

# Kết quả tạo hình tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi bằng vạt dưới cằm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108: Báo cáo loạt trường hợp bệnh

## Results of reconstruction of defects after tongue cancer resection with submental flap at 108 Military Central Hospital: Case series report

Vũ Đặng Hải Đăng\*, Đinh Quang Minh,  
Lê Trọng Hà, Ngô Gia Tiến, Phạm Thùy Dương,  
Phạm Thị Phương Anh và Nguyễn Quang Đức

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Tổng quan:** Ung thư lưỡi là bệnh lý ác tính phổ biến trong nhóm ung thư khoang miệng, thường để lại tổn khuyết lớn sau phẫu thuật triệt căn, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng nuốt, phát âm và thẩm mỹ. Vạt dưới cằm được xem là giải pháp tái tạo hiệu quả cho các tổn khuyết vừa, với thời gian phẫu thuật ngắn, kỹ thuật đơn giản và chi phí hợp lý. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi bằng vạt dưới cằm tại Bệnh viện TƯQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 24 bệnh nhân được phẫu thuật từ 2019 đến 2025. Các chỉ số đánh giá bao gồm: Chức năng nuốt, phát âm, di động lưỡi, vị giác và thẩm mỹ sau 3 tháng phẫu thuật, sử dụng các thang điểm bán định lượng. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $55,3 \pm 12,3$ ; nam giới chiếm 66,7%. Chức năng nuốt phục hồi tốt ở 91,7% bệnh nhân, phát âm tốt 12,5%, vận động lưỡi tốt 33,3%, thẩm mỹ đạt mức tốt 33,3%. Không ghi nhận biến chứng nặng hay hoại tử vạt hoàn toàn. **Kết luận:** Sử dụng vạt dưới cằm để phục hồi các tổn khuyết lưỡi sau cắt ung thư là phương pháp tạo hình an toàn, hiệu quả và khả thi, đặc biệt trong những trường hợp bệnh nhân không đảm bảo thể trạng để chỉ định vi phẫu, hoặc tại các cơ sở y tế không đủ điều kiện thực hiện kỹ thuật vi phẫu.

**Từ khóa:** Ung thư lưỡi, vạt dưới cằm, tái tạo tổn khuyết, chức năng nuốt, thẩm mỹ, phục hồi chức năng.

### Summary

**Introduction:** Tongue cancer is one of the most common oral malignancies. Radical surgery often results in large defects that severely impair swallowing, speech, and aesthetics. The submental flap has been considered a reliable reconstructive option for medium-sized tongue defects, offering shorter operative time, technical simplicity, and cost-effectiveness. **Objective:** To evaluate the functional and aesthetic outcomes of tongue reconstruction using the submental flap at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A case series of 24 patients with tongue cancer who underwent tumor resection and submental flap reconstruction between 2019 and 2025 was analyzed. Postoperative assessments at 3 months included swallowing, speech, tongue mobility, taste, and aesthetic outcomes, measured with semi-quantitative scoring systems. **Result:** The mean patient age was  $55.3 \pm 12.3$  years, with males accounting for 66.7%. Good swallowing recovery was achieved in 91.7% of cases, satisfactory speech in 12.5%, good tongue mobility in 33.3%, and favorable aesthetic outcomes in 33.3%. No major

Ngày nhận bài: 29/8/2025, ngày chấp nhận đăng: 8/9/2025

\* Tác giả liên hệ: [vudanghaidang.md@gmail.com](mailto:vudanghaidang.md@gmail.com) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

complications or total flap loss were observed. **Conclusion:** The submental flap is a safe, effective, and feasible option for tongue reconstruction following cancer resection. It is particularly advantageous for patients unfit for microsurgery or in settings where microsurgical techniques are not available.

**Keywords:** Tongue cancer, submental flap, reconstruction, swallowing function, aesthetics.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi đứng hàng đầu trong các loại ung thư khoang miệng<sup>1</sup>. Phẫu thuật triệt căn mặc dù cứu tính mạng nhưng lại tàn phá đáng kể chức năng nói, nuốt và thẩm mỹ. Các phương pháp tạo hình gồm vật tự do (radial forearm, anterolateral thigh) và vật có cuống mạch tại chỗ (submental flap), trong đó vật dưới cằm tỏ ra ưu việt về tốc độ, tính đơn giản và chi phí<sup>2-4</sup>.

