

การศึกษาพฤติกรรม ความรู้ ของทันตแพทย์ไทยในการพิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนรับการรักษาทางทันตกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการตัดสินใจ

Practices and Decision-making Factors among Thai Dentists Regarding Discontinuation of Antithrombotic Agents in Patients Prior to Receiving Dental Treatments

วิภาภรณ์ โชคชัยวรกุล¹, นิวัฒน์ พันธุ์ไพศาล¹, บุณขริกา สุวรรณวิบูลย์², จุฬาลักษณ์ โกมลตรี³ และ ยงชัย นิละนนท์⁴
Wipaporn Chokchavorakul¹, Niwat Phanpaisan¹, Bundarika Suwanawiboon², Chulaluk komoltri³ and Yongchai Nilanont⁴

¹งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

¹Dental Department, Siriraj Hospital, Bangkok

²สาขาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

²Hematology Division, Department of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

³หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

³Division of Clinical Epidemiology Department of Research and Development, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital Bangkok

⁴สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

⁴Neurology Division, Department of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทคัดย่อ

ปัจจุบันยังมีข้อถกเถียงกันในทางเวชปฏิบัติของทันตแพทย์ถึงความเหมาะสมของการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการทำหัตถการทางทันตกรรม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ความรู้ของทันตแพทย์เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนทำหัตถการทางทันตกรรม และเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการตัดสินใจดังกล่าว โดยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ทำการจัดส่งแบบสอบถามผ่านทางทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยจำนวน 10,000 ฉบับ ไปยังทันตแพทย์ทั่วประเทศที่เป็นสมาชิกของสมาคม แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ สถานที่ทำงาน ข้อมูลในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมด 1,838 คน (ร้อยละ 18.38 ของสมาชิกทันตแพทย์สมาคมทั่วประเทศ) อายุเฉลี่ย 39.31±11.02 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 32.2 พบทันตแพทย์ 1 ใน 5 (ร้อยละ 21.7) ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้าน

การแข็งตัวของเลือด ทันตแพทย์กลุ่มที่ต้องการให้ผู้ป่วยหยุดยานี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในแต่ละสถานที่ทำงาน และสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่เป็นอาจารย์ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์และกลุ่มที่ทำคลินิกเอกชน และมีสัดส่วนให้ผู้ป่วยหยุดยาน้อยที่สุดในทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก สำหรับเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะเลือดออกก็ยังมีสัดส่วนการส่งปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยาหรือปรับยาก่อนที่จะให้การรักษา อาทิเช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่โดยตรง (ร้อยละ 17) การอุดฟัน (ร้อยละ 1.3) การรักษาคลองรากฟัน (ร้อยละ 13.9) และการทำฟันปลอมชนิดถอดได้ (ร้อยละ 1.1) ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.8) ต้องการใช้ค่าไอเอ็นอาร์ (INR; International Normalized Ratio) ที่ระดับต่ำกว่า 2.0 และยังคงมีเกือบร้อยละ 10 ที่ต้องการใช้ค่าบลิตติ้งไทม์ (bleeding time) เพื่อพิจารณาก่อนที่จะให้การรักษาทางทันตกรรม ซึ่งเป็นความรู้ความเข้าใจที่ยังคลาดเคลื่อนอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจดังกล่าวนี้มาจากปัจจัยของสาขาเฉพาะทาง สถานที่ทำงาน ชนิดของเหตุการณ์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้

คำสำคัญ: ทันตแพทย์, ยาด้านการแข็งตัวของเลือด, ยาด้านเกล็ดเลือด, ยาด้านลิ่มเลือด

Abstract

The debate continues among dentists regarding whether to continue or discontinue antithrombotic medication in patients prior to dental procedures. As a result, protocols regarding antithrombotic vary widely. The objective of this study was to identify and analyze the behavior, knowledge and other factors that affect the decision among dentists to discontinue antithrombotic medication prior to dental treatment. This cross-sectional questionnaire-based study was conducted among licensed dentists practicing in Thailand. Ten thousand questionnaires were delivered to dentists who are members of the Dental Association of Thailand. The questionnaire consisted of questions about presurgical requirement and information relating to discontinuation of antithrombotic medication, information about dental treatment given to patients, specialized field of dentistry and dentist work place. Of 10,000 distributed questionnaires, there were 1,838 respondents (18.38 %) with a mean age of 39.31 ± 11.02 years and 32.2 % were men. One out of five dentists (21.7 %) indicated that they will not treat patients with concurrent use of antithrombotic medications. Most of those were university faculty members or dentists in private clinics; which were significantly higher as compared to dentists in other work places ($p < 0.05$). Oral surgeons were significantly the least likely to interrupt antithrombotic medication ($p < 0.05$). There were dentists who requested physician consultation before discontinuing antithrombotic medication prior to the dental procedures with a low bleeding risk, such as local infiltration anesthesia (17 %), restorative treatment (1.3 %), root canal treatment (13.9 %) and dentures (1.1 %). Misperceptions among dentist were also reported. Majority (64.8 %) of dentists consider an

INR (International Normalized Ratio) value of lower than 2.0 to be safe for performing treatment. Almost 10 % of dentists reported assessing bleeding time value prior to performing a dental procedure. Identified factors that affect dentist decision to discontinue antithrombotic drugs include dental specialty, place of work, type of procedure and knowledge about patients receiving antithrombotic medication.

Key words: Anticoagulant, Antiplatelet, Antithrombotic, Dentist

Received Date: Feb 16, 2016
doi: 10.14456/jdat.2016.25

Accepted Date: Jun 15, 2016

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

วิภาภรณ์ โชคชัยวรกุล งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 ประเทศไทย
โทรศัพท์: 081-9101443 โทรสาร: 02-4199119 อีเมล: wipaporn_dent@yahoo.com

Correspondence to:

Wipaporn Chokchaivorakul. Dental Department, Siriraj Hospital, 2 Wanglung Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700 Thailand. Tel: 0819101443
Fax: 024199119 E-mail: wipaporn_dent@yahoo.com

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเป็นยาที่ใช้ร่วมกับการรักษาในหลายโรค เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis) ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด (pulmonary embolism) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease) ผู้ที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือใช้เพื่อเป็นการป้องกันโรคบางอย่างอย่างระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ (primary และ secondary prevention) จากเหตุผลดังกล่าวนี้ทำให้ทันตแพทย์ต้องมีความตระหนักมากขึ้นระหว่างความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นที่จะให้ผู้ป่วยหยุดหรือปรับเปลี่ยนยาต้านการแข็งตัวของเลือดเมื่อมารับการรักษาทางทันตกรรม

