THAY ĐỔI GIẢI PHẪU CỦA ĐỘNG MẠCH ĐẠI TRÀNG GIỮA VÀ ĐỘNG MẠCH ĐẠI TRÀNG TRÁI: BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Thái Nguyên Hưng[1], Nguyễn Văn Huy[2], Phạm Văn Đông[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca lâm sàng thay đổi giải phẫu (GP) của động mạch đại tràng giữa (ĐM.ĐTG) và thay đổi GP động mạch đại tràng trái (ĐM.ĐTT) với 2 mục tiêu: 1. Mô tả ca lâm sàng động mạch đại tràng giữa (ĐTG) xuất phát từ động mạch chủ (ĐMC) và điểm lại Y văn. 2 Báo cáo ca lâm sàng không có động mạch đại tràng trái và điểm lại Y văn.

Kết quả:

- Bệnh án 1: BN nam, 56 T, tắc ruột do ung thư đại tràng (UTĐT) 1/3 trái ĐT Ngang. Phẫu tích trong mổ: ĐM.ĐTG xuất phát từ động mạch chủ (ĐMC), phía trên ĐM.MTTT, phía sau tụy rồi chia 2 nhánh phải và trái. Nhánh phải nối với nhánh lên của ĐM.ĐTP, nhánh trái nối với nhánh lên của ĐM.ĐTT.

- Bệnh án 2: BN nữ, 68 T, tắc ruột do UT 1/3 giữa ĐT ngang và UT TT thấp. Mổ cắt đoạn ĐT ngang và cắt đoạn trực tràng.

Phẫu tích trong mổ: Không thấy ĐM.ĐTT.

Kết luận:

- Động mạch đại tràng giữa xuất phát từ động mạch chủ bụng, phía trên nguyên ủy của động mạch mạc treo tràng trên là 1 dạng biến đổi giải phẫu hiếm gặp (ĐM. ĐTG lạc chỗ). Phẫu thuật có thể gây thiếu máu miệng nối hay hoại tử đại tràng nếu cắt thân động mạch hay 2 nhánh phải và trái của ĐM.ĐTG lạc chỗ.

- Không có động mạch đại tràng trái là dạng thay đổi giải phẫu hiếm gặp, cần được đánh giá trước và/ hoặc trong mổ khi cắt đoạn đại tràng ngang (thắt ĐM.ĐTG) và cắt đoạn trực tràng (thắt ĐM.MTTD) đồng thời, có thể thiếu máu hay hoại tử đại tràng trái, hoại tử miệng nối.

Từ khóa: Thay đổi giải phẫu động mạch đại tràng giữa; thay đổi giải phẫu động mạch đại tràng trái.

[1]Bệnh viện K.
[2]Trường Đại học Phenikaa.
[3]Bệnh viện Châm cứu Trung ương
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng
Email: thainguyenhung70@gmail.com
Mã bài: N788
Ngày nhận bài: 25/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 22/6/2026
Ngày duyệt bài: 1/8/2026

SUMMARY

MIDDLE COLIC ARTERY ORIGINATING DIRECTLY FROM AORTA AND ABSENCE OF LEFT COLIC ARTERY: SERIES CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW

Study aim: Evaluating the origin and course of Middle Colic Artery Originating Directly from Aorta and Absence of Left Colic Artery and Literature Review.

Result:

Male patient, 56 years old, got 1/3 left transverse colon cancer. Intra operating Finding: Middle Colic Artery Originating Directly from Aorta Proximal to superior mesenteric artery and divided into right branch that connect to ascending branch of right colic artery and left branch that annastomose with ascending branch of left colic artery.

Surgical Procedure: right extended hemicolectomy. Ligation of right branch of aberrant middle colic artery and side to side ileo- colono anastomosis.

Female patient, 68 years old, subobstruction for middle transverse colon cancer and rectal cancer. Intraoperation finding: absence of left colon artery (or acessory colonic artery measuring about 1mm) originating from inferior mesenteric artery. Surgical procedure: Transverse segmentectomy with middle colic artery ligation; end to end anastomosis. Protectomy with inferior mesenteric artery ligation, ultralow anastomosis.

Conclusion:

Middle Colic Artery Originating Directly from Aorta is rare aberrant Middle Colic Artery. Given the unusual origin and course, this artery is prone to iatrogenic injury and ligation leading to colon ischemia and anastomotic fistulas.

