

- cấp II, Học viện Quân y, Hà Nội.(2014)
3. **Ngẫu, N.V.** Nghiên cứu điều trị gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS.Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.(2017)
4. **Haentjens, P., & cộng sự.** Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Annals of internal medicine* 152, 380-390.(2010)
5. **Zeng, C., & cộng sự.** Treatment of trochanteric fractures with proximal femoral nail antirotation or dynamic hip screw systems: a meta-analysis. *Journal of International Medical Research* 40, 839-851.(2012)
6. **Thành, N.H.** Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.(2018)
7. **Toàn, T.Q.** Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương DHS tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y, Hà Nội.(2013)
8. **Kim, W.-Y., C.-H. Han, J.-I. Park, & J.-Y. Kim.** Failure of intertrochanteric fracture fixation with a dynamic hip screw in relation to pre-operative fracture stability and osteoporosis. *International orthopaedics* 25, 360-362.(2001)

KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT TỔ CHỨC VÙNG MŨI - MẮT SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY BẰNG VẬT TRÁN GIỮA

Nguyễn Đình Quân¹, Nguyễn Cảnh Tùng¹,
Vũ Nguyên Bình¹, Vũ Đình Tâm¹, Lê Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào đáy (UTBMTBĐ) là loại ung thư da thường gặp nhất với phân bố chủ yếu ở vùng mặt. Đặc biệt với các tổn thương UTBMTBĐ ở vùng mũi - mắt thường gây ra các tổn khuyết rộng và sâu sau phẫu thuật cắt bỏ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng và thẩm mỹ. Do đó, việc tạo hình lại ổ khuyết sau phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn và đòi hỏi sử dụng một hoặc kết hợp nhiều phương pháp tạo hình phức tạp. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng tổn khuyết vùng mũi - mắt sau phẫu thuật UTBMTBĐ và kết quả tạo hình bằng vật trán giữa tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 17 bệnh nhân từ tháng 1/2020 đến 10/2024. Kết quả cho thấy tổn thương phân bố chủ yếu ở cánh mũi (36,1%) và mí dưới (75%). Khối u được cắt bỏ chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật Mohs (chiếm 64,71%), tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước 4,0 [3,0 – 5,5] cm, trong đó 82,35% là khuyết toàn bộ chiều dày. Vật trán giữa đơn thuần được áp dụng trong 52,94% trường hợp. Tỷ lệ kết quả tốt sau phẫu thuật và sau 6 tháng đều đạt 76,5%. Biến chứng chủ yếu là vật không đều (quá dày hoặc mỏng) và sẹo xấu. Kết quả cho thấy vật trán giữa là phương pháp an toàn, hiệu quả trong tạo hình vùng mũi - mắt sau phẫu thuật ung thư tế bào đáy. Các yếu tố có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị bao gồm kích thước, hình thái và tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào đáy, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mắt, vật trán giữa.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Quân

