

การใช้เฝือกฟันนอกครีลิกรักษากระดูกขากรรไกรล่างหัก: รายงานผู้ป่วย 4 ราย

สุภาพร วิริยะจิระกุล ท.บ.*

บทคัดย่อ

ในผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรล่างหักบางรายมักมีปัญหาในการผ่าตัดเพื่อตามเหล็กหรือมัดฟันเพื่อตรึงรอยหักให้มั่นคงแข็งแรง เช่นในผู้ป่วยเด็กซึ่งสภาพฟันไม่เหมาะสมในการมัดฟันและการผ่าตัดตามเหล็กอาจมีอันตรายต่อหน่อฟันแท้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระดูกขากรรไกรล่างที่หักและมีฟันเหลือน้อย การมัดฟันเพียงอย่างเดียวไม่แข็งแรงพอ หรือผู้ป่วยที่มีการแตกหักของกระดูกขากรรไกรล่างแบบละเอียดซึ่งการผ่าตัดตามเหล็กทำได้ยาก การใช้เฝือกฟันนอกครีลิคเพื่อตรึงรอยหักของกระดูกเป็นวิธีการรักษาที่ให้ผลดีวิธีหนึ่ง รายงานนี้เสนอการรักษาผู้ป่วย 4 รายโดยใช้เฝือกฟันนอกครีลิค พบว่ารอยหักของกระดูกติดกันดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ

Abstract

The Use of Acrylic Splints for Treatment of Mandibular Fractures: Report of 4 Cases

Supaporn Viriyajirakul DDS

Department of Dentistry, Taksin Hospital, Bangkok

Open surgical reduction and fixation with plate or interdental wiring to stabilize mandibular fractures in some patients are difficult. One example is the children whose tooth bud might be undergenerated by the open reduction with plate fixation or wiring. Other examples are patients with infected mandibular fractures, with edentulous ridge when interdental wiring would not provide adequate re-enforcement, or in comminuted fracture which was very difficult for an open surgical reduction. The usage of acrylic splint is one alternative surgical option. We reported 4 cases of mandibular fracture using acrylic splints for closed reduction of the fracture site and fixation with circummandibular wiring. All 4 cases of mandibular fracture had excellent healing without any complication, with recovery of normal mandibular chewing function.

Key words: acrylic splint, fracture mandible, circummandibular wiring

บทนำ

การรักษาผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรล่างหักด้วยเฟือกฟัน อคริลิก (acrylic splint) มีมานานแล้ว ในปี ค.ศ. 1975 Chopart และ Desault¹ ได้ประดิษฐ์เครื่องมือเพื่อยึดไม่ให้มีการขยับของส่วนที่หัก เครื่องมือของ Chopart และ Desault มีส่วนสำคัญในการเริ่มต้นใช้เครื่องมือทางทันตกรรม (dental prosthetic devices) เพื่อยึดส่วนหักของกระดูกขากรรไกรล่างเข้าด้วยกัน² เป็นการรักษกระดูกขากรรไกรล่างหักวิธีหนึ่ง ปัจจุบันสัลยแพทย์ช่องปากใช้เฟือกฟันอคริลิกรักษกระดูกขากรรไกรหักน้อยลง เนื่องจากความไม่สะดวกและเสียเวลาในการทำเฟือกฟัน ประกอบกับการพัฒนาวิธีการผ่าตัดตามหลักยึดส่วนที่กระดูกหักและยาที่รักษาการติดเชื่อ จึงทำให้การใช้เฟือกฟันอคริลิกน้อยลงกว่าอดีต เฟือกฟันอคริลิกแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ³

1. Intermaxillary type หรือ Gunning splint ใช้ในกรณีกระดูกขากรรไกรที่หักไม่มีฟันหรือมีการสูญเสียฟันไปเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการหักของขากรรไกรล่างทั้ง 2 ข้างซึ่งจะช่วยรักษา vertical dimension ของใบหน้าด้วย

2. Lingual type หรือ Simple splint ใช้ในกรณีที่ปลายกระดูกหักเคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งเดิมมาก (displaced fragment) หรือต้องการจัดกระดูกรองรับฟัน (alveolar bone) ที่หักให้เข้าในตำแหน่งเดิม

