

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính Phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp”, gồm 93 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tài liệu hướng dẫn này và điều kiện cụ thể của đơn vị, Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp phù hợp để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng BHYT;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Công thông tin điện tử BHYT;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Đã ký

Nguyễn Thị Xuyên

**DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
NỘI KHOA, CHUYÊN NGÀNH CƠ XƯƠNG KHỚP**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 654/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2014
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

| TT | TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT |
|-----------|---|
| 1. | Chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương cơ |
| 2. | Chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương xương |
| 3. | Chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương phần mềm |
| 4. | Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán tổn thương phần mềm |
| 5. | Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán tổn thương hạch |
| 6. | Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán tổn thương cơ |
| 7. | Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán tổn thương xương |
| 8. | Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán tổn thương khối u |
| 9. | Chọc hút dịch khớp gối dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 10. | Chọc hút dịch khớp háng dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 11. | Chọc hút dịch khớp khuỷu dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 12. | Chọc hút dịch khớp cổ chân dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 13. | Chọc hút dịch khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 14. | Chọc hút nang bao hoạt dịch dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 15. | Chọc hút ổ viêm/ áp xe phần mềm dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 16. | Chọc hút dịch khớp cổ tay dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 17. | Độ nhớt dịch khớp |
| 18. | Hút dịch khớp gối |
| 19. | Hút dịch khớp háng |
| 20. | Hút dịch khớp khuỷu |
| 21. | Hút dịch khớp cổ chân |
| 22. | Hút dịch khớp cổ tay |
| 23. | Hút dịch khớp cổ vai |
| 24. | Hút dịch nang bao hoạt dịch |

| | |
|-----|---|
| 25. | Chọc hút ổ viêm/ áp xe phần mềm |
| 26. | Muccin test |
| 27. | Nội soi khớp vai chẩn đoán (có sinh thiết) |
| 28. | Nội soi khớp vai điều trị: bào khớp |
| 29. | Nội soi khớp vai điều trị: lấy dị vật |
| 30. | Nội soi khớp vai điều trị: rửa khớp |
| 31. | Nội soi khớp gối sinh thiết để chẩn đoán |
| 32. | Nội soi khớp gối kết hợp mở tối thiểu ổ khớp lấy dị vật |
| 33. | Nội soi khớp gối điều trị bằng rửa khớp |
| 34. | Nội soi khớp gối điều trị bằng bào khớp |
| 35. | Siêu âm khớp |
| 36. | Siêu âm phần mềm |
| 37. | Sinh thiết tuyến nước bọt phụ |
| 38. | Sinh thiết phần mềm bằng súng Fastgun dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 39. | Sinh thiết phần mềm bằng kim chuyên dụng dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 40. | Sinh thiết phần mềm màng hoạt dịch khớp dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 41. | Sinh thiết xương dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 42. | Sinh thiết da bằng kim chuyên dụng |
| 43. | Tiêm khớp gối |
| 44. | Tiêm khớp háng |
| 45. | Tiêm khớp cổ chân |
| 46. | Tiêm khớp bàn ngón chân |
| 47. | Tiêm khớp cổ tay |
| 48. | Tiêm khớp bàn ngón tay |
| 49. | Tiêm khớp đốt ngón tay |
| 50. | Tiêm khớp khuỷu tay |
| 51. | Tiêm khớp vai(đường phía sau) |
| 52. | Tiêm khớp ức – đòn |
| 53. | Tiêm khớp ức - sườn |
| 54. | Tiêm khớp đòn - cùng vai |
| 55. | Tiêm khớp thái dương – hàm |
| 56. | Tiêm ngoài màng cứng qua khe xương cùng |
| 57. | Tiêm ngoài màng cứng qua khe liên đốt |
| 58. | Tiêm khớp cùng chậu |
| 59. | Tiêm điểm bám gân mỏm trâm trụ |
| 60. | Tiêm điểm bám gân lõi cầu trong xương chày |
| 61. | Tiêm hội chứng Dequervain |
| 62. | Tiêm hội chứng đường hầm cổ tay |
| 63. | Tiêm gân nhị đầu khớp vai |
| 64. | Tiêm gân trên gai khớp vai |
| 65. | Tiêm điểm bám gân mỏm cùng vai |
| 66. | Tiêm điểm bám gân mỏm trâm quay |

| | |
|-----|--|
| 67. | Tiêm gân Achilles |
| 68. | Tiêm gân gấp ngón tay |
| 69. | Tiêm cân gan chân |
| 70. | Tiêm cạnh cột sống cổ (khớp liên mấu) |
| 71. | Tiêm cạnh cột sống thắt lưng |
| 72. | Tiêm cạnh cột sống ngực (khớp liên mấu) |
| 73. | Tiêm khớp gối dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 74. | Tiêm khớp háng dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 75. | Tiêm khớp cổ chân dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 76. | Tiêm khớp bàn ngón chân I dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 77. | Tiêm khớp cổ tay dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 78. | Tiêm khớp khuỷu tay dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 79. | Tiêm khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 80. | Tiêm khớp cùng vai- đòn dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 81. | Tiêm hội chứng DeQuervain dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 82. | Tiêm hội chứng đường hầm cổ tay dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 83. | Tiêm gân gấp ngón tay dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 84. | Tiêm gân nhị đầu khớp vai dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 85. | Tiêm gân trên gai dưới hướng dẫn của siêu âm |
| 86. | Tiêm điểm bám gân lõi cầu trong xương đùi |
| 87. | Tiêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương đùi |
| 88. | Tiêm khớp vai (đường phía trước) |
| 89. | Tiêm điểm bám gân gai sau cột sống thắt lưng |
| 90. | Tiêm điểm bám gân gai sau cột sống ngực |
| 91. | Tiêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương cánh tay |
| 92. | Tiêm điểm bám gân lõi cầu trong xương cánh tay |
| 93. | Tiêm điểm lõi cầu củ trước xương chày |

(Tổng số 93 quy trình kỹ thuật)

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Đã ký

Nguyễn Thị Xuyên

QUY TRÌNH CHỌC CHỨT BẰNG KIM NHỎ ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG CƠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương cơ được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương tại cơ với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương cơ chưa rõ bản chất tế bào

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Người bệnh không hợp tác hoặc quá lo lắng.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 1 bác sỹ, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện: Kim chọc hút 23-26 gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml, bông, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính. Thực hiện trong phòng thủ thuật vô trùng.
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, các xét nghiệm đông máu cơ bản, HIV, HbsAg, khám lại người bệnh để xem xét chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.
3. Thực hiện kỹ thuật:
 - + Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)
 - + Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút
 - + Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút

+ Bác sỹ tiến hành thủ thuật:

- Đưa kim vào vị trí tổn thương.
- Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.
- Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương



Hình minh họa: Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương cơ

(Thực hiện trong phòng vô trùng tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai)

Lưu ý:

- + Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.
- + Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương
- Trái bệnh phẩm
- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngửa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dẫn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventionnal musculokeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biosy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương xương được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương xương chưa rõ bản chất với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương xương chưa rõ bản chất tế bào:

- + Có phá vỡ vỏ xương xâm lấn phần mềm.
- + Ổ màng xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 01 bác sỹ, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện:
 - Kim chọc hút 20-23 gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml.
 - Bông, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
 - Lam kính
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật cơ xương khớp vô khuẩn theo quy định.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, các xét nghiệm đông máu cơ bản, HIV, HbsAg, khám lại người bệnh để xem xét chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- + Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)
- + Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút
- + Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút
- + Bác sỹ tiến hành thủ thuật:
 - Đưa kim vào vị trí tổn thương.
 - Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.
 - Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương

Lưu ý:

- + Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.
- + Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương
 - Trái bệnh phẩm
- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngửa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dặn bệnh người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventional musculoskeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương phần mềm được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương phần mềm tại da, tổ chức dưới da, cơ, màng hoạt dịch... với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương ở phần mềm (da, tổ chức dưới da, khối u trong cơ, khối u của màng hoạt dịch, các hạch ngoại biên)... chưa rõ bản chất tế bào

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 1 bác sỹ, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện: Kim chọc hút 20-23 gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml, bông, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật vô trùng.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, các xét nghiệm đông máu cơ bản, HIV, HbsAg, khám lại người bệnh để xem xét chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.
3. Thực hiện kỹ thuật:

- + Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)
- + Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút
- + Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút
- + Bác sỹ tiến hành thủ thuật:
 - Đưa kim vào vị trí tổn thương.
 - Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.
 - Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương



Hình minh họa: Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán tổn thương phần mềm (Thực hiện trong phòng vô trùng tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai)

Lưu ý:

- + Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.
- + Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương
- Trái bệnh phẩm
- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngửa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dặn bệnh người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

V. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventionnal musculoskeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐỂ CHẨN ĐOÁN CÁC TỔN THƯƠNG PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán các tổn thương phần mềm được chỉ định trong các trường hợp người bệnh có các tổn thương tại da, tổ chức dưới da, cơ, màng hoạt dịch... với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương ở da, tổ chức dưới da, khối u trong cơ, khối u của màng hoạt dịch, các hạch ngoại biên... chưa rõ bản chất tế bào.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Người bệnh nghi ngờ có tổn thương mạch máu (bất thường động tĩnh mạch, sarcôm mạch máu...).
- Người bệnh không hợp tác hoặc quá lo lắng.

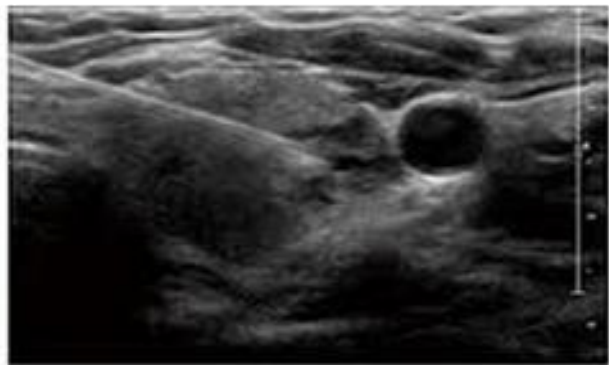
IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 01 bác sỹ có chứng chỉ siêu âm và chứng chỉ tiêm khớp, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện:
 - 01 máy siêu âm có 2 đầu dò: Linear ≥ 7.5 MHZ, Convec 3.5MHZ
 - Túi bọc đầu dò siêu âm hoặc găng vô khuẩn.
 - Kim chọc hút 20-23 Gauge (G) mũi vát, chiều dài kim tùy thuộc vị trí tổn thương, bơm tiêm 5ml.
 - Bông, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
 - Lam kính
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, các tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật cơ cấu khớp vô khuẩn theo quy định.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, khám lại người bệnh, xem xét chỉ định, chống chỉ định, kiểm tra giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật để người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.
3. Thực hiện kỹ thuật:
 - + Người bệnh được đặt ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)
 - + Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút
 - + Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút
 - + Bác sỹ tiến hành thủ thuật:
 - Đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí chọc
 - Dưới hướng dẫn siêu âm đưa kim vào vị trí tổn thương.
 - Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.
 - Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương



Hình minh họa: kỹ thuật chọc hút tế bào phần mềm dưới hướng dẫn siêu âm (Thực hiện tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai).

Lưu ý:

- + Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.
- + Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương
- Trả bệnh phẩm

- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngửa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đặt nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dặn người bệnh không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc sây sẩm trong hoặc sau khi làm thủ thuật, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lít/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventional musculoskeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG HẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán tổn thương hạch được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương hạch to chưa rõ bản chất (do viêm, lao, u hạch...) với mục đích lấy bệnh phẩm ở vị trí chính xác làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương hạch to chưa rõ bản chất tế bào:

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Người bệnh không hợp tác hoặc quá lo lắng.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 01 bác sỹ có chứng chỉ siêu âm và chứng chỉ tiêm khớp, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện:
 - 01 máy siêu âm có 2 đầu dò: Linear ≥ 7.5 MHZ, Convec 3.5MHZ
 - Túi bọc đầu dò siêu âm hoặc găng vô khuẩn.
 - Kim chọc hút 20-23 Gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml.
 - Băng, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
 - Lam kính
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật cơ cấu khớp vô khuẩn theo quy định.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, các xét nghiệm đông máu cơ bản, HIV, HbsAg, khám lại người bệnh để xem xét chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết thực hiện thủ thuật.

2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật:

+ Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (thượng đòn, nách, cánh tay...)

+ Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút

+ Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút

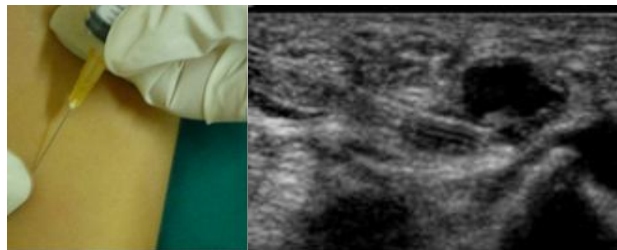
+ Bác sỹ tiến hành thủ thuật:

- Đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí chọc

- Dưới hướng dẫn siêu âm đưa kim vào vị trí tổn thương.

- Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.

- Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương.



Hình minh họa: Kỹ thuật chọc hút tế bào hạch dưới hướng dẫn siêu âm

(Thực hiện trong phòng siêu âm vô trùng tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai)

Lưu ý: Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương.

- Trái bệnh phẩm

+ Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngứa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau

+ Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.

- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút

+ Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế

+ Dẫn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tác khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

1. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventionnal musculokeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG CƠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán tổn thương cơ được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương tại cơ với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương cơ chưa rõ bản chất tế bào

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Người bệnh không hợp tác hoặc quá lo lắng.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 01 bác sỹ có chứng chỉ siêu âm và chứng chỉ tiêm khớp, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện:
 - 01 máy siêu âm có 2 đầu dò: Linear ≥ 7.5 MHZ, Convec 3.5MHZ
 - Túi bọc đầu dò siêu âm hoặc găng vô khuẩn.
 - Kim chọc hút 20-23 Gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml.
 - Băng, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
 - Lam kính
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật cơ xương khớp vô khuẩn theo quy định.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, các xét nghiệm đông máu cơ bản, HIV, HbsAg, khám lại người bệnh để xem xét chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết thực hiện thủ thuật.

2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật:

+ Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)

+ Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút

+ Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút

+ Bác sỹ tiến hành thủ thuật:

- Đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí chọc

- Dưới hướng dẫn siêu âm đưa kim vào vị trí tổn thương.

- Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.

- Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương



*Hình minh họa : Kỹ thuật chọc hút tế bào khối u dưới hướng dẫn siêu âm
(Nguồn trích dẫn: Infiltrations échoguidées en pathologie musculosquelettique) Lưu*

ý:

+ Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.

+ Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương

- Trả bệnh phẩm

- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngửa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dặn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventional musculoskeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán tổn thương xương được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương xương chưa rõ bản chất với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương xương chưa rõ bản chất tế bào:

- + Có phá vỡ vỏ xương xâm lấn phần mềm.
- + Ổ màng xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Người bệnh không hợp tác hoặc quá lo lắng.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 01 bác sỹ có chứng chỉ siêu âm và chứng chỉ tiêm khớp, 01 điều dưỡng.
2. Phương tiện:
 - 01 máy siêu âm có 2 đầu dò: Linear \geq 7.5 MHZ, Convec 3.5MHZ
 - Túi bọc đầu dò siêu âm hoặc găng vô khuẩn.
 - Kim chọc hút 20-23 Gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml.
 - Băng, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
 - Lam kính
3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật cơ xương khớp vô khuẩn theo quy định.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, khám lại người bệnh nhằm xem xét chỉ định, chống chỉ định, kiểm tra giấy cam kết thực hiện thủ thuật.

2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật:

+ Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)

+ Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút

+ Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút

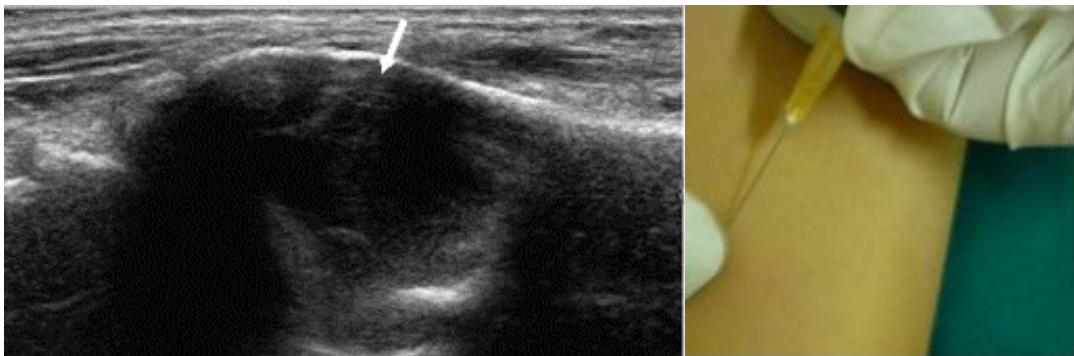
+ Bác sỹ tiến hành thủ thuật:

- Đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí chọc

- Dưới hướng dẫn siêu âm đưa kim vào vị trí tổn thương.

- Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.

- Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương



Hình minh họa: Kỹ thuật chọc hút tế bào xương bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm (Được thực hiện trong phòng siêu âm vô trùng tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai)

Lưu ý:

+ Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.

+ Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương

- Trả bệnh phẩm

- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngứa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chồng chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dặn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beauregard CG, Chhem RK. Interventional musculoskeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐỂ CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG KHỐI U

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán tổn thương khối u được chỉ định với các trường hợp người bệnh có các tổn thương là các khối u chưa rõ bản chất với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn học.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương khối u chưa rõ bản chất tế bào

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ
- Dị ứng thuốc gây tê.
- Người bệnh không hợp tác hoặc quá lo lắng.
- Chỉ định thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa): 01 bác sỹ có chứng chỉ siêu âm và chứng chỉ tiêm khớp, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện:

- 01 máy siêu âm có 2 đầu dò: Linear ≥ 7.5 MHZ, Convec 3.5MHZ
- Túi bọc đầu dò siêu âm hoặc găng vô khuẩn.
- Kim chọc hút 20-23 Gauge (G) mũi vát, bơm tiêm 10ml.
- Bông, cồn Iôđ sát trùng, panh, băng dính.
- Lam kính

3. Người bệnh: được giải thích về mục đích thủ thuật, tai biến có thể xảy ra của thủ thuật, đồng ý ký giấy cam kết thực hiện thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện trong phòng thủ thuật cơ cương khớp vô khuẩn theo quy định.

1. Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc phiếu yêu cầu thực hiện thủ thuật, các xét nghiệm đông máu cơ bản, HIV, HbsAg, khám lại người bệnh để xem xét chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết thực hiện thủ thuật.

2. Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi thuận tiện cho việc thực hiện thủ thuật. Giải thích cho người bệnh quá trình thực hiện thủ thuật nhằm người bệnh có thái độ hợp tác với người làm thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật:

+ Người bệnh được hướng dẫn ngồi hoặc nằm ở tư thế thuận tiện cho việc chọc hút tổn thương, tùy theo vị trí tổn thương cụ thể (vai, đùi, cánh tay...)

+ Bác sỹ xác định vị trí tiến hành chọc hút

+ Điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc hút

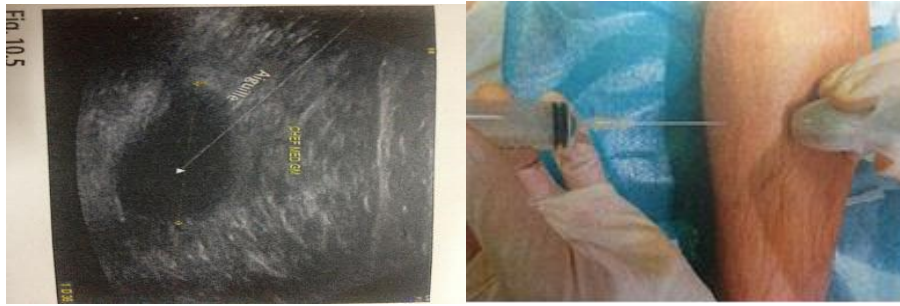
+ Bác sỹ tiến hành thủ thuật:

- Đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí chọc

- Dưới hướng dẫn siêu âm đưa kim vào vị trí khối u.

- Rút nhanh piston của xilanh tạo áp lực âm hút bệnh phẩm 3-5 lần. Ngưng khi bệnh phẩm (dịch mô hoặc máu) xuất hiện ở đốc kim.

- Trả piston lại vị trí ban đầu để cân bằng áp lực và rút kim ra khỏi tổn thương.



Hình minh họa : Kỹ thuật chọc hút tế bào khối u dưới hướng dẫn siêu âm

(Nguồn trích dẫn: *Infiltrations échoguidées en pathologie musculosquelettique*)

Lưu ý:

- + Nếu hút ra trên 0,3 ml máu nên ngưng hút (do đã chọc vào mạch máu), rút kim ra và đổi kim khác tiến hành làm lại thủ thuật.
- + Nếu chọc kim quá sâu vào vùng hoại tử nên rút kim ra, đổi kim mới và chọc lại ở ngoại vi tổn thương
- Trải bệnh phẩm
- + Bệnh phẩm từ bơm tiêm được xịt ra trên lam thành một giọt duy nhất, nên để mũi kim tiếp xúc với mặt lam lúc xịt, mặt vát ngửa, tránh xịt bệnh phẩm thành nhiều giọt bệnh phẩm sẽ mau khô làm tế bào và hồng cầu chòong chất lên nhau
- + Dùng một lam thứ hai hoặc lamen đè nhẹ lên bệnh phẩm rồi kéo.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dẫn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24h.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: phòng ngừa bằng cách giữ bông lâu, ấn mạnh tại chỗ chọc hút sau khi rút kim khoảng 1 phút, cho đến khi không thấy máu rỉ ra.

2. Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim: biểu hiện bằng sưng đỏ, đau, có thể nung mủ (rất hiếm), thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau thông thường và kháng sinh đường uống.

3. Phản ứng thần kinh thực vật: Đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, một vài trường hợp (rất hiếm) có thể ngất. Khi đó cho người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nếu cần có thể cho thở oxy kính 1-2 lit/ phút đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Nguyễn Sào Trung (2011), “Phương pháp chọc hút kim nhỏ để chẩn đoán tế bào học”. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề giải phẫu bệnh tập 5, số 1, trang 14-19, số 2 trang 74-80.
3. Cardinal E, Beaugard CG, Chhem RK. Interventional musculoskeletal ultrasound. Semin Musculoskelet Radio 1997; 1(2): 311-8.
4. Torriani M, Etchebehere M, Amstalden E. Sonographically guided core needle biopsy of bone and soft tissue tumors. J. Ultrasound Med 2002; 21: 275-81.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP GỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối gồm các thành phần: Đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày, xương bánh chè, sụn chêm, hệ thống gân cơ dây chằng và bao khớp. Chọc hút dịch khớp gối là một thủ thuật tương đối đơn giản, được chỉ định trong các trường hợp tràn dịch khớp. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tùy theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp). Trong trường hợp số lượng dịch khớp ít thì việc chọc hút dịch khớp mù gặp rất nhiều khó khăn. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz

- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)
- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm, chú ý đông máu cơ bản; X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, duỗi hai chân. Khớp gối bên cần hút dịch gấp một phần với gối kê dưới khoeo chân.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm: Đặt đầu dò cắt ngang túi cùng trên xương bánh chè, vuông góc với trục của xương đùi. Khảo sát mặt trong và mặt ngoài để tìm vị trí có nhiều dịch và xác định vị trí hút dịch.
 - Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
 - Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải săng vô khuẩn có lỗ.
 - Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
 - Bác sỹ làm thủ thuật gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Chờ sau 3 phút cho ngấm thuốc tê và đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim và hút dịch theo dưới hướng dẫn của siêu âm: hút nhẹ nhàng và từ từ.

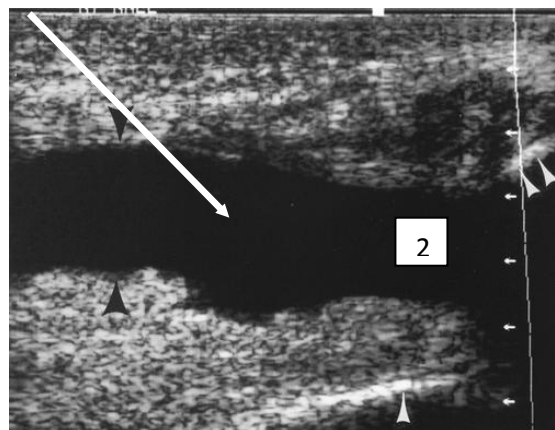
- Khi lấy được dịch khớp:
 - + Đánh giá đại thể dịch khớp
 - + Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.
- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.
 - Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
 - Dẫn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol, liều lượng 1 - 3g/ngày tùy mức độ đau. Thường hay dùng Efferalgan codein (Paracetamol+codein). Có thể chườm lạnh.
- Biếng chứng do kích thích phó giao cảm (hiêm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Hình ảnh minh họa hút dịch khớp gối qua mặt cắt ngang túi cùng trên xương bánh chè

H2. Hình ảnh siêu âm dịch khớp gối qua lớp cắt ngang túi cùng trên xương bánh chè

1: Đầu dưới xương đùi

2: Dịch túi cùng trên ngoài xương bánh chè

Nguồn: “Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000”

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. **David Fessell, Marnix van Holsbeeck (2007)**. Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders. Ultrasound Clin 2 (2007): 737 – 757.
3. **Luck J.Louis (2008)**. Musculoskeletal Ultrasound Intervention: Principles and Advances. Radiol Clin N Am 46 (2008): 515–533
4. **Fessell DP, Jacobson JA, Craig J, et al (2000)**. Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000;174:1353–62.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP HÁNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp háng là khớp chỏm lớn nhất cơ thể tiếp nối giữa xương đùi và chậu hông. Khớp háng ở giữa bẹn và mông, nằm sâu, có nhiều cơ che phủ, gần các bó mạch thần kinh đùi nên khi chọc hút dịch khớp háng bằng phương pháp mù tỷ lệ thành công thấp và tỷ lệ tai biến cao. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tùy theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp).

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHZ
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)

- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)

- Găng vô khuẩn

- Kim chọc hút: kim chọc dịch não tủy đường kính khoảng 20-22 Gauge (G) hoặc kim ngắn hơn cùng đường kính (nếu người gầy), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.

- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.

- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm chú ý đông máu cơ bản; X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật

- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, duỗi hai chân.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò

- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm: Đặt đầu dò dọc theo trục của cổ xương đùi. Dịch khớp háng là một cấu trúc trống âm tại vị trí khe khớp, thay đổi kích thước khi ấn đầu dò. Để thủ thuật an toàn, nên bắt mạch và đánh dấu động mạch đùi.

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ.

- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch

- Bác sỹ làm thủ thuật gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Chờ sau 3 phút cho ngấm thuốc tê và đưa kim chọc dịch não tủy vào vị trí đã xác định, hướng kim và hút dịch theo dưới hướng dẫn của siêu âm: hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp:

+ Đánh giá đại thể dịch khớp

+ Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.

- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.

- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

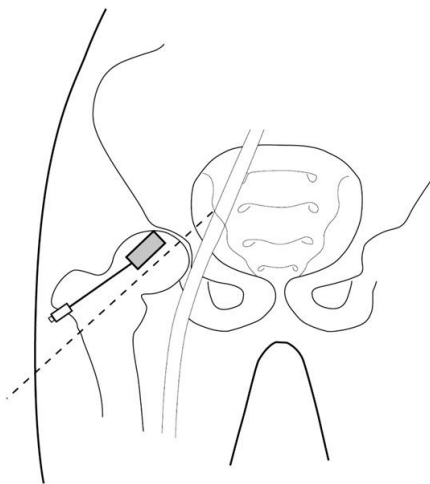
VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol, liều lượng 1-3g/ngày tùy mức độ đau. Thường hay dùng Efferalgan codein (Paracetamol+codein). Có thể chườm lạnh.

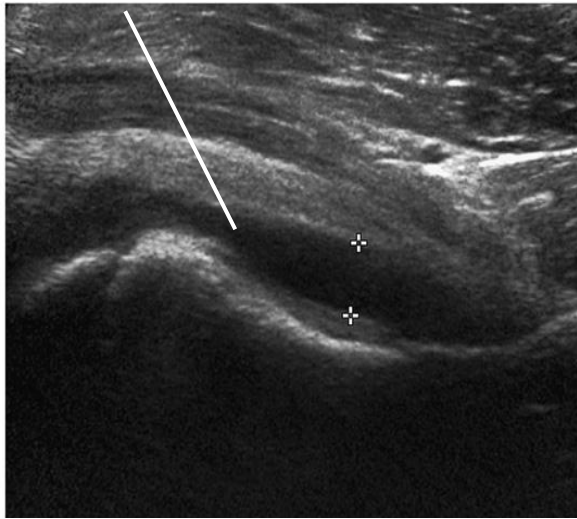
- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiểm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Hình minh họa vị trí đặt đầu dò: dọc theo trục của cổ xương đùi



**H2. Hút dịch
khớp háng**

*Nguồn: “Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders.
Ultrasound Clin 2 (2007)”*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. **David Fessell, Marnix van Holsbeeck (2007)**. Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders. Ultrasound Clin 2 (2007): 737 – 757.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP KHUYỬ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp khuỷu là một khớp phức hợp kết nối đầu dưới xương cánh tay với đầu trên của xương trụ và xương quay, đồng thời liên kết đầu trên của xương trụ và xương quay với nhau. Chọc hút dịch khớp khuỷu là một thủ thuật tương đối đơn giản, được chỉ định trong các trường hợp tràn dịch khớp. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tùy theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp). Trong trường hợp số lượng dịch khớp ít thì việc chọc hút dịch khớp mù gặp rất nhiều khó khăn. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (sãng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)

- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)
- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm, chú ý đông máu cơ bản; X quang;...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, khớp khuỷu ở tư thế gấp 90 độ

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm: Đặt đầu dò siêu âm ở vị trí cắt dọc hoặc ngang mặt sau khớp khuỷu ngay sát phía trên mỏm khuỷu
 - Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
 - Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
 - Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
 - Bác sỹ làm thủ thuật gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Chờ sau 3 phút cho ngấm thuốc tê và đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim và hút dịch theo dưới hướng dẫn của siêu âm: hút nhẹ nhàng và từ từ.
 - Khi lấy được dịch khớp:
 - + Đánh giá đại thể dịch khớp

+ Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.

- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.

- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

- Dẫn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

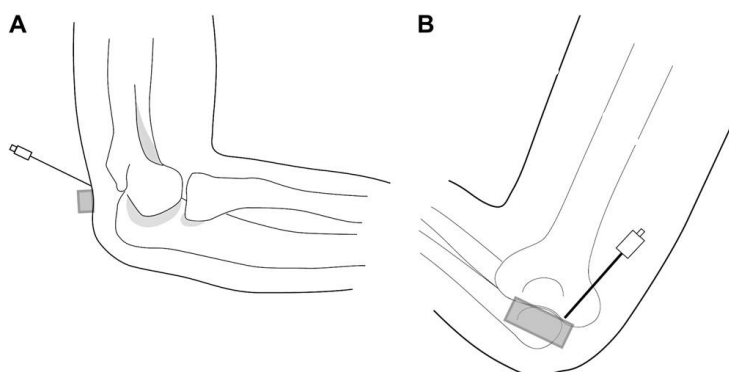
VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol, liều lượng 1- 3g/ngày tùy mức độ đau. Thường hay dùng Efferalgan codein (Paracetamol+codein). Có thể chườm lạnh.

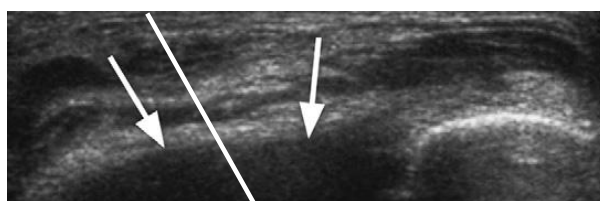
- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiêm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Hình ảnh minh họa hút dịch khớp khuỷu dưới siêu âm



QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP CỔ CHÂN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cổ chân được tạo nên bởi các xương trong khối xương cổ chân, đầu dưới xương mác và xương chày, đầu gần các đốt xương bàn chân và hệ thống gân cơ dây chằng và bao khớp. Chọc hút dịch khớp cổ chân bằng phương pháp mù tỷ lệ thành công thấp và tỷ lệ tai biến cao do cấu trúc giải phẫu phức tạp. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tùy theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp).

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

Phòng thủ thuật vô trùng

- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (sãng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)

- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)

- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm, chú ý đông máu cơ bản; X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, khớp gối bên chọc dịch gấp 90 độ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm: Đặt đầu dò cắt dọc mặt trước khớp cổ chân. Chọn vị trí chọc hút dịch tránh gây tổn thương động mạch chày sau, thần kinh mào sâu ngay cạnh ngoài động mạch chày sau và các gân duỗi khi tiến hành thủ thuật.
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
- Bác sỹ làm thủ thuật gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Chờ sau 3 phút cho ngấm thuốc tê và đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim và hút dịch theo dưới hướng dẫn của siêu âm: hút nhẹ nhàng và từ từ.
- Khi lấy được dịch khớp:

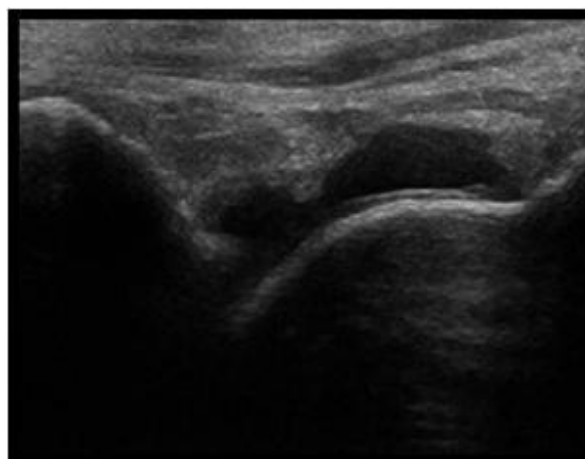
- + Đánh giá đại thể dịch khớp
- + Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.
- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.
 - Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
 - Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol, liều lượng 1 - 3g/ngày tùy mức độ đau. Thường hay dùng Efferalgan codein (Paracetamol+codein). Có thể chườm lạnh.
- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiểm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Hình ảnh minh họa hút dịch khớp cổ chân mặt trước dưới siêu âm

QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP VAI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp vai là khớp được tạo bởi ổ cối xương bả vai và chỏm xương cánh tay, tăng cường bởi bao khớp, dây chằng, và thành phần cơ xung quanh. Chọc hút dịch khớp vai bằng phương pháp mù tỷ lệ thành công thấp và tỷ lệ tai biến cao do cấu trúc giải phẫu phức tạp. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tùy theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp).

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (sãng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)

- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)

- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc, xét nghiệm, X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh:
 - + Hút dịch khớp vai mặt trước: người bệnh nằm ngửa, duỗi thẳng cánh tay, bàn tay để ngửa.
 - + Hút dịch khớp vai mặt sau: người bệnh ngồi thẳng, quay lưng về phía bác sỹ

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm:
 - + Vị trí hút dịch khớp vai mặt trước ở giữa mỏm quạ và bờ trước trong đầu trên xương cánh tay cùng bên. Tĩnh mạch đầu, động mạch nách ở phía trong mỏm quạ do đó hướng mũi kim phải ở bờ ngoài mỏm quạ.
 - + Vị trí hút dịch khớp vai mặt sau: bờ trong đầu trên xương cánh tay, tránh động mạch mũ vai và thần kinh trên vai ở bờ trong ổ chảo xương cánh tay
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải sẵn vô khuẩn có lỗ.

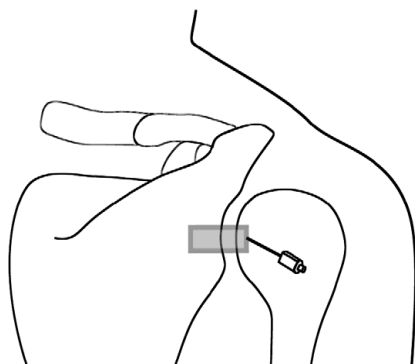
- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
- Đưa kim qua da hướng kim song song với đầu dò siêu âm, đồng thời quan sát màn hình, khi đầu tiến vào khoang dịch khớp vai, tiến hành hút dịch, hút tới khi quan sát trên màn hình siêu âm khớp vai đã hết dịch.
- Khi lấy được dịch khớp:
 - + Đánh giá đại thể dịch khớp
 - + Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.
- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
- Dẫn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

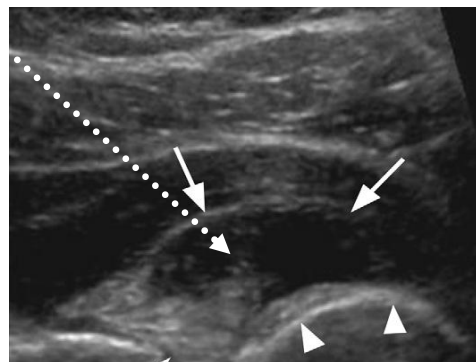
- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol.
- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiêm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



46



Hình minh họa: hút dịch khớp vai mặt sau
Nguồn: ” Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures.
Elsevier Saunders. Ultrasound Clin 2 (2007)”

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2001).** Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
- 2. David Fessell, Marnix van Holsbeeck (2007).** Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders. Ultrasound Clin 2 (2007): 737 – 757.
- 3. Luck J.Louis (2008).** Musculoskeletal Ultrasound Intervention: Principles and Advances. Radiol Clin N Am 46 (2008): 515–533
- 4. Fessell DP, Jacobson JA, Craig J, et al (2000).** Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000;174:1353–62.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT NANG BAO HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bao khớp có 2 lớp gồm màng xơ (bên ngoài) và màng hoạt dịch (lót bên trong). Màng hoạt dịch phủ mặt trong của bao khớp cùng với các mặt của khớp giới hạn nên ổ khớp. Khi áp lực bên trong của bao khớp tăng lên do chấn thương, vi chấn thương, hay do viêm có thể tạo ra thoát vị dịch và bao hoạt dịch tại vị trí bao khớp lỏng lẻo gây ra nang bao hoạt dịch (hay u bao hoạt dịch). Thường gặp tại khớp cổ tay, khớp bàn ngón và khớp liên đốt ngón tay, bao gân, đôi khi gặp tại khớp cổ chân, khớp gối... Điều trị hiện nay gồm: Hút dịch và tiêm thuốc chống viêm corticoid sau đó băng ép, hoặc phẫu thuật cắt bỏ nang bao hoạt dịch và khâu phục hồi vị trí bao khớp lỏng lẻo để hạn chế tái phát. Chọc hút nang bao hoạt dịch dưới hướng dẫn của siêu âm giúp cho thủ thuật an toàn và dễ dàng hơn, tránh gây tổn thương các cấu trúc xung quanh: thần kinh, mạch máu,...

