

# ปัญหาการรับประทานอาหารและการรักษาในเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

## Feeding Problems and Treatment in Cleft Lip and Cleft Palate Children

■ สุภาพร ชินชัย<sup>1</sup>    ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา<sup>1</sup>    เพื่อนใจ รัตตากร<sup>1</sup>    นันทิการ์ สันสุวรรณ<sup>2</sup>    กฤษณ์ ไขวัญเงิน<sup>3</sup>    สุธิดา เหล็กมูล<sup>1</sup>  
Supaporn Chinchai<sup>1</sup>    Piyawat Trevittaya<sup>1</sup>    Phuanjai Rattakorn<sup>1</sup>    Nuntigar Sonsuwan<sup>2</sup>    Krit Khwanngern<sup>3</sup>    Sutida Lekmool<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup>Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, Thailand

<sup>2</sup>ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>2</sup>Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand

<sup>3</sup>ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>3</sup>Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand

\* ผู้รับผิดชอบบทความ (Email: supaporn.c@cmu.ac.th)

\* Corresponding author (Email: supaporn.c@cmu.ac.th)

Received July 2017

Accepted as revised September 2017

### Abstract

**Background:** Newborn babies with cleft lip and cleft palate in Thailand around 2,000 cases a year. These children often suffer from feeding problems. It affects the nutritional status. As a result, these children growth and development slower than typical.

**Objectives:** To survey characteristics, feeding problems, impact and treatment of feeding problems in cleft lip and cleft palate children.

**Materials and methods:** Studying retrospective pediatric history data, using purposive sampling of 119 children who came to receive services at the Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, during 2013 to 2016. By the criteria of the children must have history of feeding problems.

**Results:** There were 64 (53.78%) of cleft lip and cleft palate children with feeding problems. All of them had bilateral complete cleft lip and cleft palate, most of them were male and aged between 1 to 5 years. The most common feeding problems were choking and sucking problems. The impact of feeding problems was: fatigue or difficulty breathing during feeding, delayed development, malnutrition, respiratory tracts or nasal infection or inflammation and flatulence. Cleft lip and cleft palate children with feeding problems were received intervention by interdisciplinary teams. All children underwent twice Palatoplasty surgery from a surgeon. The most children were getting an obturator by a dentist within 1 year. In addition, nurses taught parents how to feed their children. The most impact of feeding problems was delayed development, but there was no any service from any department.

**Conclusion:** Children with cleft lip and cleft palate have feeding problems that impact to their quality of life. There are specialists in various fields join a multidisciplinary team to assist with the exception of delayed developmental effects. Occupational therapists should play a role in becoming a multidisciplinary team to do intervention in the delayed development aspect of cleft lip and cleft palate children with feeding problems.

*Journal of Associated Medical Sciences 2017; 50(3): 533-543. Doi: 10.14456/jams.2017.36*

**Keywords:** Feeding problems, cleft lip, cleft palate, delayed development, occupational therapy

## บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** เด็กแรกเกิดที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั่วประเทศไทยประมาณ 2,000 รายต่อปี เด็กกลุ่มนี้มักจะประสบกับปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน จึงส่งผลต่อภาวะโภชนาการตั้งแต่แรกคลอด และส่งผลกระทบต่อเด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่างๆ ซ้ำกว่าเด็กปกติ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อสำรวจปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนและการช่วยเหลือในเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารับบริการที่ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 จำนวน 119 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่ระบุในประวัติข้อมูลว่ามีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน

**ผลการศึกษา:** เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน มีจำนวน 64 คน (ร้อยละ 53.78) โดยอยู่ในประเภทปากแหว่งเพดานโหว่แบบสมบูรณ์ 2 ข้าง ช่วงอายุ 1-5 ปี และเป็นเพศชายมากที่สุด ปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการสำลักและปัญหาการดูด ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการดูดกลืน คือ อาการเหนื่อยหรือหายใจลำบากขณะดูดนม พัฒนาการล่าช้า ภาวะทุพโภชนาการ การอักเสบหรือการติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือโพรงจมูก และอาการท้องอืด ทั้งนี้ได้รับการช่วยเหลือปัญหาในการรับประทานอาหารจากสหวิชาชีพ เด็กทุกคนได้รับการผ่าตัดจากศัลยแพทย์ ด้วยวิธี palatoplasty และได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ส่วนมากได้รับ obturator เป็นอุปกรณ์เสริมจากทันตแพทย์ ภายใน 1 ปี และพยาบาลเป็นผู้สอนมารดาในการให้นม/อาหาร ผลกระทบจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งคือ พัฒนาการล่าช้า แต่ไม่มีการระบุว่าเด็กได้รับการกระตุ้นหรือการช่วยเหลือจากหน่วยงานใดๆ