3. Labiolingual type หรือ Lock type splint ใช้ในกรณีฟันที่เหลืออยู่โยก ไม่แข็งแรงพอที่จะมัดฟันได้ หรือในกรณีที่เป็นฟันน้ำนม (primary dentition) หรือฟันผสม (mixed dentition)



รูปที่ 1 ภาพในช่องปากของผู้ป่วยแสดงรอยหักบริเวณ symphysis ของกระดูกขากรรไกรล่าง

4. Cap type หรือ Cap splint ใช้ในกรณีฟันแท้มีตัวฟันสั้น มัดฟันด้วยลวดไร้สนิมไม่ได้ หรือเป็นฟันน้ำนม

รายงานนี้เป็นการนำเสนอการใช้เฟือกฟันอคริลิกในผู้ป่วยเด็กจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมาร่วมกับมีกระดูกขากรรไกรล่างหักจำนวน 2 ราย และผู้ป่วยที่มีการแตกหักของกระดูกขากรรไกรล่างชนิดละเอียดจำนวน 1 ราย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยการติดเหล็กตามกระดูกได้

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 3 ปี ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน จักรประวัติได้ว่าประมาณ 1 วันก่อน ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุถูกรถจักรยานยนต์ชนขณะขี่รถจักรยาน แพทย์ตรวจไม่พบอาการผิดปกติทางสมอง

การตรวจทางคลินิก

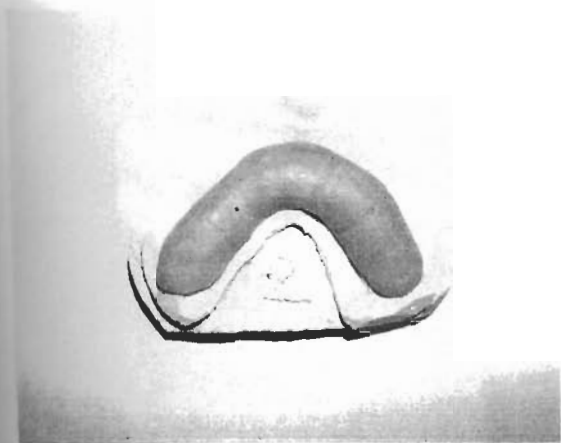
ตรวจพบแผลถลอกบริเวณหน้าผากและบวมบริเวณแก้มขวา อ้าปากได้กว้างประมาณ 1 ซม. ปวดมากเวลาอ้าปาก ตรวจในช่องปากพบว่าการสบฟัน (occlusion) ด้านหลังปกติ บริเวณกระดูกขากรรไกรล่างด้านหน้ามีรอยแตกหักและเหงือกฉีกขาดบริเวณฟันตัดน้ำนมล่างขวาซี่ที่หนึ่ง และฟันตัดน้ำนมล่างขวาซี่ที่สอง ฟันข้อปากบวมมีก้อนเลือด (hematoma at right floor of mouth) ในช่องปากมีแต่ฟันน้ำนม ตัวฟันสั้น กระดูกขากรรไกรบนปกติ (รูปที่ 1)

การตรวจทางรังสี

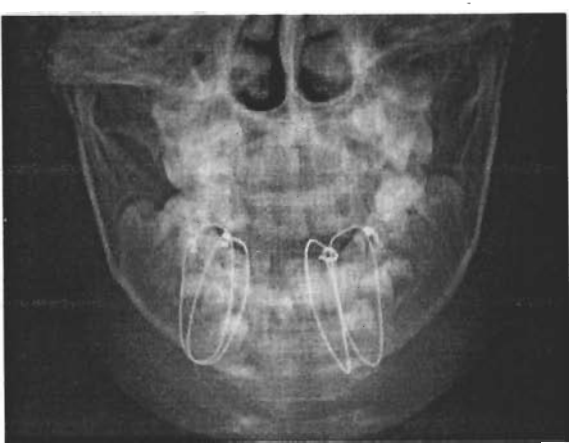
จากภาพ PA view ของกะโหลกศีรษะ พบเงาตัวซึ่งแสดงถึงรอยหักของกระดูกขากรรไกรล่างบริเวณฟันตัดน้ำนมล่างขวาซี่ที่หนึ่ง และฟันตัดน้ำนมล่างขวาซี่ที่สอง รอยหักเคลื่อนออกจากกันเล็กน้อย (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีแสดงรอยหักของกระดูกขากรรไกรล่าง



