

## การผ่าตัดรักษาใบหูพับงอแต่กำเนิด: รายงานผู้ป่วย 1 ราย Surgical Reconstruction of Constricted Ear : A Case Report

จริยา โล่ห์สวัสดิ์กุล, ทพญ.  
ว.ท. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล  
กลุ่มงานทันตกรรม  
โรงพยาบาลบ้านโป่ง  
จังหวัดราชบุรี

Jariya Losawatkul, DDS.  
Dip. Oral and Maxillofacial Surgery  
Dental Department  
Banpong Hospital  
Ratchaburi

### บทคัดย่อ

ใบหูพับงอเป็นหูพิการอย่างหนึ่งที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยเกิดความผิดปกติตั้งแต่เป็นตัวอ่อนในครรภ์ ในช่วงการสร้างหูซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการสร้างอวัยวะอื่น เช่น ใบหน้า ขากรรไกร ฟันและไต การตรวจและวินิจฉัยใบหูพับงอตั้งแต่แรกคลอด ยังช่วยให้ดำเนินการสืบค้นและรักษาความผิดปกติของอวัยวะอื่นที่เกี่ยวข้อง

การรักษาใบหูพับงอมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีผ่าตัดแก้ไขตามประสบการณ์และความถนัดของผู้ให้การรักษา การดัดจัดรูปร่างใบหูพับงอที่มีความผิดปกติในเด็กทารกเป็นที่สหสาขาวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิด ควรส่งเสริมให้เป็นทางเลือกการรักษาเพื่อประโยชน์ต่อเด็กและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและไม่ซับซ้อน เป็นการลดโอกาสการผ่าตัดในภายหลัง

บทความนี้นำเสนอสาเหตุ แนวทางการวินิจฉัยวิธีการรักษาใบหูพับงอ และรายงานผู้ป่วยใบหูพับงอ 2 ข้างแต่กำเนิด 1 ราย

รายงานผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาใบหูพับงอด้วยแต่กำเนิด ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 26 ปี ได้รับการส่งตัวจากคลินิกเอกชนด้วยเรื่องใบหูพับงอ ใส่แว่นไม่ได้เพราะเจ็บใบหูบริเวณที่สัมผัสแว่น เป็นมานานเกิน 2 ปี จักษุแพทย์แนะนำให้ใส่แว่น เพราะมีอาการตาแห้งจากการใส่คอนแทกเลนส์ติดต่อกันเป็นเวลานาน ผู้ป่วยสุขภาพทั่วไปแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ตรวจใบหูทั้ง 2 ข้าง พบว่ามีกรงพับงอ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ ทำการเย็บกระดูกอ่อนแบบมัสตาร์ด (Mustarde suture) เย็บผิวหนังที่ยึดขนาดแล้วจากการเปิดแผลแบบวี-วาย (V-Y incision) ระยะเวลา 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถใส่แว่นได้ตามปกติ ไม่มีอาการเจ็บ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**คำสำคัญ :** การผ่าตัด ใบหูพับแต่กำเนิด หูพิการแต่กำเนิด

วารสารแพทยเขต 4-5 2562 ; 38(4) : 346-356.

## ABSTRACT

The constricted ear, also known as a cup or lop ear, is a congenital ear deformity. The ear deformity develops at the same embryonic stage of face, jaw bone, tooth, and kidney. The earlier diagnosis and treatment of non severe defect may reduce a chance of surgical procedure. In addition, deformities of other organs can be searched and treated of organs.

Treatments of the constricted ears are many and various and depend on degree of deformity, the operators almost choose surgical techniques relying on their skill and experience. The simple treatment of constricted ear is ear molding. The newborn care teams should offer the alternative non-surgical procedures which simplify to address these concerns for the parent without further operative procedure.

This article presents the causes, diagnostic guidelines, treatment of constricted ear and reports surgical treatment of a case of bilateral constricted ears.

The 26-year-old Thai female patient was referred from a private clinic for constricted ear correction. Her chief complaint was inability to wear eyeglasses due to hurt at her ears for more than 2 years. The ophthalmologist recommended eyeglasses because of severe dryness of her eyes and should refrain from wearing contact lenses. The Patient had good general health, without any underlying disease or drug allergy. There was a bend on each sides of the ears with the underlying quite sharp cartilage. The patient underwent cartilage surgery under general anesthesia in the folded area and sew back in the right position by mustarde suturing. The skin was sutured and stretched from the opening of the V-Y wound. The patient could wear glasses as usual, one month post operation without any ears' pain. There were no any postoperative complications.

