

การศึกษาการดูแลทารกปากแหว่งเพดานโหว่ในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

นิตยา ปานเพชร^{1*}, สุกัญญา กริฑิตยutanont¹, สุธีรา ประดับวงษ์², บวรศิลป์ เชาวนชื่น³

¹หน่วยห้องคลอด แผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์,

²แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์,

³หน่วยศัลยกรรมตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

A Study on Care of Infants with Cleft Lip – Palate in the Labor Room, Srinagarind Hospital, Khon Kaen province, Thailand

Nittaya Panphet^{1*}, Sukanya Kreetiyutanont¹, Suteera Pradubwong², Bowornsilp Chowchuen³

¹ Labor room, Obstetrics and Gynecological Nursing Department, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University,

² Department of Surgery and Orthopedic, Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University,

³ Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002 Thailand

Received: 26 July 2019

Accepted: 2 December 2020

หลักการและวัตถุประสงค์: ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทั้งของมารดา และทารก คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอุบัติการณ์ การตรวจวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารกที่มีภาวะนี้

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาอุบัติการณ์ทารกปากแหว่ง เพดานโหว่ ที่คลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ใช้แบบเก็บข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยที่ทำให้เกิดปากแหว่ง เพดานโหว่ และการตรวจวินิจฉัย 3) ผลลัพธ์การคลอด และ 4) กิจกรรมการพยาบาล เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการคลอด และแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2562 วิเคราะห์โดยเชิงแจกแจงความถี่เชิงปริมาณ ร้อยละ สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย ส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 82.86) อยู่ในจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 48.5) ผ่าครรภ์ร้อยละ 100 กับโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 71.43) มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 37.14) มีการตรวจอัลตราซาวด์ระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ตรวจพบความผิดปกติก่อนคลอด (ร้อยละ 88.57) คลอดระหว่าง 37-42 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.72) น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 3,000 กรัม (ร้อยละ 31.42) APGAR

Background and Objectives: Cleft lip and palate is an anomaly that can severely traumatize both the mother and child's mental health, a topic which is of interest about incidents, diagnosis, and nursing activity to the researchers.

Methods: This was a descriptive research was employed in conveying the conditions of infants with cleft lip and palate who were attended the Labor room at Srinagarind hospital, Khon Kaen University. The collected data was divided into four parts: 1) baseline characteristics, 2) associated factors and diagnosis, 3) pregnancy outcomes, and 4) nursing activity. Data were collected from the medical record, birth records, and nursing activity record period between January, 2019 to March, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentile, and qualitative analysis.

Results: There was a total of 35 cases during the study period, aged 20-34 years old (82.86%), residing in Khon Kaen (48.5%). A twenty-five pregnant women (71.43%) were attended both antenatal care at Srinagarind

*Corresponding author : ittaya Panphet, Labor room, Obstetrics and Gynecological Nursing Department, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. E-mail: nitpan@kku.ac.th

score 1 นาที 8-10 คะแนน (ร้อยละ 48.58) พบปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ทั้งข้างเดียวและ 2 ข้าง (ร้อยละ 62.86) แจ้งมารดาทราบความผิดปกติทารก (ร้อยละ 100) เป็นทารกเกิดมีชีพ 24 ราย และทารกมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยต้องยุติการตั้งครรภ์ 11 ราย มารดาและทารกได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

สรุป: ทารกที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ส่วนใหญ่อัลตราซาวด์ตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ก่อนคลอด เป็นทารกเกิดมีชีพ 24 ราย และทารกมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยต้องยุติการตั้งครรภ์ 11 ราย มารดาและทารกได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

คำสำคัญ: ปากแหว่ง; ปากแหว่งเพดานโหว่

hospital and other hospitals, There was a complicated during pregnancy (37.14%) and had been diagnosed with an abnormality during antenatal period (88.57%). The majority of the women had delivery at 37-42 weeks (65.72%), with birth weight of the infant more than 3,000 grams (31.42%) and an APGAR score at 1 minute ranging from 8-10 points (48.58%). The newborns were diagnosed cleft lip with Unilateral or bilateral cleft palate (62.86%), and eleven newborns had other anomalies and were terminated.

Conclusion: All pregnant women in this study were detected cleft lip and palate-by ultrasound. Twenty-four cases were live births and eleven cases were death by medical abortion. The mothers and infants were provided care based on standard.