Trên thế giới, vật dưới cằm đã được ứng dụng rộng rãi trong tái tạo khuyết hồng vùng đầu mặt cổ và khoang miệng, với tỷ lệ thành công cao, kể cả trong tạo hình lưỡi và trường hợp cần sử dụng cuống đối bên khi có di căn hạch<sup>5</sup>. Tại Việt Nam, một số bệnh viện tuyến trung ương đã triển khai kỹ thuật này cho ung thư khoang miệng và lưỡi, bước đầu ghi nhận kết quả khả quan.

Tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, vật dưới cằm đã được áp dụng từ năm 2019 trong tái tạo tổn thương lưỡi sau cắt ung thư, cho thấy hiệu quả hứa hẹn, dù các nghiên cứu trong nước còn hạn chế về số lượng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:

*Mô tả đặc điểm tổn thương sau cắt bỏ ung thư lưỡi.*

*Đánh giá kết quả tái tạo tổn thương sau cắt ung thư lưỡi bằng vật dưới cằm tại Bệnh viện TỨQĐ 108.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Mô tả loạt ca bệnh thực hiện tại Bệnh viện TỨQĐ 108 từ 2019 đến 2025, số lượng 24 ca bệnh.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư lưỡi và có chỉ định cắt u và tạo hình tổn thương lưỡi bằng vật dưới cằm từ năm 2019 đến 2025 tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

Các bệnh nhân không tham gia xạ trị hoặc hóa trị hầu phẫu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Quy trình:

Xác định tổn thương ung thư lưỡi, cắt tổ chức ung thư theo nguyên tắc cắt ung thư quy ước, cắt cách mép tổn thương 1cm, tiến hành sinh thiết cắt lạnh danh giới diện cắt đảm bảo không còn tổ chức u.

Thiết kế vật dưới cằm theo kích thước tối đa vùng cằm, từ góc hàm 2 bên, độ rộng là khoảng da dưới cằm để cắt đi đảm bảo khâu đóng trực tiếp, bóc tách cuống vật dưới cằm đến sát điểm gốc tại động mạch mặt, chuyển vật che phủ tổ chức vùng lưỡi.

Đánh giá kết quả tạo hình vật sau mổ 01 tuần, đánh giá các tiêu chí về chức năng thẩm mỹ sau 03 tháng:

Chức năng nuốt, phát âm theo thang UW-QOL<sup>5</sup>.

Vị giác theo điểm trực quan.

Di động lưỡi theo các hướng.

Thẩm mỹ: Xét dạng hình thái, cân xứng

Biến chứng: Hoại tử vật 1 phần hoặc toàn bộ.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 26; Microsoft Excel.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm tuổi - giới

**Bảng 1. Đặc điểm tuổi – giới (n = 24)**

| Tuổi   | Nam | Nữ | Tổng |
|--------|-----|----|------|
| < 18   | 0   | 0  | 0    |
| 18– 40 | 2   | 1  | 3    |
| 40– 60 | 8   | 3  | 11   |
| >60    | 6   | 4  | 10   |
| Tổng   | 16  | 8  | 24   |

**Nhận xét:** Nghiên cứu được thực hiện trên 24 bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn I–IV, với tuổi trung bình  $55,29 \pm 12,28$  tuổi. Phân bố giới cho thấy nam giới chiếm 66,7%, nữ chiếm 33,3%. Nhóm tuổi từ 40–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,8%), tiếp theo là trên 60 tuổi (41,7%) và dưới 40 tuổi (12,5%).

### 3.2. Một số yếu tố liên quan ung thư lưỡi

**Bảng 2. Một số yếu tố liên quan ung thư lưỡi (n = 24)**

| Yếu tố liên quan       | Nam       | Nữ       | Tổng      |
|------------------------|-----------|----------|-----------|
| Ăn trầu                | 0         | 0        | 0         |
| Uống rượu thường xuyên | 12        | 4        | 16        |
| Nghiện thuốc           | 13        | 2        | 15        |
| Tiền sử gia đình       | 0         | 0        | 0         |
| <b>Tổng</b>            | <b>25</b> | <b>6</b> | <b>31</b> |

*Nhận xét:* Yếu tố liên quan thường gặp nhất là uống rượu thường xuyên (16/24 trường hợp, chiếm 66,6%). Trong đó, nam giới chiếm đa số với 12 trường hợp so với 4 trường hợp ở nữ. Thứ hai là nghiện thuốc lá, ghi nhận ở 15/24 bệnh nhân (62,5%), cũng tập trung chủ yếu ở nam giới (13 trường hợp nam, 2 trường hợp nữ). Không ghi nhận trường hợp nào có yếu tố liên quan đến ăn trầu hay tiền sử gia đình.

