

5. **Wakkas Tayara, Randall C. Starling, Mohamad H. Yamani và các cộng sự.** (2006), "Improved Survival After Acute Myocardial Infarction Complicated by Cardiogenic Shock With Circulatory Support and Transplantation: Comparing Aggressive Intervention With Conservative Treatment", *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 25(5), tr. 504-509.
6. **G. Hernandez, A. Bruhn, R. Castro và các cộng sự.** (2012), "The holistic view on perfusion monitoring in septic shock", *Curr Opin Crit Care*, 18(3), tr. 280-6.
7. **M. E. Mikkelsen, A. N. Miltiades, D. F. Gaieski và các cộng sự.** (2009), "Serum lactate is associated with mortality in severe sepsis independent of organ failure and shock", *Crit Care Med*, 37(5), tr. 1670-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U HỖN HỢP TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI CÓ BẢO TỒN THẦN KINH MẶT

Nguyễn Hồng Lợi¹, Nguyễn Việt Dũng²,
Trần Xuân Phú¹, Nguyễn Văn Khánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khối u tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u. Hơn nữa, các khối u hỗn hợp, sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa các u lành có thể làm cho các chẩn đoán mô học bị mất giá trị theo dõi trong một thời gian dài. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn thần kinh mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai và được phẫu thuật bóc u có bảo tồn dây thần kinh mặt tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung Ương Huế trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 09/2021. **Kết quả:** Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ ≥ 40-60 tuổi chiếm 38,9%. Giới: nam 41,7%, nữ 58,3%. Thời gian phát hiện u thường 12- 60 tháng chiếm 50%. Vị trí bên trái gặp nhiều hơn bên phải chiếm 52,8%, kích thước khối u 2-4cm chiếm 66,7%, mật độ chủ yếu chắc chiếm 83,3%. U chủ yếu nằm thùy nông chiếm 75%. Đặc điểm trên siêu âm 100% khối u giảm âm, 75% đồng nhất. Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính 55,6% thùy nông, 63,9% đồng nhất. Kết quả phẫu thuật: kết quả tốt 83,3%, kết quả khá 16,7%. **Kết luận:** Giá trị chẩn đoán siêu âm, phim cắt lớp vi tính có độ chính xác cao đối với khối u vùng tuyến nước bọt mang tai. Phương pháp phẫu thuật bóc u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai bảo tồn dây thần kinh mặt là phương pháp đem lại kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: u hỗn hợp tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh mặt

SUMMARY

ASSESSMENT OF PAROTID MIXED TUMORS

¹Trung tâm Răng hàm mặt, Bv Trung ương Huế

²Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi

Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

SURGICAL TREATMENT WITH PRESERVATION OF FACIAL NERVE

Introduction: Parotid gland tumors are typical tumors about pleomorphism in terms of histology between different tumors or within a tumor. Moreover, the tendency of malignancy of the benign mixed tumors can make histological results invalid in long terms. **Aims:** Describing clinical features, radiography results and assessment of parotid mixed tumors surgical treatment with preservation of facial nerve. **Patients and methods:** 36 patients with diagnosis of parotid mixed tumors and treatment of tumors resection with the preservation of facial nerve at the Odonto-Stomatology Department in Hue Central Hospital during the period of time from January 2020 to September 2021. **Results:** Most common in adults aged 40 and 60 and above, which accounts for 38.9%. Gender: Male: 58.3%, female 41.7%. Tumors detected within 12-60 months make up 50%. Rate of the left sites is 52.8%, tumors size ranged 2-4cm is 66.7%, high density (firm) is 83.3%. Site on the superficial lobe accounts for 75% (most common). Ultrasound features show 100% of hypoecho, 75% of high homogeneity. CT scan features show 55.6% on the superficial lobe, 63.9% of high homogeneity. Treatment outcomes: good 83.3%, fair 16.7%. **Conclusion:** Radiographic techniques such as ultrasound, CT scan have high values of diagnosis with parotid gland tumors. Treatment of tumor resection with the preservation of the facial nerve has good outcomes.

