



การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปากแห้งเพดานโหว่

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สุกัลยา ธนกิจจารุ*

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 9 ธันวาคม 2566; วันที่แก้ไข: 31 มีนาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 2 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

โรคปากแห้งเพดานโหว่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับสากลและระดับชาติ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ครั้งนี้เพื่อศึกษาระบาดวิทยาโรคปากแห้งเพดานโหว่ ลักษณะการกระจายของผู้ป่วยโรคปากแห้งเพดานโหว่ด้วย เวลา บุคคล และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ของการเกิดโรคปากแห้งเพดานโหว่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 733 คน ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างปี 2549-2565 อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 20 ปี และมีข้อมูลประวัติเข้ารับการรักษครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติการรักษา วิเคราะห์การกระจายของผู้ป่วยโรคปากแห้งเพดานโหว่ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสาเหตุปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคด้วยสถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบเด็กเกิดชีพเป็นปากแห้งเพดานโหว่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงที่สุดในปี 2550 จำนวน 377 คน (1.79 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) รองลงมาคือปี 2551 (1.70 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) และปี 2562 (1.46 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) ตามลำดับ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่ำที่สุดในปี 2557 (0.75 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) การกระจายของโรคตามลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยสัมพันธ์ของการเกิดโรค พบว่า เพศ อายุครรภ์มารดา ก่อนคลอด อายุบิดา อายุมารดา ลำดับการคลอด ประวัติการใช้ยาของมารดาขณะตั้งครรภ์ และลำดับบุตรมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากแห้งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การจัดรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ควรมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและสามารถป้องกันได้ รวมถึงการดูแลและช่วยเหลือเด็กแรกเกิดที่มีปัญหาปากแห้งเพดานโหว่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : โรคปากแห้ง, โรคเพดานโหว่, ระบาดวิทยา

*ผู้รับผิดชอบบทความ: สุกัลยา ธนกิจจารุ; sukalyatha@gmail.com



Epidemiology and associated factors of cleft lip and/or Palate at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonrachathani

Sukalya Thanakitcharu*

Sunpasithiprasong Hospital Ubon Ratchathani

(Received: 9 December 2023; Revised: 31 March 2024; Accepted: 2 April 2024)

Abstract

Cleft lips and/or palates are one of the international and national public health problems. The objectives of retrospective descriptive design were to study the epidemiology of cleft lip and cleft palate, characteristics of the distribution of patients with cleft lip and cleft palate by time, person, and to examine the factors that related the occurrence of cleft lip and cleft palate. The sample consisted of 733 patients with cleft lip and/or palate who received treatment at Sunpasitthiprasong hospital, Ubon Ratchathani, between 2006-2022. The patients' age was from birth to 20 years. All patients' data were complete treatment history information as intended. The distribution of patients with cleft lip and cleft palate was analyzed with descriptive statistics, and related factors for disease using Chi-square statistics. The statistical significance level was set at the .05 level.

The results found that 377 children born with cleft lip and/or cleft palate had the highest incidence of the disease in 2007 (1.79 per 1,000 live births), followed by 2008 (1.70 per 1,000 live births) and 2019 (1.46 per 1,000 live births), respectively. The lowest incidence of disease was found in 2014 (0.75 per 1,000 live births). Distribution of disease according to personal characteristics and the factors associated with the disease were found to be gender, mother's gestational age before birth, father's age, mother's age, birth order, mother's history of drug use during pregnancy that had a statistically significant relationship with the occurrence of cleft lip and/or cleft palate. Therefore, the health care services for pregnant women should focus on enhancing knowledge during pregnancy about related factors that can be prevented cleft lip and/or cleft palate. Moreover, caring and helping newborns with cleft lip and palate problems might be improve their quality of life.

