

ENDOSCOPE-ASSISTED POSTAURICULAR SURGERY FOR BENIGN PAROTID TUMORS

Vu Hoang Son Khanh¹, Do Ba Hung^{1,2}, Nguyen Quang Trung^{1,2*}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²National Otolaryngology Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 21/04/2026

Revised: 18/06/2026; Accepted: 23/07/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of endoscope-assisted postauricular surgery for benign parotid tumors.

Methods: This was a literature review study. Search PubMed and ScienceDirect to identify relevant articles, followed by screening, analysis, and synthesis of data to assess the application of endoscope-assisted postauricular parotidectomy for benign tumors.

Conduct a comprehensive review of the thesis. Utilize PubMed and Science Direct databases for the search.

Results: A total of 12 studies published between 2007 and 2026 were included, comprising 7 retrospective and 5 prospective studies. Endoscope-assisted postauricular surgery achieved complete tumor removal with a low recurrence rate. Compared with the conventional open approach, the endoscope-assisted group demonstrated shorter incision length, reduced intraoperative blood loss, and lower or comparable postoperative complication rates, along with superior cosmetic outcomes.

Conclusion: Endoscope-assisted postauricular surgery for benign parotid tumors is a feasible, safe, and effective technique. It provides a minimally invasive alternative that improves cosmetic outcomes and preserves function in appropriately selected patients.

Keywords: Postauricular parotidectomy, endoscope-assisted.

*Corresponding author

Email: nguyenguangtrung@hmu.edu.vn **Phone:** (+84) 913318006 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.5953



PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI LÀNH TÍNH ĐƯỜNG SAU TAI CÓ HỖ TRỢ CỦA NỘI SOI

Vũ Hoàng Sơn Khánh¹, Đỗ Bá Hưng^{1,2}, Nguyễn Quang Trung^{1,2*}

¹ Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

² Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 18/06/2026; Ngày duyệt đăng: 23/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi.

Phương pháp: Nghiên cứu tổng quan luận điểm. Sử dụng cơ sở dữ liệu PubMed và Science Direct để thực hiện tìm kiếm, sàng lọc các bài báo liên quan, phân tích, tổng hợp, đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi.

Kết quả: Tổng cộng 12 bài báo khoa học được đưa vào phân tích, thời gian nghiên cứu từ năm 2007-2026, trong đó có 7 nghiên cứu hồi cứu, 5 nghiên cứu tiến cứu. Phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi đạt hiệu quả lấy được toàn bộ khối u và nguy cơ tái phát thấp. So với cách tiếp cận qua đường mổ mở truyền thống, nhóm bệnh nhân được phẫu thuật có hỗ trợ của nội soi có chiều dài đường rạch ngắn hơn, lượng máu mất trong mổ thấp hơn, tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp hơn hoặc tương đương, thẩm mỹ sau mổ vượt trội hơn.

Kết luận: Phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả. Cách phẫu thuật này cung cấp thêm một phương pháp ít xâm lấn, giúp cải thiện kết quả thẩm mỹ và bảo tồn chức năng trong những trường hợp được lựa chọn thích hợp.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt bỏ tuyến mang tai sau tai, có hỗ trợ nội soi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến mang tai là bệnh lý khối u tuyến nước bọt phổ biến nhất, chiếm khoảng 80%, trong đó phần nhiều là lành tính [1]. Phẫu thuật là lựa chọn ưu tiên nhằm loại bỏ triệt để khối u và phòng ngừa các biến chứng lâu dài. Phẫu thuật kinh điển qua đường rạch Blair cải biên vẫn là lựa chọn tiêu chuẩn trong đa số các trường hợp nhờ bộc lộ rõ phẫu trường, thuận lợi bóc tách khối u và bảo tồn các nhánh của dây thần kinh mặt [1].

