

MỤC LỤC (PHÁC ĐỒ)

1. Đau cột sống thắt lưng (Yêu thống)	2
2. Tăng huyết áp vô căn (Huyễn vựng)	11
3. Đau thần kinh tọa (Yêu cước thống)	20
4. Hội chứng cổ vai cánh tay (Chứng tý)	28
5. Bệnh dây thần kinh mặt (Khẩu nhãn oa tà)	37
6. Di chứng nhồi máu não (Bán thân bất toại)	43
7. Thoái hóa khớp gối (Hạc tất phong).....	50
8. Viêm khớp dạng thấp (Chứng tý).....	57
9. Đau dây thần kinh liên sườn (Hiệp thống)	66
10. Gout (Thống phong)	75
11. Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu khác (Chứng đàm)	83
12. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) (Khái suyễn).....	92
13. Bí đái cơ năng (Long bế).....	104
14. Bệnh trĩ (Hạ trĩ)	111
15. Viêm dạ dày và tá tràng (Vị quản thống)	119
16. Mày đay (Ẩn chân).....	128
17. Suy dinh dưỡng thể marasmus (Cam tích)	133
18. Bại não trẻ em (Ngũ trí).....	141
19. Di chứng viêm não do virus (Ôn bệnh)	152
20. Viêm gan virus mạn (Hiệp thống).....	161
Danh mục dược liệu, vị thuốc cổ truyền.....	168

I. ĐẶC ƯƠNG

Đau cột sống thắt lưng là một bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng do rất nhiều nguyên nhân gây ra, ở mọi lứa tuổi, mọi ngành nghề. Bệnh hay gặp ở lứa tuổi trung niên, người già nhưng hiện nay đang có xu hướng ngày càng trẻ hóa do lối sống thiếu vận động.

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), đau thắt lưng gồm các nguyên nhân sau:
 + Nguyên nhân cơ học: căng giãn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức; thoái hóa đĩa đệm cột sống; thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL); trượt thân đốt sống, dị dạng thân đốt sống, loãng xương nguyên phát, ...
 + Không do nguyên nhân cơ học: đau lưng là triệu chứng của một trong các bệnh khớp mạn tính như viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp hoặc do nhiễm khuẩn (viêm đĩa đệm đốt sống do nhiễm khuẩn, áp xe cạnh cột sống), ung thư, ung thư di căn (vú, phổi, tuyến tiền liệt, đại tràng...), bệnh đa u tủy xương (Kahler), u vùng cột sống và một số nguyên nhân khác (loét hành tá tràng, sỏi thận, bệnh lý động mạch chủ bụng...).

+ Nguyên nhân khác: stress, rối loạn tâm lý.

- Chẩn đoán xác định đau thắt lưng dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

+ Đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học:

✓ Do căng giãn dây chằng quá mức: đau xuất hiện đột ngột sau bê vệt nặng, sau các hoạt động sai tư thế hoặc sau nhiễm lạnh. Đau có tính chất cơ học, kèm theo cứng cơ cạnh cột sống, ấn có điểm đau cạnh cột sống, cột sống mất đường cong sinh lý.

✓ Do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: thường có kèm theo triệu chứng của đau thần kinh hông to. Trường hợp có chèn ép nặng người bệnh có thể có rối loạn cơ tròn, phản xạ gân xương chi dưới giảm hoặc mất, nếu đau kéo dài có thể có teo cơ đùi và cẳng chân.

Cận lâm sàng:

+ Đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học: Các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu viêm, bilan phospho-calcium thường trong giới hạn bình thường. Xquang thường quy bình thường hoặc có thể có các hình ảnh *thoái hóa* cột sống hoặc (hẹp các khe liên đốt, gai xương ở thân đốt sống), hoặc đốt sống bị lún xẹp do *loãng xương*, hoặc *tổn thương thân đốt sống* (ổ khuyết xương, vỡ thân đốt sống...). Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng: chỉ định khi có triệu chứng đau thần kinh tọa.

+ Đau thắt lưng không do nguyên nhân cơ học (*bệnh toàn thân*): Người bệnh thường có các triệu chứng khác kèm theo như: sốt, dấu hiệu nhiễm trùng hoặc gầy sút nhanh, đau ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường... Khi có dấu hiệu chỉ điểm của một bệnh toàn thân liên quan đến đau

vùng thắt lưng, cần thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng khác để chẩn đoán nguyên nhân.

+ Đau thắt lưng do nguyên nhân tâm lý: Cần loại trừ các bệnh thực thể gây đau thắt lưng trước khi chẩn đoán do nguyên nhân tâm lý. Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau thắt lưng thuộc chứng Yêu thống. Thắt lưng là phủ của thận nên đau thắt lưng có quan hệ mật thiết với tạng thận.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Ngoại nhân:

+ Hàn thấp: Thường gặp ở những người làm việc, sinh hoạt ở nơi ẩm, lạnh lâu ngày

hoặc bị cảm phải hàn thấp gây trở ngại kinh lạc, khí huyết trong đường kinh mạch vùng thắt lưng bị bế tắc.

+ Thấp nhiệt: Do bị cảm phải tà khí thấp nhiệt hoặc do hàn thấp lâu ngày không khỏi tà khí lưu lại kinh lạc uất lại hóa nhiệt mà gây ủng trệ kinh lạc.

- Bất nội ngoại nhân: Do chấn thương vùng lưng, sai tư thế làm cho khí trệ huyết ứ ảnh hưởng đến sự vận hành của khí huyết.

- Nội thương: Can chủ cân, thận chủ cốt tủy, do sức yếu, lao lực quá độ, người già yếu hoặc mắc bệnh lâu ngày làm thận tinh bị suy tổn, can huyết hư không nuôi dưỡng được kinh mạch mà sinh bệnh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc kê đơn bài thuốc cổ phương, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương để gia giảm thành phần, khối lượng các vị thuốc cổ truyền hoặc kê đơn các thành phẩm thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể hàn thấp: Thường gặp trong những trường hợp đau thắt lưng do lạnh.

1.1. Triệu chứng: Đau nhiều vùng thắt lưng, đau tăng khi trời lạnh, ẩm, cơ cạnh cột sống co cứng, ấn đau, không đỏ, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoãn.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.

- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại kinh bàng quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (hàn thấp).

1.3. Pháp: Tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- **Cổ phương:** *Can khương thương truật thang*:

Can khương 08g Quế chi 08g Thương truật 08g Ý dĩ 08g

Cam thảo 06g Bạch linh 12g Xuyên khung 16g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

- **Đổi pháp lập phương:** Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- **Nghiệm phương:**

Lá lót 20g Sài đất 10g Thiên niên kiện 20g Thổ phục linh 20g

Rễ cây xấu hổ 16g Hà thủ ô 20g Quế chi 20g Cỏ xước 20g Sinh địa 10g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 3 lần trong ngày, uống khi thuốc còn ấm.

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngải cứu tươi 100g sao nóng với muối ăn lượng vừa đủ chườm tại chỗ đau.

- Cồn xoa bóp xoa tại chỗ đau.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- **Châm hoặc cứu:** châm tả các huyệt:

+ **Tại chỗ:** A thị Thượng liêu (BL.31) Yêu dương quan (GV.3) Thử liêu (BL.32)

Giáp tích vùng thắt lưng Thận du (BL.23) Đại trường du (BL.25) Yêu du (GV.2)

+ **Toàn thân:** Hoàn khiêu (GB.30) Ủy trung (BL.40)

Dương lăng tuyền (GB.34) Côn lôn (BL.60)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- **Các kỹ thuật châm:** Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- **Hoặc cấy chỉ vào các huyệt:** Thận du (BL.23) Giáp tích L4-L5 Đại trường du (BL.25) Yêu du (GV.2) Yêu dương quan (GV.3).

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 đến 15 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- **Xoa bóp bấm huyệt:** Các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, hợp, day, bóp, lăn, chắt vùng lưng, phát, ấn, bấm các huyệt A thị, Giáp tích và du huyệt tương ứng vùng đau. Vận động cột sống thắt lưng. Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

- Thủy châm: dùng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như châm, ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể thấp nhiệt: Thường gặp trong những trường hợp đau thắt lưng do nhiễm khuẩn vùng cột sống.

2.1. Triệu chứng: Vùng thắt lưng đau kèm theo sưng nóng đỏ hoặc có cảm giác nóng bứt rứt, có thể sốt, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày. Mạch nhu sắc.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bất cương: Biểu thực nhiệt.

- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại kinh bàng quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (thấp nhiệt).

2.3. Pháp: Thanh nhiệt trừ thấp.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Tứ diệu tán*

Thương truật 08g Hoàng bá 15g Ngưu tất 15g Ý dĩ 20g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Bạch truật (sao cám) 20g Hy thiêm thảo 20g Ý dĩ 20g Tỳ giải 40g Cam thảo nam 10g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: Châm tả các huyết giống thể hàn thấp.

- Người bệnh nên vận động thắt lưng từ từ, nhẹ nhàng theo sự tiến triển tốt lên của bệnh.

- Nếu người bệnh có các khối áp xe ở vùng thắt lưng: Không châm, cứu.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể huyết ú: Thường gặp trong những trường hợp đau thắt lưng do căng giãn dây chằng, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, khối u vùng cột sống thắt lưng.

3.1. Triệu chứng: Đau lưng xuất hiện sau khi vác nặng, lệch người hoặc sau một động tác thay đổi tư thế đột ngột, đau dữ dội ở một chỗ, cự ấn, vận động bị hạn chế, thay đổi tư thế thì đau tăng, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp.

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại kinh bàng quang.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp: Hoạt huyết hóa ứ, thư cân hoạt lạc.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Thân thống trực ứ thang*:

Đương qui 12g Xuyên khung 12g Đào nhân 06g Hồng hoa 06g Một dược 08g
Chích thảo 06g Hương phụ 12g Khương hoạt 12g Tần giao 12g Địa long 06g

Ngưu tất 12g Ngũ linh chi 06g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Ngải cứu 12g Trần bì 08g Tô mộc 12g Kinh giới 12g Nghệ vàng 10g Uất kim 10g
Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngải cứu tươi 100g sao nóng với muối ăn lượng vừa đủ chườm tại chỗ đau.
- Cồn xoa bóp xoa tại chỗ đau.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: Châm tả các huyết giống thể hàn thấp, thêm các huyết Cách du 2 bên.
- Cây chỉ, thủy châm, xoa bóp bấm huyết: Giống thể hàn thấp.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể can thận hư: Thường gặp trong những trường hợp đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng, loãng xương, gặp ở người cao tuổi.

4.1. Triệu chứng: Đau âm ỉ, chân gối yếu, lao động đau nhiều, nghỉ ngơi đau giảm ít. Trường hợp dương hư thì sắc mặt nhợt, chân tay lạnh, bụng dưới lạnh đau, sắc

lưỡi nhợt. Mạch trầm tế. Nếu âm hư thì miệng họng khô, sắc mặt đỏ, lòng bàn tay bàn chân nóng, lưỡi đỏ. Mạch tế sắc.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can thận hư, bệnh tại kinh bàng quang.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương), ngoại nhân (phong hàn thấp).

4.3. Pháp: Bổ can thận, khu phong trừ thấp, thông kinh hoạt lạc.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Độc hoạt ký sinh thang*:

Đảng sâm 10g Phục linh 15g Đương qui 10g Bạch thược 15g

Thục địa 15g Xuyên khung 10g12 Đỗ trọng 15g Ngưu tất 15g

Quế chi 06g Tế tân 04 Độc hoạt 10g Tang ký sinh 30g Phòng phong 10g

Tần giao 10g Cam thảo 06g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Đỗ trọng 12g Rễ cỏ xước 12g Cẩu tích 12g Cốt toái 12g Dây đau xương 12g

Hoài sơn 12g Tỳ giải 12g Thỏ ty tử 12g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngải cứu tươi 100g sao nóng với muối ăn lượng vừa đủ chườm tại chỗ đau.

- Cồn xoa bóp xoa tại chỗ đau.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm: Châm tả các huyết giống thể hàn thấp, thêm châm bổ

huyết: Thái khê (KI.3) Tam âm giao (SP.6) Thận du (BL.23) Thái xung (LR.3)

- Cây chỉ, thủy châm, xoa bóp bấm huyết: Giống thể hàn thấp.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

5. Thể thận dương hư

5.1. Triệu chứng: Vùng thắt lưng đau âm ỉ, chân gối yếu, lao động đau nhiều, nghỉ ngơi đau đỡ ít, sắc mặt nhợt, sợ lạnh, chân tay lạnh, bụng dưới lạnh, tiểu đêm, đại tiện phân nát, sắc lưỡi nhợt. Mạch trầm tế.

5.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Thận dương hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

5.3. Pháp: Ôn bổ thận dương

5.4. Phương:

5.4.1. Điều trị bằng thuốc:

- Cổ phương: *Thận khí hoàn*

Thục địa 12g Trạch tả 08g Hoài sơn 12g Phục linh 08g Sơn thù 08g

Nhục quế 06g Đan bì 08g Hắc phụ tử 06g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: Cốt khí củ 12g Tang ký sinh 12g Cầu tích 12g Bạch truật 12g

Tục đoạn 12g Hoài sơn 12g Ngưu tất 12g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngải cứu tươi 100g sao nóng với muối ăn lượng vừa đủ chườm tại chỗ đau.

- Cồn xoa bóp xoa tại chỗ đau.

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm, ôn điện châm: Châm bổ và ôn châm các huyệt giống thể

hàn thấp, thêm các huyệt: Thái khê (KI.3) Tam âm giao (SP.6) Thận du (BL.23)

Thái xung (LR.3) Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6) Mệnh môn (GV.4)

- Cây chỉ, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt: Giống thể hàn thấp.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân.

- Kết hợp điều trị thuốc hóa dược với các biện pháp phục hồi chức năng, luyện tập, thay đổi lối sống nhằm bảo vệ cột sống thắt lưng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân: Tùy theo nguyên nhân điều trị theo phác đồ của YHHĐ

- Do khối u cần chẩn đoán sớm và điều trị bằng YHHĐ.

- Do vi khuẩn lao: cần chẩn đoán sớm và điều trị bằng YHHĐ.

- Do thoái hóa cột sống thắt lưng: thuốc điều trị thoái hóa khớp theo cơ chế bệnh sinh.

- Do loãng xương.

- Do viêm cột sống dính khớp.

- Do vi khuẩn khác: dùng kháng sinh theo phác đồ.

2.2. Điều trị không đặc hiệu

2.2.1. Điều trị bằng thuốc

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới. Tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Chống viêm không steroid (NSAIDs): không được phối hợp hai loại thuốc trong nhóm.

- Thuốc giãn cơ.

- Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh có thể kết hợp với một trong các thuốc giảm đau thần kinh.

- Kết hợp thuốc an thần, thuốc ức chế trầm cảm khi cần thiết.

2.2.2. Điều trị không dùng thuốc

- Nếu đau cấp tính: Nằm nghỉ tại chỗ trên giường phẳng từ 3 đến 5 ngày.

- Kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng: Theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng của Bộ Y tế và các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng khác do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Người bệnh phải đeo đai hỗ trợ thắt lưng khi ngồi dậy hoặc đi lại vận động (nếu cần).

2.3. 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).

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện các biện pháp tránh tái phát đau vùng thắt lưng: làm việc đúng tư thế, đặc biệt tư thế đúng khi mang vật nặng. Nếu phải hoạt động ở tư thế ngồi hoặc đứng lâu, phải luôn giữ cho cột sống ở tư thế thẳng. Cần thay đổi tư thế mỗi 20 đến 30 phút một lần, tránh ngồi cúi gập về trước hoặc lệch vẹo về một bên.
- Tập thể dục thường xuyên.
- Đảm bảo chế độ ăn đủ calci và vitamin D.
- Giảm cân nếu thừa cân.
- Dự phòng loãng xương ở người có nguy cơ cao./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại- (Ban hành kèm theo Quyết định số 5031/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ y tế)

1. Bộ Y tế (2013). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.
2. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.
3. Bệnh viện Bạch Mai (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa.
4. Bộ Y tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành Châm cứu.
5. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017). "Đau thắt lưng", Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.
6. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng./.

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp là bệnh rất thường gặp và là một vấn đề xã hội. Tăng huyết áp nguy hiểm bởi các biến chứng không chỉ gây chết người mà còn để lại những di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

- Chẩn đoán xác định dựa vào đo huyết áp. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, được gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Trị số huyết áp được đo ở 2 lần khám, mỗi lần khám được đo ít nhất 2 lần, người bệnh cần được nghỉ ngơi trước khi đo 15 phút.

- Theo Y học hiện đại, tăng huyết áp được chia làm 2 loại là tăng huyết áp nguyên phát và thứ phát (các bệnh về thận, nội tiết, tim mạch, do thuốc và một số nguyên nhân khác). Cần lưu ý khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân, phát hiện các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích (ở tim, thận, mạch máu, võng mạc, não).

- Phân loại tăng huyết áp theo Hội Tim mạch VN 2007 (dựa vào WHO 2005, JNC VI 1997, ESC/ESH 2003)

Phân loại	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	<120	<80
Huyết áp bình thường	<130	<85
Huyết áp bình thường cao	130 – 139	85 – 89
Tăng huyết áp độ 1	140 – 159	90 – 99
Tăng huyết áp độ 2	160 – 179	100 – 109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	<90

Nếu huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không cùng 1 phân loại thì chọn mức huyết áp cao hơn để xếp loại.

- Theo Y học cổ truyền, tăng huyết áp thuộc phạm vi của các chứng: Huyền vụng, đầu thống, thất miên... và do nhiều nguyên nhân gây ra.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Do can dương vượng, bốc lên trên hoặc do tình chí không thư thái, uất ức lâu ngày khiến can dương thăng động gây nhiễu lên trên làm cho hoa mắt chóng mặt, choáng đầu, ù tai. Dương thăng nên gây mặt đỏ, hay tức giận. Can dương vượng gây ít ngủ, hay mơ, miệng đắng, lưỡi đỏ, mạch huyền.

- Nội thương hư tổn: Do lao động nặng nhọc lâu ngày hoặc do tuổi cao sức yếu làm tổn thương các cơ quan trong cơ thể. Trong đó tổn thương thận âm, thận âm hư không nuôi dưỡng được can mộc làm cho can âm suy yếu dẫn đến can thận âm hư, can âm hư thì can dương sẽ bốc lên gây ra chóng mặt, đau đầu, hay quên. Thận hư gây ra lưng gối đau, ù tai, mất ngủ, di tinh. Âm hư làm cho lòng bàn tay, bàn chân nóng, lưỡi đỏ, mạch huyền tế. Dương hư làm cho đại tiện lỏng, sợ lạnh, chân tay lạnh, mạch trầm tế sắc.

- Đàm thấp: Do ăn nhiều đồ béo bổ, hại đến tỳ vị, thức ăn không hóa thành tân dịch mà biến thành đàm thấp, khiến thanh dương không thăng được, trọc âm không giáng mà gây ra huyền vựng làm cho đầu choáng váng. Vị khí ở trung tiêu không giáng, khí cơ không lợi nên hông đau, bụng đầy, buồn nôn, ăn ít, mệt mỏi. Đàm trọc ú trệ làm cho chất lưỡi bệu, rêu lưỡi dày, ánh vàng, mạch nhu hoạt.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc kê đơn bài thuốc cổ phương, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương để gia giảm thành phần, khối lượng các vị thuốc cổ truyền hoặc kê đơn các thành phẩm thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu cho phù hợp với chẩn đoán. Phải kết hợp với YHHĐ, không nên sử dụng YHCT đơn thuần.

1. Thể can dương thượng cương

1.1. Triệu chứng: Hoa mắt, choáng váng, đau đầu, mặt đỏ, hay tức giận, ít ngủ, ngủ hay mê, miệng đắng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền sắc hoặc huyền hoạt.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can dương vượng.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3. Pháp: Bình can tức phong (Bình can tiềm dương).

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài Thiên ma câu đằng ẩm

Thiên ma	08g	Câu đằng	12g
Ngưu tất	12g	Thạch quyết minh	20g
Đỗ trọng	12g	Tang ký sinh	16g
Chi tử	12g	Hoàng cầm	12g
Ích mẫu	12g	Dạ giao đằng	12g

Phục thần	12g		
Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. + Hoặc bài thuốc: Long đởm tả can thang			
Long đởm thảo	08g	Sinh địa	12g
Hoàng cầm	08g	Sài hồ	08g
Chi tử	12g	Sa tiền	12g
Trạch tả	12g	Cam thảo	04g
Đương quy	12g	Mộc thông	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết

+ Tại chỗ: Bách hội (GV.20) Thái dương

+ Toàn thân: Đởm du (BL.19) Can du (BL.18) Thái xung (LR.3) Hành gian (LR.2)

Nội quan (PC.6) Thần môn (HT.7) Tam âm giao (SP.6)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyết vùng đầu, cổ gáy: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, phân, day, ấn, bấm, bóp, lăn, vỗ. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết từ 20 đến 30 phút, ngày một lần, một liệu trình 10 đến 15 lần.

2. Thể can thận âm hư

2.1. Triệu chứng: Mệt mỏi, vầng đầu, hay quên, lưng gối đau yếu, ù tai, mất ngủ, nam giới có thể di tinh, lòng bàn tay bàn chân nóng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền tế.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận âm hư.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Tư bổ can thận.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài *Lục vị địa hoàng thang*

Thục địa 16g Sơn thù 12g Hoài sơn 12g Bạch linh 12g Đan bì 08g Trạch tả 08g
Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài Tri bá địa hoàng thang

Tri mẫu 08g Hoàng bá 12g Thục địa 16g Sơn thù 12g Hoài sơn 12g Bạch linh 12g
Đan bì 08g Trạch tả 08g . Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc bài Kỷ cúc địa hoàng thang

Thục địa 16g Sơn thù 12g Hoài sơn 12g Bạch linh 12g Đan bì 08g Trạch tả 08g
Kỷ tử 12g Cúc hoa 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc bài Lục vị quy thực thang

Thục địa 16g Sơn thù 12g Hoài sơn 12g Bạch linh 12g Đan bì 08g Trạch tả 08g
Đương qui 12g Bạch thực 12g . Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyệt: Can du (BL.18) Thận du (BL.23) Thái khê (KI.3) Huyết hải (SP.10) Tam âm giao (SP.6) Nội quan (PC.6) Thần môn (HT.7)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt: Như thể can dương vượng.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể âm dương lưỡng hư: Thường ở người cao tuổi hoặc phụ nữ sau khi hết kinh.

3.1. Triệu chứng: Mệt mỏi, sắc mặt trắng, đau đầu, chóng mặt, ngủ ít, hồi hộp, ù tai, lưng đau, gối mỏi, đại tiện lỏng, sợ lạnh, chân tay lạnh, tiểu đêm nhiều lần, di tinh, liệt dương (nếu ở nam), chất lưỡi hồng nhạt, rêu lưỡi trắng. Mạch huyền tế hoặc trầm tế.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Thận âm dương đều hư.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp: Bổ thận dưỡng âm.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Hữu quy hoàn*

Thực địa 16g Sơn thù 12g Hoài sơn 12g Kỷ tử 12g Thỏ ty tử 12g Hắc phụ tử 04g

Đương qui 12g Nhục quế 04g Đỗ trọng 12g Lộc giác giao 16g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

3.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm hoặc cứu: châm bổ các huyết

Thận du (BL.23) Tam âm giao (SP.6) Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6)

Túc tam lý (ST.36) Nội quan (PC.6) Thần môn (HT.7)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyết: Như thể can dương vượng.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể đàm thấp: Thường gặp ở người béo phì, người hay ăn đồ béo ngọt.

4.1. Triệu chứng: Đau đầu, nặng đầu, hoa mắt, chóng mặt, ngực tức, bụng đầy, buồn nôn, ăn ít, mệt mỏi, ngủ li bì, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng, ánh vàng, mạch nhu hoạt.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư đàm thấp.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

4.3. Pháp: Kiện tỳ, trừ thấp, hóa đàm.

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng YHCT

4.4.1.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Bán hạ bạch truật thiên ma thang

Bán hạ chế 12g Bạch truật 16g Thiên ma 12g Cam thảo 04g

Trần bì 08g Bạch linh 16g Sinh khương 1 lát Đại táo 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

4.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm các huyệt

+ Châm bổ: Túc tam lý (SP.6) Tỳ du (BL.20) Vị du (BL.21) Nội quan (PC.6)

Thần môn (HT.7) Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Phong long (ST.40)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt: Như thể can dương vượng.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Các xét nghiệm tìm tổn thương cơ quan đích, nguyên nhân tăng huyết áp và yếu tố nguy cơ tim mạch

– Xét nghiệm thường quy:

o Sinh hóa máu: đường máu khi đói; thành phần lipid máu (Cholesterol toàn phần, HDL- C, LDL-C, Triglycerid); điện giải máu (đặc biệt là kali); axit uric máu; creatinine máu. o Huyết học: Hemoglobin and hematocrit.

o Phân tích nước tiểu (albumine niệu và soi vi thể).

o Điện tâm đồ.

– Xét nghiệm nên làm (nếu có điều kiện):

o Siêu âm Doppler tim

o Siêu âm Doppler mạch cảnh.

o Định lượng protein niệu (nếu que thử protein dương tính).

o Chỉ số huyết áp mắt cá chân/cánh tay (ABI: Ankle Brachial Index). o Soi đáy mắt.

o Nghiệm pháp dung nạp glucose.

o Theo dõi huyết áp tự động 24 giờ (Holter huyết áp).

o Đo vận tốc lan truyền sóng mạch ...

– Xét nghiệm khi đã có biến chứng hoặc để tìm nguyên nhân:

o Định lượng renin, aldosterone, corticosteroids, catecholamines máu/niệu. o Chụp động mạch.

o Siêu âm thận và thượng thận.

o Chụp cắt lớp, cộng hưởng từ ...

2. Nguyên tắc điều trị

- Huyết áp mục tiêu là dưới 140/90 mmHg, nếu có đái tháo đường hoặc bệnh thận mạn thì phải dưới 130/80 mmHg.

- Điều trị tăng huyết áp là điều trị lâu dài, suốt đời.

- Cần điều trị tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích.

- Phải cân nhắc từng bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các yếu tố nguy cơ, các tác dụng phụ để có chế độ dùng thuốc thích hợp.

- Huyết áp nên được hạ từ từ để tránh những tổn thương thiếu máu cơ quan đích.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

Thay đổi lối sống tăng hiệu quả của thuốc hạ áp và hạn chế đáng kể nguy cơ tổng thể của các bệnh tim mạch.

- Hạn chế ăn mặn, tránh dùng cà phê, điều chỉnh thời gian sinh hoạt, v.v...

