ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ปทมา ตันโชติกุล
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ โดยใช้การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตจำนวน 132 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 ถึง ปี พ.ศ.2565 โดยเก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เพศ ลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่ ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา ประวัติครอบครัวและพันธุกรรม และปัจจัยขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ เป็นเด็กไทยทั้งหมด 117 คน และต่างด้าว 15 คน พบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ ร้อยละ 54.5 เพดานโหว่อย่างเดียว ร้อยละ 23.5 และปากแหว่งอย่างเดียว ร้อยละ 12.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 37.9 พบมีโรคร่วมทั้งหมด 8 คน (ร้อยละ 6.1) ประวัติคนในครอบครัวเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ร้อยละ 20.5 บิดามารดาที่สมรสกันทางสายเลือด ร้อยละ 1.5 ชนิดการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่สัมพันธ์กับลำดับการเกิดของบุตร (P=0.009)

สรุป : พบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นเพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งอย่างเดียว ทั้งสามชนิดพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในบุตรคนแรกมากที่สุด พบว่าชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่สัมพันธ์กับลำดับการเกิดของบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่, เพดานโหว่อย่างเดียว, ปากแหว่งอย่างเดียว

Associated factors of cleft lip and/or palate on patients in Vachira Phuket Hospital

Patama Tanchotikul

Department of Dentistry, Vachiraphuket hospital

Abstract

Objective: To describe the epidemiology and factors associated with cleft lip and/or palate on patients in Vachira Phuket Hospital.

Methods: This descriptive study aimed to describe the epidemiology and factors associated with cleft lip and/or palate using data from questionnaire and medical record. The case of 132 patients with cleft lip and/or palate who come to treatment at Vachira Phuket Hospital from 2015 to 2022. Data was collected and analyzed including personal factors, gender, type of cleft lip and/or palate, parental factors, family history and factors during pregnancy.

Results: Among 132 cases, 117 cases were Thai newborns and 15 involved foreign-born residents. The highest proportion were cleft lip and cleft palate (54.5%) followed by cleft palate (23.5%) and cleft lip (12.9%). Cleft lip and/or palate was slightly higher among females (53.8%). Patients with cleft lip and/or cleft palate were more frequently first-born (37.9%). There were 8 cases (6.1%) of syndromic cleft lip and/or palate. There was 20.5% of patients that have family history of cleft lip and/or cleft palate. The patients (1.5%) were their parents were consanguineously married. There is a statistically significant correlation between kinds of cleft lip and cleft palate and birth order (P=0.009)

Conclusion: The highest proportion were cleft lip and cleft palate followed by cleft palate and cleft lip. All 3 types of cleft lip and/or palate were found in females more than males. Patients with cleft lip and/ or cleft palate were more frequently first-born. A scientifically significant relationship was discovered between cleft lip and cleft palate and the kid born after the first.

Keywords: cleft lip and cleft palate, cleft lip, cleft palate

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นการเจริญผิดปกติบริเวณใบหน้า ที่ส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องอาศัยการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะปากแหว่ง และ/หรือเพดานโหว่ ในทารกแรกเกิดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และเชื้อชาติ พบในคนเอเชียหรือคนผิวเหลืองมากกว่าคนผิวขาวหรือคนคอเคเชี่ยน และมากกว่าคนนิโกรหรือคนผิวดำ[1] ในประเทศไทยมีการศึกษาทางระบาดวิทยาของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่ปีพ.ศ.2512 มีรายงานภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นลักษณะของความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับ 6 ของความพิการแต่กำเนิด 7 อันดับแรก ความชุกของการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในประเทศไทยมีรายงานแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่อยู่ระหว่าง 1.01-2.14[2] พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 2.49 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย หรือประมาณ 800 รายต่อปี[3] สาเหตุการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจน อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม สภาวะแวดล้อม หรือสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการของมารดา การได้รับรังสี ยาหรือสารเคมี การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน มารดาที่อายุมาก การได้รับยากันชัก ยาสเตียรอยด์ในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์[4,5] หากพิจารณาตามประเภทพบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นปากแหว่งอย่างเดียวและเพดานโหว่อย่างเดียว มีอุบัติการณ์ปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในเด็กสัญชาติไทยและต่างด้าว 2.2 และ 1.7 คนต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ตามลำดับ[6] หลายการศึกษา[7,8] ที่พบปากแหว่งอย่างเดียวในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกับปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ ส่วนเพดานโหว่อย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่า

