

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการกแรกเกิดปากแหว่งเพดานโหว่
โดยไม่ใส่เพดานเทียมตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง : รายงานผู้ป่วย
BREAST FEEDING AMONG CLEFT LIP AND CLEFT PALATE
CHILDREN WITHOUT USING OBTURATOR UNDER SUFFICIENT
ECONOMY : CASE REPORT

นิรมล ลีลาอดิศร
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ทารกปากแหว่งเพดานโหว่พบอัตราการเกิด 1.11-1.67:1000 ของทารกแรกเกิดมีชีพในประเทศไทย จังหวัดร้อยเอ็ดพบ 1.42:1000 โดยพบ 31 ราย ในทารกแรกเกิดมีชีพ 21,758 ราย ที่คลอดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วง 1 ต.ค. 2546 - 30 ก.ย. 2550 ปัญหาใหญ่ขณะแรกเกิดของผู้ปกครองคือการให้นมและการเลี้ยงดูเพื่อเข้ารับการผ่าตัดเย็บริมฝีปากให้ได้เร็วตามกำหนดเมื่ออายุ 3 เดือน แต่ต้องมีน้ำหนักโดยประมาณ 5 - 6 กิโลกรัม การให้นมแม่มีข้อดีมากมายซึ่งจะเป็นประโยชน์กับทั้งทารกและผู้ปกครอง โดยทารกกลุ่มนี้สามารถได้รับนมแม่ได้เช่นเดียวกับทารกปกติเพียงแต่ต้องได้รับคำแนะนำการให้นมอย่างถูกวิธีทั้งการเตรียมจุกนมเป็นเครื่องหมายบวกและทำให้นมศีรษะสูง การเลี้ยงดูทารกปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยการให้ทานนมแม่โดยไม่ใส่เพดานเทียมทำให้ลดความยุ่งยากและความกังวลลงได้มากจึงมีประโยชน์มากและวิธีการให้นมขวดแบบสลับกันและให้นมแม่โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมที่มีใช้ในครัวเรือนตามปกติสามารถทำได้ง่ายและสอดคล้องกับแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งทำให้สามารถสร้างความมั่นใจ ลดความกังวลและค่าใช้จ่ายของบิดามารดาและรัฐได้มาก ดังนั้นจึงควรพิจารณาใส่เพดานเทียมในรายที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งพิจารณาได้จากลักษณะและความกว้างของช่องโหว่รวมทั้งการสำคัญให้นมและผลจากการใช้วิธีดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์จนเข้ารับการผ่าตัดได้ตามแนวทางที่กำหนดและไม่มีปัญหาการสำคัญให้นม

คำสำคัญ: ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ เพดานเทียม นมแม่ นมขวด

ABSTRACT

Cleft lips/cleft palate newborns were found incidence rate of 1.11 - 1.67: 1,000 lives birth in Thailand. Roi-et province found incidence of 1.42: 1,000. It was found 31 cases in 21,758 lives birth at Roi-et Hospital during 1 Oct 2003 - 30 Sep 2007. The big problem at birth is raising and feeding before undergoing lips plastic surgery at the age of 3 months with 5 - 6 kg of weight. Breastfeeding has many advantages, which can be beneficial for both the baby and the parent. These infants can have breastfeeding the same as normal babies only need to be advised properly fed method such as making a plus mark hole on bottle nipple and high head feeding position. Raising cleft palate/cleft palate babies who had breastfeeding without artificial obturator can reduces the hassle and anxiety of parents. Moreover, a bottle-feeding with eye contact and breastfeeding using a regular household triangular pillow methods consistent with the sufficiency economy. Particularly, these methods empower parents, reduce concerns and costs for both parents and government. Therefore, it is advisable to put artificial-obturator only in the necessary cases. This is determined by width of clefts including choking while milk feeding. The results showed that these methods resulted in the baby's body weight for surgical criteria and no problem choking while milkfeeding.