Keyword: Cleft lip; Cleft-palate.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 179-185. • Srinagarind Med J 2021; 36(2): 179-185.

บทนำ

อัตราการเกิดอุบัติการณ์ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั่วโลกประเทศไทยพบบ่อยเป็นอันดับ 4 ของความผิดปกติในเด็กแรกเกิด คือ 1.51 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย¹ พบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 2.49 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย หรือประมาณ 800 รายต่อปี² และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ 1.14 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย³ ซึ่งเป็นความพิการแต่กำเนิดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหลายด้านและมีความซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว และพบว่าอาจมีความผิดปกติ หรือความพิการซ้ำซ้อน มีรายงานการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ของมารดา การไต่ยกันชัก ยาเสพติดในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์⁴ ปัญหาที่พบในทารกที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ ได้แก่ การขาดสารอาหาร การให้นมทารก ระบบทางเดินหายใจ การได้ยิน การพูดไม่ชัด ปัญหาการขึ้นและเรียงตัวของฟัน⁵ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ควรได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลตามช่วงอายุโดยทีมสหวิทยาการ (Protocol of multidisciplinary team care for patients with cleft lip and palate) ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์พบว่าการตั้งครรภ์ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างรุนแรง หมดกำลังใจในการตั้งครรภ์และการดูแลครรภ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ใบหน้าของทารกเมื่อคลอด และการเลี้ยงดูทารกหลังคลอด⁶ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีรูปปริศตรา (ร้อยละ 14) จากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 123 ราย⁷ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความพิการที่ศีรษะและใบหน้า ระบบโครงกระดูก ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบประสาทส่วนกลาง และโรคหัวใจพิการ

แต่กำเนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ผังหัวใจช่องบนรั่ว และ tetralogy of fallot

หน่วยห้องคลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ ขึ้นไป ทั้งในรายปกติและมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ให้บริการทำคลอดทั้งคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รับส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อวินิจฉัยและรักษาในรายที่ซับซ้อนเกินศักยภาพของโรงพยาบาลอื่น ๆ การคลอดถือเป็นช่วงเวลาที่ดีขึ้น เต็ม ยินดี มีความสุขของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ทุกคนมีความคาดหวังว่าทารกที่เกิดมาร่างกายต้องสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่พิการ⁷ จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ทำงานหน่วยห้องคลอดมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และได้รับข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ แนวทางการดูแลรักษาจากศูนย์ตะวันออกสามารถยอมรับความพิการของทารกและมีสัมพันธภาพที่ดีเมื่อแรกคลอด สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบถึงความผิดปกติของทารกมาก่อน บางคนปฏิเสธการดูหน้าทารก เนื่องจากกลัวร้องไห้ เสียใจ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว ดังนั้นบทบาทของพยาบาลห้องคลอดที่มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกปากแหว่ง เพดานโหว่ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง นอกจากการดูแลตามแนวปฏิบัติที่กำหนดแล้ว พยาบาลต้องให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อดูแลทารกปากแหว่ง เพดานโหว่ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการยอมรับทารกแนะนำทางเลือกและแหล่งช่วยเหลือให้ครอบครัว โดยจะมีการประสานงานกับศูนย์ตะวันออก ซึ่งมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำเพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับการดูแลแบบทีมสหสาขาและดูแลต่อเนื่องหลังคลอด พร้อมการติดตามการรักษา โดยศูนย์ตะวันออกมีการจัดทีมดูแลผู้ป่วย จากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ประกอบด้วย ศัลยแพทย์

ตบแต่ง กุมารแพทย์ ประสาทศัลยแพทย์ แพทย์โสต ศอ นาสิก พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และทีมทันตแพทย์จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จะเห็นได้ว่าความผิดปกติของทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ จะมีทั้งที่มารดาที่ทราบและไม่ทราบมาก่อนคลอด คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอุบัติการณ์ของมารดาคลอดทารกปากแหว่ง เพดานโหว่ ในหน่วยห้องคลอดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2561 เพื่อนำไปพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ คือเพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และการตรวจวินิจฉัยพบการตั้งครรภ์ทารกปากแหว่ง เพดานโหว่ และเพื่อศึกษากิจกรรมการพยาบาลมารดาและทารกที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ที่เข้ารับบริการในหน่วยห้องคลอด ตามที่กล่าวมา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ของการเกิดอุบัติการณ์ มารดาคลอดทารกที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ที่เข้ารับบริการในหน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2559-2561) ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยที่ทำให้เกิดปากแหว่ง เพดานโหว่ และการตรวจวินิจฉัย 3) ผลลัพธ์การคลอด และ 4) กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