### 3.3. Đặc điểm tổn thương ung thư lưỡi

**Bảng 3. Một số đặc điểm tổn thương (n = 24)**

| Đặc điểm tổn thương         | Vùng thân lưỡi | Vùng gốc lưỡi | Kết hợp cả 2 vùng | Tổng      |
|-----------------------------|----------------|---------------|-------------------|-----------|
| Đường kính lớn nhất < 2cm   | 8              | 2             | 0                 | 10        |
| Đường kính lớn nhất 2 – 3cm | 5              | 2             | 0                 | 7         |
| Đường kính lớn nhất > 3cm   | 4              | 1             | 2                 | 7         |
| Tổn thương xâm lấn cơ lưỡi  | 12             | 5             | 2                 | 19        |
| Hạch di căn cùng bên        | 11             | 3             | 2                 | 16        |
| Hạch di căn khác bên        | 0              | 0             | 0                 | 0         |
| Hạch di căn 2 bên           | 0              | 0             | 0                 | 0         |
| <b>Tổng</b>                 | <b>40</b>      | <b>13</b>     | <b>6</b>          | <b>59</b> |

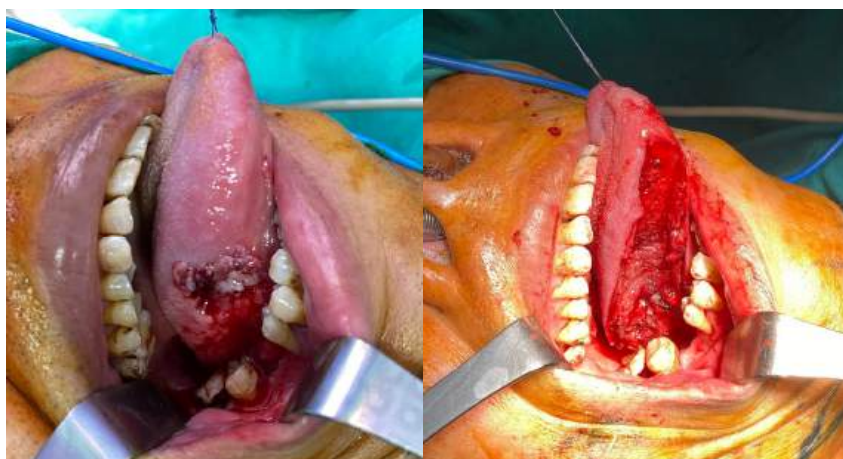
*Nhận xét:*

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương chủ yếu khu trú tại vùng thân lưỡi, chiếm tỷ lệ cao hơn so với gốc lưỡi hoặc tổn thương kết hợp cả hai vùng. Vị trí khối u phân bố đa dạng, tập trung nhiều ở rìa (75%). Kích thước khối u trung bình là  $2,38 \pm 1,13$ cm (dài)  $\times$   $1,74 \pm 0,91$  cm (rộng)  $\times$   $1,98 \pm 0,68$  (sâu).

Về kích thước tổn thương: Đa số bệnh nhân có tổn thương đường kính < 2cm (10 trường hợp, trong đó 8 ở thân lưỡi, 2 ở gốc lưỡi). Tổn thương kích thước 2–3cm ghi nhận 7 trường hợp, và tổn thương > 3cm có 7 trường hợp, trong đó có 2 trường hợp lan rộng cả thân lưỡi và gốc lưỡi.

Về xâm lấn cơ lưỡi: Có tới 19 trường hợp (61,3%) ghi nhận tình trạng xâm lấn cơ lưỡi, trong đó 12 trường hợp ở thân lưỡi, 5 ở gốc lưỡi và 2 trường hợp kết hợp cả hai vùng.

Về hạch di căn: Có 16 trường hợp (51,6%) xuất hiện hạch di căn cùng bên, phân bố chủ yếu ở nhóm bệnh nhân tổn thương vùng thân lưỡi (11/16).