Keyword: cleft lip, cleft palate, epidemiology

***Corresponding author:** Sukalya Thanakitcharu; sukalyatha@gmail.com



บทนำ

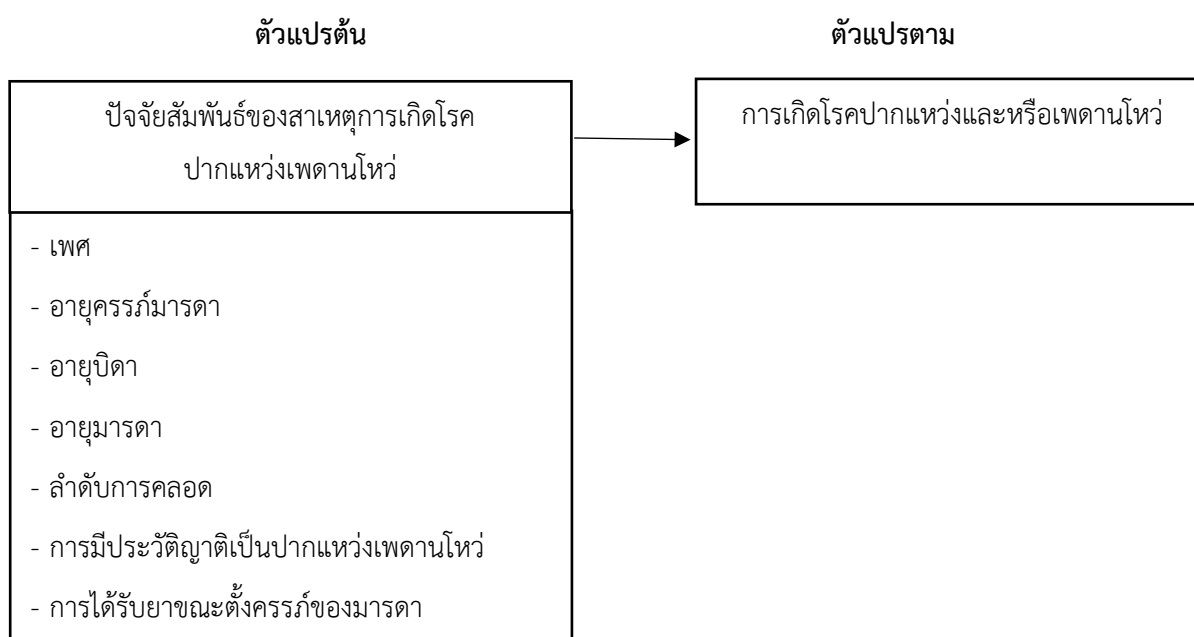
ภาวะปากแหว่ง (Cleft Lip) และหรือเพดานโหว่ (Cleft Palate) เป็นความผิดปกติของกระบวนการสร้างโครงสร้างของใบหน้า และช่องปากทำให้เกิดการเปิดหรือปริแตกในริมฝีปากบนเพดานปาก ส่งผลให้โครงสร้างของใบหน้า ทารกไม่แนบสนิท ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมถือเป็น 2 ปัจจัยหลักของภาวะนี้ ซึ่งกลไกการเกิดโรคนี้ เริ่มต้นที่ทารกในครรภ์อายุประมาณ 4 สัปดาห์ เซลล์ของระบบประสาท (Neural crest cell) จากท่อระบบประสาท (Neural tube) ส่วนหน้ามีการเคลื่อนตัว (Migrate) เพื่อสร้างส่วนที่จะเจริญเป็นใบหน้ามีการสร้างส่วนยื่น (Process) ต่าง ๆ การเติบโตของเนื้อเยื่อชั้นกลาง (Mesoderm) หลังจากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 5-7 mesoderm ยังเจริญอย่างต่อเนื่องและเกิดการเชื่อมตัวของ process ต่าง ๆ เช่น บริเวณตรงกลาง ส่วนยื่นฟรอนโตเนซอล (Frontonasal process) จะรวมกับ ส่วนยื่นแมกซิลลา (Maxillary process) เกิดเป็นเพดานปฐมภูมิ (Primary palate) ซึ่งจะพัฒนาเป็นส่วนต่าง ๆ ของ ใบหน้า หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาทิ การเชื่อมระหว่าง process อ่อนแอหรือถูกขัดขวาง จะเกิดรอยแยกบริเวณมุม ริมฝีปาก และสันเหงือกด้านหน้า โดยอาจเกิดเป็นบางส่วน หรือทั้งหมด นำไปสู่ความผิดปกติของการปิดหรือเชื่อมของ เนื้อเยื่อส่วนริมฝีปากและเพดานปากได้ (Prathanee, Thanawirattananit, Thanaviratananich, 2013; กิตติลักษณ์ จุลลัษเฐียร, 2560)

อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่นั้นมีแตกต่างกันในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ หรือแม้กระทั่งภายใน เชื้อชาติเดียวกัน โดยพบในคนเอเชียมากกว่าคนผิวขาวและคนผิวดำ (Mossey, Catilla, 2003; Kling, Taub, Ye, Jabs, 2014) สำหรับประเทศไทยปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบมากเป็นอันดับที่ 6 ของโรคที่เกิดขึ้นกับ ทารกแรกเกิด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงที่สุดเท่ากับ 2.49 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ประเมินการได้ว่า จะมีเด็กแรกเกิดใหม่ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงถึงประมาณ 700-800 รายต่อปี โดยปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นปากแหว่งอย่างเดียวและเพดานโหว่อียวเดียว ซึ่งปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่พบในเพศชายมากกว่าหญิง ส่วนเพดานโหว่อียวเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (พรพัฒน์ ชีโรโสภณ และวิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล, 2562; นงลักษณ์ จินตนาติก, 2558)

ทั้งนี้ โรคปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่มีสาเหตุจาก 2 สาเหตุปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัย ภายในด้านกรรมพันธุ์ร้อยละ 12-20% และปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมร้อยละ 80-88 ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งมีผลกระทบทางด้านสังคมได้แก่ บุคลิกภาพ การเข้าสังคมและคุณภาพชีวิต และปัญหาทางด้าน เศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูงและใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน (มารศรี ชัยวรวิทย์กุล, 2555; Thohinung, Prathanee, 2016) ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัว และประเทศชาติในแง่ของการสิ้นเปลือง ทรัพยากรด้านสาธารณสุข และการวางแผนเชิงระบบด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค (ศิวักร เจียรนัย, สุกัญญา เขียร วิวัฒน์, 2563) สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี และเขตสุขภาพที่ 10 พบรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ทุกปี แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงระดับวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงการกระจายของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ รวมถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นปากแหว่งเพดานโหว่