กรณีที่ 1 ตรวจพบทารกมีปากแหว่ง เพดานโหว่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ มีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ Prenatal Counseling ก่อนคลอด รายงานกุมารแพทย์ เพื่อประเมินทารกเมื่อแรกคลอด แจ้งมารดาทราบถึงความผิดปกติที่พบ ประเมินความพร้อมของมารดาในการดูแลความผิดปกติของทารกแรกคลอด ถ้ามารดาพร้อมให้ดูความผิดปกติของทารกทันทีที่คลอด Early Skin to Skin Contacts ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในช่วง 2 ชั่วโมง หลังคลอด ถ้าทารกอาการปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้อยู่กับมารดาจนกระทั่งครบย้ายผู้ป่วยหลังคลอด กรณีทารกมีอาการผิดปกติ ย้ายส่งเอกอภรณ์ที่หอผู้ป่วย 2 ค หรือ NICU

กรณีที่ 2 ตรวจไม่พบทารกมีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่มาก่อน แต่ตรวจพบตอนคลอด มีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้ แจ้งความผิดปกติที่พบให้มารดาทราบโดยสูติแพทย์ รายงานกุมารแพทย์ประเมินทารกทันทีที่ห้องคลอด พยาบาลประเมินความพร้อมของมารดาในการดูแลความผิดปกติของทารก กรณีมารดายังไม่พร้อมดูแลทารก หรือปฏิเสธทารก พยาบาลหัวหน้าเวรต้องเข้าไปให้ข้อมูลและดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด สำหรับด้านจริยธรรมของพยาบาลที่ให้การดูแลต้องใช้คำพูดในทางสร้างสรรค์ ไม่วิจารณ์ ต่ำหนิ กล่าวโทษ ถึงความพิการของทารก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติการรักษา ประวัติการคลอด และแบบบันทึกทางการพยาบาล ใช้เวลา 3 เดือน (มกราคม- มีนาคม 2562) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เชิงปริมาณ ร้อยละ วิเคราะห์และสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE621092

ผลการศึกษา

มารดาที่คลอดทารกปากแหว่ง เพดานโหว่ มีจำนวน 35 ราย พบว่าส่วนใหญ่อายุ 20 - 34 ปี (ร้อยละ 82.86) อยู่ใน จังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 48.57) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และที่อื่นในจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 71.43) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
1. อายุ (ปี)	
20- 34	29 (82.86)
≥ 35	6 (17.14)
2. อาชีพ	
ข้าราชการ /พนักงานของรัฐ	14 (40)
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	5 (14.29)
แม่บ้าน	6 (17.13)
รับจ้าง และอื่นๆ	10 (28.58)
3. การศึกษา	
สูงกว่าปริญญาตรี	5 (14.29)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	17 (48.57)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	13 (37.14)
4. ภูมิลำเนา (จังหวัด)	
ขอนแก่น	17 (48.57)
เลย	7 (20)
มหาสารคาม	4 (11.43)
อื่นๆ	7 (20)
5. ประวัติทางสูติกรรม -	
ครรภ์แรก	17 (48.57)
ครรภ์หลัง	18 (51.43)
6. ประวัติการฝากครรภ์	
สถานที่ฝากครรภ์	
รพ.ศรีนครินทร์	3 (8.57)
รพ.ศรีนครินทร์ และรพ.อื่นในจ.ขอนแก่น	25 (71.43)
รพ.อื่นนอกจังหวัดขอนแก่นและคลินิก	7 (20)
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (ครั้ง)	
> 4	33 (94.28)
< 4	2 (5.72)
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	
1-13	28 (80)
14-28	6 (17.15)
29- 42	1(2.85)

ด้านปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดปากแหว่ง เพดานโหว่⁴ พบว่า มารดาได้รับยาอื่นนอกจากยาบำรุงระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ 5.72) มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 37.14) (ตารางที่ 2)

ด้านการตรวจวินิจฉัย ได้รับการเจาะน้ำคร่ำตรวจขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 54.29) มีการตรวจอัลตราซาวด์ระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ 100) ตรวจพบปากแหว่งเพดานโหว่ขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 88.57) อายุครรภ์ที่ตรวจพบความผิดปกติ 18-28 สัปดาห์ (ร้อยละ 57.14) ตรวจไม่พบความผิดปกติก่อนคลอด (ร้อยละ 11.43) (ตารางที่ 3)

