

BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG VẬT DA CƠ DƯỚI MÓNG TÁI TẠO TỖN KHUYẾT LƯỠI, SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Nguyễn Trọng Đức¹, Nguyễn Văn Dân¹
Đinh Thị Hồng Hạnh¹, Từ Thanh Bình¹, Lê Đức Mạnh¹*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư lưỡi và sàn miệng là hai loại ung thư thường gặp nhất- chiếm khoảng 50% trong ung thư đầu cổ. Việc cắt bỏ rộng rãi khối u để lại tổn khuyết lớn vùng lưỡi và sàn miệng. Vật da cơ dưới móng được sử dụng để tạo hình các tổn khuyết này. Mục tiêu nghiên cứu: Bước đầu đánh giá hiệu quả sử dụng vật da cơ dưới móng tại bệnh viện Quân y 175 trong tái tạo tổn khuyết lưỡi, sàn miệng sau phẫu thuật cắt bỏ ung thư. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 8 bệnh nhân ung thư lưỡi sàn miệng, được phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư, tái tạo tổn khuyết bằng vật da cơ dưới móng tại khoa Phẫu thuật hàm mặt- Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 10 năm 2020. Kết quả: Không có trường hợp nào biến chứng hoại tử hoàn toàn vật, biến chứng hoại tử một phần là 2 trường hợp. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá sau phẫu thuật chức năng nuốt và phát âm đều bị ảnh hưởng một phần, không có bệnh nhân nào bị ảnh hưởng nghiêm trọng, không có bệnh nhân tái phát. Kết luận: Vật da cơ dưới móng bước đầu có nhiều ưu điểm trong tái tạo tổn khuyết vừa vùng lưỡi, sàn miệng.

Từ khóa: Vật da cơ dưới móng, tái tạo, khuyết hồng, ung thư lưỡi, sàn miệng.

USING INFRAHYOID MYOCUTANEOUS FLAP IN TONGUE AND FLOOR OF MOUTH RECONSTRUCTION AT MILITARY HOSPITAL 175

SUMMARY

Introduction: Tongue and floor of mouth cancers are the most common cancers - about 50% of cancers in the head and neck. An extensive operation of the tumor lead

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Trọng Đức (vandan120190@gmail.com)

Ngày nhận bài: 21/12/2020, ngày phản biện: 21/01/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2021

to a large defect in the tongue and the floor of mouth. The infrahyoid myocutaneous flap is used to reconstruct these defects. Objectives: To initially evaluate the effectiveness of using infrahyoid myocutaneous flap at 175 Military Hospital in reconstruction of tongue and mouth defects after cancer operation. Subjects and methods: 8 patients with tongue and floor of mouth cancer who operated cancer, reconstructed the defect by using the infrahyoid myocutaneous flap at the Maxillofacial Department - 175 Military

Hospital from October 2018 to October 2020. Results: There are no cases of total flap loss, partial flap loss are 2 cases. All patients evaluated about swallowing and speech after surgery were partially affected, no patients were severely affected, no recured patients. Conclusion: The infrahyoid myocutaneous flap under the initially evaluation has some advantages in reconstruction of defects in both the tongue and the floor of mouth.

Key words: The infrahyoid myocutaneous flap, reconstruction, defects, tongue and the floor of mouth cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi và sàn miệng là hai loại ung thư thường gặp nhất- chiếm khoảng 50% trong ung thư đầu cổ [5]. Ở Việt Nam bệnh nhân đến khám thường ở giai đoạn muộn, khi khối ung thư đã xâm lấn. Việc cắt bỏ rộng rãi khối u theo nguyên tắc cắt bỏ ung thư để lại tổn khuyết lớn vùng lưỡi và sàn miệng, đòi hỏi phải tái tạo lại tổn khuyết, đảm bảo chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Đối với ung thư lưỡi sàn miệng, việc tái tạo tổn khuyết bằng vạt tự do được coi là lựa chọn hàng đầu [1], [5]. Tuy nhiên, việc sử dụng vạt tự do đòi hỏi trang thiết bị hiện đại, kỹ thuật phức tạp, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Ngoài ra, những vạt này có kích thước lớn, thường để lại tổn thương lớn ở vùng cho vạt, đôi khi gây mất thẩm

