



## ผลลัพธ์การดูแลทารกปากแหว่งเพดานโหว่ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พัชรากร อ่อนทอง<sup>1</sup>, สุธีรา ประดับวงษ์<sup>2</sup>, จรรยา จิระประดิษฐา<sup>3</sup>

<sup>1</sup>แผนกการพยาบาลกุมารเวชกรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

<sup>2</sup>ศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า

<sup>3</sup>ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Outcomes of Care for Infants with Cleft Lip and Palate in the Intermediate Care and Special Care Nursery at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

Patcharakorn Onthong, Suteera Pradubwong<sup>2</sup>, Junya Jirapradittha<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pediatric Nursing Department, Division of Nursing, Srinagarind Hospital,

<sup>2</sup> Center of Cleft Lip-Cleft Palate and Craniofacial Deformities,

<sup>3</sup> Neonatal Unit, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 24 August 2021 / Edit: 22 September 2021 / Accepted: 31 January 2022

**หลักการและวัตถุประสงค์:** ทีมหลักในการดูแลทารกปากแหว่งเพดานโหว่ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด คือ กุมารแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ปลอดภัยและดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิทยาการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลทารกปากแหว่งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการ

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยทบทวนจากแฟ้มประวัติ เวชระเบียน ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาลของมารดาและทารกในช่วง 3 ปี ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกปากแหว่งเพดานโหว่แรกเกิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย

**ผลการศึกษา:** มารดา 10 ราย คลอดในโรงพยาบาล 9 ราย ผ่าคลอด 7 ราย ตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.4 ครั้ง อายุครรภ์เฉลี่ย 36.1 สัปดาห์ อาศัยในจังหวัดขอนแก่น 6 ราย ทารกที่เข้ารับการรักษาคิดเป็นสัดส่วนของผู้ป่วยแต่ละปี คือ 8.09, 3.14 และ 4.60 ต่อ 1,000 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย น้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย 2,685 กรัม วันจำหน่ายต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยคือ 3,171 กรัม นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 39.3 วัน มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดสมบูรณ์สองข้าง และภาวะปีแอร-โรแบง อย่างละ 3 ราย มีทีมสหวิทยาการร่วมดูแล 9 ทีม รอดชีวิต ได้รับการผ่าตัด และติดตามการรักษาต่อเนื่องทั้ง 10 ราย

**สรุป:** มีทารกปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิดจำนวนไม่มาก แต่ทารกมีกลุ่มอาการร่วมและซับซ้อน การดูแลต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก และร่วมกันดูแลแบบสหวิทยาการ ซึ่งผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการผ่าตัดและติดตามการรักษาต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ทารกปากแหว่งเพดานโหว่, หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด, ทีมสหวิทยาการ

**Background and objective:** The care team for infants with cleft lip and palate in the intermediate care and special care nursery basically composes of pediatricians and nurses. This study aimed to analyze the outcomes of care for infants with cleft lip and palate.

**Method:** A cross-sectional study in the Intermediate Care and Special Care Nursery, Srinagarind Hospital, a university hospital, was conducted by reviewing the medical records, hospital information, and the nurse note form of mothers and infants during the 3-year of care for infants with cleft lip and palate. Quantitative data were analyzed using percentage and mean and qualitative data were summarized.

**Results:** There were ten couples of mothers and infants. Nine mothers gave birth in Srinagarind Hospital, seven cases had cesarean sections, average gestational age was 36.1 weeks, and six cases were domiciled in Khon Kaen province. The proportions of infants admitted to the wards each year were 8.09, 3.14 and 4.60 per 1,000 admissions. There were 7 female infants, average birth weight was 2,685 g, average weight at discharge was 3,171 g which below the mean weight for gestation, and average hospital stay was 39.3 days.

**Conclusion:** Infants with cleft lip and palate were a small number of the infants admitted to the Intermediate Care and Special Care Nursery but had multiple associated malformations and complicated syndromes. The Caring required a large number of resources and multidisciplinary team.

