

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NGUYỄN THÀNH NAM

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U LÀNH
TÍNH TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA
BẮC NINH SỐ 2**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh – 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U LÀNH
TÍNH TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TẠI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA
BẮC NINH SỐ 2**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Thành Nam

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1.....	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đặc điểm Giải phẫu, mô học, sinh lý tuyến nước bọt mang tai.....	3
1.2. Dịch tế học, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ	8
1.3. Chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai.....	9
1.4. Điều trị u lành tính tuyến nước bọt mang tai	12
1.5. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về u tuyến nước bọt mang tai	15
1.6. Giới thiệu tóm tắt về Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2	17
Chương 2.....	19
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	19
2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	19
2.2. Đối tượng nghiên cứu	19
2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	20
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	20
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	20
2.7. Các biến số nghiên cứu	20
2.8. Một số khái niệm, tiêu chuẩn trong quy trình kỹ thuật.	23
2.9. Phương pháp phân tích nghiên cứu	25
2.10. Đạo đức nghiên cứu	25
2.11. Hạn chế của nghiên cứu	25
Chương 3.....	27
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	27
3.1 Đặc điểm cận lâm sàng, cận lâm sàng	27
3.1.1 Đặc điểm tuổi và giới.....	27
3.1.2 Lý do vào viện.....	27
3.1.3 Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện.....	28
3.1.4 Đặc điểm u trên lâm sàng.....	29
3.1.5 Đặc điểm u trên siêu âm.....	30
3.1.6 Đặc điểm tế bào học.....	30
3.1.7 Số lượng, vị trí, kích thước u trong phẫu thuật	31

3.1.9	Đặc điểm mô bệnh học.....	32
3.2	Kết quả phẫu thuật.....	32
3.2.1	Phương pháp phẫu thuật.....	32
3.2.2	Biến chứng sau phẫu thuật	33
3.2.3	Các yếu tố liên quan đến biến chứng liệt mặt	33
3.2.4	Đánh giá kết quả sau phẫu thuật	34
	Chương 4.....	34
	BÀN LUẬN.....	34
	KẾT LUẬN.....	35
	TÀI LIỆU THAM KHẢO	
	BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU.....	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN:	Bệnh nhân
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
FNA:	Chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm
ULTNBMT:	U lành tuyến nước bọt mang tai
PT:	Phẫu thuật
TNBMT:	Tuyến nước bọt mang tai

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Giải phẫu TNBMT	6
---------------------------------	---

DANH MỤC BẢNG, BIỂU ĐỒ

Bảng 2.1:	Các biến số nghiên cứu	20
Bảng 3.1.	Đặc điểm về tuổi giới.....	27
Bảng 3.2.	Lý do vào viện.....	27
Biểu đồ 3.1.	Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên	28
Bảng 3.3.	Đặc điểm u trên lâm sàng.....	29
Bảng 3.4.	Đặc điểm u trên siêu âm.....	30
Bảng 3.5.	Đặc điểm tế bào học của u	30
Bảng 3.6.	Số lượng, vị trí, kích thước u trong phẫu thuật	31
Bảng 3.7 .	Thời gian phẫu thuật	31
Biểu đồ 3.2.	Đặc điểm mô bệnh học	22
Bảng 3.8.	Phương pháp phẫu thuật.....	32
Bảng 3.9.	Các biến chứng sau phẫu thuật.....	33
Bảng 3.10.	Các yếu tố liên quan đến biến chứng liệt mặt	33
Biểu đồ 3.3.	Đánh giá kết quả phẫu thuật.....	34

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến nước bọt mang tai là một trong những tuyến nước bọt chính của cơ thể con người. U tuyến nước bọt là bệnh lý ít phổ biến chiếm 3- 6% [16] bệnh lý u vùng đầu mặt cổ, trong đó u tuyến nước bọt mang tai chiếm 70 -80% các u của tuyến nước bọt [17], [18]. Phần lớn các u tuyến nước bọt mang tai là lành tính chiếm tỷ lệ khoảng 75 - 80% [2], [15].

U lành tính tuyến nước bọt mang tai có các thể mô bệnh học đa dạng, trong đó phổ biến nhất là u tuyến đa hình và u Warthin. Theo các nghiên cứu gần đây, u tuyến đa hình chiếm tỷ lệ từ 43,6% - 64,5% [7][11] và u Warthin chiếm từ 32,3% - 41% trong tổng số các khối u lành tính tuyến mang tai [6][16]. Các thể khác như u tuyến tế bào đáy, u nang tuyến hay u tế bào ưa acid chiếm tỷ lệ thấp hơn đáng kể [7], [16], [18].

Chẩn đoán u lành tính tuyến nước bọt mang tai là tương đối khó và không thể chỉ dựa vào các dấu hiệu lâm sàng mà cần phải dựa vào cận lâm sàng. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh cùng tế bào học có vai trò gợi ý cho chẩn đoán nhằm cung cấp thêm thông tin về vị trí, số lượng, ranh giới, kích thước cùng bản chất khối u. Triệu chứng của u lành tính tuyến nước bọt mang tai thường nghèo nàn với khối u thường phát triển chậm và không gây đau. U lành tính tuyến nước bọt mang tai thường gặp ở thùy nông tuyến nước bọt mang tai. Siêu âm, tế bào học, giải phẫu bệnh sau mổ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán u lành tính tuyến nước bọt mang tai.

Mặc dù là u lành tính nhưng chúng có xu hướng phát triển tăng dần về kích thước, gây mất thẩm mỹ và có tỷ lệ tái phát hoặc chuyển dạng ác tính nếu không được xử trí đúng cách [11][12][16].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản trong u lành tính tuyến nước bọt mang tai cũng như ung thư tuyến nước bọt mang tai. Đây là phẫu thuật khó vì

liên quan giải phẫu đặc biệt giữa tuyến nước bọt mang tai và sự chia nhánh của dây thần kinh mặt bên trong tuyến, do vậy phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai có nhiều biến chứng. Tùy thuộc vào vị trí, kích thước khối u và mối liên quan đến dây thần kinh mặt, ống tuyến nước bọt, mạch máu mà có các phương pháp phẫu thuật khác nhau như cắt toàn bộ tuyến nước bọt mang tai, cắt thùy nông tuyến nước bọt mang tai và cắt u ngoài bao. Các phẫu thuật này cũng đi kèm các biến chứng khác nhau. Biến chứng hay gặp nhất là liệt mặt và hội chứng Frey, rò nước bọt, tụ dịch vết mổ [2], [13]. Những kiến thức về nguy cơ tổn thương và biến chứng sau phẫu thuật giúp phẫu thuật viên giải thích rõ ràng cho bệnh nhân, đưa ra kế hoạch và cải thiện kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai.

Ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về u tuyến nước bọt nói chung và u lành tính tuyến nước bọt mang tai. Song tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 hiện chưa có công trình nghiên cứu nào về vấn đề này. Do đó, với mong muốn đánh giá kết quả điều trị tuyến nước bọt mang tai, góp phần chẩn đoán và điều trị hiệu quả cũng như tránh các biến chứng do khối u gây ra, tôi thực hiện đề tài nhằm 2 mục tiêu.

Mục tiêu

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của u lành tính tuyến nước bọt mang tai
2. Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật cắt u lành tính tuyến nước bọt mang tai tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đặc điểm Giải phẫu, mô học, sinh lý tuyến nước bọt mang tai

1.1.1. Giải phẫu tuyến nước bọt mang tai

1.1.1.1. Giải phẫu tuyến nước bọt mang tai

Vị trí, kích thước

Tuyến nước bọt mang tai là tuyến lớn nhất, nặng trung bình 25-30g. Tuyến nằm trong hố mang tai, có hình tháp tam giác với đỉnh hướng xuống dưới và nền ở trên. Tuyến được bao bọc bởi một mạc chắc chắn, liên tiếp với mạc cổ nông [14], [15].

