

8. **Chen X, Xu Q.** The role of MMP-2 and MMP-9 in the metastasis and development of hypopharyngeal carcinoma. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2021;87(5):521–528.
9. **Panda NK, Kaur R, Sharma SC, et al.** Serum concentration of MMP-9 as a predictive biomarker for the progression of oral cancer. *J Maxillofac Oral Surg.* 2024;23(5):1079–1088.
10. **Jeengar MK, Patel SS, Patel PD, et al.** Stage-specific expression analysis of MMP-2 and MMP-9 in laryngeal carcinoma. *J Cancer Res Ther.* 2020;16(3):607–614.

## TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG BẰNG VẬT ĐẢO CƠ NIÊM MẠC MÁ TRONG PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ KHOANG MIỆNG

Trần Anh Bích<sup>1</sup>, Ngô Thúc Luân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Vật đảo cơ niêm mạc má dạng đảo, dựa trên bỏ mạch mặt, được xem là một lựa chọn thích hợp với các ưu điểm ghi nhận về tính linh động cao, khả năng tiếp cận các vị trí xa trong khoang miệng và thời gian hồi phục chức năng sớm. **Mục tiêu:** Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả sớm của vật đảo cơ niêm mạc má trong tạo hình khuyết hồng một thì sau phẫu thuật cắt ung thư khoang miệng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 33 bệnh nhân (BN) được tái tạo khuyết hồng khoang miệng bằng vật đảo cơ niêm mạc má ngay sau phẫu thuật cắt ung thư tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Vị trí tổn thương lưỡi ± sàn miệng chiếm tỉ lệ cao nhất với 25/33 trường hợp (TH). Phân giai đoạn bệnh theo TNM: T2NxM0 (26/33) và T3NxM0 (7/33). Kích thước trung bình của vật: 3,0 cm (2,9-3,1 cm) x 5,4 cm (5,2-5,5 cm). Sau mổ, tỉ lệ sống của vật đạt 100% và bệnh nhân ăn uống qua đường miệng sau 7 ngày. Chức năng khoang miệng bình thường, vùng cho vật lành tốt, không ghi nhận trường hợp ung thư tái phát tại chỗ hay di căn hạch cổ sau 6 tháng. Biến chứng: hoại tử đầu tận của vật (1 TH), bung chỉ vết mổ (3 TH), giới hạn nhẹ biên độ mở miệng (1 TH) và yếu dây thần kinh bờ hàm dưới (2 TH) hồi phục sau 6 tháng. **Kết luận:** Vật đảo cơ niêm mạc má có tính linh động với mạch máu nuôi tốt, thời gian lấy vật ngắn và tỉ lệ thành công cao trong tái tạo khuyết hồng khoang miệng sau cắt u trong 1 thì phẫu thuật. **Từ khóa:** khuyết hồng khoang miệng, vật đảo cơ niêm mạc má.

### SUMMARY

#### RESEARCH ON ORAL CANCER SURGERY WITH RECONSTRUCTIVE DEFECTS BY ISLAND FACIAL ARTERY MYOMUCOSAL FLAP

**Introduction:** The island facial artery myomucosal (i-FAMM) flap, based on the facial artery, has emerged as a favorable option for oral cavity reconstruction due to its high mobility, capacity to reach distant defects, and potential for early functional

