

อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในเด็กแรกเกิด  
ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550  
**The Incidence of Cleft Lip and/or Cleft Palate  
in Newborn in Sisaket Hospital Between 2005-2007**

ลาวันย์ ทิสะเส\*

---

**ABSTRACT**

- Back ground** : Cleft lip and/or palate is the most congenital anomalies of face and cranial region. The incidence variates among racial groups. The highest found in Asian and the lowest found in African. A review of literatures indicates that the prevalence of cleft lip and/or palate in Thailand was 0.06-2.49 : 1,000 live births and occur in male more than female. It seems that the highest incidence was in the northeastern part of Thailand. Sisaket is a province locates in the northeastern part of Thailand but there has not been studied in Sisaket yet.
- Objectives** : To find the incidence of cleft lip and/or cleft palate of newborns in Sisaket Hospital.
- Research method** : A retrospective survey study.
- Subject** : Medical records of newborns from 2004 through 2007 were obtained from Neonatal Intensive Care Unit, Labor room, Department of Medical Record of Sisaket Hospital.
- Result** : The incidence was 2.18 : 1,000 live births (27 out of 12,381 live births). Among the 27 cases, 16 cases (59.26%) were female 11 cases (40.74%) were male, the most common type of cleft was 62.96% of cleft lip and palate followed by 25.92 of cleft lip and the lowest was 11.11% of cleft palate. The highest incidence was 2.63:1,000 live births found in 2006. Cases were found every month range from 1 to 4 cases in each month, the highest cases, 4 cases, were found in June.
- Conclusion** : The incidence in Sisaket from 2004 through 2007 does not exceed the incidence in Thailand but the incidence is higher in female than in male (16 : 11) which is different from the former studied.
- Key word** : cleft lip, cleft palate

## บทคัดย่อ

**เหตุผลในการศึกษา :** ปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดของใบหน้าและกะโหลกศีรษะที่พบบ่อยที่สุด อุบัติการณ์จะแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ พบสูงสุดในชาวเอเชีย และต่ำที่สุดในชาวแอฟริกัน สำหรับอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ที่ศึกษาในประเทศไทย อยู่ระหว่าง 1.01-2.49 : 1,000 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอุบัติการณ์สูงสุดพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศรีสะเกษเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคนี้ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาอุบัติการณ์นี้มาก่อน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในทารกเกิดมีชีพที่คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

**รูปแบบวิจัย :** เป็นการศึกษาแบบพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง จากงานห้องผู้ป่วยหนักเด็ก (NICU)/เด็ก 1 งานห้องคลอด และงานเวชระเบียน

**ประชากรที่ศึกษา :** ทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ที่เกิดมีชีพ ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2550

**ผลการศึกษา :** จากทารกเกิดมีชีพ 12,381 คน พบทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ จำนวน 27 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ 2.18 : 1,000 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 16 : 11 (ร้อยละ 59.26 และร้อยละ 40.74 ตามลำดับ) พบปากแหว่งและเพดานโหว่มากที่สุด ร้อยละ 62.96 รองลงมา คือ ปากแหว่ง ร้อยละ 25.9 น้อยที่สุด คือ เพดานโหว่ร้อยละ 11.11 เมื่อแยกชนิดความผิดปกติทุกชนิด ยังคงพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายพบอุบัติการณ์การเกิด ปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่สูงสุดในปี พ.ศ. 2549 คิดเป็นอุบัติการณ์ 2.63:1,000 ในเรื่องช่วงเวลาการเกิดพบกระจายทุกเดือน จำนวนตั้งแต่ 1-4 คน พบมากที่สุดในเดือนมิถุนายน จำนวน 4 คน

**สรุป :** อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในทารกเกิดมีชีพของโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบอยู่ในระดับสูงแต่อยู่ในพิสัยของอุบัติการณ์ที่เคยมีการศึกษามาในประเทศไทย แต่ในการศึกษานี้จะพบการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (16 : 11) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่เคยมีมา

