# การบำบัดทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการศัลยกรรมสำหรับทารกปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

# Presurgical Orthopedic Therapy of Cleft Lip and Palate Infants in Sawanpracharak Hospital

**จุฑามาศ สุจิพงศ์ วท.ม.(ทันตกรรมจัดฟัน)**
**กลุ่มงานทันตกรรม**
**โรงพยาบาลสววรค์ประชารักษ์**
**จังหวัดนครสวรรค์**

**Chuthamat Sujipong M.S.(Orthodontics)**
**Dental Department**
**Sawanpracharuk Hospital**
**Nakhon Sawan**

**สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร**
**ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2557**

**Sawanpracharak Medical Journal**
**Vol. 11 No. 1 January - April 2014**

## บทคัดย่อ

เพดานเทียมเป็นเครื่องมือที่ใช้ช่วยแก้ปัญหาการดูดนม และใช้ในการจัดเรียงสันกระดูกขากรรไกรบนให้อยู่ในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกับตำแหน่งที่ปกติก่อนการผ่าตัด ในทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ผลดีของการรักษาด้วยเพดานเทียมยังช่วยให้การทำศัลยกรรมตกแต่งบริเวณริมฝีปากดีและง่ายขึ้น อีกทั้งยังลดความรุนแรงของการสบฟันที่ผิดปกติด้วย

บทความนี้ได้นำเสนอรายงานการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 1 ราย เป็นทารกเพศชาย อายุ 3 วัน มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ด้านซ้ายแบบสมบูรณ์ ได้รับการรักษาด้วยเพดานเทียมชนิดที่ไม่มีแรงกระทำและชนิดที่มีแรงกระทำก่อนทำการผ่าตัดริมฝีปาก 65 วัน ผลการรักษาเป็นที่พอใจ ช่องโหว่ของเพดานมีขนาดลดลง ผู้ปกครองพอใจและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยดูดนมได้ดี

**คำสำคัญ** : ปากแหว่งเพดานโหว่ เพดานเทียม

## Abstract

Obtulator is an appliance of choice for solving feeding problem and aligning upper alveolar ridges prior to surgical correction in cleft lip and palate baby. Obtulator also has an added advantages of improving surgical out come and simplifying lip and decreasing severity of malocclusion

A case report of a 3–day–old baby boy with unilateral left complete cleft lip and palate being treated with passive obtulator and active obtulators for 2 month prior to lip repair is presented. The treatment outcome is entirely satisfactory. Patient has good feeding closure of cleft palate also brings parents great satisfaction and peace of mind.

**Key words :** cleft lip and palate, obtulator

## บทนำ

ภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนของใบหน้าและช่องปาก การแก้ไขและฟื้นฟูผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ให้ใกล้เคียงคนปกติ การรักษาและฟื้นฟูเริ่มต้นตั้งแต่ทารกแรกเกิด ต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การบำบัดรักษาทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการทำศัลยกรรม (presurgical orthopedic therapy : PSOT) เป็นขั้นตอนหนึ่งของบทบาทของทันตแพทย์จัดฟันในการเริ่มต้นการรักษาแบบสหวิทยาการ (interdisciplinary management) ประกอบด้วยศัลยแพทย์ตกแต่ง ทันตแพทย์ศัลยกรรมช่องปาก และนักอรรถบำบัด เป็นต้น

การบำบัดทางทันตกรรมจัดฟัน (orthodontic treatment) เป็นการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งหรือเคลื่อนที่ฟันโดยให้แรงต่อตัวฟันมีผลต่ออวัยวะปริทันต์ ซึ่งทำให้เกิดการละลายและการพอกพูนของกระดูกรอบรากฟัน ขณะที่ presurgical orthopedics (PSO), oral orthopedic treatment หรือ presurgical maxillary orthopedics (PMO) หรือการบำบัดรักษาทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการทำศัลยกรรม เป็นการบำบัดรักษาเตรียมการหรือแก้ไขก่อนการทำศัลยกรรมริมฝีปากและเพดานในผู้ป่วยทารกปากแหว่งเพดานโหว่ โดยมีการเคลื่อนไหวส่วนของเนื้อเยื่อทั้งหมดที่ประกอบด้วยกระดูกเบ้าฟันของสันเหงือกฟันและเนื้อเยื่ออ่อน แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะปริทันต์โดยตรง ดังนั้น PSOT จึงหมายถึงการบำบัดทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขตำแหน่งและลักษณะโครงสร้างกระดูก–สันเหงือกที่ผิดปกติ หรือการเตรียมอวัยวะแวดล้อมภายในช่องปากให้อยู่ในตำแหน่งใกล้เคียงกับปกติ โดยอาศัยการเจริญเติบโตและพัฒนาขององค์ประกอบของช่องปาก ขณะที่รอความพร้อมก่อนการทำศัลยกรรม[1]