**Keywords : surgery, constricted ear, congenital ear deformity**

*Reg 4-5 Med J 2019 ; 38(4) : 346-356.*

### บทนำ

ใบหูพับงอ (constricted ear) เป็นความผิดปกติที่บริเวณขอบใบหู (helix)<sup>1</sup> โดยกระดูกอ่อนของใบหูมีการพับงอมาด้านหน้า อาจมีขนาดใบหูเล็กกว่าปกติ แทนเซอร์<sup>2</sup> ได้ให้คำนิยามใบหูพับงอ เพื่อลดความสับสนกับการเรียกที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นคอนสตริก (constricted), ล็อฟ (lop), คัพ (cup), ลิดเดด (lidded), แคนู (canoe) และ คอคเคิลเชล (cockleshell)<sup>3</sup> ใบหูพับงอส่วนใหญ่เป็นมาแต่กำเนิด

หรืออาจเกิดจากแผลเป็น (scar) ใบหูพับงอที่เป็นมาแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติ ตั้งแต่เป็นตัวอ่อน 6 สัปดาห์ ในครรภ์ หูพัฒนามาจากส่วนโค้งแบริงเคียลที่ 1 และ 2 (1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup>branchial arch) โดยส่วนโค้งแบริงเคียลที่ 1 พัฒนาเป็น ทรากัส ฐานและขอบบนของเฮลิคซ์ (tragus, root of the helix and superior helix) และกระดูกอ่อนแมคเคล (Meckel's cartilage) กลายเป็นกระดูกค้อน, ทั่ง (malleus, incus) ส่วนโค้งแบริงเคียลที่ 2 พัฒนาเป็นด้านหลังของเฮลิคซ์ แอนตี้เฮลิคซ์ แอนตี้

ทรากัส และติ่งหู (Posterior helix, antihelix, antitragus and lobule) ส่วนกระดูกอ่อนไรต์เชิร์ต (Reichert's cartilage) จะกลายเป็นกระดูกโกลนในหูชั้นกลาง<sup>4</sup> ในช่วงการสร้างหูซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการสร้างอวัยวะอื่น เช่น ใบหน้า ขากรรไกร ฟัน ไต ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การสูญเสียการได้ยิน พัฒนาการช้า ความสวยงาม และผลกระทบต่อเนื้อเยื่อในบริเวณใกล้เคียง คือ กระดูกอ่อน กล้ามเนื้อ และเส้นประสาท นอกจากใบหูพิการยังพบ หูพิการแต่กำเนิดชนิดอื่น เช่น หูขนาดเล็ก (microtia) ไม่มีใบหู (anotia) หูกาง (protruding ear) หูแหลม (Stahl's ear) เป็นต้น<sup>1</sup>

จากการศึกษาของ เวียต้า และซิเกอร์ต<sup>5</sup> พบอุบัติการณ์ความผิดปกติที่หูร้อยละ 50 ของความผิดปกติของอวัยวะหูคอจมูก โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70-80 พบความผิดปกติของหูชั้นนอกและชั้นกลางเพียงข้างเดียวและร้อยละ 58-61 พบในข้างขวา และพบอุบัติการณ์ความผิดปกติของการเจริญของหู 1 คน ต่อ 3,800 คน โดยเป็นความผิดปกติใบหูชั้นนอกในเด็ก 1 คน จาก 6,000-6,830 คน จากการศึกษาของสวอตซ์ และคณะ<sup>6</sup> ไม่ค่อยพบความผิดปกติของหูทั้ง 3 ชั้น พร้อมกัน มีเพียงร้อยละ 11-30 ที่พบความผิดปกติพร้อมกันทั้งหูชั้นกลางและชั้นนอก

สาเหตุการเกิด ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนถึงสาเหตุ แต่มีปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

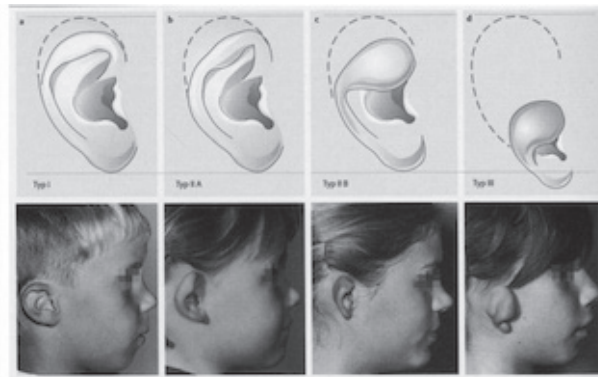
1. การขาดเลือดเลี้ยงในบริเวณที่กำลังสร้างหู
2. ความผิดปกติทางพันธุกรรม<sup>7</sup> (genetic mutation or inherited condition) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 30 ในกลุ่มอาการโรค เช่น Collins syndrome, Goldenhar syndrome, Crouzon syndrome, Apert syndrome, Edwards syndrome และ Down syndrome ซึ่งอาจไม่ได้เกิดจากการถ่ายทอดกรรมพันธุ์ แต่เป็นการกลายพันธุ์ของยีน
3. การได้รับยาหรือสารอันตรายระหว่างตั้งครรภ์ เช่น thalidomide ยารักษาโรคลมชัก (อาทิ

diphenylhydantoin, trimethadione) หรือ แอลกอฮอล์ เป็นต้น

4. การติดเชื้อไวรัส เช่น ไข้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน
5. การได้รับเรตินอยิกแอซิด (retinoic acid) มากกว่าปกติหรือภาวะขาดวิตามินเอ
6. ภาวะขาดหรือผิดปกติของฮอร์โมน  
อาการที่พบมีความผิดปกติมักจะเห็นตั้งแต่แรกเกิด ยกเว้นในกรณีที่ความผิดปกติไม่มาก คนไข้ อาจมาด้วยการติดเชื้อบริเวณหู กระดูกโหนกแก้มหรือ ขากรรไกรขนาดเล็กผิดปกติ ฟันซ้อนเกรุนแรง รูปร่างปากที่ผิดปกติ

