

กระดูกกรามหักในโรงพยาบาลราชบุรี

สุจิน จรรยาสวัสดิ์

รพ. ราชบุรี

ABSTRACT :

Chanyaswad S. Mandibular Fractures in Ratchaburi Hospital (Region 4 Medical Journal 1999 ; 18(4) : 279-283.)

Department of Surgery, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, Thailand.

The hospital records of 154 patients sustaining mandibular fractures between October 1995-September 1997 were reviewed. The patients population consisted of 79% males, with precipitating events usually being motor vehicles accidents (78%). The most common fractures involved the body (30%), followed by the angle (21%) and the condyles (19%). Internal fixation by ORIF-Wiring and arch-bar was the preferred method of treatment (84%). The complication rate was relatively low (10%). This review suggests that motor vehicle accidents are still the most common etiology of mandibular fractures.

บทคัดย่อ :

สุจิน จรรยาสวัสดิ์. ภาวะดุกกรามหักในโรงพยาบาลราชบุรี. (วารสารแพทย์เขต 4 ๒๕๔๒ ; ๑๘(๔) : ๒๗๙-๒๘๓.)

กลุ่มงานศัลยกรรม, รพ. ราชบุรี

ได้ทำการศึกษาประวัติผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บกระดูกกรามหักที่เข้ามารับการรักษาด่วนใน รพ.ราชบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๓๘ - กันยายน ๒๕๔๐ จำนวน ๑๕๔ ราย ๗๙% ของผู้ป่วยเป็นเพศชาย และสาเหตุของกระดูกกรามหักเกิดจากอุบัติเหตุยานยนต์ (๙๔%) ตำแหน่งของกระดูกกรามที่หักมากที่สุด คือ ส่วน body (๓๐%) รองลงมาคือส่วน angle (๒๑%) และส่วน condyle (๑๙%)

วิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด คือโดยวิธี ORIF-Wiring and arch-bar (๘๔%) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดค่อนข้างต่ำ (๑๐%)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุยานยนต์ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกกราม

บทนำ

กระดูกกรามหัก ยังคงเป็นอุบัติเหตุการณที่เกิดได้บ่อยที่สุดของบรรดากระดูกหักที่บริเวณใบหน้า และสาเหตุที่ทำให้เกิดที่พบบ่อยที่สุด ก็ยังคงจากอุบัติเหตุยานยนต์โดยเฉพาะจักรยานยนต์ หลักในการรักษาก็ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปมากจากหลักการเดิมที่เสนอโดย Hippocrates¹ และนำเสนอโดย Adams² ในปี 1942

วัตถุประสงค์ของการเสนอรายงานนี้ก็เพื่อจะศึกษาถึงสาเหตุ อุบัติการณ์ และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกกรามหักที่มารับการรักษาตัวระหว่างเดือน ตุลาคม 2538 - กันยายน 2540

วัสดุและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยผู้ย้อนหลังไประหว่างเดือน ตุลาคม 2538 - กันยายน 2540 ที่รักษาตัวในหน่วยศัลยกรรมตกแต่ง กลุ่มงานศัลยกรรม รพ. ราชบุรี โดยประวัติได้มาจากเวชระเบียน และข้อมูลที่น่ามาทำการวิเคราะห์ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุ ตำแหน่งหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ การรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาย้อนหลัง เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่

ตุลาคม 2538 - กันยายน 2540 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาดังใน รพ. ราชบุรี มีจำนวนผู้ป่วย 154 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (79%) อายุเฉลี่ย 30 ± 13 ปี สาเหตุของการเกิดกระดูกกรามหักมาจากอุบัติเหตุยานยนต์ โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์มากที่สุด ส่วนสาเหตุรองลงมาเกิดมาจากการทะเลาะวิวาท กระสุนปืน และตกจากที่สูง (ตารางที่ 1)

ตำแหน่งของกระดูกกรามที่หักมากที่สุด คือ ส่วน body (30%) รองลงมา คือ angle (21%) condyle (18%) parasymphiseal (14%) rami (6%) midline (5%) alveolar process (4%) และ coronoid process (2%)

วิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด คือ ORIF-Wiring and interdental-intermaxillary fixation with arch-bar วิธีที่ใช้รองลงมา คือ interdental-intermaxillary fixation with arch-bar

ภาวะแทรกซ้อนพบได้ทั้งสิ้น 16 ราย คิดเป็น 10% ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 5 ราย malunion 5 ราย wound hematoma 2 ราย dislocated arch-bar 4 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 สาเหตุของการเกิดกระดูกกรามหัก

	จำนวน	(%)
อุบัติเหตุยานยนต์	121	(78%)
ทะเลาะวิวาท	15	(11%)
ถูกยิงด้วยกระสุนปืน	10	(6%)
การเล่นกีฬา	5	(3%)
ตกจากที่สูง	3	(2%)
รวม	154	(100 %)

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อน

	จำนวน	(%)
การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	5	(31%)
Malunion	5	(31%)
Wound hematoma	2	(12%)
Dislocated arch-bar	4	(26%)
รวม	16	(100 %)

