แนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทีมสหวิชาชีพ
Guideline for multidisciplinary team approach in cleft lip and palate patient

ลัดดาวัลย์ สุนันท์ลิกานนท์[1, 2]

Laddawun Sununliganon

วรนุช เชษฐภักดีจิต[1]

Woranuch Chetpakdeechit

บทคัดย่อ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นภาวะความผิดปกติที่มีความซับซ้อน ซึ่งประกอบด้วยการแก้ไขความผิดปกติทางกายภาพในผู้ป่วยที่ไม่มีความผิดปกติแบบกลุ่มอาการ การทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องและการพัฒนาการด้านต่างๆ ทางด้านกายภาพจะมีความผิดปกติบริเวณริมฝีปาก จมูก กระดูกสันเงือก เพดานแข็งและเพดานอ่อน ขึ้นกับชนิดและความรุนแรงที่เกิด ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในทารกส่งผลสำคัญทำให้ทารกดูดนมได้น้อย และเกิดการสำลักได้ง่ายกว่าทารกปกติ ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องทำให้ลดพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการพัฒนาการด้านอื่นๆร่วมด้วย เช่น การฟัง การพูด การเข้าสังคม และการขาดความมั่นใจในตนเอง ดังนี้การรักษาจะต้องทำเป็นหลายขั้นตอน โดยที่การแก้ไขความผิดปกติในแต่ละส่วนรวมถึงการผ่าตัดในแต่ละขั้นตอนควรจะทำในช่วงอายุที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบในด้านลบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ป่วย

การตรวจและให้รักษาที่มีที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดได้จากการประสานร่วมมือของทีมบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ ดังนั้นคณะทันตแพทยศาสตร์ร่วมกับแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จึงได้เห็นความสำคัญและได้มีการริเริ่มจัดกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันภายใต้โครงการสัมมนาวิชาการ เรื่อง “Multidisciplinary approach for Cleft lip and/or palate #1 - NAM” ซึ่งได้มีการสรุปร่างแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ร่างหนึ่งในแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่โดยทีมสหสาขาที่ได้ปรับใช้ในแผนก รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วย พ่อแม่และผู้ที่มีส่วนดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อให้มีความเข้าใจตระหนักในความสำคัญและขั้นตอนในการรักษา เพื่อที่จะได้ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

คำสำคัญ: แนวทางการรักษา การรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปากแหว่งเพดานโหว่

[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)

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 วิรารัตน์ , 2553)[1] ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกตินี้แตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ (9-35 คนต่อประชากรแรกเกิด 10,000 คน) โดยมีค่าเฉลี่ยทั้งประเทศประมาณ 12-15 ต่อประชากรแรกเกิด 10,000 คน ทั้งนี้ความ แตกต่างของตัวเลขขึ้นอยู่กับลักษณะข้อมูลที่ต้องการ กลุ่มประชากรที่ศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และ การเข้ารับการรักษาและการส่งต่อของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น[(1-4)]

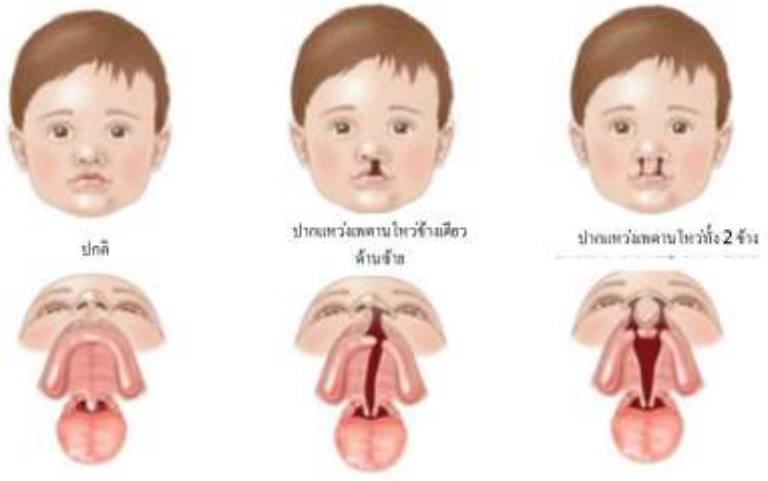
เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และครอบครัวจะได้รับผลกระทบทั้งทางตรง ตั้งแต่ลักษณะภายนอก (Physical appearance) คือ มีความผิดปกติของริมฝีปาก ฐานจมูก และปีกจมูก ปัญหาการดูดนม การกลืน การขึ้นของฟัน การสบฟัน การเรียงตัวของฟัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง ผู้ป่วยมักมีแผลเป็นหลังการผ่าตัดที่สังเกตเห็นได้ เมื่อโตขึ้นมักมีปัญหาด้านการพูด