Hình thể ngoài

Tuyến có hình tháp với ba mặt, ba bờ và hai cực:

- Mặt ngoài: chỉ có da và mạc nông che phủ, trong tổ chức dưới da có các nhánh mặt của thần kinh tai lớn và các hạch bạch huyết nông.
 - Mặt trước: áp vào bờ sau ngành lên của xương hàm dưới và cơ cắn, cơ chân bướm trong và dây chằng chân bướm hàm.
 - Mặt sau: giáp với bờ trước cơ ức đòn chũm, bụng sau cơ hai thân, mỏm trâm và các cơ trâm.
 - Bờ trước: có ống TNBMT thoát ra (ống Sténon).
 - Bờ sau: nằm dọc theo tai ngoài, mỏm chũm và bờ trước cơ ức đòn chũm.
 - Bờ trong: là nơi giao tiếp giữa mặt trước và mặt sau, nằm dọc dây chằng trâm hàm dưới.
 - Cực trên: nằm giữa khớp thái dương hàm và ống tai ngoài.
 - Cực dưới: nằm giữa cơ ức đòn chũm và góc hàm dưới
- Ống tuyến nước bọt mang tai

Ống bài xuất chính là ống Sténon, dài khoảng 5cm. Ống thoát ra ở bờ trước tuyến, đi song song và cách cung gò má khoảng 1cm, sau đó xuyên qua cơ mút để đổ vào khoang miệng tương ứng vị trí răng hàm trên thứ hai [14], [15].

1.1.1.2. Liên quan với mạch máu thần kinh

Từ ngoài vào trong TNBMT có liên quan tới dây thần kinh mặt, tĩnh mạch và động mạch cảnh ngoài, dây thần kinh tai - thái dương.

❖ Liên quan với thần kinh.

• Dây thần kinh VII (thần kinh mặt):

Đây là liên quan quan trọng nhất trong phẫu thuật. Dây VII sau khi thoát ra khỏi lỗ châm chũm sẽ đi vào mặt sau trong của tuyến. Trong lòng tuyến, dây VII chia TNBMT thành hai phần: thùy nông và thùy sâu. Bình diện đi qua các nhánh của dây VII chính là ranh giới phẫu thuật để bóc tách và bảo tồn thần kinh [14], [15].

Dây thần kinh VII đi trong diện bóc tách của hai thùy tuyến cùng với một động mạch nhỏ kề bên với động mạch trâm chũm (thắt động mạch này để cầm máu sẽ giúp cho việc phẫu tích dễ dàng hơn nhiều). Ngay trong diện này, dây thần kinh VII chia làm các nhánh là nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt:

- Nhánh thái dương mặt: chia nhiều nhánh nhỏ cho các cơ nông vùng cổ mặt. Giữa hai thùy, nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt lại cho nhiều nhánh nối với nhau tạo nên thần kinh mang tai. Những nhánh cuối của thái dương mặt là:

+ Thái dương: cho cơ tai trước và mặt trước vành tai ngoài. + Trán và mi mắt: cho cơ trán, lông mày, vòng mi.

+ Dưới ổ mắt: cho cơ gò má to, nhỏ, nâng cánh mũi, môi trên, cơ mũi. + Trên miệng: cho cơ mút và nửa trên cơ vòng môi.

- Nhánh cổ mặt: nối liền với cành tai của đám rối cổ rồi chia thành nhiều nhánh nhỏ thường ở sau và trên góc hàm, những nhánh tận là: + Miệng dưới: cho cơ cười và nửa dưới cơ vòng môi. + Cằm: cho tam giác môi, vuông cằm, chòm cằm.

+ Cổ: cho da nông cổ, nhánh này nối liền với cành ngang của đám rối cổ nông.

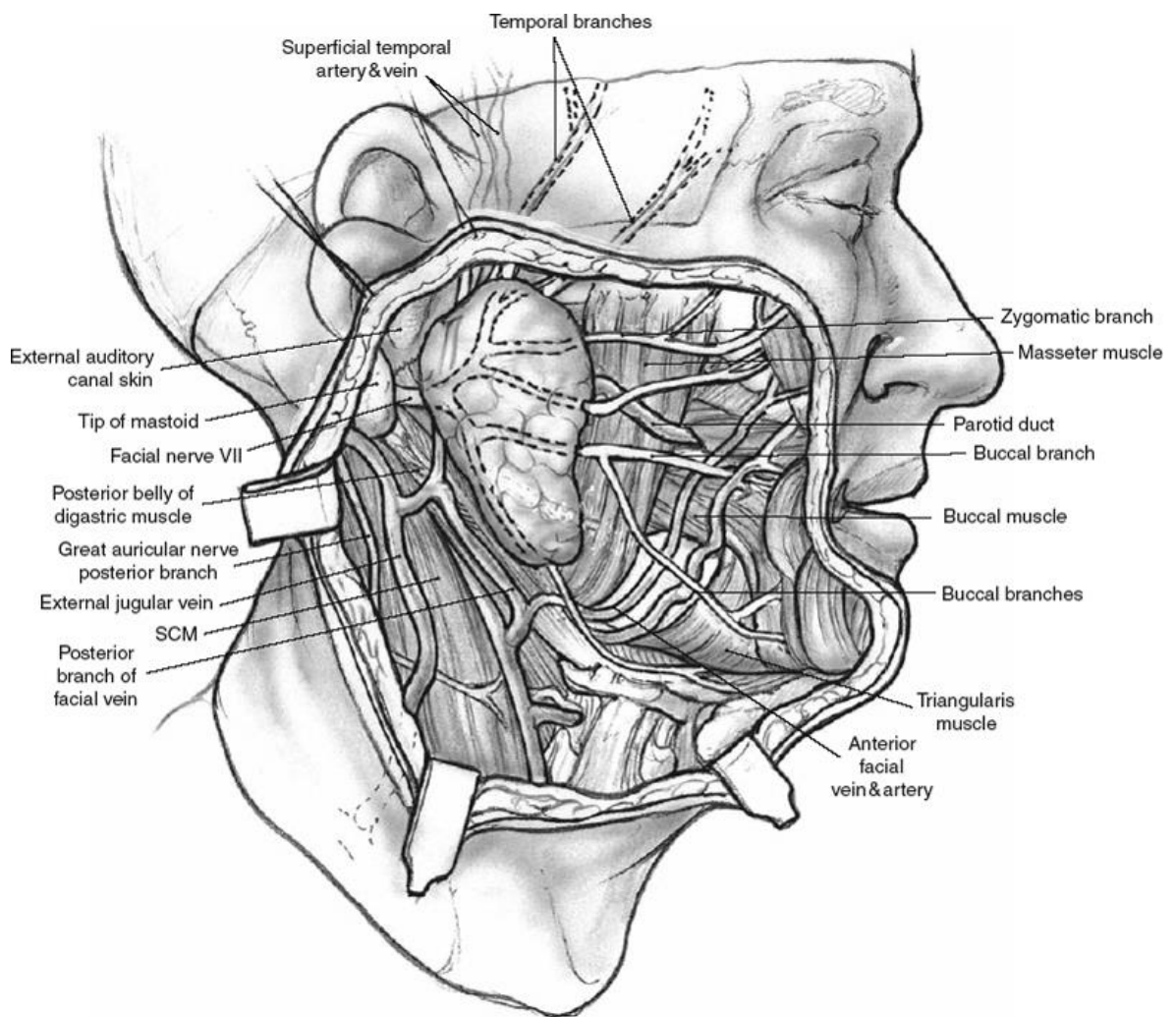
• Dây thần kinh tai thái dương:

Là nhánh của dây hàm dưới, chui qua khuyết sau lồng cầu Juvara cùng với động mạch hàm trong. Các sợi tiết dịch của tuyến là sợi đá sâu bé của dây IX. PT cắt dây thần kinh tai thái dương là một trong những phương pháp điều trị hội chứng Frey và rò TNBMT vì các sợi tiết dịch của dây IX mượn đường đi của dây thần kinh này.

❖ Liên quan với mạch máu.

- Tuyến liên quan mật thiết với động mạch cảnh ngoài, động mạch này sau khi đi qua khe trước tâm thì vào phần sau của tuyến, động mạch cho 2 nhánh tận là thái dương nông và hàm trong, ngoài ra động mạch còn cho nhánh bên là động mạch tai sau và động mạch tâm chũm.

- Tĩnh mạch thái dương nông và tĩnh mạch hàm trong hợp lưu tạo nên tĩnh mạch cảnh ngoài, xuống phía dưới tĩnh mạch chạy dần ra nông ngay dưới cân cổ nông.



Hình 1.1: Giải phẫu TNBMT

1.1.1.3. Ứng dụng phẫu thuật.

