

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC TAI XUYÊN TUYẾN MANG TAI TRONG PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG GỠ LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Dân<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Hoàng Vũ<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thùy Dương<sup>1</sup>, La Văn Huyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá hiệu quả của đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai trong điều trị kết xương gẫy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 175.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 32 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán gẫy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương, có chỉ định phẫu thuật nắn chỉnh kết xương qua đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 06 năm 2025.

**Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nam/nữ: 1,67/1. 68,8% BN ở độ tuổi lao động từ 18 đến 39 tuổi, tuổi trung bình là  $29,63 \pm 11,8$ . Nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông chiếm 78,1%. Trong đó gẫy cổ lồi cầu chiếm đa số với 71,9%. Kết quả ngay sau mổ: đa số bệnh nhân có khớp cắn tốt ngay sau phẫu thuật, chiếm 84,4%. BN há miệng đạt trên 4 cm sau mổ chiếm chủ yếu với 62,5%. Mức độ đau theo thang điểm VAS: 93,8% BN chỉ đau nhẹ sau phẫu thuật. Có 3 BN tổn thương nhánh thần kinh mặt, 3 BN có tụ nước bọt sau mổ và 1 BN chảy máu sau mổ. Kết quả sau 6 tháng: tình trạng khớp cắn BN cải thiện tốt với 93,8% BN có khớp cắn đúng, chỉ có 2 BN hở khớp cắn từ 1-3 răng. 84,4% BN há miệng trên 4 cm. Chủ yếu BN có sẹo liền đẹp với 87,5%. 1 BN có tổn thương nhánh thần kinh VII. 100% BN liền thương tốt trên Xquang. Không có BN nào rò tuyến nước bọt cũng như hội chứng Frey.

---

Bệnh viện Quân y 175.

Người phản hồi: Nguyễn Văn Dân, Email: vandan120190@gmail.com.

Ngày nhận bài: 11/07/2025

Ngày phản biện: 10/9/2025

**Kết luận:** Đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai trong điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới đem lại nhiều ưu điểm như bộc lộ trực tiếp tổn thương nên hạn chế thao tác phẫu tích, từ đó hạn chế tổn thương mô, trường mổ đủ rộng để thuận tiện cho nắn chỉnh kết xương, sẹo trùng với nếp nhăn da nên hạn chế sẹo xấu nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm để hạn chế những biến chứng như tổn thương dây thần kinh mặt và rò tuyến nước bọt mang tai.

**Từ khóa:** lồi cầu xương hàm dưới, đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai.

### EVALUATION OF THE EFICACY OF THE PREAURICULAR TRANSPAROTID APPROACH IN OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION OF MANDIBULAR CONDYLAR FRACTURES DUE TO TRAUMA AT MILITARY HOSPITAL 175

#### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the effectiveness of the preauricular transparotid approach in open reduction and internal fixation of mandibular condylar fractures due to trauma at Military Hospital 175.

**Subjects and Methods:** The study included 32 patients diagnosed with mandibular condylar fractures indicated for open reduction and internal fixation via the preauricular transparotid approach at Military Hospital 175 from January 2021 to June 2025.

**Results:** The male-to-female ratio was 1.67:1. A majority of patients (68.8%) were of working age (18–39 years), with a mean age of  $29.63 \pm 11.8$  years. The most common cause of injury was traffic accidents (78.1%). Condylar neck fractures accounted for the majority of cases (71.9%). Immediately postoperatively, 84.4% of patients achieved satisfactory occlusion. The majority (62.5%) attained a maximal mouth opening of over 4 cm. Mild postoperative pain (VAS scale) was reported by 93.8% of patients. Complications included facial nerve branch injury in 3 cases, postoperative sialoceles in 3 cases, and postoperative bleeding in 1 case. At 6-month follow-up, 93.8% of patients demonstrated stable occlusion, with only 2 patients exhibiting mild malocclusion (open bite involving 1–3 teeth). A maximal mouth opening  $>4$  cm was observed in 84.4% of cases. Scar healing was cosmetically acceptable in 87.5% of patients. Only 1 patient had facial nerve branch involvement. All cases showed satisfactory bone healing on radiographs. No cases of parotid fistula or Frey's syndrome were recorded.

