với 89,1%), điều này có thể giải thích do tỷ lệ BN thuộc thể ác tính cao chiếm tỷ lệ cao hơn trên nhóm BN biểu hiện tại dạ dày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về PFS và OS giữa phẫu thuật và không phẫu thuật. Điều này càng khẳng định thêm nhận định "phẫu thuật chỉ được thực hiện khi xảy ra biến chứng hoặc nguy cơ xảy ra biến chứng nặng".

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 87 trường hợp u lympho không Hodgkin biểu hiện tại đường tiêu hoá, với thời gian theo dõi trung vị 21 tháng (CI 95% 1,2 đến 39,3 tháng), chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 75,3%, đáp ứng 1 phần 11,8%, bệnh tiến triển 12,9%; PFS tại thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng 85,4% và 80,9%; OS tại thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng 82,2% và 78,9%. Các yếu tố ảnh hưởng không thuận lợi đến kết quả OS bao gồm: sự tăng cao ß2M, u tại thực quản và nhiều vị trí, không đạt đáp ứng hoàn toàn sau điều trị (p<0,05). Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nhóm phẫu thuật hoặc không phẫu thuật.

VI. LỜI CÁM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cám ơn Ban lãnh đạo, phòng kế hoạch tổng hợp, khoa Nội Hệ tạo huyết bệnh viện K đã tạo mọi điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paryani S, Hoppe RT, Burke JS, et al.** Extralymphatic involvement in diffuse non-Hodgkin's lymphoma. Journal of Clinical Oncology. Published online September 21, 2016. doi:10.1200/JCO.1983.1.11.682
2. **Shepherd FA, Evans WK, Kutas G, et al.** Chemotherapy following surgery for stages IE and IIE non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract. J Clin Oncol. 1988;6(2):253-260. doi:10.1200/JCO.1988.6.2.253
3. **Primary gastric lymphoma - Hockey - 1987 - BJS** (British Journal of Surgery).
4. **Arnold S Freedman, MD.** Clinical presentation and diagnosis of primary gastrointestinal lymphomas.
5. **Võ Quốc Hoàn** (2015). Đánh giá kết quả điều trị u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa tại bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
6. **Chen Y, Chen Y, Chen S, et al.** Primary Gastrointestinal Lymphoma. Medicine (Baltimore). 2015;94(47):e2119.
7. **Nakamura S, Matsumoto T, Iida M, Yao T, Tsuneyoshi M.** Primary gastrointestinal lymphoma in Japan: a clinicopathologic analysis of 455 patients with special reference to its time trends. Cancer. 2003;97(10):2462-2473. doi: 10.1002/cncr.11415
8. **Wang W, Lin P, Yao H, Jia X, Sun J.** Clinical analysis of Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's Lymphoma. Pak J Med Sci. 2017;33(6):1406-1411. doi:10.12669/pjms.336.13631

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG NẸP KHÓA MÓC KHÔNG TÁI TẠO DÂY CHẰNG QUẠ ĐÒN

Nguyễn Thành Tấn[1], Trần Khắc Duy[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) là một trong những tổn thương phổ biến sau chấn thương vùng vai nhưng đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp khóa móc được ghi nhận mang lại hiệu quả trong điều trị TKCĐ cấp, tuy nhiên có rất ít công trình nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp. **Mục tiêu**: Đánh giá kết quả điều trị TKCĐ bằng phương pháp phẫu thuật nắn chỉnh cố định với nẹp khóa móc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu tiến cứu với tất cả bệnh nhân TKCĐ độ III, IV,V, VI được chỉ định phẫu thuật bằng nẹp khóa móc tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2020-2022. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm chung về bệnh nhân, hình ảnh X quang và kết quả sau mổ. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 42 bệnh nhân (32 nam/ 10 nữ) với độ tuổi trung bình là 44,3 ± 9,9. Tổn thương TKCĐ độ V chiếm ưu thế. Thời gian phẫu thuật trung bình 61,7 ± 16,7 phút. Kết quả nắn chỉnh khớp đạt 100%. Kết quả chức năng theo thang điểm Constant-Murley tăng từ 33,7 ± 5,6 thời điểm trước mổ lên 88,9 ± 5,3 tại thời điểm theo dõi cuối, mức độ CS 100% tốt và rất tốt. Huỷ xương dưới mỏm cùng là biến chứng thường gặp nhất. Có 97,6% bệnh nhân đạt mức rất hài lòng và hài lòng. **Kết luận**: Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp móc khoá trong điều trị TKCĐ cấp (<3 tuần) cho hiệu quả điều trị sau mổ rất khả quan, khả năng nắn khớp và phục hồi chức năng tốt, từ đó giúp bệnh nhân có thể trở lại vận động và công việc sớm.