รูปที่ 3 เฟืองฟันนอกริสิกของผู้ป่วยรายที่ 1



รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีภายหลังการยึดเฟืองฟันนอกริสิกด้วย circummandibular wiring

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่ามี กระดูกขากรรไกรล่างหัก ระหว่างฟันตัดคั่นามล่างขวาซี่ที่หนึ่งและสอง (fracture symphysis of mandible between #81, #82)

การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยมีแต่ฟันบนไม่สามารถมัดฟันให้แข็งแรงได้ การสบฟันด้านหลังของผู้ป่วยปกติ รอยหักของกระดูกเคลื่อนที่ออกจากกันน้อย จึงวางแผนใช้เฟืองฟันนอกริสิกแบบ cap type หรือ cap splint (รูปที่ 3) ร่วมกับการทำ circummandibular wiring (รูปที่ 4) เพื่อยึดตรึงรอยหักของขากรรไกรล่างภายใต้การคุมขาสลบโดยไม่ทำ intermaxillary wiring ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเรื่องการใส่เฟืองฟันนอกริสิก รับประทานอาหารอ่อน และทำความสะอาดในช่องปาก ผู้ป่วยกลับบ้านและไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ 4 สัปดาห์ภายหลังการรักษา ผู้ป่วยได้รับการถอดเฟืองฟันนอกริสิกออก พบว่าการสบฟันปกติ รอยหักไม่มีการขยับ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยหายเป็นปกติดี

การตรวจทางคลินิก

ตรวจภายนอกช่องปาก พบรอยแผลเป็นบริเวณใต้คางร่วมกับมีหนองซึ่งมีหนองสีเหลืองข้นไหลออกมาตลอดเวลา (รูปที่ 5) ส่วนอื่นของใบหน้าไม่พบความผิดปกติใด ๆ ตรวจในช่องปากพบว่า ผู้ป่วยอ้าปากได้กว้าง 4 ซม. กระดูกขากรรไกรล่างเหลือฟันหน้าและหลังรวม 5 ซี่ บริเวณฟันหน้าล่างขยับและมีหนองไหลออกมา (รูปที่ 6) ส่วนขากรรไกรบนเหลือฟันหน้าและหลังรวม 6 ซี่ ผู้ป่วยไม่มีฟันหลังที่เป็นฟันคู่สบ ผู้ป่วยกัดสบฟันได้เฉพาะฟันหน้า

การตรวจทางรังสี

ภาพรังสีพานอราไมคพบรอยหักของกระดูกร่วมกับเหล็กดามกระดูกและศกรู

การวินิจฉัย

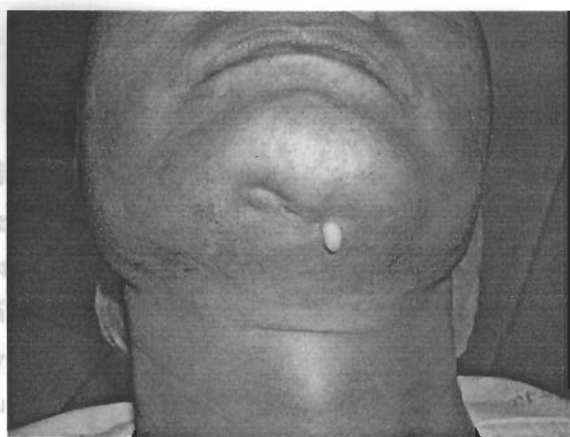
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น osteomyelitis with non-union of fracture mandible

การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยมีฟันเหลือน้อย ไม่มีฟันคู่สบ การมัดลวดจะไม่มีควมแข็งแรงพอ รอยหักของกระดูกขยับตลอดเวลา ร่วมกับมีหนองไหลออกมา จำเป็นต้องผ่าตัดกระดูกตายและเหล็กที่ดามออก เพื่อให้มีการหายและสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ การดามกระดูกให้อยู่นิ่ง ๆ จึงใช้เฟืองฟันนอกริสิกแบบ lingual type (รูปที่ 7) ดามที่กระดูกขากรรไกรล่างด้วย circummandibular wiring (รูปที่ 8) เพื่อป้องกันการขยับของรอยหักโดยไม่ทำ intermaxillary wiring ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ และมีการติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ 1 เดือนและ 2 เดือน พบว่าแผลใต้คางหายเป็นปกติดี ในช่องปากไม่มีการขยับของกระดูกที่หัก ผู้ป่วยหายเป็นปกติดี (รูปที่ 9 และ 10)

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

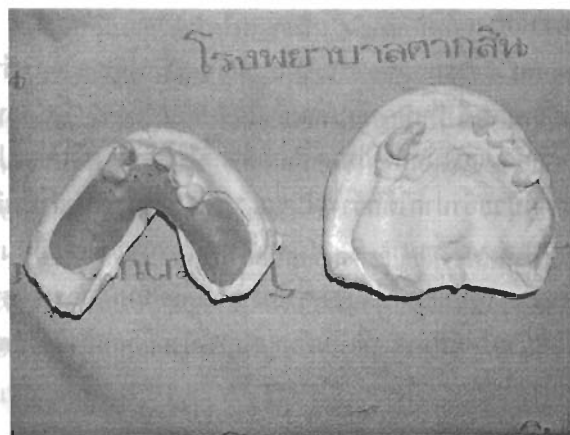
ผู้ป่วยชายไทยอายุ 50 ปี ถูกส่งต่อจากศูนย์สาธารณสุขกรุงเทพ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน เนื่องจากมีหนองไหลออกจากบริเวณใต้คางมา 6 เดือน ผู้ป่วยมีประวัติประสบอุบัติเหตุและมีกระดูกขากรรไกรล่างหักเมื่อประมาณ 6 เดือนก่อน ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดความกระดูกหักด้วยเหล็ก หลังจากนั้นพบว่าบริเวณที่กระดูกหักมีการขยับและมีหนองไหลออกมาจากใต้คาง ได้รับการรักษาโดยกดให้ขยับและล้างแผลแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน



รูปที่ 5 ภาพบริเวณใต้คางของผู้ป่วยแสดงหนอง
ที่ไหลออกมาบริเวณใต้คาง



รูปที่ 6 ภาพภายในช่องปากแสดงหนอง
ที่ออกจากบริเวณรอยกระตุกจากกรรไกรล่างหัก



รูปที่ 7 เฝือกฟันนอกริสิกของผู้ป่วยรายที่ 2

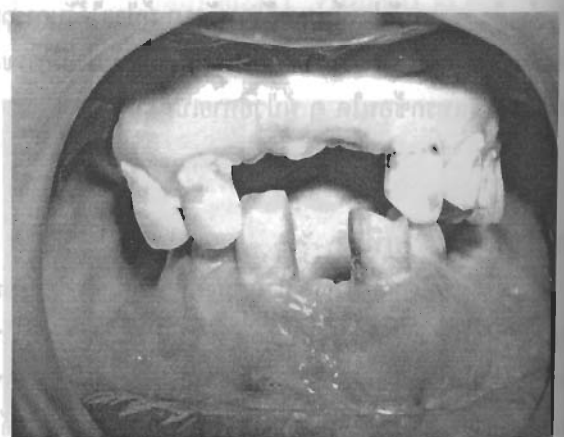


รูปที่ 8 ภาพในช่องปากผู้ป่วยภายหลังใส่เฝือกฟันนอกริสิก
และทำ circummandibular wiring

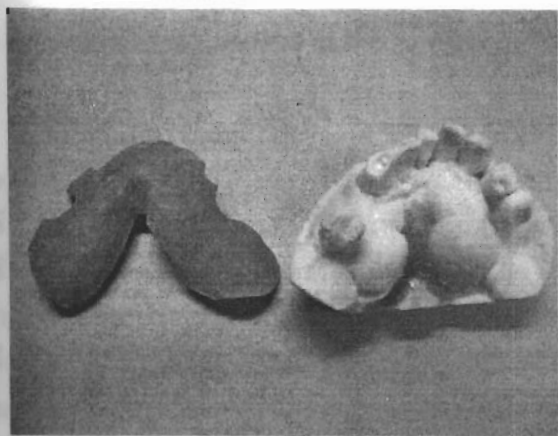


รูปที่ 9

รูปที่ 9 และ 10 ภาพบริเวณใต้คางและในช่องปากของผู้ป่วยภายหลังการรักษา 2 เดือน พบการหายปกติ



