

ผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่เข้ารับ การตัดพังผืดใต้ลิ้น ในโรงพยาบาลแม่สอด จ.ตาก

ศรีสุดา อัสวพลังกุล*, วรรณพร ลิ้มปิติกุล**, โสภณ อัสวพลังกุล**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ลิ้นติด (Tongue tie, Ankyloglossia, short lingual frenulum) เป็นภาวะที่พบส่วนของพังผืดใต้ลิ้น (Lingual frenulum) ยึดตามแนวยาวถึงสันเหงือกหรือถึงปลายลิ้น ลิ้น ดึงหรือหนาทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นลดลง และมีผลกระทบต่อการเล่นลูกด้วยนมแม่ และอาจมีผลต่อพัฒนาการพูดในภายหลัง ปัจจุบันมีเกณฑ์วินิจฉัยหลายแบบ ทำให้แนวทางการรักษามีความแตกต่างกัน บทบาทของกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลแม่สอดในการดูแลรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดเริ่มมีเพิ่มมากขึ้นและทำการตัดพังผืดใต้ลิ้นตั้งแต่ยังอยู่ในช่วงทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาทิศทาง แนวโน้ม และลักษณะผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่เข้ารับการตัดพังผืดใต้ลิ้นในโรงพยาบาลแม่สอด

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาแบบ Retrospective cohort ในผู้ป่วยเด็กมีภาวะลิ้นติดที่มารับการรักษาโดยการตัดพังผืดใต้ลิ้นที่โรงพยาบาลแม่สอดระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยสูงสุด-ต่ำสุด

ผลการศึกษา: จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตัดพังผืดใต้ลิ้นในโรงพยาบาลแม่สอดระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 จำนวน 171 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบร้อยละ 22.22 ในปี พ.ศ. 2561 (38/171) และร้อยละ 32.16 (55/171) ในปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยร้อยละ 60.2 เป็นชาย (ชาย:หญิง = 1.5:1) เป็นคนไทยร้อยละ 72.5 อายุของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8.8 เดือน [พิสัย: 9 ชั่วโมง, 12.2 ปี] ร้อยละ 88.9 คลอดในโรงพยาบาล และร้อยละ 76.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดคลอดปกติ อาการสำคัญที่นำมาสู่การตัดพังผืดใต้ลิ้นร้อยละ 33.9 ผู้ป่วยมีอาการแสบลิ้นไม่ได้อาหาร/ไม่แลบลิ้น/แลบลิ้นไม่สุด ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 33.9 ถูกตรวจพบโดยกุมารแพทย์ตั้งแต่ช่วงแรกเกิดในโรงพยาบาล และอีกประมาณร้อยละ 10.0 ถูกวินิจฉัยเป็นภาวะรองในเวลาต่อมา

ผู้ป่วยทั้งชาวไทยและต่างชาติที่เกิดในปี พ.ศ. 2557-2562 มีแนวโน้มได้รับการตัดพังผืดใต้ลิ้นจำนวนเร็วขึ้นโดยพบว่าผู้ป่วยที่เกิดในปี พ.ศ. 2560 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพังผืดใต้ลิ้นเท่ากับ 5.07 เดือน [พิสัย: 20 ชั่วโมง, 2.01 ปี] ผู้ป่วยที่เกิดปี พ.ศ. 2561 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพังผืดใต้ลิ้นเท่ากับ 84 ชั่วโมง [พิสัย: 10 ชั่วโมง, 1.65 ปี] และผู้ป่วยที่เกิดปี พ.ศ. 2562 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพังผืดใต้ลิ้นเท่ากับ 72 ชั่วโมง [พิสัย: 8 ชั่วโมง, 29 วัน]

สรุป: การตัดพังผืดใต้ลิ้นในผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและทำเร็วขึ้นคือทำในช่วงทารกแรกเกิด

