

แนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทีมสหวิชาชีพ

Guideline for multidisciplinary team approach in cleft lip and palate patient

ลัดดาววัลย์ สุนนท์ลีกันนท์^{1,2}

Laddawun Sununliganon

วรรณุช เชษฐภักดีจิต¹

Woranuch Chetpakdeeचित

บทคัดย่อ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นภาวะความผิดปกติที่มีความซับซ้อน ซึ่งประกอบด้วยการแก้ไขความผิดปกติทางกายภาพในผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติแบบกลุ่มอาการ การทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องและการพัฒนาการด้านต่างๆ ทางด้านกายภาพจะมีความผิดปกติบริเวณริมฝีปาก จมูก กระดูกสันเจือก เพดานแข็งและเพดานอ่อน ขึ้นกับชนิดและความรุนแรงที่เกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในทารกส่งผลสำคัญทำให้ทารกดูคนมได้น้อย และเกิดการสำลักได้ง่ายกว่าทารกปกติ ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องทำให้ลดพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการพัฒนาการด้านอื่นๆร่วมด้วย เช่น การฟัง การพูด การเข้าสังคม และการขาดความมั่นใจในตนเอง ดังนั้นการรักษาจะต้องทำเป็นหลายขั้นตอน โดยที่การแก้ไขความผิดปกติในแต่ละส่วนรวมถึงการผ่าตัดในแต่ละขั้นตอนควรจะทำในช่วงอายุที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบในด้านลบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ป่วย

การตรวจและให้รักษาที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดได้จากการประสานร่วมมือของทีมนุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ ดังนั้นคณะทันตแพทยศาสตร์ร่วมกับแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จึงได้เห็นความสำคัญและได้มีการริเริ่ม

¹ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประเทศไทย (Faculty of Dentistry, Thammasat University)

Corresponding E-mail: suladdawan@hotmail.com, laddawun@connect.hku.hk

² คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ประเทศไทย (Faculty of Dental Medicine, Rangsit university)

จัดกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันภายใต้โครงการสัมมนาวิชาการ เรื่อง “Multidisciplinary approach for Cleft lip and/or palate #1 - NAM” ซึ่งได้มีการสร้างแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ร่างหนึ่งในแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่โดยทีมสหสาขาที่ได้ปรับใช้ในแผนก รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วย พ่อแม่และผู้ที่มีส่วนดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อให้มีความเข้าใจ ตระหนักในความสำคัญและขั้นตอนในการรักษา เพื่อที่จะได้ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

คำสำคัญ: แนวทางการรักษา การรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปากแหว่งเพดานโหว่

Abstract

Cleft lip and palate is a complex deformity, which mainly causes from a physical anomaly in none syndromic type. The function and development of related organs are also deteriorating. Physically, the defects may show on noses, lip, alveolus, soft and hard palate, depending on the type and severity of the deformity. Cleft lip and palate conditions contribute to decrease in sucking ability and increase the chance of choking more than a normal baby. As a result, growth of patient may be affected. Likewise, patient may encounter a problem in the development in other aspects such as hearing, speech, social behavior and self-confidence. Thus, the multi-steps treatment is required. However, the step correction of the deformity including the surgery should be performed properly at a suitable age in order to reduce the negative impact on the growth and development of the patients.

Effective treatment in this special group of patient is best to be performed as a multidisciplinary medical team approach. Therefore, the seminar under the project of "Multidisciplinary approach for Cleft lip and/or palate #1 - NAM" was conducted by a collaboration between the Faculty of Dentistry and the Dental Department of Thammasat Chalermprakiet Hospital for exchanging of knowledge and drafting the treatment guidelines for

multidisciplinary team approach in this unit. This article aims to emphasize the step treatment by multidisciplinary team approach and proposed one of the treatment guidelines for cleft lip and palate patients. Hence, patients, parents and stakeholders who involve in patient care can realize the importance of the treatment. Accordingly, patients can be supported to follow the treatment throughout the course.