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch nang bao hoạt dịch khi nang có kích thước lớn gây mất thẩm mỹ hoặc chèn ép thần kinh, ảnh hưởng đến chức năng vận động khớp, hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn bội nhiễm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn

- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)

- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm chú ý đông máu cơ bản; X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: tùy theo vị trí nang bao hoạt dịch

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra nang bao hoạt dịch dưới siêu âm: chọn vị trí đặt đầu dò thích hợp để hút
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải săng vô khuẩn có lỗ.
 - Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
 - Đưa kim qua da, mũi kim song song với đầu dò siêu âm, đồng thời quan sát trên màn hình siêu âm, chọc kim vào bao hoạt dịch và tiến hành hút dịch, hút tới khi quan sát trên màn hình bao hoạt dịch đã xẹp hết.
 - Khi lấy được dịch khớp:
 - + Đánh giá đại thể dịch khớp

- + Làm xét nghiệm nếu cần thiết
- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
- Dẫn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

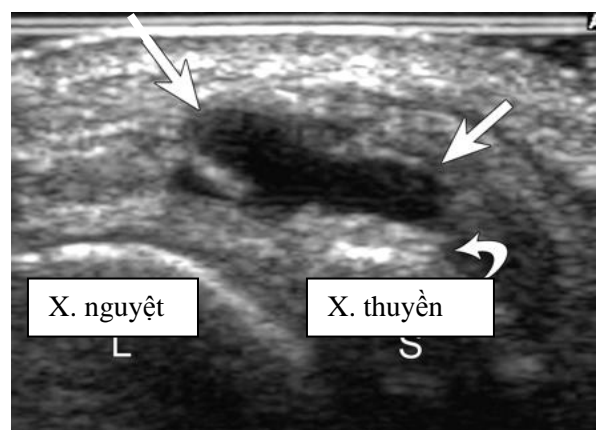
- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol.
- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiểm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy trường hợp
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



ba sts.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.

2. **David Fessell, Marnix van Holsbeeck (2007).** Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders. *Ultrasound Clin* 2 (2007): 737 – 757.
3. **George Wang, MD, Jon A. Jacobson, MD et al (2007).** Sonography of wrist ganglion cysts. *Journal of ultrasound in medicine*, vol 26, no 10, 1323-1328

QUY TRÌNH CHỌC HÚT Ổ VIÊM / ÁP XE PHẦN MỀM DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm hoặc áp xe phần mềm là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Chọc hút ổ viêm hoặc ổ áp xe nhằm cung cấp thông tin giúp cho chẩn đoán và điều trị bệnh. Chọc hút dịch làm xét nghiệm vi khuẩn học giúp xác định nguyên nhân gây ra ổ áp xe, từ đó giúp lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp và hiệu quả. Ngoài ra, chọc hút ổ viêm/ áp xe giúp giải phóng ổ mủ làm cho quá trình điều trị hiệu quả hơn, tránh vỡ ổ viêm/áp xe. Trong các trường hợp ổ viêm/ áp xe phần mềm ở sâu, việc chọc hút ổ tổn thương dưới siêu âm giúp cho thủ thuật an toàn và dễ dàng thực hiện hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch ổ viêm / áp xe phần mềm nhằm mục đích chẩn đoán
- Hút dịch khớp ổ viêm / áp xe phần mềm nhằm mục đích điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (sãng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)

- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc, xét nghiệm, X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: tùy theo vị trí ổ viêm / ổ áp xe

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra ổ viêm/ áp xe phần mềm dưới siêu âm: chọn vị trí đặt đầu dò thích hợp
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
 - Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
 - Đưa kim qua da, mũi kim song song với đầu dò siêu âm, đồng thời quan sát trên màn hình siêu âm, chọc kim vào ổ viêm/ ổ áp xe và tiến hành hút dịch.
 - Khi lấy được dịch ổ viêm / ổ áp xe phần mềm:
 - + Đánh giá đại thể dịch
 - + Làm các xét nghiệm: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp tùy từng trường hợp cụ thể. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.
 - Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

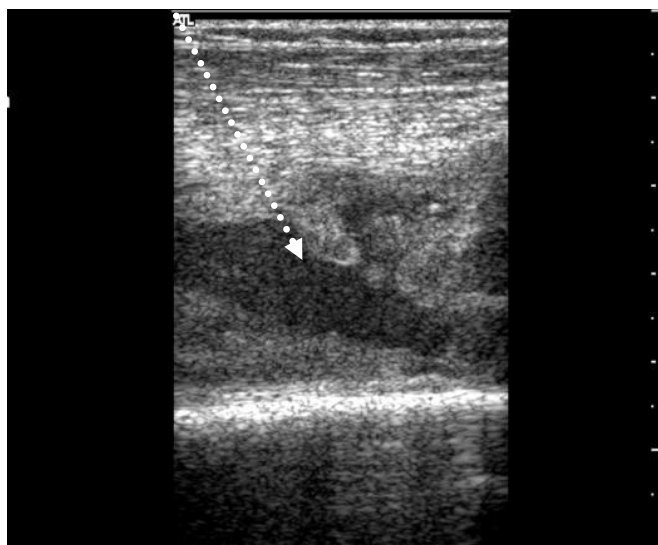
VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol.

- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiêm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Chọc hút ổ áp xe cơ đùi dưới hướng dẫn của siêu âm

Nguồn: “Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000”

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II.** Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
- 2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011),** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
- 3. Wise, CM (2009),** Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
- 4. Fessell DP, Jacobson JA, Craig J, et al (2000).** Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000;174:1353–62.

QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP CỔ TAY DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cổ tay có cấu trúc rất phức tạp, bao gồm: khớp quay - cổ tay, khớp trụ - cổ tay, khớp giữa các xương cổ tay. Chọc hút dịch khớp cổ tay bằng phương pháp mù tỷ lệ thành công thấp và tỷ lệ tai biến cao do cấu trúc giải phẫu phức tạp. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tùy theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp).

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)

- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc, xét nghiệm, X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, úp bàn tay

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm: Đặt đầu dò siêu âm ở vị trí cắt ngang qua khớp cổ tay
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải săng vô khuẩn có lỗ.
 - Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
 - Bác sỹ làm thủ thuật gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Chờ sau 3 phút cho ngấm thuốc tê và đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim và hút dịch theo dưới hướng dẫn của siêu âm: hút nhẹ nhàng và từ từ.
 - Khi lấy được dịch khớp:
 - + Đánh giá đại thể dịch khớp
 - + Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.

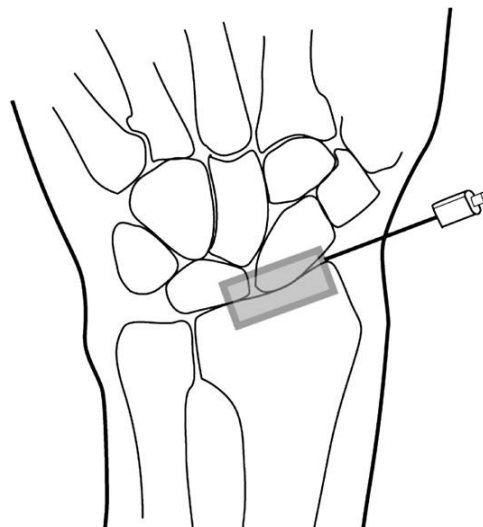
- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol, liều lượng 1 - 3g/ngày tùy mức độ đau. Thường hay dùng Efferalgan codein (Paracetamol+codein). Có thể chườm lạnh.
- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiểm gập) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Hình minh họa hút dịch khớp cổ tay dưới siêu âm

Nguồn: “Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders. Ultrasound Clin 2 (2007)”

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ (2001)**. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. **David Fessell, Marnix van Holsbeeck (2007)**. Ultrasound guided Musculoskeletal Procedures. Elsevier Saunders. Ultrasound Clin 2 (2007): 737 – 757.
3. **Luck J.Louis (2008)**. Musculoskeletal Ultrasound Intervention: Principles and Advances. Radiol Clin N Am 46 (2008): 515–533
4. **Fessell DP, Jacobson JA, Craig J, et al (2000)**. Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000;174:1353–62.

QUY TRÌNH ĐO ĐỘ NHỚT DỊCH KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Hầu hết các khớp đều được bao bọc bởi một màng hoạt dịch, bên trong chứa một chất dịch nhầy gọi là dịch khớp. Dịch khớp được tiết ra từ màng hoạt dịch và có nhiệm vụ làm trơn khớp khi vận động và nuôi dưỡng sụn khớp; số lượng dịch khớp tùy thuộc vào từng khớp: khớp háng, gối có chừng 2-4ml, ở các khớp khác ít hơn.

Dịch khớp bình thường trong suốt, có màu hơi vàng, nhớt như lòng trắng trứng; pH=7,4. Trong dịch khớp có từ 300-500 tế bào trong 1mm^3 , chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính và tế bào màng hoạt dịch, Thành phần hóa học trong dịch khớp gồm: protein, acid hyalurinic và glucose.

Tính chất vật lý và thành phần cấu tạo của dịch khớp thay đổi trong phần lớn các bệnh khớp, do đó bằng cách chọc dịch khớp tiến hành xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán xác định bệnh. Trong đó nghiệm pháp đo độ nhớt dịch khớp là một nghiệm pháp đơn giản, dễ thực hiện, có thể cho phép đánh giá dịch khớp bình thường hay bất thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định trong tất cả các trường hợp tràn dịch khớp và hút được dịch khớp làm xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định. Chỉ lưu ý khi chọc dịch khớp để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm, thủ thuật cần được đảm bảo thực hiện theo đúng kỹ thuật chọc dịch khớp để lấy bệnh phẩm chính xác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ hút dịch khớp

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 20G, bơm tiêm 10ml
- Lam kính
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp với vị trí chọc dò dịch khớp
- Điều dưỡng sát khuẩn vị trí khớp được chọc dò dịch, trải sẵn vô khuẩn
- Bác sỹ sát trùng tay, đi găng vô khuẩn, xác định vị trí chọc hút dịch khớp. Đưa kim vào vị trí xác định và hút dịch
 - Sát khuẩn, băng tại chỗ hút dịch khớp.
 - Bác sỹ cầm bơm tiêm chứa dịch khớp nhỏ dịch khớp xuống lam kính đã chuẩn bị và đánh giá.
 - Sát khuẩn, băng tại chỗ
 - Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, chọc dò, sốt.

VI. ĐÁNH GIÁ

- Dịch khớp bình thường sẽ tạo được một dây tơ dài 2-3 mm. Dịch khớp viêm sẽ nhỏ xuống từng giọt như nước.

VII. THEO DÕI

Cần theo dõi người bệnh sau thủ thuật chọc hút dịch khớp để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm

Theo dõi tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.

Xử trí các tai biến của thủ thuật chọc hút dịch khớp để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh. Xử trí: điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng

bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.

QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối được tạo nên bởi đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và xương bánh chè. Màng hoạt dịch khớp gối rất rộng, bao phủ toàn bộ khớp gối và tạo nên túi cùng màng hoạt dịch lót trong khớp gối vị trí trên xương đùi và dưới xương bánh chè. Khi khớp gối bị tràn dịch, dịch khớp thường tập trung tại túi cùng màng hoạt dịch

Tràn dịch khớp gối có thể gặp trong một số bệnh lý: thoái hóa khớp gối có phản ứng viêm, các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, hay nhiễm khuẩn khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu...

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gaucho, 20Gaucho, 23 Gaucho, dài 4-8cm, bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Băng, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

- Gối kê khoeo chân để chân gấp nhẹ 15^0

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:
 - + Hút dịch khớp gối vị trí túi cùng trên ngoài: Người bệnh nằm ngửa, gối hơi gấp 15 độ bằng gối kê dưới khoeo chân. Xác định điểm đặt kim là vị trí trên ngoài, chỗ hõm giữa bờ trên ngoài xương bánh chè và bờ ngoài gân cơ tứ đầu đùi, hướng kim chéch vào trong và xuống dưới gầm xương bánh chè hoặc vị trí cạnh bên khe khớp giữa xương bánh chè và đầu dưới xương đùi (Hình hút dịch gối)
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng có chỉ định chọc hút dịch
- Gây tê dưới da vị trí đặt kim
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.
- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.
- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế

- Dẫn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

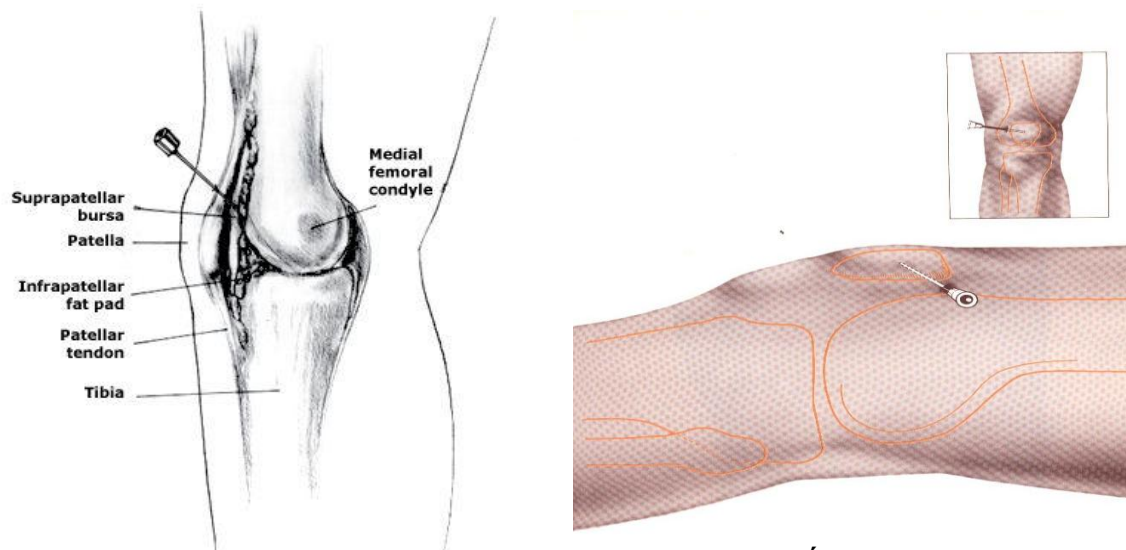
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.

2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

Hình ảnh minh họa hút dịch khớp gối



Hình minh họa: hút dịch khớp gối

Nguồn: W Neal Roberts (2011), Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011

QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP HÁNG

II. ĐẠI CƯƠNG

Khớp háng được tạo nên bởi chỏm xương đùi và ổ cối thuộc xương cánh chậu. Màng hoạt dịch khớp háng bao phủ toàn bộ khớp háng qua cổ xương đùi và xuống đường liên mấu chuyển đầu trên xương đùi.

Tràn dịch khớp háng có thể gặp trong một số bệnh lý: các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp, hoại tử vô mạch chỏm xương đùi, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu...

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

5. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

6. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gaucho, 20Gaucho, 23 Gaucho, dài 4-8cm nên áp dụng ở những người bệnh gầy, thông thường dùng kim chọc dịch não tủy cho những người bệnh béo khớp háng rất sâu), bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Băng, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

7. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

8. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:
 - + Hút dịch khớp háng đường mặt trước: Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng, bàn chân ngửa ngoài. Xác định điểm đặt kim là vị trí 1,5 cm phía trong và dưới chỗ giao điểm của đường dọc qua gai chậu trước trên với đường ngang qua bờ trên mấu chũm lớn. Yêu cầu điểm đặt kim là phía ngoài động mạch đùi và phía dưới cung đùi (Hình 1).
 - + Hút dịch khớp háng đường bên: Người bệnh nằm nghiêng, chân duỗi thẳng. Xác định điểm đặt kim là điểm giữa ngay trên bờ trên mấu chũm lớn. Hướng kim đi vào trong, hơi lên trên và ra trước cho đến khi tiếp xúc với vòm ổ cối xương chậu (Hình 2).
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng khớp có chỉ định chọc hút dịch
- Gây tê dưới da vị trí đặt kim
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.
- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.
- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế

- Dẫn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

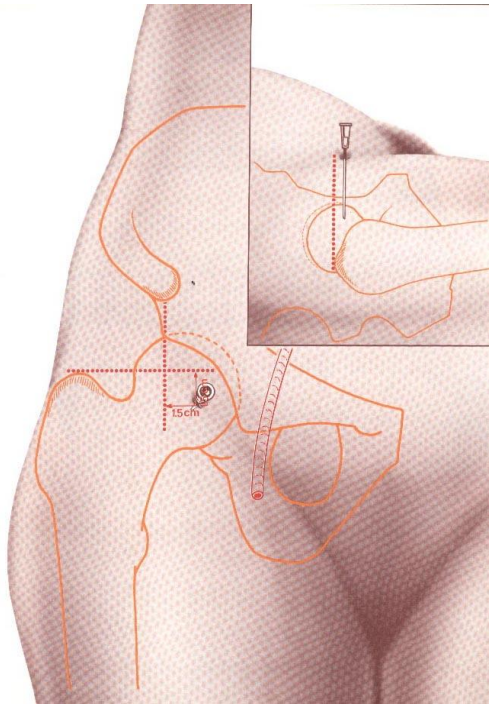
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.

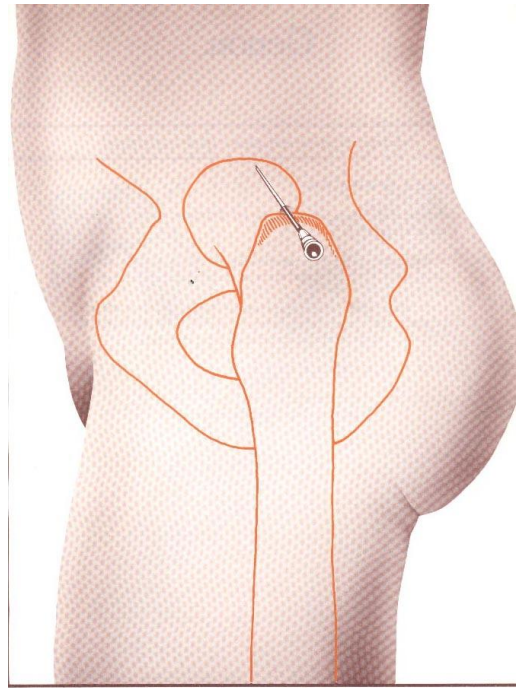
2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

Hình ảnh minh họa hút dịch khớp háng



Hình 1. Hút dịch khớp háng mặt trước



Hình 2. Hút dịch khớp háng mặt bên

Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie

QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP KHUYỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp khuỷu được tạo nên bởi đầu dưới xương cánh tay với đầu trên xương trụ, xương quay.

Tràn dịch khớp khuỷu có thể gặp trong một số bệnh lý: các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu..., tràn dịch khớp khuỷu thường ở mức độ ít đến vừa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.

- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm), bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Băng, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).

- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

VII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Hút dịch khớp khuỷu đường mặt sau: mục đích đưa kim vào khe khớp giữa đầu dưới xương cánh tay và mỏm khuỷu (đầu trên xương trụ). Người bệnh ngồi, khuỷu tay gấp 90 độ, bàn tay để sấp trên mặt bàn ngang ngực người bệnh. Xác định điểm đặt kim là vị trí chính giữa, cách mỏm khuỷu 2cm lên phía trên mặt sau cánh tay, có thể xác định được khe khớp khi làm động tác gấp duỗi cẳng tay (Hình 1).

+ Hút dịch khớp khuỷu đường bên ngoài: Người bệnh ngồi, khuỷu tay gấp 90 độ, bàn tay để sấp chạm vào mông người bệnh. Xác định điểm đặt kim là điểm chính trung tâm của tam giác tạo nên bởi ba điểm: lồi cầu ngoài xương cánh tay, đầu trên xương quay và đỉnh của mỏm khuỷu (Hình 2).

- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

- Sát khuẩn rộng vùng khớp có chỉ định chọc hút dịch

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.

- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế

- Dẫn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

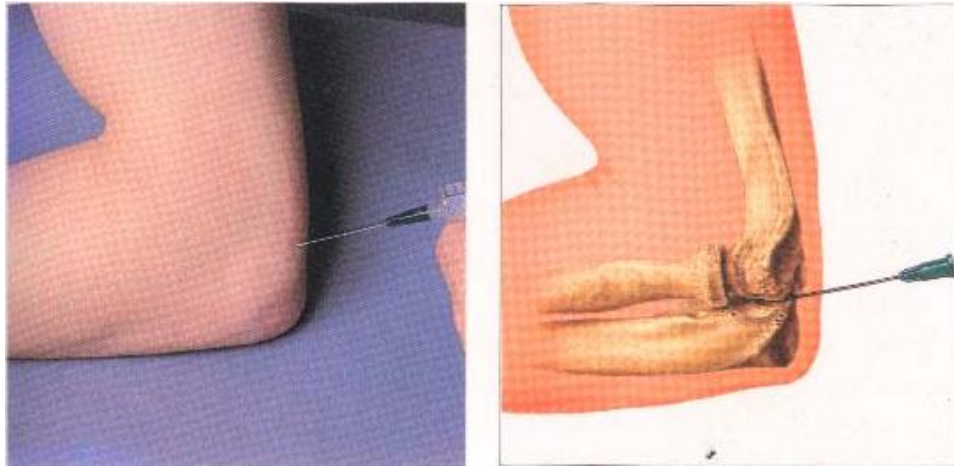
VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.

2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

Hình ảnh minh họa hút dịch khớp khuỷu



Hình minh họa: hút dịch khớp khuỷu mặt sau

Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie



Hình minh họa: hút dịch khớp khuỷu mặt bên ngoài

Nguồn: W Neal Roberts (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011

QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP CỔ CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cổ chân là khớp phức tạp gồm ba thành phần khớp chính như sau: Khớp cổ chân (khớp sên – cẳng chân) được tạo nên bởi đầu dưới xương chày, xương mác và mặt trên xương sên. Khớp gian cổ chân (là khớp phức tạp giữa các xương cổ chân sên – gót – thuyền – hộp). Khớp cổ bàn chân là khớp nối giữa các xương chêm, xương hộp với đầu gần các xương đốt bàn ngón chân.

Tràn dịch khớp cổ chân thường gặp trong một số bệnh lý: viêm khớp dạng thấp, các bệnh viêm khớp tự miễn dịch, gút, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp, chấn thương khớp..., tuy nhiên tràn dịch khớp cổ chân thường ở mức độ ít. Chọc hút dịch khớp cổ chân với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm nguyên nhân hoặc hút dịch điều trị. Vị trí chọc hút dịch khớp thường được tiến hành ở khớp cổ chân (khớp sên – cẳng chân).

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

5. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

6. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm), bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

7. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

8. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu: (Hút dịch khớp cổ chân (khớp sên – cẳng chân))

+ Hút dịch khớp cổ chân đường trước giữa: Người bệnh nằm ngửa, gối gấp, bàn chân để sát mặt giường. Xác định điểm đặt kim là vị trí giao thoa giữa đường ngang phía trên 1 cm so với mặt dưới mắt cá trong với mặt trong gân duỗi chung các ngón chân (Hình 1).

+ Hút dịch khớp cổ chân đường bên trong: Người bệnh nằm ngửa, gối gấp, để ngả chân ngoài trên mặt giường. Vị trí đặt kim là khe mắt dưới mắt cá trong, hướng kim chéch ra ngoài và lên trên 15 – 30 độ (Hình 2).

- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng khớp có chỉ định chọc hút dịch
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.
- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.
- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế
- Dặn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

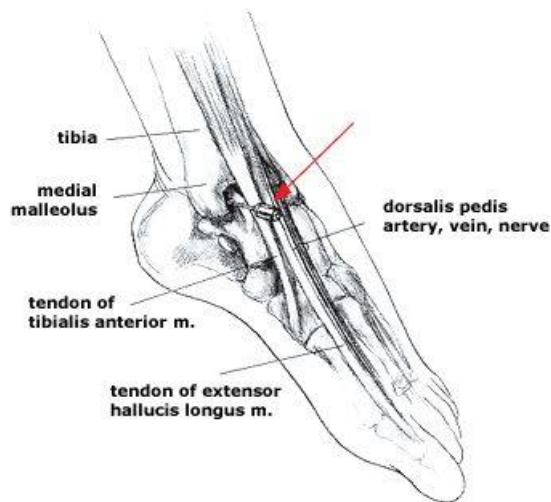
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

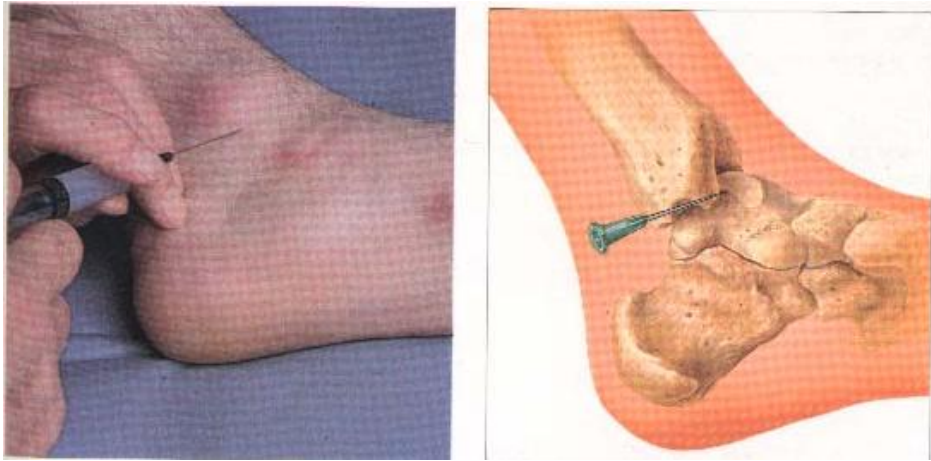
1. Bộ Y tế (2001). **Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II**. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. **W Neal Roberts, Jr, MD (2011)** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
3. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

Hình ảnh minh họa hút dịch khớp cổ chân:



Hình minh họa: hút dịch khớp cổ chân đường trước

*Nguồn: W Neal Roberts (2011),
Joint aspiration or injection in
adults: Technique and indications,
UpToDate 2011*



Hình minh họa; hút dịch khớp cổ chân mặt trong

Hình 2. Hút dịch khớp cổ chân mặt bên trong

Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie

QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP CỔ TAY

II. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cổ tay được tạo nên bởi đầu dưới xương quay, xương trụ với các xương trong khối xương cổ tay (8 xương), và đầu gần các đốt xương bàn tay. Diện khớp gồm: diện khớp quay trụ xa (nối đầu dưới xương quay và xương trụ), diện khớp quay – cổ tay (nối đầu dưới xương quay với hàng gần các xương cổ tay), diện khớp gian cổ tay (liên kết giữa hai hàng xương cổ tay, diện khớp này phức tạp hình thể không đều), diện khớp cổ tay – đốt bàn tay (liên kết giữ các xương hàng xa cổ tay với nên các xương đốt bàn tay từ I - V).

Màng hoạt dịch khớp cổ tay tạo thành túi kín bao quanh diện khớp. Viêm màng hoạt dịch khớp cổ tay gặp do nhiều nguyên nhân: viêm khớp dạng thấp, các bệnh viêm khớp tự miễn dịch, gút, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp..., tuy nhiên tràn dịch khớp cổ tay thường ở mức độ rất ít. Tiến hành chọc hút dịch khớp cổ tay là cần thiết khi bệnh cảnh lâm sàng chỉ có viêm khớp cổ tay đơn độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gaucho, 20Gaucho, 23 Gaucho, dài 4-8cm), bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Băng, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

IX. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Nếu có siêu âm khớp đánh giá vị trí tràn dịch và định hướng kim để hút dịch là tốt nhất. Trong trường hợp không có siêu âm khớp, thường xác định qua khám lâm sàng vị trí sưng nhiều nhất (thường gặp tại diện khớp quay – cổ tay và diện khớp cổ tay – bàn ngón tay).

+ Xác định mốc (khe khớp) bằng cách dùng hai ngón tay cái đặt trên mặt diện khớp cổ tay của người bệnh, các ngón tay còn lại cầm bàn tay người bệnh làm động tác gấp duỗi khớp cổ tay người bệnh. Vị trí khớp quay – cổ tay có thể xác định bằng cách sờ thấy một hố nhỏ, giới hạn bên ngoài bởi gân duỗi chung các ngón tay, bên trong bởi các gân dạng dài và duỗi ngắn ngón cái.

- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng khớp có chỉ định chọc hút dịch
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.
- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.

- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế
- Dẫn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

Hình ảnh minh họa hút dịch khớp cổ tay:



Hình: Hút dịch khớp cổ tay

Nguồn: *Corticothérapie locale en rhumatologie*

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II.** Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
- 2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011)** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
- 3. Wise, CM (2009),** Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP VAI

III. ĐẠI CƯƠNG

Khớp vai chính danh là khớp được tạo bởi ổ cối xương bả vai và chỏm xương cánh tay, tăng cường bởi bao khớp, dây chằng, và thành phần cơ xung quanh. Khớp vai là khớp có biên độ vận động rất lớn. Tổn thương khớp vai chính danh thường ít gặp hơn các tổn thương của thành phần bao khớp, tổ chức gân cơ cạnh khớp (viêm quanh khớp vai). Một số bệnh lý có tổn thương khớp vai như: Viêm màng hoạt dịch khớp vai do viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vai do lao, do nhiễm khuẩn, tràn dịch khớp vai do chấn thương, thoái hóa khớp vai...

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

5. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

6. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gaucho, 20Gaucho, dài 4-8cm (kim chọc dịch não tủy)) , bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Băng, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

7. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

8. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

X. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:
 - + Hút dịch khớp vai mặt trước: Người bệnh nằm ngửa hai tay duỗi thẳng và để ngửa, hoặc tư thế ngồi, tay để ngửa trên đùi người bệnh. Xác định mốc: hướng kim vuông góc mặt da, tại vị trí ở bờ ngoài mỏm quạ (Hình 1).
 - + Hút dịch khớp vai mặt sau: Người bệnh ngồi, cánh tay dạng nhẹ 20 độ, bàn tay để trên đùi người bệnh. Xác định mốc: hướng kim vuông góc với mặt da, điểm đặt kim tại giao điểm của đường ngang dưới mỏm cùng vai 2cm và đường dọc trong mỏm cùng vai 2cm (Hình 2).
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng vai có chỉ định chọc hút dịch

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch và chạm tới chỏm xương cánh tay, hút nhẹ nhàng và từ từ. Với tư thế hút dịch khớp vai mặt trước, cần phối hợp trước khi đưa kim vào ổ khớp thì gấp cẳng tay 90 độ, xoay ngoài 45 độ, khép cánh tay (khớp vai xoay ngoài), khi bắt đầu đưa kim vào ổ khớp thì đưa cẳng tay vào trong 45 độ (khớp vai xoay trong) để kim dễ dàng vào ổ khớp.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.

- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế

- Dặn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

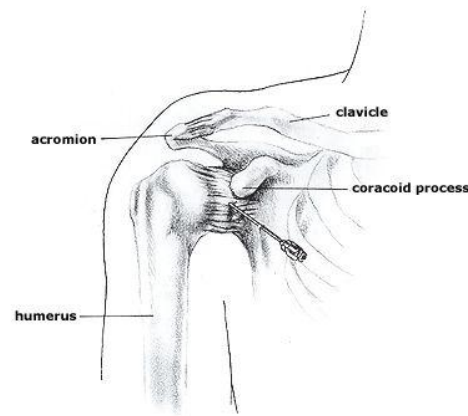
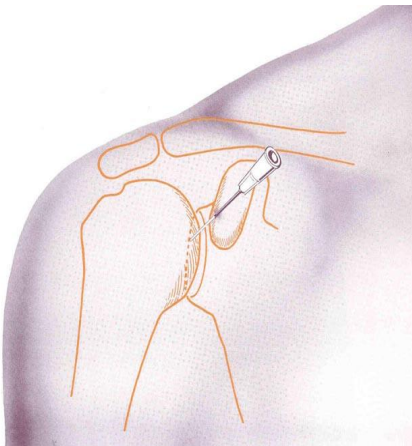
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO

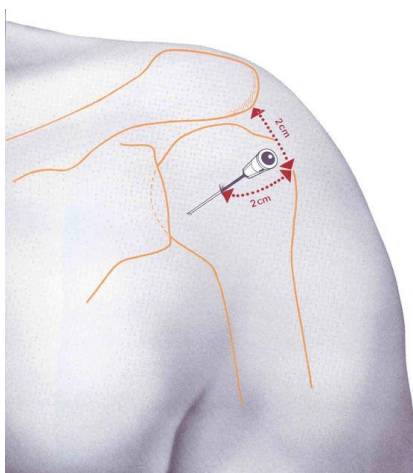
1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

Hình ảnh minh họa hút dịch và tiêm khớp vai:



Hình minh họa: hút dịch khớp vai mặt trước

Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie



Hình minh họa: hút dịch khớp vai mặt sau

Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie

QUY TRÌNH HÚT DỊCH NANG BAO HOẠT DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Bao khớp có 2 lớp gồm màng xơ (bên ngoài) và màng hoạt dịch (lót bên trong). Màng hoạt dịch phủ vào mặt trong của bao khớp cùng với các mặt của khớp giới hạn nên ổ khớp. Màng hoạt dịch tiết ra dịch khớp có tác dụng bôi trơn các mặt khớp và cung cấp chất dinh dưỡng cho các cấu trúc bên trong ổ khớp giúp duy trì tính bền vững của khớp. Khi áp lực bên trong của bao khớp tăng lên do chấn thương, vi chấn thương, hay do viêm có thể tạo ra thoát vị dịch và bao hoạt dịch tại vị trí bao khớp lỏng lẻo gây ra nang bao hoạt dịch (hay u bao hoạt dịch). Thường gặp tại khớp cổ tay, khớp bàn ngón và khớp liên đốt ngón tay, bao gân, đôi khi gặp tại khớp cổ chân, khớp gối...

Triệu chứng u nang bao hoạt dịch là một khối tròn, mềm, sờ nhẵn, ít di động, khối to dần về kích thước, tiến triển chậm hàng tháng hay hàng năm. Người bệnh cảm thấy đau, khối to dần gây vướng víu và một số triệu chứng khác gây ảnh hưởng không nhỏ về mặt tâm lý.

Đây là bệnh lành tính, nếu u nang bao hoạt dịch không gây viêm, không đau thì chưa cần điều trị. Điều trị hiện nay gồm: Hút dịch và tiêm thuốc chống viêm corticoid sau đó băng ép, hoặc phẫu thuật cắt bỏ nang bao hoạt dịch và khâu phục hồi vị trí bao khớp lỏng lẻo để hạn chế tái phát

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch nang bao hoạt dịch khi nang có kích thước lớn gây mất thẩm mỹ hoặc chèn ép thần kinh, ảnh hưởng đến chức năng vận động khớp, hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn bội nhiễm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche) , bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sóc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,...) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,...).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

XI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu: tùy theo từng nang bao hoạt dịch cần chọc hút dịch: với vị trí khớp cổ tay cần đặt bàn tay sấp lên mặt bàn tiêm, gấp nhẹ cổ tay 15⁰ để nang bao hoạt dịch nổi rõ nhất
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng nang có chỉ định chọc hút dịch
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.
- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.
- Sau khi đã hút hết dịch nang bao hoạt dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định tiêm nang bao hoạt dịch
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế, sau đó băng ép nhẹ (băng thun) để hạn chế sự tái phát

- Dẫn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,...

VI. THEO DÕI

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

X. TÀI LIỆU THAM KHẢO

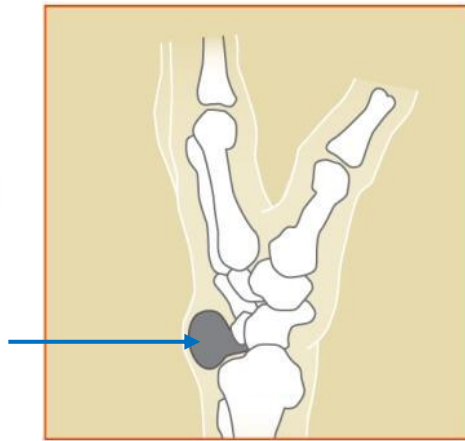
1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.

2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

4. Tallia, A. F., and D. A. Cardone (2003) "Diagnostic and Therapeutic Injection of the Wrist and Hand Region." *American Family Physician* 67 (February 15, 2003): 745-750

Hình ảnh minh họa nang bao hoạt dịch:



Hình minh họa: hút dịch nang bao hoạt dịch cổ tay

Nguồn: American Family Physician 67 (February 15, 2003): 745-750

QUY TRÌNH CHỌC HÚT Ổ VIÊM/ÁP XE PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm hoặc áp xe phần mềm là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Chọc hút ổ viêm hoặc ổ áp xe có giá trị chẩn đoán và điều trị bệnh. Chọc hút dịch làm xét nghiệm vi khuẩn học giúp xác định nguyên nhân gây ổ áp xe, từ đó giúp lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp và hiệu quả.

Chọc hút ổ viêm/ áp xe giúp giải phóng ổ mủ làm cho quá trình điều trị hiệu quả hơn, tránh vỡ ổ áp xe.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định:

- Các ổ viêm/ áp xe phần mềm ở nông xác định được rõ vị trí bằng thăm khám lâm sàng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông máu, người bệnh đang dùng thuốc chống đông.
- Các tổn thương nằm sát các vị trí có nguy cơ cao bị biến chứng khi chọc như sát mạch máu, thần kinh, tim phổi...
- Các ổ viêm/ áp xe ở vị trí sâu không xác định được trên lâm sàng.
+ *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và cấp chứng chỉ.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật đạt tiêu chuẩn chuyên môn.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Bông, cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.
- Thuốc: gây tê xylocain 2%
- Kim tiêm: 18 G, bơm tiêm: 10ml, 20 ml

- Ống đựng bệnh phẩm, lam kính, nhãn dán, bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm, ống xét nghiệm PCR lao...

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án, chỉ định, chống chỉ định
2. Xác định vị trí ổ viêm/ ổ áp xe trên lâm sàng
3. Xác định đường dự định chọc hút.
4. Sát trùng da ở vị trí đường vào bằng dung dịch Betadin, trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
5. Gây tê tại chỗ bằng xylocain.
6. Chọc hút ổ viêm/ ổ áp xe theo hướng đã xác định trước
8. Hút dịch tại ổ viêm/ áp xe
9. Vừa hút, vừa kết hợp với quan sát, thăm khám lâm sàng. Hút đến khi nào ổ áp xe hết hoặc không thể hút được nữa.
9. Rút kim ra khỏi ổ viêm/ áp xe
10. Sát khuẩn, dán urgo tại vị trí chọc hút
11. Chăm sóc người bệnh sau chọc hút
 - Theo dõi tình trạng chảy máu tại chỗ ngay sau chọc hút, nếu có cần băng ép chặt.
 - Theo dõi lượng mủ, dịch chảy ra tại vị trí chọc.
 - Dẫn người bệnh không để ướt tại vị trí tiêm trong vòng 24 giờ.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu, chảy dịch tại chỗ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi chọc hút, có thể bổ sung các thuốc giảm đau nếu cần.
- Chảy máu sau chọc hút, cần băng ép chặt.

- Chảy dịch hoặc mũ tại vị trí chọc hút cần làm khô cho tới hết. Băng lại vết chọc. Thay băng hàng ngày.
- Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc sây sầm trong hoặc sau khi làm thủ thuật, rất hiếm khi bị ngất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Konermann W, Wuisman P, Hillmann A, Rössner A, Blasius S. “Ultrasound guided needle biopsy for histological diagnosis of benign and malignant soft-tissue and bone tumours”. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1995;133:411-21.
3. **W Neal Roberts, Jr, MD (2011)** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

QUY TRÌNH MUCIN TEST

I. ĐẠI CƯƠNG

Mucin test là một xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm của dịch khớp.

