

vượt trội so với các yếu tố kinh tế-xã hội, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu NVPQOL của Fukiko Yamada và cộng sự năm 2022 với điểm NVPQOL cao phản ánh suy giảm nghiêm trọng ở triệu chứng vật lý, mệt mỏi, và cảm xúc [10]. Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không chỉ xác nhận tính phổ biến và tác động nghiêm trọng của NVP (cao hơn Lacasse 2008 và Smith 2018) mà còn nhấn mạnh giá trị của NVPQOL như công cụ chuẩn với mẫu cân bằng (97.7% thụ tinh tự nhiên, không thiên lệch chọn lọc $p>0.05$) đại diện tốt thai phụ khám thai tại Cần Thơ [6;7]. Những phát hiện này bổ sung dữ liệu địa phương quý giá, thúc đẩy nghiên cứu đa trung tâm châu Á hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống và thai kỳ toàn diện qua đó giảm gánh nặng y tế

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nôn nghén ba tháng đầu thai kỳ là 85,2%. Mức độ nôn nghén ở thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ theo phân độ PUQE nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 28,4%, 59,1, 12,5%. Mức độ nôn nghén càng nặng chất lượng cuộc sống thai phụ càng giảm theo thanh công cụ NVPQOL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Thị Bích Trà, (2018), Tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở thai phụ có và không có nôn nghén tại Bệnh viện Từ Dũ, Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc

- Huy, (2013), Khảo sát mức độ nôn nghén và chất lượng sống của thai phụ nôn do thai trong nửa tháng đầu thai kỳ, Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Jahangiri F, Hirshfeld-Cytron J, Goldman K, (2011), Correlation between depression, anxiety, and nausea and vomiting during pregnancy in an in vitro fertilization population: a pilot study, J Psychosom Obstet Gynaecol, 32, 113-118.
4. Lacasse A, Bérard A, (2008), Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire, Health Qual Life Outcomes, 6, 32.
5. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, (2008), Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115, 1484-1493.
6. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T, et al, (2014), Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy, Cochrane Database Syst Rev.
7. Mori M, Amino N, Tamaki H, (1988), Morning sickness and thyroid function in normal pregnancy, Obstet Gynecol, 72, 355-359.
8. Sherman PW, Flaxman SM, (2002), Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective, Am J Obstet Gynecol, 186, 190-197.
9. Tan PC, Khine PP, Vallikkannu N, Omar SZ, (2018), Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to-day function, Aust N Z J Obstet Gynaecol, 58, 278-284.
10. Yamada F, Kataoka Y, Minatani M, Hada A, et al, (2022), The NVP QOL Questionnaire: Psychometric properties of the self-report measure of health-related quality of life for nausea and vomiting during pregnancy, Psychiatry Clin Neurosci Rep, 1, e21.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU NGUYÊN ỦY, ĐƯỜNG ĐI VÀ KÍCH THƯỚC ĐỘNG MẠCH MÔNG DƯỚI ỨNG DỤNG TRONG THIẾT KẾ VẬT DA CƠ

Hoàng Minh Tú¹, Lê Thị Ngọc Trang², Phạm Việt Mỹ^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định vị trí nguyên ủy, đường đi, kích thước và sự phân nhánh của động mạch mông dưới (ĐMMD) trên xác người Việt Nam trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 tiêu bản vùng mông từ 15 xác ướp formol. Phẫu tích bóc lộ toàn bộ vùng mông, đo đặc bằng thước kẹp điện tử độ chính xác 0,02 mm. Các mốc giải phẫu xương như Gai chậu sau trên (GCST), U

ngôi (UN), Mấu chuyển lớn (MCL) được sử dụng để định vị mạch máu. **Kết quả:** Trong 26/30 tiêu bản (86,7%), ĐMMD xuất phát điển hình từ động mạch chậu trong, đi ra ở bờ dưới cơ hình lê. Đường kính trung bình tại gốc là $3,49 \pm 0,43$ mm; chiều dài thân chính $1,87 \pm 0,34$ cm. Động mạch thường chia nhánh lên (cấp máu cơ mông lớn) và nhánh xuống (cấp máu đùi sau). Đặc biệt, nghiên cứu xác định được vị trí các nhánh xuyên da quan trọng (MX1, MX2) nằm tập trung ở 1/3 dưới ngoài vùng mông. **Kết luận:** ĐMMD có kích thước lớn, đường đi tương đối hằng định ở nhóm điển hình, phù hợp làm cuống nuôi cho các vật da cơ hoặc vật nhánh xuyên (IGAP) có độ tin cậy cao.

