

Kết quả điều trị bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng bằng phẫu thuật lấy toàn bộ nang, đóng kín thì đầu bằng vạt Limberg tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Nguyễn Đắc Thao¹, Lê Nhật Huy¹, Đào Văn Hiếu¹, Đỗ Tất Thành^{1,2}

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Đỗ Tất Thành,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0904 222 345
Email: dotatthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/10/2025

Ngày chấp nhận đăng:
20/12/2025

Ngày xuất bản: 25/12/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh nang cùng cụt nhiễm trùng là tổn thương nhiễm trùng mạn tính vùng cùng cụt, với đặc trưng diễn biến kéo dài, hay tái phát và ảnh hưởng đến tâm lý, kinh tế-xã hội. Hiện nay chưa có phương pháp điều trị nào được coi là tối ưu nhất trong điều trị bệnh lý này. Mục tiêu: Mô tả lâm sàng, các yếu tố nguy cơ của của người bệnh bị nang cùng cụt nhiễm trùng và đánh giá kết quả điều trị bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng bằng phẫu thuật lấy toàn bộ nang, đóng kín vết mổ thì đầu bằng vạt Limberg.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Trong khoảng thời gian từ 01/2023 – 05/2025 có 64 người bệnh bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng, trong đó 60 người bệnh được phẫu thuật lấy toàn bộ nang, được phân ra thành 3 nhóm để hở (21 người bệnh), khâu trực tiếp (17 người bệnh) và đóng kín vết mổ bằng vạt Limberg (22 người bệnh). Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, theo dõi dọc.

Kết quả: Tuổi trung bình $28 \pm 14,5$. 53% người bệnh có tiền sử được phẫu. 87% người bệnh có rãnh liên mông sâu. Thời gian liền vết mổ của nhóm chuyển vạt là 3,1 tuần, nhóm để hở là 8,8 tuần, nhóm khâu trực tiếp là 6 tuần. Tỷ lệ tái phát lần lượt là: chuyển vạt 0%, để hở 9,5%, và khâu trực tiếp 5,9%.

Kết luận: Phẫu thuật lấy toàn bộ nang trong điều trị bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng có tỷ lệ khỏi bệnh cao. Chuyển vạt che phủ vết mổ giúp làm giảm thời gian liền thương, giảm tỷ lệ tái phát do giải quyết được hết các yếu tố nguy cơ gây bệnh.

Từ khóa: nang cùng cụt nhiễm trùng, vạt hình thoi, vạt xoay

Outcomes of the excision of a pilonidal sinus with primary wound closure by Limberg flap at Vietduc University Hospital

Nguyen Dac Thao¹, Le Nhat Huy¹, Dao Van Hieu¹, Do Tat Thanh^{1,2}

1. Vietduc University Hospital, 2. Hanoi Medical University

Abstract

Introduction: Pilonidal sinus disease (PSD) is a chronic inflammatory lesion in the sacrococcygeal region characterized by a long-lasting occurrence and a significant recurrence rate, affecting both psychological and socioeconomic issues. There is no consensus as to the “ideal treatment” of PSD. Aim: to describe the clinical characteristics and risk factors of patients with pinonidal sinus disease, and to evaluate the outcomes of the radical excision with primary wound closure by Limberg.

Patients and Methods: 64 patients with pilonidal sinus disease, of whom 60 cases underwent radical sinus excision from 01/2023 to 05/2025. They were divided into 3 groups: open wound (21 cases), direct closure of wound (17 cases), and wound closure by flap (22 cases). There was a descriptive, retrospective, and follow-up study.

Result: The mean age was $28 \pm 14,5$. Patients with a previous operation accounted for 53%. The rate of patients with deep gluteal cleft was 87%. The mean wound healing times were 3.1 weeks for the group with Limberg flap, 8.8 weeks for the open wound group, and 6 weeks for the direct closure group. The recurrence rate was 0% in the Limberg flap group, 9.5% in the open wound group, and 5.9% in the rest group respectively.

