



ภาวะลิ้นติด



Assoc.Prof.Pawin Puapornpong
Faculty of Medicine
Srinakharinwirot University



ข้อมูลเบื้องต้น

- อุบัติการณ์ของภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.7-13.4
- โดยมีสัดส่วนในทารกเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1
- ภาวะลิ้นติดนี้พบมากขึ้นในทารกที่มีความผิดปกติในกลุ่มอาการ Kindler กลุ่มอาการ Vander Woude กลุ่มอาการ Opitz กลุ่มอาการ orodigitofacial และภาวะเพดานโหว่ที่สัมพันธ์กับโครโมโซมเพศ (X-linked cleft palate) และในทารกที่มารดามีการใช้ยาเสพติดประเภทโคเคนพบมีอุบัติการณ์สูงขึ้น 3.5 เท่า



ข้อมูลเบื้องต้น

- ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตัน 13.4 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Kotlow โดยพบภาวะลิ่มเลือดอุดตันน้อยร้อยละ 6.2 ภาวะลิ่มเลือดปานกลางร้อยละ 5.5 ภาวะลิ่มเลือดรุนแรงและสมบูรณ์ร้อยละ 1.7



อาการหรืออาการแสดง

- **การเจ็บหัวนม** มีการศึกษาพบว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุของการเจ็บเต้านมของมารดาร้อยละ 36-89 โดยเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ววัดคะแนนการเจ็บเต้านมของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติดดีขึ้นราวร้อยละ 44-95 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเจ็บเต้านมก่อนและหลังทำการผ่าตัด นอกจากนี้อาการเจ็บเต้านมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10-26



อาการหรืออาการแสดง

- -**การเข้าเต้าไม่ดี** จากการศึกษาจากการสอบถามพบว่า แพทย์เฉพาะทางไสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร้อยละ 70 เชื่อว่าภาวะลิ้นติดทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย แต่แพทย์ที่ให้คำปรึกษาด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 69 เชื่อว่า ภาวะลิ้นติดพบบ่อยที่ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- พบทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุการเข้าเต้าได้ไม่ดี ร้อยละ 64-84



อาการหรืออาการแสดง

- มีรายงานเปรียบเทียบการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะลิ้นติดกับทารกปกติพบว่า ในทารกที่มีภาวะลิ้นติดมีการเข้าเต้ายากร้อยละ 25 เทียบกับในทารกปกติพบเพียงร้อยละ 3
- เปรียบเทียบคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (infant breastfeeding assessment tool) และคะแนนการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะลิ้นติดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ



อาการหรืออาการแสดง

- -**การหยุดนมแม่เร็ว** อาการเจ็บหัวนมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10-26 โดยพบความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัปดาห์แรกเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า
- แต่ในการติดตามทารกหลังจากผ่าตัดรักษาภาวะลิ้นติดเมื่ออายุ 2 เดือนไม่พบความแตกต่างของการเจ็บหัวนมและคะแนนการเข้าเต้า รวมถึงไม่พบความแตกต่างในระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่² แนวโน้มของข้อมูลแสดงว่า ภาวะลิ้นติดน่าจะมีผลในช่วงระยะแรกหลังคลอดที่เริ่มเข้าเต้าและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



อาการหรืออาการแสดง

- -**ทารกน้ำหนักขึ้นไม่ดี** พบทารกที่มีภาวะล้นติดมีปัญหาเรื่องน้ำหนักขึ้นไม่ดีร้อยละ 16 ซึ่งเป็นปัญหามาจากการเข้าเต้าได้ไม่ดีและต้องใช้เวลาในการเข้าเต้าทำให้ได้รับน้ำนมแม่น้อยหรือไม่เพียงพอ ในทารกที่มีภาวะล้นติดนี้ไม่พบปัญหาในการดูดนมขวด
- มีรายงานทารกที่มีภาวะล้นติดหลังได้รับการผ่าตัดรักษาจะมีน้ำหนักดีขึ้นร้อยละ 65



อาการหรืออาการแสดง

- อาการหรืออาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการพูด มีความสัมพันธ์กับภาวะลิ้นติดคือ การออกเสียงในการพูด โดยอาจพบมีความยากในการออกเสียงอักษรภาษาอังกฤษ T, D, Z, S, N, J, L, CH, TH, DG และ R แต่ไม่ได้พบว่าเป็นสาเหตุของการพูดซ้ำ³



เกณฑ์การวินิจฉัย

- การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัด การเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติดเป็น ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหน้าของลิ้น และภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น



