

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า 327 ราย ณ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

จรรยา โล่ห์สวัสดิ์กุล

หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรและใบหน้าหัก จำนวน 327 ราย ที่มารักษา ณ หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในเวลา 6 ปี พบว่าเป็นเพศชาย (78.29%) มีอายุระหว่าง 21-30 ปี เป็นส่วนใหญ่ (31.49%) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (62.08%) รองลงมา คือการถูกทำร้ายร่างกาย (23.85%) โดยมีประวัติได้รับบาดเจ็บหลังดื่มสุรา 35 ราย (10.70%) พบมีการหักที่กระดูกขากรรไกรล่างมากที่สุด (52.59%) รองลงมาคือกระดูกโหนกแก้ม (20.50%) การรักษาส่วนใหญ่คือทำวิธี closed reduction (74.21%) ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบมากที่สุดคือ การหายของกระดูกขา (delay union) (3.36%) โดยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ เกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, 95%CI = 10.827, 24.321)

คำสำคัญ: การบาดเจ็บกระดูกขากรรไกรและใบหน้า, สุรา, รถจักรยานยนต์

บทนำ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจรสืบเนื่องจากการขยายตัวของเศรษฐกิจ ซึ่งเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เป็นส่วนใหญ่^(1-4,6) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องขับขี่จักรยานยนต์มาทำงาน ความประมาทและขับขี่ด้วยความเร็ว การดื่มสุรามีผลทำให้ ขาดสติ เกิดความประมาทตามมาเช่นกัน การศึกษาอื่นยังไม่มีการบันทึกเป็นตัวเลขของผู้ป่วยที่ดื่มสุราก่อนได้รับบาดเจ็บ⁽¹⁻⁴⁾ การเพิ่มปริมาณรถจักรยาน-

ยนต์และรถยนต์ การขับขี่รถจักรยานยนต์บนท้องถนนใหญ่ การดื่มสุราแล้วขับขี่พาหนะ และการไม่เคารพกฎจราจรการถูกทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุจากการทำงาน ก็เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บรองลงมา

การศึกษาส่วนใหญ่พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บว่ากระดูกขากรรไกรล่างเป็นกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด รองลงมาคือกระดูกโหนกแก้ม และ กระดูกขากรรไกรบน^(1-3,9) โดยพบการหักของกระดูกขากรรไกรล่างบริเวณ symphysisมากที่สุด^(1-3,6) สามารถอธิบายจากลักษณะกายวิภาคได้ว่ากระดูกขากรรไกรล่างมีส่วน symphysis

ที่ยื่นออกมามากกว่าบริเวณอื่น จึงมีโอกาสโดนกระแทกมากกว่ากระดูกส่วนอื่น กระดูกโหนกแก้มนับว่ามีส่วนยื่นคล้ายกับ symphysis ของกระดูกขากรรไกรล่าง จึงมีอัตราการบาดเจ็บรองลงมา⁽¹⁻³⁾

ข้อมูลจากงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า มีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ พ.ศ. 2545 จำนวน 928 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้าที่ได้รับการผ่าตัดรักษา 11 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1,147 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้าที่ได้ผ่าตัดรักษา 28 ราย พบว่ามากขึ้น 2.5 เท่า

ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า นอกเหนือจากการทำตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว การหาแนวทางป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นและการศึกษาถึงสาเหตุ อุบัติการณ์ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ตลอดจนลักษณะการหักของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าในบริเวณต่าง ๆ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันการประเริมและวิเคราะห์ผลการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินถึงอุบัติการณ์การบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า สาเหตุของการบาดเจ็บ ชนิดของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ การให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุราที่มีผลเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ซึ่งมารับการรักษา ณ หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลบ้านโป่งในระยะเวลา 6 ปี

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) นี้ ทำโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกประวัติผู้ป่วยที่มี