คำสำคัญ ภาวะลิ้นติด แนวโน้ม การตัดพังผืดใต้ลิ้น การถูกตรวจพบ

* หน่วยวิจัยคลินิก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล จ.ตาก

** กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จ.ตาก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา:

ลิ้นติด (Tongue tie, Ankyloglossia, short lingual frenulum) เป็นภาวะที่พบส่วนของพังผืดใต้ลิ้น (Lingual frenulum) มีระยะยึดตามแนวยาวมากกว่าปกติอาจถึงสั้นหรือถึงปลายลิ้น บางรายความยาวของ frenulum ในแนวดิ่งสั้น ดึงและหนาทำให้ยืดหยุ่นได้ไม่ดีส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลิ้นลดลง¹ บางรายอาจมีพังผืดซ่อนตรงอยู่ใต้เยื่อบุผิว (submucosa) หรือ posterior tongue tie^{2,3} ภาวะ Ankyloglossia ได้รับความสนใจลดลงในช่วงก่อนคริสต์ทศวรรษที่ 1960s และ 1970s แต่พบว่าภายหลังการรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 1970s ภาวะนี้กลับมาได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอีกครั้งเนื่องจากเชื่อว่าเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁴

อุบัติการณ์ภาวะลิ้นติดพบได้ในทารกแรกเกิดประมาณร้อยละ 3-16^{1,5-9} พบในเพศชายมากกว่าหญิงประมาณ 1.2-3:1⁸⁻¹¹ ทั้งนี้ผลกระทบของภาวะลิ้นติดที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งพบร้อยละ 10-70^{9,12} และประมาณร้อยละ 60 ในกลุ่มนี้พบการบาดเจ็บต่อหัวนมแม่¹² และปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังคงอยู่เกินอายุ 6 สัปดาห์ถึงร้อยละ 25 ของเด็กที่มีภาวะลิ้นติด¹³ ภาวะลิ้นติดที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจส่งผลให้ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอในช่วงแรกและก่อให้เกิดภาวะตัวเหลืองที่เรียกว่า breastfeeding failure neonatal hyperbilirubinemia ในช่วงอายุสัปดาห์แรก¹⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อพัฒนาการพูดระยะต่อมาทำให้เด็กออกเสียงไม่ชัดเจน^{4,15} และอาจเกิดผลกระทบทางจิตสังคมในภายหลังได้¹⁶

การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดทำได้โดยการตรวจร่างกาย ซึ่งมีการพัฒนาเกณฑ์วินิจฉัยหลายแบบ เช่น Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function, Murphy's maneuver, Kotlow's classification, and the Bristol tongue assessment tool, Siriraj Tongue Tie score เกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์ที่ดูแลทำให้แนวทางการรักษายังมีความแตกต่างกัน¹⁷ Frenulum ที่สั้นนี้สามารถยืด

เพิ่มขึ้นได้ตามอายุ¹⁸ ในขณะที่บางรายที่ได้รับการผ่าตัด frenotomy อาจเกิดเป็นซ้ำภายหลัง^{3,19} ดังนั้นแนวทางการดูแลรักษามี 2 วิธี ได้แก่ observe หรือ conservative ในรายที่ไม่มีผลกระทบต่อ breastfeeding และการเคลื่อนไหวของลิ้นทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ภาวะนี้จะทุเลาดีขึ้นโดยความยาวของ frenulum จะเพิ่มขึ้นขณะที่เด็กเจริญเติบโต¹⁸ อย่างไรก็ตาม National Institute for Health and Care Excellence ประเทศอังกฤษ: NICE แนะนำให้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดภายในอายุ 3 เดือนแรกในรายที่มีผลกระทบต่อ breastfeeding หรือการเคลื่อนไหวของลิ้น ภายหลังแก้ไขสาเหตุที่เกิดจากการทำในการอุ้มป้อนนมแม่ที่ไม่ถูกต้องหรือลิ้นมีความจำกัดการเคลื่อนไหว หรือเป็นปัญหาต่อการพูด²⁰ ทั้งนี้การรักษาด้วยการผ่าตัดมี 3 แบบคือ frenotomy หรือ frenulotomy, frenectomy หรือ frenulectomy และ frenuloplasty frenotomy เป็นการตัด frenulum โดยไม่ต้องมีการเย็บ แต่ frenuloplasty มีการเย็บแผลและ frenulectomy คือการตัด frenulum ออกไป