Việc xác định sớm thân chung dây VII là yếu tố then chốt để tránh tai biến liệt mặt. Các tài liệu nghiên cứu hiện đại chỉ ra các mốc giải phẫu quan trọng sau:

- Mỏm vệt (Tragal pointer): Là mốc phổ biến nhất. Thân chung dây VII thường nằm sâu và dưới mỏm vệt khoảng 10,7mm đến 20mm [14].
- Bụng sau cơ nhị thân (Posterior belly of digastric muscle): Dây VII nằm ngay phía trên bờ trên của bụng sau cơ nhị thân, nơi cơ này bám vào mỏm chũm [15].

- Đường khớp nhĩ chũm (Tympanomastoid suture): Thân dây VII nằm cách đường khớp này khoảng 6 - 8mm về phía sâu. Dây được coi là mốc giải phẫu hằng định nhất trong các trường hợp u lớn làm biến dạng vùng mang tai [15].
- Mỏm trâm (Styloid process): Dây VII nằm ở phía ngoài mỏm trâm [15].

1.1.2. Mô học tuyến nước bọt mang tai.

TNBMT là một tuyến ngoại tiết kiểu chùm nho, tuyến thường được chia thành nhiều tiểu thùy cách nhau bởi các vách liên kết. Mỗi tiểu thùy chứa một số nang tuyến và một số ống bài xuất trong tiểu thùy tiếp với các nang tuyến. Những ống bài xuất trong tiểu thùy thuộc các tiểu thùy gần nhau hợp thành ống lớn hơn chạy trong vách liên kết gọi là ống bài xuất gian tiểu thùy. Nhiều ống bài xuất gian tiểu thùy hợp lại thành ống bài xuất. Ngoài cùng tuyến có vỏ xơ bọc và những mạch máu thần kinh đi dọc theo các ống bài xuất để tới các tiểu thùy.

1.1.3. Sinh lý tuyến nước bọt mang tai

Trung bình một ngày cơ thể bài tiết 1000 ml đến 1500 ml nước bọt trong đó 25% là của TNBMT với việc tiết nước là chủ yếu.

Nước bọt có vai trò làm ẩm khoang miệng, tiêu hóa một phần tinh bột và chất béo, làm sạch răng, ức chế sự phát triển vi khuẩn, phân hủy các đại phân tử thức ăn để tạo ra các sản phẩm có thể kích thích vào các nụ vị giác của lưỡi giúp chúng ta nhận biết được vị thức ăn, nước bọt cũng làm ẩm thức ăn, gắn các thức ăn với nhau giúp cho quá trình nuốt được dễ dàng.

Nước bọt là một dung dịch nhược trương, trong đó 97 – 99,5% là nước, ngoài ra còn chứa các men và các chất điện giải gồm: Amylase, Lipase, chất nhầy, Lysozym, IgA và các chất điện giải.

Độ pH của nước bọt khoảng 6,8 – 7 và khác so với các vùng khác của ống tiêu hóa, điều này ảnh hưởng mạnh mẽ đến hoạt hóa hay khử hoạt tính các enzym tiêu hóa

1.2. Dịch tể học, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ

1.2.1. Dịch tể học.

U tuyến nước bọt là loại u ít gặp, chiếm khoảng 3% - 6% các khối u vùng đầu cổ [17]. Trong đó, tuyến mang tai là vị trí thường gặp nhất, chiếm khoảng 70% - 80% tổng số u tuyến nước bọt [17], [18]. Phần lớn các khối u tuyến mang tai là lành tính (chiếm khoảng 75% - 80%) [2], [7][17].

Tuổi: Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tập trung nhiều nhất ở độ tuổi từ 40 đến 60 [7], [16]. U tuyến đa hình thường gặp ở người trẻ hơn so với u Warthin (thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi) [11], [18].

Giới: Có sự khác biệt nhẹ về giới tính tùy theo loại mô bệnh học. U tuyến đa hình gặp nhiều hơn ở nữ giới, trong khi u Warthin có tỷ lệ mắc cao hơn đáng kể ở nam giới và có liên quan mật thiết đến thói quen hút thuốc lá [11], [16], [18].

1.2.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ.

Vai trò của virus: một số loại virus có vai trò trong bệnh sinh u tuyến nước bọt như EBV (Epstein Barr Virus) và UTBM dạng lympho biểu mô, nhưng điều này không được thấy rõ trên các BN người Châu Á. EBV không có vai trò rõ ràng trong các type UTBM khác hoặc những vùng mô tuyến lành lân cận. SV40 (Simian virus 40) có vai trò trong u tuyến đa hình nhưng không có mối tương quan có tính thuyết phục nào giữa các u tuyến nước bọt và các loại virus khác như HPV, virus sinh polyp...

Bức xạ: có những bằng chứng thuyết phục chứng minh mối liên quan giữa phổi nhiễm với bức xạ ion hóa và phát sinh u tuyến nước bọt. Điều trị bằng bức xạ ion hóa, đặc biệt là chiếu xạ vùng đầu cổ làm tăng rõ rệt nguy cơ mắc ung thư tuyến nước bọt. Nguy cơ này cũng tăng lên trong các BN điều trị bệnh lý tuyến giáp bằng I131, BN chụp răng định kỳ. Những người phơi nhiễm tia cực tím cũng có tăng nguy cơ mắc bệnh. Chưa loại trừ nguy cơ đến từ việc phơi nhiễm với khí Radon và sóng điện thoại di động.

Phơi nhiễm nghề nghiệp: công nhân ở một số ngành công nghiệp có tăng nguy cơ mắc bệnh như: Chế biến cao su, công nghiệpm thăm dò, công nghiệp khai khoáng, công nghiệp sản xuất xe hơi, nhân viên tiệm cắt tóc, làm đẹp. Quần thể người ở vùng Quebec – Canada có tăng nguy cơ với phơi nhiễm amiăng.

Lối sống và dinh dưỡng: Nguy cơ mắc bệnh tăng ở nam giới mà không phải nữ giới là do có liên quan giữa tình trạng hút thuốc lá nhiều hơn ở nam giới và u Warthin (chỉ đối với u Warthin). Phơi nhiễm với bụi silic, dầu dùng trong nấu ăn cũng làm tăng nguy cơ mắc UTBM tuyến nước bọt trong quần thể người Trung Quốc. Và nguy cơ sẽ tăng cao hơn khi phơi nhiễm với chromium, nickel, bụi amiăng, bụi xi măng trong các nghiên cứu tại Châu Âu. Nguy cơ mắc bệnh cũng tăng lên trong nhóm người ăn thức ăn giàu cholesterol.

1.3. Chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai

1.3.1. Lâm sàng

❖ Triệu chứng cơ năng

Nói chung, triệu chứng của u TNBMT nghèo nàn và có thay đổi đôi chút tùy theo bản chất mô học của u.

- U lành tính: Thường biểu hiện một khối u vùng mang tai xuất hiện từ lâu, không đau, phát triển chậm. Khi u to nhanh có thể do nhiễm khuẩn hoặc tạo

nang hoặc chảy máu trong khối u, khi đó thường có cảm giác căng tức vùng mang tai.

- U ác tính: U phát triển nhanh, thường xâm nhập vào dây thần kinh mặt gây đau tê, liệt không hoàn toàn hoặc liệt hoàn toàn dây thần kinh này.

❖ Triệu chứng thực thể

- U lành tính

+ U tròn, ranh giới rõ, mật độ chắc, có độ đàn hồi và rất di động. Khi khối u hạn chế di động có thể do viêm hoặc xơ hóa hoặc khối u nằm sâu.

+ Không gây liệt mặt, không gây loét da.

- U ác tính:

+ U cứng, ít hoặc không có giới hạn, di động hạn chế hoặc cố định. + Da vùng u có thể bị xâm nhiễm hoặc loét.

+ Có thể có liệt mặt 20 – 40% (dây VII) hoặc liệt dây V.

+ Có di căn hạch cổ (20 – 30%) và có thể di căn phổi hoặc xương.

Ngoài ra có thể có một số thể khác như khối u phát triển vào khoang quanh họng. Trên lâm sàng biểu hiện triệu chứng nuốt vướng và một khối u ở khoang quanh họng đẩy phồng màn hầu, đẩy amidan khẩu cái xuống dưới và vào trong.