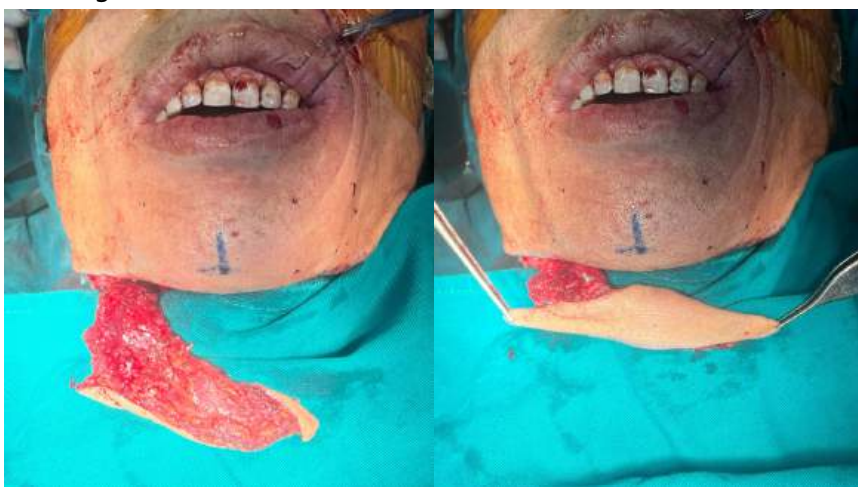
**Hình 1.** Tổn thương ung thư rìa lưỡi phải, và tổn khuyết sau cắt ung thư

### 3.4. Đặc điểm tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư và vật tạo hình

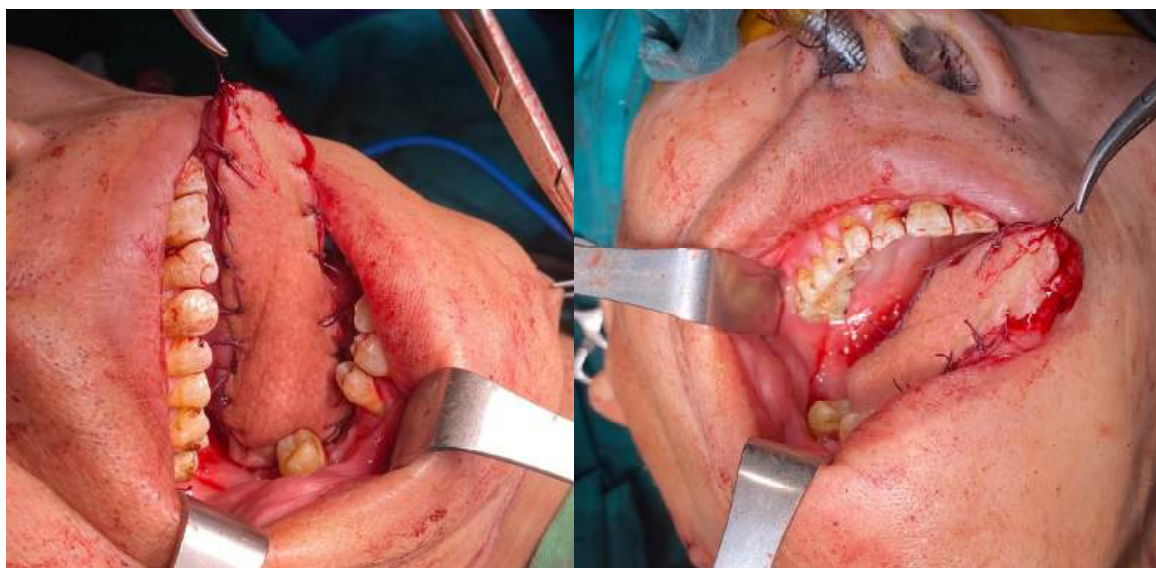
**Bảng 4.** Một số đặc điểm tổn khuyết và vật (n = 24)

| Đặc điểm                                                            | Tổn khuyết | Vật | Tổng |
|---------------------------------------------------------------------|------------|-----|------|
| < 4cm <sup>2</sup>                                                  | 3          | 0   | 3    |
| 4 – 9cm <sup>2</sup>                                                | 14         | 0   | 14   |
| > 9cm <sup>2</sup>                                                  | 7          | 24  | 31   |
| Liên quan 1 vùng giải phẫu                                          | 17         | 0   | 17   |
| Liên quan 2 vùng giải phẫu trở lên (thân lưỡi, gốc lưỡi, sàn miệng) | 7          | 0   | 7    |

**Nhận xét:** Sau phẫu thuật, tổn khuyết có diện tích < 4cm<sup>2</sup> chiếm tỷ lệ ít, chỉ ghi nhận 3 trường hợp (12,5%). Nhóm tổn khuyết có diện tích trung bình từ 4–9cm<sup>2</sup> gặp nhiều nhất với 14 trường hợp (58,3%), trong khi tổn khuyết lớn > 9cm<sup>2</sup> ghi nhận ở 7 trường hợp (29,2%), chủ yếu liên quan đến vùng sàn miệng sau cắt khối ung thư lưỡi. Tất cả các trường hợp đều được tạo hình bằng vật dưới cằm có diện tích thiết kế > 9cm<sup>2</sup>. Xét về đơn vị giải phẫu, đa số tổn khuyết khu trú ở thân lưỡi với 17 trường hợp (70,8%). 07 trường hợp còn lại có liên quan đến các vùng giải phẫu khác, trong đó có 2 trường hợp liên quan đến sàn miệng và 5 trường hợp liên quan đến gốc lưỡi.



