

## ลิ้นติดในมุมมองของหมอฟัน Tongue Tie in Dentist's Aspect

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

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

### บทคัดย่อ

ลิ้นติด หรือพังผืดใต้ลิ้น คือ การมีพังผืดใต้ลิ้นเกาะสูงมาทางปลายลิ้นมากกว่าปกติ หรือยึดติดแน่น ซึ่งจะทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นไม่ดีพอการตรวจและรักษาได้ทันท่วงทีจะลดปัญหาการดูดนมในเด็กทารกการออกเสียงในเด็กโตรวมทั้งการเจ็บปวดหัวนมของมารดาจนเกิดปัญหาอุปสรรคการให้นมแม่ และเกิดผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก

การเลือกวิธีการรักษาลิ้นติด ขึ้นกับการวินิจฉัยระดับความรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีผ่าตัดแก้ไข การรักษาลิ้นติดนอกจากเพื่อประโยชน์ต่อเด็กและมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสำคัญแล้ว ยังมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สุขภาพช่องปาก การออกเสียง จิตวิทยาบุคลิกภาพ

บทความนี้นำเสนอสาเหตุ อุบัติการณ์แนวทางการวินิจฉัย วิธีการรักษาลิ้นติด และนำเสนอหัวข้อที่น่าสนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

**คำสำคัญ :** ลิ้นติด แนวทางการรักษา สุขภาพช่องปาก

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(2) : 290-302.

### ABSTRACT

The tongue tie, also known as ankyloglossia in medical term, is a developmental anomaly of the tongue characterized by an abnormally short, thick lingual frenulum resulting in limitation of tongue movement. The earlier diagnosis and refers to treat the defects are done, the complications of breastfeeding, nipple pain, and under developed infants are reduced. In addition, early treatment helps to prevent other sequelae of limitation of tongue movement such as the problem of oral

health, speech, and personality psychology. Optimal management of tongue tie does not only depend on severity but timely and appropriate surgical intervention.

This article presents the causes, incidence, diagnostic guidelines, treatment of tongue tie, and suggestions of later research.

**Keywords :** tongue tie, treatment guideline, oral health

Received : May 14, 2020 Revised : May 22, 2020 Accepted : June 2, 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(2) : 290-302.

## บทนำ

ลิ้นติด (tongue Tie) หรือ ภาวะลิ้นยึด (ankyloglossia) ซึ่งเป็นศัพท์ทางการแพทย์ คือภาวะที่มีการเคลื่อนไหวจำกัดจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้น (lingual frenulum) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ยึดเกาะระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากเกิดความผิดปกติ<sup>1-3</sup> เป็นภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด<sup>1,4,6-7</sup> และอาจมีผลให้ปลายลิ้นขยับเขยื้อนได้น้อยลง เนื้อเยื่อที่ยึดลิ้นเป็นสิ่งปกติที่มีในเด็กทุกคนอาจสั้นไปและยึดติดกับลิ้นแน่นไปหรืออาจยึดด้านล่างของลิ้นยาวเกินไป หากยื่นไปถึงปลายลิ้น อาจทำให้เห็นปลายลิ้นเป็นรูปตัว V หรือเป็นรูปหัวใจและทำให้ลิ้นเคลื่อนไหวไม่ได้เต็มที่ การรักษาในเด็กทารกบางรายเท่านั้นที่ต้องผ่าตัด และบางรายถ้าไม่ทำให้เกิดปัญหาในการดูดนมหรือเจ็บหัวนมแม่อาจไม่ต้องผ่าตัด เนื่องจากพังผืดใต้ลิ้นในทารกมีแนวโน้มที่จะยืดออกเองได้<sup>2</sup>

ลิ้นติดทำให้แลบลิ้นยื่นออกมาและกระดกลิ้นไม่ได้ ทำให้ไปขัดขวางการเคลื่อนไหวตามปกติของลิ้นที่เป็นลูกคลื่นเวลาที่ลูกดูดนมแม่ (peristalsis) จนทำให้ทารกดูดนมไม่ได้<sup>2-3</sup> จนใช้เหงือกในการช่วยดูดนมและทำให้แม่เจ็บหัวนมและเป็นแผล เกิดการหยุดให้นมแม่และทำให้เต้านมผลิตน้ำนมน้อยลง เด็กได้รับน้ำนมไม่พอและน้ำหนักตัวไม่เพิ่มตามกำหนด ทำให้มีอาการตัวเหลือง

ประวัติการจัดการลิ้นติดมีการกล่าวถึงตั้งแต่ในคริสต์ศตวรรษที่ 18 หมอตาแยจะใช้เล็บนิ้วมือตัด

เอ็นใต้ลิ้นในทารกทุกคน เพราะมีความเชื่อว่าขัดขวางการดูดนมและการพูด และมีการรักษาลิ้นติดมากขึ้นในศตวรรษที่ 20 เนื่องจากการณรงค์ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>1,4-5</sup> ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยกันแพร่หลายจนมีการสร้างเครื่องมือช่วยการตรวจวินิจฉัยและแนวทางการรักษากันมากมายในประเทศไทย การรักษาพังผืดใต้ลิ้นเป็นสิ่งที่ทางการแพทย์ให้ความสำคัญในอดีตโรงพยาบาลศิริราชให้การตัดพังผืดใต้ลิ้นโดยการดมยาสลบทุกราย และมีการพัฒนามาใช้ยาชาเฉพาะที่<sup>2</sup> ซึ่งมีความปลอดภัยลดวันนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 2-3 วันเป็นสามารถดูดนมแม่ได้และกลับบ้านได้เลย

