急性牙痛的口服镇痛药

要点

* 急性牙痛会影响口腔的硬组织和软组织，并且可能是由于潜在的疾病或牙科手术造成的。
* 口服镇痛药用于治疗急性牙痛，可以使用各种药物和药物组合。
* 非甾体抗炎药 （NSAID） 已被证明在减轻疼痛方面比阿片类镇痛药更有效，因此被推荐作为急性疼痛管理的一线治疗。

介绍

急性疼痛是由疾病或损伤引起的疼痛，与肌肉骨骼痉挛和神经系统激活有关。1虽然急性疼痛通常会消退，1持续超过 3 个月的疼痛被认为是慢性的。2

急性口面部疼痛可由病理状况、潜在疾病过程和/或其治疗引起。疼痛可归因于影响硬组织的疾病，例如牙釉质，牙本质和牙骨质的龋齿，也可以归因于软组织疾病，例如牙龈炎和牙周炎。3

非阿片类镇痛药

非阿片类镇痛药包括非甾体抗炎药 （NSAID） 以及对乙酰氨基酚。非甾体抗炎药的例子包括布洛芬、萘普生、塞来昔布和阿司匹林。它们各自通过略有不同的机制起作用，但通常抑制环加氧酶（COX），这是一种参与花生四烯酸转化为前列腺素的酶，前列腺素是炎症，发烧和疼痛的介质。4, 5对乙酰氨基酚缓解疼痛的机制尚不清楚，但有一些证据表明它涉及抑制中枢神经系统中前列腺素合成。4, 6

非甾体抗炎药在外周起作用，这意味着它们通过减少发生部位的炎症来帮助缓解疼痛。或者，对乙酰氨基酚通过阻断疼痛信号在中枢神经系统内的传递而发挥中枢作用。由于这些不同的作用机制，联合服用非甾体抗炎药和对乙酰氨基酚已被证明在减轻轻度至中度疼痛方面非常有效，因为疼痛在伤害性途径的两端都被阻断。7

对乙酰氨基酚和一些非甾体抗炎药（阿司匹林、布洛芬和萘普生钠）以标准剂量（例如，200 mg 布洛芬;325 或 500 mg 对乙酰氨基酚）提供给非处方 （OTC） 患者，但可以给患者开更高剂量的这些药物。2020年，美国食品药品监督管理局批准了含有布洛芬加对乙酰氨基酚的OTC固定剂量复方产品;每剂2片含有250毫克布洛芬和500毫克对乙酰氨基酚。8还有其他几种非甾体抗炎药只能通过处方获得，例如塞来昔布、酮洛芬和双氯芬酸。7

虽然能有效缓解急性疼痛，但使用非甾体抗炎药，尤其是长期使用，可能伴有不良反应。由于前列腺素在胃肠道（GI）粘膜保护中起作用，并且在肾脏灌注中也起着至关重要的作用，因此通过阻断前列腺素合成，非甾体抗炎药可引起胃肠道和肾脏不良反应。使用非甾体抗炎药最常见的不良反应是胃肠道毒性，可导致恶心、胃灼热、腹痛和出血等症状。此外，非甾体抗炎药可能会增加严重心血管事件和肾毒性的风险。4, 9所有处方非甾体抗炎药必须显示黑框警告，警告使用药物时可能存在心血管血栓形成事件以及胃肠道风险。4

对乙酰氨基酚的使用与肝毒性以及其他不太严重的不良反应（如头痛、激越和胃肠道症状）有关。4处方对乙酰氨基酚必须显示有关肝毒性的黑框警告，因为每天服用超过 4，000 毫克与急性肝衰竭有关。4患者可能有超过4，000毫克限制使用OTC药物的风险，因为有许多OTC组合药物含有对乙酰氨基酚作为活性成分（即感冒和流感药物），并且患者可能会在不知不觉中一次服用一种以上的含对乙酰氨基酚的药物。10当非甾体抗炎药与对乙酰氨基酚联合服用时，几乎没有迹象表明不良反应比每种药物单独经历的不良反应更大。7

阿片类镇痛药

阿片类镇痛药可用于治疗中度至重度急性疼痛，包括羟考酮、氢可酮和可待因等药物。10这些药物通常以与对乙酰氨基酚或阿司匹林联合使用的制剂形式开具（例如，5 mg 氢可酮/300 mg 对乙酰氨基酚;30 mg 可待因/325 mg 阿司匹林）。4

阿片类药物在阿片受体上充当激动剂，并改变神经系统对疼痛刺激的反应。它们可以是全激动剂、部分激动剂，也可以是混合激动剂/拮抗剂。11, 12阿片类药物的确切作用机制尚不清楚，但是在大脑和脊髓中已经确定了被认为起作用的特定阿片受体。4, 5虽然非甾体抗炎药表现出有效性上限，而额外剂量不能提供额外的缓解，但阿片类药物没有镇痛上限。13

与阿片类药物相关的常见不良反应包括镇静、头晕、恶心、呕吐、瘙痒、出汗、便秘和呼吸抑制。13, 14此外，处方阿片类药物包含一个黑框警告，说明成瘾、滥用和误用、呼吸抑制、意外摄入（尤其是儿童）、新生儿阿片类药物戒断综合征（怀孕期间长期使用）、与细胞色素 P450 3A4 抑制剂的相互作用以及与苯二氮卓类药物或其他中枢神经系统抑制剂同时使用的危险。4

