

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4704

**ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU PHỤC HỒI MÃO SỨ TOÀN PHẦN
LITHIUM DISILICATE VÙNG RĂNG SAU
BẰNG HỆ THỐNG CEREC TRONG MỘT NGÀY HẸN:
BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG**

**Lâm Khánh Duy¹, Lê Nguyên Lâm^{1*}, Trần Hà Phương Thảo¹,
Phan Thành Lợi¹, Trần Phong Bảo Ngọc¹, Trần Hùng Lâm²**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Văn Lang

*Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11/3/2026

Ngày phản biện: 13/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quy trình CAD/CAM trong nha khoa mở ra kỷ nguyên nha khoa một ngày hẹn, tối ưu hóa thời gian và trải nghiệm điều trị. Y văn thế giới ghi nhận phục hồi sứ CAD/CAM đạt tỷ lệ sống sót 97% sau 5 năm. Trong đó lithium disilicate là vật liệu ưu việt cho răng sau với tỷ lệ thành công mão toàn phần đạt 93%. Tại Việt Nam, dữ liệu lâm sàng về quy trình này trên vùng răng sau còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả lâm sàng bước đầu về tính khả thi, chất lượng phục hồi và sự hài lòng của bệnh nhân với quy trình CEREC một ngày hẹn trên vùng răng sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca lâm sàng trên 10 răng vùng răng sau được phục hồi mão sứ toàn phần lithium disilicate, thực hiện hoàn toàn kỹ thuật số trong cùng một buổi điều trị. Kết quả được đánh giá tức thì (n=10) và sau 6 tháng (n=2) dựa trên bộ tiêu chí kết hợp giữa tiêu chí USPHS cải tiến và FDI. **Kết quả:** Quy trình giúp rút ngắn thời gian điều trị trong một ngày hẹn tại phòng khám. Đánh giá tức thì: 100% phục hồi đạt mức rất tốt về khít sát bờ phục hồi, tương hợp màu sắc và hình thái giải phẫu. Theo dõi sau 6 tháng: 2 ca điển hình ổn định tuyệt đối, không ghi nhận biến chứng về kỹ thuật, sâu răng thứ phát và đáp ứng nha chu. Đặc biệt, 90% bệnh nhân rất hài lòng nhờ loại bỏ giai đoạn lấy dấu truyền thống và răng tạm. **Kết luận:** Phục hồi răng cối bằng hệ thống CEREC là quy trình khả thi, bước đầu ghi nhận kết quả thẩm mỹ và chức năng thuận lợi. Kết quả phù hợp với y văn quốc tế, gợi ý tiềm năng ứng dụng rộng rãi của nha khoa kỹ thuật số một ngày hẹn tại Việt Nam.

Từ khóa: CEREC, CAD/CAM, mão sứ toàn phần lithium disilicate, nha khoa một ngày hẹn, kỹ thuật số.

ABSTRACT

**PRELIMINARY OUTCOMES OF POSTERIOR
LITHIUM DISILICATE FULL-CROWN RESTORATIONS
FABRICATED USING A SINGLE-VISIT CEREC SYSTEM:
A CLINICAL CASE SERIES**

**Lam Khanh Duy¹, Le Nguyen Lam^{1*}, Tran Ha Phuong Thao¹,
Phan Thanh Loi¹, Tran Phong Bao Ngoc¹, Tran Hung Lam²**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Van Lang University

Background: Chairside CAD/CAM has enabled single-visit dentistry, optimizing treatment time and patient experience. International evidence reports a 5-year survival rate of approximately 97% for CAD/CAM ceramic restorations. Among available materials, lithium disilicate is considered a

favorable option for posterior teeth, with a reported full-crown success rate of about 93%. In Vietnam, clinical data on this workflow for posterior restorations remain limited. Objectives: To provide an initial clinical evaluation of feasibility, restoration quality, and patient satisfaction with a single-visit CEREC workflow for posterior full crowns. Materials and methods: This case series included 10 posterior teeth restored with lithium disilicate full crowns using a fully digital, single-visit workflow. Outcomes were assessed immediately after cementation ($n = 10$) and at 6 months ($n = 2$) using a combined evaluation based on the modified USPHS criteria and the FDI criteria. Results: The workflow reduced chairside treatment time within a single visit. On immediate evaluation, 100% of restorations achieved an excellent rating for marginal adaptation, color match, and anatomical form. At 6 months, the two representative cases remained stable, with no technical complications, secondary caries, or adverse periodontal response. Notably, 90% of patients reported being very satisfied, attributed to eliminating conventional impression procedures and temporary restorations. Conclusions: Posterior full-crown restoration with the CEREC system is feasible, demonstrating favorable preliminary esthetic and functional outcomes. These initial findings are consistent with international evidence and suggest strong potential for broader implementation of single-visit digital dentistry in Vietnam.

Keywords: CEREC, CAD/CAM, lithium disilicate full crowns, single-visit dentistry, digital workflow.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các hệ thống CAD/CAM (Computer-Aided Design / Computer-Aided Manufacturing) tại phòng khám, CEREC là nền tảng tiên phong cho mô hình nha khoa một ngày hẹn, cho phép ghi nhận dấu kỹ thuật số, thiết kế và chế tác phục hồi ngay tại phòng khám, từ đó giảm phụ thuộc labo và rút ngắn số lần hẹn điều trị [1]. Hệ thống CEREC, viết tắt của Chairside Economical Restoration of Esthetic Ceramics, do giáo sư Mörmann (Đại học Zurich) phát minh vào những năm 1980, trải qua nhiều thế hệ phát triển từ CEREC 1 đến các phiên bản sau, hệ thống từng bước mở rộng chỉ định từ inlay, onlay, veneer đến mão toàn phần, đồng thời cải thiện kiểm soát tiếp xúc bên, khớp cắn và đường hoàn tất nhằm tăng tính dự đoán của phục hồi [2]. Về mặt lâm sàng, các tổng quan và nghiên cứu theo dõi cho thấy phục hồi sứ CAD/CAM có tỷ lệ thành công cao, trong đó lithium disilicate là vật liệu phù hợp cho răng sau nhờ đặc tính thẩm mỹ và cơ học [3], [4]. Ở các nghiên cứu theo dõi dài hạn, Rauch và cộng sự báo cáo tỷ lệ tồn tại 15 năm của mão LiSi chế tác theo mô hình CAD/CAM một ngày hẹn đạt 80,1%, và Fasbinder cùng cộng sự ghi nhận kết quả 10 năm rất tốt trên mão IPS e.max CAD, với tỷ lệ đánh giá mức Alpha vượt 95% cho một số tiêu chí quan trọng tại các lần tái khám [5], [6].

