

3. **Mihali, S.G., et al.,** Retrospective Long-Term Clinical Outcome of Feldspathic Ceramic Veneers. *Materials* (Basel), 2022. 15(6).
4. **Burian, G., et al.,** In-vivo-wear in composite and ceramic full mouth rehabilitations over 3 years. *Sci Rep*, 2021. 11(1): p. 14056.
5. **Malchiodi, L., et al.,** Clinical and Esthetical Evaluation of 79 Lithium Disilicate Multilayered Anterior Veneers with a Medium Follow-Up of 3 Years. *Eur J Dent*, 2019. 13(4): p. 581-588.
6. **Levartovsky, S., et al.,** Complete rehabilitation of patients with bruxism by veneered and non-veneered zirconia restorations with an increased vertical dimension of occlusion: an observational case-series study. *J Prosthodont Res*, 2019. 63(4): p. 440-446.
7. **Edelhoff, D., et al.,** Clinical performance of occlusal onlays made of lithium disilicate ceramic in patients with severe tooth wear up to 11 years. *Dent Mater*, 2019. 35(9): p. 1319-1330.
8. **Yadfout, A., et al.,** Increasing Vertical Dimension of Occlusion (VDO): Review. *Clin Cosmet Investig Dent*, 2024. 16: p. 135-142.
9. **Jain, A. and P. Sindhu,** Full mouth rehabilitation of a bruxer with severely worn dentition using all ceramic zirconia crowns – A case report. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2017. 9: p. 2001-2003.
10. **Cortellini, D. and A. Parvizi,** Rehabilitation of severely eroded dentition utilizing all-ceramic restorations. *Pract Proced Aesthet Dent*, 2003. 15(4): p. 275-82; quiz 284.

TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG TRONG PHẪU THUẬT CẮT UNG THƯ KHOANG MIỆNG

Trần Anh Bích¹, Trần Văn Dương¹, Hoàng Văn Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt u trong điều trị ung thư khoang miệng đóng vai trò chủ đạo nhưng thường để lại những khuyết hổng lớn vùng khoang miệng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng nhai, nuốt và thẩm mỹ. Do đó, tái tạo khuyết hổng là yêu cầu tất yếu nhằm phục hồi chức năng sinh lý cơ bản và nâng cao chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ứng dụng một số loại vật trong tạo hình khuyết hổng sau phẫu thuật cắt ung thư khoang miệng tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2020 – 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp can thiệp lâm sàng trên 83 bệnh nhân ung thư khoang miệng có chỉ định phẫu thuật và được tái tạo trong một thì từ năm 2020 – 2025 tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Nghiên cứu chúng tôi sử dụng các vật tái tạo sau: 34 vật mũi – má, 38 vật niêm mạc má, 4 vật dưới cằm, 1 vật máo chậu, 3 vật đùi trước ngoài, 2 vật xương mác, 1 vật cẳng tay quay. Tỷ lệ sống của vật đạt 100%, không ghi nhận biến chứng nặng sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 210 phút, thời gian nằm viện trung bình 10 ngày. Sau 3 tháng theo dõi, đa số bệnh nhân phục hồi chức năng nhai, nuốt, kết quả thẩm mỹ được đánh giá ở mức tốt, chưa ghi nhận tái phát tại chỗ. **Kết luận:** Lựa chọn và ứng dụng linh hoạt các loại vật tái tạo, từ vật tại chỗ, lân cận đến vật tự do, là chiến lược hiệu quả trong xử trí khuyết hổng sau phẫu thuật ung thư khoang miệng. Kỹ thuật này giúp bảo tồn chức năng cơ bản, đảm bảo tính thẩm mỹ và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, vật mũi – má, vật niêm mạc má, vật tại chỗ, vật lân cận, vật tự do

