

- 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 vạt 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 biên khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

hiện diện của AA.

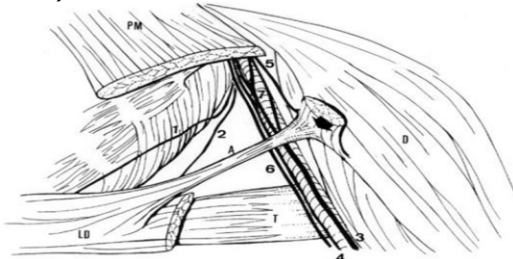


Hình 1. Cung nách được phát hiện trong quá trình phẫu thuật²

Đa số các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gặp AA khoảng 7% các trường hợp, nhưng có những nghiên cứu tỷ lệ này lên tới 27%^{3,4}. Cung nách phổ biến ở người da vàng (10.8%) hơn là người da trắng (3.5%), gặp nhiều ở phụ nữ hơn nam giới^{3,5,6}. Thông thường, AA có ở cả 2 bên nách nhưng cũng có những trường hợp chỉ gặp ở 1 bên⁴. Nguồn gốc phôi thai học của AA chưa được xác định rõ ràng, đa số chấp nhận rằng nó được hình thành từ lớp cơ mỏng dưới da (panniculus carnosus)². Ở động vật có vú bậc thấp, đặc biệt là loài gặm nhấm, cấu trúc này rất phát triển và tạo thành nhóm cơ ngực. Tuy nhiên ở loài linh trưởng bậc cao và con người, cấu trúc này thoái triển nhằm tạo điều kiện cho chi trên chuyển động linh hoạt hơn².

III. GIẢI PHẪU CUNG NÁCH

Về mặt giải phẫu, AA chạy gần các mạch, thần kinh vùng nách. Vì vậy, có thể gây chèn ép thần kinh, mạch máu vùng này gây đau mạn tính, thiếu máu chi hoặc huyết khối tắc mạch⁷. Cung nách thường bắt nguồn từ cơ lưng rộng với khoảng gần 90%, ở dạng bó cơ hoặc gân. Ngoài ra nó có thể có nguyên ủy từ cơ tam đầu (3,6%) hay cơ răng trước (4.5%)⁶. Cung nách có thể bám tận ở nhiều vị trí khác nhau trong đai vai, thường gặp nhất là cơ ngực lớn (35.2%), tiếp đến là mỏm quạ (19.8%), cơ quạ - cánh tay (15.9%)...⁶.



Hình 2. Hình vẽ mô tả cung nách⁴ có nguyên ủy từ cơ lưng rộng (LD) và bám tận tại điểm bám vào xương cánh tay (mũi tên) của cơ ngực lớn (PM)

T – Cơ tròn lớn; D – Cơ delta; A – Cung nách; 1 – Thần kinh ngực dài; 2 – Thần kinh ngực lưng; 3 – Thần kinh giữa; 4 – Thần kinh trụ; 5 – Thần kinh cơ bì; 6 – Thần kinh bì căng tay trong; 7 – Động mạch nách

Nguồn cấp máu cho AA là các động mạch ngực ngoài trong khi thần kinh chi phối xuất phát từ thần kinh ngực lưng, thần kinh ngực trong hoặc các nhánh xuyên của thần kinh liên sườn thứ 2 và thứ 3^{3,4,8}.

Do có nhiều nguyên ủy và bám tận khác nhau nên AA có rất nhiều biến thể trên lâm sàng khiến các bác sĩ bối rối nếu chưa hiểu về nó. Có nhiều hệ thống phân loại khác nhau được sử dụng để mô tả giải phẫu của AA. Vào năm 1884, Testut đề xuất chia AA thành hai loại: Loại hoàn chỉnh gồm các AA bắt đầu từ cơ lưng rộng và kết thúc ở cơ ngực lớn; Loại không hoàn chỉnh gồm các AA cũng bắt nguồn từ cơ lưng rộng nhưng kết thúc ở các cấu trúc giải phẫu khác như mỏ quạ, cơ ngực nhỏ, cơ nhị đầu cánh tay...⁹ Tuy nhiên phân loại này sẽ bỏ qua các trường hợp AA không xuất phát từ cơ lưng rộng hay kết thúc ở nhiều điểm bám. Do đó, Jeleu và cộng sự đã gợi ý một phân loại mới, chia AA thành "nhóm nông" và "nhóm sâu" dựa vào mối liên hệ của nó với các bó mạch thần kinh¹. Nhóm nông gồm các AA có cấu trúc cổ điển (kéo dài từ cơ lưng rộng tới các cấu trúc xung quanh phần trên xương cánh tay) và bắt chéo trước bó mạch thần kinh có thể bị ảnh hưởng. Nhóm sâu gồm các AA nằm sâu tại thành nách ngoài và sau, bắt chéo qua cách bó mạch thần kinh và thần kinh nách, thần kinh quay¹. Một nghiên cứu ở Nhật Bản, các tác giả lại chia AA thành 2 nhóm dựa trên bản chất của thành phần của nó: Nhóm 1 - Cấu trúc cơ; Nhóm 2 - Cấu trúc gân¹⁰.

