

KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM MÔI DƯỚI SAU CẮT BỎ UNG THƯ BẰNG VẬT TẠI CHỖ

Dương Mạnh Chiến^{1,2} và Nguyễn Tiến Dũng^{1,✉}

¹ Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện K Trung ương

Nghiên cứu đánh giá kết quả tạo hình khuyết phần mềm môi dưới sau cắt bỏ ung thư bằng vật tại chỗ. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 24 bệnh nhân tại Bệnh viện K từ tháng 9/2017 đến tháng 3/2023. Kết quả: Tỷ lệ vật sống hoàn toàn ở nhóm khuyết từ 1/4 – 3/4 chiều dài môi (100%) cao hơn rõ rệt so với nhóm khuyết > 3/4 chiều dài môi (52,6%) (OR = ∞; p = 0,0039). Nhóm vật từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm có xu hướng cho kết quả xa về thẩm mỹ tốt hơn so với nhóm từ môi trên và má (OR = 3,88; p = 0,159); không khác biệt về chức năng (p = 1,0). Kết luận: Vật tại chỗ phù hợp với tổn khuyết từ 1/4-3/4 chiều dài môi dưới, đảm bảo tốt về chức năng và thẩm mỹ. Việc lựa chọn loại vật tại chỗ dựa trên vị trí, kích thước, giới hạn và độ sâu tổn khuyết. Nhóm vật từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm có xu hướng vượt trội hơn nhóm vật từ môi trên và má về thẩm mỹ, nhưng không khác biệt về chức năng.

Từ khóa: Khuyết phần mềm môi dưới, ung thư môi dưới, vật tại chỗ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Môi dưới có cấu trúc gồm 3 lớp chính: da - tổ chức dưới da, cơ vòng môi và niêm mạc, giữ vai trò quan trọng trong chức năng nói, ăn uống, biểu cảm và thẩm mỹ. Khuyết phần mềm môi dưới có nguyên nhân phổ biến nhất là sau phẫu thuật ung thư môi dưới. Loại ung thư hay gặp nhất vùng này là ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous cell carcinoma - SCC), tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào đáy (Basal cell carcinoma - BCC). Phác đồ điều trị chuẩn hiện nay là cắt bỏ rộng tổn thương đến diện cắt âm tính, sau đó tiến hành tái tạo che phủ tổn khuyết. Tổn khuyết phần mềm sau mổ thường có đặc điểm phức tạp, kích thước lớn, tổn thương nhiều thành phần giải phẫu, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng và thẩm mỹ. Việc tái tạo môi dưới vẫn là một thách thức lớn cho các phẫu thuật viên tạo hình, không chỉ nhằm phục hồi hình thể mà còn đòi hỏi khôi phục được chức năng và

tính thẩm mỹ cho khuôn mặt.^{1,2}

Kỹ thuật sử dụng vật tại chỗ thường được ưu tiên lựa chọn với các tổn khuyết lớn, chỉ tổn thương 1 - 2 lớp chiều dày môi; hoặc toàn bộ chiều dày môi, từ 1/2 chiều dài môi trở lên, thậm chí khuyết toàn bộ chiều dài môi dưới; nếu mô lân cận còn nhiều và đàn hồi tốt, không kèm tổn thương lan rộng vùng cằm, mi dưới hoặc sàn miệng, không kèm khuyết xương hàm, vì đáp ứng tốt yêu cầu che phủ tổn khuyết mà không gây thêm tổn thương nơi cho vật, đồng thời có màu sắc, độ dày và độ linh hoạt tương thích tốt với môi dưới.³ Gần đây các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã chú trọng ứng dụng sử dụng vật tại chỗ trong tái tạo môi dưới thay vì sử dụng vật tự do hoặc ghép da, nhằm giữ nguyên cấu trúc giải phẫu, giảm thời gian phẫu thuật và giảm biến chứng của vi phẫu thuật.⁴⁻⁹

Hiện tại có rất nhiều bài báo cáo trong nước và trên thế giới về tạo hình các tổn khuyết môi dưới bằng sử dụng các loại vật tại chỗ. Tuy nhiên, đa phần các bài là ca lâm sàng đơn lẻ hoặc chỉ tập trung mô tả kỹ thuật tái tạo cụ thể, trong khi chưa có nhiều nghiên cứu đánh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Tiến Dũng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tiendung98pbc@gmail.com

Ngày nhận: 19/05/2025

Ngày được chấp nhận: 11/07/2025

giá một cách hệ thống về kết quả tái tạo sử dụng vật tại chỗ, cũng như đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tạo hình. Để góp phần đưa ra kế hoạch điều trị, lựa chọn phương pháp, kỹ thuật tạo hình sử dụng vật tại chỗ đem lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân, nhóm tác giả tiến hành nghiên cứu **“Kết quả tạo hình khuyết phần mềm môi dưới sau cắt bỏ ung thư bằng vật tại chỗ”** với mục tiêu: Mô tả kết quả tạo hình khuyết phần mềm môi dưới sau cắt bỏ ung thư sử dụng vật tại chỗ và một số yếu tố liên quan đến chỉ định và kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 24 bệnh nhân chẩn đoán ung thư môi dưới với 25 tổn khuyết môi dưới sau cắt tổn thương, được phẫu thuật che phủ bằng vật tại chỗ, tại Bệnh viện K Trung ương từ tháng 09/2017 đến tháng 03/2023, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có chẩn đoán ung thư môi dưới, ở giai đoạn có chỉ định phẫu thuật cắt u; Kích thước tổn khuyết sau cắt u > 1/3 chiều dài môi dưới (tương đương kích thước u $\geq 1,5\text{cm}$), khuyết rộng 1 lớp thành phần hoặc khuyết từ 2 lớp thành phần trở lên; Vùng mô lân cận không bị tổn thương, đủ độ đàn hồi để huy động vật tổ chức; có hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tổn thương ở cả môi dưới và môi trên với kích thước khuyết môi trên > 1/4 chiều dài môi trên; Tổn thương môi dưới rộng tới vùng cằm, vùng má; Có bệnh lý toàn thân không ổn định hoặc có chống chỉ định gây mê; Tổn thương ung thư môi dưới giai đoạn lan rộng, xâm lấn tổ chức xung quanh, hay di căn xa, thời gian sống ngắn, không còn chỉ định phẫu thuật, chỉ chăm sóc giảm nhẹ; Vùng mô lân cận bị tổn thương

hoặc không đủ đàn hồi để huy động vật tại chỗ (do chấn thương, bỏng, sau xạ trị, teo mô mềm do tuổi già...); Từ chối phẫu thuật hoặc từ chối tham gia nghiên cứu, có vấn đề tâm thần.

