

($p < 0,001$). Tương tự, HbA1c trung bình ở nhóm ĐTĐ là $7,7 \pm 2,1\%$, trung vị là $6,9\%$ so với nhóm không mắc ĐTĐ là $5,6 \pm 0,63\%$, trung vị $5,7\%$ cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong 189 bệnh nhân ĐTĐ tít 2, chúng tôi chia ra làm ba nhóm kiểm soát đường huyết dựa theo HbA1c, trong đó kiểm soát tốt khi HbA1c $\leq 6,5\%$ có 46 bệnh nhân chiếm 24%, kiểm soát ở mức chấp nhận được khi HbA1c từ $6,5 - 7,0\%$ có 62 bệnh nhân chiếm 33%, còn lại 43% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi kiểm soát đường huyết kém $> 7,0\%$ tương ứng 81 bệnh nhân. Đây cũng chính là những đối tượng được tiếp tục đưa vào nghiên cứu tiến cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

1,5-AG thấp rõ rệt ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2, nồng độ trung bình là $9,7 \pm 7,6\mu\text{g/ml}$, so với nhóm người không mắc ĐTĐ là $23,3 \pm 8,1\mu\text{g/ml}$, thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nhóm bệnh ĐTĐ tít 2, không có sự khác biệt nồng độ 1,5-AG theo giới, nồng độ lần lượt ở nam và nữ là: $9,1 \pm 7,7\mu\text{g/ml}$, $10,4 \pm 7,5\mu\text{g/ml}$ ($p = 0,184$). Nồng độ 1,5-AG ở đối tượng không mắc ĐTĐ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân theo nhóm tuổi, ở các độ tuổi < 40 , $40 - 49$, $50 - 59$, trên 60 tuổi, nồng độ lần lượt là $17,9 \pm 6,0\mu\text{g/ml}$, $22,7 \pm 7,8\mu\text{g/ml}$, $23,3 \pm 7,8\mu\text{g/ml}$, $24,0 \pm 8,5\mu\text{g/ml}$ ($p = 0,111$). Nghiên cứu áp dụng định lượng 1,5-AG trong thực hành lâm sàng bên cạnh HbA1c để đánh giá khả năng kiểm soát đường huyết, nhất là trong những trường hợp cần đánh giá ngắn hạn.

CẢM ƠN. Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh đã hỗ trợ

kinh phí để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. R. Whiting (2011)**, "IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030", *Diabetes Res Clin Pract.* 94(3), 311-21.
2. **S. E. Siegelaa (2010)**, "Glucose variability; does it matter?", *Endocr Rev.* 31(2), 171-82.
3. **D. E. Goldstein (2004)**, "Tests of glycemia in diabetes", *Diabetes Care.* 27(7), 1761-73.
4. **B. I. Freedman (2010)**, "Comparison of glycosylated albumin and hemoglobin A1c concentrations in diabetic subjects on peritoneal and hemodialysis", *Perit Dial Int.* 30(1), 72-9.
5. **W. J. Kim C. Y. Park (2013)**, "1,5-Anhydroglucitol in diabetes mellitus", *Endocrine.* 43(1), 33-40.
6. **Y. Wang (2012)**, "A study on the association of serum 1,5-anhydroglucitol levels and the hyperglycaemic excursions as measured by continuous glucose monitoring system among people with type 2 diabetes in China", *Diabetes Metab Res Rev.* 28(4), 357-62.
7. **Quỳnh Hoa Lương (2013)**, Đánh giá giá trị của fructosamine huyết thanh trong theo dõi hiệu quả điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2, Luận văn Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Thị Kìm Châu Đoàn, Thị Hồng Nhung Phạm Nguyễn Trọng Phú Trần (2016)**, "Nghiên cứu thực trạng kiểm soát đường huyết thông qua HbA1C và một số chỉ số khác trên bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại khoa khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2015 - 2016", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 8, 144 - 151
9. **Y. Wang (2017)**, "Serum 1,5-anhydroglucitol level as a screening tool for diabetes mellitus in a community-based population at high risk of diabetes", *Acta Diabetol.* 54(5), 425-431.
10. **M. Dworacka H. Winiarska (2005)**, "The application of plasma 1,5-anhydro-D-glucitol for monitoring type 2 diabetic patients", *Dis Markers.* 21(3), 127-32.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẙNG QUẠ ĐÒN QUA NỘI SOI HỖ TRỢ