**Hình 2.** Hình ảnh vật dưới cằm sau phẫu tích, cuống mạch cùng bên



**Hình 3.** Hình ảnh sau chuyển vạt che phủ tổn thương lưỡi.

### 3.5. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 5. Kết quả tạo hình (n = 24)**

| Kết quả                    | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------------------|----------|---------|
| Vạt sống hoàn toàn         | 21       | 87,5    |
| Thiếu dưỡng hoại tử 1 phần | 3        | 12,5    |
| Hoại tử toàn bộ            | 0        | 0       |
| Sử dụng cuống mạch đối bên | 2        | 8,33    |

**Nhận xét:** Kết quả theo dõi tình trạng của vạt cho thấy tỷ lệ thành công cao, với 21/24 trường hợp (87,5%) vạt sống hoàn toàn. Có 3 trường hợp (12,5%) xuất hiện tình trạng thiếu dưỡng hoặc hoại tử một phần, tuy nhiên không có trường hợp nào hoại tử toàn bộ vạt. Trong số các ca phẫu thuật, có 2 trường hợp (8,33%) được sử dụng cuống mạch đối bên để tạo hình tổn thương.

**Bảng 6. Kết quả phục hồi chức năng**

| Kết quả         | Tốt        | Khá        | Kém      |
|-----------------|------------|------------|----------|
| Độ di động lưỡi | 9 (37,5%)  | 15 (62,5%) | 0        |
| Chức năng nói   | 4 (16,67%) | 20 (83,3%) | 0        |
| Chức năng nuốt  | 21 (87,5%) | 3 (12,5%)  | 0        |
| Thẩm mỹ         | 9 (37,5%)  | 15 (62,5%) | 0        |
| <b>Tổng</b>     | <b>43</b>  | <b>53</b>  | <b>0</b> |

**Nhận xét:**

Di động lưỡi tốt đạt 37,5% bệnh nhân.

Chức năng nuốt tốt: 87,5% bệnh nhân.

Chức năng nói tốt: 16,67% bệnh nhân.

Vị giác tốt: 0% (phần lớn đạt mức khá - điểm 1).

Thẩm mỹ tốt nhất: 37,5% trường hợp.

Về chức năng hậu phẫu:

87,5% bệnh nhân đạt điểm nuốt từ 6 trở lên (thang 7 điểm), điểm trung bình là  $6,0 \pm 1,0$ .

Khả năng giao tiếp bình thường đạt kết quả tốt ở 16,67% trường hợp, các trường hợp còn lại 83,3% nói ngọng một số âm điệu.

Di động lưỡi bình thường đạt 37,5%, đa phần sau tạo hình lưỡi bị hạn chế cử động bên tổn khuyết chiếm 62,5%.

Thẩm mỹ được đánh giá chủ quan tốt ở 62,5% bệnh nhân, có 9 trường hợp không phát hiện thấy bất cân xứng về hình thể lưỡi sau tạo hình chiếm 37,5%.



**Hình 4.** Hình ảnh sau mổ 01 tuần (phải), 03 tháng (trái)

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Về đặc điểm tuổi - giới

Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $55,3 \pm 12,3$  (23 - 74 tuổi), trong đó nhóm 40-60 chiếm nhiều nhất (45,8%), tiếp theo là  $> 60$  (41,7%). Kết quả này phù hợp với y văn, cho thấy ung thư lưỡi thường gặp ở trung niên và cao tuổi. So với dữ liệu SEER (Mỹ, 2025: Tuổi chẩn đoán trung bình 65 tuổi), phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn theo xu hướng toàn cầu<sup>6</sup>.

Nam giới chiếm ưu thế (66,7%), gấp đôi nữ (33,3%), phù hợp với tỷ lệ nam/nữ  $\approx 2:1$  trong các nghiên cứu quốc tế, liên quan đến tỷ lệ hút thuốc và uống rượu cao hơn ở nam giới tại Việt Nam<sup>6</sup>.

Tuy số ca  $< 40$  tuổi ít (12,5%), nhóm này có ý nghĩa lâm sàng vì thường diễn tiến nhanh và tiên lượng xấu hơn.