Key words: Treatment guideline, Multidisciplinary team approach, Cleft lip and palate

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip and palate) เป็นหนึ่งในภาวะผิดปกติของกะโหลกศีรษะและใบหน้าที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด มีรายงานว่าพบความผิดปกตินี้ได้มากเป็นอันดับที่ 6 จาก 7 ความผิดปกติแต่กำเนิด (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2543 ใน ปองใจ วิรัตน์, 2553)¹ ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกตินี้แตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ (9-35 คนต่อประชากรแรกเกิด 10,000 คน) โดยมีค่าเฉลี่ยทั้งประเทศประมาณ 12-15 ต่อประชากรแรกเกิด 10,000 คน ทั้งนี้ความแตกต่างของตัวเลขขึ้นอยู่กับลักษณะข้อมูลที่ต้องการ กลุ่มประชากรที่ศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และการเข้ารับการรักษาและการส่งต่อของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น⁽¹⁻⁴⁾

เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และครอบครัวจะได้รับผลกระทบ

ทั้งทางตรง ตั้งแต่ลักษณะภายนอก (Physical appearance) คือ มีความผิดปกติของริมฝีปาก ฐานจมูก และปีกจมูก ปัญหาการดูดนม การกลืน การขึ้นของฟัน การสบฟัน การเรียงตัวของฟัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง ผู้ป่วยมักมีแผลเป็น หลังการผ่าตัดที่สังเกตเห็นได้ เมื่อโตขึ้นมักมีปัญหาด้านการพูด

เช่น เสียงขึ้นจมูก พูดไม่ชัด ความเสี่ยงในการติดเชื้อของหูสูงกว่าเด็กปกติ ผลกระทบทางด้านจิตใจ รวมถึง ผลกระทบทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การขาดเรียนบ่อยจากการมาโรงพยาบาลและการพักฟื้น เป็นต้น

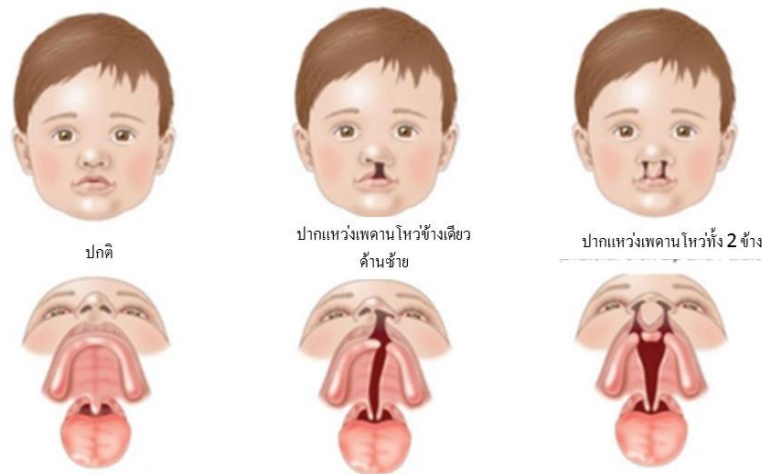
การแก้ไขลักษณะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีประสิทธิภาพและได้ผลสมบูรณ์จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การรักษาต้องทำอย่างถูกต้อง ผ่านการวางแผนการรักษาร่วมกัน ในช่วงอายุของ

ผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนั้นการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงมีความสำคัญในการช่วยสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยกันเอง ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว และใช้ในการติดตามประเภทของการรักษาว่าครบถ้วนหรือไม่ เนื่องจากการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ใช้ระยะเวลานานตั้งแต่แรกเกิด จนถึงวัยผู้ใหญ่

ลักษณะภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และการรักษาโดยความร่วมมือจากทีมสหสาขา

วิชาชีพ

ความผิดปกติของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีลักษณะแตกต่างกันขึ้นกับระยะเวลาเกิด ความผิดปกติในการสร้างอวัยวะในครรภ์มารดา รูปที่ 1 แสดงให้เห็นการเปรียบเทียบกับภาวะปกติซึ่งโดยแบ่งได้เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ที่เป็นเพียงข้างเดียวหรือเป็นทั้ง 2 ข้าง (รูปที่ 1)



รูปภาพที่ 1 รูปวาดแสดงใบหน้าและช่องปากของเด็กปกติ ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว และภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั้ง 2 ข้าง (ภาพจาก <http://craniofacialteamtexas.com/cleft-lip-and-cleft-palate/what-causes-cleft-lips-and-palates/>)