ที่ผ่านมาผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดโดยแพทย์สาขาโสต นาสิกและลาริงซ์ สาขาศัลยกรรม และสาขาทันตกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กอยู่ในวัยเรียน ในขณะที่บทบาทของกุมารแพทย์ในการดูแลรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดเริ่มมีเพิ่มมากขึ้นเมื่อประมาณ 18 ปีที่ผ่านมาพร้อมกับการรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเนื่องจากภาวะนี้อาจเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แพทย์จึงให้การรักษาด้วยการตัดพังผืดใต้ลิ้นตั้งแต่ยังอยู่ในช่วงทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลชายแดนไทยเมียนมาตั้งอยู่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ จำนวน 420 เตียงให้บริการดูแลรักษาทั้งชาวไทยและต่างชาติ ดังนั้นการศึกษาแนวโน้ม ทิศทางและลักษณะผู้ป่วยเด็กมีภาวะลิ้นติดที่เข้ารับการตัดพังผืดใต้ลิ้นในโรงพยาบาลแม่สอดจึงเป็นไปเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษาทิศทาง แนวโน้ม และลักษณะผู้ป่วยเด็กไทย-ต่างชาติที่เข้ารับการตัดพังผืดไต้ลิ้นในโรงพยาบาลแม่สอดระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562

วิธีดำเนินการวิจัย: Retrospective cohort study ศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะลิ้นติดที่มารับการรักษาโดยการตัดพังผืดไต้ลิ้น ในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ อายุขณะตัดพังผืดไต้ลิ้น ปี พ.ศ. เกิด อาการที่นำมาสู่การรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้วินิจฉัยภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะลิ้นติดเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแม่สอด นาน 7 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2562 รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ความถี่ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยสูงสุด-ต่ำสุดเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Mann-Whitney test, Pearson's chi-squared และ Exact probability test

ผลการศึกษา: จำนวนผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่เข้ารับการตัดพังผืดไต้ลิ้นในโรงพยาบาลแม่สอดระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 จำนวน 171 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบร้อยละ 22.22 ในปี พ.ศ. 2561 (38/171) และร้อยละ 32.16 (55/171) ในปี พ.ศ. 2562 (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่เข้ารับการตัดพังผืดไต้ลิ้นส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 60.2 เป็นเพศชาย (ชาย:หญิง = 1.5:1) เป็นคนไทย ร้อยละ 72.5 อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดพังผืดไต้ลิ้น มีความหลากหลาย ค่ามัธยฐานเท่ากับ 8.8 เดือน [พิสัย: 9 ชั่วโมง, 12.2 ปี] ร้อยละ 88.9 คลอดในโรงพยาบาล และส่วนใหญ่คือร้อยละ 76.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดคลอดปกติทางหนทางคลอดธรรมชาติ อาการสำคัญที่นำมาสู่การ

ตัดพังผืดไต้ลิ้นร้อยละ 33.9 ผู้ป่วยมีอาการแลบลิ้นไม่ได้/ไม่แลบลิ้น/แลบลิ้นไม่สุด อีกส่วนหนึ่งของผู้ป่วยประมาณร้อยละ 33.9 ถูกตรวจพบโดยกุมารแพทย์ตั้งแต่ช่วงแรกเกิดในโรงพยาบาล และอีกประมาณร้อยละ 10.0 ถูกวินิจฉัยเป็นภาวะรองในเวลาต่อมาโดยกุมารแพทย์ พุดไม่ชัดประมาณร้อยละ 15.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด อาการสำคัญอื่นคือตรวจโดยแพทย์สาขาอื่นพบขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในโครงการปากแหว่ง-เพดานโหว่สัญจร 12 ราย (ร้อยละ 7.0) ร้อยละ 38.6 ของผู้ป่วยที่ศึกษามีประวัติภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการส่องไฟรักษา ทั้งนี้อาการแลบลิ้นไม่ได้/ไม่แลบลิ้น/แลบลิ้นไม่สุดและการพุดไม่ชัดเป็นสาเหตุทั้งหมดที่ทำให้บิดา/มารดา/ญาติพี่น้องเป็นผู้ตรวจพบหรือสงสัยพังผืดไต้ลิ้นของผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 49.1) ในขณะที่ร้อยละ 43.9 ถูกตรวจพบโดยกุมารแพทย์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดพังผืดไต้ลิ้นในโรงพยาบาลแม่สอด (N=171 ราย)

Year	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
2556	3	1.75
2557	23	13.45
2558	10	5.85
2559	23	13.45
2560	19	11.11
2561	38	22.22
2562	55	32.16
Total	171	100.00

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานผู้ป่วยเด็กภาวะกลืนติดที่เข้ารับการรักษาตัดพังผืดไคลิน (N=171)