ด้านผลลัพธ์การคลอด พบว่าส่วนใหญ่อายุครรภ์ที่คลอด 37-42 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.72) น้ำหนักทารกมากกว่า 3,000 กรัม (ร้อยละ 31.42) APGAR score ที่ 1 นาที 8-10 คะแนน (ร้อยละ 48.58) ทารกเกิดมีชีพ (live birth) (ร้อยละ 68.57) ทารกมีปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ทั้งข้างเดียวและ 2 ข้าง (ร้อยละ 62.86) ทารกมีความพิการร่วมอื่นๆ (ร้อยละ 54.29) (ตารางที่ 4)

100) ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 74.20) ส่วนกรณีที่ 2 ตรวจไม่พบความผิดปกติก่อนคลอด (ร้อยละ 11.43) สูติแพทย์แจ้งความผิดปกติที่พบให้มารดาทราบ (ร้อยละ 100) รายงานกุมารแพทย์ประเมินทารกทันทีที่ห้องคลอด (ร้อยละ 75) มี 1 รายที่ไม่ได้รายงานกุมารแพทย์เนื่องจากทารกมีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย ที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากการศึกษาที่พบว่า มารดาตั้งครรภ์อยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่ำในการตั้งครรภ์ทารกพิการ ส่วนช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ทารกพิการสูง⁸ โดยพบในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด 652 ราย (ร้อยละ 33.4) (พ.ศ. 2527-2550)⁹ ในด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดปากแหว่ง เพดานโหว่ พบเพียง 1 ราย ที่มีสาเหตุจากพันธุกรรม ยาบำรุงที่มารดา

ตารางที่ 2 ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (n=35)

ปัจจัย	Yes	No	NA
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ประวัติทางพันธุกรรมเป็นปากแหว่งเพดานโหว่	1 (2.85)	34 (97.15)	0
2. มารดาได้ยาอื่นนอกจากยาบำรุง (ระหว่าง 6 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์ถึง 3 เดือนหลังตั้งครรภ์)	2 (5.72)	9 (25.71)	24 (68.57)
3. ประวัติการสูบบุหรี่	0	25 (71.43)	10 (28.57)
4. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0	25 (71.43)	10 (28.57)
5. มารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	13(37.14)	22 (62.86)	0

ตารางที่ 3 การตรวจวินิจฉัย (n=35)

ปัจจัย	Yes จำนวน (ร้อยละ)
1.ได้รับการเจาะน้ำคร่ำตรวจขณะตั้งครรภ์	19 (54.29)
2.ได้รับการUltrasound ระหว่างการตั้งครรภ์	35 (100)
3. ตรวจพบปากแหว่งเพดานโหว่ขณะตั้งครรภ์	31 (88.57)*
4. ตรวจไม่พบความผิดปกติก่อนคลอด	4 (11.43)
5.ได้รับการดูแลจากโครงการตะวันฉาย	1 (2.85)

หมายเหตุ * พบความผิดปกติ ที่อายุครรภ์<18 สัปดาห์ 2 ราย (ร้อยละ 5.71) 18-28 สัปดาห์ 20 ราย (ร้อยละ 57.14) 29 -37สัปดาห์ 9 ราย (ร้อยละ 25.72)

ด้านกิจกรรมการพยาบาล แบ่งเป็น 2 กรณี คือ กรณีที่ 1ตรวจพบทารกมีปากแหว่งเพดานโหว่ขณะตั้งครรภ์(ร้อยละ 88.57) มีการ Prenatal counseling ก่อนคลอด (ร้อยละ100) รายงานกุมารแพทย์ เพื่อประเมินทารกแรกคลอด (ร้อยละ 67.74) ในส่วนที่ไม่ต้องรายงานกุมารแพทย์มาประเมิน (ร้อยละ 32.26) เนื่องจากทารกมีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย ต้องยุติการตั้งครรภ์ มีการแจ้งให้มารดาทราบถึงความผิดปกติ (ร้อยละ

