

Thời gian liền xương trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 10.39 ± 2.73 tuần. Kết quả này của chúng tôi tương tự với các tác giả nước ngoài như Yuelei Zhang⁴: thời gian liền xương trung bình 10.1 ± 1.4 tuần, Mun-Sik Ko⁵: liền xương trung bình 8.8 ± 1.0 tuần và không có chậm liền xương hay khớp giả, Pramod Devkota⁶: thời gian liền xương trung bình 15.35 ± 3.08 tuần (dao động từ 12 đến 20 tuần).

Chiều dài sẹo mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 2.5 ± 1 cm. Vì xâm lấn tối thiểu nên đường mổ cũng bé hơn so với mổ mở, mức độ mất máu cũng ít hơn. Theo như Yuelei Zhang⁴ số lượng mất máu trung bình 25 ± 5 ml.

Đánh giá theo thang điểm Constant. Chức năng khớp vai sau 9 tháng chủ yếu là rất tốt và tốt chiếm 87,5%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nước ngoài như: Yuelei Zhang⁴: Điểm Constant trung bình 99 ± 1.8 . Điểm DASH trung bình 3.8 ± 2.9 . Mun-Sik Ko⁷: Điểm Constant trung bình 99.1 ± 1.2 . Pramod Devkota⁶: Thang điểm Constant-Murley trung bình sau 4 tháng là $74,82 \pm 6,36$. Điểm DASH trung bình 9.94 ± 1.55 sau 4 tháng.

Christian Michelitsch và cộng sự⁸. (2023) nghiên cứu đánh giá hồi cứu từ năm 2001 đến năm 2021, 908 ca kết hợp xương nẹp vít có 42 ca thực hiện bằng phương pháp ít xâm lấn. Tuổi trung bình 44 ± 15 tuổi, thời gian mổ trung bình 63 ± 28 phút. 27 bệnh nhân theo dõi trong tối thiểu 14 tháng thì thấy 26 bệnh nhân liền xương hoàn toàn, 1 bệnh nhân bị khớp giả. Tất cả đều không đau và trở lại công việc bình thường. Tháo nẹp sau 17 ± 8 tháng.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương nẹp vít khóa xâm lấn tối thiểu là một phương pháp kết hợp xương với nhiều ưu điểm về đường mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, bảo tồn tối đa nuôi dưỡng ổ gãy giúp cải thiện khả năng liền xương, từ đó cho phép tập phục hồi chức năng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (1994), "Gãy xương đòn", Bệnh học ngoại khoa, 4, NXB Y học, tr. 20-22
2. Vitor La Banca, Guilherme Henrique Viera Lima (2024): Complications and clinical outcomes with minimally invasive plate osteosynthesis (MIPO) technique for midshaft clavicle fractures: a systematic review and meta-analysis, JSES International, Volume 8, Issue 2, 257 – 267.
3. Canadian Orthopaedic Trauma Society: Nonoperative treatment compared with plate fixation of displaced midshaft clavicular fractures. A multicenter, randomized clinical trial. J joint bone Surg Am. 2007 Jan;89(1):1-10.
4. Yuelei Zhang, Jun Xu. Minimally invasive plate osteosynthesis for midshaft clavicular fractures using superior anatomic plating. J Shoulder Elbow Surg 2016 Jan;25(1).
5. Mun-Sik Ko, Kwang-II Ri. Minimally invasive plate osteosynthesis of clavicular midshaft fractures under insertion guide; Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2021;27(5):552-557.
6. Pramod Devkota, Balakrishnan M.Acharya. Minimally-Invasive Plate Osteosynthesis for Clavicle Fractures. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2022 Apr; 57(2): 295-300.
7. Nguyễn Trung Phú Thịnh (2007): Đánh giá điều trị bảo tồn gãy xương đòn ở người lớn bằng đai số 8 cài tiến, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. Christian Michelitsch, Frank Beeres. Minimally invasive plate osteosynthesis for clavicle fractures. Oper Orthop Traumatol 2023 Apr;35(2):92-99

THOÁT VỊ HOÀNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN TẠO HÌNH VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Đoàn Trọng Tú¹, Nguyễn Văn Cương¹, Khổng Văn Quang¹

TÓM TẮT

Các kỹ thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu được phát triển trong thập kỷ qua và được tiếp tục cải tiến. Ưu điểm của phương pháp này là ít đau sau mổ và rút ngắn thời gian hồi phục. Thoát vị hoành sau phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu là biến chứng hiếm gặp từng được mô tả. Trong báo cáo này, chúng

tôi báo cáo trường hợp thoát vị hoành sau một thời gian phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vết hạch tạo hình. **Từ khóa:** Thoát vị hoành, phẫu thuật nội soi cắt thực quản tạo hình.

