طبيعة الحالات الإسعافية المشاهدة في عيادات دمشق لطب الأسنان ونسبتها

ياسر المدلل* سامر قصبة**

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يمكن أن تحدث الحالات الإسعافية خلال ممارسة طب الأسنان، ولذلك يجب أن يكون طبيب الأسنان جاهزاً لتمييز تلك الحالات وتشخيصها وتدبيرها. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم حدوث الحلات الإسعافية في عيادات طب الأسنان في دمشق والطريقة التي يستخدمها الأطباء للحصول على القصة المرضية.

مواد البحث وطرائقه: أجريت دراسة مقطعية باستخدام استبيان لتقييم الحالات الإسعافية عند 170 طبيب أسنان تم اختيروا عشوائياً في مدينة دمشق في آذار عام 2012. صمِّم الاستبيان بالاعتماد على مراجع موثقة. جمعت وحللت النتائج وقورنت باستخدام اختبار كأي مربع للاستقلال من خلال برنامج SPSS الإصدار 19.

النتائج: بلغت نسبة المشاركة في الاستبيان 98.2%، وقد أجريت الدراسة الإحصائية على 160 استبياناً كاملاً. يستجوب 11.3% فقط من الأطباء مرضاهم وفق نموذج خاص بذلك، وهناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين طريقة أخذ القصة المرضية وكون الطبيب عاماً أو اختصاصياً (P = 0,002). أكثر الحالات الإسعافية حدوثاً هي الإغماء وهبوط الضغط الانتصابي (75%). العلاقة بين نسبة حدوث الحالات الإسعافية وكون الطبيب عاماً أو اختصاصياً ذات دلالة إحصائية (P = 0.038).

الاستنتاج: لا يعدُّ حدوث الحالات الإسعافية نادراً. يجب تشجيع الأطباء على استخدام استبيان مطبوع عند أخذ قصة المريض المرضية.

الكلمات المفتاحية: حالة إسعافية، قصة مرضية، استبيان

* أستاذ مساعد- قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة دمشق.

** مدرس - قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة دمشق.

Type and Frequency of Medical Emergencies In Damascus Dental Clinics

Yasser Al- Moudallal* **Samer Kasabah****

Abstract

Background & Objective: Medical emergencies could occur during the practice of dentistry. A dentist must be prepared to recognize and manage of any potential emergency situation. The purposes of the study were to determine the occurrence of medical emergencies in Damascus dental clinics, and to assess the way patients' medical history is taken.

Methods & Materials: A cross-sectional study was performed using a questionnaire regarding medical emergencies, which was sent to 170 randomly selected dentists in Damascus in March 2012. The questionnaire had been prepared based on valid references. The data were analyzed and compared using chi-square test correlation test through SPSS software.

Results: The response rate was 98.2%. The statistical study was performed on 160 complete questionnaires. Only 11.3% of dentists use a specially designed medical questionnaire to take the patient's medical history. A statistical significant relationship was found between the way of taking the medical history and whether the doctor was GP or specialist (P=0.002). The most common medical emergencies was syncope and postural hypotension (75%). The relation between the occurrence of medical emergencies and whether the doctor was GP, non-surgical or surgical specialist was statistically significant (P = 0.038).

Conclusions: The occurrence of medical emergencies is not rare. The dentists should be encouraged to use a specially designed questionnaire to take the medical history of the patients.

Keywords: medical emergency, medical history, questionnaire

* Ass. Prof, Department Of Oral And Maxillofacial Surgery. Faculty of Dentistry. Damascus University.
** Instructor, Department Of Oral And Maxillofacial Surgery. Faculty Of Dentistry. Damascus University.