Nguyên tắc: dùng axit acetic để kết tủa hyaluronate có trong dịch khớp, qua mức độ kết tủa để đánh giá tình trạng viêm khớp. Với dịch khớp bình thường khối kết tủa tạo thành 1 cục lắng xuống dưới, phần dịch khớp còn lại trong. Trong trường hợp có tình trạng viêm khớp (dịch khớp ở người bệnh viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn và các trường hợp viêm khớp khác) khối kết tủa này tan ra làm nhiều mảnh nhỏ làm dịch khớp xung quanh trở nên đục

II. CHỈ ĐỊNH

- Phát hiện có tình trạng viêm của dịch khớp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có các chống chỉ định của chọc hút dịch khớp

- Các bệnh lý rối loạn đông máu, chảy máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp chọc hút, nhiễm khuẩn toàn thân
- Không đủ điều kiện vô trùng về phòng thủ thuật hoặc các dụng cụ cần thiết

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

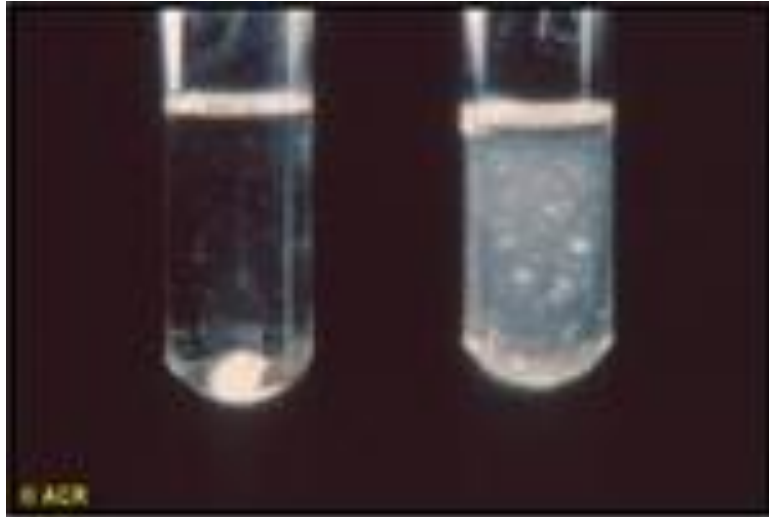
2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm, bơm tiêm 5 ml
- Ống nghiệm, acid acetic 2%

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Sau khi tiến hành chọc hút dịch khớp
- Lấy 1 phần dịch khớp cho vào ống nghiệm
- Lấy 4 phần acid acetic 2% cho vào phần ống nghiệm đã có dịch khớp
- Ống bên trái không có tình trạng viêm khớp, cục kết tủa lắng bên dưới, dịch khớp còn lại trong
- Ống bên phải có tình trạng viêm của dịch khớp khối kết tủa tan ra làm cho dịch khớp trở nên đục



Hình ảnh: Mucin test

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II”, Nhà xuất bản Y học.
2. **Hogan DB, Pritzker KP (1985)**, “Synovial fluid analysis--another look at the mucin clot test”, *J Rheumatol*; Vol 12(2), pp 242-244.
3. **Sibley JT, Harth M, Burns DE (1983)**, “The mucin clot test and the synovial fluid rheumatoid factor as diagnostic criteria in rheumatoid arthritis”, *J Rheumatol*, vol 10(6), pp 889-93.

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP VAI CHẨN ĐOÁN (CÓ SINH THIẾT)

I. Đại cương:

Nội soi khớp vai là thủ thuật đưa ống soi (camera) vào trong ổ khớp vai qua lỗ trocar để đánh giá các cấu trúc bên trong của khớp vai dưới nguồn sáng lạnh. Thủ thuật cho phép bác sỹ phát hiện, đánh giá thương tổn, thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị bệnh.

Nội soi khớp vai được tiến hành sau khi người bệnh được gây mê và cần có hệ thống bơm nước (thường là huyết thanh mặn đẳng trương) áp lực vào trong ổ khớp.

Nội soi khớp vai là thủ thuật ít gây sang chấn cho các cấu trúc của khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vận động sớm, rút ngắn thời gian điều trị cho người bệnh

II. Chỉ định

Nội soi khớp vai chẩn đoán được chỉ định cho những nhóm bệnh lý của khớp vai bao gồm:

- Nhóm bệnh lý của màng hoạt dịch: viêm màng hoạt dịch khớp (synovitis), viêm túi hoạt dịch (bursitis)...
- Nhóm bệnh lý của sụn viền: rách sụn viền trước dưới (Bankart lesion), rách sụn viền trên từ trước ra sau (SLAP)...
- Nhóm bệnh lý của xương và sụn khớp: thoái hóa khớp vai.
- Nhóm bệnh lý của đầu dài gân cơ nhị đầu: viêm bao hoạt dịch gân, viêm thoái hóa gân, đứt gân cơ nhị đầu dài, trật gân cơ nhị đầu...
- Nhóm bệnh lý của gân cơ chóp xoay (gân cơ trên gai, gân cơ dưới gai, gân cơ dưới vai, gân cơ tròn bé): rách gân cơ chóp xoay do chấn thương, viêm thoái hóa gân cơ chóp xoay.
- Nhóm bệnh lý của bao khớp: viêm dính khớp vai .

Trong bệnh lý nội cơ xương khớp, nội soi khớp vai chẩn đoán chủ yếu kèm theo thủ thuật sinh thiết các tổn thương nghi ngờ để chẩn đoán xác định bệnh.

III. Chống chỉ định

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ tiến triển.
- Người bệnh có rối loạn đông máu.
- Người bệnh có chống chỉ định của gây mê.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

– Kíp gây mê: cần 01 bác sỹ gây mê và 01 kỹ thuật viên gây mê được đào tạo và cấp chứng chỉ gây mê hồi sức.

– Kíp nội soi: cần 01 bác sỹ nội soi khớp, 01 bác sỹ hoặc kỹ thuật viên phụ nội soi khớp, 01 dụng cụ viên được đào tạo và cấp chứng chỉ phù hợp, đúng chuyên ngành.

2. Phương tiện:

– Thủ thuật được tiến hành ở phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín, bao gồm phòng mổ nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

– Dàn máy nội soi khớp chuyên dụng: Màn hình, nguồn sáng, camera, hệ thống bảo, hệ thống đốt điện cầm máu, hệ thống ghi hình và chụp ảnh qua camera.

– Bàn mổ chuyên dụng.

– Máy bơm nước áp lực.

– Máy hút.

– Bộ optic với các góc nhìn 0° , 30° , 70° .

– Trocar có nòng với kích thước tương ứng với optic.

– Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp: que thăm, kim gấp, kim cắt, kéo cắt...

– Dao mổ.

– Dụng cụ khâu vết mổ: Kim, chỉ khâu.

– Toan mổ vô trùng.

– Băng, gạc vô trùng, cồn iod, cồn 70° .

– Hệ thống máy thở và monitoring theo dõi người bệnh.

Thuốc:

– Thuốc tê: Lidocain, marcain.

– Adrenalin.

– Dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương.

3. Người bệnh:

– Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.

– Được giải thích về thủ thuật được tiến hành, lợi ích của thủ thuật, các nguy cơ và tai biến có thể xảy ra.

– Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

– Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật.

– Nhịn ăn ít nhất trước khi làm thủ thuật 6h.

- Làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án:

Theo mẫu quy định

V. Các bước tiến hành

- Người bệnh được đưa lên bàn phẫu thuật.
- Vô cảm: gây mê toàn thân, thường dùng gây mê nội khí quản, có thể dùng gây mê qua mask thanh quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: có hai tư thế có thể tiến hành thủ thuật: tư thế nửa nằm nửa ngồi (beach chair position) và tư thế nằm nghiêng (lateral decubitus position).
 - Sát trùng toàn bộ chi bên làm thủ thuật và vùng khớp vai tương ứng.
 - Xác định các mốc giải phẫu và đường vào khớp vai (có 5 đường vào cơ bản tùy tổn thương mà lựa chọn vị trí đường vào thích hợp- hình dưới).
 - Gây tê tại chỗ dự kiến rạch da.
 - Đặt trocar phía sau vào ổ khớp qua đường rạch da, chú ý tránh làm thô bạo gây tổn thương cho các cấu trúc của khớp. Rút nòng trocar, đưa camera vào quan sát ổ khớp. Đây là trocar chính cho hầu hết các thủ thuật bên trong khớp vai.
 - Cần phải kết hợp với hệ thống bơm nước áp lực liên tục trong quá trình quan sát và đánh giá thương tổn.
 - Đánh giá các thương tổn của khớp, xác định vị trí cần sinh thiết nếu cần.
 - Tùy vào tổn thương cần sinh thiết, bác sỹ có thể lựa chọn đường vào cho phù hợp sao cho tiếp cận với tổn thương được dễ dàng nhất. Thông thường với các tổn thương trong khớp, đặt thêm một trocar phía trước là đủ.
 - Dùng kim cắt để lấy phần tổ chức cần sinh thiết, tránh tối đa làm tổn thương thêm các cấu trúc bên trong khớp.
 - Kết thúc quá trình nội soi, rút camera ra khỏi trocar, dồn tối đa lượng dịch ứ đọng trong khớp ra ngoài, rút trocar.
 - Sát trùng vết rạch da.
 - Khâu da.
 - Băng vô khuẩn vùng làm thủ thuật.
 - Cắt chỉ vết khâu sau 1 tuần.

– Trong quá trình làm nội soi chẩn đoán, nên ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ.

VI. Theo dõi.

– Trong quá trình làm thủ thuật người bệnh cần được theo dõi liên tục bằng monitoring dưới sự kiểm soát của bác sỹ gây mê.

– Sau thủ thuật, người bệnh cần được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng chảy máu, tình trạng nhiễm trùng.

VII. Tai biến và xử trí

1. Trong quá trình làm thủ thuật:

– Tai biến do gây mê: cần được xử trí theo chuyên khoa.

– Chảy máu: Kiểm soát huyết áp trong quá trình làm thủ thuật. Đốt điện cầm máu diện chảy máu và điện cắt sinh thiết.

2. Sau thủ thuật:

– Chảy máu: băng ép. Tốt nhất nên kiểm soát chảy máu trước khi kết thúc thủ thuật.

– Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với chăm sóc vết thương tại chỗ.



Hình minh họa: nội soi khớp vai trái tư thế nằm (hình bên trái) và hình ảnh tổn thương bên trong (hình bên phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Trọng (chủ biên)** (2000), “Nội soi khớp”, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, 597- 599.

2. *American Academy of orthopaedic surgeons (2013)*, “Shoulder arthroscopy”, <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00589>
3. *Clifford R. Wheeless* (2013), “Arthroscopy of the Shoulder Joint”, *Wheeless' Textbook of Orthopaedics*, [http://www.wheelsonline.com/ortho/arthroscopy of the shoulder joint](http://www.wheelsonline.com/ortho/arthroscopy_of_the_shoulder_joint)
4. *Ike R.W* (1996), “Diagnostic arthroscopy”, *Baillire's Clin Rheumatol*, 10: 495-517.
5. *Metcalf P.W* (1993), “Arthroscopy”, *Textbook of Rheumatology*, 4th Edition Vol 1, WB Saunders company, 639- 648.

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ: BÀO KHỚP

I. Đại cương:

Nội soi khớp vai là thủ thuật sử dụng ống soi (camera) đưa vào trong ổ khớp vai qua một vết trích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong khớp vai với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong khớp vai đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh.

Với các tổn thương trong khớp vai cần được làm sạch và tiên lượng không thực hiện được bằng dụng cụ làm sạch đơn thuần, nội soi điều trị bằng bào khớp được chỉ định.

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp ít gây chấn thương tại khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vật động sớm, rút ngắn thời gian điều trị do đó giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

II. Chỉ định:

- Thoái hóa khớp vai.
- Viêm màng hoạt dịch khớp vai mạn tính.
- Viêm thoái hóa gân cơ nhị đầu dài, gân cơ chóp xoay.
- Hẹp khoang dưới mỏm cùng vai.

III. Chống chỉ định:

- Người bệnh có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ tiến triển.
- Người bệnh có rối loạn đông máu.
- Người bệnh có chống chỉ định của gây mê toàn thân.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- Kíp gây mê: cần 01 bác sỹ gây mê và 01 kỹ thuật viên gây mê được đào tạo và cấp chứng chỉ gây mê hồi sức.
- Kíp nội soi: cần 01 bác sỹ nội soi khớp, 01 bác sỹ hoặc kỹ thuật viên phụ nội soi khớp, 01 dụng cụ viên được đồ tạo và cấp chứng chỉ phù hợp, đúng chuyên ngành.

2. Phương tiện:

- Thủ thuật được tiến hành ở phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín, bao gồm phòng mổ nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

– Dàn máy nội soi khớp chuyên dụng: màn hình, nguồn sáng, camera, hệ thống bảo (gồm cả lưới bảo phần mềm và bảo xương), hệ thống đốt điện cầm máu, hệ thống ghi hình và chụp ảnh qua camera.

- Bàn mổ chuyên dụng.
- Máy bơm nước áp lực.
- Máy hút.
- Bộ optic với các góc nhìn 0° , 30° , 70° .
- Trocar có nòng với kích thước tương ứng với optic.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp: que thăm, kim gấp, kim cắt, kéo cắt...
- Dao mổ.
- Dụng cụ khâu vết mổ: kim, chỉ khâu.
- Toan mổ vô trùng.
- Băng, gạc vô trùng, cồn iod, cồn 70° .
- Hệ thống máy thở và monitoring theo dõi người bệnh.

Thuốc:

- Thuốc tê: Lidocain, marcain.
- Adrenalin.
- Dung dịch huyết thanh mận đẳng trương.

3. Người bệnh:

– Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
– Được giải thích về thủ thuật được tiến hành, lợi ích của thủ thuật, các nguy cơ và tai biến có thể xảy ra.

- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật.
- Nhịn ăn ít nhất trước khi làm thủ thuật 6h.
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án:

Theo mẫu quy định

V. Các bước tiến hành

- Người bệnh được đưa lên bàn phẫu thuật.

- Vô cảm: gây mê toàn thân, thường dùng gây mê nội khí quản, có thể dùng gây mê qua mask thanh quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: có hai tư thế có thể tiến hành thủ thuật: tư thế nửa nằm nửa ngồi (beach chair position) và tư thế nằm nghiêng (lateral decubitus position).
 - Sát trùng toàn bộ chi bên làm thủ thuật và vùng khớp vai tương ứng.
 - Xác định các mốc giải phẫu và đường vào khớp vai (có 5 đường vào cơ bản tùy tổn thương mà lựa chọn vị trí đường vào thích hợp- hình dưới).
 - Gây tê tại chỗ dự kiến rạch da.
 - Đặt trocar phía sau vào ổ khớp qua đường rạch da, chú ý tránh làm thô bạo gây tổn thương cho các cấu trúc của khớp. Rút nòng trocar, đưa camera vào quan sát ổ khớp. Đây là trocar chính cho hầu hết các thủ thuật bên trong khớp vai.
 - Đặt trocar phía trước vào ổ khớp qua đường rạch da. Trocar này được đặt dưới sự kiểm soát qua camera nhằm tránh những tổn thương cho các thành phần bên trong khớp.
 - Cần phải kết hợp với hệ thống bơm nước áp lực liên tục trong quá trình thực hiện thủ thuật. Nước rửa thường dùng huyết thanh mặn đẳng trương, được đưa vào trong khớp qua trocar phía sau cùng với camera.
 - Đối với các cấu trúc bên trong khớp ổ chảo- cánh tay: đưa dụng cụ bào khớp (lưỡi bào phần mềm hoặc bào xương) vào trong khớp để thực hiện các thủ thuật bào loại bỏ các tổ chức bệnh lý.
 - Đối với bệnh lý của gân cơ chóp xoay và mỏm cùng vai:
 - Từ lỗ trocar phía sau đưa trocar vào khoang dưới mỏm cùng vai. Đưa camera qua lỗ trocar này để quan sát các cấu trúc nằm dưới mỏm cùng vai.
 - Từ lỗ trocar phía trước đưa trocar vào khoang dưới mỏm cùng vai. Đưa dụng cụ bào khớp (lưỡi bào phần mềm hoặc bào xương) vào trong khớp để thực hiện các thủ thuật bào loại bỏ các tổ chức bệnh lý.
 - Có thể đặt thêm trocar khác cho thuận tiện cho thủ thuật.
 - Kết thúc quá trình nội soi, rút dụng cụ ra khỏi trocar, dồn tối đa lượng dịch ứ đọng trong khớp ra ngoài, rút trocar.
 - Sát trùng vết rạch da.
 - Khâu da.

- Băng vô khuẩn vùng làm thủ thuật.
- Cất chỉ vết khâu sau 1 tuần.
- Trong quá trình làm nội soi chẩn đoán, nên ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ.

VI. Theo dõi.

- Trong quá trình làm thủ thuật người bệnh cần được theo dõi liên tục bằng monitoring dưới sự kiểm soát của bác sỹ gây mê.
- Sau thủ thuật, người bệnh cần được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng chảy máu, tình trạng nhiễm trùng.

VII. Tai biến và xử trí

1. Tai biến trong quá trình làm thủ thuật:

- Tai biến do gây mê: cần được xử trí theo chuyên khoa.
- Chảy máu: kiểm soát huyết áp trong quá trình làm thủ thuật. Đốt điện cầm máu diện chảy máu và diện cắt sinh thiết.

2. Tai biến sau thủ thuật:

- Chảy máu: băng ép. Tốt nhất nên kiểm soát chảy máu trước khi kết thúc thủ thuật.
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với chăm sóc vết thương tại chỗ.



Hình minh họa: nội soi khớp vai trái tư thế nằm (hình bên trái) và hình ảnh cắt lấy tổn thương sụn bên trong (hình bên phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Trọng (chủ biên)** (2000), “Nội soi khớp”, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, 597- 599.
2. **American Academy of orthopaedic surgeons (2013)**, “Shoulder arthroscopy”, <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00589>
3. **Clifford R. Wheelless** (2013), “Arthroscopy of the Shoulder Joint”, Wheelless' Textbook of Orthopaedics, [http://www.wheelsonline.com/ortho/arthroscopy of the shoulder joint](http://www.wheelsonline.com/ortho/arthroscopy%20of%20the%20shoulder%20joint)
4. **Ike R.W** (1996), “Diagnostic arthroscopy”, Baillire’s Clin Rheumatol, 10: 495-517.
5. **Metcalf P.W** (1993), “Arthroscopy”, Textbook of Rheumatology, 4th Edition Vol 1, WB Saunders company, 639- 648.

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ: LẤY DỊ VẬT

I. Đại cương:

Nội soi khớp vai là thủ thuật sử dụng ống soi (camera) đưa vào trong ổ khớp vai qua một vết trích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong khớp vai với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong khớp vai đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh.

Nội soi khớp vai lấy dị vật được chỉ định trong những trường hợp dị vật lớn và nhiều trong ổ khớp, tính chất của dị vật rắn, không tán nhỏ bằng dụng cụ để đưa ra ngoài ổ khớp qua trocar bằng phương pháp thông thường.

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp vai lấy dị vật có nhiều ưu điểm như hiệu quả, chi phí và đặc biệt ít gây chấn thương tại khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vật động sớm, rút ngắn thời gian điều trị do đó giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

II. Chỉ định:

– Có dị vật nội khớp. Dị vật thường gặp là những mảnh sụn khớp viêm thoái hóa, bong ra khỏi bề mặt tạo thành dị vật tự do trong khớp. Ngoài ra có thể gặp mảnh xương gãy, tổ chức can xi hóa...

III. Chống chỉ định:

- Người bệnh có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ tiến triển.
- Người bệnh có rối loạn đông máu.
- Người bệnh có chống chỉ định của gây mê toàn thân.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

– Kíp gây mê: cần 01 bác sỹ gây mê và 01 kỹ thuật viên gây mê được đào tạo và cấp chứng chỉ gây mê hồi sức.

– Kíp nội soi: cần 01 bác sỹ nội soi khớp, 01 bác sỹ hoặc kỹ thuật viên phụ nội soi khớp, 01 dụng cụ viên được đồ tạo và cấp chứng chỉ phù hợp, đúng chuyên ngành.

2. Phương tiện:

– Thủ thuật được tiến hành ở phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín, bao gồm phòng mổ nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

– Dàn máy nội soi khớp chuyên dụng: Màn hình, nguồn sáng, camera, hệ thống bảo, hệ thống đốt điện cầm máu, hệ thống ghi hình và chụp ảnh qua camera.

- Bàn mổ chuyên dụng.
- Máy bơm nước áp lực.
- Máy hút.
- Bộ optic với các góc nhìn 0° , 30° , 70° .
- Trocar có nòng với kích thước tương ứng với optic.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp: que thăm, kìm gấp, kìm cắt, kéo cắt...
- Dao mổ.
- Dụng cụ khâu vết mổ: Kim, chỉ khâu.
- Toan mổ vô trùng.
- Băng, gạc vô trùng, cồn iod, cồn 70° .
- Hệ thống máy thở và monitoring theo dõi người bệnh.

Thuốc:

- Thuốc tê: Lidocain, marcain.
- Adrenalin.
- Dung dịch huyết thanh mận đẳng trương.

3. Người bệnh:

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Được giải thích về thủ thuật được tiến hành, lợi ích của thủ thuật, các nguy cơ và tai biến có thể xảy ra.
- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.
- Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật.
- Nhịn ăn ít nhất trước khi làm thủ thuật 6h.
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án:

Theo mẫu quy định

V. Các bước tiến hành

- Người bệnh được đưa lên bàn phẫu thuật.
- Vô cảm: gây mê toàn thân, thường dùng gây mê nội khí quản, có thể dùng gây mê qua mask thanh quản.

– Chuẩn bị tư thế người bệnh: có hai tư thế có thể tiến hành thủ thuật: tư thế nửa nằm nửa ngồi (beach chair position) và tư thế nằm nghiêng (lateral decubitus position).

– Sát trùng toàn bộ chi bên làm thủ thuật và vùng khớp vai tương ứng.

– Xác định các mốc giải phẫu và đường vào khớp vai (có 5 đường vào cơ bản tùy tổn thương mà lựa chọn vị trí đường vào thích hợp- hình dưới).

– Gây tê tại chỗ dự kiến rạch da.

– Đặt trocar phía sau vào ổ khớp qua đường rạch da, chú ý tránh làm thô bạo gây tổn thương cho các cấu trúc của khớp. Rút nòng trocar, đưa camera vào quan sát ổ khớp. Đây là trocar chính cho hầu hết các thủ thuật bên trong khớp vai.

– Đặt trocar phía trước vào ổ khớp qua đường rạch da. Trocar này được đặt dưới sự kiểm soát qua camera nhằm tránh những tổn thương cho các thành phần bên trong khớp.

– Cần phải kết hợp với hệ thống bơm nước áp lực liên tục trong quá trình thực hiện thủ thuật. Nước rửa thường dùng huyết thanh mặn đẳng trương, được đưa vào trong khớp qua trocar phía sau cùng với camera.

– Đưa kìm gấp vào ổ khớp qua trocar phía trước để gấp dị vật ra ngoài. Nhiều dị vật kích thước lớn có thể cần phải cắt nhỏ trước khi lấy ra ngoài hoặc mở rộng đường rạch da để có thể đưa chúng ra ngoài.

– Có thể hoán đổi vị trí của camera và dụng cụ để kiểm soát tốt tất cả các vị trí của khớp vai.

– Nên kết hợp với dụng cụ hút rửa để có thể hút bỏ các dị vật nhỏ mà không gấp được.

– Kết thúc quá trình nội soi, rút dụng cụ ra khỏi trocar, dồn tối đa lượng dịch ứ đọng trong khớp ra ngoài, rút trocar.

– Sát trùng vết rạch da.

– Khâu da.

– Băng vô khuẩn vùng làm thủ thuật.

– Cất chỉ vết khâu sau 1 tuần.

– Trong quá trình làm nội soi chẩn đoán, nên ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ.

VI. Theo dõi.

– Trong quá trình làm thủ thuật người bệnh cần được theo dõi liên tục bằng monitoring dưới sự kiểm soát của bác sỹ gây mê.

– Sau thủ thuật, người bệnh cần được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng chảy máu, tình trạng nhiễm trùng.

VII. Tai biến và xử trí

1. Trong quá trình làm thủ thuật:

– Tai biến do gây mê: cần được xử trí theo chuyên khoa.

– Chảy máu: Kiểm soát huyết áp trong quá trình làm thủ thuật. Đốt điện cầm máu diện chảy máu và diện cắt sinh thiết.

2. Sau thủ thuật:

– Chảy máu: Băng ép. Tốt nhất nên kiểm soát chảy máu trước khi kết thúc thủ thuật.

– Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với chăm sóc vết thương tại chỗ.



Hình minh họa: nội soi khớp vai trái tư thế nằm (hình bên trái) và hình ảnh tổn thương bên trong (hình bên phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Lê Ngọc Trọng (chủ biên) (2000), “Nội soi khớp”, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, 597- 599.**
- 2. American Academy of orthopaedic surgeons (2013), “Shoulder arthroscopy”, <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00589>**

3. **Clifford R. Wheeless** (2013), “Arthroscopy of the Shoulder Joint”, *Wheeless' Textbook of Orthopaedics*, [http://www.wheelessonline.com/ortho/arthroscopy of the shoulder joint](http://www.wheelessonline.com/ortho/arthroscopy%20of%20the%20shoulder%20joint)
4. **Ike R.W** (1996), “Diagnostic arthroscopy”, *Baillire's Clin Rheumatol*, 10: 495- 517.
5. **Metcalf P.W** (1993), “Arthroscopy”, *Textbook of Rheumatology*, 4th Edition Vol 1, WB Saunders company, 639- 648.

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ: RỬA KHỚP

I. Đại cương:

Nội soi khớp vai là thủ thuật sử dụng ống soi (camera) đưa vào trong ổ khớp vai qua một vết tích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong khớp vai với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong khớp vai đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh.

Nội soi rửa khớp là thủ thuật bơm liên tục dung dịch, thường là NaCl 0,9% hoặc dung dịch Ringer Lactat, vào trong khớp vai trong quá trình nội soi nhằm rửa sạch ổ khớp và loại bỏ các chất lắng đọng trong ổ khớp như fibrin, các chất hoại tử, các chất gây viêm...

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp vai rửa khớp ít gây chấn thương tại khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vật động sớm, rút ngắn thời gian điều trị do do giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

Nội soi rửa khớp có thể được thực hiện đồng thời với các trường hợp nội soi chẩn đoán và sinh thiết màng hoạt dịch.

II. Chỉ định:

- Tràn dịch khớp vai tái diễn do viêm khớp mạn tính.
- Chảy máu nội khớp.
- Lắng đọng canxi hóa dưới gân cơ chóp xoay trong giai đoạn sớm.

III. Chống chỉ định:

- Người bệnh có nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ tiên triễn.
- Người bệnh có rối loạn đông máu.
- Người bệnh có chống chỉ định của gây mê toàn thân.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- Kíp gây mê: cần 01 bác sỹ gây mê và 01 kỹ thuật viên gây mê được đào tạo và cấp chứng chỉ gây mê hồi sức.
- Kíp nội soi: cần 01 bác sỹ nội soi khớp, 01 bác sỹ hoặc kỹ thuật viên phụ nội soi khớp, 01 dụng cụ viên được đào tạo và cấp chứng chỉ phù hợp, đúng chuyên ngành.

2. Phương tiện:

– Thủ thuật được tiến hành ở phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín, bao gồm phòng mổ nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

– Dàn máy nội soi khớp chuyên dụng: màn hình, nguồn sáng, camera, hệ thống bảo, hệ thống đốt điện cầm máu, hệ thống ghi hình và chụp ảnh qua camera.

– Bàn mổ chuyên dụng.

– Máy bơm nước áp lực.

– Máy hút.

– Bộ optic với các góc nhìn 0° , 30° , 70° .

– Trocar có nòng với kích thước tương ứng với optic.

– Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp: que thăm, kìm gấp, kìm cắt, kéo cắt...

– Dao mổ.

– Dụng cụ khâu vết mổ: kim, chỉ khâu.

– Toan mổ vô trùng.

– Băng, gạc vô trùng, cồn iod, cồn 70° .

– Hệ thống máy thở và monitoring theo dõi người bệnh.

Thuốc:

– Thuốc tê: Lidocain, marcain.

– Adrenalin.

– Dung dịch huyết thanh mận đẳng trương.

3. Chuẩn bị người bệnh:

– Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.

– Được giải thích về thủ thuật được tiến hành, lợi ích của thủ thuật, các nguy cơ và tai biến có thể xảy ra.

– Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

– Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật.

– Nhịn ăn ít nhất trước khi làm thủ thuật 6h.

– Làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án:

Theo mẫu quy định

V. Các bước tiến hành

– Người bệnh được đưa lên bàn phẫu thuật.

- Vô cảm: Gây mê toàn thân, thường dùng gây mê nội khí quản, có thể dùng gây mê qua mask thanh quản.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: có hai tư thế có thể tiến hành thủ thuật: tư thế nửa nằm nửa ngồi (beach chair position) và tư thế nằm nghiêng (lateral decubitus position).
 - Sát trùng toàn bộ chi bên làm thủ thuật và vùng khớp vai tương ứng.
 - Xác định các mốc giải phẫu và đường vào khớp vai (có 5 đường vào cơ bản tùy tổn thương mà lựa chọn vị trí đường vào thích hợp- hình dưới).
 - Gây tê tại chỗ dự kiến rạch da.
 - Đặt trocar phía sau vào ổ khớp qua đường rạch da, chú ý tránh làm thô bạo gây tổn thương cho các cấu trúc của khớp. Rút nòng trocar, đưa camera vào quan sát ổ khớp. Đây là trocar chính cho hầu hết các thủ thuật bên trong khớp vai.
 - Đặt trocar phía trước vào ổ khớp qua đường rạch da. Trocar này được đặt dưới sự kiểm soát qua camera nhằm tránh những tổn thương cho các thành phần bên trong khớp.
 - Cần phải kết hợp với hệ thống bơm nước áp lực liên tục trong quá trình thực hiện thủ thuật. Nước rửa thường dùng huyết thanh mặn đẳng trương, được đưa vào trong khớp qua trocar phía sau cùng với camera.
 - Đưa dụng cụ hút qua trocar phía trước để thực hiện hút rửa khớp.
 - Kết thúc quá trình nội soi, rút dụng cụ ra khỏi trocar, dồn tối đa lượng dịch ứ đọng trong khớp ra ngoài, rút trocar.
 - Sát trùng vết rạch da.
 - Khâu da.
 - Băng vô khuẩn vùng làm thủ thuật.
 - Cát chỉ vết khâu sau 1 tuần.
 - Trong quá trình làm nội soi chẩn đoán, nên ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ.

VI. Theo dõi.

- Trong quá trình làm thủ thuật người bệnh cần được theo dõi liên tục bằng monitoring dưới sự kiểm soát của bác sỹ gây mê.
- Sau thủ thuật, người bệnh cần được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng chảy máu, tình trạng nhiễm trùng.

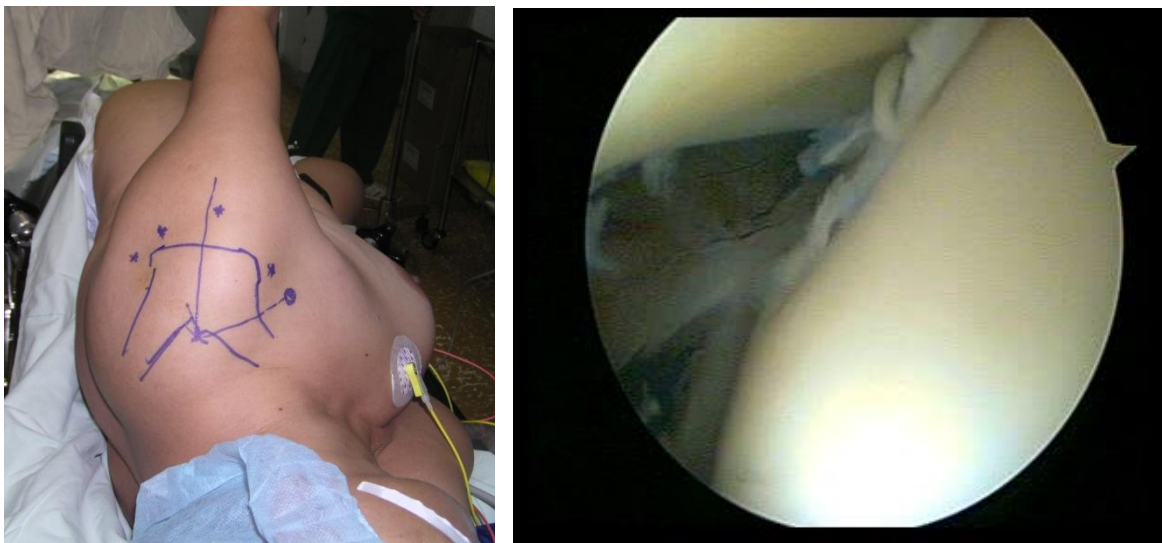
VII. Tai biến và xử trí

1. Trong quá trình làm thủ thuật:

- Tai biến do gây mê: cần được xử trí theo chuyên khoa.
- Chảy máu: Kiểm soát huyết áp trong quá trình làm thủ thuật. Đốt điện cầm máu diện chảy máu và diện cắt sinh thiết.

2. Sau thủ thuật:

- Chảy máu: Băng ép. Tốt nhất nên kiểm soát chảy máu trước khi kết thúc thủ thuật.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh toàn thân kết hợp với chăm sóc vết thương tại chỗ.



Hình minh họa: nội soi khớp vai trái tư thế nằm (hình bên trái) và hình ảnh tổn thương có fibrin bên trong ổ khớp (hình bên phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Trọng (chủ biên)** (2000), “Nội soi khớp”, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, 597- 599.
2. **American Academy of orthopaedic surgeons (2013)**, “Shoulder arthroscopy”, <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00589>
3. **Clifford R. Wheelless** (2013), “Arthroscopy of the Shoulder Joint”, Wheelless' Textbook of Orthopaedics, [http://www.wheelsonline.com/ortho/arthroscopy of the shoulder joint](http://www.wheelsonline.com/ortho/arthroscopy%20of%20the%20shoulder%20joint)
4. **Ike R.W** (1996), “Diagnostic arthroscopy”, Baillire’s Clin Rheumatol, 10: 495- 517.

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP GỐI SINH THIẾT ĐỂ CHẨN ĐOÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi khớp gối là thủ thuật sử dụng ống soi đưa vào trong ổ khớp gối qua một vết tích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong khớp gối với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong khớp gối đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh.

Để tạo không gian nhằm quan sát và đánh giá tổn thương chính xác, một lượng dịch, thường là dung dịch muối đẳng trương, sẽ được bơm vào trong ổ khớp. Thủ thuật được thực hiện với phương pháp gây mê, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp ít gây chấn thương tại khớp gối, ít đau, người bệnh có thể tập vật động sớm, rút ngắn thời gian điều trị do đó giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi khớp gối sinh thiết chẩn đoán được chỉ định trong nhiều bệnh lý tùy theo mục đích chẩn đoán hay điều trị và lĩnh vực chuyên khoa. Trong lĩnh vực cơ xương khớp nội khoa, nội soi khớp gối được chỉ định trong các trường hợp khớp gối có các tổn thương sau:

Viêm màng hoạt dịch khớp gối mạn tính

Tràn dịch khớp gối tái phát

Nghi ngờ viêm khớp gối nhiễm khuẩn

Thoái hóa khớp gối

Chảy máu cấp trong khớp không do bệnh lý về máu

Tổn thương sụn chêm

Lỏng lẻo khớp

Tổn thương xương và sụn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh rối loạn đông máu

Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 2 bác sĩ nội soi

- 1 bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật nội soi

2. Phương tiện

- Thủ thuật được thực hiện trong điều kiện phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín trong khu vực có diện tích từ 30 đến 60 m², bao gồm phòng nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

- Bàn nội soi khớp gồm giá đỡ máy, nguồn sáng, camera, màn hình
- Bàn nội soi khớp có giá đỡ chi
- Máy ga rô chi hoặc dụng cụ ga rô chi
- Máy bơm/hút
- Bộ đèn soi với các góc nhìn 0°, 30°, 45°, 70°
- Trocar và nòng có kích thước tương ứng với đèn soi khớp
- Bộ dụng cụ làm thủ thuật bao gồm: kim thẳng và cong, kéo thẳng và cong, que thăm dò các loại...

- Dao mổ
- Kim, chỉ khâu, bộ dụng cụ khâu da
- Săng mổ, ga
- Băng băng, gạc, cồn 70°, cồn i ốt
- Monitor theo dõi
- Đầu ghi hình kỹ thuật số
- Camera kỹ thuật số
- Thuốc
 - + Gây tê: marcain spinal 0,5%, lydocain
 - + Adrenalin
 - + Dung dịch natriclorua 0,9%
- Cọc, dây truyền dịch
- Bộ dụng cụ và thuốc chống shock
- Hệ thống oxy

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật, lợi ích và các tai biến có thể gặp, cách thức tiến hành thủ thuật.
- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật
- Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật

- Nhịn ăn 6 giờ trước khi bắt đầu tiến hành thủ thuật
- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phải đầy đủ thông tin, giấy tờ cần thiết, kết quả xét nghiệm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đưa người bệnh lên bàn nội soi
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch
3. Vô cảm: gây mê/gây tê vùng (Chú ý: trường hợp sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ thì tiến hành vô cảm sau khi đã sát trùng vị trí khớp gối được nội soi)
4. Kỹ thuật tiến hành
 - Người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật
 - Chân được cố định trên giá ở tư thế thích hợp
 - Ga rô chi có khớp gối được nội soi
 - Sát trùng vị trí khớp gối được làm nội soi
 - Gây tê tại chỗ (trường hợp sử dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ)
 - Xác định đường vào và vị trí rạch da
 - Đưa trocar vào ổ khớp gối qua vết trích da, chú ý tránh thô bạo gây tổn thương các thành phần trong ổ khớp
 - Rút nòng trocar ra và đưa đèn soi vào
 - Bơm dung dịch NaCl 0,9% để mở rộng ổ khớp
 - Tiến hành quan sát, đánh giá các vị trí và cấu trúc bên trong ổ khớp
 - Dùng que thăm dò đánh giá tổn thương
 - Có thể kết hợp bơm rửa liên tục trong quá trình quan sát, đánh giá tổn thương
 - Sau khi quan sát và đánh giá tổn thương toàn bộ ổ khớp, thủ thuật viên xác định vị trí lấy sinh thiết.
 - Dùng kim sinh thiết hoặc kéo để phẫu tích lấy tổ chức bệnh, tránh tối đa việc làm đung dập tổ chức
 - Kết thúc quá trình nội soi, đèn soi được rút ra khỏi trocar
 - Dồn dịch còn lại trong ổ khớp ra ngoài qua trocar
 - Sát trùng vết rạch
 - Khâu da
 - Băng vùng làm nội soi
 - Cắt chỉ khâu vết rạch da sau 1 tuần

- Ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ

VI. THEO DÕI

1. Trong quá trình làm thủ thuật:

- Người bệnh được theo dõi liên tục bằng monitor

2. Sau thủ thuật:

- Người bệnh được theo dõi 24 giờ ở phòng điều trị sau nội soi về các chức năng sinh tồn, tình trạng vết mổ, chảy máu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình làm thủ thuật

- Sốc phản vệ: Xử trí như sốc phản vệ
- Chảy máu: kiểm tra ga rô, cầm máu và băng ép

2. Sau thủ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép
- Nhiễm trùng: rửa và thay băng tại chỗ, kháng sinh đường toàn thân



Hình minh họa: nội soi khớp gối (ảnh trái) và hình ảnh tổn thương màng hoạt dịch bên trong khớp gối (ảnh phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller, M.D. and B.D. Cole, *Textbook of Arthroscopy*. 1 ed. 2004: Saunders. 896.
2. Drago, J.L, *Modern Arthroscopy*. 2011, In Tech. 302.
3. Committee on, E., Standards, and A. the Board of Directors of the Arthroscopy Association of North, *Suggested guidelines for the practice of arthroscopic surgery*. *Arthroscopy*, 2005. **21**(2): p. A32

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP GỐI KẾT HỢP MỞ TỐI THIỂU Ổ KHỚP LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi khớp là thủ thuật sử dụng ống soi đưa vào trong ổ khớp qua một vết trích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong ổ khớp với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong ổ khớp đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh.

