

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4779

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁI TẠO DÂY CHẰNG QUẠ ĐÒN VÀ CÙNG ĐÒN**Phạm Công Hậu¹, Phạm Hoàng Lai², Đặng Phú Liêm³, Phan Thế Như⁴,
Trương Hữu Hạnh¹, Hoàng Minh Tú^{1*}**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Hòa Hảo-Medic Cần Thơ

3. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

4. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

*Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/3/2026

Ngày phản biện: 25/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trật khớp cùng đòn là tổn thương thường gặp sau chấn thương vùng vai, tuy nhiên lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu vẫn còn nhiều tranh luận. Các phương pháp truyền thống có thể khó duy trì độ vững khớp và chưa phục hồi đầy đủ giải phẫu dây chằng quạ đòn. Vì vậy, tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn bằng mảnh ghép sinh học ngày càng được quan tâm.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị trật khớp cùng đòn bằng phương pháp tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 30 bệnh nhân trật khớp cùng đòn được phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2025. Kết quả được đánh giá dựa trên đặc điểm lâm sàng, thời gian phẫu thuật, biến chứng, chức năng khớp vai theo thang điểm Constant–Murley và mức độ hài lòng sau phẫu thuật 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $45,00 \pm 12,10$ tuổi; nam giới chiếm đa số. Trật khớp cùng đòn độ V theo Rockwood thường gặp nhất. Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật trung bình $10,17 \pm 8,39$ ngày; thời gian phẫu thuật $89,50 \pm 10,62$ phút. Điểm Constant–Murley cải thiện từ $29,60 \pm 5,88$ trước mổ lên $77,70 \pm 5,31$ sau mổ 3 tháng; tỷ lệ kết quả tốt và rất tốt đạt 100%. Biến chứng thường gặp nhất là mất nắn khớp cùng đòn. Tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng đạt 93,33%. **Kết luận:** Tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp cải thiện độ vững khớp và chức năng vai sau phẫu thuật.

Từ khóa: Trật khớp cùng đòn, tái tạo dây chằng, dây chằng quạ đòn, dây chằng cùng đòn.

ABSTRACT

**PRELIMINARY EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT FOR
ACROMIOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION USING
CORACOCALVICULAR AND ACROMIOCLAVICULAR
LIGAMENT RECONSTRUCTION**

**Pham Cong Hau¹, Pham Hoang Lai², Dang Phu Liem³, Phan The Nhu⁴,
Truong Huu Hanh¹, Hoang Minh Tu^{1*}**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Hoa Hao-Medic Can Tho General Hospital

3. Can Tho Central General Hospital

4. Can Tho General Hospital

Background: Acromioclavicular joint dislocation is a common injury following shoulder trauma; however, the optimal treatment strategy remains controversial. Traditional treatment methods may have limitations in maintaining joint stability and may not fully restore the anatomy of the coracoclavicular ligament complex. Therefore, anatomical reconstruction of the coracoclavicular and acromioclavicular ligaments using biological grafts has received increasing attention. **Objectives:** To evaluate the preliminary outcomes of surgical treatment for acromioclavicular joint dislocation using coracoclavicular and acromioclavicular ligament reconstruction. **Materials and methods:** This prospective descriptive study included 30 patients with acromioclavicular joint dislocation who underwent coracoclavicular and acromioclavicular ligament reconstruction at Can Tho Central General Hospital, Can Tho General Hospital, and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2024 to December 2025. Treatment outcomes were assessed based on clinical characteristics, operative time, complications, shoulder function according to the Constant–Murley score, and patient satisfaction at 3 months after surgery. **Results:** The mean age of the patients was 45.00 ± 12.10 years, with males accounting for the majority. Rockwood type V acromioclavicular joint dislocation was the most common injury pattern. The mean time from injury to surgery was 10.17 ± 8.39 days, and the mean operative time was 89.50 ± 10.62 minutes. The Constant–Murley score improved from 29.60 ± 5.88 before surgery to 77.70 ± 5.31 at 3 months postoperatively. The rate of good and excellent outcomes reached 100%. The most common complication was loss of acromioclavicular joint reduction. The rate of satisfied and very satisfied patients was 93.33%. **Conclusion:** Coracoclavicular and acromioclavicular ligament reconstruction is an effective treatment method for acromioclavicular joint dislocation, helping improve joint stability and shoulder function after surgery.

