

thuần, ghép xương mác và cố định cột sống. Chúng tôi lựa chọn phương pháp này do chúng tôi đã có nhiều kinh nghiệm với phương pháp cắt thân đường sau trong các bệnh lý gù, vẹo hay các bệnh lý khác. Bên cạnh đó với phương pháp này chúng tôi có thể cắt toàn bộ thân đốt sống dị tật, chỉnh gù mà không ảnh hưởng tới phổi trong phẫu thuật, từ đó tránh được các nguy cơ tổn thương phổi do với phẫu thuật cả đường trước và đường sau đặc biệt với trẻ 4 tuổi.

Theo nghiên cứu của Zhang về các trường hợp gù cột sống ngực cao có tổn thương tủy được phẫu thuật thấy rằng các yếu tố tiên lượng xấu sau mổ bao gồm: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tổn thương tủy tới khi phẫu thuật lớn, mức độ tổn thương thần kinh trước phẫu thuật nặng, tuổi bệnh nhân lớn hơn 20, góc cobb gù lớn hơn 120 độ. Trong đó mức độ tổn thương thần kinh trước mổ và thời gian xuất hiện triệu chứng là 2 yếu tố quyết định tới khả năng hồi phục của bệnh nhân. [6]. Với bệnh nhân của chúng tôi thời gian xuất hiện triệu chứng trên 4 tháng, cơ lực lúc vào viện là 1/5, rối loạn cảm giác và cơ tròn rõ với góc cobb gù trên Xquang là 78 độ. Đây là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân của chúng tôi. Điều này càng khẳng định việc theo dõi sát phát hiện các triệu chứng thần kinh sớm, phẫu thuật sớm đóng vai trò quyết định tới kết quả phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Gù cột sống ngực cao bẩm sinh là một dị tật không thường gặp nhưng có nguy cơ gây tổn thương tủy trong quá trình phát triển. Vì vậy việc theo dõi sát, phân loại gù cột sống, phát hiện sớm các triệu chứng thần kinh và phẫu thuật cần được chú ý và đóng vai trò quyết định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McMaster MJ, Singh H.** Natural history of congenital kyphosis and kyphoscoliosis: a study of one hundred and twelve patients. *J Bone Joint Surg.* 1999;81-A:1367–1383.
2. **Winter RB, Moe JH, Wang JK.** Congenital kyphosis: its natural history and treatment as observed in a study of one hundred and thirty patients. *J Bone Joint Surg.* 1973;55-A:223–256.
3. **Lombard P, Le Ge'nissel.** Cyphoses congenitales. *Rev Orthop* 1938;25: 532–50.
4. **Van Schrick FG.** Die angerborene Kyphose. *Zeitschr Orthop Chir* 1932;56: 238–59
5. **Justin S. Smith, M.D., Ph.D,** Decision Making In Pediatric Spinal Deformity, *Neurosurgery* 63:A54–A68, 2008.
6. **Zhengfeng Zhang,** Compressive Myelopathy in Congenital Kyphosis of the Upper Thoracic Spine, A Retrospective Study of 6 Cases, *J Spinal Disord Tech* 2015;00:000–000.
7. **Jalanko T, Rintala R, Puisto V, et al.** Hemivertebra resection for congenital scoliosis in young children: comparison of clinical, radiographic, and health-related quality of life outcomes between the anteroposterior and posterolateral approaches. *Spine.* 2011; 36:41–49.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CỦA ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG HỔ DƯỚI THÁI DƯƠNG

Lê Thùy Dung¹, Ngô Văn Công²,
Trần Hạnh Uyên², Trần Minh Trường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động mạch hàm là nhánh lớn nhất của động mạch cảnh ngoài ở vùng cổ. Động mạch hàm đi qua hố dưới thái dương và là nguồn cung cấp máu chủ yếu cho hốc mũi và khoang miệng, răng và màng cứng. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước về giải phẫu của động mạch hàm vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát đường đi của động mạch hàm so với cơ chân bướm ngoài và đặc điểm giải phẫu các nhánh chính của động mạch hàm đoạn nằm trong hố dưới thái dương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

cắt ngang mô tả. Từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021, chúng tôi phẫu tích 20 vùng hố dưới thái dương trên xác tươi tại bộ môn Giải Phẫu – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh và ghi lại đặc điểm của động mạch hàm. **Kết quả:** 90% trường hợp động mạch hàm nằm phía ngoài cơ chân bướm ngoài. Đường kính động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn tại nguyên ủy lần lượt là $2,08 \pm 0,17$ mm; $1,12 \pm 0,17$ mm và $0,87 \pm 0,18$ mm. Khoảng cách từ góc hàm đến nơi xuất phát động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn lần lượt là $40,07 \pm 1,78$ mm; $36,38 \pm 1,56$ mm và $43,50 \pm 3,07$ mm. **Bàn luận:** Đặc điểm giải phẫu của động mạch hàm biến đổi và kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Nằm rõ các đặc điểm này giúp giảm thiểu các biến chứng xuất huyết khi thực hiện phẫu thuật tại vùng hố dưới thái dương.

