

Đánh giá kết quả phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024

Evaluation of surgical outcomes for benign parotid gland tumors at Ninh Binh Provincial General Hospital in 2024

Nguyễn Văn Lam*, Nguyễn Thị Thắm,
Ngô Thị Hằng Nga và Ngô Xuân Núi

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng, hồi cứu kết hợp tiến cứu cho 42 người bệnh u lành tính tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Phẫu thuật cắt u đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%), tỷ lệ nhánh cổ mặt của dây VII bị tổn thương là 16,7%, tổn thương cả hai nhánh thái dương mặt và cổ mặt chiếm 7,1%, phần lớn liệt mặt là tạm thời theo phân độ liệt mặt của House-Brackmann (1985). Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 23,8%, giảm dần sau 1 tháng (14,3%), 3 tháng (4,8%) với độ II là chủ yếu, không còn trường hợp liệt sau 6 tháng (0%). Các biến chứng khác ghi nhận sau phẫu thuật 6 tháng gồm tê bì quanh tai (47,6%), tái phát u (4,8%), hội chứng Frey (2,4%). Sau 3 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật tốt chiếm 69%, khá chiếm 23,8%, kém chiếm 7,1%. Sau 6 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật tốt chiếm 88,1%, khá chiếm 7,1%, kém chiếm 4,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt u lành tính tuyến nước bọt mang tai bảo tồn dây thần kinh VII, tạo hình ổ khuyết sau phẫu thuật đảm bảo hiệu quả tốt về mặt bệnh học và tính thẩm mỹ nên triển khai áp dụng thường quy kỹ thuật này trong Bệnh viện.

Từ khóa: U tuyến nước bọt mang tai, liệt mặt.

Summary

Objective: To evaluate the surgical outcomes of benign parotid gland tumors at Ninh Binh Provincial General Hospital in 2024. **Subject and method:** A retrospective and prospective descriptive cross-sectional study without control group was conducted on 42 patients with benign parotid gland tumors at Ninh Binh General Hospital from January 2022 to October 2024. **Result:** Simple tumor excision accounted for the highest proportion (72.6%). The rate of marginal mandibular branch (cervicofacial branch) injury of the facial nerve was 16.7%; combined injury of both the temporal and marginal mandibular branches occurred in 7.1%. Most cases of facial paralysis were temporary, graded according to the House-Brackmann scale (1985). Facial paralysis was most common after 1 week post-operation (23.8%), decreasing after 1 month

Ngày nhận bài: 15/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 28/9/2025

* Tác giả liên hệ: lampro92@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

(14.3%) and 3 months (4.8%), primarily at grade II, and no cases remained after 6 months (0%). Other postoperative complications at 6 months included periauricular numbness (47.6%), tumor recurrence (4.8%), and Frey's syndrome (2.4%). At 3 months post-surgery, overall good outcomes accounted for 69%, fair 23.8%, and poor 7.1%. At 6 months, good outcomes increased to 88.1%, fair outcomes were 7.1%, and poor outcomes dropped. *Conclusion:* Surgical excision of benign parotid gland tumors with preservation of the facial nerve and postoperative defect reconstruction ensures favorable pathological and aesthetic outcomes, and should be routinely implemented at the hospital.