**Keywords:** Infants with cleft lip and palate, Intermediate Care and Special Care Nursery, Multidisciplinary team

Corresponding author: Junya Jirapradittha, E-mail: jjunya@kku.ac.th

## บทนำ

อุบัติการณ์ปากแหว่งเพดานโหว่ทั่วโลก อยู่ระหว่าง 0.11-1.00 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย<sup>1,2</sup> ประเทศไทยพบบ่อยเป็นอันดับ 4 ของความผิดปกติในเด็กแรกเกิด คือ 2.14<sup>3</sup> ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบ 1.93<sup>4</sup> และ 2.40<sup>3</sup> และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 1.14 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย<sup>5</sup> ซึ่งเป็นความพิการแต่กำเนิดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหลายด้านและมีความซับซ้อน มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว และยังพบว่าอาจมีความพิการซ้ำซ้อนอื่น หรือกลุ่มอาการที่พบร่วม (associated malformation/syndrome) ด้วย<sup>6-10</sup> รวมทั้งอาจพบปัญหา เช่น การขาดสารอาหาร การให้นมทารก<sup>6</sup> ปัญหาระบบทางเดินหายใจ การได้ยิน การพูดไม่ชัด เป็นต้น

จากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ พบว่า การตั้งครรภ์ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างรุนแรง รู้สึกหมกมุ่นใจในการตั้งครรภ์และดูแลครรภ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพลักษณะและการเลี้ยงดูทารกหลังคลอด<sup>11,12</sup> ส่วนหลังคลอดพบว่ามีปัญหาการได้รับนมและสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการมีปัญหาการดูดกลืน การสำลัก และการให้นม เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจและเจ็บป่วย ปัญหาด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ<sup>11</sup>

การศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีรูปร่างผิดปกติ (associated malformation)<sup>6-10</sup> 17 ราย จากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 123 ราย<sup>13,14</sup> ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความพิการที่ศีรษะและใบหน้า ระบบโครงกระดูก ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น และจากการศึกษาจำนวน 2,600 ราย พบภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 60 ราย และอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ผันหัวใจช่องบนรั่วและ tetralogy of Fallot<sup>15</sup> การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีทีมสหวิทยาการที่มีความชำนาญเฉพาะทางร่วมดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาตามช่วงอายุโดยทีมสหวิทยาการ (protocol of multidisciplinary team care for patients with cleft lip and palate) ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์จนคลอด และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์อย่างองค์รวมและมีประสิทธิภาพ<sup>11</sup> โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติเข้ารับการรักษาก่อนที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โดยเฉพาะในทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจ กลุ่มที่มีรูปร่างผิดปกติ ที่ต้องได้รับการดูแลในระยยะวิกฤติ เป็นต้น เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติ บางรายอาจย้ายไปดูแลต่อเพื่อฝึกดูนม ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด หรือ

จำหน่ายกลับบ้าน พร้อมนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีศูนย์ตะวันฉายเป็นศูนย์กลางในการประสานงานการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย/ครอบครัว ที่มีทีมดูแลร่วมกันจากสองคณะหลัก คือ คณะแพทยศาสตร์ กับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อให้ทารกได้รับความปลอดภัย ได้รับการดูแล รักษา ผ่าตัด และฟื้นฟูสภาพตามช่วงอายุและตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องการทราบว่า มีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการรักษาก่อนที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวนเท่าไร ผลลัพธ์การดูแลรักษาเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการรักษาที่ได้ไปพัฒนาการดูแลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาจำนวนและผลลัพธ์การดูแลรักษาของทีมสหวิทยาการในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงเวลา 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2559-2561 โดยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนแฟ้มประวัติการรักษา เวชระเบียน ประวัติการคลอด และแบบบันทึกทางการแพทย์ตามแผนกเป็นข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา เช่น อายุ จำนวนและอายุการตั้งครรภ์ และวิธีคลอด เป็นต้น ข้อมูลทั่วไปและการดูแลรักษาพยาบาลของทารก เช่น น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักวันจำหน่าย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอาการแสดง (signs) ค่าคะแนนของทารกแรกเกิด 5 อย่าง (APGAR score) เป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE621092

## ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลมารดา พบว่า มารดาคลอดทั้งหมด 10 ราย มีอายุเฉลี่ย 36 ปี 5 เดือน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.4 ครั้ง อายุครรภ์เฉลี่ย 36.1 สัปดาห์ ผ่าคลอดทั้งหมด 7 ราย อยู่จังหวัดขอนแก่นมากที่สุด 6 ราย มีบันทึกว่า ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรม 3 ราย ปรีกษาศัลยแพทย์ตกแต่ง และศูนย์ตะวันฉาย 2 ราย ตรวจพบตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 1 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา (n=10)

