

การรักษาโรคปริทันต์ในผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ที่สัมพันธ์กับตับอักเสบและตับแข็ง: รายงานผู้ป่วย

Periodontal Treatment in a Patient with Thrombocytopenia Related to Hepatitis B and Cirrhosis: A Case Report

ศรินทร์ทิพย์ ปิติวัฒน์สกุล
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
Sarintip Pitiwatsakul
Chiangrai Prachanukroh hospital, Chiangrai

ชม. ทันตสาร 2561; 39(2) : 133-141
CM Dent J 2018; 39(2) : 133-141

บทคัดย่อ

การมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำเป็นระยะเวลานานพบได้ในผู้ป่วยที่มีตับแข็งและตับอักเสบ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกจากเหงือกหลังการรักษาโรคปริทันต์ ดังนั้น ทันตแพทย์ควรมีความเข้าใจระบบการแข็งตัวของเลือดเพื่อการส่งตรวจผลเลือดทางห้องปฏิบัติการคลินิก และวางแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยรายนี้มีเกล็ดเลือดต่ำอย่างรุนแรง ได้รับเกล็ดเลือดเข้มข้นและพลาสมาสดแช่แข็งก่อนทำการรักษาโรคปริทันต์ ไม่มีภาวะเลือดออกหลังการรักษา และมีการหายของแผลเป็นปกติ

คำสำคัญ: การรักษาโรคปริทันต์ เกล็ดเลือดต่ำ ตับอักเสบ ตับแข็ง

Abstract

Thrombocytopenia in the patient related cirrhosis and hepatitis B caused the risk of gingival bleeding. In periodontal treatment plan, dentist should concern about the coagulation pathway. Haematological laboratory examinations were important prior to periodontal treatment. Dental and medical team work should cooperate to avoid bleeding complication after treatment. Platelet and fresh frozen plasma transfusions were necessary in such a case before periodontal treatment. As a result, the patient had normal wound healing and no bleeding complication.

Keywords: periodontal treatment, thrombocytopenia, hepatitis B, liver cirrhosis

Corresponding Author:

ศรินทร์ทิพย์ ปิติวัฒน์สกุล
ทันตแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Sarintip Pitiwatsakul
Dentist, Dental Department, Chiangrai Prachanukroh Hospital,
Chiang Rai, 57000, Thailand
E-mail: tubtib5046@yahoo.com

ภาวะมีเกล็ดเลือดต่ำมักพบได้ในกลุ่มคนที่มีโรคตับซึ่งพบได้บ่อยว่าสัมพันธ์กับการมีเชื้อไวรัส การติดเชื้อตับอักเสบบี และซี มะเร็งตับ การมีไขมันเกาะตับผิดปกติ การได้รับยาเคมีบำบัด และการเป็นโรคไตที่มีสาเหตุจากมีภาวะความดันสูง กรวยไตอักเสบ และเบาหวาน^(1,2) ความรุนแรงของโรคตับมีความสัมพันธ์กับภาวะเกล็ดเลือดต่ำคือพบการมีเกล็ดเลือดต่ำในคนที่มีโรคตับเรื้อรังแต่ไม่มีภาวะตับแข็งได้ร้อยละ 6 แต่หากมีภาวะตับแข็งร่วมด้วยจะพบว่ามีการมีเกล็ดเลือดต่ำได้มากถึงร้อยละ 70⁽³⁾ นอกจากนี้การศึกษารายงานของ Joo และคณะ (2017) ยังได้รายงานว่าผู้ที่มีภาวะติดเชื้อตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การมีเกล็ดเลือดต่ำ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณตั้งแต่ 20 กรัมต่อวัน มีดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีระดับของอะลานีนอะมิโนทรานสเฟอเรส (alanine aminotransferase; ALT) ในเลือดสูงตั้งแต่ 36 ยูนิต์ต่อลิตร และยังพบว่ามีการมีภาวะตับอักเสบบีสัมพันธ์กับการมีเกล็ดเลือดต่ำ แม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่มีการมีตับแข็งหรือมีไขมันโต⁽⁴⁾

Strauss และคณะ (2002) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเกล็ดเลือดต่ำเป็นแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ระดับที่เกล็ดเลือดต่ำกว่า 150,000 ต่อไมโครลิตร เป็นระดับเล็กน้อย ระดับปานกลางคือเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร ระดับรุนแรงมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 ต่อไมโครลิตร และหากมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 ต่อไมโครลิตร ถือว่าเป็นระดับรุนแรงมาก⁽⁵⁾ ผู้ป่วยที่มีระดับเกล็ดเลือดต่ำมักมีอาการที่ทำให้ต้องมาพบแพทย์ การศึกษาของ Turvani และคณะ (2014) พบว่าผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำมีจำนวนร้อยละ 12 ที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำอย่างรุนแรง⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามทันตแพทย์สามารถให้การรักษาทันตกรรมแก่ผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำได้โดยการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ Patel และคณะ (2016) รายงานการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบบีที่มีตับแข็งและมีเกล็ดเลือด 32,000 ต่อไมโครลิตร โดยให้เกล็ดเลือดก่อนการถอนฟันจำนวนหลายซี่ และติดตามอาการผู้ป่วยหลังถอนฟัน 24 ชั่วโมงและ 1 สัปดาห์ ไม่พบภาวะเลือดออกหลังถอนฟัน⁽⁷⁾ ดังนั้นกรณีทันตแพทย์จะวางแผนทำการรักษา

