

2. **Đoàn Anh Tuấn, Lê Trung Hậu.** Kết quả phẫu thuật điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối cố định bằng chỉ siêu bền dưới nội soi. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022;516(1). doi:10.51298/vmj.v516i1.2931
3. **Dương Trình Xuyên.** Đánh giá kết quả điều trị bong diện bám dây chằng chéo trước khớp gối ở người trưởng thành bằng kỹ thuật nội soi. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Hà Nội; 2020.
4. **Quảng Văn Hải.** Đánh giá kết quả điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2013.
5. **Huang TW, Hsu KY, Cheng CY, et al.** Arthroscopic Suture Fixation of Tibial Eminence Avulsion Fractures. Arthrosc J Arthrosc Relat Surg. 2008;24(11): 1232-1238. doi:10.1016/j.arthro.2008.07.008
6. **Nguyễn Văn Phan, Nguyễn Trọng Tài, Đỗ Đức Mạnh và cộng sự.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cố định diện bám dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024;539(2). doi:10.51298/vmj.v539i2.9787
7. **Kuang S, Su C, Zhao X, Li Y, Xiong Y, Gao S.** "Figure-of-Eight" Suture-Button Technique for Fixation of Displaced Anterior Cruciate Ligament Avulsion Fracture. Orthop Surg. 2020;12(3):802-808. doi:10.1111/os.12682
8. **Tran Trung Dung, Hoang Gia Du, Nguyen Hoang Long, et al.** Arthroscopic fixation of ACL avulsion fracture in the saint paul hospital: A review of treatment outcomes: Cohort study. Ann Med Surg. 2019;48:91-94. doi: 10.1016/j.amsu.2019.07.008

NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM TRÊN DO UNG THƯ HỐC MŨI - KHOANG MIỆNG CÓ TÁI TẠO BẰNG VẬT DA CƠ XƯƠNG MÁC TỰ DO

Trần Anh Bích¹, Trần Văn Dương¹, Phạm Hoàng Nam¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư hốc mũi – khoang miệng có thể xâm lấn xương hàm trên, yêu cầu phẫu thuật cắt xương hàm trên để loại bỏ khối u. Tuy nhiên, việc cắt xương hàm trên gây ra tổn khuyết lớn, ảnh hưởng đáng kể đến chức năng ăn nhai, nói và thẩm mỹ. Để khắc phục vấn đề này, tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do là một phương pháp tối ưu nhờ khả năng cung cấp cả xương, mô mềm và da trong một lần phẫu thuật. Phương pháp này giúp khôi phục cấu trúc giải phẫu và chức năng của vùng hàm mặt, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả của việc cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng có sử dụng vật da cơ xương mạc tự do để tái tạo tổn khuyết xương hàm trên. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả loạt ca. Nghiên cứu 12 trường hợp cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng, có tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2018 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Trong số 12 trường hợp cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng có tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do, có 2 trường hợp cắt bán phần xương hàm trên 1 bên + mô da bị xâm lấn, 2 trường hợp cắt bán phần hạ tầng xương hàm trên 1 bên, 4 trường hợp cắt toàn phần hạ tầng xương hàm trên 2 bên, 4 trường hợp cắt toàn phần xương hàm trên 1 bên + bán phần xương hàm trên còn lại. Tất cả bệnh nhân được ghi nhận vật sống, vết thương lành tốt. Biến chứng sau mổ: 1 trường hợp tụ máu nơi lấy vật,

2 trường hợp hở khẩu cái mềm và 1 trường hợp bán tắc tĩnh mạch vẹo. Hốc mũi và khoang miệng được ngăn cách tốt bởi vật ở tất cả các bệnh nhân. Các bệnh nhân có thể ăn bằng miệng và không gặp vấn đề về phát âm. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt xương hàm trên có tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do giúp phục hồi chức năng ăn uống và nói, nâng cao chất lượng cuộc sống. Việc chuyển vật xương mạc tự do có tỉ lệ thành công cao và tỉ lệ biến chứng chu phẫu thấp, là một lựa chọn lý tưởng cho sự tái tạo tổn khuyết vùng hàm trên. **Từ khóa:** cắt xương hàm trên, ung thư hốc mũi – khoang miệng, vật da cơ xương mạc tự do, tái tạo, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