**Conclusion:** *The preauricular transparotid approach offers multiple advantages in the management of mandibular condylar fractures, including direct access to the fracture site, reduced need for extensive dissection, minimized tissue trauma, and favorable surgical exposure for reduction and fixation. The incision follows the natural skin crease, thus minimizing visible scarring. However, the technique requires a skilled surgeon to avoid complications such as facial nerve injury and parotid fistula formation.*

**Keywords:** *mandibular condyle, preauricular transparotid approach.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lồi cầu xương hàm dưới (XHD) là một trong những dạng gãy xương phổ biến nhất trong chấn thương hàm mặt, chiếm khoảng 25–50% tổng số trường hợp gãy xương hàm [1]. Điều trị gãy lồi cầu XHD có hai phương pháp phổ biến là điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật. Trong đó điều trị bảo tồn thường được chỉ định cho các trường hợp gãy không hoặc ít di lệch (Phân loại I theo phân loại của Bhagol và CS) hoặc BN có chống chỉ định phẫu thuật. Phẫu thuật vẫn là một lựa chọn tối ưu cho các trường hợp gãy lồi cầu di lệch trung bình và di lệch nhiều (Phân loại II, III theo phân loại của Bhagol và CS) [6]. Tuy nhiên, một trong những khó khăn khi mổ mở là lựa chọn đường mổ để vừa đảm bảo bộc lộ tốt trường phẫu thuật, vừa hạn chế tổn thương các cấu trúc lân cận, đặc biệt là dây thần kinh mặt và tuyến mang tai. Đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai là một trong những đường mổ được lựa chọn với ưu điểm như cho phép bộc lộ trực tiếp vị trí gãy, giảm thiểu căng kéo tổ chức chứa nhánh thần kinh mặt, đồng thời giúp cố định xương dễ dàng [1],[2]. Tại Bệnh viện Quân y 175, đường mổ trước tai

xuyên tuyến mang tai đã được ứng dụng trong điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới. Tuy nhiên, hiệu quả lâm sàng và mức độ an toàn của kỹ thuật này vẫn chưa được đánh giá hệ thống tại cơ sở. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai trong điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 175.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 BN được chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương, có chỉ định phẫu thuật nắn chỉnh kết xương qua đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 06 năm 2025.

#### \* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Gãy lồi cầu XHD do chấn thương, loại II, III theo phân loại Bhagol và CS.
- BN có đủ điều kiện toàn thân để tiến hành phẫu thuật.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ**

- BN gãy lồi cầu xương hàm dưới không do chấn thương hoặc không có chỉ định phẫu thuật.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp

- Quy trình phẫu thuật: BN nằm ngửa, gây mê nội khí quản qua mũi. Bước 1: rạch da theo đường trước tai, bóc tách tổ chức dưới da. Xác định vị trí gãy xương trên lâm sàng. Mở cân tuyến mang tai trực tiếp trên vị trí gãy xương. Bóc tách xuyên tuyến mang tai theo chiều song song với đường đi của nhánh dây thần kinh số VII (cửa sổ giải phẫu không thần kinh mặt) [1]. Nếu trên đường đi gặp nhánh của dây thần kinh số VII thì vén dây sang một bên. Tiếp tục bóc tách qua cơ cắn đến vị trí tổn thương, bóc màng xương, bộc lộ ổ gãy. Bước 2: đóng khớp cắn đúng bằng vít neo liên hàm hoặc cung cố định hàm, nắn chỉnh 2 đầu xương gãy về vị trí giải phẫu, kết xương bằng 1 đến 2 nẹp thẳng 3-4 lỗ. Bước 3: Bơm rửa, cầm máu, khâu cơ cắn, khâu kỹ bao tuyến mang tai 2-3 lần. Băng ép vết mổ.