เกณฑ์การวินิจฉัย

- การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติดเป็น ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งแบ่งเป็นชนิดย่อยอีกสามชนิด คือ ชนิดแรกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีมาถึงปลายลิ้น ชนิดที่สองเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 3 ใน 4 ของลิ้น ชนิดที่สามเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 1 ใน 2 ของลิ้น และภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น โดยภาวะลิ้นติดทางด้านหลังในเกณฑ์นี้อาจพิจารณาเป็นชนิดที่ 4



เกณฑ์การวินิจฉัย

- เกณฑ์ของ Kotlow โดยวัดความยาวของจากปลายลิ้นถึงจุดที่มีการติดของเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปาก ความยาวนี้ที่ยอมรับว่าปกติทางคลินิกคือมากกว่า 16 มิลลิเมตร
 - ความยาวส่วนนี้ 12-16 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดเล็กน้อย (mild ankyloglossia)
 - ความยาวตั้งแต่ 8-11 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดปานกลาง (moderate ankyloglossia)
 - ความยาวตั้งแต่ 3-7 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดรุนแรง (severe ankyloglossia)
 - ความยาวน้อยกว่า 3 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดสมบูรณ์ (complete ankyloglossia)



เกณฑ์การวินิจฉัย

- เกณฑ์ของ **Hazelbaker** โดยประเมินลักษณะของลิ้นทาร์กโดยใช้คะแนนลักษณะ 5 อย่างร่วมกับคะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้นอีก 7 อย่าง การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดเมื่อให้คะแนนลักษณะรวมแล้วได้ 8 หรือน้อยกว่า และ/หรือ คะแนนหน้าที่รวมแล้วได้ 11 หรือน้อยกว่า⁸



คะแนนลักษณะ

ลักษณะลิ้นเมื่อกระดกขึ้น

- 2: มนหรือเหลื่อม
- 1: ปลายหยักเล็กน้อย
- 0: รูปหัวใจหรือตัว V

ความยืดหยุ่นของ frenulum

- 2: ยืดหยุ่นมาก
- 1: ยืดหยุ่นปานกลาง
- 0: ยืดหยุ่นเล็กน้อยหรือไม่เลย

ความยาวของ frenulum เมื่อลิ้นกระดก

- 2: > 1 ซม.
- 1: 1 ซม.
- 0: < 1 ซม.

คะแนนหน้าที่การทำงาน

การเคลื่อนที่ไปด้านข้างของลิ้น

- 2: สมบูรณ์
- 1: ไปเฉพาะตัวลิ้น ปลายไม่ไป
- 0: ไม่ได้เลย

การกระดกลิ้น

- 2: ปลายลิ้นถึงกลางปาก
- 1: แค่ขอบสองข้างถึงกลางปาก
- 0: ปลายอยู่แค่เหงือกกลางหรือกระดกได้ถึงเฉพาะเวลาเหงือกหุบ

การแลบลิ้น

- 2: ปลายลิ้นอยู่บนริมฝีปากล่าง
- 1: ปลายลิ้นอยู่บนเหงือกกลางเท่านั้น
- 0: ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่าง หรือส่วนปลายหรือส่วนกลางลิ้นนูนสูงขึ้น



คะแนนลักษณะ

การยึดของ frenulum กับลิ้น

- 2: frenulum ยึดส่วนหลังของปลายลิ้น
- 1: frenulum ยึดที่ปลายเลย
- 0: ปลายลิ้นมีรอยหยัก

ตำแหน่งยึดของ frenulum กับขอบเหงือกล่าง

- 2: ยึดติดกับพื้นปากหรือหลังต่อขอบเหงือก
- 1: ยึดหลังขอบเหงือกพอดี
- 0: ยึดติดที่ขอบเหงือก

คะแนนหน้าที่การทำงาน

การแผ่ของส่วนปลายของลิ้น

- 2: บริบูรณ์เต็มที่
- 1: ปานกลางหรือบางส่วน
- 0: เล็กน้อยหรือไม่เลย

การม้วนของขอบลิ้นเมื่ออมห้วนม(cupping)

- 2: ตลอดขอบ ม้วนอมได้กระชับ
- 1: ขอบข้างเท่านั้น กระชับปานกลาง
- 0: ไม่ดี หรือไม่กระชับเลย

การเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่นของลิ้น

- 2: สมบูรณ์ จากหน้าไปถึงหลัง
- 1: บางส่วน เริ่มจากส่วนหลังต่อปลายลิ้น
- 0: ไม่มี หรือเคลื่อนกลับทาง

