



การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคโพลีซัยตีเมีย เเวอร์รา: รายงานผู้ป่วย

พรमितร ส่งไพศาล วท.บ., ท.บ., ป.บัณฑิตสาขาปริทันตวิทยา

สุมาลี ส่งไพศาล ท.บ., ป.บัณฑิตสาขาวิทยาเอนโดดอนต์¹

¹โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

โรคโพลีซัยตีเมีย เเวอร์รา เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของโรคไขกระดูกชนิดที่มีการสร้างเซลล์เพิ่มมากขึ้นอย่างผิดปกติ ทำให้มีเม็ดเลือดแดงเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดอุดตัน ผู้ป่วยอาจได้รับยากันเลือดแข็งตัว การรักษาผู้ป่วยด้านทันตกรรมจำเป็นต้องประเมินสภาวะของโรคก่อนทำการรักษา และวางแผนการรักษาร่วมกับปรึกษาแพทย์ทางโลหิตวิทยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อรายงานการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคโพลีซัยตีเมีย เเวอร์รา โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

(ว กบด จุฬาฯ 2547;27:227-34)

คำสำคัญ: การรักษาทางทันตกรรม โรคโพลีซัยตีเมีย เเวอร์รา

บทนำ

โรคโพลีซัยตีเมีย เเวอร์รา เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของโรคไขกระดูกชนิดที่มีการสร้างเซลล์เพิ่มมากขึ้นอย่างผิดปกติ (Myeloproliferative disorders (MPDs)) มีการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้นจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพ¹ การศึกษาทางระบาดวิทยาของอุบัติการณ์ของโรคนี้ ในหลายประเทศมีค่าต่างกันเนื่องจากความแตกต่างในช่วงอายุของประชากร เชื้อชาติ และขั้นตอนการวินิจฉัยโรค² โรคนี้ส่วนใหญ่พบในคนสูงอายุและพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงพบได้ 1 ถึง

3 คนต่อประชากรแสนคน³ อายุเฉลี่ยที่พบประมาณ 45 ปี^{4,5} เป็นโรคที่พบได้ไม่น้อยในประเทศไทย จากรายงานผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรามธิบดี⁶ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า⁷ และสถิติคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ.2524 ถึง พ.ศ. 2533 พบผู้ป่วยร้อยละ 11 ของผู้ป่วยกลุ่ม MPDs ผู้ป่วยที่พบในประเทศไทยมีอายุน้อยกว่าที่พบในคนผิวขาว⁸ โรคนี้เกิดจากความผิดปกติในไขกระดูกที่มีการสร้างตัวอ่อนของเม็ดเลือดขึ้นทุกระบบเกิดภาวะเลือดข้น ทำให้ขาดเลือดเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ เกิดบริเวณเนื้อตาย (Infarction) ส่วนใหญ่เกิดที่หัวใจ ม้าม ไต โรคดำเนินต่อไปเรื่อยๆ เกิดพยาธิสภาพใน

ไขกระดูก เกิดภาวะแทรกซ้อนคือลิ่มเลือด (Thrombosis) และเลือดออก (Bleeding) พบ้ามโตร้อยละ 75 ของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดภาวะที่เนื้อเยื่อเส้นใยแทนที่ไขกระดูกในระยะท้ายของโรคประมาณร้อยละ 15 ถึง 20 และร้อยละ 2 ถึง 10 ของผู้ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemic Transformation)^{1,2,9,10,11,12}

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมีผิวหนังสีชมพูแดง มีอาการกระวนกระวาย หงุดหงิด กังวลใจ (nervousness) มีอาการมีนงง ปวดศีรษะ วิงเวียน หูอื้อ การมองเห็นผิดปกติ เบื่ออาหาร หายใจลำบาก ปวดท้อง น้ำหนักลด ปวดตามแขนขา ปวดแสบปวดร้อนที่เท้า ขาตามปลายนิ้ว มีอาการคันตามตัว (pruritus) ความดันสูง ปวดข้อ เลือดออกชนิดที่ไม่รุนแรงพบจ้ำเลือดที่ผิวหนัง (superficial ecchymosis) เลือดกำเดา เลือดออกที่เหงือก ชนิดที่รุนแรงมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ลำไส้ และที่สมองพบร้อยละ 5 ถึง 10^{1,9,10,11,12}

