

ภาวะเลือดออกภายหลังการทำหัตถการในช่องปากของผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลศิริราช

Post Dental Procedural Bleeding in Hemophilia A Patients: Siriraj Experience

ทพญ. แชนวัญ มณีไพโรจน์ ผศ.นพ. วีระ ฤๅชทุระกุล

Dr. KAREKWUN MANEEPAIROJ DDS. ASSISTANT PROFESSOR THEERA RUCHUTRAKOOL, M.D.

Dental Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital , Division of hematology, department of medicine Siriraj Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ต้องการทราบแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการทำการหัตถการทางทันตกรรม และภาวะเลือดออกหลังทำการหัตถการในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ของโรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา : ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (retrospective chart review) ในผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคฮีโมฟีเลีย เอ (hemophilia A) ที่ได้รับการดูแลรักษาที่สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และมารับการรักษาทางทันตกรรมที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 – 31 กรกฎาคม 2555

ผลการศึกษา : พบภาวะเลือดออกหลังทำการหัตถการจำนวน 6 ครั้งจากจำนวนทั้งสิ้น 64 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.2

สรุป : ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแฟคเตอร์แปดในพลาสมากับภาวะเลือดออกภายหลังการผ่าตัดในช่องปากของผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ มีความเกี่ยวข้องกับความยากง่ายของหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมถึงสภาวะช่องปากและทันตสุขภาพของผู้ป่วยด้วย รวมถึงจำนวนซีพินที่ถอนก็มีผลต่อการเกิดเลือดออกภายหลังการรักษาเช่นกัน

คำสำคัญ : ความรุนแรงของโรค หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ การประสานงานระหว่างทันตแพทย์และโลหิตแพทย์เลือดออกภายหลังการรักษาทางทันตกรรม

-
1. ทพ.ญ. แชนวัญ มณีไพโรจน์ ตำแหน่งทันตแพทย์ งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช
 2. ผศ.นพ. วีระ ฤๅชทุระกุล ตำแหน่งอาจารย์ประจำ ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Abstract

OBJECTIVE : to establish a protocol for the management of pre-dental treatment and post-dental treatment bleeding in Siriraj Hospital's hemophilia A patients.

MATERIAL AND METHOD : This study is a retrospective chart review in hemophilia A patients who have been treated at the Division of Hematology, Department of Medicine and underwent dental treatments at the Dental department both at Siriraj Hospital. The period of study is from 1st January, 2008 to 31th July, 2012.

RESULT : There were 6 episodes of post-operative bleeding from 64 procedures performed (9.2%).

CONCLUSION : Correlation between plasma factor VIII level and incidence of post-operative bleeding should depend on difficulty of the dental procedures, patient's oral hygiene condition, dental health as well as the numbers of extracted teeth.

Keyword : Severity of the disease, Dental procedures, Coordination between dentist and hematologist, Post-operative bleeding

หลักการและเหตุผล

ฮีโมฟีเลีย เอ (Hemophilia A) เป็นโรคเลือดออกง่ายหยุดยากทางพันธุกรรมที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากโรควอนวิลลิแบรนด์ (von Willebrand disease) ฮีโมฟีเลีย เอ มีสาเหตุจากการขาดแฟคเตอร์แปด (Factor VIII-FVIII) โดยความรุนแรงของโรคขึ้นกับระดับแฟคเตอร์ที่เหลืออยู่ โดยระดับรุนแรงมาก (Severe) ระดับรุนแรงปานกลาง (Moderate) และระดับรุนแรงน้อย (Mild) จะมีระดับ FVIII น้อยกว่า 1 ยูนิต/ดล., 2 – 5 ยูนิต/ดล. และ 6 – 40 ยูนิต/ดล. ตามลำดับ อุบัติการณ์ของฮีโมฟีเลีย เอ ในประเทศตะวันตกเท่ากับ 1:10,000 - 30,000 ของประชากร^{1,2} แต่อุบัติการณ์ในประเทศไทยไม่เป็นที่แน่ชัด จากการลงทะเบียนผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเอเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล ทั่วประเทศพบมีผู้ป่วยเท่ากับ 1,387 ราย โดยแยกออกตามสิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และที่ยังไม่สามารถระบุสิทธิการรักษาได้ เท่ากับ 1,313, 36, 21 และ 17 ราย ตามลำดับ (จาก www.nhso.go.th ข้อมูล ณ วันที่ 15 มกราคม 2557) และที่สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีผู้ป่วยในความรับผิดชอบประมาณ 200 คน แม้ว่าอาการเลือดออกที่พบบ่อย คือเลือดออกในข้อและกล้ามเนื้อ แต่ผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดา และปัสสาวะเป็นเลือดได้บ่อยเช่นกัน เลือดออกตามไรฟันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยไม่ดีเท่ากับคนปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่กล้าทำความสะอาดช่องปาก ไม่กล้าพบทันตแพทย์ หรือทันตแพทย์ทั่วไปอาจจะไม่เข้าใจธรรมชาติของโรค และไม่ได้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีเท่าที่ควร เนื่องจากความกังวลเรื่องเลือดออกผิดปกติหลังทำหัตถการทางทันตกรรม การรักษาทางทันตกรรมใน

ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ไม่ว่าจะเป็นหัตถการที่ไม่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Non-invasive procedure) เช่น การอุดฟัน การขูดหินปูน หรือหัตถการที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Invasive procedure) เช่น การถอนฟัน การผ่าตัดต่างๆ ในช่องปาก ย่อมทำให้มีเลือดออกภายหลังการรักษาได้มากขึ้น นำมาซึ่งผลเสียอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ อาการปวด อาการบวม เป็นต้น ประสานงานที่ีระหว่างทันตแพทย์และโลหิตแพทย์จึงเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้การดูแลผู้ป่วย ดีขึ้น^{3,4} และในการประเมินผู้ป่วยจะต้องประเมินสภาพความรุนแรงของผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ และประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกตามชนิดของหัตถการทางทันตกรรม⁵ หากเป็นหัตถการที่มีเลือดออกมากอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดไหลออกนาน หยุดยาก และอาจมีเลือดออกจนถึงขั้นเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หากขาดการวางแผนการรักษาที่ดี ปัจจุบันแม้ว่าการให้ส่วนประกอบของเลือดทดแทน (Replacement) ก่อนการผ่าตัดในช่องปากเพื่อลดโอกาสการมีเลือดออกภายหลัง ยังเป็นสิ่งจำเป็น แต่ระดับที่เพียงพอต่อการห้ามเลือดจะแตกต่างกัน แต่แนวโน้มของระดับที่จะต้องให้เพิ่มกลับลดลง ทั้งนี้อาจเกิดจากการมีการห้ามเลือดเฉพาะที่ดีขึ้น^{6,7} เช่น Tranexamic acid ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการห้ามเลือดออกในช่องปากเนื่องจากช่องปากเป็นอวัยวะที่มีการละลายลิ่มเลือดสูง (Hyperfibrinolysis) และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการให้ Tranexamic acid แต่เพียงอย่างเดียว สามารถห้ามเลือดได้โดยไม่ต้องให้แฟคเตอร์ทดแทน⁶ ทำให้การใช้ส่วนประกอบของเลือดทดแทนลดลง อย่างไรก็ตามหากให้น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการมีเลือดออก ในขณะที่การให้แฟคเตอร์ทดแทนมากเกินไปก็จะเกิดการสูญเสียและสิ้นเปลืองค่ารักษา

วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการทราบแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการทำหัตถการทางทันตกรรม และภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ของโรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาค้นข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (Retrospective chart review) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคฮีโมฟีเลีย เอ (Hemophilia A) ที่ได้รับการดูแลรักษาที่สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และมารับการรักษาทางทันตกรรมที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 – 31 กรกฎาคม 2555 โดยได้รับการพิจารณาการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ผ่านสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รหัสโครงการ 335/2556 (EC2) โดยมีค่านิยามที่เกี่ยวข้อง