recovery. **Objectives:** To describe the surgical technique and evaluate the early outcomes of using the i-FAMM flap for one-staged reconstruction of oral cavity defects following cancer resection. **Patients and methods:** A prospective, non-controlled interventional study was conducted on 33 patients undergoing oral cavity cancer surgery with immediate defect reconstructions using the i-FAMM flap at the Department of Otorhinolaryngology – Cho Ray Hospital from January 2020 to January 2024. **Results:** The most commonly affected primary tumor site was the tongue, with or without floor of mouth involvement (25/33 cases). Tumor stages included T2NxM0 (26/33) and T3NxM0 (7/33). The mean flap size was 3.0 cm (range: 2.9-3.1 cm) x 5.4 cm (range: 5.2-5.5 cm). All flaps survived, and all patients resumed oral intake by postoperative day 7. Oral function was fully restored, donor sites healed well, and no local recurrence or cervical lymph node metastasis was noted during the 6-month follow-up. Complications included: distal flap necrosis (1 case), wound dehiscence (3 cases), slight mouth opening limitation (1 case), and mandibular nerve weakness (2 cases, recovered after 6 months). **Conclusions:** The i-FAMM flap demonstrates excellent mobility, reliable vascularity, short harvesting time, and a high success rate for one-stage reconstruction of intraoral defects following tumor resection. **Keywords:** oral defect, island facial artery myomucosal flap.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tái tạo khiếm khuyết khoang miệng sau cắt bỏ khối u ác tính luôn là thách thức lớn trong phẫu thuật ung thư đầu cổ. Khoang miệng là một hốc rỗng lót niêm mạc, trơn láng, các cấu trúc cơ động (lưỡi, sàn miệng, khẩu cái...) phối hợp nhịp nhàng, thực hiện giai đoạn đầu của quá trình nuốt, đồng thời đóng vai trò quan trọng trong phát âm và bảo vệ đường hô hấp trên. Do đó, mục tiêu chính của phẫu thuật tái tạo là phục hồi giải phẫu, chức năng của vùng khiếm khuyết, từ đó xác định các yêu cầu của vật tái tạo.

Theo Harold Gillies, nguyên tắc của tạo hình là "tái tạo cùng bản chất khiếm khuyết". Với các đặc trưng giải phẫu vùng niêm mạc má, gồm lớp niêm mạc khoang miệng, cơ mút, mạch máu phong phú (động mạch mặt, động mạch cơ cắn),

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

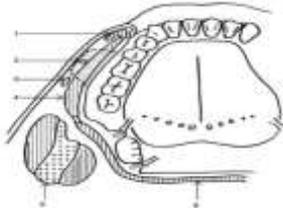
Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

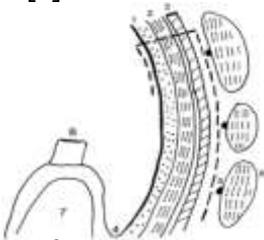
hiều tác giả nhận thấy đây là nơi thích hợp, cho vạt mỏng, mềm với bề mặt trơn láng. Năm 1992, Pribaz và cộng sự mô tả đầu tiên vạt niêm mạc má là vạt cơ niêm mạc có cuống động mạch mặt để tái cấu trúc các khiếm khuyết vùng vòm, lưỡi, sàn miệng và môi; nhưng góc xoay của vạt còn hạn chế, cần phẫu thuật thì hai cắt cuống. Năm 1999, bác sĩ Zhao cải tiến vạt niêm mạc má thành dạng đảo với cuống động mạch mặt hoặc động mạch cơ cắn, cùng với việc tạo đường hầm đến khuyết hồng, từ đó mở rộng phạm vi tái tạo và phục hồi thì đầu chức năng khoang miệng. Nhờ có hệ thống tưới máu phong phú nên vạt cơ niêm mạc má dạng đảo là chọn lựa lý tưởng cho các bệnh nhân ung thư khoang miệng giai đoạn sớm, khiếm khuyết mức độ vừa và nhỏ, ngay cả có xạ trị trước đó. Đáng chú ý, vạt đảo cơ niêm mạc má có tính tương đồng cao với mô vùng khiếm khuyết nên cho kết quả tốt về phục hồi chức năng sau mổ [2].

Việc phẫu thuật tái tạo khuyết hồng thì đầu bằng vạt đảo niêm mạc má còn ít được nghiên cứu trong nước gần đây. Nên thông qua nghiên cứu này, chúng tôi muốn tìm hiểu mô tả đặc điểm của vạt đảo niêm mạc má và tính khả thi của vạt trong tái tạo một thì khiếm khuyết sau cắt ung thư khoang miệng.



