

## Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh Cơ sở 2

Võ Nhật Thiên An<sup>1</sup>, Võ Huy Hùng<sup>1</sup>, Âu Thị Cẩm Lệ<sup>1</sup>, Võ Thị Thanh Giúp<sup>1</sup>, Đặng Văn Tiến<sup>2</sup>, Trần Anh Tuấn<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2, Thành phố Hồ Chí Minh

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt là điều trị chủ yếu cho u tuyến nước bọt lành tính. Tuy vậy, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị và biến chứng phẫu thuật lâu dài. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả kết quả phẫu thuật u tuyến nước bọt ngay sau mổ và một năm sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược – Cơ sở 2.

**Đối tượng, phương pháp:** Mô tả hàng loạt ca. Bệnh nhân u tuyến nước bọt lành tính từ 18 tuổi trở lên được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 2. Bệnh nhân được liên lạc qua điện thoại sau một năm điều trị để đánh giá lại.

**Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi mô tả kết quả điều trị của 28 bệnh nhân u tuyến nước bọt. Trong 24 ca u tuyến mang tai, có một trường hợp tái phát một năm sau phẫu thuật. Các biến chứng phổ biến là liệt mặt (04 ca), tê vùng tai góc hàm (04 ca) và nề vết mổ (05 ca); đa số các biến chứng đều hết sau một năm. Trong 4 ca u tuyến dưới hàm, không có trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật và tái phát sau một năm theo dõi.

**Kết luận:** Kỹ thuật bóc u ngoài bao kết hợp bảo tồn tuyến có thể kiểm soát tốt bệnh, hầu như không ghi nhận tái phát trong thời gian theo dõi và ghi nhận tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp.

**Từ khóa:** U tuyến nước bọt, Bóc u ngoài bao, Biến chứng phẫu thuật

### Abstract

#### Evaluation of The Early Treatment Results of Benign Salivary Gland Tumor Surgeries at the University Medical Center – Branch 2

**Background/Objectives:** Surgical excision is the primary treatment for benign salivary gland tumors. However, there remains a paucity of studies evaluating long-term surgical outcomes and complications. This study aimed to describe both immediate postoperative outcomes and one-year follow-up results of salivary gland tumor surgery performed at University Medical Center – Branch 2.

**Methods:** We conducted a descriptive case series. Eligible participants were patients aged 18 years or older with benign salivary gland tumors who underwent surgical resection at University Medical Center Ho Chi Minh City – Branch 2. Patients were contacted by telephone one year after surgery for follow-up evaluation.

**Results:** The study included 28 patients with benign salivary gland tumors. Among 24 parotid tumor cases, one recurrence was observed within one year.

**Ngày nhận bài:**

29/09/2025

**Ngày phân biện:**

11/10/2025

**Ngày đăng bài:**

20/01/2026

**Tác giả liên hệ:**

Võ Nhật Thiên An

**Email:**

vntan.umc@gmail.com

**ĐT:** 0703405955

Common complications included facial nerve palsy (4 cases), hypoesthesia at the auriculo mandibular region (4 cases), and postoperative swelling at the incision site (5 cases). Most complications resolved within one year. In the four submandibular tumor cases, no postoperative complications or recurrences were observed during the one-year follow-up.

**Conclusions:** Extracapsular tumor dissection combined with gland preservation demonstrated effective disease control, with minimal recurrence within the follow-up period and a low rate of postoperative complications.

**Keywords:** Salivary gland tumor, Extracapsular dissection, Surgical complications

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt là nhóm bệnh lý đa dạng về mô bệnh học và biểu hiện lâm sàng, chiếm một tỷ lệ đáng kể trong các khối u vùng đầu cổ. Nhiều tổng quan cho thấy tuyến mang tai là vị trí thường gặp nhất của u lành (khoảng 70%), còn các tuyến nhỏ lại chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm u ác tính; đồng thời ung thư tuyến nước bọt nói chung chiếm khoảng 6–8% ung thư đầu cổ [1, 2]. Về giải phẫu bệnh học, u tuyến đa hình là thể u lành thường gặp nhất, kế đến là u Warthin; phân bố này ổn định qua nhiều dân số nghiên cứu [3]. Ở Việt Nam, số liệu từ nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (2019–2020) cho thấy trong các u lành sau phẫu thuật, u đa hình chiếm 63,4% và u Warthin 34,1% [4].

