

รายงานผู้ป่วย

เทคนิคการผ่าตัดเย็บริมฝีปากและจมูกระยะแรกภายหลังการใช้โคราชแนม 2 ด้านในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวชนิดสมบูรณ์: รายงานผู้ป่วยและการติดตามผลภายหลังการรักษา 5 ปี

Primary Lip and Nose Repair Technique after Using 2 Sides of Korat NAM in Unilateral Complete Cleft Lip and Palate Patient: A 5 Years Follow Up Case Report

พินัย นิรันดร์รุ่งเรือง¹, ปองใจ วิรารัตน์¹, วิภาพรรณ ฤทธิธกุล², กวิยา กนกพงศ์ศักดิ์¹

Pinai Nirunrungrueng¹, Pongjai Virarat¹, Wipapun Ritthagol², Kaviya Kanokpongsak¹

¹ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย

¹Cleft center Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

²สาขาวิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ประเทศไทย

²Department of Preventive Dentistry , Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าในการรักษาทารกปากแหว่งเพดานโหว่การใช้เทคนิคจัดเรียงสันกระดูกขากรรไกรบนร่วมกับการยึดจมูกในระยะก่อนการผ่าตัดเย็บริมฝีปาก จะให้ผลการรักษาที่ดี เครื่องมือที่ใช้ในเทคนิคนี้ประกอบด้วยแผ่นเพดานเทียมเพื่อจัดสันกระดูกร่วมกับเครื่องมือปรับโครงสร้างจมูกเครื่องมือดังกล่าวจะทำให้ช่องว่างของรอยแยกแคบลงร่วมกับการทำให้โครงสร้างกระดูกอ่อนของจมูกตั้งตรงขึ้นทำให้ช่วยลดแรงดึงรั้งของเนื้อเยื่อในขณะที่ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดเย็บริมฝีปาก ซึ่งทำให้ผลการรักษาดีกว่าการไม่ใช้เครื่องมือนี้ อย่างไรก็ตามวิธีการผ่าตัดและการคงสภาพภายหลังการผ่าตัดที่ดีจะมีผลต่อการรักษาเช่นกัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานวิธีการรักษาและผลภายหลังการรักษาผู้ป่วยที่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวที่มารับการรักษาที่ศูนย์ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาโดยการใช้โคราชแนมใส่ในจมูกทั้งสองด้านร่วมกับวิธีการผ่าตัดริมฝีปากและจมูกที่ดัดแปลงจากวิธีการปกติ

คำสำคัญ: โคราชแนมชนิด2ด้าน, เทคนิคการผ่าตัดริมฝีปากและจมูกแบบประยุกต์ในระยะแรก, ปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว

Abstract

In new born cleft lip and palate treatment, it is now gained wide acceptance and evidence the good result both at lip and nose appearance by using a non-surgical nasoalveolar molding technique in presurgical phase treatment. This technique is comprised in two parts appliances, obturator for maxillary alveolar bone segment aligning combined with nasal molding part. By this appliance, the cleft space is significantly reduced and alar cartilage is more uprighted. With a smaller cleft, there is less tension when the surgeon closes the cleft space. The treatment result is better than in case without using this appliance. Moreover, surgical technique and maintain the treatment result after surgery are also an importance role of considerations. The objective of these case report is to demonstrate how to treat unilateral cleft lip and palate patient by modified using 2 sides of Korat Nam combined with a modify surgical technique use at Nakhonratchasima Hospital Cleft Center.

Keywords: 2 sides Korat Nam, Primary repair cleft lip and nose, Unilateral cleft lip and palate

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ :

พินัย นิรันดร์รุ่งเรือง ศูนย์ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ รพ.มหาราชชนครราชสีมา 49 ถนนช้างเผือก อำเภอเมือง จ.นครราชสีมา 30000 ประเทศไทย โทร. 044-232041,081-9660509 อีเมล cleftmhrh@gmail.com

Correspondence to :

Pinai Nirunrungreng, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Cleft Center, 49 Changpueak Road, Amphoe Mueang Nakhon Ratchasima 30000, Thailand Office number: 044-232041 Mobile phone: 081-9660509 E-mail: cleftmhrh@gmail.com

บทนำ

ภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ชนิดสมบูรณ์ด้านเดียว เป็นความผิดปกติที่พบบากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ทั้งหมด จากการสำรวจที่โรงพยาบาลมหาราชชนครราชสีมา ระหว่างปี.ศ.2548-2552 พบว่าจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดสมบูรณ์ด้านเดียวร้อยละ 64.4 ของจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่ทั้งหมด¹

