

(3,2%), tụ máu ngoài màng cứng 01 ca (1,6%) không có BN phải truyền máu trong mổ.

- Đây là phương pháp không những giải phóng chèn ép thần kinh tối đa mà còn bảo tồn được các cấu trúc quan trọng như cơ cạnh sống, khớp liên đốt, hệ thống dây chằng dẫn tới hạn chế tỷ lệ đau lưng và mất vững cột sống sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grath L. B., White-Dzuro G. A., Hofstetter C. P. (2019).** "Comparison of clinical outcomes following minimally invasive or lumbar endoscopic unilateral laminotomy for bilateral decompression". *Journal of Neurosurgery and Spine*, 30 (4), pp.491-499.
2. **Gu, Guangfei, Hailong Zhang, Shisheng He, Qingsong Fu, Xiaobing Cai, Xu Zhou, Xiaolong Shen, and Xin Gu. 2016.** "A Novel Classification and Minimally Invasive Treatment of Degenerative Lumbar Spinal Stenosis" *Turkish Neurosurgery* 26 (2): 260-67.
3. **Hwang, Sang-won, Seung-chul Rhim, and Sung-woo Roh. 2008.** "Outcomes of Unilateral Approach for Bilateral Decompression of Lumbar

Spinal Stenosis: Comparison between Younger and Geriatric Patients" 5 (2): 51-57.

4. **Iwatsuki, Koichi, Toshiki Yoshimine, and Masanori Aoki. 2007.** "Bilateral Interlaminar Fenestration and Unroofing for the Decompression of Nerve Roots by Using a Unilateral Approach in Lumbar Canal Stenosis." *Surgical Neurology* 68 (5): 487-92.
5. **Kerr SM, Tannuory C, White AP. 2007.** "The Role of Minimally Invasive Surgery in the Lumbar Spine." *Current Orthopaedics* 17: pp 183-89.
6. **Laurysen, Carl. 2010.** "Technical Advances in Minimally Invasive Surgery - Direct Decompression for Lumbar Spinal Stenosis." *Spine* 35 (26 Suppl): S287-93.
7. **Nomura, Kazunori, and Munehito Yoshida. 2017.** "Assessment of the Learning Curve for Microendoscopic Decompression Surgery for Lumbar Spinal Canal Stenosis through an Analysis of 480 Cases Involving a Single Surgeon." *Global Spine Journal* 7 (1): pp 54-58.
8. **Pao, Jwo Luen, Wein Chin Chen, and Po Quang Chen. 2009.** "Clinical Outcomes of Microendoscopic Decompressive Laminotomy for Degenerative Lumbar Spinal Stenosis." *European Spine Journal* 18 (5): pp 672-78.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG VẬT DA CÂN NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH CỔ NÔNG ĐIỀU TRỊ SẼO CƠ KÉO VÙNG CẪM CỔ VÀ LOÉT MẠN TÍNH VÙNG ĐỈNH CHẤM

Võ Anh Minh¹, Vũ Quang Vinh², Nguyễn Gia Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu ứng dụng vật da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông điều trị sẽo cơ kéo vùng cằm cổ và loét mạn tính vùng đỉnh chấm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành phẫu thuật trên 25 bệnh nhân tuổi trung bình 36 tuổi (24 BN có sẽo cơ kéo vùng cằm cổ và 01 BN có loét mạn tính vùng chấm), được phẫu thuật sử dụng vật da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông che phủ tổn khuyết tại trung tâm Phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ và tái tạo, Viện Bỏng Quốc Gia từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 06 năm 2020. **Kết quả:** 25 vật da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông đã được sử dụng. Kích thước vật da có chiều dài trung bình là 23,36 cm và chiều rộng trung bình là 10,56cm, kích thước vật da lớn nhất lấy được là 30 x 12cm. Góc xoay vật da trung bình là 84,2 độ. Có 24 vật chiếm 96% sống tốt sau phẫu thuật và liền thì đầu, có 1 vật da hoại tử một phần. Ghi nhận có sự cải thiện về góc ngửa đầu sau phẫu thuật: trước phẫu

thuật: 93 độ, sau mổ 1-3 tháng 114,4 độ và sau mổ 6 đến 24 tháng là 129 độ. **Kết luận:** Vật da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông ứng dụng trong điều trị cho sẽo cơ kéo vùng cằm cổ và loét mạn tính vùng đỉnh chấm cho kết quả tốt.