การให้การรักษาทันตกรรมทางทันตกรรมโดยเฉพาะการถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทั้งชนิดยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet drug) และยาวาร์ฟาริน (warfarin) สำหรับทันตแพทย์ในปัจจุบันยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ โดยแนวโน้มค่อนข้างให้มีการหยุดหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดบางชนิดเป็นการให้แบบบริดจิง (bridging therapy) ด้วยเฮปาริน (heparin) หรือโลว์โมเลกุลเฮปาริน (Low Molecular Weight Heparin; LMWH) ก่อนให้การรักษา^{1,2} แพทย์และทันตแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 2-3 วันก่อนได้รับการรักษาทางศัลยกรรมช่องปาก เพื่อป้องกันปัญหาของการเกิดภาวะเลือดออกมากหลังทำหัตถการ จากปรากฏการณ์นี้พบว่าผู้ป่วยที่หยุดการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากการมีลิ่มเลือดที่ห้องหัวใจหลุด

ไปอุดตัน (cardioembolic stroke)³ จากการศึกษาของ เดวิดและคณะ⁴ พบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1 ราย เมื่อหยุดการใช้ยาวาร์ฟาริน 7 วันเพื่อมารับการรักษาทางศัลยกรรมช่องปากและไม่ได้ได้รับการรักษาแบบบริดจิงทดแทนนั้น เกิดภาวะแทรกซ้อนมีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดภายใน 30 วันหลังจากหยุดยา วาร์ฟาริน⁵ ได้รวบรวมรายงานการศึกษา 542 หัตถการ ในผู้ป่วย 493 ราย ที่หยุดยาวาร์ฟารินเพื่อมารับการรักษาหัตถการทางทันตกรรมนั้นมี 5 ราย (ร้อยละ 1 ของผู้ป่วย; ร้อยละ 0.9 ของหัตถการ) เกิดภาวะแทรกซ้อนของลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดและเสียชีวิต 4 รายในจำนวนนั้น ในกลุ่มที่หยุดยาต้านเกล็ดเลือดมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) เพิ่มขึ้น 3.4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่หยุดยา⁶

แม้จะมีรายงานการศึกษาจำนวนมาก⁶⁻¹⁵ ว่าสามารถทำการถอนฟันผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้โดยไม่ต้องมีการหยุดหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด และยาวาร์ฟาริน โดยการถอนฟันแนะนำให้ถอนไม่เกิน 3 ซี่ต่อครั้ง ควรเป็นฟันที่อยู่ใกล้เคียงกัน ไม่อยู่คนละข้างของขากรรไกร สำหรับฟันกรามใหญ่ไม่ควรถอนเกิน 2 ซี่ติดกัน และการถอนฟันควรทำด้วยความนุ่มนวลร่วมกับการใช้สารห้ามเลือด (hemostatic agent) ที่เหมาะสมก็เพียงพอสำหรับการจัดการกับภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการถอนฟันนั้นได้ การถอนฟัน^{8,9,10,13,14} และรักษาทางปริทันต์¹⁶ ในผู้ป่วยที่ได้ยาวาร์ฟารินสามารถให้การรักษาได้อย่างปลอดภัยที่ระดับไอเอ็นอาร์ (International Normalized Ratio; INR) ไม่เกิน 3.0 ร่วมกับมีการใช้วิธีห้ามเลือดเฉพาะที่เหมาะสมเช่นกัน แต่ก็ยังมีความแตกต่างในความคิดเห็นของทันตแพทย์ที่ให้การรักษา ในประเทศสเปนพบว่าร้อยละ 60.5 ของทันตแพทย์ทั่วไปจะพิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านลิ่มเลือดชนิดอะซินคูมารอล (acenocoumarol) ก่อนการถอนฟัน¹⁷ รวมทั้งมีการศึกษาจากแบบสอบถามของอเมริกาเกี่ยวกับ

การสอนในคณะทันตแพทย์นั้น มีการสอนนักศึกษาถึงการให้ผู้ป่วยหยุดหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยาตัวพาริน แม้ในเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเช่น การขัดฟัน การบูรณะฟัน การรักษาคอลงรากฟัน² และมีรายงานการศึกษาว่าทันตแพทย์ร้อยละ 25 (จากการตอบแบบสอบถามของทันตแพทย์ทั่วไป 48 ราย) ไม่ได้ตรวจระดับไอเอ็นอาร์ก่อนการถอนฟัน¹

สำหรับยาต้านเกล็ดเลือดมีรายงานว่า การใช้ยาแอสไพริน (aspirin) อย่างต่อเนื่องนั้นไม่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกภายหลังถอนฟัน^{6,11,12} และในระดับขนาดยาต่าง ๆ ของแอสไพรินก็ไม่มีผลต่อภาวะเลือดออกหลังถอนฟันแตกต่างกัน⁶ แต่พบร้อยละ 90 ของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามยังต้องการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านเกล็ดเลือดก่อนการถอนฟัน¹

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการความรู้ของทันตแพทย์เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนทำการถอนฟันทันตกรรม และเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว

วัตถุประสงค์และวิธีการ

จากการศึกษาในอดีตพบว่าร้อยละ 90 ของทันตแพทย์ในสาธารณรัฐไอร์แลนด์จะให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านเกล็ดเลือดก่อนการถอนฟัน¹ และร้อยละ 60.5 ของทันตแพทย์ทั่วไปในสเปนจะพิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านลิ่มเลือดชนิดคลอแอสปีรินก่อนการถอนฟัน¹⁷ ในการศึกษาี้ประมาณว่าร้อยละ 80 ของทันตแพทย์ในประเทศไทยจะให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดทั้ง 2 ชนิด ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ประมาณร้อยละ 2 ใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.80 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ต้องทำการศึกษาในทันตแพทย์จำนวน 1,537 ราย

โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามผ่านทางทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยจำนวน 10,000 ฉบับ ไปยังทันตแพทย์ทั่วประเทศที่เป็นสมาชิกของสมาคม แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ สาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ สถานที่ทำงาน ข้อมูลในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และคณะผู้วิจัยรับแบบสอบถามกลับมาทางไปรษณีย์ในรูปแบบบริการของธุรกิจตอบรับ (แบบบันทึกข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุลหรือรูปแบบอื่น ๆ ที่สามารถระบุผู้ร่วมวิจัยได้เป็นรายบุคคล) การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 639/2556(EC4) โดยได้รับเงินอุดหนุนทุนวิจัยและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

