

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁI TẠO KHUYẾT HỒNG TOÀN BỘ LƯỠI BẰNG VẬT DA CƠ THẰNG BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI, SÀN MIỆNG

**Lê Hùng Khương*, Nguyễn Anh Khôi, Ngô Thị Xuân Thắm, Nguyễn Anh Tuấn,
Nguyễn Quốc Cần, Phạm Phương Bảo, Trần Chính Tâm, Giang Trí Cường,
Lê Quốc Khánh, Trần Hoàn, Lê Thanh Tuấn, Nguyễn Lê Đoàn**

TÓM TẮT

Điều trị bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn trễ với cắt toàn bộ lưỡi tạo ra thách thức cho phẫu thuật tái tạo. Vật da cơ thẳng bụng là một trong những lựa chọn được ưa thích hiện nay đặc biệt đối với bệnh nhân có thể trạng gầy. Có 30 bệnh nhân chẩn đoán ung thư lưỡi tiến xa được cắt toàn bộ lưỡi và tái tạo bằng vật da cơ thẳng bụng. Có 1 trường hợp hoại tử một phần vật với tỷ lệ chuyển vật thành công là 100%. Tỷ lệ sống còn không bệnh sau 2 năm là 60%. Sự phục hồi chức năng nói và nuốt là chấp nhận được. Kết quả cho thấy vật da cơ thẳng bụng là lựa chọn tốt cho tạo hình cắt toàn bộ lưỡi đặc biệt là những bệnh nhân có thể trạng gầy.

Từ khóa: tongue cancer; rectus abdominis flap; tongue reconstruction; speech function; swallowing function.

EVALUATION OF RECONSTRUCTION RESULTS FOR TOTAL GLOSSECTOMY DEFECTS USING RECTUS ABDOMINIS FREE FLAP IN THE TREATMENT OF TONGUE AND FLOOR OF MOUTH CANCER

ABSTRACT

Treating advanced-stage tongue cancer patients with total glossectomy presents significant challenges for reconstructive surgery. The rectus abdominis free flap is currently one of the preferred options, especially for patients with a thin body build. 30 patients diagnosed with advanced tongue

Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Lê Hùng Khương

Email: drhungkhuongle@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

cancer underwent total tongue resection and reconstruction using this flap. There was one case of partial flap necrosis, with a 100% flap transfer success rate. The two-year disease-free survival rate was 60%. Functional recovery of speech and swallowing was acceptable. We believe that the rectus abdominis free flap is a good option for total tongue reconstruction, particularly in patients with a slim physique.

Keywords: ung thư lưỡi; vạt da cơ thẳng bụng; tái tạo lưỡi; chức năng nói; chức năng nuốt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt toàn bộ lưỡi là chỉ định cho những trường hợp ung thư lan rộng ở vị trí sàn miệng, lưỡi di động hoặc đáy lưỡi. Trước khi có những tiến bộ của kỹ thuật tạo hình, cắt toàn bộ lưỡi tàn phá nặng nề đến chức năng nói và nuốt của bệnh nhân; thậm chí phải phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần kèm theo mặc dù ung thư không lan đến cơ quan này để tránh nguy cơ hít sặc vào đường thở. Với sự ra đời của vạt có cuống và vạt tự do, tạo hình lưỡi sau cắt toàn bộ lưỡi giúp phục hồi chức năng nói và nuốt của bệnh nhân; đồng thời bảo tồn thanh quản [1, 2].

Có rất nhiều vạt tạo hình được lựa chọn trong đó có vạt có cuống như vạt cơ ngực lớn, vạt trên đòn; cũng như vạt tự do như vạt da cơ thẳng bụng và vạt đùi trước ngoài. Mục tiêu của tạo hình trong cắt toàn bộ lưỡi là tái lập lại thể tích lưỡi tạo hình đủ lớn; giúp dễ dàng đẩy thức ăn khi nuốt và đồng thời bảo vệ đường thở, phục hồi chức năng nói. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân thể trạng gầy, suy dinh dưỡng, vạt tạo hình lưỡi không đủ thể tích gây ảnh hưởng đến phục hồi chức năng lưỡi [3, 4].

