

การรักษาคนไข้เพดานโหว่ในโรงพยาบาลนครปฐม

นายแพทย์ฟินิต ประสมสุข

1. อัตราการพิการ

ประมาณ 1 คนในเด็กเกิดมีชีวิต 500-1000 คนสำหรับประเทศไทย นายแพทย์
เสม พริ้งพวงแก้ว ได้รายงานเมื่อปี ค.ศ. 1958 ถึงสถิติเด็กเกิดในโรงพยาบาลหญิงทั้งหมด
43,142 ราย พบเด็กพิการ 400 ราย ปากแหว่งอย่างเดียว 40 ราย, ปากแหว่งเพดาน
โหว่ 11 ราย หรือประมาณ 1 คนในทุก ๆ เด็กเกิดมีชีวิต 10,000 คน

ในหน่วยทารกแรกคลอดโรงพยาบาลจุฬา ในโรงพยาบาลนครปฐมตั้งแต่ปี พ.ศ.
ลงกรณ์ ช่วงระยะเวลา 5 ปีระหว่าง พ.ศ. 2519-2523 เด็กเกิดทั้งหมด 24,853 ราย
2515 พ.ศ. 2519 เด็กเกิดทั้งหมด 78,814 พบเด็กปากแหว่งและเพดานโหว่ 26 ราย หรือ
ราย พบเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ 70 ราย ประมาณ 1 คน ในทุก ๆ เด็กเกิดมีชีวิต 950
หรือประมาณ 1 คนในทุก ๆ เด็กเกิดมีชีวิต คน
1,100 คน

ผู้ป่วยตั้งแต่ 12 ตุลาคม 2522-29 ธันวาคม 2523

ชนิดของความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
ปากแหว่ง		
ข้างซ้าย	4	17.39
ข้างขวา	3	13.04
เพดานโหว่	10	43.47
ปากแหว่ง + เพดานโหว่		
ข้างเดียว + ข้างเดียว	3	13.04
สองข้าง + สองข้าง	3	13.04
รวม	23	

ปากแหว่ง พบว่า เป็นข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา เป็นอัตรา 4/3

นายแพทย์ฟินิต ประสมสุข

ผู้อำนวยการพิเศษฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

2. เพศ

ชนิดของความพิการ	ชาย		หญิง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ปากแหว่ง	6	26.08	1	4.34
เพดานโหว่	2	8.69	8	34.78
ปากแหว่ง + เพดานโหว่	4	17.39	2	8.69
รวม	12		11	

เพดานโหว่ พบว่าเป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 4/1

8. สถานที่

ชนิดของความพิการ	นครปฐม	จังหวัดอื่น
ปากแหว่ง	6	1
เพดานโหว่	10	—
ปากแหว่ง + เพดานโหว่	5	1
รวม	21	2

พบเป็นในจังหวัดนครปฐมมากกว่าจังหวัดอื่น อัตราส่วน 10/1

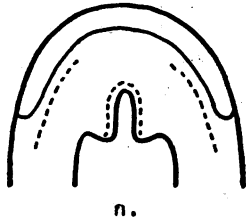
4. สาเหตุของการเกิด ส่วนใหญ่เกิดจากกรรมพันธุ์ ร่วมกันกับสาเหตุภายนอก

ชนิดของความพิการ	กรรมพันธุ์		โรค		ยา		
	ไขหวัด	ประสาทเจริญ	แพ้ท้องมาก	คุมกำเนิด	ขับเลือดแก้ปวด		
ปากแหว่ง	—	—	2	2	1	—	2
เพดานโหว่	—	1	3	1	2	2	3
ปากแหว่ง+เพดานโหว่	4	—	—	—	—	—	—

ปากแหว่งเพดานโหว่ เกิดจากกรรมพันธุ์ อัตราส่วน 1/5

5. การผ่าตัดเพดานโหว่โดยวิธี Von Langenbeck Palatoplasty

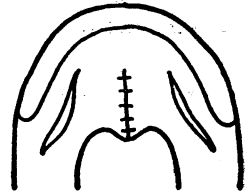
รูปที่ 1 การ
ผ่าตัด Incom-
plete cleft
palate



ก.



ข.



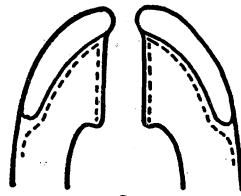
ค.

ก. แนวแผลผ่าตัด

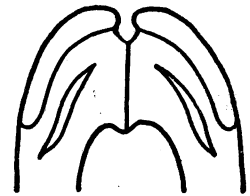
ข. การเลาะแผ่นชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกระดูกเพดาน แต่คงเหลือเส้นโลหิตแดงไว้

ค. การเย็บปิดเย็บในช่องปาก ดึงแผ่นชั้นเนื้อทั้งสองข้างเข้าเย็บปิดตรงกลาง

รูปที่ 2 การผ่าตัด
Complete cleft palate
แบบ Unilateral



ก.