MAXILLARY RESECTION FOR NASAL CAVITY–ORAL CAVITY CANCER WITH FREE FIBULAR OSTEOCUTANEOUS FLAP RECONSTRUCTION

Introduction: Nasal cavity–oral cavity cancer can invade the maxilla, necessitating maxillary resection to achieve oncologic control. However, maxillary defects significantly impact speech, swallowing, and facial aesthetics. To address these challenges, free fibular osteocutaneous flap reconstruction has emerged as a preferred technique due to its ability to provide bone, soft tissue, and skin in a single-stage procedure. This approach effectively restores maxillofacial structure and function, improving patients' quality of life. **Objective:** This study aims to evaluate the outcomes of maxillary resection for nasal cavity–oral cavity cancer with reconstruction using a free fibular osteocutaneous flap. **Methods:** A prospective case series was conducted on 12 cases who underwent maxillary resection with free fibular osteocutaneous flap

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: bsnamtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

reconstruction at the Otorhinolaryngology Department of Cho Ray Hospital from December 2018 to June 2024. **Results:** Among 12 cases who underwent maxillary resection with free fibular osteocutaneous flap reconstruction, including partial unilateral maxillectomy with invasion of the overlying skin (2 cases), partial unilateral infrastructure maxillectomy (2 cases), total bilateral infrastructure maxillectomy (4 cases), and total unilateral maxillectomy with partial contralateral maxillectomy (4 cases). All patients demonstrated flap viability and good wound healing. Postoperative complications were minimal, with hematoma at the donor site in 1 case, soft palate dehiscence in 2 cases and partial venous congestion in 1 case. The reconstructed flaps effectively separated the oral and nasal cavities in all cases. Patients were able to resume oral feeding and experienced no significant speech impairment. **Conclusion:** Maxillary resection with free fibular osteocutaneous flap reconstruction is an effective approach for restoring oral function and maintaining speech and swallowing abilities. The procedure exhibits a high rate of success coupled with a minimal incidence of perioperative complications, thereby establishing it as an effective method for the reconstruction of maxillary defects. **Keywords:** Maxillary resection, oral-nasal cavity cancer, free fibular osteocutaneous flap, reconstruction, surgical outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hốc mũi là một dạng hiếm gặp nhưng có mức độ xâm lấn cao, thường dẫn đến tổn khuyết phức tạp ở xương hàm trên sau phẫu thuật lấy u. Việc tái tạo những tổn khuyết này đóng vai trò quan trọng trong việc khôi phục chức năng nhai, nuốt, nói và thẩm mỹ khuôn mặt cho bệnh nhân.

Trong số các phương pháp tái tạo, vạt da cơ xương mác tự do là một lựa chọn hiệu quả nhờ khả năng cung cấp đủ mô xương và mô mềm trong một lần phẫu thuật. Phương pháp này giúp khôi phục cấu trúc giải phẫu và chức năng của vùng hàm mặt, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu ở nước ngoài đã báo cáo về tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này trong tái tạo vùng hàm mặt. Tuy nhiên, tại Việt Nam, nghiên cứu về ứng dụng vạt da cơ xương mác tự do trong tái tạo tổn khuyết xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng xâm lấn còn hạn chế. Do đó, mục tiêu nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo tổn khuyết xương hàm trên bằng vạt da cơ xương mác tự do.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Mười hai bệnh nhân được phẫu thuật cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng xâm lấn khẩu cái, có tái tạo bằng vạt da cơ xương mác tự do tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ

tháng 11/2018 đến tháng 12/2024.

