

ỨNG DỤNG CÁC VẬT TỪ XA CÓ CUỐNG TRONG TÁI TẠO KHUYẾT HỒNG KHOANG MIỆNG SAU CẮT BỎ UNG THƯ

Nguyễn Hồng Lợi¹, Nguyễn Văn Khánh¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹, Trần Xuân Phú¹

¹Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật ung thư khoang miệng thường gây khuyết hồng lớn, ảnh hưởng chức năng ăn, nói và thẩm mỹ. Khi vi phẫu không khả thi, các vật từ xa có cuống là giải pháp thay thế hiệu quả, giúp tái tạo chức năng với chi phí và thời gian mổ thấp hơn. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả ứng dụng các vật từ xa có cuống trong tái tạo khoang miệng sau ung thư.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả có can thiệp lâm sàng được thực hiện trên 30 bệnh nhân ung thư khoang miệng tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế (06/2023 - 06/2025). Các bệnh nhân có khuyết hồng mô mềm trung bình đến lớn sau cắt u được tái tạo ngay bằng các vật có cuống tại chỗ. Năm loại vật được sử dụng gồm: vật cơ ngực lớn (12 ca), vật thượng đòn (5 ca), vật dưới cằm (4 ca), vật má niêm mạc (2 ca) và vật cân cơ thái dương (5 ca). Bệnh nhân được theo dõi liền vết thương, biến chứng sớm và đánh giá phục hồi chức năng sau mổ.

Kết quả: Tất cả 30 bệnh nhân đều được tái tạo thành công khuyết hồng khoang miệng bằng vật có cuống phù hợp, với tỷ lệ sống vật 100%, không có hoại tử hoàn toàn. Biến chứng sớm ghi nhận ở 5 ca (16,7%), chủ yếu nhẹ và được xử trí bảo tồn. Không có biến chứng nặng hay tử vong sau mổ. Về chức năng, đa số bệnh nhân cải thiện rõ rệt khả năng ăn nhai và phát âm, đặc biệt các vật mỏng như vật má niêm mạc giúp phục hồi tốt, với 91,7% ăn uống bình thường và 83,4% phát âm rõ sau hồi phục.

Kết luận: Các vật có cuống vùng đầu cổ là lựa chọn hiệu quả trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng sau phẫu thuật ung thư, đặc biệt khi không thể áp dụng vi phẫu. Nghiên cứu cho thấy các vật như vật cơ ngực lớn, vật thượng đòn, vật dưới cằm, vật má niêm mạc và vật cân cơ thái dương đều mang lại kết quả liền thương và phục hồi chức năng khả quan. Việc lựa chọn loại vật phù hợp với vị trí và kích thước khuyết hồng giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng; tái tạo khoang miệng; vật có cuống; vật cơ ngực lớn; vật thượng đòn; vật dưới cằm; vật niêm mạc má; vật thái dương.

ABSTRACT

APPLICATION OF PEDICLED REGIONAL FLAPS IN ORAL CAVITY RECONSTRUCTION AFTER CANCER RESECTION

Nguyen Hong Loi¹, Nguyen Van Khanh¹, Hoang Le Trong Chau¹, Tran Xuan Phu¹

Background: Extensive surgical resection of oral cavity cancer often results in large soft tissue defects, significantly impairing speech, swallowing, and aesthetics. When free flap reconstruction is not feasible, pedicled regional flaps offer an effective alternative, allowing functional restoration with shorter operative times and reduced costs. This study aimed to evaluate the outcomes of using pedicled regional flaps for oral cavity reconstruction after oncologic resection.

Methods: A prospective descriptive interventional study was conducted on 30 patients with oral cavity cancer at the Center of Maxillofacial Surgery - Hue Central Hospital from June 2023 to June 2025. Patients with moderate to large soft tissue defects following tumor ablation underwent immediate reconstruction using pedicled regional flaps. Five types of

Ngày nhận bài: 03/7/2025. Ngày chỉnh sửa: 06/8/2025. Chấp thuận đăng: 15/8/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Khánh. Email: drkhanhrhm@gmail.com. ĐT: 0935884886

Ứng dụng các vật từ xa có cuống trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng...

flaps were utilized: pectoralis major myocutaneous flap (12 cases), supraclavicular artery island flap (5 cases), submental island pedicled flap (4 cases), facial artery musculomucosal flap (2 cases), and temporalis myofascial flap (5 cases). Patients were monitored for wound healing, early complications, and postoperative functional recovery.

