في الحالات الشديدة.
- تسرع القلب بشكل انعكاسي tachycardia.

الأعراض والعلامات في الربو المهدد للحياة:

- ازراقاق أو معدل تنفس بطيء (أقل من 8 مرات في الدقيقة).

- بطء القلب.
- نقص مستوى الوعي / تخليط. (بسبب نقص الاكسجة)
- من الضروري السؤال عن وجود ربو لدى المريض عند كتابة الوصفة. ويجب تجنب مضادات الالتهاب الستيروئيدية

- العلاج:

معظم الهجمات تستجيب لجهاز الاستنشاق الخاص بالمريض عادة السالبتامول salbutamol قد يحتاج لتكرار بعد 2-3 دقائق.

في حال كانت الاستجابة بطيئة أو ملامح لحالة ربو شديدة نستدعي الإسعاف. يجب أن يكون التقييم الطبي مبرمجاً لدى المرضى الذين تتطلب حالتهم جرعات إضافية من الموسع القصبي لإنهاء الهجمة.

قد نحتاج الى جهاز الاستنشاق Spacer device في حال كان المريض لديه صعوبة وينقل الى المشفى اذا كان المريض يشعر بالضيق أو أظهر أي علامة تشير للربو المهدد للحياة بشكل عاجل.

- ريثما يتم نقل المريض أعطِ المريض منسوب عال من الأوكسجين. تكرر 4-6 مرات من السالبتامول كل 10 دقائق باستنشاقه عبر spacer device

في الكتب الطبية الإسعافية تصنع تقنية Spacer device تصنع في المنزل او العيادة، يتم صنع حفرة في قاعدة كأس بلاستيكي أو ورقي، أو توضع المنشفة ما بين الشفتين، تدخل بخاخ السالبتامول عبرها والنهاية المفتوحة للكأس ممكن تطبيقها على الفم كماسك أو مع استخدام المنشفة.

- إذا كان الربو جزءاً من تحسس تأقي شامل أو في الشديدة يجب إعطاء حقنة من الادرينالين (0.3 – 0.5 ملغ) تحت الجلد أو في العضل.

كل المرضى بما فيهم اللذين لديهم أعراض تنفسية انسدادية مزمنة من المفترض إعطاؤهم منسوب عال من الأوكسجين، لو كانوا معتمدين على وسيلة نقص الأكسجة (hypoxic drive) لتنشيط التنفس، لن يكون هناك أذية في حال استعملت لفترة قصيرة.

ألم الصدر القلبي Cardiac chest pain

معظم المرضى الذين يعانون من ألم الصدر بسبب قلبي في الجراحة السنية تكون على الأرجح لديهم سوابق مع الأمراض القلبية. من الواضح أن القصة المرضية مهمة وفي حال المريض يستخدم أدوية للسيطرة على الذبحة المعروفة يتوجب على هؤلاء المرضى أن يحملوا معهم أدويتهم أو أن يكونوا بمتناول اليد في معدات الحالات الطارئة. emergency kit، ومن الضروري أن يأخذ المريض أدوية الاعتيادية في يوم المقرر فيه المعالجة السنية.

عادة ألم الذبحة الصدرية كهرس crushing أو شكل عاصر band-like ضيق للصدر التي قد تشع الى الذراع الأيسر أو الفك السفلي. هنالك أشكال متعددة، مع ذلك ألم احتشاء العضلة القلبية myocardial infarction (MI) غالباً ما يشابه ألم الذبحة لكن أكثر شدة وعلى عكس الذبحة لا يخفف بـ GTN (نترو غليسيرين). في حالات الذبحة المريض يجب أن يستخدم البخاخ الخاص به الحاوي على glyceryl trinitrate (GTN) ثلاثي نترات الغليسيريل التي عادة تزيل الأعراض .

من الأفضل تأجيل المعالجة السنية الى يوم اخر في حال وجود هجمة حسب تقدير الطبيب.

يعتبر الألم الصدر الأكثر شدة دائماً مبرراً لتأجيل المعالجة واستدعاء الإسعاف. ملامح حدوث ألم الصدر ذو منشأ غير قلبي عندما يدوم الألم أقل من 30 ثانية ما لم يكن شديداً.

الألم الشديد يكون طاعناً Stabbing محدداً جيداً تحت الثدي الأيسر والآلام تتغير مواقعها باستمرار. يتحسن ألم الصدر عند إيقاف الإجهاد ويكون أكثر احتمالية ليكون قلبي المنشأ من الألم غير المرتبط بالإجهاد. بينما آلام الجنب pleuritic pains تتميز بأنها حادة ومحدد بشكل جيد ويسوء عند الشهيق أو السعال.

يسبب التهاب المريء Oesophagitis إلى ألم خلف القفص الذي يسوء عند الانحناء أو الاضطجاع، العامل الذي يعقد التفريق مع ألم الصدر القلبي أن GTN قد يزيل الألم لتأثيره على عضلات المريء الملساء (ارتخاء). الألم العضلي الهيكلي بشكل

عام يترافق مع مضض عند الجس في المنطقة المتأثرة. كما ذكر سابقاً فرط التهوية قد يؤدي لألم الصدر.

قائمة في الأسباب المحتملة لألم الصدر معطاة في المربع التالي:

قائمة في الأسباب المحتملة لألم الصدر

- ذبحة.
- تسلخ الأبهري
- احتشاء عضلة القلب.
- جنبي مثلاً انصمام رئوي.
- عضلي هيكلي.
- فرط تهوية.
- المرارة وأمراض البنكرياس.
- ارتجاع معدي مريئي.

