

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4633

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT THUỖ NÔNG
U TUYẾN MANG TAI LÀNH TÍNH**

Lý Nguyễn Thiên Hương^{1*}, Dương Hữu Nghị¹, Huỳnh Thảo Luật²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ

*Email: lngthhuongyf43@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/3/2026

Ngày phản biện: 22/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến mang tai là vị trí thường gặp nhất của hệ thống tuyến nước bọt, song giai đoạn đầu thường ít triệu chứng gây khó khăn cho việc phát hiện đánh giá và tiên lượng. Phẫu thuật cắt thuỷ nông tuyến mang tai bảo tồn dây thần kinh mặt được xem là giải pháp tối ưu trong điều trị u lành tính tuyến mang tai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt thuỷ nông u tuyến mang tai lành tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu và mô tả cắt ngang trên 51 bệnh nhân u tuyến mang tai lành tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 đến tháng 09/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau mổ được ghi nhận là 56,9%, trong đó nhánh bờ hàm dưới chịu ảnh hưởng nhiều nhất. Khả năng hồi phục chức năng thần kinh sau 3 tháng là 79,3% và đạt mức tuyệt đối 100% sau 6 tháng. Các yếu tố như thời gian khởi bệnh kéo dài, kích thước u > 20mm và thời gian phẫu thuật kéo dài có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng liệt mặt tạm thời ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thuỷ nông là phương pháp can thiệp hiệu quả và an toàn của u tuyến mang tai lành tính. Mặc dù biến chứng liệt mặt tạm thời còn chiếm tỷ lệ đáng kể nhưng tiên lượng hồi phục hoàn toàn là khả quan trong thời gian ngắn.

Từ khóa: U tuyến mang tai lành tính, cắt thuỷ nông tuyến mang tai, liệt mặt tạm thời.

ABSTRACT

**STUDY OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
AND EVALUATE THE TREATMENT OUTCOMES OF SUPERFICIAL
PAROTID LOBECTOMY FOR BENIGN PAROTID GLAND TUMORS**

Ly Nguyen Thien Huong^{1*}, Duong Huu Nghi¹, Huynh Thao Luat²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Oncology Hospital

Background: Parotid gland tumors are the most common site for salivary gland tumors, with vague symptoms making prognosis and treatment difficult, increasing the risk of complications and recurrence. Superficial parotid lobectomy preserving the facial nerve is the optimal method for treating benign parotid gland tumors. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of superficial parotid gland resection for benign parotid gland tumors. **Materials and methods:** Prospective, descriptive cross-sectional study on 51 patients with benign parotid gland tumors who underwent surgery at Can Tho Oncology Hospital from May 2024 to September 2025. **Results:** Patients with transient facial paralysis after surgery accounted for 56.9%, with the marginal mandibular branch being the most affected. The recovery rate of transient facial paralysis after 3 months was 79.3% and 100% after 6 months. Prolonged recovery time, tumor size >

20mm, and prolonged surgical time were statistically significantly associated with the rate of transient facial paralysis ($p < 0.05$). **Conclusion:** Superficial lobectomy is an effective and safe surgical intervention for benign parotid gland tumors. Although temporary facial paralysis remains a significant complication, the prognosis for complete recovery is favorable in the short term.

Keywords: Benign parotid gland tumor, Superficial parotid lobectomy, temporary facial paralysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến mang tai chiếm khoảng 3-6% các khối u vùng đầu mặt cổ và chiếm tới 80% tổng số các trường hợp u tuyến nước bọt nói chung. Trong đó, 80% sang thương là lành tính với u hỗn hợp và u Warthin chiếm tỷ lệ cao nhất [1], [2]. Ở giai đoạn sớm, bệnh thường diễn tiến thầm lặng, ít triệu chứng. Biểu hiện lâm sàng điển hình là khối sưng vùng trước tai, phát triển chậm, không đau, có thể tồn tại nhiều năm mà không gây ảnh hưởng đến chức năng nhai của bệnh nhân [3]. Chẩn đoán xác định và lập kế hoạch điều trị đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa thăm khám lâm sàng và các phương tiện cận lâm sàng như siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA). Hiện nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hàng đầu đối với các khối u lành tính tuyến mang tai. Tuy nhiên, do đặc điểm giải phẫu hệ thống mạch máu phong phú và mối liên quan mật thiết với dây thần kinh số VII, việc bóc tách khối u mà vẫn bảo tồn nguyên vẹn chức năng thần kinh là một thách thức lớn. Biến chứng thường gặp nhất sau mổ là liệt mặt, bao gồm cả dạng tạm thời và vĩnh viễn (khi tình trạng không hồi phục sau 6 tháng) [4]. Nguy cơ xảy ra biến chứng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước, vị trí và mức độ xâm lấn của khối u. 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 [5].