จากการวินิจฉัยการตรวจร่างกายเด็กแรกเกิด พบลักษณะความผิดปกติของใบหู โดยส่วนใหญ่เกิดที่บริเวณส่วนบนของใบหู ขอบนอกของใบหูจะมีลักษณะพับงอและกว้างมากกว่าปกติ ลักษณะความผิดปกติจะเป็นเรื่องของรูปร่างของกระดูกอ่อนนอพบมากเกินไป ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่เป็นหูก้างทำให้หูไม่มีลักษณะของขอบกลางของใบหู รวมทั้งช่องระหว่างขอบนอกและขอบกลางหายไป ความรุนแรงของความผิดปกติมีหลายระดับ ตั้งแต่เล็กน้อยจนไม่สังเกตเห็น จนมาด้วยการหูอื้อเสียดื้อหรือ อาการผิดปกติของอวัยวะอื่นที่สร้างในเวลาเดียวกัน เช่น ขากรรไกร ฟัน แล้วมาตรวจพบที่ใบหูด้วย

ระดับความผิดปกติ สามารถแบ่งระดับความผิดปกติ มีการแบ่งได้แตกต่างกัน เวียต้า และซิเกอร์ต<sup>5</sup> แบ่งระดับความผิดปกติเป็น 4 ระดับ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ระดับความผิดปกติเป็น 4 ระดับ<sup>5</sup>

a = type I, slight deformity; b = type IIA, deformity at slight to moderate level;  
c = type IIB, deformity at moderate to strong level; d = type III, severe deformity

แทนเซอร์<sup>2</sup>ได้แบ่งกลุ่มใบหูพับงอ (constricted ear) เป็น 3 กลุ่ม และ 2 กลุ่มย่อย ซึ่งบอกถึงระดับความรุนแรงและชนิดหัตถการในการบูรณะ ดังรูปที่ 2

**Table 1** Classifications of the severity of the constricted ear deformity

| Severity | Description                                                                           | Cosman classification | Tanzer classification | Recommended surgery                                                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mild     | Lidding and mild (<1 cm) height difference                                            | A                     | I                     | Direct excision of the lidding                                                                              |
| Moderate | Lidding, moderate (1-2 cm) height difference, and protrusion                          | B/C/D                 | IIA/IIIB              | Mustarde sutures, cartilage expansion procedures, and V-Y advancement of the root of the helix <sup>a</sup> |
| Severe   | Lidding, severe (>2 cm) height difference, protrusion and pronounced low ear position | E                     | III                   | Reconstruct a new ear with rib cartilage grafts                                                             |

<sup>a</sup> Cartilage expansion procedures include various cartilage flap techniques (with or without the additional use of cartilage grafts and local skin flaps) to expand the upper one third of the ear.

รูปที่ 2 แสดงตารางแบ่งกลุ่มความรุนแรงใบหูพับงอ

การรักษาที่มีผู้เสนอวิธีการรักษาไว้ตามระยะเวลาการรักษาและความรุนแรงของความผิดปกติ ดังนี้

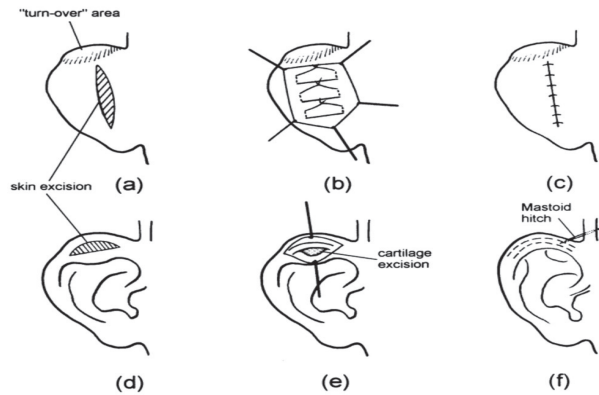
1. การตัดเข้าสู่ตำแหน่งปกติ การตรวจพบตั้งแต่แรกเกิด ในกรณีที่มีความผิดปกติเล็กน้อยกระดูกอ่อนจะพับผิดปกติโดยที่ใบหูมีขนาดใกล้เคียงปกติ เช่น ใบหูยื่น (protruding ear) ใบหูแหลม (stahl's ear) การแก้ไขทำได้จัดรูปร่างกระดูกอ่อนใบหูใหม่โดยการตามตำแหน่งไม่ให้พับงอ<sup>7,8</sup> มีการคิดค้นเครื่องมือในการจัดรูปร่างกระดูกอ่อน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการแก้ไข

ความผิดปกติ และอาจไม่จำเป็นต้องรับการผ่าตัดต่อไป วิธีนี้ใช้ในเด็กแรกเกิดอายุ 1-3 สัปดาห์

