



การให้บริการทางศัลยกรรมผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าในโรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมชาย เศรษฐศิริสมบัติ¹ ท.บ., พ.บ., M.Sc.

กรชนก อภัยวานนท์², กัตติมา ศิริพานิช², กาญจนีย์ เตียววัฒนา², เกศกนก โยธธาวร²,
ชวัลญเนตร ศศิณุตระกุล², วรพรรณ ตรีโยชยาพร²

¹ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²มีสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์จำนวนและสถิติการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้า โดยการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกร (orthognathic surgery) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัสดุและวิธีการ รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในระหว่างปีพุทธศักราช 2539-2544 ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันจำนวน 115 คน เป็นชาย 46 คน หญิง 69 คน อยู่ในช่วงอายุ 6-45 ปี โดยแจกแจงข้อมูลและทำการวิเคราะห์สาเหตุที่มาของการรักษา วิธีการรักษา อาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ระยะเวลากายวิธานผลหลังการผ่าตัดจนกระทั่งอาการที่ไปคงที่

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 46 คน คิดเป็น 40% หญิง 69 คน คิดเป็น 60% อายุเฉลี่ย 26 ปี พบเหตุส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาจากกรรไกรล่างยื่นอย่างเฉียบและรวมกับความผิดปกติอื่นคิดเป็นร้อยละ 81.7 ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการจัดฟันก่อนการผ่าตัดร้อยละ 67.8 วิธีการผ่าตัดขากรรไกรพบได้แก่ ใบสากทออล-บรากิจทอลสปลิตเรมัสออสทิโอโตมี (bilateral sagittal split ramus osteotomy) คิดเป็นร้อยละ 91.3 อาการแทรกซ้อนที่สังเกตได้ 8 เดือนแรกหลังผ่าตัดคือขากรรไกรมีปากล่าง คิดเป็นร้อยละ 40.7

สรุป ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้าที่ได้รับการผ่าตัดในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในระยะเวลา 5 ปี พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของขากรรไกรล่างและผลแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ อาการขากรรไกรมีปากล่าง

(ว กบด อภษ 2546: 26:129-36)

คำสำคัญ: การจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดขากรรไกร, วิธีการผ่าตัดขากรรไกร, สถิติการให้บริการผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมจำนวนและวิเคราะห์สถิติผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันและความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า (orthognathic surgery) ของโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างปี 2539-2544 และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการบริการดังกล่าวของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

บทนำ

ความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้าส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการสบฟัน การบดเคี้ยว การพูด การออกเสียง และความสวยงาม¹ ตำแหน่งที่ฟันสบฟันดีที่สุดจะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีของกระดูกขากรรไกร กล้ามเนื้อใบหน้าและข้อต่อขากรรไกร ซึ่งจะช่วยให้การบดเคี้ยวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ²

ความผิดปกติของการสบฟันอาจก่อให้เกิดการสบ กระแทกของฟัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะปริทันต์ ทำให้ ฟันตาย ปวดกล้ามเนื้อใบหน้าและการทำงานที่ผิดปกติ ข้อต่อขากรรไกร นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและการ ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย² สำหรับปัญหาความสวยงาม จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ การใช้ชีวิตในสังคม และเป็นสาเหตุ สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มีผู้เข้ามารับการรักษามากขึ้น ในปัจจุบัน³ ความผิดปกติของการสบฟัน ขากรรไกรและ ใบหน้านั้นอาจเป็นมาแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ เฮมิเฟเชียลไมโครโซเมีย หรือการมีพัฒนาและการเจริญ เติบโตอย่างผิดปกติของโครงสร้างใบหน้า เช่นการยื่นของ ขากรรไกรล่าง (mandibular prognathism) การถอย ของขากรรไกรล่าง (mandibular retrognathism) ขากรรไกรบนมีขนาดเล็กกว่าปกติ (maxillary deficiency) ฟันหน้าสบเปิด (open bite) ฟันหน้าสบลึก (deep bite) ความไม่สมดุลกันของใบหน้า (facial asymmetry) หรือ กระทั่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังเช่นการติดของกระดูก ที่ผิดของกระดูกขากรรไกรที่หัก (malunion) ภายหลังการ ผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกของกระดูกขากรรไกร⁴ เป็นต้น

