

Nghiên cứu

## Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng phần mềm trong phẫu thuật khối u vùng mặt bằng vật tại chỗ

Nguyễn Ngọc Hưng Duy<sup>1</sup>, Trần Tấn Tài<sup>2\*</sup>, Hoàng Minh Phương<sup>2</sup>, Nguyễn Trần Thúc Huân<sup>3</sup>,  
Nguyễn Văn Cầu<sup>3</sup>, Nguyễn Văn Minh<sup>2</sup>, Hoàng Vũ Minh<sup>2</sup>, Đặng Minh Huy<sup>2</sup>,  
Lê Văn Nhật Thăng<sup>2</sup>, Võ Khắc Trang<sup>2</sup>, Nguyễn Hoàng Lân<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên

<sup>2</sup>Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

<sup>3</sup>Bộ môn Ung bướu, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

\*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trần Tấn Tài, email: ttai@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 15/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.27

#Đồng tác giả chính (Co-first author): Trần Tấn Tài

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Khối u vùng mặt là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân. Vật tại chỗ là phương pháp tối ưu để phục hồi các khuyết hồng vùng mặt. Mỗi loại khối u khác nhau có bản chất và các yêu cầu về phẫu thuật khác nhau, việc tạo hình cho các khuyết hồng cũng không giống nhau ở các đơn vị thẩm mỹ của vùng mặt.

**Mục tiêu:** Nhằm làm rõ thêm về giá trị sử dụng của vật tại chỗ và từ đó đưa ra chỉ định phù hợp khi lựa chọn vật tạo hình.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng với 31 bệnh nhân có khối u vùng mặt được phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật tại chỗ tại khoa Tai Mũi Họng – Mắt – Răng Hàm Mặt và khoa Ung Bướu Bệnh viện trường Đại học Y Dược, Đại học Huế từ tháng 06/2022 đến tháng 09/2024.

**Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $59,65 \pm 17,27$ . Vị trí hay gặp nhất là vùng má (35,5%), liên quan đến hai đơn vị giải phẫu hay gặp nhất là má, mũi với 9,7%. Tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào đáy với 58,1%, ung thư biểu mô tế bào vảy với 16,1% và 25,8% trường hợp là u lành tính. Kích thước khuyết hồng trung bình là  $2,73 \pm 1,34$  cm. Vật tại chỗ được sử dụng với 17 vật dồn đẩy, 11 vật xoay và 3 vật chuyển. Sau phẫu thuật các vật đều sống tốt hoàn toàn và che phủ hoàn toàn khuyết hồng. Tái khám sau 3 tháng với kết quả tốt 83,9%, kết quả khá 16,1%. Tái khám sau 6 tháng ghi nhận 100% vật tương đồng về màu sắc, độ dày và độ mềm mại, kết quả tốt 88,5% và kết quả khá 11,5%.

**Kết luận:** Vật tại chỗ là một lựa chọn phù hợp và hiệu quả đối với khuyết hồng vừa và nhỏ ở vùng mặt. Lựa chọn vật cần dựa trên sự phân tích kỹ các đặc điểm của tổn thương và tôn trọng các đơn vị giải phẫu của vùng mặt.

**Từ khóa:** Khối u vùng mặt; tạo hình vùng mặt; vật tại chỗ.

## Evaluation of soft tissue defect reconstruction using local flaps in facial tumor surgery

Nguyen Ngoc Hung Duy<sup>1</sup>, Tran Tan Tai<sup>2\*</sup>, Hoang Minh Phuong<sup>2</sup>, Nguyen Tran Thuc Huan<sup>3</sup>,  
Nguyen Van Cau<sup>3</sup>, Nguyen Van Minh<sup>2</sup>, Hoang Vu Minh<sup>2</sup>, Dang Minh Huy<sup>2</sup>,  
Le Van Nhat Thang<sup>2</sup>, Vo Khắc Trang<sup>2</sup>, Nguyen Hoang Lan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University

<sup>2</sup>Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

<sup>3</sup>Department of Oncology, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

**Background:** Facial tumors are one of the leading causes affecting the function and aesthetics of patients. Local flaps are the optimal method for reconstructing facial defects. Different types of tumors have distinct characteristics and surgical requirements, and reconstruction also varies among the aesthetic units of the face.

**Objective:** To further elucidate the utility of local flaps, thereby providing appropriate indications for selecting reconstructive flaps to close defects.

**Materials and Methods:** This is a descriptive, prospective clinical interventional study that involved 31

patients with facial tumors who underwent tumor excision and reconstruction using local flaps at ENT – Ophthalmology – Maxillofacial and Oncology Departments of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2022 to September 2024.

