

糖尿病患者拔牙须知

文 / 河南省许昌市中心医院 岳延涛



关键词：糖尿病患者拔牙；糖尿病与口腔健康；血糖控制；手术风险管理

“医生，这颗牙疼得我整宿睡不着，为什么不能马上拔？”65岁的张阿姨拿着拔牙前的化验单，看着“空腹血糖11.2 mmol/L”的结果皱起了眉头。她平时只知道糖尿病要控糖，却第一次知道血糖高拔牙也有风险。

事实上，糖尿病患者并非绝对不能拔牙，关键在于对血糖的科学评估与规范管理。血糖过高时拔牙可能带来哪些风险？糖尿病患者该如何避免这些风险？今天，我们就来聊一聊这些问题。

一、血糖高拔牙的风险

1. 感染风险升高

高血糖会使血液变成促进细菌快速增殖的“培养基”。同时，高血糖环境会抑制中性粒细胞的活性和巨噬细胞的吞噬能力，导致作为身体“杀菌卫士”的白细胞活性下降。口腔里的细菌（如链球菌、厌氧菌）更容易借此机会侵入伤口。拔牙后，哪怕一个小伤口，也可能引发红肿、化脓，甚至发展为严重的颌面部间隙感染，严重时可能危及生命。

2. 伤口难以愈合

高血糖会抑制血管内皮细胞合成一氧化氮，导致

血管收缩、血流灌注减少，从而干扰负责伤口修复的成纤维细胞增殖和胶原蛋白合成。此外，高血糖也会导致自由基过量生成，抑制修复蛋白的表达，并减少生长因子的分泌，从而影响组织再生。简单地说，普通患者拔牙7天就能愈合，而血糖控制差的患者可能需要2周以上，甚至可能出现“干槽症”（牙槽窝剧烈疼痛）。

3. 心脑血管负担加重

糖尿病患者常伴有高血压、冠心病等基础疾病。拔牙过程中的紧张情绪和疼痛刺激可能导致血压骤升、心率加快，从而诱发心肌梗死或脑梗死等急症。

4. 药物相互影响

部分降糖药物（如二甲双胍）可能增加拔牙后感染的风险。对于长期服用阿司匹林的患者，若拔牙前未遵医嘱停药，可能导致术中出血不止。另外，麻醉药物中含有的肾上腺素具有收缩血管作用，可能引起血压升高，从而加重心脏负担。

二、糖尿病患者拔牙的风险管理

糖尿病患者拔牙需遵循系统性管理原则，通过术前全面评估、术中精准操作与术后综合管理，可有效控制相关风险。

1.术前全面评估

(1) 血糖控制目标

● 理想范围：空腹血糖在6.1至8 mmol/L之间，餐后2小时血糖在7.1至10 mmol/L之间。

● 可接受范围（需经医生评估后谨慎拔牙）：空腹血糖在8.1至10 mmol/L之间，餐后2小时血糖在10.1至13 mmol/L之间。

● 暂缓手术指征（感染风险显著增加）：空腹血糖在10 mmol/L以上或随机血糖在13 mmol/L以上。

(2) 术前准备工作

● 抗凝药物管理：需由医生进行出血风险评估，并根据评估结果指导患者在术前2~3天停用阿司匹林、华法林等抗凝药物。

● 降糖方案优化：口服降糖药控制不佳者，建议替换为胰岛素治疗。

● 口腔环境准备：治疗牙周病、龋齿，清理牙石，减少口腔细菌。

● 手术时机：拔牙手术应尽量安排在早餐1~2小时后进行，患者可正常进食和服药，以降低低血糖风险。

2.术中精准操作

(1) 手术技术选择

采用微创拔牙技术，用高速涡轮钻分割牙根，配合微创器械拔除，减少创口面积，减轻出血和术后肿胀。

(2) 麻醉管理

优先选用不含肾上腺素的局部麻醉药（如利多卡因），防止血压升高。

3.术后综合管理

(1) 感染防控

遵医嘱使用抗菌药物（如阿莫西林和甲硝唑），连用3~5天。用复方氯己定含漱液漱口，每日3次，每次30秒。24小时内勿刷牙，避免破坏血凝块。

(2) 血糖管理

术后24小时内，应每2至4小时监测一次血糖，警惕低血糖发生。同时，务必按医嘱继续注射胰岛素或口服降糖药物治疗，以防因血糖控制不稳引发酮症酸中毒等急性并发症。

(3) 生活管理

术后2小时可进食温凉流质食物（如牛奶、米粥），同时避免用拔牙侧咀嚼食物。术后24小时内应避免剧

烈运动。老年患者需家属陪护，警惕可能发生的心脑血管意外。

三、常见误区

误区1：拔牙前突击降糖即可

长期高血糖会损害血管和神经，仅靠术前短期强化降糖无法完全消除相关手术风险。

误区2：拔牙后不敢吃东西，怕血糖升高

术后需适当补充营养，可食用鸡蛋羹、豆腐等，避免低血糖和营养不良。

误区3：用漱口水猛漱口，杀菌更快

拔牙后24小时内禁止漱口，以免破坏血凝块导致出血。

四、结语

糖尿病患者要实现安全拔牙，需要与医生、药师密切协作。患者应主动了解糖尿病与口腔健康的关联知识，并在术前如实、完整地向医生说明用药史与过敏史。糖尿病患者拔牙并非绝对禁忌，关键在于科学应对。严格的血糖控制和科学的管理措施是保障拔牙安全的核心。

本文编辑：王佳昕

