

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG RẠCH VÀNH TRONG ĐIỀU TRỊ GỠ PHỨC HỢP GÒ MÁ

Nguyễn Minh Sang¹, Lý Gia Huy^{2*}

¹Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi

²Trường Đại học Gia Định

*Tác giả liên hệ: Lý Gia Huy; Email: lygiahuyks@gmail.com

Thông tin bài báo: Tiếp nhận: 18/6/2026; Chỉnh sửa: 25/6/2026; Chấp nhận đăng: 27/6/2026;

Công bố online: 30/6/2026.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật đường rạch vành trong điều trị gãy phức hợp gò má. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh dựa trên hồ sơ bệnh án, có theo dõi dọc ngắn hạn sau phẫu thuật. Đối tượng gồm 90 bệnh nhân gãy phức hợp gò má một bên đã được phẫu thuật bằng đường rạch vành tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi, từ tháng 11/2017 đến tháng 8/2019. Kết quả điều trị được đánh giá tại các thời điểm 2 tuần, 6 tuần và 10 tuần sau mổ. **Kết quả:** Nam giới chiếm đa số với 85,6%, nhóm tuổi dưới 40 chiếm 63,3% toàn bộ đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân (100%) có triệu chứng sưng nề, bầm tím, tụ máu và gián đoạn bờ xương; 97,8% có điểm đau chói. Gãy bên trái chiếm 65,6% và phân loại theo Knight và North ghi nhận loại V chiếm tỷ lệ cao nhất (21,1%). Kết quả điều trị cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê qua các lần tái khám ($p < 0,001$): tỷ lệ kết quả tốt về giải phẫu tăng từ 52,2% (2 tuần) lên 78,9% (10 tuần), về chức năng tăng từ 40,0% lên 75,6% và về thẩm mỹ tăng từ 48,9% lên 80,0%. **Kết luận:** Gãy phức hợp gò má gặp chủ yếu ở nam giới trẻ và phần lớn là các loại gãy phức tạp. Phẫu thuật đường rạch vành cho kết quả điều trị tốt và cải thiện ổn định về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ; đây là lựa chọn an toàn và hiệu quả, đặc biệt cho các trường hợp gãy phức tạp cần bộc lộ trực tiếp vùng bờ ngoài ổ mắt và cung tiếp gò má.

Từ khóa: Gãy phức hợp gò má, đường rạch vành, nắn chỉnh xương, kết quả thẩm mỹ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy phức hợp gò má là một trong những chấn thương xương mặt thường gặp nhất, đứng hàng thứ hai sau gãy xương chính mũi, do gò má nhô ra trong cấu trúc tầng giữa mặt nên dễ bị tổn thương khi chịu tác động ngoại lực [1-3]. Tổn thương có thể ảnh hưởng đến chức năng nhai, vận nhãn, cảm giác vùng mặt, thẩm mỹ khuôn mặt và tâm lý của người bệnh. Đối với những trường hợp gãy phức tạp, di lệch, phẫu thuật nắn chỉnh và cố định được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn [4, 5].

Đường rạch vành là một trong những đường tiếp cận giúp bộc lộ trực tiếp và rộng rãi vị trí gãy, đặc biệt là vùng bờ ngoài ổ mắt và cung tiếp gò má, đồng thời giấu được sẹo trong vùng tóc và hạn chế để lại sẹo trên mặt [4, 5]. Mặc dù đường rạch vành đã được áp dụng trên thế giới, các dữ liệu trong nước về đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật theo đường tiếp cận này vẫn còn hạn chế [6, 7]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật đường rạch vành trong điều trị gãy phức hợp gò má.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân gãy phức hợp gò má được điều trị phẫu thuật bằng đường rạch vành tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

+ Được chẩn đoán gãy phức hợp xương gò má một bên.