จากนั้นใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติพีเอเอสดับเบิลยู18 (PASW18, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวนทันตแพทย์ที่ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด จำนวนเหตุการณ์ชนิดต่าง ๆ ที่ต้องการให้ผู้ป่วยหยุดยาก่อนรับการรักษา และใช้สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ (Pearson Chi-Square) ในการหาความสัมพันธ์กันของปัจจัยต่าง ๆ เช่น สาขาเฉพาะทางทันตแพทย์ สถานที่ทำงาน กับข้อมูลการให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผล

ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมด 1,838 คน (ร้อยละ 18.38 ของสมาชิกทันตแพทย์สมาคมทั่วประเทศไทย) มีอายุ 23 - 82 ปี อายุเฉลี่ย 39.31 ± 11.02 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 32.2 เพศหญิงร้อยละ 67.8 มีประสบการณ์การทำงาน 1 - 58 ปี เฉลี่ย 14.72 ± 10.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ทั่วไปร้อยละ 53.6 รองลงมาเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากร้อยละ 10.2 ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเป็น

ส่วนมากร้อยละ 34.4 รองลงมาทำงานในคลินิกเอกชน ร้อยละ 27.6 ตารางที่ 1

ทันตแพทย์ร้อยละ 99.1 ยังคงทำงานให้บริการรักษาทางทันตกรรม มีประสบการณ์ในการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 96.9 ทันตแพทย์ร้อยละ 97.1 ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด และร้อยละ 25.8 เคยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทันตแพทย์

	จำนวน (ร้อยละ)
สาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์	
ทันตแพทย์ทั่วไป	971 (53.6)
ศัลยศาสตร์ช่องปาก	184 (10.2)
ปริทันตวิทยา	89 (4.9)
วิทยาเอ็นโดดอนต์	114 (6.3)
ทันตกรรมประดิษฐ์	168 (9.3)
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	89 (4.9)
สาขาอื่น ๆ	196 (10.8)
รวม	1,811 (100)*
สถานที่ทำงาน	
โรงพยาบาลชุมชน	627 (34.4)
โรงพยาบาลทั่วไป	194 (10.7)
โรงพยาบาลศูนย์	111 (6.1)
คลินิกเอกชน	502 (27.6)
โรงพยาบาลเอกชน	127 (7.0)
อาจารย์ประจำคณะทันตแพทย์	122 (6.7)
ที่อื่น ๆ	138 (7.6)
รวม	1,821 (100)*

*จำนวนทั้งหมดของผู้ตอบแบบสอบถามในส่วนของสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ และสถานที่ทำงาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการให้การรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน ทั้งหมด*
ทพ.ที่ยังคงทำงานให้บริการรักษาทันตกรรม	1,815 (99.1)	1,831
ทพ.ที่มีประสบการณ์ให้การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด	1,776 (96.9)	1,833
ทพ.ที่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด	1,723 (97.1)	1,774
ทพ.ที่เคยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์	468 (25.8)	1,817
ทพ.ที่ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (จากภาคผนวกข้อ 14)	382 (21.7)	1,758
ทพ.ที่ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (จากภาคผนวกข้อ 15)	380 (21.6)	1,760
ทพ.ที่ใช้ค่าผลิตภัณฑ์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดก่อนให้การรักษา	174 (9.9)	1,765
ทพ.ที่ใช้ค่าไอเอ็นอาร์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านลิ่มเลือดก่อนให้การรักษา	846 (47.8)	1,769
ทพ.ที่ต้องการค่าไอเอ็นอาร์ระดับต่ำกว่า 2.0	538 (64.8)	830
ทพ.ที่ทำการป้องกันภาวะเลือดออกเพิ่มเติมนอกจากการให้กดผ้าก๊อช (ทั้งที่ทำเป็นประจำและบางครั้ง)	1,289 (73.4)	1,758
ทพ.ที่พบผู้ป่วยกลับมาด้วยภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการกรณีที่ไม่หยุดยา ต้านการแข็งตัวของเลือด (ทั้งที่พบเป็นประจำและบางครั้ง)	647 (36.8)	1,760

*จำนวนทั้งหมดของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อนั้น

ทันตแพทย์ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด คิดเป็นร้อยละ 21.6 – 21.7 (ตารางที่ 2) เมื่อใช้สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กันของทันตแพทย์กลุ่มที่ต้องการให้ผู้ป่วยหยุดยานี้และสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแต่ละสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ ซึ่งทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากจะมีสัดส่วนการให้ผู้ป่วยหยุดยาน้อยกว่ากลุ่มอื่น รวมทั้งทันตแพทย์กลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละสถานที่ทำงานของทันตแพทย์ ซึ่งพบว่าสัดส่วนการให้ผู้ป่วยหยุดยามีอัตราสูงในกลุ่มที่เป็นอาจารย์ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์ และกลุ่มที่ทำคลินิกเอกชน ตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ทันตแพทย์ที่ให้การรักษาทันตกรรมที่มีเลือดออกแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดแล้วพบผู้ป่วยกลับมาหาด้วยอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการร้อยละ 36.8 (ทั้งที่พบเป็นประจำและบางครั้ง) (ตารางที่ 2) ทันตแพทย์ร้อยละ 41.6 ไม่เคย

พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการ (ที่เลือดไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 21.6 ดังกล่าวข้างต้น) จากการวิเคราะห์ทางสถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ พบว่าทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ และสถานที่ทำงานของทันตแพทย์ ซึ่งทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์จะพบผู้ป่วยกลับมาหาด้วยอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ตารางที่ 3

ทันตแพทย์ที่ให้การรักษาทางทันตกรรมที่มีเลือดออกแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด

แล้วมีการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการเพิ่มเติม นอกจากการกดผ้าก๊อช เช่น เย็บแผล ใส่สารห้ามเลือด เฉพาะที่ กรณีที่ทำเป็นประจำหรือเป็นบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 73.4 (ตารางที่ 2) ทันตแพทย์ร้อยละ 4.9 ไม่เคยทำการป้องกันเพิ่มเติมนอกจากการให้กดผ้าก๊อช (นอกจากนี้ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด คิดเป็นร้อยละ 21.7 ดังกล่าวข้างต้น) จากการวิเคราะห์ทางสถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ พบว่าการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการเพิ่มเติมนี้มีความสัมพันธ์ในแต่ละสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ และสถานที่ทำงาน คือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจะมีสัดส่วนสูงในทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก และโรงพยาบาลของภาครัฐทั้ง 3 แห่ง ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ สถานที่ทำงานของทันตแพทย์ กับการพบผู้ป่วยกลับมาหาด้วยอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการ

การพบผู้ป่วยกลับมาหาด้วยอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติ หลังทำหัตถการ : จำนวน (ร้อยละ)						
	พบประจำ	พบบางครั้ง	ไม่เคยพบ	ไม่เคยให้การ รักษา**	รวม	p - value
สาขาทันตแพทย์						
ทันตแพทย์ทั่วไป	11 (1.2)	308 (32.9)	424 (45.3)	194 (20.7)	937 (100)	<0.001*
ศัลยศาสตร์ช่องปาก	4 (2.2)	113 (63.5)	45 (25.3)	16 (9.0)	178 (100)	
ปริทันตวิทยา	0 (0)	39 (46.4)	35 (41.7)	10 (11.9)	84 (100)	
วิทยาเอ็นโดดอนต์	2 (1.9)	25 (24.0)	41 (39.4)	36 (34.6)	104 (100)	
ทันตกรรมประดิษฐ์	4 (2.5)	46 (28.2)	68 (41.7)	45 (27.6)	163 (100)	
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	2 (2.4)	25 (29.8)	35 (41.7)	22 (26.2)	84 (100)	
สาขาอื่น ๆ	4 (2.2)	56 (30.4)	72 (39.1)	52 (28.3)	184 (100)	
รวม	27 (1.6)	612 (35.3)	720 (41.5)	375 (21.6)	1,734(100)	

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลชุมชน	9 (1.5)	257 (42.0)	288 (47.1)	58 (9.5)	612 (100)	<0.001*
โรงพยาบาลทั่วไป	4 (2.1)	67 (35.8)	93 (49.7)	23 (12.3)	187 (100)	
โรงพยาบาลศูนย์	1 (1.0)	67 (63.8)	28 (26.7)	9 (8.6)	105 (100)	
คลินิกเอกชน	7 (1.5)	124 (25.9)	178 (37.2)	170 (35.5)	479 (100)	
โรงพยาบาลเอกชน	0 (0)	34 (28.1)	47 (38.8)	40 (33.1)	121 (100)	
อาจารย์ทันตแพทย์	1 (9)	21 (18.8)	48 (42.9)	42 (37.5)	112 (100)	
ที่อื่น ๆ	3 (2.3)	42 (32.6)	49 (38.0)	35 (27.1)	129 (100)	
รวม	25 (1.4)	612 (35.1)	731 (41.9)	377 (21.6)	1,745(100)	

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์)

** ทันตแพทย์ที่ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ สถานที่ทำงานของทันตแพทย์ กับการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการเพิ่มเติมนอกจากการกัดผ้าก๊อช เช่น เย็บแผล ใส่สารห้ามเลือดเฉพาะที่

	การป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการ : จำนวน (ร้อยละ)					p - value
	ทำประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ	ไม่เคยให้การรักษา**	รวม	
สาขาทันตแพทย์						
ทันตแพทย์ทั่วไป	250 (26.7)	448 (47.9)	42 (4.5)	196 (20.9)	936 (100)	<0.001*
ศัลยศาสตร์ช่องปาก	100 (55.6)	63 (35.0)	3 (1.7)	14 (7.8)	180 (100)	
ปริทันตวิทยา	25 (29.4)	41 (48.2)	9 (10.6)	10 (11.8)	85 (100)	
วิทยาเอ็นโดดอนต์	22 (21.2)	38 (36.5)	10 (9.6)	34 (32.7)	104 (100)	
ทันตกรรมประดิษฐ์	36 (22.5)	68 (42.5)	10 (6.3)	46 (28.7)	160 (100)	
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	24 (27.9)	32 (37.2)	5 (5.8)	25 (29.1)	86 (100)	
สาขาอื่น ๆ	47 (26.0)	73 (40.3)	8 (4.4)	53 (29.3)	181 (100)	
รวม	504 (29.1)	763 (44.1)	87 (5.0)	378 (21.8)	1,732(100)	
สถานที่ทำงาน						
โรงพยาบาลชุมชน	185 (30.1)	349 (56.8)	26 (4.2)	54 (8.8)	614 (100)	<0.001*
โรงพยาบาลทั่วไป	61 (32.8)	98 (52.7)	7 (3.8)	20 (10.8)	186 (100)	
โรงพยาบาลศูนย์	54 (51.9)	38 (36.5)	3 (2.9)	9 (8.7)	104 (100)	

คลินิกเอกชน	118 (24.6)	168 (35.1)	20 (4.2)	173 (36.1)	479 (100)
โรงพยาบาลเอกชน	39 (32.8)	33 (27.7)	9 (7.6)	38 (31.9)	119 (100)
อาจารย์ทันตแพทย์	23 (20.5)	32 (28.6)	14 (12.5)	43 (38.4)	112 (100)
ที่อื่น ๆ	33 (25.6)	50 (38.8)	7 (5.4)	39 (30.2)	129 (100)
รวม	513 (29.4)	768 (44.1)	86 (4.9)	376 (21.6)	1,743(100)

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์)

** ทันตแพทย์ที่ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด

ทันตแพทย์ร้อยละ 9.9 ยังต้องการทราบค่า บลิตดิงไทม์ (bleeding time) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดก่อนให้การรักษ (ตารางที่ 2) จากการวิเคราะห์ทางสถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ พบว่าความต้องการใช้ค่า บลิตดิงไทม์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในแต่ละสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ แต่จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแต่ละสถานที่ทำงานของทันตแพทย์ ซึ่งโรงพยาบาลของภาครัฐทั้ง 3 แห่งจะมีการใช้ค่าบลิตดิงไทม์มากกว่าที่อื่น ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ สถานที่ทำงานของทันตแพทย์ กับความต้องการใช้ค่า บลิตดิงไทม์

	ความต้องการใช้ค่าบลิตดิงไทม์ : จำนวน (ร้อยละ)				p - value
	ใช้	ไม่ใช้	อื่นๆ	รวม	
สาขาทันตแพทย์					
ทันตแพทย์ทั่วไป	104 (11.1)	703 (74.9)	131 (14.0)	938 (100)	0.758
ศัลยศาสตร์ช่องปาก	18 (10.1)	134 (75.3)	26 (14.6)	178 (100)	
ปริทันตวิทยา	8 (9.2)	66 (75.9)	13 (14.9)	87 (100)	
วิทยาเอ็นโดดอนต์	6 (5.7)	81 (77.1)	18 (17.1)	205 (100)	
ทันตกรรมประดิษฐ์	12 (7.5)	119 (73.9)	30 (18.6)	161 (100)	
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	7 (8.1)	64 (74.4)	15 (17.4)	86 (100)	
สาขาอื่น ๆ	17 (9.1)	136 (73.1)	33 (17.7)	186 (100)	
รวม	172 (9.9)	1,303 (74.8)	266 (15.3)	1,741 (100)	
สถานที่ทำงาน					
โรงพยาบาลชุมชน	77 (12.5)	439 (71.3)	100 (16.2)	616 (100)	<0.001*
โรงพยาบาลทั่วไป	33 (17.9)	130 (70.7)	21 (11.4)	184 (100)	
โรงพยาบาลศูนย์	11 (10.5)	76 (72.4)	18 (17.1)	105 (100)	