Keywords: cleft lips/cleft palate babies, artificial-obturator, breastfeeding, bottle-feeding

บทนำ

ภาวะปากแห้งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของบริเวณริมฝีปาก เพดาน รวมถึงรูปใบหน้าของทารกแรกเกิด เกิดจากการเจริญที่ผิดปกติของอวัยวะบริเวณนั้น ในขณะที่ลูกอยู่ในครรภ์มารดา ช่วง 4 - 12 สัปดาห์แรก⁽¹⁾ เป็นความผิดปกติอันดับต้นๆที่เกิดขึ้นในทารกแรกเกิดทารกปากแห้งเพดานโหว่พบอัตราการเกิด 1.11-1.67:1000 ของทารกแรกเกิดมีชีพในประเทศไทย^(2,3) อุบัติการณ์เกิดทารกปากแห้งเพดานโหว่มีความแตกต่างกันตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และเชื้อชาติ จากการสำรวจประชากรในประเทศไทย พ.ศ.2532-2534 อุบัติการณ์ อยู่ระหว่าง 1 : 600 -1:900 ราย ของทารกเกิดใหม่⁽⁴⁾ พบว่ามีอุบัติการณ์เกิด 1:800 โดยร้อยละ 59 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁵⁾ ทารกปากแห้งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศิริราช พบ 1 : 546-698⁽³⁾ ทารกปากแห้งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น⁽³⁾ พบ 56 ราย ใน 51,386 (1.1:1000) โดยจำแนกได้ดังนี้ ปากแห้งร่วมกับเพดานโหว่ 28 ราย (0.5:1000) ปากแห้ง 20 ราย 0.4:1000 เพดานโหว่ 8 ราย 0.2:1000 นอกจากนี้ยังพบว่า ใน 6 จังหวัดได้แก่พิษณุโลก พบ 2.13 :1000 (18:8432) ขอนแก่น 1.93:1000 (31:15943) สระบุรีพบ 1.63:1000 (14:8563) สงขลา 1.58 (21:13322) บุรีรัมย์ 1.57 (27:17678) เลย 0.6 (4:6701) มีอุบัติการณ์เกิด 1.62 ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย (115:70639)⁽⁵⁾ โดยอุบัติการณ์เกิดของภาวะปากแห้งร่วมกับเพดานโหว่สูงกว่าการเกิดปากแห้งเพดานโหว่อย่างเดียวและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽⁵⁾ ขณะที่ภาวะเพดานโหว่อย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่า^(3,5,6,7) แต่ภาวะปากแห้งอย่างเดียวพบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^(3,5,6,7) สาเหตุการเกิดอาจเกิดจากพันธุกรรม สภาวะแวดล้อมหรือทั้งสองอย่างและภาวะมารดาที่ตั้งครรภ์ที่ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน แต่จะพบอุบัติการณ์สูงสุดในเด็กที่มีประวัติบรรพบุรุษเป็นโรคกลุ่มนี้และมักพบว่าในชนบทมีอุบัติการณ์เกิดโรคนี้อ่อนข้างสูง ปากแห้งเพดานโหว่

เป็นความพิการแต่กำเนิดของทารกในอันดับต้นๆ จากการศึกษาอุบัติการณ์เกิดทารกที่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดตั้งแต่ 1 ต.ค. 2546 - 30 ก.ย. 2550 พบว่ามีอุบัติการณ์เกิด 1.42 : 1000 ของทารกที่คลอดมีชีพ (31 : 21758)⁽⁸⁾ บิดามารดาที่มีบุตรมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่มักจะมีความกังวลในเรื่องต่างๆ มากมายซึ่งเบื้องต้นเรื่องการเลี้ยงดู การให้นมเป็นปัญหาหลักด้วยข้อดีของนมแม่ที่เป็นสารอาหารชั้นเลิศของทารกที่มีอยู่แล้วประกอบกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน จึงควรแนะนำให้ให้นมแม่แก่ทารกปากแห้งเพดานโหว่ได้เช่นเดียวกับทารกทั่วไปโดยมีขั้นตอนและวิธีง่ายๆ ใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่แล้วในครัวเรือนเพื่อลดค่าใช้จ่ายตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและเป็นหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกคน จะต้องเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจแก่บิดามารดาและญาติในแนวทางเดียวกันได้เสมอ บิดามารดาของทารกที่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ มักมีคำถามว่ามีคนอื่นเป็นหรือไม่ ร้ายแรงอย่างไรไหม เลี้ยงรอดหรือไม่ การมีปากแห้งเพดานโหว่นี้เป็นความผิดปกติที่ร้ายแรงต่อสภาพจิตใจของผู้เป็นบิดามารดาและญาติพี่น้องที่เฝ้ารอคอย ปัญหาใหญ่ขณะแรกเกิดของผู้ปกครองคือการให้นมและการเลี้ยงดูเพื่อสามารถเข้ารับการผ่าตัดเย็บริมฝีปากให้ได้เร็วตามกำหนดโดยมีตัวบ่งชี้ของกฎเลข 10 (Rule of 10) ซึ่งหมายถึง จะทำการผ่าตัดเมื่อเด็กอายุ 10 สัปดาห์ขึ้นไป น้ำหนักตัว 10 ปอนด์ และมีฮีโมโกลบิน 10 กรัม % ขึ้นไป จึงควรให้คำแนะนำตั้งแต่แรกคลอดให้ดูแลน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดคือภายใน 3 เดือน โดยต้องมีน้ำหนักโดยประมาณ 5-6 กิโลกรัม (10 ปอนด์) บิดามารดาทุกคนที่มีบุตรปากแห้งเพดานโหว่จะมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมากในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะการให้นมจนบางคนไม่กล้าพาบุตรกลับบ้านเพราะกลัวเลี้ยงไม่ได้ ดังนั้นเราจึงควรให้การดูแลรักษาทั้งด้านสภาวะจิตใจและทางร่างกายแก่บิดามารดา ญาติและบุตร โดยต้องให้เวลาดูแลเอาใจใส่