การทำศัลยกรรมริมฝีปากที่แหว่งทำให้เกิดการปรับแต่งหล่อหลอม (molding action) สันเหงือกที่โหว่โดยแรงหดตัวของกล้ามเนื้อรอบๆ ริมฝีปาก ซึ่งจะทำให้สันเหงือกชิ้นเล็กเกิดการยุบแคบเข้าทางใกล้กลาง ทำให้กระดูกขากรรไกรบนอยู่ในตำแหน่งถอยไปทางด้านใกล้ลิ้นมากกว่ากระดูกขากรรไกรล่าง นอกจากนี้การทำแผ่นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายเป็นอุโมงค์กว้าง (extensive flap undermining) จะทำให้เกิดการดึงรั้งของเนื้อเยื่อขณะเกิดกระบวนการการหายของแผล ดังนั้นเมื่อทำศัลยกรรมริมฝีปากโดยไม่ได้คำนึงถึงความสัมพันธ์ของสันเหงือกชิ้นใหญ่และสันเหงือกชิ้นเล็กของกระดูกขากรรไกรบน และความสัมพันธ์

ของกระดูกขากรรไกรบน-ล่าง ทำให้มีผลที่พอทำนายได้ว่าจะพบการสบฟันผิดปกติ ไม่เพียงฟันบนมีแนวแกนฟันที่ไม่ถูกต้อง แต่ทำให้สันเหงือกกระดูกขากรรไกรบนเกิดการยุบแคบเข้าหากัน และมีการซ้อนเกของฟันด้วย อันมีผลเสียต่อการทำงานด้านการบดเคี้ยว การพูด การกลืน และความไม่สวยงามเกิดขึ้น[1]

เหตุผล ข้อดี และวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการทำศัลยกรรมได้มีผู้รวบรวมไว้ดังนี้ เพื่อให้การป้อนนมและอาหารง่ายขึ้น[2,3] ปรับการวางตำแหน่งของลิ้นให้ปกติ[2,4] มีประโยชน์ทางด้านจิตใจแก่ผู้ปกครอง[3,4] ช่วยให้การทำศัลยกรรมริมฝีปากแบบปฐมภูมิง่ายขึ้น[4] กระตุ้นการเจริญเติบโตของกระดูกเพดาน[3,4] บูรณะ "ฟังก์ชันนัลเมตริกซ์ (functional matrix)" ของใบหน้าและช่องปาก[2,3,5] ช่วยลดโอกาสเกิดการติดเชื้อที่หู[3] ช่วยในการขยายหรือป้องกันสันเหงือกยุบแคบเข้าหากัน[2,3,6] ลดความจำเป็นที่ต้องรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน[4] ช่วยให้เนื้อเยื่ออ่อนมีการเจริญเติบโตมากขึ้นก่อนการทำศัลยกรรม[7] เป็นแนวนำทางในการงอกของฟัน[8] ช่วยให้เกิดความสวยงาม[9] สร้างแบบการเจริญเติบโตของรอยประสานที่ดีขึ้นใหม่ซึ่งในระยะแรกๆ นี้จะมีการตอบสนองสูงสุด[10] และมีผลดีต่อการฝึกการออกเสียงและการฝึกพูดต่อไป[11,12]

