

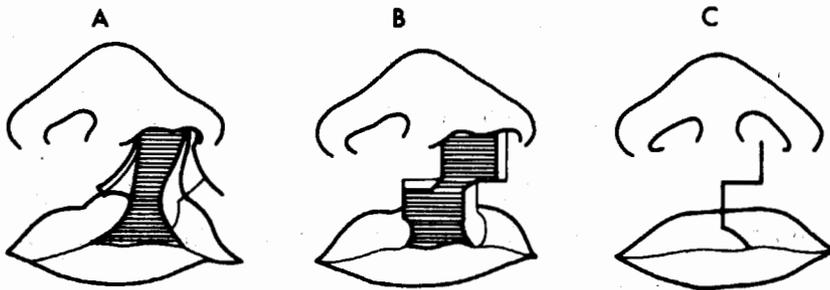


### การรักษา “ปากแหว่ง-เพดานโหว่” โดย วิธีผ่าตัด

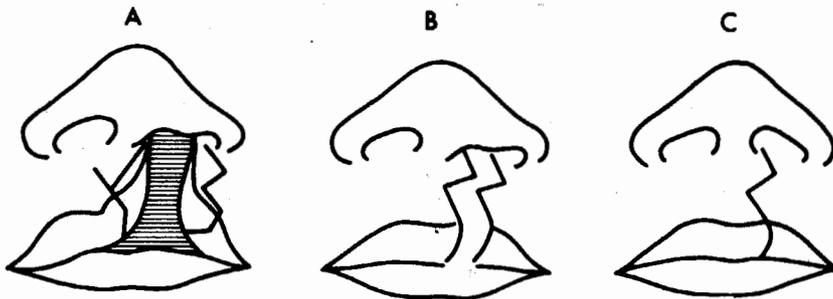
น.พ.ประยง ทักขพันธุ์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ในส่วนที่เกี่ยวกับการผ่าตัด การเย็บปิดริมฝีปาก มักจะทำเมื่อเด็กอายุตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้ยาสลบ วิธีการผ่าตัดมีหลายแบบ เช่น Quadri-

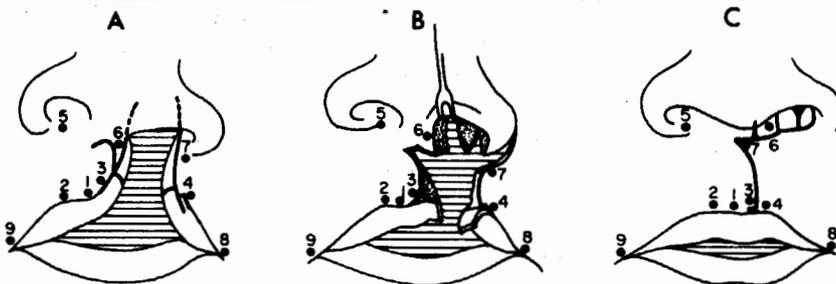
lateral Flap Technique (Le Mesurier). Triangular Flap Technique (Tennison, Randall) และ Rotation Advancement Flap Technique (Millard) การจะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความถนัดของผู้ผ่าตัด และพยาธิสภาพที่ปรากฏ, ในกรณีที่ริมฝีปากแหว่งทั้งสองข้างนั้น อาจทำทีละข้างโดยเลือกทำข้างที่แหว่งมากก่อนเพื่อป้องกันการบิดเบี้ยวของขากรรไกรบนส่วนหน้า หรือทำทั้งสองข้างพร้อมกันไปเลยก็ได้ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าความตึงตรงรอยเย็บมีไม่มาก



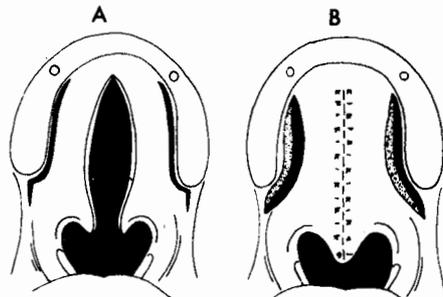
The quadrilateral flap technique (Le Mesurier).



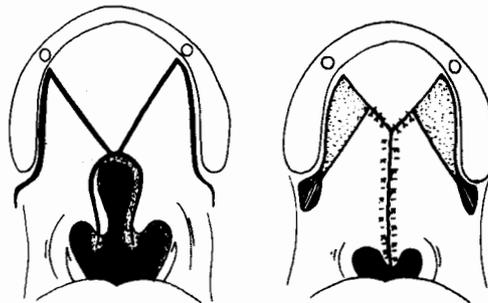
The triangular flap technique (Tennison, Randall).



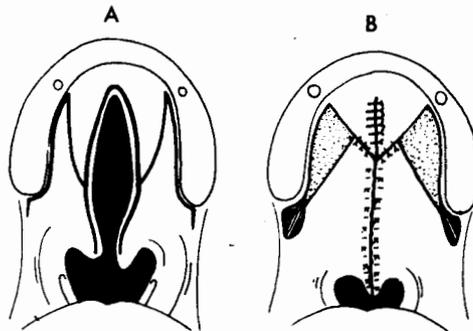
The rotation-advancement flap technique (Millard).