SUMMARY

RECONSTRUCTION OF ORAL CAVITY DEFECTS FOLLOWING ONCOLOGIC RESECTION

Introduction: Radical surgery is considered as the cornerstone, but often results in large defects of the oral cavity, leading to severe impairment of chewing, swallowing and aesthetics. Therefore, reconstruction is essential to restore vital functions and improve the quality of life. **Objectives:** To evaluate the outcomes of various flap applications in reconstructing defects following oral cavity resection at Cho Ray Hospital from 2020 to 2025. **Patients and methods:** A descriptive cross-sectional and interventional clinical study was conducted on 83 patients with oral cavity cancer who underwent ablative surgery and immediate reconstruction at the Department of Otorhinolaryngology, Cho Ray Hospital, between 2020 and 2025. **Results:** Our study employed the following reconstructive flaps: 34 nasolabial flaps, 38 buccal mucosal flaps, 4 submental flaps, 1 iliac crest flap, 3 anterolateral thigh flaps, 2 fibular flaps, and 1 radial forearm flap. The flap survival rate reached 100%, with no major postoperative complications observed. The mean operative time was approximately 210 minutes, and the average hospital stay was 10 days. At 3-month follow-up, most patients had regained masticatory and swallowing functions; aesthetic outcomes were rated as good, and no local recurrence was detected. **Conclusions:** Flexible application of appropriate flaps—including local, regional, and free flaps—is an effective strategy for reconstructing defects after oral cavity cancer surgery. These techniques preserve essential functions, maintain aesthetic form, and improve the overall quality of life for patients. **Keywords:** Oral cavity cancer; nasolabial flap; buccal mucosal flap; local flap; regional flap; free flap.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại Học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: hvanh@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 11.11.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng, chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy, là một trong những ung thư đầu cổ thường gặp, liên quan chặt chẽ đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu và nhai trầu. Theo GLOBOCAN 2022, toàn cầu ghi nhận 389.846 ca mới và 188.438 ca tử vong do ung thư môi và khoang miệng; tại Việt Nam có 2.449 ca mắc mới, cho thấy gánh nặng bệnh tật ngày càng rõ rệt [1].

Phẫu thuật triệt căn là phương pháp điều trị chính, nhưng thường để lại khuyết hổng lớn và phức tạp ở khoang miệng, ảnh hưởng đến các chức năng quan trọng như nuốt, nhai, phát âm và thẩm mỹ. Do đó, việc tái tạo trở thành bước không thể thiếu trong điều trị nhằm phục hồi hình thái giải phẫu và chức năng sinh lý, đồng thời cải thiện chất lượng sống bệnh nhân.

Tại Việt Nam, các báo cáo hệ thống về ứng dụng phối hợp nhiều loại vật trong tái tạo ung thư khoang miệng còn ít. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả ứng dụng một số loại vật trong tái tạo khuyết hổng sau phẫu thuật cắt ung thư khoang miệng tại Bệnh viện Chợ Rẫy, góp phần xây dựng chiến lược lựa chọn vật phù hợp trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư khoang miệng, có chỉ định phẫu thuật cắt u và tái tạo trong một thì, tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2020 đến 05/2025. Chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô tế bào vảy khoang miệng.
- Có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ u và tái tạo khuyết hổng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và được theo dõi ít nhất 3 tháng sau phẫu thuật.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, không đủ điều kiện gây mê và phẫu thuật.
- Các trường hợp ung thư tái phát, đã xạ trị hoặc phẫu thuật trước đó tại khoang miệng.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật tái tạo hoặc mất theo dõi sau mổ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp can thiệp lâm sàng.
- Thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án, biên bản phẫu thuật, và theo dõi sau mổ, tái khám định kỳ.

- Các biến số chính: đặc điểm chung, vị trí và giai đoạn u, loại vật sử dụng, tỷ lệ sống của vật, biến chứng sớm sau mổ, thời gian (TG) nằm viện, phục hồi chức năng (nuốt, phát âm, thẩm mỹ) sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

2.5. Tiến hành nghiên cứu

- Trước mổ: khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (CT-scan $\pm$ MRI hàm mặt, siêu âm Doppler mạch máu), sinh thiết xác định mô bệnh học, hội chẩn đa chuyên khoa. Giải thích về kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

- Trong mổ: cắt trọn u kết hợp nạo hạch cổ khi cần, tái tạo khuyết hổng trong một thì.

- Sau mổ: theo dõi tình trạng sống vật, biến chứng, đánh giá phục hồi chức năng và thẩm mỹ tại các thời điểm tái khám: 1 tuần, 1 tháng, và 3 tháng sau xuất viện.

