

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ : รายงานผู้ป่วย

Dental Treatment in Patient with Cleft Lip and Palate

: A Case Report

ปาจริย์ ศรีไทย, ป.บัณฑิตชั้นสูง (ทันตกรรมสำหรับเด็ก)*

Pajaree Srithai, Higher Grad. Dip. (Pediatric Dentistry)*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32120

*Dental department, Thatum Hospital, Surin Province, Thailand, 32120

Corresponding author. E-mail address : pajareedt@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นหนึ่งในความพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุดบริเวณใบหน้าและกะโหลกศีรษะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจและสังคม ดังนั้นการดูแลและการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบความผิดปกติของฟัน และพบปัญหาทันตสุขภาพโดยเฉพาะฟันผุสูงกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทันตแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญมากในการป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้คงอยู่ในสถานะที่ดีเพื่อให้สามารถใช้งานบดเคี้ยว คงสภาพการเรียงของฟันและการสบฟันเพื่อให้เอื้อต่อการรักษาทางกายกรรมและจัดฟันต่อไป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 6 ปี มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แต่กำเนิด มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการปวดและบวมแก้มซ้าย ผู้ป่วยได้รับการตรวจ วางแผน และทำรักษาแบบทันตกรรมพร้อมมูล หลังติดตามผลการรักษาพบว่าเป็นที่น่าพอใจ

คำสำคัญ : ปากแหว่งเพดานโหว่ การรักษาทางทันตกรรม ความพิการบริเวณใบหน้าและกะโหลกศีรษะ

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562;34(3): 371-383

ABSTRACT

Cleft lip and palate is the most common congenital craniofacial deformity, which affects patients physically, psychologically and socially. Effective care and treatment in patients require the cooperation of a multidisciplinary team. Oral health care is important because patients with cleft lip and palate often have abnormalities of the teeth and general dental health problems, especially dental caries. Dental

caries are significantly higher in children with cleft lip and palate. Dentists play a very important role in oral prevention, oral health care and maintaining good oral health. Therefore, patients are able to chew effectively, also, the alignment and occlusion are maintained for further surgical and orthodontic treatment.

In this case report the patient with congenital cleft lip and plate is a six-year-old boy from Thailand. A chief complaint of the patient is pain and swelling of the left cheek. Upon orally examining the patient, a treatment plan and comprehensive dental treatment were arranged. After following up with the patient, results were obtained satisfactorily.

Keywords : Cleft lip and palate, Dental treatment, Craniofacial deformity.

Med J Srisaket Surin Buriram Hosp 2019;34(3): 371-383

หลักการและเหตุผล

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการบริเวณช่องปากและใบหน้า พบแต่กำเนิด ซึ่งเกิดจากความล้มเหลวของการเชื่อมต่อกันของอวัยวะที่จะประกอบเป็นรูปร่างของใบหน้าและเพดานปากที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4-6 สัปดาห์ ถึงระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ สาเหตุของความผิดปกติมีหลายปัจจัยร่วมกันอาจเนื่องจากพันธุกรรม หรือสภาวะแวดล้อม หรือทั้งสองสาเหตุร่วมกัน⁽¹⁾

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีอุบัติการณ์ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจสังคม⁽²⁾ พบมากที่สุดในกลุ่มคนเอเชีย รองลงมาคือกลุ่มคนผิวขาว และน้อยที่สุดในกลุ่มคนผิวดำ⁽³⁾ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ตั้งแต่ 1.0 ถึง 2.7 คนต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย โดยถวัลย์วงศ์ รัตนศิริและคณะ⁽⁴⁾ ได้รายงานอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัด

ขอนแก่น ระหว่าง พ.ศ. 2533 - 2542 เท่ากับ

1.1 คนจากเด็กแรกเกิด 1,000 ราย ส่วนการศึกษาของ สุทธิพงษ์ ปิงคานนท์และคณะ⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2555-2556 รายงานอุบัติการณ์ปากแหว่งเพดานโหว่เท่ากับ 2.7 คนจากเด็กแรกเกิด 1,000 ราย

ปากแหว่งเพดานโหว่อาจพบเป็นความผิดปกติอย่างเดียว (non-syndromic cleft) หรือเกิดร่วมกับความผิดปกติอื่นในลักษณะของกลุ่มอาการ (syndromic cleft) ภาวะเพดานโหว่อย่างเดียว มีโอกาสพบเป็นลักษณะร่วมของกลุ่มอาการร้อยละ 55 ในขณะที่ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีโอกาสพบร่วมกับกลุ่มอาการน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 14⁽⁶⁾ แสดงให้เห็นว่าการเกิดภาวะเพดานโหว่อย่างเดียวสัมพันธ์กับสาเหตุทางพันธุกรรมมากกว่า โดยกลุ่มอาการที่มักพบว่ามีปากแหว่งเพดานโหว่ร่วมด้วย ได้แก่ กลุ่มอาการเทรเชอร์-คอลลินส์ (Treacher Collins)⁽⁷⁾ และกลุ่มอาการแวนเดอร์วู๊ด (Van de Woude)⁽⁸⁾ เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะปากแหว่งจะพบในเพศชาย