The von Langenbeck palatorrhaphy



The V - Y pushback palatorrhaphy. (2 flaps)



The V-Y pushback palatorrhaphy. (4flaps)

สำหรับเพดานโหว่ มักนิยมผ่าตัดเมื่อเด็กอายุประมาณขวบครึ่ง ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กกำลังพูดเป็นประโยค บางแห่งผ่าตัดเมื่อเด็กอายุประมาณ 5 ขวบ โดยให้เหตุผลว่าการผ่าตัดในวัยอ่อนกว่านี้จะไปรบกวนการเจริญเติบโตของกระดูกใบหน้า วิธีผ่าตัดนั้นมีหลายแบบเช่นกัน ได้แก่ von Langenbeck palatorrhaphy และ V-Y pushback palatorrhaphy (Wardill-Kilner-Peet)

วิธีการผ่าตัดทั้งหมดมิได้หวังผลในด้านความสวยงามแต่อย่างเดียว หากยังคำนึงถึงการทำงาน

ของริมฝีปากและเพดานให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดด้วย ทั้งนี้บิดามารดาของเด็กควรได้รับคำแนะนำเพื่อให้เข้าใจถึงแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการนำเด็กมารับการรักษาเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องด้วย

### เอกสารอ้างอิง

Pashley N, Krause C. Cleft Lip, Cleft Palate, and Other Fusion Disorders. Otolaryngol Clin N Am, 1981 ; 14 : 132-139.

## การรักษา “ปากแห้ง-เพดานโหว่” โดย แพทย์ หู คอ จมูก

น.พ.สุธี ไกรตระกูล

ภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

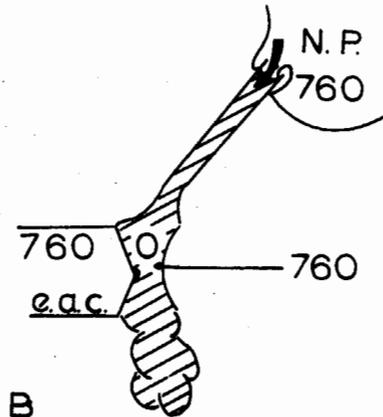
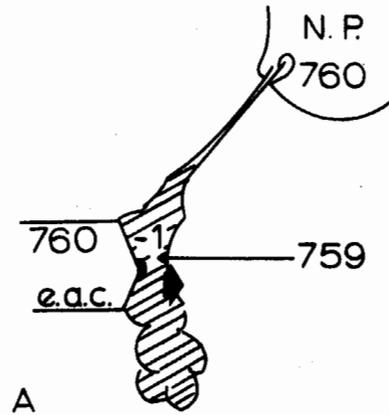
ปัญหาปากแห้งเพดานโหว่ นอกจากจะต้อง การแก้ไขโดยศัลยแพทย์ในลักษณะรูปร่างที่มองเห็น แล้ว แพทย์ หู คอ จมูก จะได้ร่วมแก้ไขในส่วน การฟังเสียงและการฝึกพูด โดยเฉพาะการรับฟังเสียง จะผิดปกติถ้าเป็นโรคหูน้ำหนวก ซึ่งทุกคนยอมรับ ว่าอุบัติการโรคหูน้ำหนวกในเด็กเพดานโหว่มากกว่า เด็กปกติมาก และอุบัติการโรคหูน้ำหนวกจะลดลง ทั้งในเด็กปกติและเด็กเพดานโหว่ เมื่ออายุมากขึ้น ด้วยเหตุผล 3 ข้อ<sup>(1)</sup>

1. ภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคที่เพิ่มขึ้น
2. ลักษณะกระดูกในหน้าโพรงจมูก และ รูปร่างของท่อ Eustachian ที่เปลี่ยนแปลง
3. การทำงานของกล้ามเนื้อเพื่อปิดเปิดท่อ Eustachian ดีขึ้น

แม้กระนั้นเพื่อลดอุบัติการโรคหูน้ำหนวก ในเด็กกลุ่มนี้ เด็กควรได้รับการดูแล และหาวิธี ป้องกันตั้งแต่เนิ่น ๆ

ความสำคัญของอากาศบริเวณหลังโพรงจมูก (Nasopharynx) ซึ่งเป็นปริมาตรอากาศที่จะเข้าไปใน หูชั้นกลาง โดยผ่านท่อ Eustachian เพื่อปรับความดัน ในหูชั้นกลาง ถ้าดูจากรูปจะเห็นว่าความดันอากาศ ในหูชั้นกลางจะเท่ากับ 759 mmHg. ในขณะที่ ความดันบริเวณหูชั้นนอกจะเท่ากับ 760 mmHg. และ เท่ากับความดันอากาศบริเวณหลังโพรงจมูก<sup>(2)</sup>

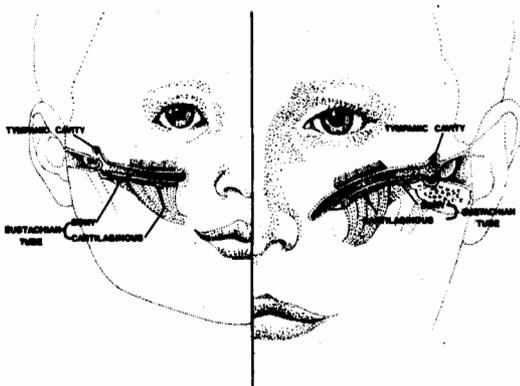
ความดัน 1 mmHg. ที่ลดหายไปเกิดจากการดูดซึม O<sub>2</sub> ของเยื่อภายในหูชั้นกลาง และโพรงกระดูก mastoid ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลา ปกติปริมาตรอากาศ



