

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนากระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

สิริพรรณ จำปาเงิน พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี โดยนำแนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle มาใช้ในกระบวนการทำงานประจำ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ Care Team สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ การพัฒนาประยุกต์ใช้ Siriraj Tongue-tie Score คัดกรองภาวะลิ้นติด ใช้ LATCH score ประเมินคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือการเข้าเต้า และวัดการเจ็บปวดหัวนมจากปัญหาทารกดูดนมแม่ไม่ได้ โดยวัดระดับคะแนนความเจ็บปวด (0-10 numeric pain intensity scale) เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาจากอุบัติการณ์ทารกที่มีภาวะลิ้นติด และปัญหาการดูดนมมารดาของทารก เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2554 ถึง มีนาคม 2556 ในทารกแรกเกิดจำนวน 2,911 ราย (2) ศึกษาการคัดกรองและกระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด ศึกษาทารกแรกเกิดจำนวน 1,639 ราย ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2556 ถึงมีนาคม 2557 ผลการศึกษาพบว่า อัตราทารกแรกเกิดได้รับการแก้ไขภาวะลิ้นติดก่อนการพัฒนา ร้อยละ 3.0 หลังการพัฒนา ร้อยละ 7.3 คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยก่อนตัดฟ้งฝีใต้ลิ้น 6.6 คะแนน หลังตัด 8.3 คะแนน ระดับคะแนนความเจ็บปวดหัวนม เฉลี่ยก่อนตัด 4.6 คะแนน หลังตัด 2.3 คะแนน

คำสำคัญ: ภาวะลิ้นติด, การคัดกรอง, การตัดฟ้งฝีใต้ลิ้น, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บทนำ

ภาวะลิ้นติด (tongue-tie) เกิดจากเนื้อเยื่อใต้ลิ้น (lingual frenulum) ผิดปกติ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจทำให้ทารกดูดนมแม่ไม่ได้ มีความสำคัญต่อการให้ลูกกินนมแม่ตั้งแต่วัยแรก และอาจมีผลต่อการพูด และสุขภาพช่องปากในระยะต่อมา ข้อมูลต่างประเทศพบความชุกภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดแตกต่างกันไปตั้งแต้อ้อยละ 1.7 ถึงร้อยละ 10.7 เนื่องจากยังไม่มีคำจำกัดความที่เป็น

มาตรฐาน สำหรับประเทศไทยจากรายงานของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความชุกของทารกที่มีภาวะลิ้นติดระดับปานกลางถึงรุนแรงร่วมกับปัญหาการดูดนมแม่ด้วย ร้อยละ 8.7⁽¹⁾ ซึ่งน้ำนมแม่เป็นอาหารของลูกที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงสุด เหมาะสำหรับลูกมากที่สุด เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยป้องกันลูกจากโรคติดเชื้อต่างๆ⁽²⁾ พบว่า นมแม่ช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารทางเดินหายใจ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ทางเดินปัสสาวะ-

อีกเสบ โรคภูมิแพ้ หอบหืด โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และลดการเสียชีวิตจากโรคท้องเสียได้ 14 เท่าทำให้ลูกฉลาดมีระดับสติปัญญาสูงขึ้น 2-11 จุด อารมณ์ดี พัฒนาการสมวัย ขณะดูดนมแม่ ลูกจะได้รับความอบอุ่น เป็นการวางรากฐานความฉลาดทางอารมณ์⁽³⁾ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กทั่วโลก องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน⁽²⁾

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายสาเหตุ ภาวะล้นติดเป็นอีกหนึ่งปัญหาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในปี 2555 พบอุบัติการณ์ภาวะล้นติดในทารกที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 2 ราย อายุ 1 ปี 9 เดือน และอายุ 3 ปี มาพบแพทย์ด้วยปัญหาพูดไม่ชัด ออกเสียงบางคำไม่ได้ มีน้ำลายไหลตลอดเวลา ดูดนมแม่ไม่ได้ ต้องเลี้ยงด้วยนมผสม แพทย์ตรวจพบมีภาวะล้นติด ส่งผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นที่ห้องผ่าตัด และส่งนักกิจกรรมบำบัดกระตุ้นกล้ามเนื้อลิ้นและกล้ามเนื้อรอบริมฝีปาก จึงได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ภาวะล้นติดและการแก้ไข โดยมีการศึกษาและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะล้นติดในทารกแรกเกิดเพื่อช่วยตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย เกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติที่ดี