Tại Việt Nam, CEREC và mô hình một ngày hẹn đã được ứng dụng tại một số cơ sở. Tuy nhiên, báo cáo lâm sàng công bố vẫn còn hạn chế, đặc biệt đối với phục hồi mão sứ toàn phần lithium disilicate vùng răng sau theo quy trình một ngày hẹn. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp dữ liệu lâm sàng bước đầu tại Việt Nam về phục hồi mão sứ toàn phần lithium disilicate vùng răng sau với hệ thống CEREC một ngày hẹn, đồng thời định lượng thời gian thực hiện quy trình và đánh giá kết quả theo các tiêu chí lâm sàng chuẩn hóa. Trong nghiên cứu này, chúng tôi trình bày các kết quả ban đầu của quy trình được thực hiện trên người bệnh tại khu vực miền tây Việt Nam, qua đó làm tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Đối tượng là người bệnh có răng cối nhỏ hoặc răng cối lớn bị tổn thương mất chất, có chỉ định phục hồi mào sứ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, có răng cối nhỏ hoặc răng cối lớn, được chỉ định mào toàn phần do sâu vỡ lớn, phục hồi sau điều trị nội nha, hoặc thay thế phục hồi cũ, còn răng đối kháng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Vệ sinh răng miệng kém, viêm nha chu cấp hoặc tụt nướu, răng lung lay, chiều cao thân răng lâm sàng dưới 4 mm, nứt gãy dọc thân hoặc chân răng, đang chỉnh nha, phụ nữ mang thai, hoặc có bệnh toàn thân ảnh hưởng lành thương và nha chu, và không bao gồm răng số 8.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** 10 răng vùng răng sau.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

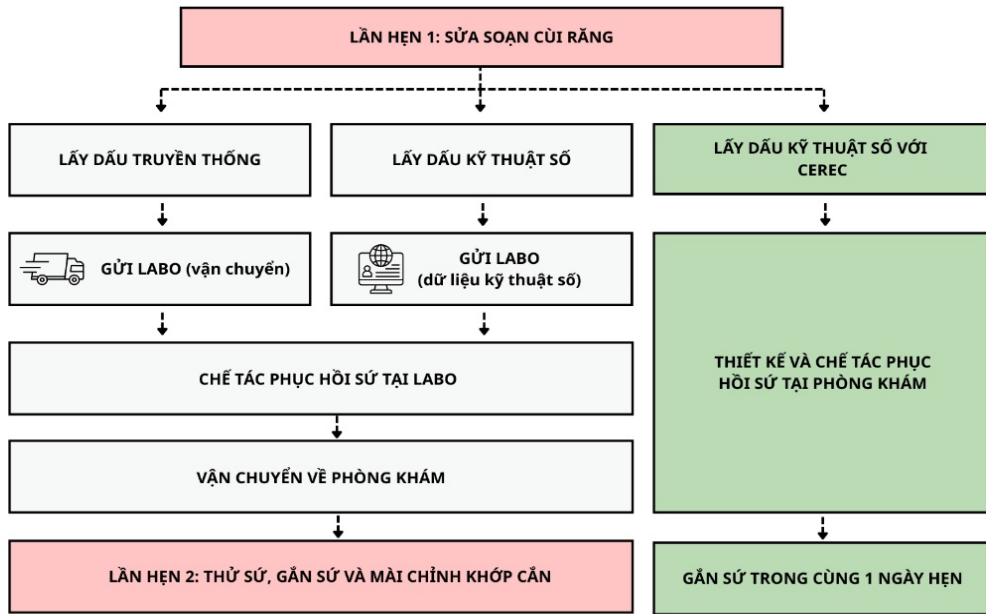
+ Đánh giá kết quả phục hồi được thực hiện bằng cách kết hợp tiêu chí USPHS cải tiến để đối chiếu chuẩn hóa với y văn, cùng hệ thống FDI nhằm đánh giá toàn diện các yếu tố về thẩm mỹ, chức năng, sinh học và quan điểm của người bệnh. Theo USPHS, 6 mục gồm tương hợp màu sắc, hình dạng giải phẫu, đổi màu bờ phục hồi, khít sát bờ phục hồi, sâu răng thứ phát và độ bền phục hồi, được chấm A, B, C, trong đó A là tốt, B là chấp nhận, C là không chấp nhận. Theo FDI, 4 mục được chia thành nhóm chức năng (điểm tiếp xúc, quan điểm người bệnh) và nhóm ảnh hưởng sinh học (phản ứng mô mềm xung quanh, đáp ứng nha chu), chấm từ 1 đến 5, trong đó 1-3 là chấp nhận, 4-5 là không chấp nhận. Kết quả chung được xếp thành công khi USPHS không có mức C và FDI không có mức 4 hoặc 5, thất bại khi có ít nhất một mục không chấp nhận theo USPHS hoặc FDI.

+ Ghi nhận các thông số kỹ thuật: hoàn thành trong ngày, nhu cầu quét lại, điều chỉnh thiết kế CAD và mài chỉnh khớp cắn. Thời gian chế tác sứ ngoài miệng được ghi nhận theo phút, tính từ thời điểm bắt đầu lấy dấu kỹ thuật số đến thời điểm hoàn tất phục hình sau cùng trước khi gắn, và được chia theo các giai đoạn chính của quy trình.

- **Quy trình tiến hành nghiên cứu:** Tất cả các ca được điều trị theo quy trình chuẩn hóa với vật liệu lithium disilicate (IPS e.max CAD, Ivoclar, Liechtenstein). Quy trình bao gồm: sửa soạn cùi răng, đặt chỉ co nướu, lấy dấu kỹ thuật số bằng máy quét trong miệng CEREC Primescan, thiết kế phục hình trên phần mềm CEREC SW, phay ướm phục hình bằng CEREC Primemill, nung kết tinh và nung bóng sau cùng bằng lò Programat P310, thử và điều chỉnh trên lâm sàng, sau đó gắn bằng xi măng lưỡng trùng hợp Multilink Speed, kiểm tra khớp cắn bằng giấy ghi dấu khớp cắn trước khi hoàn tất gắn.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập bằng phiếu nghiên cứu. Số liệu được nhập và xử lý bằng SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện thông qua đề cương với sự đồng ý của Hội đồng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với số phiếu chấp thuận: 25.032.SV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/05/2025. Người bệnh được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia, thông tin cá nhân được bảo mật.



