

## บทรายการวิทยุพันทอล์ค

### เรื่อง ข้อควรรู้เกี่ยวกับยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือดสำหรับทันตแพทย์

#### ที่มาบทความ ข่าวสารทันตแพทย์ ปีที่ 35 ฉบับที่ 3

แม้ว่ามนุษย์ชาติจะต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพต่างๆมากมาย ไม่ว่าจะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease หรือ NCDS) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หรือแม้แต่ปัญหาโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease) ที่ส่งผลกระทบต่อคนทั่วทั้งโลกก็ตาม แต่โรคในช่องปากยังคงเป็นปัญหาใหญ่สำคัญในระดับโลกที่ยังคงเป็นภาระหนักที่คุกคามผู้คนถึง 3.9 พันล้านคนทั่วโลก โดยพบว่า 44% ของประชากรทั่วโลกมีปัญหาฟันผุที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสียฟันมากขึ้น และในอนาคตปัญหาดังกล่าวนี้นี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงเป็นภาระหนักและมีความยุ่งยากในการรักษามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเพิ่มประชากรสูงอายุที่มากขึ้น ตามติดมาด้วยปัญหาโรคประจำตัวซับซ้อน ได้รับยาที่หลากหลาย และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้น ทันตแพทย์จึงจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ด้วยเช่นกัน

ปัจจุบันนี้มีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด(Antiplatelets)และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นยาในกลุ่มวาร์ฟาริน (Warfarin) หรือยาต้านการแข็งเลือดกลุ่มใหม่ (Novel oral anticoagulants, NOACs) ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคในกลุ่มนี้กำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากการเพิ่มจำนวนของประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในปี 2021 นี้

ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการป้องกันการเกาะตัวกันของเกล็ดเลือดจึงทำให้ไม่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงเป็นยาที่แพทย์มักจะใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือใช้หลังจากการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยขดลวด(Stent) การผ่าตัดบายพาสหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และยังอาจใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation) ด้วย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่แอสไพริน (Aspirin) โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) ทิโคลพิดีน (Ticlopidine) พรากูเกรล (Prasugrel) ไทคากริโลร์ (Ticagrelor) ซิลอสตาซอล (Cilostazol) และไดไพริดาโมล (Dipyridamole) เป็นต้น ซึ่งทันตแพทย์มักจะคุ้นเคยกับยาเหล่านี้ เพราะมีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และมักพบปัญหาในการตัดสินใจหยุดหรือไม่หยุดยาก่อนการทำการหัตถการทางทันตกรรม

โดยในปี 2007 ได้มีการทำข้อตกลงกันโดยสมาคมทันตแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางในประเทศสหรัฐอเมริกาและลงความเห็นร่วมกันว่า ควรคำนึงถึงผลเสียของการหยุดยาและควรมีการปรึกษาหารือกันระหว่าง

แพทย์โรคหัวใจและทันตแพทย์ (หรือศัลยแพทย์) โดยไม่มีการหยุดยาเองก่อนที่จะทำหัตถการที่รุกราน (Invasive procedure) หรือการผ่าตัดที่ไม่ใช่การผ่าตัดใหญ่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงที่จะมีการอุดตันที่หลอดเลือดขยายหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้ในการศึกษาของ Ockerman A. (2020) ยัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดเลือดออกหลังจากทำผ่าตัดเล็กในช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด และผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 1 ชนิด และ 2 ชนิดตามลำดับ และภาวะเลือดออกที่เกิดขึ้นสามารถจัดการได้ด้วยการใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ (Local hemostasis) เช่น การใช้เจลโฟม (Gelfoam) หรือเซอร์จิเซล (Surgicel) ร่วมกับการเย็บปิดปากแผล และการใช้กรดทรานแซมิก (Tranexamic acid) เพื่อป้องกันการสลายตัวของลิ่มเลือด

ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มวาร์ฟารินก็เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญและมีการใช้อย่างแพร่หลายมาอย่างยาวนาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดที่ขาอุดตัน (Deep vein thrombosis) ผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งกระบวนการสร้างปัจจัยสร้างลิ่มเลือดที่ขึ้นกับวิตามินเค (Vitamin K dependent coagulation factors) ได้แก่ ปัจจัย II VII IX และX ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการติดตามผลการรักษาโดยติดตามค่า INR (International Normalized Ratio) อย่างต่อเนื่องใกล้ชิดโดยควบคุมให้อยู่ในค่าเป้าหมายการรักษา (Therapeutic range) ที่ 2.0-3.5 โดยต้องพึงระวังอันตรกิริยาของยา หรือเรียกสั้นๆว่า ยาตีกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะและยาต้านเชื้อราบางประเภท เช่น อะม็อกซิซิลลิน/คลาวูลานาต (Amoxicillin/clavulanate) เมโทรนิดาโซล (Metronidazole) ฟลูโคนาโซล (Fluconazole) เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงสถานะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ความผิดปกติในการดูดซึมยา และการขับยาออกจากร่างกายร่วมด้วย ดังนั้นการตัดสินใจหยุดยาเองจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันจนแก้ไขไม่ทัน และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งในปัจจุบันนี้มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการทำการผ่าตัดเล็กในช่องปาก เช่น การถอนฟัน 1-3 ซี่ การเจาะระบายหนองภายในช่องปาก การตัดชิ้นเนื้อที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 1 ซม. เป็นต้นสามารถทำได้เมื่อแพทย์สามารถควบคุม INR ให้อยู่ในช่วง 2.0-3.5 โดยมีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดเลือดออกผิดปกติหลังผ่าตัด และสามารถที่จะใช้วิธีการห้ามเลือดเฉพาะที่ในการหยุดเลือดได้ ส่วนการเปลี่ยนมาใช้เฮพารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำชั่วคราวนั้น จำเป็นจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

ปัจจุบันมีการใช้ยาต้านการแข็งเลือดกลุ่มใหม่ ที่มีกลไกการออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อปัจจัยการแข็งตัวของเลือดโดยประกอบด้วย ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งทรอมบิน เช่น ดาบิกาเทรน (Dabigatran) และยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เช่น ริวาร็อกซาแบน (Rivaroxaban) เอพิซาแบน (Apixaban) อีดีอก

ซาแบน (Edoxaban) เป็นต้น จึงทำให้มีคุณสมบัติในการออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ไม่ต้องติดตามผล INR และมีค่าอันตรายกิริยาของยาต่ำ จึงทำให้ยากกลุ่มนี้เป็นที่นิยมสั่งจ่ายโดยแพทย์เพื่อทดแทนยากลุ่มวาร์ฟาริน มากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นทันตแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ และมีความระมัดระวังในการทำหัตถการในผู้ป่วย กลุ่มนี้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มวาร์ฟาริน โดยมีหลายการวิจัยที่สนับสนุนไม่ให้มีการหยุดยาในกลุ่มนี้โดยการศึกษากของ Dinkova และคณะ (2017) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาดาบิกาเทรน(Dabigatran)และมีค่าความสามารถในการกำจัดครีอะตินีนของไต (Creatinine clearance, CrCl) ในช่วงปกติสามารถให้การถอนฟันได้อย่างง่ายดายและสามารถห้ามเลือดด้วยวิธีเฉพาะที่ได้อย่างปลอดภัยโดยแนะนำให้ถอนฟันหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้วอย่างน้อย 12 ชั่วโมง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดย Lusk K.A.และคณะ(2018) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดยาก่อนทำการหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกต่ำถึงปานกลาง มีภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดน้อยและสามารถควบคุมได้ด้วยการห้ามเลือดเฉพาะที่ และในปี 2015 สมาคมแพทย์โรคหัวใจในทวีปยุโรปได้ออกแนวทางปฏิบัติซึ่งไม่แนะนำให้มีการหยุดยาในผู้ป่วยที่ต้องรับการถอนฟัน 1-3 ซึ่งการทำคัลล์ปริทันต์ การเจาะระบายหนองในช่องปาก และการผ่าตัดฝังรากเทียม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ทันตแพทย์ไม่ควรละเลย คือควรมีการทบทวนประวัติการเจ็บป่วย การให้ยา สภาวะร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียด วัตถุประสงค์ของหัตถการที่จะทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เป็นต้น เพื่อให้สามารถวางแผนให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น แต่ที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้นคือการสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมีโอกาสตัดสินใจที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับในแผนการรักษานั้น ๆ และท้ายที่สุดไม่ควรจะละเลยการให้ความรู้ในด้านทันตกรรมป้องกันเพราะ“การป้องกันไม่ให้เกิดโรคย่อมดีกว่าการรักษา”