

การถอนฟันและขูดหินปูนในผู้ป่วยที่ได้รับยาแวการ์ฟารินโดยไม่หยุดยา: รายงานผู้ป่วย

Dental Extraction and Scaling without Withdrawal of Warfarin for Patient Undergoing Warfarin Treatment: A Case Report

นฤมล ลิ้มประเสริฐ ท.บ.,
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม

Narimon Limprasert D.D.S.,
Division of Dentistry
Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้รายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดแวการ์ฟาริน สามารถรับการรักษาทางทันตกรรม โดยการถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งออก ในขณะที่ค่า International Normalized Ratio (INR) = 2.9 และทำการขูดหินปูนในสภาพที่เหงือกค่อนข้างอักเสบมากที่ค่า INR=2.0 โดยไม่ได้อดหรือปรับลดยาแวการ์ฟาริน หลังทำไม่พบปัญหาเลือดหยุดยากแต่อย่างใด

คำสำคัญ: การถอนฟัน เหงือกอักเสบ

ABSTRACT

The author presents a case of a 72-year-old Thai male patient who underwent dental extraction (the left mandibular first molar) and full mouth scaling with generalized severe gingivitis. He had an International Normalized Ratio (INR) of 2.9 when his tooth was removed and 2.0 when his teeth were scaled. He was able to receive his dental procedures without postoperative bleeding and needing to stop his Warfarin treatment or reduce the dosage.

Keywords: International Normalized Ratio (INR), dental extraction, gingivitis

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการก่อนหรือหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) และผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือหลอดเลือดสมองบางชนิดมักได้รับการรักษาด้วยยาว่าร์ฟาริน (Warfarin) ซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ที่มีประสิทธิภาพดีและราคาค่อนข้างถูก เพื่อป้องกันการเกิดลิ้นหัวใจเทียมทำงานผิดปกติ หรือป้องกันการเกิดก้อนเลือดในห้องหัวใจ และเกิดเนื้อสมองขาดเลือดเฉพาะที่เหตุหลอดเลือดเลี้ยงสมองอุดตัน (embolic stroke) ตามมา¹ ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานที่มีปัญหาเลือดออก ได้แก่ การถอนฟันหรือการขูดหินปูน โดยส่วนใหญ่จะได้รับการคำแนะนำให้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกมากผิดปกติหลังทำหัตถการ ซึ่งการหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตันจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ แม้จะมีรายงานจำนวนมากว่าสามารถให้การรักษาทางทันตกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา และไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการอย่างมีนัยสำคัญ²⁻⁴ แต่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักยังคงกังวลถึงภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการ และมักส่งผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อให้แพทย์สั่งหยุดยา หรือปรับลดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนทำหัตถการดังกล่าว

ผู้วิจัยได้รายงานผู้ป่วยที่ได้รับยาว่าร์ฟาริน ซึ่งได้รับการถอนฟันและขูดหินปูน โดยไม่ได้รับการหยุดยา หรือปรับลดขนาดของยาหลังทำหัตถการไม่พบปัญหาเลือดหยุดยากหลังทำแต่อย่างใด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี มาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ด้วยปัญหาปวดฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (36) มา 3-4 วัน จากการตรวจในช่องปากและถ่ายภาพรังสีฟัน พบซี่ 36 พุทะลุโพรงประสาทฟัน ให้การวินิจฉัยว่าซี่ 36 acute apical periodontitis ผู้ป่วยต้องการให้ถอนฟันซี่นี้ออก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีหินปูนเกาะรอบคอฟันค่อนข้างมาก ร่วมกับเหงือกอักเสบ บวมแดง โดยทั่วไปให้การวินิจฉัยว่า chronic generalized severe gingivitis ผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อ 4 ปีมาแล้วและมีอาการของหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมด้วย แพทย์ให้ยาว่าร์ฟาริน ขนาด 1 กรัม รับประทานวันละ 1 เม็ดก่อนนอน ค่า INR ควบคุมอยู่ระหว่าง 2.0-3.0 มาโดยตลอด ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันซี่ 36 ออกภายใต้ยาชาเฉพาะที่มี adrenalin 1:100,000 โดยการฉีดยาชาแบบสกัดประสาทอินฟีเรีย แอลวีโอลา (inferior alveolar nerve block) ด้วยเข็มขนาด 27 และทำการหยุดเลือดเฉพาะที่ (local hemostasis) โดยใส่ Surgicel[®] ลงในแผลถอนฟันก่อนเย็บแผลด้วยไหมละลาย Vicryl[®] ขนาด 4-0 ให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชแน่นๆ ประมาณ 20 นาที จนแน่ใจว่าไม่มีเลือดซึม จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นัดผู้ป่วยกลับมาตัดไหม หลังถอนฟัน 7 วันไม่พบว่ามีปัญหาเลือดหยุดยาก หลังถอนแต่อย่างใด โดยค่า INR ของผู้ป่วยขณะถอนฟันอยู่ที่ 2.9