Conclusions: Radical excision surgery in treating PSD has a high success rate. Limberg flap technique reduces wound healing time and the recurrence rate due to manage all the risk factors.

Keywords: pinonidal sinus disease, rhomboid flap, Limberg flap, Keystone flap.

Đặt vấn đề

Bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng là một trong những tình trạng bệnh thường gặp trong lâm sàng, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Cơ chế sinh bệnh còn chưa rõ ràng, chủ yếu có 2 giả thuyết được chấp nhận: nguyên nhân bẩm sinh (rãnh liên mông sâu, các lỗm da có tính di truyền...), gần đây, quan điểm cho rằng đây là tình trạng bệnh mắc phải với nhiều yếu tố góp phần gây ra[1]. Điều trị bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng bằng phẫu thuật được áp dụng hàng trăm năm nay, tuy nhiên chưa có phương pháp nào đáp ứng được toàn bộ yêu cầu điều trị của người bệnh và thầy thuốc. Các phương pháp ít xâm lấn (tiêm phenol, nội soi đường rò (EPSiT), laser đóng rò (SiLaC)) với ưu điểm ít đau, sẹo nhỏ, thời gian hồi phục nhanh; tuy nhiên tỉ lệ tái phát tăng lên theo thời gian[2]. Để giải quyết toàn bộ nguyên nhân gây bệnh với tỉ lệ khỏi cao nhất, phẫu thuật lấy toàn bộ nang được lựa chọn. Kỹ thuật đóng vết mổ sau khi lấy nang còn nhiều quan điểm khác nhau gồm: để hở liền tự nhiên, khâu kín trực tiếp, sử dụng vật đóng kín vết mổ... Trong đó, kỹ thuật sử dụng vật đóng kín vết mổ được cho là tối ưu nhất, tuy nhiên yêu cầu về kỹ thuật và kinh nghiệm phẫu thuật viên...[3]

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ***“kết quả điều trị bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng bằng phẫu thuật lấy toàn bộ nang, có hoặc không chuyển vật che phủ”*** nhằm: Mô tả đặc điểm, các yếu tố nguy cơ của người bệnh bị nang cùng cụt nhiễm trùng và đánh giá kết quả điều trị bệnh lý này bằng phẫu thuật lấy toàn bộ nang, chuyển vật che phủ hoặc không chuyển vật che phủ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nang cùng cụt nhiễm trùng được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ 01/2023 đến 05/ 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Toàn bộ người bệnh nang cùng cụt nhiễm trùng, được phẫu thuật: đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Nhóm người bệnh được phẫu thuật lấy toàn bộ nang: đánh giá kết quả điều trị của nhóm đóng kín vết mổ thì đầu bằng chuyển vật Limberg, so sánh với kỹ thuật xử lý vết mổ khác: để hở và khâu trực tiếp

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh do nguyên nhân liên quan đến cột sống, ung thư...

Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp: mô tả hồi cứu, theo dõi dọc

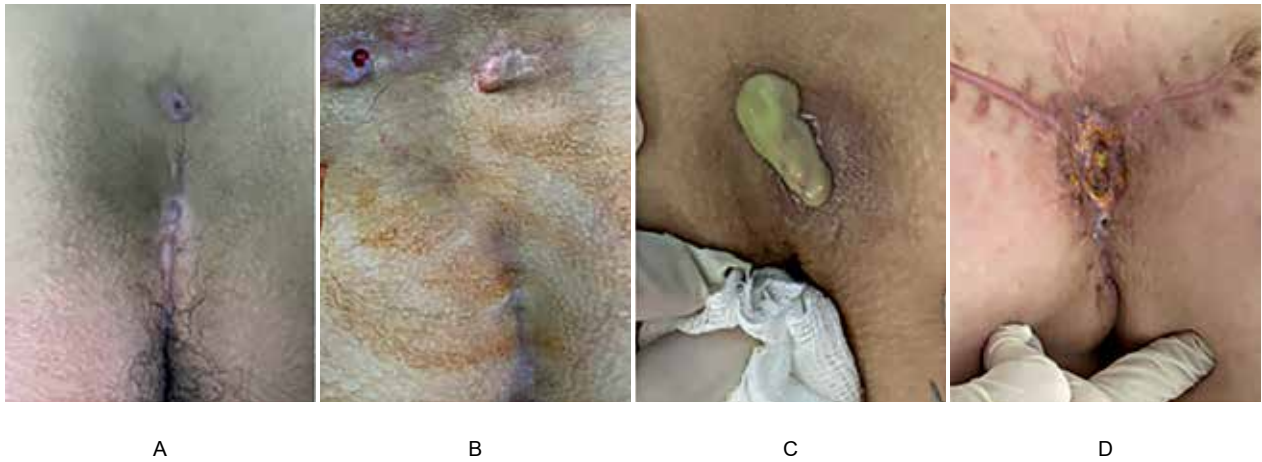
Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung (tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tiền sử mổ cũ), các yếu tố nguy cơ (thừa cân/béo phì, rậm lông, ngồi nhiều, chấn thương, rãnh liên mông sâu), đặc điểm lâm sàng (số lỗm da, tình trạng áp xe cấp tính), đặc điểm phẫu thuật (ít xâm lấn, chuyển vật, khâu trực tiếp, để hở)