Từ khóa: Động mạch mông dưới, giải phẫu, phẫu thuật tạo hình

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY ON THE ORIGIN,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Tim Mạch An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Việt Mỹ

Email: pvmy@ctump.edu.vn.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

COURSE, AND DIMENSIONS OF THE INFERIOR GLUTEAL ARTERY: APPLICATIONS IN MUSCULOCUTANEOUS FLAP DESIGN

Objective: To investigate the origin, anatomical course, dimensions, and branching patterns of the inferior gluteal artery (IGA) in the adult Vietnamese population to provide an anatomical basis for reconstructive flap design. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 gluteal specimens from 15 formalin-preserved cadavers. A comprehensive dissection of the gluteal region was performed. Precise measurements were obtained using digital calipers (0.02 mm accuracy). The Posterior Superior Iliac Spine (PSIS), Ischial Tuberosity (IT), and Greater Trochanter (GT) were utilized as primary bony landmarks for vascular localization. **Results:** In 86.7% of cases (26/30 specimens), the IGA exhibited a typical origin from the internal iliac artery, exiting the pelvic cavity through the infrapiriform foramen. The mean diameter at the origin was mm, with a main trunk length of cm. The artery predominantly divided into an ascending branch (supplying the gluteus maximus) and a descending branch (supplying the posterior thigh). Notably, significant cutaneous perforators (designated as MX1 and MX2) were consistently identified within the lower-outer third of the gluteal region. **Conclusion:** The inferior gluteal artery possesses a substantial diameter and a relatively constant anatomical course in its typical presentation. These findings suggest the IGA is a reliable vascular pedicle for the design and elevation of musculocutaneous or Inferior Gluteal Artery Perforator (IGAP) flaps in reconstructive surgery.

Keywords: Inferior gluteal artery, IGAP flap, anatomy, reconstructive surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh y học hiện đại, việc chăm sóc và điều trị các biến chứng cho bệnh nhân nằm lâu ngày do tai biến, chấn thương tủy sống hay gãy xương đùi đang trở nên cấp thiết. Một trong những biến chứng nặng nề và dai dẳng nhất là loét tỳ đè vùng cụt. Đặc điểm giải phẫu của vùng này là lớp da mỏng sát xương, chịu áp lực lớn, do đó khi tổn thương xảy ra, việc tái tạo đòi hỏi một chất liệu che phủ không chỉ đảm bảo sự liền thương mà còn phải cung cấp một lớp đệm mô mềm đủ dày để ngăn ngừa tái phát.

Các phương pháp truyền thống như ghép da rời thường thất bại do không chịu được tỳ đè. Vì vậy, xu hướng chuyển dịch sang sử dụng các vật da có cuống mạch nuôi dưỡng (vật tại chỗ hoặc vật đảo) là tất yếu. Trong số các nguồn cấp máu cho vùng mông, động mạch mông dưới (IGA) đóng vai trò trung tâm. Các nghiên cứu kinh điển của Nguyễn Huy Phan¹, Frick A và Strauch B đã minh chứng tính ưu việt của vật nhánh xuyên động mạch mông dưới (IGAP flap).

Tuy nhiên, rào cản lớn nhất đối với các phẫu

thuật viên tại Việt Nam là sự thiếu hụt các dữ liệu nhân trắc học giải phẫu đặc thù trên người Việt. Hầu hết các tài liệu tham khảo hiện nay đều dựa trên thông số của người phương Tây. Xuất phát từ thực tiễn đó, đề tài nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp một bản đồ giải phẫu chi tiết, xác định rõ ràng các tham số về nguyên ủy, đường kính, chiều dài và vị trí đối chiếu lên da của động mạch mông dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 tiêu bản vùng mông (bao gồm cả bên phải và bên trái) thu thập từ 15 xác người trưởng thành đã được bảo quản theo quy trình chuẩn bằng dung dịch formol tại Bộ môn Giải Phẫu, Khoa Y, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các xác được lựa chọn phải đảm bảo tính nguyên vẹn của vùng mông và đùi trên. Hệ thống mạch máu không bị tổn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại bỏ các tiêu bản có sẹo mổ cũ, dị tật bẩm sinh hoặc hoại tử mất mốc giải phẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: chọn toàn bộ mẫu thỏa tiêu chuẩn chọn và loại trừ.