مقدمة:

الحالة الطبية الإسعافية medical emergency هي حالة تحدث نتيجة لظروف خاصة وتحتاج إلى تدخل علاجي مباشر لتجنّب ما يمكن أن يكون لها من توابع كارثية على حياة المريض.[1, 2]

رغم أن حدوث مثل هذه الحالات قد سُجل على أنه نادر الحدوث،[3] إلا أن هناك دراسات أشارت إلى نسبة الحدوث تلك بطرائق مختلفة، فبعضها نشرت أن 30% من السكان سيتعرضون في عيادة طبيب الأسنان لحالة إسعافية مرة على الأقل،[4, 5] وفي دراسة أخرى سجلت حالة إسعافية مرة كل 1.4 سنة من الممارسة السنية،[6] في حين أشار بعضهم إلى حدوث الحالات الإسعافية بمعدل 0.7 حالة لكل طبيب أسنان سنوياً،[7] يمكن أن تحدث الحالات الإسعافية بمعدل مرة كل 3 إلى 4 سنوات،[8] طبيب من كل سبعة أطباء يضطر لإنعاش مريض،[9] 60% من أطباء الأسنان أسهموا في تدبير حالة من أصل ثلاث حالات إسعافية سنوياُ،[10] 19% إلى 44% من أطباء الأسنان يواجهون حالة إسعافية في كل سنة،[11] سُجل في الولايات المتحدة حدوث 42 حالة إسعاف مهددة للحياة عند 1277920 مريض.[12] على كل حال، خلصت عدة دراسات إلى أن الحالات الإسعافية في الممارسة السنية تحدث بشكل أكثر مما هو متوقع.[13,14] واحد من كل ثلاثة مرضى في عيادات طب الأسنان لديهم مشكلات صحية قلبية أو تنفسية أو وعائية عصبية، ولذلك فإن من المتوقع ازدياد الحاجة لتدبير الحالات الإسعافية خلال الممارسة السنية وخاصة مع ازدياد نسبة المرضى المتقدمين بالعمر وذوي الاحتياجات الخاصة والمعرضين للخطورة المراجعين لتلك العيادات، فضلاً عن ازدياد استخدام التركين الوريدي والتخدير العام في طب الأسنان.[15, 8, 16, 17, 18]

يجب أن تزود العيادات السنية الحديثة بالمتطلبات اللازمة لتدبير الحالات الإسعافية، وقد شددت المعايير الخاصة بأطباء الأسنان Standards for Dental Professionals[19] على ضرورة أن يكون طبيب الأسنان قادراً على تدبير الحالات الإسعافية التي يمكن أن تحدث خلال ممارسته.[20, 21] إن أكثر الحالات التي تحدث تكون خلال التخدير أو قلع الأسنان أو المعالجة اللبية أو بعد هذه الحالات.[22, 2]

إن الهدف من أخذ القصة المرضية للمريض هو الوقوف على حالته الصحية ليعالج بشكل آمن، وهو ما يتطلب معرفة العاملين في العيادة السنية بتلك القصة معرفة دقيقة وكاملة. غالباً ما يعتمد معظم الممارسين للقيام بذلك على استبيان خاص مطبوع له أشكال مختلفة. يحتاج الاستبيان إلى تجديد وتحديث بشكل مستمر، وأن يقوم الطبيب شخصياً بمقابلة المريض للحد من إمكانية الحصول على معلومات خادعة سلبية أو خادعة إيجابية.[23, 24]

الهدف من الدراسة:

هذه الدراسة هي الأولى من مجموعة دراسات تعنى بالحالات الإسعافية في العيادة السنية وجاهزية أطباء الأسنان وعياداتهم في مدينة دمشق للتعامل معها. تناقش الدراسة الحالية الطريقة التي يأخذ بها الأطباء القصة المرضية، وطبيعة الحالات الإسعافية ونسبة حدوثها؛ وذلك كمحاولة للوقوف على مدى خطورتها في الممارسة السنية بشكل أكثر دقة.

مواد البحث وطرائقه:

أجريت دراسة وصفية وتحليلية مقطعية cross-sectional باستخدام استبيان مُلئ ذاتياً من قبل الطبيب. اعتمدت أسئلة مغلقة closed-ended تكون الإجابة عنها بملء مربع فارغ 'tick box' بإشارة صح أو خطأ. باستثناء اسم الطبيب (لجعل الدراسة أكثر موثوقية) جرى الحصول على معلومات تخص جنس الطبيب واختصاصه وعدد