Results: All 30 patients underwent successful reconstruction using appropriate pedicled flaps, achieving a 100% flap survival rate with no cases of total necrosis. Early complications were noted in 5 cases (16.7%), mostly minor and managed conservatively. No major complications or surgery-related mortality occurred. Functionally, most patients showed significant improvement in mastication and speech. Notably, thin mucosal flaps such as the facial artery musculomucosal flap provided excellent outcomes, with 91.7% resuming normal oral intake and 83.4% regaining intelligible speech after recovery.

Conclusions: Pedicled regional flaps remain a safe and effective option for oral cavity reconstruction following cancer surgery, especially when free flap transfer is contraindicated. This study demonstrates that flaps such as the pectoralis major, supraclavicular, submental, facial mucosal, and temporalis myofascial flap offer reliable wound healing and functional restoration. Proper flap selection based on defect size and location optimizes reconstructive outcomes.

Keywords: Oral cavity cancer; oral reconstruction; pedicled flap; pectoralis major flap; supraclavicular flap; submental island pedicled flap; facial artery musculomucosal; temporalis myofascial flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng ngày càng gia tăng, nhất là ở người hút thuốc, uống rượu, nhai trầu. Phần lớn được chẩn đoán muộn, tổn thương lan rộng, cần phẫu thuật triệt căn gây khuyết hồng lớn, ảnh hưởng nặng đến ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ [1].

Trong phẫu thuật tái tạo, các vật vi phẫu tự do như vật xương mác, vật đùi trước ngoài, vật mạch quay được coi là tiêu chuẩn vàng nhờ cung cấp mô tương đồng về hình thể - chức năng và tỷ lệ sống cao. Tuy nhiên, vi phẫu đòi hỏi thiết bị chuyên sâu, kỹ năng cao và thời gian mổ dài - những điều không phải lúc nào cũng đáp ứng được, nhất là với bệnh nhân cao tuổi, có bệnh nội khoa phối hợp hoặc trong các cơ sở thiếu nguồn lực [1, 2].

Trong bối cảnh đó, các vật có cuống vùng đầu cổ như vật cơ ngực lớn (PMMC), vật thượng đòn (SCAIF), vật dưới cằm (SIPF), vật má niêm mạc (FAMM) và vật thái dương (TMF) vẫn là giải pháp tái tạo đáng tin cậy, đặc biệt với khuyết hồng trung bình, không cần vi phẫu [3]. Gần đây, nhiều nghiên cứu khẳng định hiệu quả phục hồi chức năng - thẩm mỹ của các vật có cuống không thua kém đáng kể so với vi phẫu ở nhóm chỉ định phù hợp, trong khi rút ngắn thời gian mổ và giảm chi phí điều trị.

Tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế, các vật có cuống tại chỗ đã được ứng dụng thường quy trong tái tạo khoang miệng và cho kết quả bước đầu khả quan. Nghiên cứu này nhằm tổng kết hiệu quả lâm sàng của các phương

pháp tái tạo này, đồng thời đánh giá chỉ định và giá trị ứng dụng thực tế trong bối cảnh hạn chế về nguồn lực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân ung thư khoang miệng có chỉ định phẫu thuật triệt căn và tái tạo tức thì bằng vật có cuống, điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế từ 6/2023 đến 6/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm khuyết hồng mô mềm lớn sau cắt u (≥ 5 cm hoặc xuyên má), cần tái tạo ngay và bệnh nhân hợp tác theo dõi sau mổ. Loại trừ các trường hợp khuyết nhỏ có thể đóng trực tiếp, cần vật vi phẫu có xương hoặc không đủ điều kiện phẫu thuật.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả có can thiệp lâm sàng. Mỗi bệnh nhân được hội chẩn để lựa chọn loại vật phù hợp dựa trên vị trí và kích thước khuyết hồng, tình trạng hạch cổ, thể trạng người bệnh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Các loại vật sử dụng và đặc điểm chính: Vật cơ ngực lớn (PMMC): Da-cơ dày, giàu máu nuôi, che phủ tốt các khuyết hồng lớn hoặc xuyên qua má. Ưu điểm: dễ lấy, mạch nuôi lớn; nhược điểm: sẹo ngực, giảm vận động vai. Vật thượng đòn (SCAIF): Da mỏng, dài, cuống mạch đáng tin cậy; phù hợp khuyết hồng vừa vùng lưỡi, sàn miệng, khẩu cái. Ưu điểm: ít biến chứng vùng cho. Vật dưới cằm (SIPF Da-cân mềm mại, màu sắc tương đồng niêm

Ứng dụng các vật từ xa có cuống trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng...

mạc, phù hợp khuyết vùng trước miệng. Ưu điểm: lấy nhanh, nằm trong vùng cổ mỡ.