ได้รับระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ Calcium carbonate, ferrous sulfate, Obimin AZ, triferdine มีเพียง 2 ราย ที่ได้รับยาอื่นร่วมด้วย ได้แก่ aldomet, diazepam, sertramie ภาวะแทรกซ้อนของมารดา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ลมชัก โรคซึมเศร้า มารดาอายุมากกว่า 35 ปี เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่านอกจากกรรมพันธุ์ อายุ การใช้ยาเกินขนาด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดวิตามินเอ และการขาดสารโฟลิก มีความสัมพันธ์กับการเกิดปากแหว่ง เพดานโหว่¹⁰ ส่วนใหญ่มารดาตรวจอัลตราซาวด์พบความผิดปกติตั้งแต่อายุครรภ์ 18-28 สัปดาห์ แต่มีบางรายที่ตรวจไม่พบ ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุครรภ์ขณะตรวจ ท่าของทารก ทักษะของแพทย์ สำหรับการเจาะน้ำคร่ำ จะทำกรณีที่มารดามีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ทารกพิการ เช่น เคยคลอดทารกมีความพิการ มารดาอายุมากกว่า 35 ปี มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการได้รับยาบางชนิดที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าอาจมีความสัมพันธ์กับความพิการของทารก หรือรายที่ตรวจพบความผิดปกติเบื้องต้นต้องการความแม่นยำมากขึ้น กรณีที่ไม่ได้เจาะน้ำคร่ำ เช่น ผ่าครรภ์ที่อื่น หรือตรวจพบความผิดปกติเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ อายุครรภ์ที่เหมาะสมในการเจาะน้ำคร่ำ คือ 15-20 สัปดาห์¹¹

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การคลอด (n=35)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
1. อายุครรภ์ ณ วันที่คลอด (สัปดาห์)	
< 20	1 (2.85)
20-27	8 (22.86)
28-36	3 (8.57)
37-42	23 (65.72)
2. วิธีการคลอด	
คลอดปกติทางช่องคลอด	9 (25.71)
ผ่าตัดคลอด	18 (51.43)
แท้ง (Abortion)	8 (22.86)
3. เพศทารก	
ชาย	14 (40)
หญิง	21 (60)
4. Neonatal Status -	
Live birth	24 (68.57) *
Intrapartum death	9 (25.71) **
Neonatal death	2(5.72)
5. APGAR score	
ที่ 1 นาที 8-10 คะแนน	17 (48.58)
ที่ 1 นาที ≤ 7 คะแนน	9 (25.71)
ที่ 5 นาที 8-10 คะแนน	22 (62.86)
ที่ 5 นาที ≤ 7คะแนน	4 (11.43)
ที่ 1 และ 5 นาที 0 คะแนน	9 (25.71)
6. น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	
≤ 1,000	9 (25.72) ***
1,001-2,500	7 (20)
2,501-3,000	8 (22.86)
> 3,000	11 (31.42)
7. ประเภทความพิการ	
ปากแหว่งอย่างเดียว	9 (25.71)
เพดานโหว่อย่างเดียว	4 (11.43)
ปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ทั้งข้างเดียวและ 2 ข้าง	22 (62.86)
8. ความพิการร่วมอื่นๆ	
ไม่มี	16 (45.71)
มี	19 (54.29)****

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การคลอด (n=35) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
9. การย้ายทารก	
หอผู้ป่วยหลังคลอด	11 (31.43)
หอผู้ป่วย 2ค	9 (25.71)
NICU	4 (11.43)
Abortion, เสียชีวิตหลังคลอด 2 ชม. ส่งห้องศพ	11(31.43)

หมายเหตุ

- * Live birth โดยไม่ได้ทำ Newborn Resuscitation 17 ราย (ร้อยละ48.57) ได้ทำ Newborn Resuscitation 7 ราย (ร้อยละ 20)
- ** Intrapartum death 9 ราย จากการยุติการตั้งครรภ์ โดยเหน็บยา Cytotec
- *** น้ำหนักทารกแรกเกิด ≤ 1,000 กรัม 9 ราย ดังนี้ น้อยกว่า 500 กรัม 5 ราย (ร้อยละ 14.29) อยู่ระหว่าง 501-1,000กรัม 4 ราย (ร้อยละ) 11.4
- **** ความพิการที่พบ เช่น Congenital cataract both eye, Rocker's bottom, Dandy walker malformation, Meningocele, Diaphragmatic hernia, Pyelectasis, Cardiomegaly, Hydrop fetalis ฯลฯ