Từ khóa: Vật da cân nhánh xuyên, động mạch cổ nông, sẽo cơ kéo vùng cổ

SUMMARY

TREATMENT OF CERVICAL SCAR CONTRACTURES AND OCCIPITAL CHRONIC ULCER USING SUPERFICIAL CERVICAL ARTERY PERFORATOR FLAP

Objectives: Research on the superficial cervical artery perforator flap in the treatment of cervical scar contractures and apex occipital chronic ulcer.

Subjects and methods: A descriptive study of case series performed on 25 patients with cervical scar contractures and apex occipital chronic ulcer who were operated on using superficial cervical artery perforator flap at the Center of Plastic, Aesthetic and Reconstructive Surgery, National Institute of Burns from October 2014 to June 2020. Indications for surgery in these patients are limited movement of cervical, loss of aesthetics and chronic ulcers.

Results: We obtained 24 patients with cervical scar contractures and 01 patient with occipital chronic ulceration. Regarding the clinical characteristics, we

¹Bệnh viện Trưng Vương TP HCM

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Võ Anh Minh

Email: voanhminh64@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2021

Ngày phản biện khoa học: 26/6/2021

Ngày duyệt bài: 15/7/2021

noted that the proportion of men accounted for the majority of 52%, the ratio of male: female was 1.1:1. The mean age of the patients was 36 years old. The average flap size was 23.36cm in length and was 10.56 cm in width, the largest flap size obtained was 30 x 12 cm. The average skin flap rotation angle is 84.2 degrees. 96% of the skin flaps were found to be good healing after surgery, there was 1 case of necrotic skin flaps < 1/3 of the flap area. There was an improvement in head movement: before surgery: 93 degrees, 1-3 months after surgery: 114.4 degrees and 129 degrees after 6-24 months. **Conclusion:** The superficial cervical artery perforator flap in treatment of cervical scar contracture and occipital chronic ulcer were good results.

Keywords: Perforating branch flap, superficial cervical artery, neck scar contracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Seo di chứng bỏng vùng cằm cổ mặt chiếm từ 10-15% trong tổng số các di chứng bỏng [1]. Di chứng sẹo co kéo vùng cổ luôn để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh, gây ảnh hưởng nặng nề đến chức năng vận động và thẩm mỹ, đồng thời ảnh hưởng đến tâm lý lao động và giao tiếp xã hội của người bệnh. Những bệnh nhân loét tỳ đè vùng đỉnh cằm thường kèm theo các bệnh lý mãn tính gây nên những tổn thương phức tạp lộ các cơ quan quan trọng vùng cổ mà chúng ta rất khó khăn trong các phương pháp điều trị trước đây. [1] Vùng cổ cằm có tính chất đặc biệt nên chất liệu thay thế phải đáp ứng các tiêu chuẩn như: đủ rộng để che phủ, vạt da đủ mỏng để không hạn chế vận động, mềm mại và đồng màu da để mang tính thẩm mỹ, cho nên việc lựa chọn các vạt da khi điều trị di chứng sẹo tại vùng này hiện vẫn còn đang được nghiên cứu và phát triển, đặc biệt là các vạt da vùng lân cận. Vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông đã được nghiên cứu từ năm 1984 và sử dụng vạt da cân nhánh xuyên ĐM cổ nông vào năm 1990 do Nakajima và Fujino. Năm 1986 đến năm 2004 Ogawa và Murakami cũng đã nghiên cứu giải phẫu và báo cáo ứng dụng trên lâm sàng vạt da cân cơ, cuống cân cơ, cuống cơ thang của và nhánh xuyên động mạch cổ nông cho tạo hình sẹo co kéo vùng cằm cổ và loét lâu liền vùng đỉnh cằm [2]. Những nghiên cứu đã cho thấy những ưu điểm của vạt da thu hoạch được diện tích rộng, không phải sử dụng khối cơ nên linh động che phủ cho cả vùng cổ và đỉnh cằm giải quyết bệnh lý cho bệnh nhân: che phủ tổn thương, trả lại chức năng vận động đồng thời vùng cho vạt đóng kín một thì. Kinh nghiệm phẫu thuật và chăm sóc sẽ được bàn luận trong bài báo này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, tiến hành phẫu thuật trên 25 bệnh nhân có sẹo di chứng bỏng nặng vùng cằm cổ và loét vùng cằm, được phẫu thuật sử dụng vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông tại trung tâm Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo, Viện Bỏng Quốc Gia từ tháng 10/2014 đến tháng 06/2020.

