

拔牙术后出血的危险因素分析及干预措施探讨

邵健

容城县人民医院

DOI:10.32629/carnc.v3i10.18810

[摘要] 目的: 分析拔牙术后发生出血的相关危险因素。方法: 100例拔牙患者作为观察对象, 依据术后是否出现反复出血分为出血组(19例)与非出血组(81例)。通过单因素与多因素 Logistic 回归方法, 系统探讨术后出血的影响因素。结果: 单因素分析显示拔牙数量多、磨牙区手术、手术复杂程度高, 以及患者长期服用小剂量阿司匹林、合并高血压、使用其他抗凝/抗血小板药物、有出血性疾病史等因素, 均与术后出血显著相关($P < 0.05$), 且为拔牙术后出血的独立危险因素。结论: 除手术本身创伤因素外, 局部因素和全身因素也是导致拔牙术后出血的风险因素, 需要采取有效的术前评估和护理干预措施以减少出血。

[关键词] 牙拔除术; 拔牙后出血; 危险因素; 干预措施

中图分类号: R473.7 文献标识码: A

Analysis of Risk Factors for Post-extraction Bleeding and Discussion on Intervention Measures

Jian Shao

Rongcheng County People's Hospital

Abstract: Objective: To analyze the related risk factors for post-extraction bleeding. Methods: 100 patients who underwent tooth extraction were selected as the observation subjects and were divided into the bleeding group (19 cases) and the non-bleeding group (81 cases) based on whether there was repeated bleeding after the operation. Univariate and multivariate Logistic regression methods were used to systematically explore the influencing factors of post-extraction bleeding. Results: Univariate analysis showed that a large number of teeth extracted, surgery in the molar area, high complexity of the operation, long-term use of low-dose aspirin, hypertension, use of other anticoagulant/antiplatelet drugs, and a history of bleeding disorders were all significantly associated with post-extraction bleeding ($P < 0.05$), and were independent risk factors for post-extraction bleeding. Conclusion: In addition to the trauma caused by the operation itself, local and systemic factors are also risk factors for post-extraction bleeding. Effective preoperative assessment and nursing intervention measures should be taken to reduce bleeding.

Keywords: Tooth extraction; Post-extraction bleeding; Risk factors; Intervention measures

引言

牙拔除术是口腔颌面外科领域一项基础且应用广泛的手术方式, 也是每位口腔医师必须熟练运用的核心技能。该手术作为一种侵入性操作, 不可避免地会对口腔内软硬组织造成创伤, 并可能引发术后出血等常见问题。拔牙后出血若处理不及时, 不仅容易引发患者的紧张情绪和不安, 还可能因失血过多导致更严重的临床后果。根据诱因的不同, 拔牙后出血可分为局部因素和全身因素两大类^[1]。其中多数出血与局部创伤有关, 然后相关研究表明, 还有相当一部分的出血事件与全身健康状况相关。尽管这类全身因素所致出血在比例上不占主导, 但其潜在风险较高, 若未及时得到诊治, 甚至可能威胁患者生命, 因此需在临床工作中给予充分重视^[2]。在此背景下, 本次研究旨在系统探讨拔牙术后再出血的

相关危险因素, 并据此提出相应的干预策略。重点将围绕手术相关变量及患者自身因素展开分析, 从而为临床术前评估和术后管理提供依据, 以达到降低拔牙术后出血发生率、提升治疗安全性的目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以本院 2023 年 2 月—2024 年 2 月期间收治的 100 例拔牙术患者为研究对象, 其中男性 42 例、女性 58 例, 年龄 18-70 岁, 平均 (42.15 ± 6.04) 岁。根据是否发生术后出血分为出血组 ($n=19$) 与非出血组 ($n=81$)。纳入标准: (1) 病史资料完整; (2) 患牙在本院拔除。排除标准: (1) 术前合并严重感染; (2) 术前在其他医疗机构接受相关治疗; (3) 拔除乳牙者。本次研究已上报院内伦理委员会并审批通过,