**Results:** The average age of patients was  $59.65 \pm 17.27$  years. The most common site was the cheek (35.5%), the two most frequently involved anatomical units were the cheek and nose (9.7%). Reconstruction was performed following resection of basal cell carcinoma in 58.1% of cases, squamous cell carcinoma in 16.1%, and benign tumors in 25.8%. The average defect size was  $2.73 \pm 1.34$  cm. Local flaps were employed, including 17 advancement flaps, 11 rotation flaps, and 3 transposition flaps. All flaps survived completely and successfully covered the defects postoperatively. At the 3-month follow-up, good outcomes were achieved in 83.9% of cases, and fair outcomes in 16.1%. At the 6-month follow-up, 100% of the flaps showed color, thickness, and softness matching the surrounding tissues, with good outcomes in 88.5% of cases and fair outcomes in 11.5%.

**Conclusion:** Local flaps are a suitable and effective option for the reconstruction of small- to medium-sized facial defects. Flap selection should be based on careful analysis of the characteristics of the defect and adherence to the aesthetic and anatomical subunits of the face.

**Keywords:** facial tumor, facial reconstruction, local flaps.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u vùng mặt là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân, loại bỏ các khối u và tái tạo lại hình dạng của khuôn mặt là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên, ngay cả với những Bác Sĩ giàu kinh nghiệm; vì khuôn mặt là nơi có yêu cầu về thẩm mỹ cao và tinh tế nhất, thể hiện cảm xúc và nét đặc trưng riêng của mỗi người. Tạo hình lại các khuyết hổng sau khi cắt bỏ các khối u không chỉ là phục hồi chức năng sinh lý mà còn liên quan rất nhiều đến vấn đề thẩm mỹ, tâm lý và các mối quan hệ, giao tiếp trong xã hội của bệnh nhân.

Các khối u vùng mặt bao gồm các khối u lành tính và ác tính, diện cắt bỏ tổ chức bệnh lý trong mỗi loại khối u cũng khác nhau tùy thuộc vào bản chất của khối u. Đối với các khối u lành tính diện cắt thường tối thiểu nhằm cắt và bóc tách loại bỏ hoàn toàn khối u là đủ. Các khối u ác tính đòi hỏi một diện cắt rộng hơn để loại bỏ triệt để các tế bào ác tính và tránh được nguy cơ tái phát. Có nhiều phương án được đưa ra để phục hồi các khuyết hổng sau cắt bỏ các khối u vùng mặt, tuy nhiên đa số đều thống nhất rằng vật tại chỗ là phương pháp tối ưu để phục hồi các khuyết hổng vùng mặt vì kết quả sau phẫu thuật có nhiều ưu điểm như sự hài hòa về màu sắc, mật độ và có nguồn cấp máu tương đối tốt.

Nhiều nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới về việc sử dụng vật tại chỗ cho phục hồi khuyết hổng ở vùng mặt cũng đã được thực hiện. Mỗi loại khối u khác nhau có bản chất và các yêu cầu về phẫu thuật khác nhau, việc tạo hình cho các khuyết hổng cũng không giống nhau ở các đơn vị thẩm mỹ của vùng mặt. Nhằm làm rõ thêm về giá trị sử dụng của vật tại chỗ và từ đó đưa ra chỉ định phù hợp khi lựa chọn vật tạo hình nhằm mang lại kết quả tốt nhất có thể,

chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết hổng phần mềm trong phẫu thuật khối u vùng mặt bằng vật tại chỗ” với mục tiêu: Khảo sát hình thái lâm sàng, cận lâm sàng của các khối u phần mềm vùng mặt và đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết hổng phần mềm trong phẫu thuật khối u vùng mặt bằng vật tại chỗ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 31 bệnh nhân có khối u phần mềm vùng mặt được điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối u và tạo hình bằng vật tại chỗ tại Khoa Tai Mũi Họng – Mắt – Răng Hàm Mặt và Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06 năm 2022 đến tháng 09 năm 2024.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Gồm cả khối u lành tính và u ác tính có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ.

+ Các khuyết hổng phần mềm sau cắt u có kích thước từ vừa đến nhỏ, ưu tiên các tổn thương diện tích dưới 5 cm, phù hợp với chỉ định vật tại chỗ.

+ Khối u định vị tại các đơn vị giải phẫu vùng mặt theo phân loại của Gonzalez và Ulloa.

+ Khuyết hổng phần mềm sau cắt u cần có vùng da lành xung quanh đủ độ đàn hồi, chun giãn và nguồn cấp máu tốt.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có những trạng thái tâm lý không bình thường, hoặc không đồng ý phẫu thuật, không được sự phối hợp từ phía gia đình.

+ Những bệnh nhân không đến tái khám theo hẹn.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

### 2.2.2. Biến số nghiên cứu và phương pháp đánh giá

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, bệnh toàn thân.

- Đặc điểm lâm sàng: thời gian phát hiện bệnh, vị trí khối u phân loại theo các đơn vị giải phẫu vùng mặt của Gonzalez và Ulloa (1956) [1], ranh giới, kích thước khối u theo phân loại AJCC 8 [2].

- Trong quá trình cắt luôn tôn trọng các đơn vị thẩm mỹ, đường rạch da trùng vào hay song song với các nếp nhăn da tự nhiên. Tuy nhiên, tùy vào đơn vị thẩm mỹ mà rìa diện cắt có thể thay đổi hơn nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho việc tạo hình khuyết hổng.