Absence of left colic artery is rare variant anatomy which leading to ischemia and anastomotic fistulas and colic necrosis due to middle colic artery ligation and inferior mesenteric artery ligation due to coexistence of 2 colic cancer.

Keyword: Anatomic variations of middle colic artery, Anatomic variations of left colic artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự thay đổi giải phẫu các động mạch của đại tràng đóng vai trò rất quan trọng ứng dụng trong phẫu thuật ung thư (UT) đại trực tràng. Các dạng giải phẫu chủ yếu của hệ mạch đại tràng đã được nghiên cứu là dạng giải phẫu chiếm tỷ lệ cao, chủ yếu dựa trên phẫu tích xác, tuy nhiên bên cạnh những dạng mạch máu cơ bản còn có nhiều sự thay đổi về nguyên ủy, đường đi, chia nhánh và vòng nối của hệ mạch máu đại tràng còn chưa hoặc ít được nghiên cứu. Bởi vậy chúng tôi báo cáo loạt ca lâm sàng thay đổi giải phẫu động mạch đại tràng giữa và động mạch đại tràng trái với mục tiêu.

Báo cáo ca lâm sàng động mạch đại tràng giữa xuất phát từ động mạch chủ và điểm lại Y văn (các dạng giải phẫu của động mạch đại tràng giữa)

Báo cáo ca lâm sàng không có động mạch đại tràng trái và điểm lại Y văn các dạng giải phẫu của động mạch đại tràng trái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu hồi cứu.

Mô tả loạt ca lâm sàng thay đổi giải phẫu ĐM.ĐTG và ĐM. ĐTT và điểm lại Y văn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bệnh án số 1: BN nam, 56 T, vào viện vì bán tắc ruột.

- Khám: BN gầy sút. Bụng: chướng nhẹ, có tuần hoàn bàng hệ, không sờ thấy mass, không có dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò (-).

- CLVT: Gan có nhiều khối ngấm thuốc kém, 47 mm. Không rõ UTĐT trên phim.

- XN: Hồng cầu (HC) 5,20 T/L; Huyết sắc tố (Hb) 152 g/L; Hematocrit 0,43 L/L; Bạch cầu (BC) 6,94 G/L; Tiểu cầu (TC) 279. G/L.

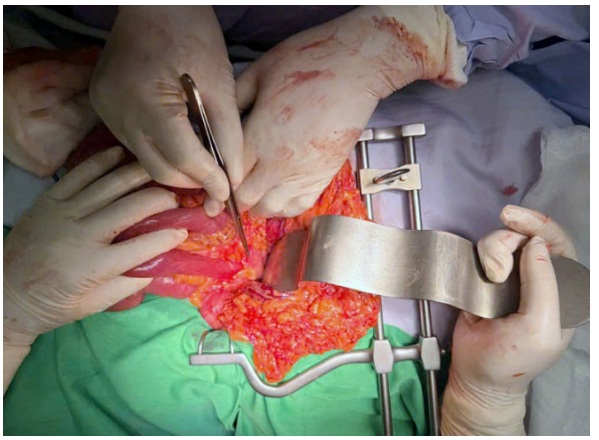
- Sinh hóa: Đường 7,06 mmol/L; Urê 3,9 mmol/L; Creatinin 64µmol/L; GOT 91,8 U/L; GPT 81,8U/L.

Mổ: Gan có nhiều nhân di căn. Không thấy ĐT ngang và ĐT góc lách; góc Treitz nằm phía trước đại tràng ngang; dạ dày (DD) quay dở dang, mạc nối nhỏ đi từ bờ cong nhỏ (BCN) DD tới bờ tự do ĐT ngang; Hạ góc Treitz, giải phóng ruột non. ĐT ngang, ĐT góc lách nằm sau góc Treitz, mạc treo ĐT ngang ngắn; ĐM. Mạc treo tràng trên (ĐM.MTTT) xuất phát bình thường. Thăm dò động mạch đại tràng giữa (ĐM.ĐTG) KT lớn 3 mm nằm bên trái ĐM.MTTT chạy xuống từ sau tụy chạy thẳng xuống dưới và sang trái chia làm 2 nhánh nối với cung mạch viền bên phải và nhánh lên (ascending) của ĐM.ĐTT.