คลินิกเอกชน	33 (6.9)	381 (79.4)	66 (13.8)	480 (100)
โรงพยาบาลเอกชน	8 (6.6)	90 (73.8)	24 (19.7)	122 (100)
อาจารย์คณะทันตแพทย์	6 (5.4)	88 (78.6)	18 (16.1)	112 (100)
ที่อื่น ๆ	4 (3.1)	105 (80.2)	22 (16.8)	131 (100)
รวม	172 (9.8)	1,309 (74.8)	269 (15.4)	1,750 (100)

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ สถานที่ทำงานของทันตแพทย์ กับความต้องการใช้
ค่าไอเอ็นอาร์

	ความต้องการใช้ค่าไอเอ็นอาร์ : จำนวน (ร้อยละ)				p - value
	ใช้	ไม่ใช้	อื่นๆ	รวม	
สาขาทันตแพทย์					
ทันตแพทย์ทั่วไป	416 (44.5)	398 (42.6)	121 (12.9)	935 (100)	<0.001*
ศัลยศาสตร์ช่องปาก	143 (79.4)	28 (15.6)	9 (5.0)	180 (100)	
ปริทันตวิทยา	58 (66.7)	23 (26.4)	6 (6.9)	87 (100)	
วิทยาเอ็นโดดอนต์	37 (34.6)	48 (44.9)	22 (20.6)	107 (100)	
ทันตกรรมประดิษฐ์	65 (40.1)	73 (45.1)	24 (14.8)	162 (100)	
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	35 (40.7)	37 (43.0)	14 (16.3)	86 (100)	
สาขาอื่น ๆ	79 (42.5)	75 (40.3)	32 (17.2)	186 (100)	
รวม	833 (47.8)	682 (39.1)	228 (13.1)	1,743 (100)	
สถานที่ทำงาน					
โรงพยาบาลชุมชน	403 (65.0)	128 (20.6)	89 (14.4)	620 (100)	<0.001*
โรงพยาบาลทั่วไป	138 (73.8)	38 (20.3)	11 (5.9)	187 (100)	
โรงพยาบาลศูนย์	86 (80.4)	17 (15.9)	4 (3.7)	107 (100)	
คลินิกเอกชน	100 (21.1)	306 (64.4)	69 (14.5)	475 (100)	
โรงพยาบาลเอกชน	38 (31.7)	58 (48.3)	24 (20.0)	120 (100)	
อาจารย์คณะทันตแพทย์	41 (36.3)	56 (49.6)	16 (14.2)	113 (100)	
ที่อื่น ๆ	35 (26.5)	77 (58.3)	20 (15.2)	132 (100)	
รวม	841 (47.9)	608 (38.8)	233 (13.3)	1,754 (100)	

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (สถิติเพียร์สัน ไคสแควร์)

การใช้ค่าไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มยาต้านลิ้มเลือดนั้นพบว่า ทันตแพทย์ร้อยละ 47.8 ต้องการทราบค่าไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยก่อนให้การรักษา (ตารางที่ 2) จากการวิเคราะห์ทางสถิติเพียร์สัน ไคสแควร์ ความต้องการพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแต่ละสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ และสถานที่ทำงานของ

ทันตแพทย์ ซึ่งทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากและทันตแพทย์เฉพาะทางปริทันต์มีความต้องการพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์สูงกว่าสาขาอื่น ส่วนทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของภาครัฐขนาดต่าง ๆ ก็มีความต้องการพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์สูงกว่าที่อื่น (ตารางที่ 6) ทั้งนี้ยังพบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 64.8 ต้องการค่าไอเอ็นอาร์ระดับต่ำกว่า 2.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 7 หัตถการที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยและไม่ส่งต่อผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ เพื่อหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือด

ชนิดหัตถการ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ส่งปรึกษา	ปรึกษาบางครั้ง	ส่งปรึกษา
การฉีดยาเฉพาะที่สกัดประสาท (local nerve block anesthesia)	832 (64.0)	13 (1.0)	456 (35.0)
การฉีดยาชาเฉพาะที่โดยตรง (local infiltration anesthesia)	1,093 (81.9)	14 (1.0)	227 (17.0)
อุดฟัน (restorative ; filling)	1,652 (97.7)	17 (1.0)	22 (1.3)
ขูดหินปูน (scaling)	665 (43.7)	39 (2.6)	817 (53.7)
ขูดหินปูนและเกลารากฟัน (scaling and root planning)	212 (15.4)	18 (1.3)	1,151(83.3)
ศัลยกรรมปริทันต์ (perio surgery)	27 (2.8)	3 (0.3)	944 (96.9)
ถอนฟัน 1 ซี่ (single tooth extraction)	327 (20.3)	46 (2.9)	1,236 (76.8)
ถอนฟันมากกว่า 1 ซี่ (multiple tooth extraction)	83 (5.1)	23 (1.4)	1,506 (93.4)
รักษาคคลองรากฟัน (root canal treatment)	1,035 (85.3)	9 (0.7)	169 (13.9)
ผ่าฟันคุด (surgical removal of impacted tooth)	27 (1.8)	14 (0.9)	1,481 (97.3)
ศัลยศาสตร์ช่องปากอื่น ๆ (other surgery)	13 (1.3)	5 (0.5)	1,005 (98.2)
ครอบฟัน (fix prosthesis)	1,081 (87.0)	12 (1.0)	149 (12.0)
ฟันปลอมชนิดถอดได้ (removable prosthesis)	1,391 (98.4)	7 (0.5)	16 (1.1)

ตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาตามประเภทของหัตถการยังคงพบว่า หัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้แก่ การฉีดยาชาเฉพาะที่โดยตรง (ร้อยละ 17) การอุดฟัน (ร้อยละ 1.3) การรักษาคลองรากฟัน (ร้อยละ 13.9) การทำครอบฟัน (ร้อยละ 12) และการทำฟันปลอมชนิดถอดได้ (ร้อยละ 1.1) ก็ยังมี