- Khám và ghi nhận các thông tin sau 7-10 ngày phẫu thuật.

- Hẹn tái khám sau 6 tháng, chụp Xquang, đánh giá kết quả và ghi nhận di chứng sau điều trị.

**2.4. Thu thập số liệu**

BN được thu thập các thông tin về tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương,

lâm sàng không nhóm chứng.

**2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu**

- Bệnh nhân nhập viện, khám, ghi nhận thông tin hành chính, làm bệnh án, làm xét nghiệm cận lâm sàng và ra y lệnh điều trị, chỉ định phẫu thuật với các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.



Hình: Đường mổ trước tai [2]

vị trí tổn thương. Kết quả ngay sau phẫu thuật gồm: Khớp cắn, biên độ há miệng, chảy máu, tình trạng vết mổ, tình trạng dây thần kinh số VII, tụ nước bọt. Đau vết mổ theo thang điểm VAS. Kết quả sau 6 tháng: khớp cắn, biên độ há miệng, sẹo mổ, tình trạng dây thần kinh số VII, rò nước bọt, hội chứng Frey. Hình ảnh liên xương trên Xquang.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm          |                    | Số lượng (n=32) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| Giới tính         | Nam                | 20              | 62,5      |
|                   | Nữ                 | 12              | 37,5      |
|                   | Tổng               | 32              | 100       |
| Tuổi              | Dưới 18            | 3               | 9,4       |
|                   | Từ 19 đến 39       | 22              | 68,8      |
|                   | Từ 40 đến 59       | 5               | 15,6      |
|                   | Trên 60 tuổi       | 2               | 6,3       |
|                   | Tổng               | 32              | 100       |
|                   | Tuổi trung bình    | 29,63±11,8      |           |
| Nguyên nhân       | Tai nạn giao thông | 25              | 78,1      |
|                   | Tai nạn lao động   | 3               | 9,4       |
|                   | Tai nạn sinh hoạt  | 4               | 12,5      |
|                   | Tổng               | 32              | 100       |
| Vị trí tổn thương | Cổ lồi cầu         | 23              | 71,9      |
|                   | Dưới lồi cầu       | 9               | 28,1      |
|                   | Tổng               | 32              | 100       |

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới chiếm chủ yếu với 62,5%. 68,8% BN ở độ tuổi lao động từ 18 đến 39 tuổi, tuổi trung bình là 29,63±11,8. Nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông chiếm 78,1%. Trong đó gãy cổ lồi cầu chiếm đa số với 71,9%.

### 3.2. Kết quả ngay sau phẫu thuật

**Bảng 3.2. Kết quả ngay sau phẫu thuật**

| Tiêu chí đánh giá                  |                    | Số lượng (n=32) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| Tình trạng khớp cắn                | Tốt                | 27              | 84,4      |
|                                    | Hở từ 1-3 răng     | 4               | 12,5      |
|                                    | Hở trên 3 răng     | 1               | 3,1       |
| Há miệng                           | Trên 4 cm          | 20              | 62,5      |
|                                    | Từ 3 - 4 cm        | 7               | 21,9      |
|                                    | Dưới 3 cm          | 5               | 15,6      |
| Tình trạng đau theo thang điểm VAS | 0                  | 0               | 00        |
|                                    | 1-3                | 30              | 93,8      |
|                                    | 4-6                | 2               | 6,2       |
|                                    | 7-10               | 0               | 00        |
| Tình trạng dây thần kinh VII       | Tổn thương nhánh   | 3               | 9,4       |
|                                    | Tổn thương toàn bộ | 0               | 00        |
| Tụ nước bọt                        |                    | 3               | 9,4       |
| Chảy máu vết mổ                    |                    | 1               | 3,1       |

Nhận xét: đa số BN có khớp cắn tốt ngay sau phẫu thuật, chiếm 84,4%. BN há miệng đạt trên 4 cm sau mổ chiếm chủ yếu với 62,5%. Mức độ đau theo thang VAS: 93,8% BN chỉ đau nhẹ sau phẫu thuật. Có 3 BN tổn thương nhánh thần kinh mặt, 3 BN có tụ nước bọt sau mổ và 1 BN chảy máu sau mổ.