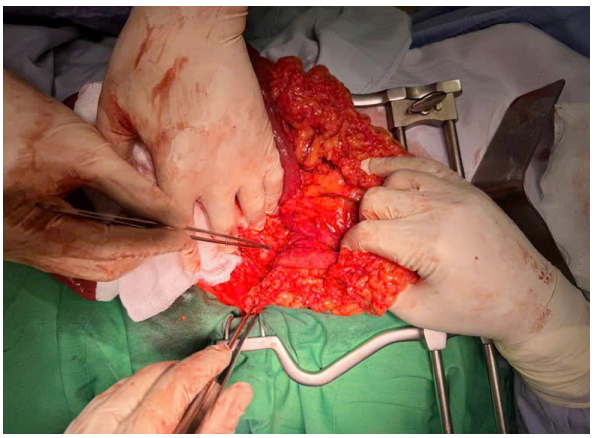
Phẫu tích trong mổ cho thấy ĐM. ĐTG không xuất phát từ ĐM. MTTT mà xuất phát từ ĐMC phía sau tụy. Khối UT đại tràng ngang ở 1/3 trái của ĐT ngang. Không tìm thấy ĐM.ĐTG xuất phát từ ĐM.MTTT.

Mổ cắt ĐT Phải: thắt ĐM.ĐT P, Thắt ĐM. Hồi đại tràng (HĐT), thắt và cắt nhánh phải của ĐM.ĐTG (lạc chỗ). Cắt ĐT phải mở rộng sang trái, nối hồi – ĐT trái.

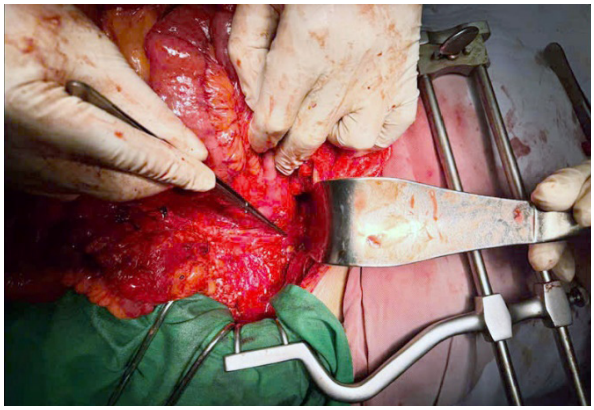
GPB: Adenocarcinoma biệt hóa vừa (AC. BHV) T4.N1.M1 .



Hình 1: Góc Treitz nằm trước ĐT ngang.



Hình 2: DD quay dở dang, mạc nối vị đại tràng xuất phát từ BCN dạ dày.



Hình 3: ĐM.ĐT giữa chạy bên trái góc Treitz, KT 3-4 mm, chia 2 nhánh, 1 nhánh nối với cung mạch ĐT phải, 1 nhánh nối với cung mạch bên trái.

Bệnh án số 2: Không có động mạch đại tràng trái (ĐM.ĐTT)

BN Đào Thị B, 68 T.

Chẩn đoán: Tắc ruột do UTĐT ngang/ UT Trực tràng thấp.

Vào viện vì bán tắc ruột do UTĐT Ngang.

NSĐT: ĐT ngang có tổn thương sùi loét, chít hẹp quanh CV. Sinh thiết (ST): AC.BHV.

Trực tràng (TT) thấp có tổn thương sùi loét 1-3 cm. ST: AC kém biệt hóa (KBH)

XN: HC 3,51 T/L;Hb 103 g/L; Hematocrite 0,300 L/L; BC 12,59 G/L. TC 253G/L.

Sinh hóa: Ure 1,9 mmol/L; Creatinin 41µmol/L; Albumin 29,3 g/L; GOT 14,3 U/L; GPT 14,1 U/L.

Đường máu 7.22 mmol;/L.

Chụp CLVT: Dày lan tỏa thành ĐT ngang 9mm; dày thành TT 8 mm.

Tổn thương trong mổ: 2 tổn thương, UT lớn phần giữa ĐT ngang, chít hẹp gây tắc ruột.

Khối thứ 2: UT TT thấp cách RHM 4 cm (kích thước UT 3cm).

PT:cắt đoạn TT, nối đại tràng trái trực tràng rất thấp (ultra low). PT cắt đoạn ĐT ngang (thắt ĐM.ĐTG), nối tận tận.

- Phẫu tích mạch trong mổ: ĐM ĐTG xuất phát bình thường (từ ĐM. MTTT). Không thấy ĐM ĐT trái. Có 1 ĐM rất nhỏ (<1mm) xuất phát từ ĐM MTTD (ĐMĐTT phụ).

Chẩn đoán về giải phẫu: Không có ĐM ĐT trái.