Characteristics	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	60.2
หญิง	68	39.8
เชื้อชาติ		
ไทย	124	72.5
ต่างชาติ	47	27.5
อายุที่ทำการผ่าตัดพังผืดไคลิน		
<48 hr	15	8.8
2 – 28 days	57	33.3
28 วัน – 1 ปี	22	12.9
>1 – 5 ปี	63	36.8
>5 ปี	14	8.2
Median [min, max]	8.8 months	[9 hr, 12.2 yr]
Place of birth		
MSH or Thai community hospital	152	88.9
Camp or Myanmar	19	11.1
Mode of delivery		
cesarean	40	23.4
vaginal delivery	131	76.6
Chief complaints		
พูดไม่ชัด	26	15.2
แลบลิ้นไม่ได้/ไม่แลบลิ้น/แลบลิ้นไม่สุด	58	33.9
กุมารแพทย์ตรวจพบตั้งแต่แรกเกิดในโรงพยาบาล	58	33.9
วินิจฉัยเป็นภาวะรอกในเวลาต่อมาโดยกุมารแพทย์	17	10.0
วินิจฉัยเป็นภาวะรอกโดยแพทย์สาขาอื่น	12	7.0
History of significant neonatal need intervention (phototherapy)	66	38.6
ผู้ตรวจพบครั้งแรก (First recognized by)		
บิดา/มารดา/ญาติพี่น้อง	84	49.1
กุมารแพทย์	75	43.9
แพทย์สาขาอื่น	12	7.0

ผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติมีประวัติภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการส่องไฟ และวิธีการคลอดไม่แตกต่างกัน ($p=0.688$ และ $p=0.226$ ตามลำดับ) ผู้ป่วยชาวไทยส่วนใหญ่มาด้วยอาการสำคัญคือพูดไม่ชัดมากกว่าชาวต่างชาติ (ร้อยละ 18.55 เทียบกับร้อยละ 6.38 ตามลำดับ) ส่วนอาการสำคัญคือแลบลิ้นไม่ได้/ไม่แลบลิ้น/แลบลิ้นไม่สุดพบในผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติพบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.87 และร้อยละ 34.04 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาภาพโดยรวมพบว่าผู้ป่วยถูกตรวจพบโดยผู้ปกครอง/ญาติของผู้ป่วยเองในผู้ป่วยคนไทยมากกว่าต่างชาติ (ร้อยละ 52.42 เทียบกับร้อยละ 40.43 ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติพบว่าถูกตรวจพบโดยกุมารแพทย์มากกว่าคนไทย (ร้อยละ 57.45 เทียบกับร้อยละ 38.71 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาแยกตามปี พ.ศ. เกิด พบว่าผู้ป่วยทั้งชาวไทยและต่างชาติที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2561 ส่วนใหญ่ถูกตรวจพบโดยผู้ปกครอง/ญาติของผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 75.31 และ 75.00 เปรียบเทียบชาวไทยและชาวต่างชาติตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ป่วยที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ส่วนใหญ่ถูกตรวจพบโดยกุมารแพทย์ (ร้อยละ 90.70 และ 95.65 เปรียบเทียบชาวไทยและชาวต่างชาติตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ผู้ป่วยที่เกิดในปี พ.ศ. 2557-2562 มีแนวโน้มได้รับการตัดพังผืดไคลินจำนวนเพิ่มขึ้น/เร็วขึ้น โดยพบจำนวน 17, 19, 13, 14, 28 และ 38 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เกิดในปี พ.ศ. 2560 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพังผืดไคลินเท่ากับ 5.07 เดือน [พิสัย: 20 ชั่วโมง, 2.01 ปี] เกิดปี พ.ศ. 2561 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพังผืดไคลินเท่ากับ 84 ชั่วโมง [พิสัย: 10 ชั่วโมง, 1.65 ปี] และเกิดปี พ.ศ. 2562 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพังผืดไคลินเท่ากับ 72 ชั่วโมง [พิสัย: 8 ชั่วโมง, 29 วัน] (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยและอายุที่ได้รับการตัดพ้งฝีใต้ลิ้นจำแนกตามปีเกิด (N=171)