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 551 เตียง มีความพร้อมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือที่ทันสมัยสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มงานทันตกรรม เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของเขตสุขภาพที่ 11 ให้กับจังหวัดใกล้เคียง มีศักยภาพในการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้ป่วยแรกเกิดที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เฉลี่ยปีละ ประมาณ 13-14 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี 2557-ปัจจุบัน มีทั้งหมด 148 ราย ซึ่งสภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ส่งผลกระทบหลายด้านในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูดกลืน การออกเสียง การได้ยิน การพูด การสบฟัน และด้านความสวยงาม ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเกิด ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และต้องร่วมกันดูแลปัญหาที่ซับซ้อนของเด็กแต่ละรายโดยการวางแผนการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษานี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการป้องกันหรือวางแผนจัดการความเสี่ยง ในแต่ละประเภทของลักษณะการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ โดยเน้นในบริบทพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งการศึกษาในลักษณะนี้ยังไม่เคยมีมาก่อน มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ของเด็กแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แต่ละประเภท เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

(Descriptive study) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด จำนวน 148 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ.2565 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่เข้ารับการรักษา มารดายินยอมให้ข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย สามารถสื่อสารได้ เกณฑ์การไม่รับเข้าในการศึกษา คือ ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบสมบูรณ์ ไม่สามารถติดตามได้ และไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล ซึ่งสามารถรวบรวมผู้ป่วยได้จำนวน 132 ราย แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดา ประวัติครอบครัวและพันธุกรรม และปัจจัยขณะตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ใช้ข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (ระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับโรงพยาบาล: HOSxP) และทะเบียนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยายเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของตัวเด็กและผู้ปกครอง และชนิดการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ โดยแบ่งเป็นชนิดปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ และประเภทอื่นๆ (ได้แก่ ปากแหว่งอย่างเดียว เพดานโหว่อย่างเดียว สันเหงือกโหว่ และลิ้นไก่โหว่) วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 025/2022 วันที่16 ตุลาคม 2565 ช่วงระยะเวลาที่รับรอง 1 ปี

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ทำในผู้ป่วยปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตตั้งแต่ พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2565 ที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวนทั้งหมด 132 คน เป็นเด็กไทยทั้งหมด 117 คน และต่างด้าว 15 คน เป็นเพศหญิง 71 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 และเพศชาย 61 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดภูเก็ต 97 คน พังงา 34 คน และระนอง 1 คนอาชีพของบิดามารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง อายุเฉลี่ยของบิดา 33.3 ปี อายุเฉลี่ยของมารดา 29.9 ปี พบประวัติมารดาได้รับยาระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.3 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ร้อยละ 20.5 พบมีประวัติสมรสในครอบครัว ร้อยละ 1.5 พบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็น เพดานโหว่อย่างเดียว ปากแหว่งอย่างเดียว สันเหงือกโหว่ และลิ้นไก่โหว่ คิดเป็นร้อยละ 23.5, 12.9, 6.8 และ2.7 ตามลำดับ ลักษณะของปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่พบข้างเดียวมากกว่าสองข้าง ร้อยละ 61.1 และ 38.9 ตามลำดับ โดยเป็นด้านซ้ายมากกว่าด้านขวาประมาณ 2 เท่า ลักษณะปากแหว่งอย่างเดียวพบมากที่สุด คือ ปากแหว่งสองข้าง รองลงมาเป็นข้างเดียวไม่สมบูรณ์ และข้างเดียวสมบูรณ์ (ร้อยละ 53, 29.4 และ 17.6 ตามลำดับ) โดยเป็นด้านซ้ายมากกว่าด้านขวาประมาณ 3 เท่า ลักษณะของเพดานโหว่อย่างเดียว พบเพดานโหว่แบบสมบูรณ์มากที่สุด รองลงมาเป็นแบบไม่สมบูรณ์ส่วนเพดานอ่อน (แหว่งที่เพดานอ่อน) และแบบไม่สมบูรณ์ส่วนเพดานแข็ง (แหว่งที่เพดานแข็ง) (ร้อยละ 67.7, 25.8 และ 6.5 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่

