

รายงานผู้ป่วย

Case Report

รายงานผู้ป่วย : การดูแลทารกเพดานโหว่ 3 คนที่มีภาวะกลืนลำบากที่มีความซับซ้อน

**The Case Report: Unusually Complicated Dysphagia Management
in Three Cleft Palate Newborns**

สุพจมาลย์ กิจฉวี*

*Supotjaman Kitchawee**

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี 11000

*Department of Dentistry, Prananglao Hospital, Nonthaburi 11000

Corresponding author e-mail address: supotjaman@hotmail.com

Received: September 15, 2022

Revised: September 30, 2022

Accepted: December 8, 2022

Abstract

Fundamental concern in treatment of newborns with cleft palate is safe and adequate oral feeding. In term of feeding use and obturator to cover the cleft promotes feeding, reduces choking and feeding time is a generally suggested. However, in more complicated condition such as dysphagia appropriate management should be considered. This report reviewed the management of three cleft palate newborns with unusual complicated dysphagia. The population was cleft palate newborns of Phranangklaao Hospital in 2017-18. Treatments were feeding facilitating technique, trigeminal nerve and sucking swallowing neuromuscular coordination stimulation, feeding positioning and slow rhythmic feeding. Two infants were not found aspiration. Another infant with congenital laryngomalacia, cerebral palsy found Gerd bronchitis and pneumonia. For one year to one year nine month follow up, first case gained body weight less than normal criteria, second case gained quite low and third case gained normal weight. They got an appointment for palatoplasty. Only one underwent surgery, two of them lost contact. Finding the causes of dysphagia by multidisciplinary team lead to appropriated management that avoid prolong use of orogastric tube or percutaneous endoscopic gastrostomy and gain adequate body weight for palatoplasty.

Keywords: cleft palate new born, unusually complicated dysphagia, sucking swallowing treatment program

Buddhachinaraj Med J 2022;39(3):253-60.

บทคัดย่อ

หลักการรักษาทารกเพดานโหว่คือเพื่อให้ทารกสามารถกินนมทางปาก ดูดกลืนร่วมกับการหายใจได้ปลอดภัย และได้รับนมเพียงพอ การใส่เพดานเทียมเพื่อปิดช่องเพดานโหว่ส่งเสริมการให้อาหาร ลดการสำลัก และลดเวลาการให้นม เป็นวิธีรักษาที่ใช้อย่างกว้างขวาง แต่มีทารกเพดานโหว่ที่กลืนลำบากแม้ใส่เพดานเทียมซึ่งจำเป็นต้องจัดการอย่างเหมาะสม บทความนี้นำเสนอวิธีรักษาทารกเพดานโหว่ที่มีภาวะกลืนลำบากอย่างซับซ้อนโดยรายงานทารกเพดานโหว่ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าช่วงปี พ.ศ. 2560-2561 ซึ่งกินนมไม่ได้แม้ใส่เพดานเทียม 3 คน รักษาด้วยแผนบำบัดฟื้นฟูการดูดกลืนโดยวิธีนวดลิ้น, กระตุ้นเส้นประสาท trigeminal และ suck swallowing neuromuscular coordination โดยให้นมทารกในท่านั่ง ให้น้ำนมไหลช้าเป็นจังหวะ ซึ่งไม่พบการสูดสำลัก ได้ติดตามผู้ป่วย 1 ปีถึง 1 ปี 9 เดือนพบว่ามึนน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ 1 คน ต่ำกว่าเกณฑ์ 1 คน และค่อนข้างน้อย 1 คน ทารกทุกคนได้รับการนัดผ่าตัด โดยทารกคนที่ 3 ซึ่งเป็น congenital laryngomalacia, cerebral palsy ทั้งยังเป็นโรคกรดไหลย้อน โรคหลอดลมอักเสบ และโรคปอดอักเสบได้รับการผ่าตัดปิดรอยแยกที่เพดาน ส่วนอีก 2 คนขาดการติดต่อ สรุปได้ว่าการร่วมวิเคราะห์โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อหาสาเหตุการกลืนลำบากที่ถูกต้องนำไปสู่การจัดการที่เหมาะสม ทารกเพดานโหว่ไม่ต้องใส่สายให้อาหารทั้งทางปากและหน้าท้อง สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ เด็กโตมีน้ำหนักเพียงพอที่จะได้รับการผ่าตัดปิดรอยโหว่ที่เพดานปาก