Email: drdinhquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

SUMMARY

OUTCOMES OF NASAL-PERIORBITAL DEFECT RECONSTRUCTION USING MEDIAN FOREHEAD FLAP FOLLOWING BASAL CELL CARCINOMA EXCISION

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of skin cancer, predominantly affecting the facial area. Particularly, BCC lesions in the nasal-periorbital region often result in extensive and deep defects after surgical excision, significantly impairing both function and aesthetics. Therefore, reconstructing these postoperative defects presents substantial challenges and often requires the use of one or multiple complex reconstructive techniques. This study aimed to evaluate the characteristics of nasal-periorbital defects following BCC excision and the outcomes of median forehead flap reconstruction at the National Hospital of Dermatology and Venereology. A retrospective cross-sectional study was conducted on 17 patients from January 2020 to October 2024. The lesions were primarily located on the nasal ala (36.1%) and lower eyelid (75%). Most tumors were excised using Mohs micrographic surgery (64.71%). The resulting defects had a median size of 4.0 [3.0 – 5.5] cm, with 82.35% involving full-thickness tissue loss. The median forehead flap alone was used in 52.94% of cases. The proportion of good outcomes at both immediate postoperative and 6-month follow-up was 76.5%. The main complications were uneven flap thickness (too thick or too thin) and unsatisfactory scarring. The results indicate that the median forehead flap is a safe and effective method for reconstructing nasal-periorbital defects following BCC excision. Factors that may influence the treatment outcome include the size, morphology, and location of the defect following tumor excision. **Keywords:** basal cell carcinoma, median forehead flap, nasal basal cell carcinoma, periorbital basal cell carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTBMTBD là loại ung thư da thường gặp nhất với đặc trưng là tiến triển chậm, hiếm khi di căn và gây tử vong nhưng có thể xâm lấn tổ chức xung quanh ảnh hưởng lớn tới thẩm mỹ và chức năng. UTBMTBD phân bố chủ yếu ở vùng đầu mặt (chiếm tới 70% – 80%)¹. Trong đó, vùng mũi hay gặp nhất chiếm từ 25% đến 30%, đặc biệt vùng cánh mũi và đầu mũi^{2,3}; tiếp đến là vùng mí mắt. Mặc dù, tổn thương UTBMTBD vùng mũi – mắt được loại bỏ chủ yếu bằng phẫu thuật Mohs – phương pháp giúp tiết kiệm da lành nhưng vẫn để che phủ ổ khuyết sau phẫu thuật cắt u vẫn còn rất khó khăn. Mặc dù có nhiều phương pháp tạo hình có thể được áp dụng nhưng đối với các khuyết tổ chức lớn vùng mí mắt như mất toàn bộ cấu trúc giải phẫu (da, cơ, sụn, kết mạc), hay các khuyết tổ chức lớn hơn 1,5 cm đường kính vùng mũi thì vật trán giữa có ưu điểm hơn cả vì nó đáp ứng được đầy đủ các yêu cầu về tạo hình như màu sắc, độ dày chất liệu và đặc biệt là sức sống của vật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của vật trán giữa trong tạo hình các tổn khuyết vùng mũi và mắt sau phẫu thuật cắt bỏ UTBMTBD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của 17 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy của da vùng mũi – mắt bằng mô bệnh học tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng – Bệnh viện Da liễu Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 tới tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi – mắt bằng mô bệnh học

- Được tạo hình lại ổ khuyết sau khi loại bỏ khối u bằng vật trán giữa hoặc vật trán giữa kết hợp với phương pháp tạo hình khác.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về bệnh sử, tiền sử, các xét nghiệm giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định, quy trình phẫu thuật và diễn biến quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin về bệnh sử, tiền sử, các xét nghiệm giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định, quy trình phẫu thuật hoặc diễn biến quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: tháng 05/2024 đến tháng 05/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Vật liệu nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu phục vụ cho nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Dựa trên các hồ sơ bệnh án này chúng tôi thực hiện thu thập các thông tin về tuổi, giới của bệnh nhân; thời gian bệnh tiến triển; kích thước tổn thương trước phẫu thuật và kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật; phân bố của tổn thương trước phẫu thuật và phân bố của tổn khuyết sau phẫu thuật theo các tiểu đơn vị giải phẫu; mức độ xâm lấn các lớp (da, mỡ dưới da, cơ, xương/sụn, niêm mạc); phương pháp cắt bỏ khối u và phương pháp tạo hình ổ khuyết. Đồng thời, dựa vào hồ sơ bệnh án, chúng tôi đánh giá kết quả tạo hình ổ khuyết tại 2 thời điểm ngay sau cắt chỉ (kết quả gần) và tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật (kết quả xa) theo thang điểm tương ứng tại Bảng 1 và Bảng 2. Bên cạnh đó, các biến chứng được ghi nhận trong bệnh án cũng được thu thập để phân tích, đánh giá kết quả điều trị.