**สรุปผลการศึกษา:** เด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่มีปัญหาด้านการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพในการให้การช่วยเหลือ ยกเว้นผลกระทบด้านพัฒนาการล่าช้า ซึ่งยังขาดผู้เชี่ยวชาญที่เข้ามาช่วยเหลือ ดังนั้น นักกิจกรรมบำบัดจึงควรมีบทบาทในการเข้าไปเป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือด้านการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน

*Journal of Associated Medical Sciences 2560; 50(3): 533-543. Doi: 10.14456/jams.2017.36*

**คำสำคัญ:** ปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน, ปากแหว่ง, เพดานโหว่, พัฒนาการล่าช้า

## บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นความพิการอันหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดของความพิการแต่กำเนิด ภาวะปากแหว่งอย่างเดียวหรือร่วมกับภาวะเพดานโหว่จะพบได้บ่อยในประเทศแถบเอเชียและพบได้น้อยกว่าในคน ผิวดำและน้อยที่สุดในคนผิวดำ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะปากแหว่งอย่างเดียว หรือปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ประมาณ 1 ต่อ 700 ถึง 1 ต่อ 750 รายของเด็กเกิดใหม่<sup>1</sup> สำหรับความชุกของการเกิดทารกเพดานโหว่ในประเทศไทย อยู่ระหว่าง 0.58-2.49 คนต่อทารกแรกเกิด 1,000 คน<sup>2-4</sup> และเด็กแรกเกิดที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั่วประเทศไทยประมาณ 2,000 รายต่อปี<sup>1,5</sup> ปัจจุบันพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปาก

แหว่งเพดานโหว่ได้ประมาณร้อยละ 12-20 ส่วนปัจจัยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับสภาวะแวดล้อมในระยะการปฏิสนธิ พบได้ประมาณร้อยละ 80-88 โดยอาจมีสาเหตุอื่นๆ ที่ได้มีการศึกษามาแล้ว เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รับประทานหรือสารบางอย่างและการติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น มารดาที่อายุ 35 ปีขึ้นไปและการอยู่ในสภาวะความแห้งแล้งทำให้มีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น เด็กปากแหว่งเพดานโหว่มักจะเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อยคลอดก่อนกำหนด มีความพิการร่วมหรือประวัติปากแหว่งเพดานโหว่ในครอบครัวร่วมด้วย การให้วิตามินรวมหรือกรดโฟลิกสามารถป้องกันปากแหว่งเพดานโหว่ได้<sup>6</sup>

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของใบหน้าและกะโหลกศีรษะเป็นความบกพร่องของ

การเจริญเติบโตของโครงสร้างของปากและเพดานแต่กำเนิด<sup>7</sup> ซึ่งอาจจะพบความผิดปกติได้ตั้งแต่จมูก ริมฝีปาก สันเหงือก เพดานปากและระบบการได้ยิน รวมถึงส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ความผิดปกติต่างๆ เหล่านี้ สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ แต่มักจะมีผลกระทบต่อระบบการทำงานส่วนอื่นๆ ของร่างกาย<sup>1</sup> เด็กที่เกิดมามีปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้ช่องปากช่องจมูก ติดต่อกัน ส่งผลให้เด็กประสบกับปัญหาต่างๆ ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ ได้แก่ ปัญหาการดูดและการกลืนอาหาร ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการสบฟัน การเรียงตัวของฟันและ จำนวนฟันผิดปกติ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ปัญหาด้าน ภาษาและการพูด<sup>8</sup>