เป้าหมายของการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของส่วนประกอบต่าง ๆ ให้กลับมาสอดคล้องใกล้เคียงกับด้านปกติที่ไม่แหว่งให้มากที่สุด ให้มีริมฝีปากและจมูกที่สวยงาม โดยการรักษาจะแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการรักษาก่อนการผ่าตัด (presurgical orthopedic treatment) ขั้นตอนการเย็บริมฝีปากและจมูกแบบปฐมภูมิ(primary repair of cleft lip and nose) และขั้นตอนการคงสภาพจมูกภายหลังการผ่าตัด

ในขั้นตอนการรักษาก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องมือโคราชแนมซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประยุกต์จากหลักการของ Grayson² โดยการใช้เพดานเทียมชนิดมีแรง เพื่อช่วยในการจัดเรียงแนวของสันกระดูกขากรรไกรบนและลดขนาดช่องว่างของรอยแยกร่วมกับการปรับโครงสร้างจมูกในขณะเดียวกันโคราชแนมมี 3 ชนิด ได้แก่ โคราชแนม I โคราชแนม II และโคราชแนม III ซึ่งแต่ละชนิดมีวัตถุประสงค์ในการใช้ที่แตกต่างกัน³ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 โคราชแนม I II III

Figure 1 Korat NAM I II III

ในขั้นตอนการผ่าตัด การผ่าตัดริมฝีปากและจมูกในปัจจุบันนิยมทำพร้อมกันในแบบปฐมภูมิ (primary repair cleft lip and nose) เทคนิคการผ่าตัดริมฝีปาก มีเทคนิคพื้นฐานที่ศัลยแพทย์นิยมนำมาพัฒนาตามความเหมาะสมและความชำนาญของศัลยแพทย์แต่ละคน⁴ การผ่าตัดจมูกพร้อมกับริมฝีปากแบบปฐมภูมิ (primary nasal repair) มีแนวความคิดการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของจมูกและริมฝีปากในครั้งเดียวกัน ซึ่งการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างของกระดูกอ่อนบริเวณปลายจมูกและปีกจมูกให้ตั้งตรงขึ้นจากที่มีความผิดปกติโดย Henry C. และคณะ⁵ ได้รวบรวมวิธีต่าง ๆ แยกเป็นกลุ่ม ในการใช้แผลผ่าตัดเพื่อเข้าไปแก้ไขกระดูกอ่อนโดย

1. ผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดริมฝีปากแหว่ง (ผ่านทางแผลผ่าตัดริมฝีปากแหว่งบริเวณฐานคอลัมเมลลา (columella) และฐานปีกจมูก) เช่น วิธีของแมคคอมบ์ (Mc comb's technique)^{6,7}
2. ผ่าตัดทางแผลผ่าตัดขอบริมปีกจมูก และภายในเยื่อจมูกเช่น วิธีของทาจิม่า (Tajima inverted U incision)⁸
3. ผ่าตัดทางแผลภายนอกจมูก (external incision and open rhinoplasty) เช่นวิธีของ Thomas^{9,10} หรือ Dibbell¹¹

ในขั้นตอนการคงสภาพจมูกภายหลังการผ่าตัด โดยใช้โคราชแนม II ภายหลังการผ่าตัดจมูกและริมฝีปากและโคราชแนม III ภายหลังการเย็บเพดาน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอวิธีการรักษาเด็กปากแหว่งด้านเดียว โดยการประยุกต์ใช้โคราชแนมในจมูกทั้งสองข้างร่วมกับการผ่าตัดด้วยวิธีดัดแปลงจากวิธีโรเซนแอดวานซ์เมนท์ของมิลลาร์ดและการผ่าตัดแก้ไขจมูกชนิดปฐมภูมิด้วยวิธีของทาจิม่าในการผ่าตัดครั้งเดียวในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดสมบูรณ์ด้านเดียว และนำเสนอรายงานผู้ป่วยที่ได้ติดตามผลการรักษา 5 ปี จำนวน 1 ราย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 7 วัน (รูปที่2) ถูกส่งต่อมาพบทันตแพทย์ด้วยปัญหาปากแหว่งเพดานโหว่เพียงอย่างเดียวและไม่พบปัญหาในกลุ่มอาการโรคอื่น ๆ จากการตรวจพบลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดสมบูรณ์ด้านซ้ายและมีความกว้างของรอยโหว่ 10 มม.