ภาวะล้นติดมีผลต่อการดูดนมแม่ของทารก และอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูดเนื่องจากพูดไม่ชัด เป็นสาเหตุของการเจ็บเต้านม และมีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากภาวะล้นติดเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นภาวะที่การเคลื่อนไหวของลิ้นถูกจำกัดจากการที่ lingual frenulum ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ยึดเกาะระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากเกิดความผิดปกติ ซึ่ง frenulum อาจสั้นไปและยึดติดกับลิ้นแน่นไป หรืออาจเกาะออกไปตามพื้นล่างของลิ้นยาวเกินไป หากยื่นไปถึงปลายลิ้น อาจทำให้เห็นปลายลิ้นเป็นรูปตัววี (V) หรือเป็นรูปหัวใจ ภาวะนี้มักเป็นกรรมพันธุ์ และไม่สามารถป้องกันได้ ผลของล้นติดต่อทารกอาจเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ดูดนมไม่ได้ดี อมหัวนมแล้วมักหลุด

น้ำหนักตัวไม่ค่อยขึ้นจากการได้น้ำนมไม่พอ แม่เจ็บหัวนมหรือเป็นแผล การสร้างน้ำมน้อยลง ซึ่งเด็กกลุ่มนี้อาจจะต้องได้รับการแก้ไขโดยการผ่าตัด⁽⁴⁾ ปัญหาอื่นของภาวะล้นติดนอกจากการดูดนมแม่ ยังมีในเด็กโตที่มีพังผืดยึดมาถึงบริเวณปลายลิ้น อาจพูดไม่ได้ พูดซ้ำ พูดไม่ชัดโดยเฉพาะตัวควบกล้ำ และมีปมด้อยได้⁽⁵⁾

การศึกษาผลของภาวะล้นติดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าทารกที่มีภาวะล้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุของการเจ็บเต้านมของมารดา ร้อยละ 36.0-89.0⁽⁶⁾ โดยเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ววัดคะแนนการเจ็บเต้านมของมารดาที่ทารกมีภาวะล้นติดดีขึ้นราวร้อยละ 44.0-95.0^(2,7) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเจ็บเต้านมก่อนและหลังทำการผ่าตัด นอกจากนี้อาการเจ็บเต้านมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10.0-26.0⁽⁸⁾ การเข้าเต้าไม่ดี การเข้าเต้าเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบทารกที่มีภาวะล้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุการเข้าเต้าได้ไม่ดี ร้อยละ 64.0-84.0⁽⁶⁾ มีรายงานเปรียบเทียบการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะล้นติดกับทารกปกติ พบว่า ในทารกที่มีภาวะล้นติดมีการเข้าเต้าลำบากร้อยละ 25.0 เทียบกับในทารกปกติพบร้อยละ 3.0⁽⁹⁾ โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะล้นติดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดรักษาพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทารกที่มีภาวะล้นติดมีปัญหาเรื่องน้ำหนักขึ้นไม่ดี ร้อยละ 16.0⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นปัญหามาจากการเข้าเต้าได้ไม่ดีและต้องใช้เวลาทำให้ได้รับน้ำนมแม่น้อย หรือไม่เพียงพอ และการหยุดนมแม่เร็ว ทารกที่มีภาวะล้นติดพบมีปัญหากลืนนมแม่ประมาณร้อยละ 50.0⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการคัดเลือกทารกที่ต้องรักษาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ จึงมีการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะล้นติดร่วมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หรือคะแนนการเข้าเต้า

วิธีการรักษาภาวะลิ้นติดนิยมใช้การผ่าตัด frenotomy และ frenectomy ผลลัพธ์ของการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁽¹⁰⁾ ปัจจุบัน คณะผู้ทำการรักษาได้ประยุกต์ใช้วิธีการผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าทำการรักษาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการรักษาโดยการดมยาสลบ⁽⁵⁾ และการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกลิ้นติดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา ทำให้ลดระดับความเจ็บของห้วนม ทำให้มารดาให้นมได้ดี⁽¹¹⁾

