การกลับเป็นซ้ำในตำแหน่งใหม่ของเนื้องอกไพโอเจนิกแกรนูโลมาที่เหงือกในโรคไขกระดูกฝ่อรุนแรง:รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สมเกียรติ อุดมไพบูลย์สุข ท.บ.*, บุญชู สุนทรโอภาส พ.บ.**
***กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100**
****กลุ่มงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลกลาง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100**

Abstract: Recurrent Episodes of Gingival Pyogenic Granuloma at New Other Site in Severe Aplastic Anemia: A Case Report

Somkiat Udompaiboonsuk, D.S.S.*, Bunchoo Suntornopas, M.D.**
***Department of Dental, Bangkok Metropolitan Administration general hospital (Klang Hospital), Pom Prap, Pom Prap Sattru Phai, Bangkok, 10100**
****Department of Blood Bank, Bangkok Metropolitan Administration general hospital (Klang Hospital), Pom Prap, Pom Prap Sattru Phai, Bangkok, 10100**
(E-mail: kiatudom@yahoo.com)
(Received: 6 November, 2022; Revised: 29 December, 2022; Accepted: 1 May, 2023)

Pyogenic granuloma is a benign vascular neoplasm in which the most common site in the oral cavity is the gingiva. It presents as a red or pink exophytic mass, with no pain, and easily bleeding, especially in hematological disorder patients. A case report stated that a 36-year-old man presented with severe aplastic anemia presented with soft tissue mass at the palatal gingiva of the upper incisor teeth. Treatment was performed by complete excision. A recurrent lesion was found at a nearby site in the following 3 weeks. An excision was made again and no recurrent was found after a year of follow-up.

Keywords: Pyogenic granuloma, Aplastic anemia, Recurrent

บทคัดย่อ

ไพโอเจนิกแกรนูโลมาเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรงของหลอดเลือดในช่องปาก มักพบมากสุดที่เหงือก ลักษณะก้อนเนื้องอกสีชมพู หรือสีแดง ไม่เจ็บ เลือดออกง่ายโดยเฉพาะหากเกิดกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเลือดร่วมด้วย รายงานผู้ป่วยชาย 1 ราย อายุ 36 ปี เป็นโรคไขกระดูกฝ่อขั้นรุนแรงมีก้อนเนื้องอกที่เหงือก ด้านเพดานของฟันหน้าตัดบน รักษาโดยการตัดออกทั้งหมด 3 สัปดาห์ ต่อมารอยโรคเกิดซ้ำในตำแหน่งใกล้เคียงกัน ได้รับการตัดออกอีกครั้ง ติดตามการรักษา 1 ปี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำอีก

คำสำคัญ: ไพโอเจนิกแกรนูโลมา, ไขกระดูกฝ่อ, การกลับเป็นซ้ำ

บทนำ

ไพโอเจนิกแกรนูโลมา (pyogenic granuloma) เป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรงของหลอดเลือดที่เกิดภายหลัง (acquired vascular tumor) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยพบก้อนที่ผิวหนัง ตา ในช่องปากเกิดบริเวณริมฝีปาก ลิ้น เยื่อบุกระพุ้งแก้ม เพดานปาก โดยพบมากที่สุดที่ช่องปากเหงือกถึงร้อยละ 75 โดยเฉพาะที่ขากรรไกรบน[1,2] พบได้ร้อยละ 3.8-7.0 ของการตรวจจุลพยาธิวิทยาช่องปาก มักเกิดในช่วงอายุ 20-30 ปีเพศหญิงมากกว่าชาย[1] ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบส่วนที่เป็นแผลมีเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) มีเซลล์อักเสบจำนวนมากปกคลุมไปด้วยเยื่อไฟบริโนพูรูเรนท์ (fibrinopurulent membrane) และส่วนลึกของรอยโรคจะแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ โลบูลาแคปปิรารีฮีแมงจิโอมา (lobular capillary hemangioma; LCH) ที่มีฐานกว้างมีหลอดเลือดฝอยขนาดเล็กที่มีเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด (endothelial) เป็นกลีบ (lobe) มีเส้นใย (fibrous septa) กั้น มีเซลล์อักเสบน้อยหรือไม่พบเลย และชนิดนอนโลบูลาแคปปิรารีฮีแมงจิโอมา (nonlobular capillary hemangioma; NLCH) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมีก้านมีหลอดเลือดฝอยที่มีการขยายตัว (dilate capillaries) จำนวนมากเรียง