**คำสำคัญ :** ปากแหว่ง, เพดานโหว่

## บทนำ

ลักษณะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่เป็นความผิดปกติของใบหน้าที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเกิด เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อย<sup>1-3</sup> สร้างความวิตกกังวลให้แก่พ่อแม่ ทั้งในเรื่องความสวยงาม การดูดกลืน การสบฟัน การพูด การได้ยิน และยังส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจ และสังคมอีกด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเหล่านี้มักเป็นผู้มีฐานะยากจน และด้อยโอกาส จากการศึกษาสาเหตุการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีการกลายพันธุ์ของยีน<sup>4</sup> เป็นสาเหตุที่ได้รับการตรวจยืนยันแน่ชัดว่าทำให้เกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ส่วนหนึ่งในส่วนของปัจจัยสิ่งแวดล้อมของมารดาที่ตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะการขาดวิตามินและสารโฟเลต การได้รับวิตามิน เอ มากเกินไป การติดเชื้อไวรัส การได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาต้านชัก ยาเบนโซ-ไดอะซีปีน ยาฆ่าแมลง การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การเสพยาเสพติด การที่บิดาหรือมารดาได้รับสารตะกั่วเหล่านี้ จากรายงานสรุปการประชุมความผิดปกติของใบหน้าและกะโหลกศีรษะ (Craniofacial anomalies) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่าควรมีการศึกษาถึงยีนและปัจจัยสิ่งแวดล้อมว่ามีความสัมพันธ์กับโรคปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ต่อไป<sup>5</sup>

อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่จะแตกต่างกันตามเชื้อชาติและถิ่นที่อยู่<sup>5</sup> พบชาวเผ่าพื้นเมืองในอเมริกาเหนือมีอัตราการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่สูงถึง 36 ราย ต่อเด็กแรกเกิด 10,000 คน ชาวญี่ปุ่นพบอัตราการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ 20 ราย ต่อเด็กแรกเกิด 10,000 คน ชาวคอเคเซียน พบอัตราการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ 10 ราย ต่อเด็กแรกเกิด 10,000 คน และพบอัตราการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่เพียง 3 ราย ต่อเด็กแรกเกิด 10,000 คน ในชาวแอฟริกันในประเทศ

อเมริกา อย่างไรก็ตามยังมีอีกหลายส่วนในโลกที่มีข้อมูลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคนี้<sup>5</sup> สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในประเทศไทย ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ<sup>6</sup> ได้รายงานถึงสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทยโดยพบว่าลักษณะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ เป็นลักษณะความพิการที่เป็นมาแต่กำเนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับ<sup>6</sup> ของความพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด<sup>7</sup> อันดับแรกของประเทศไทย และมีอุบัติการณ์ของการเกิดเท่ากับ 1.23-1.57 : 1,000 รศ. บวรศิลป์ เขาวนชื้น และคณะรายงานอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในงานสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีอัตราการเกิดเท่ากับ 0.06-2.16 : 1,000 สุมาลี ศรีวิวัฒนา<sup>7</sup> ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในหน่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบอุบัติการณ์เท่ากับ 1.01-2 : 1,000 อำพร แดงแสงทอง และคณะ<sup>3</sup> ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศิริราช พบอุบัติการณ์เท่ากับ 2.14 : 1,000 วิภาพรรณ ฤทธิธกุล<sup>8</sup> ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เท่ากับ 1.56 : 1,000 ลลิตกร จิตตเสถียร<sup>9</sup> และคณะ ศึกษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537-2546 พบอุบัติการณ์นี้เท่ากับ 1.26 : 1,000 แต่พบในปี พ.ศ. 2544 พบสูงถึง 3.38 : 1,000 และในการศึกษาของโรงพยาบาลขอนแก่น<sup>10</sup> เมื่อปี พ.ศ. 2536 พบอุบัติการณ์การเกิดเท่ากับ 2.49 : 1,000

จากการรวบรวมการศึกษาการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ พบว่าการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนการเกิดเพดานโหว่อย่างเดียว พบ

ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>11-18</sup> แต่ในการศึกษาของอำพร แดงแสงทอง<sup>3</sup> และคณะ พบว่าการเกิดปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่เกิดในเพศชายเท่ากับในเพศหญิง

พ่อแม่ทุกคนมีโอกาสมีลูกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ในอัตราส่วน 1 : 700-1,000<sup>19</sup> เมื่อพ่อแม่มีบุตรปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่คนหนึ่ง บุตรคนต่อไปมีโอกาสพบความพิการนี้ 2-5 : 100 ถ้ามีบุตรมากกว่า 1 คน มีความผิดปกตินี้ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 10-12 : 100 สำหรับพ่อแม่ที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่มีโอกาสที่บุตรจะเป็น 2-5 : 100 โดยถ้าพ่อแม่ที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่มีญาติใกล้ชิดเป็นด้วย จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 10-12 : 100 ทั้งนี้พี่น้องของเด็กปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะมีบุตรปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ 1 : 100 ซึ่งความเสี่ยงในการมีบุตรที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่นี้ขึ้นกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องที่มีสายเลือดเดียวกันที่มีความพิการนี้