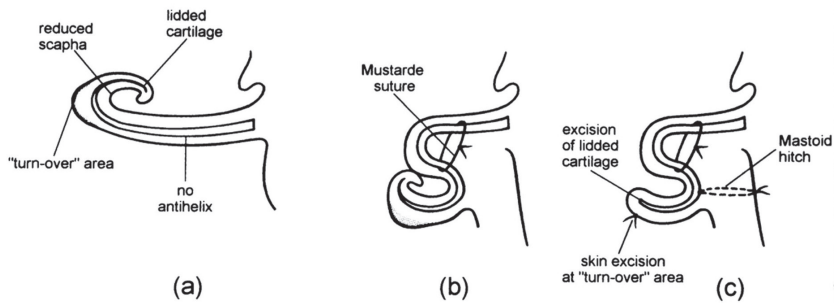
2. โดยใช้เทคนิคการผ่าตัด การผ่าตัดเริ่มทำในเด็กโตที่สามารถให้ความร่วมมือในการทำหัตถการส่วนมากมักทำผ่าตัดหลังอายุ 6 ปี<sup>7</sup> โดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ หรือทำการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลับเทคนิคการผ่าตัดมีหลายวิธี ดังในการศึกษาของเอลซาเฮทและแลซชิน<sup>3</sup> ได้ทบทวนและพบว่ามียากกว่า 20 วิธี<sup>3</sup> อาทิเช่น อัลคอร์ทาน<sup>9</sup> ใช้วิธีเปิดแผลแนวตั้งบริเวณ

ด้านหลังใบหู ทำการตัดแต่งรอยพับของกระดูกอ่อน และเย็บกระดูกอ่อนแบบมัสตาร์ด (mustarde suture) เพื่อทรงรูปร่าง<sup>9</sup> นอกจากนี้ มิลลาร์ด และคณะ<sup>10</sup>, เอลซาแฮทและแลซซิง<sup>3</sup> ทำการผ่าตัดโดยเปิดแผลแบบ วี-วาย (V-Y advancement) ที่บริเวณขอบบนของใบหู ทำการตัดแต่งรอยพับของกระดูกอ่อน และเย็บกระดูก

อ่อนแบบมัสตาร์ด (mustarde's suture) เพื่อทรงรูปร่างแบบเย็บตรึงกระดูกอ่อนใบหูที่จัดตำแหน่งใหม่ขอบบน (neohelix) กับเยื่อหุ้มกระดูกมาสตอยด์หลังหู<sup>9</sup> (mastoid hitch) ป้องกันการพังงอของรูปร่างใบหูสู่ตำแหน่งเดิม ดังรูปที่ 3 และ 4



รูปที่ 3 เทคนิคการผ่าตัดวิธีเปิดแผลแนวตั้งบริเวณด้านหลังใบหู<sup>9</sup>



รูปที่ 4 เทคนิคการผ่าตัดแบบเย็บตรึงกระดูกอ่อนใบหูที่จัดตำแหน่งใหม่ขอบบนกับเยื่อหุ้มกระดูกมาสตอยด์หลังหู<sup>9</sup>

ในกรณีที่มีการขาดหายไปของกระดูกอ่อนร่วมด้วย อาจต้องใช้กระดูกอ่อนจากส่วนอื่นของใบหูหรือจากหูฝั่งตรงข้ามมาเสริมเพิ่มขึ้นแทนส่วนที่ขาดหายไป และโยกผิวหนังมาปิดบริเวณกระดูกอ่อนที่เสริมขึ้น

วิธีการรักษามีหลายวิธี ตั้งแต่การไม่ผ่าตัด แต่ใช้วิธีดัดจัดรูปร่าง (molding) ใบหู<sup>6</sup> หรือการผ่าตัด

การเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับหลายปัจจัย ดังนี้ อายุผู้ป่วย ความรุนแรงหรือความผิดปกติของใบหู เช่น การมีเนื้อเยื่อขาดหรือเกิน ความสูงของใบหู ความสมดุลของใบหูทั้งซ้ายและขวากรณีใบหูผิดปกติข้างเดียวหรือผิดปกติเล็กน้อยต่างกัน การพังงอมากหรือน้อย และความชำนาญของผู้ให้การรักษา

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะเลือดออก บวม กระจกอุ้งน็อกเสบ แผลแยก ขอบแผลตาย แผล ติดเชื้อ และความล้มเหลวในการคงรูปร่างของใบหู ทำให้ ใบหูกลับสู่สภาพพังงอดั้งเดิม

### รายงานผู้ป่วย

#### ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 26 ปี ได้รับการส่งตัว จากคลินิกเอกชนด้วยเรื่องใบหูพังงอ อาการสำคัญของ ผู้ป่วยคือ ใ้ส่วนไม่ได้เพราะเจ็บใบหูบริเวณที่สัมผัสสขา แวนเป็นมานานเกิน 2 ปี ผู้ป่วยใส่คอนแทคเลนส์สลับ กับการใส่แว่น เนื่องจากจักษุแพทย์แนะนำให้ใส่แว่น เพราะมีอาการตาแห้งจากการใส่คอนแทคเลนส์ติดต่อกันนานในเวลางาน

**การซักประวัติและการตรวจร่างกาย** เพื่อวางแผนการรักษา ผู้ป่วยสุขภาพทั่วไปแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยา ตรวจใบหูทั้ง 2 ข้าง พบมีการพังงอ ตรงรอยพับคล้ำได้กระดูกอ่อนเป็นนูนแหลมค่อนข้างแข็ง เมื่อยืดใบหูพบว่าความสูงมีขนาด