Keywords: Acromioclavicular joint dislocation, ligament reconstruction, coracoclavicular ligament, acromioclavicular ligament.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cùng đòn là một trong những thương tổn vai thường gặp, đặc biệt ở đối tượng người trẻ và vận động viên, chiếm khoảng 9–12% các tổn thương vai do chấn thương trực tiếp vào vai [1]. Ở các trường hợp trật độ III - VI theo Rockwood, tổn thương dây chằng cùng đòn và dây chằng quạ đòn dẫn tới mất vững theo cả phương thẳng đứng và ngang, gây hạn chế chức năng vai và ảnh hưởng đến chất lượng sống nếu không được điều trị hợp lý [1]. Mặc dù có trên 60–150 kỹ thuật phẫu thuật được công bố, chưa có đồng thuận rõ ràng về phương pháp “tiêu chuẩn vàng” cho tất cả các dạng tổn thương trật khớp cùng đòn [2], [3], [4]. Các phương pháp cố định truyền thống, như sử dụng nẹp móc, kỹ thuật tension band, cố định khớp bằng kirschner mang lại khả năng nắn chỉnh giải phẫu ban đầu tốt nhưng tiềm ẩn biến chứng như tiêu xương đầu ngoài xương đòn hoặc mất vững theo phương ngang do không phục hồi hoàn toàn cấu trúc dây chằng sinh lý. Trong vài năm gần đây, tái tạo giải phẫu dây chằng quạ đòn đã được ứng dụng rộng rãi với mục tiêu khôi phục cả tính vững trên dưới lẫn trước sau của khớp cùng đòn với sự cải thiện rõ rệt về khoảng cách quạ đòn và không có biến chứng đáng kể [5], [6], [7]. Tuy nhiên, dữ liệu lâm sàng trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn theo giải phẫu vẫn còn hạn chế. Bất đồng trong tiêu chuẩn lựa chọn kỹ thuật, thời gian phẫu thuật và quy trình phục hồi chức năng sau mổ cũng là những yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị [2]. Do đó, cần có những nghiên cứu thêm nhằm đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn trong điều trị trật khớp cùng đòn, bao gồm các chỉ tiêu kết quả chức năng, hình ảnh học và tỷ lệ biến chứng trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Đó là lý do nghiên cứu “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị trật khớp cùng đòn bằng phương pháp tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn” được tiến hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán trật khớp cùng đòn độ IIIB, IV, V, VI theo phân độ của Rockwood cải tiến, được chỉ định điều trị phẫu thuật bằng phương pháp tái tạo dây chằng qua đòn và cùng đòn tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ; Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Thần kinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình- Bông Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân ≥ 16 tuổi [8].
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Bệnh nhân trật khớp cùng đòn được phân độ theo Rockwood cải tiến độ IIIB, IV, V, VI.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Trật khớp cùng đòn kèm gãy xương vùng vai cùng bên.
- + Bệnh nhân có trật hỏ khớp cùng đòn, nhiễm trùng khu trú ở vùng phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: 30 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

- Nội dung nghiên cứu:

- + Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương.
- + Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: thời gian từ lúc chấn thương tới nhập viện, bên tổn thương, khoảng cách qua đòn, phân độ trật khớp cùng đòn theo Rockwood.

+ Đánh giá kết quả: thời gian phẫu thuật, chiều dài gân, đường kính gân, kết quả chức năng khớp vai theo Constant-Murley Score [9] trước mổ và sau mổ 3 tháng, biến chứng, mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm Likert.

- Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân được mê nội khí quản và nằm ngửa trên bàn mổ, tư thế nửa nằm nửa ngồi. Lấy bán phần gân mào dài và chuẩn bị mảnh ghép. Rạch da và bóc tách các lớp: rạch da bờ trên đầu ngoài xương đòn ra mỏm cùng vai bộc lộ khớp cùng đòn. Bóc tách mô dưới da, cắt cân bộc lộ khớp cùng đòn và đầu ngoài xương đòn. Khoan đường hầm tại xương đòn và mỏm quạ: 2 đường hầm xương tại vị trí giải phẫu 2 bó dây chằng qua đòn tại xương đòn và 1 đường hầm mỏm quạ. Khoan đường kính bằng đường kính gân làm dây chằng tái tạo cộng với 2 sợi chỉ siêu bền. Sử dụng công cụ luồn chỉ (hoặc chỉ Vicryl số 1) để hỗ trợ luồn mảnh ghép và 2 sợi chỉ siêu bền qua 3 đường hầm. Nắn khớp bằng cách xuyên 1 hoặc 2 đinh Kirschner từ mỏm cùng vai qua xương đòn để cố định khớp. Cột 2 sợi chỉ siêu bền, cột và may dây chằng tái tạo trên 1/3 ngoài xương đòn. Bó dây chằng qua đường hầm bó nón kéo ra ngoài, khâu vào mô mềm hoặc khâu xuyên xương ở mỏm cùng vai để tái tạo phần trên dây chằng cùng đòn. Đóng vết mổ, khâu các cấu trúc liên quan, phục hồi giải phẫu [10].