Keywords: Parotid gland mixed tumor, preservation of the facial nerve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u [1]. Hơn nữa, các khối u hỗn hợp, sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa các u lành có thể làm cho các chẩn đoán mô học bị mất giá trị theo dõi trong một thời gian dài [1]. Phần lớn số u là lành tính chiếm tỷ lệ từ 85% đến 90%

nhưng có thể thoái hoá ác tính lại khá cao. Ở nước ta, việc chẩn đoán xác định trước mổ đang dừng lại ở kỹ thuật chọc hút tế bào và kết quả giá trị thu được chưa cao do lượng bệnh phẩm thu được ít, lại thiếu sự hướng dẫn chọc hút của Chẩn đoán hình ảnh [2]. Cho đến nay, ở nước ta chưa có nhiều công trình nghiên cứu đóng góp cho thực tiễn thực hành về chẩn đoán xác định trước mổ và điều trị phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai. Thực tiễn công việc đòi hỏi cần có thêm hiểu biết đầy đủ và hệ thống hơn nữa về chẩn đoán, điều trị phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn thần kinh mặt" với các mục tiêu sau: (1) *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai.* (2) *Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn thần kinh mặt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai và được phẫu thuật bảo tồn dây thần kinh mặt tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Hàm mặt, Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 09/2021. Số bệnh nhân này tiếp tục được theo dõi 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Những bệnh nhân được sơ bộ chẩn đoán lâm sàng, và cận lâm sàng là u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai.
- Được điều trị phẫu thuật bóc u và có bảo tồn dây thần kinh mặt.
- Bệnh nhân được theo dõi trong quá trình điều trị và tái khám đánh giá sau khi ra viện, 3 tháng, 6 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật nhưng kết quả giải phẫu bệnh không phải là u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai hoặc không có giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng

2.2.2. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai

- Theo lứa tuổi: Chúng tôi chia tuổi của bệnh nhân thành 4 nhóm: tuổi thanh thiếu niên (6-18 tuổi), tuổi trưởng thành (19-39 tuổi), tuổi trung niên (40-60 tuổi), tuổi già (> 60 tuổi).

- Theo giới: nam và nữ.
- Thời gian diễn biến của bệnh, đặc điểm của u.
- Đặc điểm của u trên siêu âm và phim cắt lớp vi tính
- Đánh giá kết quả điều trị: tốt, khá, kém
- + Kết quả tốt: không có liệt dây thần kinh mặt và hội chứng Frey, sẹo liền đẹp, mặt cân đối, không có tái phát u.
- + Kết quả khá: không có liệt dây thần kinh mặt, có hội chứng Frey, sẹo liền đẹp, không có tái phát u.
- + Kết quả kém: không có liệt dây thần kinh mặt và hội chứng Frey, sẹo liền không đẹp, có tái phát u.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung:

3.1.1. Phân bố theo giới:

Bảng 1. Sự phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo giới (n=36)

Giới	n	%
Nam	15	41,7%
Nữ	21	58,3%
Tổng	36	100%

Nhận xét: trong 36 BN được nghiên cứu, có 58,3% là nam giới và 41,7 là nữ giới.

3.1.2. Phân bố theo tuổi:

Bảng 2. Sự phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi (n=36)

Nhóm tuổi	n	%
≥ 18 tuổi	1	2,7%
> 18- 40 tuổi	12	33,3 %
≥40- 60 Tuổi	14	38,9%
≤ 60 Tuổi	9	25,1 %
Chúng tôi (2017)	36	100,0%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi: ≥18 tuổi là 2,7%, >18 - 40 tuổi là 33,3%, >40 - 60 tuổi là 38,1%, ≤ 60 Tuổi là 25,1%.