+ Đối với các khối u lành tính: Cắt bỏ theo rìa tổn thương hoặc cắt bỏ theo phạm vi cần tạo hình.

+ Đối với các khối u ác tính: các khối u ác tính cần cắt bỏ toàn bộ u và cắt rộng cách rìa tổn thương để đảm bảo loại bỏ tổ chức ác tính. Phạm vi cắt bỏ được thực hiện với UTBMTBĐ là từ 0,2 - 1 cm, đối với UTBMTBV là từ 0,3 - 1,5 cm.

- Tiến hành sinh thiết tức thì (cắt lạnh) khi khó phân định ranh giới của khối u với mô lành, vị trí có nguy cơ cao, dựa vào kết quả sinh thiết tức thì để quyết định có cần cắt rộng thêm hay không. Lấy mẫu sinh thiết đại diện ở rìa khối u và ở đáy u. Nếu kết quả sinh thiết lạnh cho kết quả dương tính thì tiến hành cắt thêm ở vị trí tương ứng 1 - 2 mm, cho đến khi đạt kết quả âm tính.

- Đặc điểm cận lâm sàng: kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các khối u phần mềm vùng mặt được phẫu thuật tạo hình bằng vật tại chỗ

- Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 59,65 ± 17,27 tuổi

- Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 17/14 = 1,12/1

**Bảng 1.** Vị trí khối u

Đơn vị giải phẫu	Số lượng	Tỷ lệ %
Vùng trán	1	3,2
Vùng mũi	5	16,1
Vùng má	11	35,5
Vùng môi trên	6	19,4
Vùng môi dưới	1	3,2
Vùng cằm	1	3,2
Vùng má + môi trên	1	3,2
Vùng má + mắt	1	3,2
Vùng má + mũi	3	9,7
Vùng má + mắt + mũi	1	3,2
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

- Đánh giá khuyết hổng sau cắt u: về kích thước, vị trí, hình dạng.

- Dựa trên đặc điểm khuyết hổng và vật dự kiến ban đầu, tiến hành chỉnh sửa và bóc vật để che phủ nhằm đạt được kết quả tốt nhất về chức năng và thẩm mỹ.

- Loại vật tại chỗ được sử dụng: vật dồn đẩy, vật xoay, vật chuyển vị.

- Sử dụng tiêu chí đánh giá theo tác giả Thái Duy Quang với các tiêu chí: mức độ che phủ khuyết hổng, khả năng sống của vật, tình trạng liền thương nơi nhận, tình trạng liền thương nơi cho, biến dạng tái phát và tái phát ung thư. Kết quả tốt: Vật sống hoàn toàn, che phủ được hoàn toàn tổn thương, nơi cho và nơi nhận liền sẹo tốt, không có biến chứng, tổ chức xung quanh không bị co kéo biến dạng (13 điểm). Khá: Vật hoại tử một phần hoặc chỉ che được một phần tổn thương, nơi cho và nơi nhận chậm liền sẹo, không có biến chứng, biến dạng các tổ chức xung quanh (8 - 12 điểm). Kém: Vật hoại tử hoàn toàn hoặc nơi cho và nơi nhận không liền, có biến chứng (5 - 7 điểm) [3]. Kết quả được đánh giá ở các thời điểm gần 7 ngày và xa 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật.

### 2.2.3. Xử lý số liệu

Dùng phần mềm Microsoft Excel 365 để nhập số liệu và vẽ biểu đồ. Dùng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để phân tích số liệu trong nghiên cứu.

### 2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua theo quyết định số: 1138/QĐ-ĐHYD.

Khối u vùng mặt ở một đơn vị giải phẫu hay gặp nhất là vùng má, chiếm tỷ lệ 35,5%; kế đến là vùng môi trên với tỷ lệ 19,4% và vùng mũi với tỷ lệ 16,1%. Khối u vùng mặt ở hai đơn vị giải phẫu thường gặp nhất là vùng mũi – má, thường nằm ở vị trí giữa rãnh mũi má với 3 trường hợp, chiếm tỷ lệ 9,7%. Một trường hợp ghi nhận khối u nằm ở góc trong của mắt liên quan đến ba đơn vị giải phẫu là vùng má – mắt – mũi (3,2%).

**Bảng 2.** Đặc điểm của khối u

Đặc điểm u	Mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>U lành tính</b> (n = 8)	U hắc tố	2	6,5
	U mạch máu	2	6,5
	U gai sừng	2	6,5
	Dày sừng tiết bã	1	3,2
	U tuyến phụ thuộc da	1	3,2
<b>U ác tính</b> (n = 23)	UTBMTBĐ	18	58,1
	UTBMTBV	5	16,1
<b>Tổng</b>		<b>31</b>	<b>100</b>

Các khuyết hồng phần mềm sau khi cắt u chủ yếu là các khối u ác tính với 23 trường hợp, chiếm tỷ lệ 74,2%, trong đó UTBMTBĐ là loại u hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 58,1%, tiếp đến là UTBMTBV với 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 16,1%. Phần còn lại là các khối u lành tính với 8 trường hợp (25,8%).

