

Số: /QĐ-YTNH

Ninh Hòa, ngày tháng 11 năm 2022

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Ban hành phác đồ điều trị chuyên ngành YHCT**  
**Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa**

**GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA**

*Căn cứ Quyết định số 2197/QĐ-UBND, ngày 03 tháng 8 năm 2018 của Ủy ban nhân dân tỉnh Khánh Hòa về việc tổ chức lại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa trên cơ sở sáp nhập Trung tâm dân số - Kế hoạch hóa gia đình thị xã Ninh Hòa vào Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa;*

*Căn cứ Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế;*

*Căn cứ Thông tư số 21/2013/TT-BYT, ngày 08 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện;*

*Căn cứ Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp; Theo đề nghị của Hội đồng Thuốc và điều trị của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này là 07 phác đồ chuyên ngành YHCT thực hiện tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

- Phác đồ xử trí đau cột sống thắt lưng;
- Phác đồ xử trí Hội chứng cổ vai cánh tay;
- Phác đồ xử trí ngón tay lò xo;
- Phác đồ xử trí Thoái hóa cột sống cổ;
- Phác đồ xử trí Thoái hóa cột sống thắt lưng;
- Phác đồ xử trí Viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay;
- Phác đồ xử trí Viêm mủm trâm quay.

**Điều 2.** Phác đồ điều trị này được áp dụng tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa và các đơn vị trực thuộc, giao cho Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ kiểm tra, giám sát việc tuân thủ phác đồ điều trị.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Các đơn vị trực thuộc chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

*Nơi nhận:*

- Như điều 3;
- Lưu: VT, KHNH.

**GIÁM ĐỐC**

**Trịnh Tiến Khoa**

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Đau cột sống thắt lưng hay còn gọi là đau lưng vùng thấp (Low back pain) là hội chứng do đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông (có thể ở một bên hoặc cả hai bên), đây là một hội chứng xương khớp hay gặp nhất trong thực hành lâm sàng. Khoảng 65-80% những người trưởng thành trong cộng đồng có đau cột sống thắt lưng (CSTL) cấp tính hoặc từng đợt một vài lần trong cuộc đời và khoảng 10% số này bị chuyển thành đau CSTL mạn tính.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 1. Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học

Nguyên nhân phổ biến do căng giãn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức; thoái hóa đĩa đệm cột sống; thoát vị đĩa đệm CSTL; trượt thân đốt sống, dị dạng thân đốt sống (cùng hóa thắt lưng 5, thắt lưng hóa cùng 1...), loãng xương nguyên phát... Loại này diễn biến lành tính, chiếm 90% số trường hợp đau CSTL.

#### 2. Đau cột sống thắt lưng do một bệnh toàn thân (Đau cột sống thắt lưng “triệu chứng”)

Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một trong các bệnh khớp mạn tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, loãng xương) hoặc tổn thương tại cột sống do nguyên nhân nhiễm khuẩn (viêm đĩa đệm đốt sống do vi khuẩn lao hoặc vi khuẩn sinh mủ); do ung thư; do các nguyên nhân khác (sởi thận, loét hành tá tràng, bệnh lý động mạch chủ bụng, u xơ tuyến tiền liệt...), tổn thương cột sống do chấn thương...

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học:

+ Đau CSTL do căng giãn dây chằng quá mức: Đau xuất hiện đột ngột sau bê vật nặng, sau hoạt động sai tư thế (lao động chân tay kéo dài, đi guốc cao gót...), rung xóc do đi xe đường dài, sau nhiễm lạnh hoặc sau một cử động đột ngột. Đau thường kèm theo cơ cứng khối cơ cạnh cột sống, tư thế cột sống bị lệch vẹo mất đường cong sinh lý, khi Thày thuốc ấn ngón tay dọc các móm gai sau hoặc vào khe liên đốt ở hai bên cột sống có thể xác định được điểm đau.

+ Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: Thường có biểu hiện của đau thần kinh tọa. Người bệnh đau lan từ cột sống thắt lưng lan xuống mông, phía sau ngoài đùi, mặt trước bên cẳng chân, mắt cá ngoài, qua mu chân tới ngón I nếu bị chèn ép ở L5. Nếu tổn thương ở S1, đau lan xuống mặt sau đùi, cẳng chân, gân Achilles, mắt cá ngoài qua bờ ngoài gan chân tới ngón V. Đôi khi có rối loạn cảm giác nông: Cảm giác tê bì, kiến bò, kim châm... dấu hiệu giật dây chuông dương tính, dấu hiệu Lasegue dương tính. Trường hợp có chèn ép nặng người bệnh có thể có rối loạn cơ tròn. Phản xạ gân xương chi dưới thường giảm hoặc mất, có thể có teo cơ đùi và cẳng chân nếu đau kéo dài.

- Đau cột sống thắt lưng do một bệnh toàn thân:

+ Trong trường hợp Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn

thân, người bệnh thường có các triệu chứng khác kèm theo như: Sốt, dấu hiệu nhiễm trùng thường gặp do nguyên nhân nhiễm khuẩn; gầy, sút cân nhanh, đau ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc chống viêm giảm đau thông thường là các triệu chứng gợi ý nguyên nhân của bệnh ung thư; trường hợp đau thắt lưng dữ dội ngày càng tăng kèm theo dấu hiệu sốc (shock), da xanh thiếu máu nên nghi ngờ phình tách động mạch chủ bụng... Khi có dấu hiệu chỉ điểm của một bệnh toàn thân liên quan đến đau vùng thắt lưng, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh đến các cơ sở chuyên khoa thực hiện các xét nghiệm, thăm dò chuyên sâu để tìm nguyên nhân.

Một số các trường hợp có nguyên nhân do tâm lý: Dấu hiệu đau thắt lưng xuất hiện sau các stress do áp lực của tâm lý hoặc lao động thể lực quá sức, sau đó chuyển thành đau thắt lưng mạn tính dai dẳng. Tuy nhiên, Thầy thuốc cần loại trừ các bệnh thực thể gây đau thắt lưng trước khi chẩn đoán đau do nguyên nhân tâm lý.

## **2. Cận lâm sàng**

- Đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học:  
+ Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm thường ở trong giới hạn bình thường.  
+ X quang thường quy đa số bình thường hoặc có thể gặp một trong các hình ảnh sau:

\* Hình ảnh thoái hóa cột sống: Hẹp các khe liên đốt, đặc xương ở mâm đốt sống, các gai xương ở thân đốt sống, đôi khi có trượt thân đốt sống.

\* Hình ảnh loãng xương: Đốt sống tăng thấu quang hoặc có lún xẹp.

\* Có thể có các hình ảnh tổn thương thân đốt sống trong một số trường hợp đau thắt lưng do thuộc nhóm đau cột sống thắt lưng “triệu chứng” (ổ khuyết xương, vỡ thân đốt sống...).

- Đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân:

Khi có các triệu chứng nghi ngờ đau cột sống thắt lưng là triệu chứng của một bệnh toàn thân, tùy theo nguyên nhân được định hướng mà chỉ định thêm các xét nghiệm khác (bilan lao, bilan đa u tủy xương (bệnh Kahler), bilan ung thư... nhằm xác định nguyên nhân.