Dương Đình Triết¹, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2}, Đỗ Phước Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng điều trị trật khớp cùng đòn từ loại IIIB đến loại V (phân loại RookWood) bằng phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu với hỗ trợ của nội soi. **Phương**

pháp: Mô tả tiến cứu 64 bệnh nhân (tuổi trung bình 40) bị trật khớp cùng đòn được phẫu thuật tái tạo lại dây chằng quạ đòn bằng mảnh ghép gân bán gân và khâu phục hồi lại dây chằng bao khớp cùng đòn bằng chỉ bền không tan. Thời gian trung bình từ lúc chấn thương đến lúc mổ là 12 ngày. Bệnh nhân được đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu, phục hồi chức năng ít nhất một năm sau mổ. Ghi nhận các tổn thương đi kèm và cách xử trí khi thực hiện nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện và xử trí các tổn thương kèm theo trong khớp là 26,6%. Bao gồm 16 trường hợp rách sụn viền và 3 trường hợp rách bán phần chóp xoay. Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng trán: bán trật là 12 (18,7%), trật lại là 1 (1,6%). Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng

¹Bệnh viện Đại học Y Dược tp. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y dược tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Triết

Email: triet.dd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

ngang sau mổ là 0% trên x quang chiếu nách. Thang điểm đau VAS giảm từ 2,88 xuống còn 1,22 điểm, thang điểm Constant cải thiện từ 50,86 lên 92,53. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng về kết quả điều trị và thẩm mỹ. **Kết luận:** Nội soi là phương tiện hỗ trợ đắc lực khi phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn và đồng thời giúp phát hiện và xử trí các tổn thương đi kèm trong khớp vai.

Từ khóa: trật khớp cùng đòn, mảnh ghép gân bán gân, tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu, nội soi.

SUMMARY

THE CLINICAL OUTCOMES AFTER ARTHROSCOPICALLY ASSISTED 2 - BUNDLE CORACOCLAVICULAR LIGAMENT RECONSTRUCTION OF ACROMIOCLAVICULAR DISLOCATIONS

Purposes: The purpose of this study was to report the clinical results after arthroscopically assisted anatomic coracoclavicular ligament reconstruction in patients with Rockwood grade IIIB to grade V acromioclavicular joint dislocations. **Methods:** Prospective description: Sixty-four patients (mean age, 40 years) suffering from acromioclavicular joint instability underwent anatomic coracoclavicular ligament reconstruction using autologous semitendinosus graft. The acromioclavicular ligament complex was repaired with fiber wire suture. The mean delay between injury and surgery was 12 days. After a minimum follow-up of 1 year (mean, 41 months), patients were evaluated radiologically and clinically using the Vas, Constant, patient satisfaction outcome measures. Concomitant glenohumeral pathologies and their treatments were recorded. **Results:** The concomitant glenohumeral pathologies were treated arthroscopically in 17 patients (26,6%): 16 labral tears, 3 rotator cuff partial tears. At last follow-up, 13 patients (12%) experienced recurrent superior acromioclavicular joint instability: 1 dislocation and 12 subluxations. The presence of post-surgical horizontal instability was absent by means of axillary X-ray view. There was no significant correlation between concomitant glenohumeral pathologies and clinical outcome. The Constant score increased from 50,86 to 92,53, and the mean VAS decreased from 2,88 to 1,12. At last follow-up, all patients were satisfied with clinical and cosmetic results. **Conclusions:** Arthroscopically assisted treatment allows successful coracoclavicular ligament reconstruction and simultaneous diagnosis and treatment of associated glenohumeral lesions.