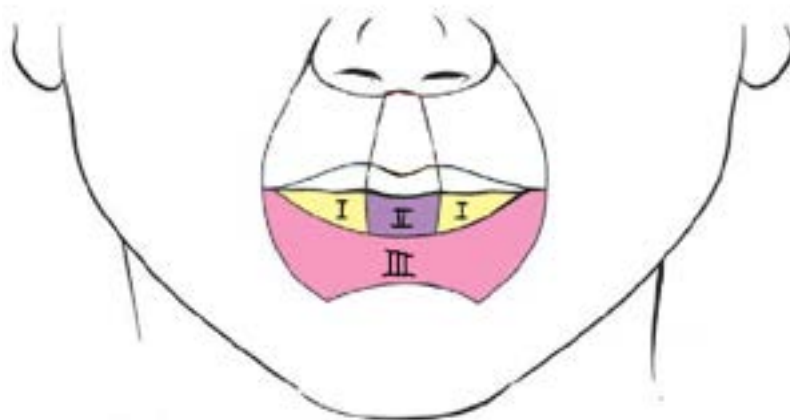
2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (độ tuổi, giới tính, loại ung thư), đặc điểm lâm sàng của tổn thương u (vị trí, kích thước), đặc điểm lâm sàng tổn khuyết sau cắt u (vị trí, kích thước, độ sâu), kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, loại vật tại chỗ được sử dụng, đánh giá kết quả phẫu thuật (kết quả gần trong thời gian nằm viện và kết quả xa sau 6 tháng), tình trạng tái phát ung thư.

Bệnh nhân được khám, đánh giá tổn thương trước mổ. Dựa vào đặc điểm của tổn thương, chúng tôi thiết kế đường rạch cắt bỏ u và dự kiến độ dày lớp cắt bỏ, dự kiến loại vật tại chỗ sẽ sử dụng và thiết kế để che phủ tổn khuyết sau cắt bỏ u. Dưới gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ tùy theo mức độ, tổn thương được cắt bỏ rộng, sinh thiết tức thì đảm bảo diện cắt âm tính, làm giải phẫu bệnh thường quy chẩn đoán xác định sau mổ. Đánh giá đặc điểm tổn khuyết (vị trí, kích thước, độ sâu) để lựa chọn loại vật tại chỗ phù hợp. Trong đó, vị trí tổn khuyết được chia theo tiểu đơn vị giải phẫu: môi đỏ đơn thuần, môi trắng đơn thuần hay cả môi đỏ lẫn môi trắng; và so với đường giữa: vùng giữa môi, vùng rìa môi. Độ sâu khuyết được chia theo lớp giải phẫu: khuyết da, khuyết niêm mạc, khuyết da và cơ vòng môi, khuyết toàn bộ chiều dày môi (da, cơ vòng môi, niêm mạc). Kích thước tổn khuyết theo các mức 1/4 - 1/2, 1/2 - 3/4, > 3/4 chiều dài môi. Dựa trên đặc điểm tổn khuyết và thiết kế ban đầu, tiến hành tạo hình một hoặc phối hợp nhiều vật tại chỗ để che phủ tổn khuyết.



Hình 1. Phân chia giải phẫu vùng môi dưới theo Queen (2019)²

I+II. Vùng môi đỏ, I. Vị trí rìa môi và II. Vị trí giữa môi. III. Vùng môi trắng



Hình 2. Một số loại vạt tại chỗ được sử dụng^{4,8,10}

A, B. Vạt chuyển rãnh mũi má 1 bên, 2 bên (vạt Fujimori Gate) C. Vạt hình thoi D. Vạt chuyển niêm mạc má E, F. V-Y da má 1 bên, 2 bên G. Vạt V-Y da cằm H. Tạo hình chữ T I. Vạt V-Y da má + Vạt V-Y niêm mạc má K. Vạt Camille Bernard

Sau mổ, bệnh nhân được đánh giá kết quả phẫu thuật gần trong thời gian nằm viện và kết quả xa sau 6 tháng. Đánh giá kết quả gần dựa trên các tiêu chí: Khả năng sống của vạt, mức độ che phủ tổn khuyết, tình trạng liền thương

(nơi cho, nơi nhận vạt), biến chứng sớm (chảy máu, tụ máu, tụ dịch, nhiễm trùng, bục vết mổ...), tình trạng co kéo biến dạng môi (*ít/nhiều*), chức năng vận động môi (*tốt/không tốt*), kích thước lỗ miệng (*lỗ miệng nhỏ khi khoảng cách đo giữa 2 góc miệng khi nghỉ < 40mm, hoặc khoảng cách giữa hai răng cửa hàm trên và dưới khi mở miệng tối đa < 35mm theo tác giả Kevin Chung (2019)*).¹¹ Đánh giá kết quả xa sau 6 tháng về thẩm mỹ và chức năng môi và triệu chứng sử dụng các tiêu chí sau dựa trên

thang điểm “**FACE-Q Head and Neck Cancer Module**” của tác giả Cracchiolo và cộng sự (2019) gồm:¹²

(1) **Thẩm mỹ:** Độ cân đối môi, đường viền môi, sẹo nơi cho-nhận vật, sự tương quan của môi so với mặt, sự tương đồng màu sắc môi đỏ.

(2) **Chức năng môi:** Khả năng khoang miệng (giữ chặt môi, kiểm soát thức ăn, nước bọt), ăn uống (rò thức ăn, đồ uống khi ăn uống), nói chuyện (phát âm ngắt quãng, rõ ràng, khó phát âm).

(3) **Triệu chứng:** đau khi vận động/ăn/nói, sẹo (cảm giác co kéo, căng chặt khi vận động môi, tê bì vùng sẹo, dị cảm), khô miệng.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế. Tất cả bệnh nhân được giải thích đầy đủ trước khi tham gia, có quyền từ chối nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc điều trị. Dữ liệu thu thập được đảm bảo trung thực, khách quan, đúng quy định về đạo đức nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị

STT	Giới, Tuổi, Loại u	Đặc điểm, kích thước (KT) khuyết (cm ²)	Phương pháp phẫu thuật	Kết quả gần	Kết quả xa (FACE-Q HNCM)
1	Nữ, 65, SCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 3,5x1,5 = 5,25	Vật Estlander môi trên, KT 3,5x1,5cm, tạo hình góc miệng sau 12 ngày	Còn biến dạng môi ít, lỗ miệng nhỏ	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
2	Nam, 55, SCC	Vùng I+II+III, 1 phần môi trên, từ 1/4 - 1/2 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 3,5x4,0 = 14,0	Vật Estlander môi trên, KT 3,5x4,0cm, tạo hình góc miệng sau 6 tháng	Còn biến dạng môi ít, lỗ miệng nhỏ	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
3	Nữ, 56, SCC	Vùng I+II+III, 1 phần môi trên, chiếm từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 2,5x4,0 = 10,0	Vật Estlander môi trên, KT 2,5x4,0cm, tạo hình góc miệng sau 6 tháng	Biến dạng môi nhiều, lỗ miệng nhỏ	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
4	Nữ, 71, BCC	Vùng III, 1/3 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 3,5x1,5 = 5,25	Vật V-Y da cằm, KT 3,5x3,0cm	Tốt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng

STT	Giới, Tuổi, Loại u	Đặc điểm, kích thước (KT) khuyết (cm ²)	Phương pháp phẫu thuật	Kết quả gần	Kết quả xa (FACE-Q HNCM)
5	Nam, 66, SCC	Vùng I+II+III, 1 phần môi trên, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 4,1x2,3 = 9,43	Vạt V-Y da má 2 bên, KT mỗi bên 4,0x2,3cm	Chức năng môi không tốt	Thẩm mỹ tốt, không có triệu chứng. Chức năng môi không tốt
6	Nam, 48, SCC	Vùng I+II, 1 phần môi trên, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 2,0x1,5 = 3,0	Vạt V-Y da má 1 bên KT 4,0x1,5cm, đóng trực tiếp môi trên	Chạm liền thương nơi nhận vạt	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Không tương đồng màu sắc môi đỏ.
7	Nữ, 89, BCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 3,0x3,0 = 9,0	Vạt Camille Bernard 1 bên, KT 3,0x3,0cm	Chạm liền thương nơi nhận vạt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
8	Nữ, 65, SCC	Vùng II, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, niêm mạc. KT 4,5x3,0 = 13,5	Vạt chuyển niêm mạc má KT 3,5x2,5cm + Vạt V-Y niêm mạc má KT 2,5x2,5cm	Tốt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
9	Nam, 60, SCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 2,5x2,5 = 6,25	Tạo hình chữ T, KT mỗi vạt 3,0x2,5cm	Còn biến dạng môi ít	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
10	Nữ, 58, SCC	Vùng I+II+III, 1 phần môi trên, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 2,0x2,0 = 4,0	Vạt chuyển rãnh mũi má 1 bên, KT 3,0x2,0cm	Úr máu đầu xa vạt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
11	Nam, 51, SCC	Vùng I+II+III, 1 phần môi trên, từ 1/4 - 1/2 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 3,0x3,0 = 9,0	Vạt chuyển niêm mạc má KT 3,0x1,5cm + Vạt V-Y da má 1 bên KT 3,0x1,5cm	Úr máu đầu xa vạt niêm mạc	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng

STT	Giới, Tuổi, Loại u	Đặc điểm, kích thước (KT) khuyết (cm ²)	Phương pháp phẫu thuật	Kết quả gần	Kết quả xa (FACE-Q HNCM)
12	Nữ, 78, BCC	Vùng III, từ 1/4 - 1/2 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 4,0x3,0 = 12,0	Vạt Camille Bernard 1 bên, KT 4,0x3,0cm	Úr máu 1 phần đầu xa vạt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
13	Nam, 51, SCC	Vùng I+II+III, 1 phần môi trên, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 4,0x4,0 = 16,0	Vạt V-Y da má KT 7,0x4,0 cm + Vạt V-Y niêm mạc má 1 bên KT 6,0x3,5cm, đóng trực tiếp môi trên	Chạm liền thương nơi nhận vạt	Thẩm mỹ tốt, không có triệu chứng, chức năng môi kém, lỗ miệng nhỏ
14	Nam, 59, SCC	Vùng I+II+I+III, 1 phần môi trên, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 5,0x2,5 = 12,5	Vạt V-Y niêm mạc má 2 bên, mỗi bên KT 5,0x2,5cm + vạt V-Y da má 2 bên, mỗi bên KT 5,0x2,5cm, đóng trực tiếp môi trên	Chạm liền thương nơi nhận vạt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
15	Nam, 58, SCC	Vùng I+II+I+III, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 6,0x3,5 = 21,0	Vạt chuyển rãnh mũi má 2 bên, KT mỗi bên 5,5x3,5cm	Tốt	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Không tương đồng màu sắc môi đỏ.
16	Nam, 53, SCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 3,5x3,0 = 10,5	Vạt hình thoi KT 3,0x3,0cm + Vạt V-Y niêm mạc má 1 bên KT 3,0x1,5cm	Tốt	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Vạt có độ dày lớn hơn xung quanh
17	Nam, 64, SCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 4,8x4,5 = 21,60	Vạt V-Y niêm mạc má KT 4,0x2,5cm + vạt V-Y da má 1 bên KT 6,0x4,5cm	Chạm liền thương nơi nhận vạt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
18	Nữ, 63, SCC	Vùng II, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết niêm mạc. KT 2,0x1,5 = 3,0	Vạt chuyển niêm mạc má, KT 2,5x1,5cm	Tốt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng

STT	Giới, Tuổi, Loại u	Đặc điểm, kích thước (KT) khuyết (cm ²)	Phương pháp phẫu thuật	Kết quả gần	Kết quả xa (FACE-Q HNCM)
19	Nam, 56, SCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 5,0x3,5 = 17,50	Vạt chuyển rãnh mũi má KT 5,0x2,5cm, vạt V-Y niêm mạc má 1 bên KT 3,0x1,0cm	Tốt	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Không tương đồng độ dày vạt với xung quanh.
20	Nam, 75, SCC	Vùng I+II+III, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 4,0x3,0 = 12,0	Vạt Camille Bernard 2 bên, KT mỗi bên 2,5x3,0cm	Chạm liền thương nơi nhận vạt	Thẩm mỹ, chức năng tốt, không có triệu chứng
21	Nữ, 76, SCC	Vùng I+II+III, từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 3,0x2,5 = 7,50	Vạt chuyển rãnh mũi má 1 bên, KT 3,5x2,5cm	Tốt	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Không tương đồng màu sắc môi đỏ và độ dày vạt với xung quanh
22	Nam, 58, SCC	Vùng I+II+I+III, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 11x9 = 99,0	Vạt V-Y niêm mạc má, KT mỗi bên 4,0x2,0cm + Vạt V-Y da má 2 bên KT mỗi bên 6,0x5,0cm. Mổ lần 2: Vạt chuyển rãnh mũi má 2 bên, KT mỗi bên 4,0x3,0cm	Hoại tử đầu xa vạt V-Y da má 2 bên, vạt chuyển rãnh mũi má 2 bên. Chức năng môi không tốt.	Không có triệu chứng. Môi mất cân đối. Không tương đồng màu sắc môi đỏ. Sẹo xấu nơi cho vạt, nơi nhận vạt. Chức năng môi không tốt.
23	Nam, 65, SCC	Vùng I+II+I+III, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ, niêm mạc. KT 8,0x5,0 = 40,0	Vạt Camille Bernard 2 bên, KT mỗi bên 4,0x4,5cm	Hoại tử đầu xa vạt 2 bên	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Sẹo xấu nơi nhận vạt. Không tương đồng màu sắc môi đỏ.