من المهم استبعاد الذبحة واحتشاء العضلة القلبية في المريض الذي يشتكي من ألم الصدر وإن كان هناك شك عالٍ على أساس أنه ألم ذو منشأ قلبي حتى يثبت العكس.

- أعراض وعلامات احتشاء العضلة القلبية:

- ألم صدري شديد، على شكل هرس (ضاغط أو حارق بشكل منتشر وليس خلف القص) الذي يشع إلى الكتف والأسفل من الذراع (تحديداً الذراع الأيسر وممكن الأيمن) وإلى الكتفين والفك السفلي.
- ضيق تنفس.
- الجلد يصبح شاحباً ومتعرقاً بشدة والنبض يصبح ضعيفاً والمريض قد ينخفض ضغطه.
- غالباً يوجد غثيان وقيء.

ليس كل المرضى لديهم كل الأعراض وقد يظهر لديهم بعض الأعراض والعلامات

المذكورة سابقاً.

- علاج الاحتشاء:

الطبيب يجب أن يبقى هادئاً ومطمئن.

- اتصل بالإسعاف.
 - أفضل تدبير لمعظم المرضى يكون في وضعية الجلوس (تحديد الحركة والجهد).
 - المريض إذا شعر بالإغماء يجب أن يستلقي على سطح منبسط.
 - أعط منسوب عال من الأوكسجين 15L/min . في حال كانت الاكسجة دون 90%
 - أعط بخاخ ثلاثي نترات الغليسيريل GTN تحت اللسان او حبة GTN.
 - أعط 300 mg من الاسبرين فموياً (مضغ وليس بلع) في حال عدم وجود حساسية،
- تأكد عندما ينقل المريض طاقم الإسعاف أنهم على حذر من معالجة حالة الخثرات مع ذكر ذلك عند إحالة المريض.

المريض الذي أجرى معالجة سنية جراحية يجب أن يكون مميزاً highlight للطاقتم الإسعافي كأى خطر مهدد للنزف قد يؤثر على قرار استخدام معالجة حالة الخثرات. في حال المريض لم يستجب، يجب فحص العلامات الحيوية، التنفس والدوران، ونبدأ بالانعاش الرئوي القلبي cardiac pulmonary resuscitation (عند وجود توقف قلب وتنفس).

نوبات الصرع Epileptic seizures

القصة المرضية تظهر عادة حقيقة أن المريض لديه صرع، وهي من الواجب أن تعطي معلومات تأخذ بعين الاعتبار مثل طبيعة النوبة وتواترها ودرجة السيطرة عليها، نوع وفعالية الأدوية يجب أن تكون محددة. الأعراض والعلامات متنوعة بشكل كبير.

- الأعراض والعلامات:

- المريض قد يصاب بالهالة aura أو الهاجس بأن النوبة على وشك أن تحدث .
- مرحلة التوتر-Tonic فقدان الوعي- المريض يصبح جامداً ويسقط ويصبح مزرقاً.
- المرحلة الارتجاجية- Clonic حركات نفضية للأطراف - عض اللسان أحياناً سلس بولي- زيد على الفم

غالباً تتراجع النوبة بعد دقائق عدة لكن المريض قد يبقى فاقد للوعي ومرتبكاً بعد استعادة وعيه .

انخفاض سكر الدم قد يسبب نوبة ومن الواجب اعتباره (من الأعراض عند مريض الصرع)، لذلك يجب التنبيه إلى قياس غلوكوز الدم .

المرضى الذين يلاحظ عليهم بطء قلب Bradycardia أي أقل من 40 ضربة في الدقيقة قد ينخفض ضغط الدم لديهم للمدى الذي يسبب نقص أكسجة دماغي مؤدياً إلى نوبة قصيرة. هذه ليست نوبة حقيقية وتتمثل بنوبة وعائية مبهما .

- علاج النوبة:

قرار إعطاء الدواء يكون في حال طول فترة الاختلاج النشط لـ 5 دقائق أو أكثر (حالة صرعية) أو نوبات متتالية وبسرعة). إن أمكن إعطاء منسوب عال من الاكسجين. من الضروري التذكر بشكل دائم إمكانية انسداد المجرى الهوائي لدى المريض لذا يجب العمل على حمايته ومحالة شد الفك السفلي للألم والأعلى .
العمل على ضمان سلامة المريض والطبيب قدر المستطاع (لا تحاول كبح المريض).

تعطى مادة Midazolam عبر الطريق الفموي أو داخل الأنفي (10mg للبالغين)، المستحضر الذي يعطى عبر الطريق الفموي يسوق باسم (Epistatus 10mg/ml) موضح بالشكل التالي، والأفضل في هذه الحالة الـديازيبام 10 ملغ وريدياً دفع ببطئ شديد لأنه قد يحدث تثبيط تنفس.



الميزولام الفموي أو المطبق عن طريق الأنف

للأطفال:

- من عمر 1-5 سنوات يعطى 5 mg.
- من عمر 5-10 سنوات يعطى 7.5mg.
- طفل أكبر من 10 سنوات 10mg .

ذوي بعض الأطفال الذين لديهم صرع مسيطر عليه بشكل خفيف يحملون ديازيبام يعطى بالطريق الشرجي Rectal diazepam ، من الحكمة بالتنسيق مع ذوي المريض أن تكون أدوية المريض بمتناول اليد في حال بدء النوبة كجزء من التحضير لما قبل المعالجة . في حال عدم وجود استجابة سريعة استدع الإسعاف.