- Giảm cân nặng nếu thừa cân. Đặc biệt ở những người bệnh nam giới béo phì thể trung tâm.

- Hạn chế rượu ít hơn 30ml ethanol/ngày (ít hơn 720ml bia, 300ml rượu vang, 60ml whisky). Phụ nữ uống bằng 1/2 nam giới.

- Tăng cường hoạt động thể lực nếu tình huống lâm sàng cho phép, nên khuyến khích bệnh nhân tập thể dục đều. Duy trì ít nhất 30 - 45 phút/ngày vào hầu hết các ngày trong tuần.

- Chế độ ăn giàu rau quả, calci, kali, ít muối, ít chất béo có thể giúp hạ huyết áp. Giảm ăn mặn < 6g NaCl/ngày. Duy trì đầy đủ lượng kali, đặc biệt ở những người bệnh có dùng thuốc lợi tiểu để điều trị tăng huyết áp. Hạn chế mỡ động vật bão hòa và các thức ăn chứa nhiều cholesterol.

- Bỏ thuốc lá: Cần cương quyết bỏ thuốc lá trong mọi trường hợp.

2.2. Điều trị bằng thuốc

Tùy theo từng trường hợp cụ thể của người bệnh, cần kết hợp với các phương

pháp điều trị theo hướng dẫn của YHHĐ, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc tác động lên hệ thần kinh giao cảm:

+ Chỉ định của thuốc chẹn beta giao cảm: Đau thắt ngực, sau nhồi máu cơ tim, loạn nhịp nhanh, suy tim. Chống chỉ định: Nhịp chậm, block nhĩ thất độ cao, suy tim nặng, bệnh phổi co thắt, bệnh động mạch ngoại vi. Thận trọng ở bệnh nhân có: Đái tháo đường vì làm ức chế các biểu hiện của tai biến hạ đường huyết, rối loạn lipid máu vì thuốc làm tăng triglycerid, trầm cảm...

+ Thường dùng nhóm chẹn β_1 , nhóm tác động lên hệ giao cảm trung ương.

- Thuốc lợi tiểu: Được coi là thuốc lựa chọn hàng đầu trong điều trị tăng huyết áp.

+ Chỉ định: Suy tim, người lớn tuổi, tăng huyết áp tâm thu đơn độc, có thể chỉ định cho người bệnh đái tháo đường.

+ Tác dụng phụ: Tùy từng nhóm thuốc.

- Thuốc chẹn kênh canxi:

+ Chỉ định: Đau thắt ngực, người bệnh lớn tuổi, tăng huyết áp tâm thu, có thể chỉ định cho bệnh mạch máu ngoại biên.

+ Tác dụng phụ: Phù, đau đầu, mẫn ngứa.

- Thuốc ức chế men chuyển:

+ Chỉ định: Suy tim, rối loạn chức năng thất trái, sau nhồi máu cơ tim, bệnh thận do đái tháo đường.

+ Chống chỉ định: Phụ nữ có thai, tăng kali máu, hẹp động mạch thận 2 bên.

+ Tác dụng phụ: Gây ho khan.

- Thuốc đối kháng thụ thể AT1 của angiotensin:

+ Chỉ định: Dùng thay thế cho các người bệnh không dung nạp thuốc ức chế men chuyển.

+ Chống chỉ định: Như nhóm ức chế men chuyển.

- Thuốc giãn mạch trực tiếp: Hydralazin, mimoxidil.

- Một số thuốc khác (dùng đường tĩnh mạch, dưới lưỡi): Nitroglycerin, natriprussid.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý.

- Thực hiện tốt chế độ ăn, tránh để tăng cân béo phì. Giảm cân nếu quá cân.- Nên tập vận động thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại- *(Ban hành kèm theo Quyết định số 5031/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ y tế)*

1. Bộ Y tế (2016), “Quy trình chuyên môn chẩn đoán điều trị, chăm sóc người bệnh

Tăng huyết áp”. Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế

2. Bộ Y tế (2013) - Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.

3. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

4. Các bộ môn Nội – Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Bệnh học nội khoa tập 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.

5. Bệnh viện Bạch Mai (2012), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa”. Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.

6. Nguyễn Bá Tĩnh (2000), Nam dược thần hiệu. Nhà xuất bản Y học.

II. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp *(Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế).*

Bài 3

ĐAU THẦN KINH TỌA (YÊU CƯỚC THÔNG)

BS CKI Lê Văn Đức

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, đau thần kinh tọa có biểu hiện đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa. Vị trí đau tùy theo rễ thần kinh bị tổn thương. Khi tổn thương rễ L5, thường đau từ thắt lưng lan xuống mặt bên đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, qua trước mắt cá ngoài đến mu chân và lan tới ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau từ thắt lưng lan xuống mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, xuống gót chân, qua mắt cá ngoài tới gan chân và tận cùng ở ngón út.

Nguyên nhân hay gặp nhất gây đau thần kinh tọa là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (thường gặp thoát vị đĩa đệm L4-L5 hoặc L5- S1 gây chèn ép rễ L5 hoặc S1 tương ứng). Ngoài ra các nguyên nhân khác gây đau thần kinh tọa như: thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt thân đốt sống, chấn thương, tổn thương thân đốt sống (do lao, vi khuẩn, u, ung thư), viêm đĩa đệm đốt sống, tình trạng mang thai...

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Lâm sàng người bệnh có 2 hội chứng:

- Hội chứng cột sống thắt lưng:

Điểm đau cột sống (Cảm giác đau chói khi ấn vào mỏm gai sau của cột sống bị tổn thương)

Biến dạng cột sống: Mất đường cong sinh lý, gù, vẹo cột sống thắt lưng

Co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng một bên hoặc hai bên

Khoảng cách tay đất hạn chế

Nghiệm pháp Schober (+)

- Hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng:

Đau theo rễ thần kinh tổn thương, có thể có cảm giác tê bì, kiến bò, nóng rát.

Dấu hiệu bảm chuông (+)

Dấu hiệu Lasègue (+)

Hệ thống điểm đau Valleix (+)

Rối loạn phản xạ gân xương: Trường hợp tổn thương rễ L5: phản xạ gân gót bình thường, giảm hoặc mất cảm giác ngón chân cái, teo nhóm cơ cẳng chân trước ngoài, các cơ mu chân, không đi được bằng gót chân; Trường hợp tổn thương S1: phản xạ gân gót giảm hoặc mất, giảm hoặc mất cảm giác phía ngón chân út, teo cơ bắp cẳng chân, cơ gan bàn chân, không đi được bằng mũi chân.

Cận lâm sàng: bilan viêm âm tính; Xquang thường quy cột sống thắt lưng bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa, trượt thân đốt sống và ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân; **Chụp cộng hưởng từ** cột sống thắt lưng nhằm xác định chính xác vị trí, mức độ tổn thương; Điện cơ đồ giúp phát hiện và đánh giá rễ thần kinh tổn thương.

Theo Y học cổ truyền, đau thần kinh tọa được miêu tả trong các y văn với các bệnh danh như “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong”, “Tọa điển phong”, “Yêu cước đông thống” và thuộc phạm vi chứng Tý.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Do phong hàn thấp xâm phạm vào bì phu kinh lạc gây khí huyết vận hành trong kinh lạc bị ứ trệ. Phong có tính di chuyển nên người bệnh có triệu chứng đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa. Hàn có tính chất ngưng trệ, làm cho khí huyết kinh lạc bị tắc nghẽn gây ra cơ rút gân cơ. Thấp có tính nề trệ làm tắc trở kinh lạc gây nên cảm giác tê bì, nặng nề, vận động khó khăn.

Do can thận hư, phong hàn thấp thừa cơ xâm phạm vào bì phu, kinh lạc làm kinh lạc bế tắc, kinh khí không lưu thông gây đau, hạn chế vận động. Phong hàn thấp tà uất lâu hóa nhiệt làm người bệnh có triệu chứng nóng rát nơi đau.

Do chấn thương làm huyết ứ gây bế tắc kinh lạc, kinh khí không lưu thông gây đau và hạn chế vận động.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể phong hàn thấp: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do lạnh.

1.1. Triệu chứng: Sau khi bị nhiễm lạnh, đau từ thắt lưng hoặc từ mông xuống chân, đau có điêm khu trú, chưa có teo cơ, đau tăng khi trời lạnh, chườm ấm dễ chịu. Sợ gió, sợ lạnh, đại tiện có thể bình thường hoặc nát, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoặc phù khấn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (Phong hàn thấp).

1.3. Pháp: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Can khương thương truật linh phụ thang* gia giảm

Can khương 08g Quế chi 08g Thương truật 08g Ý dĩ 08g

Cam thảo 06g Bạch linh 12g Xuyên khung 16g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (*Độc hoạt tang ký sinh gia giảm*)

Độc hoạt 10g Phòng phong 08g Uy linh tiên 12g Tang ký sinh 12g Tế tân 04g

Quế chi 06g Trần bì 08g Chỉ xác 08g Đan sâm 12g Rễ cỏ xước 12g

Xuyên khung 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm hoặc cứu: Châm tả các huyết

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rễ S1): các huyết

A thị vùng cột sống thắt lưng Giáp tích L4- L5, L5- S1

Thận du (BL. 23) Đại trường du (BL. 25) Trật biên (BL. 54) Ân môn (BL. 37)

Thừa phù (BL. 36) Ủy trung (BL. 40) Thừa sơn (BL. 57) Côn lân (BL. 60)

+ Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rễ L5): các huyết

A thị vùng cột sống thắt lưng Giáp tích L4- L5, L5- S1

Thận du (BL. 23) Đại trường du (BL. 25) Hoàn khiêu (GB. 30) Phong thị (GB. 31)

Dương lăng tuyền (GB. 34) Huyền chung (GB. 39) Khâu khư (GB. 40)

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết:

Giáp tích L2-4 Thận du (BL. 23) Đại trường du (BL. 25) Trật biên (BL. 54)

Hoàn khiêu (GB.30) Phong thị (GB. 31) Túc tam lý (ST.36) Thừa sơn (BL. 57)

Huyền chung (GB. 39) Dương lăng tuyền (GB. 34) Địa ngũ hội (GB. 42)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 15 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Các thủ thuật xoa, xát, miết, day, lăn vùng lưng của chân đau. Bấm các huyết bên đau. Vận động cột sống, vận động chân. Phát tử thắt lưng xuống chân đau. Liệu trình xoa bóp 30 phút/lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 15 đến 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp.

Các huyết: Đại trường du (BL. 25) Trật biên (BL. 54) Thừa phù (BL. 36)

+ Thủy châm một lần/ngày, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống.

2.1. Triệu chứng: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Kèm theo triệu chứng ăn kém, ngủ ít. Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận hư (Tỳ hư nếu có teo cơ).
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân + Bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, bổ can thận (kiện tỳ nếu có teo cơ).

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Bài cổ phương: *Độc hoạt tang ký sinh thang*

Độc hoạt 10g Phòng phong 12g Tang ký sinh 12g Tế tân 04g

Tần giao 12g Đương quy 12g Phục linh 12g Quế chi 04g

Bạch thược 12g Xuyên khung 08g Thục địa 12g Chích cam thảo 06g

Đỗ trọng 12g Ngưu tất 12g Đảng sâm 12g

Ngày sắc uống 1 thang, chia 3 lần, liệu trình 10 - 15 thang.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Thục địa 12g Ý dĩ 12g Cầu tích 12g Bạch truật 12g Tục đoạn 12g Củ mài 12g

Tang ký sinh 12g Tỳ giải 12g Rễ cỏ xước 12g Hà thủ ô đỏ 12g Đảng sâm 12g

Ngày sắc uống 1 thang, chia 3 lần, liệu trình 10 - 15 thang.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Châm tả các huyết giống thể phong hàn và châm bổ thêm các huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

- Thủy châm: Giống thể phong hàn thấp.
- Cây chỉ: giống thể phong hàn thấp, thêm huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).
- Xoa bóp bấm huyết: giống thể phong hàn thấp, bấm thêm huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể thấp nhiệt: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do viêm nhiễm.

3.1. Triệu chứng: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm nóng rát như kim châm. Chân đau nóng hơn chân bên lành, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (thấp nhiệt).

3.3. Pháp: Thanh nhiệt trừ thấp, hành khí hoạt huyết.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Ý dĩ nhân thang hợp với Nhị diệu tán*

Ý dĩ nhân 12g Quế chi 06g Cam thảo 06g Thược dược 06g Ma hoàng 06g

Hoàng bá 12g Bạch truật 12g Thương truật 12g Đương quy 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, liệu trình 10 - 15 thang.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Núc nác 12g Thương truật 08g Thổ phục linh 12g Ý dĩ 16g Tần giao 12g

Huyết giác 16g Kê huyết đằng 12g Đan sâm 12g Hương phụ 12g Vỏ quýt 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết giống thể phong hàn thấp.

+ Liệu trình: ngày 1 lần, 7- 14 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4.Thể huyết ú: Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do chấn thương hoặc do thoát vị đĩa đệm.

4.1. Triệu chứng: Đau đột ngột, dữ dội tại một điểm, đau lan xuống chân, hạn chế vận động nhiều, chất lưỡi tím, có điểm ú huyết. Mạch sấp.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực.

- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ú).

4.3. Pháp: Hoạt huyết khứ ú, thông kinh hoạt lạc.

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng thuốc:

- Cổ phương: *Thân thống trục ú thang*

Đương quy 12g Đào nhân 06g Hồng hoa 06g Nhũ hương 08g

Chích thảo 04g Hương phụ chế 12g Khương hoạt 12g Tần giao 12g

Địa long 06g Ngưu tất 12g Ngũ linh chi (tôi giấm) 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Ngải cứu 12g Trần bì 08g Tô mộc 12g Kinh giới 12g Nghệ vàng 10g Uất kim 10g

Rễ cỏ xước 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm: châm tả các huyết như thể phong hàn thấp và thêm huyết Huyết hải (SP.10).

- Xoa bóp bấm huyết: Giống thể phong hàn thấp và tránh động tác vận động cột sống (gập đùi vào ngực).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân (thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng).
- Giảm đau và phục hồi vận động nhanh.
- Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa.
- Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.
- Đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính: điều trị giải chèn ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị bằng thuốc:

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới. Tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp
- Chống viêm không steroid (NSAIDs): không được phối hợp hai loại thuốc trong nhóm, sử dụng phối hợp với thuốc bảo vệ dạ dày nhóm ức chế bơm proton.
- Thuốc giãn cơ.
- Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh có thể kết hợp với một trong các thuốc giảm đau thần kinh.
- Trong trường hợp đau nhiều, các thuốc giảm đau ít tác dụng, có thể tiêm Corticosteroid ngoài màng cứng.
- Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm (Với trường hợp đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng).

2.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Chế độ nghỉ ngơi: Nằm giường cứng, tránh các động tác mạnh đột ngột, tránh mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu.
- Vật lý trị liệu: Chiếu đèn hồng ngoại, thể dục trị liệu, kéo giãn cột sống thắt lưng, treo người bằng xà đơn, bơi, đeo đai lưng hỗ trợ nhằm tránh quá tải trên đĩa đệm cột sống.

V. PHÒNG BỆNH

- Giữ tư thế cột sống thẳng đứng khi ngồi lâu, đứng lâu, có thể mang đai lưng hỗ trợ.
- Tránh bị nhiễm lạnh, ẩm thấp kéo dài.
- Tránh các động tác đột ngột, sai tư thế, mang vác nặng.
- Luyện tập bơi lội hoặc yoga để tăng sức bền của khối cơ lưng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại- (Ban hành kèm theo Quyết định số 5031/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ y tế)

1. Bệnh viện Bạch Mai (2011), “Đau thần kinh tọa”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 650 -652.
2. Bộ Y tế (2013), Danh mục hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
3. Bộ Y tế (2015), Ban hành Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.
4. Đỗ Tất Lợi (2003), Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
5. Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, tr. 152 -159, 177 - 181, 226 - 234.
6. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, tr 140-144.
7. Bộ Y tế (2017), Quy trình khám bệnh, chữa bệnh bằng cấy chỉ và Laser châm chuyên ngành châm cứu.
8. Các bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2012), “Đau vùng thắt lưng và đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm”, Bệnh học Nội tập II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 252 - 267.
9. Viện Dược liệu (2006), Cây thuốc và động vật làm thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Tập I, Tập II.
10. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, hội chứng cổ vai cánh tay (cervical scapulothoracic syndrome), còn gọi là hội chứng vai cánh tay (scapulothoracic syndrome) hay bệnh lý rễ tủy cổ (cervical radiculopathy), 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 có thể lan xuống 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.

Nguyên nhân thường gặp nhất (70 - 80%) là do thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (20 – 25%).

Chẩn đoán xác định: Tùy thuộc nguyên nhân, mức độ và giai đoạn bệnh, người bệnh có thể có những triệu chứng và hội chứng sau đây: Hội chứng cột sống cổ, hội chứng rễ thần kinh, hội chứng tủy cổ, hội chứng động mạch sống nền, có thể có các rối loạn thần kinh thực vật...

Theo Y học cổ truyền, hội chứng cổ vai cánh tay được xếp vào phạm vi chứng Tý. Tý có nghĩa là tắc, không thông. Chứng tý là do tà khí phong hàn thấp nhiệt ở ngoài xâm nhập vào cơ thể, đóng bít ngăn trở kinh lạc, khí huyết vận hành không thông lợi mà gây ra.

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, phosphatase kiềm, điện di protein huyết thanh, v.v...

– Chụp Xquang thường quy: Cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chéch 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.

– Chụp cộng hưởng từ (MRI): MRI thường được chỉ định khi bệnh nhân đau kéo dài (>4-6 tuần), đau ngày càng tăng, có tổn thương thần kinh tiến triển, có biểu hiện bệnh lý tủy cổ, hoặc các dấu hiệu cảnh báo gợi ý bệnh lý ác tính hay nhiễm trùng.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) đơn thuần hoặc kèm chụp tủy cản quang: Chụp CT đơn thuần có thể được chỉ định khi không có MRI hoặc chống chỉ định chụp MRI.
- Xạ hình xương: Khi nghi ngờ ung thư di căn hoặc viêm đĩa đệm đốt sống, cốt tủy viêm.
- 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.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nguyên nhân gây chứng Tý rất đa dạng bao gồm ngoại nhân, nội nhân và bất nội ngoại nhân. Các yếu tố bên ngoài như phong, hàn, thấp, nhiệt tà có thể đơn độc hoặc cùng kết hợp xâm nhập vào cơ thể. Bệnh cũng có thể do nội nhân như rối loạn tình chí, tiên thiên bất túc hoặc sau kinh nguyệt, sinh đẻ làm khí huyết suy kém, âm dương không điều hòa. Các yếu tố bất nội ngoại nhân như lao động vất vả, ăn uống, tình dục không điều độ làm khí huyết suy hoặc do đàm ẩm, huyết ứ mà gây bế tắc kinh lạc cũng có thể gây chứng Tý.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể phong hàn

1.1. Triệu chứng: Đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, có điềm đau cố định ở cổ, có thể sờ thấy cơ cơ ở cổ vai gáy, cứng cổ, hạn chế vận động. Đau, tê, nhức tứ chi, có thể có cảm giác nặng và yếu hai chi trên, đau nặng đầu, thích ẩm, sợ lạnh, lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch phù hoãn hoặc sáp.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Đại trường/tiểu trường/tam tiêu.38
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn).

1.3. Pháp điều trị: Trừ phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng YHCT

1.4.1.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Quế chi gia Cát căn thang*

Quế chi 08g Thược dược 12g Đại táo 12g Sinh khương 08g Cam thảo 04g Cát căn 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống ấm.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Quế chi 08g Tang chi 12g Khương hoàng 08g Cát căn 12g Kê huyết đằng 12g Thiên niên kiện 08g Bạch chỉ 08g Sinh khương 04g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống ấm.

1.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết: Hậu Khê (SI.3) Phong trì (GB.20) Đại chùy (GV.14) Liệt khuyết (LU.7) Kiên tinh (GB.21) Hợp cốc (LI.4) Thủ tam lý (LI.10) Thiên trụ (BL.10) Ngoại quan (TE.5) Giáp tích C4 – C7 A thị huyết

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 – 12 huyết. Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chát, bóp, ấn, bấm huyết (các huyết như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa.

Mỗi lần xoa bóp 15 – 20 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 đến 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Các kỹ thuật châm khác: Điện châm, điện trường châm.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết:

Kiên trung du (SI.15) Kiên tinh (GB.21) Kiên trinh (SI.19) Thiên tông (SI.11)

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong thấp nhiệt tý

2.1. Triệu chứng: Vùng cổ gáy sưng, nóng, đỏ, đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, đau đầu chóng mặt. Sốt cao, khát nước, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sắc.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, nhiệt.

- Chẩn đoán kinh lạc: Đại trường/tiểu trường/tam tiêu.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp, nhiệt).

2.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt giải độc, khu phong, trừ thấp, thông lạc.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng YHCT

2.4.1.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Bài cổ phương: *Bạch hổ gia quế chi thang*

Thạch cao 40g Cam thảo 04g Tri mẫu 12g Quế chi 08g Ngạnh mễ 20g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài *Quế chi thược dược tri mẫu thang*:

Quế chi 08g Bạch thược 12g Tri mẫu 12g Bạch truật 12g Cam thảo 06g

Ma hoàng 08g Phòng phong 12g Sinh khương 06g Phụ tử chế 02g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Ý dĩ 12g Khương hoạt 08g Kim ngân hoa 12g Hoàng bá 12g Hy thiêm thảo 12g Khương hoàng 08g Tần giao 10g Liên kiều 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

2.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Hậu khê (SI.3) Phong trì (GB.20) Đại chùy (GV.14) Ngoại quan (TE.5)

Kiên tinh (TE.21) Hợp cốc (LI.4) Thủ tam lý (LI.10) A thị huyết

Thiên trụ (BL.10) Giáp tích C4 – C7

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 – 12 huyết. Một liệu trình điều trị từ 20 đến 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chát, bóp, ấn, bấm huyết (các huyết như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa.

Mỗi lần xoa bóp 15 – 20 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 đến 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Thủy châm và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể huyết ứ

3.1. Triệu chứng: Đau nhức, tê vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, tê, đau nhói cổ định, đau tăng về đêm, ban ngày đỡ đau, đau cự ấn, co cứng cơ tại chỗ, kích thích khó chịu. Miệng khô, lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết. Mạch huyền hoặc sáp.

Thể huyết ứ thường ít xuất hiện đơn thuần mà kết hợp với các thể lâm sàng khác của chứng Tý vùng vai gáy.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Đại trường/tiểu trường/tam tiêu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

3.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ứ, thông kinh hoạt lạc chỉ thống.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng YHCT

3.4.1.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Đào hồng ẩm*

Đào nhân 08g Xuyên khung 08g Đương qui 10g Uy linh tiên 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Tô mộc 10g Khương hoàng 08g Đào nhân 08g Hồng hoa 08g Cát căn 12g

Xích thực 12g Trần bì 08g Cam thảo 04g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

3.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Hậu Khê (SI.3) Thân mạch (BL.62) Hợp cốc (LI.4) Tam âm giao (SP.6)

Kiên tinh (TE.21) Thủ tam lý (LI.10) Thiên trụ (BL.10) Giáp tích C4 – C7

A thị huyết

Điện châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyết. Một liệu trình điều trị từ 20 đến 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyết: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyết tương tự như công thức huyết trên.

- Thủy châm, các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể can thận hư

4.1. Triệu chứng: Đau nhức vai gáy và ngực lưng, đau căng đầu, tê bì tay, đau mỏi lưng gối, hoa mắt chóng mặt, nhìn mờ, triều nhiệt, ra mồ hôi trộm, miệng họng khô, lưỡi đỏ ít rêu. Mạch tế sác.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can, thận hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

4.3. Pháp điều trị: Tư dưỡng can thận, hoạt huyết thông kinh lạc.

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng YHCT

4.4.1.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Quyên tỳ thang*

Khương hoạt 09g Phòng phong 08g

Xích thược 08g Đương qui 12g Sinh hoàng kỳ 12g Tang chi 12g

Khương hoàng 10g Cam thảo 04g Đại táo 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Hoặc dùng bài thuốc “*Hổ tiềm hoàn*”.

Thục địa 12g Quy bản 12g Bạch thược 10g Tỏa dương 12g Tri mẫu 08g

Hoàng bá 10g Trần bì 06g Can khương 04g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Thục địa 12g Đương quy 12g Tục đoạn 12g Đổ trọng 12g Bạch thược 10g

Tang chi 12g Quế chi 08g Uy linh tiên 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyết: Thái khê (KI.3) Đại trử (BL.11) Huyền chung (GB.39) Giáp tích C4 – C7 Thủ tam lý (LI.10) Thiên trụ (BL.10) A thị huyết

Điện châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 12 huyết. Một liệu trình điều trị từ 20 đến 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyệt: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyệt tương tự như công thức huyệt trên.

- Thủy châm, các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với giải quyết nguyên nhân nếu có thể.

- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và các biện pháp không dùng thuốc khác.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc

2.2.1. Điều trị triệu chứng

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

* 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.

- Thuốc giảm đau dạng phối hợp: Paracetamol kết hợp với một opiat nhẹ như codein hoặc tramadol.

- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs): Lựa chọn một thuốc thích hợp tùy cơ địa người bệnh và các nguy cơ tác dụng phụ. Nếu người bệnh 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 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.

- Thuốc chống trầm cảm ba vòng (liều thấp) khi có biểu hiện đau thần kinh mạn tính hoặc khi có kèm rối loạn giấc ngủ.

- Vitamin nhóm B.

- 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 trong 1-2 tuần.

2.2.2. Điều trị nguyên nhân

- Đối với thể can thận hư: Có thể kết hợp với thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm.

- Đối với thể huyết ú: Nếu nguyên nhân do sai tư thế hoặc thoát vị đĩa đệm có thể kết hợp kéo giãn cột sống cổ.

2.2. Điều trị không dùng thuốc

- 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.

- Kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng: Theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng của Bộ Y tế và các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng khác do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

2.3. Điều trị ngoại khoa

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

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 nhày đĩa đệm thoát vị.

2.4. Các phương pháp khác

Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng hoặc tiêm khớp liên mỏm sau (facet) cạnh cột sống cổ: Có thể được chỉ định và thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa.

Các thủ thuật giảm đau can thiệp: Phong bế rễ thần kinh chọn lọc; điều trị đốt thần kinh cạnh hạch giao cảm cổ bằng sóng cao tần (radio frequency ablation, RFA).

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng đại học), Nhà xuất bản Y học.
2. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng sau đại học), Nhà xuất bản Y học.
3. Bob Flaws, Philippe Sionneau (2005), The treatment of modern western medical diseases with Chinese medicine, pp 121 – 127.
4. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về cơ xương khớp – Theo quyết định số 361/QĐ – BYT ngày 25 tháng 1 năm 2014.

I. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh mặt hay dây VII là dây hỗn hợp, có đầy đủ chức năng của một dây thần kinh ngoại vi (vận động, cảm giác, thực vật, dinh dưỡng và phản xạ). Khi tổn thương dây thần kinh mặt (liệt mặt trung ương và liệt mặt ngoại biên) đều gây mất hoặc giảm vận động các cơ bám da mặt và da cổ.

Bệnh dây thần kinh VII nằm trong chứng trúng phong kinh lạc của Y học cổ truyền. Với bệnh danh “Khẩu nhãn oa tà” (miệng và mắt méo lệch) sẽ tương ứng với các triệu chứng của liệt dây thần kinh VII ngoại biên.

Theo Y học hiện đại, có rất nhiều nguyên nhân gây liệt dây thần kinh VII ngoại biên:

+ Do lạnh: Hay gặp nhất chiếm tới 80%, nguyên phát, thường sau người bệnh bị nhiễm lạnh và hay xảy ra vào ban đêm. Chỉ có liệt mặt đơn thuần, không có dấu hiệu thần kinh khác.

+ Do viêm nhiễm: Viêm nhiều rễ và dây thần kinh, viêm dây VII, viêm tai xương chũm, Zona, hạch gỏi...

+ Do các tổn thương nền sọ: Vỡ nền sọ gây vỡ xương đá, tai biến sản khoa do Forcep.

+ Do khối u: U góc cầu tiểu não, u dây thần kinh VII, u tai xương chũm, u độc nền sọ, u cánh nhỏ xương bướm.

- Chẩn đoán xác định liệt dây thần kinh VII ngoại biên:

+ Miệng méo về bên lành, lệch nhân trung về bên lành, mắt hoặc mờ nếp nhăn trán, mắt hoặc mờ rãnh mũi má bên liệt.

+ Dấu hiệu Souques dương tính.

+ Dấu hiệu Charles Bell dương tính.

+ Ngoài ra người bệnh có thể có một số triệu chứng khác: Khô mắt hoặc chảy nước mắt, giảm vị giác 2/3 trước lưỡi, giảm tiết nước bọt, cảm giác đau vùng sau tai.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nguyên nhân chính gây chứng “Khẩu nhãn oa tà” là:

- Ngoại nhân: Do phong hàn, phong nhiệt tà.

- Bất nội ngoại nhân: Do các sang chấn ở đầu mặt gây ứ huyết ở kinh lạc.

Phong hàn hay phong nhiệt tà thừa lúc chính khí hư tổn, vệ ngoại bất cố xâm phạm vào các kinh dương ở mặt, các sang chấn gây ra huyết ú ở kinh lạc dẫn đến sự lưu thông kinh khí mất bình thường, khí huyết không được điều hòa, kinh cân thiếu dinh dưỡng, không co lại được mà gây nên bệnh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể phong hàn ở kinh lạc: Thường gặp trong liệt dây thần kinh VII do lạnh.

1.1. Triệu chứng: Sau khi bị lạnh xuất hiện miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, ăn uống nước trào ra bên liệt, nhân trung lệch về bên lành, nếp nhăn trán và rãnh mũi má mờ hoặc mất bên liệt. Toàn thân có biểu hiện sợ gió, sợ lạnh, gai rét, râu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoãn.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại các kinh dương trên mặt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong hàn).

1.3. Pháp: Khu phong tán hàn, ôn kinh hoạt lạc.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Đại tân giao thang*:

Khương hoạt 08g Bạch thược 08g Độc hoạt 08g Xuyên khung 08g Tân giao 08g Đẳng sâm 12g Bạch chỉ 08g Bạch linh 08g Cam thảo 06g Ngưu tất 12g

Bạch truật 12g Thục địa 12g Đương qui 08g Hoàng cầm 08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: Quế chi 06g Cỏ xước 12g Ké đầu ngựa 12g Hương phụ 06g

Kê huyết đằng 12g Trần bì 06g Bạch chỉ 10g Kinh giới 10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm cứu : châm tả các huyết

+ Tại chỗ: É phong (TE.17) Nghinh hương (LI.20) Đồng tử liêu (GB.1) Địa thương (ST.4) Dương bạch (GB.14) Giáp xa (ST.6) Ngưu yêu Nhân trung (GV.26)

Quyền liêu (SI.18) Thừa tương (CV.24)

+ Toàn thân:

Bách hội (GV.20) Phong trì (GB.20) Hợp cốc (LI.4) bên đối diện

Liệu trình: Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Liệu trình: Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyệt: Nghinh hương (LI.20) Quyên liêu (SI.18) Đồng tử liêu (GB.1) Địa thương (ST.4) Dương bạch (GB.14) Giáp xa (ST.6) Phong trì (GB.20) Hợp cốc (LI.4) bên đối diện.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 đến 15 ngày tùy loại chỉ, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Các thủ thuật xoa, day, miết, véo, bóp các cơ vùng đầu mặt cổ, ấn, bấm các huyệt giống như châm. Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyệt như điện châm, ngày 1 lần, mỗi lần 2 – 3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong nhiệt: Thường gặp trong liệt dây thần kinh VII do viêm nhiễm.

2.1. Triệu chứng: Miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, ăn uống nước trào ra bên liệt, nhân trung lệch về bên lành, nếp nhăn trán và rãnh mũi má mờ hoặc mất bên liệt. Toàn thân có biểu hiện sốt, sợ gió, tiểu tiện vàng, đại tiện táo, chất. lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch phù sắc.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt

- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại các kinh dương trên mặt.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong nhiệt).

2.3. Pháp: Khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Nghiệm phương:

Kim ngân hoa 16g Xuyên khung 12g Bồ công anh 16g Đan sâm 12g Thổ phục linh 12g Ngưu tất 12g Ké đầu ngựa 12g Trần bì 08g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: châm tả các huyết

+ Tại chỗ: giống thể phong hàn vào kinh lạc

+ Toàn thân: Bách hội (GV.20) Phong trì (GB.20) Hợp cốc (LI.4) bên đối diện; Khúc trì (LI.11) 2 bên, Nội đình (ST.44)

Liệu trình: Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình. Không châm khi có tổn thương trên da.

- Các phương pháp điều trị khác như điện châm, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyết, thủy châm: giống thể phong hàn vào kinh lạc.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể huyết ú: Thường gặp trong liệt dây thần kinh VII do chấn thương như sau ngã, sau phẫu thuật vùng tai, vùng xương chẩm, nhổ răng hoặc khối u.

3.1. Triệu chứng: Sau sang chấn xuất hiện miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, ăn uống nước trào ra bên liệt, nhân trung lệch về bên lành, nếp nhăn trán và rãnh mũi má mờ hoặc mất bên liệt. Lưỡi có đốm ú huyết. Mạch sáp.

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực.

- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại các kinh dương trên mặt.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp: Hoạt huyết, tiêu ú, hành khí.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Tứ vật đào hồng*:

Xuyên khung 12g Bạch thược 12g Thục địa 12g Đương qui 12g Hồng hoa 08g Đào nhân 10g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Đan sâm 12g Chỉ xác 08g Xuyên khung 12g Uất kim 08g Ngưu tất 12g Tô mộc 10g Hương phụ 10g Trần bì 10g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: châm tả các huyết tại chỗ, toàn thân giống thể phong hàn và châm thêm Huyết hải (SP.10), Túc tam lý (ST.36) hai bên.

Liệu trình: Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các phương pháp điều trị khác: giống thể trúng phong hàn vào kinh lạc.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị tùy nguyên nhân

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị bằng thuốc: Phối hợp các nhóm thuốc sau:

- Tăng dẫn truyền thần kinh.

- Tái tạo bao myelin.

- Vitamin nhóm B liều cao (B1, B6, B12).63

- Corticoid.

- Kháng sinh khi có nhiễm khuẩn hoặc kháng vi rút khi bị zona.

2.2. Điều trị không dùng thuốc: Nên phối hợp với dùng thuốc.

- Đeo kính, băng mắt, nhỏ thuốc bảo vệ mắt.

- Vật lý trị liệu: Điện di nivalin, sóng ngắn, điện xung dòng xung kích thích, hồng ngoại.

- Xoa bóp cơ mặt vùng liệt.

- Hướng dẫn BN tập nhãn trán, nhú mày, huýt sáo, phát âm các âm b, p, u, i.

- Trường hợp bị liệt mặt co cứng dai dẳng điều trị không kết quả có thể tiêm cồn hủy dây thần kinh.

2.3. Điều trị ngoại khoa: Chỉ định phẫu thuật cho liệt dây VII ngoại biên trong các trường hợp sau:

- Liệt dây VII ngoại biên do lạnh tiến triển ngày càng nặng, sau điều trị nội khoa và vật lý trị liệu đến ngày thứ 21, lâm sàng vẫn không thấy dấu hiệu hồi phục, ghi điện thần kinh cơ có mức thoái hóa tới 90% kèm mất phản xạ nháy mắt hoặc đến tháng thứ 2 vẫn liệt mặt nặng và điện cơ mắt hoạt động điện.

- Liệt dây VII do viêm tai cấp hoặc mạn tính điều trị bảo tồn trong 4 - 5 tuần mà không có dấu hiệu phục hồi.

- Liệt dây VII sau mổ tai: cần kiểm tra ống Fallop, nếu có thay đổi hình thái cần phải mổ lại, nếu không thấy thay đổi thì điều trị nội khoa, sau 4 tuần không hồi phục thì có chỉ định mổ.

- Liệt dây thần kinh VII ngoại biên do các khối u.

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh nhiễm lạnh, tránh những nơi gió lùa, giữ ấm vùng cổ về mùa đông.

- Điều trị tích cực bệnh lý viêm tai giữa, viêm tai xương chũm./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.

2. Bộ Y tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm cứu chuyên ngành Châm cứu.

3. Hồ Hữu Lương (2005). "Liệt mặt", Bệnh thần kinh ngoại vi, Nhà xuất bản Y học.

4. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017). "Liệt dây thần kinh VII ngoại biên", Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

5. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh tai mũi họng./.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, di chứng tai biến mạch máu não nói chung và di chứng nhồi máu não nói riêng là hậu quả thường gặp của nhóm bệnh lý thần kinh mà nguyên nhân chính là do các bệnh lý tim mạch. Nhồi máu não xảy ra khi một mạch máu bị huyết khối hoặc bị nghẽn mạch làm khu vực não tưới máu bởi động mạch đó bị thiếu máu và hoại tử. Nhồi máu não chiếm khoảng 85% các tai biến mạch máu não, nguyên nhân chủ yếu do: xơ vữa mạch ở người lớn tuổi; tăng huyết áp; bệnh tim có loạn nhịp, hẹp van hai lá, viêm nội tâm mạc bán cấp... Trên lâm sàng, bệnh thường biểu hiện bằng tình trạng liệt nửa người với các thiếu sót chức năng thần kinh xảy ra từ từ với các triệu chứng thần kinh khu trú hơn lan toả và được xếp vào phạm vi của chứng “Bán thân bất toại” của Y học cổ truyền.

Việc chẩn đoán xác định dựa trên triệu chứng lâm sàng có sự thiếu sót về chức năng thần kinh và cận lâm sàng trên phim CT – scanner hoặc MRI sọ não có hình ảnh nhồi máu não.

Hậu quả của nhồi máu não thường để lại di chứng liệt vận động nửa người, thất ngôn, liệt các dây thần kinh sọ, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn, trong đó liệt nửa người là triệu chứng hay gặp nhất. Do vậy, phục hồi chức năng cho người bệnh sau nhồi máu não là một yêu cầu cấp thiết. Khi người bệnh qua giai đoạn cấp các dấu hiệu sinh tồn ổn định thì có thể bắt đầu được điều trị bằng Y học cổ truyền hoặc kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Ngoại phong: chính khí cơ thể hư suy, vệ khí bất cố, lạc mạch trống rỗng làm phong tà thừa cơ xâm nhập vào kinh mạch khiến cho kinh mạch bế tắc, khí huyết không thông mà gây bệnh.

- Nội phong:

+ Ăn uống không điều độ, ăn nhiều chất béo ngọt, uống nhiều rượu bia hoặc lo nghĩ quá nhiều gây tổn thương Tỳ. Tỳ hư lâu ngày không vận hóa được thủy thấp làm thủy thấp đình trệ lại mà sinh đàm. Đàm tích trệ trong cơ thể lâu ngày uất lại hóa hỏa, hỏa động sinh phong mà gây bệnh.

+ Người cao tuổi hoặc bẩm tố thận tinh hư tổn không nuôi dưỡng được can âm.

Âm hư không tiềm được dương làm can dương vượng lên mà sinh phong, phong động gây nên bệnh.

+ Người hay cáu giận, tình chí uất ức làm ảnh hưởng tới chức năng sơ tiết của tạng can, can hỏa vượng sinh phong mà gây bệnh.

- Khí hư, huyết ú: Người cao tuổi, khí huyết cơ thể hư suy lâu ngày dẫn tới khí hư huyết ú mà gây bệnh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể can thận âm hư

Thường gặp ở người có thể trạng gầy, người cao tuổi, tăng huyết áp và có xơ vữa mạch.

1.1. Triệu chứng: Bán thân bất toại (yếu, liệt nửa người), chân tay cứng đờ, co quắp, nói ngọng, miệng méo, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, ù tai, chất lưỡi đỏ, không rêu hoặc rêu vàng khô. Mạch huyền sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận âm hư.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3. Pháp điều trị: Tư âm tiềm dương, trấn hỏa tức phong.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Lục vị địa hoàng hoàn* (Tiểu nhi dược chứng trực quyết)

Thực địa 12g Trạch tả 08g Hoài sơn 12g Phục linh 08g Sơn thù 12g Mẫu lệ 10g Đan bì 08g Miết giáp 10g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc bài: *Đại định phong châu* (Ôn bệnh điều biện)

Mạch môn 10g Bạch thược 10g A giao 08g Ngũ vị tử 08g Sinh mẫu lệ 10g Sinh miết giáp 10g Sinh quy bản 10g Can địa hoàng 08g Kê tử hoàng 2 quả Chích cam thảo 06g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Chú ý sau khi sắc xong cho Kê tử hoàng vào bát thuốc và uống nóng.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Long cốt 12g Mẫu lệ 12g Quy bản 12g Miết giáp 12g Bạch thược 12g

Huyền sâm 12g Thiên môn 12g Nguu tất 12g Câu đằng 12g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Phác đồ huyết chung:

Bách hội (GV.20) Kiên tinh (GB.21) Kiên ngưng (LI.15) Tý nhu (LI.14)

Khúc trì (LI.11) Thủ tam lý (LI.10) Ngoại quan (TE.5) Dương trì (TE.4)81

Hợp cốc (LI.4) Phong thị (GB.31) Phục thổ (ST.32) Lương khâu (ST.34)

Túc tam lý (ST.36) Giải khê (ST.41) Huyết hải (SP.10) Âm lăng tuyền (SP.9)

Thái khê (KI.3) Tam âm giao (SP.6) Can du (BL.18) Thận du (BL.23)

Huyền chung (GB.39) Dương lăng tuyền (GB.34) Bát tà Bát phong

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6) Quyên liêu (SI.18) Thừa trương (CV.24) bên liệt

+ Nếu nói ngọng:

Liên tuyền (CV.23) Bàn liên tuyền 2 bên.

Liệu trình: 10 – 15 ngày/liệu trình. Chọn 16 – 20 huyết cho 1 lần châm, thời gian châm 30 phút/lần/ngày.

- Cây chỉ: Có thể chọn 10 – 15 huyết theo phác đồ huyết trên để cấy chỉ nửa người bên liệt. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp, tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc có thể sử dụng thuốc phù hợp với chẩn đoán. Mỗi lần thủy châm 2 – 3 huyết, mỗi huyết 1 – 2ml, ngày thủy châm 1 lần, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyết và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyết như trong công thức huyết điện châm. Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút, ngày 1 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong đàm

Thường gặp ở những người tăng huyết áp, béo phì, cholesterol máu cao.

2.1. Triệu chứng: Bán thân bất toại (liệt nửa người), chân tay tê dại, nặng nề, khó cử động, miệng méo, nói ngọng, nặng đầu, hoa mắt chóng mặt, lưỡi bệu, dính nhớt, rêu trắng dày. Mạch huyền hoạt hoặc phù hoạt.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương, đàm thấp hoá hoả sinh phong).

2.3. Pháp điều trị: Kiện tỳ, trừ đàm thông lạc.

2.4. Phương điều trị

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: “*Đạo đàm thang*” (Tế sinh phương)

Bán hạ chế 12g Đảng sâm 12g Trần bì 08g Trúc nhự 04g Phục linh 12g

Xương bồ 12g Cam thảo 06g Đại táo 12g Đởm nam tinh 12g Sinh khương 3 lát

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài “*Bán hạ bạch truật thiên ma thang*” (Y học tâm ngộ)

Bán hạ chế 12g Trần bì 06g Thiên ma 12g Cam thảo 06g Bạch truật 12g

Bạch linh 12g. Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: Bán hạ chế 12g Trần bì 06g Phục linh 12g Bạch truật 12g Khương hoạt 12g Thạch xương bồ 12g Thiên ma 12g Cam thảo 06g. Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Phác đồ huyết chung: Bách hội (GV.20) Kiên tinh (GB.21) Kiên ngưng (LI.15) Tý nhu (LI.14) Khúc trì (LI.11) Thủ tam lý (LI.10) Ngoại quan (TE.5) Dương trì (TE.4) Hợp cốc (LI.4) Bát tà Phong thị (GB.31) Phục thổ (ST.32) Lương khâu (ST.34) Huyết hải (SP.10) Tỳ du (BL.20) Giải khê (ST.41) Âm lăng tuyền (SP.9) Bát phong, Tam âm giao (SP.6) Túc tam lý (ST.36) Phong long (ST.40) Dương lăng tuyền (GB.34) Huyền chung (GB.39)

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6) Quyên liêu (SI.18) Thừa tương (CV.24) bên liệt

+ Nếu nói ngọng: Liêm tuyền (CV.23) Bàng liêm tuyền 2 bên.

Phương pháp châm: Hào châm hoặc điện châm.

Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Chọn 10 – 15 huyệt cho 1 lần châm, thời gian châm 30 phút/lần/ngày.

- Cây chỉ: Có thể chọn 10 – 15 huyệt theo phác đồ huyệt trên để cấy chỉ nửa người bên liệt. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thủy châm: Như thể Can thận âm hư.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyệt và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 30 phút, ngày 1 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thẻ khí hư huyết ứ

Thường gặp ở người bệnh có bệnh lý tim mạch, xơ vữa động mạch.⁸⁴

3.1. Triệu chứng: Bán thân bất toại (yếu, liệt nửa người), chân tay mình mẩy mềm vô lực, tê bì, nói ngọng, nói khó, miệng méo, sắc mặt không tươi nhuận, lưỡi tím có điểm ứ huyết. Mạch tế sáp hoặc hư nhược.

3.2. Chẩn đoán

– Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.

– Chẩn đoán tạng phủ: Khí hư, huyết ứ.

– Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp điều trị: Ích khí hoạt huyết thông lạc.

3.4. Phương điều trị

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: “*Bổ dương hoàn ngũ thang*”

Quy vĩ 12g Hồng hoa 08g Sinh hoàng kỳ 20g Xuyên khung 10g

Địa long 06g Xích thực 12g Đào nhân 08g Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Đảng sâm 12g Xuyên khung 10g Sinh hoàng kỳ 12g Xích thực 12g

Đương quy 12g Đan sâm 12g Bạch truật 12g Ngưu tất 12g

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Phác đồ huyết chung:

Châm tả các huyết:

Bách hội (GV.20) Kiên tinh (GB.21) Kiên ngưng (LI.15) Tý nhu (LI.14)

Khúc trì (LI.11) Thủ tam lý (LI.10) Ngoại quan (TE.5) Dương trì (TE.4)

Hợp cốc (LI.4) Huyền chung (GB.39) Phong thị (GB.31) Phục thổ (ST.32)

Lương khâu (ST.34) Giải Khê (ST.41) Âm lăng tuyền (SP.9) Dương lăng tuyền (GB.34) Bát tà Tam âm giao (SP.6) Bát phong bên liệt Huyết hải (SP.10) hai bên.

Châm bổ các huyết:

Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6) Túc tam lý (ST.36)

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6) Quyền liêu (SI.18) Thừa trương (CV.24)85

+ Nếu nói ngọng: Liêm tuyền (CV.23) Bàng liêm tuyền 2 bên

Phương pháp châm: Hào châm hoặc điện châm.

Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Chọn 16 – 20 huyết cho 1 lần châm, thời gian châm 30 phút/lần/ngày.

- Cây chỉ: Có thể chọn 10 – 15 huyết theo phác đồ huyết trên để cấy chỉ nửa người bên liệt. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thủy châm: Như thể Can thận âm hư.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các động tác xoa bóp bấm huyết và vận động nửa người bên liệt. Day, ấn, bấm huyết như trong công thức huyết điện châm. Liệu trình: từ 10 đến 15 ngày/liệu trình. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút, ngày 1 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng: Theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng của Bộ Y tế và các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng khác do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp, Đái tháo đường, rối loạn lipid máu, các bệnh lý tim mạch kèm theo...

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị bằng thuốc

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc tăng cường dinh dưỡng và bảo vệ tế bào thần kinh
- Thuốc chống co cứng cơ

4.2.2. Điều trị không dùng thuốc

– Tập phục hồi chức năng: Các bài tập tùy thuộc vào giai đoạn, mức độ liệt của người bệnh. Giai đoạn liệt mềm tập thụ động các khớp bên liệt. Giai đoạn liệt cứng tập vận động thụ động hoặc có trợ giúp tùy thuộc vào mức độ liệt của người bệnh, tập nằm, ngồi, thăng bằng, đứng, đi và thực hiện các động tác sinh hoạt hàng ngày. Thực hiện theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng của Bộ Y tế và các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng khác do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

V. PHÒNG BỆNH

- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ như: Huyết áp, đường máu, lipid máu...
- Thay đổi lối sống: Ăn nhạt, giảm lượng rượu, bỏ thuốc lá, tăng cường vận động thể lực.
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.
2. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng.
3. Bộ Y tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu.
4. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017). "Phục hồi chức năng vận động cho người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não", Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.
5. Các bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2018).” Tai biến mạch máu não”, Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học.
6. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng./.

**THOÁI HÓA KHỚP GỐI
(HẠC TẮT PHONG)**

BS CKI Nguyễn Ngọc Hoàng

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại sụn, xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hóa và chấn thương, biểu hiện cuối cùng của thoái hóa khớp là thay đổi hình thái, sinh hóa, phân tử, cơ sinh học của tế bào và chất căn bản của sụn dẫn đến nhuyễn hóa, nứt loét, mất sụn khớp, xơ hóa xương dưới sụn, gai xương và hốc xương dưới sụn. Bệnh thường gặp ở nữ giới, chiếm 80% các trường hợp thoái hóa khớp gối.

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), nguyên nhân gây thoái hóa khớp gối được chia làm hai loại: Thoái hóa khớp nguyên phát và thứ phát.

- Chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thập khớp học Mỹ-ACR (American College of Rheumatology), 1991.

+ Có gai xương ở rìa khớp (trên Xquang).

+ Dịch khớp là dịch thoái hóa.

+ Tuổi trên 38.

+ Cứng khớp dưới 30 phút.

+ Có dấu hiệu lục cục khi cử động khớp.

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

- Các dấu hiệu khác: tràn dịch và biến dạng khớp.

- Các phương pháp thăm dò **chẩn đoán hình ảnh**: Xquang, siêu âm khớp, chụp cộng hưởng từ, nội soi khớp.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), thoái hóa khớp gối không có bệnh danh riêng.

Tuy nhiên, hầu hết người bệnh đến khám và điều trị thoái hóa khớp gối thường có triệu chứng đau, hạn chế vận động và khớp gối sưng hoặc biến dạng, nên thoái hóa khớp gối được quy vào chứng Tý, bệnh danh là Hạc tất phong.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Phong hàn thấp hoặc phong thấp nhiệt tà thừa lúc chính khí hư tổn, vệ ngoại bất cố xâm phạm vào cơ biểu kinh lạc làm sự vận hành của khí huyết tại khớp gây đau, co duỗi khó khăn.

- Công năng của tạng can và thận bị hư tổn do bệnh lâu ngày làm tà khí bám vào gân xương hoặc do tuổi cao, chức năng của can thận suy giảm gây đau, co duỗi khó khăn, biến dạng các khớp và tái phát nhiều lần.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể phong hàn thấp tý

1.1. Triệu chứng: Sau khi nhiễm ngoại tà (phong, hàn, thấp) xuất hiện đau, sưng nề, không nóng đỏ, hạn chế vận động khớp gối một hoặc hai bên, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm ấm đỡ đau, kèm sợ lạnh, sợ gió, không sốt, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch phù hoãn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại khớp, gân, cơ, kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn, thấp).

1.3. Pháp: Trừ thấp, khu phong, tán hàn, chỉ thống.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Nếu thấp thắng: *Ý dĩ nhân thang*

Ý dĩ 30g Bạch truật 08g Bạch thược 08g Đương qui 12g Quế chi 10g

Ma hoàng 06g Cam thảo 04g Sinh khương 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần khi thuốc còn ấm.

+ Nếu hàn tà thắng: *Ô đầu thang*:

Hắc phụ tử 08g Ma hoàng 08g Bạch thược 12g Hoàng kỳ 20g Cam thảo 04g

Mật ong 80g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần uống ấm.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: Thấp khớp II (Viện Đông y).

