

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮM NIỆU QUẢN BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO

Lê Nguyễn Vũ^{1,2}, Trần Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả về ngoại khoa kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang ở những bệnh nhân ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, nghiên cứu cắt ngang trên 82 bệnh nhân ghép lấy từ người chết não. Các chỉ tiêu nghiên cứu: thời gian lọc máu trước ghép, thời gian lọc màng bụng, dung tích bàng quang trước ghép nhỏ < 100ml, lớn > 100ml, đặc điểm thành bàng quang người nhận, đặc điểm phẫu thuật ghép thận (thời gian thiếu máu nóng, lạnh, thời gian cắm niệu quản vào bàng quang, thời gian phẫu thuật), biến chứng tiết niệu sớm: đái máu, hẹp niệu quản, rò niệu quản. **Kết quả:** BN lọc máu lâu nhất 18 năm (1BN). 12,2% các BN được ghép thận trước khi phải lọc máu. Thời gian lọc máu trước ghép thận: 21,71±36,55 (0 – 216) tháng. Dung tích bàng quang nhỏ gấp khoảng ¼ các trường hợp, thường gặp ở những bệnh nhân vô niệu nhiều năm. Dung tích bàng quang trung bình là: 217,3 ± 101,4 ml nhỏ nhất 40ml, lớn nhất 350ml. Thời gian cắm NQ-BQ trong 82 TH của chúng tôi trung bình là 27,5 ± 12,0 phút, nhanh nhất 13 phút và lâu nhất 70 phút. 2 trong 3 trường hợp hẹp niệu quản cần tạo hình lại miệng nối; trường hợp còn lại được nong niệu quản. 1 TH Lymphocele và 1 TH nhiễm khuẩn vết mổ được điều trị nội khoa. **Kết luận:** Kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang đối với thận lấy từ người cho chết não cũng thuận lợi như với người cho sống, biến chứng thấp, dung tích bàng quang không ảnh hưởng đến chức năng thận ghép. **Từ khóa:** ghép thận chết não, Kỹ thuật Lich - Gregoir

SUMMARY

EVALUATION THE OUTCOMES OF THE LICH GREGOIR TECHNIQUE OF DECEASED DONORS KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To assess the outcomes of the Lich Gregoir technique of deceased donors kidney transplantation at Viet Duc Hospital. **Patients and Method:** This study employed a clinical descriptive approach and included 82 deceased donor kidney transplant recipients. The research parameters included pre-transplant hemodialysis duration, peritoneal dialysis duration, pre-transplant bladder capacity (small < 100ml, large > 100ml), characteristics of the recipient's bladder, and surgical

details of the kidney transplant procedure (warm ischemia time, cold ischemia time, ureteral stenting duration, surgical time). Early urinary complications were also recorded, such as hematuria, ureteral stricture, and urinary leakage. **Results:** The longest pre-transplant hemodialysis duration was 18 years (1 case). Approximately 12.2% of patients received a kidney transplant before requiring hemodialysis. The average pre-transplant hemodialysis duration was 21.71±36.55 (ranging from 0 to 216) months. Small bladder capacities were found in about 25% of cases, predominantly in patients with long-standing urinary obstruction. The average bladder capacity was 217.3 ± 101.4 ml, with the smallest being 40ml and the largest 350ml. The average duration of ureteral stenting among the 82 cases in our study was 27.5 ± 12.0 minutes, with the quickest being 13 minutes and the longest 70 minutes. Among the three cases of ureteral stricture, two required reconstruction of the anastomosis, while one underwent ureteral dilation. One case of lymphocele and one case of surgical site infection were managed conservatively. **Conclusion:** The extracorporeal ureteral stenting technique in deceased donor kidney transplantation is as effective as in living donor cases, with low complication rates. Bladder capacity does not affect graft kidney function.