ตัวกระจัดกระจายคล้ายเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) พบเซลล์อักเสบจำนวนมากกว่า LCH[3] สาเหตุเกิดจากปฏิกิริยาของเนื้อเยื่อที่ตอบสนองต่อการระคายเคืองเรื้อรัง[2] ได้แก่ การที่มีอนามัยช่องปากไม่ดี มีหินน้ำลายหรือคราบจุลินทรีย์ วัสดุอุดที่เกิน การได้รับบาดเจ็บ ไวรัส ยาบางชนิด หรือการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในหญิงมีครรภ์ เป็นต้น ทำให้มีวาสคิวลาร์ เอนโดทีเลียม โกรท แฟคเตอร์ (vascular endothelial growth factor; VEGF) เพิ่มขึ้นกระตุ้นการสร้างหลอดเลือด ในขณะที่ปริมาณangiostatin ลดลง ซึ่งทำให้การยับยั้งการสร้างหลอดเลือดน้อยลง[4] ทำให้เกิดเนื้องอกที่มีก้าน (pedunculated mass) หรือมีฐานกว้าง (sessile mass) ผิวเป็นแผลมีสีชมพูไปจนถึงสีแดงหรือม่วง ขนาดตั้งแต่ 2-3 มิลลิเมตร ถึงหลายเซนติเมตร กดไม่เจ็บ เลือดออกง่าย ภาพรังสีมักไม่มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก แต่ในบางรายพบมีการสูญเสียกระดูกเบ้าฟันและฟันโยก[5] ทำให้คล้ายกับเนื้องอกชนิดร้ายแรงได้ วินิจฉัยจากผลทางจุลพยาธิวิทยา โรคนี้รักษาได้ด้วยการตัดรอยโรคออกทั้งหมดแบบอนุรักษ์ (conservative surgical excision) ขอบแผลควรห่างจากรอยโรค 2 มิลลิเมตรโดยรอบและลึกถึงเยื่อหุ้มกระดูก ร่วมกับการกำจัดสิ่งแปลกปลอม หินน้ำลายหรือวัสดุบูรณะฟันที่เป็นสาเหตุ[1] วิธีอื่น ๆ ได้แก่ การตัดโดยใช้ไดโอดเลเซอร์ (diode laser) ความยาวคลื่น 808 ถึง 980 นาโนเมตรหรือเลเซอร์ของแข็ง (solid-state laser) ได้แก่ นีโอดีเมียม-แย๊ก (neodymium-yttrium aluminum garnet; Nd:YAG) เออร์เบี่ยม-แย๊ก (erbium-YAG; Er:YAG) หรือเลเซอร์ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ข้อดีของเลเซอร์คือลดปริมาณเลือดออก สามารถประมาณความลึกและมีความแม่นยำในการตัดเนื้อเยื่อ ลดการใช้เครื่องมือ บ่อยครั้งที่ไม่จำเป็นต้องเย็บแผล ความปวดขณะทำและหลังทำน้อยกว่าเลเซอร์ไม่ขัดขวางหรือบางครั้งกลับส่งเสริมการหายของแผล เกิดแผลเป็นน้อยกว่าวิธีอื่น[6] การรักษาด้วยศัลยกรรมใช้ความเย็น (cryosurgery) การฉีดสารก่อกระด้างโซเดียมเตตร้าเดคซิลซัลเฟต (sodium tetradecyl sulfate sclerotherapy) การพยากรณ์โรคพบว่าโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 8.2[2]