## **3. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân**

Chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng lâm sàng. Phải chẩn đoán nguyên nhân đau cột sống thắt lưng, và điều này không phải luôn dễ dàng. Bằng chứng để chẩn đoán xác định “Đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học” như sau:

- Đau tại vùng cột sống thắt lưng, kiểu cơ học (ngủ ngơi có đỡ).  
- Gần đây tình trạng toàn thân không thay đổi, không sốt, không có các rối loạn chức năng thuộc bất cứ cơ quan nào (dạ dày, ruột, sản phụ khoa, phế quản-phổi...) mới xuất hiện; không có các biểu hiện đau vùng cột sống khác: lưng, cổ, sườn, khớp khác...

- Các xét nghiệm dấu hiệu viêm âm tính.

- Xquang cột sống thắt lưng bình thường hoặc có các triệu chứng của thoái hóa.

Trường hợp có một hoặc càng nhiều các triệu chứng nêu trên bất thường, càng nghi ngờ đau cột sống thắt lưng “triệu chứng” và cần phải tìm nguyên nhân. Tùy theo gợi ý nguyên nhân nào mà chỉ định các xét nghiệm tương ứng.

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc chung**

Điều trị theo nguyên nhân. Phần dưới đây chỉ nêu điều trị nhóm đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân cơ học.

- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp y học cổ truyền - phục hồi chức

năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống thắt lưng.

- Không lạm dụng điều trị ngoại khoa, đặc biệt đối với những trường hợp đau cột sống thắt lưng cấp hoặc bán cấp.

## **2. Điều trị cụ thể**

### **a. Điều trị nội khoa**

Thường kết hợp các nhóm: thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ, thuốc thành phẩm y học cổ truyền.

- Đau thắt lưng cấp tính:

+ Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): có thể lựa chọn một trong các thuốc trong nhóm này nhưng lưu ý không sử dụng kết hợp hai loại thuốc NSAID, việc lựa chọn thuốc cụ thể phụ thuộc vào tình trạng đau và cần cân nhắc các nguy cơ trên đường tiêu hóa và trên tim mạch của bệnh nhân cụ thể.

+ Meloxicam 15mg tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày, sau đó chuyển sang dạng uống 1 viên piroxicam 20mg hoặc 2 viên meloxicam 7,5mg mỗi ngày.

+ Paracetamol: 0,5g x 4-6 viên /24h, chia 3 lần uống sau ăn. Tối đa 4000mg/ngày.

+ Các thuốc giãn cơ:

Đường uống: Tolperisone 150mg x 2-3 viên/24h hoặc Eperisone: 50mg x 2-3 viên/24h.

+ Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh có thể kết hợp với một trong các thuốc giảm đau sau: Gabapentin: viên 300 mg. Liều 600-900 mg/ngày, chia 2-3 lần.

+ Nằm nghỉ tại chỗ trên giường phẳng, đeo đai hỗ trợ vùng thắt lưng khi ngồi dậy hoặc đi lại vận động, chiếu đèn hồng ngoại hoặc điều trị điện xung, siêu âm trị liệu, từ trường trị liệu, sóng ngắn, châm cứu kết hợp dùng thuốc. Khi đỡ đau lưng có thể tăng dần mức độ hoạt động.

- Đau thắt lưng mạn tính:

Thuốc chống trầm cảm ba vòng (tricyclic antidepressant), chống lo âu: Amitriptylin: Viên 25 mg. Kéo dẫn cột sống, bơi, thể dục nhẹ nhàng. Điều chỉnh lối sống và thói quen làm việc, vận động để tránh gây đau tái phát. Có thể duy trì các nhóm thuốc trên nhưng chú ý sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả để tránh tác dụng không mong muốn của thuốc.

### **b. Điều trị ngoại khoa**

Chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm hoặc kèm trượt đốt sống đã được điều trị nội khoa tích cực trong ba tháng nhưng không đạt hiệu quả, đặc biệt đối với trường hợp đau nhiều, có dấu hiệu ép rễ nặng (teo cơ nhanh, rối loạn cơ tròn, rối loạn cảm giác).

## **5. PHÒNG BỆNH**

Tư vấn cho bệnh nhân hiểu rõ về bệnh và thực hiện các biện pháp tránh tái phát đau vùng thắt lưng: Làm việc đúng tư thế, đặc biệt tư thế đứng khi mang vật nặng, tránh xoắn vặn vùng thắt lưng, nên bơi hàng tuần, tập luyện các động tác làm chắc khỏe cơ bụng, cơ lưng.

## **6. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà Xuất bản Y học Hà Nội -

2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng cổ vai cánh tay, còn gọi là hội chứng vai cánh tay hay bệnh lý rễ tủy cổ, là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) là do thoái hóa cột sống cổ, thoái hóa các khớp liên đốt và liên mấu bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, hậu quả là gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp.

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (20-25%), đơn thuần hoặc phối hợp với thoái hóa cột sống cổ.

- Các nguyên nhân ít gặp khác gồm chấn thương, khối u, nhiễm trùng, loãng xương, bệnh lý viêm cột sống, bệnh lý phần mềm cạnh cột sống.

- Trong một số trường hợp hội chứng cổ vai cánh tay là do bản thân bệnh lý của cột sống cổ gây đau cổ và lan ra vai hoặc tay, mà không có bệnh lý rễ dây thần kinh cổ.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Tùy thuộc nguyên nhân, mức độ và giai đoạn bệnh, bệnh nhân có thể có ít nhiều những triệu chứng và hội chứng sau đây:

- Hội chứng cột sống cổ:

+ Đau vùng cổ gáy, có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau động tác vận động cổ quá mức, hoặc tự nhiên như sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể xuất hiện từ từ, âm ỉ, mạn tính.

+ Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ, hay gặp trong đau cột sống cổ cấp tính.

+ Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.

- Hội chứng rễ thần kinh:

+ Đau vùng gáy lan lên vùng cằm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay, biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai gáy, hoặc hội chứng vai cánh tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau. Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ: Yếu cơ và rối loạn cảm giác như rát bỏng, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay.

+ Một số nghiệm pháp đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ:

. Dấu hiệu chuông bấm: Ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay.

. Nghiệm pháp Spurling: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau,

thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, làm cho đau tăng lên.

. Nghiệm pháp dạng vai: Bệnh nhân ngồi, cánh tay bên đau đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng sẽ giảm hoặc mất.

. Nghiệm pháp kéo giãn cổ: Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ cằm và cổ và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng.

- Hội chứng tủy cổ:

+ Do lỗi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ tiến triển trong một thời gian dài.

+ Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất sự khéo léo của hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi; liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện.

- Các triệu chứng khác:

+ Hội chứng động mạch sống nền: Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt, đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mất thăng bằng, mệt mỏi.

+ Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật: Đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay.

+ Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt, rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân,... cần phải đặc biệt lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng.

## **2. Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm máu: Ít có giá trị chẩn đoán trong bệnh lý cột sống cổ và đĩa đệm gây chèn ép cơ học. Trong những bệnh như khối u, viêm, nhiễm trùng có thể thấy thay đổi trong một số xét nghiệm như tế bào máu ngoại vi, tốc độ lắng máu, CRP.