ปี พ.ศ. เกิด	จำนวน (ราย)	Median	[min, max]
2545	2	14.58 yr	[12.16 yr, 17.01 yr]
2548	1	9.01 yr	[9.01 yr, 9.01 yr]
2550	4	6.94 yr	[5.97 yr, 10.47 yr]
2551	2	7.52 yr	[7.05 yr, 7.98 yr]
2552	5	5.71 yr	[4.57 yr, 8.68 yr]
2553	4	4.29 yr	[3.94 yr, 8.80 yr]
2554	7	3.01 yr	[2.51 yr, 4.49 yr]
2555	8	3.70 yr	[1.06 yr, 4.89 yr]
2556	9	1.43 yr	[7.5 mo, 5.62 yr]
2557	17	1.34 yr	[7 d, 4.69 yr]
2558	19	1.27 yr	[10 d, 3.58 yr]
2559	13	1.10 yr	[48 hr, 3.28 yr]
2560	14	5.07 mo	[20 hr, 2.01 yr]
2561	28	84 hr	[10 hr, 1.65 yr]
2562	38	72 hr	[8 hr, 29 d]

d: day(s); hr: hour(s); mo: month(s); yr: year(s)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำแนกตามเชื้อชาติพบว่า ค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพ้งฝีใต้ลิ้นของผู้ป่วยที่เป็นคนไทย นานกว่าชาวต่างชาติ (มัธยฐาน=1.06 ปี เทียบกับ 18 วัน ตามลำดับ) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.051$) (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยชาวไทยที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2561 มีค่ามัธยฐาน อายุที่ตัดพ้งฝีใต้ลิ้นเท่ากับ 2.55 ปี [พิสัย: 48 ชั่วโมง, 12.16 ปี] เทียบกับชาวต่างชาติที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2561 มีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพ้งฝีใต้ลิ้นเท่ากับ 1.47 ปี [พิสัย: 20 ชั่วโมง, 17.01 ปี] ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=0.973$) ผู้ป่วยชาวไทยที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นไปมีค่ามัธยฐาน อายุที่ตัดพ้งฝีใต้ลิ้นลดลงเป็น 72 ชั่วโมง [พิสัย: 8 ชั่วโมง, 1.65 ปี] เทียบกับชาวต่างชาติที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นไปมีค่ามัธยฐานอายุที่ตัดพ้งฝีใต้ลิ้นลดลงเป็น 96 ชั่วโมง [พิสัย: 24 ชั่วโมง, 11.04 เดือน] แต่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.973$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะพื้นฐานผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่ เข้ารับการตัดพ้งฝีใต้ลิ้นจำแนกตาม เชื้อชาติ (N=171)

Characteristics	ไทย (n=124)		ต่างชาติ (n=47)		P value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
อายุที่ผ่าตัด					
<48 hr	7	5.65	8	17.02	0.064*
2 – 28 d	39	31.45	18	38.30	
28 d – 1 yr	15	12.10	7	14.89	
>1 – 5 yr	51	41.13	12	25.53	
>5 yr	12	9.68	2	4.26	
Median [min, max]	1.06 yr	[8 hr, 12.16 yr]	18 d	[20 hr, 17.01 yr]	0.051**
อายุที่ผ่าตัดแยกตามช่วงปีเกิด: Median [min, max]					
ก่อนปี พ.ศ. 2561	2.55 yr	[48 hr, 12.16 yr]	1.47 yr	[20 hr, 17.01 yr]	0.231**
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป	72 hr	[8 hr, 1.65 yr]	96 hr	[24 hr, 11.04 mo]	0.973**
Mode of delivery					
cesarean	32	25.81	8	17.02	0.226***
vaginal delivery	92	74.19	39	82.98	
History of significant neonatal need intervention (phototherapy)					
	49	39.52	17	36.17	0.688***
Chief complaint					
พูดไม่ชัด	23	18.55	3	6.38	0.022***
แลบลิ้นไม่ได้/ไม่แลบลิ้น/แลบลิ้นไม่สุด	42	33.87	16	34.04	
กุมารแพทย์ตรวจพบตั้งแต่แรกเกิดในโรงพยาบาล	40	32.26	18	38.30	
วินิจฉัยเป็นภาวะรองในภายหลังโดยกุมารแพทย์	8	6.45	9	19.15	
วินิจฉัยเป็นโรคร่วมโดยแพทย์สาขาอื่น	11	8.87	1	2.13	
ผู้ตรวจพบคนแรก					
บิดามารดา/ญาติพี่น้อง	65	52.42	19	40.43	0.051***
กุมารแพทย์	48	38.71	27	57.45	
แพทย์สาขาอื่น	11	8.87	1	2.13	
เกิดก่อนปีพ.ศ. 2561					
ผู้ตรวจพบคนแรก					
บิดามารดา/ญาติพี่น้อง	61	75.31	18	75.00	0.283*
กุมารแพทย์	9	11.11	5	20.83	
แพทย์สาขาอื่น	11	13.58	1	4.17	