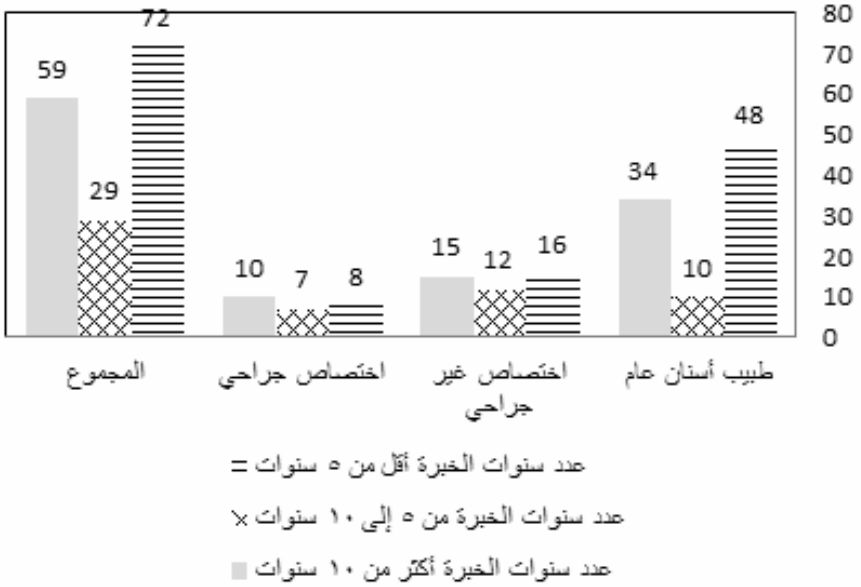
سنوات الخبرة ومكان عيادته والطريقة التي يأخذ بها القصة المرضية. أُجري بدايةً اختبار للاستبيان بدراسة استطلاعية pilot وعدل ما اعتُــقد أنه ضروري لحسن فهم الطبيب للأسئلة المطلوبة والإجابة عنها.

أُرسل الاستبيان عشوائياً إلى 170 طبيب أسنان في مدينة دمشق خلال شهر آذار من عام 2012. كانت المشاركة في هذا الاستبيان اختيارية وقد جرى تأكيد سرية المعلومات وشجع الطبيب على ملء الاستبيان دون الرجوع إلى أي مرجع علمي أو استشارة أي زميل آخر. جُمعت الاستبيانات الكاملة فقط ورفضت الناقصة منها.

أُدخلت المعلومات إلى برنامج Microsoft Excel 2011 وأجري إعادة إدخال لــ 10% من البيانات للتأكد من دقة الإدخال. نُــقلت البيانات إلى برنامج SPSS الإصدار 19، وأُجريت الدراسات الإحصائية باستخدام اختبار كأي مربع للاستقلاليةChi-Square for Independence وعدَّت قيمة P-value<0.05 دالة احصائياً.

النتائج:

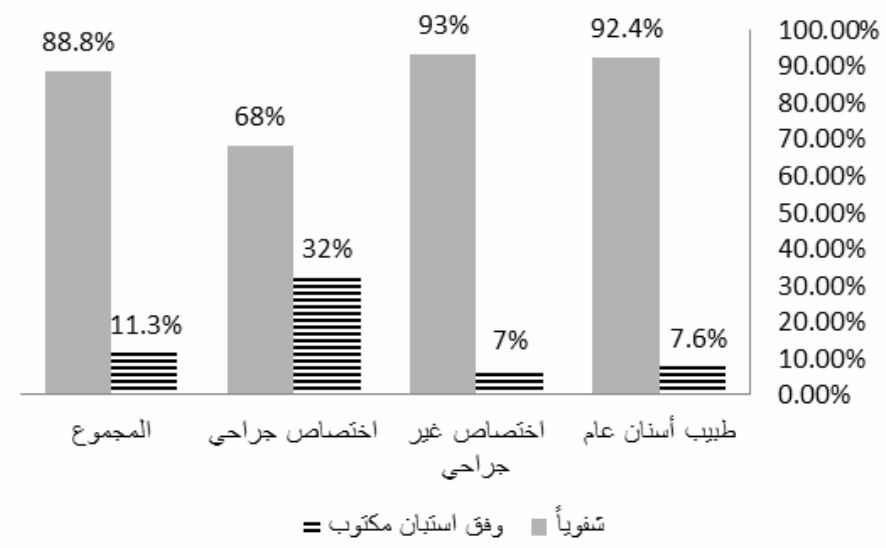
بلغت نسبة المشاركة في الاستبيان 98.2% إذْ رفض 3 أطباء فقط ملء الاستبيان. من بين تلك الردود لم تقبل 5 استبيانات بسبب نقص في بياناتها. انقسمت عينة الأطباء المشاركين في الاستبيان من حيث الجنس إلى 124 طبيباً ذكراً و38 طبيبةً، ومن حيث الاختصاص إلى 92 طبيب أسنان عاماً و70 طبيب أسنان اختصاصياً توزعوا بين 25 مؤهلين باختصاص جراحي و43 باختصاص غير جراحي وأسقط اختصاصيو طب أسنان أطفال فقط من الدراسة لصغر حجم العينة، ومن ثَمَّ أجريت الدراسة الإحصائية على 160 استبياناً كاملاً. يبين الرسم البياني 1 عدد سنوات الخبرة عند الأطباء المشمولين في الدراسة.