		N	%
Gender	Male	61	46.2
	Female	71	53.8
	Total	**132**	**100**
Cleft type	Cleft lip and palate	72	54.5
	Cleft palate	31	23.5
	Cleft lip	17	12.9
	Alveolar cleft	9	6.8
	Uvula cleft	3	2.7
	Total	**132**	**100**
Type of cleft lip and palate	Unilateral	44	61.1
	- Left	30	68.2
	- Right	14	31.8
	Bilateral	28	38.9
	Total	**72**	**100**
Type of cleft lip	Unilateral	8	47
	- Left	6	75
	- Right	2	25
	Bilateral	9	53
	Total	**17**	**100**
Type of cleft palate	Hard palate	2	6.5
	Soft palate	8	25.8
	Complete	21	67.7
	Total	**31**	**100**

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่จำแนกตามเพศ

Cleft type	Male		Female		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cleft lip and palate	35	26.5	37	28.0	72	54.5
Cleft palate	13	9.9	18	13.6	31	23.5
Cleft lip	8	6.1	9	6.8	17	12.9
Alveolar cleft	2	1.5	7	5.3	9	6.8
Uvula cleft	3	2.7	0	0	3	2.7
Total	**61**	**46.2**	**71**	**53.8**	**132**	**100**

จากตารางที่ 2 พบลักษณะของปากแหว่งเพดานโหว่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายทุกชนิด พบมีโรคร่วม ร้อยละ 6.1 ได้แก่ โรคหัวใจ และกลุ่มอาการดาวน์ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,056 กรัม โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 5 ราย (ร้อยละ 62.5) รองลงมาเป็น กลุ่มอาการดาวน์ 2 ราย (ร้อยละ 25) และกลุ่มอาการปีแอร์-โรแบง ซีเควนซ์ 1 ราย (ร้อยละ 12.5) กลุ่มอาการดาวน์ พบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ทั้งหมด และกลุ่มอาการปีแอร์-โรแบง ซีเควนซ์ พบเพดานโหว่

ปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น (ปากแหว่งอย่างเดียวและเพดานโหว่อย่างเดียว) แสดงดังตารางที่ 3 พบลำดับการเกิดของบุตร สัมพันธ์กับชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่ โดยพบการเกิดในบุตรคนหลังในกลุ่มปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่สูงกว่าในกลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่

Risk factors	Groups		P-Value
	Cleft lip and cleft palate (N=72)	Cleft lip, Cleft palate, Alveolarcleft, Uvula cleft (N=60)	
Gender			0.545
-Male	35 (57.4%)	26 (42.6%)	
-Female	37 (52.1%)	34 (47.9%)	
Religion			0.651
-Buddhist	54 (54.5%)	45 (45.5%)	
-Muslim	18 (54.5%)	15 (45.5%)	
Child's place in the family birth order			0.009*
-First	32 (48.5%)	34 (51.5%)	
-Later	40 (60.6%)	26 (39.4%)	
Nonprescribed drug use during pregnancy			0.620
-No use	67 (53.6%)	58 (46.4%)	
-Use	5 (71.4%)	2 (28.6%)	
Viral infection during pregnancy			0.463
-No	56 (53.8%)	48 (46.2%)	
-Yes	16 (57.1%)	12 (42.9%)	
Family history of oral clefts			0.114
-Negative	54 (51.4%)	51 (48.6%)	
-Positive	18 (66.7%)	9 (33.3%)	
Consanguineous marriages			0.584
-No	71 (54.6%)	59 (45.4%)	
-Yes	1(50.0%)	1 (50.0%)	