Keywords: deceased donor kidney transplantation, Lich-Gregoir technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận ở người cho chết não có những điểm khác biệt với ghép thận ở người cho sống: niệu quản được nuôi dưỡng kém hơn, đi kèm với lượng lớn mô sau phúc mạc, động mạch thận thường có vạt cúc áo từ động mạch chủ, tĩnh mạch có vạt cúc hoặc kèm cả đoạn tĩnh mạch chủ dưới¹. Số lượng các trường hợp hiến tạng chết não tại Việt Nam còn hạn chế dẫn đến chưa có nhiều những nghiên cứu đánh giá về ghép thận từ người cho chết não. Hiện nay ở Việt Nam, các cơ sở ghép thận đều áp dụng phương pháp cắm niệu quản (NQ) vào bàng quang (BQ) theo Lich - gregoir có đặt stent JJ NQ.7-11. Các cơ sở triển khai sớm ghép thận ở nước ta (BV quân Y 103, BV Chợ Rẫy...), giai đoạn đầu chọn phương pháp nối trong BQ theo Politano - lead better, nhưng về sau đều chuyển sang sử dụng phương pháp nối ngoài BQ theo Lich - Gregoir^{2,3}. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài đánh giá "Kết quả phẫu thuật cắm niệu quản - bàng quang trong phẫu thuật ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 82 bệnh nhân ghép thận từ NCCN được áp dụng phương pháp cầm NQ-BQ theo phương pháp Lich-Gregoir tại BV Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định ghép thận, thận ghép từ người cho chết não và cầm lại niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich-Gregoir tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thận ghép lấy từ người cho sống, thận ghép bị cắt bỏ do thải ghép.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang

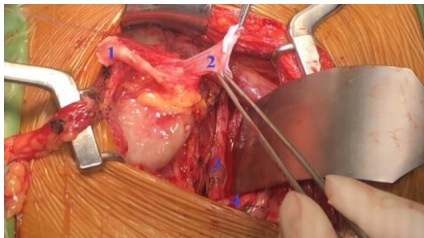
2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện,

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 06 năm 2021

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu: thời gian lọc máu trước ghép, thời gian lọc màng bụng, dung tích bàng quang trước ghép nhỏ < 100ml, lớn > 100ml, đặc điểm thành bàng quang người nhận, đặc điểm phẫu thuật ghép thận (thời gian thiếu máu nóng, lạnh, thời gian cầm niệu quản vào bàng quang, thời gian phẫu thuật), biến chứng tiết niệu sớm: đái máu, hẹp niệu quản, rò niệu quản.

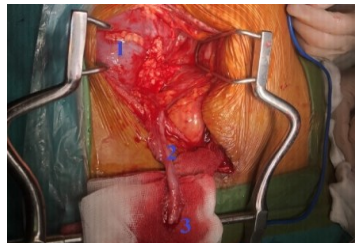
Kỹ thuật: Sửa chiều dài NQ phù hợp khoảng 10cm và chuẩn bị đầu tận NQ: 1cm cuối cùng

NQ được tách ra khỏi mạc treo và được xẻ dọc theo mặt dưới từ 8-10mm. Buộc đầu mạch máu NQ vị trí đầu xa tránh chảy máu sau khi cầm lại NQ-BQ. Giải phóng BQ khỏi lớp mỡ dưới phúc mạc mặt trước bên. Bơm NaCl 0,9% vào BQ (số lượng bằng dung tích BQ đã đo). Xác định vị trí cầm NQ vào BQ: mặt trước bên phải BQ. Dùng dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực đốt lớp mỡ mặt trước bên phải BQ để lộ lớp cơ BQ nơi sẽ cầm NQ vào BQ. Kỹ thuật thực hiện cầm niệu quản – bàng quang: Rạch lớp cơ 3cm cho tới lớp niêm mạc, tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ BQ. Khâu 2 mũi chỉ tiêu 5.0 vào hai góc trên và dưới của lỗ niêm mạc BQ với mép trên và dưới của đường xẻ NQ. Mở niêm mạc BQ ở phần thấp nhất của đường rạch, lỗ mở có kích thước tương đương với chiều dài đoạn xẻ đầu xa NQ. Luồn JJ vào trong lòng NQ: 1 đầu lên bề thận 1 đầu xuống BQ qua lỗ mở niêm mạc. Khâu vết mép trong miệng nối NQ-BQ. Mũi cuối cùng miệng nối được khâu toàn thể lớp cơ BQ. Đóng lại lớp cơ BQ, vùi NQ ở phía dưới. Để tránh NQ bị ép chặt trong đường hầm cơ BQ, chúng tôi luồn 1 panh có đường kính tương đương NQ đặt trong lòng đường hầm khi buộc. Đặt 02 dẫn lưu ổ mổ: một dẫn lưu hút liên tục dưới các miệng nối mạch máu và một dẫn lưu ở miệng nối NQ.



