

REPAIR OF UNILATERAL CLEFT LIP
 นายแพทย์เคชา กิจประยูร พ.บ., Dr. Med.,
 อ.ว. กุมารศาสตร์
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

โรคปากแหว่งแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย ในเด็กเล็กบิดามารดาจะมีความกังวลใจมากที่มีลูกปากแหว่ง ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่จะเป็นผู้ที่มึ่ปมด้อย ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาจะมีผลต่อการศึกษา และการประกอบอาชีพด้วย เช่นไม่อยากไปโรงเรียน เพราะอายเพื่อนสมัครงานก็มี โอกาสได้รับการคัดเลือกน้อย จึงนับว่าเป็นโรคที่จำเป็นจะต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขจากศัลยแพทย์เป็นอย่างดี

อุบัติการ

ในหน่วยทารกแรกคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2515

2519) ในจำนวนทารกแรกคลอด 78,814 ราย พบว่าเป็นทารกปากแหว่งอย่างเดียว 3.5 และปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ 3.6 ต่ออัตราเด็กคลอดมีชีวิต 10,000 คน⁽¹⁾ (ตารางที่ 1)

สาเหตุ

สาเหตุของโรคปากแหว่งยังไม่ทราบแน่นอน แต่มีส่วนเกี่ยวเนื่องทางพันธุกรรม (hereditary factor) และปัจจัยภาวะแวดล้อม (environmental factor) เช่น การติดเชื้อไวรัสของมารดาใน 7 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ยาและสารต้านการเจริญและภาวะขาดวิตามินเป็นต้น

สภาวะของบิดา มารดา และบุตรคนก่อน	โอกาสที่บุตรคนต่อไปจะเป็นปากแหว่งและ/หรือ เพดานโหว่
อุบัติการทั่วไป ทั้งบิดา มารดาไม่เป็น มีลูกคนหนึ่งเป็น คนต่อไปมี โอกาสเป็น มีลูกเป็น 2 คน คนต่อไปมี โอกาสเป็น บิดา หรือมารดาคนหนึ่งคนใดเป็น มีลูกคนก่อนไม่เป็น คนต่อไปมี โอกาสเป็น มีลูกคนหนึ่งเป็น คนต่อไปมี โอกาสเป็น	ประมาณ 0.1 เปอร์เซนต์ ประมาณ 3.0 เปอร์เซนต์ ประมาณ 9.0 เปอร์เซนต์ ประมาณ 4.0 เปอร์เซนต์ ประมาณ 17.0 เปอร์เซนต์

การเจริญเติบโตในครรภ์ โรคปาก

แห้วเป็นการผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของแบร้งเคิลอาร์ชอันที่ 1 ซึ่งเกิดขึ้นภายในอายุ 7 สัปดาห์แรกของเอมบริโอ เพดานส่วนหน้าของเอมบริโอซึ่งต่อไปจะเจริญเป็นริมฝีปาก เหงือกส่วนหน้า และเพดานส่วนที่อยู่หน้าต่อช่องหลังฟันหน้าคู่บน (incisive foramen) ส่วนต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดสมบรูณ์ระหว่างสัปดาห์ที่ 4 ถึง 7 ในระหว่างการเจริญเติบโตดังกล่าว เยื่อบุผิวหนังของส่วนยื่นแนวตรงกลางและด้านข้าง (nasomedial และ nasolateral processes) มาเชื่อมประสานต่อกันได้รูกุม (nasal pit) ถ้ามีความผิดปกติใดก็ตามที่ทำให้การเชื่อมประสานต่อกันนี้ขัดข้องก็จะทำให้การเชื่อมต่อขาดตอนเกิดปากแห้วของปากขึ้น

การแยกประเภทปากแห้ว และ เพดานโหว่

การแยกประเภทของปากแห้วและเพดานโหว่มีหลายวิธี วิธีของ American Cleft Palate Association เป็นวิธีที่นิยมมากวิธีหนึ่งโดยแบ่งเป็น

1. Cleft of prepalate

1.1 Cleft lip

1.1.1 Unilateral

1.1.2 Bilateral

1.1.3 Median

1.1.4 Congenital scar

1.2 Cleft of alveolar process

1.2.1 Unilateral

1.2.2 Bilateral

1.2.3 Median

1.3 Cleft of prepalate: any combination of foregoing types

2. Clefts of palate

2.1 Cleft of soft palate

2.2 Cleft of hard palate

2.3 Cleft of soft and hard palate

3. Cleft of prepalate and palate (any combination of cleft described under cleft of prepalate and cleft of palate)

การรักษา

แผนการรักษา

ปากแห้วอย่างเดียว ศัลยแพทย์มักรอทำผ่าตัดเมื่อทารกอายุ 8—12 สัปดาห์ขึ้นไป เพราะจะมีกายวิภาคของริมฝีปากโตชัดเจนพอควร

