

การถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด: รายงานผู้ป่วย

สุพิชฌาย์ ตั้งพิบูลธรรม *

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง เส้นเลือดสมองตีบ และได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีค่า International Normalized Ratio (INR) 3.18 สามารถรับการรักษาทางทันตกรรมโดยการถอนฟันธรรมดา 1 ซี่ ร่วมกับการเย็บแผลและใช้สารห้ามเลือดเฉพาะที่โดยไม่ได้งด หรือปรับลดยาต้านการแข็งตัวของเลือด หลังทำไม่พบปัญหาเลือดหยุดยากแต่อย่างใด

แม้ว่าปัจจุบันมีคำแนะนำให้ถอนฟันผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องจะทำการถอนฟันร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องหยุดยาก่อนการถอนฟันเพื่อป้องกันภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือด แต่ทันตแพทย์โดยส่วนใหญ่จะแนะนำให้ไปปรึกษาแพทย์ประจำตัวเพื่อให้แพทย์พิจารณาสั่งหยุดยา หรือปรับลดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนถอนฟัน รายงานผู้ป่วยนี้แสดงให้เห็นและสนับสนุนให้ทันตแพทย์จัดหัตถการทางทันตกรรมขนาดเล็กที่มีความเสี่ยงต่อเลือดออกต่ำด้วยความนุ่มนวล ร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาโดยไม่จำเป็นต้องหยุดหรือปรับยาก่อนการถอนฟันได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การถอนฟัน, ภาวะเลือดออกหลังการถอนฟัน, ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสตึก อบ.10, E-mail : wan7122016@gmail.com

Tooth extraction for patient undergoing warfarin treatment: A case report

*Supicha Tangpiboontam **

Abstract

A 65-year-old Thai male patient with HT, Ischemic stroke and prosthetic heart valve on warfarin had an International Normalized Ratio (INR) of 3.18. He was able to safely undergo simple extraction of single tooth, suturing and local hemostats without postoperative bleeding and needing to stop his warfarin treatment or reduce the dosage.

Although it is currently recommended that tooth extraction in patient receiving continuous anticoagulants be combined with local hemostasis without stop taking the medication prior procedure to prevent thrombosis, most dentists recommend consulting with the family physician to consider stopping or reducing the medication prior to tooth extraction.

This report demonstrates and encourages dentists to safely perform minor dental procedures with low bleeding risk and local hemostats in patient receiving medication without discontinuation or adjustment of drug prior to tooth extraction.

Keyword : Tooth extraction, Postoperative bleeding, Warfarin.

