

Chấn thương khớp cùng đòn (tách khớp vai)

Chấn thương khớp cùng đòn (tách khớp vai): đầu ngoài của xương đòn bị dịch chuyển lên trên, tách khỏi xương bả vai.

Root4(one) / Wikimedia Commons, CC BY 2.5



Trang này được dịch bằng máy và chưa được bác sĩ kiểm tra. **Bản tiếng Anh** là bản chính thức.

Những triệu chứng bạn đang gặp phải

Chấn thương này hầu như luôn bắt đầu từ việc ngã trực tiếp vào vùng vai: ngã khỏi xe đạp, va chạm mạnh trong thể thao, hoặc đơn giản là vấp ngã trên mặt phẳng cứng. Ngay lập tức, vùng đỉnh vai sẽ bị đau; trong vòng một hoặc hai ngày sau, thường xuất hiện một **khối sưng đau hoặc chỗ lõm** ngay tại chỗ tiếp giáp giữa xương đòn và vai.

Vùng này rất đau khi chạm vào hoặc khi nâng tay lên; việc vươn tay sang ngang ngửa hoặc nâng tay lên trên đầu cũng gây cảm giác khó chịu. Nếu ấn vào khối sưng đó, bạn sẽ cảm nhận được độ **đàn hồi**, giống như đang ấn xuống đầu mút xương đòn rồi cảm nhận nó nảy trở lại, tương tự như khi nhấn phím piano. Nhiều người có phản xạ ôm tay lại vì việc để tay thẳng xuống sẽ gây căng tức ở khớp vai. Đây chính là hiện tượng **“trật khớp vai”** mà mọi người thường nhắc đến; nó không giống với tình trạng vai bị trật hoàn toàn, tức là đầu xương vai tách ra khỏi ổ khớp.

Điều gì thực sự đang xảy ra

Ở phần trên cùng của vai, có một khớp nhỏ nơi đầu ngoài của **xương đòn (clavicle)** tiếp giáp với mỏm xương của xương bả vai gọi là **mỏm acromion**. Đây chính là **khớp acromioclavicular (AC)**. Khớp này được giữ vững nhờ các dây chằng – vừa là những dây chằng nằm quanh khớp, vừa là một nhóm dây chằng mạnh nằm phía dưới một chút (gọi là các dây chằng **coracoclavicular**, hay CC) đóng vai trò như những sợi dây cố định xương đòn xuống dưới.

Khi bị ngã vào vùng vai, xương bả vai bị đẩy xuống dưới trong khi xương đòn vẫn giữ nguyên vị trí, khiến **các dây chằng này bị căng hoặc rách**. Nếu chỉ có các dây chằng quanh khớp bị giãn, xương đòn vẫn giữ được vị trí tương đối ổn định. Nhưng nếu những sợi dây chằng mạnh hơn cũng bị rách, xương đòn sẽ không còn bị giữ chặt nữa và bị đẩy lên trên, tạo thành chỗ lồi và độ chênh lệch rõ rệt trên bề mặt vai.

Các bác sĩ phẫu thuật phân loại những chấn thương này dựa trên mức độ tổn thương, sử dụng thang phân loại **Rockwood từ I đến VI**. Các mức **I và II là những trường hợp giãn dây chằng** với mức di lệch rất ít hoặc không có; mức **III nằm ở giữa**, có chỗ lồi rõ rệt nhưng vai vẫn vận động tương đối bình thường; còn các mức **IV đến VI là những chấn thương nặng**, khi xương đòn bị lệch khỏi vị trí rất nhiều. Cần lưu ý rằng đây là tình trạng khác biệt so với **khớp AC bị thoái hóa, viêm khớp** (do quá trình hao mòn theo thời gian) và so với **gãy xương đòn** (cả hai tình trạng này chúng tôi sẽ đề cập riêng).

Những gì chúng tôi có thể làm

Tại phòng khám của chúng tôi, bác sĩ Kieran Hirpara điều trị chấn thương này bằng cách xác nhận chẩn đoán thông qua việc đánh giá kỹ lưỡng và chụp hình ảnh.

Tin vui là **hầu hết các chấn thương khớp AC không cần phải phẫu thuật**.