ใกล้เคียงกันทั้งสองข้าง

#### การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. ตรวจประเมินขนาดและสัดส่วนของใบหูทั้งสองข้างพบว่าใบหูข้างขวามีความสูง 5.4 เซนติเมตร ความกว้าง 33 เซนติเมตร มีมุมระหว่างใบหูกับด้านข้างของศีรษะ 90 องศา ใบหูข้างซ้ายมีความสูง 5.5 เซนติเมตรความกว้าง 32 เซนติเมตร มีมุมระหว่างใบหูกับด้านข้างของศีรษะ 90 องศาสัดส่วนใบหูตามความกว้างยาวเมื่อยึดรอยพับเท่ากับ ร้อยละ 55 สัดส่วนอยู่ในเกณฑ์ปกติ<sup>4</sup>
2. ทดลองจัดรูปร่างใบหูในตำแหน่งใหม่ที่ เหมาะสม เพื่อประเมินเนื้อเยื่อและกระดูกอ่อนของใบหู
3. พิมพ์ใบหูทั้งสองข้างด้วยวัสดุอัลจินेट ในตำแหน่งใบหูปกติของผู้ป่วย และในตำแหน่งที่คลี่ใบหูที่ม้วนกางออก
4. ถ่ายรูป เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา
5. แจ้งเรื่องดื่มน้ำที่เพียงพอและงดอาหารแข็ง 2 สัปดาห์ เนื่องจากแผลผ่าตัด จะอยู่บริเวณขอบบนของใบหู



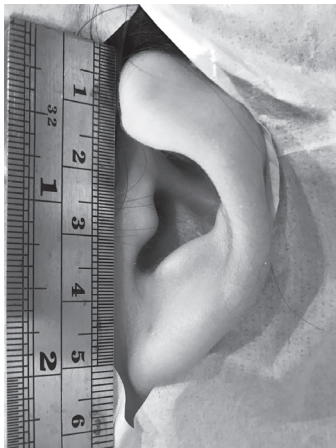
รูปที่ 5 ใบหูข้างขวา



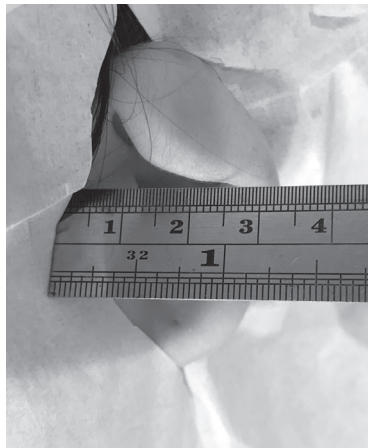
รูปที่ 5 ใบหูข้างซ้าย

รูปที่ 5 และ 6 เปรียบเทียบใบหูข้างขวา และใบหูข้างซ้าย ก่อนผ่าตัด





รูปที่ 7 ความสูงของใบหู



รูปที่ 8 ความกว้างของใบหู



รูปที่ 9 รอยพิมพ์ของใบหู

### รูปที่ 7 - 9 เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและวางแผนการรักษา

#### การวินิจฉัย

ให้การวินิจฉัยใบหูฟังอ ชนิด II B ตามการจัดระดับความรุนแรงของแทนเซอร์<sup>2</sup> ที่ได้แบ่งกลุ่มใบหูฟังอ (constricted ear) เป็น 3 กลุ่ม และ 2 กลุ่มย่อย ซึ่งบอกถึงระดับความรุนแรงและชนิดหัตถการในการบูรณะ

**วางแผนการรักษา** จากความรุนแรงของความผิดปกติระดับปานกลาง (Type II B) คือ ความรุนแรงหรือความผิดปกติของใบหูฟังอระดับปานกลาง มีเนื้อเยื่อหดรังบริเวณฐานของใบหูส่วนบน (root of the helix) ความสูงของใบหูและความสมดุลของใบหูทั้งซ้ายและขวาผิดปกติต่างกันเล็กน้อย การฟังอระดับปานกลาง เลือกวิธีการผ่าตัดรักษา

#### การผ่าตัดแก้ไข

1. การผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ
2. ฉีดยาสาด้านหลังบริเวณใบหู
3. เปิดแผลผ่าตัด บริเวณหลังหู ขนานกับรอยต่อของใบหูกับศีรษะ และ เปิดแผลผ่าตัดแบบ V-Y บริเวณ ขอบบนของใบหู เนื่องจากพบการหดรังในบริเวณนี้ และใกล้กับตำแหน่งรอยพับของกระดูกอ่อนเพื่อยืดขยายผิวหนังและเนื้อเยื่อหุ้มกระดูกอ่อนบริเวณ

ส่วนขอบบนของใบหู ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิลลาร์ด และคณะ<sup>10</sup>, เอลซาเอทและแลชชิน<sup>3</sup>

4. ทำการผ่าตัดกระดูกอ่อนบริเวณแนวพับงอ และเย็บกลับในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยทำการเย็บกระดูกอ่อนแบบมัสตาร์ด (mustarde suture) ด้วยไนลอน 4/0 ตัดไหมติดปม เพื่อการตรึงกระดูกอ่อนสอดคล้องกับการศึกษาของฮาร์ลอคและคณะ<sup>11</sup>