Kết quả phẫu thuật: kết quả sớm (thời gian nằm viện, biến chứng (chảy máu, bục đường khâu, hoại tử vật), số ngày nghỉ việc), kết quả xa (thời gian liền thương, tái phát)

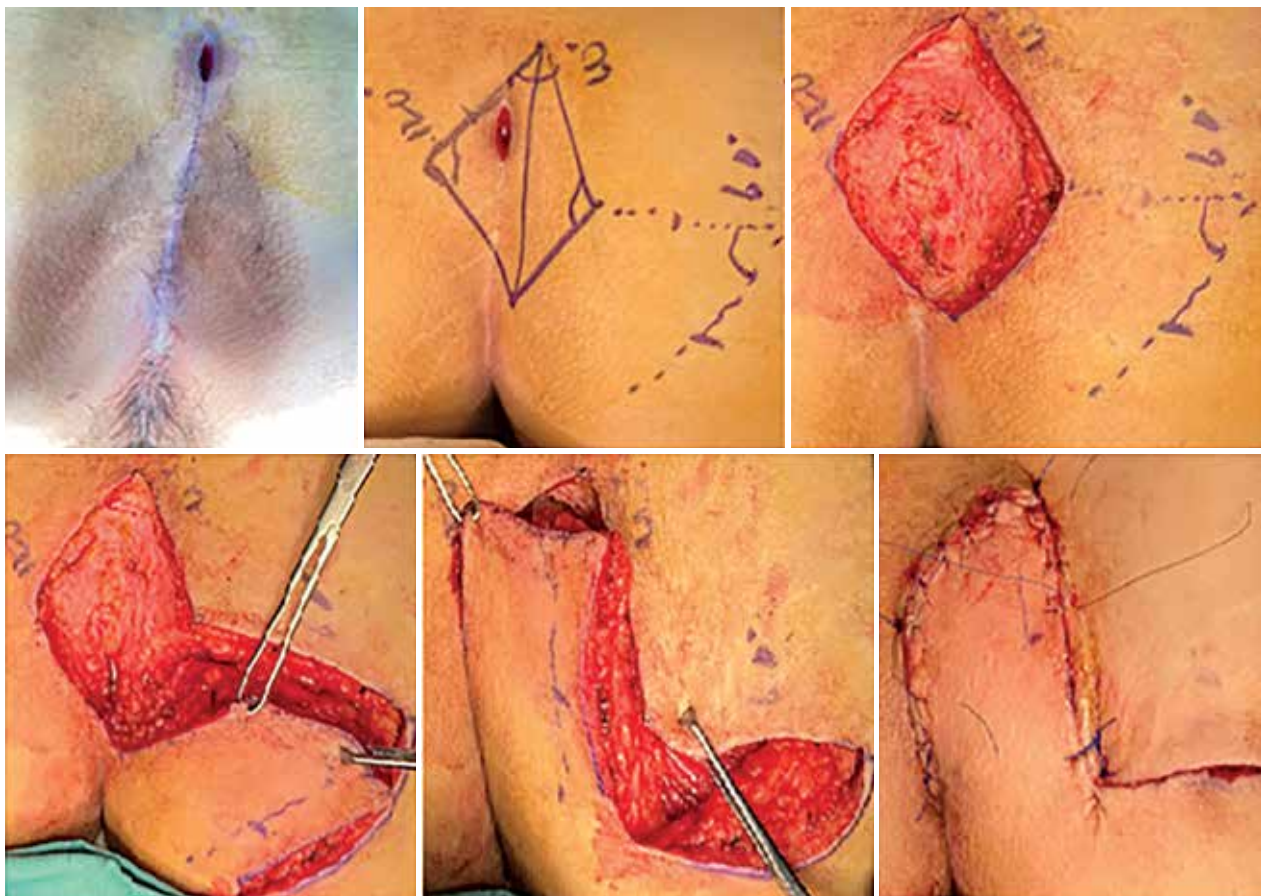
Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 21.0, những thuật toán thống kê y học, với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề tài cơ sở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức



Hình 1. Các dạng lâm sàng

A) lõm da và lỗ thứ phát ở đường giữa. B) lỗ thứ phát lệch đường giữa. C) áp xe cấp tính. D) sẹo và tổn thương do mổ cũ



Hình 2. Lấy toàn bộ nang, chuyển vạt xoay hình thoi (vạt Limberg)

Kết quả

Trong thời gian 01/2023 – 05/2025, có 64 người bệnh nang cùng cụt nhiễm trùng được phẫu thuật.

Trong đó 60 trường hợp mổ lấy toàn bộ nang

Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm lâm sàng (N=64)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm (N=64)	
Nam, n (%)	40 (62,5%)
Tuổi	28 ± 14,5 (12 – 71)
Thời gian mắc bệnh (tháng)	13 ± 18 (1 – 72)
Tiền sử mổ cũ, n (%), số lần	34 (53,1%) (1-5)
Số lõm da	2,5 ± 1,3 (0 – 6)
Áp xe cấp tính, n (%)	31 (48,4%)

Tỉ lệ nam giới là 62,5%, độ tuổi trung bình là 28 53% người bệnh được phẫu thuật ít nhất 1 lần trước đó

Các yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố (N=64)	n (%)
Thừa cân/béo phì	24 (37,5%)
Rậm lông	32 (50%)
Ngồi nhiều	43 (67,2%)
Chấn thương	4 (6,3 %)
Rãnh liên mông sâu	56 (87,5%)

Rãnh liên mông sâu gặp ở 87,5% các trường hợp 4 trường hợp trên 60 tuổi, có yếu tố nguy cơ là ngồi nhiều hoặc sang chấn (hạn chế vận động do thoát vị đĩa đệm)

Đặc điểm phẫu thuật

Có 60/64 người bệnh lấy toàn bộ nang, trong đó, 22 người bệnh (34,4%) chuyển vạt che phủ, 17 người bệnh (26,6%) khâu trực tiếp, còn lại để hở.

4 người bệnh (6,2%) được phẫu thuật ít xâm lấn (laser, nội soi)

Kết quả phẫu thuật nhóm người bệnh lấy toàn bộ nang (N=60)

Thời gian theo dõi trung bình: 19 ± 9 tháng

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

	Để hở (N=21)	Khâu trực tiếp (N=17)	Chuyển vạt (N=22)
Thời gian nằm viện (ngày)	7,7 ± 4,6	6,6 ± 3,5	6 ± 1,3
Chảy máu sau mổ	4 (19%)	3 (17,6%)	2 (9,1%)
Bục đường khâu	-	17 (58,8%)	0 (0%)
Số ngày nghỉ việc (ngày)	25 ± 10,2	22,8 ± 12	14,3 ± 4,3
Hoại tử vạt	-	-	0 (0%)
Chậm liền vết mổ	-	-	5 (19,5%)
Thời gian liền (tuần)	8,8 ± 3,6	6 ± 3,2	3,1 ± 1,6
Tái phát n(%)	2 (9,5%)	1 (5,9%)	0 (0%)

Thời gian liền vết mổ của nhóm chuyển vạt là 3,1 tuần

Tỉ lệ thất bại của khâu trực tiếp chiếm 58,8%, sau khi cắt chỉ sẽ thành vết mổ để hở.

