

*Kỹ thuật*

# **Tiêm khớp và mô mềm**

*Chẩn đoán, điều trị và hướng dẫn thực hành*

**Tác giả: David Silver**

**Dịch giả: Bs. Nguyễn Hoàng Chương**



**Trevor Silver (1927–2011)**

Dr Silver was a general practitioner (GP) with an interest in the management of musculoskeletal conditions, notably injection therapy. Throughout his career, he was interested in education and training. For many years, he was Regional Adviser to South West Thames Region British Postgraduate Medical Federation and held a number of important roles within the Royal College of General Practitioners, including Chair and Provost of the South West Thames Faculty. He chaired many management, education and research committees, including the local division of the BMA and his regional health authority regional research committee.

He was a GP advisor to the Arthritis and Rheumatism Council and a trainer to the Royal Army Medical Corps (RAMC). He contributed to original research on the regional inequalities of GP training in inner city areas. He travelled widely to deliver his highly regarded soft tissue and joint injection workshops and published the successful book, *Joint and Soft Tissue Injection*. (Adapted from BMJ 2011; 343:d7233 with permission from BMJ Publishing Group Ltd.)

SIXTH EDITION  
**SILVER'S JOINT  
AND SOFT TISSUE  
INJECTION**  
INJECTING WITH CONFIDENCE

EDITED BY

**DAVID SILVER** FRCR FRCP

Consultant Musculoskeletal Radiologist

Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust

Past President, British Society of Skeletal Radiologists

UK



## Contributors

**Bashaar Boyce MBChB, BSc, MRCP**

Consultant Rheumatologist  
Royal National Hospital for Rheumatic Diseases  
Bath, England

**Ravik Mascarenhas BMedSci, BMBS, MRCP**

Consultant Rheumatologist  
Royal Devon and Exeter Foundation Trust  
Exeter, England

**Anish Patel FRCR**

Consultant Radiologist  
Royal Orthopaedic Hospital  
Birmingham, England

**David Silver FRCR, FRCP**

Consultant Musculoskeletal Radiologist  
President British Society of Skeletal Radiologists  
Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust  
Exeter, England

**Alison Smeatham MSc., MCSP, FSOM**

Extended Scope Physiotherapist  
Royal Devon and Exeter NHS Foundation Trust  
Exeter, England

Dr Anish Patel contributed Chapter 2, Dr Bashaar Boyce and Dr Ravik Mascarenhas contributed Chapter 4, and Ms Alison Smeatham contributed the Physiotherapy sections in Chapters 5–10.

## Các từ viết tắt

|          |   |
|----------|---|
| anti-CCP | anti-citrullinated c-peptide                                |
| BMI      | body mass index   |
| DAS      | disease activity score                                      |
| DLCO     | low total diffusion capacity                                |
| DMARD    | disease-modifying antirheumatic drug                        |
| ESWL     | extracorporeal shockwave lithotripsy                        |
| ESWT     | extracorporeal shockwave therapy                            |
| GP       | general practitioner  |
| GTPS     | greater trochanter pain syndrome                            |
| INR      | international normalised ratio                              |
| MMPI     | Minnesota Multiphasic Personality Inventory                 |
| MRI      | magnetic resonance imaging                                  |
| NHS      | National Health Service                                     |
| NICE     | National Institute for Health and Care Excellence           |
| NOACs    | novel oral anticoagulants                                   |
| NSAID    | non-steroidal anti-inflammatory drug                        |
| POLICE   | protection, optimal loading, ice, compression and elevation |
| QOL      | quality of life   |
| RA       | rheumatoid arthritis  |
| RCT      | randomised controlled trial                                 |
| RF       | rheumatoid factor   |
| RICE     | rest, ice, compression and elevation                        |
| VAS      | visual analogue scale                                       |