Rễ xấu hổ 16g Dây đau xương 12g Dây gắm 12g Thổ phục linh 12g

Thiên niên kiện 12g Kê huyết đằng 12g Ngưu tất 12g Hy thiêm 12g

Nấu thành cao lỏng, uống 50ml/ngày, chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả và cứu các huyết:

+ Tại chỗ:

A thị huyết Độc ty (ST.35) Dương lăng tuyền (GB.34) Lương khâu (ST.34)

Tất nhãn Âm lăng tuyền (SP.9) Huyết hải (IV-10) Ủy trung (BL.40)

+ Toàn thân:

Phong long (ST.40) Túc tam lý (ST.36)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, điện mẫn châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết điện châm.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 đến 15 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ

có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, bóp, vòn, vận động. Day, ấn các huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần/ngày, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như điện châm, ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư

2.1. Triệu chứng: Người bệnh đau mỗi khớp gối, vận động co duỗi khó khăn, có thể biến dạng khớp. Sau khi nhiễm thêm ngoại tà (phong, hàn, thấp) xuất hiện đau tăng lên, khớp gối sưng nề, không nóng đỏ, hạn chế vận động khớp gối một hoặc hai bên, kèm đau mỗi lưng gối, ù tai, ngủ kém, râu lưỡi trắng nhớt. Mạch trầm hoãn.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can thận hư/Bệnh tại khớp, gân, cơ, kinh lạc.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn, thấp), bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Trừ thấp, khu phong, tán hàn, chỉ thống, bổ can thận.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Độc hoạt ký sinh thang*

Độc hoạt 10g Tang ký sinh 16g Phòng phong 12g Tần giao 12g Dương qui 12g
Quế tâm 04g Tế tân 06g Phục linh 12g Xuyên khung 08g Xích thực 12g

Cam thảo 06g Thục địa 12g Ngưu tất 12g Đỗ trọng 12g Đảng sâm 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài *Tam tỳ thang*: Là bài Độc hoạt ký sinh thang gia thêm Hoàng kỳ, Tục đoạn.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: Độc hoạt phong thấp hoàn (Viện Đông y)

Độc hoạt 12g Hy thiêm 12g18 Dương quy 12g Thổ phục linh 16g Xuyên khung 08g Hà thủ ô 12g Can khương 04g Quế chi 08g Kê huyết đằng 08g Cốt toái bổ 12g

Thục địa 12g Đảng sâm 12g Ngưu tất 08g Đỗ trọng 12g Cam thảo 04g Kim ngân hoa 06g. Làm viên hoàn cứng, uống 30g/ngày.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm kết hợp với cứu.

+ Châm tả và cứu các huyết tại chỗ: như thể phong hàn thấp tỳ.

+ Châm bổ:

Thận du (BL.23) Can du (BL.18) Tam âm giao (SP.6) Thái khê (KI.3)

Thái xung (LR.3) Quan nguyên (CV.4)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm, cấy chỉ: như thể phong hàn thấp tỳ.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể phong thấp nhiệt kèm can thận hư

3.1. Triệu chứng: Người bệnh đau mỏi khớp gối từ lâu, vận động co duỗi khó khăn, có thể có biến dạng khớp. Đợt này xuất hiện sưng, đau, nóng hoặc đỏ, một hoặc khớp gối hai bên, đau cự ấn. Thường kèm theo phát sốt, sợ gió, miệng khô khát, phiền táo bứt rứt không yên. Tiểu vàng lượng ít, lưỡi đỏ, rêu vàng bản. Mạch hoạt sác.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can thận hư/bệnh tại khớp, gân, cơ, kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương), ngoại nhân (phong, thấp, nhiệt).

3.3. Pháp: Thanh nhiệt, khu phong, trừ thấp, chỉ thống, bổ can thận.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài *Ý dĩ nhân thang* hợp với *Nhị diệu tán*

Ý dĩ nhân 12g Quế chi 06g Cam thảo 06g Thược dược 06g Ma hoàng 06g

Hoàng bá 12g Bạch truật 12g Thương truật 12g Đương qui 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài *Bạch hổ quế chi thang*

Sinh thạch cao 30g Ngạnh mễ 10g Tri mẫu 10g Cam thảo 06g Quế chi 04g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương (Hướng dẫn thuốc nam và châm cứu – Bộ Y tế)

Hy thiêm 50g Rễ lá lốt 20g Nguru tất 20g Thổ phục linh 20g Hoài sơn làm áo (lượng vừa đủ) Chi tử nhuộm bột áo (lượng vừa đủ) Làm hoàn, bột Hoài sơn làm áo, bột áo nhuộm bằng nước Chi tử. Uống 50g/ngày.

- Sau khi khớp gôi hết nóng, đỏ thì có thể dùng các bài thuốc uống trong như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: Như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư. Châm tả thêm huyết Đại chùy (GV.14), Nội đình (ST.44).

- Sau khi khớp hết nóng, đỏ thì áp dụng phác đồ xoa bóp bấm huyết, thủy châm, cấy chỉ như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau, phục hồi chức năng vận động của khớp.

- Tránh tác dụng không mong muốn của thuốc, nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị bằng thuốc

4.2.1.1. Điều trị triệu chứng tác dụng nhanh

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới. Tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Chống viêm không steroid (NSAIDs): không được phối hợp hai loại thuốc trong nhóm.

- Thuốc bôi ngoài da: Voltaren Emugel, Profenid gel... có tác dụng giảm đau đáng kể và không gây ra các tác dụng phụ như dùng đường toàn thân. Bôi tại khớp đau 2-3 lần/ngày.

4.2.1.2. Điều trị triệu chứng tác dụng chậm

Các thuốc chống thoái hóa khớp nên chỉ định sớm, thường dùng kéo dài, có thể phối hợp với nhau và phối hợp với các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh đã nêu ở trên.

4.2.1.3. Một số phương pháp khác

- Tiêm nội khớp:

+ Hydrocortison acetat: Khi có viêm và tràn dịch khớp, cần lưu ý chỉ định. Mỗi đợt tiêm cách nhau 5 đến 7 ngày, không vượt quá 3 mũi tiêm mỗi đợt, không tiêm quá 3 đợt trong một năm.

+ Các chế phẩm chậm: Methyl prednisolon acetat 40mg, betamethason dipropionate 2mg tiêm mỗi mũi cách nhau 1 đến 2 tuần, không tiêm quá 3 đợt một năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

+ Acid hyaluronic dưới dạng hyaluronate 1 ống/1 tuần x 3 đến 5 tuần liên tục.

- Sử dụng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP): Lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gối 6-8ml PRP.

- Cấy ghép tế bào gốc là một hướng đi nhiều triển vọng. Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân hoặc từ nguồn gốc tủy xương tự thân.

4.2.2. Điều trị không dùng thuốc

- Kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng: Theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng của Bộ Y tế và các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng khác do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Vật lý trị liệu: Laser công suất thấp, siêu âm trị liệu, điện xung.

- Có chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý, bảo vệ khớp tránh quá tải. Phát hiện điều trị chỉnh hình sớm các dị tật khớp (lệch trục khớp, khớp gối vẹo trong, vẹo ngoài...).

4.2.3. Điều trị ngoại khoa

- Nội soi khớp nhằm sửa chữa tổn thương, cấy ghép tế bào sụn, rửa khớp và làm sạch khớp.

- Phẫu thuật thay khớp nếu điều trị nội khoa và bảo tồn không có hiệu quả, người bệnh đau nhiều và mất chức năng vận động nhiều. Thường được áp dụng ở người bệnh trên 60 tuổi. Thay khớp gối một phần hay toàn bộ khớp.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý.

- Thực hiện tốt chế độ ăn, tránh để tăng cân béo phì. Giảm cân nếu quá cân.

- Tránh các chấn thương giúp làm chậm quá trình xuất hiện thoái hóa khớp.

- Nên tập vận động khớp gối không trọng lượng: đạp xe đạp, bơi....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp”. Nhà xuất bản Y học.

2. Bộ Y tế (2013), Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.

3. Bộ Y tế (2017), Quy trình cấy chỉ.

4. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

5. Các bộ môn Nội – Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học.

6. Bệnh viện Bạch Mai (2012), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa”. Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.

7. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng.

8. Hoàng Bảo Châu (2006). Nội khoa học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh tự miễn. Bệnh diễn biến phức tạp với các biểu hiện tại khớp, ngoài khớp và toàn thân ở các mức độ khác nhau. Cho đến nay, nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng. Tuy nhiên, các yếu tố có liên quan đến bệnh như nhiễm khuẩn, di truyền (yếu tố HLA), cơ địa (nữ giới, tuổi trung niên) và các rối loạn đáp ứng miễn dịch (vai trò của lympho B, lympho T, đại thực bào và các cytokines như TNF α , IL6, IL1...).

VKDT diễn biến mạn tính với các đợt cấp tính. Trong đợt cấp tính thường sưng đau nhiều khớp, sốt, có thể có các biểu hiện nội tạng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VKDT được áp dụng rộng rãi nhất trên thế giới theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa kỳ (ACR) 1997. Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 4/7 tiêu chuẩn và thời gian diễn biến của triệu chứng viêm khớp ít nhất phải 6 tuần:

1. Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một giờ.
2. Viêm ít nhất 3 trong số 14 khớp: Ngón gần bàn tay, bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân (2 bên).
3. Viêm khớp bàn tay: Sưng tối thiểu 1 khớp thuộc các vị trí sau: ngón gần, bàn ngón tay, cổ tay.
4. Viêm khớp có tính chất đối xứng.
5. Hạt dưới da.
6. Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh dương tính.
7. Xquang điển hình (hình bào mòn, hình hốc, hình khuyết đầy xương, hẹp khe khớp, mất chất khoáng đầu xương)

Ngoài ra, với những người bệnh ở giai đoạn đầu bị VKDT, liên đoàn chống

Thấp khớp Châu Âu (EULAR) năm 2010 đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán VKDT để áp dụng cho những người bệnh bị mắc bệnh trước 6 tuần. Các tiêu chuẩn như sau:

. Các khớp liên quan	0 - 5 điểm
1 khớp lớn	0
2 - 10 khớp lớn	1

1 - 3 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện ở khớp lớn)	2
4 - 10 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện ở khớp lớn)	3
> 10 khớp (có ít nhất 1 khớp nhỏ)	5
B. Xét nghiệm huyết thanh (cần ít nhất 1 kết quả xét nghiệm)	0 - 3 điểm
RF và Anti CCP (âm tính)	0
RF hoặc Anti CCP (dương tính thấp - gấp < 3 lần)	2
RF hoặc Anti CCP (dương tính cao - gấp \geq 3 lần)	3
Phản ứng viêm cấp (cần ít nhất 1 xét nghiệm)	0 - 1 điểm
CRP và máu lắng (bình thường)	0
CRP hoặc Máu lắng (tăng)	1
Thời gian bị bệnh	0 - 1 điểm
< 6 tuần	0
\geq 6 tuần	1
Chẩn đoán khi tổng số điểm \geq 6/10	

Theo Y học cổ truyền: Viêm khớp dạng thấp thuộc phạm vi Chứng tý của Y học cổ truyền (YHCT). Chứng tý là kinh mạch bị ngoại tà xâm phạm vào lạc mạch làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành không thông với triệu chứng bì phu (da), cân cốt (gân xương), cơ nhục, khớp tê bì đau tức ê ẩm, sưng, co duỗi khó khăn.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo YHCT, bệnh VKDT không có bệnh danh cụ thể mà thuộc phạm vi chứng

Tý. Nguyên nhân gây chứng Tý bao gồm ngoại nhân, nội thương và bất nội ngoại nhân.

* Do ngoại nhân:

- Do phong, hàn, thấp xâm phạm vào kinh mạch làm cho khí huyết vận hành trong

mạch lạc bị tắc trở, ngưng trệ gây đau, co duỗi khó khăn.

- Do phong thấp nhiệt hoặc do phong hàn thấp xâm nhập vào cơ thể lâu ngày uất trệ hóa hỏa làm thấp nhiệt ú trệ ở kinh lạc, ú ở các khớp gây nên đau, sưng, nóng, đỏ và co duỗi khó khăn. Thấp nhiệt thịnh làm dinh vệ bất hòa nên sốt, sợ gió. Thấp nhiệt ú trệ lâu ngày hóa táo tổn thương tân dịch gây khát nước, nước tiểu màu vàng.

* Do nội thương: Do nguyên khí suy yếu hoặc thiên quý suy làm cho can thận hư, tà khí nhân cơ hội xâm nhập gây bệnh. Thận thủy không dưỡng được can mộc, làm cân cốt, mạch lạc không được nuôi dưỡng gây đau khớp, chi thể tê bì, co duỗi hạn chế, vận động khó khăn. Can thận âm hư, mạch lạc không vinh nhuận, huyết mạch bất thông, khí huyết ngưng trệ làm khớp sưng, biến dạng.

* Do bất nội ngoại nhân: Do đàm trọc và huyết ú làm tắc trở kinh lạc, khớp, cơ nhục dẫn đến cơ, nhục, khớp sưng phù, đau. Đàm ú lưu tại cơ phu, nhìn thấy cục, hạt nổi lên, hoặc thấy ban ú. Nếu xâm nhập vào gân, cốt dẫn đến cứng khớp, biến dạng khớp. Đàm ú lâu ngày trở trệ, kinh mạch cơ phu không được nuôi dưỡng dẫn đến tê liệt.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể phong thấp

1.1. Triệu chứng: Các khớp và cơ nhục đau mỏi, co duỗi khó khăn, cảm giác nặng nề. Đau có tính chất di chuyển và thường xảy ra ở các khớp nhỏ và nhỏ. Trong đợt bệnh tiến triển các khớp sưng đau, bì phù có cảm giác tê bì. Thời kỳ đầu có biểu hiện sợ gió, phát sốt. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi mỏng trắng hay nhợt dính. Mạch phù hoãn hoặc nhu hoãn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp).

1.3. Pháp: Khu phong, trừ thấp, thông lạc, chỉ thống.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Quyên tý thang*

Tang chi 30g Tần giao 12g Độc hoạt 08g Khương hoạt 08g Đương quy 12g

Hải phong đằng 30g Mộc hương 06g Quế chi 08g Xuyên khung 12g

Nhũ hương 06g Chích cam thảo 06g; Sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Ké đầu ngựa 16g Tỳ giải 12g Khương hoạt 12g Ý dĩ 12g Thổ phục linh 16g
Uy linh tiên 12g Hy thiêm 16g Quế chi 08g Đương qui 12g Cam thảo nam 12g
Sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm hoặc cứu: châm tả các huyết:

+ Tại chỗ: huyết tại các khớp sưng đau và vùng lân cận.

+ Toàn thân: Đại chùy (GV. 14) Phong môn (BL 12)

Phong trì (GB. 20) Hợp cốc (LI. 4) Túc tam lý (ST. 36) Huyết hải (SP.10)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Cây chỉ:

+ Chi trên: Hợp cốc (LI.4) Ngoại quan (TE. 5)

Khúc trì (LI.11) Tý nhu (LI. 14) Kiên trinh (SI. 9) Thiên tuyền (PC. 2)

Kiên ngưng (LI. 15)

+ Chi dưới: Tam âm giao (SP.6) Thái xung (LR.3) Trung đô (LR. 6) Huyết hải (SP.10) Phong long (ST.40) Thừa sơn (BL. 57) Túc tam lý (ST.36) Côn lân (BL. 60) Hoàn khiêu (GB.30) Trật biên (BL. 54) Thử liêu (BL. 32) Dương lăng tuyền (GB. 34) Giáp tích L3-L4-L5-S1.32

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cây chỉ phù hợp. Mỗi lần cây chỉ có tác dụng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Các thủ thuật: Xát, xoa, day, vê, bóp vùng khớp bị. Ấn các huyết: A thị, Hợp cốc (LI.4), Nội đình (ST.44). Vận động khớp nhẹ nhàng. Liệu trình 30 phút/lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như điện châm, ngày 1 lần, mỗi lần 2 – 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán. Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể hàn thấp

2.1. Triệu chứng lâm sàng: Các khớp ở chi trên và chi dưới có cảm giác đau, lạnh và nặng nề. Tính chất đau thường cố định, ít di chuyển, ngày đau nhẹ, về đêm đau nặng, thời tiết lạnh, ẩm đau tăng lên, chườm nóng đỡ đau, chỗ đau ít sưng nề. Tại khớp tổn thương thường không nóng đỏ, co duỗi khó khăn. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch huyền khẩn hay huyền hoãn.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (hàn, thấp).

2.3. Pháp: Ôn kinh, tán hàn, trừ thấp, thông lạc.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Can khương thương truật thang*:

Can khương 08g Quế chi 08g Thương truật 08g Ý dĩ 08g Cam thảo 06g

Bạch linh 12g Xuyên khung 16g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Quế chi 08g Tế tân 04g Thổ phục linh 12g Thiên niên kiện 10g

Uy linh tiên 12g Cành dâu 16g Xuyên khung 12g Rễ cỏ xước 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả, cấy chỉ, xoa bóp, thủy châm giống thể Phong thấp tý.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể phong thấp nhiệt: Đợt tiến triển của VKDT

3.1. Triệu chứng: Các khớp sưng, nóng, đỏ, đau, xuất hiện đối xứng, cựa ấn, co duỗi khó khăn, vận động, đi lại khó, phát sốt, thích uống nước mát, chườm lạnh các khớp có cảm giác dễ chịu, sắc mặt đỏ, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp, nhiệt).

3.3. Pháp: Khu phong, thanh nhiệt giải độc, hóa thấp.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- **Cổ phương:**

+ Trường hợp các khớp sưng nóng đỏ đau nhiều, người bệnh có sốt cao dùng bài *Bạch hổ quế chi thang*.

Thạch cao sống 30g Quế chi 06g Tri mẫu 12g Cam thảo 04g Ngạnh mễ 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống 5-7 thang.

+ Trường hợp các khớp sưng đau ít dùng bài Quế chi thực dược tri mẫu thang

Quế chi 08g Ma hoàng 08g Bạch thực 12g Phòng phong 12g Tri mẫu 12g

Phụ tử chế 06g Bạch truật 12g Sinh khương 12g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Trường hợp người bệnh sốt nhẹ, các khớp sưng đau kéo dài, chất lưỡi đỏ. Mạch tế sắc. Dùng bài Quế chi thực dược tri mẫu thang bỏ Quế chi gia Huyền sâm, Sinh địa, Địa cốt bì, Sa sâm, Miết giáp, Thạch斛.

- **Đổi pháp lập phương:** Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- **Nghiệm phương:**

Thổ phục linh 16g Rễ cỏ xước 12g Hy thiêm 16g Kê huyết đằng 12g

Rễ cà gai leo 10g Lá huyết dụ 10g Sinh địa 12g Cam thảo nam 10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả, điện nhĩ châm, cây chỉ, xoa bóp, thủy châm giống thể Phong thấp tý.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể can thận hư: VKDT kéo dài có teo cơ, dính khớp.

4.1. Triệu chứng: Người bệnh mắc bệnh lâu ngày, cơ nhục và các khớp đau mỏi, chỗ đau cố định không di chuyển. Các khớp sưng nề, teo cơ và cứng khớp, biến dạng khớp.

Tay và chân có cảm giác tê bì và nặng nề. Sắc mặt sạm đen và có thể sưng nề. Ngực đầy tức, chất lưỡi tím sẫm, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch huyền sắc.

4.2. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán bát cương:** Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên nhiệt.

- **Chẩn đoán tạng phủ:** Can thận hư, tỳ hư.

- Chẩn đoán tạng phủ kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tạng can thận tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (đàm thấp), bất nội ngoại nhân (nội thương).

4.3. Pháp: Khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, hóa đàm thông lạc, bổ can thận, kiện tỳ.

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Trường hợp các khớp vẫn sưng, nóng, đỏ đau thì dùng các bài thuốc như thể Phong thấp nhiệt trên gia các vị thuốc trừ đàm, hoạt huyết: Nam tinh chế, Bạch giới tử sao, Bạch cương tâm, Đào nhân, Hồng hoa...

+ Hoặc dùng bài thuốc *Độc hoạt ký sinh thang*:

Độc hoạt 10g Phòng phong 12g Tang ký sinh 12g Tế tân 04g Tần giao 12g

Đương qui 12g Phục linh 12g Quế chi 04g Bạch thược 12g Xuyên khung 12g

Thục địa 12g Chích cam thảo 06g Đỗ trọng 12g Ngưu tất 12g Đảng sâm 12g

Ngày sắc uống 1 thang, chia 3 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Phòng phong 12g Tần giao 12g Tri mẫu 12g Thổ phục linh 16g Thổ phục linh 12g Bạch cương tâm 12g Ý dĩ 16g Xích thược 12g Rễ cỏ xước 12g Đương qui 12g

Xuyên khung 12g Cốt toái bổ 12g Tục đoạn 12g Tang ký sinh 12g

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm, xoa bóp, thủy châm giống thể phong thấp tý. Ngoài ra nếu:

+ Can hư: Châm bổ Thái xung (LR 3) Tam âm giao (SP.6)

+ Thận hư: Châm bổ Thái khê (KI 3) Thận du (BL. 23) Quan nguyên (GV.4)

+ Tỳ hư: Châm bổ Thái bạch (SP.3) Tam âm giao (SP. 6)

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị toàn diện, tích cực, dài hạn và theo dõi thường xuyên. Các thuốc điều trị cơ bản hay còn gọi là nhóm thuốc DMARDs (Disease - modifying antirheumatic drugs) kinh điển (methotrexate, sulfasalazine, hydroxychloroquine...) có vai trò quan trọng trong việc ổn định bệnh và cần điều trị kéo dài. Các thuốc sinh học còn

được gọi là DMARDs sinh học (kháng TNF α , kháng Interleukin 6, kháng lympho B) được chỉ định đối với thể kháng điều trị với DMARDs kinh điển, thể nặng hoặc tiên lượng nặng. Khi chỉ định các thuốc sinh học, cần có ý kiến của các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp và thực hiện đúng quy trình [làm các xét nghiệm tầm soát lao, viêm gan (vi rút B, C), chức năng gan thận, đánh giá hoạt tính bệnh bằng chỉ số DAS28, CDAI, SDAI...].

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Điều trị triệu chứng: Nhằm cải thiện triệu chứng viêm và giảm đau.

+ Các thuốc chống viêm không steroid: Tùy đối tượng người bệnh, có thể dùng một trong các thuốc không chọn lọc hoặc chọn lọc COX-2. Cần lưu ý các tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa, tim mạch, thận. Để giảm nguy cơ trên đường tiêu hóa, sử dụng phối hợp với thuốc bảo vệ dạ dày nhóm ức chế bơm proton.

+ Corticosteroids: Thường sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi các thuốc điều trị cơ bản có hiệu lực. Sử dụng dài hạn (thường ở những người bệnh nặng, phụ thuộc corticoid hoặc có suy thượng thận do dùng corticoid kéo dài): Bắt đầu ở liều uống 20mg hàng ngày, vào 8 giờ sáng. Khi đạt đáp ứng lâm sàng và xét nghiệm, giảm dần liều, duy trì liều thấp nhất (5 - 8mg hàng ngày hoặc cách ngày) hoặc ngừng (nếu có thể) khi điều trị cơ bản có hiệu lực (sau 6 - 8 tuần).

- Điều trị cơ bản: Bằng các thuốc chống thấp làm thay đổi tiến triển của bệnh (Disease - Modifying Anti-Rheumatic Drug - DMARDs) để làm chậm hoặc làm ngừng tiến triển của bệnh, cần điều trị lâu dài và theo dõi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong suốt thời gian điều trị.

+ Thể mới mắc và thể thông thường: Sử dụng các thuốc DMARDs kinh điển methotrexat hoặc Sulfasalazin.

Kết hợp: Methotrexat với sulfasalazin hoặc hydroxychloroquine nếu đơn trị liệu không hiệu quả.

+ Thể nặng, kháng trị với các DMARDs kinh điển (không có đáp ứng sau 6 tháng) cần kết hợp với các thuốc sinh học (các DMARDs sinh học) (trước khi chỉ định các thuốc sinh học cần làm các xét nghiệm để sàng lọc các bệnh kèm theo: lao, viêm gan)

2.2. Điều trị không dùng thuốc

- Tập luyện, hướng dẫn vận động chống co rút gân, dính khớp, teo cơ. Trong đợt viêm cấp: Để khớp nghỉ ở tư thế cơ năng, tránh kê, độn tại khớp. Khuyến khích tập

ngay khi triệu chứng viêm thuyên giảm, tập tăng dần, tập nhiều lần trong ngày, cả chủ động và thụ động theo đúng chức năng sinh lý của khớp.

- Kết hợp các phương pháp phục hồi chức năng: Theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng của Bộ Y tế và các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng khác do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

V. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao sức khỏe, thể trạng bằng ăn uống, luyện tập và làm việc điều độ
- Tránh sinh hoạt và làm việc trong môi trường ẩm thấp kéo dài.
- Phát hiện sớm các bệnh lý nhiễm trùng, các tình trạng rối loạn miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2013), Danh mục hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
2. Bộ Y Tế (2015), Ban hành Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.
3. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012), Viêm khớp dạng thấp. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 9 – 35.
4. Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, tr. 152 -159, 177 - 181, 226 - 234.
5. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp – Theo quyết định số 361/QĐ – BYT ngày 25 tháng 1 năm 2014.
6. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng.

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau dây thần kinh liên sườn là bệnh cảnh xuất hiện khi dây thần kinh liên sườn bị tổn thương (viêm nhiễm, chèn ép). Tùy vào mức độ, số lượng dây thần kinh liên sườn bị tổn thương trên lâm sàng mà bệnh nhân có triệu chứng khác nhau. Điển hình là các cơn đau nhói từng đợt hoặc kéo dài dọc theo đường đi của dây thần kinh liên sườn, đau tăng khi ấn vào, ho, hít thở sâu.

- Theo Y học hiện đại (YHHĐ), bệnh gây ra do các nhóm nguyên nhân sau:

+ Đau dây thần kinh liên sườn tiên phát: Do lạnh hoặc do vận động sai tư thế hoặc quá tâm. Người bệnh xuất hiện đau ở vùng cạnh sống hoặc vùng liên sống - bả vai, đau một hoặc hai bên, lan theo khoang liên sườn ra phía trước. Đau âm ỉ cả ngày và đêm, tăng khi hít thở sâu, thay đổi tư thế, ho, hắt hơi. Người bệnh đau tăng thường nhầm với bệnh lý của phổi. Ấn vùng cạnh sống đau tức, đôi khi lan theo đường đi của dây thần kinh liên sườn. Da vùng đau không có biểu hiện tổn thương. Các xét nghiệm cho kết quả bình thường.

+ Thoái hóa cột sống: Thường gặp ở người cao tuổi, tính chất khu trú thường không rõ ràng. Thường đau ê ẩm, không cấp tính, kèm theo đau âm ỉ cột sống ngực cả khi nghỉ và khi vận động, ấn điểm cạnh cột sống hai bên (cách cột sống 2-3cm) người bệnh thấy tức nhẹ và dễ chịu.

+ Lao cột sống hoặc ung thư cột sống: thường gặp ở những người tuổi trung niên trở lên, bệnh diễn biến nặng, khu trú tại vùng cột sống bị tổn thương. Biểu hiện đau chói cả hai bên sườn, đau liên tục, tăng khi thay đổi tư thế hoặc vận động, bệnh nhân có cảm giác bó chặt lấy ngực hoặc bụng. Dễ chẩn đoán nhầm với cơn đau thắt ngực hoặc cơn đau dạ dày. Ấn cột sống có điểm đau chói. Triệu chứng toàn thân nặng như hội chứng nhiễm độc lao (sốt về chiều, mệt mỏi, sút cân...). Có thể thấy biến dạng cột sống nếu ở giai đoạn nặng...