Bàn luận

Bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng được mô tả chính thức lần đầu năm 1847[1], tuy nhiên, cơ chế sinh bệnh còn chưa rõ ràng dẫn đến những phương pháp điều trị khác nhau, và chưa có tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh.

Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Tỉ lệ bệnh nang cùng cụt chiếm 0,7% dân số, nam nhiều hơn nữ (nam/nữ xấp xỉ 2-3 lần). Độ tuổi mắc bệnh thường gặp từ 15 – 30 tuổi, rất hiếm gặp trước đây thì hoặc sau 60 tuổi[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 62,5% người bệnh là nam (tỉ lệ nam/nữ ~ 1,67), với tuổi trung bình của nhóm người bệnh là 28.

Trước đây, những nguyên nhân bẩm sinh (dây chằng đuôi, di tích ống cùng thần kinh) được chấp nhận rộng rãi là nguyên nhân gây bệnh, và do có nhiều trường hợp lõm da vùng rãnh liên mông có tính di truyền. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều bằng chứng ủng hộ cơ chế sinh bệnh mắc phải. Đầu tiên, một số nghề có tỉ lệ mắc bệnh cao, ví dụ lái xe đường dài, đặc biệt những lái xe Jeep trong chiến tranh thế giới thứ 2, do đó bệnh còn có tên là “Jeep driver disease”[1, 4]. Những yếu tố nguy cơ khác bao gồm: vệ sinh, béo phì, rậm lông (điều này giải thích tỉ lệ nam nhiều hơn nữ), sang chấn tại chỗ. Ngoài ra, rãnh liên mông sâu (hay gặp ở người bệnh béo phì), dẫn đến áp lực âm tại chỗ, kéo những dị vật (mảnh vụn lông, lông) ngược vào bên trong nang lông, gây ra giãn rộng nang lông, kèm theo yếu tố nhiễm khuẩn tại chỗ hình thành nên áp xe, và rò mủ[1, 4].

Những yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất trong nhóm người bệnh của chúng tôi bao gồm: rãnh liên mông sâu, ngồi nhiều, rậm lông, béo phì với tỉ lệ lần lượt là 87,5%, 67,2%, 50%, và 37,5%.

Số lõm da trung bình của nhóm người bệnh trong nghiên cứu là 2,5 (0-6), cùng với tình trạng áp xe cấp chiếm 48,5%. Có 53,1% người bệnh được phẫu thuật trước đó ít nhất 1 lần, trường hợp được phẫu thuật nhiều nhất là 5 lần. Đặc điểm đặc trưng của bệnh lý nang cùng cụt là xuất hiện 1 hoặc nhiều lõm da, nằm ở đường giữa, có đường thông mạn tính với khoang ở lớp dưới, có thể lấy được lông “mọc ngược” qua những lỗ có đường rò ra da. Xác định những lõm da đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị, tất cả những lõm da cần được mở làm sạch (đối với phẫu thuật ít xâm lấn) hoặc lấy toàn bộ vùng tổn thương chứa lõm da nhằm tránh tái phát[2, 3].

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật lấy toàn bộ nang ở 60/64 người bệnh (93,8%), tỉ lệ mổ ít xâm lấn chiếm 6,2 % với các lý do: tỉ lệ áp xe cấp tính cao (chống chỉ định), chi phí cao, người bệnh mong muốn một phương pháp có tính triệt để hơn.