Bảng 1. Thang điểm đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật tạo hình tổn khuyết

STT	Tiêu chí	3 điểm	2 điểm	1 điểm
1	Mức độ sống của vật/ghép	Vật/mảnh ghép sống hoàn toàn	Hoại tử <1/3	Hoại tử >1/3
2	Mức độ che phủ	Che phủ đủ và theo tiểu đơn vị	Che phủ đủ nhưng không theo tiểu đơn vị	Che phủ thiếu
3	Biến chứng	Không biến chứng	Biến chứng không ảnh hưởng đến kết quả	Biến chứng ảnh hưởng kết quả
4	Liên vết mổ	Liên kỳ đầu	Liên chậm không ảnh hưởng đến kết quả	Liên chậm ảnh hưởng đến kết quả
5	Biến dạng thứ phát	Không gây biến dạng thứ phát	Biến dạng nhưng chấp nhận được	Biến dạng nhiều
Kết quả: Tốt (13-15 điểm); Khá (10-12 điểm); Trung bình (7-9 điểm); Kém (5-6 điểm)				

Bảng 2. Thang điểm đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật tạo hình tổn khuyết

STT	Tiêu chí	3 điểm	2 điểm	1 điểm
1	Hình thể mũi – mắt	Không biến dạng	Biến dạng nhẹ, chấp nhận được	Biến dạng nhiều ảnh hưởng chức năng
2	Chức năng mũi – mắt	Thở/nhìn bình thường	Ngạt nhẹ, chấp nhận được	Ngạt nặng, hạn chế nhiều
3	Màu sắc vạt/ghép	Đồng màu	Không đồng nhất nhưng chấp nhận được	Thay đổi sắc tố rõ
4	Độ dày vạt/ghép	Đủ dày	Dày/mỏng nhưng chấp nhận được	Quá dày hoặc quá mỏng
5	Tính chất sẹo	Sẹo đẹp	Sẹo không đẹp nhưng chấp nhận	Sẹo xấu, tăng/giảm sắc tố nhiều
Kết quả: Tốt (13-15 điểm); Khá (10-12 điểm); Trung bình (7-9 điểm); Kém (5-6 điểm)				

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập liệu trên Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân bố chuẩn) hoặc trung vị (phân bố không chuẩn). Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số (tỉ lệ phần trăm).

Khác biệt trong so sánh biến định lượng trong cùng 1 nhóm (trước-sau) phân bố không chuẩn bằng Wilcoxon signed – rank test. Khác biệt trong so sánh biến định tính sẽ được kiểm định bằng Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Việc khai thác hồ sơ bệnh án đảm bảo các

thông tin cá nhân liên quan tới bệnh nhân và quá trình điều trị được mã hoá khi nhập liệu và được giữ bí mật. Các thông tin và hình ảnh của bệnh nhân chỉ được sử dụng vì mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm về khối u trước phẫu thuật và tổn khuyết sau khi cắt bỏ tổn thương. Có 17 hồ sơ bệnh án thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu với một số đặc điểm được ghi nhận chi tiết ở bảng 3. Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $66,89 \pm 13,22$ tuổi (48 - 84 tuổi). Tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu tương đương nhau với tỉ lệ lần lượt là 41,18% và 58,82%.

Bảng 3. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

		Số lượng (%)		p – value
Cách thức cắt u (n=17)	Mohs	11 (64,71)		0,057*
	Cắt rộng	3 (17,65)		
	Phối hợp	3 (17,65)		
Cách thức che phủ ổ khuyết (n=17)	Vạt trán giữa đơn thuần	9 (52,94)		1,00*
	Vạt trán giữa kết hợp vạt khác	8 (47,06)		
	Trung vị [khoảng tứ phân vị]	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	
Thời gian tiến triển bệnh (năm) (n=17)	3 [1 – 5]	1	10	Không áp dụng
Kích thước tổn thương trước phẫu thuật (cm) (n=17)	2,5 [2,0 – 4,0]	1,0	6,0	<0,001**
Kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật (cm) (n=17)	4,0 [3,0 – 5,5]	2,0	8,0	

*Fisher's exact test; **Wilcoxin signed-rank test

Về mức độ xâm lấn các lớp giải phẫu của tổn khuyết sau phẫu thuật cắt bỏ u được mô tả theo biểu đồ 1. Trong đó, đa số các tổn khuyết gây mất toàn bộ chiều dày (toàn bộ lớp da, mỡ dưới da, cơ, sụn/xương và niêm mạc) với tỉ lệ 82,35% (14/17 bệnh nhân).