3.1.3. Thời gian phát hiện u

Bảng 3. Thời gian phát hiện u (n=36)

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<12 tháng	14	38,9
12- 60 tháng	18	50,0
61-120 tháng	3	8,3
>120 tháng	1	2,8
Tổng	36	100,0

Nhận xét: thời gian phát hiện u <12 tháng chiếm 38,9%, 12- 60 tháng chiếm 50%, 61-120 tháng chiếm 8,3%

3.1.4. Đặc điểm u

Bảng 4. Đặc điểm u (n=36)

Đặc Điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
----------	----------	---------

Vị trí	Phải	17	47,2
	Trái	19	52,8
Kích thước	2cm <	6	16,7
	2-4 cm	24	66,7
	4-6 cm	6	16,6
Mật Độ	Mềm	4	11,1
	Chắc	30	83,3
	Cứng	2	5,6
Tổng cộng		36	100,0

Nhận xét: Vị trí u bên phải 47,2%, bên trái 52,8%. Kích thước u 2cm <16,7%, 2-4cm 66,7%, 4-6cm chiếm 16,6%. Mật độ mềm chiếm 11,1%, chắc chiếm 83,3%, cứng chiếm 5,6%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm siêu âm

Bảng 5. Vị trí u (n=36)

Vị trí khối u	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Thùy nông	27	75
Thùy sâu	7	19,4
Thùy nông + thùy sâu	2	5,6
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Thùy nông chiếm 75%, thùy sâu 19,4%, thùy nông + thùy sâu chiếm 5,6%

Bảng 6. Đặc điểm mật độ và cấu trúc u (n=36)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Mật độ	Giảm âm	36	100,0
	Tăng âm	0	0,0
	Đồng âm	0	0,0
Cấu Trúc	Đồng nhất	27	75
	Không đồng nhất	9	25
Tổng	46	100,0	

Nhận xét: Mật độ giảm âm chiếm 100%. Cấu trúc đồng nhất chiếm 75%, không đồng nhất chiếm 25%.

3.2.2. Đặc điểm phim cắt lớp vi tính

Bảng 7. Vị trí u (n=36)

Vị trí khối u	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Thùy nông	20	55,6
Thùy sâu	13	36,1
Thùy nông + thùy sâu	3	8,3
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Thùy nông chiếm 20%, thùy sâu chiếm 13%, Thùy nông + thùy sâu chiếm 3%

Bảng 8. Đặc điểm cấu trúc u (n=36)

Đặc Điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đồng Nhất	23	63,9
Không Đồng Nhất	13	36,1
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Mật độ đồng nhất chiếm 63,9%, không đồng nhất chiếm 36,1%

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

3.3.1. Đánh giá kết quả chung khi ra viện

Bảng 9. Đánh giá kết quả chung khi ra viện (n=36)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	28	77,8
Khá	8	22,2
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Đánh giá kết quả chung khi ra viện tốt có 77,8%, khá là 22,2% và không có kém.

3.3.2. Đánh giá kết quả chung sau 3 tháng.

Bảng 10. Đánh giá kết quả chung sau 3 tháng (n=36)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	29	80,5
Khá	7	19,5
Tổng	36	100,0

Nhận xét: kết quả chung sau 3 tháng tốt là 80,5%; khá là 19,5% và không có kết quả kém

3.3.3. Đánh giá kết quả chung sau 6 tháng

Bảng 11. Đánh giá kết quả chung sau 6 tháng (n=36)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	30	83,3
Khá	6	16,7
Tổng	36	100,0

Nhận xét: tỷ lệ đánh giá sau 6 tháng tốt chiếm tỷ lệ 83,3% và chỉ có 16,7% khá.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 36 bệnh nhân, bệnh nhân nam là 15 chiếm 41,7% và nữ 21 chiếm 58,3%. Tỷ lệ mắc bệnh nghiêng về nam phù với nhiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh [2]. Một số nghiên cứu khác như Nguyễn Minh Phương, Bùi Xuân Trường thì tỷ lệ mắc bệnh nghiêng về nữ nhiều hơn với tỷ lệ 54,8% và 54,5% [1, 3].