Kết quả điều trị nang cùng cụt nhiễm trùng bằng phẫu thuật lấy toàn bộ nang

Kết quả sớm

Thời gian nằm viện của nhóm chuyển vạt, khâu trực tiếp và để hở lần lượt là: 6, 6,6 và 7,7 (ngày). So sánh với các nghiên cứu khác, thời gian nằm viện từ 3-6 ngày, liên quan đến việc đặt dẫn lưu, và thời gian rút dẫn lưu. Nhóm người bệnh có đặt dẫn lưu sau mổ, có thời gian nằm viện lâu hơn[5, 6]. Ngược lại, trong những nghiên cứu có thời gian nằm viện ngắn thường có tỉ lệ biến chứng sớm bao gồm: nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch vết mổ cao hơn những nghiên cứu có đặt dẫn lưu với thời gian nằm viện

lâu, do người bệnh được thay băng bởi nhân viên y tế[5, 6]. Tỷ lệ biến chứng sớm trong nhóm nghiên cứu bao gồm: chảy máu sau mổ gặp nhiều hơn ở nhóm để hở và khâu trực tiếp. Lý giải cho điều này là vết thương hở thường sẽ dễ chảy máu hơn khi thay băng, và trong nhóm khâu trực tiếp thường có tỉ lệ bục đường khâu cao 58,8% (do nhiễm trùng, do khâu trên đường giữa dẫn đến căng và khó liền), thường phải cắt chỉ sớm và chăm sóc vết thương như kỹ thuật lấy nang để hở. Hai trường hợp chảy máu trong nhóm chuyển vạt có dùng chống đông dự phòng sau tạo vạt, về sau chúng tôi không sử dụng chống đông, và không gặp trường hợp nào chảy máu nào nữa. Số ngày nghỉ lao động của nhóm chuyển vạt là 14 ngày, ngắn hơn so với nhóm lấy nang để hở và khâu trực tiếp lần lượt là 25 ngày và 25,8 ngày. Phẫu thuật lấy toàn bộ nang, làm vết mổ lớn hơn, cần thời gian hồi phục và thời gian nghỉ lao động lâu hơn so với những kỹ thuật ít xâm lấn. Do đặc điểm can thiệp tối thiểu, khi mổ nội soi hoặc laser, người bệnh có thể ra viện sớm, với thời gian nghỉ việc ngắn (từ 1-8 ngày)[7, 8]. Đồng thời, biến chứng sớm thường gặp sau mổ ít xâm lấn chủ yếu là áp xe/chảy dịch mủ do chưa lấy hết tổ chức nhiễm trùng hoặc đường rò phụ, và vết mổ liền sớm[7, 8]. Khi so sánh trong nhóm lấy toàn bộ nang, chuyển vạt che phủ vết mổ có thời gian nghỉ lao động ngắn hơn vì chăm sóc vết mổ thuận lợi hơn, ít ảnh hưởng, hạn chế đến hoạt động của người bệnh, và có thời gian liền thương nhanh hơn[3].

Về kết quả xa

Thời gian liền thương của nhóm chuyển vạt là 3,1 tuần, ngắn hơn so với nhóm để hở là 8,8 tuần và nhóm khâu trực tiếp là 6 tuần. Năm trường hợp chậm liền trong nhóm chuyển vạt (thời gian liền trên 3 tuần), do có tụ dịch nhỏ ở góc vạt, chỉ cần

thay băng đơn giản. Những người bệnh này nằm trong nhóm những ca mổ đầu tiên, liên quan đến kỹ thuật mổ, tạo vạt còn căng, trong đó có 2 trường hợp chảy máu vết mổ (do dùng chống đông) dẫn đến tụ máu dưới vết mổ gây chậm liền. Không có trường hợp nào tái phát trong nhóm chuyển vạt, có 1(5,9%) trường hợp ở nhóm khâu trực tiếp, và 2 (9,5%) người bệnh ở nhóm để hở tái phát cần mổ lại. Theo các nghiên cứu, thời gian liền của vết mổ để hở là 3 tháng (72%), nhóm chuyển vạt là 3 tuần[5, 9]. Vì vậy, theo hướng dẫn quốc gia của Đức, điều trị nang cùng cụt có triệu chứng bằng lấy toàn bộ nang là kỹ thuật an toàn; sau khi lấy toàn bộ nang, vết mổ nên được đóng kín với những kỹ thuật khâu lệch đường giữa như: chuyển vạt (Limberg, Mohan, Keystone...), kỹ thuật Karydakis hoặc Bascon, không khuyến cáo khâu trực tiếp[10]. Khi so sánh với những phẫu thuật ít xâm lấn: tiêm phenol, mổ nội soi, mổ laser; phẫu thuật lấy nang rộng rãi và đóng kín vết mổ thì đầu bằng chuyển vạt, mặc dù có thời gian nằm viện dài và sẹo mổ lớn hơn, nhưng có tỉ lệ tái phát thấp hơn do giải quyết được các cơ chế gây bệnh (lấy toàn bộ nang, nâng rãnh liên mông, khâu lệch đường giữa[3]. Mặt khác, nghiên cứu của Huurman những kỹ thuật ít xâm lấn có thời gian tái phát tăng lên sau 5 năm sau mổ[2].