Từ khoá: Trật khớp cùng đòn, nẹp khoá móc.

[1]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn
Email: nttan@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 2.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023
Ngày duyệt bài: 3.3.2023

SUMMARY

OUTCOME EVALUATION FOR TREATMENT

OF ACUTE ACROMIOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION BY HOOK PLATE WITHOUT CORACOCLAVICULAR LIGAMENT RECONSTRUCTION

Background: Acromioclavicular joint (ACJ) dislocation is one of common shoulder injuries, but there is no consensus on conservative treatment as well as surgical technique options. Reduction and fixation with hook surgery has been found to be effective in treating acute ACJ dislocation**,** however, there are very few studies evaluating the results of this method. **Objectives:** The study was to survey outcomes evaluation of treatment acute ACJ dislocation by internal fixation with lock hook plate without coracoclavicular ligament reconstruction. **Materials and methods**: This was designed a prospective clinical study. All patients were diagnosed with ACJ dislocation grade III, IV, V, VI according to Rockwood classification were assigned surgical treatment with hook plate at Can Tho Central General Hospital in 2020-2022. We recorded the general characteristics of patients, radiographical findings and treatment outcomes. **Results:** 42 patients (32 men/10 women, 44.3 y) were included in the present study. The ACJ dislocation grade V was majority rate. The average surgery time was 62 minutes. The result of reduction ACJ was 100%. The functional results according to the Constant-Murley Score increased from 33.7 ± 5.6 before surgery to 88.9 ± 5.3 at the time of last follow-up, the CS level achieved 100% good to excellent. The main complication was subacromial osteolysis with four patients. Satisfaction level of patients were 97,6% very satisfied and satisfied. **Conclusion:** Reduction and fixation surgery with lock hook plate in the treatment of acute ACJ dislocation (<3 weeks) is one of the good methods with the ability to reduce and rehabilitate good function of the joint, so that the patients can return to activity and work soon.

Keywords: Acute acromioclavicular joint dislocation, hook plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng đòn là một trong những tổn thương phổ biến sau chấn thương chi trên, chiếm 9-10% các tổn thương vùng đai vai [7]. Tổn thương TKCĐ đã được mô tả từ thời Hippocrates và Galen, tuy nhiên đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận trong điều trị bảo tồn cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp khóa móc được ghi nhận trong y văn từ những năm 1980, tỷ lệ đạt kết quả tốt và rất tốt của phương pháp được báo cáo lên đến 94% [3][6]. Tại vùng Đồng bằng Sông Cửu Long nói chung cũng như Cần Thơ nói riêng, một số bệnh viện đã áp dụng phương pháp điều trị này và cho đến nay. Tuy nhiên, hiện nay chưa chưa có nhiều công trình nghiên cứu,đánh giá chuyên sâu về kết quả điều trị của phương pháp này. Đó chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng nẹp khoá móc không tái tạo dây chằng quạ đòn".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán TKCĐ hoàn toàn (tổn thương khớp cùng đòn độ III trở lên theo phân độ của Rockwood) được chỉ định điều trị phẫu thuật bằng nẹp khóa móc tại Trung tâm chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2020 - 2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi; TKCĐ độ III, IV, V, VI ≤ 3 tuần; bệnh nhân đồng ý tham gia phẫu thuật; đủ hồ sơ bệnh án, địa chỉ rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: TKCĐ kèm gãy mỏm quạ hay gãy xương đòn; bệnh nhân có bệnh lý chống chỉ định phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kết nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: 42 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, thời gian chấn thương.
- Đặc điểm X Quang: Khoảng cách quạ đòn, phân độ TKCĐ theo Rockwood.
- Đánh giá kết quả: thời gian phẫu thuật, kết quả chức năng khớp vai theo thang điểm Constant-Murley (CMS) sau mổ 2 tuần, 3 tháng, 6 tháng và lần thăm khám cuối cùng, biến chứng, mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Kỹ thuật mổ:

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân sau khi vô cảm nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, sát trùng và trải khăn vô khuẩn. Đánh dấu các mốc giải phẫu trước mổ.
- Bộc lộ khớp cùng đòn: Rạch da bờ trên đầu ngoài xương đòn ra mỏm cùng vai đủ để bộc lộ khớp cùng đòn và bắt nẹp vít trên xương đòn. Bóc tách mô dưới da, cắt cân bộc lộ khớp cùng đòn cùng như đầu ngoài xương đòn.
- Nắn chỉnh trực tiếp khớp cùng đòn vào vị trí giải phẫu hoặc bằng cách gián tiếp dựa vào móc của nẹp bẫy dưới mỏm cùng vai. Móc của nẹp được uốn cong 10^o-15^o tuỳ theo bệnh nhân. Cố định tạm bằng đinh Kirschner nếu nắn chỉnh trực tiếp hoặc bắt vít cố định vào xương đòn nếu là nắn chỉnh gián tiếp. Kiểm tra vị trí khớp và các vít trên màn hình tăng sáng nếu cần.
- Bơm rửa phẫu trường với nhiều nước. Đóng vết mổ từng lớp theo giải phẫu, cần khâu kín lớp

cân để che phủ hoàn toàn nẹp. Khâu da thường qui.

- Sau mổ bệnh nhân được mang đai treo tay để cho tạo điều kiện lành phần mềm tốt.

Phương pháp đánh giá: thăm khám trực tiếp trên lâm sàng và hình ảnh X quang. Sử dụng phiếu thu thập số liệu, hình ảnh, để lưu lại thông tin từng bệnh nhân.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Exel 19.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Kết quả các đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi		44,3 ± 9,9
Giới tính	Nam	32 (76,2%)
	Nữ	10 (23,8%)
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	35 (83,3%)
	Tai nạn sinh hoạt	7 (16,7%)
Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật (ngày)		6,05 ± 6,85

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 44,3 ± 9,9 tuổi (21 – 75 tuổi). Trong đó tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi.

Có sự chênh lệch giữa số bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu**.** Bệnh nhân nam chiếm đa số với 32 bệnh nhân (76,2%), bệnh nhân nữ chỉ có 10 bệnh nhân (23,8%). Tỷ lệ nam xấp xỉ 3 lần nữ.

Nguyên nhân chủ yếu của TKCĐ trong mẫu nghiên cứu là do tai nạn giao thông chiếm 83,3%, sau đó là tai nạn sinh hoạt 16,7%.

Bệnh nhân thường vào viện ngay sau chấn thương. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi phẫu thuật trung bình là 8,6 ± 7 ngày (2 – 20 ngày).

3.2. Đặc điểm X Quang

Bảng 2. Phân bố theo độ tổn thương TKCĐ theo Rockwood

Phân độ	Tần số	Tỷ lệ %
Độ III	19	45,2
Độ V	23	54,8
Tổng số	**42**	**100**

Nhận xét: Theo phân loại Rockwood, có 19 bệnh nhân TKCĐ độ III, chiếm tỷ lệ 45,2%, và 23 bệnh nhân TKCĐ độ V, chiếm 54,8%. Không ghi nhận trường hợp TKCĐ độ IV và độ VI.

Bảng 3. Phân bố khoảng cách quạ đòn trước mổ và vai lành

Khoảng cách quạ đòn (mm)	Vai lành	Trước mổ	
Thấp nhất	9	15	**p < 0,001**
Cao nhất	11	24	
Trung bình ± ĐLC	9,7±0,6	19,3±2,4	

Nhận xét: Khoảng cách quạ đòn vai lành thấp nhất là 9mm, cao nhất là 11mm, trung bình là 9,7 ± 0,6mm. Khoảng cách quạ đòn trước mổ thấp nhất là 15mm, cao nhất là 24 mm, trung bình là 19,3 ± 2,4 mm. Sự khác biệt giữa khoảng cách quạ đòn vai tổn thương trước mổ và vai lành có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.3. Kết quả sau mổ

Bảng 4. Phân bố theo thời gian phẫu thuật

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ %
< 60 phút	27	77,1
60 – 120 phút	8	22,9
Tổng	**35**	**100**

Nhận xét: Thời gian trung bình phẫu thuật là 59,71 phút. Trong đó có 27 bệnh nhân được phẫu thuật dưới 60 phút chiếm 77,1%, còn lại 8 bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trong 60-120 phút chiếm 22,9%. Không có bệnh nhân nào phẫu thuật quá 120 phút.