กิจกรรมการรับประทานอาหาร (feeding & eating) เป็นกิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง (activity of daily living) ความสำคัญของการให้อาหารทารกจะ ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังทั้งในวัยทารก เด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ การส่งเสริมและสนับสนุนสุขนิสัยของการรับประทานอาหาร ที่มีคุณค่าทางโภชนาการและถูกสุขลักษณะจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ ด้านจิตใจและอารมณ์ของทารกและเด็กกับบิดามารดาและ สมาชิกในครอบครัวได้<sup>9</sup>

เด็กที่มีภาวะปากแหว่งอย่างเดี่ยวหรือมีเพดานโหว่แต่เพียงเล็กน้อยมักไม่มีปัญหาทางด้านกรรับประทานและสามารถรับประทานอาหารได้เสมือนเด็กปกติโดยทั่วไป อย่างไรก็ตามเด็กที่มีภาวะการแหว่งที่มีขอบเขตครอบคลุม ส่วนใหญ่ของเพดานปากแข็งและเพดานปากอ่อนอาจจะมี ปัญหาทางด้านกรรับประทานและการดูดนม<sup>1</sup> ทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มักจะประสบกับปัญหาการดูดนม จึงส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการตั้งแต่แรกคลอด ปัญหา การดูดและการกลืนเป็นปัญหาแรกที่ต้องได้รับการแก้ไข<sup>10</sup> หากเด็กไม่ได้รับการดูแลเรื่องการดูดและการกลืนที่ถูกวิธีอาจ ทำให้ปริมาณนมและอาหารน้อยไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต และส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่างๆ ช้า กว่าปกติ<sup>5</sup>

ในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของ ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์โสต คอ นาสิก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพันธุศาสตร์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักตรวจการได้ยิน และนักแก้ไขการพูด นักกิจกรรมบำบัด มีบทบาทสำคัญในการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการดูดกลืน (feeding) ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ และเพื่อการเจริญเติบโต<sup>11</sup> ในปัจจุบันนักกิจกรรมบำบัดยังมิได้เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยได้เห็นถึงผลกระทบของ

ปัญหาทางด้านกรรับประทานและการดูดกลืนที่พบใน เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ จึงมีความสนใจศึกษาปัญหาดังกล่าว และรวบรวมข้อมูลไว้เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการทาง กิจกรรมบำบัดในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสำรวจปัญหาการรับประทานและการดูดกลืน และการรักษาในเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้ารับ บริการที่ภาควิชาโสต คอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 2556 ถึง 2559

## วัสดุและวิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาลักษณะ ของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และปัญหาการรับประทาน และการดูดกลืน การรักษา รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นในเด็ก ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจาก แฟ้มประวัติผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารับ บริการที่ภาควิชาโสต คอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 เนื่องจากการศึกษาเพียง 3 ปีย้อนหลังจะได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่สุด ในการนำข้อมูลจากการศึกษามาใช้ประโยชน์ทำให้ทราบภาพการณ์ ที่ยังคงเป็นปัญหาและต้องการความช่วยเหลือจากนักกิจกรรมบำบัด ให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์ปัจจุบันที่สุด ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง โดยศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ ปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีประวัติข้อมูลว่ามีปัญหา การรับประทานและการดูดกลืน

### ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

เสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (AF/04-010/04.0) จากนั้นทำหนังสือ ขออนุญาต เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากภาควิชาโสต คอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาต จึงทำการประสานงานขอรายชื่อผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ ปากแหว่งเพดานโหว่จากภาควิชาโสต คอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นติดต่อขอพิมพ์ประวัติผู้ป่วยจากหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวม ข้อมูล จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลทุกครั้ง จากนั้นวิเคราะห์และสรุปผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยปากแหว่งเพดานโหว่ ประเภทของภาวะ

ปากแหว่งเพดานโหว่ การรักษาที่ได้รับ ปัญหาเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการที่ได้รับการช่วยเหลือ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่ การรักษา ปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ผลกระทบที่เกิดขึ้น ลักษณะของวิธีการช่วยเหลือที่ได้รับการทางด้านการดูดและการรับประทานอาหารในกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรทั้งหมดมีจำนวน 119 ราย พบว่าเป็นเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนจำนวนทั้งหมด 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.22 และเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนจำนวนทั้งหมด 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.78 ของเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้ และในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาการรับประทานอาหาร

และการรักษาในเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ จึงแสดงผลเฉพาะเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน

เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ส่วนใหญ่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อยู่ในประเภท bilateral complete cleft lip and palate (21.88%) และ cleft lip and palate ที่ไม่ระบุประเภท (21.88%) และมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี มากที่สุด (50%) และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (62.50%) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยได้รับการผ่าตัดชนิด palatoplasty มากที่สุด (90.62%) เคยได้รับการผ่าตัดจำนวน 2 ครั้งมากที่สุด (34.37%) พบปัญหาด้านทันตกรรม คือ การสบฟันผิดปกติ (malocclusion) ร้อยละ 6.25 และส่วนมากได้รับการใส่ obturator มากที่สุด (37.50%) พบปัญหาด้านการได้ยิน คือ การสูญเสียการได้ยิน (hearing loss) มากที่สุด (17.18%) การแก้ไขด้านการได้ยินส่วนใหญ่ที่ได้รับ คือ myringotomy with ventilation tube (4.68%) มีปัญหาพูดไม่ชัดมากที่สุด (64.06%) ซึ่งได้รับการแก้ไขด้านการพูด (speech therapy) ร้อยละ 70.31 โดยได้รับการแก้ไขในช่วงอายุ 2-3 ปี มากที่สุด (29.68%) ดังแสดงในตารางที่ 2

**Table 1** Number and percentage of the demographic data of cleft lip and cleft palate children with feeding problems.

Demographic data	Number (n)	%
<b>Type</b>		
1. cleft lip	1	1.56
1.1. unilateral incomplete cleft lip	0	0
1.2. unilateral complete cleft lip	0	0
1.3. bilateral incomplete cleft lip	1	1.56
1.4. bilateral complete cleft lip	0	0
2. cleft palate	12	18.75
3. cleft soft palate	3	4.69
4. submucous cleft palate	1	1.56
5. cleft lip and palate	47	73.44
5.1. unilateral incomplete cleft lip and palate	6	9.37
5.2. bilateral incomplete cleft lip and palate	0	0
5.3. unilateral complete cleft lip and palate	13	20.31
5.4. bilateral complete cleft lip and palate	14	21.88
5.5 cleft lip and palate with no identified type	14	21.88
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**Table 1** Number and percentage of the demographic data of cleft lip and cleft palate children with feeding problems.  
(continues)

Demographic data	Number (n)	%
<b>Age range</b>		
1-5	32	50.00
6-10	14	21.88
11-15	5	7.81
16-20	5	7.81
21-25	3	4.68
26-30	2	3.13
31-35	2	3.13
36-40	1	1.56
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Gender</b>		
Male	40	62.50
Female	24	37.50
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**Table 2** Number and percentage of cleft lip and cleft palate children with feeding problems and various treatments receiving (N=64).

Treatment	Number (n)	%
<b>Surgery*</b>		
- Cheiloplasty	47	73.43
- Palatoplasty	58	90.62
- Frenulectomy	3	4.68
- Alveolar bone graft	6	9.37
- Cleft lip nose correction (CLN )	10	15.60
- Tonsillectomy	3	4.68
- Other surgery	1	1.56
<b>Number of surgery</b>		
0	0	0
1	21	32.81
2	22	34.37
3	12	18.75
4	5	7.81
5	2	3.13
> 5	2	3.13

**Table 2** Number and percentage of cleft lip and cleft palate children with feeding problems and various treatments receiving (N = 64). (continues)