STT	Giới, Tuổi, Loại u	Đặc điểm, kích thước (KT) khuyết (cm ²)	Phương pháp phẫu thuật	Kết quả gần xa vạt	Kết quả xa (FACE-Q HNCM)
24	Nữ, 92, SCC	Vùng I+II+III, trên 3/4 chiều dài môi. Khuyết da, cơ. KT 5,0x4,0 = 20,0	Vạt Camille Bernard 1 bên, KT vạt 5,0x3,5cm. Vạt tai chó rãnh mũi má che tiểu đơn vị môi đỏ	Hoại tử đầu xa vạt	Chức năng tốt, không có triệu chứng. Sẹo xấu nơi nhận vạt. Không tương đồng màu sắc môi đỏ.

1. Đặc điểm tổn thương

Vị trí khối u: Vùng môi đỏ chiếm 70,8% (17/24 bệnh nhân), vùng môi trắng chiếm 12,5% (3/24), ở cả vùng môi đỏ và môi trắng chiếm 16,7% (4/24).

Kích thước u: được xác định là đường kính của khối theo chiều ngang và chiều dọc của môi, dao động từ 0,24cm² đến 80,00cm², trung bình 10,84cm².



Hình 3. Bệnh nhân Ngân Văn T. 58 tuổi, SCC, khối u lớn nhất (bệnh nhân số 22)

A. Vị trí u ở môi dưới, kích thước 10x8cm
B. Đặc điểm khối u sau khi làm sạch C. Nhìn nghiêng D. Nhìn từ dưới lên

Vị trí tổn thương sau cắt u: Giới hạn tổn thương sau cắt u thường gặp nhất là khuyết cả vùng môi đỏ và trắng (vùng I+II+III) (80,0%, 20/25 tổn thương), tổn thương chỉ môi đỏ (vùng I+II hoặc vùng II) chiếm 12,0% (3/25), chỉ khuyết môi trắng (vùng III) chiếm 8,0% (2/25).

Kích thước tổn thương: Kích thước tổn thương trung bình 15,89cm², nhỏ nhất 3,0cm², lớn nhất 99,0cm².

Độ sâu tổn thương: Có 16/25 tổn thương bị khuyết toàn bộ chiều dày môi (bao gồm cả da, cơ và niêm mạc), và 7 tổn thương (28,0%) bị khuyết lớp da và cơ; 1 tổn thương (4,0%) bị tổn thương ở lớp da và lớp niêm mạc; 1 tổn thương (4,0%) chỉ khuyết lớp niêm mạc.

2. Loại vật tại chỗ

Bảng 2. Phân loại vật tại chỗ

Loại vật tại chỗ	Số khuyết	Số vật	Ti lệ (%) so với tổng 42 vật
Nhóm 1: Vật từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm		14	33,33
- Vật V-Y da cằm	1	1	2,38
- Vật chuyển niêm mạc má	3	3	7,14
- Vật V-Y niêm mạc má	7	9	21,43
- Tạo hình chữ T	1	1	2,38
Nhóm 2: Vật từ môi trên và má		28	66,67
- Vật Estlander từ môi trên	3	3	7,14
- Vật V-Y da má	7	10	23,81
- Vật Camille Bernard	5	7	16,67
- Vật chuyển rãnh mũi má	5	7	16,67
- Vật hình thoi	1	1	2,38
Tổng số	25	42	100

3. Kết quả phẫu thuật

Trong thời gian nằm viện sau mổ, 35/42 (83,33%) vật sống hoàn toàn và che phủ hết tổn khuyết. Có 7/42 (16,67%) vật hoại tử một phần ở đầu xa gây chậm liền thương nơi nhận vật, trong đó 1 bệnh nhân bị bục vết mổ. Có 9/24 (37,5%) bệnh nhân chậm liền thương nơi nhận vật, 3/42 (7,14%) vật ứ máu đầu xa. Về hình thể môi, có 3/24 bệnh nhân (12,5%) còn biến dạng môi ít sau mổ, 1 bệnh nhân biến dạng môi nhiều do tình trạng co kéo da. **Lúc ra viện**, có 3 bệnh nhân (12,5%) có tình trạng lỗ miệng nhỏ. Có 1 bệnh nhân có chức năng môi không tốt sau mổ. Còn lại 7 bệnh nhân (29,17%) đánh giá kết quả tốt với các tiêu chí đã đề cập ở trên.

Có 3 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình góc miệng lần 2 để cải thiện tình trạng lỗ miệng nhỏ. Có 1 bệnh nhân (bệnh nhân số 22) được phẫu thuật 3 lần do hoại tử vật, kết quả xa sau mổ không tốt. Các trường hợp chỉ đơn thuần

chậm liền thương nơi nhận vật, được chăm sóc thay băng làm sạch cách ngày.

Theo dõi sau 6 tháng cho kết quả 22 bệnh nhân có tình trạng thẩm mỹ, chức năng môi tốt, không có triệu chứng. Có 1 bệnh nhân gặp tình trạng mất cân đối môi và chức năng môi không tốt do kích thước u lớn nhất, hoại tử đầu xa vật 2 lần mổ. Có 1 bệnh nhân có chức năng môi không tốt do kèm lỗ miệng nhỏ. Có 5 bệnh nhân có vật không tương đồng màu sắc vùng môi đỏ do chỉ dùng vật da che phủ tổn khuyết cả môi đỏ và môi trắng. Có 2 trường hợp không tương đồng độ dày vật do thiết kế kích thước vật da lớn hơn tổn khuyết. Có 1 trường hợp không tương đồng cả màu sắc vùng môi đỏ và độ dày vật. Có 1 trường hợp sẹo xấu nơi cho vật và nơi nhận vật và 2 trường hợp sẹo xấu nơi nhận vật do hoại tử đầu xa vật sau mổ.

Sau phẫu thuật, chưa ghi nhận trường hợp nào bị tái phát u.