ในหูชั้นกลางประมาณ 1-2 ลูกบาศก์เซนติเมตร และในโพรงกระดูก mastoid ประมาณ 15-20 ลูกบาศก์เซนติเมตร ฉะนั้นจะมีการเปิดของ Eustachian tube โดยกล้ามเนื้อ Tensor veli palatini เป็น ระยะ ๆ เพื่อปรับความดันที่แตกต่างให้เท่ากัน การปรับความดันกระทำได้โดยการกลืนน้ำลาย, การหาว, การเป่าลมออกจากปอดขณะปิดปากและ จมูก (Valsalva maneuver) การกลืนน้ำลายขณะ ปิดจมูก (Toynbee maneuver)

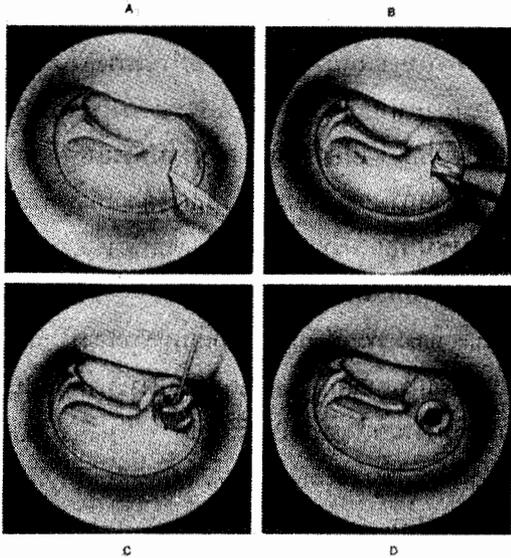
ในเด็กปากแห้งเพดานโหว่ ซึ่งมีช่องติดต่อ ระหว่างปากและหลังโพรงจมูกที่กว้างผิดปกติ และ ไม่สามารถปิดด้วยเพดานอ่อน ทำให้อากาศบริเวณนี้

จะไม่ได้รับการกรองฝุ่น, ละออง, Bacteria การปรับความชื้นและอุณหภูมิให้พอเหมาะจากช่องรูจมูก Bacteria flora บริเวณหลังโพรงจมูกเปลี่ยนแปลงไป ทั้งอาหารและของเหลวที่สามารถย้อนขึ้นไป ทำให้เกิดการอักเสบบริเวณรูเปิดของท่อ Eustachian tube บ่อย ๆ จนเชื่อบุในท่อ Eustachian บวมจนปิดตัน ผลคือการปรับอากาศของหูชั้นกลางหยุดชะงัก  $O_2$  ในโพรงหูชั้นกลาง และโพรงกระดูก mastoid ถูกดูดซึมจนความดันบรรยากาศลดลงเรื่อย ๆ ทำให้เกิดของเหลวซึมออกจากเส้นเลือดมาอยู่ในหูชั้นกลางแทน พอถึงระยะนี้เด็กจะมีอาการหูอื้อของเหลวในหูชั้นกลางเพิ่มมากขึ้น ๆ ก็ดันแก้วหูให้บวมออก ระยะนี้เด็กจะมีอาการปวดหูมาก ถ้าเกิดมีการติดเชื้อของเหลวนี้ ของเหลวใสนั้นก็กลายเป็นหนองและเพิ่มปริมาณจนดันทะลุแก้วหูออก ระยะนี้เราเรียกว่าเกิดหูน้ำหนวก การรับฟังเสียงก็ผิดปกติด้วย มีข้อสังเกตว่าโอกาสที่เกิดการอุดตันของ Eustachian tube ในเด็กเล็กจะมากกว่าในเด็กโต โดยสังเกตจากรูปเปรียบเทียบ จะเห็นว่าในเด็กเล็กขนาด Eustachian tube จะสั้น วางในแนวนอนราบมากกว่า และเส้นผ่าศูนย์กลางภายในท่อกว้างกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กโต<sup>(9)</sup>



การป้องกันโรค ในเด็กกลุ่มนี้จึงควรปรึกษาและตรวจดูหู โดยแพทย์ หู คอ จมูก ถ้าพบความผิดปกติของหูชั้นกลาง เช่น มีน้ำขังบางส่วน มีฟองอากาศหลังแก้วหู ลักษณะแก้วหูที่ลึกจากตำแหน่งปกติ เนื่องจากเกิดความดันบรรยากาศในหูชั้นกลางต่ำกว่าหูชั้นนอก หรือลักษณะแก้วหูที่บวมออกสู่หูชั้นนอก เนื่องจากน้ำขังเต็มก็ควรได้รับการเจาะเอาน้ำออก และใส่ grommet tube<sup>(4)</sup> หรือ polyethylene tube เพื่อปรับบรรยากาศในหูชั้นกลาง และหูชั้นนอกแทน Eustachian tube เมื่อภาวะบวมอุดตันหรือการทำงานของกล้ามเนื้อปิดเปิด Eustachian tube ทำงานดีขึ้น จึงเอา grommet tube ออก