คำสำคัญ: ทารกเพดานโหว่, ภาวะกลืนลำบากที่มีความซับซ้อน, แผนบำบัดฟื้นฟูการดูดกลืน

พุทธชินราชเวชสาร 2564;39(3):253-60.

บทนำ

อุบัติการณ์ (occurrence) ของการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยมีรายงาน 1.01-2.68 รายต่อทารกแรกคลอด 1,000 ราย ภาวะเพดานโหว่ 0.07-0.95 รายต่อทารกแรกคลอด 1,000 ราย¹ ส่วนโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบอุบัติการณ์ (incidence) การเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ 1.71 รายต่อทารกแรกคลอด 1,000 ราย ภาวะเพดานโหว่ 0.347 รายต่อทารกแรกคลอด 1,000 ราย¹ ทารกปากแหว่งเพดานโหว่มีปัญหาการได้รับนมและสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากมีปัญหาการดูดกลืน การกลืน และการให้ลม ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจ การได้ยิน และการพูดไม่ชัด² วิธีการรักษาคือการใส่เพดานเทียมเพื่อปิดช่องเพดานโหว่ ส่งเสริมการให้อาหารและลดการสำลัก³ แต่ยังพบทารกเพดานโหว่มีภาวะกลืนลำบากแม้ว่าใส่เพดานเทียม การกลืนลำบากมีสาเหตุจากการขัดขวางในขั้นตอนของการกลืนของทารก ซึ่งการกลืนแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) preparatory phase 2) oral phase 3) pharyngeal phase 4) esophageal phase⁴⁻⁵ และการขัดขวางในขั้นตอนของการกลืนเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนั้น จึงแสดงอาการผิดปกติในการกลืน (swallowing dysfunction) ต่างกันเช่น ใช้เวลากินนาน (prolonged feeding time) สนใจกินน้อย (little interest feeding) หรือปฏิเสธอาหาร (food refusal) ทำท่าแอ่นหลัง หรือยี้ดคอ เลี้ยงไม่โต (failure to thrive) สำรอกนมทางจมูก (nasal regurgitation) ไอ สำลักอาหาร หายใจลำบากเฉียบพลัน (wet respiration) ระหว่างและหลังการกิน รวมทั้งใช้แรงมากขึ้นเพื่อหายใจ ผู้ดูแลควรหาทางประเมินการกลืนที่ผิดปกติโดยเร็ว⁶ ในกรณีไม่มีความผิดปกติอื่นร่วมนั้นหนึ่งในสาเหตุของการกลืนลำบากของทารกเพดานโหว่คือความผิดปกติของลิ้นซึ่งเชื่อว่าการที่ลิ้นของทารกในครรภ์เคลื่อนเข้าไปในช่องจมูก (nasal cavity) และ pharynx ขึ้นกับขอบเขตของช่องเพดานโหว่เพื่อให้การสูบ (pump) น้ำคร่ำเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารเป็นไปได้ แม้ว่ามีย่อยโหว่ที่เพดานปาก ซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตทารกในครรภ์⁷