Từ khóa: Động mạch hàm, hố dưới thái dương, cơ chân bướm ngoài, động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới, động mạch cơ cắn.

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dung

Email: lethuydungmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

SUMMARY**INVESTIGATING THE ANATOMICAL FEATURES OF THE MAXILLARY ARTERY IN THE INFRATEMPORAL FOSSA**

Background: The maxillary artery is the largest branch of the external carotid artery in the neck. It passes through the infratemporal fossa and is a major source of blood supply for the nasal cavity, oral cavity, all teeth, and the dura mater in the cranial cavity. However, in Viet Nam, studies relating to the anatomy of the maxillary artery still have limitations. **Objective:** To investigate the course in relation to the lateral pterygoid muscle and main branches features of the maxillary artery in the infratemporal fossa. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. From September 2020 to June 2021, we examined 20 infratemporal fossae in fresh cadaveric samples at The Anatomy Department – University of Medicine and Pharmacy at HCM city and recorded the features of the maxillary arteries. **Results:** 90 percent of maxillary arteries are superficial to lateral pterygoid muscle. The mean diameter of middle meningeal arteries, inferior alveolar arteries and masseteric arteries is $2,08 \pm 0,17$ mm; $1,12 \pm 0,17$ mm and $0,87 \pm 0,18$ mm respectively. The mean distance from the mandible triangle to the origin of middle meningeal arteries, inferior alveolar arteries, and masseteric arteries is $40,07 \pm 1,78$ mm; $36,38 \pm 1,56$ mm và $43,50 \pm 3,07$ mm correspondingly. **Discussion:** The Feature of the maxillary artery varies and our results are almost similar to previous studies. Knowledge about the anatomy of maxillary artery wanes hemorrhagic complications when manipulating in the infratemporal fossa surgery.

Keywords: Maxillary artery, infratemporal fossa, lateral pterygoid muscle, middle meningeal artery, inferior alveolar artery, masseteric artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch hàm là nhánh lớn nhất của động mạch cảnh ngoài ở vùng cổ. Động mạch hàm đi qua hố dưới thái dương và là nguồn cung cấp máu chủ yếu cho hốc mũi và khoang miệng, răng và màng cứng [7]. Động mạch hàm được chia làm ba đoạn dựa vào tương quan với cơ chân bướm ngoài: đoạn hàm, đoạn chân bướm, đoạn chân bướm – khẩu cái [6].

Các chấn thương hoặc phẫu thuật liên quan đến khớp thái dương hàm, phẫu thuật Le Fort liên quan xương hàm trên đều có nguy cơ gây tổn thương động mạch hàm, gây ra chảy máu ồ ạt, lượng nhiều và khó kiểm soát [12]. Bên cạnh đó, các phẫu thuật cắt bỏ khối u nằm ở vùng nền sọ giữa và hố dưới thái dương, hố chân bướm có liên quan mật thiết đến động mạch hàm [8]. Do đó, cần phải hiểu biết về đường đi và giải phẫu của động mạch hàm để giảm nguy cơ chảy máu do tổn thương động mạch này.

Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước về giải

phẫu của động mạch hàm vẫn còn hạn chế. Đây là lý do khiến chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát đường đi của động mạch hàm so với cơ chân bướm ngoài và đặc điểm giải phẫu các nhánh chính của động mạch hàm đoạn nằm trong hố dưới thái dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 20 bên hố dưới thái dương của 10 mẫu xác được lưu trữ tại Bộ Môn Giải Phẫu Học Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, dựa vào tiêu chuẩn chọn mẫu.

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang mô tả.