ชนิดของเครื่องมือจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดมี 3 ชนิด ได้แก่ ชนิดมีแรงหรือไม่มีแรง (active or passive appliances) ชนิดใช้ก่อนหรือหลังการผ่าตัด (presurgical or post surgical appliances) และชนิดที่ใช้ในปากหรือนอกปาก (intraoral or extraoral appliances) ช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการทำศัลยกรรมสามารถทำได้ทันทีหลังคลอดโดยเริ่มตั้งแต่ทารกอายุ 1-2 วัน[13] หรือทันทีที่ทารกแข็งแรงเพียงพอ[14] ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ คือ การควบคุมสันเหงือกให้มีตำแหน่งใกล้เคียงกับปกติทำได้ง่าย ทารกสามารถปรับตัวยอมรับเครื่องมือได้ง่ายและเร็วกว่าเมื่อทารกอายุมากขึ้น เครื่องมือช่วยป้องกันลิ้นเข้าไปรบกวนบริเวณช่องโหว่ เครื่องมือทำหน้าที่เป็นเพดานเทียมช่วยในการดูดน้ำนม ทำให้ทารกได้รับสารอาหารเพียงพอ และป้องกันการสำลัก[15,16] ระยะเวลาการใช้เครื่องมือ ทารกจะต้องใส่เครื่องมือตลอดเวลา จนกระทั่งถึงเวลาทำศัลยกรรมริมฝีปากและเพดานส่วนหน้า (lip and anterior palate repair)[15,17] ที่ศูนย์เมือง Zurich แนะนำให้ใช้เครื่องมือต่อเนื่องจนถึงอายุขวบครึ่ง[14] จำนวนเครื่องมือที่ใช้ จึงแตกต่างตั้งแต่ 2-4 ชิ้น ขึ้นกับอัตราการเจริญเติบโตของทารก

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 3 วัน ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดนครสวรรค์ มารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เนื่องจากมีปัญหาการดูดนมและความวิตกกังวลของบิดามารดาจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ของบุตร

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคทางระบบ เป็นบุตรคนแรก มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทางด้านซ้ายแบบสมบูรณ์ (รูปที่ 1) โดยไม่ปรากฏประวัติทางกรรมพันธุ์ใดๆ ของภาวะดังกล่าว คลอดปกติ ภาวะตั้งครรภ์ปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,500 กรัม บิดามารดาอาชีพทำนา บิดาอายุ 24 ปี และมารดาอายุ 25 ปี

การตรวจภายในช่องปาก พบสันกระดูกขากรรไกรบนแยกเป็น 2 ชิ้นคือ สันกระดูกขากรรไกรชิ้นใหญ่ (greater segment) ทางด้านขวาซึ่งมีสันกระดูกขากรรไกรบนส่วนหน้ารวมอยู่ด้วย มีลักษณะกางออกไปทางด้านข้างและด้านหน้ามากกว่า และสันกระดูกขากรรไกรชิ้นเล็ก (lesser segment) ทางด้านซ้าย มีตำแหน่งหลุบเข้ามาทางด้านใกล้กลางและถอยไปทางด้านหลังกว่าอีกข้างหนึ่ง ระหว่างสันกระดูกขากรรไกรทั้งสองชิ้น ปรากฏรอยโหว่ที่เชื่อมช่องปากกับช่องจมูกของกระดูกขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง มีขนาดกว้างมาก มองเห็นผนังกั้นช่องจมูก (nasal septum) ยึดติดกับส่วนเพดานของกระดูกขากรรไกรชิ้นใหญ่ได้ชัดเจน ขนาดของรอยโหว่วัดจากขอบหน้าของสันกระดูกทั้ง 2 ข้างมีขนาดกว้าง 12 มิลลิเมตร (รูปที่ 1)

ได้วางแผนการรักษาตามลำดับดังนี้ ใช้เครื่องมือเพดานเทียมชนิดไม่มีแรงกระทำในช่องปาก เพื่อให้ผู้ป่วยดูดนมได้ดีและปรับตัวกับเครื่องมือ แล้วใช้เครื่องมือเพดานเทียมชนิดมีแรงกระทำในช่องปาก เพื่อจัดตำแหน่งและรูปร่างของสันกระดูกขากรรไกรบนก่อนการทำศัลยกรรมริมฝีปาก และทำศัลยกรรมปิดรอยโหว่เพดาน หลังจากนั้นจึงทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

