

5. **Dương Minh Trí, Trần Việt An** (2021). "Tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi xã Mỹ Tú, Sóc Trăng năm 2020 - 2021". Tạp Chí Y học Việt Nam, số 42, tr 97 -102.
6. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn và chẩn đoán điều trị tiền đái tháo đường, 2020.
7. **Phạm Hữu Tiên** (2022). "Nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022". Tạp Chí Y học Việt Nam, số 2, tr 315 - 319.
8. **Gress TW, Nieto FJ, Shahar E, Wofford MR, Brancati FL**. Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis Risk in Communities Study. N Engl J Med. 2000 Mar 30;342(13):905-12.
9. **Trương Xuân Hùng** (2021) "Nghiên cứu tiền đái tháo đường trên đối tượng cán bộ chiến sĩ", Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, tr 146 - 155.

HỘI CHỨNG DÂY CHẴNG CUNG GIỮA Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Thị Diệu Thúy¹, Lưu Quang Vũ¹

TÓM TẮT

Hội chứng dây chằng cung giữa (MALS) là một tình trạng một bệnh lý mạch máu hiếm gặp. Trong hội chứng dây chằng cung giữa, dây chằng cung giữa chèn ép lên động mạch thân tạng, dẫn đến đau bụng mạn tính và các triệu chứng tiêu hóa. Tình trạng này chủ yếu gặp ở bệnh nhân trưởng thành và có thể điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật giải ép. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh được chẩn đoán MALS tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Bệnh nhi nữ 12 tuổi nhập viện vì đau bụng quanh rốn kéo dài 6 ngày, đau không liên quan đến bữa ăn, không nôn hay sụt cân. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có thuốc cản quang cho thấy hình ảnh hẹp 50-60% đoạn gốc động mạch thân tạng, gợi ý MALS. Do không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng của MALS, bệnh nhân được điều trị bệnh cấp tính kèm theo rồi theo dõi và không can thiệp phẫu thuật giải ép. Ca bệnh này cho thấy hội chứng dây chằng cung giữa có thể gặp ở trẻ em và được phát hiện tình cờ qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, can thiệp phẫu thuật không cần thực hiện khi bệnh nhân chưa có triệu chứng chèn ép trên lâm sàng.

Từ khóa: hội chứng dây chằng cung giữa, hội chứng chèn ép động mạch thân tạng, báo cáo ca bệnh

SUMMARY

MEDIAN ARCULATE LIGAMENT SYNDROME: A CASE REPORT

Median arcuate ligament syndrome (MALS) is a rare vascular condition. In MALS, the medial arcuate ligament compresses the celiac artery, leading to chronic abdominal pain and gastrointestinal symptoms. This condition is mainly seen in adults and can be effectively treated with surgical decompression. We report a case in which MALS was diagnosed incidentally through CT imaging. A 12-year-old girl was admitted to the hospital with 6 days of periumbilical abdominal pain that was unrelated to meals, without vomiting or weight loss. Abdominal computed

tomography (CT) with contrast showed 50-60% stenosis of the proximal celiac artery, suggesting MALS. Because there were no obvious clinical symptoms of MALS, the child was treated for the accompanying acute illness and monitored without surgical decompression. This case shows that median arcuate ligament syndrome can occur in children and is discovered incidentally by abdominal CT image, surgical intervention is not urgent when the patient has no clinical symptoms of compression.

Keywords: median arcuate ligament syndrome, celiac artery compression syndrome, case report.

I. TỔNG QUAN

Hội chứng dây chằng cung giữa (median arcuate ligament syndrome – MALS) còn gọi là hội chứng chèn ép động mạch thân tạng hoặc hội chứng Dunbar, được mô tả lần đầu tiên trên lâm sàng vào năm 1963 bởi Harjola.¹ Hội chứng này bao gồm một nhóm các triệu chứng gây ra bởi sự chèn ép của dây chằng cung giữa lên động mạch thân tạng.

