

Preparing for DSC and Center of Excellence

cleft



นพ.พัฒนา องค์กรสุวรรณ ทพญ.ธณัชชีปิยา สมสุข นส.ณวรา นพวัฒน์นากร

เส้นทางการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 7 ระยะ



อัตราสาขาวิชาชีพในการจัดตั้ง Excellent Center



‘กำลังคนด้านทันตกรรม’



‘กำลังคนสหสาขาวิชาชีพ’



‘กำลังคนด้านการประสานงาน’

อัตราสหสาขาวิชาชีพในการจัดตั้ง Excellent Center

กำลังคนด้านทันตกรรม	จำนวน	ชื่อ-สกุล
Orthodontist	2	ทพญ.รณชชีปิยา สมสุขม, ทพ.ฉัตรชัย ฉัตรหมามงคล
Maxillofacial surgeon	2	ทพญ.จุฑาทิพย์ กสิเกษตรศิริ, ทพญ.นภัทร สุรินทร์
Pediatric dentist	2	ทพญ.วสุนทรี ชันธรรม, ทพญ.กิริติพร กิริติบำรุงพงศ์
Prosthodontist	1	ทพญ.จินดาхра จันท์หลวง
Periodontist	1	ทพญ.รฤตา วังเสมอ
กำลังคนสหสาขาวิชาชีพ	จำนวน	ชื่อ-สกุล
Plastic surgeon	2	นพ.พัฒนา องคະสุวรรณ, พญ.นวลจุฑา ตาคำ
กุมารแพทย์	1	พญ.กัลลภณี เจนจรัตน์
แพทย์ ENT	1	พญ.ปัทมล ณะชัยพันธ์
สูตินรีแพทย์	1	พญ.อุไรวรรณ วิชาศิลป์
วิสัญญีแพทย์	1	พญ.ขวัญชนก รัญญาวินิชกุล
นักกายภาพ	2	คุณวรา นพพัฒนานกร, คุณอริสรา อัมพันธ์ศรี
นักกิจกรรมบำบัด	1	คุณสุชาวดี สิทธิเทียนชัย
พยาบาลที่ดูแลการคัดกรอง	1	คุณปรีชาติ ชันระรักษ
กำลังคนด้านการประสานงาน	จำนวน	ชื่อ-สกุล
Case Manager	2	นางศรียญา, พว.ศศิกานต์ โรจนรัตนางกูร

PHASE 1

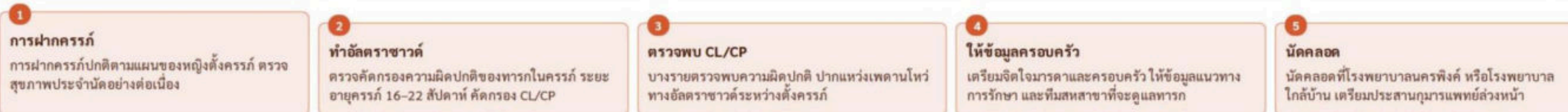
ช่วงตั้งครรภ์

ก่อนคลอด • The Pre-natal Phase

1



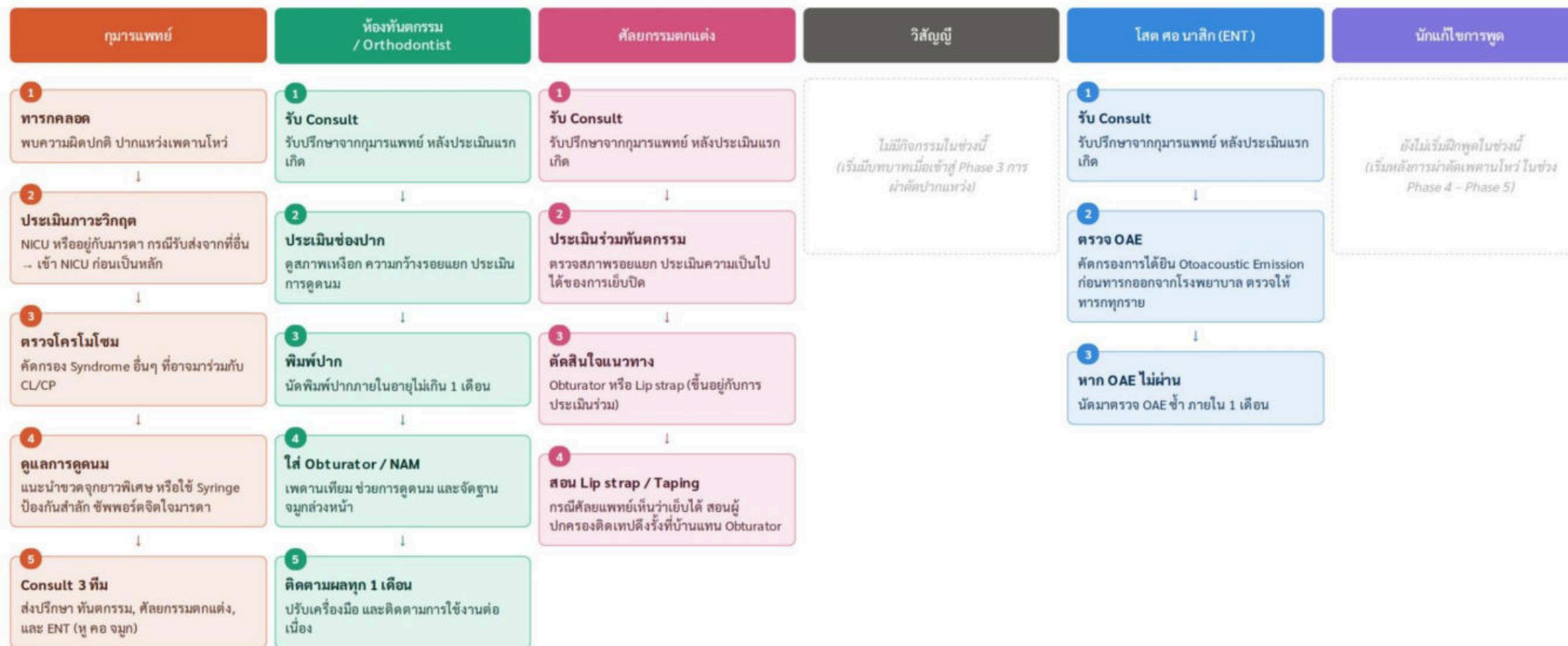
สูติรีแพทย์ - OB-GYN



△ ช่องว่างเชิงระบบ: ปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์/Criteria การส่งต่อหรือนัดหมายผู้ป่วยที่ตรวจพบ CL/CP จากห้องอัลตราซาวด์ไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) — หลายเคสไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนคลอด ทำให้การดูแลในช่วงแรกเกิดอาจล่าช้า

PHASE 2 **ช่วงแรกเกิด**

0-1 เดือน - The Foundation



PHASE 2

ช่วงแรกเกิด

0-1 เดือน • The Foundation

2



‘กระบวนการดูแลทารกแรกเกิด’

การประเมินทารกแรกแรกคลอด

Apgar score

ภาวะการหายใจและตัวเขียว

คัดกรองความพิการแต่กำเนิด (Syndromic)

เกณฑ์การจำแนกสถานที่ดูแล

หอผู้ป่วยหลังคลอด

ทารกปกติอยู่กับมารดา

Apgar score ดี/Stable

NICU 1 และ NICU 2

มีปัญหาการหายใจ/ตัวเขียว

ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator)

NICU 3

ใช้ออกซิเจน Cannula

ใช้ออกซิเจน High Flow

การตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE)

มาตรฐานก่อนจำหน่าย (Discharge)