SUMMARY

DIAPHRAGMATIC HERNIA AFTER MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY AND A LITERATURE REVIEW

Minimally invasive techniques for performing esophagectomy have been developed over the last decade, and techniques continue to be refined. The proposed advantages of minimally invasive approaches are reduced post operative pain, and more rapid recovery following esophagectomy.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú

Email: trongtubvk2@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

Diaphragmatic hernia after minimally invasive esophagectomy is an uncommon complication, although it has been described previously. In our case report, we describe the development of a major diaphragmatic hernia after esophagectomy performed using a combined laparoscopic and thoracoscopic approach. **Keywords:** Diaphragmatic hernia, Minimally invasive esophagectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1996, Luketich là người đầu tiên đã thực hiện cắt thực quản qua nội soi ngực bụng làm miệng nối ở cổ và đến năm 2003 đã thực hiện được 222 trường hợp (1). Từ đó đến nay đã có nhiều báo cáo khác về phẫu thuật nội soi cắt thực quản ngực bụng. Các báo cáo đều cho thấy phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản giúp giảm lượng mất máu, giảm biến chứng phổi sau phẫu thuật, giảm số ngày nằm viện... Thoát vị hoành sau phẫu thuật cắt thực quản là biến chứng hiếm gặp. Theo báo cáo tổng hợp của Benjamin và cộng sự năm 2015, tỉ lệ thoát vị hoành sau cắt thực quản chung là 2.6% và tỉ lệ này là 4.5% với riêng nhóm cắt thực quản xâm lấn tối thiểu (2). Việc mở rộng khe hoành là yếu tố thuận lợi thoát vị hoành sau cắt thực quản. Nhân hai trường hợp thoát vị hoành sau mổ cắt thực quản nội soi ngực bụng chúng tôi tổng quan lại ý văn về vấn đề này.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân thứ nhất Lê Huy T, nam, 61 tuổi, bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản 1/3 dưới cT3N1M0 – ypT1N0M0 đã được hóa xạ tiền phẫu và phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vét hạch tạo hình bằng dạ dày cách 3 tháng, vào viện vì đau bụng cơn cách 4 giờ, bệnh nhân bí trung đại tiện không nôn không sốt. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh táo tiếp xúc được, không có hội chứng nhiễm trùng, bụng chướng hơi, có dấu hiệu rắn bò và dấu hiệu quai ruột nổi tập trung vùng hạ sườn phải. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính có hình ảnh thoát vị hoành trái, nội dung thoát vị nghi nhiều đến đại tràng, ruột non và quai đại tràng giãn chứa dịch khí.

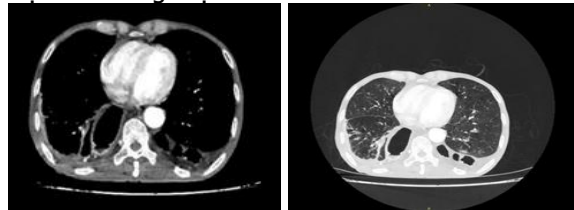


Hình 1: CT thoát vị hoành trái bệnh nhân Lê Huy T.

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột – thoát vị hoành/ Ung thư thực quản đã điều trị, được

chỉ định phẫu thuật. Đánh giá tổn thương trong mổ: thoát vị hoành hoành trái qua khe hoành đưa dạ dày lên tạo hình thực quản với nội dung thoát vị là đại tràng ngang và mạc nối lớn, ruột non và đại tràng phía trên giãn. Chúng tôi tiến hành giải phóng đưa đại tràng ngang lại vị trí ổ bụng và khâu phục hồi cơ hoành. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định và ra viện vào ngày thứ 7 sau phẫu thuật.