Bảng 3. Mối liên quan giữa vị trí tổn khuyết và loại vật sử dụng

Đặc điểm khuyết	Vị trí tổn khuyết			Tổng
	Môi trắng	Môi đỏ	Môi đỏ và trắng	
Nhóm 1: Vật từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm	1	3	10	14
- Vật V-Y da cằm	1	0	0	1
- Vật chuyển niêm mạc má	0	2	1	3
- Vật V-Y niêm mạc má	0	1	8	9
- Tạo hình chữ T	0	0	1	1
Nhóm 2: Vật từ môi trên và má	1	1	26	28
- Vật Estlander từ môi trên	0	0	3	3
- Vật V-Y da má	0	1	9	10
- Vật Camille Bernard	1	0	6	7
- Vật chuyển rãnh mũi má	0	0	7	7
- Vật hình thoi	0	0	1	1
Tổng	2 (4,76%)	4 (9,52%)	36 (85,72%)	42 (100%)

Bảng 4. Mối liên quan giữa loại vật tạo hình và kết quả gần, xa sau phẫu thuật

Loại vật	Kết quả gần		Kết quả xa				Tổng
	Tốt	Không tốt	Thẩm mỹ		Chức năng		
			Tốt	Không tốt	Tốt	Không tốt	
Nhóm 1: Vật từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm	6	8	12	2	11	3	14
- Vật V-Y da cằm	1	0	1	0	1	0	1
- Vật chuyển niêm mạc má	2	1	3	0	3	0	3
- Vật V-Y niêm mạc má	3	6	7	2	6	3	9
- Tạo hình chữ T	0	1	1	0	1	0	1
Nhóm 2: Vật từ môi trên và má	8	20	17	11	21	7	28
- Vật Estlander từ môi trên	0	3	3	0	3	0	3
- Vật V-Y da má	1	9	7	3	5	5	10

Loại vật	Kết quả gần		Kết quả xa				Tổng
	Tốt	Không tốt	Thẩm mỹ		Chức năng		
			Tốt	Không tốt	Tốt	Không tốt	
- Vạt Camille Bernard	2	5	4	3	7	0	7
- Vạt chuyển rãnh mũi má	4	3	3	4	5	2	7
- Vạt hình thoi	1	0	0	1	1	0	1
Tổng	14	28	29	13	32	10	42
	(33,33%) (66,67%) (69,05%) (30,95%) (76,19%) (23,81%) (100 %)						

Bảng 5. Mối liên quan giữa chiều dài tổn khuyết và các yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan	Mức độ sống của vạt (trong 42 vạt)		Mức độ che phủ khuyết (trên 25 khuyết)			Tổng
	Sống hoàn toàn	Hoại tử đầu xa	Cần 1 vạt	Cần 2 vạt	Cần 4 vạt	
Kích thước khuyết so chiều dài môi						
Chiếm 1/4 - 1/2	5	0	3	1	0	4 (16%)
Chiếm 1/2 - 3/4	18	0	7	6	0	13 (52%)
Chiếm trên 3/4	10	9	1	5	2	8 (32%)
Tổng	33	9	11	12	2	25 khuyết

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên vị trí, kích thước, giới hạn và độ sâu khuyết giúp lựa chọn phương án tạo hình phù hợp. Hiện có nhiều kỹ thuật tạo hình môi dưới được áp dụng như khâu trực tiếp, ghép da, sử dụng vạt tại chỗ, và vạt tự do từ vùng khác. Khâu trực tiếp được chỉ định cho các khuyết lớp da kích thước $\leq 1\text{cm}$ hoặc khuyết niêm mạc nhỏ hoặc khuyết toàn bộ chiều dày môi dưới, kích thước $< \frac{1}{2}$ chiều dài môi dưới. Ghép da hoặc vạt niêm mạc chỉ định cho tổn khuyết lớp nông ở da hoặc niêm mạc môi có kích thước lớn hơn.^{1,3} Vạt tại chỗ thường được ưu tiên lựa chọn chỉ định với các tổn khuyết lớn, chỉ tổn thương 1 - 2 lớp chiều dày môi dưới; hoặc toàn bộ chiều dày của môi, từ $\frac{1}{2}$ chiều dài môi dưới trở lên, thậm chí khuyết toàn bộ môi dưới

(thường dùng vạt Camille Bernard); nếu mô lân cận còn nhiều và đàn hồi tốt, không kèm tổn thương lan rộng vùng cằm, mi dưới hoặc sàn miệng, không kèm khuyết xương hàm, vì đáp ứng tốt yêu cầu che phủ tổn khuyết mà không gây thêm tổn thương nơi cho vạt, đồng thời có màu sắc, độ dày và độ linh hoạt tương thích tốt với môi dưới.³ Vạt tự do chỉ định trong khuyết toàn bộ môi dưới (toàn bộ chiều dài, chiều dày, chiều cao của môi), đặc biệt với những trường hợp có kèm khuyết da vùng cằm, hoặc cơ vòng môi bị mất $> 50\%$, tuy nhiên thường ít được lựa chọn trong các tổn khuyết không toàn bộ vì nguy cơ kéo dài thời gian mổ, đòi hỏi kỹ thuật vi phẫu phức tạp, chất lượng mô không tương thích tốt với đặc điểm tổn khuyết của môi dưới

và nguy cơ thất bại cao hơn.¹³ Do đó, gần đây các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã chú trọng ứng dụng sử dụng vật tại chỗ trong tái tạo môi dưới thay vì sử dụng vật tự do hoặc ghép da, nhằm giữ nguyên cấu trúc giải phẫu, giảm thời gian phẫu thuật và giảm biến chứng. Các vật dạng đòn đẩy kiểu V-Y, vật chuyển từ vùng rãnh mũi má (như vật Fujimori Gate), vùng dưới cằm hoặc từ niêm mạc má từ một bên hoặc cả 2 bên, vật Karapandzic, vật Abbé-Eslander lấy từ môi trên đang là xu hướng mới trong nghiên cứu, thậm chí cho tổn khuyết lớn gần toàn bộ hoặc toàn bộ môi dưới, nhằm ưu tiên bảo tồn về chức năng và thẩm mỹ của môi như trong các nghiên cứu của Tetik và cộng sự (2014), Patel và Cheng (2020), Samal và cộng sự (2025), Vathulya và cộng sự (2025), Jose và cộng sự (2024), Uglesic và cộng sự (2019).⁴⁻⁹

Tổn khuyết sau cắt ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước lớn (trung bình 15,89cm²), phần lớn (84%) chiếm trên 1/2 chiều dài môi, thậm chí cả ¼ ngoài của môi trên (với 21/25 tổn khuyết), do kích thước u lớn, bởi thời gian tiến triển kéo dài, đa số điều trị ở giai đoạn muộn, thường gồm cả tiểu đơn vị môi đỏ và môi trắng; tổn thương sâu, nhiều thành phần, khuyết thường toàn bộ chiều dày môi dưới (83,3%) do SCC có khả năng xâm lấn cao tổ chức bên dưới, nhiều tiểu đơn vị thẩm mỹ môi, di căn hạch và di căn xa nên cần cắt bỏ toàn bộ chiều dày môi. Vì vậy chúng tôi ưu tiên sử dụng vật tại chỗ để tạo hình các tổn khuyết này hơn là đóng trực tiếp. Phẫu thuật tạo hình khuyết môi dưới còn gặp nhiều thách thức, gồm sự khác biệt về màu sắc, tính chất của vùng môi đỏ và môi trắng so với kết cấu của vật da, độ dày môi đỏ khác nhau giữa các vị trí, cụ thể ½ giữa có độ dày lớn nhất tạo thành mấu lồi của môi, còn ¼ ngoài mỗi bên thì mỏng hơn, liên quan nhiều tới góc miệng.