สาเหตุการเกิด เกิดจากกระบวนการสลาย (apoptosis) เพื่อเกิดการแยกระหว่างลิ้นกับพื้นปากในช่วงตัวอ่อนในครรภ์ไม่สมบูรณ์<sup>1,12</sup> ภาวะนี้มักเป็นกรรมพันธุ์ที่เกิดจากความผิดปกติของยีนที่บอกซ์ (TBOX) และอาจเกิดจากการรับประทานสารโคเคน (cocaine) ในระหว่างตั้งครรภ์<sup>1</sup>

## วิธีการสืบค้นข้อมูล

ทำการสืบค้นข้อมูลโดยใช้คำสืบค้นดังนี้ ภาวะลิ้นติด (tongue tie, ankyloglossia) โดยสืบค้นเบื้องต้นจากบทคัดย่อ จากนั้นคัดเลือกบทความเฉพาะที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารหรือบทความทางการแพทย์ ในช่วงปี 1970-2020 โดยพิจารณาเฉพาะบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น จากนั้นทำการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูลทางการแพทย์ต่อไป

## แนวทางการนำเสนอข้อมูล

นำเสนออุบัติการณ์แนวทางการวินิจฉัย วิธีการรักษา ลึนดัด ผลการรักษา

**อุบัติการณ์** พบอุบัติการณ์ในการศึกษาที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่หลากหลาย การวินิจฉัยจะใช้ลักษณะของลึนร่วมกับหน้าการทำงานของลึน โดยความละเอียดในการประเมินมีความแตกต่างกัน อุบัติการณ์ลึนติดพบได้ ตั้งแต่ร้อยละ 1.7-63.6<sup>4,6</sup> โดยมีสัดส่วนในทารกเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1<sup>6-8</sup> ภาวะลึนติดนี้พบมากขึ้นในทารกที่มีความผิดปกติในกลุ่มอาการไคเนเลอร์ (Kindler syndrome) กลุ่มอาการแวนเดอร์วูเด (Van der Woude syndrome) กลุ่มอาการออพิทซ์ (Opitz syndrome) กลุ่มอาการผิดปกติบริเวณใบหน้าช่องปากและนิ้ว (orodigitofacial syndrome) และภาวะเพดานโหว่ที่สัมพันธ์กับโครโมโซมเพศ (X-linked cleft palate)<sup>4,6-7</sup> และในทารกที่แม่มีการใช้ยาเสพติดประเภทโคเคนพบว่า มีอุบัติการณ์สูงขึ้น 3.5 เท่า<sup>4</sup>

ในประเทศไทยมีการเสนออุบัติการณ์ลึนติดประมาณร้อยละ 3.2-4.8<sup>10-11</sup> พบเด็กที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีลึนติดประมาณร้อยละ 12.8<sup>10-11</sup> หรือในทางกลับกันภาวะลึนติดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอุบัติการณ์ของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประมาณ

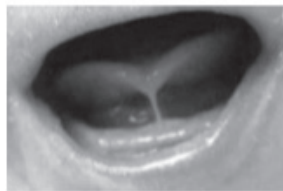
ร้อยละ 25-80 โดยในเด็กที่ไม่มีภาวะลึนติดมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 3<sup>12</sup>

## เนื้อหาที่ทบทวน

การตรวจประเมินลึนมีการพัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินหลายแบบ รวมถึงพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ช่วยการประเมินได้แม่นยำมากขึ้น ผู้ประเมินควรฝึกประเมินภายใต้การควบคุมของผู้ชำนาญการ อย่างน้อยเคยตรวจเด็กที่สงสัยว่าลึนติด 10 ราย<sup>13</sup>

### 1 เกณฑ์การประเมินลึน

1.1 ประเมินตามลักษณะการยึดของพังผืดใต้ลิ้นของ Callahan และคณะ<sup>3</sup> โดยแบ่งลึนเป็น 2 ส่วนตามความยาวภาวะลึนติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหน้าของลิ้น และภาวะลึนติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้นทั้ง 2 ชนิด ยังแบ่งย่อยตามความรุนแรงออกเป็นภาวะลึนติดทางด้านหน้าชนิด 1 และ 2 (anterior ankyloglossia type I, II) ภาวะลึนติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia type III, IV) ดังรูปที่ 1-4



รูปที่ 1 แสดงภาวะลึนติดทางด้านหน้า ชนิดที่ 1 (anterior ankyloglossia type I)<sup>16</sup>



รูปที่ 2 แสดงภาวะลึนติดทางด้านหน้า ชนิดที่ 2 (anterior ankyloglossia type II)<sup>16</sup>



รูปที่ 3 แสดงภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง ชนิดที่ 3 (posterior ankyloglossia type II)<sup>3</sup>



รูปที่ 4 แสดงภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง ชนิดที่ 4 (posterior ankyloglossia type IV)<sup>3</sup>

1.2 ประเมินโดยใช้เกณฑ์ลักษณะและหน้าที่ของลิ้น มาวิเคราะห์ตามเครื่องมือการประเมินของ

ฮาเซลเบคเคอร์ (Hazelbaker Assessment Tool)<sup>10</sup> ได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะลิ้นติด

