

بررسی علل شیوع شکستگی‌های فک و صورت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بقیه... «عج»: یک مطالعه ۵ ساله

سید محمدحسین کلانتر معتمدی D.D.S. و محمدقاسم شمس D.M.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» - پژوهشکده طب رزمی - مرکز بهداری در رزم و تروما - تهران - ایران

خلاصه

علل و شیوع شکستگی‌های صورت در کشورهای مختلف متغیر است. در کشورهای نیجریه، لیبی، اروپا و آمریکا از دیرباز بیشترین علل شکستگی‌های صورت، تصادفات ذکر شده است. لیکن امروزه در ممالک توسعه یافته ضرب و شتم نیز از عوامل کمتر شایع شکستگی‌ها به حساب می‌آیند.

درباره شیوع شکستگی‌های فک و صورت در کشورهای خاورمیانه گزارشات زیادی در دست نیست. از ایران نیز گزارش دقیقی وجود ندارد. لذا، هدف این مطالعه بررسی شیوع شکستگی‌های فک و صورت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بقیه... «عج» بوده است.

در این تحقیق ۲۱۱ بیمار مذکر و ۲۶ بیمار مؤنث، با محدوده سنی ۳ تا ۷۳ ساله را از نظر سن، جنس، علل و محل شکستگی‌های فک و صورت بررسی کرده‌ایم.

در طی ۵ سال فراوانی شکستگی‌ها به قرار زیر بود: ۱۷۶ شکستگی فک تحتانی، ۳۳ شکستگی فک فوقانی، ۳۲ شکستگی گونه، ۵۷ شکستگی کاسه چشم، ۵ شکستگی بینی و ۴ شکستگی پیشانی.

بیشترین محل شکستگی در فک تحتانی، شکستگی کنذیل بود (۳۲٪). در فک فوقانی بیشترین نوع شکستگی لوفورت ۲ بود. بیشترین علل شکستگی‌ها تصادفات ماشین (۷۳ مورد) و موتورسیکلت (۵۵ مورد) بود. موارد شکستگی‌های ناشی از سقوط از بلندی ۴۸ مورد، ضرب و شتم ۲۳ مورد، حوادث ورزشی ۱۵ مورد و جراحات جنگی ۲۳ مورد بوده است.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد، بیشترین علل شکستگی‌های فک و صورت، تصادفات اتومبیل و موتورسیکلت بوده است و این حوادث ۵۴٪ شکستگی فک و صورت را به خود اختصاص داده‌اند. از این رو، به نظر می‌رسد، اعمال شدیدتر مقررات راهنمایی و رانندگی بتواند از میزان شکستگی‌های صورت بکاهد.

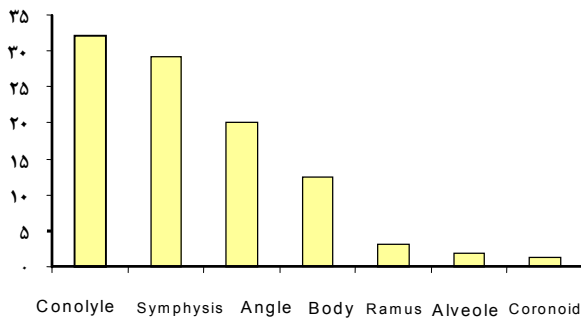
واژه‌های کلیدی: شکستگی‌های فک و صورت، علل شیوع

مقدمه

است [۱، ۲، ۳]. شیوع و علل آسیب‌های وارده به فک و صورت در کشورهای مختلف متفاوت است و سال به سال تغییر می‌کند [۴، ۵]. مطالعات قبلی در کشورهای لیبی، نیجریه، اروپا

