

การจัดสบฟันในผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรหัก

สุพล ลิ้มปิชเสียร

Abstract : Occlusal adjustment in the fractured jaw patient is very essential. Theoretically, occlusion is considered from the relationship between upper and lower jaw, upper and lower first permanent molar, and upper and lower permanent incisor, Which was applied to the occlusal adjustment in the fractured jaw patient, as well as the other factors in the patient's oral cavity. Malocclusion causes complication on teeth, muscle of mastication, temporomandibular joint and face.

Occlusal adjustment in the fractured jaw patient.
Limpisatein S.

Dental departmen, Songkhla Hospital, Songkhla.
Region 7 Medical Journal 1993 : 1 : 69-77

บทคัดย่อ การจัดการสบฟันในผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกขากรรไกรให้ถูกต้อง เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในทางทฤษฎี การสบฟันพิจารณาได้จาก ความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกร ความสัมพันธ์ระหว่างฟันกรามแท้ซี่แรกบนและล่าง และความสัมพันธ์ของฟันหน้าแท้บนและล่าง ซึ่งในการจัดการสบฟันให้กับผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรหักก็ต้องอาศัยหลักการข้างต้น และปัจจัยต่างๆภายในช่องปากของผู้ป่วยมาร่วมพิจารณาด้วย การสบฟันที่ผิดปกติจะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อฟัน กล้ามเนื้อบดเคี้ยว กระดูกข้อต่อขากรรไกรล่าง และใบหน้าของผู้ป่วย

การจัดการสบฟันในผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรหัก

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุบริเวณกระดูกขากรรไกรและฟัน มักจะพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีการเคลื่อนที่ไปหรือแตกหักของฟันและกระดูกขากรรไกรเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ที่ทำการรักษาผู้ป่วยจำพวกนี้จะต้องจัดฟันและกระดูกขากรรไกรให้เข้าอยู่ในที่เดิม และจะต้องมีการสบฟันที่เหมือนเดิม หรือให้ได้ใกล้เคียงกับของเดิมให้มากที่สุดเหมือนกับก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับอุบัติเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เคี้ยวอาหารได้ดี และป้องกันไม่ให้เกิดภัยอันตรายต่อข้อต่อกระดูกขากรรไกรล่าง (temporomandibular joint) ที่จะ

เกิดตามมาเนื่องจากมีการสบฟันที่ผิดปกติ หรืออาจจะเกิดการบิดเบี้ยวของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ดังนั้นแพทย์หรือทันตแพทย์ผู้ที่จะให้การรักษากับผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องของการสบฟันเพื่อที่จะได้ให้การรักษากับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

การสบฟัน (occlusion) หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างฟันในกระดูกขากรรไกรหนึ่งสบกับฟันในกระดูกขากรรไกรตรงกันข้าม ซึ่งแบ่งการสบฟัน 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ^{1,2,3}

1. การสบฟันปกติ หรือการสบฟันที่เป็นอุดมคติ

(normal หรือ ideal occlusion)

2. การสบฟันที่ไม่ปกติ (malocclusion)

1. การสบฟันปกติหรือการสบฟันที่เป็นอุดมคติ

เป็นการสบฟันที่ค่อนข้างจะสมบูรณ์แบบและมีข้อกำหนดมากจนแทบจะหาไม่ได้ในคนทั่ว ๆ ไป เพราะการที่มีฟันผิดปกติไปจากข้อกำหนดเพียงเล็กน้อยก็จะจัดอยู่ในพวกการสบฟันที่ไม่ปกติ (malocclusion) แล้ว เช่น ฟันในกระดูกขากรรไกรจะต้องเรียงติดชิดกันเป็นระเบียบทุกซี่ ไม่ล้มไม่เอียง ไม่ซ้อนไม่เก ไม่ถูกถอน และมีการสบฟันเป็นอย่างดีรวมทั้งความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนและล่างเป็นปกติคือไม่ยื่นหรือหดสั้น

2. การสบฟันที่ไม่ปกติ (malocclusion) เป็นการสบฟันที่พบได้ในคนทั่ว ๆ ไป ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการสบฟันของคนเรานั้นเป็นการสบฟันที่ไม่ปกติ (malocclusion) สามารถแบ่งการสบฟันที่ไม่ปกติออกได้ตามสาเหตุ 2 ชนิดคือ