The California Children Services (CCS) Standard ร่วมกับ The American Cleft Palate - Craniofacial Association<sup>20</sup> กำหนดว่าบุคลากรที่ทำการประเมินและรักษาผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ อย่างน้อยต้องประกอบด้วยกุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ช่องปาก พยาบาล แพทย์หู คอ จมูก นักพันธุกรรม ศัลยแพทย์ตกแต่ง นักฝึกพูด ทันตแพทย์สำหรับเด็ก นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์จัดฟัน จิตแพทย์ ทันตแพทย์ทันตกรรมประดิษฐ์ และนักโสตสัมผัสวิทยา

โรคปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องใช้บุคลากรหลายฝ่ายร่วมกันทำงาน และต้องใช้เวลาในการรักษาผู้ป่วยเป็นเวลายาวนาน วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อรายงานอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่ง

และ/หรือเพดานโหว่ของเด็กแรกเกิดในจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2548 พร้อมทั้งเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ที่มีผู้ศึกษามาแล้วในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาของภาวะการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ต่อไป

## วัสดุและวิธีการ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้รวบรวมจากห้องผู้ป่วยหนักเด็ก (NICU)/เด็ก 1 งานห้องคลอด และงานเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 เพื่อรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. จำนวนทารกคลอดมีชีพทั้งหมด แยกจำนวนเพศชาย หญิง
2. จำนวนทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ที่คลอดมีชีพในแต่ละปี โดยแยกเป็น 3 กลุ่ม คือ
  - กลุ่มปากแหว่ง คือ ทารกที่มีรอยแยกของริมฝีปากและ/หรือเบ้ากระดูก (Alveolus)
  - เพดานโหว่ คือ รอยแยกของเพดานแข็ง (Hard palate) และ/หรือเพดานอ่อน (Soft palate)
  - ปากแหว่งและเพดานโหว่ คือ พบรอยแยกของริมฝีปาก กระดูกเบ้าฟัน และเพดานปาก
3. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ วัน เดือน ปีเกิด ของทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการกระจายของทารกเกิดมีชีพที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 มีจำนวนทารกเกิดมีชีพมีจำนวนทั้งสิ้น 12,381 คน แยกเป็นเพศชาย 6,488 คน เพศหญิง 5,893 คน พบทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ จำนวน 27 คน (ตารางที่ 1) คิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ เท่ากับ 2.18 : 1,000 (ตารางที่ 2) พบจำนวน

ทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่สูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2549 เท่ากับ 11 คน คิดเป็นอุบัติการณ์เท่ากับ 2.63 : 1,000 (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในการศึกษาครั้งนี้พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 2) โดยพบในเพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 59.26 ของทารกที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ทั้งหมด และพบในเพศชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 40.74 ของทารกที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ทั้งหมด คิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดในเพศหญิง เท่ากับ 1 : 368 หรือ 2.71 : 1,000 ส่วนในเพศชาย เท่ากับ 1 : 590 หรือ 1.69 : 1,000 (ตารางที่ 2) เมื่อเทียบอุบัติการณ์นี้ระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2550 มีแนวโน้มไม่แน่นอน คือ พบในปี พ.ศ. 2548 มีอุบัติการณ์เกิด เท่ากับ 1.96 : 1,000 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2549 เท่ากับ 2.63 : 1,000 แต่กลับมีจำนวนลดลงในปี พ.ศ. 2550 โดยมีอุบัติการณ์ เท่ากับ 1.94 : 1,000 (ตารางที่ 3)

การกระจายของทารกที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ตามชนิดของความพิการ (ตารางที่ 4) พบลักษณะปากแหว่ง และเพดานโหว่ มากที่สุด เท่ากับร้อยละ 62.96 ปากแหว่งอย่างเดียว ร้อยละ 25.92 และพบน้อยที่สุด คือ เพดานโหว่ ร้อยละ 11.1 ของจำนวนทารกเกิดมีชีพที่เป็นปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างเพศ พบทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นอัตราส่วนเท่ากับ 16 : 11 เมื่อแยกชนิดความผิดปกติพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้งชนิดปากแหว่งและเพดานโหว่ (10 : 7) ปากแหว่ง (4 : 3) และเพดานโหว่ (2 : 1) การกระจายของทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ตามเดือนที่คลอด (ตารางที่ 5) มีกระจายทุกเดือนพบตั้งแต่ 1-4 คน จากการศึกษาพบมากที่สุดในเดือนมิถุนายน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของทารกแรกคลอดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ที่คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ แยกตามชนิดความผิดปกติและเพศ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2548-2549