เนื่องจากผู้ป่วยมีหินปูนมาก และเหงือกอักเสบ ซึ่งถ้าไม่ทำการรักษาผู้ป่วยอาจมีเลือดออกจากเหงือกได้เอง ซึ่งเป็นผลจากยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับอาการเหงือกอักเสบ แม้ในผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบ โดยไม่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ก็เกิดปัญหานี้ได้เช่นเดียวกัน จึงได้วางแผนรักษาอาการเหงือกอักเสบของผู้ป่วยด้วยการขูด

หินปูน โดยได้พิมพ์ปากทำแผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟัน (thin plastic vacuform splint) เตรียมไว้ล่วงหน้า (รูปที่ 1) แผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟันนี้ใช้ในการที่มีเลือดซึมออกจากเหงือก เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการชุดหินปูน และไม่สามารถให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อช หรือเย็บแผล เพื่อให้เลือดหยุดเฉพาะที่แบบการถอนฟันได้ โดยการใส่สารปรับสภาพเนื้อเยื่อ (tissue conditioner) ที่ใช้ในงานทันตกรรมประดิษฐ์ลงด้านในของแผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟัน แล้วครอบลงบนตัวฟัน เพื่อให้เกิดแรงกดบริเวณเหงือกให้เลือดหยุด และเอาแผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟันออกในวันรุ่งขึ้น

หลังจากถอนฟันได้ประมาณเดือนครึ่งได้นัดผู้ป่วยมาชุดหินปูนด้วยเครื่องชุดหินปูนชนิดอัลตราโซนิก (ultrasonic scaler) โดยแบ่งทำทีละส่วนเริ่มจากฟันล่างก่อน การชุดหินปูนต้องทำด้วยความ

ระมัดระวัง เนื่องจากมีเลือดออกจากเหงือกทุกๆ บริเวณรอบตัวฟันที่มีการอักเสบของเหงือก ในบางตำแหน่งอาจต้องใช้เครื่องมือค่อยๆ แยกเหงือกออกจากตัวฟัน เพื่อลดแรงกระแทกจากเครื่องชุดหินปูน พบว่ามีเลือดซึมออกจากเหงือก แต่สามารถใช้ผ้าก๊อชกดที่บริเวณเหงือกสักครู่สามารถหยุดเลือดได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟันที่เตรียมไว้ หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาชุดหินปูนฟันบนต่อ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับฟันล่าง พบว่าไม่มีปัญหาเลือดหยุดยาก และไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟัน เช่นเดียวกันกับครั้งแรก ค่า INR ช่วงชุดหินปูนอยู่ที่ประมาณ 2.0

ก่อนทำการถอนฟันและชุดหินปูนทุกครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาอม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ขนาด 2 กรัม รับประทานก่อนทำหัตถการประมาณ 60 นาที เพื่อป้องกันการติดเชื้อ



รูปที่ 1 ภาพแผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟัน (thin plastic vacuform splint) ที่เตรียมสำหรับผู้ป่วยก่อนการชุดหินปูน

