

ทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย Dental Care of Patients with Hemophilia

ลาวันย์ ทิสะเส
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
Lawan Tisase

Department of Dentistry, Sisaket Hospital, Sisaket Province

ชม.ทันตสาร 2551; 29(1) : 23-32
CM Dent J 2008; 29(1) : 23-32

บทคัดย่อ

ฮีโมฟีเลีย เป็นโรคเลือดออกง่ายที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากร่างกายขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกง่าย ออกนาน และหยุดยาก การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคนี้นอกจากจะปรึกษาแพทย์ผู้ชำนาญทางโลหิตวิทยาแล้ว ทันตแพทย์ยังควรรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา โรคแทรกซ้อน การเลือกการรักษาที่เหมาะสมและการควบคุมภาวะเลือดออกหลังการรักษาทางทันตกรรม

คำไขหรัส: ฮีโมฟีเลีย

Abstract

Hemophilia is an inherited bleeding disorder. People with hemophilia bleed longer and easier caused by lack of enough clotting factor. Successful dental treatments are the result of co-operation between dentists and hematologists. Dentists who have essential roles in dental treatments should know how to manage patients with hemophilia.

Key word: hemophilia

บทนำ

ฮีโมฟีเลีย (hemophilia) เป็นโรคเลือดออกง่ายหยุดยากเรื้อรังตลอดชีวิต เกิดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ชื่อว่า Hemo-philos แปลว่า The love of blood ในประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยฮีโมฟีเลียครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2506 โดย ลัดดาวัลย์⁽¹⁾ ต่อมา ภัทรพร และคณะ⁽²⁾ ได้สำรวจในปี พ.ศ. 2520-2522 พบว่าประชากรไทยมีโรคเลือดออกง่ายทางพันธุกรรม 1:13,000-1:20,000 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นฮีโมฟีเลีย ถึงร้อยละ 95 ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศทางตะวันตกอื่นๆ⁽³⁾ ดังนั้นทันตแพทย์จึงควรทราบถึงสาเหตุ ชนิดการสืบทอด พยาธิสภาพ โรคแทรกซ้อน รวมถึงข้อควรระวัง และการควบคุมภาวะเลือดออกภายหลังการรักษาทางทันตกรรม

โรคฮีโมฟีเลียที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ พบได้ 3 ชนิด⁽⁴⁾ คือ ฮีโมฟีเลีย เอ (hemophilia A) เกิดจากการขาดแฟคเตอร์ แปด พบได้บ่อยที่สุด รองลงมาคือ ฮีโมฟีเลีย บี (hemophilia B) เกิดจากการขาด แฟคเตอร์ เก้า และพบได้น้อยคือ โรคฮีโมฟีเลีย ซี (hemophilia C) เกิดจากการขาดแฟคเตอร์ สิบเอ็ด โรคฮีโมฟีเลีย เอ และ บี มีอาการและอาการแสดงไม่แตกต่างกัน ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์โดยยีนที่มีลักษณะด้อยบนโครโมโซม เอกซ์ (x-linked recessive) ทำให้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย เพศหญิงเป็นพาหะของโรคโดยไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ ส่วนฮีโมฟีเลีย ซี ถ่ายทอดโดยยีนที่มีลักษณะด้อยบนโครโมโซมที่ไม่ใช่โครโมโซมเพศ (autosomal recessive)

สาเหตุ⁽³⁾

โรคฮีโมฟีเลียเกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือดคือ แฟคเตอร์ แปดเก่า และสิบเอ็ด โดยฮีโมฟีเลีย เอ เกิดจากความผิดปกติของยีนที่อยู่บนแขนส่วนยาว (long arm) ของโครโมโซม เอกซ์ ส่วน เอ็กซ์ คิว ยี่สิบแปด (Xq-28) (186 kb, 26 exons) ฮีโมฟีเลีย บี เกิดจากความผิดปกติของส่วนปลายของแขนส่วนยาวของโครโมโซม เอกซ์ (34 kb, 8 exons) และฮีโมฟีเลีย ซี เกิดจากความผิดปกติของยีนที่โครโมโซมคู่ที่ 4 (15 kb, 25 exons) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยฮีโมฟีเลียจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวมีอาการโรคเลือดออกง่าย หยุดยากมาก่อน พบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยฮีโมฟีเลียทั้งหมด

ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคฮีโมฟีเลียขึ้นกับระดับแฟคเตอร์ที่ผู้ป่วยมีอยู่ คนปกติจะมีระดับแฟคเตอร์ แปด หรือแฟคเตอร์ เก้า ร้อยละ 50-150⁽³⁾ (0.50-1.5 u/ml) ในขณะที่ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เอ และ บี มีระดับแฟคเตอร์ แปด และแฟคเตอร์ เก้า ต่ำมาก คือมีระดับตั้งแต่ต่ำกว่าร้อยละ 1-25 (0.01-0.25 u/ml) ผู้ที่มียีนโรคฮีโมฟีเลียแฝงจะมีระดับแฟคเตอร์ ร้อยละ 25-40 (0.25-0.40 u/ml) ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียในครอบครัวเดียวกัน จะมีความรุนแรงของโรคคล้ายคลึงกัน

ความรุนแรงของโรคฮีโมฟีเลีย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. ชนิดรุนแรงมาก มีระดับแฟคเตอร์ แปด หรือแฟคเตอร์ เก้า น้อยกว่าร้อยละ 1 ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกในข้อ กล้ามเนื้อ ช่องท้อง เลือดกำเดา ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่ได้รับอุบัติเหตุ
2. ชนิดรุนแรงปานกลาง มีระดับแฟคเตอร์ แปด หรือ แฟคเตอร์ เก้า ร้อยละ 1-5 ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกในข้อ หรือในกล้ามเนื้อ เมื่อได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย
3. ชนิดรุนแรงน้อย มีระดับแฟคเตอร์ แปด หรือแฟคเตอร์ เก้า ร้อยละ 5-25 ผู้ป่วยมักจะมีเลือดออกมากเมื่อได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง หรือได้รับการผ่าตัด หรือถอนฟัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยมีอาการเลือดออกเองในข้อ

ในกล้ามเนื้อเหมือนชนิดรุนแรงมาก หรือปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ

หมายเหตุ: ร้อยละของระดับแฟคเตอร์ หมายถึงร้อยละของ activity

อาการและอาการแสดง⁽⁵⁾

ทารกที่คลอดปกติ มักจะไม่มีอาการเลือดออกในวัยแรกเกิด บางรายอาจมีจ้ำเขียวตามลำตัว แขน ขาได้ แต่ถ้าเกิดจากการทำหัตถการ เช่น ใช้เครื่องดูด (vacuum extraction) หรือใช้คีม (forcep extraction) จะมีเลือดออกได้ผิวหนังที่ศีรษะ อาการเลือดออกนี้อาจรุนแรงมากจนขีดได้ สะดือหลุดเหมือนเด็กปกติ หากขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ จะมีเลือดออกมาก

