

T/CHSA

中华口腔医学会团体标准

T/CHSA XXXX—2025

口腔外科门诊手术术后疼痛管理指南

Guideline for postoperation pain management in oral surgery

（征求意见稿）

（本草案完成时间：2025 年 4 月 22 日）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

2025 – XX – XX 发布

2025 – XX – XX 实施

中华口腔医学会 发布

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 口腔外科手术疼痛评估 2

4.1 疼痛强度的评估 2

4.2 单维度疼痛程度评估 2

5 药物性镇痛措施 4

5.1 镇痛原则 4

5.2 镇痛要点 4

5.3 常用口服镇痛药物 4

5.4 局部麻醉镇痛技术 5

6 非药物性镇痛措施 5

6.1 患者宣教 5

6.2 物理疗法 5

7 术后疼痛管理推荐技术方法 6

7.1 术后疼痛管理综合实施 6

7.2 术后轻度疼痛的管理方法 6

7.3 术后中、重度疼痛的管理方法 6

附录 A（规范性） 常见口腔外科门诊手术 7

附录 B（规范性） 常见口腔外科门诊手术疼痛级别评估及推荐镇痛方式 8

附录 C（资料性） 口腔外科门诊手术围术期常用口服药物^[25] 9

附录 D（资料性） 口腔外科门诊手术围术期常用口服镇痛药物常见不良反应 10

参考文献 11

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华口腔医学会镇静镇痛专业委员会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件起草单位：北京大学口腔医院、空军军医大学附属口腔医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、中国医学科学院北京协和医院、重庆医科大学附属口腔医院、西安医学院口腔医学院、武汉大学附属口腔医院、首都医科大学附属北京口腔医院、四川大学华西口腔医院、中山大学附属口腔医院、江苏省口腔医院、河南赛思口腔医院、西安交通大学第一附属医院。

本文件主要起草人：张伟、徐礼鲜、徐辉、万阔、郁葱、杨旭东、胡开进、赵吉宏、余东升、许向亮、周建、汪伟、每晓鹏、潘剑、刘国胜、李宏卫、邹多宏、景泉、唐海阔、郑利光、刘青、何宝杰、张宇、陈克难、郜康、杨一然。

引言

疼痛是一种与实际或潜在组织损伤相关的不愉快的感觉与情绪体验，对患者的生理和心理都会产生巨大影响，被列为继呼吸、脉搏、体温和血压之后的“人类第五大生命体征”^[1]。随着口腔颌面外科舒适化治疗理念与技术的不断进步和优化，以围手术期为重点阶段进行的手术术后疼痛管理逐渐受到重视。解决疼痛、提供舒适化治疗是医务工作者的重要课题。

规范化疼痛管理是口腔舒适化医疗的重要组成部分。通过规范化的疼痛管理，可以在口腔门诊手术前、手术中、手术后全流程进行镇痛，减轻患者的痛苦，提升患者的就医体验。理想的术后疼痛管理应该根据患者不同手术情况，通过合理用药、物理疗法及心理疗法等手段，依据疼痛分级以及身体情况制定个性化的术后管理方案，从手术创伤开始前就实施对疼痛传导的阻滞，并一直持续到疼痛反应结束。疼痛综合管理是一种全面考虑患者生理、心理、全身情况、手术创伤程度及社会因素，制定个体化疼痛管理的镇痛管理理念和方法，旨在充分缓解患者因口腔门诊手术等导致的疼痛以及因疼痛而寻求诊疗的现象。

为确立有效的口腔外科门诊手术术后疼痛分级评估方法，规范口腔外科门诊手术术后疼痛管理方案，提高口腔外科门诊诊疗服务的舒适性，起草专家及工作组综合近年来国内外各学科领域在疼痛管理方面的研究成果，确定了口腔外科门诊手术术后疼痛分级及对应量表，建立口腔外科门诊手术术后疼痛管理方案，为口腔外科门诊手术镇痛管理提供指导。

口腔外科门诊手术术后疼痛管理指南

1 范围

本指南为成年患者口腔外科门诊手术术后疼痛管理提供指导。

本指南适用于开展口腔外科门诊手术的口腔医师及口腔助理医师，可应用于各级各类口腔医疗机构。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

疼痛 postoperative pain

一种与实际或潜在组织损伤相关的不愉快感觉和情绪情感体验，或与此相似的经历^[1]。

3.2

术后疼痛 postoperative pain

本指南讨论的术后疼痛是指手术造成的、损伤区域愈合恢复过程中的急性疼痛。不包含术后并发症造成的症状表现。

术后疼痛是机体受到手术损伤后的一种反应，包括生理、心理和行为等；虽有警示、制动、有利于创伤愈合的作用，但也可导致患者术后体验差、生活质量降低，再次治疗依从性减退等情况。术后疼痛包括急性疼痛（是指手术后出现的短期剧烈疼痛）和慢性疼痛，手术后即刻发生的为急性疼痛。有效的术后镇痛，不但可减轻患者的痛苦，有利于疾病的康复，还具有良好的社会效益。