Hình 1. So sánh các quy trình điều trị phục hình sứ truyền thống so với quy trình CAD/CAM một ngày hẹn [7], [8]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và phân bố mẫu nghiên cứu (n = 10)

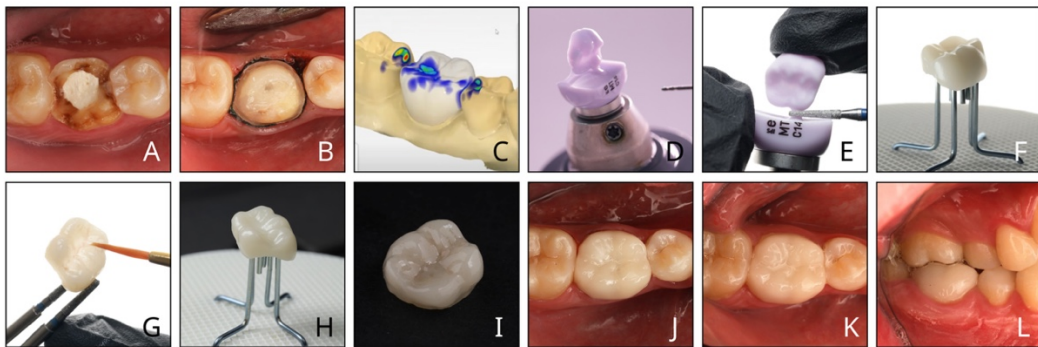
STT	Tuổi	Giới tính	Răng (FDI)	Chỉ định điều trị	Thời gian theo dõi
1	19	Nam	36	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	6 tháng
2	19	Nam	36	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	6 tháng
3	22	Nam	36	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	Tức thì
			45	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	
4	22	Nam	16	Thay thể mào cũ	Tức thì
5	36	Nam	16	Sâu răng mặt nhai và mặt bên lớn	Tức thì
6	25	Nữ	36	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	Tức thì
7	23	Nữ	25	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	Tức thì
8	19	Nam	46	Sâu răng vỡ lớn, đã nội nha	Tức thì
9	44	Nữ	47	Thay thể mào cũ	Tức thì
Tổng	19 - 44	6 Nam, 3 Nữ	10	Mão sứ toàn phần - lithium disilicate	2 ca (6 tháng)

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu gồm 9 người bệnh (6 nam, 3 nữ, độ tuổi từ 19 - 44), với tổng cộng 10 răng được phục hồi. Răng điều trị tập trung chủ yếu ở răng 36 (4/10), tiếp theo là răng 16 (2/10), các răng 25, 45, 46 và 47 mỗi răng 1 trường hợp. Chỉ định thường gặp nhất là sâu răng vỡ lớn đã nội nha (7/10), ngoài ra có 2 trường hợp thay thể mào cũ và 1 trường hợp sâu răng mặt nhai và mặt bên lớn. Có 2 trường hợp được theo dõi đến 6 tháng, các trường hợp còn lại được đánh giá tức thì sau gắn.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

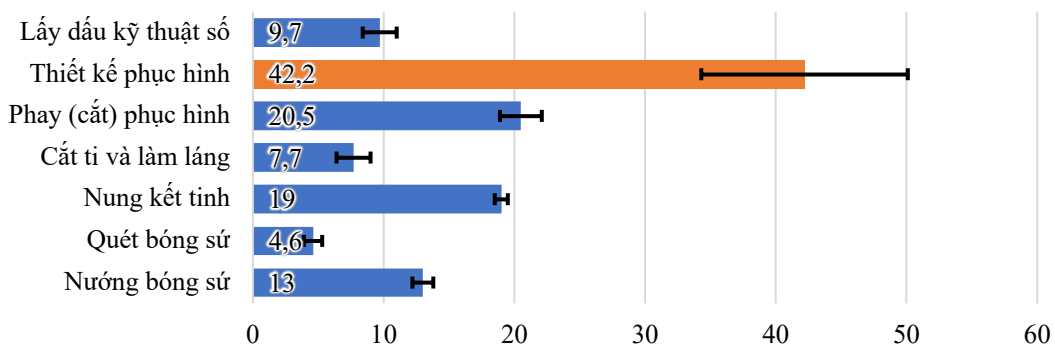
- **Đánh giá tức thì (n = 10):** Kết quả đánh giá tức thì (n = 10) theo USPHS cải tiến đạt sự đồng nhất cao: 100% phục hồi đạt mức A ở các tiêu chí tương hợp màu sắc, hình dạng giải phẫu và khít sát bờ phục hồi, không ghi nhận mức B hoặc C. Đánh giá theo tiêu chí FDI về quan điểm người bệnh: 90% trường hợp đạt mức 1 (hoàn toàn hài lòng với thẩm mỹ và chức năng) và 10% đạt mức 2 (hài lòng).

- **Đánh giá sau 6 tháng (n = 2):** Trong 10 phục hồi đã được gắn, có 2 trường hợp hoàn thành theo dõi 6 tháng. Ở hai trường hợp này, đánh giá lâm sàng theo bộ tiêu chí kết hợp USPHS cải tiến và FDI đều ghi nhận kết quả ở mức thành công. Theo USPHS, phục hồi duy trì tình trạng khít sát bờ tốt, hình dạng giải phẫu ổn định, màu sắc hài hòa, không ghi nhận đổi màu bờ phục hồi, không phát hiện sâu răng thứ phát và không có sự cố nứt gãy hoặc sút phục hồi. Theo FDI, 2 phục hồi đạt điểm tiếp xúc tốt, mô mềm ổn định và đáp ứng nha chu thuận lợi, người bệnh hài lòng về thẩm mỹ và chức năng tại thời điểm tái khám.



Hình 2. Quy trình điều trị phục hồi sứ trong một ngày hẹn với răng 46. (A) tình trạng ban đầu; (B) sau khi sửa soạn cùi răng; (C) thiết kế mẫu sứ; (D) phay mẫu sứ dạng khối; (E) cắt ti mẫu sứ từ khối; (F) nung kết tinh; (G) quét bóng; (H) nung bóng; (I) mẫu sứ hoàn thiện; (J) gắn mẫu sứ trong miệng; (K,L) tái khám sau 6 tháng

- **Đánh giá về quy trình một ngày hẹn:** Về tính khả thi quy trình, 10/10 trường hợp hoàn thành trong một ngày hẹn, không ghi nhận trường hợp phải quét dấu lại hoặc điều chỉnh thiết kế CAD sau khi tiện. Nhu cầu mài chỉnh khớp cắn trên lâm sàng gặp ở 2/10 trường hợp.