Điều trị chuẩn cho u lành tuyến mang tai vẫn là phẫu thuật với những chiến lược khác nhau tùy vị trí và kích thước. Xu hướng gần đây ủng hộ kỹ thuật bóc u ngoài bao chọn lọc cho u nhỏ hoặc thụ nông nhằm giảm biến chứng mà vẫn đảm bảo kiểm soát u; tuy vậy, lựa chọn kỹ thuật cần cá thể hóa theo nguy cơ và kinh nghiệm phẫu thuật viên [5, 6]. Trên thế giới, liệt mặt sau mổ được báo cáo với tỷ lệ dao động, đa số là thoáng qua. Những phân tích gần đây nhấn mạnh tác động của mức độ cắt tuyến và vị trí u đến nguy cơ tổn thương thần kinh mặt [7].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu cơ sở góp phần quan trọng cho thực hành: số liệu tại Huế ghi nhận đa số khối u xuất hiện ở tuyến mang tai (75,6%); kích thước thường gặp 20-40 mm, ranh giới sờ rõ; trên CT, nhóm kích thước 20-40 mm chiếm ưu thế và hình ảnh đồng nhất phổ biến. Sau phẫu thuật tuyến mang tai, biến chứng thường gặp là tê quanh tai (77,4% tuần đầu) và

liệt mặt thoáng qua (41,9% tuần đầu, còn 11,5% sau 3 tháng [4]). Tuy vậy, kết quả điều trị lâu dài, bao gồm tình trạng các biến chứng và tái phát u sau mổ 12 đến 18 tháng vẫn còn hạn chế. Các tác giả thống nhất nhu cầu cần thêm nhiều báo cáo về kết quả điều trị cũng như biến chứng của phẫu thuật u tuyến nước bọt tại Việt Nam [2, 8]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả kết quả sớm phẫu thuật u tuyến nước bọt tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tập trung vào các biến chứng và tái phát u.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt ca.

### 2.2. Dân số nghiên cứu

Dân số đích: Bệnh nhân u tuyến nước bọt lành tính

Dân số nghiên cứu: Bệnh nhân u tuyến nước bọt tai lành tính được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 2

Tiêu chuẩn chọn vào:

- Từ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh được chẩn đoán U tuyến nước bọt lành tính thông qua siêu âm, CTscan và FNA.

- Có chỉ định phẫu thuật cắt u.

Tiêu chuẩn loại ra:

- Người bệnh suy kiệt không đáp ứng đủ tiêu chuẩn phẫu thuật.

### 2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu liên tục

### 2.4. Phương pháp tiến hành

Tất cả người bệnh được chẩn đoán U lành tính tuyến nước bọt và được phẫu thuật cắt u

tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 2 thỏa tiêu chuẩn chọn vào trong thời gian nghiên cứu được hỏi và ký bằng đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Các thông tin cơ bản của bệnh nhân (tuổi, giới tính), bệnh sử và triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (thời gian xuất hiện, vị trí, kích thước, đau, mật độ, di động, bờ khối u, kết quả giải phẫu bệnh), thông tin điều trị và biến chứng (thời gian nằm viện, triệu chứng tê mặt, triệu chứng tụ máu, triệu chứng liệt mặt, triệu chứng tê vùng bờ hàm dưới, hội chứng Frey, tái phát u). Các thông tin về biến chứng sớm sau phẫu thuật được thu thập bằng cách phỏng vấn qua điện thoại.

Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp bóc u ngoài bao. Đối với u tuyến mang tai, rạch da theo đường Blair khoảng 8cm và bóc lộ tuyến mang tai; đối với u tuyến dưới hàm thì rạch da theo đường cách bờ hàm dưới 2 cm; đường rạch khoảng 4-5 cm. Sau đó bóc tách khối u theo vỏ bao khối nhu mô tuyến, kiểm tra thấy khối u có vỏ bao rõ, không xâm lấn, dính mô xung quanh, lấy trọn u gửi giải phẫu bệnh. Đối với cắt u tuyến mang tai, phẫu thuật viên cần kiểm tra việc bảo tồn dây VII không bị tổn thương.