ขั้นตอนการทำเพดานเทียม คือ พิมพ์ปากด้วยวัสดุพิมพ์ปากอัลจิเนต (alginate) เทแบบพิมพ์ด้วยพลาสเตอร์หิน เมื่อแข็งตัวดี ตัดแต่งฐานแล้วนำไปเครื่องมือ การทำเครื่องมือชนิดที่ไม่มีแรงกระทำ โดยใช้ขี้ผึ้งแต่งแบบจำลองฟันบริเวณช่องโหว่ โดยเฉพาะบริเวณที่สัมผัสกับผนังกั้นโพรงจมูกให้ขี้ผึ้งหนาประมาณ 2 มิลลิเมตร แต่งสันเหงือกบริเวณที่โหว่ด้วยขี้ผึ้งให้สันเหงือกชิ้นใหญ่และชิ้นเล็กต่อเนื่องกันเหมือนสันเหงือกปกติ สร้างเพดานเทียมด้วยอะคริลิก ให้มีขอบเขตด้านข้างคลุมสันเหงือกด้านชิดริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม (buccal and labial flange) เมื่ออะคริลิกแข็งตัวแล้วนำมาขัดแต่งให้เรียบ มนขอบโดยรอบ ตรวจเช็คแผ่นอะคริลิก ต้องไม่ปิดกั้นบริเวณโพรงจมูก กรณีทำเครื่องมือชนิดที่มีแรงกระทำ เมื่อได้แบบจำลองฟันแล้ว นำมาตัดตามแนวเพดานโหว่และขลิบตามขอบออก แล้วปรับวางตำแหน่งใหม่ โดยปรับขยายหรือทำให้แคบลง ให้สันเหงือกชิ้นใหญ่และชิ้นเล็กอยู่ในตำแหน่งปกติ ยึดแบบจำลองฟันที่จัดแต่งเข้าด้วยกัน แล้วนำไปเป็นแบบทำเพดานเทียมอะคริลิกแบบเดียวกัน ในกรณีของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์นำเพดานเทียมที่ได้มาวางขี้ผึ้งชนิดนิ่ม (ดัดแปลงใช้ขี้ผึ้งติดกันเจ็บของผู้ป่วยจัดฟันติดแน่น) บนบริเวณส่วนฟันหลัง นำเข้าปากผู้ป่วย จับคางให้ผู้ป่วยกัดลงบนขี้ผึ้งให้เห็นเป็นรอยสันเหงือก นำเพดานเทียมที่ได้ส่งให้ช่างทันตกรรม เปลี่ยนเป็นอะคริลิกชนิดแข็งตัวด้วยความร้อน เสร็จแล้วนำไปใส่ในผู้ป่วยโดยประคองเพดานเทียมในทิศทางและด้านที่ถูกต้องเข้าไปในปาก ใส่เพดานเทียมเข้ามุมปากด้านใดด้านหนึ่งก่อน แล้วหมุนเครื่องมือพร้อมทั้งดันเพดานเทียมเข้าไปในปากเพื่อใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือดันที่กึ่งกลางเพดานเทียมให้เข้าที่ เพื่อสะดวกในการถอดเครื่องมือและมั่นใจว่าเครื่องมือจะไม่หลุดเข้าไปติดคอผู้ป่วย สามารถผูกไหมขัดฟัน (dental floss) กับเพดานเทียมทางด้านหน้าพาดไหมขัดฟันขึ้นไปบริเวณกลางหน้าผากของผู้ป่วย แล้วใช้เทปไมโครพอร์ยึดไหมขัดฟันไว้กับหน้าผาก