ลักษณะ	หน้าที่
<b>ลักษณะลิ้นเมื่อกระดกขึ้น</b> 2 : มนหรือเหลื่อม 1 : ปลายหยักเล็กน้อย 0 : รูปหัวใจหรือตัว V	<b>การเคลื่อนที่ไปด้านข้างของลิ้น</b> 2 : สมบูรณ์ 1 : ไปเฉพาะตัวลิ้น ปลายลิ้นไม่ไป 0 : ไม่ได้เลย
<b>ความยืดหยุ่นของ frenulum</b> 2 : ยืดหยุ่นมาก 1 : ยืดหยุ่นปานกลาง 0 : ยืดหยุ่นเล็กน้อยหรือไม่เลย	<b>การกระดกลิ้น</b> 2 : ปลายลิ้นถึงกลางปาก 1 : แค่ขอบสองข้างถึงกลางปาก 0 : ปลายอยู่แค่เหงือกกลางหรือกระดกได้ถึงเฉพาะเวลาเหงือกหุบ
<b>ความยาวของ frenulum เมื่อลิ้นกระดก</b> 2 : >1เซนติเมตร 1 : 1เซนติเมตร 0 : <1เซนติเมตร	<b>การแลบลิ้น</b> 2 : ปลายลิ้นอยู่บนริมฝีปากล่าง 1 : ปลายลิ้นอยู่บนเหงือกกลาง เท่านั้น 0 : ไม่ใช่ทั้ง2อย่าง มีส่วนปลายหรือส่วนกลางลิ้นนูนสูงขึ้น

**ตารางที่ 1** เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะลึนติด (ต่อ)

ลักษณะ	หน้าที่
<b>การยึดของ frenulum กับลิ้น</b> 2 : ยึดส่วนหลังของปลายลิ้น 1 : ยึดที่ปลายเลย 0 : ปลายลิ้นมีรอยหยัก	<b>การแผ่ของส่วนปลายของลิ้น</b> 2: บริบูรณ์เต็มที่ 1: ปานกลางหรือบางส่วน 0: เล็กน้อยหรือไม่เลย
<b>ตำแหน่งยึดของ frenulum กับขอบเหงือกล่าง</b> 2 : ยึดติดกับพื้นปากหรือหลังต่อขอบเหงือก 1 : ยึดหลังขอบเหงือกพอดี 0 : ยึดติดที่ขอบเหงือก	<b>การม้วนของขอบลิ้นเมื่ออมหัวนม(cupping)</b> 2 : ตลอดขอบ ม้วนอมได้กระชับ 1 : ขอบข้างเท่านั้น กระชับปานกลาง 0 : ไม่มี หรือไม่กระชับเลย
	<b>การเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่นของลิ้น</b> 2 : สมบูรณ์ จากหน้าไปถึงหลัง 1 : บางส่วน เริ่มจากส่วนหลังต่อปลายลิ้น 0 : ไม่มี หรือเคลื่อนไหวกลับทาง
	<b>การอมแล้วหลุด</b> 2 : ไม่เลย 1 : เป็นครั้งคราว 0 : บ่อยๆ หรือทุกครั้งที่สุด

ตารางที่ 1 ตรวจสอบและรวมคะแนนภาวะลึนติดแล้วนำมาประมวลผล เพื่อประเมินลิ้นของทารกโดยใช้ลักษณะ 5 อย่าง และใช้หน้าที่ 7 อย่าง จะวินิจฉัยว่าเป็นภาวะลึนติดที่มีนัยสำคัญ เมื่อคะแนนลักษณะรวมแล้วได้ 8 หรือน้อยกว่า และ/หรือ คะแนนหน้าที่รวมแล้วได้ 11 หรือน้อยกว่า

1.3 เกณฑ์ของกอตโลว (Kotlow)<sup>14</sup> โดยวัดความยาวของลิ้นจากปลายลิ้นถึงจุดที่มีการติดของเนื้อเยื่อยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปาก ความยาวนี้ที่ยอมรับว่าปกติทางคลินิก คือมากกว่า 16 มิลลิเมตรหากวัดความยาวส่วนนี้ได้ 12-16 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลึนติดเล็กน้อย (mild ankyloglossia) หากความยาวตั้งแต่ 8-11 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลึนติดปานกลาง (moderate ankyloglossia) หาก

ความยาว ตั้งแต่ 3-7 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลึนติดรุนแรง (severe ankyloglossia) และหากความยาวน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลึนติดสมบูรณ์ (complete ankyloglossia)

รศ.นพ.ภาวิน พัวพรพงษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้พัฒนาคิดค้นเครื่องมือเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยภาวะลึนติดของทารก (MED-SWU Tongue-Tie Director)<sup>15</sup> โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยลึนติดของกอตโลว (Kotlow)<sup>14</sup> อุปกรณ์จะช่วยประเมินระดับความรุนแรงของภาวะลึนติดซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการให้การรักษา รวมทั้งการวัดตำแหน่งก่อนทำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด ทำให้การผ่าตัดมีความสะดวกแม่นยำ รวดเร็ว