Tại Cần Thơ, số lượng nghiên cứu và công bố về điều trị u tuyến mang tai lành tính bằng phẫu thuật cắt thủy nông còn ít. Xuất phát từ thực tiễn đó, để góp phần bổ sung dữ liệu thực tiễn cho khu vực, đề tài được triển khai nhằm chẩn đoán sớm, điều trị an toàn và tránh được các biến chứng với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt thủy nông u tuyến mang tai lành tính tại Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có chẩn đoán u tuyến mang tai lành tính được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ năm 2024 - 2025.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt thủy nông tuyến mang tai.
- + Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) là u lành tính.
- + Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u lành tính.
- + Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + U tuyến mang tai tái phát cùng bên bệnh.
- + Bệnh nhân có tiền sử can thiệp phẫu thuật tại vùng tuyến mang tai cùng bên trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Tối thiểu được xác định theo công thức sau: $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: Hệ số tin cậy từ phân phối chuẩn, tương ứng với mức ý nghĩa thống kê. Độ tin cậy 95% ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$).

p: là tỷ lệ thành công của phẫu thuật cắt thủy nang tuyến mang tai trong điều trị u tuyến mang tai lành tính [6], tỷ lệ điều trị phẫu thuật cắt thủy nang có kết quả tốt là 94,3%, vì vậy chúng tôi chọn $p=0,943$.

d: là sai số cho phép, chọn $d = 0,07$ cỡ mẫu tính toán cho phép của nghiên cứu là: $n = 42$ bệnh nhân. Thực tế triển khai, chúng tôi đã thu thập được dữ liệu từ 51 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Khảo sát các biến số gồm: tuổi, giới, thời gian khởi bệnh, vị trí u, kích thước u (trên siêu âm), vị trí vùng u, thời gian phẫu thuật, lượng dịch dẫn lưu.

+ Theo dõi và đánh giá biến chứng liệt mặt trong tuần đầu sau phẫu thuật và tại các mốc 3 tháng và 6 tháng.

+ Đánh giá mức độ liệt mặt: sử dụng thang điểm House – Brackmann:

Độ I - Bình thường: Chức năng cơ mặt bình thường và đối xứng.

Độ II - Liệt nhẹ: Yếu cơ nhẹ khi quan sát kỹ. Mắt nhắm kín hoàn toàn, cười hơi bất đối xứng. Suy giảm nhẹ vận động mặt.

Độ III - Liệt trung bình: Yếu cơ rõ rệt nhưng không biến dạng. Không nhướn mày được. Mắt nhắm kín khi gắng sức, miệng không đối xứng.

Độ IV - Liệt trung bình - nặng: Biến dạng rõ, không thể nhướn mày, không thể nhắm kín mắt, bất đối xứng ở miệng.

Độ V - Liệt nặng: Khó phát hiện được các cử động. Nhắm mắt không kín, có cử động nhẹ nơi khoe miệng. Có hiện tượng đồng vận nhưng hiện tượng co thắt thường biến mất.

Độ VI - Liệt hoàn toàn: Mất vận động các khối cơ mặt.

Tiến triển của liệt mặt tạm thời: Được xem là “Tốt” tương ứng độ I theo House – Brackmann, “Khá” khi mức độ liệt mặt có giảm so với thời điểm trước đó và hồi phục “Kém” khi không có sự thay đổi về lâm sàng [4].

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với thời gian hồi phục liệt mặt tạm thời.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo số phiếu chấp thuận 24.040.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024. Tất cả bệnh nhân được giải thích đầy đủ về bệnh, phương pháp điều trị và mục tiêu của nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân đều được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Kết quả
Tuổi trung bình		$48,9 \pm 17,5$ (14 – 78 tuổi)
Giới	Nam	31 (60,8%)
	Nữ	20 (39,2%)

Biến số		Kết quả
Thời gian khởi bệnh		33,3 (1 – 240 tháng)
Vị trí u	Trái	30 (58,8%)
	Phải	21 (41,2%)
Kích thước u trên siêu âm		25,5 (12 – 80 mm)
Vị trí vùng u	Mặt trước tuyến mang tai	38 (74,5%)
	Cực dưới tuyến mang tai	13 (25,5%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		91,6 ± 21,3 (70 – 180)
Lượng dịch dẫn lưu (ml)		22,4 ± 12,5 (10 – 100)
Tổng		51

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $48,9 \pm 17,5$ tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số (60,8%). Thời gian phát hiện bệnh trung bình tương đối dài (33,3 tháng). U chủ yếu xuất hiện ở bên trái (58,8%) và tập trung phần lớn tại mặt trước tuyến mang tai (74,5%) với kích thước trung bình trên siêu âm là 25,5 mm. Thời gian phẫu thuật trung bình ghi nhận được là 91,6 phút và trung bình lượng dịch dẫn lưu hậu phẫu đạt 22,4 ml.