สัดส่วนการส่งปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยาหรือปรับยาก่อนที่จะให้การรักษา สำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกสูงก็จะมี การส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์มากขึ้น จะเห็นได้ว่าสัดส่วนการส่งปรึกษาแพทย์นั้นจะขึ้นกับความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกของหัตถการนั้น ๆ ด้วย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่สำรวจพฤติกรรม ความรู้ ในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดพบว่า ทันตแพทย์ที่ไม่เคยให้การรักษากรณีผู้ป่วยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 21.6 - 21.7 และทันตแพทย์ที่เคยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือดโดยไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ร้อยละ 25.8 นั้น เป็นผลลัพธ์ที่ค่อนข้างต่ำกว่าจากที่เคยมีรายงานการศึกษาที่พบถึงร้อยละ 60.5 และร้อยละ 90 ในต่างประเทศ^{1,2,17} อาจเนื่องมาจากมีรายงานการศึกษาเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับการให้การรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่ต้องหยุดยาดังกล่าวข้างต้น⁶⁻¹⁶ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีทันตแพทย์จำนวนหนึ่งบรรยายในแบบสอบถามถึงการให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยโดยไม่หยุดยานั้น จะระบุว่าเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน ขนาด 81 มิลลิกรัมเท่านั้น แต่ถ้าเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดอื่น ๆ จะค่อนข้างมีความกังวลในการให้การรักษาดังมีรายงานการศึกษาของ Ringel และคณะ¹⁸ อาจเนื่องจากการพบผู้ป่วยกลับมาหาด้วยอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการ จึงนับว่าเป็นจำนวนที่ไม่น้อยที่ยังต้องการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หยุดยาก่อนมารับการรักษาทางทันตกรรม แม้ในหัตถการที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะเลือดออกก็ตาม ทั้งที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ผู้ป่วยหยุดยาด้านการแข็งตัวของเลือดแล้วก็ตาม แต่ในหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกสูงก็ควรจะมีการปรึกษาแพทย์ถึงแผนการรักษาร่วมกันเป็นสิ่งที่เหมาะสมอยู่แล้ว ส่วนการที่พบว่าทันตแพทย์ที่เป็นอาจารย์ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์ และกลุ่มที่ทำงานในคลินิกเอกชนนั้นต้องการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หยุดยามากกว่าทันตแพทย์กลุ่มอื่น อาจเนื่องจากไม่มีอายุรแพทย์เฉพาะทางที่จะรองรับการทำงานในที่นั้น ๆ จึงกังวลถึงปัญหา

แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากให้การรักษา

ยังคงมีทันตแพทย์ที่พิจารณาใช้ค่าบลิตติ้งไทม์ของผู้ป่วยอยู่ แม้จะเป็นที่เข้าใจกันแล้วว่าไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน และไม่มีประโยชน์ในการนำมาประเมินภาวะเลือดออกในช่องปากหลังให้การรักษาทันตกรรมที่รุกราน (invasive) กับผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้วก็ตาม^{10,19}

ผู้ป่วยที่ได้รับยารivaroxan นั้น แพทย์ต้องการให้มีค่าไอเอ็นอาร์ที่ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสม (Therapeutic Range) ที่ระดับ 2.0-3.0 หรือระดับ 2.5-3.5 ขึ้นกับประเภทของโรค¹⁰ แต่จากการศึกษาทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้พิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์ที่ระดับการรักษาที่เหมาะสม ค่าไอเอ็นอาร์ที่พิจารณาใช้กันเป็นส่วนใหญ่คือ ระดับที่ต่ำกว่า 2.0 (คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศสเปน¹⁷) เนื่องจากเป็นที่รู้กันว่าจะไม่มีผลต่อภาวะเลือดออกผิดปกติหลังให้การรักษา แต่การที่ผู้ป่วยจะมีค่าไอเอ็นอาร์ที่ระดับต่ำกว่า 2.0 จะต้องให้ผู้ป่วยมีการหยุดหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยารivaroxan ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ ทันตแพทย์เฉพาะทาง ศัลยศาสตร์ช่องปากและทันตแพทย์เฉพาะทางปริทันต์จะมีความต้องการพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยมากกว่าทันตแพทย์สาขาอื่น เนื่องจากลักษณะของงานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก จึงต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้และต้องพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์มากกว่าสาขาอื่น ส่วนทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ ของส่วนราชการก็มีความต้องการพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์สูงกว่าที่อื่น อาจเนื่องมาจากทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเหล่านี้มีความเข้าใจในการใช้ค่าไอเอ็นอาร์ รวมทั้งมีความพร้อมของห้องปฏิบัติการมากกว่าที่อื่น ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามว่าไม่ต้องการพิจารณาใช้ค่าไอเอ็นอาร์นั้นให้เหตุผลว่า ได้ใช้วิธีการส่งปรึกษาแพทย์ให้เป็นผู้ดำเนินการแทน ไม่มีความรู้เรื่องค่าไอเอ็นอาร์มาก่อน หรือถ้าผู้ป่วยดยามาแล้ว

ก็ไม่พิจารณาหาค่านี จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า
ทันตแพทย์ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียด
ของผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้มากพอ²⁰

ทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปาก และ
ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออก
ผิดปกติหลังทำหัตถการมากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งที่ส่วนใหญ่มี
การป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการเพิ่มเติมแล้ว
เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาหาสาเหตุเพิ่มเติมต่อไป เช่น มาจาก
ลักษณะงานที่พบมักจะมี ความยากและซับซ้อนกว่า
ทันตแพทย์สาขาอื่นหรือในสถานที่ทำงานอื่น การปฏิบัติตัว
ของผู้ป่วยหลังการรักษา และความแตกต่างของวิธีการ
ป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการ เป็นต้น สำหรับการ
ป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการเพิ่มเติม
นอกจากการกัดผ้าก๊อชนั้น มีความจำเป็นหรือไม่อาจขึ้น
กับชนิดของหัตถการและประสพการณ์การทำงานของ
ทันตแพทย์ เนื่องจากมีทั้งการศึกษาทั้งที่มีการทำและ
ไม่ได้ทำการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการ
เพิ่มเติม^{7,8,14} แม้จะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการใช้
และไม่ใช้สารห้ามเลือดเฉพาะที่^{21,22} แต่ก็มีการศึกษาที่
ยังคงแนะนำให้ทำการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำ
หัตถการเพิ่ม เช่นการใส่สารห้ามเลือดเฉพาะที่จะดีกว่า
การกัดผ้าก๊อชเพียงอย่างเดียว²³

สิ่งสำคัญที่ยังถกเถียงกันอยู่คือ การให้ความสำคัญ
ระหว่างความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมากภายหลังการ
ถอนฟันโดยไม่หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด กับ การเกิด
ภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือด (thromboembolic
event) เมื่อหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพราะแม้ว่า
ภาวะเลือดออกมากที่เกิดขึ้นจะควบคุมได้ดังที่มีรายงานมา
แล้ว แต่ก็มี ความถี่ของการเกิดมากกว่า ส่วนการเกิดภาวะ
ลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือดก็มีผลเสียที่อาจเกิด ความ
พิการถาวรหรือเสียชีวิตได้^{24,25} การสร้างความรู้ความ
เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการที่เหมาะสมที่อิงอยู่บน
หลักฐานทางวิชาการจึงมีความจำเป็นมาก ควรจะต้องมี
การเผยแพร่ให้ความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องของผู้ป่วยที่ได้รับยา