Các chấn thương **mức độ nhẹ (độ I, II và phần lớn độ III)** được điều trị khá đơn giản. Việc đeo **áo treo cánh tay để giảm khó chịu** trong vài tuần sẽ giúp giảm áp lực lên khớp và giúp vùng bị tổn thương hồi phục. Khi cơn đau ban đầu giảm bớt, **vật lý trị liệu** sẽ giúp phục hồi vận động và tái tạo các cơ quanh xương bả vai và vai. Hầu hết bệnh nhân đều lấy lại được chức năng vận động tốt, thậm chí là hoàn toàn, rồi có thể trở lại làm việc và tham gia các hoạt động thể thao. Điểm cần lưu ý duy nhất là về mặt thẩm mỹ: ngay cả sau khi lành hẳn, chỗ lồi ở phía trên vai vẫn thường tồn tại vĩnh viễn; nó có vẻ khác so với bên vai còn lại, nhưng thường không ảnh hưởng đến khả năng vận động của vai.

Phẫu thuật chỉ được chỉ định cho những trường hợp thực sự cần thiết. Đó là các **chấn thương mức độ nặng (độ IV, V và VI)**, nơi xương đòn bị lệch vị trí nghiêm trọng; cùng một nhóm nhỏ các chấn thương mức độ nhẹ vẫn gây đau đớn, yếu cơ hoặc không ổn định dù đã được điều trị phục hồi đúng cách – đặc biệt là ở những người làm công việc nặng nhọc, phải vận động quá mức hoặc các vận động viên chuyên nghiệp. Ca phẫu thuật sẽ khâu nối lại các dây chằng bị rách để kéo xương đòn về đúng vị trí và giữ cố định trong thời gian lành thương. Chúng tôi sẽ trình bày chi tiết về phương pháp này trong mục về thủ thuật ổn định khớp AC.

Những điều có thể xảy ra

Đối với đa số bệnh nhân bị chấn thương mức độ nhẹ, diễn biến bệnh thường khả quan. Cơn đau dữ dội sẽ giảm dần trong vài tuần, và nhờ vật lý trị liệu, vai sẽ dần phục hồi sức mạnh cũng như khả năng vận động. Hầu hết bệnh nhân có thể trở lại các hoạt động và môn thể thao thường ngày; họ chấp nhận rằng **vết sẹo có**

thể là dấu vết vĩnh viễn của chấn thương mà không ảnh hưởng đến chức năng của vai. Ngay cả một số trường hợp chấn thương mức độ III, dù trông có vẻ nghiêm trọng lúc đầu, cũng có thể hồi phục tốt mà không cần phẫu thuật.

Những chấn thương cần thời gian hồi phục lâu hơn là các trường hợp mức độ nặng, hoặc các chấn thương mức độ nhẹ nhưng không có dấu hiệu cải thiện. Trong những trường hợp này, câu hỏi đặt ra là **việc phẫu thuật tái tạo có giúp vai trở nên ổn định hơn, mạnh mẽ hơn và ít đau hơn** để đáp ứng các hoạt động mà bạn thực hiện hay không; câu trả lời phụ thuộc nhiều vào công việc, môn thể thao bạn tham gia và tình trạng vai trong vài tuần đầu sau chấn thương. Có nhiều bằng chứng cho thấy việc đưa ra quyết định này nên được thực hiện một cách thận trọng, cho vai cơ hội hồi phục tự nhiên trước khi quyết định phẫu thuật; đồng thời không nên để tình trạng chấn thương mức độ nặng, không ổn định kéo dài vô thời hạn.

Khi nào nên đi khám bác sĩ

- **Ngã đập vào đỉnh vai** gây đau đớn, kèm theo một khối sưng đau hoặc chỗ lõm lên ở vùng đó; trường hợp này cần được khám để xác định mức độ chấn thương và loại trừ khả năng gãy xương đòn.
- **Một khối u lõm rõ rệt** khiến cánh tay có cảm giác bị kéo xuống; đây là dấu hiệu của chấn thương nghiêm trọng hơn cần được đánh giá kỹ lưỡng.
- **Đau hoặc yếu cơ không thuyên giảm** sau vài tuần đeo nẹp và tập vật lý trị liệu; đặc biệt nếu bạn làm việc nặng, phải vận động trên cao hoặc tham gia các môn thể thao.
- **Da bị căng ra** trên vùng khối u, thay đổi màu sắc da ở chỗ đó, hoặc cảm giác xương đang đẩy mạnh vào da: cần đi khám càng sớm càng tốt.

Phân tích chi tiết hơn

Phần này đi sâu hơn mức cần thiết để bạn tự đưa ra các quyết định điều trị. Chấn thương khớp AC đáng để đọc thêm vì có một sự mâu thuẫn nằm ở trung tâm của mọi quyết định liên quan đến nó: phẫu thuật có thể khắc phục chính xác những gì được thấy trên phim X-quang, nhưng lại không làm thay đổi chức năng của vai sau phẫu thuật.