Tuổi mắc bệnh ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 49. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương (2000) tuổi trung bình là 44, theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) là 43 [2, 3], Phân bố bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi 40 – 60 tuổi chiếm 38,9%. Theo Nguyễn Minh Phương, lứa tuổi này là từ 30- 45 tuổi, theo Hàn Thị Vân Thanh lứa tuổi này từ 41- 50 tuổi [2,3]. Tác giả Auclair (1991) cho rằng lứa tuổi hay gặp nhất của u hỗn hợp là 30- 40 [4].

Thời gian diễn biến lâm sàng ở các nhóm bệnh nghiên cứu chủ yếu ở khoảng từ 1 đến 5 năm, chiếm 50%. Tiếp sau là khoảng thời gian dưới 1 năm. Thời gian trung bình theo Hàn

Thị Vân Thanh là 66,76 tháng [2].

Tỷ lệ u phân bố bên phải và bên trái trong nghiên cứu của chúng tôi là gần tương đương (47,2% bên phải và 52,8% bên trái), kết quả phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Hàn Thị Vân Thanh là tỷ lệ bên phải và bên trái ngang nhau (50%) [2]. Kích thước khối u chúng tôi hay gặp nhất là 2 - 4cm chiếm tỷ lệ 66,7%, kích thước nhỏ hơn 2cm chúng tôi gặp là 16,7%. Kích thước từ 4 - 6cm cũng chiếm tỷ lệ 16,6%, nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương là 71,9% [3]. Theo nghiên cứu của Harison Linsky khẳng định kích thước khối u hay gặp từ 1- 2cm [5]. Có thể thấy rằng cũng kích thước 2 - 4cm trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ gặp cao hơn. Điều này có thể hiểu rằng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường đến khám muộn.

Đối với khối u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai, qua siêu âm đa số các trường hợp u nằm ở thùy nông (81,5%), còn lại là u nằm ở thùy sâu (18,5%). Chúng tôi không gặp trường hợp u hỗn hợp nào quá lớn xâm lấn cả 2 thùy. Về mật độ âm các u có đậm độ âm giảm 100%, không có trường hợp nào tăng âm và trống âm. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Zaikowski, tất cả các khối u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai đều có đậm độ âm giảm [6]. Với u hỗn hợp 75% các trường hợp có cấu trúc âm đồng nhất và 25% có cấu trúc âm không đồng nhất.

Về đặc điểm u trên phim cắt lớp vi tính, u phát triển chủ yếu trên thùy nông của tuyến mang tai, nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 55,6%, ít gặp hơn trên thùy sâu (36,1%). U phát triển trên toàn bộ tuyến là 8,3%, theo chúng tôi có thể đây là sự phát triển của u từ thùy nông ra toàn bộ tuyến. Về cấu trúc u rất đa dạng, phần nhiều có cấu trúc đồng nhất. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ gặp u có cấu trúc đồng nhất là 63,9%, còn cấu trúc không đồng nhất là 36,1%

4.2. Đánh giá kết quả điều trị. Mục tiêu bảo tồn dây thần kinh VII là mối quan tâm hàng đầu trong tất cả các loại kỹ thuật trong phẫu thuật tuyến mang tai và tỷ lệ liệt mặt là một tiêu chuẩn để đánh giá sớm kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ có 3/36 trường hợp bệnh nhân liệt một phần (16,7%). Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh có tỷ lệ liệt mặt 24,7% [2]. Theo tác giả Laskawi (1998) thì tỷ lệ này là 14%, trong khi đó theo Phạm Hoàng Tuấn (2007) thì tỷ lệ này là 26,47% [7,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp 4/36 trường hợp có dấu hiệu tụ máu vết mổ, một số có biểu hiện thâm đen đầu vạt, theo chúng tôi do đã thực hiện góc đầu