IV. BÀN LUẬN

- Sự thay đổi giải phẫu ĐM.ĐTG:

ĐM.ĐTG có nguyên ủy là 1 ĐM duy nhất từ động mạch mạc treo tràng trên (ĐM.MTTT) với tỷ lệ 78-99%.

+ Nghiên cứu của Sonneland trên 600 xác (body donor) cho thấy ĐM.ĐTG xuất phát từ ĐM.MTTT chiếm 59,7%. Các thay đổi GP khác bao gồm ĐMĐTG có thân chung với ĐM.ĐTP chiếm 26,7%. ĐM.ĐTG có thân chung với ĐM ĐTP và ĐM.Hồi ĐT chiếm 1%. ĐMĐTG có thân chung với cả ĐMĐTP và ĐM.ĐTT chiếm 0,2% [1].

+ Theo Bermann: ĐM ĐTG xuất phát 1 thân duy nhất từ ĐM.MTTT chiếm 92%. Thay đổi giải phẫu hay gặp nhất là ĐMĐTG có thân chung với ĐTĐTP hoặc ĐM.hồi ĐT (2%) [2].

Ngoài ra ĐM.ĐTG có thể xuất phát từ ĐMC bụng, ĐM lách, ĐM gan chung, ĐM tá tụy dưới, ĐM tụy lưng, ĐM vị tá tràng hay ĐM.ĐTT.

+ Enis Ulucam phẫu tích xác Cadaver nữ 32 T cho thấy ĐM.ĐTG có nguyên ủy từ ĐMC bụng, xuất phát giữa ĐM.MTTT và ĐM.MTTD ngang mức với L2-L3 chia 2 nhánh nối với ĐM.ĐTP và nối với nhánh lên của ĐM.ĐTT. Tác giả gọi đây là ĐM mạc treo tràng giữa [3].

+ Yoshida báo cáo BN nam, 49T, có 1 ĐM xuất phát từ ĐMC giữa ĐM.MTTT và ĐM. MTTD. Trên phim chụp mạch, ĐM này nối với ĐM.ĐTP, cấp máu cho ĐT ngang, phần trái của ĐT ngang, ĐT góc lách và phần trên ĐT xuống và nối với ĐM.ĐTT. Không thấy ĐM.ĐTG [3].

+ Pillet báo cáo ca ĐM.mạc treo tràng giữa xuất phát từ ĐMC bụng 1 cm dưới ĐM.MTTT chia nhánh nối với ĐM.ĐTP, không có nhánh nối với ĐM.MTTD [3]

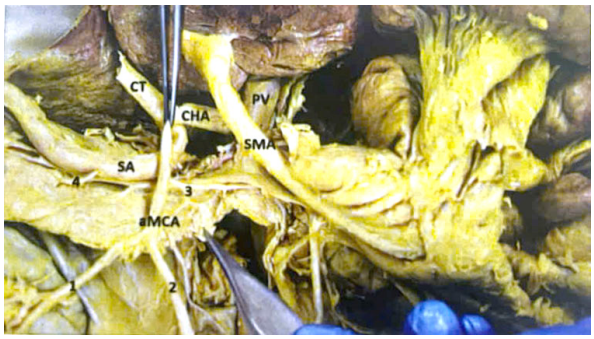
+ Theo Bergman: ĐT.ĐTG phụ có tỷ lệ 3,6-18% thường nối với nhánh lên của ĐM.ĐTP và nhánh phải của ĐM. ĐTT.

ĐM.ĐTP thường xuất phát 1 thân hoặc thân chung với các ĐM ruột non. Không có ĐM. ĐTP chiếm 18%.[2]

+ ĐM.ĐTG phụ (accessory middle colic artery)

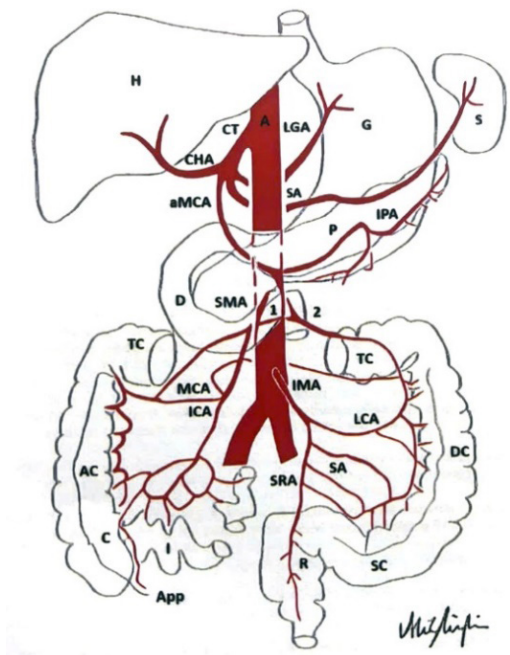
Tác giả Weiglein và CS báo cáo ca lâm sàng thay đổi nguyên ủy và hướng đi của ĐM.ĐTG theo đó tác giả gọi là ĐM.ĐTG phụ xuất phát