PHẪU THUẬT CHỈ KHẮC PHỤC HÌNH ẢNH X-QUANG, CHỨ KHÔNG THAY ĐỔI KẾT QUẢ LÂM SÀNG

Các trường hợp trật khớp nặng trông rất đáng ngại trên phim X-quang: xương đòn nhô rõ rệt ra khỏi móm vai; vì vậy người ta cho rằng việc đưa xương về vị trí cũ chắc chắn sẽ tốt hơn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu gồm 954 bệnh nhân bị trật khớp cấp độ nặng, **không có sự khác biệt lâm sàng nào về các chỉ số đánh giá chức năng** giữa nhóm điều trị bằng phẫu thuật và nhóm điều trị không phẫu thuật. Những điểm khác biệt lại xuất hiện theo cả hai hướng: nhóm điều trị không phẫu thuật **trở lại làm việc sớm hơn**, nhưng chấp nhận

kết quả thẩm mỹ kém hơn; trong khi phẫu thuật giúp đạt được mức chỉnh trật khớp tốt hơn trên phim X-quang [1].

Khi chỉ xét riêng các ca thuộc loại Rockwood III – mức độ mà tranh luận về chỉ định phẫu thuật vẫn còn gay gắt – một nghiên cứu năm 2025 trên **397** bệnh nhân cũng không phát hiện sự khác biệt đáng kể nào về chức năng khớp được bệnh nhân tự đánh giá hay theo các tiêu chí khách quan; phẫu thuật giúp cải thiện mức độ chỉnh trật khớp nhưng lại làm tăng nguy cơ biến chứng phẫu thuật [2]. Một nghiên cứu trước đó trên **646** trường hợp cũng đi đến kết luận tương tự: không có sự khác biệt đáng kể về nguy cơ viêm khớp sau này hay tình trạng đau dai dẳng; tỷ lệ tái trật khớp ở nhóm phẫu thuật là **14%** [3].

Ba nguồn bằng chứng độc lập, nhưng cùng một kết luận. Tình trạng biến dạng khớp là có thật và sẽ tồn tại vĩnh viễn nếu không phẫu thuật; tuy nhiên việc chỉnh sửa nó cũng không làm thay đổi đáng kể khả năng vận động của vai.

QUYẾT ĐỊNH PHẪU THUẬT LIÊN QUAN ĐẾN CHỖ LỖI RA TRÊN XƯƠNG, CHỨ KHÔNG PHẢI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG

Việc xác định lại vấn đề theo cách này mới là giá trị thực tiễn của các bằng chứng y khoa. Nếu câu hỏi là “Phẫu thuật có giúp vai tôi vận động tốt hơn không?”, câu trả lời trung thực là chưa có bằng chứng chứng minh điều đó. Còn nếu câu hỏi là “Phẫu thuật có giúp loại bỏ chỗ lồi trên xương đòn không?”, thì câu trả lời thường là có; đối với một số người, trong một số nghề nghiệp và môn thể thao nhất định, điều này đã đủ quan trọng để trở thành lý do phẫu thuật.

Đó là một lý do hợp lý để tiến hành phẫu thuật. Chỉ là lý do đó khác với điều mà hầu hết mọi người cho rằng họ đang được chỉ định phẫu thuật vì.

CHƯA CÓ KỸ THUẬT NÀO VƯỢT TRỘI HOÀN TOÀN; MỘT KỸ THUẬT THÌ TỆ HƠN ĐÁNG KỂ

Sau khi quyết định phẫu thuật, việc lựa chọn phương pháp cố định lại nhận được nhiều sự quan tâm nhưng lại chưa có sự phân biệt rõ ràng giữa các phương pháp. Trên **939** bệnh nhân, kết quả điều trị theo cảm nhận của bệnh nhân sau phẫu thuật là **tương đương nhau ở tất cả các phương pháp**; tuy nhiên, phương pháp cố định bằng mảnh ghép hình móc và dùng dây kim loại lại có tỷ lệ biến chứng cao nhất; còn phương pháp Weaver-Dunn được chỉnh sửa thì có tỷ lệ phải phẫu thuật lại cao nhất [4]. Khi so sánh hai kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất hiện nay trên **399** bệnh nhân, phương pháp dùng nút khâu cho kết quả chức năng tốt hơn và mức độ đau ít hơn so với phương pháp dùng mảnh ghép hình móc; thời gian phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng và tình trạng mất cố định giữa hai phương pháp không có sự khác biệt đáng kể [5].