ขั้นตอนการรักษา ได้พิมพ์ปากผู้ป่วยด้วยอัลจิเนต (alginate) และใช้เพดานเทียมชนิดไม่มีแรงเพื่อให้ผู้ป่วยดูดนมได้และคุ้นเคย เมื่อผู้ป่วยอายุ 1 เดือน 7 วัน นัดมาทำเพดานเทียมชนิดมีแรงโดยพิมพ์ปากผู้ป่วยเด็กด้วยอัลจิเนต ส่งห้องปฏิบัติการทางทันตกรรมเทปูนทำแบบจำลอง ตัดแบบจำลองแล้วขยับเข้ามาหากัน 2–3 มิลลิเมตร ยึดติดด้วยขี้ผึ้ง ทำเพดานเทียมด้วยอะคริลิกชนิดแข็งตัวด้วยปฏิกิริยาเคมี นำมายึดติดขี้ผึ้งนิ่ม บริเวณสันเหงือกทั้ง 2 ข้าง จับคางให้ผู้ป่วยกัดสบบนขี้ผึ้ง แล้วส่งห้องปฏิบัติการทางทันตกรรมเพื่อให้แข็งตัวเป็นเพดานเทียมแบบมีแรงด้วยอะคริลิกชนิดแข็งตัวด้วยความร้อน แล้วนำมาใช้ในผู้ป่วยเพื่อให้ดูดนมด้วยเพดานเทียมชิ้นใหม่ (รูปที่ 2–6) นัดติดตามอีก 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยอายุ 2 เดือน 3 วัน ทำแบบเดียวกับ ครั้งที่ 2 แต่แบ่งแบบจำลองออกเป็น 3 ส่วน เพื่อขยับสันกระดูกขากรรไกรบนส่วนหน้าเข้ามาสู่แนวที่ถูกต้อง (รูปที่ 7–12) แล้วนัดผู้ป่วยอีกประมาณ 1 เดือน ซึ่งจะเป็นเวลาที่ทันตแพทย์ศัลยศาสตร์ช่องปากจะทำการเย็บริมฝีปากต่อไป

ระหว่างการรักษาได้ให้คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้เพดานเทียมสำหรับทารกปากแหว่งเพดานโหว่[18] และการนำผู้ป่วยมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

ผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากผู้ปกครองให้ความร่วมมือให้ผู้ป่วยใส่เครื่องมือตลอดการรักษา ทำให้สันกระดูกขากรรไกรที่โหว่และเบี่ยงเบนในขากรรไกรบน เคลื่อนมาชิดกันมากขึ้น จาก 12 มิลลิเมตร ลดลงเหลือ 8 มิลลิเมตรในครั้งที่ 2 และเหลือ 6 มิลลิเมตรในวันนัดครั้งสุดท้าย

## บทวิจารณ์

ลักษณะของผู้ป่วยรายนี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ผู้ป่วยในการบำบัดทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการศัลยกรรม[19] จึงได้ทำการรักษาโดยการใช้เพดานเทียมทั้งชนิดมีแรงและไม่มีแรง คือผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรง ไม่มีความบกพร่อง หรือความผิดปกติอื่นที่สำคัญร่วมด้วย มีปากแหว่งเพดานโหว่ตลอดแนวแบบข้างเดียวร่วมกับไม่สามารถดูดกลืนน้ำนมได้ปกติ ผู้ป่วยแรกเกิดสามารถปรับตัวให้ยอมรับเครื่องมือได้ ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจสามารถดูแลเรื่องการใช้เครื่องมือ และสามารถพาผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการบำบัดทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ สุขภาพของผู้ป่วยและอายุที่เริ่มทำการบำบัด การเลี้ยงดู และความร่วมมือของผู้ปกครอง

เครื่องมือเพดานเทียมแบบให้แรงของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นชนิดที่มีรอยกัดสันกระดูกล่าง มีความสูงเท่ากับความสูงในขณะพัก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยพยุงให้เครื่องมือยึดติดอยู่ในช่องปากได้ โดยไม่ต้องอาศัยหลักยึดจากส่วนของเครื่องมือที่ขยายเข้าไปในรอยแยกช่องโหว่[20] จึงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนี้เจริญเข้าหากันได้อย่างอิสระ และลดการใช้ครีมยึดฟันปลอมติดเพดานเทียมในช่องปากเพื่อเคลื่อนสันกระดูกในขากรรไกรบน เมื่อผู้ป่วยออกแรงกัดบนเครื่องมือจึงทำให้รอยแยกช่องโหว่ลดลงตามลำดับ ผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยเครื่องมือเพดานเทียมแบบให้แรงในรายนี้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เริ่มรักษาขั้นตอนการรักษาจึงยังไม่สมบูรณ์ทั้งหมด คือการเย็บริมฝีปากตามด้วยการเย็บเพดาน และต้องมีการจัดฟันต่อไปหลังจากที่มีฟันขึ้นในช่องปากแล้ว