từ ĐM thân tạng chạy sau tụy chia nhánh vào tụy tạo thành ĐM tá tụy dưới sau đó chia thành 2 nhánh, 1 nhánh nối với ĐM.ĐTG (xuất phát từ ĐM.MTTT), nhánh thứ 2 nối với ĐM.ĐTT (xuất phát từ ĐM.MTTD) [4].



Hình 4: (dorsal view): ĐM. ĐTG xuất phát từ ĐM thân tạng (phẫu tích xác) [4]

+ Michels mô tả trường hợp hiếm gặp: ĐM.ĐTG phụ lạc chỗ (accessory aberrant middle colic artery) có nguyên ủy từ ĐM tụy lưng và nối với ĐM.ĐTT. (Michels, NA Blood supply and anatomy of the Upper Abdominal Organs; JP Lippincott Company, Philadelphia,PA,USA,1955 pp.391-395,discussion 410-411, 428-437, 504-511).



Hình 5. ĐM.ĐTG phụ xuất phát từ ĐM thân tạng, chia 2 nhánh nối với ĐM.ĐTG và ĐM. ĐTT [4]

+ Trong nghiên cứu của chúng tôi (BN Tạ Văn H, 56 T): Phẫu tích trong mổ chúng tôi nhận thấy dạ dày quay dở dang, phần bờ cong lớn (BCL) và mạc nối lớn tự do trong khi bờ tự do của ĐT ngang lại tạo thành mạc nối nhỏ với BCN dạ dày. (Hình 2)

Mặt khác phần mạc treo ĐT ngang nhất là đoạn dưới tụy rất ngắn (1-2 cm) trong khi góc Treitz và quai đầu hỗng tràng nằm trước ĐT ngang. (Hình 1)

Phẫu tích tiếp mạc treo ĐT ngang và ĐM.ĐTG chúng tôi thấy ĐM kích thước lớn (>3-4 mm) không xuất phát từ ĐM.MTTT mà nằm sang trái của bó mạch MTTT, nằm sang trái góc Treitz, chạy sau tụy và xuất phát từ ĐMC bụng phía trên ĐM.MTTT. Sau đó ĐM này chạy xuống bên trái góc Treitz và ĐM.MTTT chia 2 nhánh (chia cách bờ dưới tụy 2-3 cm) nối với 1 nhánh lên của ĐM.ĐTP và 1 nhánh phải của ĐM.ĐTT (Hình 3)

Chúng tôi cắt ĐT phải mở rộng, thắt nhánh phải của ĐM.ĐTG, bảo tồn nhánh trái nối với nhánh lên của ĐM.ĐTT.

Như vậy chúng tôi nhận thấy đây là dạng biến đổi giải phẫu của ĐM.ĐTG, không xuất phát từ ĐM.MTTT mà xuất phát từ ĐMC sau tụy, phía trên của ĐM.MTTT và chạy hoàn toàn bên trái của bó mạch MTTT và góc Treitz.

- Nghiên cứu trên 100 trường hợp của Koizumi M (Koizumi M, Horiguchi M (1990): Accessory arteries supplying the human transverse colon. Acta Anat. (Basel) 137: 246-251).

+ 32/65 BN (49,2%) : ĐM.ĐT G xuất phát trên nhánh đầu tiên của ĐM hỗng tràng và nối với ĐM

+ Dạng xuất phát từ ĐM thân tạng.

+ Dạng xuất phát từ mạc nối lớn.