สร้างความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูโดยพยายามให้รู้สึกว่ามี ความแตกต่างจากเด็กปกติที่น้อยที่สุด การให้นมควร แนะนำการให้นมโดยไม่ต้องใช้เต้านมเทียมก่อน เพื่อให้ รู้สึกว่าสามารถเลี้ยงดูได้เหมือนเด็กปกติทั่วไปซึ่งโดย ทั่วไปสามารถทำได้ยกเว้นกรณีที่มีช่องโหว่ใหญ่มากกว่า 1 เซนติเมตร⁽⁹⁾ นอกจากนี้แล้วด้วยข้อมูลที่บอกถึง ประโยชน์อันมากมายของนมแม่ บุคคลากรทางการแพทย์ ทุกคนต้องตระหนักที่จะให้คำแนะนำในการให้นมแม่ ในทารกกลุ่มนี้ด้วยเช่นเดียวกัน

ดังรายงานผู้ป่วยต่อไปนี้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 3 วัน ได้รับการส่งต่อจาก กุมารแพทย์หออภิบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา มีลักษณะ ปากแหว่งเพดานโหว่ ทานนมเองไม่ได้เพราะสำลักนม ออกทางจมูก จึงต้องให้นมโดยใช้ NG Tube ให้นมได้ ครั้งละ 2 cc. ทุก 1 ชั่วโมง

ประวัติทางการแพทย์ ไม่มีโรคทางระบบใด ๆ

ประวัติทางครอบครัวและการตั้งครรภ์ ไม่มี ประวัติทางพันธุกรรม ไม่มี ความผิดปกติขณะอยู่ในครรภ์ มารดา มารดามีสุขภาพแข็งแรงขณะตั้งครรภ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้าและไม่ได้ทานยาใด ๆ

การตรวจในและนอกช่องปากผู้ป่วยมีลักษณะ ปากแหว่งเพดานโหว่ข้างซ้ายชนิด Unilateral cleft lip and palate มีความห่างของช่องโหว่ 7 มม. โดยสันเหงือกข้างซ้ายและขวาอยู่ในแนวเดียวกัน

แผนการรักษา

แนะนำการให้นมโดยใช้ขวดนมร่วมกับการปั๊มนมแม่ ใส่ขวดเมื่อมารดามีน้ำนมแล้ว โดยมีขั้นตอน ดังนี้^(1,4,5,9,10,11,12,13)

1. การเตรียมจุกนม

อุปกรณ์ 1. จุกนมปกติ

2. ใบมีด No. 11

3. ดินสอที่มียางลบอยู่ด้านท้าย

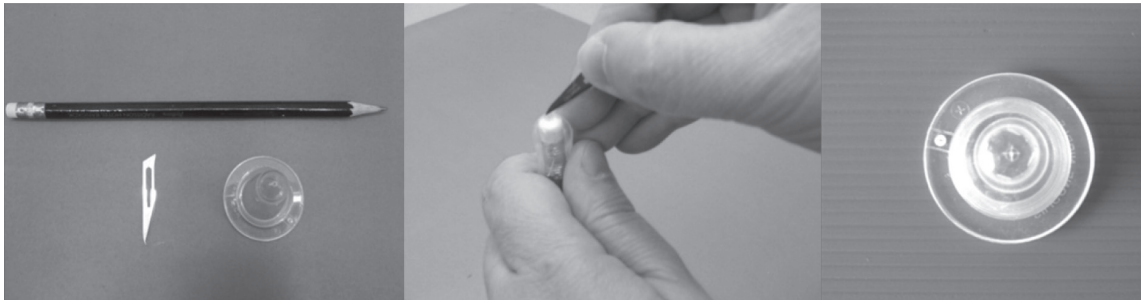
วิธีการ 1. ใส่ดินสอที่มียางลบอยู่ด้านท้าย ในจุกนม (รูปที่ 2)