ผู้ป่วยเด็กฮีโมฟีเลียในประเทศไทยเริ่มมีอาการเลือดออกเมื่ออายุต่ำกว่า 6 เดือน พบร้อยละ 48 เริ่มมีเลือดออกเมื่ออายุ 6-12 เดือน พบร้อยละ 31 อาการเลือดออกครั้งแรกที่พบได้บ่อยคือ จ้ำเขียวตามลำตัว แขนหรือขา พบร้อยละ 56 รองลงมาคือเลือดออกในกล้ามเนื้อพบร้อยละ 19 เมื่อเริ่มหัดคลาน ตั้งไข่ เดิน ก็จะมีจ้ำเขียวตามลำตัว แขน และขา ได้บ่อยขึ้น เมื่อฟันหลุดมีเลือดออกมากกว่าเด็กปกติ ต่อมาจะมีเลือดออกในข้อ ในกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกอาจเกิดขึ้นเองหรืออาจเกิดจากได้รับอุบัติเหตุเล็กน้อย ตำแหน่งเลือดออกที่พบได้บ่อยคือในข้อร้อยละ 18 กล้ามเนื้อร้อยละ 18 เหงือกและฟันร้อยละ 15 และตำแหน่งอื่นๆ เช่น ทางเดินอาหาร สมอง ตา จมูก เป็นต้น ร้อยละ 13

อาการเลือดออกในข้อ (hemarthrosis) เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย ข้อที่มีเลือดออกบ่อยที่สุดคือข้อเข่า รองลงมาคือข้อเท้า ข้อศอก ข้อนิ้วเท้า สำหรับผู้ป่วยไทยพบเลือดออกที่ข้อนิ้วเท้าค่อนข้างบ่อย เพราะนิยมสวมรองเท้าแตะแบบคีบระหว่างนิ้วเท้า อัตราข้อพิการของผู้ป่วยเด็กไทยพบได้ร้อยละ 32.4 เมื่ออายุเฉลี่ย 10 ปี อัตราข้อพิการของผู้ป่วยไทยสูงกว่าผู้ป่วยในต่างประเทศมาก ข้อพิการที่พบบ่อยที่สุด คือ ข้อเข่า รองลงมาคือ ข้อศอก และข้อเท้า การดูแลรักษาข้อในวัยเด็กให้ดีจะช่วยให้อายุยืนยาวและเป็นปกติในวัยผู้ใหญ่ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่กล้ามเนื้อและข้อจะแข็งแรงมากขึ้น ทำให้เลือดออกเองในข้อน้อย

การวินิจฉัยโรค⁽⁶⁾

1. จากประวัติของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 ประวัติเลือดออกง่ายของผู้ป่วย อายุที่เริ่มมีอาการและการรักษาที่เคยได้รับ
 - 1.2 ประวัติครอบครัว ประมาณ 2/3 ของผู้ป่วย จะมีประวัติโรคเลือดออกง่ายหยุดยากในพี่น้องผู้ชาย น้ำลาย ลูบ หรือลูกชายของน้ำสาว ป้า แต่อีก 1/3 ของผู้ป่วย จะไม่มีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว
2. การตรวจร่างกายพบลักษณะเลือดออกของผู้ป่วยในขณะนั้น
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ตรวจการแข็งตัวของเลือด พบว่ามีเวลาเลือดแข็งตัวยาวนานกว่าปกติ (prolonged venous clotting time) โดยเฉพาะในผู้ป่วย ชนิดรุนแรงมาก (severe disease) การตรวจสกรีนนิ่งโคแอกกูโลแกรม (screening coagulogram) พบความผิดปกติ คือ ค่าแอกติเวทเตด พาร์เซียล ทรอมโบพลาสติน ไทม์ (activated partial thromboplastin time) นานกว่าปกติ ส่วนค่าโปรทรอมบิน ไทม์ (prothrombin time) และค่าทรอมบิน ไทม์ (thrombin time) จะมีค่าปกติ การตรวจหาระดับแฟคเตอร์ แปด หรือแฟคเตอร์ เก้า พบว่าต่ำมากหรือไม่มีเลย
4. การตรวจพิเศษอย่างอื่น เช่น การตรวจยีนโดยวิธีวิเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA analysis) ปัจจุบันในต่างประเทศมีการศึกษากันอย่างกว้างขวางด้วยเหตุผลเพื่อจะหาว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติในระดับโมเลกุล (molecular defect) ชนิดไหน เพื่อช่วยวินิจฉัยหญิงที่เป็นพาหะของโรค (female carrier) ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนครอบครัว (genetic counseling) ต่อ นอกจากนี้ยังสามารถนำวิธีนี้วินิจฉัยทารกในครรภ์ (prenatal diagnosis) ได้ การตรวจยีนของทั้งแฟคเตอร์ แปด แฟคเตอร์ เก้า ในประเทศไทยเริ่มมีการศึกษาแล้วเช่นกัน

การรักษาทางการแพทย์⁽³⁾

การแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีเครื่องหมายประจำตัวเพื่อแสดงว่าเป็นโรคฮีโมฟีเลีย โดยมีบัตรประจำตัวผู้ป่วยหรือที่ห้อยคอที่มีชื่อผู้ป่วย โรค หมู่เลือด รวมทั้งชื่อโรงพยาบาลที่รักษาโรค

เป็นประจำ ควรป้องกันอุบัติเหตุในเด็กเล็กที่เป็นโรคนี้ โดยต้องได้รับการดูแลพิเศษ หลีกเลี่ยงการกระแทก ถูกของมีคม จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หากของเล่นที่เหมาะสม ของเล่นควรทำด้วยผ้าพลาสติก ยาง ที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ทางงอาก็ใช้ผ้า นิ่มหนา หรือมีฟองน้ำบุหนาบริเวณข้อเข่า ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีเลือดออกได้ง่าย เสือก็ควรบุที่มีบริเวณข้อศอก เช่นเดียวกัน ไม่ควรให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก เพราะจะทำให้ข้อต่างๆ ต้องแบกรับน้ำหนักมาก ทำให้มีโอกาสเลือดออกในข้อเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคนี้สามารถออกกำลังกายได้ เช่น ว่ายน้ำ เล่นปิงปอง เดินเร็ว แต่ควรงดกีฬาที่หักโหมและรุนแรง ผู้ป่วยควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากมีโอกาสติดโรคนี้ได้จากการรับส่วนประกอบของเลือด และจะต้องให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมแก่บิดา มารดา และญาติพี่น้องด้วย

