

ประวัติศาสตร์แนวคิดทางสังคม และอุบัติการณ์ ของภาวะปากแห้งเพดานโหว่

พรพัฒน์ ซีโรโสภณ* วิภาพรรณ ฤทธิธกุล**

บทคัดย่อ

ภาวะปากแห้งเพดานโหว่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของโลกปัญหาหนึ่ง เนื่องด้วยภาวะดังกล่าวส่งผลต่อผู้ป่วยได้ ทั้งด้านการทำงานของอวัยวะในร่างกาย การใช้ชีวิตประจำวัน รวมไปถึงภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล จากสหสาขาวิชาชีพในระยะเวลาที่ยาวนาน ในปัจจุบันได้มีการให้การรักษาที่แตกต่างกันตามการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์ และการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยภาวะดังกล่าวจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการยอมรับทางสังคมยังคงพบได้เช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาด้านอุบัติการณ์การเกิดภาวะปากแห้งเพดานโหว่ พบความแตกต่างในแต่ละการศึกษาและในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยส่งเสริมอย่างหนึ่งในการก่อโรค บทความปริทัศน์นี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมประวัติศาสตร์ของภาวะปากแห้งเพดานโหว่ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ ผู้ป่วยของสังคม รวมถึงอุบัติการณ์ของความผิดปกติดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดบริการทางด้านสาธารณสุข และเป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติดังกล่าวต่อไป

คำสำคัญ: การยอมรับทางสังคม, ปากแห้งเพดานโหว่, อุบัติการณ์

Review articles Received: 27/12/2561 Revised: 20/02/2562 Accepted: 06/03/2562

Corresponding author: Wipapun Ritthagol, D.D.S., M.Sc., Diploma of the Thai Board in Orthodontics

Assistant Professor, Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand E-mail: wipapunkeng@gmail.com

ผู้ติดต่อบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพญ.วิภาพรรณ ฤทธิธกุล ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประเทศไทย

* อาจารย์: สาขาวิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ประเทศไทย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์: ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประเทศไทย

* D.D.S.; Lecturer, Department of Orthodontics, School of Dentistry, University of Phayao, Muang, Phayao, Thailand

** D.D.S., M.Sc., Diploma of the Thai Board in Orthodontics; Assistant Professor, Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand

Historical Social Perspective and Incidence of Cleft Lip and/or Palate

Pornpat Theerasopon* Wipapun Ritthagol**

Abstract

Cleft lip and/or palate is one of the global public health problem. It can effect these individuals in normal function of daily life living and psychosocial problems of patients which require long term medical care from multidisciplinary team. At present, the social perspective and treatment procedures have improved from previous generation due to the improvement of sciences and medical knowledges. Although patients can now live in a society as normal people, but the reports of psychosocial problems from these patients are found. There was variety of the incidence of cleft lip and/or palate among each study and each observed area which we have been known that environment factor is one of the risks for cleft's patient. This review article is aimed to present the history of cleft lip and/or palate which involved the patient's society acceptance and reported the incidence from several studies to be an information for health care service preparation and benefit to the improvement of this knowledges by future researches.

Keywords: Social perspective, Cleft lip and palate, Incidence

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติในบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าซึ่งมีสาเหตุจากพหุปัจจัย (multifactorial) โดยเกิดขึ้นได้จากทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยของสภาวะแวดล้อม ส่งผลให้เกิดการสร้างและการเจริญของอวัยวะที่ผิดปกติในช่วงที่ตัวอ่อนมีการเจริญอยู่ในครรภ์ของมารดา เนื่องด้วยภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีการแสดงออกของรอยโรคบริเวณใบหน้าซึ่งสามารถเห็นได้อย่างเด่นชัด จึงส่งผลต่อปัจจัยทางด้านสังคมของผู้ป่วย และมีผลต่อการยอมรับจากทั้งบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นในสังคม จากบันทึกของหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าพบความผิดปกตินี้มีมาตั้งแต่สมัยก่อนคริสตกาลซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยสะท้อนบทบาทของสังคมที่ส่งผลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้จากในอดีตจนกระทั่งปัจจุบันได้เป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญแก่บุคลากรที่มีโอกาสได้ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะทางกายดังกล่าวซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจในตัวผู้ป่วย ผู้ปกครอง ที่ดูแล รวมถึงสามารถเลือกวิธีการเข้าถึงและจัดการกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การศึกษาถึงอุบัติการณ์และความชุกของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผน

การทำงานและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุขจากภาครัฐ เนื่องด้วยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ช่วงแรกเกิดจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวัยรุ่น หรืออาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ยาวนานกว่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลเหล่านี้ยังอาจเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อทราบประวัติวิทยาของโรคในแต่ละพื้นที่ซึ่งอาจช่วยนำไปสู่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อใช้ติดตามและวิเคราะห์หาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดความผิดปกติดังกล่าว หรือใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการทางสาธารณสุขที่ได้ผลยิ่งขึ้น

ประวัติศาสตร์ และแนวคิดทางสังคมต่อภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

Skoog¹ ได้รายงานถึงการวิเคราะห์รูปปั้นดินเผาของตัวตลกในช่วงศตวรรษที่ 4 ก่อนคริสตกาลซึ่งถูกจัดแสดงในพิพิธภัณฑ์โบราณคดีที่เมืองคอร์ินท์ (Corinth) ประเทศกรีซ ซึ่งถือเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ชิ้นสำคัญของการพบภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จากรูปปั้นในสมัยกรีกดังกล่าว โดยพบว่ารูปปั้นมีรอยแหว่งที่ปากและบริเวณปีกจมูกอย่างชัดเจน แสดง

ให้เห็นว่าภาวะความบกพร่องพิการแต่กำเนิดโดยการมีปากแหว่งเพดานโหว่ถูกพบมาตั้งแต่ในอดีตก่อนสมัยคริสตศตวรรษ แม้ว่าในหนังสือ Hippocraticus Corpus ซึ่งถือว่าเป็นตำราทางการแพทย์ในยุคกรีกสมัยนั้น จะไม่ได้มีการกล่าวอ้างถึงลักษณะของรอยแหว่งบนใบหน้าก็ตาม การยอมรับทางสังคมของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่พบว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จทางไสยศาสตร์ ความเชื่อทางศาสนา รวมไปถึงความเชื่อของมหายที่เกี่ยวข้องกับภูตผีปิศาจ² ส่งผลให้หลักฐานที่พบส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นแนวคิดทางสังคมที่ปฏิเสธเด็กที่เกิดมาพร้อมกับความผิดปกติทางกายภาพในรูปแบบต่าง ๆ โดยชาวกรีกโบราณและชาวโรมันมีความเชื่อที่จะต้องกำจัดทารกที่มีภาวะดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากวิญญูณที่ชั่วร้ายในตัวทารกที่มีความผิดปกติ โดยการนำทารกไปทิ้งในป่าที่กร้าง ทิ้งลงในแม่น้ำ หรือโยนลงจากหน้าผา แม้กระทั่งในทุกวันนี้ยังคงพบการปฏิบัติเช่นนี้ในชนเผ่าแอฟริกันบางกลุ่ม³

ในปัจจุบันแม้ว่าอิทธิพลของความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์จะเพิ่มขึ้น สวนทางกับความเชื่อทางไสยศาสตร์ ทำให้การกำจัดทารกที่มีภาวะความผิดปกติดังกล่าวพบได้น้อยมาก² แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ยังคงมีปัญหาในส่วนของจิตสังคม (psychosocial problems) นอกเหนือจากปัญหาทางกายภาพและการทำงานของอวัยวะ เนื่องจากรอยโรคสามารถเห็นได้อย่างชัดเจนบริเวณใบหน้าของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวจะมีการเข้าสังคมที่น้อย มีพฤติกรรมชอบเก็บตัว และพบความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มปกติ⁴ จากสาเหตุการมีโครงสร้างบริเวณใบหน้าผิดปกติ⁵ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับในสังคม

ด้านศัพทวิทยาของสาเหตุการเกิดการแหว่งของใบหน้า ในปี ค.ศ. 1808 Meckel ได้ตีพิมพ์ทฤษฎีการสร้างของริมฝีปาก ซึ่งกล่าวว่าเกิดขึ้นจากการเชื่อมกันของโปรเซส (process) 5 อัน โดย 3 ใน 5 อันจะเชื่อมกันเป็นริมฝีปากบน และอีก 2 อันที่เหลือจะเชื่อมกันเป็นริมฝีปากล่าง ต่อมาในปี ค.ศ. 1838 ถึง 1896 Philippe Frederick Blandin ได้รายงานการเกิดภาวะปากแหว่งของใบหน้าว่าเกิดจากความล้มเหลวในการเชื่อมกันของส่วนพรีแมกซิลลา (premaxilla) และแมกซิลลารีโพรเซส (maxillary process) ในยุคเรอเนซองส์ Pierre Franco ได้เขียนหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทางการแพทย์จำนวน 2 เล่ม คือ Petit Traite และ Traite des Hernies โดยพบว่าเป็นหนังสือ Traite des Hernies ได้มีการกล่าวถึงรายละเอียดของภาวะปากแหว่งอย่างละเอียดถึงสองบท โดยในบทแรกกล่าวถึงภาวะปากแหว่งด้านเดียวแต่กำเนิด (the unilateral harelip as the “liOvre fendu de nativiteL”) และบทถัดมากล่าวถึง

ภาวะปากแหว่งสองด้าน (dent de liOvre) โดยในสมัยนั้น การมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่ส่วนพรีแมกซิลลาซึ่งมีฟันอยู่ด้วยมีการยื่นออกมาคล้ายฟันของกระต่ายป่า⁶ จึงเรียกลักษณะดังกล่าวว่าเป็นฟันกระต่ายป่า (hare’s tooth)

ด้านการรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ในยุค 390 ปีก่อนคริสตศตวรรษพบหลักฐานว่าเหวยหยังชิ (Wey Young-Chi) ซึ่งเป็นผู้ป่วยปากแหว่งที่ได้รับการผ่าตัดประสบความสำเร็จเป็นรายแรกในขณะที่ยังมีอายุ 18 ปี โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญชาวจีนที่เมืองนานกิง ประเทศจีน ต่อมาหลังจากที่เหวยหยังชิเข้าร่วมในกองทัพทหาร และประสบความสำเร็จในชีวิตโดยก้าวขึ้นรับตำแหน่งผู้ปกครองทั่วไปของ 6 มณฑลในจีน เหวยหยังชิได้กล่าวถึงการประสบความสำเร็จในชีวิตของเขานั้นจะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากเขาไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดเย็บภาวะปากแหว่งของเขา ทำให้เรื่องของเหวยหยังชิจึงเป็นต้นแบบของโครงการสไมล์เทรน (Smile train) ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใหญ่ที่สุดของโลก

ด้านพัฒนาการของเทคนิคในการผ่าตัดริมฝีปาก พบว่าในปี ค.ศ. 1844 Mirault ได้เริ่มต้นเสนอเทคนิคการเย็บริมฝีปากแบบครอสแฟล็บ (cross flap) โดยเทคนิคนี้ได้ถูกดัดแปลงจนเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในศตวรรษที่ 20 จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1949 Lamaserie ได้นำเสนอเทคนิคใหม่คือ ซิพลาสตี (Z-plasty) ซึ่งช่วยให้แผลที่เกิดจากการเย็บไม่มีลักษณะเป็นเส้นตรงเหมือนในการเย็บริมฝีปากแบบครอสแฟล็บ ต่อมาเทคนิคซิพลาสตีได้ถูกดัดแปลงต่อโดย Tennison ในปี ค.ศ. 1952 จนกระทั่งได้ถูกพัฒนาต่อมาเป็นเทคนิคซิพลาสตีโรเตชันแฟล็บ (Z-plasty-rotation flap) ซึ่งพัฒนาขึ้นและนำเสนอโดย Millard ในปี ค.ศ. 1958⁷ ในด้านของการพัฒนาเทคนิคในการผ่าตัดเพดานโหว่พบว่าเป็นปี ค.ศ. 1859 และ 1861 Langenbeck ได้นำเสนอเทคนิคการเย็บเพดานโดยการใส่แผ่นเนื้อเยื่อชนิดมิวโคเพอริออสเตียล (mucoperiosteal flap) ต่อมาในปี ค.ศ. 1936 Victor Veau บุคคลผู้ที่ได้รับการยกย่องเป็นบิดาแห่งการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่สมัยใหม่ (The father of modern surgery of cleft lip and palate) ได้ดัดแปลงเทคนิคไบเพดิเคิลแฟล็บ (bipedicle flaps) ของ Langenbeck ไปเป็นชนิดซิงเกิลเพดิเคิลแฟล็บ (single pedicle flap) และเทคนิคนี้ได้ถูกดัดแปลงและพัฒนาต่ออีกหลายครั้งโดย Wardill ในปี ค.ศ. 1937 Kilner ในปีเดียวกัน และ Peet ในปี ค.ศ. 1961 จนได้เป็นเทคนิคพุกแบ็ค (push-back technique) โดยเทคนิคดังกล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน^{8,9}

อุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่

รายงานทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์ของการมีความพิการแต่กำเนิดของใบหน้าและกะโหลกศีรษะพบมีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ โดยภาวะปากแหว่งเพดานโหว่สามารถพบได้สูงสุดตั้งแต่ 0.3 ถึง 3.6 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน¹⁰ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากแต่ละการศึกษาในแต่ละประเทศพบมีวิธีการทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดนิยามของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รวมไปถึงการมีอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน¹¹ ทำให้ข้อมูลจากแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันด้วย¹²

การศึกษาของ Gorlin และคณะ¹³ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่มีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ โดยพบอุบัติการณ์ในชาวผิวดำเท่ากับ 0.5 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน ชาวคอเคเซียน (Caucasian) เท่ากับ 1 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน และชาวอินเดียนอเมริกัน (Indian American) เท่ากับ 3.63 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน ส่วนการศึกษาของ Tolarova และ Cervenka¹⁴ ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ในระยะเวลา 10 ปี ระหว่าง ค.ศ. 1983 ถึง 1993 พบอุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ เท่ากับ 0.77 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน การศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบอุบัติการณ์ระหว่างปี ค.ศ. 1983 ถึง 2000 เท่ากับ 1.21 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน¹⁵ Saman และคณะ¹⁶ พบอุบัติการณ์ในประเทศโครเอเชีย ระหว่างปี ค.ศ. 1988 ถึง 1998 เท่ากับ 1.717 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน การศึกษาในนครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ระหว่างปี ค.ศ. 1980 ถึง 1989 พบอุบัติการณ์เท่ากับ 1.2 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน¹⁷ ส่วนการศึกษาของสถาบัน The National Institutes for Dental and Craniofacial Research ร่วมกับ Human Genetic Program ขององค์การอนามัยโลก¹⁸ ในทารกแรกคลอดจำนวน 7.5 ล้านคนจาก 30 ประเทศในระหว่างปี ค.ศ. 2000 ถึง 2005 พบอุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่เท่ากับ 0.992 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งอย่างเดียวเท่ากับ 0.328 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน และภาวะปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่เท่ากับ 0.664 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน ในเมืองเดहरาน ประเทศอิหร่าน Taher¹⁹ ได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์ปากแหว่งเพดานโหว่พบอุบัติการณ์ที่สูงกว่าทุก ๆ แห่งในโลกถึง 3.73 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 คน โดยสาเหตุอาจเกิดจากสารเคมีที่เป็นก๊าซโดยเฉพาะก๊าซมัสตาร์ด (mustard gas) ซึ่งถูก

ใช้ในระหว่างสงครามอิรัก-อิหร่าน ช่วงปี ค.ศ. 1983 ถึง 1988 จากการศึกษาต่าง ๆ ชำต้นแสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านเชื้อชาติ รวมไปถึงสภาวะแวดล้อมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน

อุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทย

การศึกษาทางระบาดวิทยาของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยเริ่มทำการศึกษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 จนถึงปัจจุบัน โดยผลการศึกษาในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันมากเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการศึกษา เช่น กลุ่มประชากร วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา รวมถึงช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวกับภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยได้ถูกรวบรวมไว้ดังแสดงในตารางที่ 1

จากรายงานทางระบาดวิทยาของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยพบภาวะดังกล่าวเป็นลักษณะของความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 6 ของความพิการแต่กำเนิด 7 อันดับแรกที่พบในประเทศไทยซึ่งถูกนำเสนอโดยลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ³³ จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยในตารางที่ 1 พบว่า ในเขตภาคเหนือ พบอุบัติการณ์อยู่ในช่วง 1.11 ถึง 1.26 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ในเขตภาคกลางพบอุบัติการณ์เท่ากับ 1.01 ถึง 2.14 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 1.14 ถึง 2.49 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ส่วนในเขตภาคใต้พบอุบัติการณ์เท่ากับ 1.22 ถึง 1.56 รายต่อทารกเกิดใหม่มีชีพ 1,000 ราย ซึ่งจะพบอุบัติการณ์ได้สูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามที่ได้ถูกรวบรวมไว้ในหลายการศึกษา^{26,27,31} เมื่อพิจารณาจากปีที่สำรวจ พบว่าแนวโน้มของอุบัติการณ์ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น^{24,32} แสดงให้เห็นถึงการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว ยังไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อพิจารณาตามชนิดของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ พบลักษณะของปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ได้สูงที่สุด รองลงมาพบลักษณะของปากแหว่งอย่างเดียว ส่วนลักษณะของเพดานโหว่อย่างเดียวจะพบได้น้อยที่สุด เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศกับชนิดของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ จะพบลักษณะของปากแหว่งอย่างเดียว หรือปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพดานโหว่อย่างเดียวจะพบในเพศหญิงได้มากกว่า โดยอุบัติการณ์ที่พบหากพิจารณาจากลำดับของบุตรพบจากการศึกษาของปองใจ วิวรรรัตน์ และคณะ³²

ตารางที่ 1 การศึกษาระบบประสาทของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทย

การศึกษา	ปีที่ศึกษา (พ.ศ.)	สถานที่ศึกษา	อุบัติการณ์ (ต่อ 1,000)	ชนิด (ร้อยละ)			อัตราส่วน (ช : หญิง)				จำนวน ตัวอย่าง
				CLP	CL	CP	CL+P	CLP	CL	CP	
Siripoonya และ Tejavej ²⁰	2512-2521	โรงพยาบาลรามธิบดี	1.23	43.9	19.3	36.8					57
สุมาลี ศรีวิวัฒนา ²¹	2515-2519	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1.01								80
	2512-2519	โรงพยาบาลรามธิบดี	1.29								43
	2517	โรงพยาบาลศิริราช	2.00								10
	2520-2521	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	1.32								6
อำพร แดงแสงทอง และคณะ ²²	2530	โรงพยาบาลศิริราช	2.14	44.4	30.5	24.9	1:1	2.7:1	0.3:1		36
Dissaneevate และคณะ ²³	2531-2542	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	1.29	40	25.7	34.3					36
สามารถ สุทธาชัย	2532-2540	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1.11	26.1	36.1	36.9	1.32:1			0.9:1	
วิภาพรรณ ฤทธิธกุล ²⁴	2533-2542	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	1.56	47.4	18.4	34.2	1.7:1	1.3:1	3.3:1		38
ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ และคณะ ²⁵	2533-2542	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	1.14	50	35.7	14.3	1.9:1	1.8:1	3:1		56
Chuangsuwanich และคณะ ²⁶	2533-2542	โรงพยาบาลศิริราช	1.62								211
Ruangssitt และคณะ ²⁷	2536-2537	สถานพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น	2.49	53.3	13.3	33.3	2:1	1.7:1	1.5:1		15
ลติกร จิตตเสถียร และคณะ ²⁸	2537-2546	โรงพยาบาลพุทธชินราช	1.26	59	23	18	1.4:1	2.3:1	0.4:1		61
Jaratnasilikul และคณะ ²⁹	2540-2549	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	1.22	55.6	23.5	20.9	1.7:1	1:1	0.4:1		153
นิรมล ตีลาอติศร ³⁰	2546-2550	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	1.42	61.3	16.1	22.6	1.4:1	1.3:1	0.2:1		31
ลาวัณย์ ทิสะเส ³¹	2548-2550	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	2.18	63.0	25.9	11.1	0.7:1	0.8:1	0.5:1		27
ปองใจ วิรารัตน์ และคณะ ³²	2548-2552	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1.40	64.4	20.3	15.3	0.8:1	1:1	0.8:1		59

พบภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มากที่สุดในบุตรคนแรก ต่างจากการศึกษาของถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ และคณะ²⁵ ที่พบว่าร้อยละ 46.4 ของมารดาที่คลอดทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นการคลอดบุตรในลำดับที่สอง และมีแนวโน้มของอุบัติการณ์ที่ลดลงในการคลอดบุตรลำดับที่ 3 และ 4

บทสรุป

การศึกษาประวัติศาสตร์ของภาวะการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้ทราบถึงแนวคิดทางสังคมของผู้คนในอดีตที่ปฏิเสธบุคคลที่เกิดมาพร้อมกับความผิดปกติ โดยเฉพาะความผิดปกติที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนบนใบหน้าของการมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จากพื้นฐานของความเชื่อเรื่องโชคลาง ภูตผีปีศาจ แม้ว่าในปัจจุบันทารกที่เกิดมาพร้อมความผิดปกติดังกล่าวจะสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ แต่ยังคงมีปัญหาที่มีต่อการทำงานของอวัยวะ และผลต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยรวมถึงผู้ปกครอง ดังนั้นการรักษาทางการแพทย์จากบุคลากรในหลาย ๆ ส่วนจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพเพื่อรักษาและฟื้นฟูความพิการดังกล่าว

สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่พบมีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาในแต่ละพื้นที่ และระยะเวลาที่ทำการศึกษา อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามดูอัตราการเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในทารกแรกเกิดยังไม่พบการลดลงของความผิดปกติเหล่านี้ ดังนั้นการให้บริการทางด้านสาธารณสุขจึงควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยดังกล่าวที่มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. Skoog T. A head from ancient Corinth. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3(1):49-53.
2. Bhattacharya S, Khanna V, Kohli R. Cleft lip: The historical perspective. *Indian J Plast Surg.* 2009;42 Suppl:S4-S8.
3. Dorrance G. *The operative story of cleft palate.* Philadelphia: Saunders; 1993.
4. Hodgkinson PD, Brown S, Duncan D, Grant C, McNaughton AMY, Thomas P, et al. Management of children with cleft lip and palate: A review describing the application of multidisciplinary team working in this condition based

upon the experiences of a regional cleft lip and palate centre in the United Kingdom. *Fetal and Maternal Medicine Review.* 2005;16(1):1-27.

5. Saman M, Gross J, Ovchinsky A, Wood-Smith D. Cleft lip and palate in the arts: a critical reflection. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49(2):129-36.
6. Davis WB. Harelip and cleft-palate: A study of four hundred and twenty-five consecutive cases. *Ann Surg.* 1928;87(4):536-54.
7. Millard DR, Jr. A radical rotation in single harelip. *Am J Surg.* 1958;95(2):318-22.
8. Ravishanker R. Furlow's Palatoplasty for Cleft Palate Repair. *Medical journal, Armed Forces India.* 2006;62(3):239-42.
9. Viteporn S, Enemark H, Melsen B. Postnatal craniofacial skeleton development following a pushback operation of patients with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1991;28(4):392-6; discussion 7.
10. Shaw W. Global strategies to reduce the health care burden of craniofacial anomalies: report of WHO meetings on international collaborative research on craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41(3):238-43.
11. Ahmed MK, Bui AH, Taioli E. Epidemiology of Cleft Lip and Palate. *Designing Strategies for Cleft Lip and Palate Care* 2017.
12. Hagberg C, Larson O, Milerad J. Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35(1):40-5.
13. Gorlin RJ, Cervenka J, Pruzansky S. Facial clefting and its syndromes. *Birth Defects Orig Artic Ser.* 1971;7(7):3-49.
14. Tolarova MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *Am J Med Genet.* 1998;75(2):126-37.
15. Vallino-Napoli LD, Riley MM, Halliday J. An epidemiologic study of isolated cleft lip, palate, or both in Victoria, Australia from 1983 to 2000. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41(2):185-94.
16. Magdalenic-Mestrovic M, Bagatin M. An epidemiological study of orofacial clefts in Croatia 1988-1998. *J Craniomaxillofac Surg.* 2005;33(2):85-90.
17. Cooper ME, Stone RA, Liu Y, Hu DN, Melnick M, Marazita ML. Descriptive epidemiology of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in Shanghai, China, from 1980 to 1989. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000;37(3):274-80.
18. Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDIOC). *Cleft Palate Craniofac J.* 2011;48(1):66-81.

