

Điểm đồng ý chung cho các hoạt động ở cữ trong nghiên cứu này là $79,19 \pm 12,23$. Thời gian dự định ở cữ trung bình là $60 \pm 60,03$ ngày, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Sang là 100 ngày cho con so và 30 ngày cho con rạ [8] và nghiên cứu của tác giả Fok là 03 tuần đầu sau sinh. Mức độ đồng ý với một số thực hành ở cữ truyền thống như kiêng quan hệ tình dục (74,1%), nghỉ ngơi và hạn chế di chuyển (51,8%), tránh gió (47,1%), và mặc ấm, đeo găng tay (43,9%) đều giảm so với các nghiên cứu trước, cho thấy xu hướng thay đổi trong thái độ của sản phụ đối với các thực hành này. Kết quả cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình điểm ở cữ của các nhóm tôn giáo ($p = 0,019$) và mức thu nhập ($p = 0,043$).

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa điểm KTC và mức độ đồng ý thực hiện các hoạt động ở cữ. Cụ thể, 96% sản phụ đồng ý với việc ở cữ để bảo vệ sức khỏe mẹ và bé, trong khi điểm KTC dao động từ 10 đến 58 điểm. Điều này cho thấy quyết định thực hiện ở cữ có thể không phụ thuộc vào mức độ kiến thức mà dựa trên niềm tin và các yếu tố văn hóa xã hội khác.

Kết quả này có ý nghĩa quan trọng đối với các chương trình giáo dục sau sinh, gợi ý rằng việc nâng cao kiến thức cho phụ nữ có thể chưa đủ để tác động đến quyết định ở cữ của họ. Niềm tin văn hóa, truyền thống gia đình và áp lực xã hội có thể đóng vai trò lớn hơn trong việc định hình thái độ ở cữ.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy quyết định ở cữ

không bị ảnh hưởng bởi mức độ hiểu biết về chăm sóc hậu sản của SP, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm kiến thức chăm sóc hậu sản giữa nhóm hộ gia đình, có kinh nghiệm cho con bú và vắt trữ sữa. Ngoài ra, sự đồng ý với các hoạt động ở cữ khác nhau tùy theo tôn giáo và thu nhập. Các nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào các yếu tố phi kiến thức này để hiểu rõ hơn động lực thúc đẩy thái độ ở cữ, từ đó xây dựng các chương trình hỗ trợ sau sinh phù hợp và hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manderson L, Mathews M.** Vietnamese attitudes towards maternal and infant health. *Medical Journal of Australia*. 1981;1(2):69-72.
2. **Nguyen TL.** Childbirth, Maternity, and Medical Pluralism in French Colonial Vietnam, 1880- 1945. NED - New edition ed: Boydell & Brewer; 2016.
3. **Vietnam GSO.** Tổng cục thống kê. Tỷ suất chết của trẻ em phân theo giới tính và phân theo thành thị, nông thôn. 2023.
4. **NICE.** Postnatal care NICE GUIDELINE; 2021. 65 p.
5. **WHO.** Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. 2015:8.
6. **Beraki GG, Tesfamariam EH, Gebremichael A, Yohannes B, Haile K, Tewelde S, et al.** Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):17.
7. **Lan PP, Hòa VT, Dương NTT.** Thực trạng chăm sóc sau sinh của bà mẹ ở hai bệnh viện trên địa bàn Hà nội và đánh giá mô hình chăm sóc sau sinh tại nhà". Luận án tiến sĩ Y tế công cộng. 2014.
8. **Sang P, Tram T, Quyen D, Trang H, Dieu N, Lai L, et al.** Perceptions, attitudes of women after birth and caregivers about the "confinement" in the postpartum period. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2019

NGHIÊN CỨU VẬT CƠ MÔNG LỚN KẾT HỢP HÚT ÁP LỰC ÂM TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT LOÉT MÃN TÍNH CÙNG CỤT TẠI BỆNH VIỆN 199, BỘ CÔNG AN