Tuy nhiên, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật và nhu cầu thẩm mỹ ngày càng cao của người bệnh, một số phương pháp đã được nghiên cứu và ứng dụng, trong đó có phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi. Đường rạch da nằm khuất sau tai giúp giấu sẹo hiệu quả, trong khi nội soi cung cấp hình ảnh phóng đại với hệ thống ánh sáng tăng cường, hỗ trợ phẫu thuật viên bóc tách khối u chính xác hơn, nhận diện và bảo tồn dây thần kinh VII, giảm tổn thương mô lành, giảm lượng máu mất, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật.

Để có cái nhìn tổng quan về hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật này trước khi áp dụng rộng rãi tại Việt Nam, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm tổng hợp, phân tích kết quả của các nghiên cứu trên thế giới về phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bài báo khoa học và tài liệu liên quan đến phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi. Lựa chọn nghiên cứu dựa trên lưu đồ PRISMA-ScR.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: các nghiên cứu về phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi; có đánh giá kết quả sau phẫu thuật; ngôn ngữ tiếng Anh; thời gian từ năm 2007-2026.

- Tiêu chuẩn loại trừ: nghiên cứu không cung cấp dữ liệu gốc; nghiên cứu không có bài báo toàn văn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tổng quan luận điểm.

- Nguồn cơ sở dữ liệu và chiến lược tìm kiếm: tìm kiếm một cách hệ thống trên các cơ sở dữ liệu PubMed, Sciene Direct theo quy tắc PCC với từ khoá “postauricular endoscope-assisted parotidectomy”. Tất cả các bài báo gốc về phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi đều được xem xét: tên nghiên cứu, tóm tắt nghiên cứu, bài toàn văn, lần lượt đánh giá độc lập bởi 2 tác giả.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc

Quá trình tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu đã xác định được tổng cộng 112 tài liệu ban đầu. Sau khi tiến hành loại bỏ các tài liệu trùng lặp, sàng lọc dựa trên tiêu đề và tóm tắt, đồng thời đánh giá toàn văn, có 12 bài báo khoa học đáp ứng đầy đủ tiêu chí và được đưa vào phân tích trong nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm của các nghiên cứu

12 bài báo được công bố từ năm 2007-2026, trong đó có 5 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, 4 nghiên cứu chùm ca bệnh, 3 nghiên cứu hồi cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvangtrung@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 913318006 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5953

Các bài báo được xuất bản trên các tạp chí uy tín với 7 tạp chí Q1, 2 tạp chí Q2 và 2 tạp chí Q3.

Trong số các bài báo tìm được, có 8 bài báo so sánh giữa phẫu thuật có hỗ trợ của nội soi đường sau tai và phẫu thuật tuyến mang tai truyền thống.

Các nghiên cứu được thực hiện tại đơn và đa trung tâm với lượng bệnh nhân được phẫu thuật đường sau tai có hỗ trợ của nội soi nhỏ nhất là 8 bệnh nhân, lớn nhất là 37 bệnh nhân, tất cả các nghiên cứu đều thuộc Trung Quốc. Trong tổng số 248 ca phẫu thuật nội soi có 144 bệnh nhân nam chiếm 58,06%, với độ tuổi trung bình nằm trong khoảng từ 34-53 tuổi. Các bệnh nhân đều không có liệt mặt, không có tiền sử tiếp xúc với xạ trị trước đó và không có tiền sử phẫu thuật vùng mang tai.

3.3. Kết quả của phẫu thuật

3.3.1. Đặc điểm khối u tuyến mang tai

Trong 12 nghiên cứu với tổng số 248 bệnh nhân được phẫu thuật qua đường sau tai có hỗ trợ nội soi, kích thước khối u dao động khá rộng. Kích thước nhỏ nhất được ghi nhận là 1,2 cm [2], trong khi lớn nhất lên tới 7,1 cm [3]. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu cho thấy kích thước trung bình của khối u thường nằm trong khoảng 2,1-3 cm [4]. Để đảm bảo tính an toàn và khả thi của kỹ thuật nội soi, đường kính tối đa của khối u thường được khuyến cáo không vượt quá 5 cm [2].

