p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ ỨNG DỤNG VẠT DA NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH MÔNG TRÊN TRONG ĐIỀU TRỊ LOÉT TỲ ĐÈ ĐỘ III, IV VÙNG CÙNG CỤT TẠI KHOA BỎNG, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trịnh Văn Thông✉, Nguyễn Ngọc Sơn, Nguyễn Việt Thành, Hoàng Văn Châu

Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

***Đặt vấn đề**: Loét tỳ đè vùng cùng cụt luôn là thách thức với các phẫu thuật viên tạo hình. Vạt nhánh xuyên động mạch mông trên được mô tả với nguồn cấp máu dồi dào, vùng cho vạt biến dạng tối thiểu, ko đòi hỏi hy sinh cơ mông lớn cũng như thân động mạch chính.*

***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Từ tháng 10/2023 - 08/2024, chúng tôi đã điều trị 43 bệnh nhân (29 nam, 14 nữ) với vết loét vùng cùng cụt do tỳ đè được sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên, có 31 vạt dạng đảo và 12 vạt trượt V-Y. Tuổi trung bình là 50,09 (thấp nhất 20, cao nhất 95).*

***Kết quả**: Số lượng nhánh xuyên được sử dụng: 1 - 2 nhánh cho một vạt da, tất cả vạt đảo: Sử dụng 01 nhánh xuyên, vạt V-Y: 5 vạt sử dụng 2 nhánh xuyên. Theo dõi hậu phẫu 3 tháng, ghi nhận: 40 vạt da sống tốt; 02 vạt da có rò dịch dưới vạt, liền thì 2; 01 vạt hoại tử sau 01 tháng do bệnh nhân tiếp tục nằm tỳ đè.*

***Kết luận**: Vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên là loại vạt hiệu quả để che phủ vết loét vùng cùng cụt; vạt an toàn, có thể lấy rộng, là vạt đáng tin cậy. Vùng cho vạt có thể khâu kín thì đầu. Vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên là lựa chọn tốt cho việc che phủ vết loét vùng cùng cụt.*

***Từ khóa**: Vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên, loét vùng cùng cụt do tỳ đè, liền vết thương.*

ABSTRACT

***Aims**: Sacro-coccygeal pressure sores have always been a challenge to the plastic surgeon. The perforator flaps are highly vascularized, have minimal donor site morbidly, and do not require the sacrifice of the gluteus maximus muscle as well as do not sacrifice main trunk of superior gluteal artery.*

[1]Chịu trách nhiệm: Trịnh Văn Thông, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
Email: thongmedical@gmail.com
Ngày gửi bài: 10/4/2025; Ngày nhận xét: 06/5/2025; Ngày duyệt bài: 26/6/2025
https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2025.413

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

***Patients and methods**: From 10/2023 - 08/2024, 43 Sacro-coccygeal pressure sore patients (29 males and 14 females) were treated with a unilateral Superior Gluteal Artery Perforator (SGAP) Flap, in which there are 31 island flaps and 12 V-Y flaps. The average age is 50.09 years (range 20 - 95 years).*

***Results**: Number of perforators used: 1-2 branches, we used one perforator for all island flaps and 2 perforators for 5 V-Y flaps. All the flaps were followed up 3 post-op months, 40 flaps had good healed, 02 flaps had secondary wound healing, and one island flap had necrosis after 01 month.*

***Conclusion**: The SGAP flap is an important method in the closure of sacral sores. It is large, safe and reliable. The donor site can bi primarily closed. The SGAP flap is a good choice for closing sacro-coccygeal pressure sores.*

***Keywords**: SGAP, perforator, sacro-coccygeal pressure sores, wound healing*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do nằm lâu, chăm sóc ko đúng kỹ thuật nên loét vùng cùng cụt do tỳ đè là một bệnh lý khá phổ biến, bệnh thường thứ phát sau đột quỵ, chấn thương cột sống, gãy cổ xương đùi ở người lớn tuổi, bệnh nhân thở máy, đái tháo đường, bỏng, suy kiệt... và cho đến nay, loại loét này vẫn là một gánh nặng trong điều trị vì bệnh nhân thường chỉ được quan tâm đến bệnh lý chính nên chúng tôi thường tiếp nhận bệnh khi vết loét đã lớn, tổn thương sâu. Do đó điều trị sẽ khó khan, thời gian nằm viện kéo dài, tốn kém nhiều.

Phẫu thuật chuyển vạt da cân hoặc vạt da cân cơ thường được áp dụng che phủ vết loét vùng cùng cụt với những ưu điểm về độ dày của vạt.