ส่วนในด้านผลลัพธ์การคลอด ที่คลอดอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอด โดยมีข้อบ่งชี้ เช่น Fetal distress, Elderly, Twins pregnancy, Previous cesarean section, CPD, Breech presentation 12 ทารกบางรายนอกจากมีปากแหว่ง เพดานโหว่แล้วยังตรวจพบความผิดปกติอื่นร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบทารกมีความพิการร่วมถึงร้อยละ18¹³

สำหรับด้านกิจกรรมการพยาบาล ที่เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องคลอดนั้น กรณีที่ทราบว่าทารกมีปากแหว่ง เพดานโหว่มาก่อน ได้มีการให้คำปรึกษาก่อนคลอด (prenatal counseling) และรายงานกุมารแพทย์เพื่อประเมินทารกแรกคลอดทุกราย การให้คำปรึกษาก่อน ระหว่าง และหลังคลอด 2 ชั่วโมง นับเป็นช่วงวิกฤติของหญิงตั้งครรภ์ที่จะต้องผ่านพ้นภาวะนี้ไปอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลห้องคลอด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลทารกแรกเกิด จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวทางการรักษา พร้อมทั้งประสานงานกับศูนย์ตะวันฉายเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด รวมทั้งการพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยเทคนิคเนื้อแนบเนื้อ (Early skin to skin contacts) การกระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลทารกพยาบาลต้องพูดคุยให้กำลังใจมารดาและครอบครัวในเชิงสร้างสรรค์ ไม่ตำหนิ กล่าวโทษ หรือวิจารณ์ถึงความผิดปกติต่างๆ ของทารก สูติแพทย์หรือกุมารแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลความผิดปกติที่พบแรกเกิด

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าตามแนวปฏิบัติที่กำหนด และ

ตารางที่ 5 กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรม	Yes จำนวน (ร้อยละ)	No จำนวน(ร้อยละ)
1. กรณีที่ 1 ตรวจพบทารกมีปากแหว่ง เพดานโหว่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ (n=31)		
1.1 Prenatal Counseling ก่อนคลอด	31 (100)	0
1.2 รายงานกุมารแพทย์ เพื่อประเมินทารกเมื่อแรกคลอด	21 (67.74)	10 (32.26)*
1.3 แจ้งมารดาทราบถึงความผิดปกติที่พบ	31 (100)	0
1.4 ประเมินความพร้อมมารดาในการดูแลความผิดปกติของทารกแรกคลอด	8 (25.80)	23 (74.20)
1.5 ให้มารดาดูแลความผิดปกติของทารกทันทีที่คลอด	8 (25.80)	23 (74.20)
1.6 Early Skin to Skin Contacts	8 (25.80)	23 (74.20)
1.7 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในช่วง 2 ชั่วโมง หลังคลอด	8 (25.80)	23 (74.20)
1.8 ใช้ Early warning signs เฝ้าระวังทารกแรกเกิด 2 ชั่วโมงหลังคลอด	8 (25.80)	23 (74.20)
1.9 การดูแลทารกแรกเกิดหลังคลอด 2 ชั่วโมง		
1.9.1 ทารกอาการปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่กับมารดา	8 (25.80)	0
1.9.2 ทารกอาการผิดปกติ ไม่ได้อยู่กับมารดา	23 (74.20)	0
2. กรณีที่ 2 ตรวจไม่พบทารกมีปากแหว่ง เพดานโหว่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ (n=4)		
2.1 แจ้งความผิดปกติที่พบให้มารดาทราบโดยสูติแพทย์	4 (100)	0
2.2 รายงานกุมารแพทย์ประเมินทารกทันทีที่ห้องคลอด	3 (75)	1(25)**
2.3 ประเมินความพร้อมของมารดา และให้ดูแลความผิดปกติของทารก	4 (100)	0
2.4 กรณีมารดายอมรับบุตรได้ ดูแลตามปกติเหมือนในกรณีที่1	3 (75)	1 (25)
2.5 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลมารดา และทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง	3 (75)	1 (25)
2.6 อาการทารกแรกเกิดหลังคลอด 2 ชั่วโมง		
2.6.1 อาการปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่กับมารดา	3 (75)	0
2.6.2 อาการผิดปกติ ไม่ได้อยู่กับมารดา	1 (25)	0

หมายเหตุ

*ทารก 10 ราย ที่ไม่ได้รายงานกุมารแพทย์ เพื่อประเมินทารกเมื่อแรกคลอด เนื่องจากมีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วยจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์