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและดำเนินการ จากหลักฐานข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ปี 2555 พบว่าภาวะลิ้นติดมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาจเป็นสาเหตุของการพูดไม่ชัด และอัตราการดาหลังคลอดมีปัญหาห้วนมแตกเป็นแผล เจ็บห้วนม จากทารกดูดนมแม่ไม่ได้ ร้อยละ 11.4 ประกอบกับพบอุบัติการณ์ tongue-tie มีการทบทวน และวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ส่งผลทั้งต่อมารดาและทารก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดตั้งแต่แรกเกิด ร่วมกับทีมสหสาขา โดยใช้กระบวนการ PDCA⁽¹²⁾ เพื่อให้ทารกได้รับการแก้ไขภาวะลิ้นติด เพิ่มประสิทธิภาพการดูดนม และลดปัญหาการเจ็บห้วนมและห้วนมเป็นแผลในมารดาหลังคลอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการโดยนำเอา Siriraj tongue-tie score⁽¹³⁾ มาประยุกต์ใช้ในการคัดกรองและประเมินระดับพังผืดใต้ลิ้น และใช้ LATCH score⁽¹⁴⁾ ประเมินคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือการเข้าเต้า วัดความเจ็บปวดห้วนมจากปัญหาทารกดูดนมแม่ไม่ได้ ใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวด (0-10 numeric pain intensity

scale) ผู้ศึกษาได้นำแบบคัดกรองภาวะลิ้นติดแบบวัดคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบวัดระดับความเจ็บปวดมาใช้ในกระบวนการทำงานประจำ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ Care Team สูติ-แพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ศึกษาได้นำแนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA cycle⁽¹²⁾ มาใช้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจในกระบวนการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกศึกษาสถานการณ์ปัญหา จากอุบัติการณ์ทารกที่มีภาวะลิ้นติด และปัญหาการดูดนมมารดาของทารก เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า ระยะที่สอง ศึกษาการคัดกรองและกระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด โดยผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอน PDCA ดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan) ได้ทบทวนอุบัติการณ์ทารกที่มีภาวะลิ้นติด วิเคราะห์ความเสี่ยง และปัญหาที่เกิดจากภาวะลิ้นติดโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึงมีนาคม 2556 ในทารกแรกเกิดจำนวน 2,911 ราย เป็นการทบทวนสถิติข้อมูล และการปฏิบัติไม่มีระบบการคัดกรอง พบทารกมีภาวะลิ้นติดเมื่อมองเห็นชัดเจนคือระดับความรุนแรงมาก ดูดนมแม่ไม่ได้ จึงได้รับการผ่าตัดทำโดยศัลยแพทย์ และพบว่ามารดาหลังคลอดมีปัญหาห้วนมแตกเป็นแผล ร้อยละ 11.5 จากการทบทวนทำให้ทีมตระหนักถึงการค้นหาเชิงป้องกัน เพื่อให้การดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ทารกเข้าถึงการรักษาและได้รับการแก้ไขปัญหาลิ้นติดได้รวดเร็ว สามารถดูดนมแม่ได้ดีขึ้น โดยมี การสืบค้นหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะลิ้นติด และนำมาวางแผนพัฒนาร่วมกับทีม ดังนี้

1. พัฒนาความรู้พยาบาล โดยส่งอบรมที่โรงพยาบาลศิริราช เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เรื่องการประเมินคัดกรองภาวะลิ้นติด และการใช้ Siriraj tongue-tie score การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าเต้า โดยใช้ LATCH Score