الرسم البياني 1. عدد سنوات الخبرة في عينة الدراسة

أظهرت الدراسة أن 11.3% فقط من الأطباء المشاركين في الاستبيان يستجوبون المريض وفق نموذج مطبوع خاص بذلك، في حين أن الباقين يستجوبون مرضاهم شفوياً ويعتمدون على ذاكرتهم في أي حالة مرضية أو إسعافية يمكن أن تكون قد حدثت معهم (رسم بياني 2). بإجراء اختبار كأي مربع للاستقلال تبيّن وجود علاقة

ذات دلالة إحصائية بين طريقة أخذ القصة المرضية وكون الطبيب عاماً أو اختصاصياً (P = 0,002) إذْ إنَّ الأطباء المؤهلين باختصاص جراحي يميلون أكثر من باقي الأطباء لاستجواب المريض كتابياً.



الرسم البياني 2. طريقة أخذ القصة المرضية

عند دراسة العلاقة بين طريقة أخذ القصة المرضية وكلٍّ من نسبة حدوث الحالات الإسعافية وعدد سنوات الخبرة، تبّين باستخدام اختبار كأي مربع للاستقلال عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية (P=0.955 و P = 0,312 على الترتيب).

سُجل حدوث حالات الإغماء syncope مرة واحدة على الأقل عند 75% من الأطباء وبنسبة مشابهة حالات هبوط ضغط انتصابي، في حين كان التعرض لبقية الحالات الإسعافية أقل بشكل ملحوظ (جدول 1).

جدول 1. نوع تعرض أطباء الأسنان لحالات إسعافية في عياداتهم ونسبتها

الحالة الإسعافية	الأطباء الذين واجهتهم الحالة مرة واحدة على الأقل							
	أطباء عامون		اختصاص غير جراحي		اختصاص جراحي		المجموع	
	N	%	N	%	N	%	N	%
إغماء	67	72,8	32	74,4	21	84	120	75
فقدان الوعي	48	52,2	16	37,2	11	44	75	47
هبوط ضغط انتصابي	63	68,5	33	76,7	24	96	120	75
قصور لب الكظر الحاد	2	2,2	1	2,3	0	0	3	1,9
ألم صدري	17	18,5	6	14	2	8	25	15,6
هبوط سكر الدم	52	56,5	16	37,2	11	44	79	49,4
تحسس خفيف	32	34,8	16	37,2	11	44	59	36,9
صدمة تحسسية	10	10,9	3	7	1	4	14	8,8

نوبة ربو	19	20,7	11	25,6	3	12	33	20,6
نوبة صرع	16	17,4	7	16,3	7	28	30	18,8
قصور قلب ووذمة رئة	4	4,3	1	2,3	1	4	6	3,8
عاصفة درقية	2	2,2	4	9,3	2	8	8	5
حادث قلبي دماغي	2	2,2	1	2,3	1	4	4	2,5
توقف قلب	3	3,3	1	2,3	2	8	6	3,8
زيادة جرعة المادة المخدرة	7	7,6	6	14	3	12	16	10
استنشاق جسم غريب	9	9,8	9	20,9	4	16	22	13,8
فرط التهوية	5	5,4	3	7	2	8	10	3,6

بإجراء اختبار كأي مربع للاستقلال تبيّن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نسبة حدوث الحالات الإسعافية وكون الطبيب اختصاصياً ونوع الاختصاص (P = 0.035) إذْ إنَّ الأطباء المؤهلين باختصاص جراحي هم الأكثر تعرضاً لحدوث الحالات الإسعافية.