2. ใช้ใบมีดกรีดเป็นเส้นตรงขนาด 2 มิลลิเมตรตัดตั้งฉากกันเป็นเครื่องหมายบวก (+) บริเวณปลายจุกนม (รูปที่ 2)

วิธีนี้มีข้อดีคือทารกสามารถดื่มนมโดยไม่ต้องมี แรงดูดมากซึ่งแรงดูดในภาวะปากแหว่งเป็นปัญหาใหญ่ ในการทำให้เกิดสุญญากาศในการดูดเพราะทารก ไม่สามารถปิดปากได้สนิทเนื่องจากมีช่องโหว่บริเวณ ริมฝีปากจึงต้องมีวิธีทำให้น้ำนมออกมาได้โดยไม่ต้องใช้ แรงดูดเพียงอย่างเดียวแต่น้ำนมต้องไม่ไหลตลอดเพราะ จะทำให้กลืนไม่ทันทำให้สำลักได้ ด้วยวิธีทำเป็น เครื่องหมายบวกขนาดเล็กนี้ทำให้เมื่อทารกกัดจุกนม ที่ใช้อยู่ทั่วไปนี้จะทำให้น้ำนมไหลออกมาและเมื่อหยุดกัด รอยเครื่องหมายบวกก็จะปิดทำให้น้ำนมหยุดไหลได้ โดยอัตโนมัติรูปที่ 3



รูปที่ 1 ลักษณะผู้ป่วย



รูปที่ 2 การเตรียมจุกนม



รูปที่ 3 การไหลของน้ำนม

2. ทำอุ้มให้นม เนื่องจากทารกปากแหว่งเพดานโหว่จะมีรอยต่อของช่องปากและจมูก ถ้าอุ้มให้นมนอนแบบปกติจะทำให้เกิดการไหลของน้ำนมออกทางจมูก (สำลัก) ได้จึงต้องแนะนำให้ผู้เลี้ยงดูอุ้มทารกในท่าศีรษะสูงเพื่อลดการสำลักตามรูปที่ 4

เมื่อผู้ปกครองพาผู้ป่วยรายนี้กลับมาตรวจ พบว่าสามารถเห็นวิธีใหม่ได้ดีโดยมีหลักการให้นมโดยศีรษะสูงเช่นเดิมแต่หันหน้าเข้าหากัน เมื่อพิจารณาแล้วน่าจะเป็นวิธีใหม่ที่มีผลดีตามหลักการป้องกันการสำลักและมีการสบตาพูดคุยกันได้โดยยังมีการสัมผัสระหว่างแม่ลูกตลอดเวลาทำให้สามารถสังเกตเห็นได้ทันทีถ้ามีการสำลักนมและเป็นการเพิ่มสายใยรักขณะที่ให้นมได้อีกด้วย ตามรูปที่ 5



รูปที่ 4 ลักษณะการอุ้มให้นมปกติ



รูปที่ 5 ลักษณะการอุ้มให้นมแบบใหม่



รูปที่ 6 ทำให้นมแม่แบบปกติ

จากการให้นมด้วยวิธีดังกล่าวพบว่าทารกสามารถดูดนมได้เองและสามารถทานได้มากถึง 2 - 5 oz. โดยไม่สำคัญและไม่ต้องใช้เพดานเทียม และนอกจากนั้นยังสามารถให้ทานนมจากเต้าได้อีกด้วย ตามรูปที่ 6

เมื่อมารดาให้นมแม่จากเต้าโดยให้ศีรษะสูงพบว่าไม่สามารถให้ได้นานเพราะปวดเมื่อยเนื่องจากต้องนั่งเอียงๆ จึงให้ลองใช้หมอนสามเหลี่ยมที่มีอยู่เกือบทุกครัวเรือนนั่งพิงแล้วให้ลูกดูดนมข้างที่อยู่สูงจะพบว่าทำให้ศีรษะตั้งสูงตามที่แนะนำได้และมารดารู้สึกสบายไม่ปวดเมื่อยจึงสามารถให้นมลูกได้นานจนอิ่มตามรูปที่ 7