อาการแสดงในช่องปาก

เยื่อเมือกช่องปาก ลื่น แก้ม ริมฝีปาก เหงือก มีสีแดงเข้ม อาจพบจุดเลือดออกและจ้ำเลือดในช่องปาก^{1,9,10,11,12} ลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเกล็ดเลือดคือ เส้นเลือดขอโตได้ลิ้น (Varicosities in the ventral tongue)^{11,12}

การวินิจฉัยโรคแยกจาก

1. ภาวะ Relative polycythemia ที่มีปริมาณพลาสมาลดลงเช่น ท้องเสียอย่างรุนแรง อาเจียน เสียเหงื่อมาก เครียดเรื้อรัง น้ำหนักตัวมาก ความดันเลือดสูง สูบบุหรี่

2. ภาวะ Secondary polycythemia เกิดภาวะขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ทำให้มีการหลั่งสารโปรตีน กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เนื่องจากเป็นโรคต่าง ๆ เช่นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคปอดเรื้อรัง โรคเนื้องอกที่ตับ ไต^{1,9}

Polycythemia vera study group เสนอเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคว่ามี ระดับของ hematocrit สูงเกินร้อยละ 60 มีการเพิ่มของเม็ดเลือดแดง (red cell mass) ในผู้ชายมากกว่า 36 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ในผู้หญิงมากกว่า 32 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ระดับของก๊าซออกซิเจนอิ่มตัวในเลือดสูงกว่าร้อยละ 92 มีเกล็ดเลือดมากกว่า 400×10^9 ต่อลิตร และขนาดของ้ามโต การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยเช่น การวัดระดับโปรตีนที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง การทำ

colony assay เพื่อตรวจหา autonomous proliferation ของ stem cells¹³ และการตรวจโครโมโซม¹⁴

การรักษาโรค

การรักษาโรคเป็นการรักษาในระยะยาวเพื่อควบคุมระดับฮีมาโตคริต อาจรักษาโดยการเจาะเลือดเพียงอย่างเดียว การเจาะเลือดร่วมกับให้ยากดไขกระดูกหรือสารฟอสฟอรัสกัมมันตรังสี (³²P) การรักษาแต่ละวิธีมีข้อเสียต่างกัน การเจาะเลือดมักทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดมากกว่าปกติ การใช้ยากดไขกระดูกหรือสารรังสี(³²P)ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว^{2,15} การเกิดลิ่มเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากถึงร้อยละ 30 และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยอายุยืนขึ้น¹⁵ ในระยะท้ายของโรคเกิดเนื้อเยื่อเส้นใยแทนที่ไขกระดูก และอาจเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว แต่ตามขั้นตอนของโรคเองแล้ว อุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวค่อนข้างต่ำมากพบเพียงร้อยละ 1 ถึง 2 เท่านั้น^{16,17} ในระยะติดตามโรคนานเกิน 10 ปี ในผู้ป่วยที่ใช้ยากดไขกระดูกหรือสารรังสี(³²P) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวประมาณร้อยละ 9 ถึง 10 ซึ่งสูงขึ้นประมาณ 5 ถึง 10 เท่า^{16,18} ยาที่นิยมใช้มีหลายชนิดเช่น busulfan, hydroxyurea, piproboman, Interferon-alpha จากการศึกษาพบว่า hydroxyurea ทำให้โรคอยู่ในระยะสงบและไม่เพิ่มอัตราการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว^{2,15} ผลข้างเคียงจากการใช้ยา hydroxyurea ได้แก่ มีไข้ เยื่อเมือกช่องปากอักเสบ เป็นแผลที่ผิวหนัง ตับอักเสบ ไตวาย⁹

บทความนี้เป็นรายงานการรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยโรคโพลีซีธิเมีย เวอรา ซึ่งได้รับยากันเลือดแข็งตัว warfarin จุดมุ่งหมายในการเสนอบทความเพื่อแสดงว่าการรักษาทันตกรรมจำเป็นต้องทราบถึงโรคประจำตัวของผู้ป่วย สภาวะของโรคและการรักษา เพื่อวางแผนการรักษาได้ถูกต้องและเหมาะสม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 44 ปี อาชีพรับราชการ มาพบทันตแพทย์เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ด้วยอาการปวดฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สอง และเหงือกอักเสบ