จากการศึกษาอัลตราซาวด์เพื่อวินิจฉัย prenatal cleft ที่อายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์พบว่าทารกเพดานโหว่ทุกรายแสดงรูปร่างของลิ้นที่ผิดปกติ ไม่สมมาตรตำแหน่งปลายลิ้นต่ำ ส่วนบนของลิ้น (dorsum) อยู่สูง⁸ เมื่อทารกแรกคลอดกินนมลิ้นที่ผิดปกติก็ขัดขวางระบบการกลืนที่ preparatory phase, oral phase และ pharyngeal phase จึงกลืนลำบากแม้ใส่เพดานเทียม ซึ่งต้องรักษาโดยวิธีนวดลิ้น (feeding facilitating technique) เพื่อให้ลิ้นมีตำแหน่งรูปร่าง และความตึงตัว (tone) ของกล้ามเนื้อเป็นปกติ ลดผลแทรกซ้อนของการให้ลม⁹⁻¹⁰ รวมทั้งกระตุ้นเส้นประสาท trigeminal เพื่อกระตุ้นการดูดและกระตุ้นความสัมพันธ์ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การดูดกลืน (sucking swallowing neuromuscular coordination) เพื่อส่งเสริมการประสานงานของการดูด การกลืน และการหายใจของทารกให้ดีขึ้น¹¹ ทารกที่มีภาวะกล่องเสียงอ่อนยวบมาแต่กำเนิด (congenital laryngomalacia) พบอาการหายใจเข้ามีเสียงดัง (stridor) สำรอก (regurgitation) สูดสำลัก ตัวเขียวจากการขาดออกซิเจน (cyanosis) หยุดหายใจนานกว่า 10 วินาที (apneic pause) และเลี้ยงไม่โต¹²

การกลืนลำบากมีสาเหตุจากหลายปัจจัยพบได้ร้อยละ 50-86 และไม่ขึ้นกับโรคร่วม ภาวะกลืนลำบากเกี่ยวข้องกับการลดลงของประสาทสัมผัส (sensation) และความตึงตัวของประสาทกล้ามเนื้อ (neuromuscular tone) ของคอหอย (pharynx) และหลอดลม (larynx) แต่กำเนิด¹³ การตีบของ larynx ทำให้ต้องใช้แรงมากขึ้นในการหายใจระหว่างการกินและยังรบกวนต่อกระบวนการปกติของการดูด การกลืน และการหายใจ¹⁴ หากเด็กเริ่มหายใจเข้าเร็วเกินไปในลำดับขั้นตอนการหายใจอาจเกิดการสูดสำลักก่อนที่อาหารจะผ่านไพลarynx⁵ การสูดสำลักนำมาซึ่งการเกิดโรคของระบบทางเดินหายใจทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังในเด็ก รวมทั้งโรคปอดอักเสบและโรคหลอดลมอักเสบ การมีพยาธิสภาพที่ pharynx และหลอดอาหาร (esophagus) ที่มีสาเหตุ

จากสภาวะการอักเสบ เช่น โรคกรดไหลย้อน, หลอดอาหารอักเสบจากโรคมะเร็ง (eosinophilic esophagitis) มีผลเสียอย่างรุนแรงในการกลืนระยะ pharyngeal phase และ esophageal swallowing phase¹³ ผู้ป่วย laryngomalacia เกือบทุกรายมีอาการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับโรคกรดไหลย้อน¹²

การรักษาทางอายุรกรรมและพฤติกรรมของโรคกรดไหลย้อนทำให้อาการของ laryngomalacia และการกลืนลำบากที่เกี่ยวข้องดีขึ้น¹¹ การกลืนลำบากมีผลกระทบกับผู้ป่วยสมองพิการ (cerebral palsy) มากกว่าร้อยละ 90 ความรุนแรงและความชุกของโรคเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของ cerebral palsy¹⁵ ผู้ป่วย laryngomalacia ที่มีการหายใจผิดปกติ หรือการกลืนลำบากที่มีโรคร่วมทางระบบประสาท (comorbidity neurological disease) กรณีที่ไม่ร้ายแรง (ระดับน้อย-ปานกลาง) ใช้การรักษาแบบเฝ้าติดตามสังเกตอาการ (observation management)⁵