ภาวะไขกระดูกฝ่อ (aplastic anemia) เป็นภาวะความผิดปกติจากการที่ไขกระดูกไม่สามารถสร้าง เม็ดเลือดได้ ผู้ป่วยจึงมีภาวะเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำในกระแสเลือด (pancytopenia) วินิจฉัยจากการตรวจไขกระดูกโดยจำแนกความรุนแรงตามจำนวนเซลล์ในไขกระดูก เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil count) เกล็ดเลือด และเม็ดเลือดแดงตัวอ่อน (reticulocyte count) การรักษาด้วยวิธีประคับประคองโดยการให้เลือดและเกล็ดเลือด การให้ยาป้องกันและรักษาการติดเชื้อ ส่วนวิธีการรักษาจำเพาะใช้การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด การให้ยากดภูมิคุ้มกันและการให้ยาอนาบอลิกสเตียรอยด์ (anabolic steroid) ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและอายุของผู้ป่วย[7, 8] จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีรายงานการพบไพโอเจนิกแกรนูโลมาในผู้ป่วยโรคไขกระดูกฝ่อรุนแรง จึงนำเสนอผู้ป่วยรายนี้ซึ่งจัดเป็นความท้าทายทางทันตกรรมเนื่องจากจำเป็นต้องให้การรักษาภายใต้ความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกและติดเชื้อ ต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกันกับอายุรแพทย์โรคเลือด และการใช้วิธีการผ่าตัด ห้ามเลือดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

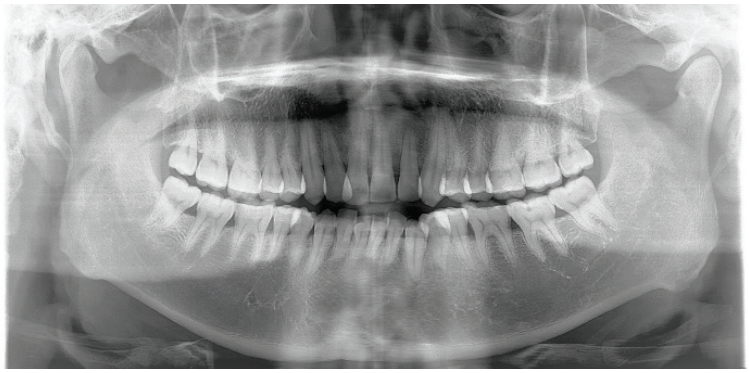
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 36 ปี อาชีพรับจ้าง ถูกส่งตัวจากอายุรแพทย์โรคเลือดเพื่อปรึกษาทันตแพทย์ เนื่องจากมีก้อนเนื้องอกที่เหงือกด้านเพดานปากบริเวณฟันหน้าบนเป็นเวลา 15 วัน มีเลือดออกบางครั้ง ก้อนเนื้อโตขึ้นช้า ๆ 2 ปีก่อนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไขกระดูกฝ่อขั้นรุนแรง (severe aplastic anemia) มารับการตรวจรักษารับเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่โรงพยาบาลกลางเป็นระยะ ได้รับประทานยา androlic 100 มิลลิกรัม และ omepazole 20 มิลลิกรัมทุกวัน ไม่มีประวัติแพ้ยา 8 เดือนก่อนเป็นโรคจอตาผิดปกติทั้งสองข้างจากโรคโลหิตจาง (bilateral anemic retinophathy) ตรวจร่างกายทั่วไปผู้ป่วยซีด ไม่เหลือง มีจุดเลือดออกขนาดเล็ก (petechiae) ที่ตาและที่หน้าแขน ไม่พบจ้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณอื่น ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) ฮีโมโกลบิน (Hb) 4.1 กรัม/เดซิลิตร (g/dL) ฮีมาโทคริต (Hct) 12.4% เม็ดเลือดขาว (WBC) 2,870 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (cell/mm^3) เกล็ดเลือด (platelet) 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (cell/mm^3) เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) 39.6% เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซ (lymphocyte) 47.6% ตรวจภายในช่องปาก พบคราบบุหรี่ คราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลายโดยทั่วไป พบเนื้องอกมีก้าน (pedunculated) ยื่นจากบริเวณเหงือกด้านเพดานระหว่างฟันตัดซี่กลางบนด้านขวา (ซี่ 11) และฟันตัดซี่กลางบนด้านซ้าย (ซี่ 21) ขนาด 1x2x0.8 เซนติเมตร สีชมพูแดงร่วมกับมีแผลที่ผิวรอยโรค เลือดออกง่าย ตรวจร่องลึกปริทันต์ 5 มิลลิเมตร ที่ด้านไกลกลางซี่ 11 และใกล้กลางซี่ 21 (รูปที่ 1) มีเลือดซึมจากขอบเหงือกด้านลิ้นของฟันล่างด้านซ้าย (รูปที่ 2)