Các nghiên cứu thay đổi giải phẫu ĐM.ĐTT và ĐM.MTTD:

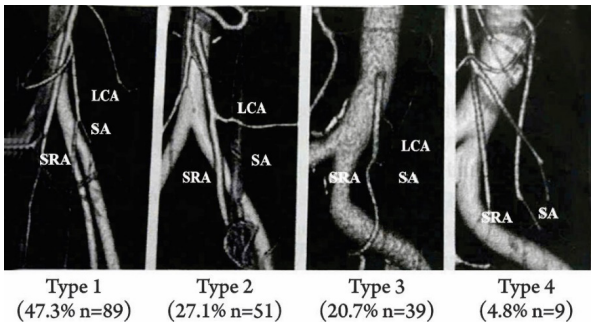
Quá trình liền miệng nối đại-trực tràng phụ thuộc vào vị trí miệng nối, độ căng của miệng nối, sự toàn vẹn của mạch viền, mức độ xơ vữa mạch, đảm bảo cấp máu tốt đầu gần ĐT.

Về mặt giải phẫu: ĐM.MTTD và ĐT.ĐTT có nhiều thay đổi.

Nghiên cứu trên 188 BN chụp CLVT đa dãy có dựng hình mạch trước mổ (64 dãy), JiaKe và CS thấy độ dài TB từ nguyên ủy ĐM.MTTD tới ngã ba

chủ chậu là 42,1± 7,7 mm, phần lớn ĐM.MTTD xuất phát ngang mức đốt sống thắt lưng 3 [7].

Các thay đổi giải phẫu động mạch đại tràng trái (ĐM.ĐTT):



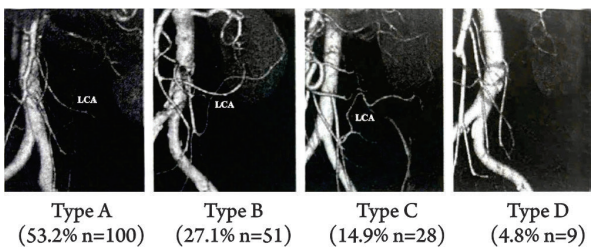
Hình 6: Các dạng phân chia tại nguyên ủy của ĐM.MTTD và ĐM.ĐTT. [7]

Type 1: ĐM.ĐTT chia nhánh tách biệt với ĐM.MTTD (47,3%).

Type 2: ĐM. ĐTT và ĐM ĐT xích ma cùng chia nhánh tại 1 vị trí (27,1%).

Type 3: ĐM.ĐTT và ĐMĐT xích ma có thân chung (20,7%).

Type 4: Không có ĐM.ĐTT (4,8%).



Hình 7: Các dạng đường đi của ĐM.ĐTT [7]

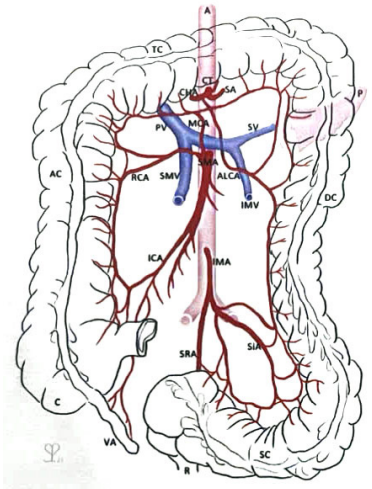
Type A: ĐM.ĐTT chạy thẳng lên trên vào giữa ỏ bờ trong thận trái và nối với ĐM viền ở đầu xa ĐT ngang (53,2%).

Type B: ĐM.ĐTT chạy thẳng lên trên bên trái, chéo lên trên phần giữa thận trái cho tới đầu gần của ĐTT (27,1%)

Type C: ĐM.ĐTT chạy ngang dưới, chạy dưới phần dưới thận trái nối với ĐM viền ở đầu xa ĐT T (14.9%).

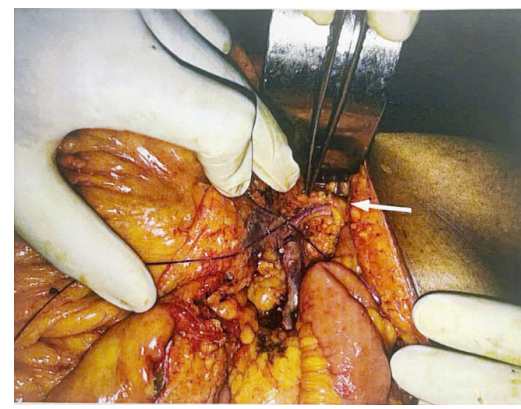
Type D: không có ĐTT (4,8%)

