นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในเด็กทารกลิ้นติดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา โดยติดตามผลการรักษา ๖ เดือน ของศูนย์อนามัยที่ ๑

ทัศนีย์ รวีภควัต

บทคัดย่อ

บทนำ: ศึกษาผลการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกลิ้นติดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา โดยติดตามผลการรักษา ๖ เดือน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เพื่อดูแลระยะแรก (ภายใน ๑ สัปดาห์) และระยะยาว (ภายใน ๖ เดือน)

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากใบประเมินผลปัญหาด้านต่างๆ ของมารดาและทารก ก่อนและหลังการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น เพื่อแก้ปัญหาการดูดนมมารดา และใบติดตามผลการดูดนมมารดา ๖ เดือน ที่คลินิกนมแม่เก็บรวบรวมไว้ ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ – พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยประเมินการให้นมมารดาใช้ LATCH Score ระดับความเจ็บของหัวนมใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวด (Visual Analogue Pain Scale) จากระดับ ๐ – ๑๐ เปรียบเทียบก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก และหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์

ผลการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑๓๓ คน เป็นทารกเพศชาย ๗๔ คน หญิง ๕๙ คน อายุเฉลี่ย ๗.๔๑ วัน น้ำหนักวันผ่าตัดเฉลี่ย ๓,๑๕๒.๒๖ กรัม Siriraj Tongue Tie Score เฉลี่ย ๖.๒๕ LATCH Score เฉลี่ยก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก และหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ คือ ๖.๔๒, ๘.๒๖, ๙.๓๘ ระดับความเจ็บของหัวนมเฉลี่ย ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก และหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ คือ ๔.๐๙, ๒.๔๖, ๑.๓๙ น้ำหนักเพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์เฉลี่ย ๒๖๒.๑๑ กรัม ผลการติดตามการกินนมแม่ ๖ เดือน พบอัตราการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ร้อยละ ๓๘.๒ (๔๒ / ๑๑๐) ปัจจัยที่มีผลต่อการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนได้แก่ อาชีพมารดา ระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมก่อนผ่าตัด ลักษณะของหัวนมมารดา ระดับการเจ็บหัวนมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรกและหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา: การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกลิ้นติดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา ทำให้ลดระดับความเจ็บของหัวนม ทำให้มารดาให้นมได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะลิ้นติดจากพังผืดใต้ลิ้น, การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน

วันที่รับบทความ: ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๕ **วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๔ เมษายน ๒๕๕๖**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ กรุงเทพมหานคร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าน้ำนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากในน้ำนมแม่นั้น มีส่วนประกอบต่างๆ ที่มีประโยชน์และคุณค่าจำเพาะด้านสารอาหารที่นมผสมไม่สามารถเทียบเคียงได้ ทำให้ทารกมีสุขภาพดี ไม่ค่อยเจ็บป่วยบ่อย และมีโอกาสพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ที่ดีกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม[๑, ๒] แนวทางการให้อาหารทารกและเด็กเล็กขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ แนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึง ๖ เดือนแรก[๒] แต่ในทางปฏิบัตินั้นการให้นมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนนั้น มีอุปสรรคมากมาย ปัญหาหนึ่งก็คือภาวะลิ้นติดซึ่งเป็นความผิดปรกติแต่กำเนิด ทำให้ลิ้นถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากเนื้อเยื่อใต้ลิ้น (Lingual frenulum) ที่ยึดเกาะระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปาก โดยเนื้อเยื่อนี้อาจสั้นไปและยึดติดกับลิ้นแน่นไปหรืออาจเกาะออกไปตามพื้นล่างของลิ้นยาวเกินไป หากเกาะไปถึงปลายลิ้น อาจทำให้เห็นปลายลิ้นเป็นรูปตัววีหรือเป็นรูปหัวใจ[๓-๕] ภาวะลิ้นติดมากๆ อาจทำให้ไม่สามารถแลบลิ้นยื่นออกมาหรือกระดกลิ้นได้ เชื่อว่าเนื้อเยื่อใต้ลิ้นนี้อาจไปขัดขวางการเคลื่อนไหวตามปรกติของลิ้นที่เป็นลูกคลื่นเวลาที่ดูดนมแม่ (peristalsis) และความสามารถในการอมลานหัวนม ส่งผลให้หัวนมแม่มีการชอกช้ำ เกิดบาดแผลและความเจ็บปวดจนไม่สามารถให้นมต่อไปได้ ภาวะนี้พบประมาณร้อยละ ๒.๘ - ๑๐.๒ ของเด็กคลอดครบกำหนด และพบประมาณร้อยละ ๑๒.๘ ของเด็กที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[๓] มีการศึกษามากมายที่กล่าวถึงประโยชน์ของการตัดพังผืดใต้ลิ้นที่ช่วยลดระดับการเจ็บของหัวนม ทำให้ทารกดูดนมมารดาได้ดีขึ้น[๕-๙] แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ติดตามผลการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ กรุงเทพฯ มีคลินิกนมแม่ ซึ่งรับปรึกษาปัญหาในการกินนมแม่จากทั้งผู้ป่วยที่คลอดในและนอกโรงพยาบาล อัตราการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนในกลุ่มที่คลอดในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ คือร้อยละ ๔๑.๓๖ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ อัตราการเกิดภาวะลิ้นติดคือ ร้อยละ ๑๑.๖ อัตราผู้ป่วยลิ้นติดร่วมกับปัญหาการกินนมแม่คือร้อยละ ๘๒.๗ อัตราการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในผู้ป่วยลิ้นติดคือร้อยละ ๘๐.๓ โดยการตัดสินใจผ่าตัดใช้ Siriraj Tongue Tie Score น้อยกว่า ๘[๑๐-๑๒] ในกรณีที่ Siriraj Tongue Tie Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ อาจพิจารณาผ่าตัดให้ถ้ามารดามีความกังวล มีบาดแผลที่หัวนมหรือเจ็บหัวนมมาก แต่ต้องมีการทำความเข้าใจระหว่างมารดาและแพทย์ผู้ผ่าตัดว่า ในกรณีนี้อาจไม่จำเป็นต้องรีบทำการผ่าตัดก็ได้ ก่อนและหลังผ่าตัดมีการประเมินการให้นมมารดาโดยใช้ LATCH score[๖-๗, ๑๐] ร่วมกับการตรวจแผลและระดับความเจ็บที่หัวนมมารดา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกลิ้นติดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา โดยติดตามผลการรักษา ๖ เดือน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ เพื่อดูแล ระยะแรก (ภายใน ๑ สัปดาห์) และระยะยาว (ภายใน ๖ เดือน) และปัจจัยที่มีผลต่อการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนในเด็กทารกที่ได้รับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยและการให้การรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาของหัวนมตั้งแต่ตอนตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากใบประเมินผลปัญหาด้านต่างๆ ของมารดาและทารก ก่อนและหลังการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นเพื่อแก้ปัญหาการกินนมแม่ และใบติดตามผลการกินนมแม่ ๖ เดือน ในเด็กทารกลิ้นติดที่ได้รับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นเพื่อแก้ปัญหาการกินนมแม่ ที่คลินิกนมแม่เก็บรวบรวมไว้ ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ - พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ จำนวน ๑๓๓ คน

ขั้นตอนการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในผู้ป่วยลิ้นติดในศูนย์อนามัยที่ ๑ จะมีการประเมินการให้นมมารดาก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก และหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน LATCH Score[๖-๗, ๑๐] ดังตารางที่ ๑ ตรวจบาดแผลที่หัวนมมารดาร่วมกับอาการเจ็บหัวนมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ๑ วัน และหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินดังตารางที่ ๒ ประเมินระดับพังผืดใต้ลิ้นร่วมกับปัญหาหัวนมมารดาโดยใช้ Siriraj Tongue-Tie Score (STT Score)[๑๑-๑๒] ดังตารางที่ ๓ ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนมเปรียบเทียบก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรกและหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์โดยใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวด (Visual Analogue Pain Scale) จากระดับ ๐ – ๑๐[๑๓-๑๕]