Năm 1993, Koshima và cộng sự [1] là nhóm tiên phong điều trị loét vùng cùng cụt bằng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên, vạt da được sử dụng mà ko cần phải hy sinh thân động mạch chính và ko ảnh hưởng đến sự biến dạng của vùng cho vạt đồng thời khắc phục được hạn chế của vạt cơ mông lớn.

Tại Việt Nam, đã có một số công trình nghiên cứu và áp dụng kỹ thuật này vào điều trị các tổn thương loét cùng cụt độ III, IV trên lâm sàng và cho kết quả rất khả quan. Tại Nghệ An, mặc dù kỹ thuật này cũng đã được áp dụng trong vài năm trở lại đây nhưng chưa có công trình nào đánh giá kết quả đạt được của phương pháp, do vậy chúng tôi tiến hành ứng dụng kết quả sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên để điều trị cho 43 bệnh nhân loét vùng cùng cụt do tỳ đè.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 10/2023 - 8/2024, chúng tôi có 43 bệnh nhân loét vùng cùng cụt độ III, IV được điều trị tại khoa Bỏng, Bệnh biện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

*** Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Được chẩn đoán lâm sàng: loét vùng cùng cụt độ III, IV.

- Được điều trị bằng phẫu thuật che phủ vùng cùng cụt bằng vạt da nhánh xuyên của động mạch mông trên.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

- Những bệnh nhân có tổn thương loét vùng cùng cụt độ I, II.

- Bệnh nhân không đủ sức khỏe có thể chịu đựng được phẫu thuật như suy thận, suy tim, xơ gan mất bù, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

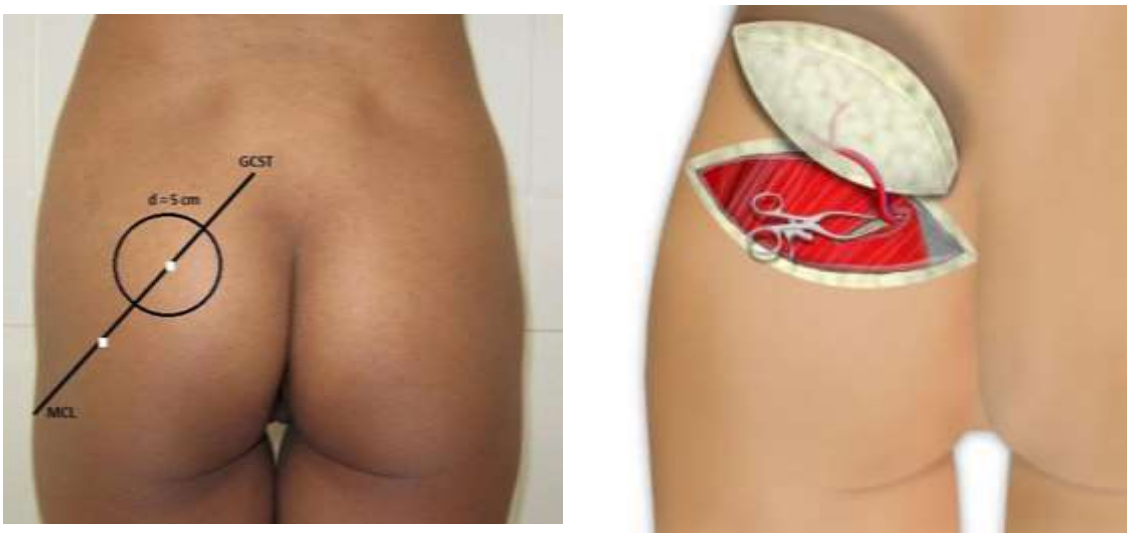
Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, mô tả hàng loạt ca.

**** Nghiên cứu lâm sàng:***

- Thiết kế vạt:

+ Vẽ thiết kế vạt, chụp ảnh.

- Xác định động mạch mông trên: Có nhiều tác giả với nhiều cách xác định nhánh xuyên động mạch mông trên với nhiều đường chuẩn đích khác nhau. Trong đề tài này, chúng tôi xác định vị trí trên da của nhánh xuyên động mạch mông trên theo Koshima (1993) [1], Verpaele A. M. (1999) [2] được xác định trong vòng tròn đường kính 05 cm với tâm là điểm 1/3 trên của đường thẳng nối từ gai chậu sau trên đến mấu chuyển lớn cùng bên.