1.3.2. Cận lâm sàng

Chẩn đoán hình ảnh

+ Siêu âm: Là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay. Siêu âm giúp xác định chính xác vị trí khối u so với thùy nông, thùy sâu, đánh giá cấu trúc bên trong (dạng nang hay đặc) và phát hiện các hạch vùng cổ nghi ngờ di căn [7], [18].

+ Chụp cắt lớp vi tính (CT), cộng hưởng từ (MRI): Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh này mang lại rất nhiều thông tin trong việc đánh giá bệnh lý u tuyến

nước bọt, mật độ, kích thước u, ranh giới, độ xâm lấn của u vào tổ chức xung quanh.

Chụp MRI có lợi điểm hơn các phương pháp khác do không sử dụng tia X và các phương pháp đối quang (là những yếu tố nguy cơ thúc đẩy sự phát triển của u tuyến nước bọt). MRI có ưu thế vượt trội trong việc bộc lộ ranh giới khối u, đánh giá sự xâm lấn vào các cấu trúc lân cận và đặc biệt là đánh giá sự lan truyền dọc theo các nhánh của dây thần kinh mặt [10], [17].

+ Chụp cản quang tuyến nước bọt (sialography): Phương pháp này mang lại nhiều thông tin giá trị trong chẩn đoán sỏi ống tuyến nước bọt nhưng ít có giá trị trong chẩn đoán u nên hiện nay hiếm khi được sử dụng.

+ Chụp xạ hình tuyến nước bọt sử dụng ^{99m}Tc tiêm tĩnh mạch: Phương pháp này ít giá trị, chỉ phân biệt được các loại u có ái tính với ^{99m}Tc (u Warthin) và u giảm ái tính với ^{99m}Tc (u tuyến đa hình).

- Tế bào học: Tế bào học chọc hút kim nhỏ hoặc FNA. FNA là phương pháp chẩn đoán tế bào học quan trọng nhất hiện nay nhờ tính an toàn, ít xâm lấn và độ chính xác cao trong định hướng bản chất khối u [1]. Các nghiên cứu cho thấy FNA có độ nhạy từ 80% - 90% và độ đặc hiệu có thể đạt trên 95% [9]. Tuy nhiên, kết quả FNA phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của người lấy mẫu và kinh nghiệm của bác sĩ giải phẫu bệnh [1], [9]. Hệ thống Milan phân tầng nguy cơ ác tính của các mẫu tế bào rất có giá trị trong phân biệt các tổn thương u lành tính và ác tính.

- Mô bệnh học: Là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán u TNBMT.

Phân loại mô bệnh học u lành tính tuyến nước bọt theo phân loại các u vùng đầu cổ năm 2017 của tổ chức y tế thế giới với 2 loại mô bệnh học thường gặp là u tuyến đa hình và U Warthin. Ngoài ra các thể mô bệnh học ít gặp khác như:

U tuyến nang

U cơ biểu mô

U tuyến nước bọt dạng nhú

U tuyến tế bào đáy

U nhú ống tuyến

U tuyến dạng bã

U tế bào lớn ưa acid

U tuyến lympho

U tuyến ống nhỏ và những u tuyến ống tuyến khác

1.4. Điều trị u lành tính tuyến nước bọt mang tai

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản và duy nhất đối với u lành tính TNBMT.

1.4.1. Chỉ định phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai

Phương pháp PT kinh điển của u lành tính TNBMT là phẫu tích dây thần kinh mặt và cắt thùy nông đối với u ở thùy nông TNBMT hoặc cắt toàn bộ tuyến khi vị trí u ở thùy sâu hoặc cả hai thùy. Bên cạnh đó, khi kích thước u nhỏ và di động, các phương pháp PT xâm lấn tối thiểu như cắt u ngoài bao, cắt một phần thùy nông TNBMT trong các trường hợp khối u ở thùy nông TNBMT và PT cắt thùy sâu TNBMT chọn lọc trong các trường hợp khối u ở thùy sâu TNBMT đang dần được công nhận vì rút ngắn thời gian PT, giảm tỷ lệ biến chứng và kết quả thẩm mỹ cao. Không nên PT lấy nhân u trong vỏ xơ vì tỷ lệ tái phát cao. Quá trình phẫu tích cần thận trọng, tỉ mỉ tránh làm vỡ u gây phát tán vi thể tế bào u ra tổ chức xung quanh làm gia tăng tỷ lệ tái phát, đồng thời cần theo dõi lâu dài với những trường hợp này.

1.4.2. Phương pháp phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai

- Cắt u ngoài bao: Áp dụng cho các khối u lành tính kích thước nhỏ ($\leq 40\text{mm}$), nằm ở nông và có thể sờ thấy rõ. Phương pháp này ít xâm lấn hơn nhưng đòi hỏi kỹ năng phẫu thuật tốt để không làm vỡ vỏ bao u [12], [18].

- PT cắt thùy nông TNBMT: Được coi là phương pháp chuẩn cho các khối u nằm ở thùy nông. Kỹ thuật này bao gồm việc bộc lộ thân chung dây VII và các nhánh của nó, sau đó lấy bỏ toàn bộ nhu mô thùy nông cùng với khối u. Phương pháp này giúp giảm tỷ lệ tái phát xuống mức rất thấp (khoảng 2%) [11], [16].

- PT cắt toàn bộ TNBMT: Chỉ định khi khối u nằm ở thùy sâu hoặc khối u thùy nông xâm lấn ra xung quanh, yêu cầu bóc tách và bảo tồn toàn bộ các nhánh của dây thần kinh mặt [15].

1.4.3. Biến chứng phẫu thuật

Các biến chứng sớm

- Liệt mặt

Liệt mặt có thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn tùy theo tình trạng bị ảnh hưởng của nhánh hay thân dây VII. Tuy nhiên, đa số là liệt mặt tạm thời, sẽ phục hồi sau một thời gian (từ vài tuần đến vài tháng) và thường là liệt nhánh của dây VII (hay gặp ở nhánh cổ mặt). Tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau mổ u lành tính dao động từ 10% đến 30% [2], [13]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tuổi cao, kích thước u, phương pháp PT, thời gian PT và tiền sử phẫu thuật TNBMT là các yếu tố liên quan đến liệt mặt.

- Rò nước bọt, tụ dịch nước bọt

Biến chứng rò TNBMT gặp với tỷ lệ từ 0,9 – 14% [2], [16]. Nguyên nhân là do nước bọt rò qua ống TNBMT bị tổn thương hoặc phần tuyến còn để lại tiếp tục tiết nước bọt qua vết mổ hoặc nước bọt bị đọng lại tạo thành túi ở đây. Lựa

chọn điều trị đầu tiên đối với rò TNBMT là điều trị bảo tồn, BN được chăm sóc vết mổ, băng ép tại chỗ và dùng thuốc kháng cholinergic. Nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện cần có những biện pháp triệt để hơn bao gồm PT cắt dây thần kinh nhĩ, cắt toàn bộ TNBMT hoặc xạ trị. Bên cạnh những phương pháp trên, tiêm botulinum toxin tại chỗ trong điều trị rò TNBMT là phương pháp nổi lên vào đầu thế kỷ 21 bởi sự hiệu quả và an toàn.

- Giảm cảm giác vùng da do dây tai lớn chi phối

Thường gặp nhất là giảm cảm giác vùng thùy tai, vùng mang tai. Nếu dây tai lớn bị cắt sẽ dẫn tới mất cảm giác ở những vùng chi phối tương ứng. Tuy nhiên sự phục hồi cảm giác khá cao, bắt nguồn từ sự phục hồi của bản thân thần kinh tai lớn, hoặc từ sự bù trừ của những dây cảm giác lân cận.

- Khít hàm

Ít gặp và nhanh phục hồi, nguyên nhân có thể do sang chấn cơ cắn hoặc khớp thái dương hàm khi mổ (động tác kéo pha-ra-bóp ra trước).

- Lỗm da vùng mang tai

Biến chứng này luôn xảy ra trong mọi trường hợp bởi sự thiếu hụt nhu mô sau PT. Để làm giảm tình trạng này, việc bóc tách vạt hệ thống cân cơ nông (SMAS) phủ vùng mang tai sẽ mang lại một lợi ích lớn. Ngoài ra, các vạt cơ ức đòn chũm, cơ nhị thân, cân cơ thái dương khi phủ vào hốc mổ cũng giúp cải thiện kết quả.