- Phương pháp đánh giá: Thăm khám trực tiếp trên lâm sàng, đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant-Murley Score, đánh giá độ hài lòng theo thang điểm Likert 5 bậc tại thời điểm trước mổ, sau mổ 2 tuần và sau mổ 3 tháng.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập từ bảng thu thập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.342.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi		45,00 ± 12,10
Giới	Nam	25 (83,33%)
	Nữ	5 (16,67%)
Nghề nghiệp	Lao động nhẹ	12 (40,00%)
	Lao động nặng	14 (46,67%)
	Hết tuổi lao động	4 (13,33%)
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn lao động	1 (3,33%)
	Tai nạn giao thông	24 (80,00%)
	Tai nạn sinh hoạt	5 (16,67%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 45,00 ± 12,10 tuổi. Về giới tính, bệnh nhân nam chiếm đa số với 83,33%, trong khi nữ chiếm 16,67%. Xét về nghề nghiệp, nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (46,67%), tiếp theo là lao động nhẹ (40%) và 13,33% bệnh nhân đã hết tuổi lao động. Về nguyên nhân chấn thương, tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu (80,00%), tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (16,67%), trong khi tai nạn lao động chiếm 3,33%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật trung bình 10,17 ± 8,39 ngày.

Bảng 2. Phân bố bên tổn thương

Bên tổn thương	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ
Trái	11	36,67%
Phải	19	63,33%

Nhận xét: Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương bên phải chiếm tỷ lệ cao hơn với 63,33% (19 bệnh nhân), trong khi bên trái chiếm 36,67% (11 bệnh nhân). Khoảng cách quạ đòn trung bình trước mổ là 19,9 ± 3,41 mm với số ca tổn thương độ IIIB là 10 ca, chiếm tỷ lệ 33,33% và 20 ca tổn thương độ V, chiếm tỷ lệ 66,67%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3. Các thông số trong phẫu thuật

Giá trị	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian phẫu thuật (phút)	75	120	89,50	10,62
Chiều dài gân (cm)	21,2	26,4	24,8	1,97
Đường kính gân (mm)	3,5	5,0	4,37	0,51

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 89,50 ± 10,62 phút, với thời gian ngắn nhất là 75 phút và dài nhất là 120 phút. Chiều dài gân được sử dụng để tái tạo dây chằng có giá trị trung bình 24,8 ± 1,97 cm, dao động từ 21,2 cm đến 26,4 cm. Đường kính gân trung bình là 4,37 ± 0,51 mm, nhỏ nhất 3,5 mm, lớn nhất 5,0 mm.

Bảng 4. Sự thay đổi điểm Constant-Murley

Thời điểm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trước mổ	21	42	29,60	5,88
Sau mổ 3 tháng	68	85	77,70	5,31

Nhận xét: Có sự thay đổi điểm Constant-Murley, tăng qua thời gian bất động và tập phục hồi chức năng. Điểm Constant tăng sau 3 tháng, từ mức $29,60 \pm 5,88$ lên mức $77,70 \pm 5,31$.

Bảng 5. Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không	25	83,33
Mất nắn khớp	4	13,34
Nhiễm trùng nông	1	3,33

Nhận xét: Ở nghiên cứu này, biến chứng thường gặp nhất là mất nắn trật khớp với 4 ca, chiếm tỷ lệ 13,34%. Biến chứng ít gặp nhất là nhiễm trùng nông với 1 ca, đã được phẫu thuật cắt lọc, kết quả điều trị tốt. Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo 5 bậc hài lòng theo Likert của bệnh nhân với 66,67% rất hài lòng và 26,66% hài lòng. 6,67% (2 bệnh nhân) hài lòng một phần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $45,00 \pm 12,10$ tuổi, lớn hơn tuổi trung bình của tác giả Vũ Xuân Thành [10] là 39 tuổi, của tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn [11] là 40 tuổi. Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi lao động, phản ánh đặc điểm dịch tễ thường gặp của trật khớp cùng đòn ở đối tượng còn hoạt động thể lực và tham gia vào các hoạt động sản xuất.