ลำดับ	ปี	จังหวัด	อายุ (ปี)	จำนวน/อายุการตั้งครรภ์	วิธีคลอด	การดูแลรักษา
1	2559	1. ขอนแก่น	39	4 ครั้ง /37 สัปดาห์	C/S and TR	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ฝากครรภ์ 13 ครั้ง - ไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรม
2		2. ขอนแก่น	36	3 ครั้ง/37 สัปดาห์	NL	คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ฝากครรภ์ 8 ครั้ง
3		3. มหาสารคาม	30	2 ครั้ง/40 สัปดาห์	NL	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ - ไม่มีประวัติความพิการแต่กำเนิดในครอบครัว มีน้ำเดินก่อนกำหนดคลอด
4		4. ขอนแก่น	27	2 ครั้ง/26 สัปดาห์	C/S	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ - ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ พบภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อยู่ตรงกลาง (midline cleft lip and palate) - เจาะน้ำคร่ำเพื่อประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์ ทารกเพศหญิงโครโมโซมปกติ
5		5. เลย	31	2 ครั้ง/30 สัปดาห์	C/S, CPD	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ - ปรีกษาศัลยกรรมตกแต่ง และศุนย์ตะวันฉาย
6	2560	6. มหาสารคาม	31	3 ครั้ง/37 สัปดาห์	NL	- ส่งตัวจากโรงพยาบาลนาตูน ด้วยปัญหาทารกกลืนลำบาก
7		7. ขอนแก่น	36	1 ครั้ง/39 สัปดาห์	C/S	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ฝากครรภ์ที่คลินิก 10 ครั้ง - ปรีกษาศัลยกรรมตกแต่ง และศุนย์ตะวันฉาย
8	2561	8. ขอนแก่น	31	2 ครั้ง/39 สัปดาห์	C/S	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ - ไม่มีประวัติความพิการแต่กำเนิดในครอบครัว
9		9. ขอนแก่น	37	3 ครั้ง/37 สัปดาห์	C/S elderly and myoma uteri	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ - แท้ง 2 ครั้ง จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก (spontaneous ectopic pregnancy)
10		10. เลย	31	2 ครั้ง/39 สัปดาห์	C/S	- คลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ - ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์

หมายเหตุ C/S (Cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดคลอด  
TR (Sterilization) หมายถึง การทำหมัน  
NL (Normal Labor) หมายถึง คลอดปกติ  
CDP (Cephalopelvic disproportion) หมายถึง ความแตกต่างของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้  
Elderly หมายถึง ผู้สูงอายุ  
Myoma uteri หมายถึง เนื้องอกในมดลูก

ส่วนด้านข้อมูลทารกและการดูแลรักษาพยาบาล พบว่าเป็นทารกเพศหญิง 7 ราย (ร้อยละ 70) น้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติเฉลี่ย 2,685 กรัม น้ำหนักเมื่อจำหน่ายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเฉลี่ย 3,171 กรัม นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 39.3 วัน มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่สองข้างชนิดสมบูรณ์ (bilateral cleft lip and cleft palate) และภาวะปิแอร์-โรแบง (Pierre Robin sequence) อย่างละ 3 ราย (ร้อยละ 30) มีบันทึกว่า ศัลยแพทย์ตกแต่งและศุนย์ตะวันฉายร่วมดูแล รวมทั้งพยาบาลช่วยจัดทำในการให้นม กระตุ้นดูดนม 5 ราย (ร้อยละ 50) อาการแสดงการหายใจ (signs) ของทารกแรกเกิด

มีค่าคะแนน APGAR ที่ 1, 5 และ 10 นาที เฉลี่ย 8.5 ค่าคะแนน APGAR ต่ำได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ 1 ราย และใส่สายยางในกระเพาะอาหาร (gastrostomy) เพื่อให้นม 1 ราย รอดชีวิตและได้รับการผ่าตัดทั้ง 10 ราย มีทีมสหวิทยาการร่วมดูแลในหอผู้ป่วย 9 ทีม ดังนี้ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ โสต ศอ นาสิกแพทย์ กุมารแพทย์หัวใจ จักษุแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และพยาบาลประสานงานศุนย์ตะวันฉาย รวมทั้งเข้ารับการผ่าตัดและติดตามการรักษาที่ทีมมากกว่า 10 ทีม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและการดูแลรักษาพยาบาลของทารก (n=10)