Vật má niêm mạc (FAMM flap): Cung cấp mảnh niêm mạc sống tốt (98 - 100%), lý tưởng với khuyết hồng nhỏ - trung bình. Ưu điểm: không sẹo ngoài mặt; nhược điểm: phạm vi giới hạn, khó vượt đường giữa nếu còn nhiều răng.

Vật cân cơ thái dương (TMF): Tái tạo hiệu quả vùng khẩu cái, hầu; ưu điểm: lấy dễ, mạch nuôi tin cậy; hạn chế: tằm với ngấn, có thể gây lồi thái dương.

Đánh giá kết quả sau mổ dựa vào các chỉ tiêu chính gồm [5, 6]: Tình trạng sống của vật: sống hoàn toàn, hoại tử một phần hoặc toàn bộ. Biến chứng: nhiễm trùng, tụ dịch, rò miệng - xoang, hoại tử da vùng cho, sẹo xấu... Liền vết thương: đánh giá ở 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Phục hồi chức năng:

ăn uống, phát âm, hô hấp/nuốt, thẩm mỹ (thang điểm VAS). Thời gian điều trị: thời gian phẫu thuật và nằm viện được ghi nhận từng trường hợp.

2.3. Phân tích dữ liệu

Các biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ (%), biến định lượng trình bày trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Do cỡ mẫu nhỏ, không thực hiện so sánh thống kê giữa các nhóm vật mà chỉ mô tả xu hướng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong 30 bệnh nhân, nam chiếm 66,7%, nữ 33,3%; tuổi trung bình $55,4 \pm 11,2$ (34 - 72 tuổi). Vị trí ung thư thường gặp nhất là lưỡi (33,3%), tiếp theo là sàn miệng (23,3%), lợi - khẩu cái cứng (16,7%), niêm mạc má (13,3%), môi (6,7%) và tổn thương phối hợp nhiều vị trí (6,7%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm	Phân bố (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam: 20 Nữ: 10	66,7 33,3
Tuổi trung bình	$55,4 \pm 11,2$ (34 - 72)	—
Vị trí khối u	Lưỡi: 10	33,3
	Sàn miệng: 7	23,3
	Lợi + Khẩu cái cứng: 5	16,7
	Má trong: 4	13,3
	Môi: 2	6,7
	Nhiều vị trí phối hợp: 2	6,7

3.2. Phân bố loại vật sử dụng và thời gian điều trị

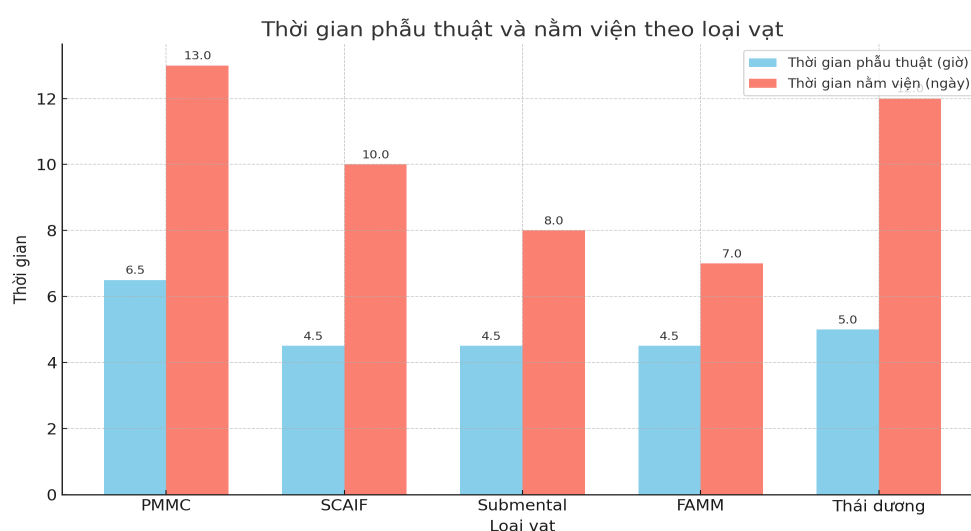
Trong 30 ca phẫu thuật, vật cơ ngực lớn (PMMC) được sử dụng nhiều nhất (40%), tiếp theo là vật cân cơ thái dương và vật thượng đòn (mỗi loại 16,7%). Các vật dưới cằm và niêm mạc má được chỉ định hạn chế. Tỷ lệ sống vật đạt 100%, không ghi nhận hoại tử hoàn toàn. Biến chứng sớm nhẹ, chủ yếu hoại tử da đầu xa hoặc rò nhỏ, đều được xử trí bảo tồn hiệu quả (Bảng 2). Thời gian mổ trung bình là $5,3 \pm 1,2$ giờ; thời gian nằm viện trung bình $12,4 \pm 3,5$ ngày (Biểu đồ 1).

