

OUTCOMES OF SUPERIORLY BASED NASOLABIAL ISLAND FLAPS IN NASAL SKIN CANCER RECONSTRUCTION: A REPORT OF 20 CASES

Do Nguyen Tuan Khanh^{1*}, Nguyen Viet Dung²

Ho Chi Minh City Oncology Hospital-236/29/18 Dien Bien Phu, Gia Dinh Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 23/04/2026

Revised: 13/05/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical characteristics and determine the long-term functional and aesthetic efficacy of the superiorly based nasolabial island flap in nasal reconstruction following skin cancer resection.

Subject and method: A descriptive case series was conducted on 20 patients with nasal skin cancer who underwent wide local excision and immediate reconstruction at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from June 2022 to October 2025.

Results: The mean age was 66 ± 11.4 years old, with a female predominance (80%). BCC was the primary histological type (95%). Stage T2 tumors were most common (75%). The mean flap area was $18.7 \pm 10.1\text{cm}^2$. A 100% flap survival rate was achieved. Early complications (venous congestion, superficial necrosis) occurred in 15% of cases and resolved spontaneously. No recurrence or lymph node metastasis has been recorded. Aesthetic outcomes reached 100% “Excellent” and “Good” ratings.

Conclusion: The superiorly based nasolabial island flap is a feasible option, demonstrating favorable initial outcomes in this case series. Its wide rotation arc and superior reach enable coverage of all nasal subunits. By tunneling the pedicle subcutaneously, this technique facilitates a single-stage procedure, thereby optimizing treatment costs and patient recovery.

Keywords: Nasal skin cancer, superiorly based nasolabial island flap, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma.

*Corresponding author

Email: dokhanh4490@gmail.com **Phone:** (+84) 906970919 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD8.5557

KẾT QUẢ TẠO HÌNH VẬT ĐẢO MŨI MÁ CUỐNG TRÊN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DA MŨI: BÁO CÁO 20 TRƯỜNG HỢP

Đỗ Nguyễn Tuấn Khanh^{1*}, Nguyễn Việt Dũng²

Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh-236/29/18 Điện Biên Phủ, phường Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/05/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và xác định hiệu quả thẩm mỹ, chức năng dài hạn của vật đảo mũi má cuống trên trong tạo hình mũi sau phẫu thuật ung thư da.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 20 bệnh nhân ung thư da mũi được phẫu thuật cắt rộng và tạo hình tức thì tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 06/2022 đến tháng 10/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $66 \pm 11,4$ tuổi, nữ chiếm 80%. Tỷ lệ ung thư biểu mô tế bào đáy là 95% và tế bào gai 5%. Giai đoạn T2 chiếm đa số (75%). Diện tích vạt trung bình $18,7 \pm 10,1 \text{ cm}^2$. Tỷ lệ vạt sống 100%. Biến chứng sớm (sung huyết, hoại tử bề mặt) chiếm 15% và tự phục hồi. Không ghi nhận trường hợp nào tái phát hoặc di căn hạch. Kết quả thẩm mỹ rất tốt và tốt đạt 100%.

