

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CƠ RĂNG TRƯỚC Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Phạm Việt Mỹ¹, Nguyễn Văn Lâm¹, Võ Huỳnh Trang¹,
Nguyễn Thị Giao Hạ¹, Vũ Tấn Thọ¹, Trần Đức Hưởng¹,
Đặng Văn Lành¹, Thạch Văn Dũng¹, Trần Hoàng Anh², Hoàng Minh Tú¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặc điểm giải phẫu của các cuống mạch cấp máu cho cơ răng trước (CRT) đóng vai trò rất quan trọng thành công của các phẫu thuật tạo hình, làm tăng tỷ lệ sống của vật. **Mục tiêu:** Mô tả điểm giải phẫu CRT ở người Việt Nam trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 tiêu bản xác tại Bộ môn Giải Phẫu Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Có 69,2% (83/120) tiêu bản có 8 trẽ cơ và 27,5% (33/120) tiêu bản có 9 trẽ cơ, 3,3% (4/120) tiêu bản có 10 trẽ cơ. Các trẽ cơ đầu tiên bám vào xương sườn 1, 2 và cân gian sườn, còn lại bám vào mặt ngoài xương sườn. Các động mạch (ĐM) cho nhánh bên vào cấp máu nuôi cho CRT có 05 nguồn ĐM chính: ĐM dưới vai 6,67%; ĐM ngực trên 20%; ĐM cơ lưng rộng 23,33%; ĐM ngực ngoài 86,7%; ĐM ngực lưng 100%. Động mạch cơ răng trước tách ra từ ĐM ngực lưng đi vào cấp máu cho phần dưới của cơ răng trước rất hằng định (chiếm 100%) và từ động mạch dưới vai và ĐM ngực ngoài và được chia làm 5 dạng trong đó dạng 1 nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất (40%). **Kết luận:** Số lượng trẽ cơ lớn và nguồn ĐM cấp máu cho cơ đa dạng cho thấy cơ răng trước có thể sử dụng làm vật liệu tạo hình tốt trong lâm sàng.

Từ khóa: cơ răng trước, giải phẫu, động mạch

SUMMARY

ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE SERRATUS ANTERIOR MUSCLE IN ADULT VIETNAMESE

Introduction: The anatomical features of the vascular pedicles supplying the serratus anterior muscle (SAM) play a crucial role in the success of reconstructive surgeries and increase flap survival rates. **Objective:** To describe the anatomical characteristics of the serratus anterior muscle in adult Vietnamese individuals. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 120 cadaveric specimens from the Department of Anatomy, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City and Can Tho University of Medicine and Pharmacy. **Results:** Among the specimens, 69.2% (83/120) had eight digitations, 27.5% (33/120) had nine digitations, and 3.3% (4/120) had 10 digitations.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tú

Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025

The first digitations are inserted in the 1st and 2nd ribs and the intercostal fascia, while the remaining are inserted into the external surfaces of the ribs. The arteries giving off branches to supply the SAM originated from five main sources: subscapular artery (6.67%), superior thoracic artery (20%), latissimus dorsi artery (23.33%), lateral thoracic artery (86.7%), and thoracodorsal artery (100%). The artery most consistently supplying the lower part of the serratus anterior was the thoracodorsal artery (100%). Branches also arose from the subscapular and lateral thoracic arteries. These branches were classified into five types, with the single-branch type being the most common (40%). **Conclusion:** The large number of muscle digitations and the diverse arterial supply indicate that the serratus anterior muscle is a promising and reliable option for reconstructive surgery. **Keywords:** serratus anterior muscle, anatomy, artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển không ngừng của ngành phẫu thuật tạo hình thì yêu cầu về các vật liệu tạo hình là các vật có cuống mạch nuôi hằng định là rất cần thiết. Trong thời gian gần đây, vật cơ răng trước (CRT) đang được sử dụng nhiều trong các phẫu thuật tạo hình tại chỗ và chuyển vật tự do có cuống. Khi cần sử dụng CRT để ứng dụng trong điều trị, các nhà phẫu thuật phải nắm rõ các cấu trúc giải phẫu của cơ, đặc biệt là nguồn cấp máu và các dạng phân bố mạch máu đến cơ, từ đó lựa chọn một cuống mạch máu nuôi cơ có thể phẫu tích được cho tới khi có được một cuống mạch có kích thước như mong muốn [1]. Do đó, đặc điểm giải phẫu của các cuống mạch cấp máu cho CRT đóng vai trò rất quan trọng thành công của các phẫu thuật tạo hình, làm tăng tỷ lệ sống của vật, đồng thời đáp ứng được những yêu cầu cần thiết về giải phẫu và thẩm mỹ của cả nơi cho vật cũng như nơi nhận vật. Ở trong nước hiện tại chỉ có nghiên cứu ĐM CRT dưới dạng vật phụ thuộc vào ĐM dưới vai của tác giả Nguyễn Văn Lâm [2] vào năm 2007. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm đã mô tả giải phẫu ĐM cấp máu cho CRT phụ thuộc vào ĐM dưới vai, kết quả cho thấy còn tồn tại những vấn đề chưa thống nhất như những biến đổi về số lượng, nguyên ủy, dạng phân nhánh và kích thước cuống mạch cấp máu cho CRT. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện

nghiên cứu này với mục tiêu

1. Mô tả đặc điểm hình dạng, nguyên ủy và bám tận CRT.

2. Mô tả đặc điểm cấp máu cho CRT trên người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Xác người Việt Nam trưởng thành tại Bộ môn Giải Phẫu học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bộ môn Giải Phẫu, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các xác được chọn vào mẫu nghiên cứu phải đáp ứng được tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Các xác là người Việt Nam trưởng thành đủ 18 tuổi trở lên
- Các xác có vùng ngực bên còn nguyên vẹn.
- Các xác không bị phân hủy các cấu trúc da, cơ, mạch máu vùng ngực bên.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Xác có dấu hiệu biến dạng hay tổn thương vùng ngực định lấy mẫu hay tổn thương trên đường đi của ĐM cấp máu cho CRT
- Các mẫu trong quá trình phẫu tích bị đứt, bị rách các cấu trúc giải phẫu ĐM cần khảo sát.
- Các cấu trúc giải phẫu mạch máu vùng ngực bên khi phẫu tích phát hiện không còn nguyên vẹn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 120 mẫu được lấy từ 62 xác được bảo quản trong hỗn hợp dung dịch có chứa formol (trong đó 50 xác phẫu tích cả hai bên, 6 xác chỉ phẫu tích vùng ngực bên phải, 6 xác chỉ phẫu tích vùng ngực bên trái) và 05 xác tươi được phẫu tích cả 02 bên

Phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ các xác thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các bước tiến hành

- Thu thập các thông tin mẫu nghiên cứu: mã số, tên, tuổi, giới, vị trí bên trái và phải của mẫu
- Đặc điểm nguyên ủy, bám tận, số lượng trẻ cơ.
- Đặc điểm các ĐM đến cấp máu cho CRT: nguồn gốc, phân nhánh, dạng cấp máu cho cơ.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa, quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel và Stata 14.0 for Mac. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê xử lý số liệu Stata 14.0 for Mac, Microsoft Excel và các phép toán thông thường

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được Hội đồng Y đức Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh xét duyệt. Các bước thực hiện nghiên cứu trên các mẫu nghiên cứu được thực

hiện nghiêm túc, đúng theo các quy định về Y đức trong các nghiên cứu Khoa học. Đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật danh tính

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

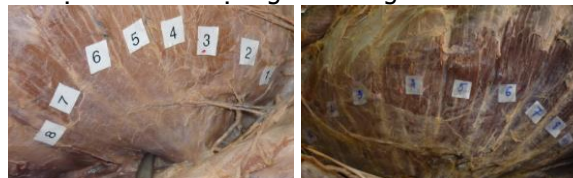
Giới/ nhóm tuổi	Chung		Nam		Nữ	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
n<60	22	32,84	16	37,21	6	25,00
60=>75	25	37,31	19	44,19	6	25,00
n>75	20	29,85	8	18,60	12	50,00
Tổng	67	100	43	100	24	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của các mẫu nghiên cứu là 65 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi. Giới tính của các mẫu nghiên cứu có tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (64,17% nam và 33,83% nữ).