3.3. Kết quả 6 tháng sau phẫu thuật

Bảng 3.2. Kết quả 6 tháng sau phẫu thuật

| Tiêu chí đánh giá            |                           | Số lượng (n=32) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------|
| Tình trạng khớp cắn          | Tốt                       | 30              | 93,8      |
|                              | Hở từ 1-3 răng            | 2               | 6,2       |
|                              | Hở trên 3 răng            | 0               | 00        |
| Há miệng                     | Trên 4 cm                 | 27              | 84,4      |
|                              | Từ 3 - 4 cm               | 5               | 15,6      |
|                              | Dưới 3 cm                 | 0               | 00        |
| Sẹo mổ                       | Liên tốt, nhìn mờ         | 28              | 87,5      |
|                              | Liên tốt, nhìn rõ         | 4               | 12,5      |
|                              | Sẹo xấu, co kéo           | 0               | 00        |
| Tình trạng dây thần kinh VII | Tổn thương nhánh          | 1               | 3,1       |
|                              | Tổn thương toàn bộ        | 0               | 00        |
| Rò nước bọt                  |                           | 0               | 00        |
| Hội chứng Frey               |                           | 0               | 00        |
| Hình ảnh Xquang              | Can xương tốt             | 32              | 100%      |
|                              | Chậm can xương            | 00              | 00        |
|                              | Không can xương, khớp giả | 00              | 00        |

Nhận xét: sau 6 tháng tình trạng khớp cắn của BN cải thiện tốt với 93,8% BN có khớp cắn đúng, chỉ có 2 BN hở khớp cắn từ 1-3 răng. 84,4% BN há miệng trên 4 cm. Chủ yếu BN có sẹo liên đẹp với 87,5%. 1 BN có tổn thương nhánh thần kinh VII. 100% BN liên thương tốt trên Xquang. Không có BN nào rò tuyến nước bọt cũng như hội chứng Frey.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 62,5%, tương đương với kết quả của Girhe [2], trong đó nam giới chiếm 69,9%. Sự chênh lệch giới tính này có thể giải thích bởi nam giới thường tham gia lao động nặng, điều khiển phương tiện và dễ tiếp xúc với nguy cơ chấn thương hơn. Độ tuổi trung bình là 29,63, chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi lao động từ 18–39 tuổi (68,8%), phù hợp với nghiên cứu của Croce [1] và El-Anwar [3] trong đó nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 20 đến 40 tuổi, và trung bình tuổi là 36,09. Đây là nhóm tuổi hoạt động xã hội cao, dễ gặp chấn thương do tai nạn. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (78,1%), tỷ lệ này cao hơn so với các tác giả khác. Điều này hoàn toàn phù hợp với tình hình thực tiễn tại Việt Nam, khi mật độ giao thông rất dày, cơ sở hạ tầng giao thông chưa đáp ứng, nên tỷ lệ tai nạn giao thông vẫn ở mức cao.

Về vị trí gãy, gãy cổ lồi cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (71,9%), trong khi nghiên cứu của Girhe [2] ghi nhận tỷ lệ này là 58,5%. Tuy nhiên với các trường hợp gãy cổ lồi cầu, chúng tôi nhận thấy nếu tiếp cận qua đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai sẽ hợp lý hơn là các đường mổ khác như dưới hàm. Vì nếu qua các đường mổ đó thì sẽ phải bóc tách rộng hơn. Chính vì vậy nên việc lựa chọn đường mổ trước

tai xuyên tuyến mang tai cũng phù hợp hơn cho nhóm đối tượng này.