วิจารณ์

หลายปีที่ผ่านมายังมีข้อถกเถียงถึงการทำการหัตถการทางทันตกรรม ที่มีปัญหาทำให้เลือดออก เช่น การถอนฟันหรือชุดหินปูนในผู้ป่วยที่รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น วาร์ฟาริน บางรายงานแนะนำให้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการทำการหัตถการทางทันตกรรม เช่น การถอนฟัน มีรายงานว่าผู้ป่วยเสียชีวิตสัมพันธ์กับการงดยา โดย Wahi MJ ได้รายงานการเกิดลิ่มเลือดหลุดลอยในหลอดเลือด (embolism) 4 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด

และการเย็บแผลเพื่อช่วยการหยุดของเลือด ไม่พบรายงานการเกิดเลือดไหลไม่หยุดจนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการถอนฟันหรือหัตถการอื่นๆ ทางทันตกรรมเลย แต่ตรงกันข้ามกลับพบว่าถ้าหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการทำการหัตถการทางทันตกรรม เช่น การถอนฟัน มีรายงานว่าผู้ป่วยเสียชีวิตสัมพันธ์กับการงดยา โดย Wahi MJ ได้รายงานการเกิดลิ่มเลือดหลุดลอยในหลอดเลือด (embolism) 4 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด

542 ราย โดยผู้ป่วย 4 ราย เสียชีวิต จะเห็นได้ว่า แม้อาการแทรกซ้อนจะเกิดน้อยกว่า ร้อยละ 1 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งดียวทั้งหมด แต่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถือว่ามีความเสี่ยงสูง ปัจจุบันจึงแนะนำให้ไม่ควรหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่จะทำหัตถการทางทันตกรรม เมื่อผู้ป่วยมีค่า $INR \leq 4.0$ ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคตับทำงานผิดปกติ (liver impairment) โรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) โรคไตวาย (renal failure) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) โรคเลือดฮีโมฟีเลีย (hemophilia) หรือโรคที่มีความผิดปกติ ของการหยุดของเลือด และผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยาไซโตทอกซิก (cytotoxic drug) ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีข้อแนะนำว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่จำเป็นต้องได้รับประทานยาอิม็อกซิซิลลิน ก่อนทำฟัน ถ้าได้รับอิม็อกซิซิลลินเพียงครั้งเดียวไม่มีปัญหา แต่ถ้าจำเป็นต้องให้อิม็อกซิซิลลิน หลังทำฟันอีกหลายครั้งติดต่อกัน อาจต้องเพิ่มความระมัดระวังเพราะอิม็อกซิซิลลินมีผลทำให้ค่า INR สูงขึ้นในผู้ป่วยที่รับประทานยารวาร์ฟารินอยู่ รวมทั้งควรหลีกเลี่ยงยาแก้ปวดพวกแอสไพริน (Aspirin) หรือยาากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) และใช้ พาราเซตามอล (Paracetamol) แทน⁶⁻⁷

จากรายงานผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันซี่ 36 โดยวิธีฉีดยาชาแบบสกัดประสาท (nerve block) โดยใช้เข็มขนาด 27 ซึ่งมีขนาดเล็ก และใช้ยาชาเฉพาะที่ที่มี adrenaline 1:100,000 เป็นส่วนผสมเพื่อมีส่วนช่วยในการห้ามเลือดเฉพาะที่มีรายงานว่าให้ระมัดระวังการฉีดยาชาด้วยวิธีสกัดประสาท เพราะมีโอกาสเกิดเป็นก้อนเลือดแข็ง (hematoma) ได้ และแนะนำให้ฉีดยาชาเฉพาะที่แบบแทรกซึม (infiltrate) และฉีดในเอ็นยึด (intraligament) แทน โดยมีข้อแนะนำว่าถ้าจะใช้วิธีสกัดประสาท ค่า

INR ควรน้อยกว่า 3.0⁵⁻⁷ ผู้ป่วยรายนี้ค่า INR ก่อนถอนฟัน อยู่ที่ 2.9 หลังทำไม่พบปัญหาเป็นก้อนเลือดแข็งแต่อย่างใด นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้ได้ใส่ Surgicel[®] ลงในแผลถอนฟันก่อนเย็บแผลด้วยไหมละลาย Vicryl[®] ขนาด 4-0 ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำที่ให้ใช้สารที่ช่วยทำให้เลือดหยุดเฉพาะที่ และเย็บแผลด้วยไหมละลายจะดีกว่าไหมไม่ละลาย เนื่องจากไหมละลายจะมีแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะได้น้อยกว่าไหมไม่ละลาย แผ่นคราบจุลินทรีย์ มีส่วนทำให้เกิดการอักเสบของแผล และเกิดปัญหาเลือดออกหลังทำหัตถการได้ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ไหมไม่ละลาย ควรตัดไหมออกภายใน 4-7 วัน⁶