Về vị trí, đa số các nghiên cứu đều thống nhất rằng khối u phù hợp nhất cho phương pháp này thường nằm ở thùy nông tuyến mang tai [5]. Một số tác giả còn chỉ ra các vị trí thuận lợi hơn: Mu-Kuan Chen và cộng sự (2007) nhấn mạnh hiệu quả tối ưu đối với các khối u ở thùy đuôi tuyến mang tai [3], trong khi Junming Chen và cộng sự (2014) cho rằng vị trí lý tưởng là vùng trước dưới dải tai [4]. Ngược lại, Xiaoming Huang và cộng sự (2009) khuyến cáo không nên áp dụng kỹ thuật này đối với các khối u thuộc thùy sâu [6].

Xét về mô bệnh học, phần lớn các khối u sau phẫu thuật đều là u lành tính. U tuyến đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất, dao động từ 40% đến trên 79% trong các nghiên cứu tổng hợp [1-2]; u Warthin đứng hàng thứ hai, thường gặp ở thùy đuôi tuyến mang tai, với tỷ lệ từ 16,7-38,9% [1], [6]. Ngoài ra còn ghi nhận một số loại u lành tính khác như u tuyến tế bào đáy, u mỡ và u xơ thần kinh [2]. Trước phẫu thuật, bản chất khối u thường được đánh giá bằng chọc hút kim nhỏ (FNA), đây được xem là bước bắt buộc nhằm đảm bảo lựa chọn đúng chỉ định và nâng cao tính an toàn cho phương pháp [5].

3.3.2. Kết quả của phẫu thuật

Kết quả của phương pháp này được đánh giá thông qua nhiều chỉ số đa dạng, bao gồm: chiều dài đường rạch da, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, biến chứng sau mổ, tỉ lệ tái phát khối u sau mổ, kết quả thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân.

* Đường phẫu thuật:

Trong các nghiên cứu về phẫu thuật tuyến mang tai có hỗ trợ nội soi, chiều dài đường rạch da thường dao động từ 2,2-5,5 cm [3]. Kích thước đường rạch được điều chỉnh linh hoạt tùy thuộc vào kích thước khối u trên lâm sàng cũng như trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Theo Yuke Dong và cộng sự (2022), chiều dài đường rạch thường được thiết kế lớn hơn kích thước khối u khoảng 0,5-1 cm nhằm đảm bảo lấy trọn khối u mà không làm vỡ vỏ bao [1].

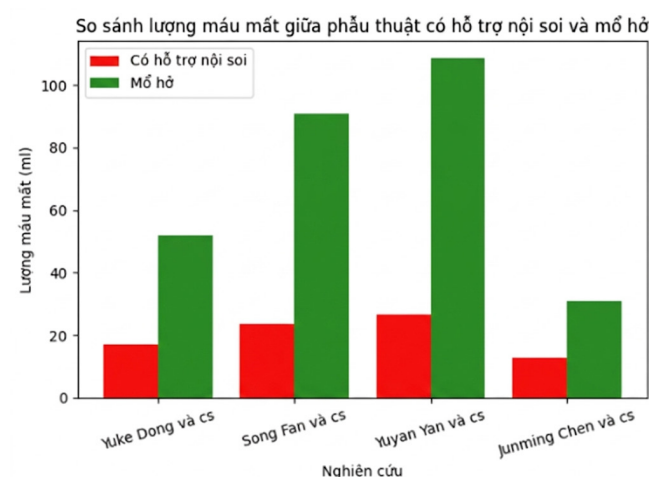
Về vị trí, rãnh sau tai là lựa chọn phổ biến nhất, giúp che giấu sẹo hiệu quả phía sau vành tai, mang lại giá trị thẩm mỹ cao [7]. Đáng chú ý, tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rõ rệt về chiều dài đường rạch giữa nhóm phẫu thuật có hỗ trợ nội soi và nhóm phẫu thuật mở truyền thống, với xu hướng đường rạch ngắn hơn ở nhóm nội soi.