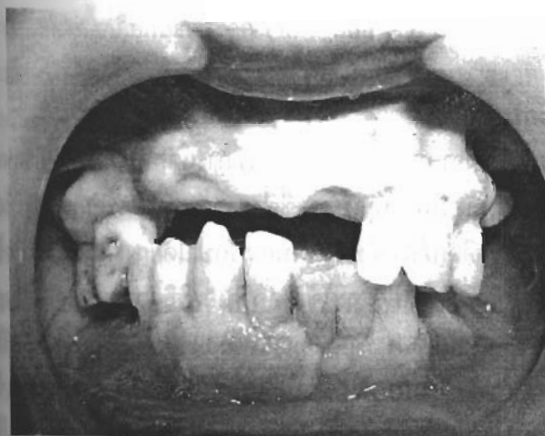
รูปที่ 10



รูปที่ 11 เฟือกฟันอคริลิกของผู้ป่วยรายที่ 3



รูปที่ 12 ภาพในช่องปากผู้ป่วยภายหลังใส่เฟือกฟันอคริลิกและทำ circummandibular wiring



รูปที่ 13 ภาพภายหลังการรักษาไม่พบความผิดปกติใด ๆ สามารถสบฟันได้

รายงานผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี ได้รับการรักษากระดูกขากรรไกรล่างหักด้วยวิธีการผ่าตัดตามเหล็กบริเวณคาง ภายหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์มีหนองไหลออกจากแผลผ่าตัด ร่วมกับการอักเสบของรอยหัก จึงได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดและนัดพบตาม 1 เดือนครั้ง ภายหลังการรักษาดังกล่าวพบว่ายังมีการอักเสบของรอยหักอยู่ แต่ไม่พบว่ามีหนอง ภายหลังการผ่าตัดครั้งแรก 2 เดือนจึงได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง

การตรวจทางคลินิก

ตรวจภายนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติใด ๆ เมื่อตรวจในช่องปากพบว่ามีการอักเสบของรอยหักบริเวณฟันหน้าล่างขวาซี่ที่หนึ่งและซี่ที่สอง ไม่มีหนองไหลออกมาจากแผลผ่าตัดเดิม บริเวณขากรรไกรล่างมีกระดูกงอกขนาดใหญ่ทั้งซ้ายและขวา (torus mandibularis) ผู้ป่วยมีฟันเหลือน้อย พบว่าผู้ป่วยไม่มีฟันหลังที่เป็นฟันคู่สบเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายที่ 2

การตรวจทางรังสี

จากภาพรังสีเพานอราไมคพบรอยหักและเหล็กตามกระดูก 2 ชิ้นร่วมกับสกรู

การวินิจฉัย

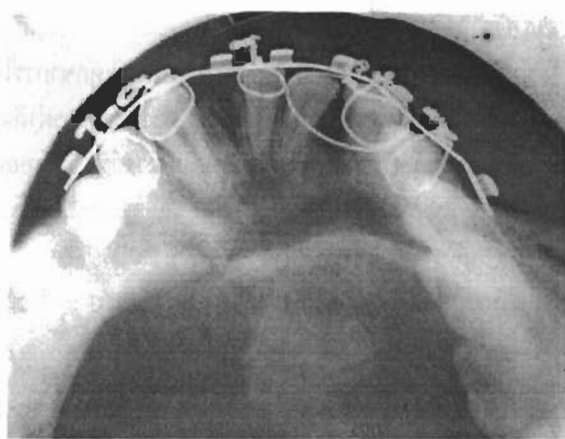
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า nonunion of fracture mandible