2.6. Mô tả chung kỹ thuật lấy vật

- Khám lâm sàng và chỉ định cận lâm sàng khảo sát ung thư khoang miệng.
- Siêu âm Doppler mạch máu vùng cho và nhận vật.
- Gây mê nội khí quản qua đường mũi.
- Tiến hành nạo vét hạch cổ 1 hoặc 2 bên.
- Cắt rộng toàn bộ u, sinh thiết u cho đến khi rìa an toàn.
- Đo kích thước khuyết hổng, đo tương ứng vùng cho vật, lấy vật đảm bảo cuống mạch (vật vùng hoặc vật tự do).
- Xoay vật tạo hình khuyết hổng.
- Khâu đóng vùng cho và nhận vật.
- Mở khí quản (nếu cần), đặt dẫn lưu và ống nuôi ăn.

2.7. Xử lý số liệu. Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân tham gia đều được cung cấp thông tin đầy đủ về nghiên cứu và đã ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu trước khi thu thập dữ liệu, được bảo mật tuyệt đối thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Giá trị
Tuổi, trung bình $\pm$ SD	56,8 $\pm$ 10,7
Giới (Nam/Nữ), n (%)	61 (73,5)/22 (26,5)
Hút thuốc, n (%)	59 (71,1)
Uống rượu, n (%)	46 (55,4)
Nhai trầu, n (%)	5 (6,0)
Hút thuốc lá $\pm$ uống rượu bia, n (%)	39 (47,0)
Bệnh kèm theo	13 (15,6)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56,8 $\pm$

10,7 (dao động 34–78 tuổi), trong đó nhóm tuổi 50–70 chiếm đa số (68,7%). Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (nam 61, nữ 22). Đa số bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá hoặc uống rượu kéo dài, trong đó 47% bệnh nhân vừa hút thuốc vừa uống rượu.

3.2 Đặc điểm ung thư khoang miệng

Bảng 2. Phân bố vị trí u

Loại vật	Vị trí u	N (%)
Vật mũi – má	Lưỡi ± sàn miệng	22 (26,5)
	Sàn miệng đơn thuần	11 (13,3)
	Khẩu cái cứng	01 (1,2)
Vật đảo niêm mạc má	Lưỡi ± sàn miệng	30 (36,1)
	Sàn miệng ± lưỡi	08 (9,7)
Vật dưới cằm	Lưỡi	3 (3,6)
	Sàn miệng	1 (1,2)
Vật căng tay quay	Lưỡi	1 (1,2)
Vật mào chậu	Sàn miệng	1 (1,2)
Vật xương mác	Lưỡi ± Sàn miệng	2 (2,4)
Vật đùi trước ngoài	Lưỡi di động	3 (3,6)

Trong các phương pháp tái tạo, vật tại chỗ chiếm ưu thế (86,8%) với 38 vật đảo niêm mạc má (45,8%) và 34 vật mũi–má (41%), chủ yếu được sử dụng cho các khuyết hổng ở lưỡi và sàn miệng. Theo sau là nhóm vật tự do nói chung (8,4%) và vật dưới cằm (4,8%)



Hình 1. Vật dưới cằm (trái) khâu che tái tạo khuyết hổng (phải)

Bảng 3. Phân bố giai đoạn ung thư khoang miệng ở các loại vật

Loại vật	Giai đoạn I/II	Giai đoạn III	Giai đoạn IVa	n (%)
Vật đảo niêm mạc má	–	27	11	38 (45,7)
Vật mũi – má	4	19	11	34 (41,0)
Vật dưới cằm	–	4	–	4 (4,8)
Vật mào chậu	–	–	1	1 (1,2)
Vật xương mác	–	–	2	2 (2,4)
Vật căng tay quay	–	1	–	1 (1,2)
Vật đùi trước ngoài	–	–	3	3 (3,7)
Tổng	4	51	28	83

Trong nghiên cứu, 79/83 bệnh nhân (95,2%) được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (III/IVa). Chỉ có 4 ca (4,8%) ở giai đoạn I/II. Ở giai đoạn III, ghi nhận đa số khuyết hổng được tái tạo bằng vật đảo niêm mạc má 27/51 (52,9%);

riêng 7 ca tái tạo bằng vật tự do ghi nhận có 3/7 ca được tái tạo bằng vật đùi trước ngoài.