## 2.5. Xử lý thống kê

Thống kê mô tả sử dụng trong nghiên cứu này được xử lý bằng phần mềm STATA 17. Số liệu định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ; số liệu định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối bình thường, số trung vị và khoảng tứ vị nếu phân phối không bình thường.

## 2.6. Đạo đức nghiên cứu y sinh học

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 2, số: 2613/ĐHYD-HĐĐĐ.

## 3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025, nhóm nghiên cứu thu nhận được 28 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nước bọt có chỉ định phẫu thuật (Bảng 1). Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là 48,7 ( $\pm 13,5$ ) với nam giới chiếm đa số (71,4%). Đa số bệnh nhân không có tiền căn nội khoa hay ngoại khoa, 6 bệnh nhân (21,4%) có tăng huyết áp, 2 bệnh nhân (7,1%) có tiền căn u tuyến mang tai, 2 bệnh nhân (7,1%) có tiền căn phẫu thuật tuyến giáp, trong đó có một trường hợp ung thư tuyến giáp. Đa số các trường hợp đến khám và điều trị lần này đã phát hiện u dưới hai năm (60,7%).

**Bảng 1.** Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=28).

Biến số	Tuyến mang tai N=24	Tuyến dưới hàm N=4
Giới tính Nam	20 (83,3%)	3 (75,0%)
Tuổi (năm)	50,4 ( $\pm 12,7$ )	38,5 ( $\pm 16,1$ )
Hút thuốc lá	9 (37,5%)	1 (25%)
Tiền căn		
U tuyến mang tai	2 (8,3%)	0 (0%)
U giáp	2 (8,3%)	0 (0%)
Tăng huyết áp	6 (25,0%)	0 (0%)
Thời gian phát hiện u		
Dưới 6 tháng	7 (29,2%)	2 (50,0%)
6 tháng – 2 năm	6 (25,0%)	2 (50,0%)
Trên 2 năm	11 (45,8%)	0

Có 24 bệnh nhân có u tuyến mang tai (85,7%), trong đó, vị trí thường gặp nhất là mang tai (13 ca), sau đó là góc hàm (6 ca). Đa số các trường hợp có u bên phải (64,3%), có 2 ca có u ở hai bên (và đều là u tuyến mang tai).

Khám lâm sàng cho thấy chỉ có 2 trường hợp u tuyến mang tai có triệu chứng đau, 3 trường hợp u tuyến mang tai di động kém. Không trường hợp u tuyến nước bọt nào có liệt mặt và hạch cổ trên lâm sàng.

Kết quả chẩn đoán hình ảnh cho thấy phần lớn u tuyến mang tai xuất hiện ở thùy nông (83,3%). Phần nửa u tuyến nước bọt có kích thước nhỏ, dưới 20mm (50,0%), khối u lớn nhất có kích thước 45x35mm và khối u nhỏ nhất là 13x12mm. Tất cả u có vỏ bao rõ, đa số bờ đều, có 4 ca bờ không đều (14,3%). 11 trường hợp có hạch lân cận phát hiện trên siêu âm (39,3%).

**Bảng 2.** Đặc điểm lâm sàng u tuyến nước bọt (N=28).

Biến số	Tuyến mang tai N=24	Tuyến dưới hàm N=4
Đau	2 (8,3%)	0 (0%)
Di động kém	3 (12,5%)	0 (0%)
Bên		
Phải	16 (66,7%)	2 (50,0%)
Trái	6 (25,0%)	2 (50,0%)
Hai bên	2 (8,3%)	0 (0%)
Thùy		
Nông và sâu	4 (16,7%)	-
Nông	20 (83,3%)	-
Kích thước u		
<20mm	10 (41,7%)	4 (100%)
20-40 mm	13 (54,2%)	0
>40mm	1 (4,1%)	0
Hạch lân cận	10 (41,7%)	1 (25%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	65 (43,75 – 115)	75 (61,25 – 80,5)
Thời gian nằm viện (ngày)	3,8 (±1,2)	3,0 (±0,8)

Sau phẫu thuật cắt u tuyến mang tai, có bốn bệnh nhân có liệt mặt (Theo phân độ House Brackmann là từ độ 2 (HB2) đến độ 4 (HB4)), 4 bệnh nhân tê vùng tai góc hàm, 5 bệnh nhân có sưng nề nhẹ vùng mặt (Hình 1).