รูปที่ 2 ภาพภายนอกช่องปากผู้ป่วย

Figure 2 Extraoral photograph

ขั้นตอนก่อนการผ่าตัด

โดยทั่วไปในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว จะใช้เครื่องมือปรับโครงสร้างของจมูกเฉพาะด้านที่เป็นรอยโหว่เพียงด้านเดียวเท่านั้นแต่จากประสบการณ์ในการรักษาพบว่าภายหลังการรักษา แนวแกนของจมูกยังคงมีการเอียงเล็กน้อย จึงเกิดแนวคิดในการใช้โคราชแนม ในด้านที่ปกติเพื่อช่วยในการพยุงให้แนวแกนจมูกตั้งตรงขึ้นโดยเพิ่มส่วนแขนและปุ่มอะคริลิกขนาดเล็กในจมูกด้านปกติ ปุ่มอะคริลิกในรูจมูกด้านปกติมีขนาดเล็กมาก อยู่ในตำแหน่งที่อยู่ชิดกับคอลัมเมลลาและไม่มีแรงยึดที่ปลายจมูก ส่วนแขนลวดที่ยื่นจากเพดานเทียม จะโค้งไปตามรูปริมฝีปากจนเข้าไปในรูจมูก โดยไม่มีคอคอยล์สปริง วิธีการการพันปลายเชือกจะพันเชือกจากเพดานเทียมเฉพาะในด้านผิดปกติที่มีคอคอยล์สปริง และให้ปลายเชือกที่พันสุดทำายออกจากแนวกลางของจมูก (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 โคราชแนม I

Figure 3 Korat NAM I

ผู้ป่วยถูกส่งไปเพื่อเย็บริมฝีปากภายหลังรอยแยกบริเวณกระดูกเข้าฟันเคลื่อนมาชิดกันแล้วเมื่ออายุ 5 เดือน 18 วัน

ขั้นตอนการผ่าตัดเย็บริมฝีปากและจมูกระยะแรก

วิธีการผ่าตัดริมฝีปากที่ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ รพ.มหาสารคามราชสีมา ได้มีการพัฒนาผสมผสานการผ่าตัดและ

เย็บจมูกจากเทคนิคมาตรฐานที่นิยมใช้หลายเทคนิคเพื่อให้ได้ผลภายหลังการรักษาที่ดีซึ่งมีวิธีการในรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดจุดที่จะเย็บสร้างจุดปากกระจับ (cupid bow) บริเวณรอยต่อของเวอร์มิลเลียน (Vermillion) ของริมฝีปากด้านในและด้านนอกของช่องแหว่งโดยจุดที่กำหนดสร้างจุดยอดปากกระจับของริมฝีปากด้านนอกให้พิจารณาจากองค์ประกอบ 3 อย่าง ต่อไปนี้เรียงลำดับจากมากไปน้อยตามความสำคัญ เพราะในผู้ป่วยแต่ละรายความผิดปกติของรูปร่างของริมฝีปากไม่เหมือนกันดังนั้นจะไม่สามารถให้มีผลทั้ง 3 อย่างพร้อมกันได้ให้พิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละรายเป็นสำคัญ (ตามรูปที่ 4 (1))

- ความยาวจากมุมปากมาถึงจุดปากกระจับ
- ความหนาของริมฝีปากส่วนเวอร์มิลเลียน (vermillion) ซึ่งจะต้องนำไปสร้างร่วมกับด้านใน รวมกันแล้วให้ความหนาเต็มอิมใกล้เคียงกับด้านที่เป็นปกติ

- ความยาวของริมฝีปากคือจุดจากฐานปีกจมูกมาถึงจุดยอดปากกระจับ

2. การผ่าตัดซ่อมสร้างริมฝีปากใช้วิธีโรเทนซ์ แอดวานซ์เมนต์ของมิลลาร์ด (millard rotation advancement) (รูปที่ 4 (2)) เป็นหลัก โดยใช้การผ่าตัดเป็นแนวโค้งจากจุดยอดปากกระจับ (cupid bow) ของริมฝีปากด้านในมาถึงจุดกลางของฐานคอลัมเมลลาแล้วต่อตั้งตรงขึ้นกลางสันกลางจมูกอีกประมาณ 2 มิลลิเมตร (รูปที่ 4 (3)) ร่วมกับการผ่าตัดแนวนอนเหนือจุดปากกระจับประมาณ 2 มิลลิเมตร (รูปที่ 4 (4)) เพื่อรองรับแฟลปสามเหลี่ยมจากด้านนอกคล้ายวิธีของฟิชเชอร์ (Fisher submit)¹² เพื่อสร้างริมฝีปากให้ยาวเท่ากับด้านปกติและลดการเกิดแผลเป็นหดรั้ง