Tổng thời gian chế tác sứ: $116,7 \pm 12,7$ phút

Biểu đồ 1. Thời gian chế tác sứ theo từng giai đoạn (đơn vị phút)

Nhận xét: Tổng thời gian chế tác sứ trung bình là $116,7 \pm 12,7$ phút. Giai đoạn thiết kế phục hình chiếm thời gian lớn nhất (42,2 phút) và có độ biến thiên cao nhất ($\pm 7,9$), trong khi các giai đoạn còn lại có thời gian trung bình thấp hơn và biến thiên nhỏ hơn, gồm phay $20,5 \pm 1,6$ phút, nung kết tinh $19,0 \pm 0,6$ phút, nướng bóng hoàn thiện $13,0 \pm 0,8$ phút, lấy dấu $9,7 \pm 1,3$ phút, cắt ti và làm láng $7,7 \pm 1,3$ phút và quét bóng sứ $4,6 \pm 0,5$ phút.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân bố răng điều trị tập trung ở răng cối lớn với chỉ định chủ yếu là sâu vỡ lớn đã nội nha hoặc thay thế phục hình cũ, phù hợp với thực tế lâm sàng do đây là nhóm răng chịu lực ăn nhai lớn và cần phục hồi để tăng độ bền. Trong 10 răng đã phục hồi, mới có 2 trường hợp đã tái khám 6 tháng vì các trường hợp khác vừa hoàn tất điều trị, chưa đến lịch hẹn tái khám. Hạn chế này khiến kết quả hiện tại chủ yếu chỉ phản ánh chất lượng phục hồi tức thì và tính khả thi của quy trình mà chưa đánh giá theo dõi lâu dài.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả đánh giá tức thì cho thấy 100% phục hồi được chấp nhận cao theo tiêu chí USPHS cải tiến ở các tiêu chí chính như khít sát bờ, tương hợp màu sắc và hình dạng giải phẫu. Đây là các tiêu chí có ý nghĩa lâm sàng ngay sau gắn vì phản ánh độ chính xác cả quy trình kỹ thuật số. Việc sử dụng đồng thời USPHS cải tiến và FDI giúp đánh giá khách quan cả về thẩm mỹ, chức năng và sinh học, giúp chuẩn hóa và dễ dàng đối chiếu với các nghiên cứu trong y văn [9]. Ở 2 trường hợp theo dõi 6 tháng, phục hồi không ghi nhận biến chứng kỹ thuật, sâu răng thứ phát hoặc đáp ứng nha chu bất lợi. Dù số lượng còn hạn chế, kết quả này phù hợp với xu hướng từ y văn cho thấy phục hồi CAD/CAM trong một ngày hẹn có hiệu quả lâm sàng tốt trong giai đoạn sớm. Tổng quan của Fasbinder về CEREC ghi nhận tỷ lệ thành công khoảng 97% sau 5 năm, trong đó thất bại do gãy phục hồi thường gặp nhất [10]. Ở mẫu lithium disilicate chế tác bằng CAD/CAM tại phòng khám, Rauch và cộng sự (2023) có tỷ lệ tồn tại trên miệng là 80,1% và tỷ lệ thành công 64,2% sau 15 năm [5].

Về tính khả thi của quy trình, 100% trường hợp hoàn thành trong một lần hẹn và không có trường hợp phải quét lại hoặc điều chỉnh thiết kế CAD sau khi tiện cho thấy quy trình số có thể triển khai ổn định khi được chuẩn hóa. Nhu cầu mài chỉnh khớp cắn vẫn xuất hiện ngay sau khi gắn nhưng chỉ chiếm số ít ca (2/10), cho thấy khả năng kiểm soát khớp cắn tương đối tốt khi dự đoán và điều chỉnh khớp cắn ngay trong giai đoạn thiết kế mẫu sứ [6], [10]. Dù giai đoạn thiết kế chiếm thời gian lớn nhất, phụ thuộc vào độ sâu đường hoàn tất và việc chỉnh sửa tiếp xúc bên, khớp cắn và kinh nghiệm người thao tác, tổng thời gian chế tác ($116,7 \pm 12,7$ phút) đã rút ngắn vượt trội so với quy trình truyền thống kéo dài nhiều ngày [7], [8]. Về phía người bệnh, mức độ hài lòng cao là lợi thế rõ rệt của quy trình một ngày hẹn, nhất là khi loại bỏ lấy dấu truyền thống và không phải mang răng tạm, góp phần tăng chấp nhận điều trị và khả năng ứng dụng trên lâm sàng.