ทั้งนี้ลักษณะที่พบอาจจะมีความแตกต่างกันได้อีกขึ้นกับความรุนแรงของ

ความผิดปกติ ดังตัวอย่างที่แสดงในรูปที่ 2 แสดงภาพปากแหว่งบางส่วน (รูป 2.1) ปาก

แห่วงข้างเดียว (รูป 2.2) ในขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการพิมพ์ปากเพื่อทำแบบจำลองในช่องปากซึ่งจะใช้เพื่อทำเครื่องมือในการรักษา จากแบบจำลองจะแสดงรอยโหว่ที่เพดานได้อย่างชัดเจน (รูป 2.3) ส่วนภาวะปากแห่วงเพดานโหว่ทั้ง 2 ข้างจะพบว่าส่วนหน้าของขากรรไกรบนและส่วนกลางของริมฝีปากบนจะแยกออกและมักจะพลิกขึ้นมาติดกับบริเวณจมูก (รูป 2.4) เมื่อทำแบบจำลองในช่องปากจะเห็นสันเหงือกแยกกันอย่างชัดเจน (รูป 2.5)

แต่ถ้าการขัดขวางการสร้างรูปร่างเกิดขึ้นในช่วงที่มีการสร้างเพดานทารกที่เกิดจะมีภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว (รูป 3)



รูปภาพที่ 2 แสดงภาวะปากแห่วงเพดานโหว่

- 2.1 ปากแห่วงบางส่วนข้างเดียวด้านขวา
- 2.2 และ 2.3 ปากแห่วงเพดานโหว่ข้างเดียวด้านซ้าย และแบบจำลองเพดาน ตามลำดับ
- 2.4 และ 2.5 ปากแห่วงเพดานโหว่ข้างเดียวด้านซ้าย และแบบจำลองเพดาน ตามลำดับ



รูปภาพที่ 3 แสดงภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้สิ่งที่ควรคำนึงถึงอย่างมากคือทารกแรกคลอดที่มีภาวะปากแห่วงเพดานโหว่จะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของระบบอื่นๆของร่างกาย และกลุ่มที่มีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยเช่นความผิดปกติของโครโมโซม ความผิดปกติของหัวใจ เป็นต้น โดยจะมีการแสดงออกและความรุนแรงที่แตกต่างกัน ซึ่งทารกจะได้รับการรักษาตามความเหมาะสมในแต่ละรายไป

การดูแลรักษาจะเริ่มตั้งแต่ที่ตั้งแต่แรกคลอด คือ การปิดแผ่นแทบขาวช่วยลดความกว้างของริมฝีปากที่แห่วงในทารกที่มีภาวะปากแห่วงและการปรับท่าทางการดูดนมของทารกที่มีภาวะเพดานโหว่ การตรวจโรคทางระบบหรือ ตรวจสอบว่าทารกมีความผิดปกติในลักษณะของกลุ่มอาการใดหรือไม่ เพื่อที่จะทำการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อวาง

แผนการรักษา รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจซึ่งจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันให้การรักษาได้แก่

-ทีมแพทย์สาขาต่างๆ เช่น กุมาร แพทย์สาขาต่างๆ ศัลยแพทย์ตกแต่ง โสต ศอ นาสิกแพทย์ วัสดุทันตแพทย์

-ทีมพยาบาลผู้ให้การดูแลและให้คำแนะนำในการให้นมเด็ก

-นักโภชนาการ

-ทีมทันตแพทย์ เช่น ทันตแพทย์ เฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน และทันตกรรมประดิษฐ์ เป็นต้น รวมทั้งผู้ช่วยทันตแพทย์และช่างทันตกรรม

-นักตรวจการได้ยิน

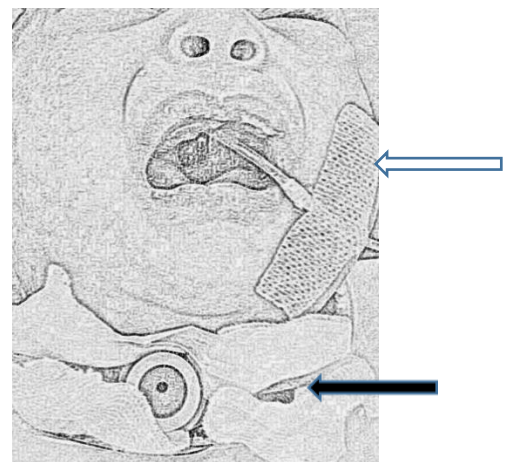
-นักบำบัดการพูดนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/นักฝึกพูด

-นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ

ขั้นตอนการให้การรักษามีดังนี้

สูตินารีแพทย์และกุมารแพทย์รับผู้ป่วยแรกคลอด โดย ประเมินและให้การรักษาในระยะแรก และแก้ไขภาวะวิกฤตใน

กรณีที่เกิดขึ้นตามความจำเป็นของทารกแต่ ละราย เช่นทารกบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจซึ่งจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่นทารกที่มีกระดูกขากรรไกรล่างเล็ก คางเล็ก ระยะระหว่างคางและลำคอสั้น โดยอาจมีลิ้นโตร่วมด้วย อาจจะต้องมีการช่วยด้านการหายใจขึ้นกับความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่นให้นอนตะแคง การให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคัลลิ่งหรือใช้เครื่องมือครอบที่บริเวณจมูกหรือใส่ท่อช่วยหายใจ (รูปที่4) การเจาะคอหรือการผ่าตัดเพื่อยึดกระดูกในระยะเวลาที่เหมาะสม



รูปภาพที่4 แสดงการใส่ท่อให้อาหารทางปาก (ลูกศรสีขาว) และการช่วยหายใจโดยท่อหายใจทางคอ (ลูกศรสีดำ)

ทารกจะได้รับการปิดแผ่นแทบกาช่วยลดความกว้างของริมฝีปากที่แหว่ง ที่สำคัญทารกที่มีภาวะ ปากแหว่งเพดานโหว่จะมี

ปัญหาเรื่องการอุดนมเนื่องจากไม่มีช่องปิดบริเวณริมฝีปากและเพดาน ทำให้แรงในการอุดนมน้อยกว่าปกติ และมีปัญหาด้านการกลืนทำให้สำลักได้ง่าย และมีความเสี่ยงในการสำลักนมเข้าไปในปอด ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ รวมทั้งอาจได้รับนมในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ วิธีที่จะช่วยให้ทารกสามารถอุดนมได้มากขึ้นมีตั้งแต่

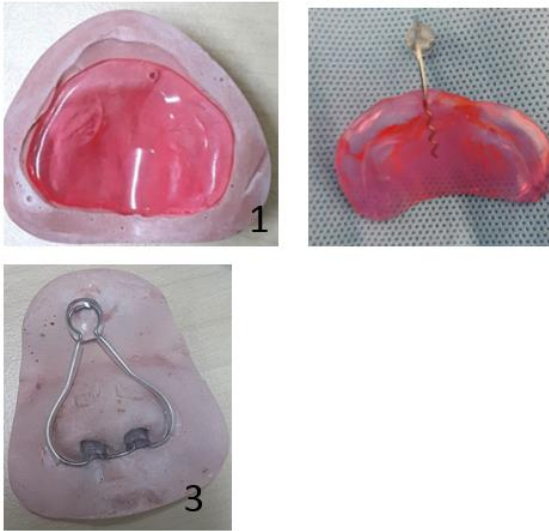
- การเจาะรูห้วนมเทียมให้ใหญ่ขึ้นเพื่อลดแรงที่ใช้ในการอุดนม และการบากห้วนมเทียมเป็นกากบาท เพื่อให้เป็นลักษณะคล้ายช่องซึ่งจะเปิดเมื่อทารกอุดนม เมื่อหมดแรงอุดปากนมจะปิด ซึ่งจะทำให้ไม่มีนมไหลเลอะ และลดโอกาสที่จะทำให้ทารกสำลักนมลง หรืออาจจะขงนมใส่ถุงพลาสติกใส่ในขวดนมที่เจาะช่องไว้ เพื่อช่วยกักตุนนั้นเวลาทารกอุดนมเป็นการช่วยเพิ่มแรงในการอุดนมอีกทาง

- การใช้ห้วนมเทียมชนิดพิเศษที่มีขายโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีลักษณะยาว แต่ก็มีราคาแพง

ในส่วนบทบาทของทันตแพทย์ หลังจากได้รับการปรึกษาจากหอผู้ป่วย ทันตแพทย์จะพิจารณาทำเครื่องมือที่เหมาะสมแก่