**Hình 1. Mặt cắt ngang vùng má**

Tĩnh mạch mặt nằm phía sau động mạch mặt và hiếm khi được đưa vào vạt. 1: Cơ vòng miệng; 2: Động mạch mặt; 3: Tĩnh mạch mặt; 4: Cơ mút; 5: xương hàm dưới; 6: Cơ khít hầu trên. Nguồn: Ayad T [2]



**Hình 2. Mặt phẳng đứng ngang vùng má và mô tả các lớp của vạt đảo niêm mạc má**

1: lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, 2: cơ mút, 3: ĐM mặt, 4: rãnh lợi-má; 5: các nhánh vận động thần kinh mặt; 6: cơ biểu hiện nét mặt, 7: xương hàm dưới, 8: răng hàm lớn. Nguồn: Ayad T [2]

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật ung thư khoang miệng tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 đến 1/2024.

### 2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư khoang miệng (theo giải phẫu bệnh sau cùng) ở giai đoạn T1-T3 và có sử dụng vạt đảo niêm mạc má trong tái tạo khuyết hồng.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư xâm lấn niêm mạc má.

- Tiền sử khối u, chấn thương, phẫu thuật vùng cổ mặt.

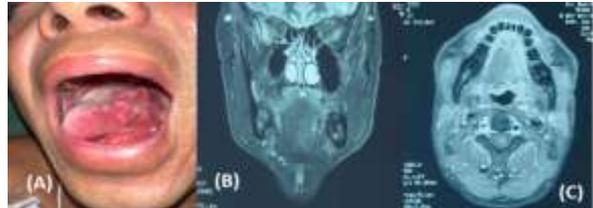
- Có bệnh lí nội ngoại khoa chống chỉ định phẫu thuật.

**2.4. Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Có 33 trường hợp nghiên cứu thỏa các tiêu chuẩn. Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu và xử lí bằng phần mềm SPSS 20.0

### 2.5. Tiến hành nghiên cứu

- Tiến hành thu thập bảng thu thập số liệu theo các biến số: đặc điểm chung, đặc điểm ung thư (vị trí, giai đoạn), đặc điểm vạt cơ niêm mạc má, biến chứng sau mổ, tình trạng lành thương và phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

- Giải thích và tư vấn trước mổ.



**Hình 3. Đặc điểm lâm sàng (A) và hình ảnh học (B,C) ở bệnh nhân ung thư lưỡi + sàn miệng bên trái**

### ➤ Tiến hành phẫu thuật

+ Gây mê qua nội khí quản

+ Tiến hành cắt trọn khối ung thư khoang miệng, đánh giá biên phẫu thuật an toàn bằng kết quả sinh thiết lạnh. Nạo vét hạch cổ, bảo tồn động tĩnh mạch mặt.

+ Phân loại khuyết hồng và thiết kế vạt đảo cơ niêm mạc má.

Xác định đường đi của động mạch mặt bằng siêu âm đầu dò.

Thiết kế vạt: giới hạn trên nằm dưới lỗ Stenon ít nhất 5mm, giới hạn trước nằm sau mép miệng ít nhất 10mm. Giới hạn dưới theo ngách tiền đình dưới, phía sau đến dây chằng bướm hàm dưới [3].



**Hình 4.** Tái tạo khuyết hồng trong ung thư lưỡi

(A) Vạt đảo cơ niêm mạc má cường ĐM mặt (\*) lấp khuyết hồng. (B) Tái tạo lưỡi bằng vạt đảo niêm mạc má. (C) Sau tái tạo 5 ngày (D) Sau tái tạo 10 ngày

+ Bóc tách phần tích vạt và bảo tồn cường vạt: Rạch niêm mạc, cơ, bóc tách tìm động tĩnh mạch mặt, bảo tồn ống tuyến mang tai. Vạt được nâng lên từ trước ra sau, từ trên xuống dưới. Xác định rõ và thắt các nhánh bên và nhánh tận của động mạch mặt. Đảm bảo động tĩnh mạch mặt được bảo tồn tối đa để duy trì tuần hoàn cho vạt.

+ Tạo đường hầm di chuyển vạt xuống cổ, sau đó đưa vạt đến khuyết hồng khoang miệng qua sàn miệng.

+ Khâu đóng vạt niêm mạc, đảm bảo khiếm khuyết kín, không căng. Khâu đóng niêm mạc má còn lại.

+ Đặt dẫn lưu. Đặt ống thông mũi dạ dày.

#### ➤ **Tiêu chuẩn đánh giá**

+ Đánh giá hậu phẫu và theo dõi sau 3 tháng, 6 tháng.