تم تطوير معايير لإرسال مريض الصرع إلى المشفى الذي تعرض لنوبة من قبل المنظمات الصحية (NICE) وملخصة في المربع التالي.

دليل NICE الموجز المتعلق بالإحالة بعد النوبة

- حالة صرعية.
- خطر عالٍ لنكس النوبات.
- أول نوبة.
- صعوبة في فحص حالة المريض.

الحالات الطارئة لمرضى السكري Diabetic emergencies

القصة المرضية ضرورية لتقييم درجة السيطرة على هذا المرض التي يقوم بها المريض، قصة وجود نوبة نقص سكر متكررة ومستوى غلوكوز دم متفاوت بشكل ملحوظ (من فحوصات المريض) تفترض أن حضور المريض للمعالجة السنية سيكون أكثر احتمالية لتطور نوبة نقص سكر الدم. من الحكمة معالجة مرض السكري في أول جدول العمل وضمان أنهم قد تناولوا أدويتهم الإعتيادية وتناولوا أي شيء قبل قدومهم للعيادة.

طبيب الأسنان في عيادة عامة أكثر مصادفةً لحالات انخفاض الدم من حالات ارتفاع الدم، لأنَّ اللاحقة تملك تطور أبطئ بكثير. يجب التذكير أنَّ السيطرة السكرية قد تُؤثر بشكل سلبي من قبل التجزئ الدموي من مصدر فموي.

- الأعراض والعلامات :

تكون الأعراض سريعة الظهور

- ارتعاش.
- جوع.
- شعور بالبرد.
- نقص تركيز.

- ألم رأس.
- تعرق.
- نزف.
- عسر نطقي (التواء لسان).
- Pins and needles in lips and tongue تتميل في الشفة واللسان
- عدوانية و/أو تخليط.
- نوبات.
- فقدان الوعي.

- العلاج:

- استلقاء المريض على سطح منبسط تذكر بروتوكول A، B، C.
- إذا كان المريض واعياً أعط غلوكوز فمويًا GlucoGel أو معلق سكري.
- في حال فقدان الوعي يعطى 1mg غلوكوز في العضل أو تحت الجلد.
- احصل على المساعدة الطبية.



المرضى الذين لا يستجيبون للجلوكاغون (نادراً) أو أولئك الذين استنفذوا مخزون جلوكاغون الكبد سيتطلب 20ml في الوريد IV محلول جلوكوز % 20-50 وتدبير تحت اشراف طبي أو بحضور طاقم الإسعاف. من الممكن أن يأخذ الجلوكاغون مدة 5-10 دقيقة ليكون مؤثر ومجرى الهواء لدى المريض محمي طوال الوقت.

حالما يستعيد المريض وعيه ولديه منعكس تقيء حميد Intact gag reflex يجب أن يعطى الجلوكوز فمويًا وطعاماً يحوي نسبة عالية من الكربوهيدرات .

في حالة تناول المريض لأدوية خافضة للسكر أو الانسولين المديد MIX يجب مراقبته في المشفى لمدة 24 ساعة مع ذكر ذلك في الإحالة.

في حال التعافي التام وكان مع المريض مرافق، قد يسمح له بالذهاب إلى منزله لكن لا يسمح له بقيادة السيارة. من الواجب إخبار الطبيب الممارس العام بهذه الحادثة.

أساس معالجة نقص السكر تعويض الماء عبر الوريد وتنفيذ تحت إشراف طبي وهي تتجاوز إطار هذا الحديث .

تفاعلات فرط التحسس /hypersensitivity reactions/ أو التآق Anaphylaxis

يُعد النوع الأول من تفاعل فرط التحسس المتواسط بـ IgE مع الأضداد الحرة التي تؤدي لاطلاق الببتيد الفعال في الأوعية والهيستامين . البنسلين واللاتكس أكثر المسببات احتمالاً في طب الأسنان . نادراً ما يكون التخدير الموضعي مسؤولاً عن هذا التفاعل .

- الأعراض والعلامات:

- طفح حاد/ حمامي .
- شحوب أو احمرار الوجه والعنق العابر . Facial flushing
- وذمة المجرى الهوائي العلوي (حنجري) وتشنج قصبي تؤدي إلى صرير وأزيز وإمكانية حدوث بحة صوت .
- قد يوجد توقف تنفس مؤدياً لتوقف قلب .
- توسع وعائي يؤدي إلى ضغط دم منخفض ووهط الذي قد يتطور لتوقف قلب .

- المعالجة البدئية:

- اتبع ABCDE ريثما يتم تشخيص الحالة .
- دبر المجرى الهوائي والتنفس بإعطاء منسوب عال من الأوكسجين .
- اعمل على استعادة ضغط الدم باستلقاء المريض على سطح منبسط مع رفع القدمين .
- في التآق المهدد للحياة (بحة صوت، صرير، ازرقاق، ضيق تنفس، نعاس، تخليط، سبات) من الواجب إعطاء المريض ادرينالين .
- اعط 0.5ml من 1:1000 ادرينالين في العضل مع تكرار كل فترة 5 دقائق إن لم يحصل تحسن .
- المكان الامثل للحقن هو الثلث الأوسط بالاتجاه الأمامي وحشي الفخذ .
- مضاد هيستامين Chlorphenamine وستيروئيد hydrocortisone لا يعطى من قبل غير الاطباء - فريق الاستجابة الأولية.
- الدواء الوحيد الذي يجب إعطائه من قبل طبيب الأسنان هو الأدرينالين، الأدوية الاخرى تعطى من قبل طاقم الإسعاف في حال اللزوم .