ลำดับที่	ปี	เพศ	วันเกิด	น้ำหนักแรกคลอด	ชนิด	APGAR Scores ที่ 1, 5 และ 10 นาที	น้ำหนักจำหน่าย	ชนิด	การดูแล
1.	2559	หญิง	5/7/59	2,230	SGA	8, 9	2,664	SGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะปากแหว่งข้างซ้ายไม่สมบูรณ์ข้างขวานิคมบูรณ์ และความผิดปกติร่วมหลายอย่าง (left incomplete and right complete cleft lip and palate and multiple anomalies)</li> <li>- นิ้วมือขวาเกิน (polydactyly of the right hand)</li> <li>- มีภาวะพบบ่อยอย่างหนึ่งของความผิดปกติแต่กำเนิดซึ่งมีได้เกิดแบบคู่ (VACTERL associations)</li> <li>- ให้นมแม่ ทาง gastrostomy รับประทานได้ (ใช้จุกนมเทียมกระดุมดูด)</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด cheiloplasty และ palatoplasty</li> <li>- ติดตามการรักษาและตรวจวินิจฉัย กับกุมารแพทย์ ศัลยกรรมตกแต่ง แพทย์หัวใจและหลอดเลือด ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมระบบประสาท คลินิกเด็กตี รังสีวินิจฉัย พัฒนาการเด็ก เวชศาสตร์นิวเคลียร์ หู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน หน่วยโภชนาการในเด็ก และคลินิกฝึกพูด</li> </ul>
2.	2559	หญิง	5/10/59	2,720	AGA	8, 10	2,510	SGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจการได้ยินไม่ผ่านทั้งสองข้าง</li> <li>- ช่วงแรกให้นมแม่ผ่านทางสายยางทางปาก รับประทานนมจากคลินิกนมแม่ฝึกดูดจากเต้า รับนมแม่ได้ตั้งแต่อายุ 3 เดือน ไม่สำลัก ช่วยจัดท่าให้นมแม่</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด palatoplasty</li> <li>- ติดตามการรักษาด้วยกุมารแพทย์ หน่วยโภชนาการในเด็ก หู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ฝึกพูด พัฒนาการ ห้องตรวจศัลยกรรมตกแต่ง เวชศาสตร์ฟื้นฟู</li> </ul>
3.	2559	ชาย	31/10/59	3,210	AGA	8, 9	3,234	SGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะ bilateral complete cleft lip cleft palate</li> <li>- รักษาด้วยวิธีผ่าตัดรับจุกนมพิเศษ ดูดได้ตั้งแต่อายุ 3 เดือน</li> <li>- ปรึกษาทันตกรรมจัดฟันใส่ฟันดานเทียม</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด cheiloplasty</li> <li>- ติดตามการรักษาด้วยศัลยกรรมตกแต่ง กุมารแพทย์ โรคทางพันธุกรรม โรคหัวใจ จักจุก คลินิกเด็กตี หู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน โรคต่อมไร้ท่อ โรคไต และรังสีวินิจฉัย</li> </ul>

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและการดูแลรักษาพยาบาลของทารก (n=10) (ต่อ)

