

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุบัติการณ์ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็กเกิดมีชีพจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562

อัมพร เดชพิทักษ์* รักชนก นุชพ่วง* ณัฐกานต์ เย็นสม*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ของจังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลเด็กเกิดมีชีพในสถานพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจัดเก็บในคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและโปรแกรมไทยเคลฟลิงก์ (Thai Cleft Link) พ.ศ. 2558-2562 พบว่า อุบัติการณ์ภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็กไทยและเด็กต่างด้าวที่เกิดในจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 2.2 และ 1.7 คนต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คนตามลำดับ ในเด็กไทยพบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นเพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งอย่างเดียว ร้อยละ 49.0, 27.2 และ 23.8 ตามลำดับ ขณะที่ในเด็กต่างด้าวพบภาวะปากแหว่งอย่างเดียวมากที่สุด รองลงมาเป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ และเพดานโหว่อย่างเดียว ร้อยละ 44.4, 38.9 และ 16.7 ตามลำดับ ในเด็กไทยพบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่และปากแหว่งอย่างเดียวในเพศชายมากกว่าหญิง 1.4 และ 3.3 เท่าตามลำดับ ส่วนภาวะเพดานโหว่อย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าชาย 1.3 เท่า ขณะที่ในเด็กต่างด้าวพบภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่และภาวะเพดานโหว่อย่างเดียวในเพศชายมากกว่าหญิง 2.5 และ 2.0 เท่าตามลำดับ ส่วนภาวะปากแหว่งอย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าชาย 1.7 เท่า เด็กปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ร้อยละ 85.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการร้อยละ 3.7 และร้อยละ 11.2 เป็นเด็กต่างด้าวซึ่งไม่มีสิทธิประโยชน์ใด ๆ

คำสำคัญ : อุบัติการณ์ ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ เด็กเกิดมีชีพ

วันที่รับบทความ 7 กันยายน 2563

วันที่รับตีพิมพ์ 7 พฤศจิกายน 2563

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ถนนสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ติดต่อผู้นิพนธ์ อัมพร เดชพิทักษ์ อีเมล : kunamporn8@gmail.com

Original article

Incidence of cleft lip and/or cleft palate of live births in Chiangmai from 2015-2019

Amporn Detpithak*, Rakchanok Noochpoung*, Natthakarn Yensom*

Abstract

This descriptive study aimed to reveal incidence of cleft lip and/or cleft palate in Chiangmai using live births data of the Health Data Center and Thai Cleft Link program from 2013 to 2019. The incidence of cleft lip and/or cleft palate of Thai and resident aliens' in Chiangmai was 2.2 and 1.7 per 1,000 live births, respectively. The highest incidences proportion among Thai babies were cleft lip and cleft palate (49.0%) followed by cleft palate (27.2%) and cleft lip (23.8%). Whereas the highest proportion among alien resident babies were cleft lip (44.4%) followed by cleft lip and cleft palate (38.9%) and cleft palate (16.7%). Among Thai live births, cleft lip and cleft palate, and cleft lip occurred more in male than female at the ratio of 1.4:1 and 3.3:1, respectively. The cleft palate ratio between female and male was 1.3:1. For resident alien live births, the ratios of cleft lip and cleft palate, and cleft palate between male and female were 2.5:1 and 2.0:1 respectively, while the ratio of cleft lip between female and male was 1.7:1. Among all live births, 85.1 percent were universal health coverage beneficiaries, 3.7 percent were covered by civil servant medical benefit system, and 11.2 percent were resident aliens that had no health coverage benefit.

Keywords : incidence, cleft lip and/or cleft palate, live birth

Received date 7 September 2020

Accepted date 7 November 2020

* Chiangmai Public Health Office, Suthep road, Mueang Chiangmai, 50200

Correspondence to Amporn Detpithak email: kunamporn8@gmail.com

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติในบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุดและต้องการการดูแลรักษาโดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สาเหตุการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ค่อนข้างซับซ้อนและไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายได้ แต่เชื่อว่ามีทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วม (multifactorial inheritance) และน่าจะสัมพันธ์กับความบกพร่องของการเจริญของท่อระบบประสาท¹