3. การไล่ลม สามารถทำได้ทั้งท่าพาดบ่าและทำนั้งควรถัดนมแล้วเว้นเป็นระยะเพื่อไล่ลม เนื่องจากในขณะที่ดูดนมมีผีปากปิดได้ไม่สนิททำให้มีลมเข้าไปได้มากกว่าปกติ ซึ่งจะทำให้ทานนมได้น้อยลง จึงควรไล่ลมเป็นระยะๆ

อภิปรายผล

การให้นมทารกแรกเกิดที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ โดยไม่ต้องใส่เพดานเทียม เป็นการลดความวิตกกังวลและทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูบุตร เพราะทำให้รู้สึกว่าการเลี้ยงดูง่าย ทำเองได้ ไม่ต้องใส่เครื่องมือพิเศษ เมื่อบิดามารดาทำใจยอมรับบุตรได้แล้วก็จะเกิดความรัก ความผูกพันจนอยากพาบุตรกลับบ้านไป



รูปที่ 7 ทำให้นมแม่แบบพื้นบ้าน

เลี้ยงดูเองซึ่งการพิจารณาใส่เพดานเทียมจะทำในรายที่จำเป็นเท่านั้น เช่น กรณีที่มีช่องโหว่มากกว่า 1 เซนติเมตร⁽⁹⁾ หรือสำคัญขณะดูดนมบ่อย ๆ หรือสั้นหรืออกไม่อยู่ในแนวเดียวกัน ซึ่งจะมีผลต่อการผ่าตัดต่อไป การดูดนมได้เองโดยไม่ต้องใส่เพดานเทียมจะมีข้อดีในแง่ไม่ต้องมีการระมัดระวังดูแลเพดานเทียมและหลีกเลี่ยงการติดเชื้อจากเพดานเทียมที่สกปรก นอกจากนี้ถ้าใส่เพดานเทียมจะต้องเดินทางมาเปลี่ยนเพดานเทียมซึ่งทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายเป็นการประหยัดทั้งผู้ปกครองและรัฐบาลรวมทั้งลดโอกาสเกิดการอุดตันในช่องทางเดินหายใจจากวัสดุพิมพ์ปากเพื่อทำเพดานเทียมได้

นอกจากนี้ควรแนะนำให้ทานนมแม่^(14,15,16,17) โดยปั๊มนมแม่ใส่ขวดให้ดื่ม เพราะนมแม่มีประโยชน์มากทำให้ทารกแรกเกิดได้รับภูมิคุ้มกันจากแม่ โดยเฉพาะนมแม่ในระยะแรก (Colostrum) การให้นมแม่มีข้อดี เช่น ได้รับสารอาหารที่ย่อยง่ายเหมาะกับทารกมากกว่านมวัวลดค่าใช้จ่าย

การเตรียมนมแม่ โดยการปั๊มนมแม่ใส่ขวดสามารถทำได้ 3 วิธี

1. เครื่องปั๊มอัตโนมัติ
2. เครื่องปั๊มมือ
3. ใช้มือปั๊ม

ควรแนะนำให้ใช้วิธี ใช้มือบีบ เพราะสะดวก ง่าย และไม่ต้องมีอุปกรณ์ใด ๆ ถ้าทารกดูนมแม่ได้เอง ก็สามารถให้นมแม่ได้ตามรูปที่ 6 และ 7 โดยอาจต้องช่วยบีบนมในช่วงขณะดูนมแม่

ปริมาณน้ำนมที่เหมาะสมสำหรับทารก

แรกเกิด-2 เดือน 2-5 oz.

2 - 4 เดือน 4-6 oz.

4 - 6 เดือน 5-7 oz.