✎ **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân thỏa các điều kiện sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hốc mũi xâm lấn khẩu cái (dựa vào kết quả mô bệnh học khối u)

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

✎ **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Tiền căn chấn thương, phẫu thuật vùng cho vạt (cẳng chân)

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

- Kết quả mô bệnh học khối u là Lymphoma.

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân không tái khám định kỳ đầy đủ.

- Di căn xa

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên bệnh nhân ung thư hốc mũi – khoang miệng có chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ. Chúng tôi ghi nhận có 12 trường hợp.

2.2.2. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân (tuổi, giới)

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

- Vị trí cắt xương hàm trên (cắt bán phần xương hàm trên, cắt bán phần hạ tầng xương hàm trên 1 bên/2 bên, cắt toàn phần)

- Đánh giá kết quả phẫu thuật sau mổ: kết quả gần (≤ 3 tháng), kết quả xa (> 3 tháng)

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hốc mũi xâm lấn khẩu cái, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ

- CT-scan cổ mặt có cản quang, dựng hình mạch máu. MRI vùng cổ mặt có cản từ. Siêu âm mạch máu vùng cổ mặt với đầu dò để đánh dấu đường đi của động mạch vùng này.

- Dựng hình 3D sọ mặt

- Hội chẩn liên khoa, chuẩn bị kế hoạch phẫu thuật và xạ trị

- Chuẩn bị nẹp vis

- Giải thích và tư vấn trước mổ.

* **Tiến hành phẫu thuật:**

- Gây mê nội khí quản qua đường mũi

- Các nhóm bác sĩ tiến hành phẫu thuật song song với nhau

- + Nhóm bác sĩ Tai Mũi Họng (TMH) – Răng Hàm Mặt (RHM)

- Rạch da theo đường rãnh lợi môi 2 bên (hoặc đường cạnh mũi- môi)

- Cắt xương hàm trên cùng khối u, sinh thiết lạnh rìa hố mổ cho đến khi rìa an toàn
- Đánh giá vùng mất chất



Hình 1. Mô hình 3D sọ mặt và CT-scan hàm mặt cân quang

- + Nhóm Tạo hình – vi phẫu
- Lấy vạt da cơ xương mác
- Thiết kế vạt tái tạo khung xương hàm trên và mô mềm. Tái tạo khuyết hồng xương hàm và khẩu cái bằng vạt da cơ xương mác tự do
- Nối với động tĩnh mạch mặt
- Đặt penrose dẫn lưu vùng cổ
- Khâu nơi cho vạt (ghép da) và nơi nhận vạt
- Đặt ống mũi dạ dày
- Đánh giá kết quả: Dựa trên các tiêu chí như tỉ lệ sống của vạt, biến chứng tại chỗ và toàn thân sau phẫu thuật, mức độ phục hồi các chức năng nhai, nói và thẩm mỹ khuôn mặt sau tái tạo mà đưa ra 4 mức độ kết quả là rất tốt, tốt, trung bình và kém.



Hình 2. Đánh dấu vị trí cắt u ngoài da và lấy tổn thương

2.2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu, được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức bệnh viện, tất cả người tham gia đều được giải thích và ký văn bản đồng ý tham gia trước khi thực hiện nghiên cứu



Hình 3. Vạt da cơ xương mác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2018 đến tháng 12/2024, chúng tôi ghi nhận có 12 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được phẫu thuật lấy u và tái tạo tổn khuyết xương

hàm trên bằng vạt da cơ xương mác tự do.

- Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi từ 19 đến 67 tuổi, tuổi trung bình là 52 tuổi (SD = 14,13). Về giới, nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 2/1.

- Kết quả mô bệnh học đa số là carcinoma tế bào tuyến (7 bệnh nhân), kể đến là carcinoma tế bào gai (5 bệnh nhân).