Nội soi khớp gối kết hợp mở tối thiểu ổ khớp lấy dị vật được chỉ định trong những trường hợp dị vật lớn và nhiều trong khớp gối, tính chất của dị vật rắn, không tán nhỏ bằng dụng cụ để đưa ra ngoài khớp gối qua trocar bằng phương pháp thông thường.

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp gối kết hợp mở tối thiểu ổ khớp gối lấy dị vật có nhiều ưu điểm như hiệu quả, chi phí và đặc biệt ít gây chấn thương tại khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vật động sớm, rút ngắn thời gian điều trị do giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp gối nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi khớp gối kết hợp mở tối thiểu ổ khớp lấy dị vật được chỉ định trong các trường hợp sau:

Thoái hóa khớp, u xương sụn màng hoạt dịch, tổn thương xương và sụn gây bong mảnh sụn hoặc xương... có các mảnh dị vật (sụn, xương...) to, rắn, tiên lượng khó tán nhỏ bằng dụng cụ bào, cắt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh rối loạn đông máu

Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 2 bác sĩ nội soi
- 1 bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật nội soi

2. Phương tiện

- Thủ thuật được thực hiện trong điều kiện phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín trong khu vực có diện tích từ 30 đến 60 m², bao gồm phòng nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

- Dàn máy nội soi bào gồm giá đỡ máy, nguồn sáng, camera, màn hình
- Bàn nội soi khớp có giá đỡ chi
- Máy ga rô chi hoặc dụng cụ ga rô chi
- Máy bơm/hút
- Bộ đèn soi với các góc nhìn 0°, 30°, 45°, 70°
- Trocar và nòng có kích thước tương ứng với đèn soi khớp
- Bộ dụng cụ làm thủ thuật bao gồm: kim thẳng và cong, kéo thẳng và cong, que thăm dò các loại...

- Dao mổ
- Kim, chỉ khâu, bộ dụng cụ khâu da
- Săng mổ, ga
- Băng băng, gạc, cồn 70°, cồn i ốt
- Monitor theo dõi
- Đầu ghi hình kỹ thuật số
- Camera kỹ thuật số
- Thuốc
- + Gây tê: marcain spinal 0,5%, lydocain
- + Adrenalin
- + Dung dịch natriclorua 0,9%
- Cọc, dây truyền dịch
- Bộ dụng cụ và thuốc chống shock
- Hệ thống oxy

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật, lợi ích và các tai biến có thể gặp, cách thức tiến hành thủ thuật.

- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật
- Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật
- Nhịn ăn 6 giờ trước khi bắt đầu tiến hành thủ thuật
- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phải đầy đủ thông tin, giấy tờ cần thiết, kết quả xét nghiệm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đưa người bệnh lên bàn nội soi
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch
3. Vô cảm: gây mê/gây tê vùng (Chú ý: trường hợp sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ thì tiến hành vô cảm sau khi đã sát trùng vị trí khớp được nội soi)
4. Kỹ thuật tiến hành
 - Người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật
 - Chân có khớp gối tổn thương được cố định trên giá ở tư thế thích hợp
 - Ga rô chân phía trên khớp gối được nội soi
 - Sát trùng vị trí khớp được làm nội soi
 - Gây tê tại chỗ (trường hợp sử dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ)
 - Xác định đường vào và vị trí rạch da
 - Đưa trocar vào ổ khớp gối qua vết trích da, chú ý tránh thô bạo gây tổn thương các thành phần trong ổ khớp
 - Rút nòng trocar ra và đưa đèn soi vào
 - Bơm dung dịch NaCl 0,9% để mở rộng ổ khớp gối
 - Tiến hành quan sát, đánh giá tổn thương, vị trí, kích thước tính chất của dị vật
 - Dùng que thăm dò đánh giá tổn thương và dị vật
 - Có thể kết hợp bơm rửa liên tục trong quá trình quan sát, đánh giá tổn thương
 - Sau khi quan sát và đánh giá tổn thương toàn bộ ổ khớp gối và dị vật, thủ thuật viên xác định vị rạch da tối thiểu để lấy dị vật bằng cách phối hợp đèn soi và thăm dò phía ngoài ổ khớp sao cho vết rạch da nhỏ nhất, thao tác thuận tiện nhất và không phạm vào các cấu trúc giải phẫu như gân, dây chằng. Trong trường hợp cần thiết, dị vật được di chuyển trong ổ khớp gối đến vị trí thích phù hợp thuận lợi cho việc can thiệp qua da.
 - Dùng dao mổ rạch da tại vị trí đã xác định với kích thước đủ lớn để lấy dị vật
 - Phối hợp dụng cụ trong và ngoài ổ khớp để lấy dị vật
 - Sau khi lấy được dị vật ra ngoài, tiến hành kiểm tra đảm bảo không còn sót các mảnh vỡ hoặc các dị vật còn lại. Khâu vết rạch da tối thiểu để phục hồi lại tình trạng kín của ổ khớp.
 - Dồn dịch rửa hoàn toàn ra ngoài ổ khớp gối
 - Sát trùng vết rạch

- Khâu da
- Băng vùng làm nội soi
- Cắt chỉ khâu vết rạch da sau 1 tuần
- Ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ

VI. THEO DÕI

1. Trong quá trình làm thủ thuật:
 - Người bệnh được theo dõi liên tục bằng monitor
2. Sau thủ thuật:
 - Người bệnh được theo dõi 24 giờ ở phòng điều trị sau nội soi về các chức năng sinh tồn, tình trạng vết mổ, chảy máu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình làm thủ thuật
 - Sốc phản vệ: Xử trí như sốc phản vệ
 - Chảy máu: kiểm tra ga rô, cầm máu và băng ép, khâu vết mổ
2. Sau thủ thuật
 - Chảy máu: cầm máu, băng ép
 - Nhiễm trùng: rửa và thay băng tại chỗ, kháng sinh đường toàn thân



Hình minh họa: nội soi khớp gối (ảnh trái) và hình ảnh u sụn màng hoạt dịch lấy ra từ trong khớp (ảnh phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller, M.D. and B.D. Cole, *Textbook of Arthroscopy*. 1 ed. 2004: Saunders. 896.

2. Dragoo, J.L, *Modern Arthroscopy*. 2011, In Tech. 302.
3. Committee on, E., Standards, and A. the Board of Directors of the Arthroscopy Association of North, *Suggested guidelines for the practice of arthroscopic surgery*. *Arthroscopy*, 2005. **21**(2): p. A32

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP GỐI ĐIỀU TRỊ BẰNG RỬA KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi khớp là thủ thuật sử dụng ống soi đưa vào trong ổ khớp qua một vết trích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong ổ khớp với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong ổ khớp đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh. Thủ thuật được thực hiện với phương pháp gây mê, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

Nội soi rửa khớp gối là là thủ thuật bơm liên tục dung dịch, thường là NaCl 0,9% hoặc dung dịch Ringer Lactat vào trong ổ khớp gối trong quá trình nội soi nhằm rửa sạch ổ khớp và loại bỏ các chất lắng đọng trong ổ khớp như firin, các chất hoại tử, các chất gây viêm...

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp gối ít gây chấn thương tại khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vật động khớp gối sớm, rút ngắn thời gian điều trị do đó giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

Nội soi rửa khớp có thể được thực hiện trong các trường hợp nội soi chẩn đoán và sinh thiết màng hoạt dịch.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi khớp gối điều trị bằng rửa khớp được chỉ định trong các trường hợp tổn thương khớp gối sau:

- Viêm màng hoạt dịch khớp mạn tính
- Tràn dịch khớp tái phát
- Thoái hóa khớp
- Viêm khớp dạng thấp
- Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp
- Dị vật trong ổ khớp
- Lỏng lẻo khớp
- Tổn thương sụn chêm
- Tổn thương xương và sụn
- Các vỡ xương hoặc sụn khớp
- Vỡ mâm chày

Bệnh nhuyễn sụn bánh chè

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh rối loạn đông máu

Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 2 bác sĩ nội soi
- 1 bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật nội soi

2. Phương tiện

- Thủ thuật được thực hiện trong điều kiện phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín trong khu vực có diện tích từ 30 đến 60 m², bao gồm phòng nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

- Bàn nội soi khớp có giá đỡ chi
- Máy ga rô chi hoặc dụng cụ ga rô chi
- Máy bơm/hút
- Bộ đèn soi với các góc nhìn 0°, 30°, 45°, 70°
- Trocar và nòng có kích thước tương ứng với đèn soi khớp
- Bộ dụng cụ làm thủ thuật bao gồm: kim thẳng và cong, kéo thẳng và cong, que thăm dò các loại...
- Dao mổ
- Kim, chỉ khâu, bộ dụng cụ khâu da
- Săng mổ, ga
- Băng băng, gạc, cồn 70°, cồn i ốt
- Monitor theo dõi
- Đầu ghi hình kỹ thuật số
- Camera kỹ thuật số
- Thuốc
- + Gây tê: marcain spinal 0,5%, lydocain
- + Adrenalin
- + Dung dịch natriclorua 0,9% 5 đến 10 lít
- Cọc, dây truyền dịch

- Bộ dụng cụ và thuốc chống shock
- Hệ thống oxy

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật, lợi ích và các tai biến có thể gặp, cách thức tiến hành thủ thuật.
- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật
- Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật
- Nhịn ăn 6 giờ trước khi bắt đầu tiến hành thủ thuật
- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phải đầy đủ thông tin, giấy tờ cần thiết, kết quả xét nghiệm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đưa người bệnh lên bàn nội soi
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch
3. Vô cảm: gây mê/gây tê vùng (Chú ý: trường hợp sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ thì tiến hành vô cảm sau khi đã sát trùng vị trí khớp được nội soi)
4. Kỹ thuật tiến hành
 - Người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật
 - Chân có khớp gối tổn thương được cố định trên giá ở tư thế thích hợp
 - Ga rô chân có khớp được nội soi
 - Sát trùng vị trí khớp gối được làm nội soi
 - Gây tê tại chỗ (trường hợp sử dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ)
 - Xác định đường vào và vị trí rạch da
 - Đưa trocar vào ổ khớp qua vết trích da, chú ý tránh thô bạo gây tổn thương các thành phần trong ổ khớp
 - Rút nòng trocar ra và đưa đèn soi vào
 - Bơm dung dịch NaCl 0,9% để mở rộng ổ khớp
 - Tiến hành quan sát, đánh giá các vị trí và cấu trúc bên trong ổ khớp
 - Dùng que thăm dò đánh giá tổn thương
 - Kết hợp bơm rửa và làm sạch bằng dụng cụ liên tục trong quá trình rửa khớp
 - Kết thúc quá trình nội soi, đèn soi được rút ra khỏi trocar
 - Dồn dịch còn lại trong ổ khớp ra ngoài qua trocar
 - Sát trùng vết rạch da

- Khâu da
- Băng vùng làm nội soi
- Cắt chỉ khâu vết rạch da sau 1 tuần
- Ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ

VI. THEO DÕI

1. Trong quá trình làm thủ thuật:

- Người bệnh được theo dõi liên tục bằng monitor

2. Sau thủ thuật:

- Người bệnh được theo dõi 24 giờ ở phòng điều trị sau nội soi về các chức năng sinh tồn, tình trạng vết mổ, chảy máu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình làm thủ thuật

- Sốc phản vệ: Xử trí như sốc phản vệ
- Chảy máu tại chỗ: kiểm tra ga rô, cầm máu và băng ép

2. Sau thủ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép
- Nhiễm trùng: rửa và thay băng tại chỗ, kháng sinh đường toàn thân



Hình minh họa: nội soi khớp gối rửa khớp. Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller, M.D. and B.D. Cole, *Textbook of Arthroscopy*. 1 ed. 2004: Saunders. 896.
2. Drago, J.L, *Modern Arthroscopy*. 2011, In Tech. 302.
3. Committee on, E., Standards, and A. the Board of Directors of the Arthroscopy Association of North, *Suggested guidelines for the practice of arthroscopic surgery*. Arthroscopy, 2005. **21**(2): p. A32

QUY TRÌNH NỘI SOI KHỚP GỐI ĐIỀU BẰNG BÀO KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi khớp là thủ thuật sử dụng ống soi đưa vào trong ổ khớp qua một vết trích nhỏ để đánh giá cấu trúc bên trong ổ khớp với sự trợ giúp của nguồn ánh sáng lạnh và hệ thống camera quan sát. Thủ thuật cho phép thủ thuật viên phát hiện và đánh giá các tổn thương bên trong ổ khớp đồng thời kết hợp đưa dụng cụ vào thực hiện các kỹ thuật nhằm chẩn đoán và/hoặc điều trị bệnh.

Với các tổn thương trong ổ khớp gối cần được làm sạch và tiêm lượng không thực hiện được bằng dụng cụ làm sạch đơn thuần, nội soi khớp gối điều trị bằng bào khớp được chỉ định.

Do phạm vi can thiệp nhỏ, nội soi khớp gối ít gây chấn thương tại khớp, ít đau, người bệnh có thể tập vật động sớm, rút ngắn thời gian điều trị do đó giúp người bệnh phục hồi chức năng vận động của khớp nhanh và tránh được các biến chứng sau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi khớp gối điều trị bằng bào khớp được áp dụng trong các bệnh lý khớp gối sau:

Thoái hóa khớp

Tổn thương sụn chêm

Tổn thương xương và sụn

Viêm khớp dạng thấp

Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp đã điều trị ổn định

Dị vật trong ổ khớp

Các vỡ xương hoặc sụn khớp

Vỡ mâm chày

Bệnh nhuyễn sụn bánh chè

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh rối loạn đông máu

Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 2 bác sĩ nội soi

- 1 bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật nội soi

2. Phương tiện

- Thủ thuật được thực hiện trong điều kiện phòng mổ sạch, được thiết kế khép kín trong khu vực có diện tích từ 30 đến 60 m², bao gồm phòng nội soi, phòng rửa tay, phòng để dụng cụ.

- Bàn máy nội soi bào gồm giá đỡ máy, nguồn sáng, camera, màn hình
- Bàn nội soi khớp có giá đỡ chi
- Máy ga rô chi hoặc dụng cụ ga rô chi
- Máy bơm/hút
- Bộ đèn soi với các góc nhìn 0°, 30°, 45°, 70°
- Trocar và nòng có kích thước tương ứng với đèn soi khớp
- Bộ dụng cụ làm thủ thuật bao gồm: kim thẳng và cong, kéo thẳng và cong, que thăm dò các loại...

- Máy bào khớp
- Đầu bào khớp các loại
- Dao mổ
- Kim, chỉ khâu, bộ dụng cụ khâu da
- Săng mổ, ga
- Băng băng, gạc, cồn 70°, cồn i ốt
- Monitor theo dõi
- Đầu ghi hình kỹ thuật số
- Camera kỹ thuật số
- Thuốc
- + Gây tê: marcain spinal 0,5%, lydocain
- + Adrenalin
- + Dung dịch natriclorua 0,9%
- Cọc, dây truyền dịch
- Bộ dụng cụ và thuốc chống shock
- Hệ thống oxy

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật, lợi ích và các tai biến có thể gặp, cách thức tiến hành thủ thuật.

- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật
- Thông báo cho người nhà ngày, giờ làm thủ thuật
- Nhịn ăn 6 giờ trước khi bắt đầu tiến hành thủ thuật
- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án phải đầy đủ thông tin, giấy tờ cần thiết, kết quả xét nghiệm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đưa người bệnh lên bàn nội soi
2. Đặt đường truyền tĩnh mạch
3. Vô cảm: gây mê/gây tê vùng (Chú ý: trường hợp sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ thì tiến hành vô cảm sau khi đã sát trùng vị trí khớp được nội soi)
4. Kỹ thuật tiến hành
 - Người bệnh nằm ngửa trên bàn phẫu thuật
 - Chân bên tổn thương được cố định trên giá ở tư thế thích hợp
 - Ga rô chân có khớp gối được nội soi
 - Sát trùng vị trí khớp được làm nội soi
 - Gây tê tại chỗ (trường hợp sử dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ)
 - Xác định đường vào và vị trí rạch da
 - Đưa trocar vào ổ khớp qua vết trích da, chú ý tránh thô bạo gây tổn thương các thành phần trong ổ khớp
 - Rút nòng trocar ra và đưa đèn soi vào
 - Bơm dung dịch NaCl 0,9% để mở rộng ổ khớp gối
 - Tiến hành quan sát, đánh giá các vị trí và cấu trúc bên trong ổ khớp gối
 - Dùng que thăm dò đánh giá tổn thương
 - Có thể kết hợp bơm rửa liên tục trong quá trình quan sát, đánh giá tổn thương
 - Sau khi quan sát và đánh giá tổn thương toàn bộ ổ khớp, thủ thuật viên xác định vị trí cần tiến hành giải phòng bằng đầu bào thích hợp.
 - Đầu bào được đưa vào ổ khớp, tốc độ máy bào được điều chỉnh và điều khiển bằng bàn đạp chân. Phối hợp quan sát, bào khớp, bơm dịch và hút liên tục, tránh tối đa việc làm đung dập tổ chức lành và cần bảo tồn.
 - Kết thúc quá trình bào khớp, đèn soi được rút ra khỏi trocar, đầu bào được rút ra
 - Hút và làm sạch các phần tổ chức, chất lỏng đọng đã được giải phóng

- Bơm dung dịch rửa vào ổ khớp nhằm đẩy máu và chất bẩn ra khỏi ổ khớp
- Dẫn dịch còn lại trong ổ khớp ra ngoài qua trocar
- Sát trùng vết rạch
- Khâu da
- Băng vùng làm nội soi
- Cắt chỉ khâu vết rạch da sau 1 tuần
- Ghi hình toàn bộ quá trình làm thủ thuật và lưu trữ

VI. THEO DÕI

1. Trong quá trình làm thủ thuật:

- Người bệnh được theo dõi liên tục bằng monitor

2. Sau thủ thuật:

- Người bệnh được theo dõi 24 giờ ở phòng điều trị sau nội soi về các chức năng sinh tồn, tình trạng vết mổ, chảy máu

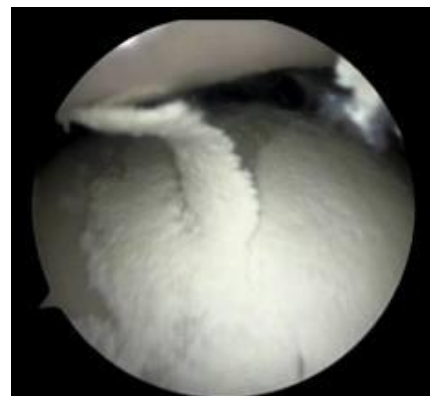
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong quá trình làm thủ thuật

- Sốc phản vệ: Xử trí như sốc phản vệ
- Chảy máu: kiểm tra ga rô, cầm máu và băng ép

2. Sau thủ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép
- Nhiễm trùng: rửa và thay băng tại chỗ, kháng sinh đường toàn thân



Hình minh họa: nội soi khớp gối (ảnh trái) và hình ảnh tổn thương bề mặt sụn khớp cần bào khớp (ảnh phải). Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller, M.D. and B.D. Cole, *Textbook of Arthroscopy*. 1 ed. 2004: Saunders. 896.
2. Drago, J.L, *Modern Arthroscopy*. 2011, In Tech. 302.
3. Committee on, E., Standards, and A. the Board of Directors of the Arthroscopy Association of North, *Suggested guidelines for the practice of arthroscopic surgery*. *Arthroscopy*, 2005. **21**(2): p. A32

QUY TRÌNH SIÊU ÂM KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm khớp có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý cơ xương khớp. Siêu âm quan sát được cấu trúc màng hoạt dịch, dịch khớp một cách rõ ràng, đặc biệt là trong các trường hợp viêm màng hoạt dịch, hoặc tràn dịch khớp mức độ ít mà lâm sàng không phát hiện được. Siêu âm khớp còn cho phép phát hiện các tổn thương ở sụn khớp trong trường hợp thoái hóa khớp; canxi hóa sụn khớp; dấu hiệu đường đôi trong bệnh gút. Những tổn thương bào mòn xương, tổn thương gân, dây chằng và các điểm bám tận cũng được chẩn đoán bằng siêu âm.

Ngày nay với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, siêu âm Doppler năng lượng còn giúp phát hiện các mức độ tăng sinh mạch máu màng hoạt dịch giúp chẩn đoán, theo dõi tiến triển của các bệnh lý khớp.

Hiện nay, siêu âm khớp là một thăm dò động, có giá trị, an toàn và kinh tế, trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh cơ xương khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp khớp sưng, đau do viêm, do thoái hóa hoặc do chấn thương.
- Trong trường hợp khám lâm sàng nghi ngờ có tổn thương gân: viêm gân, canxi hóa gân, viêm bao gân, đứt gân, viêm túi thanh dịch.
- Viêm các điểm bám tận; tổn thương dây chằng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi có tổn thương da hở vùng khớp có chỉ định siêu âm, cần bọc đầu dò siêu âm bằng dụng cụ vô khuẩn; dùng gel vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý khi thực hiện kỹ thuật siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ siêu âm.
- 01 điều dưỡng giúp chuẩn bị người bệnh và ghi chép kết quả siêu âm.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm đen trắng hoặc tốt nhất là máy siêu âm màu có doppler năng lượng.

- Có ít nhất hai đầu dò siêu âm: 01 đầu dò linear tần số ≥ 7.5 MHz khảo sát các khớp nhỏ, nhỏ và 01 đầu dò convec 3.5-5 MHz để khảo sát các khớp ở sâu như khớp háng.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm siêu âm
- Tư thế người bệnh phù hợp với khớp siêu âm
- Có chỉ định của bác sỹ

4. Hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định

Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc hoặc phiếu chỉ định siêu âm theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng siêu âm theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định siêu âm
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí khớp cần siêu âm
- Cho gel vào đầu dò siêu âm
- Siêu âm khớp được thực hiện theo các mặt cắt quy định tùy thuộc vị trí khớp cần khảo sát.
- Bác sỹ đọc kết quả siêu âm và kiểm tra lại kết quả sau khi điều dưỡng đã ghi chép.
- Điều dưỡng trả kết quả siêu âm cho người bệnh, dặn dò người bệnh chuyển kết quả tới bác sỹ chỉ định.
- Vệ sinh đầu dò siêu âm bằng gạc mềm.

VI. THEO DÕI

Siêu âm khớp là một thăm dò không can thiệp nên an toàn, không cần theo dõi người bệnh sau siêu âm.

VII. TAI BIẾN

An toàn hầu như không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Grassi W, Filippucci E et al (2001), “ Ultrasonography in the evaluation of bone erosions”, Ann Rheum Dis; 60: 98-103
3. Kane D, Grassi W et al (2004), “ A brief history of musculoskeletal ultrasound: ‘ From bats and ships to babies and hips’, Rheumatology : 43: 931-933
4. Baert A.L, Knauth M et al (2007), “ Ultrasound of the muscle skeletal system”, Medical radiology: 124- 234

QUY TRÌNH SIÊU ÂM PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là bệnh lý phần mềm. Siêu âm giúp quan sát các tổn thương ở da, tổ chức dưới da, cơ và dây thần kinh. Từ đó giúp phát hiện các tổn thương bệnh lý: viêm áp xe, các khối u phần mềm, các khối tụ máu, tụ dịch mà trên lâm sàng khó phát hiện được.

Hiện nay, siêu âm cơ xương khớp trong đó bao gồm cả siêu âm phần mềm là xét nghiệm có giá trị, an toàn và kinh tế trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý cơ xương khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương viêm, chấn thương phần mềm
- Các khối u phần mềm không rõ vị trí, bản chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi có tổn thương da hở vùng phần mềm có chỉ định siêu âm, cần bọc đầu dò siêu âm bằng dụng cụ vô khuẩn; dùng gel vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý khi thực hiện kỹ thuật siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ siêu âm.
- 01 điều dưỡng điều hành người bệnh và ghi chép kết quả.

4.2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm đen trắng hoặc tốt nhất là máy siêu âm màu có doppler năng lượng.
- Có ít nhất hai đầu dò siêu âm: 01 đầu dò linear tần số ≥ 7.5 MHz khảo sát các tổn thương ở nông và 01 đầu dò convec 3.5-5 MHz để khảo sát các tổn thương ở sâu như cơ thắt lưng chậu, cơ mông, cơ đùi...

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm siêu âm
- Tư thế người bệnh phù hợp với vị trí siêu âm
- Có chỉ định của bác sỹ

4. Hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định

Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định siêu âm theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng siêu âm theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định siêu âm
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Cho gel vào đầu dò siêu âm

- Siêu âm phần mềm được thực theo các mặt cắt quy định tùy thuộc vào vị trí giải phẫu cần thăm khám.
- Bác sỹ đọc kết quả siêu âm và kiểm tra lại kết quả sau khi điều dưỡng đã ghi chép.
- Điều dưỡng trả kết quả siêu âm cho người bệnh, dặn dò người bệnh chuyển kết quả tới bác sỹ chỉ định.
- Vệ sinh đầu dò siêu âm bằng gạc mềm.

VI. THEO DÕI

Siêu âm phần mềm là một thăm dò không can thiệp nên an toàn, không cần theo dõi sau siêu âm

VII. TAI BIẾN

An toàn, không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. **Grassi W, Filippucci E et al (2001)**, “ Ultrasonography in the evaluation of bone erosions”, Ann Rheum Dis; 60: 98-103
3. **Kane D, Grassi W et al (2004)**, “ A brief history of musculoskeletal ultrasound: ‘ From bats and ships to babies and hips’, Rheumatology : 43: 931-933
4. **Baert A.L, Knauth M et al (2007)**, “ Ultrasound of the muscule skeletal system”, Medical radiology: 23-124.

QUY TRÌNH SINH THIẾT TUYẾN NƯỚC BỌT PHỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng Sjogren thuộc nhóm bệnh tự miễn bao gồm viêm teo các tuyến ngoại tiết, có biểu hiện lâm sàng chính là khô miệng và khô mắt. Xét nghiệm sinh thiết tuyến nước bọt phụ (BGSA) là một tiêu chuẩn quan trọng giúp chẩn đoán xác định hội chứng Sjogren.

- Sinh thiết tuyến nước bọt phụ còn là một xét nghiệm góp phần chẩn đoán ở một số bệnh khác nữa như sarcoidose, amylose.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hội chứng Sjogren ở người bệnh có dấu hiệu khô miệng và khô mắt trên lâm sàng.

- Nghi ngờ bệnh sarcoidose, amylose.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn vùng răng miệng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn. Khẩu trang
- Kim tiêm, bơm tiêm vô khuẩn 5 ml, 20 ml.
- Bông, gạc, cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc Cồn iod 5%.
- Thuốc: gâ tê xylocain 2% loại ống 2 ml .
- Dao mổ trích da, panh.
- Ống đựng bệnh phẩm chứa formon, lam kính, nhãn dán / bút viết trực tiếp trên lam kính.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.
- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định của thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH SINH THIẾT TUYẾN NƯỚC BỌT PHỤ

- **Nơi thực hiện:** tại phòng thủ thuật vô trùng.

- **Vị trí sinh thiết:** bờ trong môi dưới.

- **Mô tả kỹ thuật:**

+ Xác định tuyến nước bọt phụ ở bờ trong môi dưới bằng cách ép môi dưới giữa ngón trỏ và ngón cái. Động tác ép này làm tiết ra một giọt nhỏ nước bọt ở lỗ thoát ra ngoài của tuyến

+ Gây tê tại chỗ bằng Xylocain.

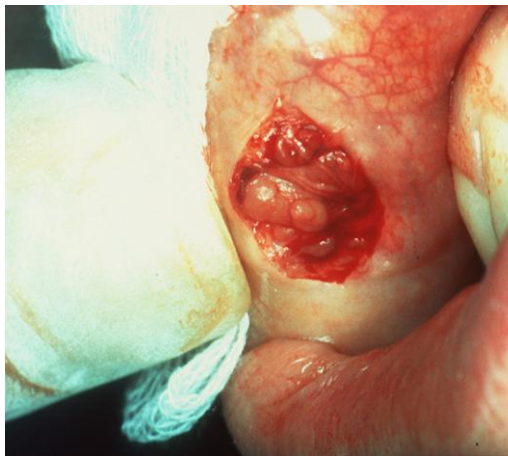
+ Dùng dao mổ rạch khoảng 0,5 cm niêm mạc môi. Điều đó làm cho tuyến nước bọt phụ trôi ra

+ Dùng kéo cắt 2-3 tuyến. Vết mổ không cần khâu.

+ Sau đó cho người bệnh súc miệng bằng dung dịch betadin.

- **Bảo quản bệnh phẩm:**

+ Các tuyến nước bọt phụ lấy ra được ngâm trong dung dịch paraformaldehyde 4%, sau đó được đúc khối trong parafin.



Hình minh họa: sinh thiết tuyến nước bọt phụ. Nguồn: internet

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ trong 24 h.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ sinh thiết, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol.

- Nhiễm khuẩn tại vị trí sinh thiết: hiếm gặp, có thể điều trị kháng sinh.
- Biến chứng hiếm gặp: kích thích hệ phó giao cảm do BN quá sợ hãi, với triệu chứng: choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. p.327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

QUY TRÌNH SINH THIẾT PHẦN MỀM BẰNG SÚNG FASTGUN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý phần mềm là một nhóm bệnh thường gặp trong thực hành chuyên ngành thấp khớp học cũng như trong các chuyên ngành khác như u bướu, truyền nhiễm... Tổn thương phần mềm rất đa dạng, có thể là ở tổ chức cơ, mỡ, xơ, tổ chức dưới da, hạch, thần kinh... dưới dạng các tổn thương viêm, áp xe, u lành hay ác tại chỗ hoặc dưới dạng khối thâm nhiễm tổ chức phần mềm do di căn... Để chẩn đoán xác định bệnh nhiều khi cần phải sinh thiết các tổ chức đó để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh. Vì vậy việc sinh thiết phần mềm bằng dụng cụ chuyên dụng trong đó có súng Fastgun dưới hướng dẫn của siêu âm cung cấp cho chúng ta một dụng cụ hữu ích để chẩn đoán bệnh lý phần mềm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương phần mềm dạng khối tổ chức đặc nằm ở sâu dưới da (xác định dưới siêu âm hoặc CT scan, cộng hưởng từ) hoặc vùng tổ chức cơ cần thăm dò xác định bản chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu.
- Tổn thương nằm ở các tạng sâu như gan, thận, lách, đại trực tràng... các kỹ thuật sinh thiết do các chuyên khoa tương ứng như tiêu hóa, thận tiết niệu... thực hiện.
- Các tổn thương nằm sát các vị trí có nguy cơ cao gây tổn thương như sát mạch máu, thần kinh, tim phổi...
- Chống chỉ định tương đối: khối tổ chức nghi chứa dịch lỏng (cần hút dịch dưới siêu âm), có các nhiễm khuẩn tại vị trí sinh thiết (cần điều trị hết nhiễm trùng).
 - + *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo.
- 01 bác sỹ siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật vô trùng.
- 01 máy siêu âm màu/ đen trắng có ít nhất 2 đầu dò: 01 đầu dò cong (convex) tần số 3,5 MHz và 01 đầu dò phẳng (linear) tần số tối thiểu 7,5 MHz.
- Súng Fastgun (hình dưới).



- Kim sinh thiết chuyên dụng đi kèm súng Fastgun, đường kính 14,16,18 Gauge, dài 25 cm.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Bông, cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.
- Thuốc: gây tê xylocain 2% loại ống 2; 5ml.
- Ống đựng bệnh phẩm chứa formon, lam kính, nhãn dán / bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm...

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Hình ảnh siêu âm và/ hoặc CT scan, và/hoặc cộng hưởng từ khối phần mềm tổn thương.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án, chỉ định, chống chỉ định
2. Siêu âm kiểm tra lại vị trí khối u, kích thước, đường dự định sinh thiết, đo chiều sâu mũi kim.
3. Sát trùng tại chỗ bằng dung dịch Betadin, trái săng vô khuẩn có lỗ.
4. Bọc đầu dò siêu âm bằng găng vô khuẩn.
5. Gây tê tại chỗ bằng xylocain dưới hướng dẫn của siêu âm.
6. Rạch da tại chỗ gây tê, khoảng 0,3 cm.
7. Lắp kim vào súng Fastgun, lên lẫy cò súng ở mức 1 cm, 2 cm tùy kích thước của khối u.
8. Xuyên kim qua vết rạch trên da vào khối tổn thương dưới hướng dẫn của siêu âm, đến vị trí định trước, sau đó đẩy lẫy để bắn kim sinh thiết.
9. Rút kim ra khỏi khối u, lấy bệnh phẩm. Yêu cầu bệnh phẩm dài từ 1-2 cm, giống như lõi bút chì là đạt tiêu chuẩn. Nếu bệnh phẩm nhỏ, vụn có thể sinh thiết lần 2,3. Cho bệnh phẩm vào ống đựng bệnh phẩm theo đúng quy định.
10. Chăm sóc người bệnh ngay sau sinh thiết:
 - Theo dõi tình trạng chảy máu tại chỗ ngay sau sinh thiết, nếu có cần băng ép chặt.
 - Dán băng dính.
 - Dặn BN không cho nước tiếp xúc với vị trí sinh thiết.
 - Sau 24 h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ vừa sinh thiết.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi sinh thiết, có thể bổ xung giảm đau paracetamol.
- Chảy máu sau sinh thiết, cần băng ép chặt.
- Nhiễm khuẩn phần mềm tại chỗ do thủ thuật sinh thiết (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.
 - Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, rất hiếm khi bị ngất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <http://www.mayoclinic.com/health/biopsy/CA00083>
2. <http://www.seedos.co.uk/SeeDOSLtd-FAST GUN Instructions.pdf>
3. Konermann W, Wuisman P, Hillmann A, Rössner A, Blasius S (1995), “Ultrasound guided needle biopsy for histological diagnosis of benign and malignant soft-tissue and bone tumours”. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1995;133:411-21.
4. Pfenninger JL (1994), “Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Saifuddin, R. Mitchell, S. J. D. Burnett, A. Sandison, Pringle (2000), “Ultrasound-guided needle biopsy of primary bone tumours”. *J Bone Joint Surg [Br]* 2000;82-B:50-4.
6. Stoker DJ, Cobb JP, Pringle JAS (1991), “Needle biopsy of musculoskeletal lesions: a review of 208 procedures”. *J Bone Joint Surg [Br]* 1991; 73-B:498-500.
7. Simon MA, Biermann JS (1993), “Biopsy of bone and soft-tissue lesions”. *J Bone Joint Surg [Am]* 1993;75-A:616-21.

QUY TRÌNH SINH THIẾT PHẦN MỀM BẰNG KIM CHUYÊN DỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý phần mềm là một nhóm bệnh thường gặp trong thực hành chuyên ngành thấp khớp học cũng như trong các chuyên ngành khác như u bướu, truyền nhiễm... Tổn thương phần mềm rất đa dạng, có thể là ở tổ chức cơ, mỡ, xơ, tổ chức dưới da, hạch, thần kinh... dưới dạng các tổn thương viêm, áp xe, u lành hay ác tại chỗ hoặc dưới dạng khối thâm nhiễm tổ chức phần mềm do di căn... Để chẩn đoán xác định bệnh nhiều khi rất cần phải sinh thiết các tổ chức đó để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh. Sinh thiết phần mềm bằng kim chuyên dụng dưới hướng dẫn của siêu âm cung cấp cho chúng ta một dụng cụ hữu ích để chẩn đoán bệnh lý phần mềm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương phần mềm dạng khối tổ chức đặc nằm ở sâu dưới da (xác định dưới siêu âm hoặc CT scan, cộng hưởng từ) hoặc vùng tổ chức cơ cần thăm dò xác định bản chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu.
- Tổn thương nằm ở các tạng sâu như gan, thận, lách, đại trực tràng... các kỹ thuật sinh thiết do các chuyên khoa tương ứng như tiêu hóa, thận tiết niệu... thực hiện.
- Các tổn thương nằm sát các vị trí có nguy cơ cao gây tổn thương như sát mạch máu, thần kinh, tim phổi...
- Chống chỉ định tương đối: khối tổ chức nghi chứa dịch lỏng (cần hút dịch dưới siêu âm), có các nhiễm khuẩn tại vị trí sinh thiết (cần điều trị hết nhiễm trùng).
 - + *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo.

- 01 bác sỹ siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật vô trùng.
- 01 máy siêu âm màu/ đen trắng có ít nhất 2 đầu dò: 01 đầu dò cong (convex) tần số 3,5 MHz và 01 đầu dò phẳng (linear) tần số tối thiểu 7,5 MHz.
- Kim sinh thiết chuyên dụng, đường kính 14, 16, 18 Gauge, dài 25 cm.



- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Bông, cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: gây tê xylocain 2% loại ống 2 ; 5ml .
- Ống đựng bệnh phẩm chứa formon, lam kính, nhãn dán / bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm...

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Hình ảnh siêu âm và/ hoặc CT scan, và/hoặc cộng hưởng từ khối phần mềm tổn thương.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

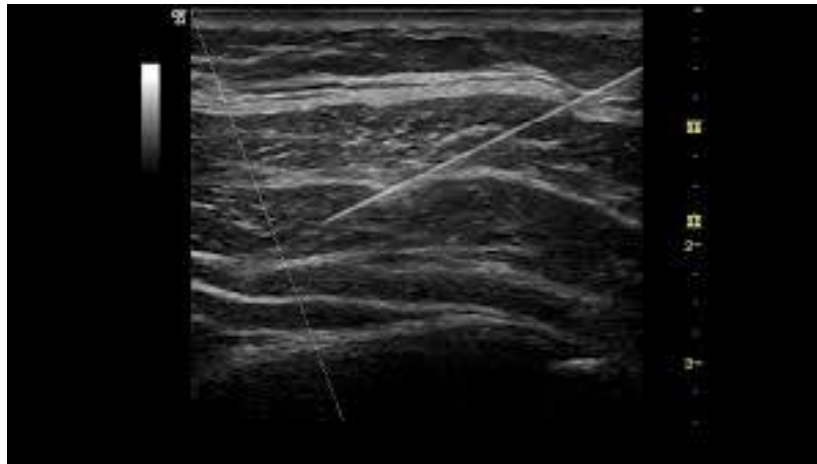
1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án , chỉ định, chống chỉ định
2. Siêu âm kiểm tra lại vị trí khối u, kích thước, đường dự định sinh thiết, đo chiều sâu mũi kim.
3. Sát trùng tại chỗ bằng dung dịch Betadin, trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
4. Bọc đầu dò siêu âm bằng găng vô khuẩn.
5. Gây tê tại chỗ bằng xylocain dưới hướng dẫn của siêu âm.
6. Rạch da tại chỗ gây tê, khoảng 0,3-0,5 cm.
7. Lên lấy kim ở mức 1 cm, 2 cm tùy kích thước của khối u.
8. Xuyên kim qua vết rạch trên da vào khối tổn thương dưới hướng dẫn của siêu âm, đến vị trí định trước, sau đó đẩy lấy để bắn kim sinh thiết.
9. Rút kim ra khỏi khối u, lấy bệnh phẩm. yêu cầu bệnh phẩm dài từ 1-2 cm, giống như lõi bút chì là đạt tiêu chuẩn. Nếu bệnh phẩm nhỏ, vụn có thể sinh thiết lần 2,3. Cho bệnh phẩm vào lọ đựng bệnh phẩm đúng quy định.
10. Chăm sóc người bệnh ngay sau sinh thiết:
 - Theo dõi tình trạng chảy máu tại chỗ ngay sau sinh thiết, nếu có cần băng ép chặt.
 - Băng ép tại chỗ sinh thiết, dán băng dính.
 - Dặn BN không cho nước tiếp xúc với vị trí sinh thiết.
 - Sau 24 h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ vừa sinh thiết.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VII bên dưới) sau 24 h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi sinh thiết, có thể bổ xung giảm đau paracetamol.
- Chảy máu tại chỗ sau sinh thiết, cần băng ép chặt.
- Nhiễm khuẩn phần mềm tại chỗ do thủ thuật sinh thiết (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.
- Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, rất hiếm khi bị ngất.



