

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY HỌNG MIỆNG QUA ĐƯỜNG XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ TẠO HÌNH BẰNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI

Đinh Tuấn Anh¹, Tống Xuân Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy họng miệng qua đường xương hàm dưới có tạo hình bằng vật đùi trước ngoài. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả - 14 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy họng miệng giai đoạn T3-T4aNxM0 và điều trị tại Trung tâm Ung Bướu và phẫu thuật đầu cổ - bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương và khoa Phẫu thuật tạo hình hàm mặt- Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2020 đến tháng 11/2022. **Kết quả:** Khả năng cắt bỏ u về mặt vi thể đạt 100%, 100% vật ghép sống tốt và có diện tích che phủ đủ vùng mất chất, không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp, hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ chiếm 57,1%, chảy máu hốc mổ 7,1%, rò họng miệng 7,1%, rò đường chắp, tổn thương xương hàm dưới 0%. Các biến chứng không ảnh hưởng đến thời gian điều trị xạ trị hậu phẫu. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy họng miệng qua đường xương hàm dưới có hiệu quả tốt trên phương diện kiểm soát tốt biến chứng và khả năng cắt bỏ u rộng rãi, kết quả tạo hình thành công 100% cũng cho thấy sự ưu việt của vật đùi trước ngoài trong tạo hình họng miệng. **Từ khóa:** ung thư biểu mô vảy họng miệng, đường mổ qua xương hàm dưới, vật ghép, biến chứng hậu phẫu.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF OROPHARYNGEAL CARCINOMA RESECTION VIA MANDIBULAR APPROACH WITH RECONSTRUCTION USING ANTEROLATERAL THIGH FLAP

Objective: To evaluate the early outcomes of surgical resection of oropharyngeal squamous cell carcinoma via mandibular approach with reconstruction using anterolateral thigh flap. **Patient and Methods:** A descriptive study involving 14 patients with T3-T4aNxM0 stage oropharyngeal squamous cell carcinoma treated at the Oncology and Head-Neck Surgery Center of the National ENT Hospital and the Maxillofacial Plastic Surgery Department of Viet Duc Hospital from January 2020 to November 2022. **Results:** The tumor resection rate at the microscopic level reached 100%. All grafts had good viability and provided sufficient coverage for the

defected areas. No patients died during or after surgery. Postoperative complication rates were low, with the most common being surgical site infection (57.1%), followed by postoperative bleeding (7.1%), oropharyngeal fistula (7.1%), lymphatic fistula, and mandibular injury (0%). These complications did not affect the timeline for postoperative radiotherapy.

Conclusion: Surgical resection of oropharyngeal squamous cell carcinoma via mandibular approach proved effective, with good control of complications and broad tumor resection. The 100% success rate of reconstruction also highlights the superiority of the anterolateral thigh flap in oropharyngeal reconstruction. **Keywords:** oropharyngeal squamous cell carcinoma, mandibular approach, flap graft, postoperative complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ khối u kết hợp nạo vét hạch cổ vẫn là lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư biểu mô vảy họng miệng. Do đặc điểm về vị trí giải phẫu, các khối u họng miệng nằm sâu, xương hàm dưới với biên độ di động hạn chế là rào cản trong việc tiếp cận cắt bỏ u cũng như tạo hình vùng mất chất sau đó. Mặc dù với sự phát triển của hệ thống nội soi và các phương tiện phẫu thuật nội soi, phẫu thuật cắt bỏ u qua đường miệng có hoặc không kết hợp với đường cổ vẫn rất khó khăn, đặc biệt trong trường hợp các khối ung thư giai đoạn muộn, xâm lấn rộng vào các cơ vận động lưỡi, sàn miệng, cơ khoang dưới hàm, dưới cằm, cơ xiết họng, khoang bên họng, lợi răng và cung xương hàm dưới. Để đảm bảo điều kiện cắt rộng, vùng rìa hết u cả về mặt đại thể và vi thể, kiểm soát tốt các biến chứng trong mổ cũng như thuận lợi cho tạo hình vùng mất chất, phẫu thuật đối với khối ung thư họng miệng giai đoạn muộn thường phải cắt xương hàm dưới nhằm mở rộng đường vào, đôi khi phải cắt một phần xương hàm dưới. Phẫu thuật cắt ung thư họng miệng giai đoạn muộn qua đường xương hàm dưới có tạo hình bằng vật ghép tự do là một phẫu thuật lớn cần có sự tham gia của nhiều ekip bác sĩ chuyên sâu như phẫu thuật Đầu cổ, phẫu thuật Tạo hình và Gây mê hồi sức, chăm sóc hậu phẫu nặng nề, số ca phẫu thuật không nhiều. Để phát triển kĩ thuật này nhằm có thêm những lựa chọn điều trị tốt cho bệnh nhân ung thư họng miệng cũng như đánh giá các ưu nhược điểm của kĩ thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Tuấn Anh