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group

<http://taylorandfrancis.com>

# Mục lục

## Mục lục

|   |           |
|---|-----------|
| Contributors.....   | 14        |
| Các từ viết tắt.....  | 15        |
| Tỷ suất bệnh và các nguyên tắc chung.....                                 | 17        |
| <b>Chương 1: Tỷ suất bệnh và các nguyên tắc chung.....</b>                | <b>17</b> |
| 1.1 Tần suất tiêm.....  | 20        |
| 1.2 Kháng đông.....   | 21        |
| 1.3 Lựa chọn thuốc steroid.....   | 21        |
| 1.4 Chống chỉ định dùng steroids.....                                     | 22        |
| 1.5 Gây tê khu trú.....   | 23        |
| 1.6 Hậu thủ thuật.....  | 23        |
| <b>Chương 2: Tiêm corticosteroid khớp và mô mềm: Y học bằng chứng</b>     | <b>27</b> |
| 2.1 Giới thiệu.....   | 28        |
| 2.2 Chi trên.....   | 28        |
| 2.2.1 Vai.....  | 28        |
| 2.2.2 Khuỷu tay.....  | 29        |
| 2.2.3 Tay.....  | 30        |
| 2.3 Chi dưới.....   | 30        |
| 2.3.1 Hông .....  | 30        |
| 2.3.2 Hông / đầu gối .....  | 31        |
| 2.3.3 Chân .....  | 31        |
| 2.4 Chúng ta nên tiêm thuốc gì?.....                                      | 32        |
| 2.5 Bao lâu chúng ta nên tiêm.....  | 32        |
| 2.6 Có an toàn khi tiêm trên bệnh nhân đái tháo đường không?.....         | 32        |
| 2.7 Vai trò của tiêm dưới hướng dẫn hình ảnh học là gì?.....              | 33        |
| <b>Chương 3: Các vấn đề pháp lý y khoa, biến chứng và đồng thuận.....</b> | <b>37</b> |
| 3.1 Giới thiệu.....   | 38        |
| 3.2 Kỹ thuật tiêm.....  | 38        |

## **Mục lục**

|  |           |
|--|-----------|
| 3.3 Những biến chứng bất tiện khi tiêm Steroid.....                        | 38        |
| 3.3.1 Loạn dưỡng mỡ.....   | 38        |
| 3.3.2 Mất sắc tố da.....   | 39        |
| 3.3.3 Tăng đường huyết.....  | 39        |
| 3.3.4 Nhiễm trùng.....   | 39        |
| 3.4 Đau sau tiêm.....  | 39        |
| 3.5 Sự đồng thuận.....   | 40        |
| 3.5.1 Bác sĩ thận trọng / Bệnh nhân thận trọng.....                        | 41        |
| 3.5.2 Đồng thuận.....  | 41        |
| 3.5.3 Biểu lộ sự hài lòng.....   | 41        |
| 3.5.4 Kỹ thuật tiêm.....   | 41        |
| 3.5.5 Văn bản viết đồng thuận.....   | 41        |
| 3.5.6 Tài liệu đồng thuận.....   | 42        |
| <b>Chương 4: Thách thức của việc nhận biết và kiểm soát viêm khớp.....</b> | <b>44</b> |
| 4.1 Giới thiệu.....  | 45        |
| 4.2 Đặt vấn đề gánh nặng của bệnh lý viêm.....                             | 45        |
| 4.3 Thử thách để chuẩn đoán.....   | 46        |
| 4.4 Cách chuẩn đoán.....   | 46        |
| 4.4.1 Kết quả lâm sàng.....  | 46        |
| 4.4.2 Điều tra đặc biệt.....   | 46        |
| 4.5 Sự quản lý.....  | 47        |
| 4.6 Tiêm trong viêm khớp.....  | 48        |
| 4.7 Phần kết luận.....   | 48        |
| <b>Chương 5: Vai.....</b>  | <b>50</b> |
| 5.1 Giới thiệu.....  | 51        |
| 5.2 Biểu hiện và chuẩn đoán.....   | 51        |
| 5.3 Hạn chế trong chuẩn đoán.....  | 53        |
| 5.3.1 Biểu hiện đau chóp vai.....  | 53        |
| 5.3.2 Đau ở vị trí bám cơ delta.....                                       | 54        |
| 5.4 Giải phẫu học chứng năng.....  | 54        |
| 5.4.1 Các khớp nối cùng - đòn.....   | 55        |
| 5.5 Thăm khám khớp vai.....  | 55        |
| 5.6 Ý nghĩa đau (Xem hình 5.1).....  | 57        |
| 5.6.1 Đau khi giạng cưỡng ép.....  | 57        |
| 5.6.2 Xoay ngoài cưỡng ép.....   | 57        |
| 5.6.3 Xoay trong cưỡng ép.....   | 57        |
| 5.6.4 Gấp và duỗi cẳng tay cưỡng ép.....                                   | 57        |