Bảng 1. So sánh chiều dài đường rạch giữa phẫu thuật qua đường sau tai có hỗ trợ của nội soi và phẫu thuật mở truyền thống u tuyến mang tai lành tính

Tác giả	Phẫu thuật có sự hỗ trợ của nội soi	Phẫu thuật mở truyền thống	p-value
Gao L và cộng sự	4,66 ± 0,78 cm	12,98 ± 1,28 cm	< 0,001
Yuke Dong và cộng sự	4,0 ± 0,4 cm	10,3 ± 1,6 cm	< 0,001
Luodan Zhao và cộng sự	3,5 ± 0,6 cm	10,3 ± 1,7 cm	< 0,001

p-value < 0,001: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rất cao với độ tin cậy 99,9%.

* Lượng máu mất trong phẫu thuật:



Biểu đồ 1. So sánh lượng máu mất giữa phẫu thuật có hỗ trợ của nội soi và phẫu thuật mở kinh điển

Trong nhóm phẫu thuật có sự hỗ trợ của nội soi, lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật dao động từ 12,7-30,4 ml. Trong khi đó ở nhóm mổ mở kinh điển, lượng máu mất cao hơn đáng kể, với sự dao động từ 30-108,6 ml. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p-value < 0,05).

* Thời gian phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật trong các nghiên cứu về nội soi có sự dao động khá lớn tùy thuộc vào kỹ thuật và độ phức tạp của ca mổ. Thời gian ngắn nhất được ghi nhận trong nghiên cứu của Junming Chen năm 2014 là 60 phút. Khoảng thời gian tối đa có thể lên tới 160 phút hoặc thậm chí 284 phút với những ca khó [2]. Việc rút ngắn thời gian phẫu thuật thường liên quan đến kinh nghiệm của phẫu thuật viên và việc sử dụng các thiết bị hỗ trợ như dao siêu âm giúp cầm máu nhanh chóng.

Bảng 2. So sánh thời gian giữa phẫu thuật qua đường sau tai có hỗ trợ của nội soi và phẫu thuật mở truyền thống u tuyến mang tai lành tính

Tác giả	Phẫu thuật có sự hỗ trợ của nội soi	Phẫu thuật mở truyền thống	p-value
Chen J và cộng sự	74,8 ± 15,7 phút	103,2 ± 10,3 phút	0,001

Tác giả	Phẫu thuật có hỗ trợ của nội soi	Phẫu thuật mở truyền thống	p-value
Gao L và cộng sự	97,84 ± 23,7 phút	120,34 ± 80,95 phút	0,020
Yuke Dong và cộng sự	136,9 ± 28,0 phút	123,6 ± 10,9 phút	0,062
Song Fan và cộng sự	83,1 ± 21,3 phút	79,4 ± 17,5 phút	0,264

p-value < 0,05: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

*** Tỷ lệ tái phát:**

Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận không có trường hợp tái phát nào của nhóm phẫu thuật nội soi trong suốt thời gian nghiên cứu của họ [5]. Nghiên cứu của Gao L và cộng sự (2019) thậm chí ghi nhận nhóm nội soi không có ca tái phát nào sau 12 tháng, trong khi nhóm mổ mở truyền thống có 1 trường hợp tái phát sau 14 tháng [8]. Trong nghiên cứu của Chen W.L và cộng sự (2017), có 1 trường hợp bệnh nhân sau khi mổ nội soi thùy nông u Warthin thì 37 tháng sau xuất hiện một khối u Warthin khác ở thùy sâu, tuy nhiên các bệnh nhân còn lại trong nghiên cứu này đều không tái phát bệnh [9].