5. เย็บผิวหนังที่ยืดขนาดแล้วจากการเปิดแผลแบบวี-วาย (V-Y incision)

6. ปิดแผลแน่นเพื่อลดการเกิดเลือดคั่ง โดยการปิดผ้าก๊อชตามรูปร่างใบหูทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ปิดด้วยพลาสติกปิดแผลแล้วพันแถบยางยืดรัดศีรษะขนาด 3 นิ้ว

**การดูแลแผลหลังผ่าตัด** ภายหลังจากผ่าตัด เพื่อให้แผลหายปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด ดังนี้

1. ปิดแผลผ่าตัดแบบแน่นพอประมาณเพื่อป้องกันเลือดคั่ง ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก หลังจากผ่าตัด
2. ประคบเย็นรอบๆ แผล 2 วันแรกหลังผ่าตัด
3. ทำความสะอาดแผลวันละครั้ง จนถึงวันนัดตัดไหม

4. นัดผู้ป่วยตัดไหม 7 วัน หลังการผ่าตัด
5. หลังการตัดไหม ให้ผู้ป่วยปิดแผลแน่นพอประมาณ ด้วยผ้าก๊อซพันตามรอบใบหูและติดพลาสติกอร์บริเวณแผลพันด้วยแถบยางยืดต่อไปอีก 14 วัน
6. ล้างมือก่อนสัมผัสกับแผลทุกครั้ง เพื่อป้องกันแผลสัมผัสกับสิ่งสกปรกและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

#### คำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย

1. ไม่ควรนอนตะแคง หรือนอนทับใบหู
2. ประคบเย็นรอบแผล 2 วันหลังผ่าตัด เพื่อลดการบวม

3. ถ้ามีปัญหาเลือดออกมากผิดปกติ ให้แจ้งหรือมาพบก่อนเวลานัด

4. หลังจากเปิดแผลแล้วยังใช้ผ้าคาดศีรษะให้ใบหูแนบกับศีรษะเป็นเวลา 1 เดือน

5. สามารถสระผมได้ในวันที่ 3 โดยต้องไม่ให้แผลสัมผัสน้ำ

6. ในช่วง 2 อาทิตย์แรก ห้ามใช้อุปกรณ์เป่าผมที่ให้ลมร้อน เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดได้



รูปที่ 10 ใบหูข้างขวา



รูปที่ 11 ใบหูข้างซ้าย

รูปที่ 10 และ 11 เปรียบเทียบใบหูข้างขวา และใบหูข้างซ้าย 7 วันหลังผ่าตัด



รูปที่ 12 แสดงการพันแผ่นยางยืดรอบศีรษะเพื่อคงรูปร่างใบหู หลังผ่าตัด 7 วัน





รูปที่ 13 ใบหูข้างขวาหลังจัดลักษณะด้วยซีฟี่งไม่  
ให้ใบหูมีวงอ



รูปที่ 14 ใบหูข้างซ้าย

รูปที่ 13 - 14 เปรียบเทียบใบหูข้างขวา และใบหูข้างซ้าย 1 เดือนหลังผ่าตัด

### ผลการศึกษา

ภายหลังการผ่าตัด 7 วัน นัดผู้ป่วยมาตัดไหม พบใบหูด้านขวามีรอยแยกของแผลที่ขอบบนของหู และเริ่มมีการหดรั้งมีวงอลง จึงได้ตัดไหมที่ใบหูทั้ง 2 ข้าง และแนะนำการดูแลแผลโดยการจัดตำแหน่งหูข้างขวาให้ตั้งในตำแหน่งที่ปกติ ปิดด้วยผ้าก๊อซและพันผ้าแถบยางยืดรอบศีรษะ 14 วันหลังผ่าตัด นัดผู้ป่วยมาดูอาการและแผล พบใบหูข้างซ้ายแผลหายปกติ และใบหูอยู่ในตำแหน่งและรูปร่างปกติ ขนาด 6 เซนติเมตร ทำมุมกับศีรษะ 50 องศา ส่วนใบหูข้างขวายังมีลักษณะมีวงอขนาด 5.7 เซนติเมตร ทำมุมกับศีรษะ 70 องศา จึงได้เปลี่ยนจากการใช้ผ้าก๊อซ ในการจัดตำแหน่งของใบหูเป็นวัสดุซีฟี่งบับขึ้นรูปให้พอดีกับรูปร่างด้านหน้าของใบหูที่อยู่ในลักษณะที่ปกติ 1 เดือนหลังผ่าตัด ใบหูข้างซ้ายมีรูปร่างปกติ ใบหูข้างขวายังคงลักษณะมีวงอเท่ากับ 14 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถใส่แว่นได้ตามปกติ ไม่มีอาการเจ็บ