3.3

超前镇痛 preemptive analgesia

预防性镇痛指在围手术期间疼痛出现之前使用镇痛措施来控制疼痛，以防止痛觉敏化。超前镇痛是一种在手术前使用镇痛药物来预防术后疼痛的方法，指在术前就对可能引起的伤害性刺激进行预防性干预，以达到术后无痛或减轻疼痛的目的^[2]。据此，手术前或手术结束时对伤害感受进行干预而产生的术后镇痛效果可作为超前镇痛存在的依据。针对引发疼痛的机制，采用多种药物、不同给药部位与模式进行的预防性镇痛，不仅能有效缓解术后疼痛，还可减少术后镇痛药的用量，预防中枢性疼痛致敏和异化，避免对躯体、内分泌以及心理、认知的不良影响，有助于术后患者内稳态的稳定和机体功能的恢复。超前镇痛已成为一种重要的镇痛理念及方法，为患者提供了更加舒适和安全的手术体验^[3-6]。本指南推荐口腔医师运用超前镇痛方案。

3.4

术后疼痛管理 postoperative pain management

术后疼痛管理是指采取一系列措施减轻或控制患者术后的疼痛，包括：围手术期疼痛管理宣教、疼痛程度的准确评估，合理规范用药，术中无痛与微创化操作、术后辅助物理治疗以及术后随访等。通过个体化综合疼痛管理方案，最终达到有效控制术后急性疼痛的目的。术后疼痛的直接因素是手术创伤后机体产生的急性疼痛反应，但它不仅是组织损伤的直接结果，还可能伴随复杂的心理和情感反应。有效控制术后疼痛，也有利于减少术后急性疼痛管理不佳而发展为慢性疼痛的风险。

3.5

多模式镇痛 multimodal analgesia

多模式镇痛是一种预防性镇痛策略，即联合应用不同的镇痛技术或作用机制不同的镇痛药，作用于疼痛传导通路的不同靶点，发挥协同或相加的镇痛作用，使每种药物的剂量减少，最大程度降低药物不

良反应，以达到最佳的镇痛效果。多模式镇痛不仅可以有效的控制疼痛，减轻应激反应，还有利于维持神经免疫内环境的稳定，减少并发症，改善疾病转归，是术后镇痛模式的主要发展方向。多模式镇痛和简单、实用、有效的镇痛方法二者是互补协同的关系，简单方法是基础：如口服镇痛药、冰敷等，操作便捷，适用于轻度疼痛，如使用简单方法就可消除疼痛，可不使用多模式镇痛。多模式是优化整合：通过联合不同机制的简单方法，增强效果、减少副作用，兼顾高效与安全，适用于复杂或中重度疼痛。

3.6

多维度疼痛量表 multidimensional pain inventory

多维度疼痛量表是在测量疼痛强度的同时，测试疼痛对心理、情绪、睡眠等综合因素的影响，通常适用于全面了解疼痛给患者带来的影响。

3.7

单维度疼痛量表 single pain inventory

单维度疼痛量表是对患者的疼痛强度单方面进行评估，主要通过数字、文字、图像等形式使患者可以将主观疼痛感受客观地表达出来，也是临床上最常用的疼痛评估量表类型。

3.8

口腔外科门诊手术 oral surgery

本指南中，口腔外科门诊手术是指口腔颌面颈部、手术涉及范围较小、创伤较小的一系列手术，详见附录A。

4 口腔外科手术疼痛评估

口腔外科门诊手术疼痛即手术后出现的疼痛，属急性疼痛的一种，主要是手术本身造成的急性创伤刺激和引流物刺激引起的急性疼痛，一般高峰期是术后24~48小时。本指南的疼痛评估重点是术后疼痛强度评估。

4.1 疼痛强度的评估

口腔外科门诊手术术后疼痛是主观感受，受到生理、心理，个人经历和社会文化等多方面因素的影响，个体对疼痛的理解和认知也存在差异。目前尚没有一种客观的量化指标进行测量，主要还是依据患者描述来判断。对疼痛强度进行评估，并据此针对性采用个性化的疼痛管理方案能带来理想的镇痛效果，也是评估用药后疼痛强度的变化、镇痛效果以及调整镇痛方案的重要依据。

依据2020版《疼痛评估量表应用的中国专家共识》，将手术后疼痛程度评估工具分为单维度评估量表和多维度评估量表两种^[7]。多维度疼痛量表考察范围更全面，但使用繁复，单维度评估量表简单易行、评估快速，经过简单解释，患者一般都能很快理解量表要求。本指南首选推荐使用单维度评估量表进行口腔外科门诊手术术后疼痛评估。

4.2 单维度疼痛程度评估

临床常用的单维度疼痛量表主要有视觉模拟量表（visual analogue scale, VAS）、面部表情疼痛评估法（faces pain scale revision, FPS-R）、数字评定量表（numerical rating scale, NRS）和口头评分法（verbal rating scale, VRS）4种。VAS、NRS及VRS有一定的相似性，均有易于评估、耗时少等优点。