3.2. Đặc điểm giải phẫu CRT

3.2.1. Nguyên ủy, bám tận, hình thể

CRT có hình rẻ quạt, trải rộng quanh ngực đi từ mặt ngoài các xương sườn về xương vai. Các trẻ cơ của CRT đi từ mặt ngoài và bờ trên của 8 đến 10 xương sườn trên và từ mạc bao phủ các cơ gian sườn. CRT có hình rẻ quạt (thuộc cơ loại V) theo phân loại của Mathes và Nahai, trải rộng quanh ngực đi từ mặt ngoài các xương sườn về xương vai. Có 69,2% (83/120) tiêu bản có 8 trẻ cơ và 27,5% (33/120) tiêu bản có 9 trẻ cơ, 3,3% (4/120) tiêu bản có 10 trẻ cơ. Các trẻ cơ đầu tiên bám vào xương sườn 1, 2 và cân gian sườn, còn lại bám vào mặt ngoài xương sườn.



Hình 1. Phân bố số trẻ cơ của CRT: A: 8 trẻ cơ; B: 9 trẻ cơ

3.2.2. Đặc điểm ĐM cấp máu cho CRT

Các ĐM cho nhánh bên vào cấp máu nuôi cho CRT có 05 nguồn ĐM chính.

Bảng 1. Đặc điểm nguồn ĐM cấp máu cho CRT

Nguồn động mạch	n (120)	Tỷ lệ (%)
ĐM ngực trên	24	20,00
ĐM dưới vai	8	6,67
ĐM ngực ngoài	104	86,7
ĐM ngực lưng	120	100
ĐM cơ lưng rộng	28	23,33

Nhận xét: cấp máu cho CRT luôn luôn từ ĐM ngực lưng (100%). Bên cạnh đó còn có các nguồn cấp máu khác, nhiều nhất là ĐM ngực

ngoài (86,7%) và thấp nhất là ĐM dưới vai (6,67%).

Các ĐM đến các trẻ cơ chia thành hai nhóm cấp máu cho các trẻ của CRT.

Nhóm 1: phần trên và phần giữa của CRT do ĐM ngực trên và ĐM ngực ngoài cấp máu. Kết quả của chúng tôi ghi nhận trong 24 cuống mạch vào nuôi CRT (24/120 trường hợp chiếm 20%) từ ĐM ngực trên, các ĐM này cấp máu ở các trẻ cơ phần trên và phần giữa. 100% ĐM ngực trên có nguyên ủy từ đoạn đầu tiên của ĐM nách, bờ trên cơ ngực bé. Có 2 dạng cấp máu ĐM ngực trên vào CRT gồm:

+ Dạng 1: chỉ có một nhánh đến cấp máu cho cơ (96 ĐM ngực ngoài và 16 ĐM ngực trên).

+ Dạng 2: có hai cuống mạch đến nuôi cơ từ ĐM ngực trên và ĐM ngực ngoài (8 ĐM ngực trên và 8 ĐM ngực ngoài).

Có 93,33% (112/120) ĐM ngực ngoài có nguyên ủy từ ĐM nách và 6,67% (8/120) từ ĐM dưới vai, 1,67% ĐM này cho nhánh ĐM ngực lưng.

Nhóm 2: phần dưới của CRT do ĐM dưới vai, ĐM ngực lưng, ĐM cơ lưng rộng cấp máu.

ĐM dưới vai có nguyên ủy từ ĐM nách (100%). Trong đó có 93,33% tách ra từ đoạn 1/3 ngoài của ĐM nách và 6,67% được tách ra từ đoạn 1/3 giữa của ĐM nách.