เมื่อทารกในครรภ์มีอายุประมาณเกือบ 4 สัปดาห์ เซลล์ของสันระบบประสาท (neural crest cell) จากท่อระบบประสาท (neural tube) ส่วนหน้ามีการเคลื่อนตัว (migrate) เพื่อสร้างส่วนที่จะเจริญเป็นใบหน้ามีการสร้างส่วนยื่น (process) ต่าง ๆ การเติบโตของเนื้อเยื่อชั้นกลาง (mesoderm) ในช่วงสัปดาห์ที่ 5-7 mesoderm ยังเจริญอย่างต่อเนื่องและเกิดการเชื่อมตัวของ process ต่าง ๆ เช่น บริเวณตรงกลาง ส่วนยื่นฟรอนโตเนซอล (frontonasal process) จะรวมกับส่วนยื่นแมกซิลลา (maxillary process) เกิดเป็นเพดานปฐมภูมิ (primary palate) ซึ่งจะพัฒนาเป็นส่วนต่าง ๆ ของใบหน้า หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การเชื่อมระหว่าง process อ่อนแอหรือถูกขัดขวาง จะเกิดรอยแยกบริเวณจมูก ริมฝีปาก และสันเหงือกด้านหน้า โดยอาจเกิดเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด² ประมาณสัปดาห์ที่ 6 ส่วนยื่นเพดาน (palatal shelf) จะถูกสร้างขึ้นในแนวตั้งอยู่ระดับด้านข้างของลิ้นทั้งสองด้าน จากนั้นประมาณกลางสัปดาห์ส่วนยื่นนี้จะเปลี่ยนตำแหน่งไปอยู่ในแนวระนาบเหนือต่อด้านหลังของลิ้น และเจริญเข้าหากันเพื่อจะเชื่อมกับส่วนยื่นด้านตรงข้าม และเคลื่อนเข้าหากระดูกอ่อนสันกลางจมูก (nasal septum) บริเวณตรงกลางซึ่งกำลังเจริญในทิศทางลงด้านล่าง ประมาณปลายสัปดาห์ที่ 8 ถึงต้นสัปดาห์ที่ 9 ส่วนยื่นทั้งสามส่วนนี้จะเชื่อมต่อเข้าด้วยกัน โดยมีการแยกออกของเนื้อเยื่อชั้นนอก (ectoderm) ที่ขอบของส่วนยื่นแต่ละอัน เพื่อให้ mesoderm ที่อยู่ชั้นถัดเข้าไปเจริญเชื่อมกันได้เกิดเป็นเพดานทุติยภูมิ (secondary palate) กระบวนการนี้มักดำเนินต่อไปจนถึงสัปดาห์ที่ 12³⁻⁴ ระยะนี้ถือเป็นระยะวิกฤต (critical period) ของการเจริญ การรบกวนการเชื่อมกันของ mesoderm ทำให้เกิดรอยแยกของ

secondary palate ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น palatal shelf เจริญอย่างบกพร่อง ไม่สามารถปรับตำแหน่งมาอยู่ในแนวอนันต์ ไม่สามารถเคลื่อนมาติดกันได้ แยกออกหลังจากเชื่อมติดกัน นอกจากนี้ความผิดปกติในการสร้าง primary palate อาจมีผลให้เกิดการสลายตัวและเกิดรอยแยกของ secondary palate ได้เช่นเดียวกัน ภาวะบกพร่องของการเจริญเหล่านี้อาจทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องผิดรูปร่าง (deformation) อย่างรุนแรง เช่น เมื่อ primary และ secondary palate แยกกันแบบสมบูรณ์ทำให้การสร้างฟันของทารกในครรภ์ผิดปกติ³ ภาวะบกพร่องนี้อาจเกิดจากเซลล์ไม่สามารถเจริญเติบโตต่อเนื่องได้ตามปกติ เซลล์ตาย หรือมีระดับเอนไซม์บางชนิดผิดปกติ เช่น เมทาโลโปรตีนเนส (metalloproteinase) ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมหรือโดยปัจจัยบางอย่างจากเทอราโตรเจน (teratogen) รวมถึงสภาวะแวดล้อมมารดาในขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยบางอย่างหรือหลายปัจจัยร่วมกัน⁵⁻⁶ เป็นผลให้จมูก ริมฝีปาก ขากรรไกรบน และฟันผิดปกติ

มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ แม้กระทั่งภายในเชื้อชาติเดียวกัน พบในคนเอเชียมากกว่าคนผิวขาวและคนผิวดำตามลำดับ ในประเทศไทย ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบมากเป็นอันดับที่ 6 ใน 7 อันดับแรก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงที่สุด ภาคเหนือมีอุบัติการณ์ระหว่าง 1.11 ถึง 1.26 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน การที่อุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามปีสำรวจ สะท้อนว่าการป้องกันยังไม่มีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาตามประเภท พบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นปากแหว่งอย่างเดียว และเพดานโหว่อีกอย่างเดียว ด้านปัจจัยเพศ พบปากแหว่งอย่างเดียวในเพศชายมากกว่าหญิงเช่นเดียวกับปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ ส่วนเพดานโหว่อีกอย่างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่า⁷ การศึกษาระหว่าง พ.ศ. 2532-2534 โดยใช้แบบสำรวจทั่วประเทศพบผู้ป่วยปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จำนวน 1,096 คน ร้อยละ 59 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและส่วนใหญ่มีฐานะยากจน⁸ การศึกษาของ สามารถ สุธาศัย เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 3 แห่ง พ.ศ. 2538-2540 พบอุบัติการณ์ 1.6 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน และจากข้อมูลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พบเด็กแรกเกิดมีอุบัติการณ์เพดานโหว่อย่างเดียวย้อยละ 37 ปากแหว่งอย่างเดียวย้อยละ 36 ปากแหว่งและเพดานโหว่อย้อยละ 26 และความผิดปกติอื่น ๆ เช่น ขนาดช่องปากใหญ่กว่าปกติ (macrosomia) ร้อยละ 1 โดยรวมแล้วพบภาวะเหล่านี้รวมทั้งความผิดปกติทุกลักษณะในเพศชายมากกว่าหญิง (ประมาณร้อยละ 57 และ 43 ตามลำดับ) ส่วนเพดานโหว่อย่างเดียพบในทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน⁹⁻¹⁰ การศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียง 3 แห่งในเชียงใหม่เมื่อ 22 ปีที่แล้วและยังไม่มีการศึกษาในระดับจังหวัด นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาไม่ครอบคลุมเด็กสัณฐานผิดปกติที่เกิดในประเทศไทย^{1,8-11} ขณะที่ในปัจจุบันมีคนจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในประเทศไทย คลอดบุตรและแจ้งเกิดว่ามีภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ การศึกษานี้ใช้คำแทนเด็กสัณฐานผิดปกติว่า เด็กต่างด้าวซึ่งส่วนใหญ่มีมารดาเป็นคนสัญชาติเมียนมา

การศึกษาวินิจฉัยการเกิดภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ คุณลักษณะทางประชากร และสิทธิการรักษาของเด็กเกิดมีชีพในจังหวัดเชียงใหม่ครอบคลุมเด็กต่างด้าวด้วย จึงได้ข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันเพื่อการติดตามเด็กให้ได้รับการดูแลรักษาซึ่งจังหวัดเชียงใหม่ได้เข้าร่วมโครงการยิ้มสวยเสียงใส (The Beautiful Smile, Beautiful Voice Project) เติบโตพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 สามารถเบิกจ่ายงบประมาณการรักษาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเบิกจ่ายค่าเดินทางมารับการรักษาจากสภากาชาดไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากรที่ศึกษาคือข้อมูลเด็กเกิดมีชีพทุกสัณฐานที่คลอดในสถานพยาบาลภายในจังหวัดเชียงใหม่ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562 และมีภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวง

สาธารณสุขซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และจากโปรแกรมไทยเคลฟลิงก์ (Thai Cleft Link) ซึ่งบริหารจัดการโดยศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะมูลนิธิเทคโนโลยีในพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เกณฑ์รับข้อมูลเข้าในการศึกษา คือ รายการข้อมูลของเด็กเกิดมีชีพทุกเพศ แจ้งเกิดว่ามีภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ และมีรหัสวินิจฉัยโรค Q35 (เพดานโหว่) Q36 (ปากแหว่ง) และ Q37 (ปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่) โดยมีหรือไม่มีกลุ่มอาการร่วมอื่น ๆ

เกณฑ์ไม่รับข้อมูลเข้าในการศึกษา คือ รายการข้อมูลที่มีคุณลักษณะทางประชากรไม่ครบ ได้แก่ ปีเกิด เพศ สัญชาติ ประเภทความผิดปกติ และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และอัตรา