### วิจารณ์

ความผิดปกติของใบหูฟังจอพบได้ตั้งแต่แรกเกิด มีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนไม่สังเกตเห็นจนถึงมีวงออย่างชัดเจน การบันทึกอุบัติการณ์อาจไม่เป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งหมด<sup>9</sup> การให้การวินิจฉัยมีผู้เสนอการวินิจฉัยหลายระบบ แต่สามารถสรุปเกณฑ์ได้ว่าแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความผิดปกติ เช่น ความพับงอและการยื่นหรือเป็นการเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการของโรค แบ่งตามการผ่าตัดรักษา การรักษาขึ้นกับอายุ ความรุนแรง และความชำนาญของผู้ให้การรักษา โดยการรักษาที่มีในช่วงแรกใช้การผ่าตัดรักษา มีวิธีการผ่าตัดรักษา 20 วิธี วิธีที่เป็นที่นิยมหรือเป็นพื้นฐานคือการผ่าตัดเลือกใช้วิธีวี-วาย (V-Y incision) ร่วมกับการตัดหรือเสริมกระดูกอ่อน ตามลักษณะความผิดปกติ ต่อมามีการเสนอวิธีเย็บตรึงใบหูกับเยื่อหุ้มกระดูกหลังหู (mastoid process)<sup>3,9</sup> เพื่อแก้ปัญหาการคืนกลับของการพับงอของใบหู นอกจากนี้เริ่มมีการผ่าตัดแบบไม่เปิดแผลกว้าง<sup>12</sup> แล้วเลาะเยื่อหุ้มกระดูกอ่อนและเย็บใบหูในตำแหน่งปกติ ซึ่งมีข้อดี คือ ไม่มีแผลเป็นกว้าง หายเร็ว ลดโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด นอกจากวิธีการผ่าตัดแล้วมีวิธีในการรักษาในเด็กที่มีความผิดปกติไม่มากคือ วิธีการตัดจัดรูปร่างใบหู โดยเริ่มทำในเด็กอายุ 1-3 สัปดาห์<sup>8</sup> ซึ่งมีการพัฒนาเครื่องมือการคงอยู่หลังการตัดจัดรูปร่าง วิธีนี้มีข้อดีคือ แก้ไขให้ใบหูมีรูปร่างปกติตั้งแต่วัยเด็กทารก ไม่ต้องมีการผ่าตัด เป็นวิธีที่ง่ายไม่ยุ่งยาก เด็กและผู้ปกครองไม่ต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวในการเข้าสังคมจากการมีใบหูที่ผิดปกติในช่วงเวลารออายุครบเกณฑ์ที่เหมาะสมในการผ่าตัด โดยประมาณ 6 ปี

ผู้ป่วยมาปรึกษาด้วยปัญหาการมีอาการเจ็บจากการใส่แว่น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อย<sup>7</sup> ในการขอเข้ารับการรักษา นอกเหนือไปจากความต้องการด้านความสวยงาม ตรวจพบความผิดปกติของใบหูเป็นทั้ง 2 ข้าง และให้การวินิจฉัยตามลักษณะความรุนแรงของการพับงอของใบหูเป็นแบบปานกลางถึงรุนแรง (type II B)<sup>6</sup> ตามหลักการวินิจฉัยของแทนเซอร์<sup>2</sup> ซึ่งเป็นการแบ่งตามระดับความรุนแรงของความผิดปกติ ใบหูข้างขวาของผู้ป่วยรายนี้มีความรุนแรงมากกว่าข้างซ้ายเล็กน้อยแต่อยู่ในระดับปานกลาง (type II B) เหมือนกันทั้งสองข้าง จึงเลือกวิธีการผ่าตัดรักษาแบบเดียวกัน ตรวจการได้ยินพบว่า ปกติและเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะอื่น<sup>1,5,6,7,13</sup> ประเมินขนาดของใบหูพบว่า สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดโดยไม่ต้องปลุกกระดูกอ่อนเพิ่มเติม การผ่าตัดเลือกใช้วิธีวี-วาย (V-Y incision) เพื่อลดการหดรั้งของใบหูเนื่องจากมีขนาดและสัดส่วนใบหูในเกณฑ์ปกติผิวหนังและเนื้อเยื่อจากการประเมินเมื่อวัดขนาดใบหูตอนยึดมีเพียงพอ โดยเปิดแผลบริเวณด้านหลังของใบหู มีการตัดแต่งกระดูกอ่อนบริเวณรอยพับและเนื้อเยื่อที่ยึดรั้งออก และเย็บจัดรูปร่างกระดูกอ่อนแบบเย็บสองชั้น (mattress suture) ทั้งสองข้างเพื่อให้เกิดขอบกลางของใบหู (anti helix) ตามธรรมชาติของกระดูกอ่อน และทำการเย็บรั้งมาบริเวณเยื่อกระดูกหลังหู (mastoid process) เพื่อการคงอยู่หลังจากแก้ไขรอยพับของกระดูกอ่อนเช่นเดียวกับรายงาน