การรักษา⁽³⁾

การรักษาต้องให้ส่วนประกอบของเลือด (blood component) ตามชนิดของฮีโมฟีเลีย ความรุนแรงของโรค และตำแหน่งที่มีเลือดออก แบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ

1. การให้ทดแทนเมื่อเลือดออก ผู้ป่วยที่มีเลือดออก จะมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับส่วนประกอบของเลือด
2. การให้ทดแทนเมื่อเริ่มมีอาการเลือดออก ในรูปแบบการรักษาเองที่บ้าน (home therapy) ผู้ป่วยจะมีส่วนประกอบของเลือด พลาสมาผง (fresh dry plasma) หรือแฟคเตอร์เข้มข้นที่เก็บไว้ที่บ้าน เมื่อเริ่มมีอาการเลือดออก ผู้ป่วย บิดามารดา หรือบุคคลากรการแพทย์ที่อยู่ใกล้บ้านจะให้พลาสมาแก่ผู้ป่วย
3. การให้แบบป้องกัน (prophylactic therapy) คือ การให้ส่วนประกอบของเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกในข้อและข้อเสื่อม โดยมากจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยอายุ 4 ปี⁽⁴⁾ สำหรับยีนบำบัด (gene therapy) ของโรคฮีโมฟีเลีย เอ และ บี ยังอยู่ในระหว่างการวิจัย

ชนิดของส่วนประกอบของเลือดที่ใช้รักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย⁽³⁾ ได้แก่

1. เฟรช โฟรเซน พลาสมา (fresh frozen plasma)

(FFP) มีแฟคเตอร์ในการแข็งตัวของเลือดทุกชนิด ให้ 10 มล./กก./ครั้ง จะเพิ่มแฟคเตอร์ แปด ได้ ร้อยละ 20 และเพิ่มระดับแฟคเตอร์ เก้า ได้ ร้อยละ 10

2. เฟรช ดราย พลาสมา⁽⁵⁾ (fresh dry plasma) (FDP) เป็นพลาสมาผงใช้ละลายน้ำ โดยใช้ขนาดเหมือน เฟรช โพรสเซน พลาสมา

3. ไครโอพรีซิปปิเตท⁽⁷⁾ (cryoprecipitate) มีแฟคเตอร์ แปด สูง มีฤทธิ์นาน 8-12 ชั่วโมง ให้ 0.2-0.4 หน่วย/ กก./ ครั้ง จะเพิ่มแฟคเตอร์ แปด ได้ ร้อยละ 20-40

4. เอจพลาสมา (aged plasma) และ ไครโอรีมูฟ พลาสมา (cryo removed plasma) ใช้ในฮีโมฟีเลีย บี ให้ 10 มล./กก./ครั้ง จะเพิ่มแฟคเตอร์ เก้า ร้อยละ 7-10

5. แฟคเตอร์ คอนเซนเตรต (factor concentrate) เป็นสาร เข้มข้นของแฟคเตอร์ แปด หรือ เก้า⁽⁸⁾ ที่ผลิต โดยบริษัทยาในต่างประเทศได้ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อ โรค รวมทั้งเชื้อเอชไอวี แต่ยังมีราคาแพงมาก นำมาใช้ สำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่มีอาการเลือดออกรุนแรง เช่น เลือดออกในสมองต้องผ่าตัดใหญ่ หรือมีสารยับยั้งแฟคเตอร์ (inhibitor) เกิดขึ้นเท่านั้น ที่มีขายในประเทศไทย คือ แฟคเตอร์ แปด คอนเซนเตรต ให้ 1 หน่วย/กก. เพิ่มแฟคเตอร์ แปด ได้ ร้อยละ 2 ส่วนการให้โปรทรอมบิน คอมเพล็กซ์ คอนเซนเตรต (prothrombin complex concentrate) 1 หน่วย/กก. จะเพิ่มแฟคเตอร์ เก้าได้ ร้อยละ 1

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ส่วนประกอบเลือดทดแทน

- ตับอักเสบ บี ยังเป็นปัญหามากในผู้ป่วย ฮีโมฟีเลียที่จำเป็นต้องรับพลาสมาบ่อยๆ แม้จะมีวิธีการ ตรวจแยกเลือดที่มีเชื้อตับอักเสบ บี แอนติเจน (Hepatitis B antigen: HBs Ag) ออกไปได้ และผู้ป่วยบางคนได้รับ วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แล้วก็ตาม ในผู้ป่วย ฮีโมฟีเลียเด็กไทยพบว่าร้อยละ 64 มีภูมิต้านทานโรค ไวรัสตับอักเสบ บี ร้อยละ 4 มี HBs Ag แต่ไม่แสดง อาการผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ร้อยละ 66.7

- โรคเอดส์ มีรายงานผู้ป่วยฮีโมฟีเลียติดโรคเอดส์ จากการรับเลือดในระหว่างการผ่าตัด ในประเทศไทยเมื่อ

พ.ศ. 2530⁽⁹⁾ หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พบผู้ป่วย ฮีโมฟีเลียติดเชื้อจากการรับเลือดเป็นรายแรก เมื่อ พ.ศ. 2530 เป็นการติดเชื้อเอชไอวีจากเลือดในสมัยก่อนที่ไม่มีการตรวจภูมิต้านทานโรคเอดส์ในเลือดบริจาค ต่อมาได้ เริ่มตรวจภูมิต้านทานโรคเอดส์ในผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย ปีละ 1-2 ครั้ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2530-2535 ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย จำนวน 76 คน ได้รับการตรวจ 174 ครั้ง พบว่าผู้ป่วย ฮีโมฟีเลียติดโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2535 คิดเป็น ร้อยละ 3.9⁽¹⁰⁾

การรักษาด้วยยา

- เดสโมเพรสซิน (Desmopressin)⁽¹¹⁻¹³⁾ (DDAVP) ใช้ในโรคฮีโมฟีเลีย เอ ชนิดรุนแรงน้อย ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (4 ไมโครกรัม/มล.) ให้ขนาด 0.3-0.4 ไมโครกรัม/ กก. (สูงสุด 28 ไมโครกรัม) ละลายในน้ำเกลือ ความเข้มข้น ร้อยละ 0.9 จำนวน 15-20 มล. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ในเวลา 10-15 นาที ทำให้แฟคเตอร์ แปด ในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3 เท่า ผลตอบสนองสูงสุดในเวลา 30-60 นาที