- Nhiễm khuẩn vết mổ, chậm liền vết mổ

Ít gặp, do không đảm bảo nguyên tắc vô trùng hoặc trường hợp khối máu tụ bội nhiễm. Xử trí bằng việc dùng kháng sinh, bơm rửa hốc mổ kết hợp dẫn lưu tốt.

- Hoại tử da vết mổ:

Ít gặp, thường chỉ xảy ra ở đầu xa của vật vị trí dưới mồm chũm khi đường rạch da ở vùng này tạo nên góc nhọn thay vì đường cong. Bên cạnh đó, hút thuốc lá được cho là làm tăng nguy cơ biến chứng này.

❖ **Biến chứng muộn:**

- Hội chứng Frey

Hội chứng này bao gồm các biểu hiện: tiết mồ hôi, nóng và đỏ da vùng mang tai xảy ra khi ăn. Các triệu chứng bắt đầu xuất hiện sau PT 1 – 2 tháng, thậm chí vài năm. Đây là thời điểm mà những nhánh đối giao cảm chi phối tiết dịch cho tuyến mọc trở lại sau khi bị cắt trong quá trình PT, đi vào các tuyến mồ hôi, mạch máu trong da, vốn do thần kinh giao cảm chi phối cũng đã bị cắt đứt khi phẫu tích. Kết quả làm xuất hiện hội chứng Frey khi ăn. Việc điều trị chỉ đặt ra khi những rối loạn này gây khó chịu nhiều cho BN.

1.4.3. Tái phát u

Tất cả những khối u tuyến mang tai đều có thể tái phát nếu như lần điều trị đầu tiên không triệt để. Các phương pháp phẫu thuật PT cắt thùy nông và cắt toàn bộ tuyến nước bọt mang tai TNBMT được xem là phương pháp lý tưởng cho PT u tuyến đa hình, giúp giảm thiểu tỷ lệ tái phát xuống còn khoảng 2% [11], [16]. Các phương pháp PT ít xâm lấn hơn như cắt u ngoài bao và cắt một phần tuyến mang tai đối với u ở thùy nông có kích thước ≤ 40 mm cũng được nghiên cứu cho thấy có hiệu quả kiểm soát tái phát tương tự trong các trường hợp được lựa chọn kỹ lưỡng [12], [18].

1.5. Nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về u tuyến nước bọt mang tai

1.5.1. Nghiên cứu trên thế giới

Các nghiên cứu trên thế giới tập trung sâu vào dịch tễ học, giá trị của các phương tiện chẩn đoán mới và các kỹ thuật phẫu thuật nhằm tối thiểu hóa biến chứng.

Ungureanu L.B. và cộng sự (2025) nghiên cứu về dịch tễ và bệnh học của quần thể Đông Bắc Romania cho thấy u tuyến nước bọt mang tai chiếm tỷ lệ lớn nhất trong các tuyến nước bọt, với u lành tính chiếm ưu thế tuyệt đối [18]. Ungari C. (2008) trong một phân tích 10 năm trên 282 bệnh nhân khẳng định u tuyến đa hình là loại phổ biến nhất (50% - 74%), tiếp theo là u Warthin (4% - 14%) [16].

Almulla L.A. (2025) ghi nhận FNA có độ chính xác chẩn đoán rất cao khi so sánh với bệnh chứng sau mổ, giúp định hướng kế hoạch phẫu thuật chính xác cho các bác sĩ lâm sàng [9].

Về phẫu thuật và biến chứng, các tác giả quốc tế đặc biệt quan tâm đến việc bảo tồn dây thần kinh mặt. Mortensen N.B. (2024) chỉ ra rằng tỷ lệ liệt mặt tạm thời là biến chứng phổ biến nhất sau cắt tuyến mang tai u lành tính, tuy nhiên tỷ lệ liệt vĩnh viễn là rất thấp nếu các mốc giải phẫu được xác định đúng cách [13]. Kalwaniya D.S. (2023) cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cắt bỏ u kèm một phần nhu mô tuyến lành xung quanh để tránh tái phát do các chân giả của u tuyến đa hình xâm lấn vỏ bao [11].

1.5.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Tại Việt Nam, các nghiên cứu cũng cho thấy những nét tương đồng về đặc điểm bệnh học và sự tiến bộ trong kỹ thuật điều trị.

Đàm Thanh Mai (2023) ghi nhận tuổi trung bình mắc bệnh là 54,5, tỷ lệ nam/nữ là 1,69/1 và u chủ yếu nằm ở thùy nông (82,8%) [5]. Hoàng Minh Phương (2022) cho kết quả u tuyến đa hình chiếm 64,5% và u Warthin chiếm 32,3% [7].

Trần Trọng Quyền (2019) cũng khẳng định đa số bệnh nhân đến viện vì lý do tự phát hiện khối u vùng mang tai phát triển chậm, không đau [8].

Về chẩn đoán tế bào học, Lương Hữu Đăng (2025) đã chứng minh giá trị của hệ thống Milan với độ nhạy 90,9% và độ đặc hiệu 98,3% trong việc dự báo nguy cơ tân sinh và ác tính của khối u tuyến mang tai trước mổ [1].

Nghiên cứu mới nhất của Nguyễn Văn Lam (2025) cho thấy phẫu thuật cắt u kèm thùy nông hoặc cắt u đơn thuần là phương pháp chính. Tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau mổ 1 tuần là 23,8%, nhưng sau 1 tháng đã giảm xuống còn 7,1%, cho thấy khả năng phục hồi tốt của dây thần kinh mặt khi được bảo tồn đúng kỹ thuật trong mổ [2]. Trần Lợi (2023) và Trần Quang Long (2006) cũng nhấn mạnh việc sử dụng các mốc giải phẫu hằng định giúp bảo tồn thành công dây VII và giảm thiểu các biến chứng như rò nước bọt hay hội chứng Frey [3], [4].

1.6. Giới thiệu tóm tắt về Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2

BVĐK Bắc ninh số 2 là Bệnh viện hạng I với quy mô 1.250 giường bệnh, 44 khoa, phòng/trung tâm và hơn 1000 viên chức lao động. Bệnh viện là tuyến cuối trong hệ thống khám chữa bệnh của tỉnh Bắc Ninh, được đầu tư trang thiết bị hiện đại, với đội ngũ nhân viên y tế trình độ chuyên môn cao. Trong những năm qua, Bệnh viện đã triển khai nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật chuyên sâu như: hạ thân nhiệt chỉ huy, điều trị tiêu sợi huyết cho bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn sớm, lọc máu, điện quang can thiệp, phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối, phẫu thuật cột sống... góp phần cứu sống nhiều bệnh nhân nặng.

Khoa ngoại ung bướu được thành lập tháng 6 năm 2025 từ khoa ngoại xạ trị và y học hạt nhân với số cán bộ hiện tại 13 bác sỹ và 12 điều dưỡng. Khoa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của bệnh nhân trên địa bàn tỉnh và các tỉnh lân cận. Nhiệm vụ của khoa phòng là khám chữa bệnh các bệnh ngoại ung bướu, với khoảng 1000 ca phẫu thuật/ năm. Khoa thực hiện được nhiều các

phẫu thuật về ung thư đầu cổ như ung thư tuyến giáp, tuyến nước bọt, hạ họng thanh quản, khoang miệng. Các phẫu thuật tiêu hóa như cắt gan, cắt khối tá tụy dạ dày, đại – trực tràng. Phẫu thuật vú – phụ khoa. các thủ thuật ung bướu làm thường quy như sinh thiết phổi, đốt sóng cao tần u gan.