3.3. Đánh giá kết quả hậu phẫu và theo dõi sau mổ

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện trong nghiên cứu

Loại vật	TG mổ trung bình (phút)	TG nằm viện trung bình (ngày)
Vật mũi – má	180 – 220	8 – 9
Vật đảo niêm mạc má	200 – 240	8 – 9
Vật dưới cằm	150 – 180	8 – 10
Vật căng tay quay	250 – 300	10 – 12
Vật mào chậu	280 – 320	11 – 13
Vật xương mác	300 – 360	12 – 14
Vật đùi trước ngoài	270 – 310	10 – 12

Vật tại chỗ có thời gian phẫu thuật và nằm viện trung bình (180 – 240 phút, 8 – 9 ngày). Vật dưới cằm có thời gian mổ ngắn hơn (150 – 180 phút) và thời gian nằm viện trung bình (8 – 10 ngày). Vật tự do có thời gian phẫu thuật dài nhất (250 – 360 phút) và nằm viện lâu nhất (10 – 14 ngày).

Có 5 trường hợp phải mở khí quản, ống nuôi ăn dạ dày được lưu trung bình khoảng 12 ngày (8 – 18 ngày).

Biến chứng theo loại vật:

- Vật đảo niêm mạc má (38 ca): ghi nhận có 7 trường hợp có biến chứng, chủ yếu nhẹ và hồi phục: hoại tử đầu tận 1/38; bung chỉ 3/38; hạn chế há miệng nhẹ 1/38; yếu nhánh bờ hàm dưới 2/38 (hồi phục sau 6 tháng).

- Vật mũi–má (34 ca): liệt nhánh bờ hàm dưới 7/34 (đa số hồi phục 6–8 tháng).

- Các vật còn lại: ghi nhận tụ dịch/nhiễm trùng nông ở 6/11 trường hợp (nhóm dưới cằm + tự do), điều trị nội khoa, không hoại tử toàn bộ vật.





Hình 2. Ung thư lưỡi di động được cắt và tái tạo bằng vật tự do (vật đùi trước ngoài)

Bảng 5. Kết quả theo dõi sau mổ trong nghiên cứu

Chức năng	Thang điểm	Theo dõi		
		1 tuần	1 tháng	3 tháng
Phát âm	CS	2	3	4
Khả năng nhai, nuốt	FIGS		4,4/5	4,7/5
Cách ly khoang miệng		Tốt	Tốt	Tốt
Thẩm mỹ	Drisco [6]	Lành tốt, co rút	Lành tốt, co rút nhẹ	Lành tốt, sẹo mờ

Các chỉ số chức năng cải thiện rõ rệt theo từng mốc thời gian, sau xuất viện 1 tuần, 1 tháng và sau 3 tháng.

- Phát âm (thang điểm Communication Scale – CS): tăng từ giai đoạn 2 lên 4
- Khả năng nhai, nuốt (thang điểm FIGS): duy trì mức tốt ngay từ tháng đầu (4,4/5), tăng dần lên 4,7/5 ở tháng thứ 3 sau mổ.
- Cách ly khoang miệng: đánh giá tốt ở cả ba thời điểm, không rò rỉ miệng–cổ
- Thẩm mỹ (đánh giá biến dạng vùng hàm mặt theo Drisco): lành tốt; có co rút nhẹ thời gian đầu, còn sẹo mờ sau mổ 3 tháng



Hình 3. Vạt mào chậu tái tạo lưỡi sàn miệng và xương hàm dưới

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm ung thư khoang miệng trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu, vị trí u thường gặp nhất là lưỡi và sàn miệng (82/83). Phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn tiến triển (III–IV theo TNM), phản ánh thực trạng chẩn đoán muộn tại Việt Nam. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong khu vực, bệnh nhân thường chỉ đến khám khi khối u đã gây triệu chứng rõ rệt. Do đó, tỷ lệ chỉ định phẫu thuật kèm nạo hạch cổ cao.

Việc lựa chọn vật tái tạo tuân thủ nguyên tắc “bậc thang tái tạo” (reconstructive ladder), ưu tiên các phương pháp đơn giản (vật tại chỗ/vật vùng) trước khi áp dụng kỹ thuật cao hơn (vật tự do). Cách tiếp cận này hợp lý trong bối cảnh nguồn lực y tế giới hạn, đồng thời đảm bảo cân bằng giữa chức năng, thẩm mỹ và chi phí. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ sử dụng vật tại chỗ chiếm ưu thế (gần 87%), chủ yếu cho các khuyết hổng mềm tại sàn miệng và lưỡi di động..