IV. Ý NGHĨA LÂM SÀNG CỦA CUNG NÁCH

Cung nách là một dị thường về giải phẫu nên có thể gây ra nhầm lẫn lúc thăm khám lâm sàng hoặc trong quá trình phẫu thuật tại vùng nách. Sự xuất hiện của cơ hoặc gân của AA có thể cản trở việc bộc lộ vùng phẫu thuật gây ra khó khăn để tiếp cận các nhóm hạch bạch huyết bên dưới từ đó khiến cho các nhà phẫu thuật không vét được hạch một cách triệt để. Hơn nữa, không nhận định được AA cũng như các nguồn mạch cấp máu hay thần kinh chi phối của nó có thể khiến cho các nhà phẫu thuật không thực hiện cầm máu tốt hay gây tổn thương các dây thần kinh khi thực hiện phẫu thuật⁸. Ngoài ra, khả năng tiếp cận phẫu thuật bắc cầu sử dụng mạch nách cũng bị ảnh hưởng nếu không xác định được

AA. Trong tái tạo vú bằng cơ lưng rộng, sau khi nâng vạt cơ lên, nó sẽ được xoay lại để đặt đúng vị trí. Một số trường hợp có sự hiện diện của AA gây chèn ép các cấu trúc mạch máu và thần kinh cung cấp cho vạt cơ dẫn đến hội chứng kẹt hoặc hoại tử mô do thiếu máu cục bộ⁸.

Cung nách cũng có thể là mối liên hệ trực tiếp của nhiều cấu trúc ở nách, chẳng hạn như bó mạch thần kinh vùng ngực, đám rối cánh tay, các thần bạch huyết bên hoặc tĩnh mạch nách. Những cấu trúc này có thể gặp nguy hiểm nếu sự hiện diện của AA không được xem xét đến, gây ra huyết khối hoặc tổn thương thần kinh hay phù bạch huyết⁸. Một số các tổn thương gây ra bởi AA chèn ép dây thần kinh như: hội chứng giàng quá mức (hyperabduction syndrome) do chèn ép các bó của đám rối cánh tay ở vị trí mỏm quạ; hội chứng lối thoát ngực (thoracic outlet syndrome) do chèn ép đám rối cánh tay khi đi qua "lối ra của lồng ngực". Huyết khối tĩnh mạch sâu chi trên gây ra bởi AA thường được chẩn đoán là huyết khối không rõ nguyên nhân do những hạn chế can thiệp hình ảnh tại vùng này, từ đó bệnh nhân không được xử trí triệt để căn nguyên.

V. KẾT LUẬN

Cung nách là một biến thể giải phẫu phức tạp với nhiều nguyên ủy và bám tận cũng như mạch cấp máu và thần kinh chi phối. Do đó, các nhà lâm sàng, đặc biệt là các bác sĩ phẫu thuật cần nắm rõ được giải phẫu của nó để có những xử lý chính xác trong các cuộc mổ như vét hạch nách hay tái tạo vú bằng vạt cơ lưng rộng để tránh việc bỏ sót tổn thương cũng như gây ra các biến chứng không đáng có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jelev L, Georgiev GP, Surchev L.** Axillary arch in human: Common morphology and variety. Definition of "clinical" axillary arch and its classification. *Ann Anat - Anat Anz.* 2007;189(5): 473-481. doi:10.1016/j.aanat. 2006.11.011
2. **Besana-Ciani I, Greenall MJ.** Langer's axillary arch: Anatomy, embryological features and surgical implications. *The Surgeon.* 2005;3(5): 325-327. doi: 10.1016/S1479-666X(05) 80111-8
3. **Bonastre V, Rodríguez-Niedenführ M, Choi D, Sañudo JR.** Coexistence of a pectoralis quartus muscle and an unusual axillary arch: case report and review. *Clin Anat N Y N.* 2002;15(5):366-370. doi:10.1002/ca.10053
4. **Mérida-Velasco JR, Rodríguez Vázquez JF, Mérida Velasco JA, Sobrado Pérez J, Jiménez Collado J.** Axillary arch: potential cause of neurovascular compression syndrome. *Clin Anat N Y N.* 2003;16(6): 514-519. doi:10.1002/ca.10143
5. **Bergman RA.** Doubled pectoralis quartus, axillary arch, chondroepitrochlearis, and the twist of the tendon of pectoralis major. *Anat Anz.* 1991;173(1):23-26.
6. **Couceiro TC de M, Valença MM, Raposo MCF, Orange FA de, Amorim MMR.** Prevalence of post-mastectomy pain syndrome and associated risk factors: a cross-sectional cohort study. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses.* 2014;15(4): 731-737. doi: 10.1016/j.pmn.2013.07.011
7. **Le Bouedec G, Dauplat J, Guillot M, Vanneville G.** [The axillopectoral muscle]. *J Chir (Paris).* 1993;130(2):66-69.
8. **Daniels IR, Rovere GQD.** The axillary arch of Langer – The most common muscular variation in the axilla. *Breast Cancer Res Treat.* 2000;59(1):77-80. doi:10.1023/A:1006367904056
9. **Testut Léo.** Les Anomalies Musculaires Chez l'homme: Expliquées Par l'anatomie Comparée Leur Importance En Anthropologie. Masson; 1884.
10. **Takafuji T, Igarashi J, Kanbayashi T, et al.** [The muscular arch of the axilla and its nerve supply in Japanese adults]. *Kaibogaku Zasshi.* 1991;66(6):511-523.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Vân Anh¹, Đỗ Trung Quân²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh

Email: bsvananhbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh u tuyến yên và kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 56 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u tuyến yên theo tiêu chuẩn lựa chọn, được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2023. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 56 BN u tuyến yên được khám lâm sàng, xét nghiệm hormon tuyến yên trước