## ข้อคิดเห็น

การให้คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้เพดานเทียมสำหรับทารกปากแหว่งเพดานโหว่ มีความสำคัญมาก ซึ่งจะมีผลต่อผลการรักษา ควรใส่เครื่องมือภายในหนึ่งถึงสองวันหลังทารกคลอด หรือเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ ทั้งนี้ทารกควรมีสุขภาพแข็งแรง ควรใส่เพดานเทียมอย่างช้าๆ และนุ่มนวลขณะทารกรู้สึกตัวตื่นอยู่ ต้องแน่ใจว่าเพดานเทียมคงอยู่ในช่องปากได้กระชับ อาจผูกด้วยไหมขัดฟันยึดไหมขัดฟันที่ผูกเพดานเทียมอยู่ด้วยเทปไมโครพอร์ ตรวจเครื่องมือว่ากระชับอยู่ดีและทารกสามารถปรับตัวได้หรือไม่ ควรใช้ผ้าอ้อมห่อตัวทารก เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกใช้มือไปปัดเครื่องมือ ลองให้ทารกดูดนมขวดทันทีภายหลังจากทารกเริ่มชินกับเพดานเทียมและแถบคาดริมฝีปาก เครื่องมือควรอยู่ในช่องปากทารกตลอดเวลา ยกเว้นนำออกมาทำความสะอาด ภายหลังจากการดูดนมควรทำความสะอาดเครื่องมือด้วยแปรงและน้ำสะอาด และเช็คภายในปากทารกด้วยผ้าชุบน้ำหมาดๆ ควรเปลี่ยนแถบคาดริมฝีปากเมื่อเปียกหรือสกปรก ผู้ปกครองต้องอดทนและมีความสม่ำเสมอในการใช้เครื่องมือ ทารกบางคนอาจต้องใช้เวลานานในการยอมรับเครื่องมือ ผู้ปกครองจะต้องเรียนรู้วิธีการถอดใส่เครื่องมืออย่างดีก่อนจะออกจากโรงพยาบาล ระวังอย่าให้เด็กอื่นๆ มาเล่นเครื่องมือในปากทารก ผู้ปกครองต้องนำทารกกลับมาติดตามผลการรักษาทุก 2–4 สัปดาห์ เนื่องจากอาจต้องแก้ไขเครื่องมือหรือทำเครื่องมืออันใหม่ เนื่องจากการเจริญเติบโตของทารก และผู้ปกครองควรติดตามการนัดหมายเพื่อการเย็บปิดริมฝีปากแหว่งกับศัลยแพทย์ หรือทันตแพทย์ศัลยกรรมช่องปาก[18]

การให้นมและอาหารทารกปากแหว่งเพดานโหว่ เนื่องจากทารกมีวิธีการดูดนมแตกต่างจากทารกปกติ เพราะสามารถดูดนมได้โดยการงับหัวนมหรือจุกนมด้วยสันเหงือกบนและล่างเพื่อกดไล่นมให้ไหลเข้าปาก ในกรณีที่ช่องโหว่กระดูกเบ้าฟันที่สันเหงือกกว้าง การใช้เพดานเทียมจะช่วยปิดช่องโหว่ของกระดูกเบ้าฟันสันเหงือกให้สามารถดูดนมได้ ทารกจะใช้ลิ้นเป็นส่วนช่วยใช้เกิดจังหวะการดูด โดยกดปลายหัวนมหรือจุกนมกับเพดานให้นมไหลออกมา ซึ่งการใช้เพดานเทียมจะทำหน้าที่แทนเพดานที่โหว่ เป็นการปรับวิธีการดูดนมที่ให้ได้รับน้ำนมของทารกปากแหว่งเพดานโหว่ กรณีทารกที่เป็นปากแหว่งอย่างเดียวหรือปากแหว่งร่วมกับกระดูกเบ้าฟันโหว่เท่านั้น มักจะไม่มีปัญหาเรื่องการดูด ส่วนการดูดนมแม่จากเต้าก็สามารถทำได้แต่ต้องปรับตัวเล็กน้อย[18]