ตารางที่ ๑ การประเมินคะแนนการเข้าเต้าหรือ LATCH Score

	คะแนน	รายละเอียด
Latch	๒	อมเต้านมได้ถูกต้องคือ ปากอ้ากว้าง ริมฝีปากล่างไม่เม้มเข้า คางแนบเต้านม อมลึกถึงลานหัวนมและสามารถดูดนมได้เป็นจังหวะ
	๑	อมไม่ลึกถึงลานหัวนม อมแค่ระดับหัวนม
	๐	ไม่สนใจหรือง่วงซึม ไม่อมเต้านม
Audible	๒	ได้ยินกลืนน้ำนมดังฟังชัด เป็นจังหวะ
	๑	ได้ยินกลืนน้ำนมไม่ชัดเจน
	๐	ไม่ได้ยินเสียงกลืนน้ำนม
Type of nipples	๒	ปรกติ
	๑	มีความผิดปรกติบ้าง แต่ไม่มาก
	๐	หัวนมบอด บุ๋มหรือใหญ่มาก หรือเต้านมหรือลานหัวนมแข็ง
Comfort	๒	สะดวกสบาย ไม่เจ็บปวด เวลาให้นมหรือหลังให้นมลูก
	๑	มีความไม่สะดวกสบายบ้าง แต่ไม่มาก
	๐	ไม่สะดวกสบายหรือเจ็บปวดขณะให้นมหรือหลังให้นม ซึ่งได้จากทั้งการสอบถามหรือการตรวจร่างกายพบเต้านมเป็นแผลหรือมีเต้านมคัดมากหรือมีลักษณะของการอักเสบหรือเป็นหนอง
Hold	๒	อุ้มเด็กตะแคงตัวหันหน้าเข้าหาแม่แนบชิด ท้องแนบท้อง ใช้มือประคองเต้านมได้ถูกต้อง ทำท่าเข้าเต้าได้ดีและสะดวกสบาย ไม่เมื่อยไม่ปวด
	๑	ประคองทารกได้ดีปานกลาง ส่วนใหญ่ถูกต้อง แต่มีบางส่วนต้องแก้ไข
	๐	ประคองทารกผิด ทำให้เข้าเต้าไม่ดี หรือเกิดความไม่สะดวกสบายหรือปวดเมื่อย

ตารางที่ ๒ การตรวจบาดแผลที่หัวนมร่วมกับอาการเจ็บหัวนม

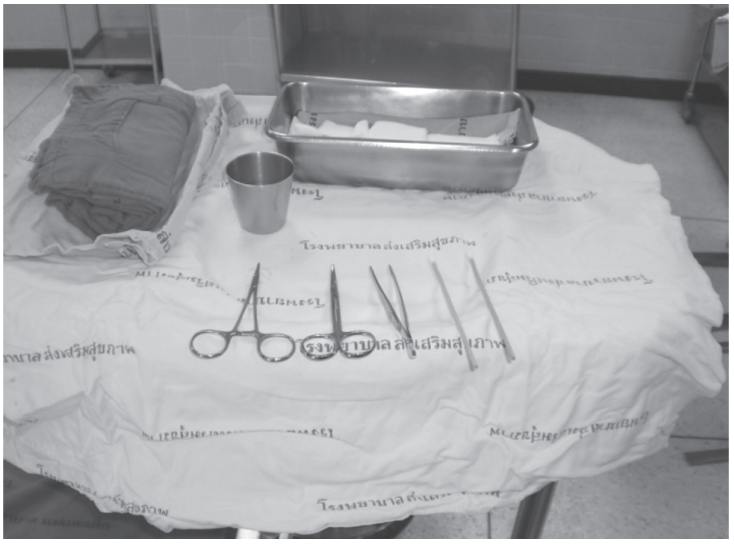
คะแนน	รายละเอียด
๐	ไม่ปวดไม่มีบาดแผลที่หัวนม
๑	เจ็บเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล
๒	เจ็บพอทนได้ มีบาดแผลเล็กน้อย หรือไม่มีบาดแผลแต่เจ็บมาก ต้องใช้ยาบรรเทาปวด
๓	เจ็บมาก ต้องใช้ยาบรรเทาปวด มีบาดแผลใหญ่

ตารางที่ ๓ Siriraj Tongue-Tie Score

Tongue	Frenulum	mild 3	moderate 2	severe 1
Nipple	Function	protraction 3	retraction 2	inversion 1
	sensation	Tongue at areola 4	Tongue at nipple 2	No Latch on 0