+ Tác giả Sandra báo cáo ca LS thay đổi nguyên ủy ĐM.ĐTT. Theo tác giả thay vì xuất phát từ ĐM.MTTD trong trường hợp này ĐM.ĐTT xuất phát từ ĐM gan chung chạy dưới tụy và TM cửa cho 1 nhánh vào tụy, sau đó ĐM này chia 1 nhánh lên chạy tới góc lách, 1 nhánh chạy xuống tới ĐT xuống nối với nhánh xích ma. [6]



Hình 8: ĐM. ĐTT xuất phát từ ĐM gan chung [6]

+ Anett Christiena và CS báo cáo ca BN nữ, trung niên mổ cắt ĐTP mở rộng do UT 1/3 phải ĐT ngang. Tác giả nhận thấy có ĐM bất thường chạy dọc bờ dưới tụy. Tiếp tục phẫu tích thấy ĐM này nguyên ủy từ ĐM.MTTT trên chỗ chia ĐM.ĐTG 2 cm chia 2 nhánh ngay tại nguyên ủy. Nhánh phải chạy vào mạc treo ĐT ngang bên phải. Nhánh thứ 2 chạy vào mạc treo ĐT ngang bên trái rồi chạy tới mạc treo ĐT góc lách. ĐM này gọi là ĐM.ĐTT lạc chỗ xuất phát từ ĐM.MTTT trên chỗ xuất phát của ĐM.ĐTG 2 cm. Không tìm thấy ĐM.ĐTT xuất phát từ ĐM.MTTD [7].



Hình 9: ĐM.ĐTT lạc chỗ xuất phát từ ĐM.MTTT trên chỗ chia của ĐM.ĐTG 2 cm. (ảnh trong mổ) [7].



Hình 10 (CT angiogram): ĐM.ĐTT lạc chỗ xuất phát từ ĐM.MTTT (mũi tên).



Hình 11 (Contrast CT): ĐM.ĐTT lạc chỗ xuất phát từ ĐM.MTTT (mũi tên)

+Mishra báo cáo 1 trường hợp ĐM.ĐTT xuất phát dưới nguyên ủy của ĐM.MTTT khoảng 4 cm, chạy sang bên trái chia làm 2 nhánh: nhánh lên (ascending) nối với nhánh của ĐM.ĐTG và nhánh xuống (descending) nối với nhánh lên của ĐM ĐT xích ma. Tương tự, Nayak và CS báo cáo ca ĐM.ĐTT xuất phát từ ĐM.MTTT chia làm 2 nhánh phải và trái . Nhánh phải chạy ngay bờ dưới tụy, cấp máu cho ĐT góc lách và ĐT xuống, nhánh này chạy ngay bờ dưới tụy và dễ bị tổn thương trong phẫu thuật tụy.

Theo đó tác giả nhận thấy nên chụp CLVT 3D dựng hình động mạch trước mổ để tránh các tình huống khó và rút ngắn thời gian mổ. Dựng hình mạch máu sẽ cho thấy ĐM lạc chỗ và ĐM phụ xuất phát từ ĐM thân tạng, ĐM.MTTT, ĐM.MTTD qua đó tránh gây thiếu máu ĐT và các biến chứng sau mổ dẫn đến phải cắt đoạn ĐT có biến chứng.

Các nghiên cứu giải phẫu cho thấy ĐTT xuất phát là 1 nhánh của ĐM.MTTD trong 89%. ĐM.ĐTT có thân chung với 3 ĐM: ĐM ĐTT- ĐM xích ma- ĐM.trực tràng cao chiếm 25%; có 39% ĐM.ĐTT tạo thành thân chung với ĐM ĐT xích ma; Không có ĐM. ĐTT chiếm 0,7-12% [2].

Vadamme [8] nghiên cứu 156 trường hợp không có ĐM.ĐTT liên quan đến giới tính cho thấy có 16% nam giới trong nghiên cứu không có ĐM.ĐTT trong khi tỷ lệ không có ĐM.ĐTT ở nữ trong nhóm nghiên cứu là 6%.

Thống kê trên 2040 BN (19 nghiên cứu) cho thấy tỷ lệ không có ĐM.ĐTT là 1,2%. (Cirochi R et al: Systemic review and meta analysis of the anatomical variants of the left colic artery. Colorectal Di s 2020,22,768-778).

ĐM.ĐTT nếu không có nguyên ủy từ ĐM.MTTD và các nhánh của ĐM.MTTD được gọi là ĐM.ĐTT lạc chỗ.