Email: dinhhoaianh19@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

cắt ung thư biểu mô vảy họng miệng giai đoạn muộn qua đường xương hàm dưới có tạo hình bằng vật dùi trước ngoài".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

14 bệnh nhân phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy họng miệng qua đường xương hàm dưới có tạo hình bằng vật dùi trước ngoài tại khoa Phẫu thuật tạo hình hàm mặt- Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022. Các ca phẫu thuật có sự phối hợp giữa kíp mổ của Trung tâm Ung bướu và phẫu thuật đầu cổ- bệnh viện Tai mũi họng Trung Ương với kíp mổ của khoa Phẫu thuật tạo hình hàm mặt- Bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vảy họng miệng giai đoạn T3-T4aNxM0 theo AJCC bản cập nhật thứ 8 năm 2017.
- Bệnh nhân phát hiện khối u lần đầu và chưa điều trị hóa chất hoặc xạ trị vùng đầu cổ trước đây.
- Bệnh nhân và gia đình đồng ý lựa chọn điều trị phẫu thuật này.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân có bệnh lý ung thư khác hoặc bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng có theo dõi dọc từng trường hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả cắt bỏ u. Tất cả các bệnh nhân đều được cắt bỏ rộng rãi cách rìa khối u tối thiểu 1 cm về mặt đại thể và kết quả sinh thiết tức thì vùng rìa âm tính 100% sau lần cắt đầu tiên, không cần phải cắt rộng thêm. Đây là bằng chứng khách quan khẳng định cắt trọn vẹn u về mặt vi thể.

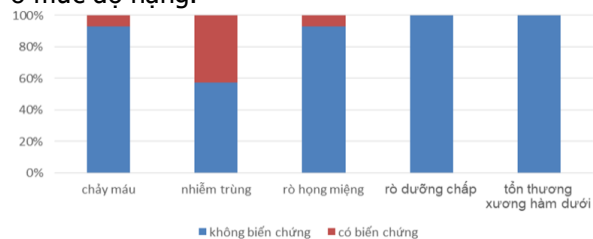


Hình 3.1: Khối u amidan được cắt bỏ rộng rãi

Với phương pháp phẫu thuật qua đường cắt mở xương hàm dưới rõ ràng cho trường phẫu thuật rộng rãi và thuận lợi, chúng tôi không ghi nhận khó khăn trong thao tác cắt bỏ toàn bộ khối u một khối. Đây chính là điểm ưu việt của phương pháp này so với các phẫu thuật qua đường miệng dù đã có những cải tiến về nội soi hay cánh tay robot nhằm mở rộng trường nhìn

và thuận tiện thao tác, đặc biệt trong trường hợp khối ung thư kích thước lớn, xâm lấn rộng.

3.2. Biến chứng hậu phẫu. Các biến chứng hậu phẫu chúng tôi đánh giá ở trường phẫu thuật cắt u, nạo vét hạch cổ và tạo hình họng miệng. Tỷ lệ biến chứng nói chung là 57,1 %, không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật, không có bệnh nhân có biến chứng ở mức độ nặng.