Phẫu thuật u tuyến nước bọt nói chung và u tuyến nước bọt mang tai nói riêng được thực hiện thường quy tại khoa ngoại ung bướu bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2, Hàng năm có khoảng 20 -30 ca phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai phần lớn là u lành tính với kết quả điều trị tốt, ít biến chứng sau mổ.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm n bệnh nhân u biểu mô lành tính TNBMT được phẫu thuật tại trung tâm ung bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 1/2024 – 6/2026

Các bệnh nhân được chia làm 2 nhóm. Nhóm hồi cứu từ 1/2024 đến 28/02/20256 và nhóm tiến cứu từ 3/2026 đến 8/ 2026

2.2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

Hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân u TNBMT được PT lần đầu, kết quả mô bệnh học sau mổ là u biểu mô lành tính của TNBMT từ tháng 01/2024 đến hết tháng 08/2026. Bệnh án cần có những tiêu chuẩn sau:

- + Phần hành chính: Họ tên, tuổi, giới, địa chỉ rõ ràng.
- + Phần khám bệnh: Mô tả đầy đủ bệnh sử, vị trí, tính chất khối u và tình trạng liệt mặt trước mổ nếu có.
- + Cận lâm sàng: Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, siêu âm tuyến nước bọt mang tai, tế bào học và mô bệnh học sau mổ.
- + Cách thức PT: Mô tả chi tiết và đầy đủ.
- + Phần theo dõi và điều trị sau mổ: Ghi rõ ràng, đầy đủ.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Các hồ sơ bệnh án không thỏa mãn các tiêu chuẩn nêu trên.
- Bệnh nhân có liệt mặt do nguyên nhân khác.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: khoa ngoại ung bướu BVĐK Bắc Ninh số 2

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2024 đến 8/2026

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu

Hồi cứu: 1/2024 – 28/02/2026

Tiến cứu: 3/2026 - 8/2026

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thu thập số liệu vào mẫu nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Hồi cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu thu thập số liệu từ hồ sơ có sẵn.

- Tiến cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu thu thập số liệu trong quá trình điều trị.

2.7. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1: Các biến số nghiên cứu

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
Mục tiêu 1				
1	Giới	Nam hoặc nữ.	Nhị phân	Bệnh án nghiên cứu
2	Tuổi	Số năm từ năm sinh đến năm can thiệp thủ thuật.	Liên tục	

3	Lý do vào viện	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tụ sở, nhìn thấy khối vùng mang tai. 2. Liệt mặt 3. Đau vùng tuyến mang tai. 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
4	Triệu chứng lâm sàng kèm theo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Đau vùng tuyến mang tai. 2. Liệt mặt 3. Không có 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
5	Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện	Tháng		
6	Triệu chứng thực thể	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vị trí: Thùy trái – Thùy phải – 2 bên 2. Mật độ: Mềm , chắc 3. Ranh giới: rõ, không rõ 4. Di động: Di động tốt, hạn chế di động 7. Tê – liệt mặt: Có – không có 8. Đau: Đau, không đau 	Danh mục	
7	Siêu âm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vị trí u: Thùy trái – Thùy phải – 2 bên 2. Kích thước u: 0- 20mm, 21 - 40 mm, > 40 mm 3. Mật độ: Tăng âm, giảm âm, trống âm 4. Ranh giới: Rõ, Không rõ 	Danh mục	

8	Tế bào	<ol style="list-style-type: none"> 1. U tuyến đa hình 2. U Warthin 3. U biểu mô lành tính khác 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
9	GPB sau mổ	<ol style="list-style-type: none"> 1. U tuyến đa hình 2. U Warthin 3. U biểu mô lành tính khác 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
Mục tiêu 2				
12	Phương pháp phẫu thuật	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cắt u TNBMT: Cắt u ngoài bào 2. Cắt thùy nông TNBMT: Cắt u kèm thùy nông TNBMT bảo tồn thần kinh VII 3. Cắt toàn bộ TNBMT: Cắt toàn bộ TNBMT bảo tồn thần kinh VII 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
13	Thời gian phẫu thuật	Tính theo phút, bắt đầu từ lúc bắt đầu rạch da đến kết thúc thủ thuật. Thời gian can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu được chia thành các nhóm: ≤ 60 phút và trên 60 phút	Liên tục rời rạc	
14	Số lượng u sau phẫu thuật	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 U 2. $\geq U$ 	Nhị Phân	
15	Vị trí u trong phẫu thuật	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thùy nông 2. Thùy sâu 3. Cả 2 thùy 	Danh mục	
16	Kích thước u sau phẫu thuật	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 20 mm 2. 21- 40 mm 3. > 40 mm 	Danh mục	

17	Biến chứng tổn thương dây thần VII	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có: Giảm hoặc mất hoàn toàn trương lực hoặc lực cơ ở vùng trán, cung tiếp, môi trên và vùng cằm cùng bên PT 2. Không 	Danh mục	
17	Biến chứng khác sau phẫu thuật	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chảy máu sau mổ: có máu cục qua dẫn lưu, hoặc tụ máu dưới vết mổ 2. Nhiễm trùng vết mổ: Sưng, nóng, đỏ, đau tại vị trí PT kèm chảy mủ qua dẫn lưu hoặc vết mổ. 3. Rò nước bọt: : Nước bọt chảy ra qua dẫn lưu hoặc vết mổ. 4. Hoại tử vạt da: Hoại tử vạt da là vùng góc nhọn sau dải tai 	Danh mục	
18	Đánh giá kết quả phẫu thuật	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tốt: Lấy hết u, không có biến chứng. 2. Trung Bình: Lấy hết u, biến chứng liệt mặt nhẹ, các biến chứng hết khi ra viện. 3. Xấu: Không lấy hết u hoặc còn biến chứng khi ra viện 		

2.8. Một số khái niệm, tiêu chuẩn trong quy trình kỹ thuật.

2.8.1. Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định PT dựa vào vị trí, số lượng, kích thước u (có tham khảo Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu – Số: 3338/QĐ-BYT.)

- Cắt u: Đối với u ở thùy nông, số lượng 1 u, kích thước ≤ 40 mm.

- Cắt thùy nông: Đối với u ở thùy nông, số lượng 1 u hoặc ≥ 2 u.

- Cắt toàn bộ tuyến: Đối với u ở thùy sâu hoặc u ở cả 2 thùy.

2.8.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Khám toàn thân, khám bộ phận và những bệnh nền kèm theo

- Giải thích những nguy cơ rủi ro trong và sau can thiệp thủ thuật cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

- Đánh dấu bên can thiệp

- Kiểm tra các giấy tờ thủ tục hồ sơ bệnh án

- Vô cảm: Mê nội khí quản

- Tư thế nằm ngửa quay mặt ngược hướng bên có tổn thương

2.8.3: Các bước thực hiện phẫu thuật

• Thì 1: Rạch da và phẫu tích vạt da - Rạch da hình chữ S đi từ trước bình tai đi xuống sát dưới thùy tai và ra sau tới mõm chũm rồi vòng xuống theo bờ trước cơ ức đòn chũm, hướng về sừng lớn xương móng (đường rạch da đối với cắt u chỉ cần vừa đủ để bộc lộ u). - Phẫu tích vạt da: Vạt da có thể được nâng lên theo mặt phẳng phía trên hoặc phía dưới cơ bám da cổ và lớp SMAS. Vạt da được phẫu tích tới bờ trước của TNBMT, phía dưới vạt da được bóc tách khỏi đuôi TNBMT và phần trên của cơ ức đòn chũm.

• Thì 2: Thực hiện đối với từng phương pháp PT

- Cắt u: Xác định vị trí u, bóc tách nhu mô TNBMT quanh rìa u mà không bộc lộ dây thần kinh mặt. Quá trình phẫu tích không được xâm phạm vỏ bao và lưu ý tới các nhánh thần kinh mặt xuất hiện trong phẫu trường.

- Cắt thùy nông:

- + Sau khi phẫu tích vật da, giải phóng đuôi tuyến ra khỏi cơ ức đòn chũm từ tĩnh mạch cảnh ngoài cho tới mỏm chũm và bộc lộ bụng sau cơ nhị thân.
- + Phẫu tích và giải phóng TNBMT dọc theo sụn ống tai ngoài tới điểm sụn ống tai.
- + Bộc lộ thân chính thần kinh mặt giữa khe nhĩ chũm và bụng sau cơ nhị thân, ở bình diện sâu hơn điểm sụn ống tai ngoài khoảng 1cm (động mạch trâm chũm chạy song song và nằm nông hơn thần kinh mặt, cần đảm bảo tránh nhầm lẫn với thân dây thần kinh mặt khi thắt động mạch này).
- + Phẫu tích dọc theo thân thần kinh mặt cho tới các nhánh chia, cắt phần nhu mô nằm nông hơn đường đi của các nhánh thần kinh và bóc tách toàn bộ thùy nông TNBMT kèm u.
- Cắt toàn bộ tuyến: Sau khi cắt thùy nông, bóc tách thùy sâu ra khỏi mặt phẳng thần kinh và nâng nhẹ các sợi thần kinh nhưng không quá căng.