患者及家属对研究知情并于知情通知书上签字。

1.2 方法

1.2.1 研究设计

本研究为回顾性病例分析研究，对纳入研究的100例患者基本资料、出血原因、临床特征及处置结局进行归纳和分析。统计出血主要原因包含局部因素与全身性因素。局部因素主要包括：拔牙数量、牙位、手术复杂程度、患者习惯性吸吮创口等。全身因素涉及：长期服用抗凝或抗血小板药物、高血压病史、既往有出血病史、血小板减少症、血友病等凝血功能障碍以及肝脏疾病等。

1.2.2 出血处理方式

①压迫止血：清理口腔血性分泌物，去除松脱血凝块后，放置消毒棉卷并嘱患者咬紧约30分钟；②清创处理：在局麻下彻底清除拔牙窝内异物及残余肉芽组织，术后辅以棉卷压迫；③填塞止血：向拔牙窝内填入可吸收明胶海绵、再生氧化纤维素纱布或碘仿纱条等止血材料，加压固定；④缝合止血：对伴有较大范围软组织撕裂或明显骨折的病例，在局麻下复位骨组织并缝合伤口，必要时结合加压包扎。

1.3 统计学方法

本研究数据采用SPSS 21.0分析，计数资料比较采用 χ^2 检验，以率(%)表示，计量资料比较采用t检验，并以($\bar{x} \pm s$)表示，若(P<0.05)有统计学意义。

2 结果

本研究共纳入100例拔牙术患者，术后出血发生19例，发生率为19.0%。单因素分析显示，患者的年龄与性别与术后出血无统计学关联(P>0.05)。然而，多项与手术操作及患者自身健康状况相关的因素均表现出显著相关性(P<0.05)。具体而言，拔牙数量多(≥3颗)、牙位位于磨牙区、手术复杂程度高的患者，其术后出血风险显著增加。在全身性因素方面，长期服用小剂量阿司匹林、有高血压病史、正在使用其他抗凝或抗血小板药物以及有既往出血性疾病的患者，术后出血的发生率也明显更高。进一步通过多因素Logistic回归分析对上述显著因素进行校正分析，结果显示，拔牙数量多(OR=6.312)、磨牙区手术(OR=6.842)、高难度手术(OR=8.203)、长期服用小剂量阿司匹林(OR=11.598)、合并高血压(OR=7.645)、使用其他抗凝药物(OR=14.702)以及既往出血史(OR=8.264)，均是拔牙术后发生出血的独立危险因素(P<0.05)，见表1。

表1 拔牙术后出血的危险因素分析

一般因素	总例数	未出血组(%)	出血组(%)	β	SE	Wald值	P值	OR值	95%CI	
年龄	<40岁	4	38(82.6)	8	0.211	0.432	0.239	0.625	1.235	
	≥40岁	4	43(79.6)	11(20.4)						
性别	男	4	34	8	0.1	0.4	0.14	0.70	1.20	0.456-3.1

别		2	(80.9)	(19.1)	86	96	1	8	4	83
	女	5	47(81.0)	11(19.0)						
拔牙数量	≥3颗	2	18(64.3)	10(35.7)	1.842	0.521	12.517	<0.001	6.312	2.274-17.522
	<3颗	7	63(87.5)	9(12.5)						
牙位	磨牙区	5	41(74.5)	14(25.5)	1.923	0.538	12.771	<0.001	6.842	2.383-19.648
	非磨牙区	4	40(88.9)	5(11.1)						
手术复杂程度	复杂	3	22(66.7)	11(33.3)	2.105	0.507	17.235	<0.001	8.203	3.037-22.158
	简单	6	59(88.1)	8(11.9)						
长期服用小剂量阿司匹林	是	2	13(61.9)	8(38.1)	2.451	0.612	16.056	<0.001	11.598	3.493-38.512
	否	7	68(86.1)	11(13.9)						
使用其他抗凝/抗血小板药	是	1	9(56.3)	7(43.8)	2.688	0.674	15.905	<0.001	14.702	3.921-35.123
	否	8	72(85.7)	12(14.3)						
既往出血性疾病史	有	1	8(57.1)	6(42.9)	2.112	0.589	12.852	<0.001	8.264	2.604-26.223
	无	8	73(84.9)	13(15.1)						
高血压病史	有	3	26	11	2.034	0.552	13.562	<0.001	7.645	2.591-22.572
	无	6	55	8						