มากกว่าเพศหญิง และในกรณีที่เป็นปากแหว่งข้างเดียว มักจะพบข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา สำหรับเพดานโหว่นั้นพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽⁹⁾

ปัญหาที่พบในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่⁽¹⁰⁾

1. ปัญหาการดูดกลืนและการบดเคี้ยว กลืนลมเข้าไปมากขณะดูดและกลืนเนื่องจากริมฝีปากปิดไม่สนิท

2. ปัญหาการสูญเสียการได้ยิน เนื่องจากมีความบกพร่องของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการเปิดปิดท่อยูสเตเชียนที่เชื่อมระหว่าง nasopharynx และหูชั้นกลาง ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการทางภาษาและการพูด

3. ปัญหาการพูดไม่ชัด เกิดจากความบกพร่องของโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด ขึ้นอยู่กับประเภทและความรุนแรงของเพดานโหว่ นอกจากนี้ยังเกิดจากพฤติกรรมการสำลักของเสียง เช่น เสียงขึ้นจมูก ลมรั่วทางจมูก และขาดแรงดันลมในปาก จะพบมากในเสียงที่มีการใช้แรงดันลมในปากสูง เช่น ส ช ซ

4. ปัญหาฟันขาดหายไป มักมีฟันขาดหายไปโดยเฉพาะในรายที่เป็น alveolar cleft ฟันขาดหายไปบริเวณด้านหน้า ทำให้เป็นช่องโหว่ตามแนวฟัน

5. ปัญหาฟันขึ้นผิดตำแหน่ง พบได้บ่อยบริเวณฟันหน้าตำแหน่งตรงกลางและฟันด้านข้าง

6. ปัญหาฟันขึ้นผิดปกติอาจจะยังไม่งอกออกมาและฝังตัวอยู่ในเหงือกเป็นเวลานาน หรือ

อาจงอกออกมาบางส่วนหรือทั้งหมดทำให้ปิดตำแหน่งฟันแท้

7. ปัญหาการสบฟันผิดปกติ มักพบขากรรไกรบนแคบกว่าขากรรไกรล่าง ความสูงของเพดานและความสัมพันธ์ของแนวฟันผิดปกติ เช่น ฟันหน้าสบกันไม่สนิท ขากรรไกรบนส่วนหน้ายื่นมากเกินไป ฟันล่างคร่อมฟันบน ซึ่งการเกิดฟันล่างคร่อมฟันบนนี้เป็นภาวะที่พบบ่อยสุดในผู้ที่มีเพดานโหว่

8. ปัญหาทางด้านจิตใจ ร่องรอยของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อาจจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและการเข้าสังคมได้ เด็กอาจถูกล้อเลียนว่าพูดไม่ชัด ผลกระทบต่อสภาพจิตใจจะมีมากในช่วงเด็กอายุ 6 เดือนถึง 6 ปี ซึ่งอาจทำให้เด็กขาดความมั่นใจ มีอาการถดถอย ไม่อยากไปโรงเรียน

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องประสบกับปัญหาหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลแก้ไขที่มีประสิทธิภาพและได้ผลสมบูรณ์ในผู้ป่วยเหล่านี้ จึงต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ ตกแต่ง ศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตแพทย์จัดฟัน ทันตแพทย์สำหรับเด็ก โสต นาสิกแพทย์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา⁽¹¹⁾ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดจากตารางที่ 1 เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่จัดทำโดยมูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยมูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทย⁽¹²⁾