การรักษาและแก้ไขความผิดปกติต่าง ๆ นั้นสามารถ แบ่งได้ 2 แนวทาง คือ

1. การรักษาแบบไม่ผ่าตัด ความผิดปกติส่วนใหญ่อยู่ ที่การเรียงตัวของฟัน ความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรมี ความผิดปกติเพียงเล็กน้อย สามารถให้การแก้ไขได้โดยการ จัดฟันเพียงอย่างเดียว^{2, 4}

2. การรักษาโดยการผ่าตัดรวมกับการจัดฟัน มักทำใน กรณีที่ความสัมพันธ์ของกระดูกขากรรไกรและใบหน้านี้อาจมีความ ผิดปกติมาก ซึ่งการจัดฟันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไข ได้หรือไม่ได้ผลดี การผ่าตัดสามารถแก้ไขความสัมพันธ์ที่ผิด ปกติของโครงสร้างและช่วยจัดให้มีการสบฟันที่เหมาะสม ช่วยให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเร็วและง่ายขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีรูปหน้าที่ดีขึ้น การรักษาด้วยวิธีนี้ให้ผลการ รักษาที่รวดเร็วและให้ผลการรักษาที่แน่นอน แต่ผลการรักษา ไม่สามารถย้อนกลับได้ อีกทั้งผู้ป่วยก็มีความเสี่ยงจากการ ทำศัลยกรรม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการรักษา อย่างเหมาะสมร่วมกับทันตแพทย์จัดฟัน^{2, 4}

ปัจจุบันวิธีการผ่าตัดที่มักใช้ในการแก้ไขความผิดปกติ ในขากรรไกรบนคือ

1. เลอฟอร์ทวัน ออสติโอโตมี (Le Fort I osteotomy) วิธีนี้สามารถเคลื่อนส่วนของกระดูกขากรรไกร บนได้ทั้งแนวหน้าหลังและในแนวนล่าง สามารถใช้ร่วมกับการ ทำเซกเมนทอลออสติโอโตมี (segmental osteotomy) ได้ การเปลี่ยนตำแหน่งของขากรรไกรบนจากการผ่าตัดนี้ ริมฝีปากบนจะสามารถเคลื่อนที่ได้เพียงครึ่งหนึ่งของฟันหน้า ที่เคลื่อนที่²

2. เลอฟอร์ททู ออสติโอโตมี (Le Fort II osteotomy) จะพิจารณาทำในกรณีกระดูกขากรรไกรบนและ จมูกมีการเจริญเติบโตที่น้อยกว่าปกติ (nasomaxillary hypoplasia) โดยเฉพาะในกรณีที่มีความผิดปกติของขอบ ล่างของกระบอกตา (infraorbital margin) ซึ่งทำให้เกิด ลักษณะตาโปนเทียม (pseudoproptosis) การผ่าตัดวิธีนี้ จะทำให้สันจมูกมีรูปลักษณะที่ดีขึ้นโดยสามารถเคลื่อน ส่วน ของกระดูกจมูกและเซปตัม (septum) เลื่อนมาข้างหน้าใน แขนงจิทอลเพลน (sagittal plane) พร้อมกับขากรรไกรบน²

3. เลอฟอร์ททรี ออสทิโอโตมี (Le Fort III osteotomy) วิธีนี้ใช้สำหรับแก้ไขผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกกะโหลกศีรษะและใบหน้าชนิดรุนแรง (severe craniofacial deformities) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อย จนถึงปากกลางของกระดูกขากรรไกรบนร่วมกับกระดูกโหนกแก้ม⁴