Các bài báo thực hiện so sánh trực tiếp đều đi đến kết luận rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái phát giữa nhóm có hỗ trợ nội soi và nhóm mổ mở truyền thống [2]. Điều này khẳng định phẫu thuật hỗ trợ nội soi đảm bảo được tính an toàn về mặt ung thư học tương đương với phương pháp kinh điển [10].

Đa số các nghiên cứu có thời gian theo dõi trung bình từ 24-37 tháng [11]. Nghiên cứu của Yan Y và cộng sự (2015) theo dõi dài hơn, lên đến 72 tháng (6 năm) [7].

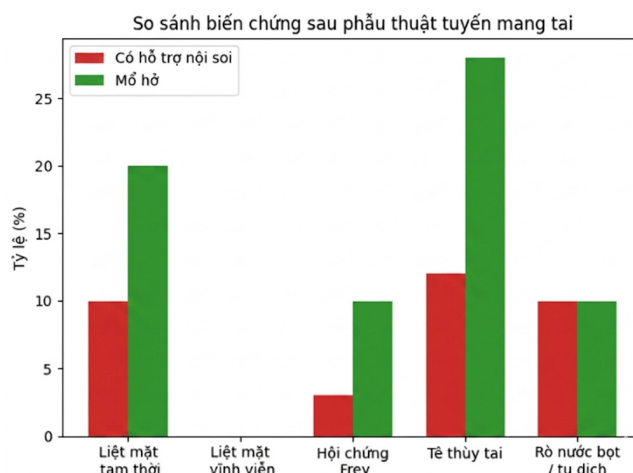
*** Biến chứng sau phẫu thuật:**

Tất cả các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi là một phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, tương đương hoặc thậm chí ưu việt hơn so với mổ mở truyền thống.

Về biến chứng quan trọng nhất là tổn thương dây thần kinh mặt, 12 nghiên cứu đều ghi nhận không có trường hợp liệt mặt vĩnh viễn nào ở nhóm phẫu thuật có hỗ trợ nội soi [5]. Biến chứng liệt mặt tạm thời có tỉ lệ dao động tùy nghiên cứu, từ 0% đến 21,6% [2]. Hầu hết các trường hợp đều hồi phục hoàn toàn trong vòng từ 1-3 tháng sau mổ [2]. Nghiên cứu của Yuyan Yan và cộng sự (2015) chỉ ra tỷ lệ liệt tạm thời ở nhóm nội soi (6,9%) thấp hơn rõ rệt so với nhóm mổ mở (27,6%) với p < 0,05 [7].

Nhóm phẫu thuật nội soi cũng có tỉ lệ tê dái tai (tổn thương nhánh sau dây thần kinh tai lớn) thấp hơn rõ rệt so với nhóm mổ mở [2] do phẫu trường khu trú giúp bảo vệ tốt hơn nhánh sau của thần kinh tai lớn. Trong nghiên cứu của Tiancheng Li và cộng sự (2018), chỉ có 6,7% bệnh nhân nội soi bị tê tai so với 35,1% ở nhóm mổ truyền thống (p-value = 0,05) [2].

Hội chứng Frey hiếm khi xảy ra trong phẫu thuật nội soi [9]. Tỷ lệ rò nước bọt hoặc tụ dịch thấp (3,4-16,7%) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với mổ hở [5]. Các trường hợp này thường nhẹ và tự ổn định sau 10 ngày điều trị bằng chọc hút và băng ép [5].



