

การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี The study of epidemiology and factors influencing the success of treatment for cleft lip and palate in Kingnarai Hospital.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ผจงพร สดงาม¹
Pajongporn Sodngam¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 148 คน รวบรวมข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผู้ดูแล การมารับการรักษา ผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ ฟิชเชอร์ สหสัมพันธ์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: จากจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 58,002 คน พบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 148 คิดเป็นความชุก 2.55 ต่อการเกิดมีชีวิต 1000 ราย ส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย จำนวน 80 คน (54.05%) เป็นผู้ป่วยปากแหว่ง (cleft lip) จำนวน 56 คน (37.83%) เพดานโหว่ (cleft palate) จำนวน 62 คน (41.89%) ผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and palate) จำนวน 30 คน (20.28%) เข้ารับการผ่าตัดซ่อมปากแหว่ง (Cheiloplasty) ช่วงอายุ 3-6 เดือน จำนวน 66 คน (45.59%) อายุเฉลี่ย 4.40 เดือน การผ่าตัดซ่อมเพดาน (Palatoplasty) ช่วงอายุ 9-18 เดือน จำนวน 116 คน (78.38%) อายุเฉลี่ย 10.25 เดือน ประสบความสำเร็จในการรักษาจำนวน 110 คน (74.32%) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า อายุของผู้ดูแล 35-45 ปี ระดับรายได้ ภูมิลำเนา นอกเขตในจังหวัด จบประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคปากแหว่งเพดานโหว่, ความสำเร็จในการรักษา

Abstract

This study was a retrospective study aimed to study the epidemiology of cleft lip and/or cleft palate and the factors influencing the success of treatment for cleft lip and palate in Lopburi Province. The sample group included patients with cleft lip and/or cleft palate who received treatment at King Narai Hospital between 2013 and 2022. A total of 148 patients were purposively selected based on specific criteria. Data were collected on personal information, caregivers, treatment attendance, and treatment outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression analysis.

Results: Out of 58,002 live births, 148 cases of cleft lip and/or palate were found, representing a prevalence of 2.55 per 1,000 live births. The majority were male (80 cases, 54.05%). Of the cases, 56 (37.83%) had cleft lip, 62 (41.89%) had cleft palate, and 30 (20.28%) had both cleft lip and palate. Cheiloplasty was performed at the age of 3–6 months in 66 cases (45.59%), with an average age of 4.40 months. Palatoplasty was performed at the age of 9–18 months in 116 cases (78.38%), with an average age of 10.25 months. Treatment was successful in 110 cases (74.32%). Factors significantly associated with successful treatment ($p<0.05$) included caregiver age between 35–45 years, household income level, residence outside the district but within the province, and primary school education level.

Keywords: cleft lip and palate, treatment success

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะปากแหว่ง (Cleft Lip) และหรือเพดานโหว่ (Cleft Palate) เป็นความผิดปกติของกระบวนการสร้างโครงสร้างของใบหน้า และช่องปากทำให้เกิดการเปิดหรือปริแตกในริมฝีปากบนเพดานปาก ส่งผลให้โครงสร้างของใบหน้าทารกไม่แนบสนิท ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมถือเป็น 2 ปัจจัยหลักของภาวะนี้ ซึ่งกลไกการเกิดโรคนี้เริ่มต้นที่ทารกในครรภ์อายุประมาณ 4 สัปดาห์ เซลล์ของระบบประสาท (Neural crest cell) จากท่อระบบประสาท (Neural tube) ส่วนหน้ามีการเคลื่อนตัว (Migrate) เพื่อสร้างส่วนที่จะเจริญเป็นใบหน้ามีการสร้างส่วนอื่น (Process) ต่าง ๆ การเติบโตของเนื้อเยื่อชั้นกลาง (Mesoderm) หลังจากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 5-7 mesoderm ยังเจริญอย่างต่อเนื่องและเกิดการเชื่อมตัวของ process ต่าง ๆ เช่น บริเวณตรงกลาง ส่วนยื่นฟรอนโตเนซอล (Frontonasal process) จะรวมกับส่วนยื่นแมกซิลลา (Maxillary process) เกิดเป็นเพดานปฐมภูมิ (Primary palate) ซึ่งจะพัฒนาเป็นส่วนต่าง ๆ ของใบหน้า หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาทิ การเชื่อมระหว่าง process อ่อนแอหรือถูกขัดขวาง จะเกิดรอยแยกบริเวณจมูก ริมฝีปาก และสันเหงือกด้านหน้า โดยอาจเกิดเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด นำไปสู่ความผิดปกติของการปิดหรือเชื่อมของเนื้อเยื่อส่วนริมฝีปากและเพดานปากได้¹

อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่นั้นมีแตกต่างกันในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ หรือแม้กระทั่งภายในเชื้อชาติเดียวกัน โดยพบในคนไทยมากกว่าคนผิวขาวและคนผิวดำ^{2,3} สำหรับประเทศไทยปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบมากเป็นอันดับที่ 6 ของโรคที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงที่สุดเท่ากับ 2.49 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ประเมินการได้ว่า จะมีเด็กแรกเกิดใหม่ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงถึงประมาณ 700-800 รายต่อปี โดยปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มากที่สุด รองลงมาเป็นปากแหว่งอย่างเดียว และเพดานโหว่อ้างเดียว ซึ่งปากแหว่งร่วมกับเพดาน

โหว่พบในเพศชายมากกว่าหญิง ส่วนเพดานโหว่อ้างเดียวพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{4,5} การดูแลจึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งบิดามารดาต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์และวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) ดังนั้น การผ่าตัดตามเกณฑ์ช่วงเวลาที่เหมาะสมจึงถือเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษาด้วย เพื่อให้ได้รับการผ่าตัดตามช่วงเวลาที่เหมาะสมและลดอัตราการเกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างถาวร รวมถึงตัวเด็กเองและผู้ปกครองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแม้ปัจจุบันจะมีวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ สถานบริการที่ได้มาตรฐาน ระบบบริการทางการแพทย์ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และมีโครงการ “ ยิ้มสวย เสียงใส ” เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังพบว่าส่วนหนึ่งที่ยังมาได้รับการรักษาและขาดการรักษาไปไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ทุกปี แต่มีส่วนหนึ่งที่เข้ามารับการรักษาและไม่ต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชใน

ระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565 คัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ อายุ 0-20 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในระหว่าง ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2565
- 3) การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 148 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การวินิจฉัยชนิด ข้าง บริเวณที่เป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ สิทธิบัตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิบัตร ภูมิลำเนา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมารับการรักษา ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระบบการส่งต่อ การเดินทาง ระยะทางในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การติดตามนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่มารับการรักษา การผ่าตัด ผลการรักษา

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.81 และความเชื่อมั่นโดยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาคเท่ากับ 0.87

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ซึ่งแจ้งในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงนับทดสอบโดย Chi-square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test และสหสัมพันธ์ถดถอย Logistic regression มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

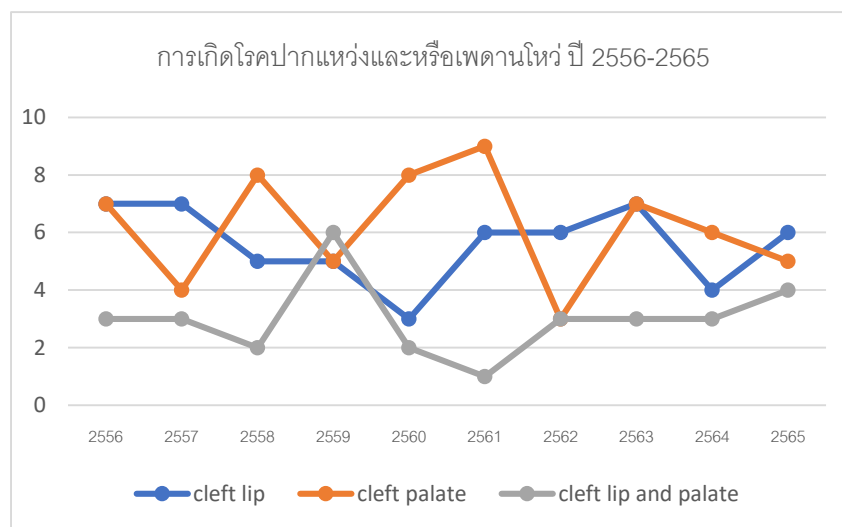
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่พบว่า ส่วนใหญ่เกิดในเพศชาย จำนวน 80 คน (54.05%) สิทธิบัตรในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพจำนวน 104 คน (70.27%) บริเวณที่เป็นปากแหว่งส่วนใหญ่เป็น 2 ข้าง (Bilateral) จำนวน 49 คน (56.97%)