المناقشة:

رغم بعض السلبيات التي صادفت الدراسة المقطعية الحالية، كصعوبة الحصول على عدد الحالات الإسعافية التي أغفلت، إلا أن ذلك يمكن أن يواجه أي دراسة في هذا المجال سواء كانت توقعية prospective أو استرجاعية retrospective إذْ يجب أن يكون حجم العينة كبيراً كفاية والمدة الزمنية لها طويلة. تحتاج الدراسة التوقعية إلى متابعة الأطباء ومراقبتهم بصورة مستمرة ودقيقة لتأكيد تسجيل الحالات جميعها ووصفها بدقة، وهو ما يمكن أن يكون صعباً على أقل تقدير في مجتمع عينتنا. أمَّا الدراسات الاسترجاعية فإنها تفتقد الاعتماد على المشارك في تفسير الحالة وتشخيصها والحصول على الظروف الملائمة المحيطة بها. لذلك يمكن أن تكون الدراسة مقطعية بالاستبيان هي الدراسة المناسبة التي يمكن من خلالها الحصول على المعلومات الكافية في وقت معقول، ولكن تبقى أهمية الحصول على ردود كافية على الاستجواب أمراً مهماً لتجنب الانحياز أو المواربة في النتائج.

يمكن أن تعكس نسبة التجاوب الجيدة [25] مع استبيان هذه الدراسة (98,2%) اهتمام الأطباء بهذا الموضوع وتعاونهم ومقدرتهم على فهم أهميته، وهذه النسبة قد تكون الكبرى بين نسب التجاوب مقارنة باستبيانات دراسات سابقة (20%،[26] 25%،[27] 65%، **9**، 66%،[28] 77%،[12] 3,**91**%،[29] 92,9%،[30] 96,7%[31]). يمكننا تعميم نتائج الدراسة الحالية على عيادات مدينة دمشق بسبب كفاية عدد العينة بحسب توصيات اختصاصي الإحصاء، واختيار تلك العينة عشوائياً وبشكل حيادي، وتوزع أفرادها على مناطق المدينة المختلفة.

يعدُّ أخذ القصة المرضية الكاملة للمرضى[17, 32, 33, 34] وإبقاؤها محدثة لأقرب وقت راهن وبفواصل زمنية منتظمة (سنوياً على الأقل)[35] من أكثر الأمور أهمية في تقييم الخطورة التي تحيط بحالة المريض وتقدير ضرورة تعديل خطة المعالجة.[36] أظهرت الدراسة الحالية أن العدد الأكبر من الأطباء، ولاسيَّما ذوي الاختصاص غير الجراحي، يعتمدون على ذاكرتهم فيما يتعلق بالقصة المرضية وبالحالات الإسعافية التي حدثت سابقاً، وهو ما يمكن أن يكون قد أدى إلى عدم دقة بعض المعلومات المتوافرة خاصة تلك التي تتعلق بتذكر عدد الحالات

الإسعافية والمرضية القليلة الخطورة، ولذلك جرى تجاهل موضوع عدد الحالات الإسعافية التي كانت جزءاً من الاستبيان، على كل حال نشرت إحدى الدراسات أن 57% و 36% من أطباء الأسنان ذكروا حدوث 3 و10 حالات إسعافية على الترتيب.[12] على كل حال يجب تثقيف المريض بضرورة إعطاء المعلومات المتوافرة كاملة وعدم إغفال أي منها أو تجاهلها.[37]