ลำดับที่	ปี	เพศ	วันเกิด	น้ำหนักแรกคลอด	ชนิด	APGAR Scores ที่ 1, 5 และ 10 นาที	น้ำหนักจำหน่าย	ชนิด	การดูแล
4.	2559	หญิง	11/10/59	750	SGA	1, 3, 5	3,128	SGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ด้านหน้า (midline cleft lip and palate)</li> <li>- ทารกเกิดก่อนกำหนด แรกเกิดไม่ร้อง ไม่หายใจ ได้รับการกระตุ้นหายใจโดยให้ออกซิเจน 100% และช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก (positive pressure ventilation: PPV)</li> <li>- มีภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิดระดับปานกลาง (moderate birth asphyxia)</li> <li>- ได้รับการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>- ถอดท่อช่วยหายใจ 2 ครั้งไม่สำเร็จ</li> <li>- มีหลอดลมและบอดิตปิดปกติเร็วรั้งระดับรุนแรง (severe bronchopulmonary dysplasia: BPD)</li> <li>- หลังถอดเครื่องช่วยหายใจได้ใช้ตัวเอง และหายใจตัวเอง</li> <li>- ปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดฟัน ใส่เพดานเทียม</li> <li>- ปฏิบัติตามศูนย์ชะง่อนวัยของลูกคนพิเศษ และมีกระดูกกลืน ให้นมแม่ 40 ซีซี ผสม Neosure 1 ซ้อนชา 60 ซีซี 8 ครั้ง/วัน</li> <li>- ติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมปากแหว่งเพดานโหว่ของโรงพยาบาลการแพทย์ทหารบกเกิด</li> <li>- กุมารแพทย์หัวใจ โสต คอ นาสิกแพทย์ ศัลยกรรมเด็ก จักษุแพทย์</li> <li>- มีปากแหว่งเพดานโหว่ข้างซ้ายชนิดสมบูรณ์ (left unilateral cleft lip and palate)</li> <li>- มีการไปขยของกรวยไตขวา (right pyelectasis)</li> <li>- มีภาวะหายใจเร็วกว่าปกติเป็นบางครั้งเมื่อแรกเกิด (transient tachypnea of the newborn : TTNB)</li> <li>- ให้นมแม่โดยดูดจากเต้า (breastfeeding) ร่วมกับให้นมแม่โดยการปั๊มและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ</li> <li>- ให้อาหารปฏิชีวนะแอมพิซิลลิน (ampicillin) 100 มิลลิกรัมทางเส้นเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง</li> <li>- ปฏิบัติตามศัลยกรรม และศูนย์ชะง่อนวัย</li> <li>- ปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดฟันเพื่อจัดสันเหงือกก่อนผ่าตัด (nasalvolar molding: NAM)</li> <li>- กระตุ้นให้นม จัดทำศัลยกรรมสูง มารดาดูแลจัดฟันให้นมจากเต้าได้ แต่ดูนมไม่ได้</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด cheiloplasty และ palatoplasty</li> <li>- ติดตามการรักษา คลินิกนมนแม่ ห้องตรวจหู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ฟิกพูด และศัลยกรรมตกแต่ง</li> </ul>
5.	2559	หญิง	31/12/59	2,940	AGA	6, 8, 8	NA	NA	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและการดูแลรักษาพยาบาลของทารก (n=10) (ต่อ)

ลำดับที่	ปี	เพศ	วันเกิด	น้ำหนักแรกคลอด	ชนิด	APGAR Scores ที่ 1, 5 และ 10 นาที	น้ำหนักจำหน่าย	ชนิด	การดูแล
6.	2560	หญิง	28/12/60	3,100	AGA	9, 10	3,490	AGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่สองข้างซิมสมิธบูล์ (bilateral cleft lip and palate)</li> <li>- รับการรักษาโดยให้นอนโรงพยาบาลเมื่ออายุ 14 วัน จากไข้สูง หายใจเร็ว ดูดนมไม่ได้ จึงให้นอนโรงพยาบาล</li> <li>- ทาสาแผลของกรดัดเชื้อ (septic work up)</li> <li>- มีภาวะดูดกลืนลำบาก (difficult feeding)</li> <li>- ให้ดูดขวดพิเศษ มารดาไม่มีน้ำนมจึงให้นมผสมเป็นหลัก</li> <li>- ปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง กระตุ้นฝึกดูดจากเต้าแม่ก่อน ช่วงแรกดูดได้ไม่ดี ต่อมาดูดดีขึ้นไม่สำลัก</li> <li>- เต้านมแม่มีน้อยให้นมผสมเสริมโดย cup feed</li> <li>- ติดตามการรักษา กุมารแพทย์ คลินิกนมแม่ พู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ศัลยกรรมตกแต่ง ต่อไม่ไร้ท่อ โรคสมองและประสาท รังสีวินิจฉัย จักษุ คลินิกเด็กดี</li> <li>- มีภาวะเพดานโหว่สองข้างซิมสมิธบูล์ (bilateral cleft lip and palate)</li> <li>- เท้าปุก (club foot) ใต้อีก</li> <li>- มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ (oligohydramnios)</li> <li>- น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (poor weight gain)</li> <li>- ใช้ขวดนมชนิดพิเศษ ให้นมแม่และนมผสม 45 ซีซี 8 ครั้ง และแนะนำ กระตุ้นการดื่อกให้ฝึกดูดนมแม่</li> <li>- ปรึกษาทันตกรรมจัดฟันใส่เพดานเทียม</li> <li>- ปรึกษาศัลยกรรม และศูนย์ตะวันออกวัยผู้ป่วยและมารดา</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด cheiloplasty และ palatoplasty</li> <li>- ติดตามการรักษา เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรคหัวใจ ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมตกแต่ง พู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ฝึกพูด และห้องออร์โธดิกส์</li> <li>- มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่สองข้างซิมสมิธบูล์ (bilateral cleft lip and palate)</li> <li>- ตรวจผ่านทั้งสองข้าง</li> <li>- ดูดได้ไม่ดี ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง กระตุ้นฝึกดูดจากเต้าแม่และ cup feed นำนมแม่มาดื่</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด cheiloplasty</li> <li>- ติดตามการรักษา ศัลยกรรมตกแต่ง พู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ฝึกพูด ทารกแรกคลอด คลินิกส่งเสริมพัฒนาการ</li> </ul>
7.	2561	ชาย	29/1/61	2,420	SGA	5, 8	NA	NA	
8.	2561	หญิง	9/5/61	3,220	AGA	8, 9	2,820	SGA	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและการดูแลรักษาพยาบาลของทารก (n=10) (ต่อ)