3. ใช้แฟลปของผิวหนังและริมฝีปากส่วนแดงของริมฝีปากด้านในของช่องแหว่งโยกไปสร้างเยื่อบุด้านใน ส่วนพื้นล่างและผนังด้านนอกของโพรงจมูก (รูปที่ 4 (5))

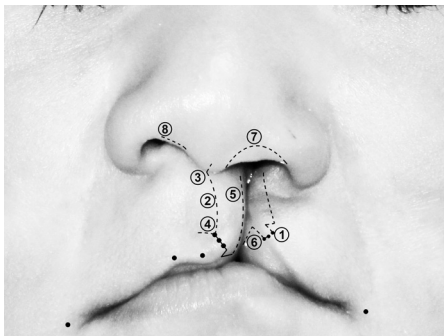
4. ใช้แฟลปสามเหลี่ยมขนาดใหญ่จากริมฝีปากด้านนอกส่วนแดงมาเติมริมฝีปากด้านใน ส่วนแดงให้มีขนาดหนาขึ้น (lateral V nordhoff flap)¹³ (รูปที่ 4(6))

5. การซ่อมสร้างชั้นกล้ามเนื้อ ต้องแยกกล้ามเนื้อริมฝีปากด้านนอกที่ยึดติดกับกระดูกกรามบนโยกมาเย็บติดกับกล้ามเนื้อริมฝีปากด้านในให้เต็มตามความยาวของริมฝีปากตั้งแต่ใต้คอลัมเมลลาจนถึงใต้ริมฝีปากส่วนแดงโดยให้ความตึงน้อยที่สุด และให้ความสำคัญของการเย็บชั้นกล้ามเนื้อด้านบนใต้ฐานจมูก (รูปที่ 5 (4)) เป็นตัวกำหนดความกว้างของฐานรูจมูกมากกว่าชั้นผิวหนังด้วย และจะให้แคบกว่าด้านปกติประมาณร้อยละ 10 เพราะหลังจากแผลหายจะมีแรงดึงทำให้เกิดการขยายออกตามรายงานของ Betty และคณะ¹⁴

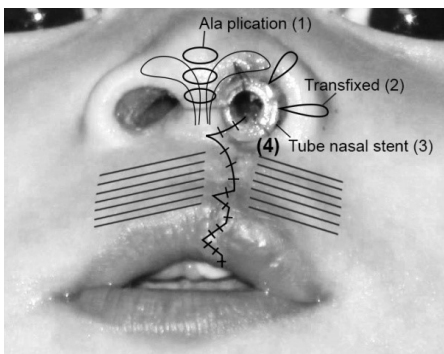
6. ทำการผ่าตัดแก้ไขจมูกผิดปกติพร้อมกับริมฝีปากในครั้งเดียว (one unit) โดยเริ่มจากแผลผ่าตัดเป็นรูปตัวยู่หัวกลับหรือระฆังคว่ำ

(reverse U-incision) ตามวิธีของ Tajima⁸ (รูปที่ 4 (7)) ในด้านผิปกติ และแผลผ่าตัดขอบจมูกด้านใน (Rim incision) ในด้านปกติ (ตามรูปที่ 4 (8)) เพื่อเข้าไปแกะแยกกระดูกอ่อนออกจากผิวหนังปลายจมูก และเย็บกระดูกอ่อนทั้ง 2 ด้าน เข้ายึดกันให้ตั้งสูงขึ้น (lower lateral cartilage plication) โดยผู้เขียนจะใช้ไหมละลายพิดีเอส (polydioxanone synthetic) เย็บผ่านเยื่อในโพรงจมูกทั้ง 2 ด้านจำนวน 3 เข็ม (รูปที่ 5(1)) โดยเน้นที่เข็มแรกบริเวณมุมสามเหลี่ยมใต้ยอดจมูก (soft triangle) เข็มที่สองได้เข็มแรกลงมาทางด้านหลังส่วนบนของคอลัมเมลาและเข็มที่สามสูงกว่าเข็มแรกขึ้นไปทางศีรษะ การใช้แผลผ่าตัดรูปตัวยูกลับหัวจะช่วยให้มีการแก้ไขให้ปีกจมูกด้านผิปกติสูงกว่าด้านปกติประมาณร้อยละ 10 เพื่อลดการคืนกลับหลังจากแผลหาย¹⁴ ในบางรายอาจจะมีการตัดเส้นผิวหนังบางส่วนออกร่วมด้วย