Kết luận

Bệnh lý nang cùng cụt nhiễm trùng thường gặp ở nhóm người bệnh trong độ tuổi lao động. Các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh bao gồm: rãnh liên mông sâu, ngồi nhiều, rậm lông và thừa cân, béo phì. Do chưa hiểu rõ về cơ chế bệnh sinh và các phương pháp phẫu thuật, nhiều trường hợp tái phát phải mổ lại nhiều lần. Phẫu thuật lấy toàn bộ nang, có tỉ lệ tái phát thấp nhất, mặc dù thời gian nằm

viện, liền thương dài hơn so với kỹ thuật ít xâm lấn. Trong đó, kỹ thuật chuyển vạt che phủ vết thương làm giảm thời gian liền thương, giảm tỉ lệ tái phát do giải quyết được các cơ chế gây bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. de Parades V, Bouchard D, Janier M, and Berger A, Pilonidal sinus disease. J Visc Surg, 2013. 150(4): p. 237-47.
2. Huurman EA, Galema HA, de Raaff CAL, Wijnhoven BPL, Toorenvliet BR, and Smeenk RM, Non-excisional techniques for the treatment of intergluteal pilonidal sinus disease: a systematic review. Tech Coloproctol, 2023. 27(12): p. 1191-1200.
3. Enriquez-Navascues JM, Emparanza JI, Alkorta M, and Placer C, Meta-analysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal sinus. Tech Coloproctol, 2014. 18(10): p. 863-72.
4. Alrashid FF, Idris SA, and Qureshi AG, Current trends in the management of pilonidal sinus disease and its outcome in a periphery hospital. AIMS Medical Science, 2021. 8(1): p. 70-79.
5. Bali İ, Aziret M, Sözen S, Emir S, Erdem H, Çetinküner S, et al., Effectiveness of Limberg and Karydakís flap in recurrent pilonidal sinus disease. Clinics (Sao Paulo), 2015. 70(5): p. 350-5.
6. Roatis M and Georgescu A, Rhomboid Flap vs. Keystone Perforator Island Flap (KPIF) in the Treatment of Pilonidal Sinus Disease: Comparison of Short-Term Results. International Journal of Clinical Medicine, 2020. 11: p. 454-464.
7. Dessily M, Dziubeck M, Chahidi E, and Simonelli V, The SiLaC procedure for pilonidal sinus disease: long-term outcomes of a single institution prospective study. Tech Coloproctol, 2019. 23(12): p. 1133-1140.
8. Tien T, Athem R, and Arulampalam T, Outcomes of endoscopic pilonidal sinus treatment (EPSiT): a systematic review. Tech Coloproctol, 2018. 22(5): p. 325-331.
9. T. Lorant, I. Ribbe, H. Mahteme, U. M. Gustafsson, and W. Graf, Sinus excision and primary closure versus laying open in pilonidal disease: a prospective randomized trial. Dis Colon Rectum, 2011. 54(3): p. 300-5.
10. Iesalnieks I, Ommer A, Herold A, and Doll D, German National Guideline on the management of pilonidal disease: update 2020. Langenbecks Arch Surg, 2021. 406(8): p. 2569-2580.