Từ khi được giới thiệu bởi Taylor và các cộng sự 1973, vạt da cơ thẳng bụng ngày càng trở nên phổ biến và được ứng dụng cho tái tạo nhiều vị trí như: Vú, đầu cổ, khuyết hồng phần mềm chi... Ưu điểm của vạt là thiết kế tùy biến về thành phần và thể tích lớn tùy theo khuyết hồng, cuống mạch máu dài, đường kính mạch máu lớn và di chứng để lại nơi cho vạt thấp [5].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại 6 Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh. Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi lan rộng, đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh như KPS 80-100, được cắt toàn bộ lưỡi và tạo hình bằng vạt da cơ thẳng bụng từ 4/2021 đến 12/2024. Những đặc điểm của bệnh nhân và kết quả lâm sàng được ghi nhận bao gồm: Tuổi, giới, vị trí bướu, giai đoạn T, tình trạng di căn hạch, giải phẫu bệnh của bướu; cũng như những thông tin ghi nhận về kỹ thuật tạo hình (thời gian lấy vạt, số lượng đảo da...), điều trị bổ túc sau mổ.

Những dữ liệu sau mổ và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được thu thập và đánh giá như: tỷ lệ sống còn vạt, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, tỷ lệ tái phát, phục hồi chức năng nói và nuốt.

Phương pháp nghiên cứu là mô tả. Chức năng nói và nuốt được đánh giá theo bảng bên dưới bởi ít nhất 3 bác sĩ.

Bảng 1. Đánh giá chức năng nói [6]

0	Không bao giờ hiểu, phải giao tiếp bằng chữ viết
1	Khó để hiểu
2	Thường là hiểu, phải giao tiếp trực tiếp
3	Hầu hết là hiểu, đôi khi phải nói lại
4	Luôn luôn hiểu

Bảng 2. Đánh giá chức năng nuốt của hốc miệng [7]

Mức độ	Mô tả
1	Miệng không nuốt được gì.
2	Phụ thuộc vào ống nuôi ăn, nuốt được thức ăn và nước tối thiểu.
3	Phụ thuộc vào ống nuôi ăn, thường xuyên nuốt được thức ăn và nước.
4	Nuốt thức ăn với một độ đặc nhất định bằng miệng hoàn toàn.
5	Nuốt thức ăn với nhiều độ đặc bằng miệng hoàn toàn, thức ăn được lựa chọn hoặc chuẩn bị đặc biệt.
6	Nuốt thức ăn với nhiều độ đặc bằng miệng hoàn toàn, thức ăn không cần chuẩn bị đặc biệt nhưng chỉ với một số nhóm thức ăn giới hạn.
7	Nuốt thức ăn bằng miệng hoàn toàn, không có bất kỳ trở ngại nào.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 30 bệnh nhân ung thư lưỡi lan rộng được cắt toàn bộ lưỡi và tạo hình bằng vạt da cơ thẳng bụng. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,9 (khoảng tuổi 22÷72), 30 trường hợp đều là nam. Chúng tôi có 2 trường hợp ung thư đáy lưỡi, 5 trường hợp ung thư sàn miệng và 23 trường hợp còn lại là ung thư xuất phát từ phần lưỡi di động. Giai đoạn bệnh của tất cả bệnh nhân là T4 với giải phẫu bệnh hầu hết là carcinom tế bào gai; có 21 trường hợp có di căn hạch(N1: 8,N2:3,N3:10). Tất cả bệnh nhân được xạ trị bổ túc sau mổ.



Hình 1. Hình ảnh bệnh nhân cắt toàn bộ lưỡi hậu phẫu 1 tháng



Hình 2. Khuyết hồng lưỡi và thành bên hầu tạo hình sau 6 tháng

Thời gian lấy vạt trung bình là 55 phút, kích thước vạt trung bình là 7×13 cm với độ dày vạt trung bình từ 2,5÷4 cm. Trong đó, có 2 trường hợp chúng tôi lấy 2 đảo da để tạo hình khuyết hồng ở 2 bình diện khác nhau lưỡi-thành bên hầu.