ต้านการแข็งตัวของเลือด และหาแนวทางการให้การรักษา
ทางทันตกรรมร่วมกันเพื่อจะให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยมีการหยุดยาหรือปรับยาต้านการ
แข็งตัวของเลือดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งในทีมผู้วิจัย นวัตกรรม
และคณะ²⁶ ได้ทำการศึกษาและดำเนินการจัดทำคู่มือ
ปฏิบัติเกี่ยวกับการถอนฟันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร่วมกับกำลัง
ดำเนินการวางแผนเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

สรุป

การศึกษานี้พบทันตแพทย์จำนวนสูงถึง 1 ใน 5
ที่ต้องการให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ทั้งชนิดยาต้านเกล็ดเลือดและยาแอสไพรินก่อนรับการ
รักษา แม้ในหัตถการที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะ
เลือดออกก็ตาม ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่ไม่น้อยถึงแม้
ทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด
ขึ้นกับผู้ป่วย และมีรายงานการศึกษาที่แนะนำการให้
รักษาทางทันตกรรมได้โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการ
แข็งตัวของเลือดแล้วก็ตาม การที่ทันตแพทย์จะตัดสินใจ
ให้การรักษาทางทันตกรรมให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่หยุด
ยาหรือต้องหยุดยานั้น ขึ้นกับปัจจัย เช่น ความรู้เกี่ยวกับ
การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความเข้าใจ
ตรงกันกับแพทย์และทันตแพทย์ ความเข้าใจของผู้ป่วย
และญาติเกี่ยวกับความเสี่ยงของแต่ละอย่าง ความพร้อม
ของสถานที่ทำงาน โดยที่ผ่านมามีบทความสนับสนุนให้
ทำหัตถการได้โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยา แต่ยังไม่
มีคำแนะนำเป็นข้อปฏิบัติให้เข้าใจตรงกันสามารถปฏิบัติ
ตามได้อย่างชัดเจน การจัดทำคู่มือปฏิบัติจึงน่าจะเป็น
ประโยชน์ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนทุนวิจัยและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทันตแพทย์หญิงวรรณดี พลานุกภาพ หัวหน้างานทันตกรรมที่ให้โอกาสและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ทันตแพทย์หญิงฉัตรแก้ว บริบูรณ์ธีรญาส ในการให้คำแนะนำร่วมเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขอขอบคุณทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และบุคลากรของงานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช ที่ช่วยคัดแยกแบบสอบถาม ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย สมาชิกของสมาคมที่ร่วมดำเนินการให้การศึกษาสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Murphy J, Twohig E, McWilliams SR. Dentists' approach to patients on anti-platelet agents and warfarin: a survey of practice. *J Ir Dent Assoc* 2010;56:28-31.
2. Linnebur SA, Ellis SL, Astroth JD. Educational practices regarding anticoagulation and dental procedures in U.S. dental schools. *J Dent Educ* 2007;71:296-303.
3. Yasaka M, Naritomi H, Minematsu K. Ischemic stroke associated with brief cessation of warfarin. *Thromb Res* 2006;118:290-3.
4. Garcia DA, Regan S, Henault LE, Upadhyay A, Baker J, Othman M, *et al.* Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med* 2008;168:63-9.
5. Wahl MJ. Dental surgery in anticoagulated patients. *Arch Intern Med* 1998;158:1610-6.
6. Cardona-Tortajada F, Sainz-Gomez E, Figuerido-Garmendia J, de Robles-Adsuar AL, Morte-Casabo A, Giner-Munoz F, *et al.* Dental extractions in patients on antiplatelet therapy. A study conducted by the Oral Health Department of the Navarre Health Service (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:e588-92.
7. Bajkin BV, Selakovic SD, Mirkovic SM, Sarcev IN, Tadic AJ, Milekic BR. Comparison of efficacy of local hemostatic modalities in anticoagulated patients undergoing tooth extractions. *Vojnosanit Pregl* 2014;71:1097-101.
8. Abdullah WA, Khalil H. Dental extraction in patients on warfarin treatment. *Clin Cosmet Investig Dent* 2014;6:65-9.
9. 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.
10. Aframian DJ, Lalla RV, Peterson DE. Management of dental patients taking common hemostasis-altering medications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103 Suppl:S45 e1-11.
11. 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.
12. Ardekian L, Gaspar R, Peled M, Brenner B, Laufer D. Does low-dose aspirin therapy complicate oral surgical procedures? *J Am Dent Assoc* 2000;131:331-5.
13. Devani P, Lavery KM, Howell CJ. Dental

extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regime necessary? *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998;36:107-11.

14. Pippi R, Santoro M, Cafolla A. The effectiveness of a new method using an extra-alveolar hemostatic agent after dental extractions in older patients on oral anticoagulation treatment: an inpatient study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015;120:15-21.

15. Van Diermen DE, Van Der Waal I, Hoogstraten J. Management recommendations for invasive dental treatment in patients using oral antithrombotic medication, including novel oral anticoagulant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013;116:709-16.

16. Morimoto Y, Niwa H, Minematsu K. Hemostatic management for periodontal treatments in patients on oral antithrombotic therapy: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108:889-96.

17. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Escribano MG, Martinez-Beneyto Y. Behaviour and attitudes among Spanish general dentists towards the anticoagulated patient: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2010;16:539-41.

18. Ringel R, Maas R. Dental procedures in patients treated with antiplatelet or oral anticoagulation therapy - an anonymous survey. *Gerodontology* 2015;9:1-5.

19. van Diermen DE, Aartman IH, Baart JA, Hoogstraten J, van der Waal I. Dental management of patients using antithrombotic drugs: critical appraisal of existing guidelines. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:616-24.

20. Robati R, Farokhi M. Evaluation the dentists' awareness of inherited bleeding disorders and anticoagulants in Shiraz. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2013;3:159-63.

21. Soares EC, Costa FW, Bezerra TP, Nogueira CB, de Barros Silva PG, Batista SH, et al. Postoperative hemostatic efficacy of gauze soaked in tranexamic acid, fibrin sponge, and dry gauze compression following dental extractions in anticoagulated patients with cardiovascular disease: a prospective, randomized study. *Oral Maxillofac Surg* 2015;19: 209-16.