+ Tình trạng tại vùng nhận và cho vạt: lành thương, tái phát, thẩm mỹ.

+ Đánh giá chức năng khoang miệng (nuốt, nói): theo thang điểm chức năng khoang miệng Glasgow (FIGS- Functional Intraoral Glasgow scale). [7,8]

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Đặc điểm chung.** Ung thư khoang miệng thường gặp trên 45 tuổi [1]. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 54,6 (48-63), nam/ nữ = 2,1/1. Về yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận có 25/33 TH hút thuốc lá, 23/33 TH uống rượu bia và 23/33 TH vừa uống rượu vừa hút thuốc.

**3.2. Đặc điểm ung thư khoang miệng và khiếm khuyết sau lấy u**

- Vị trí: ung thư lưỡi ± sàn miệng (25/33), sàn miệng ± nướu răng (8/33).

- Giai đoạn TMN: giai đoạn T2N1M0 (20/33), T2N2M0 (6/33), T3N1M0 (4/33), T3N2M0 (3/33).

- Đặc điểm khuyết hồng: nhóm Ia (10/33), IIa (20/33) và IIIa (3/33) (theo LIU) [6]. Kích thước khuyết hồng: 2,9cm (2,7-3) x 5,4cm (5,3-5,6cm).

Mục đích chính của phẫu thuật điều trị ung thư là cắt bỏ toàn bộ khối u với biên cắt an toàn, giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ cũng như giúp tăng tỉ lệ sống lâu dài cho bệnh nhân. Theo tác giả Jun Young Kim thì khoảng 10-30% diện cắt dương tính trong phẫu thuật cắt ung thư khoang miệng lần đầu [5]. Do đó, việc đánh giá độ lan rộng của khối u bằng cách thăm khám lâm sàng, nhận định tổn thương trên CT/MRI cũng như trực quan trong phẫu thuật là điều kiện tiên quyết cần thiết để có được diện cắt phù hợp, đặc biệt là độ sâu. Trong nghiên cứu, chúng tôi đảm bảo cắt trọn u với bờ cắt cách u khoảng 1 cm, tốt nhất là trước phẫu thuật cần xác định diện cắt quanh khối u rõ ràng, ở mọi kích thước. Sau đó, các diện cắt sẽ được cắt lạnh để xác định biên phẫu thuật an toàn.

Sau khi cắt trọn khối u khoang miệng, chúng tôi tiếp tục phân nhóm khuyết hồng theo LIU giúp đánh giá mức độ tổn khuyết và xem xét mức độ tái tạo [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận phần lớn khiếm khuyết thuộc nhóm II (hơn 60%), tức là khuyết hồng lan rộng hai đơn vị giải phẫu trong khoang miệng.

Trong nhóm Ia-IIa, khiếm khuyết một đến hai đơn vị khoang miệng, chỉ mất mô mềm và xương hàm còn nguyên vẹn, việc đóng trực tiếp sẽ tùy thuộc vào kích thước khuyết hồng. Trong nhóm nghiên cứu, kích thước nhỏ nhất # 14,3cm<sup>2</sup> (2,7 x 5,3cm), đây cũng là kích thước trung bình nên đóng trực tiếp sẽ đối mặt với nguy cơ bung vết mổ, chậm lành thương hoặc giới hạn vận động do sẹo co rút. Do đó, việc sử dụng vạt để khâu đóng vết mổ trong nghiên cứu này là cần thiết.

Trong nhóm IIa-IIIa, tổn thương từ hai đến ba đơn vị khoang miệng, chúng tôi cần nhắc giữ liên tục xương hàm dưới do ở nhóm này, tổn thương thường lan rộng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 TH ung thư lan đến nướu răng nên chúng tôi quyết định cắt bán phần trên xương hàm dưới, giữ sự liên tục của xương hàm, đồng thời, sử dụng vạt cơ niêm mạc má che phủ phần xương hàm vừa tái tạo khuyết mô mềm lưỡi – sàn miệng.