การเกิดโรคปากแหว่ง พบว่า จากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ 58,002 คน พบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 148 คิดเป็นความชุก 2.55 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย เป็นผู้ป่วยปากแหว่ง (cleft lip) จำนวน 56 คน (37.83%) เพดานโหว่ (cleft palate) จำนวน 62 คน (41.89%) ผู้ป่วยปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and palate) จำนวน 30 คน (20.28%) ดังตารางที่ 1 โดยอัตราความชุกการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่พบมากที่สุดในปี 2563 ความชุก 3.26 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย ดังตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ จังหวัดลพบุรีปี 2556-2565 (N=148)

ปี พ.ศ.	เด็กเกิดมีชีพ	การเกิดโรคปากแหว่งและหรือเพดานโหว่			ความชุกต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย
		cleft lip จำนวน	cleft palate จำนวน	cleft lip and palate จำนวน	
2556	6,678	7	7	3	17 (2.55)
2557	6,577	7	4	3	14 (2.12)
2558	6,544	5	8	2	15 (2.29)
2559	5,283	5	5	6	16 (3.03)
2560	6,154	3	8	2	13 (2.11)
2561	5,794	6	9	1	16 (2.76)
2562	5,331	6	3	3	12 (2.25)
2563	5,217	7	7	3	17 (3.26)
2564	5,186	4	6	3	13 (2.51)
2565	5,238	6	5	4	15 (2.86)
รวม	58,002	56 (37.83)	62 (41.89)	30 (20.28)	148 (2.55)



ข้อมูลการเข้ารับการผ่าตัดตามช่วงอายุพบว่า การเข้ารับการผ่าตัดซ่อมปากแหว่ง (Cheiloplasty) ช่วงอายุ 3-6 เดือน จำนวน 66 คน (45.59%) อายุ

เฉลี่ย 4.40 เดือน การผ่าตัดซ่อมเพดาน (Palatoplasty) ช่วงอายุ 9-18 เดือน จำนวน 116 คน (78.38%) อายุเฉลี่ย 10.25 เดือน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเข้ารับการผ่าตัด

การเข้ารับการผ่าตัด		จำนวน (ร้อยละ)	Mean	SD
Cheiloplasty	3-6 เดือน	66 (44.59)	4.40	3.217
	อื่นๆ	82 (55.41)		
Palatoplasty	9-18 เดือน	116 (78.38)	10.25	5.846
	อื่นๆ	32 (21.62)		

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ระหว่างกลุ่มที่มีความสำเร็จในการรักษา และไม่มีความสำเร็จในการรักษา พบว่า อายุของผู้ดูแล

การศึกษา ระดับรายได้ ภูมิฐานะ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเพศไม่มีความแตกต่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ปัจจัย	ความสำเร็จในการรักษา		p-value
	Yes (N=110)	No (N=38)	
เพศผู้ดูแล			0.568
ชาย	38 (34.55)	14 (36.84)	
หญิง	72 (65.45)	24 (63.16)	
อายุของผู้ดูแล			0.004 ^a
35-45 ปี	56 (50.90)	28 (73.68)	
> 45 ปี	54 (49.09)	10 (26.32)	
การศึกษา			0.017 ^b
ประถมศึกษา	18 (16.28)	13 (34.21)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	55 (50.00)	23 (60.53)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	34 (31.00)	2 (5.26)	
ปริญญาตรี	3 (2.72)	0 (0)	
ระดับรายได้			0.002 ^a
< 5000 บาท	78 (70.90)	31 (81.58)	
> 5,000 บาท	32 (29.10)	7 (18.42)	
ภูมิลำเนา			0.001 ^b
ในเขต	63 (57.27)	11 (28.95)	
นอกเขตในจังหวัด	42 (38.18)	24 (63.16)	
ต่างจังหวัด	5 (4.54)	3 (7.89)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			0.036 ^b
บิดา มารดา	79 (71.81)	12 (31.58)	
บุคคลอื่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย	31 (28.19)	26 (68.42)	