أوضحت نتائج الدراسة، بشكل متوافق مع نتائج دراسات أخرى، أن الإغماء هو أكثر حالة إسعافية حدوثاً في الممارسة السنية لدرجة أنه من الصعوبة إحصاؤها بشكل دقيق.[38, 8, 7, 39, 40, 41, 22, 12, 42, 2, 29,] على كل حال، يجب الأخذ بالحسبان صعوبة تشخيص الإغماء تفريقياً عن حالات إسعافية أخرى يمكن أن تكون قد شُخصت على أنها إغماء.[28] أمَّا الحالات الإسعافية الأخرى الشائعة فكانت هبوط الضغط الانتصابي postal hypotension، ورد الفعل تجاه المخدر الموضعي، نقص سكر الدم hypoglycemia، والذبحة الصدرية angina، والصرع seizures، واستنشاق جسم أجنبي، ربو asthma، والشعور بالاختناق choking وهو ما يتفق أيضاً مع دراسات أخرى مشابهة.[38, 9, 8, 7, 39, 22, 42, 31] على كل حال، كانت أكثر نسبة الحالات الإسعافية حدوثاً في دراسة Chapman هي ردود الفعل تجاه المخدر الموضعي، والصرع، وخناق الصدر، وهبوط سكر الدم (صدمة الأنسولين).[9] لذلك فإن التدبير الفعَّال والآمن لتلك الحالات الإسعافية يجب أن يشكل جزءاً أساسياً من التعليم والتدريب في هذا المجال.

من ناحية أخرى، نشرت العديد من الدراسات أن الألم الصدريchest pain غير شائع الحدوث في العيادات السنية،[9, 8, 7, 41] الأمر الذي لا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت أن نسبة حدوثه كانت 15,6%، وكذلك الأمر بالنسبة إلى نسب حدوث بعض الحالات الإسعافية الأخرى مقارنة بنتائج استبيانات عالمية مشابهة،[38, 8, 43, 7, 44, 45, 46, 41, 22, 12, 42, 2, 29] إذْ يمكن أن يعزى ما سبق لعاملين، الأول هو الاختلاف في مستوى العناية الطبية بين الأقطار التي أجري فيها الاستبيان وهو ما سينعكس على مستوى إدراك المريض لحالته الصحية ويؤمن للطبيب معلومات أكثر دقة عن تلك الحالة، أمَّا العامل الثاني هو أن بعض تلك التقارير كانت من مستشفيات سنية dental hospital إذْ يمكن أن يكون حدوث الحالات الإسعافية أكثر احتمالاً مقارنة بالعيادات الخاصة.

يعدُّ التوقف القلبي التنفسي أحد أكثر الحالات الإسعافية خطورة ويجب وضع التشخيص والقيام بالتدبير في أسرع وقت ممكن.[21] أشار 3,8% من المشاركين في الاستبيان إلى حدوث توقف قلبي تنفسي في عياداتهم وهو ما يمكن مقارنته بنتائج دراسات أخرى مشابهة،[43, 44, 45, 20, 12,46] في حين أشارت دراسات أخرى إلى نسبة حدوث أكبر،[9, 47] ولكن لم تكن هناك إشارة في أي من تلك الدراسات بما فيها الدراسة الحالية إلى حدوث حالة وفاة رغم وجود مثل تلك الحالات في الأدب الطبي.[48, 43, 44, 8]

بإجراء اختبار كأي مربع للاستقلال تبّين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نسبة حدوث الحالات الإسعافية وكون الطبيب اختصاصياً ونوع الاختصاص (P = 0.035) إذْ إنَّ الأطباء المؤهلين باختصاص جراحي هم الأكثر تعرضاً لحدوث الحالات الإسعافية، وهو ما يتفق من نتائج دراسات أخرى مشابهة.[8, 44] يمكن أن يُفسر ذلك بسبب زيادة القلق والخوف والضغط النفسي والفيزيولوجي، وهي الأسباب الأكثر الأهمية في إحداث الحالات الإسعافية، عند المريض الذي سيخضع لإجراءات جراحية مقارنة بالإجراءات العلاجية الأخرى.[8, 49, 39, 41]

الاستنتاج:

لا يعدُّ حدوث الحالات الإسعافية نادراً في عيادات دمشق لطب الأسنان. أكثر الحالات الإسعافية حدوثاً هي الإغماء وهبوط الضغط الانتصابي. هناك عدد قليل فقط من

الأطباء المشاركين في الاستبيان يستجوبون المريض وفق نموذج مطبوع خاص بذلك، في حين أن الباقين يستجوبون مرضاهم شفوياً ويعتمدون على ذاكرتهم في أي حالة مرضية أو إسعافية يمكن أن تكون قد حدثت معهم.