**Hình 1.** Vết mổ nề nhẹ ngay sau phẫu thuật.

Không ghi nhận trường hợp nào có hội chứng Frey, rò nước bọt, nhiễm trùng, hay tụ dịch (Hình 2). Kết quả giải phẫu bệnh (Bảng 4) của u tuyến mang tai bao gồm 29,2% u tuyến đa dạng, 25% u Warthin, 16,5% u tuyến tế bào đáy, 29,2% các loại khác (u bọc sừng lạnh tính, u tế bào Schwann, nang lympho biểu mô tuyến nước bọt, mô viêm cấp áp-xe hóa, viêm tuyến nước bọt mạn tính).



**Hình 2.** Sau mổ, bệnh nhân được đặt penrose 2-3 ngày, vết mổ không sưng nề, không chảy máu, không tụ dịch.

Sau phẫu thuật cắt u tuyến dưới hàm, tất cả các bệnh nhân đều ổn định, không ghi nhận tê lưỡi, vận động lưỡi bình thường, không tê bờ hàm dưới, không tụ dịch, rò nước bọt, hay nhiễm trùng. Kết quả giải phẫu bệnh của u tuyến dưới hàm đều là u tuyến đa dạng.

**Bảng 3.** Một số biến chứng sau mổ Tuyến mang tai một năm (N=24).

Biến số	Ngay sau mổ	Một năm sau mổ
Liệt mặt		
HB4	1 (4,2%)	0
HB2	3 (10,7%)	1 (4,2%)
Tê vùng tai góc hàm		
Tê	3 (12,5%)	0
Ít tê	1 (4,2%)	2 (8,3%)
Nề	5 (20,8%)	0

Sau thời điểm phẫu thuật cắt u tuyến mang tai một năm, vẫn còn một số bệnh nhân chưa hết hẳn biến chứng sau mổ, dù có giảm. Ba bệnh nhân liệt mặt HB2 sau mổ đã không còn triệu chứng sau một năm, một bệnh nhân HB4 giảm mức độ còn HB2 tại thời điểm một năm. Có hai bệnh nhân báo cáo đã giảm tê vùng tai góc hàm, hai bệnh nhân báo đã hết. Sau phẫu thuật, có năm bệnh nhân sưng nề ít vùng mặt, và đã khỏi hẳn khi đánh giá lại sau một năm. Đối với phẫu thuật cắt u tuyến dưới hàm, không ghi nhận biến chứng ngay sau phẫu thuật cũng như tại thời điểm một năm sau mổ.

**Bảng 4.** Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật (N=28).

Biến số	Tuyến mang tai N=24	Tuyến dưới hàm N=4
U warthin	6 (25,0%)	0
U tuyến đa dạng	7 (29,2%)	4 (100%)
U tuyến tế bào đáy	4 (16,6%)	0
Khác	7 (29,2%)	0

Trong số 28 bệnh nhân, chỉ có một bệnh nhân tái phát u tuyến mang tai sau phẫu thuật được báo cáo cụ thể sau đây. Bệnh nhân nữ, 40 tuổi (thời điểm nhập viện) tiền căn u tuyến mang tai phải đã phẫu thuật trước đó 10 năm, đến khám vì có khối sưng, chắc, kém di động, không đau, khoảng 30x40 mm ở dưới tai góc hàm phải. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tuyến mang tai vào tháng 5/2024 với kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến đa dạng, rìa diện cắt còn u. Sau phẫu thuật, vết mổ nề nhẹ, không sưng, không chảy máu. Liệt mặt nhẹ: Méo miệng - Mắt nhắm kín - HB2 (Hình 3). Đến tháng 4/2025, bệnh nhân được siêu âm lại, kết quả cho thấy góc hàm Phải có đám hạch 46x20mm; mắt rốn hạch, không tăng tưới máu, khả năng u tái phát.