2. ออกแบบระบบการคัดกรอง tongue-tie และการส่งทารกทำ Frenectomy

3. ออกแบบบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด ขั้นตอนดำเนินการ (DO) ผู้ศึกษาได้นำระบบคัดกรองทารกที่มีภาวะลิ้นติด ไปใช้ในการคัดกรองและประเมินระดับการยึดติดของพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกรับทันทีที่หอผู้ป่วยสูติกรรมและทารกแรกเกิด โดยตรวจช่องปากทารกเพื่อประเมินว่ามีภาวะลิ้นติดหรือไม่ โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม และผ่านการประเมินซ้ำ โดยกุมารแพทย์ การตรวจประเมินพังผืดใต้ลิ้น จะตรวจขณะเด็กร้องหรือกอดคางเด็กลง เพื่อให้อ้าปาก แล้วใช้ไม้พันสำลีสะอาดเชียบริเวณใต้ลิ้น ดันลิ้นขึ้นให้เห็นตำแหน่งที่ยึดติด เพื่อประเมินลักษณะหนาบาง ตำแหน่งของการเกาะ (ภาพที่ 1-3) การประเมินระดับพังผืดใต้ลิ้น ประยุกต์ใช้ Siriraj tongue-tie score ดังตารางที่ 1 และมีการประเมินการดูดนมแม่ ของทารกและการอุ้มเข้าเต้าของ

แม่โดยใช้แบบประเมิน LATCH score และประเมินปัญหาทารกดูดนมแม่ไม่ได้จากการเจ็บปวดหัวนมหรือหัวนมเป็นแผล เต้านมคัดตึง ใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวด (0-10 numeric pain intensity scale) กุมารแพทย์ตัดสินใจพิจารณาส่ง consult เพื่อทำ frenectomy ถ้าพบระดับ tongue-tie score น้อยกว่า 7 ประกอบกับทารกดูดนมแม่ไม่ได้และแม่มีปัญหาเจ็บหัวนม กรณีที่ score มากกว่าหรือเท่ากับ 7 พังผืดบาง ทารกพอดูดนมแม่ได้ อธิบายให้แม่เข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องรีบผ่าตัด ให้ประเมินการดูดนมของทารกและการเข้าเต้าถูกวิธี ประเมิน LATCH score ซ้ำ แต่ถ้ามารดามีความกังวล กุมารแพทย์อาจพิจารณาส่งทำ frenectomy

ขั้นตอนการทำ frenectomy (ภาพที่ 4-7) สามารถทำได้โดยทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมช่องปาก (oral surgery) ทำให้การเข้าถึงง่ายและรวดเร็วขึ้น การทำ frenectomy เป็นการผ่าตัดทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อ

ภาพที่ 1 การตรวจประเมินพังผืดใต้ลิ้น

ภาพที่ 2 ประเมินคัดกรอง tongue-tie แรกรับโดยพยาบาล

ภาพที่ 3 ประเมิน tongue-tie โดยกุมารแพทย์



ตารางที่ 1 Siriraj Tongue-tie Score

Tongue	Frenulum	mild 3	moderate 2	severe 1
	Function	protraction 3	retraction 2	inversion 1
Nipple	sensation	Tongue at areola 4	Tongue at nipple 2	No Latch on 0

ที่มา: จรวยพร ศรีศตลักษณ์, อภิญญา ตันทวิวงศ์ โรงพยาบาลศิริราช⁽¹³⁾

ภาพที่ 4 ใช้กรรไกรตัดฟังผืดใต้ลิ้นส่วนหน้า



ภาพที่ 5 ผู้ช่วยใช้ผ้าก๊อส กดห้ามเลือดหลังตัดฟังผืดใต้ลิ้น



ภาพที่ 6 ก่อนผ่าตัด ลิ้นติดเป็นรูปตัววี (V)



ภาพที่ 7 หลังผ่าตัดไม่มีการดึงรั้งของลิ้น



ที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากที่สั้นออกทั้งหมด เทคนิคการทำอาจใช้คีมหนีบ (clamp) เพื่อลดการไหลของเลือดก่อน แล้วจึงใช้กรรไกรตัด การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ อาจใช้ยาชาเฉพาะที่ในบางราย ใช้เวลาผ่าตัดประมาณ 5 นาที หลังผ่าตัดอาจมีเลือดซึมเล็กน้อย ใช้ผ้าก๊อสกด ห้ามเลือด และหลังตัดฟังผืดใต้ลิ้นสามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที ผลการรักษาได้ผลดี และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁽¹⁰⁾