## Mục lục

|   |           |
|---|-----------|
| 5.7 Kỹ thuật tiêm.....  | 59        |
| 5.7.1 Tiếp cận phía trước (Hình 5.2).....                     | 59        |
| 5.7.2 Tiếp cận phía ngoài (dưới móm cùng vai) (Hình 5.3)..... | 59        |
| 5.7.3 Tiếp cận phía sau (Hình 5.4).....                       | 62        |
| 5.8 Viêm gân cơ nhị đầu.....                                  | 62        |
| 5.8.1 Kỹ thuật tiêm (hình 5.5).....                           | 62        |
| 5.9 Viêm khớp khớp cùng - đòn.....                            | 65        |
| 5.9.1 Kỹ thuật tiêm (Hình 5.6).....                           | 65        |
| 5.10 Vật lý trị liệu vùng vai.....                            | 67        |
| 5.10.1 Tóm tắt.....   | 67        |
| 5.10.2 Hội chứng bắt chẹn vai.....                            | 68        |
| 5.10.3 Vai cứng/ viêm dính bao khớp vai.....                  | 68        |
| 5.10.4 Viêm khớp cùng đòn.....                                | 68        |
| <b>Chương 6: Cổ tay và bàn tay.....</b>                       | <b>70</b> |
| 6.1 Tỷ lệ mắc bệnh.....                                       | 71        |
| 6.2 Các tình trạng được xử lý bằng STEROID.....               | 71        |
| 6.2.1 Đối tượng.....  | 71        |
| 6.3 Khớp cổ - bàn đầu tiên.....                               | 71        |
| 6.3.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                             | 72        |
| 6.3.2 Giải phẫu chức năng.....                                | 72        |
| 6.3.3 Kỹ thuật tiêm (xem hình 6.1).....                       | 72        |
| 6.4 Khớp bàn và khớp liên đốt.....                            | 72        |
| 6.4.1 Giải phẫu chức năng.....                                | 72        |
| 6.4.2 Kỹ thuật tiêm.....                                      | 72        |
| 6.5 Hội chứng ống cổ tay.....                                 | 74        |
| 6.5.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                             | 74        |
| 6.5.2 Test Tinel.....   | 74        |
| 6.5.3 Test Phelan.....  | 74        |
| 6.5.4 Giải phẫu chức năng.....                                | 75        |
| 6.5.5 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 6.2).....                       | 75        |
| 6.6 Viêm bao gân hoạt dịch Dequervain's.....                  | 77        |
| 6.6.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                             | 77        |
| 6.6.2 Giải phẫu chức năng.....                                | 78        |
| 6.6.3 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 6.3).....                       | 78        |
| 6.6.4 Tư vấn sau tiêm.....                                    | 78        |
| 6.7 Ngón tay cò súng.....                                     | 78        |
| 6.7.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                             | 78        |