2.1 การสบฟันที่ไม่ปกติเนื่องจากฟัน

2.2 การสบฟันที่ไม่ปกติเนื่องจากความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกร

2.1 การสบฟันที่ผิดปกติที่เนื่องจากฟัน ซึ่งอาจเกิดจากฟันซี่หนึ่งซี่ใดอยู่ในตำแหน่งที่ผิดปกติเช่น การมีฟันบางซี่ที่ล้มเอียง ฟันบางซี่ที่ซ้อน หรือมีฟันบางซี่ที่อยู่สูงหรือต่ำกว่าระดับของ line of occlusion เป็นเส้นที่ลากจากยอดปุ่ม (cusp) ของฟันแต่ละซี่ (ดูรูป 1) ซึ่งปกติแล้วมักจะลากได้เป็นเส้นตรงหรือโค้งเล็กน้อยต่อเนื่องกันทั้งในฟันหน้าและฟันหลัง

หรือการสบฟันที่ผิดปกติเนื่องจากความสัมพันธ์ของฟันในกระดูกขากรรไกรบนและล่างผิดปกติซึ่งอาจเกิดการผิดปกติได้ทั้งในแนวระนาบและแนวตั้งก็ได้ ซึ่งได้แก่

- การมีการสบฟันแบบสบไขว้ (cross bite) ซึ่งหมายถึงปุ่มฟันทางด้านแก้มของฟันบนสบอยู่ในแอ่ง (fossa) ของฟันล่าง หรือถ้าในฟันหน้าก็จะพบว่าฟันหน้าล่างบางซี่หรือหลายซี่ สบอยู่หน้าต่อฟันหน้าบน (ดูรูป 2)



รูปที่ 1 เส้นแสดงแนวของระดับ line of occlusion

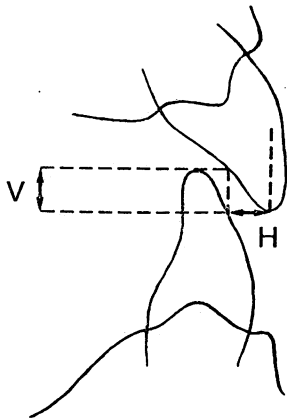


รูปที่ 2 แสดงการสบไขว้ของฟันหน้า

- การสบเปิด (open bite) ซึ่งหมายถึง เมื่อฟันสบกันแล้วพบว่าฟันบางซี่หรือหลายซี่ของฟันบนและฟันล่างไม่สบกัน ถ้าเป็นในบริเวณฟันหน้าก็เรียกว่าเป็นการสบสบเปิดทางด้านหน้า (anterior open bite) ถ้าเป็นฟันหลังก็เรียกว่าการสบเปิดทางด้านหลัง (posterior open bite)
- การเหลื่อมในแนวราบ (over jet) คือการที่มี

ปลายฟันหน้าบนสบอยู่หน้าต่อด้านริมฝีปาก (labial surface) ของฟันหน้าล่าง (ดูรูป 3) ปกติจะมีค่าเท่ากับ 1-2 มิลลิเมตร

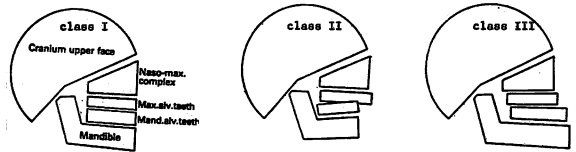
- การคร่อมแนวตั้ง (over bite) คือการที่มีปลายฟันหน้าบนสบอยู่หน้าต่อปลายของฟันหน้าล่างในแนวตั้ง ปกติจะมีค่าประมาณ 1-2 มิลลิเมตร (ดูรูป 3)



รูปที่ 3 แสดงการเหลื่อมในแนวราบ [H] และการคร่อมแนวตั้ง [V]

2.2 การสบฟันที่ไม่ปกติเนื่องจากความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนและล่างที่ผิดปกติ โดยไม่คำนึงถึงตัวฟัน การแบ่งแบบนี้แบ่งได้เป็น 3 class ด้วยกันคือ^{3,4} (ดูรูป 4)

- class I จะหมายถึงการที่ความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนและล่างในแนวหน้าและหลังเป็นปกติ (normal antero-posterior)
- class II หมายถึงการมีกระดูกขากรรไกรล่างถอยลึกเข้าไปกว่าปกติ คือจะมีคางยื่นเมื่อเทียบกับใน class I