Đặt thận ghép vào ổ mổ.

- 1: Động mạch thận ghép dài, có vạt khuy áo;
- 2: Tĩnh mạch thận ghép dài, có một phần tĩnh mạch chủ dưới;
- 3: TMCN đã bộc lộ; 4: ĐMCN đã bộc lộ, được kéo sang một bên



Niệu quản dài lấy từ NCCN
1: Thận ghép tái tưới máu hồng; 2: Niệu quản dài; 3: Đầu niệu quản có nước tiểu sớm



Sau khi nối NQ- BQ

Hình 1: Ghép thận từ nguồn người cho chết não (NCCN)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thời gian lọc máu trước khi ghép của bệnh nhân

Thời gian lọc máu (CTNT)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Chưa CTNT	10	12,2
Lọc màng bụng	7	8,5
CTNT < 1 năm	29	35,4
CTNT 1 đến dưới 2 năm	13	15,9
CTNT 2 đến dưới 3 năm	7	8,5

CTNT ≥ 3 năm	16	19,5
Tổng	82	100

Nhận xét: Đa số các BN có lọc máu chu kỳ kéo dài, có các bệnh lý nội khoa kèm theo. BN lọc máu lâu nhất 18 năm (1BN). 12,2% các BN được ghép thận trước khi phải lọc máu Thời gian lọc máu trước ghép thận: 21,71±36,55 (0 – 216) tháng.

Bảng 2. Phân loại dung tích BQ của BN

Dung tích BQ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 100 ml	23	28%

> 100 ml	59	72%
Tổng số	82	100%

Nhận xét: Dung tích bàng quang nhỏ gặp khoảng ¼ các trường hợp, thường gặp ở những bệnh nhân vô niệu nhiều năm. Dung tích bàng quang trung bình là: 217,3 ± 101,4 ml nhỏ nhất 40ml, lớn nhất 350ml.

Bảng 3. Đặc điểm thành bàng quang người nhận thận

Đánh giá BQ trong mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành BQ đầy	28	34,1%
Thành BQ bình thường	54	65,9%

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật ghép thận

Đặc điểm	Trung bình	SD	Min	Max
Thời gian thiếu máu lạnh	57,20	28,20	15	130
Thời gian khâu nối TM	16,57	5,58	5	34
Thời gian khâu nối ĐM	15,13	6,09	5	40
Cắm NQ vào BQ	27,49	12,0	13	70
Thời gian phẫu thuật chung	139,91	25,58	90	187

Bảng 5. Biến chứng đường niệu sau ghép thận 3 tháng

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hẹp niệu quản thận ghép	3	3,66%
Lymphocele ổ mổ	1	1,22%
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	1,22%
Nhiễm khuẩn niệu	0	0%
Tổng số	5	6,1%

