

BAYABINGFAZHENGJIQIFANGZHI

拔牙并发症及其防治

向亮 吕侠琼 编著

2.11

湖南科学技术出版社

拔牙并发症及其防治

向亮 吕侠琼 编著

责任编辑：张碧金

*

湖南科学技术出版社出版

(长沙市展览馆路14号)

湖南省新华书店发行 湖南省新华印刷一厂印刷

*

1985年9月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/32 印张：6.5 字数：144,000

印数：1——7,300

统一书号：14204·136 定价：0.93元

前 言

拔牙是口腔科常见的手术。由拔牙而引起的并发症时有发生，因而研究拔牙的并发症及其防治办法已成为临床医师的重要课题之一。但在目前还缺少这方面的参考书。有鉴于此，我们在总结自己多年工作经验和教训的基础上，广泛搜集国内外文献资料，编写了这本“拔牙并发症及其防治”。

本书注重临床实际应用，对拔牙所致并发症的病因、临床表现、诊断要点作了简要的介绍，而特别着力讨论了并发症的治疗和预防。希望本书对口腔科同道及基层医务工作者在进一步防治拔牙并发症方面有所帮助。

在编写过程中，承蒙中国人民解放军177医院各级领导和口腔科的支持与鼓励，中国人民解放军广州军区总医院口腔科戴策安、王毓媚主任热情指导，168医院童君良副院长、海军421医院口腔科曾万康副主任及广州中医学院附属医院外科谢福生副主任提出宝贵意见，在本书出版之际，谨致衷心的感谢。

向亮 吕侠琼

一九八三年十一月于穗

目 录

第一章	绪 论	(1)
第一节	拔牙并发症的范围	(1)
第二节	拔牙并发症的发生率	(4)
第三节	拔牙并发症的原因	(6)
第四节	拔牙并发症的危害性	(8)
第五节	拔牙并发症的防治	(9)
第二章	口腔局部麻醉的全身性并发症 ...	(14)
第一节	晕厥	(15)
第二节	休克	(19)
第三节	毒性反应	(23)
第四节	过敏反应	(28)
第五节	特异质反应	(32)
第六节	高敏反应	(33)
第七节	肾上腺素不良反应	(34)
第八节	脑、心血管紧急意外	(38)
第三章	口腔局部麻醉的局部性并发症 ...	(40)
第一节	注射后肿痛	(40)
第二节	感染	(42)
第三节	血管损伤	(45)
第四节	神经损伤	(49)
第五节	暂时性面瘫	(52)
第六节	暂时性牙关紧闭	(53)
第七节	暂时性局部苍白	(55)

第八节	吞咽障碍	(56)
第九节	注射针折断	(57)
第十节	注射后组织坏死	(60)
第十一节	口腔干燥	(61)
第十二节	麻醉失败	(62)
第四章	拔牙术中的全身性并发症	(67)
第一节	诱发瘰病发作	(67)
第二节	诱发癫痫发作	(69)
第五章	拔牙术中的局部并发症	(71)
第一节	软组织损伤	(71)
第二节	牙齿损伤	(73)
第三节	骨损伤	(98)
第四节	颞颌关节损伤及脱位	(106)
第五节	牙齿或牙根误入周围软组织或器官	(111)
第六节	神经损伤	(127)
第七节	皮下气肿	(134)
第八节	拔牙未遂	(139)
第六章	拔牙术后的全身性感染	(142)
第一节	亚急性感染性心内膜炎	(142)
第二节	肾炎或肾盂肾炎	(144)
第三节	颅内感染	(145)
第四节	败血症	(147)
第五节	破伤风	(149)
第七章	拔牙术后的局部性感染	(152)
第一节	颌面部蜂窝织炎	(152)
第二节	干槽症	(163)
第三节	颌骨骨髓炎	(169)
第四节	拔牙创结核性感染	(173)
第五节	放线菌感染	(174)