รูปที่ 1 สภาพช่องปากและรอยโรค

รูปที่ 2 เลือดซึมจากขอบเหงือกฟันล่างด้านซ้าย

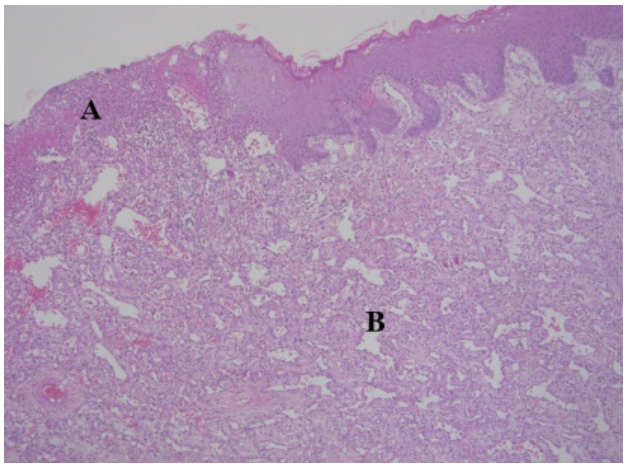
ภาพรังสีปริทัศน์ (panoramic radiograph) มีการสูญสลาย (resorption) ของสันกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) เล็กน้อยโดยทั่วไป (รูปที่ 3)



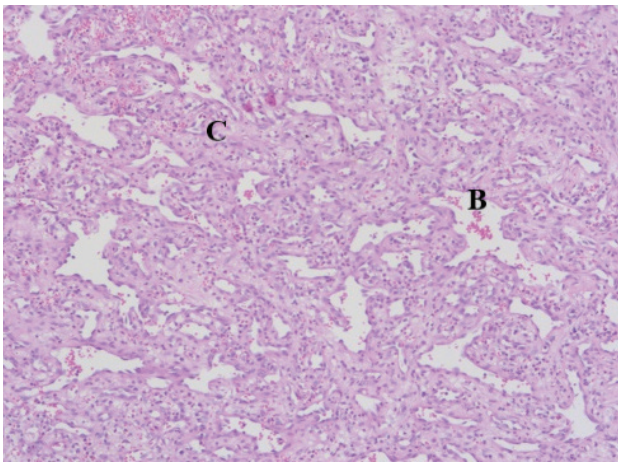
รูปที่ 3 ภาพรังสีปริทัศน์ (panoramic radiograph)

ให้การวินิจฉัยแยกโรคดังนี้ 1. ไพโอเจนิก แกรนูโลมา 2. เพอริเฟอรอล ไจแอนเซล แกรนูโลมา (peripheral giant cell granuloma) 3. เพอริดฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (peripheral ossifying fibroma) ร่วมกับภาวะไขกระดูกฝ่อรุนแรง ทันตแพทย์ได้วางแผนการรักษาร่วมกับอายุรแพทย์โรคเลือด โดยจะทำการตัดรอยโรคออกเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกเรื้อรัง และได้การวินิจฉัยโรคจากผลจุลพยาธิวิทยา มีขั้นตอนการรักษา ดังนี้ 1) แก้ไขภาวะ pancytopenia โดยให้ leucocyte poor red blood cells (LPRC) 5 ยูนิต platelet concentrate 12 ยูนิต หลังให้เลือดได้ Hct 23.8% platelet 27,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร 2) ตัดเนื้องอกที่เหงือก โดยใช้เครื่องจี้ด้วยไฟฟ้า (electrocautery) ซึ่งสามารถห้ามเลือดได้ดี ตัดห่างจากรอยโรค 2 มิลลิเมตรโดยรอบ และลึกถึงเยื่อหุ้มกระดูกร่วมกับขูดหินน้ำลาย[1] และ 3) ใส่สเตนต์ศัลยกรรม (surgical stent) ทำจากเทอร์โมพลาสติกอะคริลิกเรซินร่วมกับการใส่ยาแต่งแผลปริทันต์ (periodontal dressing, COE-PAK™) ซึ่ง surgical stent จะทำหน้าที่กดบริเวณที่มีเลือดออก[9] และช่วยพยุง periodontal dressing ที่ทำหน้าที่ปกป้องลิ่มเลือดจากการพูดหรือเคี้ยวอาหาร และปกป้องกระดูกที่โผล่หลังจากการผ่าตัด[10] (รูปที่ 4) หลังทำหัตถการเลือดหยุดดี ให้ยาอะม็อกซีซิลลิน (amoxicillin) 1,000 มิลลิกรัมหลังอาหารเช้า เย็น และยาทรานซามิแอซิด (tranexamic acid) 500 มิลลิกรัมผสมน้ำ 30 มิลลิลิตร อมแล้วกลืนทุก 8 ชั่วโมงเป็นเวลา 5 วัน ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพบว่าสามารถตัดเนื้องอกออกโดยสมบูรณ์ (complete excision) และให้การวินิจฉัยเป็น ไพโอเจนิก แกรนูโลมา (รูปที่ 5 และ 6) หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ถอด surgical stent ทำความสะอาดช่องปาก แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อไม่พบเลือดออก