ทารกแต่ละราย ตัวอย่างเครื่องมือแสดงในรูปที่ 5 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะของทารกแต่ละรายด้วย เครื่องมือที่ใช้กับทารกแรกเกิดที่สำคัญคือ เพดานเทียม (obturator) ซึ่งทำจากวัสดุอะคริลิกหรืออาจจะพิจารณาใช้วัสดุชนิดอื่นเสริมด้านในด้วย เครื่องมือชนิดนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการอุดนม โดยจะปิดบริเวณเพดานโหว่ทำให้ทารกมีแรงอุดนมได้มากขึ้น ข้อสำคัญในการใช้เพดานเทียมคือ ควรเริ่มใช้ให้เร็วที่สุดจะทำให้ทารกยอมรับและมีการปรับตัวกับเครื่องมือได้ดี รวมถึงต้องใช้เพดานเทียมอย่างต่อเนื่อง ถ้าเริ่มให้ทารกใช้เครื่องมือเข้าทารกอาจจะต่อต้านเครื่องมือโดยการใช้ลิ้นดันเครื่องมือออกมาหรือจะอาเจียนเมื่อใส่เพดานเทียม อย่างไรก็ตามทารกจะได้รับการกระตุ้นปฏิกิริยาในการดูดและฝึกการกลืนร่วมด้วย ยกเว้นกรณีที่ทารกมีความผิดปกติในระบบการกลืน ทารกอาจจะได้รับการใส่สายสำหรับให้นมไปที่กระเพาะอาหาร (รูปที่ 4) เพื่อให้ทารกได้ปริมาณนมที่เพียงพอ และป้องกันการเกิดข้อแทรกซ้อนจากการสำลักนมลงไปที่ปอดได้ นอกจากนี้พ่อแม่จะได้รับคำแนะนำในการดูแลทารก ได้แก่ ทำในการให้นมจะเป็นลักษณะก่อนข้างตั้งให้ศีรษะสูง 45 องศาเพื่อลดโอกาสการเกิดการสำลักนม การให้นมจะ

ให้ทีละน้อยแต่ให้ในความถี่บ่อยขึ้น การจับทารกในลักษณะพาดบ่าเพื่อให้เรอหลังให้นม การดูแลทำความสะอาดช่องปากและเพดานเทียม



รูปภาพที่ 5 แสดง 1) เพดานเทียม 2) เครื่องมือปรับแต่งจมูกและสันเหงือก (Nasoalveolar molding, NAM) 3) เครื่องมือนาโซฟอร์ม (Nasoform)

ทั้งนี้การใช้เพดานเทียมอย่างต่อเนื่องก็มีความสำคัญ ถ้ามีการเว้นระยะทารกอาจจะไม่ยอมใช้เพดานเทียมอีกต่อไป ในหลายกรณีหลังจากใช้เพดานเทียมไปช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งทารกมีการเจริญเติบโตที่ดีพอเช่นเมื่อเข้าสู่อายุเดือนที่ 2 หรือ 3 และทารกสามารถปรับตัวในการดูดนมในภาวะที่มีเพดานโหว่ได้แล้ว ทารกอาจจะปฏิเสธการใช้เพดานเทียมเลยก็ได้ ซึ่งข้อเสียคือทารกจะใช้ลิ้นดัน

บริเวณช่องโหว่นั้น แต่ผลเสียที่สำคัญที่ตามมาคือเราจะไม่สามารถใช้เครื่องมือชนิดอื่น ได้แก่เครื่องมือที่ช่วยในการปรับแต่งจมูกและกระดูกสันเหงือก (Nasoalveolar molding, NAM) แก่ทารกคนนั้นได้อีก เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีส่วนของเพดานเทียมเป็นหลักและควรเริ่มใช้เครื่องมือนี้ให้เร็วที่สุดในช่วง 1-2 อาทิตย์หลังคลอดจะดีที่สุด และอาจจะต้องใช้ต่อเนื่องหลังการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง ทั้งนี้การพิจารณาเลือกใช้และการออกแบบเครื่องมือแต่ละชนิดจะขึ้นกับความเหมาะสมกับทารกและเด็กในแต่ละรายไป