**Hình 3.** Thang điểm House Brackmann 2: miệng méo về bên Trái, mắt nhắm kín.

#### 4. BÀN LUẬN

Báo cáo của chúng tôi ghi nhận 28 bệnh nhân u tuyến nước bọt được khám, điều trị, và theo dõi tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 2 có tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp, chỉ ghi nhận ở phẫu thuật cắt u tuyến mang tai. Vấn đề phổ biến nhất sau mổ u tuyến mang tai là nề mắt, liệt mặt, và tê vùng tai. Có một trường hợp tái phát sau phẫu thuật cắt u tuyến mang tai. Sau mổ u tuyến dưới hàm không ghi nhận các trường hợp biến chứng cũng như tái phát.

Trên thế giới, tỉ lệ nữ giới phát triển u tuyến nước bọt đa dạng (pleomorphic adenoma) chiếm ưu thế (60%) [3], trong khi tỉ lệ nam giới mắc u warthin cao hơn [9] và có thể liên quan thói quen hút thuốc lá [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm hơn 70% mẫu nghiên cứu. Một số báo cáo trong nước cho thấy tỉ số giới tính trong mẫu nghiên cứu u tuyến nước bọt không có xu hướng rõ ràng [2, 4]. Sự khác biệt trong các báo cáo trong nước có thể do kích thước mẫu hạn chế.

Phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt nhìn chung an toàn. Nhiều nghiên cứu cho thấy có thể thực hiện phẫu thuật trong ngày ở bệnh nhân được chọn lọc, với tỉ lệ tái phát và biến chứng ngắn hạn thấp và tương đương điều trị nội trú [11]. Một số biến chứng đáng chú ý là liệt dây VII, hội chứng Frey, tụ dịch, nhiễm trùng. Liệt dây VII là một trong những biến chứng phổ biến nhất với tỉ lệ dao động khá lớn, từ 15% đến 60% sau phẫu thuật, và có thể hồi phục sau 6 tháng tới một năm [12, 13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ liệt mặt sau phẫu thuật là 14,3% và giảm còn một nửa sau một

năm theo dõi. Điều này có thể được lý giải do hầu hết trường hợp chỉ định phẫu thuật là u lành tính, kích thước vừa phải và chủ yếu ở thùy nông tuyến mang tai, giúp phẫu thuật viên dễ tiếp cận và bảo tồn dây VII. Sau một năm theo dõi, phần lớn bệnh nhân phục hồi chức năng, chỉ còn hai trường hợp có biểu hiện yếu nhẹ (HB2). Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân xuất hiện liệt mặt độ IV theo thang House–Brackmann sau phẫu thuật cắt u tuyến mang tai. Bệnh nhân biểu hiện lâm sàng với méo miệng, mắt nhắm không kín và mắt nếp nhăn trán. Khối u có kích thước lớn (37 × 33 mm), lan rộng cả hai thùy tuyến mang tai. Kích thước đáng kể và vị trí trải rộng của khối u là các yếu tố nguy cơ khiến dây thần kinh mặt nằm gần sát diện mổ, làm tăng khả năng tổn thương trong quá trình phẫu thuật. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị phục hồi chức năng với vật lý trị liệu và châm cứu kéo dài. Tái khám sau một năm ghi nhận chức năng mặt cải thiện rõ rệt, chỉ còn lệch miệng nhẹ và mắt đã nhắm kín hoàn toàn. Qua các nghiên cứu cho thấy, hầu hết tình trạng liệt mặt sau mổ rất thấp và tự phục hồi sau đó. Việc đó cho thấy việc phẫu thuật lấy u sẽ hạn chế ảnh hưởng tới tổn thương dây thần kinh VII; các trường có liệt dây VII có xu hướng hồi phục thuận lợi sau đó và phù hợp với nhận định rằng đa số liệt dây VII sau mổ là tạm thời; có thể là do việc căng kéo mô hoặc ảnh hưởng bởi nhiệt lên dây VII trong lúc phẫu thuật.