Là báo cáo lâm sàng bước đầu, hạn chế của nghiên cứu là số lượng phục hình còn ít và thời gian theo dõi ngắn, rào cản chi phí đầu tư cao, yêu cầu đào tạo kỹ thuật số tại các cơ sở chưa đồng bộ. Chúng tôi sẽ tiếp tục thu thập mẫu và theo dõi dài hơn để tăng độ tin cậy của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Báo cáo lâm sàng bước đầu cho thấy mào sứ toàn phần lithium disilicate tại vùng răng sau với hệ thống CEREC một ngày hẹn có tính khả thi và kết quả lâm sàng ngắn hạn thuận lợi. Vì vậy, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn nhằm đánh giá chính xác hiệu quả lâu dài của quy trình này tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mörmann W.H. The evolution of the CEREC system. *J Am Dent Assoc.* 2006. 137, 7s–13s, doi: 10.14219/jada.archive.2006.0398.
 2. Sannino G., Germano F., Arcuri L., Bigelli E., Arcuri C., *et al.* CEREC CAD/CAM Chairside System. *Oral Implantol (Rome).* 2014. 7(3), 57–70.
 3. Aziz A., El-Mowafy O., Paredes S. Clinical outcomes of lithium disilicate glass-ceramic crowns fabricated with CAD/CAM technology: A systematic review. *Dent Med Probl.* 2020. 57(2), 197–206, doi: 10.17219/dmp/115522.
 4. Hu S.N., Li J.W., Zhang X.X., Wei R., and Liang Y.H. Outcome of chairside CAD/CAM ceramic restorations on endodontically treated posterior teeth: a prospective study. *BMC Oral Health.* 2024. 24(1), 51, doi: 10.1186/s12903-023-03812-3.
 5. Rauch A., Lorenz L., Reich S., Hahnel S., Schmutzler A., *et al.* Long-term survival of monolithic tooth-supported lithium disilicate crowns fabricated using a chairside approach: 15-year results. *Clin Oral Investig.* 2023. 27(7), 3983–3989, doi: 10.1007/s00784-023-05023-0.
 6. Fasbinder D.J., Neiva G.D., Heys D., and Heys R.J. Clinical Evaluation of Lithium Disilicate Chairside CAD/CAM Crowns After 10 Years. *Int J Prosthodont.* 2025. 38(6), 645–656, doi: 10.11607/ijp.9257.
 7. Park J.S., Lim Y.J., Kim B., Kim M.J., and Kwon H.B. Clinical Evaluation of Time Efficiency and Fit Accuracy of Lithium Disilicate Single Crowns between Conventional and Digital Impression. *Materials (Basel).* 2020. 13(23), doi:10.3390/ma13235467.
 8. Stromeyer S., Wiedemeier D., Mehl A., and Ender A. Time Efficiency of Digitally and Conventionally Produced Single-Unit Restorations. *Dentistry Journal.* 2021. 9(6), 62, doi: 10.3390/dj9060062.
 9. Cieplik F., Pfister J.L., Hiller K.A., Schenke I.M., Schmalz G., *et al.* Gold vs. CAD/CAM ceramic partial-crowns: 20-year randomized clinical study. *Dent Mater.* 2025. 41(8), 986–993, doi: 10.1016/j.dental.2025.06.004.
 10. Fasbinder D.J. Clinical performance of chairside CAD/CAM restorations. *J Am Dent Assoc.* 2006. 137, 22s–31s, doi: 10.14219/jada.archive.2006.0395.
-

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4802

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH HAI BÊN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NHÂN TẠO HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC

Huỳnh Thanh Tuấn¹, Võ Huỳnh Trang², Nguyễn Văn Tuấn^{2*}

1. Bệnh viện Đa khoa quận Ô Môn

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: htttuan123@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/3/2026

Ngày phản biện: 18/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn hai bên thường gặp ở nam giới lớn tuổi và đặt ra nhiều thách thức trong điều trị phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhờ giảm đau sau mổ và hồi phục nhanh, tuy nhiên dữ liệu thực tế tại Đồng bằng sông Cửu Long vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn hai bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân liên tiếp được đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc hai bên giai đoạn 2025-2026 tại ba bệnh viện ở Cần Thơ. Các biến số phân tích gồm đặc điểm nhân khẩu học, thời gian mổ, mức độ đau sau mổ, thời gian nằm viện và biến chứng sớm sau phẫu thuật. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $64,8 \pm 11,1$ tuổi; 100% là nam giới. Thời gian phẫu thuật trung bình là $89,1 \pm 21,5$ phút. Điểm đau VAS giảm nhanh từ 2,9 (sau 12 giờ) xuống 1,8 (sau 24 giờ) và 1,1 khi xuất viện. Thời gian nằm viện trung bình là $2,3 \pm 1,0$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm là 17,3% (gồm tụ dịch/tụ máu 7,7%; tràn khí dưới da 5,8%; bí tiểu 5,8%), tất cả đều ở mức độ nhẹ (Clavien-Dindo I). Tai biến rách phúc mạc trong mổ chiếm 21,2% nhưng không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn hai bên là phương pháp an toàn, tỷ lệ biến chứng sớm thấp và phục hồi sau mổ thuận lợi. Kết quả này cho thấy tính khả thi khi triển khai kỹ thuật tại các trung tâm ngoại khoa khu vực.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, TEP, lưới nhân tạo, biến chứng sau mổ.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF TOTALLY EXTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC REPAIR FOR THE TREATMENT OF BILATERAL INGUINAL HERNIA

Huỳnh Thanh Tuấn¹, Võ Huỳnh Trang², Nguyễn Văn Tuấn^{2*}

1. O Mon District General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Bilateral inguinal hernia is frequently encountered in elderly male patients and poses technical challenges in surgical management. Totally extraperitoneal laparoscopic repair has gained widespread acceptance due to reduced postoperative pain and faster recovery; however, real-world outcome data from the Mekong Delta region in Vietnam remain limited. **Objectives:** To evaluate the early surgical outcomes of bilateral inguinal hernias treated with totally extraperitoneal laparoscopic mesh repair. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 52 consecutive patients undergoing bilateral totally extraperitoneal repair between 2025 and 2026 at three hospitals in Can Tho, Vietnam. Demographic characteristics, operative time, postoperative pain measured by the Visual Analog Scale (VAS), length of hospital

stay, and early postoperative complications were analyzed. **Results:** The mean age was 64.8 ± 11.1 years; 100% of patients were male. The mean operative time was 89.1 ± 21.5 minutes. Postoperative pain scores decreased significantly from 2.9 at 12 hours to 1.8 at 24 hours and 1.1 at discharge. The average length of hospital stay was 2.3 ± 1.0 days. Early postoperative complications occurred in 17.3% of patients (including seroma/hematoma 7.7%, subcutaneous emphysema 5.8%, and urinary retention 5.8%), all classified as mild (Clavien-Dindo grade I). Intraoperative peritoneal tearing occurred in 21.2% of cases, but no conversion to open surgery was required. **Conclusion:** Totally extraperitoneal laparoscopic repair for bilateral inguinal hernia is a safe approach, demonstrating low early morbidity and favorable postoperative recovery. These findings support the feasibility of implementing totally extraperitoneal repair in regional surgical centers.