ทารกแรกเกิดมักจะทานนมทุก 2 ชั่วโมง

การเก็บรักษาน้ำนมแม่

1. ตั้งทิ้งไว้ในอุณหภูมิ 25°C เก็บได้ 4-6 ชั่วโมง ตั้งทิ้งไว้ในอุณหภูมิ 19-22 °C เก็บได้ 10 ชั่วโมง
2. กระจกน้ำแข็ง 15 °C เก็บได้ 24 ชั่วโมง
3. ตู้เย็นช่องธรรมดา 0-4 °C เก็บได้ 8 วัน
4. ช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูเดียว เก็บได้ 2 เดือน
5. ช่องแช่แข็งตู้เย็นสองประตู เก็บได้ 4-6 เดือน
6. ช่องแช่แข็งเย็นจัดตู้เย็นชนิดพิเศษ -19 °C เก็บได้ 6 เดือน

ถ้าจะแช่แข็งนมควรแช่ภายใน 1-2 วัน หลังบีบ ถ้านมละลายแล้วเก็บในตู้เย็นต่อได้อีก 24 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนำไปแช่ใหม่และต้องการใช้ภายใน 1 อาทิตย์ ไม่จำเป็นต้องแช่แข็ง ก่อนนำนมแช่แข็งมาเลี้ยงทารกควรนำลงมาไว้ช่องธรรมดาก่อนให้นมละลายแล้วจึงแช่ในน้ำอุ่นก่อนให้ทาน

นอกจากนี้ควรแนะนำการดูแลสุขภาพปากและฟัน⁽¹³⁾ โดย

1. ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำหมาด ๆ เช็ดบริเวณสันเหงือก ลิ้น และกระพุ้งแก้มหลังอาหารทุกครั้ง
2. หลังให้นมทุกครั้ง ควรให้ดื่มน้ำตาม 1-2 ช้อนชา
3. ไม่ควรให้นม น้ำผลไม้ หรือน้ำหวานในเวลาอน เพราะจะทำให้ลูกฟันผุได้ง่าย และอาจจะลูกกลามได้อย่างรวดเร็ว

4. เมื่อฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นมาอย่างน้อยอายุไม่เกิน 1 ปี บิดามารดาควรพาลูกไปพบทันตแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการดูแลช่องปากลูกน้อย

5. เมื่อลูกเริ่มโตขึ้นควรสอนวิธีการแปรงฟันให้ และช่วยแปรงซ้ำทุกครั้งจนลูกสามารถทำได้เองเป็นอย่างดี

6. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอนใช้แปรงขนนุ่ม ๆ ถูไปมาในช่วงสั้นๆ พยายามแปรงให้สะอาดทุกครั้ง

7. พาลูกไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เพื่อตรวจหาฟันผุ และเคลือบหลุมร่องฟัน เมื่อทารกแรกเกิดสามารถทานนมแม่ได้ในปริมาณที่พอเหมาะพบว่าทารกจะนอนได้นานขึ้นทำให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี พร้อมทั้งจะได้รับการรักษาในขั้นตอนต่อไป มารดาสามารถพักผ่อนได้เพียงพอและคลายความกังวลสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ดีทำให้ทารกปากแหว่งเพดานโหว่มีความพร้อมในการมีชีวิตร่วมในสังคมได้ปกติ ซึ่งวิธีการให้นมขวด รูปที่ 5 และการให้นมแม่รูปที่ 7 นั้นเป็นทำให้นมแบบใหม่ เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าวิธีตามรูปที่ 5 แม่สามารถมองตาและสื่อสารกับลูกได้ตลอดเวลาจึงสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้เพิ่มขึ้นอีกด้วย ส่วนวิธีให้นมจากเต้าตามรูปที่ 7 นั้น เป็นวิธีชุมชนที่ควรให้การสนับสนุนเพราะทำง่ายไม่ได้เพิ่มค่าอุปกรณ์ใดๆ เพราะหมอนสามเหลี่ยมในชุมชนอีสานมีใช้เกือบทุกครัวเรือนอยู่แล้วและยังสนับสนุนแนวคิดว่าเป็นการเลี้ยงดูที่ทำได้ง่ายทำได้เป็นปกติและขณะให้นมมารดาก็ได้พักผ่อนไปด้วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย เป็นการส่งเสริมให้มารดาพร้อมให้นมบุตรอีกทางหนึ่ง และสามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้เป็นอย่างดีต่อไป บิดามารดาพอใจมากจนคลายความวิตกกังวลในการเลี้ยงดู และเมื่อครบกำหนด 3 เดือนสามารถเข้ารับการผ่าตัดเย็บริมฝีปากได้ ผู้ปกครองพอใจมาก