Hình 2. Phân nhánh của ĐM dưới vai

1-ĐM nách, 2- ĐM dưới vai, 3- Thân ĐM CRT; 4- ĐM mũ vai, 5- ĐM ngực lưng, 6- Nhánh ĐM CRT; 7- ĐM cơ lưng rộng

Bảng 3. Nhánh bên của ĐM dưới vai

Phân nhánh của ĐM dưới vai	n	Tỉ lệ %
ĐM mũ vai	118	98,33%
ĐM ngực lưng	116	96,67%
ĐM CRT	8	6,67%
ĐM (nhánh phụ) vào cơ lưng rộng	2	1,67%

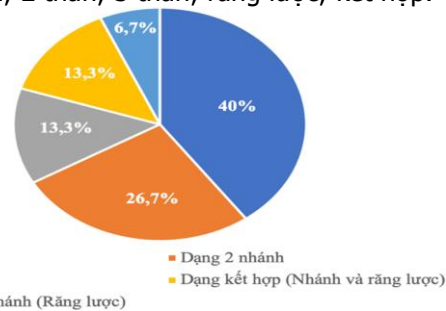
Nhận xét: ĐM dưới vai chia nhánh ĐM mũ vai và ĐM ngực lưng chiếm tỷ lệ cao nhất luôn trên 96%.

ĐM ngực lưng: 96,7% ĐM ngực lưng xuất phát từ ĐM dưới vai, từ ĐM nách 1,67% từ ĐM ngực ngoài. 100% ĐM ngực lưng chia nhánh vào cấp máu cho cơ lưng rộng và CRT.

ĐM cơ lưng rộng có nguyên ủy từ ĐM ngực lưng cấp máu cho các nhánh vào nuôi CRT. ĐM cho nhánh vào cơ thường có một thân ĐM nuôi

chiếm 100%. Có 28/120 ĐM cơ lưng rộng chiếm 23,33% cho thân ĐM đến cấp máu CRT.

ĐM CRT có nguyên ủy từ ĐM ngực lưng đi vào phần dưới CRT ở phần dưới của cơ (các trẻ cơ từ số 3 xuống các trẻ cơ dưới) gồm 5 dạng sau: 1 thân; 2 thân; 3 thân; răng lược; kết hợp.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố dạng nhánh ĐM vào CRT

Nhận xét: Dạng 1 thân chiếm tỉ lệ cao nhất là 40% (48/120).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của các xác ướp formol là 65 tuổi, độ tuổi nhỏ nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi. Trong mẫu nghiên cứu này tất cả các tiêu bản của chúng tôi đều đủ hoặc trên 18 tuổi. Như vậy về cấu trúc giải phẫu độ tuổi này vùng ngực và nách cũng như các vùng khác trên cơ thể đã phát triển hoàn thiện. Giới tính của các mẫu nghiên cứu có tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (64,17% nam và 33,83% nữ). Tỷ lệ bên trái và bên phải của các mẫu nghiên cứu trên xác là tương đương nhau.

4.2. Đặc điểm giải phẫu CRT

4.2.1. Hình dạng, nguyên ủy và bám tận CRT. Chúng tôi ghi nhận được CRT có hình rẽ quạt (thuộc cơ loại V) theo phân loại của Mathes và Nahai, trải rộng quanh ngực đi từ mặt ngoài các xương sườn về xương vai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là 8 và 9 trẻ cơ với tỷ lệ tương ứng là 69,2% (83/120) và 27,5% (33/120). Điều này cho thấy CRT có số trẻ cơ tương đối hằng định. Kết quả này cũng phù hợp với ý kiến và nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. CRT nằm vị trí vùng ngực bên, có nguyên ủy và bám tận hằng định, khối lượng cơ nhiều nên là vật liệu tốt và có tính linh hoạt cao trong tạo hình thẩm mỹ khi cần lấy vạt. Ngoài ra CRT có nhiều trẻ cơ có kích thước lớn và nguồn mạch máu đến nuôi vạt nhiều kết hợp thêm phía trong có xương sườn và phía trước ngực là vùng da rộng nên có thể tùy chọn vạt với nhiều hình thức khác nhau kết hợp với xương cơ – da trong tạo hình [3],[4].