Keywords: Inguinal hernia, laparoscopy, totally extraperitoneal repair, surgical mesh, postoperative complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn hai bên là bệnh lý phổ biến ở nam giới cao tuổi, liên quan mật thiết đến sự suy yếu mô liên kết và các bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tăng sản tiền liệt tuyến,...) [1]. Thực trạng này đòi hỏi việc lựa chọn phương pháp can thiệp phải đảm bảo an toàn gây mê hồi sức và tối ưu hóa quá trình hồi phục. Mặc dù phẫu thuật mở đã được áp dụng trong nhiều thập kỷ, phương pháp này vẫn tồn tại các hạn chế như đau sau mổ, thời gian nằm viện dài và nguy cơ biến chứng vết mổ [2], [3]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi, đặc biệt là kỹ thuật đặt lưới nhân tạo hoàn toàn ngoài phúc mạc (totally extraperitoneal, TEP), đang được ưu tiên nhờ ưu điểm không xâm lấn khoang phúc mạc, giảm thiểu kích thích và cho phép xử lý tổn thương hai bên qua cùng một phẫu trường [4]. Tuy nhiên, tính khả thi và hiệu quả của TEP tại khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long cần được kiểm chứng qua các nghiên cứu chuyên sâu hơn. Đặc điểm nhân trắc học của người Việt (thường có chỉ số khối cơ thể thấp) là yếu tố đáng lưu ý: vừa thuận lợi cho nhận diện mốc giải phẫu, vừa gia tăng độ khó kỹ thuật do lớp mỡ tiền phúc mạc mỏng, dẫn đến nguy cơ rách phúc mạc [5]. Ngoài ra, chỉ định cố định lưới vẫn là vấn đề còn nhiều tranh luận [6]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm bệnh nhân thoát vị bẹn hai bên và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi TEP tại ba bệnh viện ở Cần Thơ giai đoạn 2025-2026, tập trung vào các chỉ số: Hiệu quả kỹ thuật, mức độ đau (thang VAS), thời gian nằm viện và mô hình biến chứng sớm, từ đó khẳng định tính an toàn và khả thi khi triển khai kỹ thuật này rộng rãi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên và được chỉ định phẫu thuật nội soi TEP đặt lưới trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa quận Ô Môn, trong thời gian từ 05/2025 đến 05/2026.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên (trực tiếp, gián tiếp hoặc hỗn hợp) dựa trên khám lâm sàng và siêu âm.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thoát vị nghẹt, thoát vị có dính hoặc có dấu hiệu hoại tử.

+ Thoát vị trượt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp bằng chứng thực tiễn khẳng định phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc là một chiến lược tiếp cận an toàn, khả thi và hiệu quả cao trong điều trị thoát vị bẹn hai bên. Dù quần thể bệnh nhân lớn tuổi ($64,8 \pm 11,1$ tuổi) và mang gánh nặng bệnh lý nền đáng kể với 76,9% thuộc phân loại ASA II, kỹ thuật này vẫn đạt tỷ lệ thành công khá cao khi không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay xảy ra tai biến nghiêm trọng. Điểm khác biệt cốt lõi của nghiên cứu nằm ở đặc điểm nhân trắc học, bệnh nhân có thể trạng trung bình đến gầy với chỉ số BMI trung bình $21,9 \pm 1,7$ kg/m², tỷ lệ béo phì chỉ chiếm 2,3%. Đặc điểm này tạo ra những thuận lợi và thách thức hoàn toàn trái ngược với các quần thể phương Tây. Nếu lớp mỡ tiền phúc mạc và mỡ ổ bụng dày ở bệnh nhân phương Tây làm tăng độ khó, kéo dài thời gian phẫu thuật và nguy cơ biến chứng [8], [9], thì BMI thấp ở bệnh nhân Việt Nam lại giúp phẫu thuật viên nhận diện cực kỳ rõ nét các mốc giải phẫu quan trọng (dây chằng Cooper, bó mạch thượng vị dưới, lỗ bẹn sâu). Tuy nhiên, nhược điểm của lớp mỡ tiền phúc mạc mỏng sẽ làm tăng đáng kể nguy cơ rách phúc mạc (21,2%) trong quá trình bóc tách tạo khoang cơ học. Rách phúc mạc gây tràn khí CO₂ vào ổ bụng, làm xẹp phổi trường và là nguyên nhân hàng đầu buộc phải chuyển đổi sang kỹ thuật TAPP hoặc mổ mở [4], [10].

Thách thức của kỹ thuật này càng thể hiện rõ khi phân bố lỗ thoát vị trong nghiên cứu chủ yếu ở kích thước lớn với độ II chiếm 94,2% theo phân loại EHS, tương đồng với nghiên cứu của Hidalgo và cộng sự [10]. Lỗ thoát vị lớn, đặc biệt kết hợp với thoát vị trực tiếp, là yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến tụ dịch sau mổ [11]. Để đảm bảo điều trị triệt để và ngăn ngừa tái phát, phẫu thuật viên bắt buộc phải bóc tách khoang tiền phúc mạc đủ rộng, đảm bảo tấm lưới nhân tạo phủ qua lỗ thoát vị tối thiểu 3-4 cm nhằm phân tán áp lực ổ bụng [12], [13], [14]. Thao tác mở rộng khoang phẫu tích trên nền phúc mạc mỏng của bệnh nhân gầy chính là nguyên nhân trực tiếp làm gia tăng tỷ lệ rách phúc mạc.

Về các chỉ số ghi nhận trong lúc phẫu thuật, thời gian mổ trung bình đạt $89,1 \pm 21,5$ phút, kết quả này hoàn toàn tương đồng với các ghi nhận của Ozel [8] và Ota [12]. Nhờ bản chất kỹ thuật, TEP hai bên thể hiện ưu thế vượt trội về mặt thời gian so với TAPP (trung bình 82,9 phút so với 107,2 phút) [10]. Kỹ thuật này cho phép quá trình bóc tách chuyển từ bên này sang bên kia diễn ra liên tục trên cùng một mặt phẳng tiền phúc mạc, qua đường giữa để tiếp cận khoang Bogros đối bên mà không cần các thao tác rạch và khâu phục hồi phúc mạc nhiều lần như TAPP [4], [12]. Điều này biến TEP thành lựa chọn có tính cạnh tranh cao khi xử lý thoát vị hai bên, mặc dù y văn vẫn nhấn mạnh đây là kỹ thuật có đường cong học tập dài, đòi hỏi phẫu thuật viên phải tích lũy từ 40 đến 100 ca để làm chủ không gian làm việc hẹp và giảm thiểu tai biến [9], [15].

Về kết quả phục hồi, tỷ lệ biến chứng tụ máu/tụ dịch vùng bẹn bìu là 7,7%, nằm trong giới hạn an toàn và thấp hơn mức 14,28% của Sharma [4]. Với lỗ thoát vị lớn, phân tích gộp của Stabilini (2023) chỉ ra rằng việc không cố định lưới có thể làm tăng nguy cơ tái phát lên gấp 7 lần [16]. Đáng chú ý, mức độ đau sau mổ giảm đáng kể từ điểm VAS 2,9 (tại 12 giờ) xuống chỉ còn 1,1 khi xuất viện. Ưu điểm này có được nhờ TEP bảo tồn nguyên vẹn các lớp cân cơ, hoàn toàn không xâm lấn và không gây kích thích màng bụng [12], [16]. Mức độ đau sau mổ của chúng tôi ghi nhận được khá tích cực, thậm chí thấp hơn mức 2,18 tại 24 giờ của Hidalgo [10]. Bệnh nhân có thể vận động sớm chỉ với các thuốc giảm đau thông thường.