| ปี<br>พ.ศ. | จำนวน<br>ทารก<br>คลอด<br>มีชีพ | ปากแหว่งอย่างเดียว<br>(คน) |       |       | เพดานโหว่อย่างเดียว<br>(คน) |      |       | ปากแหว่งและ/หรือ<br>เพดานโหว่ (คน) |       |       | รวม   |       |     |
|------------|--------------------------------|----------------------------|-------|-------|-----------------------------|------|-------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|
|            |                                | ชาย                        | หญิง  | รวม   | ชาย                         | หญิง | รวม   | ชาย                                | หญิง  | รวม   | ชาย   | หญิง  | รวม |
| 2548       | 4,076                          | 1                          | 2     | 3     | 0                           | 1    | 1     | 1                                  | 3     | 4     | 2     | 6     | 8   |
| 2549       | 4,184                          | 2                          | 1     | 3     | 0                           | 0    | 0     | 4                                  | 4     | 8     | 6     | 5     | 11  |
| 2550       | 4,121                          | 0                          | 1     | 1     | 1                           | 1    | 2     | 2                                  | 3     | 5     | 3     | 5     | 8   |
| รวม        | 12,381                         | 3                          | 4     | 7     | 1                           | 2    | 3     | 7                                  | 10    | 17    | 11    | 16    | 27  |
| ร้อยละ     |                                | 11.11                      | 14.18 | 25.92 | 3.70                        | 7.41 | 11.11 | 25.92                              | 37.04 | 62.96 | 40.74 | 59.26 | 100 |

**ตารางที่ 2** อัตราส่วนทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ต่อทารกเกิดมีชีพทั้งหมด  
ที่คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550

| เพศ  | ระหว่างปี<br>(พ.ศ.) | จำนวนทารก<br>เกิดมีชีพ | จำนวนทารกปากแหว่ง<br>และ/หรือเพดานโหว่ | อัตราส่วนทารกปากแหว่งและ<br>เพดานโหว่ต่อทารกเกิดมีชีพ |
|------|---------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ชาย  | 2548-2550           | 6,488                  | 11<br>(40.74%)                         | 1.69 : 1,000<br>(1 : 591)                             |
| หญิง | 2548-2550           | 5,893                  | 16<br>(59.26%)                         | 2.71 : 1,000<br>(1 : 368)                             |
| รวม  | 2548-2550           | 12,381                 | 27<br>(100%)                           | 2.18 : 1,000<br>(1: 458)                              |

**ตารางที่ 3** อัตราส่วนทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ต่อทารกเกิดมีชีพในแต่ละปี  
ที่คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2548-2550

| ปี พ.ศ. | จำนวนทารก<br>เกิดมีชีพ | จำนวนทารกปากแหว่ง<br>และ/หรือเพดานโหว่ | อัตราส่วนทารกปากแหว่งและ<br>เพดานโหว่ต่อทารกเกิดมีชีพ |
|---------|------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 2548    | 4,076                  | 8                                      | 1.96 : 1000 (1 : 591)                                 |
| 2549    | 4,184                  | 11                                     | 2.63 : 1,000 (1 : 380)                                |
| 2550    | 4,121                  | 8                                      | 1.94 : 1,000 (1 : 515)                                |
| รวม     | 12,381                 | 27                                     | 2.18 : 1,000 (1 : 458)                                |

| เพศ  | ปากแห้ง       | เพดานโหว่     | ปากแห้งและเพดานโหว่ | รวม            |
|------|---------------|---------------|---------------------|----------------|
| ชาย  | 3<br>(11.11%) | 1<br>(3.70%)  | 7<br>(25.96%)       | 11<br>(40.74%) |
| หญิง | 4<br>(14.81%) | 2<br>(7.41%)  | 10<br>(37.04%)      | 16<br>(59.26%) |
| รวม  | 7<br>(25.92%) | 3<br>(11.11%) | 17<br>(62.96%)      | 27<br>(100%)   |

| เพศ        | ปากแห้งอย่างเดียว | เพดานโหว่อีกอย่างเดียว | ปากแห้งและเพดานโหว่ | รวม | ร้อยละ |
|------------|-------------------|------------------------|---------------------|-----|--------|
| มกราคม     | 1                 | 0                      | 1                   | 2   | 7.41   |
| กุมภาพันธ์ | 1                 | 1                      | 0                   | 2   | 7.41   |
| มีนาคม     | 1                 | 0                      | 2                   | 3   | 11.11  |
| เมษายน     | 0                 | 0                      | 1                   | 1   | 3.70   |
| พฤษภาคม    | 0                 | 0                      | 3                   | 3   | 11.11  |
| มิถุนายน   | 2                 | 0                      | 2                   | 4   | 14.81  |
| กรกฎาคม    | 1                 | 1                      | 0                   | 2   | 7.41   |
| สิงหาคม    | 0                 | 0                      | 3                   | 3   | 11.11  |
| กันยายน    | 0                 | 0                      | 3                   | 3   | 11.11  |
| ตุลาคม     | 1                 | 0                      | 0                   | 1   | 3.70   |
| พฤศจิกายน  | 0                 | 0                      | 1                   | 1   | 3.70   |
| ธันวาคม    | 0                 | 1                      | 1                   | 2   | 7.41   |
| รวม        | 7                 | 3                      | 17                  | 27  | 100    |