Biểu đồ 1. Đặc điểm xâm lấn các lớp giải phẫu của tổn khuyết sau cắt bỏ khối u

Trong số 17 bệnh nhân hồi cứu hồ sơ bệnh án, có 11/17 bệnh nhân (chiếm 64,71%) có tổn

khuyết sau cắt bỏ u phân bố ở 3 tiểu đơn vị thẩm mỹ trở lên, 5/17 bệnh nhân (chiếm 29,41%) có tổn khuyết phân bố ở 2 tiểu đơn vị thẩm mỹ và chỉ có 1 trường hợp phân bố trên 1 tiểu đơn vị thẩm mỹ (chiếm 5,88%). Về phân bố theo tiểu đơn vị thẩm mỹ vùng mũi – mắt của tổn thương u và tổn khuyết sau phẫu thuật, cánh mũi là vị trí phân bố thường gặp nhất của tổn khuyết ở vùng mũi (chiếm 36,11% và 26,92%) và mi dưới là vị trí phân bố thường gặp nhất của tổn khuyết ở vùng mắt (chiếm 75,0% và 50,0%) (Bảng 4).

Bảng 4. Phân bố tổn thương và tổn khuyết sau cắt u theo tiểu đơn vị giải phẫu mũi – mắt

Tiểu đơn vị	Tổn thương trước phẫu thuật		Tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Vùng mũi (n=36/52)				
Gốc mũi	0	0,0	1	1,92
Sống mũi	5	13,90	7	13,46
Sườn mũi	7	19,44	10	19,23
Đầu mũi	7	19,44	9	17,31
Cánh mũi	13	36,11	14	26,92
Trụ mũi	0	0,0	2	3,85
Tam giác mềm	4	11,11	9	17,31
Vùng mắt (n=4/6)				
Mi trên	0	0,0	0	0
Mi dưới	3	75,0	3	50
Góc mắt trong	0	0,0	1	16,67
Góc mắt ngoài	1	25,0	2	33,33
Vùng khác				
Vùng khác	7	Không áp dụng	9	Không áp dụng

Kết quả tạo hình tổn khuyết sau phẫu thuật. Kết quả của tạo hình tổn khuyết sau phẫu thuật được đánh giá tại hai thời điểm là ngay sau khi cắt chỉ (kết quả gần) và tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật (kết quả xa). Kết quả gần và xa sau phẫu thuật khá tương đồng với 76,5% (14/17 BN) các trường hợp cho kết quả tốt sau phẫu thuật, 17,6% (2/17 BN) cho kết quả khá, 5,9% cho kết quả trung bình (1/17 BN) và không có trường hợp nào cho kết quả kém.



Hình 1. Bệnh nhân nam 65 tuổi với tổn

thương ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi má trái trước phẫu thuật, sau phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật trăn giữa kết hợp với vật đẩy cho kết quả tốt



Hình 2. Bệnh nhân nữ 55 tuổi với tổn thương ung thư biểu mô tế bào đáy vùng cánh mũi trái trước phẫu thuật, sau phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật trăn giữa kết hợp với ghép titanium dựng khung cho kết quả tốt

Biến chứng sau phẫu thuật. Trong số 17 BN được phẫu thuật, có 52,94% các trường hợp có ghi nhận một hay nhiều biến chứng khác nhau sau phẫu thuật. Trong đó, biến chứng vật dày/mỏng quá là thường gặp nhất (41,18%); tiếp đến là các biến chứng sẹo xấu (29,41%), chậm liền và biến dạng mũi – mắt (23,53%); các biến chứng không đồng màu da, hoại tử vật hoặc hạn chế thở/nhìn (17,65%); các biến chứng tụ máu và che phủ thiếu tổn khuyết ít gặp hơn với 5,88% và không gặp trường hợp nào xuất hiện biến chứng nhiễm khuẩn.

Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Theo biểu đồ 2, các yếu tố có xu hướng ảnh hưởng kém tới kết quả điều trị là kích thước tổn khuyết lớn, thời gian bị bệnh lâu và các tổn khuyết ở sống mũi (với OR có giá trị dương). Trong khi đó các yếu tố như tổn khuyết ở mi dưới, tuổi và hình thái tổn khuyết ở các lớp nông (khuyết tới lớp cơ hoặc lớp xương/sụn) có xu hướng ảnh hưởng tốt hơn tới kết quả (với OR có giá trị âm).



Biểu đồ 2. Chiều hướng ảnh hưởng tới kết quả điều trị (hệ số hồi quy) của một số yếu tố liên quan

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân mắc ung thư tế bào đáy vùng mũi – mắt là $66,89 \pm 13,22$ tuổi, tương tự với các nghiên cứu trước đó như của Phương

Quỳnh Hoa⁴ hay M.G. Moore⁵. Tỷ lệ nam : nữ trong nghiên cứu là 1 : 1,43, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian tiến triển bệnh trung vị là 3[1 – 5] năm, phần lớn bệnh nhân đến khám muộn sau khi tổn thương đã tiến triển. Phần lớn các tổn khuyết sau phẫu thuật nằm ở tiểu đơn vị thẩm mỹ như cánh mũi (26,92%), đầu mũi, sườn mũi và mí dưới. Những vị trí này có đặc điểm giải phẫu phức tạp, độ đàn hồi mô thấp, gần cấu trúc sụn/xương và cần khối mô thay thế lớn – điều này giải thích vì sao vật trán giữa được lựa chọn chủ yếu. Kích thước tổn khuyết trung vị là 4,0 [3,0 – 5,5] cm, lớn hơn kích thước tổn thương trước phẫu thuật trung vị 2,5 [2,0 – 4,0] cm ($p < 0,001$) mặc dù đã áp dụng phương pháp Mohs để loại bỏ khối u trong 64,71% trường hợp. Đa số tổn khuyết là mất toàn bộ chiều dày tổ chức (82,35%) – loại khuyết phức tạp cần tái tạo cả khung, niêm mạc và lớp da che phủ. Trong nghiên cứu của tác giả Dương Mạnh Chiến năm 2023 cũng cho thấy các tổn khuyết cần phải sử dụng vật trán để tạo hình với khuyết vùng cánh mũi có diện tích tổn khuyết trung bình là 38cm², đặc biệt là các tổn khuyết xuyên tổ chức (khuyết toàn bộ chiều dày)⁶.

Tỷ lệ kết quả tốt sau cắt chỉ và sau 6 tháng đều đạt 76,5%, không có trường hợp nào cho kết quả kém. Kết quả này cho thấy hiệu quả ổn định và lâu dài của phương pháp tạo hình bằng vật trán giữa trong nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng ghi nhận 31 biến chứng, trong đó thường gặp nhất là vật dày hoặc mỏng quá (41,18%), sẹo xấu (29,41%) và biến dạng mũi – mắt (23,53%). Những biến chứng này tập trung ở nhóm bệnh nhân có tổn khuyết lớn ($> 3,5$ cm) và cần kết hợp nhiều vật. Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng và cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2015)⁷, Bạch Minh Tiến (2002)⁸ và các tác giả quốc tế như Park và cs⁹.