Quy trình phẫu tích:

+ Xác ướp được đặt ở tư thế nằm sấp. Đường rạch da bắt đầu từ mào chậu đi dọc xuống gai chậu sau trên (GCST), sau đó kéo dài qua rãnh liên mông xuống đến vùng đáy chậu.

+ Tìm kiếm nhánh xuyên: Đây là bước quan trọng nhất. Thay vì bóc tách thô bạo lớp mỡ dưới da, phẫu thuật viên phải phẫu tích nhẹ nhàng để tìm các nhánh mạch máu đi từ lớp cơ xuyên qua cân nông ra da. Các nhánh này được đánh dấu, bảo tồn để đo đạc vị trí.

+ Bộc lộ lớp sâu: Sau khi xác định các nhánh xuyên, tiến hành cắt cơ mông lớn tại nguyên ủy và bám tận, lật cơ sang bên để bộc lộ lớp mạch máu thần kinh sâu.

+ Xác định mốc giải phẫu: cơ hình lê – mốc quan trọng nhất vùng mông. Xác định dây thần kinh ngồi và dây chằng cùng.

+ Bộc lộ ĐMMD: Tìm động mạch thoát ra ở bờ dưới cơ hình lê, nằm phía trong và nông hơn so với thần kinh ngồi.1

Phương pháp đo đạc: Sử dụng thước kẹp điện tử Palme (độ chia 0,02mm). Các thông số gồm:

+ **Nguyên ủy:** Vị trí xuất phát của ĐMMD so với cơ hình lê.

+ **Đường kính (D):** Đo đường kính ngoài của động mạch tại vị trí gốc (nơi thoát ra khỏi

khung chậu).

+ Chiều dài (L): Đo chiều dài thân động mạch từ nguyên ủy đến điểm phân nhánh đầu tiên.

+ Vị trí hình chiếu: Xác định tọa độ của điểm xuất phát ĐMMD và các nhánh xuyên trên da dựa vào hệ quy chiếu tạo bởi các mốc xương cố định: Gai chậu sau trên (GCST), Ụ ngồi (UN), và Mấu chuyển lớn xương đùi (MCL).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng các phép thống kê mô tả thông thường và phần mềm SPSS 27.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về nguyên ủy và tỷ lệ xuất hiện. Trong 26/30 tiêu bản (86,7%), động mạch mông dưới xuất phát điển hình từ thân trước động mạch chậu trong, đi ra vùng mông ở bờ dưới cơ hình lê (nhóm điển hình).

Trong 4/30 tiêu bản còn lại (13,3%), không tìm thấy ĐMMD ở vị trí điển hình.

3.2. Kích thước của Động mạch mông dưới (nhóm điển hình)

Bảng 1: Phân bố đường kính ĐMMD tại nguyên ủy (n=26)

Mức đường kính (mm)	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
2,5 – 2,99	2	7,7
3,0 – 3,5	14	53,8
3,5 – 3,99	6	23,1
4,0 – 4,5	4	15,4
Trung bình (X ± SD)	3,49 ± 0,43 mm	

Nhận xét: Đường kính trung bình 3,49 ± 0,43 mm. Khoảng biến thiên từ 2,5 đến 4,4 mm. Với đường kính trung bình lớn và khoảng biến thiên rộng từ 2,5 đến 4,4 mm, ĐMMD hoàn toàn phù hợp để thực hiện các kỹ thuật nối mạch vi phẫu với các động mạch nhận như động mạch ngực trong (trong tái tạo vú) hoặc các mạch vùng đùi.

Bảng 2: Chiều dài thân chính ĐMMD (n=26)

Mức chiều dài (cm)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1,0 – 1,49	2	7,6
1,5 – 1,99	16	61,5
2,0 – 2,49	6	23,3
2,5 – 3,0	2	7,6
Trung bình (X ± SD)	1,87 ± 0,34 cm	

Nhận xét: Mặc dù thân chính chỉ dài trung bình khoảng 1,9 cm, nhưng khi kết hợp với chiều dài của các nhánh phân chia (nhánh lên và nhánh xuống), tổng chiều dài cuống mạch có thể được khai thác lên đến 7-10 cm, đủ để thực hiện

các vật xoay với cung độ lớn.

3.3. Đặc điểm phân nhánh

- Sau khi thoát ra khỏi chậu hông, ĐMMD nhanh chóng phân chia để cấp máu cho các vùng lân cận. Nghiên cứu ghi nhận hai nhóm nhánh chính: Nhánh lên và Nhánh xuống.