- ยาเพื่อยับยั้งการละลายตัวของลิ่มเลือด (anti-fibrinolytic agents) ได้แก่ กรดเอปซิลอน อะมิโนคาโปริก (epsilon aminocaproic acid) ให้ 100 มก./กก./ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6-8 ชั่วโมง ช่วยให้ลิ่มเลือด ที่เกิดขึ้นละลายช้าลง กรดทรานซามิก (tranexamic acid หรือ transamin) มีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ชนิด รับประทานให้ขนาด 10-25 มก./กก./ครั้ง ทุก 6-8 ชั่วโมง ชนิดฉีด ให้ 10 มก./กก./ครั้ง ทุก 6 ชั่วโมง อาจให้ยานี้ใน รูปยาน้ำอมกัลลวค ทรานซามิน ความเข้มข้นร้อยละ 4.8 ยาแอนติไฟบริโนไลซิส (antifibrinolysis) มีประโยชน์ ช่วยลดภาวะเลือดออกจากการทำหัตถการทางฟัน⁽¹⁴⁾

การรักษาเฉพาะที่

การใส่เฝือกฟัน (dental splint) Gongsakdi (1979)⁽¹⁵⁾ เป็นผู้เริ่มทำเฝือกฟันจากแผ่นพลาสติก หรือ เซลลูลอยด์ด้วยเครื่อง ยูนิเวอร์แซล เทอร์โมพลาสติก โมลดิ้ง (universal thermoplastic molding machine) และใช้เฝือกฟันร่วมกับ โคแพค (Coe pak) หุ้มรอบฟัน ช่วยลดอาการเลือดออก และลดการให้ส่วนประกอบของ

เลือดแก่ผู้ป่วย โดยให้เลือดก่อนการทำฟัน และวันที่ 5-7 หลังการทำฟันเพื่อถอดแผลฟัน ในระหว่างนั้นให้อาหารอ่อนเหลว เย็น แก่ผู้ป่วย ห้ามดุนและดันแผลฟัน บ้วนปากด้วยน้ำธรรมดาหลังอาหาร นัดมาตรวจดูความเรียบร้อยของแผล และนัดมาทุกเช้าเพื่อทำความสะอาดแผล โดยใช้กระบอกฉีดยา ฉีดน้ำทำความสะอาด และดูอาการจนกระทั่งถอดแผลออก หากมีอาการเลือดออก อาจให้ส่วนประกอบของเลือดเป็นครั้งคราว

กาวไฟบริน (fibrin glue) หรือ ไฟบริน ซีลแลนท์ (fibrin sealant)⁽¹⁶⁾

มีชื่อทางการค้าที่รู้จักกันโดยทั่วไปคือ กาวไฟบริน ทิสเซล (Tissel) โครซีล (Croscel) ควิกซีล (Quixil) ซึ่งเป็นสารห้ามเลือดเฉพาะที่ สามารถใช้ได้ทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการแข็งตัวของเลือด โดยเป็นการเลียนแบบขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการแข็งตัวของเลือด กาวไฟบรินจะถูกดูดซึมและสลายตัวภายใน 2 สัปดาห์ ส่วนประกอบของ กาวไฟบริน คือ ไฟบรินโนเจน (fibrinogen) แฟคเตอร์ แปด (Factor XIII) ทรอมบิน (thrombin) สารยับยั้งกระบวนการไฟบรินโนไลซิส (fibrinolysis inhibitor) เช่น กรดทรานซามิก (tranexamic acid) อะโปรติโนน (aprotinin)

กาวไฟบริน เริ่มมีผู้ใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1909 โดย Bergel (อ้างในดวงดี และวิลาวรรณ)⁽¹⁶⁾ ซึ่งใช้ในรูปแบบของสารละลาย ไฟบรินโนเจนกับทรอมบินเพื่อใช้ในการยึดผิวหนังที่ปลูกถ่าย (skin graft) ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา มีการใช้ กาวไฟบรินในงานศัลยกรรมอย่างกว้างขวาง

กาวไฟบริน ประกอบด้วยสารละลาย 2 ส่วน แยกกัน คือ สารละลายไฟบรินโนเจนและสารละลายทรอมบิน เมื่อผสมเข้าด้วยกัน จะทำหน้าที่เลียนแบบขั้นตอนสุดท้ายของกลไกการแข็งตัวของเลือด โดย ทรอมบินจะแยกไฟบรินโนเปปไทด์ เอ และ บี (fibrinopeptide A และ B) ออกจากสายโพลีเปปไทด์ แอลฟา และ เบต้า (polypeptide- α และ β) ของไฟบรินโนเจน เพื่อสร้างเป็นไฟบรินโมโนเมอร์ (fibrin monomer) ต่อมาจะเข้าสู่ปฏิกิริยาการเกิดโพลีเมอร์ (polymerization) ได้เป็นไฟบรินโพลีเมอร์ (fibrin polymer) เพื่อสร้างเป็นลิ่มเลือด

โดยไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยเลย นอกจากนี้ทรอมบินยังกระตุ้นให้แฟคเตอร์แปด เปลี่ยนเป็น แฟคเตอร์ แปด เอ ซึ่งจะช่วยให้ลิ่มเลือดคงตัว โดยไฟบรินโพลีเมอร์จะยึดกันเป็นตาข่ายไฟบริน (fibrin mesh) ซึ่งมี แฟคเตอร์ สิบสาม เอ (Factor XIIIa) เข้าไปจับที่สายโพลีเปปไทด์ แอลฟา (polypeptide- α) และ ทรอมบินยังทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดเลือดของผู้ป่วยที่มาเกาะที่ตาข่ายไฟบริน หลังสารเพลทเลท ดีไรฟ์ โกรทแฟคเตอร์ (platelet derived growth factor) ซึ่งมีบทบาทส่งเสริมการหายของแผลร่วมกับ ไซโตไคน์ (cytokine) โดยกระตุ้นให้เซลล์สร้างเส้นใย (fibroblast) มาบริเวณแผล ในขณะเดียวกันตาข่ายไฟบริน จะถูกสลายโดย พลาสมิน (plasmin) ดังนั้นส่วนประกอบของ กาวไฟบริน จำเป็นต้องมีสารยับยั้งกระบวนการไฟบรินโนไลซิส เพื่อยับยั้งการสลายของตาข่ายไฟบริน

กาวไฟบริน แบ่งเป็น 3 ชนิด ตามวิธีการผลิตหรือการเตรียม

1. ออโตโลจัส (autologous): เตรียมจาก ไครโอพรีซิพิตเต (cryoprecipitate) ของผู้ป่วย ผสมกับ ทรอมบินของวัว (bovine thrombin)

2. โฮโมโลจัส (homologous): เตรียมจาก ไครโอพรีซิพิตเตของผู้บริจาค ผสมกับ ทรอมบินของวัว

3. จากการสังเคราะห์ มีชื่อทางการค้า เช่น ทิสเซล, โครซีล ประกอบด้วย

3.1 เวเปอร์ฮีท ฟรีสตรายด์ พูล ฮิวแมน ไฟบรินโนเจน (vapor-heat, freeze-dried pooled human fibrinogen) และ แฟคเตอร์ แปด