7. หลังผ่าตัดแก้ไขจมูกและเย็บปิดแผลแล้ว การคงสภาพรูจมูกเพื่อลดการบวมหนาของเยื่อภายในรูจมูก ทำโดยเย็บเยื่อภายในรูจมูกบริเวณผนังด้านนอกแบบฝังปมอยู่ภายในรูจมูกให้แบบบางจำนวน 2 เข็มด้วยไหมละลาย (รูปที่ 5 (2)) และเอาท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) ชนิดไม่มีคัพในขนาดที่พอดี มาตัดใส่เป็นตัวตามกภายในรูจมูก และเย็บตรึงไว้นาน 3 สัปดาห์ (รูปที่ 5 (3))



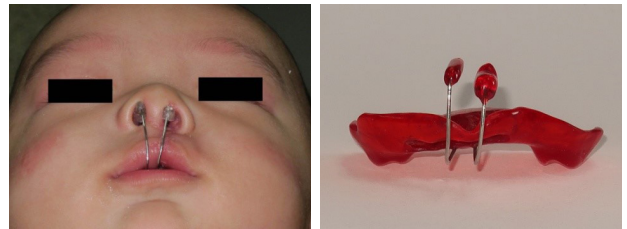
รูปที่ 4 ก่อนเย็บริมฝีปาก
Figure 4 Before cheiloplasty



รูปที่ 5 หลังเย็บริมฝีปาก
Figure 5 After cheiloplasty

ขั้นตอนการคงสภาพจมูกภายหลังการผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัด 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการใส่เครื่องมือโคราชแนม II (รูปที่ 6) ซึ่งทำโดยตัดลวดและติดตั้งขาลวดพร้อมปุ่มอะคริลิกในด้านผิปกติคล้ายโคราชแนม I แต่ไม่มีคอยล์สปริงจุดสูงสุดของปุ่มอะคริลิกในรูจมูกด้านผิปกติสัมผัสหรือมีแรงเล็กน้อยกับด้านในปลายจมูก ส่วนด้านปกติมีรูปร่างและการติดตั้งเหมือนกับด้านปกติในโคราชแนม I การใช้โคราชแนม II ในเด็กที่เย็บริมฝีปากและจมูกแล้วจะใช้ครีมนวดฟันปลอมจำนวนพอเหมาะยึดส่วนของเพดานเทียมและเนื้อเยื่อเพดานในช่องปากโดยมีตำแหน่งของปุ่มอะคริลิกในรูจมูกที่ถูกต้องทั้งสองด้านให้คนไข้ใส่ตลอดเวลาเพื่อคงสภาพจมูกหลังเย็บริมฝีปากและจมูกไปถึงก่อนเย็บเพดานเป็นเวลา 1 ปี¹⁴



รูปที่ 6 โคราชแนม II
Figure 6 Korat NAM II

โคราชแนม III (รูปที่ 7) จะถูกเตรียมสำหรับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเย็บเพดาน เพื่อคงสภาพจมูกภายหลังเย็บเพดานแล้ว หรือในกรณีที่มีฟันกรามน้ำนมเริ่มขึ้น ทำให้การใส่โคราชแนม II ชนิด 2 ด้านหลวมไม่แน่นแรงยึดเพดานเทียมไม่เพียงพอ โดยให้คนไข้ใส่อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง¹⁵ นัดเช็คเครื่องมือทุก ๆ 3 เดือนเพื่อดูแลสุขภาพในช่องปากและติดตามพัฒนาการการขึ้นของฟันในระยาะฟันน้ำนม



รูปที่ 7 โคราชแนม III
Figure 7 Korat NAM III

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเย็บเพดานเมื่อ อายุ 1 ปี 6 เดือน และได้รับการติดตามผลการรักษาไปจนกระทั่งอายุ 5 ปี 8 เดือน ผลการติดตามการรักษาพบว่ารูปร่างของจมูกทั้งสองด้านมีความ

สมมาตรและคงสภาพเช่นเดียวกับภายหลังการผ่าตัดตั้งรูปที่ 8 และ 9 แสดงการเปรียบเทียบรูปร่างของจมูกตั้งแต่เริ่มทำการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยอายุ 5 ปี 8 เดือน