3.3.1. Nhánh lên. Các nhánh này chủ yếu cấp máu cho cơ mông lớn và cơ mông nhỏ.

Số lượng: 53,3% trường hợp có 2 nhánh lên; 33,4% trường hợp có 3 nhánh lên; các trường hợp còn lại có 1 nhánh.

Kích thước:

- Nhánh lên 1: Nhỏ và ngắn (ĐK: 1,77mm; Dài: 0,91cm).

- Nhánh lên 2: Đây là nhánh quan trọng nhất, thường xuyên qua cơ để ra da. Đường kính trung bình **2,55 ± 0,22 mm** và chiều dài trung bình **8,12 ± 0,73 cm**.

- Nhánh lên 3 (nếu có): Đường kính 2,03 mm, dài 7,65 cm.

Nhánh lên 2 và 3 chính là nguồn gốc của các mạch xuyên (perforators) nuôi vật da mông dưới. Với chiều dài lên tới 8cm, chúng tạo nên trục mạch máu lý tưởng cho vật nhánh xuyên động mạch mông dưới

3.3.2. Nhánh xuống. Nhánh này chạy dọc theo thần kinh ngồi xuống đùi sau, tham gia vào mạng mạch nổi quanh gối và cấp máu cho thần kinh ngồi.

- Tỷ lệ xuất hiện: Rất cao, hiện diện ở hầu hết các ca điển hình.

- Đường kính trung bình: 3,25 ± 0,32 mm.

- Nhánh này cũng cho các nhánh xuyên ra da cấp máu cho vùng đùi sau, tạo cơ sở cho vật mông-đùi.

3.4. Vị trí đối chiếu lên da. Kết quả đo đặc khoảng cách từ điểm xuất phát ĐMMD (tại bờ dưới cơ hình lê) đến Gai chậu sau trên (GCST) cho thấy

Bảng 3: Vị trí ĐMMD so với GCST (n=26)

Khoảng cách (cm)	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
7,0 – 7,49	4	15,4
7,5 – 7,99	9	34,6
8,0 – 8,49	7	26,9
8,5 – 8,99	3	11,6
9,0 – 9,5	3	11,5
Trung bình	7,95 ± 0,63 cm	

Nhận xét: Vị trí thoát ra của ĐMMD nằm cách Gai chậu sau trên (GCST) trung bình 7,95 ± 0,63 cm. Về mặt hình học, vị trí này tương ứng với trung điểm của đường thẳng nối từ Gai chậu sau trên (GCST) đến Ụ ngồi (UN). Đây là "tọa độ

vàng" để các bác sĩ lâm sàng đặt đầu dò Doppler nhằm xác định tín hiệu mạch máu trước khi rạch da.

IV. BÀN LUẬN

Qua quá trình phẫu tích chúng tôi nhận thấy ĐMMD có nguồn gốc từ động mạch chậu trong, đi từ bờ dưới cơ hình lê 26/30 trường hợp (86,7%), còn 4 trường hợp còn lại (13,3%) ĐMMD đi bờ trên cơ hình lê và là một nhánh của ĐMMT. Kết quả này phù hợp với mô tả của tác giả như Đinh Văn Thủy với tỷ lệ 93,7% [1], và tác giả Reddy. S với tỷ lệ 84,8% [2]. Surekha D. Sheety [3] cũng tìm được 2 trường hợp ĐMMD là nhánh của ĐMMT và nó đi từ nhánh nông của ĐMMT, bất thường này tìm thấy trên thi thể nam 65 tuổi, và xuất hiện đối xứng 2 bên. Tuy nhiên trong những nghiên cứu đó thì chưa có tác giả nào mô tả về đường kính, chiều dài của những trường hợp bất thường này.

Kết quả về đường kính trung bình của ĐMMD trong nghiên cứu của chúng tôi (3,49 mm) có sự tương đồng cao với các công bố kinh điển trên thế giới. Tác giả Nguyễn Huy Phan (1999) [4] và Berish Strauch (1993) [5] đều ghi nhận khoảng biến thiên đường kính từ 2,5 – 3,5 mm. Điều này cho thấy sự ổn định về mặt nhân trắc học của động mạch này qua các chủng tộc, khẳng định tính khả thi của việc áp dụng các quy trình phẫu thuật chuẩn quốc tế tại Việt Nam.