4.2.2. Đặc điểm ĐM cấp máu cho CRT.

Các ĐM cho nhánh bên vào cấp máu nuôi cho CRT có 05 nguồn ĐM chính: ĐM dưới vai 6,67%; ĐM ngực trên 20%; ĐM cơ lưng rộng 23,33%; ĐM ngực ngoài 86,7%; ĐM ngực lưng 100% (Bảng 1). Điều này cho thấy nguồn cấp máu cho CRT rất dồi dào và đến từ nhiều nguồn ĐM. Điều này cho thấy CRT là vật liệu rất tốt để sử dụng như một vật có cuống trong tạo hình với tỷ lệ sống cao nhờ hệ thống cấp máu đa dạng.

Khi thực hiện bơm chất màu vào ĐM ngực trên và ĐM dưới vai để khảo sát vùng cấp máu đến các trẻ cơ. Kết quả thu được cho thấy ĐM CRT có nguyên ủy từ ĐM ngực lưng cấp máu chủ yếu các trẻ cơ số 4 trở xuống. Khi bóc tách các mạch máu chứa chất đã bơm màu, chúng tôi nhìn rõ được đường đi của ĐM dưới vai, ĐM ngực lưng và ĐM vào nuôi CRT. Tuy nhiên, chúng tôi không khảo sát được vùng cấp máu trên da của ĐM CRT.

Các ĐM cấp máu cho từng vùng của cơ được phân bố như sau: các trẻ cơ 1, 2, 3, 4 nhận máu ĐM ngực trên, ĐM ngực ngoài và ĐM dưới vai; còn các trẻ cơ còn lại do ĐM ngực lưng (nhánh của ĐM dưới vai cho nhánh vào nuôi). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của các tác giả Nguyễn Roãn Tuất và Nguyễn Văn Lâm [2],[5].

Kết quả của chúng tôi ghi nhận ĐM đến các trẻ cơ chia thành hai nhóm cấp máu cho các trẻ của CRT. Nhóm 1 cấp máu cho phần trên và phần giữa của CRT do ĐM ngực trên và ĐM ngực ngoài cấp máu. Kết quả của chúng tôi ghi nhận trong 24 cuống mạch vào nuôi CRT (24/120 trường hợp chiếm 20%) từ ĐM ngực trên, các ĐM này cấp máu ở các trẻ cơ phần trên và phần giữa. 100% ĐM ngực trên có nguyên ủy từ đoạn đầu tiên của ĐM nách, bờ trên cơ ngực bé. Nhóm 2: phần dưới của CRT do ĐM dưới vai, ĐM ngực lưng, ĐM cơ lưng rộng cấp máu. Theo tác giả Nguyễn Văn Lâm (2007), các nhánh ĐM CRT xuất phát từ ĐM ngực trên có đường kính nhỏ, vị trí nằm phía trên vùng ngực [2]. Do vậy phần CRT trong nhóm 1 ít được sử dụng vật trong tạo hình thẩm mỹ vì tỉ lệ xuất hiện thấp (20%). Ngoài ra khi lấy vật tạo hình thẩm mỹ các phẫu thuật viên sử dụng các trẻ CRT có nhiều sự lựa chọn từ trẻ cơ số 1 đến trẻ cơ số 10. Cho nên các tác giả thường sử dụng trẻ cơ thuận tiện về cấu trúc giải phẫu nơi cho và nguồn máu nuôi vật nên ít sử dụng cuống mạch ngực trên vì thiếu máu nuôi vật [6].