Keywords: Acromioclavicular dislocation, semitendinosus graft, anatomic coracoclavicular ligament reconstruction, arthroscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp cùng đòn là cấu trúc kết nối xương bả vai với xương đòn và có vai trò điều hợp các hoạt động của khớp vai. Nếu khớp cùng đòn mất vững lâu dài có thể dẫn đến sự loạn động của xương bả vai và làm thay đổi động học của nhóm

gân cơ chóp xoay. Tình trạng này là một trong những nguyên nhân phổ biến gây đau mạn tính và mất chức năng vùng vai.

Khuynh hướng điều trị hiện nay cho trật khớp cùng đòn bán cấp hoặc mạn tính là nắn và tái tạo lại các dây chằng theo giải phẫu ban đầu. Cấu trúc giải phẫu giữ vững khớp cùng đòn là dây chằng bao khớp cùng đòn và dây chằng quạ đòn. Dây chằng quạ đòn bao gồm hai thành phần là dây chằng nón và dây chằng thang. Dây chằng bao khớp cùng đòn có chức năng chính là giữ vững khớp đối với các lực tác động gây di lệch trước sau. Dây chằng quạ đòn lại có chức năng phức tạp hơn. Chúng hoạt động vừa hỗ trợ vừa độc lập với nhau trong việc chống lại các lực tác động vào khớp cùng đòn theo các hướng lên trên, ra trước và ra sau. Cụ thể dây chằng nón ngăn sự di chuyển lên trên, ra trước trong khi dây chằng thang kiểm soát sự di chuyển ra sau của đầu ngoài xương đòn. Như vậy chức năng dây chằng bao khớp cùng đòn giống với một phần chức năng của dây chằng quạ đòn.

Việc giống nhau về chức năng này làm dấy lên sự tranh luận khi trả lời câu hỏi liệu có cần tái tạo cả hai dây chằng (dây chằng bao khớp cùng đòn và dây chằng quạ đòn) cùng một lúc không, nếu không thì ưu tiên tái tạo dây chằng nào, bởi lẽ một phần thất bại sau mổ trật khớp cùng đòn gần đây được ghi nhận là do vẫn còn tình trạng mất vững ngang [4]. Chúng tôi đã nghiên cứu trên cơ sở sinh học cho thấy vai trò quan trọng tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu trong phục hồi giữ vững khớp trên mặt phẳng ngang, do đó cần có một nghiên cứu ứng dụng tiếp trên lâm sàng [2].

Lựa chọn phẫu thuật nội soi, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu khi tái tạo dây chằng cũng là khuynh hướng điều trị hiện nay. Phẫu thuật nội soi mặc dù có ưu điểm ít xâm lấn và có thể điều trị các tổn thương khác trong khớp đi kèm, vấn đề đặt ra là liệu phục hồi độ vững khớp cùng đòn với sự hỗ trợ của nội soi có mang lại kết quả hay không.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 64 bệnh nhân trật khớp cùng đòn phân loại từ loại IIIB đến loại V theo Rookwood được thực hiện tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình của Bệnh viện 30-4 và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM trong thời gian từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 12 năm 2021.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân bị chấn thương từ sau 3 ngày đến 3 tuần (bán cấp) và trên 3 tuần (mạn tính), tuổi từ 18 trở lên.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống

chỉ định phẫu thuật. Trật hở khớp cùng đòn. Trật khớp cùng đòn kèm gãy xương hay trật khớp khác quanh khớp vai

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả dọc.

Phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân đều được gây mê, phẫu thuật với tư thế nằm nghiêng. Tay bên phẫu thuật được kéo tạ qua hệ thống khung kéo tay.

Tiến hành nội soi thám sát trong khớp và đánh giá tổn thương đi kèm và xử trí nếu có.

Nắn và cố định tạm thời khớp cùng đòn bằng kim Kirschner. Kiểm tra kết quả nắn của khớp trên màn tăng sáng X-quang.