Nhận xét: 2 trong 3 trường hợp hẹp niệu quản cần tạo hình lại miệng nối; trường hợp còn lại được nong niệu quản. 1 TH Lymphocele và 1 TH nhiễm khuẩn vết mổ được điều trị nội khoa.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật cắm niệu quản thận ghép vào bàng quang đi ngoài bàng quang (Lich - Grégoir) có ưu điểm là lỗ mổ bàng quang nhỏ hơn nên làm giảm nguy cơ nhiễm trùng, rò nước tiểu và rút ngắn thời gian phẫu thuật so với kỹ thuật Politano - Leadbetter. Hơn nữa trong kỹ thuật của Lich - Grégoir chiều dài niệu quản cần thiết ngắn hơn nên cũng hạn chế được biến chứng thiếu máu nuôi niệu quản, ít có biến chứng hẹp niệu quản và không đòi hỏi bàng quang phải có dung tích lớn như kỹ thuật Politano - Leadbetter. Tuy nhiên kỹ thuật cắm niệu quản thận ghép vào bàng quang theo Lich - Grégoir nguyên bản có tỷ lệ biến chứng tiết niệu còn khá cao tới 13,3% theo Pleases và 10,3% theo Benoit.⁴ Do vậy, kỹ thuật cắm niệu quản thận ghép vào bàng quang theo Lich - Grégoir với 1 ống thông JJ làm nòng trong niệu quản đã được thực hiện nhằm giảm

thiểu các biến chứng tiết niệu sau ghép như rò nước tiểu, hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang.

Dung tích BQ của người nhận thận:

Dung tích BQ trung bình của người nhận: 217,3 ± 101,4 ml (n=82), lớn nhất là 350 ml, nhỏ nhất là 40 ml. Trong đó, dung tích BQ ≤ 100 ml có 23/82 TH (28%), dung tích > 100 ml có 59/82 TH (72%). 23/82 TH có dung tích BQ ≤ 100 ml đều có thời gian chạy TNTCK ≥ 2 năm. Ushigome và cộng sự thấy tỷ lệ BQ nhỏ chiếm 60% ở các trường hợp chạy TNTCK trên 10 năm.⁵ Volynchik sinh thiết thành BQ trước ghép thận ghi nhận 27% các TH có tình trạng xơ teo lớp cơ và viêm mạn tính lớp niêm mạc BQ, là yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn niệu và biến chứng tại chỗ cắm NQ-BQ sau ghép: rò nước tiểu, hẹp NQ.⁶ Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 bệnh nhân hẹp NQ sau mổ đều có dung tích BQ bình thường (300ml -350ml). Trong 23 trường hợp có dung tích BQ nhỏ chúng tôi không ghi nhận thấy có biến chứng đường tiết niệu sau mổ. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng các biến đổi tại thành BQ như viêm mạn tính, xơ teo niêm mạc... chủ yếu gây các biến chứng rò, hẹp niệu quản gián tiếp qua việc gây chặm liền miệng nối và nhiễm khuẩn tại chỗ miệng nối. Tuy nhiên các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn tốt, đồng thời miệng nối niệu quản được cắt bớt vừa đủ đảm bảo miệng nối có thể liền tốt nên đã hạn chế được ảnh hưởng từ các biến đổi của bàng quang như trên. Thời gian cắm NQ-BQ trong 82 TH của chúng tôi trung bình là 27,5 ± 12,0 phút, nhanh nhất 13 phút và lâu nhất 70 phút. Slagt và cộng sự (2013) với nhóm 100 TH cắm ngoài BQ theo L-G có thời gian trung bình là 15 (12-17) phút và nhóm 100 TH cắm trong BQ có thời gian trung bình 21 (18-25) phút, (p < 0,001).⁷ Trương Hoàng Minh (2018) với 71 TH có thời gian cắm trung bình 24,9 ± 5,6 (17 - 45) phút⁸ Trong nghiên cứu của Hoàng Khắc Chuẩn và cộng sự, nhóm 104 TH cắm NQ-BQ theo phương pháp L-G không có hỗ trợ nội soi có thời gian cắm trung bình 31.1 ± 0,7 phút, (17 - 60 phút).⁹ Nghiên cứu của Trịnh Minh Thanh (2019) thời gian cắm trung bình là 18,9 ± 3,8 (10 - 31).¹⁰

Biến chứng hẹp niệu quản và cách xử lý:

Nhóm BN của chúng tôi có tình trạng niệu quản lý tưởng. Chiều dài NQ thu được khi lấy thận trung bình là 16,8 ± 1,3cm ngắn nhất là 14cm dài nhất là 19 cm. 82/82 TH (100%) niệu quản đều được cắt sửa để chiều dài NQ khi ghép khoảng 10 cm. Đối với vấn đề ghép NQ-BQ, hiện nay các tác giả đều sử dụng kỹ thuật cắm NQ

ngoài BQ theo L-G. Phương pháp này dễ thực hiện, niệu quản lại được nằm trong lớp cơ bàng quang nên được nuôi dưỡng tốt, dễ liền sẹo, ít gây biến chứng rò nước tiểu hay hẹp niệu quản sau mổ. Hẹp niệu quản có thể xảy ra những ngày sau mổ 1 tháng thời điểm sau rút JJ là hay gặp nhất hoặc sau một thời gian dài do BK virus hoặc do thuốc thải ghép. Hẹp niệu quản 1/3 dưới sau ghép có 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,66%. 1 TH được nong niệu quản dưới màn tăng sáng, sau điều trị hết giãn niệu quản. 2 TH điều trị đặt JJ nhiều lần không hết giãn niệu quản, phải mổ tạo hình niệu quản. Theo tác giả Prudhomme nghiên cứu về mạch máu niệu quản thì đoạn bề thận niệu quản chỉ có thể nuôi dưỡng niệu quản trong đoạn 10cm tính từ bề thận. Do vậy nếu để niệu quản quá dài sẽ dẫn đến hẹp niệu quản trong ghép. Các tác giả Singapor trong hội nghị thận tiết niệu 2019 đề xuất nếu hẹp NQ ngắn 2-3 cm, hẹp sớm ngay sau rút JJ bị hẹp thì có thể điều trị bằng nong niệu quản dưới màn tăng sáng. Trường hợp nong niệu quản không có kết quả thì nên mổ nối niệu quản thận ghép với niệu quản cũ. Các trường hợp này hẹp niệu quản đoạn xa phải mổ trong nhóm nghiên cứu nguyên nhân gây hẹp do đoạn niệu quản thiếu máu nuôi gây xơ hẹp. Vì can thiệp ngay nên chức năng

thận không bị rối loạn. Trần Ngọc Sinh (2012) với 240 lần mổ / 238 TH, báo cáo tỷ lệ chảy máu phải mổ lại là 2/240 TH (0,83%), tụ dịch bạch huyết 4/240 TH (1,67%).³ Nghiên cứu của Đỗ Tất Cường và cộng sự (2012) có tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu sau ghép: 14/98 TH (14,28%), rò nước tiểu do hoại tử NQ: 4/98 TH (4,08%), chảy máu miệng nối NQ-BQ 2/98 TH (2,04%), hẹp miệng nối NQ-BQ: 1/98 TH (1,02%). Lempinem và cộng sự (2015) nghiên cứu biến chứng ngoại khoa từ 1670 TH ghép thận người lớn được cầm NQ-BQ theo phương pháp P-L thấy biến chứng ngoại khoa: 259 TH (15,5%), hẹp NQ: 53 TH (3,1%), tụ dịch bạch huyết: 39 TH (1,5%), chảy máu sau mổ: 36 TH (2,1%), tỷ lệ hẹp NQ ở nam giới cao gấp đôi nữ giới (2,4% so sánh với 1,2%, $p < 0,05$), và ngược lại, tỷ lệ rò nước tiểu ở nữ cao hơn nam (1,8% so sánh với 4%, $p < 0,025$) Moreno-Alarcón và cộng sự (2014) áp dụng kỹ thuật cầm L-G cải tiến có đặt JJ stent cho cả loạt 311 TH thấy nhóm 311 TH này có tỷ lệ biến chứng rò nước tiểu sau ghép thận thấp hơn hẳn nhóm 700 TH chỉ đặt JJ stent chọn lọc: 2% so với 7% ($p = 0,0001$). Nhóm nghiên cứu của Moreno-Alarcón kết luận: phương pháp cầm NQ-BQ L-G có đặt JJ stent là biện pháp tốt nhất để phòng tránh biến chứng tiết niệu sau mổ ghép thận.