เช่น เสียงขึ้นจมูก พูดไม่ชัด ความเสี่ยงในการติดเชื้อของหูสูงกว่าเด็กปกติ ผลกระทบทางด้านจิตใจ รวมถึง ผลกระทบทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การขาดเรียนบ่อยจากการมาโรงพยาบาลและการพักฟื้น เป็นต้น

การแก้ไขลักษณะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีประสิทธิภาพและได้ผลสมบูรณ์จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การรักษาต้องทำอย่างถูกต้อง ผ่านการวางแผนการรักษาร่วมกัน ในช่วงอายุของผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนั้นการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ จึงมีความสำคัญในการช่วยสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยกันเอง ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว และใช้ในการติดตามประเภทของการรักษาว่าครบถ้วนหรือไม่ เนื่องจากการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ใช้ระยะเวลานานตั้งแต่แรกเกิด จนถึงวัยผู้ใหญ่

ลักษณะภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และการรักษาโดยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ความผิดปกติของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีลักษณะแตกต่างกันขึ้นกับระยะเวลาเกิดความผิดปกติในการสร้างอวัยวะในครรภ์มารดา รูปที่ 1 แสดงให้เห็นการเปรียบเทียบกับภาวะปกติดังโดยแบ่งได้เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ที่เป็นเพียงข้างเดียวหรือเป็นทั้ง 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/)

ทั้งนี้ลักษณะที่พบอาจจะมีความแตกต่างกันได้อีกขึ้นกับความรุนแรงของความแหว่งข้างเดียว (รูป2.2) ในขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการพิมพ์ปากเพื่อทำแบบจำลองในช่องปากซึ่งจะใช้เพื่อทำเครื่องมือในการรักษา จากแบบจำลองจะแสดงรอยโหว่ที่เพดานได้อย่างชัดเจน (รูป2.3) ส่วนภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั้ง 2 ข้างจะพบว่าส่วนหน้าของขากรรไกรบนและส่วนกลางของริมฝีปากบนจะแยกออกและมักจะพลิกขึ้นมาติดกับบริเวณจมูก (รูป2.4) เมื่อทำแบบจำลองในช่องปากจะเห็นสันเหงือกแยกกันอย่างชัดเจน (รูป2.5)

แต่ถ้าการขัดขวางการสร้างรูปร่างเกิดขึ้นในช่วงที่มีการสร้างเพดานทารกที่เกิดจะมีภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว (รูป3) ผิดปกติ ดังตัวอย่างที่แสดงในรูปที่ 2 แสดงภาพปากแหว่งบางส่วน (รูป 2.1) ปาก



รูปภาพที่ 2 แสดงภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ 2.1 ปากแหว่งบางส่วนข้างเดียวด้านขวา 2.2 และ 2.3 ปากแหว่งเพดานโหว่ข้างเดียวด้านซ้าย และแบบจำลองเพดาน ตามลำดับ 2.4 และ 2.5 ปากแหว่งเพดานโหว่ข้างเดียวด้านซ้าย และแบบจำลองเพดาน ตามลำดับ



รูปภาพที่ 3 แสดงภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้สิ่งที่ควรคำนึงถึงอย่างมาก คือทารกแรกคลอดที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จะแบ่งได้เป็น 2กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติของระบบอื่นๆของร่างกาย และกลุ่มมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยเช่นความผิดปกติของโครโมโซม ความผิดปกติของหัวใจ เป็นต้น โดยจะมีการแสดงออกและความรุนแรงที่แตกต่างกัน ซึ่งทารกจะได้รับการรักษาตามความเหมาะสมในแต่ละรายไป

การดูแลรักษาจะเริ่มต้นทันทีตั้งแต่แรกคลอด คือ การปิดแผ่นแทบกาวช่วยลดความกว้างของริมฝีปากที่แหว่งในทารกที่มีภาวะปากแหว่งและการปรับท่าทางการดูดนมของทารกที่มีภาวะเพดานโหว่ การตรวจโรคทางระบบหรือ ตรวจสอบว่าทารกมีความผิดปกติในลักษณะของกลุ่มอาการใดหรือไม่ เพื่อที่จะทำการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อวางแผนการรักษา รวมถึงการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจซึ่งจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันให้การรักษาได้แก่