การศึกษาของ อัลคอตทาน<sup>9</sup> เอลซาแฮทและแลชชิน<sup>12</sup> ภายหลังการรักษาพบมีการคืนรูปที่ใบหูด้านขวา ซึ่งวิเคราะห์สาเหตุที่อาจทำให้เกิดการคืนรูปได้ คือ การเย็บตึงเยื่อหุ้มกระดูกหลังไม่เพียงพอหรือเกิดการหลุดออกจากตำแหน่ง กับการหดรั้งของแผลที่ขอบบนของใบหูที่มีการแยกของแผลหลังการตัดใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีใส่อุปกรณ์ตามตำแหน่งไม่ให้ใบหูพับและติดตามผลต่อเนื่อง พบว่ายังมีลักษณะคืนรูปของใบหูอยู่บ้าง ผู้ป่วยสามารถใส่แว่นได้ตามปกติ ไม่มีอาการเจ็บของใบหู และพึงพอใจกับรูปร่างใบหูหลังการรักษานับได้ว่าเพิ่มคุณภาพชีวิตจากองค์การอนามัยโลกที่แบ่งออกเป็น 6 ด้าน<sup>14</sup> ที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ ด้านจิตใจ (psychological) จากภาพลักษณ์ปรากฏที่ดีขึ้น

## สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติใบหูพับงอมีหลายวิธี การตัดสินใจเลือกวิธีการใดนั้นขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยและการวินิจฉัยหรือระดับความรุนแรง ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลางถ้าได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิดด้วยวิธีการจัดรูปร่างคลายรอยพับออก ทำให้ใบหูมีลักษณะทางปกติได้ มีข้อดีเนื่องจากเป็นการแก้ไขความผิดปกติตั้งแต่เด็ก มีผลต่อความมั่นใจในบุคลิกภาพ ไม่ต้องไว้ทรงผมปิดใบหูในผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ชายไม่สามารถซ่อนใบหูในทรงผมได้ ที่สำคัญที่สุดคือ แก้ไขใบหูให้ปกติไม่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดแก้ไขต่อไป ส่วนกรณีผู้ป่วยที่ใบหูพับที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเนื่องจากปัญหาคุณภาพชีวิตทั้งด้านความมั่นใจในบุคลิกภาพ การเจ็บเมื่อสวมใส่แว่น ผู้ให้การรักษาจำเป็นต้องซักประวัติความต้องการหรืออาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไข ตรวจประเมินและวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับความต้องการและระดับความรุนแรงของความผิดปกตินั้น ทั้งนี้การวางแผนการรักษาเทคนิคการผ่าตัดรักษาและทักษะประสบการณ์ความชำนาญของผู้ให้รักษามี

ผลอย่างยิ่งต่อการคงอยู่ของรูปร่างใบหูที่ปกติหลังการผ่าตัด

วิธีการดัดจัดรูปร่างใบหูฟังจอที่มีความผิดปกติในเด็กทารก เป็นสิ่งที่สหสาขาวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดควรเผยแพร่ทางเลือกการรักษาเพื่อประโยชน์ต่อเด็กและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและไม่ซับซ้อน ลดโอกาสการผ่าตัดในภายหลัง และที่สำคัญคือลดการเกิดปัญหาความมั่นใจในการเข้าสังคม อันมีผลขยายไปสู่ผลการศึกษาในวัยเรียนที่ไม่เต็มที่

### เอกสารอ้างอิง

1. Children's National Health System. Pediatric Ear Malformations [internet] 2013 [cited 2019 Mar 9]. Available from: URL: <https://childrensnational.org/choose-childrens/conditions-and-treatments/ear-nose-throat/ear-malformations>
2. Tanzer RC. The constricted (cup and loop) ear. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(4):406-15.
3. Elshahat A, Lashin R. Reconstruction of Moderately Constricted Ears by Combining V-Y Advancement of Helical Root, Conchal Cartilage Graft, and Mastoid Hitch. *Eplasty* 2016;16:e19.
4. Donald W. Buck II, Petger C. Neligan. *Review of Plastic Surgery.* 2016; Edinburg: Elsevier
5. Weerda H, Siegert R. Classification and treatment of auricular malformations. *Dt Arzteblatt* 1999;96 (36):1795-7.
6. Swartz JD, Faerber EN. Congenital malformations of the external and middle ear: high-resolution CT findings of surgical import. *AJR Am J Roentgenol* 1985;144(3):501-6.
7. Bartel-Friedrich S, Wulke C. Classification and diagnosis of ear abnormalities. *Laryngorhinootologie* 2007;86 Suppl 1:S77-95.
8. Phileemon EP, Infant Ear Molding Center. Cup And Constricted Ear Deformity [internet] 2016 [cited 2019 Jun 18]. Available from: URL: <https://www.infantearmolding.com/gallery/cup-ear-deformity>
9. Al-Qattan MM. An alternative approach for correction of constricted ears of moderate severity. *Br J Plast Surg* 2005;58(3):389-93.
10. Millard DR, McCafferty LR, Prado A. A simple, direct correction of the constricted ear. *Br J Plast Surg* 1988;41(6):619-23.
11. Horlock N, Grobbelaar AO, Gault DT. 5-year series of constricted (lop and cup) ear corrections: development of the mastoid hitch as an adjunctive technique. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(7):2325-32; discussion 2333-5.
12. Ento Key. Incisionless Otoplasty [internet] 2015 [cited 2019 Jun 18]. Available from: URL: <https://entokey.com/incisionless-otoplasty>
13. Bartel FS. Congenital Auricular Malformations: Description of Anomalies and Syndromes. *Facial Plast Surg* 2015;31(6):567-80.
14. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [internet] 1999 [cited 2019 Jul 12]. Available from: URL: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en>