ช่วงอายุ	การดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ
แรกเกิด-3 เดือน	- กุมารแพทย์ประเมินทารกแรกคลอด แนะนำการให้นม ส่งต่อทำเพดานเทียม - ทันตแพทย์/ทันตแพทย์จัดฟัน ทำเพดานเทียมในรายที่จำเป็น - โสต ศอ นาสิกแพทย์ประเมินการตอบสนองต่อการได้ยิน
อายุ 3-4 เดือน	- กุมารแพทย์ประเมินพัฒนาการและสุขภาพทั่วไป - ศัลยแพทย์เย็บริมฝีปาก จมูก และพื่นจมูก
อายุ 4-9 เดือน	- โสต ศอ นาสิกแพทย์ตรวจหูและรักษากรณีที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง - ทันตแพทย์ดูแลสุขภาพช่องปาก ให้คำแนะนำและติดตามผลทุก 6 เดือน - นักแก้ไขการพูดให้คำแนะนำในการกระตุ้นการพูด และติดตามผลทุก 3-6 เดือน
อายุ 1-4 ปี	- ทันตแพทย์จัดฟันประเมินการสบฟันในระยะฟันน้ำนม - ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรมแก้ไขในรายที่จำเป็น - โสต ศอ นาสิกแพทย์ ตรวจหูเป็นประจำทุกปี
อายุ 4-5 ปี	- นักแก้ไขการพูดจัดโปรแกรมประเมินการพูด และการรักษาทุก 3 เดือน - ทันตแพทย์จัดฟันประเมินความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกและขากรรไกร - ศัลยแพทย์ผ่าตัดแก้ไขภาวะ Velopharyngeal insufficiency
อายุ 5-8 ปี	- ทำศัลยกรรมเสริมความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน
อายุ 8-11 ปี	- ทันตแพทย์จัดฟันเตรียมการสำหรับการปลูกถ่ายกระดูก - ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรมปลูกถ่ายกระดูก
อายุ 12-15 ปี	- โสต ศอ นาสิกแพทย์ประเมินความจำเป็นในการทำศัลยกรรมจมูก
อายุมากกว่า 15 ปี	- ทันตแพทย์จัดฟันวางแผนการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกร - ศัลยแพทย์ผ่าตัดกระดูกขากรรไกร

ปัญหาทันตสุขภาพและการดูแล ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน โดยเฉพาะฟันผุและเหงือกอักเสบมากกว่าเด็กปกติ เนื่องจากมีความผิดปกติของฟันและการสบฟันหลายประการ รวมถึงผลข้างเคียงจากการทำศัลยกรรมเพื่อแก้ไขความผิดปกติ นอกจากนี้ผู้ปกครองยังมองข้ามความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยให้ความสำคัญต่อการแก้ไขรูปลักษณ์ของใบหน้ามากกว่า หรือแม้แต่สถานะทางเศรษฐกิจของ

ครอบครัวที่ไม่ดีทำให้ผู้ปกครองต้องดิ้นรนทำงาน จึงละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนำไปสู่การเกิดปัญหาฟันผุได้ง่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้⁽¹³⁾

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ควรได้รับการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพตั้งแต่หลังคลอดและต่อเนื่องไปจนกระทั่งการเจริญทางกายภาพของผู้ป่วยเกิดขึ้นสมบูรณ์โดยเฉลี่ยคือที่อายุประมาณ 17-20 ปี⁽¹³⁾ สำหรับในช่วงอายุ 6 เดือน-6 ปี ซึ่งเป็นช่วงชุดฟันน้ำนม (Primary Dentition) ทันตแพทย์สำหรับเด็กจะทำการตรวจและรักษาสุขภาพช่องปาก รวมถึงให้คำแนะนำในการดูแล

สุขภาพช่องปาก นวัตกรรมพัฒนาการของฟันเป็น ประจำทุก 3-6 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกลัว และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจาก ประสบการณ์ในการผ่าตัดหลายครั้งที่มีความ เจ็บปวด จึงเป็นปัญหาในการรักษาทางทันตกรรม ดังนั้นทันตแพทย์ต้องใช้เวลาในการปรับ พฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความ เชื่อมั่นและไว้วางใจ นอกจากนี้ควรส่งต่อทันตแพทย์ จัดฟันเพื่อตรวจการสบฟัน ประเมินความผิดปกติ ของโครงสร้างกระดูกขากรรไกรในการเตรียม ความพร้อมสำหรับการปลูกกระดูกในช่วงอายุ 8-11 ปีและวางแผนแก้ไขปัญหาขากรรไกรที่ผิดปกติและปัญหาการสบไขว้โดยการใส่เครื่องมือจัด ฟันทั้งชนิดถอดได้และติดแน่น⁽¹²⁾ นอกจากการ ดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์แล้ว ผู้ป่วย ปากแหว่งเพดานโหว่ควรได้รับการส่งต่อ ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและ จิตใจ ในบางรายอาจต้องส่งต่อศัลยแพทย์เพื่อ ผ่าตัดเสริมความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน ส่งพบ โสต ศอ นาสิกแพทย์ เพื่อประเมินและตรวจการ ได้ยินของหู รวมถึงประเมินความผิดปกติของจมูก เพื่อวางแผนแก้ไขโดยศัลยกรรมจมูกในอนาคต และส่งต่อนักแก้ไขการพูดเพื่อฝึกและกระตุ้นการ ออกเสียง

