

TỔNG QUAN HỘI CHỨNG MIẾNG CẮN ĐẦU TIÊN

Trần Văn Bửu¹, Nguyễn Thị Luyên², Nguyễn Việt Thái³

1.2. Khoa Liên chuyên khoa, Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Quảng Bình

3. Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Quảng Bình

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i70.201>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mặc dù hội chứng miếng cắn đầu tiên đã được biết đến rộng rãi trong các bối cảnh phẫu thuật, nhưng nó bị bỏ quên trong y văn tiếng Việt. Bài báo này sẽ nêu bật các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu liên quan, sinh bệnh học, chẩn đoán của hội chứng miếng cắn đầu tiên, và phân tích các lựa chọn điều trị khác nhau hiện có cho các bác sĩ tai mũi họng Việt Nam để kiểm soát hội chứng này. **Phương pháp:** Tìm kiếm các bài báo liên quan chủ đề nghiên cứu bằng công cụ PubMed với thuật ngữ được sử dụng là: "first bite syndrome". Danh sách tài liệu tham khảo của các bài báo liên quan sẽ được xem xét để xác định thêm các bài báo bổ sung. **Kết quả:** Hội chứng miếng cắn đầu tiên đặc trưng bởi cơn đau dữ dội ở vùng tuyến nước bọt mang tai xảy ra ở miếng cắn đầu tiên trong mỗi bữa ăn và cải thiện ở các miếng cắn tiếp theo. Sinh lý bệnh được cho là do sự mất cân bằng chi phối thần kinh giao cảm và phó giao cảm của tuyến nước bọt mang tai. Điều này thường thấy nhất trong bối cảnh hậu phẫu sau phẫu thuật ở vùng tuyến nước bọt hoặc khoang cạnh hầu, nhưng nguyên nhân từ các khối u ác tính cũng đã được báo cáo. Bệnh nhân thường có bệnh lý thần kinh tái lớn và/hoặc hội chứng Horner kèm theo. Bằng chứng về phương pháp điều trị hiện nay chủ yếu chỉ giới hạn ở các báo cáo/loạt ca bệnh, tuy nhiên, tiêm độc tố botulinum vào tuyến mang tai đã cho thấy có hiệu quả và an toàn. **Kết luận:** Hội chứng miếng cắn đầu tiên do tổn thương các sợi thần kinh giao cảm cổ sau hạch, gây mất cân bằng kiểm soát thần kinh tự chủ của tuyến nước bọt mang tai. Bác sĩ tai mũi họng cần nhận thức hội chứng này để tư vấn trước mổ, phát hiện sau phẫu thuật đầu cổ và xem xét nó như dấu hiệu tiềm tàng của khối u ác tính. Nếu nó gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống người bệnh thì tiêm botulinum toxin vào tuyến mang tai là phương pháp điều trị hàng đầu hiện nay.

Từ khóa: Miếng cắn đầu tiên; Đau mặt; Tuyến mang tai; Phẫu thuật đầu cổ; Đau dây thần kinh sinh ba.

* Tác giả liên hệ: Trần Văn Bửu,

Nhận bài: 06/03/2025

Ngày nhận phản hồi: 25/04/2025

ĐT: 0333516302;