การผ่าตัดที่นิยมใช้ในการแก้ไขความผิดปกติของขากรรไกรล่างคือ

1. ไบลาเทอรอลแซกจิทอลสปลิทเรมัสออสทิโอโตมี (bilateral sagittal split ramus osteotomy (BSSRO)) เพื่อเคลื่อนขากรรไกรล่างถอยหลังหรือมาข้างหน้า แต่จะไม่สามารถทำในกรณีที่มีฟันหน้าสบเปิด (anterior open bite) โดยไม่ได้แก้ไขขากรรไกรบนร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะหากเป็นความผิดปกติของขากรรไกรบนจะไม่สามารถแก้ไขได้โดยทำการผ่าตัดเฉพาะที่ขากรรไกรล่างเพียงอย่างเดียว

2. แอนทีเรียเซกเมนทอลออสทิโอโตมี (anterior segmental osteotomy, subapical osteotomy) วิธีการนี้ทำพร้อมกับการถอนฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งเพื่อช่วยให้สามารถเคลื่อนส่วนของขากรรไกรทั้งบนและล่างส่วนหน้าถอยหลัง ยกขึ้นหรือลดระดับลงให้เหมาะสมกับการสบฟันที่ในตำแหน่งที่ต้องการ โดยที่การสบของฟันด้านหลังไม่เปลี่ยนแปลง ถ้าทำเพียงแค่ขากรรไกรเดียวไม่จำเป็นต้องทำการยึดกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกัน (maxillo-mandibular fixation)²

อาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจพบได้ คืออันตรายที่อาจเกิดกับเส้นประสาท การติดเชื้อ ปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือด ข้อต่อขากรรไกร กระดูกตาย โรคปริทันต์ การเปลี่ยนแปลงของตาและหูส่วนกลาง อาการกลืนลำบาก และปัญหาเกี่ยวกับสภาพจิต⁵

สำหรับปัญหาที่พบได้มากที่สุดคือ

1. อันตรายที่เกิดกับเส้นประสาทรับความรู้สึก (neurosensory disturbance) ในเส้นประสาทอินฟีเรียอัลวีโอล่า (inferior alveolar nerve) เส้นประสาทลิ้นกวล (lingual

nerve) หรือเส้นประสาทอินฟราออบิทอล (infraorbital nerve)⁶ โดยเส้นประสาทจะได้รับอันตรายทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม สาเหตุโดยตรงอาจเกิดจากอันตรายจากการผ่าตัดหรือขณะที่ดึงขากรรไกรเพื่อเปลี่ยนตำแหน่ง และการเจาะรูในกระดูกเพื่อใส่สกรูและแผ่นโลหะสำหรับยึดกระดูก สาเหตุโดยอ้อมเช่นเกิดจากการบวมหรือมีเลือดคั่งหลังผ่าตัด เส้นประสาทที่ถูกทำลาย จะถูกทำลายทั้งส่วนรับความรู้สึกและการสั่งการ ในการป้องกันที่ดีที่สุดคือการใช้ความระมัดระวังอย่างดีขณะผ่าตัด นอกจากนี้มีการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเตือนเมื่อเครื่องมือผ่าตัดสัมผัสเส้นประสาท ซึ่งจะช่วยให้ศัลยแพทย์รู้ตัวก่อนทำอันตรายกับเส้นประสาท⁵ พบว่าการทำ BSSRO จะทำให้เกิดการชาของริมฝีปากมากกว่าการทำเวอติเคิลเรมัสออสทิโอโตมี (vertical ramus osteotomy)⁶ การทำผ่าตัดกระดูกขากรรไกรบนอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทอินฟราออบิทอล (infraorbital nerve) โดยตรงหรือโดยอ้อมจากการทำลายโครงสร้างของระบบหลอดเลือดที่เกิดได้จากการดึง การกด หรือทั้งสองอย่างร่วมกันจากแรงที่ใช้ในการตัดกระดูกบริเวณเทอลิโกแมกซิลล่า (pterygo-maxillary) หรือจากการแตกของกระดูกที่ขยายไปยังฐานของกะโหลกศีรษะ กระบอกตา หรือเทอลิโกพาลาตินฟอสซ่า (pterygopalatine fossa)⁷

2. การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดพบว่าเกิดขึ้นได้เสมอ แต่เป็นปัญหาที่ไม่รุนแรง มักพบในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน⁸ โดยอัตราการเกิดการติดเชื้อของกระดูกและเนื้อเยื่อไม่แตกต่างกัน สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมักมาจากการปนเปื้อนในขณะผ่าตัด การยึดกระดูกหลังผ่าตัดไม่แน่นพอทำให้มีการเคลื่อนที่ของกระดูกที่ตัด การเย็บแผลที่ไม่เหมาะสม ความสกปรกของช่องปากหลังการผ่าตัด และภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัด การติดเชื้อภายในโพรงอากาศ เป็นต้น

3. เสียเลือดมากและเกิดลิ่มเลือด สาเหตุที่สำคัญคือศัลยแพทย์ขาดความระมัดระวังขณะผ่าตัดร่วมกับลักษณะทางกายวิภาคที่ผิดปกติของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดแดงเฟเชียล (facial artery), หลอดเลือดแดงอินฟีเรียอัลวีโอล่า (inferior alveolar artery), หลอดเลือด

แดงอินเทอนอลแมกซิลลารี (internal maxillary artery), หลอดเลือดแดงพาลาตอล (palatal artery) รวมถึง หลอดเลือดดำรีโทรแมนดิบูล่า (retromandibular vein) และเทอ-ริกอยด์เวโนสเพลกซัส (pterygoid venous plexus) และขาดการห้ามเลือดที่ดี แม้ว่าภาวะเลือดออกมากจะเกิดได้น้อย แต่ถ้าเกิดบริเวณพื้นช่องปากจะเป็นอันตรายมากเนื่องจากอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการอุดกั้นทางเดินหายใจ

4. ผลกระทบต่อข้อต่อขากรรไกร จากการศึกษาพบว่าการทำ orthognathic surgery จะทำให้การสบฟันดีขึ้น ส่งผลให้แรงที่ลงต่อข้อต่อขากรรไกรลดลง แต่จากการศึกษาในคนที่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรอยู่ก่อนแล้ว พบว่า หลังการทำศัลยกรรมอาจไม่ทำให้อาการดังกล่าวดีขึ้น⁹

หลังการรักษาพบว่าอาจเกิดการคืนกลับสู่ตำแหน่งเดิม (relapse) ของขากรรไกรได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการคืนกลับแบ่งได้ 2 ประการ คือ

1. ชั้นตอนระหว่างการทำศัลยกรรม (perioperative structural cause) เนื่องจากไม่ได้เลาะกระดูกที่ติดและเยื่อหุ้มกระดูกให้เป็นอิสระอย่างเพียงพอ ซึ่งในการทำศัลยกรรมควรที่จะตัดและแยกกระดูกและเนื้อเยื่อออกจากกัน และต้องยึดกระดูกที่ตัดขาดและจัดเข้าที่ใหม่ให้แข็งแรงเพียงพอ อาจยึดด้วยลวดหรือแผ่นโลหะและสกรู สาเหตุส่วนใหญ่ของการคืนกลับสู่ตำแหน่งเดิมเกิดจากการที่ไม่ได้แยกเยื่อหุ้มกระดูก และกล้ามเนื้อมีเดียลเทอริกอยด์ (medial pterygoid) ออกจากกระดูกขากรรไกรล่างในการทำ BSSRO และการที่ไม่สามารถแยกกระดูกขากรรไกรบนออกจากผนังด้านหลัง (posterior wall) ของโพรงอากาศแมกซิลล่า (maxillary antrum) เทอริกอยด์เพลท (pterygoid plate) และแผ่นกั้นจมูก (nasal septum) ในการทำ Le Fort I osteotomy