4.2.1 视觉模拟量表（VAS）

VAS是临床最常用的疼痛强度单维度测量评估工具（见表1和附录1）。量表由一条100 mm的直线组成，该直线的一端表示“完全无痛”，另一端表示“能够想象到的最剧烈的疼痛”或“疼痛到极点”等。患者被要求在这条线上相应的位置做标记（用一个点或一个“×”等）以代表他们体会到的疼痛强烈程度（表1）。研究者可以通过测量起点到患者标记点线段长度量化结果。VAS需要患者有一定的抽象思维能力，建议成年患者使用。脸谱VAS（F-VAS）是在上述线性VAS直线上加上若干卡通表情（高兴、中性、痛苦等），从而使评分更直观、更形象。因此，认知能力下降的患者或老年患者可以考虑使用F-VAS（表2）。

请您用“×”或垂直的“|”标出您的感受。

完全无痛疼痛到极点

表1 视觉模拟量表（VAS）

请用“×”或垂直的“|”，在下面的横线上标出您的疼痛感受



表2 脸谱视觉模拟量表（F-VAS）

4.2.2 面部表情疼痛评估法（FPS-R）

FPS-R评估法通过6种卡通面部表情图片（从微笑、悲伤至痛苦的哭泣等）来形象表达分值区域所代表的疼痛程度。评估时，患者指向表示与其疼痛程度相符的刻度或卡通面孔即可。与线性VAS相比，FPS-R量表更适用于老人、文化程度较低、语言表达困难、意识不清、有认知功能障碍患者的疼痛程度评估（表3）。

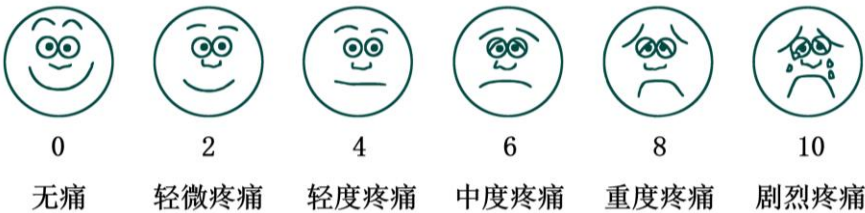


表3 面部表情疼痛评估法（FPS-R）

4.2.3 数字评定量表（NRS）

NRS评分准确简明，曾被美国疼痛学会视为疼痛评估的金标准。NRS有多个版本，其中最常用的是NRS 0~10版（表4）。患者要在4种大类别，共11种评分（0~10）中选择：即无疼痛（0）、轻度疼痛（1~3）、中度疼痛（4~6）、重度疼痛（7~10），与VAS相同，NRS是一种主观的单维度疼痛评估量表，以描述疼痛的严重程度为基础。

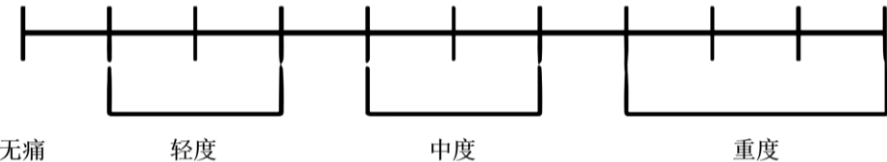


表4 数字评定量表（NRS）

4.2.4 口头评分量表（VRS）

VRS也是单维度评估疼痛强度的量表，最为常见的版本是5点评分法（VRS-5）：0点代表无痛，1点代表轻度不适，2点代表引起不适感的疼痛，3点代表比较疼痛和（或）难受，4点代表非常疼痛，5点代

表疼痛到极点（表5）。VRS评估简单快捷，但要求患者具有一定的语言理解能力。易受到文化程度、方言等因素的影响。

0	1	2	3	4	5
无痛	轻度不适	不适	比较疼痛/难受	非常疼痛	疼痛到极点

表5 口头评分量表（VRS）

5 药物性镇痛措施

5.1 镇痛原则

口腔外科门诊术后镇痛的药物种类、配伍及给药途径多样，可分为预防性镇痛和治疗性镇痛，建议遵从超前给药、个体化给药、多模式镇痛的镇痛管理原则，宜采用简单、实用、有效的镇痛方法，达到最佳镇痛效果，且能减少不良反应，提高患者的满意度，利于患者手术后康复。

5.2 镇痛要点

常见口腔外科门诊手术的种类多为牙拔除术、颌骨囊肿刮治术、牙槽骨修整术、牙种植术、小肿物切除术、干槽症创面处理、口腔颌面部间隙感染切开引流术及牙周辅助加速成骨等手术。镇痛要点是这类手术创伤引起疼痛程度多为轻度或中度疼痛，部分骨创伤大、手术时间长的情况会发生重度疼痛。随创伤愈合，疼痛逐渐减轻和消失，虽有个体差别，但总体而言门诊手术后疼痛一般不超过3天，故术后建议持续疼痛管理1~3天。