Email: vanbuu94py@gmail.com

Ngày nhận phản biện: 23/04/2025

Ngày duyệt đăng: 05/05/2025

REVIEW FIRST BITE SYNDROME

ABSTRACT

Background: Although first bite syndrome is well known in surgical settings, it has been largely neglected in Vietnamese medical literature. This paper will highlight the clinical features and relevant anatomy, the current understanding of the pathophysiology, the diagnosis of first bite syndrome, and analyse the various treatment options available to the Vietnamese otorhinolaryngologists to manage this syndrome. **Methods:** Studies were identified by performing a systematic search of English language literature in PubMed with the following search terms were used: "first bite syndrome". Reference lists of relevant articles were reviewed and cross-referenced to identify additional articles. **Results:** First bite syndrome is characterized by intense sharp or cramping pain in the parotid region, occurring at the initial bite of each meal and diminishing with subsequent bites. The underlying pathophysiology is believed to involve an imbalance in sympathetic and parasympathetic innervation of the parotid gland. It most commonly arises in the postoperative setting following surgical intervention in the parotid or parapharyngeal region, although neoplastic origins have also been described. Patients often present with concurrent great auricular neuropathy and/or Horner's syndrome. While treatment options are limited to case reports and small case series, botulinum toxin injections have demonstrated to be a safe and beneficial treatment option in select cases. **Conclusions:** First bite syndrome results from damage to postganglionic cervical sympathetic nerve fibers, leading to an imbalance of parotid gland autonomic innervation. Otolaryngologists must be aware of this syndrome to provide preoperative counseling, recognize it following head and neck surgery, and consider it as a potential sign of malignant tumors. If the condition significantly impacts patients' quality of life, botulinum toxin injection into the parotid gland is currently the leading treatment approach.

Keywords: First bite; Facial pain; Parotid; Head and neck surgery; Trigeminal neuralgia.

1. TỔNG QUAN

Hội chứng miếng cắn đầu tiên được đặc trưng bởi cơn đau quặn dữ dội ở vùng tuyến nước bọt mang tai, nó xảy ra khi cắn miếng đầu tiên trong mỗi bữa ăn và giảm dần ở những lần cắn tiếp theo [1]. Hội chứng này thường gặp sau phẫu thuật ở vùng tuyến nước bọt mang tai, hố dưới thái dương hoặc khoang cạnh hầu, với tỷ lệ mắc có thể lên tới 9,6-33% bệnh nhân trong vòng 1 tháng đầu sau phẫu thuật [2].

Do cơn đau xuất hiện muộn và thường được xem là một biến chứng nhẹ sau phẫu thuật nên có thể không được thăm khám đánh giá đầy đủ. Tuy nhiên, cơn đau có thể dữ dội đến mức khiến bệnh nhân không dám ăn uống, từ đó tác động đáng kể đến cả chất lượng cuộc sống và sức khỏe thể chất của bệnh nhân [3, 4]. Mặt khác, hội chứng miếng cắn đầu tiên còn được báo cáo là triệu chứng biểu hiện của các khối u ác tính ở khoang cạnh hầu và tuyến nước bọt [5-9]. Do đó các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt phẫu thuật viên đầu

cổ cần nhận thức rõ về hội chứng này. Trong khi đó, theo hiểu biết của chúng tôi, hội chứng này chưa từng được nhắc đến trong y văn tiếng Việt.

Bài viết này nhằm khái quát những hiểu biết hiện nay về cơ chế sinh bệnh học, cách tiếp cận chẩn đoán và điều trị của hội chứng miếng cắn đầu tiên đồng thời nhằm thu hút sự chú ý của các bác sĩ lâm sàng về hội chứng đường như bị bỏ quên này.

2. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ BỆNH

Tuyến nước bọt mang tai bao gồm các đơn vị chế tiết được bao quanh bởi các tế bào cơ biểu mô, được chi phối bởi cả dây thần kinh phó giao cảm và giao cảm [10, 11]. Chi phối thần kinh giao cảm xuất phát từ vùng dưới đồi và đi qua thân não trước khi tạo synap ở tủy sống ngực. Sau đó, các tế bào thần kinh đi vào chuỗi thần kinh giao cảm và đi lên qua hạch cổ dưới và giữa, tạo synap ở hạch cổ trên. Hạch cổ trên là một cấu trúc dài 2,5 cm nằm ở mức đốt sống cổ thứ hai và thứ ba, phía sau bao cảnh. Các sợi thần kinh sau hạch giao cảm đi qua đám rối động mạch cảnh ngoài và sau đó dọc theo động mạch màng não giữa, để kết thúc ở các nhánh thần kinh tuyến nước bọt. Sự chi phối của hệ phó giao cảm đến tuyến nước bọt là từ nhân nước bọt dưới đến hạch tai qua dây thần kinh thiệt hầu và đám rối nhĩ (dây thần kinh Jacobson) [12].