ที่มา : Routine to Research สยบงานจำเจด้วยการวิจัย สู่โลกใหม่ของงานประจำ

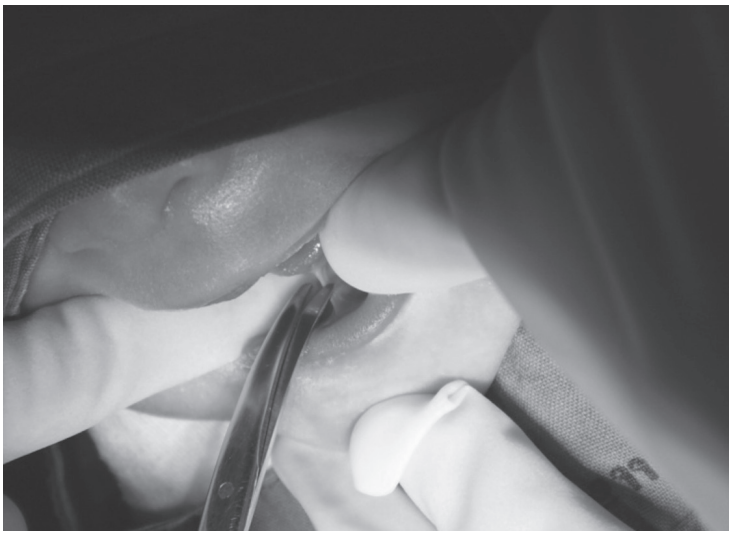
การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นทำโดยแพทย์คนเดียวกัน ใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิด 2% Lidocain jelly ประมาณ ๐.๕ ซีซี หยอดบริเวณพังผืดใต้ลิ้น ใช้นิ้วของศัลยแพทย์และผู้ช่วยดันลิ้นขึ้นด้านบนเพื่อให้พังผืดตึงและเห็นได้ชัดเจน ใช้คีมปากตรงขนาดเล็กหนีบบริเวณพังผืดที่อยู่ใต้ลิ้นด้านหน้า จากนั้นใช้กรรไกรตัดเนื้อขนาดเล็กตัดบริเวณพังผืดด้านหน้าแล้วใช้ไม้พันสำลีดันพังผืดที่เหลือจนหมด ห้ามเลือดด้วยผ้าก๊อซแห้งกดบริเวณที่ตัดประมาณ ๓-๕ นาที ผู้ป่วยสามารถดูดนมได้หลังผ่าตัดทันที (ดังรูปที่ ๑ – ๕) จากนั้นติดตามผลการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เมื่อผู้ป่วยมารับวัคซีนที่คลินิกเด็กดีในเดือนที่ ๖ กรณีผู้ป่วยไม่มารับวัคซีนในโรงพยาบาลใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามผล บันทึกข้อมูลไว้ในใบประเมินผู้ป่วยผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น



รูปที่ ๑ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

รูปที่ ๒ การอ้าปากเด็กด้วยนิ้วของศัลยแพทย์และผู้ช่วย

รูปที่ ๓ ใช้คีมปากตรงหนีบพังผืดเพื่อห้ามเลือดก่อนตัดพังผืด



รูปที่ ๔ ใช้กรรไกรตัดเนื้อเล็กตัดพังผืดส่วนหน้า

รูปที่ ๕ ใช้ไม้พันสำลีเล็กดันพังผืดส่วนที่เหลือให้ขาดจนหมด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย LATCH Score ระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนม ก่อนและหลังผ่าตัดใช้การทดสอบ Paired Samples T-test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความถี่ของตัวแปรระหว่างกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสำเร็จและไม่สำเร็จ ใช้การทดสอบทีอิสระ และ Pearson Chi-square โดยถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ผลการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแสดงในตารางที่ ๔-๙ ประชากรศึกษาเป็นทารกเพศชาย ๗๔ คนและหญิง ๕๙ คน อายุเฉลี่ย ๗.๔๑ วัน น้ำหนักวันผ่าตัดเฉลี่ย ๓,๑๕๒.๒๖ กรัม Siriraj Tongue Tie Score เฉลี่ย ๖.๒๕ ก่อนผ่าตัด LATCH Score เฉลี่ย ๖.๔๒ ระดับความเจ็บของหัวนมเฉลี่ย ๔.๐๙ หลังผ่าตัดวันแรก LATCH Score เฉลี่ย ๘.๒๖ ระดับการเจ็บของหัวนมเฉลี่ย ๒.๔๖ หลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ LATCH Score เฉลี่ย ๙.๓๘ ระดับการเจ็บของหัวนมเฉลี่ย ๑.๓๙ สรุปผลการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นทำให้ LATCH Score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระดับความเจ็บของหัวนมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งวันแรกและ ๗ วัน หลังผ่าตัด น้ำหนักเด็กหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๒๖๒.๑๑ กรัม ผลการติดตามการกินนมแม่ ๖ เดือน พบอัตราการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ร้อยละ ๓๘.๒ (๔๒/๑๑๐) ปัจจัยที่มีผลต่อการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนในกลุ่มทารกที่ได้รับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น (ค่าพี < ๐.๐๕) ได้แก่ อาชีพมารดา โดยอาชีพที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในการกินนมแม่ ๖ เดือนคือ แม่บ้าน ระดับการเจ็บของหัวนมต่ำร่วมกับไม่มีบาดแผลที่หัวนมก่อนผ่าตัด ลักษณะของหัวนมมารดาปรกติ ระดับการเจ็บหัวนมที่น้อยกว่าทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรกและหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์

ตารางที่ ๔ ข้อมูลทั่วไปของประชากรตัวอย่างศึกษา

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๗๔	๕๕.๖
หญิง	๕๙	๔๔.๔
บุตรคนที่		
๑	๘๗	๖๕.๔
๒	๓๙	๒๙.๓
๓	๗	๕.๓