Phùng Cao Cường¹, Nguyễn Duy Khánh¹,
Vũ Văn Diệp¹, Phạm Văn Hùng¹, Nguyễn Văn Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp vật da cơ mông lớn kết hợp hút áp lực âm trong điều trị vết loét mãn tính cùng cụm. **Đối tượng và phương**

pháp: Nghiên cứu quan sát, phân tích thuần tập 30 bệnh nhân (BN) có tổng thương loét mãn tính cùng cụm, được điều trị tại Bệnh viện 199, Bộ Công An từ tháng 1/2022 đến tháng 9 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam là 63%, nhóm tuổi hay gặp nhất > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 52%. Nguyên nhân gây loét chủ yếu là do chứng nám một chỗ của tuổi già suy kiệt (30%), Tai biến mạch máu não (TBMMN) (36%), chấn thương cột sống liệt tủy (27%). Tình trạng nhiễm trùng hoại tử sau khi cắt lọc và điều trị kết hợp liệu pháp hút áp lực âm (V.A.C) là 0% với 100% nền vết thương lên mô hạt hồng, tạo điều kiện cho phẫu thuật chuyển vật da nhánh xuyên cơ mông lớn, kết quả vật sau mổ sống

¹Bệnh viện 199 – Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Cao Cường

Email: bscuong199@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

hoàn toàn đạt 25/30 (86,33%). **Kết luận:** Cắt lọc + V.A.C chuẩn bị nền tạo điều kiện thuận lợi cho việc phẫu thuật tạo hình chuyển vật che phủ tổn khuyết. Các bệnh nhân chủ yếu là già yếu, di chứng chấn thương liệt tủy hoặc TBMMN nằm tại chỗ nên dễ loét tái phát và cũng khó khăn hơn trong quá trình chăm sóc vật sau mổ. **Từ khóa:** Loét cùng cụt, hút áp lực âm, vật da cơ mông lớn

SUMMARY

RESEARCH ON GLUTOMA LEGISLAUS FLAP COMBINED WITH NEGATIVE PRESSURE SUCTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC ULCERS WITH AMPUTATES AT HOSPITAL 199, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: Evaluation of the effectiveness of gluteus maximus flap combined with negative pressure suction in the treatment of chronic sacral ulcers. **Methods:** Observational study, cohort analysis of 30 patients with chronic sacral ulcers, treated at Hospital 199, Ministry of Public Security from January 2022 to September 2024. **Results:** The rate of male is 63%, the most common age group > 60 years old accounts for 52%. The main causes of ulcers are immobility due to old age (30%), cerebrovascular accident (TBMMN) (36%), spinal cord injury (27%). The state of infection and necrosis after debridement and combined treatment with negative pressure suction therapy (V.A.C) is 0% with 100% of the wound base on pink granulation tissue, creating conditions for surgery to transfer the gluteus maximus muscle skin flap, the result of complete survival of the flap after surgery is 25/30 (86.33%). **Conclusion:** Debridement + V.A.C prepares the ground to facilitate plastic surgery to transfer flaps to cover the defect. The patients are mainly elderly, with sequelae of spinal cord injury or localized TBMMN, so they are prone to recurrent ulcers and also have more difficulty in post-operative flap care.

Keywords: Sacroiliac ulcer, negative pressure suction, gluteus maximus muscle flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét mãn tính cùng cụt chiếm phần lớn trong tổn thương loét tỳ đè, là một tổn thương thường gặp ở những bệnh nhân nằm lâu do chấn thương cột sống liệt tủy, tai biến mạch máu não, gãy xương vùng cổ xương đùi... hoặc những bệnh nhân mắc bệnh nặng phải nằm dài ngày.

Năm 1999 Hội đồng tư vấn loét quốc gia Hoa Kỳ đã tiến hành cuộc khảo sát cho thấy khoảng 14.8% bệnh nhân có loét tỳ đè trong lần nhập viện đầu tiên. Từ năm 1999 đến năm 2005, số bệnh nhân nhập viện bị loét tỳ đè tăng lên từ 15 – 25%. Năm 2020 theo thống kê tại Hoa Kỳ có khoảng 1-3 triệu bệnh nhân loét tỳ đè mỗi năm.

Để điều trị, chúng ta cần phối hợp điều trị nâng đỡ thể trạng, điều trị toàn thân và kết hợp điều trị vết thương tại chỗ qua nhiều giai đoạn với các phương pháp: cắt lọc hoại tử - mô xơ,

loại bỏ xương viêm, liệu pháp hút áp lực âm chuẩn bị nền sạch cho việc tạo hình vật che phủ.