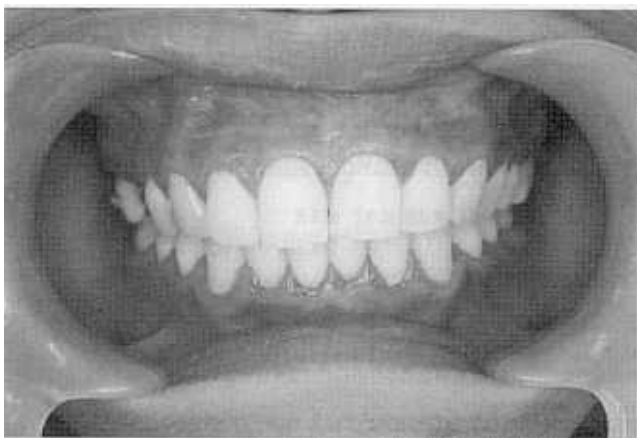
ประวัติทางแพทย์

ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นมาตลอด ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แพทย์ตรวจและรับผู้ป่วยรักษาในแผนกโลหิตวิทยา เมื่อ 5 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคโพลิซัยตีเมีย เฮอร์รา และมีปัญหา Portal vein thrombosis ผู้ป่วยรับประทานยากรดไขมัน hydroxyurea และยากันเลือดแข็งตัว warfarin ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ประวัติทางการแพทย์ในครอบครัว บิดาของผู้ป่วยเป็นโลหิตจาง

ประวัติทางทันตกรรม

ผู้ป่วยมีเหงือกอักเสบ ให้ประวัติว่าเลือดออกที่เหงือกเป็นประจำ ผู้ป่วยไปคลินิกเอกชน ทันตแพทย์แนะนำให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล



รูปที่ 1 ลักษณะเนื้อเยื่อในช่องปากของผู้ป่วยมีสีแดงคล้ำ และเหงือกที่มีสีแดงเข้มและเลือดออกง่ายก่อนการรักษามีเหงือกอักเสบ มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย

Fig. 1 Oral signs include a purplish-red discoloration of oral mucosa and spontaneous bleeding gums. Generalized edematous marginal and papillary gingivitis caused by calculus and dental plaque deposit before treatment.

ภาพรังสี

พิจารณาภาพรังสีก่อนรักษาพบว่า #26 ขูดด้วยวัสดุอุดอมัลกัมขนาดใหญ่มีเงาโปร่งรังสีที่ปลายรากฟันด้านเพดานขนาดประมาณ 5x7 มิลลิเมตร #27 มีรอยผุลึกทะลุโพรงประสาทฟัน (รูปที่ 2)

การวินิจฉัยโรคในช่องปาก

จากการตรวจในช่องปากและภาพรังสีพบว่า #26 มีการอักเสบเรื้อรังที่ปลายรากฟัน (Chronic apical periodontitis) #27 มีเนื้อเยื่อในโพรงฟันอักเสบชนิดไม่สามารถกลับคืนสภาพปกติ (Irreversible pulpitis) และเป็นโรคเหงือกอักเสบที่เกิดจากคราบจุลินทรีย์ (Dental plaque induced gingival disease)

ลักษณะทางคลินิกและการตรวจในช่องปาก

ผู้ป่วยมีรูปร่างผอม มีท้องบวม ผิวหนังมีสีแดงคล้ำ มีความเครียดและกังวล ผู้ป่วยมีอาการปวดฟันกรามบนด้านซ้าย ตรวจในช่องปากพบว่า #27 ผุลึกทะลุโพรงประสาทฟันและ #26 มีวัสดุอุดฟันขนาดใหญ่ มีอาการเคาะปวดทั้ง 2 ซี่ #48 รอยผุกว้างและลึก และมีฟันผุหลายซี่ สภาพทั่วไปในช่องปาก มีเหงือกสีแดงจัด เยื่อช่องปากสีแดงจัด มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายได้เหงือกทั่วไป มีเหงือกอักเสบมาก (รูปที่ 1) มีเลือดออกเมื่อทำการวัดร่องลึกปริทันต์ (probe)