-ทีมแพทย์สาขาต่างๆ เช่น กุมารแพทย์สาขาต่างๆ ศัลยแพทย์ตกแต่ง โสต ศอ นาสิกแพทย์ วิสัญญีแพทย์

-ทีมพยาบาลผู้ให้การดูแลและให้คำแนะนำในการให้นมเด็ก

-นักโภชนาการ

-ทีมทันตแพทย์ เช่น ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยศาตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน และทันตกรรมประดิษฐ์ เป็นต้น รวมทั้งผู้ช่วยทันตแพทย์และช่างทันตกรรม

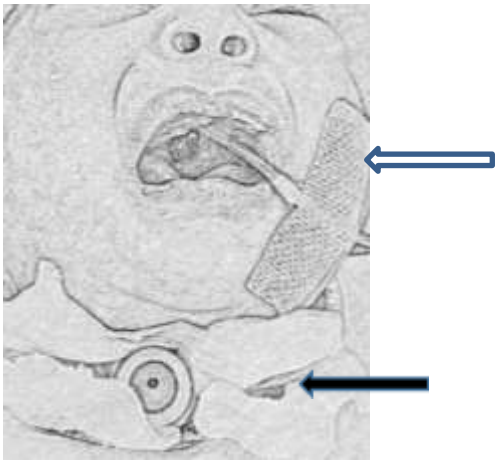
-นักตรวจการได้ยิน

-นักบำบัดการพูดนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย/นักฝึกพูด

-นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ

ขั้นตอนการให้การรักษามีดังนี้

สูตินารีแพทย์และกุมารแพทย์รับผู้ป่วยแรกคลอด โดย ประเมินและให้การรักษาในระยะแรก และแก้ไขภาวะวิกฤต ในกรณีที่เกิดขึ้นตามความจำเป็นของทารกแต่ละราย เช่นทารกบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจซึ่งจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ทารกที่มีกระดูกขากรรไกรล่างเล็ก คางเล็ก ระยะระหว่างคางและลำคอสั้น โดยอาจมีลิ้นโตร่วมด้วย อาจจะต้องมีการช่วยด้านการหายใจขึ้นกับความรุนแรงที่เกิดขึ้น เช่นให้นอนตะแคง การให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคล้องหรือใช้เครื่องมือครอบที่บริเวณจมูกหรือใส่ท่อช่วยหายใจ (รูปที่4) การเจาะคอหรือการผ่าตัดเพื่อยืดกระดูกในระยะเวลาที่เหมาะสม



รูปภาพที่ 4 แสดงการใส่ท่อให้อาหารทางปาก (ลูกศรสีขาว) และการช่วยหานใจโดยท่อหายใจทางคอ (ลูกศรสีดำ)

ทารกจะได้รับการปิดแผ่นแทบกาวช่วยลดความกว้างของริมฝีปากที่แหว่ง ที่สำคัญทารกที่มีภาวะ ปากแหว่งเพดานโหว่จะมีปัญหาเรื่องการดูดนมเนื่องจากไม่มีช่องปิดบริเวณริมฝีปากและเพดาน ทำให้แรงในการดูดนมน้อยกว่าปกติ และมีปัญหาด้านการกลืนทำให้สำลักได้ง่าย และมีความเสี่ยงในการสำลักนมเข้าไปในปอด ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ รวมทั้งอาจได้รับนมในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ วิธีที่จะช่วยให้ทารกสามารถดูดนมได้มากขึ้นมีตั้งแต่

- การเจาะรูหัวนมเทียมให้ใหญ่ขึ้นเพื่อลดแรงที่ใช้ในการดูดนม และการบากหัวนมเทียมเป็นกากบาท เพื่อให้เป็นลักษณะคล้ายช่องซึ่งจะเปิดเมื่อทารกดูดนม เมื่อหมดแรงดูดปากนมจะปิด ซึ่งจะทำให้ไม่มีนมไหลเลอะและลดโอกาสที่จะทำให้ทารกสำลักนมลง หรืออาจจะชงนมใส่ถุงพลาสติกใส่ในขวดนมที่

เจาะช่องไว้ เพื่อช่วยกดถุงนั้นเวลาทารกดูดนม เป็นการช่วยเพิ่มแรงในการดูดนมอีกทาง

- การใช้หัวนมเทียมชนิดพิเศษที่มีขายโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีลักษณะยาว แต่ก็มีราคาแพง

