



# ภาวะลิ้นติด (tongue-tie) กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ภาวีน พัวพรพงษ์

ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## บทคัดย่อ

ภาวะลิ้นติดเป็นภาวะที่พบบ่อยที่ทำให้คำปรึกษาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความกังวลถึงผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อทบทวนถึงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะนี้พบว่ามีความหลากหลาย ซึ่งทำให้มีอุบัติการณ์ที่แตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1.7-10.7 ภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การเจ็บเต้านม การเข้าเต้าไม่ดี ทารกน้ำหนักขึ้นไม่ดี และการหยุดนมแม่เร็ว ในปัจจุบันการคัดเลือกรักษาที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษา จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะลิ้นติด การทำงานของลิ้นร่วมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือคะแนนการเข้าเต้า สำหรับการผ่าตัดรักษานิยมใช้การผ่าตัด frenotomy หรือ frenulotomy ผลลัพธ์ของการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

**คำสำคัญ:** ภาวะลิ้นติด, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การเจ็บเต้านม, การเข้าเต้า, ทารกน้ำหนักขึ้นไม่ดี, การหยุดนมแม่เร็ว

## ผู้เขียนประสานงาน:

ภาวีน พัวพรพงษ์

ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 อำเภอบางกร่าง จังหวัดนครนายก 26120

อีเมลล์: pawin@swu.ac.th

# Tongue-tie and breastfeeding

Pawin Puapornpong

Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine,  
Srinakharinwirot University

## Abstract

Tongue-tie is a problem about which lactation consultants are concerned in breastfeeding. In a review of the literature, the criteria for diagnosing this condition varied, with an incidence rate ranging from 1.7-10.7%. Infants with tongue-tie are associated with breastfeeding difficulties, such as maternal breast pain, poor latching on, poor infant weight gain and early weaning. When an infant with tongue-tie is diagnosed, the clinician should use criteria of tongue-tie diagnosis, lingual function and breastfeeding difficulties, including maternal breast pain score, infant breastfeeding assessment tool or latch score in selecting the appropriate surgery. Frenotomy or frenulotomy is recommended for correction of tongue-tie. The outcome of surgery is effective and no severe complication is detected.

**Keywords:** Tongue-tie, Breastfeeding, Maternal breast pain, Lingual function

**Corresponding author:**

Pawin Puapornpong

Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

62 Moo 7 Ongkharak District, Nakhon-Nayok Province, 26120

E-mail: pawin@swu.ac.th

## ■ บทนำ

ภาวะลิ้นติด คำในภาษาอังกฤษใช้คำว่า tongue-tie ศัพท์ทางการแพทย์ใช้คำว่า ankyloglossia หมายถึง ภาวะที่มีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้น (lingual frenulum) กับพื้นล่างของช่องปากผิดปกติ มีลักษณะหนา ตึงหรือสั้น ทำให้เกิดการจำกัดของการเคลื่อนไหวของลิ้นไปทางด้านหน้าหรือด้านข้าง<sup>1,2</sup> ในอดีตราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 มีความเชื่อว่าภาวะลิ้นติดนี้สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดูดนมแม่และการพูด จึงมีการหนีบหรือตัดเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกโดยมีรายงานการใช้เล็บมือของบุตรครุฑตัดเนื้อเยื่อที่ยึดนี้ ต่อมาราวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ความเชื่อนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางตรงข้าม โดยมีความเชื่อที่ไม่จำเป็นต้องรักษาในทารกที่มีภาวะนี้<sup>3</sup> ในปัจจุบันเริ่มมีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความสัมพันธ์ของภาวะลิ้นติดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตาม ยังมีคำถามที่ยังต้องการความชัดเจนว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติดรุนแรงแค่ไหนที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และจำเป็นต้องผ่าตัดรักษา

อุบัติการณ์ของภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดพบได้ตั้งแต่วัยละ 1.7-10.7<sup>4,5</sup> โดยมีสัดส่วนในทารกเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1<sup>2</sup> ภาวะลิ้นติดนี้พบมากขึ้นในทารกที่มีความผิดปกติในกลุ่มอาการ Kindler กลุ่มอาการ Vander Woude กลุ่มอาการ Opitz กลุ่มอาการ orodigitofacial และภาวะเพดานโหว่ที่สัมพันธ์กับโครโมโซมเพศ (X-linked cleft palate)<sup>3,5</sup> และในทารกที่มารดามีการใช้ยาเสพติดประเภทโคเคนพบมีอุบัติการณ์สูงขึ้น 3.5 เท่า<sup>3</sup> อุตติการณ์ของภาวะลิ้นติดยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย โดยเกณฑ์การให้การวินิจฉัยที่ใช้ ได้แก่

1. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัดการเคลื่อนไหวของปลายลิ้น<sup>6</sup>
2. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติดเป็น ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหน้าของลิ้น และภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น<sup>7</sup>
3. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติดเป็น ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งแบ่งเป็นชนิดย่อยอีกสามชนิด คือ ชนิด

แรกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีมาถึงปลายลิ้น ชนิดที่สองเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 3 ใน 4 ของลิ้น ชนิดที่สามเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 1 ใน 2 ของลิ้น และภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น โดยภาวะลิ้นติดทางด้านหลังในเกณฑ์นี้อาจพิจารณาเป็นชนิดที่ 4<sup>8</sup>

4. เกณฑ์ของ Kotlow โดยวัดความยาวของลิ้นจากปลายลิ้นถึงจุดที่มีการติดของเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปาก ความยาวนี้ที่ยอมรับว่าปกติทางคลินิกคือมากกว่า 16 มิลลิเมตร<sup>5</sup> หากวัดความยาวส่วนนี้ได้ 12-16 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดเล็กน้อย (mild ankyloglossia) หากความยาวตั้งแต่ 8-11 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดปานกลาง (moderate ankyloglossia) หากความยาวตั้งแต่ 3-7 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดรุนแรง (severe ankyloglossia) และหากความยาวน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร จัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดสมบูรณ์ (complete ankyloglossia)<sup>9</sup> กลุ่มภาวะลิ้นติดรุนแรงและสมบูรณ์จะพบการจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้นค่อนข้างมาก

5. เกณฑ์ของ Hazelbaker โดยประเมินลักษณะของลิ้นทารกโดยใช้คะแนนลักษณะ 5 อย่างร่วมกับคะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้นอีก 7 อย่าง การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดเมื่อให้คะแนนลักษณะรวมแล้วได้ 8 หรือน้อยกว่า และ/หรือ คะแนนหน้าที่รวมแล้วได้ 11 หรือน้อยกว่า<sup>10</sup> แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินลักษณะและหน้าที่การทำงานของลิ้นของ Hazelbaker

คะแนนลักษณะ	คะแนนหน้าที่การทำงาน
<b>ลักษณะลิ้นเมื่อกระดกขึ้น</b> 2: มนหรือเหลื่อม 1: ปลายหยักเล็กน้อย 0: รูปหัวใจหรือตัว V	<b>การเคลื่อนที่ไปด้านข้างของลิ้น</b> 2: สมบูรณ์ 1: ไปเฉพาะตัวลิ้น ปลายไม่ไป 0: ไม่ได้เลย
<b>ความยืดหยุ่นของ frenulum</b> 2: ยืดหยุ่นมาก 1: ยืดหยุ่นปานกลาง 0: ยืดหยุ่นเล็กน้อยหรือไม่เลย	<b>การกระดกลิ้น</b> 2: ปลายลิ้นถึงกลางปาก 1: แคบสองข้างถึงกลางปาก 0: ปลายอยู่แค่เหงือกกลางหรือกระดกได้ถึงเฉพาะเวลาเหงือกหุบ

คะแนนลักษณะ	คะแนนหน้าที่การทำงาน
<b>ความยาวของ frenulum เมื่อลิ้นกระดก</b> 2: > 1 ซม. 1: 1 ซม. 0: < 1 ซม.	<b>การแลบลิ้น</b> 2: ปลายลิ้นอยู่บนริมฝีปากกลาง 1: ปลายลิ้นอยู่บนเหงือกกลางเท่านั้น 0: ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่าง หรือส่วนปลายหรือส่วนกลางลิ้นนูนสูงขึ้น
<b>การยึดของ frenulum กับลิ้น</b> 2: frenulum ยึดส่วนหลังของปลายลิ้น 1: frenulum ยึดที่ปลายเลย 0: ปลายลิ้นมีรอยหยัก	<b>การแผ่ของส่วนปลายของลิ้น</b> 2: บริบูรณ์เต็มที่ 1: ปานกลางหรือบางส่วน 0: เล็กน้อยหรือไม่เลย
<b>ตำแหน่งยึดของ frenulum กับขอบเหงือกกลาง</b> 2: ยึดติดกับพื้นปากหรือหลังต่อขอบเหงือก 1: ยึดหลังขอบเหงือกพอดี 0: ยึดติดที่ขอบเหงือก	<b>การม้วนของขอบลิ้นเมื่ออมหัวนม (cupping)</b> 2: ตลอดขอบ ม้วนอมได้กระชับ 1: ขอบข้างเท่านั้น กระชับปานกลาง 0: ไม่มี หรือไม่กระชับเลย
	<b>การเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่นของลิ้น</b> 2: สมบูรณ์ จากหน้าไปถึงหลัง 1: บางส่วน เริ่มจากส่วนหลังต่อปลายลิ้น 0: ไม่มี หรือเคลื่อนไหวกลับทาง
	<b>การอมแล้วหลุด</b> 2: ไม่หลุด 1: เป็นครั้งคราว 0: บ่อยๆ หรือทุกครั้งที่สุด