ดังนั้น กรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จากข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เพื่อศึกษาระบาดวิทยาของการเกิดโรคปากแห้งเพดานโหว่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค อันประกอบด้วย เพศ อายุครรภ์มารดา อายุบิดามารดา ลำดับการคลอด การมีประวัติญาติเป็นปากแห้งเพดานโหว่ และการได้รับยาขณะตั้งครรภ์ของมารดา ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาเด็กที่มีปัญหาปากแห้งเพดานโหว่ ที่จำเป็นต้องได้รับบริการทันตกรรมที่มีความซับซ้อนกว่าเด็กทั่วไปตามความรุนแรงที่เกิดกับอวัยวะในช่องปากและโรคทางระบบ ต้องใส่เครื่องมือในช่องปากเพื่อให้ดูดนมได้และรับประทานอาหาร ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่เป็นทารก และใส่เครื่องมือในช่องปากเพื่อกระตุ้นการเจริญของเพดาน ดังนั้นทารกจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่องปากเป็นพิเศษเมื่อฟันเริ่มขึ้น แม้ว่าการผ่าตัดแก้ไขเพดานโหว่ต้องทำก่อนเด็กหัดพูดแต่การผ่าตัดเร็วเกินไป อาจมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกใบหน้า หลังจากนั้นเด็กต้องรับการแก้ไขการพูดและการได้ยินจากนักอรรถบำบัด (Speech therapist) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พูดได้ชัดเจนจนจัดฟันแล้วเสร็จ ซึ่งเด็กอาจมีปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น หูพิการ หูส่วนกลางอักเสบ จึงต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพแบบสหวิทยาการ ในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ วิชาชีพที่มีบทบาทดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ปกครอง ทีมแพทย์ (ศัลยแพทย์ตกแต่ง กุมารแพทย์ โสตศอนาสิกแพทย์ และรังสีแพทย์) ทีมทันตแพทย์ (ทันตกรรมสำหรับเด็ก จัดฟัน ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล และทันตกรรมประดิษฐ์) นักอรรถบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล โดยมีการช่วยเหลือสนับสนุนด้าน



การรักษาและด้านจิตใจในทุกขั้นตอนต่อเนื่องโดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักกิจกรรมบำบัด เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหานี้ ให้เด็กมีภาพลักษณ์ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด

อุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาระบาดวิทยาของโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ในกลุ่มเด็กที่มีโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2565 เพื่ออธิบายลักษณะการกระจายของผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ด้วย เวลา (Time) บุคคล (Person) และปัจจัยสัมพันธ์ของสาเหตุการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 733 ราย โดยเป็นเด็กที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 377 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ อายุ 0-20 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ระหว่างปี 2549 ถึงปี 2565

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลในฐานระบบที่เก็บรวบรวมไม่ครบตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ข้อมูลประวัติบิดา มารดาไม่ครบถ้วนตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือกในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี โดยผู้วิจัยเป็นผู้เดียวที่สามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วย ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลครบทั้ง 733 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 เดือนหลังจากได้รับการพิจารณาผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาระบาดวิทยาของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ออกแบบเครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นการเก็บข้อมูลจากทะเบียนประวัติที่บันทึกไว้ โดยทบทวนเวชระเบียนของเด็กที่มีอาการของโรคปากแหว่งเพดานโหว่ โดยใช้แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย



- 1) แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เดือนเกิด ปีเกิด ลำดับบุตร ที่อยู่แต่กำเนิด
- 2) แบบเก็บข้อมูลประวัติครอบครัว และเครือญาติ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุบิดา อายุมารดา อายุครรภ์ของมารดาขณะคลอด ยาที่รับประทานขณะตั้งครรภ์ ประวัติบิดามารดาเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวนบุตร
- 3) แบบเก็บข้อมูล ประวัติการวินิจฉัย
- 4) แบบเก็บข้อมูล ประวัติการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบเก็บข้อมูลประวัติภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของปัจจัยตัวแปรตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติปัจจัยสัมพันธ์ของโรคปากแหว่งเพดานโหว่ โดยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือก ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การกระจายของผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยเวลา (Time) และบุคคล (Person) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ เพื่อมุ่งอธิบายปรากฏการณ์ของการเป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่
2. วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยสถิติ Chi-square เพื่อมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีมติเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ CA code 062/2566 รหัสโครงการ 053/66R วันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2566