การบาดเจ็บกระดูกขากรรไกรและใบหน้าซึ่งรับการรักษา ณ หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ในระยะเวลา 6 ปี (มกราคม พ.ศ. 2545 ถึง มกราคม พ.ศ. 2551) โดยทบทวนข้อมูลถึง อายุ เพศ สาเหตุของการบาดเจ็บ พฤติกรรมสุขภาพเรื่องการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ตำแหน่งการหักของกระดูก ชนิดของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไค-สแควร์ หาความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับพฤติกรรมการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกขากรรไกรและใบหน้า จำนวน 327 ราย พบเป็นเพศชาย 256 ราย (78.29%) โดยกลุ่มอายุที่พบการบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้ามากที่สุดคือ 21-30 ปี 103 ราย (31.49%) รองลงไปคือกลุ่มอายุ 11-20 ปี 80 ราย (4.46%) (ตารางที่ 1)

สาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์จำนวน 203 ราย (62.08%) สาเหตุ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (n=327)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	256	78.29
หญิง	71	21.71
ช่วงอายุ (ปี)		
0-10	8	2.45
11-20	80	24.40
21-30	103	31.49
31-40	78	23.85
41-50	37	11.31
51-60	13	3.96
>60	8	2.45

ตารางที่ 2 สาเหตุการบาดเจ็บ (n=327)

สาเหตุ	ดื่มสุราก่อนบาดเจ็บ(%)	ไม่ดื่มสุราก่อนบาดเจ็บ(%)	รวม (%)
อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	23	180	203 (62.08)
ถูกทำร้ายร่างกาย	9	69	78 (23.85)
อุบัติเหตุการทำงาน	0	19	19 (5.81)
ลื่นล้ม	3	11	14 (4.28)
อุบัติเหตุรถยนต์	0	12	12 (3.67)
ถอนฟัน	0	1	1 (0.31)
รวม	35 (10.70)	292 (89.30)	327 (100)

รองลงมาได้แก่การถูกทำร้ายร่างกาย 78 ราย (23.85%) ผู้ป่วยดื่มสุราก่อนบาดเจ็บ 35 ราย (10.70%) (ตารางที่ 2)

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยบางคนมีกระดูกขากรรไกรและใบหน้าหักมากกว่า 1 ตำแหน่ง เมื่อทบทวนตำแหน่งกระดูกขากรรไกรและใบหน้าหักทั้งสิ้น

ตารางที่ 3 ตำแหน่งการบาดเจ็บกระดูกขากรรไกรและใบหน้า (n=483)

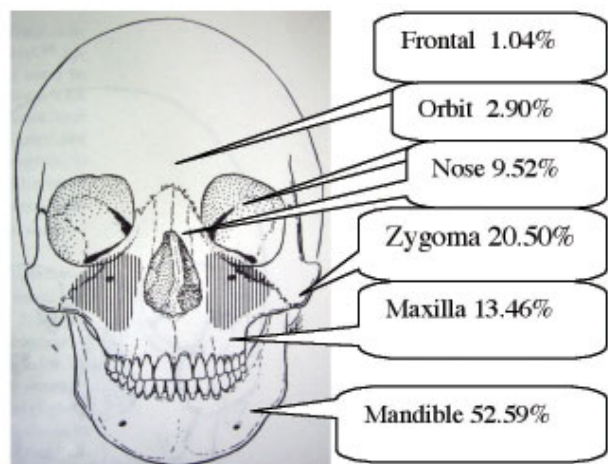
ตำแหน่งของการบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
Frontal	5	1.04
Nose	46	9.52
Orbit	14	2.90
Zygoma	99	20.50
Maxilla		
- Le Fort I (split palate)	38 (9)	7.87
- Le Fort II	12 (3)	2.48
- Le Fort III	1 (1)	0.21
- Alveolar	14 (1)	2.90
Mandible		
- Condyle	20	4.14
- Angle	54	11.18
- Body	70	14.49
- Symphysis	107	22.15
- Alveolar	3	0.62
รวม	483	100