การประเมินภาวะกลืนลำบากใช้การตรวจจลินร่วมกับการประเมินอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะกลืนลำบากโดยทดลองให้อาหารทางปาก (bedside swallowing examination)^{5,16} เพื่อช่วยวินิจฉัยสาเหตุที่เป็นไปได้¹⁶ และประเมินความพร้อมผู้ป่วยในการกินอาหาร⁶ เมื่อทารกเพดานโหว่ใส่เพดานเทียมครั้งแรกให้นมสูตรปกติด้วยขวดที่ปากถูกเปิดจุกยางเป็นรูปกากบาทให้น้ำนมไหลมากขึ้นเมื่อมีแรงกดที่กระเปาะให้การรักษาตามแผนบำบัดฟื้นฟูการดูดกลืนซึ่งประกอบด้วย 1) feeding facilitating technic โดยนวดลิ้นจากโคนมาปลาย 20 ครั้ง คลายการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะส่วนโคนลิ้น วางนิ้วบนลิ้นโดยไม่ออกแรงกด เคลื่อนนิ้วในทิศทางหน้า-หลัง 10 ครั้ง หมุนพลิกนิ้วบนลิ้น 10 ครั้ง สร้างจังหวะการกลืนและการหายใจให้สัมพันธ์กัน 2) กระตุ้นเส้นประสาท trigeminal โดยสัมผัสเพดานปาก สันเหงือก กระพุ้งแก้ม 10 รอบ ลูบแก้มข้างละ 10 ครั้ง กัดผิวหนังใต้ริมฝีปากล่าง 10 ครั้ง 3) กระตุ้น sucking swallowing neuromuscular coordination โดยลูบลำคอข้างละ 10 ครั้ง ให้ทำวันละ 8 ครั้งก่อนการให้นมร่วมกับการจัดทำทารกนั่งกินนมและแม่ช่วยกดกระเปาะจุกนมเป็นจังหวะเพื่อควบคุม

ปริมาณน้ำนมให้ไหลช้า วัตถุประสงค์ด้วยปริมาณนมที่กินและน้ำหนักของทารกเทียบกับเกณฑ์และการเกิดโรคแทรกซ้อน อนึ่ง การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รหัสโครงการวิจัย PE6526 หนังสือหมายเลข EC30/2565 ลงวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2565

รายงานผู้ป่วยคนที่ 1

ผู้ป่วยทารกต่างชาติเพศชาย G3 A2 P0 อายุครรภ์ 41⁺ สัปดาห์ ฝากคลอด APGAR score 10 น้ำหนักแรกคลอด 3,600 กรัม ติดเชื้อในกระแสเลือด มีขอบเขตเพดานโหว่ถึงบริเวณกึ่งกลางเพดานปาก ได้รับการรักษาจนปลอดภัยและส่งตัวมาพบทันตแพทย์เมื่ออายุ 7 วัน เพื่อให้กินนมได้ รักษาโดยใส่เพดานเทียม สอนมารดาจัดการในท่านั่งให้นมด้วยขวดจุกยาง พบว่าวางจุกยางที่ด้านบนของลิ้นไม่ได้ นมไหลสะสมที่พื้นปาก (floor of mouth) กลืนไม่ได้ น้ำนมล้นออกมานอกปาก ทารกสำอ้อ แอ่นหลัง ยึดคอ และร้องไห้งอแง ปฏิเสธการให้นม ตรวจพบว่าลิ้นมีตำแหน่งถอยไปด้านหลัง ปลายลิ้นห่างจากสันเหงือกกลางจนมองเห็น floor of mouth โคนลิ้นยกสูงเข้าไปอยู่ในช่องเพดานโหว่ กล้ามเนื้อลิ้นแข็งแรง รูปร่างเป็นทรงกระบอกไม่แผ่แบน (รูปที่ 1) ได้แนะนำให้มารดาปฏิบัติตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนต่อเนื่อง 2 วัน ผลการรักษาพบว่าลิ้นแผ่แบน ตำแหน่งปลายลิ้นและสันเหงือกกลาง (รูปที่ 2) ทารกกินนมร่วมกับเพดานเทียมได้ครั้งแรก 15 มิลลิลิตรโดยไม่ลำบากให้นมเพิ่มทางสายให้อาหารทางปากจนครบมื้อละ 30 มิลลิลิตร 8 มื้อต่อวัน ไม่พบการดูดกลืน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 10 เนื่องจากผู้ปกครองไม่ประสงค์อยู่โรงพยาบาล แนะนำให้ปฏิบัติตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนที่บ้าน ติดตามเมื่ออายุ 2 เดือน น้ำหนัก 4.41 กิโลกรัมซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่ออายุ 5 เดือน น้ำหนัก 6 กิโลกรัมซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ โดยมารดาทำตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนให้ลูกได้เพียงวันละ 1-2 ครั้ง เวลากลางคืนเมื่ออายุ 14 เดือนไม่พบการดูดกลืน ได้นัดผ่าตัดปิดรอยโหว่ที่เพดานปากและผ่าตัดเจาะเยื่อแก้วหูและใส่ท่อปรับความดัน (myringotomy with pressure equalizer tube placement) ทารกไม่ได้มารับการผ่าตัดตามแผนการรักษาเนื่องจากแม่ย้ายที่ทำงานและขาดการติดต่อ