### 3.2. Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết hồng sau phẫu thuật bằng vật tại chỗ

**Bảng 3.** Kích thước của khuyết hồng

Kích thước khuyết hồng (cm)	U Lành Tính		U ác tính		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 2	2	6,5	11	35,5	13	41,9
2 - 5	5	16,1	11	35,5	16	51,6
> 5	1	3,2	1	3,2	2	6,5
<b>Tổng</b>	<b>8</b>	<b>25,8</b>	<b>23</b>	<b>74,2</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Đối với các u lành tính, khuyết hồng sau cắt u có kích thước vừa 2 - 5 cm chiếm tỷ lệ lớn nhất với 16,1%. Khuyết hồng sau cắt các khối u ác tính với kích thước vừa 2 - 5 cm và nhỏ hơn 2 cm là ngang nhau với 11/23 khuyết hồng, chiếm tỷ lệ 35,5%.

**Bảng 4.** Vật sử dụng tương ứng với kích thước khối u

Kích thước (cm)	Vật sử dụng			Tổng
	Vật dồn đẩy	Vật xoay	Vật chuyển vị	
< 2	4	7	2	13
2 - 5	11	4	1	16
> 5	2	0	0	2
<b>Tổng</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>31</b>

Vật tại chỗ được sử dụng chủ yếu cho các trường hợp khuyết hồng vừa và nhỏ, đối với các khuyết hồng vừa có kích thước 2 - 5 cm, vật dồn đẩy được sử dụng chủ yếu với 11/16 trường hợp, trong khi đó vật xoay được sử dụng nhiều hơn để đóng các khuyết hồng < 2 cm với 7/13 trường hợp. Có 2 trường hợp khuyết hồng có kích thước lớn > 5 cm vẫn được sử dụng vật dồn đẩy để đóng kín khuyết hồng

**Bảng 5.** Đánh giá kết quả

Kết quả	7 ngày		3 tháng		6 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Tốt</b>	<b>28</b>	<b>90,3</b>	<b>26</b>	<b>83,9</b>	<b>23</b>	<b>88,5</b>
<b>Khá</b>	<b>3</b>	<b>9,7</b>	<b>5</b>	<b>16,1</b>	<b>3</b>	<b>11,5</b>
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Sau phẫu thuật 7 ngày, kết quả tốt đạt 28/31 trường hợp, chiếm tỷ lệ 90,3%. Kết quả khá đạt 3/31 trường hợp, chiếm tỷ lệ 9,7%. Kết quả tốt ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 83,9% và 88,5%, kết quả khá là 16,1% và 11,5%

#### **4. BÀN LUẬN**

##### **4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các khối u phần mềm vùng mặt được tạo hình bằng vật tại chỗ**

###### **4.1.1. Tuổi và giới**

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $59,65 \pm 17,27$  tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất bởi trong số bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân ung thư da (74,2%). Theo Trịnh Hùng Mạnh (2016), độ tuổi trung bình của UTBMTBĐ, UTBMTBV vùng đầu mặt cổ là 64,92% và tỷ lệ bệnh nhân > 50 tuổi chiếm (86%), trong đó gặp nhiều nhất là nhóm tuổi 60 - 70 [4]. Chúng tôi gặp 4 trường hợp bệnh nhân dưới 40 tuổi, cả 4 trường hợp đều là u lành tính với 2 u máu và 2 u hắc tố bẩm sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ là 1,12/1. Theo chúng tôi, số bệnh nhân nam nữ là không quá khác biệt bởi chủ yếu các bệnh nhân trong nghiên cứu là các bệnh nhân lớn tuổi, họ tới khám không những vì lý do thẩm mỹ mà còn do các khối u phát triển lớn gây khó chịu, ảnh hưởng tới sinh hoạt. Chính vì vậy bệnh nhân đến khám không kể giới tính nam hay nữ và có tỷ lệ ngang nhau.

###### **4.1.2. Vị trí của khối u**

Vị trí của khối u được phân loại theo các đơn vị giải phẫu của Gonzalez và Ulloa (1956) bao gồm các vùng đó là: vùng trán, vùng mũi, vùng mắt, vùng má, vùng môi trên, vùng môi dưới, vùng cằm và vùng tai [1]. Theo kết quả của bảng 3, khối u xuất hiện ở vùng má chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 35,5%, khối u nằm ở hai đơn vị giải phẫu có 5 ca (16,1%), là vị trí tiếp giáp của các đơn vị giải phẫu như mũi, má, mắt, môi trên. Kết quả này tương tự với của Thái Duy Quang (2013) với vùng má được gặp cao nhất với tỷ lệ 31,4%, [3]. Theo Trịnh Hùng Mạnh (2016), ung thư da gặp nhiều nhất ở vùng má với tỷ lệ 34,4% và kế đến là vùng mũi với tỷ lệ 30,6% [4]. Điều này có thể được lý giải bởi má cùng với mũi là những vùng có diện tích lớn nhất, nhô cao nhất trên khuôn mặt, tiếp xúc nhiều với tia UV từ ánh nắng mặt trời, được cho là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới ung thư da.