รูปที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรบนและล่าง

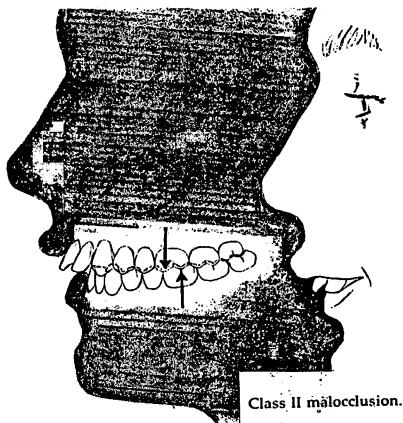
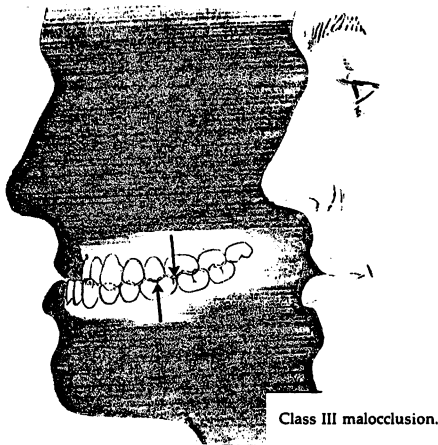
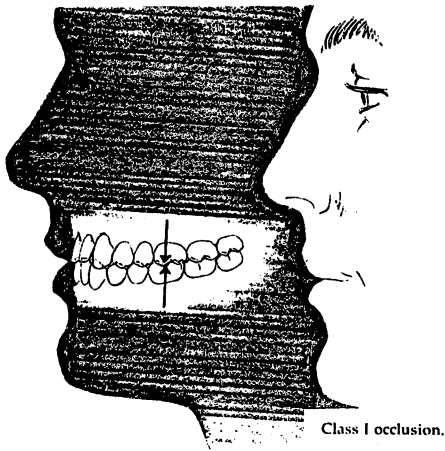
class III หมายถึงการมีกระดูกขากรรไกรล่างยื่นออกมามากกว่าปกติ เมื่อเทียบกับกระดูกขากรรไกรบน

ต่อมา Dr.Edward H.Angle ได้แบ่งการสบฟันไม่ปกติ (malocclusion)^{1,2,3,4,5,6,7} โดยดูฟันกรามแท้ซี่บนซี่แรกเป็นหลัก แล้วดูความสัมพันธ์กับฟันกรามแท้ซี่แรกในขากรรไกรล่าง ดังนั้นการจำแนกการสบฟันที่ไม่ปกติของ Dr.Angle นั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างฟันบนกับฟันล่าง ซึ่งได้แบ่งไว้ 3 แบบด้วยกัน (ดูรูป 5)

class I เรียก neutroclusion เป็นการสบฟันที่พบได้ในคนทั่วไป พบว่าฟันในขากรรไกรล่างมักจะมีความสัมพันธ์ที่ปกติกับฟันในขากรรไกรบนคือ mesio-buccal cusp ของฟันกรามบนแท้ซี่แรกสบอยู่บน buccal groove ของฟันกรามแท้ล่างซี่แรก

class II เรียก distocclusion เป็นการสบที่ฟันในขากรรไกรล่างจะถอยหดเข้าไป เมื่อเทียบกับฟันในขากรรไกรบน โดย mesiobuccal cusp ของฟันกรามแท้นบนซี่แรกสบอยู่ในช่องระหว่างฟันของฟันกรามแท้ล่างซี่แรกกับฟันกรามน้อยแท้ซี่ที่สอง (2nd premolar) ในผู้ป่วยจำพวกนี้จะมีลักษณะคางสั้นหดถอยเข้าไป

class III เรียก mesiocclusion คือฟันใน



รูปที่ 5 แสดงการสบฟันที่แบ่งโดย Dr. Angle และการแบ่งโดยดูการสบของฟันหน้า ซึ่งจะให้รูปหน้าที่ต่างกันด้วย

ขากรรไกรล่างจะยื่นออกมาทางด้านหน้าเมื่อเทียบกับฟันในขากรรไกรบน โดยที่ mesiobuccal cusp ของฟันกรามบนแท้ซี่แรกสบอยู่ในช่องระหว่างฟันของกรามแท้ซี่แรกและซี่ที่สอง ส่วนในฟันหน้า การสบฟันจะเป็นแบบปลายฟันหน้าชนกันพอดีหรือปลายฟันล่างจะยื่นออกมาครอบฟันหน้าบนเอาไว้