Bệnh nhân thứ hai là Phạm Văn T, nam, 63 tuổi, cách 7 tháng bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản 1/3 dưới pT1bN0M0, vào viện vì đau bụng cơn cách 1 ngày nôn buồn nôn nhiều bí trung đại tiện không sốt. Khám lâm sàng: bụng bệnh nhân chướng, sode dạ dày ra nhiều dịch mật, có dấu hiệu rắn bò và dấu hiệu quai ruột nổi, không có hội chứng nhiễm trùng, không có hội chứng thiếu máu. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính: thoát vị hoành trái qua khe thực quản 76x45mm bên trong có các quai ruột non ngấm thuốc tốt sau tiêm, giãn một số quai ruột non vùng mạn sườn trái.



Hình 1: CT thoát vị hoành trái bệnh nhân Phạm Văn T.

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột – thoát vị hoành trái/Ung thư thực quản đã điều trị và được chỉ định phẫu thuật. Tổn thương đánh giá trong mổ là lồng cơ hoành đưa dạ dày lên tạo hình thực quản rộng gây thoát vị với nội dung gây thoát vị là ruột non và đại tràng, trong đó có quai ruột non dính gấp góc gây tắc ruột hoàn toàn giãn các quai ruột phía thượng lưu. Chúng tôi tiến hành gỡ dính các quai ruột và đại tràng đưa lại vị trí ổ bụng, trong quá trình phẫu thuật đánh giá quai ruột non gấp góc thiếu dưỡng lâu ngày không có khả năng bảo tồn tiến hành cắt đoạn ruột non lập lại lưu thông tiêu hóa. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định rút dẫn lưu sau mổ 5 ngày và ra viện sau mổ 8 ngày.

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt thực quản, vét hạch là điều trị tiêu chuẩn với ung thư thực quản giai đoạn sớm hoặc ung thư thực quản T3 – T4, N0 – N(+) sau hóa xạ trị tiền phẫu. Việc phẫu thuật đòi hỏi phải mở rộng khe thực quản cơ hoành kèm theo chênh lệch áp suất khoang ổ bụng và khoang lồng ngực là yếu tố thuận lợi dẫn đến thoát vị

hoành sau phẫu thuật. Đây là một biến chứng hiếm gặp sau phẫu thuật cắt thực quản. Tác giả Benjamin và cộng sự báo cáo trong số 120 ca cắt thực quản, vết hạch ít xâm lấn từ năm 2006 đến năm 2013 có 5.8% (7 bệnh nhân) sau phẫu thuật phát hiện thoát vị hoành dựa trên chẩn đoán hình ảnh và trong đó có 5 (71.4%) bệnh nhân phải tiến hành phẫu thuật (2). Cũng theo tác giả Benjamin phân tích tổng hợp 11 báo cáo với 4669 ca cắt thực quản trong đó có 756 ca cắt thực quản ít xâm lấn, tỉ lệ thoát vị hoành chung sau cắt thực quản phẫu thuật mở và phẫu thuật ít xâm lấn là 2.6%; còn tính riêng cắt thực quản ít xâm lấn tỉ lệ này là 4.5% (2). Người ta đã đưa ra giả thuyết rằng các kỹ thuật ít xâm lấn dẫn đến ít dính sau phẫu thuật trong ổ bụng hơn so với các phương pháp mở, do đó làm tăng nguy cơ phát triển thoát vị hoành. BMI ở bệnh nhân thoát vị hoành sau cắt thực quản cao hơn với nhóm bệnh nhân không xảy ra thoát vị hoành (2). Theo tác giả Theolyn N Price, khe thực quản ở cơ hoành bị mở rộng cũng được xem xét là yếu tố thuận lợi dẫn đến thoát vị hoành sau mổ cắt thực quản (3). Một số tác giả như Reich, Ganeshan... khuyến nghị nên khâu cố định dạ dày đưa lên tạo hình với trụ hoành hoặc khâu khép khe thực quản ở phía trước, tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy báo cáo chứng minh hiệu quả những biện pháp này (4,5). Tỉ lệ thực tế thoát vị hoành sau phẫu thuật cắt thực quản có thể cao hơn các báo cáo do một số thoát vị phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh và thời gian sống hạn chế ở nhóm bệnh nhân ung thư.