Chúng tôi chuyển vạt thành công 30 trường hợp đạt tỷ lệ 100%. Có 2 trường hợp tắc mạch; một trường hợp tắc tĩnh mạch chúng tôi tái thông được mạch nhưng sau đó bị nhiễm trùng và hoại tử vạt 1 phần; và 1 trường hợp tắc động mạch phát hiện sớm nên cứu được vạt. Chảy máu sau mổ có 2 trường hợp. Dò nước bọt xuống cổ có 2

trường hợp. Chúng tôi tiến hành may lỗ dò và sau đó vết mổ lành tốt. Thời gian nằm viện trung bình là 12 ngày. Tất cả các trường hợp đều được khai khí đạo dự phòng sau mổ và rút ống khai khí đạo trung bình 8 ngày sau. Chức năng nói và nuốt phục hồi khá tốt (theo bảng tóm tắt). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10/30 trường hợp được đánh giá đạt điểm 1-3, tức là bệnh nhân vẫn còn phụ thuộc vào ống nuôi ăn. Trong nghiên cứu có 9 trường hợp tái phát (tại chỗ: 6, di căn xa: 3), 7/9 trường hợp tử vong và 1 trường hợp tử vong do đột quỵ, 1 trường hợp tử vong do bỏ xạ trị sau đó di căn xa và 1 trường hợp tử vong do suy kiệt sau hóa xạ đồng thời.

Bảng kết quả	
Giới	
Nam	30 (100%)
Vị trí bướu	
Lưỡi di động	23 (76,7%)
Đáy lưỡi	2 (6,7%)
Sàn miệng	5 (16,6%)
Giai đoạn T	
T4	30 (100%)
Hạch di căn	
N0	9 (30%)
N1	8 (26,7%)
N2	3 (10%)
N3	10 (33,3%)
Giải phẫu bệnh	
Carcinom tế bào gai	30 (100%)
Thời gian lấy vạt trung bình	55 phút
Kích thước vạt trung bình số lượng vạt	7×13 cm
1 đảo da	28 (93,3%)
2 đảo da	2 (6,7%)

Bảng kết quả	
Chuyển vạt thành công	30 (100%)
Biến chứng	
Hoại tử một phần vạt	1
Tắc mạch	2
Chảy máu	2
Dò hốc miệng - cổ	2
Thời gian nằm viện trung bình	12 ngày
Theo dõi sau mổ	
Sống	20 (66,7%)
Chết	10 (33,3%)
Tái phát	9
<i>Tại chỗ</i>	6
<i>Di căn xa</i>	3

Bảng chức năng nói và nuốt sau mổ 6 tháng	
Chức năng nuốt	
4 điểm	20 (67%)
<3 điểm	10 (33%)
Chức năng nói	
≥2 điểm	30 (100%)

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt ung thư lưỡi lan rộng tạo ra khuyết hổng rất lớn trong hốc miệng đòi hỏi phải tạo hình bằng vạt có kích thước lớn tương ứng. Do nguy cơ hít sặc sau mổ nên trước kia những trường hợp cắt toàn bộ lưỡi phải kèm theo cắt thanh quản toàn phần. Chiến lược điều trị để làm giảm nguy cơ hít sặc này là phải tạo hình với vạt có kích thước đủ lớn và tạo độ lõm của vạt sao cho vạt có thể tiếp xúc với vòm khẩu cái cứng. Để đạt được điều này theo Kimata vạt tạo hình phải có bề dày ít nhất là 1,5 cm³. Hiện nay, chỉ có một số vạt đáp ứng theo yêu cầu này, như vạt cơ ngực lớn, vạt da cơ thẳng bụng, vạt đùi trước ngoài. Với vạt