แต่อย่างไรก็ตามอาจจะมีปัญหาได้ ถ้าดูจากฟันกรามแท้ซี่แรกเพราะฟันกรามแท้ซี่แรกมักจะถูกถอนไปหรือฟันกรามน้ำนมถูกถอนออกมาก่อนกำหนด จะมีผลทำให้ฟันกรามแท้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องได้ซึ่งก็ได้มีผู้พยายามแบ่งต่อไปอีก โดยดูจากการสบของฟันหน้าเป็นหลัก (incisor classification) แบ่งแบบนี้คล้าย ๆ กับการแบ่งของ Dr.Angle โดยแบ่งเป็น 3 แบบ คือ^{2,3,6,8} (ดูรูป 5)

class I ฟันหน้าล่างจะสบอยู่ใต้ปุ่มคอฟัน (cingulum) ตรงบริเวณกึ่งกลางทางด้านลิ้นของฟันหน้าบนโดยมีการสบคร่อม (over bite) และการสบเหลื่อม (over jet) ประมาณ 2 มิลลิเมตร

class II การสบแบบนี้พบว่าฟันหน้าล่างสบอยู่ด้านหลังต่อปุ่มคอฟัน (cingulum) แต่จะมีการสบเหลื่อม (over jet) และการสบคร่อม (over bite) ที่ผิดไปจาก class I โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อย ชนิด I ฟันหน้าบนจะยื่นออกมามาก คือมีการสบเหลื่อมมากกว่าปกติ ชนิด II ฟันหน้าบนจะงุ้มเข้า (retrocline) และมีการสบเหลื่อมปกติหรือมากกว่าปกติได้

class III ฟันหน้าล่างจะสบอยู่หน้าต่อปุ่มคอฟัน

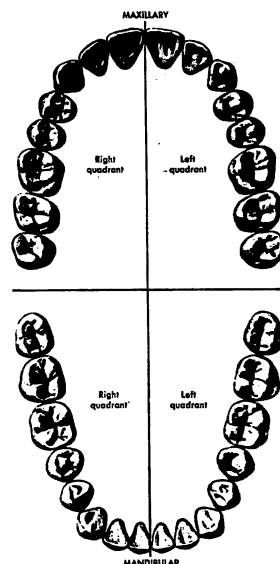
(cingulum) ของฟันหน้าบน คือจะมีปลายของฟันหน้าล่างครอบฟันหน้าบนหรือปลายฟันของฟันบนและฟันล่างชนกันโดยสรุปแล้ว การดูการสบฟันที่ไม่ปกติ (malocclusion) 3 ชนิดหลังที่ได้กล่าวมาแล้วคือดูจากความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกร การแบ่งของ Dr.Angle ซึ่งดูจากฟันกรามแท้ซี่แรก และการแบ่งโดยดูการสบของฟันหน้าเป็นหลักนั้นพอจะเอามาพิจารณารวมกันได้คือ ใน class I, class II และ class III ของการแบ่งทั้ง 3 อย่างนี้ก็คล้ายๆกันนั่นเอง เพียงแต่ว่าจะให้หลักการแบบไหนเป็นหลักในการพิจารณาเท่านั้น

เมื่อทราบถึงหลักการแบ่งการสบฟันแล้ว การจัดการสบฟันให้กับผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรหักนั้นจะต้องจัดให้การสบฟันของผู้ป่วยให้เข้าอยู่ในตำแหน่งเดิมที่เคยเป็นอยู่ ซึ่งปกติแล้วการสบฟันก็มักจะอยู่ในการแบ่งที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีการสบฟันที่ผิดปกติไปจากที่ได้กล่าวมาแล้ว การจัดการสบฟันของผู้ป่วยให้เหมือนเดิมก่อนที่จะได้รับอุบัติเหตุเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรหัก ซึ่งอาจจะพิจารณาได้จากหลาย ๆ ปัจจัยมาประกอบกันว่าผู้ป่วยควรจะมีการสบฟันอย่างไร โดยสังเกตได้จากปัจจัยเหล่านี้^{4,8,9}