Hình minh họa: sinh thiết phần mềm bằng kim chuyên dụng dưới hướng dẫn của siêu âm. Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <http://www.mayoclinic.com/health/biopsy/CA00083>
2. Konermann W, Wuisman P, Hillmann A, Rössner A, Blasius S (1995), “Ultrasound guided needle biopsy for histological diagnosis of benign and malignant soft-tissue and bone tumours”. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1995;133:411-21.
3. Pfenninger JL (1994), ”Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
4. Saifuddin, R. Mitchell, S. J. D. Burnett, A. Sandison, Pringle (2000), “Ultrasound-guided needle biopsy of primary bone tumours”. *J Bone Joint Surg [Br]* 2000;82-B:50-4.
5. Stoker DJ, Cobb JP, Pringle JAS (1991), “Needle biopsy of musculoskeletal lesions: a review of 208 procedures”. *J Bone Joint Surg [Br]* 1991; 73-B:498-500.
6. Simon MA, Biermann JS (1993), “Biopsy of bone and soft-tissue lesions”. *J Bone Joint Surg [Am]* 1993;75-A:616-21.

QUY TRÌNH SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH KHỚP DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý màng hoạt dịch (MHD) khớp là một nhóm bệnh thường gặp trong thực hành chuyên ngành thấp khớp học bao gồm các nhóm bệnh viêm có tính chất tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống...), viêm do nhiễm khuẩn (vi khuẩn sinh mủ, lao...), do u (sarcoma màng hoạt dịch, viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố). Để chẩn đoán xác định bệnh ngoài các tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng, các xét nghiệm thông thường, trong một số trường hợp cần phải sinh thiết MHD khớp để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương viêm MHD khớp ở các khớp trung bình và lớn chưa rõ nguyên nhân (biểu hiện dày MHD khớp xác định dưới siêu âm hoặc CT scan, cộng hưởng từ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu.
- Chống chỉ định tương đối: tổn thương MHK ở các khớp nhỏ (bàn ngón tay, ngón chân...), có các nhiễm khuẩn tại vị trí sinh thiết (cần điều trị hết nhiễm trùng).
 - + *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo.
- 01 bác sỹ siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật vô trùng.
- 01 máy siêu âm màu/ đen trắng có ít nhất 2 đầu dò: 01 đầu dò cong (convex) tần số 3,5 MHz và 01 đầu dò phẳng (linear) tần số tối thiểu 7,5 MHz.

- Kim sinh thiết chuyên dụng (kim Parker- Pearson 14,16,18, 20 Gauge).



- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Bông, cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

Urgo.

- Thuốc: gây tê xylocain 2% loại ống 2 ; 5ml .
- Ống đựng bệnh phẩm chứa formon, lam kính, nhãn dán / bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm...

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Hình ảnh siêu âm và/ hoặc CT scan, và/hoặc cộng hưởng từ khớp
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án , chỉ định, chống chỉ định
2. Siêu âm kiểm tra lại vị trí MHK khớp, đường dự định sinh thiết, đo chiều sâu mũi kim.
3. Sát trùng tại chỗ bằng dung dịch Betadin, trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
4. Bọc đầu dò siêu âm bằng găng vô khuẩn.
5. Gây tê tại chỗ bằng xylocain dưới hướng dẫn của siêu âm.
6. Rạch da tại chỗ gây tê, khoảng 0,3 cm.
7. Xuyên kim qua vết rạch trên da vào phần MHD dày nhất dưới hướng dẫn của siêu âm, đến vị trí định trước, sau đó cắt MHD bằng kim sinh thiết.

8. Rút kim ra, lấy bệnh phẩm. Nếu bệnh phẩm nhỏ, vụn có thể sinh thiết lần 2,3. Cho bệnh phẩm vào lọ đựng bệnh phẩm theo đúng quy định.

9. Chăm sóc người bệnh ngay sau sinh thiết:

- Theo dõi tình trạng chảy máu khớp ngay sau sinh thiết, nếu có cần hút dịch máu, băng ép khớp, dán băng dính.

- Dặn BN không cho nước tiếp xúc với vị trí sinh thiết.

- Sau 24 h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ vừa sinh thiết.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VII bên dưới) sau 24 h

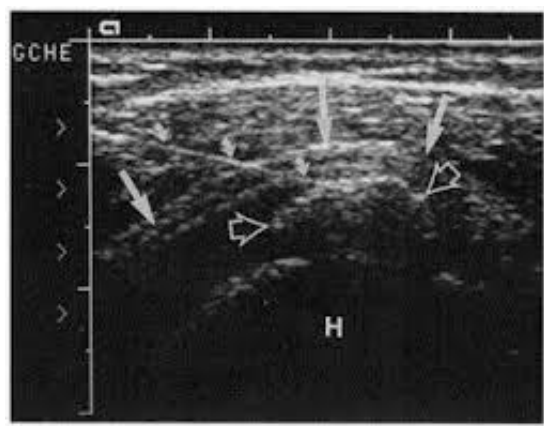
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau khớp hoặc đau tại chỗ sau khi sinh thiết, có thể bổ sung giảm đau paracetamol.

- Chảy máu khớp sau sinh thiết, nếu có cần hút dịch máu, băng ép khớp, dán băng dính.

- Nhiễm khuẩn khớp do thủ thuật sinh thiết (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, rất hiếm khi bị ngất.



Hình minh họa: sinh thiết màng hoạt dịch khớp háng dưới hướng dẫn của siêu âm. Nguồn: Internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Owen DS (1997)**, “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
2. **Pfenninger JL (1994)**,” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
3. **Adler, Ronald S. Ph.D., M.D.; Sofka, Carolyn M. M.D (2003)**, “Percutaneous Ultrasound-Guided Injections in the Musculoskeletal System”. Ultrasound Quarterly: March 2003 - Volume 19 - Issue 1 - pp 3-12
4. **Koski, JM (2000)**, “Ultrasound guided injections in rheumatology”. J Rheumatol 2000; 27:2131.
5. **Schumacher R (1997)**, “Synovial biopsy and pathology”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:570-576.

QUY TRÌNH SINH THIẾT XƯƠNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương xương là một nhóm bệnh thường gặp trong thực hành chuyên ngành thấp khớp học cũng như trong các chuyên ngành khác như u bướu, nhi khoa... Tổn thương xương rất đa dạng, có thể là ở tổn thương dạng nang, dạng đặc, dưới dạng các tổn thương viêm, áp xe, u lành hay ác tại chỗ hoặc dưới dạng khối thâm nhiễm tổ chức phần mềm do di căn... Để chẩn đoán xác định bệnh nhiều khi cần phải sinh thiết các tổ chức để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh. Để lấy được bệnh phẩm an toàn và chính xác cần có một phương tiện hướng dẫn để sinh thiết xương. Có nhiều phương tiện hướng dẫn để sinh thiết xương: CT scan, mànng huỳnh quang tăng sáng, cộng hưởng từ, siêu âm. Mỗi phương tiện hướng dẫn đều có những ưu điểm và được chỉ định dựa vào các đặc điểm của tổn thương xương, vị trí tổn thương xương, và mức độ thâm nhiễm phần mềm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương xương chưa rõ nguyên nhân có thâm nhiễm phần mềm nhiều và cốt hóa trên bề mặt tại vị trí sinh thiết là tối thiểu (được xác định dưới siêu âm hoặc CT scan, cộng hưởng từ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông máu.
- Tổn thương xương đặc, ít thâm nhiễm phần mềm.
- Các tổn thương nằm sát các vị trí có nguy cơ cao gây tổn thương như sát mạch máu, thần kinh, tim phổi...
- Các tổn thương xương ở vị trí sâu khó quan sát dưới hướng dẫn của siêu âm
- Chống chỉ định tương đối: có các nhiễm khuẩn tại vị trí sinh thiết (cần điều trị hết nhiễm trùng).

+ *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.

- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.

- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo, có chứng chỉ.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật xương khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- 01 máy siêu âm màu/ đen trắng có ít nhất 2 đầu dò: 01 đầu dò cong (convex) tần số 3,5 MHz và 01 đầu dò phẳng (linear) tần số tối thiểu 7,5 MHz.

- Kim sinh thiết chuyên dụng, đường kính 14, 16, 18 gauge. Dài 25 cm



- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Bông, côn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: gâ y tê xylocain 2% loại ống 2: 5ml .

- Ống đựng bệnh phẩm chứa formon, lam kính, nhãn dán / bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm...

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.

- Hình ảnh siêu âm và/ hoặc CT scan, và/hoặc cộng hưởng từ tổn thương xương và phần mềm.

- Giải thích người bệnh về: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật

- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án , chỉ định, chống chỉ định
2. Siêu âm kiểm tra lại vị trí tổn thương, kích thước
3. Xác định đường dự định sinh thiết.
4. Sát trùng da ở vị trí đường vào bằng dung dịch Betadin, trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
5. Bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc găng vô khuẩn.
6. Gây tê tại chỗ bằng xylocain dưới hướng dẫn của siêu âm.
7. Rạch da tại chỗ gây tê, khoảng 0,3 cm.
8. Lên lấy cò kim chuyên dụng ở mức 1 cm, 2 cm tùy kích thước của tổn thương.
9. Xuyên kim qua vết rạch trên da vào khối tổn thương dưới hướng dẫn của siêu âm, đến vị trí định trước, sau đó đẩy lấy để bắn kim sinh thiết.
10. Rút kim ra khỏi khối u, lấy bệnh phẩm. yêu cầu bệnh phẩm dài từ 1-2 cm, giống như lõi bút chì là đạt tiêu chuẩn. Nếu bệnh phẩm nhỏ, vụn có thể sinh thiết lần 2,3.
11. Chăm sóc người bệnh ngay sau sinh thiết:
 - Theo dõi tình trạng chảy máu tại chỗ ngay sau sinh thiết, nếu có cần băng ép chặt.
 - Dán băng dính.
 - Dặn người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí sinh thiết.
 - Sau 24 h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ vừa sinh thiết.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi sinh thiết, có thể bổ xung giảm đau paracetamol.
- Chảy máu sau sinh thiết, cần băng ép chặt.

- Nhiễm khuẩn phần mềm tại chỗ do thủ thuật sinh thiết (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.
- Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc xây xẩm trong lúc làm hoặc sau khi làm, rất hiếm khi bị ngất.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saifuddin, R. Mitchell, S. J. D. Burnett, A. Sandison, Pringle. “Ultrasound-guided needle biopsy of primary bone tumours”. *J Bone Joint Surg [Br]* 2000;82-B:50-4.
2. Stoker DJ, Cobb JP, Pringle JAS. “Needle biopsy of musculoskeletal lesions: a review of 208 procedures”. *J Bone Joint Surg [Br]* 1991; 73-B:498-500.
3. Konermann W, Wuisman P, Hillmann A, Rössner A, Blasius S. “Ultrasound guided needle biopsy for histological diagnosis of benign and malignant soft-tissue and bone tumours”. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1995;133:411-21.

QUY TRÌNH SINH THIẾT DA BẰNG KIM CHUYÊN DỤNG

(Punch Biopsy)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương da là triệu chứng thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Tổn thương da có thể xuất hiện đơn độc ở giai đoạn sớm, hoặc phối hợp với các triệu chứng khác ở cơ xương khớp. Tổn thương da có thể gặp trong các bệnh cơ xương khớp như: Bệnh hệ thống (lupus ban đỏ hệ thống, viêm da cơ, bệnh still người lớn, viêm mạch nhỏ, viêm khớp vẩy nến), bệnh lý nhiễm trùng ngoài da, bệnh lý da (ung thư da – thường gặp tại chuyên khoa Da liễu).

Sinh thiết da là phương pháp hữu hiệu để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, vi sinh và nhuộm hóa mô miễn dịch nếu cần.

Các phương pháp sinh thiết da gồm: Sinh thiết cạo gọt (Shave biopsy) lấy những tổn thương da trên bề mặt lớp thượng bì và trung bì; sinh thiết dùi lỗ (Punch biopsy) để lấy bệnh phẩm bao gồm toàn bộ cả ba lớp thượng bì, trung bì và hạ bì đến lớp mỡ dưới da; sinh thiết rạch cắt (Incisional biopsy) để lấy tổn thương rộng và sâu tại những vị trí tổn thương da phức tạp.

Sinh thiết dùi lỗ (Punch biopsy): là phương pháp sinh thiết da đơn giản, dễ áp dụng cho các bác sĩ thực hành lâm sàng với dụng cụ sinh thiết chuyên dụng đơn giản có kích thước khác nhau, có thể sinh thiết vị trí tổn thương một cách sắc gọn, ít chảy máu, thời gian tiến hành sinh thiết nhanh.

Vì vậy chúng tôi tiến hành xây dựng quy trình sinh thiết da dùi lỗ (Punch biopsy) với mục tiêu đưa một kỹ thuật mới để góp phần chẩn đoán xác định bệnh cũng như mức độ thương tổn một số bệnh lý cơ xương khớp có tổn thương da.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định: chỉ định sinh thiết da Punch biopsy trong các trường hợp sau;

- Tổn thương da trong bệnh lý hệ thống

- Bệnh lý da (nghi ngờ ung thư da)
- Tồn thương da nghi do nhiễm trùng (giải phẫu bệnh và nuôi cấy vi sinh)

2. Chống chỉ định:

- Bệnh lý rối loạn đông máu

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp hoặc chuyên khoa da liễu được đào tạo
- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ sinh thiết bao gồm:

- Kim sinh thiết chuyên dụng (Punch biopsy)
- Kim có máu
- Kéo nhỏ
- Kim và chỉ khâu kích thước từ: 3.0; 4.0; 5.0
- Gạc thấm N2
- Khăn vô khuẩn có lỗ
- Băng dính
- Xylanh 5ml
- Lidocain 2% (gây tê)



Hình minh họa: Kim sinh thiết punch biopsy

Model: 1.0mm Punch, 1.5mm Punch, 2.0mm Punch, 3.0mm Punch, 4.0mm

3. Người bệnh

- Người bệnh cần được giải thích về mục đích, tính an toàn của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Được làm các xét nghiệm: Đông máu cơ bản, HIV, HBsAg

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

1. Kiểm tra phiếu chỉ định và hồ sơ bệnh án
2. Giải thích về thủ thuật và cho người bệnh ký giấy cam đoan làm thủ thuật
3. Xác định và đối chiếu với phiếu chỉ định vị trí da tổn thương cần tiến hành sinh thiết
4. Sát trùng vị trí cần sinh thiết
5. Gây tê tại chỗ xung quanh và dưới da vị trí định sinh thiết
6. Tiến hành sinh thiết da bằng kim chuyên dụng punch biopsy với kỹ thuật như sau (hình minh họa):

- Véo da vùng định sinh thiết lên cao bằng hai ngón tay
- Đặt kim sinh thiết vuông góc với mặt da
- Ấn kim sinh thiết từ từ và đủ mạnh để lưỡi dao của kim cắt gọn xuống đến lớp mỡ dưới da.
- Xoay kim theo chiều kim đồng hồ 2 vòng để cắt tổ chức
- Rút kim ra từ từ và hạ kim xuống sát mặt da để cắt rời đoạn da đã sinh thiết
- Nếu đoạn da đã sinh thiết chưa đứt chân, cần lấy kim có máu và kéo nhỏ cắt chân đoạn da đã sinh thiết
- Khâu da vị trí đã sinh thiết khi kích thước kim sinh thiết trên 3 mm
- Sát trùng và băng vết thương

7. Xử trí bệnh phẩm

- Bệnh phẩm sẽ được bảo quản trong ống nghiệm chứa phóc môn nếu dự định làm giải phẫu bệnh
- Bệnh phẩm sẽ được bảo quản trong ống nghiệm vô trùng nếu dự định làm xét nghiệm vi sinh (soi tươi vi khuẩn, nấm; nuôi cấy, PCR)
- Bệnh phẩm được đưa lên phòng xét nghiệm trong vòng 2 giờ

8. Chăm sóc người bệnh

- Băng vị trí sinh thiết
- Dặn người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí sinh thiết và hạn chế vận động vị trí sinh thiết trong vòng 24 giờ
- Thay băng và rửa vết thương hàng ngày
- Cắt chỉ sau 7 – 10 ngày

V. THEO DÕI

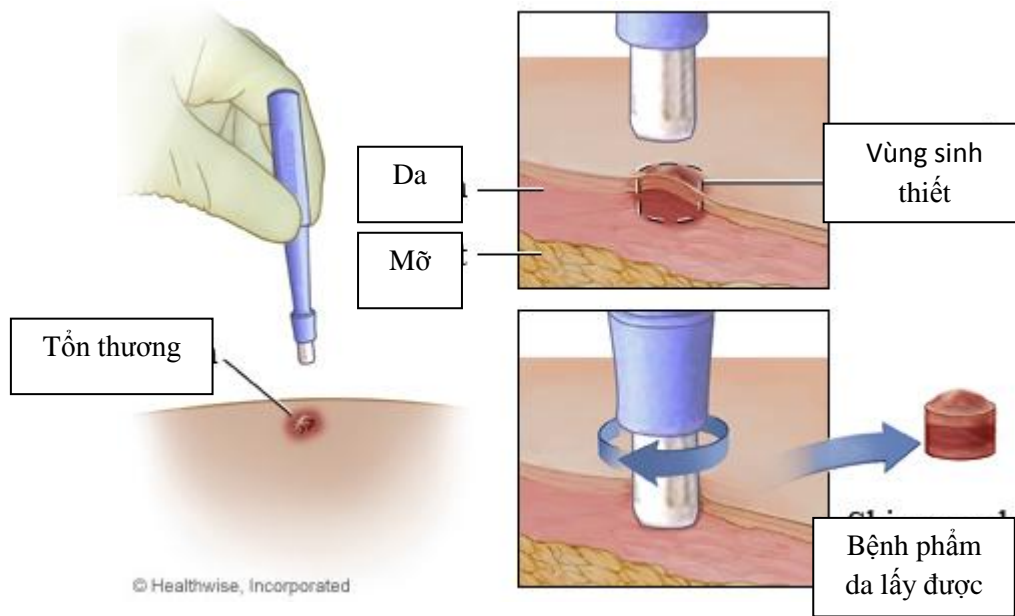
- Tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau sinh thiết: rất ít xảy ra vì kích thước sinh thiết nhỏ, khâu da và tổ chức dưới da sẽ cầm được máu
- Nhiễm khuẩn tại chỗ: biểu hiện là sưng nóng đỏ đau tại chỗ, điều trị bằng kháng sinh và thay băng sát khuẩn hàng ngày.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. **Sellheyer K, Bergfeld WF**; Differences in biopsy techniques of actinic keratoses by plastic surgeons and dermatologists: a histologically controlled pilot study. Arch Dermatol. 2006 Apr;142(4):455-9.
3. **Jones TP, Boiko PE, Piepkorn MW**; Skin biopsy indications in primary care practice: a population-based study. J Am Board Fam Pract. 1996 Nov-Dec;9(6):397-404.
4. **Fischbach FT, Dunning MB III, eds. (2009)**. Manual of Laboratory and Diagnostic Tests, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.



Hình: Quy trình sinh thiết da (punch biopsy)

Nguồn: *J Am Board Fam Pract.* 1996 Nov-Dec;9(6):397-404

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP GỐI

I. Đại cương: Tiêm khớp gối là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp gối để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định: Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp gối đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp gối.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vảy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp gối dai dẳng.
- Viêm khớp gối sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp gối.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp gối dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp gối nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp gối do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp gối, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp gối.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 23G
 - + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
 - + Bông cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm
- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi ở trên giường tựa lưng vào tường với khớp gối gấp 90 độ.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

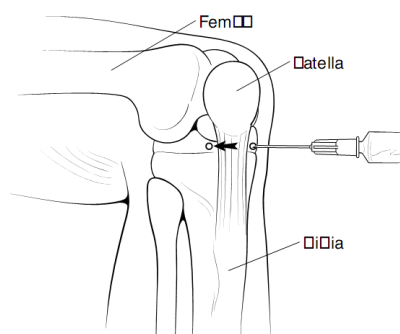
+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp: đâm kim vào khớp gối vuông góc với mặt da, cạnh gân bánh chè, hướng kim về khuyết gian lồi cầu của xương chày.



Hình minh họa: tiêm khớp gối. nguồn: internet

6. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

7. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khởi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

4. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
5. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
6. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP HÁNG

I. Đại cương:

Khớp háng là một khớp nằm ở sâu, tổn thương rất đa dạng. Tùy theo nguyên nhân tổn thương mà có thể áp dụng các biện pháp điều trị khác nhau, trong đó có tiêm nội khớp háng.

II. Chỉ định:

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp háng đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp háng.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp háng.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp háng dai dẳng.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp háng dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp háng nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp...
- Tổn thương khớp háng do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp háng, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp háng.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 22G
 - + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Bông cotton 700, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm

- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa ở trên giường, chân duỗi thẳng và xoay ra ngoài

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn .

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác.

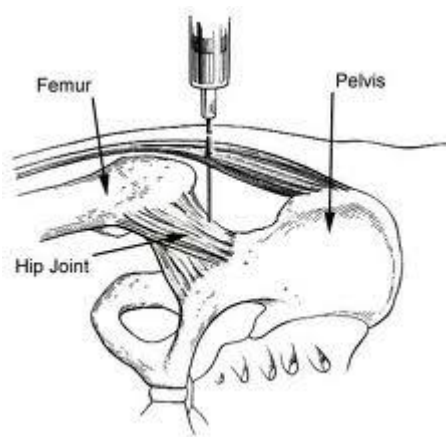
+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn .

+ Xác định vị trí tiêm.

+ Tiến hành tiêm khớp: đâm kim ở vị trí phía dưới gai chậu trước trên 2 cm và phía ngoài của chỗ bắt được động mạch đùi 3cm, chọc kim hướng vào phía sau trong, tạo với mặt da một góc 60 độ. Tùy thể trạng người bệnh béo gầy mà có thể đâm kim sâu từ 3-4 cm cho tới khi tiếp xúc với cổ xương đùi. Hút pitton ra nếu không có máu hoặc có ít dịch khớp thì bơm thuốc vào, tiêm nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp háng. nguồn: internet

VI. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CỔ CHÂN

I. Đại cương:

Tiêm khớp cổ chân tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp đốt ngón cổ chân để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp cổ chân đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp cổ chân.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp cổ chân dai dẳng.
- Viêm khớp cổ chân sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp cổ chân.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp cổ chân dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp cổ chân nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp cổ chân do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp cổ chân, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp cổ chân.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- + Kim tiêm 23G
- + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
- + Băng cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm
- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:
 - Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi ở trên giường, khớp gối gấp, bàn chân duỗi thẳng hoặc người bệnh nằm ngửa ở trên giường.
 - Y tá:
 - + Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).
 - + Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn
 - + Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác
 - + Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.
 - Bác sỹ
 - + Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
 - + Xác định vị trí tiêm
 - + Tiến hành tiêm khớp: đâm kim ở đường nối hai điểm mắt cá trong và mắt cá ngoài, giữa các gân cẳng chân trước và gân duỗi chung, hướng kim chếch xuống dưới và vào trong. Độ sâu kim khoảng từ 1,5-2cm, hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp cổ chân. nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII.Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khởi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

4. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
5. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
6. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

7. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
8. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP BÀN NGÓN CHÂN

I. Đại cương:

Tiêm khớp bàn ngón chân là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp bàn ngón chân để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định:

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp bàn ngón chân đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp bàn ngón chân.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp bàn ngón chân dai dẳng.
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp bàn ngón chân.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp bàn ngón chân dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp bàn ngón chân nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp bàn ngón chân do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp bàn ngón chân, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp bàn ngón chân.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 26G
 - + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Băng côn 70o, dung dịch Betadin hoặc côn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm
- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi ở trên giường, khớp gối gấp, bàn chân duỗi thẳng.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

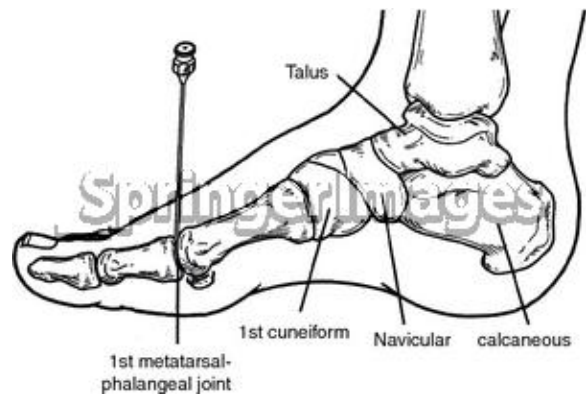
+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp: đâm kim thẳng góc với mặt da vào khớp bàn ngón chân từ phía mu bàn chân. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp bàn ngón chân. nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII.Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CỔ TAY

I. Đại cương: Tiêm khớp cổ tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp cổ tay để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định: Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp cổ tay đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp cổ tay.
- Viêm khớp cổ tay sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp cổ tay.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp cổ tay dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp cổ tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp cổ tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp cổ tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp cổ tay.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 26G
 - + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
 - + Bông cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.
- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm
- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa với khớp cổ tay gấp nhẹ về phía gan bàn tay.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

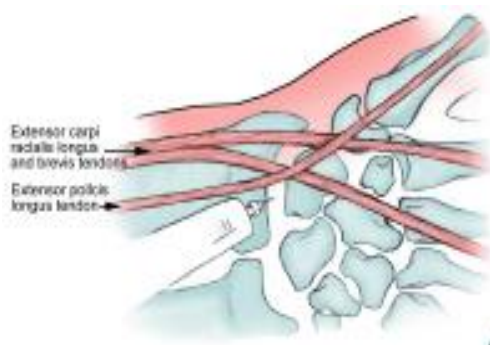
+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp: đâm kim thẳng góc với mặt da vào khớp cổ tay từ phía mặt mu tay, vị trí đâm kim nằm ở trên đường thẳng nối mỏm trâm trụ và mỏm trâm quay, cách mỏm trâm quay khoảng 1cm, trong vùng giữa xương quay, xương thuyền và xương bán nguyệt, tránh đâm kim vào gân vùng khớp cổ tay. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp cổ tay. nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khởi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP BÀN NGÓN TAY

I. Đại cương: Tiêm khớp bàn ngón tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp đốt bàn ngón tay để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định: Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp bàn ngón tay đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp bàn ngón tay dai dẳng.
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp bàn ngón tay.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp bàn ngón tay dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp bàn ngón tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp bàn ngón tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp bàn ngón tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

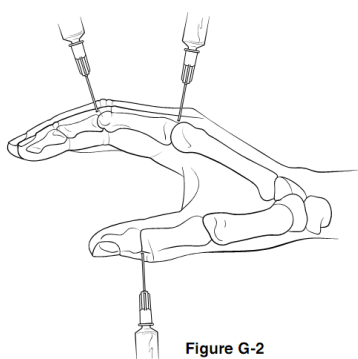
- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 26G
 - + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
 - + Bông cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.
- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm
- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:
 - Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, khớp bàn ngón gập nhẹ để khe khớp được rộng nhất.
 - Y tá:
 - + Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).
 - + Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn
 - + Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác
 - + Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.
 - Bác sỹ
 - + Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
 - + Xác định vị trí tiêm
 - + Tiến hành tiêm khớp : tiêm khớp ở mặt mu tay, đâm kim vào khe khớp bàn ngón vị trí cạnh gân duỗi ngón. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào



nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp bàn ngón tay. nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khởi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ĐÓT NGÓN TAY

I. Đại cương:

Tiêm khớp đốt ngón tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp đốt ngón gần hoặc đốt ngón xa ngón tay để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định:

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp đốt ngón tay đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp đốt ngón tay.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp đốt ngón tay dai dẳng.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp đốt ngón tay dai dẳng.

- Viêm khớp đốt ngón tay sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).

- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp đốt ngón tay.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp đốt ngón tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp đốt ngón tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp đốt ngón tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp đốt ngón tay.

- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.

- Phương tiện:

+ Phòng thủ thuật vô trùng

+ Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

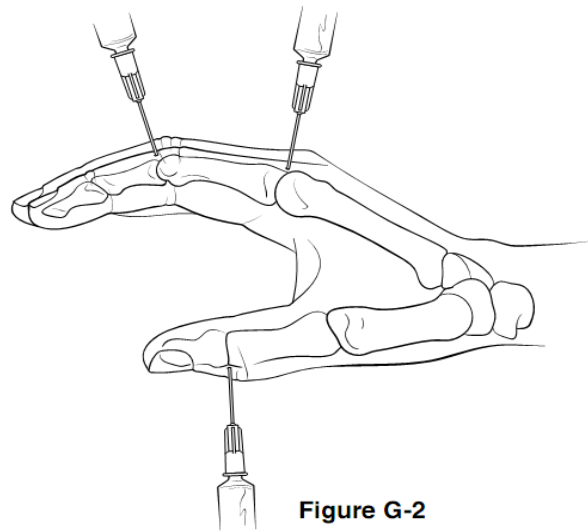
+ Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- + Kim tiêm 26G
- + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
- + Băng cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm
- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:
 - Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, khớp đốt ngón gấp nhẹ để khe khớp được rộng nhất.
 - Y tá:
 - + Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).
 - + Sát trùng vị trí tiêm.
 - + Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác
 - + Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.
 - Bác sỹ
 - + Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
 - + Xác định vị trí tiêm
 - + Tiến hành tiêm khớp: tiêm khớp ở mặt mu tay, đâm kim vào khe khớp đốt ngón cạnh gân duỗi ngón. Hút thử ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp đốt ngón tay. nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII.Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management
American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP KHUYỬ TAY

I. Đại cương

Tiêm khớp khuỷu tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp khuỷu tay để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp khuỷu tay đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp khuỷu.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp khuỷu tay dai dẳng.
- Viêm khớp khuỷu tay sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp khuỷu tay .
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp khuỷu tay dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp khuỷu tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp khuỷu tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp khuỷu tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp khuỷu tay.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.
- Phương tiện:
 - + Phòng thủ thuật vô trùng
 - + Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
 - + Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 23G
 - + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Băng côn 70o, dung dịch Betadin hoặc côn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm

- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa ở trên giường, khớp khuỷu gấp 45 độ với bàn tay đặt nhẹ lên đùi. Hoặc người bệnh ngồi, khuỷu tay để trên bàn tiêm, khớp khuỷu gấp 45 độ.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

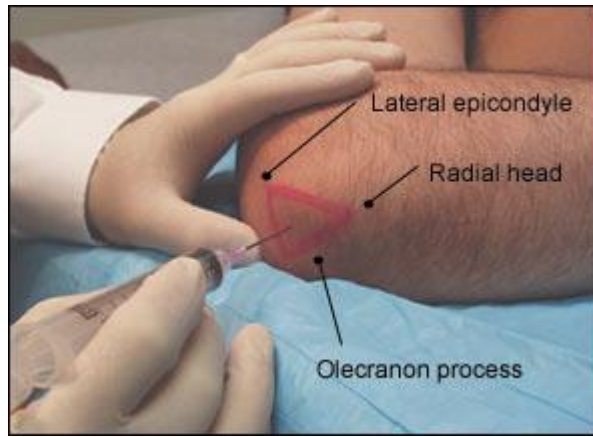
+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị chí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp: chọc kim vào vị trí trung tâm của tam giác được tạo bởi mỏm khuỷu, đầu trên của xương quay và lồi cầu ngoài xương cánh tay, hướng kim đi chếch về phía lồi cầu trong của xương cánh tay. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.



Hình minh họa: tiêm khớp khuỷu tay. nguồn: internet (lateral epicondyle: lồi cầu ngoài; Radial head: đầu trên xương quay; Olecranon process: mỏm khuỷu)

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII.Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP VAI (ĐƯỜNG PHÍA SAU)

I. ĐẠI CƯƠNG

-Tiêm khớp vai hay còn gọi là khớp ổ chảo cánh tay là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc vào ổ khớp để điều trị tại chỗ một số bệnh khớp. Để tiêm khớp vai có thể đi theo 2 đường (đường phía trước và đường phía sau).

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm màng hoạt dịch khớp vai không đặc hiệu trong một số bệnh lý sau: Thoái hoá khớp; viêm khớp dạng thấp; bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ...); viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương); bệnh gút và bệnh giả gút khác.

- Viêm quanh khớp vai thể đông cứng (do co thắt bao khớp)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 25G – 5/10mm.

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm

Người bệnh ngồi, cánh tay dạng 20°. Điểm tiêm là chỗ giao điểm của đường dọc dưới 2cm phía trong của bờ ngoài mỏm cùng vai và đường ngang 2cm tính từ bờ dưới mỏm cùng vai ở phía ngoài. Hướng kim vuông góc mặt da cho đến khi tiếp xúc với chỏm xương

Tiêm khớp vai đường phía sau



Shoulder Area Injections by Dr. Ernest Roman - Empire Medical Training

cánh tay. Kéo nhẹ pittong ra, nếu không có máu, hoặc hút được dịch không viêm (trong và nhớt) thì tiêm thuốc vào trong khớp.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động khớp vai tiêm 3 lần
- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm
- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ỨC ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp ỨC ĐÒN là một khớp hoạt dịch không điển hình. Thường hay gặp viêm khớp ỨC ĐÒN vô khuẩn. Tiêm khớp ỨC ĐÒN là kỹ thuật đưa thuốc vào khớp ỨC ĐÒN để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

Trong một số bệnh lý sau có tổn thương khớp ỨC ĐÒN: thoái hoá khớp ỨC ĐÒN, viêm khớp dạng thấp, bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ...) viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương), viêm khớp ỨC ĐÒN không đặc hiệu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5” x 10mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc gây tê xylocain 2% loại ống 2ml ; 5ml .

- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

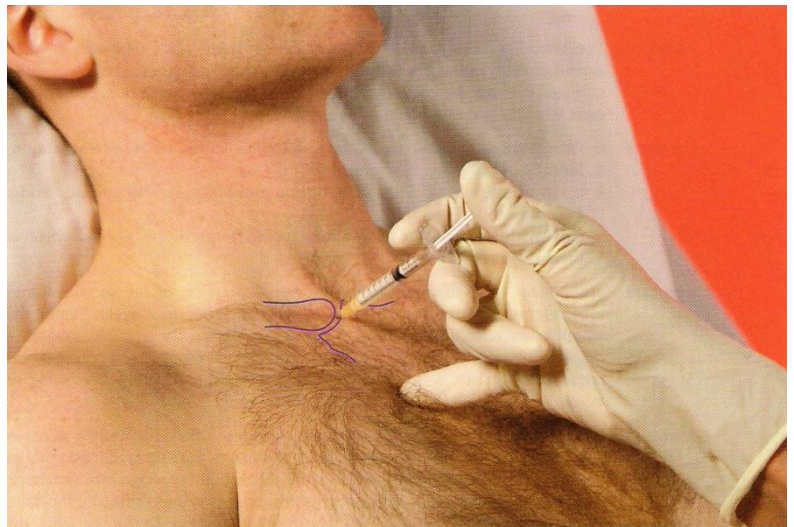
1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm: Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm. Sờ khớp ức đòn bằng cách lần đầu ngón tay vào đầu trong xương đòn. Sát khuẩn vùng định tiêm, dùng kim 26 gauge xuyên vào tới bờ trong của xương đòn.

Hút nhẹ pittong ra, sau khi hút **Tiêm khớp ức đòn**

ra không có máu, tiêm thuốc vào khớp.



www.msdlatinamerica.com

Trong kỹ thuật này có thể không cần tiêm vào trong khớp, sự thâm của tổ chức quanh khớp cũng đủ để điều trị viêm và đau khớp ức đòn

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động cánh tay bên tiêm 3 lần
- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ỨC SƯỜN

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp ức sườn hay hội chứng Tierz là hội chứng sưng đau khớp sụn sườn phần tiếp giáp với xương ức, thường từ sụn sườn 2 đến sụn sườn 5 không do vi khuẩn. Cơ chế bệnh sinh chưa được biết rõ. Điều trị bằng tiêm corticoid tại chỗ rất có hiệu quả.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm khớp ức sườn không do nhiễm khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Kim tiêm 26G (0,5” x 10mm).
- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần).
- Bông cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.
- Thuốc: thường dùng corticoid loại nhũ dịch như hydrocortison acetat (nồng độ 1ml = 25mg), Depo-Medrol (methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg betamethasone dipropionate hoặc 2mg betamethasone sodium phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Làm các xét nghiệm cơ bản như siêu âm khớp ức sườn, chụp tim phổi thẳng, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, điện tâm đồ. Trong những trường hợp nghi ngờ lao khớp ức sườn hoặc viêm khớp ức sườn do nhiễm khuẩn nên chỉ định chụp cộng hưởng từ khớp ức sườn để chẩn đoán loại trừ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

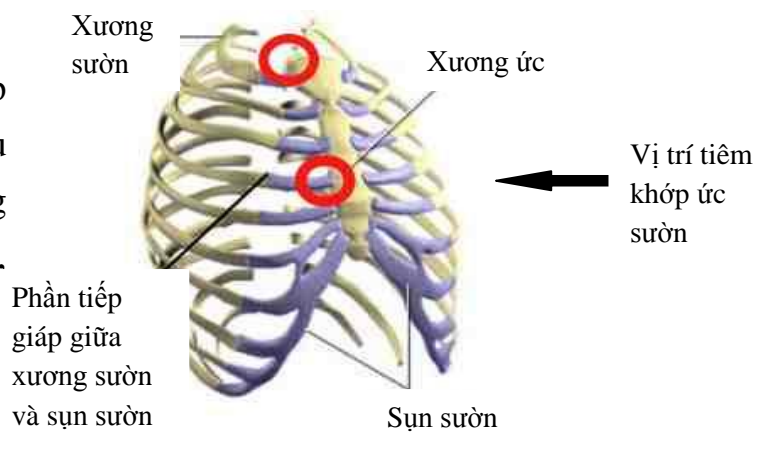
- Tư thế người bệnh: người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm.

- Xác định vị trí tiêm: sờ khớp ức sườn bằng cách lần đầu ngón tay vào đầu trong xương sườn định tiêm. phần tiếp giáp với cán ức.

- Sát khuẩn vùng định tiêm, dùng kim 26 G xuyên vào bờ trong của sụn sườn

Khi kim chạm xương,

Tiêm khớp ức sườn



www.lookfordiagnosis.com

hút thử bằng cách kéo nhẹ pittong ra, sau khi hút ra không có máu, tiêm vào vùng quanh khớp 0,2 - 0,3 ml corticoid. Trong kỹ thuật này không cần tiêm vào trong khớp, sự thấm của tổ chức quanh khớp cũng đủ để điều trị viêm và đau khớp ức sườn.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm.