**หมายเหตุ** ดัดแปลงจากข้อมูลแปลเป็นไทยโดยศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วีระพงษ์ ฆัตรานนท์ จาก <http://www.breastfeedingthai.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=345949>

หากวิเคราะห์จากเกณฑ์ข้างต้น จะเห็นว่าในเกณฑ์การวินิจฉัยจะใช้ลักษณะของลิ้นร่วมกับหน้าที่การทำงานของลิ้น โดยความละเอียดในการประเมินมีความแตกต่างกัน จึงเป็นส่วนหนึ่งในการพบอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน ภาวะลิ้นติดบางมุมมองให้ความเห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของความหลากหลายของลักษณะทางกายภาพ ซึ่งทำให้จุดสำคัญในการตัดสินใจในการให้การรักษาจึ้นขึ้นอยู่กับการบกพร่องของหน้าที่การทำงานจนทำให้เกิดผลเสีย ผลเสียที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะลิ้นติดคือ การออกเสียงในการพูด โดยอาจพบมีความยากในการออกเสียงอักษรภาษาอังกฤษ T, D, Z, S, N, J, L, CH, TH, DG และ R<sup>3,5</sup> แต่ไม่ได้พบว่าเป็นสาเหตุของการพูดซ้ำ<sup>3</sup>

**ความสัมพันธ์ของภาวะลิ้นติดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีดังนี้**

**การเจ็บเต้านม** มีการศึกษาพบว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุของการเจ็บเต้านมของมารดาร้อยละ 36-89<sup>7,10</sup> โดยเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ววัดคะแนนการเจ็บเต้านมของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติดดีขึ้นราวร้อยละ 44-95<sup>7,11-13</sup> และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเจ็บเต้านมก่อนและหลังทำการผ่าตัด<sup>1,10,13,14</sup> นอกจากนี้อาการเจ็บเต้านมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มักมีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10-26<sup>6,15</sup>

**การเข้าเต้าไม่ดี** จากการศึกษาจากการสอบถามพบว่า แพทย์เฉพาะทางโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร้อยละ 70 เชื่อว่าภาวะลิ้นติดทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย แต่แพทย์ที่ให้คำปรึกษาด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 69 เชื่อว่า ภาวะลิ้นติดพบบ่อยที่ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>6</sup> การเข้าเต้าเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุการเข้าเต้าได้ไม่ดี ร้อยละ 64-84<sup>7,10</sup> มีรายงานเปรียบเทียบการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะลิ้นติดกับทารกปกติ พบว่า ในทารกที่มีภาวะลิ้นติดมีการเข้าเต้ายากร้อยละ 25 เทียบกับในทารกปกติพบเพียงร้อยละ 3<sup>3</sup> โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (infant breastfeeding assessment tool) และคะแนนการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะลิ้นติดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ<sup>2,12,13</sup>

**ทารกน้ำหนักขึ้นไม่ดี** พบทารกที่มีภาวะล้นติดมี ปัญหาเรื่องน้ำหนักขึ้นไม่ดีร้อยละ 16<sup>7</sup> ซึ่งเป็นปัญหาจากการเข้าเต้าได้ไม่ดีและต้องใช้เวลาในการเข้าเต้าทำให้ได้รับน้ำนมแม่น้อยหรือไม่เพียงพอ ในทารกที่มีภาวะล้นติดนี้ ไม่พบปัญหาในการดูดนมขวด<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์มาก ดังนั้น การผ่าตัดแก้ไขจึงเป็นทางเลือกในรายที่มีปัญหานี้ มีรายงานทารกที่มีภาวะล้นติดหลังได้รับการผ่าตัดรักษาจะมีน้ำหนักขึ้นร้อยละ 65<sup>12</sup>

**การหยุดนมแม่เร็ว** สาเหตุหนึ่งของการหยุดนมแม่เร็วคือ อาการเจ็บเต้านม อาการเจ็บเต้านมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10-26<sup>6,15</sup> โดยพบความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัปดาห์แรกเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า<sup>16</sup> อย่างไรก็ตาม ในการติดตามทารกหลังจากผ่าตัดรักษาภาวะล้นติดเมื่ออายุ 2 เดือนไม่พบความแตกต่างของการเจ็บเต้านมและคะแนนการเข้าเต้า รวมถึงไม่พบความแตกต่างในระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>2</sup> แนวโน้มของข้อมูลแสดงว่าภาวะล้นติดน่าจะมีผลในช่วงระยะแรกหลังคลอดที่เริ่มเข้าเต้าและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**การรักษาภาวะล้นติด** เนื่องจากในทารกที่มีภาวะล้นติดไม่ได้มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย มีรายงานว่าทารกที่มีภาวะล้นติดพบมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประมาณร้อยละ 50<sup>2</sup> ดังนั้น การคัดเลือกทารกที่จำเป็นต้องรักษาจึงเป็นส่วนสำคัญ ซึ่งแนวทางที่มีการศึกษา คือ การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะล้นติดร่วมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือคะแนนการเข้าเต้า<sup>2,12,14</sup> เมื่อคัดแยกทารกที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษาได้แล้ว จำเป็นต้องให้คำปรึกษาถึงข้อมูลภาวะล้นติดและแนวทางในการรักษาเพื่อให้มารดาและครอบครัวร่วมตัดสินใจ โดยหากตัดสินใจเลือกผ่าตัดรักษา