การรักษาฟื้นฟูสภาพช่องปากและใบหน้า จะเกิดผลสำเร็จที่ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับการดูแล รักษาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โรค เหนือกและฟันผุที่ลุกลามจนนำไปสู่การสูญเสียฟัน ก่อนกำหนดไม่ว่าจะเป็นฟันน้ำนมหรือฟันแท้ จะทำให้ขาดการกระตุ้นการเจริญเติบโตของ ขากรรไกร ทำให้การสบฟันที่ผิดปกติมีความ รุนแรงซับซ้อนและการรักษาทางทันตกรรม

มีความยุ่งยากมากขึ้น โดยเฉพาะการสูญเสียฟัน บนในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งมีผลต่อความ สวยงาม ประสิทธิภาพของระบบบดเคี้ยวและ เสถียรภาพของการสบฟันภายหลังการรักษา นอกจากนี้ในขั้นตอนการรักษาที่จำเป็น เช่น การ ผ่าตัดตกแต่งริมฝีปาก การแก้ไขรูปร่างริมฝีปาก และจมูก การปลูกถ่ายกระดูกเข้าฟัน หากมีฟันผุ และคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อหลัง ศัลยกรรม ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการรักษา⁽¹³⁾ รายงานผู้ป่วยฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอการ รักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ อายุ 6 ปี ที่รับการรักษาทางทันตกรรมจนเสร็จ สมบูรณ์และมีการนัดติดตามพัฒนาการของฟัน เป็นประจำ ก่อนส่งต่อเพื่อวางแผนรักษาทาง ทันตกรรมจัดฟันและปลูกกระดูกต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 6 ปี 6 เดือน มาพบ ทันตแพทย์ด้วยอาการปวดและบวมฟันกรามล่าง ซ้าย ผู้ป่วยมีประวัติปากแหว่งเพดานโหว่ แต่กำเนิด ได้รับการผ่าตัดเย็บริมฝีปากเมื่ออายุ 6 เดือน และผ่าตัดเย็บเพดานเมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา เคย รักษาทางทันตกรรมโดยการอุดฟันหลายซี่ ให้ความร่วมมือในการรักษาดี จัดอยู่ในกลุ่ม co-operative ability ตามการจำแนกของ Wright⁽¹⁴⁾

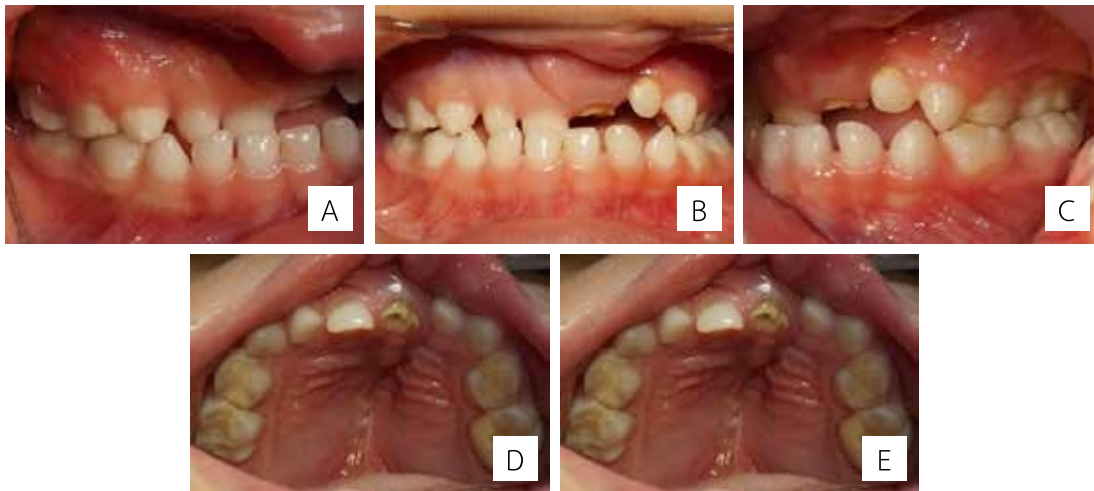
จากการตรวจภายนอกช่องปากพบ ใบหน้าสมมาตร มีแผลเป็นบริเวณริมฝีปากบนซ้าย จากการเย็บแก้ไขปากแหว่ง ด้านข้างของปีกจมูก ซ้ายแบน ขากรรไกรบนยุบ ตรวจภายในช่องปาก

พบการสบไขว้ที่ฟันหน้าและฟันหลังด้านซ้าย มีการหว่าของสันเหงือกบนด้านซ้ายระหว่างฟันซี่ 61 และฟันซี่ 62 ต่อเนื่องไปถึงเพดาน วินิจฉัยเป็น