Vật nhánh xuyên động mạch mông trên là vật da được sử dụng mà không cần phải hy sinh thân động mạch chính và không ảnh hưởng đến sự biến dạng của vùng cho vật đồng thời khắc phục được hạn chế của cơ bị lấy đi. Nhiều năm tiếp theo, nhiều phẫu thuật viên tiếp tục nghiên cứu phát triển thêm cho thấy có kết quả tốt, giảm tái phát.

Đã có nhiều công trình nghiên cứu riêng lẻ về điều trị loét cùng cụt bằng các phương pháp tạo hình, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của kỹ thuật tạo hình vật cơ mông lớn kết hợp hút áp lực âm trong điều trị loét mãn tính cùng cụt. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá hiệu quả của phương pháp vật da cơ mông lớn kết hợp hút áp lực âm trong điều trị loét mãn tính cùng cụt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới có vết loét mãn tính vùng cùng cụt độ III, IV theo phân độ NPUAP 2007, được điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình – Y học thể thao – Bông, Bệnh viện 199, Bộ Công an, từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2024.

- N = 30

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN có tổn thương loét mãn tính cùng cụt độ III, IV theo phân độ của Bảng phân độ loét của Hội đồng tư vấn loét Quốc gia Hoa Kỳ (NPUAP - 2007).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các bệnh lý nền diễn biến nặng, bệnh lý tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, phân tích thuần tập.

Đối tượng nghiên cứu được đánh giá các đặc điểm lâm sàng và đặc điểm tổn thương: Tuổi, giới, Nguyên nhân. phân độ loét, kích thước ổ loét, so sánh tình trạng ổ loét trước và sau cắt lọc + V.A.C

Các bước tiến hành phẫu thuật:

- Đánh giá tổn thương, thiết vật da, phẫu thuật theo PAUL-DAUTRY năm 1981.

- Xử lý tổn thương: Cắt lọc lại toàn bộ tổn thương, súc rửa sạch sẽ, kiểm tra cầm máu.

- Thiết kế vật da rộng hơn tổn khuyết 10-20%, bóc tách vật, xoay vật.

- Đặt dẫn lưu, khâu cố định vật, khâu đóng vùng cho vật

- Chăm sóc, theo dõi toàn thân, tại chỗ sau mổ.

Đánh giá kết quả: Theo dõi, đánh giá kết quả sau mổ về tình trạng vật, nơi cho vật, quá trình liền thương, biến chứng tại chỗ sau mổ, kết

quả gần và xa về vật da, tình trạng loét tái phát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm tổn thương. 30 bệnh nhân được điều trị loét bằng phương pháp VAC kết hợp vật da nhánh xuyên cơ mông lớn có tuổi trung bình là $63 \pm 14,57$, lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân Nam chiếm 63%. Tỷ lệ bệnh nhân liên quan đến tổn thương cột sống gây liệt tủy và TBMMN nằm 1 chỗ chiếm phần lớn với 63%, tiếp đến là nhóm người bệnh mạn tính chiếm 30%.

Loét độ IV với 73%, đường kính ổ loét trung bình $7 \pm 3,24$, lớn nhất là 14cm. Đa số các trường hợp có tổn thương loét độ IV lộ xương cùng cụt chiếm 22/30 bệnh nhân (tỷ lệ: 73,33%), với kích thước ổ loét đa phần < 15 cm.

3.2. Tình trạng ổ loét trước và sau khi cắt lọc, kết hợp liệu pháp hút áp lực âm (VAC). Các bệnh nhân phần lớn đều có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ loét là 24/30 trường hợp (chiếm tỷ lệ 80%)

Sau khi cắt lọc kết hợp với liệu pháp V.A.C đã cho ra kết quả rất tốt với 100% các trường hợp không còn nhiễm trùng tại chỗ, tình trạng hoại tử xương và mô mềm cũng đã 100% không còn, 100% nền vết thương đã lên mô hạt

3.3. Các dạng vật da nhánh xuyên cơ mông lớn được sử dụng

Bảng 1. Hình thức sử dụng vật

Dạng vật	Số lượng	Tỷ lệ %
Dạng đào	25	83,33
Dạng V-Y	05	16,67
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sử dụng vật dạng đào với 25 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,33% do ưu điểm của vật (độ linh hoạt khi xoay vật, khả năng lấy được vật rộng). Chỉ có 05 trường hợp dùng vật V-Y chiếm tỷ lệ 16,67%.