第八章	拔牙后出血	(177)
第九章	拔牙后肿痛	(185)
第一节	拔牙后肿胀	(185)
第二节	拔牙后疼痛	(186)
第十章	其他并发症	(188)
第一节	流产	(188)
第二节	眼部并发症	(189)
第三节	耳鼻咽喉并发症	(191)
第四节	拔牙后三叉神经痛	(192)
第五节	局麻后腰痛	(192)

第一章 绪 论

拔牙术是一种常见小手术，在基层医疗单位，只要具备简单设备，均可施行。但由于拔牙手术常引起机体某些反应，若术前准备不周术中操作不当，或术后护理不细致，则可发生一些并发症。不仅给病人带来痛苦，常造成功能障碍，甚至有生命危险。故防治拔牙并发症则是基层医务人员必须经常注意的问题。

本章就拔牙并发症的范围、病因及其防治情况，简要介绍如下。

第一节 拔牙并发症的范围

拔牙并发症的范围，按照发生时间的先后，可分成局部麻醉时、拔牙术中和拔牙术后三类。每类又分为若干种，共计有50余种，称为〔三类五十(余)种〕。即：

一、局部麻醉的并发症

(一) 全身性并发症

1. 晕厥
2. 休克
3. 毒性反应
4. 过敏反应
 - ① 过敏性休克
 - ② 过敏性皮炎

③延迟性过敏反应

5.高敏反应

6.特异质反应

7.肾上腺素不良反应

8.脑、心血管紧急意外

9.流产

(二) 局部性并发症

1.注射后局部肿痛

2.感染

3.血管损伤

4.神经损伤

5.暂时性面瘫

6.暂时性牙关紧闭

9.暂时性局部苍白

8.吞咽障碍

9.注射针折断

10.注射后组织坏死

11.口腔干燥

12.麻醉失败

13.眼部并发症:

①复视

②视力障碍

14.耳鼻咽喉并发症:

①外耳道损伤

②鼻腔损伤

③耳颞部疼痛或感觉异常

④耳咽管损伤

二、拔牙术中的并发症

(一) 全身性并发症

1. 晕厥
2. 休克
3. 癔病发作
4. 癫痫发作

(二) 局部性并发症

1. 软组织损伤

- ① 牙龈撕裂伤
- ② 下唇夹压伤
- ③ 唇、颊、舌、颚、口咽戳伤
- ④ 热灼伤
- ⑤ 切割伤

2. 牙齿损伤:

- ① 牙冠折断
- ② 牙根折断
- ③ 对颌牙损伤
- ④ 邻牙损伤
- ⑤ 恒牙胚损伤
- ⑥ 错拔牙齿

3. 骨损伤:

- ① 牙槽骨骨折
- ② 上颌结节折断
- ③ 下颌骨骨折

4. 颞颌关节损伤及脱位

5. 牙齿或牙根误入周围软组织器官:

- ① 牙齿或牙根误入周围软组织
- ② 牙齿或牙根坠入胃肠道或误入呼吸道
- ③ 穿通上颌窦或牙根进入上颌窦

6. 神经损伤:

- ① 下牙槽神经损伤

- ②颞神经损伤
- ③舌神经损伤
- ④鼻腭神经损伤

7.皮下气肿

8.拔牙未遂

三、拔牙术后的并发症

(一) 拔牙后出血

(二) 拔牙后疼痛

(三) 拔牙后肿胀

(四) 拔牙后感染

1.全身性感染:

①亚急性感染性心内膜炎

②肾炎或肾盂肾炎

③颅内感染

④败血症

⑤破伤风

2.局部性感染:

①颌面部蜂窝织炎

②干槽症

③颌骨骨髓炎

④拔牙创结核性感染

⑤放线菌感染

(五) 拔牙后听力障碍

(六) 拔牙后三叉神经痛

第二节 拔牙并发症的发生率

拔牙并发症的发生率(下称并发率)较完整的统计资料不多,宋氏(1965)报道1300例青年病人拔牙并发率为3.46%。

Румянцев氏(1977)报道14598例青年病人拔牙并发率为2.8%。笔者在五十至七十年代间,对2631例拔牙术的并发症作了较为详尽的观察(下称笔者资料)共计发生并发症329人次(291例),并发率为12.51%(按例数计为11.06%),并发症共22种,只有“三类五十(余)种的2/5(见表1)。

表 1 2631例拔牙术并发症发生率

局 部 并 发 症			术 中 并 发 症			术 后 并 发 症			总计
名 称	人数	%	名 称	人数	%	名 称	人数	%	
晕 厥	9	0.34	软 组 织 损 伤	2	0.08	拔 牙 后 出 血	34	1.29	
毒性反应	1	0.04	牙冠折断	6	0.23	颌 面 部 蜂 窝 织 炎	7	0.27	
过敏反应	2	0.08	牙根折断	107	4.06	干槽症	19	0.72	
肾上腺素不良反应	82	3.11	邻牙损伤	1	0.04	穿 通 上 颌 窦	1	0.04	
血管损伤	24	0.91	恒 牙 胚 损 伤	1	0.04				
暂时性面瘫	1	0.04	牙 槽 骨 折	14	0.53				
恶 心	5	0.19	颞 下 颌 关 节 损 伤	3	0.11				
麻醉失败	2	0.08	神经损伤	2	0.08				
			皮下气肿	2	0.08				
			拔牙未遂	4	0.15				
合计	人次	126	142			61			329
	%	4.79	5.40			2.32			12.51

从表1看出,三类并发症中,以术中并发率最高(5.4%),局麻并发率次之(4.79%),但二者相差并不显著;术后并发率最低(2.32%)。各种并发症中,以牙齿损伤居首,计115人次

(4.37%), 尤以根折最多, 计107人次(4.06%)。

与上述二氏的报道相比, 笔者资料的并发率约高 2 ~ 3 倍, 其原因主要有三: ①统计范围不同。如宋氏资料未包括局麻并发症; ②手术条件不同。笔者阻生牙病例不象宋氏病例均在住院条件下手术; ③Румянцев氏病例数量大, 而且全是青年病人。

分析笔者的资料可以看出, 拔牙并发率的高低, 除前面谈到的原因外, 尚与下列因素有关:

1. 七十年代明显低(8.69%)于六十年代(21.76%), 这与术者技术水平日益提高有关。

2. 不同单位资料并发率相差较大。这是由于各单位的技术水平不一致的缘故。

3. 某些并发症, 如根折与拔牙后出血在城乡之间有明显差别, 城市(郊)根折发生率高(9.05%), 术后出血率低(0.55%); 而农村术后出血率较高(5.95%), 根折发生率很低(1.19%)。

4. 不同牙齿并发率不同。在80次并发症中, 第三磨牙居首, 计42次(52.50%); 中切牙无并发症。合计全部磨牙并发症共72次(90.00%), 故必须特别重视磨牙的拔除及其并发症的防治。

5. 并发率与牙病的关系并不密切。分析95次并发症的结果, 龋源性牙病拔牙并发率为19.42%, 牙周炎拔牙并发率为19.17%, 两者无显著差异。

笔者资料所统计的并发症, 虽然绝大多数是局部的, 但是, 仍应对全身性并发症保持高度警惕。

第三节 拔牙并发症的原因

拔牙并发症的原因较复杂, 总括起来不外主观和客观两个方面。

一、术者责任心方面的原因

术者责任心不强，是发生拔牙并发症的一个重要原因，最典型的例子莫过于错拔牙齿。

二、技术方面的原因

拔牙术虽是小手术，但仍要求术者有一定的口腔专业理论知识和实际工作经验，并且应具备某些与口腔疾病有关的内、外、妇、儿等其他学科的专业知识。否则，将发生下列情况：

1.术前准备不足：术前缺乏必要的病史了解、体格检查和化验检查等，则可能发生某些并发症。如给高血压病患者拔牙，术前若不采取相应措施，术后有可能造成牙创长时间流血或其他严重并发症。