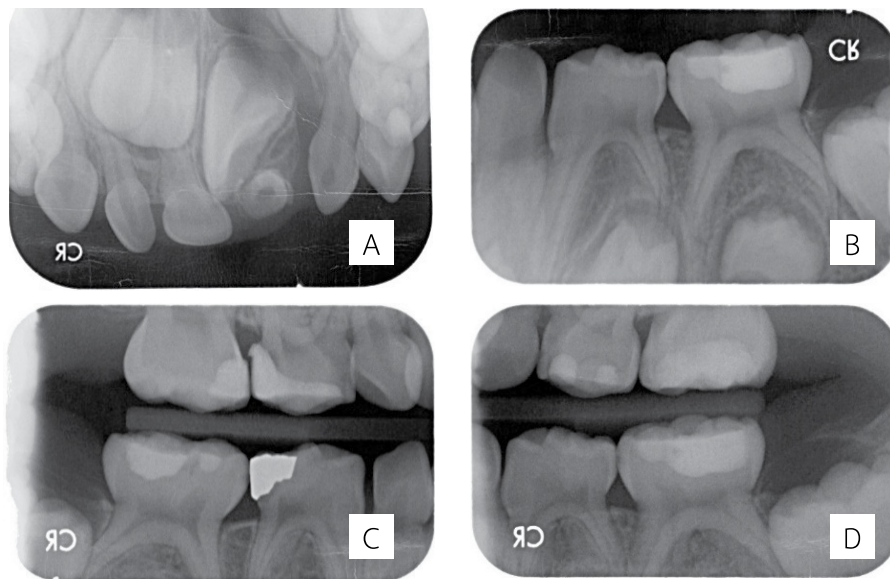
ปากแหว่งเพดานโหว่ข้างเดียวแบบสมบูรณ์ (Complete unilateral cleft lip and palate)⁽¹⁰⁾



ภาพที่ 1 ภาพใบหน้าผู้ป่วย (A) ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าด้านซ้าย (C) ใบหน้าด้านขวา



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายภายในช่องปากก่อนการรักษา (A) การสบฟันด้านขวา (B) การสบฟันด้านหน้า (C) การสบฟันด้านซ้าย (D) ขากรรไกรบน (E) ขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 3 ภาพรังสีก่อนการรักษา (A) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันหน้าบน (B) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันล่างซ้าย (C) ภาพถ่ายรังสีด้านประชิดของฟันด้านขวา (D) ภาพถ่ายรังสีด้านประชิดของฟันด้านซ้าย

ตารางที่ 2 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัย และการรักษา

Tooth & Area	Clinical examination	Radiographic Interpretation	Diagnosis	Treatment
55 OM	Intact glass ionomer filling with deep pit and groove, without any symptoms.	No significant finding.	Sound tooth	55 OPa sealant
54 OD	Intact glass ionomer filling without any symptoms.	Radiopaque area seen on disto-occlusal surface with overhanging margin and radiolucent line under radiopaque of material.	Improper restoration with dental caries	54 OD refilling with composite resin
61	Retained root without any symptoms.	Retained dental root in alveolar bone, having tooth bud of 21 underneath with rotation tooth	Pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis	61 extraction
62 La	White spot lesion with dental plaque.	No significant finding.	Sound tooth	Apply fluoride varnish

ตารางที่ 2 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัย และการรักษา (ต่อ)

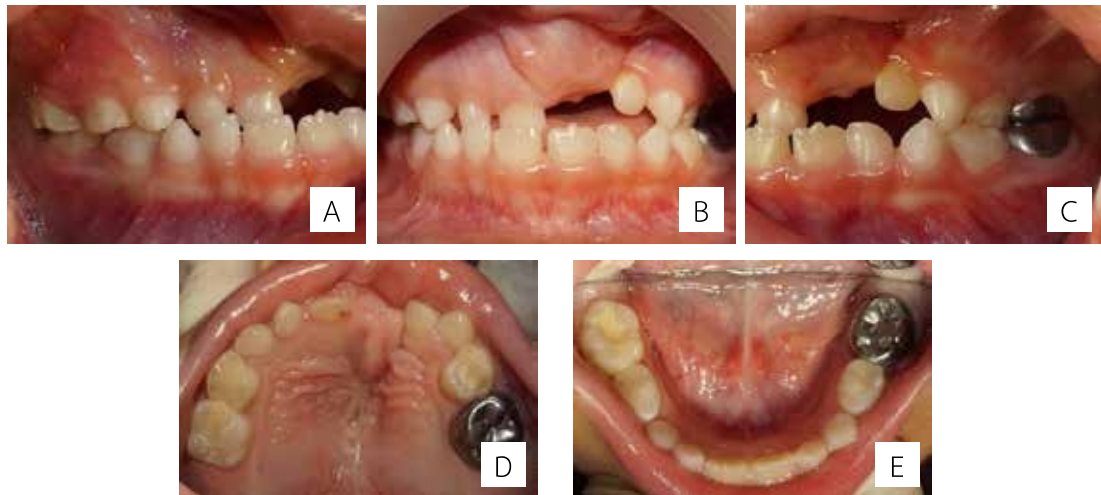
Tooth & Area	Clinical examination	Radiographic Interpretation	Diagnosis	Treatment
64 O, Pa	Intact glass ionomer filling at occlusal surface and partial dislodged glass ionomer filling at palatal surface, without any symptoms.	No significant finding.	Improper restoration	64 Pa refilling with composite resin
65 Pa	Intact large glass ionomer filling with deep pit and groove at occlusal surface, without any symptoms.	No significant finding.	Sound tooth	65 O sealant
75 O	Intact glass ionomer filling with buccal abscess, 1 st mobility, + to palpation	Radiopaque area seen occlusal surface exposed distal pulp horn, radiolucent area seen on mesial surface involved outer 1/2 of enamel, widening PDL space, loss of lamina dura, no root resorption.	Pulp necrosis with acute apical abscess	75 pulpectomy with SSC
74 O	Deep pit and groove without any symptoms.	Normal crown, normal PDL space and intact lamina dura.	Sound tooth	74 O sealant
84 OD	Intact amalgam filling without any symptoms.	radiolucent line under radiopaque of material	Dental caries	84 OD refilling with composite resin
85 O	Intact glass ionomer filling without any symptoms.	Radiolucent area seen on mesial surface involved outer 1/2 of enamel	Dental caries	85 M Reassess when open 84 OD