- Chụp Xquang thường quy: Cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chếch 3/4. Xquang có thể phát hiện những tổn thương cột sống cổ do chấn thương, thoái hóa, hẹp lỗ tiếp hợp, xẹp đốt sống do loãng xương, hủy xương do bệnh lý ác tính, v.v.

- Điện cơ: Có thể giúp phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý tủy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên.

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai.

- Hội chứng lồi ra lồng ngực, viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng đường hầm cổ tay.

- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ.

- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.

- Bệnh lý não, màng não, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa gây đau vùng cổ vai hoặc tay.

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **Điều trị cụ thể**

#### **1. Các biện pháp không dùng thuốc**

- Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc (tư thế ngồi làm việc, sử dụng máy tính, ...).

- Trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương có thể bất động cột sống cổ tương đối bằng đai cổ mềm.

- Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp.

Vật lý trị liệu: Hồng ngoại, điện xung, siêu âm liệu pháp, từ trường, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, kéo giãn cột sống, nhúng parafin.

#### **2. Các phương pháp điều trị thuốc**

- **Thuốc giảm đau:**

Tùy mức độ đau, có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp các nhóm thuốc sau:

+ Thuốc giảm đau thông thường: Paracetamol viên 0,5-0,65g x 2-4 viên/24h (không dùng quá 4 gam Paracetamol/24h).

+ Thuốc giảm đau dạng phối hợp: Paracetamol kết hợp với một opiat nhẹ như codein hoặc tramadol: 2-4 viên/24h.

+ Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): Lựa chọn một thuốc thích hợp tùy cơ địa bệnh nhân và các nguy cơ tác dụng phụ. Liều thường dùng: Diclofenac 75-150 mg/ngày; Piroxicam 20 mg/ngày; Meloxicam 7,5-15 mg/ngày; Celecoxib 100-200 mg/ngày; hoặc Etoricoxib 30-60 mg/ngày. Nếu bệnh nhân có nguy cơ tiêu hóa nên dùng nhóm ức chế chọn lọc COX-2 hoặc phối hợp với một thuốc ức chế bơm proton.

**- Thuốc giãn cơ:**

+ Thường dùng trong đợt đau cấp, đặc biệt khi có tình trạng co cứng cơ.

+ Các thuốc thường dùng: Eperisone 50 mg x 2-3 lần/ngày, hoặc Tolperisone 50-150 mg x 2-3 lần/ngày), hoặc Mephenesine 250 mg x 2-4 lần/ngày.

**- Các thuốc khác:**

+ Thuốc giảm đau thần kinh: Có thể chỉ định khi có bệnh lý rễ thần kinh nặng hoặc dai dẳng, nên bắt đầu bằng liều thấp, sau đó tăng liều dần tùy theo đáp ứng điều trị: Gabapentin 600-1200 mg/ngày, hoặc Pregabalin 150-300 mg/ngày.

+ Thuốc chống trầm cảm ba vòng (liều thấp): Amitriptyline hoặc Nortriptyline (10-25 mg/ngày) khi có biểu hiện đau thần kinh mạn tính hoặc khi có kèm rối loạn giấc ngủ.

+ Vitamin nhóm B: Viên 3B (B1, B6, B12) hoặc dẫn chất B12 Mecobalamin (1000 -1500 mcg/ngày).

+ Corticosteroid: Trong một số trường hợp có biểu hiện chèn ép rễ nặng và có tính chất cấp tính mà các thuốc khác ít hiệu quả, có thể xem xét dùng một đợt ngắn hạn Corticosteroid đường uống (Prednisolone, Methylprednisolone) trong 1-2 tuần.

+ Thuốc thành phẩm y học cổ truyền.

### **3. Điều trị ngoại khoa**

- Một số chỉ định: Đau nhiều song điều trị nội khoa ít có kết quả, có tổn thương thần kinh nặng và tiến triển, có chèn ép tủy cổ đáng kể.

- Một số phương pháp phẫu thuật chủ yếu: Chỉnh sửa cột sống để giải phóng chèn ép thần kinh tại các lỗ tiếp hợp bị hẹp, lấy nhân nhầy đĩa đệm thoát vị, làm dính và vững cột sống.

### **V. TIẾN TRIỂN, BIẾN CHỨNG, THEO DÕI**

- Tiên lượng nhìn chung là tốt nếu được điều trị thích hợp. Điều trị nội khoa bảo tồn có hiệu quả trong 80-90% trường hợp. Đa số bệnh nhân sẽ hết các triệu chứng sau khi được điều trị bảo tồn và ở một số bệnh nhân các triệu chứng có thể hết một cách tự nhiên.

- Một số bệnh nhân dù được điều trị vẫn có thể còn những di chứng như không hết hoàn toàn các triệu chứng, vận động cột sống cổ không trở về mức độ bình thường, mất độ uốn tự nhiên của cột sống cổ. Những trường hợp chèn ép rễ hoặc tủy cổ nặng có thể gây rối loạn nặng cảm giác và vận động.

- Bệnh nhân cần được thăm khám định kỳ cho đến khi hết triệu chứng để đánh giá kết quả điều trị, điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần và để phát hiện các tổn thương thần kinh tiến triển nặng thêm hoặc các triệu chứng nặng khác nếu có.

### **VI. PHÒNG BỆNH**

- Cần duy trì tư thế đầu và cổ thích hợp trong sinh hoạt, công việc, học tập và

các hoạt động thể thao, tránh những tư thế ngồi, tư thế làm việc gây gập cổ, uốn cổ hoặc xoay cổ quá mức kéo dài, tránh ngồi hoặc đứng quá lâu, chú ý tư thế ngồi và ghế ngồi thích hợp.

- Thực hiện các bài tập vận động cột sống cổ thích hợp để tăng cường sức cơ vùng cổ ngực và vai, cũng như tránh cho cơ vùng cổ bị mỏi mệt hoặc căng cứng.

## **VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà xuất bản Y học Hà Nội - 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ NGÓN TAY LÒ XO

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Ngón tay lò xo (Trigger finger) 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 hạt xơ, làm di động của gân gấp qua vị trí hạt xơ bị cản trở. Mỗi lần gấp hay duỗi ngón tay rất khó khăn, bệnh nhân 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..

### II. NGUYÊN NHÂN

- Một số nghề nghiệp có nhiều nguy cơ mắc bệnh: Nông dân, giáo viên, thợ cắt tóc, Bác sĩ phẫu thuật, thợ thủ công...
- Chấn thương.
- Hậu quả của một số bệnh: Viêm khớp dạng thấp, Đái tháo đường, viêm khớp vảy nến, gút....