Về giới tính, bệnh nhân nam chiếm đa số với 83,33%, gần 5 lần so với nữ chiếm 16,67%. Tỷ lệ nam cao hơn rõ rệt, phù hợp với đặc điểm chấn thương do cơ chế lực mạnh và hoạt động thể thao hoặc lao động nặng thường gặp ở nam giới, tương đương với nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Thành [10] là 79,2% và tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn [11] là 82,5%.

Xét về nghề nghiệp, nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (46,67%), tiếp theo là lao động nhẹ (40%) và 13,33% bệnh nhân đã hết tuổi lao động. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân trong nhóm tuổi lao động phải lao động nhiều, nên có nhu cầu phục hồi chức năng vai ở mức độ cao để trở lại hoạt động nghề nghiệp.

Về nguyên nhân chấn thương, tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu (80,00%), tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (16,67%), trong khi tai nạn lao động chiếm 3,33%. Kết quả này cho thấy cơ chế chấn thương năng lượng cao đóng vai trò chính trong tổn thương trật khớp cùng đòn trong nghiên cứu và tai nạn giao thông cũng là nguyên nhân chấn thương chính như các nghiên cứu trật khớp cùng đòn trong nước [10], [11], [12].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật trung bình $10,17 \pm 8,39$ ngày. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Thành [10], tác giả Dương Đình Triết [12], tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn [11] và chúng tôi. Sự khác biệt và dao động lớn của thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật do tiêu chuẩn lựa chọn mẫu có sự khác biệt giữa các nghiên cứu với nhau.

Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương bên phải chiếm tỷ lệ cao hơn với 63,33% (19 bệnh nhân), trong khi bên trái chiếm 36,67% (11 bệnh nhân). Kết quả có sự khác biệt với các nghiên cứu của tác giả trong nước [10], [11], [12] do có sự khác biệt về thiết kế nghiên cứu và các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Khoảng cách quạ đòn trung bình trước mổ là $19,9 \pm 3,41$ mm với số ca tổn thương độ IIIB là 10 ca, chiếm tỷ lệ 33,33% và 20 ca tổn thương độ V, chiếm tỷ lệ 66,67%. Tỷ lệ trật khớp cùng đòn độ III và độ V của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả Vũ Xuân Thành [10] và tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn [11], không có các ca độ IV và độ VI do hiếm gặp. Sự khác biệt trong nghiên cứu này có thể do tình hình dịch tễ, tiêu chuẩn chọn mẫu và phương thức điều trị có sự khác biệt giữa các cơ sở điều trị.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Thời gian phẫu thuật trung bình là $89,50 \pm 10,62$ phút, tương đương với tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn [11]. Thời gian mổ tương đối ổn định, không quá kéo dài, phản ánh tính khả thi của kỹ thuật tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn trong thực hành lâm sàng.

Chiều dài gân được sử dụng để tái tạo dây chằng có giá trị trung bình $24,8 \pm 1,97$ cm và đường kính gân trung bình là $4,37 \pm 0,51$ mm, với giá trị nhỏ nhất 3,5 mm và lớn nhất 5,0 mm, đảm bảo yêu cầu về mặt sinh học và cơ học cho việc tái tạo giải phẫu các bó dây chằng quạ đòn và tái tạo được dây chằng cùng đòn; đảm bảo sự tương hợp tránh trường hợp gãy xương ở đường hầm xương đòn và móm quạ theo tác giả Dumont [3].

Có sự thay đổi điểm Constant-Murley, tăng qua thời gian bất động và tập phục hồi chức năng. Điểm Constant tăng nhanh sau 3 tháng, từ mức $29,60 \pm 5,88$ lên mức $77,70 \pm 5,31$. Sự thay đổi tương đương với các nghiên cứu của các tác giả Vũ Xuân Thành [10] và tác giả Nguyễn Ngọc Tuấn [11], chứng tỏ phương pháp mang lại hiệu quả điều trị và ổn định cấu trúc khớp vai, tạo điều kiện phục hồi tầm vận động và chức năng khớp vai, giúp bệnh nhân có thể trở lại hoạt động thể chất bình thường.

Ở nghiên cứu này, biến chứng thường gặp nhất là mất nắn trật khớp với 4 ca, chiếm tỷ lệ 13,4%. Tỷ lệ di lệch thứ phát này có sự dao động giữa các tác giả [1], [10] [11], [12]. Lý giải sự khác biệt này là do tiêu chuẩn đánh giá khác nhau giữa các nghiên cứu, sự khác biệt về kỹ thuật mổ, cũng như thời gian đánh giá biến chứng. Với 4 trường hợp biến chứng này, chúng tôi tiếp tục theo dõi và đánh giá chức năng khớp vai, thang điểm hải lòng kéo dài hơn kèm hướng dẫn mang đai treo tay hỗ trợ tăng cường. Kết quả, cả 4 trường hợp đều giảm đau và vận động vai ở mức chấp nhận được ở các thời điểm theo dõi tiếp theo.