+ Được phẫu thuật trong vòng 15 ngày kể từ khi chấn thương nhằm bảo đảm nắn chỉnh xương khi can xương chưa hình thành, theo khuyến cáo về thời điểm can thiệp trong điều trị gãy phức hợp gò má [4, 5].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân có chấn thương phối hợp nặng ảnh hưởng đến đánh giá kết quả điều trị, như chấn thương sọ não.
- + Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh, thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án đã lưu trữ, có theo dõi dọc ngắn hạn các thời điểm tái khám sau phẫu thuật.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Do là nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu, thu được tổng số 90 hồ sơ bệnh nhân gãy phức hợp gò má được phẫu thuật bằng đường rạch vành. Nghiên cứu không tính cỡ mẫu theo công thức do bản chất hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

- Nội dung nghiên cứu: Nhóm biến đặc điểm chung gồm tuổi và giới tính. Tuổi được tính theo số năm tại thời điểm nhập viện và chia thành ba nhóm: dưới 40 tuổi, 40–59 tuổi và từ 60 tuổi trở lên. Nhóm biến lâm sàng gồm sưng nề, bầm tím, tụ máu, gián đoạn bờ xương và điểm đau chói, được ghi nhận theo tình trạng có hoặc không; vị trí gãy gồm bên trái và bên phải, xác định qua khám lâm sàng kết hợp hình ảnh học. Phân loại gãy phức hợp gò má được thực hiện theo Knight và North từ loại I đến VI, dựa trên X-quang hoặc cắt lớp vi tính trước phẫu thuật [8].

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân được hẹn tái khám và đánh giá theo một quy trình thống nhất tại ba thời điểm 2 tuần, 6 tuần và 10 tuần sau mổ. Tại mỗi lần tái khám, bệnh nhân được khám lâm sàng (quan sát, sờ nắn bờ xương, đo độ há miệng, đánh giá vận nhãn, cảm giác vùng mặt và cân xứng khuôn mặt) kết hợp đối chiếu phim X-quang hoặc cắt lớp vi tính sau mổ để đánh giá vị trí giải phẫu của xương. Kết quả được phân thành ba mức: tốt, khá và kém trên ba phương diện: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Kết quả tốt khi xương phục hồi đúng vị trí giải phẫu, không di lệch hoặc biến dạng, há miệng $\geq 3,5$ cm, chức năng nhai, vận nhãn và thẩm mỹ bình thường. Kết quả khá khi còn di lệch hoặc biến dạng nhẹ, há miệng 2,5–3,5 cm nhưng chức năng và thẩm mỹ nhìn chung chấp nhận được. Kết quả kém khi xương di lệch nhiều, biến dạng rõ, há miệng $< 2,5$ cm hoặc có biến chứng [4, 7]. Việc đánh giá kết quả tại các lần tái khám do bác sĩ điều trị thực hiện dựa trên hồ sơ bệnh án đã lưu trữ; do bản chất hồi cứu, nghiên cứu không bố trí được người đánh giá độc lập hoàn toàn với phẫu thuật viên. Đây cũng là một hạn chế cần lưu ý khi diễn giải kết quả.

- Kết cục an toàn: Các biến chứng sau mổ được ghi nhận trong suốt thời gian theo dõi, bao gồm sưng nề, rối loạn vận nhãn, tê bì hoặc giảm cảm giác vùng dây thần kinh dưới ổ mắt, liệt nhánh trán thần kinh mặt, nhiễm trùng vết mổ, tụ máu, viêm xoang hàm, lộ nẹp vít, rụng tóc dọc đường rạch và sẹo xấu vùng tóc.

- Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân được vệ sinh răng miệng, dùng kháng sinh và thuốc cầm máu dự phòng trước mổ. Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê nội khí quản đường mũi. Sau sát khuẩn, trải khăn vô khuẩn và cố định tạm thời khớp cắn, tiến hành đường rạch vành một bên. Bóc tách đúng lớp giải phẫu để bộc lộ xương trán, bờ ngoài ổ mắt, cung tiếp, thân xương gò má, đồng thời bảo tồn bó mạch thần kinh trên ổ mắt và nhánh trán thần kinh mặt. Khi cần, phối hợp đường dưới mi hoặc trong miệng; sau đó nắn chỉnh, cố định xương gãy và đóng vết mổ theo lớp.

- Công cụ thu thập số liệu: Số liệu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu và phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Quản lý dữ liệu và theo dõi: Do là nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, chỉ những bệnh nhân có đầy đủ thông tin tại cả ba thời điểm tái khám (2 tuần, 6 tuần và 10 tuần) mới được đưa vào phân tích. Trong thời gian nghiên cứu, toàn bộ 90 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lựa chọn đều có đủ dữ liệu tại các mốc đánh giá, không có trường hợp mất theo dõi hay thiếu dữ liệu ở các biến kết cục chính; do đó không áp dụng phương pháp xử lý dữ liệu thiếu.