Keywords: Parotid gland tumor, facial paralysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt là một khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể, chiếm 2- 6,5% các khối u đầu mặt cổ. U hay gặp ở các tuyến nước bọt chính, trong đó 64 - 80% xảy ra ở tuyến nước bọt mang tai^{1, 6}. Phẫu thuật là phương pháp chính trong điều trị u tuyến nước bọt mang tai. Hiện nay với xu hướng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu nhưng vẫn đảm bảo kết quả điều trị tốt, nhiều tác giả áp dụng các phương pháp điều trị khác nhau bao gồm cắt u đơn thuần, cắt u và thuỳ nông hoặc cắt u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII để điều trị u tuyến nước bọt mang tai tùy thuộc vào vị trí, kích thước và đặc điểm của khối u^{2, 3}. Sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai biến chứng thường gặp nhất là liệt mặt, bao gồm liệt tạm thời và vĩnh viễn. Ngoài ra, các biến chứng khác bao gồm tê quanh tai, hội chứng Frey, rò nước bọt, tụ dịch và tái phát. Ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về u tuyến nước bọt như Nguyễn Hữu Phúc (2017). Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, hiện chưa có đề tài nghiên cứu về vấn đề này. Thực tiễn công việc đòi hỏi cần có thêm hiểu biết đầy đủ và hệ thống hơn nữa về chẩn đoán, điều trị phẫu thuật. Do đó, để đánh giá hiệu quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u lành tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 42 NB được chẩn đoán u lành tính tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân không phân biệt tuổi được chẩn đoán là u tuyến nước bọt mang tai. Có kết quả FNA và giải phẫu bệnh sau mổ phù hợp là u lành tính. Phẫu thuật cắt u và bảo tồn dây thần kinh VII. Bệnh nhân được theo dõi trong quá trình điều trị và tái khám đánh giá sau ra viện 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: U tuyến nước bọt mang tai tái phát. Mô bệnh học là ung thư tuyến nước bọt mang tai hoặc không phải là u lành tính tuyến nước bọt mang tai hoặc không có giải phẫu bệnh. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, không đối chứng, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 42 người bệnh thỏa mãn các tiêu chí chọn mẫu.

Chọn mẫu: Thuận tiện.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số độc lập: Tuổi, giới, thời gian khởi bệnh, vị trí u, kích thước u, đặc điểm mô bệnh học u, phương pháp phẫu thuật, tổn thương thần kinh

VII trong phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng liệt mặt tại các thời điểm sau phẫu thuật.

Chỉ số nghiên cứu: Tỷ lệ %, trung bình $\pm$ SD, p-value.

Phương pháp thu thập số liệu:

Các bước thu thập số liệu: Người bệnh chẩn đoán u lành tuyến nước bọt mang tai vào viện hỏi bệnh tiền sử, bệnh sử, khám bệnh kỹ, hoàn thiện bilan phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin được thiết kế sẵn. Sau phẫu thuật, người bệnh được theo dõi sát, được khảo sát và đánh giá kết quả tại các mốc thời điểm ngay sau phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá tỷ lệ phân độ liệt mặt theo theo House-Brackmann (1985) ở các

thời điểm sau phẫu thuật tương ứng với các mốc thời gian trên, phân độ từ I đến V.

Phương pháp xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu này, NB trên từ 45-65 tuổi chiếm 59,5%; tỷ lệ nam/ nữ là 1,6/1, thời gian khởi bệnh chủ yếu trên 24 tháng với 78,6%, vị trí u chủ yếu nằm thùy nông với 90,5%, tương đương nhau ở bên trái và phải, mô bệnh học chủ yếu là u đa hình tuyến nước bọt chiếm 52,4%.

3.1. Kết quả phẫu thuật

3.1.1. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	Tỷ lệ %
Cắt u đơn thuần	32	76,2
Cắt u và 1 phần thùy nông	9	21,4
Cắt u và thùy nông	1	2,4
Tổng	42	100

Nhận xét: Phẫu thuật cắt u đơn thuần tuyến mang tai chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,2%, phẫu thuật cắt u đơn thuần là 35,5% và 1 trường hợp cắt u và thùy nông tuyến chiếm tỷ lệ 2,4%.

3.1.2. Tổn thương thần kinh VII trong phẫu thuật

Bảng 2. Tổn thương thần kinh VII trong phẫu thuật

Nhánh tổn thương	n	Tỷ lệ %
Không tổn thương	32	76,2
Nhánh thái dương	0	0
Nhánh cổ	7	16,7
Nhánh thái dương và nhánh cổ	3	7,1
Nhánh gò má	0	0
Nhánh bờ hàm dưới	0	0
Tổng	42	100

Nhận xét: Sau phẫu thuật u TNBMT, nhánh cổ dây VII thường xuyên bị tổn thương nhất với tỷ lệ 16,7%, tổn thương cả hai nhánh thái dương và cổ chiếm 7,1% và không có trường hợp nào tổn thương nhánh thái dương đơn thuần.