ปากแหว่งและเพดานโหว่ ถ้าได้รับการตรวจเมื่ออายุต่ำกว่า 12 เดือน ควรปรึกษาทันตแพทย์ทำเพดานปลอมให้ก่อนเพื่อให้ดูดนมได้สะดวก เปลี่ยนขนาดเพดานปลอมเป็นระยะตามความเจริญเติบโตของเด็ก แล้วพิจารณาผ่าตัดรักษาเพดานให้ก่อนเด็กหัดพูด คือเมื่ออายุ 12—18 เดือน การผ่าตัดรักษาปากแหว่งอาจทำทันทีภายหลังใส่เพดานปลอมแล้ว หรือทำผ่าตัดรักษาเพดานพร้อมไปในคราวเดียวกัน

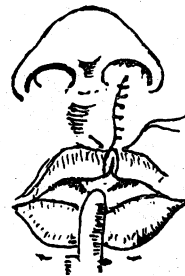
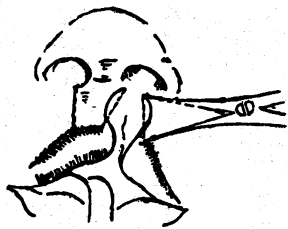
ถ้ามาตรวจเมื่ออายุ 12 เดือนไปแล้วอาจพิจารณาผ่าตัดเพดานก่อนแล้วทำการผ่าตัดปากแหว่งภายหลัง แต่ถ้ามีความจำเป็นเช่นคนไข้ไม่สามารถไปรับการผ่าตัดเพดานโหว่ด้วยสาเหตุใดก็ตาม ก็อาจพิจารณาทำผ่าตัดแก้ไขปากแหว่งให้ก่อนได้⁽²⁾

วิสัยญวิทยาในการผ่าตัดรักษาโรคปากแหว่ง

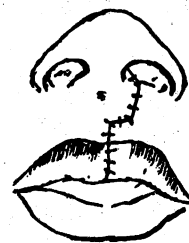
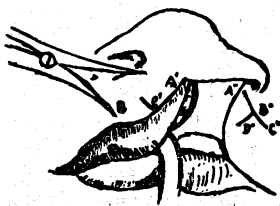
คนไข้ส่วนใหญ่ทำได้โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (general anaesthesia) โดยใส่ท่อในหลอดคอให้ปลายโผล่ออกภายนอกตรงกึ่งกลางริมฝีปากล่างได้ใช้วิธีนี้ในผู้ป่วย 43 ราย และใช้ยาชาเฉพาะที่ในผู้ป่วยชายอายุ 17 ปี 1 ราย โดยฉีด Infraorbital nerve block ปรากฏว่าได้ผลดีเช่นกัน

เทคนิคการผ่าตัด

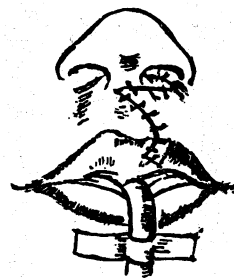
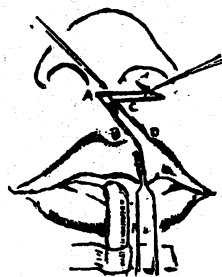
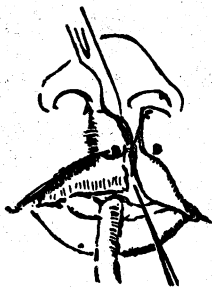
เมื่อคนไข้หมดความรู้สึก ใช้เข็มฉีดยาเบอร์ 25 จุ่มสีเมริลีนบลูจุดตรงตำแหน่งที่ต้องการ การห้ามเลือดจากแผลผ่าตัดอาจใช้ผูกด้วย chromic catgut 5/0 หรือจี้ด้วยไฟฟ้า เย็บเย็บและกลัมน้ำด้วย chromic catgut 5/0 หรือ เด็กชอน เย็บผิวหนังด้วยไหมหรือไนลอน 5/0



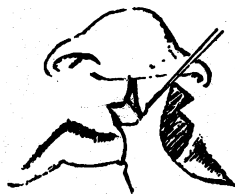
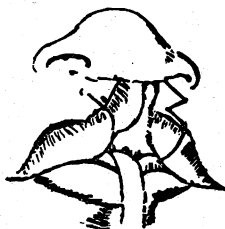
Rose Thompson (straight line)



