

การถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน

ธัชดาพร อัจฉริยาเพ็ชร ทบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการหยุดไหลของเลือดภายหลังการถอนฟันอย่างง่ายในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ (ไม่เกิน 100 มก.) โดยไม่หยุดยาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันเป็นเวลา 7 วัน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงสังเกตการณ์

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ ไม่เกิน 100 มก. ที่มารับบริการถอนฟันอย่างง่าย 1-3 ซี่ ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 จำนวน 67 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง 31 ราย ได้รับการหยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันเป็นเวลา 7 วัน ในขณะที่ 36 ราย ไม่ได้หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน ทำการตรวจวัดระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือด (bleeding time) ก่อนการถอนฟัน และติดตามการหยุดไหลของเลือดภายหลังการถอนฟัน 30 นาทีและ 60 นาที จนเลือดหยุดสนิท และติดตามการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 24 ชม. เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน 7 วัน และกลุ่มที่ไม่ได้หยุดยา

ตัววัดที่สำคัญ: ระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือดก่อนถอนฟัน (bleeding time) ระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือดภายหลังการถอนฟัน การเกิดเลือดออกซ้ำหลังการถอนฟันใน 24 ชม.

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 29 ราย เพศหญิง 38 ราย อายุเฉลี่ย 66.6 ± 6.6 ปี ระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือดในกลุ่มหยุดยาแอสไพริน เท่ากับ 1.9 ± 0.5 นาที และในกลุ่มไม่ได้หยุดยาแอสไพริน เท่ากับ 2.8 ± 0.6 นาที ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.045$) แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกราย (0-6 นาที) ภายหลังการถอนฟันพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีเลือดหยุดไหลภายใน 30 นาที โดยห้ามเลือดด้วยการกดผ้าก๊อศภายหลังการถอนฟันเท่านั้น มีเพียงหนึ่งรายในกลุ่มผู้ป่วยที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน ที่มีเลือดหยุดไหลภายใน 31-60 นาที หลังการถอนฟันไม่พบว่าผู้ป่วยรายใดมีเลือดออกซ้ำภายใน 24 ชม. ทั้งสองกลุ่ม

สรุป: การถอนฟันอย่างง่าย (1-3 ซี่) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ (ไม่เกิน 100 มก.) สามารถทำได้โดยไม่ต้องหยุดยาก่อนการถอนฟัน

* กลุ่มงานทันตกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Abstract

Dental Extraction in Patients on Aspirin

Ratchadaporn Adchariyapetch DSS

Department of Dentistry, BMA Medical College and Vajira Hospital

Objective: To study postoperative stoppage of bleeding after simple dental extractions for patients receiving and not ceasing low-dose aspirin (≤ 100 mg.), in comparison with patients ceasing aspirin intake 7 days before dental extraction.

Study design: Observational study.

Subjects: Patients who received low-dose aspirin (≤ 100 mg.) and underwent simple dental extraction of 1–3 teeth at BMA Medical College and Vajira Hospital during November 2007 to April 2008.

Methods: There were 31 patients discontinued aspirin intake 7 days before dental extraction and 36 patients continued aspirin intake. The bleeding time was measured before dental extraction. After extraction, bleeding stoppage within 30 minutes, 60 minutes until completely stopping, as well as, the repeated bleeding within 24 hours were recorded. The results from the group of patients who discontinued aspirin 7 days before dental extraction and the group who continued aspirin were compared.

Main outcome measures: Bleeding time, period of bleeding stoppage after dental extraction, incidence of repeated bleeding within 24 hours

Results: The subjects were male in 29 cases and female in 38 cases. The mean age was 66.6 ± 6.6 years. The mean bleeding time of the patients who discontinued aspirin intake 7 days in advance was 1.9 ± 0.5 minutes, which was statistical significant different (p -value = 0.045) from 2.8 ± 0.6 minutes of those who continued aspirin but bleeding time in all patients were still within normal ranges (0–6 minutes). After dental extraction, almost all patients had bleeding stoppage within 30 minutes by only biting on gauze. Only one of the group that discontinued aspirin intake had bleeding stoppage within 31–60 minutes. Repeated bleeding within 24 hours after tooth extraction was not found in either group.