- Phân tích kết quả: Các biến định tính như giới tính, nhóm tuổi, triệu chứng lâm sàng, vị trí bên gãy và phân loại gãy theo Knight và North được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kết quả phẫu thuật về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ là các biến thứ bậc (tốt, khá, kém) được đánh giá lặp lại trên cùng một bệnh nhân tại ba thời điểm 2 tuần, 6 tuần và 10 tuần sau mổ. Do đó, sự thay đổi kết quả điều trị theo thời gian trước tiên được kiểm định tổng thể bằng kiểm định Friedman; khi kết quả có ý nghĩa thống kê, các so sánh từng cặp giữa các thời điểm được thực hiện bằng kiểm định Wilcoxon

signed-rank với hiệu chỉnh Bonferroni cho so sánh đa lần. Các so sánh từng cặp được ký hiệu là p12 (giữa 2 tuần và 6 tuần), p13 (giữa 2 tuần và 10 tuần) và p23 (giữa 6 tuần và 10 tuần). Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS; giá trị $p < 0,05$ được xác định là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thông qua (số: 39B/ĐHYD-HĐ ngày 02 tháng 5 năm 2013) trước khi tiến hành thu thập số liệu trong giai đoạn nghiên cứu (2017–2019). Do là nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án đã lưu trữ, không có can thiệp trực tiếp trên người bệnh ngoài quy trình điều trị thường quy, nghiên cứu được phê duyệt với hình thức đồng ý miễn trừ chấp thuận tham gia. Mọi thông tin của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu; các bước thực hiện tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học theo Tuyên ngôn Helsinki.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 11/2017 đến tháng 8/2019, nghiên cứu thu thập được 90 bệnh nhân gãy phức hợp gò má được phẫu thuật bằng đường rạch vành. Kết quả ghi nhận 77 đối tượng là nam giới, trong đó nam giới dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

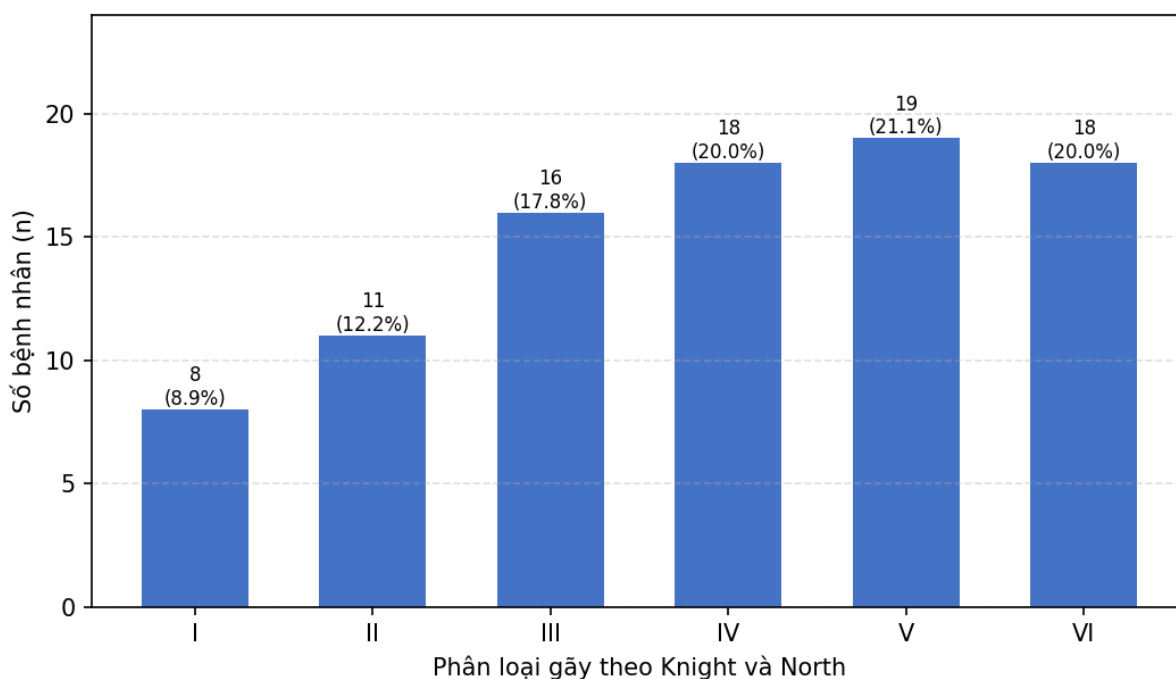
Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sưng nề	90	100
Bầm tím	90	100
Tụ máu	90	100
Gián đoạn bờ xương	90	100
Điểm đau chói	88	97,8
Vị trí bên gãy		
Bên trái	59	65,6
Bên phải	31	34,4
Tổng	90	100