การรักษา

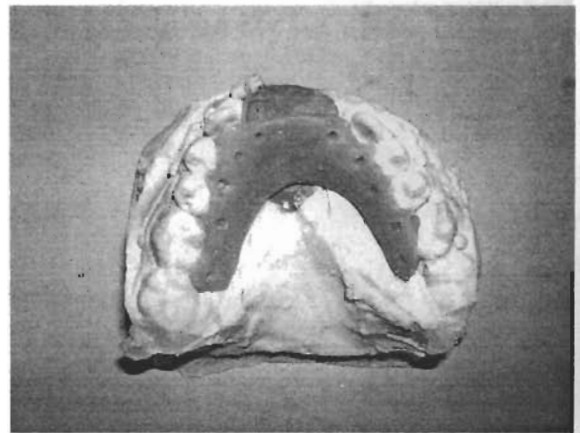
ผู้ป่วยเหลือฟันในช่องปากน้อย ไม่แข็งแรงพอที่จะมัดฟันเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายที่ 2 จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเอาเหล็กที่ตามกระดูกที่หักออก และยึดส่วนกระดูกที่หักด้วยเฟือกฟันอคริลิกแบบ lingual type (รูปที่ 11) ร่วมกับการทำ circummandibular wiring (รูปที่ 12) โดยไม่ทำ intermaxillary wiring ภายหลังการติดตามผลการรักษา 1 เดือนพบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ รอยหักบริเวณฟันหน้าล่างขวาซี่ที่หนึ่งและซี่ที่สองไม่มีการอักเสบ (รูปที่ 13) ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ปกติ

รายงานผู้ป่วยรายที่ 4

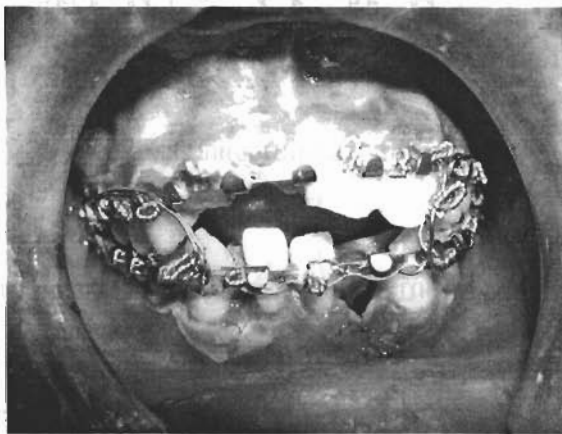
ผู้ป่วยชายไทยอายุ 14 ปี ได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีบาดแผลบริเวณหน้า และมีฟันหน้าล่างหัก ตรวจมีการอักเสบมากของฟันหน้าล่างและกระดูกขากรรไกรล่าง การสบฟันผิดปกติ มีเลือดออกในช่องปาก



รูปที่ 14 ภาพถ่ายรังสีด้านบดเคี้ยวแสดงกระดูก
ที่แตกหักละเอียดบริเวณขากรรไกรล่าง



รูปที่ 15 เฟือกฟันอคริลิกในผู้ป่วยรายที่ 4



รูปที่ 16 ภาพในช่องปากหลังใส่เฟือกฟันอคริลิก
และทำ circummandibular wiring



รูปที่ 17 ภาพในช่องปากของผู้ป่วยภายหลัง
การรักษา 3 เดือนพบการสบฟันปกติ

การตรวจทางคลินิก

ตรวจในช่องปากพบว่ามีการขยับของกระดูกขากรรไกร
ล่างบริเวณ symphysis และฟันหลุดหายไป 2 ซี่ ร่วมกับการ
ขยับอย่างมากของกระดูกรองรับฟันหน้าล่าง (alveolar process
fracture) ผู้ป่วยไม่สามารถสบฟันได้

การตรวจทางรังสี

จากภาพรังสีด้านบดเคี้ยว (occlusal view) พบการแตกหัก
ของกระดูกขากรรไกรล่างแบบละเอียด (comminuted fracture)
บริเวณฟันหน้าล่าง (รูปที่ 14)

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการแตกหักอย่างละเอียดของ
กระดูกขากรรไกรล่างบริเวณซิมไฟซิส (comminuted fracture of
symphysis of mandible)