Phương pháp nghiên cứu**Các bước phẫu tích**

- Kê tư thế thi hài nằm ngửa, ngửa cổ tối đa.
- Rạch da đường trước tai tiếp cận hố dưới thái dương, đi từ đường thái dương trên đến phía trước nếp bình tai, theo đường Blair cải tiến xuống cổ cách xương hàm dưới 3 cm.
- Cắt bỏ tuyến mang tai, bảo tồn dây thần kinh mặt.
- Bộc lộ cơ cắn và ngành lên xương hàm dưới. vén cơ cắn ra ngoài và xuống dưới bộc lộ động mạch cơ cắn đi qua khuyết xương hàm dưới.
- Cắt cung gò má ngay trước và sau chỗ bám của cơ cắn.
- Cắt qua mỏm vẹt và mỏm lồi cầu của xương hàm dưới. Cắt qua ngành lên xương hàm dưới phía trên tam giác hàm, lưu ý bảo tồn bó mạch – thần kinh huyết răng dưới đi trong ống xương hàm dưới.

- Lấy bỏ lớp mỡ quanh chân bướm và đám rối chân bướm, bóc tách bộc lộ các thành phần của hố dưới thái dương. Quan sát đường đi của động mạch hàm so với cơ chân bướm ngoài và ghi nhận lại. Bóc tách bộc lộ rõ động mạch hàm và các nhánh cần đo đạc: động mạch cơ cắn, động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới.

Đánh dấu vị trí mốc giải phẫu

- Góc hàm: kẻ 2 đường thẳng đi qua bờ dưới và bờ ngoài của ngành lên xương hàm dưới. Điểm giao nhau là điểm mốc góc hàm.

Bảng 1. Các biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu
Vị trí động mạch hàm so với cơ chân bướm ngoài
Đường kính động mạch màng não giữa tại nguyên ủy
Đường kính động mạch huyết răng dưới tại nguyên ủy
Đường kính động mạch cơ cắn tại nguyên ủy
Khoảng cách từ nguyên ủy động mạch màng não giữa đến mốc giải phẫu góc hàm

Khoảng cách từ nguyên ủy động mạch huyết răng dưới đến mốc giải phẫu góc hàm
Khoảng cách từ nguyên ủy động mạch cơ cắn đến mốc giải phẫu góc hàm

Dụng cụ đo đặc. Thước đo bề dày Micromed® Germany, SN: MD-12-063. Đã được kiểm chuẩn sai số và độ chính xác tại Trung tâm đo lường chất lượng III (Quatest III).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi khảo sát trên 20 vùng hố dưới thái dương ở 10 mẫu xác. Động mạch hàm và các nhánh cần khảo sát xuất hiện ở 100% các mẫu xác, bằng nhau giữa bên phải và bên trái.

Về vị trí của động mạch hàm. Sau khi xuất phát từ động mạch cảnh ngoài, động mạch hàm bắt đầu đi vào hố dưới thái dương. Ở 90% trường hợp khảo sát, động mạch hàm nằm ở phía ngoài cơ chân bướm ngoài, nghĩa là nằm nông so với cơ chân bướm ngoài.

Điều này khá tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới, đặc biệt người châu Á, cụ thể trong nghiên cứu của các tác giả Sachi (1996), Kim (2010), Otake (2011), Maeda (2012) và tác giả Bùi Thái Vi (2004), ứng với 93%, 82%, 96%, 90% và 80% [1], [6], [10], [11], [12]. Tuy nhiên, đối với dân số nghiên cứu là người da trắng, tỉ lệ này có sự khác biệt đáng kể, chỉ khoảng 61% (từ 54% đến 62%) trường hợp có động mạch hàm nằm ngoài cơ chân bướm ngoài [3],[9]. Đã có nhiều giả thuyết đặt ra để giải thích cho sự khác biệt này, như tác giả Lasker, Lurje [4], [5]. Đến nay lời giải thích cho vị trí của động mạch hàm vẫn chưa được rõ ràng và còn tranh cãi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng với các tác giả kể trên cũng phần nào trả lời cho câu hỏi liệu yếu tố dân tộc hay màu da có liên quan đến vị trí nông của động mạch hàm hay không.

Đặc điểm giải phẫu một số nhánh chính của động mạch hàm. Động mạch hàm gồm 3 đoạn: đoạn hàm, đoạn chân bướm, đoạn chân bướm – khẩu cái. Chúng tôi lựa chọn một số nhánh chính của đoạn hàm và đoạn chân bướm để đưa vào nghiên cứu.