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo khuyết hổng. Thời gian phẫu thuật và nằm viện phản ánh mức độ phức tạp của từng loại vạt. Trong nghiên cứu, vạt dưới cằm có thời gian phẫu thuật ngắn nhất và thời gian nằm viện trung bình thấp, phù hợp với y văn khi loại vạt này giúp giảm gánh nặng hậu phẫu [2]. Vạt tại chỗ có thời gian phẫu thuật và nằm viện trung bình, trong khi vạt tự do thường kéo dài đáng kể do yêu cầu vi phẫu nối mạch và theo dõi vi tuần hoàn vạt, thường dài gấp 2–3 lần so với vạt tại chỗ và nằm viện trung bình dài hơn 5–7 ngày [3,4].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 210 phút và thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Sun và cộng sự (2021) tại Trung Quốc, với thời gian nằm viện trung bình sau tái tạo khoang miệng dao động 8–12 ngày [5].

- Vạt tại chỗ (mũi–má; đảo niêm mạc má) là lựa chọn đầu cho khuyết hổng tại lưỡi/sàn miệng nhờ mô mỏng, dễ tạo hình, ít hoại tử vùng cho vạt. Thời gian mổ 180–240 phút, nằm viện 8–9 ngày phù hợp mục tiêu phục hồi sớm ở khuyết nhỏ–trung bình.

- Vạt dưới cằm đáp ứng khuyết hổng vừa với mô da mỏng, cuống dài, xoay thuận; thời gian mổ ngắn hơn (150–180 phút), nằm viện 8–10 ngày. Tuy nhiên, cần lưu ý hạch cổ có thể bám dọc theo cuống mạch.

- Vạt tự do được dùng chọn lọc: căng tay quay cho lót niêm mạc rộng; xương mác/mào chậu khi cần phục hồi xương hàm. Tuy thời gian mổ dài nhất (250–360 phút) và nằm viện 10–14 ngày, nhưng đổi lấy tính tái lập hình–chức năng cao ở các khuyết hổng rộng hoặc phức tạp.

Biến chứng theo loại vạt: Chúng tôi ghi nhận biến chứng chủ yếu nhẹ và hồi phục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn:

- Vạt đảo niêm mạc má có 7/38 biến chứng nhỏ (hoại tử đầu tận, bung chỉ, yếu nhánh bờ hàm dưới, bắt đầu hồi phục từ tháng thứ 3 và

cải thiện dần sau đó)

- Vạt mũi-má có liệt nhánh bờ hàm dưới 7/34 nhưng đa số hồi phục trong 6-8 tháng (đây là những ca chúng tôi ghi nhận đầu tiên, thời gian đánh giá lâu hơn).

- Nhóm vạt dưới cằm và vạt tự do chỉ gặp tụ dịch/nhiễm trùng nông (6/11 trường hợp).

Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu nước ngoài, với tỷ lệ thất bại vạt của vạt tự do thường < 5% và liệt nhánh bờ hàm dưới có thể hồi phục trong 6 – 12 tháng [8].

Việc mở khí quản được xem là cần thiết trong các trường hợp có nguy cơ cao bị tắc đường thở sau mổ: phẫu tích rộng, có phù nề nặng, khối u lớn hoặc vượt đường giữa, cắt bỏ hàm, tái tạo lớn, hoặc khi dự kiến khó khăn trong quản lý đặt nội khí quản. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 5 trường hợp mở khí quản, chủ yếu do u lớn, vượt đường giữa.

Ông nuôi ăn mũi – dạ dày được lưu trung bình khoảng 12 ngày (8-18 ngày) trong nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian này tương đối dài hơn so với xu hướng quốc tế đề xuất, đặc biệt với các chương trình “early oral feeding” sau tái tạo vạt tự do, như thử nghiệm lâm sàng tại Bắc Kinh: nhóm can thiệp có thể rút ống nuôi ăn sau khoảng 5 ngày mà không tăng biến chứng; nhóm truyền thống rút sau 7-8 ngày hoặc nhiều hơn [8]. Đối với bệnh nhân có mở khí quản, thời gian rút ống nuôi ăn thường kéo dài hơn so với nhóm không mở, do cần đảm bảo đường thở ổn định, giảm phù nề, khả năng ho khạc đàm tốt, cũng như đánh giá an toàn sau khi bỏ cannula khí quản. Trong nghiên cứu của Wu và cộng sự, bệnh nhân mở khí quản có thời gian đặt ống nuôi ăn lâu hơn so với không mở khí quản (khoảng $9,8 \pm 1,1$ với 5 – 7 ngày) [10].