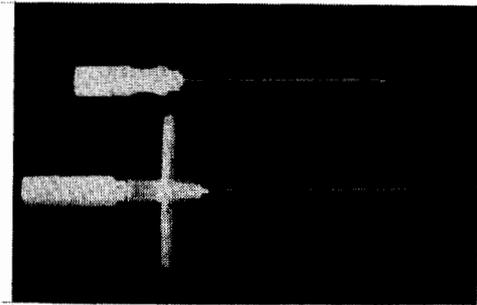
เวลาที่เหมาะสมในการใส่ grommet tube ซึ่งทำหน้าที่เป็น Ventilation tube นั้น ได้ถกเถียงกันมาก พอสรุปได้ว่า เนื่องจากการใส่ท่อ Ventilation ในเด็กต้องวางยาสลบ ควรทำร่วมกับการวางยาผ่าตัด แก้วหูเพดานโหว่, เป็นการป้องกันล่วงหน้า หรือเมื่อตรวจพบความผิดปกติของหู ชนิดน้ำขังในหูชั้นกลาง (Serous otitis media) การทำผ่าตัดแก้วหูเพื่อใส่ Ventilation tube เรียกว่า Myringotomy ต้องใช้เครื่องมือพิเศษเฉพาะหลายชิ้น อาทิ กล้องจุลทรรศน์ (Operating Microscope) ขยายดูแก้วหูขณะผ่าตัด มีดผ่าตัดเฉพาะสำหรับเจาะรูแก้วหู (Mylringotomy Knife) เครื่องมือจับท่อ grommet ชนิดปากเล็กพิเศษ (Alligator forcep), grommet tube ได้มีผู้ดัดแปลงใช้ Polyethylene tube มาตัดและลนไฟให้ปลายบานออกเพื่อใช้แทน grommet tube เครื่องมือเฉพาะทางเหล่านี้หายาก และสั่งซื้อมาจากต่างประเทศด้วยราคาแพงมาก ผู้เขียนจึงได้คิดดัดแปลงวิธีการใส่ Ventilation tube (Polyethylene tube No.90 สำหรับเด็ก, Polyethylene tube No.160 สำหรับผู้ใหญ่) ด้วยเข็มเจาะไขสันหลังชนิดใช้ครั้งเดียว (Disposable spinal needle No.17 หรือ 18 ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางของเข็มชั้นนอกเท่าหรือใกล้เคียงกับขนาดของ



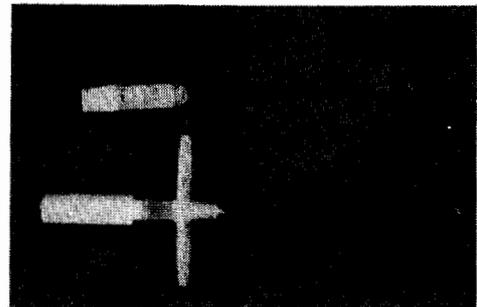
ภาพแสดงการทำ Myringotomy และใส่ grommet tube ที่ทำกันในปัจจุบัน มีขั้นตอนดังนี้

- รูป A แสดงการใช้ Myringotomy Knife เจาะแก้วหู
- รูป B แสดงการดูดของเหลวจากหูชั้นกลาง
- รูป C แสดงการใช้ Forcep หรือ pick ใส่ grommet tube บนแก้วหู
- รูป D แสดงภาพ grommet tube บนแก้วหู

Polyethylene tube แล้วมาตัดปลายออกให้สั้นกว่าเข็มน้ใน ประมาณ 5-8 mm. เพื่อสวม Polyethylene tube ที่จะใช้เป็น Ventilation tube แทน



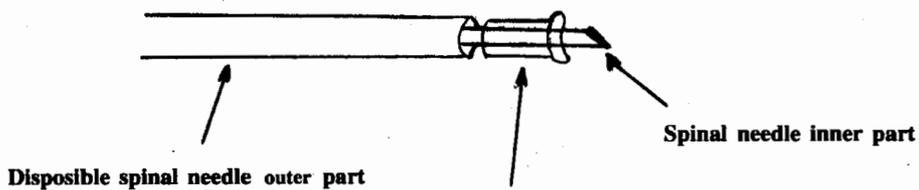
ภาพแสดงเข็มน้หลังจากตัดแปลงที่ตัดปลายเข็มน้สั้นออก



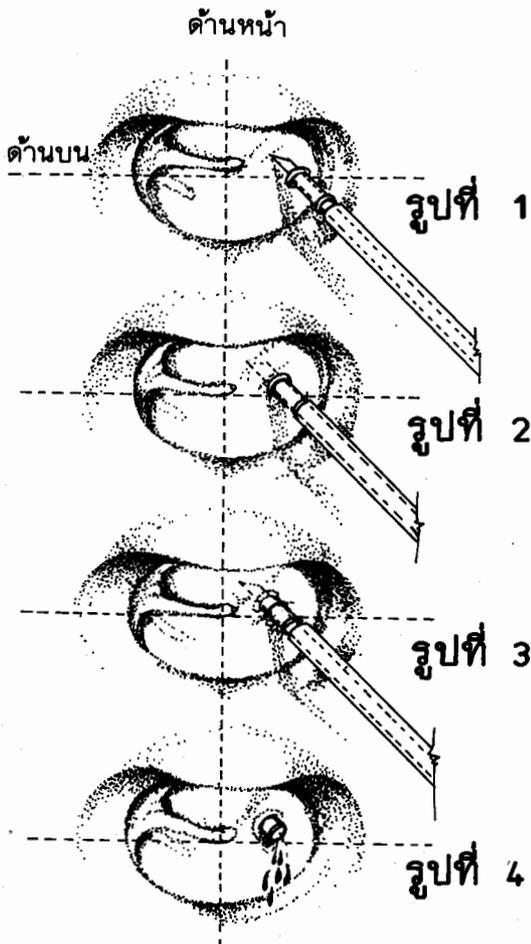
ภาพแสดงเข็มน้หลังจากใส่ P.E. Tube ที่ปลาย