Cuối cùng, thời gian nằm viện trung bình là $2,3 \pm 1,0$ ngày, với 23,3% bệnh nhân xuất viện ngay sau 1 ngày. Con số này ngắn hơn báo cáo của Ungureanu (2,93 ngày) [13] nhưng dài hơn dữ liệu của Ozel (1,36 ngày) [8]. Dù y văn quốc tế khuyến cáo TEP nên là phẫu thuật trong ngày (< 24 giờ) [4], [10], thời gian nằm viện tại Việt Nam hiện vẫn chịu sự chi phối nặng nề từ các yếu tố văn hóa, tâm lý và sự an tâm của người bệnh hơn là các chỉ định y khoa thuần túy. Việc áp dụng thường quy quy trình phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS) cùng công tác tư vấn tâm lý tiền phẫu kỹ lưỡng được kỳ vọng sẽ rút ngắn thời gian nằm viện thực tế xuống mức 1 ngày cho đại đa số bệnh nhân trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc là giải pháp an toàn và hiệu quả cho thoát vị bẹn hai bên, giúp bệnh nhân giảm đau tối đa và rút ngắn thời gian hồi phục. Kỹ thuật này tương đối an toàn trên người bệnh lớn tuổi có nhiều bệnh lý nền nhờ hạn chế xâm lấn vào xoang bụng, đảm bảo tính thẩm mỹ và sớm trở lại sinh hoạt. Mặc dù tồn tại một số thách thức, TEP hoàn toàn khả thi để áp dụng rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật tuyến khu vực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Simons M. P., Smietanski M., Bonjer H. J., Bittner R., Miserez M. et al. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018. 22(1), 1-165, 10.1007/s10029-017-1668-x.
2. Lal Pawanindra, Kajla R. K., Chander J., Saha R., Ramteke V. K. Randomized controlled study of laparoscopic total extraperitoneal versus open lichtenstein inguinal hernia repair. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*. 2003. 17(6), 850-856, doi: 10.1007/s00464-002-8575-6.
3. Koning G. G., Wetterslev J., van Laarhoven C. J. H. M., Keus F. The Totally Extraperitoneal Method versus Lichtenstein's Technique for Inguinal Hernia Repair: A Systematic Review with Meta-Analyses and Trial Sequential Analyses of Randomized Clinical Trials. *PLOS ONE*, 2013. 8(1), e52599, doi: 10.1371/journal.pone.0052599.
4. Sharma D., Yadav K., Hazrah P., Borgharia S., Lal R. et al. Prospective randomized trial comparing laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) and laparoscopic totally extra peritoneal (TEP) approach for bilateral inguinal hernias. *Int J Surg*, 2015, 22(110-7), doi: 10.1016/j.ijsu.2015.07.713.
5. Donmez Turgut, Surek Ahmet, Sahin Nurettin, Calis Göker, Atar Burak et al. Risk Factors for Peritoneal Tear in Laparoscopic Totally Extraperitoneal Inguinal Hernioplasty. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2025. 35(5), 1-5, doi: 10.1097/SLE.0000000000001393.
6. Sajid M. S., Ladwa N., Kalra L., Hutson K., Sains P. et al. A meta-analysis examining the use of tacker fixation versus no-fixation of mesh in laparoscopic inguinal hernia repair. *International Journal of Surgery*, 2012. 10(5), 224-231, <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2012.03.001>.
7. Nguyễn Hoài Bắc, Trần Quốc Hòa, Hoàng Văn Chúc. Đánh giá các yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới trước phúc mạc đường vào ổ bụng điều trị thoát vị bẹn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 538(1), 51-55. doi: 10.51298/vmj.v538i1.9317.
8. Ozel Y., Kara Y. B. Comparison of Clinical Outcomes of Laparoscopic Totally Extraperitoneal (TEP) and Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Techniques in Bilateral Inguinal Hernia Repair: A Retrospective Study. *Cureus*. 2024. 16(9), e69134, doi: 10.7759/cureus.69134.
9. Kabaoglu B., Sobutay E., Bilgic C. Postoperative Outcomes and Recurrence Rate in Laparoscopic Tep Inguinal Hernia Repairs Using Partially Absorbable Meshes: A Retrospective Single-Surgeon Study Over a 5-Year Period. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2024. 58(3), 276-283, doi: 10.14744/semb.2024.33682.

10. Hidalgo N. J., Guillaumes S., Bachero I., Butori E., Espert J. J. *et al.* Bilateral inguinal hernia repair by laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) vs. laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP). *BMC Surg.* 2023. 23(1), 270, doi: 10.1186/s12893-023-02177-2.
 11. Dhanani N. H., Olavarria O. A., Wootton S., Petsalis M., Lyons N. B. *et al.* Contralateral exploration and repair of occult inguinal hernias during laparoscopic inguinal hernia repair: systematic review and Markov decision process. *BJS Open.* 2021. 5(2), doi: 10.1093/bjsopen/zraa020.
 12. Ota M., Nitta T., Kataoka J., Fujii K., Ishibashi T. A study of the effectiveness of the bilateral and contralateral occult inguinal hernia repair by total extraperitoneal repair with intraperitoneal examination. *Asian J Endosc Surg.* 2022. 15(1), 97-102, doi: 10.1111/ases.12976.
 13. Ungureanu C. O., Gingham O., Stanculea F., Iosifescu R., Cristian D. *et al.* Surgical Outcome in Bilateral Inguinal Hernia Repair: Laparoscopic Total Extraperitoneal Approach (TEP) as Best Approach? *Maedica (Bucur).* 2023. 18(4), 598-606, doi: 10.26574/maedica.2023.18.4.598.
 14. Yilmaz Abdullah Hilmi, Ulutas Mehmet Esref, Turkoglu Saim. Mesh displacement in enhanced-view totally extraperitoneal versus totally extraperitoneal bilateral inguinal hernia repair without mesh fixation. *Asian Journal of Surgery*, 2025, 48(4), 2247-2254, doi: 10.1016/j.asjsur.2024.12.127.
 15. Susmallian S., Ponomarenko O., Charuzi I. Outcomes of Bilateral Inguinal Hernia Repair: A Dual-Mesh Laparoscopic TEP Technique. *Jsls.* 2025. 29(4), doi: 10.4293/jsls.2025.00098.
 16. Stabilini C., van Veenendaal N., Aasvang E., Agresta F., Aufenacker T. *et al.* Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open.* 2023. 7(5), doi: 10.1093/bjsopen/zrad080.
-