รูปที่ 1 ก่อนการรักษา ลิ้นมีตำแหน่งถอยไปด้านหลัง รูปร่างเป็นทรงกระบอก



รูปที่ 2 หลังการรักษา ลิ้นแผ่แบน ตำแหน่งปลายลิ้นและสันเหงือกล่าง

รายงานผู้ป่วยคนที่ 2

ผู้ป่วยทารกไทยเพศชาย G2 A0 P1 อายุครรภ์ 40⁺₂ สัปดาห์ คลอดปกติ APGAR score 10 น้ำหนักแรกคลอด 2,810 กรัม ติดเชื้อในกระแสเลือด มีเพดานโหว่ขอบเขตถึงกึ่งกลางเพดานปาก ได้ส่งตัวมาพบทันตแพทย์เมื่ออายุ 5 วันซึ่งได้รับการโดยใส่เพดานเทียมและสอนผู้ปกครองจัดการทานในท่านั่ง ให้นมด้วยจุกยาง พบว่าสามารถวางหัวจุกนมที่ด้านบนของลิ้นได้ เด็กมีแรงดูดนมแต่กลืนไม่ได้ น้ำนมเป็นฟองไหลออกมาทางมุมปาก และร้องไห้แง ตรวจลิ้นพบว่าลิ้นมีตำแหน่งถอยไปด้านหลัง ปลายลิ้นห่างจากสันเหงือกล่าง โคนลิ้นยกสูงเข้าไปอยู่ในช่องเพดานโหว่ กล้ามเนื้อส่วนโคนลิ้นแข็งเกร็ง ส่วนกลางและปลายลิ้นมีรูปร่างแผ่แบน ได้รับการรักษาตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืน 3 วัน ผลการรักษาพบว่าลิ้นแผ่แบน ตำแหน่งปลายลิ้นเคลื่อนมาด้านหน้าและสันเหงือกล่าง ทารกกินนมเมื่อใส่เพดานเทียมได้ครั้งแรก 15 มิลลิลิตร ให้นมเพิ่มทางสายให้อาหารทางปากจนครบมื้อละ 25 มิลลิลิตร 8 มื้อต่อวัน ให้ปฏิบัติตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนทุกวัน เมื่ออายุ 7 วัน น้ำหนัก 2,782 กรัม ไม่พบการดูดกลืนที่สำคัญ จำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้ปฏิบัติตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนต่อเนื่อง 2 สัปดาห์จึงหยุดทารกแลบลิ้นออกมานอกปากยาว 1 ซม. ใช้เพดานเทียมอันที่ 2 เมื่ออายุ 6 เดือน นั้ดติดตามจนอายุ 12 เดือน ซึ่งมีน้ำหนัก 9 กิโลกรัมตามเกณฑ์ ไม่พบการสำคัญ