Trong nghiên cứu, 100% đối tượng có triệu chứng sưng nề, bầm tím, tụ máu và gián đoạn bờ xương; 97,8% có điểm đau chói. Vị trí gãy bên trái chiếm 65,6%, bên phải chiếm 34,4%.

Phân loại gãy phức hợp gò má theo Knight và North ghi nhận loại V chiếm tỷ lệ cao nhất (21,1%), tiếp theo là loại IV và loại VI (cùng 20,0%); các loại gãy phức tạp (loại IV đến VI) chiếm đa số (Hình 1).

Khi phân tích kết quả điều trị theo phân loại Knight và North, nhóm gãy phức tạp (loại IV–VI), đặc trưng bởi di lệch và xoay nhiều mảnh, chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu và là nhóm có chỉ định rõ cho phẫu thuật nắn chỉnh, cố định qua đường tiếp cận rộng. Ở nhóm này, tỷ lệ đạt kết quả tốt về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ tại thời điểm 10 tuần nhìn chung tương đương với nhóm gãy đơn giản hơn (loại I–III), cho thấy đường rạch vành cho phép kiểm soát tốt cả các trường hợp gãy phức tạp. Do cỡ mẫu của một số phân nhóm còn nhỏ, kết quả phân tầng theo phân loại Knight và North được trình bày mang tính mô tả và cần được diễn giải thận trọng.



Hình 1. Phân bố loại hình gãy phức hợp gò má theo phân loại Knight và North (n = 90)

Bảng 2. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu qua các lần tái khám