รูปที่ 2 ภาพรังสีก่อนการรักษาของฟันกรามบนด้านซ้าย Fig. 2 Preoperative radiograph of the maxillary left molars

ผลการตรวจเลือดของผู้ป่วย	ค่าปกติ
Hb.	14.1g/dl 12.0-16.0g/dl
Hct.	44.1% 36.0-48.0%
MCV	103 fl 76-96 fl
WBC	6.15x10 ³ /ul 4.5-11.00x10 ³ /ul
Platelets	250x10 ³ /ul 150-450x10 ³ /ul
Prothrombin time	36.7 วินาที 11.0-15.0
Control of PT	1.2.1
INR	3.0 0.9-1.5

ผู้ป่วยมีผลการตรวจเลือดที่มีค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตอยู่ในช่วงของค่าปกติ แต่มีค่าเวลาการแข็งตัวของเลือดนานกว่าปกติ ค่า International normalized ratio(INR) เท่ากับ 3 ปฏิบัติแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยก่อนทำการรักษาทราบว่าแพทย์ให้ผู้ป่วยหยุดยาต้านเลือดแข็งตัวแล้ว 4 วันก่อนมาพบทันตแพทย์สามารถทำการรักษาได้ อธิบายขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและวิตกกังวลและทำการบำบัดถูกเงินเพื่อบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วยโดยฉีดยาชาเฉพาะที่ octocaine (lidocaine 2%) และดึงโพรงประสาทฟัน #27 ตรวจสอบสภาพในช่องปากและวางแผนการรักษาพร้อมกับปรึกษาแพทย์เพื่อลดจำนวนครั้งในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยหยุดยาต้านเลือดแข็งตัวได้เดือนละครั้ง ผู้ป่วยมีอาการปวดฟันมากและฟันผุเล็กน้อยซี่ ในช่วงแรกที่ต้องทำการรักษาติดต่อกัน แพทย์ได้ให้ผู้ป่วยใช้ยาชานิดซิด (heparin) วันละ 1 ครั้ง เนื่องจากยาหมดฤทธิ์เร็วสามารถทำการรักษาในวันรุ่งขึ้นได้ เลือดจะแข็งตัวได้เป็นปกติ และสามารถเริ่มให้ยาต้านเลือดแข็งตัวได้เมื่อเลือดหยุดและมีการสร้างลิ่มเลือดปิดปากแผล

การวางแผนการรักษา

การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยรายนี้ การถ่ายภาพรังสีทำด้วยความระมัดระวัง มิให้เกิดบาดแผลที่เหงือกและเนื้อเยื่อในช่องปากเนื่องจากผู้ป่วยเลือดออกได้ง่าย การฉีดยาชาเพื่อการอุดฟันและการรักษารากฟันใช้การฉีดยาเฉพาะที่

1. นัดผู้ป่วยอุดฟันที่ผุด้วยอมัลกัม

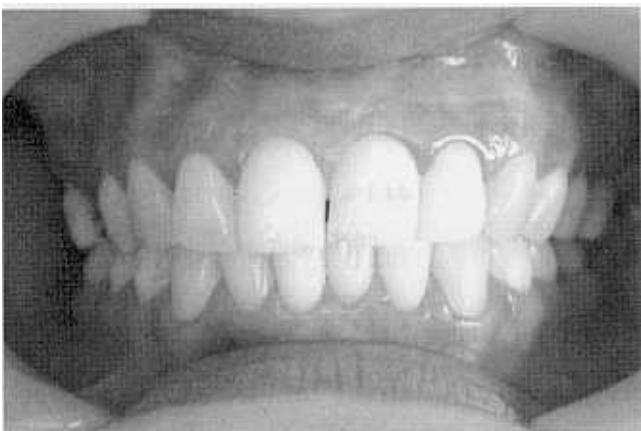
2. รักษาคลองรากฟัน #26 และ #27 โดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอเนื้อฟันเข้าสู่โพรงฟัน (pulp chamber) กำจัดเศษเนื้อเยื่อในโพรงฟัน วัดความยาวรากฟัน ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (NaOCl) ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ขยายคลองรากฟันระว่างไม่ให้เครื่องมือเกินปลายรากฟัน ใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมน้ำกลั่นเป็นยาในคลองรากฟันระหว่างการรักษาแต่ละครั้ง อุดคลองรากฟันด้วยกัทตาเปอร์ชา (gutta percha) ร่วมกับซีเมนต์คลองรากฟัน (root canal cement) ด้วยวิธีอัดแน่นด้านข้าง (lateral condensation) และบูรณะตัวฟันด้วยวัสดุอมัลกัมเพื่อครอบฟัน

3. รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันแบ่งทำหลายครั้ง แนะนำผู้ป่วยรักษาอนามัยช่องปากโดยสอนการแปรงฟันที่ถูกวิธีและการใช้เส้นใยขัดฟัน

4. ถอนฟัน #48 และ #18

การติดตามผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกภายหลังการรักษาผู้ป่วยคลายความเครียดและวิตกกังวลและให้ความร่วมมือกับทันตแพทย์ในการรักษาและการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นอย่างดี เหงือกไม่อักเสบ (รูปที่ 3) จากภาพรังสีรอยโรครอบปลายราก #26 หายไป (รูปที่ 4) ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากดีขึ้น นัดผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะทุก 3 เดือน



รูปที่ 3 สภาพเหงือกภายหลังทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน 6 เดือน

Fig. 3 The gingival condition after six months of scaling and root planing



รูปที่ 4 ภาพรังสีติดตามผลการรักษาของฟันกรามบนด้านซ้ายเป็นเวลา 6 เดือน

Fig. 4 Six months recall examination radiograph of the maxillary left molars

วิจารณ์

ในการรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วย โดยทั่วไปทันตแพทย์คงไม่สามารถที่จะเลือกปฏิบัติแก่คนปกติที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่คำนึงถึงการเสี่ยงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังได้รับยาบำบัดโรค มีผลให้การรักษาทางทันตกรรมซับซ้อนมากขึ้น ทันตแพทย์ต้องเข้าใจและสามารถประเมินและวินิจฉัยสภาพผู้ป่วยได้ พร้อมทั้งเตรียมผู้ป่วยและวางแผนการรักษาให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน²⁰ การรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยโรคโพลีซัย-ธีมีย เวร่า ควรปรึกษาแพทย์เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและเลือดออกได้ง่าย คุณผลเลือดก่อนรักษา ระดับฮีโมโกลบินควรต่ำกว่า 16 กรัม/เดซิลิตร และฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 52 ผู้ป่วยได้รับยากดไขกระดูกและยากันเลือดแข็งตัวเพื่อลดการเกิดลิ่มเลือด ทันตแพทย์ต้องเตรียมพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเลือดออกของผู้ป่วย^{4,12} ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ (deep vein thrombosis) ต้องการให้ค่า International normalized ratio (INR) ประมาณ 2 ถึง 3 ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้มีปัญหาลิ่มเลือดออกผิดปกติได้ถ้าทำการรักษาที่เข้าไปในเนื้อเยื่อ (invasive procedure)²¹ สำหรับการรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยากันเลือดแข็งตัว warfarin มีข้อควรพิจารณาในขั้นตอนก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษาดังนี้^{22,23}

ขั้นตอนก่อนการรักษา

ปรึกษาแพทย์ วินิจฉัยโรค ประเมินสถานะของโรคทางระบบของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดหรือจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะหรือไม่ ตรวจค่า INR ของผู้ป่วย ตรวจช่องปากวางแผนการรักษาทางทันตกรรม ประเมินชนิดงานทันตกรรมที่ทำให้เลือดออก ไม่ทำศัลยกรรมในขณะที่มีการติดเชื้อ รักษาอนามัยช่องปากผู้ป่วย การลดขนาดยา warfarin ขึ้นกับระดับการกันเลือดแข็งตัว และชนิดงานทันตกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกอื่น ๆ เช่น แอลกอฮอล์ ยาแอสไพริน และ เหยือกอักเสบ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกจากการฉีดยา การถอนฟันและศัลยกรรมเล็ก (minor surgery) อาจเกิดการคั่งของเลือด (haematoma)²³

ถ้าค่า INR อยู่ในช่วง 2 ถึง 3 การรักษาทางทันตกรรมที่ไม่ทำให้เลือดออกอาจไม่ลดขนาดยา ถ้าค่า INR 2.5 ถึง 3.5 ลดขนาดยา ถ้าค่า INR มากกว่า 3.5 เลื่อนงานทันตกรรมที่