ภาพแสดงขยาช P.E. NO. 160, P.E. NO. 90 ซึ่งบานปลายด้านปลายเข็มน้



Polyethylene tube No.90 ขนาด 4-6 mm. ปลายด้านในบานออกเล็กน้อย.



ภาพแสดงการใช้เข็มเจาะหลังตัดแปลงเจาะ และใส่ P.E Tube บนแก้วหู

วิธีการใส่ Polyethylene tube พร้อมเข็ม spinal นี้ทำได้โดยง่ายในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาน้ำขังในรูหูชั้นกลาง เมื่อเด็กได้วางยาสลบใช้เครื่องมือ Otoscope ชนิด Therapeutic lens ที่แพทย์ทั่วไปมีไว้ส่องตรวจแก้วหู หาดำแหน่งที่เป็น Quadrant ทางด้านหน้าตอนล่างของแก้วหู แทงเข็ม spinal เข้าไปคมเข็มจากเข็มชั้นในจะแทงทะลุแก้วหู แล้วจับเข็ม

ชั้นนอกซึ่งปลายมี Polyethylene tube อยู่แล้วดันให้ Polyethylene tube ส่วนที่ปลายบนผ่านแก้วหูเข้าไป แล้วถอนเข็มทั้งชั้นนอกและในพร้อมกัน, Polyethylene tube ก็จะเข้าไปสอดติดแก้วหู และทำหน้าที่เป็น Ventilation tube ดังต้องการ

หมายเหตุ การเตรียมเข็ม Spinal การเตรียม Polyethylene tube ตลอดจนวิธีการใช้เข็ม Spinal ได้สาธิตไว้เป็น Video tape ซึ่งผู้สนใจสามารถขอชมดูได้ที่หน่วยเวชניתศน์และพิศภณท์ ในหัวข้อ การทำ Myringotomy และ Polyethylene tube insertion ด้วย Spinal needle ตัดแปลงสำหรับ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา

### เอกสารอ้างอิง

1. Sylvan E. Stool, Progress in Pediatric Otolaryngology : Cleft Palate ; In : Basharat Jazbi, A Review of Ear, Nose, and Throat Problem in children, Pediatric Otolaryngology. Appleton-Century-Crofts, New York 1980 p. 223-229.
2. John Jacob Ballenger M.S., M.D. : Catarrhal Diseases of the Middle Ear. Diseases of the Nose, Throat, Head and Neck : Lea & Febiger, Philadelphia 1985. p. 1113-1127.
3. Matthew L. Wong M.D., Embryology and Developmental Anatomy of the Ear : In : Charles D. Blustone, M.D., Pediatric Otolaryngology Volume I, W.B. Saunders Company 1983. p. 85-111.
4. Jack L. Pulec, M.D., Diseases of the Eustachian Tube : In : Otolaryngology Volume II, The Ear ; W.B. Saunders Company 1980. p. 1402-1421.

## การรักษาทางด้านทันตกรรมจัดฟัน

นิภาวี ศรีสุข

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การรักษาทางด้านทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ แบ่งโดยให้การรักษาในแต่ละชนิดของการผิดปกติ

1. ในผู้ป่วยปากแหว่ง (Cleft lip or alveolar bone) ลักษณะเช่นนี้จะพบความผิดปกติเพียงเล็กน้อย อาจพบลักษณะที่ผิดปกติของฟันเกิดร่วมบ้างเล็กน้อย ในผู้ป่วยเหล่านี้ไม่จำเป็นที่จะให้การรักษาทางด้านทันตกรรมจัดฟัน ในระยะแรกเกิดและระยะฟันน้ำนม เราสามารถจะรอได้จนถึงระยะฟันชุดผสม หรือฟันแท้
2. ในผู้ป่วยเพดานโหว่ (Cleft palate) ลักษณะของความผิดปกติจะเกี่ยวข้องกับการเจริญพัฒนาการของกระดูกขากรรไกรบนและกระดูกที่เป็นแนวเรียงตัวของฟันเป็นไปได้ไม่สมบูรณ์ เพดานแฉก ถ้ามีการทำศัลยกรรมเย็บปิดเพดานในส่วนของบริเวณเพดานอ่อนอาจไม่ค่อยมีผลกระทบต่อตัวฟัน และขากรรไกรมากนัก เว้นแต่ว่าบริเวณที่เป็นเพดานโหว่ อยู่ในส่วนของเพดานแข็ง (hard palate) มากขึ้น การทำศัลยกรรมเย็บปิดเพดาน จะไปรบกวนต่อการเจริญของกระดูกขากรรไกรบน ซึ่งจะทำให้เกิด ฟันเกซ้อน ฟันล่างครอบฟันบน การรักษาทางทันตกรรมมักเกี่ยวข้องกับการขยายขากรรไกร แก้ไขฟันเกซ้อน
3. ในผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่ข้างเดียว (Unilateral Cleft lip and palate) ลักษณะที่ผิดปกติในผู้ป่วยเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับความกว้างและยาวของกระดูกแนวเรียงตัวของฟัน