โรคปริทันต์ให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบบี ตับแข็งเรื้อรัง และมีเกล็ดเลือดต่ำดังในรายงานนี้ ให้ยึดหลักการเดียวกับการทำศัลยกรรมช่องปาก โดยจำเป็นต้องให้ส่วนประกอบของเลือดก่อนการรักษา เนื่องจากการรักษาโรคปริทันต์เป็นการรักษาที่เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกขณะและหลังรักษา รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานการรักษาโรคปริทันต์ในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบบี มีภาวะตับแข็งร่วมกับการมีเกล็ดเลือดต่ำรุนแรงเป็นเวลานาน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 37 ปี อาชีพรับจ้าง มาด้วยอาการสำคัญคือบดเคี้ยวอาหารด้านขวาไม่สะดวก

ประวัติการเจ็บป่วยทางการแพทย์

ผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบบีจากไวรัสบีมานาน 7 ปี ตับแข็งมีไขมันโต และมีเกล็ดเลือดต่ำในช่วง 30,000-50,000 ต่อไมโครลิตรต่อเนื่องกันนาน 7 ปี ผลตรวจไขมันเกาะตับพบไขมันเกาะตับ ผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือด 48,000 ต่อไมโครลิตร ก่อนการได้รับยาต้านไวรัสลามิวูดีน (lamivudine) ปัจจุบันได้รับยาลามิวูดีนขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประวัติติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ประวัติทางทันตกรรม

ได้รับการอุดฟันซี่ 18, 17, 24, 26, 36, 46, 48 ถอนฟันซี่ 16, 25 หลังถอนฟันไม่มีเลือดออกผิดปกติ ฟันซี่ 16 ถูกลอนฟันมานานประมาณ 1 ปี ก่อนการถอนฟันได้รับการเติมเกล็ดเลือด ส่วนฟันซี่ 25 ผู้ป่วยไม่สามารถระบุเวลาที่ได้รับการถอนฟัน) และไม่เคยได้รับการขูดหินน้ำลาย

การตรวจในช่องปาก

มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายทั้งบริเวณเหนือเหงือกและใต้เหงือก เหงือกอักเสบ ขอบเหงือกกลมมน บวม พบเหงือกกรันในบริเวณฟันซี่ 27, 46 ประมาณ 2 มิลลิเมตร ฟันซี่ 18, 17, 26 มีเหงือกกรัน 1 มิลลิเมตร (รูปที่ 1) โดยทั่วไปมีร่องเหงือกประมาณ 2-3 มิลลิเมตร ฟันซี่ 27, 46 สูญเสีย



รูปที่ 1 ลักษณะในช่องปาก มุมมองด้านข้างขวา (1A) ด้านหน้า (1B) และด้านข้างซ้าย (1C)

Figure 1 Intraoral appearance of the patient 1A Lateral (Right) 1B Frontal 1C Lateral (Left)

การยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ 5 มิลลิเมตร ฟันซี่ 18, 17, 22, 26 สูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ 4 มิลลิเมตร ตามบันทึกการตรวจสภาวะปริทันต์ โดยมีค่าการสูญเสียระดับการยึดเกาะทางปริทันต์ (clinical attachment loss; CAL) 1-2, 3-4 และมากกว่า 5 มิลลิเมตร คิดเป็นร้อยละ 21.4, 76.8 และ 1.8 ของจำนวนซี่ฟันตามลำดับ (รูปที่ 2) บางตำแหน่งมีเลือดออกขณะตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ ไม่มีฟันโยก

การดูแลอนามัยช่องปาก

การแปรงฟันโดยปัดขึ้นลงและวิธีถูไปมาเป็นบางครั้ง

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยมีลักษณะตัวเหลืองเล็กน้อย ไม่พบมีภาวะตาเหลือง ตับโตเล็กน้อย

ผลทางภาพรังสีและการตรวจช่องท้องด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)

ตับแข็ง ม้ามโต และมีน้ำในช่องท้องเล็กน้อย (small amount of ascites) ถุงน้ำดี ตับอ่อน และไตปกติ

ผลทางภาพรังสีฟัน

ส่วนใหญ่มีระดับกระดูกเข้าฟันปกติ ยกเว้นฟันซี่ 18, 26, 27, 46 ด้านไกลกลางมีการละลายของกระดูกเข้าฟันในระนาบนอนประมาณหนึ่งในสามส่วนคอฟัน (รูปที่ 3)