สถานที่ตั้งเครื่อง OAE

ตึกสูติกรรมหลังคลอด

NICU 2

NICU 3

การยืมเครื่องตรวจระหว่างหน่วยงาน

การปรึกษาและการติดตามผล

ปรึกษาทันตกรรมโดยกุมารแพทย์

การนัดหมาย Follow-up

OPD กุมาร/ High Risk Clinic

คลินิกทันตกรรม

PHASE 3

3

การผ่าตัดปากแหว่ง

3-6 เดือน
• Cheiloplasty





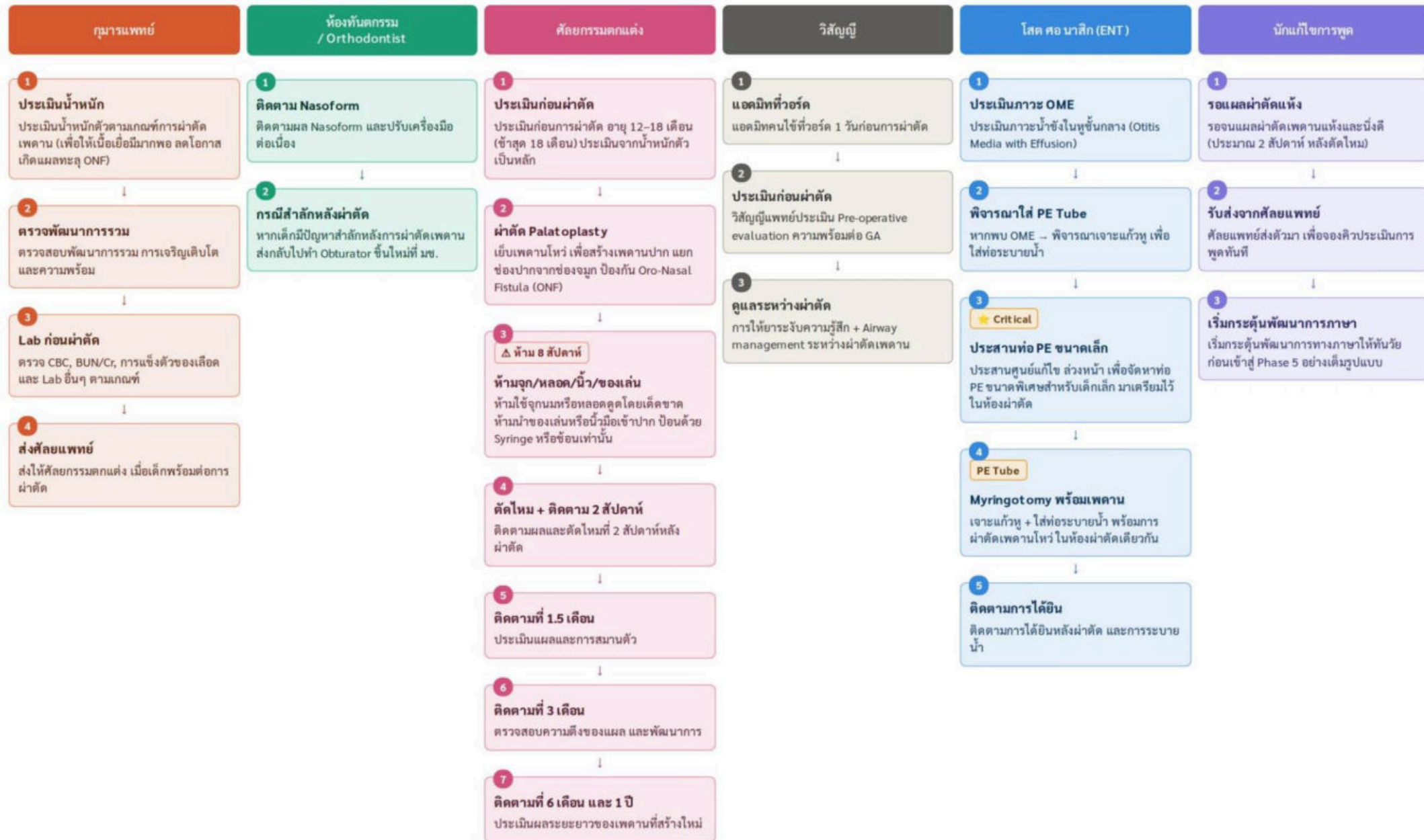
PHASE 4

การผ่าตัดเพดานโหว่



12-18 เดือน • Palatoplasty + PE Tube





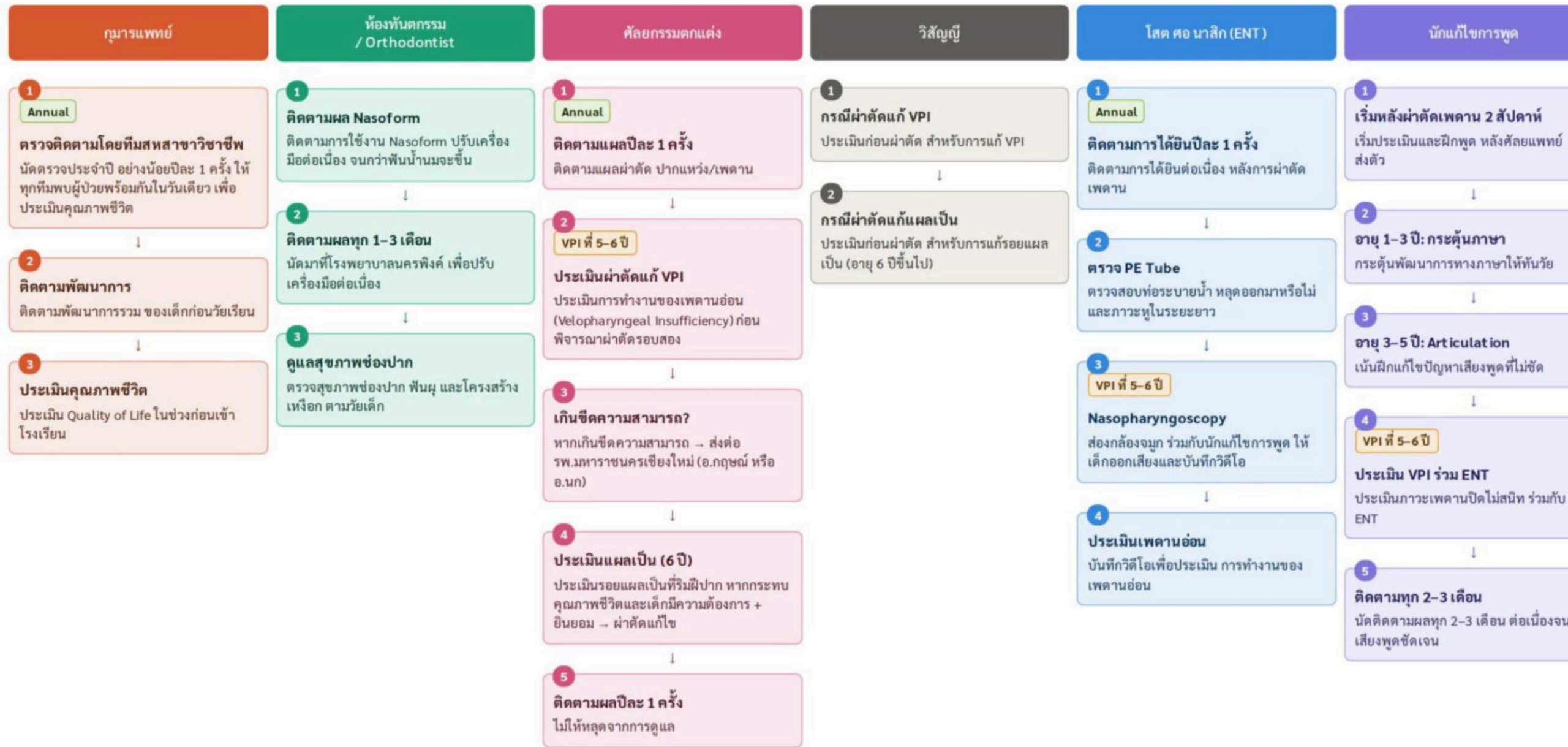
PHASE 5

5

ฝึกพูด + ประเมิน VPI

1.5-6 ปี •
The Annual
Safety Net





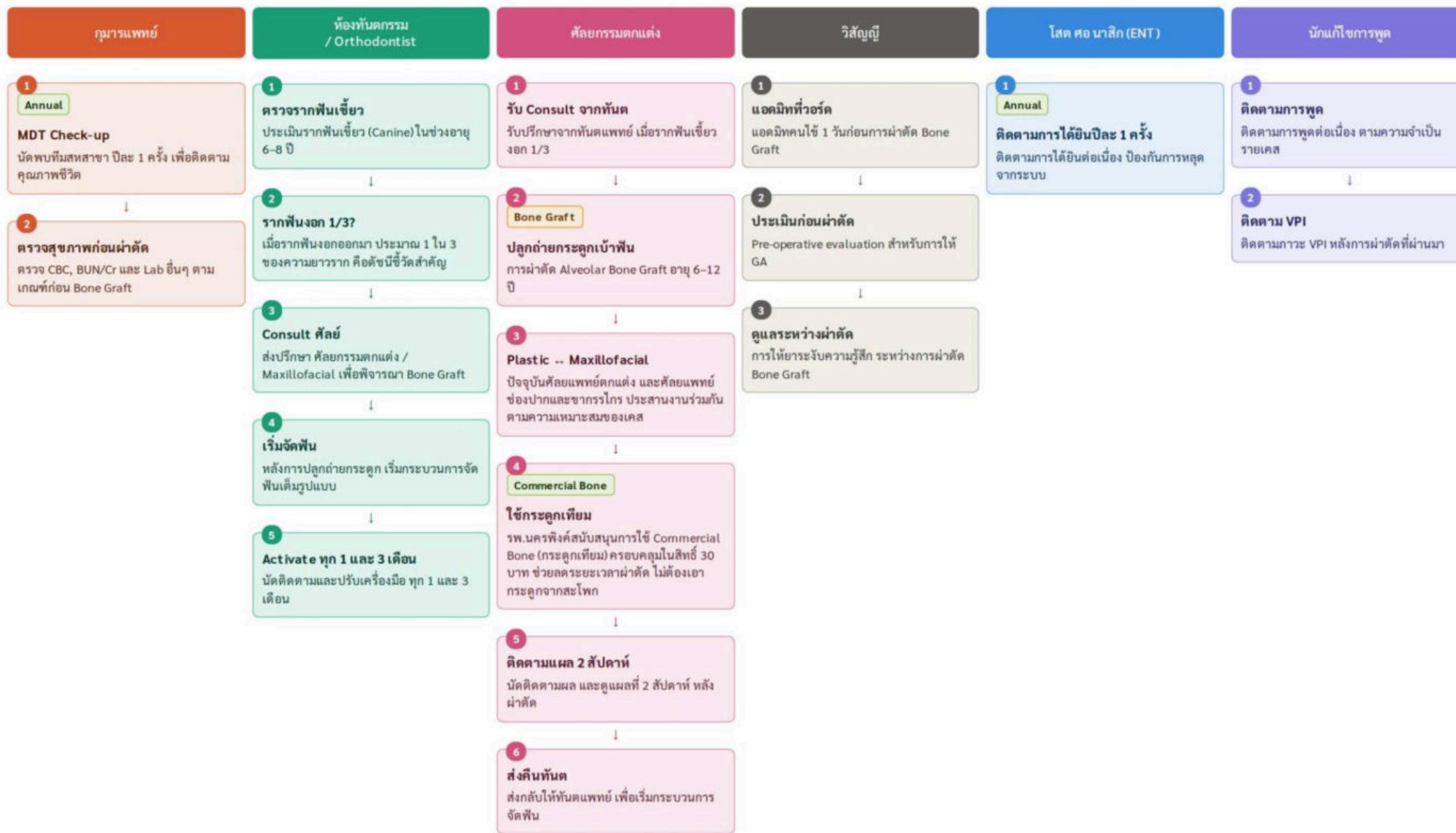
PHASE 6

6

Bone Graft + จัดฟัน

6-12 ปี • Alveolar
Bone Graft





PHASE 7

7

ວັຍຮຸ່ນ • Refinement

14-18 ປີ • Secondary
Surgery + Patient's
Perception





‘ภาพรวมการดูแลตลอดเส้นทาง’

— ระยะการดูแลกับทีมที่เกี่ยวข้อง

ระยะการดูแล	สูตินรีแพทย์	กุมารแพทย์	ทันตกรรม / Orthodontist	ศัลยกรรมตกแต่ง	วิสัญญี	โสต ศอ นาสิก (ENT)	นักแก้ไขการพูด
PHASE 1 ช่วงตั้งครรภ์ — ก่อนคลอด	✓	—	—	—	—	—	—
PHASE 2 ช่วงแรกเกิด — 0-1 เดือน	—	✓	✓	✓	—	✓	—
PHASE 3 การผ่าตัดปากแหว่ง — 3-6 เดือน	—	✓	✓	✓	✓	✓	—
PHASE 4 การผ่าตัดเพดานโหว่ — 12-18 เดือน	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PHASE 5 ฝึกพูด + ประเมิน VPI — 1.5-6 ปี	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PHASE 6 Bone Graft + จัดฟัน — 6-12 ปี	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PHASE 7 วัยรุ่น Refinement — 14-18 ปี	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓

การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงวัยรุ่น

ภาพรวมการดูแลตลอดเส้นทาง 7 ระยะ



1 PHASE 1.

ช่วงตั้งครรภ์
ก่อนคลอด

2 PHASE 2.

ช่วงแรกเกิด
0-1 เดือน

3 PHASE 3.

การผ่าตัดปากแหว่ง
3-6 เดือน

4 PHASE 4.

การผ่าตัดเพดานโหว่
12-18 เดือน

5 PHASE 5.

ฝึกพูด + ประเมิน VPI
1.5-6 ปี

6 PHASE 6.

Bone Graft + จัดฟัน
6-12 ปี

7 PHASE 7.

วัยรุ่น Refinement
14-18 ปี

การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงวัยรุ่น

เทคนิคการผ่าตัดเพดานโหว่ต่อยอด: ประสบการณ์ 11 ปี

การผ่าตัดเพดานโหว่ไม่ใช่เพียงการปิดรอยโหว่
แต่คือการเสริมสร้างกลไกการทำงานของเพดานอ่อนให้ได้ใกล้เคียงปกติ

นพ. พัฒนา องค์กรสุวรรณ ศัลยแพทย์ตกแต่งและเสริมสร้าง
โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

ขอบคุณหน่วยศัลยกรรมตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วางรากฐานเทคนิคนี้

การนำเสนอนี้เป็นการเล่าเทคนิคและประสบการณ์ผ่าตัด ไม่ใช้การรายงานผลลัพธ์การรักษา

สิ่งที่ได้ทำมา

- 1 ประสบการณ์ผ่าตัด
ต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2558 
- 2 ปริมาณงานประมาณ
6-8 รายต่อปี 
- 3 เหตุผลเชิงกลไกของ
การปรับเทคนิคแต่ละจุด 