ลดลง, การเจริญของกระดูกขากรรไกรบนในแนวตั้งลดลง, และกระดูกขากรรไกรบนด้านหน้าเจริญได้ไม่เต็มที่ มักพบว่ากระดูกขากรรไกรล่างจะครอบกระดูกขากรรไกรบนมากขึ้นในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมเย็บปิดริมฝีปากและเพดาน การให้การดูแลรักษาทางด้านทันตกรรมจัดฟันจะเกี่ยวข้องกับการขยายขากรรไกร แก้ไขฟันล่างครอบฟันบน

4. ในผู้ป่วยปากแหว่ง และเพดานโหว่ทั้งสองข้าง (Bilateral Cleft lip and Cleft palate) ลักษณะความผิดปกติที่พบมักพบว่ากระดูกขากรรไกรบนด้านซ้ายขวา จะแฉกและเคลื่อนเข้าไปบริเวณที่เป็นเพดานโหว่ ส่วนบริเวณกระดูกขากรรไกรบนบริเวณฟันหน้าจะถูกดันขึ้นออกมาด้านหน้า การรักษาทางด้านทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยเหล่านี้ มักเกี่ยวกับการจัดตำแหน่งของกระดูกขากรรไกรส่วนที่รองรับฟันให้เรียงตัวได้ปกติยิ่งขึ้น และแก้ไขความผิดปกติของตำแหน่งของฟันที่เกซ้อน และซี่ที่หายไป

การรักษาทางด้านทันตกรรมจัดฟัน ในคนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

1. ในระยะแรกเกิด ในระยะนี้การใช้เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ (obturator) จะถูกนำมาใช้เพื่อจุดหมายหลักคือ
  - 1.1 เป็นตัวช่วยให้เด็กสามารถกินอาหารดูนมได้ดีขึ้น
  - 1.2 การใส่เครื่องมือ (obturator) จะช่วยกระตุ้นเกิดการเจริญพัฒนาการของกล้ามเนื้อรอบริมฝีปาก ลึน ใบหน้าให้ทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
  - 1.8 ช่วยในการวางตำแหน่งของลิ้นในช่องปากให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง

การใส่ obturator ในเด็กจะต้องเรียกผู้ช่วย กลับมาตรวจเช็คทุก 3 อาทิตย์ เพื่อปรับหรือกรอเครื่องมือให้เป็นแนวสำหรับการเจริญพัฒนาการของกระดูกที่รองรับฟัน ในขณะที่เด็กเจริญเติบโตขึ้น เครื่องมือจะหลวม จำเป็นจะต้องเปลี่ยนชิ้นใหม่ต่อไป การตรวจเช็คจะต้องกระทำต่อเนื่อง จนถึงระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งศัลยแพทย์ผู้ที่ทำการผ่าตัด จะเป็นผู้กำหนดว่าจะเข็บบัตรรอยแห่วงใน ระยะใด

ในกรณีที่ตำแหน่งของกระดูกที่รองรับฟัน บริเวณด้านหน้า (premaxillar protrusion) ขึ้นหรือ เคลื่อนผิดปกติจากปกติมาก การผ่าตัดเข็บบัตรฟัน ทำ ได้ลำบาก การใส่ obturator ในระยะนี้จะถูกปรับปรุง เปลี่ยนแปลงเป็นเครื่องมือที่ช่วยจัดตำแหน่งของ กระดูกที่รองรับฟันให้วางตัวให้ถูกต้องก่อน ซึ่งจะช่วยให้ศัลยแพทย์ทำงานได้สะดวกยิ่งขึ้น

2. ในระยะฟันน้ำนม ประชาชนของการรักษามี ช่วงต่าง ๆ กันมากมายอย่างไรก็ตาม ในระยะนี้ มีจุดมุ่งหมายดังนี้ก็คือ

- 2.1 การรักษาสุขภาพภายในช่องปากของผู้ป่วย ดูแลรักษาฟันน้ำนมที่สุก เก็บรักษาฟันน้ำนม จนกว่าถึงระยะเวลาที่ร่วงหลุด
- 2.2 ช่วยในการเจริญพัฒนาการของกระดูก ขากรรไกร และฟัน
- 2.3 ช่วยในการเจริญพัฒนาการของลิ้น และการ ออกเสียง
- 2.4 ช่วยในการพัฒนาการของกลไกการทำงานของ อวัยวะภายในช่องปาก การวางตัวของ ลิ้น การหายใจ การกลืน
- 2.5 ช่วยจัดตำแหน่งของกระดูกแนวเรียงตัว ของฟันให้ได้รูปร่างที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้งานทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ที่ใช้ขยับขากรรไกร หรือจัดตำแหน่งกระดูกขากรรไกร