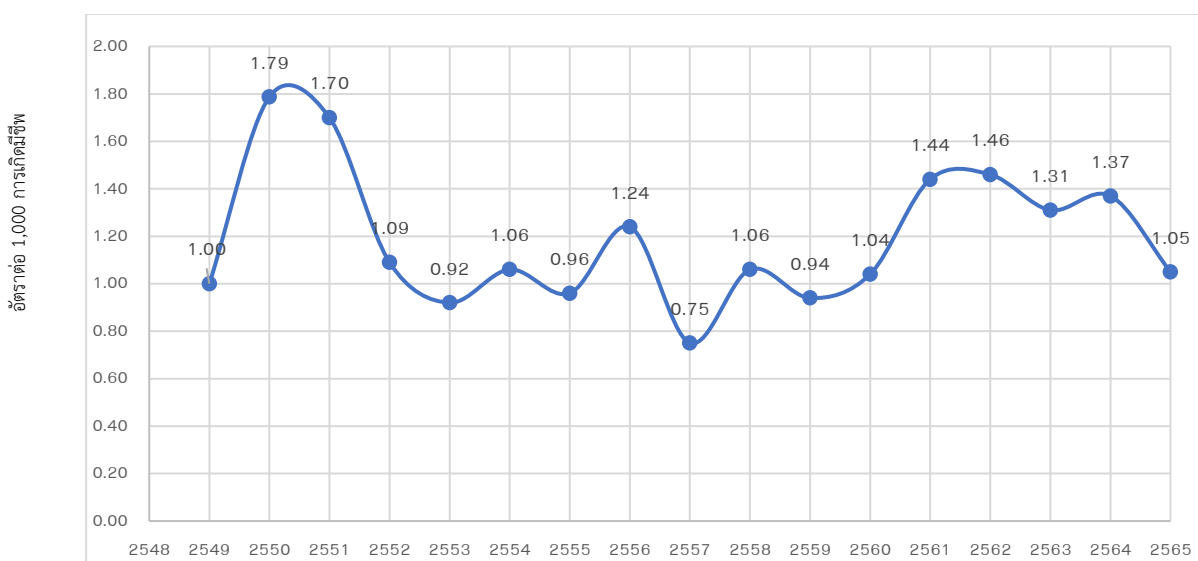
ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การกระจายของโรคตามลักษณะเวลา (Time)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 17 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2565 พบเด็กเป็นโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีจำนวน 733 คน เป็นเด็กที่เกิดในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 377 ราย อธิบายรายการกระจายของโรคตามลักษณะเวลา ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2565 จังหวัดอุบลราชธานีมีเด็ก



เกิดชีพเป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จำนวน 377 คน โดยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงที่สุดในปี 2550 (1.79 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน) รองลงมาคือ ปี 2551 (1.70 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน) และปี 2562 (1.46 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน) ตามลำดับ โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่ำที่สุดในปี 2557 (0.75 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน) นอกจากนี้ เมื่อเทียบอุบัติการณ์ในปีเริ่มต้น เท่ากับ 1.0 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน และปีสุดท้ายคือปี 2565 อุตการณ์เท่ากับ 1.05 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ดังกราฟที่ 1



กราฟที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ของการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ปี 2549-2565

จำนวนการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2549-2565 พบว่าในปี 2550 มีจำนวนมากที่สุดคือ 38 ราย รองลงมาคือปี 2551 จำนวน 36 ราย ปี 2556 จำนวน 25 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย และปี 2552 ปี 2554 และปี 2562 มีจำนวนเท่ากัน คือปีละ 23 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเด็กที่มีโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่เทียบกับจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตรายปี พบเด็กที่มีโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 0.1-0.2 ต่อปี โดยมีเพียง 3 ปี ได้แก่ ปี 2550 ปี 2551 และปี 2562 ที่มีร้อยละของเด็กโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มากที่สุดคือร้อยละ 0.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2549-2565 (N=377)

ปี พ.ศ.	เด็กเกิดมีชีวิต (จำนวน)	การเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ (จำนวน)	การเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ (ร้อยละ)
2549	21,061	21	0.1
2550	21,261	38	0.2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการเกิดโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2549-2565 (ต่อ)

ปี พ.ศ.	เด็กเกิดมีชีพ (จำนวน)	การเกิดโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ (จำนวน)	การเกิดโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ (ร้อยละ)
2551	21,137	36	0.2
2552	21,178	23	0.1
2553	20,741	19	0.1
2554	21,793	23	0.1
2555	21,803	21	0.1
2556	20,122	25	0.1
2557	19,947	15	0.1
2558	18,783	20	0.1
2559	18,170	17	0.1
2560	17,266	18	0.1
2561	16,639	24	0.1
2562	15,806	23	0.2
2563	15,302	20	0.1
2564	14,569	20	0.1
2565	13,375	14	0.1

ส่วนที่ 2 การกระจายของโรคตามลักษณะบุคคล (Person)

การกระจายของโรคตามลักษณะบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.6 อายุครรภ์ก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 38 สัปดาห์ มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 59.6 เป็นบุตรลำดับแรกมากที่สุด ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ บุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 25.2 และบุตรลำดับที่ 3 ร้อยละ 8.5 ตามลำดับ เกิดในเดือนมิถุนายนมากที่สุด ร้อยละ 10.4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปากแห้งและหรือเพดานโหว่มากที่สุด ร้อยละ 78.4 และชนิดของการเป็นปากแห้งเพดานโหว่ส่วนใหญ่เป็นแบบ Complete ร้อยละ 73.0 บริเวณที่เป็นปากแห้งและหรือเพดานโหว่ส่วนใหญ่เป็นข้างเดียว ร้อยละ 59.3 โดยอยู่ในตำแหน่งข้างซ้ายมากที่สุด ร้อยละ 41.5 และร้อยละ 8.7 พบปัญหาของลิ้นไก่ (Uvular) ร่วมด้วย ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 คุณลักษณะของเด็กที่เป็นโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี ปี 2549-2565 (N=733)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	371	50.6
หญิง	362	49.4
อายุครรภ์ก่อนคลอด (สัปดาห์)		
น้อยกว่า 38 สัปดาห์	62	8.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 38 สัปดาห์	437	59.6
ไม่ได้ระบุ	234	31.9
บุตรลำดับที่		
1	260	35.5
2	185	25.2
3 ขึ้นไป	85	11.6
ไม่ได้ระบุ	203	27.7
เดือนเกิด		
มกราคม	65	8.9
กุมภาพันธ์	47	6.4
มีนาคม	42	5.7
เมษายน	56	7.6
พฤษภาคม	70	9.5
มิถุนายน	76	10.4
กรกฎาคม	42	5.7
สิงหาคม	73	10.0
กันยายน	63	8.6
ตุลาคม	65	8.9
พฤศจิกายน	74	10.1
ธันวาคม	58	7.9
ไม่ได้ระบุ	2	0.3



ตารางที่ 2 คุณลักษณะของเด็กที่เป็นโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี 2549-2565 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
ปากแหว่ง	32	4.4
เพดานโหว่	50	6.8
ปากแหว่งเพดานโหว่	575	78.4
ไม่ได้ระบุ	76	10.4
ชนิดของการเป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่		
Complete	535	73.0
Incomplete	198	27.0
บริเวณที่เป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่		
Unilateral	435	59.3
Bilateral	298	40.7
ตำแหน่งที่เป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่		
Right	134	18.3
Left	304	41.5
ไม่ได้ระบุ	295	40.2
ปัญหาาร่วมของ Uvular		
มี	64	8.7
ไม่	166	22.6
ไม่ได้ระบุ	503	68.6

การวิเคราะห์ประวัติครอบครัว พบว่า อายุบิดาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-59 ปี ร้อยละ 64.7 ส่วนอายุมารดาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-59 ปีเช่นกัน ร้อยละ 61.8 โดยร้อยละ 63.3 มารดาขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาใด ๆ และร้อยละ 70.4 ญาติฝ่ายพ่อไม่มีประวัติปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ส่วนญาติฝ่ายแม่ไม่มีประวัติปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ร้อยละ 70 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ข้อมูลประวัติครอบครัว และเครือญาติของเด็กที่เป็นโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี 2549-2565 (N=733)

ประวัติครอบครัวและเครือญาติ	จำนวน	ร้อยละ
อายุบิดา (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	25	3.4
ระหว่าง 20-59 ปี	474	64.7
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	1	0.1
ไม่ได้ระบุ	233	31.8
อายุมารดา (ปี)		
อยู่ในช่วงเจริญพันธุ์ (15-49 ปี)	501	68.3
ไม่อยู่ในช่วงเจริญพันธุ์	77	10.5
ไม่ได้ระบุ	155	21.1
ประวัติใช้ยาของมารดาขณะตั้งครรภ์		
ไม่ได้ใช้	464	63.3
ใช้ (ยาแก้ปวด, ยาเบาหวาน, ยาไทรอยด์)	65	8.9
ไม่ได้ระบุ	204	27.8
ประวัติปากแห้งและหรือเพดานโหว่ญาติของฝ่ายพ่อ		
มี	12	1.6
ไม่มี	516	70.4
ไม่ได้ระบุ	205	28.0
ประวัติปากแห้งและหรือเพดานโหว่ญาติของฝ่ายแม่		
มี	17	2.3
ไม่มี	513	70.0
ไม่ได้ระบุ	203	27.7