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng tại chỗ.
  - Đau ngón tay tại vị trí bao gân bị viêm và tại hạt xơ, khó cử động ngón tay.
  - Ngón tay có thể bị kẹt ở tư thế gấp vào lòng bàn tay hoặc duỗi thẳng.
  - Khám ngón tay có thể có sưng.
  - Có thể sờ thấy hạt xơ trên gân gấp ngón tay ở vị trí khớp đốt bàn ngón tay.
- Hạt xơ di động khi gấp duỗi ngón tay.
- Ngoài ra, sử dụng siêu âm với đầu dò tần số > 7,5-20MHz có thể thấy gân, bao gân dày lên và có dịch bao quanh. Có thể thấy hình ảnh hạt xơ bao gân.
  - Không cần thiết phải làm xét nghiệm máu đặc biệt cũng như không cần chụp Xquang. Tuy nhiên cần phải làm xét nghiệm cơ bản trước khi cho thuốc hay trước khi tiêm corticoid, đặc biệt là các xét nghiệm đường máu, chức năng gan thận...

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm khớp dạng thấp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vảy nến, gút: là những bệnh có thể có biểu hiện sưng đau các khớp ở bàn tay. Có thể phân biệt dựa vào các triệu chứng lâm sàng kèm theo và dựa vào siêu âm.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc

- Kết hợp nhiều biện pháp điều trị: Không dùng thuốc, dùng thuốc, tiêm corticoid tại chỗ, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, ngoại khoa.
- Cần tích cực dự phòng bệnh tái phát bằng chế độ lao động, sinh hoạt nhẹ nhàng, hợp lý, kết hợp với dùng thuốc, y học cổ truyền, vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

#### 2. Điều trị cụ thể

##### Các phương pháp không dùng thuốc

- Hạn chế vận động gân bị tổn thương.

- Chườm lạnh nếu có sưng nóng đỏ
- Phương pháp vật lý trị liệu – phục hồi chức năng: chiếu đèn hồng ngoại, nhúng parafin, siêu âm trị liệu...

### **Các phương pháp dùng thuốc**

Thường kết hợp các nhóm: thuốc giảm đau, thuốc chống viêm không steroid, thuốc thành phẩm y học cổ truyền.

- Thuốc giảm đau: Có tác dụng hỗ trợ giảm đau, chỉ định một trong các thuốc sau:

+ Acetaminophen 0,5g x 2-4 viên /24h

- Thuốc chống viêm không steroid bôi tại chỗ hoặc đường toàn thân: chỉ định một trong các thuốc sau:

+ Diclofenac 50mg x 2 viên/24h

+ Meloxicam 7,5mg x 1-2 viên/24h

Tiêm Corticoid tại chỗ: Chỉ tiêm với điều kiện có bác sĩ chuyên khoa và phải có phòng tiêm vô trùng. Khi tiến hành tiêm Corticoid tại chỗ phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối. Các chế phẩm:

+ Methyl prednisolon acetat (1ml = 40mg) là loại tác dụng kéo dài. Liều cho một lần tiêm trong bao gân từ 8 - 20mg/1 lần (0,2 - 0,5ml/1 lần) tùy thuộc vị trí, mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá ba đợt.

+ Betamethasone (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate) là loại tác dụng kéo dài. Liều cho một lần tiêm cạnh khớp từ 0,8 - 2mg/1 lần (0,2 - 0,5ml/1 lần) tùy thuộc vị trí, mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá ba đợt.

+ Chống chỉ định tuyệt đối tiêm Corticoid tại chỗ: Các tổn thương do nhiễm khuẩn, nấm hoặc chưa loại trừ được nhiễm khuẩn; tổn thương nhiễm trùng trên hoặc gần vị trí tiêm.

+ Chống chỉ định tương đối tiêm Corticoid tại chỗ (bao gồm các chống chỉ định của corticoid): Cao huyết áp, đái tháo đường, viêm loét dạ dày tá tràng (phải điều trị và theo dõi trước và sau khi tiêm), bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông hoặc có rối loạn đông máu.

+ Các tác dụng ngoại ý sau tiêm Corticoid tại chỗ: Đau sau tiêm vài giờ, có thể kéo dài một vài ngày, thường hay gặp sau tiêm mũi đầu tiên; teo da tại chỗ hoặc mảng sắc tố da do tiêm quá nông, tình trạng này sẽ hết trong vài tháng đến hai năm; nhiễm trùng.

- Điều trị nguyên nhân kèm theo nếu có.

### **3. Điều trị ngoại khoa**

Phẫu thuật giải phóng chèn ép, cắt bỏ phần viêm xơ nếu điều trị nội khoa thất bại..

### **V. THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ**

Tránh các yếu tố nguy cơ: Tránh các vi chấn thương. Phát hiện và điều trị đúng các bệnh lý như viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vảy nến, viêm cột sống dính khớp, gút, thoái hoá khớp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn. Chính các dị tật gây lệch trục của chi. Thận trọng khi sử dụng thuốc nhóm Quinolon và phát hiện sớm khi có triệu chứng gợi ý.

### **VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà xuất bản Y học Hà Nội - 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA  
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Thoái hóa cột sống cổ (Cervical spondylosis) là bệnh lý mạn tính khá phổ biến, tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi và/hoặc liên quan đến tư thế vận động. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và/hoặc đĩa đệm ở cột sống cổ. Có thể gặp thoái hóa ở bất kỳ đoạn nào song đoạn C5-C6-C7 là thường gặp nhất.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Quá trình lão hóa của tổ chức sụn, tế bào và tổ chức khớp và quanh khớp (cơ cạnh cột sống, dây chằng, thần kinh...).
- Tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Biểu hiện rất đa dạng, thường gồm bốn hội chứng chính sau:

- Hội chứng cột sống cổ: Đau, có thể kèm theo cơ cứng vùng cơ cạnh cột sống cổ cấp hoặc mạn tính; triệu chứng đau tăng lên ở tư thế cổ thẳng hoặc cúi đầu kéo dài, mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, thay đổi thời tiết đặc biệt bị nhiễm lạnh; có điểm đau cột sống cổ; hạn chế vận động cột sống cổ.

- Hội chứng rễ thần kinh cổ: Tùy theo vị trí rễ tổn thương (một bên hoặc cả hai bên) mà đau lan từ cổ xuống tay bên đó. Có thể đau tại vùng gáy, đau quanh khớp vai. Đau sâu trong cơ xương, bệnh nhân có cảm giác nhức nhối; có thể kèm cảm giác kiến bò, tê rần dọc cánh tay, có thể lan đến các ngón tay. Đau tăng lên khi vận động cột sống cổ ở các tư thế (cúi, ngửa, nghiêng, quay) hoặc khi ho, hắt hơi, ngồi lâu... Có thể kèm theo hiện tượng chóng mặt, yếu cơ hoặc teo cơ tại vai, cánh tay bên tổn thương.

- Hội chứng động mạch đốt sống: Nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt thường xảy ra vào buổi sáng; có khi kèm chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, nuốt vướng; đau tai, lan ra sau tai, đau khi để đầu ở một tư thế nhất định.

- Hội chứng ép tủy: Tùy theo mức độ và vị trí tổn thương mà biểu hiện chỉ ở chi trên hoặc cả thân và chi dưới. Dáng đi không vững, đi lại khó khăn; yếu hoặc liệt chi, teo cơ ngón chi, dị cảm. Tăng phản xạ gân xương.

- Biểu hiện khác: Dễ cáu gắt, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng làm việc...