5.3 常用口服镇痛药物

口服镇痛药是临床上最普遍采用的镇痛手段。口服镇痛药可采用超前镇痛方式用药，也可作为主要的治疗性镇痛用药。口服镇痛药应规范使用，用药应及时，且持续用药效果优于间断性用药。

5.3.1 非甾体抗炎药（nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs）

非甾体抗炎药分为非选择性环氧合酶（cyclooxygenase, COX）抑制剂与选择性COX-2抑制剂。

5.3.1.1 非选择性 COX 抑制剂

非选择性COX抑制剂同时抑制COX-1和COX-2，有抗炎、止痛和解热的效果，但抑制COX-1会导致胃肠道副作用，如溃疡或出血，还可能影响血小板功能，增加出血风险，尤其是同时接受抗血栓治疗的患者。本类药物包括布洛芬、酮咯酸、氟比洛芬酯、双氯芬酸、阿司匹林和阿司匹林衍生物等^[8-9]，可用于中重度疼痛和抗炎，减少外周痛觉过敏。术前15分钟口服300 mg布洛芬缓释胶囊，并在术后连续用药3天的疼痛管理方案能有效降低患者术后疼痛程度及镇痛药物使用总量^[10]。非选择性COX抑制剂可于术后口服，不能耐受口服者可直肠或静脉给药。口服给药起效慢，是术后轻中度疼痛患者及疼痛症状转轻患者的首选用药途径。所有患者服用非选择性COX抑制剂时应以最短的疗程给予最低的有效剂量，同时注意胃肠道和心血管风险的综合防范。临床上可根据患者的消化道和心血管事件风险选择相应的非甾体抗炎药，必要时可联合小剂量阿司匹林（low-dose aspirin, LDA）降低心血管事件风险，以及联合质子泵抑制剂（proton pump inhibitors, PPIs）或米索前列醇降低消化道出血风险。此外，非选择性COX抑制剂术后镇痛需要注意孕妇胎儿风险，孕妇应避免使用。在所有目前使用的非甾体抗炎药中，布洛芬的不良反应最少，是使用安全证据最多的非甾体抗炎药，其次是双氯芬酸和塞来昔布^[11]。

与目前许多含阿片类药物的制剂相比，布洛芬、对乙酰氨基酚联合用药的不良反应更少。在第三磨牙拔除术后，布洛芬、对乙酰氨基酚联合用药比布洛芬或对乙酰氨基酚单独应用更能缓解疼痛。联合用药可以提供更强的镇痛作用，相关的不良反应与单独用药的不良反应相似，而不会显著增加与含阿片类药物的镇痛组合相关的不良反应^[12]。

5.3.1.2 选择性 COX-2 抑制剂

选择性COX-2抑制剂，如塞来昔布等，选择性更高，减少炎症相关的前列腺素，同时较少影响COX-1，因此胃肠道副作用可能较少，但可能增加心血管风险。与非选择性COX抑制剂相比，选择性COX-2抑制剂的胃肠道溃疡风险降低，但仍有类似类型的其他胃肠道不良反应，例如腹痛、消化不良、腹泻和恶心；与非选择性COX抑制剂不同的是，选择性COX-2抑制剂对血小板功能没有影响；肾毒性与非选择性COX抑制剂相似；但其作用持续时间较长^[13]。欧洲心脏病学会和欧洲麻醉学会关于非心脏手术的指南建议是心脏疾病患者应避免使用选择性COX-2抑制剂。口腔外科门诊手术后的镇痛需求一般仅1~2天，如术前未使用此类药物，术后短期用药是否会发生与时间和剂量相关的不良反应尚无定论。

5.3.2 对乙酰氨基酚（acetaminophen, APAP）

一般用于轻中度疼痛，镇痛作用起效快。一般认为对乙酰氨基酚与非甾体抗炎药不同，无抗炎作用，对急性疼痛安全。常用剂量为每6小时口服6~10 mg/kg，每日最大剂量不超过3000 mg；也可与阿片类镇痛药、曲马多或非甾体抗炎药物联合应用。因其相对短效的镇痛作用，不推荐单独用于中重度疼痛的镇痛。对乙酰氨基酚不良反应较轻，偶见皮疹、荨麻疹、药热及粒细胞减少。

5.3.3 复方镇痛药（compound analgesics）

复方镇痛药多为对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药与阿片类药物制成的口服复方制剂，有相加或协同镇痛作用，用于中、重度疼痛，适用于消化功能良好，无恶心、呕吐或肠梗阻的患者。常用复方镇痛药有氨酚待因片（I）（每片含对乙酰氨基酚0.5 g、磷酸可待因8.4 mg）、氨酚待因片（II）（每片含对乙酰氨基酚0.3 g、磷酸可待因15 mg）和洛芬待因片（每片含布洛芬0.2 g、磷酸可待因12.5 mg）等。