1. ความรุนแรงของโรค แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท คือ
 1. ชนิดรุนแรงมาก (Severe hemophilia A) คือ ผู้ป่วยที่มีระดับ FVIII น้อยกว่า 1 ยูนิต/ดล.
 2. ชนิดรุนแรงไม่มาก (Non-severe hemophilia A) คือ ผู้ป่วยที่มีระดับ FVIII 2 – 5 ยูนิต/ดล. (Moderate hemophilia A) และผู้ป่วยที่มีระดับ FVIII 6 – 40 ยูนิต/ดล. (Mild hemophilia A)
2. หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. Invasive procedures คือ หัตถการที่มีความชอกช้ำต่อเนื้อเยื่อมาก ได้แก่ การถอนฟัน การผ่าตัดต่างๆ ในช่องปาก การรักษาโรคปริทันต์อักเสบ

2. Non-invasive procedures คือ

หัตถการที่มีความชอกช้ำต่อเนื้อเยื่อน้อย ได้แก่ การอุดฟัน การขูดหินปูน การรักษารากฟัน การใส่ฟันปลอม

3. การประสานงานระหว่างทันตแพทย์กับโลหิตแพทย์

1. ถือว่ามีการประสานงาน หากมีการวางแผนจากโลหิตแพทย์ และให้แฟคเตอร์ทดแทนก่อนทำหัตถการ

2. ถือว่าไม่มีการประสานงาน หากทำหัตถการทันทีโดยไม่มีการวางแผนจากโลหิตแพทย์ก่อนทำหัตถการ

4. เลือดออกภายหลังการรักษาทางทันตกรรม

1. ถือว่ามีเลือดออกทันที หากผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเพราะมีเลือดออกภายใน 48 ชั่วโมง หลังการรักษา

2. ถือว่ามีเลือดออกภายหลังทำฟันหลายวัน หากผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเพราะมีเลือดออกภายหลัง 48 ชั่วโมง หลังการรักษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ (Hemophilia A) ที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ เดือนมกราคม ปีพ.ศ.2550 ถึง เดือนกรกฎาคม ปีพ.ศ. 2555 มีทั้งหมด 22 ราย แยกออกเป็นผู้ป่วย Severe และ Non-severe hemophilia A จำนวน 14 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ ทั้งหมดนี้ได้รับการรักษาทางทันตกรรมรวม 64 ครั้ง จัดเป็นหัตถการที่เป็น Invasive และ Non-invasive 17 และ 48 ครั้ง ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 – 49 ปี มี 4 รายที่มีสารต้านแฟคเตอร์แปด (Factor inhibitor) ร่วมจากตารางที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง Severe และ Non-severe hemophilia A ได้รับการทำหัตถการที่ Invasive และ Non-invasive ใกล้เคียงกัน

วิธีการเตรียมผู้ป่วยจากโลหิตแพทย์ :พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ หากเป็นหัตถการชนิด Non-Invasive ทั้งสิ้น 47 ครั้ง ไม่ต้องให้แฟคเตอร์ 36 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 76.6 และ 8 ครั้งที่ต้องเพิ่มระดับแฟคเตอร์เปิดในเลือดให้สูง 25 - 40 ยูนิต/ดล. คิดเป็นร้อยละ 17 และมีเพียงสองครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 4.25) เท่านั้น ที่มีการเพิ่มระดับแฟคเตอร์เปิดในเลือดเท่ากับ 50 - 70 และ 80 - 100 ยูนิต/ดล. ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการเพิ่มแฟคเตอร์เปิด เพราะข้อบ่งชี้อื่นในขณะที่ส่งมาทำหัตถการทางทันตกรรม นอกจากนี้มี 1 ครั้งที่ได้เตรียมผู้ป่วยด้วย Prothrombin complex concentrate เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีสารต้านแฟคเตอร์เปิด (โดยมีระดับสารต้านแฟคเตอร์เปิดเท่ากับ 58 BU) สำหรับหัตถการชนิด Invasive พบว่าแพทย์มักมีแนวโน้มที่จะต้องให้แฟคเตอร์เปิดทดแทนก่อนเสมอ โดยไม่มีครั้งใดเลยที่ได้รับการทำหัตถการโดยไม่มีการเพิ่มระดับแฟคเตอร์เปิด โดยร้อยละ 70.6 ของการทำหัตถการชนิด Invasive (12 ใน 17 ครั้ง) แพทย์จะเพิ่มระดับแฟคเตอร์เปิดในเลือดให้มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ยูนิต/ดล. ดังแสดงในตารางที่ 2 ภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการ : พบภาวะเลือดออกหลังทำหัตถการจำนวน 6 ครั้งจากจำนวน