- **Thì 3: Đóng vết mổ**

Vết mổ được khâu 2 lớp, có đặt dẫn lưu áp lực âm. Băng ép nhẹ

2.9. Phương pháp phân tích nghiên cứu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phương pháp thống kê Y học (sử dụng phần mềm SPSS 20.0)

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

Nghiên cứu không trùng lặp với các nghiên cứu nào trước đó tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.

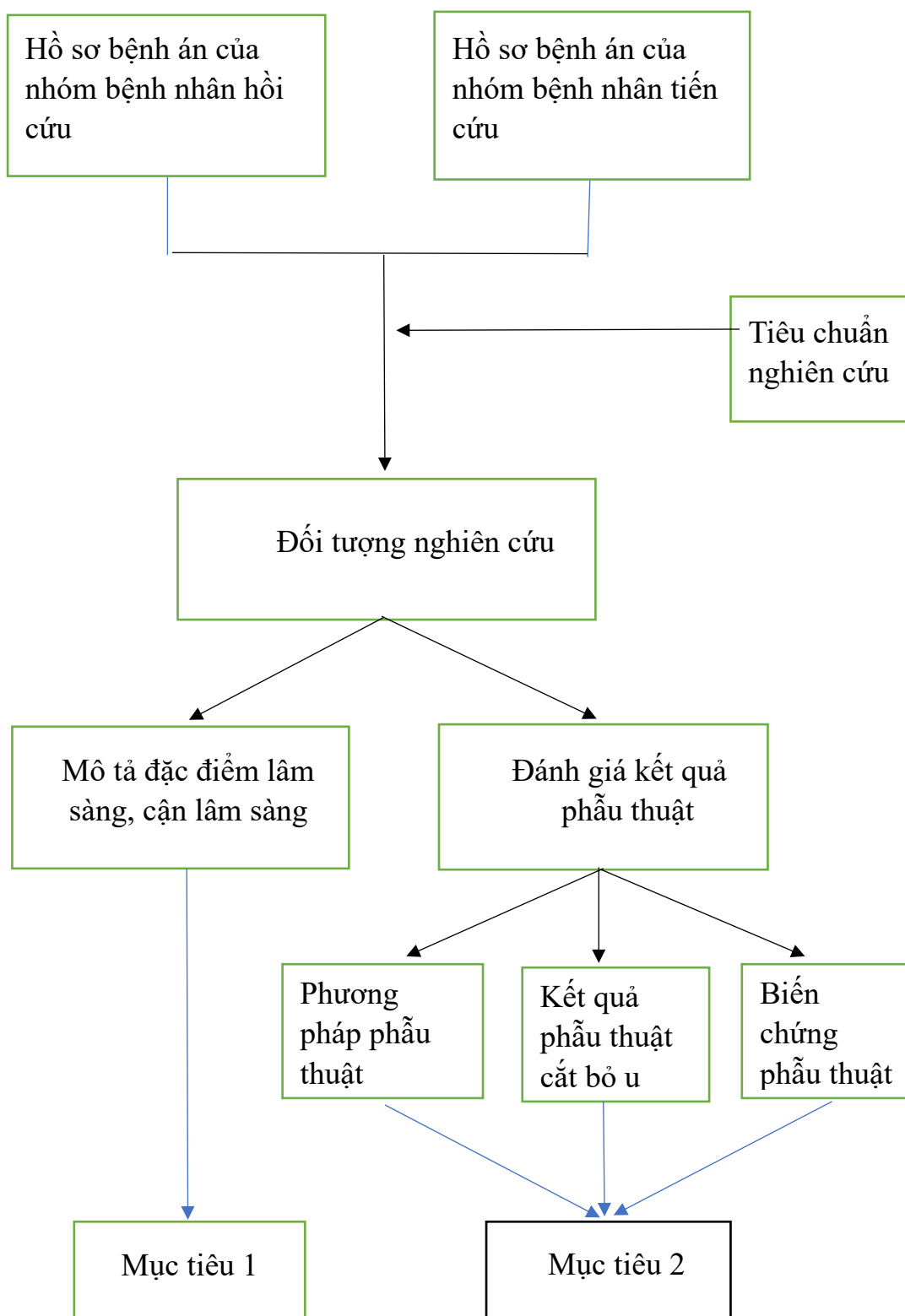
2.11. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu vừa hồi cứu kết hợp với tiền cứu.

Nghiên cứu chưa đánh giá được kết quả xa của các biến chứng sau phẫu thuật

Cách hạn chế sai số: xây dựng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, khoa học. Nhập số liệu chính xác.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm cận lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1 Đặc điểm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng
	n (%)	(n%)	
21 - 30			
31 -40			
41-50			
61 - 70			
> 70			
Tổng số			100%

Bảng 3.1 Đặc điểm tuổi và giới

3.1.2 Lý do vào viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Đau tại vùng mang tai		%
Liệt mặt		%
Tự sờ thấy u vùng mang tai		%
Tổng		%

Bảng 3.2 Lý do vào viện

3.1.3 Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện



Biểu đồ 3.1: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến lúc vào viện

3.1.4 Đặc điểm u trên lâm sàng

		Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí u	Bên trái		
	Bên phải		
	2 bên		
Mật độ	Mềm		
	Chắc		
Ranh giới	Rõ		
	Không rõ		
Di động	Di động		
	Hạn chế		
Đau tại u	Có		
	Không		
Tê – Liệt mặt	Có		
	Không		
Tổng số			

Bảng 3.3 Đặc điểm u trên lâm sàng

3.1.5 Đặc điểm u trên siêu âm

		Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí u	Bên trái		
	Bên phải		
	2 bên		
Kích thước u	≤ 20 mm		
	21– 40 mm		
	> 40 mm		
Mật độ	Tăng âm		
	Giảm âm		
	Trống âm		
Ranh giới	Rõ		
	Không rõ		
Cấu trúc	Đồng nhất		
	Không đồng nhất		
Tổng số			

Bảng 3.4 Đặc điểm u trên siêu âm

3.1.6 Đặc điểm tế bào học

Tế bào học	BN (n)	Tỷ lệ %
U tuyến đa hình		
U warthin		
Khác		
Tổng		100%

Bảng 3.5 Đặc điểm tế bào học của u

3.1.7 Số lượng, vị trí, kích thước u trong phẫu thuật

		Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí u	Bên trái		
	Bên phải		
	2 bên		
Kích thước u	≤ 20 mm		
	21– 40 mm		
	> 40 mm		
Số lượng u	1 u		
	≥ 2 u		
Tổng số			

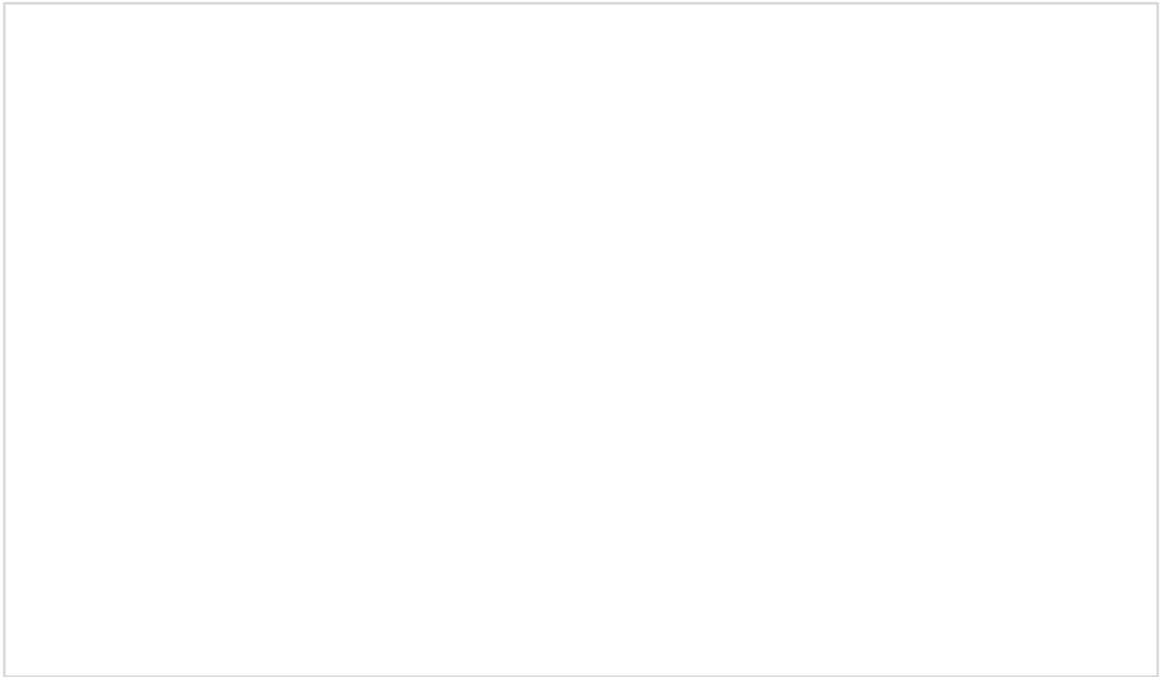
Bảng 3.6 Số lượng, vị trí, kích thước u trong phẫu thuật