3.1.3. Biến chứng liệt mặt ở các thời điểm sau phẫu thuật

Bảng 3. Biến chứng liệt mặt ở các thời điểm sau phẫu thuật

Thời điểm	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Liệt mặt	10	24	6	14	2	5	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 24%, giảm dần sau 1 tháng (14%), 3 tháng (5%) và không còn trường hợp liệt sau 6 tháng (0%).

3.1.4. Phân độ liệt mặt theo House-Brackmann (1985) ở các thời điểm sau phẫu thuật

Bảng 4. Phân độ liệt mặt theo House-Brackmann (1985) ở các thời điểm sau phẫu thuật

Phân độ	Xếp loại	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Độ I	Bình thường	32	76	36	86	40	95	42	100
Độ II	Nhẹ	9	21	5	12	1	2	0	0
Độ III	Trung bình	1	2	1	2	1	2	0	0
Độ IV	Trung bình - nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Độ V	Nặng	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng		42	100	42	100	42	100	42	100

Nhận xét: Sau 1 tuần, liệt mặt độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (21%), sau 1 tháng và 3 tháng liệt mặt độ II giảm dần chiếm tương ứng 12% và 5%, sau 6 tháng 100% hết dấu chứng liệt mặt (đạt độ I: bình thường).

3.2. Mối tương quan giữa liệt thần kinh mặt tạm thời và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tuổi

Bảng 5. Mối tương quan giữa tuổi và liệt thần kinh mặt tạm thời

Tuổi	Liệt mặt tạm thời		p
	Có n (%)	Không n (%)	
< 60 tuổi	9 (42,9)	12 (57,1)	0,270
≥ 60 tuổi	1 (4,8)	20 (95,2)	OR = 0,7
Tổng	10	32	

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời sau mổ xảy ra chủ yếu ở nhóm bệnh nhân nhỏ hơn 60 tuổi 42,4%. Tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời ở nhóm bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi ít hơn với 4,8%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,270$).

3.2.2. Giới tính

Bảng 6. Mối tương quan giữa giới tính và liệt mặt tạm thời

Giới	Liệt mặt tạm thời		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Nam	4 (15,4)	22 (84,6)	OR = 3,3 (KTC 95%: 0,8-14,3)
Nữ	6 (37,5)	10 (62,5)	
Tổng	10	32	

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời thường gặp ở nữ giới chiếm tỷ lệ 37,5%. Ở bệnh nhân nam, tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời là 15,4%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,142$).

3.2.3. Vị trí u

Bảng 7. Mối tương quan giữa vị trí u và liệt mặt tạm thời

Vị trí u	Liệt mặt tạm thời		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Thùy nông	7 (18,4)	31 (81,6)	OR = 0,075 (KTC95%:0,007-0,836)
Thùy sâu	3 (75,0)	1 (25,0)	
Tổng	10	32	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời ở nhóm bệnh nhân có vị trí u ở thùy sâu là 75,0%. Tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời này cao hơn ở nhóm bệnh nhân có vị trí u ở thùy nông là 18,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,036$).

3.2.4. Kích thước u

Bảng 8. Mối tương quan giữa kích thước u và liệt mặt tạm thời

Kích thước u	Liệt mặt tạm thời		p
	Có n (%)	Không n (%)	
< 2cm	1 (5,3)	18 (94,7)	OR = 4 (KTC 95%: 1,6-9,6)
≥ 2cm	9 (39,1)	14 (60,9)	
Tổng	10	32	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời ở nhóm bệnh nhân có kích thước u ≥ 2 cm là 39,1%. Tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời này cao hơn ở nhóm bệnh nhân có kích thước u < 2cm là 5,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$).