### 4.2. Kết quả ngay sau phẫu thuật

Ngay sau phẫu thuật, đa số BN đạt khớp cắn đúng (84,4%), có 1 BN có khớp cắn hở trên 3 răng chiếm 3,1%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của El-Anwar và cộng sự [3] với 85% ca đạt khớp cắn tốt, nhưng cao hơn so với báo cáo của Yabe [4] là 76,5%. Theo chúng tôi nhận định khớp cắn đúng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tính chất tổn thương, di lệch xương, tình trạng BN, tổn thương kết hợp và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Hầu hết các BN của chúng tôi được nắn chỉnh xương về vị trí giải phẫu tốt, nhưng sau mổ có thể xuất hiện sai khớp cắn do tình trạng co kéo của các cơ. Các BN này đều được chúng tôi cố định liên hàm bổ sung từ 7-10 ngày. Đáng chú ý, phần lớn BN chỉ đau nhẹ (VAS thấp chỉ dưới 3 điểm), chiếm 93,8%, phù hợp với nghiên cứu của Yabe [2] và Croce [1]. Điều này có thể được giải thích cho đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai đi trực tiếp vào đường gãy, nên các thao tác bóc tách ít hơn, ít gây tổn thương các mô hơn. Ngoài ra, việc bóc lộ trực tiếp tổn thương cũng tránh gây co kéo trong quá trình nắn chỉnh xương, hạn chế đau ở BN.

Ngay sau mổ chúng tôi nhận thấy có 3 BN có tổn thương nhánh của dây thần kinh mặt. Về mặt cấu trúc giải phẫu, dây thần kinh mặt đi vào tuyến mang tai và chia thành 2 nhánh, một số

người thần kinh mặt được chia thành 3 nhánh, sau đó chia thành 5 nhánh tận. Thông thường có BN có nhánh nối giữa nhánh gò má và nhánh má. Trong đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai, kỹ thuật bóc tách là bóc tách song song với hướng đi của các dây thần kinh, bóc tách giữa các nhánh và không bộc lộ thần kinh, nếu nhìn thấy thần kinh thì vén sang một bên. Do đó có lợi điểm là không gây tổn thương dây thần kinh. Hay theo miêu tả của Croce [1], thì đây được coi là cửa sổ giải phẫu không dây thần kinh. Do đó so sánh với các đường mổ khác thì đường mổ này cho thấy tỷ lệ tổn thương thần kinh ít hơn [1]. Trong số BN của chúng tôi, có 3 BN liệt dây thần kinh mặt chủ yếu là nhánh má - gò má (2 BN) và 1 BN tổn thương nhánh trán. Các tổn thương này cũng khá phù hợp với cấu trúc giải phẫu là vị trí của các nhánh thần kinh này tương ứng với vị trí của cổ và dưới lồi cầu xương hàm dưới.

Tỷ lệ BN có tụ nước bọt là 9,4%. Đây cũng là một nhược điểm của đường mổ xuyên tuyến mang tai. Do quá trình bóc tách phải bóc tách qua các cấu trúc của tuyến mang tai, nên gây tổn thương tuyến. Do đó luôn tiềm ẩn nguy cơ rò và tụ dịch. Tai biến này hoàn toàn có thể phòng tránh được bằng cách bóc tách theo các lớp giải phẫu, khâu đóng kín bao tuyến và chủ động băng ép sau mổ. Các BN rò này được chúng tôi băng ép sau mổ ít nhất 1 tháng và theo dõi đánh giá thường xuyên.

Về tỷ lệ chảy máu chúng tôi chỉ gặp 1 BN. Đường mổ này đi trực tiếp vào tổn thương nên cũng hạn chế biến chứng chảy máu sau mổ. BN này được chúng tôi băng ép sau đó máu tự cầm, không cần phải tiến hành mở lại tổn thương để cầm máu.