คนจำนวนมากมักเข้าใจว่าการถอนฟันน่าจะมีความเสี่ยงทำให้เลือดหยุดได้ยากกว่าการขูดหินปูน แต่สำหรับตัวผู้ป่วยเองและทันตแพทย์หลายๆ ท่าน จะทราบดีว่าการขูดหินปูนในผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบมากๆ จะทำให้เกิดปัญหาเลือดออกจากบริเวณเหงือกได้ทั่วทุกตำแหน่งที่มีการอักเสบ ซึ่งการควบคุมการหยุดของเลือดจะทำได้ยากกว่าการถอนฟันที่ค่อนข้างเฉพาะที่ และเป็นบริเวณที่แคบกว่า และพบว่าในผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบ โดยไม่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดก็มีโอกาสเลือดออกจากเหงือกได้เอง บางรายต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในก็มี ยิ่งผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบร่วมกับรับประทานยารวาร์ฟารินด้วยแล้ว โอกาสเกิดเลือดออกหลังการขูดหินปูนแล้วหยุดยากมีโอกาสดังสูง ผู้วิจัยแนะนำให้พิมพ์ปากผู้ป่วยเพื่อทำแผ่นพลาสติกอัดเป็นครอบฟัน ซึ่งประยุกต์มาจากการงานศัลยกรรมช่องปากเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนการขูดหินปูน แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ได้แบ่งการขูดหินปูนเป็นส่วนๆ ด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งค่า INR ของผู้ป่วยอยู่ที่ประมาณ 2.0 ซึ่งไม่สูงมากนักจึงไม่มีปัญหาเลือดหยุดยากหลังทำแต่อย่างใด

สรุป

การหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรม เช่น การถอนฟันมีรายงานการเกิดอาการแทรกซ้อน จนผู้ป่วยเสียชีวิตถึงแม้จะเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำก็ตาม แต่ทันตแพทย์ควรทบทวนว่าสมควรให้แพทย์หยุดหรือปรับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่ จากรายงานผู้ป่วยรายนี้พบว่า การถอนฟันในผู้ป่วยที่มีค่า INR 2.9 และชุดหินปูนที่ค่า INR 2.0 ไม่พบปัญหาเลือดหยุดยากหลังทำแต่อย่างใด แต่ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการห้ามเลือดเฉพาะที่ที่ดีพอ

เอกสารอ้างอิง

1. วาสนา นกเอี้ยงทอง. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกแอสไพรินของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทยเขต 4-5 2557;33(2):85-91.
2. Abdullah WA, Khalil H. Dental extraction in patients on warfarin treatment. Clin Cosmet Investig Dent 2014;6:65-9.
3. Nematullah A, Alabousi A, Blanas N, et al. Dental surgery for patients on anticoagulant therapy with warfarin: a systematic review and meta-analysis. Tex Dent J 2009;126 (12):1183-93.
4. Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, et al. Can warfarin be continued during dental extraction? Result of a randomized controlled trial. Br J Oral Maxillofac Surg 2002;40(3):248-52.
5. Wahl MJ. Dental surgery in anticoagulated patients. Arch Intern Med 1998;158(15):1610-6.
6. Randall C. Surgical management of the primary care dental patient on warfarin. Date of latest revision: North West Medicines Information Centre. [Serial online] 2007 March [cited 2014 Jan 15]. Available from: URL: <http://www.app.dundee.ac.uk/tuith/Static/info/warfarin.pdf>
7. Perry DJ, Nokes TJC, Heliwell PS. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. 2011 September [cited 2014 Jan 15]. Available from: URL: http://www.bcsghguidelines.com/documents/WarfarinandentalSurgery_bjh_264_2007.pdf