รูปภาพที่ 6 แสดงภาพภายในช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวที่ได้รับการจัดฟันเพื่อเตรียมช่องปากก่อนการปลูกถ่ายกระดูกเพื่อปิดช่องโหว่ของกระดูกสันเหงือก (1และ2) และภาพในช่องปากของผู้ป่วยในวัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ทั้ง 2

ข้างและไม่ได้รับการการแก้ไขการปลูกถ่าย

กระดูกสันหลังเอ็ก (3และ4)



รูปภาพที่ 7 แสดงรูปจมูก (1 และ 2) และปาก (3) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ควรได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม

การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีดังนี้

1. การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง โดยอาจทำการผ่าตัดร่วมกับการแก้ไขจมูกในเบื้องต้นด้วย โดยมีแนวทางการรักษาตั้งแต่การแก้ไขในครรภ์ การแก้ไขทันทีหลังคลอด แต่ในปัจจุบันมักทำในช่วงอายุ 3-6 เดือน⁶ ขึ้นกับความสมบูรณ์ของร่างกาย โดยจะถือว่ามีความปลอดภัยในการดมยาและผ่าตัด โดยหลักสากลที่ยอมรับและใช้โดยทั่วไปคือ rule of 10 คือเมื่อทารกมีอายุ 10 สัปดาห์ มี

น้ำหนัก 10ปอนด์ (4.55กิโลกรัม) และมีค่าฮีโมโกลบิน 10กรัม หลังจากผ่าตัดปากแหว่งทารกจะได้รับการใส่เครื่องมือเพื่อช่วยในการคงรูปร่างของจมูก (Nasoform) หรือใช้เครื่องมือในการจัดส่วนของจมูกและกระดูกสันหลังเอ็ก (NAM) ตามความจำเป็น และขึ้นกับความร่วมมือของผู้ปกครองดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2. การผ่าตัดแก้ไขภาวะเพดานโหว่ จะทำให้ทันกับช่วงเวลาที่มีการพัฒนาด้านการพูด ส่วนใหญ่จะทำในช่วงอายุประมาณ 9-12 เดือน รวมถึงจะมีการตรวจทางหู คอ และจมูกอย่างละเอียด

3. การผ่าตัดแก้ไขเพดานอ่อนเพื่อการออกเสียง (ในกรณีผู้ป่วยยังมีปัญหาในการออกเสียง หลังจากได้รับการผ่าตัดแก้ไขเพดานโหว่แล้ว) และการผ่าตัดแก้ไขปากและจมูกเพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น) ส่วนใหญ่จะทำในช่วงอายุ 4-6 ปี หากมีความจำเป็นต้องแก้ไขดังที่กล่าวแล้ว โดยผู้ป่วยควรได้รับการฝึกพูด อย่างเต็มที่ก่อน รวมถึงได้รับการประเมินถึงปัญหาในการขับของเพดานอ่อนและการออกเสียง ซึ่งในช่วงอายุนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความจำเป็นในการได้รับการจัดฟันเบื้องต้นด้วย

4. การผ่าตัดปลูกกระดูกบริเวณสันเหงือกโดยใช้กระดูกจากตัวผู้ป่วยเอง มีการแบ่งระยะในการผ่าตัดตามช่วงอายุ แต่ช่วงอายุที่ยอมรับในการปฏิบัติจะอยู่ในช่วง 8-12 ปี ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับการจัดฟันเพื่อเตรียมช่องว่างในการปลูกกระดูก ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเชื่อมกระดูกสันเหงือกทั้ง 2 ข้างและปิดช่องทางติดต่อบริเวณจมูกและปากด้านหน้า ช่วยเสริมความมั่นคงบริเวณฐานจมูกเพื่อให้จมูกมีความสมมาตรมากขึ้น และความสำคัญอย่างมากทางทันตกรรมคือเพื่อรองรับการขึ้นของฟันเขี้ยวในบริเวณนั้น

5. การผ่าตัดแก้ไขตกแตงจมูกเพิ่มเติมในช่วงวัยรุ่นถ้าจำเป็น

6. การผ่าตัดแก้ไขการสบฟันและความผิดปกติของใบหน้าร่วมกับการจัดฟันจะทำเมื่อผู้ป่วยหยุดการเจริญเติบโตแล้ว