ลำดับที่	ปี	เพศ	วันเกิด	น้ำหนักแรกคลอด	ชนิด	APGAR Scores ที่ 1, 5 และ 10 นาที	น้ำหนักจำหน่าย	ชนิด	การดูแล
9.	2561	ชาย	19/7/61	2,560	AGA	8, 8, 8	3,590	SGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะบีอาร์-โรแบง (Pierre Robin sequence)</li> <li>- มีภาวะหายใจเรื้อกว่าปกติเป็นบางครั้งเมื่อแรกเกิด (TTNB)</li> <li>- มีภาวะตัวเหลือง (early neonatal jaundice)</li> <li>- ผ่าตัดใส่สายยางในกระเพาะอาหาร (gastrostomy)</li> <li>- ผิดูดนมร่วมกับให้นมแม่ผ่านสายยาง 30 ซีซี 4 ครั้ง สลับกับนม Infraciti 0.5 ซ้อนตวงผสมน้ำ 30 ซีซีให้ 4 ครั้ง/วัน</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด palatoplasty</li> <li>- ติดตามการรักษา ศัลยกรรมตกแต่ง หู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ผิวกุด สารอาหาร ทารกแรกคลอด คณิตินกส่งเสริมพัฒนาการ ศัลยกรรมเด็ก และศัลยกรรมทั่วไป</li> <li>- ภาวะบีอาร์-โรแบง (Pierre Robin sequence)</li> <li>- อัตราการรอดตรวจพบความผิดปกติด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์</li> <li>- มีภาวะหายใจเรื้อกว่าปกติเป็นบางครั้งเมื่อแรกเกิด (TTNB)</li> <li>- มีภาวะตัวเหลืองช่วงแรก (early neonatal jaundice)</li> <li>- ส่งไปรักษา (phototherapy) 3 วัน</li> <li>- ตรวจการได้ยินขั้นต้นไม่ผ่านส่งปรึกษาโสต คอ นาลิกแพทย์</li> <li>- ดูแลให้ได้รับนมแม่ ทารกดูดได้แต่อมไม่เลิก รวมกับให้นมแม่ผ่านทางสายยางที่เสทงปาก 70 ซีซี 8 ครั้ง รับประทาน</li> <li>- ช่วงแรกให้นมแม่โดยดูดจากขวดพิเศษ และ ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ประเมินการดูดกลืน</li> <li>- นำนมแม่มีเพียงพอ ขณะอยู่รพ. ให้นมทาง orogastric tube เมื่อจำหน่ายให้ breastfeeding และ bottle feed</li> <li>- ได้รับการผ่าตัด palatoplasty</li> <li>- ติดตามการรักษา คณิตินกส่งเสริมพัฒนาการ โรคทางพันธุกรรม ศัลยกรรมตกแต่ง หู คอ จมูก ตรวจการได้ยิน ทารกแรกคลอด และโรคสมองและประสาท</li> </ul>
10.	2561	หญิง	10/8/61	3,700	LGA	7, 9	3,932	AGA	
<b>รวม - หญิง 7 ราย ชาย 3 ราย - น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,685 กรัม AGA - วันนอนเฉลี่ย 39.3 วัน - น้ำหนักวันจำหน่ายเฉลี่ย 3,171 กรัม SGA - APGAR scores ที่ 1 และ 5 นาที เฉลี่ย 7, 8.5</b>									