Về vị trí tổn khuyết chia theo tiểu đơn vị giải phẫu gồm môi đỏ đơn thuần, môi trắng đơn thuần hay cả môi đỏ lẫn môi trắng. Đặc điểm vùng môi đỏ được che phủ bởi niêm mạc môi khô và môi ướt, đặc trưng bởi màu đỏ son, trong khi vùng môi trắng được che phủ bởi da có màu trắng. Với tổn khuyết chỉ ở môi đỏ: sử dụng vật niêm mạc má (chuyển hoặc đẩy) do dễ huy động và tương đồng màu sắc. Với tổn khuyết chỉ ở môi trắng: sử dụng vật từ da má cùng bên, từ môi dưới hoặc vật từ vùng da cằm. Với tổn khuyết cả môi đỏ và trắng: sử dụng kết hợp vật đẩy hoặc chuyển niêm mạc má cho môi đỏ và vật rãnh mũi má hoặc da má cho môi trắng.¹⁴ Trong 20/25 khuyết cả môi đỏ và trắng, chúng tôi sử dụng kết hợp vật đẩy hoặc chuyển niêm mạc má cho môi đỏ với vật đẩy hoặc chuyển từ da má, rãnh mũi má cho môi trắng; hoặc vật Estlander từ môi trên, vật Camille Bernard. Đối với trường hợp tổn khuyết cả môi đỏ và môi trắng trong đó chiều dài khuyết rộng từ > 1/2 chiều dài môi đỏ, vì sự giới hạn về chất liệu niêm mạc để tái tạo, chúng tôi sử dụng vật chuyển rãnh mũi má che phủ cả tiểu đơn vị môi đỏ và trắng, kết quả gần và xa tốt nhưng nhược điểm chính là không tương đồng màu sắc. Một trường hợp khuyết cả môi đỏ và trắng trong đó chiều dài khuyết rộng > 3/4 chiều dài môi đỏ (**Bệnh nhân số 22**), chúng tôi sử dụng vật đẩy V-Y da má, kết hợp vật đẩy V-Y niêm mạc má 2 bên để che phủ tổn khuyết, kết quả hoại tử đầu xa vật 2 bên, do tổn khuyết quá lớn nên cần vật kích thước lớn, đầu xa vật chịu sức căng lớn khi khâu néo 2 đầu vật. Bệnh nhân được cắt lọc tổ chức hoại tử, dùng 2 vật chuyển rãnh mũi má huy động từ cả 2 bên để che tổn khuyết thứ phát sau đó. Tuy nhiên, đầu xa vật tiếp tục hoại tử 1 phần, bệnh nhân được cắt lọc, khâu lại vết mổ, kết quả xa sau mổ không tốt về cả thẩm mỹ và chức năng.



Hình 4. Bệnh nhân Lê Trọng T. 51 tuổi, SCC, tạo hình vạt V-Y da má và vạt V-Y niêm mạc má 1 bên, đóng trực tiếp môi trên (Bệnh nhân số 13)

A, B. Vị trí u vùng môi dưới, chỉ ở môi đỏ C. Tổn khuyết sau cắt u D. Thiết kế vạt E. Ngay sau mổ F. Chạm liền vết mổ nơi nhận vạt sau mổ 3 ngày G, H. Khám lại sau 1 năm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định lựa chọn loại vạt tại chỗ theo cách thức di chuyển vạt theo tác giả Comnini và cộng sự (2018).¹⁵ Cụ thể, với tổn khuyết 1-2 lớp chiều dày môi, và $\leq 1/3$ chiều dài môi dưới, vạt dạng đẩy có thể xử trí tốt, bảo tồn được cơ vòng môi. Với tổn khuyết từ $1/3 - 2/3$ chiều dài môi dưới, có thể chỉ định được vạt tại chỗ dạng chuyển hoặc kết hợp dạng chuyển và dạng đẩy, nhưng cần phối hợp nhiều vạt (như vạt đẩy dạng V-Y, vạt mũi má, vạt hình thoi hoặc vạt Abbé-Estlander). Với tổn khuyết từ $1/3 - 1/2$ chiều dài môi dưới, có thể sử dụng vạt Abbé-Estlander. Với tổn khuyết từ $1/2 - 2/3$ chiều dài môi dưới, có thể sử dụng vạt mũi má, vạt hình thoi hoặc hai vạt xoay Karapandzic. Với tổn khuyết vùng giữa môi, có thể sử dụng vạt Karapandzic, vạt Gilles, vạt

Bernard, vạt Abbé. Với tổn khuyết vùng rìa môi, có thể sử dụng vạt Estlander, vạt Zisser. Với tổn khuyết $> 2/3$ chiều dài môi dưới hoặc toàn bộ môi dưới, vạt tại chỗ thường không đủ, vạt tự do được được chỉ định, tuy nhiên chúng tôi đã sử dụng phối hợp nhiều vạt có thể đủ che phủ toàn bộ tổn khuyết.

Các tổn khuyết được chia thành 2 nhóm như sau dựa vào sự tương đồng về tính chất giải phẫu (**Bảng 2**).

Nhóm 1 gồm các trường hợp sử dụng vạt từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm (**Bảng 2, 4**). Kết quả nghiên cứu cho thấy vạt chuyển niêm mạc má (với tỷ lệ $1/3$ vạt có kết quả gần không tốt) có xu hướng nguy cơ ú máu, hoại tử đầu xa vạt thấp hơn so với vạt V-Y niêm mạc má ($6/9$), với tỷ số odds OR = 0,25. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,523$). Có 1 trường hợp khuyết cả môi đỏ và trắng, từ $1/2 - 3/4$ chiều dài môi, sử dụng tạo hình chữ T huy động tổ chức vùng môi dưới liền kề tổn khuyết

cho kết quả xa tốt, kết quả gần không tốt do còn biến dạng ít vùng môi. Có 1 trường hợp khuyết vùng môi trắng, giữa môi, sử dụng vạt V-Y da cằm cho kết quả gần và xa tốt (**Bảng 4**).