การอมแล้วหลุด

- 2: ไม่หลุด
- 1: เป็นครั้งคราว
- 0: บ่อยๆ หรือทุกครั้งที่อยู่



เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัย

- เครื่องมือที่ใช้การวัดในการวินิจฉัยภาวะลิ้นติด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้ใช้ **MEDSWU Tongue-tie director** ซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือที่ใช้ในการยกลิ้นขณะทำการผ่าตัดลิ้นติดที่เรียกว่า **groove director with tongue-tie probe** โดยการวัดทำได้ไม่ยาก หากทำการฝึกให้พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลผู้ดูแลทารกเบื้องต้นตรวจคัดกรองก่อนส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้ข้อมูลการดูแลภาวะลิ้นติดชัดเจนขึ้น



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

MED SWU TONGE-TIE DIRECTOR

ด้านที่ใช้ตรวจวินิจฉัย



ด้านเล็กสำหรับทารกแรกเกิด

ด้านใหญ่สำหรับเด็ก

ส่วนมือจับ



MED SWU TONGUE-TIE DIRECTOR

ด้านใช้ในการผ่าตัดรักษา



จุดที่บอกระยะที่แนะนำให้ผ่าตัดแก้ไข



เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัย





การรักษา

- ในทารกที่มีภาวะลิ้นติดไม่ได้มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย มีรายงานว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติดพบมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของทารกที่มีภาวะลิ้นติดรุนแรงและปานกลางประมาณครึ่งหนึ่งของอุบัติการณ์ทั้งหมด



การรักษา

- ทารกที่มีภาวะคลื่นตีดรุนแรงและภาวะคลื่นตีดปานกลางจะมีคะแนนการเข้าเต้าที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 มากกว่าทารกที่ปกติหรือมีภาวะคลื่นตีดเล็กน้อย 1.4 เท่า ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะนำไปผ่าตัดให้ได้ระยะจากปลายลิ้นถึงจุดที่ตัดควรมีระยะ 12 มิลลิเมตร



วิธีการผ่าตัด

- **Frenotomy หรือ frenulotomy** เป็นการผ่าตัดรักษาที่นิยมใช้ในทารกแรกเกิด ทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกอย่างง่าย ๆ ซึ่งขั้นตอนการทำ ไม่ซับซ้อน ใช้กรรไกรตัดแล้วกดหยุดเลือดโดยไม่ต้องเย็บ การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ เวลาในการผ่าตัดประมาณ 5 นาที หลังผ่าตัดสามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การตรวจติดตามมักนัดติดตามการรักษา 1-2 สัปดาห์



วิธีการผ่าตัด

- **Frenectomy** เป็นการผ่าตัดทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากที่สั้นออกทั้งหมด เทคนิคการทำโดยใช้คีมหนีบ (**clamp**) เพื่อลดการไหลของเลือดก่อน แล้วจึงใช้กรรไกรตัด การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน หลังผ่าตัดอาจมีเลือดซึมคล้ายหลังการถอนฟัน สามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง



วิธีการผ่าตัด

- **Frenuloplasty** มักใช้ผ่าตัดในเด็กอายุ **1-2** ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ ซึ่งขั้นตอนการผ่าตัดจะผ่าตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกทั้งหมด และเย็บตักแต่งส่วนที่แยกออกให้ได้ตามลักษณะกายวิภาค ขั้นตอนการผ่าตัดจะยากกว่า ใช้เวลานานกว่าและในบางกรณีต้องใช้ยาดมสลบ หลังผ่าตัดสามารถรับประทานอาหารได้ การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การตรวจติดตามมักนัดติดตามการรักษา **1-2** สัปดาห์เพื่อสอนให้ฝึกบริหารการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยการเคลื่อนไหวของลิ้นจะดีขึ้นหลังผ่าตัด



ข้อคิด

- ภาวะลิ้นติดปานกลางถึงรุนแรงอาจมีผลต่อการเจ็บห้วนมและการเข้าเต้า
- การผ่าตัด frenotomy ตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยให้ทารกที่มีปัญหาเรื่องการเข้าเต้ากินนมแม่ได้ดีขึ้น
- ดังนั้น การตรวจช่องปากทารกทุกรายเพื่อการคัดกรองภาวะลิ้นติดมีความจำเป็น และบุคลากรทางการแพทย์ควรเอาใจใส่ในการตรวจสอบ



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก <http://guruobgyn.com>