ผลทางห้องปฏิบัติการคลินิก

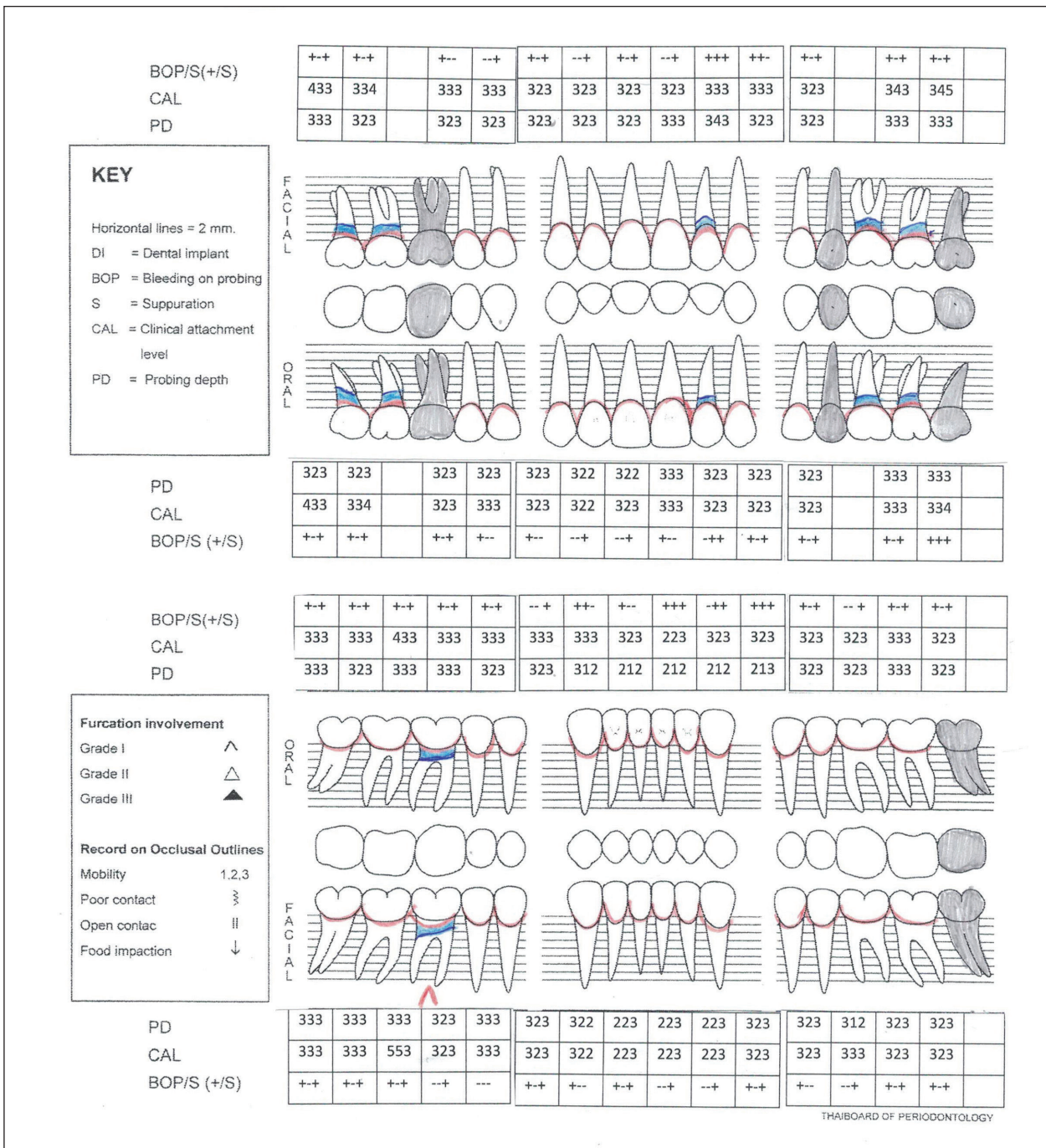
การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีเกล็ดเลือดต่ำ คือ 30,000 ต่อไมโครลิตร ระยะเวลาโปรทรอมบิน (prothrombin time; PT) มีค่า 14.2 วินาที ระยะเวลาพาเซียมลทรอมโบพลาस्टิน (partial thromboplastin time; PTT) มีค่า 42.3 วินาที และค่าไอเอ็นอาร์ (international normalized ratio; INR) มีค่า 1.28 ดังแสดงในตารางที่ 1

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น generalized mild to moderate with 27, 46 localized severe chronic periodontitis ตามเกณฑ์การจำแนกโรคของสถาบันปริทันตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Periodontology, AAP)⁽⁸⁾

การวางแผนการรักษา

ก่อนวันนัดทำการรักษาโรคปริทันต์ ให้คำแนะนำการดูแลอนามัยในช่องปากด้วยการแปรงฟันแบบโมดิฟายบาสเทคนิค (modified Bass technique) และใช้ไหมขัดฟัน ถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินสภาวะอวัยวะปริทันต์ วางแผนทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ซึ่งหัตถการดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออก จึงวางแผนปรึกษาแพทย์เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษา ทำการพิมพ์ปากเพื่อ