###### **4.1.3. Đặc điểm u - mô bệnh học**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết hồng phần mềm sau cắt các khối u ác tính chiếm tỷ lệ 74,2% và sau cắt các khối u lành tính chiếm tỷ lệ 25,8%. U ác tính bao gồm 2 loại là UTBMTBĐ và UTBMTBV, trong

đó UTBMTBĐ được gặp nhiều nhất với tỷ lệ 58,1%. Kết quả này tương đương với Bùi Văn Cường (2024) PTTT cho 34 bệnh nhân sau cắt bỏ khối u phần mềm vùng mặt với khối u ác tính chiếm tỷ lệ 70,59% và khối u lành tính chiếm tỷ lệ 29,41% [5]. Tại Việt Nam, ung thư da đứng hàng thứ 8 trong 10 loại ung thư hay gặp nhất, trong đó  $\frac{3}{4}$  các trường hợp là ở vùng đầu mặt cổ và trong số đó UTBMTBĐ là loại ung thư hay gặp nhất chiếm 70 - 80% trong số các trường hợp ung thư da [4]. Điều này cũng có thể được giải thích với đa số các trường hợp ung thư da sẽ có thay đổi về mặt lâm sàng như tăng kích thước hay thay đổi sắc tố và gây ra các triệu chứng như loét, chảy máu, ngứa, ... Đó chính là lý do chính khiến bệnh nhân lo lắng, ảnh hưởng cuộc sống nên đến khám và điều trị. Các khối u ác tính thường có tốc độ phát triển nhanh hơn và có xu hướng xâm lấn vào các mô lân cận, điều này dẫn đến việc phát triển kích thước lớn hơn, chính vì vậy tỷ lệ khối u ác tính có kích thước lớn hơn 2 đến 4 cm là cao hơn so với các khối u lành tính. Ngược lại, các khối u lành tính thường phát triển chậm và có giới hạn nhất định, do đó chúng duy trì kích thước nhỏ hơn.

##### **4.2. Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết hồng sau phẫu thuật bằng vật tại chỗ**

###### **4.2.1. Kích thước khuyết hồng sau cắt u**

Kích thước khối u trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng chủ yếu để định hướng quá trình phẫu thuật. Vì mỗi loại khối u yêu cầu một rìa diện cắt khác nhau, chính vì vậy các khối u sau khi được cắt bỏ và xử lý thích hợp (bao gồm cầm máu, đợi kết quả giải phẫu bệnh tức thì) thì sẽ được đo lại kích thước khuyết hồng ngay sau khi cắt để từ đó lựa chọn phương án chuyển vật phù hợp. Chúng tôi thực hiện sinh thiết tức thì ở những trường hợp khối u có ranh giới không rõ ràng so với vùng da lành xung quanh hoặc tại các vị trí phức tạp đòi hỏi kỹ thuật tạo hình cao như mũi, góc mắt và môi. Tại những vị trí này, dù chỉ là một khuyết hồng nhỏ cũng có thể gây khó khăn lớn cho việc tạo hình do thiếu hụt các chất liệu tương đồng, do đó, việc giới hạn kích thước khuyết hồng là yếu tố quan trọng để nâng cao chất lượng điều trị. Chúng tôi lấy mẫu sinh thiết ở 4 rìa u và ở đáy u, nếu kết quả âm tính sẽ dùng cắt rộng thêm. Nhờ vậy mà trong một số trường hợp UTBMTBĐ, rìa diện cắt tối thiểu với 0,2 cm hay UTBMTBV với rìa diện cắt 0,3 - 0,5 cm nhưng nếu kết quả sinh thiết tức thì âm tính thì sẽ dùng cắt rộng thêm.

Phẫu thuật vi phẫu Mohs đã được nhận định là phương pháp cắt bỏ ung thư da chính xác, hạn chế mất nhiều mô, đã được đặt theo tên của bác sĩ phẫu thuật đã phát triển kỹ thuật này, Frederick Mohs [6]. Đây là phương pháp phẫu thuật mang lại tỷ lệ thành

công cao cho điều trị phần lớn các loại ung thư da, như là UTBMTBĐ và UTBMTBV. Ưu điểm nổi trội của phẫu thuật Mohs là nó phối hợp với chuyên gia về giải phẫu bệnh để kiểm soát về phương diện tế bào nhằm kiểm soát vi mô chính xác toàn bộ ranh giới khối u nhằm mục đích bảo tồn tối đa tổ chức mô, nhờ đó giới hạn được rìa diện cắt tối thiểu trong phẫu thuật, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tạo hình [6]. Kích thước khuyết hổng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $2,73 \pm 1,34$  cm. Nhóm khuyết hổng có kích thước từ 2 - 5 cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 51,6%, có 2 trường hợp (6,5%) là khuyết hổng > 5 cm được chúng tôi tạo hình bằng vạt tại chỗ. Kết quả cho thấy đa số các khuyết hổng trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước vừa và nhỏ, và vạt tại chỗ cũng thích hợp nhất để tạo hình có các khuyết hổng này. Các tác giả như Rolekar hay Nguyễn Quang Rực cũng cho rằng, vạt tại chỗ là sự lựa chọn tốt nhất để phục hồi các khuyết hổng có kích thước vừa và nhỏ với sự phù hợp tuyệt vời về màu sắc và mật độ da để mang lại kết quả thẩm mỹ tốt [7].