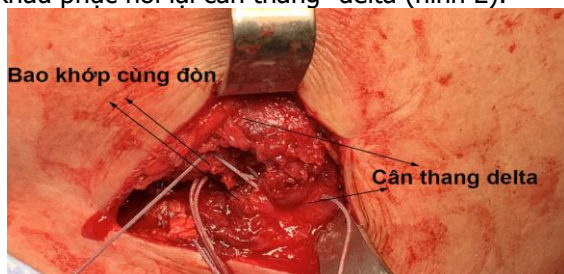
Từ khoang dưới móm cùng, xác định dây chằng cùng quạ. Sau đó bộc lộ theo dây chằng cùng quạ để đến móm quạ, từ đó bộc lộ nền móm quạ.

Dụng cụ định vị mâm chày trong phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau được sử dụng để tạo 2 đường hầm riêng biệt trên xương đòn và 1 đường hầm ở móm quạ (hình 1). Chúng tôi áp dụng kỹ thuật tái tạo phục hồi giải phẫu hai bó của dây chằng quạ đòn theo tác giả Yoo, sử dụng một mảnh ghép gân bán gân tự thân để luồn qua hai đường hầm xương đòn và một đường hầm ở móm quạ, sau đó hai đầu mảnh ghép được cố định bên trên xương đòn[8]



Hình 1: Tạo đường hầm bằng dụng cụ định vị mâm chày (2). móm quạ (1)

Phần còn lại của dây chằng bao khớp cùng đòn bằng các mũi rời xuyên xương trước khi khâu phục hồi lại cân thang- delta (hình 2).



Hình 2: Phục hồi lại dây chằng bao khớp cùng đòn và cân thang- delta.

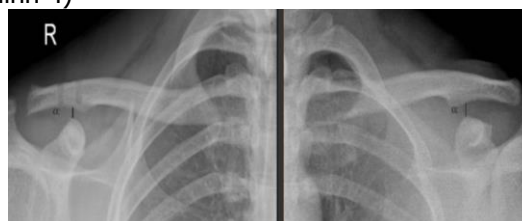
Sau mổ: Bệnh nhân được mang đai Desault trong 6 tuần, trong thời gian này chỉ tập thụ động tránh cứng khớp. Sau 6 tuần bệnh nhân có thể tập chủ động nhưng tránh vận động mạnh đến 3 tháng sau mổ.

2.3 Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được theo dõi và hẹn tái khám vào thời điểm 2 tuần, 6 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

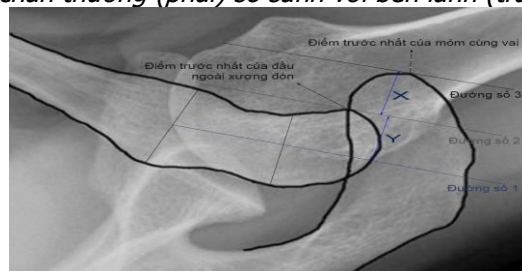
Đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu. Đánh giá dựa trên hình ảnh học X-quang

Khoảng cách quạ đòn (C-C): Khoảng cách này tăng hơn 25% so với bên lành được phân loại là bán trật, tăng trên 100% so với bên lành là trật lại (hình 2.9).

Khoảng cách cùng đòn: Đầu ngoài xương đòn di lệch ra sau 50% so với chiều rộng trước sau của đầu ngoài xương đòn là bán trật ($X > Y$), di lệch hơn 100% là bị trật phía sau hoàn toàn ($X > 2Y$) (hình 4)



Hình 3: Khoảng cách quạ đòn (C-C), đo bên chấn thương (phải) so sánh với bên lành (trái)



Hình 4: Cách đo khoảng cách cùng đòn (X) trên mặt phẳng ngang theo cách của Rahm.Y: 1/2 bề rộng trước sau đầu ngoài xương đòn

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng

- Đánh giá thang điểm đau (VAS), thang điểm chức năng Constant.

- Phỏng vấn mức độ hài lòng về kết quả điều trị theo thang điểm Likert.