วิจารณ์

ในกรณีเกี่ยวกับกระดูกกรามหักนั้น ได้มีการตั้งข้อสังเกตพบว่า ตำแหน่งของกระดูกที่หักมีความสัมพันธ์กับสาเหตุที่ทำให้เกิดการแตกหักของกระดูก เช่น ถ้าเป็นสาเหตุจากอุบัติเหตุรถยนต์ จะพบว่าตำแหน่งที่หักมักจะเป็นบริเวณ symphysis, alveolar ridge และส่วน condyle ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อเกิดอุบัติเหตุรถยนต์ส่วนหน้าของผู้ป่วยจะไปกระทบกับบริเวณ dashboard ของรถยนต์ ดังนั้นส่วน Symphysis จะเป็นส่วนที่ถูกกระแทกก่อนส่วนอื่น ๆ หรือถ้าสาเหตุเกิดจากการทะเลาะวิวาท ถูกชกด้วยหมัด ตำแหน่งที่หักมักจะเป็นส่วน body และ angle³ แต่ก็มีรายงานที่กล่าวถึงอุบัติเหตุรถยนต์ที่ทำให้เกิดกระดูกกรามหัก ในส่วน condyle และ sub-condyle area ได้บ่อย⁴

รายงานที่ได้จากการศึกษานี้จะแตกต่างจากรายงานของในต่างประเทศ โดยตำแหน่งที่พบว่าหักบ่อย คือ บริเวณ body และ angle ซึ่งสาเหตุของอุบัติเหตุรถยนต์ส่วนใหญ่จะมาจากรถจักรยานยนต์ ไม่ใช่รถยนต์ การบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจะรุนแรงกว่ามาก เพราะจะแล่นด้วยความเร็วค่อนข้างสูง ปราศจากความระมัดระวัง และไร้เครื่องป้องกันศีรษะเป็นส่วนใหญ่ การแตกหักจะเป็นแบบหลายชิ้น และหลายตำแหน่ง เพราะลักษณะการล้มคว่ำอาจจะเป็นด้านข้างมากกว่า ทำให้ส่วน body และ angle ได้รับผลกระทบมากกว่าส่วนอื่น ๆ

สำหรับความสัมพันธ์กับเครื่องมือศัลยกรรมนั้น ไม่สามารถหาข้อมูลมายืนยันถึงความสัมพันธ์กับกระดูกกรามหักได้ ดังที่พบในรายงานบางรายงาน^{5,6} แต่จากประสบการณ์ของผู้รายงานจะพบถึงความสัมพันธ์ในสัดส่วนค่อนข้างสูง ในด้านการรักษา จะเห็นได้ว่า รายงานนี้มีการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Open reduction and internal fixation ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับบางรายงาน⁴

ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจากตำแหน่ง และลักษณะของกระดูกที่หัก กล่าวคือ กระดูกมักจะหักเป็นแบบหลายชิ้น และหลายตำแหน่ง เนื่องจากความรุนแรงของการบาดเจ็บส่วนใหญ่อ่อนข้างสูง และถึงแม้ว่าจะมีการผ่าตัดโดยวิธี Open reduction ในอัตราที่สูง แต่ก็พบว่ามีการผ่าตัดโดยวิธีคือร้อยละ 10 OLSON และคณะ ได้รายงานผู้ป่วย 580 ราย พบมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 26.9¹⁶ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ Wound infection 5 ราย Malunion 5 ราย ซึ่งเปรียบเทียบกับรายงานของ Anderson พบอัตราติดเชื้อหลังผ่าตัดร้อยละ 7²

กล่าวโดยสรุป จากรายงานนี้จะเห็นได้ว่าอุบัติเหตุของกระดูกกรามหัก สามารถจะป้องกันและลดความรุนแรงได้ หากมีจิตสำนึกในการขับขี่ยานพาหนะด้วยความระมัดระวัง งดดื่มสุราขณะขับขี่ยานยนต์ ผู้ขับขี่รถใส่เครื่องป้องกันศีรษะ เป็นต้น

สรุป

การศึกษาย้อนหลัง ตั้งแต่ ตุลาคม 2538 - กันยายน 2540 ผู้ป่วยกระดูกกรามหัก 154 ราย ของหน่วยศัลยกรรมตกแต่งโรงพยาบาลราชบุรี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์ การทะเลาะวิวาท ส่วนใหญ่กระดูกหักบริเวณ body และ angle การผ่าตัดโดย ORIF-Wiring and arch-bar ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 10

เอกสารอ้างอิง

1. Gahhos F, Ariyan S. Facial fractures : Hippocratic management. Head Neck Surg 1984 ; 6 : 1007-13.
2. Adams WM. Internal wiring fixation of fractures. Surgery 1942 ; 12 : 523-40.
3. Olsen BA, Fonseca RJ, Zeitler DL, et al. Fractures of the mandible : A review of 580 cases. J Oral Maxillofac Surg 1982 ; 40 : 23-8.

4. Hagan EH, Huelke DF. An analysis of 319 case reports of mandibular fractures. J Oral Surg Anesth Hosp Dent Sen 1961 ; 19 : 93-104.
5. McDale AM, McNicol RD, Ward-Booth P, et al. The etiology of maxillo-facial injuries, with speacial reference to the abuse of alcohol. Int J Oral Surg 1982 ; 11 : 152-55.
6. Voss R. The etilogy of jaw fractures in Norwegian patients. J Maxillofac Surg 1982 ; 10 : 146-8.
7. Anderson L, Hultin M, Nordenram A, et al. Jaw fractures in the county of Stockholm 1978-1980. Int J Oral Surg 1984 ; 13 : 194-99.