المرضى الذين لديهم قصة تآق من الواجب ان يحملوا (أدرينالين) EpiPen التي تحوي 300µkg من الأدرينالين. الذي يتم استخدامه في حال حدوث صدمة تأقية خلال جراحة سنية.



تنوع جرعات الأدرينالين التي قد تعطى لأعمار مختلفة داخل العضل

- Adult (or child >12 years) – 500 µg (0.5 mL).
- Child (6–12 years) – 300 µg (0.3 mL)
- Child (<6 years) – 150 µg (0.15 mL).
- الجميع يشير الى جرعات داخل العضل من ادرينالين. 1:1000

الوذمة الوعائية Angioedema

تثار الوذمة الوعائية عندما تطلق الخلايا الرغوية الهستامين والعوامل الكيميائية الاخرى في الدم منتجة تورم سريع الذي قد يكون مهدداً للحياة في حال تأثر المجرى الهوائي. يتوقع أن يحدث بسبب اللاتكس والبنسلين. كما أن هناك عاملاً وراثياً، الأعراض والعلامات ملخصة في المربع التالي:

الأعراض والعلامات

- تورم حول العينين والشفاه والحلق والأطراف.
- وذمة حنجرة وتشنج قصيبي.
- وذمة الرجائية حادة قد تتطور بشكل مفرد أو مع تفاعلات تأقية .

الوذمة الوعائية الوراثية (HANE) Hereditary angioedema

سببها تفعيل المتممة مسببا عوز مثبط انزيم استيراز C1 . عادة مايكون موروث كسائدة متعلق بالصبغي الجسدي وقد لا تظهر حتى البلوغ . يجب إعطاء ركازات من مثبط استيراز C1 التي تكون متاحة لتكملة النقص، ويتم ذلك في المراكز الصحية.

مثل هذه المكملات يجب أن تعطى قبل المعالجة السنية إذا كانت هكذا معالجات مسبقاً أدت إلى وذمة وعائية .

الاستنشاق والاختناق Choking and aspiration

الحماية ضرورية باستخدام الحاجز المطاطي وتسلسل الأدوات وضماطات الفم والنخ ... يتم تقليل الخطر بامتصاص مفرزات الحفرة الفموية بحذر والمراقبة عن قرب . إذا كان هناك شك بأن المريض قد استنشق جسماً أجنبياً اعمل على حث المريض على السعال بقوة محاولاً تنظيف المجرى الهوائي وإخراج المادة . الجسم الأجنبي يؤدي إما لانسداد جزئي أو كامل للمجرى الهوائي . قد تساعد الأعراض والعلامات في تمييز درجة انسداد المجرى الهوائي موضحة بالمرجع التالي، المريض الواعي من المفيد سؤاله هل تختنق؟ تستخدم خوارزمية لتدبير مريض الاختناق ومعطى بشكل 12.5.

تدبير مريض الاختناق - الأعراض والعلامات

العلامات العامة للاختناق:

- الهجمة تحدث خلال الأكل أو توضع خاطئاً للأدوات السنية أو ترميم.
- المريض قد يقبض بإحكام على رقبته.

علامات انسداد المجرى الهوائي جزئياً

- يستطيع الإجابة على سؤال هل تختنق؟ ويقول yes نعم
- العلامات الأخرى: المريض قادر على التكلم والسعال والتنفس
- علامات انسداد المجرى الهوائي الشديد:

- مريض عاجز عن الإجابة على سؤال هل أنت شرقت.

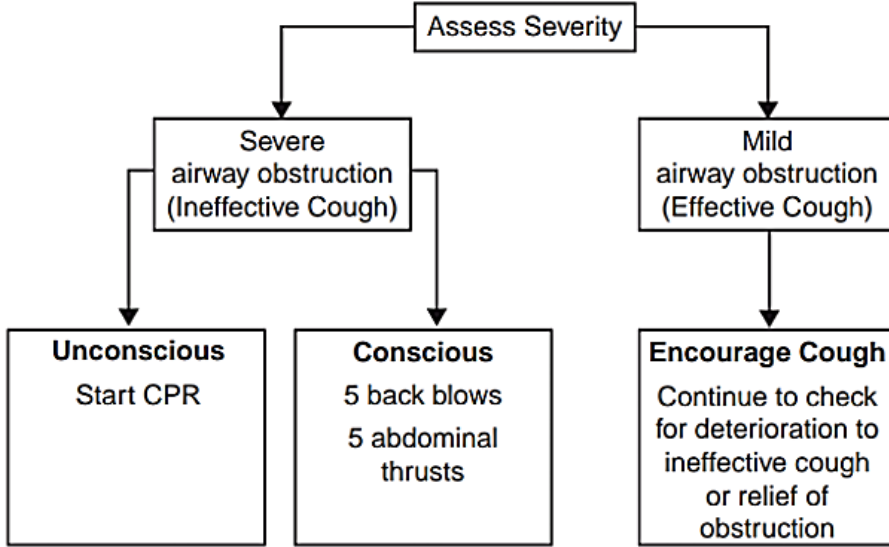
قد يجيب بالإيماء بالرأس

العلامات الأخرى:

- المريض غير قادر على التنفس.
 - التنفس يبدو كالأزيز.
 - محاولات السعال تكون صامتة.
 - المريض قد يكون فاقد الوعي.
- ضربات الظهر مذكورة في خوارزمية بالوقوف جانب المريض وقليلاً خلفه.

ضربات الصدر المذكورة في الخوارزمية يجب أن تنفذ من جانب وإلى الخلف قليلاً من المريض.