MALS là một hội chứng hiếm gặp, tuy nhiên tỷ lệ mắc hội chứng này trong cộng đồng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc trên 400 người không triệu chứng cho thấy tỉ lệ phát hiện có hẹp động mạch thân tạng do dây chằng cung giữa chèn ép trên phim chụp cắt lớp vi tính là 4%.² Ở người lớn, MALS thường gặp ở nữ (với tỷ lệ nữ / nam là 4/1), tuổi thường gặp là 30-50 tuổi và có vóc dáng gầy.³ Trên đối tượng trẻ em, hội chứng dây chằng cung giữa cũng đã được mô tả trong một số nghiên cứu nhỏ lẻ, đơn trung tâm như một nguyên nhân gây ra đau bụng mạn tính. Kết quả của các nghiên cứu này cho thấy ở trẻ em, MALS cũng thường gặp trên trẻ nữ hơn trẻ nam, và hay gặp ở trẻ lớn hơn trẻ nhỏ.⁴

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhi được tình cờ phát hiện có hội chứng dây chằng cung giữa.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ nữ 12 tuổi, nặng 50 kg và cao 158 cm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

(BMI = 20 kg/m²), phát triển tâm thần vận động bình thường.

Trẻ không có tiền sử bệnh tật, vào viện vì đau bụng quanh rốn, diễn biến 6 ngày. Ban đầu trẻ xuất hiện triệu chứng đau bụng quanh rốn âm ỉ, kèm theo không đi đại tiện trong 4 ngày. Trẻ không buồn nôn, nôn, sốt hay sụt cân. Tại nhà trẻ đã được cho uống thuốc nhuận tràng trong 1 ngày, đi đại tiện được, đỡ đau bụng hơn. Sau đó 2 ngày, trẻ lại xuất hiện đau bụng quanh rốn quặn thành cơn, mỗi cơn khoảng 10-15 phút, nhiều cơn liên tục trong ngày, được gia đình đưa đến bệnh viện khám. Trẻ nhập viện với toàn trạng ổn định, thành bụng mềm, ấn đau quanh rốn, không có dấu hiệu cần can thiệp cấp cứu ngoại khoa. Trước đây trẻ có những lần đau bụng quanh rốn sau chơi thể thao, nhưng triệu chứng này không xảy ra thường xuyên và không ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày.

Tại thời điểm nhập viện, xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi cho kết quả bình thường, với số lượng bạch cầu là 7,57 G/L, nồng độ hemoglobin (Hgb) là 124 g/l. Các chỉ số sinh hóa máu gồm nồng độ ure, creatinin, hoạt độ AST, ALT, CRP, và điện giải đồ đều trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng phát hiện hình ảnh ruột thừa tăng kích thước (đường kính ngang 7 mm) không có dấu hiệu viêm điển hình, và vài hạch mạc treo vùng hố chậu phải. Để đánh giá tổn thương rõ hơn, chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang đã được chỉ định. Phim chụp cắt lớp vi tính cho thấy không có hình ảnh viêm ruột thừa, có vài hạch mạc treo hố chậu phải và quanh rốn (lớn nhất 13x6mm, bờ đều, ranh giới rõ) và hình ảnh hẹp 50-60% đoạn gốc động mạch thân tạng – gợi ý hội chứng dây chằng cung giữa (Hình 1).

Trẻ đã được chẩn đoán Viêm hạch mạc treo – Hội chứng dây chằng cung giữa. Trẻ được điều trị bằng Cefixime 3 ngày, trẻ hết đau bụng và được xuất viện về nhà theo dõi ngoại trú.