Mặc dù bệnh sinh của hội chứng miếng cắn đầu tiên chưa được hiểu đầy đủ, nhưng hầu hết tác giả đồng ý với lý thuyết ban đầu do Netterville và cộng sự [1] đề xuất vào năm 1998. Theo đó, sự chi phối giao cảm đến

tuyến nước bọt bị tổn thương hoặc mất đi thông qua cắt bỏ dây thần kinh giao cảm ở cổ hoặc thắt các cấu trúc mạch máu mà các dây thần kinh giao cảm đi qua. Việc mất chi phối giao cảm dẫn đến tình trạng tăng nhạy cảm của các thụ thể giao cảm trên các tế bào biểu mô cơ của tuyến nước bọt. Sự kích thích chéo các thụ thể giao cảm này thông qua giải phóng acetylcholine phó giao cảm được cho là gây ra sự co bóp quá mức của các tế bào cơ biểu mô dẫn đến cơn đau mà bệnh nhân mô tả trong miếng cắn đầu tiên của mỗi bữa ăn. Mặt khác, nước bọt đầu tiên được tiết ra là loại nhớt nhất vì nó có hàm lượng amylase và protein cao [13]. Sự kết hợp của 2 cơ chế này dẫn đến sự gia tăng đột ngột áp lực trong lòng ống tuyến dẫn đến đau mặt dữ dội. Nhiều báo cáo về hội chứng miếng cắn đầu tiên xảy ra trong bối cảnh chấn thương phẫu thuật hoặc kích ứng các sợi chuỗi giao cảm cổ sau hạch [2]. Hơn nữa, tiêm độc tố botulinum đã được báo cáo là phương pháp điều trị hiệu quả trong nhiều trường hợp [3]. Độc tố botulinum gây giảm tiết acetylcholine phó giao cảm bằng cách ức chế sự hòa màng của các túi chứa acetylcholine, từ đó dẫn đến ít kích thích chéo các thụ thể giao cảm nhạy cảm, bị mất chi phối thần kinh [14]. Tất cả những điều này giúp làm củng cố giả thuyết của Netterville.

3. BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Bệnh nhân nam 66 tuổi đã trải qua phẫu thuật cắt u bao sợi thần kinh X bên trái. Một tuần sau mổ, bệnh nhân phát triển các triệu chứng phù hợp với hội chứng miếng cắn đầu

tiên. Bệnh nhân mô tả cơn đau đột ngột dữ dội kéo dài khoảng 5 giây, xuất hiện ở vùng trước tai và hàm bên trái khi cắn miếng đầu tiên của mỗi bữa ăn, sau đó giảm dần ở những miếng cắn tiếp theo. Đau nhiều đến mức khiến bệnh nhân sợ hãi mỗi khi ăn. Cơn đau đặc biệt dữ dội khi bệnh nhân ăn thực phẩm có tính axit. Khám lâm sàng, chúng tôi phát hiện có tình trạng sụp mí bên trái xuất hiện sau mổ, hướng đến chẩn đoán hội chứng Horner (hình 1). Ngoài ra, bệnh nhân còn bị khàn tiếng, nuốt dễ bị sặc, nội soi thanh quản phát hiện liệt dây thanh trái ở vị trí trung gian, phù hợp với chẩn đoán liệt dây X cùng bên.



Hình 1. Bệnh nhân sau 6 tuần phẫu thuật u bao sợi thần kinh X với vết sẹo ở vùng cổ bên trái (A) và sụp mí trên cùng bên (B).

Bệnh nhân của chúng tôi được điều trị bằng

tiêm 75 đơn vị độc tố botulinum vào tuyến nước bọt mang tai trái, tập trung vào các vị trí mà bệnh nhân cho là đau nhiều nhất (hình 2). Khoảng 1 tuần sau tiêm và cho tới thời điểm hiện tại, cơn đau của bệnh nhân đã giảm đáng kể. Bệnh nhân có thể ăn uống một cách dễ chịu hơn với cơn đau co thắt nhẹ kéo dài 1-2 giây khi cắn miếng đầu tiên của mỗi bữa ăn.