Về các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả tạo hình sau phẫu thuật, kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả tạo hình. Trong số các bệnh nhân có kết quả gần và xa không tốt (khá hoặc trung bình), phần lớn đều có tổn khuyết kích thước lớn (thường $> 3,5$ cm). Hình thái tổn khuyết (mức độ xâm lấn hoặc mức độ mất tổ chức) cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Những trường hợp tổn khuyết mất toàn bộ chiều dày tổ chức thường phải sử dụng phối hợp nhiều vật, kỹ thuật phức tạp hơn, và có nguy cơ kết

quả thấp hơn so với tổn khuyết nông. Kích thước tổn thương trước phẫu thuật và thời gian bị bệnh ảnh hưởng không rõ rệt tới kết quả điều trị theo kết quả nghiên cứu. Bên cạnh đó, tất cả các bệnh nhân có kết quả trung bình đều có biến chứng như hoại tử vật, chậm liền hoặc biến dạng vùng mũi – mắt. Như vậy, kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u, mức độ xâm lấn hoặc mất tổ chức sau cắt u, vị trí của tổn khuyết và biến chứng có thể là những yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị là nhưng chưa đủ để kết luận do cỡ mẫu nhỏ, số lượng bệnh nhân ở mỗi nhóm hình thái tổn khuyết khác nhau không tương đương nên không thể so sánh được.

V. KẾT LUẬN

Vật trán giữa là phương pháp tạo hình hiệu quả, an toàn trong phục hồi khuyết hồng vùng mũi – mắt sau cắt bỏ ung thư tế bào đáy. Kỹ thuật này giúp đạt tỷ lệ kết quả tốt cao (76,5%) cả kết quả gần và xa, đặc biệt phù hợp với tổn khuyết sâu, phức tạp. Kích thước, hình thái tổn khuyết và vị trí tổn khuyết có xu hướng ảnh hưởng tới kết quả tạo hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Skellton LA.** The effective treatment of basal cell carcinoma. Br J Nurs Mark Allen Publ. 2009;18(6): 346,348-350.doi:10.12968/bjon.2009.18.6.40766
2. **Surgical Treatment of Basal Cell Carcinoma: Goals and Options, Electrodesiccation and Curettage, Curettage Without Desiccation.** Accessed July 7, 2025. <https://emedicine.medscape.com/article/277783-overview#a1>
3. **Wollina U, Bennewitz A, Langner D.** Basal cell carcinoma of the outer nose: overview on surgical techniques and analysis of 312 patients. J Cutan Aesthetic Surg. 2014;7(3): 143-150. doi:10.4103/0974-2077.146660
4. **Phương Quỳnh H.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Điều Trị Ung Thư Tế Bào Đáy Bằng Phẫu Thuật Mohs. Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Basal cell carcinoma in asians: a retrospective analysis of ten patients - PubMed.** Accessed July 7, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22830031/>
6. **Dương MC, Lưu VQ.** Kết quả tạo hình tổn khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy. Tạp chí Nghiên cứu Y học. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v168i7.1766>. 2023.
7. **Bùi Văn C.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Tạo Hình Tổn Thương Khuyết Đầu Mũi, Cánh Mũi. Đại học Y Hà Nội; 2014.
8. **Bạch Minh T.** Đánh Giá Kết Quả Sử Dụng Vật Trán và Vật Rãnh Mũi Má Trong Điều Trị Tổn Khuyết Phần Mềm Vùng Mũi. Đại học Y Hà Nội; 2002.
9. **Park SS.** Reconstruction of nasal defects larger than 1.5 centimeters in diameter. The Laryngoscope. 2000;110(8): 1241-1250. doi:10.1097/00005537-200008000-00001

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRI ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 GIỮA – DƯỚI BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Thị Hồng Vân, Vũ Hồng Thăng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới được hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K giai đoạn 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 52 ca bệnh ung thư thực quản giai đoạn Ib-III được điều trị hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX từ 2022-2024, được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và liên quan đáp ứng bệnh với một số yếu tố. **Kết quả:** Tuổi trung bình $65,6 \pm 6,7$ gặp phần lớn ở nam giới 51/52 bệnh nhân (98,1%). Tỷ lệ u gặp nhiều hơn ở 1/3 giữa thực quản (67,3%), hình thái đại thể hay gặp là thể sùi (53,8%) và mô bệnh học 51/52 (98,1%) bệnh nhân SCC, u T3 chiếm 67,3%, 71,2% đã di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán. Có 94,3% bệnh nhân hoàn thành đủ phác đồ điều trị, có 2 bệnh nhân dừng lại do độc tính và 1 bệnh nhân do tiến triển. Đáp ứng điều trị: 28,8% đáp ứng hoàn toàn, 50% đáp ứng một phần. Thời gian theo dõi trung bình 22,7 tháng, OS 12 tháng đạt 61,5%, PFS $19,6 \pm 1,64$ (CI 95% 16,4 -22,8). Độc tính hay gặp do xạ hoặc hoá chất chủ yếu độ 1, 2; chỉ có 1 trường hợp thiếu máu độ 3, 1 trường hợp hạ tiểu cầu độ 3 và 1 bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính độ 4. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng khả quan tổng trên 70%, có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn hay không hoàn toàn liên quan đến giai đoạn bệnh.