ทำให้เลือดออกมาก หยุดยาและตรวจให้ได้ค่า INR ที่ต้องการก่อนรักษา นอกจากนี้การลดขนาดยาหรือการหยุดยากันเลือดแข็งตัวยังขึ้นกับโรคทางระบบของผู้ป่วย โดยแพทย์เป็นผู้กำหนดขนาดยาให้ผู้ป่วย^{22,23} เนื่องจากยา warfarin มีครึ่งชีวิตยาว การหยุดยา warfarin ประมาณ 3 ถึง 4 วัน ก่อนทำศัลยกรรมทำให้ระดับ INR ลดลงอยู่ในช่วงที่ทำการศัลยกรรมได้และสามารถเริ่มยาใหม่ในตอนกลางคืนหลังจากทำฟัน²⁴ ถ้างานศัลยกรรมเล็กเช่น การตกแต่งเหงือก ถอนฟัน 1 ซี่ เริ่มยา warfarin ได้ตอนกลางคืนในวันที่รักษา ส่วนงานทันตกรรมที่ทำให้เลือดออกมาก เช่น ถอนฟันหลายซี่ ศัลย์ปริทันต์ ถอนฟันคุด ผ่าตัดในช่องปาก การตัดปลายรากฟัน การทำรากเทียม เริ่มยา warfarin ในวันรุ่งขึ้น²⁵ การหยุดยากันเลือดแข็งตัวมีความสำคัญเนื่องจาก ถ้าเลือดออกมากและไม่แข็งตัวจะมีผลทำให้แผลติดเชื้อและก่อให้เกิดการติดเชื้อในบริเวณนั้นได้ง่าย

ขั้นตอนระหว่างการรักษา

ตรวจค่า INR ในวันที่ทำการศัลยกรรม ควรนัดผู้ป่วยทำศัลยกรรมในตอนเช้าเพื่อให้มีเวลามากพอให้เลือดหยุด เทคนิคการรักษาที่ดีเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยที่สุด อาจพิจารณาทำการรักษาคลองรากฟันแทนการถอนฟัน การฉีดยาชาใช้วิธีฉีดเข้าที่เอ็นยึดปริทันต์และโพรงประสาทฟัน หลีกเลี่ยงการฉีดยาแบบสกัดเส้นประสาท ควบคุมการเกิดเลือดออกโดยใช้แรงกด (Pressure packs) ยาห้ามเลือดเฉพาะที่เช่น Gelfoam/Thrombin, Oxygel, Surgicel, Microfibrillar collagen, fibrin glues หรือใช้น้ำยาบ้วนปาก tranexamic acid solution ในกรณีถอนฟันหลายซี่หรือผ่าตัดบริเวณกว้างเตรียมทำเฝือก(splint) กดบริเวณแผล^{22,23,26}

ขั้นตอนหลังการรักษา

การให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยควรใช้พาราเซตามอล (Paracetamol) หรือโคเดอีน (Codeine)ไม่ควรใช้แอสไพริน (Aspirin) หรือ NSAID เพราะมีผลทำให้เกิดเลือดทำงานผิดปกติมากขึ้น ให้ผู้ป่วยติดต่อกลับมาในกรณีที่เกิดเลือดออกในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมงหลังจากการรักษา นัดผู้ป่วยภายใน 48 ถึง 72 ชั่วโมงเพื่อตรวจการหายของแผล การติดเชื้อ หรือเลือดออก

สิ่งที่ช่วยลดการเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้คือการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษาสุขภาพช่องปากเป็นประจำเพื่อ