- Vị trí cắt xương hàm trên

· Cắt bán phần xương hàm trên 1 bên + mô da bị xâm lấn (2/12)

· Cắt bán phần hạ tầng xương hàm trên 1 bên (2/12)

· Cắt bán phần hạ tầng xương hàm trên 2 bên (4/12)

· Cắt toàn phần xương hàm trên 1 bên + bán phần xương hàm trên còn lại (4/12)



Hình 4. Tái tạo khuyết xương hàm trên (trái) và theo dõi hậu phẫu sau 5 ngày (giữa) và sau 1 tháng (phải)

3.2. Kết quả phẫu thuật

⌘ Kết quả gần (≤ 3 tháng)

- Sau phẫu thuật lấy khối u ác tính sẽ để lại tổn khuyết lớn vùng hàm trên. Để tái tạo tổn khuyết này, chúng tôi sử dụng vạt da cơ xương mác tự do cùng bên tổn thương. Tất cả bệnh nhân được ghi nhận vạt da cơ xương mác sống tốt sau phẫu thuật. Tại nơi cho vạt, vết thương lành tốt và bệnh nhân không gặp khó khăn khi đi, đứng.

- Các bệnh nhân có thể ăn bằng miệng sau phẫu thuật 10 - 14 ngày và không gặp vấn đề gì về phát âm.

- Biến chứng sau mổ thường hay gặp nhất là hở khẩu cái, kể đến là bán tắc tĩnh mạch về và tụ máu tại vị trí lấy vạt.

Bảng 1. Kết quả gần sau phẫu thuật (n=12)

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Xử trí
Hở khẩu cái	2	16,67	Khâu vết hở khẩu cái
Bán tắc tĩnh mạch về	1	8,33	Thăm sát, bơm rửa và khâu nối lại tĩnh mạch tại vị trí nối mạch
Tụ máu tại vị trí lấy vạt	1	8,33	Mở vết mổ, bơm rửa và đặt lại dẫn lưu

⌘ Kết quả xa (> 3 tháng):

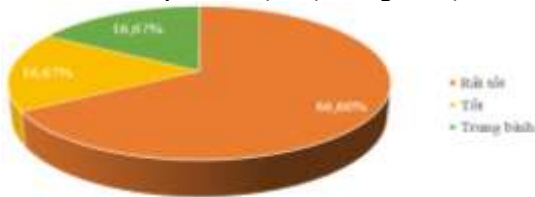
- Về tình trạng vật da cơ xương mạc tái tạo tổn khuyết hàm trên, chúng tôi ghi nhận 100% vật sống, lành thương tốt. Tuy nhiên, có 1 bệnh nhân bị lộ nẹp vít sần ổ mắt. Trường hợp này được xử lý bằng cách lấy nẹp vít, tái tạo bằng vật da tại chỗ.

- Về kết quả phục hồi chức năng, hốc mũi và khoang miệng được ngăn cách tốt bởi vật ở tất cả bệnh nhân. Không bệnh nhân nào gặp khó khăn đáng kể trong phát âm và giọng mũi kín.

- Tất cả bệnh nhân có thể ăn bằng miệng sau phẫu thuật 14 ngày. Trong số 12 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận có 8 bệnh nhân ăn chế độ ăn bình thường và 4 bệnh nhân chỉ ăn nhai được thức ăn mềm.

- Thẩm mỹ khuôn mặt: Đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả tái tạo.

- Dựa vào các yếu tố như: tỉ lệ sống của vật da cơ xương mạc, sự liền sẹo vết mổ, biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi các chức năng và thẩm mỹ khuôn mặt, chúng tôi chia kết quả xa làm 4 mức độ: rất tốt, tốt, trung bình, kém.