Biểu đồ 2. So sánh tỷ lệ biến chứng giữa phẫu thuật có hỗ trợ của nội soi và phẫu thuật mở truyền thống

*** Thẩm mỹ sau phẫu thuật:**

Tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận, mức độ hài lòng thẩm mỹ sau mổ của bệnh nhân phẫu thuật nội soi tuyến mang tai qua đường sau tai được đánh giá là vượt trội tuyệt đối so với phương pháp mổ mở truyền thống. Các nghiên cứu sử dụng thang điểm trực quan VAS để định lượng sự hài lòng của bệnh nhân về sẹo và ngoại hình. Kết quả cho thấy nhóm nội soi luôn đạt điểm số gần như tối đa. Nghiên cứu của Jian-Hua Zhu và cộng sự (2022) ghi nhận điểm thẩm mỹ trung bình đạt 9,67 ± 0,51 [5]. Luodan Zhao và cộng sự (2020) báo cáo mức 9,3 ± 1,1 điểm [11], Song Fan và cộng sự (2016) ghi nhận mức 9,1 ± 1,4 điểm [10]. Trong tất cả các nghiên cứu so sánh, nhóm nội soi luôn có điểm hài lòng cao hơn đáng kể so với nhóm mổ mở (p < 0,05 hoặc p < 0,001). Ví dụ, Junming Chen (2014) cho thấy điểm hài lòng ở nhóm nội soi là 8,6 ± 1,2 trong khi nhóm mổ hở chỉ đạt 5,4 ± 1,3 điểm [4].

Bảng 3. So sánh mức độ hài lòng thẩm mỹ sau mổ (thang điểm VAS) giữa phẫu thuật đường sau tai có hỗ trợ của nội soi và phẫu thuật mở truyền thống u tuyến mang tai lành tính

Tác giả	Phẫu thuật có hỗ trợ của nội soi	Phẫu thuật mở truyền thống	p-value
Chen J và cộng sự	8,6 ± 1,2 điểm	5,4 ± 1,3 điểm	0,001
Zhao L và cộng sự	9,3 ± 1,1 điểm	5,7 ± 1,8 điểm	0,013
Yan Y và cộng sự	8,9 ± 0,7 điểm	6,7 ± 1,8 điểm	< 0,05
Song Fan và cộng sự	9,1 ± 1,4 điểm	6,3 ± 2,6 điểm	0,012

p-value < 0,05: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của phẫu thuật

Đa số các nghiên cứu cho thấy sự thống nhất cao về tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nhằm tối ưu hóa hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật. Chỉ định chủ yếu áp dụng cho u lành tính như u tuyến đa hình, u Warthin, u tế bào đáy và u mỡ, được xác định trước mổ bằng FNA kết hợp với các phương tiện hình ảnh như CT hoặc MRI [5]. Bên cạnh đó, bệnh nhân được lựa chọn thường không có tiền sử xạ trị hoặc phẫu thuật vùng mang tai, không liệt mặt và kích

thước khối u giới hạn trong khoảng 3-5 cm [4-5]. Việc lựa chọn bệnh nhân khắt khe phản ánh những hạn chế nội tại của phẫu thuật nội soi: do vùng mang tai không có khoang tự nhiên, phẫu thuật viên phải tạo khoang làm việc nhân tạo trong không gian hẹp, xạ trị hoặc phẫu thuật trước đó thường gây ra các tổ chức xơ sẹo và dính, làm mất đi các mốc giải phẫu tự nhiên [1-2]. Khối u quá lớn hoặc có tính chất dính sẽ làm hẹp thêm không gian này, gây khó khăn cho việc thao tác dụng cụ và quan sát camera [1], [5]. Ngoài ra, đối với tổn thương ác tính, yêu cầu đảm bảo diện cắt an toàn và lấy u nguyên khối là bắt buộc nhằm hạn chế nguy cơ tái phát. Những trường hợp có liệt mặt trước mổ thường gợi ý sự xâm nhiễm của khối u vào dây thần kinh, đòi hỏi phẫu thuật triệt để hơn như nạo vét hạch cổ hoặc cắt rộng, vốn không phù hợp với đường tiếp cận nội soi [2], [9].