ĐM CRT có nguyên ủy chủ yếu từ ĐM ngực ngoài 104/120 trường hợp. Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận ĐM ngực ngoài có nguyên ủy từ

ĐM nách (93,33%) và từ ĐM dưới vai là (6,67%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Loukas, Marios (2012) nên việc kéo dài tối đa cuống mạch của vật CRT lấy thêm ĐM ngực ngoài rất cao. Vị trí nguyên ủy của ĐM ngực ngoài xuất phát từ đoạn thứ 2 của ĐM nách chiếm tỉ lệ rất cao trên 50% và đoạn thứ nhất là 11%, đây là điểm thuận lợi cho việc lấy vật CRT kéo dài cuống mạch mà không cần thắt ĐM dưới vai và mũ vai. ĐM ngực ngoài chạy dọc theo bờ dưới của cơ ngực bé cấp máu cho CRT [7]. Nhưng cũng làm cho việc khó khăn là không lấy kết hợp vật CRT với một vật vùng ngực bên có nguồn ĐM cấp máu có nguyên ủy từ ĐM mũ vai và ĐM dưới vai, vì cuống mạch này phải chạy theo hướng chéo để về vùng mà nó cần cấp máu không cùng cuống mạch dưới vai. Trong trường hợp này muốn lấy chung một cuống mạch dưới vai chỉ xảy ra có 6,67%.

Số nhánh ĐM cấp máu cho phần dưới CRT biến đổi từ 1 đến 3 nhánh, dạng răng lược và dạng kết hợp, nhưng nguyên ủy của các ĐM CRT hầu như từ ĐM ngực lưng. Theo tác giả Serafin chia dạng phân nhánh của ĐM vào vật CRT làm 3 nhóm như sau [8]: 1 nhánh (72%), 2 nhánh (24%), nhiều nhánh (4%). Bên cạnh đó, Nguyễn Văn Lâm, khi thực hiện nghiên cứu trên 24 xác ướp formol cho thấy số nhánh vào CRT cấp máu cho 6 trẻ cơ cuối cùng rất hằng định và được chia thành 4 dạng: dạng 1 nhánh, dạng 2 nhánh, dạng 3 nhánh và dạng răng lược. Theo tác giả Valnicek SM. et al (2004) [9] nghiên cứu trên 55 mẫu xác ướp ghi nhận ĐM ngực lưng cho nhánh CRT gồm ba dạng: 1 nhánh (60%), 2 nhánh (29%), 3 nhánh (11%). Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ĐM CRT tách ra từ ĐM ngực lưng đi vào cấp máu cho phần dưới của CRT rất hằng định (chiếm 100%) và từ ĐM dưới vai và ĐM ngực ngoài và được chia làm 5 dạng (Bảng 4)

Bảng 4. Tỉ lệ phân nhánh của ĐM vào CRT

Tác giả Dạng phân nhánh	Serafin (1996)	Valnicek S.M (2004)	Nguyễn Văn Lâm (2007)	Chúng tôi
1 nhánh	72%	60%	56,25%	40%
2 nhánh	24%	29%	25%	26,7%
3 nhánh	-	9%	12,5%	13,3%
Nhiều nhánh (răng lược)	4%	2%	6,25%	6,7%
Dạng kết hợp	-	-	-	13,3%

Kết quả trên cho thấy dạng 1 nhánh chiếm tỷ lệ tương đối cao (40%), có đường kính lớn tạo thuận lợi cho việc phẫu tích và khâu nối, đây là kết quả thuận lợi cho việc chọn cuống mạch nuôi vật CRT trong ứng dụng lâm sàng không cần

đến nhánh ĐM ngực lưng hay ĐM dưới vai.

Các trường hợp phẫu tích gặp được CRT có nhiều nhánh đến nuôi các trẻ cơ dạng dạng kết hợp tỉ lệ gặp 13,3% sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn nhánh ĐM thích hợp hơn trong ứng dụng vật CRT. Do đó việc sử dụng cuống mạch để ứng dụng CRT trong lâm sàng bắt buộc sử dụng các cuống mạch của cả ĐM ngực lưng với nhiều lựa chọn nhánh nuôi vật thích hợp và tối ưu. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, dạng nhiều nhánh và kết hợp chiếm tỷ lệ tương đối cao (20%) so với Nguyễn Văn Lâm (6,25%) [2], Serafin (4%) [8],[9].