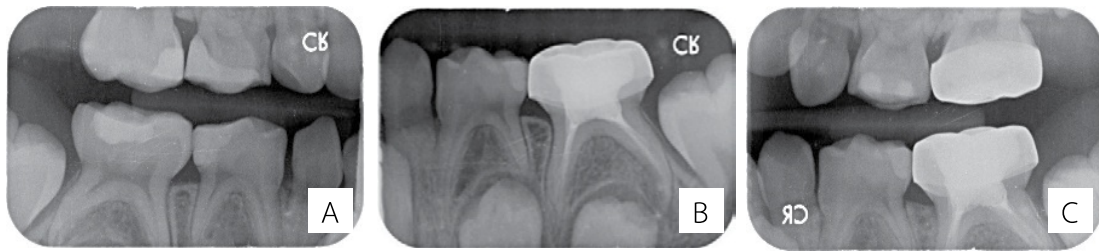
ภาพที่ 4 ภาพถ่ายภายในช่องปากหลังการรักษา 3 เดือน (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายภายในช่องปากและภาพรังสีหลังการรักษา 6 เดือน (A) ภาพถ่ายขากรรไกรบน (B) ภาพถ่ายขากรรไกรล่าง (C) ภาพถ่ายรังสีด้านประชิดของฟันด้านซ้าย



ภาพที่ 6 ภาพถ่ายภายในช่องปากหลังการรักษา 12 เดือน (A) การสบฟันด้านขวา (B) การสบฟันด้านหน้า (C) การสบฟันด้านซ้าย (D) ขากรรไกรบน (E) ขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 7 ภาพรังสีหลังการรักษา 12 เดือน (A) ภาพถ่ายรังสีด้านประชิดของฟันด้านขวา (B) ภาพถ่ายรังสีปลายรากฟันล่างซ้าย (C) ภาพถ่ายรังสีด้านประชิดของฟันด้านซ้าย

การส่งต่อและการวางแผนการรักษา ด้านอื่นๆ

1. ปรีกษาทันตแพทย์จัดฟันและศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลเพื่อประเมินความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกและขากรรไกรเพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมสำหรับการปลูกถ่ายกระดูกในช่วงอายุ 8-11 ปี และแก้ไขปัญหขากรรไกรบนที่มีขนาดเล็กและแคบ และปัญหาการสบไขว้ในฟันหน้าและฟันหลังโดยการใส่เครื่องมือจัดฟันทั้งชนิดถอดได้และติดแน่น
2. ปรีกษาศัลยแพทย์เพื่อประเมินความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน
3. ปรีกษาโสต ศอ นาสิกแพทย์ เพื่อประเมินและตรวจการได้ยินของหู ประเมินความผิดปกติของจมูก เพื่อวางแผนในการแก้ไขโดยการศัลยกรรมจมูก
4. ปรีกษานักแก้ไขการพูด เพื่อตรวจประเมินปัญหาในการออกเสียง กระตุ้นการพูดและฝึกพูด

ผลการรักษา

ภายหลังการนัดผู้ป่วยมาตรวจฟันซ้ำทุก 3 เดือน พบคราบจุลินทรีย์สะสมระดับปานกลาง และพบวัสดุอุดของฟันกรามบนด้านซ้ายซี่ที่ 2