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ว่าเป็นประเภทยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Exemption) เลขที่ 16/2563 วันที่ 22 กรกฎาคม 2563

ผล

ช่วง พ.ศ. 2558-2562 เด็กเกิดมีชีพเป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่รวม 161 คน เป็นเด็กไทย 143 คน และต่างด้าว 18 คน อุบัติการณ์ในเด็กไทยสูงที่สุดใน พ.ศ. 2560 (2.8 คนต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) ส่วนในเด็กต่างด้าวมีอุบัติการณ์สูงที่สุดใน พ.ศ. 2560 และ 2561 (2.5 คนต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) ดังตาราง 1

ตาราง 1 อุบัติการณ์เด็กเกิดมีซีฟปากแหว่งและหรือเพดานโหว่จังหวัดเชียงใหม่ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562

Table 1 Incidence of cleft lip and/or cleft palate live births, Chiangmai during 2015-2019

year	Thai nation			alien resident		
	live birth (N)	CL, CP, CLP	incidence	live birth (N)	CL, CP, CLP	incidence
	live birth (n) (per 1,000 live)			live birth (n) (per 1,000 live)		
2015	13,502	37	2.7	2,338	3	1.3
2016	13,218	24	1.8	3,002	4	1.3
2017	12,798	36	2.8	2,024	5	2.5
2018	12,362	22	1.8	1,580	4	2.5
2019	11,946	24	2.0	1,496	2	1.3
total	63,826	143	2.2	10,440	18	1.7

เด็กไทยเป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด (ร้อยละ 49.0) รองมาเป็นเพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งอย่างเดียว (ร้อยละ 27.2 และ 23.8 ตามลำดับ) ส่วนเด็กต่างด้าวเป็นปากแหว่งอย่างเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 44.4) รองลงมาเป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ และเพดานโหว่อย่างเดียว (ร้อยละ 38.9 และ 16.7 ตามลำดับ)

ทั้งในเด็กไทยและต่างด้าว พบว่าเพศชายมีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าเพศหญิง (1.4 และ 1.3 เท่า ตามลำดับ) เด็กไทยทั้งชายและหญิงเป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด ส่วนเด็กต่างด้าว เพศชายเป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด ขณะที่เพศหญิงเป็นปากแหว่งอย่างเดียวมากที่สุด (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนเด็กเกิดมีซีฟปากแหว่งและหรือเพดานโหว่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามเพศและประเภทความผิดปกติ

Table 2 Number of cleft lip and/or cleft palate live births, Chiangmai during 2015-2019 by sex and defect types

year	sex	Thai nation (n)					alien resident (n)				
		CLP	CL	CP	all	sex ratio	CLP	CL	CP	all	sex ratio
2015	male	12	6	2	20	1.2	0	1	0	1	0.5
	female	11	2	4	17	1.0	0	2	0	2	1.0
2016	male	5	6	3	14	1.4	1	0	1	2	1.0
	female	6	1	3	10	1.0	1	1	0	2	1.0
2017	male	11	7	6	24	2.0	2	1	1	4	4.0
	female	7	1	4	12	1.0	0	1	0	1	1.0
2018	male	6	4	1	11	1.0	1	0	0	1	0.3
	female	1	4	6	11	1.0	1	1	1	3	1.0
2019	male	7	3	5	15	1.7	1	1	0	2	2.0
	female	4	0	5	9	1.0	0	0	0	0	1.0
total	male	41	26	17	84	1.4	5	3	2	10	1.3
	female	29	8	22	59	1.0	2	5	1	8	1.0
all		70	34	39	143	-	7	8	3	18	-
		(49.0)	(23.8)	(27.2)	(100.0)	-	(38.9)	(44.4)	(16.7)	(100.0)	-

Note: the number in each parenthesis is percentage

เด็กปากแหว่งและหรือเพดานโหว่สัญชาติไทยอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage System: UHCS) ร้อยละ 85.1 และอยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil

Servant Medical Benefit System: CSMBS) ตามสิทธิของผู้ปกครอง ร้อยละ 3.7 อีกร้อยละ 11.2 เป็นเด็กต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิใด ๆ (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนเด็กเกิดมีชีพปากแหว่งและหรือเพดานโหว่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