**3.3. Kỹ thuật lấy vạt đảo cơ niêm mạc má.** Trong phẫu thuật tạo hình, vạt chọn lựa cần đạt mục tiêu phù hợp tính chất, kích thước khiếm khuyết, che phủ cấu trúc quan trọng bị bộc lộ, giúp diễn tiến lành thương tốt, phục hồi sớm chức năng khoang miệng [3,7,8]. Vạt cơ

niêm mạc má có tính chất mô với độ tương thích cao, tái cấu trúc và chức năng khoang miệng an toàn. Ngoài ra, niêm mạc má là vùng kế cận tổn thương, trong cùng phẫu trường khoang miệng, nhờ đó, hạn chế can thiệp hoặc bội nhiễm từ vùng xa, rút ngắn thời gian mổ [4].

Sau phẫu thuật tái tạo, theo thời gian hoặc sau xạ trị, các vật tự do thường co nhỏ lại khoảng 20-30%, nhưng hiện tượng này hiếm xảy ra đối với vật niêm mạc má nhờ đặc tính co giãn của niêm mạc miệng. Do đó, trong nghiên cứu chúng tôi lấy kích thước vật tương đương hoặc nhỏ hơn (không quá 1cm) so với kích thước khuyết hồng. Kích thước vật trung bình: 3 cm (2,9-3,1) x 5,4cm (5,2-5,5cm), độ dày: 0,8cm (0,7-0,9cm). Như vậy, nhờ đặc tính đàn hồi và linh hoạt của niêm mạc, vật đảo cơ niêm mạc má có thêm ưu điểm trong phục hồi chức năng của cấu trúc như lưỡi vốn có tính linh hoạt cao trong quá trình phát âm và nuốt [3,4].

Bảo tồn mạch máu làm cuống mạch nuôi là yếu tố then chốt nhằm đảm bảo nuôi vật hiệu quả. Động mạch mặt gồm 2 đoạn: đoạn cổ và đoạn hàm mặt. Động mạch phát sinh từ động mạch cảnh ngoài, đi qua vùng dưới hàm, cho các nhánh bên (dưới hàm, xuyên tuyến dưới hàm), sau đó vòng qua bờ dưới xương hàm đến vùng mặt, kết thúc bằng các nhánh tận với sáu biến thể giải phẫu. Trước mổ, hình ảnh CT/MRI kèm dựng hình động mạch mặt được sử dụng để đánh giá giải phẫu và biến thể động mạch. Khi nạo hạch cổ, chúng tôi bóc tách và bảo tồn động tĩnh mạch mặt, đồng thời thắt chọn lọc các nhánh bên để tăng chiều dài và độ linh động của vật. Vật đảo cơ niêm mạc má được phẫu tích từ trong khoang miệng dưới hướng dẫn siêu âm như trong mô tả tiến trình phẫu thuật. Sau khi lấy vật, chúng tôi tạo đường hầm chuyển vật xuống vùng cổ, phẫu tích an toàn, kéo dài cuống vật tối đa, giúp chuyển vật đến các vị trí xa trong khoang miệng mà không bị kéo căng. Tiếp tục tạo đường hầm từ cổ, qua sàn miệng đến khiếm khuyết, chúng tôi chuyển vật niêm mạc trở lại khoang miệng. Việc này giúp linh động chuyển vật đến vị trí xa (sàn miệng trước, đầu lưỡi), hạn chế tổn thương vật do răng, giúp bệnh nhân ăn sớm qua đường miệng.

Thời gian lấy vật: 60 phút (55-66 phút), rút ngắn hơn so với vật tự do. Đây là một ưu điểm của vật vì rút ngắn tổng thời gian phẫu thuật, rất có ý nghĩa với bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền và phải gây mê toàn thân kéo dài [2,5]

### **3.4. Đánh giá kết quả hậu phẫu và theo dõi sau mổ**

- Nơi cho vật: trong đa số nghiên cứu, nơi cho

vật thường được khâu trực tiếp mà không khâu hoặc biến chứng gì, ngoại trừ hạn chế việc há miệng tự nhiên. Nguyên nhân là việc hình thành sẹo ở vùng cho vật tương quan với kích thước khuyết hồng, nên chiều rộng của vật cần nhỏ hơn 3cm [5]. Chúng tôi đánh giá lần lượt vào các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ, ghi nhận nơi cho vật lành thương tốt ở tất cả trường hợp; tuy nhiên, chúng tôi cũng ghi nhận 1 trường hợp giới hạn nhẹ biên độ mở miệng (# 34mm) và 2 trường hợp có yếu dây thần kinh bờ hàm dưới và phục hồi sau 6 tháng.