Biểu đồ 3.1: Biểu chứng hậu phẫu

Biến chứng hay gặp nhất là biến chứng nhiễm trùng vết mổ (9 bệnh nhân – 64,3%), nhưng chỉ ở mức độ nhẹ là viêm phù nề vết mổ, không có biến chứng áp xe hoá hay nhiễm trùng lan toả (hoại thư vùng cổ, viêm trung thất, nhiễm trùng huyết,...). Có 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu ở mức độ nhẹ là bầm tụ máu da vùng cổ, chiếm tỷ lệ 7,1 %. Không có bệnh nhân có biến chứng rò đường chấp (0%). Có 1 bệnh nhân có biến chứng rò họng miệng, chiếm tỷ lệ 7,1%. Không có bệnh nhân có biến chứng xương hàm dưới (gồm di lệch khớp thái dương hàm, viêm, tiêu hoặc hoại tử xương hàm dưới (0%).

Nhiễm trùng là biến chứng hay gặp nhất khi ghi nhận ở các nghiên cứu tương tự trên thế giới nhưng ở mức thấp hơn như Bertesteau nghiên cứu trên 119 bệnh nhân là 18,8 %, Almeida Parra nghiên cứu trên 42 bệnh nhân là 19,04%, Efthimios Christopoulos và cộng sự nghiên cứu trên 84 bệnh nhân là 14,3% (1–3). Tuy nhiên nhiễm trùng nhắc đến là các biến chứng nặng như hoại thư vùng cổ 9,24%, viêm trung thất 5,88%, rò họng miệng do nhiễm trùng 24,36% trong nghiên cứu của Bertesteau, viêm xương hàm chiếm 11,9% trong nghiên cứu của Almeida Parra(1,2). Các yếu tố thuận lợi cho nhiễm trùng được nhắc đến là phẫu trường họng miệng có mật độ vi khuẩn kí sinh dày đặc và đa dạng cả ái khí và kỵ khí, thời gian phẫu thuật kéo dài từ 8 - 12 giờ tăng nguy cơ bội nhiễm. Yếu tố dinh dưỡng cũng được đề cập, triệu chứng khởi phát thường là nuốt đau, khả năng ăn uống và vệ sinh răng miệng- họng kém trong thời gian dài. Dinh dưỡng là một yếu tố phổ biến góp phần làm giảm khả năng liền vết thương và giảm miễn dịch toàn thân.

Để khắc phục và dự phòng biến chứng

niêm trùng, tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được gửi tới bác sĩ Răng hàm mặt chăm sóc răng miệng, lấy cao răng, loại bỏ răng sâu hoặc viêm quanh cuống trước phẫu thuật. Chăm sóc hậu phẫu, bệnh nhân vệ sinh họng miệng thường xuyên với súc họng bằng Betadin 1%. Kháng sinh dùng trước, trong và sau phẫu thuật được lựa chọn là kháng sinh phổ rộng, phối hợp, chống cả vi khuẩn ái khí và yếm khí, đường tĩnh mạch là Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với Metronidazol. Tất cả các bệnh nhân được nuôi dưỡng qua sonde dạ dày và được quản lý chặt chẽ chế độ ăn bởi các chuyên gia dinh dưỡng.

Biến chứng chảy máu ghi nhận ở tỷ lệ thấp, tương tự các nghiên cứu Bertesteanu, Almeida Parra, Efthimios Christopoulos chỉ có 0 đến 1 bệnh nhân (1,2%)(1-3). Có 1 bệnh nhân theo dõi chảy máu hốc mổ với mức độ nhẹ và không cần can thiệp ngoại khoa thêm. Điều này minh chứng cho khả năng kiểm soát trường mổ tuyệt vời của phương pháp tiếp cận này. Khác với nội soi qua đường miệng khi vẫn đề cầm máu phụ thuộc nhiều vào dụng cụ như đông điện, dao siêu âm hoặc dao Ligasure,... sự mở rộng trường mổ cắt u qua đường cắt xương hàm dưới liên tiếp với trường mổ nạo vét hạch rất thuận lợi cho việc kiểm soát tốt động mạch cảnh ngoài và các nhánh bên của nó. Điều này cũng giúp giảm lượng máu mất trong cuộc phẫu thuật kéo dài.