2.麻醉选择不当：如给冠心病病人拔牙，只宜使用含少量（小于1/200,000）肾上腺素的麻醉剂。反之，肾上腺素含量太高，亦可能产生严重并发症。

3.麻醉技术不妥：如误将麻醉剂注入血管而发生全身性不良反应；上牙槽后神经阻滞麻醉时，若针刺过深，常可引起翼静脉丛出血，形成面颊部血肿。

4.手术操作粗暴：使用牙挺、牙钳时用力过猛，支点不稳，误用邻牙作支点等，则可能发生牙龈撕裂、牙槽骨板折断，截伤口腔软组织，误伤邻牙等并发症。

5.无菌观念不强：如器械消毒不严，术者不遵守无菌操作规程等，均可造成局部或全身性感染的并发症。

6.适应症选择不当：妇女月经期拔牙，可能引起牙槽的代偿性出血。如病人过度疲劳、饥饿或合并上呼吸道感染，机体抵抗力降低，此时接受拔牙术，容易发生晕厥等并发症。急性口腔炎病人，应视为拔牙的禁忌症，否则易致牙创感染。

7.术后护理不周：如术后当天多次漱口，或用手指触摸拔

牙创，均易引起术后流血或感染。

三、解剖或病理方面的原因

由于牙体解剖形态的特点或变异，也可能成为某些并发症的原因。如牙根过分弯曲，或有额外根，则术中牙根折断几乎难以避免；无髓牙、牙颈部深龋及内吸收等病理改变，同样易致根折。

四、设备方面的原因

设备条件好坏，是预防并发症的重要因素之一，如缺乏良好的照明、齐备的器械（牙X线机等）及必需的急救药品，均易发生并发症。此外，诊疗室或手术室夏季防暑降温 and 冬季防寒保暖的设备也与并发症的发生有关。

五、病人缺乏合作

小孩缺乏自制能力，特别是操作中发生疼痛时常不合作。一些耐受力较差或体质虚弱的成人，也不能很好合作，特别是繁杂拔牙，损伤大、时间长，往往难以把手术坚持到底。

第四节 拔牙并发症的危害性

拔牙并发症的危害程度轻重不一，但大多数是较轻微且短暂的。

1.造成组织与器官损伤：粗暴的拔牙操作，常会对局部组织与邻近器官造成损伤。下颌智齿拔除时，若不能托住下颌，致张口过大，则可能使颞颌关节损伤，遗留长时期的关节疼痛并影响咀嚼功能；有时甚至造成关节脱位。

2.延迟创口愈合：由于损伤过大，手术时间过长，创口容易感染，以致延迟愈合，增加病人痛苦，其中以干槽症较突出。

3.引起局部或全身性感染：局部软组织感染比较常见，如

并发颌周蜂窝织炎或间隙感染。

并发全身性感染则较少见，但危害极大，如并发感染性心内膜炎、肾炎、颅内感染、败血症及破伤风等疾病，则预后险恶。

4.造成暂时或永久性功能障碍：翼下颌麻醉注射时，偶有发生暂时性面神经瘫痪，数小时后即可恢复正常；拔牙时若将下牙槽神经损伤离断，又未得到良好复位，则下唇将长期出现麻木感。

5.大量失血：一般情况下，拔牙后出血不致造成贫血状态，只有遇到颌骨中心性血管瘤或血液病患者拔牙后失血，才会出现严重的后果。

6.死亡：建国后国内文献报道因拔牙造成死亡的 5 例，列于表 2，以引起注意。（为了更好地吸取教训，将眼、耳鼻咽喉科局麻致死的 2 例也一并收入）

第五节 拔牙并发症的防治

要避免或减少拔牙并发症的发生，首先要作好预防工作，其关键又在于树立全心全意为人民服务的思想，对工作认真负责，对技术精益求精，手术前后要密切观察病情，一旦发生并发症，则应积极采取急救措施。