Hình 2.1. Minh họa đường tròn xác định vị trí nhánh xuyên và cuống vạt

**** Phẫu tích vạt da***

Sau khi cắt lọc làm sạch vết loét, kiểm tra lại vạt đã thiết kế sao cho phù hợp với kích thước tổn thương, vị trí vạt được thiết kế thuận lợi nhất cho việc khâu kín vùng cho vạt che phủ kín tổn thương. Chúng tôi thường dự định sử dụng 1 - 2 nhánh xuyên chính trước mổ để từ đó tiến hành thiết kế vạt, bóc tách vạt trong mổ được chủ động hơn.

Trong quá trình mổ, bằng trực quan của phẫu thuật viên sẽ quyết định chọn nhánh xuyên có khả năng sống cao nhất, phù hợp nhất về vị trí, chúng tôi sẽ thiết kế lại vạt một lần nữa để xác định góc xoay vạt da, khả năng tịnh tiến che phủ tổn thương... Các nhánh xuyên được bóc tách cẩn thận, loại bỏ các sợi cơ bám dính và tách sâu xuống dưới cân cơ sâu theo đường đi của cuống mạch ít nhất 02cm, giúp cho khả năng di động của vạt tốt hơn.

Sau khi bộc lộ được nhánh mạch xuyên được chọn, chúng tôi sẽ tiến hành xoay vạt da che phủ ổ loét, góc xoay có thể từ 90 độ đến tối đa 180 độ [1], [3].

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

Hình 2.2. Hình ảnh phẫu tích vạt và hình ảnh sau mổ

Dẫn lưu chân không vùng dưới da được sử dụng trong ngày đầu sau mổ.

Vùng cho vạt được bóc tách di động hai mép vết loét rồi khâu đóng 2 lớp trực tiếp bằng các mối chỉ rời.

Thay băng mỗi ngày từ 1 - 2 lần tùy vào vết mổ tiết dịch nhiều hay ít, rút dẫn lưu sau 24 giờ và thường không để quá 72 giờ.

Cắt chỉ từ 10 - 14 ngày sau mổ.

Cơ sở đánh giá kết quả:

+ Tình trạng sống của vạt.

+ Sự liền sẹo vết mổ.

+ Khả năng phục hồi chức năng và thẩm mỹ của vùng được tái tạo.

Tốt: Vạt sống hoàn toàn, tính chất vạt tốt, vết mổ liền sẹo tốt, không viêm rò, cắt chỉ sau 10 - 14 ngày, không phải can thiệp phẫu thuật gì khác. Chức năng và thẩm mỹ vùng mổ tốt, không bị biến dạng vùng mông.

Vừa: Vạt thiểu dưỡng, xuất hiện phỏng nước trên bề mặt hoặc hoại tử ít hơn 1/3 diện tích của vạt. Vết mổ bị nhiễm khuẩn, toác chỉ, hoặc rò rỉ dịch ở vùng vạt.

Xấu: Vạt bị hoại tử trên 1/3 diện tích đến hoại hoại tử toàn bộ, phải cắt bỏ và thay thế bằng phương pháp điều trị khác.

Kết quả xa (ngoài 3 tháng sau phẫu thuật)

Cơ sở đánh giá:

Tốt: Không loét tái phát.

Xấu: Loét tái phát mọi giai đoạn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 10/2023 đến 08/2024, chúng tôi có 43 bệnh nhân loét vùng cùng cụt đã được phẫu thuật che phủ bằng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên tại khoa Bỏng, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

* Đặc điểm về tuổi, giới tính

Tuổi mắc bệnh trung bình: 50,09 tuổi

Tuổi nhỏ nhất: 20; tuổi lớn nhất 95 tuổi

Giới tính: Nam/Nữ - 29/14

* Nguyên nhân thứ phát gây loét

Bảng 3.1. Nguyên nhân thứ phát gây loét

Lâm sàng	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Chấn thương cột sống cổ	23	54,5
Tai biến mạch máu não	19	44,2
Suy mòn do nguyên nhân khác	1	2,3

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

*** Tình trạng tổn thương loét vùng cùng cụt**

Bảng 3.2. Phân độ tổn thương

Phân độ loét	n = 43	Tỉ lệ (%)
Độ III	19	44,2
Độ IV	24	55,8

***. Kích thước ổ loét**

Bảng 3.3. Kích thước ổ loét

Kích thước ổ loét (cm^2)	n = 43	Tỉ lệ (%)
≤ 100cm^2	26	60,5
101 - 162cm^2	17	39,5

Các ổ loét trong nghiên cứu có kích thước lớn nhất: 162cm^2; Kích thước nhỏ nhất 60cm^2.