### **4.3. Kết quả sau 6 tháng**

Sau 6 tháng chúng tôi nhận thấy tình trạng há miệng và khớp cắn của BN đều được cải thiện. Tình trạng khớp cắn tốt với 93,8% BN, chỉ có 2 BN hở khớp cắn từ 1-3 răng. 100% BN há miệng trên 3 cm. Theo nghiên cứu của Croce [1], 100% BN có khớp cắn đúng sau 1 tháng. 2 BN trong nghiên cứu của chúng tôi có hở khớp cắn từ 1-3 răng do tình trạng gãy xương kết hợp. Đối với các phẫu thuật mổ mở nói chung, tỷ lệ há miệng tốt của BN luôn cao, trong nghiên cứu của Croce thì sau 1 tháng, biên độ há miệng trung bình của các BN là 38,9mm.

Về tình trạng sẹo mổ, 87,6% BN có sẹo liền tốt, mờ. Thông thường đường mổ của chúng tôi đi trước bình tai, theo các nếp gấp tự nhiên của da, nên tỷ lệ liền sẹo đẹp chiếm tỷ lệ cao. 1 BN tổn thương nhánh dây thần kinh mặt và nhánh má gò má. Tình trạng rò nước bọt và hội chứng Frey không gặp ở BN nào. Sau 6 tháng, 100% BN có hình ảnh liền xương tốt trên lâm sàng. Đây cũng được coi là một lợi điểm của đường mổ này trong kết xương, bởi việc bóc tách trực tiếp hạn chế lóc màng xương nhiều, do đó cả 2 đầu xương

gãy đều được nuôi dưỡng tốt. So sánh với các đường mổ khác như đường mổ dưới hàm, đòi hỏi phải bóc tách màng xương nhiều, sẽ làm ảnh hưởng đến quá trình nuôi dưỡng của 2 đầu xương [5].

## V. KẾT LUẬN

Đường mổ trước tai xuyên tuyến mang tai trong phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới có những ưu điểm và khuyết điểm sau:

- Ưu điểm: Bộc lộ trực tiếp tổn

thương nên hạn chế thao tác bóc tách bộc lộ ổ gãy, từ đó hạn chế tổn thương mô mềm, trường mổ đủ rộng để thuận tiện cho nắn chỉnh kết xương, sẹo trùng với nếp nhăn da nên hạn chế sẹo xấu.

- Nhược điểm: Có nguy cơ rò tuyến do can thiệp qua tuyến. Mặc dù bóc tách qua cửa sổ giải phẫu không dây thần kinh mặt nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ tổn thương dây thần kinh VII do cấu trúc giải phẫu hoặc vị trí gãy xương trùng với đường đi của dây thần kinh số VII.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Croce A., Moretti A., Vitullo F., Castriotta A., Falcone G. (2010), “Transparotid approach with partial parotidectomy for the treatment of mandibular condyle fractures”, *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 30(6), tr. 303–307.
2. Girhe V., Srivastava A., Jha A., Das S. (2021), “Evaluation of preauricular transparotid approach in management of condylar fractures: An institutional experience of 82 cases”, *Oral and Maxillofacial Surgery*, 25(3), tr. 345–351.
3. El-Anwar M.W., Hegab A.F., Al-Kotb M.A., Hafez M.M. (2021), “Transparotid approach for open reduction and internal fixation of subcondylar mandibular fractures”, *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 37(1), tr. 1–6.
4. Tetsuji Yabe, Tomoyuki Tsuda, Shunsuke Hirose, Toshiyuki Ozawa (2013), “Preauricular Transparotid Approach to Mandibular Condylar Fractures Without Dissecting Facial Nerves”, *The Journal of Craniofacial Surgery*, 24(4), tr. 1365–1367.
5. Ellis E, Throckmorton GS (2005) Treatment of mandibular condylar process fractures: biological considerations. *J Oral Maxillofac Surg.* 63(1):115–134
6. Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2024), Gãy lồi cầu xương hàm dưới, *nhà xuất bản Y học*, 151-154.