1.作好术前准备：这是预防并发症的主要环节，包括病史了解，如药物过敏和出血等病史；局部和有关的全身检查，必要的化验和牙体 X 线摄片（简称摄牙片）；还须严格掌握适应症，选择合适手术时机，酌情给予镇静剂，摆好合适的体位。

2.选择合适的麻醉：根据病人年龄、性别、体质、精神状态及牙病情况，采用不同的麻醉方法、药物和浓度；不宜使用

表 2

国内因拔牙及颌面部局麻致死病例

编号	报道者	地区	年份	性别	年龄	牙位	药 物 及 用 法	死亡日期(病程)	死 因 分 析
1	胡建章	江苏	1960	男	59	74	普鲁卡因 1 毫升	不详(注后3分钟)	过敏性休克
2	陈 列		1965	男	23	44	肾上腺素 1 毫升颊 沟注射	1956.9.30. (注后10分钟)	药物中毒
3	詹龙聃		1963	男	25	84	常规局麻	1961.4.2. (术后 4 天)	败血症
4	程萃芳	黑龙江	1966	男	57	右下 磨牙	常规局麻	1963.7.26. (术后13天)	破伤风感染
5	王魁仲	江西	1963	男	19		普鲁卡因 2 毫升 (含肾上腺素)眼睑皮 下浸润	1963.4.4. (注后 6 小时30分)	特异质反应
6	曾 远	广西	1965	女	51	84	常规局麻	1964.5.21. (拔牙后17天)	破伤风感染
7	敖令智	山西	1981	男	26		2%丁卡因 24 毫升 扁桃体周围浸润	不详 (注射半小 时后)	误用药物中毒

药物麻醉的病人，可采用针刺或指压麻醉。如病人对普鲁卡因过敏，可改用利多卡因，但使用前仍须作过敏试验，因该药同样致敏。笔者就曾遇过对普鲁卡因和利多卡因均过敏的病人。老人和小孩使用 1～1.5% 低浓度普鲁卡因较为安全。麻药中肾上腺素含量要适当，以 1/200,000～1/100,000 较为合适。

3. 严密观察反应：麻醉与手术过程中须随时观察病人的反应，如病人的意识、表情、面唇颜色、脉搏及出汗等情况，必要时应测量血压。注射麻药后，术者不宜远离病人，因某些严重的过敏反应常在麻药注射后立即发生并迅速恶化，如不及早发现及时急救，就会带来严重的后果。

4. 操作要稳准轻快：许多并发症是在拔牙术中发生的，手术操作的正确与否，是预防并发症的重要环节，故要求手术作得准、稳、轻、快。

5. 加强无菌观念：口腔内很难达到绝对无菌的程度，因而创口容易污染。但医务人员绝不可因此而忽视无菌的重要性，应积极采取措施减少口腔内的细菌量，更不能把外界的污染物带入口腔。为此，在拔牙术中，应注意：①拔牙器械和敷料应彻底消毒，器械的工作头和敷料置于器械盘的前半部，用过的器械放于器械盘的一侧，尽可能减少污染的机会；②注射针头不应接触未经消毒的牙齿、牙龈、口舌粘膜及其他组织；如需同时作两处以上麻醉注射，应先行深部注射，后行浅部注射；③口周用 75% 酒精消毒，将要拔除的牙齿及其附近软组织则用 2% 碘酒或 2% 红汞消毒；④术者手部应常规消毒，操作过程中，手指尽量避免直接接触创口及器械工作头、棉纱条或棉球，以减少污染机会。对于复杂的拔牙术，如阻生智齿的拔除，术者应带消毒手套，并作好口内外消毒和铺巾。

6. 抗感染：根据手术难易、局部炎症轻重、体质强弱、术