### 4.2. Về một số yếu tố liên quan tổn thương

Trong 24 bệnh nhân, 66,6% uống rượu thường xuyên và 62,5% hút thuốc lá, chủ yếu ở nam giới. Đây là hai yếu tố nguy cơ chính của ung thư khoang miệng, và sự phối hợp làm tăng nguy cơ theo cơ chế hiệp đồng. Không ghi nhận trường hợp nào liên quan đến ăn trâu hay tiền sử gia đình<sup>6</sup>.

Kết quả này phù hợp với dữ liệu quốc tế và trong nước, nơi hút thuốc và uống rượu là nguy cơ nổi trội, đặc biệt ở nam giới. So với một số quần thể Nam Á vẫn còn phổ biến ăn trâu, mô hình nguy cơ ở Việt Nam gần hơn với xu hướng toàn cầu hiện đại.

Nghiên cứu khẳng định:

(1) tỷ lệ phơi nhiễm rượu/thuốc cao, phù hợp cơ chế hiệp đồng đã được chứng minh;

(2) sự khác biệt giới tính phản ánh dịch tễ chung khi nam giới chịu gánh nặng bệnh cao hơn.

### 4.3. Về đặc điểm tổn thương ung thư

Trong nghiên cứu, tổn thương tập trung chủ yếu ở thân lưỡi, đặc biệt rìa lưỡi (75%), phù hợp với các báo cáo quốc tế về vị trí hay gặp của carcinoma tế bào vảy. Kích thước khối u trung bình là  $2,38 \times 1,74 \times 1,98\text{cm}$ ; có cả u nhỏ ( $< 2\text{cm}$ ) lẫn u lớn ( $> 3\text{cm}$ ). Theo AJCC 8, độ xâm lấn sâu (DOI) có thể nâng bậc T ngay cả với khối u nhỏ, do đó chỉ dựa vào đường kính bề mặt là chưa đủ để đánh giá nguy cơ.

Tỷ lệ xâm lấn cơ cao (79,2%) và di căn hạch cổ cùng bên 66,6%, chủ yếu ở tổn thương thân lưỡi. Điều này phù hợp với y văn, cho thấy nguy cơ di căn hạch phụ thuộc mạnh vào DOI và có thể xuất hiện cả ở giai đoạn sớm.

Kết quả khẳng định mối liên quan giữa tổn thương vùng thân/rìa lưỡi, xâm lấn cơ và di căn hạch, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đo DOI, đánh giá hạch cổ và cân nhắc phẫu thuật cổ phòng ngừa, ngay cả khi khối u  $< 2\text{cm}$ . Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ, các kết luận cần được kiểm chứng trên nghiên cứu lớn hơn.

### 4.4. Về đặc điểm tổn khuyết sau cắt ung thư và vật tạo hình

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tất cả các tổn khuyết, dù diện tích lớn ( $> 9\text{cm}^2$ ), vẫn được tạo hình bằng vật dưới cằm với diện tích thiết kế vượt hơn diện tích tổn khuyết. Việc này mang lại ưu điểm rõ rệt như giảm nguy cơ co vật gây giảm thể tích, đảm bảo khôi phục thể tích lưỡi và vận động lưỡi một cách hiệu quả. Tuy nhiên, cần so sánh với các giải pháp tạo hình khác đã được nghiên cứu có vận dụng rộng rãi.

#### 4.4.1. So sánh với vật cẳng tay quay - Radial Forearm Free Flap (RFFF) <sup>2,7</sup>

Nghiên cứu tiền cứu cho thấy vật dưới cằm (submental island flap - SIF) có kết quả tương đương RFFF về chức năng nói và nuốt, lại có tỷ lệ biến chứng ở nơi lấy vật thấp hơn, thời gian mổ ngắn hơn và thời gian nằm viện ít hơn.

Nghiên cứu hồi cứu phân tích khớp cặp (propensity-matched) cũng ghi nhận: Kết quả ung thư (tỷ lệ sống, kiểm soát tại chỗ) tương đương,

nhưng SIF có lợi thế rõ về chi phí, thời gian nằm viện và biến chứng chỗ cho vật <sup>7</sup>.

#### 4.4.2. So sánh với vật đùi trước ngoài - Anterolateral Thigh Flap (ALT) <sup>8</sup>

Một phân tích tổng hợp cho thấy ALT và RFFF có tỷ lệ sống vật và chức năng vùng miệng tương đương, nhưng ALT có tỷ lệ biến chứng chỗ cho vật thấp hơn – như sẹo lồi, khuyết cảm giác, hạn chế chức năng khớp tay (có khi áp dụng ở RFFF).

#### 4.4.3. Ưu điểm của vật dưới cằm

Tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng vùng cho vật, chi phí và thời gian phẫu thuật thấp hơn <sup>2-5</sup>.