Hình 2. Tiêm 75U độc tố botulinum toxin A dưới hướng dẫn siêu âm vào tuyến mang tai cùng bên tổn thương

4. CHẨN ĐOÁN

Hội chứng miếng cắn đầu tiên được chẩn đoán dựa vào khai thác tiền sử và thăm khám lâm sàng.

4.1. Tiền sử

Tiền sử phẫu thuật vùng cổ trên hoặc tuyến mang tai gần đây giúp củng cố chẩn đoán. Các phẫu thuật liên quan đến khoang cạnh hầu, cắt bỏ thùy sâu tuyến mang tai, cắt bỏ chuỗi thần kinh giao cảm và thắt động mạch cảnh ngoài làm tăng nguy cơ bị hội chứng miếng cắn đầu tiên. Thời điểm khởi phát triệu chứng sau phẫu thuật dao động từ vài ngày đến vài tháng, với thời gian trung bình là 97 ngày được báo cáo trong một nghiên cứu hồi cứu lớn [2].

4.2. Thăm khám lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Đặc điểm của cơn đau liên quan đến hội chứng miếng cắn đầu tiên [3]

Vị trí đau : ở vùng tuyến mang tai hoặc vùng sau hàm cùng bên phẫu thuật/khối u
Khởi phát: đột ngột, cấp tính
Tính chất: đau nhói, dữ dội
Hướng lan: thường lan lên tai, đôi khi xuống cổ hoặc cả hai
Liên quan: bắt đầu khi cắn miếng cắn đầu tiên và giảm dần ở các miếng cắn tiếp theo. Cơn đau cũng có thể khởi phát khi có hiện tượng tiết nước bọt, chẳng hạn khi ngủ thấy mùi thức ăn hoặc khi nghĩ đến việc ăn.
Thời gian: Thường kéo dài vài giây, nhưng có thể kéo dài hơn 5 phút trong một số trường hợp.
Yếu tố làm nặng: đau dữ dội hơn khi ăn thực phẩm có tính axit.

4.2.2. Khám thực thể

Nghiệm pháp kích thích tiết nước bọt tại giường: cho bệnh nhân ngậm kẹo chua có thể khởi phát cơn đau đặc trưng [2]

Cần thăm khám các dây thần kinh sọ, khoang miệng, khớp thái dương hàm, vùng cổ

Có thể phát hiện hội chứng Horner cùng bên kèm theo do hậu quả của tổn thương các sợi giao cảm từ hạch cổ trên đi cùng với động mạch cảnh trong đến mắt [1, 15]

Ngoài ra, thần kinh tai lớn cung cấp cảm giác cho tai dưới và dọc theo xương hàm. Do vị trí nông của dây thần kinh tai lớn bao quanh cơ ức đòn chũm, nên nó dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật, do đó, bệnh nhân có thể bị tê, dị cảm hoặc đau rất ở vùng tai dưới và dọc theo xương hàm [10].

Hội chứng miếng cắn đầu tiên cũng đã

được báo cáo là triệu chứng biểu hiện của bệnh ác tính ở đầu/cổ. Do đó, cần chụp CT hoặc MRI có cản quang ở nền sọ và cổ để loại trừ bệnh ác tính, đặc biệt khi không có tiền sử phẫu thuật vùng cổ trên cùng bên. Nếu chưa phát hiện thì cần xem xét chụp lại vì khối u có thể chỉ nhìn thấy được sau vài tháng kể từ khi cơn đau khởi phát [2, 16]

4.2.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt hội chứng miếng cắn đầu tiên với các rối loạn khác gây ra chứng đau mặt cấp tính, bao gồm rối loạn khớp thái dương hàm, đau dây thần kinh sinh ba, đau dây thần kinh thiệt hầu, đau dây thần kinh tai lớn, sỏi, viêm tuyến nước bọt [2, 16].