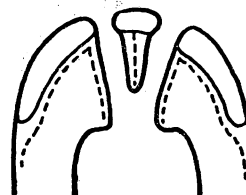


ข.

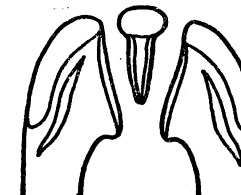
ก. แนวแผลผ่าตัด

ข. การเลาะเยื่อหุ้มเพดานจมูก การเย็บเย็บในโพรงจมูกปิด การเย็บปิดเย็บในช่องปาก แต่ไม่สามารถปิดเหงือกได้ด้วยวิธีนี้

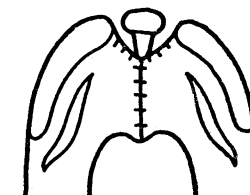
รูปที่ 3 การ
ผ่าตัด Complete
cleft palate
แบบ Bilateral



ก.



ข.



ค.

กรณีที่เพดานโหว่โดยตลอดทั้งสองข้างจะปรากฏผนังกันอยู่ตรงกลาง

อาจผ่าตามยาวแล้วยกแผ่นชั้นเนื้อเพดานกระดูกแต่ละข้างเย็บกับเย็บในโพรงจมูก

ก. แนวแผลผ่าตัดเย็บของกระดูก Vomur

ข. เลาะแผ่นชั้นเนื้อเยื่อหุ้มเพดานกระดูก เก็บเส้นเลือดแดงไว้เลี้ยงแผ่นชั้นเนื้อ เย็บเย็บโพรงจมูกปิดทั้งสองข้างกับแผ่นชั้นเนื้อ Vomur

ค. การเย็บปิดเย็บในช่องปาก แต่ไม่สามารถปิดเหงือกได้ด้วยวิธีนี้

ได้ทำการผ่าตัดเพดานโหว่ในโรงพยาบาล นครปฐมตั้งแต่ 12 ตุลาคม 2522 ถึง 16 ธันวาคม 2525 เป็นจำนวน 34 ราย แยกเป็น

I.C.P.(Incomplete cleft palate) 25 ราย

C.C.P.(Complete cleft palate) 9 ราย

ได้ทำการผ่าตัดคนไข้ต่ำกว่า 2 ปี 25 ราย อายุเกิน 2 ปี 9 ราย ทำในเด็กอายุมากที่สุด 16 ปี ส่วนใหญ่มักจะทำผ่าตัดในช่วงอายุ 1-1 1/2 ปี กล่าวคือก่อนเด็กหัดพูด จะทำให้เด็กพูดชัดเป็นปกติเป็นส่วนมากในรายที่ทำในช่วงอายุเกิน 2 ปีไปแล้วมักไม่ค่อยได้ผลเกี่ยวกับเรื่องการพูดได้ชัด เด็กมักจะพูดเป็น Cleft speech ซึ่งการแก้ไขเป็นไปได้ยาก ซึ่งเราทำการผ่าตัดเด็กเหล่านี้เพื่อหวังผลเพียงให้มีการแยกระหว่างช่องปากกับช่องจมูกเพื่อให้เวลารับประทานอาหาร ไม่สำลักน้ำ ไม่สำลักอาหารและเพื่อไม่ให้เด็กเกิดการเป็นหวัดหรือติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย

การเตรียมการผ่าตัด

เด็กควรมี Hemoglobin 10 กรัม % ขึ้นไป เด็กต้องปราศจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ควรเตรียมเลือดไว้ให้พร้อม (แต่เท่าที่ทำการผ่าตัดมายังไม่เคยใช้เลือดเลย) ควร

แก้ไขโรคฟันผุเสียก่อน เพราะเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้แผลแยกได้

วิสัยศัลยกรรมในการผ่าตัด

ทุกรายใส่ท่อลงในหลอดคอ ท่อเป็นชนิดพิเศษเรียกว่า Coil tube ซึ่งค่อนข้างยากสักหน่อยในการจัดเตรียม case แรก ๆ ซึ่งมักจะเสียเวลา การจัด Mouth gag ถ้าต้องการให้เห็น oral cavity กว้างมักจะไปกด tube เด็กมักเขียวได้ง่าย เกี่ยวกับเรื่อง Mouth gag ในระยะแรกโรงพยาบาลนครปฐมยังไม่มี Dingman จึงต้องไปขอยืม Dott mouth gag จากโรงพยาบาลรามาริบัติซึ่งไม่สู้สะดวกในการทำผ่าตัดนัก เพราะทำให้มุมการมอง, การลงมีด, การผูกตัดช่องปากคอแคบไปต่อมาจึงต้องสั่งซื้อ Dingman mouth gag ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการผ่าตัดมากขึ้น

การผ่าตัดรักษาเพดานโหว่

ได้ใช้แนวทางของ Benhardt Von Langenbeck ปี 1861 ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและใช้กันอย่างแพร่หลาย (ดังอธิบายไว้ในรูปข้างต้น)