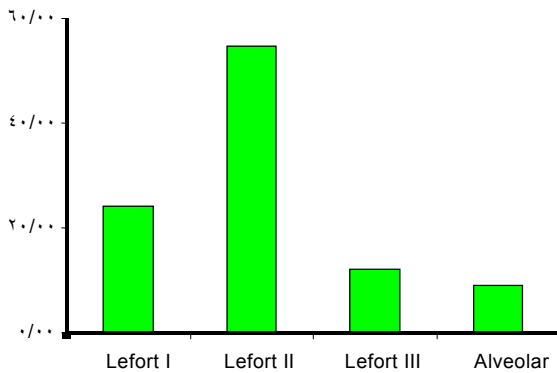
صدمات وارده به فک و صورت ممکن است سبب پارگی نسوج نرم و عروق اطراف آنها گردد. همچنین در این صدمات قطع عصب و شکستگی استخوان‌های فک و صورت و یا دندان‌ها شایع

در مورد محل شکستگی در فک تحتانی بیشترین محل دچار شکستگی، ناحیه کندیدل بود (۳۲٪). ناحیه چانه دومین محل از نظر شیوع شکستگی بود (۲۹/۳٪). سپس زاویه فک (۲۰٪)، تنه فک (۱۲/۵٪)، آلتول (۱/۹٪) و زائده منقاری (۱/۲٪) در ردیف‌های بعدی قرار گرفتند (نمودار ۲).



نمودار ۲- محل بروز شکستگی‌های فک تحتانی

در فک بالا شکستگی لوفرت ۲ بیشتر بود (۵۲/۶٪) و لوفرت ۱ (۲۴/۲٪) و لوفرت ۳ (۱۲/۱٪) در رده‌های بعد قرار گرفتند (نمودار ۳). در مورد علل شکستگی، ۳۰/۸٪ ناشی از تصادفات ماشینی، ۲۳/۲٪ تصادفات موتورسیکلت، ۲۰/۳٪ زمین خوردن، ۹/۷٪ ضرب و شتم، ۶/۳٪ حوادث ورزشی و ۹/۷٪ ناشی از پرتابه‌های جنگی و سلاح بوده است (نمودار ۴).



نمودار ۳- محل بروز شکستگی‌های فک فوقانی

و آمریکا حاکی از این است که تصادفات شایع‌ترین علت شکستگی‌های صورت بوده‌اند [۶، ۷]. لیکن امروزه درگیری‌های فردی و ضرب و شتم نیز از علل کمتر شایع شکستگی‌های صورت در ممالک پیشرفته ذکر شده‌اند [۸، ۹]. از این‌رو، اعمال شدید مقررات راهنمایی و رانندگی و نیز اجباری شدن بستن کمربند ایمنی، شیوع شکستگی‌های فک و صورت را تا حدودی کاهش داده است.

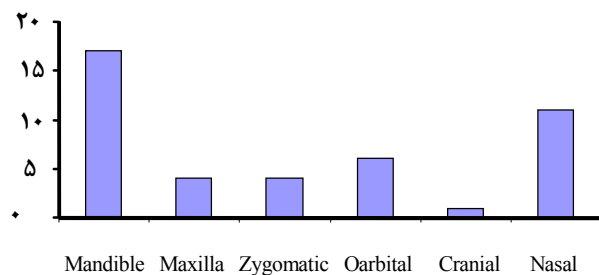
آمار و ارقام و شکستگی‌ها در کشورهای خاورمیانه متغیر گزارش شده است و آمار دقیقی از این صدمات در دست نیست. در این مطالعه گذشته‌نگر، سعی در بررسی علل شیوع و درمان صدمات فک و صورت در بیماران بستری شده در بیمارستان بقیه‌ا... «عج» طی پنج سال از ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۶ بررسی شده است.

روش

در یک مطالعه گذشته‌نگر، پرونده ۲۳۷ بیمار بستری شده در بیمارستان بقیه‌ا... «عج» مورد بررسی قرار گرفت. ۲۱۱ بیمار مذکر (۸۹٪) و ۲۶ بیمار مونث (۱۱٪) به‌علل صدمات صورت بستری شده بودند. سن، جنس، علت شکستگی، محل شکستگی، نوع درمان و عوارض بررسی شدند.