## **Mục lục**

|  |           |
|--|-----------|
| 6.7.2 Giải phẫu chức năng.....                               | 80        |
| 6.7.3 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 6.4).....                      | 80        |
| 6.8 Vật lý trị liệu: cổ tay và tay.....                      | 82        |
| 6.8.1 Hội chứng ống cổ tay.....                              | 82        |
| 6.8.2 Viêm bao gân hoạt dịch De Quervain.....                | 82        |
| 6.8.3 Ngón tay cò súng.....                                  | 83        |
| <b>Chương 7: Khuỷu tay.....</b>                              | <b>85</b> |
| 7.1 Giới thiệu.....  | 86        |
| 7.2 Chấn thương khuỷu tay.....                               | 86        |
| 7.2.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                            | 86        |
| 7.2.2 Giải phẫu chức năng.....                               | 86        |
| 7.2.3 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 7.1).....                      | 86        |
| 7.3 Khuỷu tay người chơi Golf.....                           | 88        |
| 7.3.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                            | 88        |
| 7.3.2 Giải phẫu chức năng.....                               | 89        |
| 7.3.3 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 7.2).....                      | 89        |
| 7.4 Tư vấn sau tiêm.....                                     | 89        |
| 7.5 Loạn dưỡng mỡ.....                                       | 89        |
| 7.6 Vật lý trị liệu TENNIS và khuỷu tay của GOLFER.....      | 91        |
| 7.7 Viêm bao hoạt dịch mỏm khuỷu (Xem hình 7.3).....         | 93        |
| 7.8 Khuỷu tay (xem hình 7.4).....                            | 93        |
| 7.8.1 Biểu hiện.....   | 93        |
| 7.8.2 Giải phẫu chức năng.....                               | 93        |
| 7.8.3 Kỹ thuật tiêm.....                                     | 94        |
| 7.9 Vật lý trị liệu : Khớp khuỷu tay.....                    | 95        |
| <b>Chương 8: Các tình trạng của hông và đùi.....</b>         | <b>96</b> |
| 8.1 Hông.....  | 97        |
| 8.2 Viêm bao hoạt dịch máu chuyển lớn.....                   | 97        |
| 8.2.1 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 8.1).....                      | 99        |
| 8.3 Viêm bao hoạt dịch xương ngồi (bệnh gân cơ đùi sau)..... | 99        |
| 8.3.1 Kỹ thuật tiêm (xem hình 8.2).....                      | 99        |
| 8.4 Chứng đùi dị cảm.....                                    | 99        |
| 8.4.1 Kỹ thuật tiêm (xem hình 8.3).....                      | 101       |
| 8.5 Hội chứng ma sát dải chậu chày.....                      | 101       |
| 8.5.1 Biểu hiện và chẩn đoán.....                            | 101       |
| 8.5.2 Giải phẫu chức năng.....                               | 101       |
| 8.5.3 Kỹ thuật tiêm (xem Hình 8.4).....                      | 103       |

## Mục lục

|  |            |
|--|------------|
| 8.6 Vật lý trị liệu: Các tình trạng hông và đùi.....   | 103        |
| 8.6.1 Viêm bao hoạt dịch máu chuyển.....   | 103        |
| 8.6.2 Viêm bao hoạt dịch xương gối.....  | 104        |
| 8.6.3 Đau dị cảm đùi.....  | 104        |
| 8.6.4 Hội chứng ma sát dải chày.....   | 104        |
| <b>Chương 9: Khớp gối.....</b>   | <b>106</b> |
| 9.1 Giới thiệu.....  | 107        |
| 9.2 Biểu hiện và chẩn đoán.....  | 107        |
| 9.3 Giải phẫu chức năng.....   | 108        |
| 9.4 Chọc hút và tiêm khớp.....   | 108        |
| 9.5 Kỹ thuật chọc hút và tiêm khớp (xem hình 9.1).....                                       | 111        |
| 9.5.1 Chọc hút.....  | 111        |
| 9.5.2 Tiêm khớp.....   | 111        |
| 9.6 Vật lý trị liệu: Dầu gối.....  | 111        |
| <b>Chương 10: Mắt cá chân và bàn chân.....</b>   | <b>113</b> |
| 10.1 Giới thiệu.....   | 114        |
| 10.2 Giải phẫu chức năng.....  | 114        |
| 10.3 Biểu hiện của một số vấn đề thường gặp.....   | 114        |
| 10.4 Kỹ thuật tiêm (xem hình 10.1).....  | 116        |
| 10.4.1 Bong gân mắt cá chân.....   | 116        |
| 10.4.2 Gân Achilles.....   | 116        |
| 10.5 Viêm cân gan chân: Gót chân đau.....  | 117        |
| 10.5.1 Kỹ thuật tiêm (xem hình 10.2).....  | 117        |
| 10.6 Hội chứng cổ chân.....  | 119        |
| 10.7 Khớp cổ chân.....   | 119        |
| 10.7.1 Kỹ thuật tiêm.....  | 119        |
| 10.8 Viêm gân cơ chày sau.....   | 119        |
| 10.8.1 Giải phẫu chức năng.....  | 119        |
| 10.8.2 Kỹ thuật tiêm (xem hình 10.3).....  | 120        |
| 10.9 Vật lý trị liệu: Mắt cá chân và bàn chân.....   | 121        |
| 10.9.1 Bong gân mắt cá chân.....   | 121        |
| 10.9.2 Viêm cân gan chân.....  | 121        |
| 10.9.3 Ống cổ chân.....  | 121        |
| 10.9.4 Viêm khớp mắt cá chân.....  | 122        |
| 10.9.5 Viêm gân sau.....   | 122        |
| <b>Chương 11: Hình ảnh cơ xương khớp và lựa chọn điều trị trong các rối loạn mô mềm.....</b> | <b>124</b> |