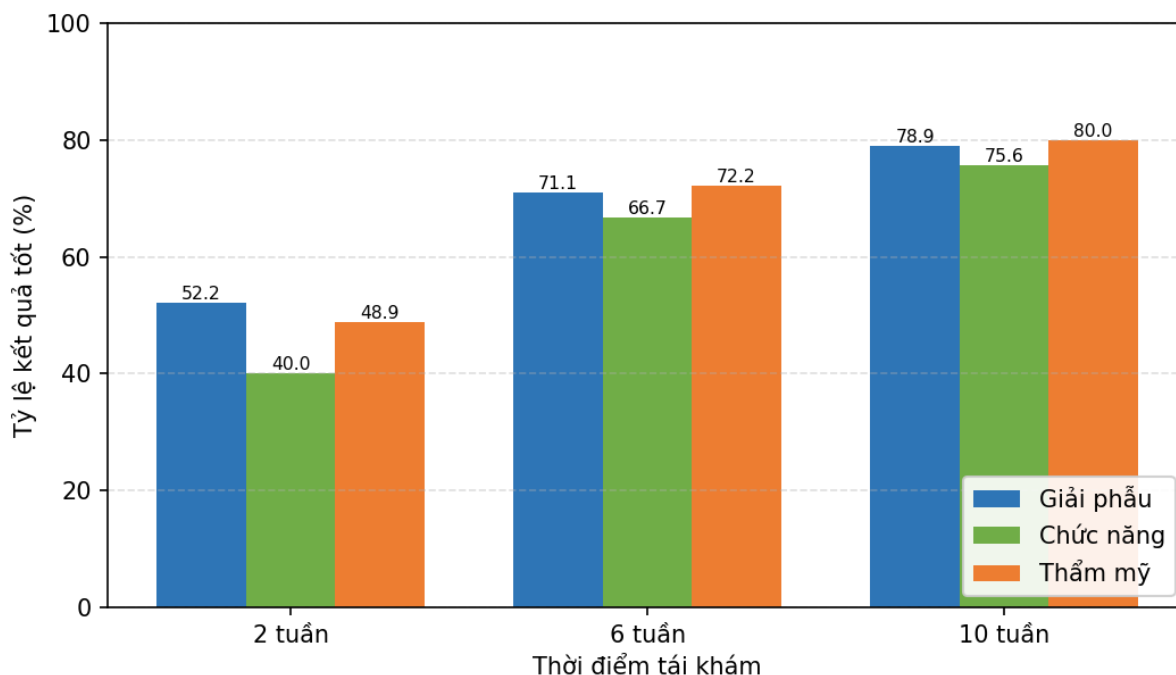
Chỉ tiêu	2 tuần	6 tuần	10 tuần	p
Giải phẫu				
Tốt	47 (52,2%)	64 (71,1%)	71 (78,9%)	$p_{12} < 0,001$
Khá	39 (43,3%)	22 (24,4%)	15 (16,7%)	$p_{13} < 0,001$
Kém	4 (4,4%)	4 (4,4%)	4 (4,4%)	$p_{23} = 0,008$
Chức năng				
Tốt	36 (40,0%)	60 (66,7%)	68 (75,6%)	$p_{12} < 0,001$
Khá	45 (50,0%)	25 (27,8%)	19 (21,1%)	$p_{13} < 0,001$
Kém	9 (10,0%)	5 (5,6%)	3 (3,3%)	$p_{23} = 0,029$
Thẩm mỹ				
Tốt	44 (48,9%)	65 (72,2%)	72 (80,0%)	$p_{12} < 0,001$
Khá	42 (46,7%)	21 (23,3%)	14 (15,6%)	$p_{13} < 0,001$
Kém	4 (4,4%)	4 (4,4%)	4 (4,4%)	$p_{23} = 0,008$
Tổng	90 (100%)	90 (100%)	90 (100%)	

Chú thích: Giá trị p chung cho thay đổi theo thời gian được kiểm định bằng kiểm định Friedman; các so sánh từng cặp p_{12} (2 tuần so với 6 tuần), p_{13} (2 tuần so với 10 tuần) và p_{23} (6 tuần so với 10 tuần) được thực hiện bằng kiểm định Wilcoxon signed-rank có hiệu chỉnh Bonferroni. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Sau 2 tuần, tỷ lệ kết quả tốt đạt 52,2% về giải phẫu, 40,0% về chức năng và 48,9% về thẩm mỹ. Đến tuần thứ 10, các tỷ lệ này tăng lên lần lượt 78,9%, 75,6% và 80,0% ($p < 0,001$).

Về kết cục an toàn, tỷ lệ kết quả kém duy trì ổn định ở mức thấp qua các lần tái khám (4,4% về giải phẫu và thẩm mỹ; giảm từ 10,0% xuống 3,3% về chức năng). Không ghi nhận các biến chứng nặng như nhiễm trùng lan rộng hay tổn thương thần kinh vĩnh viễn trong thời gian theo dõi; một số

trường hợp có rối loạn cảm giác thoáng qua vùng dưới ổ mắt và phục hồi dần trong quá trình tái khám.



Hình 2. Tỷ lệ kết quả tốt về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ qua các thời điểm tái khám ($p < 0,001$)

4. BÀN LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ, nghiên cứu trên 90 bệnh nhân ghi nhận gãy phức hợp gò má gặp chủ yếu ở nam giới (85,6%) và nhóm tuổi dưới 40 (63,3%), phù hợp với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng. Kết quả này tương đồng với Đặng Minh Vương và Nguyễn Hùng Thắng [6] cũng như các nghiên cứu nước ngoài của Ungari và cộng sự [3] và Dhungel và cộng sự [2], khi nam giới trẻ trong độ tuổi lao động luôn chiếm ưu thế. Nguyên nhân chủ yếu được lý giải là do nhóm này có tỷ lệ tham gia giao thông và lao động cao, dẫn đến nguy cơ tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt lớn hơn.