Bảng 2: Phân bố các loại vật tái tạo, vị trí khuyết hồng chính và biến chứng sớm

Loại vật tái tạo	n (%)	Vị trí khuyết hồng chính	Biến chứng chính	n	Tỷ lệ (%)
PMMC (cơ ngực lớn)	12 (40,0%)	Lưỡi, sàn miệng, má (khuyết rất rộng)	Hoại tử nhẹ đầu xa vật	2	6,7
SCAIF (thượng đòn)	5 (16,7%)	Lưỡi, sàn miệng, khẩu cái cứng	Hoại tử nhẹ rìa vật	1	3,3

Ứng dụng các vật từ xa có cuộn trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng...

Loại vật tái tạo	n (%)	Vị trí khuyết hồng chính	Biến chứng chính	n	Tỷ lệ (%)
SIPF (dưới cằm)	4 (13,3%)	Sàn miệng trước, môi	Không ghi nhận	0	0
FAMM (vật má niêm mạc)	2 (6,7%)	Khẩu cái mềm, sàn miệng nhỏ	Rò miệng - xoang hàm nhỏ	1	3,3
TMF (thái dương)	5 (16,7%)	Khẩu cái mềm, thành họng, má sau	Không đáng kể	0	0
Tổng cộng	30 (100%)	—	—	—	13,3



Biểu đồ 1: Thời gian phẫu thuật và nằm viện

3.3. Phục hồi chức năng sau phẫu thuật

86,7% bệnh nhân ăn uống được qua miệng, trong đó 60% ăn cơm mềm và thức ăn đặc, 26,7% ăn thức ăn nhuyễn. Chỉ 13,3% cần nuôi sonde kéo dài, chủ yếu do tái tạo lưỡi lớn bằng vật dày (Bảng 3). Có 76,7% bệnh nhân nói rõ ràng, dễ hiểu sau mổ; 16,7% nói hơi ngọng hoặc giọng mũi nhẹ nhưng vẫn giao tiếp được. Chỉ 6,7% phát âm rất khó, do mất gần toàn bộ lưỡi (Bảng 4). Hình 1 và Hình 2 thể hiện kết quả ứng dụng các vật từ xa có cuộn trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng sau cắt bỏ ung thư.

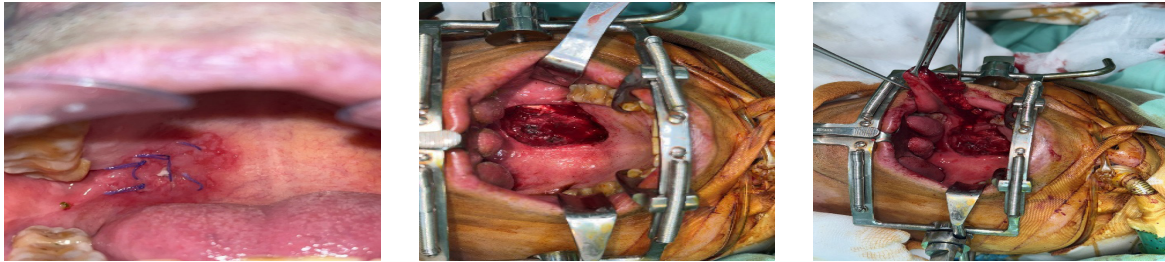
Bảng 3: Phục hồi chức năng ăn uống

Khả năng ăn uống	n	Tỷ lệ (%)
Ăn được cơm mềm, thức ăn đặc	18	60.0
Ăn được thức ăn nhuyễn, xay	8	26.7
Cần sonde nuôi kéo dài > 3 tuần	4	13.3
Tổng	30	100

Ứng dụng các vật từ xa có cuống trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng...