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นกับข้อตกลงในแต่ละศูนย์ให้การรักษาว่าจะยึดแนวทางใด ในต่างประเทศ เช่น ประเทศในแถบยุโรป มีศูนย์ให้การรักษาหลายแห่งเมื่อใช้แนวทางให้การรักษาไประยะหนึ่ง จะมีการประเมินผลและปรับปรุงแนวทางการรักษาเป็นระยะๆ ตัวอย่างแนวทางการรักษาในประเทศไทยที่นำไปเปรียบเทียบได้แก่ แนว

ทางการรักษาที่จัดทำโดยมูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

อายุ 0-3 เดือน - กุมารแพทย์ประเมินทารกแรกคลอด แนะนำการให้นม ประธานงานส่งต่อทำเพดานเทียมในกรณีที่เป็น

- ทันตแพทย์/ทันตแพทย์จัดฟัน ทำเพดานเทียมในรายที่จำเป็น

- โสิต ศอ นาสิกแพทย์ ประเมินการตอบสนองต่อการได้ยิน

อายุ 3-4 เดือน - กุมารแพทย์ประเมินพัฒนาการ และสุขภาพทั่วไป

- ศัลยแพทย์เย็บริมฝีปาก จมูก และพื่นจมูก

- โสิต ศอ นาสิกแพทย์ตรวจหูและรักษากรณีที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง

อายุ 4-9 เดือน - ทันตแพทย์ดูแลสุขภาพช่องปาก ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง และติดตามผลทุก 6 เดือน

- นักแก้ไขการพูดเริ่มให้คำแนะนำในการกระตุ้นการพูด และติดตามผลทุก 3-6 เดือน

อายุ 9-12 เดือน - ศัลยแพทย์เย็บเพดานปาก

อายุ 1-4 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันประเมินการสบฟันในระยะฟันน้ำนม

- ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรม
แก้ไขในรายที่จำเป็น

- โสต ศอ นาสิกแพทย์
ตรวจหูเป็นประจำทุกปี

- นักแก้ไขการพูด
จัดโปรแกรมประเมินการพูด และการรักษา
ทุก 3 เดือน

อายุ 4-5 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันประเมิน
ความผิดปกติของโครงสร้างกระดูก
ขากรรไกร

- ศัลยแพทย์ผ่าตัดแก้ไข
ภาวะ Velopharyngeal insufficiency

อายุ 5-8 ปี - ทำศัลยกรรมเสริมความ
สวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน

อายุ 8-11 ปี - ทันตแพทย์จัดฟัน
เตรียมการสำหรับการปลูกถ่ายกระดูก

- ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรม
ปลูกถ่ายกระดูก

อายุ 11-12 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันทำการ
รักษาทางทันตกรรมจัดฟัน กระตุ้นการ
เจริญเติบโตของขากรรไกรบน

- ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรม
เสริมความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน โสต ศอ
นาสิกแพทย์ประเมินความผิดปกติของจมูก

อายุ 12-15 ปี - โสต ศอ นาสิกแพทย์
ประเมินจำเป็นในการทำศัลยกรรมจมูก

อายุมากกว่า 15 ปี - ทันตแพทย์จัดฟัน
วางแผนการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัด

ขากรรไกร

- ศัลยแพทย์ผ่าตัด
กระดูกขากรรไกร

แนวทางการรักษาที่ได้จากการ
ประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ภายใต้โครงการ
สัมมนาวิชาการ เรื่อง “Multidisciplinary
approach for Cleft lip and/or palate #1 -
NAM” โดยคณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้มีการสรุปร่าง
แนวทางการให้การรักษาสู่ผู้ป่วยปากแหว่ง
เพดานโหว่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพไว้ดังนี้

0-3 เดือน

แรกเกิด ให้คำปรึกษาด้านการดูแล
แนะนำการป้อนนม
ทำเพดานเทียม

เร็วที่สุด ทำเครื่องมือปรับแต่งจมูก
ตรวจการได้ยินเบื้องต้น

3-6 เดือน การเย็บซ่อมริมฝีปากและ
จมูก

9-18 เดือน ทดสอบการได้ยิน

ตรวจด้าน หู คอ จมูก โดย
ละเอียด

การเย็บซ่อมเพดาน

ทุก 6 เดือน ตรวจสอบช่องปากและฟัน

2 ปี 3ปี 5ปี การประเมินและฝึกการพูด

5-6 ปี การประเมินการพูดแบบละเอียด

การผ่าตัดแก้ไขเพดานอ่อนเพื่อการ
ออกเสียง

การผ่าตัดแก้ไขปากและจมูกเพิ่มเติม
(ถ้าจำเป็น)