Conclusion: Simple dental extraction of 1–3 teeth in low-dose aspirin intake patients (≤ 100 milligrams) can be undertaken without the necessity of ceasing aspirin before dental extraction.

Key words: dental extraction, aspirin, bleeding

บทนำ

ในปัจจุบัน ทางแพทย์มีการใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดกันอย่างแพร่หลายเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง และโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำตามอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้จากการศึกษาของ The US Physicians' Health Study¹ พบว่าผู้ที่ได้รับยาแอสไพรินสามารถลดความเสี่ยงของการเกิด myocardial infarction, stroke และการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรงถึงชีวิตอื่น ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาผลของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจของ Second International Study of Infarct Survival (ISI-2)² พบว่า เมื่อให้แอสไพริน 162 มก. ต่อวัน ในผู้ป่วย myocardial infarction หลังเกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมงเป็นเวลา 30 วัน สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดลงได้ ในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดถึงขนาดของยาแอสไพรินที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด แต่พบว่าการให้ยาแอสไพรินขนาด 75 มก. ต่อวัน สามารถลดการเกิด myocardial infarction ได้โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาเลือดออกที่เป็นอันตรายถึงชีวิต³

ยาแอสไพรินทำให้เกิดความผิดปกติในการหยุดของเลือดโดยยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือดเมื่อเกิดบาดแผล⁴⁻⁶ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการหยุดไหลของเลือด และผลดังกล่าวจะคงอยู่เป็นเวลา 3-7 วัน หลังจากได้รับยา จนกว่าจะเกิดการสร้างเกล็ดเลือดขึ้นใหม่ ดังนั้นทันตแพทย์จึงมักให้ผู้ป่วยหยุดยาแอสไพรินเป็นเวลา 7 วันก่อนการถอนฟันหรือทำหัตถการในช่องปาก^{4,7} การหยุดยาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบสูงและเป็นอันตรายมากกว่าภาวะเลือดออกเฉพาะที่จากการถอนฟัน ซึ่งเป็นบาดแผลภายนอกและมีลักษณะเป็นบ้ำที่สามารถควบคุมการไหลของเลือดด้วยการกดบาดแผลหรือรวมกับการเย็บบาดแผลและการใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือด⁸⁻¹¹ เช่น surgicel, tranexamic acid ความเข้มข้นร้อยละ 10

จากการสำรวจความเห็นของแพทย์ทางทันตโรคหัวใจและหลอดเลือดในนิวกาสเชิลของ Wahl และคณะ¹² พบว่า แพทย์ร้อยละ 92 เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องหยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันเพียงหนึ่งซี่และร้อยละ 83 เห็นว่าไม่มีความจำเป็นต้องหยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันมากกว่าหนึ่งซี่

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อยืนยันแนวความคิดว่าการถอนฟันอย่างง่ายในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในขนาดต่ำไม่เกิน 100 มก. ต่อวันโดยไม่ต้องหยุดยาก่อนการรักษานั้น ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดไหลไม่หยุด และเลือดออกซ้ำที่เป็นอันตรายภายหลังการถอนฟัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากการหยุดยาแอสไพรินซึ่งอาจมีผลรุนแรงถึงชีวิตได้

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงสังเกตการณ์

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ ที่มารับบริการถอนฟันที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 25 ปีขึ้นไป
2. ได้รับยาแอสไพรินขนาดไม่เกิน 100 มก. ต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์
3. มีความจำเป็นต้องถอนฟันอย่างง่าย ไม่เกิน 3 ซี่

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นโรคที่ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น ฮีโมฟีเลีย ตับแข็ง โรคไต
2. ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดอื่น ๆ ร่วมด้วย
3. ความดันเลือดสูงเกิน 150/100 มม.ปรอท
4. ผลการตรวจ bleeding time ผิดปกติ

นิยามตัวแปร

การถอนฟันอย่างง่าย หมายถึง การถอนฟันโดยการใช้นิ้วมือถอนฟันและ elevator โดยไม่มีการผ่าตัดเปิดเหงือก หรือกรอกระดูกร่วมด้วย