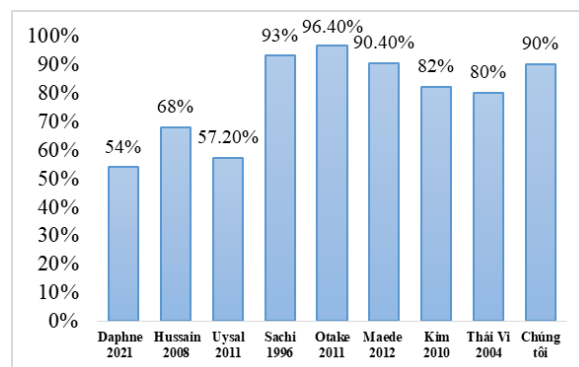
Đầu tiên phải kể đến là động mạch màng não giữa (ĐMMNG), một trong các nhánh quan trọng nhất của động mạch hàm. Đây là mạch máu lớn của màng não, không chỉ có nhiệm vụ nuôi dưỡng màng cứng, xương sọ, tủy xương hộp sọ,

mà còn là nhánh thông nối giữa trong và ngoài sọ. Chúng tôi ghi nhận đường kính của ĐMMNG tại nguyên ủy là $2,08 \pm 0,17$ mm và khoảng cách từ nguyên ủy ĐMMNG đến góc hàm là $40,07 \pm 1,78$ mm. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Alvernia (2017) và Uysal (2011) [2], [9] (Bảng 2) và Bùi Thái Vi (2004) [1].

Động mạch huyết răng dưới (ĐMHRD) xuất phát từ đoạn hàm của động mạch hàm, đi hướng xuống dưới đi vào xương hàm dưới qua lỗ hàm dưới, hợp với thần kinh huyết răng dưới, đi vào ống hàm dưới. Thần kinh và mạch máu huyết răng dưới chi phối và cấp máu cho răng xương hàm dưới, niêm mạc má, cằm và môi dưới. Sau khi thoát khỏi xương hàm dưới, nó trở thành động mạch cằm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính ĐMHRD nhỏ hơn so với ĐMMNG, cụ thể là $1,12 \pm 0,17$ mm. Chỗ xuất phát của ĐMHRD nằm cách mốc giải phẫu góc hàm $36,38 \pm 1,56$ mm. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của Alvernia (2017) và Uysal (2011) [2], [9] (Bảng 2) và Bùi Thái Vi (2004) [1] (3). Điều này phù hợp với vị trí phân nhánh của ĐMHRD, khi chúng tôi quan sát trong quá trình phẫu tích, phần lớn động mạch hàm cho nhánh ĐMHRD trước khi phân nhánh ĐMMNG.

Tương tự, chúng tôi cũng ghi nhận đường kính động mạch cơ cắn (ĐMCC) là $0,87 \pm 0,18$ mm (Bảng 2) và khoảng cách từ nguyên ủy ĐMCC đến góc hàm là $43,50 \pm 3,07$ mm (Bảng 3).

Qua nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy đường kính các nhánh nhỏ dần theo thứ tự: động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn.



Biểu đồ 5. Tỉ lệ động mạch hàm nằm ngoài cơ chân bướm ngoài

Bảng 2. Đường kính các nhánh động mạch tại nguyên ủy.

Các nghiên cứu	Đường kính các nhánh động mạch tại nguyên ủy (mm)		
	Động mạch màng não giữa	Động mạch huyết răng dưới	Động mạch cơ cắn
Alvernia (2017)	$2,53 \pm 0,38$	$1,30 \pm 0,07$	$1,03 \pm 0,02$

Uysal (2011)	2,39 ± 0,25	1,39 ± 0,14	
Chúng tôi	2,08 ± 0,17	1,12 ± 0,17	0,87 ± 0,18

Bảng 3. Khoảng cách từ nguyên ủy các nhánh đến góc hàm

Các nghiên cứu		Khoảng cách từ nguyên ủy các nhánh đến góc hàm (mm)		
		Động mạch màng não giữa	Động mạch huyết răng dưới	Động mạch cơ cắn
Bùi Thái Vi (2004)	Trái	38,74 ± 3,99	35,57 ± 4,09	43,23 ± 5,97
	Phải	39,30 ± 3,94	36,13 ± 3,87	45,08 ± 5,45
Chúng tôi		40,07 ± 1,78	36,38 ± 1,56	43,50 ± 3,07