## **Mục lục**

|   |     |
|---|-----|
| 11.1 Giới thiệu.....                          | 125 |
| 11.2 Sinh lý bệnh.....                        | 125 |
| 11.3 Khi nào chuẩn đoán hình ảnh.....         | 126 |
| 11.4 Các phương thức chuẩn đoán hình ảnh..... | 128 |
| 11.4.1 X-quang.....                           | 128 |
| 11.4.2 Chụp cộng hưởng từ.....                | 130 |
| 11.4.3 Siêu âm.....                           | 130 |
| 11.5 Chẩn đoán hình ảnh của khớp.....         | 132 |
| 11.5.1 Nguyên tắc chung.....                  | 132 |
| 11.5.2 Vai.....                               | 133 |
| 11.5.3 Gân Achilles.....                      | 138 |
| 11.5.4 Mắt cá chân.....                       | 141 |
| 11.5.5 Viêm cân gan chân.....                 | 141 |
| 11.5.6 Đầu gối.....                           | 142 |
| 11.6 Siêu âm trong bệnh lý viêm.....          | 142 |
| 11.6.1 Tiêm có hướng dẫn siêu âm.....         | 142 |
| 11.6.2 Viêm gân cốt hóa.....                  | 143 |
| 11.7 Liệu pháp xung kích.....                 | 144 |
| 11.8 Khía cạnh giáo dục của báo cáo.....      | 144 |
| 11.9 Nghiên cứu nguồn.....                    | 147 |
| 11.10 Tóm lược.....                           | 147 |

# Chương 1

## Tỷ suất bệnh và các nguyên tắc chung

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1.1 Tần suất tiêm.....                | 20 |
| 1.2 Kháng đông.....                   | 21 |
| 1.3 Lựa chọn thuốc steroid.....       | 21 |
| 1.4 Chống chỉ định dùng steroids..... | 22 |
| 1.5 Gây tê khu trú.....               | 23 |
| 1.6 Hậu thủ thuật.....                | 23 |

## *Tỷ suất bệnh và các nguyên tắc chung*

---

Khoảng 8 triệu người ở Vương quốc Anh đang phải gánh chịu các dạng bệnh thấp, và ước tính rằng 1/5 các trường hợp tư vấn bác sĩ là do các dạng biểu hiện của bệnh thấp hay vấn đề cơ xương khớp.