Về triệu chứng lâm sàng, toàn bộ bệnh nhân (100%) có sưng nề, bầm tím, tụ máu và gián đoạn bờ xương, kèm tỷ lệ điểm đau chói cao (97,8%). Đây là những dấu hiệu điển hình của gãy phức hợp gò má và phù hợp với mô tả của Rodrigues và cộng sự [1] cũng như Đặng Minh Vương và Nguyễn Hùng Thắng [6], phản ánh mức độ tổn thương mô mềm và xương rõ rệt. Tỷ lệ gãy bên trái chiếm ưu thế (65,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự xu hướng được ghi nhận trong y văn [3, 9].

Phân bố loại hình gãy theo Knight và North [8] trong nghiên cứu cho thấy ưu thế của các loại gãy phức tạp (loại IV–VI), trong đó loại V chiếm tỷ lệ cao nhất. Đặc điểm này cho thấy phần lớn bệnh nhân có gãy di lệch nhiều mảnh, là chỉ định phù hợp cho phẫu thuật nắn chỉnh và cố định qua đường tiếp cận rộng. Đường rạch vành cho phép bộc lộ trực tiếp và đồng thời nhiều vị trí gãy, đặc biệt ở vùng bờ ngoài ổ mắt và cung tiếp gò má, đồng thời giấu sẹo trong vùng tóc; ưu điểm này cũng được Standing [4] và Gaziri và cộng sự [5] nhấn mạnh khi xử trí các trường hợp gãy phức tạp.

Kết quả điều trị cải thiện rõ rệt và ổn định qua các lần tái khám, bám sát mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật của nghiên cứu. Tỷ lệ kết quả tốt về giải phẫu tăng từ 52,2% lên 78,9%, về chức năng từ 40,0% lên 75,6% và về thẩm mỹ từ 48,9% lên 80,0%, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Xu hướng cải thiện này tương đồng với kết quả của Lê Nguyên Lâm và Lâm Quốc Tuấn [7], đồng thời phù hợp với nghiên cứu hồi cứu 10 năm của Mohajerani và cộng sự [9] khi nắn chỉnh và cố định sớm cho kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng cao. Tỷ lệ kết quả kém thấp và duy trì ổn định cho thấy đường rạch vành là kỹ thuật đáng tin cậy đối với gãy phức hợp gò má phức tạp.

Về tính an toàn, đường rạch vành trong nghiên cứu có tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận biến chứng nặng kéo dài, phù hợp với các báo cáo trước đây cho rằng đây là đường tiếp cận an toàn khi bóc tách đúng lớp giải phẫu và bảo tồn nhánh thần kinh mặt [4, 5]. Tuy nhiên, do bản chất hồi cứu, một số biến chứng nhẹ hoặc thoáng qua có thể chưa được ghi nhận đầy đủ trong hồ sơ bệnh án,

nên tỷ lệ biến chứng thực tế cần được khẳng định trong các nghiên cứu tiến cứu.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh, đơn trung tâm và không có nhóm chứng, nên mức độ bằng chứng còn hạn chế và phụ thuộc vào chất lượng ghi chép của hồ sơ bệnh án. Thứ hai, thời gian theo dõi tương đối ngắn (10 tuần) và cỡ mẫu còn hạn chế, đặc biệt khi phân tầng theo phân loại Knight và North, nên các so sánh giữa các phân nhóm chỉ mang tính mô tả. Thứ ba, do không có nhóm so sánh với các đường tiếp cận khác, nghiên cứu chưa thể kết luận về tính ưu việt của đường rạch vành mà chỉ mô tả kết quả áp dụng kỹ thuật này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 90 bệnh nhân gãy phức hợp gò má được phẫu thuật bằng đường rạch vành cho thấy bệnh gãy chủ yếu ở nam giới trẻ và phần lớn là các loại gãy phức tạp. Trong loạt ca bệnh này, phẫu thuật đường rạch vành ghi nhận tỷ lệ kết quả tốt cao về giải phẫu (78,9%), chức năng (75,6%) và thẩm mỹ (80,0%) sau 10 tuần.