* Dental department, Sattahip km.10 Hospital, E-mail : wan7122016@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการนำยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบที่ไม่ออกฤทธิ์ผ่านวิตามินเค (non-vitamin K antagonist oral anticoagulant, NOAC) มาใช้ซึ่งออกฤทธิ์เจาะจงทำให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดและภาวะเลือดออกผิดปกติ และไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังค่า INR (International Normalized Ratio) ของผู้ป่วย[1] แต่ยังคงมีการใช้อย่างจำกัดในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัจจุบันยาแอสไพรีน (anticoagulant drug) ยังคงใช้กันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และมีข้อมูลสนับสนุนว่ายาแอสไพรีนมีความปลอดภัยสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม[2] รวมถึงผู้ป่วยที่เคยเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[3] เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาทางทันตกรรมโดยเฉพาะการถอนฟัน ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังคงแนะนำให้หยุดยา หรือปรับยาแอสไพรีนให้ INR อยู่ในระดับ 2-3 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกภายหลังทำการผ่าตัด (postoperative bleeding) ซึ่งการหยุดยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thromboembolism) เป็นสาเหตุหลักใหญ่ทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ โดยเฉพาะที่หัวใจและสมอง เป็นอันตรายร้ายแรงต่อตัวผู้ป่วย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) หลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) สมองขาดเลือดมาเลี้ยง (cerebral infarction) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้[4] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบปี 2018[5] รายงานว่างานทันตกรรมที่เสี่ยงเลือดออกต่ำ (ได้แก่ การใช้ยาเฉพาะที่ การขูดหินปูนเนื้อเหงือก การถอนฟัน 1 ซี่) และงานทันตกรรมที่เสี่ยงเลือดออกปานกลาง (ได้แก่ การถอนฟัน 2-4 ซี่ การผ่าตัดเหงือกเฉพาะที่ที่น้อยกว่าสี่) ทำหัตถการโดยไม่หยุดยา พบว่าอัตราตกเลือดอยู่ในระดับต่ำ เลือดที่ออกพบว่าไม่รุนแรงและควบคุมได้ด้วยการห้ามเลือดเฉพาะที่ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าเมื่อหยุดยาแอสไพรีนเพื่อทำการถอนฟันทำให้เกิดอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดอย่างรุนแรงในผู้ป่วยร้อยละ 1.2 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต[6] สำหรับการถอนฟันในผู้ป่วยที่มีการรับประทานยาแอสไพรีนอย่างต่อเนื่อง เกิดอุบัติการณ์ภาวะเลือดออกภายหลังถอนฟันร้อยละ 3.6 สามารถห้ามเลือดเฉพาะที่ภายหลังถอนฟันได้เป็นส่วนใหญ่ และไม่พบภาวะเลือดออกรุนแรงที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้[7] มีรายงานถึงระดับ INR ที่สูงกว่า 3 เล็กน้อย (ช่วงระหว่าง 2.0-4.0) โดยผู้ป่วยไม่ต้องหยุดยาแอสไพรีนสามารถทำการหัตถการที่ไม่ซับซ้อน เช่น ถอนฟันธรรมดา ร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่ที่ดี แต่ควรลดยาในกรณีที่เป็นการหัตถการซับซ้อน เช่น ผ่าฟันคุด ผ่าฟันฝัง ศัลยกรรมปริทันต์[4,8] สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขององค์กรวิชาชีพที่แนะนำการไม่หยุดหรือปรับเปลี่ยนยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการรักษาทางทันตกรรม แต่ในต่างประเทศพบมีแนวทางปฏิบัติจากหลายๆ องค์กร เช่น สมาคมทันตแพทย์อเมริกัน (The American Dental Association) สมาคมหลอดเลือดหัวใจแห่งยุโรป (The European Society of Cardiology) ที่แนะนำไม่ให้หยุดหรือปรับเปลี่ยนยาต้านเกร็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการรักษาทางทันตกรรม[9] สำหรับกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางให้ส่งปรึกษาแพทย์และควบคุม INR น้อยกว่า 3.5 [10] รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทันตแพทย์มีความมั่นใจในการถอนฟันผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด และจัดการทางทันตกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟัน และป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยสัญชาติไทย เพศชาย อายุ 65 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาปวดฟันบนขวาใช้งานไม่ได้ผู้ป่วยต้องการให้ถอนฟันซี่นี้ออก ผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดไส้เลื่อนหัวใจเทียมปี 62 (เมื่อ 6 ปีที่แล้ว)และมีเคยมีอาการเส้นเลือดสมองตีบร่วมด้วย แพทย์ให้ยาแอสไพรินขนาด 3 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ดก่อนนอน ค่า INR ควบคุมอยู่ระหว่าง 2.5-3.5 มาโดยตลอด

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดฟันบนด้านขวาเวลาทานอาหารทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารด้านขวาได้ แก้มด้านขวาไม่บวม อ้าปากได้ปกติ

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดสมองตีบ และไส้เลื่อนหัวใจเทียม ยาที่ทานประจำคือ warfarin (3 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด atorvastatin (40 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด losartan (50 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด atenolol (50 มิลลิกรัม) วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด และ spironolactone (25 มิลลิกรัม) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด ปฏิเสธการแพ้ยา

การตรวจในช่องปาก

ตรวจภายในช่องปาก พบฟันซี่#17 ฟันแตกในแนว vertical เหงือกรอบฟันอักเสบ บวม แดง มีตุ่มหนอง เคาะเจ็บ ไม่มีฟันผุ พบมีคราบจุลินทรีย์และหินปูนรอบๆตัวฟัน



การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

วิเคราะห์ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical radiograph) พบว่าซี่#17 มีเงาดำรอบปลายรากฟันขอบเขตชัดเจน ขนาดประมาณ 2*5 มิลลิเมตร

การวินิจฉัย #17 Chronic apical periodontitis

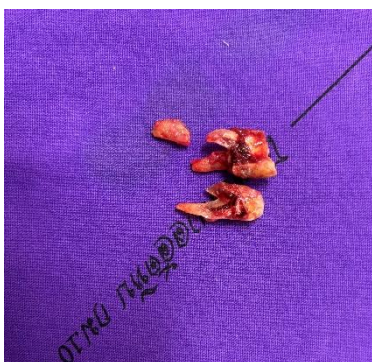


รูปแสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน

การรักษา

visit ที่ 1 ตรวจ ถ่ายภาพรังสี อธิบายแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ นัดถอนฟันในวันผู้ป่วยมีนัดเจาะเลือดตรวจค่า INR ตามปกติ