Tùy theo vị trí cột sống cổ bị tổn thương mà có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc đồng thời các biểu hiện trên.).

#### 2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm thường ở trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, bệnh lý ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc.

- Xquang cột sống cổ thường quy với các tư thế sau: Thẳng, nghiêng, chéch  $\frac{3}{4}$  trái và phải. Trên phim Xquang có thể phát hiện các bất thường: mất đường cong sinh lí, gai xương ở thân đốt sống, giảm chiều cao đốt sống, đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp...

- Điện cơ: Giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

### **3. Chẩn đoán xác định**

Hiện tại vẫn chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh lý thoái hóa cột sống cổ. Chẩn đoán cần dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó:

- Đau tại vùng cột sống cổ và có một hoặc nhiều các triệu chứng thuộc bốn hội chứng nêu trên.

- Xquang cột sống cổ bình thường hoặc có các triệu chứng của thoái hóa.

- Cộng hưởng từ hoặc CT-scan: Vị trí, mức độ rễ thần kinh bị chèn ép; nguyên nhân chèn ép (thoát vị đĩa đệm, gai xương ...).

- Cần lưu ý: Gần đây tình trạng toàn thân không bị thay đổi, không sốt, không có các rối loạn chức năng thuộc bất cứ cơ quan nào (dạ dày, ruột, sản phụ khoa, phế quản phổi...) mới xuất hiện; không có các biểu hiện đau các vùng cột sống khác: lưng, cổ, sườn, khớp khác... Các xét nghiệm dấu hiệu viêm âm tính.

### **4. Chẩn đoán phân biệt**

- Các chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm.

- Các ung thư xương hoặc di căn xương, các bệnh lý tủy xương lành tính hoặc ác tính.

- U nội tủy, u thần kinh...

- Bệnh lý của hệ động mạch sống nền.

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc**

- Cần phối hợp phương pháp nội khoa, y học cổ truyền, phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống cổ, tránh tái phát.

- Áp dụng các liệu pháp giảm đau theo mức độ nhẹ - vừa - nặng, hạn chế sử dụng dài ngày.

- Cần tăng cường các nhóm thuốc điều trị bệnh theo nguyên nhân.

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **Y học cổ truyền**

Châm cứu, thủy châm, cấy chỉ, nhĩ châm: tùy từng thể bệnh mà lựa chọn phương huyệt phù hợp.

#### **Phục hồi chức năng**

- Cần thực hiện các bài tập vận động vùng cổ, đặc biệt với bệnh nhân đã mang nẹp cổ thời gian dài, bệnh nhân có công việc ít vận động vùng cổ.

- Nghỉ ngơi, giữ ấm, tránh thay đổi tư thế cột sống cổ đột ngột.

- Các liệu pháp vật lý trị liệu: hồng ngoại, nhúng parafin, siêu âm trị liệu, từ trường trị liệu, sóng ngắn,... Có thể kéo giãn cột sống cổ song nên thực hiện với mức độ tăng dần từ từ.

#### **Điều trị nội khoa**

Paracetamol: Đây là lựa chọn ưu tiên với sự cân bằng giữa tác dụng phụ và hiệu quả mong muốn. Có thể đơn chất hoặc phối hợp với các chất giảm đau trung ương như codein, dextropropoxiphen...

Tramadol: Có hiệu quả, chỉ dùng khi không đáp ứng với nhóm giảm đau nêu trên và tránh dùng kéo dài. Một vài trường hợp hãn hữu, thể tăng đau có thể chỉ định opioids ngắn ngày và liều thấp nhất có thể.

Nhóm thuốc giảm đau chống viêm không steroid liều thấp: các dạng kinh điển (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen...) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (celecoxib, etoricoxib...), tuy nhiên cần thận trọng ở bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý ống tiêu hóa, tim mạch hoặc thận mạn tính. Có thể dùng đường uống hoặc bôi ngoài da.

Thuốc giãn cơ: Eperisone 50 mg x 2-3 lần/ngày, hoặc Tolperisone 50-150 mg x 2-3 lần/ngày), hoặc Mephenesine 250 mg x 2-4 lần/ngày.

- Các thuốc khác: khi bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

+ Gabapentin: 600-1200 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)

+ Pregabalin: 150-300 mg/ngày (nên bắt đầu bằng liều thấp)

+ Các Vitamin nhóm B (B1, B6, B12), Mecobalamin

- Tiêm Glucocorticoid cạnh cột sống: có hiệu quả từ vài ngày đến vài tháng. Không nên tiêm quá 3 lần trên cùng một khớp trong một năm. Cần có sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp chèn ép rễ, có thể tiêm thẩm phân Corticosteroid tại rễ bị chèn ép dưới hướng dẫn của CT.

Thuốc thành phẩm y học cổ truyền.

### **Điều trị ngoại khoa**

Chỉ chỉ định áp dụng trong các trường hợp: có biểu hiện chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống tiến triển nặng, trượt đốt sống độ 3-4 hoặc đã thất bại với điều trị nội khoa và phục hồi chức năng sau 03 tháng.

### **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Chèn ép thần kinh gây hội chứng vai cánh tay một hoặc hai bên.  
 - Chèn ép các động mạch đốt sống gây đau đầu, chóng mặt.  
 - Chèn ép tủy: gây yếu, đau tứ chi, đi lại khó khăn hoặc liệt không vận động được.

### **VI. PHÒNG BỆNH**

- Phát hiện và điều trị sớm các dị tật cột sống cổ.  
 - Tránh các tư thế cột sống cổ bị quá tải do vận động và trọng lượng, tránh các động tác mạnh đột ngột tại cột sống cổ ...

### **VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà xuất bản Y học Hà Nội – 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Thoái hóa cột sống thắt lưng (Spondylosis hoặc Osteoarthritis of lumbar spine) là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

### II. NGUYÊN NHÂN

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao; nữ; nghề nghiệp lao động nặng; một số yếu tố khác như: tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động ...

Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại kéo dài trong nhiều năm dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong thoái hóa cột sống.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi sáng. Đau cột sống âm ỉ và có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi). Khi thoái hóa ở giai đoạn nặng, có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Bệnh nhân có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.

Đau cột sống thắt lưng do thoái hóa không có biểu hiện triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân. Nói chung bệnh nhân đau khu trú tại cột sống. Một số trường hợp có đau rễ dây thần kinh do hẹp lỗ liên hợp hoặc thoát vị đĩa đệm kết hợp. Có thể có biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống. Trường hợp hẹp ống sống: biểu hiện đau cách hồi thần kinh: bệnh nhân đau theo đường đi của dây thần kinh tọa, xuất hiện khi đi lại, nghỉ ngơi đỡ đau (Cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán mức độ hẹp ống sống).

#### 2. Cận lâm sàng

- Xquang thường quy cột sống thẳng, nghiêng: Hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, mâm đĩa đệm nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống. Trường hợp trượt đốt sống có chỉ định chụp chếch 3/4 phải, trái nhằm phát hiện tình trạng gãy cuống đốt sống “gãy cổ chó”.

- Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa: bình thường.