Một biến chứng thường gặp khác là rối loạn cảm giác vùng tai góc hàm, chúng tôi ghi nhận 4 bệnh nhân (14,3%) bị tê sau mổ, trong đó 2 trường hợp giảm rõ và 2 trường hợp hết hoàn

toàn sau một năm. Một báo cáo hàng loạt ca tại Huế ghi nhận 50% bệnh nhân tê ngay sau mổ và giảm dần còn 10% sau ba tháng theo dõi [4]. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác. Một nghiên cứu trên 305 bệnh nhân phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt tại Hoa Kỳ báo cáo tỉ lệ tê vùng phân bố dây tai lớn có thể lên tới 30-40% [14]. Điều này gợi ý rằng việc nhận diện và bảo tồn tối đa nhánh thần kinh tai lớn trong quá trình bóc tách có thể giúp hạn chế biến chứng này. Ngoài ra, sưng nề vùng mặt sau mổ được ghi nhận ở 5 bệnh nhân (17,8%) nhưng đều mức độ nhẹ và giảm dần theo thời gian, không để lại di chứng lâu dài. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có hội chứng Frey, rò nước bọt, tụ dịch hay nhiễm trùng sau mổ. Điều này có thể xuất phát từ thời gian theo dõi còn hạn chế, hoặc do phương pháp phẫu thuật và kỹ thuật đóng vết mổ có tác dụng phòng ngừa.

Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận một trường hợp tái phát ở bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật u tuyến mang tai trước đó. Phẫu thuật lần hai đối với u tuyến mang tai tái phát thường gặp nhiều khó khăn do mô sẹo xơ dính làm hạn chế việc bóc tách, khối u có xu hướng dính vào mô xung quanh và bờ u không rõ ràng, đồng thời có nguy cơ xơ dính các cấu trúc quan trọng như dây thần kinh VII. Những yếu tố này có thể ảnh hưởng đến khả năng lấy u triệt để và làm tăng nguy cơ tái phát do còn sót mô u. Trong các trường hợp tái phát kèm xơ dính nhiều, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai có thể được cân nhắc, với khả năng bảo tồn hoặc không bảo tồn dây thần kinh VII tùy tình huống lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là báo cáo mô tả hàng loạt ca bệnh với số lượng bệnh nhân theo dõi ít. Kết quả từ nghiên cứu này đóng góp thêm thông tin về kết quả điều trị của phẫu thuật bóc u tuyến nước bọt, tuy nhiên không đánh giá được ưu và khuyết điểm của phẫu thuật, không đại diện cho các bệnh nhân u tuyến nước bọt nói chung. Thứ hai, nghiên cứu báo cáo kết quả sớm của phẫu thuật trong vòng một năm, thời gian theo dõi tương đối ngắn có thể bỏ sót các trường hợp tái phát sau đó. U tái phát có thể xuất hiện từ năm thứ hai sau phẫu thuật [15]. Thứ ba,

phương pháp đánh giá lại qua điện thoại và hình ảnh do bệnh nhân gửi về đôi mặt với sai lệch thông tin.

## 5. KẾT LUẬN

U tuyến nước bọt là nhóm bệnh lý đa dạng về mô bệnh học và biểu hiện lâm sàng, chiếm một tỷ lệ đáng kể trong các khối u vùng đầu cổ. Phần lớn các khối u lành tính, chỉ một tỷ lệ nhỏ là ác tính. Điều trị chuẩn vẫn là phẫu thuật, với chiến lược lựa chọn dựa vào vị trí và kích thước khối u. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật bóc u ngoài bao kết hợp bảo tồn tuyến có thể kiểm soát tốt bệnh, hầu như không ghi nhận tái phát trong một năm theo dõi và ghi nhận tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. I. Alsanie, S. Rajab, H. Cottom, O. Adegun, R. Agarwal, A. Jay et al., "Distribution and Frequency of Salivary Gland Tumours: An International Multicenter Study," (in eng), *Head Neck Pathol*, vol. 16, no. 4, pp. 1043-1054, Dec 2022, doi: 10.1007/s12105-022-01459-0.
2. N. Q. Vinh, P. N. Chát, "So sánh hình ảnh học, đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh trên bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017-2018," *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, vol. 23, no. 3, pp. 97-100, 2019.
3. D. S. Kalwaniya, R. Meena, D. Kumar, A. Tolat, S. V. Arya, "A Review of the Current Literature on Pleomorphic Adenoma," (in eng), *Cureus*, vol. 15, no. 7, p. e42311, Jul 2023, doi: 10.7759/cureus.42311.
4. H. M. Phương, N. H. Lợi, T. T. Tài, T. T. Lợi, N. V. Minh, V. T. N. Trang, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt," *Tạp chí Y dược học*, tập, vol. 1, pp. 87-96, 2021.
5. M. G. Kato, E. Erkul, S. A. Nguyen, T. A. Day, J. D. Hornig, E. J. Lentsch et al., "Extracapsular Dissection vs Superficial Parotidectomy of Benign Parotid Lesions: Surgical Outcomes and Cost-effectiveness Analysis," *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, vol. 143, no. 11, pp. 1092-