Le Mesurier



Millard



Triangular flaps

วิธีการผ่าตัดแบบต่างๆ (รูปที่ 1)

ประวัติการผ่าตัดรักษาปากแหว่งเริ่มในต้นศตวรรษที่ 19 ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดริมฝีปากแหว่งโดยทำ simple V incision⁽³⁾

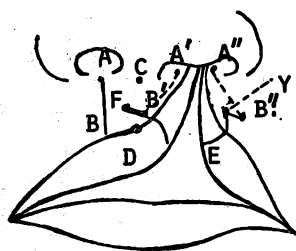
โดยวิธีนี้ริมฝีปากด้านที่แหว่งจะถูกดึงรั้งขึ้นบนในปี 1891 Rose ได้เสนอวิธีทำผ่าตัดโดย incision เป็นรูปโค้งเพื่อเพิ่มระยะระหว่างริมฝีปากกับจมูกให้ใกล้เคียงกับข้างที่ดี แต่ริมฝีปากบนจะถูกดึงเข้าหากันถึงผิดปกติ ต่อมาในปี 1912 Thompson ได้ดัดแปลงวิธีของ Rose ให้ดีขึ้น

Le Mesurier (1948) ได้เสนอวิธีผ่าตัดโดย incision เป็น quadrilateral flap ซึ่งขาดความนิยมลงในปัจจุบันเพราะริมฝีปากแดงไม่โค้งเป็นรูปคันธนู และริมฝีปากข้างที่แหว่งมักจะยาวลงมากกว่าข้างที่ปกติ

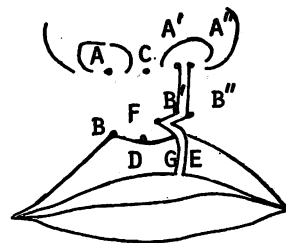
Millard (1957)⁽⁴⁾ ได้เสนอวิธี rotation advancement technique ซึ่งเป็นวิธีที่ยังนิยมกันอยู่ในปัจจุบัน วิธีนี้ไม่ใช้การวัดริมฝีปากด้านดีเป็นหลักแต่อาศัยการประมาณระยะต่าง ๆ ด้วยสายตาและความชำนาญของศัลยแพทย์

Hagerty (1958) Randall (1959)⁽⁵⁾ ได้ผ่าตัดโดยใช้ triangular flap โดยดัดแปลงจากแบบของ Tennison ซึ่งได้เสนอไว้ในปี 1952

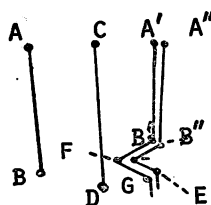
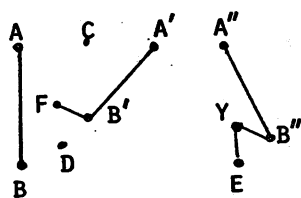
การผ่าตัดปากแหว่งข้างเดียวในระยะเริ่มแรกที่โรงพยาบาลราชบุรี (พ.ศ. 2503-2511) ใช้วิธี quadrilateral flap ในภายหลังจึงได้เปลี่ยนเป็นวิธี Modified triangular flap และดัดแปลงตามวิธีของ Tennison และ Hagerty โดยมีรายละเอียดดังรูปที่ 2



(รูปที่ 2)



Triangular flaps technique

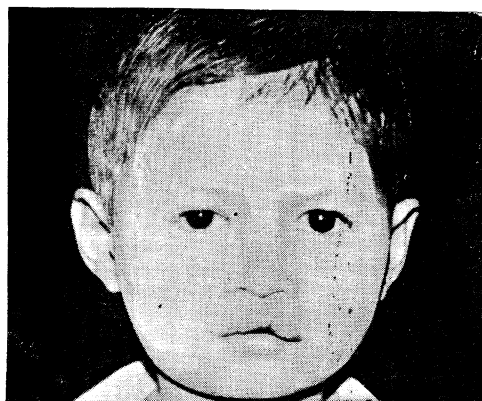
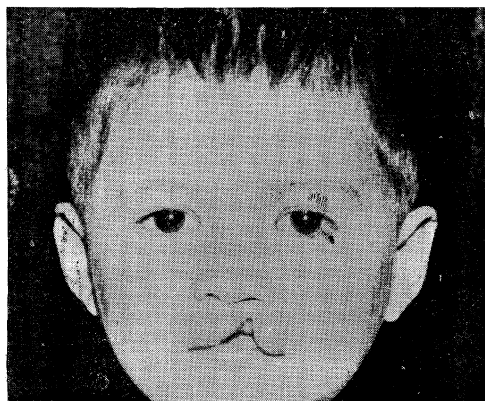
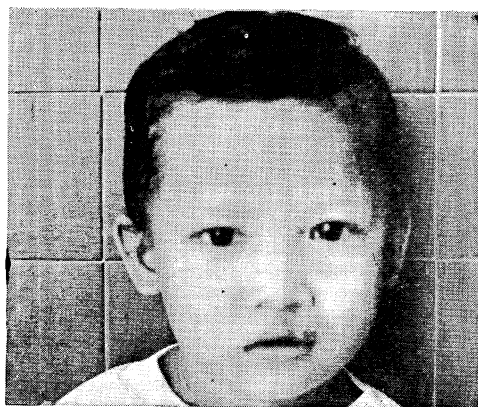