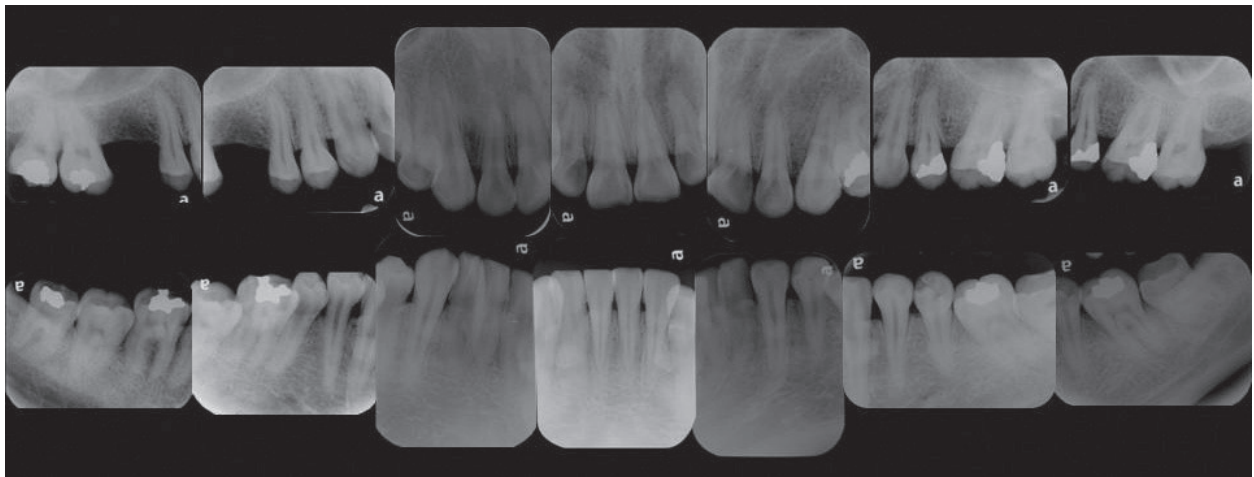
รูปที่ 2 สภาวะปริทันต์ก่อนรักษา

Figure 2 Periodontal status before treatment

ทำสแตนต์ศัลยกรรม (surgical stent) ใส่ให้ผู้ป่วยหลังเกลารากฟัน หลังจากนั้นจะนัดให้ผู้ป่วยมาทำฟันปลอมแบบถอดได้ต่อไป

การรักษาผู้ป่วย

ในวันนัดทำการรักษาแพทย์มีความเห็นให้เติมเกล็ดเลือดเข้มข้น (platelet concentrate) จำนวน 6 ยูนิต และเติมพลาสมาสดแช่แข็ง (fresh frozen plasma) จำนวน 2 ยูนิต



รูปที่ 3 ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน
Figure 3 Full mouth periapical films

และหลังเติมเลือดให้ทันตแพทย์ทำการรักษาทันที โดยทำการวัดร่องลึกปริทันต์ ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ใส่ส텐ด์คัลยกรรม ทันตแพทย์ติดตามการมีเลือดออกโดยการสอบถามทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และ 3 ให้ผู้ป่วยถอดส텐ด์คัลยกรรมในวันที่ 3 หลังรักษาเนื่องจากไม่พบการมีเลือดออก นักผู้ป่วยตรวจการหายของเหงือกที่ระยะเวลา 7 และ 21 วัน

การติดตามและประเมินผลการรักษา

หลังจากติดตามเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ ไม่พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีเลือดออกจากเหงือก

บทวิจารณ์

เนื่องจากช่องปากมีเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด และแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคปริทันต์อาจแพร่เข้าสู่กระแสเลือดได้ ดังนั้นทำหน้าที่กำจัดแบคทีเรียจากกระแสเลือด ดังนั้นในคนที่เป็โรคตับอาจมีภาวะที่มีแบคทีเรียในกระแสเลือดซึ่งเกิดมาจากโรคปริทันต์ แล้วยังสามารถเป็นแหล่งของการแพร่เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้⁽⁹⁾ ในปัจจุบันมีรายงานจำนวนหนึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคปริทันต์และภาวะตับแข็ง แต่มีจำนวนน้อยที่รายงานถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างโรคตับแข็งและโรคปริทันต์⁽¹⁰⁻¹²⁾ ทั้งนี้การดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วยอาจมีผลต่อสภาวะปริทันต์ด้วย ผู้ป่วยในรายงานนี้มีตับแข็ง ตับอักเสบบี และมี

โรคปริทันต์อักเสบอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลเนื่องจากการดูแลความสะอาดในช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง จึงพบว่าฟันที่เป็นโรคปริทันต์ในระดับรุนแรงมีจำนวนน้อย

ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวางแผนรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีประวัติตับแข็ง โดยทันตแพทย์ควรตรวจจำนวนเกล็ดเลือดร่วมกับค่าระยะเวลาโปรทรอมบิน ระยะเวลาพาร์เซียลทรอมโบพลาสติน และค่าไอเอ็นอาร์ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ประเมินปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด โดยระยะเวลาโปรทรอมบินเป็นค่าที่ใช้ประเมินกลไกการแข็งตัวของเลือดที่เกิดจากปัจจัยภายนอกในระบบเลือด (extrinsic pathway) ส่วนระยะเวลาพาร์เซียลทรอมโบพลาสตินเป็นค่าที่ใช้ประเมินกลไกการแข็งตัวของเลือดที่เกิดจากปัจจัยภายในในระบบเลือด (intrinsic pathway)⁽¹³⁾ ซึ่งค่าต่าง ๆ นี้มีความสำคัญคือหากเกล็ดเลือดที่มีอยู่ไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกจากเหงือกนาน อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือด มีอาการซีด ผู้ป่วยรายนี้มีค่าเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติมาก ค่าระยะเวลาโปรทรอมบิน ระยะเวลาพาร์เซียลทรอมโบพลาสตินนานกว่าปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีเลือดหยุดยากหลังรักษาทางทันตกรรม ดังนั้นแพทย์จึงได้ให้เกล็ดเลือดเข้มข้นเพื่อช่วยให้มีเกล็ดเลือดมากพอสำหรับการแข็งตัวของเลือด และให้พลาสมาสดแช่แข็งเพื่อชดเชยปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 ต่อไมโครลิตรอาจพบความผิดปกติทางคลินิกคือมีอาการชำ (brusing) แต่หากมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 10,000 ต่อไมโครลิตร จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้เองจากเหงือก เลือดกำเดาไหล มีเลือดออกมากผิดปกติระหว่างมีประจำเดือน มีจ้ำเลือด จุดเลือดออก และอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้อันเนื่องมาจากการมีเลือดออกในสมองหรือทางเดินอาหาร⁽¹⁴⁾ ผู้ป่วยในรายนี้มีค่าเกล็ดเลือด 30,000 ต่อไมโครลิตร จัดเป็นระดับที่มีค่าเกล็ดเลือดต่ำในระดับรุนแรง⁽⁵⁾ โดยยังไม่พบว่ามีความผิดปกติของการมีเลือดออก ไม่มีเลือดออกจากเหงือกเอง ไม่มีจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออกตามผิวหนัง ทันตแพทย์ได้วางแผนทำการเกลารากฟันทั้งปากซึ่งอาจทำให้มีเลือดออกหลังเกลารากฟันได้ แพทย์ได้พิจารณาให้เกล็ดเลือดเข้มข้นจำนวน 6 ยูนิต โดยเกล็ดเลือดเข้มข้น 1 ยูนิต จะทำให้ผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือดเพิ่มได้ประมาณ 6,000 ต่อไมโครลิตร⁽¹⁾ ทั้งนี้เพื่อให้ค่าของเกล็ดเลือดสูงเกิน 50,000 ต่อไมโครลิตร ซึ่งจะสามารถทำการหัตถการได้อย่างปลอดภัย⁽¹⁵⁾ แต่หากต้องการทำการหัตถการที่รุกรานต้องมีค่าขั้นต่ำของเกล็ดเลือดประมาณ

100,000 ต่อไมโครลิตร⁽¹⁾ ซึ่งในการทำการหัตถการเกลารากฟันให้แก่ผู้ป่วยรายนี้ไม่เป็นหัตถการที่รุกราน เนื่องจากฟันที่มีร่องลึกปริทันต์ 5 มิลลิเมตร มีจำนวนไม่มาก

ภาวะเกล็ดเลือดต่ำพบได้ในผู้ป่วยที่มีตับแข็ง มีการติดเชื้อตับอักเสบบีและซี และยังสามารถพบได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยในรายงานฉบับนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นตับอักเสบบีและได้รับยาต้านไวรัสคือลามิวูดีน ขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด เป็นเวลานาน 7 ปี และพบมีเกล็ดเลือดต่ำ โดยที่การศึกษาของ Lebensztein และคณะ (2002) พบการมีเกล็ดเลือดต่ำหลังจากการรักษาตับอักเสบบีในผู้ป่วยเด็กด้วยยาลามิวูดีนเป็นเวลานาน 1 เดือน แต่ในผู้ใหญ่ยังไม่มีการรายงานการเกิดเกล็ดเลือดต่ำจากการใช้ยานี้⁽¹⁷⁾ กล่าวคือปัจจุบันยังไม่มียาข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ แต่มีการอธิบายว่าเกิดจากการมีตับอักเสบบีหรือตับแข็งจะทำให้เกิดแรงดันเลือดในตับสูง เกิดการคั่งของเลือดในม้าม ทำให้ม้ามโต จึงมีผลให้เกล็ดเลือดในกระแสเลือดมีน้อยลง หรือเกิดจากกลไกของระบบภูมิคุ้มกันที่มีการสร้างอิมมูโนโกลบูลินมาต่อต้าน

ตารางที่ 1 ผลทางห้องปฏิบัติการในวันที่ทำการรักษา

Table 1 Clinical laboratory test on treatment day

รายการ	ผล	ค่าปกติ
platelet count	30,000 ต่อไมโครลิตร	140,000-400,000 ต่อไมโครลิตร
prothrombin time, PT	14.2 วินาที	9.2-13.1 วินาที
partial thromboplastin time, PTT	42.3 วินาที	23.2-36.9 วินาที
INR	1.28	
alkaline phosphatase, ALP	61 ยูนิตต่อลิตร	40-150 ยูนิตต่อลิตร
aspartate amino transferase, AST	27 ยูนิตต่อลิตร	5-34 ยูนิตต่อลิตร
alanine aminotransferase, ALT	37 ยูนิตต่อลิตร	0-55 ยูนิตต่อลิตร
total bilirubin	1.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	0.2-1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
direct bilirubin	0.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	0-0.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
albumin	4.3 กรัมต่อเดซิลิตร	3.5-5.2 กรัมต่อเดซิลิตร
globulin	2.6 กรัมต่อเดซิลิตร	2.0-3.5 กรัมต่อเดซิลิตร
BUN	13 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	8.9-20.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
creatinine	1.17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	0.78-1.18 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เกล็ดเลือด รวมทั้งการสังเคราะห์โปรตีนทรอมโบพอยอิติน ในระดับน้อยลง ทำให้สร้างปัจจัยที่กระตุ้นการสร้างเกล็ดเลือด น้อยลงด้วย^(16,18,19)