mỹ cả vùng cho và nhận vạt. Vạt da cơ dưới móng được sử dụng lần đầu tiên vào năm 1980 bởi Wang và Shen [4], cho những tổn khuyết sau phẫu thuật ung thư lưỡi. Vạt này gồm da cổ và cơ dưới móng, được cấp máu bởi động mạch giáp trên. Vạt này được sử dụng để tạo hình các tổn khuyết lưỡi, sàn miệng, họng, thanh quản. Ưu điểm của vạt này là mỏng, thuận tiện, đáng tin cậy và kỹ thuật đơn giản. Đối với những tổn khuyết lưỡi sàn miệng từ nhỏ đến trung bình, vạt da cơ dưới móng được báo cáo cho hiệu quả tương đương với vạt tự do. Tuy nhiên đối với những tổn khuyết lớn, vạt này thường không đủ để tạo hình tổn khuyết. Tỷ lệ biến chứng của vạt da cơ dưới móng từ 3-47% [1]. Trong đó hoại tử vạt do hồi lưu tĩnh mạch không đầy đủ thường xảy ra nhất với khoảng 11% [1]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này

nhằm đánh giá hiệu quả sử dụng vật da cơ dưới móng tại bệnh viện Quân y 175 trong tái tạo tổn khuyết lười, sàn miệng sau phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

8 bệnh nhân ung thư lười sàn miệng, được phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư, tái tạo tổn khuyết bằng vật da cơ dưới móng tại khoa Phẫu thuật hàm mặt- Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 10 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả hàng loạt ca

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư lười, sàn miệng, giai đoạn T2-T4.

- Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt bỏ ung thư có tổn khuyết nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ lười hoặc có đường kính tổn khuyết sàn miệng từ 4-9 cm.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có bệnh lý toàn thân, không đủ điều kiện gây mê nội khí quản. Các bệnh nhân có bệnh lý hệ thống như đái tháo đường, tăng huyết áp... không được kiểm soát tốt.

- Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp phẫu thuật

Giới hạn trong của vật da cơ dưới

móng là đường giữa cổ, giới hạn trên là xương móng, giới hạn dưới là hõm ức, giới hạn ngoài cách đường giữa từ 3-5cm. Tùy thuộc vào độ dài của cổ bệnh nhân, thường chiều dài của vật da khoảng 7-10 cm. Bệnh nhân sẽ được lấy vật da cơ dưới móng trước, trước khi tiến hành nạo hạch cổ một bên hoặc hai bên cho bệnh nhân. Đầu tiên phẫu thuật viên sẽ đi đường giữa tới bề mặt tuyến giáp, bóc tách ra ngoài theo mặt phẳng vô mạch phía trước vỏ bao tuyến giáp hướng ra ngoài. Bóc tách xuống phía dưới cắt tĩnh mạch hầu trước, cơ ức móng và cơ ức giáp ở mức ngang hõm ức. Rạch da theo giới hạn của vật qua hết lớp cơ bám da cổ, sau đó bóc tách theo bờ trước cơ ức đòn chũm cho đến khi bộc lộ gân trung gian của cơ vai móng khi nó đi ngang qua tĩnh mạch hầu trong. Tiến hành cắt gân cơ này, bóc tách dưới cân cơ này về phía trong. Sau đó, chúng ta bóc tách lên ngay trước vỏ bao tuyến giáp lên cực trên của tuyến giáp, kẹp cắt nhánh sau của động tĩnh mạch giáp trên đi vào tuyến giáp, lưu ý các nhánh còn lại của động mạch giáp trên đều phải được bảo tồn. Tiến hành nạo hạch cổ dự phòng hoặc nạo hạch cổ tận gốc biến đổi một bên hay hai bên tùy vị trí sang thương của bệnh nhân, chú ý bảo tồn tĩnh mạch hầu trong, nhánh nối tĩnh mạch hầu trước với tĩnh mạch mặt trước khi phân chia vào các cơ từ xương móng. Tiến hành cắt rộng sang thương lười, sàn miệng với diện cắt cách bướu tối thiểu là 1cm theo không gian ba chiều, nếu

sang thương ở sàn miệng thì diện cắt phải cách bướu là 2cm. Tạo một đường thông từ hốc miệng xuống cổ đưa toàn bộ vật da cơ dưới móng qua đường thông này lên sàn miệng hoặc lưỡi. Vật da cơ dưới móng sẽ được may lại với phần còn lại của lưỡi hoặc sàn miệng bằng monosilk 3.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi giới