Thiết kế vạt da. Dựa trên vùng cấp máu của động mạch cổ nông, đầu gần của vạt hướng lên trên, lên vùng cổ sau trên, Đầu xa tới đốt sống N6. Trong nghiên cứu giải phẫu, kích thước của vạt có thể tới: rộng: 5 - 7cm; dài: hơn 30 cm và chiều dài của vạt có thể phụ thuộc vào chiều cao của cơ thể với tỷ lệ: 1:6 đến 1:8. Trên Thực tế, kích thước của vạt đã áp dụng thành công là: 7x 32cm.



Hình 1. Thiết kế vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông

Hình dạng thiết kế: tùy thuộc vào mục đích tạo hình vạt được thiết kế hình vạt.

- Vạt có cuống da cơ: da và 1 phần cơ thang chứa nhánh xuyên được bảo tồn.

- Vạt cuống cơ: Vạt được thiết kế với phần cơ thang chứa nhánh xuyên

- vạt cuống mạch: Với dạng vạt da cân nhánh xuyên kinh điển

*Với cả ba dạng này: vạt có thể được thiết kế một hoặc hai thùy.

Quy trình phẫu thuật

Dự kiến lựa chọn vạt: Vẽ thiết kế vạt, chụp ảnh trước mổ

Cắt sẹo giải phóng co kéo; cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch vùng khuyết hồng vùng cổ, đỉnh cằm.

Đo và thiết kế vạt da cần lấy. đánh dấu các mốc giải phẫu tương ứng.

Đặt bệnh nhân tư thế nằm sấp, xác định đường chuẩn đích của động mạch ngang cổ, và vị trí nhánh xuyên ĐM cổ nông dựa trên các mốc giải phẫu: Đốt sống cổ 7, đường giữa cột sống, móm cùng vai, bờ trong xương bả vai. Xác định vị trí động mạch cổ nông ở phía trên của cơ thang bằng thiết bị máy siêu âm Doppler. Đánh dấu vị trí động mạch cổ nông xuyên cân cơ thang.

Thiết kế vạt da cân nhánh xuyên cổ nông

nằm trong vạt da đảm bảo đủ chiều dài và chiều rộng dựa trên mẫu thiết kế vùng tổn khuyết da. Phẫu tích cuống vạt, đảm bảo đủ độ dài di động để bảo đảm cung xoay của vạt da không bị xoắn vặn mạch máu. Sau đó xoay vạt đến vị trí che phủ.



Hình 2. Bóc tách vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông

Sau khi bóc vạt xong, đóng kín vùng lấy da một thì hoặc ghép da xẻ đôi che phủ.



Hình 3. Xoay vạt che phủ tổn thương vùng cằm cổ

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Tình trạng sống của vạt da: ghi nhận tình trạng sống của vạt da sau phẫu thuật, nếu có hoại tử vạt da vùng mép thì sẽ đo diện tích hoại tử mép da và chia cho tổng diện tích vạt da, bao gồm các biến số sau:

- Vạt da sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu
- Vạt da thiếu dưỡng, hoại tử mép vạt, hoại tử < 1/3 diện tích vạt
- Vạt da hoại tử > 1/3 diện tích vạt đến toàn bộ vạt
- Phù nề vạt da sau mổ
- Tụ máu dưới vạt

Đánh giá kết quả vận động: Đo mức độ vận động của vùng cằm cổ ở các tư thế ngửa đầu và quay đầu sang 2 bên, đo góc cằm cổ (góc a)

Đánh giá kết sau mổ đến ra viện, Gần: từ ra viện đến 3 tháng xa: từ 6 tháng đến 24 tháng sau phẫu thuật

Cơ sở đánh giá:

- + 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 dò, 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.

Vừa: Vạt thiếu dưỡng, xuất hiện Bóng nước trên bề mặt hoặc hoại tử một phần vạt, có hoặc không phải ghép da bổ sung. Vết mổ bị nhiễm khuẩn, toác chỉ, hoặc dò rỉ dịch (cả ở vùng vạt và vùng cho vạt).