3 讨论

拔牙术后发生的出血根据发生时间可划分为原发性出血和继发性出血两类。原发性出血主要指在手术当天，患者咬合棉条30—60分钟后创口仍未止血，或者24小时内血凝块形成不佳并存在活动性的渗血。而继发性出血则是指手术当天经处理后未观察到活动性出血，但在一天以后，由于术后护理不到位、创口发生感染或患者自身凝血功能异常等原因导致的再次出血^[3]。经多年临床总结发现，导致拔牙后出血的原因通常可归纳为局部因素和全身性因素两大类。其中全身性因素所占比例相对较低，尽管这类因素引发的出血病例不多，但其病因往往更为复杂，在处理上也更具挑战性，若处理不当甚至可能引发危及生命的严重后果^[4]。因此对于伴有全身系统性疾病的拔牙患者，口腔医生必须提高警惕性。在局部因素中，软组织撕裂、骨组织损伤、创口内异物残留以及术后患者的不良习惯是主要原因。特别是对于下颌阻生智齿等复杂牙拔除术，因常需切开翻瓣、去骨，因此手术本

Clinical Application Research of Nursing Care

身便显著增加了出血风险。同时, 临床医生的操作经验与技术水平也直接影响创伤大小, 经验不足者可能因操作欠佳、对难度判断不准而采用创伤更大的术式, 从而增加术后出血分析^[5-6]。结合本组研究数据分析, 可对拔牙术后出血的危险因素有更清晰的认知。本次研究结果发现, 年龄和性别与拔牙术后出血无显著相关性, 其主要原因还是在于术后出血的发生更多受到手术操作特点与患者自身凝血状态的影响, 而非单纯的人口学因素。相比而言, 手术创伤程度、拔牙数量与部位, 以及患者是否合并影响凝血功能的全身性疾病或用药史, 更可能成为关键的预测指标。结果显示, 手术层面的因素包括一次性拔除多颗牙齿、手术牙位位于血运丰富的磨牙区, 以及涉及复杂拔牙或阻生牙拔除的高难度操作, 均为显著增加术后出血风险的独立危险因素。在全身性因素方面, 长期服用小剂量阿司匹林、患有高血压、正在使用其他抗凝或抗血小板药物以及有出血性病史的患者, 其术后出血率风险也明显高于普通人群。多因素分析进一步确认, 上述手术因素和全身性因素均为拔牙术后出血的危险因素, 其风险比值较高。这一发现强调, 对于存在上述情况的患者, 其拔牙出血并非偶然, 而是源于其自身已然存在的凝血功能异常或血管状态异常, 与手术创伤堆叠所共同导致的结果。因此, 拔牙后出血的发生机制通常是多因素共同作用的。它既离不开手术造成的局部血管与组织损伤这一基础生理变化, 还常需要患者自身凝血功能障碍或愈合能力下降这一内在因素的参与。两者叠加, 大大提高了出血事件的可能性。