Kết luận: Vật đảo mũi má cuống trên là một lựa chọn khả thi, kết quả ban đầu tốt trong loạt ca nghiên cứu. Vật có nguồn máu nuôi phong phú, góc xoay vạt lớn, độ vươn xa đến mọi vị trí của mũi, cuống vạt được đặt dưới đường hãm da giúp phẫu thuật 1 thì, giảm chi phí cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư da mũi, vật đảo mũi má cuống trên, ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào gai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da mũi là bệnh lý thường gặp ở vùng đầu cổ do tác động của ánh nắng mặt trời, với phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Vật mũi má kinh điển tuy tin cậy nhưng thường đòi hỏi phẫu thuật hai thì và hạn chế về độ linh hoạt do cuống vạt lớn. Việc ứng dụng vật đảo mũi má dựa trên mạch xuyên giúp khắc phục các nhược điểm này nhờ ưu điểm tạo hình một thì, góc xoay linh hoạt, thiết kế đa dạng và tối ưu hóa thời gian, chi phí điều trị. Đến nay, vật đã được cải tiến với nhiều hình thức sử dụng như vật có cuống trên, cuống dưới của hệ động mạch mặt. Trong đó, vật đảo mũi má cuống trên có thể được mở rộng nhằm tăng độ linh hoạt trong tạo hình các khuyết hổng tầng trên và tầng giữa vùng hàm mặt, đặc biệt là vùng mũi. Tại Việt Nam, nghiên cứu về tạo hình mũi hiện chủ yếu tập trung vào các vật ngẫu nhiên; ứng dụng vật đảo mũi má cuống trên chuyên biệt cho ung thư da mũi vẫn chưa được báo cáo rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thực tiễn của kỹ thuật trên tại Bệnh viện Ung bướu TP.HCM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu báo cáo loạt ca

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian từ Tháng 6 năm 2022 đến tháng 10 năm 2025. Địa điểm triển khai nghiên cứu tại khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp bệnh nhân ung thư da mũi được điều trị phẫu thuật cắt rộng bướu và tạo hình bằng vật đảo mũi má cuống trên tại khoa Ngoại Đầu cổ - tai mũi họng bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh.

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Ung thư da mũi giai đoạn từ T1 đến T4a (phân loại theo AJCC phiên bản 8) và ung thư da mũi tái phát sau phẫu thuật ban đầu

Bệnh nhân có chỉ định tái tạo khuyết hổng bằng kỹ thuật một thì, không phù hợp hoặc không mong muốn các phương pháp tái tạo nhiều thì (vạt trán)

Diện tích và độ sâu khuyết hổng vượt quá khả năng che phủ của vạt tại chỗ khác (vạt xoay, vạt chuyển vị)

Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào đáy hoặc ung thư biểu mô tế bào gai

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các loại ung thư di căn đến da mũi hoặc Melanôm ác tính

Chống chỉ định phẫu thuật

Có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu: Biến số dịch tễ, đặc điểm lâm sàng, biến số phẫu thuật, khuyết hổng, vạt, biến số đánh

*Tác giả liên hệ

Email: dokhanh4490@gmail.com Điện thoại: (+84) 906970919 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5557

giá kết quả điều trị về ung thư học, kết quả phẫu thuật, kết quả thẩm mỹ, thời gian hậu phẫu. Đánh giá mức độ thẩm mỹ sau phẫu thuật theo Driscoll tại các mốc thời gian 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm khi tái khám. Dựa trên sự đánh giá của 3 bác sĩ và bệnh nhân ghi nhận theo 4 mức độ: rất tốt, tốt, trung bình, xấu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu in sẵn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Stata. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng biến thiên), tùy theo đặc điểm phân bố của dữ liệu. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Do thiết kế nghiên cứu dạng loạt ca (case series) với cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu chủ yếu sử dụng phương pháp thống kê mô tả, không thực hiện các kiểm định so sánh thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi Hội Đồng Y Đức của bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh thông qua, chấp nhận.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới:

20 Bệnh nhân, 4 nam, 16 nữ. Tuổi nhỏ nhất 50, lớn nhất 89, độ tuổi trung bình $66 \pm 11,4$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Số BN (n=20)
Vị trí bướu	Sống mũi	4
	Thành bên mũi	7
	Chóp mũi	7
	Cánh mũi	2
Giai đoạn T	T1	3
	T2	15
	T3	1
	T4a	1
Đặc điểm khuyết hồng	Khuyết hồng đơn giản (gồm da và mô dưới da)	18
	Khuyết hồng phức tạp (gồm da, mô dưới da, sụn và niêm mạc mũi)	2
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tế bào gai	1
	Ung thư tế bào đáy	19

Bảng 1 cho thấy vị trí thường xuất hiện ung thư da mũi ở thành bên và chóp mũi. Giai đoạn T2 chiếm ưu thế và mô bệnh học thường gặp là loại tế bào đáy.