19. Taher AA. Cleft lip and palate in Tehran. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(1):15-6.
20. Siripoonya P, Tejavej A. Congenital abnormalities in the early neonatal period: ten years incidence at Ramathibodi Hospital. *J Med Assoc Thai.* 1980;63(10):544-7.
21. สุมาลี ศรีวิวัฒนา. ความผิดปกติแต่กำเนิด. ใน: จินตนา ศิรินาวัน, ชนิดา ตู้อัจฉริยา, บรรณาธิการ. *เวชพันธุศาสตร์และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2524. หน้า 206-18.
22. อ่ำพร แดงแสงทอง, คัดเค้า วงษ์สุวรรณค์, ปานทิพย์ สวัสดิมงคล. อุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ ในโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2530. *สารศิริราช.* 2531;40:741-44.
23. สุภาพรณ ดิสนีเวทย์, สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, ประสิน จันทน์วิพัน, วาริษา เจนจินตามัย. ความพิการแต่กำเนิดของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร.* 2546; 21(4):267-76.
24. วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล. อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ระหว่างปี พ.ศ. 2533-2542. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์.* 2544;51(1):29-37.
25. ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, นพัสร จันทอรรถวัฒน์, สมนึก อภิวันทนกุล, จำรัส วงศ์คำ, บวรศิลา เขาวนชื่น. อุบัติการณ์ของการคลอดทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ. 2533-2542. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 2544;16(1):3-7.
26. Chuangsuwanich A, Aojanepong C, Muangsombut S, Tongpiew P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. *Ann Plast Surg.* 1998;41(1):7-10.
27. Ruangsitt C, Phraserthsang P, Banpho Y, Lamduan W, Giathamnuay S, Nuwantha A. Incidence of cleft lip and cleft palate in three hospitals in Khon Kaen [in Thai]. Khon Kaen: Department of Orthodontics Faculty of Dentistry, Khon Kaen University; 1993.
28. ลลิตกร จิตตเสถียร, ภูมารินทร์ แวนทอง, ชัยทอง แซ่อึ้ง, พรพรรณ ชีระรังสิกุล. ผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี พ.ศ. 2537-2546. *พุทธชินราชเวชสาร.* 2549;23(2):154-63.
29. Jaruratanasirikul S, Chichareon V, Pattanapreechawong N, Sangsupavanich 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.
30. นิรมล สีสอาดศิริ. อุบัติการณ์การเกิดและแนวทางการดูแลแบบองค์รวมในทารกปากแหว่งเพดานโหว่: กรณีศึกษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *ขอนแก่นเวชสาร.* 2551;32(2):249-64.
31. ลาวันย์ ทิสะเส. อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ในเด็กแรกเกิดของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.* 2550;22(3):417-8.
32. ปองใจ วิรรัตน์, วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล, กมลรัตน์ ลิ้มปัทมปาณี. การศึกษาการกระจายของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลมหาสารคามระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552. *วทันต จัดฟัน.* 2553;9:3-13.
33. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ประสิน จันทน์วิพัน, สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, ธนอมศรี อินทนนท์, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานทบทวนองค์ความรู้สถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทย. *สงขลา:หน่วยพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;* 2543.