visit ที่ 2 ผล INR ก่อนถอนฟัน 3.18 ผู้ป่วยได้รับยาอ็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ขนาด 2 กรัม ก่อนทำหัตถการ 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำการถอนฟันซี่ 17 ออกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ที่มี Epinephrine 1:100000 โดยการฉีดยาชาแบบแทรกซึม (infiltrate) ด้วยเข็มขนาด 27 และทำการหยุดเลือดเฉพาะที่ (local hemostasis) โดยใส่สารห้ามเลือด resorbable gelatin sponge; Gelfoam ลงในแผลถอนฟันก่อนการเย็บด้วยไหมละลาย Vicryl ขนาด 4-0 ให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชแน่นๆ ประมาณ 15 นาที จนแน่ใจว่าไม่มีเลือดซึม จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังการถอนฟัน นัดผู้ป่วยกลับมาตัดไหมหลังถอนฟัน 7 วัน



visit ที่ 3 ตัดไหมหลังทำหัตถการ 7 วัน พบว่าไหมเย็บยังอยู่ครบ ไม่มีอาการปวด พบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเลือดหยุดยากหลังถอนฟัน แผลหายปกติไม่พบการติดเชื้อของแผลถอนฟัน



visit ที่ 4 นัดติดตามอาการหลังตัดไหม 1 อาทิตย์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ทานอาหารได้ตามปกติ และถ่ายรูปรังสี



รูปแสดงภาพหลังตัดไหม 1 อาทิตย์

วิจารณ์

โดยทั่วไปแล้วมีความเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ว่าไม่ควรเปลี่ยนรูปแบบการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม[11] และการเกิดภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในผู้ป่วยที่หยุดยาด้านลิ่มเลือดก่อนการทำหัตถการทางทันตกรรมไม่ด้อยไปกว่าการเกิดภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยา[12] ความเสี่ยงจากการหยุดยาหรือลดขนาดยาเหล่านี้ (เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) มีมากกว่าผลที่ตามมาจากการมีเลือดออกเป็นเวลานาน ซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยมาตรการเฉพาะที่ซึ่งมีหลายวิธีให้เลือกใช้โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่าย ความรุนแรงของการเกิดภาวะเลือดออก ตำแหน่งที่เกิดภาวะเลือดออก ความสะดวกและประสบการณ์ของทันตแพทย์ในการทำหัตถการห้ามเลือดเฉพาะที่[12] มีหลายการศึกษาแนะนำว่าไม่ต้องหยุดยาด้านลิ่มเลือดในการทำหัตถการทางทันตกรรมที่มีความเสี่ยงภาวะเลือดออกในระดับต่ำและระดับสูงเมื่อผู้ป่วยมีค่า INR ไม่เกิน 3.5[13] มีบางการศึกษาพบว่าการถอนฟันโดยการผ่าตัด (surgical tooth extraction) และฟันที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันของเนื้อเยื่อรอบตัวฟัน (acute inflammation) มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เพศ ชนิดของยาต้านการเกิดลิ่มเลือด รวมถึงความเชี่ยวชาญของทันตแพทย์ (ในกรณีที่ถอนฟันไม่เกิน 3 ซี่ ซึ่งถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงภาวะเลือดออกระดับต่ำ) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟัน[12,14] ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการร่วมอื่น (เช่น ผู้ป่วยตับบกพร่อง ติดสุรา ผู้ป่วยไตวาย ผู้ที่เกิดเลือดต่ำ ผู้ป่วยโรคเลือด และโรคฮีโมฟีเลีย) หรือผู้ที่กำลังรับการบำบัดอื่นๆ (เช่น ทานยาที่เป็นพิษต่อดับ ยาเคมีบำบัด) ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการมีเลือดออก ทันตแพทย์อาจต้องปรึกษาแพทย์ของผู้ป่วยก่อน[15] และทันตแพทย์อาจพิจารณาเลือกหรือแบ่งการรักษาเป็นหลายครั้ง เช่น ถอนฟันไม่เกิน 3 ซี่ แทนการถอนฟันมากกว่า 3 ซี่ขึ้นไปในครั้งเดียวซึ่งเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงภาวะเลือดออกระดับสูง และใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ในระดับที่สูงขึ้นเพื่อควบคุมภาวะเลือดออกที่อาจเกิดภายหลังการทำหัตถการ[12] ในช่วงแรกของขบวนการห้ามเลือด (primary hemostasis) ขึ้นอยู่กับการทำงานของเกร็ดเลือด (platelet function) ซึ่งยารวาร์ฟารินไม่มีผลโดยตรงต่อขบวนการนี้ แต่เชื่อว่าการละลายของไฟบรินเฉพาะที่ (local fibrinolysis) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในภายหลังมักพบหลังถอนฟัน 2-3 วัน[16] ดังนั้นการใช้น้ำยาบ้วนปากทราโนซามิกและซิดเป็นตัวเลือกหนึ่งในการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในช่องปากได้ บางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟันไม่สามารถบอกได้ว่ายาต้านการเกิด