Bảng 2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Diện tích trung bình	Khoảng biến thiên
Diện tích khuyết hồng	$7,6 \pm 4,8\text{cm}^2$	1 – 24,4 cm^2
Diện tích vật	$18,7 \pm 10,1\text{cm}^2$	3,8 – 53 cm^2
Đặc điểm phẫu thuật		Số BN (n=20)
Trạng thái vật	Tốt	17
	Trung bình	3

Đặc điểm phẫu thuật	Diện tích trung bình	Khoảng biến thiên
Kết quả phẫu thuật		Số BN (n=20)
Biến chứng	Hoại tử bề mặt	1
	Sung huyết tĩnh mạch	2
Thời gian phẫu thuật	$64,8 \pm 8,3$ phút	
Thời gian hậu phẫu	$2,3 \pm 0,4$ ngày	

Bảng 2 cho thấy diện tích vật thu hoạch được lớn hơn nhiều so với diện tích khuyết hồng, tuy nhiên trạng thái vật tốt chiếm tỉ lệ cao với biến chứng rất thấp và thời gian hậu phẫu ngắn.

Bảng 3. Kết quả điều trị, chức năng và thẩm mỹ

Kết quả điều trị		Số BN (n=20)
Diện cắt	Dương tính	1
	Âm tính	19
Thời gian theo dõi	$32,3 \pm 11,3$ tháng	14 – 56 tháng
Kết quả chức năng		Số BN (n=20)
Tình trạng chức năng	Thở dễ qua đường mũi	18
	Nói giọng mũi	0
	Sặc thức ăn lên mũi	0
Kết quả thẩm mỹ		Số BN (n=20)
Kết quả thẩm mỹ theo Driscoll	Rất tốt	14
	Tốt	6

Bảng 3 cho thấy tỉa diện cắt dương tính thấp, thời gian theo dõi tương đối dài với trung bình trên 3,5 năm. Bên cạnh đó kết quả chức năng và thẩm mỹ đạt kết quả rất tốt.

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

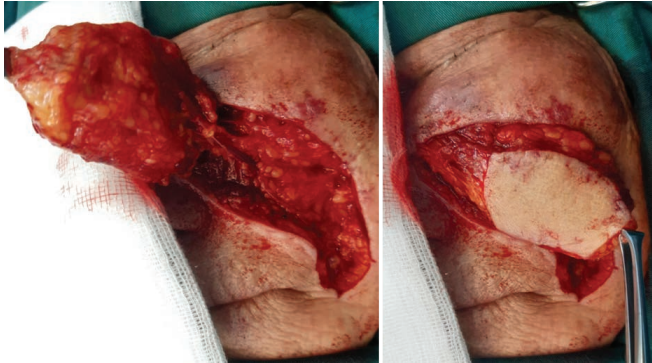
Nghiên cứu trên 20 trường hợp ung thư da mũi tại Bệnh viện Ung bướu TP.HCM cho thấy đặc điểm lâm sàng tương đồng với ung thư da mặt nói chung. Độ tuổi trung bình là $66 \pm 11,4$ tuổi, với tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế (80%), cao hơn so với các báo cáo của tác giả Trần Văn Thiệp [1] và Karolina Baltrušaitytė [2] do nữ giới thường quan tâm đến thẩm mỹ vùng mặt hơn. Về mô bệnh học, BCC chiếm đa số (95%), phù hợp với ý văn về tính chất diễn tiến chậm và tiên lượng tốt của loại bướu này.

Vị trí khởi phát thường gặp nhất là thành bên và chóp mũi (cùng 35%), vốn là những vùng chịu tác động trực tiếp từ ánh sáng mặt trời. Đa số khối u thuộc giai đoạn T2 (75%) và chưa ghi nhận di căn hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán. Đáng chú ý, nghiên cứu ghi nhận các trường hợp T3 và T4a xâm lấn toàn bộ sụn, niêm mạc cánh mũi, đòi hỏi kỹ thuật tạo hình phức tạp ba lớp bằng vật đảo cạnh mũi má, trong khi chưa có trường hợp nào xâm lấn vào cấu trúc xương chính mũi hay xương hàm trên.