#### 3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào những dấu hiệu:  
+ Lâm sàng là đau cột sống có tính chất cơ học.  
+ Xquang cột sống thắt lưng thường quy (thẳng – nghiêng – chếch ¾ hai bên): hẹp khe khớp với bờ diện khớp nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống.

- Cần lưu ý bệnh nhân phải không có triệu chứng toàn thân như: sốt, gầy sút

cân, thiếu máu... Cần làm các xét nghiệm máu (bilan viêm) để khẳng định là các thông số này bình thường. Trường hợp có các bất thường về lâm sàng (đau quá mức, gầy sút cân, sốt...) hoặc tốc độ lắng máu tăng cao cần phải tìm nguyên nhân khác (xem thêm bài đau cột sống thắt lưng).

- Thoái hóa cột sống thắt lưng ít khi diễn ra một cách đơn thuần, đa phần kết hợp với thoái hóa đĩa đệm cột sống, có thể thoát vị đĩa đệm cột sống và ở người có tuổi, thường phối hợp với loãng xương, lún xẹp đốt sống do loãng xương.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt**

Trường hợp đau cột sống có biểu hiện viêm: có dấu hiệu toàn thân như: sốt, thiếu máu, gầy sút cân, hạch ngoại vi... cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý dưới đây:

- Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính (đặc biệt viêm cột sống dính khớp): nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế các động tác của cột sống thắt lưng cùng, Xquang có viêm khớp cùng chậu, xét nghiệm tốc độ lắng máu tăng.

- Viêm đốt sống đĩa đệm (do nhiễm khuẩn hoặc do lao): tính chất đau kiểu viêm, đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân; Xquang có diện khớp hẹp, bờ khớp nhám nhòe không đều; cộng hưởng từ có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống, xét nghiệm bilan viêm dương tính.

- Ung thư di căn xương: đau mức độ nặng, kiểu viêm; kèm theo dấu hiệu toàn thân, Xquang có hủy xương hoặc kết đặc xương, cộng hưởng từ và xạ hình xương có vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc**

- Điều trị theo triệu chứng (thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ...) kết hợp với các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.

- Nên phối hợp các biện pháp điều trị nội khoa, y học cổ truyền, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Trường hợp có chèn ép rễ có thể chỉ định ngoại khoa.

#### **2. Điều trị cụ thể**

##### **Y học cổ truyền**

Châm cứu, thủy châm, cấy chỉ, nhĩ châm: tùy từng thể bệnh mà lựa chọn phương huyết phù hợp.

##### **Vật lý trị liệu**

Bài tập thể dục, xoa bóp, kéo nắn, chiếu hồng ngoại, chườm nóng, siêu âm, từ trường, sóng ngắn, paraffin, tập cơ dựng lưng.... Có thể kéo giãn cột sống thắt lưng song nên thực hiện với mức độ tăng dần từ từ.

##### **Điều trị nội khoa**

- Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO:

+ Bậc 1 - Paracetamol 500 mg/ngày uống 4 đến 6 lần, không quá 4g/ngày. Thuốc có thể gây hại cho gan.

+ Bậc 2 - Paracetamol kết hợp với codein hoặc kết hợp với tramadol: Ultracet liều 2-4 viên/24giờ, tuy nhiên uống thuốc này thường gây chóng mặt, buồn nôn. Efferalgan-codein liều 2-4 viên/24giờ.

+ Bậc 3 - Opiat và dẫn xuất của opiat.

- Thuốc chống viêm không steroid:

+ Chọn một trong các thuốc sau. Lưu ý tuyệt đối không phối hợp thuốc trong nhóm vì không tăng tác dụng điều trị mà lại có nhiều tác dụng không mong muốn.

+ Diclofenac viên 25mg, 50 mg, 75mg: Liều 50 - 150mg/ ngày, dùng sau khi ăn no. Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75 mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh

nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam viên 7,5 mg: 2 viên/ngày sau khi ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15 mg/ngày x 2- 3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

+ Thuốc chống viêm bôi ngoài da: Diclofenac gel, profenid gel, xoa 2-3 lần/ngày ở vị trí đau.

- Thuốc giãn cơ: Eperison (viên 50mg): 3 viên/ngày, hoặc Tolperisone (viên 50mg, 150mg): 2-6 viên/ngày.

- Tiêm Corticoid tại chỗ: Tiêm ngoài màng cứng bằng hydrocortison acetat, hoặc Methyl prednisolon acetate trong trường hợp đau thần kinh tọa, tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tăng sáng hoặc dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính).

- Thuốc thành phẩm y học cổ truyền

### **Điều trị ngoại khoa**

Chỉ định khi thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau thần kinh tọa kéo dài, hoặc có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả. Trong trường hợp đĩa đệm thoái hóa nhiều, có thể xem xét thay đĩa đệm nhân tạo.

### **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Thoái hóa cột sống thắt lưng tiến triển nặng dần theo tuổi và một số yếu tố nguy cơ như: mang vác nặng ở tư thế cột sống xấu.

- Dấu hiệu chèn ép rễ dây thần kinh thường gặp ở thoái hóa cột sống nặng khi những gai xương thân đốt sống phát triển chèn ép vào lỗ liên hợp đốt sống. Cùng với sự thoái hóa đốt sống, đĩa đệm cũng bị thoái hóa và nguy cơ phình, thoát vị đĩa đệm sẽ dẫn tới chèn ép rễ dây thần kinh (biểu hiện đau dây thần kinh tọa).

### **VI. PHÒNG BỆNH**

- Theo dõi và phát hiện sớm các dị tật cột sống để điều trị kịp thời.

- Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.

- Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra định kỳ những người lao động nặng (khám phát hiện triệu chứng, chụp Xquang cột sống khi cần...).

### **VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà xuất bản Y học Hà Nội – 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.

**PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)**I. ĐỊNH NGHĨA**

Bệnh viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay (lateral epicondylitis) còn được gọi bằng một số tên khác như khuỷu tay của người chơi tennis (tennis elbow), khuỷu tay của người chèo thuyền. Tổn thương cơ bản là viêm chỗ bám của gân duỗi cổ tay quay, đặc trưng bởi triệu chứng đau tại vùng lồi cầu ngoài cánh tay.

Tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng khoảng 1-3% dân số với tuổi thường mắc từ 40- 50. Hầu hết các trường hợp đều hồi phục thậm chí một số trường hợp không cần điều trị, chỉ cần nghỉ ngơi là khỏi; một số tái phát sau 6 tháng. Bệnh có thể kéo dài từ vài tuần, vài tháng hoặc hàng năm, trung bình từ 6 tháng đến 2 năm.