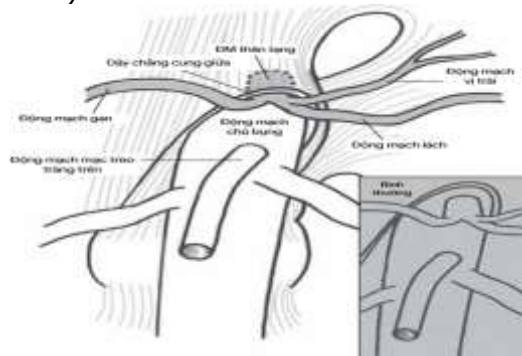


Hình 1. Lát cắt trên phim chụp cắt lớp vi tính cho thấy hẹp đoạn gốc động mạch thân tạng

III. BÀN LUẬN

Dây chằng cung giữa là một cung xơ vòng

qua phía trước động mạch chủ bụng và nối liền hai trụ của cơ hoành. Thông thường, dây chằng cung giữa vòng qua phía trên gốc của động mạch thân tạng nằm ở vị trí tương đương với đốt sống D11 đến L1. Tuy nhiên, đã có nhiều biến thể về vị trí giải phẫu của hai cấu trúc này được báo cáo trên y văn.⁵ Gốc động mạch thân tạng nằm cao hơn bình thường hoặc dây chằng cung thấp hơn bình thường đều có thể gây ra chèn ép (Hình 2).



Hình 2. Dây chằng cung giữa ở vị trí thấp đè lên động mạch thân tạng (so sánh với vị trí giải phẫu bình thường ở hình nhỏ bên cạnh)

(hình minh họa: Kim và cs, 2016)

Sự chèn ép của dây chằng cung giữa lên động mạch thân tạng dẫn đến tình trạng thiếu máu tạm thời mỗi khi động mạch này bị chèn ép do vận động của các cơ thành bụng. Bệnh nhân MALS có thể gặp các triệu chứng như đau bụng sau ăn hoặc sau vận động, buồn nôn, nôn, và sụt cân.^{3,6} Mặc dù tình trạng chèn ép động mạch thân tạng do dây chằng cung giữa có xảy ra ở 10-25% dân số nói chung, chỉ có khoảng 1% trong số đó xuất hiện các triệu chứng lâm sàng và cần phải can thiệp. Trên bệnh nhân của chúng tôi cũng không có triệu chứng lâm sàng nào có thể nghĩ tới hội chứng dây chằng cung giữa. Chỉ có tiền sử đau bụng sau vận động mạch của trẻ là có thể liên quan đến MALS, tuy nhiên triệu chứng này cũng không rõ ràng và hằng định.

Do hiếm gặp và các triệu chứng không đặc hiệu, chẩn đoán hội chứng dây chằng cung giữa thường là chẩn đoán loại trừ hoặc được phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh một cách tình cờ. Tiếp cận ban đầu là loại trừ các nguyên nhân gây đau bụng phổ biến hơn (như viêm loét dạ dày tá tràng, viêm tụy, bệnh gan mật, v.v.) thông qua khám lâm sàng kết hợp siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng, và nội soi dạ dày tá tràng. Trên CT và MRI ổ bụng có thể thấy được hình ảnh chèn ép động mạch thân tạng gây hẹp kết hợp với với có

hoặc không phình mạch sau đoạn hẹp.⁷ Các thăm dò đặc hiệu hơn có thể được chỉ định, bao gồm siêu âm Doppler mạch ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ dạng hình mạch máu chọn lọc. Các phương pháp này nên được thực hiện kết hợp với nghiệm pháp thử.³ Trên siêu âm Doppler sẽ thấy hình ảnh tốc độ máu qua động mạch thân tạng tăng lên trong thì thở ra rồi giảm đi hoặc trở về bình thường trong thì hít vào.³