Bảng 6. Tổng kết biến chứng tiết niệu phẫu thuật cầm NQ-BQ theo phương pháp L-G

Biến chứng	Trần Ngọc Sinh 2012	Đỗ Tất Cường 2012	Hoàng Khắc Chuẩn 2010	Trịnh Minh Thanh 2019	Nhóm nghiên cứu
Chảy máu nhiều phải mổ lại	2/240(0,83%)			1/85(1,2%)	0/82(0%)
Máu tụ ổ mổ				2/85(2,4%)	1/82(1,22%)
Rò nước tiểu	6/240(2,5%)	4/98(4,08%)	4/123(3,3%)	0/85(0%)	0/82(0%)
Hẹp NQ	0/240(0%)	1/98(1,02%)	0/123(0%)	1/85(1,2%)	3/82(3,66%)
Lymphocele ổ mổ	4/240(1,67%)			2/85(2,4%)	1/82(1,22%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	0/238(0%)		0/123(0%)	0/85(0%)	1/82(1,22%)
Nhiễm khuẩn niệu		14/98(14,28%)	7/123(5,7%)	0/85(0%)	0/82(0%)
Số lượng (n)	12/240 TH	19/98 TH	11/123 TH	6/85 TH	6/82 TH
Tỷ lệ (%)	5%	19,4%	8,9%	7,1%	7,3%

Tỷ lệ biến chứng tiết niệu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng các tác giả khác ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cầm niệu quản vào bàng quang đối với thận lấy từ người cho chết não cũng thuận lợi như với người cho sống, biến chứng thấp, dung tích bàng quang không ảnh hưởng đến chức năng thận ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nguyên Vũ** (2014). Đánh giá kết quả lấy, rửa và ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức, Luận án tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Lê Anh Tuấn** (2011). Biến chứng của kỹ thuật trồng

lại niệu quản thận ghép vào bàng quang người nhận trong ghép thận tại bệnh viện 103. Y học thực hành, số 769, 770, VUNA Huế 6-2011, 32-34

3. **Trần Ngọc Sinh, Chu Văn Nhuận, Dương Quang Vũ và cộng sự** (2012). Kết quả phẫu thuật 238 trường hợp ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2012. Chuyên đề thận Niệu, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (3), 358-368.
4. **Benoit G. et al**: Insertion of a double pigtail ureteral stent for the prevention of urological complications in renal transplantation: a prospective randomized study. J Urol, 1996, 156, pp.881-884
5. **Ushigome H., Sakai K., Suzuki T., et al.** (2008). Kidney transplantation for patients on long-term hemodialysis. Transplant Proc, 40(7), pp. 2297-8
6. **Volynchik E. P., Alyaev Y. G., Enikeev M. E., et al** (2002). Morphological examinations of

- donor's bladder wall and the ureter in kidney transplantation. *Transplant Proc*, 34(7), pp. 2774
7. **Slagt I.K.B, Klop K.W.J, Ijzermans J.N.M. et al** (2012). Intravesical Versus Extravesical Ureteroneocystostomy in Kidney Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transplantation* 2012, 94: 1179-1184.
 8. **Trương Hoàng Minh** (2018). Nghiên cứu kết quả của phương pháp trồng niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Grégoir cải biên trên bệnh nhân ghép thận từ người cho sống, Luận án tiến sĩ y học, HVQY.
 9. **Hoàng Khắc Chuẩn, Trần Trọng Trí, Nguyễn Thị Thái Hà và cs** (2010). Nội soi hỗ trợ kỹ thuật Lich – Grégoir cải biên trên thận ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 375, tháng 11, số 2/2010, 520-527
 10. **Trình Minh Thanh**, 2019. Kết quả áp dụng kỹ thuật nối niệu quản – bàng quang theo phương pháp Lich-Grégoir cải tiến trong ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai. Luận án chuyên khoa cấp 2, ĐHY Hà Nội

CUNG NÁCH: ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU VÀ Ý NGHĨA TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