สิ่งที่วางแผนท บททวนย้อนหลัง

- 1 อัตราภาวะแทรกซ้อน
เช่น แผลแยก แผลติดเชื้อ 
- 2 ตัวเลขเปรียบเทียบความ
แตกต่างจากเทคนิคอื่นๆ 
- 3 ผลลัพธ์ด้านการพูดเชิง
ปริมาณโดยนักฝึกพูด 

เป้าหมาย 3 ข้อของการผ่าตัดเพดานโหว่

สร้าง velopharyngeal competence
— การพูดใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ปิดช่องเชื่อมปาก-จมูกอย่างถาวร
— ไม่เกิดภาวะ oronasal fistula

รบกวนการเจริญเติบโต
ของขากรรไกรบนให้น้อยที่สุด

เป้าหมายทั้งสามส่งผลถึงกันเสมอ เทคนิคที่ปรับคือความพยายามหาจุดสมดุล

ในภาวะเพดานโหว่ levator veli palatini ไม่ได้ทอดตัวต่อกันเป็นแนวขวางที่กึ่งกลาง



เพดานโหว่ — กล้ามเนื้อเกาะยึดตำแหน่ง

เพดานปกติ — levator sling ต่อกันเป็นแนวขวาง

การเย็บปิดเฉพาะเยื่อบุโดยไม่ปลดและจัดวางกล้ามเนื้อใหม่ จะได้เพดานที่ปิดสนิทแต่ยกไม่ขึ้น

บริบทของเทคนิคการผ่าตัดเพดานโหว่



von Langenbeck — ปิดแบบ bipedicle flap ไม่เพิ่มความยาว และเข้าถึงกล้ามเนื้อได้จำกัด



V-Y pushback — เพิ่มความยาวแต่เปิด raw area กว้าง กระทบการเจริญเติบโต



Bardach two-flap — ปิดแบบไร้แรงตึง แต่ต้องอาศัย IVV เพื่อแก้กล้ามเนื้อ



Furlow Z-plasty — เพิ่มความยาวด้วยเรขาคณิตและจัดกล้ามเนื้อพร้อมกัน แต่รอยแผลกว้างทำได้ยาก



เลือกใช้เทคนิค **Bardach** ร่วมกับ **intravelar veloplasty** ในทุกรูปแบบของรอยแผล เพราะเป็นเทคนิคผ่าตัดที่ถนัด



หลักการเดียวกัน แต่ปรับทางเข้าตามลักษณะรอยโหว่



Complete cleft palate
→ Bardach two-flap
palatoplasty

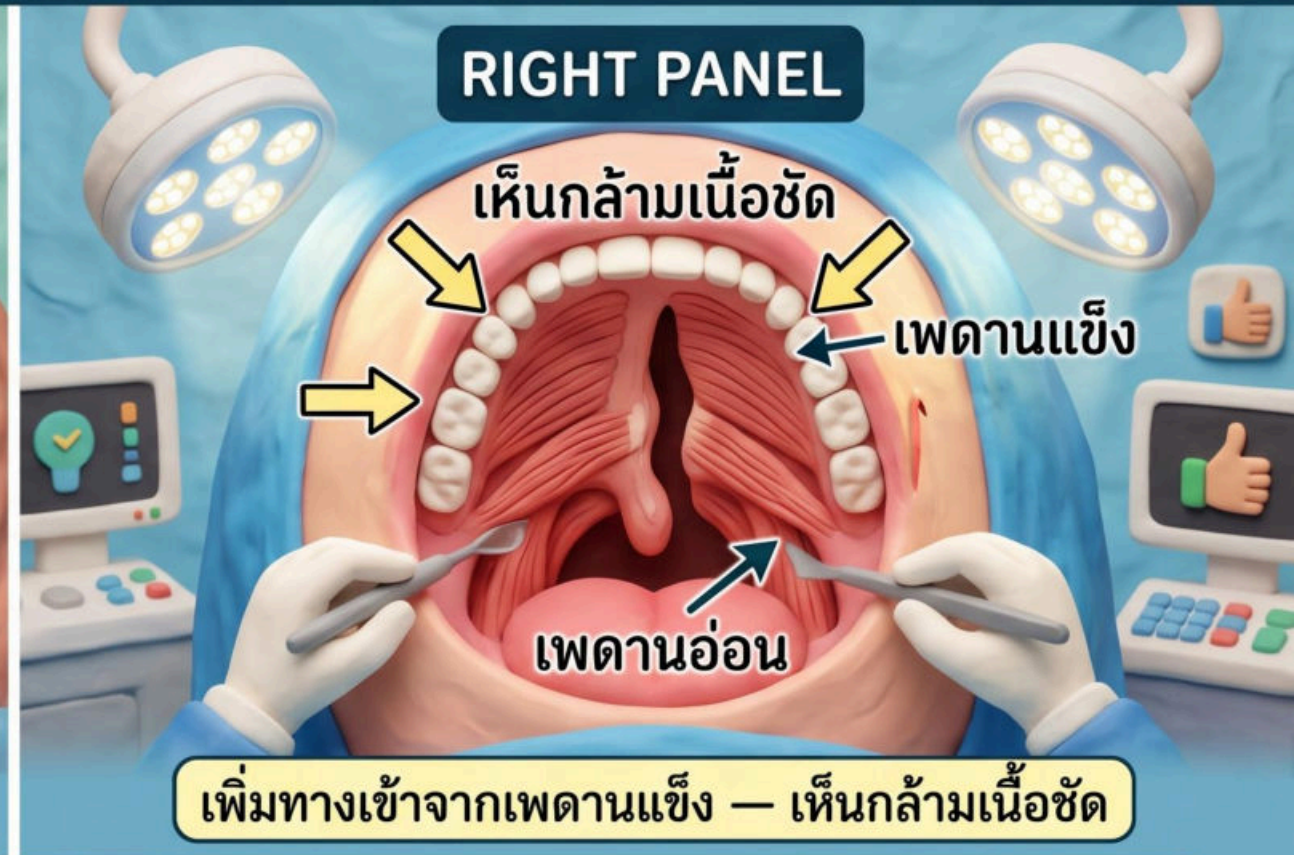


Incomplete cleft palate
และ Cleft soft palate
→ Mucoperiosteal flap
ทั้งสองข้างเป็นผืนเดียวกัน

Intravelar
Veloplasty

ขั้นตอนการผ่าตัดยังคงแนวทางของ Bardach

จุดเปลี่ยน: ในช่วง 2-3 ปีแรก พบ oronasal fistula ในเคส cleft soft palate



ตำแหน่งที่พบ: เนื้อเพดานอ่อน

สาเหตุที่ประเมินได้: การเลาะกล้ามเนื้อผ่านแผลที่เพดานอ่อนเพียงทางเดียวให้มุมการทำงานที่จำกัด ทำให้ปลดกล้ามเนื้อจากขอหลังของเพดานแข็งได้ไม่หมด

การปรับ: ยก mucoperiosteal flap ที่เพดานแข็งทั้งสองข้าง เพื่อเปิดทางเข้าถึงกล้ามเนื้อโดยตรง

เป็นการสังเกตในเวชปฏิบัติของผู้บรรยาย ไม่ใช่ข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลัง



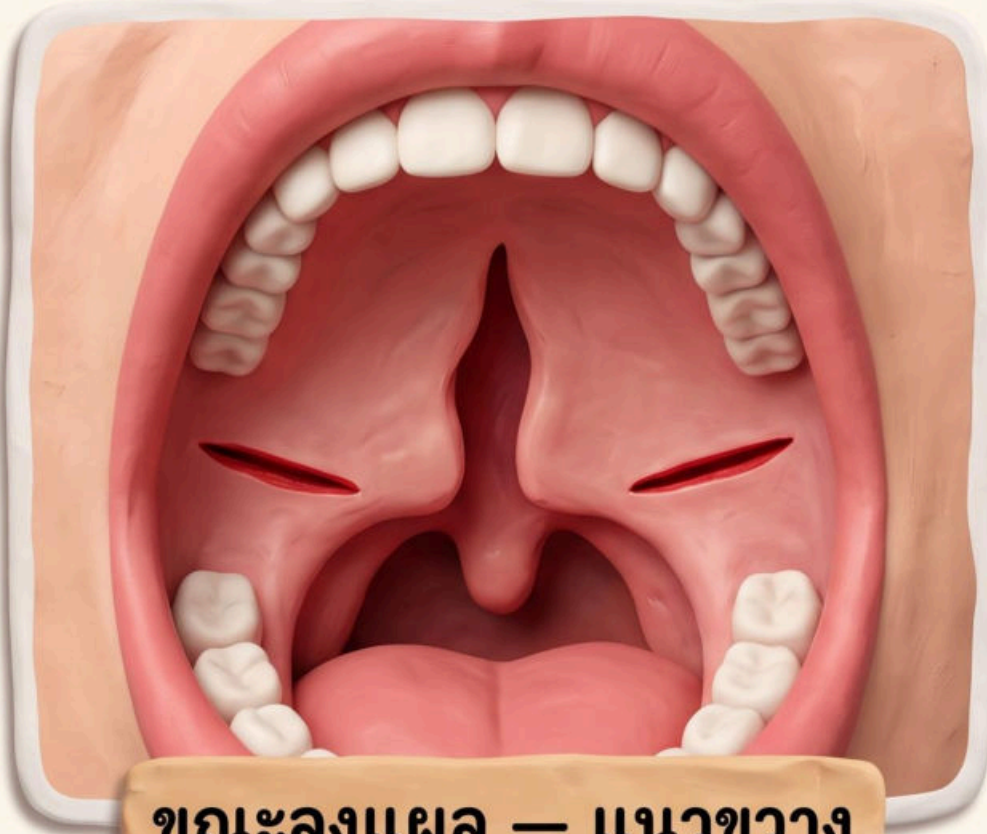
จุดปรับปรุงที่ 1: ลงแผล retromolar แนวขวาง เย็บปิดในแนวยาว



ด้านหน้า



ด้านหลัง



ขณะลงแผล — แนวขวาง



หลังเย็บปิด — แนวยาว

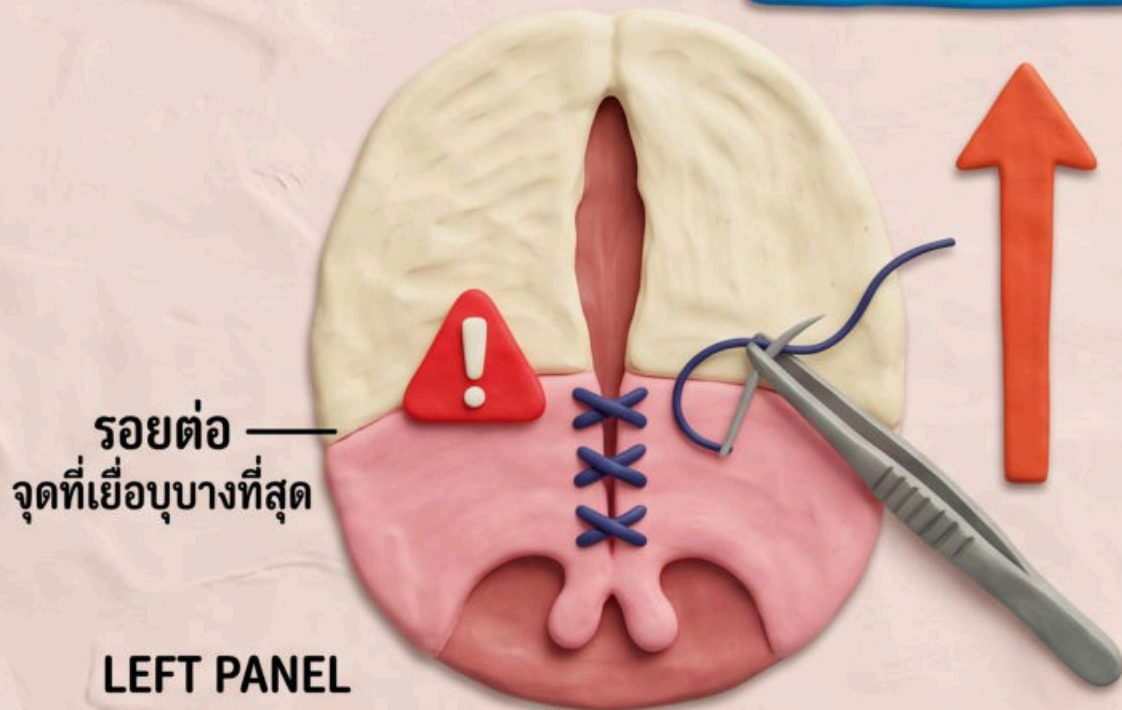
หลักการ: แลกความกว้างในแนวขวาง มาเป็นความยาวในแนวหน้า-หลังของเพดานอ่อน
(Transverse-to-Longitudinal closure)

เป็นการสังเกตในห้องผ่าตัด ยังไม่ได้ทำวัดเชิงปริมาณ และวางแผนเก็บข้อมูล



จุดปรับปรุงที่ 2: เย็บชั้น Nasal Mucoperiosteum

เริ่มต้นจากเพดานแข็งไปยังเพดานอ่อน

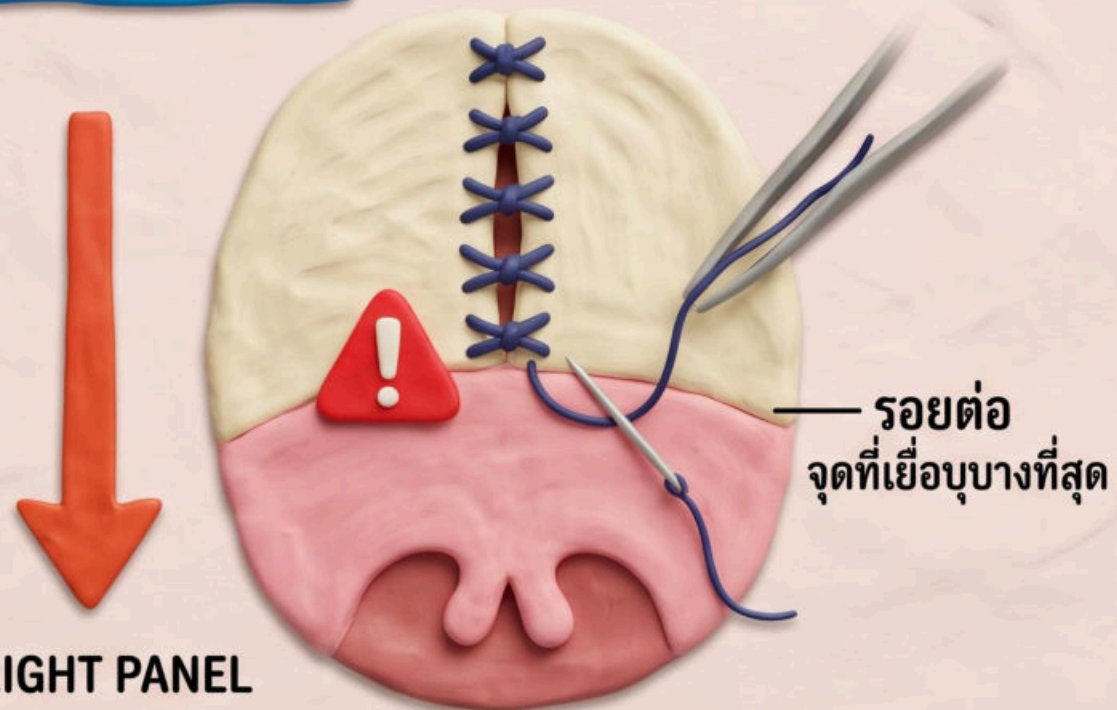


LEFT PANEL

เทคนิคดั้งเดิม — เย็บจากเพดานอ่อนไปเพดานแข็ง

เหตุผลที่ 1 — การผูกปม

ทิศทางนี้สอดคล้องกับทิศที่มีออกแรงผูกปมตามธรรมชาติ และหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ



RIGHT PANEL

เทคนิคปรับปรุง — เย็บจากเพดานแข็งไปเพดานอ่อน

เหตุผลที่ 2 — ระบบเตือนล่วงหน้า

รอยต่อเพดานแข็ง-เพดานอ่อนรับแรงดึงมากที่สุด การเย็บเทคนิคนี้ทำให้รู้ตั้งแต่เข็มแรกว่าเลาะเนื้อเยื่อพอหรือยัง

สาเหตุของการนิกขาดคือการเลาะใกล้เยื่อหุ้มกระดูกไม่พอ ทิศทางการเย็บเป็นเพียงเทคนิคการเย็บจากบริเวณที่แรงดึงน้อยไปแรงดึงมาก

จุดปรับปรุงที่ 3:

แยกกล้ามเนื้อออกจากเยื่อ

จากขอบรอยแผล

2-3 มม.



0mm



2-3 มม.

0mm

วัดจากขอบรอยแผลออกไปด้านข้างในแต่ละข้าง

แยกกล้ามเนื้อ intravelar ออกจากเยื่อทั้งด้าน oral และ nasal เพื่อให้ได้ขอบกล้ามเนื้ออิสระ ที่เพียงพอต่อการเคลื่อนย้ายและการเย็บซ่อม

เย็บกล้ามเนื้อแบบ horizontal mattress เพื่อให้ได้ปริมาณกล้ามเนื้อที่เพียงพอในการกระจายแรง

ข้อควรพิจารณาเชิงเทคนิคในการเย็บ



Minimum effective volume

ใช้ยาชาปริมาณน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น ที่ความเข้มข้น 2%
Xylocaine with Adrenaline
เพื่อลดการบวม ปริมาณยารวม
คำนวณรายบุคคลตามน้ำหนักเด็ก



Taper needle

เลือกเข็มชนิด round เนื้อเยื่อ
แทนเข็ม cutting เพราะเยื่อ
nasal บางและตึง และมีขนาด
curve ที่เหมาะสม

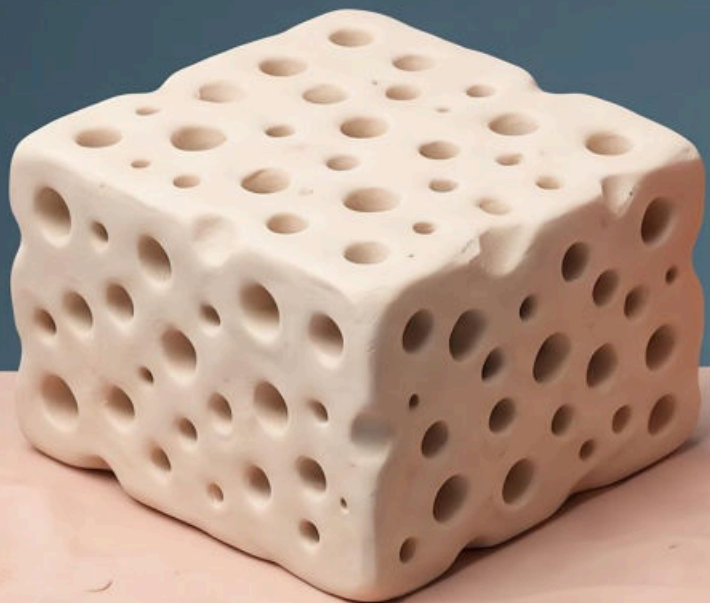


Single-piece Gelfoam

วางแผ่นเดียวคลุมผิวแผลและ
raw surface เพื่อป้องกัน
เลือดออกภายหลังและปิด dead
space

แต่อย่างไรก็ตามนี่เป็นการปฏิบัติส่วนบุคคล ยังไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบ

Gelfoam VS Buccal fat pad มีบทบาททางชีววิทยาที่แตกต่างกัน



Gelfoam

วัสดุห้ามเลือดและปกป้องผิวแผล
ละลายได้ ไม่ใช่เนื้อเยื่อที่มีหลอดเลือดเลี้ยง

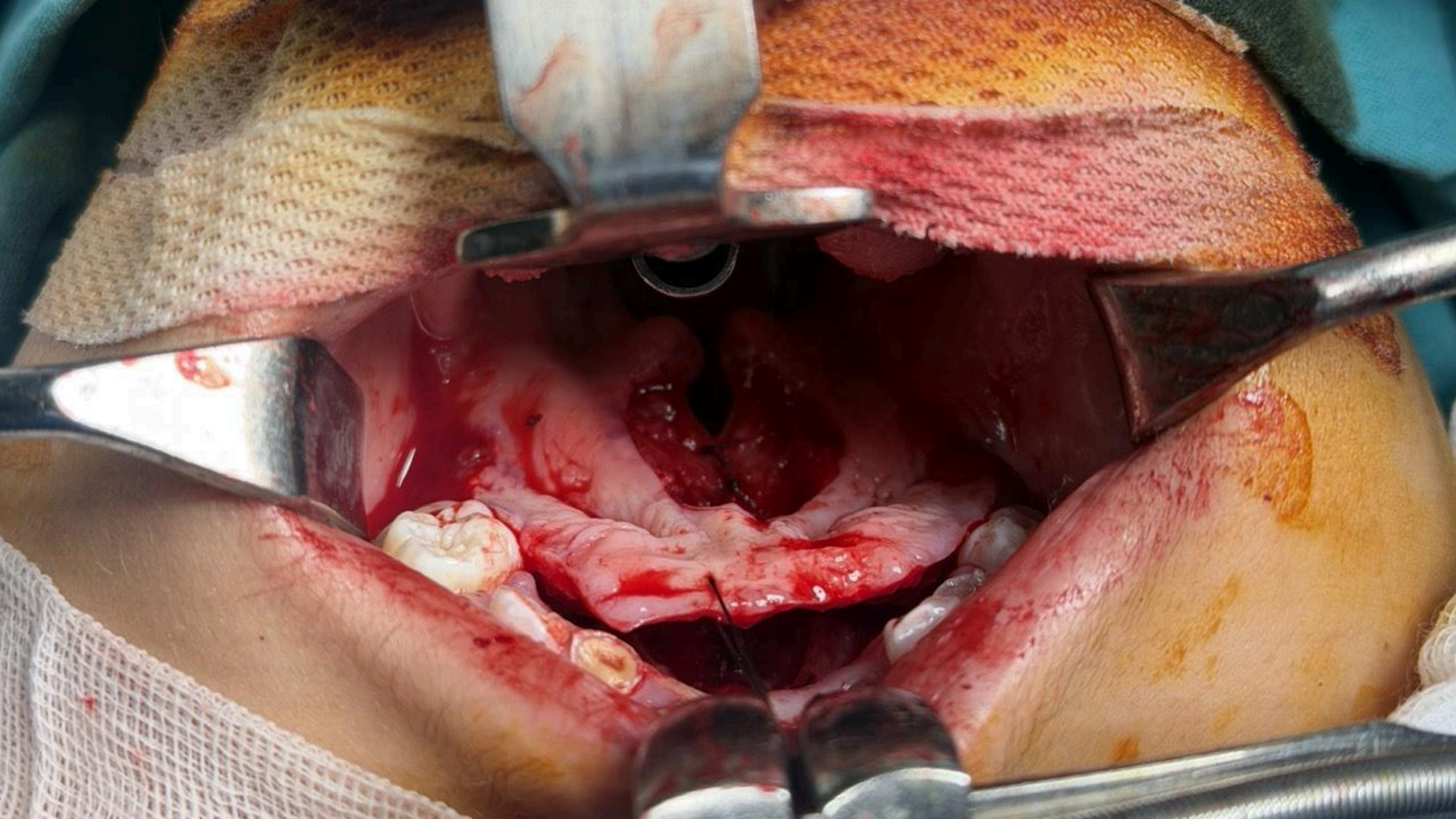
Buccal fat pad

เนื้อเยื่อมีชีวิตที่มีหลอดเลือดเลี้ยง
ใช้เติมส่วนที่ขาดและเสริมแนวเย็บที่เปราะบาง

คำถามคือ เมื่อไหร่ควรใช้เนื้อเยื่อที่มีหลอดเลือดเลี้ยง?















ข้อจำกัด

1. ระยะเวลาติดตามผลยังสั้น
2. ผลลัพธ์ระยะยาวด้านการเจริญของขากรรไกร
3. ปัจจัยเฉพาะตัวของเด็ก
4. ความซับซ้อนของรอยแหวน

ก้าวต่อไป

1. การทบทวนย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น
2. การประเมินการพูดโดยผู้เชี่ยวชาญ
3. การติดตามผลระยะยาวด้านทันตกรรม และการเจริญเติบโต

Better exposure enables better muscle reconstruction; secure, tension-conscious closure supports healing; speech assessment determines functional success.

ผลลัพธ์ที่แท้จริงไม่ได้อยู่ที่ภาพเพดานไม่มีรูโหว่ แต่อยู่ที่เสียงของเด็กในวันข้างหน้า
ขอส่งไม้ต่อให้ นักฝึกพูด ประจำโรงพยาบาลนครพิงค์ ครับ

Cleft Patient Journey

Nakornping Hospital

Speech clinic



ปัญหาพัฒนาการทางภาษาและการพูด (Speech and Language problems)



ความเข้าใจและการใช้
ภาษาน้อยกว่าเด็กปกติ
ในช่วง 12-23 เดือน



มีการเล่นเสียงในช่วง
7-9 เดือน ซ้ำกว่าปกติ
(Reduplicated
babbling)



พูดคำแรกช้ากว่าปกติ
เชื่อมคำช้ากว่าปกติ
คำศัพท์น้อย



มีความยาวของวลี
หรือประโยคที่พูดสั้น



อาจมีพัฒนาการทางภาษาและการพูดที่ปกติหรือล่าช้าในระยะแรก
และสามารถพัฒนาเข้าสู่พัฒนาการปกติได้ในเวลาต่อมา

ลักษณะการพูดไม่ชัดในเด็กปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่

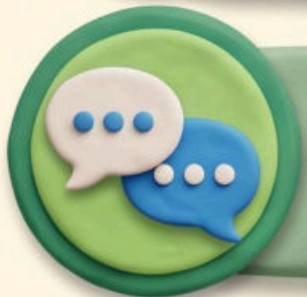


พูดไม่ชัดเนื่องจากปัญหาการพัฒนาระบบการออกเสียง



พูดไม่ชัดเนื่องจากความบกพร่องของอวัยวะที่ใช้ในการพูด

- การพูดไม่ชัดเนื่องจากการสบฟันผิดปกติ
- การพูดไม่ชัดเนื่องจากฟันผิดปกติ เช่น ฟันหลอ ฟันหมุน



พูดไม่ชัดแบบชดเชย (Compensatory Articulation) เช่น ใช้เสียงนาสิกแทน (ม น ง) ใช้เสียงกักที่เส้นเสียง (อ) ใช้เสียงที่คอหอย มีลมรั่วขึ้นจมูก พูดเสียงเบากว่าปกติ



ความผิดปกติทางการพูดอื่น: เสียงผิดปกติ ได้แก่ เสียงแหบ เสียงลมแทรก พูดระดับเสียงเดียว

การประเมินทางภาษาและการพูด ในเด็กปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่

1. ประเมินความสามารถด้านภาษาและการสื่อสารทางสังคม
2. ประเมินความผิดปกติด้านการพูด

a Objective assessment

b Subjective assessment:

ความก้องกำทอนของเสียงพูด (Nasality)

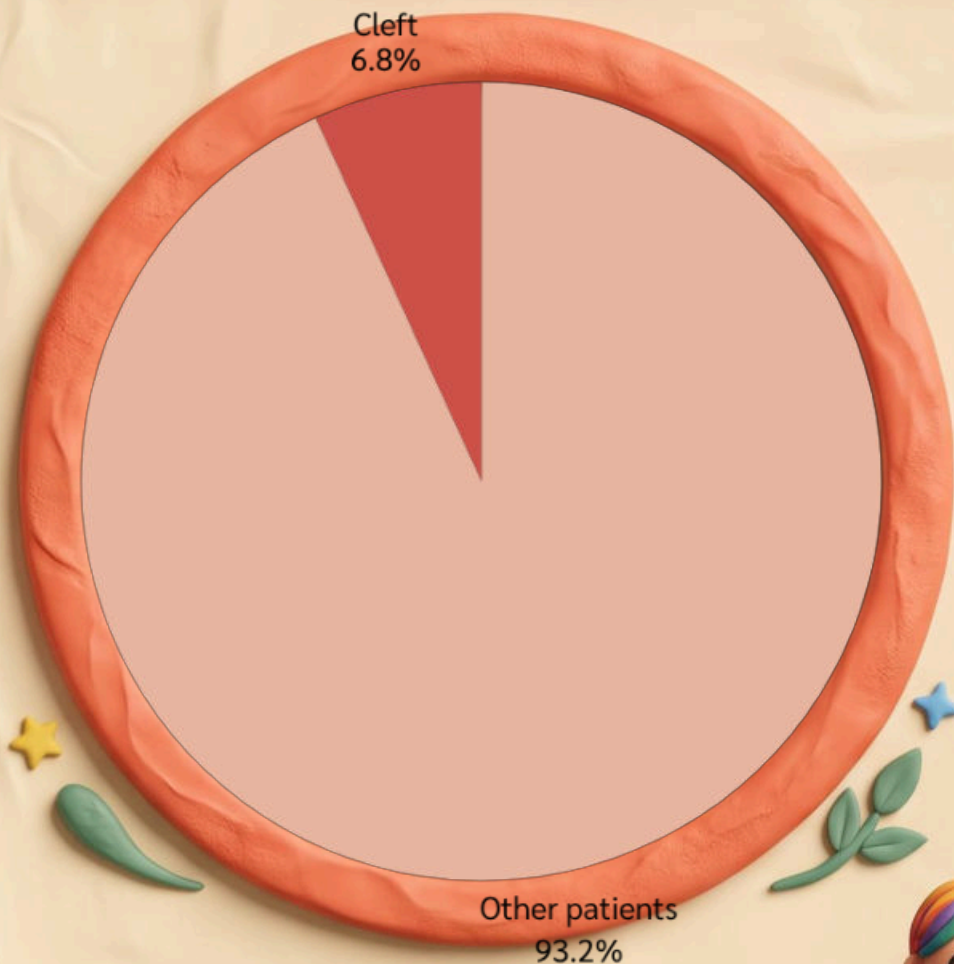
คุณภาพของเสียงพูด (Phonation/Voice) เสียงพูดไม่ชัด (Articulation)