**II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH**

Nguyên nhân gây bệnh thường do vận động quá mức của các cơ duỗi cổ tay và ngón tay, chủ yếu là cơ duỗi cổ tay quay ngấn hoặc do tình trạng căng giãn gây ra do các động tác đối kháng ở tư thế ngửa của cổ tay. Các động tác lặp đi lặp lại hàng ngày trong một thời gian dài như chơi đàn, đan lát, thái thịt, xoay đám cửa, vặn tua vít, chơi tennis, cầu lông... là nguyên nhân gây bệnh. Ngược lại, một người không quen công việc đột nhiên thực hiện một động tác mạnh cũng có thể là nguyên nhân gây ra các chấn thương cho gân cơ (chẳng hạn một người không bao giờ hoặc rất ít khi sử dụng búa, khi có việc cần sử dụng búa sẽ dễ bị chấn thương). Các nghiên cứu trên đại thể và vi thể thấy có các vết rách giữa gân cơ duỗi chung và màng xương ở khu vực lồi cầu ngoài.

Các vi chấn thương này có thể là hậu quả của một quá trình vận động quá mức của các cơ này. Tại vị trí bám của gân chứa tổ chức hạt xâm lấn vào mạc gân, tăng sinh mạch và phù nề và khi cắt bỏ tổ chức này thì hết triệu chứng.

**III. CHẨN ĐOÁN****1. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau ở vùng lồi cầu ngoài xương cánh tay, có thể lan xuống cẳng tay và mặt mu của cổ tay. Đau xuất hiện tự nhiên hoặc khi làm một số động tác như duỗi cổ tay, lắc, nâng một vật, mở cửa... Giảm khả năng duỗi cổ bàn tay và khả năng cầm nắm. Đau có thể kéo dài vài tuần cho đến vài tháng.

- Ấn tại lồi cầu hoặc cạnh lồi cầu ngoài xương cánh tay có điểm đau chói. Đôi khi có thể thấy sưng nhẹ tại chỗ.

- Đau xuất hiện hoặc tăng lên khi thực hiện các động tác đối kháng ở tư thế duỗi cổ tay và ngửa bàn tay hoặc nâng vật nặng.

- Các động tác vận động khớp khuỷu trong giới hạn bình thường.

**2. Cận lâm sàng**

Các xét nghiệm về viêm và Xquang khớp khuỷu tay bình thường.

Siêu âm gân cơ bằng đầu dò tần số cao (7,5-20MHz) hình ảnh tổn thương có thể thấy kích thước gân to hơn, giảm đậm độ siêu âm. Ngoài ra còn phát hiện đứt gân từng phần hoặc hoàn toàn, lắng đọng calci trong gân, vỏ xương tại vị trí bám của gân không đều và có hình ảnh tân sinh mạch máu trên siêu âm Doppler năng

lượng.

### 3. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng: Bệnh nhân đau vùng khuỷu và có điểm đau chói khi ấn tại vị trí bám tận của gân (lồi cầu ngoài xương cánh tay).

### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa khớp khuỷu
- Viêm túi thanh dịch ở khuỷu tay
- Bệnh lý rễ ở cột sống cổ (C6-C7)
- Hội chứng đường hầm cổ tay

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

- Tránh những động tác gây có thể gây nặng bệnh (xem ở phần nguyên nhân gây bệnh).

- Điều trị bảo tồn là chính.
- Có thể cân nhắc phẫu thuật khi điều trị bảo tồn thất bại.

### 2. Điều trị cụ thể

- Giáo dục bệnh nhân: nhằm giúp cho người bệnh hiểu rõ về bệnh, hạn chế và tránh các động tác có thể gây bệnh hoặc làm nặng bệnh. Khuyến bệnh nhân giảm các hoạt động duỗi mạnh và ngửa cổ tay.

- Điều trị vật lý trị liệu: Xoa bóp, điện phân, điện xung, châm cứu, sóng ngắn, siêu âm trị liệu, băng chun hỗ trợ ở cẳng tay trong lao động, băng cẳng tay dưới khuỷu tay 2,5 -5cm để làm giảm sự căng cơ duỗi ở nơi bám vào lồi cầu.

- Điều trị bằng thuốc:

+ Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): Dùng dạng gel bôi tại chỗ (diclofenac, profenid) hoặc đường uống (diclofenac, piroxicam, meloxicam, celecoxib, etoricoxib...). Cần chú ý đến cơ địa người bệnh và các bệnh mạn tính sẵn có để lựa chọn thuốc cho phù hợp.

+ Có thể phối hợp thêm với thuốc giảm đau thông thường nếu có đau nhiều.

+ Tiêm corticosteroid tại chỗ: Khi có đau nặng hoặc đau dai dẳng, không đáp ứng với các thuốc nêu trên. Có thể dùng Methylprednisolone acetat (Depo-medrol) hoặc bethamethasone (Diprosan) 1/2ml tiêm tại chỗ. Chỉ nên tiêm một lần và nếu phải tiêm nhắc lại thì cách ít nhất 3 tháng. Phương pháp này có hiệu quả tốt tuy nhiên không bền vững. Tiêm nhiều lần có thể gây tổn thương chỗ bám của gân và có thể gây các biến chứng như teo da tại chỗ tiêm, nhiễm trùng, bạch biến... Luôn khuyến khích bệnh nhân hạn chế vận động để bảo tồn kết quả.

- Điều trị phẫu thuật: Chỉ định khi các biện pháp điều trị nội khoa thất bại.

- Một số kỹ thuật được áp dụng như:

+ Cắt bỏ tổ chức mủn nát ở gốc của gân duỗi, giải phóng gân cơ duỗi từ mỏm lồi cầu.

+ Cắt gân cơ duỗi, kéo dài và tạo hình chữ Z để ngăn hoạt động của các cơ duỗi.

Một số phương pháp điều trị mới: tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, tiêm hyaluronic acid, tiêm botulium to-xin A vào cơ duỗi ngón 3,4 làm liệt cơ duỗi nhằm hạn chế quá tải cho gân duỗi; băng glyceryl trinitrate... Tuy nhiên các phương pháp này vẫn còn đang tiếp tục được nghiên cứu.

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh lành tính, có một số trường hợp tự hồi phục không cần điều trị. Tuy nhiên đa số các trường hợp tiến triển kéo dài nhiều tuần có thể nhiều tháng hoặc

nhiều năm. Tình trạng viêm mạn tính hoặc có thể khỏi rồi lại tái phát, lâu dài dẫn đến thoái hóa, xơ hóa gân duỗi ảnh hưởng nhiều đến lao động và sinh hoạt.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Tránh các vận động quá tải, vận động đột ngột của gân cơ duỗi trong các hoạt động như chơi quần vợt, cầu lông, bóng bàn, chơi đàn, sử dụng tuốc nơ vít, kìm búa, thái thịt, xoay của cổ tay, mang xách nặng...

## **VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà xuất bản Y học Hà Nội – 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.

## PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM MỎM TRÂM QUAY

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-YTNH ngày tháng năm 2022  
của Giám đốc Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gân vùng mỏm trâm quay cổ tay (De Quervain syndrome) là bệnh lý viêm bao gân cơ dạng dài và duỗi ngón tay cái do nhà phẫu thuật người Thụy Sĩ Frédéric De Quervain phát hiện năm 1895. Bệnh thường gặp ở nữ giới từ 30 đến 50 tuổi.

Bệnh thường cơ dạng dài và cơ duỗi ngón cái trượt trong đường hầm được bao bọc bởi bao hoạt dịch gân, có tác dụng làm trơn để hai gân trượt được dễ dàng. Khi bao gân này bị viêm sẽ sưng phồng lên gây ra hiện tượng chèn ép dẫn đến hạn chế vận động của gân trong đường hầm gọi là hội chứng De quervain.