22. Scarano A, Sinjari B, Murmura G, Mijiritsky E, Iaculli F, Mortellaro C, et al. Hemostasis control in dental extractions in patients receiving oral anticoagulant therapy: an approach with calcium sulfate. *J Craniofac Surg* 2014;25:843-6.

23. Isola G, Matarese G, Cordasco G, Rotondo F, Crupi A, Ramaglia L. Anticoagulant therapy in patients undergoing dental interventions: a critical review of the literature and current perspectives. *Minerva Stomatol* 2015;64:21-46.

24. Lalla RV, Peterson DE, Aframian DJ. Should warfarin be discontinued before a dental extraction? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;113:149-50;author reply 50-2.

25. Balevi B. Should warfarin be discontinued before a dental extraction? A decision-tree analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;110:691-7.

26. นวัตกรรม พันธุ์ไพศาล, วิภากรณ โขคชัยวรกุล การศึกษาภาวะเลือดออกภายหลังการถอนฟันในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออก. *Mahidol R2R e-Journal* 2558;4:33-43.

ภาคผนวก

ข้อมูลแบบสอบถาม

1. เพศ ○ ชาย ○ หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. ประสบการณ์การทำงาน _____ ปี
4. ท่านเป็นทันตแพทย์
 - ทันตแพทย์ทั่วไป
 - ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขา ศัลยกรรมช่องปาก
 - ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาปริทันตวิทยา
 - ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์
 - ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์
 - ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
 - อื่น ๆ
5. ลักษณะการทำงาน (เฉพาะสถานที่ทำงานหลัก)
 - โรงพยาบาลชุมชน
 - โรงพยาบาลทั่วไป
 - โรงพยาบาลศูนย์
 - คลินิกเอกชน
 - โรงพยาบาลเอกชน
 - อาจารย์ประจำคณะทันตแพทย์
 - อื่น ๆ
6. รูปแบบการทำงาน
 - ยังคงให้บริการหัตถการทางทันตกรรม
 - ทำเฉพาะงานบริหารเท่านั้น
7. ท่านเคยให้การรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่
 - เคย
 - ไม่เคย
 - ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ
8. ในการให้การรักษาทันตกรรมใดบ้างที่ท่านส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยาหรือปรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ทั้งชนิดยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านลิ้มเลือด) ก่อนให้การรักษาทันตกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - การฉีดยาชาเฉพาะที่สกัดประสาท (local nerve block anesthesia)
 - การฉีดยาชาเฉพาะที่โดยตรง (local infiltration anesthesia)
 - อุดฟัน (filling)
 - รักษาคลองรากฟัน (root canal treatment)
 - ขูดหินปูน (scaling)
 - ขูดหินปูนและเกลารากฟัน (scaling and root planning)
 - ศัลยกรรมปริทันต์ (perio surgery)
 - ถอนฟัน 1 ซี่ (single tooth extraction)
 - ถอนฟันมากกว่า 1 ซี่ (multiple tooth extraction)
 - ศัลยกรรมช่องปากอื่น ๆ (other surgery)
 - ผ่าฟันคุด (surgical removal of impacted tooth)
 - ครอบฟัน (fix prosthesis)
 - ฟันปลอมชนิดถอดได้ (removable prosthesis)
9. ในการให้การรักษาทันตกรรมใดบ้างที่ท่านให้การรักษาโดยไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดยาหรือปรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ทั้งชนิดยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านลิ้มเลือด) ก่อนให้การรักษาทันตกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - การฉีดยาชาเฉพาะที่สกัดประสาท (local nerve block anesthesia)

- การฉีดยาชาเฉพาะที่โดยตรง (local infiltration anesthesia)
 - อุดฟัน (filling)
 - ขูดหินปูน (scaling)
 - ศัลยกรรมปริทันต์ (perio surgery)
 - ถอนฟัน 1 ซี่ (single tooth extraction)
 - ศัลยกรรมช่องปากอื่น ๆ (other surgery)
 - ครอบฟัน (fix prosthesis)
 - รักษาคลองรากฟัน (root canal treatment)
 - ขูดหินปูนและเกลารากฟัน (scaling and root planning)
 - ถอนฟันมากกว่า 1 ซี่ (multiple tooth extraction)
 - ผ่าฟันคุด (surgical removal of impacted tooth)
 - ฟันปลอมชนิดถอดได้ (removable prosthesis)
10. ท่านเคยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ทั้งชนิดยาต้านเกล็ดเลือดและยาด้านลิ่มเลือด) โดยไม่ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมหรือไม่ (ไม่ว่าเหตุการณ์ใดก็ตาม)
- เคย ○ ไม่เคย ○ อื่น ๆ เหตุผล _____
11. ในการให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ส่วนใหญ่ท่านเจาะหาค่าบลิตติ้งไทม์ (bleeding time) หรือไม่
- ใช่ ○ ไม่ใช่ ○ อื่น ๆ เหตุผล _____
12. ในการให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับกลุ่มยาด้านลิ่มเลือด ส่วนใหญ่ท่านเจาะหาค่าไอเอ็นอาร์ (INR) หรือไม่
- ใช่ ○ ไม่ใช่ ○ อื่น ๆ เหตุผล _____
13. ถ้าตอบใช่ในข้อ 12 ค่าไอเอ็นอาร์ (INR) ที่ท่านต้องการก่อนให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยคือ (ตอบข้อที่ใช้มากที่สุด)
- <1.5 ○ 1.5-1.9 ○ 2.0-3.0 ○ >4.0
14. ในผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ภายหลังการรักษาทางทันตกรรมที่มีเลือดออก ท่านเคยทำการป้องกันภาวะเลือดออกหลังทำเหตุการณ์หรือไม่ เช่น เย็บแผล ใส่สารห้ามเลือดเฉพาะที่ ฯลฯ (นอกจากการกดก๊อช)
- เคยเป็นประจำ ○ เคยเป็นบางครั้ง
- ไม่เคยนอกจากการกดก๊อช ○ ไม่เคยให้การรักษากรณีไม่หยุดยา
15. ในผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ภายหลังการรักษาทางทันตกรรมที่มีเลือดออก ท่านเคยพบว่าผู้ป่วยกลับมาหาด้วยอาการของภาวะเลือดออกผิดปกติภายหลังทำเหตุการณ์หรือไม่
- เคยเป็นประจำ ○ เคยเป็นบางครั้ง
- ไม่เคยพบ ○ ไม่เคยให้การรักษากรณีไม่หยุดยา
16. ท่านเคยทราบหรือไม่ว่าการหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด โรคหลอดเลือดสมองบางชนิด ผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
- ทราบ ○ ไม่ทราบ