*P < 0.05, a chi-square test

วิจารณ์

จากการศึกษานี้แบ่งลักษณะความบกพร่องเป็น 5 ชนิดคือ ปากแหว่งอย่างเดียว เพดานโหว่อย่างเดียว ปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ สันเหงือกโหว่ และลิ้นไก่โหว่ การศึกษาอื่นในประเทศไทย พบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นเพดานโหว่อย่างเดียว[9,10] ซึ่งสอดคล้องไปกับการศึกษานี้ที่พบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ เพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 54.5, 23.5 และ 12.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาภาวะปากแหว่งอย่างเดียวข้างเดียวพบข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา สอดคล้องกับการศึกษาของ Nahas และคณะ[11] เมื่อจำแนกตามเพศ พบปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 0.9:1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tisase[9] แต่ต่างจากการศึกษาอื่น[12,13] ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ De Aquino และคณะ[13] สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Virarat[14] ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งอย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Theerasopon และ Ritthagol[15] พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

โรคร่วมที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 5 ราย (ร้อยละ 62.5) รองลงมาเป็น กลุ่มอาการดาวน์ 2 ราย (ร้อยละ 25) และกลุ่มอาการปีแอร์-โรแบง ซีเควนซ์ 1 ราย (ร้อยละ 12.5) กลุ่มอาการดาวน์ พบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ทั้งหมด โดยการศึกษาของ Torfs และ Christianson[16] พบว่ากลุ่มอาการดาวน์ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และกลุ่มอาการปีแอร์-โรแบง ซีเควนซ์ พบเพดานโหว่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanasansomboon และ Ritthagol [17] ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่พบมีการแต่งงานในเครือญาติ และนับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็น ร้อยละ 1.5 โดยเป็นเพดานโหว่ 1 คนและปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ 1 คน เป็นเพศชาย 1 คนและเพศหญิง 1 คน ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้ามีรายงานว่าการแต่งงานในเครือญาติพบปากแหว่งเพดานโหว่ ร้อยละ 47.2[18] เป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ ปากแหว่งอย่างเดียว เพดานโหว่อย่างเดียว ร้อยละ 40.9, 36.7 และ 22.2 ตามลำดับ และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น พบชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่สัมพันธ์กับลำดับการเกิดของบุตร โดยพบสัดส่วนการเกิดปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ในกลุ่มมีบุตรคนหลังมากกว่าบุตรคนแรก มากกว่าเมื่อเทียบกับการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งข้อมูลดังกล่าว สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้ข้อมูลแก่มารดาสำหรับการวางแผนในการตั้งครรภ์ และอาจขยายผลในการค้นหา คัดกรองกลุ่มผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการรับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cooper[19] ที่ลำดับของบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ขณะที่การศึกษาของ Vieira[20] ลำดับของบุตรไม่สัมพันธ์กับภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มีการศึกษาที่พบว่าแม่ที่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่ลูกจะมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เพิ่มขึ้น แต่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว[21]

สรุป

จากการศึกษาการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ของโรงพยาลวชิระภูเก็ต พบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นเพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งอย่างเดียว ทั้งสามชนิดพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในบุตรคนแรกมากที่สุด

พบว่าชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่สัมพันธ์กับลำดับการเกิดของบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งถัดไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับเด็กกลุ่มปกติ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ และศึกษาถึงประเด็นปัจจัยภายนอก (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม) เพิ่มเติม นอกจากนี้ควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษา (Multicenters) และมีการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (cohort) เพื่อทำการวางแผนการพัฒนา และผลักดันนโยบายภาพรวมของประเทศต่อไป

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นทางด้านวิชาการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรม และผู้ช่วยทันตแพทย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ช่วยในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Godfrey K, Chowchuen B. Investigating the occurrences of cleft lip, cleft palate and other related birth defects. Srinagarind Med J 2001;16(1): 27-36.

2. Pradubwong S, Pongpagatip S, Prathanee B, Thanawirattananit P, Ratanaanekchai T, Chowchuen B. The treatment of 4-5 year-old patients with cleft lip and cleft palate in Tawanchai Center: follow-up. J Med Assoc Thai 2012; 95 Suppl 11: S135-40.

3. Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon V, Kamolnate A, Uewichitrapochana C, Godfrey K. A multisite study of oral clefts and associated abnormalities in Thailand: The epidemiologic data. Plast Reconstr Surg Glob Open 2015; 3(12): 1-7.

4. Yaqoob M, Mahmood F, Hanif G, Bugvi SM, Sheikh MA, Etiology and genetic factors in clefts of lip and/or palate reported at children's hospital, Lahore, Pakistan. Indian J Hum Genet 2013; 19(2): 136-43.

5. Watkins SE, Meyer RE, Strauss RP, Aylsworth AS. Classification, epidemiology, and genetics of orofacial clefts. Clinics in Plastic Surgery 2014; 41(2): 149–63.

6. Detpithak A, Noochpoung R, Yensom N. Incidence of cleft lip and/or cleft palate of live births in Chiangmai from 2015-2019. Th Dent PH J 2020; 25: 41-9.

7. Mo-suwan L, Chanwitan P, Jarurattanasirikul S, Prathiepchaikul L, Intanon T, Isaranurak S, et al. A review of health status of Thai infants and preschool children. Songkla: National Library of Thailand; 1999.

8. Chaiworawikul M. Incidence, Etiology and prevention of cleft lip and/or cleft palate. CM Dent J 2012; 33(2): 45-55.

9. Tisase L. Incidence of cleft lip and/or cleft palate in new born babies in Srisaket hospital between 2005-2007. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2007; 22(3): 417-8.

10. Jaruratanasirikul S, Chichareon V, Pattanapreechawong N, Sansupavanich P.

Cleft lip and/or palate: 10 years experience at a pediatric cleft center in Southern Thailand. Cleft Palate Crainofac J 2008; 45(6): 597-602.
11. Nahas LD, Alzamel O, Dali MY, Alsawah R, Hamsho A, Sulman R, et al. Distribution and risk factors of cleft lip and palate on patients from a sample of Damascus hospitals-a case-control study. Heliyon 2021; 7(9): e07957.
12. Jalilevand N, Jalaie S. Prevalence of cleft lip and palate among four provinces in the West and North-West of Iran. J Res Med Sci 2015; 20(6): 548-53.
13. de Aquino SN, Machado RA, Paranaíba LM, Martelli DR, Popoff DA, Swerts MS, et al. A review of seasonality of cleft births–the Brazil experience. J Oral Biol Craniofac Res 2017; 7(1): 2-6.
14. Virarat P, Ritthagol W, Limpattamapanee K. Epidemiologic study of oral cleft in Maharatnakornratchasima hospital between 2005-2009. J Thai Assoc Orthod 2010; 9: 3-13.
15. Theerasopon P, Ritthagol W. Historical social perspective and incidence of cleft lip and/or palate. O J Thai Assoc Orthod 2019; 9(2): 26-32. (in Thai)
16. Torfs CP, Christianson RE. Anomalies in Down syndrome individuals in a large population-based registry. Am J Med Genet 1998; 77(5): 431-8.
17. Thanasansomboon A, Ritthagol W. Pierre Robin Sequence: Current trends in treatment and a case report. O J Thai Assoc Orthod 2018; 8(2): 13-24.
18. Rajeev BR, Prasad KV, Shetty PJ, Preet R. The relationship between orofacial clefts and consanguineous marriages: A hospital register-based study in Dharwad, South India. Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies 2017; 4(1): 3-8.
19. Cooper ME, Stone RA, Liu YE, Hu DN, Melnick M, Marazita ML. Descriptive epidemiology of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in Shangai, China, from 1980 to 1989. Cleft Palate Craniofac J. 2000;37(3):274-80.
20. Vieira AR, Orioli I. Birth order and oral clefts: a meta analysis. Tera tology. 2002;66(4):209-16.
21. Munger RG, Romitti PA, Daack-Hirsch S, Burns TL, Murray JC, Hanson J. Maternal alcohol use and risk of orofacial cleft birth defects. Teratology 1996; 54(1): 27-3