附录1：美国俄勒冈州孕妇牙科治疗操作指南中译文

孕期口腔保健和治疗指南

 孕期的口腔保健和治疗是安全、必要的

 怀孕不是推迟口腔卫生保健或口腔治疗的理由

 包括必要的牙科放射检查在内的诊断措施可以安全进行

 刮治术和根面平整术可控制牙周疾病，可以安全进行；在孕期前三月避免使用甲硝唑

 急性感染或败血症病源的治疗在孕期任何时期都应该进行。有一些抗生素是可以安全使用的

 包括根管治疗和拔牙在内的治疗可以安全进行

 必要的诊断、预防和治疗措施可以在整个孕期进行；如果有疑问，应与围产期医护人员协商

 孕期任何时期都应该提供急诊牙科治疗

 必要治疗的拖延可以对母亲甚至胎儿带来不可预测的损害

 对于很多女性，孕期口腔疾病的治疗尤其重要，因为牙科健康保险可能只在孕期和产后两月有效

**全身情况与牙科治疗的关系**

高血压与妊娠

 高血压疾病，包括慢性或先前存在的高血压以及孕期发生的高血压，在孕妇中发生率为12-22%。口腔医护人员应当意识到高血压的存在，因为这会增加治疗过程中出血的风险。治疗伴发不可控的严重高血压（血压值大于或等于160/110mmHg）孕妇之前，应与她的围产期保健医生协商。

糖尿病与妊娠

 美国孕妇中2-5%会发生妊娠期糖尿病。这常在怀孕第24周后诊断出来。任何炎症过程，包括急性、慢性牙周感染，都可以使糖尿病控制更加困难。控制不佳的糖尿病与不良的妊娠结果有关，如子痫前期、先天畸形和大于胎龄儿。谨慎的措施避免或最大程度限制牙科感染对于合并糖尿病的孕妇是十分重要的。控制所有急、慢性炎症的来源有助于控制糖尿病。

肝素与妊娠

 一小部分诊断血栓形成倾向（一种血液病）的孕妇可能会每天接受肝素注射来改善妊娠结果。肝素增加牙科治疗过程中出血并发症的风险。牙科工作者应当在牙科治疗前咨询孕妇的产前保健提供者。

妊娠期误吸的风险与体位

 孕妇肠道排空时间延长，被认为经常是“饱腹”状态。因此，她们误吸的风险会增加。保持半坐位或放一个枕头有助于避免恶心或误吸，并且可以使孕妇感觉更加舒适。

孕期牙科治疗操作指南

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 适应症 | 放射检查 | 就 | 局部麻醉（FDA分类） | 银汞充填或去除 | 笑气 | 麻醉 | 抗生素与抗感染药（FDA分类） |
| 妊娠任何时期 | 诊断性X线在孕期是安全的使用颈部（甲状腺领）和腹部遮盖物 | 对乙酰氨基酚（B）哌替啶（B）吗啡（B）可待因（C）对乙酰氨基酚+可待因（C）对乙酰氨基酚+氢可酮（C）如维柯丁对乙酰氨基酚+羟考酮（C）如扑热息痛 | 加肾上腺素（2%）的利多卡因，在孕期被认为是安全的甲哌卡因（3%），如果益处大于对胎儿可能带来的风险，可以使用 | 没有证据表明充填物中释放出的汞会损害胎儿使用橡皮障和高速抽气来减少汞蒸气吸入 | 当局部麻醉不足时，30%的笑气可以使用孕妇达到镇静所需的笑气浓度更低 |  | 青霉素（B）阿莫西林（B）头孢菌素（B）非依托形式的红霉素（B）喹诺酮（C）克拉霉素（C）用于牙科手术预防：使用所有有菌血症风险的患者一样的标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第一期（1-13周） | 在妊娠第一期，自然流产在所有临床诊断的妊娠中发生率为10-15%。大多数流产是因为染色体异常。然而，孕妇可能会等到第二期（第14周）接受口腔保健。 | 避免：甲硝唑（B） |
| 第二期（14-27周） |  |  |  |  |  |  |  |
| 第三期（28-40周） |  | 禁止使用布洛芬或吲哚美辛 |  |  |  |  | 避免：磺胺类药物（C） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 禁忌和注意事项 |  | 禁止使用阿司匹林，除非有产前保健人员提供处方注意：在妊娠第一、第二期，推荐使用布洛芬（B）或萘普生（B）前，咨询产前保健人员 |  |  |  | 注意：如果使用局部阻滞以外的麻醉方式，如静脉镇静或全身麻醉，咨询产前保健人员 | 禁止使用四环素（D）、依托红霉素 |

B类：没有证据表面人体有风险；动物实验可能表明有风险（人体实验没有），或者如果没有足够的人体实验，动物学实验呈阴性结果。

C类：缺少人体试验；动物实验可能表明对胎儿有风险或者也同样缺乏；潜在的益处可能与潜在的风险相当。

D类：有证据表明存在风险。调查性或售后数据表明对胎儿有风险。然而，潜在的益处可能大于风险。

 有关用药的任何问题和疑虑与患者的产前保健人员咨询

 **这些推荐被俄勒冈州的牙医和产前保健人员——产科医师，家庭医生，护士——审阅。我们相信它代表俄勒冈的保健标准。如果你对于个体患者有疑虑，与她的保健人员直接联系。**