ตารางที่ ๔ ข้อมูลทั่วไปของประชากรตัวอย่างศึกษา (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุมารดา (ปี)		
น้อยกว่า ๒๐	๒๐	๑๕
๒๐ – น้อยกว่า ๓๐	๖๔	๔๘.๒
๓๐ – ๔๐	๔๙	๓๖.๘
อาชีพมารดา		
รับจ้าง	๔๗	๓๕.๓
ค้าขาย	๒๗	๒๐.๓
รับราชการ	๙	๖.๘
นักเรียน นักศึกษา	๑๔	๑๐.๕
แม่บ้าน	๓๖	๒๗.๑

ตารางที่ ๕ ข้อมูลพื้นฐาน

	ค่าน้อยสุด	ค่ามากสุด	ค่าเฉลี่ย
อายุวันผ่าตัด	๑	๖๖	๗.๔๑
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	๑,๙๖๐	๔,๐๘๐	๓,๑๒๑.๘๓
น้ำหนักวันผ่าตัด (กรัม)	๒,๐๒๐	๕,๘๐๐	๓,๑๕๒.๒๖
น้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ (กรัม)	-๑๐๐	๗๐๐	๒๖๒.๑๑
อายุครรภ์มารดา (สัปดาห์)	๓๗	๔๑	๓๘.๖๙

ตารางที่ ๖ ข้อมูลทางคลินิก

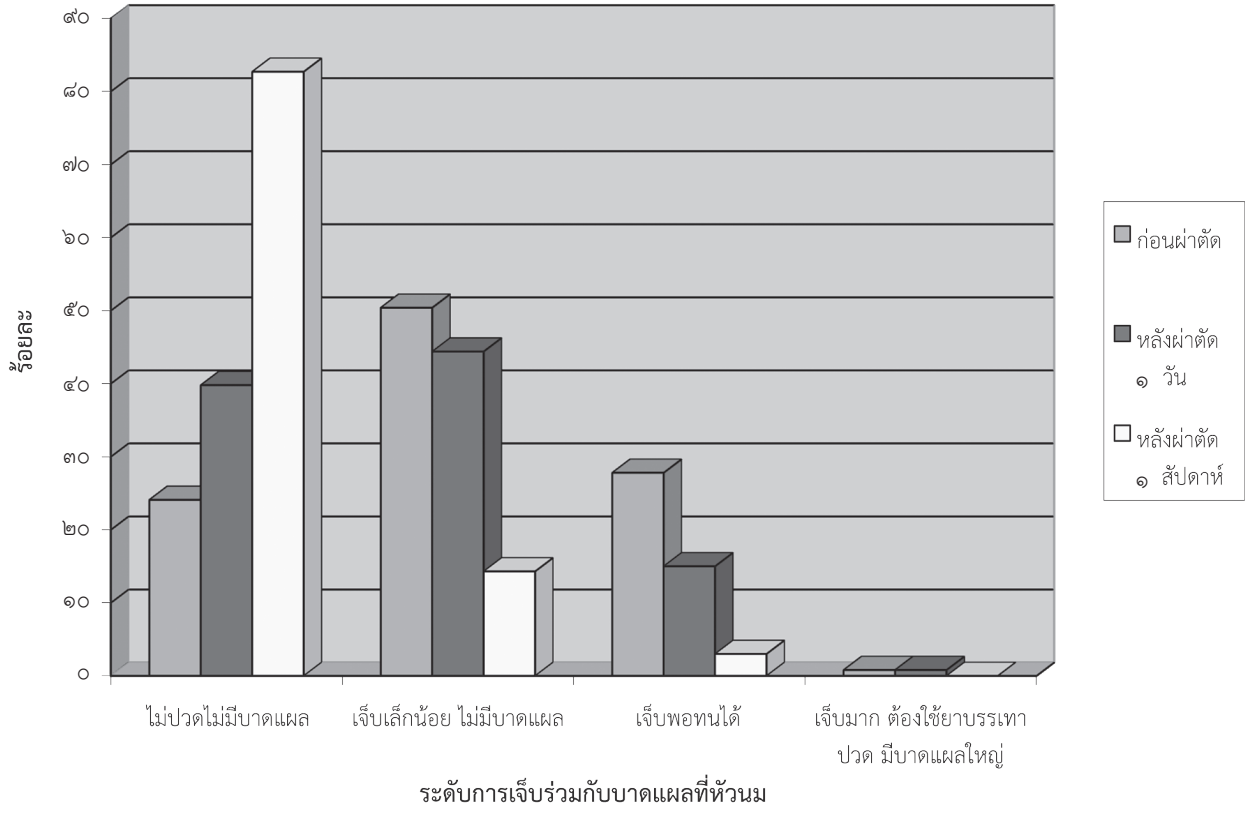
	จำนวน	ร้อยละ
Siriraj Tongue Tie Score < ๘	๑๒๐	๙๐.๒
Siriraj Tongue Tie Score ≥ ๘	๑๓	๙.๘
ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด		
เล็กน้อย	๔๘	๓๖.๑
ปานกลาง	๖๗	๕๐.๔
มาก	๑๘	๑๓.๕
ลักษณะหัวนมมารดา		
หัวนมบอด	๕	๓.๘
หัวนมแบน หรือ ยื่นเล็กน้อย	๖๗	๕๐.๔
หัวนมยื่นปรกติ	๖๑	๔๕.๙
การรับรู้ความรู้สึกที่หัวนมมารดา		
ไม่อมหัวนม	๒	๑.๕
ดูดเฉพาะหัวนม	๑๒๖	๙๔.๗
ดูดลานหัวนม	๕	๓.๘