الصدر يجب أن يكون مدعوم بيد واحدة والمريض متكئ جيداً إلى الأمام لذلك عندما يتم التخلص من الانسداد يكون المطرود من الفم أكثر من المار إلى الأسفل عبر المجرى الهوائي .



الخوارزمية لتدبير مريض الشرق

لا تستخدم الدفعات البطنية للأطفال بسبب خطر تضرر أعضاء داخل البطن. يتم اتباع مناورة HELMNIG عن طريق الوقوف خلف المريض ووضع اليدين نحو الشرسوف مع قبضهن والضغط للأعلى والخلف مع امالة المريض للامام. بعد تقييم شدة الحالة، في حال كان الانسداد جزئياً شجع المريض على السعال مع استمرار فحص تراجع السعال غير الفعال أو تحرير الانسداد. أما إذا كان شديداً أي سعال غير فعال، إن كان واع نفذ 5 ضربات على الظهر و 5 دفعات بطنية، أما في حال عدم الوعي ابدأ بإنعاش القلب والرئتين CPR. أكثر من 5 ضربات حادة يجب ان تنفذ بينما ألواح الكتف مع كعب اليد. heel of the other hand بعد كل ضربة على الظهر يجب التأكد فيما إذا تحرر الانسداد .

في حال فشل ضربات الظهر، قم بتنفيذ أكثر من 5 دفعات بطنية مبينة بالشكل التالي:

- قف خلف المريض وضع كلا ذراعيك حول الجزء العلوي لبطن المريض وجعله يتكئ للأمام .
- يجب أن يمسك المسعف بإحكام المريض أولاً ويضع يديه بين البطن والنهاية السفلية للقص .
- الإمساك محكم بحيث مقبض اليد على اليد الأخرى وجر بشدة نحو الداخل والأعلى .
- يجب تكرارها لحد 5 مرات ضربات الظهر ودفعات البطن يجب أن تكون متواصلة بشكل دوري .



في حال كان هناك شك بأن الجسم الأجنبي تم استنشاقه يجب إحالة المريض لأشعة الصدر. الصورة الشعاعية تؤخذ في مستويين أمامي خلفي وجانبي، الجسم الأجنبي أكثر احتمالية لرؤيته في الرئة اليمنى أو القصبة اليمنى وبشكل ثانوي تكون أكثر عمودية من اليسار. قد نحتاج لتنظير القصبات أو حتى بضع الصدر لاسترداد الجسم.

قصور الكظر Adrenal insufficiency

نوبة الكظر قد تنتج من قصور وظيفي لقشر الكظر مؤدياً إلى نقص ضغط الدم والصدمة والموت. التوتر من العوامل المؤهبة لحدوث النوبة والذي يحرض من الرض أو الجراحة أو الإنتان. من النادر أن يحدث كنتيجة معالجة سنية وإذا تدهورت صحة المريض عندها يجب وضع الأسباب الأخرى في الحسبان كونها أكثر احتمالية من هذا السبب .

- الأعراض والعلامات:

- المريض يفقد الوعي.
- نبض سريع وضعيف أو يتعذر جسسه.
- ضغط الدم يهبط بسرعة.
- تدبير المريض يتضمن هيدروكورتيزون وريديا وسوائل في الوريد. ما ذكر آنفا هو إجراء لاحتواء النوبة فقط .

من المهم في القصة المرضية التأكد فيما إذا كان المريض استخدم مؤخراً أو يستخدم الستيروئيدات القشرية. بعض المرضى يحملون بطاقة تحذير من الستيرويد steroid warning card. قصور الكظر الحاد غالباً يمكن منع حدوثه بإعطاء جرعة داعمة ستيروئيدية قبل المعالجة.

تقترح الدراسات الأخيرة أنّ الجراحة السنية قد لا تتطلب هذه الجرعة الداعمة. الإجراءات الجائرة أكثر مثل إجراءات الجراحة الفموية أو معالجة المرضى القلقين قد تتطلب تغطية المرضى الذين لديهم توقع عام مع خراج سني يبلغ (أيضاً ينصح بإعطائه زيادة وقائية بجرعة الستيرويد. من معايير مرضى داء اديسون إعطاؤهم جرعة مضاعفة من الستيروئيدات قبل المعالجة السنية الجائرة تحت التخدير الموضعي ويستمر بهذا لـ 24 ساعة).

- العلاج:

- استلقاء المريض على سطح منبسط ورفع قدميه .
- التأكد من سلامة المجرى الهوائي وإعطاء أكسجين .
- استدعاء الإسعاف.

السكتة Stroke

إما أن يكون سببها نزفي أو انسدادى، لكن سريرياً لهما نفس التأثيرات. هذه الحالة بعيدة الاحتمال بشكل كبير في طوارئ العيادة السنية لكن يبقى الوعي للمعرفة الأساسية هاماً.

الأعراض والعلامات تتنوع حسب موقع الأذية الدماغية، قد يوجد فقدان وعي وضعف في الأطراف في جانب واحد من الجسم، وجانب واحد من الوجه قد يصبح ضعيفاً . كما أن

السكتة تسبب آفة العصبون الحركي العلوي. عضلات الجبهة الوجهية التعبيرية لا تتأثر. الكلام قد يصبح غير مفهوم.

غالباً ما تترافق مع ارتفاع توتر شرياني وقد يكون التطور سريعاً.

- التدبير الأولي

المجرى الهوائي يجب المحافظة عليه واستدعاء الإسعاف.

من الواجب إعطاء منسوب عالٍ من الأكسجين 15l/min

المريض يجب أن يكون مراقباً بحذر لأي تدهور أكبر.