Table 3 Number of cleft lip and/or cleft palate live births, Chiangmai during 2015-2019 by health insurance

year	UHC (n)	CSMBS (n)	no (n)	all (n)
2015	36 (90.0)	1 (2.5)	3 (7.5)	40 (100.0)
2016	21 (75.0)	3 (10.7)	4 (14.3)	28 (100.0)
2017	34 (82.9)	2 (4.9)	5 (12.2)	41 (100.0)
2018	22 (84.6)	0 (0.0)	4 (15.4)	26 (100.0)
2019	24 (92.3)	0 (0.0)	2 (7.7)	26 (100.0)
total	137 (85.1)	6 (3.7)	18 (11.2)	161 (100.0)

Note: the number in each parenthesis is row percentage

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นเรื่องแรกในประเทศไทยที่รายงานอุบัติการณ์ในเด็กต่างด้าวด้วย จากการศึกษาในช่วง 5 ปี มีอุบัติการณ์ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็กสัญชาติไทยและต่างด้าวเท่ากับ 2.2 และ 1.7 คนต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ตามลำดับ สูงกว่าการศึกษาในอดีตเมื่อ 13-33 ปีที่ผ่านมาซึ่งเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลบางแห่งในจังหวัดเชียงใหม่(อุบัติการณ์เท่ากับ 1.1)⁹⁻¹⁰ และเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเดียว¹²⁻¹⁷ ขณะที่การศึกษานี้สามารถรวบรวมข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพทั้งหมดทั้งรัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นข้อมูลจาก HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และจากโปรแกรม Thai Cleft Link ซึ่งบริหารจัดการข้อมูลโดยศูนย์แก้ไขความพิการบริเวณใบหน้าและกะโหลกศีรษะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้โครงการยืมสวดยเสียใจจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันบันทึกข้อมูล ข้อมูลจึงมีความครอบคลุมเด็กเกิดมีชีพทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษานี้อุบัติการณ์ภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็กไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มีสัดส่วนค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลอุบัติการณ์ในเขตภาคเหนือที่มีรายงานการศึกษาเพียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2532-

2540⁹⁻¹⁰ และโรงพยาบาลพระพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2537-2546 ที่พบเด็กปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ 1.11 และ 1.26 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คนตามลำดับ¹⁴ ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้เป็นรายงานในโรงพยาบาลภาครัฐ 3 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. 2546) โรงพยาบาลศรีสะเกษ (พ.ศ. 2550) และโรงพยาบาลศิริราช (พ.ศ. 2530) ซึ่งพบเด็กปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ 2.49, 2.18 และ 2.14 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ตามลำดับ¹⁵⁻¹⁷

การศึกษานี้แบ่งลักษณะความบกพร่องเป็น 3 ชนิดคือ ปากแหว่งอย่างเดียว เพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ ซึ่งชนิดสุดท้ายมีความซับซ้อนและใช้ระยะเวลาในการรักษานานที่สุดจนถึงอายุ 19-20 ปี ด้วยการปลูกกระดูกสันหลังและจัดฟัน จึงมีค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการรักษาแก้ไขความบกพร่องมากที่สุด มากกว่าภาวะเพดานโหว่หรือปากแหว่งเพียงอย่างเดียว¹⁸⁻²² การศึกษาอื่นในประเทศไทยพบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาคือเพดานโหว่อย่างเดียว^{14,16,23} สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ เพดานโหว่อย่างเดียว และปากแหว่งอย่างเดียวในเด็กไทยร้อยละ 49.0, 27.2 และ 23.8 ตามลำดับ แต่ในเด็กต่างด้าวแตกต่างจากเด็กไทยโดยพบปากแหว่งอย่างเดียวมากที่สุด รองลงมาคือปากแหว่ง

ร่วมกับเพดานโหว่ และเพดานโหว่อ่างเดียว ร้อยละ 44.4, 38.9 และ 16.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ การศึกษานี้พบว่าเพศชายมีภาวะปากแหว่งร่วมกับ เพดานโหว่ และปากแหว่งเพียงอย่างเดียวมากกว่าเพศ หญิง 1.4 และ 3.3 เท่า ส่วนเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว พบในเพศหญิงมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{12,24} แต่ตัวเลขสัดส่วนมีความแตกต่างกันไป¹⁴⁻¹⁶