ลิ้มเลือดที่รับประทานอยู่เป็นประจำคืออะไร เป็นยาชนิดไหน แต่ถ้าทันตแพทย์ทราบถึงวิธีการถอนฟันร่วมกับการห้ามเลือดเฉพาะที่ และอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันที่เกิดขึ้น ทันตแพทย์ก็สามารถให้การรักษานผู้ป่วยได้ทันทีโดยมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันและผู้ป่วยไม่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

สรุป

การถอนฟันธรรมดา 1 ซี่โดยไม่หยุดยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยที่มีค่า INR 3.18 สามารถทำได้โดยวิธีฉีดยาชาแบบแทรกซึม (infiltrate) ใช้เข็มขนาด 27 ซึ่งมีขนาดเล็กและใช้ยาชาเฉพาะที่ที่มี Epinephrine 1:100000 เป็นส่วนช่วยในการห้ามเลือดเฉพาะที่ หลังถอนฟันเย็บแผลด้วยไหมละลาย Vicryl ขนาด 4-0 ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำที่ให้ใช้สารที่ช่วยทำให้เลือดหยุดเฉพาะที่ และเย็บแผลด้วยไหมละลายจะดีกว่าไหมไม่ละลายเนื่องจากลดการเกาะของแผ่นคราบจุลินทรีย์มีส่วนทำให้เกิดการอักเสบของแผลได้ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ไหมไม่ละลายควรตัดไหมออกภายใน 4-7 วัน เป็นการรักษาที่ทำได้ในบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Fuster V, O'Rourke R. Hurst's the heart. 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
- 2.Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: the task force for the management of atrial fibrillation of European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2016;37:2893-962.
- 3.Gurbel PA, Myat A, Kubica J, Tantry US. State of the art: Oral antiplatelet Therapy. JRSN Cardiovasc Dis 2106;5:2048004016652514.
- 4.Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, van Walraven C. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2008;179:235-44.
- 5.Lusk KA, Snoga JL, Benitez RM, Sarbacker GB. Management of Anticoagulants Surrounding Dental Procedures with Low-to-Moderate Risk of Bleeding. J Pharm Pract 2018;31(2):202-7.
- 6.Blacker DJ, Wijdicks FM, McClelland RL. Stroke risk in anticoagulated patient with atrial fibrillation undergoing endoscopy. Neurology 2003;61(7):964-8.
- 7.Morimoto Y, Niwa H, Minematsu K. Hemostatic management of tooth extractions in patients on oral antithrombotic therapy. J Oral Maxillofac Surg 2008;66:51-7.
- 8.Devani P, Lavery KM, Howett CJT. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regimen necessary? Br J Oral Maxillofac Surg 1998;36:17-11.
- 9.<http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/anticoagulant-antiplatelet-medications-and-dental-procedures2018>.
- 10.Ministry of Public Health. Clinical Practice Guideline (cited 2024 Dec 30); 1(30 screens). Available from:<http://cloud-atg.moph.go.th>.

- 11.[http://www.ada.org/en/library and archives/community initiative](http://www.ada.org/en/library_and_archives/community_initiative) 2022.
- 12.Chiewwit N, Chokchaivorakul W, Nissapa K. Postoperative bleeding after dental procedures in patients taking continuously antithrombotic drugs compared with interrupted antithrombotic drugs: A retrospective non-inferiority study. J Dent Assoc Thai 2022;72(4):551-66.
- 13.Lee JK. Dental management of patient on anti-thrombotic agents. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2108;44(4):143-50.
- 14.Morimoto Y, Niwa H, Minematsu K. Risk factors affecting postoperative hemorrhage after tooth extraction in patients receiving oral antithrombotic therapy. J Oral Maxillofac Surg 2011;69:1550-6.
- 15.Perry DJ, Noakes TJ, Helliwell PS, British Dental Society. Guidelines for patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. Br Dent J 2007;203(7):389-93.
- 16.Carter G, Goss A. Tranexamic acid mouthwash-a prospective randomized study of 2-day regimen vs 7-day regimen to prevent postoperative bleeding in anticoagulated patients requiring dental extractions. Int J Oral Maxillofac Surg 2003;32:504-7.