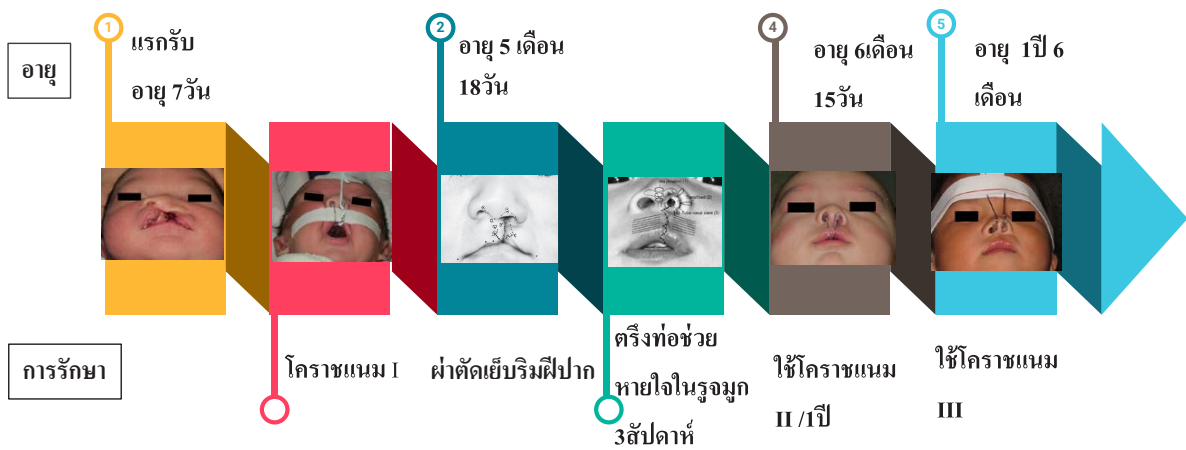
โดยสรุป ผู้ป่วยได้รับการรักษาในขั้นตอนต่างตามอายุ และเครื่องมือที่ใช้ตั้งรูปที่ 10



รูปที่ 8 ภาพหน้าตรง
Figure 8 Frontal view



รูปที่ 9 ภาพหน้าแหงน
Figure 9 Submentovertex view



รูปที่ 10 การรักษาผู้ป่วยในระยะเวลาต่าง ๆ
Figure 10 Treatment sequence in each age

บทวิจารณ์

ในกรณีที่ปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวแบบสมบูรณ์ที่มีสันกระดูกขากรรไกรในช่องโหว่ห่างกันมากกว่า 10 มิลลิเมตร จะใส่เพดานเทียมชนิดมีแรง (active obturator) โดยการใส่กระดูกชนิด

ปิดร่วมกับเรียงสันกระดูกขากรรไกรชิ้นใหญ่ (greater segment) ที่เบี่ยงเบนจากแนวปกติให้เคลื่อนที่เข้าสู่แนวปกติจนเหลือรอยแยกอย่างน้อย 2-3 มิลลิเมตร จะทำให้ลดระยะเวลาและเปลี่ยน

เครื่องมือในการปิดช่องว่างลงในผู้ป่วยรายนี้ความกว้างของรอยโหว่มีมากถึง 10 มิลลิเมตร จึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคเย็บชนิดมีแรง โดยมีสกรูชนิดปิดร่วมด้วย³ ในการใช้เทคนิคเย็บชนิดมีแรง จะช่วยให้การจัดสันเหงือกมีช่องแคบลงและระดับของเหงือกส่วนด้านในและด้านนอกของช่องห่างมีการเรียงรูปทรงที่ดีขึ้น ร่วมกับการใช้โคราชแนม I ชนิด 2 ด้านในเวลาต่อมาเพื่อจัดโครงสร้างจมูก จะเป็นโครงสร้างหลักให้ผ้าตัดซ่อมสร้างริมฝีปากและจมูกง่ายและได้ผลดี

การเลือกใช้วิธีผ่าตัดจะใช้วิธีพื้นฐานของมิลลาร์ดโรเทชั่น แอดวานซ์เมนท์ มาดัดแปลงเพิ่มเติมผสมผสานกับแฟลปสามเหลี่ยมตามวิธีของพิชเซอร์ และการเติมส่วนริมฝีปากด้วยนอร์คอปแฟลปมีข้อดีดังต่อไปนี้

1. วิธีโรเทชั่น แอดวานซ์เมนท์ของมิลลาร์ด จะช่วยยึดริมฝีปากส่วนที่สั้นให้ยาวขึ้นได้ดีกว่าวิธีของพิชเซอร์ และแนวแผลเป็นที่สวยเข้ารูปของสันริมฝีปากบน (philtrum) ได้ดีกว่าของเทนิสัน ซึ่งเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์ในอเมริกาและแคนาดานิยมใช้กันมากที่สุดจากการสำรวจของซิสแมนและคณะ⁴ และต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อยต่อยอดจากวิธีเดิมตามความเห็นที่หลากหลายของศัลยแพทย์ดังที่มีการรวบรวมไว้ของลอเรนและคณะ¹⁶