หลุด ซึ่งเคยบูรณะไว้ด้วยกลาสไอโอไอโนเมอร์ซีเมนต์ขนาดใหญ่เมื่อ 2 ปี ก่อนจึงบูรณะขึ้นใหม่ด้วยการทำครอบฟันโลหะไร้สนิมเพื่อให้เกิดความแข็งแรง จากนั้นนัดผู้ป่วยมาตรวจฟันซ้ำ 6 และ 9 เดือน พบฟันผุบริเวณด้านประชิดของฟันกรามล่างซ้ายและยังคงมีคราบจุลินทรีย์สะสมโดยเฉพาะในฟันหน้าใกล้รอยต่อบริเวณเพดานโหว่และบริเวณคอฟัน จึงได้เน้นย้ำการทำความสะอาด โดยเฉพาะการใช้ไหมขัดฟัน ภายหลังการนัดตรวจฟัน 12 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ไม่พบฟันผุเพิ่ม วัสดุอุดอยู่ในสภาพดี แต่ยังคงมีคราบจุลินทรีย์ตามคอฟันในบางบริเวณ

วิจารณ์

การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการดูแลตั้งแต่หลังคลอดและต่อเนื่องไปจนกระทั่งการเจริญทางกายภาพของผู้ป่วยเกิดขึ้น ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่อายุ 4 เดือน ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทั้งศัลยแพทย์ ทันตแพทย์จัดฟัน นักแก้ไขการพูดและโสต ศอ นาสิกแพทย์ และได้รับคำแนะนำให้มาตรวจและทำการรักษาฟันที่โรงพยาบาล

ชุมชนใกล้บ้านจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถสื่อสารได้ปกติ ออกเสียงได้ค่อนข้างชัดเจน พัฒนาการด้านอื่นสมวัย แต่มีน้ำหนักตัวที่ต่ำกว่าเกณฑ์

ในด้านทันตกรรม ผู้ป่วยเคยได้รับการอุดฟันหลายซี่ ซึ่งมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาค่อนข้างดีแต่เนื่องจากผู้ปกครองไม่ได้พาผู้ป่วยมาตรวจฟันอย่างต่อเนื่อง จะพามาพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการเท่านั้น จึงทำให้ฟันบางซี่ถูกละลายจนหลุดแต่รากฟัน จากการตรวจในช่องปากพบฟันที่ได้รับการบูรณะด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ที่มีขนาดใหญ่หลายซี่ ซึ่งสอดคล้องกับการซักประวัติในอดีตที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดุนนมขวดจนถึงอายุ 3 ปี และชอบรับประทานขนมกรุบกรอบและลูกอม อีกทั้งยังทำความสะอาดช่องปากได้ยาก เนื่องจากลักษณะของเพดานโหว่ ทำให้ฟันเรียงตัวไม่ปกติ และผลข้างเคียงจากการศัลยกรรมทำให้เกิดแผลเป็นและมีการสูญเสียความยืดหยุ่นของริมฝีปากภายหลังการเย็บ จึงทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย ดังนั้นในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงต้องเน้นย้ำเรื่องการดูแลทำความสะอาดช่องปาก โดยเฉพาะบริเวณฟันข้างเคียงที่ติดกับรอยแยกของเพดานโหว่ และควบคุมปัจจัยด้านอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

ในผู้ป่วยรายนี้ ให้การรักษาตามแผนที่วางไว้เป็นจุดภาค ในฟันกรามที่เคยมีอาการปวดและบวมเล็กน้อยรักษาโดยการรักษารากฟันและทำครอบฟันโลหะไร้สนิม ส่วนฟันซี่อื่นที่พบฟันผุซ้ำหรือมีวัสดุอุดเกินได้บูรณะใหม่ด้วยคอมโพสิตเรซินเนื่องจากการบูรณะด้านประชิดของฟันหลัง ซึ่งต้องรับแรงบดเคี้ยว จึงเลือกใช้วัสดุที่มีความแข็งแรงและทนต่อแรงบดเคี้ยว และ

พิจารณาถอนรากฟันหน้าบนออกเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากนั้นจึงนัดติดตามพัฒนาการของฟันอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีความจำเป็นต้องรักษาสภาพฟันให้คงอยู่มากที่สุด เนื่องจากการสูญเสียฟันก่อนกำหนด จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกรองรับฟันทำให้การสบฟันผิดปกติและมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้หากมีฟันผุและคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคจะเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อหลังศัลยกรรม ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการรักษา ในผู้ป่วยรายนี้วางแผนที่จะปลุกกระดูกเมื่ออายุประมาณ 8-11 ปี ซึ่งจะทำให้ฟันซี่ 22 ที่กำลังขึ้นมาในช่องโหว่มีโอกาสงอกได้ปกติ ช่วยปิดช่องโหว่บริเวณสันเหงือก และช่วยให้การจัดฟันง่ายขึ้น อาจมีการขยายขากรรไกรบนที่เล็กและแคบก่อนปลุกกระดูก และแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติด้วยเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้หรือชนิดติดแน่น