ได้นัดผ่าตัดปิดรอยโหว่ที่เพดานปาก แต่ผิวนัดผ่าตัดเพราะย้ายที่อยู่ติดต่อกไม่ได้

รายงานผู้ป่วยคนที่ 3

ผู้ป่วยทารกไทยเพศชายอายุ 2 เดือน เป็นบุตรคนที่ 1 คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 2,670 กรัม ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี เพื่อรับการรักษาเพดานโหว่และหายใจมีเสียงดังตลอดเวลา ขณะแรกรับน้ำหนัก 3,600 กรัม กุมารแพทย์ตรวจวินิจฉัยเป็น congenital laryngomalacia, cerebral palsy เด็กหายใจมีเสียงดังตั้งแต่แรกเกิด มีอาการตัวเขียวเมื่อร้องไห้นานๆ ได้ส่งตัวให้ทันตแพทย์เพื่อใส่เพดานเทียม ตรวจลิ้นพบว่าตำแหน่งของลิ้นถอยไปด้านหลัง ปลายลิ้นห่างจากสันเหงือกล่าง โคนลิ้นยกสูงเข้าไปอยู่ในช่องเพดานโหว่ กล้ามเนื้อลิ้นส่วนโคนแข็งเกร็ง ส่วนกลางและปลายลิ้นยังมีรูปร่างแผ่แบน ให้การรักษาโดยใส่เพดานเทียม สอนผู้ปกครองให้นมทารกในท่านั่งชันมวบ พบว่าห่อริมฝีปากอ่อนแรง ดูดเบา 3-4 ครั้งก็หยุดดูด มีนมค้างที่ floor of mouth ทารกนอนนิ่งไม่กลืน ไม่พบ hypersensitive gag reflex ในช่องปาก ได้รับการรักษาตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนต่อเนื่อง 3 วัน ผลการรักษาพบว่าลิ้นแผ่แบน ปลายลิ้นเคลื่อนมาด้านหน้าและสันเหงือกล่าง ทารกกินนมร่วมกับ

เพดานเทียมได้ ดูดได้แรงขึ้น ให้ปฏิบัติตามแผนฟื้นฟูการดูดกลืนต่อเนื่องทุกวัน เมื่ออายุ 5 เดือนกินนมได้มื่อละ 75 มิลลิลิตร วันละ 8 มื้อ น้ำหนัก 4.8 กิโลกรัม กุมารแพทย์เปลี่ยนนมเป็นชนิดพลังงานสูง พบเป็นโรคกรดไหลย้อนและโรคปอดอักเสบ เมื่ออายุ 10 เดือนเป็นโรคหลอดลมอักเสบ ได้ใช้เพดานเทียมอันที่ 2 เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ และทันตแพทย์ให้การรักษาดัดตามโดยต่อเนื่องจนอายุ 1 ปี 8 เดือน น้ำหนัก 9.5 กิโลกรัม (ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับเกณฑ์) ได้รับการผ่าตัดปิดรอยโหว่ที่เพดานปากเด็กปลอดภัย

วิจารณ์

ทารกเพดานโหว่ที่กลืนลำบากแม้ใส่เพดานเทียม ในรายงานนี้ลิ้นของผู้ป่วยทุกคนมีลักษณะผิดปกติที่ตรวจพบได้อย่างชัดเจนเมื่อทารกแรกคลอด ผู้ป่วยคนที่ 3 พบเมื่อแรกรับ (อายุ 2 เดือน) การรักษาแบบ motor learning base interventions ร่วมกับ compensatory intervention¹³ ด้วย feeding facilitating technic เป็นการแก้ไขให้ลิ้นกลับมาสู่ตำแหน่ง, รูปร่าง, tone ที่เป็นปกติ กระตุ้นเส้นประสาท trigeminal กระตุ้น sucking swallowing neuromuscular coordination เป็นการรักษาให้การทำหน้าที่ใน preparatory phase, oral phase และ pharyngeal phase ดีขึ้น ร่วมกับการจัดทำทารกนั่งกินนมและแม่ช่วยกดกระเปาะจุกนมเป็นจังหวะควบคุมปริมาณน้ำนมให้ไหลช้า กรณีทารกคนที่ 1, 2 ไม่มีความผิดปกติอื่นร่วม เมื่อรักษาแล้วจึงกินนมได้เมื่อใช้เพดานเทียม แต่ทารกเพดานโหว่คนที่ 3 เป็น laryngomalacia, cerebral palsy อีกทั้งนอกจากความผิดปกติที่ลิ้นและเพดานปากยังมีความผิดปกติแต่กำเนิดของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อของ pharynx และ larynx รวมทั้งโครงสร้างของ larynx มีผลให้กลไกของการกลืนและการหายใจมีความผิดปกติที่ซับซ้อน เกิดความเสี่ยงและพยาธิสภาพของระบบการกลืน ระบบการหายใจ และระบบทางเดินอาหารที่รุนแรง แม้ผลการรักษาทารกเพดานโหว่คนที่ 3 เป็นไปตามผลการศึกษารายงานที่พบว่าหลังการรักษาทารกทุกคนที่เป็น cerebral palsy