**ทารก 1 ราย ที่ไม่ได้รายงานกุมารแพทย์ ประเมินทารกแรกคลอด เนื่องจากมีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วยจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์

ควรมีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วน สมบูรณ์ และควรมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความชำนาญมากขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลมารดาและทารกกลุ่มนี้ต่อไป

สรุป

จากการศึกษาอุบัติการณ์มารดาคลอดทารกปากแหว่งเพดานโหว่ 3 ปี มีทั้งหมด 35 ราย มารดาอยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี อาศัยในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด ปัจจัยที่ทำให้เกิดปากแหว่งเพดานโหว่ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติพันธุกรรม ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ทุกราย ด้านผลลัพธ์การคลอด ส่วนใหญ่คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด น้ำหนักทารกมากกว่า 3,000 กรัม เกิดมีชีพจำนวน 24 ราย เสียชีวิต 11 ราย เนื่องจากมีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วยต้องยุติการตั้งครรภ์ พบทารกปากแหว่งและเพดานโหว่ทั้งข้างเดียวและสองข้างมากที่สุด ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนได้ย้ายไปหอผู้ป่วยเด็กหรือหออภิบาลผู้ป่วย

หนัก มีเพียงส่วนน้อยที่ได้ย้ายพร้อมมารดาไปหลังคลอด ส่วนกิจกรรมการพยาบาล มีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลมารดา และทารกในกลุ่มนี้ทั้ง 2 กรณี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มวิจัย “ศูนย์การดูแลและวิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะ และใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. Ruangsitt C, Phraserthsang P, Banpho Y , Lamduan W, Giathamnuay S,Nuwantha A.Incidence of cleft lip and cleft palate in three hospital in Khon Kaen (in Thai). Department of orthodontics faculty of dentistry, Khon-Kaen university; 1993.

2. Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon V, Kamolnate A, Uewichitrapochana C, Godfrey K. A multisite study of oral clefts and associated abnormalities in Thailand: The epidemiologic data. *Plast Reconstr Glob Open* 2015; 3: e583.
3. Ratanasiri T, Junthathamrongwat N, Apinwantanakul S, Wongkam C, Chowchuen B. The birth incidence of cleft lip and palate at Srinagarind hospital, 1990-1999. *Srinagarind Med J* 2001; 16: 3-7.
4. บวรศิลป์ เขาวนชื่น, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล. คู่มือปฏิบัติการ สาเหตุ การป้องกัน ภาวะปากแหว่ง เพดาน โหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า: ทำความรู้จัก ทราบสาเหตุ อุบัติการณ์ และการป้องกัน. ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
5. Wongkham J, Pradubwong S, Chatvised P, Ratanasiri T. Evidence-triggers for care of patient with cleft lip and palate at Srinagarind hospital: antenatal care unit. *J Med Assoc Thai* 2016; 99 (Suppl 5): S51-57.
6. Pradubwong S, Pongpagatip S, Pathumwiwatana P, Kiatchoosakun P, Panamonta M, Chowchuen B. Treatment of 4-5 year old patients with cleft lip and cleft palate in Tawanchai Center: Prevalence and type of associated malformations. *J Med Assoc Thai* 2014; 97 (Suppl 10): S1-S6.
7. นิตยา พรหมกันทา, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครั้งแรก. *พยาบาลสาร* 2563; 47: 40-49.
8. มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแผนกฝากครรภ์กรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2552; 39: 161-172.
9. อรทัย เล็กบุญญาสิน, สุธีรา ประดับวงษ์, วาสนา จันทะชุม, สุพิชฌาย์ อุดมธนทรัพย์, บวรศิลป์ เขาวนชื่น. การศึกษาสถิติของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2527-2550. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2552; 24: 240-246.
10. บวรศิลป์ เขาวนชื่น, เบญจมาศ พระธานี, สุธีรา ประดับวงษ์. คู่มือผู้ปกครอง แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา, 2554.
11. เบญจวรรณ คล้ายทับทิม. สถิติตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2559; 9: 36-48.
12. งานเวชระเบียนและสถิติ หน่วยหออคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติคลอด พ.ศ. 2559-2561. หน่วยหออคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561.
13. มารศรี ชัยวรวิทย์กุล. อุบัติการณ์ สาเหตุการป้องกันการเกิดภาวะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่. *เชียงใหม่วารสาร* 2555; 33: 45-55.