ตารางที่ ๗ เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย LATCH Score และระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนม ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัดวันแรก	หลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์	ค่าพี
ค่าเฉลี่ย LATCH Score	๖.๔๒	๘.๒๖	๙.๓๘	๐.๐๐๐
ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนม	๔.๐๙	๒.๔๖	๑.๓๙	๐.๐๐๐

ตารางที่ ๘ เปรียบเทียบระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมก่อนและหลังผ่าตัด

	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด ๑ วัน	หลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์
ไม่ปวดไม่มีบาดแผลที่หัวนม (จำนวน/ ร้อยละ)	๒๘/๒๑.๑	๕๓/๓๙.๘	๑๑๐/๘๒.๗
เจ็บเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล (จำนวน/ ร้อยละ)	๖๗/๕๐.๔	๕๙/๔๔.๔	๑๙/๑๔.๓
เจ็บพอทนได้ มีบาดแผลเล็กน้อย (จำนวน/ ร้อยละ)	๓๗/๒๗.๗	๒๐/๑๕	๔/๓.๐
เจ็บมาก ต้องใช้ยาบรรเทาปวด มีบาดแผลใหญ่ (จำนวน/ ร้อยละ)	๑/๐.๘	๑/๐.๘	๐/๐



แผนภูมิที่ ๑ เปรียบเทียบระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ ๙ ข้อมูลของผู้ป่วยที่กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน สำเร็จและไม่สำเร็จ

ข้อมูล	ผู้ป่วยที่กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน (จำนวน ๔๒ คน)	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน (จำนวน ๖๘ คน)	ค่าพี
อาชีพ			๐.๐๐๐*
(ความถี่/ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามการกินนมแม่ได้ ๖ เดือน)			
รับจ้าง	๑๐/๙.๐๙	๒๕/๒๒.๗๒	
ค้าขาย	๕/๔.๕๔	๑๖/๑๔.๕๕	
รับราชการ	๑/๐.๙๑	๘/๗.๒๗	
นักเรียน นักศึกษา	๓/๒.๗๓	๙/๘.๑๘	
แม่บ้าน	๒๓/๒๐.๙๑	๑๐/๙.๑	
ระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมก่อนผ่าตัด (ความถี่/ร้อยละ)			๐.๐๐๐*
ไม่ปวดไม่มีบาดแผลที่หัวนม	๒๐/๑๘.๑๘	๖/๕.๔๕	
เจ็บเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล	๑๒/๑๐.๙๑	๔๐/๓๖.๓๖	
เจ็บพอทนได้ มีบาดแผลเล็กน้อย	๑๐/๙.๐๙	๒๑/๑๙.๐๙	
เจ็บมาก ต้องใช้ยาบรรเทาปวด มีบาดแผลใหญ่	๐/๐	๑/๐.๙๒	
ระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ (ความถี่/ร้อยละ)			๐.๒๗๕
ไม่ปวดไม่มีบาดแผลที่หัวนม	๓๕/๓๑.๘๒	๕๔/๔๙.๐๙	
เจ็บเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล	๗/๖.๓๖	๑๐/๙.๐๙	
เจ็บพอทนได้ มีบาดแผลเล็กน้อย	๐/๐	๔/๓.๖๔	
เจ็บมาก ต้องใช้ยาบรรเทาปวด มีบาดแผลใหญ่	๐/๐	๐/๐	

ตารางที่ ๙ ข้อมูลของผู้ป่วยที่กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน สำเร็จและไม่สำเร็จ (ต่อ)