ในส่วนบทบาทของทันตแพทย์ หลังจากได้รับการปรึกษาจากหอผู้ป่วย ทันตแพทย์จะพิจารณาทำเครื่องมือที่เหมาะสมแก่ทารกแต่ละราย ตัวอย่างเครื่องมือแสดงในรูปที่ 5 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะของทารกแต่ละราย ด้วย เครื่องมือที่ใช้กับทารกแรกเกิดที่สำคัญ คือ เพดานเทียม (obtulator) ซึ่งทำจากวัสดุอะคริลิกหรืออาจจะพิจารณาใช้วัสดุชนิดอื่นเสริมด้านในด้วย เครื่องมือชนิดนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธภาพในการดูดนม โดยจะปิดบริเวณเพดานโหว่ทำให้ทารกมีแรงดูดนมได้มากขึ้น ข้อสำคัญในการใช้เพดานเทียมคือ ควรเริ่มใช้ให้เร็วที่สุดจะทำให้ทารกยอมรับและมีการปรับตัวกับเครื่องมือได้ดี รวมถึงต้องใช้เพดานเทียมอย่างต่อเนื่อง ถ้าเริ่มให้ทารกใช้เครื่องมือช้าทารกอาจจะต่อต้านเครื่องมือ โดยการใช้ลิ้นดันเครื่องมือออกมาหรือจะอาเจียนเมื่อใส่เพดานเทียม อย่างไรก็ตามทารกจะได้รับการกระตุ้นปฏิกิริยาในการดูดและฝึกการกลืนร่วมด้วย ยกเว้นกรณีที่ทารกมีความผิดปกติในระบบการกลืน ทารกอาจจะได้รับการใส่สายสำหรับให้นมไปที่กระเพาะอาหาร (รูปที่ 4) เพื่อให้ทารกได้ปริมาณนมที่เพียงพอ และป้องกันการการเกิดข้อแทรกซ้อนจากการสำลักนมลงไปที่ปอดได้ นอกจากนี้พ่อแม่จะได้รับคำแนะนำในการดูแลทารก ได้แก่ ท่าในการให้นมจะเป็นลักษณะค่อนข้างตั้งให้ศรีษะสูง 45 องศาเพื่อลดโอกาสการเกิดการสำลักนม การให้นมจะให้ทีละน้อยแต่ให้ในความถี่บ่อยขึ้น การจับทารกในลักษณะพาดบ่าเพื่อให้เรอหลังให้นม การดูแลทำความสะอาดช่องปากและเพดานเทียม



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

ทั้งนี้การใช้เพดานเทียมอย่างต่อเนื่องก็มีความสำคัญ ถ้ามีการเว้นระยะทารกอาจจะไม่ยอมใช้เพดานเทียมอีกต่อไป ในหลายกรณีหลังจากใช้เพดานเทียมไปช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งทารกมีการเจริญเติบโตที่ดีพอเช่นเมื่ออย่างเข้าอายุเดือนที่ 2 หรือ 3 และทารกสามารถปรับตัวในการดูดนมในภาวะที่มีเพดานโหว่ได้แล้ว ทารกอาจจะปฏิเสธการใช้เพดานเทียมเลยก็ได้ ซึ่งข้อเสียคือทารกจะใช้ลิ้นดันบริเวณช่องโหว่นั้น แต่ผลเสียที่สำคัญที่ตามมาคือเรา

จะไม่สามารถใช้เครื่องมือชนิดอื่น ได้แก่ เครื่องมือที่ช่วยในการปรับแต่งจมูกและกระดูกสันเหงือก (Nasoalveolar molding, NAM) แก่ทารกคนนั้นได้อีก เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีส่วนของเพดานเทียมเป็นหลักและควรเริ่มใช้เครื่องมือนั้นให้เร็วที่สุดในช่วง 1-2 อาทิตย์หลังคลอดจะดีที่สุด และอาจจะต้องใช้ต่อเนื่องหลังการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง ทั้งนี้การพิจารณาเลือกใช้และการออกแบบเครื่องมือแต่ละชนิดจะขึ้นกับความเหมาะสมกับทารกและเด็กในแต่ละรายไป



รูปภาพที่ 6 แสดงภาพภายในช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวที่ได้รับการจัดฟันเพื่อเตรียมช่องปากก่อนการปลูกถ่ายกระดูกเพื่อปิดช่องโหว่ของกระดูกสันเหงือก (1และ2) และภาพในช่องปากของผู้ป่วยในวัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ทั้ง 2 ข้างและไม่ได้รับการการแก้ไขการปลูกถ่ายกระดูกสันเหงือก (3และ4)