2. แฟลปสามเหลี่ยมเล็ก ๆ เหนือขอบริมฝีปากขาว (white roll) ในแบบของพิชเซอร์จะช่วยลดการเกิดแผลเป็นหดรั้งที่ทำให้เกิดการสูงขึ้นของจุดยอดปากกระจับ (cupid bow) ของด้านที่ผ่าตัดได้ ซึ่งเคยมีผู้เริ่มใช้และนำเสนอคือ โอนิซูกะ⁴ และพิชเซอร์¹²

3. แฟลปสามเหลี่ยมของริมฝีปากแดงจากส่วนนอกของริมฝีปากแดงตามแบบของนอร์คอป จะช่วยเติมแก้ไขในความบางของริมฝีปากแดงส่วนในของปากแดงได้ดี และทำให้เวอรัลเปลี่ยนส่วนกลางริมฝีปากบน (tubercle) เติบโตขึ้นได้^{4,13,16}

4. การเพิ่มแนวผ่าตัดตั้งตรงขึ้นจากกลางฐานคอลัมเมลลา จะเพิ่มมุมป้านให้กับฐานคอลัมเมลลาที่เชื่อมต่อกับพื้นของรูจมูกให้มีความสวยงามคล้ายด้านที่เป็นปกติมากขึ้น ซึ่งคล้ายกับวิธีของโมเลอร์ที่ดัดแปลงมาจากมิลลาร์ด (Mohler's Millard modification)^{4,16} ที่มีการขยายแผลผ่าตัดขึ้นไปพื้นฐานของคอลัมเมลลา

5. การใช้แฟลปผิวหนังและเยื่อเมือกจากด้านในของริมฝีปากแดงเพียงด้านเดียว โยกไปสร้างเป็นฐานรูจมูก ก็ทำให้การวางแผนการผ่าตัดและวิธีการผ่าตัดง่ายขึ้น

6. การเย็บซ่อมสร้างกล้ามเนื้อบริเวณฐานรูจมูกผู้เขียนใช้ส่วนนี้เป็นตัวกำหนดความกว้างของฐานรูจมูก โดยจะให้ความสำคัญมากกว่าการเย็บซ่อมในชั้นผิวหนัง และคำนึงถึงแรงดึงให้น้อยที่สุดเพื่อลดการยืดขยายของความกว้างของรูจมูก หลังการหายของแผลผ่าตัด แรงดึงของกล้ามเนื้อสามารถลดได้ด้วยการผ่าตัดและกล้ามเนื้อออกจากกระดูกกรามบนบริเวณขอบโพรงจมูก (nasal aperture) และด้านหน้าของกระดูกกรามบน ซึ่งมีลิแกเมนต์นำเสนอการผ่าตัดในลักษณะคล้ายกันนี้¹⁶

7. การตัดเลาะยกฐานจมูกและกล้ามเนื้อออกจากกระดูกกรามบนบริเวณขอบด้านโพรงจมูกและด้านหน้าของกระดูกกรามบน จะช่วยลดแรงดึง ทั้งบริเวณขอบด้านล่างของรูจมูกและยอดจมูก ทำให้การดึงกลับของกระดูกอ่อนบริเวณปลายจมูกน้อยลง ไม่ทำให้อุดจมูกต่ำลงหลังจากการหายของแผลผ่าตัดแนวคิดการผ่าตัดจมูกและริมฝีปากเป็นส่วนเดียวกันเพราะแรงดึงของกล้ามเนื้อและผิวหนังบริเวณฐานจมูกจะส่งผลต่อการคืนกลับของความผิดปกติของจมูกภายหลังการผ่าตัดด้วย ซึ่งการผ่าตัดส่วนนี้ศัลยแพทย์หลายท่านแนะนำให้ใช้วิธีเย็บพื้นฐานปีกจมูก (ala base cinch suture) แต่ผู้เขียนให้ความสำคัญของการเย็บซ่อมกล้ามเนื้อมากกว่าชั้นผิวหนังและการเย็บพื้นฐานปีกจมูก

8. การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของจมูกเป็นการจัดรูปทรงของกระดูกอ่อนบริเวณปลายจมูกเป็นส่วนหลัก ด้วยการเย็บไปยึดกับด้านมีโครงสร้างด้านปกติ ซึ่งการผ่าตัดผู้เขียนเลือกใช้วิธีของ ทาจิม่า เพราะสามารถทำให้เกิดการแก้ไขได้มากกว่าปกติ (over correction) เพราะอัตราการดึงกลับของโครงสร้างของกระดูกอ่อนสูงมาก โดยหวังว่าเมื่อการแก้ไขมากกว่าปกติแล้วเกิดการดึงกลับก็จะได้ผลสุดท้ายที่ใกล้เคียงกับด้านปกติ^{8,10,14}