- Tình trạng vật đảo cơ niêm mạc má: đánh giá sớm và theo dõi liên tục vật sau phẫu thuật tạo hình là hết sức quan trọng và cần thiết; gồm các yếu tố: màu sắc, nhiệt độ, dấu nhấp nháy da, đâm kim vào vật, khoang miệng có dấu hiệu nhiễm trùng hay không (màu, mùi), và kết quả Doppler cầm tay [7]. Chúng tôi ghi nhận có 1 TH hoại tử một phần vật ở vị trí đầu xa và 3 TH bị hở vị trí khâu nối. Các bệnh nhân được tiến hành cắt lọc, khâu lại và chăm sóc tại chỗ và sau 1 tuần, vật sống, vết mổ lành tốt. Sau 6 tháng hậu phẫu, vật sống và lành tốt ở tất cả trường hợp,

- Tái khám: các phương diện về cách li khoang miệng, chức năng nói, chức năng nuốt và thẩm mỹ được đánh giá sau mổ lần lượt vào các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng:

+ Cách li khoang miệng tốt giúp tạo môi trường lành thương tốt, giảm nguy cơ nhiễm trùng, rò nước bọt, chính vì vậy đây là mục tiêu đầu tiên sau mổ nhằm tạo điều kiện bệnh nhân phục hồi sớm chức năng nói và nuốt. Tất cả các trường hợp được nuôi ăn qua sonde dạ dày sau mổ và bắt đầu tập ăn bằng đường miệng từ ngày hậu phẫu thứ 7. Mục tiêu này trong nghiên cứu chúng tôi đều đạt được ở các thời điểm đánh giá sau mổ.

+ Các bệnh nhân được tư vấn chế độ dinh dưỡng và hướng dẫn tập nói - nuốt với chế độ ăn lỏng khi xuất viện. Khi tái khám, các bệnh nhân sẽ được đánh giá chức năng vận động lưỡi, khả năng nuốt và nói, từ đó bác sĩ sẽ hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, các bài huấn luyện nói - nuốt sẽ được thay đổi phù hợp với từng bệnh nhân [1,8]. Chức năng nuốt được cải thiện dần sang thức ăn bán đặc, đặc và cứng sau 6 tháng (5/5). Chức năng nói thì cải thiện tốt với đa số trường hợp, những tổn thương vùng lưỡi sàn miệng thì đôi khi cần lặp lại, ảnh hưởng một số âm đầu lưỡi [8].

+ Thẩm mỹ: niêm mạc má lành tốt, vật lành tốt, màu sắc tương đồng, không sẹo co kéo hay biến dạng, 1 TH giới hạn biên độ mở miệng nhẹ.