การรักษา

เนื่องจากบริเวณฟันหน้าล่างมีการแตกหักอย่างละเอียดของ
กระดูกร่วมกับมีฟันหลุดหลายซี่ซึ่งยากต่อการมัดฟันและจัดให้อยู่
ในตำแหน่งที่ถูกต้อง จึงวางแผนการรักษาโดยการพิมพ์ปากเพื่อจัด
เรียงบริเวณที่หักใหม่ และใช้เฟือกฟันอคริลิกแบบ lingual type
(รูปที่ 15) ร่วมกับการทำ circummandibular wiring ในการสนับสนุน
ตัวนำในการจัดตำแหน่งกระดูกใหม่ (รูปที่ 16) ซึ่งเป็นการทำ
เฟือกฟันโดยไม่ต้องผ่าตัดให้สูญเสียกระดูกและยากต่อการติดเหล็ก
ตามกระดูก ภายหลังที่ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ 1 สัปดาห์
1 เดือน 3 เดือน พบว่าการหายของกระดูกเป็นปกติดี (รูปที่
17) ผู้ป่วยสามารถกัดสบฟันได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

วิจารณ์

การรักษากระดูกขากรรไกรล่างหักด้วยเฟือกฟันอคริลิก (acrylic splint) พบว่ามีรายงานถึงความสำเร็จของการรักษาด้วยวิธีนี้ในอัตราสูง⁴⁻¹² การเลือกผู้ป่วยที่จะทำการรักษาโดยใช้วิธีนี้และขั้นตอนการทำเฟือกฟันอคริลิกเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา ส่วนมากสัลลแพทช์ช่องปากจะใช้เฟือกฟันอคริลิกในการรักษาผู้ป่วยเล็ก^{5,10-12} ผู้ป่วยที่มีกระดูกแตกหักแบบละเอียด (comminuted fracture)^{4,8,13} ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระดูกขากรรไกรล่างที่หัก^{5,9} และผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ในการสบฟัน (edentulous ridge)⁴

ข้อบ่งชี้ของการใช้เฟือกฟันอคริลิกรักษากระดูกขากรรไกรล่างหัก คือ

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีฟันอยู่ในระยะฟันน้ำนมหรือระยะฟันผสม ไม่สามารถมัดฟันด้วยลวดได้
2. กระดูกที่หักมีการเคลื่อนที่ออกจากตำแหน่งเดิมมาก จากแรงดึงของกล้ามเนื้อ
3. การหักบริเวณ intracapsular condyle ร่วมกับบริเวณ symphysis หรือ body เฟือกฟันจะทำหน้าที่ตรึงรอยหักบริเวณ symphysis หรือ body เพื่อไม่ให้รอยหักในบริเวณนี้ขยับเมื่อเวลาขากรรไกรทำงาน
4. การหักเป็นชนิดละเอียด (comminuted fracture) และเคลื่อนออกจากกัน
5. ผู้ป่วยมีโรคซึ่งเป็นข้อห้ามในการทำ intermaxillary wiring เช่น โรคลมชัก
6. การหักของกระดูกอย่างมาก หรือมีการติดเชื้อ เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อและกระดูก (infection and osteomyelitis) การรักษาให้ได้ผลจำเป็นต้องตรึงรอยหักให้มั่นคงเป็นระยะเวลานาน และมีการขยับอ้าปากได้เป็นระยะ ๆ

ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย เป็นผู้ป่วยที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยเด็ก 1 ราย ผู้ป่วยที่มีการแตกหักของกระดูกขากรรไกรล่างร่วมกับการติดเชื้อบริเวณที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหัก และไม่มีฟันเพียงพอในการสบฟัน 2 ราย ผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหักแบบละเอียด บริเวณฟันหน้าล่าง 1 ราย ซึ่งเข้าได้กับข้อบ่งชี้ในการให้การรักษาด้วยเฟือกฟันอคริลิก โดยผู้ป่วย 3 รายหลังได้ใช้เฟือกฟันแบบ lingual type เพราะฟันที่เหลืออยู่เป็นฟันแท้แต่ไม่มีความแข็งแรง

พอที่จะมัดฟัน ส่วนผู้ป่วยเด็ก 1 ราย เลือกใช้เฟือกฟันอคริลิกแบบ cap type เนื่องจากฟันเด็กยังเป็นฟันน้ำนม ตัวฟันสั้น มัดลวดไม่ได้ หลังการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทั้ง 4 รายเป็นระยะเวลา 2-3 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 4 รายสามารถกัดสบฟันได้เหมือนเดิม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการรักษา ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ และพอใจผลการรักษา