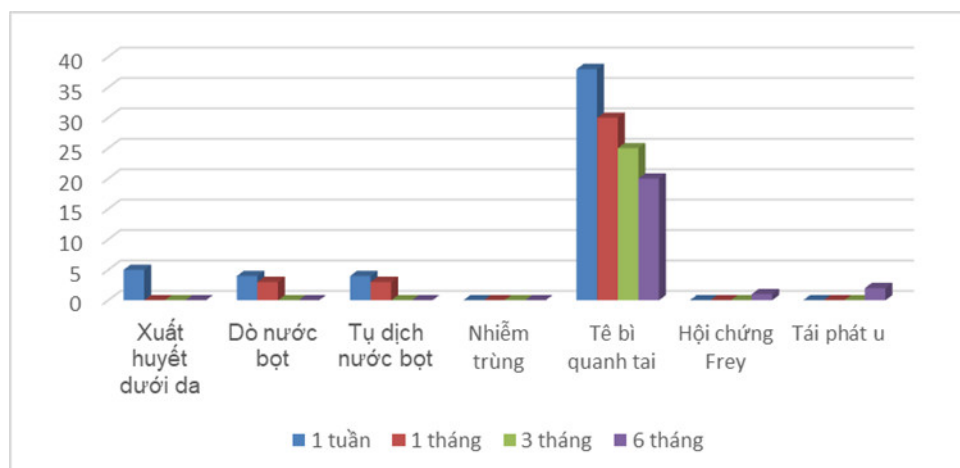
3.2.5. Số nhánh thần kinh mặt bóc tách trong lúc phẫu thuật

Bảng 9. Mối tương quan giữa liệt mặt tạm thời và số nhánh thần kinh mặt được bóc tách trong lúc phẫu thuật

Số nhánh thần kinh mặt	Liệt mặt tạm thời		p
	Có n (%)	Không n (%)	
2 nhánh	4 (16,7)	20 (83,3)	0,0001
3 nhánh	6 (33,3)	12 (66,7)	
Tổng	10	32	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời ở nhóm bệnh nhân có bóc tách 3 nhánh thần kinh mặt chiếm tỷ lệ 42,9%. Ở nhóm bệnh nhân có bóc tách 3 nhánh thần kinh mặt thì tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời là 33,3%. Tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời sẽ ít hơn ở nhóm bệnh nhân có bóc tách 2 nhánh thần kinh mặt 16,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,0001$).

3.2.6. Các biến chứng khác của phẫu thuật

**Biểu đồ 1. Các biến chứng khác sau phẫu thuật**

Nhận xét: Sau 1 tuần, ghi nhận 5 BN xuất huyết dưới da (11,9%), 38 BN tê quanh tai (90,5%) và 4 BN dò nước bọt (9,5%). Sau 1 tháng, ghi nhận 3 BN dò nước bọt (7,0%), 3 BN tụ dịch (7,0%), 30 BN tê quanh tai (71,4%). Sau 3 tháng, ghi nhận 25 BN tê quanh tai (59,5%). Sau 6 tháng, có 20 BN tê quanh tai (47,6%), 2 BN tái phát u (4,8%), 1 BN có hội chứng Frey (2,4%).

3.2.7. Đánh giá tổng thể kết quả sau phẫu thuật

Bảng 10. Đánh giá tổng thể kết quả sau phẫu thuật

Tổng thể kết quả	3 tháng (n, %)	6 tháng (n, %)
Tốt	29 (69%)	37 (88,1%)
Khá	10 (23,8%)	3 (7,1%)
Kém	3 (7,1%)	2 (4,8%)
Tổng	42 (100%)	42 (100%)