Xấu: Vạt bị hoại tử trên 1/3 diện tích đến hoại tử toàn bộ, phải cắt bỏ và thay thế bằng phương pháp điều trị khác. Chức năng vận động vùng mổ không cải thiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2014 đến tháng 06/2020 tại Viện Bỏng quốc gia, chúng tôi thu nhận được 24 BN có sẹo co kéo vùng cằm cổ và 01 BN có loét mạn tính vùng cằm, được phẫu thuật sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch cổ nông.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Số BN (n=25)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	13	52,0
Nữ	12	48,0
Tuổi trung bình	36 ± 14,46 tuổi	
Lý do nhập viện		
Sẹo co kéo vùng cổ	24	96,0
Loét lâu lành vùng đỉnh cằm	1	4,0
Thời gian tổn thương		
< 3 tháng	1	4,0
3-6 tháng	3	12,0
>6 - 24 tháng	21	84,0
Vị trí sẹo/loét		
Loét vùng cằm	1	4,0
Vùng cổ trước	2	8,0
Vùng cổ bên	2	8,0
Vùng cổ trước bên	20	80,0
Anh hưởng tới cơ quan khác		
Co kéo miệng	6	24
Co kéo mũi	1	4,0
Co kéo mắt	1	4,0
Giới hạn vận động ngửa đầu		
60 -75 độ	5	20,0
90-75 độ	4	16,0
>90 độ	16	64,0

Về đặc điểm lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam giới chiếm đa số là 52%, tỉ lệ nam: nữ là 1,1:1. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 36 tuổi. Thời gian BN bị tổn thương đến lúc phẫu thuật > 6 tháng chiếm tỉ lệ chủ yếu là 84%, có 1/25 TH bị tổn thương và mổ sớm < 3tháng do BN bị biến dạng, co kéo

hiều vùng cầm cổ và mặt, môi dưới. BN không thể ăn uống bình thường được. Đa số BN bị sẹo co kéo vùng cầm cổ vùng cổ trước bên chiếm tỉ lệ 80%. Ghi nhận có 24% BN sẹo co kéo vùng cầm cổ ảnh hưởng đến vùng miệng, 1/25 TH ảnh hưởng đến khuôn mặt. Về động tác ngửa đầu, 64% BN có thể ngửa đầu > 90 độ, 20% BN chỉ có thể ngửa đầu 60 – 75 độ

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của nhóm BN

Đặc điểm	Số BN (n=25)	Tỉ lệ (%)
Kích thước vạt da (cm)		
Chiều dài vạt da	23,36 ± 4,01	Lớn nhất 30cm; nhỏ nhất 16 cm
Chiều rộng vạt da	10,56 ± 1,68	Lớn nhất 13 cm; nhỏ nhất 7 cm
Góc xoay vạt	84,2 ± 4,252	Lớn nhất 95 độ; nhỏ nhất 80 độ
Thời gian phẫu thuật (phút)	128,5 ± 49,8	Lớn nhất 240 phút; nhỏ nhất 60 phút
Biến chứng vùng cho vạt sau mổ		
Chảy máu sau mổ	2	8,0
Tụ dịch sau mổ	1	4,0
Biến chứng tại vùng nhận vạt	0	0,0

Về đặc điểm phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 128,5 phút, trong đó thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 60 phút và dài nhất là 240 phút. Kích thước vạt da chiều dài trung bình là 23,36 cm và chiều rộng trung bình là 10,56 cm, kích thước vạt da lớn nhất lấy được là 30 x 12 cm. Góc xoay vạt da trung bình là 84,2 độ, góc quay vạt da lớn nhất ghi nhận được là 95 độ. Sau mổ không ghi nhận biến chứng tại vùng cho vạt. Tại vùng nhận vạt da, ghi nhận 2/25 TH bị chảy máu sau mổ phải phẫu thuật cầm máu và 1 TH tụ dịch sau mổ cần cắt mỗi chỉ tháo dịch.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật của nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN (n=25)	Tỉ lệ (%)
Tình trạng vạt da sau mổ		
Vạt da sống tốt+liền thì đầu	24	96,0
Vạt da hoại tử < 1/3 diện tích vạt	1	4,0
Thời gian liền vết thương vùng cho vạt	11,46 ± 3,05 ngày	
Thời gian liền vết thương vùng nhận vạt	13,13 ± 4,5 ngày	
Thời gian hậu phẫu	14,8 ± 5,16 ngày	
Góc vận động ngửa cầm sau mổ		
Trước mổ	93 ± 18,42 độ	
Sau mổ 1 - 3 tháng	114,4 ± 11,30 độ	
Sau mổ 6 - 24 tháng	129 ± 5,9 độ	