การรักษาด้วยเฟือกฟันอคริลิกเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดเพื่อลดแผลบริเวณกระดูกหักที่ใช้ในปัจจุบันพบว่า ผลดีของการรักษาด้วยเฟือกฟันอคริลิกคือ เป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อน ค่าใช้จ่ายไม่แพง อัตราการติดเชื้อต่ำ และไม่เสียเวลาในห้องผ่าตัดมาก ถึงแม้ว่าอาจต้องใช้เวลาในห้องปฏิบัติการในการทำเฟือกฟันอคริลิก แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดลงมาก เนื่องจากใช้เวลาน้อยและมีอัตราความสำเร็จสูง

สรุป

การรักษากระดูกขากรรไกรล่างหักในปัจจุบันมีหลายวิธี การใช้เฟือกฟันอคริลิกแบบ cap type และ lingual type ร่วมกับการทำ circummandibular wiring ในการรักษาผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่มีฟันเหลือน้อยร่วมกับมีการติดเชื้อของกระดูกขากรรไกรล่างที่หัก และผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรล่างหักชนิดละเอียด เป็นวิธีการรักษาที่ให้ผลดี ทนง่าย และประหยัด ในผู้ป่วยทั้ง 4 รายพบว่ารอยหักของกระดูกขากรรไกรล่างเข้าที่ปกติ กระดูกเชื่อมติดกันแข็งแรง การสบฟันและการเคี้ยวอาหารดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงอังคณา สีโทชาลิต หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน และทันตแพทย์หญิงวรรณ คุโณทัย หัวหน้างานสัลลศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีที่ให้การสนับสนุนรายงานผู้ป่วยนี้ให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Chopart F, Desault PJ. *Traite des Maladies Chirurgicales*. Vol I. Paris, 1795.
2. Raymond J, Robert V. Oral and maxillofacial trauma. Volume I. Philadelphia: W.B. Saunder, 1991. p.362-3.
3. ช่อฉัตร เส่งพานิช. การใช้เฟือกฟันออกกริกรักษากระดูกขากรรไกรล่างหักในเด็ก: รายงานผู้ป่วย 2 ราย. วารสารศัลยศาสตร์และแม็กซิลโลเฟเชียล 2535; 6: 85-92.
4. Cooper J, Roger CL, Rosenfeld PA. Management of mandibular fractures using biphasic pins and mandibular splints. *Laryngoscope* 1982; 92(9 pt 1): 1042-8.
5. Koury M, Ellis E 3rd. Rigid internal fixation for the treatment of infected mandibular fractures. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 434-43; discussion 443-4.
6. Cohen SR, Leonard DK, Markowitz BL, Manson PN. Acrylic splints for dental alignment in complex facial injuries. *Ann Plast Surg* 1993; 31: 406-12.
7. Chidylo SA, Jacobs JS. Applications of dental splints with regard to modern techniques of rigid fixation. *J Craniofac Surg* 1994; 5: 136-41.
8. Smartt JM Jr, Low DW, Bartlett SP. The pediatric mandibular II: management of traumatic injury or fracture. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 28e-41e.
9. Benson PD, Marshall MK, Engelstad ME, Kushner GM, Alpert B. The use of immediate bone grafting in reconstruction of clinically infected mandibular fractures: bone grafts in the presence of pus. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 122-6.
10. Binahmed A, Sansalone C, Garbedian J, Sándor GK. The lingual splint: an often forgotten method for fixating pediatric mandibular fractures. *J Can Dent Assoc* 2007; 73: 521-4.
11. Kocabay C, Ataç MS, Oner B, Güngör N. The conservative treatment of pediatric mandibular fracture with prefabricated surgical splint: a case report. *Dent Traumatol* 2007; 23: 247-50.
12. Qadri GW, Mokhtar SM. Paediatric mandibular fractures: report of a case. *Dent Traumatol* 2008; 24: e67-70.
13. Ellis Erd, Muniz O, Anand K. Treatment considerations for comminuted mandibular fractures. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 861-70.