

การศึกษาภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัดกระดูกในช่องปากในผู้ป่วยที่ไม่หยุดยาแอสไพรินก่อนการผ่าตัด

ณัฏญ์ แก้วกำเนิด น.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน 190 ถนนสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

Abstract: The Study of Postoperative Bleeding in Dental Osteotomy with Continued Aspirin Therapy

Kaewkumnerd D

Dental Department, Lerdsin Hospital, 190 Silom Rd., Bangrak, Bangkok, 10500

(E-mail:danaik00@hotmail.com)

(Received: October 26, 2018; Revised: May 16, 2019; Accepted: July 7, 2019)

The retrospective study was made in Lerdsin hospital by collecting data of 46 patients who regularly took antiplatelet drugs and came to the dental department for dental osteotomy during 2012 to 2016. The purpose is whether prolonged bleeding would be seen among them. Are there any difference between ages, sex, location of surgical area and dosage of drug? The result showed 2 percent of whole samples revealed prolonged bleeding. No any difference neither variations.

Keyword: Aspirin, Oral surgery, Postoperation bleeding

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยของโรงพยาบาลเลิดสิน ที่กินยาต้านเกล็ดเลือดตามปกติระหว่างมาผ่าตัดกระดูกในช่องปาก ที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลเลิดสินระหว่าง พ.ศ. 2555 ถึง 2559 จำนวน 46 ราย จุดประสงค์เพื่อติดตามว่ามีภาวะเลือดออกมากผิดปกติเกิดขึ้นแตกต่างกันในระหว่าง อายุ เพศ ตำแหน่งผ่าตัด และขนาดของยาหรือไม่ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีเพียงร้อยละ 2 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติ และไม่พบความแตกต่างระหว่างตัวแปรทั้งหมด

คำสำคัญ: ยาแอสไพริน การผ่าตัดกระดูกในช่องปาก ภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด

บทนำ

ปัจจุบันทันตแพทย์มีโอกาสมักพบผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีประวัติได้รับยาต้านเกล็ดเลือดได้บ่อย เนื่องจากยากลุ่มนี้ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์การอุดตันของหลอดเลือดแดง โดยมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease) ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยที่ทำบายพาส (bypass) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)¹ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease)²⁻³ ทันตแพทย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบเหล่านี้ซึ่งมีประวัติใช้ยาต้านเกล็ดเลือดเมื่อมาทำฟันได้ ยาต้านเกล็ดเลือดในรูปแบบชนิดกินที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ aspirin, clopidogrel (Plavix[®]) และ ticlopidine (Ticlid[®])³ ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551² รวมทั้ง dipyridamole (Persantin[®]) และ cilostazol (Pletal[®]) ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลัก ยาที่นิยมใช้มากที่สุด คือ aspirin โดยทางสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association) ได้กำหนดให้ใช้ aspirin ที่มีปริมาณต่ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thromboembolism) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะที่หัวใจและสมอง⁴

ผลเสียที่สำคัญของการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการทำศัลยกรรมคือ การเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติซึ่งอาจมีความรุนแรงน้อยหรือมากขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดและปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่มีผลต่อการหยุดเลือด ได้แก่โรคเลือด โรคตับ โรคไต เป็นต้น มีรายงานการเสียชีวิตที่มีความสำคัญทางคลินิกระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่ไม่หยุดยาต้านเกล็ดเลือดในการผ่าตัดหัวใจและการผ่าตัดต่อมลูกหมาก⁵ แต่ยังไม่พบรายงานการสูญเสียเลือดที่มีความสำคัญทางคลินิกในการบำบัดทางทันตกรรม⁶ แต่เป็นที่ทราบกันว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดมักจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่ดูแลหรือทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา ให้หยุดยาเหล่านั้นก่อนการบำบัดทางทันตกรรมเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการทำศัลยกรรมมีการศึกษาภาวะเลือดออกหลังถอนฟันและการทำผ่าตัดเล็กในช่องปากในผู้ป่วยโดยไม่หยุดยาต้านเกล็ดเลือด พบว่าเกิดภาวะเลือดออกมากหลังทำหัตถการพบได้น้อยมากและภาวะดังกล่าวสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการห้ามเลือดเฉพาะที่⁷⁻⁸