4.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, diện tích khuyết hồng ghi nhận được dao động từ mức nhỏ nhất là 1 cm^2 đến lớn nhất là 24,4 cm^2 với diện tích khuyết hồng trung bình là $7,6 \pm 4,8\text{cm}^2$. Qua đối chiếu với ý văn, chúng tôi nhận thấy các nghiên cứu trước đây thường ít đề cập đến thông số diện tích cụ thể. Theo quan điểm của chúng tôi, điều này xuất phát từ đặc thù giải phẫu vùng mũi, nơi các vật da tạo

hình thường đáp ứng tốt về mặt diện tích bao phủ. Hơn nữa, yếu tố then chốt quyết định kết quả thẩm mỹ không chỉ nằm ở kích thước bề mặt mà còn phụ thuộc vào tính phức tạp của cấu trúc không gian ba chiều. Diện tích vạt trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là $18,7 \pm 10,1\text{cm}^2$, một con số có phần nhỉnh hơn khi đặt trong tương quan so sánh với y văn thế giới. Cụ thể, các nghiên cứu kinh điển và gần đây thường báo cáo diện tích vạt nhỏ hơn đáng kể, như Giebfried (1987) [3] với $4,7 \pm 1,6\text{cm}^2$, Karsidag (2010) [4] là $3,6 \pm 0,7\text{cm}^2$, Wi Sohn (2012) [5] đạt $5,2 \pm 1,6\text{cm}^2$ và Tatar (2017) [6] với $6 \pm 1,5\text{cm}^2$. Ngay cả các nghiên cứu có diện tích vạt lớn hơn như Yoon (2013) [7] đạt $10,5 \pm 4,6\text{cm}^2$ hay gần nhất là Lee (2021) [8] với $17,5 \pm 3,4\text{cm}^2$ vẫn thấp hơn kết quả của chúng tôi.



Hình 1. Diện tích lấy vạt trung bình, cuống động mạch góc được phẫu tích tận gốc sau khi cắt bỏ cuống động mạch mặt

Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ, tai mũi họng – Bệnh viện Ung bướu TP HCM

Hệ thống cấp máu phong phú là cơ sở cốt lõi khẳng định độ tin cậy và sức sống của vạt. Dựa trên các nghiên cứu giải phẫu về nhánh xuyên từ động mạch mặt, chúng tôi xác định vị trí đảo da tối ưu tại vùng cạnh mũi má. Việc bảo tồn tối đa các nhánh xuyên này không chỉ giúp giảm thiểu nguy cơ hoại tử mà còn cho phép mở rộng diện tích đảo da, đáp ứng linh hoạt mọi kích thước khuyết hổng. Đặc biệt, nghiên cứu ghi nhận hai trường hợp vạt đủ diện tích để tạo hình đồng thời cả lớp da ngoài và niêm mạc hốc mũi. Phần da lót trong sau đó được niêm mạc hóa hoàn toàn, đảm bảo tốt chức năng sinh lý.

Sức sống của vạt trong nghiên cứu được đảm bảo bằng cuống trên của động mạch mặt, chủ yếu là động mạch góc và các nhánh mũi bên tăng cường. Kết quả tất cả các vạt đều sống cho thấy rằng hệ thống cấp máu ngược dòng của động mạch góc có tin cậy cao, nhờ vào mạng lưới thông nối mạnh mẽ giữa hai nửa khuôn mặt. Việc thu gọn cuống mạch cho phép đưa vạt qua đường hầm dưới da một cách dễ dàng, giúp bệnh nhân tránh được cuộc phẫu thuật thì hai để cắt cuống, đồng thời hạn chế tối đa độ gồ bề mặt so với các vạt mũi má ngẫu nhiên kinh điển.