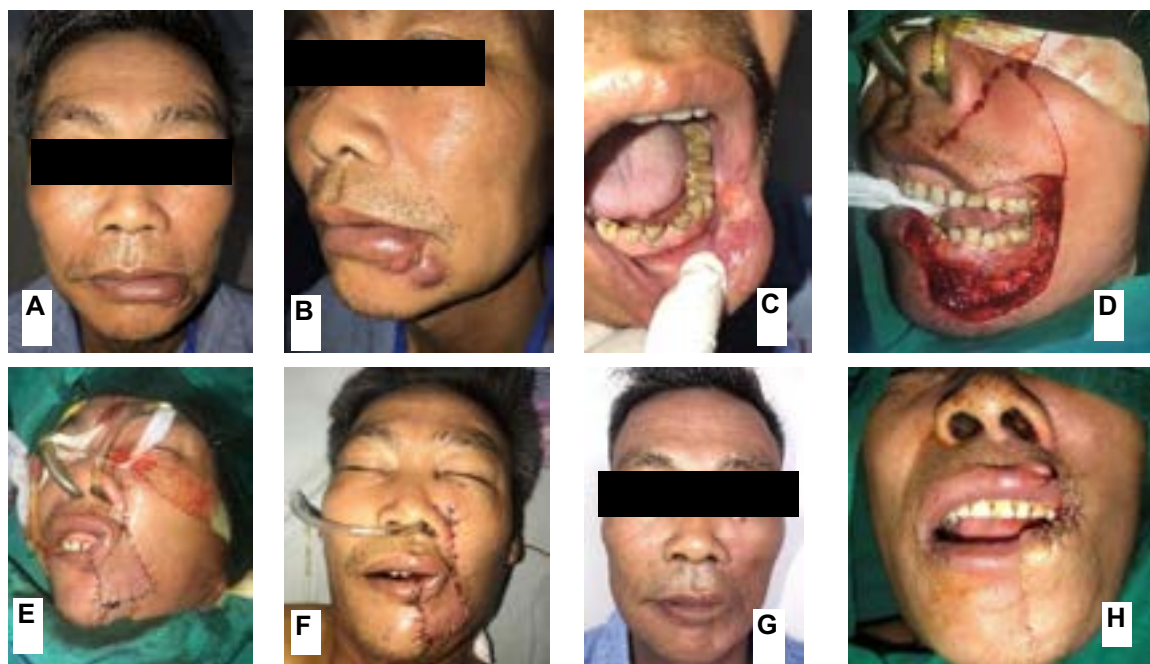


Hình 5. Bệnh nhân Đỗ Văn T. 60 tuổi, SCC, tạo hình chữ T (Bệnh nhân số 9)

A, B. Vị trí u vùng môi dưới, chỉ ở môi đỏ C. Thiết kế tạo hình chữ T D. Tổn khuyết sau cắt u E, F. Ngay sau mổ G, H. Khám lại sau 6 tháng

Nhóm 2 gồm các trường hợp sử dụng vạt từ môi trên và má (**Bảng 2, 4**). Vạt Estlander từ môi trên có nhược điểm gây biến dạng môi sau mổ, thường cần tạo hình góc miệng sau 2 tháng, nên kết quả gần thường không tốt. Sau khi bệnh nhân được tạo hình góc miệng, cải thiện được tình trạng biến dạng môi, môi trở nên cân đối hơn, đã cải thiện được kết quả xa về chức năng và thẩm mỹ. Vạt hình thoi huy động tổ chức từ má cho kết quả che phủ tốt nhưng tổ chức ở tiểu đơn vị giải phẫu của vùng má xa vùng môi có độ dày lớn hơn vùng liền kề, nên gây sự không đồng đều độ dày vạt so với tổ chức xung quanh tổn khuyết. Vạt V-Y da má có xu hướng cho tỷ lệ kết quả gần không tốt

cao hơn vạt chuyển từ rãnh mũi má (90% so với 42,9%; OR = 12, p = 0,101), tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê. Vạt Camille Bernard huy động tổ chức từ má và môi dưới, thường sử dụng che phủ tổn khuyết > 3/4 chiều dài môi, cho kết quả gần chậm liền thương nơi nhận vạt (với 1 trường hợp từ 1/2 - 3/4 chiều dài môi) và hoại tử đầu xa vạt cả 2 bên với 4/7 trường hợp khuyết > 3/4 chiều dài môi (**Bảng 1**). Do đó, với tổn khuyết lớn > 3/4 chiều dài môi khi sử dụng vạt tại chỗ cần ít nhất 2 vạt trở lên (7/8 khuyết) mới đủ che phủ khuyết, nguy cơ hoại tử đầu xa vạt cao (9/19 vạt) (**Bảng 5**). Chúng tôi khuyến nghị cần nhắc sử dụng vạt vi phẫu để che phủ những khuyết lớn này, có thể kết hợp vạt niêm mạc để tạo hình tiểu đơn vị môi đỏ, giúp tăng tính thẩm mỹ cho môi.



Hình 6. Bệnh nhân Đoàn Văn R. 55 tuổi, SCC, vạt Estlander từ môi trên

A, B, C. Vị trí u vùng môi dưới, cả ở môi trắng và môi đỏ D. Tổn khuyết sau cắt u và thiết kế vạt E. Ngay sau mổ F. Sau mổ 1 ngày G. Sau mổ 6 tháng H. Tạo hình góc miệng sau 6 tháng



Hình 7. Bệnh nhân Đỗ Thị T., 56 tuổi, SCC, vạt Estlander môi trên, theo dõi gần và xa có kết quả tốt, tạo hình góc miệng cải thiện biến chứng lở miệng nhỏ

A, B. Vị trí u ở môi dưới C, D. Thiết kế vạt Abbé-Estlander môi trên (Mổ lần 1) E. Ngay sau mổ F. Thiết kế tạo hình góc miệng sau 3 tháng (Mổ lần 2) G. Ngay sau mổ H. Sau mổ 6 tháng

Về kết quả gần sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ vạt sống hoàn toàn ở nhóm khuyết từ 1/4 - 3/4 chiều dài môi (100%) cao hơn rõ rệt so với nhóm khuyết trên 3/4 chiều dài môi (52,6%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR = \infty$; $p = 0,0039 < 0,05$) (**Bảng 5**). Các nguyên nhân phổ biến làm giảm kết quả gần là vạt bị hoại tử một phần đầu xa, ứ máu đầu xa, chậm liền thương nơi nhận vạt, bục vết mổ, do tổn khuyết lớn và nhiều thành phần, việc huy động vạt rộng. Tuy nhiên, tất cả đều được xử lý hiệu quả.

Kết quả xa về mặt thẩm mỹ cho thấy nhóm vạt tại chỗ từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm có xu hướng vượt trội hơn nhóm vạt từ môi trên và má ($OR = 3,88$; $p = 0,159$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mặt chức năng giữa hai nhóm ($p = 1,0$) (**Bảng 4**). Nguyên nhân làm giảm kết quả về thẩm mỹ thường do không tương đồng màu sắc của vạt với tổ chức xung quanh; sự không cân đối môi dưới, có thể cải thiện bằng tiểu phẫu tạo hình góc miệng bổ sung. Nguyên nhân làm giảm kết quả về chức năng thường do tình trạng chảy nước bọt khi môi ở tư thế nghỉ; kích thước lỗ miệng nhỏ; vận động cơ vòng môi không tốt ảnh hưởng chức năng nói của môi.