### II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân còn chưa rõ (tự phát). Tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ như:

- Các chấn thương vùng cổ bàn tay.
- Phụ nữ có thai và cho con bú.
- Các nghề nghiệp phải sử dụng bàn tay nhiều như làm ruộng, giáo viên, phẫu thuật, cắt tóc, nội trợ. Vi chấn thương (các động tác lặp lại nhiều lần như cầm, nắm, xoay, vặn của cổ tay và ngón cái) là điều kiện thuận lợi gây nên viêm bao gân.
- Trong một số trường hợp có sự kết hợp với một số bệnh khớp như viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Đau vùng mỏm trâm quay, đau tăng khi vận động ngón cái, đau liên tục nhất là về đêm. Đau có thể lan ra ngón cái và lan lên cẳng tay.
- Sưng nề vùng mỏm trâm quay.
- Phụ nữ có thai và cho con bú.
- Sờ thấy bao gân dày lên, có khi có nóng, đỏ, ấn vào đau hơn.
- Khó nắm tay. Khi vận động ngón cái có thể nghe thấy tiếng kêu cọt kẹt.
- Test Finkelstein: gấp ngón cái và khép về phía ngón 5 vào trong lòng bàn tay. Nắm các ngón tay trùm lên ngón cái. Uốn cổ tay về phía xương trụ. Nếu bệnh nhân thấy đau chói vùng gân dạng dài và gân duỗi ngón cái hoặc ở gốc ngón cái là dấu hiệu dương tính của nghiệm pháp.

#### 2. Cận lâm sàng

- Có thể siêu âm vùng mỏm trâm quay: Hình ảnh gân dạng dài và duỗi ngón cái dày lên, bao gân dày, có dịch quanh gân.
- Có thể thấy hình ảnh tăng sinh mạch trong gân hoặc bao gân trên Doppler năng lượng (PW).
- Làm thêm các xét nghiệm cơ bản (đường máu, chức năng gan, thận...).

#### 3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào khám lâm sàng. Triệu chứng đau chói vùng mỏm trâm quay và test Finkelstein dương tính là bắt buộc phải có để chẩn đoán xác

định bệnh.

Cũng cần đánh giá các yếu tố nguyên nhân hay yếu tố nguyên nhân gây bệnh như tiền sử nghề nghiệp, chấn thương vùng cổ bàn tay, các bệnh khớp kèm theo như viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp. Có thể sử dụng thêm siêu âm vùng mỏm trâm quay ở cơ sở y tế có điều kiện.

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm màng hoạt dịch khớp cổ tay.
- Thoái hóa khớp gốc ngón tay cái.
- Viêm bao hoạt dịch gân cơ duỗi cổ tay quay ngắn và dài.
- Chèn ép nhánh nông thần kinh quay.

## **IV. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc chung**

- Kết hợp nhiều phương pháp điều trị: Không dùng thuốc, dùng thuốc, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, ngoại khoa.
- Dự phòng bệnh tái phát: Loại bỏ các yếu tố nguy cơ, chế độ ăn uống, sinh hoạt hợp lý, chú ý tư thế lao động đúng..

### **2. Điều trị cụ thể**

#### **Các phương pháp không dùng thuốc**

- Giảm hoặc ngừng vận động cổ tay và ngón tay cái (thường 4 - 6 tuần).
- Trường hợp sưng đau nhiều nên dùng băng nẹp cổ tay và ngón cái liên tục trong 3 - 6 tuần ở tư thế cổ tay để nguyên, ngón cái dạng 45 độ so với trục xương quay và gấp 10 độ.
- Chườm lạnh.
- Điều trị bằng châm cứu, siêu âm, sóng ngắn, xung điện kích thích thần kinh qua da (TENS - transcutaneous electrical nerve stimulation) để giảm đau, chống viêm.

#### **Dùng thuốc**

- Thuốc chống viêm không steroid bôi tại chỗ: Thuốc Diclofenac dạng bôi: Bôi 2-3 lần/ngày.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophen (Paracetamol): 0,5g x 2-4 viên /24h.
- Thuốc chống viêm không steroid đường uống. Dùng một trong các loại thuốc sau: Diclofenac 50mg x 2 viên/24h; Meloxicam 7,5mg x 1-2 viên/24h; Celecoxib 200 mg x 1 – 2 viên/24h.
- Tiêm Corticoid trong bao gân De Quervain. Cần tránh tiêm vào mạch máu. Do vậy tốt nhất là nên tiêm Corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm do tính chính xác, độ an toàn cao. Chỉ các bác sĩ được đào tạo chuyên khoa khớp mới được tiêm Corticoid trong bao gân vì có nguy cơ đứt gân khi tiêm vào gân hay nhiễm trùng. Các chế phẩm:
  - + Hydrocortison acetat là loại tác dụng nhanh, thời gian bán hủy ngắn. Liều cho một lần tiêm trong bao khớp là 0,3ml. Tiêm không quá ba lần cho mỗi đợt điều trị.
  - + Methyl prednisolon acetat là loại tác dụng kéo dài, liều dùng 0,3 ml/1 lần, mỗi đợt tiêm hai lần. Mỗi năm không quá ba đợt.
  - + Betamethasone (tên đầy đủ: betamethasone propionate): Liều dùng 0,3ml/1 lần tiêm.

### **3. Điều trị ngoại khoa**

Chỉ áp dụng khi tất cả các biện pháp trên không hiệu quả. Can thiệp phẫu thuật tạo ra nhiều không gian hơn cho gân hoạt động để gân không cọ xát vào đường hầm.

Sau mổ, có thể tham gia phục hồi chức năng. Sau khi cắt chỉ, tập các bài tập chủ động để tăng dần biên độ và sức mạnh của các cơ.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Hội chứng De Quervain đa số diễn biến từ từ và kéo dài; triệu chứng thường không rõ ràng. Đôi khi bệnh nhân chỉ đau và hạn chế vận động nhẹ. Tuy nhiên bệnh ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động, sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, làm giảm năng suất lao động, đặc biệt là khi làm các động tác cần đến hoạt động tinh tế của bàn tay.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

- Tránh các hoạt động bàn tay, cổ tay lặp đi lặp lại trong thời gian dài; cần xen kẽ thời gian nghỉ ngơi hợp lý. Cũng cần tập luyện cho gân dẻo dai qua những bài tập cho gân khớp vùng cổ tay.

- Không nên xoa bóp thuốc rượu, dầu nóng vì dễ làm tình trạng viêm nặng thêm.
- Không nên nắn bẻ khớp vì sẽ làm tổn thương thêm gân khớp.
- Ngoài ra, nên có chế độ ăn đầy đủ sinh tố, đặc biệt ở phụ nữ khi mang thai hay sau khi sinh. Ở người lớn tuổi, nên bổ sung thêm calci, dùng sữa và các sản phẩm của sữa (sữa chua, phomat).

## **VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Nhà xuất bản Y học Hà Nội - 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp./.