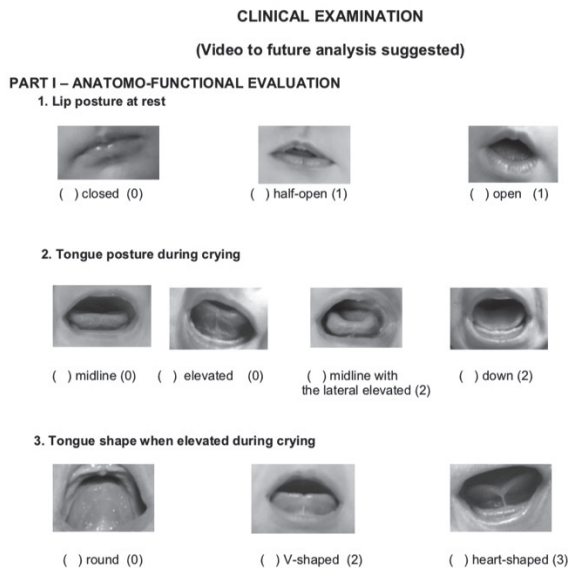


รูปที่ 5 เครื่องมือช่วยวินิจฉัยและผ่าตัดภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด<sup>15</sup>

รูปที่ 5 เครื่องมือช่วยวินิจฉัยและผ่าตัดภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด (MED-SWU Tongue-Tie Director) ได้รับการพัฒนาคิดค้นเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยภาวะลิ้นติดของทารก โดยอุปกรณ์จะช่วยประเมินระดับความรุนแรงของภาวะลิ้นติดซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการให้การรักษารวมทั้งการวัดตำแหน่งก่อนทำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด ทำให้การผ่าตัดมีความสะดวก แม่นยำ รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

1.4 แบบตรวจให้คะแนนพังผืดใต้ลิ้น (Lingual frenulum protocol with scores for infants)

Martinelli และคณะ<sup>16</sup> ได้สร้างเครื่องมือตรวจให้คะแนนพังผืดใต้ลิ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการดูนมแม่ ลักษณะทางกายภาพและการเคลื่อนไหวของลิ้น (รูปที่6) รูปร่างและตำแหน่งการยึดติดของพังผืดใต้ลิ้น (รูปที่7) การตรวจประเมินโดยการให้ทารกดูดนิ้วที่ใส่ถุงมือและดูดหัวนม



รูปที่ 6 การตรวจลักษณะทางกายภาพและการเคลื่อนไหวของลิ้น<sup>16</sup>

4. Lingual Frenulum



( ) visible



( ) not visible



( ) visible with maneuver (\*)

IF THE LINGUAL FRENULUM IS NOT VISIBLE, GO TO PART II (evaluation of orofacial functions)

4.1. Frenulum thickness



( ) thin (0)



( ) thick (2)

4.2. Frenulum attachment to the tongue



( ) midline (0)



( ) between midline and apex (1)



( ) apex (3)

4.3. Frenulum attachment to the floor of the mouth



( ) visible from the caruncles (0)



( ) visible from the crest (1)

รูปที่ 7 การตรวจรูปร่างและตำแหน่งการยึดติดใต้ลิ้น<sup>16</sup>

1.5 การแบ่งความรุนแรงภาวะลิ้นติดของ  
ศิริราช (Siraj Tongue-Tie Score (STT Score)<sup>17</sup>

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผศ.นพ.มงคล  
เลาหเพ็ญแสง สาขาวิชากุมารศาสตร์ ภาควิชา  
ศัลยศาสตร์ แบ่งความรุนแรงของภาวะลิ้นติดตาม

กายวิภาคของลิ้นเป็น 3 ระดับ โดยดูใต้ลิ้นขณะที่ยกลิ้นขึ้น  
ใช้ส่วนทหัยกบริเวณขอบลิ้น (fimbriated fold)  
เป็นตำแหน่งที่สำคัญและแบ่งพื้นที่ใต้ลิ้นที่อยู่ต่ำกว่า  
ส่วนทหัยกบริเวณขอบลิ้น (fimbriated fold) ออกเป็น  
2 ส่วน (รูปที่ 8)

Tongue	Frenulum	mild ③	moderate ②	severe ①
	Function	protraction ③	retraction ②	inversion ①
Nipple	Sensation	Tongue at areola ④	Tongue at nipple ②	No latch on ①

รูปที่ 8 การแบ่งความรุนแรงภาวะลิ้นติดของศิริราช<sup>17</sup>



### การตรวจประเมินช่องปากและฟัน

ตรวจช่องปากอย่างรอบคอบ ควรตรวจภายในช่องปากอย่างถี่ถ้วน ประเมินทั้งหน้าที่และกายวิภาค การตรวจควรครอบคลุมการคลำเพดานอ่อนและเพดานแข็ง เหงือก และบริเวณใต้ลิ้น รวมทั้งตรวจการเคลื่อนไหวของลิ้น ความยาว ความยืดหยุ่น และจุดใต้ลิ้นที่ ฟังผิดไปเกาะ เพื่อหาว่าไม่มีพยาธิสภาพอย่างอื่น เช่น เพดานโหว่

### การรักษาลิ้นติด

ปกติภาวะลิ้นติดจะค่อยๆ หายไปเมื่อเด็กอายุ 2-3 ปี<sup>13</sup> แต่ในเด็กเล็กอาจเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น คุณแม่ไม่ได้ดี โคมห้วนนมแล้วมักหลุด น้ำหนักตัวไม่ค่อยขึ้นจากการได้น้ำนมไม่พอ แม่เจ็บห้วนนมหรือห้วนนมเป็นแผล แม่สร้างน้ำนมน้อยลงๆ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้อาจจะต้องได้รับการแก้ไขโดยการผ่าตัดที่เรียกได้หลายอย่าง เช่น frenulectomy, frenulotomy, frenectomy หรือ frenotomy