Nhận xét: Sau 3 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật đánh giá tốt chiếm 69%, đánh giá khá chiếm 23,8%, đánh giá kém chiếm 7,1%. Sau 6 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật đánh giá tốt chiếm 88,1%, đánh giá khá chiếm 7,1%, đánh giá kém chiếm 4,8%.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng liệt thần kinh mặt sau phẫu thuật là vấn đề cần được lưu tâm nhất. Tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời và mặt vĩnh viễn có liên quan đến độ rộng của phẫu thuật tuyến mang tai. Độ rộng của phẫu thuật càng lớn thì tỷ lệ liệt thần kinh mặt càng cao.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sau phẫu thuật u hỗn hợp có 7 trường hợp (16,7%) tổn thương nhánh cổ mặt dây VII, 3 trường hợp (7,1%) tổn thương cả hai nhánh cổ, thái dương. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận phần lớn BN méo miệng một bên do tổn thương nhánh cổ mặt dây VII gặp ở 46/135 trường hợp chiếm 34,1%⁷. Theo Infante-Cossio P. và CS (2018) tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau cắt u và thùy nông trên 79 BN là 77,2%, nhánh bờ hàm dưới có tỷ lệ tổn thương cao nhất với 64,5%⁴. Điều này có thể giải thích do nhánh bờ hàm dưới của thân cổ mặt dây VII thường đi ra nông nhanh hơn, là nhánh nhỏ nhất trong 5 nhánh tận của TK VII và có ít nhánh nối với các nhánh khác, đường đi lại dài hơn nên dễ tổn thương hơn trong lúc phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, tác giả cũng ghi nhận tỷ lệ cắt u và 1 phần thùy nông tuyến mang tai trong điều trị u TNBMT tương tự so với các tác giả trước đây. Vì phần lớn các phẫu thuật viên ưa thích lựa chọn cắt u và 1 phần thùy nông trong điều trị u lành tính tuyến mang tai. Tác giả Nguyễn Hữu Phúc⁷ cũng ưu tiên lựa chọn cắt 1 phần thùy nông tuyến mang tai cho những trường hợp u < 20mm.

Tác giả Comoglu S² báo cáo nghiên cứu phân tích hậu kiểm u lành tính tuyến mang tai cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát giữa phẫu

thuật cắt 1 phần thùy nông so với phẫu thuật cắt thùy nông tuyến mang tai. Tỷ lệ liệt mặt tạm thời và hội chứng Frey sau phẫu thuật cắt 1 phần thùy nông thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với phẫu thuật cắt thùy nông với tỷ lệ tương ứng là liệt mặt 8,4% và 20,4%, không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ liệt mặt vĩnh viễn giữa 2 phương pháp trên. Từ kết quả nghiên cứu trên, tác giả khuyến cáo phẫu thuật cắt 1 phần thùy nông tuyến mang tai nên là lựa chọn thay thế cho phẫu thuật cắt thùy nông đối với các u lành tính tuyến mang tai.

Như vậy đối với phẫu thuật tuyến mang tai, phẫu thuật càng rộng thì tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời càng nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời chiếm 24%, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tỷ lệ này tương tự so với các nghiên cứu khác trên y văn. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy thời gian hồi phục trung bình của liệt mặt tạm thời là khoảng 3 tháng, đa phần các trường hợp bị liệt nhánh bờ hàm dưới. Về mặt giải phẫu học, đây là nhánh thần kinh nhỏ nhất trong 5 nhánh thần kinh mặt, do đó dễ có nguy cơ tổn thương nhất khi bóc tách. Các yếu tố liên quan đến liệt thần kinh mặt sau phẫu thuật cắt tuyến mang tai vẫn còn tranh cãi chưa có sự thống nhất. Trong nghiên cứu của Ikoma tác giả nhận thấy tỷ lệ liệt mặt tạm thời là 18,9%, thời gian thần kinh mặt hồi phục chức năng là 2,7 tháng. Khi phân tích đa biến tác giả nhận thấy liên quan giữa tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời và vị trí u: Trên > dưới (OR = 4,93, p<0,001), trước > sau (OR = 2,91, p=0,021) và thùy sâu > thùy nông (OR = 2,76, p=0,033). Tác giả cũng nhận thấy có đến 75,8% trường hợp liệt thần kinh mặt liên quan đến nhánh bờ hàm dưới. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy phần lớn các trường hợp chiếm 95,2% thần kinh mặt hồi phục sau 3 tháng. Sau theo dõi 6 tháng tỷ lệ hồi phục thần kinh mặt chiếm tỷ lệ 100%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Phúc⁷ cho thấy, thời gian phục hồi liệt mặt trung bình $3,8 \pm 2,2$ tháng, 94,5% bệnh nhân hồi phục trước 6 tháng, tỷ lệ hồi phục sau 2-4 tháng