อุบัติการณ์ภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จากการศึกษานี้ผ่านมามีความหลากหลายค่อนข้างมาก รวมถึงการศึกษานี้ โดยแตกต่างตามพื้นที่ กลุ่มประชากร ปีการศึกษา และช่วงเวลาการศึกษา^{9-17,23-25}

ด้านสิทธิการรักษา ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าจากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโครงการยิ้มสวย เสียงใส ซึ่งจะได้รับการรักษาและจัดฟันโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่ายและเบิกค่าเดินทางจากสภาภาษีไทยผ่านเหล่า ภาษีจังหวัด และมีสิทธิข้าราชการเพียงร้อยละ 3.7 ซึ่ง สามารถเบิกค่ารักษาและจัดฟันผ่านหน่วยงานต้นสังกัด ของผู้ปกครองได้²¹ อีกร้อยละ 11.2 เป็นทหารต่างด้าวซึ่ง ไม่มีสิทธิใด ๆ ผู้ปกครองจึงมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ตั้งแต่แรกคลอด หากซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็ก ต่างด้าวที่อายุต่ำกว่า 7 ปี จะมีสิทธิได้รับการบริการตามชุด สิทธิประโยชน์ใกล้เคียงกับเด็กไทยที่มีสิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

สรุป

อุบัติการณ์ภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ใน ทารกที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งในกลุ่ม เด็กไทยและต่างด้าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในภาพรวม 5 ปี มีอุบัติการณ์เท่ากับ 2.2 และ 1.7 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ตามลำดับ ในเด็กไทยมีอุบัติการณ์ภาวะปากแหว่ง และเพดานโหว่มากที่สุด ขณะที่เด็กต่างด้าวมีอุบัติการณ์ ภาวะปากแหว่งอย่างเดียวมากที่สุด เด็กปากแหว่งและ หรือเพดานโหว่ ร้อยละ 85.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากแนวโน้มอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น ควรเร่งพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับและขยาย รูปแบบการดูแลรักษาให้เชื่อมโยงระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิแบบไร้รอยต่อ ในระดับหน่วยบริการ ควร จัดระบบให้สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยทารกแรกคลอดได้

เร็วที่สุดเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษารวมทั้งการดูแล สุขภาพช่องปากโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในระดับจังหวัด ควรกำกับติดตามให้ สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข บันทึกรายชื่อข้อมูลในแฟ้มบุคคล (Person) บริการผู้ป่วย (Service) และแฟ้มทันตสุขภาพ (Dental) ในระบบ คลังข้อมูลสุขภาพให้ครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สำหรับสถานพยาบาลสังกัดอื่น ควรมีการพัฒนาระบบ ข้อมูลกลางอย่างน้อยในระดับจังหวัดในการบันทึกการ วินิจฉัยพร้อมภาพภาวะความบกพร่อง การบริการทั้ง ส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การติดตามผู้ป่วย และผลลัพธ์การรักษา และสามารถแบ่งปันข้อมูลเหล่านี้ ระหว่างสถานพยาบาลต่างสังกัดได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาใน ระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและการ รักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่น การรับรู้สิทธิ ประโยชน์ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อปรับปรุงแนวทางการจัดระบบการดูแลให้ครอบคลุมผู้ป่วยและมี ประสิทธิภาพมากขึ้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และเจ้าหน้าที่ จากศูนย์แก้ไขความพิการบริเวณใบหน้าและกะโหลก ศีรษะ มูลนิธิเทคโนโลยีใน พระราชดำริฯ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลทารกเกิดใหม่ มีชีพปากแหว่งและหรือเพดานโหว่จังหวัดเชียงใหม่ใน การศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chaiworawikul M. Incidence, Etiology and Prevention of Cleft Lip and/or Cleft Palate. CM Dent J. 2012; 33(2): 45-55. (in Thai)
2. Williams PL, Wendell-Smith CP, Treadgold S. Basic human embryology. London: Morrison and Gibb Ltd; 1976: 54-5.