نتایج

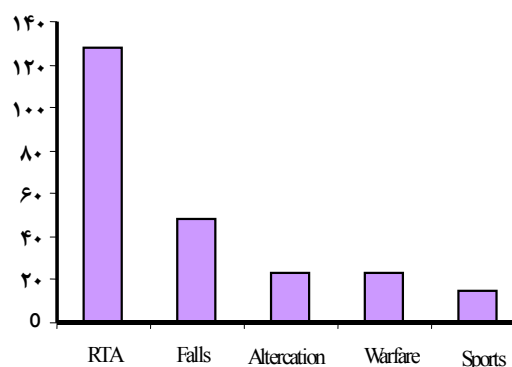
توزیع محل شکستگی عبارت بود از: ۱۷۶ شکستگی (۷۲/۹٪) در فک تحتانی، ۳۳ شکستگی (۱۳/۹٪) در فک فوقانی، ۳۲ شکستگی (۱۳/۵٪) گونه، ۵۷ شکستگی کاسه چشم (۲۴٪)، ۵ شکستگی جمجمه (۲/۱٪) و ۴ شکستگی پیشانی (۱/۶٪) (نمودار ۱).



نمودار ۱- محل بروز شکستگی‌های صورت

درمان

از میان ۱۷۳ مورد شکستگی فک تحتانی، ۵۶/۹٪ به‌طور بسته تحت درمان قرار گرفتند، ۳۹/۸٪ به‌صورت باز درمان شدند و ۳/۵٪ فقط تحت نظر قرار گرفتند.



نمودار ۴- علل شکستگی‌ها

از میان ۳۳ مورد شکستگی فک فوقانی، ۵۴/۶٪ به‌طور بسته درمان شدند، ۴۷/۹٪ به‌صورت باز درمان شدند و ۴/۵٪ نیز فقط تحت نظر گرفته شدند.

از ۵۷ مورد شکستگی گونه و کاسه چشم، ۶۵٪ به‌صورت باز و ۲۶/۳٪ به‌طور بسته درمان شدند و ۸/۷٪ تحت نظر گرفته شدند. در فرآیند درمان، ۵۲/۶٪ از مصدومین تحت بیهوشی عمومی و ۴۷/۹٪ تحت بی‌حسی موضعی و با دریافت آرام‌بخش تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

عوارض

در این بررسی تنها در ۵٪ موارد، عوارض جراحی وجود داشت که شامل عفونت، عدم تقارن و عدم جفت‌شدن فک بود. ۴ مورد از بیماران که مورد اصابت گلوله واقع شده بودند به تراکتوستومی و دو مورد نیز به جراحی اکتشافی گردن نیاز پیدا نمودند. صدمات چشمی

در سه مجروح تیر خورده دیده شد که منجر به کوری گردیده بود. دو مورد مرگ و میر در این بیماران وجود داشت که ناشی از عوارض ریوی بود.

بحث

در ممالک مختلف شکستگی‌های فک و صورت به‌علل مختلف رخ می‌دهند. شیوع شکستگی‌ها نیز در کشورهای مختلف متغیر بوده و وابسته به فرهنگ جوامع و زمان و مکان رخ‌داد حوادث می‌باشد. در کشورهای پیشرفته، مسابقات ورزشی و ضرب و شتم عامل عمده شکستگی‌های فک و صورت هستند. در حالی که در کشورهای در حال توسعه، تصادفات و حوادث رانندگی عامل اکثر شکستگی‌های صورت می‌باشد. مطالعات کشورهای اروپایی و غربی و تحقیقات کشورهای آسیایی و شرقی مصداق این مطلب است [۶، ۱۱، ۱۰].

آمار کشورهای آسیایی و آفریقایی شامل مصر، لیبی، اردن و نیجریه در منابع موجود است ولی چنین مطالعه‌ای تاکنون در ایران انجام نگرفته است. در مطالعه ما حوادث رانندگی و تصادفات ماشینی و موتورسیکلت علل اصلی شکستگی بودند که ۵۴٪ از موارد کل را شامل می‌شوند. این رقم در آمریکا ۴۰٪، در انگلستان ۲۴/۷٪، در فرانسه ۳۸٪ و در اردن ۵۵/۲٪ بوده است [۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۲، ۱۳].