ทั้งสิ้น 64 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.2 ในจำนวน 6 ครั้งนี้ เกิดหลังการทำหัตถการชนิด Invasive 5 ครั้งและพบว่า 4 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 66.7) เกิดกับผู้ป่วยที่เป็น Non-severe hemophilia A และ 1 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 16.7) เกิดกับผู้ป่วยที่เป็น Severe hemophilia A แม้ว่าทั้ง 5 ครั้งจะได้รับการเพิ่มระดับแฟคเตอร์เปิดแล้วก็ตาม และทั้งหมดเป็นเลือดออกภายหลังทำหัตถการแล้ว 48 ชั่วโมง (Delayed bleeding) อีก 1 ครั้งที่เหลือ (คิดเป็นร้อยละ 16.7) มีเลือดออกทันทีหลังตัดไหม ในผู้ป่วย Non-severe ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้ให้แฟคเตอร์ทดแทนก่อน เพราะการตัดไหมถือว่าเป็นหัตถการชนิด Non-invasive

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย Severe และ Non-severe hemophilia A

	severe (N = 14)	non-severe (N = 8)	non hemophilia (N = 52)
อายุ (ปี)	15-49 (median = 27.5)	15-37 (median = 30)	17-74 (median = 37)
จำนวนผู้ป่วยที่มีสารต้านแฟคเตอร์เปิด (คน)	4	0	0
หัตถการ invasive (จำนวนครั้ง)	11	6	17
หัตถการ non- invasive (จำนวนครั้ง)	24	23	50
มีการประสานงานก่อนทำหัตถการ (จำนวนครั้ง)	17	11	0

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการทำหัตถการและระดับแฟคเตอร์แปดที่ต้องเพิ่มในระดับต่างๆ

ระดับแฟคเตอร์แปด ที่เพิ่มในเลือด	หัตถการชนิด invasive (17 ครั้ง)		หัตถการชนิด non-invasive (47 ครั้ง)	
	อีโมฟีเลีย เอ ชนิดรุนแรง (11 ครั้ง)	อีโมฟีเลีย เอ ชนิดไม่รุนแรง (6 ครั้ง)	อีโมฟีเลีย เอ ชนิดรุนแรง (24 ครั้ง)	อีโมฟีเลีย เอ ชนิดไม่รุนแรง (23 ครั้ง)
ไม่ได้ให้ทดแทน	0	0	18	18
25-40 ยูนิต/ดล.	1	4*	3	5
50-70 ยูนิต/ดล.	4	1*	1	0
80-100 ยูนิต/ดล.	6*	1*	1	0
PCC	0	0	1	0

PCC คือ Prothrombin complex concentrate

* คือ จำนวนครั้งที่เกิดเลือดออกหลังการทำหัตถการ

อภิปรายผลการศึกษา

การให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยอีโมฟีเลีย เอ โดยเฉพาะการรักษาที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Invasive procedure) เช่น การถอนฟัน การผ่าฟันคุด การทำศัลยกรรมปริทันต์ เป็นต้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างทันตแพทย์และโลหิตแพทย์ ซึ่งปัจจุบันงานทันตกรรมโรงพยาบาลศิริราชมีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับสาขาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยจัดตั้ง Care team ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกง่ายหยุดยาก โลหิตแพทย์จะช่วยเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาทันตกรรม ตามความเหมาะสมของชนิดของโรค และหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ ส่วนทันตแพทย์ก็ต้องพยายามใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสม และลดความชอกช้ำแก่ผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกภายหลังการรักษา แต่เกณฑ์ในการรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยอีโมฟีเลีย เอ ยังมีการศึกษารองรับไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นการรายงานผู้ป่วย (Case report) มากกว่า การศึกษาครั้งนี้จึงเกิดขึ้นโดยการทบทวนการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้จาก

เวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยอีโมฟีเลีย เอ ทั้งหมด 22 ราย ได้รับการตรวจรักษา 64 ครั้ง แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาที่ไม่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Non-invasive procedure) เช่น การอุดฟัน การขูดหินปูน เป็นต้น แต่การรักษาที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Invasive procedure) แต่ละครั้งก็ช่วยให้ทราบถึงแนวคิดของโลหิตแพทย์แต่ละท่านในการเตรียมผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รวบรวมข้อมูลการทำหัตถการในช่องปากในผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวที่มารับการรักษาที่งานทันตกรรมโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 52 ราย ทำหัตถการชนิด Non-invasive 50 ครั้ง และหัตถการชนิด Invasive 17 ครั้ง ผลคือไม่พบการมีเลือดออกภายหลังการรักษา (Bleeding complication) เลย เราสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. จากจำนวนครั้งของการทำหัตถการทางทันตกรรมในผู้ป่วยอีโมฟีเลียที่ทบทวนย้อนหลังนานกว่า 5.5 ปี พบมีผู้ป่วยเพียง 22 ราย และทำเพียง 64 ครั้ง เท่านั้น ซึ่งถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบกว่า 200 คน อาจแสดงถึงความไม่ใส่ใจในการรักษาทันตสุขภาพของผู้ป่วย ความกลัวการรักษาโดยเฉพาะในเรื่องการ

มีเลือดออกไม่หยุด และความลำบากในการเข้าถึง การรักษาทางทันตกรรม ซึ่งมีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร การรักษาแต่ละครั้ง ก็ต้องใช้เวลาและมีการเตรียมผู้ป่วยก่อน จึงส่งผลให้ วิศวกรรักษาผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างนาน เป็นต้น

2. การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัตรา

เลือดออกภายหลังการทำผ่าตัดในช่องปากผู้ป่วยที่มี เลือดออกง่ายหยุดยาก (bleeding disorder) เท่ากับ ร้อยละ 1.9⁹ ถึง 3.1%^{10,11,12} ซึ่งต่ำกว่าการศึกษา ครั้งนี้ที่พบอัตราเลือดออกหลังทำหัตถการสูงถึงร้อยละ 9.37 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการทำหัตถการ ชนิด Invasive และได้รับการให้แฟคเตอร์แปดทดแทนทุกราย แต่ระดับที่ให้ส่วนมากอยู่ที่ 25 – 40 ยูนิต/ดล. ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอหากเป็นการถอนฟัน หลายซี่หรือหลายตำแหน่ง เพราะการถอนฟันหลายซี่ มีผลต่อความล้มเหลวในการห้ามเลือด¹³ ดังนั้นการ พิจารณาเพิ่มระดับแฟคเตอร์แปดในเลือดไม่ควรยึด ติดแค่ที่ระดับใดระดับหนึ่ง โโลหิตแพทย์ควรรับทราบ ถึงความรุนแรงของหัตถการที่ทำในแต่ละรายที่ไม่ เหมือนกันด้วย แต่ถ้าดูเฉพาะในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ที่ ได้รับการศึกษาในต่างประเทศจะพบการมีเลือดออก ภายหลังการรักษาทางทันตกรรมอยู่ที่ 2.26%⁹ จาก การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ มีเลือดออก ภายหลังการรักษาหลังทำหัตถการ 6 ครั้งจากการทำ หัตถการทั้งหมด 64 ครั้ง คิดเป็น 9.37% ส่วนใหญ่ จะมีเลือดออกประมาณวันที่ 2 – 3 หลังการรักษาทาง ทันตกรรม ซึ่งอาจจะเป็นผลจากสาเหตุหลายประการ ร่วมกัน เช่น สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยไม่ดีเท่า ต่างประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยังขาดความ ตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้มีอาการ บวม อักเสบมาก่อนทำหัตถการ ทำให้เกิดเลือดออก ภายหลังการรักษาได้มากและง่ายกว่าปกติ การห้าม เลือดเฉพาะที่อาจจะไม่มีทางเลือกมากเท่า ต่างประเทศ เช่น ขาดวัสดุที่มีราคาแพง หรือยังขาด เครื่องมือที่ใช้เตรียมองค์ประกอบของเลือดที่ใช้ในการ