- 1097, 2017, doi: 10.1001/jamaoto.2017.1618.
6. G. Salzano, V. Scocca, S. Troise, V. Abbate, P. Bonavolontà, L. A. Vaira et al., "Pleomorphic Adenoma: Extracapsular Dissection vs. Superficial Parotidectomy- An Updated Systematic Review and Meta-Analysis," (in eng), *Med Sci (Basel)*, vol. 13, no. 3, Jul 31 2025, doi: 10.3390/medsci13030104.
  7. N. B. Mortensen, K. Bjørndal, "The risk of facial nerve palsy after benign parotidectomy. A quality project," *Acta Oto-Laryngologica*, vol. 144, no. 3, pp. 250-254, 2024/03/01 2024, doi: 10.1080/00016489.2024.2336557.
  8. N. X. Hùng, T. N. Huy, T. Khoa, H. V. Linh, "Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai," *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế*, no. 91, pp. 59-63, 12/26 2024, doi: 10.38103/jcmhch.91.10.
  9. M. Quer, J. C. Hernandez-Prera, C. E. Silver, M. Casasayas, R. Simo, V. Vander Poorten et al., "Current Trends and Controversies in the Management of Warthin Tumor of the Parotid Gland," *Diagnostics*, vol. 11, no. 8, p. 1467, 2021. [Online]. Available: <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/8/1467>.
  10. J. A. Pinkston, P. Cole, "Cigarette Smoking and Warthin's Tumor," *American Journal of Epidemiology*, vol. 144, no. 2, pp. 183-187, 1996, doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a008906.
  11. D. J. Lee, D. Forner, C. End, C. M. K. L. Yao, S. Samargandy, E. Monteiro et al., "Outpatient versus inpatient superficial parotidectomy: clinical and pathological characteristics," *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, vol. 50, no. 1, p. 10, 2021/02/12 2021, doi: 10.1186/s40463-020-00484-9.
  12. V. E. Prats-Golczer, E. Gonzalez-Cardero, J. A. Exposito-Tirado, E. Montes-Latorre, L. M. Gonzalez-Perez, P. Infante-Cossio, "Impact of dysfunction of the facial nerve after superficial parotidectomy: a prospective study," *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 55, no. 8, pp. 798-802, 2017/10/01/ 2017, doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.07.006>.
  13. R. Thölken, M. Jering, M. Mayer, S. Schiele, G. Müller, J. Zenk, "Prospective study on complications using different techniques for parotidectomy for benign tumors," *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, vol. 6, no. 6, pp. 1367-1375, 2021, doi: <https://doi.org/10.1002/lio2.694>.
  14. E. S. Sagalow, A. K. Givens, K. Gill, K. Malkani, V. Xu, N. Elmer et al., "Impact of great auricular nerve sacrifice on sensory disturbance after parotidectomy," *American Journal of Otolaryngology*, vol. 43, no. 2, p. 103387, 2022/03/01/ 2022, doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2022.103387>.
  15. J. Chen, M. Wong, W. Walker, J. Williamson, E. Malacova, R. Sommerville, "Ten-year experience on the surgical approach of parotid pleomorphic adenoma," *Australian Journal of Otolaryngology*, vol. 8, 2025. [Online]. Available: <https://www.theajo.com/article/view/4965>.