Các nghiên cứu về tái tạo cũng cho kết quả tương tự. Trên **4,473** bệnh nhân, các phương pháp tái tạo bằng vật liệu sinh học hoặc tổng hợp cho kết quả chức năng tốt hơn so với phương pháp cố định xương bằng nẹp kim loại [6]; trên **1,020** bệnh nhân, các phương pháp tái tạo theo cấu trúc giải phẫu cho kết quả tốt nhất, trong đó các phương pháp nội soi vượt trội hơn so với phương pháp mổ mở [7].

Nhìn chung, các phương pháp tái tạo giải phẫu hiện đại có xu hướng cho kết quả tương đương nhau, trong khi các loại vật liệu cố định cứng cấp thể hệ cũ lại có kết quả kém hơn. Trong nhóm các phương pháp hiện đại, sự khác biệt giữa chúng là không đáng kể; do đó, mức độ quen thuộc của bác sĩ phẫu thuật với từng kỹ thuật cũng là cơ sở hợp lý để lựa chọn.

MỘT TRÊN NĂM BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG KHÁC BÊN TRONG KHỚP

Phát hiện này rất đáng chú ý vì những tổn thương này không thể nhìn thấy trên các phim chụp dùng để chẩn đoán. Trong số **860** bệnh nhân bị trật khớp AC cấp tính và đã được phẫu thuật, **khoảng một trên năm bệnh nhân có tổn thương nội khớp đi kèm cần can thiệp thêm**; phổ biến nhất là các tổn thương môi khớp hoặc cơ chóp xoay. Vì lý do này, các tác giả đề xuất nên tiến hành nội soi khớp ngay cả khi phẫu thuật tái tạo được thực hiện qua đường mổ hở [8].

Phát hiện này cũng giúp giải thích cho một nhóm nhỏ các ca bệnh gây khó khăn: những trường hợp vai vẫn đau sau khi phẫu thuật tái tạo được thực hiện đúng kỹ thuật; có thể do bệnh nhân đã có tổn thương thứ hai ngay từ đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Chang N, Furey A, Kurdin A. So sánh phương pháp điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật đối với các trường hợp trật khớp acromioclavicular cấp tính mức độ nặng: một phân tích tổng hợp có hệ thống. J Orthop Trauma. 2018;32(1):1-9. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004>
- [2] Bianco Prevot L, Accetta R, Fozzato S, Moroder P, Basile G. Phẫu thuật hay điều trị bảo tồn: phương pháp nào tốt nhất cho các trường hợp trật khớp acromioclavicular cấp tính loại Rockwood III? EFORT Open Rev. 2025;10(3):141-50. <https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077>
- [3] Longo UG, Ciuffreda M, Rizzello G, Mannering N, Maffulli N, Denaro V. So sánh phương pháp điều trị phẫu thuật và bảo tồn đối với trật khớp acromioclavicular loại III: phân tích tổng hợp có hệ thống. Br Med Bull. 2017;122(1):31-49. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx003>
- [4] Moatshe G, Kruckeberg BM, Chahla J, Godin JA, Cinque ME, Provencher MT, và cộng sự. Tái tạo dây chằng acromioclavicular và coracoclavicular trong điều trị tình trạng không ổn định khớp acromioclavicular: phân tích tổng hợp về kết quả lâm sàng và hình ảnh học. Arthroscopy. 2018;34(6):1979-95. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016>
- [5] Wang C, Meng J, Zhang Y, Shi M. So sánh hiệu quả của phương pháp sử dụng nút khâu và nẹp móc trong điều trị trật khớp acromioclavicular cấp tính không ổn định: phân tích tổng hợp. Am J Sports Med. 2019;48(4):1023-30. <https://doi.org/10.1177/0363546519858745>
- [6] Saccomanno MF, Sircana G, Cardona V, Vismara V, Scaini A, Salvi AG, và cộng sự. Phương pháp tái tạo dây chằng bằng vật liệu sinh học hoặc tổng hợp mang lại kết quả chức năng tốt hơn so với phương pháp cố định xương trong điều trị trật khớp acromioclavicular cấp tính. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2175-93. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06217-9>

[7] Sircana G, Saccomanno MF, Mocini F, Campana V, Messinese P, Monteleone A, và cộng sự. Việc tái tạo giải phẫu khớp acromioclavicular mang lại kết quả chức năng tốt nhất trong điều trị tình trạng không ổn định mãn tính. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2020;29(7):2237-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5>

[8] Ruiz Ibán MA, Moreno Romero MS, Diaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Muriel A, López-Alcalde J. Tỷ lệ xuất hiện các tổn thương liên quan trong khớp sau chấn thương acromioclavicular cấp tính là 20%. Phân tích tổng hợp có hệ thống. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2020;29(7):2024-38. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6>