รูปที่ 4 การใส่สเตนต์ศัลยกรรมร่วมกับยาแต่งแผลปริทันต์

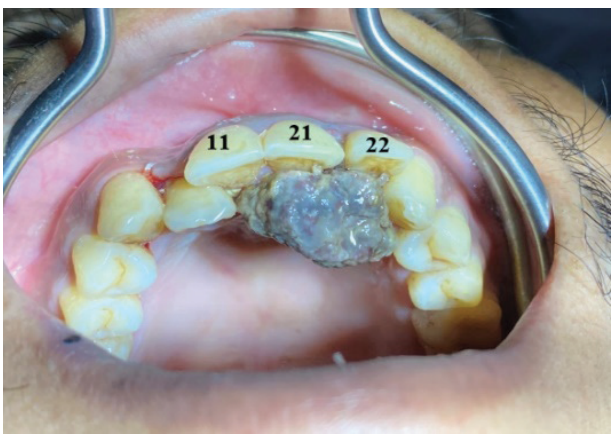


รูปที่ 5 แสดงภาพพยาธิวิทยาพบแผลที่ผิว (A) และหลอดเลือด (B)

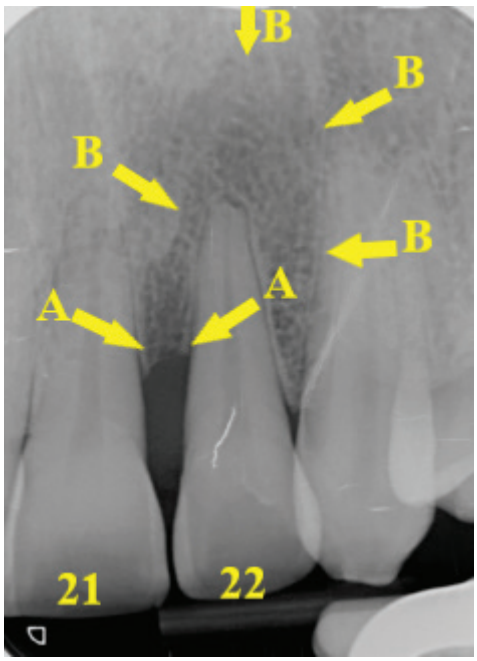


รูปที่ 6 เซลล์บุผนังหลอดเลือดและเซลล์อักเสบ (B) กระจัดกระจายทั่วไปในเนื้อเยื่อโครง (stroma, C)

4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์อีกครั้งด้วยอาการมีก้อนเนื้องอกที่เหงือกด้านเพดานระหว่างฟันตัดซี่กลางบนด้านซ้าย (ซี่ 21) ฟันตัดซี่ข้างบนด้านซ้าย (ซี่ 22) ใกล้กับตำแหน่งที่เคยเป็นเนื้องอกมาก่อน ลักษณะเนื้องอกมีก้านสีเทาปนเหลือง ขนาด 1x1.5x1 เซนติเมตร มีเลือดซึม ฟันตัดซี่ข้างบนด้านซ้าย (ซี่ 22) โยกระดับ 3 (3 degree mobility) ร่วมกับพบร่องลึกปริทันต์ด้านใกล้กลาง 10 มิลลิเมตร ฟันซี่ 21 ไม่โยก ร่องลึกปริทันต์ด้านไกลกลางลึก 8 มิลลิเมตร (รูปที่ 7) ภาพรังสีรอบปลายราก (periapical radiograph) พบการสูญสลายของสันกระดูกเบ้าฟันระหว่างฟันซี่ 21 และซี่ 22 ร่วมกับเงาโปร่งรังสีบริเวณรากฟันซี่ 22 (รูปที่ 8)