ห้ามเลือด โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Benoit Piot และคณะ ในผู้ป่วย Severe hemophilia ที่ได้รับการถอนฟันและมีการให้แฟคเตอร์ทดแทน ร่วมกับการใช้สารห้ามเลือดเฉพาะตำแหน่งชนิดต่างๆ หลังการรักษา 24 ชั่วโมง ไม่พบการมีเลือดออก ภายหลังการรักษา¹³ ในขณะที่การเก็บข้อมูลการถอน ฟันในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ จำนวน 12 ราย ได้รับการ ถอนฟัน 39 ซี่ในเวลา 2 ปีของ Rennes university medical center ในประเทศฝรั่งเศส แม้จะมีการวาง แนวทางการถอนฟันในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ ที่แน่นอน มีการใช้สารห้ามเลือดเฉพาะตำแหน่ง (Local hemostasis) ร่วมด้วย ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเลือดออก ภายหลังการรักษาถึง 5 ราย จากการถอนฟัน 18 ซี่ แต่ต่างกับการศึกษาครั้งนี้ตรงที่ผู้ป่วย 3 ใน 5 ราย ที่ มีเลือดออกนั้นเกิดขึ้นหลังการรักษาแล้ว 4 - 6 วัน ซึ่ง ผู้ทำการศึกษานี้เสนอว่าเกิดจากการขาดความ ระวังในการเลือกรับประทานอาหารทำให้ไปโดนเยื่อบุ ช่องปากที่ยังอักเสบอยู่ (Inflamed mucosa) จึงมี เลือดออก¹⁴

3. ระดับแฟคเตอร์แปดในเลือดที่เพิ่มขึ้น

นั้นมีหลายระดับ แต่มีความเป็นไปได้เหมือนกันคือ หากเป็นหัตถการชนิด Invasive มีแนวโน้มที่จะเพิ่ม ระดับแฟคเตอร์แปดสูงถึง 80 - 100 ยูนิต/ดล. และ ไม่ต้องเพิ่มระดับเลยหากเป็นหัตถการชนิด non-invasive

4. ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ และผู้ป่วยที่มี

ปัญหาเลือดออกง่าย หยุดยาก (Bleeding disorders) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกภายหลังการ รักษา ดังนั้นต้องเลือกวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก เจ็บให้เหมาะสม การดมยาสลบ (General anesthesia) และมีการใส่ท่อช่วยหายใจ (Tracheal intubation or Laryngeal mask) อาจทำให้เกิดการ หือเลือดที่คอหอย (Laryngeal hematoma or Lateropharyngeal hematoma) ได้ เกิดอาจอุดตัน ของทางเดินหายใจ ส่วนการฉีดยาเฉพาะที่ (Local

anesthesia) ไม่ได้เป็นข้อห้ามใช้ มีความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกเฉพาะบริเวณที่ถอนฟันเท่านั้น ซึ่งแก้ไขได้ยากกว่า โดยใช้สารห้ามเลือดเฉพาะตำแหน่ง (Local hemostasis) และไม่จำเป็นต้องให้องค์ประกอบของเลือดทดแทนเสมอไป¹¹

บทสรุปและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

ผู้ป่วยทุกรายที่มีเลือดออกภายหลังการรักษาทางทันตกรรมได้รับการแก้ไขทั้งแบบ Systemic hemostasis และ Local hemostasis โดยที่ภายหลังการแก้ไขผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพักรักษาในโรงพยาบาล แต่อย่างใด ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแฟคเตอร์แปดในพลาสมากับภาวะเลือดออกภายหลังการผ่าตัดในช่องปากของผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ จึงต้องพิจารณาถึงความยากง่ายของหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมถึงสภาวะช่องปากและทันตสุขภาพของผู้ป่วยด้วย รวมถึงจำนวนฟันที่ถอนก็มีผลต่อการเกิดเลือดออกภายหลังการรักษาเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