*** Hình thức sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên**

Bảng 3.4. Hình thức sử dụng vạt

Hình thức sử dụng vạt	n = 43	Tỉ lệ (%)
Dạng đảo	31	72,1
Dạng trượt V-Y	12	27,9

- 31 bệnh nhân sử dụng hình thức vạt da dạng đảo có chiều dài vạt da lớn nhất 15 cm, diện tích vạt da lớn nhất 162 cm^2.

- 12 bệnh nhân được dùng hình thức vạt trượt V-Y có chiều dài vạt da lớn nhất 10 cm, diện tích vạt da lớn nhất 70 cm^2.

*** Kích thước vạt da**

Bảng 3.5. Kích thước vạt da

Kích thước / Thông số	Tối đa	Tối thiểu	Trung bình
Diện tích vạt da cm^2	162	60	88,53
Chiều dài vạt da cm	16	9	11,76
Chiều rộng vạt da	10	6,5	7,34

3.8. Kết quả dưới 3 tháng sau mổ

Bảng 3.6. Kết quả dưới 3 tháng sau mổ

Kết quả	n = 43	Tỉ lệ (%)
Tốt	29	67,4
Vừa	11	25,6
Xấu	3	7,0

Kết quả gần (dưới 3 tháng sau mổ chuyển vạt da) có 40/43 bệnh nhân chiếm 93% trường hợp vạt da sống tốt và vừa, 2 trường hợp vạt sống nhưng vạt da ko dính với nề vết loét do nhiễm trùng, tạo đường rò rỉ dịch và 01 trường hợp vạt da hoại tử trung tâm vạt sau 01 tháng do bệnh nhân tiếp tục nằm tỳ đè sau phẫu thuật.

*** Kết quả trên 3 tháng sau mổ**

Bảng 3.7. Kết quả trên 3 tháng sau mổ

Kết quả	n = 24	Tỉ lệ
Tốt	23	95,83
Xấu	1	4,17

Theo dõi kết quả trên 3 tháng được 24 bệnh nhân, có 23 bệnh nhân vết loét lành tốt, không loét tái phát, chiếm tỉ lệ 95,83%. Có 1 bệnh nhân loét mép vạt, được tiếp tục điều trị nội khoa mà không cần can thiệp phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về nguyên nhân gây loét

Trong nhóm nghiên cứu 43 trường hợp loét vùng cùng cụt. Trong đó, có 23/43 trường hợp loét do chấn thương cột sống tổn thương tủy gây liệt 2 chi dưới hoặc tứ chi chiếm 54,5%. Số bệnh nhân còn lại 20/43 trường hợp (45,6%) loét do nguyên nhân bất động lâu ngày liên quan đến các

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

bệnh lý mãn tính của thần kinh và các nguyên nhân khác với đặc điểm bệnh nhân có tuổi cao, thể trạng gầy yếu, khả năng tự chăm sóc bản thân kém.

4.2. Về hình thức sử dụng vạt

Trong nghiên cúu cúa chúng tôi, vat nhánh xuyên được sử dụng dưới 2 hình thức: vạt da dạng đảo và dạng trượt V-Y.

Vạt da dạng đảo: chiếm 31/43 (72,1%) trường hợp, kích thước vạt dài nhất 16 cm, rộng nhất 10 cm. Chúng tôi sử dụng vạt dạng đảo nhiều bởi sự linh hoạt của cuống mạch, độ rộng của góc xoay vạt có thể lên tới 180 độ, rất thích hợp giúp che phủ được những tổn thương rộng. Điều này cũng phù hợp với nhiều tác giả như Koshima [1], Yuan-Sheng Tzeng [4], Trần Vân Anh [5]... Trong quá trình phẫu thuật tạo vạt da nhánh xuyên dạng đảo, mặc dù có thể bóc tách được nhiều cuống mạch nhưng chúng tôi thường chỉ giữ lại được một hoặc 02 nhánh xuyên ở vị trí gần nhau nhất để thuận lợi cho sự linh hoạt cũng như góc xoay vạt được rộng nhất.