Đánh giá về các chức năng và chất lượng cuộc sống: Các chức năng cải thiện rõ rệt theo thời gian: điểm phát âm (CS) tăng từ 2 lên 4; khả năng nhai-nuốt (FIGS) từ 4,4/5 lên 4,7/5. Khoang miệng được cách ly tốt, không ghi nhận rò miệng-cổ. Vùng cho vạt lành tốt, sẹo mờ sau 3 tháng.

Diễn tiến này phản ánh ưu thế của các vạt mỏng và linh hoạt như vạt đảo niêm mạc má, mũi-má hay cẳng tay quay trong tái tạo niêm mạc, đã được chứng minh giúp cải thiện chất lượng sống sau phẫu thuật ung thư khoang miệng [9]. Kết quả thẩm mỹ cũng tương đồng với báo cáo của Dean, cho thấy sẹo mờ và hạn chế co kéo ở giai đoạn sớm [8].

Không có tái phát tại chỗ trong giai đoạn sớm. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu dài hạn, tái phát có thể xuất hiện sau 12–24 tháng, đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển hoặc có di căn hạch cổ sâu [5]. Do đó, theo dõi lâu dài vẫn cần thiết để khẳng định giá trị của chiến lược tái tạo trong kiểm soát u và duy trì chức năng.

V. KẾT LUẬN

Việc tái tạo khuyết hổng khoang miệng bằng các loại vạt phù hợp mang lại kết quả khả quan, với tỷ lệ sống của vạt cao, biến chứng thấp, phục hồi chức năng và thẩm mỹ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates. *CA Cancer J Clin.* 2023. doi:10.3322/caac.21767.
2. **Zhuang C, Chen H, Chen Z, Xu L, Cao W, Wang Y, et al.** Submental flap versus radial forearm free flap for oral tongue reconstruction: functional outcomes. *J Laryngol Otol.* 2020;134(2): 120-6. doi:10.1017/S0022215119002484.
3. **Wei FC, Mardini S, Chen HC, Chen SH, Tsai YT, Lin CH.** Free flap survival in head and neck reconstruction: 95–98% success. *Plast Reconstr Surg.* 2017;140(5):843e-849e. doi:10.1097/PRS.0000000000003803.
4. **Fung K, Kim J, Arnaoutakis D, Richmon J, Gourin C.** Free flap outcomes in elderly head and neck cancer patients. *Head Neck.* 2019;41(1):132-8. doi:10.1002/hed.25477.
5. **Sun G, Lu M, Hu Q, Tang E.** Free flap reconstruction for oral cancer in China: a report of 1,580 cases. *Head Neck.* 2021;43(2):435-45. doi:10.1002/hed.26499.
6. **Drisco BP, Baker SR.** Reconstruction of nasal alar defects. *Arch Facial Plast Surg.* 2001;3(2):91-9. doi:10.1001/archfaci.3.2.91.
7. **Joshi P, Bavaskar M, Shetty R, Singh A, Nair S, Chaturvedi P.** Local flap reconstructions in oral cavity defects: An insight from 104 cases. *Rambam Maimonides Med J.* 2024;15(3):e0012. doi:10.5041/RMMJ.10526.
8. **Dean YE, Motawea KR, Bamousa BAA, Al-Qarni AA, El-Sharkawy SA, et al.** Early oral feeding and its impact on postoperative outcomes in head and neck cancer surgery: a meta-analysis. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2024;46:11. doi:10.1186/s40902-024-00421-0.
9. **Ranganath K, Jalisi SM, Naples JG, Gomez ED.** Comparing outcomes of radial forearm free flaps and anterolateral thigh free flaps in oral cavity reconstruction: a systematic review and meta-analysis. *Oral Oncol.* 2022;135:106214. doi:10.1016/j.oraloncology.2022.106214.
10. **Wu HY, Shan XF, Cai ZG, Zhang J, Li PJ, Zhang L, et al.** Timing of oral feeding in patients who have undergone free flap reconstruction for oral cancer. *Laryngoscope.* 2023;133(6):1382–1387. doi:10.1002/lary.30435.