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 90% động mạch hàm nằm ngoài cơ chân bướm ngoài. Điều này phần nào giúp các phẫu thuật viên nhận diện và tránh làm tổn thương động mạch hàm khi phẫu thuật. Động mạch màng não giữa có kích thước lớn hơn động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn, vì nhiệm vụ quan trọng cấp máu nuôi dưỡng màng cứng và xương sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thái Vi, (2004)**, "Nghiên cứu giải phẫu học động mạch hàm ở người Việt Nam trưởng thành tại TP Hồ Chí Minh góp phần ứng dụng trong phẫu thuật Tai Mũi Họng".
2. **J. E. Alvernia, J. Hidalgo, M. P. Sindou, C. Washington, et al, (2017)**, "The maxillary artery and its variants: an anatomical study with neurosurgical applications", Acta Neurochir (Wien), 159 (4), pp. 655-664.
3. **A. Hussain, A. Binahmed, A. Karim, G. K. Sándor, (2008)**, "Relationship of the maxillary artery and lateral pterygoid muscle in a caucasian sample", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 105 (1), pp. 32-36.
4. **G. W. Lasker, D. L. Opdyke, H. Miller, (1951)**, "The position of the internal maxillary artery and its questionable relation to the cephalic index", Anat Rec, 109 (1), pp. 119-126.

5. **A. Lurje, (1946)**, "On the topographical anatomy of the internal maxillary artery", Acta Anat (Basel), 2 (3-4), pp. 219-231.
6. **I. Otake, I. Kageyama, I. Mataga, (2011)**, "Clinical anatomy of the maxillary artery", Okajimas Folia Anat Jpn, 87 (4), pp. 155-164.
7. **A. Wayne Vogl Richard Drake, Adam Mitchell, (2015)**, Gray's Anatomy for Students, Churchill Livingstone, pp. 972-1004.
8. **L. N. Sekhar, V. L. Schramm, Jr., N. F. Jones, (1987)**, "Subtemporal-preauricular infratemporal fossa approach to large lateral and posterior cranial base neoplasms", J Neurosurg, 67 (4), pp. 488-499.
9. **Ismihan Ilknur Uysal, Mustafa Buyukmumcu, Nadire Unver Dogan, Muzaffer Seker, et al, (2011)**, "Clinical Significance of Maxillary Artery and its Branches: A Cadaver Study and Review of the Literature", International Journal of Morphology, 29 pp. 1274-1281.
10. **J. K. Kim, J. H. Cho, Y. J. Lee, C. H. Kim, et al, (2010)**, "Anatomical variability of the maxillary artery: findings from 100 Asian cadaveric dissections", Arch Otolaryngol Head Neck Surg.
11. **Shingo Maeda, Yukio Aizawa, Katsuji Kumaki, Ikuo Kageyama, (2012)**, "Variations in the course of the maxillary artery in Japanese adults", Anatomical Science International, 87 (4), pp. 187-194.
12. **R. Sashi, N. Tomura, M. Hashimoto, M. Kobayashi, et al, (1996)**, "Angiographic anatomy of the first and second segments of the maxillary artery", Radiat Med, 14.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH MẠCH MÁU HẮC MẠC DẠNG POLYP

Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền¹, Đỗ Tấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng của bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp (PCV). **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 mắt (41 bệnh nhân) được chẩn đoán PCV bằng chụp ICG tại khoa Dịch kính – Võng mạc, bệnh viện Mắt Trung Ương tháng 10 năm 2013 đến

hết tháng 02 năm 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình 60,49 ± 9,21 tuổi, trong đó có 21 bệnh nhân nam, 20 bệnh nhân nữ. Bệnh lý nền hay gặp nhất là bệnh tăng huyết áp (chiếm 65,9%). Triệu chứng nhìn mờ gặp ở hầu hết các trường hợp (41 mắt - 95,4%). Ngoài ra hầu hết bệnh nhân đều có các dấu hiệu cơ năng khác của hội chứng hoàng điểm như ám điểm (93%), nhìn méo hình (74,4%), thay đổi màu sắc (48,8%) và nhìn hình nhỏ lại (60,5%). Đặc điểm gợi ý polyp trên lâm sàng là dấu hiệu nốt vàng cam phát hiện ở 23 mắt (53,5%). Trong các trường hợp quan sát thấy polyp trên lâm sàng, đại đa số đều ở dạng polyp đơn độc 22 ca (95,6%), chỉ có 1 trường hợp (4,4%) được ghi nhận là dạng chùm. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có xuất huyết dưới võng mạc, chiếm tỉ lệ 76,7% (33 mắt). **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng hay

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 3.3.2022