โดยทั่วไปฟังผิดใต้ลิ้น (frenulum) จะเป็นแผ่นเยื่อบางๆ โปร่งแสงและมีเส้นเลือดมาเลี้ยงน้อย ทำให้การทำผ่าตัด เกือบจะไม่มีเลือดออก ในกรณีส่วนน้อยที่ฟังผิดใต้ลิ้นหนา มีเนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อ และค่อนข้างมีเลือดมาเลี้ยงมาก อาจต้องเพิ่มความระวังเรื่องการจัดการแผลผ่าตัดและการห้ามเลือด โดยเฉพาะภาวะลิ้นติดด้านหลัง (posterior ankyloglossia type III, IV)<sup>3</sup>

ฟังผิดใต้ลิ้น (frenulum) มีเส้นประสาทมารับความรู้สึกน้อย จึงเชื่อว่าทารกอายุต่ำกว่า 4 เดือน มักจะทนต่อการผ่าตัดบริเวณนี้ได้เป็นอย่างดี โดยไม่ต้องใช้ยาชาเฉพาะที่ใดๆ หากจะใช้ เช่น benzocaine ทา 2 ชั่วโมงของฟังผิดใต้ลิ้น (frenulum) บริเวณที่จะขลิบก่อน อาจทำให้ปากเด็กชา ทำให้ดูดนมแม่ไม่ได้ดีหลังการผ่าตัด<sup>13</sup>

### การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- ชักประวัติ การตรวจร่างกาย ค้นหาสาเหตุอื่นที่ทำให้ทารกดูดนมลำบาก
- แนะนำข้อมูลและแนวทางการรักษาก่อนให้พ่อแม่เซ็นยินยอมให้ทำผ่าตัด

- ทารกไม่จำเป็นต้องงดนมก่อนผ่าตัด ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ประมาณ 5-10 นาที

### การผ่าตัดแก้ไข

1. ใช้ผ้าเด็กให้แน่นกระชับ เพื่อป้องกันการขยับของแขนหรือขาเด็กมารบกวนบริเวณผ่าตัด แหงดคล้องน้อยจะทำให้มองเห็นลิ้นและ ฟังผิดใต้ลิ้น (frenulum) ได้ดีขึ้น<sup>13</sup>

2. ทำความสะอาดบริเวณใต้ลิ้น ทายาชาเฉพาะที่<sup>7</sup>

3. ใช้เครื่องมือหรือ นิ้วดันลิ้นให้กระดกขึ้น ตัดฟังผิด ส่วนที่บางที่สุดของ ฟังผิดใต้ลิ้น (frenulum) ขีดกับ retractor หรือนิ้ว ขนานกับลิ้น<sup>18</sup> ขลิบเนื้อเยื่อราว 2-3 มิลลิเมตร ตรงจุดที่บางที่สุด ระหว่างลิ้นกับสันเหงือกสอดเข้าไปในร่องที่อยู่ใกล้กับกล้ามเนื้อเจนิโอกลอสซิส (genioglossus muscle) ระวังอย่าตัดหลอดเลือดตรงฐานลิ้น, กล้ามเนื้อหรือที่เยื่อหูเหงือก ควรจะเสียเลือดไม่เกิน 1-2 หยด ประเมินการเคลื่อนไหวของลิ้น

4. กดแผลผ่าตัดเพื่อห้ามเลือดหลังจากผ่าตัด

5. ให้เด็กดูดนมมารดาได้ทันที เพื่อประเมินผลหลังการแก้ไข ประเมินการเจ็บห้วนนมของมารดาซ้ำอีกครั้งหนึ่ง การอมห้วนนมและลานห้วนนม

การดูแลแผลภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้แผลหายปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด ดังนี้

1. ประคบเย็นใต้คาง 1 วัน แรกหลังผ่าตัด
2. ทำความสะอาดช่องปากโดยใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดหลังลิ้น เหงือกและกระพุ้งแก้มหลังดูดนม
3. ถ้ามีปัญหาเลือดออก ให้รีบแจ้งหรือมาพบก่อนเวลานัด

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะเลือดออก บวม แผลแยก ขอบแผลตาย แผลติดเชื้อ

ผลการรักษาส่วนใหญ่พบว่า ทารกสามารถดูดนมแม่ได้ดีขึ้นทันทีหลังจากผ่าตัดฟังผิด การเจ็บห้วนนมและการเข้าเต้า (latch on) ดีขึ้น<sup>3,7-9</sup> ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ตารางสรุปผลการศึกษาลิ้นติด