Characteristics	ไทย (n=124)		ต่างชาติ (n=47)		P value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป					
ผู้ตรวจพบคนแรก					
บิดามารดาญาติพี่น้อง	4	9.30	1	4.35	0.651*
กุมารแพทย์	39	90.70	22	95.65	
แพทย์สาขาอื่น	0	0.00	0	0.00	

*Exact probability test; **Mann-Whitney test; ***Pearson's chi-squared; day(s); hr: hour(s); mo: month(s); yr: year(s)

อภิปรายผล: ภาวะลื่นติดในผู้ป่วยใน รพ.แม่สอด ถูกวินิจฉัยและให้การรักษาไม่บ่อยโดยเฉพาะในช่วงก่อน รัชการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโครงการสายใยรัก อาจเนื่องจากกุมารแพทย์มีความเข้าใจว่าเป็นภาวะที่จะทุเลาลงเมื่อเจริญเติบโตขึ้น และยังไม่ทราบถึงผลกระทบที่ชัดเจนต่อทั้งมารดาและทารก (dyad) กุมารแพทย์ที่สำเร็จการศึกษารุ่นใหม่ (หลังมิถุนายน พ.ศ. 2560 มี กุมารแพทย์จำนวน 5 ท่านและทุกท่านมีความสามารถทำ หัตถการนี้ได้) จะทราบถึงผลกระทบดังกล่าวเนื่องจาก ได้รับการศึกษาอบรมเน้นในเรื่องนี้มากขึ้น ทั้งนี้มีการศึกษา ผลกระทบของภาวะลื่นติดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนมากขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา²¹ นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทั้งของอายุที่ได้รับการ ตัดพังผืดได้ลื่นและจำนวนหัตถการสอดคล้องกับหลาย การศึกษาในต่างประเทศ^{20, 22, 23}

ทารกที่มีภาวะลื่นติดซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยใน โรงพยาบาลช่วงทารกแรกเกิดและต้องได้รับการรักษา ด้วยการตัดพังผืดส่วนใหญ่จะถูกพบในเวลาต่อมาโดย บิดามารดาหรือญาติซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการที่ ชัดเจนขึ้นคือการแลบลิ้นไม่เป็นไปอย่างปกติซึ่งต้อง อาศัยเวลาในการสังเกต นอกจากนี้ผู้ปกครองจะพบความ ผิดปกติในด้านการพูดเมื่อผู้ป่วยเจริญเติบโตขึ้น²⁴ ซึ่ง ผู้ป่วยที่เกิดหลังปี พ.ศ. 2561 ส่วนใหญ่ได้รับการตัดพังผืด ตั้งแต่ระยะทารกแรกเกิดโดยกุมารแพทย์รุ่นใหม่ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในการศึกษานี้ไม่มีรายละเอียดของระดับ

ความรุนแรงของภาวะลื่นติด จึงไม่สามารถเปรียบเทียบ ระดับความรุนแรงที่จะถูกตรวจพบโดยบิดามารดาหรือ ญาติระหว่างชาวไทยและต่างชาติได้

ปัจจุบันทารกส่วนใหญ่จึงได้รับการค้นหาหอกับ ความตระหนักของแพทย์เรื่องผลกระทบของภาวะนี้ ต่อปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยกำหนดให้ แพทย์ผู้ดูแลให้การรักษาโดยการตัดพังผืดได้ลื่นเร็วขึ้น ผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของภาวะ ตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal jaundice) ตลอดจน ความรุนแรงของภาวะตัวเหลืองได้รับการรักษาเพียงการ ส่องไฟ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานว่าภาวะลื่นติดเป็น ปัจจัยเสี่ยงของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ early frenotomy เป็นการแก้ไขตลอดจนลดปัญหา ความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding difficulties) ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเกิด ภาวะภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในกลุ่มดังกล่าว