หัตถการแบบที่ไม่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Non-invasive procedures) ไม่จำเป็นต้องให้ Replacement ทั้งในผู้ป่วยกลุ่ม Severe hemophilia A และ Non-severe hemophilia A ส่วนหัตถการแบบที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Invasive procedures) ใน Severe hemophilia A ควรให้แฟคเตอร์แปดในพลาสมาอยู่ที่ระดับ 80 - 100% เช่นเดียวกับในกลุ่ม Non-severe hemophilia A ถ้ามีการเพิ่มระดับแฟคเตอร์แปดมากกว่านี้ อาจทำให้ปัญหาการเกิดเลือดออกภายหลังการรักษาเกิดน้อยลง ซึ่งคงต้องทำการศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ. อีระ ฤทธิตระกูล ที่ช่วยให้คำปรึกษา คำแนะนำ และทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Gomez-Moreno G, Cutando-Soriano A, Arana C, Scully C. Hereditary blood coagulation disorders: management and dental treatment. J Dent Res. 2005; 84: 978-85.
2. Jover-Cervero A, Povede Roda R, Baqan JV, Jimenez Soriano Y. Dental treatment of patients with coagulation factor alterations: an update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007; 12: 380-7.
3. George J. Dental management of person with hemophilia and other haemostatic disorders. Hand book for dental surgeons 2011 : 11 – 14
4. Bajkin B., Rajic N., Vujkovic S. Dental extraction in a hemophilia patient without factor replacement therapy : a case report. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70 : 2276 – 7
5. Harrington B. Primary dental care of patients with hemophilia. Treatment of hemophilia 2004; 3: 2.
6. Carter G, Goss AN, Lloyd J, Tocchetti R. Current concepts of the management of dental extractions for patients taking warfarin. Aust Dent J 2003; 48: 89-96.
7. Scully C, Cawson RA. Medical problems in dentistry. 4th ed. Oxford: Butterworth-

- Heinemann, 1998: 99.
8. Lee AP, Boyle CA, Savidge GF, Fiske J.
effectiveness in controlling
haemorrhage after dental scaling in
people with haemophilia by using
tranexamic acid mouthwash. Br Dent J.
2005; 198: 33-8
9. Franchini M, Rossetti G, Tagliferri A, Pattacini
C, Pozzoli D, Lorenz C, Del Dot L,
Ugolotti G, Dell'aringa C, Gandini G.
Dental procedures in adult patients with
hereditary bleeding disorders: 10 years
experience in three Italian Hemophilia
Centers. Haemophilia 2005; 11: 504-9.
10. Brewer AK, Roebuck EM, Donachie M,
Hazard A, Gordon K, Fung D, Clarkson
J. The dental management of adult
patients with haemophilia and other
congenital bleeding disorders.
Haemophilia 2003 Nov; 9(6): 673 – 7.
11. Federici AB, Sacco R, Stabile F, Carpenedo
M, Zingaro E, Mannucci PM. Optimising
local therapy during oral surgery in
patients with von Willebrand's disease.
Haemophilia 2000 Mar; 6(2): 71 – 7.
12. Zanon E, Martinelli F, Bacci C, Zerbinati P,
Girolami A. Proposal of standard
approach to dental extraction in
haemophilia patients. A case-control
study with good results. Haemophilia
2000; 6: 533-6.
13. Piot B, Sigaud-Fiks M, Huet P, Fressinaud
E, Trossaert M, Mercier J. Management
of dental extractions in patients with
bleeding disorder. Oral surg Oral med
Oral pathol Oral Radiol Endod 2002; 93:
247-50.
14. Frachon X, Pommereuil M, Berthier AM,
Lejeune S, Hourdin – Eude S, Quero J,
Meziere X, De Mello G, Garnier J.
Management options for dental
extraction in hemophiliacs : A study of
55 extractions (2000 – 2002) Oral surg
Oral med Oral Radiol Endod 2005 Mar;
99(3) : 207 – 5.