**หมายเหตุ** ทารกน้ำหนักตัวน้อย (SGA-small for gestational age) น้ำหนักตัวมาก (LGA-large for gestational age) น้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ (AGA-Appropriate for gestational age) VACTERL หมายถึง เป็นภาวะพร่องอย่างหนึ่งของความผิดปกติแต่กำเนิดซึ่งมีได้เกิดแบบสุ่ม สาเหตุที่ยังคงใช้คำว่าภาวะพร่องร่วม (associations) แทนคำว่า **กลุ่มอาการ** (syndrome) เนื่องจากมีความผิดปกติเหล่านี้จะมีส่วนเชื่อมโยงกันแต่ก็ยังไม่เป็นที่ทราบว่ายีนและชุดของยีนใดเป็นสาเหตุของความผิดปกติเหล่านี้ (V - Vertebral anomalies, A - Anal atresia, C - Cardiovascular anomalies, T - Tracheoesophageal fistula, E - Esophageal atresia, R - Renal (Kidney) and/or radial anomalies, L - Limb defects)

## วิจารณ์

การศึกษาทารกแรกเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด ที่มีจำนวน 10 ราย นั้น มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ (AGA) เฉลี่ย 2,685 กรัม และ คะแนนอาการแสดงของทารกแรกเกิด (APGAR scores) ที่ 1 และ 5 นาที เฉลี่ย 7, 8.5 ซึ่งน้ำหนักของทารก และ APGAR score เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเจริญเติบโตและการเกิดมีชีพของทารก<sup>16</sup> โดยทั้ง 10 ราย มีชีวิตรอด น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์บางราย ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของทีมสหวิทยาการ โดยกุมารแพทย์และพยาบาลทารกแรกเกิด ถือเป็นทีมดูแลหลัก ได้ส่งปรึกษาทีมสหวิทยาการที่เกี่ยวข้อง เช่น กุมารแพทย์เฉพาะทางด้านสารอาหาร ศัลยแพทย์ ทันตแพทย์ โสตศอนาสิกแพทย์ กุมารแพทย์หัวใจ จักษุแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แพทย์ และพยาบาลประสานงานฯ เพื่อให้ทารกได้รับการประเมิน ดูแลรักษา ร่วมกัน และช่วยเหลือจนพ้นภาวะวิกฤติ สามารถย้ายไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อรับการดูแลเรื่องนมและสารอาหารต่อเนื่องหรือกลับไปดูแลต่อที่บ้านในรายที่ตุกกลืนได้ดี

แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของทารกกลุ่มนี้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (SGA) ซึ่งปัจจัยมาจากภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและซับซ้อนถึง 6 ราย มีปัญหาในการตุกกลืน จึงทำให้น้ำหนักเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานได้

สำหรับการดูแลด้านการให้นมนั้น เนื่องจากทารกมีความพิการที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหลายระบบ การดูนมแม่จากเต้า จึงเป็นเรื่องที่มีความท้าทายและต้องระวังเกี่ยวกับทางเดินหายใจ การสำลัก การตุกกลืนไม่ได้ ในบางรายต้องใส่สายให้อาหารทั้งทางปากและหน้าท้อง เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน จนผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้วจึงให้ดูดจากเต้า จากแก้ว หรือขวดนมชนิดพิเศษได้ ทั้งนี้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้แนะนำเทคนิคและกระตุ้นมารดาในการให้นมแม่ในทารกบางรายที่สามารถดูดได้ ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและทารกด้วย<sup>11</sup>

สำหรับการร่วมกันดูแลแบบทีมสหวิทยาการทั้งขณะนอนโรงพยาบาล และติดตามการรักษาต่อเนื่อง จนได้รับการผ่าตัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบทีมจะเกิดขึ้นได้ ต้องยึดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายเดียวกัน และมีศูนย์การดูแลเฉพาะทางเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานอำนวยความสะดวกต่อผู้ป่วยและญาติรวมทั้งทีมสหวิทยาการด้วย การดูแลจึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การศึกษานี้สามารถนำไปต่อยอดเพื่อติดตามการรักษาของผู้ป่วยได้ และยังสามารถประเมินผลลัพธ์การรักษา ในด้านภาพลักษณ์ การทำงานของอวัยวะแต่ละฟังก์ชัน เช่น การพูด การได้ยิน การสบฟัน เป็นต้น และคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ในช่วงอายุที่สำคัญของการรักษา คือ 5 ปี 10 ปี และ 19 ปี ได้