การศึกษานี้ยังขาดการวัดความรุนแรงของภาวะ ลื่นติดและปัจจัยด้านคลินิกอื่น ๆ ได้แก่ ความสำเร็จของ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ น้ำหนักตัวทารกที่เพิ่มขึ้น อาการเจ็บ เต้านมในมารดา LATCH scoring system, Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function, Siriraj tongue-tie score และประวัติพัฒนาการด้านการพูด เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังซึ่งมีการ เปลี่ยนผ่านของแพทย์ผู้ดูแลตลอดจนแนวทางการรักษา ในเรื่องดังกล่าว และวัตถุประสงค์ของการศึกษายังมิได้ มุ่งเน้นการเปรียบเทียบผลของการรักษา ดังนั้นการ เปรียบเทียบตามประโยชน์ของการตัดพังผืดได้ลื่นใน แง่มุมต่าง ๆ ได้แก่ ความสำเร็จของเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวทารกหลังคลอดภาวะตัวเหลือง และ maternal-baby dyad difficulty ผลกระทบ ต่อพัฒนาการด้านการพูดและการออกเสียง และค่ารักษา (cost) ยังต้องการข้อมูลจากการศึกษาที่ถูกออกแบบอย่าง รัดกุมเพิ่มเติมเพื่อมิให้เกิดอคติเช่น overclaim ในการแปลผล การศึกษาต่อไป^{17, 23, 25}

สรุป

การตัดพังผืดใต้ลิ้นในผู้ป่วยเด็กภาวะลิ้นติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและทำเร็วขึ้นคือทำในช่วงทารกแรกเกิด อย่างไรก็ตามควรมีการวัดความรุนแรงของภาวะลิ้นติด และปัจจัยกวนในทางคลินิกอื่น ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิก แง่มุมต่าง ๆ เพื่อการเปรียบเทียบ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์รัชวัชชัย เศรษฐสุภพนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอดที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน กุมารแพทย์ แพทย์กลุ่มงานโสต นาสิกและลาริงซ์ ทันตแพทย์ ที่ได้ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะลิ้นติด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสถิติที่ได้อำนวยความสะดวกการค้นข้อมูล

สัดส่วนผลงาน SSD contributes 60% to the work included study designation. Collecting and examining the data for their integrity and validity were the responsible of SSD and SPN. Data analysis and manuscript were prepared by SPN (20% contribution to the work). WNB reviewed the manuscript for important view (20% contribution to the work). All the authors read and approved the final manuscript.

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession In: RM L, editor. Protocol II: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. 8th ed. Missouri: Mosby: Elsevier; 2015. p. 1025-39.
2. Dollberg S, Botzer E. [Neonatal tongue-tie: myths and science]. Harefuah. 2011;150: 46-9, 67.
3. Sethi N, Smith D, Korteque S, Ward VM, Clarke S. Benefits of frenulotomy in infants with ankyloglossia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013;77:762-5.
4. Walsh J, McKenna Benoit M. Ankyloglossia and Other Oral Ties. Otolaryngologic Clinics of North America. 2019;52:795-811.
5. Ferres-Amat E, Pastor-Vera T, Rodriguez-Alessi P, Ferres-Amat E, Mareque-Bueno J, Ferres-Padro E. The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. Eur J Paediatr Dent. 2017;18:319-25.
6. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. Pediatrics. 2002;110(5):e63.
7. Puapornpong P, Raungrongmorakot K, Mahasitthiwat V, Ketsuan S. Comparisons of the latching on between newborns with tongue-tie and normal newborns. J Med Assoc Thai. 2014;97:255-9.
8. ประสงค์ วิทยาธารวงศ์. ลิ้นติด: ปัญหาอย่างหนึ่งของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการพูด ประสพการณ์แก้ไข 14 ปีในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2560;56(3):237-43.
9. Ngercham S, Laohapensang M, Wongvisutdhi T, Ritjaroen Y, Painpichan N, Hakularb P, et al. Lingual frenulum and effect on breastfeeding in Thai newborn infants. Paediatr Int Child Health. 2013;33:86-90.