การศึกษาของ Hong และคณะ (2012) ที่ศึกษาถึงวิธีการตรวจคัดกรองค่าไอเอ็นอาร์โดยใช้เครื่องตรวจวัดในคลินิก กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกจากการรักษาทางทันตกรรมที่รุกราน เช่น การถอนฟัน การเจาะระบายหนอง การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน โดยการตรวจไอเอ็นอาร์ ในคนที่มีประวัติโรคตับอักเสบบีหรือซี มีประวัติโรคตับ มีความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของตับ มีประวัติเลือดออกนานหลังทำหัตถการที่รุกราน เคยดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่า 20 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลานานมากกว่า 2 ปี มีภาวะดีซ่านหรือมีน้ำในช่องท้อง หรือมีภาวะผิดปกติของสมองร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ พบว่ามีผู้ป่วย 1 รายที่มีค่าไอเอ็นอาร์ 1.6 มีเลือดออกมากหลังจากทำการขูดหินน้ำลาย จะเห็นได้ว่าหากทันตแพทย์พิจารณาเฉพาะค่าไอเอ็นอาร์ เพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถพยากรณ์การมีเลือดออกหลังรักษาได้⁽²⁰⁾ ผู้ป่วยในรายงานนี้มีค่าไอเอ็นอาร์ปกติคือ 1.28 ซึ่งค่าไอเอ็นอาร์คำนวณมาจากค่าระยะเวลาโปรทรอมบินซึ่งเป็นการประเมินกลไกการแข็งตัวของเลือดเฉพาะที่เกิดจากปัจจัยภายนอกระบบเลือดเท่านั้น ทันตแพทย์จำเป็นต้องทราบผลค่าระยะเวลาพาร์เซี่ยลทรอมโบพลาสตินในผู้ป่วยโรคตับด้วย ซึ่งค่านี้เป็นการประเมินปัจจัยกลไกการแข็งตัวของเลือดที่เกิดจากปัจจัยภายในระบบเลือด ดังนั้นทันตแพทย์ควรต้องทำการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วน

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับพลาสมาสดแช่แข็งจำนวน 2 ยูนิต เพื่อเป็นการเสริมปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดที่ส่วนใหญ่ถูกสร้างจากตับ โดยหลังจากการให้เกล็ดเลือดเข้มข้นและพลาสมาสดแช่แข็งให้ทันตแพทย์เริ่มทำการรักษาทันที เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของปัจจัยที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือด และการลดลงอย่างรวดเร็วของเกล็ดเลือด^(1,14) ผู้ป่วยในรายงานนี้ไม่มีเลือดออกหลังรักษาเนื่องจากได้รับเกล็ดเลือดเข้มข้นและพลาสมาสดแช่แข็งเพียงพอ แต่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ เนื่องจากเกล็ดเลือดจำนวน 6 ยูนิต และพลาสมาสดแช่แข็ง 2 ยูนิตนั้น มีโอกาสที่จะได้รับมาจากผู้บริจาคเลือดจำนวนถึง 8 คน ผู้ป่วยอาจมีอาการแพ้เลือดหรือมีการติดเชื้อจากการได้รับเลือดได้ แม้ว่ามีโอกาสติดเชื้อ

ตับอักเสบบีจากการได้รับเลือดจะมีน้อยคือประมาณ 1 ต่อ 350,000 แต่ทันตแพทย์ก็ควรคำนึงถึงผลแทรกซ้อนของการให้เลือดด้วย⁽²¹⁾

นอกเหนือไปจากการให้เกล็ดเลือดเข้มข้นแล้ว ทันตแพทย์ยังให้ผู้ป่วยรายนี้ใช้สแตนท์คัลเลอร์เพื่อช่วยในการป้องกันการรบกวนแคลเซียมหลังจากการรักษา^(1,22,23) เนื่องจากมีฟันบางซี่ที่มีร่องลึกปริทันต์ 5 มิลลิเมตร การเกลารากฟันอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลที่เหงือกได้ หากมีการบาดเจ็บจากการบาดเจ็บเคี้ยวอาหารหรือการแปรงฟันอาจทำให้มีเลือดไหลออกมาอีก ทันตแพทย์ได้ติดตามโดยการสอบถามทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และ 3 หลังรักษา เมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่มีเลือดออกจึงให้ถอดสแตนท์คัลเลอร์ออก อย่างไรก็ตามการใส่สแตนท์คัลเลอร์มีข้อเสียคือรบกวนการบาดเจ็บเคี้ยวอาหารของผู้ป่วย และนัดมาตรวจในช่องปากวันที่ 7 และ 21 หลังรักษา การศึกษาของ Fillmore และคณะ (2013) รายงานว่าทันตแพทย์ได้ติดตามการมีเลือดออกหลังการถอนฟันในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำจำนวน 2 ราย นานถึง 50 วัน⁽¹⁵⁾ แต่ในรายงานผู้ป่วยนี้ทันตแพทย์ได้ทำการรักษาโดยการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ไม่ได้ทำให้เกิดแผลที่กระดูกเบ้าฟัน ซึ่งโดยทั่วไปหลังการเกลารากฟันจะมีการหายของเหงือกภายใน 3 สัปดาห์ ดังนั้นทันตแพทย์จึงนัดติดตามผู้ป่วยนาน 21 วัน⁽²⁴⁾ และพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีการหายของเหงือกเป็นปกติ