5.3.4 曲马多（tramadol）

曲马多是一种合成的中枢镇痛药，适用于中度至重度疼痛。它具有两种互补的作用机制：以低亲和力与 μ -阿片受体结合，并抑制去甲肾上腺素和血清素的再摄取。曲马多在缓解术后和牙科疼痛方面显示出剂量反应效应^[14]。曲马多常见的不良反应包括恶心、头晕、嗜睡、疲倦和便秘^[15]。口服盐酸曲马多片通常起始剂量为每次50~100 mg，每4~6小时一次，每日最大剂量不超过400 mg，根据疼痛程度调整。

5.3.5 口腔外科门诊手术围术期常用口服药物（详见附录B）

5.4 局部麻醉镇痛技术

局部麻醉镇痛技术在口腔外科治疗中包括浸润麻醉、表面麻醉与神经阻滞麻醉。浸润麻醉通过向目标部位逐层注射局麻药，以麻醉该区域神经末梢和神经干，从而抑制手术创伤引起的疼痛。局部黏膜表面麻醉是将渗透能力较强的麻醉药物涂布于目标区域表面黏膜或创面，通过黏膜或创面表面渗透使末梢神经产生麻醉作用，产生止痛效果，推荐使用含局部表面麻醉药物的制剂。外周神经阻滞麻醉是将局部麻醉药物注射到口腔颌面相关神经干或主要分支周围，以阻断神经末梢传入的刺激，麻醉该神经分布区域达到全部失去痛觉的效果。口腔外科门诊手术常用神经阻滞麻醉主要包括上牙槽后神经阻滞麻醉、眶下神经阻滞麻醉、腭前神经阻滞麻醉、鼻腭神经阻滞麻醉、下牙槽神经阻滞麻醉、舌神经阻滞麻醉和颊神经阻滞麻醉。局部麻醉方法受困于局麻药的限制，一直以来并非口腔外科门诊手术术后镇痛的首选。但随着局部麻醉药物研究的进展，特别是长效局麻药的出现，局部麻醉镇痛技术在术后镇痛中越来越受到重视。

6 非药物性镇痛措施

6.1 患者宣教

患者术前常对手术产生焦虑、紧张情绪，部分患者产生牙科恐惧症。了解患者既往是否有体验不佳的就诊经历；评估患者心理状态；术前通过视频、宣传册、座谈会等方式为患者及家属介绍手术过程、可能发生的疼痛，告知对于疼痛可采取的治疗措施，消除患者对手术后疼痛的误解和恐惧；向患者简要介绍疼痛评估方法，患者可自行进行疼痛评估，告知患者何时、如何向医护人员诉说疼痛。同时术中术后可使用音乐镇痛、转移镇痛等措施分散患者注意力，起到减轻疼痛的作用。

6.2 物理疗法

术后辅助物理治疗可以采用穴位刺激，如在身体的特定部位进行针灸以缓解疼痛，常用穴位包括：合谷穴、颊车穴、下关穴等^[16]，可一定程度缓解患者术后并发症，减轻患者疼痛。冷冻疗法是通过冰袋或冷水对手术部位进行冷敷，减轻疼痛和肿胀。冷冻治疗可有效减轻第三磨牙拔除术后疼痛和肿胀，使患者术后更加舒适。电疗（物理因子治疗）通过向身体传递能量减轻疼痛和改善功能，包括经皮神经电刺激和脉冲电磁场。低强度激光治疗可以有效缓解第三磨牙拔除术后疼痛^[17-19]。

7 术后疼痛管理推荐技术方法

7.1 术后疼痛管理综合实施

术后疼痛管理应根据手术种类、创伤大小、患者精神心理状态采取多种手段综合实施。术前告知患者可能的不适感和疼痛感觉，让患者对术后反应有所准备，有一定的心理预期。在围手术期，可采用超前镇痛方式，消除或减轻手术应激创伤引起的疼痛，并防止和抑制中枢及外周神经的敏化，也可同时采用持续的、多模式的镇痛方式对术后疼痛予以阻断。术中无痛及微创化操作，减小手术创伤，避免过多刺激，结合术后辅助物理治疗，减轻患者疼痛。对于已发生的术后急性疼痛，可根据疼痛分级结合患者全身情况及可选择的药物采取治疗性镇痛。建议使用药物前参考药品说明书，注意药物不良反应。

7.2 术后轻度疼痛的管理方法

应做好患者的心理辅导。术后建议患者进行冰敷术侧区域，减轻疼痛和肿胀，给予口服药物镇痛，对于轻度疼痛，可口服对乙酰氨基酚500 mg 4~6小时；或口服布洛芬缓释胶囊300 mg 12小时；持续用药至疼痛反应消失。