Các vấn đề về khớp vai chiếm 1 trong mỗi 170 người trưởng thành bất kỳ đến tư vấn mỗi năm, trong khi các vấn đề về lưng chiếm 1 trong 30 người trưởng thành tư vấn mỗi năm. Do đó, hiển nhiên rằng, các vấn đề về lưng nhìn chung phổ biến gấp 5 lần trong thực hành lâm sàng hơn là các vấn đề ở vai. Thậm chí dù là vậy, nhưng các bác sĩ vẫn sẽ gặp khoảng 20 – 30 trường hợp vai một năm, tính trong một danh sách bệnh trung bình. Billings và Mole đã ghi nhận một nghiên cứu tiến cứu trong thực hành đa khoa ở London, cho thấy 10.6% bệnh nhân xuất hiện vấn đề thấp khớp mới. Trong số này, 30% là các vấn đề về thắt lưng còng – cụt, 15% vấn đề cột sống cổ, 26% bệnh lý thoái hóa khớp và 20% bệnh lý thấp mô mềm ngoài khớp. Chấn thương, bao gồm những tổn thương trong thể thao, chiếm 35% trong những vấn đề trên. Tỷ suất bệnh trong các cơ sở đa khoa ở Anh và Hà Lan được ước tính là 6.6 – 25 trên 100 bệnh nhân đăng kí mỗi năm. Tỷ suất bệnh báo cáo mỗi năm ít

hơn tại Anh và xứ Wales và cao hơn tại Hà Lan. Khi đánh giá tần suất các nguyên nhân của đau vai, thì bất ổn định khớp vai thường xảy ra ở lứa tuổi dưới 25, viêm gân do vận động quá mức (“bắt chẹn”) thường nằm trong lứa tuổi 25 – 40, và viêm dính bao khớp vai (“cứng vai”) thường xảy ra ở nhóm tuổi trên 40, và tỉ lệ này cao hơn trong nhóm bệnh nhân tiểu đường. Thuật ngữ “bắt chẹn” có ý diễn tả tổn thương ở gân cơ trên gai bị bắt chẹn dưới mỏm cùng vai. Bệnh lý viêm khớp chiếm khoảng 5.5% trong số những vấn đề này, và thường sẽ có một vài ca khớp viêm được tiêm steroid, miễn là đã chẩn đoán lâm sàng thể viêm khớp trước đó.

Do đó, hiển nhiên các bác sĩ đa khoa sẽ chẩn đoán và điều trị hiệu quả những bệnh lý này bằng phương pháp mà họ có thể tự thực hiện, và nếu không có nguyên nhân nào khác, bệnh nhân sẽ được đảm bảo về phương thức trị liệu nhanh chóng, hiệu quả cho một tình trạng đau đớn và gây khó khăn vận động, loại bỏ được thời gian trì hoãn mà nhiều bệnh nhân trải qua khi đến các phòng khám ngoại trú.

Chẩn đoán xác định những tình trạng này cần các nghiệm pháp thăm khám động tác chủ động, thụ động và kháng lực của

các cơ và khớp bị ảnh hưởng, và cần liên hệ đến giải phẫu lâm sàng. Trong trường hợp nghi ngờ, phim X-quang, xét nghiệm máu, bao gồm độ lắng hồng cầu, chụp cộng hưởng từ MRI và siêu âm, tất cả có thể hỗ trợ chẩn đoán phân biệt. Một bệnh sử kỹ lưỡng, bao gồm thời điểm khởi phát, chấn thương, yếu tố nghề nghiệp, thể thao, công việc và sinh hoạt, là những điều thiết yếu. Việc đánh giá kỹ càng này sẽ giúp các bác sĩ thêm tự tin trong việc xử lý các bệnh lý một cách chính xác và thành công.

Cũng như mọi chuyên ngành khác trong y khoa, thu thập một bệnh sử cẩn thận và hoàn chỉnh là một việc hệ trọng; thông thường, bác sĩ sẽ hình thành chẩn đoán thậm chí trước cả khi thăm khám bệnh nhân. Ví dụ, tình trạng rách gân thường được biết có tính di truyền, và một bệnh sử kỹ lưỡng sẽ hé lộ khi một bệnh nhân gặp vấn đề gân gót Achilles hay đầu dài cơ nhị đầu sẽ từng có người mẹ hay người bà với vấn đề tương tự. Hiển nhiên là, điều này sẽ cảnh báo bác sĩ không được tiêm steroid vào vùng chung quanh gân đó. Các steroid là những chất có hại khi dùng không hợp lí, và trong thời điểm đầy tranh cãi này, không bao giờ được tiêm hoạt chất này vào gân. Một bệnh nhân