10. Ata N, Alatas N, Yilmaz E, Adam AB, Gezgin B. The Relationship of Ankyloglossia With Gender in Children and the Ideal Timing of Surgery in Ankyloglossia. *Ear Nose Throat J*. 2019;145561319867666.
11. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126:36-9.
12. Henry L, Hayman R. Ankyloglossia and Its Impact on Breastfeeding. *Nursing for Women's Health*. 2014;18:122-9.
13. Wong K, Patel P, Cohen MB, Levi JR. Breastfeeding Infants with Ankyloglossia: Insight into Mothers' Experiences. *Breastfeed Med*. 2017;12:86-90.
14. Kaplan M, Wong RJ, Burgis JC, Sibley E, Stevenson DK. Neonatal jaundice and liver diseases. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, editors. *Fanaroff & Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: diseases of the fetus and infant*. 2. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1788-852.
15. Daggumati S, Cohn JE, Brennan MJ, Evarts M, McKinnon BJ, Terk AR. Speech and Language Outcomes in Patients with Ankyloglossia Undergoing Frenulectomy: A Retrospective Pilot Study. *OTO Open*. 2019;3:2473974X19826943.
16. Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135:e1467-74.
17. Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;54:123-31.
18. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. Pharyngeal apparatus, face, and neck. In: Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG, editors. *The developing human: Clinically oriented embryology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 155-94.
19. Webb AN, Hao W, Hong P. The effect of tongue-tie division on breastfeeding and speech articulation: a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77:635-46.
20. Ganesan K, Girgis S, Mitchell S. Ankyloglossia. *Dental Abstracts*. 2020;65:52-3.
21. Bin-Nun A, Kasirer YM, Mimouni FB. A Dramatic Increase in Tongue Tie-Related Articles: A 67 Years Systematic Review. *Breastfeed Med*. 2017;12:410-4.
22. Ganesan K, Girgis S, Mitchell S. Lingual frenotomy in neonates: past, present, and future. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2019;57:207-13.
23. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):489-94.
24. Buck LS, Frey H, Davis M, et al. Characteristics and considerations for children with ankyloglossia undergoing frenulectomy for dysphagia and aspiration. *American Journal of Otolaryngology*. 2020;41:102393.
25. Douglas P. Making Sense of Studies That Claim Benefits of Frenotomy in the Absence of Classic Tongue-Tie. *J Hum Lact*. 2017;33:519-23.

Pediatric patients with tongue-tie undergoing frenotomy in Mae Sot Hospital, Tak Province

Srisuda Assawapalanggool*, Wannabhorn Limpitikun**, Sapon Assawapalanggool**

**Clinical Research Unit, Nursing Division, Mae Sot Hospital **Pediatric Section, Mae Sot Hospital*

Abstract

Background: Tongue-tie or ankyloglossia is the condition of short lingual frenulum or extension of the lingual frenulum to the tip of the tongue and tethering its movement. This may substantially impact on breastfeeding and later speech development. At present, various clinical tools have been developed to assist diagnosis making, and then determine treatment approach by expert physicians. General pediatricians play major roles in early diagnosis and treatment.

Objective: The study aimed to evaluate frenotomy trends and characteristics of patients undergoing the operation at Mae Sot Hospital

Methods: A retrospective cohort design was conducted among patients with ankyloglossia undergoing lingual frenotomy at Mae Sot Hospital from 2013-2019. Data were retrieved from the hospital database and patient's records stored in the system for analysis.

Results: A total of 171 patients undergoing lingual frenotomy from 2013-2019 were included. Of these, males comprised the majority of 60.2% (male : female = 1.5:1). Frenotomy increased annually from 38 of 171 (22.22%) in 2018 to 55 of 171 (32.16%) in 2019. Thais comprised 72.5% of the total. Median patient age was 8.8 months [range: 9 hours to 12.2 years] Most patients (88.9%) were delivered in the hospital and 76.6% of the total were vaginal births. In all, 33.9% of all patients presented limited tongue movement. The patients were detected during early neonatal period by pediatrician. The remaining 10.0% was subsequently diagnosed as having comorbidity.

According to the year of birth, both Thai and minority ethnics born from 2014-2019 underwent early lingual frenotomy. Patients born from 2017-2019 had median age of 5.07 months [range: 20 hours to 2.01 years]; 84 hours [range: 10 hours to 1.65 years] and 72 hours [range: 8 hours to 29 days] on the operation date.

Conclusion: Frenotomy has grown increasingly and is performed earlier during the neonatal period.

Keywords: Ankyloglossia, trend, lingual frenotomy, recognition