Bảng 4. Phục hồi khả năng phát âm

Khả năng phát âm	n	Tỷ lệ (%)
Nói rõ ràng, dễ hiểu > 90%	23	76.7
Nói khó nghe nhẹ (giọng mũi)	5	16.6
Nói rất khó nghe	2	6.7
Tổng	30	100



A. Hình ảnh khối u, khuyết hồng và thiết kế vạt má niêm mạc

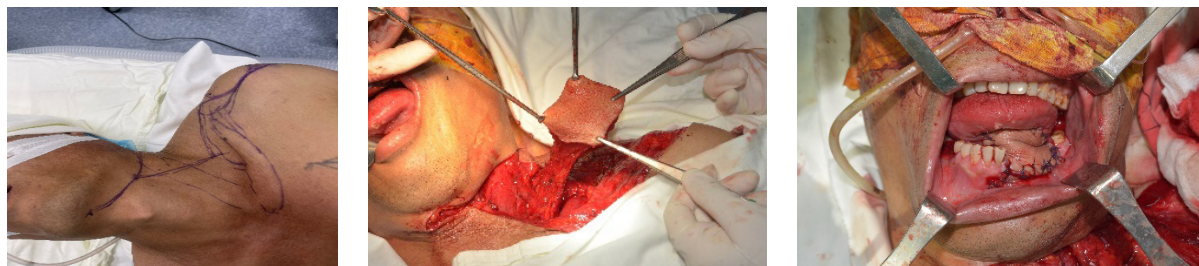


B. Hình ảnh sau phẫu thuật và lành thương sau 1 tháng

Hình 1: Vạt má niêm mạc được xoay vào che kín khuyết hồng vòm miệng mềm.



A. Hình ảnh khối u sàn miệng và kích thước khuyết hồng sau khi cắt bỏ u



B. Hình ảnh thiết kế vạt thượng đòn và tái tạo khuyết hồng sàn miệng



C. Hình ảnh sau phẫu thuật và lành thương sau 1 tháng

Hình 2: Vạt thượng đòn được xoay lên vùng sàn miệng sau cắt bỏ ung thư sàn miệng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong loạt 30 bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ (66,7% nam). Điều này phù hợp với dịch tễ học ung thư khoang miệng, vốn thường gặp ở nam do các yếu tố nguy cơ như thuốc lá, rượu bia, trầu cau phổ biến hơn ở nam giới [7]. Tuổi trung bình bệnh nhân là 55,4, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của carcinôm tế bào gai khoang miệng - thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Về vị trí tổn thương, lưỡi là vị trí phổ biến nhất (33,3%), tiếp theo là sàn miệng (23,3%), lợi/khẩu cái cứng (16,7%), má trong (13,3%) và môi (6,7%). Phân bố này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy lưỡi và sàn miệng là vị trí ung thư khoang miệng thường gặp. Vị trí khối u cũng ảnh hưởng đến lựa chọn vật tái tạo: lưỡi thường cần vạt lớn như PMMC hoặc thượng đòn, trong khi khuyết khẩu cái phù hợp với vạt thái dương mỏng và linh hoạt.

4.2. Phân bố loại vật sử dụng và thời gian điều trị

Nghiên cứu sử dụng 5 loại vật có cuống vùng đầu cổ để tái tạo khuyết hồng khoang miệng, trong đó PMMC là lựa chọn phổ biến nhất (40%), tiếp theo là TMF và SCAIF (16,7%). SIPF và FAMM ít dùng hơn do chỉ định hẹp. Tỷ lệ sống vạt đạt 100%, không ghi nhận hoại tử hoàn toàn; biến chứng sớm nhẹ (16,7%) và đều được xử trí bảo tồn. Kết quả cho thấy các vật có cuống là giải pháp tái tạo an toàn, hiệu quả, phù hợp với các báo cáo y văn quốc tế [1].

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là 5,3 giờ và thời gian nằm viện khoảng 12,4 ngày. Các vạt dày như PMMC và TMF thường kéo dài thời gian điều trị hơn so với các vạt mỏng như SCAIF, SIPF. So với vạt vi phẫu, vật có cuống giúp rút ngắn đáng kể thời gian mổ, hồi sức và chi phí. Theo Welz et al., SCAIF

có thời gian phẫu thuật và hồi sức ngắn hơn vạt mạch quay (411 phút vs. 576 phút; chăm sóc tích cực 32% vs. 96%), trong khi chức năng nuốt và biến chứng tương đương [8]. Tương tự, Kozin và cs. cũng ghi nhận vạt thượng đòn giúp rút ngắn thời gian mổ, giảm thời gian nằm viện và chi phí mà vẫn đảm bảo liền vết thương và tỷ lệ biến chứng tương đương vạt tự do [4].