### วิธีการรักษาภาวะล้นติด มีหลายวิธี ดังนี้

Frenotomy หรือ frenulotomy เป็นการผ่าตัดรักษาที่นิยมใช้ในทารกแรกเกิด ทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกอย่างง่าย<sup>3,5</sup> ซึ่งขั้นตอนการทำ ไม่ซับซ้อน ใช้กรรไกรตัดแล้วกดหยุดเลือดโดยไม่ต้องเย็บ<sup>3,5</sup> การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ<sup>2</sup> เวลาในการผ่าตัดประมาณ 5 นาที หลัง

ผ่าตัดสามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง<sup>1,2,4,6-8,11-14</sup> การตรวจติดตามมักนัดติดตามการรักษา 1-2 สัปดาห์<sup>3</sup>

Frenectomy เป็นการผ่าตัดทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากที่สั้นออกทั้งหมด<sup>3,5</sup> เทคนิคการทำโดยใช้คีมหนีบ (clamp) เพื่อลดการไหลของเลือดก่อน แล้วจึงใช้กรรไกรตัด การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน หลังผ่าตัดอาจมีเลือดซึมคล้ายหลังการถอนฟัน สามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง<sup>17</sup>

Frenuloplasty มักใช้ผ่าตัดในเด็กอายุ 1-2 ปีขึ้นไป และผู้ใหญ่ ซึ่งขั้นตอนการผ่าตัดจะผ่าตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกทั้งหมด และเย็บตกแต่งส่วนที่แยกออกให้ได้ตามลักษณะกายวิภาค<sup>3,5</sup> ขั้นตอนการผ่าตัดจะยากกว่า ใช้เวลานานกว่าและในบางกรณีต้องใช้ยาดมสลบ หลังผ่าตัดสามารถรับประทานอาหารได้ การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การตรวจติดตามมักนัดติดตามการรักษา 1-2 สัปดาห์เพื่อสอนให้ฝึกบริหารการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยการเคลื่อนไหวของลิ้นจะดีขึ้นหลังผ่าตัด<sup>3</sup>

ความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของภาวะล้นติด ปัญหาของภาวะล้นติดและช่วงเวลาที่พบ สิ่งเหล่านี้จะมีส่วนในการตัดสินใจและวางแผนในการเลือกวิธีการผ่าตัดรักษา

## ■ สรุป

ภาวะล้นติดมีอุบัติการณ์ที่หลากหลายขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย โดยพบมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจ็บเต้านม การเข้าเต้าไม่ดี น้ำหนักทารกขึ้นไม่ดี และการหยุดนมแม่เร็ว การตรวจคัดเลือกรักษาที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะล้นติดร่วมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือคะแนนการเข้าเต้า ซึ่งยังไม่มีข้อสรุป สำหรับทางเลือกในการผ่าตัดรักษามักนิยมใช้การผ่าตัด frenotomy หรือ frenulotomy โดยผลของการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

1. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188-94.
2. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280-8.
3. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatric Clinics of North America* 2003;50:381-97.
4. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 2011;19:19-26.
5. Chaubal TV, Dixit MB. Ankyloglossia and its management. *J Indian Soc Periodontol* 2011;15:270-2.
6. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53:1027-33.
7. Hong P, Lago D, Seargeant J, et al. Defining ankyloglossia: A case series of anterior and posterior tongue ties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2010;74:1003-6.
8. Steehler MW, Steehler MK, Harley EH. A retrospective review of frenotomy in neonates and infants with feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012;76:1236-40.
9. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 1999;30:259-62.
10. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.
11. Hall DM, Renfrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child* 2005;90:1211-5.
12. Gov-Ari E. Ankyloglossia: Effects of frenulotomy on breastfeeding dyads. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2010;143:P111.
13. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, et al. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006;1:216-24.
14. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:189-93.
15. Schwartz K, D'Arcy HJ, Gillespie B, et al. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract* 2002;51:439-44.
16. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, et al. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:1-7.
17. Block SL. Ankyloglossia: when frenectomy is the right choice. *Pediatr Ann* 2012;41:14-6.