STT (BN= Bệnh nhân)	Vị trí	Kích thước	GPBL	Thời gian khởi phát
BN 1	Bờ lưỡi trái	2x3 cm	Carinoma tế bào gai	3 tháng
BN 2	Bờ lưỡi phải	3x4 cm	Carinoma tế bào gai	1 năm
BN 3	Sàn miệng	3x3 cm	Carinoma tế bào gai	6 tháng
BN 4	Bờ lưỡi trái	2x2 cm	Carinoma tế bào gai	3 tháng
BN 5	Bờ lưỡi phải	3.5x4 cm	Carinoma tế bào gai	3 tháng
BN 6	Bờ lưỡi phải	3x4 cm	Carinoma tế bào gai	4 tháng
BN 7	Bờ lưỡi trái	3x3 cm	Carinoma tế bào gai	3 tháng
BN 8	Bờ lưỡi phải	3,5x4 cm	Carinoma tế bào gai	3 tháng

Toàn bộ 8 bệnh nhân của chúng tôi đều là bệnh nhân nam, tuổi từ 28 đến 79. Trong đó chủ yếu là các bệnh nhân trên 50 tuổi (6 bệnh nhân).

3.2. Tiền sử

Trong số 8 bệnh nhân của chúng tôi, 7 bệnh nhân có tiền sử uống rượu hoặc hút thuốc hoặc cả hai.

3.3. Đặc điểm lâm sàng của khối u

Nhận xét: Trong số 8 bệnh nhân của chúng tôi 7 bệnh nhân có tổn thương ở bờ lưỡi, 1 bệnh nhân tổn thương ở sàn miệng. Đường kính khối u từ 2-4 cm. Tất cả các bệnh nhân đều là ung thư biểu mô tế bào gai. Thời gian diễn biến trước khi nhập viện từ 3 tháng đến 1 năm.

3.4. Đặc điểm phẫu thuật.

STT	Diện tích tổn khuyết	Kích thước vật	Nạo vét hạch cổ	Thời gian phẫu thuật	Xạ trị sau PT
BN 1	<1/2 lưỡi	7x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	4h03 phút	Có
BN 2	<1/2 lưỡi	9x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	3 giờ	Có
BN 3	4x5 cm	8x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV bên T, nhóm I, II, III bên P	5 giờ 12 phút	Có
BN 4	<1/2 lưỡi	7x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	3 giờ 30 phút	Có
BN 5	<1/2 lưỡi	7x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	3 giờ 34 phút	Có

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

BN 6	<1/2 lưỡi	8x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	2 giờ 10 phút	Có
BN 7	<1/2 lưỡi	7x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	4 giờ 15 phút	Có
BN 8	<1/2 lưỡi	7x3.5 cm	Nhóm I, II, III, IV 1 bên	4 giờ	Có

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều có diện tích tổn khuyết sau phẫu thuật nhỏ hơn nửa lưỡi. Bệnh nhân u sàn miệng có tổn khuyết mức độ vừa. Kích thước trung bình của vật là 7x3.5 cm. Tất cả các bệnh nhân đều được nạo vét hạch cổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 4 giờ. Tất cả các bệnh nhân đều được xạ trị sau mổ.

3.5. Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng
Chảy máu sau phẫu thuật	01
Hoại tử một phần vật	02
Hoại tử toàn bộ vật	00
Rò vết mổ	01

Nhận xét: Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật có 2 bệnh nhân hoại tử một phần vật, 1 bệnh nhân chảy máu mức độ nặng, 1 bệnh nhân rò vết mổ, không có bệnh nhân nào hoại tử toàn bộ vật.

3.6. Đánh giá kết quả sau 3 tháng

Sau 3 tháng chúng tôi đánh giá lại được 5 bệnh nhân

Biến chứng	Số lượng
Sẹo xấu	01
Tái phát	00
Thay đổi chức năng nói	
- Một phần	05
- Nghiêm trọng	00
Thay đổi chức năng nuốt	
- Một phần	05
- Nghiêm trọng	00

Nhận xét: Đánh giá kết quả sau 3 tháng, chúng tôi đánh giá được trên 5 bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân đều bị ảnh hưởng chức năng nuốt và phát âm một phần. Không có bệnh nhân nào tái phát hay chức năng bị ảnh hưởng nghiêm trọng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là bệnh nhân nam, không có bệnh nhân nào là nữ. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Trần Chính Tâm (2019) [1] với tỷ lệ nam giới gấp 3-4 lần so với nữ giới. Nghiên cứu của Hanwei Peng và cộng sự [3] năm 2012 cũng chỉ ra số bệnh nhân nam chiếm chủ yếu với 85%. Gần đây trong một vài nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân nữ giới có xu hướng tăng nhẹ, được giải thích do tỷ lệ phụ nữ uống rượu và hút thuốc tăng lên so với trước đây [1], [2], [5].

Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trên 45, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Tỷ lệ ung thư hay gặp ở lứa tuổi trung niên và người già. Ít gặp ở người trẻ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân 28 tuổi, bệnh nhân không có tiền sử uống Rượu hay hút thuốc. Thông thường tỷ lệ người trẻ tuổi mắc ung thư lưỡi tế bào gai rất hiếm, từ 5-10% [5]. Cơ chế gây bệnh hiện nay vẫn chưa được làm rõ, tuy nhiên có liên quan đến yếu tố di truyền. Do đó, việc tầm soát ung thư ở người trẻ tuổi là một việc làm cần thiết và nên được quan tâm hơn.

4.2. Đặc điểm của khối u

Sang thương lưỡi thường dễ được

phát hiện, do thường gây khó chịu cho bệnh nhân khi xuất hiện. Tuy nhiên, bệnh nhân thường có tâm lý chủ quan với các tổn thương nhỏ ban đầu, nên hầu hết bệnh nhân của chúng tôi đến khám khi bệnh đã tiến triển được 3 tháng đến 1 năm. Các bệnh nhân có thời gian tiến triển bệnh kéo dài thường liên quan đến vùng nông thôn, miền núi, nơi cơ sở y tế còn hạn chế, bệnh nhân không có điều kiện đi khám. Chỉ khi bệnh đã tiến triển nặng, ảnh hưởng lớn đến chức năng ăn nhai, gây cản trở sinh hoạt mới đi khám bệnh. Thời gian tiến triển bệnh theo nghiên cứu của Trần Chính Tâm [1] là $3,5 \pm 2,5$ tháng.

Theo y văn, khối ung thư lưỡi thường hay gặp nhất ở 1/3 giữa, vùng bờ lưỡi. 90% ung thư sàn miệng hay gặp ở sàn miệng trước [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với y văn, 100% các tổn thương đều ở 1/3 giữa bờ lưỡi và sàn miệng trước. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều có dạng sang thương là u sùi.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô tế bào gai, kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong y văn với hơn 90% ung thư biểu mô tế bào gai [5]. Các bệnh nhân của chúng tôi đều ở giai đoạn sớm, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân cho phẫu thuật vạt da cơ dưới móng.

4.3. Về phương pháp phẫu thuật

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được cắt bỏ rộng rãi khối u, diện cắt tối thiểu cách khối u 1 cm. Tất cả các bệnh nhân đều được kiểm tra sinh thiết tức thì các diện cắt, đảm bảo các diện cắt không còn tế bào ác tính. Do các bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm, nên diện tích tổn khuyết thường không quá nửa lưỡi hoặc đường kính dưới 9cm, do đó, vạt da cơ dưới móng hoàn toàn đủ để tạo hình lại tổn khuyết này.

Các bệnh nhân đều được nạo vét hạch cổ cùng bên với tổn thương, một trường hợp khi tổn thương đã lan rộng, chúng tôi chủ động nạo vét hạch cổ nhóm đối bên để phòng di căn hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình 4 giờ. Tất cả các bệnh nhân đều được xạ trị sau phẫu thuật. Theo phác đồ điều trị ung thư biểu mô tế bào gai [5].

4.4. Về đánh giá kết quả ngay sau mổ.

Biến chứng hoại tử vạt được coi là biến chứng hay gặp nhất trong tạo hình bằng vạt da cơ dưới móng. Nguyên nhân được giải thích do sự kém hồi lưu tĩnh mạch sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào hoại tử toàn bộ vạt da, có 2 bệnh nhân hoại tử một phần vạt da cơ. Các bệnh nhân này sau đó được cắt lọc lại tổn thương, điều trị tích cực bằng kháng sinh, giảm phù nề,

vạt sau đó sống tốt. Trong nghiên cứu của Trần Chính Tâm, tỷ lệ vạt hoại tử một phần là 9.8%. Trong nghiên cứu của Akif Islek (2018) [2], tỷ lệ vạt hoại tử cũng khoảng 10%. Như vậy so với các tác giả khác, tỷ lệ tai biến bước đầu của chúng tôi cao hơn.

Trong số 8 bệnh nhân được phẫu thuật, có một bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật. Bệnh nhân này chảy máu vào ngày thứ 5 sau mổ trên nền bệnh nhân hoại tử một phần vạt da cơ. Một bệnh nhân rò dưỡng chấp sau mổ. Việc rò dưỡng chấp dẫn tới thời gian lành thương sau phẫu thuật lâu hơn so với các bệnh nhân khác. Tỷ lệ biến chứng khác trong nghiên cứu của các tác giả khác từ 2% đến 9%.