1. ประวัติของผู้ป่วย ก่อนที่จะได้รับอุบัติเหตุขากรรไกรหักนั้น มีการสบฟันเป็นอย่างไร เช่น แต่เดิมมีฟันหน้าบนครอบฟันหน้าล่าง ปลายฟันหน้าบนและฟันหน้าล่างชนกันพอดี (edge to edge) หรือฟันหน้าล่างครอบฟันหน้าบน หรืออาจจะถามถึงลักษณะคางของผู้ป่วยว่ามีลักษณะคางยื่นหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยให้ประ-

วัติว่ามีคางยื่นอาจจะมีการสบฟันเป็นแบบ class III แต่ถ้าคางยุบหรือคางสั้น อาจจะมีการสบฟันแบบ class II ก็ได้ ในบางครั้งจากการซักประวัติผู้ป่วยอาจจะได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ก็ต้องอาศัยดูจากปัจจัยอื่นที่จะกล่าวต่อไปประกอบด้วย

2. ดูการรูปหน้า รูปร่างของกระดูกขากรรไกร โดยทั่วไปกระดูกขากรรไกรล่างจะมีรูปร่างเป็นแบบตัววีปลายทู่ (blunt V) ส่วนกระดูกขากรรไกรบนจะมีลักษณะเป็นแบบเกือกม้า (horse shoe) ดังนั้นถ้าจัดการสบฟันให้ผิดไปจากเดิมก็จะส่งผลให้รูปร่างของกระดูกขากรรไกรผิดไปจากเดิม ตลอดจนรูปหน้าของผู้ป่วยและการบดเคี้ยว (ดูรูป 6)
3. ดูจากการเรียงตัวของฟันบนกระดูกขากรรไกร ตามปกติแล้วฟันจะอยู่เรียงตัวกันตามรูปร่างของกระดูกขากรรไกร ถ้าลากเส้น



รูปที่ 6 แสดงการเรียงตัวของฟันในกระดูกขากรรไกร

จากปุ่มยอดฟัน (cusp) ทางด้านแก้มของฟันหลังทั้งสองข้างมายังปลายฟัน (edge) ในฟันหน้าก็จะได้ลักษณะเป็นเส้นโค้งตามรูปร่างของกระดูกขากรรไกร (ดูรูป 6)

4. ดูจากระดับของฟัน (occlusal plane)

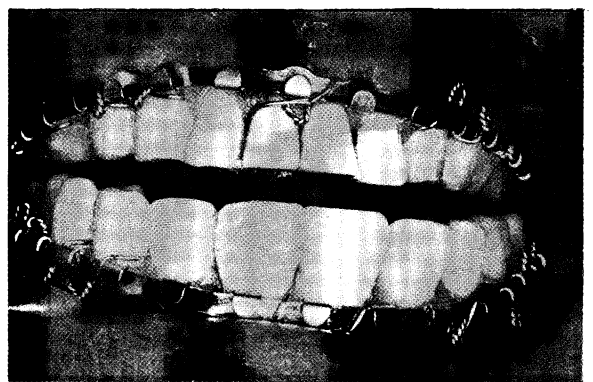
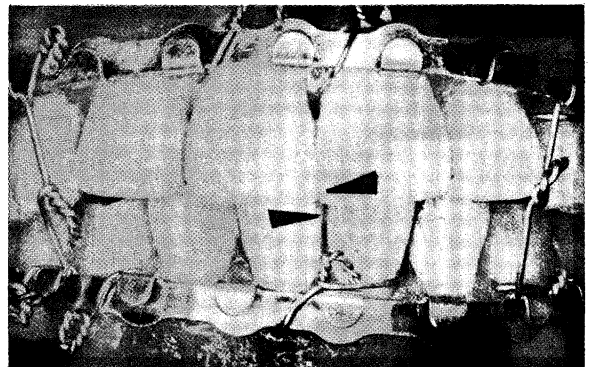
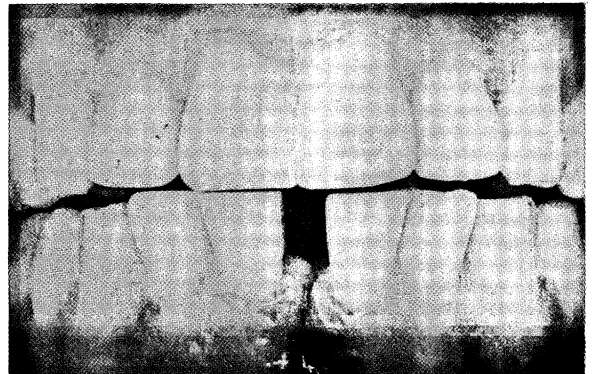
ปกติแล้วถ้าลากเส้นจากปุ่มยอดฟัน (cusp) ของฟันหน้า มักจะลากเป็นเส้นตรงในแนวเดียวกันไม่เป็นรอยหยัก (step) ต่างระดับกันของปลายฟัน ซึ่งจะพบมากในบริเวณ symphysis ของผู้ป่วยมีการหักของกระดูกขากรรไกรในบริเวณนี้ (ดูรูป 7)