ในปัจจุบันยังไม่พบรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยทางทันตกรรมที่ไม่หยุดยาต้านเกล็ดเลือดและได้รับการผ่าตัดกระดูกในช่องปากได้แก่ bone exostosis, alveoloplasty, alveolectomy, bony impaction, ankylos, hard tissue biopsy, torus mandibularis และ torus palatinus จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัดกระดูกในช่องปากในผู้ป่วยที่ไม่หยุดยาต้านเกล็ดเลือดก่อนการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ในกลุ่มประชากรที่เข้ารับบริการผ่าตัดกระดูกในช่องปาก ณ กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลเลิดสิน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 46 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการศึกษาดังนี้ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ aspirin อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป นับย้อนจากวันที่ทำการบำบัดรักษาทางทันตกรรม

ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มประชากรมีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด คือ แอสไพริน 81 และ 325 มิลลิกรัม เท่านั้น เพื่อดูผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังผ่าตัดกระดูกในช่องปาก (Clinical significant bleeding) หมายถึงการมีเลือดออกนานเกินกว่า 12 ชั่วโมง และทำให้ผู้ป่วยกลับมาหาทันตแพทย์หรือห้องฉุกเฉิน การที่ผู้ป่วยมีก้อนเลือดขัง (hematoma) หรือมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (sisomyhccce) ขนาดใหญ่หรือการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน (blood transfusion)⁹⁻¹¹ ส่วนการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือด หมายถึงภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในลักษณะอวัยวะขาดเลือดแบบชั่วคราว แสดงอาการชัดเจนที่สมองและหัวใจ (transient ischemic attack:TIA)¹² อาจมีอาการเตือนเกิดขึ้นหลายรูปแบบเกิดขึ้นชั่วขณะแล้วหายไปเองได้ อาการเหล่านี้ได้แก่อาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าหรือบริเวณแขนขา พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล ปวดศีรษะ เวียนศีรษะทันทีทันใด ตามัว มองภาพซ้อน เดินเซ ทรงตัวลำบาก แน่นหน้าอก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการเตือนเริ่มต้นของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำต่อมาได้¹³ ซึ่งรับการตรวจพบและบันทึกใน 7 วันหลังการผ่าตัด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-squared test Fisher's Exact test และ Mann-Whitney U test การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน

wa

ผู้ป่วยทั้งหมด 46 ราย เป็นเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 65.2) เพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 34.8) อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 43.25-89.92 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68.62 ± 9.55 ปี ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณขากรรไกรบน 23 ราย (ร้อยละ 50.0) และผ่าตัดบริเวณขากรรไกรล่าง 23 ราย (ร้อยละ 50.0) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม มีจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 50.0) เป็นเพศชาย 15 ราย (ร้อยละ 65.2) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 34.8) อายุเฉลี่ย 64.92 ± 7.98 ปี ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณขากรรไกรบน 14 ราย (ร้อยละ 60.9) และตำแหน่งผ่าตัดบริเวณขากรรไกรล่าง 9 ราย (ร้อยละ 39.1) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม มีจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 50.0) เป็นเพศชาย 15 ราย (ร้อยละ 65.2) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 34.8) อายุเฉลี่ย 72.33 ± 9.71 ปี ตำแหน่งผ่าตัดบริเวณขากรรไกรบน 9 ราย (ร้อยละ 39.1) และตำแหน่งผ่าตัดบริเวณขากรรไกรล่าง 14 ราย (ร้อยละ 60.9) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	ยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพริน (n=46)			p-value ^a
	ขนาด 81 มก. (n=23)	ขนาด 325 มก. (n=23)	รวม (n=46)	
Age (yrs)				0.065
- Mean ± SD	64.92 ± 7.98	72.33 ± 9.71	68.62 ± 9.55	
- Min, Max	43.25, 72.08	64.25, 89.92	43.25, 89.92	
Gender				1.000
- Male	15 (65.2%)	15 (65.2%)	30 (65.2%)	
- Female	8 (34.8%)	8 (34.8%)	16 (34.8%)	
ตำแหน่งผ่าตัด				0.140
- ขากรรไกรบน	14 (60.9%)	9 (39.1%)	23 (50.0%)	
- ขากรรไกรล่าง	9 (39.1%)	14 (60.9%)	23 (50.0%)	

a = Mann - Whitney U test

จากผู้ป่วยทั้งหมด 46 ราย ได้นำผลการศึกษาภาวะเลือดออกมากผิดปกติที่เกิดขึ้นแยกออกได้เป็น 3 รูปแบบได้แก่ ภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด ภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน และภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด ในแต่ละรูปแบบนำมาเปรียบเทียบทางสถิติกับชนิดและขนาดของยาต้านเกล็ดเลือด ได้แก่ยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม และยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม โดยใช้ Fisher's Exact Test พบว่ามีการเกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด 5 ราย (ร้อยละ 10.9) โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 13.0) และพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8.7) จากผลการศึกษาในผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value=1.000) ส่วนการเกิดภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน พบจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.2) โดยอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม (ร้อยละ 4.3) จากผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=0.600) ในขณะที่ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด (ร้อยละ 0.0) ทำให้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 325 มิลลิกรัม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value=1.000) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ

ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ	ยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพริน (n=46)			p-value ^b
	ขนาด 81 มก. (n=23)	ขนาด 325 มก. (n=23)	รวม (46)	
ภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด				1.000
- ไม่เกิด	20 (87.0%)	21 (91.3%)	41 (89.1%)	
- เกิด	3 (13.0%)	2 (8.7%)	5 (10.9%)	
ภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน				0.600
- ไม่เกิด	23 (100.0%)	22 (95.7%)	45 (97.8%)	
- เกิด	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (2.2%)	
ภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัด	(n=3)	(n=2)	(n=5)	
- ไม่เกิด	3 (100.0%)	2 (100.0%)	5 (100.0%)	
- เกิด	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

b = Fisher's Exact Test

ในการศึกษานี้ยังได้บันทึกการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทำให้อวัยวะขาดเลือดแบบชั่วคราว ซึ่งตรวจและบันทึกใน 7 วันหลังการผ่าตัด ในการศึกษานี้ไม่พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหลังการผ่าตัด 7 วัน

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า การผ่าตัดกระดูกในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน 81 และ 325 มิลลิกรัม โดยไม่หยุดยาพบภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างการผ่าตัดน้อยมากและสามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้โดยวิธีการห้ามเลือดเฉพาะที่ อีกทั้งพบภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัด 7 วันได้น้อยมากเช่นกัน โดยภาวะที่พบเป็นรูปแบบของเลือดออกใต้เยื่อหุ้มหนังซึ่งภาวะดังกล่าวสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกในช่องปากทั่วไปได้เช่นกัน ซึ่งผลจากการศึกษานี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁶⁻⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดที่กระทำขึ้นในการศึกษานี้ทำแบบมาตรฐานการผ่าตัดกระดูกในช่องปาก ภายใต้การใช้ยาเฉพาะที่ และได้มีการเตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือดเพื่อแก้ไขภาวะเลือดออกมากผิดปกติขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่องปากไว้ด้วย ได้แก่ oxidized cellulose (surgicel) electrosurgery และ 5% tranexamic acid mouthwash ในกรณีผ่าตัดกระดูกในช่องปากทั่วไปเย็บแผลด้วยเทคนิคอินเทอร์พेटิต ซูเจอร์ (interrupted suture technique) ส่วนในกรณีผ่าตัดปุ่มกระดูกออกกลางเพดานเย็บแผลด้วยเทคนิคอินเทอร์พेटิต ซูเจอร์ ร่วมกับการใช้แผ่นปิดเหงือกกลางเพดาน (surgical stent)

แม้ว่าการศึกษานี้พบภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างและหลังการผ่าตัดได้น้อย แต่ภาวะดังกล่าวเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นในการผ่าตัดกระดูกในช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ทันตแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดควรมีความชำนาญและประสบการณ์ในการวางแผนและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและเตรียมความพร้อมสำหรับการห้ามเลือดในทุกๆครั้งก่อนทำการผ่าตัดทุกครั้ง อีกทั้งควรทำการผ่าตัดในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการแก้ไขภาวะเลือดออกมากผิดปกติระหว่างและหลังการผ่าตัด

อย่างไรก็ตามพบว่า การศึกษาภาวะเลือดออกมากผิดปกติควรมีค่ามาตรฐาน INR (International Normalized Ratio) ของผู้ป่วยเปรียบเทียบ