Không ảnh hưởng đến chức năng chi, dễ đóng kín tại vùng lấy vật.

Chức năng nói và nuốt tương đương.

#### 4.4.4. Nhược điểm vật dưới cằm

Vùng cho vật giới hạn không quá  $\sim 60\text{cm}^2$  – không thích hợp với tổn khuyết quá lớn.

Có tiềm năng liên quan nếu di căn hạch nhóm I chưa được kiểm soát tốt <sup>4</sup>.

#### 4.4.5. Ưu điểm của RFFF/ALT

RFFF: Linh hoạt, dễ tạo hình mềm mại, thích hợp khối u phức hợp.

ALT: Giảm biến chứng cho vật so với RFFF, ít gây mất chức năng vùng cho vật.

Dù phần lớn tổn khuyết có diện tích trên  $9\text{cm}^2$ , một số tổn khuyết liên quan sàn miệng, nhóm vẫn sử dụng vật dưới cằm thành công cho tất cả các trường hợp. Điều này cho thấy:

Khả năng ứng dụng linh hoạt của vật dưới cằm trong tổn khuyết khi được thiết kế đủ dư diện tích để phủ an toàn.

Hiệu quả lâm sàng cao, khả năng phục hồi chức năng tốt, đồng thời giảm thiểu thời gian phẫu thuật và chăm sóc sau mổ.

### 4.5. Về kết quả phẫu thuật

#### 4.5.1. Hiệu quả phục hồi chức năng

Trong nghiên cứu này, 87,5% bệnh nhân đạt điểm nuốt từ 6 trở lên (trên thang 7 điểm), cho thấy

khả năng phục hồi chức năng nuốt tốt sau phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Shaikh và cộng sự (2023), trong đó nhóm sử dụng vật dưới cằm đạt điểm trung bình chức năng nuốt từ 70 - 75/100 theo thang UW-QOL<sup>5,9-11</sup>.

Về chức năng nói, chỉ có 16,67% bệnh nhân đạt mức điểm cao nhất, cho thấy khả năng nói sau mổ tuy được bảo tồn nhưng chưa đạt mức tối ưu. Điều này có thể do sự hạn chế trong khả năng di động lưỡi - khi chỉ 37,5% bệnh nhân đạt mức điểm di động tốt nhất, còn lại chủ yếu ở mức trung bình. Điều này gợi ý rằng mặc dù vật dưới cằm giúp lấp đầy tổn khuyết hiệu quả, nhưng độ linh hoạt của vật vẫn có thể hạn chế so với mô lưỡi nguyên bản, đặc biệt trong các vận động phức tạp cần cho phát âm.

#### 4.5.2. Vị giác và thẩm mỹ

Không có bệnh nhân nào đạt điểm tối đa về vị giác, mặc dù phần lớn ghi nhận mất vị giác hoàn toàn. Điều này phản ánh thực trạng chung trong tái tạo vùng lưỡi - khi các thụ thể vị giác không thể phục hồi hoàn toàn qua ghép mô không chuyên biệt. Tương tự, chỉ 37,5% đạt điểm thẩm mỹ tối đa, tuy nhiên không ghi nhận trường hợp nào có biến dạng nặng, cho thấy hiệu quả về mặt thị giác và thẩm mỹ đạt mức chấp nhận được<sup>5,12</sup>.

#### 4.6. Kỹ thuật và đặc điểm vật dưới cằm

Vật dưới cằm cho kết quả khả quan trong các tổn khuyết vừa, với kích thước trung bình 8,6 x 3,7 cm, phù hợp với ngưỡng đề xuất của Paydarfar và Patel (2014)<sup>2,3</sup> cho vùng lưỡi. Chỉ có 12,5% bệnh nhân sử dụng vật cuống đối bên - thường áp dụng khi bên tổn thương có xâm lấn hạch cổ hoặc mạch máu bất lợi. Không ghi nhận biến chứng hoại tử vật hoàn toàn, tỷ lệ tương đồng với các nghiên cứu quốc tế<sup>5</sup>.

#### 4.7. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu còn hạn chế do thiếu nhóm đối chứng với các vật khác (RFFF, ALT), thời gian theo dõi ngắn (3 tháng) và một số đánh giá mang tính chủ quan.