Treatment	Number (n)	%
<b>Dental problem</b>		
- Malocclusion	4	6.25
<b>Dental Treatment*</b>		
- Orthodontics	14	21.87
- Periodontics	1	1.56
- Obturator	24	37.50
- Nasoalveolar Molding (NAM)	12	18.75
- Nasal conformer	14	21.87
<b>Hearing Problem*</b>		
- Otitis media with effusion (OME)	4	6.25
- Hearing loss	11	17.18
<b>Hearing treatment*</b>		
- Myringotomy with ventilation tube	3	4.68
- Hearing aid	1	1.56
<b>Speech Problem*</b>		
- Delayed speech	8	12.50
- Articulation Disorder	41	64.06
- Hypernasality	27	42.18
- Compensatory articulation disorder	9	14.06
<b>Speech treatment</b>		
- Speech therapy	45	70.31
<b>Beginning age of receiving speech therapy</b>		
0-1 year old	13	20.31
2-3 years old	19	29.68
4-5 years old	2	3.13
6-7 years old	2	3.13
8-9 years old	0	0
>10 years old	8	12.50
<b>Don't know the age</b>	1	1.56

\* A cleft lip and cleft palate child may receive more than one problem or treatment.

นอกจากนี้ กลุ่มเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนยังพบปัญหาการสำลักมากที่สุด (96.87%) และปัญหาการดูดตรงลงมา (21.87%) ดังแสดงในตารางที่ 3 ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ

การรับประทานอาหารและการดูดกลืน คือ ส่วนมากมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า เกิดอาการเหนื่อยหายใจลำบากขณะดูดนม และทู่โงะนาการ 7.81%, 7.81% และ 6.25% ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

**Table 3** Number and percentage of cleft lip and cleft palate children with feeding-related problems (N=64).

Feeding-related problems*	Number (n)	%
- Sucking problem	14	21.87
- Chewing problem	0	0
- Swallowing problem	0	0
- Aspiration problem	62	96.87
- Feeding problem	0	0
- Self-feeding problem	0	0
- Malnutrition problem caused by anomaly of lip and palate structure	0	0
- Malnutrition problem caused by poor oral sensation	0	0
- Malnutrition problem caused by abnormal reflex in oral cavity	0	0

\* A cleft lip and cleft palate child may have feeding-related problems more than one problem.

**Table 4** Number and percentage of cleft lip and cleft palate children and the effect of feeding problems (N=64).

Effect caused by feeding-related problems*	Number (n)	%
- Inflammation or infection in airway or sinus	3	4.68
- Malnutrition	4	6.25
- Delayed Development	5	7.81
- Dehydration	0	0
- Fatigue or dyspnea respiration during sucking	5	7.81
- Flatulence	2	3.12

\* A cleft lip and cleft palate child may receive effect caused by feeding-related problem more than one effect.

เด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนได้รับการช่วยเหลือด้านที่เป็นปัญหาในการรับประทานอาหารจากหน่วยงานศัลยแพทย์ทุกคน (100%) และได้รับ obturator เป็นอุปกรณ์เสริม

จากทันตแพทย์เพื่อช่วยให้รับประทานอาหารได้ (37.50%) โดยอายุที่เริ่มได้รับอุปกรณ์เสริมอยู่ในช่วง 0-1 ปี มากที่สุด (10.93%) และหน่วยงานพยาบาลได้มีการสอนมารดาของเด็กในการให้นม/อาหาร (10.93%) ดังแสดงในตารางที่ 5

**Table 5** Number and percentage of cleft lip and cleft palate children with feeding problems and treatment receiving (N=64).

Feeding Treatment	Number (n)	%
<b>Developmental stimulation related in feeding problems from institute*</b>		
- Nurse	7	10.93
- Dentist	31	48.43
- Surgeon	64	100.00
<b>Feeding appliance</b>		
- Obturator	24	37.50
<b>Age of receiving appliance</b>		
0-1 year old	7	10.93
2-3 years old	3	4.68
4-5 years old	0	0
> 5 years old	1	1.56
Don't know the age	20	31.25
<b>Feeding training to mothers</b>	7	10.93

\* A cleft lip and cleft palate child may receive developmental stimulation related in feeding problems from more than one institute.