3.2. Đánh giá biến chứng liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật

Bảng 2. Các biến chứng trong tuần đầu sau phẫu thuật

Liệt mặt	Số lượng	Tỷ lệ
Có	29	56,9%
Không	22	43,1%
Tổng	51	100%

Nhận xét: 29/51 bệnh nhân có liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 56,9%.

Bảng 3. Triệu chứng và phân độ liệt mặt trong tuần đầu hậu phẫu

Triệu chứng	Số lượng
Mất nếp nhăn trán	Có 11 (21,6%)
	Không 40 (78,4%)
Mắt nhắm không kín	Không kín khi cố gắng tối đa 5 (9,8%)
	Nhắm kín khi cố gắng 6 (11,8%)
	Nhắm kín bình thường 40 (78,4%)
Mắt rãnh mũi má	Có 46 (90,2%)
	Không 5 (9,8%)
Miệng lệch một bên	Lệch ít, hơi bất đối xứng 34 (66,7%)
	Không lệch 17 (33,3%)
Phân độ liệt mặt	Độ I 22 (43,1%)
	Độ II 18 (35,3%)
	Độ III 6 (11,8%)
	Độ IV 5 (9,8%)
Tổng	51 (100%)

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất là mất rãnh mũi má chiếm 90,2%. Theo phân độ liệt mặt House – Brackmann, độ I chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,1% và chiếm tỷ lệ thấp nhất là độ IV với 9,8%.

Bảng 4. Tiến triển của liệt mặt tạm thời

Tiến triển	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng
Tốt	23 (79,3%)	29 (100%)
Khá	6 (20,7%)	0
Kém	0	0
Tổng	29	

Nhận xét: Kết quả theo dõi sự phục hồi chức năng dây VII ở 29 bệnh nhân liệt mặt tạm thời cho thấy xu hướng cải thiện rõ rệt theo thời gian. Cụ thể, sau 3 tháng hậu phẫu, tỷ lệ hồi phục tốt đạt 79,3%; thời điểm 6 tháng, 100% các trường hợp đều phục hồi hoàn toàn.

3.3. Các yếu tố liên quan đến liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật cắt thủy nông

Bảng 5. Liệt mặt sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan

Biến số		Liệt mặt tạm thời		Trị số p
		Có	Không	
Tuổi	<60	15 (51,7%)	17 (77,3%)	0,083
	≥60	14 (48,3%)	5 (22,7%)	
Giới	Nam	22 (75,9%)	9 (40,9%)	0,878
	Nữ	7 (24,1%)	13 (59,1%)	
Kích thước u	<20 mm	1 (3,4%)	11 (50%)	<0,001 OR = 0,018
	≥20 mm	28 (96,6%)	11 (50%)	
Thời gian khởi bệnh	≤ 24 tháng	17 (58,6%)	16 (72,7%)	0,000 OR = 0,485
	>24 tháng	12 (41,4%)	6 (27,3%)	
Thời gian phẫu thuật	≤90 phút	19 (65,5%)	22 (100%)	0,003 OR = 0,333
	>90 phút	10 (34,5%)	0	
Tổng		51		

Nhận xét: Phân tích mối liên quan cho thấy kích thước u, thời gian khởi bệnh và thời gian phẫu thuật là những yếu tố có tác động đáng kể đến tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau mổ ($p < 0,05$). Ngược lại, các yếu tố về nhân khẩu học như nhóm tuổi và giới tính không cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi: Về phương diện dịch tễ, u lành tuyến mang tai có phổ tuổi phân bố rộng. Trong mẫu nghiên cứu này, độ tuổi trung bình ghi nhận là $48,9 \pm 17,5$ (từ 14 đến 78 tuổi), kết quả này tương đồng với các báo cáo trước đây của Võ Khắc Tráng [7]. Nhìn chung, bệnh lý này thường tập trung ở nhóm bệnh nhân từ trung niên trở lên.