References

1.Strong M. Life threatening emergencies in dentistry. Padova. Italy; 1999, 1-3.
2. Saha M, Saha S, Khandelwal A, Punjabi H. Emergency Preparedness: A Survey of Dental Practitioners in Indore. JIDA 2011; 5(12).
3. A Statement from The Resuscitation Council (UK). Standards for Clinical Practice and Training for Dental Practitioners and Dental Care Professionals in General Dental Practice. London 2012. 223-227.
4. Fenlon MR, McCartan BE. Validity of a patient self-completed health questionnaire in a primary care dental practice. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20: 130-132.
5. Smeets EC, de Jong KJM, Abraham-Inpijn L. Detecting the medically compromised dental patient in dentistry by means of the medical risk-related history. Prev Med 1998; 27: 530-535.
6. Bhavana B, Muthu MS, Farzan M. A survey of medical emergencies in dental practice in India (Abstract). 9th World Congress on Preventive Dentistry 2009.104-106
7. Girdler NM, Smith DG. Prevalence of emergency events in British dental practice and emergency management skills of British dentists. Resuscitation 1999; 41: 159-167.
8. Atherton G, McCaul J, Williams S. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 1: their prevalence over a 10 year period. Br Dent J 1999; 186: 72-79.
9. Chapman P. Medical emergencies in dental practice and choice of emergency drugs and equipment: a survey of Australian dentists. Aust Dent J 1997; 2: 103-108.
10. Stehr SN, Weber S, Koch T. A statewide survey of medical emergency management in dental practices: incidence of emergencies and training experience. Emerg Med J 2008; 25: 296-300.
11. Matsuura H. Analysis of systemic complications and deaths during dental treatment in Japan. AnesProg 1989; 36: 223–225.
12. Muller M, Hansel M, Stehr S, Weber S, Koch T. A statewide survey of medical emergency management in dental practices: incidence of emergencies and training experience. Emerg Med J 2008; 25(5): 296-300.
13. de Jong K, Ostingm J, Peters G, Abraham-Inpijn L. Detecting medical problems in dentistry: a survey of 4087 patients in The Netherlands. Eur J Med 1992; 1: 23-29.
14. Bavitz J. Emergency management of hypoglycemia and hyperglycemia. Dent Clin North Am 1995; 39: 587-594.
15. ADA Council on Scientific Affairs. Curriculum guidelines for management of medical emergencies in dental education. J Dent Educ 1990; 54: 337-338.
16. Kaufman D, Kelly J, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. J Am Med Assoc 2002; 287: 337-344.
17. Greenwood M. Medical emergencies in the dental practice. Periodontol 2000 2008; 46: 27-41.
18. Venkateswarlu M, Vanaja KKE. Medical Emergencies in Pedodontic Practice. Annals and Essences of Dentistry 2010; 2(2):68-77.
19. General Dental Council. Standards for Dental Professionals. 2009.
20. Gonzaga HFS, Buso L, Jorge M, Gonzaga LH, Chaves MD, Almeida OP. Evaluation of knowledge and experience of dentists of Sau Paulo State, Brazil about cardiopulmonary resuscitation. Braz Dent J 2003; 14(3): 220-222.
21. Carvalho R, Costa L, Marcelo V. Brazilian students' perceptions about medical emergencies: A qualitative exploratory study. Jour Dent Edu 2008; 72(11): 1344-1349.
22. Haas D. Management of medical emergencies in the dental office: conditions in each country, the extent of treatment by the dentist. AnesthProg 2006; 53: 20–24.
29. Hunter P. Cardiac arrest in the dental surgery. Br Dent J 1991; 170: 284.
23. Drinnan AJ. Medical conditions of importance in dental practice. Int Dent J 1990; 40: 206-210.
24. de Jong K, Abraham-Inpijn L, Vinckier F, et al. The validity of a medical risk-related history for dental patients in Belgium. Int Dent J 1997; 47: 16-20
25. Rugg-Gunn A. Guidelines for acceptable response rates in epidemiological surveys. Br Dent J. 1997;182:2: 61-68.