cơ ngực lớn có thể cung cấp thể tích đủ lớn tuy nhiên vật có nhiều khuyết điểm như ảnh hưởng đến chức năng vận động khớp của cánh tay, và đặc biệt vật có xu hướng co rút theo thời gian do trọng lực và sự teo cơ, ảnh hưởng đến chức năng lưỡi tạo hình về sau. Lựa chọn khác hiện nay là vật dài trước ngoài, vật có ưu điểm thể tích lớn ở người thể trạng tốt, cuống mạch to, dài, dư chứng lấy vật không đáng kể và có thể tiến hành đồng thời hai kỹ phẫu thuật. Tuy nhiên, bệnh nhân bị ung thư lưỡi giai đoạn này ở nam thường có thể trạng gầy, suy kiệt, độ dày vật ở những bệnh nhân này mỏng, chưa tới 1 cm với độ dày vật được tính từ mép da đến vị trí cao nhất và dày nhất. Chức năng nói và nuốt cũng liên quan mật thiết với những đặc điểm này của vật tạo hình [8-10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các trường hợp bệnh nhân đều ăn qua đường miệng sau trung bình khoảng 12 ngày và thường là thức ăn bán lỏng như cháo và chức năng nói có thể hiểu được khi giao tiếp. Có 10 bệnh nhân phải phụ thuộc vào ống nuôi ăn sau mổ có thể do bệnh nhân có thời gian theo dõi ngắn dưới 6 tháng ở 5 trường hợp. Bệnh nhân còn đang xạ trị hoặc vừa hoàn tất phác đồ điều trị, thời gian cho việc phục hồi chức năng của lưỡi còn hạn chế. Đặc biệt là trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân có thể trạng gầy và suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp khuyết hồng lưỡi-thành bên hầu; cả 2 trường hợp đều chuyển vật thành công. Vật 2 đảo da giúp tiết kiệm thời gian tạo hình cho khuyết hồng thứ 2 và di chứng không cần thiết nếu lấy thêm vật.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chuyển vật thành công 30 trường hợp đạt tỷ lệ 100%; tỷ lệ cao so với các nghiên cứu khác [11,12]. Chúng tôi có 2 trường hợp tắc mạch sau mổ; một trường hợp tắc động mạch được phát hiện sớm vào giờ thứ 5 sau mổ với kiểm tra vật không ra máu, chúng tôi mổ lại và quyết định đổi động mạch nuôi vật do đó cứu sống được vật. Trường hợp thứ 2 là tắc tĩnh mạch vào giờ thứ 17, vật thay đổi màu sắc

và khi kiểm tra thấy tắc tĩnh mạch, miệng nối tĩnh mạch tắc là với tĩnh mạch hầu ngoài, chúng tôi bơm rửa và nối lại với nhánh của tĩnh mạch hầu trong với kết quả mạch máu tái thông tốt sau đó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp dò hốc miệng - cổ do hở vật trong miệng; gặp nhiều ở sàn miệng trước và đáy lưỡi. Trong này có 1 trường hợp do tắc tĩnh mạch dẫn đến hoại tử một phần vật và dò sàn miệng - cổ. Hai trường hợp này sau đó được may lại lỗ dò và vết mổ lành tốt. Trong nghiên cứu chúng tôi ở những ca đầu tiên vật được dính vào khuyết hồng bằng mũi đơn không liên tục, sau đó, chúng tôi chuyển sang khâu bằng mũi chữ “U” và nhận thấy giảm hẳn tình trạng dò hốc miệng - cổ.

Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian theo dõi trung bình 7 tháng (ngắn nhất 2 tháng và dài nhất 32 tháng) và hiện đang có 18 bệnh nhân đang theo dõi và không tái phát; đạt tỷ lệ sống còn không bệnh 2 năm là 60%. Bước đầu cao hơn một số nghiên cứu khác, tuy nhiên thời gian theo dõi sau điều trị một số ca của chúng tôi còn ngắn [13,14]. Trong nghiên cứu có 9 trường hợp tái phát (tại chỗ: 6, di căn xa: 3), 7/9 trường hợp tử vong và 1 trường hợp tử vong do đột quỵ, 1 trường hợp tử vong do bỏ xạ trị sau đó di căn xa và 1 trường hợp tử vong do suy kiệt sau hóa xạ đồng thời.