ระยะเวลาการหยุดไหลของเลือดภายหลังการถอนฟัน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่หลังถอนฟันเสร็จจนเลือดหยุดสนิท ไม่มีเลือดซึมออกจากบาดแผลถอนฟัน โดยแบ่งเป็นเลือดหยุด

ภายใน 30 นาที เลือดหยุดภายใน 31-60 นาที และ เลือดหยุด นานกว่า 60 นาที

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา และควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครแล้ว ได้ทำวิจัยเชิงสังเกตการณ์ ในผู้ป่วยที่หยุดและไม่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน ทั้งนี้การพิจารณาหยุดหรือไม่หยุดยาแอสไพรินขึ้นกับดุลยพินิจของทันตแพทย์ที่ทำการรักษาแต่ละท่าน หากพิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน จะส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจก่อนให้ผู้ป่วยหยุดยา และจะหยุดยาแอสไพริน 7 วัน แล้วจึงทำการถอนฟัน ส่วนกลุ่มที่ทันตแพทย์พิจารณาว่าไม่ต้องหยุดยาแอสไพริน จะทำการถอนฟันเลย ก่อนถอนฟันผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจวัดความดัน และตรวจหาระยะเวลาการหยุดของเลือด (bleeding time) ภายหลังจากการถอนฟัน ผู้วิจัยติดตามสังเกตการหยุดไหลของเลือด 30 นาที และ 60 นาที ภายหลังจากการถอนฟัน หากมีเลือดออกอยู่จะทำการห้ามเลือดด้วยการกดบาดแผลร่วมกับการเย็บแผล หรือใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือดประเภท surgicel หรือ tranexamic acid ความเข้มข้นร้อยละ 10 ชุบผ้าก๊อสดกดบาดแผล และดูแลจนเลือดหยุดไหลเป็นปกติก่อนให้ผู้ป่วยกลับ พิจารณาให้ยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะตามความจำเป็น โดยยาแก้ปวดจะใช้พาราเซตามอล และจะไม่ให้ยาแอสไพรินและยาในกลุ่ม NSAIDs หลังจากนั้นให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังการถอนฟัน และหากผู้ป่วยเกิดเลือดออกซ้ำหรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ให้ติดต่อทันตแพทย์ทันที

หลังจากนั้นติดตามผลการรักษาในวันรุ่งขึ้น (หลังการถอนฟัน 24 ชั่วโมง) ทางโทรศัพท์ หากพบมีเลือดออกซ้ำอีก ให้ผู้ป่วยกลับมาพบการรักษาเพื่อห้ามเลือดด้วยการกดบาดแผล การเย็บแผล และ/หรือร่วมกับการใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือด ประเภท surgicel, tranexamic acid ความเข้มข้นร้อยละ 10 ตามความจำเป็น หากยังไม่สามารถห้ามเลือดได้จะส่งปรึกษาแพทย์เพื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในและให้เกล็ดเลือดทดแทน ในรายที่มีการเย็บบาดแผลจะนัดกลับมาตัดไหมในวันที่ 7 หลังการถอนฟัน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 ข้อมูลทั่วไปทำการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การเปรียบเทียบ bleeding time ระหว่างกลุ่มที่หยุดยาแอสไพริน

และกลุ่มที่ไม่ได้หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน วิเคราะห์ด้วย unpaired-t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การเปรียบเทียบช่วงระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือดภายหลังการถอนฟันจะทำการวิเคราะห์โดย Fisher's exact test