یافته‌های این تحقیق مؤید آن است که بیشترین علل شکستگی‌های صورت هنوز تصادفات رانندگی می‌باشد که عدم رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی و عدم استفاده از کمربند ایمنی را می‌توان از جمله عوامل افزایش‌دهنده این آمار و ارقام دانست. افزون بر این، با آن که اکثر بیماران بستری شده در بیمارستان بقیه‌ا... «عج» را نیروهای نظامی تشکیل می‌دهند، تعداد محدودی از بیماران بررسی شده در این مطالعه در اثر حوادث نظامی دچار آسیب‌های فک و صورت شده بودند و بیشتر موارد آسیب‌ها را تصادفات رانندگی تشکیل می‌داد. این امر مؤید آن است که در زمان صلح مقررات راهنمایی و رانندگی در سطح نیروهای نظامی بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- 1- Telfer MR, Jones GM, Shepherd IR(1991). Trends in the etiology of maxillofacial fractures in the United Kingdom (1977-1987). *Br J Oral Maxillofac Surg*; 29: 250 – 5.
- 2- Adekeye EO(1980). The pattern of fractures of the facial skeleton in Kaduna, Nigeria: a survey of 1447 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 49: 491 - 5.
- 3- Khalil AF, Shaladi OA(1981). Fractures of the facial bones in Eastern region of Libya. *Br J Oral Surg*; 19: 300 – 4.
- 4- Van Hoof RF, Merckx CA, Stekelenburg EC(1977). The different patterns of fractures of the facial skeleton in four European countries. *Int J Oral Surg*; 6: 3 - 11.
- 5- Afzelius LE, Rosen C(1980). Facial fractures: a review of 368 cases. *Int J Oral Surg*; 9: 25 - 32.
- 6- Hagan EH, Huelke DE(1961). An analysis of 319 case reports of mandibular fractures. *J Oral Surg*; 19: 93 – 7.
- 7- Chidzonga MM(1999). Mandibular fractures analysis of 541 cases. *Cent Af J Med*; 36: 97 – 101.
- 8- Timoney N, Saiveau M(1990). A comparative study of maxillofacial trauma in Bristol and Bordeaux, *J Cranio Maxillofac Surg*; 18: 154- 157.
- 9- Vetter JD, Topozain RG, Goldberg MH(1991). Facial fractures occurring in a medium sized metropolitan area: recent trends, *Int J Oral Maxillofac Surg*; 20: 348 - 352.
- 10- Ellis E, Moos KF, El-Attar(1985). Ten years of mandibular fractures: An analysis of 2,137 cases. *J Oral Surg*; 59: 120 – 129.
- 11- Bataineh AB(1998). Etiology and incidence of maxillofacial fractures in north of Jordan *J Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol*; 86: 31 - 5.
- 12- Brown RD, Cowpe JG(1985). Patterns of maxillofacial trauma in two different cultures. *J Coll Surg Edinb*; 30: 299 – 302.
- 13- Adi M, Ogden GR, Chisholm DM(1990). An analysis of mandibular fractures in Dundee, Scotland (1977-1985). *Br J Oral Maxillofac Surg*; 28: 194 - 9.
- 14- Jaber MA, Porter SR(1997). Maxillofacial injuries in 209 Libyan children under 13 years of age. *Int J Paed Dent*; 7 :39 – 40.
- 15- Tanaka N, Tomitsuka K, Shionoya K, Andou H, Kimijima Y, Tashiro T, et al(1994). Aetiology of maxillofacial fracture. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 32: 19 – 23.
- 16- Hill CM, Crosher RF, Canoll MJ, Mason DA(1984). Facial fractures: the results of a prospective four year study. *J Maxillofac Surg*; 12: 267 - 70.