การศึกษา	ปัญหาที่พบ	การรักษา	ผลการรักษา
Callahan และคณะ <sup>3</sup>	ภาวะลิ้นยึด (ankyloglossia)	การผ่าตัดพังผืด (frenotomy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทารกจำนวน 299 รายได้รับการผ่าตัด</li> <li>- ระดับความรุนแรง (type III 36% , type IV 49%, type 1, 2 16%)</li> <li>- การเจ็บห้วงนมของแม่ทารกลดลงในทุกกลุ่ม</li> <li>- การเข้าเต้าของทารกดีขึ้น (type III,IV)</li> <li>- 92% ของแม่ทารกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัด โดยมีระยะเวลาเลี้ยงเฉลี่ย 14 เดือน</li> </ul>
Olivi และคณะ <sup>7</sup>	ภาวะลิ้นยึด (ankyloglossia)	การผ่าตัด ด้วยเลเซอร์ (laser lingual frenectomy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (Erbium:YAG laser 2940nm 1.5W 20pps)</li> <li>- ผู้ป่วย 1 ราย</li> <li>- หลังผ่าตัดไม่พบผลแทรกซ้อน ไม่มีอาการกลับมาเป็นซ้ำอีก</li> </ul>
Bhattad และคณะ <sup>8</sup>	ภาวะลิ้นยึด (ankyloglossia)	ผู้ป่วยราย ที่ 1,2 ใช้การ ผ่าตัดด้วยมีด (conventional frenectomy) รายที่ 3 ใช้ การผ่าตัดด้วย เลเซอร์ไดโอด (diode laser frenectomy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย 3 ราย</li> <li>- การเคลื่อนไหวของลิ้นเพิ่มขึ้นจาก 7, 9 และ 8 มม. เป็น 13, 14, and 15 มม. ตามลำดับ</li> <li>- คะแนนหน้าที่ของลิ้น (functional score) 9, 10, 10 เปลี่ยนเป็น 14,13,12 ตามลำดับ</li> <li>- คะแนนลักษณะของลิ้น (appearance score) 6, 6, และ 7 เปลี่ยนเป็น 9, 9, 10 ตามลำดับ</li> <li>- การออกเสียงในรายที่ 3 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ</li> <li>- ประเมินผลยาวถึง 1 ปีหลังผ่าตัด</li> </ul>
สิริพรรณ จำปาเงิน <sup>9</sup>	ภาวะลิ้นยึด (ankyloglossia)	การผ่าตัดพังผืด (frenotomy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 119 ราย ที่ได้รับการผ่าตัด</li> <li>- ค่าเฉลี่ย LATCH score เพิ่มขึ้นจาก 6.6 เป็น 8.3</li> <li>- ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดที่ห้วงนมลดลง จาก 4.6 เป็น 2.3</li> </ul>

### บทวิจารณ์

ภาวะลิ้นติด อาจทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นจำกัด เช่น แลบลิ้นยื่นออกมาและกระดกลิ้นไม่ได้ ขัดขวางการเคลื่อนไหวตามปกติของลิ้นที่เป็นลูกคลื่นระหว่างที่ดูดนมแม่ ส่งผลให้ดูดนมแม่ได้ไม่ดี อมห้วงนมแล้วมักหลุด และใช้เหงือกกดงับที่ห้วงนม ทำให้แม่เจ็บห้วงนม มีการชอกช้ำเป็นแผล ส่งผลให้ร่างกายของแม่

สร้างน้ำนมได้น้อยลง และเกิดปัญหานมแม่ไม่เพียงพอหรือเลี้ยงการให้นมแม่<sup>18</sup>

ภาวะลิ้นติดมีสาเหตุการเกิดจากกรรมพันธุ์และสารโคเคน ที่มีผลต่อการไม่สลายของพังผืดยึดลิ้นในตอนเป็นตัวอ่อนในครรภ์ การตรวจพบลิ้นติดสามารถค้นหาความผิดปกติของกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

อุปนิสัยที่ได้ในแต่ละการศึกษามีค่าแตกต่างกัน ขึ้นกับเครื่องมือหรือเกณฑ์ที่อ้างอิง<sup>18</sup> และยังขึ้นกับนโยบายหรือยุทธศาสตร์ทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง<sup>19-20</sup> เช่น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีการให้ความสนใจและพยายามแก้ปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางการให้นมแม่<sup>23</sup>

มีข้อสงสัยในข้อสรุปการศึกษาว่า การผ่าตัด การรักษาลิ้นยึดแล้วทารกดูนมได้ดีขึ้น เป็นเพราะพัฒนาการหรือไม่<sup>18</sup> ซึ่ง O'Shea และคณะ<sup>22</sup> ในปี ค.ศ. 2018 ได้ทบทวนการศึกษาหนึ่งที่พบว่า ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่า การผ่าตัดรักษาลิ้นติดนำไปสู่ผลสำเร็จของการช่วยให้ทารกดูนมได้ดีขึ้นหรือไม่ในระยะยาวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในทารกที่มีระดับลิ้นติดในระดับน้อยถึงปานกลาง แต่จะให้ผลดีต่อความสามารถในการดูนมได้ดีในกรณีที่ทารกมีระดับลิ้นติดในระดับรุนแรง และเช่นเดียวกับการทบทวน 29 การศึกษาในปี ค.ศ. 2015 ของ Francis และคณะ<sup>12</sup> พบว่า งานวิจัยทั้งหลายที่นำมาทบทวนดังกล่าวก็ยังมีจุดอ่อนมากมายในด้านระเบียบวิธีการวิจัย เช่น การมีกลุ่มตัวอย่างน้อย การไม่ได้มีการป้องกันการรับรู้ (blinding) ทั้งแม่หรือผู้ประเมิน เป็นต้น และส่วนใหญ่เป็นการประเมินในระยะสั้น มุ่งเน้นประเมินการเจ็บหัวนมแม่ ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบกับ การไม่ผ่าตัดฝังฟีด การศึกษาการให้นมมารดากับการเจริญเติบโตหรือกระบวนการช่วยเหลือการให้นมมารดา Bronwyn และคณะ<sup>23</sup> ได้เสนอผลของการลดการตัดฟังกัดที่ไม่จำเป็นจากการรื้อระยะ 11.3 ในปี 2015 เป็นร้อยละ 3.5 ในปี 2017 โดยความร่วมมือ ทั้งสถานพยาบาลและชุมชน โดยการสื่อสารข้อมูลความรู้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และใช้เครื่องมือการประเมินลิ้นยึดบรีสตัน (Briston Tongue-tie Assessment Tool) และการเกณฑ์การแบ่งระดับลิ้นติดของคอไรลอส (Coryllos classification)