ตารางที่ 6 รายงานอุบัติการณ์ปากแห้งและ/หรือเพดานโหว่ในการศึกษาต่าง ๆ

| ลำดับ | ผู้วิจัย/ปีที่รายงาน                                | จำนวนทารก<br>ปากแห้ง<br>เพดานโหว่ | สถานที่ศึกษา                       | ระยะเวลา<br>ที่ศึกษา<br>(ต่อ 1,000) | อุบัติการณ์ |
|-------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 1     | Coupland และคณะ (1988) <sup>22</sup>                | 930                               | เขต Trent                          | 1973-1982                           | 1.12        |
| 2     | Jensen และคณะ (1990) <sup>11</sup>                  | 602                               | เดนมาร์ก                           | 1976-1981                           | 1.89        |
| 3     | Srivastava และคณะ (1990) <sup>13</sup>              | 203                               | คูเวต                              | 1985-1987                           | 1.48        |
| 4     | Boo และ Arshad(1990) <sup>24</sup>                  | 64                                | มาเลเซีย                           | -                                   | 1.24        |
| 5     | Taher (1992) <sup>21</sup>                          | 79                                | อิหร่าน                            | 1983-1988                           | 3.73        |
| 6     | Wu และคณะ (1995) <sup>25</sup>                      | 4,548                             | จีน                                | 1988-1991                           | 1.65        |
| 7     | Murray และคณะ (1997) <sup>26</sup>                  | -                                 | ฟิลิปปินส์                         | 1989-1996                           | 1.94        |
| 8     | Natsume และคณะ (1998) <sup>16</sup>                 | 326                               | ญี่ปุ่น                            | 1985                                | 1.46        |
| 9     | Yi และคณะ (1999) <sup>27</sup>                      | 1,105                             | สิงคโปร์                           | 1985-1994                           | 2.07        |
| 11    | Gregg และคณะ (1994) <sup>28</sup>                   | -                                 | ไอร์แลนด์เหนือ                     | 1980-1990                           | 1.28        |
| 12    | MAGDALENIC-MESTROVIC<br>และคณะ (2005) <sup>29</sup> | 903                               | โครเอเชีย                          | 1988-1998                           | 1.71        |
| 13    | McLeod และคณะ (2004) <sup>30</sup>                  | 28                                | โบลีเวีย                           | 1995-2001                           | 1.23        |
| 14    | SULEIMAN และคณะ (2005) <sup>31</sup>                | 30                                | ซูดาน                              | 1997-2000                           | 0.9         |
| 15    | Omari และคณะ (2004) <sup>32</sup>                   | -                                 | จอร์แดน                            | 1991-2001                           | 1.39        |
| 16    | Baik HS และคณะ (2001) <sup>33</sup>                 | -                                 | เกาหลี                             | 1979                                | 0.65        |
| 17    | Beston และคณะ (2007) <sup>34</sup>                  | 13                                | แทนซาเนีย                          | -                                   | 0.17        |
| 18    | Vasiliauskas และคณะ (2004) <sup>35</sup>            | -                                 | ลิทัวเนีย                          | 1993-1997                           | 1.84        |
| 19    | อำพร แดงแสงทอง และคณะ (1987) <sup>3</sup>           | 36                                | โรงพยาบาลศิริราชไทย                | 1987                                | 2.14        |
| 20    | บวรศิลป์ เขาว์ขึ้น และคณะ (2003)                    | 115                               | ประเทศไทย                          | -                                   | 0.06-2.16   |
| 21    | สุมาลี ศรีวัฒนา และคณะ (1981) <sup>7</sup>          | -                                 | โรงพยาบาลจุฬา<br>รามธิบดี พระมงกุฎ | -                                   | 1.01-2.00   |
| 22    | ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ (2000) <sup>6</sup>        | -                                 | ประเทศไทย                          | -                                   | 1.23-1.57   |
| 23    | วิภาพรรณ ฤทธิกุล (2001) <sup>8</sup>                | 38                                | โรงพยาบาลสงขลานครินทร์             | 1990-1999                           | 1.56        |
| 24    | ลลิตกร จิตตเสถียร และคณะ (2006) <sup>9</sup>        | 61                                | โรงพยาบาลพุทธชินราช                | 1994-2003                           | 1.26        |
| 25    | Ruangstitt C (2005) <sup>10</sup>                   | 16                                | โรงพยาบาลขอนแก่น                   | 1993                                | 2.49        |