Nhờ phẫu tích động mạch góc đến tận vùng khoeo trong mắt, vạt sở hữu cuống nuôi rất dài và độ linh hoạt cực cao với góc xoay lớn. Ưu điểm này cho phép vạt tiếp cận mọi vị trí khuyết hổng, đặc biệt là các thương tổn ở tầng cao của mũi như vùng sống mũi (4 trường hợp). Sự linh hoạt của vạt đảo mũi má cuống trên còn được minh chứng qua 2 ca sử dụng vạt đối bên: một ca do khuyết hổng lan rộng vào đường đi động mạch góc cùng bên và một ca có tiền căn phẫu thuật

vùng mũi má trước đó. Trong cả hai trường hợp, vạt đối bên vẫn vươn tới khuyết hổng xa một cách an toàn, cuống vạt nằm gọn dưới đường hầm da mà không gây gồ nề, khẳng định khả năng ứng dụng đa dạng của kỹ thuật này.



Hình 2. Tạo hình khuyết hổng thành bên mũi bằng vạt đảo mũi má đối bên ở bệnh nhân tái phát tại chỗ đã phẫu thuật bằng vạt mũi má

Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ, tai mũi họng – Bệnh viện Ung bướu TP HCM

Nghiên cứu áp dụng quy trình cắt rộng bướu theo tiêu chuẩn: 5mm đối với BCC nguy cơ cao và 10mm cho trường hợp SCC có tiền căn phẫu thuật. Chúng tôi thử 5 rìa diện cắt gồm: trên, dưới, trái, phải và nền khuyết hổng và không thực hiện sinh thiết tức thì diện cắt. Quá trình phẫu tích vạt được thực hiện tỉ mỉ, giúp bảo tồn chức năng thần kinh VII và ống tuyến mang tai (Stenon), không ghi nhận biến chứng chảy máu hay nhiễm trùng hậu phẫu. Thời gian phẫu thuật trung bình là 64,8 phút, cao hơn so với báo cáo của Bilal (40 phút) và El-Marakby (35 phút). Sự khác biệt này do việc phẫu tích vạt đảo dựa trên nhánh xuyên và cấp máu ngược dòng đòi hỏi độ chính xác cao hơn so với vạt mũi má ngẫu nhiên kinh điển, nhưng đổi lại giúp tăng độ linh hoạt và tối ưu hóa kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng ghi nhận ở mức thấp với 2 trường hợp sung huyết tĩnh mạch và 1 trường hợp hoại tử bề mặt trên tổng số 20 ca. Khi so sánh với y văn thế giới, kết quả này cho thấy sự tương đồng về tính an toàn của kỹ thuật. Về tình trạng sung huyết tĩnh mạch, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tương đương với các tác giả như Yoon (2/10 ca) [7] và Prakash (2/20 ca) [9], thấp hơn so với Karsidag (3/8 ca) [4] hay Kerem (3/25 ca và 3/18 ca) [10].

Đối với biến chứng hoại tử một phần, tỉ lệ 1/20 ca trong nghiên cứu này tương đối thấp và tương đồng với ghi nhận của Prakash (1/20 ca) [9] hay Kerem (1/18 ca) [10]. Trong khi đó, các tác giả như Karsidag [4], Sohn [5] và Yoon [7] không ghi nhận trường hợp hoại tử nào trong các nhóm mẫu nhỏ (8-10 ca). Tuy nhiên, nghiên cứu của Kerem (2014) [10] trên mẫu lớn hơn (25 ca) lại ghi nhận tới 4 trường hợp hoại tử một phần. Điều này chứng minh rằng dù diện tích vạt trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn, nhưng nhờ bảo tồn tốt cuống mạch trên và hệ thống cấp máu ngược dòng mạnh mẽ, tỉ lệ sống của vạt 100%, với độ tin cậy cao trong tạo hình khuyết hổng mũi.