Số trường hợp biến chứng bước đầu trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao so với các tác giả khác có thể do lần đầu triển khai kỹ thuật lấy vạt da cơ dưới móng. Chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong vấn đề bảo tồn các nhánh tĩnh mạch xuyên và mạng tĩnh mạch ngay góc cơ hai thân. Việc bóc tách cũng chưa thực sự thuần thục. Theo tác giả Peng và cs [3] thì cho rằng nếu chúng ta bảo tồn tốt nhánh nối tĩnh mạch nền sọ với đầu trên của tĩnh mạch hầu trước và tĩnh mạch mặt thì khả năng hoại tử đảo da sẽ giảm đáng kể.

4.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3 tháng

Chúng tôi đánh giá lại được 5

bệnh nhân sau phẫu thuật, cả 5 bệnh nhân này đều bị ảnh hưởng một phần đến chức năng phát âm và chức năng nhai nuốt, không có bệnh nhân nào chức năng nhai nuốt bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Chính Tâm [1] là 93%. Theo tác giả Wang và cs [4], vạt da cơ dưới móng là một lựa chọn tốt cho việc phục hồi chức năng nói và nuốt của bệnh nhân vì vùng các cơ dưới móng này có sự phân bố mạng thần kinh phong phú. Vì có sự phân bố thần kinh của các cơ vùng dưới móng này khi chúng ta may vạt vào niêm mạc sàn miệng hoặc phần còn lại của lưỡi, các cơ dưới móng này sẽ không bị teo nhỏ do đó không làm giảm thể tích lưỡi và hạn chế cử động lưỡi. Thứ hai, sự phân bố các mạng thần kinh phong phú cho các cơ dưới móng này sẽ góp phần thúc đẩy và hỗ trợ bệnh nhân trong việc nuốt chủ động hay bị động của mình.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi bắt đầu triển khai kỹ thuật với 8 trường hợp được tái tạo bằng vạt da cơ dưới móng sau phẫu thuật ung thư lưỡi và sàn miệng. Vạt da cơ dưới móng có tính linh hoạt cao vì đường di chuyển vạt gần khuyết hồng, hơn nữa là chỉ cần một đường rạch da chúng ta có thể tiến hành lấy vạt da cơ dưới móng và nạo hạch cổ đồng thời, làm rút ngắn thời gian phẫu thuật của bệnh nhân rất thích hợp với những bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh lý nội khoa đi kèm. Vạt da cơ

dưới móng có kích thước trung bình 3cm x 8cm. Do đó vạt này phù hợp cho những khuyết hồng nhỏ và trung bình trong hốc miệng. Vạt có mạng thần kinh phong phú ngay vùng cuống vạt, điều này làm giảm sự teo các cơ vùng dưới móng khi may vạt vào phần còn lại của lưỡi và sàn miệng.

Tỷ lệ biến chứng hoại tử toàn bộ vạt là 0%, biến chứng hoại tử một phần đảo da là 2 trường hợp. 1 bệnh nhân rò dưỡng chấp và 1 bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá sau phẫu thuật chức năng nuốt và phát âm đều bị ảnh hưởng một phần, không có bệnh nhân nào bị ảnh hưởng nghiêm trọng.

Kiến nghị:

Tiếp tục triển khai kỹ thuật tạo hình tổn khuyết sau phẫu thuật cắt ung thư lưỡi, sàn miệng bằng vạt cơ dưới móng tại khoa phẫu thuật hàm mặt- Bệnh viện 175.

Cần thêm số lượng bệnh nhân và theo dõi thời gian dài hơn để đánh giá tỷ lệ tái phát và các biến chứng khác sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Chính Tâm (2019), “Đánh giá kết quả tái tạo tổn khuyết ung thư lưỡi, sàn miệng bằng vạt da cơ dưới móng”, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Akif İşlek và CS (2018), “Infrahyoid Flap, a Convenient Alternative

for Reconstruction of Tongue and Floor of Mouth Defects: Case Series” Turk Arch Otorhinolaryngol. 2018 Jun; 56(2): 85–88.

3. Hanwei Peng và CS (2012), “Defects: Surgical Outcome and Technique Modification” Otolaryngology Head and Neck Surgery 148(1).

4. H S Wang, J W Shen, D B Ma, J

D Wang, A L Tian (1986), “The infrahyoid myocutaneous flap for reconstruction after resection of head and neck cancer” ACS Journals First published: 1 February 1986.

5. Nguyễn Chấn Hùng “Ung thư học Lâm sàng tập 2”, NXB Y học, Tái bản lần thứ sáu.