ภายหลังการติดตามผลการรักษา พบคราบจุลินทรีย์โดยเฉพาะบริเวณคอฟันและฟันข้างเคียงบริเวณรอยแยกเพดานโหว่ และพบฟันผุเพิ่มบริเวณด้านประชิดของฟัน แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองและผู้ป่วยยังดูแลสุขภาพช่องปากไม่ได้ จึงต้องเน้นย้ำและให้ผู้ปกครองฝึกแปรงและใช้ไหมขัดฟันจริงจนสามารถทำได้ ร่วมกับการให้ทันตกรรมป้องกันโดยการเคลือบหลุมร่องฟันและเคลือบฟลูออไรด์ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร

การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องอาศัยทีมจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ มีการร่วมวินิจฉัยและวางแผนการรักษา รวมถึงติดตามและประเมินผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้ง

ทางร่างกายและจิตใจให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นทันตแพทย์ซึ่งไม่เพียงแต่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย แต่ต้องคำนึงถึงการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีการปรึกษาและประเมินความสำเร็จร่วมกันจากบุคลากรภายในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สมบูรณ์ที่สุด

สรุป

การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ต้องอาศัยการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมแบบพร้อมมูลที่เป็นระบบและมีลำดับขั้นตอน ซึ่งต้องวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมตามช่วงอายุเพื่อฟื้นฟูสภาพบริเวณช่องปากและใบหน้าให้เป็นปกติ โดยทันตแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาให้การบูรณะฟัน ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ฝึกระวังและส่งเสริมการเจริญพัฒนาแกฟันน้ำนมและฟันถาวรนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทางตามความจำเป็นหรือตามช่วงอายุที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้รับการแก้ไขและฟื้นฟูสภาพบริเวณช่องปากและใบหน้าได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. Lancet 2009;374(9703):1773-85.
2. Murray JC. Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. Clin Genet 2002;61(4):248-56.
3. Vandas AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. Cleft Palate J 1987; 24(3):216-25.
4. ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, นพัสร์ จันทธำรงวัฒน์, สมนึก อภิวันทนกุล, จำรัส วงศ์คำ, บวรศิลป์ เชาวันชื่น. อุบัติการณ์ของการคลอดทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2533-2542. ศรีนครินทร์เวชสาร 2544;16(1):3-7.
5. Pangkanon S, Sawasdivorn S, Kuptanon C, Chotigeat U, Vandepitte W. Establishing of National Birth Defects Registry in Thailand. J Med Assoc Thai 2014;97(Suppl 6):S182-8.
6. Jones MC. Etiology of facial clefts: prospective evaluation of 428 patients. Cleft Palate J 1988;25(1):16-20.

7. Posnick JC, Ruiz RL. Treacher Collins syndrome: current evaluation, treatment, and future directions. *Cleft Palate Craniofac J* 2000;37(5):434.
8. Rizos M, Spyropoulos MN. Van der Woude syndrome: a review. Cardinal signs, epidemiology, associated features, differential diagnosis, expressivity, genetic counselling and treatment. *Eur J Orthod* 2004;26(1): 17-24.
9. Jensen BL, Kreiborg S, Dahl E, Fogh-Andersen P. Cleft lip and palate in Denmark, 1976-1981: epidemiology, variability, and early somatic development. *Cleft Palate J* 1988; 25(3):258-69.
10. เบญจมาศ พระธานี. ภาษาพูดและการได้ยินของบุคคลปากแหว่งเพดานโหว่. ขอนแก่น: ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
11. Shah CP, Wong D. Management of children with cleft lip and palate. *Can Med Assoc J* 1980;122(1):19-24.
12. ศันสนีย์ อนันต์สกุลวัฒน์, นิตา วิวัฒน์ทีปะ, บรรณาธิการ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทย; 2546.
13. มารศรี ชัยวรวิทย์กุล, วไล เขตวัน, สหัช แก้วกำเนิด, วริศราศิริมหาราช, กฤษณ์ ขวัญเงิน. การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สำหรับทันตแพทย์และทันตแพทย์จัดฟัน เล่มที่ 1. เชียงใหม่ : ทรีโอ แอคเวอร์ไทซิง แอนด์ มีเดีย; 2555.
14. Wright GZ. Children's behavior in the dental office. In: Wright GZ, editor. Behavior management in dentistry for children. Philadelphia: W.B. Saunders; 1975:55-72.