Giới tính: Về đặc điểm giới tính, nghiên cứu ghi nhận sự ưu thế của nam giới với tỷ lệ 60,8% (tương ứng tỷ lệ nam/nữ là 1,55:1). Điểm này có sự tương đồng nhất định so với nghiên cứu của Đàm Thanh Mai (2023) và Hồ Huỳnh Như (2024) [11], [12].

Thời gian khởi bệnh: Khoảng thời gian từ khi xuất hiện khối u đến lúc thăm khám có giá trị trung bình là 33,3 tháng (dao động từ 1 – 240 tháng). So với Infante (2018) trung bình là 18 tháng [5]. Kết quả của chúng tôi phản ánh tính chất tiến triển chậm của u lành tính. Sự chậm trễ trong thăm khám thường do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.

Kích thước u: Đánh giá qua siêu âm cho thấy kích thước trung bình là 25,5 mm (12 – 80 mm). Nhóm có kích thước từ 21 – 30 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,4%), tương tự với

nhận xét của tác giả Đàm Thanh Mai (2023) [11].

Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc bắt đầu rạch da đến khi khâu đóng vết mổ hoàn toàn, thời gian can thiệp trung bình là 91,6 phút (70 – 180 phút). Số liệu này có sự tương đồng với báo cáo của Võ Khắc Tráng (2021) với thời gian trung bình khoảng 90 phút [7].

4.2. Đánh giá biến chứng liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật cắt thủy nông tuyến mang tai, tỷ lệ xảy ra biến chứng liệt mặt tạm thời trong nghiên cứu này là 56,9%. Đánh giá theo thang điểm House-Brackmann, mức độ liệt dao động từ nhẹ đến trung bình nặng. Triệu chứng lâm sàng mắt rãnh mũi má là dấu hiệu phổ biến nhất (90,2%). Tổn thương nhánh bờ hàm dưới chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với nhận định của Ngô Thế Mạnh [9].

Biểu hiện miệng lệch một bên ghi nhận được 66,7% các trường hợp, tương tự với nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cộng sự (2018) [5]. Cơ chế tổn thương: Nhánh bờ hàm dưới của dây VII có đặc điểm giải phẫu nằm nông, kích thước nhỏ nhất, ít nhánh nối và lộ trình dài nên rất dễ bị tổn thương trong quá trình thao tác [8]. Song đó, tỷ lệ liệt mặt tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao, nhiệt độ từ dao điện khi cắt mô, phẫu tích và cầm máu cũng tác động trực tiếp đến vỏ bao dây thần kinh. Vị trí khối u cũng là yếu tố quyết định, những khối u liên quan trực tiếp đến dây VII khiến việc bóc tách trở nên khó khăn, dẫn đến các sang chấn cơ học không thể tránh khỏi.

4.3. Về các yếu tố liên quan đến liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật cắt thủy nông

Yếu tố tiên lượng: Theo Infante (2018) đã chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng liệt mặt với kích thước u >2cm và thời gian phẫu thuật kéo dài quá 154,5 phút [5]. Trong khi đó, các biến số về nhân khẩu học như tuổi tác, giới tính hay vị trí giải phẫu của khối u không cho thấy sự tác động rõ rệt về mặt thống kê. Cần nhấn mạnh rằng, mục tiêu cốt lõi trong ngoại khoa tuyến mang tai vẫn là loại bỏ hoàn toàn thương tổn song song với việc bảo tồn tối đa chức năng dây thần kinh số VII.