4.3. Kết quả điều trị và thẩm mỹ

Nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp dương tính rìa diện cắt (chiếm 5%) ở bệnh nhân BCC dạng thâm nhiễm. Tỉ lệ này tương đồng với các báo cáo tại Anh (4–7%), Úc (3–6%). Bên cạnh các khuyến cáo phẫu thuật lại khi diện cắt còn tế bào bướu, xạ trị sau phẫu thuật đối với BCC với rìa cắt dương tính cũng cho tỉ lệ đáp ứng tại chỗ cao. Tuy nhiên ở trường hợp bệnh nhân cụ thể không đồng ý thực hiện các điều trị đề nghị. Chúng tôi theo dõi định kì bệnh nhân mỗi tháng và so sánh da tại vạt với thời điểm bệnh nhân sau phẫu thuật 2 tuần bằng hình ảnh lưu trữ. Sau 38 tháng theo dõi, hiện chưa ghi nhận tái phát tại chỗ hay di căn

hạch, tuy nhiên cần thời gian quan sát dài hơn để đánh giá chính xác do tỉ lệ tái phát của BCC diện cắt không hoàn toàn có thể lên đến 26–41% sau 2–5 năm.



Hình 3. Kết quả thẩm mỹ “Rất tốt” ở bệnh nhân phẫu thuật bằng vạt đảo mũi má

A. Sau phẫu thuật. B. Hậu phẫu sau 1 tháng. C. Hậu phẫu sau 6 tháng và 1 năm

Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ, tai mũi họng – Bệnh viện Ung bướu TP HCM

Bên cạnh đó, thời gian hậu phẫu trung bình rất ngắn (2,3 ngày) là một ưu điểm nổi bật của vạt đảo mũi má cuống trên. Việc không xảy ra các biến chứng như chảy máu hay nhiễm trùng giúp tối ưu hóa quá trình chăm sóc, đồng thời giảm đáng kể chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Nghiên cứu ghi nhận kết quả phục hồi chức năng với 100% bệnh nhân thở thông thoáng qua mũi, không xảy ra tình trạng nói giọng mũi hay sặc thức ăn tại các mốc theo dõi. Đặc biệt, ngay cả trường hợp mất toàn bộ ba lớp cánh mũi, việc cuộn đầu xa của vạt làm lớp lót niêm mạc vẫn đảm bảo tốt chức năng sinh lý và thẩm mỹ, không gây hẹp lỗ mũi. Các kết quả về chức năng và thẩm mỹ này duy trì ổn định, không có sự thay đổi sau 1 năm theo dõi.

Về phương diện thẩm mỹ, đánh giá theo thang đo Driscoll cho thấy tỉ lệ “Rất tốt” tăng từ 75% (sau mổ) lên 90% (sau 3 tháng) và giữ vững phong độ ở các mốc tiếp theo. Ưu điểm nổi bật của vạt mũi má là sự tương đồng tuyệt vời về màu sắc và kết cấu da với vùng nhận. Dù thu hoạch diện tích vạt lớn (lên đến 53 cm²), sự di lệch vùng môi má là không đáng kể và cải thiện dần nhờ độ co giãn tự nhiên của da mặt ở người lớn tuổi.

Hiện tượng phồng vạt — một thách thức trong tạo hình mũi — được kiểm soát tốt thông qua hướng dẫn bệnh nhân xoa bóp nhẹ nhàng để làm mỏng lớp mỡ dưới da. Nghiên cứu chỉ ghi nhận 10% (2 trường hợp) có độ phồng cần can thiệp thì hai, nhưng bệnh nhân đều hài lòng và từ chối phẫu thuật thêm. Phân tích cho thấy diện tích vạt không phải là