- Ghi nhận các biến chứng

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp nhận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (số 315/ĐHYD- HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Số bệnh nhân được đánh giá và theo dõi là 64. Thời gian theo dõi trung bình là 41 tháng. Tuổi trung

bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 40 tuổi, đa phần bệnh nhân trong độ tuổi lao động. Độ tuổi trung bình này gần giống với nghiên cứu của các tác giả khác trong nước.

Nguyên nhân chủ yếu là do chấn thương trực tiếp vùng vai do tai nạn giao thông (82,8%); tiếp đến là tai nạn trong sinh hoạt (12,5%) và tai nạn do thể thao chỉ 3 trường hợp (4,7%). Tai nạn giao thông cũng là nguyên nhân chấn thương chính ở các nghiên cứu trật khớp cùng đòn trong nước[1].

Tổn thương kèm theo phát hiện qua nội soi: Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là khoảng gần 1/3 số trường hợp (26,6%). Có 4 trường hợp tổn thương sụn viền kiểu SLAP độ II phải xử trí khâu lại sụn viền, 12 trường hợp SLAP độ I xử trí cắt lọc sụn viền, và có 3 trường hợp cắt lọc chóp xoay tổn thương rách bán phần mặt hoạt dịch. Trong đó có một trường hợp vừa tổn thương chóp xoay và sụn viền.

Kết quả phục hồi giải phẫu

Kết quả phục hồi theo mặt phẳng trán

Bảng 1. Tỷ lệ bán trật, trật lại trên mặt phẳng trán theo thời gian (n=64)

Đặc điểm khoảng cách quạ đòn	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Lần đánh giá cuối cùng
Không trật	54 (84,4%)	54 (84,4%)	51 (79,7%)
Bán trật (25%-100%)	10 (15,6%)	10 (15,6%)	12 (18,7%)
Trật lại (>100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)

Tại thời điểm sau mổ 3 và 6 tháng, có 10 bệnh nhân bị di lệch thứ phát bán trật. Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, có 1 trường hợp bị trật lại với mức di lệch nhiều hơn 100 % và 2 trường hợp bị bán trật (bảng 1).

-Kết quả phục hồi giải phẫu theo mặt phẳng ngang. Đánh giá tình trạng mất vững ra sau của khớp cùng đòn như sau: trước mổ, có 2 bệnh nhân bị trật ra sau hoàn toàn (3.13%), 10 bệnh nhân bị bán trật (15.63%). Thời điểm sau mổ cũng như qua thời gian theo dõi không còn trường hợp nào bị trật hay bán trật.

3.3 Kết quả phục hồi chức năng

Thang điểm đau. Kết quả ghi nhận được qua nghiên cứu cho thấy điểm VAS giảm dần sau phẫu thuật, cụ thể trước mổ là $2,88 \pm 1,16$; sau mổ 3 tháng là $2,37 \pm 0,55$ điểm; sau mổ 6 tháng là $1,52 \pm 0,50$ điểm và sau mổ 12 tháng là $1,22 \pm 0,42$ điểm

- Thang điểm Constant. Qua thời gian bắt động và tập phục hồi chức năng, điểm Constant

tăng nhanh sau 3 tháng sau đó tăng dần tại các thời điểm 6 và 12 tháng sau mổ. Sau mổ 12 tháng, có chênh lệch nhỏ giữa 2 bên vai, bên vai mổ có thang điểm Constant là $92,53 \pm 1,47$ điểm, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với bên lành là $93,38 \pm 1,77$ điểm ($p < 0,001$).

Sự trở lại làm việc, sự hài lòng. Vào thời điểm đánh giá cuối cùng, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thể trở lại mức độ sinh hoạt, làm việc và vận động hằng ngày như trước chấn thương. Không có trường hợp nào phải thay đổi công việc hay thay đổi môn thể thao ưa thích do di chứng của phẫu thuật. Tỷ lệ hài lòng theo thang điểm Likert là 85,9% và rất hài lòng là 14,1%.