Biến chứng rò họng – miệng được nhắc đến nhiều trong các phẫu thuật có sự thông thương ống họng với vùng cổ với tỷ lệ tương đối cao và thường liên quan tới nhiễm trùng. Nghiên cứu hệ thống của Patric Tassone và cộng sự năm 2022 qua 78 nghiên cứu với 5400 bệnh nhân phẫu thuật cắt bỏ và tạo hình sàn miệng- họng miệng thấy tỷ lệ biến chứng rò họng - miệng chung là 7,71% (4). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp rò họng miệng chiếm tỷ lệ 7,1%, tương tự với nghiên cứu hệ thống của Patric Tassone. Khác với các nghiên cứu của Bertesteanu, Parra, Christopoulos biến chứng này cũng dao động từ 7,1 % đến 24,36% liên quan tới các nhiễm trùng nặng như viêm xương hàm, viêm trung thất, bệnh nhân này trong nghiên cứu của chúng tôi do nguyên nhân khách quan có bệnh lý gan rượu, bệnh nhân tự lấy tay móc họng làm tổn thương vị trí khâu đóng vết ghép với sàn miệng. Do không liên quan tới nhiễm trùng, tổn thương được khâu đóng lại ngay và phục hồi tốt.

Biến chứng rò họng miệng đòi hỏi phải phẫu thuật can thiệp tạo hình lại đóng đường rò, kéo dài thời gian điều trị hậu phẫu, ảnh hưởng tới kết quả điều trị ung thư nói chung vì bệnh nhân

phải điều trị xạ trị sớm sau phẫu thuật. Do đó kiểm soát nhiễm trùng một cách cẩn thận trước trong và sau mổ là rất quan trọng.

3.3. Kết quả tạo hình bằng vật dùi trước ngoài

Tại nơi cho vật: Kết quả tạo hình vật dùi trước ngoài tại nơi cho vật được đánh giá dựa trên các yếu tố sự thay đổi hình dạng dùi (mức giảm chu vi vòng dùi, khả năng liền sẹo) và sự thay đổi về mặt chức năng (biến chứng chèn ép khoang và sự thay đổi chức năng chi khách quan và chủ quan). Trong nghiên cứu này, không có sự thay đổi kích thước đáng kể của dùi bên lấy vật so với dùi bên đối diện, chu vi vòng dùi giảm đều dưới 20 %. Tất cả các bệnh nhân đều có khả năng liền sẹo tốt sau phẫu thuật 3 tuần dù có 2 bệnh nhân (tỷ lệ 14,3%) vết thương thâm dịch chậm liền hơn và không có hội chứng chèn ép khoang. Chức năng vận động chi thể hiện ở biên độ và cơ lực gấp dùi và duỗi cẳng chân không có sự thay đổi.

Các kết quả nghiên cứu trong nước như Lê Hồng Phúc năm 2021 lấy vật dùi trước ngoài trên 33 bệnh nhân trong đó có 5 bệnh nhân lấy vật lớn kích thước chiều rộng vật/ chu vi vòng dùi trên 20%, tỷ lệ liền da thì đầu là 78,79%, 7 trường hợp có biến chứng(5). Tác giả Dương Mạnh Chiến lấy vật trên 37 trường hợp cũng cho kết quả tương tự với 29 trường hợp liền da thì đầu(6). Trong kết quả của chúng tôi, kích thước vật được lấy nhỏ hơn, dưới 20% chu vi vòng dùi, diện tích và thể tích tạo hình vùng họng miệng không quá lớn như các tạo hình cẳng bàn chân sau chấn thương.