4.2. Kết quả của phẫu thuật

Với những tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ở trên, phẫu thuật hỗ trợ nội soi cho phép thu nhỏ đáng kể chiều dài đường rạch, thường dao động trong khoảng 3,0-4,8 cm, ngắn hơn so với mổ mở truyền thống [5]. Đường rạch được khéo léo đặt trong nếp tự nhiên như rãnh sau tai, nhờ đó mang lại kết quả thẩm mỹ vượt trội với sẹo gần như không nhìn thấy khi quan sát từ phía trước hoặc bên. Bên cạnh lợi ích thẩm mỹ, cách tiếp cận ít xâm lấn này còn giúp giảm sang chấn mô mềm, hạn chế phạm vi bóc tách vật da, từ đó làm giảm lượng máu mất trong mổ và lượng dịch dẫn lưu sau mổ [4]. Điều này góp phần giảm đau, giảm phản ứng viêm và rút ngắn thời gian hồi phục cho người bệnh [11]. Những ưu điểm này phản ánh xu hướng phát triển của phẫu thuật hiện đại, không chỉ hướng tới hiệu quả điều trị mà còn chú trọng đến chất lượng sống và yếu tố tâm lý, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi có yêu cầu cao về thẩm mỹ vùng mặt-cổ [5].

Các nghiên cứu đều khẳng định phẫu thuật hỗ trợ nội soi cho phép lấy bỏ khối u một cách triệt để và an toàn. Mục tiêu quan trọng nhất là lấy u nguyên vẹn cùng với vỏ bao để tránh gieo rắc tế bào [4]. Dưới sự quan sát của nội soi, phẫu thuật viên có thể thực hiện kỹ thuật bóc tách ngoài bao (ECD) một cách tỉ mỉ ngay sát vỏ bao khối u [5], [10]. Khối u được lấy cùng với một lớp nhu mô tuyến lành bao quanh dày khoảng 0,5-1 cm (một số nghiên cứu lên đến 2 cm) để đảm bảo diện cắt âm tính [5]. Hình ảnh nội soi phóng đại và chiếu sáng tốt giúp nhận diện rõ ranh giới giữa khối u và các cấu trúc nhạy cảm như dây thần kinh mặt, giúp việc bóc tách chính xác hơn so với nhìn bằng mắt thường trong một phẫu trường hẹp [5]. Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận tỉ lệ tái phát là 0% trong suốt thời gian theo dõi của họ [4]. Trung bình thời gian theo dõi trong các báo cáo dao động từ 24-37 tháng [5]. Tuy nhiên, các tác giả lưu ý rằng u tuyến đa hình (pleomorphic adenoma) có thể tái phát muộn sau 8-10 năm, do đó kết quả này cần được khẳng định thêm bằng các nghiên cứu dài hạn hơn [4].

Phẫu thuật hỗ trợ nội soi được đánh giá là an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, tương đương hoặc thậm chí ưu việt hơn so với mổ hở. Hệ thống nội soi cung cấp hình ảnh phóng đại và chiếu sáng tốt, giúp nhận diện rõ dây thần kinh mặt và các nhánh nhỏ [4], từ đó cho phép bóc tách chính xác và hạn chế tổn thương thần kinh [5]. Việc sử dụng dao siêu âm hỗ trợ cắt và cầm máu hiệu quả với mức lan tỏa nhiệt thấp, đồng thời giúp hàn kín các ống tuyến, góp phần giảm nguy cơ rò nước bọt sau mổ [4]. Ngoài ra,

kỹ thuật bóc tách ngoài bao giúp hạn chế thao tác trực tiếp lên dây thần kinh mặt và bảo tồn nhu mô tuyến lành [5]. Phạm vi xâm lấn mô mềm được giảm thiểu nhờ đường rạch nhỏ và bóc tách hạn chế, từ đó giúp bảo tồn thần kinh tai lớn và làm giảm nguy cơ hội chứng Frey [1].