Từ khóa: ung thư thực quản, hoá xạ trị triệt căn, XELOX.

SUMMARY

OUTCOMES OF DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH XELOX REGIMEN IN MIDDLE - LOWER ESOPHAGEAL CANCER: CLINICAL OUTCOME FROM K HOSPITAL

Objective: The aims of our study were to investigate response rate and related factors of definitive concurrent chemoradiotherapy treatment with XELOX regimen. **Patients and Methods:** A retrospective analysis was conducted on 52 patients with stage Ib–III esophageal cancer treated with XELOX-based concurrent chemoradiotherapy between 2022 and 2024. Treatment response was assessed according to RECIST version 1.1. Tumor response rate, other related factors were determined. **Results:** Mean age $65,6 \pm 6,9$; common in male (98.1%). Tumors in the middle third of the esophagus (67.3%),

with exophytic morphology 53.8%. Squamous cell carcinoma 98.1% cases. T3 stage 67.3%, and lymph node metastases 71.2% at diagnosis. Schedule completed rate was 94.3%. Treatment was discontinued in two patients due to toxicity and in one due to disease progression. The complete response rate 28.8%, and partial response rate 50%. The median follow-up duration was 22.7 months. The 12-month overall survival rate was 61.5%. Median progression-free survival was $19,6 \pm 1.64$ months (95% CI: 16,4–22,8). Adverse events were primarily grade 1–2. One case of grade 3 anemia, one case of grade 3 thrombocytopenia, and one case of grade 4 neutropenia were observed. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy with XELOX regimen demonstrated a high overall response rate exceeding 70%, with treatment response significantly associated with disease stage. **Keywords:** Esophageal cancer, definitive chemoradiotherapy, XELOX.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị UTTQ là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa chất và xạ trị. Lựa chọn phương thức điều trị phù hợp phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh, vị trí u và thể trạng của người bệnh. Trong quá trình đến khám và điều trị, có những bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn có khả năng điều trị triệt căn và cho tiên lượng sống thêm rất khả quan. Phẫu thuật hiện nay vẫn được xem như là lựa chọn hàng đầu trên những bệnh nhân phù hợp. Tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng đủ điều kiện cho một cuộc phẫu thuật lớn như phẫu thuật ung thư thực quản, như toàn trạng kém, dự trữ phổi kém, xơ gan hay mắc các bệnh lý tim mạch nặng nề đi kèm. Hơn nữa những lo lắng về biến chứng chu phẫu là rất đáng kể, như rò rỉ miệng nối, chấn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, viêm phổi, thậm chí nhồi máu cơ tim (1). Sau phẫu thuật một số bệnh nhân tiếp tục rối loạn chức năng tiêu hóa bao gồm khó nuốt do hẹp, chậm làm rỗng dạ dày, trào ngược hay hội chứng Dumping sau cắt dạ dày (2). Điều trị hóa xạ trị triệt căn được xem như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong những trường hợp này và lợi ích cũng đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, đặc biệt đối với các ung thư thực quản có mô bệnh học là SCC. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng dCRT cho kết quả đáp ứng bệnh học hoàn toàn ở 20-25% bệnh nhân hoặc cho thời gian sống thêm dài hạn so sánh được với điều trị phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo (3). Với ung thư thực quản cổ hóa xạ trị triệt căn là phương pháp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Vân

Email: vandotroi@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025