3.4 Biến chứng. Các biến chứng lớn như tổn thương mạch máu thần kinh liên quan đến phẫu thuật nội soi không xảy ra trong quá trình thực hiện nghiên cứu, không có trường hợp nào buộc phải chuyển sang phẫu thuật mở. Có một trường hợp phải mổ lại ngay do di lệch thứ phát. Một trường hợp có nhiễm trùng nông. Vôôi hóa dây chằng quạ đòn ghi nhận một trường hợp. Thoái hóa khớp cùng đòn là bốn trường hợp, các trường hợp này đều không có triệu chứng trên lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị tổn thương phối hợp. Vấn đề can thiệp điều trị lên tổn thương trong khớp có thật sự tốt hơn so với bỏ qua không điều trị các tổn thương này vẫn chưa rõ bởi cho đến nay chưa có báo cáo về vấn đề này. Có phẫu thuật viên trước khi mổ mở để điều trị trật khớp cùng đòn bằng vẫn tiến hành nội soi thám sát thường qui để điều trị các tổn thương trong khớp vai, bởi nguyên nhân đau kéo dài hay chức năng khớp vai phục hồi kém sau phẫu thuật trật khớp cùng đòn có thể do bỏ sót tổn thương kèm theo trong khớp. Theo Moosmayer, việc điều trị khâu phục hồi hay chỉ cắt lọc các tổn thương kèm theo là có giá trị nhất định. Có các tổn thương như rách sụn viền trên kiểu SLAP loại I hay rách bán phần chóp xoay mặc dù chỉ là xử trí cắt lọc bằng dụng cụ đốt trong nội soi khớp cũng hữu ích, bởi vết rách có thể lớn dần và phần gân còn lại bị thoái hóa thêm dẫn đến chức năng khớp bị ảnh hưởng[6].

Kết quả phục hồi theo mặt phẳng trán. Di lệch thứ phát theo mặt phẳng trán có thể được xem như là thất bại trong phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn, nhưng hiện nay tỷ lệ này vẫn còn cao theo y văn. Gowd thống kê trên 1482 bệnh nhân được mổ với các kỹ thuật khác

nhau nhận thấy tỷ lệ này là 20,8%. Trong nước, kỹ thuật chuyển dây chằng quạ cùng thành quạ đòn cũng được báo cáo có tỷ lệ di lệch thứ phát tăng dần theo thời gian. Nguyễn Ngọc Tuấn báo cáo kết quả di lệch thứ phát là 30% trong lần đánh giá cuối cùng[3]. Vũ Xuân Thành là 8,2% [1].

Tỷ lệ di lệch thứ phát của chúng tôi tương đương hay thấp hơn so với các nghiên cứu mổ mở cho thấy kỹ thuật nội soi hỗ trợ có thể so sánh được với kỹ thuật mổ mở trong phục hồi giải phẫu theo mặt phẳng trán.

Phục hồi giải phẫu theo mặt phẳng ngang. Khi so sánh với các tác giả khác, ở các nhóm phẫu thuật không theo kiểu phục hồi giải phẫu dây chằng quạ đòn thì tỷ lệ này khá cao, ở nhóm được tái tạo theo giải phẫu thì thấp hơn: Yoo báo cáo có 1 trường hợp bị bán trật ra sau (5,9%), Vũ Xuân Thành là 0%[1],[7].

Kỹ thuật mổ qua nội soi đáp ứng được yêu cầu tái tạo dây chằng quạ đòn theo giải phẫu với tỷ lệ mất vững ngang thấp (0%). Việc khâu phục hồi phần còn lại của dây chằng bao khớp cùng đòn và cân thang delta sau khi tái tạo dây chằng quạ đòn là đủ cho phục hồi chức năng giữ vững trên mặt phẳng ngang.

Kết quả phục hồi chức năng

Sự cải thiện thang điểm đau. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước, tình trạng sau mổ bệnh nhân vẫn còn một đau nhẹ ở khớp chứ không hoàn toàn bình thường như bên lành ở lần đánh giá cuối cùng[5].