Dù vậy, kết quả cho thấy vật dưới cằm mang lại phục hồi chức năng và thẩm mỹ khả quan, với 87,5% bệnh nhân đạt điểm nuốt  $\geq 6$ , tương đương các

nghiên cứu quốc tế. Việc sử dụng cuống cùng bên giúp cải thiện vận động lưỡi rõ rệt, trong khi các chỉ số khác không khác biệt so với cuống đối bên. Tổn khuyết lớn khi được tạo hình phù hợp cho kết quả nuốt và thẩm mỹ tốt hơn, nhưng vật quá rộng có thể hạn chế di động. Vị trí u gốc lưỡi có xu hướng thuận lợi hơn cho chức năng nuốt.

Tổng thể, vật dưới cằm cho thấy là một lựa chọn phù hợp trong điều trị ung thư lưỡi giai đoạn sớm đến trung bình, đặc biệt ở các cơ sở không có điều kiện vi phẫu, nhờ vào ưu điểm kỹ thuật đơn giản, thời gian mổ ngắn và khả năng phục hồi chức năng tốt.

### V. KẾT LUẬN

Vật dưới cằm là lựa chọn tái tạo hiệu quả cho tổn khuyết lưỡi vừa, với ưu điểm: Phẫu thuật ngắn, thành công cao, ít biến chứng và kết quả chức năng - thẩm mỹ tốt, phù hợp cả tại bệnh viện chưa có vi phẫu.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nam giới 40 - 60 tuổi, nhóm > 60 chiếm tỷ lệ cao, nhấn mạnh nhu cầu tầm soát sớm. Rượu và thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính, cần tập trung kiểm soát, đặc biệt ở nam giới.

Vật dưới cằm cũng phù hợp cho tổn khuyết lớn, đảm bảo chức năng và an toàn ung thư, lại vượt trội hơn RFFF và ALT về chi phí, thời gian mổ và biến chứng. Tuy nhiên, với tổn khuyết rất lớn hoặc phức tạp, RFFF/ALT có thể là lựa chọn phù hợp hơn.

Công trình này không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích nào giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H et al (2024) *Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.
2. Patel UA (2020) *The submental flap for head and neck reconstruction: Comparison of outcomes to the radial forearm free flap*. Laryngoscope 130 Suppl 2: 1-10. doi:10.1002/lary.28429.
3. Paydarfar JA, Kahng PW, Polacco MA, Zhao W (2022) *The submental island flap in head and neck*

- reconstruction: A 10-year experience examining application, oncologic safety, and role of comorbidity.* Laryngoscope Invest Otolaryngol 7(2): 361-368. doi:10.1002/lto.2741.
4. Amin AA, Jamali OM, Ibrahim AS, Rifaat MA, Zedan MH (2020) *The contralateral based submental island flap for reconstruction of tongue and floor of mouth defects: Reliability and oncological outcome.* Head Neck 42(10): 2920-2930. doi:10.1002/hed.26338.
  5. Shaikh M, Kumar K, Kannan R, Doctor A, Singh A, Pradhan SA (2023) *The Submental Flap for Reconstruction of Tongue Defects-Surgical Outcome and Quality of Life Assessment.* Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 75(4): 2895-2900. doi:10.1007/s12070-023-03858-3.
  6. Oral Cancer Incidence by Age, Race, and Gender Data & Statistics National Institute of Dental and Craniofacial Research. Accessed August 20, 2025. <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/oral-cancer/incidence>.
  7. Song XM, Ye JH, Yuan Y, Zhang SY, Jiang HB, Wu YN (2010) *Radial forearm free flap for reconstruction of a large defect after radical ablation of carcinoma of the tongue and floor of the mouth: some new modifications.* ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 72(2):106-112. doi:10.1159/000301155.
  8. Pipkorn P (2020) *Anterolateral thigh (ALT) free flap for head and neck reconstruction.* The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery.
  9. Guerin-Lebailly C, Mallet Y, Lambour V et al (2012) *Functional and sensitive outcomes after tongue reconstruction: About a series of 30 patients.* Oral Oncology. 48(3): 272-277. doi:10.1016/j.oraloncology.2011.10.010.
  10. Chuanjun C, Zhiyuan Z, Shaopu G, Xinquan J, Zhihong Z (2023) *Speech after partial glossectomy: A comparison between reconstruction and nonreconstruction patients.* J Oral Maxillofac Surg 60(4):404-407. doi: 10.1053/joms.2002.31228. PMID: 11928097.
  11. Lam L, Samman N (2013) *Speech and swallowing following tongue cancer surgery and free flap reconstruction - A systematic review.* Oral Oncology 49(6): 507-524. doi:10.1016/j.oraloncology.2013.03.001.
  12. Nguyen Quang Duc et al (2022) *Reconstruction of tongue defect with submental flap after tumor resection.* VMJ. 515(1). doi:10.51298/vmj.v515i1.2419.