Điều trị hội chứng dây chằng cung giữa chỉ được thực hiện ở những bệnh nhân có triệu chứng. Phẫu thuật giải ép động mạch thân tạng là phương pháp điều trị chính cho hội chứng này. Phương pháp phẫu thuật có thể là phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi, hoặc phẫu thuật với sự hỗ trợ của robot. Trong đó, phẫu thuật ít xâm lấn (nội soi hoặc sử dụng robot) được ưa chuộng hơn do ít biến chứng và bệnh nhân hồi phục nhanh hơn.⁶ Lựa chọn bệnh nhân để điều trị cũng là vấn đề quan trọng. Nghiên cứu của Reilly và cộng sự cho thấy kết quả điều trị tốt hơn ở những bệnh nhân có triệu chứng đau sau ăn, trong độ tuổi từ 40-60 và có sụt cân từ 9kg trở lên.⁴ Đau bụng thường giảm ngay sau khi phẫu thuật.⁶ Nếu triệu chứng vẫn còn tồn tại dai dẳng, các phương pháp can thiệp mạch như tạo hình, đặt stent mạch thân tạng hoặc bắc cầu có thể cần được sử dụng.³

Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân có biểu hiện của chèn ép động mạch thân tạng đáng kể (ước tính 50-60% diện tích lòng mạch) trên kết quả chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, trên lâm sàng bệnh nhân không có triệu chứng nào phù hợp với MALS. Vì vậy, sau khi hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa ngoại tiêu hóa và chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi lựa chọn theo dõi

và không can thiệp giải ép động mạch thân tạng cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng dây chằng cung giữa có thể gặp ở trẻ em với sự vắng mặt của các triệu chứng lâm sàng. Sự chèn ép động mạch thân tạng có thể được phát hiện tình cờ qua các thăm dò chẩn đoán hình ảnh khi khảo sát các nguyên nhân gây đau bụng. Điều trị giải ép nên được cân nhắc khi bệnh nhân có các triệu chứng chèn ép trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harjola PT. A Rare Obstruction Of The Coeliac Artery. Report Of A Case. Ann Chir Gynaecol Fenn. 1963;52:547-550.
2. Park CM, Chung JW, Kim HB, Shin SJ, Park JH. Celiac axis stenosis: incidence and etiologies in asymptomatic individuals. Korean J Radiol. 2001;2(1):8-13. doi:10.3348/kjr.2001.2.1.8
3. Kim EN, Lamb K, Relles D, Moudgill N, DiMuzio PJ, Eisenberg JA. Median Arcuate Ligament Syndrome—Review of This Rare Disease. JAMA Surg. 2016;151(5):471. doi:10.1001/jamasurg.2016.0002
4. Schweizer P, Berger S, Schweizer M, Schaefer J, Beck O. Arcuate ligament vascular compression syndrome in infants and children. J Pediatr Surg. 2005;40(10): 1616-1622. doi:10.1016/j.jpedsurg.2005.06.040
5. Loukas M, Pinyard J, Vaid S, Kinsella C, Tariq A, Tubbs RS. Clinical anatomy of celiac artery compression syndrome: a review. Clin Anat. 2007;20(6):612-617. doi:10.1002/ca.20473
6. Jimenez JC, Harlander-Locke M, Dutson EP. Open and laparoscopic treatment of median arcuate ligament syndrome. J Vasc Surg. 2012;56(3): 869-873. doi:10.1016/j.jvs.2012.04.057
7. Baskan O, Kaya E, Gungoren FZ, Erol C. Compression of the Celiac Artery by the Median Arcuate Ligament: Multidetector Computed Tomography Findings and Characteristics. Can Assoc Radiol J. 2015;66(3):272-276. doi:10.1016/j.carj.2015.01.001

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THÌ ĐẦU VẾT THƯƠNG GÂN GẤP VÙNG V CÁC NGÓN TAY DÀI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Lê Minh¹, Dương Đình Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Phân tích, mô tả đặc điểm tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài của nhóm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê Minh

Email: plminh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

bệnh nhân nghiên cứu; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thì đầu vết thương gân gấp vùng V các ngón tay dài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu theo dõi dọc. Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán bị tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài dựa trên dấu hiệu lâm sàng và phẫu thuật khâu phục hồi thì đầu vết thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,28, chủ yếu là nam giới với tỷ lệ 92,85%; trong độ tuổi lao động. Triệu chứng thường