- + Có tiền sử phẫu thuật phục hồi thành bụng bằng đường tiền phúc mạc có đặt lưới.
- + Phân loại ASA (American Society of Anesthesiologists - phân loại nguy cơ gây mê) trên mức độ 3.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ; với $\alpha = 0,05$ ($Z = 1,96$); tỷ lệ thành công kỳ vọng $p = 98,8\%$ theo Nguyễn Văn Hải và cộng sự (2022) [7] và sai số cho phép $d = 0,03$; cho kết quả $n \approx 50,61$; như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 51 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu liên tục, bao gồm toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Các đặc điểm chung về nhân khẩu học, bệnh lý nền và phân loại ASA của bệnh nhân được ghi nhận. Đặc điểm lâm sàng và siêu âm của thoát vị bẹn hai bên (loại thoát vị, kích thước lỗ thoát vị theo phân loại EHS (European Hernia Society – Hiệp hội Thoát vị Châu Âu), thành phần và vị trí khuyết hổng) được mô tả chi tiết. Đánh giá kết quả phẫu thuật bao gồm các chỉ số trong mổ (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến), kết quả hậu phẫu (điểm đau VAS, thời gian nằm viện) và biến chứng sớm sau mổ (phân loại theo Clavien-Dindo).

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 26.0. Thống kê mô tả được trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm và các giá trị trung bình phù hợp. So sánh các biến định tính sử dụng kiểm định Chi-bình phương; mức ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu này nhằm mục đích khoa học, không ảnh hưởng đến sức khỏe của đối tượng nghiên cứu. Các số liệu thu thập được từ nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực, khách quan và chính xác. 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 25.488.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2025 đến 05/2026 ghi nhận có 52 trường hợp được chẩn đoán thoát vị bẹn hai bên và được chỉ định phẫu thuật nội soi TEP.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm (n = 52)	Giá trị / Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	$64,8 \pm 11,1$ (26 - 81)	-
Chỉ số khối cơ thể (BMI, kg/m ²)	$21,9 \pm 1,7$ (18 - 27)	-
Phân loại nguy cơ ASA		
- Độ I	10	19,2
- Độ II	40	76,9
- Độ III	2	3,8
Bệnh lý đi kèm		
- Tim mạch	26	50
- Hô hấp	13	25
- Đái tháo đường	5	9,6

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận 52 bệnh nhân nam với tuổi trung bình $64,8 \pm 11,1$ tuổi, BMI trung bình $21,9 \pm 1,7 \text{ kg/m}^2$. Đa số thuộc nhóm ASA II (76,9%). Bệnh lý nền thường gặp nhất là tim mạch (50%), hô hấp (25%) và đái tháo đường (9,6%).

Bảng 2. Đặc điểm của các lỗ thoát vị

Đặc điểm (n = 104)	Bên trái	Bên phải	Tổng
Loại thoát vị			
- Trực tiếp	32 (30,8%)	29 (27,9%)	61 (58,7%)
- Gián tiếp	17 (16,3%)	18 (17,3%)	35 (33,6%)
- Hỗn hợp	3 (2,9%)	5 (4,8%)	8 (7,7%)
Kích thước lỗ thoát vị lớn nhất (phân loại EHS)			
- Độ I (<1,5 cm)	3 (2,9%)	3 (2,9%)	6 (5,8%)
- Độ II (1,5 - 3 cm)	49 (47,1%)	49 (47,1%)	98 (94,2%)
- Độ III (>3 cm)	0	0	0

Nhận xét: Trong tổng số 104 lỗ thoát vị, loại trực tiếp chiếm tỷ lệ cao nhất (58,7%), tiếp theo là gián tiếp (33,6%) và hỗn hợp (7,7%), phân bố tương đồng giữa hai bên. Về kích thước, độ II (1,5–3 cm) chiếm đa số với 94,2%, không ghi nhận trường hợp nào độ III (>3 cm).

Bảng 3. Các đặc điểm ghi nhận trong phẫu thuật

Chỉ số phẫu thuật (n = 52)	Giá trị / Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	$89,1 \pm 21,5$ (45 - 145)	-
Cố định lưới		
- Không cố định	28	53,8
- Có cố định (bằng Protack)	24	46,2
Tai biến trong mổ		
- Không có	40	76,9
- Rách phúc mạc	11	21,2
- Tổn thương mạch thượng vị dưới	1	1,9

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là $89,1 \pm 21,5$ phút (45-145 phút). Có 53,8% trường hợp không cố định lưới, 46,2% được cố định bằng Protack. Tai biến trong mổ ghi nhận ở 23,1% trường hợp, gồm rách phúc mạc (21,2%) và tổn thương mạch thượng vị dưới (1,9%), không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Bảng 4. Phục hồi sau mổ và biến chứng sớm

Chỉ số đánh giá (n = 52)	Giá trị / Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điểm đau VAS		
- Tại thời điểm 12 giờ	$2,9 \pm 0,7$	-
- Tại thời điểm 24 giờ	$1,8 \pm 0,6$	-
- Tại thời điểm xuất viện	$1,1 \pm 0,4$	-
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	$2,3 \pm 1,0$	-
Biến chứng sớm	9	17,3
- Tụ máu, tụ dịch vùng bẹn bìu	4	7,7
- Tràn khí dưới da	3	5,8
- Bí tiểu	3	5,8

Nhận xét: Điểm đau VAS giảm dần từ $2,9 \pm 0,7$ (12 giờ) xuống $1,8 \pm 0,6$ (24 giờ) và $1,1 \pm 0,4$ khi xuất viện. Thời gian nằm viện trung bình là $2,3 \pm 1,0$ ngày. Biến chứng sớm ghi nhận ở 17,3% trường hợp, gồm tụ máu/tụ dịch vùng bẹn bìu (7,7%), tràn khí dưới da (5,8%) và bí tiểu (5,8%).

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 THỤY 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: lngthuongyf43@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 thùy 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 thùy 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 thùy 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 thùy 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 thùy 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 thùy 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 thùy 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 khe 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 thùy 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 thùy 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%). Tồn 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 thùy 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 thùy 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 thùy 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.