3.2 สารยับยั้งกระบวนการไฟบรินโนไลซิสที่ได้จากวัว (bovine fibrinolysis inhibitor) ชื่อการค้าว่า อะโปรติโนน (Aprotin) ทรานซามิก แอซิด

3.3 เวเปอร์ฮีท ฟรีสตรายด์ พูล ฮิวแมน ทรอมบิน (vapor-heat, freeze-dried pooled human thrombin)

3.4 แคลเซียมคลอไรด์ (calcium chloride)

ข้อเสียที่สำคัญของกาวไฟบรินที่เตรียมจากโฮโมโลจัสคือมีโอกาสติดเชื้อไวรัส เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งไม่พบความเสี่ยงดังกล่าวในกาวไฟบรินที่ได้จากการสังเคราะห์ เนื่องจากขั้นตอนการเตรียมได้ผ่านกระบวนการ

การ เวเปอร์ฮีท (vapor-heat) และ ฟรีสตรายด์ (freeze-dried) ข้อเสียที่สำคัญของ กาวไฟบริน ทั้ง 3 ชนิด คือ ใช้เวลาในการผสมจนแข็งตัวเต็มที่ประมาณ 15-20 นาที และบริเวณแผลต้องค่อนข้างแห้งจึงจะได้ผลดี เนื่องจากเป็นสารที่ไม่ชอบน้ำหรือความชื้น (hydrophobic material) การใช้กาวไฟบริน ต้องฉีดยาเป็นชั้นบางๆ เพราะปริมาณกาวไฟบรินที่มากเกินไปทำให้เนื้อเยื่อตายได้

กาวไฟบรินมีประสิทธิภาพในการห้ามเลือดที่ดีมาก เข้ากับเนื้อเยื่อของร่างกายได้ดี ถูกดูดซึมให้สลายตัวได้เร็วภายใน 2 สัปดาห์ จึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอมน้อย สามารถใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้กาวไฟบรินยังมีคุณสมบัติส่งเสริมการหายของแผลและลดการเกิดแผลเป็นในสัตว์ทดลอง

ในประเทศไทย Suwannuraks และคณะ (1999)⁽¹⁷⁾ ได้เริ่มการใช้กาวไฟบรินเมื่อ พ.ศ. 2538 ในผู้ป่วยที่เลือดออกง่ายหยุดยาก โดยใส่ในเบ้าฟันหลังการถอนฟันร่วมกับการใช้เยือกฟัน จากการถอนฟัน 40 ซี่ ใช้กาวไฟบริน 0.5 มล.ต่อ ฟัน 1 ซี่ โดยไม่ให้ส่วนประกอบของเลือดปรากฏว่ามีเลือดออกเพียง 1 ราย

ลักษณะของโรคที่พบในช่องปาก

ลักษณะทั่วไปในช่องปากของผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย เหมือนคนปกติ ภาวะเลือดออกในช่องปากส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการได้รับอุบัติเหตุ เนื้อเยื่อในช่องปากมีการอักเสบ หรือเกิดจากการติดเชื้อ ส่วนอาการเลือดออกเองในช่องปากก็อาจพบได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มชนิดรุนแรงมาก⁽¹⁸⁾ บริเวณที่พบได้คือ ที่ลิ้นส่วนรั้งเหนียว (frenulum) เยื่อบุข้างแก้ม หรือจากฟันผุนขนาดใหญ่ที่ทะลุโพรงประสาทฟัน ในขากรรไกรที่มีฟันผุมากๆ อาจเกิดถุงน้ำ (cyst) ขนาดใหญ่ได้ การมีหินน้ำลาย ฟันซ้อนเก การใส่ฟันปลอม อาจทำให้เกิดเลือดออกจากเหงือก การมีเลือดออกในช่องปากดังกล่าวนับเป็นอันตรายมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเลือดจะซึมไปตามเนื้อ เยื่อเกี่ยวพันที่จับกันหลวมๆ รอบคอ กดเบียดอวัยวะที่คอ ทำให้อุดตันทางเดินหายใจ หรือกดเบียดประสาทเวกัส (vagus nerve) ทำให้มีอาการทางหัวใจ⁽¹⁹⁻²¹⁾ นอกจากนี้อาจพบอาการเลือดออกในข้อต่อขากรรไกร ซึ่งอาการนี้จะพบได้ยาก แต่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ อาการเลือดออกในข้อต่อ

ขากรรไกรจะชักนำให้เกิดการยึดจนข้อแข็งเคลื่อนไม่ได้ (ankylosis) การสึกกร่อน (erosion) ของข้อต่อขากรรไกร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการอ้าปาก หุบปาก รวมทั้งอาจจะทำให้เกิดความเจ็บปวดด้วย

การรักษาทางทันตกรรม

ทันตแพทย์ควรซักประวัติผู้ป่วยว่ามีปัญหาเลือดออกง่าย หรือหยุดยาก รวมทั้งประวัติครอบครัว หากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่าย ก่อนให้การักษาทางทันตกรรม ต้องปรึกษาแพทย์ทางโลหิตวิทยา เพื่อให้ทราบถึงการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาทางการแพทย์ที่ได้รับอยู่ ซึ่งทันตแพทย์จะได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อน และหลังการรักษา

ควรตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน เอกซเรย์ และวางแผนการรักษาทั้งหมดโดยพิจารณาถึงจำนวนงานที่ต้องทำเพื่อให้ได้งานที่มีประสิทธิภาพ และมีจำนวนครั้งในการรักษาที่น้อยที่สุด เพื่อผู้ป่วยจะได้รับสารทดแทนเท่าที่จำเป็น การป้องกันเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคนี้ ทันตแพทย์ต้องแนะนำเรื่องอาหาร ควรให้งดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เช่นการอมลูกอมและผลิตภัณฑ์ผสมน้ำตาลอื่นๆ การรับประทานจุบจิบ หรือแม้กระทั่งการจิบเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลต่อเนื่องนานๆ เช่นการดูดนมหวานจากขวดของเด็ก และควรเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพฟัน⁽²¹⁾ สอนให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี ได้แก่การแปรงฟัน ควรเลือกแปรงที่นิ่มเพื่อให้ทำความสะอาดได้ดี แต่ไม่เป็นอันตรายต่อเหงือก การมีสุขภาพในช่องปากที่ดีจะช่วยลดอาการเลือดออกจากเหงือก อีกทั้งไม่เคยมีรายงานว่ามีเลือดไหลอย่างผิดปกติจากการแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ผู้ป่วยจะต้องได้รับฟลูออไรด์เฉพาะที่และฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน เพื่อป้องกันฟันผุนผิวฟันด้านเรียบ และได้รับการทำฟันหลุมร่องฟันด้านบดเคี้ยว ควรกลับมาพบทันตแพทย์ ปีละ 2-3 ครั้ง^(17, 22, 23)