Bảng 2. Kích thước của vật

Các thông số nghiên cứu	Kích thước vật		
	Tối đa	Tối thiểu	Trung bình
Diện tích vật (cm ²)	180	30	$77,43 \pm 53,08$
Chiều dài vật (cm)	16	6	$9,43 \pm 3,32$
Chiều rộng vật (cm)	12	5	$7,5 \pm 2,44$

Nhận xét: Kích thước vật lấy được lớn nhất là 180cm², nhỏ nhất là 30cm², trung bình $77,43 \pm 53,08$ cm². Với chiều dài vật lớn nhất: 16cm, chiều rộng lớn nhất 12cm.

3.4. Liên quan tình trạng liên tại chỗ vật và dạng vật

Bảng 3. Liên quan tình trạng liên tại

chỗ vật và dạng vật

Vùng cho vật	Dạng vật	Vật dạng đào	Vật V-Y	Tổng (%)
Liên kỳ đầu		21	04	83,33
Phẫu thuật thì 2		04	01	16,67
Tổng		25	05	100

3.5. Đánh giá kết quả

Bảng 4. Kết quả gần sau mổ (n=30)

Kết quả	Loại vật		Tổng (%)
	Dạng đào	Dạng V-Y	
Tốt	20	04	80
Trung bình	04	01	16,67
Xấu	1	0	3,33
Tổng	25	05	100

Nhận xét: Tỷ lệ vật dạng V-Y vẫn cho kết quả tốt hơn vật dạng đào với kết quả xấu bên dạng đào có 1 trường hợp, dạng V-Y không có trường hợp nào, kết quả trung bình dạng dạng đào có 4 trường hợp, dạng V-Y chỉ có 1 trường hợp.

Bảng 4. Kết quả xa từ 3 tháng sau mổ (n=22)

Kết quả	Loại vật		Tổng (%)
	Dạng đào	Dạng V-Y	
Tốt	16	03	86,36
Trung bình	01	01	9,09
Xấu	01	0	4,54
Tổng	18	04	100

Nhận xét: Trong 30 bệnh nhân chúng tôi khám lại sau 6 tháng là 22 trường hợp (03 không liên lạc được, 05 chưa đủ thời gian 6 tháng). Kết quả tốt là 19 trường hợp chiếm tỷ lệ 86,36%, trung bình là 02 trường hợp chiếm 9,09% và xấu là 01 trường hợp chiếm 4,54% (đây là trường hợp hoại tử vật da sau 14 tháng và nhập viện để phẫu thuật chuyển vật bên đối diện).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi giới. Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ (nam: 63%, nữ: 37%), nhóm tuổi hay gặp nhất là > 60 tuổi (chiếm 52%), ở độ tuổi này, đa số các bệnh nhân có các bệnh lý mãn tính như tai biến mạch máu não... gây bại, liệt, phải nằm bất động lâu ngày trên giường bệnh dẫn đến loét cùng cụt do tỳ đè, tỷ lệ này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Yuan ST là tất cả các bệnh nhân nghiên cứu của tác giả đều > 60 tuổi (từ 66 - 90 tuổi) và các bệnh nhân này đều mắc các bệnh lý mãn tính chủ yếu bệnh lý thần kinh dẫn đến loét cùng cụt do tỳ đè.

Kết quả nghiên cứu của Tarek M (từ 22 - 53 tuổi), với Nguyễn Thái Sơn (chủ yếu tập trung vào nhóm từ 22 - 40 tuổi), và một số tác giả khác nữa.

Tần suất mắc bệnh của nam/nữ rất khác nhau tùy nghiên cứu. Tuy nhiên, đa số đều có tần suất mắc bệnh của nam giới lớn hơn so với nữ giới. Nhìn chung nam giới thường tham gia các ngành nghề lao động với tỷ lệ tai nạn lao động cao, nhất là chấn thương cột sống, Điều này lý giải phần nào tỷ lệ khuyết hồng phần mềm ở nam giới cao hơn so với nữ.