หมายเหตุ ผู้ป่วยอาจมีตำแหน่งการบาดเจ็บเกินกว่า 1 ตำแหน่ง

483 ตำแหน่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นกระดูกขากรรไกรล่าง 254 ตำแหน่ง (52.59%) รองลงไปได้แก่กระดูกโหนกแก้ม 99 ตำแหน่ง (20.50%) กระดูกขากรรไกรบน 65 ตำแหน่ง (13.46%) ดังแสดงในตารางที่ 3 และรูปที่ 1

จากการทบทวนตำแหน่งการหักของกระดูกขากรรไกรล่าง 254 ตำแหน่ง พบว่า บริเวณ symphysis มีการหักมากที่สุด คือ 107 ตำแหน่ง (22.15%) รองลงมาได้แก่บริเวณ body 70 ตำแหน่ง (14.49%) บริเวณ angle 54 ตำแหน่ง (11.18%)

การหักของกระดูกขากรรไกรบน 65 ตำแหน่ง พบว่ามีการหักแบบ Le Fort I มากที่สุดพบ 38 ตำแหน่ง



รูปที่ 1 ตำแหน่งกระดูกขากรรไกรและใบหน้า และร้อยละของการบาดเจ็บรวมทุกตำแหน่ง (n=483)

ตารางที่ 4 แจกแจงภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ (n=327)

ภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ (คน)	ผู้ป่วยไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ (คน)	จำนวน (%)
Infection	4	1	5 (1.53)
Delay union	5	6	11 (3.36)
Diplopia	1	0	1 (0.31)
รวม	10	7	17 (5.19)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์การดื่มสุราหรือสูบบุหรี่กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

	จำนวน (%)		รวม
	ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	10 (58.82)	7 (41.18)	17
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	181 (58.39)	129 (41.61)	310
รวม	191	136	327

(Chi-square-test, $p < 0.001$)

(7.87%) รองลงมาได้แก่ การหักบริเวณกระดูกเบ้าฟัน 14 ตำแหน่ง (2.89%)

วิธีการรักษาส่วนใหญ่คือทำ closed reduction 374 หัตถการ (74.21%) การทำ open reduction 130 หัตถการ (25.79%)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาที่พบบ่อยที่สุดคือการหายของกระดูกขา 11 ราย (3.36 %) การติดเชื้อ 5 ราย (1.53%) การมองเห็นภาพซ้อน 1 ราย (0.31%) และพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 , 95%CI 10.827, 24.321) (ตารางที่ 4 และ 5)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า อุบัติการณ์การบาดเจ็บกระดูกขากรรไกรและใบหน้า พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ⁽¹⁻⁷⁾ และส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุระหว่าง 21-30 ปี (31.49 %) พบ

เช่นเดียวกับรายงานอื่น⁽¹⁻⁵⁾ การเกิดการบาดเจ็บที่พบมากในกลุ่มอายุ 21-30 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มอายุดังกล่าวมีพฤติกรรมที่เสี่ยงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น

สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่ (62.08%) เกิดจากการขับขี่จักรยานยนต์เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น^(1-4,6) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องขับขี่จักรยานยนต์มาทำงานตามโรงงานที่อยู่ริมถนนหลวงในเวลาากลางคืน เนื่องจากต้องทำงานล่วงเวลาและประกอบกับความประมาทและขับขี่ด้วยความเร็ว การดื่มสุรามีผลทำให้ขาดสติ และเกิดความประมาท การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราก่อนได้รับบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรและใบหน้ามีจำนวน 35 ราย (10.70%) การประกาศบังคับใช้กฎหมายเพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุ การจราจร เช่น การสวมหมวกกันน็อกในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การใช้เข็มขัดนิรภัย ซึ่งสามารถลดอุบัติเหตุจากการจราจร ลดปริมาณและการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าลงได้มาก แต่อย่างไรก็ตามการเข้มงวด

ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร่วมกับการสร้างจิตสำนึกของประชาชนให้ไม่หลีกเลี่ยงการบังคับใช้กฎหมายมีส่วนสำคัญในการลดอุบัติเหตุจราจรมากขึ้น

การศึกษานี้พบว่ากระดูกขากรรไกรล่างเป็นกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด รองลงมาคือกระดูกโหนกแก้มและกระดูกขากรรไกรบนในอัตราส่วน 254 : 99 : 65 ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาอื่น^(1-3,9) โดยพบการหักของกระดูกขากรรไกรล่างบริเวณ symphysis มากที่สุดเช่นเดียวกับการรายงานของ เชื้อโชติ หังสสุต⁽¹⁾ ไพศาล กังวลกิจ⁽²⁾ สมร บุญเกษม⁽³⁾ และ Sawhney⁽⁶⁾ สามารถอธิบายจากลักษณะกายวิภาคได้ว่ากระดูกขากรรไกรล่างมีส่วน symphysis ที่ยื่นออกมามากกว่าบริเวณอื่น จึงมีโอกาสโดนกระแทกมากกว่ากระดูกส่วนอื่น กระดูกโหนกแก้มนับว่ามีส่วนยื่นคล้ายกับ symphysis ของกระดูกขากรรไกรล่าง จึงมีอัตราบาดเจ็บรองลงมา⁽²⁾

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบในอุบัติเหตุการบาดเจ็บตามตำแหน่งต่าง ๆ ของกระดูกขากรรไกรล่าง 254 ตำแหน่งพบว่าส่วน symphysis เกิดการบาดเจ็บมากที่สุด (22.15%) รองลงมาคือ body (14.49%) และ angle (11.18%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ไพศาล กังวลกิจ และ เพียรชัย เขียรโชติ⁽²⁾ การศึกษาของ สมร บุญเกษม และ วิจิตร ธรานนท์⁽³⁾ แต่ต่างกับสุจิน จรรยาสวัสดิ์ที่พบมีการหักบริเวณ body มากที่สุด⁽⁴⁾

การรักษากระดูกขากรรไกรและใบหน้าหัก เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่การใช้งานของอวัยวะต่าง ๆ ของใบหน้าได้ตามปกติและการกลับคืนสู่รูปร่างใบหน้าเดิมของผู้ป่วย การศึกษานี้ใช้วิธี closed reduction เป็นส่วนใหญ่

การรักษา closed reduction ในกระดูกขากรรไกรหักโดยใช้ arch bar มัดติดกับฟันและยึดกระดูกขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันโดยใช้ลวดเหล็กไร้สนิม นับว่าเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าวิธี open reduction และไม่มีบาดแผลเพิ่มเติมจากการเข้าไปวางโลหะตามกระดูกหัก ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลงด้วย แต่มีข้อเสีย คือ ระยะเวลาการตรึงขากรรไกรบนและล่าง 4-6 สัปดาห์ มีผล

ต่อการพูด การกินได้แต่อาหารเหลว ทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลง และกรณีที่ผู้ป่วยทำความสะอาดได้ไม่ดีทำให้เกิดปัญหาเหงือกอักเสบตามมาได้ ถึงแม้ว่า open reduction เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า นอนโรงพยาบาลนานกว่า แต่วิธีนี้มีข้อดีคือ ไม่ต้องตรึงขากรรไกรบนและล่างเป็นเวลานาน ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกวิธี open reduction สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรึงขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกันได้ในเวลานาน เช่น ประกอบอาชีพที่ต้องใช้การพูดสื่อสาร (ครู นักร้อง) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางสมองที่ไม่ร่วมมือในการตรึงขากรรไกรบนและล่าง และผู้ป่วยที่มีการหายช้าของกระดูกหัก