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

การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีดังนี้

1. การผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง โดยอาจทำการผ่าตัดร่วมกับการแก้ไขจมูกในเบื้องต้นด้วย โดยมีแนวทางการรักษาตั้งแต่การแก้ไขในครรภ์ การแก้ไขทันทีหลังคลอด แต่ในปัจจุบันมักทำในช่วงอายุ 3-6 เดือน[6] ขึ้นกับความสมบูรณ์ของร่างกาย โดยจะถือว่ามีความปลอดภัยในการดมยาและผ่าตัด โดยหลักสากลที่ยอมรับและใช้โดยทั่วไปคือ rule of 10 คือเมื่อทารกมีอายุ 10 สัปดาห์ มีน้ำหนัก 10ปอนด์ (4.55กิโลกรัม) และมีค่าฮีโมโกบิล 10กรัม หลังจากผ่าตัดปากแหว่งทารกจะได้รับการใส่เครื่องมือเพื่อช่วยในการคงรูปร่างของจมูก (Nasoform) หรือใช้เครื่องมือในการจัดส่วนของจมูกและกระดูก

สันเหงือก (NAM) ตามความจำเป็น และขึ้นกับความร่วมมือของผู้ปกครองดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

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

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

4. การผ่าตัดปลูกกระดูกบริเวณสันเหงือกโดยใช้กระดูกจากตัวผู้ป่วยเอง มีการแบ่งระยะในการผ่าตัดตามช่วงอายุ แต่ช่วงอายุที่ยอมรับในการปฏิบัติจะอยู่ในช่วง 8-12 ปี[5] ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับการจัดฟันเพื่อเตรียมช่องว่างในการปลูกกระดูก ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเชื่อกระดูกสันเหงือกทั้ง 2 ข้างและปิดช่องทางติดต่อบริเวณจมูกและปากด้านหน้า ช่วยเสริมความนูนบริเวณฐานจมูกเพื่อให้จมูกมีความสมมาตรมากขึ้น และความสำคัญอย่างมากทาง ทันตกรรมคือเพื่อรองรับการขึ้นของฟันเขี้ยวในบริเวณนั้น

5. การผ่าตัดแก้ไขตกแต่งจมูกเพิ่มเติมในช่วงวัยรุ่นถ้าจำเป็น

6. การผ่าตัดแก้ไขการสบฟันและความผิดปกติของใบหน้าร่วมกับการจัดฟันจะทำเมื่อผู้ป่วยหยุดการเจริญเติบโตแล้ว

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นกับข้อตกลงในแต่ละศูนย์ให้การรักษาว่าจะยึดแนวทางใด ในต่างประเทศ เช่นประเทศในแถบยุโรป มีศูนย์ให้การรักษาหลายแห่ง เมื่อใช้แนวทางให้การรักษาไประยะหนึ่ง จะมีการประเมินผลและปรับปรุงแนวทางการรักษาเป็นระยะๆ ตัวอย่างแนวทางการรักษาในประเทศไทยที่นำเปรียบเทียบได้แก่ แนวทางการรักษาที่จัดทำโดยมูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

อายุ 0-3 เดือน - กุมารแพทย์ประเมินทารกแรกคลอด แนะนำการให้นม ประสานงานส่งต่อทำเพดานเทียมในกรณีที่จำเป็น

- ทันตแพทย์/ทันตแพทย์จัดฟัน ทำเพดานเทียมในรายที่จำเป็น

- โสต ศอ นาสิกแพทย์ประเมินการตอบสนองต่อการได้ยิน

อายุ 3-4 เดือน - กุมารแพทย์ประเมินพัฒนาการ และสุขภาพทั่วไป

- ศัลยแพทย์เย็บริมฝีปากจมูก และพื้นจมูก

- โสต 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

- ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรมแก้ไขในรายที่จำเป็น

- โสต ศอ นาสิกแพทย์ ตรวจหูเป็นประจำทุกปี

- นักแก้ไขการพูดจัดโปรแกรมประเมินการพูด และการรักษาทุก 3 เดือน

อายุ 4-5 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันประเมินความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกขากรรไกร

- ศัลยแพทย์ผ่าตัดแก้ไขภาวะ Velopharyngeal insufficiency

อายุ 5-8 ปี - ทำศัลยกรรมเสริมความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน

อายุ 8-11 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันเตรียมการสำหรับการปลูกถ่ายกระดูก

- ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรมปลูกถ่ายประดูก

อายุ 11-12 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน กระตุ้นการเจริญเติบโตของขากรรไกรบน

- ศัลยแพทย์ทำศัลยกรรมเสริมความสวยงามของเนื้อเยื่ออ่อน โสต ศอ นาสิกแพทย์ประเมินความผิดปกติของจมูก

อายุ 12-15 ปี - โสต ศอ นาสิกแพทย์ประเมินจำเป็นในการทำศัลยกรรมจมูก

อายุมากกว่า 15 ปี - ทันตแพทย์จัดฟันวางแผนการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกร

- ศัลยแพทย์ผ่าตัดกระดูกขากรรไกร

แนวทางการรักษาที่ได้จากการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ภายใต้โครงการสัมมนาวิชาการ เรื่อง "Multidisciplinary approach for Cleft lip and/or palate #1 - NAM" โดยคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้มีการสรุปร่างแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพไว้ดังนี้

0-3 เดือน

แรกเกิด ให้คำปรึกษาด้านการดูแล แนะนำการป้อนนม ทำเพดานเทียม

เร็วที่สุด ทำเครื่องมือปรับแต่งจมูก ตรวจการได้ยินเบื้องต้น

3-6 เดือน การเย็บซ่อมริมฝีปากและจมูก

9-18 เดือน ทดสอบการได้ยิน ตรวจด้าน หู คอ จมูก โดยละเอียด

การเย็บซ่อมเพดาน

ทุก 6 เดือน ตรวจช่องปากและฟัน

2 ปี 3ปี 5ปี การประเมินและฝึกการพูด

5-6 ปี การประเมินการพูดแบบละเอียด

การผ่าตัดแก้ไขเพดานอ่อนเพื่อการออกเสียง

การผ่าตัดแก้ไขปากและจมูกเพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น)

การจัดฟันเบื้องต้น (ถ้าจำเป็น)

6-8 ปี การประเมินการพูดครั้งสุดท้าย

8-12 ปี การจัดฟันเพื่อเตรียมปลูกกระดูกบริเวณสัน-

เหงือกที่โหว่

ผ่าตัดปลูกกระดูกบริเวณสันเหงือก

12-24 ปี การจัดฟัน (ถ้าจำเป็น)

13-15 ปี การผ่าตัดตกแต่งจมูกเพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น)

18-24 ปี ผ่าตัดแก้ไขการสบฟันและความผิดปกติของ

ใบหน้าร่วมกับการจัดฟัน

บทสรุป

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ จำเป็นต้องมีการดูแลโดยความร่วมมือกันของทีมสห-วิชาชีพและมีการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ทารกจนโต การให้การรักษาในแต่ละขั้นตอนตามช่วงอายุที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีความเข้าใจและตระหนักในความสำคัญของการให้การรักษาแบบทีมสหวิชาชีพ แนวทางการรักษาของแต่ละศูนย์ฯจะมีแนวทางการรักษาหลักที่คล้ายกันแต่อาจจะแตกต่างในรายละเอียดย่อยเท่านั้น แนวทางการรักษาที่ได้นำเสนอในบทความนี้ พ่อแม่และผู้ดูและผู้ป่วยสามารถใช้เป็นข้อมูลในการติดตามการรักษาในแต่ละขั้นตอนได้ต่อเนื่องและเหมาะสมกับช่วงอายุเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงวรรณดี พลานุภาพ ทันตแพทย์จัดฟัน หัวหน้างานทันตกรรม งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช และ รศ. นพ.ร.อ.สุรจิต อาวสกุลสุทธิ สาขาศัลยกรรมตกแต่ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เป็นวิทยากรในการสัมนา ผู้เข้าร่วมสัมมนาในส่วนที่เป็นอาจารย์ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน และบุคลากรของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ โดยการจัดสัมมนานี้ได้รับการสนับสนุนจาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. ปองใจ วิรารัตน์, วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล, กมลรัตน์ ลิมป์ปัทมปาณี (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) การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สำหรับทันตแพทย์และทันตแพทย์จัดฟัน. เล่ม 1 บ.ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิ่ง จำกัด.เชียงใหม่

4 สุพินดา สุทธานุรักษ์ (2558) ความชุกของปากแหว่ง/เพดานโหว่ในจังหวัดพัทลุง.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11,29:587-595.

5 Coots, 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.