Biểu đồ 1. Kết quả xa sau phẫu thuật cắt xương hàm trên có tái tạo bằng vật xương mạc (n=12)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ sống của vật. Tỉ lệ sống của vật da cơ xương mạc trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, phù hợp với nghiên cứu kinh điển của Hidalgo, người đầu tiên sử dụng vật da cơ xương mạc tự do trong tái tạo xương hàm với tỉ lệ thành công trên 95% (2). Theo nghiên cứu của Nguyễn Hồng Nhung, vật da cơ xương mạc là loại vật được sử dụng nhiều nhất trong tái tạo hàm mặt (61,32%), với tỉ lệ sống của vật đạt 100% trong nhóm nghiên cứu (1). Điều này khẳng định độ tin cậy của vật da cơ xương mạc trong tái tạo hàm mặt, đặc biệt ở các vị trí phức tạp như xương hàm trên.

4.2. Phục hồi chức năng ăn nhai và phát âm. Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, 92,45% bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Nhung và cộng sự ăn uống bình thường (1). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này chỉ đạt 66,67%, còn lại vẫn cần ăn thức ăn mềm. Việc phục hồi nhanh chóng chức năng ăn nhai và phát âm là mục tiêu quan trọng của

phẫu thuật hàm mặt. Kết quả của chúng tôi ghi nhận không có bệnh nhân nào nói giọng mũi sau mổ, cho thấy kỹ thuật này thành công trong việc tái tạo tổn khuyết sau phẫu thuật lấy u.

4.3. Về thẩm mỹ vùng mặt. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Nhung và cộng sự cho thấy 91,51% bệnh nhân có khuôn mặt đạt thẩm mỹ tốt và không ghi nhận trường hợp nào thẩm mỹ kém (1). Điều này có thể liên quan đến việc ứng dụng kỹ thuật số như dựng hình 3D giúp nâng cao độ chính xác trong việc tái tạo (6,7,8).



Hình 5. Vạt cơ da xương mạc lành tốt, BN được làm máng răng

4.4. Biến chứng sau mổ. Các biến chứng trong nghiên cứu (tụ máu, hở khẩu cái, bán tắc tĩnh mạch vena, lộ nẹp vít sần ổ mắt) xảy ra với tần suất thấp và không để lại hậu quả nghiêm trọng. Theo Urken và Wei, biến chứng mạch máu là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến hoại tử vạt, nhưng nếu phát hiện sớm và can thiệp kịp thời có thể phục hồi được vạt (3,4). Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc kháng đông máu (Enoxaparin natri) được sử dụng ngay sau phẫu thuật.

Bệnh nhân lộ nẹp sau mổ 6 tháng, chúng tôi lấy nẹp, sử dụng vật cân cơ thái dương tái tạo sần ổ mắt, Hiện tại mắt vẫn nhìn bình thường. Biến chứng hở khẩu cái cũng là thường gặp do khẩu cái di chuyển khi nuốt nên dễ bung chỉ, để khắc phục biến chứng này chúng ta nên khâu sớm, nối khẩu dày hơn và cho bệnh nhân ăn qua ống mũi dạ dày 5- 7 ngày



Hình 6. Biến chứng sau cắt xương hàm trên. Lộ nẹp vis (trái) và hở khẩu cái (phải)

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt ung thư hốc mũi xâm lấn khẩu cái tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do là phẫu thuật cắt rộng đảm bảo an toàn về mặt ung thư. Việc lựa chọn vật phù hợp với loại