หลังตัดฟังผืดใต้ลิ้นผู้ช่วยทันตแพทย์ใช้ผ้าก๊อสกดห้ามเลือด โดยกดนานประมาณ 5 นาที ประเมินซ้ำ ถ้าพบว่ายังมีเลือดออก กดต่ออีก 5 นาที ในรายที่มีปัญหา มีการเฝาระวังสังเกตอาการต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย เช่น มีเลือดออก มีอาการเจ็บแผล มีปัญหาการดูดนม ในรายที่มีเลือดออกส่ง F/U หลังทำ 1 วัน ที่แผนกทันตกรรมติดตามการดูดนมแม่ของทารกหลังตัดฟังผืดใต้ลิ้น และ

ประเมิน LATCH Score ก่อนจำหน่าย

ชั้นประเมินผล (Check) ผู้ศึกษากำหนดให้มีการประเมินผลทุก 6 เดือน ผลการทบทวนรอบแรก พบทารกที่เป็น tongue-tie ได้รับการส่งตัดฟังผืดใต้ลิ้น (frenectomy) จำนวน 46 ราย ร้อยละ 39.3 และทารกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 60.7 จากการทบทวนพบว่าการปฏิบัติยังไม่มีความชัดเจนในการคัดกรอง เนื่องจากยังไม่มี การแบ่งระดับความรุนแรงของฟังผืดใต้ลิ้น การทบทวนรอบที่สอง จากการติดตามทารกที่เป็น tongue-tie และยังไม่ได้ทำ frenectomy จำนวน 47 ราย พบปัญหาเลี้ยงนมผสม เนื่องจากดูดนมแม่ไม่ได้ นับมาประเมินซ้ำที่คลินิกนมแม่พบปัญหาลิ้นติด ได้รับการแก้ไขโดยส่งแผนกทันตกรรม ทำ frenectomy 5 ราย

ชั้นปรับปรุงและการพัฒนา (Act/improvement/development) ผู้ศึกษาได้นำผลที่ได้จากการทบทวนมา

พัฒนา โดยการคัดกรองภาวะลิ้นติดนำ Siriraj tongue-tie score มาประยุกต์ใช้ในการประเมินระดับพังผืดใต้ลิ้น ทำให้มีความชัดเจนขึ้น โดยแบ่งเป็น mild, moderate, severe และกำหนดเกณฑ์คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนกุมารแพทย์พิจารณาสั่งทำ frenectomy ทันที และได้มีการวางระบบติดตามทารกที่มีภาวะลิ้นติดกรณีที่ยังไม่ได้ผ่าตัด โดยนัดมาคลินิกนมแม่ และส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กชุมชน และคลินิกสุขภาพเด็กดี ติดตามประเมินน้ำหนักและพัฒนาการ รวมทั้งได้มีการอบรมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีความรู้ในการคัดกรองภาวะลิ้นติด ค้นหา และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องด้านการใช้ภาษา การออกเสียงพูด หรืออักษรบางตัวไม่ชัด และมีระบบการส่งต่อมาประเมินซ้ำที่โรงพยาบาล เพื่อให้เด็กที่มีปัญหาลิ้นติดได้รับการแก้ไขต่อไป

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน 2556 ถึงมีนาคม 2557 ใช้วิธีเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองภาวะลิ้นติด ประยุกต์ใช้ Siriraj tongue-tie score

2. แบบประเมินคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือการเข้าเต้า LATCH score
3. แบบวัดระดับคะแนนความเจ็บปวด 0-10 numeric pain intensity scale
4. แบบบันทึกทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด ช่วยให้เกิดระบบการคัดกรองและดูแลทารกที่มีลิ้นติด โดยมีการคัดกรองภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดทุกราย ตั้งแต่ เมษายน 2556 ถึง มีนาคม 2557 จำนวน 1,639 ราย และผลการคัดกรองทำให้พบจำนวนทารกที่มีภาวะลิ้นติดเพิ่มขึ้น และทารกได้รับการแก้ไขโดยการตัดพังผืดใต้ลิ้นเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 3.0 หลังมีการพัฒนา อัตราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.3 ดังตารางที่ 2 นอกจากการดูแลทารกลิ้นติดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้ทารกได้รับการช่วยเหลือแก้ไขมากขึ้น ยังพบว่าทารกที่ได้รับการตัดพังผืดใต้ลิ้นมีประสิทธิผลการดูนมที่ดีขึ้น LATCH Score เฉลี่ยก่อนตัด 6.6 คะแนน หลังตัด 8.3 คะแนน และค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความเจ็บปวดที่ห้วนลดลง จากก่อนตัด 4.6 คะแนน เป็นหลังตัด 2.3 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติดก่อนและหลังการพัฒนา