+ Bệnh lý tủy sống: Đau dây thần kinh liên sườn thường là triệu chứng sớm của u rễ thần kinh, u ngoại tủy. Thường đau một bên, khu trú rõ. Khám cột sống không thấy đau rõ ràng.

+ Chấn thương cột sống: Xảy ra sau khi người bệnh bị chấn thương, vận động cột sống với cường độ quá mạnh.

+ Zona: Thường khởi phát bằng đau rát một mảng sườn, sau một, hai ngày thấy đỏ da, xuất hiện các mụn nước và xu hướng lan rộng theo phạm vi phân bố của dây thần kinh liên sườn. Kèm theo sốt nhẹ, đau hạch nách. Sau khoảng một tuần tổn

thương khô, bong vảy, để lại sẹo và chuyển sang giai đoạn di chứng gây đau rát ở vùng tổn thương, có thể kéo dài hàng tháng, nhất là ở người cao tuổi.

- Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau dây thần kinh liên sườn thuộc phạm vi chứng Hiếp thống. Hiếp thống là đau một hoặc hai bên mạng sườn, là một cảm giác chủ quan của người bệnh. Hai bên mạng sườn là đường tuần hoàn của kinh túc quyết âm can và kinh túc thiếu dương đờm, đau mạng sườn phần nhiều có quan hệ mật thiết đến bệnh của can, đờm.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Phong hàn: Do cảm phải phong hàn tà gây trở ngại kinh lạc, can khí hoành nghịch. Mạch lạc của can đờm mất hòa giáng gây ra đau.

- Khí uất, khí trệ: Do tình chí bị kích thích hoặc no đói thất thường ảnh hưởng đến sơ tiết can khí gây can khí uất kết.

- Hỏa uất: Do can khí uất kết lâu ngày hóa hỏa hoặc tà uất thiếu dương ảnh hưởng đến sơ tiết của can.

- Huyết ứ: Do sang chân hoặc khí trệ lâu ngày dẫn đến huyết ứ gây ra đau.

- Thấp nhiệt: Thấp nhiệt ở trung tiêu ôn kết lại làm can đờm sơ tiết mất điều đạt gây ra đau.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể phong hàn

1.1. Triệu chứng: Đau liên sườn dọc theo đường đi của dây thần kinh, đau nhất ở vùng rãnh sau lưng, đường nách giữa, sau ức đòn, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.

- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh thiếu dương.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong hàn).

1.3. Pháp: Khu phong, tán hàn, thông kinh lạc.

1.4. Điều trị:

1.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- *Cổ phương: Can khương thương truật thang*

Can khương 08g Quế chi 08g Thương truật 08g Ý dĩ 08g Cam thảo 06g

Bạch linh 12g Xuyên khung 16g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm hoặc cứu: châm tả các huyết:

+ Tại chỗ: A thị vùng rãnh thần kinh bị tổn thương, Hoa đà giáp tích vùng liên sườn bị đau, Chương môn (LR.13) Kỳ môn (LR.14), Thiên trì (PC.1) Đại bao (SP.21)

Can du (BL.18) Đởm du (BL.19)

+ Toàn thân:

Nội quan (PC.6) Khúc trạch (PC.3) Ngoại quan (TE.5) Chi câu (TE.6)

Hành gian (LR.2) Dương lăng tuyền (GB.34)

- Kỹ thuật châm: Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: A thị huyết Nội quan (PC.6), Chương môn (LR.3) Thiên trì (PC.1), Hành gian (LR.2) Đại bao (SP.21) Chi câu (TE.6) Kỳ môn (LR.14)

Phong long (ST.40) Can du (BL.18) Thái Khê (KI.3) Huyết hải (SP.10)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 15 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Các thủ thuật Miết dọc theo liên sườn; bấm các huyết A thị, Giáp tích và du huyết tương ứng vùng liên sườn đau. Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như điện châm, ngày 1 lần, mỗi lần 2 – 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

- Xông thuốc vùng liên sườn bằng máy.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Can khí uất kết

2.1. Triệu chứng: Đau vùng hạ sườn, điểm đau không cố định, thậm chí đau như bó chặt vùng ngực sườn xuyên ra lưng và vai, đau tăng khi tình chí kích động. Tinh thần uất ức hay cáu gắt, cảm giác bí bách trong ngực, hay thở dài, ợ hơi, bụng chướng không muốn ăn. Lưỡi rêu mỏng. Mạch huyền hoặc huyền sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can khí uất.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Sơ can lý khí.

2.4. Điều trị:

2.4.1. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Sài hồ sơ can tán*

Sài hồ 10g Hương phụ 15g Chi xác 12g Xuyên khung 12g

Bạch thược 15g Trần bì 12g Cam thảo 06g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

* Thuốc dùng ngoài:

- Cồn xoa bóp xoa tại chỗ đau.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết giống thể Phong hàn.

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

- Hoạch cấy chỉ vào các huyết giống thể Phong hàn.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm, xông thuốc giống thể Phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Can uất hóa hỏa

3.1. Triệu chứng: Vùng sườn cảm giác nóng rát, đau, tình chí không yên, dễ cáu, đầu đau mặt đỏ, tai ù, tâm phiền mất ngủ, ợ chua, miệng đắng mà khô, đại tiện nóng rát, chất lưỡi đỏ, rêu vàng. Mạch huyền sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can uất hóa hỏa.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp: Thanh can tả hỏa.

3.4. Điều trị:

3.4.1. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Dan chi tiêu dao*

Dan bì 12g Chi tử 12g Sài hồ 10g Bạch thược 12g Đương quy 12g Phục linh 12g
Bạch truật 12g Bạc hà 04g Sinh khương 04g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

* Thuốc dùng ngoài:

- Cồn xoa bóp xoa tại chỗ đau.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết:

+ Tại chỗ: giống thể Phong hàn.

+ Toàn thân:

Nội quan (PC.6) Khúc trạch (PC.3) Ngoại quan (TE.5) Chi câu (TE.6)

Huyết hải (SP.10) Thái xung (LR.3) Hành gian (LR.2) Dương lăng tuyền (GB.34)

- Kỹ thuật châm: Điện châm.- Hoặc cấy chỉ vào các huyết trên.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm giống thể Phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Tà uất thiếu dương

4.1. Triệu chứng: Ngực sườn chướng, đau, hàn nhiệt vắng lai, đau đầu chóng mặt, miệng đắng họng khô, ăn kém, tâm phiền buồn nôn, rêu lưỡi trắng mỏng hoặc vàng mỏng hơi bản. Mạch huyền sắc.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Bán biểu bán lý.

- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh thiếu dương.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân.

4.3 Pháp: Hòa giải thiếu dương.

4.4. Điều trị:

4.4.1. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Tiểu sài hồ thang*

Sài hồ 10g Bán hạ chế 12g Đảng sâm 15g Hoàng cầm 12g Sinh khương 06g

Đại táo 12g Cam thảo 06g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết

+ Tại chỗ: giống thể Phong hàn.

+ Toàn thân:

Nội quan (PC.6) Khúc trạch (PC.3) Ngoại quan (TE.5) Chi câu (TE.6)

Hành gian (LR.2) Túc tam lý (ST.36) Phong long (SP.40)69

- Kỹ thuật châm: Điện châm. - Cây chỉ vào các huyết trên.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm giống thể Phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

5. Huyết ứ

5.1. Triệu chứng: Vùng mạng sườn đau như kim châm, đau cố định, đau tăng về đêm, có thể có vết sang thương, lưỡi tím hoặc có điểm ứ huyết. Mạch trầm sấp hoặc huyền sấp.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

- Chẩn đoán tạng phủ: Huyết ứ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp: Hóa ứ thông lạc.

5.4. Điều trị:

5.4.1. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Huyết phủ trục ứ thang*

Đương quy 12g Sinh địa 12g Đào nhân 06g Hồng hoa 06g Sài hồ 10g

Xuyên khung 12g Ngưu tất 12g Xích thực 10g Cát cánh 06g Chi xác 08g

Cam thảo 06g

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết

+ Tại chỗ: giống thể Phong hàn

+ Toàn thân:

Nội quan (PC.6) Khúc Trạch (PC.3) Ngoại quan (TE.5) Chi câu (TE.6)

Thái xung (LR.3) Hành gian (LR.2) Huyết hải (SP.10) Cách du (BL.17).

- Kỹ thuật châm: Điện châm. - Hoặc cấy chỉ vào các huyết trên.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm giống thể Phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

6. Can đờm thấp nhiệt

6.1. Triệu chứng: Sườn đau miệng đắng, ngực bụng đầy chướng, ăn kém, tiểu tiện ngắn đỏ, lưỡi đỏ, rêu vàng bản. Mạch hoạt sắc.

6.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can đờm thấp nhiệt.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

6.3. Pháp: Thanh nhiệt lợi thấp.

6.4. Điều trị:

6.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Long đờm tả can thang*

Long đờm thảo 15g Chi tử 12g Hoàng cầm 12g Sài hồ 10g Sinh địa 12g

Xa tiền tử 15g Trạch tả 15g Đương qui 12g Mộc thông 12g Cam thảo 05g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

6.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết

+ Tại chỗ: giống thể Phong hàn.+ Toàn thân: giống thể Tà uất thiếu dương.

- Kỹ thuật châm: Điện châm, điện mẫn châm.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết giống thể giống thể Phong hàn.

- Xoa bóp bấm huyệt, thủy châm giống thể Phong hàn.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nguyên nhân.

- Điều trị triệu chứng: Giảm đau, giãn cơ, tăng dẫn truyền thần kinh ngoại biên, an thần.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân: Tùy theo nguyên nhân điều trị theo phác đồ của YHHĐ.

- Do thoái hóa cột sống: Thuốc điều trị thoái hóa khớp theo cơ chế bệnh sinh.

- Do vi rút (zona): Thuốc kháng vi rút.

2.2 Điều trị triệu chứng

2.2.1. Điều trị dùng thuốc

- Thuốc giảm đau: chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới. Tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.⁷¹

- Chống viêm không steroid (NSAIDs): không được phối hợp 2 loại thuốc trong nhóm.

- Thuốc giãn cơ.

- Trường hợp đau có nguồn gốc thần kinh có thể kết hợp với một trong các thuốc giảm đau thần kinh.

- Kết hợp thuốc an thần, thuốc ức chế trầm cảm khi cần thiết.

2.2.2. Điều trị không dùng thuốc

- Chiếu đèn hồng ngoại, đắp parafin giúp giãn cơ, giảm đau.

- Điện xung, điện phân, siêu âm giúp tăng tuần hoàn máu, hỗ trợ giảm đau.

V. PHÒNG BỆNH

- Nâng cao thể trạng, tăng cường sức đề kháng phòng tránh zona thần kinh.

- Giáo dục người bệnh: Tránh cho cột sống bị quá tải bởi vận động và trọng lượng, tránh các động tác nhanh mạnh đột ngột (bê mang vác quá nặng, vịn người...).

- Phòng tránh tai nạn giao thông, tai nạn lao động và sinh hoạt.

- Bổ sung đầy đủ Canxi và vitamin D, phòng tránh loãng xương đặc biệt ở phụ nữ mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
2. Bệnh viện Bạch Mai (2010). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, nhà xuất bản Y học.
3. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2012). Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, nhà xuất bản Y học.
4. Bộ Y tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành Châm cứu.
5. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017). "Đau dây thần kinh liên sườn", Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học./.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh gout thường gặp ở nam giới tuổi trung niên 30 - 50 tuổi, tuy nhiên có thể gặp ở người trẻ tuổi hoặc nữ giới. Bệnh gây ra do rối loạn chuyển hóa nhân purin, với các đợt viêm khớp cấp tính.

Chẩn đoán: Có thể áp dụng một trong các tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn Bennet và Wood năm 1968 được áp dụng rộng rãi nhất ở Việt Nam do dễ nhớ và phù hợp với điều kiện thiếu xét nghiệm:

a. Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi.

b. Hoặc tối thiểu có hai trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu 2 đợt sưng đau của một khớp với tính khởi phát đột ngột, đau dữ dội và khởi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tophi.

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn a hoặc 2 yếu tố của tiêu chuẩn b.

- Tiêu chuẩn ILAR và Omeract năm 2000: Độ nhạy 70%, đặc hiệu 78,8%.

+ Có tinh thể urat đặc trưng trong dịch khớp, và/hoặc:

+ Hạt tophi được chứng minh có chứa tinh thể urat bằng phương pháp hóa học hoặc kính hiển vi phân cực, và/hoặc:

+ Có **6 trong số 12** biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm và X quang sau:

Viêm tiến triển tối đa trong vòng một ngày.

Có hơn một đợt viêm khớp cấp.

Viêm khớp ở một khớp.

Đỏ vùng khớp.

Sưng, đau khớp bàn ngón chân cái.

Viêm khớp bàn ngón chân cái ở một bên.

Viêm khớp cổ chân một bên.

Hạt Tophi nhìn thấy được.

Tăng acid uric trong máu.

Sưng đau khớp không đối xứng.

Nang dưới vỏ xương, không có hình khuyết xương trên X quang.

Cấy vi khuẩn âm tính.

Bệnh gout được mô tả đầu tiên trong sách “Đan Khê tâm pháp” với tên gọi là chứng Thống phong, ngoài ra còn gọi là “Lịch tiết phong”, “Bạch hồ phong”, “Bạch hồ lịch tiết”.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Thống phong là do phong hàn thấp hoặc phong thấp nhiệt tà thừa lúc chính khí hư tổn, vệ ngoại bất cố xâm phạm vào kinh mạch; kèm theo công năng thăng thanh giáng浊 của tạng thận và tỳ bị rối loạn làm cho浊 độc bị ứ ở trong; cùng với chế độ ăn nhiều đạm, uống nhiều rượu làm thấp nhiệt dễ phát sinh.

Thấp nhiệt tà xâm nhập cơ thể gây tắc nghẽn kinh lạc, khí huyết ứ trệ tại khớp gây đau, co duỗi khó khăn. Bắt đầu bệnh còn ở cơ biểu kinh lạc, bệnh lâu, tà khí phạm vào gân xương, tổn thương tạng phủ, chức năng của khí huyết tân dịch rối loạn, tân dịch ứ trệ thành đàm, khí huyết ngưng trệ thành ứ, đàm ứ kết mà hình thành các u cục ứ đọng quanh khớp, dưới da. Bệnh tiến triển lâu ngày gây tổn thương can thận, làm biến dạng các khớp và tái phát nhiều lần.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Gout cấp tính thuộc thể phong thấp nhiệt và dùng pháp thanh nhiệt thông lạc, khu phong trừ thấp. Giai đoạn mạn tính thường có đàm浊 và ứ huyết khi đó dùng thêm hóa đàm tiết浊, trục ứ thông lạc. Đồng thời căn cứ vào tình hình hư suy của âm dương khí huyết để bổ khí huyết, bổ tỳ thận.

1. Thể phong thấp nhiệt

1.1. Triệu chứng: Sưng, nóng, đỏ, đau một hoặc nhiều khớp (đặc biệt là khớp bàn ngón chân cái), đau cự ấn, khởi phát thường cấp tính. Thường kèm theo phát sốt, sợ gió, miệng khô khát, phiền táo bứt rứt không yên, tiểu vàng số lượng ít, lưỡi đỏ rêu vàng bản. Mạch hoạt sác.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, thực nhiệt
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp, tiêu thũng chỉ thống.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Tuyên tý thang hợp Tam diệu thang*

Thương truật 08g Hoàng bá 15g Ngưu tất 15g Tỳ giải 12g Hoạt thạch 30g
Ý dĩ 20g Hạnh nhân 12g Hy thiêm thảo 15g Xích tiểu đậu 15g Liên kiều 12g
Chi tử 12g

+ Hoặc *Bạch hồ quế chi thang*:

Sinh thạch cao 30g Ngạnh mễ 10g Tri mẫu 10g Cam thảo 06g Quế chi 06g

+ Hoặc *Tứ diệu thang*:

Thương truật 08g Hoàng bá 10g Ngưu tất 12g Sinh ý dĩ 18g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyệt

+ Đau vùng vai: Kiên ngưng (LI.15) Kiên trinh (GB.9) Kiên tinh (GB.21) Tý nhu (LI.14) A thị huyệt

+ Đau khớp khuỷu tay: Hợp cốc (LI.4) Thủ tam lý (LI.10) Khúc trì (LI.11) Xích trạch (LU.5) A thị huyệt

+ Đau khớp cổ tay: Dương trì (TE.4) Ngoại quan (TE.5) Hợp cốc (LI.4) A thị huyệt

+ Đau khớp gối: Tất nhãn Khúc tuyền (LR.8) Dương lăng tuyền (GB.34)

A thị huyệt

+ Đau khớp cổ chân: Trung phong (LR.4) Côn lân (BL.60)

Giải Khê (ST.41) Cự huyệt (ST.37) Ủy trung (BL.40) Tuyệt cốt (GB.39) A thị huyệt

+ Đau khớp bàn ngón chân cái: Thái xung (LR.3) Thái bạch (SP.3) A thị huyệt

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyệt:

+ Đau vùng vai: Kiên ngưng (LI.15) Kiên trinh (GB.9) Tý nhu (LI.14)

+ Đau khớp khuỷu tay: Hợp cốc (LI.4) Thủ tam lý (LI.10) Khúc trì (LI.11)

- + Đau khớp cổ tay: Dương trì (TE.4) Ngoại quan (TE.5) Hợp cốc (LI.4)
- + Đau khớp gối: Tất nhãn Khúc tuyền (LR.8) Dương lăng tuyền (GB.34)
- + Đau khớp cổ chân: Trung phong (LR.4) Côn lôn (BL.60) Cự huyệt (ST.37)
- + Đau khớp bàn ngón chân cái: Thái xung (LR.3) Thái bạch (SP.3)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cây chỉ phù hợp. Mỗi lần cây chỉ có tác dụng khoảng từ 7 đến 15 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Xát, xoa, day, vê, bóp, bấm các huyệt vùng khớp bị viêm. Vận động khớp nhẹ nhàng.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong hàn thấp

2.1. Triệu chứng: Sưng nề, hạn chế vận động khớp, có thể có hạt lắng đọng cạnh khớp. Nếu phong tà thiên thịnh sẽ thấy đau khớp có tính chất lưu chuyển hoặc sợ gió phát sốt... Hàn tà thiên thịnh biểu hiện đau dữ dội các khớp, vị trí đau cố định, gặp lạnh đau tăng, chườm nóng dễ chịu. Thấp tà thiên thịnh sẽ có cảm giác đau bứt rứt nặng nề tại các khớp, vị trí đau thường cố định, cảm giác tê bì khó chịu trong cơ và ngoài da. Rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt. Mạch huyền khẩn hoặc nhu hoãn.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tỳ vị.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Khu phong tán hàn trừ thấp, thông lạc chỉ thống.

2.4. Phương:

2.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Ý dĩ nhân thang*

Ma hoàng 06g Đương qui 15g Bạch truật 15g Ý dĩ nhân 30g

Quế chi 10g Bạch thược 15g Cam thảo 06g

+ Nếu hàn tà thắng dùng bài *Ô đầu thang*:

Phụ tử chế 05g Ma hoàng 06g Bạch thược 15g Hoàng kỳ 15g Cam thảo 05g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

* Thuốc dùng ngoài:

- Dùng bài:

Hạt mã tiền 20g Sinh Bán hạ 20g Ngải diệp 20g Hồng hoa 15g

Vương bất lưu hành 40g Đại hoàng 30g Hành tươi cả râu 3 củ

Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình

(Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Kết hợp châm và cứu, điện châm, ôn châm, cấy chỉ tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyệt theo công thức giống thể Phong thấp nhiệt.

- Xoa bóp bấm huyệt giống thể Phong thấp nhiệt.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể đàm ứ trở trệ

3.1. Triệu chứng: Các khớp sưng, nặng thì xung quanh khớp cũng sưng, tái đi tái lại nhiều lần, dai dẳng không dứt, đau nhức nhẹ, có các hạt cứng cạnh khớp, sắc da tím, chất lưỡi bệu, rêu trắng bản. Mạch huyền hoạt.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.

- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tỳ vị.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết hoá ứ, hoá đàm tán kết.

3.4. Phương

3.4.1 Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Đào nhân ẩm hợp Nhị trần thang*

Đào nhân 10g Hồng hoa 10g Đương qui 15g Xuyên khung 10g Phục linh 10g

Trần bì 08g Cam thảo 06g Uy linh tiên 10g Bán hạ chế 08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

* Thuốc dùng ngoài:

Hạt mã tiền 20g Sinh Bán hạ 20g Ngải diệp 20g Hồng hoa 15g

Vương bất lưu hành 40g Đại hoàng 30g Hành tươi cả râu 3 củ26

Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình

(Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Kết hợp châm, điện châm, cấy chỉ tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyệt theo công thức giống thể Phong thấp nhiệt.

- Xoa bóp bấm huyệt giống thể Phong thấp nhiệt.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể can thận lưỡng hư

4.1. Triệu chứng: Đau khớp tái đi tái lại, dai dẳng không dứt, lúc nặng lúc nhẹ hoặc cảm giác đau nhức âm ỉ di chuyển giữa các khớp. Sưng nề, hạn chế vận động khớp, thậm chí biến dạng khớp. Kèm theo đau lưng mỏi gối, người mệt mỏi, đau đầu hoa mắt chóng mặt, tâm quý khí đoản, chất lưỡi nhợt rêu trắng. Mạch huyền trầm tế vô lực.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư.

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tạng Can Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân phối hợp Bất nội ngoại nhân (nội thương).

4.3. Pháp điều trị: Bổ can thận, trừ phong thấp, hoạt lạc chi thông.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Độc hoạt ký sinh thang*

Đảng sâm 10g Phục linh 15g Đương qui 10g Bạch thược 15g Thục địa 15g

Xuyên khung 10g Đỗ trọng 15g Ngưu tất 15g Quế chi 06g Tế tân 04g

Độc hoạt 10g Tang ký sinh 30g Phòng phong 10g Tàn giao 10g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

* Thuốc dùng ngoài:

Hạt mã tiền 20g Sinh Bán hạ 20g Ngải diệp 20g Hồng hoa 15g
Vương bất lưu hành 40g Đại hoàng 30g Hành tươi cả râu 3 củ
Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình
(Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Tại chỗ: Tùy theo vị trí đau châm tả các huyết giống thể phong thấp nhiệt.

+ Toàn thân: Châm bổ Can du (BL.18) Thận du (BL.23)

Thái xung (LI.3) Thái khê (KI.3)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết giống thể phong thấp nhiệt.

- Xoa bóp bấm huyết giống thể phong thấp nhiệt.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân: Ức chế tổng hợp acid uric, tăng thải acid uric.

- Điều trị triệu chứng: Chống viêm, giảm đau.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Điều trị dùng thuốc

2.1.1 Điều trị nguyên nhân

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc ức chế tổng hợp acid uric.

- Thuốc tăng thải acid uric.

- Thuốc tiêu acid uric.

- Kiểm hóa nước tiểu.

2.1.2 Điều trị triệu chứng

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Thuốc chống viêm:

+ Chống viêm không steroid (NSAIDs): không được phối hợp hai loại thuốc

trong nhóm.

+ Colchicin: Chỉ định trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc chống viêm không steroid.

- Thuốc giảm đau: Chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới. Tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.

- Cắt hạt tophi khi hạt bị vỡ, dò dịch hoặc ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của khớp.

2.2 Điều trị không dùng thuốc

- Laser công suất thấp, parafin, dòng điện xung, tia hồng ngoại... Lưu ý tránh vùng có hạt tophi.

2.3 Chế độ ăn uống trong điều trị

Chế độ ăn giảm đạm (không quá 150g thịt/ngày), không ăn phủ tạng động vật, hạn chế thịt chó, dê, hải sản... tránh các thức ăn chứa nhiều nhân purin, giảm mỡ. Ăn nhiều rau xanh, kiêng rượu.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý. Không uống rượu, bia, cà phê, trà. Sử dụng nước khoáng không ga, có độ kiềm cao. Duy trì cân nặng hợp lý, tránh để tăng cân béo phì.

- Phát hiện cơn gout cấp sớm để dùng thuốc và thực hiện điều chỉnh lối sống kịp thời tránh trở thành gout mạn và biến chứng do gout.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
2. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Ngọc Lan (2004). Bệnh gout, Bệnh học nội khoa sau đại học, Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.
4. Bệnh viện Bạch Mai (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa, Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
5. Vương Thừa Đức, Thẩm Phi An, Hồ Âm Kỳ (2009). Thực hành Trung y - Bệnh học phong thấp (tái bản lần thứ 2). Nhà xuất bản Y tế nhân dân.
6. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.

Bài 11 RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPOPROTEIN VÀ TÌNH TRẠNG TĂNG LIPID MÁU KHÁC (CHỨNG ĐÀM)

BS Lê Văn Dung

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu khác (rối loạn lipid máu - RLLM) là sự tăng nồng độ các thành phần lipid như cholesterol, triglycerid hoặc cả hai, hoặc tăng lipoprotein tỷ trọng thấp trong huyết tương, đồng thời giảm HDL - C là thành phần lipid có lợi, chống xơ vữa động mạch.

Bệnh nhân được chẩn đoán RLLM khi thỏa mãn ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/l
- LDL - C $\geq 3,4$ mmol/l
- Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l
- HDL - C $< 1,0$ mmol/l

Trong cơ thể, khi sự cân bằng giữa quá trình tổng hợp và thoái hóa lipid bị phá vỡ do nguyên nhân tiên phát hoặc thứ phát sẽ gây ra rối loạn lipid máu. RLLM tiên phát thường gặp hơn RLLM thứ phát, thường liên quan yếu tố gia đình, gen. RLLM thứ phát thường xuất hiện sau mắc một số bệnh như đái tháo đường, hội chứng thận hư, tăng urê máu, suy thận mạn, bệnh lý gan (bệnh gan tắc nghẽn, tắc mật), suy giáp, béo phì; do lối sống (chế độ ăn không hợp lý, nghiện thuốc lá, nghiện rượu); dùng một số thuốc (thuốc tránh thai, chẹn beta - giao cảm, lợi tiểu, glucocorticoid, các gốc acid retinoic...).