Bảng 5. Sự cải thiện khoảng cách quạ đòn

	KCQĐ trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn (mm)	
Trước mổ	19,3	2,4	p < 0,001
Sau mổ	9,2	0,8	
Cải thiện	10,1	2,4	

Nhận xét: Mức độ cải thiện giữa KCQĐ trước mổ và sau mổ là 10,1 ± 2,4 mm. Sự cải thiện giữa khoảng cách quạ đòn trước mổ và sau mổ có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (kiểm định T-test ghép cặp).

Bảng 6. Sự thay đổi điểm Constant-Murley theo thời gian

Điểm Constant-Murley	Trước mổ	Sau mổ 2 tuần	Sau mổ 3 Tháng	Sau mổ 6 Tháng	Theo dõi cuối
Nhỏ nhất	21	37	57	59	73
Lớn nhất	45	64	82	95	100
Trung bình	33,7	55,0 (p<0,001)	74,9 (p <0,001)	87,0 (p <0,001)	88,9 (p<0,001)
Độ lệch chuẩn	5,6	8,1	5,1	6,4	5,3

Nhận xét: Theo thang điểm đánh giá chức năng khớp vai Constant-Murley: Có sự cải thiện về điểm CMS, tại thời điểm trước mổ trung bình 33,7 ± 5,6 điểm (21 - 45 điểm) tăng lên trung bình 55 ± 8,1 điểm (37 - 64 điểm) sau mổ 2 tuần và sau mổ 3 tháng là 74,9 ± 5,1 điểm (57 - 82 điểm), sau mổ 6 tháng đạt 87 ± 6,4 điểm (59 - 95 điểm). Tại thời điểm theo dõi cuối cùng,

điểm CMS đạt mức trung bình 88,9 ± 5,3 điểm (73 – 100 điểm). Sự cải thiện về điểm chức năng khớp vai CMS ở các thời điểm sau mổ so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với p < 0,001 (kiểm định T-test ghép cặp). Theo đó, tại thời điểm trước mổ, chức năng vai tổn thương tất cả BN chỉ đạt mức độ kém theo phân loại của thang điểm CMS. Sau mổ, tại thời điểm theo dõi cuối cùng tất cả BN đạt mức độ rất tốt (81%) và mức độ tốt (19%).

Bảng 7. Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Tần số	Tỷ lệ
Không	36	85,7
Biến chứng nẹp	1	2,4
Gãy xương đòn	1	2,4
Huỷ xương dưới mỏm cùng	4	9,5
Tổng	**42**	**100**

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36 BN không ghi nhận biến chứng sau mổ chiếm 85,7%. Có 6 BN ghi nhận biến chứng trong thời gian theo dõi. Trong đó có 1 BN có biến chứng về nẹp cần phải phẫu thuật lại sau 2 tuần, chiếm 2,4% và có 1 BN bị gãy xương đòn trong thời gian nằm viện sau mổ chiếm 2,4%. Cuối cùng là có 4 trường hợp BN ghi nhận tình trạng huỷ xương dưới mỏm cùng vai, chiếm 9,5%.

Mức độ hài lòng của BN sau mổ đạt mức hài lòng và rất hài lòng chiếm 97,6%, có 1 BN (chiếm 2,4%) chỉ đạt mức chấp nhận được với kết quả sau mổ của phương pháp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được là 44,3 ± 9,9 tuổi lớn hơn nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Thành [2] với tuổi trung bình là 39 và tác giả Nguyễn Ngọc Hân [1] độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 32,7 hay trong nghiên cứu của tác giả Gowd và cộng sự [4] độ tuổi trung bình là 37,1. Tuy nhiên khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hemmann và cộng sự [5] có độ tuổi trung bình là 44. Nhưng nhìn chung là hầu hết bệnh nhân vẫn nằm trong độ tuổi lao động.