Vạt da dạng V-Y: chiếm 12/43 (27,9%) trường hợp, kích thước vạt lớn nhất 10 cm. Chúng tôi sử dụng trên 12 bệnh nhân thì cả 12 vạt da đều sống tốt, tuy nhiên vạt V-Y có nhược điểm là không che phủ được hết tổn thương loét rộng nếu sử dụng một vạt, mà phải sử dụng hai vạt V-Y hai bên mông mới có thể đóng kín tổn thương. Tuy nhiên, trường hợp dùng hai vạt V-Y thì đường khâu tại đầu xa hai vạt sẽ nằm tại vị trí đường giữa khe mông - nơi tổn thương sâu nhất. Điều này có nguy cơ chậm lành vết loét, vết mổ dễ bị bung, khả năng che phủ vùng lộ xương kém. Vì vậy, theo chúng tôi với các tổn thương loét rộng thì nên hạn chế sử dụng vạt V-Y.

4.3. Về xử lý vùng cho vạt

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi điều được khâu kín vùng cho vạt trực tiếp không mấy khó khăn, do vùng mông khá dồi dào về diện tích da cũng như mô đệm, quá trình thiết kế vạt cũng được tính toán thuận lợi cho khâu da vùng cho vạt dễ dàng hơn. Điều này cũng phù hợp với nhiều tác giả khác [1], [6] ...

4.4. Về kết quả điều trị

Trong số 43 bệnh nhân đã được phẫu thuật có 40 bệnh nhân vết mổ lành tốt thì đầu mà không cần can thiệp gì chiếm 90%, có 03 trường hợp chiếm 07% có rò rỉ dịch dưới vạt được can thiệp bằng biện pháp chăm sóc vết thương tại chỗ, vết mổ đã lành thì 2 mà không cần can thiệp phẫu thuật, 01 trường hợp bị hoại tử trung tâm vạt sau ra viện 01 tháng do nằm tỳ đè sớm.

Kết quả này cho thấy về độ tin cậy lâu dài của vạt da khi đóng vai trò là lớp đệm cho vùng cùng cụt. Trên thực tế, tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được hướng dẫn kỹ càng cho thân nhân về chăm sóc chống loét sau mổ, nhờ nằm nghiêng kết hợp thay đổi tư thế liên tục ít nhất mỗi 2 giờ/ lần hoặc nằm sấp kết hợp nệm hơi chống loét liên tục, vệ sinh vùng cùng cụt tránh ẩm ướt đã giúp chúng tôi đạt được kết quả tốt.

5. KẾT LUẬN

Vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên là sự lựa chọn tốt cho điều trị vết loét cùng cụt do tỳ đè.

- Lứa tuổi thường gặp trung bình 50,09. Tỷ lệ nữ/nam = 1/2.

- Nguyên nhân thứ phát của loét vùng cùng cụt do tì đè thường gặp trên bệnh nhân nằm lâu ngày do các nguyên nhân

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

liên quan đến bệnh lý chấn thương cột sống gây liệt 2 chi dưới hoặc tứ chi, kế đến là các bệnh lý mạn tính của thần kinh như sau tai biến mạch máu não, bại não, suy kiệt do nguyên nhân khác...

- Tỉ lệ vạt da sống tốt sau mổ kì đầu 90,69% (39/43).

- Tỉ lệ vạt da sống tốt thì hai là 97,67% (42/43).

- Tỉ lệ loét tái phát 2,33%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Koshima I, Moriguchi T, Soeda S, et all (1993). The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores. Plast Reconstr Surg, 91(4), pp. 678-83.
2. Verpaele A.M, Blondeel B. N., Landuyt K. Van (1999). The superior gluteal artery perforator flap an additional tool in the treatment of sacral pressure sores. Br J Plast Surg, 52(5), pp. 385-391.
3. Kroll S.S, Rosenfield L (2018). Perforator-based flap for low posterior midline defects. *Plast Reconstr Surg,* 81, pp. 561-566.
4. Yuan-Sheng Tzeng, Shyi-Gen Chen, Chien-Chih Yu, Shao-Liang Chen, Tim-Mo Chen, and Tai-Feng Chiu (2017). Modification of superior gluteal artery perforator flap for reconstruction of sacral sores. *J Med Sci*, 27(6), pp. 253-258.
5. Trần Vân Anh, Vũ Quang Vinh, Nguyễn Minh Giang (2011). Nghiên cứu ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên trong điều trị loét vùng cùng cụt do tỳ đè. Tạp chí Y học thảm họa & Bỏng, 2 (2011), tr. 208-214.
6. Maximilian Zaussinger, Gabriele Pommer, Katrin Freller, Manfred Schmidt, Georg M Huemer (2024). Bilateral Superior Gluteal Artery Perforator (SGAP) Flap: Modified Concept in Perineal Reconstruction. J Clin Med, 29;13(13):3825.