Hết co kéo cơ quan lân cận	24	96,0	
Kết quả gần			
Trung bình	2	8,0	
Tốt	23	92,0	
Kết quả xa	Tốt	25	100

Về kết quả phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 96% TH vạt da sống tốt sau phẫu thuật và liền ngay thì đầu, có 1 TH vạt da hoại tử < 1/3 diện tích vạt. Trường hợp này được mổ cắt lọc phần da hoại tử và ghép da mảnh mỏng, kết quả BN phục hồi tốt, phần da mỏng sống tốt. Thời gian liền vết thương tại vùng nhận vạt trung bình là 13,13 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là 14,8 ngày. Chúng tôi ghi nhận có sự cải thiện về góc ngửa đầu sau phẫu thuật: trước phẫu thuật : 93 độ, sau mổ 1-3 tháng 114 độ và sau mổ 6 – 24 tháng là 129 độ. Tất cả các TH đều hết co kéo cơ quan lân cận. Kết quả gần tốt chiếm 96% và kết quả xa tốt chiếm 100% các trường hợp

IV. BÀN LUẬN

Kích thước vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông và góc xoay vạt. Kích thước vạt da là một vấn đề quan trọng trong quá trình điều trị sẹo bóng co kéo vùng cầm cổ. Việc xác định kích thước vạt phải thỏa mãn các yêu cầu: tăng kích thước tối đa vạt da và giảm tối thiểu tỉ lệ hoại tử mép da hoặc vạt da khi xoay vạt

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kích thước vạt da chiều dài trung bình là 23,36cm và chiều rộng trung bình là 10,56cm, kích thước vạt da lớn nhất lấy được là 30 x 12cm. Góc xoay vạt da trung bình là 84,2 độ, góc quay vạt da lớn nhất ghi nhận được là 95 độ. Sau mổ không ghi nhận biến chứng tại vùng nhận vạt. Với kích thước vạt da như trên, chúng tôi ghi nhận 96% TH vạt da sống tốt sau phẫu thuật và liền ngay thì đầu, có 1 TH vạt da hoại tử < 1/3 diện tích vạt. Trường hợp này được mổ cắt lọc phần da hoại tử và ghép da mỏng, kết quả BN phục hồi tốt, phần da mỏng sống tốt

Tác giả Hyakusoku và cộng sự đã sử dụng vạt da nhánh xuyên động mạch cổ nông để phẫu thuật tạo hình sẹo co kéo vùng cầm cổ cho 25 BN. Trong nghiên cứu, tác giả sử dụng 4 loại cuống mạch khác nhau và cuống mạch thường sử dụng nhất là nhánh xuyên ĐM cổ nông kèm theo 1 phần cơ nhỏ tại vị trí xuyên cân cơ. Tác giả cho thấy kích thước vạt da lớn nhất lấy được là 33x15cm và nhỏ nhất là 15 x 6cm, tác giả ghi nhận về chiều dài vạt da có 22/25 TH có kích thước từ 25 cm trở lên và chiều ngang có 21/25 TH có kích thước từ 9cm trở lên. Với các kích thước vạt da, tác giả ghi nhận chỉ có 3/25 TH bị

hoại tử mép da và 1 TH hoại tử gần hết vạt da do xoắn cuống mạch [3]

Tác giả Orawa R và cs sử dụng vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông cho 41 TH tạo hình sẹo vùng cằm cổ và loét vùng chẩm cho thấy kích thước vạt da lớn nhất là 35x14 cm và nhỏ nhất là 12x6 cm, có 23/41 TH chiều dài vạt da > 30cm và 31/41 TH chiều rộng vạt da > 10cm [2]

Qua đó cho thấy kích thước vạt da nhánh xuyên động mạch cổ nông là tương đối lớn, phù hợp để che phủ các khuyết tổn vùng cổ bên và trước, cũng như loét vùng đỉnh chẩm.

Kết quả phẫu thuật và phục hồi vận động góc cằm cổ. Một trong những mục tiêu quan trọng của việc phẫu thuật điều trị sẹo di

chúng bóng vùng cổ là trả lại chức năng hoạt động của vùng cằm cổ, các động tác như ngửa cằm, xoay cằm sang 2 bên. Chúng tôi ghi nhận có sự cải thiện về góc ngửa đầu sau phẫu thuật: trước phẫu thuật: 93 độ, sau mổ 1-3 tháng 114,4 độ và sau mổ 6 – 24 tháng là 129 độ. Tất cả các TH đều hết co kéo cơ quan lân cận.