ด้วย ค่ามาตรฐาน INR ที่ทำการผ่าตัดในช่องปากได้ดีโดยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมากผิดปกติและภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดน้อยที่สุดมีค่าเท่ากับ 2.5 การผ่าตัดในช่องปากที่ปลอดภัยผู้ป่วยควรมีค่ามาตรฐาน INR ระหว่าง 2.0 - 4.0 ซึ่งสามารถทำการผ่าตัดในช่องปากที่ปลอดภัยโดยใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ได้ และถ้าผู้ป่วยมีค่ามาตรฐาน INR มากกว่า 4.0 ไม่ควรทำการผ่าตัดในช่องปากใดๆ¹⁴⁻¹⁵ การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาเป็นผู้ป่วยที่พบได้ไม่บ่อยนักและไม่ได้คำนวณขนาดของประชากร (sample sizes) เป็นการศึกษาย้อนหลังจากผู้ป่วยนอกทั้งหมดจึงไม่มีการบันทึกค่ามาตรฐาน INR จึงควรศึกษาเพิ่มเติมแบบการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (prospective study) และนำค่ามาตรฐาน INR มาเป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาได้ อีกทั้งชนิดของยาต้านเกล็ดเลือดในการศึกษานี้มีเพียงยาแอสไพริน 2 ขนาด ได้แก่ 81 และ 325 มิลลิกรัม เท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงยาต้านเกล็ดเลือดชนิดอื่น

สรุป

ผลจากการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังการผ่าตัดกระดูกในช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินโดยไม่หยุดยาเกิดขึ้นร้อยละ 2.2 โดยกระบวนการผ่าตัดที่ใช้ขึ้นเป็นวิธีการผ่าตัดกระดูกในช่องปากแบบมาตรฐาน การห้ามเลือดใช้วิธีการห้ามเลือดแบบเฉพาะที่ เช่น การกด การกั๊กผ้าก๊อช และการเย็บเท่านั้น ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังผ่าตัดนอกจากขนาดของยาแอสไพรินเช่น เพศ อายุ ตำแหน่งผ่าตัด พบว่าไม่มีความแตกต่าง และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในการศึกษานี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์วิทยา ยินดีเดช ที่ให้แนวคิดในการนำเอาการปฏิบัติงานประจำมาพัฒนาสู่งานการศึกษานี้และให้คำปรึกษาในทุกด้านของงานการศึกษา ขอขอบคุณทันตแพทย์นพภูล จันทร์มิ่งแสง และทันตแพทย์หญิงงามตา อุดมพัฒน์ ที่ให้คำปรึกษาในการสร้างแนวทางในการศึกษา ขอขอบคุณนางจันทร์ทิพย์ จันทการ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลเลิดสินทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาในการสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

References

1. Sibon I, Orgogozo JM. Antiplatelet drug discontinuation is a risk factor for ischemic stroke. *NEUROLOGY* 2004; 62:1187-9.
2. หลักเกณฑ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551. บทที่ 4 Antiplatelet drugs. หน้า 1-20.
3. Oral HealthTopics. Anticoagulant and Antiplatelet. Medications and Dental Procedures. Center for Science Information, ADA Science Institute. October 22, 2015
4. Brennan Mt, Wynn R, Miller C. Aspirin and bleeding in dentistry: An update and recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 104:316-23.
5. Vasudeva P, Goel A, Sengottayan V, Sankhwar S, Dalela D. Antiplatelet drugs and the perioperative period : What every urologist needs to know. *Indian J Urol* 2009; 25:296-30110.
6. HanKen H, Tieck F, Kluwe L, Smeets R, Heiland M, Precht C, et al. Lack of evidence for increased postoperative bleeding risk for dental ostectomy with continued aspirin therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119:17-19.
7. Bajkin BV, Urosevic IM, Stankov KM, Petrovic BB, Bajkin IA. Dental extractions and risk of bleeding in patients and risk of bleeding in patients taking single and dual antiplatelet treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2015; 53:39-43.
8. Madan GA, Madan SG, Madan G, Madan AD. Minor oral surgery without stopping daily low-dose aspirin therapy: a study of 51 patients. *J oral Maxillofac Surg* 2005; 63:1262-5.
9. Lockhart PB, Gibson J, Pond SH, Leitch J. Dentle management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 1: coagulopathies from systemic disease. *Br Dent J* 2003; 195:439-45.
10. Dental Surgery In Patients Using Antiplatelet Medication and Oral Anticoagulants. North West Medicines Information Centre, March 2004; 1-4.
11. Krisbnan B, Shenoy NA, Alexander M. Exodontia and Antiplatelet therapy. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66: 2063-6.
12. “TIA (ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว)” .2559 (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : URL ; <https://www.pobpad.com/tia>
13. Maulaz AB, Bezerra DC, Michel P, Bogouslavsky J. Effect of discontinuing aspirin therapy on the risk of brain ischemic stroke. *Arch Intern Med* 2005; 62:1217-20.
14. Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs. Dental Clinical Guidance Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme Dundee Dental Education Centre, Frankland building, Small's Wynd, Dundee, August 2015
15. Pototski M, Amenabar JM. Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment. *J Oral Science* 2007; 49: 253-8.