#### **4.2.2. Vạt tại chỗ được sử dụng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 31 khuyết hổng phần mềm vùng mặt được tạo hình bằng vạt tại chỗ sau cắt bỏ các khối u. Trong đó vạt đòn đẩy được sử dụng nhiều nhất với 17 trường hợp, chiếm tỷ lệ 54,8%, kế đến là vạt xoay được sử dụng trong 11 trường hợp (35,5%) và vạt chuyển vị trong 3 trường hợp (9,7%). Việc lựa chọn loại vạt tạo hình phù hợp cho một khuyết hổng phần mềm vùng mặt phải dựa trên sự phân tích tổn thương một cách chặt chẽ về các mặt như vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn cũng như sự liên quan với các tổ chức lân cận.

Vạt đòn đẩy là các vạt được di chuyển đến để che phủ khuyết hổng bằng chuyển động trượt và kéo giãn mô. Chúng hữu ích nhất khi được sử dụng ở những da có tính lỏng lẻo, chun giãn và độ đàn hồi cao. Vạt đòn đẩy được sử dụng nhiều nhất 17/31 trường hợp (54,8%) và được sử dụng ở hầu hết các đơn vị giải phẫu với các khuyết hổng có kích thước khác nhau từ nhỏ đến lớn. Trong số 31 vạt được thực hiện, vạt đòn đẩy được dùng nhiều nhất ở vùng má và ranh giới của vùng má với các đơn vị lân cận. Theo S. Baker (2014), các khuyết hổng ở vùng má thường được sửa chữa với vạt đòn đẩy để tận dụng sự linh động và đàn hồi cao của da và mô dưới da tại vùng này [5, 8]. Hơn nữa, đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi trên 60 tuổi, với sự chùng da cũng như nhiều nếp nhăn vùng má là điều kiện thuận lợi để sử dụng vạt đòn đẩy khi đặt các đường rạch song song hoặc trùng với các đường nhăn da. Chính vì vậy, có 2 trường hợp khuyết hổng có kích thước lớn trong nghiên cứu là 5,5 cm

và 6 cm vẫn được chúng tôi thực hiện bằng vạt đòn đẩy tại vùng má, cả 2 trường hợp đều được đặt sẹo mổ sau cùng trùng với các nếp nhăn má nên mang lại tính thẩm mỹ cao. Một trường hợp khối u nằm ở hai đơn vị giải phẫu là má và môi trên, sát với nền mũi được chúng tôi sử dụng vạt trượt V-Y trùng với rãnh mũi má.

Vạt xoay là phương pháp được sử dụng nhiều thứ hai trong nghiên cứu của chúng tôi với 11 trường hợp (35,5%). Theo S. Baker (2014), vạt xoay có ưu điểm như chỉ có 2 cạnh, vì vậy một cạnh của vạt có thể dễ dàng được đặt ở ranh giới giữa các vùng thẩm mỹ trên khuôn mặt, nhờ vậy mà các khuyết hổng ở vùng má bờ dưới ổ mắt hay vùng môi trên có thể dễ dàng giấu sẹo vào các rãnh tự nhiên như rãnh mũi má, bờ dưới ổ mắt, nền mũi,...[5, 8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có hai trường hợp khối u nằm ở ranh giới của vùng má – mũi và má – mũi – mắt đã được thiết kế vạt xoay từ vùng má ngoài vào để che sẹo dọc theo rãnh mũi má và bờ dưới ổ mắt, một trường hợp khối u ở vùng môi trên được thiết kế vạt xoay từ vùng má để giấu sẹo ở rãnh mũi – má và nền mũi.

Vạt chuyển vị là vạt được sử dụng ít nhất trong nghiên cứu với 3 trường hợp (9,7%), trong đó 2 trường hợp ở vùng mũi và 1 trường hợp ở vùng môi trên. Chúng tôi sử dụng vạt chuyển vị hai thùy cho 2 khuyết hổng vùng đỉnh mũi. Việc tạo hình ở vùng mũi gặp nhiều khó khăn do da bao phủ vùng sụn mũi dày, liên kết và dính chặt sụn bên dưới. Salzano (2023) cũng cho rằng vạt chuyển vị hai thùy có thể được áp dụng ở nhiều vùng, nhưng công dụng chính là tái tạo cho vùng mũi bởi sự tương hợp tuyệt vời về màu sắc và da vùng kế cận [9]. Chính vì vậy, vạt chuyển vị được chúng tôi sử dụng khá hạn chế trong đề tài, vì đa số các khuyết hổng trong đề tài của chúng tôi ở vùng má hay môi và ở các bệnh nhân lớn tuổi, nơi mà vạt đòn đẩy và vạt xoay phát huy nhiều ưu điểm hơn trong việc huy động mô ngay cạnh tổn thương vào cần ít đường rạch hơn, giúp tối ưu hóa kết quả thẩm mỹ.