^aChi- square, ^bFisher exact test

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า อายุของผู้ดูแล < 45 ปี ระดับรายได้ ภูมิลำเนานอกเขตในจังหวัด จบ

ประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่

Factors	Adjusted OR [95% CI]	p-value
อายุของผู้ดูแล 35-45 ปี	3.129 (1.324-9.826)	0.001*
ระดับรายได้ < 5,000 บาท	1.842 (1.054-6.529)	0.008*
ภูมิลำเนานอกเขตในจังหวัด	3.427 (1.230-12.347)	0.000*
จบประถมศึกษา	2.500 (1.814-13.254)	0.001*

*P<0.05

จากการติดตามผู้ป่วยไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ได้จำนวน 14 คน พบสาเหตุอันดับแรก สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน

และไม่ทราบสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจนจำนวน 13 คน (92.85%) มีปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่มีค่าเดินทางจำนวน 10 คน (41.43)

ตารางที่ 4 สาเหตุการไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ (N=14)

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ย่านถิ่นฐานไม่ทราบข้อมูลว่าจะไปรักษาที่ใดต่อ	3	21.42
มีปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่มีค่าเดินทาง	10	41.43
ไม่ทราบรายละเอียดของการรักษา	9	64.28
สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน	13	92.85
มีปัญหาด้านครอบครัวไม่มีใครพามารักษา	8	57.14
ไม่ทราบสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจน	13	92.85

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้มีผู้เกิดมีชีพปี 2556-2565 จำนวน 58,002 คน พบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 148 คิดเป็นความชุก 2.55 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย เป็นผู้ป่วยปากแหว่ง (cleft lip) 37.83% เพดานโหว่ (cleft palate) 41.89% ปากแหว่งและเพดานโหว่ (cleft lip and palate) 20.28% ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราความชุกสูงกว่าการศึกษาในประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นฤกร อิตุพร และคณะ⁶ ศึกษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์พบความชุกของปากแหว่งเพดานโหว่ ปีงบประมาณ 2551-2559 อยู่ที่ 1.33 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย การศึกษาของสุกัลยา ธนกิจจารุ⁷ ศึกษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบเด็กเกิดชีพเป็นปากแหว่งเพดานโหว่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงที่สุดในปี 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) และการศึกษาในต่างประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jennifer L K และคณะ⁸ พบว่าความชุกของภาวะปากแหว่งร่วมกับหรือไม่ร่วมกับเพดานโหว่โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.82 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย และอัตราความชุกของภาวะเพดานโหว่เพียงอย่างเดียวอยู่ที่ 0.58 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย S Yassaei และคณะ⁹ อัตราความชุกของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในทารกที่เกิดมีชีพในเมืองยาซด์ อยู่ที่ 0.86

ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยเป็นเพดานโหว่เพียงอย่างเดียว 30.4% เป็นปากแหว่ง 23.2% และ เป็นปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ 46.4% สาเหตุที่มีความแตกต่างกันอาจเกิดจากความแตกต่างด้านจำนวนประชากร และลักษณะประชากรที่ต่างกัน แต่เมื่อเทียบการศึกษากับในประเทศจีนพบว่าใกล้เคียงกัน โดยอุบัติการณ์ของภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ในประเทศจีนมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ 13.4 ถึง 3.07 ต่อทารกเกิด 1,000 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.82 ต่อ 1,000 ราย¹⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า อายุของผู้ดูแล 35-45 ปี ระดับรายได้ ภูมิลาเนานอกเขตในจังหวัด จบประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะของประชากรยังมีการเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึง จะเห็นได้ว่า เด็กเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะที่ต้องพึ่งพิงดังนั้นผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญ โดยอายุของผู้ดูแลที่ 35-45 ปี ซึ่งเป็นช่วงของวัยทำงาน การเรียนรู้สั่งสมประสบการณ์ มีความรับผิดชอบจึงนำบุตรหลานมารักษาตามเวลาและต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวและการกระทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ย่อมขาดความพร้อมในการดูแลไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือการให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดในการพาบุตรมารักษาหรือไม่สะดวกในการพาบุตรเดินทางมาเข้ารับการรักษาตาม