## วิจารณ์ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจลักษณะของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ผลกระทบที่เกิดขึ้น และการช่วยเหลือที่ได้รับในเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน พบ 53.78% ของเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของบวรศิลป์ เซวานัน<sup>1</sup> กล่าวว่าไว้ว่า เด็กที่มีภาวะการแหว่งที่มีขอบเขตครอบคลุมส่วนใหญ่ของเพดานปากแข็งและเพดานปากอ่อนอาจมีปัญหาทางด้านกรรับประทานอาหารและการดูดนม โดยส่วนใหญ่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อยู่ในประเภท bilateral complete cleft lip and palate 21.88% มักมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี พบ 50% ของเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบ 62.50% ของเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shaw, Croen และ Curry<sup>12</sup> ที่พบว่าภาวะปากแหว่งเพดานโหว่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ลักษณะปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน

ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการสำลัก พบสูงถึง 96.87% และปัญหาการดูด พบ 21.87% (ตารางที่ 3) เนื่องจากการเกิดรูรั่วระหว่างช่องปากและจมูก (oronasal fistula) ของเด็กเพดานโหว่ทำให้เกิดการสำลักน้ำและอาหารเข้าไปทางจมูก<sup>6</sup> รวมทั้งเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความลำบากในการดูดกลืน เนื่องจากไม่สามารถทำให้เกิดสุญญากาศในปากเพื่อดูดกลืนนมได้อย่างปกติ

นอกจากนี้ เด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ดังนี้ อาการเหนื่อยหรือหายใจลำบากขณะดูดนม พัฒนาการล่าช้า ภาวะทุพโภชนาการ การอักเสบหรือการติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือโพรงจมูก และอาการท้องอืด พบ 7.81%, 7.81%, 6.25%, 4.68% และ 3.12% ตามลำดับ (ตารางที่ 4) จะเห็นได้ว่า การเกิดอาการเหนื่อย/หายใจลำบากขณะดูดนม และ พัฒนาการล่าช้า เป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่พบมากที่สุด รองลงมาเป็นปัญหาภาวะทุพโภชนาการ การอักเสบหรือการติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือโพรงจมูก และอาการท้องอืด ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีริมฝีปากที่ปิดไม่สนิท จึงไม่สามารถทำให้เกิดสุญญากาศในปากเพื่อดูดกลืนนมได้อย่างปกติ จึงใช้เวลาในการดูดนมนาน สูญเสียพลังงานในการดูดนมมาก

ทำให้เด็กเหนื่อย นอกจากนี้ ในบางรายที่ดูดนมขวด หัวจุกนมที่มีรูขนาดใหญ่ทำให้นมไหลเร็วและมีปริมาณมากเกินไป ทารกไม่สามารถควบคุมการไหลของนมได้ จึงกลืนติดกันถี่ๆ อาจหายใจไม่ทัน<sup>5</sup> และการดูดกลืนที่ผิดวิธีอาจทำให้ได้รับปริมาณนมและอาหารน้อย ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตและส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ ช้ากว่าปกติได้ Heart and Stroke Foundation of Ontario<sup>13</sup> ระบุว่า ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) เกิดจากภาวะกลืนลำบากและการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้น้ำหนักลด ค่า BMI ลดลง ในส่วนของปัญหาการอ้วกหรือการติดเชื้อในทางเดินหายใจหรือโพรงจมูก เกิดจากปัญหาการสำลัก (aspiration) สอดคล้องกับปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้อาหารหรือน้ำเข้าสู่หลอดลม จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจและเป็นหวัดได้ง่าย บางรายมีการอ้วกและติดเชื้อเข้าไปในทางเดินหายใจและช่องโหว่โพรงจมูก ทำให้เกิดโพรงจมูกอักเสบ ประกอบกับริมฝีปากของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ปิดไม่สนิทขณะดูดและกลืน จึงทำให้นมผ่านเข้าไปในปากและถูกดูดกลืนมากกว่าปกติ โดยเฉพาะหากดูดนมขวดจากจุกนมยาง ลมจะมีโอกาสผ่านช่องว่างระหว่างริมฝีปากและหัวนมลงสู่กระเพาะมาก ทำให้อาหารเน่าอืด ไม่สบายท้อง สำรอกและอาเจียนนมบ่อยจากการมีความดันของลมในช่องท้องขึ้นมา จึงส่งผลให้เด็กมีอาการท้องอืด<sup>5</sup>

เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนได้รับการรักษาด้านที่เป็นปัญหาในการรับประทานอาหารจากสหวิชาชีพ โดยวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือ ศัลยแพทย์ รongลงมาคือ ทันตแพทย์ และพยาบาล (ตารางที่ 5) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ<sup>6</sup>

เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนส่วนมากเคยได้รับการผ่าตัด palatoplasty มากที่สุด รองลงมาคือ cheiloplasty และนอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดอื่นๆ ที่เคยได้รับ เช่น การผ่าตัด cleft lip nose correction (CLN), frenulectomy, alveolar bone graft, tonsillectomy เป็นต้น โดยพบว่าจำนวนครั้งที่เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนเคยได้รับการผ่าตัด ส่วนมากเคยได้รับการผ่าตัดจำนวน 2 ครั้ง (ตารางที่ 2) ซึ่งศัลยแพทย์จะตกแต่งผ่าตัดเย็บริมฝีปาก ผ่าตัดซ่อมแซมเพดานปาก เพื่อแยกช่องปากออกจากช่องจมูกขณะที่พูด ช่วยการกลืนให้ดีขึ้น ลดปัญหาหูชั้นกลางอักเสบและการติดเชื้อของทางเดินหายใจ<sup>6</sup>

นอกจากนี้ เด็กยังได้รับ obturator เป็นอุปกรณ์เสริม

จากทันตแพทย์ เพื่อช่วยให้รับประทานอาหารได้ อายุที่เริ่มได้รับอุปกรณ์เสริมส่วนมากอยู่ในช่วง 0-1 ปี (ตารางที่ 5) เนื่องจาก obturator หรือเพดานเทียม จะช่วยปิดช่องติดต่อระหว่างช่องปากกับจมูกทำให้ทารกสามารถดูดนมและกินอาหารได้ดีขึ้น มารดาสามารถให้นมทารกได้ง่ายขึ้น รวมทั้งลดปัญหานมและอาหารไหลย้อนเข้าไปในช่องจมูก<sup>14</sup> หน่วยงานพยาบาลได้มีการสอนมารดาของเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนในการให้นม/อาหาร (ตารางที่ 5) เนื่องจากพยาบาลเฉพาะทางแต่ละด้านจะให้การดูแลและบำบัดตั้งแต่การให้สุศึกษาบิดามารดาในระยะตั้งครรภ์ ขั้นตอนการรักษา ประเมินความต้องการของเด็กและครอบครัวระยะยาว รวมทั้งมีบทบาทในการดูแลที่บ้านเรื่องการให้นมและสารอาหาร<sup>15</sup>

จากผลการวิจัย มีข้อสังเกตว่ายังคงมีผู้ใหญ่ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืน มาเข้ารับบริการที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ (ตารางที่ 1) ซึ่งเห็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล และการเข้าไปช่วยเหลือและดูแลของสหวิชาชีพต่อเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบว่าพัฒนาการล่าช้า เป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง (ตารางที่ 5) เนื่องจากเด็กได้รับปริมาณนมและอาหารน้อย ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตและส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ ช้ากว่าปกติได้<sup>5</sup> แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีการระบุว่าเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นหรือการช่วยเหลือจากหน่วยงานใดๆ และด้วยบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดที่มีบทบาทในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จึงทำให้เห็นว่านักกิจกรรมบำบัดควรมีบทบาทสำคัญและเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่จะเข้าไปช่วยเหลือในการกระตุ้นพัฒนาการ และให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมพัฒนาการแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหาการรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่มีพัฒนาการล่าช้า

## สรุปผลการศึกษา

จากการสำรวจกลุ่มประชากรทั้งหมด 119 ราย พบว่ามีเด็กภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีปัญหา การรับประทานอาหารและการดูดกลืนจำนวน 53.78% มีปัญหาหลักคือการสำลักและรองลงมามีปัญหาการดูด ส่วนใหญ่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ประเภท bilateral complete cleft lip and palate และมีอายุ

อยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีปัญหา ด้านการสบฟันผิดปกติ และด้านการได้ยิน คือ ภาวะน้ำคั่งในหู ชั้นกลาง Otitis media with effusion (OME) จนทำให้เกิด การสูญเสียการได้ยิน แต่รักษาได้จากการทำ myringotomy with ventilation tube ส่วนใหญ่มีปัญหาพูดไม่ชัดและเสียงขึ้นจมูก (hypernasality) ซึ่งได้รับการแก้ไขด้านการพูด (speech therapy) ในช่วงอายุ 2-3 ปี ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับการรับประทานอาหารและการดูดกลืน คือ พัฒนาการล่าช้า และเกิดอาการเหนื่อยหอบใจลำบากขณะดูดนม ได้รับการช่วยเหลือ ด้านที่เป็นปัญหาในการรับประทานอาหารจากศัลยแพทย์ โดยการผ่าตัดทุกคน ส่วนมากเคยได้รับการผ่าตัด palatoplasty และ cheiloplasty และเคยได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ได้รับ obturator เป็นอุปกรณ์เสริมจากทันตแพทย์เพื่อช่วยให้รับประทานอาหาร ได้ และอายุที่เริ่มได้รับอุปกรณ์เสริมอยู่ในช่วง 0-1 ปี และ หน่วยงานพยาบาลได้มีการสอนมารดาในการให้นม/อาหาร แต่ไม่มีหน่วยงานใดให้บริการด้านการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็ก ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ดังนั้น นักกิจกรรมบำบัดจึงควรเข้า มามีส่วนเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ ด้านการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการทำวิจัยในครั้งนี้

1. Chowchuen B. Cleft lip and palate treatment guideline manual for parents. Khon Kaen: Cleft lip and palate and craniofacial anomaly research center Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
2. Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon KA, Auvichipotchana C, Godfrey K, editors. Multicenter study of oral cleft and associated abnormalities in Thailand: the epidemiologic data and need of health care service. The 10<sup>th</sup> International Congress on Cleft palate and Related Craniofacial Anomalies. Durban, South Africa; 2005.
3. Chuangsuwanich A, Aojanipong C, Muangsombut S, Tongpiw P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. *Ann Plast Surg* 1998; 41: 7-10.
4. Ruangsitt C, Prasertsang P, Banpho Y, Lamduan W, Giathamnuay S, Nuwantha A. Incidence of cleft lip and palate in three hospitals in Khon Kean. Khon Kaen: Department of Orthodontics Faculty of Dentistry Khon Kaen University; 1993.
5. Prathanee B. Cleft lip and palate: speech problems and multidisciplinary treatment. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. (in Thai)
6. Chowchuen B. Multi-institutional study of cleft lip and palate and related anomalies in Thailand: epidemiologic data. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016; 3(12): 583.
7. Mossey PA, Little J, Munger RG, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet* 2009; 374: 773-85.
8. Khantapasuatara K. Cleft lip and palate. Bangkok: Hearing and speech clinic Department of Otolaryngology Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2007. (in Thai)
9. Chusilp K. The important of feeding infant and children [Internet]. [cited 2016 Jun 6]. Available from: <http://www.ped.si.mahidol.ac.th/vdo/breastfeeding/set-breastfeeding/5.IFYCF.pdf>
10. Prathumwiwattana P. Feeding in cleft lip and palate infant. Khon Kaen: Cleft lip and palate and craniofacial anomaly research center Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
11. Attawong T. Occupational therapy and rehabilitation for dysphagia. Chiang Mai: Occupational Therapy Unit Department of Rehabilitation Medicine Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2016. (in Thai)
12. Shaw GM, Croen LA, Curry CJ. Isolate oral cleft malformations: associations with maternal and infant characteristics in a California population. *Tetralogy* 1991; 43: 225-8.
13. Heart and stroke foundation of Ontario. Management of dysphagia in acute stroke: an educational manual for the dysphagia screening professional; 2006.
14. Thai foundation of orthodontics. The introduction of cleft lip and palate. Bangkok: Department of Orthodontics Faculty of Dentistry Mahidol University; 2003. (in Thai)
15. Mongkoltawornchai S, Pradubwong S, Augsornwan D. Nurse care in multidisciplinary team of cleft lip and palate. Khon Kaen: Siriphan Printing House; 2002. (in Thai)