yếu tố gây phồng; thay vào đó, cấu trúc da lỏng lẻo ở người già hoặc việc giữ lại nhiều mô dưới da để bảo tồn cuống mạch lớn mới là nguyên nhân chính. Chúng tôi nhận định thời điểm 3 tháng sau mổ là cột mốc vàng để đánh giá mức độ ổn định của vạt; tuy nhiên, nếu cần xử lý độ gồ tại cuống mạch, có thể tiến hành sớm sau 3–4 tuần khi hệ thống tuần hoàn tại chỗ đã hình thành ổn định.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khẳng định vạt đảo mũi má cuống trên là giải pháp tạo hình tối ưu, đáp ứng linh hoạt các khuyết hổng đa dạng từ đơn giản đến phức tạp tại vùng mũi. Nhờ nguồn cấp máu ngược dòng phong phú từ động mạch góc và góc xoay vạt lớn, kỹ thuật này cho phép vạt vươn tới mọi tiểu đơn vị giải phẫu với độ tin cậy cao, đạt tỉ lệ sống vạt 100%. Việc phẫu tích tỉ mỉ cuống mạch luồn dưới đường hầm da không chỉ giúp hoàn tất quá trình tái tạo trong một thì duy nhất mà còn giảm thiểu biến chứng, rút ngắn thời gian hậu phẫu và tối ưu hóa chi phí điều trị. Bên cạnh ưu điểm về sự tương hợp màu sắc da và tính thẩm mỹ cao, phương pháp này còn đảm bảo phục hồi nguyên vẹn chức năng sinh lý mũi, mang lại chất lượng sống tốt nhất cho bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư da.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Văn Thiệp. Phẫu thuật ung thư da mũi giai đoạn sớm. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2010;200-3.
- [2] Baltrušaitytė K, Zacharevskij E, Pilipaitytė L, Braziulis K, Petkevičius A. Assessment of Standard Surgical Excision Efficacy and Analysis of Recurrence-Associated Factors in 343 Cases of Nasal Basal Cell Carcinoma: A Single-Center Retrospective Study. Healthcare (Basel). 2024;12(5). DOI: 10.3390/healthcare12050513
- [3] Giebfried JW, Urken ML, Lawson W, Biller HF. Reconstruction of nasal defects with a nasolabial island flap. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1987;113(3):295-8. DOI: 10.1001/archotol.1987.01860030071011
- [4] Karsidag S, Ozcan A, Sumer O, Ugurlu K. Single-stage ala nasi reconstruction: lateral nasal artery perforator flap. J Craniofac Surg. 2010;21(6):1887-9. DOI: 10.1097/SCS.0b013e3181f4af27
- [5] Sohn WI CJ, Seo BF, Jung SN. Reconstruction of nasal ala with nasolabial perforator flap after cancer removal. Head Neck Oncol. 2012.
- [6] Tatar S, Yontar Y, Ozmen S. Superiorly based nasolabial island flap for reconstruction of the lateral lower eyelid. Turk J Med Sci. 2017;47(6):1673-80. DOI: 10.3906/sag-1701-160
- [7] Yoon TH, Yun IS, Rha DK, Lee WJ. Reconstruction of various perinasal defects using facial artery perforator-based nasolabial island flaps. Arch Plast Surg. 2013;40(6):754-60. DOI: 10.5999/aps.2013.40.6.754
- [8] Lee DW, Ryu HR, Choi HJ, Kim JH. One-stage reconstruction of full-thickness alar defects with a folded nasolabial island flap. Arch Craniofac Surg. 2021;22(6):296-302. DOI: 10.7181/acfs.2021.00339
- [9] Prakash S, Panda R, Kumar V, Saha SS, Choudhary L, Pandey A, et al. Nasolabial Perforator Flap for One-stage Reconstruction of Nasal Defects. J Cutan Aesthet Surg. 2017;10(1):22-7. DOI: 10.4103/0974-2077.204576
- [10] Kerem H, Bali U, Sonmez E, Manavbasi YI, Yoleri L. The cranially based contralateral nasolabial flap for reconstruction of paranasal and periorbital surgical defects. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(5):655-61. DOI: 10.1016/j.bjps.2014.01.027