7.3 术后中、重度疼痛的管理方法

宜多模式镇痛，以口服镇痛药物为主。镇痛药物的使用推荐超前镇痛方式，即在手术开始前预先口服镇痛药物或区域阻滞麻醉，以减轻术后疼痛。对于标准体重成人，推荐术前15分钟口服布洛芬缓释胶囊300 mg，术后3天持续服用。术后中重度疼痛建议口服布洛芬缓释胶囊300 mg（间隔12小时）；也可口服洛索洛芬钠片（或胶囊）60 mg（间隔4~6小时，每日最大剂量不超过180mg），术后1~3天持续用药。单独服用布洛芬缓释胶囊效果不佳者，可加服对乙酰氨基酚500 mg^[20]。对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医，避免过度镇痛掩盖术后并发症，延误诊治。

附 录 A
(规范性)
常见口腔外科门诊手术

普通牙拔除术
复杂牙拔除术
骨性埋伏复杂牙拔除术
阻生磨牙牙冠切除术
颌骨囊肿刮治术
牙源性良性肿瘤和瘤样病变的手术治疗（牙瘤、牙骨质瘤等）
拔牙创面搔刮术（指拔牙窝慢性感染等，与拔牙时搔刮操作不同）
干槽症创面处理
口腔上颌窦贯通或瘘修补术
牙槽骨修整术
阻生恒牙开窗助萌术（软组织或骨阻生恒牙开窗助萌术）
牙周辅助加速成骨手术（PAOO）
牙槽嵴保存术
简单植骨术
牙槽嵴骨增量术（简单引导骨再生技术）
牙槽嵴骨增量术（牙槽嵴入路的上颌窦植骨技术）
即刻种植术
非植骨条件单牙种植术
非美学区非植骨条件多牙种植
种植体周围软组织移植成形术
松动种植体取出术
口腔颌面部间隙感染切开引流术
口腔局部缝合止血
小肿物切除术
黏液囊肿摘除术

附录 B

(规范性)

常见口腔外科门诊手术疼痛级别评估及推荐镇痛方式

常见口腔外科门诊手术	疼痛评估	推荐镇痛方式
普通牙拔除术	轻度	患者宣教； • 术侧冰敷等物理治疗； • 术后可口服对乙酰氨基酚500 mg 4~6小时；或布洛芬缓释胶囊300 mg 12小时，持续用药至疼痛反应消失； • 对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医。
牙槽骨修整术	轻度	
口腔局部缝合止血	轻度	
黏液囊肿摘除术	轻度	患者宣教； • 术侧冰敷等物理治疗； • 对于标准体重成人，推荐术前15分钟口服布洛芬缓释胶囊300 mg，术后3天持续服用（间隔12小时）； • 术后3天持续服用布洛芬缓释胶囊300 mg（间隔12小时），或对乙酰氨基酚500 mg（间隔4~6小时）或，部分中度疼痛情况可以延长给药时间； • 对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医。
干槽症创面处理	轻中度	
拔牙创面搔刮术	轻中度（干槽症）	
颌骨囊肿刮治术	轻中度	
非植骨条件单牙种植术	轻中度	
非美学区非植骨条件多牙种植	轻中度	
即刻种植术	轻中度	
松动种植体取出术	轻中度	
阻生磨牙牙冠切除术	轻中度（复杂牙）	
口腔颌面部间隙感染切开引流术	轻中度 ^[21]	
牙周辅助加速成骨手术	轻中度 ^[22]	患者宣教； • 术侧冰敷等物理治疗； • 推荐术前15分钟口服布洛芬缓释胶囊300 mg，术后3天持续服用。术后中重度疼痛建议口服布洛芬缓释胶囊300 mg（间隔12小时）；单独服用布洛芬缓释胶囊效果不佳者，可加服对乙酰氨基酚500 mg。对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医。
复杂牙拔除术	轻中度，少数重度	
口腔上颌窦穿通或瘘修补术	轻中度，少数重度	
骨性埋伏复杂牙拔除术	轻中度，部分重度	患者宣教； • 术侧冰敷等物理治疗； • 推荐术前15分钟口服布洛芬缓释胶囊300mg，术后3天持续服用。术后中重度疼痛建议口服布洛芬缓释胶囊300 mg（间隔12小时）；也可口服洛索洛芬钠片（或胶囊）60 mg（间隔4~6小时，每日最大剂量不超过180 mg），术后1~3天持续用药。单独服用布洛芬缓释胶囊效果不佳者，可加服对乙酰氨基酚500 mg。对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医。
牙源性良性肿瘤和瘤样病变的手术治疗	轻中度，少数重度（囊肿、埋伏牙）	
简单植骨术	中度	
牙槽嵴保存术	中度（简单植骨）	患者宣教； • 术侧冰敷等物理治疗； • 推荐术前15分钟口服布洛芬缓释胶囊300mg，术后3天持续服用。术后中重度疼痛建议口服布洛芬缓释胶囊300 mg（间隔12小时）；也可口服洛索洛芬钠片（或胶囊）60 mg（间隔4~6小时，每日最大剂量不超过180 mg），术后1~3天持续用药。单独服用布洛芬缓释胶囊效果不佳者，可加服对乙酰氨基酚500 mg。对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医。
阻生恒牙开窗助萌术	中度	
颌面部小肿物切除术	中度	
种植体周围软组织移植成形术	中重度（自体软组织移植术后疼痛与移植创面大小、移植植物尺寸有关） ^[23-24]	患者宣教； • 术侧冰敷等物理治疗； • 推荐术前15分钟口服布洛芬缓释胶囊300 mg，术后3天持续服用。术后中重度疼痛建议口服布洛芬缓释胶囊300 mg（间隔12小时）；也可口服洛索洛芬钠片（或胶囊）60 mg（间隔4~6小时，每日最大剂量不超过180 mg），术后1~3天持续用药。单独服用布洛芬缓释胶囊效果不佳者，可加服对乙酰氨基酚500 mg。 • 对于持续性严重性术后疼痛应及时复诊就医。
牙槽嵴骨增量术（简单引导性骨再生技术）	中重度	
牙槽嵴骨增量术（牙槽嵴入路上颌窦植骨技术）	中重度（骨增量）	