Vật có cuống giúp rút ngắn thời gian hồi phục, cho phép bệnh nhân sớm bắt đầu điều trị hỗ trợ sau mổ. Khác với vạt vi phẫu vốn cần thời gian hồi sức dài, các vật tại chỗ như vạt dưới cằm giúp giảm thời gian mổ và nằm viện mà không làm tăng nguy cơ tái phát. Nghiên cứu của Jørgensen et al. (2019) cho thấy sử dụng vạt dưới cằm vẫn đảm bảo an toàn ung thư học và nâng cao hiệu quả điều trị toàn diện [9].

4.3. Phục hồi chức năng sau phẫu thuật

Mục tiêu cốt lõi của tái tạo là phục hồi chức năng ăn, nuốt, nói và đảm bảo thẩm mỹ. Sau 3 tháng, 86,7% bệnh nhân đã ăn uống được qua miệng, trong đó 60% ăn cơm mềm và thức ăn đặc, 26,7% ăn được thức ăn nhuyễn; chỉ 13,3% cần nuôi ăn qua sonde kéo dài và đều hồi phục hoàn toàn về sau. Về phát âm, 76,7% nói rõ, 16,7% ngọng nhẹ, chỉ 6,7% phát âm khó nghe - chủ yếu ở nhóm có khuyết lưỡi lớn tái tạo bằng vạt dày (PMMC). Điều này cho thấy kích thước và độ linh hoạt của vạt ảnh hưởng đáng kể đến chức năng, đặc biệt là với lưỡi và khẩu cái mềm [1]. Mặt khác, những vạt mỏng, có lớp niêm mạc như vạt má FAMM hay vạt da mỏng SCAIF lại tỏ ra ưu thế trong phục hồi chức năng tinh tế (phát âm, cảm giác niêm mạc) do cấu trúc tương đồng với mô khoang miệng. Raj và cs. (2025) báo cáo trên 12 bệnh nhân sử dụng vạt FAMM rằng 91,7% bệnh nhân có thể ăn uống bình thường, 83,4% nói rõ hoàn toàn sau phẫu thuật, kèm kết quả thẩm mỹ rất tốt [1].

Ứng dụng các vật từ xa có cuống trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng...

So với tái tạo vi phẫu, nhiều bằng chứng cho thấy các vật có cuống tại chỗ đạt kết quả chức năng tương đương. Zhang và cộng sự nhận thấy không khác biệt đáng kể về khả năng nói - nuốt sau 6 tháng giữa vật thượng đòn và vật quay tự do, trong khi vật thượng đòn có biến chứng vùng cho < 5% và thời gian nằm viện ngắn hơn rõ rệt [4]. Mooney et al. (2021) cũng ghi nhận nhóm dùng vật dưới cằm có thời gian mổ và hồi phục ngắn hơn, mà không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống vật hay tái phát ung thư [9]. Khảo sát của Spiegel et al. (2019) cho thấy chất lượng sống sau mổ của bệnh nhân dùng vật thượng đòn tương đương, thậm chí vượt trội về lời nói và vị giác so với vật cấy tay tự do [10]. Như vậy, với chỉ định phù hợp, vật có cuống là lựa chọn hiệu quả về chức năng - chi phí. Tuy nhiên, cần cân nhắc kỹ giữa lợi ích và hạn chế như: vật cơ kém nhạy cảm, có sẹo vùng cho (lông dưới cằm, hõm thái dương...), nên chỉ định cần cá thể hóa theo yêu cầu chức năng - thẩm mỹ cụ thể [1].

4.4. So sánh và đề xuất lựa chọn vật tái tạo theo vị trí khuyết hồng

Dựa trên tài liệu và kinh nghiệm lâm sàng, có thể hệ thống hóa chỉ định cho từng vật như sau:

Vật cơ ngực lớn là lựa chọn lý tưởng cho các khuyết hồng rộng vùng lưỡi, sàn miệng hoặc má, đặc biệt khi cần mô dày hoặc xuyên da. Vật này dễ lấy, không yêu cầu vi phẫu, mạch máu nuôi ổn định và có khả năng sống cao ngay cả ở bệnh nhân xạ trị hoặc thể trạng kém. Tuy nhiên, nhược điểm là vật dày, kém linh hoạt, có thể ảnh hưởng phát âm và nuốt, đồng thời để lại sẹo ngực. PMMC đặc biệt hữu ích khi không thể dùng vật vi phẫu hoặc trong các trường hợp cấp cứu cần đóng khuyết hồng nhanh chóng [7].