Mức độ hải lòng của bệnh nhân theo 5 bậc hải lòng của Likert trong giai đoạn 3 tháng đầu sau mổ, với 66,67% rất hải lòng và 26,66% hải lòng. Chỉ có 6,67% (2 bệnh nhân) hải lòng một phần với 1 trường hợp nhiễm trùng nông đã được cắt lọc đã ổn định, và 1 trường hợp mất nắn trật gây đau nhiều giai đoạn ban đầu và hạn chế một phần vận động vai.

V. KẾT LUẬN

Trật khớp cùng đòn là tổn thương thường gặp ở vùng vai, xảy ra chủ yếu ở nam giới trong độ tuổi lao động. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Tổn thương thường gặp là loại V theo Rockwood, theo sau là tổn thương độ III theo Rockwood, là 2 loại tổn thương thường gặp nhất trên lâm sàng. Phẫu thuật mang lại hiệu quả điều trị cao, phục hồi độ vững của khớp vai và tỷ lệ biến chứng thấp. Phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn và cùng đòn trong điều trị trật khớp cùng đòn là một phương pháp điều trị phù hợp, mang lại kết quả tốt về chức năng khớp vai, ổn định cấu trúc giải phẫu vùng vai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollman F, Jomaa MN. Combined Repair and Reconstruction of Coracoclavicular and Acromioclavicular Ligaments for Acute and Chronic AC Joint Dislocations: A Technical Note and Prospective Case Series. *Journal of clinical medicine*. 2025. 14(5), doi:10.3390/jcm14051730.
 2. Aliberti GM, Kraeutler MJ, Trojan JD, Mulcahey MK. Horizontal Instability of the Acromioclavicular Joint: A Systematic Review. *Am J Sports Med*. 2020. 48(2), 504-510, doi:10.1177/0363546519831013.
 3. Dumont GD, Russell RD, Knight JR, *et al*. Impact of tunnels and tenodesis screws on clavicle fracture: a biomechanical study of varying coracoclavicular ligament reconstruction techniques. *Arthroscopy*. 2013. 29(10), 1604-7, doi:10.1016/j.arthro.2013.07.257.
 4. Berthold DP, Muench LN, Dyrna F, *et al*. Current concepts in acromioclavicular joint (AC) instability – a proposed treatment algorithm for acute and chronic AC-joint surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2022. 23(1), 1078, doi:10.1186/s12891-022-05935-0.
 5. Rosso C, Martetschläger F. High degree of consensus achieved regarding diagnosis and treatment of acromioclavicular joint instability among ESA-ESSKA members. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2021. 29(7), 2325-2332, doi:10.1007/s00167-020-06286-w.
 6. Phan Thế Nhứt. Mất vững khớp cùng đòn trên mặt phẳng ngang: cần lâm sàng chẩn đoán. phương pháp phẫu thuật. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024 (79), 243-253. doi:10.58490/ctump.2024i79.2873.
 7. Konstantinou E, Koskiniotis A. Anatomical reconstruction of coracoclavicular and acromioclavicular ligaments using an autologous tendon graft provides excellent outcomes in acute acromioclavicular joint dislocation. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2025. 33(12), 4364-4371, doi:10.1002/ksa.70051.
 8. Wahal N, Kendirci AS, Abondano C, Tauber M, Martetschläger F. Acromioclavicular Joint Lesions in Adolescents-A Systematic Review and Treatment Guidelines. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. 12(17), 5650, doi: 10.3390/jcm12175650.
 9. Vrotsou K, Ávila M, Machón M, *et al*. Constant-Murley Score: systematic review and standardized evaluation in different shoulder pathologies. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2018. 27(9), 2217-2226, doi:10.1007/s11136-018-1875-7.
 10. Vũ Xuân Thành. 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. 2019. 19, 42-58.
 11. Nguyễn Ngọc Tuấn, Lê Chí Dũng. Kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng tái tạo dây chằng quạ đòn bằng mảnh ghép hai gân gan tay dài tự thân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023, 528(số chuyên đề), 343 - 352.
 12. Dương Đình Triết, Bùi Hồng Thiên Khanh, Đỗ Phước Hùng. Kết quả điều trị trật khớp cùng đòn bằng phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn qua nội soi hỗ trợ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 06/22 2022, 515(1), doi:10.51298/vmj.v515i1.2734.
-