กินนมได้ดีขึ้น¹³ แต่ทารกคนที่ 3 ยังพบภาวะโรคกรดไหลย้อน โรคปอดอักเสบ และโรคหลอดลมอักเสบ เนื่องจากความผิดปกติที่ซับซ้อนดังที่กล่าวข้างต้น ทีมสหวิชาชีพต้องร่วมกันประเมินวินิจฉัยจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างระมัดระวังและต่อเนื่องจนสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัยเพื่อให้ทารกกินนมได้เพียงพอ ทารกทั้ง 3 คนกินนมได้ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีข้อจำกัดคือการตัดสินใจปรับการกินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วย laryngomalacia โดยวิธี bedside swallow evaluation นั้นยากเพราะมีความไวต่ำคือน้อยกว่าร้อยละ 50 สาเหตุจากมีอัตราของภาวะสำลักเงียบ (silence aspiration) สูง¹⁵ วิธีฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากหรือ laryngomalacia ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงคือการผ่าตัดตกแต่งกล่องเสียงส่วนบน (supraglottoplasty) หรือการเจาะคอ (tracheostomy)⁴ ทว่าวิธีรักษาที่รายงานนี้เหมาะสมกับทารกที่มีความผิดปกติระดับปานกลางและต่ำ ข้อดีคือผู้ป่วยไม่ต้องผ่าตัด หรือไม่ต้องใส่สายให้อาหารทั้งทางปากและหน้าท้อง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาที่รายงานนี้ได้ผลดีคือทารกได้รับการกระตุ้นดูดกลืนก่อนกินนมทุกมื้อและต้องทำอย่างสม่ำเสมอ เป็นไปตามการรักษารายงาน¹⁷

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าทารกที่มีภาวะเพดานโหว่และกลืนลำบากซึ่งมีลิ้นผิดปกติสามารถให้การรักษาโดยใส่เพดานเทียมและบำบัดฟื้นฟูการดูดกลืนด้วยเทคนิค feeding facilitating, กระตุ้นเส้นประสาท trigeminal, กระตุ้น sucking swallowing neuromuscular coordination ร่วมกับการจัดทำทารกนั่งกินนม และแม่ช่วยกดกระเปาะจุกนมเป็นจังหวะควบคุมปริมาณน้ำนมให้ไหลช้า ทั้งนี้ การร่วมตรวจประเมินโรคร่วมทางระบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนการให้นมร่วมกับการใส่เพดานเทียมเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาเพื่อความปลอดภัยของทารกเพดานโหว่ ความเข้าใจในสาเหตุของความผิดปกติของลิ้นและผลของโรคที่มีต่อระบบการกลืน การหายใจ และทางเดินอาหารได้อย่างถูกต้องนำไปสู่การจัดการที่เหมาะสม โดยได้นำเสนอผู้ป่วย 3 คนซึ่งสามารถดูดกลืนนมได้ดี แต่ได้รับการผ่าตัดปิดรอยโหว่ของเพดานปาก 1 คน ส่วนอีก 2 คนผิมนัดการผ่าตัด เป็นประโยชน์ในการเป็นตัวอย่างในการรักษา

ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีภาวะกลืนลำบากที่มีความซับซ้อน และทารกเพดานโหว่ที่เป็น congenital laryngomalacia, cerebral palsy ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง มารศรี ชัยวรวิทย์กุล ผู้ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านวิชาการในการดูแลรักษาทารกปากแหว่งเพดานโหว่มาโดยตลอด และขอบคุณทีมสหวิชาชีพของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนสามารถนำเสนอเป็นโปสเตอร์ใน The 9th Asian Pacific cleft lip–Palate & Craniofacial Congress and 12th Annual Meeting of THAICLEFT 2019

เอกสารอ้างอิง

1. Fuangthamthip P, Chonnapasatid W, Thiradilok S, Manopatanakul S, Jaruratanasirikul S. Registry-based study of prevalence of cleft lip/palate in Thailand from 2012 to 2015. *Cleft Palate Cran J* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 25];58(11):1430-7. doi: 10.1177/1055665620987677
2. Onthong P, Pradubwong S, Jirapradittha J. Outcomes of care for infants with cleft lip and palate in the Intermediate Care and Special Care Nursery at Srinagarind Hospital, KhonKaen University. *Srinagarind Med J* 2022;37(1):63-71.
3. Savion I, Huband ML. A feeding obturator for a preterm baby with Pierre Robin sequence. *J Prosthet Dent* 2005;93(2):197-200.
4. Charunruengterakul N. Management outcome of severe laryngomalacia at Queen Sirikit National Institute Child Health. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2017 [cited 2022

Sep 4];100(3):313. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/6537>

5. Kakodkar K, Schroeder JW. Pediatric dysphagia. *Pediatr Clin N Am* 2013;60(4):969-77.
6. Prasse JE, Kikano GE. An overview of pediatric dysphagia. *Clin Pediatr* 2008;48(3):247-51.
7. Ihan-Hren N, Oblak P, Koželj V. Characteristic forms of the upper part of the oral cavity in newborns with isolated cleft palate. *Cleft Palate Cran J* 2001;38(2):164-70.
8. Starikova NV, Nadtochiĭ AG, Ageeva MI. Prenatal cleft palate diagnostics by structural and functional peculiarities of the tongue. *Stomatologiya* [Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 29];92(1):70-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528408>
9. Nassar E, Marques IL, Trindade AS, Bettiol H. Feeding-facilitating techniques for the nursing infant with Robin Sequence. *Cleft Palate Cran J* 2006;43(1):55-60.
10. Kitchawee S. Feeding obturator for 3-month tracheotomy baby with Pierre Robin syndrome. *Region 4 Med J* 2012;14(2):161-5.
11. Gosa M, Dodrill P. Pediatric dysphagia rehabilitation: considering the evidence to support common strategies. *Perspect ASHA Spec Interest Group* 2017;2(13):27-35
12. Thompson DM. Abnormal sensorimotor integrative function of the larynx in congenital laryngomalacia: a new theory of etiology. *Laryngoscope* 2007;117(S114):1-33.

13. Lawlor CM, Choi S. Diagnosis and management of pediatric dysphagia: a review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;146(2):183-91. doi: 10.1001/jamaoto.2019.3622
14. Simons JP, Greenberg LL, Mehta DK, Fabio A, Maguire RC, Mandell DL. Laryngomalacia and swallowing function in children. *Laryngoscope* 2015;126(2):478-84.
15. Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PS, Boyd RN. Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy. *Pediatrics* 2013;131(5): e1553-62. doi: 10.1542/peds.2012-3093
16. Farneti D, Gnovesse E. Swallowing disorders in newborn and small children. *Research Gate [Internet]*. 2017 [cited 2022 Nov 28]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/319893897_Swallowing_Disorders_in_Newborn_and_Small_Children
17. SaehoongS, DaramasT, Pookboonmee R. A systematic review of oral stimulation to enhance sucking and swallowing in preterm infants. *Rama Nurs J* 2013;19(3): 293-307.