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปากแห้งเพดานโหว่

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งส่วนบุคคลและประวัติครอบครัวต่อการเป็นโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ($\chi^2=10.588$, $df=3$, $p=.014$) อายุครรภ์มารดาก่อนคลอด ($\chi^2=23.875$, $df=6$, $p=.001$) อายุบิดา ($\chi^2=25.381$, $df=6$, $p=.001$) อายุมารดา ($\chi^2=46.281$, $df=6$, $p=.001$) ประวัติการใช้ยาของมารดาขณะตั้งครรภ์ ($\chi^2=22.244$, $df=6$, $p=.001$) และลำดับบุตร ($\chi^2=19.081$, $df=9$, $p=.025$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี 2549-2565 (N=733)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ประเภทของโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่				χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	CL	CP	CLP	ไม่ได้ระบุ		
เพศ						
ชาย	15 (46.9%)	21 (42.0%)	308 (53.6%)	27 (35.5%)	10.588	.014*
หญิง	17 (53.1%)	29 (58.0%)	267 (46.4%)	49 (64.5%)		
อายุครรภ์มารดาก่อนคลอด (สัปดาห์)						
<38 สัปดาห์	4 (12.5%)	4 (8.0%)	48 (8.3%)	6 (7.9%)	23.875	.001**
≥ 38 สัปดาห์	25 (78.1%)	29 (58.0%)	353 (61.4%)	30 (39.5%)		
ไม่ได้ระบุ	3 (9.4%)	17 (34.0%)	174 (30.3%)	40 (52.6%)		
อายุบิดา (ปี)						
<35 ปี	16 (50.0%)	20 (40.0%)	305 (52.8%)	26 (35.6%)	25.381	.001**
>35 ปี	12 (37.5%)	13 (26.0%)	97 (16.8%)	11 (15.1%)		
ไม่ได้ระบุ	4 (12.5%)	17 (34.0%)	176 (30.4%)	36 (49.3%)		
อายุมารดา (ปี)						
ช่วงเจริญพันธุ์ (15-49 ปี)	29 (90.6%)	32 (64.0%)	404 (69.9%)	36 (49.3%)	46.281	.001**
ไม่อยู่ในช่วงเจริญพันธุ์	1 (3.1%)	2 (4.0%)	71 (12.3%)	3 (4.1%)		
ไม่ได้ระบุ	2 (6.3%)	16 (32.0%)	103 (17.8%)	34 (46.6%)		
ประวัติใช้ยาของมารดาขณะตั้งครรภ์						
ไม่ได้ใช้	24 (75.0%)	30 (60.0%)	376 (65.4%)	34 (44.7%)	22.244	.001**
ใช้	5 (15.6%)	5 (10.0%)	49 (8.5%)	6 (7.9%)		
ไม่ได้ระบุ	3 (9.4%)	15 (30.0%)	150 (26.1%)	36 (47.4%)		
บุตรลำดับที่						
1	10 (31.3%)	20 (40.0%)	211 (36.5%)	19 (26.0%)	19.081	.025*
2	12 (37.5%)	9 (18.0%)	148 (25.6%)	16 (21.9%)		
3 ขึ้นไป	7 (21.9%)	6 (12.0%)	68 (11.8%)	7 (9.6%)		
ไม่ได้ระบุ	3 (9.4%)	15 (30.0%)	151 (26.1%)	31 (42.5%)		

*p value<.05, **p value p<.01



อภิปรายผล

1. การกระจายของโรคตามลักษณะเวลา เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาการเป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ที่มารับบริการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2549-2565 พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงที่สุดเท่ากับ 1.79 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน รองลงมาคือ 1.70 และ 1.46 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ตามลำดับ แตกต่างจากอุบัติการณ์ในระดับประเทศที่ได้เคยศึกษาไว้ในปี 2563 อุบัติการณ์เท่ากับ 2.2 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข (อัมพร เดชพิทักษ์ และรักชนก นุชพ่วง และณัฐกานต์ เย็นสม, 2563) ส่วนแนวโน้มของอุบัติการณ์ในช่วง 17 ปี พบว่าเมื่อเทียบกับเริ่มต้นคือ ปี 2549 อุบัติการณ์เท่ากับ 1.0 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน และปีสุดท้ายของการศึกษาในปี 2565 อุบัติการณ์เท่ากับ 1.05 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน แสดงให้เห็นชัดเจนว่าอุบัติการณ์ของโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งแนวโน้มแตกต่างจากอุบัติการณ์โรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในระดับประเทศมีแนวโน้มลดลง (พรพัฒน์ ชีโรโสภณ และวิภาพรรณ ฤทธิกุล, 2562) เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์และปัจจัยสัมพันธ์ของการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จะเห็นว่าปัจจัยอายุบิดา มารดาของทารกแรกเกิด และลำดับบุตรมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารยที่ต้องการมีบุตรควรมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะช่วงอายุของพ่อแม่ที่เหมาะสมของการมีบุตร การวางแผนจำนวนบุตรที่ต้องการ ซึ่งหน่วยบริการด้านการวางแผนครอบครัวของทุกสถานบริการควรให้คำแนะนำกับผู้ที่ต้องการมีบุตร และเน้นให้หญิงตั้งครรภ์และสามีตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันตามปัจจัยสัมพันธ์ที่อาจส่งผลให้เกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่