طوارئ التخدير الموضعي Local anaesthetic emergencies

من النادر أن يكون هناك حساسية للتخدير الموضعي لكن يجب تدبيرها كأى حالة من حالات التأق. عندما تؤخذ في سياق مرات التخدير الموضعي نجد أن معدل المضاعفات قليلة. العلامات والأعراض في الحساسية تكون مشابهة للتأق. الإغماء المترافق بحقن المخدر الموضعي يكون أكثر شيوعاً وقد نستطيع تجنبه بإعطاء المخدر الموضعي بينما يكون المريض مستلقياً.

الحقن داخل الوعاء الدموي لمحلول المخدر الموضعي قد يحرض الهياج أو النعاس أو القلق مع نوبات وأخيراً فقدان الوعي.

بعض المشاكل الأخرى المحتملة مع التخدير الموضعي مدرجة بالمربع التالي

المشاكل المحتملة مع التخدير الموضعي

- الحساسية بشكل نادر
- القلبي الوعائي:
 - خفقان القلب
 - انخفاض الضغط
 - زيادة الضغط
 - احتشاء العضلة القلبية
- الشلل الوجهي أو ازدواج الرؤية
- قم بتغطية العين برقعة eye patch

تدبير حالات الجرعة الزائدة من المخدر الموضعي

- إيقاف المعالجة
- استلقاء المريض على سطح منبسط
- إعطاء المريض اوكسجين
- إن كنت مؤهلاً أعط سوائل في الوريد ومضاد اختلاج anti convulsant
- قم بدعم المريض بالأمر الأساسية في حال الحاجة

الأعراض الأكثر شيوعاً التي تتأهب بشكل سلبي مع حقن التخدير الموضعي هي الخفقان palpations هذه الأعراض تخمد مع الوقت. من الممكن أن يحدث تفاعل مع أدوية مضاد فرط ضغط الدم لتؤدي إلى انخفاض الضغط. من المهم في هذه الحالات التأكد أن المجرى الهوائي محافظ عليه، إذا أصبح الوعي ضعيفاً . فرط ضغط الدم يؤهب بشكل نادر وفي كلا الحالتين المساعدة الطبية يجب أن تطلب .

إذا كان الحدث القلبي الوعائي مؤهباً من الأفضل تأجيل المعالجة.

العلامات والأعراض والمعالجة بجرعة زائدة من الابينيفرين epinephrine مدرجة في

المربع التالي:

أعراض وعلامات ومعالجة الأدرينالين جرعة الأدرينالين الزائدة

➤ علامات زيادة الجرعة:

- قلق
- أرق
- ألم رأس
- تعرق
- ارتعاش
- ضعف
- دوخة
- شحوب
- صعوبة تنفس وخفقان القلب

➤ علاج جرعة الادرينالين الزائدة:

- تجنب إعطاء الجرعة الزائدة
- إيقاف الإجراء
- وضعية نصف مستلقي أو وضع قائم لتقليل زيادة ضغط الدم الدماغي
- إعادة الطمأنينة للمريض
- إعطاء المريض اكسجين في حال المريض لم يكن لديه فرط تهوية .
- قم بدعم المريض بالأمور الأساسية في حال الحاجة

شلل وجهي مؤقت أو ازدواج الرؤية قد تحدث في حال أداة التخدير الموضعي استقرت بالقرب من العصب الوجهي أو عبرت إلى محتوى الحجاج .

الآثار تزول مع زوال تأثير المخدر الموضعي ومن الواجب طمأنة المريض .
في حال تأثر فرعي العصب الوجهي (الوجني والصدغي)، من المهم أن نتذكر أن المريض سيكون عاجزاً على إغلاق عينيه من جانب واحد ومن الواجب حماية القرنية .

انكسار الإبرة Needle breakag

يعد حدثاً أقل شيوعاً مع بداية استخدام الإبر ذات الاستعمال لمرة واحد، لكن مازال ممكناً، غير أن الطبيب يجب أن يكون على حذر لهكذا حادث.
مراحل التدبير ملخصة في المربع التالي:

الخطوات الواجب اتباعها في حال انكسار الإبرة

- في حال طرف الإبرة المستدق كان مرئياً قم بإزالته بواسطة ملقط الشريان.
- في حال لم تكن مرئية
 - قم بإعلام المريض بذلك
 - الترتيب لإحالة المريض إلى جراحة الوجه والفكين.
 - انصح المريض بمنع حركة الفك السفلي قدر الإمكان.
 - تأكد من أن السجل مكتوب وبدقة.
- قم بإعلام مؤسسة التامين الصحية

الانكسارات أكثر احتمالاً لأنها تحدث لدى محور الإبرة Hub والأكثر شيوعاً من هؤلاء هي ذات الأقطار الصغيرة . ممكن إزالة الإبرة بواسطة ملقط الشريان فقط إذا كانت لم تدخل الإبرة للآخر hilt ، لهذا السبب لا يجب أن تدخل الإبرة لهذه الدرجة. في حال كان الاسترجاع المباشر غير ممكن يجب إعلام المريض وإحالاته لشعبة جراحة الوجه والفكين. كل الحوادث يجب أن توثق بوضوح ودقة وإعلام المنظمات الطبية لحماية الاطباء بذلك . من المفيد إرسال الجزء المتبقي من الإبرة مع المريض فهي تساعد على توضيح الجزء المتبقي المحتمل .