รูปที่ 7 แสดงรอยโรคบริเวณฟันซี่ 21 และซี่ 22



รูปที่ 8 ภาพรังสีรอบปลายรากมีการสูญสลายของสันกระดูก (ลูกศร A) และเงาโปร่งรังสีรอบรากฟันซี่ 22 (ลูกศร B)

อายุรแพทย์โรคเลือดได้ให้ LPRC 1 ยูนิตแก่ผู้ป่วยผลการตรวจ CBC Hb 6.2 g/dl Hct 18.1 % WBC 2,660เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร platelet 20,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร neutrophil 32% lymphocyte 58.1% ทันตแพทย์ให้การรักษาโดยถอนฟันซี่ 22 และตัดเนื้องอกที่เหงือกด้านเพดาน ขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟันซ้ำ ใส่ surgical stent ร่วมกับใส่ periodontal dressing เปิดแผลเพื่อห้ามเลือด เช่นเดียวกับการผ่าตัดครั้งแรก ให้ยา amoxicillin และยา tranexamic acid ในปริมาณเดิม ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาครั้งที่สอง เป็นไพโอเจนิกแกรนูโลมา ถอด surgical stent หลังผ่าตัด1สัปดาห์ เน้นการสอนวิธีทำความสะอาดช่องปากอย่างทั่วถึงแก่ผู้ป่วย ติดตามผลการรักษาเป็นระยะมากกว่า 1 ปี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคอีก (รูปที่ 9 และรูปที่ 10)

รูปที่ 9 แสดงสภาพช่องปากฟันบน

รูปที่ 10 แสดงสภาพช่องปากฟันล่าง

วิจารณ์

ในผู้ป่วยรายนี้ทันตแพทย์ได้ตัดสินใจให้การรักษาโดยการตัดรอยโรคออกแม้ว่าปริมาณเกล็ดเลือดเพียง 27,000 ในครั้งแรก 20,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตรในครั้งที่สองหลังได้รับเลือดแล้ว เนื่องจากมีเลือดออกจากรอยโรคทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเลือดตลอดเวลา และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบหลักฐานในการสนับสนุนความจำเป็นของปริมาณเกล็ดเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 50,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร เพื่อทำให้การรักษาทางทันตกรรมมีความปลอดภัย นอกจากนี้ยังไม่สามารถกำหนดประสิทธิผลของการให้เกล็ดเลือดได้ อย่างไรก็ตามการห้ามเลือดเฉพาะที่ร่วมกับการใช้ยา antifibrinolytic เป็นสิ่งสำคัญมากกว่า[11] ในผู้ป่วยรายนี้ใช้ tranexamic acid ร่วมด้วยซึ่งต้องใช้ด้วยความระมัดระวังโดย

เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตและผู้ที่มีภาวะการเกิดลิ่มเลือดผิดปกติ (thromboembolism disorder)[12]

สำหรับสาเหตุการเกิดซ้ำของรอยโรคถึงแม้จะเป็น complete excision จากผลจุลพยาธิวิทยาครั้งแรกก็ตาม อาจเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถทำความสะอาดฟันได้ดีพอร่วมกับมีฟันหน้าโยกจากโรคปริทันต์อักเสบ หรืออาจเกิดจากมี satellite lesion ร่วมด้วย[13] ดังนั้นเพื่อลดโอกาสกลับเป็นซ้ำการห้ามเลือดขณะผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เห็นรอยโรคชัดเจนและสามารถตัดออกได้สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามมีรายงานการฉีดเอทานอลบริสุทธิ์ (absolute ethanol) หรือคอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) ให้ผลการรักษาที่ดีในรอยโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง[14, 15, 16]

ผู้ป่วยที่เป็นไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรงมีปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับหัตถการที่มีเลือดออก เช่น การถอนฟัน การผ่าตัดในช่องปาก การขูดหินน้ำลาย จะมีเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือดได้ ทันตแพทย์จำเป็นต้องพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยทั้งก่อนและหลังทำหัตถการ[17] กรณีนี้เป็นตัวอย่างให้ทันตแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญในการกำจัดปัจจัยชักนำให้เกิดรอยโรคและป้องกันการเกิด odontogenic infection โดยมุ่งเน้นการสอนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ด้วยการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน อย่างเหมาะสมและนัดติดตามเป็นระยะทุก 1-3 เดือน