Tuy nhiên, về chiều dài thân chính, con số $1,87 \pm 0,34$ cm của chúng tôi thấp hơn so với mô tả 2-3 cm của một số tác giả khác như Nguyễn Huy Phan (2-3cm) [4]. Berish Strauch (2-3cm) [5]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ quy ước điểm dừng khi đo đạc (điểm phân nhánh đầu tiên). Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận ĐMMD thường chia nhánh rất sớm ngay sau khi rời khuyết ngồi lớn, điều này cảnh báo phẫu thuật viên cần hết sức thận trọng khi kẹp cắt các nhánh bên để tránh làm tổn thương thân chính quá sát gốc.

Đường kính các nhánh của ĐMMD trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của Allen R. J [6] có đường kính trung bình các nhánh 2 – 2,5 mm.

Kết quả nghiên cứu đã làm sáng tỏ cơ sở giải phẫu cho hai loại vạt chính: Vạt da - cơ mông lớn: Với đường kính lớn và lưu lượng máu dồi dào, ĐMMD cùng với Động mạch mông trên tạo thành hai cuống mạch trội (Loại III theo Mathes & Nahai) nuôi cơ mông lớn. Sự hiện diện của các nhánh nổi phong phú cho phép phẫu thuật viên thiết kế các vạt đảo cơ lớn, xoay chuyển linh hoạt để che phủ các loét cùng cụt rộng hoặc loét điểm tỳ (trochanteric sores); Vạt

nhánh xuyên động mạch mông dưới (IGAP Flap): Nghiên cứu đặc biệt nhấn mạnh vai trò của nhánh lên 2. Với chiều dài trung bình hơn 8 cm và đi xuyên qua cơ mông lớn ra da, đây là cuống mạch lý tưởng cho vạt IGAP. Vạt này có ưu điểm vượt trội là không cần lấy kèm cơ, giảm thiểu tối đa biến chứng mất chức năng vận động và đau sau mổ cho bệnh nhân. Vị trí các nhánh xuyên này tập trung chủ yếu ở 1/3 dưới ngoài của vùng mông, phía trên nếp lằn mông khoảng 4-5 cm. Việc nắm vững "bản đồ" phân bố này giúp rút ngắn thời gian tìm kiếm mạch xuyên trong mổ.

Trong quá trình phẫu tích, chúng tôi luôn ghi nhận ĐMMD nằm phía trong và nông hơn so với thần kinh ngồi. Mỗi tương quan giải phẫu hằng định này là một "con dao hai lưỡi": nó giúp dễ dàng tìm thấy động mạch, nhưng cũng đặt thần kinh ngồi vào nguy cơ bị tổn thương khi phẫu thuật viên thao tác cầm máu. Do đó, việc bóc tách cuống mạch ĐMMD phải luôn đi kèm với việc nhận diện và bảo vệ thần kinh ngồi nằm ngay phía sâu.

V. KẾT LUẬN

Động mạch mông dưới xuất hiện hằng định ở 86,7% trường hợp tại bờ dưới cơ hình lê với đường kính lớn (~3,5 mm) và hệ thống phân nhánh phong phú. Vị trí tìm mạch chuẩn xác nhất là trung điểm đường nối Gai chậu sau trên - Ủ ngồi. Đây là nguồn cấp máu tin cậy cho các phẫu thuật tạo hình vùng cùng cụt. Những dữ liệu này không chỉ làm phong phú thêm kho tàng giải phẫu học người Việt mà còn là kim chỉ nam giúp các phẫu thuật viên tự tin hơn trong việc ứng dụng các vạt da vùng mông, nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Văn Thủy (2009)**, "Loét tỳ đè vùng cùng cụt", quyển 13, pp. trang 194-200.
2. **Reddy.S, Ramana and Rao (2007)**, "Absence of inferior gluteal artery: A rare observation ", Int. J. Morphol, 25(1), pp. 95-98.
3. **Surekha D Shetty, Abhinitha P, Sapna Marpalli and et.al (2012)**, "Total replacement of inferior gluteal artery by a branch of superior gluteal artery", International Journal of Anatomical Variation, 5, pp. 85-86.
4. **Nguyễn Huy Phan (1999)**. Phẫu thuật tạo hình. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 200-215.
5. **Strauch B., Yu H.L. (1993)**. Atlas of Microvascular Surgery: Anatomy and Operative Approaches. Thieme Medical Publishers, New York.
6. **Allen R.J., Tucker C. (1995)**. "Superior gluteal artery perforator flap for breast reconstruction". Plast Reconstr Surg, 95(7), pp. 1207-1212. DOI: 10.1097/00006534-199506000-00010