ข้อมูล	ผู้ป่วยที่กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน (จำนวน ๔๒ คน)	ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน (จำนวน ๖๘ คน)	ค่าพี
ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด (ความถี่/ร้อยละ)			๐.๗๔๐
เล็กน้อย	๑๕/๑๓.๖๔	๒๔/๒๑.๘๒	
ปานกลาง	๒๐/๑๘.๑๘	๓๖/๓๒.๗๓	
มาก	๗/๖.๓๖	๘/๗.๒๗	
ลักษณะหัวนมมารดา (ความถี่/ร้อยละ)			๐.๐๑๖*
หัวนมบอด	๐/๐	๕/๔.๕๕	
หัวนมแบน หรือยื่นเล็กน้อย	๑๖/๑๔.๕๔	๓๘/๓๔.๕๔	
หัวนมยื่นปรกติ	๒๖/๒๓.๖๔	๒๕/๒๒.๗๓	
การรับรู้ความรู้สึกที่หัวนมมารดา (ความถี่/ร้อยละ)			๐.๔๕๐
ไม่อมหัวนม	๐/๐	๒/๑.๘๒	
ดูดเฉพาะหัวนม	๔๑/๓๗.๒๗	๖๓/๕๗.๒๗	
ดูดลานหัวนม	๑/๐.๙๑	๓/๒.๗๓	
ค่าเฉลี่ยอายุแม่	๒๗.๕๐	๒๗.๖๒	๐.๙๒๓
ค่าเฉลี่ย LATCH Score ก่อนผ่าตัด	๖.๖๔	๖.๓๘	๐.๓๐๓
ค่าเฉลี่ย LATCH Score หลังผ่าตัดวันแรก	๘.๔๓	๘.๒๑	๐.๓๒๗
ค่าเฉลี่ย LATCH Score หลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์	๙.๕๗	๙.๓๒	๐.๑๐๗
ค่าเฉลี่ย STT Score	๖.๔๘	๖.๑๐	๐.๐๕๘
ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนมก่อนผ่าตัด	๒.๙๘	๔.๖๐	๐.๐๐๐*
ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนมวันแรกหลังผ่าตัด	๑.๖๐	๒.๗๖	๐.๐๐๑*
ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนม ๑ สัปดาห์หลังผ่าตัด	๐.๓๖	๒.๔๑	๐.๐๐๐*

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

ปัญหาลิ้นติดในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[๓-๖] ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ พบภาวะนี้ร้อยละ ๙.๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ และ ๑๑.๖ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นแต่เนิ่นๆ จะช่วยลดการเจ็บหัวนม ทำให้มารดาให้นมได้ดีขึ้น[๕-๑๑] การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก ทำโดยการใช้ยาชาเฉพาะที่ มีผลแทรกซ้อนน้อยได้ผลเทียบเท่ากับการดมยาสลบ[๑๐-๑๑, ๑๖]

การศึกษานี้พบว่า การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นช่วยลดระดับความเจ็บของหัวนม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดนมมารดา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[๕-๙] น้ำหนักเด็กหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๒๖๒.๑๑ กรัม ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Soratya Surijamorn, Mongkol Laohapensang, Thidaratana Wongvisutdhi[๑๐] อัตราการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนในเด็กกลุ่มนี้คือร้อยละ ๓๘.๒ (๔๒/๑๑๐) เปรียบเทียบกับอัตราการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนของศูนย์อนามัยที่ ๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ คือ ร้อยละ ๓๕.๒๙ (๑๑๔/๓๒๓)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ของเด็กกลุ่มนี้คือ อาชีพมารดาโดยอาชีพที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสำเร็จมากที่สุด คือ แม่บ้าน ระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมก่อนผ่าตัด มารดาที่ไม่เจ็บและไม่มีบาดแผลที่หัวนมก่อนผ่าตัดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่เจ็บหัวนมหรือมีบาดแผล สอดคล้องกับระดับความรู้สึกเจ็บที่หัวนมก่อนและหลังผ่าตัดที่วัดโดยแบบวัดระดับความเจ็บปวด (Visual Analogue Pain Scale) จากระดับ ๐ – ๑๐[๑๓-๑๕] แต่ผลการเปรียบเทียบระดับการเจ็บของหัวนมร่วมกับบาดแผลที่หัวนมหลังผ่าตัด กลับไม่พบความสัมพันธ์ อาจเนื่องจากมารดาส่วนใหญ่อาการเจ็บดีขึ้นและบาดแผลลดลงในช่วง ๑ สัปดาห์ ลักษณะของหัวนมมารดามีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนโดยกลุ่มที่หัวนมบอดหรือบุ๋มทั้งหมดไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสำเร็จ เช่นเดียวกับกลุ่มหัวนมแบนหรือยื่นเล็กน้อยพบอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสำเร็จเพียงร้อยละ ๒๙.๖๒ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Isarin Thanaboonyawat[๑๗] ที่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในมารดาที่หัวนมยาวจะดีกว่ามารดาที่มีหัวนมสั้น อย่างไรก็ตามการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในเด็กกลุ่มที่มารดามีปัญหาหัวนมร่วมด้วยนั้นจะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการอมลานหัวนมได้ดีขึ้น ถึงแม้จะไม่ช่วยให้เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนสำเร็จในมารดากลุ่มนี้ แต่ก็ยังน่าจะช่วยยืดระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้บ้าง

การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดเพื่อหาภาวะลิ้นติดและตรวจหัวนมมารดาตั้งแต่ตอนตั้งครรภ์ และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันท่วงที จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน

เอกสารอ้างอิง

๑. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115: 496-506.

๒. ศิราภรณ์ สวัสดิวร, กุสุมา ชูศิลป์. มีอะไรในน้ำนมแม่. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ; ๒๕๕๐.

๓. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Rev 2011;19:19-26.

๔. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. J Am Board Fam Pract 2005;18:1-7.

๕. Kumar M, Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. Acta Paediatr 2012;101:687-9.

๖. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. Breastfeed Med 2006;1:216-24.

๗. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. J Pediatr Surg 2006;41:1598-600.

๘. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. Pediatrics 2011;128:280-8.

๙. Khoo AK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems. Eur J Pediatr Surg 2009;19:370-3.

๑๐. Surijamorn S, Laohapensang M, Wongvisutdhi T. The comparison of frenulotomy with conventional frenuloplasty in the management of breastfeeding difficulty: A randomized controlled trial. The Thai Journal of Surgery 2004;25:79-83.

๑๑. Ngerncham S, Laohapensang M, Wongvisutdhi T, Ritjareon Y, Painpichan N, Hakularb P, et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. Pediatrics and International Child Health. Bangkok: Maney Publishing; 2006. 213.

๑๒. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์. โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ยิ้มออกถ้วนหน้าเพราะ R2R หนุนนำ. ใน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์, บรรณาธิการ. การประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R : เสริมพลัง สร้างสรรค์ และพัฒนา; ๒ – ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๑; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๑. หน้า ๑๐๑ – ๑๒๒.

๑๓. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain 1983;17:45-56.

๑๔. Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. Emerg Med J 2001;18:205-7.

๑๕. Price DD, Bush FM, Long S, Harkins SW. A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. Pain 1994;56:217-26.

๑๖. Yeh ML. Outpatient division of tongue-tie without anesthesia in infants and children. World J Pediatr 2008;4:106-8.

๑๗. Thanaboonyawat I, Chanprapaph P, Puriyapan A, Lattalapkul J. Association between breastfeeding success rate and nipple length and diameter in Thai pregnant women. Siriraj Med J 2012; 64:18-21.

Abstract

The result of frenulotomy on breast feeding difficulty due to tongue tie: follow up 6 months at Health Promotion Hospital Region I Bangkok

Tassanee Raweepakawat

Health Promotion Hospital Region I Bangkok

Introduction: To study the effect of frenulotomy and factors related to exclusive breastfeeding for 6 months in the patients who had breast feeding difficulty due to tongue tie at Health Promotion Hospital (H.P.H.) Region I Bangkok.

Method: The study was a retrospective study in 133 patients with breastfeeding problems who were sent to lactation clinic at H.P.H. Region I for frenulotomy in the period of August 2010 – May 2012. Preoperative and postoperative latch were assessed using the LATCH score. Preoperative and postoperative maternal nipple pain were assessed by visual analogue pain scale (0 – 10 points). The patients were follow up 6 months to access exclusive breastfeeding.

Results: The subjects comprised of 74 boys and 59 girls, mean age was 7.41 days, mean body weight on operative day was 3,152.26 gm., mean Siriraj Tongue Tie Score (STT score) was 6.25, mean LATCH score and nipple pain level (using a standard visual analogue pain scale) were 6.42 and 4.09. There was significant increase in mean LATCH score to 8.26 and 9.38 post operative day 1 and 7. There was also significant decrease in nipple pain level to 2.46 and 1.39 postopeative day 1 and 7. Their mean increase in body weight postoperative day 7 was 262.11 gm. Rate of exclusive breastfeeding for 6 months was 38.2% (42/110). Factors related to exclusive breastfeeding for 6 months in post frenulotomy patients were maternal occupation, preoperative nipple wound, maternal nipple function, preoperative nipple pain level, postoperative nipple pain level day 1 and day 7.

Discussion and Conclusion: Frenulotomy is effective for improving latch and maternal nipple pain.

Key words: Tongue tie, Frenulotomy, Exclusive breastfeeding for 6 months