ในการรักษาปริทันต์ในผู้ป่วยที่มีตับแข็งและมีเกล็ดเลือดต่ำ ทันตแพทย์ควรซักประวัติผู้ป่วยให้ครอบคลุมทำการตรวจช่องปาก ประเมินภาพรังสีในช่องปาก ประเมินสภาวะร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการปรึกษาแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือด การเตรียมเลือดที่จะให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้แพทย์ยังได้เตรียมเลือดสำรองอีก 2 ยูนิตหากผู้ป่วยยังมีภาวะเลือดออกหลังรักษา เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีฟันจำนวนน้อยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบในระดับรุนแรง ดังนั้นทันตแพทย์จึงสามารถให้การรักษาได้ทั้งปากภายในวันเดียว เนื่องจากบางช่วงเวลาอาจประสบปัญหาการขาดแคลนเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดในสถานพยาบาล นอกจากนั้นการควบคุมอนามัยในช่องปากหลังการรักษายังเป็นปัจจัยสำคัญในการคงสภาพอวัยวะปริทันต์ที่ดีต่อไป

บทสรุป

การรักษาโรคปริทันต์ในผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะตับอักเสบปี ตัวแข็ง และยังมีเกล็ดเลือดต่ำคือ 30,000 ต่อไมโครลิตร ทันตแพทย์ต้องศึกษาประวัติการตรวจร่างกายทางการแพทย์ ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ การปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้เกล็ดเลือดเข้มข้นก่อนทำหัตถการเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ทันตแพทย์ควรให้การรักษาดด้วยความระมัดระวัง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการมีเลือดออกหลังจากรักษาโรคปริทันต์ นอกจากนั้น การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลอนามัยในช่องปากของตนเองก็เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้การหายของแผลเป็นไปได้ตามปกติ และเป็นการป้องกันโรคปริทันต์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีก

เอกสารอ้างอิง

- Gupta A, Epstein JB, Cabay RJ. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. *J Can Dent Assoc* 2007; 73(1): 77-83.
- Lockhart PB, Gibson J, Pond SH, Litch J. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part I: coagulopathies from systemic disease. *Br Dent J* 2003; 195(8): 439-445.
- Maan R., Knegt RJ, Veldt BJ. Management of thrombocytopenia in chronic liver disease: focus on pharmacotherapeutic strategies. *Drugs* 2015; 75(17): 1981-1992.
- Joo EJ, Chang Y, Yeom JS, Lee YG, Ryu S. Hepatitis B infection is associated with an increased incidence of thrombocytopenia in healthy adults without cirrhosis. *J Viral Hepat* 2017; 24(3): 253-258.
- Strauss R, Wehler M, Mehler K, Kreutzer D, Koebnick C, Hahn EG. Thrombocytopenia in patients in the medical intensive care unit: bleeding prevalence, transfusion requirements, and outcome. *Crit Care Med* 2002; 30: 1765-1771.
- Turvani F, Pigozzi L, Barutta L, et al. Bleeding prevalence and transfusion requirement in patients with thrombocytopenia in the emergency department. *Clin Chem Lab Med* 2014; 52(10): 1485-1488.
- Patel S, Perry MM, Spolarich AE. Oral surgery in a patient with cirrhosis and thrombocytopenia; a case report. *Spec Care Dentist* 2016; 36(2): 93-98.
- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal disease and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
- Elhassan AT, Peeran SW. The linking mechanisms between liver and periodontal diseases. *EC Dent Sci* 2016; 4: 758-766.
- Gronkjar LL. Periodontal disease and liver cirrhosis: a systemic review. *SAGE Open Med* 2015; 3: 1-11. doi: 10.1177/2050312115601122
- Oettinger-Barak O, Barak S, Machtei EE, Ardekian L, Baruch Y, Peled M. Periodontal changes in liver cirrhosis and post-transplantation patients. I clinical Findings. *J Periodontol* 2001; 72(9): 1236-1240.
- Jaiswal G, Bhongade M, Jaiswal S. Serum alkaline phosphatase: A potential marker in the progression of periodontal disease in cirrhosis patients. *Quintessence Int* 2011; 42(4): 345-348.
- Vassilopoulos P, Palcanis K. Bleeding disorders and periodontology. *Periodontol 2000* 2007; 44: 211-223.
- Sekhon SS, Roy V. Thrombocytopenia in adults: a practical approach to evaluation and management. *South Med J* 2006; 99: 491-498.
- Fillmore WJ, Leavitt BD, Arce K. Dental extraction in the thrombocytopenic patient is safe and complications are easily managed. *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 71: 1647-1652.
- Afdhal N, McHutchison J, Brown R, Jacobson I, Manns M, Poordad F, et al. Thrombocytopenia associated with chronic liver disease. *J Hepatol* 2008; 48(6): 1000-1007.
- Lebensztejn DM, Kaczmarek M. Lamivudine-associated thrombocytopenia. *J Am Gastroenterol* 2002; 97(10): 2687-2688.