สรุป

บิดามารดาสามารถให้นมแม่แก่ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ได้คล้ายกับเด็กปกติโดยไม่ต้องใช้เต้านมเทียม ควรให้ศีรษะสูงในขณะที่ให้นมทั้งนมขวดและนมจากเต้าร่วมกับเต้านมจนเป็นเครื่องหมายบอกขนาดเล็กเพื่อจะได้ดูดได้ง่ายขึ้นและไม่สำลัก นอกจากนี้การใช้หมอนสามเหลี่ยมจะช่วยให้มารดาสบายขณะให้นมซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ใช้อุปกรณ์ที่มีในครัวเรือนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ตลอดจนสามารถลดความเสี่ยงในการทำเต้านมเทียมและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาทำเต้านมเทียมได้อีกด้วยสร้างความพอใจมั่นใจและลดความกังวลรวมทั้งภาระในการเลี้ยงดูได้เป็นอย่างมากทำให้ไม่เกิดปัญหาทางสังคมและจิตใจทั้งบิดามารดาและบุตร

ข้อเสนอแนะ

วิธีการดูแลและให้นมแม่แก่ทารกปากแหว่งเพดานโหว่โดยไม่ต้องใช้เต้านมเทียมวิธีนี้เป็นวิธีที่ทำให้ง่ายไม่ต้องมีเครื่องมือเฉพาะที่หายาก ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนสามารถให้คำแนะนำได้ตั้งแต่ที่รพสต. และในหออภิบาลทารกแรกเกิด ไม่ต้องพาทารกเดินทางไกลเพื่อมาพบทันตแพทย์เฉพาะทาง ทำให้บิดามารดาเลี้ยงดูอย่างมั่นใจ และทำให้ลดความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูบุตรได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทยร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร; 2546: 1-20
2. ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ ,นพัสร จันทธำรงวัฒน์, สมนึก อภินันทกุล, จำรัส วงศ์คำ, บวรศิลป์ เชาว์ชื่น. อุบัติเหตุของการคลอดทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2533-2542. ศรีนครินทร์เวชสาร 2544; 16(1)

3. Chuangsuwanich A, Aojanepong C, Muangsombut S, Tongpiew P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. Ann Plast Surg 1998; 41: 7-10.
4. เพ็ญพัทธ์ เกริกมธุกร ผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. กุมารเวชสาร 2544
5. บวรศิลป์ เชาว์ชื่น. การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ : บทบาท/สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย การสนับสนุนโครงการ “ยิ้มสวยเสียใจ”. 2550
6. Derijcke A, Eerens A, Carels C. The incidence of oral cleft: a review. Br J Oral Maxillofac Surg 1996; 34: 488-94.
7. Gregg T, Boyd D, Richardson A. The incidence of cleft lip and palate in Northern Ireland from 1980-1990. Br J Orthod 1994; 27: 387-92.
8. นิรมล สีสอาดิศร. อุบัติการณ์การเกิดและแนวทางการดูแลแบบองค์รวมในทารกปากแหว่งเพดานโหว่ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ขอนแก่นเวชสาร. 2551; 32 (2)
9. K.godfrey, Sydney University and khonkaen University. Dental care and Treatment for cleft lip and Palate; 1994; 50-82
10. K. godfrey. Integrated care special problems. Physiological Deficiencies feeding. 1994; 1-8
11. Bianchi DW, Crombleholme TM, D'Alton ME. Fetology; Diagnosis & management of the fetal patient. New York: McGraw-Hill, 2000: 198-207.
12. Murray JC, Daack-Hirsch S, Buetow KH, et al. Clinical and epidemiologic studies of cleft lip and palate in the Philippines.

13. กระทรวงสาธารณสุข,สภากาชาดไทย,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย,สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย,สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทยและคณะ. สมุดบันทึกโครงการ “ ยิ้มสวย เสียงใส ”. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2550
14. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. พระกษีรธาราด้วยรักของแม่ แต่พระองค์ที่. กรุงเทพฯ: ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย: 2549
15. สำหรั จิตตินันท์,วีระพงษ์ ฉัตรานนท์,ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ความรู้.....สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: กรุงเพเวชสาร; 2546
16. ยุพยง แห่งเชาวนิจ,กรรณิการ์ วิจิตรสุคณธ์,ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: วิสคอมเซนเตอร์; 2548
17. พรนภา ตั้งสุขสันต์. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีตั้งครรภ์. Journal of Public Health Nursing. 2011; 25(3)