附 录 C
(资料性)
口腔外科门诊手术围术期常用口服药物^[25]

药物名称	适用类型	用法用量	用药禁忌
对乙酰氨基酚	轻中度疼痛	口服用药：术后口服500 mg对乙酰氨基酚，可每隔4~6小时重复用药	严重肝肾功能不全者禁用；过敏者禁用
非选择性COX抑制剂	中重度疼痛	口服用药： 1) 术前15 min口服300 mg布洛芬缓释胶囊 2) 术后按需口服300 mg布洛芬缓释胶囊，间隔12小时 或术后口服60 mg洛索洛芬钠片（或胶囊），间隔4~6小时，每日最大剂量不超过180 mg	孕妇及哺乳期妇女禁用；肝病、肾病、心脏疾病患者禁用；活动性或既往有消化道溃疡史，胃肠道穿孔或出血患者禁用；过敏者禁用
选择性COX-2抑制剂	中重度疼痛	口服用药：术前口服60 mg依托考昔	活动性消化道穿孔或出血患者禁用；重度心力衰竭患者禁用；过敏者禁用
曲马多	中重度疼痛	口服用药：术后口服盐酸曲马多片，通常起始剂量为每次50~100 mg，间隔4~6小时，根据疼痛程度调整	对本品高度敏感者以及酒精、安眠药、镇痛剂或其它精神药物急性中毒的患者禁用
复方镇痛药	中重度疼痛	复方制剂药物组分不同，用法用量参照药物说明书	消化道溃疡患者禁用；支气管哮喘患者禁用；孕妇及哺乳期妇女禁用；过敏者禁用

附 录 D
(资料性)
口腔外科门诊手术围术期常用口服镇痛药物常见不良反应

药物名称	胃肠道反应	心血管反应	中枢神经 系统反应	肾脏损害	过敏反应	其他
对乙酰氨基酚	恶心、呕吐、 腹痛（较少 见）			长期大剂量使 用可能导致肾 功能损害	皮疹、荨麻疹 （罕见）	过量使用可能 导致肝毒性， 严重时引发急 性肝衰竭
非选择性COX 抑制剂	恶心、呕吐、 腹痛、消化不 良、胃溃疡、 胃肠道出血	高血压、心力 衰竭、心肌梗 死、卒中		肾功能不全、 水肿、急性肾 损伤	皮疹、荨麻 疹、支气管痉 挛	头痛、头晕、 肝功能异常、 耳鸣
选择性COX-2 抑制剂	较非选择性 COX抑制剂 少，但仍可能 引起消化不 良、胃溃疡	增加心肌梗 死、卒中、血 栓形成的风险		水肿、高血 压、肾功能不 全	皮疹、荨麻疹	头痛、头晕
曲马多	恶心、呕吐、 便秘	低血压、心悸	头晕、嗜睡、 头痛、癫痫发 作（罕见）		皮疹	长期使用可能 导致依赖性和 耐受性；出 汗、口干
复方镇痛药	胃肠道不适， 恶心、呕吐、 便秘	心率异常	幻想、呼吸微 弱		皮肤瘙痒、皮 疹	