Nghiên cứu cung cấp cái nhìn tổng quan về phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính qua đường sau tai có hỗ trợ nội soi, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ và chủ yếu đơn trung tâm làm giảm tính đại diện và độ tin cậy của kết luận. Thứ hai, thời gian theo dõi còn ngắn (thường 2-3 năm), chưa đủ để đánh giá nguy cơ tái phát muộn, đặc biệt đối với u tuyến đa hình. Bên cạnh đó, chỉ định còn hạn chế, chủ yếu áp dụng cho các khối u nhỏ (< 3 cm đến 5 cm), lành tính trong khi các trường hợp u lớn, u thùy sâu hoặc tái phát vẫn còn nhiều thách thức. Ngoài ra, kỹ thuật này có độ phức tạp cao, phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và ê-kíp, gây khó khăn trong việc chuẩn hóa. Cuối cùng, yêu cầu trang thiết bị chuyên dụng và chi phí cao cũng là rào cản cho việc triển khai rộng rãi.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật u tuyến mang tai lành tính đường sau tai có hỗ trợ của nội soi là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả. Cách phẫu thuật này cung cấp thêm một phương pháp ít xâm lấn, giúp cải thiện kết quả thẩm mỹ và bảo tồn chức năng trong những trường hợp được lựa chọn thích hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dong Y, Zhang J, Li Y et al. Endoscope-assisted resection of benign parotid tumors via concealed post-auricular sulcus incision. *The Laryngoscope*, 2023, 133 (1): 133-138. doi: 10.1002/lary.30140
- [2] Li T, Liu Y, Wang Q et al. Parotidectomy by an endoscopic-assisted postauricular-groove approach. *Head Neck*, 2019, 41 (9): 2851-2859. doi: 10.1002/hed.25720
- [3] Mu-Kuan Chen, Chang C. Minimally invasive endoscope-assisted parotidectomy: a new approach. *The Laryngoscope*, 2007, 117 (11): 1934-1937. doi: 10.1097/MLG.0b013e3181255ead
- [4] Chen J, Chen W, Zhang J et al. Modified endoscope-assisted partial-superficial parotidectomy through a retroauricular incision. *ORL*, 2014, 76 (3): 121-126. doi: 10.1159/000362605
- [5] Zhu J.H, He Z, Zhang L. Endoscope-assisted extracapsular resection of benign parotid tumors via temporal and retroauricular approach. *J Craniofac Surg*, 2023, 34 (3): 1054-1057. doi: 10.1097/SCS.00000000000008525
- [6] Huang X, Zheng Y, Liu X et al. A comparison between endoscope-assisted partial parotidectomy and conventional partial parotidectomy. *Otolaryngol Neck Surg*, 2009, 140 (1): 70-75. doi: 10.1016/j.otohns.2008.09.015
- [7] Yan Y, Chen X. Endoscopic resection for benign parotid tumor through a cosmetic retroauricular incision with water sac establishing operative space: a new approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*, 2015, 25 (6): 508-513. doi: 10.1089/lap.2015.0046
- [8] Gao L, Liang Q.L, Ren W.H et al. Comparison of endoscope-assisted versus conventional resection of parotid tumors. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2019, 57 (10): 1003-1008. doi: 10.1016/j.bjoms.2019.08.010
- [9] Chen W.L, Fan S, Zhang D.M. Endoscopically assisted extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of the parotid gland through a postauricular sulcus approach in young patients. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2017, 55 (4): 400-403. doi: 10.1016/j.bjoms.2017.01.010
- [10] Fan S, Pan G.K, Chen W.L et al. Endoscope-assisted extracapsular dissection of benign parotid tumors through a single cephaloauricular furrow incision versus a conventional approach. *Surg Endosc*, 2017, 31 (8): 3203-3209. doi: 10.1007/s00464-016-5345-4
- [11] Zhao L, Ye Y, Jiao J et al. Comparison of postoperative cytokine and hormone between endoscopically assisted and open parotid tumor resection. *Oral Dis*, 2021, 27 (7): 1720-1727. doi: 10.1111/odi.13718