Điều trị ung thư môi cần đạt được ba mục tiêu:

- (1) loại bỏ hoàn toàn khối u,
- (2) bảo tồn chức năng môi và
- (3) đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu.^{1,14}

Trong nghiên cứu này, các nguyên tắc điều trị được tuân thủ nghiêm ngặt, đảm bảo cắt u triệt để và thiết kế đường rạch trùng với nếp da tự nhiên. Vạt tại chỗ là phương án đem lại kết quả tốt về cả chức năng, thẩm mỹ đối với tổn khuyết từ 1/4 - 3/4 chiều dài môi dưới.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương khuyết môi dưới sau cắt ung thư là một tổn thương rộng, nhiều thành phần của môi. Tạo hình che phủ khuyết môi dưới sử dụng vạt tại chỗ phù hợp với tổn khuyết từ 1/4 - 3/4 chiều dài môi, mang lại hiệu quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Vạt vi phẫu nên chỉ định cho tổn khuyết > 3/4 chiều dài môi, cân nhắc kết hợp vạt niêm mạc để tạo hình tiểu đơn vị môi đỏ, giúp tăng tính thẩm mỹ cho môi. Không có vạt tại chỗ nào là ưu điểm tuyệt đối trong tạo hình khuyết môi dưới. Lựa chọn loại vạt tại chỗ dựa trên vị trí, kích thước, giới hạn và độ sâu của tổn khuyết. Nhóm vạt tại chỗ từ môi dưới, niêm mạc hoặc cằm có xu hướng vượt trội hơn nhóm vạt từ môi trên và má về mặt thẩm mỹ, không có sự khác biệt về mặt chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park JW, Kim T, Chung KY, Roh MR. Squamous cell carcinoma of lip: Clinical feature analysis and suggestion of reconstruction algorithm. *J Dermatol*. 2024; 51(6): 799-806. doi:10.1111/1346-8138.17181.
2. Queen D, Knackstedt T, Polacco MA, Collins LK, Lee K, Samie FH. Characteristics of non-melanoma skin cancers of the cutaneous perioral and vermilion lip treated by Mohs micrographic surgery. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2019; 33(2): 305-311. doi:10.1111/jdv.15263.
3. Trần Thiết Sơn. *Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản*. Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học. 2020; (2): 177-182.
4. Tetik G, Ünlü E, Aksu İ. Functional Reconstruction of the Lower Lip With Fujimori Flap and Long-Term Follow-Up With Clinical and Electrophysiologic Evaluations. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 72(9): 1841-1851. doi:10.1016/j.joms.2014.03.019.

5. Patel AA, Cheng A. The Nasolabial Flap. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2020; 28(1): 7-12. doi:10.1016/j.cxom.2019.10.002.
6. Samal DK, Karakkandy V, Parida PK, et al. "Nasolabial Flap": A Versatile Solution for Oromandibular Defect Reconstructions in Patients with Lip and Oral Cavity Malignancies. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg Off Publ Assoc Otolaryngol India*. 2025; 77(5): 2026-2031. doi:10.1007/s12070-025-05423-6.
7. Vathulya M, Singh T, Behl R, Pasricha A. Post sclerotherapy lower lip reconstruction with dermofat graft and labial advancement flap. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2025; 18(1): 23-26. doi:10.25259/jcas_162_23.
8. Jose A, Bhola N, Agarwal A, Jain S. Comparative evaluation of postoperative functional and esthetic outcomes for lip reconstruction with Fujimori gate flap versus Abbe-Estlander flap in patients being operated for oral squamous cell carcinoma. *Natl J Maxillofac Surg*. 2024; 15(3): 403. doi:10.4103/njms.njms_32_24.
9. Uglesic V, Amin K, Dediol E, Kosutic D. Combined Karapandzic-Abbé/Estlander/Stein flap for subtotal and total lower lip reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS*. 2019; 72(3): 484-490. doi:10.1016/j.bjps.2018.11.005.
10. Denadai R, Raposo-Amaral CE, Buzzo CL, Raposo-Amaral CA. Functional lower lip reconstruction with the modified Bernard-Webster flap. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS*. 2015; 68(11): 1522-1528. doi:10.1016/j.bjps.2015.07.019.
11. Chung KC. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 8th ed. Wolters Kluwer; 2019; 35: 428-446.
12. Cracchiolo JR, Klassen AF, Young-Afat DA, et al. Leveraging patient-reported outcomes data to inform oncology clinical decision making: Introducing the FACE-Q Head and Neck Cancer Module. *Cancer*. 2019; 125(6): 863-872. doi:10.1002/cncr.31900.
13. Baker SR. *Local Flaps in Facial Reconstruction*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2007: 303-321.
14. Kesting M, Koerdt S, Stoeckelhuber M, et al. Lip reconstruction: A comprehensive review. *J Craniomaxillofacial Surg*. 2010; 38(6): 543-560. doi:10.1016/j.jcms.2010.07.106.
15. Comini LV, Spinelli G, Mannelli G. Algorithm for the treatment of oral and peri-oral defects through local flaps. *J Cranio-Maxillofac Surg*. 2018; 46(12): 2127-2137. doi:10.1016/j.jcms.2018.09.023.

Summary

OUTCOMES OF LOWER LIP RECONSTRUCTION AFTER CANCER RESECTION USING LOCAL FLAPS

This study assesses the outcomes of local flap reconstruction for soft tissue defects of the lower lip following oncologic resection. A clinical interventional study was conducted on 24 patients treated at K Hospital from September 2017 to March 2023. Results: The rate of complete flap survival was significantly higher in patients with defects involving 1/4 to 3/4 of the lower lip length (100%) compared to those with defects exceeding 3/4 of the lip length (52.6%) (OR = ∞ ; $p = 0.0039$). Flaps harvested from the lower lip, adjacent mucosa, or submental region demonstrated a favorable trend over those based on the upper lip and cheek (OR = 3.88; $p = 0.159$). However, no statistically significant difference in functional outcomes was observed between the two groups ($p = 1.0$). Conclusion: Local flaps are suitable for reconstructing lower lip defects involving 1/4 to 3/4 of the lip length, providing reliable functional and aesthetic results. Flap selection should be tailored based on defect location, size, extent, and depth. Flaps from the lower lip, mucosa, or chin tend to offer superior aesthetic results compared to upper lip or cheek flaps, although functional outcomes are comparable.

Keywords: Lower lip defect, lower lip cancer, local flaps.