การรักษากระดูกโหนกแก้มหักมีความจำเป็นต้องใช้วิธี open reduction เพื่อจัดกระดูกเข้าที่และยึดติดด้วยแผ่นโลหะและสกรูขนาดเล็ก ซึ่งทำให้อยู่ในตำแหน่งที่ดีกว่าการใช้ลวดไร้สนิมและเป็นวิธีที่ง่ายกว่าอีกด้วย⁽⁷⁻¹⁰⁾

การศึกษานี้มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา (5.19%) โดยส่วนใหญ่เป็นการหายช้าของกระดูก (3.36%) จากการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีพฤติกรรมดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ซึ่งมีผลต่อขบวนการซ่อมแซมของร่างกาย การดูแลผู้ป่วยหลังยึดกระดูกเข้าที่และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังรักษาอาจไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ การส่งผู้ป่วยเข้าปรึกษาศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมหูคอจมูกจะลดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นซึ่งต้องมีการศึกษาต่อไป การป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเป็นวิธีที่ดีมากกว่าการรักษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิเจ้าหน้าที่ของรัฐในการออกกฎหมายและบังคับใช้อย่างจริงจัง การรณรงค์เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และการตระหนักถึงการดำรงชีพด้วยความไม่ประมาทของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. เชื้อโชติ หังสสุต. การศึกษากระดูกใบหน้าและขากรรไกรหักในผู้ป่วย 612 ราย. วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 2535; 6 (1):5-9.

2. ไพศาล กังวลกิจ, เพียรชัย เขียวโรชติ. การศึกษากระดูกขากรรไกรและใบหน้าหักในผู้ป่วย 1415 ราย. วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 2538; 9 (1):3-7.
3. สมร บุญเกษม, วิจิตร ทรานนท์. การศึกษาผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า 342 ราย ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 2538; 9 (1):9-13.
4. สุจิน จรรยาสวัสดิ์. กระดูกกรามหักในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4 2542; 18 (4):279-83.
5. Tanaka N, Tomitsuka K, Shionoya K, Andou H, Kimijima Y, Tashiro T. Aetiology of maxillofacial fracture. Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32:19-23.
6. Sawhey CP, Ahuja RB. Faciomaxillary fractures in North India : a statistical analysis and review of management. Br J Oral Maxillofac Surg 1988; 26:430-4.
7. Haug RH, Prather JJ, Indresano AT. An epidemiologic surgery of facial fracture and concomitant injuries. J Oral Maxillofac Surg 1990; 48:926-32.
8. Fonseca RJ. Oral and maxillofacial surgery. Volume 3 Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p. 86, 169-70.
9. Larry JP. Principles of Oral and maxillofacial surgery. Volume 1. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. p. 502.
10. Schendel SA. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America. Volume 5. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993. p. 461-67.

Abstract Maxillofacial Injuries at Ban Pong Hospital : A Review of 327 Cases

Jariya Losawatkul

Oral & Maxillofacial Surgery Unit, Surgery Department, Ban Pong Hospital

Journal of Health Science 2008; 17:SIV1035-40.

A 6 year retrospective study (January 2002 - January 2008) included 327 patients, sustained maxillofacial injuries and treated at Oral & Maxillofacial surgery unit of the Surgical department, Ban Pong hospital. The results showed that most of the injuries occurred in male (78.29%) and in the 21-34 year age group (31.49%). The common causes of the injury were motorcycle accident (62.08%) and personal assaults (23.85%). Drinking before injuries was reported in 35 patients (10.70%). The most common sites of injuries were symphysis of mandible (22.15%) and zygoma (20.50%). The patients had drinking or smoking behavior (58.41%). The most common treatment was closed reduction (74.21%) and the most common post operative complication was delay union (3.36%). The patients who had complications significantly had drinking or smoking behavior. (p-value < 0.001, 95% CI 10.827, 24.321).

Key words: maxillofacial injury, alcohol, motorcycle