Về đặc điểm dịch tễ và lâm sàng, gãy phức hợp gò má gặp chủ yếu ở nam giới (85,6%) và nhóm tuổi dưới 40 (63,3%). Hầu hết bệnh nhân có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng điển hình như sưng nề, bầm tím, tụ máu và gián đoạn bờ xương (100%), kèm điểm đau chói (97,8%). Vị trí gãy bên trái chiếm ưu thế (65,6%) và loại gãy phức tạp theo phân loại Knight và North chiếm tỷ lệ cao.

Về kết quả điều trị, phẫu thuật đường rạch vành cho hiệu quả cải thiện rõ rệt và ổn định qua các lần tái khám. Tỷ lệ kết quả tốt tăng dần từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 10 ở cả ba phương diện giải phẫu (52,2% lên 78,9%), chức năng (40,0% lên 75,6%) và thẩm mỹ (48,9% lên 80,0%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Như vậy, trong phạm vi một nghiên cứu mô tả, đường rạch vành cho thấy là một đường tiếp cận khả thi và có triển vọng trong điều trị gãy phức hợp gò má, đặc biệt với các trường hợp gãy phức tạp cần bộc lộ trực tiếp vùng bờ ngoài ổ mắt và cung tiếp gò má. Các kết quả này mang tính mô tả và cần được khẳng định bằng những nghiên cứu tiến cứu, có nhóm chứng, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin cảm ơn toàn bộ bệnh nhân và cán bộ nhân viên Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi đã hỗ trợ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rodrigues MC, Carneiro GKM, Franco AG, Albuquerque IFDSA, Freitas DDP, Machado JDDF, et al. Fracture of the zygomatic complex: a literature review. *Research, Society and Development*. 2021;10(11):e371101119708.
2. Dhungel S, Roy P, Thapa N, Devkota K. Prevalence and pattern of zygomatic complex fracture: a retrospective study. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2021;19(2):311-315.
3. Ungari C, Filiaci F, Riccardi E, Rinna C, Iannetti G. Etiology and incidence of zygomatic-orbital fracture: a retrospective study. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2012;23(6):1786-1789.
4. Standring S. *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice*. 41st ed. London: Elsevier Health Sciences; 2016.
5. Gaziri DA, Omizollo G, Luchi GH, de Oliveira MG, Heitz C. Assessment for treatment of tripod fracture of the zygoma. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018;76(11):2390-2396.
6. Đặng Minh Vương, Nguyễn Hùng Thắng. Đặc điểm lâm sàng và loại hình gãy phức hợp xương gò má cung tiếp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;505(1):234-238.
7. Lê Nguyên Lâm, Lâm Quốc Tuấn. Đánh giá kết quả giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ sau điều trị gãy phức hợp xương hàm gò má. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022;(50):45-52.
8. Knight JS, North JF. The classification of malar fractures: an analysis of displacement as a guide to treatment. *British Journal of Plastic Surgery*. 1961;13:325-339.
9. Mohajerani H, Sadeghi N, Montazemi T, Montazemi A. Zygomatic fractures: a 10-year retrospective study. *Trauma Monthly*. 2019;24(3):1-6.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF THE CORONAL APPROACH IN THE TREATMENT OF ZYGOMATICOMAXILLARY COMPLEX FRACTURES

Nguyen Minh Sang¹, Ly Gia Huy²

¹Cu Chi Regional General Hospital

²Gia Dinh University

Abstract

Objective: To describe the clinical characteristics and to evaluate the surgical outcomes of the coronal approach in the treatment of zygomaticomaxillary complex fractures. **Materials and methods:** A retrospective descriptive case series with short-term longitudinal follow-up was conducted on 90 patients with unilateral zygomaticomaxillary complex fractures treated with the coronal approach at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Cu Chi Regional General Hospital, from November 2017 to August 2019. **Results:** Most patients were male, accounting for 85.6% of the study population. The age group under 40 accounted for 63.3%. All patients (100%) presented with swelling, ecchymosis, hematoma, and an interrupted bone margin. At the 10-week follow-up, good results were achieved in 78.9% for anatomy, 75.6% for function, and 80.0% for aesthetics. **Conclusion:** Zygomaticomaxillary complex fractures occurred predominantly in young men and were mainly complex types. The coronal approach provided good treatment outcomes in anatomy, function, and aesthetics.

Keywords: *Zygomaticomaxillary complex fracture, coronal approach, bone reduction, aesthetic outcome.*