3.1.8 Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Bn (n)	Tỷ lệ %
≤ 60 phút		
> 60 phút		
Tổng		

Bảng 3.7 Thời gian phẫu thuật

3.1.9 Đặc điểm mô bệnh học



Biểu đồ 3.2: Đặc điểm mô bệnh học sau mổ

3.2 Kết quả phẫu thuật

3.2.1 Phương pháp phẫu thuật

		Số BN	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u		
	Cắt thùy nông		
	Cắt toàn bộ		
Tổng số			

Bảng 3.8 Phương pháp phẫu thuật

3.2.2 Biến chứng sau phẫu thuật

		Số BN	Tỷ lệ %
Biến chứng phẫu thuật	Liệt mặt		
	Hoại tử vạt da		
	Nhiễm trùng		
	Rò nước bọt		
	Chảy máu		
Tổng số			

Bảng 3.9 Các biến chứng sau phẫu thuật

3.2.3 Các yếu tố liên quan đến biến chứng liệt mặt sau phẫu thuật

		Không liệt mặt Số BN (tỷ lệ)	Có liệt mặt Số BN (tỷ lệ)
Kích thước u	≤ 20 mm		
	21– 40 mm		
	> 40 mm		
Mô bệnh học	U tuyến đa hình		
	U Warthin		
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u		
	Cắt thùy nông		
	Cắt toàn bộ		

Bảng 3.10 Các yếu tố liên quan đến biến chứng liệt mặt

Chương 4

BÀN LUẬN

KẾT LUẬN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Lương Hữu Đăng, Nguyễn Kiều Diễm (2025), "Giá trị của hệ thống Milan trong chẩn đoán tế bào học u tuyến mang tai", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, tập 70 (số 4), tr. 100-106.
2. Nguyễn Văn Lam, Nguyễn Thị Thắm và CS (2025), "Đánh giá kết quả phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 20.
3. Trần Quang Long (2006), *Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến mang tai và các biến chứng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Lợi (2023), "Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn thần kinh mặt", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 524 (số 1A).
5. Đàm Thanh Mai, Nguyễn Công Hoàng (2023), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u lành tính tuyến mang tai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, tập 68 (số 4).
6. Hoàng Minh Phương và CS (2021), "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 - Trường Đại học Y Dược Huế*, tập 11 (số 1), tr. 90-95.
7. Hoàng Minh Phương và CS (2022), "Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế", *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, tập 12 (số 1).

8. Trần Trọng Quyền (2019), *Đánh giá kết quả phẫu thuật u biểu mô lành tính của tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

TIẾNG ANH

9. Almulla LA, Alnujaidi AM, et al. (2025), "Fine needle aspiration vs. surgical pathology specimen in salivary gland tumors: a study of diagnostic accuracy and predictive value", *Ann Saudi Med*, 45(5), pp. 304-312.
10. Gidea-Paraschivescu E, Luca RE, et al. (2025), "Parotid Gland Tumors: An Institutional 8-Year Retrospective Study Spanning the COVID-19 Pandemic", *J. Clin. Med*, 14, 7382.
11. Kalwaniya DS, Meena R, et al. (2023), "A Review of the Current Literature on Pleomorphic Adenoma", *Cureus*, 15(7), e42311.
12. Mantsopoulos K, Thimsen V, et al. (2021), "Histopathology of Parotid Pleomorphic Adenomas: A 'Pleomorphic Approach' to a Demanding Lesion", *Laryngoscope*, 131, pp. E1524–E1530.
13. Mortensen NB, Bjørndal K. (2024), "The risk of facial nerve palsy after benign parotidectomy. A quality project", *Acta Oto-Laryngologica*, 144(3), pp. 250-254.
14. Muhleman MA, Wartmann CT, et al. (2012), "A review of the tragal pointer: anatomy and its importance as a landmark in surgical procedures", *Folia Morphol*, 71(2), pp. 59-64.
15. Saha S, Pal S, et al. (2014), "Identification of Facial Nerve During Parotidectomy: A Combined Anatomical & Surgical Study", *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 66(1), pp. 63-68.

16. Tian Z, Li L, et al. (2010), "Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases", *Int J Oral Maxillofac Surg*, 39(7), pp. 688-694.
17. Ungari C, Paparo F, et al. (2008), "Parotid glands tumours: overview of a 10-years experience with 282 patients", *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 12, pp. 321-325.
18. Ungureanu LB, Ghiciuc CM, et al. (2025), "Benign and Malignant Parotid Gland Tumors: Insights from a Five-Year Northeast Romanian Population", *J. Clin. Med*, 14, 7087.

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số phiếu:

Số bệnh án:

4. Hành Chính

Họ và tên: Tuổi:

Tuổi:Số điện thoại:

Giới: Nghề nghiệp

Địa chỉ:

Ngày vào viện: Ngày ra viện:

Ngày mổ:

II. Đặc điểm lâm sàng

1. Tuổi: 2. Giới: 1. Nam 2. Nữ

2. Lý do vào viện: 1. Phát hiện u 2. Liệt mặt 3. Đau tại u

3. Triệu chứng lâm sàng

Phát hiện khối tại vùng mang tai: 1. Có 2. Không

Đau tại vùng mang tai: 1. Có 2. Không

Liệt mặt: 1. Có 2. Không

4. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện: Tháng

5. Đặc điểm lâm sàng u

Vị trí: 1. TMT phải 2. TMT trái 3. 2 bên

Số lượng: 1. 1 u 2. ≥ 2 u

Mật độ: 1. Mềm 2. Chắc

Kích thước:	1. $U \leq 2\text{cm}$	2. $2\text{cm} \leq U \leq 4\text{cm}$	3. $U > 4\text{cm}$
Ranh giới:	1. Rõ	2. Không rõ	
Bờ:	1. Đều	2. Không đều	
Độ di động u:	1. Di động tốt	2. hạn chế	

III. Cận lâm sàng

1. Đặc điểm siêu âm

Vị trí: 1. Thùy trái 2. Thùy Phải 3. 2 bên

Số lượng u: 1. 1 u 2. ≥ 2 U

Kích thước: 1. $U \leq 20\text{mm}$ 2. $20 \leq U \leq 40\text{mm}$ 3. $U > 40\text{mm}$

Bờ: 1. Đều 2. Không đều

Ranh giới: 1. Rõ 2. Không rõ

Mật độ: 1. Tăng âm 2. Giảm âm 3, Trống âm

Cấu trúc: 1. Đồng nhất 2. Không đồng nhất

2. Mô bệnh học

1. U tuyến đa hình 2. U Warthin 3. U lành tính khác

IV. Phương pháp phẫu thuật

1. Phương pháp phẫu thuật

1. Cắt u

2. PT cắt thùy nông TNBMT và bảo tồn thần kinh VII

3. PT cắt toàn bộ TNBMT và bảo tồn thần kinh VII

2. Thời gian phẫu thuật: 1. ≤ 60 phút 2. > 60 phút

3. Số lượng u sau phẫu thuật: 1. 1 U 2. ≥ 2 U

4. Kích thước u sau phẫu thuật:

1. $U \leq 20\text{mm}$
2. $20\text{mm} \leq U \leq 40\text{mm}$
3. $U > 40\text{mm}$

5. Biến chứng sau phẫu thuật:

1. Chảy máu
2. Liệt mặt
3. Nhiễm trùng vết mổ
4. Rò nước bọt
5. Hoại tử vạt da

6. Kết quả gần:

1. Tốt
2. Trung bình
3. Xấu