#### **4.2.3. Kết quả điều trị sau phẫu thuật**

Chúng tôi đánh giá kết quả bệnh nhân sau phẫu thuật dựa vào 4 tiêu chí, bao gồm mức độ che phủ của vạt, khả năng sống của vạt, tình trạng liền thương nơi cho, nơi nhận và biến chứng của vạt. Trong số 31 trường hợp nghiên cứu, có 28 trường hợp đạt kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 90,3% và 3 trường hợp đạt kết quả khá, chiếm tỷ lệ 9,7%, không trường hợp nào đạt kết quả kém. Mức độ che phủ khuyết hổng và khả năng sống của vạt là 100% ở tất cả các trường hợp, không có trường hợp nào liền thương thứ phát hay phải phẫu thuật thì hai. Phân tích 3 trường hợp đạt kết quả khá, có 2 trường hợp dùng vạt đòn đẩy

và một trường hợp dùng vật xoay với biến chứng gặp phải là chậm liền thương nơi nhận vật và biến dạng tổ chức sau phẫu thuật. Chậm liền thương nơi nhận vật được chúng tôi ghi nhận ở một trường hợp vật xoay vùng má sát góc mắt trong và một trường hợp vật dồn đẩy vùng trán, biến dạng tổ chức được gặp ở trường hợp vật xoay vùng má như trên và một trường hợp vật dồn đẩy vùng môi trên. Trường hợp tổn thương vùng má nêu trên là một tổn thương khá phức tạp, vì khối u nằm ở góc trong mắt liên quan tới 3 đơn vị giải phẫu là má, mũi và mắt. Trường hợp này kết quả sau mổ không được tốt vì gây biến dạng vùng góc mắt ngoài và chậm liền thương nơi nhận vật. Nguyên nhân của trường hợp này có thể là do bóc tách vật chưa tốt, mép vết thương bị căng quá mức trong quá trình khâu đóng, cùng với đó da vùng mi mắt rất mỏng, tổ chức quanh mắt lỏng lẻo dễ gây phù nề sau mổ, ứ tắc quá trình lưu thông tĩnh mạch gây chậm lành thương nơi nhận vật. Biến dạng tổ chức còn được gặp ở một khuyết hồng vùng môi trên, liên quan đến sự mất cân xứng của đường viền môi, đây là một trường hợp u hắc tố bẩm sinh với khối u lan rộng đến niêm mạc môi. Tuy nhiên cả 2 trường hợp biến dạng đều không ảnh hưởng tới chức năng và tình trạng đều được cải thiện sau quá trình tái khám.

Đánh giá kết quả sau 3 tháng được chúng tôi ghi nhận các đặc điểm: sự tương đồng của vật với tổ chức xung quanh, tình trạng sẹo nơi cho và nơi nhận, biến dạng thứ phát và tái phát ung thư. Trong 31 trường hợp được tái khám, kết quả tốt được gặp ở 26 trường hợp (chiếm 83,9%), kết quả khá gặp ở 5 trường hợp (chiếm 16,1%). Trong số các trường hợp đạt kết quả tốt, vật dồn đẩy với 14/17 trường hợp, vật xoay 9/11 trường hợp và vật chuyển vị 3/3 trường hợp. Có 2 trường hợp kết quả sau mổ tốt nhưng khi tái khám chỉ cho kết quả khá, lý do bởi tiêu chí đánh giá ở 2 giai đoạn này là khác nhau. Thời điểm sau mổ chúng tôi quan tâm đến các tình trạng như sức sống của vật, khả năng che phủ và biến dạng kèm theo. Trong khi đó ở thời điểm tái khám, chúng tôi quan tâm nhiều đến kết quả về sự tương đồng của vật so với tổ chức xung quanh, sẹo nơi cho và nơi nhận. Chính vì vậy, 2 trường hợp này là 2 trường hợp đạt kết quả tốt ngay sau mổ, tuy nhiên hình thành sẹo xấu sau thời điểm 3 tháng nên chỉ đạt kết quả khá.