รายการ	ก่อนการพัฒนา (ต.ค.54-มี.ค.56)	หลังการพัฒนา (เม.ย.56-มี.ค.57)
ทารกแรกเกิด (จำนวน)	2,911	1,639
คัดกรองภาวะลิ้นติด (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่มีระบบคัดกรอง	1,639/100.0
ทารกมีภาวะลิ้นติด (จำนวน/ร้อยละ)	86/-	282/17.2
ทารกที่ได้รับการตัดพังผืดใต้ลิ้น (จำนวน/ร้อยละ)	86/3.0	119/7.3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย LATCH Score และระดับความรู้สึกเจ็บปวดที่ห้วนก่อนและหลังการตัดพังผืดใต้ลิ้น

	ก่อนตัด	หลังตัด
ค่าเฉลี่ย LATCH score	6.6	8.3
ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเจ็บปวดที่ห้วน	4.6	2.3

วิจารณ์

การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เริ่มจากการพบอุบัติการณ์เด็กที่มาพบแพทย์ด้วยภาวะลิ้นติด พูดออกเสียงคำบางคำไม่ชัด ประวัติเลี้ยงด้วยนมผสม เนื่องจากดูดนมแม่ไม่ได้ จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษา และทีมดูแลผู้ป่วย ตระหนักถึงปัญหาภาวะลิ้นติด จึงได้มีการทบทวนสถิติข้อมูลและการปฏิบัติที่ผ่านมา พบว่าไม่มีระบบการคัดกรองภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด จะตรวจพบต่อเมื่อพังผืดใต้ลิ้นมีการยึดติดมาก (severe) และต้องส่งปรึกษา (consult) ศัลยแพทย์ เพื่อแก้ไขโดยการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด ไม่มีระบบที่ชัดเจน เป็นลักษณะแก้ปัญหาเมื่อตรวจพบ การแก้ไขภาวะลิ้นติดมีขั้นตอนที่ล่าช้า เนื่องจากใช้ระบบเดียวกันกับผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ การพัฒนาระบบการดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด โดยใช้แนวคิด PDCA ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ทารกได้รับการคัดกรอง แก้ไขภาวะลิ้นติดได้เพิ่มขึ้น เกิดระบบการคัดกรองภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดที่เชื่อถือได้ โดยประยุกต์ใช้ Siriraj tongue-tie score ซึ่งมีเกณฑ์วินิจฉัยภาวะลิ้นติดและการแบ่งระดับความรุนแรง ร่วมกับการวัดคะแนนการจับเต้านม และคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และคะแนนการเข้าเต้า (LATCH score) การใช้ทันตแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมช่องปาก ทำหัตถการตัดพังผืดใต้ลิ้น ไม่ผ่านระบบปรึกษาแผนกศัลยกรรม ช่วยให้ทารกได้รับการแก้ไขภาวะลิ้นติดง่ายและรวดเร็ว การรักษาได้ผลดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สอดคล้องกับ ศิริณี จามสิงห์คำ⁽¹⁵⁾ การพัฒนาระบบการดูแลทารกลิ้นติดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี ซึ่งใช้กระบวนการจัดการความรู้ในบุคลากรแพทย์พยาบาล และแนวคิด Lean ลดขั้นตอนและลดระยะเวลาส่งปรึกษาระหว่างแผนก ช่วยให้แม่และทารกเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น

การพัฒนาระบบคัดกรองภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดทุกราย เป็นการทำงานเชิงรุกและสามารถค้นหาทารกที่มีภาวะลิ้นติดได้เพิ่มขึ้น และได้รับการแก้ไขภาวะ

ความพิการแต่กำเนิดในทารกได้ทันที ช่วยลดการเจ็บปวดเต้านม หัวนม และทารกสามารถดูดนมแม่ได้ดีขึ้น ผลจากการพัฒนามีข้อดีทั้งคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ค้นพบเร็วและได้รับการแก้ไขเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องเลี้ยงดูด้วยนมผสม