Vật thượng đòn là vật da-mạc mỏng, cuống mạch từ động mạch thượng đòn, cho phép che phủ hiệu quả các khuyết hồng vùng lưỡi, sàn miệng, khẩu cái và họng miệng. Với diện tích lớn (~20 cm), mô mềm dẻo, ít biến chứng vùng cho và sẹo kín đáo, SCAIF được xem là giải pháp “vi phẫu kém” cho các trường hợp không thể hoặc không cần dùng vật tự do [8]. So với PMMC, SCAIF linh hoạt hơn, ít dày hơn, không có khối cơ thừa, giúp phục hồi chức năng tốt hơn ở vị trí cần độ linh hoạt như lưỡi. Tuy nhiên, chiều dài vật giới hạn ~22 cm và không thích

hợp ở bệnh nhân đã nạo hạch cổ nhóm V. SCAIF lý tưởng cho khuyết hồng vừa - lớn khi cần rút ngắn thời gian mổ và vẫn đảm bảo hiệu quả thẩm mỹ - chức năng [4].

Vật dưới cằm là vật da - mô mềm mỏng, dễ xoay tới khoang miệng trước, lý tưởng cho tái tạo sàn miệng, lưỡi trước và môi. Ưu điểm gồm sẹo vùng cho kín đáo, mô mỏng - mềm - dễ lấy, thời gian mổ ngắn, ít biến chứng. SIPF được đánh giá là thay thế khả thi cho vật tự do ở bệnh nhân cao tuổi hoặc có bệnh nội khoa. Dữ liệu hiện tại khẳng định tính an toàn ung thư học nếu đã kiểm soát hạch cổ nhóm I. Hạn chế chính là kích thước vật nhỏ (< 8 × 15 cm) và không vươn xa đến thành họng hay đáy lưỡi; ở nam giới cần xử lý nang lông để tránh mọc râu trong miệng [9].

Vật má niêm mạc là vật tại chỗ dựa trên ĐM mặt, cung cấp mô niêm mạc mỏng, linh hoạt, lý tưởng cho tái tạo các khuyết hồng nhỏ - trung bình trong miệng (sàn miệng, khẩu cái mềm, lợi - má). Ưu điểm: mô cùng chất liệu, nhanh liền thương, ít biến chứng vùng cho và phẫu thuật nhanh. Vật này giúp duy trì cảm giác, mềm mại, hỗ trợ phục hồi chức năng nói và nuốt. Hạn chế gồm kích thước nhỏ (rộng < 3 cm), tầm với giới hạn và cần kinh nghiệm phẫu thuật do đi qua cơ vòng môi, cơ má, gần ống Stensen và thần kinh mặt. FAMM phù hợp cho các khuyết hồng niêm mạc miệng yêu cầu phục hồi nhanh, thẩm mỹ tốt [1].

Vật cân cơ thái dương sử dụng cơ thái dương với cuống mạch từ ĐM thái dương sâu, thích hợp tái tạo các khuyết hồng cao ở khẩu cái, hầu, hốc mũi - xoang. Ưu điểm: mạch máu dồi dào, dễ xoay, kỹ thuật không quá phức tạp, hiệu quả cao ở bệnh nhân không phù hợp vi phẫu. Trong nghiên cứu, 5 trường hợp vá vùng khẩu cái - họng đều liền thương tốt. Có thể kết hợp màng xương để tái tạo nền mũi hoặc xương hàm trên. Nhược điểm: vật dày, có thể gây phồng tại chỗ, hõm thái dương vùng cho (có thể khắc phục thẩm mỹ sau). TMF được chỉ định cho khuyết hồng cao vùng miệng - mũi, khi các vật cổ không với tới hoặc cần cơ dày để bịt kín đường rò [11].