تصوير المريض سيتم بالمشفى، أولاً صورة بسيطة (منظرين من بزوايا صحيحة) و ثم مقطعي محوسب. CT Scan. في حال لم يتم استرجاعها هناك إمكانية التطور لحدوث ضرر وألم وعسر هضم أو هجرة الإبرة. كل هذه الأمور تعتمد على مكان توضع الإبرة . من الصعب جداً حتى مع أفضل أنواع التصوير تحديد موقع الإبرة المكسورة ولذلك في بعض الحالات يجوز تركها في مكانها ما لم تحدث اختلاطات بسبب أنها عقيمة ولا يوجد سبب للاشتباه بأنها ستهاجر .

الحالات الطارئة للتسكين Sedation emergencies

من غير المحتمل بشكل كبير أن يكون طريق التسكين عبر الوريد مستطياً في إسعافات العيادة السنية .

قد يتم استخدامه في حالة واحدة، وذلك لتسهيل إرجاع الفك السفلي المخلوع .reduction of a. dislocated mandible

الطوارئ نسبياً هي نادرة وعادة قابلة للتجنب بأساليب الحذر . الطوارئ التي قد تحدث تتعلق أما بالجرعة الزائدة أو نقص الأوكسجة أو كلاهما . بعض الحالات قد تؤدي إلى توقف التنفس في حال لم يتم معالجتها فوراً . خلال أي معالجة سنية تحت التسكين عبر الوريد العلامات الحيوية يجب أن تكون تحت المراقبة بشكل منتظم .

- التدبير

المريض يجب أن يعطى عاملاً مسكناً بقدر الحاجة دون زيادة والحفاظ على المجرى الهوائي وإعطاء منسوب عال من الأوكسجين .

إذا كان هناك اشتباه في زيادة الجرعة للعامل المسكن (عادة benzodiazepine) يجب استخدام عامل عكوس flumazenil مع التذكر أن flumazenil عامل محدث للصرع.

مشاكل الإرقاء Problems with haemostasis

معظم مشاكل الإرقاء الممكنة الحدوث سيسلط عليها الضوء في القصة المرضية الطبية ولذلك تكون متوقعة ويمكن أن نمنع حدوثها. النزف يصنف لثلاث مجموعات أولي ورجعي reactionary وثانوي. الأولي يكون خلال الجراحة والرجعي (يحدث بعد) يبقى لعدة ساعات بعد الجراحة والسبب الشائع للنزف الرجعي هو العامل المضيق للأوعية أي زوال الأدرينالين مؤدياً للنزف .

النزف الثانوي يوجد بعد عدة أيام من أي إجراء جراحي والسبب الأشيع هو الإنتان. من المهم في حال وجود مرض نزفي التواصل مع طبيب أمراض الدم. تُعد طريقة جيدة تصنيف الأمراض النزفية الى موروثية ومكتسبة. المريض الذي لديه مرض نزفي ولادي يفضل معالجته في مركز مختص بتواصل بين الجراح وطبيب أمراض النزف وهو الإجراء الأمثل .

مرض الناعور A أو مرض نقص العامل التاسع christmas أو فون ويلبراند قد يتطلب معالجة بديلة قبل الجراحة وعامل مضاد حال الفبرين بعد المعالجة anti-fibrinolytic (e.g. tranexamic acid). استخدام إجراء الإرقاء الموضعي كالسلولز المؤكسد (Surgicel) oxidised cellulose عند خياطة السنخ بعد القلع. عوامل مثل Surgicel تكون مرتشحة. هلام العظم يعد طريقة مفيدة لايقاف الدم التي ترتشح بشكل مستمر من سطح العظم لكن يجب استخدامها باعتدال بسبب خطورة تشكل ورم حبيبي ضد جسم أجنبي. أمراض النزف المكتسبة قد تنتج عن الأدوية أو التي تتبع لأمراض جهازية. من النادر في المعالجة المعاصرة ايقاف المعالجة بالاسبرين قبل الجراحة السنية.

إذا كان هناك أي سبب يتطلب ايقاف الاسبرين يجب أن يتم قبل 10 أيام من المعالجة لتأثيره غير الريدود على الصفائح و الوقت المطلوب للسماح لاستعاضة تجمع الصفائح. في حال الاستمرار في أخذ الاسبرين كل ما يتطلب هو إجراء ارقاء

موضعي. الأدوية الأخرى المضادة لتكدس الصفائح anti-platelet ك clopidogrel و dipyridamole يمكن الاستمرار بهم مع تطبيق ارقاء موضعي.

يعتبر الآن أن المرضى الذين يأخذون وارفارين warfarin معرضون لحدوث خطر انصمام خثري وخيم فيما إذا تم سحبه withdrawn أكبر من نزف كبير بعد الجراحة السنوية فيما إذا كان مستمرا به.

أقترح أن إيقاف الوارفارين قد يؤدي إلى حالة رد فعل مباشرة لفرط الخثرية وبالتالي خطورة أكبر لانصمام خثري. المرضى الذين يأخذون وارفارين يجب أن يقاس لديهم international normalised ratio INR النسبة الطبيعية العالمية قبل أي إجراء جراحي. هذا يمكن تنفيذه في الجراحة السنوية عن طريق عينة لوخر الإصبع. INR العلاجية الطبيعية للمرض الذين يتناولون وارفارين تكون 2-3 ما عدا الذين لديهم استبدال صمامات قلبية يكون بين 2.5-3.5

في المملكة المتحدة، النصيحة الحالية هي أن معظم الإجراءات الجراحية في طب الأسنان كالقلع وإجراءات جراحة الفم البسيطة الصغرى قد تنفذ بدون استبدال الوارفارين اذا كان INR 4 أو اقل، إذا كان INR أكثر من 4 من المهم التواصل مع الطبيب الذي وصف الوارفارين كما قد نحتاج إيقافه بشكل مؤقت، في هذه الحالة عادة تتوقف ليومين قبل أي إجراء ويستعاد عمله في مساء يوم الإجراء.