bị rách gân được tiêm steroid trước đó 1-2 tuần đều sẽ được tư vấn rằng đó là do anh ta/cô ta đã được tiêm steroid. Thực tế, tình huống này nhiều khả năng liên hệ với tính di truyền của bệnh. Cần thiết chẩn đoán chính xác theo giải phẫu cơ thể mỗi bệnh nhân bằng cách thăm khám cẩn thận và hiểu rõ giải phẫu chức năng. Điều này đặc biệt quan trọng khi chẩn đoán nguyên nhân gây đau vai. Hiểu rõ giải phẫu vùng khớp vai, bao khớp và biên độ xoay sẽ giúp tiếp cận chẩn đoán chính xác tình trạng và đáp ứng tốt với điều trị. Qui tắc này áp dụng cho tất cả mọi tình trạng dù có thể dễ dàng điều trị bằng thủ thuật, và các chương kế tiếp sẽ miêu tả chi tiết điều này. Kỹ thuật vô khuẩn được áp dụng cho mọi đợt tiêm. Steroid là một hoạt chất kháng viêm, và khi hiện diện nhiễm trùng, đây sẽ là một công thức tai họa. Hậu quả là, khi có nhiễm khuẩn khu trú, ví dụ như viêm mô tế bào, viêm nhọt hay các thể nhiễm tụ cầu khác, việc tiêm steroid cần phải tránh. Tương tự, bất kì nghi ngờ nhiễm khuẩn nào ở vùng khớp cũng là một chống chỉ định tuyệt đối cho việc tiêm steroid. Nếu hiện diện nhiễm khuẩn hệ thống, bác sĩ cũng cần cẩn thận khi thực hiện tiêm steroid. Vào thời gian đầu, khi mà bệnh lao còn phổ biến, các

## **Tỷ suất bệnh và các nguyên tắc chung**

---

bác sĩ đã thực hiện thủ thuật này một cách cẩn trọng và tránh dùng steroid toàn thân để ngăn đợt bùng phát của bệnh, và các cảnh báo này vẫn còn giá trị cho tới ngày hôm nay. Ở một số vùng, khi mà tỷ suất bệnh lao một lần nữa gia tăng, thì sự cảnh giác này lại được khuyến cáo.

Các hiệp hội hỗ trợ khuyến cáo các hội viên của họ đeo găng tay vô khuẩn khi thực hiện các thủ thuật, bao gồm tiêm khớp. Luôn luôn rửa tay trước đó, và nếu khả thi, thực hiện kỹ thuật vô khuẩn “không đụng chạm”. Luôn dùng các lọ nhỏ đơn liều, nếu có thể để tránh đưa chất nhiễm vào dung dịch tiêm.

Sát khuẩn khu vực tiêm và nắp lọ thuốc bằng kỹ thuật vô khuẩn phù hợp, dựa theo qui trình của cơ sở và qui trình tốt nhất. Việc này cho phép người thực hiện lau rửa và đảm bảo điều kiện an toàn. Ngày nay, hầu như các bác sĩ sử dụng xy-lanh và kim tiêm được chiếu tia gamma khử khuẩn, dùng một lần và hủy bỏ an toàn. Tiêm cẩn thận và chậm rãi. Việc này được đề cập có chủ ý, nhằm nhấn mạnh rằng bệnh nhân có thể lo sợ trước một thủ thuật được đồn đoán là rất đau. Điều cần thiết là người thực hiện cần điềm tĩnh và khiến bệnh nhân thư giãn hơn. Khi bệnh nhân thư giãn, các cơ

cũng sẽ thư giãn, đảm bảo việc tiêm sẽ đưa dung dịch nhẹ nhàng vào bên trong, khiến cho toàn bộ qui trình sẽ dãn và không phải tạo áp lực lên xy-lanh. Thực tế là, với tất cả thủ thuật tiêm, thuốc sẽ được nhẹ nhàng bơm vào trong, không cần tác dụng lực dù là nhỏ nhất. Cũng như tất cả các thủ thuật, vẫn có một ngoại lệ cần phải chú ý, đó là khi tiêm vào vùng mô liên kết dày của khớp nối gân – cơ, như trong trường hợp khớp khuỷu tay của những người chơi tennis và golf (viêm khớp khuỷu tay trong và ngoài), sẽ có thể có kháng lực chống lại mũi tiêm; lúc này, cần đảm bảo mũi kim được cố định chắc vào xy-lanh.