"Cung nách" hay còn được biết đến là "Cung Langer", được mô tả lần đầu tiên vào năm 1783 nhưng cho đến năm 1846 mới được Langer làm rõ ràng. Cung nách được tìm thấy ở khoảng 7% các trường hợp, thậm chí có nghiên cứu, tỷ lệ gặp lên tới 27%. Nó thường bắt nguồn từ cơ lưng rộng, chạy qua vùng nách dưới dạng bó cơ hoặc gân. Nó không có chức năng chính thức nên có nhiều biến thể về nguyên ủy, bám tận và đường đi. Điều quan trọng là các bác sĩ phẫu thuật phải biết về biến thể giải phẫu này. Khi cung nách xuất hiện trong cuộc phẫu thuật, nó phải được chia tách hợp lý nhằm bộc lộ hết các tổ chức bên dưới tránh phẫu thuật sót hạch hoặc u và bảo tồn được cấu trúc mạch, bạch huyết và thần kinh có liên quan. **Từ khóa:** Cung nách, Cung Langer.

SUMMARY

AXILLARY ARCH: ANATOMY AND SIGNIFICANCE IN CLINICAL PRACTICE

"Axillary arch" (AA), also known as "Langer arch", originally described in 1783 and confirmed by Langer in 1846. The presence of the arch in approximately 7% of individuals, even a prevalence of up to 27%. It commonly arises from the latissimus dorsi and extends variably across the axilla as muscular or tendinous bundles, but since it has no functional significance, many variations in origin, insertion, course and size may occur. It is important that surgeons operating in the axilla are aware of this not uncommon anatomical variant. When present, axillary arch should always be accurately identified and formally divided to allow adequate exposure of axillary contents in order to achieve a complete lymphatic dissection and preserve vascular, lymphatic and nervous structures.

Keywords: Axillary arch, Langer arch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung nách là một dị thường giải phẫu khá phổ biến, thường xuất phát từ cơ lưng rộng và kéo dài đến cơ ngực lớn. Khi di chuyển qua nách, nó có thể che khuất các hạch bạch huyết ở nách dẫn đến việc bỏ sót hạch khi cắt bỏ và có thể gây tái phát khối u. Sự hiện diện của nó có thể làm phức tạp các ca phẫu thuật như vét hạch nách, tái tạo vú bằng vật cơ lưng rộng. Hiểu biết về giải phẫu và các biến thể của cung nách có vai trò quan trọng trong thực hành y tế, giúp mang lại phương pháp điều trị an toàn và chất lượng tốt cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi thực hiện bài viết này từ việc tổng hợp các kiến thức từ những nghiên cứu quốc tế, giúp cung cấp cho các bác sĩ thực hành lâm sàng thêm những thông tin về "cung nách".

II. GIỚI THIỆU

"Cung nách" (Axillary arch -AA) còn được biết đến với các tên gọi như "Cung cơ nách" (Muscular axillary arch), "Cung Langer" (Langer arch) hay "Cơ Langer" (Langer's muscle)... Đây là một cơ hoặc một dây gân cơ có nguồn gốc từ cơ lưng rộng bám vào các cơ, gân, màng gân hoặc các cấu trúc giải phẫu khác ở nách.¹ Cung nách lần đầu tiên được mô tả lần đầu tiên vào năm 1783, nhưng phải đến năm 1846, Langer mới mô tả chi tiết và làm rõ ràng về chi tiết giải phẫu dị thường này¹. Trên lâm sàng, AA nên được nghĩ đến khi khám thấy một phần nhô ra không xác định ở nách (khi bệnh nhân nâng và dạng vai). Đôi khi các bác sĩ có thể nhầm lẫn nó với hạch hoặc khối u vùng nách². Trong phẫu thuật, khi không nhận biết được AA, các bác sĩ phẫu thuật có thể bóc tách rộng rãi dẫn đến tổn thương đám rối cánh tay hoặc động mạch nách. Do đó các nhà lâm sàng luôn phải lưu ý đến khả năng

¹Bệnh Viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023