3. Dudek RW. Embryology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 135-145.
4. Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR, editors. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, 5th ed. St Louis: Mosby; 2008: 583-603.
5. Ramos GA, Romine RE, Gindes L, Wolfson T, McGahan MC, D' Agostini D, et al. Evaluation of fetal secondary palate by 3-dimensional ultrasonography. J Ultrasound Med 2010; 29: 357-64.
6. Christensen K, Olsen J, Norgaard B. Oral clefts, transforming growth factor alpha gene variants, and maternal smoking: a population based case control study in Denmark, 1991-1994. Am J Epidemiol 1999; 149: 248-55.
7. Mo-suwan L, Chanwitan P, Jarurattanasirikul S, Prathiephaikul L, Intanon T, Isaranurak S, et al. A Review of Health Status of Thai Infants and Preschool Children, Songkla. HSRI; 1999. (in Thai)
8. Chuangsuwanich A, Aojanepong C, Muangsombut S, Tongpiwq P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. Ann Plast Surg 1998; 41: 7-10.
9. Suthachai S. The study of incidence and treatment of the cleft lip and cleft palate patients at Lumpang Regional Hospital, Mothers and Children Hospital and Sanpatong Hospital. Paper read at 16th Health Science Annual Conference 1998, at Chiang Mai Thailand. (in Thai)
10. Suthachai S. Congenital maxillofacial defect (surgical case) at Mahara jNakorn Chiangmai Hospital during 1989-1997. Paper read at 17th Health Science Annual Conference 1999, at Chiang Mai Thailand. (in Thai)
11. Theerasopon P, Tittagol W. Historical Social Perspective and Incidence of Cleft Lip and/or Palate. J Thai Assoc Orthod. 2019; 9(2): 29-32. (in Thai)
12. Ritthagol W. Incidence of Cleft lip and/or cleft palate in Songkla hospital during 1990-1999. J Dent Assoc Thai. 2001; 51(1): 29-37. (in Thai)
13. Virarat P, Ritthagol W, Limpattamapanee K. Epidemiologic Study of Oral Cleft in Maharat-nakornratchasima Hospital between 2005-2009. J Thai Assoc Orthod. 2010; 9: 3-13. (in Thai)
14. Chittasatien L, Wanthong P, Sae-ung C, Teeraransikul P. Cleft lip and/or palate patient in Buddhachinaraj hospital, Pitsanulok Province 1994-2003. Buddhachinarak medical journal. 2006; 23(2): 154-63. (in Thai)
15. Rungsitt C, Phraserthsang P, Banpho Y, Lamduan W, Giathamnuay S, Nuwantha A. Incidence of cleft lip and cleft palate in three hospitals in Khon Kaen. Khon Kaen: Department of Orthodontics Faculty of Dentistry, Khon Khan University; 1993. (in Thai)
16. 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 Hospitals. 2007; 22(3): 417-8. (in Thai)
17. Dangsangthong A, Wongsawan K, Sawatdimonkol P. Incidence of Cleft lip and/or cleft palate in Siriraj hospital in 1987. Siriraj Medical Journal. 1988; 40: 741-44. (in Thai)
18. National Health Security Office. The appendix of National Health Security announcement the performance and administration criteria of universal health coverage fund. (classification 2 part 4 Specific service: high cost care/ accident/ specific care) in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2013. Bangkok; 2012, p. 199-202. (in Thai)
19. National Health Security Office. The 2014 Universal Health Coverage budget

- administration: classification 2 part 3 Specific service in Manual of universal health coverage, budget year 2014. Bangkok; 2013, p. 98-102. (in Thai)
20. National Health Security Office. The 2018 Universal Health Coverage budget administration. classification 2. (in Thai)
21. The Comptroller General Department. The health service rates for reimbursement in public health facilities: 13th section of dental service fee (13.5 specific service for specific/ special groups). Circular letter no. 0431.2/246 on 16 Jun 2016. (in Thai)
22. Lapying P. The 2014 dental fee schedule development for the Civil Servant Medical Benefit Scheme. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental 2015; 38(2): 48-67. (in Thai)
23. 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 Craniofac J. 2008; 45(6): 597-602.
24. Kawalec A, Nelke K, Pawlas K, Gerber H. Risk factors involved in orofacial cleft predisposition-review. Open Med. 2015; 10: 163-75.
25. Faiza S, Farrukh M, Muhammad JA, Anila A, Muhammad Z, Nawshad M, et al. Incidence and management of cleft lip and palate in Pakistan. J PakMed Assoc 2019; 69: 632-39.