## วิจารณ์

ในการศึกษาถึงอุบัติการณ์ปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ครั้งนี้ แหล่งที่มาของข้อมูลมีถึง 3 แหล่ง คือ ห้องผู้ป่วยหนักเด็ก (NICU)/เด็ก 1 งานห้องคลอด และงานเวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อยืนยันความถูกต้องและตรงกันของข้อมูลทั้งจำนวน เพศ ปีที่เกิด และชนิดของความผิดปกติ เนื่องจากจำนวนความพิการที่มีไม่มากนัก หากข้อมูลไม่ถูกต้องเพียงเล็กน้อย เมื่อนำมาแปรผลก็จะทำให้คลาดเคลื่อนได้มาก จากการศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ 2.18 : 1,000 ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่จัดว่าอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทย<sup>3,6,7,8</sup> ยกเว้นอุบัติการณ์ที่มีการศึกษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น<sup>10</sup> ปี พ.ศ. 2536 ที่ได้จากการเก็บรวบรวมรายงานเป็นเวลา 6 เดือน พบอุบัติการณ์สูง 2.49 : 1,000 และการจากการศึกษาของลลิตกรจิตตเสถียร และคณะ<sup>9</sup> ที่ศึกษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2544 มีอุบัติการณ์ปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่สูงถึง 3.38 : 1,000 หากเทียบกับต่างประเทศ พบว่าผลของการศึกษาทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ครั้งนี้มีค่าอยู่ในระดับสูงแต่ยังต่ำกว่าผลการศึกษาของ Taher<sup>21</sup> ที่ศึกษาในประเทศอิหร่าน ระหว่างปี ค.ศ. 1983-1988 พบอุบัติการณ์เท่ากับ 3.73 : 1,000 (ตารางที่ 6) เรื่องของเพศในการศึกษานี้พบความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่มีมา โดยพบทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (16 : 11) เมื่อแยกชนิดความผิดปกติก็พบความผิดปกติในเพศหญิงมากกว่าในเพศชายทุกลักษณะ แต่จากการศึกษาอื่น ๆ พบลักษณะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง<sup>11-18</sup> และเมื่อแยกชนิดความผิดปกติก็พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงเกือบทุกลักษณะ ยกเว้นการเกิดเพดานโหว่จะเกิดมากในเพศหญิงมากกว่าเพศ

ชาย การหาช่วงเวลาการเกิดของทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ช่วงเวลานี้จะเชื่อมโยงถึงปัจจัยของสิ่งแวดล้อมขณะที่มีการตั้งครรภ์ได้ 4-12 สัปดาห์ ที่เป็นช่วงการพัฒนาส่วนใบหน้าของทารกในครรภ์ ซึ่งมารดาอาจได้รับสารที่ก่อให้เกิดความพิการแก่ทารกในช่วงดังกล่าว เช่น การใช้ยาฆ่าแมลง การได้รับยาหรือสารเคมีในลักษณะต่าง ๆ การระบาดของโรค เป็นต้น การศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์สูงในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน<sup>21-23</sup> สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบการเกิดทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในทุกเดือนในจำนวนใกล้เคียงกันตั้งแต่ 1-4 คน หากจะดูอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว ควรจำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานกว่านี้ อย่างไรก็ตามจากข้อสรุปในการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับความร่วมมือในการวิจัยความผิดปกติของใบหน้าและกะโหลกศีรษะขององค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> (WHO meetings on international collaborative research on craniofacial anomalies) ในปี ค.ศ. 2001 กล่าวว่าไม่พบหลักฐานที่ชี้ชัดว่า ช่วงเวลาและฤดูกาล มีความสัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ซึ่งคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมที่เพียงพอในการชี้ชัดของปัจจัยนี้ต่อไป

อนึ่ง การรวบรวมข้อมูลของแต่ละการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่มีความแตกต่างกันเนื่องจากสภาพพื้นที่และเชื้อชาติ แต่ผลการศึกษาถึงอุบัติการณ์นี้เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกัน คงต้องพิจารณาถึงความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น จำนวน ฐานประชากรของทารกแรกเกิดว่ามาจากข้อมูลโรงพยาบาล หรือนำมาจากสำมะโนประชากรระยะเวลาการศึกษาในแต่ละการศึกษาใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันอย่างมาก พบตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 10 ปี ข้อกำหนดลักษณะ