Khác với rối loạn khớp thái dương hàm, hội chứng miếng cắn đầu tiên không liên quan đến đau hoặc khó chịu khi vận động và ấn vào khớp thái dương hàm cùng bên [16]. Đau dây thần kinh sinh ba thường do kích thích da dọc theo vùng dây thần kinh sinh ba [17] và việc không có tác nhân kích thích da sẽ cảnh báo bác sĩ lâm sàng về khả năng mắc các rối loạn khác. Đau dây thần kinh thiệt hầu thường khởi phát khi nuốt, ho, nói hoặc ngáp [18]. Đau dây thần kinh tai lớn xuất hiện khi ngoảnh đầu, chạm vào cổ hoặc các tư thế của cổ khi ngủ [19]. Nếu cơn đau khởi phát liên quan đến hoạt động tiết nước bọt thì nên nghi ngờ rối loạn tuyến nước bọt hoặc ống dẫn tuyến. Nếu cơn đau thường chỉ xảy ra ở những miếng ăn đầu tiên, nên nghĩ đến khả năng hội chứng miếng cắn đầu tiên và nên thu thập thêm tiền sử phẫu thuật/thủ thuật/khối u.

5. ĐIỀU TRỊ

Hội chứng miếng cắn đầu tiên có thể tự khỏi ở 6 - 20% bệnh nhân và cải thiện một phần ở 69 - 82% bệnh nhân. Thời gian tự khỏi được báo cáo là từ 1-18 tháng [20]. Mặc dù nó có thể tự khỏi, nhưng nếu nó gây suy giảm nghiêm trọng về chất lượng cuộc sống của người bệnh thì việc điều trị phải được đặt ra [3, 4, 12]. Một số phương pháp điều trị phẫu thuật và nội khoa cho hội chứng này đã được báo cáo với kết quả khác nhau. Có thể phân các phương pháp điều trị thành 4 loại chính: thay đổi chế độ ăn uống, điều trị bằng thuốc, xạ trị và điều trị phẫu thuật [3].

Điều trị ban đầu thường bao gồm thay đổi chế độ ăn uống với việc tránh các loại thực phẩm có tính axit, cay, nóng hoặc dùng thuốc chống viêm không steroid, nhưng những phương pháp này đã được chứng minh là hoàn toàn không hiệu quả [3, 21]. Một số nhóm thuốc thần kinh đã chứng minh được hiệu quả, bao gồm carbamazepine, gabapentin và/hoặc pregabalin. Mặc dù phần lớn các trường hợp cho thấy giảm đau một phần với những thuốc này, nhưng không phải tất cả bệnh nhân đều đáp ứng. Amitriptyline đã được chứng minh là có liên quan đến việc cải thiện triệu chứng ở 4/6 trường hợp. Clomipramine cũng đã chứng minh được hiệu quả một phần nhưng chỉ ở một bệnh nhân [2].

Xạ trị đã được chứng minh có hiệu quả, với việc giải quyết hoàn toàn triệu chứng trong vòng 7 đến 10 tháng [3, 21]. Tuy nhiên, nó có quá nhiều tác dụng phụ, trong khi đó chúng ta có nhiều lựa chọn điều trị an toàn

hơn, vì vậy xạ trị không phải là lựa chọn đầu tay.

Một số tác giả đã điều trị hội chứng miếng cắn đầu tiên bằng phẫu thuật, bao gồm phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến mang tai, cắt bỏ đám rối nhĩ bằng tia laser, cắt dây thần kinh nhĩ, thần kinh tai thái dương nhằm cắt bỏ sự chi phối của hệ phó giao cảm đến tuyến nước bọt. Trong số các phẫu thuật được báo cáo trong y văn, cắt bỏ toàn bộ tuyến mang tai là phương pháp hiệu quả nhất nhưng cũng là phương pháp xâm lấn nhất và liên quan đến nhiều biến chứng sau mổ hơn bao gồm khả năng liệt mặt do tổn thương dây thần kinh mặt. Đã có một báo cáo trường hợp về việc giải quyết hoàn toàn cơn đau bằng cách cắt bỏ đám rối nhĩ bằng tia laser [12]; tuy nhiên, các nỗ lực can thiệp phẫu thuật xâm lấn khác bao gồm cắt dây thần kinh nhĩ, thần kinh tai thái dương với nhiều nguy cơ kèm theo, cho đến nay vẫn chưa được chứng minh là có hiệu quả [2, 12, 14].