Các tác giả như Snyder hay Cisneros đều cho rằng nguyên nhân đau là do tình trạng viêm khớp cùng đòn sau chấn thương, và đề nghị thực hiện phẫu thuật cắt đầu ngoài xương đòn nếu đau kéo dài. Nguyên nhân này có thể giải thích điểm VAS của Nguyễn Ngọc Tuấn thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm khác, do kỹ thuật của tác giả phải cắt đầu ngoài xương đòn. Chúng tôi không cắt đầu ngoài xương đòn mà chỉ làm sạch ổ khớp và gặm một phần sụn ở đầu ngoài xương đòn nếu có tổn thương.

Sự phục hồi thang điểm Constant. Khi so sánh kết quả cuối cùng của chúng tôi với các tác giả khác, dù thực hiện phẫu thuật qua nội soi hay mổ mở thì cũng không có sự khác biệt.

Trong thang điểm chức năng Constant, không còn bệnh nhân nào giới hạn tầm vận động khớp vai sau 12 tháng. Về sức cơ các bệnh nhân trong nghiên cứu phục hồi chậm, sau 6 tháng chỉ 70% sức cơ như bên lành, sau 12 tháng còn tỷ lệ này là 94%.

Điểm constant ở sau mổ 12 tháng ở nhóm không trật khớp ($92,76 \pm 1,37$) cao hơn nhóm bán trật ($91,75 \pm 1,71$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy chức năng vai có liên quan chặt chẽ đến kết quả nắn và duy trì độ giữ vững khớp.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật này hầu như phục hồi độ vững khớp cùng đòn.

- Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng trán: bán trật là 12 (18,7%), trật lại là 1 (1,6%).

- Tỷ lệ mất vững theo mặt phẳng ngang sau mổ là 0% so với trước mổ là 18,7%.

Phương pháp mang lại kết quả tốt về phục hồi chức năng khớp vai.

Nội soi là phương tiện hỗ trợ đắc lực khi tái tạo dây chằng quạ đòn. Tỷ lệ phát hiện và xử trí các tổn thương kèm theo trong khớp là 26,6%. Đây là phương pháp an toàn, tỷ lệ các biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Xuân Thành (2019)**, "Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn mãn tính bằng tái tạo dây chằng quạ đòn từ gân ghép tự thân". Tạp chí y dược thực hành 175, 19, pp. 42-58.
2. **Dương Đình Triết (2019)**, "Đánh giá sự mất vững trước sau của khớp cùng đòn trên x quang sau cắt lần lượt dây chằng bao khớp cùng đòn và dây chằng quạ đòn". Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt 2019, pp. 135.
3. **Nguyễn Ngọc Tuấn (2009)**, "Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng tái tạo dây chằng quạ đòn từ dây chằng quạ cùng". Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Dược.
4. **Aliberti G. M., Kraeutler M. J., Trojan J. D., Mulcahey M. K. (2019)**, "Horizontal Instability of the Acromioclavicular Joint: A Systematic Review". Am J Sports Med, pp. 504-510
5. **Gowd A. K., Liu J. N., Cabarcas B. C., Cvetanovich G. L., Garcia G. H., et al. (2019)**, "Current Concepts in the Operative Management of Acromioclavicular Dislocations: A Systematic Review and Meta-analysis of Operative Techniques". Am J Sports Med, 47(11), pp.2745-2758.
6. **Moosmayer S., Tariq R., Stiris M., Smith H. J. (2013)**, "The natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a three-year follow-up of fifty cases". J Bone Joint Surg Am, 95 (14), pp. 1249-1255.
7. **Yoo J. C., Ahn J. H., Yoon J. R., Yang J. H. (2010)**, "Clinical results of single-tunnel coracoclavicular ligament reconstruction using autogenous semitendin osus tendon". Am J Sports Med, 38 (5), pp. 950-957.
8. **Yoo Y. S., Tsai A. G., Ranawat A. S., Bansal M., Fu F. H., et al. (2010)**, "A biomechanical analysis of the native coracoclavicular ligaments and their influence on a new reconstruction using a coracoid tunnel and free tendon graft". Arthroscopy, 26 (9), pp. 1153-1161.