การดูแลหลังผ่าตัด

ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ให้อาหารทางหลอดเลือด หลังจากนั้นให้อาหารเหลวโดยป้อนด้วยช้อนเล็ก ยังไม่ควรให้เด็กดูจากขวดนม วันที่ 5 หลังผ่าตัดจึงให้อาหารอ่อน การทำความสะอาดแผลผ่าตัดเช็ดด้วยน้ำเกลือและแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ เข้าเย็น โดยไม่ต้องปิดแผล ตัดไหมประมาณวันที่ 6-7 หลังผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะทุกรายนาน 5-7 วัน

ผลการรักษา

การผ่าตัดทุกรายได้ผลดีไม่มีอาการแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานประมาณ 10 วัน มีผู้ป่วย 1 รายต้องผ่าตัดแต่งแผลเป็นอีกเล็กน้อยหลังการผ่าตัดครั้งแรกประมาณ 3 ปี จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดในเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2518-2522) มีจำนวน 44 ราย แยกเป็นประเภทต่างตามตารางที่ 2 แยกอายุเมื่อผ่าตัดตามตารางที่ 3



ตารางที่ 2 แสดงประเภทปากแหว่งและเพดานโหว่ เพศ และอัตราความพิการ

		Cleft lip		Cleft lip & Cleft palate		Total	
		Cases	%	Cases	%	Cases	%
SIDE	Right	10	37.0	9	59.2	19	43.2
	Left	17	73.0	8	47.1	25	56.8
	Total	27	100	17	100	44	100
SEX	Male	17	73.0	12	70.6	29	65.0
	Female	10	27.0	5	29.4	15	34.1
	Total	27	100	17	100	44	100
DEGREE	Complete	13	40.1	15	88.2	28	63.3
	Incomplete	14	51.9	2	11.8	16	36.3
	Total	27	100	17	100	44	100

ตารางที่ 3 แสดงอายุเมื่อทำการผ่าตัด

อายุ	เดือน		ปี					รวม
	1-3	4-12	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	
จำนวน	2	6	5	8	12	10	1	44

วิจารณ์

การผ่าตัดปากแหว่งข้างเดียวโดยวิธี modified triangular flap จำนวน 44 ราย ในเวลา 5 ปี ปรากฏผลเป็นที่น่าพอใจแก่

แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ วิธีการผ่าตัดไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลภูมิภาค

สรุป

ได้รายงานการผ่าตัดปากแหว่งข้างเดียวแต่กำเนิด ซึ่งได้ทำในโรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2518 ถึง 2522 รวม 44 ราย ด้วยวิธี modified triang ular flap และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ผู้รายงานขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลราชบุรี ในการช่วยผ่าตัดและดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวเป็นอันดีจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชสถิติในการรวบรวมรายงานผู้ป่วยทั้ง 44 ราย

เอกสารอ้างอิง

1. ธนู ดิตติรานนท์. ปากแหว่งเพดานโหว่ ใน: กุมารศัลยศาสตร์ พิทยา

จันทร์กมล พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ

- 2521: 257 - 277.
2. ช่อทิพย์ กลิ่นชม, สมพงษ์ เรียรไทย. การผ่าตัดปากแหว่งและเพดานโหว่. เวชสาร 2513; 19: 46 - 54.
3. Gilles H, Millard Jr DR. In: The principle and art of plastic surgery, 2nd edition, Little Brown; 1957: 319 - 445.
4. Millard DR. Complete unilateral cleft lip. Plast Reconstr Surg 1960: 595 - 605.
5. Hagerty R. Unilateral cleft lip repair. Surg Gynecol Obstet 1928: 106 - 119.