Trường hợp phẫu tích gặp được CRT có nhánh mạch máu nuôi dạng răng lược, dạng kết hợp nhiều nhánh đến các trẻ cơ tỉ lệ gặp 20% sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn nhánh ĐM thích hợp hơn trong ứng dụng vật CRT. Đây là dạng có nhiều sự lựa chọn cuống mạch máu nuôi vật vừa đủ, đa dạng hoá cách lấy cuống mạch nuôi vật CRT.

V. KẾT LUẬN

CRT có đặc điểm giải phẫu tương đối hằng định về nguyên ủy, bám tận và hình dạng. Số lượng trẻ cơ lớn và nguồn ĐM cấp máu cho cơ đa dạng cho thấy đây là cơ có thể sử dụng làm vật liệu tạo hình tốt trong lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asaad K., and Cole R.P.** (2015), "Regarding the use of the serratus anterior muscle pedicle as recipient vessels in DIEP flap breast reconstruction", *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 68(7), p. 1020.
2. **Nguyễn Văn Lâm** (2007), Nghiên cứu giải phẫu các vật phụ thuộc vào ĐM dưới vai, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Battiston B., Artiaco S., Piana R., et al.** (2015), "Midfoot reconstruction with serratus anterior-rib osteomuscular free flap following oncological resection of synovial sarcoma", *J Orthop Traumatol*, 16(4), pp. 347-350.
4. **Ioannides C.** (1998), "Free composite myo-osseous flap with serratus anterior and rib: indications in head and neck reconstruction", *Head Neck*, 20(7), pp. 660-661.
5. **Nguyễn Roãn Tuất** (2011), Nghiên cứu giải phẫu cuống mạch ngực lưng và Vạt da cơ lưng to ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình, Luận án tiến sĩ Y Học, Học viện Quân Y 103, Hà Nội.
6. **Lê Hồng Hải** (2005), Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vật da cân bả vai, bên bả trong điều trị khuyết hồng phần mềm lớn vùng cẳng chân, bàn chân, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Loukas M., du Plessis M., Owens D.G., et al.** (2014), "The lateral thoracic artery revisited", *Surgical and Radiologic Anatomy*, 36(6), pp. 543-549.
8. **Serafin D.** (1996), *Atlas of microsurgical composite tissue transplantation*, Saunders, Philadelphia.
9. **Valnicek S.M., Mosher M., Hopkins J.K. et al** (2004), "The Subscapular Arterial Tree as a Source of Microvascular Arterial Grafts", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113(7), pp. 2001-2005.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN HỆ GIỮA CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG KHÍ ÂM LƯỠNG HƯ TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT, BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TP. HỒ CHÍ MINH VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH – CƠ SỞ 3

Nguyễn Lê Văn¹, Hồ Hoàng Khôi¹, Phạm Huy Kiến Tài¹,
Nguyễn Thị Hương Dương¹, Võ Trọng Tuấn¹, Tăng Khánh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan hội chứng Khí âm lưỡng hư (QYD) ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2). **Đối tượng – Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 304 bệnh nhân ĐTĐ2 tại 3 bệnh viện ở TP.HCM. **Kết quả:**

Tuổi, thời gian mắc bệnh và BMI trung vị lần lượt là 68 tuổi, 6 năm, 23,08 kg/m²; kiểm soát đường huyết kém. Nhóm nữ (57,2%), nghỉ việc do bệnh (49%), không hút thuốc (69,4%), rối loạn lipid máu (86%) chiếm đa số. Dân cư chủ yếu ở thành thị, 43,4% có tiền căn gia đình ĐTĐ. Hội chứng QYD chiếm 31,9%. Các triệu chứng như miệng khô, can yết, phập phồng, đau lưng, tiểu nhiều... có p<0,05; các dấu hiệu mạch, lưỡi (mạch tế, lưỡi đỏ...) không có khác biệt (p>0,05). **Kết luận:** Yếu tố như BMI, giới tính, tiền căn đột quỵ, dạ dày – tá tràng và các triệu chứng cụ thể có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán hội chứng QYD.

Từ khóa: đái tháo đường type 2, khí âm lưỡng hư, y học cổ truyền.

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Tăng Khánh Huy
Email: khanhhu073@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 16.5.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025
Ngày duyệt bài: 21.7.2025