选择急性疼痛管理策略

可以考虑使用各种药物和药物组合来治疗急性牙痛，并且没有特定的方案可以保证对所有个体产生高水平的疼痛缓解。15此外，某些治疗方法可能比其他治疗方法更合适，具体取决于术后疼痛的程度。赫什等人，201116提供不同常规牙科干预后预期疼痛水平的分类（表1），以及Moore和Hersh 20137提供了针对不同程度预期疼痛的口服镇痛选择示例（表 2）。

**表 1.**根据牙科干预的预期术后疼痛水平示例16

**预期的术后疼痛：轻度  
— 干预：**  
系带切除术 牙龈切除术  
  
常规牙髓病学  
缩放/根部平整  
简单提取  
龈下修复手术

**预期的术后疼痛：中度  
— 干预：**  
植入手术 象限牙周瓣手术与骨重塑  
外科牙髓病学  
手术  
提取

**预期的术后疼痛：重度  
— 干预：**  
复杂植入  
物 部分或全骨嵌塞手术 牙周手术

改编自Hersh等人，201116

**表 2.**根据疼痛程度使用镇痛药7

**预期疼痛程度：轻度  
— 口服镇痛药选择：**  
布洛芬 200-400 mg，根据需要治疗疼痛，每 4-6 小时一次

**预期疼痛程度：轻度至中度  
— 口服镇痛药选择：**  
布洛芬 400 至 600 毫克固定间隔每 6 小时一次，持续 24 小时，然后  
根据需要每 400 至 4 小时  
服用布洛芬 6 毫克以缓解疼痛

**预期疼痛程度：中度至重  
度 — 口服镇痛药选择：**  
布洛芬 400 至 600 毫克加对乙酰氨基酚 500 毫克固定间隔，每 6 小时一次，持续 24 小时，然后  
根据需要每 400 小时  
服用布洛芬 500 毫克加对乙酰氨基酚 6 毫克，以缓解疼痛

**预期疼痛程度：重度  
— 口服镇痛药选择：**  
布洛芬 400 至 600 mg 加对乙酰氨基酚 650 mg，含氢可酮 10 mg，固定间隔每 6 小时一次，持续 24 至 48 小时，然后  
根据需要使用布洛芬 400 至 600 mg 加对乙酰氨基酚 500 mg，以治疗疼痛，每 6 小时  
一次

改编自摩尔和赫什20137

控制术后疼痛可以通过靶向疼痛源（炎症）来实现，NSAIDs能够实现。另一方面，阿片类药物会干扰疼痛的感知，并且不针对炎症。11JADA的系统评价概述，包括超过58，000名拔除第三磨牙后患者的数据，发现当比较NSAIDs和阿片类镇痛药的止痛效果时，400mg布洛芬与1，000mg对乙酰氨基酚的组合比任何含阿片类药物的方案更有效，并且还与较低的不良事件风险相关。15此外，在2016年，ADA众议院通过了一份声明，内容如下：“牙医应考虑将非甾体抗炎镇痛药作为急性疼痛管理的一线疗法。

ADA关于使用阿片类药物治疗牙痛的声明

2016年，ADA众议院通过了以下关于使用阿片类药物治疗牙痛的声明：

1. 在考虑开阿片类药物时，牙医应进行医疗和牙科病史，以确定当前的药物、潜在的药物相互作用和药物滥用史。
2. 牙医应遵循并不断审查[疾病控制中心](https://www.cdc.gov/opioids/healthcare-professionals/prescribing/guideline)和州许可委员会关于安全阿片类药物处方的建议。
3. 牙医应注册并利用处方药监测计划（PDMP），以促进出于合法医疗目的适当使用受控物质，同时阻止这些物质的误用、滥用和转移。
4. 牙医应与患者讨论他们在防止滥用、滥用、储存和处置处方阿片类药物方面的责任。
5. 牙医应考虑利用最佳实践来预防阿片类药物滥用加重或复发的治疗方案。
6. 牙医应考虑将非甾体抗炎镇痛药作为急性疼痛管理的一线治疗。
7. 牙医应认识到用于治疗急性术后疼痛的多模式疼痛策略，作为避免阿片类镇痛药需求的一种手段。
8. 牙医在开具阿片类药物治疗慢性口面部疼痛时，应考虑与其他治疗医生（包括疼痛专家）协调。
9. 真诚执业并对用于治疗疼痛的阿片类药物处方使用专业判断的牙医不应对成功获得非牙科用途的阿片类药物的患者的故意和欺骗行为负责。
10. 鼓励牙科学生，居民和执业牙医寻求与阿片类药物处方相关的成瘾性疾病和疼痛管理的继续教育。

*美国牙科协会  
2016  
年 2005 月 （328：2012; 139：2016; 286：<>）*

ADA关于阿片类药物处方的政策

2018年，ADA众议院通过了以下关于阿片类药物处方的政策：

“**决议**，ADA支持处方阿片类药物和其他受控物质的强制性继续教育（CE），重点是防止药物过量，化学依赖和转移。任何此类强制性CE要求应：

1. 提供DEA注册和州牙科委员会要求都可以接受的继续教育学分，
2. 提供针对牙医和牙科诊所特定需求的课程，
3. 包括一个逐步实施期，让受影响的牙医有一段合理的时间来达到依从性，并进一步

**决议**，ADA支持对阿片类药物剂量的法定限制，治疗急性疼痛的持续时间不超过七天，符合疾病控制和预防中心（CDC）循证指南，并进一步

**决议**，ADA支持提高州处方药监测计划的质量，完整性和互操作性。

*美国牙科协会  
2018年2018月*