กุญแจแห่งศาสตร์สำเร็จในการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก[21] ได้แก่ 1) สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ให้การรักษาและพัฒนาศักยภาพของตน มีการทำงานประสานการรักษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และต้องมีบุคลากรสหวิชาชีพในสาขาหลักได้แก่ ทันตแพทย์จัดฟัน ศัลยแพทย์ตกแต่ง หรือทันตแพทย์ศัลยศาสตร์ช่องปาก และนักอรรถวิทยาบำบัด 2) ผู้ให้การสนับสนุน เนื่องจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน มีความจำเป็นต้องใช้การรักษาแบบสหวิทยาการ ใช้เวลานาน และมีค่าใช้จ่ายสูง จึงต้องการการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณจากภาครัฐและองค์กรต่างๆ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

สภากาชาด และสมาคมวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบการบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ และ 3) การยอมรับและความร่วมมือของผู้ปกครองและผู้ป่วย ในผู้ป่วยรายนี้หลังจากอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการใช้เพดานเทียมให้ผู้ปกครองได้ทราบแล้วก็ได้รับการยอมรับและความร่วมมืออย่างดี โดยมีการใส่เครื่องมือและมาตามนัดทุกครั้ง จนประสบความสำเร็จรอยแยกจึงลดลง

## บทสรุป

ผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ด้านซ้ายสมบูรณ์ ได้รับการรักษาด้วยเพดานเทียมชนิดที่ไม่มีแรงกระทำและชนิดที่มีแรงกระทำก่อนจะทำการผ่าตัดริมฝีปาก ผลการรักษาเป็นที่พอใจ ช่องโหว่ของเพดานมีขนาดลดลง

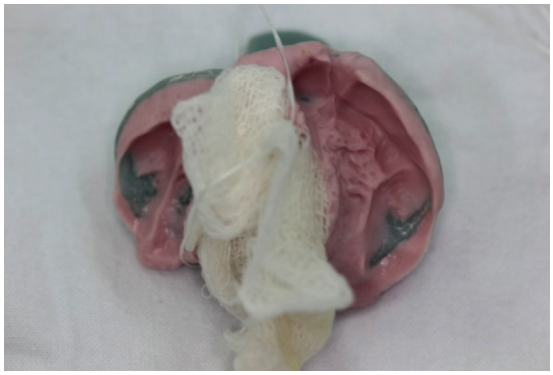
## เอกสารอ้างอิง


1. บวรศิลป์ เชาวน์ชื้น, เบญจมาศ พระธานี รัตนยาติกุล. การดูแลแบบสหวิทยากรของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของใบหน้าและกระโหลกศรีษะ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท; 2547. หน้า 161–72.
2. Hotz M. Aims and possibillties of pre–and post–surgical orthopedic treatment in uni–and bilateral clefts. Trans Eur Orthod Soc 1973; 553–8.
3. Lubit E. Cleft palate orthopedics: why, when, how. Am J Orthod 1976; 69: 562–71
4. Oliver H. Neonatal orthodontics. Trans Eur Orthod Soc 1973: 562–3.
5. Peat J. Early orthodontic treatment for complete clefts. Am J Orthod 1974; 65: 28–38
6. Brogan WF, McComb H. The early management of cleft lip and palate deformitlies. Aust Dent J 1973; 18: 212–7.
7. Huddart AG. Observations on the treatment of cleft lip and palate. Dent Practice 1970; 16: 265–74.
8. Hotz M. Pre–and earty post–operative growth guidance in cleft lip and palate cases by ma. Cleft palate J 1969; 7: 368–72.
9. Troutman K. Maxillary arch control in infants with unilateral clefts of the lip and palate. Am J Orthod 1974; 66: 198–208.
10. Latham R, Buston WR. The effect of unilateral cleft of the lip and palate on maxillary growth patterm. Br J Plast Surg 1964; 17: 10–7.