cao nhất chiếm 44,4%. Theo tác giả Đinh Xuân Thành ⁴, thời gian phục hồi liệt mặt trung bình là 3,35 tháng, 96,5% bệnh nhân hồi phục liệt mặt trong vòng 6 tháng theo dõi. Tác giả Ikoma R ⁶ cho thấy 60% bệnh nhân liệt mặt sau mổ phục hồi trong vòng 6 tháng, số còn lại phục hồi trong vòng 6-18 tháng. Trong nghiên cứu này, khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ liệt mặt sau mổ chúng tôi cũng nhận thấy thời gian khởi bệnh ngắn, u có kích thước nhỏ, bóc tách càng ít nhánh thần kinh ít có nguy cơ liệt mặt tạm thời sau mổ khi phân tích đơn biến. Khi phân tích đa biến chúng tôi nhận thấy phẫu thuật bóc tách nhiều nhánh thần kinh mặt và vị trí u, kích thước u lúc phẫu thuật lớn là 3 yếu tố tiên lượng độc lập đối với liệt mặt tạm thời sau mổ.

Liệt mặt là biến chứng được quan tâm nhất sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1 tuần ghi nhận 24% BN liệt mặt, sau 1 tháng là 14,3%, sau 3 tháng là 4,8% và sau 6 tháng là 0%. Tương tự, nghiên cứu của Infante-Cossio P và cộng sự (2018) trên 79 BN cắt u thủy nang tuyến nước bọt mang tai ghi nhận tỷ lệ liệt mặt trong thời gian 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng là 77,2%, 51,9%, 30,4%, 0%. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận tại thời điểm ngay sau phẫu thuật có 37,0% BN liệt mặt, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt còn 25,1%, 6,7%, 0% ⁷. Đánh giá 1 tháng sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hồi phục liệt mặt là 85,7%, sau 3 tháng là 95,2%, sau 6 tháng tỷ lệ hồi phục 100%, đạt độ I theo phân độ liệt mặt của House – Brackmann. Tương tự các tác giả Đinh Xuân Thành (2014), Infante-Cossio P (2018) ^{3, 4}.

Đánh giá mức độ liệt mặt theo House-Brackmann cho thấy độ II chiếm ưu thế ở các thời điểm nghiên cứu. Ở thời điểm 1 tuần, độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 23,8%, độ III với 2,4%, độ IV, độ V không ghi nhận trường hợp nào. Theo tác giả Li X và cộng sự (2020) phẫu thuật 42 trường hợp cắt một phần tuyến mang tai bảo tồn dây VII ghi nhận 7 trường hợp độ II (16,7%), 11 trường hợp độ III (26,2%), 5 trường hợp độ IV (11,9%), 3 trường

hợp độ V (7,1%) và 2 trường hợp độ VI (4,8%). Nghiên cứu chúng tôi cho thấy, ở thời điểm 1 tháng tỷ lệ liệt mặt còn lại 14,3%, các trường hợp này còn cho thấy sự phục hồi với sự giảm bớt tỷ lệ ở các nhóm phân độ liệt mặt: 2,4% ở độ III, không có độ IV trở lên. Tương tự, ở thời điểm 3 tháng, chỉ còn 4,8% trường hợp liệt mặt với mức độ liệt giảm dần, cụ thể: độ III còn 2,4%, độ II với 11,9%, chứng tỏ sự hồi phục rất tốt của TK mặt. Ở thời điểm 6 tháng, cho thấy sự hồi phục hoàn toàn chức năng TK mặt ở tất cả BN, tương ứng với độ I theo phân độ liệt mặt này.