- Dẫn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm
- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI.THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5-2 g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ĐÒN – CÙNG VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm khớp là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc vào ổ khớp để điều trị tại chỗ một số bệnh khớp.

Khớp đòn - cùng vai là khớp nhỏ liên kết giữa mỏm cùng xương vai và xương đòn

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm màng hoạt dịch khớp đòn - cùng vai trong một số bệnh lý sau: thoái hoá khớp, viêm khớp dạng thấp, bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính, viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương), bệnh gút và bệnh giả gút khác...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Kim tiêm 26G (0,5” - 10mm).
- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần).
- Bông cồn 70° , dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: thường dùng corticoid loại nhũ dịch như hydrocortisol acetat (nồng độ 1ml = 25mg), Depo-Medrol (methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg betamethasone dipropionate hoặc 2mg betamethasone sodium phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Làm các xét nghiệm cơ bản như chụp Xquang khớp vai, siêu âm khớp vai chụp tim phổi thẳng, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, điện tâm đồ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm:

Người bệnh ở tư thế ngồi. Sờ khớp cùng vai đòn bằng cách lần đầu ngón tay vào đầu ngoài xương đòn và phía trong mỏm cùng vai.

- Sát khuẩn vùng định tiêm.

- Kỹ thuật tiêm: dùng kim 26G xuyên vào tới bờ trong của mặt khớp. Kéo nhẹ pittong ra,

Tiêm khớp đòn – cùng vai



www.aafp.org

nếu không có máu thì tiêm vào vùng quanh khớp 0,2 – 0,3 ml corticoid. Trong kỹ thuật này không cần tiêm vào trong khớp, sự thấm của tổ chức quanh khớp cũng đủ để điều trị viêm và đau khớp đòn – cùng vai.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động khớp vai tiêm 3 lần.

- Dẫn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm
- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5-2 g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp thái dương hàm là một khớp nhỏ. Thường hay gặp viêm khớp thái dương hàm không đặc hiệu, có thể không tìm được nguyên nhân. Việc điều trị bằng tiêm corticoid tại chỗ rất có hiệu quả. Tuy nhiên kỹ thuật viêm khớp thái dương hàm là một kỹ thuật khó, dễ gặp tai biến do tiêm phải dây thần kinh tam thoa.

II. CHỈ ĐỊNH

Tiêm khớp thái dương hàm trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp đáp ứng kém hiệu quả với điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

Viêm khớp thái dương hàm, hay gặp trong một số bệnh lý sau: thoái hoá khớp, loạn năng khớp thái dương hàm (do sai lệch cung răng), viêm khớp dạng thấp, bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ...) viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương), bệnh gút và bệnh giả gút khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mũ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5” x 10mm).
- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần).
- Bông cotton 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ hoặc băng dính Urgo.
- Thuốc: thường dùng corticoid loại nhũ dịch như hydrocortisol acetat (nồng độ 1ml = 25mg), Depo-Medrol (methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg betamethasone dipropionate hoặc 2mg betamethasone sodium phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản như chụp Xquang khớp thái dương hàm, chụp tim phổi thẳng, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, điện tâm đồ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Tư thế: người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng đối bên với khớp định tiêm, miệng há.
- Xác định vị trí tiêm: là điểm ở trước gờ bình tai 1,5 cm, bờ dưới phía sau cùng của mỏm xương gò má (*hình minh họa*).
- Kỹ thuật tiêm: mũi kim đi thẳng vuông góc với mặt da, đi sâu vào trong khoang khớp khoảng 1cm. Bảo người bệnh khẽ há miệng có thể thấy đầu kim di động theo, như vậy kim đã vào đúng khe khớp. Hút thử không có máu và người bệnh không có cảm giác đau như điện giật hoặc xé da theo vị trí chi phối của dây thần kinh tam thoa (mô tả phần tai biến), tiêm vào khớp 0,2 - 0,3 ml corticoid.

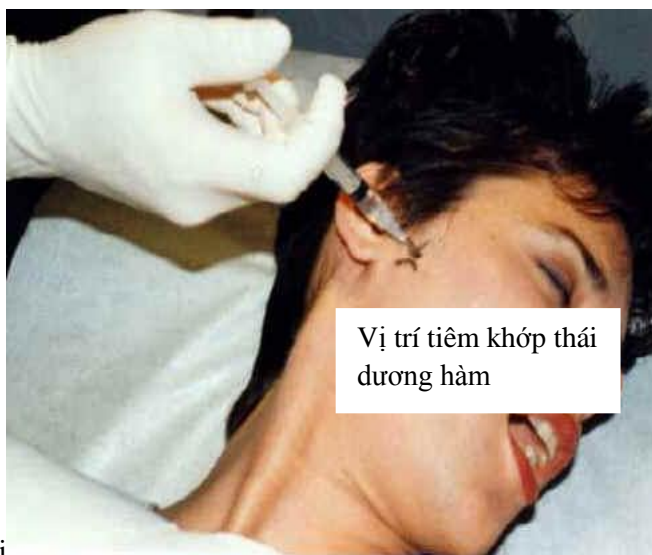
3. Chăm sóc người bệnh ngay sau *Tiêm khớp thái dương hàm* tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh chủ động há miệng vài 3 lần.

- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.

- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm



Advancedwellness.us

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 giờ.

- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5-2 g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

- Chọc kim vào dây thần kinh tam thoa (Người bệnh có cảm giác đau như điện giật hoặc xé da. Tổn thương nhánh thần kinh hàm trên thì đau xuất phát từ môi trên, lợi, răng hàm trên. Nếu đau nhánh thần kinh hàm dưới thì đau xuất phát từ cằm, răng hàm dưới) khi đó phải lập tức rút kim ra không được tiêm thuốc vào khe khớp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi, biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .pp 1-14
5. Edwin E. Spencer Jr. Michael A. Wirth. Charles A. Rockwood Jr. Disorders of the Sternoclavicular Joint: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Disorders of the Shoulder: Diagnosis and Management 2nd Edition, 2007 Lippincott Williams & Wilkins. pp. 1008 - 1053

QUY TRÌNH TIÊM NGOÀI MÀNG CỨNG QUA KHE XƯƠNG CÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm ngoài màng cứng là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc (thường là corticoid loại nhũ dịch) vào khoang ngoài màng cứng để điều trị cho tình trạng đau cột sống thắt lưng hoặc đau thần kinh tọa do một số bệnh lý của đĩa đệm. Tiêm ngoài màng cứng có thể đi theo hai đường: đường qua khe xương cùng và đường qua khe liên đốt L3 – L4 hoặc L4 – L5. Kỹ thuật tiêm ngoài màng cứng qua khe xương cùng để thực hiện hơn sẽ được trình bày trong bài này.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh tọa hoặc đau cột sống thắt lưng do một số bệnh lý của đĩa đệm như: thoát vị đĩa đệm, lồi đĩa đệm, thoái hóa đĩa đệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp:

1. Viêm đốt sống đĩa đệm do nhiễm khuẩn: viêm mủ, lao...
2. Đau cột sống nghi ngờ do các bệnh ác tính (ung thư di căn xương, bệnh đa u tủy xương...).
3. Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

Phụ nữ đang chu kỳ kinh nguyệt không nên tiêm ngoài màng cứng qua khe xương cùng để tránh nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 20G (0,9 x 38mm).
- Bơm tiêm nhựa 5 ml (loại dùng 1 lần).
- Bông cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ hoặc băng dính Urgo.

- Thuốc: hydrocortisol acetat (nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định.

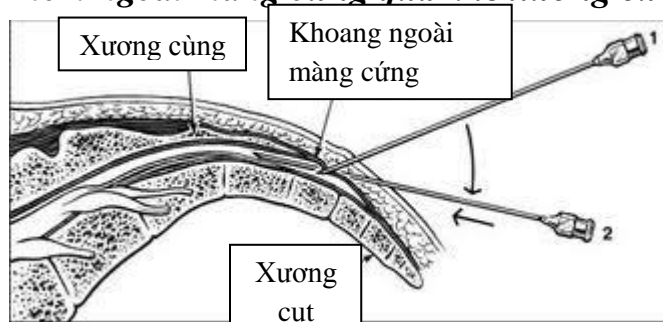
1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm:

Người bệnh nằm sấp, bộc lộ rõ vùng cụt cụt, hai chân hơi dạng. Khe xương cụt cụt là một khe hình tam giác nằm ngay trên đường giữa khe mông, đường kính khoảng

Tiêm ngoài màng cứng qua khe xương cụt



www.victoriaklinik-bochum.de

5 mm, đỉnh hướng về phía xương cụt.

- Sát trùng kỹ vùng định tiêm.

- Kỹ thuật tiêm: chọc kim vào khe xương cụt vuông góc với mặt da, sau đó ngả 30°, luồn kim vào với độ sâu ngập kim (khoảng 30 – 38 mm). Sau khi hút nhẹ nhàng không thấy máu và dịch não tủy thì bơm 1 - 2 ml thuốc corticoid vào khoang ngoài màng cứng. Nếu tiêm đúng khoang ngoài màng cứng, khi bơm thuốc thấy nhẹ như khi bơm vào tĩnh mạch, người bệnh có thể có cảm giác tức nặng ở hai chân. Nếu khi bơm thuốc thấy nặng tay là chưa vào đúng khoang ngoài màng cứng. Lúc đó phải điều chỉnh đường kim hoặc thậm chí rút kim ra xác định lại vị trí tiêm.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm.
- Dẫn BN giữ sách và không để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm
- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 giờ.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol
- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm do thủ thuật không vô khuẩn (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ. Xử trí: siêu âm phân mềm xác định vị trí tổn thương, điều trị kháng sinh.
 - Đau đầu do đâm thủng khoang màng cứng
 - Viêm dính màng nhện, viêm màng não vô khuẩn.
 - Viêm màng não mủ do thủ thuật không vô khuẩn: biểu hiện bằng sốt, hội chứng màng não (+), có thể liệt nhẹ hai chi dưới, rối loạn cảm giác, giảm hoạt động chức năng ruột, chọc dò dịch não tủy có các đặc điểm của viêm màng não mủ. Những trường hợp này cần hội chẩn với chuyên khoa truyền nhiễm để điều trị kịp thời.
 - Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

5. Staal JB, de Bie RA, de Vet HCW, et al. Injection therapy for subacute and chronic low back pain: an updated Cochrane review. *Spine* 2009;34:49-59.

QUY TRÌNH TIÊM NGOÀI MÀNG CỨNG QUA KHE LIÊN ĐÓT

II. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm ngoài màng cứng là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc vào khoang ngoài màng cứng (thường sử dụng hydrocortisone acetat 125mg/ml) để điều trị cho tình trạng đau cột sống thắt lưng hoặc đau thần kinh tọa do một số bệnh lý của đĩa đệm hoặc hẹp ống sống do thoái hóa hoặc do dày dây chằng vàng.

Tiêm ngoài màng cứng có thể đi theo hai đường: đường qua khe xương cùng và đường qua khe liên đốt L3 – L4, L4 – L5, L5-S1. Mỗi đường tiêm đều có ưu nhược điểm riêng. Đường tiêm qua khe liên đốt thực hiện dễ dàng, đỡ gây đau cho người bệnh nhưng không thực hiện được nếu người bệnh có sẹo mổ vùng thắt lưng hoặc đang dùng thuốc chống đông.

III. CHỈ ĐỊNH

Đau thần kinh tọa hoặc đau cột sống thắt lưng do một số bệnh lý của đĩa đệm như: thoát vị đĩa đệm, lồi đĩa đệm, thoái hóa đĩa đệm. Các trường hợp hẹp ống sống do thoái hóa hoặc do dày dây chằng vàng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp:

1. Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.
2. Viêm đốt sống đĩa đệm do nhiễm khuẩn: viêm mủ, lao...
3. Có nhiễm trùng toàn thân khác: đường tiết niệu, đường hô hấp... Cần điều trị hết nhiễm trùng trước khi tiêm ngoài màng cứng.
4. Đau cột sống nghi ngờ do các bệnh ác tính (ung thư di căn xương, bệnh đa u tủy xương...).
5. Người bệnh đang sử dụng các loại thuốc chống đông (trừ trường hợp dùng Aspirin) hoặc có rối loạn đông máu.
6. Người bệnh có sẹo mổ vùng thắt lưng.

Thận trọng chỉ định tiêm ngoài màng cứng đối với người bệnh có tiền sử đái đường, tăng huyết áp, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 20G (0,9 x 38mm).

- Bơm tiêm nhựa 5 ml (loại dùng 1 lần).

- Bông cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ hoặc băng dính Urgo.

- Thuốc: hydrocortison acetat 125mg/5ml.

Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.

- Giải thích người bệnh mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

3. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định.

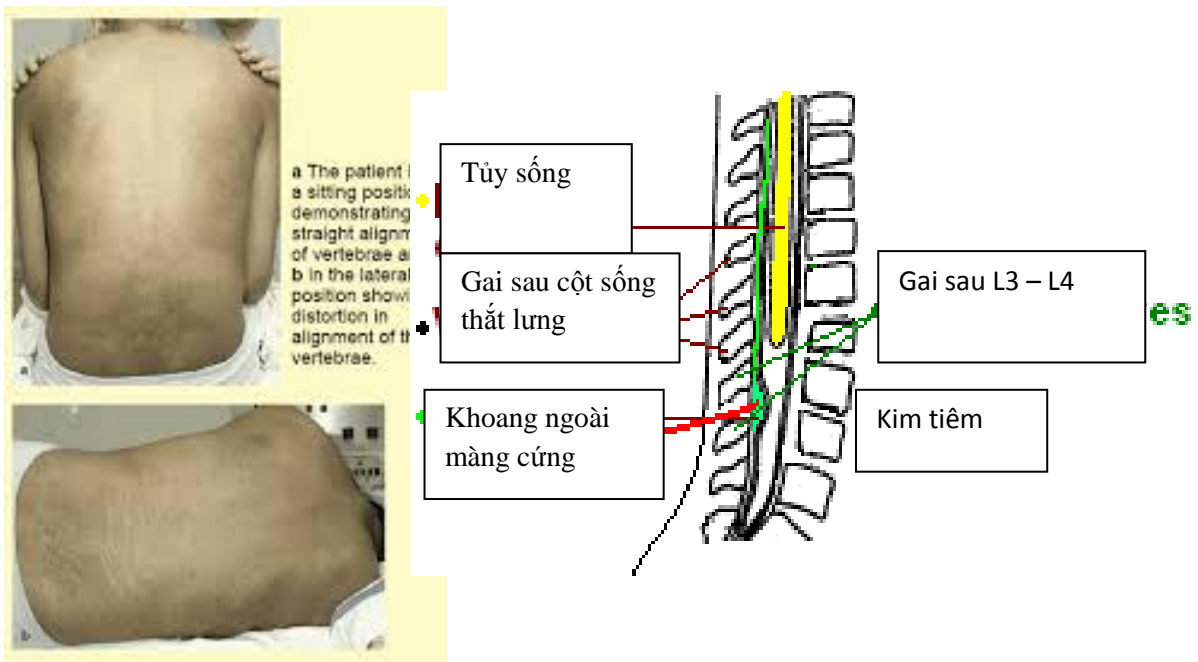
1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

Xác định vị trí tiêm:

- Tư thế người bệnh ngồi, hoặc nằm tùy tình trạng người bệnh. Tư thế ngồi hay được áp dụng nhất vì dễ thực hiện kỹ thuật. Người bệnh ngồi trên giường, chân buông thõng hoặc đặt trên ghế, giữ gối trước bụng, lưng cúi tối đa. Tư thế nằm cong lưng tối; hai chân co tối đa để trước bụng, đầu và thân mình cong về phía trước.

- Xác định gai chậu trước trên hai bên, vẽ một đường thẳng qua hai gai chậu sẽ đi qua khe L4-L5. Dùng ngón cái miết dọc đường giữa cột sống thắt lưng xác định gai sau L4-L5. Vị trí tiêm sẽ là khe liên đốt sống L4-L5. Nếu người bệnh có bất thường tại vị trí L4-L5; bằng cách xác định tương tự có thể tiêm khe L3-L4 hoặc L5-S1. Thông thường khe L4-L5 thường là khe đốt sống rộng nhất dễ dàng thực hiện thủ thuật.



Hình 1: tư thế tiêm ngoài màng cứng (249x137 – fr .wikipedia.org)

Hình 2: Vị trí tiêm ngoài màng cứng (380x566 –frca.co.uk)

- Sát trùng kỹ vùng định tiêm.

- Kỹ thuật tiêm: chọc kim vào khe liên đốt L4-L5 vuông góc với mặt da, đưa kim từ từ vào sâu, khi kim qua dây chằng vàng có cảm giác nhẹ tay, dừng kim lại, rút đốc kim. Hướng dẫn người bệnh ho vài tiếng, nếu không thấy dịch não tủy hoặc máu trào ra tiến hành tiêm 5ml thuốc Hydrocortison vào khoang ngoài màng cứng. Nếu tiêm đúng khoang ngoài màng cứng, khi bơm thuốc thấy nhẹ như khi bơm vào tĩnh mạch. Nếu khi bơm thuốc thấy nặng tay là chưa vào đúng khoang ngoài màng cứng. Lúc đó phải điều chỉnh đường kim hoặc thậm chí rút kim ra xác định lại vị trí tiêm. Nếu thấy dịch não tủy trào ra là kim đi hơi sâu vào khoang dịch não tủy, cần rút nhẹ kim ra vài milimet rồi tiến hành tiêm thuốc.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm.
- Dẫn người bệnh nằm nghỉ ngơi tại chỗ ít nhất trong vòng 1 giờ.
- Dẫn người bệnh tránh để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.

VIII. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 giờ.

- Theo dõi hiệu quả điều trị.

IX. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm do thủ thuật không vô khuẩn (viêm mũ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ. Cần điều trị kháng sinh thích hợp.
- Viêm màng não mũ do thủ thuật không vô khuẩn: biểu hiện bằng sốt, hội chứng màng não (+), chọc dò dịch não tủy có các đặc điểm của viêm màng não mũ. Những trường hợp này cần hội chẩn với chuyên khoa truyền nhiễm để điều trị kịp thời.
- Tiêm vào khoang màng cứng: gây ra những biến chứng thần kinh (tắc mạch não) đã được báo cáo trong y văn, tuy nhiên rất hiếm gặp.
- Dò dịch não tủy sau tiêm gặp trong trường hợp tiêm vào khoang màng cứng. Lâm sàng người bệnh có thể đau đầu nhưng triệu chứng sẽ nhanh chóng mất khi đặt người bệnh nằm. Để hạn chế biến chứng này cần sử dụng kim mảnh, mũi vát, tránh đứng hoặc cử động sau tiêm.
- Hội chứng chèn ép rễ do máu tụ rất hiếm gặp. Cần thận trọng khi tiêm ngoài màng cứng ở những người bệnh có sử dụng thuốc chống đông.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm. Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Cần đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

6. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
7. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
8. A. Denis & M. Froin-Dencausse. Corticothérapie locale en Rhumatologie, p76
9. Dr George de Korvin, Protocole de traitement médical renforcé des lombalgies et sciatiques aiguës. Les infiltrations

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CÙNG CHẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm khớp cùng chậu áp dụng đối với tất cả các trường hợp người bệnh có chỉ định tiêm khớp ngoại trú và điều trị nội trú tại khoa Khớp lâm sàng của Bệnh viện Bạch Mai hoặc các cơ sở thuộc sự chỉ đạo của khoa Khớp Bệnh viện Bạch Mai.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm khớp cùng chậu không do nhiễm khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

- Viêm khớp cùng chậu do lao, nhiễm khuẩn.

- Chống chỉ định tương đối: Bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, nhiễm khuẩn toàn thân, tăng huyết áp, đái tháo đường. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 22- 23 G, bơm tiêm 5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol acetat 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

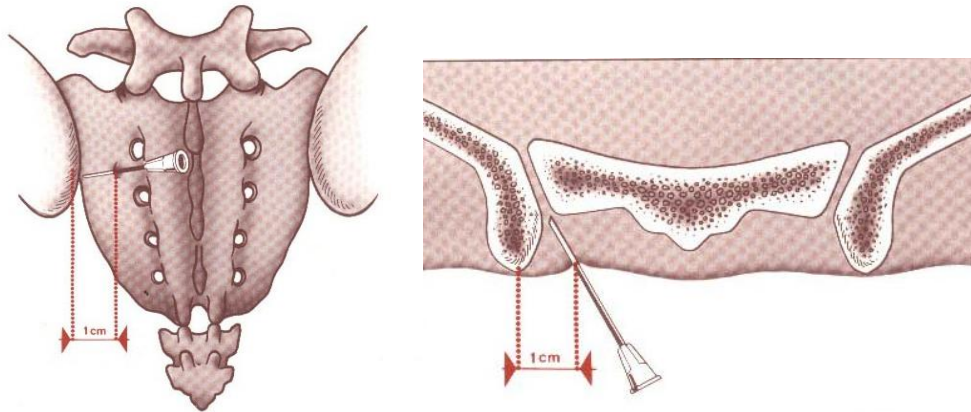
- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.

- Tư thế: người bệnh nằm sấp, duỗi thẳng hai chân.
- Xác định vị trí : xác định gai chậu sau trên bên khớp tổn thương và móm cụt. Vị trí tiêm nằm trên đường thẳng nối giữa gai chậu sau trên và móm cụt, phía dưới gai chậu sau trên 1cm.



- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm đã xác định.
- Kỹ thuật tiêm: đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng mũi kim lên trên và ra ngoài dọc theo đường thẳng nối gai chậu sau trên và móm cụt, kim tạo với mặt da 1 góc 45 độ, cho đến khi chạm xương, rút bớt kim ra, đâm lại hướng kim lên trên và ra ngoài nhiều hơn cho đến khi vào khớp, rút piston kiểm tra không có máu, bơm thuốc thấy nhẹ tay. Liều lượng: 1 ml methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol acetat 1ml=125 mg.
- Băng tại chỗ.
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol 0,5g-2g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn khớp cùng chậu hoặc phần mềm quanh do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II.** Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
- 2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011)** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
- 3. Wise, CM (2009),** Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN MỎM TRÂM TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân mỏm trâm trụ là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng bằng đau tại vùng mỏm trâm trụ. Đau tăng lên khi làm các động tác của khớp cổ tay. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ cho hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân mỏm trâm trụ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp cổ tay ở vị trí tiêm.

- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 26 Gauge, bơm tiêm 5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol aceta 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.

- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi thẳng ở trên ghế, để tay lên bàn, bộc lộ vị trí mỗm trâm trụ
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Xác định vị trí tiêm: điểm bám gân mỗm trâm trụ
- Tiến hành tiêm khớp: đâm kim vào vị trí điểm bám gân mỗm trâm trụ, kim chếch 40 – 60 độ, đâm sâu 5 – 8 mm, không sâu quá 10 mm, rút pittong không thấy ra máu, bơm 0,2 – 0,3 ml thuốc.



Hình minh họa: Kỹ thuật tiêm điểm bám gân mỗm trâm trụ

(Nguồn: thực hiện trong phòng vô trùng tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai)

- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
- + Dẫn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp cõ tay do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LÒI CẦU TRONG XƯƠNG CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân lòi cầu trong xương chày là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng lòi cầu trong xương chày. Lòi trong xương chày là nơi bám của gân cơ chân ngỗng tạo bởi gân cơ may, cơ thon và cơ bán gân. Quanh các gân này có các túi hoạt dịch nhỏ. Khi có các vi chấn thương lặp đi lặp lại có thể gây viêm tại các túi hoạt dịch này.

Chẩn đoán viêm bao thanh dịch của gân ngỗng (tendinobursite de la patte=d'oie) dựa vào lâm sàng và siêu âm (hình ảnh trống âm xung quanh vị trí bám của gân).

Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân lòi cầu trong xương chày có mức độ đau tính theo thang điểm VAS ≥ 4 .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp gối ở vị trí tiêm.
- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 25 G, bơm tiêm 5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.

- Thuốc tiêm khớp: là các thuốc corticoide tác dụng chậm như: methylprednisolon acetat 40mg/1ml (Depo Medrol); hydrocortisol acetat 125mg/1ml...

3. Chuẩn bị người bệnh

- Bác sỹ khám người bệnh xác định lại chẩn đoán, kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích cho người bệnh về mục đích, tai biến của thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên giường, khớp gối gấp 45°.
- Xác định vị trí: lồi cầu trong xương chày, dưới khe đùi chày trong khoảng 1cm.
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm lồi cầu trong xương chày.
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, tiêm khoảng 0,2-0,3 ml thuốc corticoide tác dụng chậm.
- Băng tại chỗ.
- Dẫn dò người bệnh sau làm thủ thuật: tránh để ướt tại vị trí tiêm và hạn chế vận động khớp trong vòng 24giờ.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 giờ.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5g-2g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy theo mức độ đau.
- Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp gối do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, cần điều trị kháng sinh thích hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm. Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Cần đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM HỘI CHỨNG DEQUERVAIN

I. Đại cương:

- Viêm bao gân De Quervain là bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh viêm gân vùng cổ tay và bàn tay. Bệnh thường gặp ở nữ từ 30 đến 50 tuổi . Bình thường gân cơ dạng dài và duỗi ngắn ngón cái trượt dễ dàng trong bao gân De Quervain, khi bao gân này bị viêm sẽ chèn ép gây đau và hạn chế vận động ngón tay cái .

- Triệu chứng lâm sàng: Sưng đau vùng mỏm trâm quay , đau liên tục , đau tăng khi vận động ngón tay cái , có thể đau lan xuống ngón tay hoặc lên cẳng tay .

- Siêu âm có thể thấy hình ảnh bao gân dày hơn bình thường và có dịch xung quanh .

- Điều trị có nhiều phương pháp : hạn chế vận động cổ tay và ngón tay đau , vật lý trị liệu , thuốc NSAIDs dạng uống. Tiêm corticoid tại chỗ là phương pháp điều trị thông dụng và mang lại hiệu quả tốt .

II. Chỉ định: Viêm bao gân De Quervain.

III. Chống chỉ định:

- CCD tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCD tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô khuẩn đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5 - 25mm).
- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
- Bông cồn 70° , dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate)

V.Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:
 - Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, tư thế nghiêng, hướng mỏm trâm quay lên trên.
 - Y tá:
 - + Chuẩn bị thuốc tiêm
 - + Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn
 - + Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác
 - + Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...
 - Bác sỹ
 - + Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
 - + Xác định vị trí tiêm
 - + Tiến hành tiêm khớp : Mục đích tiêm vào bao gân cơ dạng ngón cái dài và duỗi ngón cái ngắn. Bảo người bệnh dạng ngón cái sẽ thấy gân nổi rõ, xác định vị trí tiêm đi song song với gân, có thể đi bên trong hoặc bên ngoài gân, hướng kim về phía mỏm trâm quay, chéch mũi kim 30 – 40 độ. Tránh tiêm vào gân.

Liều lượng thuốc: 0,2-0,4 ml.



Hình minh họa: tiêm hội chứng DeQuervain. Nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII.Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.
5. Roye Benjamin D. Tenosynovitis. University of Maryland Medicine Centrer
2001

QUY TRÌNH TIÊM HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY

I. Đại cương

- Hội chứng đường hầm cổ tay là bệnh lý do dây thần kinh giữa bị chèn ép ở cổ tay .

- Triệu chứng LS thường xuất hiện từ từ, rối loạn cảm giác vùng thần kinh giữa chi phối làm BN tê, đau buốt vùng gan tay, đầu các ngón tay cái và ngón hai, ba.

- Cận lâm sàng : điện cơ có sự bất thường dẫn truyền của thần kinh giữa ở vùng cẳng bàn tay , siêu âm có hình ảnh bao gân cổ tay dày và dịch tụ xung quanh.

- Điều trị có nhiều phương pháp : vật lý trị liệu , thuốc NSAIDs dạng uống. Tiêm corticoid tại chỗ phương pháp điều trị thông dụng và mang lại hiệu quả tốt .

II. Chỉ định: Hội chứng đường hầm cổ tay.

III. Chống chỉ định:

- CCD tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCD tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5 - 25mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Băng côn 70o , dung dịch Betadin hoặc côn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate)

V.Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt ngửa bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn.

- Điều dưỡng:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Băng chỗ tiêm, dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

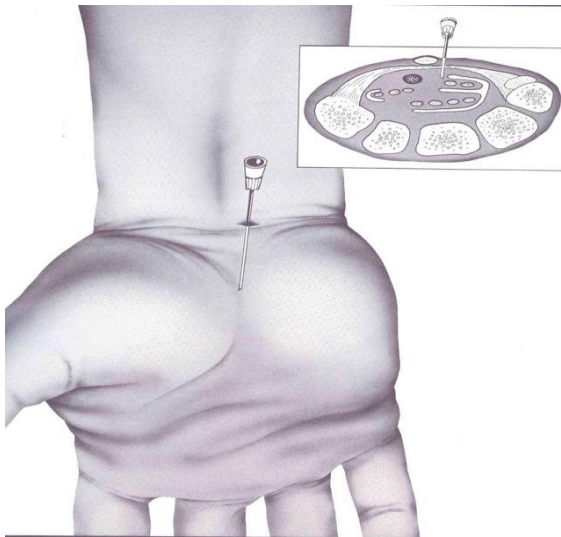
+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp : Tiêm ở cổ tay mặt gan bàn tay, điểm tiêm là bên dưới mạc giữ gân gấp, giữa gân gấp các ngón tay và gân cơ gan tay dài (là hai gân nổi rõ nhất), điểm tiêm nằm ở chỗ giao nhau giữa gân và nếp lằn da được giới hạn bằng đường ngang qua phía trên của mô cái và mô út, tránh chọc kim vào các gân

Đường đi gần như tiếp tuyến với da, hướng kim về phía ngón tay hướng vào trong theo đường chính giữa.

Kim đâm sâu tối thiểu 20 – 30mm.

Liều lượng thuốc: 1ml



Hình minh họa: tiêm hội chứng đường hầm cổ tay. Nguồn: internet

VI.Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII.Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Tiêm vào thần kinh giữa, người bệnh có thể tê và mất cảm giác của ô mô cái, ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa và một phần ngón nhẫn, lâu ngày có thể dẫn đến teo cơ. Xử trí: vật lý trị liệu, sau một thời gian có thể hồi phục. Để tránh biến chứng này, trong quá trình chọc kim cần quan sát kỹ, nếu người bệnh cảm thấy tê bì, đau chói vùng thần kinh giữa chi phối thì ngay lập tức rút kim ra, không tiêm thuốc.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
3. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM GÂN NHỊ ĐẦU KHỚP VAI

I. Đại cương:

- Viêm quanh khớp vai thể viêm gân nhị đầu là thể bệnh thường gặp trong các thể bệnh viêm quanh khớp vai, nguyên nhân do phản ứng viêm khi thoái hóa các gân ở vai. Độ tuổi hay gặp là trên 50 tuổi.

- Triệu chứng lâm sàng: khi ấn vào rãnh nhị đầu BN đau, đau tăng khi gấp cẳng tay trên cánh tay có đối kháng hoặc khi giạng hoặc đưa tay ra trước.

- Siêu âm hình ảnh gân nhị đầu viêm thường hình tròn, giảm âm, ranh giới bao gân không rõ ràng, có thể có dịch ở xung quanh bao gân.

- Điều trị có nhiều phương pháp: vật lý trị liệu, thuốc NSAIDs dạng uống. Tiêm corticoid tại gân nhị đầu khớp vai là phương pháp điều trị thông dụng và mang lại hiệu quả tốt.

II. Chỉ định: Viêm quanh khớp vai thể viêm gân nhị đầu.

III. Chống chỉ định:

- CCD tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCD tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô trùng đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5 - 25mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
- Băng cồn 70° , dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate)

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi trên ghế, tư thế cánh tay áp sát thân mình, vai thả tự nhiên.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, Dẫn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...

- Bác sỹ

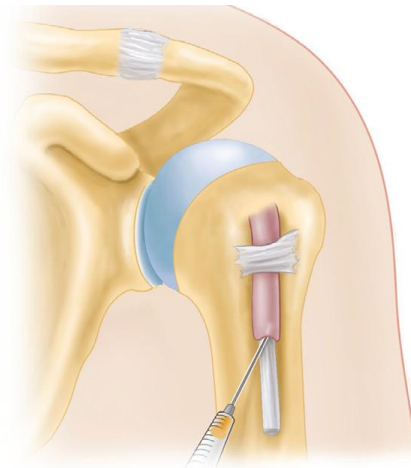
+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ BS đứng trước mặt người bệnh, phía bên vai bị tổn thương

+ Xác định vị trí tiêm : rãnh xương cánh tay, vị trí bám tận của bó dài gân cơ nhị đầu.

+ Tiến hành tiêm khớp : hướng kim vuông góc mặt da, vào sâu khoảng 5mm, không tiêm sâu quá 10mm, bơm thuốc thấy nhẹ tay, mục đích đưa thuốc vào bao gân cơ nhị đầu.

Liều lượng thuốc: 0,3 - 0.5 ml



VI. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Đứt gân: do tiêm vào gân, khi đẩy piston thấy nặng tay cần lui kim khoảng 1-2mm.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM GÂN TRÊN GAI KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai là một bệnh thuộc nhóm bệnh lý phần mềm (bao gồm dây chằng, gân cơ, bao thanh mạc..) rất thường gặp. Biểu hiện chính của bệnh là đau và giảm vận động khớp vai, gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Bệnh viêm quanh khớp gồm bốn thể lâm sàng, trong đó thể đau vai đơn thuần hay gặp nhất và có tới 90%, tổn thương thường là viêm một trong các gân cơ quay gần, trong đó có viêm gân trên gai.

Điều trị viêm gân trên gai bao gồm: các thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ và tiêm corticoid tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm gân trên gai

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp, nhiễm nấm
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 23-25 Gauge, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

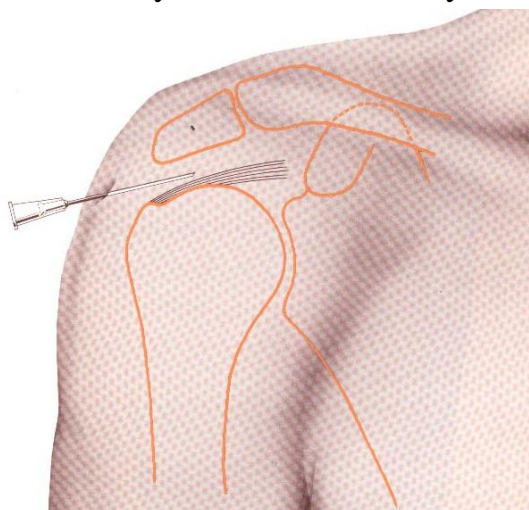
4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Chuẩn bị BN: BN ngồi tay thả lỏng tự nhiên.
- Chuẩn bị dụng cụ: thuốc 0,5 ml (methylprednisolon) Depomedrol, bơm tiêm 25 Gauge, kim tiêm, găng tay vô khuẩn, săng, bông băng cồn sát khuẩn, băng dán.
- Kiểm tra vị trí tiêm là điểm cách $\frac{1}{2}$ cm dưới của bờ dưới mỏm cùng vai
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod 3 lần tại vị trí tiêm.
- Tiến hành chọc kim qua da, hướng kim chéch nhẹ lên trên và ra trước, giữa chỏm xương cánh tay và mặt dưới của mỏm cùng vai. Khi tiêm phải không gặp sự đề kháng nào.
- Sát khuẩn, băng tại chỗ
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.



Hình ảnh: Tiêm gân trên gai

(Nguồn: *Corticothérapie locale en rhumatologie*)

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, “**Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II**”, *Nhà xuất bản Y học*.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004)**, “Tiêm nội khớp và canh khớp”, *Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học*, tr 501 - 505.
3. **Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009)**, “Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues”, *Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation, Vol (10)*.
4. **John G. Skedros, MD, and Todd C. Pitts (2008)**, Injectable Corticosteroids for the Painful Shoulder: Patient Evaluation. In *The Journal of Musculoskeletal Medicine*. May 2008. Vol. 25. No. 5. Pp. 236-245.

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN MỎM CÙNG VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân mỏm cùng vai là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm, biểu hiện bằng đau tại vùng mỏm cùng vai. Đau tăng lên khi làm các động tác của khớp vai (xoay, dạng, khép, gấp, duỗi).

Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ cho hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân mỏm cùng vai có mức độ đau tính theo thang điểm VAS \geq 4.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp vai ở vị trí tiêm.

- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 25 G, bơm tiêm 5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol aceta 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

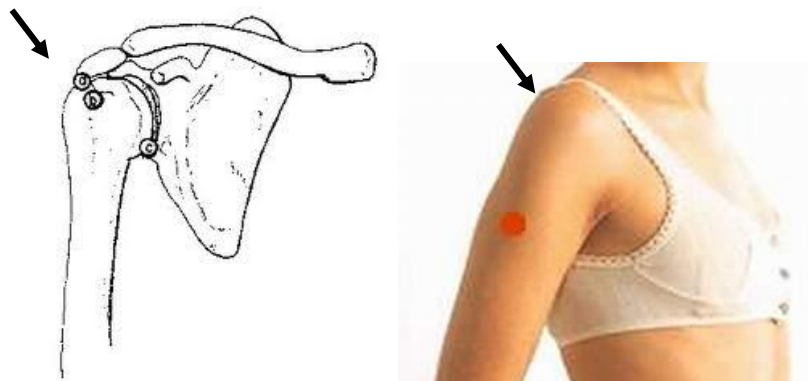
4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi thẳng ở trên ghế, quay mặt về phía bác sĩ hai tay để trên đùi, bộc lộ vai định tiêm.
- Xác định vị trí tiêm: mỏm cùng vai
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Tiến hành tiêm khớp: đâm kim vào vị trí điểm bám gân mỏm cùng vai (là phần nhô cao nhất của khớp vai, tiếp giáp với đầu ngoài xương đòn), kim đâm vuông góc hoặc chếch 60 độ, sâu 8 – 10 mm, rút pittong không thấy ra máu, bơm thuốc 0,3 – 0,5 ml



Hình minh họa: Kỹ thuật tiêm mỏm cùng vai

(Nguồn: Internet)

- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút
- + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế

+ Dẫn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.

- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm của điểm bám gân với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau.

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng nóng đỏ đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.

3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.

4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.

5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. "Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them". *Geriatrics* 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN MỎM TRÂM QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân mỏm trâm quay là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng mỏm trâm quay. Đau tăng lên khi làm các động tác của khớp cổ tay. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ cho hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân mỏm trâm quay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp cổ tay ở vị trí tiêm.
- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 26 G, bơm tiêm 5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol aceta 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi thẳng ở trên ghế ở trên ghế thẳng ở trên ghế, để tay lên bàn, bộc lộ vị trí mỏm trâm quay.
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Xác định vị trí tiêm: điểm bám gân mỏm trâm quay
- Tiến hành tiêm khớp: đâm kim vào vị trí điểm bám gân mỏm trâm quay, kim chếch 40 – 60 độ, đâm sâu 5 – 8 mm, không sâu quá 10 mm, rút pittong không thấy ra máu, bơm 0,2 – 0,3 ml thuốc.



Hình 1: Kỹ thuật tiêm điểm bám gân mỏm trâm quay

(nguồn: thực hiện trong phòng vô trùng tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai)

- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút

+ Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế

+ Dặn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.

- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp cõ tay do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM GÂN ACHILLE

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gân Achille là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng gân Achille. Đau tăng lên khi đi lại hoặc làm các động tác gấp duỗi khớp cổ chân. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ cho hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm gân Achille vô khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Viêm gân Achille có kèm theo đứt bán phần gân, nhiễm khuẩn khớp, nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp cổ chân và gân Achille, nhiễm nấm.

- Chống chỉ định tương đối: Cơ địa suy giảm miễn dịch, bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Có thể tiêm sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 23-26 G, bơm tiêm 5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol aceta 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

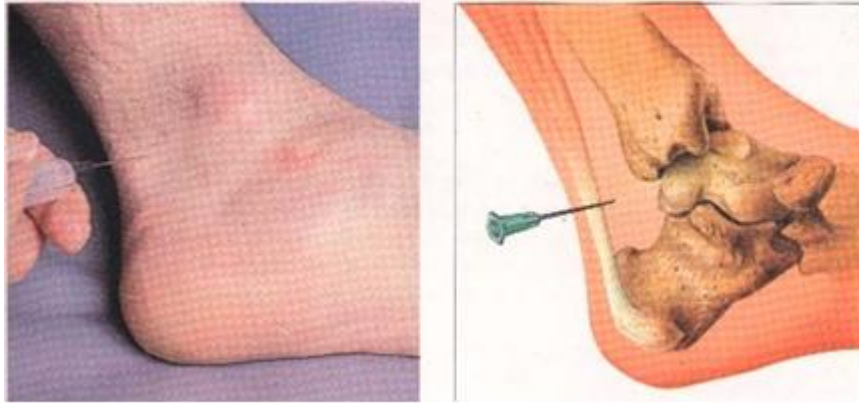
- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.
- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi, ngả bàn chân áp sát mắt cá ngoài xuống mặt giường, bộc lộ vùng cổ chân và gót chân.
- Bác sỹ
- + Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- + Xác định vị trí tiêm, sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm lõi cầu trong xương cánh tay.
- + Tiến hành tiêm: đâm kim vào vị trí bao gân Achille (sát cạnh gân, không đâm trực tiếp vào gân), đi vuông góc với mặt da, sâu 8 – 10 mm, rút pittong không ra máu, bơm 0,3 – 0,5 ml thuốc.
- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút:
 - + Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế
 - + Dẫn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt...



Hình minh họa: kỹ thuật tiêm gân Achille

(Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie)

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm của điểm bám gân với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau.

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng nóng đỏ đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp:

+ Tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

+ Đứt gân do tiêm trực tiếp vào gân Achille.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM GÂN GẤP NGÓN TAY

I. Đại cương: Viêm gân gấp ngón tay là tình trạng viêm bao gân của các gân gấp các ngón tay gây chít hẹp bao gân. Một số trường hợp gân gấp bị viêm xuất hiện cục xơ, làm di động của gân gấp qua vùng ngón tay bị cản trở. Mỗi lần gấp hay duỗi ngón tay rất khó khăn, người bệnh phải cố gắng mới bật được ngón tay ra hoặc phải dùng tay bên lành kéo ngón tay ra như kiểu ngón tay có lò xo. Vì vậy bệnh có tên là ngón tay lò xo. Điều trị chủ yếu bằng các thuốc chống viêm giảm đau. Tiêm corticoid vào bao gân là một phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên bệnh có thể tái phát nhiều lần.

II. Chỉ định: Hội chứng ngón tay lò xo.

III. Chống chỉ định:

- CCD tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCD tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô khuẩn đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5 - 25mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cồn 70° , dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, tư thế ngửa bàn tay, các ngón tay duỗi tối đa.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

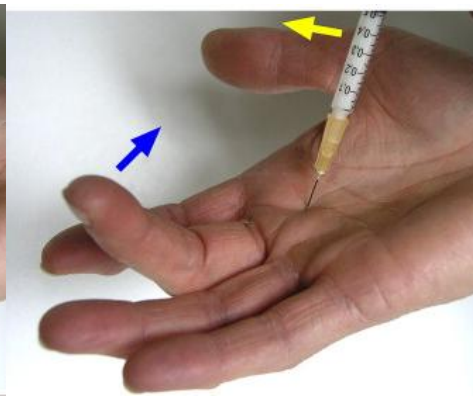
+ Tiến hành tiêm khớp : Vị trí đâm kim dọc theo gân gấp, cách nếp lằn mặt gấp khớp bàn ngón tay về phía cổ tay 1cm, kim tạo với mặt da 1 góc 30-45 độ, độ sâu 5mm, rút kim kiểm tra không có máu, đẩy pitton thấy nhẹ tay.

Chỉ nên tiêm vào đúng gân tổn thương, khi tiêm nếu thấy cảm giác nặng tay khi đẩy pitton do kim đi vào gân thì phải rút kim ra khoảng 1-2mm

Liều lượng thuốc: 0,2 – 0,4 ml.



Hình A



Hình B

Hình A: Kỹ thuật tiêm bao gân gấp.

Hình B: Bảo BN gấp đốt ngón xa và giữa, nếu kim tiêm vào gân thì bơm tiêm sẽ di chuyển ra trước theo hướng mũi tên.

Nguồn: internet

VI. THEO DÕI

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Đứt gân gấp: tránh tiêm vào gân bằng cách khi tiêm nếu đẩy piston thấy nặng thì rút mũi kim ra khoảng 1-2mm.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM CÂN GAN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cân gan chân là bệnh lý khá phổ biến, người bệnh xuất hiện đau vị trí mặt dưới gót chân khi đứng và đi lại, ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống. Phương pháp điều trị nội khoa bao gồm dùng thuốc đường toàn thân và tiêm corticoid tại chỗ, trong đó điều trị tiêm corticoid tại chỗ là phương pháp hiệu quả nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm cân gan chân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý nội khoa nặng: suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân.
- Tổn thương da và phần mềm quanh gót

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 23-25G, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng Urgo

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Lấy thuốc Depo- medrol 40mg- 0,5 ml
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.

- Đưa kim vào vị trí mặt dưới gót chân, vuông góc với mặt da, đưa kim vào sâu chạm nền xương sau đó rút kiểm tra không thấy máu, bơm thuốc vào (chỉ bơm khi không gặp lực cản). (Xem hình minh họa phía dưới)

- Sát khuẩn lại vị trí tiêm, băng Urgo tại vị trí tiêm

- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm, giữ sạch vị trí tiêm và hạn chế đi lại trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

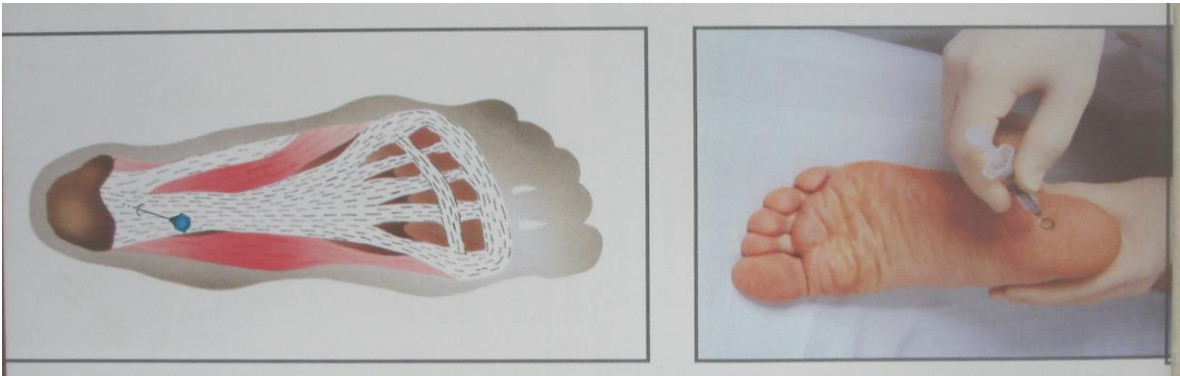
- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm bao gân với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn vùng gót do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.



Hình ảnh minh họa kỹ thuật tiêm cân gan chân. Nguồn: internet

QUY TRÌNH TIÊM CẠNH CỘT SỐNG CỔ (KHỚP LIÊN MÁU)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau cột sống cổ là một triệu chứng gặp ở nhiều bệnh lý: thoái hóa đốt sống cổ, thoái hóa hoặc thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, tổn thương đốt sống, viêm đốt sống đĩa đệm (do lao, hoặc nhiễm khuẩn) và trong các bệnh lý toàn thân khác. Tùy theo nhóm bệnh mà lựa chọn các phương pháp điều trị toàn thân khác nhau. Riêng với nguyên nhân thoái hóa đốt sống cổ, đặc biệt thoái hóa khớp liên mấu có thể áp dụng phương pháp điều trị tại chỗ là tiêm cạnh cột sống cổ (khớp liên mấu) bằng corticoid khi điều trị bằng thuốc chống viêm, giãn cơ, vật lý trị liệu mà chưa đỡ.

Liệu trình tiêm cạnh cột sống cũng giống như tiêm khớp nói chung là: tiêm 1-2 mũi tiêm/ 1 lần điều trị (khoảng cách 2 mũi tiêm là 7-10 ngày), có thể tiêm nhắc lại sau ít nhất 3 tháng và 1 năm không quá 4 lần tiêm cùng vị trí.

II. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp dưới đây mà đáp ứng kém hiệu quả với điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Đau cột sống cổ mạn tính có hoặc không có dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh do thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp liên mấu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm đĩa đệm đốt sống: viêm mủ, viêm do lao.
- Tổn thương cột sống do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm nấm ngoài da vùng cổ.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý rối loạn đông máu.. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt. Đối với người có tiền sử tăng huyết áp cần đo lại huyết áp ngày sau tiêm và mỗi 30 phút ít nhất 02 lần. Với người có bệnh lý rối loạn đông máu cần theo dõi chỗ tiêm ít nhất 30 phút sau tiêm. Với người bệnh có tiền sử đái tháo cần thử đường máu ít nhất 01 lần sau tiêm 06 h.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G, bơm tiêm 5 ml
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng Urgo

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Tư thế người bệnh ngồi ghé
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Lấy thuốc Depo- medrol 40mg- 0,5 ml
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Xác định vị trí tiêm: Người bệnh có thể nằm, hoặc ngồi. Vị trí tiêm là vị trí ngang với mỏm gai sau đốt sống cổ, cách đường giữa cột sống 1,0 cm. Đặt hướng kim vuông góc với mặt da, đưa kim vào từ từ cho tới khi chạm đến xương (khớp liên mấu), rút bớt kim ra 1mm, rút pít tông kiểm tra xem kim có bị vào mạch máu hay không, tiến hành bơm thuốc (Hình ảnh trong phần phụ lục).
- Sát khuẩn lại vị trí tiêm, băng Urgo tại vị trí tiêm
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: Người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm, giữ sạch vị trí tiêm trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

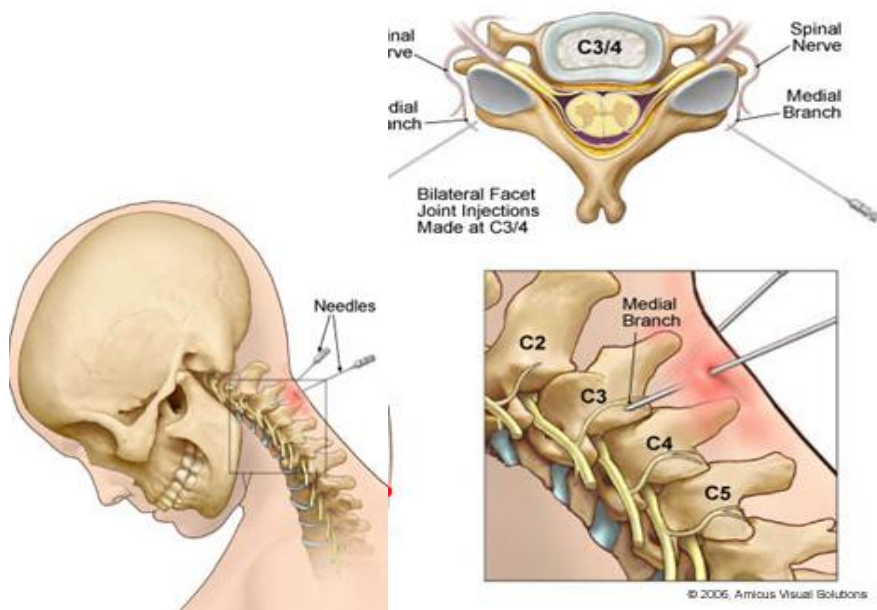
- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm tại chỗ với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn vùng cổ do thủ thuật tiêm (viêm mũ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.



Hình tiêm cạnh cột sống cổ (khớp liên mấu). Nguồn: internet

QUY TRÌNH TIÊM CẠNH CỘT SỐNG THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý phần mềm quanh khớp là bệnh lý của các cấu trúc cạnh khớp. Bệnh có tỷ lệ gặp cao trong cộng đồng. Bệnh không gây quá đau đớn hoặc mất chức năng vận động như nhiều bệnh lý xương khớp khác, song gây khó chịu và hoang mang cho nhiều người bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý phần mềm quanh khớp: điều trị nội khoa, điều trị ngoại khoa. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid, tiêm corticoid tại chỗ, vật lý trị liệu. Điều trị nội khoa thường có kết quả tốt. Tiêm corticoid tại chỗ là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc vào bao gân để điều trị và là một phương pháp điều trị nội khoa hiệu quả. Tiêm corticoid vào phần mềm quanh khớp đã được áp dụng trong lĩnh vực thấp khớp học từ 40 năm nay, và ngày càng chứng minh đây là một phương pháp điều trị đơn giản, an toàn có hiệu quả, và chi phí thấp trong điều trị tại chỗ bệnh lý phần mềm quanh khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp dưới đây mà đáp ứng kém hiệu quả với điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Đau cột sống thắt lưng mạn tính không có dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh.
- Đau cột sống thắt lưng mạn tính có dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm đĩa đệm đốt sống: viêm mủ, viêm do lao.
- Tổn thương cột sống do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm nấm ngoài da vùng thắt lưng.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: *thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý rối loạn đông máu.. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt. Đối với người có tiền sử tăng huyết áp cần đo lại huyết áp ngày sau tiêm và mỗi 30 phút ít nhất 02 lần. Với người có bệnh lý rối loạn đông máu cần theo dõi chỗ tiêm*

ít nhất 30 phút sau tiêm. Với người bệnh có tiền sử đái tháo cần thử đường máu ít nhất 01 lần sau tiêm 06 h.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25 G, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính
- Thuốc tiêm khớp: Methylprednisolone acetate 40mg hoặc hydrocortisone acetate 125 mg

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Y tá phòng thủ thuật:

+ Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, vị trí tiêm

+ Chuẩn bị BN: BN nằm sấp, bộc lộ vùng thắt lưng và qua mông)

+ Chuẩn bị thuốc và dụng cụ tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

- Bác sỹ làm thủ thuật:

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+Xác định vị trí tiêm là vị trí vị trí là ngang với móm gai sau đốt sống (tuỳ theo vị trí L3-4, L4-5, hay L5-S1), cách đường giữa cột sống 1,5cm - 2cm. Đặt hướng kim vuông góc với mặt da.

+Hút xylanh kiểm tra có máu hay không tiến hành tiêm thuốc

- Y tá phòng thủ thuật: Sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, chọc dò; sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn phần mềm cạnh cột sống thắt lưng do thủ thuật tiêm (viêm mũ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.



Hình minh họa: Kỹ thuật tiêm cạnh cột sống thắt lưng

(Nguồn: <http://www.spineinfo.co.uk/treatments/spinal-injections/facet-joint-injections/>)

QUY TRÌNH TIÊM CẠNH CỘT SỐNG NGỰC (KHỚP LIÊN MÁU)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau cột sống ngực là một triệu chứng gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau. Đau cột sống ngực do bệnh lý xương khớp như: thoái hóa đốt sống, thoái hóa đĩa đệm, xẹp thân đốt sống, viêm đĩa đệm đĩa đệm do lao, do nhiễm khuẩn... Tuy nhiên đau cột sống ngực có thể gặp trong các bệnh lý tim mạch (hội chứng mạch vành cấp, phình tách động mạch chủ ngực, viêm màng ngoài tim...), bệnh lý hô hấp (u phổi, viêm màng phổi, viêm phổi...) và trong các bệnh lý toàn thân khác. Tùy theo nhóm bệnh mà lựa chọn các phương pháp điều trị toàn thân khác nhau, riêng với nguyên nhân thoái hóa cột sống, khớp liên mấu có thể áp dụng phương pháp điều trị tại chỗ là tiêm cạnh cột sống ngực (khớp liên mấu) bằng corticoid. Tuy nhiên nguyên nhân này lại rất ít gặp tại cột sống ngực, do đó chỉ định tiêm cạnh cột sống ngực là rất hạn chế.

Liệu trình tiêm cạnh cột sống cũng giống như tiêm khớp nói chung là: tiêm 1- 2 mũi tiêm/ 1 lần điều trị (khoảng cách 2 mũi tiêm là 7-10 ngày), có thể tiêm nhắc lại sau ít nhất 3 tháng và 1 năm không quá 4 lần tiêm cùng vị trí.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trong các trường hợp dưới đây mà đáp ứng kém hiệu quả với điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Đau cột sống ngực mạn tính có hoặc không có dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh. Cần loại trừ các bệnh lý nội khoa khác trước khi co chỉ định tiêm corticoid tại chỗ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm đĩa đệm đốt sống: viêm mủ, viêm do lao.
- Tổn thương cột sống do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm nấm ngoài da vùng ngực.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý rối loạn đông máu.. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt. Đối với người có tiền sử tăng huyết áp cần đo lại huyết áp ngày sau tiêm và mỗi 30 phút ít nhất 02 lần. Với người có bệnh lý rối loạn đông máu cần theo dõi chỗ tiêm ít nhất 30 phút sau tiêm. Với người bệnh có tiền sử đái tháo cần thử đường máu ít nhất 01 lần sau tiêm 06 h.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G, hoặc 20 G, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng Urgo

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn

Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định

- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Lấy thuốc Depo- medrol 40mg- 0,5 ml
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Xác định vị trí tiêm: Người bệnh có thể nằm, hoặc ngồi. Vị trí tiêm là vị trí ngang với móm gai sau đốt sống ngực, cách đường giữa cột sống 1,5cm. Đặt hướng kim vuông góc với mặt da, đưa kim vào từ từ cho tới khi chạm đến xương (khớp liên mấu), rút bớt kim ra 1mm, rút pít tông kiểm tra xem kim có bị vào mạch máu hay không, nếu không thì tiến hành bơm thuốc (Hình ảnh trong phần phụ lục).
- Sát khuẩn lại vị trí tiêm, băng Urgo tại vị trí tiêm
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm, giữ sạch vị trí tiêm trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

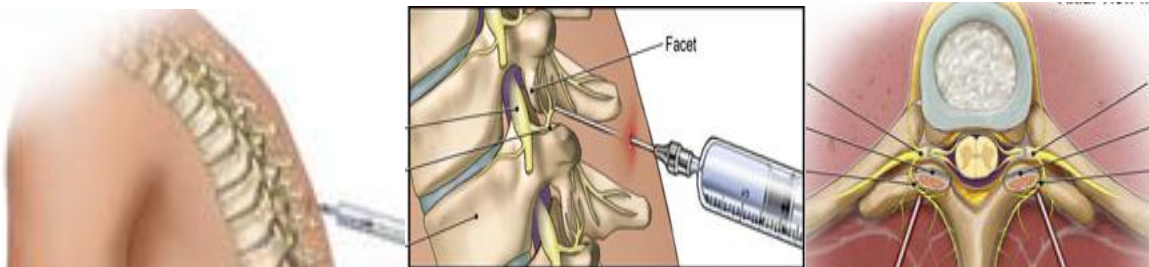
- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm tại chỗ với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn vùng cột sống ngực do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
3. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.



Hình minh họa tiêm cạnh cột sống thắt lưng (khớp liên mấu). Nguồn: internet

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP GỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau khớp gối có nhiều nguyên nhân gây ra, thường gặp trong một số bệnh như: thoái hóa khớp gối, viêm khớp dạng thấp, gút, lupus, viêm cột sống dính khớp... Trong một số trường hợp tổn thương khớp gối không do nhiễm khuẩn có thể có chỉ định tiêm corticoid tại chỗ. Ngoài kỹ thuật tiêm khớp gối mù, còn có kỹ thuật tiêm nội khớp gối dưới hướng dẫn của siêu âm. Đây là một kỹ thuật tiêm đảm bảo độ chính xác và an toàn cao hơn so với tiêm khớp mù.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau khớp gối trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp gối đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp gối.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp gối
- Gút.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp gối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm khớp gối nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp gối do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp gối, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp gối.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu- cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 20-22G, bơm tiêm 5 ml
- Thuốc tiêm khớp: Methylprednisolone acetate 40mg hoặc acid hyaluronic
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

Bác sỹ kiểm tra máy siêu âm và đầu dò

Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh ở tư thế nằm, gối duỗi thẳng để trên một chiếc gối thấp.

Bác sỹ xác định vị trí đặt đầu dò theo mặt thẳng ở vị trí trên xương bánh chè, bên ngoài gân cơ tứ đầu đùi theo mặt cắt song song với xương đùi; hoặc để đầu dò tại vị trí trên ngoài xương bánh chè theo mặt cắt vuông góc với xương đùi để đưa kim vào ổ khớp an toàn, thuận lợi.

Bác sỹ sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

Bác sỹ bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn

Điều dưỡng sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.

Bác sỹ đưa kim vào vị trí đã xác định, tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm, rút pittông kiểm tra xem kim có vào mạch máu hay không, nếu không có thì tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm.

Điều dưỡng sát khuẩn, băng tại chỗ

Điều dưỡng dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm và hạn chế vận động khớp trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

VI. THEO DÕI

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h

Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

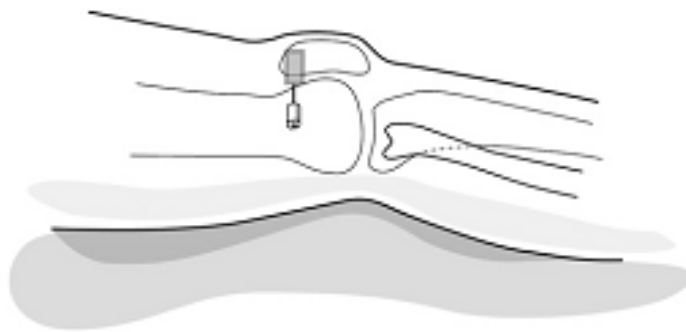
- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
5. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.



Hình minh họa vị trí đặt đầu dò siêu âm tại khớp gối

(trích nguồn: Ultrasound guided musculoskeletal procedures- David Fessell-2007)

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP HÁNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau khớp háng có nhiều nguyên nhân gây ra. Trong một số trường hợp tổn thương khớp háng không do nhiễm khuẩn có thể có chỉ định tiêm corticoid tại chỗ. Ngoài kỹ thuật tiêm khớp háng mù, còn có kỹ thuật tiêm nội khớp háng dưới hướng

dẫn của siêu âm. Đây là một kỹ thuật tiêm đảm bảo độ chính xác và an toàn cao hơn so với tiêm khớp mù.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau khớp háng trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp háng đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp háng.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp háng.
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp háng dai dẳng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm khớp háng nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp háng do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp háng, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp háng.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: *thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu- cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G để gây tê và kim Spinocan 23G để đưa thuốc vào ổ khớp , bơm

tiêm 5 ml

- Thuốc tiêm khớp: Methylprednisolone acetate 40mg, acid hyaluronic
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Bác sỹ kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh ở tư thế nằm, chân duỗi thẳng
- Bác sỹ xác định vị trí đặt đầu dò dọc theo cổ xương đùi, phía ngoài động mạch và thần

kinh đùi để đưa kim vào ổ khớp an toàn.

- Bác sỹ sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bác sỹ bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Điều dưỡng sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Bác sỹ gây tê da và tổ chức dưới da ở vị trí đã xác định bằng 2ml Lidocain-2%

và dùng kim tiêm 25G dưới hướng dẫn của siêu âm

- Bác sỹ đưa kim Spinocan 23G vào vị trí đã xác định dưới hướng dẫn siêu âm
- Điều dưỡng rút bỏ nòng kim và xoay bơm tiêm có thuốc vào đốc kim, sau đó

rút pittông của bơm tiêm để kiểm tra xem kim có vào mạch máu hay không, nếu

không có thì tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm theo chỉ định của bác sỹ.

- Điều dưỡng sát khuẩn, băng tại chỗ
- Điều dưỡng dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm và hạn chế vận động khớp trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khởi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

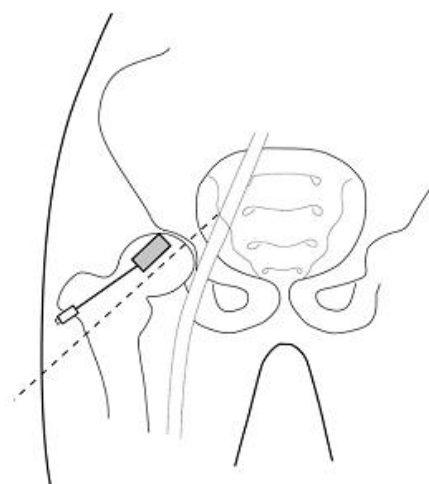
- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, *Ultrasound* 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, *Curr probl Diagn Radiol* 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. *Postgrad Med* 1998;103:125-34.
5. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. *Textbook of rheumatology*. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.



Hình minh họa tiêm khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm

(trích nguồn: Ultrasound guided musculoskeletal procedures- David Fessell-2007)

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CỔ CHÂN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau khớp cổ chân có nhiều nguyên nhân gây ra. Trong một số trường hợp tổn thương khớp cổ chân không do nhiễm khuẩn có thể có chỉ định tiêm corticoid tại chỗ. Ngoài kỹ thuật tiêm khớp cổ chân mù, còn có kỹ thuật tiêm nội khớp cổ chân dưới hướng dẫn của siêu âm. Đây là một kỹ thuật tiêm đảm bảo độ chính xác và an toàn cao hơn so với tiêm khớp mù.

II. CHỈ ĐỊNH

Sung đau khớp cổ chân dai dẳng trong các bệnh lý dưới đây mà tổn thương khớp cổ chân đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp cổ chân
- Viêm khớp dạng thấp
- Gút
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vảy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm khớp cổ chân nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp cổ chân do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp cổ chân, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp cổ chân.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu- cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp, chứng chỉ siêu âm.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz

- Túi bọc đầu dò siêu âm

- Găng vô khuẩn

- Kim tiêm 22-25 G, bơm tiêm 5 ml

- Thuốc tiêm khớp: Methylprednisolone acetate 40mg hoặc hydrocortisone acetate 125 mg

- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật

- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

- Bác sỹ kiểm tra máy siêu âm và đầu dò

- Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh ở tư thế nằm, gối gấp ở góc 60°, bàn chân đặt lên giường.

- Bác sỹ sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

- Bác sỹ bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn

- Điều dưỡng sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.

- Bác sỹ xác định vị trí tiêm bằng cách đặt đầu dò tại nếp gấp cổ chân và chọn vị trí tiêm an toàn, thuận lợi nhất, tránh mạch máu và thần kinh (Hình ảnh trong phần phụ lục)

- Bác sỹ đưa kim vào vị trí đã xác định theo hướng dẫn của siêu âm, rút pittông kiểm tra xem kim có vào mạch máu hay không, nếu không có thì tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm

- Điều dưỡng sát khuẩn, băng tại chỗ

- Điều dưỡng dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, chọc dò; sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

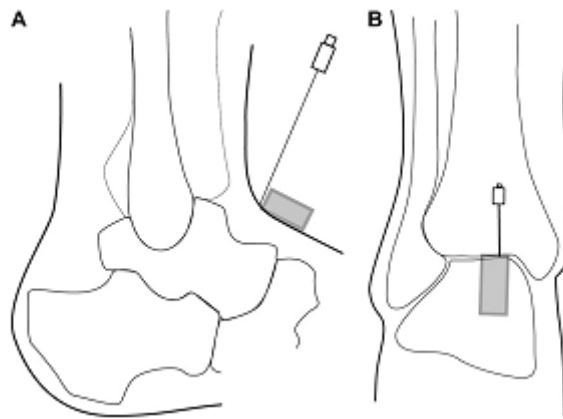
- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
5. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.



Hình tiêm khớp cổ chân dưới hướng dẫn của siêu âm (trích nguồn: Ultrasound guided musculoskeletal procedures- David Fessell-2007)

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP BÀN NGÓN CHÂN I DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều bệnh lý vô khuẩn gây viêm và đau khớp bàn ngón I chân như gút, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp và thoái thoái hóa khớp.. cần chỉ định tiêm khớp tại chỗ. Ngoài kỹ thuật tiêm khớp mù, còn có kỹ thuật tiêm nội khớp dưới hướng dẫn của siêu âm. Đây là một kỹ thuật tiêm nội khớp đảm bảo độ chính xác và an toàn cao hơn, đặc biệt cho những vị trí khớp khó thực hiện như khớp bàn ngón I chân.

II. CHỈ ĐỊNH

Sung đau khớp bàn ngón I chân dai dẳng trong các bệnh lý dưới đây mà tổn thương khớp cổ chân đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp bàn ngón chân I.
- Gút có tổn thương khớp bàn ngón chân I.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp bàn ngón chân I
- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp bàn ngón chân I.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm khớp bàn ngón I chân nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp bàn ngón I chân do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp bàn ngón I chân, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G, bơm tiêm 5 ml
- Thuốc tiêm khớp: Methylprednisolone acetate 40mg hoặc hydrocortisone acetate 125 mg
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Bác sỹ kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Bác sỹ kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh ở tư thế nằm, gối gập ở góc 60°, bàn chân đặt lên giường.
- Bác sỹ xác định vị trí đặt đầu dò tại diện khớp bàn ngón I, song song hoặc vuông góc với xương bàn chân I.
- Bác sỹ sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bác sỹ bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Điều dưỡng sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Bác sỹ đưa kim vào vị trí đã xác định, tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm, rút pittông kiểm tra xem kim có vào mạch máu hay không, nếu không có thì tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm
- Điều dưỡng sát khuẩn, băng tại chỗ

- Điều dưỡng dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, chọc dò; sốt...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Vị trí đặt đầu dò song song với diện khớp

Vị trí đặt đầu dò vuông góc với diện khớp

(Nguồn: http://sitemaker.umich.edu/fm_gmeig_musculoskeletal_joint-inject-aspir/1st_mtp_joint)

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
5. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.

QUY TRÌNH TIÊM NỘI KHỚP CỔ TAY HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau khớp cổ tay có nhiều nguyên nhân gây ra. Trong một số trường hợp tổn thương khớp cổ tay không do nhiễm khuẩn có thể có chỉ định tiêm corticoid tại chỗ. Ngoài kỹ thuật tiêm khớp mù, còn có kỹ thuật tiêm nội khớp cổ tay dưới hướng dẫn của siêu âm. Đây là một kỹ thuật tiêm đảm bảo độ chính xác và an toàn cao hơn so với tiêm khớp mù.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau khớp cổ tay sau khi đã điều trị toàn thân ở các bệnh viêm khớp không nhiễm khuẩn mà đỡ ít: viêm khớp dạng thấp, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, gút, thoái hóa khớp...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm khớp cổ tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp cổ tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp cổ tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp cổ tay.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G, bơm tiêm 5 ml

- Thuốc tiêm khớp: Methylprednisolone acetate 40mg hoặc hydrocortisone acetate 125 mg

- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Để người bệnh ở tư thế nằm, tay để dọc theo thân mình. Cổ tay và bàn tay được đặt lên một chiếc gối.

- Bác sỹ siêu âm xác định vị trí đặt đầu dò ở khối xương cổ tay mặt dưới, xác định vị trí khớp cổ tay có tăng sinh màng hoạt dịch nhiều nhất để đưa kim vào an toàn, tránh các vị trí có mạch máu, thần kinh và gân.

- Bác sỹ sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bác sỹ bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Điều dưỡng sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Bác sỹ đưa kim vào vị trí đã xác định, tiêm thuốc vào ổ khớp dưới hướng dẫn của siêu âm

- Điều dưỡng sát khuẩn, băng tại chỗ

- Điều dưỡng dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm và hạn chế vận động khớp trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

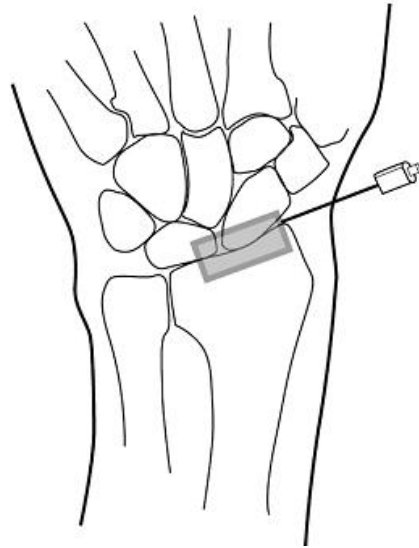
- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
5. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.



Hình minh họa: tiêm khớp cổ tay dưới hướng dẫn siêu âm

(trích nguồn: Ultrasound guided musculoskeletal procedures- David Fessell-2007)

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP KHUYẸ TAY DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngày nay, ứng dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh vào kỹ thuật tiêm khớp, cho phép thầy thuốc lựa chọn tối ưu các kỹ thuật tiêm khớp phù hợp với từng vị trí khớp. Ngoài tiêm khớp theo phương pháp kinh điển, còn có tiêm khớp dưới màn huỳnh quang tăng sáng, tiêm khớp dưới hướng dẫn siêu âm. Trong đó tiêm khớp dưới hướng dẫn siêu âm đảm bảo tính an toàn, chính xác và kinh tế. Khớp khuỷu tay có cấu tạo phức tạp, gần vị trí thần kinh trụ, nên lựa chọn tiêm khớp theo phương pháp dưới hướng dẫn siêu âm sẽ đảm bảo tính an toàn và chính xác cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm màng hoạt dịch khớp khuỷu tay ở các bệnh viêm khớp không nhiễm khuẩn: viêm khớp dạng thấp, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, gút, thoái hóa khớp....sau khi đã điều trị toàn thân bằng thuốc và vật lý trị liệu không hiệu quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý nội khoa nặng: suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân.
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp khuỷu tay
- Tổn thương khớp trong bệnh lý thần kinh, mạch máu, u xương.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp, có các chứng chỉ tiêm khớp và chứng chỉ siêu âm khớp

- 01 Điều dưỡng.

4.2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Liner 5- 9 MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 22-23G, bơm tiêm 5 ml vô khuẩn
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính y tế.
- Thuốc dùng tiêm khớp corticoid dạng nhũ dịch (dung dịch treo): hydrocortisone acetate, methyl prednisonlon acetate...
- Hộp chống sốc theo quy định.

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Người bệnh ngồi ghế đặt khuỷu tay lên bàn thủ thuật, tư thế cẳng tay vuông góc với cánh tay
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc hoặc phiếu chỉ định thủ thuật theo quy định

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Lấy thuốc 1ml thuốc tiêm khớp (methyl prednisolon acetat, hoặc hydrocortson acetate...)
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí màng hoạt dịch khớp khuỷu tay, lựa chọn vị trí thuận lợi nhất để đường đi của kim không chạm thần kinh, mạch máu
- Đưa kim theo sự hướng dẫn của đầu dò máy siêu âm, kiểm tra trên màn hình đầu kim đã vào vị trí màng hoạt dịch khớp khuỷu tay, tiến hành bơm thuốc vào ổ khớp.
- Sát khuẩn, băng vị trí tiêm.
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm và hạn chế vận động khớp trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch, có chỉ định điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.



*Hình ảnh minh họa kỹ thuật tiêm khớp khuỷu tay dưới hướng dẫn siêu âm.
Nguồn: internet*

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP VAI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngày nay, ứng dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh vào kỹ thuật tiêm khớp, cho phép thầy thuốc lựa chọn tối ưu các kỹ thuật tiêm khớp phù hợp với từng vị trí khớp. Ngoài tiêm khớp theo phương pháp kinh điển, còn có tiêm khớp dưới màn huỳnh quang tăng sáng, tiêm khớp dưới hướng dẫn siêu âm. Trong đó tiêm khớp dưới hướng dẫn siêu âm đảm bảo tính an toàn, chính xác và kinh tế. Khớp vai có cấu tạo phức tạp, gần vị trí thần kinh, mạch máu nên lựa chọn tiêm khớp theo phương pháp dưới hướng dẫn siêu âm sẽ đảm bảo tính an toàn và chính xác cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm khớp vai
- Viêm co rút quanh khớp vai
- Viêm khớp vai trong các bệnh: viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp mà sau khi đã điều trị toàn thân không cải thiện.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý nội khoa nặng: suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân.
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp vai
- Tổn thương khớp trong bệnh lý thần kinh, mạch máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp, chứng chỉ tiêm khớp và chứng chỉ siêu âm khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Liner 5- 9 MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- găng vô khuẩn
- Kim tiêm 20G, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng Urgo

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật

- Người bệnh nằm trên bàn thủ thuật, tay duỗi thẳng theo chiều dọc cơ thể
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn

Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Lấy thuốc 1ml Depo- medrol
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí màng hoạt dịch khớp vai, lựa chọn vị trí thuận lợi nhất để đường đi của kim không chạm thần kinh, mạch máu
- Đưa kim theo sự hướng dẫn của đầu dò máy siêu âm, kiểm tra trên màn hình đầu kim đã vào vị trí màng hoạt dịch khớp vai, tiến hành bơm 1 ml Depo- medrol vào ổ khớp.
- Sát khuẩn, băng tại chỗ
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh giữ sạch và không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

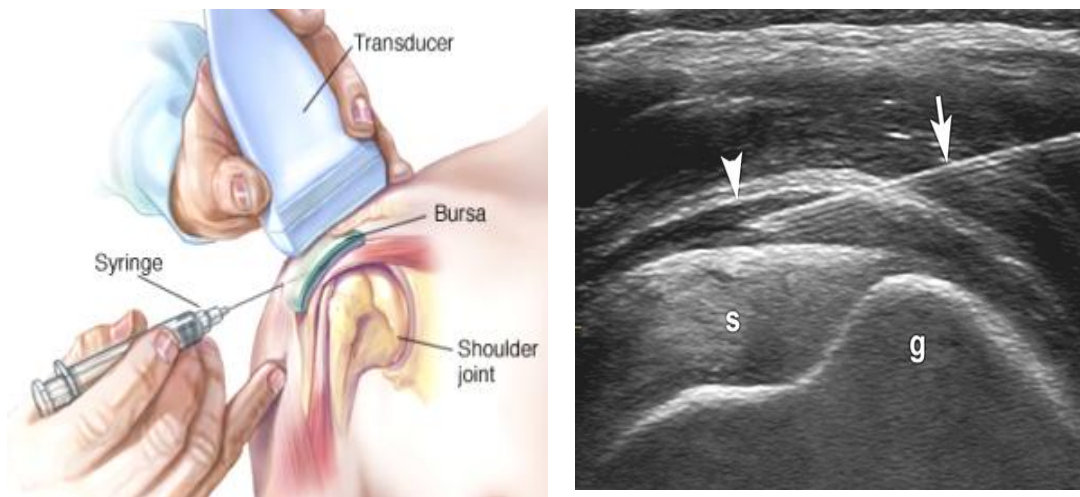
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 H: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực

khó thở, rối loạn cơ tròn... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.