(Criteria) ที่ใช้แยกประเภทของทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ รวมถึงช่วงเวลาที่ทำการรักษา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันและเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตามการศึกษาเปรียบเทียบก็เป็นค่าบ่งชี้ได้ระดับหนึ่งในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการศึกษาต่อไป โดยเฉพาะการศึกษาเพื่อนำไปสู่ที่มาของปัจจัยการเกิดโรค อันจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันการเกิดทารกปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ต่อไป

## สรุป

จากการศึกษาอุบัติการณ์ผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่าง ปี พ.ศ. 2548-2550 พบทารกแรกคลอดมีชีพที่มีลักษณะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่จำนวน 27 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์เท่ากับ 1 : 458 หรือ 2.18 : 1,000 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ชนิดของความพิการพบมากที่สุด คือ ปากแหว่งและเพดานโหว่ พบน้อยที่สุด คือ เพดานโหว่ โดยลักษณะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่นี้เมื่อนำมาแยกกลุ่มก็ยังคงพบว่าทุกกลุ่มความผิดปกติพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนแนวโน้มการเกิดและช่วงเวลาการเกิดความพิการนี้ คงต้องใช้เวลาในการศึกษารวบรวมข้อมูลที่ยาวนานกว่านี้ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.ชาย ธีระสุด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ทพ.พิทักษ์ วิชญพงศ์กุล หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมที่อนุญาตให้ทำการวิจัยนี้ คุณกรรณิการ์ พูนศิริ หัวหน้างานห้องคลอด คุณนุจรี เอื้อประเสริฐ หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักเด็ก (NICU) และคุณอรทัย นัตถา เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Proffit WR, Fields HW, Ackerman JL, Sinclair PM, Thomas PM, Camilla Tulloch JF. Contemporary Orthodontics. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louise : Mosby-Year Book, Inc 1993 : 57.
2. Osuji OO. Preparation of feeding obtulators for infants with cleft lip and palate. J Clin Ped Dent 1995 ; 19 : 211-4.
3. อำพร แดงแสงทอง, คัดเค้า วงษ์สุวรรณค์, ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล. อุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่ง เพดานโหว่ในโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2530. สารศิริราช 2531 ; 40 : 741-4.
4. Tongkobpetch S, Siriwan P, Shotelersuk V. MSX 1 mutations contribute to nonsyndromic cleft lip in a Thai population. J Hum Genet 2006 ; 51 (8) : 671-6.
5. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies : report of WHO meetings on International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies, Geneva, Switzerland, 5-8 November 2000 ; Park City, Utah, U.S.A., 24-26 May 2001.
6. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ประสิน จันทน์วิทัน, สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, ธนอมศรี อินทนนท์, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานทบทวนองค์ความรู้สถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทย. สงขลา : หน่วยพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2543 : หน้า 25.
7. สุมาลี ศรีวัฒนา. ความพิการแต่กำเนิด. ใน : จินตนา ศิรินาวัน, ชณิกา ตูจินดา, บรรณาธิการ.