Jin และคณะ<sup>24</sup> ได้สำรวจศึกษาถึงความคิดเห็นของบุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้อง 1,721 คน จาก 28 ประเทศ มากกว่า 30 กลุ่มวิชาชีพ โดยเป็นกลุ่มพยาบาลต่างๆ

ร้อยละ 51 กลุ่มแพทย์ร้อยละ 40 ทันตแพทย์ร้อยละ 6 อื่นๆ ร้อยละ 3 ต่อความคิดเห็น ในการวินิจฉัยโรคหรือการส่งต่อเพื่อรักษาหรือการรักษาพบว่า ในความคิดเห็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทารกที่มีปัญหาลิ้นติดกับการดูนมยากแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวิชาชีพและแต่ละภูมิภาค พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ จะเห็นว่าลิ้นติดมีผลต่อการดูนมมากกว่ากลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์บุคลากรประเทศกลุ่มตะวันตกเห็นว่าลิ้นติดส่งผลต่อการดูนมมากกว่าประเทศกลุ่มตะวันออก บุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี จะเห็นว่าลิ้นติดมีผลต่อการดูนมมากกว่าบุคลากรที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี บุคลากรที่ดูแลทารกลิ้นติด จำนวนมากกว่า 30 รายต่อเดือน จะเห็นว่าลิ้นติดมีผลต่อการดูนมมากกว่า และส่งต่อปรึกษาการให้นมแม่ในอัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 21-35 การวินิจฉัยส่วนใหญ่จากลักษณะลิ้น (ร้อยละ 64) การเจ็บหัวนม (ร้อยละ 60) การดูนมยาก (ร้อยละ 43) ส่วนน้อยโดยเฉพาะแพทย์ใช้เครื่องมือ พบว่ามีเครื่องมือประเมินลิ้นติด 20 เครื่องมือ ร้อยละ 24 ของผู้ให้ข้อมูลเคยทำผ่าตัดฟังกัดและเป็นแพทย์ต่อทันตแพทย์ 65:35 ส่วนเหตุผลที่ไม่ทำ เพราะไม่ได้รับการฝึก (ร้อยละ >70) เชื่อว่าการให้ความรู้เรื่องการดูนมแม่มีความสำคัญมากกว่า (ร้อยละ >40) เชื่อว่าการผ่าตัดไม่มีผลต่อการดูนม (ร้อยละ >31) ผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยทำ frenectomy ส่วนใหญ่มักจะเชื่อว่า ภาวะลิ้นติดส่งผลต่อการดูนม

การผ่าตัดฟังกัดได้ลิ้นถึงแม้ว่าจะเป็นการผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยากแต่ก็ผู้ทำการผ่าตัดควรได้รับการฝึกอบรมทักษะ<sup>18,20,22</sup> ควรประเมินว่า การรักษาฟังกัดได้ลิ้นเพื่อช่วยเรื่องการดูนมของทารกดีขึ้น หรือมีผลป้องกันสุขภาพด้านอื่น ในอนาคตร่วมด้วยในปัจจุบันมีการใช้เลเซอร์มาใช้ในการผ่าตัดลิ้นติดซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายไม่ซับซ้อน แต่ต้องมีการความรู้และทักษะก่อนนำมาใช้<sup>7</sup>

นอกจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการให้นมแม่แล้ว ปัญหาสุขภาพช่องปากที่อาจเกี่ยวข้องกับลิ้น<sup>7-8,21</sup> ติดตามหลักที่สัมพันธ์กันของการ

เรื่องการทำงานและรูปร่างของลิ้นกับอวัยวะอื่นในช่องปากยังต้องมีการศึกษาเพิ่ม เช่น

1. การสบฟันแบบคร่อม (cross bite) ด้านหน้าหรือด้านหลังร่วมด้วย เนื่องจากการมีแรงกระตุ้นจากลิ้นที่ยึด ทำให้กระดูกขากรรไกรล่างมีขนาดโตกว่าขากรรไกรบนที่ไม่มีแรงกระตุ้นและไม่มีแรงกระทำจากการแผ่ทางด้านข้างของลิ้นจากการกลืน ซึ่งปกติใน 24 ชั่วโมง มีการกลืนประมาณ 1500-2000 ครั้ง
2. การสบฟันแบบเปิด (open bite) จากแรงดันของลิ้นในระหว่างกลืนหรือพูด
3. การปิดปากไม่สนิท ทำให้เกิดการหายใจทางปาก
4. การมีฟันหน้าล่างห่างจากการดันของลิ้นที่ไม่ปกติ