9. หลังการผ่าตัดในระยะสั้น ได้มีการพยายามคงสภาพภายในของรูจมูกด้วยการใช้ท่อที่ตัดจากปลายท่อช่วยหายใจ ขนาดเดียวกับที่ใช้ดมยาสลบมาตามด้านในของรูจมูกเย็บยึดไว้กับสันกลางจมูกด้านใน นาน 3 สัปดาห์ ร่วมกับการเย็บแนบ (Transfix) ผันด้านนอกของรูจมูก เพื่อหวังผลในการลดบวมของเยื่อภายในรูจมูกและคงสภาพรูจมูกไม่ให้ตีบแคบ ภายหลังการผ่าตัดประมาณ 3 สัปดาห์เมื่อแผลผ่าตัดหายดีแล้ว จึงใช้เครื่องมือโคราชแนม II เพื่อคงสภาพจมูกไปจนถึง 1 ปี 6 เดือนก่อนเย็บเพดานหลังจากเย็บเพดานแล้วจะใช้โคราชแนม III เพื่อคงสภาพต่อไปอีก

บทสรุป

การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดด้านเดียวแบบสมบูรณ์โดยการใช้โคราชแนมชนิด 2 ด้านทั้งในด้านที่ปกติและด้านที่เป็นรอยแหว่ง ร่วมกับเทคนิคการผ่าตัดที่ประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีอย่างไรก็ตามรายงานผู้ป่วยในรายงานฉบับนี้เป็นเพียงตัวอย่างศึกษา ควรจะมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มที่ให้การรักษามีการวัดความเปลี่ยนแปลง ที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- Wirarat P, Ritthagol W, Limpattamapane K. Epidemiologic study of Oral Cleft in Maharatnakornratchasima Hospital between 2005-2009. *J Thai Assoc Orthod* 2010;9: 3-13.
- Grayson BH1, Santiago PE, Brecht LE, Cutting CB. *Cleft Palate Craniofac J* 1999;36(6):486-98.

3. Wirarat P, Nirunrungrueng P, Ritthagol W, Keinprasit C. Korat Nam. *J Thai Assoc Orthod* 2010;9: 33-42.
4. Thomas J.: Current surgical practices in cleft case : Unilateral cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(5):261-270
5. Henry C, Samson T, Macky D. Evidence –Based Medicine: The Cleft Lip Nasal Deformity. *Plast Reconstr Surg* 2014;133(5):1276-88.
6. McComb H. Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg* 1975;55(5):596-601.
7. McComb HK, Coghlan BA. Primary repair of the unilateral cleft nose: Completion of a longitudinal study. *Cleft Palate Craniofac J* 1996;33(1):23-30.
8. Tajima S. Follow up results of the unilateral primary cleft lip operation with special reference to primary nasal correction by the author’s method. *Facial Plast Surg* 1990;7:97-104.
9. Thomas C. Primary rhinoplasty by open approach with repair of unilateral complete cleft lip. *J Craniofac Surg* 2009;20(Suppl2): 1711-1714.
10. Tajima S, Maruyama M. Reverse-U incision for secondary repair of cleft lip nose. *Plastic Reconst Surgery* 1977;60(2):256-261.
11. Dibbell D.G. Cleft lip nasal reconstruction: Correcting the classic unilateral defect. *Plastic Reconst Surgery*.1982;69(2):256-271.
12. Fischer DM. Unilateral cleft lip repair: An Anatomical subunit approximation technique. *Plast Reconstr Surg* 2005 ;116(1):61-71.
13. Noordhoff MS. Reconstruction of vermilion in unilateral and bilateral cleft lips. *Plastic Reconstr Surg* 1984;73(1):52-61
14. Betty Chien-Jung Pai, Ellen Wen-Chinglo, Chiung-ShingHuang, Eric Jen-Wein Liou. Symmetry of The Nose After Presurgical nasal-alveolar molding in infants with unilateral cleft lip and palate. A preliminary study. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42(6):658-63.
15. ทินัย รุ่งเรือง และคณะฯ .คู่มือการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ แรกเกิด-3ปี.พิมพ์ครั้งที่1. นครราชสีมา สมบูรณ์การพิมพ์.2558: หน้า3-31.
16. Lauren OR, Rene PM, John AG. The Millard Rotation Advancement Cleft Lip and Palate Repair: 50 Years of Modification. *Cleft Palate Craniofac J*.2015;52(6):188-195.