Gần đây các tác giả cố gắng tìm kiếm một phương pháp an toàn và hiệu quả thay thế cho các phương pháp điều trị trên. Bài tổng quan tài liệu mới nhất khảo sát các phương pháp điều trị hội chứng miếng cắn đầu tiên vào năm 2024 cho thấy tiêm độc tố botulinum là lựa chọn điều trị đầu tay hiệu quả nhất [3]. Khi được tiêm vào tuyến mang tai, BTA được cho là gây phong tỏa chọn lọc các chất dẫn truyền thần kinh phó giao cảm, qua đó giảm sự kích thích chéo của thụ thể giao cảm và làm giảm sự hoạt hóa quá mức của các tế bào cơ biểu mô [21]. Hiện nay vẫn chưa có sự đồng thuận rõ ràng về kỹ thuật sử

dụng độc tố botulinum để điều trị hội chứng miếng cắn đầu tiên. Sử dụng một mũi tiêm liều cao hơn (50 – 80 U) hoặc nhiều mũi tiêm liều thấp hơn (10 - 40U) đều đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc giải quyết triệu chứng [3]. Một nghiên cứu đã chỉ định vị trí tiêm độc tố botulinum là điểm đau tối đa [21], tuy nhiên các nghiên cứu còn lại không xác định chính xác vị trí tiêm [3]. Tác dụng của độc tố botulinum đã được chứng minh là mất đi sau khoảng 4 tháng, với các mũi tiêm được lặp lại ở khoảng cách từ 6 tuần đến 8 tháng [2, 20]. Ngoại trừ cảm giác khó chịu nhẹ trong quá trình tiêm, không có biến chứng hoặc tác dụng phụ nào được báo cáo khi điều trị bằng tiêm độc tố botulinum trong điều trị hội chứng miếng cắn đầu tiên. Điều này cho thấy đây là một phương pháp khá an toàn. Một mối quan tâm lớn thường được đề cập khi thực hiện các thủ thuật liên quan đến tuyến nước bọt mang tai là liệt dây thần kinh mặt. Tuy nhiên, trong trường hợp tiêm độc tố botulinum vào tuyến nước bọt, nguy cơ liệt dây thần kinh mặt là rất nhỏ do cơ chế hoạt động của độc tố botulinum. Như đã thảo luận trước đó, nó hoạt động bằng cách ức chế giải phóng acetylcholine tại điểm nối thần kinh cơ. Vì chỉ có các sợi trục của dây thần kinh mặt đi qua tuyến nước bọt mà không có điểm nối thần kinh cơ nào, nên dây thần kinh mặt sẽ không bị ảnh hưởng. Một tác dụng phụ khác mà ta có thể mong đợi là khô miệng do ức chế tiết nước bọt ở tuyến được tiêm. Mặc dù đây là một tác dụng phụ có thể xảy ra, nhưng chưa có trường hợp nào được báo cáo trong y văn. Có lẽ do tuyến nước bọt đối diện, cũng như các tuyến dưới

hàm và dưới lưỡi hai bên, có thể sản xuất đủ nước bọt để ngăn ngừa khô miệng. Mặc dù điều trị bằng độc tố botulinum có vẻ an toàn và hiệu quả cho tới thời điểm hiện tại, nhưng cần phải có thêm các nghiên cứu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn về tính an toàn và hiệu quả lâu dài của nó [3, 14, 16, 20].

6. KẾT LUẬN

Hội chứng miếng cắn đầu tiên xảy ra do tổn thương hoặc kích thích các sợi thần kinh giao cảm cổ sau hạch dẫn đến mất cân bằng sự chi phối thần kinh tự chủ của tuyến nước bọt mang tai. Phẫu thuật viên tai mũi họng phải quen thuộc với hội chứng này để tư vấn cho người bệnh trước mổ, phát hiện ra nó sau phẫu thuật đầu cổ, và cũng để nhận ra nó như một dấu hiệu có thể có của khối u ác tính ở vùng đầu cổ cùng bên.