สรุป

การรักษาไพโอจิกนิกแกรนูโลมาในผู้ป่วยที่มีโรคไขกระดูกฝ่อรุนแรง จำเป็นอย่างยิ่งที่ทันตแพทย์ต้องวางแผนและให้การรักษาผู้ป่วยร่วมกับอายุรแพทย์ และยังต้องเลือกเทคนิคการผ่าตัด การห้ามเลือดอย่างเหมาะสม ตลอดจนกำจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและการติดเชื้อ โดยเน้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากตนเองให้ดี ตรวจและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

Reference

1. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci 2006; 48(4):167-75.
2. Gordón-Núñez MA, de Vasconcelos Carvalho M, Benevenuto TG, Lopes MF, Silva LM, Galvão HC. Oral pyogenic granuloma: a retrospective analysis of 293 cases in a Brazilian population. J Oral Maxillofac Surg 2010; 68(9):2185-8.
3. Karrar NS, Bashar HA. Clinicopathological analysis of 80 cases of oral lobular and non lobular capillary hemangioma (pyogenic granuloma): a retrospective study. J. Bagh. Coll. Dent 2022; 34(2):17-24.
4. Vara JT, Gurudu VS, Ananthaneni A, Bagalad BS, Kuberappa PH, Ponnapalli HP. Correlation of vascular and inflammatory index in oral pyogenic granuloma and periapical granuloma-An insight into pathogenesis. J Clin Diagn Res 2017; 11(5):ZC25-8.
5. Panseriya BJ, Hungund S. Pyogenic granuloma associated with periodontal abscess and bone loss – A rare case report. Comtemp Clin Dent 2011; 2(3):240-4.
6. Fekrazad R, Nokhbatolfoghahaei H, Khoei F, Kalhori KA. Pyogenic granuloma : surgical treatment with Er:YAG laser. J Lasers Med Sci 2014; 5(4):199-205.
7. Killick SB, Bown N, Cavenagh J, Dokal I, Foukaneli T, Hill A, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia. Br J Haematol 2016; 172(2):187-207.
8. Laohasurayothin S. Aplastic anemia. Hemato Transfus Med 2020; 30(3):293-6.
9. Madan N, Rathnam A, Bajaj N. Treatment of an intraora bleeding in hemophilic patient with a thermoplastic palatal stent-A novel approach. Int J Crit Illn Inj Sci 2011; 1(1):79-83
10. Zahra B, Mahdi K. Periodontal dressing: a review article. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects 2013; 7(4):183-91.
11. Karasneh J, Christoforou J, Walker JS, Manfredi M, Dave B, Diz Dios P, et al. World Workshop on Oral Medicine VII: platelet count and platelet transfusion for invasive dental procedures in thrombocytopenic patients: a systematic review. Oral Dis 2019; 25(Suppl1):174–81.
12. Ockerman A, Vanassche T, Garip M, Vandenbriele C, Engelen MM, Martens J, et al. Tranexamic acid for the prevention and treatment of bleeding in surgery, trauma and bleeding disorders: a narrative review. Thromb 2021; 19(1):54.
13. Rana R, Ramachandra SS, Pradsad UC, Aggarwal P, Dayakara JK. Recurrent pyogenic granuloma with a satellite lesion. Cutis 2015; 96(2):27-30.
14. Ichimiya M, Yoshikawa Y, Hamamoto Y, Mutom. Successful treatment of pyogenic granuloma with injection of absolute ethanol. J Dermatol 2004; 31(4):342-4.
15. Moon SE, Hwang EJ, Cho KH. Treatment of pyogenic granuloma-by sodium tetradecry sulphate sclerotherapy. Arch Dermatol 2005; 141(5):644-6.
16. Parisi E, Glick PH, Glick M. Recurrent intraoral pyogenic granuloma with satellitosis treated with corticosteroids. Oral Dis 2006; 12(1):70-2.
17. Bollero P, Passarelli PC, D'Addona A, Pasquantonio G, Mancini M, Condò R, et al. Oral management of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2018; 22(4):876-87.