Chúng tôi đánh giá được 26 trường hợp tái khám sau 6 tháng, trong đó kết quả tốt gặp 23 trường hợp (88,5%), kết quả khá gặp ở 3 trường hợp (11,5%), bao gồm sẹo xấu và biến dạng tổ chức do co kéo. Ngoài ra, nghiên cứu không ghi nhận

bất kì trường hợp nào tái phát ung thư sau 6 tháng (thời gian theo dõi ngắn hạn), tuy nhiên để có đánh giá chính xác và đầy đủ về kết quả điều trị ung thư, cần thực hiện việc thăm khám định kỳ mỗi 6 tháng trong vòng 5 năm.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm làm rõ giá trị sử dụng của vật tại chỗ, từ đó xây dựng các chỉ định phù hợp cho việc lựa chọn vật tạo hình đóng kín các khuyết hồng phần mềm phát sinh sau phẫu thuật cắt bỏ khối u vùng mặt. Qua quá trình triển khai, nghiên cứu khẳng định vật tại chỗ là một lựa chọn can thiệp mang lại độ an toàn, tính phù hợp và hiệu quả điều trị tối ưu đối với các tổn thương có kích thước vừa và nhỏ tại khu vực này. Các phát hiện chính của công trình chỉ ra rằng, việc hoạch định và lựa chọn loại vật chuyển lưu mô (như vật dồn đẩy, vật xoay hay vật chuyển vị) cần phải dựa trên sự phân tích toàn diện, chặt chẽ các đặc tính lâm sàng, bản chất mô bệnh học của khối u, kích thước khuyết hồng thực tế, đồng thời bắt buộc phải tôn trọng ranh giới của các đơn vị giải phẫu và đơn vị thẩm mỹ vùng mặt.

Về mặt thực tiễn, công trình này cung cấp thêm những bằng chứng lâm sàng có giá trị, đóng góp vào việc hoàn thiện quy trình phẫu thuật tạo hình vùng mặt tại cơ sở, giúp tối ưu hóa kết quả phục hồi cả về phương diện chức năng sinh lý lẫn thẩm mỹ sau điều trị u. Định hướng này góp phần định hình một giải pháp can thiệp ngoại khoa toàn diện, an toàn và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

**Hạn chế của đề tài:** Mặc dù nghiên cứu đã bước đầu cung cấp những dữ liệu có giá trị về kết quả tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ, vẫn còn một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ (31 trường hợp) và thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng, làm hạn chế sức mạnh thống kê cũng như khả năng so sánh để khẳng định ưu thế của từng loại vật. Thứ hai, thời gian theo dõi trung bình từ 3 - 6 tháng chỉ cho phép đánh giá kết quả liền thương và thẩm mỹ giai đoạn sớm, chưa đủ để xác định các biến chứng muộn hoặc tỷ lệ tái phát của các khối u ác tính. Bên cạnh đó, hiện tượng chưa đủ thời gian để theo dõi ở 5 bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng có thể tạo ra sai lệch trong đánh giá kết quả dài hạn. Ngoài ra, việc đánh giá kết quả chủ yếu dựa trên nhận định của nhóm nghiên cứu, đồng thời chưa sử dụng các công cụ chuẩn hóa để đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh. Trong thời gian tới, cần triển khai các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn, kết hợp đánh giá từ người quan sát độc

lập và khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân để nâng cao giá trị bằng chứng khoa học.

**Tuyên bố về xung đột lợi ích:** Tất cả các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích nào khác liên quan đến việc công bố bài báo này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gonzalez-Ulloa M. Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units. Br J Plast Surg. 1956;9(3):212-221.

2. Zanoni DK, Patel SG, Shah JP. Changes in the 8th edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging of head and neck cancer: rationale and implications. Curr Oncol Rep. 2019;21(6):52.

3. Thái DQ. Đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết hổng tổ chức sau phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mặt bằng vạt tại chỗ [Luận văn Bác sĩ nội trú]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.

4. Trịnh HM. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu

mô tế bào vảy, tế bào đáy của da vùng đầu mặt cổ [Luận án Tiến Sĩ]. Hà Nội: Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng; 2016.

5. Bùi VC, Phan NK, Vũ NL, Dương MC. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân khuyết hổng phần mềm sau cắt bỏ khối u vùng mặt tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 540(1B):317-320.

6. Prickett KA, Ramsey ML. Mohs micrographic surgery. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2026 May 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441833/>.

7. Nguyễn QR. Đánh giá kết quả phẫu thuật khuyết phần mềm vừa và nhỏ sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng mặt [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.

8. Baker SR. Local flaps in facial reconstruction. 3rd ed. Philadelphia (PA): Elsevier Saunders; 2014.

9. Salzano G, Maffia F, Vaira LA, Comitteri U, Copelli C, Maglitto F, et al. Locoregional Flaps for the Reconstruction of Midface Skin Defects: A Collection of Key Surgical Techniques. J Clin Med, 2023 May 26;12(11):3700.

### PHỤ LỤC: Hình ảnh nghiên cứu

#### TRƯỜNG HỢP 1



Trước phẫu thuật



Sau phẫu thuật



Sau phẫu thuật 3 tháng



Sau phẫu thuật 6 tháng

**TRƯỜNG HỢP 2**



**Trước phẫu thuật**



**Sau phẫu thuật**



**Sau phẫu thuật 3 tháng**



**Sau phẫu thuật 6 tháng**