

## توانبخشی گفتاری پس از ترمیم شکاف لب و کام

## چکیده

علیرغم پیدایش روشهای نوین ترمیم بیماران با شکاف لب و کام و یا شکاف کام و یا لب به تنها، بروز اختلال گفتاری بیمار پس از ترمیم، دور از انتظار نیست (۱ و ۲).

از هر هزار تولد، یک نوزاد دچار شکاف کام به تنهایی و یا در هر دو هزار تولد یک نوزاد

دارای شکاف توام لب و کام می باشد. میزان شیوع این اختلالات نزد سفید پوستان

قدری بالاتر از سیاه پوستان است و در منطقه آسیا با بروز بیشتری، حتی به یک در هر

پانصد تولد می رسد (۳). از آنجا که امکان وجود سایر اختلالات و ناهنجاریها در میان

این نوزادان وجود دارد، لذا بررسی کامل تاریخچه ای و اخذ معاینات کامل بالینی آنها

پس از تولد ضروری است. بررسی مسائل ارثی بودن این ناهنجاریها با توجه به

تاریخچه ازدواج های خانوادگی و یا احتمال بروز ناهنجاریهای مشابه در سایر فرزندان

نیز ضروری است. بروز شکاف کام به تنهایی، بیشتر از شکاف توام لب و کام بوده که به

همراه سایر ناهنجاریهای دیگر به صورت نشانگان (Syndrome) هستند. لذا بررسی این

گونه بیماران با نشانگانی که تقریباً یک سوم کل بیماران با شکاف کام تنها، را تشکیل

می دهند از دیدگاه های مختلف بالینی بایستی مورد تاکید قرار گیرد. شایعترین نشانگان

همراه با شکاف کام تنها «نشانگان پیررابین» (Pierr Robin) است که علاوه بر شکاف کام،

علائم دیگری چون کوچکی فک تحتانی و بیرون زدگی زبان را به همراه دارند. نحوه شکاف کام

تنها در بیماران نشانگانی به شکل V و در بیماران به همراه نشانگان به صورت U می باشد (۴).

پس از بررسی کامل عمومی نوزاد، وضع تغذیه ای وی از جهت جلوگیری از سوء تغذیه، کاهش وزن و

عدم رشد جسمی ضروری است. در صورت فراهم بودن کلیه شرایط سلامتی، عمل جراحی ترمیمی

لب و هر دو بخش سخت و نرم کام، در اولین فرصت ممکن صورت می گیرد (۵). در شرایطی که شکاف

لب ناوسیع باشد، می توان ترمیم کام را در سن زیر ۶ ماهگی و در صورت همراه بودن با شکاف کام، زیر ۱۸

ماهگی، مورد بررسی قرار داد (۳). از آنجا که در عمل جراحی مزبور میزان قابل توجهی از اعصاب، مخاط،

عضلات و قطعات استخوانی مورد دستکاری قرار می گیرد، لذا قبل و پس از ترمیم نواقص، کارایی کامل و

مناسبی را در این اجزاء نمی توان انتظار داشت. در نواحی آناتومیکی یاد شده، مجموعه اجزاء لب و کام که در

نواحی خلف دهان، با انقباض عضلات و بالا رفتن، موجب انسداد راه بینی گردیده و یا باشل شدن خود موجب

باز شدن راه حلقی و بینی می شوند دچار اختلال می گردد. میزان بروز اینگونه اختلال در ۲۰٪ از کل بیماران

تحت عمل جراحی ترمیمی لب و کام دیده می شود (۴). اختلال مزبور، سبب اختلال عملکرد درجه کامی -

حلقی شده و خود سبب اختلال «پرخیشومی شدگی» (Hypernasality) و یا «کم خیشومی شدگی»

(Hyponasality) گفتار می گردد (۶). لذا در جراحی های ترمیمی لب و کام، مشاوره و مداخله آسیب شناس

گفتار و زبان، از اصولی بسیار با ارزش و مهم تلقی می گردد. گرچه تبادل نظر و کار گروهی با سایر متخصصین

نیز در صورت لزوم، هر کدام از اهمیت ویژه ای در تیم درمانی این بیماران نیز محسوب می گردد.

**کلید واژه ها:** شکاف لب و کام / جراحی ترمیمی نواقص اندامهای گفتاری / تیم درمانی در آسیبهای

گفتاری

\* دکتر هاشم شمشادی

فوق تخصص جراحی ترمیمی و

پلاستیک، دانشیار دانشگاه علوم

بهبودی و توانبخشی

دکتر ناصر رضایی

استادیار - متخصص علوم گفتاری

\* E-mail: shemshadii@hotmail.com