## สรุป

การศึกษานี้ พบทารกเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ วันจำหน่ายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 39 วัน มีภาวะ bilateral cleft lip and palate และ Pierre Robin sequence อย่างละ 3 ราย การให้นมมีข้อจำกัด ทีมสหวิทยาการร่วมกันประเมิน ดูแล รักษา 9 ทีม จนกระทั่งสามารถจำหน่ายได้ทั้ง 10 ราย และส่วนใหญ่มีการเติบโตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ได้รับการผ่าตัดและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณทีมสหวิทยาการ ผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทารกแรกเกิด และศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการพระราชทานตะวันฉาย ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- Eshete M, Butali A, Deressa W, Pagan-Rivera K, Hailu T, et al. Descriptive epidemiology of orofacial clefts in Ethiopia. *J Craniofac Surg* 2017; 28: 334-337.
- IPDTC Working Group. Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). *Cleft Palate Craniofac J* 2011; 48: 66-81.
- Fuangtharnthip P, Chonnasatid W, Thiradilok S, Manopatanakul S, Jaruratanasirikul S. Registry-based study of prevalence of cleft lip/palate in Thailand from 2012 to 2015. *Cleft Palate Craniofac J* 2021; 1055665620987677. doi: 10.1177/1055665620987677.
- Chowchuen B, Surakunprapha P, Winaikosol K, Punyavong P, Kiatchoosakun P, Pradubwong S. Birth prevalence and risk factors associated with CL/P in Thailand. *Cleft Palate Craniofac J* 2021;58(5): 557-566.
- Ratanasiri T, Junthathamrongwat N, Apinwantanakul S, Wongkam C, Chowchuen B. The birth incidence of cleft lip and palate at Srinagarind Hospital, 1990-1999. *Srinagarind Med J* 2001; 16: 3-7.
- Christensen K. The 20<sup>th</sup> century danish facial cleft population-epidemiological and genetic-epidemiological studies. *Cleft Palate Craniofac J* 1999; 36: 96-104.
- Maggadottir S, Sullivan K. The diverse clinical features of chromosome 22q11.2 deletion syndrome (DiGeorge Syndrome). *J Allergy Clin Immunol Pract* 2013; 1: 589-94
- Yi NN, Yeow VK, Lee St. Epidemiology of cleft lip and palate in Singapore 1999; 28: 655-9.
- Rawashdeh MA, Jawdat Abu-Hawas B. Congenital associated malformations in a sample of Jordanian patients with cleft lip and palate. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66: 2035-2041.
- Sun T, Tian H, Wang C, Yin P, Zhu Y, Chen X, et al. A Survey of congenital heart disease and other organic malformations associated with different types of orofacial cleft in Eastern China. *PLoS One* 2013; 8: e54726.
- Pradubwong S, Surit P, Pongpagatip S, Petcharat T, Chowchuen B. Evidence-triggers for care of patient with cleft lip and palate at Srinagarind Hospital: The Tawanchai Center and out-patients surgical room. *J Med Assoc Thai* 2016; 99 (Suppl 5): 43-50.



12. Wongkham J, Pradubwong S, Chatvised P, Ratanasiri T. Evidence-triggers for care of patient with cleft lip and palate at Srinagarind Hospital: antenatal care unit. *J Med Assoc Thai* 2016; 99 (Suppl 5): 51-57.
13. Pradubwong S, Pongpagatip S, Pathumwivatana P, Kiatchoosakun P, Panamonta M, Chowchuen B. Treatment of 4-5-year-old patients with cleft Lip and cleft palate in Tawanchai Center: prevalence and type of associated malformations. *J Med Assoc Thai* 2014; 97 (Suppl 10): 1-6.
14. Wichajan K, Panamonta O, Pradubwong S, Panamonta M, Weraarchakul W, Chowchuen B. Prevalence and type of associated syndromes in patients with cleft lip and cleft palate who received the treatment in Tawanchai Center until 4-5 years of age. *J Med Assoc Thai* 2014; 97 (Suppl 10): S105-S109.
15. Prathanee S, Tontrisirim C, Panamontha M. Cardiac surgery in cleft lip palate children: Srinagarind Hospital experience. *J Med Assoc Thai* 2015; 98 (Suppl 7): S115-S119.
16. Khunpradit S. Low birth weight: Fetal origins of adult disease. *Chula Med J*. 2004 May; 48(5): 309-22.

**SMJ**