ประวัติผู้เขียนและผู้เขียนร่วม

- ชื่อ – สกุล ทพ.ญ. แชนวัญ มณีไพโรจน์
ประวัติการศึกษา
2550 – 2551 Grad. Cer. In Implant Dentistry
UCLA., USA
2545 - 2546 Grad. Dip. In Clin. Sc (Oral surgery)
Chulalongkorn University, Bangkok,
Thailand
2536 - 2542 D.D.S. Chulalongkorn University,
Bangkok, Thailand
ประวัติการทำงาน
เม.ย. - พ.ย. 2542 ทันตแพทย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพังงา
ธ.ค. 2542 – ปัจจุบัน ทันตแพทย์ งานทันตกรรม โรงพยาบาล
ศิริราช
การทำงานปัจจุบัน
1. ให้บริการงานทันตกรรมทางด้านศัลยศาสตร์
ช่องปากแก่ผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่เป็น
นักศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล และผู้ป่วยที่เป็นเจ้าหน้าที่
ของโรงพยาบาล โดยจะเน้นดูแลผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ เช่น
ผู้ป่วยที่มีเลือดออกง่าย - หยุดยาก (Bleeding disorder)
ผู้ป่วยโรคหัวใจ (Heart disease) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer)
 เป็นต้น
2. ตรวจและวางแผนการรักษาผู้ป่วย โดยการ
รักษาผู้ป่วยแต่ละประเภท จะมีการส่งต่อให้แก่ทีมทันตแพทย์
เฉพาะทางอย่างเป็นระบบ
3. เป็นกรรมการของของทีมพัฒนาคุณภาพ,
patient safety, การบริการด้านหน้าของหน่วยงาน

4. ประธานของทีม lean, Bleeding disorder care team ของหน่วยงาน

5. กรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

ชื่อ – สกุล ผศ.นพ. วีระ ฤๅษะระกูล
ประวัติการศึกษา
Fellowship
(April- July 1995) Laboratory technique Training in Hemostasis and Thrombosis at Hotel- Dieu, Paris, France
(1999-2002) Research Fellowship at Division of Hematology, Department of Medicine Brigham and Women Hospital, Harvard University, Boston, USA
(1992-1994) Residency Department of Medicine, Faculty of medicine, Siriraj hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand
Internship
(1988-1991) Internship at Sappasittiprasong Hospital, Ubon-Rajthani, Thailand
Postgraduate
(1991-1994) Diploma of Thai Board for internal Medicine and Thai Board of Hematology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand
Undergraduate:
(1982-1988) Faculty of medicine, Siriraj hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand
การทำงานปัจจุบัน
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาโลหิตวิทยา (division of hematology, department of medicine)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (Assistant

professor of medicine, division of hematology, department of medicine)

ผลงานทางวิชาการ

1. Chinthammitr Y, Chinchang W, Ruchutrakool T, Viprakasit V. Identification of the novel signal peptide mutation, antithrombin-Siriraj causes type-I antithrombin deficiency in Thai patients. Thromb Haemost. 2005 Sep; 94(3): 678-9.
2. Sukpanichnant S, Udomsakdi-Auewarakul C, Ruchutrakool T, Leelakusolvong S, Boonpongmanee S, Chinswangwatanakul V. Gastrointestinal lymphoma in Thailand: a clinicopathologic analysis of 120 cases at Siriraj Hospital according to WHO classification. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2004 Dec; 35(4): 966-76.
3. Saisorn I, Leewansangtong S, ukpanichnant S, Ruchutrakool T, Leemanont P. Intrarenal extramedullary hematopoiesis as a renal mass in a patient with thalassemia. J Urol. 2001 Feb;165(2): 507-8
4. Suputtamongkol Y, Chaowagul W, Chetchotisakd P, Lertpatanasuwun N, Intaranongpai S, Ruchutrakool T, Budhsarawong D, Mootsikapun P, Wuthiekanun V, Teerawatasook N, Lulitanond A. Risk factors for melioidosis and bacteremic melioidosis. Clin Infect Dis. 1999 Aug; 29(2): 408-13.
5. Ruchutrakool T, Munagsup W, Munketwit C, Uiprasert C, Techarukpong C and Visudhipan S. Bone marrow examination: Benefit and complication. Siriraj Hospital Gaz. 1998; 50: 673-86.
6. Ruchutrakool T, Samakwong S, Nakkikul Y, Tumliand S and Vidsudhipan S. Acquired Hemophilia: Report of Three Cases. Thai J Hematol Transf Med. 1998; 8: 333-41.
7. Upara S, Ruchutrakool T, Sukpanichnant S. Lymph node pathology in patients with a clinical diagnosis of angioimmunoblastic lymphadenopathy with dysproteinemia (AILD): an analysis of 37 cases. Asian Pac J Allergy Immunol. 1997 Mar; 15(1): 15-20.