vạt quá nhọn. Tuy nhiên sau một tuần thì tình trạng này giảm và vết mổ lành thương tốt. Chúng tôi không gặp một trường hợp chảy máu sau mổ nào. Theo nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn (2007) thì tỷ lệ tụ máu vết mổ sau mổ là 5,88% [8]. Nhiễm trùng vết mổ sẽ ảnh hưởng xấu tới kết quả điều trị phẫu thuật, nguy cơ sớm là bục vết mổ và chảy máu, nguy cơ xa là sẹo vết mổ sẽ liền xấu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ những ngày đầu có 1/36 trường hợp chiếm 2,8% có biểu hiện nhiễm trùng vết mổ, toàn thân có sốt nhẹ, công thức máu bạch cầu tăng cao và tại chỗ, vết mổ nề đỏ, căng, có dịch rỉ viêm, một số trường hợp chân chỉ xuất tiết dịch. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp được chăm sóc vết mổ, dẫn lưu tốt kết hợp với phối hợp kháng sinh liều cao và giảm nề nề mạnh, kết quả thu được khả quan, tình trạng vết mổ liền tốt thu được trong nghiên cứu là 28/36 trường hợp chiếm 77,8%. Theo tác giả Phạm Hoàng Tuấn (2007) thì tỷ lệ vết mổ liền tốt là 94,12% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau hơn một năm khám lại 2/3 trường hợp bị liệt tạm thời dây thần kinh sau mổ đã hồi phục, 1/3 trường hợp hồi phục một phần chiếm 2,8% (1/36 trường hợp nghiên cứu). Trong nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn tất cả số bệnh nhân liệt nhánh tạm thời đã hồi phục sau phẫu thuật từ 3 tháng tới 24 tháng [8]. Theo Hàn Thị Vân Thanh thì tỷ lệ này là 24,7% [2]. Theo chúng tôi nhiều trường hợp phải hy sinh dây thần kinh VII khi mổ lần sau đối với bệnh nhân tái phát u là do nguyên nhân quá trình mổ lần một đã làm xáo trộn các mốc giải phẫu, các tổ chức xơ dính cơ kéo.

Tái phát u là điều không mong muốn, là biến chứng rất xấu sau phẫu thuật, nguy cơ phải hy sinh dây thần kinh VII trong lần mổ sau là rất cao, ảnh hưởng nghiêm trọng tới chức năng và thể trạng và tâm lý của người bệnh. Tuy vậy, có thể đẩy lùi nguy cơ tái phát bằng việc thực hiện tốt phẫu thuật đầu tiên, từ khâu chẩn đoán hình ảnh học, chẩn đoán giải phẫu bệnh, chẩn đoán giai đoạn trước mổ chính xác cho đến chỉ định dùng loại kỹ thuật phẫu thuật phù hợp. Đa số các tái phát sẽ xuất hiện trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi tái khám sau phẫu thuật 6 tháng chúng tôi chưa ghi nhận được 1 trường hợp bệnh nhân tái phát.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 trường hợp u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai tại Trug Tâm Răng Hàm