5. KẾT LUẬN

Cắt toàn bộ lưỡi là phẫu thuật tàn phá đòi hỏi bắt buộc phải tạo hình nhằm khôi phục lại chức năng nói và nuốt cho bệnh nhân đặc biệt thách thức với những bệnh nhân có thể trạng gầy và suy dinh dưỡng. Thể tích vật cần cho tái tạo toàn bộ lưỡi lớn, vật da cơ thẳng bụng có độ dày vật và thể tích vật lớn đáp ứng tốt cho yêu cầu này. Trong nghiên cứu này bên cạnh kết quả khả quan về mặt ung thư học là khả năng nói và nuốt cũng phục hồi khá tốt góp phần tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn tiến xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Choi JW, Alshomer F, Kim YC. Evolution and current status of microsurgical tongue reconstruction, part II. *Arch Craniofac Surg*. Oct 2022;23(5):193-204. doi:10.7181/acfs.2022.00857
- [2]. Nguyen KA. Twelve Years of Establishing the Strategies for Tongue Reconstruction. *Ann Plast Surg*. Mar 1 2023;90(3):222-228. doi:10.1097/sap.0000000000003419
- [3]. Kimata Y, Sakuraba M, Hishinuma S, et al. Analysis of the relations between the shape of the reconstructed tongue and postoperative functions after subtotal or total glossectomy. *Laryngoscope*. May 2003;113(5):905-9. doi:10.1097/00005537-200305000-00024
- [4]. Kimata Y, Sakuraba M, Namba Y, Hayashi R, Ebihara S. Functional reconstruction with free flaps following ablation of oropharyngeal cancer. *Int J Clin Oncol*. Aug 2005;10(4):229-33. doi:10.1007/s10147-005-0500-2
- [5]. Farhadieh RD, Bulstrode N, Sabrina S. *Plastic and reconstructive surgery: Approaches and techniques*. John Wiley & Sons Inc.; 2015.
- [6]. List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*. Aug 1 1990;66(3):564-9. doi:10.1002/1097-0142(19900801)66:3<564::aid-cn-cr2820660326>3.0.co;2-d
- [7]. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. Aug 2005;86(8):1516-20. doi:10.1016/j.apmr.2004.11.049
- [8]. Kimata Y, Uchiyama K, Ebihara S, et al. Postoperative complications and functional results after total glossectomy with microvascular reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000 Oct;106(5):1028-35 doi: 101097/00006534-200010000-00012.
- [9]. Weber RS, Ohlms L, Bowman J, Jacob R, Goepfert H. Functional results after total or near total glossectomy with laryngeal preservation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991 May;117(5):512-5 doi: 101001/archotol199101870170058013.
- [10]. Suh JD, Sercarz JA, Abemayor E, et al. Analysis of outcome and complications in 400 cases of microvascular head and neck reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 Aug;130(8):962-6 doi: 101001/archotol1308962.
- [11]. Wei F-c, Jain V, Celik N, Chen H-c, Chuang DC-C, Lin C-h. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. *Plastic and reconstructive surgery*. 2002;109(7):2219-26; discussion 2227-30. doi:10.1097/00006534-200206000-00007
- [12]. Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, et al. The free anterolateral thigh musculocutaneous flap for head and neck reconstruction: one surgeon's experience in 92 cases. *Microsurgery* 2012 Feb;32(2):87-95 doi: 101002/micr20952 Epub 2012 Jan 20.
- [13]. Vega C, León X, Cervelli D, et al. Total or subtotal glossectomy with microsurgical reconstruction: functional and oncological results. *Microsurgery* 2011 Oct;31(7):517-23 doi: 101002/micr20922 Epub 2011 Sep 23.
- [14]. Han AY, Kuan EC, Mallen-St Clair J, et al. Total Glossectomy with free flap reconstruction: Twenty-Year experience at a tertiary medical center. *Laryngoscope* 2019 May;129(5):1087-1092 doi: 101002/lary27579 Epub 2019 Jan 22.