Tại nơi nhận vật: Tại nơi nhận vật kết quả vật sống hoàn toàn rất cao chiếm tỷ lệ 92,9%, có 1 bệnh nhân (tỷ lệ 7,1%) hoại tử 1 phần đầu xa vật. Tuy nhiên tỷ lệ vật đạt đủ diện tích che phủ đủ là 100%, dù có 1 bệnh nhân hoại tử một phần đầu xa của vật nhưng không có trường hợp nào phải thay thế vật hay tạo hình lại. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều có tỷ lệ vật sống tương tự như kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu của Lê Hồng Phúc, tỷ lệ vật sống hoàn toàn là 93,94%, 1 vật bị hoại tử 1 phần 3,03%, 1 vật bị hoại tử hoàn toàn chiếm tỷ lệ 3,03%(5). Các tác giả khác trong nước cũng cho tỷ lệ vật sống rất cao như Dương Mạnh Chiến 81,1%, Ngô Thái Hưng 93,8%, các tác giả nước ngoài như Kim 91,7%(6,7).

Vật dùi trước ngoài là vật liệu lý tưởng trên nhiều phương diện: mạch máu hằng định, dễ phẫu tích rất linh hoạt trong sử dụng đặc biệt vùng cấp máu lớn, nhiều hình thức vật có thể phẫu tích: da mỡ, da cân, da cơ và đặc biệt là

vật phức hợp cho thấy tính linh hoạt trong tạo hình các tổn khuyết phức tạp. Ứng dụng trong tạo hình họng miệng với cấu trúc vùng mất chất phức tạp, diện tích không quá lớn, vật đùi trước ngoài cho thấy sự ưu việt hơn hẳn với tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp.



Hình 3.2: Kết quả sau tạo hình họng miệng 3 tuần



Hình 3.3: Kết quả tạo hình ngày sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tuần

IV. KẾT LUẬN

Không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật, các biến chứng xảy ra ở mức độ nhẹ, tỷ lệ thấp, không làm ảnh hưởng tới thời gian dự kiến xạ trị hậu phẫu cho bệnh nhân. Kết quả trên cho thấy hiệu quả tốt của điều trị phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vảy họng miệng giai

đoạn muộn qua đường xương hàm dưới trên phương diện khả năng cắt bỏ u rộng rãi cả về đại thể và vi thể và khả năng kiểm soát tốt biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Kết quả tạo hình thành công 100% cũng cho thấy sự ưu việt của vật đùi trước ngoài trong tạo hình các tổn thương mất chất vùng họng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Serban B.** Transmandibular approach on 119 oral cavity and pharyngeal cancer patients. Hippokratia Q Med J. 2015;19(3):286.
2. **Almeida P, Bueno DV.** Transmandibular Approach in Head and Neck Oncological surgery. Chin J Dent Res. 2020 Apr;257–64.
3. **Efthimios C, R C.** Transmandibular Approaches to the Oral Cavity and Oropharynx: A functional assessment. Arch Otorhinolaryngol-Head Neck Surg. 1992;118:1164–7.
4. **Tassone P.** Orocutaneous Fistula After Oral Cavity Resection and Reconstruction: Systematic and Meta-Analysis. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2021 Sep;131(8):880–91.
5. **Lê HP.** Nghiên cứu sử dụng vật đùi trước ngoài phức hợp tự do che phủ tổn khuyết phần mềm phức tạp cằm bàn chân. Đại học Y Hà Nội; 2021.
6. **Dương MC.** Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu và ứng dụng lâm sàng của vật đùi trước ngoài dạng chum. Đại học Y Hà Nội; 2018.
7. **Kim SW, Kim KN, Hong JP.** Use of the chimeric anterolateral thigh free flap in lower extremity reconstruction. Microsurgery. 2015 Sep 14;35(8):634–9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Công Tân^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 108 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 45,8 ± 11,8; 88,9% nữ giới. Tỷ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là 63,9%. Tỷ lệ vết

hạch cổ khoang trung tâm và vết hạch cổ bên lần lượt là 100% và 4,6%. Khàn tiếng và hạ calci là 2 biến chứng hay gặp nhất chiếm 15,7% và 29,7%, cao hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Kết quả sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho kết quả tốt với tỷ lệ là 94,4%, 98,1% và 99,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt, đảm bảo an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật, ung thư tuyến giáp thể nhú.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT THAI BINH PROVINCIAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical characteristics and the results of surgical treatment for papillary thyroid carcinoma (PTC) at Thai Binh Provincial Hospital. **Methods:** A combined

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyentuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025