5. ฟันที่จะสบกันนั้นจะต้องมีการสบกันมากที่สุด คือปุ่มฟันทั้งบนและล่างจะสบอยู่ในช่องระหว่างฟัน (embossure) หรือในร่อง หรือหลุมของฟัน (groove และ fissure) ของฟันตรงกันข้ามมากที่สุด คล้ายๆ กับการเอานิ้วมือทั้งสองข้างมาประสานกันก็เพื่อให้มีประสิทธิภาพของการบดเคี้ยว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสบฟันแล้วมักจะไม่มีการมองทะลุเข้าไปยังลิ้นได้ ยกเว้นในกรณีที่ไม่มีการสบฟันหรือผู้ป่วยมีการสบเปิด (open bite) อยู่ก่อนแล้วเนื่องจากความผิดปกติของการสบฟันแต่ดั้งเดิม

6. ดูจากรอยสบสีของฟัน (facet) ที่ใช้ในการบดเคี้ยว

ฟันที่สบกันและใช้ในการบดเคี้ยวเป็นเวลานานทั้งฟันบนและฟันล่างจะเกิดรอยสีบริเวณผิวฟันขึ้น เมื่อจับฟันให้เข้ามาสบกันก็ให้เอารอยสีนี้มาชนกัน แต่ในบางบริเวณอาจจะไม่พบว่ามีรอยสบสี เนื่องจากผู้ป่วยมีการสบเปิดอยู่แต่เดิมแล้ว (open bite) เช่นในผู้ป่วยที่ขอบคูดุนิ้วมือหรือผู้ป่วยที่มีการกลืนที่ผิดปกติ

7. ดูจากแนวกึ่งกลางของฟันหน้าบนและล่าง คือช่องระหว่างฟัน central incisor ทั้ง



รูปที่ 7 แสดงการจัดการสบฟันให้เข้าที่โดยจัดให้ช่องว่างที่เกิดขึ้นให้หายไป, จัดระดับของฟันให้สูงเท่ากัน, และกึ่งกลางฟันตรงกัน

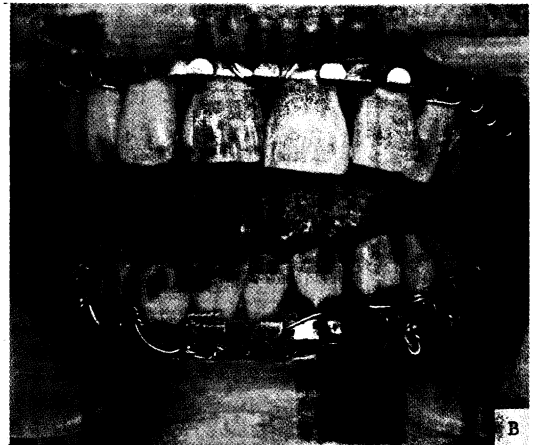
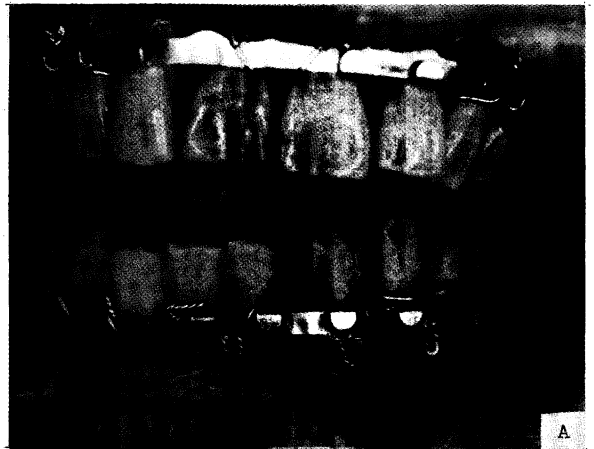
2 ที่ ขอฟฟันบนและฟันล่าง มักจะตรงกันหรือบิดเบนไปเพียงเล็กน้อย(ดูรูป 6)