3. ในระยะฟันชุดผสม จุดมุ่งหมายในการรักษา ผู้ป่วยในระยะนี้เพื่อต้องการแก้ไข

- 3.1 ลักษณะฟันกรามล่างครอบฟันกรามบน
- 3.2 ฟันหน้าบนอยู่ผิดตำแหน่ง
- 3.3 ฟันหน้าล่างครอบฟันหน้าบน
- 3.4 ความผิดปกติของขนาดรูปร่างของฟัน

การรักษาในระยะนี้ มักจะใช้เครื่องมือจัดฟัน ชนิดถอดได้ ในการขยับขากรรไกร แก้ไขลักษณะ ฟันล่างครอบฟันบน ในบางกรณีที่พบฟันเกซ้อน ผิดจากตำแหน่ง จำเป็นต้องใช้เครื่องมือจัดฟัน ชนิดติดแน่นเข้าร่วมด้วย การรักษาในระยะนี้จะเกิด ผลดีต่อจิตใจเด็ก โดยเฉพาะในเรื่องความสวยงาม

4. ในระยะฟันแท้ ในผู้ป่วยที่ฟันแท้ขึ้นครบ การรักษาในระยะนี้จะเกี่ยวข้องกับการแก้ไขความ ผิดปกติของการเรียงตัวของฟันและหลังจาก จัดเรียงฟันแล้ว จะต้องใส่เครื่องมือหรือ ฟันปลอมที่จะช่วยคงรักษาสภาพตำแหน่งของ ฟันที่เคลื่อนไป

การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ อาจต้องทำร่วมกัน ระหว่างการจัดฟัน และการใส่ฟันปลอมเพื่อเป็นตัว ชีดหรือคงสภาพของฟันที่เคลื่อนไปในตำแหน่งใหม่ ให้คงที่

การรักษาทางด้านทันตกรรม และทันตกรรม จัดฟัน จะต้องดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นช่วง ระยะเวลายาวนาน ถ้าผู้ป่วยสามารถมารับการรักษา ดูแลต่อเนื่องตามโปรแกรมการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้ จะได้รับผลและประโยชน์ที่สมบูรณ์ทีเดียว

### เอกสารอ้างอิง

1. Burston WR. Early orthodontic treatment of cleft palate condition. Dent Pract 1958; 9 : 41-56
2. Cooper HK, et.al. Cleft palate and cleft lip. A team approach to dental management and rehabilitation of patient. Philadelphia : WB Saunders Co 1979; 358-424
3. Peat JH. Early orthodontic treatment for complete clefts. Am J Orthod 1974; 65 : 28-38
4. Salgmann JA. Orthodontic in cleft palate therapy In : \_\_\_\_\_, ed. Practice of orthodontics. Philadelphia : JB Lippincott 1979 ; 108-43.

## ลักษณะการพูดของเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่

### กฤษฎณา เลิศสุขประเสริฐ\*

\* ภาควิชาสัท ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา

การพูด ถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งในชีวิตประจำวัน หากผู้ใดมีความผิดปกติทางการพูด ก็จะมีผลทำให้ผู้ฟังฟังไม่รู้เรื่อง หรือแม้แต่ว่าตัวผู้พูดเองก็ไม่อยากพูด

ความผิดปกติทางการพูดของเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่ ที่พบได้มีดังนี้

1. พูดไม่ชัด (Articulatory defects) ส่วนมากที่พบจะเป็นการใช้เสียงหนึ่ง แทนเสียงที่ถูกต้อง เช่น พูด อินฮ้าว แทนคำว่า กินข้าว (ใช้ อ แทน ก และ ข)

2. เสียงขึ้นจมูก (Hypernasality) โดยปกติเสียงในภาษาไทยจะมี ม, น และ ง เท่านั้นที่เป็นเสียงขึ้นจมูก แต่ในเด็กที่มีเพดานโหว่จะออกเสียงขึ้นจมูกทุกเสียง

3. เสียงพูดค่อนข้างเบาและเป็นเสียงต่ำ

4. ขณะพูดจะมีการแสดงออกบนใบหน้าที่ไม่เหมาะสม (Mannerism) เช่น มีการหดตัวของปีกจมูก

ความผิดปกติทางการพูดดังกล่าว มีสาเหตุมาจาก

1. โครงสร้างของใบหน้าและปากผิดปกติ ซึ่งรวมถึงการงอกของฟันที่ผิดปกติ, ช่วงเพดานสั้นกว่าปกติ เป็นต้น

2. ส่วนของเพดานอ่อน และลิ้นไก่ไม่ทำงานหรือทำหน้าที่ได้ไม่ดี (Velopharyngeal incompetence)

3. รอยแผลจากการผ่าตัด

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุร่วมอย่างอื่น ได้แก่

4. ระดับการได้ยิน (Hearing acuity) ในเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่ มักจะมีความผิดปกติของ

การได้ยิน อันเนื่องมาจากโรคของหูชั้นกลางได้บ่อย เมื่อได้ยินไม่ชัดก็มีผลต่อการพูดด้วย

5. ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning ability) โดยเฉลี่ยแล้วจะพบว่าเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ จะมีระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเด็กปกติ