2. เกิดภายหลังการผ่าตัด (postoperative functional cause) ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะฟันหน้าสบเปิด ผู้ป่วยมักจะมีมุมระหว่างขากรรไกรบนและล่างชันมาก (high maxillo-mandibular plane angle) จะแก้ไขโดยการตัดขากรรไกรล่าง แต่ผู้ป่วยจะมีมีสคูโลลิกาเมนตัสเทอริโกแมสเซอร์เทอริกสลิง (musculoligamentus pterygomasseteric sling)

สั้น เมื่อจับขากรรไกรให้ฟันหน้าสบกัน เอ็นยึด (ligament) จะตึงและดึงให้ขากรรไกรล่างหมุนออกโดยมีฟันกรามใหญ่เป็นจุดหมุน²

สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมาก่อน ซึ่งมีทั้งจากคลินิกภาควิชาทันตกรรมจัดฟันและคลินิกบริการทันตกรรมพิเศษ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งได้รับการส่งต่อมาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลนอกคณะ สำหรับคลินิกภาควิชาทันตกรรมจัดฟันจะรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ในกรณีที่ต้องการการจัดฟันเพียงอย่างเดียว แต่สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำการจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของความผิดปกติของใบหน้าและกระดูกขากรรไกรต่าง ๆ สามารถรับการรักษาได้โดยไม่จำกัดอายุ โดยก่อนเริ่มทำการรักษาจะมีการปรึกษาและวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและศัลยแพทย์ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในช่วงแรกจนสภาพฟันมีความเหมาะสมสำหรับการผ่าตัดจึงส่งต่อไปให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ เมื่อแผลผ่าตัดหายดีและกระดูกขากรรไกรติดแน่นดีแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อจนสมบูรณ์ หลังจากนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทันตแพทย์จัดฟันและศัลยแพทย์ช่องปากและใบหน้าจนแน่ใจว่าการสบฟัน กระดูกขากรรไกรและใบหน้าอยู่ในสภาพที่น่าพึงพอใจและไม่คืนกลับสู่ตำแหน่งเดิม

วัสดุและวิธีการดำเนินการ

รวบรวมข้อมูลการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและสมุดบันทึกสถิติของห้องผ่าตัด ตั้งแต่ 1 กันยายน 2539 - 30 สิงหาคม 2544 ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย

1. การรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันก่อนการผ่าตัด โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยที่จัดฟันจากโรงพยาบาล คณะทันต-แพทยศาสตร์ จุฬาฯ และผู้ป่วยที่จัดฟันจากคลินิกและโรงพยาบาลอื่น

2. ชนิดของความผิดปกติของกระดูกใบหน้า ขากรรไกร และการสบฟันของผู้ป่วยที่รับการรักษา