Biến chứng tê quanh tai liên quan đến tổn thương dây TK tai lớn trong lúc phẫu thuật. Dây TK tai lớn xuất phát từ đám rối cổ C2 - C3, bắt chéo bờ trước cơ ức đòn chũm, xuyên qua mạc sâu và mạc nông cơ bám da cổ đến tuyến mang tai. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sau phẫu thuật 1 tuần có 90,5% BN tê quanh tai, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng với 71,4%, 59,5%, 47,6%. Nghiên cứu của Infante-Cossio P và cộng sự (2018) trên 79 BN cho kết quả 67 BN (84,9%) tê vùng quanh tai sau 1 tuần và 12 tháng còn 43,0%, có 45 BN (57%) hồi phục như trước phẫu thuật ⁴.

Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần ghi nhận 4 trường hợp dò nước bọt chiếm tỷ lệ 9,5%. Theo nghiên cứu của Infante-Cossio P và cộng sự (2018) không ghi nhận trường hợp nào dò nước bọt⁴. Dò nước bọt có thể tự hồi phục hoặc cần dẫn lưu, băng ép. Trong 42 BN tham gia nghiên cứu, có 3 trường hợp tự dịch sau phẫu thuật (7,1%). Theo tác giả Nguyễn Hữu Phúc (2017), Lê Minh Kỳ (2011) ghi nhận tỷ lệ này lần lượt là 6,6% và 7,4% ^{7, 9}. Nguyên nhân là do sự hình thành mô sẹo xung quanh bờ cắt của nhu mô tuyến sẽ đóng kín bất kỳ sự thoát nước bọt nào từ các nhu mô tuyến còn lại, chúng tôi băng ép khoảng 2 tháng là khỏi hoàn toàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau thời gian theo dõi 6 tháng có 1 trường hợp (2,4%) các triệu chứng của hội chứng Frey. Các báo cáo trước đây chỉ ra rằng xuất độ hội chứng Frey rất đa dạng. Do

thời gian nghiên cứu ngắn và 95,2% bệnh nhân phẫu thuật đều được sử dụng tái tạo khuyết hổng nên chúng tôi ghi nhận trường hợp chỉ duy nhất 1 trường hợp này có hội chứng Frey.

Về tỷ lệ tái phát, chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp (4,8%) tái phát sau 6 tháng theo dõi, cả 2 trường hợp này đều có giải phẫu bệnh sau mổ là u hỗn hợp đa hình tuyến nước bọt. Thời gian tái phát của u lành khác nhau, đối với u hỗn hợp rất hay tái phát, thời gian hay thay đổi, có thể xảy ra nhiều tháng hoặc nhiều năm sau điều trị, thậm chí đến 15-20 năm sau. Tỷ lệ tái phát dao động 0,8-5%^{5,7}. U hỗn hợp có tỷ lệ tái phát cao do tính đa ổ của u nguyên phát, đặc điểm vỏ bao của u với không có vỏ bao hay thiếu vỏ bao với các sang thương vệ tinh khi quan sát trên kính hiển vi⁵. Tái phát u là điều không mong muốn, là biến chứng rất xấu sau phẫu thuật, nguy cơ phải hy sinh dây thần kinh VII trong lần mổ sau là rất cao, ảnh hưởng nghiêm trọng tới chức năng và thể trạng và tâm lý của người bệnh. Tuy vậy, có thể đẩy lùi nguy cơ tái phát bằng việc thực hiện tốt phẫu thuật đầu tiên, từ chẩn đoán hình ảnh học, chẩn đoán giải phẫu bệnh trước mổ chính xác cho đến dùng loại kỹ thuật phẫu thuật phù hợp.