Hình ảnh minh họa kỹ thuật tiêm khớp vai dưới hướng dẫn siêu âm. Nguồn: internet

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CÙNG VAI - ĐÒN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngày nay, ứng dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh vào kỹ thuật tiêm khớp, cho phép thầy thuốc lựa chọn tối ưu các kỹ thuật tiêm khớp phù hợp với từng vị trí khớp. Khớp cùng vai- đòn là một khớp nhỏ khó xác định đúng vị trí, nên lựa chọn tiêm khớp theo phương pháp dưới hướng dẫn siêu âm sẽ đảm bảo tính an toàn và chính xác cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định tiêm khớp cùng vai đòn trong các trường hợp bệnh lý:

- Thoái hóa khớp cùng vai- đòn
- Sau trật hoặc bong gân vùng khớp cùng vai- đòn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý nội khoa nặng: suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân.
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp cùng vai- đòn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp, có chứng chỉ tiêm khớp và chứng chỉ siêu âm khớp
- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Liner 5- 9 MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G, bơm tiêm 5 ml vô khuẩn.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính y tế
- Thuốc tiêm khớp: corticoid dạng nhũ dịch (dung dịch treo): hydrocortisone acetate, hoặc methyl prednisolon acetate...
- Hộp chống sốc theo quy định.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn thủ thuật, hai tay duỗi thẳng sát chiều dọc cơ thể, hai vai cân đối

- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc hoặc phiếu chỉ định thủ thuật theo mẫu quy định

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Lấy thuốc 1/4 ml thuốc dung tiêm khớp (hoặc thuốc Hydrocortison acetate hoặc methyl prednisolon acetate...)
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí khớp cùng vai- đòn
- Đưa kim theo sự hướng dẫn của đầu dò máy siêu âm, kiểm tra trên màn hình đầu kim đã vào vị trí màng hoạt dịch khớp cùng vai- đòn, tiến hành bơm thuốc vào ổ khớp.
- Sát khuẩn, băng vị trí tiêm.
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm và hạn chế vận động khớp trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

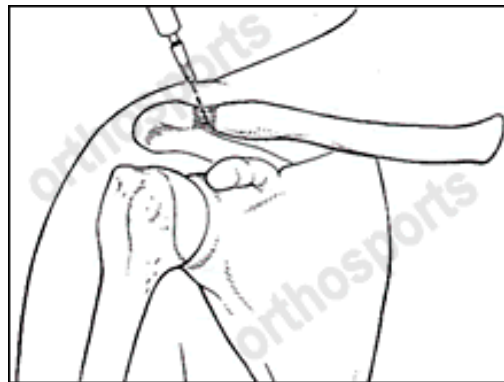
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với các tinh thể thuốc , thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, cần chỉ định điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Adler. RS, Sofka. CM. “Percutaneous ultrasound – guided injections in the musculoskeletal”, Ultrasound 2003 Mar; 19(1) 3-12
3. Del Cura JL, “ Ultrasound guided therapeutic procedures in the musculoskeletal system”, Curr probl Diagn Radiol 2008 37: 203-218
4. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.



Hình ảnh minh họa kỹ thuật tiêm khớp cùng vai đòn dưới hướng dẫn của siêu âm. Nguồn: internet

QUY TRÌNH TIÊM HỘI CHỨNG DEQUERVAIN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng De Quervain bản chất là tình trạng viêm bao gân giạng dài và duỗi ngón cái. Bệnh thường gặp ở nữ giới, tuổi 30 đến 50. Điều trị bao gồm: giảm vận động ngón tay cái, thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau và tiêm corticoid tại chỗ.

Tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị hội chứng De Quervain cho phép đưa thuốc chính xác vào bao gân, tránh các tổn thương vào mạch máu do vậy đem lại hiệu quả điều trị cao hơn so với phương pháp tiêm kinh điển trước đây.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm bao gân trong hội chứng Dequervain

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp, nhiễm nấm
- Cơ địa suy giảm miễn dịch
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 26 Gauge (G), bơm tiêm 5 ml
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa Cơ Xương Khớp

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng theo quy định

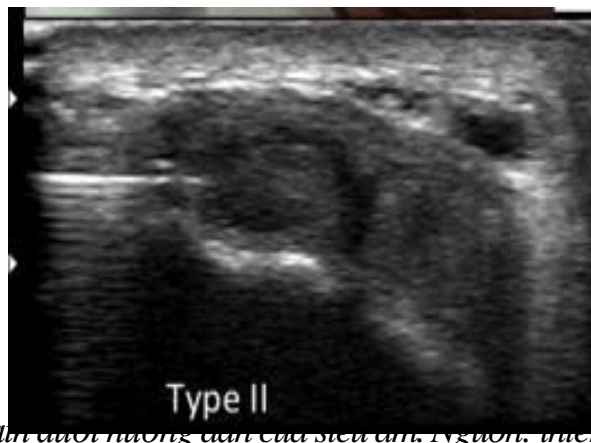
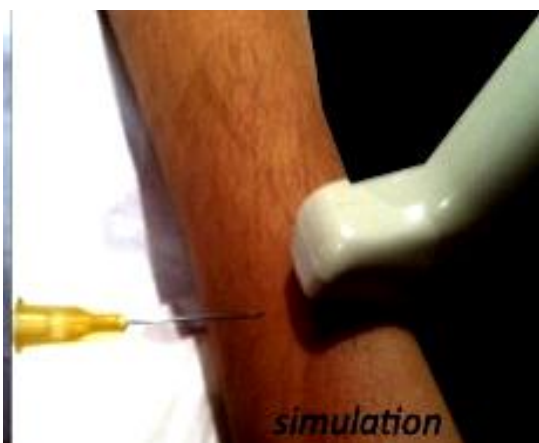
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Chuẩn bị BN: hướng dẫn tư thế BN ngồi, bàn tay để trên giường siêu âm
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí tiêm
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí cần tiêm: hình ảnh cắt ngang qua vùng dưới mỏm trâm quay thấy được gân dạng dài và duỗi ngắn ngón cái
 - Tiến hành chọc kim qua da tiến sát vào bao gân dưới mỏm trâm quay, hướng kim đi song song với đầu dò và vuông góc với chùm tia siêu âm và đồng thời quan sát trên màn hình. Khi kim vào đúng vị trí tam giác ở phía bên trái của trung tâm màn hình thì tiến hành tiêm thuốc. Sau đó rút kim.
 - Sát khuẩn, băng tại chỗ
 - Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol
 - Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.
 - Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Interventional ultrasound guide của siêu âm. Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001), “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II”, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004), “Tiêm nội khớp và cạnh khớp”, *Bệnh học nội khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, tr 501 - 505.
3. Cardinal E, Chem RK, Beaugard CG (1998), “Ultrasound-guided interventional procedures in the musculoskeletal system”, *Radiol Clin North Am*, vol (36), no (3), p 597 - 604.
4. Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009), “Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues”, *Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol (10).
5. Mike Bradley, Paul D (2004), *Atlas of musculoskeletal ultrasound anatomy*, Cambridge University Press, p 100 - 105.

QUY TRÌNH TIÊM HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY DƯỚI

HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng đường hầm cổ tay nguyên nhân do dây thần kinh giữa bị chèn ép ở cổ tay. Trên lâm sàng : người bệnh tê và đau buốt ở đầu các ngón tay cái và ngón hai, ba. Tê và đau nhức phía gan tay thường đau liên tục và tăng lên về đêm và khi làm các động tác duỗi cổ tay. Siêu âm thấy có dày bao gân và dịch tụ quanh bao gân trong đường hầm cổ tay.

Điều trị bao gồm : giảm vận động cổ bàn tay, thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau và tiêm corticoid tại vị trí đường hầm.

Tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị hội chứng đường hầm cổ tay cho phép đưa thuốc chính xác vào bao gân, tránh các tổn thương vào thần kinh giữa và mạch máu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng đường hầm cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp, nhiễm nấm
- Cơ địa suy giảm miễn dịch
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm

- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 23-25 Gauge (G), bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật

- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

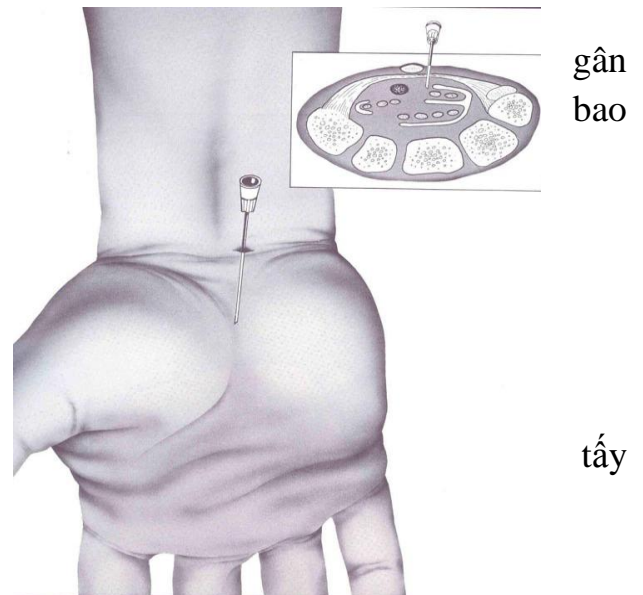
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Chuẩn bị BN: hướng dẫn tư thế BN ngồi, bàn tay để ngửa trên giường siêu âm
- Chuẩn bị dụng cụ: hút 0,2ml methylprednisolon (Depomedrol) vào bơm tiêm.
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí tiêm: vùng cổ tay mặt gan tay
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod 3 lần tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí cần tiêm: đặt đầu dò siêu âm ở lát cắt dọc qua cổ tay ở mặt gan tay, sao cho đường đi của kim không qua mạch máu và dây thần kinh giữa.

- Tiến hành chọc kim qua da, hướng kim đi song song với đầu dò và vuông góc với chùm tia siêu âm và đồng thời với quan sát trên màn hình, tiến kim sát tới bao gấp chung các ngón tay, khi kim tới vị trí gân thì tiến hành tiêm thuốc

- Sát khuẩn, băng tại chỗ
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tại vị trí tiêm, sốt.



Hình ảnh: Tiêm đường hầm cổ tay((Nguồn: Corticothérapie locale en rhumatologie)

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, “**Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II**”, *Nhà xuất bản Y học*.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004)**, “Tiêm nội khớp và cạnh khớp”, *Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học*, tr 501 - 505.
3. **Alblas CL, van Kasteel V, Jellema K (2012)**, “Injection with corticosteroids (ultrasound guided) in patients with an ulnar neuropathy at the elbow, feasibility study”, *Eur J Neurol*, 19(12), pp 1582-1584.
4. **Cardinal E, Chem RK, Beaugard CG (1998)**, “Ultrasound-guided interventional procedures in the musculoskeletal system”, *RadiolClin North Am*, vol (36), no (3), p 597 - 604.
5. **Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009)**, “Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues”, *Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol (10).
6. **Mike Bradley, Paul D (2004)**, *Atlas of musculoskeletal ultrasound anatomy*, Cambridge University Press, p 100 - 105.

QUY TRÌNH TIÊM GÂN GẤP NGÓN TAY DƯỚI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gân gấp ngón tay hay còn gọi là ngón tay lò xo có là tình trạng viêm gân, bao gân gấp ngón tay. Điều trị bao gồm: giảm vận động ngón tay, thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau và tiêm corticoid tại chỗ. Tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm gân gấp ngón tay cho phép đưa thuốc chính xác vào bao gân, tránh các tổn thương vào thần kinh và mạch máu do vậy đem lại hiệu quả điều trị cao hơn so với phương pháp tiêm kinh điển trước đây.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm gân gấp ngón tay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp, nhiễm nấm
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.

- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25 hoặc 26 Gauge (G), bơm tiêm 5 ml
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Chuẩn bị BN: hướng dẫn tư thế BN ngồi để ngửa bàn tay
- Chuẩn bị hút 0,2 ml methylprednisolon (Depomedrol) cho vào bơm tiêm.
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí tiêm: mặt gan tay của khớp bàn ngón
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod 3 lần tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí cần tiêm: đặt đầu dò ở lát cắt ngang qua khớp bàn ngón

tay, vị trí tiêm là đưa kim vào được chính xác vùng tam giác ngay dưới ròn rọc A1. Vùng tam giác này được giới hạn bởi gân gấp chung các ngón, nền xương bàn ngón tay và khoảng cách từ khớp bàn ngón đến ròn rọc.

- Tiến hành chọc kim qua da, hướng kim tạo một góc 30 độ so với mặt phẳng nằm ngang và đồng thời quan sát trên màn hình. Khi kim vào đúng vị trí tam giác ở phía bên trái của trung tâm màn hình thì tiến hành tiêm thuốc.

- Sát khuẩn, băng tại chỗ
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

VI. THEO DÕI

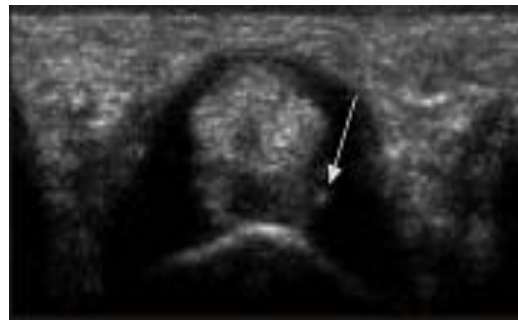
- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Hình minh họa: Tiêm gân gấp ngón III dưới hướng dẫn của siêu âm. Nguồn: internet.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001), “**Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II**”, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004), “Tiêm nội khớp và cạnh khớp”, *Bệnh học nội khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, tr 501 - 505.
3. Cardinal E, Chem RK, Beauregard CG (1998), “Ultrasound-guided interventional procedures in the musculoskeletalsystem”, *RadiolClin North Am*, vol (36), no (3), p 597 - 604.

4. **Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009)**, “Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues”, *Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol (10).
5. **Marko Bodor MD, Tiffany Flossman (2009)**, “Ultrasound-Guided First Annular Pulley Injection for Trigger Finger”, *J Ultrasound Med*, Vol (28), p 737 - 743.
6. **Mike Bradley, Paul D (2004)**, *Atlas of musculoskeletal ultrasound anatomy*, Cambridge University Press, p 100 - 105.

QUY TRÌNH TIÊM GÂN NHỊ ĐẦU KHỚP VAI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai là một bệnh thuộc nhóm bệnh lý phần mềm thường gặp gồm bốn thể lâm sàng, trong đó hay gặp là viêm bó dài gân cơ nhị đầu cánh tay. Điều trị viêm gân nhị đầu cánh tay bao gồm: các thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ và tiêm corticoid tại chỗ. Tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị hội chứng De Quervain cho phép đưa thuốc chính xác vào bao gân, tránh các tổn thương vào mạch máu do vậy đem lại hiệu quả điều trị cao hơn so với phương pháp tiêm kinh điển trước đây.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm gân nhị đầu cánh tay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp, nhiễm nấm
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- găng vô khuẩn

- Kim tiêm 23-25 Gauge, bơm tiêm 5 ml
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Chuẩn bị BN: BN ở tư thế nằm ngửa, lòng bàn tay ngửa, tay ép sát thân mình
- Chuẩn bị : hút 0,5ml 40mg/ml methylprednisolon (Depomedrol) vào bơm tiêm 25 Gauge

(G).

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí tiêm: dưới mỏm quạ 1 cm ở mặt trước khớp vai
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí cần tiêm: đặt đầu dò ở lát cắt dọc qua bó dài gân cơ nhị đầu.

- Tiến hành chọc kim qua da, hướng kim đi song song với đầu dò và vuông góc với chùm tia siêu âm và đồng thời với quan sát trên màn hình, tiến kim sát tới bao gân của bó dài gân nhị đầu, khi kim tới vị trí bao gân thì tiến hành tiêm thuốc.

- Sát khuẩn, băng tại chỗ

- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Hình ảnh: Tiêm gân nhị đầu dưới hướng dẫn của siêu âm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001), “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II”, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004), “Tiêm nội khớp và cạnh khớp”, *Bệnh học nội khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, tr 501 - 505.

3. **Cardinal E, Chem RK, Beauregard CG (1998)**, “Ultrasound-guided interventional procedures in the musculoskeletal system”, *Radiol Clin North Am*, vol (36), no (3), p 597 - 604.
4. **Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009)**, “Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues”, *Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol (10).
5. **Mike Bradley, Paul D (2004)**, *Atlas of musculoskeletal ultrasound anatomy*, Cambridge University Press, p 100 - 105.
6. **P. Cheng, J. Modir, H. Kim, S. Narouze** . Ultrasound-guided shoulder joint injections, *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, Volume 13, Issue3, Pages184-190

QUY TRÌNH TIÊM GÂN TRÊN GAI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai là một bệnh thuộc nhóm bệnh lý phần mềm (bao gồm dây chằng, gân cơ, bao thanh mạc..) rất thường gặp trong đó có viêm gân trên gai. Điều trị viêm gân trên gai bao gồm: các thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ và tiêm corticoid tại chỗ. Tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị viêm gân trên gai cho phép đưa thuốc chính xác vào bao gân, tránh các tổn thương vào mạch máu do vậy đem lại hiệu quả điều trị cao hơn so với phương pháp tiêm kinh điển trước đây.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm gân trên gai vô khuẩn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp, nhiễm nấm
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp; chứng chỉ siêu âm.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm có đầu dò Linear 5-9MHz
- Túi bọc đầu dò siêu âm
- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25 Gauge (G), bơm tiêm 5 ml
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Chuẩn bị BN: BN ở tư thế nằm nghiêng, lưng về phía bác sỹ, lòng bàn tay úp vào mông
- Chuẩn bị : hút 0,5ml methylprednisolon (Depomedrol) vào bơm tiêm.
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra vị trí tiêm: điểm cách $\frac{1}{2}$ dưới của bờ dưới mỏm cùng vai
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Bọc đầu dò bằng găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Siêu âm xác định vị trí cần tiêm: đặt đầu dò ở lát cắt dọc qua gân cơ trên gai
- Tiến hành chọc kim qua da tiến sát tới bao gân cơ trên gai, hướng kim đi song song với đầu dò và vuông góc với chùm tia siêu âm và đồng thời với quan sát trên màn hình, tới vị trí gân cơ trên gai thì tiến hành tiêm thuốc
- Sát khuẩn, băng tại chỗ
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

VI. THEO DÕI

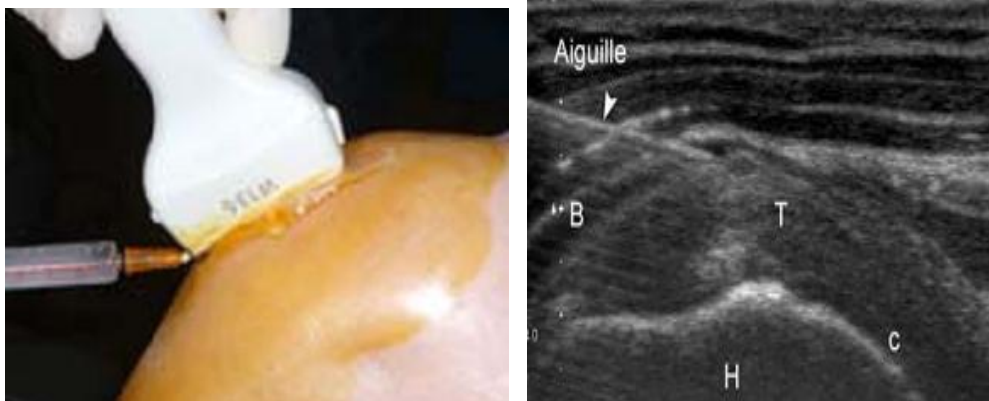
- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Hình minh họa: Tiêm gân trên gai dưới hướng dẫn của siêu âm. Nguồn: internet.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, “**Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II**”, Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004)**, “**Tiêm nội khớp và cạnh khớp**”, *Bệnh học nội khoa tập 1*, Nhà xuất bản y học, tr 501 - 505.
3. **Cardinal E, Chem RK, Beauregard CG (1998)**, “**Ultrasound-guided interventional procedures in the musculoskeletal system**”, *RadiolClin North Am*, vol (36), no (3), p 597 - 604.

4. **Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009)**, “Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues”, *Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol (10).
5. **Mike Bradley, Paul D (2004)**, *Atlas of musculoskeletal ultrasound anatomy*, Cambridge University Press, p 100 - 105.
6. **P. Cheng, J. Modir, H. Kim, S. Narouze** . Ultrasound-guided shoulder joint injections, *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, Volume 13, Issue3, Pages184-190

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LỖI CẦU TRONG XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân lõi cầu trong xương đùi là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng lõi cầu trong xương đùi. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ, vật lý trị liệu trong đó tiêm corticoid tại chỗ cho hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân lõi cầu trong xương đùi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp gối ở vị trí tiêm.
- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 26 Gauge (G), bơm tiêm 5 ml.
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol acetat 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.
- Tư thế: người bệnh ngồi trên giường, đùi gấp 45^0 , khớp gối gấp 90^0 .
- Xác định vị trí: lồi cầu trong xương đùi.
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm lồi cầu trong xương đùi.
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim về phía lồi cầu, tạo với mặt da 1 góc khoảng 45 - 60 độ, đâm kim sâu 5mm, rút nhẹ piston kiểm tra không có máu, đẩy piston thấy nhẹ tay, tiêm khoảng 0,2-0,3 ml methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol acetat 1ml=125 mg.
- Băng tại chỗ.
- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol 0,5g-2g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, ; xử trí: điều trị bằng thuốc kháng sinh thích hợp.
- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Hình minh họa: Tiêm điểm bám gân lõi cầu trong xương đùi. Nguồn: internet.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II.** Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
- 2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011),** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
- 3. Wise, CM (2009),** Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương đùi là bệnh lý viêm các gân cơ bám tận tại lõi cầu ngoài xương đùi. Điều trị có nhiều phương pháp như vật lý trị liệu, thuốc chống viêm không steroid dạng uống... Tiêm corticoid tại chỗ là phương pháp điều trị thông dụng và mang lại hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH: Viêm điểm bám gân lõi cầu ngoài xương đùi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- CCD tuyệt đối:
 - + Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.
 - + Cơ địa suy giảm miễn dịch.
 - + Bệnh rối loạn đông máu.
- CCD tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô khuẩn đạt tiêu chuẩn chuyên môn.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).
- Kim tiêm 26 gauge (G).
- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
- Bông cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.
- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ

1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm
2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật
3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi trên giường, tư thế chân cần tiêm là đùi gấp 45 độ, gối gấp 90 độ, chân còn lại duỗi thẳng.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn BN không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm trong 24 giờ, sau 24 giờ mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường.

- Bác sỹ

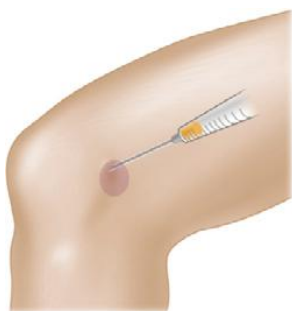
+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm : Xác định vị trí lồi cầu ngoài xương đùi, ấn tại chỗ BN đau nhiều.

+ Tiến hành tiêm khớp : Vị trí tiêm cạnh lồi cầu, hướng kim về phía lồi cầu, tạo với mặt da 1 góc khoảng 45 – 60 độ, đâm kim sâu 5mm, rút nhẹ pitton kiểm tra không có máu, đẩy pitton thấy nhẹ tay.

Liều lượng thuốc: 0.3-0.5 ml

- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt ...



Hình minh họa: Tiêm điểm bám gân lồi cầu trong xương đùi. Nguồn: internet.

VI. THEO DÕI

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP VAI (ĐƯỜNG PHÍA TRƯỚC)

I. ĐẠI CƯƠNG

-Tiêm khớp vai hay còn gọi là khớp ổ chảo cánh tay là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc vào ổ khớp để điều trị tại chỗ một số bệnh khớp. Để tiêm khớp vai có thể đi theo 2 đường (đường phía trước và đường phía sau).

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm màng hoạt dịch khớp vai không đặc hiệu trong một số bệnh lý sau: Thoái hoá khớp; viêm khớp dạng thấp; bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ...); viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương); bệnh gút và bệnh giả gút khác.

- Viêm quanh khớp vai thể đông cứng (do co thắt bao khớp)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp vô khuẩn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 25G – 5/10mm.

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cotton 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định.

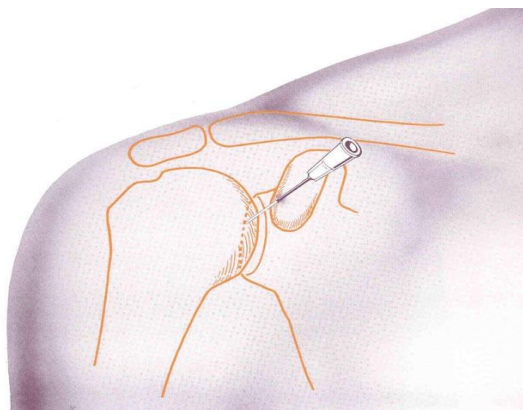
1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm

Người bệnh ở tư thế ngồi, với vai hơi xoay trong. Sờ xác định mỏm quạ, rồi lần ra phía ngoài sẽ thấy rãnh khe khớp. Sát trùng cho người bệnh, sau đó dùng kim 25 gauge để xuyên vào khe khớp ở phía dưới ngoài mỏm quạ bằng 1 bề rộng ngón tay. Nhẹ nhàng tiến kim

Tiêm khớp vai đường phía trước



vào khe khớp, xuyên qua bao khớp để vào khoang hoạt dịch. Chú ý không hướng kim vào phía trong có thể tổn thương các cấu trúc mạch thần kinh trong nách. Kéo nhẹ pittong ra, nếu không có máu, hoặc hút được dịch không viêm (trong và nhớt) thì tiêm thuốc vào trong khớp.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động khớp vai tiêm 3 lần.
- Dặn BN giữ khô vị trí tiêm trong 24 giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm.

V.THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN GAI SAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán viêm điểm bám gân gai sau đốt sống là một chẩn đoán loại trừ, yêu cầu cần phải khám lâm sàng, và thực hiện một sống thăm dò khác để loại trừ những bệnh lý toàn thân gây ra triệu chứng đau cột sống như: bệnh lý ác tính (ung thư phổi, ung thư gan, ung thư di căn cột sống...), viêm đĩa đệm đốt sống, bệnh lý mạch vành... Viêm điểm bám gân gai sau cột sống thắt lưng biểu hiện bằng triệu chứng đau khi cử động cột sống thắt lưng, có điểm đau chói, tăng lên khi ấn tại gai sau đốt sống thắt lưng và thường khởi phát sau yếu tố nguy cơ như vận động mạnh sai tư thế....

Liệu trình tiêm điểm bám gân gai sau đốt sống cũng giống như tiêm khớp nói chung là: tiêm 1- 2 mũi tiêm/ 1 lần điều trị (khoảng cách 2 mũi tiêm là 7-10 ngày), có thể tiêm nhắc lại sau ít nhất 3 tháng và 1 năm không quá 4 lần tiêm cùng vị trí.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân gai sau đốt sống thắt lưng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm đĩa đệm đốt sống: viêm mủ, viêm do lao.
- Tổn thương cột sống do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm nấm ngoài da vùng thắt lưng.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý rối loạn đông máu.. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt. Đối với người có tiền sử tăng huyết áp cần đo lại huyết áp ngày sau tiêm và mỗi 30 phút ít nhất 02 lần. Với người có bệnh lý rối loạn đông máu cần theo dõi chỗ tiêm ít nhất 30 phút sau tiêm. Với người bệnh có tiền sử đái tháo cần thử đường máu ít nhất 01 lần sau tiêm 06 h.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn
- Kim tiêm 25G, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng Urgo

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Lấy thuốc Depo- medrol 40mg- 0,3 ml
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.

- Xác định vị trí tiêm: Người bệnh ngồi cong lưng về phía sau. Vị trí tiêm là đỉnh gai sau đốt sống (vị trí gai sau đốt sống khi bác sỹ ấn tay người bệnh có cảm giác đau chói nhất). Đặt hướng kim vuông góc với mặt da, đưa kim vào từ từ cho tới khi chạm đến xương (đỉnh gai sau), rút bớt kim ra 1mm, rút pít tông kiểm tra xem kim có bị vào mạch máu hay không, nếu không có thì tiến hành bơm thuốc

- Sát khuẩn lại vị trí tiêm, băng Urgo tại vị trí tiêm

- Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm, giữ sạch vị trí tiêm trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm tại chỗ với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn vùng cột sống thắt lưng do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN GAI SAU ĐỐT SỐNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán viêm điểm bám gân gai sau đốt sống là một chẩn đoán loại trừ, yêu cầu cần phải khám lâm sàng, và thực hiện một sống thăm dò khác để loại trừ những bệnh lý toàn thân gây ra triệu chứng đau cột sống như: bệnh lý ác tính (ung thư phổi, ung thư gan, ung thư di căn cột sống...), viêm đĩa đệm đốt sống, bệnh lý mạch vành... Viêm điểm bám gân gai sau cột sống ngực biểu hiện bằng triệu chứng đau khi cử động cột sống ngực, có điểm đau chói, tăng lên khi ấn tại gai sau đốt sống ngực và thường khởi phát sau yếu tố nguy cơ như vận động mạnh sai tư thế...

Liệu trình tiêm điểm bám gân gai sau đốt sống cũng giống như tiêm khớp nói chung là: tiêm 1- 2 mũi tiêm/ 1 lần điều trị (khoảng cách 2 mũi tiêm là 7-10 ngày), có thể tiêm nhắc lại sau ít nhất 3 tháng và 1 năm không quá 4 lần tiêm cùng vị trí.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm điểm bám gân gai sau đốt sống ngực

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm đĩa đệm đốt sống: viêm mủ, viêm do lao.
- Tổn thương cột sống do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm nấm ngoài da vùng ngực.
- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

Lưu ý: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý rối loạn đông máu.. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt. Đối với người có tiền sử tăng huyết áp cần đo lại huyết áp ngày sau tiêm và mỗi 30 phút ít nhất 02 lần. Với người có bệnh lý rối loạn đông máu cần theo dõi chỗ tiêm ít nhất 30 phút sau tiêm. Với người bệnh có tiền sử đái tháo cần thử đường máu ít nhất 01 lần sau tiêm 06 h.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp
- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Găng vô khuẩn

- Kim tiêm 25G, bơm tiêm 5 ml
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng Urgo

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô khuẩn

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Lấy thuốc Depo- medrol 40mg- 0,3 ml
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Xác định vị trí tiêm: Người bệnh ngồi cong lưng về phía sau. Vị trí tiêm là đỉnh gai sau đốt sống (vị trí gai sau đốt sống khi bác sỹ ấn tay người bệnh có cảm giác đau chói nhất). Đặt hướng kim vuông góc với mặt da, đưa kim vào từ từ cho tới khi chạm đến xương (đỉnh gai sau), rút bớt kim ra 1mm, rút pít tông kiểm tra xem kim có bị vào mạch máu hay không, nếu không có thì tiến hành bơm thuốc
 - Sát khuẩn lại vị trí tiêm, băng Urgo tại vị trí tiêm
 - Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: người bệnh không cho nước tiếp xúc với vị trí tiêm, giữ sạch vị trí tiêm trong vòng 24h. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24h
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h
- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 h: do phản ứng viêm tại chỗ với thuốc depo-medrol, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol
- Nhiễm khuẩn vùng cột sống ngực do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. **Wise, CM (2009)**, Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân lòi cầu ngoài xương cánh tay là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng lòi cầu ngoài xương cánh tay. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ.

Viêm điểm bám gân lòi cầu ngoài xương cánh tay biểu hiện bằng đau tại vùng lòi cầu ngoài. Đau tăng lên khi làm các động tác xoay cẳng tay, gấp duỗi ngón tay, nắm chặt tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân lòi cầu ngoài xương cánh tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp khuỷu ở vị trí tiêm.

- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 25-26G, bơm tiêm 1-5 ml.
- Băng, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp là các muối của corticoide có tác dụng chậm như: methylprednisolon acetat 40mg/1ml (Depo Medrol); betamethasone dipropionate 5mg và betamethasone disodiumphosphate 2mg (Diprospan) hoặc hydrocortisol acetat 125mg/5ml...

3. Chuẩn bị người bệnh

- Bác sỹ khám người bệnh xác định lại chẩn đoán, kiểm tra các chỉ định và chống chỉ định.
- Giải thích cho người bệnh, mục đích tiêm cũng như các tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn

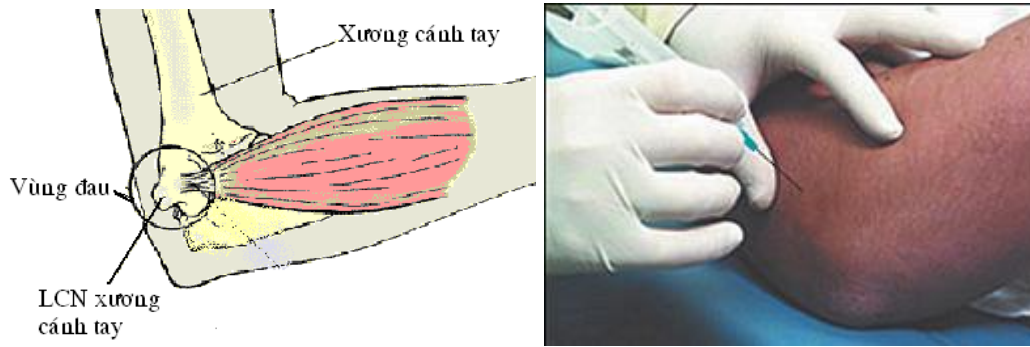
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.
- Tư thế: tay người bệnh đặt trên mặt bàn tiêm, khuỷu tay gấp 45° , cẳng tay xoay vào trong tối đa.
- Xác định vị trí tiêm: lồi cầu ngoài xương cánh tay.
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, tiêm khoảng 0,2-0,3 ml thuốc corticoide tác dụng chậm.
- Băng tại chỗ.
- Dẫn dò người bệnh sau làm thủ thuật: tránh để ướt vị trí tiêm trong vòng 24 giờ. Hạn chế vận động khớp trong vòng 24 giờ.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 giờ.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc corticoid tác dụng chậm, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol nếu cần.
- Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp khuỷu do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, cần điều trị kháng sinh thích hợp.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm. Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Cần đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.



Hình minh họa: kỹ thuật tiêm điểm bám gân lòe cầu ngoài xương cánh tay. Nguồn: internet

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LÒI CẦU TRONG XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân lòi cầu trong xương cánh tay là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng lòi cầu trong xương cánh tay. Lòi trong xương cánh tay là nơi bám của nhóm cơ trên lòi cầu. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ.

Viêm điểm bám gân lòi cầu trong xương cánh tay: biểu hiện bằng đau tại vùng lòi cầu trong. Đau tăng lên khi gấp cổ tay hoặc lật sấp cổ cẳng tay có đối lực, ấn lòi cầu trong đau chói.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm điểm bám gân lòi cầu trong xương cánh tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp khuỷu ở vị trí tiêm.

- Chống chỉ định tương đối: bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng vô khuẩn.
- Kim tiêm 25-26 G, bơm tiêm 1-5 ml
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp là thuốc corticoide tác dụng chậm như: methylprednisolon acetat 40mg/1ml (Depo Medrol); betamethasone dipropionate 5mg và betamethasone disodiumphosphate 2mg (Diprospan) hoặc hydrocortisol acetat 125mg/5ml...

3. Chuẩn bị người bệnh

- Bác sỹ khám người bệnh xác định lại chẩn đoán, kiểm tra các chỉ định và chống chỉ định.
- Giải thích cho người bệnh, mục đích tiêm cũng như các tai biến có thể xảy ra.

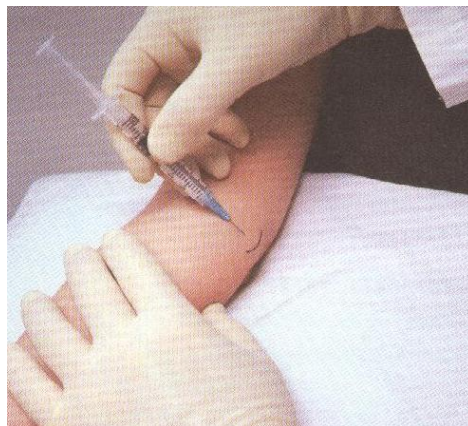
4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.
- Tư thế người bệnh: tay người bệnh đặt trên mặt bàn tiêm, khuỷu tay gấp 45° , cẳng tay xoay ra ngoài tối đa.
 - Xác định vị trí tiêm: lồi cầu trong xương cánh tay, chỗ ấn đau nhiều nhất.
 - Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.
 - Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm.
 - Đưa kim vào vị trí đã xác định, tiêm khoảng 0,2-0,3 ml thuốc corticoide tác dụng chậm.
 - Băng tại chỗ.
 - Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: tránh để ướt vị trí tiêm trong vòng 24 giờ. Hạn chế vận động khớp trong vòng 24 giờ.



Hình minh họa: Kỹ thuật tiêm điểm bám gân lồi cầu trong xương cánh tay. Nguồn: internet

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 giờ.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với thuốc corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5g-2g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy theo mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp khuỷu do thủ thuật tiêm (viêm mũ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ cần điều trị kháng sinh thích hợp.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm. Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn... Cần đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Genovese MC.” Joint and soft-tissue injection. A useful adjuvant to systemic and local treatment”. Postgrad Med 1998;103:125-34.
3. Owen DS. “Aspiration and injection of joints and soft tissues”. Kelley WN. Textbook of rheumatology. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1997:591-608.
4. Pfenninger JL.” Joint and soft tissue aspiration and injection”. Procedures for primary care physicians. St. Louis: Mosby, 1994:1036-54.
5. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rothberg M. “Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them”. Geriatrics 1990;45:45-52,55.

QUY TRÌNH TIÊM LỖI CỬ TRƯỚC XƯƠNG CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm lõi củ trước xương chày (Bệnh Osgood-Schlater) là hậu quả của sự bong nhẹ hoặc đứt 1 phần dây chằng bánh chè ở vùng bám của lõi củ xương chày. Điều trị có nhiều phương pháp : vật lý trị liệu , thuốc chống viêm không steroid dạng uống . Tiêm corticoid tại chỗ là phương pháp điều trị thông dụng và mang lại hiệu quả tốt .

II. CHỈ ĐỊNH: Viêm điểm bám gân lõi củ trước xương chày

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- CCD tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCD tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 25-26G (0,5 - 25mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cồn 70° , dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate)

3. Chuẩn bị người bệnh

- Bác sỹ khám người bệnh xác định lại chẩn đoán, kiểm tra các chỉ định và chống chỉ định.

- Giải thích cho người bệnh, mục đích tiêm cũng như các tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi trên giường, tư thế chân cần tiêm là đùi gấp 45 độ, gối gấp 90 độ, chân còn lại duỗi thẳng.

- Điều dưỡng:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

- Bác sỹ:

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm: xác định vị trí lồi củ trước xương chày và gân cơ tứ đầu đùi.

+ Tiến hành tiêm khớp: vị trí tiêm cạnh gân, cách bờ trong(ngoài) gân khoảng 3-5mm, hướng kim về phía lồi củ, tạo với mặt da góc khoảng 45-60 độ, đâm kim sâu 5mm, rút nhẹ piston kiểm tra không có máu, đẩy piston thấy nhẹ tay. Nếu đẩy piston thấy nặng tay có thể do kim đi vào gân, rút kim ra khoảng 1-2mm.

Liều lượng thuốc: 0.3-0.5 ml



Hình minh họa: viêm điểm bám gân lồi củ trước xương chày. Nguồn: internet

VI. THEO DÕI

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II.** Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
- 2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011)** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.
- 3. Wise, CM (2009),** Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721