Mặt Khoa Phẫu Thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ và Hàm Mặt bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2021 chúng tôi rút ra kết luận như sau: Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ ≥ 40 - 60 Tuổi ≥ 40 - 60 tuổi chiếm 38,9%. Giới: nam 41,7%, nữ 58,3%. Thời gian phát hiện u thường 12- 60 tháng chiếm 50%. Vị trí bên trái gặp nhiều hơn bên phải chiếm 52,8%, kích thước khối u 2-4cm chiếm 66,7%, mật độ chủ yếu chắc chiếm 83,3%. U chủ yếu nằm thùy nông chiếm 75%. Đặc điểm trên siêu âm 100% khối u giảm âm, 75% đồng nhất. Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính 55,6% thùy nông, 63,9% đồng nhất. Kết quả phẫu thuật: kết quả tốt 83,3%, kết quả khá 16,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Xuân Trường** (1988), Kết hợp chụp tuyến mang tai với xét nghiệm tế bào học qua chọc hút trong chẩn đoán áp dụng phẫu thuật cắt bỏ tuyến phẫu tích bảo tồn dây thần kinh mặt trong điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai, in Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú chuyên ngành Ung thư, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Hàn Thị Thanh Vân** (2001), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ năm 1996 – 2001, in Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Minh Phương** (2000), Chụp tuyến có thuốc cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt mang tai, in Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Hà Nội.
4. **Williams MF** (1995), Surgical Pathology of the Salivary Glands, Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 112:352-353.
5. **Linsky H, Mandel L** (2002) Preliminary steps in the diagnosis of the pleomorphic adenoma. N Y State Dent, J 68:28-31.
6. **Zajkowski P, Jakubowski W, Bialek EJ, et al.** (2000), Pleomorphic adenoma and adenolymphoma in ultrasonography. Eur J Ultrasound, 12:23-9.
7. **Laskawi R, Schott T, Schröder M** (1998), Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland: clinical evaluation and long-term follow-up. Br J Oral Maxillofac Surg, 36:48-51.
8. **Phạm Hoàng Tuấn** (2007), Nghiên cứu lâm sàng, X quang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai, in Luận án tốt nghiệp tiến sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật Hàm Mặt, Đại Học Răng Hàm Mặt. 129.

KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM THEO PHÂN LOẠI POSEIDON TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Nguyễn Xuân Hợi¹, Nguyễn Thị Thu Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả làm thụ tinh trong ống nghiệm của các nhóm bệnh nhân theo phân loại POSEIDON. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 263 trường hợp làm thụ tinh trong ống nghiệm đủ tiêu chuẩn theo phân loại POSEIDON tại bệnh viện Bưu Điện trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các kết quả kích thích buồng trứng và kết quả có thai giữa các nhóm theo phân loại POSEIDON. Tỷ lệ thai diễn tiến của nhóm 1 là 51,5%, nhóm 2 là 28,1%, nhóm 3 là 44,8% và nhóm 4 là 21,7%. **Kết luận:** số noãn thu được, số noãn trưởng thành, số noãn thụ tinh và số phôi giảm dần từ nhóm 1 đến nhóm 4. Kết quả có thai nhóm 1 cao nhất, sau đó đến nhóm 3 và nhóm 4 là thấp nhất.

Từ khóa: thụ tinh trong ống nghiệm, phân nhóm POSEIDON, tiền lượng thấp.

SUMMARY

IN VITRO FERTILIZATION OUTCOMES IN DIFFERENT POSEIDON GROUPS AT THE HOSPITAL OF POST AND TELECOMMUNICATIONS

Objective: To evaluation of the results of in vitro fertilization (IVF) of the patient groups according to the POSEIDON classification. **Patients and methods:** A retrospective study on 263 IVF patients classified by POSEIDON classification at the hospital of Post and Telecommunications from January 2020 to December 2021. **Results:** There were significant differences in ovarian stimulation outcomes and pregnancy outcomes among 4 groups of patients. The ongoing pregnancy rate of group 1 was 51.5%, group 2 was 28.1%, group 3 was 44.8% and group 4 was 21.7%. **Conclusion:** The number of retrieved oocytes, mature oocytes, fertilized oocytes and the number of embryos decreased from group 1 to group 4. Pregnancy outcomes in group 1 were the highest, then group 3 and group 4 were the lowest.

Keywords: in-vitro fertilization, POSEIDON classification, low prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thụ tinh ống nghiệm, người ta sử dụng các phác đồ kích thích buồng trứng có kiểm soát

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bưu Điện

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Giang

Email: giangnguyen9045@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023