Trong đề tài nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân giới tính nam chiếm đa số với 76,2%, bệnh nhân nữ chỉ chiếm 23,8%, tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 3,2 lần, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Thành có tỷ lệ nam xấp xỉ 4 lần nữ nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Hemmann với tỷ số nam/nữ là 8/1. Sự khác biệt về tỷ số nam và nữ này theo chúng tôi có liên quan đến nguyên nhân chấn thương trong tai nạn giao thông, tai nạn lao động và hoạt động sinh hoạt thể dục thể thao thường liên quan đến nam giới. Thêm nữa, những bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nam thuộc độ tuổi lao động, vì vậy thường có xu hướng phẫu thuật nhằm phục hồi tổn thương để bệnh nhân có thể vận động, trở lại với công việc và thể dục thể thao sớm như trước tổn thương.

Nguyên nhân gây TKCĐ trong nghiên cứu của chúng tôi hàng đầu là do tai nạn giao thông chiếm 83,3% và chỉ có 16,7% là do tai nạn sinh hoạt. Điều này phản ánh thực tế ở Việt Nam, phương tiện đi lại chủ yếu của người dân là xe gắn máy, với mật độ giao thông trong các thành phố lớn ngày càng cao. Thêm vào đó, ý thức chấp hành luật lệ giao thông của người dân chưa nghiêm chỉnh, cho nên tỷ lệ tai nạn giao thông vẫn rất cao. Tỷ lệ tai nạn giao thông trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong nước như nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Thành tỷ lệ TKCĐ do tai nạn giao thông chiếm 85,7% hay trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hân là 75,9%. Theo các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, nguyên nhân TKCĐ do tai nạn giao thông cũng chiếm ưu thế như trong nghiên cứu của tác giả Hemmann tai nạn giao thông chiếm 51%.

Thời gian bệnh nhân từ lúc chấn thương đến khi phẫu thuật trung bình là 8,6 ± 7 ngày. Điều này cho thấy mối quan tâm của bệnh nhân với tổn thương chưa cao, cũng như các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại đặc biệt là tổn thương TKCĐ độ III.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu thập được 2 nhóm độ tổn thương theo phân loại Rockwood: 19 bệnh nhân bị độ III (45,2%), 23 bệnh nhân bị độ V (54,8%), tương đồng với nghiên cứu của Vũ Xuân Thành với độ III (49,3%) và độ V (42,9%). Tuy nhiên tỷ lệ có sự khác biệt so với tác giả Hemmann với độ III (16%), độ V (80%). Nhìn chung, TKCĐ độ V phổ biến hơn cả bởi tổn thương do chấn thương ban đầu gây ra cũng như các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, đặc biệt là TKCĐ độ III gây tăng mức độ tổn thương.

4.3. Kết quả sau mổ. Thời gian trung bình phẫu thuật là 61,7 ± 16,7 phút (ngắn nhất là 30 phút, dài nhất 90 phút). Có mối tương quan giữa thời gian phẫu thuật và thời gian chấn thương của BN, BN vào viện sau chấn thương càng trễ thì thời gian phẫu thuật càng kéo dài. Theo nghiên cứu của tác giả Turgut và cộng sự [8], thời gian phẫu thuật trung bình là 42,5 phút (38 - 70 phút). Sự chênh lệch này có thể do trang thiết bị, trợ cụ cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên, nhưng nhìn chung thời gian phẫu

thuật là tương đối ngắn góp phần hạn chế biến chứng như mất máu, nhiễm trùng.

Kết quả nắn chỉnh của chúng tôi đạt kết quả rất khả quan, tất cả các bệnh nhân được nắn chỉnh khớp về vị trí giải phẫu, khoảng cách quạ đòn từ trung bình 19,3 ± 2,4 mm trước mổ xuống 9,2 ± 0,8 mm sau mổ, gần tương đương so với bên vai bình thường. Theo đó chức năng khớp vai theo thang điểm Constant-Murley cho thấy sự cải thiện rõ rệt ở thời điểm trước mổ và qua thời gian sau mổ, từ trung bình 33,7 ± 5,6 điểm tăng lên 87,0 ± 6,4 điểm sau 6 tháng và 88,9 ± 5,3 điểm ở lần theo dõi cuối cùng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ Tương ứng đó, chức năng vai tổn thương tất cả BN trước mổ chỉ đạt mức độ kém theo thang điểm đánh giá Constant-Murley, nhưng tại thời điểm theo dõi cuối cùng tất cả BN đều đạt mức độ rất tốt (81%) và tốt (19%). Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hân với 32 bệnh nhân (86,5%) rất tốt và 5 bệnh nhân (13,5%) tốt. Tác giả Hemmann cùng cộng sự [5] đã nghiên cứu về hình ảnh và kết quả chức năng của bệnh nhân TKCĐ được điều trị với nẹp móc trên 99 bệnh nhân ghi nhận gần như tất cả bệnh nhân đều đạt kết quả tốt đến rất tốt theo thang điểm chức năng khớp vai Constant-Murley.

Chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp bệnh nhân có biến chứng. Một trường hợp trật lại sau phẫu thuật 2 tuần và được phẫu thuật nắn chỉnh, cố định lại bằng nẹp móc dài hơn. Bệnh nhân được theo dõi và đạt kết quả chức năng vai mức độ tốt với 85 điểm. Một trường hợp bị gãy xương đòn vào ngày hậu phẫu thứ 2, xương đòn gãy di lệch nên bệnh nhân được điều trị bảo tồn và theo dõi quá trình lành xương. Kết quả X quang sau 14 tháng, bệnh nhân lành xương và được phẫu thuật lấy nẹp ra. Tuy có biến chứng gãy xương đòn nhưng chức năng khớp vai của BN theo thang điểm CMS đạt mức rất tốt với 90 điểm tại thời điểm theo dõi cuối cùng. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 4/42 trường hợp huỷ xương dưới mỏm cùng và các trường hợp này đều có thời gian sau mổ trên 1 năm.

Hầu hết BN đều đạt mức hài lòng và rất hài lòng sau mổ, chiếm 97,6%, chỉ có 1 BN (chiếm 2,4%) chỉ đạt mức chấp nhận được với kết quả sau mổ của phương pháp và đây cũng là trường hợp biến chứng gãy xương đòn trong thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù BN được điều trị bảo tồn và đạt kết quả tốt nhưng cũng làm giảm mức độ hài lòng của BN với kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

TKCĐ xảy ra chủ yếu ở độ tuổi lao động, nam gặp nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Theo phân độ Rockwood, tổn thương TKCĐ độ V chiếm ưu thế hơn TKCĐ độ III và đây cũng là hai loại tổn thương thường gặp trên lâm sàng. Thời gian phẫu thuật không quá dài nhưng hiệu quả mang lại khá tốt về chức năng khớp vai cũng như mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp khoá móc trong điều trị TKCĐ cấp tính (<3 tuần) là phương pháp điều trị có hiệu quả khả quan về khả năng phục hồi giải phẫu cũng như phục hồi chức năng của khớp vai của bệnh nhân, giúp bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt và công việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Hân, Nguyễn Tiến Thành** (2018), "Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật sai khớp cùng đòn", Tạp chí Y_Dược học quân sự, (2), tr. 57-62.
2. **Vũ Xuân Thành** (2020), Nghiên cứu kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng tái tạo dây chằng quạ đòn, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
3. **Frederick M. Azar, James H. Beaty and S. Terry Canale** (2017), "Acute dislocations", Campbell's Operative Orthopaedics, 13th, pp. 3127- 3132
4. **Gowd Anirudh K, Liu Joseph N, Cabarcas Brandon C, Cvetanovich Gregory L, Garcia Grant H, and et al.** (2018), "Current concepts in the operative management of acromioclavicular dislocations: a systematic review and meta-analysis of operative techniques", The American journal of sports medicine, pp. 1-14.
5. **Hemmann P., Koch M., Gühring M., Bahrs C. and Ziegler P.** (2021), "Acromioclavicular joint separation treated with clavicular hook plate: a study of radiological and functional outcomes", Archives of orthopaedic and trauma surgery, 141(4), pp. 603–610.
6. **Paul Tornetta III and et al** (2020), "Acromioclavicular and Sternoclavicular Joint Injuries", Rockwood and Green's fractures in Adults, 9th, pp. 1517 – 1616.
7. **Sirin E., Aydin N. and Mert Topkar O.** (2018), "Acromioclavicular joint injuries: diagnosis, classification and ligamentoplasty procedures", EFORT Open Rev, 7, (3), pp. 426-433.
8. **Turgut M. C., Semis H. S., Yamak K., et al.** (2022), "Evaluation of Patients with Acromioclavicular Joint Separation Treated Using the Clavicular Hook Plate", Ortop Traumatol Rehabil, 24, (2), pp 73-78.