参 考 文 献

- [1] RAJA S N, CARR D B, COHEN M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises[J]. Pain, 2020, 161(9):1976-1982.
- [2] CRILE G. The kinetic theory of shock and its prevention through anoci-association (shockless operation) [J]. Lancet, 1913, 2:7e16.
- [3] DEMIRBAS A E, KARAKAYA M, BILGE S, et al. Does single-dose preemptive intravenous ibuprofen reduce postoperative pain after third molar surgery? A prospective, randomized, double-blind clinical study[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2019, 77(10):1990-1997.
- [4] XIE L, YANG R T, LV K, et al. Comparison of low pre-emptive oral doses of celecoxib versus acetaminophen for postoperative pain management after third molar surgery: a randomized controlled study[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2020, 78(1):75.e1-75.e6.
- [5] RAMIRES G, DE SOUZA SANTOS A M, MOMESSO G, et al. Combination of etodolac and dexamethasone improves preemptive analgesia in third molar surgery: a randomized study[J]. Clin Oral Investig, 2021, 25(4):2297-2305.
- [6] 周建, 张伟. 超前镇痛在口腔诊疗中的研究及应用进展[J]. 中华口腔医学杂志, 2022, 57(5):490-494.
- [7] 万丽, 赵晴, 陈军, 等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020版)[J]. 中华疼痛学杂志, 2020, 16(3):177-187.
- [8] 孟甜, 张智勇, 张晓, 等. 口服洛索洛芬钠片在拔除阻生齿中的超前镇痛[J]. 北京大学学报(医学版), 2018, 50(1):165-169.
- [9] 谢龙, 赵吉宏. 口服布洛芬缓释胶囊在拔除阻生智齿中的超前镇痛[J]. 临床口腔医学杂志, 2019, 35(7):406-409.
- [10] 魏雪竺, 郅康, 张婧, 等. 布洛芬超前镇痛对下颌阻生第三磨牙拔除术后疼痛影响的随机对照试验[J]. 中华口腔医学杂志, 2024, 59(3):230-236.
- [11] 陈向东, 仓静, 冯艺, 等. 加速康复外科理念下疼痛管理专家共识(2021)[M]//中华医学会麻醉学分会. 中国麻醉学指南与专家共识(2020版). 北京:人民卫生出版社, 2022:347-362.
- [12] MOORE P A, HERSH E V. Combining ibuprofen and acetaminophen for acute pain management after third-molar extractions: translating clinical research to dental practice[J]. J Am Dent Assoc, 2013, 144(8):898-908.
- [13] GONZALEZ-BARNADAS A, CAMPS-FONT O, MARTIN-FATAS P, et al. Efficacy and safety of selective COX-2 inhibitors for pain management after third molar removal: a meta-analysis of randomized clinical trials[J]. Clin Oral Investig, 2020, 24(1):79-96.
- [14] COOPER S A, PRECHEUR H, RAUCH D, et al. Evaluation of oxycodone and acetaminophen in treatment of postoperative dental pain[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1980, 50(6):496-501.
- [15] SCOTT L J, PERRY C M. Tramadol: a review of its use in perioperative pain[J]. Drugs, 200060(1):139-176.
- [16] GUPTA D, DALAI D R, SWAPNADEEP, et al. Acupuncture (zhēn jiǔ) - an emerging adjunct in routine oral care[J]. J Tradit Complement Med, 2014;4(4):218-223.
- [17] GOJAYEVA G, TEKIN G, SARUHAN KOSE N, et al. Evaluation of complications and quality of life of patient after surgical extraction of mandibular impacted third molar teeth[J]. BMC Oral Health, 2024, 24(1):131.
- [18] KANG F, SAH M K, FEI G. Determining the risk relationship associated with inferior alveolar nerve injury following removal of mandibular third molar teeth: a systematic review[J]. J Stomatol Oral Maxillofac Surg, 2020, 121(1):63-69.

- [19] VAN DER CRUYSSSEN F, NYS M, RENTON T, et al. Healthcare costs of post-traumatic trigeminal neuropathy in Belgium—a retrospective analysis[J]. *J Craniomaxillofac Surg*, 2022, 50(8):627–636.
- [20] MALAMED S F. Pain management following dental trauma and surgical procedures[J]. *Dent Traumatol*, 2023;39(4):295–303.
- [21] HU S, XIAO J, NIE X, et al. Vacuum sealing drainage combined with continuous irrigation for the treatment of oral and maxillofacial abscesses—a retrospective study[J]. *BMC Oral Health*, 2025, 25(1):257.
- [22] 王维倩, 黄月华, 徐秋芳, 等. 牙周加速成骨正畸手术患者术前焦虑及术后生活质量的调查研究[J]. *口腔医学*, 2020, 40(6):491–495.
- [23] 钟志通, 黄忞, 王婧, 等. 胶原蛋白海绵用于种植体周角化龈增量的临床效果观察[J]. *中国口腔种植学杂志*, 2024, 29(5):474–479.
- [24] BURKHARDT R, HÄMMERLE C H, LANG N P. Research Group on Oral Soft Tissue Biology & Wound Healing. Self-reported pain perception of patients after mucosal graft harvesting in the palatal area[J]. *J Clin Periodontol*, 2015, 42(3):281–287.
- [25] Carrasco-Labra A, Polk D E, Urquhart O, et al. Evidence-based clinical practice guideline for the pharmacologic management of acute dental pain in adolescents, adults, and older adults: A report from the American Dental Association Science and Research Institute, the University of Pittsburgh, and the University of Pennsylvania[J]. *J Am Dent Assoc*, 2024, 155(2):102–117. e9.
-