ĐM.ĐTT phụ là ĐM.ĐTT được thêm vào để cấp máu cho đại tràng trái với tỷ lệ thấp và hiếm gặp. Khi có ĐM.ĐTT phụ, ĐMĐTT chính thường không có, teo nhỏ hay chuyển chỗ. ĐM.ĐTT phụ có thể nguyên ủy từ ĐM.MTTD hoặc nhánh của ĐM.MTTD [8].

+ Nếu ĐM.ĐTT phụ không có nguyên ủy từ ĐM.MTTD và các nhánh của ĐM.MTTD các tác giả gọi đó là ĐM.ĐTT phụ lạc chỗ (Accessory aberrant left colic artery)

BN của chúng tôi có 2 khối UT đại tràng đồng thời (1 khối UT đại tràng ngang, 1 khối UT trực tràng thấp): Khối UTĐT ngang gây tắc ruột và UT TT thấp. Chúng tôi PT cắt đoạn trực tràng rất thấp (Thắt và cắt ĐM.MTTD) sau đó cắt đoạn ĐT ngang (thắt và cắt ĐM.ĐTG). Thăm dò cho thấy ĐM.ĐTG có kích thước lớn, trong khi ĐM.ĐTT phụ teo nhỏ (khoảng 1 mm, xuất phát từ ĐM.MTTD riêng rẽ với ĐM.ĐT xích ma, không tìm thấy ĐM.ĐTT. Đoạn ĐT trái còn lại tưới máu không tốt, mạch đập yếu. Như vậy ĐM.ĐTT phụ teo nhỏ, thiểu sản có thể không đủ tưới máu cho đoạn ĐT trái còn lại. Chúng tôi nhận thấy có thể ĐM.ĐTT không có (thay vào đó là ĐM.ĐTT phụ). Ca lâm sàng không có ĐM.ĐTT trong khi có ĐM.ĐTT teo nhỏ cho thấy nên nghiên cứu mạch máu thận trọng bằng chụp CLVT mạch máu đa dãy trước mổ, nghiên cứu hệ mạch, ĐT.ĐTG, ĐM.ĐTT, ĐM.MTTD

V. KẾT LUẬN

- Động mạch đại tràng giữa xuất phát từ động mạch chủ bụng, phía trên nguyên ủy của động mạch mạc treo tràng trên là 1 dạng biến đổi giải phẫu hiếm gặp (ĐM.ĐTG lạc chỗ). Phẫu thuật có thể gây thiếu máu miệng nối hay hoại tử đại tràng nếu cắt thân động mạch hay 2 nhánh phải và trái của ĐM.ĐTG lạc chỗ.

- Không có động mạch đại tràng trái là dạng thay đổi giải phẫu hiếm gặp, cần được đánh giá trước và/ hoặc trong mổ khi cắt đoạn đại tràng ngang (thắt ĐM.ĐTG) và cắt đoạn trực tràng (thắt ĐM.MTTD) đồng thời, có thể thiếu máu hay hoại tử đại tràng trái, hoại tử miệng nối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J.Sonneland, BJ Anson, LE Beaton:** Surgical anatomy of the arterial supply of the colon from the superior mesenteric artery based upon a study of 600 specimens. Surg. Gynecol.Obstet., 106 (1958): PP 385-398.
2. **Bergman''s** Comprehensive Encyclopedia of Human Anatomic Variation (first ed) Wiley & Hoboken NJ, USA (2016), PP. 621-655.
3. **Enis Ulucam et al.** Middle Colic Artery Originating Directly from Aorta as a Middle Mesenteric Artery. Trakya Univ Tip Fak Derg 2009;26(1): 87-89.
4. **Alice Weiglein, Karin Fischer, Anne Aibrecht, Constanze Nossol.** Case Report of variant origin and course of middle colic artery. Translational Research in Anatomy. 43 (2026),100459.
5. **Jia Ke et al.** Anatomic variations of inferior mesenteric artery and left colic artery evaluated by 3-dimensional CT angiography: Insights into rectal cancer surgery- A retrospective observational study.International Journal of Surgery 2017,41:106-111.
6. **Sandra Petzold et al.** Variant Arterial Supply of the Descending Colon by the Coeliac Trunk: A case Report. Medicina 2021,57, 487.
7. **Anett Christiena et al.** Aberrant Left Colic Artery and its Surgical Implications. Cureus.2021 Jul 14; 13.
8. **Vandamme JP et al.** Re-evaluation of the colic irrigation from the inferior mesenteric artery. Cells Tissues Organs 1982,112,18-30..