ليس من الضروري تجنب التخدير الناحي لكن يفضل إذا كان بالامكان. في جميع المرضى الذين يتناولون الوارفارين يجب استخدام التدابير لتحقيق الارقاء الموضعي. في كل المرضى الذين يأخذون الوارفارين أو مرضى العمليات الجراحية المستقبلية الذين يعانون بمشكلات طبية مدرجة في المربع التالي، يجب عدم معالجتهم بدون استشارة طبيب المريض.

حالات جهازية التي قد تؤدي مشاكل في الإرقاء

- عتلال الكبد مع أو الكحولية.
- أمراض الكلية المزمنة.
- قلة الصفائح، الناعور او أمراض النزفية الأخرى.
- المرضى الذين خضعوا لأدوية سامة للخلايا او علاج بالأشعة .

المرضى الذين خضعوا لمعالجة بالهيبارين قد يصادفوا عادة، الأكثر شيوعاً هم المرضى الذين خضعوا للهيبارين لتسهيل غسل الكلى كنتيجة لمرض كلوي مزمن عادة. المعالجة بالهيبارين تؤخذ عادة 3 مرات في الأسبوع لكن بسبب عمر النصف القصير للهيبارين (حوالي 5 ساعات) المعالجة السنية يتم تنفيذها بأمان في أيام ما بين غسل الكلى. إذا كان المريض الذي يعالج بالهيبارين لديه معالجة سنية طارئة، اثار الهيبارين ممكن معاكستها بواسطة سلفات البروتامين protamine sulphate لكن استخدامها يجب أن يتم تحت إشراف طبيب.

قد يخضع المرضى للمعالجة مع واحد من عوامل الهيبارين ذات وزن جزيئي منخفض كـ tinzaparin، على خلاف المعالجة بالهيبارين التي يمكن مراقبتها بـ INR أو معالجة الهيبارين التقليدية المراقبة بزمن الترمبولاستين الجزئي الفعال، اثار الهيبارين ذات الوزن الجزيئي المنخفض لا يمكن مراقبتها بهذه الطريقة.

العامل المضاد لانحلال للفيرين tranexamic acid anti-fibrinolytic، يقلل النزف مابعد المعالجة عند المرضى الذين يستخدمون مضادات التخثر. عملها الأولي منع تجمع البلاسمينوجين مع البلاسمين وتحولهما لفيبرين، وبالتالي تمنع انحلال الفيرين. أقترح أن الغسول الفموي مستحضر Tranexamic acid 4.8% تكون فعالة لكن يجب تركيبها على أساس المريض الفردي.

- الأدوية والارقاء

بعض الأدوية التي يمكن ان يوصفها طبيب الأسنان ستتفاعل مع مضادات التخثر. المسكنات كالاسبرين وديكلوفيناك وايبوبروفين والاستخدام الطويل للباراسيتامول ومضادات الميكروبات كمجموعة البنسلين قد تزيد زمن البروثرومبين عند مرضى المستخدمين للوارفارين لكن هذا غير شائع. الاريثرومايسين يعزز أثر مضاد التخثر للوارفارين ونيكومولون بواسطة تقليل استقلالهم. الاستخدام المشترك لهذه الأدوية لا يمنع استعمال هذه الأدوية أبداً لكن قد يتطلب مراقبة لبعض المرضى. التفاعل بين الوارفارين والميترونيدازول مهم سريرياً لأنه يثبط استقلال الوارفارين، التتراسيكلين يعزز أثر الوارفارين ومضادات التخثر الكومارينية الأخرى.

حتى بعد استخدام مضادات الفطور الموضعية ك ميكونازول يعزز اثار الوارفارين ويؤدي الى نزف كبير جداً، على عكس الأدوية التي ذكرت حتى الآن الكاربامازين قد يقلل أثر الوارفارين بزيادة استقلابه. من المهم أن المرضى الآخذين للوارفارين يلزمهم وصف دواء غير الأدوية التي سجلت تفاعل مع الوارفارين. يجب مراجعة الوصفات البريطانية الحالية أو ما يعادلها.

- المرضى الذين يعانون من مشاكل كبدية Patients with liver problems

المرضى الذين لديهم فشل كبدي قد يكون صعباً تقييم مدى خطورة نزف ما بعد الجراحة. ارتفاع بسيط في زمن البروثرومبين نسبياً قد يدل على أذية كبدية خطيرة. قد يلزم حقن داخل الوريد لفيتامين K لكن حصراً بعد استشارة طبيب أمراض النزف. البلازما الطازجة المجمدة ستقلل من زمن البروثرومبين وقد يعالج نقل الصفائح الدموية مشاكل كمية ونوعية. المرضى الذين لديهم مشاكل كبدية سيواجهون مخاطر في حال وصف لهم المسكنات الأفيونية والمهدئات مثل الديازام. يجب استخدام جرعات أصغر لدى الأدوية التي يتم استقلابها عن طريق الكبد. استخدام الباراسيتامول يجب أن يتم تجنبه كلياً في حال وجود اعتلال خطير في الكبد.

الخلاصة:

شجع على أن تكون تدابير الحالات الطارئة مناسبة وفعالة. ومن الضروري أن يعرف كل عنصر من فريق المعالجة السنية ماهو دوره. التدريب يجب أن يطور بانتظام وعلى الأقل مرة في السنة.