4.2. Nguyên nhân gây tổn thương loét.

Hầu như tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân gây loét vùng cụt là do tỷ lệ đè sức nặng của cơ thể. Các bệnh nhân có tổn thương liệt tùy do chấn thương cột sống với 08/30 trường hợp chiếm 27%. Trong số đó 07/09 bệnh nhân bị liệt hai chi dưới và 1 bệnh nhân liệt cả tứ chi.

Tỷ lệ loét cụt do nguyên nhân TBMMN và các bệnh mãn tính khác là 20/30 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 66%.

4.3. Tình trạng ổ loét vùng cụt trước và sau khi cắt lọc, điều trị VAC. Tỷ lệ nhiễm trùng ở bệnh nhân loét cụt khá cao: 24/30 trường hợp chiếm 80%, với các biểu hiện có thể có sốt, hoại tử tổ chức tại vùng cụt, chảy dịch mủ hôi, viêm tấy lan tỏa xung quanh và đặc biệt là cấy dịch (+). Và có thể thấy độ loét vùng cụt càng sâu thì tỷ lệ nhiễm trùng càng lớn.

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được điều trị trước khi can thiệp phẫu thuật, đa số là điều trị nội khoa bằng cách thay băng, đắp thuốc tại chỗ ổ loét hàng ngày, hoặc kết hợp với liệu pháp hút áp lực âm để làm sạch ổ loét (30/30 BN, chiếm 100%).

Tất cả các ổ loét sau cắt lọc phải đảm bảo sạch hết các hoại tử để thuận lợi cho trị liệu VAC có hiệu quả. Sau khi cắt lọc kết hợp với liệu pháp V.A.C đã cho ra kết quả rất tốt với 100% các trường hợp không còn nhiễm trùng tại chỗ, tình trạng hoại tử xương và mô mềm cũng đã 100% không còn, 100% nền vết thương đã lên mô hạt, đảm bảo nền vết thương thuận lợi cho chuyển vạt che phủ vết thương.

Có thể thấy việc chăm sóc ổ loét chiếm vai trò hết sức quan trọng trong quy trình điều trị loét cụt, việc điều trị cần được phải tuân theo các thứ tự: cắt lọc hoại tử, dùng thuốc tại chỗ, hút áp lực âm. Khi nền ổ loét sạch hoại tử, tổ chức hạt đỏ hồng thì mới quyết định chuyển vạt nhánh xuyên động mạch mông trên để che phủ khuyết hồng cụt do loét tỳ đè.

4.4. Phẫu thuật che phủ tổn khuyết. Để khắc phục các nhược điểm của vạt da-cơ mông lớn và tìm kiếm một chất liệu tạo hình mới đạt được yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ đồng

thời giảm tối đa di chứng của vùng cho vạt da-cơ mông lớn, vạt nhánh xuyên ra đời với sự tìm tòi của các nhà nghiên cứu. Tiên phong trong nghiên cứu này là Koshima (1989), Shoeda, Kroll và Rossenfield từ cuối những năm 80.

Vùng cụt có chức năng đệm đỡ, tỳ nén chịu sức nặng của cơ thể lớn nhất khi nằm (40-60mmHg) [3], do đó vai trò của vùng này hết sức quan trọng. Vì vậy, nếu chất liệu che phủ loét vùng cụt không đủ dày, không có hoặc có ít mô mỡ thì không đảm bảo được chức năng tỳ nén cho cơ thể, nguy cơ loét tái phát cao.

Vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên có nguồn cấp máu tốt, hằng định, đa số các trường hợp có tới 2 hoặc 3 nhánh xuyên cấp máu nên độ an toàn của vạt cao.

Chiều dài của cuống mạch mang lại cho vạt độ linh hoạt cao trong việc xoay chuyển vạt để che phủ tổn khuyết, đặc biệt dạng vạt đảo - góc xoay đạt tới 180° do cuống mạch của vạt có chiều dài từ 1-3 cm, đảm bảo độ an toàn khi xoay vạt mà không bị xoắn hoặc căng kéo các nhánh xuyên của vạt.

Kích thước của vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên có thể đủ để che phủ các tổn khuyết rộng hoặc rất rộng khi sử dụng cả hai vạt ở hai bên mông.