สรุปว่าการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 มีประโยชน์เกิดขึ้นชัดเจนทั้งต่อมารดา และทารก ในส่วนของหน่วยบริการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย การพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ การคิดวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาระบบงานอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน ขอขอบคุณทีมสหสาขา สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรมและทารกแรกเกิด ที่ร่วมกันพัฒนางานจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. โสภภรณ์ เงินจำ. ลูกมีภาวะลิ้นติด. ใน: ศิริภรณ์ สวัสดิ์, ภรณ์การ์ บางสายน้อย, กุสุมา ชูศิลป์, รัชดา เกษมทรัพย์, ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ, อิศารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์, วไล เชตะวัน, บรรณาธิการ. เรียนรู้นมแม่จากภาพจากภาพ (ฉบับประเทศไทย). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนครีเอชั่น; 2555. หน้า 127.
2. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. 55th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. ศิริภรณ์ สวัสดิ์. ความจำเพาะของน้ำนมแม่และผลของสุขภาพทารก. ใน: นิพรรณพร วรมงคล, บรรณาธิการ. คู่มืออบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 40.

4. วีระพงษ์ นัตรานนท์. ลิ้นติด Ankyloglossia หรือ Tongue-tie [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.breastfeedingthai.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=345949>
5. มงคล เลาทเพ็ญแสง. พังผืดใต้ลิ้น ปัญหาของเจ้าตัวเล็ก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล : <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=1039>
6. Hong P, Lago D, Seargeant J, Pellman L, Magit ME, Pransky SM. Defining ankyloglossia: a case series of anterior and posterior tongue ties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2010;74:71003-6.
7. Hall DM, Renfrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child* 2005;90:1211-5.
8. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53:1027-33.
9. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatr Clin North Am* 2003;50:381-97.
10. ภาวิน พัวพรพงษ์. ภาวะลิ้นติด (tongue-tie) กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2556;20:10-5.
11. ทศนีย์ รัวภัควัต. ผลการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในเด็กทารกลิ้นติดที่มีปัญหาการดูดนมมารดา โดยติดตามผลการรักษา 6 เดือนของศูนย์อนามัยที่ 1. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 2556;13:169-80.
12. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2555]. แหล่งข้อมูล: http://youth.ftpi.or.th/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=42
13. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ต้นทวีวงศ์. โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ย้อมออกถ้วนหน้าเพราะ R2R หนุนนำ. ใน: จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ต้นทวีวงศ์, บรรณาธิการ. การประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (routine to research) R2R: เสริมสร้างพลังสร้างสรรค์และพัฒนา; 2-3 ก.ค. 2551; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์; กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551. หน้า 101-22.
14. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994;23:27-32.
15. ศิราณี จามสิงห์คำ. การพัฒนาระบบการดูแลทารกลิ้นติดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2558;24:420-29.

Abstract: Development of Neonatal Care with The Tongue-Tie at Somdejphrasangkhara 17th Hospital, Suphanburi Province, Thailand

Siriphan Champangern B.N.S.

Somdejphrasangkhara 17th Hospital, Suphanburi province

Journal of Health Science 2016;25:239-45.

This study aimed at the development of neonatal care with the tongue-tie at Somdejphrasangkhara 17th Hospital, Suphanburi province. This development process was a combination of the PDCA (plan-do-check-act) cycle and a participatory process with care team, obstetrician, pediatrician, dentists and nurses. This study applied Siriraj tongue-tie score for tongue-tie screening; LATCH score for breastfeeding assessment; and visual analog pain scale (0-10 numeric pain scale) for assessing maternal nipple pain. The development process was divided into two parts: (1) situation analysis of tongue-tie in newborn (from October 2011 until March 2013), and (2) tongue-tie screening and care in newborns (during April 2013 until March 2014). It was found that the care program was able to improve treatment and care for newborns with tongue-tie and their mothers. The rate of frenectomy increased from 3.0% before the program to 7.3%. Likewise, the LATCH score and nipple pain level changed from 6.6 and 4.6 before the program to 8.3 and 2.3, respectively.

Key words: tongue-tie, screening, frenectomy, breastfeeding.