8. ดูจากช่องว่างที่มีอยู่เดิมหรือเกิดขึ้นจากการที่มีฟันบางซี่หลุดออกมา

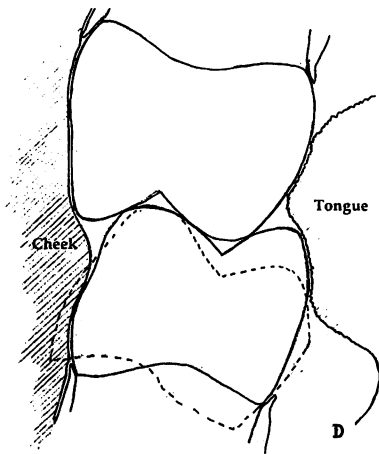
จะต้องคงให้มีไว้ตามเดิมเท่ากับที่เคยมีอยู่หรือเท่ากับขนาดของฟันที่หลุดหายไป จะพบได้ในผู้ป่วยมีการหักของกระดูกขากรรไกรล่าง และมีการหลุดหายไปของฟันในบริเวณที่กระดูกหัก ถ้ากระดูกทั้งสองข้างที่หักมีการล้มเข้าหากันเนื่องจากแรงดึงของกล้ามเนื้อทำให้ช่องว่างนี้หายไปเมื่อจัดการสบฟันและเข้าเฝือกกระดูกขากรรไกรให้กับผู้ป่วยอาจจะทำให้ดูเหมือนว่าสามารถจัดฟันให้สบกันได้ แต่จริง ๆ แล้วไม่ใช่เช่นนั้น การล้มของกระดูกขากรรไกรล่างเข้าหากันเมื่อดูทางด้านกระพุ้งแก้มจะเห็นว่ามีกรสบฟันที่ดีแต่ทางด้านในติดกับลิ้น (ไม่สามารถมองเห็นได้เนื่องจากเข้าเฝือกกระดูกขากรรไกรเอาไว้) จะมีการอักเสบของการสบฟันในด้านนี้ (ดูรูป 8) การแก้ไขไม่ให้เกิดภาวะเช่นนี้ จะสังเกตได้จากการดูจำนวนฟันที่อยู่ในรอยแตกหักมีการหลุดหายไปหรือไม่ ถ้าหายไปก็จะต้องเว้นช่องเอาไว้ด้วย ลักษณะแบบนี้มักจะพบในการหักของกระดูกขากรรไกรล่างในบริเวณ symphysis

9. สังเกตจากมุมความเอียง (inclination) ของฟันหน้า

โดยเฉพาะฟันหน้าล่างปกติมักจะเอียงปลายฟันยื่นออกมาทางด้านนอก แต่ถ้าฟันหน้าล่างงุ้มเข้าและปลายฟันชี้เข้าไปทางด้านในปากแล้วมักจะเป็นการสบฟันใน class III



รูปที่ 8 ผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรหักและมีฟันหลุดหายไป การจัดการสบฟันจะต้องเว้นช่องของฟันที่หายไปด้วย (A) ไม่ควรจะมีฟันเข้ามาสบกัน (B) แม้เมื่อสบฟันกันแล้วจะดูเหมือนว่าการสบฟันยังดีอยู่ (C)



รูปที่ 8 ต่อ แต่จะมีการแอ่ออกของการสบฟันทางด้านลิ้น (เส้นรอยประ รูป D)

ภาวะแทรกซ้อน

จากที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น พอที่จะเป็นแนวทางคร่าว ๆ ในการจัดการสบฟันให้กับผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรหักให้กลับคืนสู่สภาพปกติ หากให้การรักษากำกับการสบฟันของผู้ป่วยผิดไปจะทำให้มีปัญหาแทรกซ้อนได้ดังนี้คือ

1. รูปใบหน้าที่ของผู้ป่วยอาจจะบิดเบี้ยวไปได้

เพราะการจัดการสบฟันของผู้ป่วยที่ผิดไปจากเดิม จะทำให้กระดูกขากรรไกรที่หักนั้นมีการต่อกันในตำแหน่งที่ผิดไปจากเดิมด้วย ซึ่งจะส่งผลกับรูปของใบหน้าที่จะผิดไปจากเดิม