基于以上认知, 拔牙术后出血的预防必须兼顾局部与全身。拔牙后的出血诊断一般较为明确, 虽然实际出血量可能很少, 但混合唾液后, 常给患者出血较多的既视感, 容易引起患者的紧张或焦虑情绪。因此在接诊时, 医护人员需要首先对患者的全身状况和精神状态进行评估, 监测生命体征, 并重点询问其病史、既往用药和出血情况, 并安抚患者情绪以便配合治疗。随后迅速查明出血部位与原因, 并采取针对性措施进行止血。对于出血量较大、反复出血或疑似伴有凝血功能问题的患者, 应及时进行血常规检查并联合相关科室会诊, 临床上绝大多数的拔牙后出血在局部处理后都能很快控制。对于轻微渗血, 可对创口进行清理后再重新放置消毒棉条让患者咬合一段时间。若是因肉芽组织或异物残留导致的出血, 应在麻醉下彻底刮除残留组织然后加压止血。渗血较多时, 可使用可吸收的明胶海绵、氧化纤维素纱布或碘仿纱条等材料填塞创口。而对于存在全身性出血背景的患者, 在处理局部出血的同时, 还要结合全身治疗, 必要时予以输液或输血。极少数经局部处理效果不佳的病例应及时转诊至综合医院, 以获得更好的止血效果。此外, 为降低拔牙后出血的发生率, 预防工作至关重要。拔牙术前, 医师应详细询

问患者既往是否有高血压、出血病史、凝血功能障碍以及长期用药史, 特别是关于阿司匹林或华法林等抗凝、抗血小板药物的服用情况。这一过程不仅有助于识别高危风险人群, 更有助于优化术后的管理方案。对于正在服用此类药物者, 医生需结合患者的具体情况, 选择停药或调整用药及方案。若无法停药, 则应在严密监视下完成手术并加强局部的止血措施^[7]。而对于合并高血压的患者, 术前应确保患者近期血压平稳后再考虑手术, 避免因术中紧张或疼痛导致血压升高, 进而增加术后初出血风险^[8]。手术期间则应遵循微创原则, 依据牙位和手术难度选择合适器械, 规范操作。术后仔细检查牙槽窝, 清除残留碎片或肉芽组织, 修整过高骨尖, 并对受损的软硬组织进行及时处理。同时加强年轻医生的规范化操作培训, 使其熟练掌握拔牙术的手术要点和规范, 对减少拔牙术后出血风险也具有积极意义。

综上所述, 除手术本身创伤因素外, 患者长期服用小剂量阿司匹林、合并高血压以及使用抗凝药物均是导致拔牙术后出血风险增加的重要危险因素。临床需重视术前评估与术后监测, 采取有效的护理干预措施, 以控制并减少拔牙术后出血。

[参考文献]

- [1] 罗奇, 朱珠, 石欢, 等. 口服抗血栓药物患者拔牙术后出血倾向及危险因素的临床对照研究[J]. 上海口腔医学, 2025, 34(2): 146-151.
- [2] 翟宇润, 马绍骏, 刘桐, 等. 老年心血管疾病患者拔牙不良事件危险因素预测研究[J]. 老年医学与保健, 2025, 31(1): 120-124.
- [3] 吕杭鹏. 长期口服抗血小板药物对拔牙术后出血影响的前瞻性队列临床研究与Meta分析[D]. 内蒙古医科大学, 2024.
- [4] 赵璧, 李银福, 王婧, 等. 老年稳定性心绞痛伴房颤在双联抗血小板治疗过程中拔牙出血的发生率及影响因素[J]. 临床口腔医学杂志, 2023, 39(8): 490-493.
- [5] 刘桐, 翟宇润, 孙欣怡, 等. 老年心血管疾病患者拔牙术后出血的相关因素分析[J]. 老年医学与保健, 2023, 29(1): 15-19.
- [6] 胡莹莹, 张建华, 张瑞. 对长期口服抗栓药物患者拔牙围手术期的临床研究[J]. 口腔颌面外科杂志, 2022, 32(4): 236-239.
- [7] 潘剑, 薛洋, 赵吉宏, 等. 口服抗栓药物患者门诊拔牙围手术期管理的专家共识[J]. 华西口腔医学杂志, 2022, 40(3): 255-263.
- [8] 黄金霞, 石海涛, 潘剑. 抗凝/抗血小板治疗患者拔牙术后出血的研究进展[J]. 口腔疾病防治, 2021, 29(6): 417-421.

作者简介:

邵健(1990.08-), 男, 汉族, 河北雄安新区安新县人, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向为口腔临床。