ผลการวิจัย

ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำมารับบริการถอนฟันอย่างง่ายที่กลุ่มงานทันตกรรม วิทยาลัยแพทย-ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งสิ้น 67 ราย เป็นชาย 29 ราย และหญิง 38 ราย อายุเฉลี่ย 66.6 ± 6.6 ปี (52-81 ปี) ขอบ่งชี้ในการให้ยาแอสไพริน ส่วนมากคือเบาหวานและหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ (ไม่เกิน 100 มก.) เป็นเวลานานกว่า 1 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ได้รับยา Aspirin ขนาด 80 มก. จำนวน 60 ราย และส่วนน้อยได้รับยา Aspirin EC 60 มก. 4 ราย และ Cardiprin 100 มก. 3 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.7 กลุ่มผู้ป่วยที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน 7 วัน มีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแสดงในตารางที่ 1 การตรวจวัดความดันเลือดและ bleeding time ก่อนการถอนฟัน อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกราย ทั้งสองกลุ่ม โดย bleeding time เฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันเท่ากับ 2.8 ± 0.6 นาที (2.0-4.3) และในกลุ่มที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน เท่ากับ 1.9 ± 0.5 นาที (1.0-3.4) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.045) แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกราย (0-6 นาที) ผลการติดตามการหยุดไหลของเลือดภายหลังการถอนฟันพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีเลือดหยุดไหลภายใน 30 นาที โดยห้ามเลือดด้วยการกดผ้าก๊อสดภายหลังการถอนฟันเท่านั้น (ตารางที่ 2) มีเพียงหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันที่มีเลือดหยุดไหลภายใน 31-60 นาที ภายหลังจากการถอนฟัน และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ต้องห้ามเลือดด้วยการเย็บแผลและ/หรือ ร่วมกับการใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือด ผลการติดตามการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง หลังการถอนฟันไม่พบว่ามีเลือดออกซ้ำทั้งในกลุ่มที่หยุดและไม่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่หยุดและไม่ได้หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน

ข้อมูลพื้นฐาน	การหยุดยาแอสไพริน			
	ไม่ได้หยุดยา (n = 36)		หยุดยา (n = 31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	17	47.2	12	38.7
หญิง	19	52.8	19	61.3
อายุ (ปี)				
51-60	8	22.2	2	6.4
61-70	18	50.0	23	74.2
> 70	10	27.8	6	19.4
ข้อบ่งชี้ในการให้แอสไพริน				
เบาหวาน	9	25.0	12	38.7
หลอดเลือดหัวใจตีบ	9	25.0	10	32.3
Coronary artery disease	12	33.4	5	16.2
หลอดเลือดสมองตีบ	3	8.3	2	6.4
หลังทำผ่าตัด by pass	3	8.3	2	6.4
ชนิดของยาแอสไพรินที่ได้รับก่อนการถอนฟัน				
Aspilets 80 มก.	31	86.1	29	93.6
Aspirin EC 60 มก.	3	8.3	1	3.2
Cardiprin 100 มก.	2	5.6	1	3.2
จำนวนฟันที่ถอน				
1 ซี่	28	77.8	22	71.0
2 ซี่	6	16.7	6	19.3
3 ซี่	2	5.5	3	9.7

ตารางที่ 2 bleeding time และระยะเวลาหยุดไหลของเลือดหลังการถอนฟันของกลุ่มที่หยุดและไม่ได้หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน

การไหลของเลือดหลังถอนฟัน	การหยุดยาแอสไพริน				p-value
	ไม่ได้หยุดยา (n = 36)		หยุดยา (n = 31)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	

Bleeding time ก่อนการถอนฟัน (ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.8 ± 0.6		1.9 ± 0.5		0.045*
ระยะเวลาหยุดไหลของเลือดหลังการถอนฟัน (นาที)					1.000**
≤ 30	36	100	30	96.8	
31-60	0	0	1	3.2	