ความชัดเจนของคำพูด (Speech Intelligibility)

3. ประเมินการทำงานของเพดานอ่อนและคอหอย (VPI)
ร่วมกับแพทย์โสต ศอ นาสิก



สถิติผู้ป่วยคลินิกฝึกพูด โรงพยาบาลนครพิงค์



สัดส่วนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และ

ผู้ป่วยประเภทอื่น

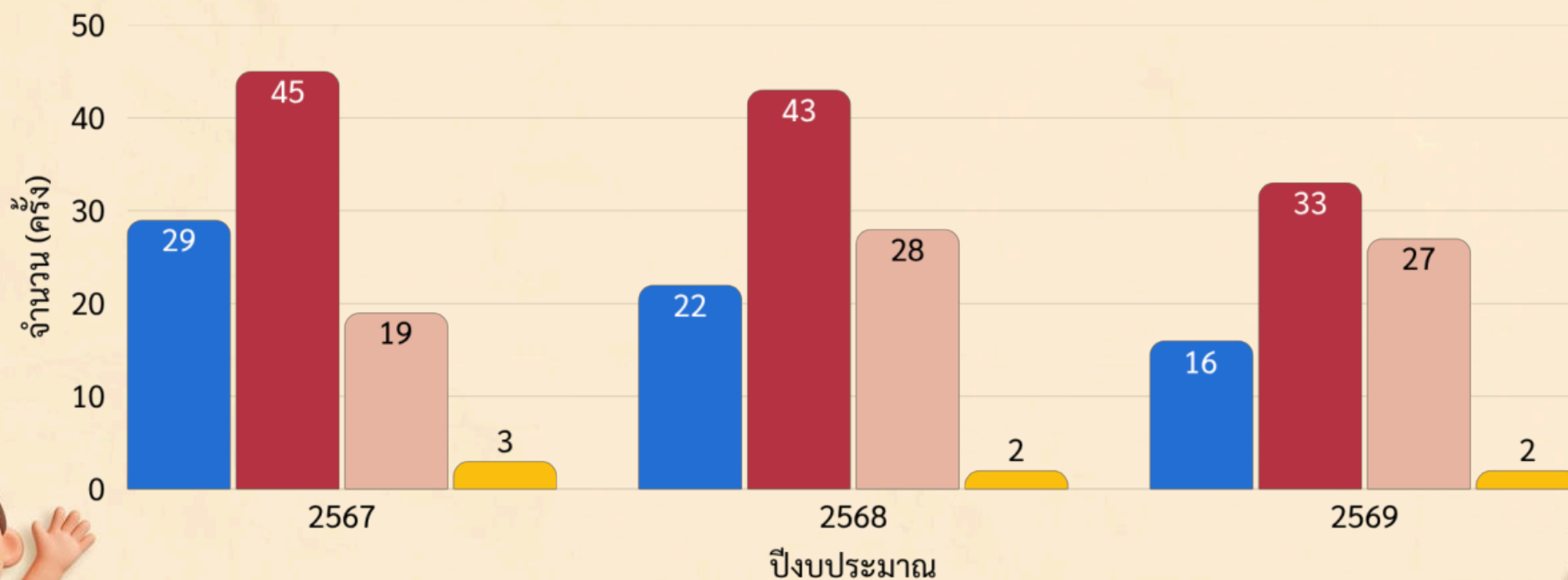
ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ความถี่ (ครั้ง)	จำนวนผู้ป่วยที่ D/C (คน)
2567	30	74	2
2568	39	90	1
2569	33	78	3

จำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
และความถี่ของการเข้ารับบริการฝึกพูด

สถิติผู้ป่วยคลินิกฝึกพูด โรงพยาบาลนครพิงค์

ประเภทความผิดปกติของการสื่อความหมาย

CL+DS CL+AR CL+DS+AR CL+HL



การนัดหมาย



ศัลยแพทย์/ทันตแพทย์/
กุมารแพทย์
ส่งนัดฝึกพูด

ระยะนัดหมายตามปกติ
4-6 เดือน/ครั้ง
(ระยะนัดหมายของผู้ป่วย 1-2 เดือน/ครั้ง)

ให้คำแนะนำวิธีการกระตุ้น
พัฒนาการภาษาและการ
พูดเบื้องต้น

นัดตามวันที่ศูนย์แก้ไข
มาออกหน่วยที่โรงพยาบาลนครพิงค์
(สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน)

ตารางการออกเครือข่ายโรงพยาบาลนครพิงค์		
ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569		
ตุลาคม วันจันทร์ ที่ 27 วันอังคาร ที่ 28	พฤศจิกายน วันจันทร์ ที่ 24 วันอังคาร ที่ 25 วันพุธ ที่ 26	ธันวาคม วันจันทร์ ที่ 22 วันอังคาร ที่ 23 วันพุธ ที่ 24
มกราคม วันจันทร์ ที่ 26 วันอังคาร ที่ 27 วันพุธ ที่ 28	กุมภาพันธ์ วันจันทร์ ที่ 23 วันอังคาร ที่ 24 วันพุธ ที่ 25	มีนาคม วันจันทร์ ที่ 23 วันอังคาร ที่ 24 วันพุธ ที่ 25
เมษายน วันจันทร์ ที่ 27 วันอังคาร ที่ 28 วันพุธ ที่ 29	พฤษภาคม วันจันทร์ ที่ 25 วันอังคาร ที่ 26 วันพุธ ที่ 27	มิถุนายน วันจันทร์ ที่ 22 วันอังคาร ที่ 23 วันพุธ ที่ 24
กรกฎาคม วันจันทร์ ที่ 27	สิงหาคม วันจันทร์ ที่ 24 วันอังคาร ที่ 25 วันพุธ ที่ 26	กันยายน วันจันทร์ ที่ 28 วันอังคาร ที่ 29 วันพุธ ที่ 30

แนวทางการดูแลรักษาในเด็กปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่

1-3 ปี		ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาและการพูด ป้องกันการพูดไม่ชัดแบบชดเชย (Compensatory Articulation)
3-5 ปี		ประเมินและแก้ไขเสียงพูดไม่ชัดและเสียงขึ้นจมูก
5-6 ปี		ประเมินการทำงานของเพดานอ่อนและคอหอย (VPI) ร่วมกับแพทย์โสต ศอ นาสิก
6 ปีขึ้นไป		แก้ไขเสียงพูดไม่ชัดและเสียงขึ้นจมูก ร่วมกับติดตามภาวะ VPI หลังการผ่าตัด

หมายเหตุ: ❌ Objective assessment ✅ Subjective assessment ⚠️ VPI assessment

‘โอกาสพัฒนาในอนาคต’



1

พัฒนาระบบฐานข้อมูล
ผลลัพธ์ด้านการฝึกพูด



2

พัฒนามาตรฐานการประเมิน
ด้านภาษาและการพูด



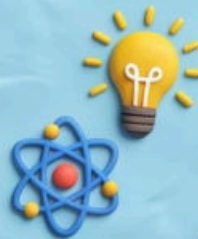
3

พัฒนาศักยภาพเครือข่าย



4

พัฒนางานวิจัย
และนวัตกรรม



ปิดเพดานโหว่คือจุดเริ่มต้น เสียงพูดที่ชัดเจนคือเป้าหมาย

Towards Cleft Excellence



ขอบคุณครับ / ขอบคุณค่ะ