Tiến trình hồi phục: Khả năng phục hồi chức năng vận động cơ mặt là một trong những tiêu chí trọng yếu để đánh giá thành công của cuộc mổ. Mặc dù tỷ lệ liệt mặt sau mổ tương đối cao, nhưng khả năng phục hồi chức năng là rất khả quan. Cụ thể, sau 3 tháng theo dõi, 79,3% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có sự cải thiện tốt về chức năng cơ mặt. Đặc biệt, đến cột mốc 6 tháng, tình trạng liệt mặt đã được giải quyết hoàn toàn (100%) ở tất cả các trường hợp. Khi so sánh giữa phẫu thuật cắt thủy nông với các phương pháp phẫu thuật điều trị u tuyến mang tai khác, nghiên cứu của Ali Zedan (2020) cho kết quả liệt mặt tạm thời chỉ chiếm 17,9% trong tổng số 187 bệnh nhân [2]. Kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng với các dữ liệu từ Nguyễn Văn Lam (2025) [4], khi ghi nhận tỷ lệ liệt mặt cao nhất trong tuần đầu sau mổ (23,8%) và giảm dần theo thời gian. Các trường hợp liệt mặt trong nghiên cứu, được sử dụng corticoids và vitamin nhóm B đã được nghiên cứu chứng minh tác dụng trên lâm sàng [10]. Theo Elisabeth Urban (2020) đã đưa ra báo cáo, thời gian hồi phục liệt mặt trung bình là 2,6 tháng (khoảng tin cậy 95%) nếu bắt đầu điều trị bằng liệu trình corticosteroid giảm dần trong 7 ngày (liều khởi đầu với 250mg) cho tỷ lệ hồi phục giảm đáng kể > 96 giờ sau khi khởi phát [13]. Ngoài ra, các yếu tố bao gồm < 40 tuổi, mức độ liệt ban đầu ≤ độ IV (theo House – Brackmann), không mắc tiểu đường và huyết áp được kiểm soát là những yếu tố thuận lợi cho điều trị liệt mặt trong nhóm nghiên cứu 1364 bệnh nhân của Yoo M. (2020) [14]. Đa số các trường hợp phục hồi về độ I sau 1 đến 3 tháng và không còn tình trạng yếu cơ mặt sau nửa năm theo dõi. Nhìn chung, các bằng chứng thực nghiệm đều củng cố nhận định rằng liệt mặt sau phẫu thuật cắt thủy nông có tỷ lệ tự hồi phục rất cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật cắt thùy nông là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với u lành tính tuyến mang tai. Mặc dù tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật vẫn còn hiện diện, nhưng hầu hết các trường hợp đều phục hồi hoàn toàn trong vòng 6 tháng. Các yếu tố nguy cơ chính làm gia tăng tỷ lệ này bao gồm kích thước khối u lớn và thời gian thực hiện phẫu thuật kéo dài. Ngược lại, chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới) với sự xuất hiện của biến chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stoia S., Băciut G., Lenghel M., *et al.*, Cross-sectional imaging and cytologic investigations in the preoperative diagnosis of parotid gland tumors - An updated literature review. *Bosnian journal of basic medical sciences*. 2020. 21 (1), 19-32, <https://doi.org/10.17305/bjbms.2020.5028>.
2. Zedan, A., Rezk, K., Elshenawy, A.A., Nabih, O. and Atta, H., Complications of Parotid Surgery - 10 Years' Experience. *Journal of Cancer Therapy*. 2020. 11 (5), 306-323, <https://doi.org/10.4236/jct.2020.115025>.
3. Nguyễn Xuân Hùng. Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai. *Tạp chí y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*. 2023. 91 (10), 59 – 60, <https://doi.org/10.38103/jcmhch.91.10>.
4. Nguyễn Văn Lam. 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*. 2025. 20, 184–185. <https://doi.org/10.52389/ydls.v20i0.2780>
5. Infante-Cossio P., Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma, *Journal section: Oral Surgery*. 2018. 23(4), e485-492, <https://doi.org/10.4317/medoral.22386>.
6. Lê Nguyễn Bảo Ngọc, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thùy nông điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai lành tính tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2017-2019. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2019. 78.
7. Võ Khắc Tráng, Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2021. 66, 120 - 121, <https://doi.org/10.34071/jmp.2021.6.15>.
8. Phạm Văn Tuấn, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u tuyến mang tai. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2024. 533(2), 289 - 292, <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i2.7975>.
9. Ngô Thế Mạnh. Evaluation of parotidectomy outcomes in the treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland at military hospital 103. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025. 66 (Vol 67. English Version No 2), 152 - 153, <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i8.4046>.
10. Nguyễn Hồng Lợi. 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*. 2023. 524(1A), 15 - 19, <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1A.4602>.
11. Lâm Quang Vinh. Nghiên cứu kết quả phục hồi và một số yếu tố liên quan đến điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên tại một số cơ sở y tế Thành phố Huế. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 553(3), 535 – 537, <https://doi.org/10.51298/vmj.v553i3.15508>
12. Hồ Huỳnh Như và cộng sự. Kết quả phẫu thuật bảo tồn điều trị u tuyến mang tai lành tính tại bệnh viện Chợ Rẫy 2020-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 536 (số chuyên đề 2024), 248 – 250. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/10197>.
13. Urban, E., Volk, G. F., Geißler, K., Thielker, J., *et al.*, Prognostic factors for the outcome of Bells' palsy: A cohort register-based study. *Clinical Otolaryngology*. 2020. 45(5), 754-761. <https://doi.org/10.1111/coa.13571>.
14. Yoo MC, Soh Y, Chon J, *et al.* Evaluation of Factors Associated with Favorable Outcomes in Adults with Bell Palsy”, *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020. 146(3), 256–263. doi:10.1001/jamaoto.2019.4312.