6. สภาพจิตใจ (Psychological adjustment) ซึ่งรวมถึงสภาพจิตใจของผู้ปกครองที่มีบุตรผิดปกติ บางคนไม่ยอมรับ, หรือบางคนก็เลี้ยงดูอย่างผิด ๆ ตามใจมากเกินไป บางครอบครัวเกิดสภาพบ้านแตก นอกจากนั้นสภาพจิตใจของเด็กเองอาจจะมีความรู้สึกว่าตนเป็นสาเหตุทำให้บ้านแตกหรือมีความรู้สึกอายไม่อยากพูดเพราะปากไม่สวย และพูดแล้วไม่ชัดเหมือนคนปกติ

ลักษณะความผิดปกติทางการพูดเหล่านี้สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ โดยการให้การฝึกพูด (Speech Therapy) แต่การฝึกพูดจะกระทำก็ต่อเมื่อโครงสร้างหรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูดนั้นอยู่ในสภาพที่ดี นั่นก็คือ จะต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขรอยแหว่งและรอยโหว่เสียก่อน หรือถ้ายังไม่ผ่าตัดก็อาจใช้เพดานปลอมชั่วคราวที่ทำขึ้นโดยทันตแพทย์ ถ้าหากเด็กได้รับการผ่าตัดแล้วไม่มีปัญหาทางการพูดและการออกเสียงก็ไม่จำเป็นต้องใช้การฝึกพูด แต่ในทางตรงข้าม ถึงแม้ว่าจะผ่าตัดแก้ไขโครงสร้างแล้ว แต่ก็ยังคงมีปัญหาทางการพูด และการออกเสียงก็จำเป็นต้องใช้การฝึกพูดช่วย

ก่อนที่จะทำการฝึกพูด ก็ต้องประเมินผลเสียงพูดเสียก่อนว่า ลักษณะการพูดเป็นอย่างไร ในการประเมินผลนั้นจะกระทำทั้งก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด เท่าที่จะกระทำได้ขึ้นกับความสามารถและความร่วมมือของเด็ก

1. ประเมินผลการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด ได้แก่

1.1 การเคลื่อนไหวของปาก

1.2 การเคลื่อนไหวของลิ้น

- 1.3 การทำงานของลิ้นไก่
- 1.4 การควบคุมการปล่อยลมทางปาก
2. ประเมินผลเสียงพูด
  - 2.1 อัตราการพูด (พูดเร็ว, รัว หรือพูดช้า)
  - 2.2 ความชัดเจนของคำพูด
  - 2.3 เสียง
    - 2.3.1 คุณภาพของเสียง (ขึ้นจมูก มากน้อยแค่ไหน เสียงแหบ หรือไม่มี)
    - 2.3.2 ระดับเสียง (เสียงสูง หรือ เสียงต่ำ)
    - 2.3.3 ความดังของเสียง (เสียงดัง หรือเสียงค่อย)
  - 2.4 การใช้ภาษา เหมาะสมกับอายุหรือไม่
  - 2.5 วัดการได้ยิน ในกรณีที่มีความผิดปกติ ของการได้ยินร่วมด้วย

สำหรับโปรแกรมการฝึกพูดที่ให้กับเด็กนั้น ก็ขึ้นกับปัญหาของแต่ละคน ถ้าหากบกพร่องตรงไหนก็จะช่วยฝึกและแก้ไขให้ดีขึ้น เช่น

1. ฝึกการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด อันได้แก่ ขากรรไกร ริมฝีปาก ลิ้น เพื่อให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น
2. ฝึกการทำหน้าที่ของเพดานอ่อน หรือ ลิ้นไก่ โดยให้ลากเสียง อี หรือ อุ เป็นต้น
3. ฝึกการควบคุมการปล่อยลม ได้แก่ การเป่าทั้งหลาย เช่น เป่าขนนก, หนังสติ๊ก, เทียน

เป็นต้น

4. ฝึกให้อวัยวะที่ใช้ในการพูด อยู่ในตำแหน่ง ที่ถูกต้อง (Phonetic placement) ก่อนที่จะออกเสียงพูด

5. กระตุ้นให้เด็กเห็นความสำคัญของการพูด และใช้เสียงพูดมากขึ้นในรายที่พูดช้า (Delayed speech)

6. ควบคุมการออกเสียง เพื่อมิให้เสียง ขึ้นจมูก หรือขึ้นจมูกน้อยลง

7. กำจัดการแสดงออกบนใบหน้า (Facial tics) ที่ไม่เหมาะสม

การฝึกพูด สามารถกระทำได้ที่คลินิกฝึกพูด แพทย์ หู คอ จมูก โดยนักแก้ไขการพูด (Speech Therapist) และทั้งที่บ้านโดยการร่วมมือกันของผู้ปกครองและพี่น้อง

สำหรับผลของการฝึกพูดนั้น จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

1. โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะ ที่เกี่ยวข้องกับการพูดของแต่ละคน
2. อายุที่เริ่มฝึก มักจะได้ผลดีในรายที่อายุน้อย ๆ หากอายุมากการพูดติดเป็นนิสัยยากแก่การแก้ไข
3. กำลังใจ และความร่วมมือของเด็ก
4. ความร่วมมือของผู้ปกครอง ในการช่วยฝึก ต่อเมื่ออยู่ที่บ้าน