2. ผลกระทบกับการบดเคี้ยว

ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาจจะมีการสบเปิด (open bite) หรือสบฟันไม่สนิท

3. ผลกระทบกับกล้ามเนื้อที่ใช้ในการบดเคี้ยว

จะทำให้มีอาการตึงตัว เจ็บปวดของกล้ามเนื้อเหล่านี้ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อจะต้องทำงานที่ผิดไปจากเดิม หรืออาจจะมากกว่าปกติ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการตึง

ตัว และปวด ไปจนกระทั่งอ้าปากไม่ขึ้น

4. ผลต่อฟันและอวัยวะปริทันต์

ฟันที่สบกันผิดปกติไปจากเดิม จะทำให้มีฟันบางที่มีการกระทบกันก่อน (premature contact) ที่ฟันซี่อื่น ๆ จะกระทบกันเป็นการสะดุดในการบดเคี้ยว ทำให้ฟันนี้จะต้องรับแรงกระแทกจากการบดเคี้ยวมากขึ้นกว่าเดิม จะก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ กันต่อฟัน และเนื้อเยื่อรอบ ๆ รากฟันด้วย เช่น มีอาการปวดฟัน ฟันโยก ฟันมีการเคลื่อนที่ไปจากเดิม

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับข้อต่อกระดูกขากรรไกรล่าง

(temporomandibular joint) บริเวณหน้าหูทั้งสองข้าง การสบฟันที่ผิดปกติจะมีผลไปยังข้อต่อของกระดูกขากรรไกรด้วย โดยทำให้มีอาการปวด อ้าปากไม่ขึ้น มีเสียงเกิดขึ้นในขณะอ้าปากหุบปาก ไปจนกระทั่งเกิดเป็น arthritis ของข้อต่อกระดูกขากรรไกรล่างได้

สรุป

การให้การรักษานี้ผู้ป่วยที่มีกระดูกขากรรไกรหักนั้น จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการสบฟันของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการสบฟันที่เป็นปกติเหมือนเดิมก่อนที่จะได้รับอุบัติเหตุ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนานาประการตามมาภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Ramfjord PS, Arh MA, Jr., Occlusion. Philadelphia: W.B.Saunders 1966.
2. Moh, Zarb, Carkson, Rugh. A textbook of occlusion. Chicago : Quintessence Publishing, 1988.
3. Mayers. Handbook of orthodontics. 3rd ed. Chicaco:

- Yearbook Medical Pub, 1973.
4. Moore. JR. Surgery of the mouth and jaws. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
5. Geiger, Hirochfeld. Minor tooth movement in general practice. 3rd ed. St. Louis: The C.V. Mosby, 1974.
6. Dingman OR, Nating P. Surgery of facial fractures. 1st ed. Philadelphia : W.B.Saunders, 1964.
7. บุญชัย จิตะพันธุ์กุล. บาดเจ็บที่หน้าและคอ. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ม.มหิดล, 2523.
8. Salzman JA. Orthodontic in dialy practice. Philadel-phia: J.B. Lippincolt Company, 1974.
9. Harrigan FW. Occlusion and Surgery. Dent clin North Am. July 1981; 446-449.
10. Kaplan and Assael. Temporomandibular disorders: diagnosis and Treatment. Philadelphia: W.B.Saunders, 1991.
11. Friction, Kroening, Hathaway. TMJ and craniofacial pain: diagnosis and management. 1st ed. St.Louis: Ishiyaku EuroAmerica, 1988.
12. Bell EW. Temporomandibular disorder: classification, diagnosis management. 3rd ed.Chicago: Year book medical publisher, 1990.

หจก.ประเวชอุปกรณ์

จำหน่ายอุปกรณ์การแพทย์

123/470 ถนนจรัญสนิทวงศ์ บางบำหรุ บางพลัด กรุงเทพฯ 10700
โทร ๔๓๕ ๖๘๕๓-๔, ๔๓๕ ๖๘๐๐-๑
โทรสาร ๔๓๕ ๖๘๕๓

บริษัท บี บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด

ตัวแทนจำหน่าย

วัสดุเย็บแผลและเวชภัณฑ์ยี่ห้อ"บีบราวน์"