หลักของการผ่าตัดแบบนี้ คือการใช้หลัก Bipedicicle flap โดยเปิดแผลที่รอยโหว่ แล้ว

กรีดแผลด้านข้างทั้งสองข้างเพื่อให้เนื้อหย่อน และเย็บแผ่นชั้นเนื้อที่ติดเยื่อหุ้มกระดูก (Mucoperiosteal flap) และพาดานอ่อนเข้าด้วยกันตรงกลาง ที่โรงพยาบาลนครปฐมได้ดัดแปลงเพิ่มเติม คือหลังจากกรีดแผลด้านข้างทั้งสองข้างแล้ว ยังอาจจะหักงอยกระดูก Pterygoid โดยใช้เครื่องมือ Periosteum หรือใช้หัวแม่มือของผู้ทำผ่าตัดก็ได้ บางรายหักไม่ได้ก็ใช้วิธีเลาะเอ็นของกล้ามเนื้อตึง (Tensor palati) ออกจากปลายงอยกระดูก

เพื่อให้เยื่อぶด้านในโพรงจมูกหย่อนไปทางด้านหลังกับพาดานอ่อน การเย็บเยื่อぶด้านในโพรงจมูกใช้โครมิกแคทกัต 4/0 การเย็บชั้นกล้ามเนื้อใช้โครมิกแคทกัต 4/0 เย็บในช่องปากเย็บปิดด้วยเด็กซอน 5/0 การดูแลหลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 34 ราย ไม่ต้องให้เลือดเลย โดยใช้แอดรีนาลิน 1/200, 000 ในน้ำเกลือฉีด local บริเวณขอบของพาดานอ่อนและลิ้นไก่เพื่อช่วยให้เลือดออกไม่มาก ทำให้แต่ละรายเสียเลือดประมาณ 50-150 ซีซี.

2. ใหยาปฏิชีวนะทุกราย

3. อาหาร ให้น้ำได้เมื่อเด็กฟื้นโดยใช้หยอดให้ หลัง 48 ชม. ให้อาหารเหลวอีก 2 วัน ต่อไปให้ซบชั้น อีก 10 วัน ไม่

ให้ดูคนม แต่ให้นมโดยใช้กระบอกฉีดหรือใช้หยอดให้ และให้บ้วนน้ำสะอาดตามทุกครั้งให้อาหาร

4. ให้ตามแขนและข้อศอก เพื่อกันไม่ให้เด็กเอามือเข้าปากแกะเกาแผลผ่าตัด

5. ใหยาแก้ปวดและยานอนหลับ เพื่อกันไม่ให้เด็กต้องร้องไห้บ่อย ๆ แผลอาจแยกได้ง่าย

โรคแทรกซ้อน

1. เกิดโรคแทรกซ้อนของการอุดต้นทางเดินหายใจ 1 ราย อาจเป็นเพราะในระยะแรกเรายังไม่มี Ideal mouth gag for palatoplasty เลยทำให้การผ่าตัดไม่สะดวก และซ้ำทำให้ต้องดมยาสลบนานเกินไป เกิดกล่องเสียงหรือหลอดคอบวม แก้ไขโดยให้สเตอรอยด์ ส่วนการเพิ่มความชื้นในอากาศหายใจทางโรงพยาบาลนครปฐมยังไม่มีเครื่องมือ

2. เกิดแผลแยก 2 ราย หลังจากทำผ่าตัด 1 อาทิตย์ ผู้ป่วยเป็นไข้หวัด ทำให้เด็กไอมากรายหนึ่งแผลแยกที่ลิ้นไก่ อีกรายเกิดแยกที่บริเวณพาดานอ่อนและเกิด fistula ในเวลาต่อมา

3. มี delay healing ของ soft tissue ของ soft palate ด้านขวา 1 ราย เนื่องจากใช้ไฟฟ้าจี้เพื่อ stop bleeding มากไป 1 ราย

4. การพูดมี 11 รายพูดยังไม่ชัด มีเสียงขึ้นจมูก เนื่องจากเพดานอาจจะสั้นเกินไป เพดานอ่อนบีบอัดแยกโพรงจมูกกับ pharynx ได้ไม่สนิท (Velopharyngeal incompetence) และผู้ป่วยมาทำการผ่าตัดเมื่ออายุเลย 2 ปีไปแล้ว ซึ่งก็ได้แนะนำไปรักษาต่อโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

บุญยะโทตระ , วิจิตร - ปากแหว่งและเพดานโหว่ (ความรู้พื้นฐาน) สิงหาคม 2520

พริ้งพวงแก้ว , เสม - Congenital anomalies among the Thai children แพทย์สารทหารอากาศเล่ม 7 สิงหาคม 2501

Converse J.M. - Cleft lip

and palate craniofacial deformities Reconstructive plastic surgery 1977

พงษ์เวช , สมหมาย - อุบัติการณ์ความพิการแต่กำเนิดในหน่วยทารกแรกคลอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2515-2519) เสนอในที่ประชุมทางวิชาการของสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 26 สิงหาคม 2526

Grabb-Smith - Plastic surgery Boston Little Brown 1973

จักรกมล , พิทยา - กุมารศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2521