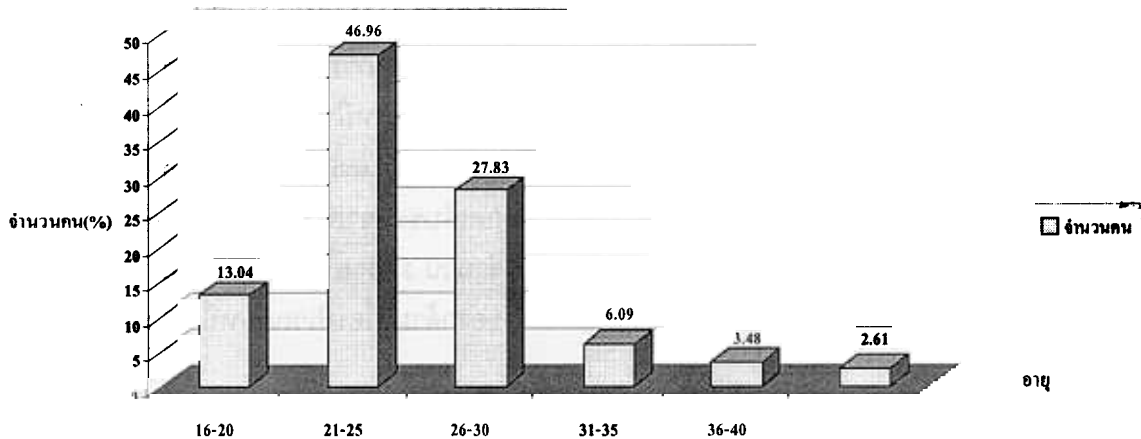
3. วิธีการผ่าตัด วิธีผ่าตัดที่รวบรวมได้แก่ ไบลาเทอ- รอล แชนจ์ทอลสปลิทเรมัสออสทิโอโตมี (BSSRO), เจนีโอพลาสตี (genioplasty), เซกเมนทอล ออสทิโอโตมี (segmental osteotomy) และ เลอฟอร์ทวัน ออสทิโอโตมี (Le Fort I osteotomy)

4. อาการแทรกซ้อน 6 เดือนแรกหลังการผ่าตัด โดย สังเกตอาการชาบริเวณริมฝีปากล่าง (paresthesia of lower lip), การรับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป (alteration of sensation), กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (facial weakness)

และปัญหาที่เกิดกับข้อต่อขากรรไกร (temporomandibular joint problems)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยจำนวน 115 คน เป็นชาย 46 คน เป็นหญิง 69 คน โดยสัดส่วนชายต่อหญิงเป็น 1:1.5 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 45 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาคือ 26 ปี ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุที่เข้ามารับการรักษา

Figure 1 Histogram demonstrates the number of patients in each age range

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดขากรรไกร จะได้รับการจัดฟันเตรียมสำหรับการผ่าตัดมาแล้ว โดยมีผู้ที่จัดฟันก่อนจำนวน 85 คน (67.8%) ได้รับการรักษาจากคลินิกภาควิชาทันตกรรมจัดฟันจำนวน 34 คน คลินิกบริการ ทันตกรรมพิเศษจำนวน 19 คน จัดฟันกับคลินิกทั่วไป 16 คนและไม่ระบุสถานบริการอีก 16 คน ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดฟันจำนวน 9 คน อีก 21 คนไม่ได้ระบุว่าจัดฟันหรือไม่ก่อนการผ่าตัด

ความผิดปกติส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาคือ ขากรรไกรล่างยื่น (mandibular prognathism) มีจำนวน

70 คน รองลงมาคือขากรรไกรล่างเบี้ยว (laterognathia) ส่วนความผิดปกติอื่นๆ ได้แก่ ฟันหน้าสบเปิดโดยสาเหตุเนื่องมาจากขากรรไกร (skeletal open bite), ขากรรไกรล่างถอยหลัง (mandibular retrognathism), ขากรรไกรบนใหญ่ผิดปกติ (maxillary excess), กระดูกขากรรไกรส่วนหน้าทั้งบนและล่างยื่นผิดปกติ (bimaxillary protrusion), เฮมิเฟซเชียลไมโครโซเมีย (hemifacial microsomia) รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายอย่างร่วมกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาแบ่งตามความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าประเภทต่าง ๆ

Table 1 Number of patients according to each type of facial deformities

ความผิดปกติ	จำนวน (คน)
Mandibular prognathism	70
Mandibular prognathism+laterognathism	18
Mandibular prognathism+skeletal open bite	2
Mandibular prognathism+maxillary hypoplasia/ midfacial deficiency	4
Mandibular retrognathism	9
Laterognathia	2
Maxillary excess	3
Bimaxillary protrusion	5
Skeletal open bite	1
Hemifacial microsomia	