- เวชพันธุศาสตร์และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ 1981 ; หน้า 206-18.
8. วิภาพรณ ฤทธิกุล. อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2533-2542. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2544; 51 (1) : 29-37.
  9. ลลิตกร จิตตเสถียร, ภูมารินทร์ เว้นทอง, ชัยพร แซ่อึ้ง, พรพรรณ อีระรังสิกุล. ผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกปี พ.ศ. 2537-2546. Buddhachinaraj Medical Journal 2006 ; 23 (2) : 154-63.
  10. Chowchuen B, Godfrey K. Development of a network system for the care of patients with cleft lip and palate in Thailand. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2005; 39(2): 328.
  11. Jensen BL, Kreiborg S, Dahl E, Fogh-Anderson P. Cleft Lip and Palate in Denmark Epidemiology, Variability and Early Somatic Development. Cleft Palate J 1988 ; 25 : 258-69.
  12. Rintala AE. Epidemiology of orofacial clefts in Finland : a review. Ann Plast Surg 1986 ; 17 : 456-9.
  13. Srivastava S, Bang RL. Facial clefting in Kuwait and England : a comparative study. Br J Oral Maxillofac Surg 1990 ; 43 : 457-62.
  14. Fogh-Andersen P. Incidence of Cleft Lip and Palate constant or increasing? Acta Chir Scand 1961 ; 122 : 106-11.
  15. Shapira Y, Lubit E, Kuftinec M, Borell G. The distribution of clefts of the primary and secondary palate by sex, type and location. Angle Orthod 1999 ; 69 : 523-8.
  16. Natsume N, Suzuki T, Kawai T. The prevalence of Cleft lip and Palate in Japanese. Br J Oral Maxillofac Surg ; 1988 ; 14 : 232-6.
  17. Amidei ML, Hamman RF, Kassebaum DK, Marshall JA. Birth prevalence of cleft lip and palate in Colorado by sex distribution, seasonality, race/ethnicity, and geographic variation. Spec Care Dent 1994 ; 14 : 233-40.
  18. นงพร แจ้งอริยวงศ์. การประเมินความพิการของโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สรรพสิทธิเวชสาร 2547 ; 15 : 1-7 .
  19. Ellis E III. Management of patient with orofacial clefts. In: Peterson LI, Ellis E III, Hupp JR, Tucker MR, editors. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis : Mosby ; 1998 : 656-79.
  20. HUGHLETT LM, PATRICIA JAKOBI, HARRINGTON, Objectives and Criteria for the Management of Cleft Lip and Palate and the Delivery of Management Services. Cleft Palate Journal 1978 ; 15(1) : 1-5.
  21. Taher Abbas AY. Cleft lip and Palate in Tehran. Cleft Palate Craniofac J 1992 ; 29 : 15-6.
  22. Coupland M, Coupland AI. Seasonality, Incidence, and Sex Distribution of Cleft Lip and Palate in Trent Region 1973-1982. Cleft Palate J 1988;25: 33-6.

23. Saxen I, Lahti A. cleft lip and palate in Finland : Incidence, secular, seasonal and geographic variations. *Teratology* 1974 ; 9 : 217-22.
24. Boo NY, Arshad AR. A study of cleft lip and palate in neonatates born in large Malaysian maternity hospital over a 2-year period. (abstract). *Singapore Med J* 1990 ;31 : 59-62.
25. Wu Y, Zeng M, Xu C, Liang J, Wang Y, Miao L, et Analyses of the prevalence for neural tube defects cleft lip and palate in China from 1988 to 1991. (abstract) *Hua Hsi I Ko Ta Hsueh Hsueh Pao* 1995 ; 25 : 215-9.
26. Murray JC, Daack-Hirsh S, Buetow KH, Munger R, Espina L, Paglinawan N, et. Al. Clinical and epidemiologic studies of cleft lip and palate in Philippines. *Cleft Palate Craniofac J* 1997 ; 34: 7-10.
27. Yi NN, Yeow VK, Lee ST. Epidemiology of cleft lip and palate in Singapore a 10-year hospital-based study. (abstract). *Ann Med Singapore* 1999; 28 : 655-9.
28. T Gregg, D Boyd and A Richardson. The incidence of cleft lip and palate in Northern Ireland from 1980-1990. *British Journal of Orthodontics*;1994; 21: 387-92.
29. MAGDALENIC-MESTROVIC Marija, BAGATIN Marijo. An epidemiological study of orofacial clefts in Croatia 1988-1998. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery* ; 2005 ; 33 (2) : 85-90.
30. McLeod, N. M. H., Arana Urioste, M. L., Saeed, N. R. Birth prevalence of cleft lip and palate in Sucre, Bolivia. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 2004 ; 41(2): 195-8 .
31. SULEIMAN, A. M.; HAMZAH, S. T. 1 ; ABUSALAB, M. A. 2; SAMAAN, K. T. 3. Prevalence of cleft lip and palate in a hospital-based population in the Sudan. *International Journal of Paediatric Dentistry* ; 2005 ; 15 (3) : 185-9.
32. F. Al Omari. Cleft Lip and Palate in Jordan : Birth Prevalence Rate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* ; 2004 ; 41 (6) : 609-12.
33. Baik HS, Keem JH, Kim DJ. The Prevalence of Cleft Lip and/or Cleft Palate in Korean Male Adult. *Korean J Orthod*; 2001 ; 31 (1) : 63-9.
34. Beston, B Fabian, F M. Birth prevalence of cleft lip and palate based on hospital records in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Dental Journal* ; 2007 ; 14 (1) : 30-3.
35. Arunas Vasiliauskas, Algirdas Utkus, Auora Matulevocioeme, Laura Linkeviciene, Vaidutis Kueinskas. The incidence of cleft lip and/or palate among newborns in Lithuania, 1993-1997. *ACTA MEDICA LITUANICA* 2004 ; 11 (2) : 1-6.