การจัดฟันเบื้องต้น (ถ้าจำเป็น)

6-8 ปี การประเมินการพูดครั้งสุดท้าย

8-12 ปี การจัดฟันเพื่อเตรียมปลูกกระดูก
บริเวณสัน-

เหงือกที่โหว่

ผ่าตัดปลูกกระดูกบริเวณสันเหงือก

12-24 ปี การจัดฟัน (ถ้าจำเป็น)

13-15 ปี การผ่าตัดตกแต่งจมูกเพิ่มเติม (ถ้า
จำเป็น)

18-24 ปี ผ่าตัดแก้ไขการสบฟันและความ
ผิดปกติของ

ใบหน้าร่วมกับการจัดฟัน

บทสรุป

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยปาก

แหว่งเพดานโหว่ จำเป็นต้องมีการดูแลโดย
ความร่วมมือกันของทีมสห-วิชาชีพและมีการ
รักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ทารกจนโต การให้
การรักษาในแต่ละขั้นตอนตามช่วงอายุที่
เหมาะสมมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต
พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น
บุคคลที่ดูแลผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเองและบุคลากร
ทางการแพทย์ ควรมีความเข้าใจและ
ตระหนักในความสำคัญของการให้การรักษา
แบบทีมสหวิชาชีพ แนวทางการรักษาของแต่ละ
ศูนย์ฯ จะมีแนวทางการรักษาหลักที่
คล้ายกันแต่อาจจะแตกต่างในรายละเอียดย่อย
เท่านั้น แนวทางการรักษาที่ได้นำเสนอใน
บทความนี้ พ่อแม่และผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถ
ใช้เป็นข้อมูลในการติดตามการรักษาในแต่ละ
ขั้นตอนได้ต่อเนื่องและเหมาะสมกับช่วง
อายุเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก
ที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงวรรณดี พลานู
ภาพ ทันตแพทย์จัดฟัน หัวหน้างานทันต
กรรม งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช และ
รศ.นพ.ร.อ.สุรจิต อวสกุลสุทธิ สาขา
ศัลยกรรมตกแต่ง คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เป็นวิทยากรในการสัมมนา ผู้เข้าร่วมสัมมนาในหน้าที่เป็นอาจารย์ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน และบุคลากรของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ โดยการจัดสัมมนานี้ได้รับการสนับสนุนจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. ปองใจ วิรารัตน์, วิภาพรรณ ฤทธิธกล, กมลรัตน์ ลิ้มปัทมปาณี (2553) การศึกษาการกระจายของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552. วิทยาสารสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย Journal of the Thai Association of Orthodontists, 9: 3-13.
2. Chowchuen, B., Thanaviratananich, S., Chichareon, V., Kamolnate, A., Uewichitrapochana, C., Godfrey, K. (2015). A Multisite Study of Oral Clefts and Associated Abnormalities in Thailand: The Epidemiologic Data. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 3(12), e583. <http://doi.org/10.1097/GOX.0000000000000570>
3. มารศรี ชัยวรวิทย์กุล และคณะ (2555) การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ สำหรับทันตแพทย์และทันตแพทย์จัดฟัน. เล่ม 1 บ.ทรี โอ แอดเวอร์ไทซิ่ง จำกัด.เชียงใหม่
4. สุพินดา สุทธานุกรักษ์ (2558) ความชุกของปากแหว่ง/เพดานโหว่ในจังหวัดพัทลุง.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11,29:587-595.
5. Coats, B. K. (2012). Alveolar Bone Grafting: Past, Present, and New Horizons. *Seminars in Plastic Surgery*, 26(4), 178–183. <http://doi.org/10.1055/s-0033-1333887>
6. Kobus K, Kobus-Zaleśna K (2014) Timing of cleft lip and palate repair. *Dev Period Med*. 2014;18(1):79-83.