Vùng cho vạt thường có thể được khâu kín được, không gây tổn thương nhiều, không phải hy sinh cơ nên không bị biến dạng hình thể mông, không ảnh hưởng đến chức năng vận động của cơ thể.

Cũng do không phải lấy đi lớp cơ mông lớn nên thời gian hồi phục của người bệnh cũng nhanh hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sử dụng vạt dạng đảo với 25 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,33% do ưu điểm của vạt (độ linh hoạt khi xoay vạt, khả năng lấy được vạt rộng). Chỉ có 05 trường hợp dùng vạt V-Y chiếm tỷ lệ 16,67%.

Kích thước vạt lấy được lớn nhất là 180cm², nhỏ nhất là 30cm², trung bình 77,43 ± 53,08cm². Với chiều dài vạt lớn nhất: 16cm, chiều rộng lớn nhất 12cm.

Chỉ có 02 trường hợp phải dùng 2 vạt do diện tích quá lớn và đều là vạt đảo. Còn lại 28 trường hợp dùng 1 vạt chiếm tỷ lệ 93,33%.

4.5. Kết quả gần ngay sau mổ và biến chứng sau mổ. Tỷ lệ vạt dạng V-Y vẫn cho kết quả tốt hơn vạt dạng đảo với kết quả xấu bên dạng đảo có 1 trường hợp, dạng V-Y không có trường hợp nào, kết quả trung bình dạng đảo có 4 trường hợp, dạng V-Y chỉ có 1 trường hợp.

Nguyên nhân cũng đến từ kỹ thuật bóc tách gốc mạch nuôi khó hơn và khi bệnh nhân vô tình

tỳ đè sau hậu phẫu thì sức sống của vạt V-Y vẫn tốt hơn của vạt dạng xoay.

4.6. Kết quả xa. Với tổng số 30 bệnh nhân, chúng tôi kiểm tra được 22 bệnh nhân, trong đó có 03 không liên lạc được, 05 bệnh nhân chưa đủ thời gian 6 tháng. Bảng 3.18 cho thấy Kết quả Tốt: 19/22 (86,36%); Trung bình: 02/22 (9,09%); Xấu: 01/22 (4,54%). Trong đó có 1 bệnh nhân được sử dụng vạt dạng đảo xuất hiện loét tái phát 14 tháng sau phẫu thuật, đã được phẫu thuật chuyển vạt nhánh xuyên động mạch mông trên lần 2 ở mông đối diện thành công.

V. KẾT LUẬN

Cắt lọc + V.A.C chuẩn bị nền tạo điều kiện thuận lợi cho việc phẫu thuật tạo hình chuyển vạt che phủ tổn khuyết. Các bệnh nhân chủ yếu là già yếu, di chứng chấn thương liệt tủy hoặc TBMMN nằm tại chỗ nên dễ loét tái phát và cũng khó khăn hơn trong quá trình chăm sóc vạt sau mổ.

VI. HÌNH MINH HỌA



Cắt lọc + VAC + Tạo hình vạt nhánh xuyên



Dạng vạt V-Y



Dạng vạt đảo



Dạng vạt đảo xoay 180 độ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Anh, Vũ Quang Vinh, Nguyễn Minh Giang** (2021), "Nghiên cứu ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên trong điều trị loét vùng cụt do tỳ đè", Y học thảm họa & bỏng, (số đặc biệt), tr. 208-214.
2. **Trần Đoàn Đạo, Lê Nguyễn Diên Minh, Ngô Đức Hiệp** (2022), "đánh giá hiệu quả của máy hút áp lực âm trong điều trị các vết thương mãn tính kết quả bước đầu", Y học thảm họa & bỏng, (Số đặc biệt), Tr. 159-166.
3. **Nguyễn Minh Giang** (2020), "Nghiên cứu ứng dụng vạt da nhánh xuyên động mạch mông trên điều trị loét vùng cụt do tỳ đè", Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
4. **Anthony JP, Huntsman WT, Mathes SJ** (1992), "Changing trends in the management of pelvic pressure ulcers: a 12-year review" Decubitus, 5(3), pp. 44-51.
5. **Coşkunfirat OK, Ozgentaş HE** (2004), "Gluteal perforator flaps for coverage of pressure sores at various locations", Plast Reconstr Surg, 113(7), pp. 2012-2017.