Thời gian từ khi phẫu thuật cắt thực quản đến khi phát hiện thoát vị hoành là khác nhau. Trong báo cáo tác giả Benjamin và cộng sự thời gian trung bình từ khi cắt thực quản đến lúc thoát vị hoành là 3.4 tháng, ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 45 tháng (2). Còn theo báo cáo của Daniel Vallböhmer thời gian này trung bình là 8 tháng (6). Báo cáo của chúng tôi hai ca lâm sàng phát hiện thoát vị hoành lần lượt sau 3 tháng và 7 tháng cắt thực quản nội soi.

Báo cáo của Daniel Vallböhmer thì tất cả các thoát vị hoành là ở bên trái với nội dung thoát vị là ruột non ở 6 bệnh nhân, đại tràng 1 bệnh nhân (6). B. L. Wille báo có 5 trường hợp thoát vị hoành sau cắt thực quản xâm lấn tối thiểu. Tất cả trường hợp báo cáo của Wille đều ở bên trái với nội dung thoát vị là mạc nối lớn với 1 trường hợp và 4 trường hợp còn lại là đại tràng ngang (7). Báo cáo Benjamin với 5 trường hợp thoát vị hoành trái với 4 trường hợp nội dung thoát vị là đại tràng ngang và 1 trường hợp là ruột non. Trong quá trình tổng hợp tài liệu, chúng tôi chưa

thấy báo cáo nào thoát vị hoành vào ngực phải sau cắt thực quản. Hai trường hợp báo cáo của chúng tôi đều thoát vị hoành bên trái với nội dung thoát vị là ruột non và đại tràng ngang. Cả 2 trường hợp vào viện trong tình trạng biểu hiện tắc ruột trên lâm sàng.

Trong 2 trường hợp chúng tôi báo cáo đều thấy nội dung thoát vị qua khe thực quản cơ hoành rộng và xử lý thương tổn trong mổ là đưa nội dung thoát vị trở lại ổ bụng và khâu phục hồi cơ hoành mà không cần đặt tấm lưới. Một trường hợp chúng tôi phải cắt đoạn ruột do thiếu dưỡng. Cả 5 trường hợp phẫu thuật thoát vị hoành được báo cáo bởi Benjamin đều đưa được nội dung thoát vị trở lại ổ bụng, 3 trường hợp khâu phục hồi lại cơ hoành và 2 trường hợp cần sử dụng đặt tấm lưới do lỗ thoát vị lớn, không bệnh nhân nào cần cắt đoạn ruột và sau 23 tháng có 1 bệnh nhân tái phát trở lại được tiến hành phẫu thuật lại (2). Tất cả bệnh nhân báo cáo của B. L. Wille đều được phẫu thuật khâu phục hồi cơ hoành bằng chỉ đơn thuần, không trường hợp nào phải cắt đoạn ruột và không trường hợp nào phải đặt tấm lưới (7). Bảy bệnh nhân báo cáo của Daniel Vallböhmer thì có 6 bệnh nhân khâu phục hồi cơ hoành đơn thuần và 1 bệnh nhân phải dùng đặt tấm lưới, có 1 bệnh nhân cắt đoạn hồng tràng lập lại lưu thông tiêu hóa do thiếu dưỡng. Kent và cộng sự báo cáo tỉ lệ tái phát thoát vị hoành sau phẫu thuật phục hồi cơ hoành lần 1 là 29% (6/ 22 bệnh nhân sau phẫu thuật phục hồi cơ hoành lần 1) (8). Hai trường hợp của chúng tôi theo dõi sau mổ phục hồi cơ hoành lần lượt 6 tháng và 8 tháng hiện chưa phát hiện tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị hoành sau phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu là một biến chứng hiếm gặp ở trên các bệnh nhân BMI cao, khe thực quản cơ hoành rộng. Cần theo dõi và xử lý sớm tránh nghẹt ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, Christie NA, McCaughan JS, Little VR, et al.** Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients. *Ann Surg.* 2003 Oct;238(4):486–94; discussion 494–495.
2. **Benjamin G, Ashfaq A, Chang YH, Harold K, Jaroszewski D.** Diaphragmatic hernia post-minimally invasive esophagectomy: a discussion and review of literature. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg.* 2015 Aug;19(4):635–43.
3. **Price TN, Allen MS, Nichols FC, Cassivi SD, Wigle DA, Shen KR, et al.** Hiatal hernia after esophagectomy: analysis of 2,182 esophagectomies from a single institution. *Ann*