### สรุป

การดูแลรักษาทารกที่มีลิ้นติดเป็นสิ่งที่สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแล การใช้เกณฑ์ประเมินและแนะนำทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมเฉพาะราย<sup>18</sup> เพื่อประโยชน์ต่อเด็กและมารดาการผ่าตัดฟังกัดได้ลิ้นเป็นวิธีที่ง่ายและไม่ซับซ้อน ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูดนมมารดาที่ไม่เพียงพอ และที่นอกจากนั้นยังป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก การขัดขวางการทำความสะอาด การเรียงตัวของฟัน รูปร่างของกระดูกขากรรไกรล่างการออกเสียง ที่เป็นปัญหาความมั่นใจในการเข้าสังคม<sup>4,7,18</sup> ควรมีการศึกษาถึงประโยชน์ในด้านอื่นนอกเหนือจากปัญหาด้านการดูดนมแม่ของการผ่าตัดแก้ไขลิ้นติดศึกษาการใช้เทคนิควิธีหรือเครื่องมือการประเมินและการรักษารวมถึงความเสี่ยงของการทำผ่าตัดฟังกัดได้ลิ้น การศึกษาความเจ็บปวดระหว่างและหลังการผ่าตัดฟังกัดได้ลิ้นของทารก<sup>22</sup> และการศึกษาผลของการรักษาภาวะลิ้นติดที่เกี่ยวข้องกับการสบฟันและกระดูกขากรรไกร เพื่อลดการผ่าตัดแก้ไขกระดูกขากรรไกรในภายหลัง และท้ายที่สุดการศึกษาและ

พัฒนาระบบการดูแลทารกและแม่ในด้านความรู้ ทักษะ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดการผ่าตัดฟังกัดได้ลิ้นที่ไม่จำเป็น<sup>24</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. Knox I. Tongue Tie and Frenotomy in the Breastfeeding Newborn. NeoReviews. 2010; 11(9): 513-9.
2. มงคล เลาทเพ็ญแสง. ฟังกัดได้ลิ้นปัญหาของเจ้าตัวเล็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1039>
3. Callahan CO, Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2013; 77(5): 827-32.
4. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter?. Pediatric Clinics of North America. 2003; 50(2): 381-97. doi: 10.1016/s0031-3955(03)00029-4.
5. World Health Organisation-United Nations Children's Fund. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Switzerland: World Health Organization; 2003.
6. Walsh J, Links A, Boss E, et L. Ankyloglossia and Lingual Frenotomy: National Trends in Inpatient Diagnosis and Management in the United States, 1997-2012. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 156(4): 735-40. doi: 10.1177/0194599817690135.

7. Olivi G, Signore A, Olivi M. Lingual Frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach. *Eur J Paediatr Dent.* 2012; 13(2): 101-6.
8. Bhattad MS, Baliga MS, Kriplani R. Clinical guidelines and management of ankyloglossia with 1-year followup: report of 3 cases. *Case Rep Dent.* 2013; 2013: 185803. doi: 10.1155/2013/185803.
9. สิริพรรณ จำปาเงิน. การพัฒนากระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2559; 25(2): 237-45.
10. วีระพงษ์ ฉัตรานนท. ลิ้นติด[อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.breastfeedingthai.com/index.php?lay=show&ac=article&id=345949>
11. ชนิกานต์ ทิพากรโรจนกิจ. ภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <http://203.155.220.238/csc/attachments/article/159/doctor580702.pdf>
12. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of Ankyloglossia and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2015;135(6): e1458-e1466. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0658>.
13. สำหรี จิตตินันท์. ลิ้นติด [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.breastfeedingthai.com/index.php?lay=show&ac=article&id=345949>
14. Kotlow L. Diagnosis and treatment of ankyloglossia and tied maxillary fraenum in infants using Er:YAG and 1064 diode lasers. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2001; 12(2): 106-12. doi: 10.1007/BF03262789.
15. ภาวิน พัวพรพงษ์. เครื่องมือช่วยวินิจฉัยภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด (สาเหตุทำให้มารดาเจ็บหัวนมหลังคลอดและหยุดให้นม) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.tech2biz.net/content/เครื่องมือช่วยวินิจฉัยภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด>
16. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Lingual Frenulum Protocol with Scores for Infants. *Int J Orofacial Myology.* 2012; 38: 104-12.
17. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ต้นทวีวงศ์. โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ย้อมออกถ้วนหน้า เพราะ R2R หนุนน้ำ. ใน: จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ต้นทวีวงศ์, บรรณาธิการ. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (routine to research) R2R: เสริมสร้างพลังสร้างสรรค์และพัฒนา; 2-3 กรกฎาคม 2551; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.
18. Ballard J, Chantry C, Howard CR. Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. *The Academy of Breastfeeding Medicine.* 2004; Feeding [Internet]. 2004 [cited 2020 May 18]; Available from: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/11-neonatal-ankyloglossia-protocol-english.pdf>

19. Breen S, Bradshaw C. Neonatal Tongue Tie: The Effectiveness of Intervention. *J Pediatr Neonatal Care*. 2016; 4(5): 00154. DOI: 10.15406/jpnc.2016.04.00154.
20. Association of Tongue Tie Practitioners. Tongue Tie and Infant Feeding [Internet]. 2016[cited 2020 May 18]; Available from: <https://www.tongue-tie.org.uk>
21. Hasan N. Tongue tie as a cause of deformity of lower central incisor. *J Pediatr Surg*. 1973; 8(6): 985. doi: 10.1016/0022-3468(73)90037-7.
22. O’Shea JE, Foster JP, O’Donnell CPF, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 3(3): 1-30. doi: 10.1002/14651858.CD011065.pub2.
23. Dixon B, Gray J, Elliot N, et al. A multifaceted programme to reduce the rate of tongue-tie release surgery in newborn infants: Observational study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2018;113: 156–63. doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.07.045
24. Jin RR, Sutcliffe A, Vento M, et al. What does the world think of ankyloglossia?. *Acta Paediatr*. 2018; 107(10): 1733-8. doi:10.1111/apa.14242.

ว่างขาว

303