หลีกเลี่ยงการเกิดเลือดออกจากรานทันตกรรมที่ยากหรือการถอนฟัน การรักษาที่ระมัดระวังโดยเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยที่สุดและคำแนะนำผู้ป่วยภายหลังการรักษา²³ กรณีที่ผู้ป่วยมีเลือดออกมากให้ใช้น้ำเกลืออุ่นล้างลิ้มเลือดออก หาดำแหน่งที่เกิดเลือดออกชนิดยาลาเฉพาะที่มี epinephrine (Adrenaline) ใช้ผ้าก๊อชชุบ Tranexamic acid กดบริเวณแผลนาน 10 ถึง 15 นาที พิจารณาว่าต้องเย็บแผลเพิ่มหรือไม่^{22,23,26} ยา warfarin ทำปฏิกิริยากับยารักษาอื่นหลายชนิด กรณีที่จำเป็นต้องให้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ควรใช้เพนซิลลิน (Penicillins), Cephalosporins ไม่ควรใช้ Erythromycin, Metronidazole, Ciprofloxacin เป็นต้น^{22,23,26} ควรปรึกษาแพทย์และตรวจค่า INR ทั้งก่อนและหลังการให้ยาด้านจุลชีพ เนื่องจากมีรายงานผู้ป่วยว่ามีค่า INR สูงขึ้นมากหลังจากได้ยาด้านจุลชีพ²⁷

Carlson and Chewning 1989 รายงานว่าพบผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากมีเลือดออกมากจากแผลถอนฟัน 1 ที่ส่งผู้ป่วยตรวจเลือดพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคโพลีซีธิเมีย เวอร์รา หลังจากที่สามารถควบคุมโรคได้แล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 2 เดือนสามารถทำศัลยกรรมในช่องปากของผู้ป่วยได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย²⁹ ส่วน Badner VM et al 1991 รายงานว่าพบเลือดออกจากการถอนฟันที่เป็นโรคปริทันต์ในผู้ป่วย ทั้งที่อยู่ในระยะควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยมีเลือดออกที่แผลหลังจากถอนฟันไป 5 วันและกลับมาพบทันตแพทย์³⁰

สรุป

การรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทันตแพทย์ต้องปรึกษาแพทย์ของผู้ป่วยถึงสถานะของโรคและการรักษาเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคโพลีซีธิเมีย เวอร์รา ความสำเร็จในการรักษาขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมโรค ผู้ป่วยได้รับยากันเลือดแข็งตัว warfarin ต้องตรวจดูผลเลือดและค่า INR ก่อนการรักษาทันตกรรมและคำนึงถึงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกทันตแพทย์ผู้รักษาต้องระมัดระวังทุกขั้นตอนในการรักษา การพบทันตแพทย์เป็นประจำและการรักษาอนามัยช่องปากให้ดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยหลีกเลี่ยงงานทันตกรรมที่ซับซ้อนลดการเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปราณี สุจริตจันทร์ สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการรักษาผู้ป่วยและเขียนรายงานฉบับนี้ และอาจารย์นายแพทย์ ทนต์แพทย์สุทธิชัย นรินตชัยกุล ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยถอนฟันให้ผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Aster J. The Hematopoietic and lymphoid System. In: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, editors. Robbins basic pathology. 7th ed. W.B. Saunders Company 2003:395-452.
2. Michiels JJ, Barbui T, Finazzi G, et al. Diagnosis and Treatment of Polycythemia vera and Possible Future Study Designs of the PVSG. *Leuk Lymphoma* 2000;36:239-53.
3. Murphy S: Polycythemia vera and essential thrombocythemia, in Holland J, Bast RC Jr, Morton DL, editors. *Cancer Medicine*. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins, 1997:2835-46.
4. Bricker SL, Langlaris RP, Miller CS. Hematologic system. In: *Oral Diagnosis Oral Medicine and Treatment planning* 3rd ed. Pennsylvania: Lea & Febiger, A Wavery Company, 2002:361-420.
5. Prochazka A, Markowe H. The epidemiology of polycythemia vera in England and Wales 1968-1982. *Br J cancer* 1986;53:59-64
6. Hoffman R and Boswell S. Polycythemia vera in Hematology. In: Hoffman R, editors, *Basic Principle and Practice*. Churchill Livingstone Inc, 1991:834
7. Miller R, Purvis J, Weick J. Familial Polycythemia vera. *Cleave Clin J Med* 1989;56:813-8.
8. Jootar S, Pravalpreukhgul V, Chouriyagune C. Polycythemia vera at Ramathibody Hospital: report of 24