18. Mitchell O, Feldman DM, Diakow M, Sigal SH. The pathophysiology of thrombocytopenia in chronic liver disease. *Hepat Med* 2016; 8: 39-50.
19. Aoki Y, Hirai K, Tanikawa K. Mechanism of thrombocytopenia in liver cirrhosis: kinetics of indium-111 tropolone labelled platelets. *Eur J Nucl Med* 1993; 20: 123-129.
20. Hong CH, Scobey MW, Napenas JJ, Brennan MT, Lockhart PB. Dental postoperative bleeding complication in patients with suspected and documented liver disease. *Oral Dis* 2012; 18(7): 661-666.
21. Sharma S, Sharma P, Tyler LN. Transfusion of blood and blood products: indications and complications. *Am Fam Physician* 2011; 83: 719-724.
22. Im-erbsin T, Suwannuraks M. Local hemostatic technic using a celluloid splint in bleeding disorders. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993; 24(Suppl 1): 167-168.
23. Suwannuraks M, Chuansumrit A, Sriudomporn N. The use of fibrin glue as an operative sealant in dental extraction in bleeding disorder patients. *Haemophilia* 1999; 5: 106-108.
24. Proye M, Caton J, Polson A. Initial healing of periodontal pockets after a single episode of root planning monitored by controlled probing forces. *J Periodontal* 1982; 53: 296-301.

โครงการประชุมวิชาการ

รวมรส เรื่องน่ารู้ สู่ทันตแพทย์ยุค 4.0

ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่



วันศุกร์ที่ 12 ต.ค. 2561

เวลา	หัวข้อบรรยาย	วิทยากร
09.00 – 12.00 น.	สื่อสารอย่างไรไม่ให้ขัดแย้งกับผู้ป่วย และโฆษณาคลินิกอย่างไรไม่ให้ผิดกฎหมาย	ทพ.ดร.รังชัย วชิโรจน์ไพศาล
12.00 – 13.00 น.	อาหารกลางวัน	
13.00 – 16.00 น.	กลุ่มที่ 1: New Innovations in Shaping Canals with Gold Technology (ให้เตรียมฟันจริงที่ถอนมาและเปิด accesses ให้เรียบร้อยไม่ต้องใส่ block)	กลุ่มที่ 1 : บริษัท เคนท์สพลาย (ประเทศไทย) จำกัด (30 คน)
	กลุ่มที่ 2: Safe and predictable root canal shaping : Twisted files and adaptive motion technology	กลุ่มที่ 2 : บริษัท เอสดีเอส เคอร์ จำกัด (25 คน)
	กลุ่มที่ 3: Restorative* 3.1 Step by step in making provisional restoration 3.2 Step by step in polishing hybrid ceramic and zirconia crown	กลุ่มที่ 3 : บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด (30 คน)

* (3.1 และ 3.2 สลับฝึกปฏิบัติ)

วันพุธที่ 10 ต.ค. 2561

เวลา	หัวข้อบรรยาย	วิทยากร
08.30 – 09.00 น.	ลงทะเบียน	
09.00 – 11.30 น.	Achieving Predictable, Clinical Outcomes for Veneer & All ceramic restoration	ทพ.สนธิ ศิริมัย
11.30 – 12.00 น.	พิธีเปิด	คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ ชมรมทันตแพทยภาคเหนือ
12.00 – 13.00 น.	อาหารกลางวัน	
13.00 – 14.30 น.	The Endodontic-restorative continuum : Endo aspects	อ.ทพญ.ธารารส สุนทรเกียรติ
14.30 – 14.45 น.	อาหารว่าง	
14.45 – 16.15 น.	One visit Endodontics	พศ.ทพ.ดร.ภูมิศักดิ์ เลาวกุล

วันพฤหัสบดีที่ 11 ต.ค. 2561

เวลา	หัวข้อบรรยาย	วิทยากร
09.00 – 10.00 น.	Update ceramic materials (ครบเครื่องเรื่องเซรามิก)	พศ.ทพ.ดร.ชัยมงคล เปี่ยมพริ้ง
10.00 – 10.45 น.	Key to success in Fixed restorations (ทำงาน fixed ให้เป็นเรื่องง่าย)	พศ.ทพ.ดร.ชัยมงคล เปี่ยมพริ้ง
10.30 – 10.45 น.	อาหารว่าง	
11.00 – 12.00 น.	Key to success in removable prosthesis (สารพันปัญหาของฟันเทียมถอดได้)	พศ.ทพ.ดร.ชัยมงคล เปี่ยมพริ้ง
12.00 – 13.00 น.	อาหารกลางวัน	
13.00 – 14.30 น.	เรียนรู้และเข้าใจภาวะกลืนลำบาก ในผู้สูงอายุ	อ.พญ.ภัทรา วัฒนพันธ์
14.30 – 14.45 น.	อาหารว่าง	
14.45 – 16.00 น.	การบริหารจัดการการเงินสำหรับทันตแพทย์ยุค 4.0	วิทยากรจาก ร.ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

ค่าลงทะเบียน

วันที่	ภาคบรรยาย (10 - 12 ตุลาคม 2561)	ภาคบรรยายพร้อมภาคปฏิบัติ (10 - 12 ตุลาคม 2561)
ภายในวันที่ 30 ก.ย. 2561	2,000	2,500
หลังวันที่ 30 ก.ย. 2561	2,500	3,000

CE-Credits ภาคบรรยาย : 14 หน่วยกิตกรรม

CE-Credits ภาคบรรยายพร้อมภาคปฏิบัติ : 17 หน่วยกิตกรรม

สอบถามเพิ่มเติม

E-mail : cedentcmu@yahoo.com

โทรศัพท์ 053-944429

098-7890234



สำหรับลงทะเบียน