26. Young TM. Questionnaire on the need for resuscitation in the dental surgery. Anaesthesia 1975; 30: 391-401
27. Fast T, Martin M, Ellis T. Emergency preparedness: a survey of dental practitioners. J Am Dent Assoc 1986; 112: 499–501
28. Morse Z, Murthi V. Medical Emergencies in Dental Practice in the Fiji Island. Pacific Public Health 2004; 11(1):55-58.
29. Jodalli P, Ankola A. Evaluation of knowledge, experience and perceptions about medical emergencies amongst dental graduates (Interns) of Belgaum City, India. J Clin Exp Dent. 2012; 4(1): 14-18.
30. Khorasani M, Vazirinejad R. The Level of Access to Medicine and Ancillary Equipments Needed For Emergency Cases in Dental Private Offices in Four Southeast Cities in Iran (2007-2008). J Mash Dent Sch 2011; 35(2): 131-140.
31. Mollashahi LF, Honarmand M. Assessment of Knowledge and Attitude of General Dental Practitioners about Medical Emergencies in Zahedan - Iran. J Mash Dent Sch 2009; 32(4): 319-324
32. McDaniel TF, Miller D, Jones R, et al. Assessing patient willingness to reveal health history information. J Am Dent Assoc 1995; 126: 375-379
33. Chapman PJ. An overview of drugs and ancillary equipment for the dentist's emergency kit. Australian Dental Journal 2003; 48(2): 130-133.
34. Malamed S. Physical and psychological evaluation in Local Anesthesia. Missouri, St Louse, 2004. 245-258
35. McCarthy F. Essentials of safe dentistry for the medically compromised patient. WB Saunders, Philadelphia, 1989.113-118
36. Glick M, Siegel M, Brightman V. Evaluation of the dental patient: diagnosis and medical risk assessment. In: Greenberg M, Glick M (eds). Burket's Oral Medicine: Diagnosis and Treatment, BC Decker, Hamilton. 2002: 25-28.
37. Malamed SF. Medical Emergencies in the Dental Office. 5th ed. St Louis: Mosby; 2000.
38. Broadbent J, Thomson W. The readiness of New Zealand general dental practitioners for medical emergencies. N Z Dent J 2001; 97: 82-86.
39. Saef S, Bennett J. Basic principles and resuscitation.In: Bennett JD RM (eds). Medical Emergencies in Dentistry, Saunders, Philadelphia. 2002: 3-60.
40. Adewole RA, Sote EO, Oke DA, Agbelusi AG. An assessment of the competence and
experience of dentists with the management of medical emergencies in a Nigerian teaching hospital. Nig Q J Hosp Med 2009; 19: 190-194.
41. Saha M, Saha S, Khandelwal A, Punjabi H. Emergency Preparedness: A Survey of Dental Practitioners in Indore. JIDA 2011; 5(12).

42. Atherton G, McCaul J, Williams S. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 2: drugs and equipments possessed by GDPs and used in the management of emergencies. Br Dent J 1999; 186: 125-130.

43. Atherton G, Pemberton M, Thornhill M. Medical emergencies: the experience of staff of a UK dental teaching hospital. Br Dent J 2000; 188: 320-324.
44. Fletcher J, Kramer L. An in practice training scheme for cardiopulmonary resuscitation (CPR). Br Dent J 1992; 176: 252-253.
45. Chapman P. A questionnaire survey of dentists regarding knowledge and perceived competence in resuscitation and occurrence of resuscitation emergencies. Aust Dent J 1995; 40: 98-103.
46. Singh K, Bhat N, Ramesh N, Sharda A, Asawa K, Agrawal A, Chaudhary H. Cardiopulmonary resuscitation: Knowledge and personal experience among dentists in Udaipur, India. Journal of Dental Sciences 2011; 6(2): 72-75.
47. McCarthy F. Emergencias en odontología. Saunders, Buenos Aires, 1972. ;123-127.
48. Brahms D. Death in the dentist's chair. Lancet 1989; 2: 991-992.
49. Malamed SF. Managing medical emergencies. JADA 1993; 124(8): 40-53.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2012/7/22.

تاريخ قبوله للنشر 2012/9/10.