วิธีการผ่าตัดส่วนใหญ่คือ BSSRO รองลงมาคือ genioplasty, Le Fort I osteotomy และ subapical segmental osteotomy ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดขากรรไกร

Table 3 Number of the postoperative complications

เพศ	paresthesia of lower lip	Alternative of sensation	Facial weakness	TMJ pain
male	24	11		2
female	32	21		4

วิจารณ์

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นอัตรา 1.5:1 สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศหญิงมารับการรักษามากกว่าเพศชาย¹⁰ เนื่องจากเพศหญิงมีความสนใจต่อสุขภาพและรูปลักษณ์ของใบหน้ามากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 26 ปี ผู้ป่วย 74.4% ได้รับการรักษาโดยการจัดฟันมาก่อนได้รับการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ได้ถูกส่งมา

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบต่าง ๆ

Table 2 Number of patients according to each type of the operations

ชนิดของการรักษา	จำนวน (คน)
BSSRO	75
BSSRO+Le Fort I	4
BSSRO+Genioplasty	23
BSSRO+Genioplasty+Anterior Segmental Osteotomy	
BSSRO+Paranasal Augmentation	2
Subapical Osteotomy	8
Subapical Osteotomy+Genioplasty	2

อาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 6 เดือนแรกหลังผ่าตัดคืออาการชาของริมฝีปากล่างซึ่งมีจำนวน 56 คน รองลงมาคืออาการรับความรู้สึกบริเวณใบหน้าเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่รู้สึกเหมือนมีเข็มตำบริเวณคางหรือริมฝีปากล่าง (prickling sensation of chin or lower lip) และอาการกดเจ็บของขากรรไกรล่าง (tenderness of mandible) จำนวน 32 ราย ปวดข้อต่อขากรรไกร 6 ราย อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 3

เพื่อปรึกษาการผ่าตัดจากทันตแพทย์และได้มีการวางแผนการรักษาที่สมบูรณ์ทั้งทางทันตกรรมจัดฟันและศัลยกรรมเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการผ่าตัดโดยไม่มีกรจัดฟันก่อนเนื่องจากมีฟันน้อยและบางรายเป็นการรักษาการสบฟันผิดปกติจากกระดูกขากรรไกรหักและติดผิดตำแหน่ง ผู้ป่วยส่วนมากมีความผิดปกติคือขากรรไกรล่างยื่น ซึ่งเป็นความผิดปกติของการสบฟันที่พบได้มากในคนไทย ต่างจากผลการศึกษาในประเทศฟินแลนด์

ที่พบว่าความผิดปกติของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือขากรรไกรล่าง อยู่ในตำแหน่งที่ถอยหลังมากเกินไป¹⁰ จากเหตุผลนี้เองทำให้วิธีการรักษาส่วนใหญ่ที่ทำในโรงพยาบาลคณะทันตแพทย-ศาสตร์ จุฬาฯ คือ BSSRO และจัดขากรรไกรล่างถอยหลัง ซึ่งวิธีการรักษาวิธีนี้จะสามารถทำอันตรายกับเส้นประสาทอินฟีเรียลวิโอล่าได้ง่าย จึงส่งผลให้อาการแทรกซ้อนส่วนใหญ่ที่พบได้คือ การขาบริเวณริมฝีปากล่าง

สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้าที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลคณะทันต-แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าจำนวนผู้ป่วยตลอด 5 ปีของโรงพยาบาลมีผู้ป่วยจำนวน 115 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผิดปกติขากรรไกรล่างยื่นและการทำผ่าตัด BSSRO เป็นการผ่าตัดที่ทำมากที่สุด อาการแทรกซ้อนที่พบมากคือ อาการขาของริมฝีปากล่าง ซึ่งหากให้ความระมัดระวังในการทำผ่าตัดจะช่วยลดอุบัติการณ์ของอาการแทรกซ้อนนี้ได้ โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เป็นสถานพยาบาลชั้นสูง เฉพาะทางทางทันตกรรมของประเทศ ซึ่งมีบุคลากรที่มีศักยภาพและได้รับความเชื่อถืออย่างสูงจากประชาชน สมควรมีการปรับปรุงเพื่อขยายบริการการรักษาดังกล่าวแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการสบฟันและกระดูกขากรรไกร นอกจากจะเป็นการพัฒนาการให้บริการด้านทันตสุขภาพแก่ประชาชนแล้ว ยังช่วยเพิ่มคุณภาพการเรียนการสอนและพัฒนาด้านวิชาการแก่คณะทันต-แพทยศาสตร์อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Musich D R. and Graber TM. Orthodontics Aspects of Orthognathic Surgery. St Louis: Mosby Inc., 2000: 917-984.
2. Vanarsdall Jr. Orthodontics Current Principles and Techniques. 3rd ed. St Louis: Mosby Inc., 2000:917-984.
3. Ash MM. and Ramfjord S. Occlusion. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995:111-163.
4. Alling I And Osbon. Maxillofacial Trauma. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988: 238-332, 385-397.
5. Lanigan DT., Abbott WG., Grieman RG., Weinberg S., Krysh-talskyj B. and Frydman WL. Risk and Benefits of Orthogna-thic Surgery. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 1997; 9(2): 207-266.
6. Jaaskelainen SK., Teerijoki-Oksa T., Forssell K., Vahatalo K., Peltola JK., and Forssell H. Intraoperative Monitoring of the Inferior Alveolar Nerve During Mandibular Sagittal-Split Osteotomy. Muscle Nerve. 2000; 23(3): 368-375.
7. Ishii H., Morita S., Takeuchi Y., and Nakamura S. Treatment Effect of Combined Maxillary Protraction and Chin Cap Appliance in Severe Skeletal Class III Cases. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1987;92: 304-312.
8. Westermarck A., Bystedt H., and Konow L. Inferior Alveolar Nerve Function after Mandibular Osteotomies. Br J Oral Maxil- lofac Surg. 1998; 36: 425-428.
9. Girod A., Odin G., and Yachouh J. Complication of Orthog- nathic Surgery. Apropos of a Series 84 Patients. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2001; 102(1): 21-25.
10. Panula K., Finne K., and Oikacinen K. Incidence of Complica- tions and Problems Related to Orthognathic Sugery: A Review of 655 Patients. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59:1128-1136

The surgical treatment of patients with maxillofacial deformities in the Chulalongkorn University Dental Hospital

Somchai Sessirisombat DDS., MD., MSc.¹

Kornchanok Wapakanont² Kittima Siripanich² Kanchanee Tiewattana² Keskanok Choketaworn²
Kwanearat Srinuttrakun² Worapan Trichaiyaporn²

¹ Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

² Dental students, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Abstract

Objective The purposes of this study were to collect and analyze the data of the dentofacial deformed patients treated by orthognathic surgery at the Chulalongkorn University Dental Hospital.

Material and Method 115 medical records of the dentofacial deformed patients treated during 1996-2001 were collected and analyzed. There were 46 males and 69 females, aged 16-45. The data were categorized into presurgical orthodontic treatment, types of dentofacial deformities, operative procedures, postoperative complications and duration of postoperative review.

Result The samples were 40% males and 60% females, mean age was 26 years old. 67.8% of the patients underwent presurgical orthodontic treatment, 81.7% were diagnosed as mandibular prognathism alone or combine with other dentofacial deformities. Bilateral sagittal split ramus osteotomy (BSSRO) was operated on 91.3% of the total patients. The most common complication 6 months after the operation was paresthesia of the lower lip (48.7%).

(CU Dent J 2003;26:129-36)

Key Words: *bilateral sagittal split ramus osteotomy (BSSRO); Le Fort I osteotomy; mandibular prognathism; maxillary deficiency; orthognathic surgery*