Chúng tôi tiến hành so sánh kết quả này với các tác giả khác sử dụng các loại vạt da nhánh xuyên khác nhau nhằm cho thấy hiệu quả khi sử dụng vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông tạo hình điều trị sẹo co kéo vùng cằm cổ. Qua đó cho thấy khả năng phục hồi vận động vùng cằm cổ với vạt da cân nhánh xuyên động mạch cổ nông là rất tốt, tương đương với các vạt da khác.

Bảng 4. Kết quả khả năng vận động sau phẫu thuật sẹo co kéo vùng cằm cổ

Tác giả	Số BN	Vạt da sử dụng	Thời gian theo dõi	Kết quả vận động
Chúng tôi	25	Nhánh xuyên ĐM cổ nông	6 tháng- 24 tháng	sau mổ 1-3 tháng 114,4 ± 11,30 độ Sau mổ 6 – 24 tháng là 129 ± 5,9 độ
Grishkevich và cs, 2010 [5]	26	Nhánh xuyên ĐM cổ nông (vạt da cơ thang)	6 tháng – 9 năm	Giải phóng toàn bộ và vận động bình thường 24/26 BN. 02 BN còn có kéo nhẹ
Grishkevich và cs, 2012 [6]	32	Nhánh xuyên ĐM cổ nông	6 tháng – 12 năm	Giải phóng toàn bộ, vận động bình thường
Li và cs, 2015 [7]	15	Nhánh xuyên ĐM cổ nông	Ít nhất 1 năm sau mổ	Tất cả BN ngửa đầu 110độ, giới hạn vận động trở về gần như bình thường
Vinh và cs, 2015[8]	17	Nhánh xuyên ĐM mũ vai	6 tháng	15/17 BN hài lòng với kết quả phẫu thuật

V. KẾT LUẬN

Vạt da nhánh xuyên động mạch cổ nông ứng dụng trong điều trị cho sẹo co kéo vùng cằm cổ và loét mạn tính vùng chẩm cho kết quả tốt, phục hồi được biên độ vận động của cằm cổ sau mổ, giúp che phủ khuyết hồng vùng chẩm với nhiều ưu điểm như; có kích thước đủ rộng, mỏng nên che phủ tốt tổn khuyết và đạt yêu cầu chức năng lẫn thẩm mỹ, vùng cho vạt được khâu kín thì đầu, góc xoay vạt lớn nên vạt có thể che phủ vùng cổ và vùng đỉnh chẩm vì vậy tính ứng dụng rất cao. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao và nhiều kinh nghiệm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Gia Tiến, Vũ Quang Vinh và cộng sự (2014)** Hợp tác nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật vi phẫu trong điều trị tạo hình biến dạng phức tạp vùng mặt. Bộ Khoa học và Công nghệ, Hà Nội
- Ogawa R., M. Murakami(2006),** "Clinical and Anatomical Study of Superficial Cervical Artery Flaps: Retrospective Study of Reconstructions with

- 41 Flaps and the Feasibility of Harvesting Them as Perforator Flaps", PRSJJournal.com, pp95-101, 2006
- Hyakusoku H., Takizawa Y., Murakami M., et al (1993)** Versatility of the free or pedicled superficial cervical artery skin flaps in head and neck burns, Burns, 19 (2) , pp. 169 – 173
- Hafezi F., Naghibzadeh B., Pegahmeh M.. et al (2008),** Extended vertical trapezius fasciocutaneous flap (back flap) in the face and neck burn scar reconstruction, Annals of plastic surgery, 61 (4), pp 441 -446
- Grishkevich VM. Trapeze-flap plasty:** effective method for post- burn neck contracture elimination. Burns. 2010;36(3):383-388.
- GrishkevichVM.** Unilateralcervicalburnscardeformityelimination with contralateral cervicothoracic flap—a new approach. J Burn Care Res. 2012;33(2):e26-31
- Li H, Zhou Y, Du Z, et al.** Strategies for customized neck reconstruction based on the pre-expanded superficial cervical artery flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2015;68(8):1064-1071
- Vinh VQ, Van Anh T, Tien NG, Hyakusoku H, Ogawa R.** Bipedicled "superthin" free perforator flaps for facial burn scar reconstruction: expanded scope of superthin flaps: a case series. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2015;3(8):e493