Tóm lại, việc chọn vật tái tạo khoang miệng cần dựa trên vị trí - kích thước khuyết hồng và tình trạng bệnh nhân. Mỗi loại vật có ưu thế riêng: PMMC

Ứng dụng các vật từ xa có cuống trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng...

cho khuyết rộng cần mô dày; SCAIF cho khuyết lớn cần vật mỏng linh hoạt; SIPF phù hợp khuyết vùng trước miệng vừa; FAMM cho khuyết nhỏ cần mô niêm mạc; TMF cho vùng vòm miệng - khẩu cái. Trong các tình huống không vi phẫu được, vật có cuống vẫn là lựa chọn đáng tin cậy với tỷ lệ sống cao, phục hồi chức năng tốt. Nghiên cứu này cùng y văn hiện đại đã khẳng định giá trị bền vững của các vật cổ điển trong tái tạo ung thư vùng miệng, góp phần nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân [4, 7].

V. KẾT LUẬN

Tái tạo khuyết hồng khoang miệng sau phẫu thuật ung thư là bước không thể thiếu nhằm phục hồi chức năng và cải thiện chất lượng sống bệnh nhân. Khi vi phẫu không khả thi, các vật có cuống tại chỗ là giải pháp hiệu quả. Nghiên cứu cho thấy 5 loại vật (PMMC, SCAIF, SIPF, FAMM, TMF) đều đạt tỷ lệ sống 100%, biến chứng thấp và cải thiện rõ rệt chức năng ăn nhai, phát âm. Việc lựa chọn vật phù hợp theo vị trí và kích thước khuyết hồng giúp tối ưu hóa kết quả. Kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò thiết thực của các vật có cuống trong thực hành phẫu thuật.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện TW Huế. Tất cả bệnh nhân đều được tư vấn và ký cam kết tham gia nghiên cứu.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích tài chính hoặc cá nhân liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raj S. The outcomes of Facial Artery Musculomucosal (FAMM) flaps in oral oncologic reconstructions. Natl J Maxillofac Surg. 2025; 16(1): 24-32.
2. Gabrysz-Forget F, Tabet P, Rahal A, Bissada E, Christopoulos A, Ayad TJJoO-H, et al. Free versus pedicled flaps for reconstruction of head and neck cancer defects: a systematic review. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2019; 48(1): 13.
3. Nguyễn VD, Phạm NH, Nguyễn HL, Nguyễn ĐT, Nguyễn T, Hoàng LTC, et al. Ứng dụng các vật da cơ xương có cuống trong điều trị triệt căn và tái tạo cơ quan đối với ung thư đầu cổ tại bệnh viện Trung Ương Huế. Tạp Chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế. 2017;44: 17-25.
4. Hussaini AS, Patel UAJP, Research A. The submental island pedicled flap and supraclavicular artery island flap in a free flap practice. Plast Aesthet Res. 2022;9:30.
5. Rogers S, Lowe D, Brown J, Vaughan EJ. A comparison between the University of Washington head and neck disease-specific measure and the medical short form 36, EORTC QOQ-C33 and EORTC head and neck 35. Oral Oncol. 1998; 34(5): 361-372.
6. Cordeiro PG, Santamaria EJP. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. Plast Reconstr Surg. 2000; 105(7): 2331-2346.
7. Shukla I, Aswathy A, Majhi S. Reliability of Pectoralis Major Myocutaneous Flap Reconstruction in Patients with Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma in the Era of Free Flap Reconstruction: Our Experience and Review of Literature. Journal of Head & Neck Physicians and Surgeons. 2025; 13(1): 91-95.
8. Welz C, Canis M, Schwenk-Zieger S, Spiegel JL, Weiss BG, Pilavakis Y, et al. Oral cancer reconstruction using the supraclavicular artery island flap: comparison to free radial forearm flap. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2017; 75(10): 2261-2269.
9. Jørgensen MG, Tabatabaeifar S, Toyserkani NM, Sørensen JAJOH, Surgery N. Submental island flap versus free flap reconstruction for complex head and neck defects. Otolaryngol Head Neck Surg. 2019; 161(6): 946-953.
10. Spiegel JL, Pilavakis Y, Weiss BG, Canis M, Welz C. Quality of life in patients after reconstruction with the supraclavicular artery island flap (SCAIF) versus the radial free forearm flap (RFFF). Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019; 276(8): 2311-2318.
11. Dudde F, Barbarewicz F, Henkel K-O. Temporalis Flap for Soft Palate Reconstruction—More than an Alternative for Patients Unsuitable for Microvascular Reconstructive Surgery. In Vivo. 2024; 38(2): 935-939.