2. สำหรับการกระจายของโรคตามลักษณะบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มากที่สุดร้อยละ 78.4 โดยเป็นชนิด Complete ร้อยละ 73.0 สอดคล้องกับการศึกษาอัตราความชุกของความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้าในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงรายเป็นระยะเวลา 9 ปี (พ.ศ. 2551-2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มากที่สุด จำนวน 33 ราย (นฤกร อิตุพร และคณะ, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็กเกิดมีชีวิตจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง พ.ศ. 2558 – 2562 ที่พบว่าเด็กที่เป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มากที่สุดจำนวน 29 ราย (อัมพร เดชพิทักษ์ และรักชนก นุชพ่วง และณัฐกานต์ เย็นสม, 2563) อีกทั้งยังพบว่ามีเด็กที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่เกิดมาจากการดามที่มีอายุมากซึ่งไม่ได้อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ถึงร้อยละ 10.5 ซึ่งปัจจัยด้านอายุของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hay ที่พบว่าอายุของมารดาที่มากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในทารกแรกเกิดได้ (Hay, 1967) ดังนั้นปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยในการวางแผนการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในทารกแรกเกิดได้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ในกลุ่มเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2549-2565 พบว่า ปัจจัยเพศ อายุครรภ์มารดา อายุบิดา อายุมารดา การใช้ยาขณะตั้งครรภ์และลำดับบุตร มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ สอดคล้องกับการศึกษา



โดยพบว่าเพศชายมีโอกาเป็นปากแห้งและหรือเพดานโหว่มากกว่าเพศหญิง 3.15 เท่า (Martelli et al, 2015; Van Dyck, Cadenas de Llano-Pérula, Willems, Verdonck, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Allam ในปี ค.ศ. 2014 ที่พบเพศชายเป็นปากแห้งหรือปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ มากกว่าและรุนแรงกว่าเพศหญิง (Allam, Windsor, Stone, 2014) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lei RL และคณะ ที่พบว่าภาวะเพดานโหว่มักพบในเพศหญิง (Lei et al, 2013)

สำหรับปัจจัยอายุมารดาเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ชี้ชัดว่าอายุแม่ที่มากขึ้นจะส่งผลต่ออัตราการเกิดปากแหว่ง และหรือเพดานโหว่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยิ่งไปกว่านั้นอายุบิดาน้อยกว่าหรือมากกว่า 40 ปี ร่วมกับอายุมารดามากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์การเกิดปากแหว่ง และหรือเพดานโหว่ (Womersley, Stone, 1987; Saxen, 1974; Shaw, Croen, Curry, 1991; Hay, 1967) ส่วนประวัติการใช้ยาของมารดาขณะตั้งครรภ์ เป็นอีกสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่ง และหรือเพดานโหว่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ofori และคณะ ที่พบว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความพิการแต่กำเนิดได้ (Ofori, Oraichi, Blais, Rey, Berard, 2006) สำหรับปัจจัยอายุครรภ์มารดาก่อนคลอดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 38 สัปดาห์ จะส่งผลต่อการสร้างอวัยวะของทารกในครรภ์ได้อย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ จินตนาติก ที่บอกไว้ว่าผลจากการพัฒนาของตัวอ่อน สรีรวิทยาของมารดา และพยาธิสภาพของมารดา มีความสัมพันธ์กับการสร้างอวัยวะของเด็กในครรภ์ (นงลักษณ์ จินตนาติก, 2558) ส่วนปัจจัยลำดับบุตรพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ โดยพบว่าถ้าบุตรลำดับที่ 1 และ 2 เกิดปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จะส่งผลต่อบุตรลำดับที่ 3 ทำให้มีโอกาเป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มากที่สุดถึงร้อยละ 45 (สิริธิดา พงษ์สุพจน์, วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล, 2562)

ดังนั้น สาเหตุของการเกิดโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ค่อนข้างซับซ้อน และส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าปัจจัยส่วนบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเกิดโรค รวมถึงพฤติกรรมของมารดาขณะตั้งครรภ์ ประวัติการใช้ยาของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับสารพิษขณะตั้งครรภ์ (มารศรี ชัยวรวิทย์กุล, 2555; นงลักษณ์ จินตนาติก, 2558; Mossey, Modell, 2012) ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากแห้งและหรือเพดานโหว่ทั้งสิ้น การจัดระบบบริการและรูปแบบดูแลการควรเน้นการให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจกับผู้ที่ต้องการตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคตามปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว รวมถึงดูแล และช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และเด็กแรกเกิดที่มีปัญหาปากแห้งและหรือเพดานโหว่ และพัฒนาให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันโรคปากแห้งเพดานโหว่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยนำปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นโรคปากแห้งเพดานโหว่ดังกล่าวโดยเฉพาะปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมที่สามารถป้องกันได้ไปใช้ในการวางแผนร่วมกับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล



ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ และฝ่ายทันตกรรม เพื่อให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ และการดูแลสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การกำเนิดบุตรที่มีปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ได้ ทั้งนี้ จากผลของปฏิบัติการเกิดโรคดังกล่าวนี้ ฝ่ายทันตกรรมสามารถนำไปคาดการณ์และวางแผนระบบการดูแลให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และจัดรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ชัดเห็นว่า เพศ อายุบิดา อายุมารดา อายุครรภ์มารดาก่อนคลอด แลประวัติการใช้ยาของมารดาขณะคลอด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ซึ่งหลายปัจจัยสามารถป้องกันได้ ประกอบด้วย ปัจจัยเรื่องการใช้ยา ทั้งการส่งเสริมการได้รับยาต้านเสริมธาตุเหล็ก และการหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ควรศึกษาการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ด้วยการเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์ ญาติ และครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็ก รวมถึงการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข
2. การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ โดยมุ่งเน้นปัจจัยอื่น ๆ อาทิ ปัจจัยด้านองค์ความรู้ ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ที่อาจเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ เพื่อเฝ้าระวังปัญหาการเกิดโรคต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กิตติลักษณ์ จุลลัษเฐียร. (2560). ปัญหาจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. สืบค้นจาก <https://www.haijai.com/4130/>.
- นงลักษณ์ จินตนาดิกล. (2558). เด็กที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ 3rd ed. กรุงเทพฯ: พรวิชันการพิมพ์
- นฤกร อิตุพร, อมรรัตน์ รัตนสิริ, จิตติมา นุตราชวงศ์, กุลทลีส บุญประเสริฐ, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, ทศนีย์ ณ พิกุล. (2562). อัตราความชุกของความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้าในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 169-172.
- พรพัฒน์ ชีโรโสณ, วิภาพรรณ ฤทธิธกล. (2562). ประวัติศาสตร์แนวคิดทางสังคม และปฏิบัติการของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. *วารสารออนไลน์ทันตจัดฟัน*, 9(2), 26-32.
- มารศรี ชัยวรวิทย์กุล. (2555). ปฏิบัติการ สาเหตุการป้องกันการเกิดภาวะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร*, 33, 45-55.
- ศิวกร เจียรนัย, สุกัญญา เจียรวัฒน์. (2563). ระบาดวิทยาของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรม จาก พ.ศ. 2501 ถึง ปัจจุบัน. *วิทยาสารออนไลน์ สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย*, 10(2), 27-36.



เอกสารอ้างอิง

- สิริธิดา พงษ์สุพจน์, วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล. (2562). สาเหตุของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่. *วารสารออนไลน์ทันตจัดฟัน*, 9(2): 41-49.
- อัมพร เดชพิทักษ์, รักชนก นุชพ่วง, ณัฐกานต์ เย็นสม. (2563). อุบัติการณ์ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเด็กเกิดมีชีพ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 25, 41-49.
- Allam E, Windsor L. J, Stone C. (2014). Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies. *Anat Physiol*. 4(3):3-6.
- Hay S. (1967). Incidence of clefts and parental age. *Cleft Palate Journal*, 4(3), 205-213.
- Kling, R. R., Taub, P. J., Ye, X., Jabs, E. W. (2014). Oral clefting in China over the last decade: 205,679 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 2(10), e236.
- Lei, R. L., Chen, H. S., Huang, B. Y., Chen, Y. C., Chen, P. K., Lee, H. Y., et al. (2013). Population-based study of birth prevalence and factors associated with cleft lip and/or palate in Taiwan 2002-2009. *PloS ONE*, 8(3), e58690.
- Martelli, D. R., Coletta, R. D., Oliveira, E. A., Swerts, M. S., Rodrigues, L. A., Oliveira, M. C., et al. (2015). Association between maternal smoking, gender, and cleft lip and palate. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(5), 514-519.
- Mossey, P. A., Modell, B. (2012). Epidemiology of oral clefts 2012: an international perspective. *Cleft lip and palate*, 16, 1-18.
- Mossey, P. A., Catilla, E. E. (2003). Global registry and database on craniofacial anomalies: report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/42840>
- Ofori B, Oraichi D, Blais L, Rey E, Berard A. (2006). Risk of congenital anomalies in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a nested case-control study. *Birth Defects Research Part B Developmental and Reproductive Toxicology*, 77(4), 268-279.
- Prathanee, B., Thanawirattananit, P., Thanaviratananich, S. (2013). Speech, language, voice, resonance and hearing disorders in patients with cleft lip and palate. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(4), S71-S80.
- Saxen, I. (1974). Cleft lip and palate in Finland: parental histories, course of pregnancy and selected environmental factors. *International Journal of Epidemiology*, 3(3), 263-270.



เอกสารอ้างอิง

- Shaw, G. M., Croen, L. A., Curry, C. J. (1991). Isolated oral cleft malformations: associations with maternal and infant characteristics in a California population. *Teratology*, 43(3), 225-228.
- Thohinung, U., Prathanee, B. (2016). Caregivers' role in caring for children with cleft lip-palate in mobile speech camp. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(5), S21-8.
- Van Dyck, J., Cadenas de Llano-Pérula, M., Willems, G., Verdonck, A. (2019). Dental development in cleft lip and palate patients: A systematic review. *Forensic Science International*, 300, 63-74.
- Womersley, J., Stone, D.H. (1987). Epidemiology of facial clefts. *Archives of disease in childhood*, 62(7), 717-720.