khuyết hổng cần căn cứ vào vị trí, kích thước, thành phần mô cần thay thế (5). Vạt da cơ xương mác tự do phù hợp cho khuyết xương dài, cần tái tạo cả xương lẫn mô mềm và có thể tạo hình 3D chính xác. Với tỉ lệ thành công cao và biến chứng chu phẫu thấp, vạt da cơ xương mác là một lựa chọn lý tưởng cho sự tái tạo tổn khuyết vùng hàm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hồng Nhung, Chu Minh Quang.** Cập nhật tạo hình khuyết hổng lớn vùng hàm mặt. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;543(10):130–134. doi: 10.51298/vmj.v543i1.11310
2. **Hidalgo DA.** Fibula free flap: A new method of mandible reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1989;84(1):71–79. PMID: 2734406
3. **Urken ML, Weinberg H, Buchbinder D, et al.** Microvascular free flaps in head and neck reconstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;120(6): 633–640. doi: 10.1001/archotol.1994.01880300047007.
4. **Wei FC, Demirkan F, Chen HC, et al.** The outcome of failed free flaps in head and neck and extremity reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2001;108(5):1154–1160. doi: 10.1097/00006534-200110000-00007
5. **Pipkorn P, Rosenquist K, Zenga J.** Functional considerations in oral cavity reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;26(5): 326–333. doi: 10.1097/MOO.0000000000000474
6. **Yu Y, Zhang WB, Liu XJ, et al.** Three-dimensional accuracy of virtual planning and surgical navigation for mandibular reconstruction with free fibula flap. J Oral Maxillofac Surg. 2016 Jul;74(7):1503.e1-1503.e10. doi: 10.1016/j.joms.2016.02.020. PMID: 27000408.
7. **Ren W, Gao L, Li S, et al.** Virtual Planning and 3D printing modeling for mandibular reconstruction with fibula free flap. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018;23(3): e359–66. doi: 10.4317/medoral.22295. PMID: 29680849
8. **Mohammed EA, Omer MJ, Mostafa IS.** Aesthetic reconstruction of oncological mandibular defects using fibular free flap with and without CAD/CAM customized osteotomy guide: A randomized controlled clinical trial. BMC Cancer. 2022;22:1252. doi: 10.1186/s12885-022-10322-y

KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG RỐI LOẠN NUỐT KẾT HỢP KÍCH THÍCH ĐIỆN MỘT CHIỀU XUYỀN SỌ Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO TRÊN LỀU

Lê Thị Ánh¹, Lương Tuấn Khanh², Nguyễn Thị Kim Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều bằng các bài tập nuốt kết hợp với kích thích điện một chiều xuyên sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng đánh giá hiệu quả kích thích điện một chiều xuyên sọ trong chương trình tập phục hồi chức năng ở 20 người bệnh nhóm can thiệp và 20 người bệnh nhóm chứng chẩn đoán xác định nhồi máu não trên lều, lần đầu, rối loạn nuốt đang được nuôi ăn bằng đường ống thông điều trị tại Trung Tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Sau can thiệp, tình trạng rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc đều cải thiện theo thang điểm MASA tăng 18,9% (37,8/200) cao hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có trường hợp nào ghi nhận tác dụng không mong muốn trong quá trình can thiệp. **Kết luận:** Kích thích điện một chiều xuyên sọ an toàn và có hiệu quả trong phục hồi chức năng nuốt cũng như giảm nguy cơ hít sặc ở người bệnh nhồi máu não trên lều.

Từ khóa: Nhồi máu não, phục hồi chức năng rối loạn nuốt, kích thích điện một chiều xuyên sọ

SUMMARY

OUTCOMES OF DYSPHAGIA REHABILITATION COMBINED WITH TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION IN PATIENTS WITH SUPRATENTORIAL ISCHEMIC STROKE

Objective: To evaluate the outcomes of dysphagia treatment in patients with supratentorial ischemic stroke using swallowing exercises combined with transcranial direct current stimulation (tDCS). **Subjects and Methods:** This was a controlled interventional study to evaluate the effectiveness of transcranial direct current stimulation within a rehabilitation program. The study included 20 patients in the intervention group and 20 patients in the control group who had a confirmed diagnosis of first-ever supratentorial ischemic stroke, dysphagia, and were receiving tube feeding. The patients were treated at the Rehabilitation Center, Bach Mai Hospital. **Results:** After the intervention, both dysphagia and the risk of aspiration improved. The MASA scale score increased by 18.9% (37.8/200), which was significantly higher than the control group ($p < 0.05$). No adverse effects were recorded during the intervention. **Conclusion:** Transcranial direct current stimulation is a safe and effective method for swallowing function rehabilitation and for reducing the

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Ánh

Email: anhhmu97@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025