11. Lindguist AF. Prosthetic and orthodontic procedures for the cleft palate in infants. J Dent Res 1963; 13(4): 688.
12. Stuffins G. Speech and mental attitudes in the older presurgical child. In: Long term treatment in cleft lip and palate with co-ordinated team approach. Proceedings of the first symposium (1979). Berm: Han Huber; 1981.
13. Huddart AG. Orthodontic treatment of cleft lip and palate. In: Bardach J, Morris H, editors. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. Philadelphia: WB Sauders; 1990. p. 574–8.
14. Gnoinski WM. Infant orthopedics and later orthodontic monitoring for unilateral cleft lip and plate patients in Zurich. In: Bardach J, Morris HL, editors. Multidiciplinary management of cleft lip and palate. Philadelphia: WB Sauder; 1990. P. 578–85.
15. Godfrey K. Orthodontic treatment for cleft palate patient in dental care and treatment for cleft lip and palate. Khon Kaen: Faculty of Dentistry, Khon Kaen University; 1992.
16. สมรตรี วิถีพร. ทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่. กรุงเทพ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2537; หน้า 79–81.
17. บวรศิลป์ เชาวน์ชื่น, จารุณี รัตนยาติกุล. การสร้างทีมสหสาขาวิชาและการจัดตั้งศูนย์ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ว. ศัลยศาสตร์ตกแต่ง 2541; 5: 65–87.
18. Godfrey K. Instructions for use of the obtulator and feeding paplate for babies with complete unilateral and bilateral clefts of primary palate (lip, nostril opening, and alveolus) and secondary palate (hard and soft palate). 1999, Unpublished paper.
19. Subtelny JD. Oral orthopaedics of cleft paplate: when and why. In: Early treatment of cleft lip and palate, interational symposium. University of Zurich, Dental Institute. Berne: Hans Huber. Publishers; 1964.
20. Moore MH, Wong KS, Proudman TW, David DJ. Progressive hemifacial atrophy (Romberg's disease): skeletal involvement and treatment. Br J Plast Surg 1993;46:39–44.
21. ปองใจ วิภรัตน์, พินัย นิรันดร์รุ่งเรือง, วิภาพรรณ ฤทธิ์กาล, ชุติมาพร เขียนประสิทธิ์. โคราชแนม. ว ทันตจัดฟัน 2553; 9; 33–42.

รูปที่ 1 รูปใบหน้าของผู้ป่วย

รูปที่ 2 พิมพ์ปากด้วยอัลจิเนต



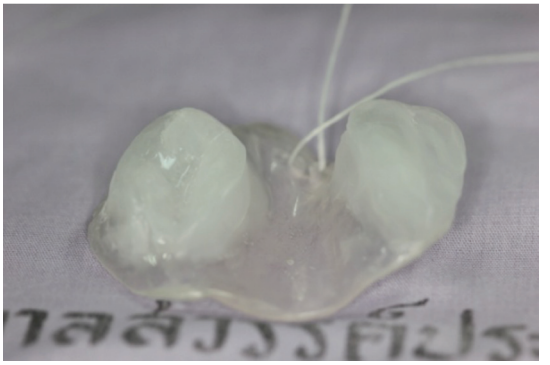
รูปที่ 3 รอยพิมพ์ปากที่ได้ออกมา

รูปที่ 4 เพดานเทียมเมื่ออยู่ในช่องปาก

รูปที่ 5 ยึดติดเพดานเทียมโดยไหมขัดฟัน

รูปที่ 6 ผู้ป่วยดูดนมโดยมีเพดานเทียม

รูปที่ 7 นำเพดานเทียมที่มีขี้ผึ้งให้ผู้ป่วยกัดเป็นรอย



รูปที่ 8 เพดานเทียมที่มีรอยกัดของสันล่างบนขี้ผึ้งบนเหงือก

รูปที่ 9 เปลี่ยนเพดานเทียมเป็นอะคริลิกทั้งชิ้น

รูปที่ 10 นำมาใส่ในปากผู้ป่วย

รูปที่ 11 รูปเปรียบเทียบช่องว่างที่แคบลง

รูปที่ 12 นำเครื่องมือใส่ในปากผู้ป่วย