แพทย์นัดได้ จะเห็นได้จากการศึกษานี้พบว่าประสบความสำเร็จด้านการมารับการผ่าตัดซ่อมปากแหว่งและพาดาน อยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม แต่เมื่อต้องรักษาต่อเนื่องระยะเวลานานไป มีการขาดนัดและติดตามไม่ได้ เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลาและจากการติดตามยังพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ทราบรายละเอียดของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของวรินทร์ อึ้งสำราญ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์¹¹

ระดับรายได้ของผู้ดูแลมีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา ประดับวงษ์ และคณะ¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ดังนั้นมักพบว่า ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวที่มีบุตรเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ปกครองจะมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างน้อย ซึ่งการเดินทางพาบุตรมาเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นด้านค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมไปถึงค่าที่พักอาศัยชั่วคราวและหากระยะทางในการเดินทางห่างไกลจากโรงพยาบาลมาก ค่าใช้จ่ายก็

ย่อมเพิ่มสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับยุพิน ปิกกะสังข์¹³ ที่ศึกษาปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ พบว่าปัญหาการเข้ารับบริการ คือ สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน ไม่มีค่าเดินทาง ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Sjaifuddin Noer พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของการมาผ่าตัดลำตัวของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่

ข้อเสนอแนะ

1. มุ่งให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลหลัก (Primary care giver) เพื่อให้มีความเข้าใจในความรู้เกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ แนวทางการดูแลรักษา การป้องกันและอุปบัติการณ์ความผิดปกติของบุตร
2. พัฒนาระบบการติดตามนัดหมายให้มีประสิทธิภาพ เพื่อแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบถึงวันเวลาที่แพทย์นัดหมายครั้งต่อไป
3. การศึกษาครั้งนี้ยังเป็นการศึกษาในวงจำกัด ควรขยายระยะเวลาและเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษา รวมไปถึงศึกษาในรูปแบบ Prospective study ต่อไป เพื่อให้ทราบสาเหตุและปัจจัยที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติลักษณ์ จุลลัษเฐียร. (2560). ปัญหาจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. <https://www.haijai.com/4130/>.
2. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon M, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet* 2009; 374(9703): 1773-85.
3. 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.
4. นงลักษณ์ จินตนาติก. (2558). เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ 3rd ed. กรุงเทพฯ: พรวิวันการพิมพ์
5. พรพัฒน์ อธิโสภณ, วิภาพรรณ ฤทธิธกล. (2562). ประวัติศาสตร์แนวคิดทางสังคม และอุบัติการณ์ของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. *วารสารออนไลน์ทันตจัดฟัน*, 9(2), 26-32.
6. นฤพร อติพร, อมรรัตน์ รัตนศิริ, วิฑิตมา นุตราชวงศ์, กุลพลี บุญประเสริฐ, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, ทศนีย์ ณ พิกุล. อัตราความชุกของความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า ในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนนครราชสีมา จังหวัดเชิงราย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2562; 34(2): 169-172.
7. สุกัลยา ธนกิจจารุ. การศึกษาระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2566; 4(1): 1-17.
8. Jennifer L K Matthews, Elizabeth Oddone-Paolucci, Robertston A Harrop. The Epidemiology of Cleft Lip and Palate in Canada, 1998 to 2007. *Cleft Palate Craniofac J*. 2015; 52(4):417-24.

9. S Yassaei , Z Mehrgerdy, G Zareshahi. Prevalence of cleft lip and palate in births from 2003 - 2006 in Iran. Community Dent Health. 2010; 27(2):118-21
10. K Z Xiao. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in China. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 1989;69(4):192-4, 14.
11. วรินทร์ อึ้งสำราญ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองในการพาบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการผ่าตัดรักษาลำไส้. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2559; 39(22): 38-51.
12. สุธีรา ประดับวงษ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, และพิมพ์วรา อัครเธียรสิน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
13. ยุพิน ปักกะสังข์, สุธีรา ประดับวงษ์, ชีโนรส ปิยกุลมลา และ อารยา ภิเศก. ปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2565; 37(4):331-336.