### **1.1 Tần suất tiêm**

Không có qui tắc ràng buộc về tần suất tiêm vùng khớp hay mô mềm có triệu chứng, hay một bệnh nhân có nhiều chẩn đoán đi kèm. Thông thường, có thể giả định số lần tiêm tối thiểu và liều tiêm thấp nhất có hiệu quả. Dù rằng các thuốc steroid tiêm nội khớp không hấp thu vào hệ thống, nhưng một số trường hợp vẫn có thể không tránh khỏi xảy ra.

Kết quả là, càng tiêm nhiều lần, càng có nhiều khả năng, theo lý thuyết, bệnh nhân gặp phải các biến chứng do dùng steroid kéo dài, và chúng ta đều cảnh giác



trước những hệ quả không mong muốn mà nó gây ra. Chỉ cần nhớ lại bệnh nhân đã từng sử dụng steroid kéo dài trước đây để điều trị hen hay viêm khớp dạng thấp, để từ đó xem xét những tác dụng phụ có thể.

Một lời khuyên chung thường là, trong trường hợp cần thiết, một bệnh nhân có thể được tiêm steroid với chu kỳ 3-4 tuần, và có thể không vượt quá 3-4 lần tiêm trên một tổn thương trong quá trình 1 năm. Quan điểm của tác giả là, sau 2 hay 3 mũi tiêm mà không đạt được kết quả mong muốn, bác sĩ nên xem lại chẩn đoán. Dĩ nhiên, nếu kê thêm liều steroid bổ sung, bác sĩ cần biết bệnh nhân sẽ trải qua những tác dụng phụ không mong muốn đi kèm điều trị steroid kéo dài.

Điều này sẽ dẫn lên câu hỏi về lý do một mũi tiêm không tạo được kết quả mong muốn. Cần cân nhắc sau khi lần thử đầu tiên không thành công, và nhà lâm sàng nên xem lại chẩn đoán chính xác hay chưa, hoặc đã xác định đúng vị trí chưa. Trong những trường hợp này, cần phối hợp tiêm dưới hướng dẫn hình ảnh học.

### 1.2 Kháng đông

Quyết định tiêm trên bệnh nhân sử dụng kháng đông cần

được đánh giá cẩn thận.

Các khuyến cáo lâm sàng hiện tại cho rằng, bệnh nhân không cần thiết ngưng thuốc kháng đông, miễn là chỉ số chuẩn hóa quốc tế INR nằm trong ngưỡng trị liệu và không vượt quá 4.5.

Nguy cơ của việc ngưng kháng đông có thể sẽ không đáng kể so với lợi ích thu được nhờ mũi tiêm, nên mọi bệnh nhân cần được đánh giá dựa trên các đặc điểm cá nhân.

Những bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng đông đường uống có thể không cần ngưng trị liệu. Nhà sản xuất đưa ra các khuyến cáo riêng biệt, cần phải tuân theo.

### 1.3 Lựa chọn thuốc steroid

Có nhiều dạng chế phẩm steroid trên thị trường dùng tiêm nội khớp và mô mềm. Chúng tương đối ít tan, từ đó tạo ra hiệu quả tại chỗ kéo dài, và sẽ không hấp thu toàn thân dù nồng độ cao bao nhiêu. Chúng được tiêm vào tổn thương, điểm mềm hoặc khoang khớp. Ở một số tổn thương, có thể trộn trước steroid với thuốc tê khu trú, trong khi ở một số tổn thương khác lại không dùng hỗn hợp này; việc này sẽ được đề cập khi miêu tả từng kỹ thuật. Một số chế phẩm lưu hành trên