4. Reich H, Lo AY, Harvey JC. Diaphragmatic hernia following transhiatal esophagectomy. Scand J Thorac Cardiovasc Surg. 1996;30(2):101–3.
5. Ganeshan DM, Correa AM, Bhosale P, Vaporciyan AA, Rice D, Mehran RJ, et al. Diaphragmatic hernia after esophagectomy in 440 patients with long-term follow-up. Ann Thorac Surg. 2013 Oct;96(4):1138–45.
6. Vallböhmer D, Hölscher AH, Herbold T, Gutschow C, Schröder W. Diaphragmatic hernia after conventional or laparoscopic-assisted transthoracic esophagectomy. Ann Thorac Surg. 2007 Dec;84(6):1847–52.
7. Willer BL, Worrell SG, Fitzgibbons RJ, Mittal SK. Incidence of diaphragmatic hernias following minimally invasive versus open transthoracic Ivor Lewis McKeown esophagectomy. Hernia J Hernias Abdom Wall Surg. 2012 Apr;16(2):185–90.
8. Kent MS, Luketich JD, Tsai W, Churilla P, Federle M, Landreneau R, et al. Revisional surgery after esophagectomy: an analysis of 43 patients. Ann Thorac Surg. 2008 Sep;86(3):975–83; discussion 967–974.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TỔN THƯƠNG THẬN THÔNG QUA CHỈ SỐ EGFR VÀ UACR TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2024 – 2025

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Bùi Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thu Trang²
Nguyễn Thái Hà Dương², Nguyễn Thị Thuý Mậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tổn thương thận thông qua hai chỉ số mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) và tỉ số albumin/creatinin niệu (uACR) trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa tổn thương thận và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 215 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. Các thông tin được thu thập bằng phỏng vấn, khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 27.0. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có eGFR < 60 mL/phút/1,73 m² là 17,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có uACR ≥ 30 mg/g là 24,2%. Khi kết hợp cả hai chỉ số, tỷ lệ tổn thương thận là 34,4%. Có mối liên quan giữa tình trạng tổn thương thận với số năm tăng huyết áp, tăng acid uric máu, rối loạn lipid máu và một số chỉ số cận lâm sàng. **Kết luận:** Tỷ lệ tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 vẫn ở mức cao. Cần phối hợp đánh giá cả hai chỉ số eGFR và uACR trong sàng lọc tổn thương thận để tránh bỏ sót.

Từ khóa: eGFR, uACR, biến chứng thận, đái tháo đường típ 2.

SUMMARY

ASSESSMENT OF KIDNEY DAMAGE THROUGH EGFR AND UACR INDICATORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY, 2024–2025

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Mậu

Email: thuymauhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 4.7.2025

Objective: This study aimed to determine the prevalence of kidney damage in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) using two key indicators: estimated glomerular filtration rate (eGFR) and urine albumin-to-creatinine ratio (uACR). It also investigated the association between kidney damage and several related factors. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 215 patients with T2DM at the National Hospital of Endocrinology from October 2024 to April 2025. Data were collected through interviews, clinical examinations, and laboratory tests. Statistical analysis was performed using SPSS version 27.0. **Results:** The proportion of patients with eGFR < 60 mL/min/1.73 m² was 17.2%. The proportion with uACR ≥ 30 mg/g was 24.2%. When combining both criteria, the overall prevalence of kidney damage was 34.4%. Significant associations were found between kidney damage and factors such as duration of hypertension, elevated serum uric acid, dyslipidemia, and several laboratory parameters. **Conclusion:** The prevalence of kidney damage among patients with T2DM remains high. Simultaneous evaluation of both eGFR and uACR is essential in screening for kidney damage to avoid underdiagnosis.

Keywords: eGFR, uACR, kidney complications, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến và ngày càng gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2021 có khoảng 537 triệu người trưởng thành đang sống chung với đái tháo đường, trong đó ĐTĐ típ 2 chiếm hơn 90% tổng số ca bệnh [1]. Bệnh không chỉ gây tăng glucose máu kéo dài mà còn là nguyên nhân dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, trong đó có bệnh