* p-value by unpaired-t-test

** p-value by Fisher's exact test

วิจารณ์

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ardekian และคณะ¹³ Madan และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟันโดยไม่หยุดยาแอสไพรินขนาดต่ำ (ไม่เกิน 100 มก.) มีระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือด (bleeding time) เฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่หยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟันเป็นเวลา 7 วัน แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่พบว่ามีผู้ป่วยรายใดมีปัญหาเลือดออกผิดปกติจนไม่สามารถควบคุมได้ และไม่พบว่ามีเลือดออกซ้ำภายหลังการถอนฟันใน 24 ชั่วโมง จากการศึกษาของ Madan และคณะ¹⁴ พบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ต้องใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือดเช่น tranexamic acid และ feracrylum solution ในการห้ามเลือด ซึ่งเป็นกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการทำศัลยกรรมที่ซับซ้อน ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟันอย่างง่าย (ไม่มีการผ่าตัดเปิดเหงือกและกรอกระดูก) สามารถห้ามเลือดด้วยการเย็บแผลและกดผ้าก๊อสนั้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่สามารถห้ามเลือดด้วยการกดผ้าก๊อสเท่านั้น อย่างไรก็ตามมีรายงานกรณีผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินและมีเลือดออกมากผิดปกติภายหลังการถอนฟันหรือการทำศัลยกรรมในช่องปากเช่นกัน ในปี ค.ศ. 1974 Lemkin และคณะ¹⁵ ได้รายงานผู้ป่วยซึ่งได้รับยาแอสไพรินและมีเลือดออกอย่างมาก ภายหลังการถอนฟัน 18 ซี่ในครั้งเดียวและต้องได้รับการแก้ไขด้วยการให้เกล็ดเลือด เมื่อซักประวัติพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาแอสไพรินสูงถึงวันละ 6,000-10,000 มก. มาเป็นเวลานาน เพื่อรักษาอาการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อและกระดูก และในปี ค.ศ. 1978 McGaul⁴ ได้รายงานกรณีผู้ป่วยที่มีเลือดออกผิดปกติภายหลังการทำศัลยปริทันต์ และพบว่าเกิดจากผู้ป่วยรับประทานยาแอสไพรินเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดภายหลังการทำศัลยปริทันต์ในขนาด 600 มก. ถึง 3 ครั้ง แต่ก็สามารถควบคุมได้โดยการกดบาดแผลเป็นเวลานานขึ้น ในสองกรณีหลังนี้จะเห็นว่าภาวะเลือดออกผิดปกติพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในขนาดสูง ในปี ค.ศ. 1997 Thomason และคณะ¹⁶ ได้รายงานผู้ป่วยเลือดไหลไม่หยุดภายหลังการทำศัลยปริทันต์ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ (100 มก. ต่อวัน) ซึ่งในกรณีนี้เกิดจากผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาแอสไพรินมากกว่าปกติ ซึ่งมีโอกาสพบได้น้อยแต่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำศัลยกรรมที่ซับซ้อนที่มีการผ่าตัดเปิดเหงือกและกรอกระดูกร่วมด้วย

การถอนฟันอย่างง่ายเพียง 1-3 ซี่ เป็นงานศัลยกรรมที่ไม่ซับซ้อน เนื่องจากไม่มีการผ่าตัดเปิดเหงือก หรือกรอกระดูกร่วมด้วย บาดแผลไม่กว้าง ปริมาณเลือดออกไม่มากและสามารถห้ามเลือด

ด้วยการกดบาดแผลได้ง่าย การใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือดประเภท surgicel หรือ tranexamic acid^{4,7-11} สามารถทำได้สะดวก เนื่องจากเป็นบาดแผลเปิด สามารถกดห้ามเลือดหรือใช้สารช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือดได้ถึงจุดที่มีเลือดออกจากกระดูก แตกต่างจากบาดแผลที่เย็บปิดสนิทในงานศัลยกรรมที่ซับซ้อนซึ่งแพทย์ผู้รักษาอาจสังเกตภาวะเลือดออกที่อยู่ใต้บาดแผลได้ยากและไม่สามารถกดห้ามเลือดได้ถึงจุดที่มีเลือดออกจากกระดูก ดังนั้นการถอนฟันอย่างง่ายจึงมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดไหลไม่หยุดต่ำ นอกจากนี้แอสไพรินเป็นยาที่มีผลต่อเกล็ดเลือดเท่านั้น ทำให้ระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือดนานกว่าปกติ แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดต่ำ (ไม่เกิน 100 มก.) ยังคงมีระยะเวลาในการหยุดไหลของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นเลือดยังคงหยุดไหลได้ในเวลาไม่นาน และภายหลังจากกระบวนการทำงานของเกล็ดเลือด จะมีกระบวนการ coagulation ทั้ง intrinsic และ extrinsic system ช่วยให้เกิดลิ่มเลือดที่สมบูรณ์และแข็งแรงขึ้น^{17,18} ดังนั้นเมื่อติดตามผู้ป่วยภายหลังการถอนฟันจนเลือดหยุดดีแล้ว โอกาสเกิดเลือดออกซ้ำจึงมีน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินมีความผิดปกติที่เกล็ดเลือดเท่านั้น แต่ระบบ coagulation ยังคงเป็นปกติอยู่ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับยาประเภท anti-coagulant ที่อาจเกิดเลือดไหลไม่หยุดหรือเลือดออกซ้ำภายหลังการที่เลือดหยุดแล้ว เนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดไม่สมบูรณ์และแข็งแรงพอ

อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังถอนฟัน การติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยมีเลือดหยุดสนิทดี 30-60 นาที ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน จะช่วยลดปัญหาเลือดไหลไม่หยุด และเลือดออกซ้ำภายหลังการถอนฟันได้ นอกจากนี้ควรมีการเตรียมพร้อม หากเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุด เช่น เตรียมวัสดุอุปกรณ์เย็บแผล วัสดุห้ามเลือด เช่น surgicel, tranexamic acid เป็นต้น

สรุป

การถอนฟันอย่างง่าย (1-3 ซี่) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินขนาดต่ำ (ไม่เกิน 100 มก.) สามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยาแอสไพรินก่อนการถอนฟัน และไม่ทำให้เกิดปัญหาเลือดออกผิดปกติจนไม่สามารถควบคุมได้และไม่เกิดปัญหาเลือดออกซ้ำภายหลังการถอนฟัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนส่งเสริมวิจัยทางแพทย์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้เขียน
ขอขอบคุณศูนย์ส่งเสริมการวิจัยที่ช่วยให้คำปรึกษาจนงานวิจัย
สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' health study. *N Engl J Med* 1989; 321: 129-35.
2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *Lancet* 1988; 2(8607): 349-60.
3. Fitzmaurice DA, Blann AD, Lip GY. Bleeding risks of antithrombotic therapy. *BMJ* 2002; 325(7368): 828-31.
4. McGaul T. Postoperative bleeding cause by aspirin. *J Dent* 1978; 6: 207-9.
5. Hennekens CH, Dyken ML, Fuster V. Aspirin as a therapeutic agent in cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1997; 96: 2751-3.
6. Speechley JA, Rugman FP. Some problems with anticoagulants in dental surgery. *Dent Update* 1992; 19: 204-6.
7. Lockhart PB. Medications that predispose to bleeding. In: Meechan GJ, Nunn JH, editors. *Dental care of the medically complex patient*. 5th ed. Edinburgh: Wright; 2004. p. 52-4.
8. Halfpenny W, Fraser JS, Adlam DM. Comparison of 2 hemostatic agents for the prevention of post extraction hemorrhage in patients on anticoagulants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92: 257-9.
9. Matthew IR, Browne RM, Frame JW, Millar BG. Tissue response to a haemostatic alginate wound dressing in tooth extraction sockets. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1993; 31: 165-9.
10. Scully C, Wolff A. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 57-64.
11. Johnson WT, Leary JM. Management of dental patients with bleeding disorder: review and update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66: 297-303.
12. Wahl MJ, Howell J. Altering anticoagulation therapy: a survey of physicians. *J Am Dent Assoc* 1996; 127: 625-6, 629-30, 633-4.
13. Ardekian L, Gaspar R, Peled M, Brenner B, Laufer D. Does low-dose aspirin therapy complicate oral surgical procedure? *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 331-5.
14. 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.
15. Lemkin SR, Billesdon JE, Davee JS, Leake DL, Kattlove HE. Aspirin-induced oral bleeding: correction with platelet transfusion: a reminder. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974; 3: 498-501.
16. Thomason JM, Seymour RA, Murphy P, Brigham KM, Jones P. Aspirin-induced post gingivectomy haemorrhage: a timely reminder. *J Clin Periodontol* 1997; 24: 136-8.
17. Todd DW. Evidence to support an individualized approach to modification of oral anticoagulant therapy for ambulatory oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 536-9.
18. Beirne OR. Evidence to continue oral anticoagulant therapy for ambulatory oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 540-5.