- cases. *Internal Med, The Royal College of Physicians of Thailand*, 1986;2,4:238-41.
9. อภิรัชย์ ลิลละสิริ, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, วิเชียร มงคลศรีตระกูล, จันทราภา ศรีสวัสดิ์, ตันตณัย นำเบญจพล, ถนนอมศรี ศรีชัยกุล. Polycythemia vera ในรพ.พระมงกุฎเกล้า. *Thai Journal of Hematology and Transfusion Medicine* 1999;9,1:63-4.
 10. อนงค์ เพียรกิจธรรม : Polycythemia Vera Presented with Chronic Anemia for 3 Years. *ว.โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์ บริการโลหิต* 2534;1,4,ต.ค.-ธ.ค.:439-46.
 11. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Hematologic disorders. In: *Oral&Maxillofacial Pathology 2nded.* Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2002:497-532.
 12. Greenberg MS, Carfunkel A. Hematologic disease. In: Lynch M.A, Brightman V J, Greenberg M. editors, *Burket's Oral Medicine Diagnosis and treatment 9th ed.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1994:510-43.
 13. Greaves M. Blood and bone marrow. In: Underwood JCE, editors, *General and Systemic Pathology 3rd ed.* Churchill Livingstone, Harcourt Publishers Limited, 2001;613-66.
 14. Reid C, Fidler J, Kirk A. Endogenous erythroid clones (EEC) in polycythemia and their relationship to diagnosis and the response to treatment. *Br J Haematol* 1988; 68:395-400.
 15. Sharon R, Tatarsky I, Ben-Arieh Y. Treatment of Polycythemia Vera With Hydroxyurea. *Cancer* 1986; 57:718-20.
 16. Murphy S, Diagnostic Criteria and Prognosis in Polycythemia Vera and Essential Thrombocythemia. *Semin Hematol* 1999;36:9-13.
 17. Landaw S. Acute leukemia in polycythemia vera. *Semin Haematol* 1986;23:156-65.
 18. Nand S, Messmore H, Fisher S, et al. Leukemic transformation in polycythemia vera analysis of risk factors. *Am J Hematol* 1990;34:32-6.
 19. Ellis J, Peterson P, Geller S, Rappaport H. Studies of the bone marrow in polycythemia vera and the evaluation of myelofibrosis and second hematologic malignancies. *Semin Hematol* 1986;23:144-55.
 20. อรสา ไวกกุล, จิรพันธ์ พันธุ์ดุมกร, วชิร จังศิริวัฒน์ อ่าง การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ สำนักรพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2537.
 21. Steinberg MJ, Moores JF. Use of INR to assess degree of anticoagulation in patients who have dental procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995;80:175-7.
 22. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Dental Management of the Medically Compromised Patient. 6th ed.* Mosby, Inc 2002:350-64.
 23. Scully C, Wolff Andy, Oral surgery in patients on anti-coagulant therapy. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94:57-64.
 24. Devani P, Lavery KM, Howell CJ. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regime necessary? *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 36:107-111.
 25. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Principles and Practice of Oral Medicine 2nd ed.* Philadelphia: WB. Saunders Company, 1995:242-61.
 26. Little JW, Miller CS, Henry RG. Antithrombotic agents: Implications in dentistry. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:544-51.
 27. Wood GD, Deeble T. Warfarin: Dangers with Antibiotics. *Dent update* 1993;350-53.
 28. Carlson ER, Chewing LC. Polycythemia vera in an oral surgical patient. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67:673-5.
 29. Badner VM, Lawrence C, Mehler S. Polycythemia Vera: dental management consideration. *Spec Care Dentist* 1991;11:227-30.

Polycythemia vera and dental treatment: A case report

Pornmit Songpaisan B.Sc., D.D.S., Grad. Dip. in Clin. Sc. (Periodontitics)¹

Sumalee Songpaisan D.D.S., Grad. Dip. in Clin. Sc. (Endodontics)¹

¹ Department of Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Abstract

Polycythemia vera (PV) is a myeloproliferative disease characterized by proliferation of all three of the major hematopoietic groups, erythroid elements, granulocytic and megakaryocytic cells. The patients are at risk for thrombosis. Some requires oral anticoagulant therapy. Dental treatment in these patients requires careful preoperative assessment and treatment planing. Excellent communication and coordination of therapies by the hematologist and dentist prevent complication. A case report of patient with PV without major complication.

(CU Dent J 2004;27:227-34)

Key words: dental treatment; Polycythemia vera