#### IV. KẾT LUẬN

Vạt đảo cơ niêm mạc má là vạt linh động, có mạch máu nuôi tốt, thời gian lấy vạt ngắn, tỉ lệ thành công cao. Thông qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng vạt đảo cơ niêm mạc má có ưu thế rõ ràng trong tái tạo khuyết hồng mức độ nhỏ và vừa sau cắt ung thư khoang miệng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Khôi. Tái tạo khuyết hồng gần toàn bộ và toàn bộ lưỡi sau phẫu thuật trị ung thư, Sở Khoa học và Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh, 2021.
2. Ayad T. "Facial artery musculomucosal (FAMM) flap". Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg, 2019; 30(2): 112-119. doi: 10.1016/j.otot.2019.04.005.
3. Copelli C, Manfuso A, Di Maio P, et al. "Myomucosal island flap in the reconstruction of oral cavity defects: Description of the surgical technique", Head and Neck, 2023;45(3):745-751. doi: 10.1002/hed.27251.
4. Khismatrao VN, Popat SP, Sharma P, et al. "Versatility of Facial Artery Musculomucosal (FAMM) Flap for Reconstruction of Oral Cavity Defects". J Maxillofac Oral Surg. 2023;22(Suppl 1):44-50. doi: 10.1007/s12663-023-01850-6. PMID: 37041950; PMCID: PMC10082859.
5. Kim JY, Kim Y, Kim EH, et al. "Initial negative resection margin versus revised negative resection margin in patients who underwent surgery without adjuvant therapy for early-stage oral tongue squamous cell carcinoma". Oral Oncol. 2024;159: 107046. doi: 10.1016/j.oraloncology.2024.107046. PMID: 39341092.
6. Liu WW, Zhang CY, Li JY, et al. "A novel classification system for the evaluation and reconstruction of oral defects following oncological surgery". Oncol Lett, 2017;14(6): 7049-7054. doi: 10.3892/ol.2017.7139. PMID: 29344134; PMCID: PMC5754834.
7. Stretton C. "Postoperative considerations in patients following oral cancer resection and surgical reconstruction: a review", Journal of Oral and Maxillofacial Anesthesia, 2023;2. doi: 10.21037/joma-22-34
8. Yi CR, Jeong WS, Oh TS, et al. "Analysis of Speech and Functional Outcomes in Tongue Reconstruction after Hemiglossectomy". J Reconstr Microsurg. 2020;36(7):507-513. doi: 10.1055/s-0040-1709493. PMID: 32289846.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MÔ BỆNH HỌC VÀ DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRÊN MẢNH SINH THIẾT THẬN GHÉP THEO PHÂN LOẠI BANFF 2019 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Outha Thavixay<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>1</sup>, Trần Hoàng Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Quân<sup>2</sup> và Lê Tài Thế<sup>3,4</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm mô bệnh học và các dấu ấn hóa mô miễn dịch trên mảnh sinh thiết thận ghép. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 mẫu bệnh phẩm sinh thiết thận ghép tại Bệnh viện Quân Y 103 từ năm 2021-2025. Đánh giá mô bệnh học theo tiêu chuẩn Banff 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình 39,1 ± 10,9 với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2,25/1. Thận ghép tế bào mạn tính hoạt động chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%), sau đó là thận ghép tế bào cấp (40,7%). Tổn thương mô học chủ yếu ở mô đệm kẽ và ống thận. C4d dương tính 48,4% ở các mức độ. Các dấu ấn IgA, IgM, IgG dương tính với tỷ lệ cao trên 33%, 27,5% dương tính SV40 do nhiễm vi rút Polyomavirus. **Kết luận:** Thận ghép tế bào mạn tính hoạt động là tổn thương phổ

biến nhất sau ghép gây rối loạn chức năng thận ghép, đi kèm các biến đổi mô học đặc trưng ở cầu thận, mô kẽ và ống thận. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch IgA, IgM, IgG và C4d dương tính với tỷ lệ cao và SV40 dương tính ở 27,5% trường hợp, cho thấy vai trò tầm quan trọng của hoá mô miễn dịch trong chẩn đoán tổn thương thận ghép để có lựa chọn điều trị phù hợp.

**Từ khóa:** Thận ghép thận; Mô bệnh học; Hóa mô miễn dịch; Phân loại Banff; Vi rút Polyoma.

#### SUMMARY

#### HISTOPATHOLOGICAL LESIONS AND IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS CHARACTERISTICS IN RENAL ALLOGRAFT BIOPSIES ACCORDING TO THE BANFF 2019 CLASSIFICATION AT MILITARY HOSPITAL 103

**Objective:** To evaluate the histopathological and immunohistochemical markers characteristics in renal transplanted rejection biopsy specimens. **Subjects, and method study:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 91 renal allograft biopsy specimens collected at Military Hospital 103 from 2021 to 2025. Histopathological features and immunohistochemical markers were assessed according to the Banff 2019 classification. **Results:** The mean age was 39.1 ± 10.9 years, with a male-to-female ratio of approximately 2.25:1. Chronic active

<sup>1</sup>Học viện Quân y

<sup>2</sup>Viện Y học cổ truyền Quân đội

<sup>3</sup>Viện 69, Bộ Tư lệnh Lăng

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tài Thế

Email: 01230047@daihocyhanoi.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025