Mặc dù cơn đau đôi khi tự khỏi nhưng nếu nó gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh thì việc điều trị phải được ưu tiên, trong đó phương pháp tiêm độc tố botulinum vào tuyến mang tai có vẻ là phương pháp điều trị đầu tay hiệu quả nhất hiện nay, mặc dù phác đồ tiêm (số lần tiêm và tổng liều tiêm) và hiệu quả lâu dài của nó vẫn chưa được xác định rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Netterville, J.L., et al., Vagal paraganglioma: a review of 46 patients treated during a 20-year period. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1998. 124(10): p. 1133-40.
2. Steel, S.J. and C.E. Robertson, First Bite Syndrome: What Neurologists Need to Know. Curr Pain Headache Rep, 2021.

- 25(5): p. 31.
3. Ang, W.W., E.T. Goh, and J. Laycock, Management of First Bite Syndrome: Systematic Review of Recent Evidence. *J Laryngol Otol*, 2024: p. 1-28.
4. Avincsal, M.O., et al., First bite syndrome - An 11-year experience. *Auris Nasus Larynx*, 2017. 44(3): p. 302-305.
5. Deganello, A., et al., First bite syndrome as presenting symptom of parapharyngeal adenoid cystic carcinoma. *J Laryngol Otol*, 2011. 125(4): p. 428-31.
6. Diercks, G.R., et al., A case of preoperative "first-bite syndrome" associated with mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Laryngoscope*, 2011. 121(4): p. 760-2.
7. Guss, J., A.L. Ashton-Sager, and B.P. Fong, First bite syndrome caused by adenoid cystic carcinoma of the submandibular gland. *Laryngoscope*, 2013. 123(2): p. 426-8.
8. Lieberman, S.M. and G. Har-El, First bite syndrome as a presenting symptom of a parapharyngeal space malignancy. *Head Neck*, 2011. 33(10): p. 1539-41.
9. Masood, M.M., M.D. Giosia, and T.G. Hackman, Chronic atypical first bite syndrome and primary squamous cell carcinoma of the parotid. *Head Neck*, 2018. 40(8): p. E82-E86.
10. Kochhar, A., B. Larian, and B. Azizzadeh, Facial Nerve and Parotid Gland Anatomy. *Otolaryngol Clin North Am*, 2016. 49(2): p. 273-84.
11. Elluru RG, Physiology of the salivary glands in cummings otolaryngology: Head and Neck Surgery. 1ed ed. 2021, Amsterdam: Elsevier; p. 1139-48.
12. Amin, N., A. Pelsner, and J. Weighill, First bite syndrome: our experience of laser tympanic plexus ablation. *J Laryngol Otol*, 2014. 128(2): p. 166-8.
13. Xu, V., et al., First Bite Syndrome After Parotidectomy: A Case Series and Review of Literature. *Ear Nose Throat J*, 2022. 101(10): p. 663-667.
14. Sims, J.R. and J.Y. Suen, First bite syndrome: case report of 3 patients treated with botulinum toxin and review of other treatment modalities. *Head Neck*, 2013. 35(9): p. E288-91.
15. Kawashima, Y., et al., First-bite syndrome: a review of 29 patients with parapharyngeal space tumor. *Auris Nasus Larynx*, 2008. 35(1): p. 109-13.
16. Laccourreye, O., et al., First bite syndrome. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2013. 130(5): p. 269-73.
17. Di Stefano, G., et al., Triggering trigeminal neuralgia. *Cephalalgia*, 2018. 38(6): p. 1049-1056.
18. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification

- of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia, 2018. 38(1): p. 1-211.
19. Duvall, J.R., et al., Great Auricular Neuralgia: Case Series. Headache, 2020. 60(1): p. 247-258.
20. Shaikh, N.E., et al., Botulinum toxin A for the treatment of first bite syndrome- a systematic review. Gland Surg, 2022. 11(7): p. 1251-1263.
21. Ghosh, A. and N. Mirza, First bite syndrome: Our experience with intraparotid injections with botulinum toxin type A. Laryngoscope, 2016. 126(1): p. 104-7.