Phẫu thuật u tuyến mang tai vốn là một kỹ thuật khó và phẫu trường nằm trong vùng giàu mạch máu, thần kinh và bạch huyết. Vấn đề sang chấn tổ chức và đặc biệt là dây vỏ bao của myelin hệ thống phân nhánh thần kinh VII là không thể tránh khỏi. Do vậy, sự sang chấn và tình trạng xung huyết, phù nề vùng phẫu thuật sẽ là nguyên nhân gây nên một số trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật có tình trạng liệt dây thần kinh VII ở nhiều mức độ. Tuy vậy, sau một thời gian dài triệu chứng sẽ hết dần, chức năng chi phối vận động, cảm giác và điều khiển chế tiết sẽ hồi phục. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng sau thời gian 3 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật tốt chiếm 69%, khá chiếm 23,8%, kém chiếm 7,1%. Sau thời gian 6 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật tốt chiếm 88,1%, khá chiếm 7,1%, kém chiếm 4,8%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu Đinh

Xuân Thành (2014) với 59 trường hợp đạt kết quả tốt (77,63%); 16 trường hợp đạt kết quả trung bình (21,05%); 1 trường hợp đạt kết quả kém (1,32%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Ikoma (2014), Kara A, Yilmaz MS, Guven M, Demir D, Genc S, Guven EM (2017)^{5,10}.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt u đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%). Sau phẫu thuật u lành tuyến mang tai, tỷ lệ nhánh cổ của dây VII bị tổn thương là 16,7%, tổn thương cả hai nhánh thái dương và cổ chiếm 7,1%, không có trường hợp nào tổn thương đơn thuần nhánh thái dương. Phần lớn liệt mặt là tạm thời theo phân độ liệt mặt của House-Brackmann (1985) liên quan đến vị trí u, kích thước u và số nhánh bóc tách trong phẫu thuật. Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 23,8%, giảm dần sau 1 tháng, 3 tháng với độ II là chủ yếu, không còn trường hợp liệt sau 6 tháng. Các biến chứng khác ghi nhận sau phẫu thuật 6 tháng gồm tê bì quanh tai (47,6%), tái phát u (4,8%), hội chứng Frey (2,4%). Sau thời gian 3 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật tốt chiếm 69%, khá 23,8%, kém 7,1%. Sau thời gian 6 tháng, kết quả tổng thể phẫu thuật tốt chiếm 88,1%, khá 7,1%, kém 4,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark K (2017) *Etiology and familial inheritance of pleomorphic adenomas*. J Dentistry 5(1): 54-58.
2. Comoglu S, Ozturk E, Celik M, Avci H, Sonmez S, Basaran B et al (2018) *Comprehensive analysis of parotid mass: A retrospective study of 369 cases*. Auris, nasus, larynx 45(2): 320-327.
3. Đinh Xuân Thành (2014) *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai*. Tạp chí Y học thực hành, số 9(553), tr. 28-31.
4. Infante-Cossio P, Gonzalez-Cardero E, Garcia-Perla- Garcia A et al (2018) *Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma*. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal 23(4): e485-e492.

5. Kara A, Yilmaz MS, Guven M, Demir D, Genc S, Guven EM (2017) *Clinical Results of Surgical Treatment in Parotid Tumors*. Journal of Otolaryngology-ENT Research 7(2).
6. Khanam A, Gulshan A, Rahman, Ikoma R (2016) *Pattern of distribution of different salivary gland tumors*. A retrospective study in NICRH, Dhaka. Bangladesh Journal of Medical Science 15(1):95-8.
7. Nguyễn Hữu Phúc (2017) *Liệt mặt sau phẫu thuật cắt một phần thùy nông tuyến mang tai*. Y học TP.HCM, tập 13, phụ bản số 6, tr. 143-147.
8. Zhang D, Li X, Lv L, Yu J et al (2020) *A Preliminary Study of CT Texture Analysis for Characterizing Epithelial Tumors of the Parotid Gland*. Cancer Manag Res 12: 2665-2674.
9. Lê Minh Kỳ, Trần Quang Long (2011) *Kết quả phẫu thuật u tuyến mang tai và các biến chứng phẫu thuật*. Tạp chí Y Dược Học Quân sự, 1 (36), tr. 153-157.
10. Ikoma R, Ishitoya J, Sakuma Y et al (2014) *Temporary facial nerve dysfunction after parotidectomy correlates with tumor location*. Auris Nasus Larynx 41: 479-484.