การควบคุมความเจ็บปวด

การฉีดยาชาควรทำด้วยความระมัดระวัง ฉีดเท่าที่จำเป็น ผู้ป่วยควรได้รับเลือด ร้อยละ 50 หรือมากกว่าแล้วแต่ความรุนแรงของโรคก่อนการรักษาทางทันตกรรม

เทคนิคการฉีดยาชาที่แนะนำคือ อินฟิลเทรชั่น (infiltration) การฉีดยาชาที่เม้นท์ (pericemental) และการฉีดเข้าสู่โพรงประสาทฟัน (intrapulpal) ส่วนเทคนิคการฉีดยาชาที่เม้นท์ (block) ไม่ควรทำในผู้ป่วยที่เป็นโรคชนิดรุนแรงมาก⁽²³⁾ เพราะการฉีดยาชาวิธีนี้อาจทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้ เป็นผลขัดขวางทางเดินหายใจทำให้ตายได้⁽²⁴⁾ เมื่อเด็กได้รับยาชาจะต้องให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลเด็กไม่ให้ก่อกวนบริเวณที่ฉีดยา

นอกจากนี้สามารถใช้การดมยาไนตรัสออกไซด์-ออกซิเจน (N₂O-O₂ inhalation) ร่วมกับ คอนเชียสซีเดชั่น (conscious sedation) เพื่อลดความกังวลได้ แต่ต้องระวังการใช้กระดานรัดตัวเด็กในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ ถ้าเด็กร้องและดิ้นมากจะทำให้เส้นเลือดฝอยโดยเฉพาะที่บริเวณใบหน้าแตก และมีจุดเลือดออกเกิดที่ผิวหนังได้ อาจเลือกการใช้การรักษาด้วยการวางยาสลบแทน แต่การดมยาสลบควรสอดใส่ท่อทางปาก (oral intubation) เนื่องจากโอกาสการเกิดบาดเจ็บจากการใช้ท่อหายใจทางปากน้อยกว่าการสอดใส่ท่อทางจมูก (nasal intubation)⁽²⁵⁾

ขั้นตอนการหัตถการและการใส่ฟัน

ควรใส่แผ่นยางกันน้ำลายและแคลมป์ (clamps) ที่มีแรงบีบน้อย เช่น 12A 13A 26N เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก⁽²⁶⁾ ระวังการใช้แมทริกซ์ (matrix) ที่จะบาดเหงือก และที่ดูดน้ำลายกำลังดูดดูดเนื้อเยื่ออ่อน การอุดฟันหรือทำครอบฟันที่จะทำให้เกิดเลือดออกบริเวณเหงือก ในผู้ป่วยฮิโมฟีเลียชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก อาจต้องให้เลือดก่อนการทำฟัน และใส่แผลปิดฟันนาน 5 วัน หรือใช้กาวยาไฟบรินร่วมกับแผลปิดฟันโดยไม่ต้องให้เลือด การพิมพ์ปากควรใช้ซี่ผึ้งติดตามขอบกัดพิมพ์ปาก หรือใช้ถาดพิมพ์ปากที่ทำขึ้นเอง⁽²⁷⁾ การดูดน้ำลายควรปิดปลายที่ดูดด้วยผ้าก๊อซ การถ่ายภาพรังสีต้องระวังฟันช่องปาก ถ้าเกิดภาวะเลือดออกบริเวณนี้อาจทำให้ขัดขวางทางเดินหายใจได้⁽²¹⁾

การรักษาทางปริทันต์

การขูดหินน้ำลายเหนือเหงือก และการขัดฟันด้วยหัวถั่วขนาดเล็กๆ สามารถทำได้โดยไม่ต้องให้เลือดทดแทน แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวัง ถ้ามีเลือดออก

อาจจะใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ หรือให้เลือดทดแทนแยกส่วน หรือทั้งสองวิธี เครื่องมือขูดหินน้ำลายด้วยมือโดยเฉพาะคิเวรท์ (curette) เหมาะที่สุดสำหรับการขูดหินน้ำลายได้เหงือก เพื่อลดบาดเจ็บ (trauma) และเลือดออก ควรทำให้มากที่สุดในแต่ละครั้งเพื่อลดจำนวนครั้งที่จจะรักษา เป็นการลดจำนวนครั้งที่จะต้องให้เลือดหรือแฟกเตอร์อินฟิลเทรชั่น^(18,28) กรณีที่เลือดออกเอง (spontaneous bleeding) จากขอบเหงือก ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากทรานามิคแอซิด ความเข้มข้นร้อยละ 4.8 อมกลั้วปากแล้วกลืน ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลาประมาณ 5-7 วัน

การรักษาโพรงประสาทฟัน

สามารถทำได้ทั้งพัลโพโตมี (pulpotomy) และพัลเพคโตมี (pulpectomy) ซึ่งจะเป็นวิธีที่ดีกว่าการถอนฟัน โดยอาจมีเลือดออกเพียงเล็กน้อย การห้ามเลือดอาจใช้แรงกดหรือยาห้ามเลือดเฉพาะที่ เช่น อะดรีนาลีน (adrenaline) ขนาด 1:1,000 การขยายและการอุดคลองรากฟันไม่ควรให้เกินปลายราก เพราะจะทำให้เกิดเลือดออก ซึ่งควบคุมได้ยากและจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดภายหลังการรักษา^(27,29)

ขั้นตอนการจัดฟัน

การใส่เครื่องมือจัดฟันทั้งชนิดถอดได้ ชนิดติดแน่น และการใส่เครื่องมือกันการเคลื่อนของฟันทำได้ในผู้ป่วยฮิโมฟีเลียชนิดรุนแรงน้อย สิ่งที่สำคัญต้องไม่ไห้ส่วนของลวด แบร็กเก็ต (bracket) ฐานฟันปลอม บาดเหงือกหรือเนื้อเยื่ออ่อน ถ้ามีเลือดออกมาแม้เพียงเล็กน้อยให้กดไว้ 5 นาที

ศัลยกรรมช่องปาก

การหูดของฟันน้ำนมไม่ต้องรับสารทดแทน ยกเว้นกรณีที่มีเลือดออกมาก ให้ปฏิบัติเหมือนการถอนฟัน

การถอนฟันให้ปฏิบัติ ดังนี้

1. สำหรับผู้ป่วยฮิโมฟีเลียชนิดรุนแรงน้อยให้ยาเดสโมเพรสซินก่อนทำ 30 นาที หรือใช้กาวยาไฟบริน แล้วจึงเย็บแผลถอนฟันและใส่แผลปิดฟัน นาน 5-7 วัน การดูแลที่บ้าน ให้ใช้ทรานามิคแอซิดอมกั้วปาก ทุก 6 ชั่วโมง นาน 5-7 วัน

2. สำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลียที่เป็นชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก กรณีที่มีกาาไฟบรินไม่ต้องให้ส่วนประกอบเลือดทดแทนก่อนทำ โดยใช้กาาไฟบรินร่วมกับการเย็บแผล และใส่เฝือกฟันนาน 5-7 วัน รวมทั้งใช้ทรานซามิค แอสซิดเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยรุนแรงน้อย กรณีไม่มีกาาไฟบรินต้องใช้ส่วนประกอบเลือดทดแทนก่อนทำ เพื่อเพิ่มระดับแฟคเตอร์ แปด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แฟคเตอร์ที่ให้จะมีครึ่งชีวิต (half life) 12 ชั่วโมง และจะมีปริมาณสูงสุดในกระแสเลือดนาน 45-60 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสมในการรักษา และหลังการถอนฟันให้ใส่สารห้ามเลือด เช่น เจลโฟม (gel foam) ร่วมกับการเย็บแผล และใส่เฝือกฟันนาน 5-7 วัน และใช้ทรานซามิค แอสซิดเช่นเดียวกับผู้ป่วยชนิดรุนแรงน้อย รวมทั้งให้แฟคเตอร์ แปด หลังทำฟัน 8-12 ชั่วโมงต่อมา แล้วสังเกตอาการ ถ้าไม่มีเลือดออกไม่ต้องให้ส่วนประกอบเลือดทดแทน จนกระทั่งวันที่ถอดเฝือกฟัน จะให้ 1 ครั้ง ก่อนการถอดเฝือกออก ในการเย็บแผลให้เย็บด้วย ไครมิก แคทกัท ขนาด 000 (chromic catgut No. 000) ใช้เข็มชนิดที่ไม่ทำให้เกิดบาดแผลมาก (atraumatic)⁽³⁰⁾

การรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลียชนิดรุนแรงปานกลางชนิดรุนแรงมาก และผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใส่เฝือกฟัน ควรรับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลถ้าหากว่าการรักษานั้นๆ จะทำให้เกิดภาวะเลือดออกหลังการทำ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับแฟคเตอร์ แปด ทุก 12 ชั่วโมง จนกว่าจะควบคุมภาวะเลือดออกนั้นได้ ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังการรักษา

หลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพริน และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เนื่องจากมีผลต่อการรวมตัวของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เลือดหยุดยากหลังการรักษา ควรใช้ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือ ไซโคลออกซีเจนเนส-ทู อินฮิบิเตอร์ (cyclooxygenase-2 inhibitor) เพื่อบรรเทาอาการปวด

ข้อเสนอแนะ

ทันตแพทย์จะได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฮีโมฟีเลียตั้งแต่ในวัยเด็ก ด้วยปัญหาของเลือดไหลไม่หยุดที่พบในช่องปาก จากปัญหาที่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเองกลัวว่าเลือด

จะออกและไหลไม่หยุด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่กล้าแปรงฟันและไม่กล้ารับการรักษาโรคในช่องปาก นอกจากนี้มีเหตุฉุกเฉิน เช่น มีภาวะเลือดออกไม่หยุด มีอาการปวดหรือบวม จากประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเด็กในโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าโรคเหงือกอักเสบเนื่องจากสุขภาพอนามัยในช่องปากไม่ดีเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เลือดไหลไม่หยุดในช่องปาก ผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าวมักมาพบแพทย์ โดยแพทย์จะรับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้วให้ส่วนประกอบของเลือด จนปัญหาเลือดออกควบคุมได้ จึงส่งมาปรึกษาทันตแพทย์ ซึ่งทันตแพทย์ ควรตรวจและวางแผนการรักษาทั้งหมด โดยพิจารณาถึงจำนวนงานที่ต้องทำเพื่อให้ได้งานที่มีประสิทธิภาพ และมีจำนวนครั้งในการรักษาให้น้อยที่สุด เพื่อจะได้ทำการรักษาช่องปากผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งสามารถ ควบคุมภาวะเลือดออกได้ แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กจำนวนไม่น้อย มาด้วยสภาพอ่อนแอมากเพราะเสียเลือด ผู้ป่วยบางคนเป็นเด็กเล็กมาก มีพฤติกรรมต่อต้านการรักษา รวมถึงผู้ปกครองเองก็มีความหวาดกลัวถึงภาวะเลือดออกซ้ำและอันตรายจากการทำฟัน เหล่านี้จึงเป็นข้อจำกัดในการรักษาที่ต้องพิจารณาประกอบในการให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยเด็กในแต่ละราย

น่ายินดีที่ปัจจุบันมีการพัฒนาการห้ามเลือดเฉพาะที่ใช้กาาไฟบรินซึ่งสามารถผลิตในประเทศไทย ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะเลือดออกได้ง่าย ได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำจากโรคต่างๆ เช่น ไอดิโอพาธิก thrombocytopenia purpura) มะเร็งเม็ดเลือดขาว ซีสเทมิก-ลูปัส อิริธรีมาโตซิส (Systemic Lupus Erythematosus) ผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดและผู้ป่วยที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคตับ รวมถึงผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย ทันตแพทย์สามารถใช้กาาไฟบรินในการถอนฟัน ผ่าตัดเหงือก และการทำศัลยกรรมอื่นๆ ในช่องปาก ข้อดีของกาาไฟบรินมีหลายประการ คือสามารถทำฟันได้โดยทันที โดยไม่ต้องรอส่วนประกอบของเลือด ทำฟันในครั้งเดียวได้หลายซี่ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย งดการให้เลือด ลดความกังวลของผู้ป่วย และลดการติดเชื้อจากการรับโลหิต แต่ก็ยังมีโอกาสติด

เชื้ออยู่หากกาไฟบรินชนิดนั้นทำมาจากส่วนประกอบของโลหิตของผู้บริจาค ซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนหนึ่งที่พบได้ในการใช้กาไฟบริน คาดว่าสารนี้คงมีบทบาทสำคัญในการช่วยรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยฮีโมฟีเลียต่อไป

บทสรุป

ก่อนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยฮีโมฟีเลียจะต้องปรึกษาแพทย์ทางโลหิตวิทยา เพื่อร่วมกันรักษาและแก้ไขปัญหาเลือดไหลไม่หยุดในช่องปาก ทันตแพทย์เองจำเป็นต้องค้นหาและแก้ไขสาเหตุของอาการเลือดออกรวมทั้งต้องวางแผนและให้การรักษาสภาพในช่องปากเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาเรื่องเลือดไหลไม่หยุด ในการรักษาทางทันตกรรมต้องระมัดระวังให้เกิดการบาดเจ็บน้อยที่สุด การให้การรักษาที่เกี่ยวข้องกับการมีเลือดออกในกลุ่มผู้ป่วยฮีโมฟีเลียชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมากถึงแม้จะสามารถใช้การห้ามเลือดเฉพาะที่ได้โดยไม่ต้องให้สารทดแทนเลือดก่อนการรักษา ก็ควรรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสมอ เพราะหากเกิดมีปัญหาลือดออกและไหลไม่หยุดจะได้แก้ปัญหาได้ทัน อย่างไรก็ตามการป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปากเป็นวิธีที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย

เอกสารอ้างอิง

1. ลดาวัลย์ ชื่นจิตร์. ฮีโมฟีเลีย. *เวชสาร* 2506; 112: 72-77.
2. ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, ผกายมาศ ปิ่นทะดิษ, พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, วีระศักดิ์ ศาสณกุล, ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร, สาคร ธนมิตร. การศึกษาอุบัติการณ์ของโรคเลือดออกง่ายหยุดยากในประชากรไทย. *วชิรเวชสาร* 2523: 183-190 .
3. อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์. *โลหิตวิทยาก้าวหน้า 1996*. กรุงเทพฯ: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย; 2539: 238-252.
4. บุญเชียร ปานเสถียรกุล. Bleeding Disorders. ใน : ศิริศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิต ศรีอุดมขจร, สมใจ กาญจนางค์กุล บรรณาธิการ : *ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย*, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2549: 191-200.

5. Isarangkura PB, Pundhawong S, Pintadit P, Chantanakajornfung A, Sasanakul W, Chiewsilp P. Fresh dried plasma: A solution for the shortage of blood product in developing countries. *La Ricerca Clin Lab* 1987; 17: 349-354.
6. จุฬารัตน์ มหาสันทน. Hemophilia. ใน : วิชัย ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, ถนอมศรี ศรีชัยกุล, บรรณาธิการ: *ตำราโลหิตวิทยา-การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย*, เรียบเรียงครั้งที่ 3. กทม: นำอักษรการพิมพ์; 2550: 699.
7. Pool JG, Hershgold EJ, Pappenhagen AB. High potency anti-heamophilic factor concentrates prepared from cryoglobulin precipitate. *Nature* 1964; 203: 312.
8. ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ. Fibrin Glue : A New approach for local hemostatic measure. ใน *โลหิตวิทยาก้าวหน้า 1998*. กรุงเทพฯ: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย; 2541: 13-25.
9. Isarangkura P, Limsuwan A, Chuansumrit A, et al. HIV prevalence in Thailand hemophiliacs. *Thai Journal on AIDS* 1991; 31: 1-6.
10. Isarangkura P, Mahaphan W, Chiewsilp P, et al. HIV transmission by seronegative blood components: Report of 2 probable cases. *Vox Sang* 1993; 65: 114-116.
11. อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์, ผกายมาศ ปิ่นทะดิษ, ธิติ อิมเอบสาน, พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา. การรักษาโรคฮีโมฟีเลียด้วย DDAVP. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์* 2534; 1: 26-33.
12. อำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์. การใช้ยา DDAVP ในผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออก. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต* 2534; 2: 219-225.
13. Mannucci PM, Ruggeri ZM, Pareti FI, et al. 1-deamino 8D arginine vasopressin: A new pharmacologic approach to the management of hemophilia and von Willebrand's disease. *Lancet* 1977; 1: 869-872.

14. Sindet-pedersen S, Ramstom G, Bemvil S, Bloomblack M. Haemostatic effect of Tranexamic mouth wash in anticoagulants. *N Engl J Med* 1989; 320: 840-843 .
15. Gongsakdi C. Dental care in patients with bleeding tendency using celluloid splint. *Souteast Asian J Trop Med Public Health* 1979; 10: 298-300.
16. ดวงดี รัมมะศักดิ์, วิลาวรรณ จันทจร. ว. ทันต มหิดล 2549; 26: 361-375.
17. Suwannuraks M, Chuansumrit A, Sri-Udomporn N. The use of fibrin glue as an operative sealant in dental extraction in bleeding disorder patients. *Haemophilia* 1999; 5: 280-287.
18. Stewart RE, Barber TK, Troutman KC, Wei SHY. Pediatric Dentistry: *Scientific Foundation and clinical practice*. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1982: 254-258.
19. ภัทรพร อิศรางกูร ณอยุธยา, พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, พิมพ์ เชี่ยวศิลป์. โลหิตวิทยาในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราชพยาบาล คณะแพทย-ศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2530: 220-246.
20. ศิริรักษ์ นครชัย, เทอดพงษ์ ตริรัตน์. ทันตกรรมสำหรับเด็กในผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย. ว.ทันต 2533; 40: 39-46.
21. Hopson, P. Dental care of children with haemophilia and related conditions. *Br Dent J* 1981; 151: 249-253.
22. มณฑล สุวรรณนุรักษ์. การดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย ใน: อำไพ จวนสัมฤทธิ์ บรรณาธิการ: โรคเลือดในเด็กและผู้ใหญ่ : ปัญหาเลือดออกง่ายและลิ่มเลือดอุดตัน, พิมพ์ครั้งที่ 1. กทม: ชัยเจริญ; 2546: 55.
23. ภารดี ไตรระภาวนนท์ และคณะ. ตำราทันตกรรมเด็กเล่ม 2. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2545: 237-240.
24. Hopson P. The use of intraligamental injection in haemophiliacs. (Letter) *Br Dent J* 1987; 162: 412.
25. กุลยา รัตนปรีดากุล และคณะ. โรคฮีโมฟีเลีย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชมรมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย; 2543: 17-22.
26. Powell D. Recent advances in dental care for hemophiliac. *Dental concept* 1979: 38-39.
27. Geffner I, Porteous JR. Haemorrhage and pain control in conservative dentistry for haemophiliac. *Br Den J* 1981; 151: 256-258.
28. Lewis B . Dental care for the hemophiliac. *JADA* 1973; 87: 1411-1415.
29. ประไพ ศิวะโมกษธรรม. โรคทางระบบ ปัญหาและการจัดการทางทันตกรรม: ภาควิชาทันตวิทยา-พยาธิช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2532 .
30. Katz JO, Terezhalmly GT. Dental management of the patient with hemophilia. *Oral Surg* 1988; 66: 139-144.

ขอสำเนาบทความ:

ทันตแพทย์หญิง ลาวันย์ ทิสะเส กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลศรีสะเกษ จ.ศรีสะเกษ

Reprint requests:

Dr. Lawan Tisase, Department of Dentistry,
Sisaket Hospital, Sisaket province