Cách phân loại RLLM theo NCEP - ATP III (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III - Chương trình Giáo dục Cholesterol Quốc gia Hoa Kỳ) là một trong các phân loại thường được sử dụng hiện nay:

Chỉ số lipid	Nồng độ		Phân loại
	mmol/L	mg/dL	
LDL - C	< 2,6	< 100	Tối ưu
	2,6 - 3,3	100 - 129	Gần tối ưu/ trên mức tối ưu
	3,4 - 4,1	130 - 159	Giới hạn cao
	4,2 - 4,9	160 - 189	Cao

	$\geq 4,9$	≥ 190	Rất cao
Cholesterol toàn phần	$< 5,2$	< 200	Mong muốn
	5,2 – 6,2	200 – 399	Giới hạn cao
	$\geq 6,2$	≥ 240	Cao
HDL - C	$< 1,0$	< 40	Thấp
	$\geq 1,6$	≥ 60	Cao
Triglyceride	$< 1,7$	< 150	Bình thường
	1,7 – 2,2	150 – 199	Giới hạn cao
	2,2 – 5,6	200 – 499	Cao
	$\geq 5,6$	≥ 500	Rất cao

YHHD lựa chọn thuốc điều trị RLLM dựa trên việc đánh giá mức độ RLLM và tương quan với sự gia tăng nguy cơ tương đối của bệnh mạch vành, với mục tiêu điều trị ưu tiên là đưa LDL – C về mức tối ưu, đồng thời phải kết hợp thay đổi lối sống. Điều trị có hiệu quả RLLM giúp làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và giảm nhu cầu tiến hành các thủ thuật tái tạo mạch vành cho bệnh nhân.

Biểu hiện lâm sàng của RLLM không hằng định và có thể xuất hiện không có triệu chứng. Y học cổ truyền (YHCT) có các chứng tương ứng với tình trạng RLLM như chứng đàm thấp, đầu thống, huyễn vựng... Nguyên nhân thường do “đàm” ứ đọng ở kinh lạc, phủ tạng nên RLLM thường được gọi là chứng Đàm thấp và điều trị chủ yếu bằng hóa đàm, trừ thấp.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Chứng Đàm thấp thường do lục dâm, thất tình làm công năng của ba tạng tỳ, phế, thận bị ảnh hưởng, tân dịch không được phân bố và vận hành, ngưng tụ thành thấp, thấp hóa thành đàm.

- Ăn uống không điều độ, ăn quá nhiều đồ béo ngọt, uống nhiều rượu làm tổn thương tỳ, tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp đình trệ lâu ngày hóa đàm.
- Ít vận động thể lực (nằm nhiều hại khí, ngồi nhiều hại cơ nhục) gây tỳ khí hư suy.
- Can đởm thấp nhiệt, gây ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết, khí cơ bị trở ngại nên vận hành huyết và tân dịch không thông, khiến cho đàm thấp ứ lại mà gây bệnh.
- Thất tình (lo nghĩ hại tỳ, giận dữ hại can) làm can mộc vượng khắc tỳ thổ, tỳ thổ huyệt dẫn đến sự vận hóa bị suy giảm mà sinh đàm thấp.

- Tiên thiên bất túc, thận dương hư không ôn ấm được tỳ dương, tỳ không vận hóa được thủy thấp, sinh đàm thấp.

- Đàm thấp ú trở tại kinh lạc, ngăn trở khí huyết vận hành sẽ gây khí trệ huyết ú.

Như vậy, đàm thấp là một chứng bệnh có đặc điểm “bản hư, tiêu thực”: “tiêu” là đàm trọc nội sinh, huyết ú; “bản” là công năng tạng phủ thất điều hoặc hư tổn trong đó liên quan đặc biệt đến tỳ, phế, thận, can.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể tỳ hư đàm thấp

1.1. Triệu chứng: Người thường béo bệu, nặng nề, mệt mỏi. Ăn kém, không muốn ăn, bụng đầy, đại tiện phân nát. Rêu lưỡi trắng dày, nhớt, lưỡi bệu, có vết hằn răng. Mạch trầm hoạt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại tạng tỳ (tỳ hư đàm thấp).

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3. Pháp: Kiên tỳ, hóa đàm, trừ thấp.

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài *Bán hạ bạch truật thiên ma thang*:

Bán hạ chế 12g Bạch truật 16g Thiên ma 12g Cam thảo 06g Trần bì 08g

Bạch linh 16g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài *Hương sa lục quân tử thang*:

Đảng sâm 12g Chích cam thảo 04g Phục linh 12g Trần bì 08g Bạch truật 12g

Bán hạ chế 08g Mộc hương 06g Sa nhân 06g. Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm bổ: Tỳ du (BL.20) Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Phong long (ST.40)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể tỳ thận dương hư: Thường gặp ở người cao tuổi.

2.1. Triệu chứng: Người cảm giác nặng nề, đầy chướng bụng, thừa cân, béo phì. Người lạnh, chân tay lạnh, sợ lạnh, sắc mặt nhợt, lưng gối đau mỏi, đại tiện nát, tiêu trong dài.

Rêu lưỡi trắng dày, nhớt, lưỡi bệu, có vết hằn răng. Mạch trầm nhược.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại tỳ, thận (tỳ thận dương hư).

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Ôn bổ tỳ thận.

2.4. Phương:

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Hữu quy hoàn*

Thực địa 32g Đỗ trọng 160g Hoài sơn 160g Kỷ tử 160g Sơn thù 160g

Thỏ ty tử 160g Phụ tử chế 80g Lộc giác giao 160g Nhục quế 120g Đương quy 120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, ngày uống 4-8g. Hoặc có thể làm thang sắc với liều thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm bổ và/hoặc cứu:

Tỳ du (BL.20) Thận du (BL.23) Túc tam lý (ST.36) Thái Khê (KI.3)

Mệnh môn (GV.4) Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Phong long (ST.40)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể can thận âm hư

3.1. Triệu chứng: Váng đầu, chóng mặt, hay quên, mất ngủ, ù tai, miệng họng khô,

lưng đau gối mỏi, tóc bạc, răng rụng, tiểu đêm. Rêu lưỡi vàng dày. Mạch tế sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can, thận (can thận âm hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp điều trị: Tư bổ can thận.

3.4. Phương:

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Kỷ cúc địa hoàng thang*

Thục địa 16g Hoài sơn 12g Sơn thù 12g Trạch tả 12g Đan bì 08g Phục linh 08g

Kỷ tử 12g Cúc hoa 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm bổ: Can du (BL.18) Thận du (BL.23) Thái khê (KI.3) Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Phong long (ST.40).

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể can uất tỳ hư

4.1. Triệu chứng: Đau 2 bên mạng sườn từng cơn, vị trí không cố định; đau đầu, chóng mặt, tinh thần uể oải, ăn kém, tính khí thất thường, hay thờ dài. Đại tiện lỏng, ở phụ nữ có thể gặp rối loạn kinh nguyệt, bầu vú căng trướng và đau. Chất lưỡi bệu, rêu lưỡi mỏng, trắng, nhớt. Mạch huyền.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can, tỳ (can uất tỳ hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

4.3. Pháp điều trị: Sơ can giải uất, kiện tỳ trừ đàm.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị bằng thuốc

- **Cổ phương:** *Tiêu dao tán*

Sài hồ 12g Đương quy 12g Bạch thược 12g Phục linh 12g Bạch truật 12g

Cam thảo 06g Bạc hà 06g Sinh khương 04g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- **Đôi pháp lập phương:** Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- **Châm:**

+ **Châm tả:** Can du (BL.18) Thái xung (LR.3) Phong long (ST.40)

+ **Châm bổ:** Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) Tỳ du (BL.20)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

5. **Thể thấp nhiệt nội kết**

5.1. **Triệu chứng:** Chóng mặt, đau nặng đầu, cảm giác tức ngực, phiền nhiệt. Đầy bụng, buồn nôn, mệt mỏi toàn thân, tay chân nặng nề. Đắng miệng, khô miệng, người béo bệu, đại tiện phân nát, cảm giác nóng hậu môn. nước tiểu vàng. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt. Mạch hoạt sác.

5.2. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán bát cương:** Lý thực nhiệt.

- **Chẩn đoán tạng phủ:** Bệnh tại tỳ, can, đờm.

- **Chẩn đoán nguyên nhân:** Thấp nhiệt.

5.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp.

5.4. Phương:

5.4.1. Điều trị bằng thuốc

- **Cổ phương:** *Tứ linh tán hợp Lục nhất tán*

Bạch linh 15g Trư linh 15g Bạch truật 15g Trạch tả 15g Hoạt thạch 25g Cam thảo 04g. Tất cả các vị tán bột mịn, trộn đều, uống 12g - 18g/lần x 2 lần/ngày với nước ấm. Hoặc có thể làm thang sắc với liều thích hợp, mỗi ngày sắc 1 thang, uống chia 2 lần.

- **Đôi pháp lập phương:** Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- **Châm:**

+ Châm bổ: Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) Tỳ du (BL.20)

+ Châm tả: Can du (BL.18) Thái xung (LR.3) Phong long (ST.40)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

6. Thể khí trệ huyết ứ

6.1. Triệu chứng: Đau nhói vùng ngực, có thể lan ra sau vùng lưng trên, đau vùng thượng vị (người bệnh thường có kèm bệnh động mạch vành, thiếu máu cơ tim), chóng mặt, đau nhức mắt. Chết lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết. Mạch huyền sáp.

6.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

6.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ứ.

6.4. Phương:

6.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Huyết phủ trục ứ thang*

Đương quy 12g Ngưu tất 12g Sinh địa 12g Xích thược 08g Đào nhân 16g

Sài hồ 04g Hồng hoa 12g Cát cánh 06g Xuyên khung 06g Cam thảo 04g

Chỉ xác 08g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

6.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm bổ: Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Cách du (BL.17) Huyết hải (SP.10) Phong long (ST.40)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Cần xác định RLLM là tiên phát hay thứ phát và điều trị theo nguyên nhân nếu có.

- Điều trị RLLM cần dựa trên phân tầng nguy cơ tim mạch đi kèm của người bệnh để dự phòng các biến chứng do xơ vữa động mạch; lấy nồng độ LDL - C huyết tương là mục tiêu điều trị và lựa chọn nhóm thuốc hạ lipid máu dựa trên loại rối loạn lipid.

- Kiểm soát và loại bỏ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, kết hợp với điều chỉnh chế độ ăn, luyện tập và dùng thuốc khi có chỉ định.

- Đối với các trường hợp RLLM mức độ nhẹ, cần hướng dẫn và giáo dục bệnh nhân tuân thủ việc điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt trước khi dùng thuốc.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

Điều chỉnh chế độ ăn uống và sinh hoạt được khuyến cáo thực hiện đầu tiên ít nhất trong 1 tháng trước khi dùng thuốc.

- Chế độ ăn: Giảm mỡ động vật, hạn chế thức ăn chứa nhiều cholesterol như phủ tạng động vật, mỡ động vật... Tăng cường ăn dầu thực vật, cá nước ngọt, hoa quả tươi, rau, các thực phẩm có nhiều chất xơ. Chế độ ăn này cần phải được duy trì lâu dài cho dù người bệnh dùng thuốc hay không dùng thuốc.

- Chế độ sinh hoạt: Làm việc điều độ, tránh stress, tăng cường vận động, tập luyện, bỏ các thói quen có hại (uống nhiều rượu, bia, hút thuốc lá...).

2.2. Điều trị bằng thuốc: Nên khởi đầu từ liều thấp, tăng liều gấp đôi sau mỗi 4 – 6 tuần nếu không đạt hiệu quả điều trị. Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Nhóm Statin. - Nhóm Fibrat. - Nhóm Acid nicotinic (Niacin).

- Nhóm gắn acid mật. - Chất ức chế hấp thu cholesterol.

- Acid béo omega-3 (dầu cá).

* Lưu ý khi dùng thuốc:

- Trường hợp tăng cholesterol máu đơn thuần loại LDL - C cao: Ưu tiên dùng statin. Trường hợp tăng triglycerid máu đơn thuần hay tăng lipid máu hỗn hợp có triglycerid rất cao ưu tiên fibrat, sau khi triglycerid đã giảm xuống dưới 5,7mmol/L có thể dùng statin.

- Trước khi dùng thuốc hạ lipid máu cho người bệnh cần kiểm tra nồng độ creatinin, AST, ALT, CK trong máu. Dùng thuốc nếu trong quá trình điều trị men gan tăng gấp 3 lần so với trước điều trị, theo dõi và cân nhắc sử dụng một thuốc hạ lipid máu khác khi men gan của người bệnh trở về bình thường.

- Khi đã đạt được mức LDL-C mục tiêu, người bệnh vẫn phải được duy trì thuốc đều đặn hàng ngày cùng với các biện pháp không dùng thuốc.

- RLLM thứ phát cần phối hợp điều trị nguyên nhân và điều trị hạ lipid máu.
- Kiểm tra lại nồng độ lipid máu sau 4 đến 12 tuần điều trị.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện tốt chế độ ăn uống hợp lý, tránh các thực phẩm giàu cholesterol, không uống rượu bia, không hút thuốc lá.
- Nếu người bệnh thừa cân, béo phì cần phải giảm cân nặng.
- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý, tránh stress, tăng cường hoạt động thể lực và duy trì thường xuyên.
- Điều trị tốt các bệnh lý nền gây RLLM thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017), Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, 215-217.
2. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel (2002), “Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report”, Circulation, 106(25):3143-3421.
3. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2013), Nội tiết học trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học. Tr 424 – 445.
4. Bệnh viện Bạch Mai (2017), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa” Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học năm 2017.
5. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nội tiết chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học.
6. Bob Flaws, Philippe Sionneau (2005). The treatment of modern Western medical diseases with Chinese medicine, Blue Poppy Press. 283-290.
7. Bộ Y tế (2011), Lão khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 98-116.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD - chronic obstructive pulmonary disease)

là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và giới hạn luồng khí, là hậu quả của những bất thường của đường thở và/hoặc phế nang thường do phơi nhiễm với các phân tử hoặc khí độc hại, trong đó khói thuốc lá, thuốc lào là yếu tố nguy cơ chính, ô nhiễm không khí và khói chất đốt cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng gây COPD. Các bệnh đồng mắc và đợt kịch phát làm nặng thêm tình trạng bệnh.

Chẩn đoán định hướng áp dụng tại tuyến chưa được trang bị máy đo chức năng thông khí: Khai thác kỹ tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bệnh, thăm khám lâm sàng để tìm các dấu hiệu định hướng chẩn đoán:

- Bệnh hay gặp ở nam giới trên 40 tuổi.
- Tiền sử: hút thuốc lá, thuốc lào (bao gồm cả hút thuốc chủ động và thụ động). Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà, hơi, khí độc. Nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn, lao phổi... Tăng tính phản ứng đường thở (hen phế quản hoặc viêm phế quản co thắt).
- Ho, khạc đờm kéo dài không do các bệnh phổi khác.
- Khó thở: Tiến triển nặng dần theo thời gian.
- Các triệu chứng ho khạc đờm, khó thở dai dẳng và tiến triển nặng dần theo thời gian.
- Khám lâm sàng:
 - + Giai đoạn sớm của bệnh khám phổi có thể bình thường. Nếu người bệnh có khí phế thũng có thể thấy lồng ngực hình thùng, gõ vang, rì rào phế nang giảm.
 - + Giai đoạn nặng hơn khám phổi thấy rì rào phế nang giảm, có thể có ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ.
 - + Giai đoạn muộn có thể thấy những biểu hiện của suy hô hấp mạn tính: tím môi, tím đầu chi, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, biểu hiện của suy tim phải.

Chẩn đoán xác định áp dụng cho cơ sở y tế đã được trang bị máy đo chức năng thông khí:

Những người bệnh có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, có các dấu hiệu

lâm sàng nghi ngờ mắc COPD như đã mô tả ở trên cần được làm các xét nghiệm sau:

-Đo chức năng thông khí phổi: Kết quả đo chức năng thông khí phổi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở của người bệnh BPTNMT.

-Chụp X-quang phổi, điện tim, siêu âm tim,... nhằm chẩn đoán xác định và loại trừ những nguyên nhân khác.

Chẩn đoán xác định khi: Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test hồi phục phế quản: Chỉ số FEV1/FVC < 70% sau test hồi phục phế quản.

Thông thường người bệnh COPD sẽ có kết quả test hồi phục phế quản âm tính (chỉ số FEV1 tăng < 12% và < 200ml sau test hồi phục phế quản).

Nếu người bệnh thuộc kiểu hình chông lập hen và COPD có thể có test hồi phục phế quản dương tính (chỉ số FEV1 tăng \geq 12% và \geq 200ml sau test hồi phục phế quản) hoặc dương tính mạnh (FEV1 tăng \geq 15% và \geq 400ml).

Theo Y học cổ truyền, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thuộc phạm vi các chứng như: “Đàm ảm”, “Khái thấu”, “Khái suyễn” ... Trong đó hai chứng “Khái thấu” và “Khái suyễn” thường được liên hệ nhiều hơn cả. Hai chứng này được nói đến rất sớm trong câu y văn cổ như “Hoàng đế nội kinh”, “Kim quỹ yếu lược”.

Khái là ho có tiếng, mà không có đờm. Thấu là ho có đờm nhiều. Khái thấu là ho vừa có tiếng, vừa có đờm. Trong thực tế lâm sàng nhiều khi rất khó phân ra giữa khái và thấu cho nên thường gọi chung là Khái thấu.

Đàm và ảm là sản phẩm bệnh lý được hình thành do quá trình rối loạn chuyển hóa tân dịch trong cơ thể. Đàm là chất đặc và đục, thuộc dương, ảm là chất trong và loãng thuộc âm. Sau khi hình thành, đàm và ảm theo khí đi đến các bộ phận gây ra chứng “Đàm ảm”.

Suyễn là chỉ tình hình khó thở mà nguyên nhân cơ bản do suy giảm chức năng của tạng phế và tạng thận. Khi khó thở kéo dài kèm theo ho và khạc đờm gọi là “Khái suyễn”, đây là chứng bệnh có biểu hiện lâm sàng rất gần với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Nguyên nhân của chứng Khái suyễn trong YHCT:

1.1. Ngoại cảm:

Ngoại cảm lục dâm xâm phạm vào phế, khiến cho phế khí không tuyên thông,

thượng nghịch mà sinh ra chứng khái suyễn. Trong đó trước hết phải nói đến phong tà, tiếp đó là hàn, thấp, nhiệt và táo tà. Các tà khí kết hợp với nhau tạo nên nhiều thể bệnh như: phong hàn khái suyễn, phong nhiệt khái suyễn, ôn táo khái suyễn...

1.2. Nội thương:

Do nhiều yếu tố khác nhau như tiên thiên bất túc, âm thực thất điều, tình chí rối loạn, phòng dục và lao lực quá độ... làm rối loạn chức năng của các tạng phủ, đặc biệt là tỳ, phế, thận mà phát sinh ra chứng Khái suyễn.

Ngoại cảm khái suyễn lâu ngày sẽ dẫn đến nội thương khái suyễn, đồng thời nội thương khái suyễn cũng sẽ làm chính khí suy, sức đề kháng cơ thể giảm sút, khiến chongoi tà xâm nhập vào cơ thể tạo ra ngoại cảm khái suyễn. Cuối cùng tạo thành vòng xoắn bệnh lý, ngoại cảm và nội thương xen kẽ với nhau, nhiều khi rất khó phân biệt.

1.3. Bất nội ngoại nhân:

Do hút thuốc lá, thuốc lào, làm việc trong môi trường độc hại (công nhân nhà máy hóa chất, công nhân làm việc trong hầm lò...), ô nhiễm không khí... làm tổn thương, rối loạn chức năng của phế mà sinh ra chứng Khái suyễn

2. Cơ chế bệnh sinh của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Cơ chế bệnh sinh chủ yếu của khái suyễn là do phế khí mất tuyên thông, đưa đến thượng nghịch, làm phát sinh các triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở...

Khi thời tiết lạnh hoặc thay đổi đột ngột, ngoại tà sẽ qua đường mũi hay bì mao xâm nhập vào cơ thể, gây tổn thương phế làm cho phế khí mất túc giáng dẫn đến khái suyễn. Nếu bệnh lâu ngày không khỏi, phế khí hư yếu, sẽ ảnh hưởng tới tỳ, thận. Vệ khí bất cố làm bệnh dễ tái phát, dần hình thành chứng khái suyễn.

Tỳ là gốc của hậu thiên, tỳ hư không thực hiện được công năng vận hóa thủy cốc, làm ảnh hưởng đến khả năng vận hóa các chất tinh vi của thủy cốc, tụ lại mà hóa thành đờm. Đồng thời thận là gốc của tiên thiên, thận dương không được ôn ấm, ảnh hưởng đến quá trình khí hóa, vận hóa tân dịch bị suy giảm mà ngưng lại thành đờm. Thận âm suy tổn, hư hỏa ở hạ tiêu chưng bốc, hun đúc tân dịch, cũng tạo thành đờm. Đờm lưu trệ ở phế gây trở tắc khí đạo, dẫn đến phế khí tuyên giáng thất điều tạo nên các chứng khái suyễn. Bởi vậy, người xưa nói: “Thận vi sinh đờm chi bản, tỳ vi sinh đờm chi nguyên, phế vi trữ đờm chi khí”, nghĩa là: Thận là gốc của đờm, tỳ là nơi sinh ra đờm, phế là nơi trữ đờm. Bên cạnh đó “Phế bất thường khái, tỳ bất thường cửu khái, thận bất thường suyễn”, nghĩa là: Phế không bị tổn thương thì không ho, tỳ không bị tổn thương thì không thể ho kéo dài, thận không bị tổn thương thì không thể khó thở.

Tham gia vào cơ chế bệnh sinh của khái suyễn, còn phải nói đến 3 yếu tố bệnh lý là: đàm, hư và ứ. Đây là sản phẩm bệnh lý do rối loạn chức năng tạng phủ, đồng thời là những yếu tố trực tiếp hay gián tiếp gây bệnh. Tỳ hư hay thận hư đều sinh đàm, mặt khác không có thấp thì cũng không có đàm, thấp tà là nội nhân sinh đàm. Hỏa nội sinh có thể do tảo nhiệt từ bên ngoài xâm nhập vào cơ thể, hoặc do hàn uất hóa hỏa, do tình chí rối loạn, ăn uống không điều độ... đều có thể kết hợp với đàm thấp, sinh ra đàm hỏa gây tắc trở phế lạc, khiến cho phế khí mất tuyên thông mà sinh bệnh.

Như vậy, khái suyễn là một bệnh mang tính chất hư thực thác tạp mà chủ yếu là bản hư tiêu thực (chính hư, tà thực) và chuyển hóa lẫn nhau. Ngoại cảm khái suyễn thuộc thực, nội thương khái suyễn thuộc hư. Bản hư là tạng phủ suy hư, mà chủ yếu là phế, tỳ, thận. Tiêu thực là đàm trệ, huyết ứ, hỏa uất, khí nghịch... mặt khác người xưa còn nói rằng “Kỳ tiêu tại phế, kỳ bản tại tỳ thận”, ý muốn nhấn mạnh tỳ thận hư, đặc biệt là thận hư là nhân tố bệnh lý trọng yếu trong bệnh khái suyễn.

V. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Đợt cấp của COPD thường thuộc thể phong nhiệt, phong hàn và khí tảo. Nếu không phải đợt cấp thì thường được chia làm hai thể phế tỳ hư và phế thận hư.

1. Thể phong nhiệt

1.1. Triệu chứng: Ho nhiều, tiếng ho nặng, khạc đờm đặc, vàng, miệng khát, họng đau, nước mũi vàng đục. Toàn thân đau mỏi, sốt cao, ra mồ hôi, nhức đầu, sợ gió, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch phù sác.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, nhiệt).
- Chẩn đoán bệnh danh: Khái thẩu.

1.3. Pháp: Sơ phong thanh nhiệt, tuyên thông phế khí.

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Tang cúc ẩm*

Tang diệp 12g Cúc hoa 12g Liên kiều 16g Bạc hà 06g Cát cánh 10g Cam thảo 06g Lô căn 08g Hạnh nhân 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài: *Ma hạnh thạch cam thang*

Ma hoàng 04g Hạnh nhân 06g Thạch cao 12g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Lá dâu 12g Rau má 12g Bạc hà 08g Cúc hoa 08g Lá hẹ 08g Rễ cỏ tranh (sao vàng) 08g. Sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Châm tả các huyết:

Trung phủ (LU.1) Thiên đột (CV.22) Phế du (BL.13) Phong môn (BL.12)

Hợp cốc (LI.4) Ngoại quan (IE.5) Xích trạch (LU.5) Liệt khuyết (LU.7)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Các kỹ thuật châm khác: Điện châm, điện trường châm.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong hàn

2.1. Triệu chứng: Người bệnh ho, đờm trong loãng, sắc trắng, dễ khạc, kèm theo tắc mũi, chảy nước mũi trong. Toàn thân: sốt, sợ lạnh, đau đầu, cảm giác mỗi người, không ra mồ hôi, khản tiếng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ/ kinh lạc: kinh và tạng Phế

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn).

2.3 Pháp điều trị: Sơ tán phong hàn, tuyên phế hóa đàm.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Hạnh tô tán*

Hạnh nhân 12g Tô diệp 10g Trần bì 08g Chi xác 08g Tiền hồ 12g Cát cánh 10g

Bán hạ chế 08g Phục linh 16g Sinh khương 03 lát Cam thảo 04g Đại táo 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Tô diệp 20g Lá xương sông 12g Sinh khương 08g Lá hẹ 12g Kinh giới 08g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết: Phong môn (BL.12) Hợp cốc (LI.4) Khúc trì (LI.11)

Ngoại quan (IE.5) Xích trạch (LU.5) Thái uyên (LU.9)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Các kỹ thuật châm khác: Điện châm, điện trường châm.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể khí táo

3.1. Triệu chứng: Ho khan, ít đờm, đôi khi ho có lẫn ít đờm, trong có tia máu, họng khô, mũi khô. Toàn thân: Phát sốt, sợ gió đau họng, đầu lưỡi đỏ, lưỡi khô, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sắc.

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: kinh và tạng Phế.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân + Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp điều trị: Nhuận táo dưỡng phế.

Nếu ôn táo thì kiêm thêm: Sơ phong thanh nhiệt.

Nếu lương táo thì kiêm thêm: Sơ tán phong hàn.

3.4. Phương:

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Tang hạnh thang*

Tang diệp 12g Thổ bối mẫu 04g Hạnh nhân 08g Sa sâm 08g Chi tử 08g

Đạm đậu xị 08g Lê bì 06g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Rau má 20g Tang bạch bì (sao mật) 16g Lá chanh 12g Trúc diệp 12g Cam thảo dây 08g Quả dành dành (sao vàng) 08g. Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm tả các huyết:

Trung phủ (LU.1) Phế du (BL.13) Xích trạch (LU.5) Thái uyên (LU.9)

Hợp cốc (LI.4) Khúc trì (LI.11)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

+ Các kỹ thuật châm khác: Điện châm, điện trường châm.

+ Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể đàm thấp

4.1. Triệu chứng: Ho, khạc đờm nhiều, đờm trắng, dính loãng hoặc thành cục. Ngực bụng có cảm giác đầy tức, ăn kém, tinh thần mỏi mệt, rêu lưỡi trắng nhờn, mạch nhu hoạt.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, phế.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

4.3. Pháp điều trị: Bổ phế, kiện tỳ, tảo thấp hóa đàm, chỉ khái.

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cô phương: Kết hợp hai bài thuốc *Lục quân tử thang* và *Bình vị tán*.

Đảng sâm 12g Bạch truật 16g Phục linh 16g Cam thảo 04g Trần bì 08g Bán hạ chế 10g Thương truật 12g Hậu phác 12g Sinh khương 06g Đại táo 12g Cam thảo 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài *Nhị trần thang*:

Trần bì 10g Phục linh 10g Bán hạ chế 08g Cam thảo 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Nếu tỳ thận dương hư gây ho, đờm nhiều, ngực sườn đầy tức, miệng khát mà không muốn uống, uống nước bị nôn, lưng và tay chân lạnh, hoa mắt, chóng mặt, thở ngắn, hồi hộp, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng trơn. Mạch huyền hoạt thì phương pháp điều trị là ôn dương lợi thấp, trừ đàm, dùng bài *Linh quế truật cam thang*:

Bạch truật 08g Phục linh 16g Cam thảo 04g Quế chi 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Trần bì (sao) 12g Gừng tươi 08g Bán hạ chế 12g Hậu phác nam 12g

Bạch giới tử 12g Cam thảo nam 12g La bặc tử 12g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm bổ các huyệt: Tỳ du (BL.20) Phế du (BL.13) Thận du (BL.22) Túc tam lý (ST.36) Hợp cốc (LI.4) Tam âm giao (SP.4)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

+ Cứu các huyệt trên ngày 1 lần.

+ Các kỹ thuật châm khác: Điện châm, điện trường châm.

+ Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyệt: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13). Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

5. Thể thủy ẩm (hàn ẩm):

Thường hay gặp ở người bệnh viêm phế quản mạn tính kèm theo giãn phế nang ở người cao tuổi, suy giảm chức năng hô hấp rõ, bệnh tâm phế mạn.

5.1. Triệu chứng: Ho kéo dài, hay tái phát, khó thở, khi trời lạnh thì ho tăng lên, khạc ra nhiều đờm loãng trắng. Khi vận động các triệu chứng trên tăng lên. Khó thở, nhiều khi nằm phải gối đầu cao.

5.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bất cương: Lý, hư, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Phế, thận hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

5.3. Pháp điều trị: Ôn bổ phế thận, hoá đàm.

5.4. Phương

5.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Tiểu thanh long thang*

Ma hoàng 06g Nhục quế 08g Tế tân 04g Can khương 06g Bán hạ chế 12g

Ngũ vị tử 06g Bạch thược 12g Cam thảo 06g

Tất cả làm thang sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Cứu các huyết: Tỳ du (BL.20) Vị du (BL.21) Thái bạch (SP.3) Phế du (BL.13) Cao hoang (BL.43) Phong long (ST.40) Túc tam lý (ST.36)

Cứu các huyết trên ngày 1 lần.

Liệu trình: Cứu 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Điều trị cụ thể

1.1. Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mức độ nhẹ tương ứng với thể phong nhiệt, phong hàn và khí táo của YHCT, do đó có thể kết hợp với YHĐ theo nguyên tắc:

+ Bổ sung thêm thuốc giãn phế quản nhóm cường beta 2, dạng phun hít, tác dụng nhanh dùng đơn thuần hoặc dạng kết hợp với thuốc kháng cholinergic tác dụng nhanh;

+ Với người bệnh có thở oxy tại nhà: thở oxy 1-3 lít/phút, duy trì SpO₂ ở mức 90-92%;

+ Với người bệnh có thở máy không xâm nhập tại nhà: điều chỉnh áp lực phù hợp;

+ Dùng sớm thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài.

Điều trị cụ thể:

- Thuốc giãn phế quản.

+ Nhóm cường beta 2 adrenergic: Salbutamol, Terbutalin. Dùng đường phun hít, khí dung hoặc đường uống.

+ Nhóm kháng cholinergic tác dụng ngắn: Ipratropium khí dung.

+ Kết hợp kháng cholinergic và thuốc cường beta 2 adrenergic: Fenoterol/Ipratropium hoặc Salbutamol/Ipratropium; dùng đường phun hít, khí dung.

+ Tiếp tục dùng, hoặc bắt đầu dùng sớm các thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: LAMA, LABA, hoặc dạng kết hợp LAMA + LABA.

- Corticosteroid: Budesonid, Fluticason (khí dung);

- Thuốc dạng kết hợp loại cường beta 2 tác dụng kéo dài và corticoid dạng phun, hít: Budesonid + Formoterol; Fluticason + Salmeterol...

Chú ý: Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng thì cần kết hợp điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc dùng kháng sinh phổ rộng.

1.2. Giai đoạn ổn định của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tương đương với thể Thủy âm và Đàm thấp:

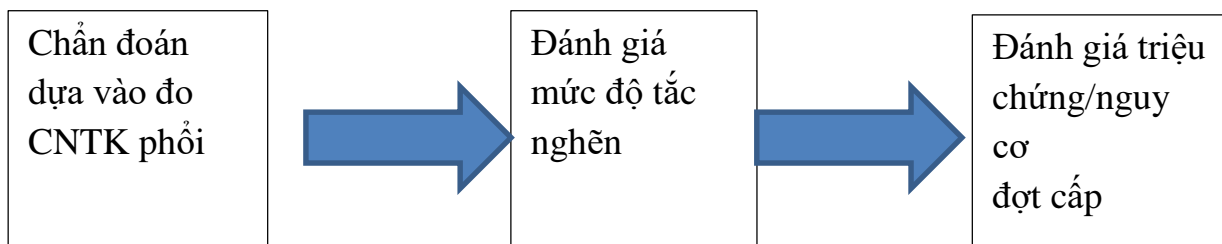
Việc điều trị dự phòng để quản lý bệnh phổi tắc nghẽn đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế các đợt cấp và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Đối với hai thể này cần đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo nhóm ABCD. Phân nhóm ABCD chủ yếu dựa vào:

+ Mức độ triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh (mMRC, CAT).

+ Nguy cơ đợt cấp (tiền sử đợt cấp/năm, mức độ nặng đợt cấp).

Đánh giá được tổ hợp theo biểu đồ sau:





FEV1/FVC
<0,7 sau test
hồi phục phế
quản

FEV1 (% dự đoán)		Tiền sử đợt cấp
GOLD 1	≥ 80	
GOLD 2	50 – 79	
GOLD 3	30 – 49	
GOLD 4	< 30	

≥ 2 hoặc ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện

0 hoặc 1 (đợt cấp không phải nhập viện)

C	D
A	B
mMRC 0-1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
Triệu chứng	

Chẩn đoán: BPTNMT GOLD 1, 2, 3, 4; nhóm A, B, C, D:

- + BPTNMT nhóm A - Nguy cơ thấp, ít triệu chứng
 - + BPTNMT nhóm B - Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng
 - + BPTNMT nhóm C - Nguy cơ cao, ít triệu chứng
 - + BPTNMT nhóm D - Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng
- Điều trị bằng thuốc YHHĐ:

Lựa chọn thuốc YHHĐ theo giai đoạn và mức độ nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính GOLD 2018.

- Điều trị không dùng thuốc: Bên cạnh việc dùng thuốc tất cả các thể lâm sàng YHCT cần tuân thủ nguyên tắc:

- + Ngừng tiếp xúc với yếu tố nguy cơ.
- + Cai nghiện thuốc lá.
- + Tiêm vaccin phòng nhiễm trùng đường hô hấp.
- + Vệ sinh mũi họng thường xuyên.
- + Giữ ấm cổ ngực về mùa lạnh.
- + Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt.
- + Phát hiện và điều trị các bệnh đồng mắc.

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ: thuốc lá, ô nhiễm không khí...

- Quản lý tốt các bệnh phổi mạn tính: hen phế quản, lao phổi.
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” theo quyết định số 3874/QĐ – BHYT ngày 26 tháng 6 năm 2018.
2. Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội (2017). Bệnh học nội khoa YHCT (dành cho đối tượng đại học). Nhà xuất bản Y học.
3. Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội (2017). Bệnh học nội khoa YHCT (dành cho đối tượng sau đại học). Nhà xuất bản Y học.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, bí đái là tình trạng trong bàng quang có chứa nhiều nước tiểu mà người bệnh không đi tiểu được hoặc đi tiểu với số lượng rất ít, không phải do nguyên nhân cơ giới như là cản trở đường ra của nước tiểu. Bí đái bao gồm cả nguyên nhân thực thể và cơ năng. Bí đái cơ năng thường gặp là do viêm nhiễm, phẫu thuật vùng tiểu khung, điều trị bằng phẫu thuật vùng xương chậu, khớp háng, cột sống, vùng hậu môn trực tràng... hoặc ảnh hưởng của thuốc tê, mê... gây nên. Triệu chứng chủ yếu là người bệnh đau tức vùng bụng dưới, bàng quang, vùng trước xương mu, khó chịu, bứt rứt, muốn đi tiểu nhưng không thể tiểu được, căng tức vùng bàng quang, khám bụng vùng hạ vị có cầu bàng quang. Bí đái cơ năng được chẩn đoán chủ yếu dựa vào thăm khám trên lâm sàng và điều trị bằng phương pháp Y học cổ truyền thường có hiệu quả cao.

Theo Y học cổ truyền, bí đái cơ năng thuộc phạm vi chứng Long bé hoặc Lung bé. Lung là tiểu tiện ít, tiểu không dễ dàng. Bé là chỉ một giọt nước tiểu cũng không ra, tiểu không thông, muốn đi tiểu cũng không được.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH BÍ ĐÁI CƠ NĂNG

Theo YHHD:

Thành bàng quang co bóp không đủ mạnh có thể là do mất liên hệ với hệ thần kinh điều khiển tiểu tiện. Nguyên nhân gây mất liên lạc như:

- Các chấn thương cột sống, chấn thương vỡ xương chậu...
- Các phẫu thuật vùng xương chậu, khớp háng, vùng cột sống thắt lưng, vùng hậu môn trực tràng, sau mổ đẻ ...
- Sử dụng một số thuốc tê, mê...
- Viêm nhiễm vùng hạ vị, đường tiết niệu...

Theo YHCT:

- Do thấp nhiệt ở trung tiêu không hóa được làm cho khí cơ của bàng quang bị trở ngại gây nên bí đái.
- Do phế nhiệt ảnh hưởng đến tuyên phát và túc giáng, qua đó ảnh hưởng đến chức năng thông điều thủy đạo, gây khó khăn nhị tiện, làm tiểu tiện không lợi, bí đái.

- Do cấu giận quá mức làm can khí uất trệ hoặc do sau mổ, sau đẻ, do ảnh hưởng của một số loại thuốc làm cho khí cơ của bàng quang bị trở ngại, tiểu tiện bất lợi, bí đái.

- Do thận khí tổn thương, tinh huyết hao tổn, mệnh môn hỏa suy làm cho khí hóa của bàng quang bất lợi, khí cơ bàng quang suy yếu gây nên bí đái.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể bàng quang thấp nhiệt

1.1. Triệu chứng: Tiểu lượng ít, nhỏ giọt, nước tiểu vàng, tiểu nóng rát, hoặc không tiểu tiện được, bụng dưới đầy, miệng đắng và khô, không muốn uống nước, đái tiện khó, rêu lưỡi vàng và nhớt, chất lưỡi đỏ. Mạch sác.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bàng quang thấp nhiệt.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Thấp nhiệt.

- Chẩn đoán bệnh danh: Long bế thể bàng quang thấp nhiệt.

1.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt trừ thấp lợi thủy.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- *Cổ phương*: dùng bài “Bát chính tán”:

Mộc thông 12g Xa tiền tử 08g Cù mạch 12g Biền súc 10g Hoạt thạch 16g

Chi tử 08g Đại hoàng 06g Cam thảo 06g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

Nếu tâm phiền, miệng lưỡi mọc mụn, đầu lưỡi đỏ đau gia: Hoàng liên 4g, Đạm trúc diệp 12g để thanh tâm giáng hỏa.

Nếu miệng đắng dính, rêu lưỡi vàng nhớt gia: Thương truật 8g, Hoàng bá 10g, Ý dĩ 12g để hóa thấp thanh nhiệt.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam - “Nam Y nghiệm phương”)

Mã đề, Râu ngô, Rễ cỏ tranh mỗi vị 30g, nếu dùng tươi liều gấp 3. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt, lợi thấp, thông tiểu.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm cứu: châm tả các huyệt: Khúc cốt (CV.2) Trung cực (CV.3) Quy lai (ST.29) Tam âm giao (SP.6) Huyệt hải (SP.10) Dương lăng tuyền (GB.34)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt (tả pháp):

+ xoa, xát, miết, day, bóp vùng bụng 142

+ bấm huyệt: Trung cực (CV.3) Khúc cốt (CV.2) Thiên khu (ST.25) Quy lai (ST.29) Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6)

+ day các huyệt: Đản trung (CV.17) Túc tam lý (ST36)

Tam âm giao (SP.6) Thái Khê (KI.3) Dương lăng tuyền (GB.34)

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phế nhiệt

2.1. Triệu chứng: Tiểu tiện nhỏ giọt, không dễ dàng, tia nhỏ không thông, hoặc không tiểu tiện được. Họng khô, phiền khát, thích uống nước. Thở ngắn gấp, rêu lưỡi vàng mỏng. Mạch sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế nhiệt.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương) .

- Chẩn đoán bệnh danh: Long bế thể phế nhiệt.

2.3. Pháp: Thanh phế, lợi thủy.

2.4. Phương:

2.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng bài “*Thanh phế ẩm*”:

Sa sâm 16g Hoàng cầm 12g Tang bạch bì 12g Mạch môn 12g Bạch mao căn 12g Lô căn 12g Chi tử 08g Mộc thông 12g Phục linh 12g Xa tiền tử 08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

Nếu người bệnh tâm phiền, đầu lưỡi đỏ gia: Hoàng liên 4g, Đạm trúc điệp 12g.

Nếu đại tiện khô kết không thông gia: Đại hoàng 4g để tả hạ thông tiện.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam - “Nam Y nghiệm phương”)

Râu mèo, Kim tiền thảo, vỏ rễ cây dâu, rau má, lá tre, vỏ bưởi mỗi vị 30g, nếu dùng tươi liệu gấp 3 sắc 2 - 3 lít nước uống. Công dụng: thanh phế, thông tiểu.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm cứu: châm tả các huyệt:

Khúc cốt (CV.2) Trung cực (CV.3) Quy lai (ST.29) Hợp cốc (LI.4) Khúc trì (LI.11) Phế du (BL.13)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt:

+ Xoa, sát, miết, day, bóp vùng bụng

+ Bấm huyệt: Trung cực (CV.3) Khúc cốt (CV.2) Phế du (BL.13) Quy lai (ST.29)

Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6)

+ Day huyệt: Đản trung (CV.17) Túc tam lý (ST.36)

Phế du (BL.13) Tam âm giao (SP.6) Dương lăng tuyền (GB.34)

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể khí trệ huyết ứ

3.1. Triệu chứng: Sau khi tình chí uất hận hoặc sau phẫu thuật, giang môn bị đau quá dẫn đến tiểu tiện đột ngột không thông hoặc thông mà không dễ dàng, bụng đầy trướng hoặc đau, dễ bị xúc động, buồn phiền, dễ cáu giận, rêu lưỡi vàng, chất lưỡi đỏ. Mạch huyền.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Bàng quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (cáu giận), Bất nội ngoại nhân (sau phẫu thuật).

- Chẩn đoán bệnh danh: Long bế thể khí trệ, huyết ứ.

3.3. Pháp điều trị: Sơ can lý khí (hoặc hành khí hoạt huyết), thông lợi tiểu tiện.

3.4. Phương thuốc

3.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: bài “Sài hồ sơ can thang” hợp “Trầm hương giải khí tán”, giảm vị Trầm hương:

Sài hồ 12g Thanh bì 08g Hương phụ 12g Ô dược 10g Hoạt thạch 10g Vương bất lưu hành 10g Đương quy 08g. Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam - “Nam Y nghiệm phương”)

Râu mèo, Kim tiền thảo, rau đắng đất, rau dứa nước, vỏ cam mỗi vị 30g, nếu dùng tươi liều gấp 3 sắc 2 - 3 lít nước uống. Công dụng: khai uất, lý khí, thông tiểu.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm cứu: châm tả các huyệt:

Khúc cốt (CV.2) Trung cực (CV.3) Lan môn (Kỳ huyệt)

Trật biên (BL.54) Bàn quang du (BL.28) Côn lôn (BL.60)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt:

+ Xoa, sát, miết, day, bóp vùng bụng.

+ Bấm huyệt: Trung quản (CV.12) Thiên khu (ST.25) Quy lai (ST.29) Hạ quản (CV.10) Quan nguyên (CV.4) Đại hoành (SP.15) Khí hải (CV.6)

+ Day các huyệt: Đản trung (CV.17) Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) Thái Khê (KI.3) Dương lăng tuyền (GB.34)

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể thận khí hư

4.1. Triệu chứng: Thường gặp ở người cao tuổi, người bệnh tiểu ít, tiểu khó, kèm đau lưng mỏi gối, chân không ấm, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm nhược.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Thận, Bàn quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

- Chẩn đoán bệnh danh: Long bế thể thận khí hư.

4.3. Pháp điều trị: Bổ thận khí lợi thủy.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị thuốc YHCT:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng bài “*Tế sinh thận khí hoàn*”:

Thục địa 32g Đơn bì 12g Sơn thù 16g Phụ tử chế 06g Bạch linh 12g Quế chi 14g

Hoài sơn 16g Ngưu tất 12g Trạch tả 12g Xa tiền tử 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam - “Nam Y nghiệm phương”)

Thông bạch 30g, gừng 12g. Nếu đau lưng gia ngũ gia bì, đỗ trọng 20g.

Sắc từ 2 đến 3 lít nước uống.

Công dụng: thông dương, ích khí, tán kết, lợi niệu... trị chứng bí tiểu, tiểu đục, tiểu dắt, dương khí hư chân tay lạnh.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc của YHCT

- Châm cứu: châm bổ các huyệt: Khúc cốt (CV.2) Trung cực (CV.3)

Quan nguyên (CV.4) Dương lăng tuyền (GB.34) Khí hải (CV.6) Quy lai (ST.29)

Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) 145

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt:

+ Xoa, xát, miết, day, bóp vùng bụng

+ Bấm huyệt: Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6) Thận du (BL23) Tam âm giao (SP.6) Trung cực (CV.3) Khúc cốt (CV.2) Quy lai (ST.29) Huyết hải (SP.10)

Túc tam lý (ST.36)

+ Day các huyệt: Đản trung (CV.17) Túc tam lý (ST.36)

Tam âm giao (SP.6) Thái Khê (KI.3) Dương lăng tuyền (GB.34)

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Nếu châm không kết quả thì chuyển phương pháp:

+ Đặt sonde tiểu

+ Điều trị ngoại khoa mở thông bàng quang (nếu đặt sonde tiểu thất bại).

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, cấu giạt.

- Thực hiện tốt chế độ ăn điều độ, tránh uống rượu bia nhiều.

- Tránh lao động nặng.

- Cần điều trị tích cực các bệnh viêm nhiễm đường tiết niệu, bệnh tiểu khung (nữ giới).

- Cần vận động cơ thể thường xuyên, đều đặn như đi bộ, tập thể dục dưỡng sinh, bơi... để cho mọi cơ quan của cơ thể hoạt động, khí huyết lưu thông, bàng quang và cổ bàng quang co bóp nhịp nhàng thuận lợi cho việc đi tiểu. Những người có bệnh mạn tính về bàng quang, tiểu khung (phụ nữ) không nhịn tiểu và không nên ngồi lâu làm ứ đọng nước tiểu càng dễ dẫn đến bí tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu, Quyết định số 2279/QĐ-BYT.

2. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013). Châm cứu và các phương pháp không dùng thuốc, Nhà xuất bản y học.

3. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2012). Bệnh học nội khoa y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ là do những cấu trúc này bị chuyển đổi sang trạng thái bệnh lý do yếu tố cơ học làm giãn, lỏng lẻo hệ thống nâng đỡ gây sa búi trĩ và yếu tố mạch máu làm giãn mạch gây chảy máu. Nguyên nhân gây bệnh trĩ: táo bón thường xuyên, chế độ ăn uống không phù hợp, phụ nữ mang thai, đại tiện không đúng (nhịn đại tiện, rặn mạnh khi đại tiện), quan hệ tình dục qua đường hậu môn, tư thế làm việc không đúng (ngồi lâu, đứng nhiều, mang vác nặng...), người cao tuổi, thừa cân béo phì, các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng. Chẩn đoán bệnh trĩ dựa vào các triệu chứng lâm sàng và soi hậu môn bằng ống cứng. Biểu hiện lâm sàng gồm 2 triệu chứng hay gặp nhất: đại tiện ra máu tươi và sa trĩ.

Thăm và soi hậu môn-trực tràng có thể thấy trĩ nội (4 độ), trĩ ngoại, nếp da thừa, sa niêm mạc chuyển tiếp của vùng lược...

Phân độ trĩ nội: gồm 4 độ theo Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ:

- Độ 1: Đại tiện ra máu tươi chiếm 80 - 90%, chỉ đôi khi có hiện tượng khó chịu, không

thoải mái. Các búi trĩ nhô lên thấy cương tụ máu nhưng không sa khi rặn.

- Độ 2: Triệu chứng chính là đại tiện ra máu tươi, búi trĩ sa ra ngoài, khi đại tiện xong

tự co lên. Búi trĩ sa khi rặn và tự co lên được.

- Độ 3: Xuất hiện các búi trĩ nội khá lớn, đôi khi không còn rõ ranh giới giữa các búi trĩ nội và ngoại như vậy trở thành một búi trĩ hỗn hợp. Các búi trĩ sa khi rặn không tự co lên được, nhưng có thể đẩy vào được.

- Độ 4: Các búi trĩ sa thường xuyên và không đẩy lên được.

Theo Y học cổ truyền, bệnh trĩ hậu môn nằm trong chứng Hạ trĩ. Các sách cổ

chia làm 5 loại trĩ: Mẩu Trĩ, Tẩn Trĩ, Trường Trĩ, Mạch Trĩ, Huyết Trĩ. Sách “Tế Sinh Phương” viết: “Đa số do ăn uống không điều độ, uống rượu quá mức, ăn nhiều thức ăn béo, ngồi lâu làm cho thấp tụ lại, mót đi tiêu mà không đi ngay, hoặc là Dương minh phủ không điều hòa, quan lạc bị bế tắc, phong nhiệt không lưu thông gây nên ngũ trĩ”.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO YHCT

Trong “Trung y ngoại khoa học giảng nghĩa” tóm tắt có các nguyên nhân sau: về

ăn uống: ăn quá nóng, no đói thất thường, ăn đồ ăn sống lạnh, uống nhiều rượu, ăn béo ngậy, ăn quá cay; về chế độ sinh hoạt: đứng lâu, ngồi lâu, vác nặng đi xa...; nguyên nhân khác: ỉa chảy mạn tính, táo bón kéo dài, thể chất quá suy yếu, mang thai nhiều lần.

Các nguyên nhân trên có thể làm khí huyết loạn hành, kinh lạc giao cắt dẫn đến huyết ứ, trọc khí hạ trú hậu môn gây nên trĩ. Ngoài ra, người bệnh sau khi mắc một số bệnh làm rối loạn chức năng của các tạng phủ như can, tâm, tỳ, thận (can khắc tỳ, can tâm thận âm hư, tâm tỳ hư...) gây khí hư, huyết ứ làm trung khí hư hạ hãm sinh ra hạ trĩ.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể nhiệt độc (tương ứng với trĩ nội độ 1, 2)

1.1. Triệu chứng: Đại tiện có kèm theo máu tươi với nhiều mức độ chảy máu: thâm giáy vệ sinh, nhỏ giọt hoặc thành tia. Người nóng, hậu môn nóng, khối trĩ sa ra ít hoặc không sa, không chảy dịch, không chảy mủ. Tiểu vàng lượng ít, đại tiện táo kết, lưỡi đỏ rêu vàng. Mạch sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại phủ đại trường, giang môn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể nhiệt độc.

1.3. Pháp: Thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Hòe hoa tán* (Bản sự phương)

Hòe hoa sao vàng 12g Kinh giới tuệ sao đen 12g Trắc bá diệp sao cháy 12g Chi xác sao 12g

Tán bột mịn, trộn đều. Mỗi lần uống 8-10g với nước sôi để nguội hoặc nước cơm.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam châm cứu)

Sài đất, Bồ công anh, Hoàng bá, Hòe hoa, Râu ngô, Rễ cỏ tranh mỗi vị 20g, nếu dùng tươi liều gấp 3. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc YHCT:

- Điện châm tả các huyết:

Trường cường (GV.1) Đại trường du (BL.25) Thử liêu (BL.32)

Bạch hoàn du (BL.30) Tiêu trường du (BL.27) Túc tam lý (ST36) Tam âm giao (SP6) Thừa sơn (BL.57) Chi câu (TE.6) Hợp cốc (LI.4) Bách hội (GV.20)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

Trật biên (BL.54) Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) Đại trường du (BL.25)

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể huyết ứ (tương ứng với trĩ tắc mạch)

2.1. Triệu chứng: Búi trĩ sưng, chắc, đau nhức, tím sẫm màu, ấn đau, không chảy dịch, không chảy mủ. Đại tiện có máu tươi. Lưỡi tím, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt. Mạch hoạt.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại giang môn.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể huyết ứ.

2.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết khứ ứ, hành khí chỉ huyết.

2.4. Phương:

2.4.1. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Hoạt huyết địa hoàng thang*:

Sinh địa 20g Hòe hoa 12g Kinh giới 12g Địa du 12g Hoàng cầm 12g

Xích thực 12g Đương quy 12g. Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

Gia giảm: táo bón gia Ma nhân 12g, Đại hoàng 04g

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương (Thuốc Nam châm cứu): Kê huyết đằng, Huyết giác, Trần bì, Ngưu tất, Bạch thược, Hoài sơn, Hòe hoa, Chỉ xác, Cỏ ngọt. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: hoạt huyết, hành khí, hóa ứ, lương huyết, chỉ huyết, ích khí thăng đề.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột

ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã

được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm tả các huyết:

Trường cường (GV.1) Đại trường du (BL.25) Thử liêu (BL.32)

Bạch hoàn du (BL.30) Tiểu trường du (BL.27) Túc tam lý (ST.36)

Tam âm giao (SP.6) Thừa sơn (BL.57) Chi câu (TE.6)

Hợp cốc (LI.4) Huyết hải (SP.10) Cách du (BL.17) 149 Bách hội (GV.20)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

Đại trường du (BL.25) Trật biên (BL.54)

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thể thấp nhiệt (tương ứng với trĩ viêm, loét)

3.1. Triệu chứng: Vùng hậu môn đau, tiết nhiều dịch, trĩ sa ra ngoài khó đẩy vào, có thể có điểm hoại tử bề mặt búi trĩ, hoặc có điểm loét chảy dịch vàng hôi, đại tiện táo, lõi bệu nhót, rêu vàng. Mạch hoạt sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường, giang môn.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân + Bất nội ngoại nhân.

- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ tri thể thấp nhiệt.

3.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp, hoạt huyết chỉ thống.

3.4. Phương:

3.4.1. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Hòe hoa tán*

Hòe hoa sao vàng 12g Trắc bá diệp sao cháy 12g

Kinh giới sao đen 16g Chỉ xác sao 10g

Tán bột mịn, trộn đều, mỗi lần uống 8g với nước sôi để nguội hoặc nước cơm, ngày 2 lần. Có thể dùng làm thang, sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương (Thuốc Nam châm cứu):

Hoàng bá, Bồ công anh, Sinh địa, Hòe hoa, Râu ngô, Thương truật, Cỏ ngọt. Sắc

2 - 3 lít nước uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt táo thấp, thanh nhiệt giải độc, lương huyết chỉ huyết, ích khí thăng đề.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột

ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc YHCT:

- Điện châm tả các huyết:

Trường cường (GV.1) Đại trường du (BL.25) Thử liêu (BL.32)

Bạch hoàn du (BL.30) Tiểu trường du (BL.27) Túc tam lý (ST.36)

Tam âm giao (SP.6) Thừa sơn (BL.57) Chi câu (TE.6)

Hợp cốc (LI.4) Huyết hải (SP.10) Phong long (ST.40) 150 Bách hội (GV.20)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

Đại trường du (BL.25) Trật biên (BL.54)

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

4. Thể khí huyết lưỡng hư (tương ứng trĩ hỗn hợp độ IV, trĩ lâu ngày gây thiếu máu)

4.1. Triệu chứng: Đại tiện ra máu lâu ngày, hoa mắt chóng mặt, ù tai, mặt trắng nhợt, người mệt mỏi, đoản hơi. Rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm tế.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, Vị, Can, Thận, Đại trường, giang môn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể khí huyết hư.

4.3. Pháp điều trị: Bổ khí huyết chỉ huyết, ích khí thăng đề.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cô phương: *Bổ trung ích khí thang*

Đảng sâm 16g Trần bì 06g Hoàng kỳ 12g Đương quy 10g Bạch truật 12g Thăng ma 08g Cam thảo 04g Sài hồ 12g. Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Thuốc Nam châm cứu)

Đảng sâm, Hoài sơn, Bạch thược, Trần bì, Hòe hoa, Sinh địa, Thục địa, Đương quy, mỗi vị 12g. Sắc uống trong ngày. Công dụng: thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bột ngâm trĩ: Lá móng, Bình lang, Hoàng bá, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột ngâm hậu môn ngày 20 - 30g.

- Kha tử, Phèn phi. Lượng bằng nhau, tán bột, ngâm hậu môn ngày 30g.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm bổ các huyết:

Bách hội (GV.20) Đại trường du (BL.25) Thận du (BL.23) Tam âm giao (SP.6) Túc tam lý (ST.36) Thừa sơn (BL.57) Huyết hải (SP.10) Đản trung (CV.17) Bách hội (GV.20) Dương lăng tuyền (GB.34)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

Thận du (BL.23) Trật biên (BL.54)

- Cứu các huyết:

Bách hội (GV.20) Tỳ du (BL.20) Vị du (BL.21) Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6) Cao hoàng du (BL.43) Cách du (BL.17)

Cứu 10 phút/lần, ngày 02 lần. 15 - 30 lần/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

* Thuốc tăng cường trương lực tĩnh mạch:

- Thuốc chứa Diosmin và hesperidine (500mg): uống 6 viên trong 4 ngày, rồi giảm 4 viên trong 3 ngày và 2 viên trong 7 ngày tiếp (đợt cấp).

- Thuốc bôi hay viên đặt tại chỗ: chứa titanorein, lidocain...

* Thuốc nhuận tràng, chống táo bón (nếu có): nhóm nhuận tràng thẩm thấu, nhóm nhuận tràng tăng khối lượng phân; hạn chế dùng nhóm nhuận tràng kích thích.

* Ăn uống: chế độ ăn tăng rau, củ, quả, chất xơ, tránh táo bón; kiêng các chất cay, nóng, uống rượu, bia, thuốc lá, chất kích thích... Tránh ăn quá no hoặc quá đói. Uống nhiều nước.

* Sinh hoạt: nghỉ ngơi hợp lý, tránh lao động thường xuyên ở tư thế ngồi lâu, đứng lâu, vệ sinh sạch vùng tầng sinh môn. Tập thói quen đại tiện vào giờ nhất định.

* Thất búi trĩ bằng vòng cao su: hiệu quả với trĩ nội độ I, II chảy máu. Tiêm xơ búi trĩ.

* Phẫu thuật cắt bỏ búi trĩ nội độ III, IV, trĩ ngoại lớn, trĩ tắc mạch, trĩ viêm nghẹt (theo chỉ định cụ thể của thầy thuốc).

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý.

- Thực hiện tốt chế độ ăn hạn chế cay nóng, uống rượu bia, thuốc lá.

- Tập cơ nâng hậu môn. Vệ sinh sạch sẽ, mặc quần thoáng mát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu. Quyết định số 2279/QĐ-BYT.

2. Bộ Y tế (2009) - Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền tập 1.
3. Nguyễn Mạnh Nhâm (2002). “Giải phẫu sinh lý trĩ”, Hậu môn học(II), Hội Hậu môn trực tràng học Việt Nam, 11-18.
4. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013). Châm cứu và các phương pháp không dùng thuốc. Nhà xuất bản Y học.
5. Bệnh viện Bạch Mai (2012). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội khoa” - Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, viêm dạ dày và tá tràng (VDDTT) là thuật ngữ dùng để chỉ bệnh lý tổn thương viêm thành dạ dày và tá tràng. Bệnh gây ra do sự mất cân bằng giữa yếu tố tấn công (acid HCl, pepsin, Helicobacter pylori - HP...) và yếu tố bảo vệ (chất nhầy, sự tái sinh của tế bào, mạng lưới mao mạch của niêm mạc...) của dạ dày – tá tràng, dẫn đến sự tăng tái hấp thu ngược chiều của ion H⁺ từ lòng dạ dày vào trong niêm mạc gây toan tại chỗ, phù nề và hoại tử mô, kéo theo sự tiêu protein gây viêm.

Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây VDDTT bao gồm: Chế độ ăn uống không hợp lý, căng thẳng thần kinh (stress) kéo dài, dùng thuốc (thuốc chống viêm non - steroid và steroid), rối loạn nội tiết (tuyến yên, thượng thận), thể trạng, di truyền, yếu tố miễn dịch và nhiễm vi khuẩn HP.

Chẩn đoán xác định:

Triệu chứng lâm sàng: Người bệnh đau bụng vùng thượng vị, kèm ợ hơi, ợ chua, nóng rát, buồn nôn, nôn, có thể táo bón hoặc đầy bụng khó tiêu...

Nội soi dạ dày: Phát hiện tình trạng viêm, phù nề, xung huyết hay có kèm loét, xuất huyết, ung thư hóa...

Các xét nghiệm tìm thấy vi khuẩn HP như sinh thiết niêm mạc dạ dày làm CLO

Test hoặc nuôi cấy tìm HP và làm kháng sinh đồ, test hơi thở urea, xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể, xét nghiệm phân tìm kháng nguyên...

Theo Y học cổ truyền (YHCT), bệnh VDDTT được xếp vào phạm vi của chứng "Vị quản thống". Sách "Nội kinh" có ghi: Vị quản thống là chỉ vùng thượng vị đau âm ỉ hay dữ dội, đau từng cơn kèm theo có ợ hơi, ợ chua.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Tình chí bị kích thích: Do suy nghĩ tức giận quá độ kéo dài làm tổn thương đến can, can không sơ thông, hoành nghịch phạm vị làm cho vị mất chức năng hoà giáng gây bệnh cankhí phạm vị hay can tỳ bất hoà, nếu kéo dài thì can khí ú trệ sinh ra can uất hoá hoả, hoả uất lâu ngày thì vị tích nhiệt làm tổn thương đến vị âm gây ra miệng khô đắng, người bệnh có cảm giác nóng rát vùng thượng vị.

- Ăn uống không điều độ: Do no đói thất thường hoặc ăn nhiều đồ cay, nóng, chua, lạnh làm tổn thương tỳ vị, làm tỳ mất kiện vận, vị mất hoà giáng, khí cơ trở trệ

cũng gây đau thượng vị, bệnh tình kéo dài sẽ gây tổn thương tới dương khí ở trung tiêu mà dẫn đến tỳ vị hư hàn.

- Tiên thiên bất túc: Do thận khí hư (thận dương khí sinh ra đã bất túc, không nuôi dưỡng được tỳ dương làm tỳ dương hư, gây vị khí ứ trệ và hư); do tỳ vị hư (bẩm tỳ hư yếu hoặc do làm việc khó nhọc vất vả, hoặc do hàn thấp nội sinh làm cho tỳ vị càng thêm thương tổn).

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

YHCT chia vị quản thống thành 2 thể chính là can khí phạm vị và tỳ vị hư hàn.

Thể can khí phạm vị được chia làm ba thể nhỏ là khí trệ, hỏa uất và huyết ứ.

1. Thể can khí phạm vị

1.1. Thể khí trệ

1.1.1. Triệu chứng: Đau bụng vùng thượng vị thành cơn, đau lan ra mạn sườn, có khi đau lan ra sau lưng, bụng đầy chướng nhiều và ấn đau (cự án), hay ợ chua, ợ hơi, khi ợ hơi được thì đỡ đau. Chất lưỡi hơi đỏ, rêu lưỡi trắng hoặc hơi vàng mỏng. Mạch huyền.

1.1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở can, vị (can khí phạm vị).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.1.3. Pháp: Sơ can lý khí.

1.1.4. Phương:

1.1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Sài hồ sơ can thang*

Sài hồ 12g Xuyên khung 08g Chỉ xác 08g Hương phụ 08g Bạch thược 12g

Trần bì 08g Cam thảo 06g; Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Lá khôi 20g Bồ công anh 20g Khổ sâm cho lá 16g Hương phụ 08g

Hậu phác 08g Uất kim 08g Cam thảo nam 16g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng *Cao Dạ cẩm*:

Dạ cẩm 300g Đường 900g

Chế thành cao hoặc siro, mỗi ngày uống lượng tương đương 20g Dạ cẩm.

1.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: Châm tả các huyệt: Trung quản (CV.12) Thiên khu (ST.25) Can du (BL.18) Thái xung (LR.3) Túc tam lý (ST.36) Lương khâu (ST.34)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, ôn điện châm, ôn châm.

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm các huyệt:

Trung quản (CV.12) Cự khuỷt (CV.14) Túc tam lý (ST.36) Kỳ môn (LR.14)

Nội quan (PC.6) Dương lăng tuyền (GB.34)

+ Thủy châm 1 lần/ngày, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyệt, 10 - 15 ngày/liệu trình.

+ Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp, tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

- Cấy chỉ: Có thể cấy chỉ vào các huyệt:

Cự khuỷt (CV.14) Trung quản (CV.12) Kỳ môn (LR.14) Tam âm giao (SP.6)

Túc tam lý (ST.36) Nội quan (PC.6) Dương lăng tuyền (GB.34) Can du (BL.18)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Sau 7 - 14 ngày chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các động tác:

+ Người bệnh nằm ngửa: Xoa, day, miết vùng bụng theo chiều kim đồng hồ. Ấn các huyệt: Chương môn (LR.13) Trung quản (CV.12) Lương môn (ST.21) Thiên khu (ST.25) Hợp cốc (LI.4) Thủ tam lý (LI.10) Túc tam lý (ST.36) Thái bạch (SP.3) Lương khâu (ST.34)

+ Người bệnh nằm sấp: Xát, xoa vùng lưng từ đốt sống D7 trở xuống. Ấn các huyệt: Can du (BL.18) Tỳ du (BL.20) Vị du (BL.21)

Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày, 10 - 15 ngày/liệu trình.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

1.2. Thử hỏa uất

1.2.1. Triệu chứng: Đau thượng vị nhiều, đau nóng rát, cự ấn. Ợ chua nhiều, miệng khô đắng. Chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch huyền sắc.

1.2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở can, vị (can khí phạm vị).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.2.3. Pháp: Sơ can tiết nhiệt.

1.2.4. Phương:

1.2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Sài hồ sơ can thang gia thêm Xuyên luyện tử 6g, Ô tặc cốt 16g.

+ Hoặc bài Hóa can tiền hợp với Tả kim hoàn

Thanh bì 08g Trần bì 06g Bạch thược 12g Đan bì 08g Chi tử 08g Trạch tả 08g

Thổ bối mẫu 06g Hoàng liên 08g Ngô thù du 02g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 .

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: Lá khô 500g Bồ công anh nam 250g Rễ chút chút 100g

Nhân trần 100g Lá khô sâm 50g. Các vị sấy khô tán bột mịn, ngày uống 24 – 32g, hãm nước sôi lấy nước trong uống.

1.2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết như thể Khí trệ và gia thêm:

Nội đình (ST.44) Hợp cốc (LI.4) Nội quan (PC.6)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

-thủy châm, xoa bóp bấm huyết: Như thể Khí trệ.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

1.3. Thể huyết ứ

1.3.1. Triệu chứng: Đau dữ dội ở một vị trí nhất định vùng thượng vị, cự án. Trên lâm sàng chia thành 2 trường hợp: thực chứng và hư chứng.

- Thực chứng: Nôn ra máu, đi ngoài phân đen, môi đỏ lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch huyền sắc hữu lực (bệnh thể cấp).

- Hư chứng: Nét chảy máu nhiều kèm theo sắc mặt nhợt nhạt, người mệt mỏi, môi nhợt, chân tay lạnh, ra mồ hôi, chất lưỡi bệu có ứ huyết, rêu lưỡi nhuận. Mạch hư đại hoặc tế sáp (bệnh thể hoãn).

1.3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực (Thực chứng) hoặc Lý hư trung hiệp thực (Hư chứng).
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở can, vị (can khí phạm vị).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3.3. Pháp điều trị

- Thực chứng: Thông lạc hoạt huyết hay lương huyết chỉ huyết.
- Hư chứng: Bổ huyết chỉ huyết.

1.3.4. Phương

1.3.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thực chứng:

- Cổ phương: *Thất tiểu tán*

Ngũ linh chi, Bồ hoàng lượng bằng nhau.

Hai vị thuốc tán bột mịn, trộn đều. Mỗi ngày uống 8 - 12g, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Sinh địa 40g Cam thảo 06g Hoàng cầm 12g Bồ hoàng sống 12g

Trắc bách diệp 16g Chi tử 08g

Tất cả làm thang sắc uống cùng A giao (nướng) 8g, ngày 1 thang chia 2 lần.

Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để uống, không cho vào sắc cùng.

* Hư chứng:

- Cổ phương: *Hoàng thổ thang* gia giảm:

Đất lòng bép (Hoàng thổ) 10g Địa hoàng 12g A giao 12g Cam thảo 12g

Phụ tử chế 12g Hoàng cầm 12g Bạch truật 12g Đảng sâm 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để uống, không cho vào sắc cùng.

+ Hoặc dùng bài *Tứ quân tử thang* gia vị:

Đảng sâm 16g Hoàng kỳ 12g Bạch truật 12g A giao 08g Bạch linh 12g Cam thảo 06g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để

uống, không cho vào sắc cùng.

+ Nếu sau khi cầm máu người bệnh sắc mặt nhợt nhạt, hoa mắt chóng mặt, chất lưỡi nhợt. Mạch hư tế, có thể dùng bài *Điều doanh liễm can ẩm*:

A giao (nướng) 08g Bạch thược 12g Câu kỷ tử 12g Đương qui 12g
Mộc hương 06g Ngũ vị tử 06g Phục linh 12g Táo nhân 08g
Trần bì 06g Xuyên khung 10g Đại táo 12g Sinh khương 06g
Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để
uống, không cho vào sắc cùng.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp
điều trị.

- Nghiệm phương:

Đảng sâm 16g Kê huyết đằng 12g Hoài sơn 12g Rau má 12g Ý dĩ 12g

Cam thảo dây 12g Hà thủ ô 12g Đổ đen sao 12g Huyết dụ 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

1.3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Thực chứng châm tả: Can du (BL.18) Tỳ du (BL.20) Thái xung (LR.3)

Huyết hải (SP.10) Hợp cốc (LI.4) 116

+ Hư chứng ôn châm hoặc cứu: Can du (BL.18) Tỳ du (BL.20) Tâm du (BL.15)

Cao hoang (BL.43) Cách du (BL.17)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- thủy châm, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt: Như thể Khí trệ.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của
mỗi người bệnh.

2. Thể tỳ vị hư hàn

2.1. Triệu chứng: Đau thượng vị âm ỉ, đau liên miên, nôn nhiều nôn ra nước trong,
gặp lạnh đau tăng, khi đau thích xoa bóp, chườm nóng. Kèm theo sợ lạnh, tay chân
lạnh, ăn kém, thích ăn đồ ấm nóng. Bụng đầy thường xuyên, đại tiện lỏng nát. Chất
lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm nhược.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở tỳ, vị (tỳ vị hư hàn).

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Ôn trung kiện tỳ.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Cổ phương: *Hoàng kỳ kiến trung thang*

Hoàng kỳ 16g Sinh khương 06g Cam thảo 06g Bạch thược 08g

Hương phụ 08g Quế chi 08g Đại táo 12g Mạch nha 30g

Tất cả các vị thuốc trừ Mạch nha sắc lấy nước bỏ bã, hòa với Mạch nha uống khi còn ấm, ngày 1 thang chia 2 lần.

- Nghiệm phương:

Bồ chính sâm 12g Bán hạ chế 06g Lá khô 20g Sa nhân 10g Gừng 04g Trần bì 06g

Vỏ rụt (Nam mộc hương) 10g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Châm bổ và/hoặc cứu:

Trung quản (CV.12) Thiên khu (ST.25) Tỳ du (BL.20) Vị du (BL.21)

Quan nguyên (CV.4) Khí hải (CV.6) Túc tam lý (ST.36) Chương môn (LR.13)

Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm:

Tỳ du (BL.20) Cự khuỷết (CV.14) Nội quan (PC.6) Tam âm giao (SP.6)

Chương môn (LR.13) Vị du (BL.21) Túc tam lý (ST.36) Thiên khu (ST.25)

+ Thủy châm 1 lần/ngày, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyệt, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

+ Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp, tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

- Cây chỉ: có thể cấy chỉ vào các huyệt:

Cự khuỷết (CV.14) Chương môn (LR.13) Thiên khu (ST.25) Túc tam lý (ST.36)

Tam âm giao (SP.6) Nội quan (PC.6) Tỳ du (BL.20) Vị du (BL.21)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Sau từ 7 đến 14 ngày chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Giống như thể Khí trệ.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

VI. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cần chú ý đến nguyên nhân gây bệnh và các yếu tố nguy cơ. Nếu bệnh do sử dụng các thuốc chống viêm non-steroid hoặc do sử dụng rượu, cần dừng thuốc và bỏ rượu.
- Kết hợp với việc điều chỉnh chế độ ăn, sinh hoạt, tránh các stress có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị dùng thuốc

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

* Các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày:

- Các muối Bismuth. - Sucralfate.
- Các loại prostaglandin E1, E2 (Misoprostol, Enprostil).

* Các thuốc trung hoà acid.

* Thuốc kháng tiết acid:

- Thuốc ức chế thụ thể H₂ ở màng tế bào thành (H₂ receptor antagonist).
- Thuốc ức chế bơm proton H⁺/K⁺ ATPase ở màng tế bào thành (PPI - Proton pump inhibitor).

* Các thuốc diệt HP:

- Kháng sinh. - Các muối Bismuth.

2.2. Điều trị không dùng thuốc

- Điều chỉnh chế độ ăn: Ăn chia thành nhiều bữa nhỏ, tránh để cơ thể quá đói. Tránh ăn các thực phẩm kích thích như gia vị cay, nóng, chua... hoặc thức ăn quá mặn. Không sử dụng rượu, bia, thuốc lá, các chất kích thích như chè đặc, cà phê...
- Tránh sử dụng các thuốc kích ứng niêm mạc dạ dày như Aspirin, thuốc chống viêm non-steroid, steroid...

* Lưu ý khi điều trị:

- Cần hỏi tiền sử dùng thuốc của người bệnh. Không lạm dụng thuốc chống viêm nonsteroid và steroid. Khi có triệu chứng của VDDTT nghi ngờ chảy máu cần dùng thuốc giảm đau chống viêm và chỉ định nội soi dạ dày cấp cứu để can thiệp cầm máu (kẹp clip, tiêm cầm máu, argon plasma) nếu cần thiết.
- Nếu điều trị nội khoa kết hợp cầm máu qua nội soi thất bại cần chuyển phẫu thuật.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý, tránh stress kéo dài.
- Không uống rượu bia, các chất kích thích như chè đặc, cà phê, không hút thuốc lá, không ăn các đồ cay, nóng, chua...
- Khi có chỉ định dùng thuốc chống viêm non-steroid hoặc steroid cần lưu ý sử dụng các thuốc để bảo vệ niêm mạc dạ dày hoặc các thuốc ức chế bơm proton...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, 99-104.
2. Bệnh viện Bạch Mai (2017), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa” Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học năm 2017.
3. Bộ Y tế (2013) - Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.
4. Bộ Y tế (2017) – Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Cấy chỉ và Laser châm chuyên ngành Châm cứu.
5. ACG Clinical Guideline (2017). Treatment of Helicobacter pylori Infection. Am JGastroenterol; 112:212–238

I. ĐẠI CƯƠNG

Mày đay là một bệnh lý da liễu thường gặp được xếp vào chứng Ẩn chẩn, Phong chẩn khối của y học cổ truyền.

Bệnh có bản chất là phản ứng của mao mạch trên da với các yếu tố khác nhau gây nên phù cấp hoặc mạn tính ở vùng trung bì. Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, dễ nhận biết nhưng rất khó tìm được nguyên nhân chính xác. Trên cùng một người bệnh có thể có một hoặc nhiều căn nguyên gây ra mày đay cùng kết hợp.

Cơ chế bệnh phức tạp, đa số thông qua kháng thể IgE, trong đó có vai trò quan trọng của các chất trung gian hóa học nhất là histamin.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào tổn thương cơ bản trên da là các sẩn phù kích thước to nhỏ khác nhau, xuất hiện ở bất kỳ vùng da nào của cơ thể. Sẩn phù hơi nổi cao trên mặt da, màu sắc hơi đỏ hoặc nhạt hơn vùng da xung quanh. Kích thước và hình dáng các mảng sẩn thay đổi nhanh chóng, xuất hiện nhanh, mất đi nhanh. Theo tiến triển, mày đay chia làm 2 loại: mày đay cấp là phản ứng tức thì xảy ra trong vòng 24 giờ, có thể kéo dài đến 6 tuần; mày đay mạn là mày đay tồn tại trên 6 tuần. Cận lâm sàng giúp chẩn đoán căn nguyên gây bệnh như làm prick test, patch test đối với dị nguyên nghi ngờ; **xét nghiệm máu** có tăng số lượng bạch cầu ái toan gợi ý bệnh dị ứng hoặc do ký sinh trùng, số lượng bạch cầu giảm trong SLE; sinh thiết da nếu mày đay kéo dài và giúp xác định viêm mao mạch; định lượng kháng nguyên đặc hiệu loại IgE theo công nghệ MAST CLA1.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Tiên thiên bất túc: Do bẩm sinh không đầy đủ, tà khí dễ xâm nhập mà phát bệnh.
- Ngoại tà xâm nhập: Vệ khí không cố được biểu nên ngoại tà đặc biệt là phong hàn, phong nhiệt xâm nhập và tắc trở ở bì phu mà phát bệnh.
- Ăn uống không đúng: Do ăn uống nhiều đồ hải sản, đồ cay nóng... dẫn tới công năng tỳ vị bị ảnh hưởng, thấp nhiệt nội sinh mà hóa phong nhiệt; hay do ăn uống không sạch làm trùng tích tích lại ở tỳ vị lâu ngày sinh thấp nhiệt ảnh hưởng tới bì phu.
- Tình chí nội thương: Do tình chí tổn thương dẫn tới âm dương mất thăng bằng, doanh vệ không điều hòa mà phát bệnh.

- Khí huyết hư nhược: Do mắc bệnh lâu ngày hay do bản chất hư nhược hoặc Xung Nhâm không điều hòa, dẫn đến khí huyết hư. Khí hư không cố được biểu thừa cơ tà khí xâm nhập, huyết hư làm hư nhiệt sinh phong, bì phu không được nuôi dưỡng mà sinh bệnh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể phong hàn

1.1. Triệu chứng: Sản phù màu trắng, gặp gió lạnh thì nặng lên, chườm ấm thấy đỡ, không khát; lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch phù khẩn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong hàn).

1.3. Pháp điều trị: Sơ phong tán hàn, điều hòa dinh vệ.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: “*Quế chi thang*” (Thương hàn luận)

Quế chi 8g Bạch thược 12g Sinh khương 12g Chích cam thảo 6g Đại táo 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Tập đơn thuốc nam châm cứu)

Quế chi 08g Phù bình 12g Phòng phong 12g Bạch cương tàm 08g

Kinh giới 12g Sinh khương 08g Tử tô 12g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

* Thuốc dùng ngoài:

- Lá dương sắc lấy nước rửa nơi có mày đay hoặc lá khế, lá kinh giới giã nát đắp lên tổn thương, đun nước uống hoặc tắm hàng ngày.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: Công thức huyết:

Phong trì (GB.20) Khúc trì (LI.11) Phong môn (BL.12) Ôn lưu (LI.7)

Hợp cốc (LI.4) Huyết hải (SP.10) Cách du (BL.17) Can du (BL.18)

Phi dương (BL.58) Tam âm giao (SP.6)

Liệu trình: Châm 30 phút/lần/ngày (cho tới khi hết triệu chứng).

Cách châm: Châm tả, sử dụng kỹ thuật hào châm hoặc điện châm.

- Cứu: Có thể sử dụng điều giải cứu 15 – 30 phút/lần/ngày các huyết như trên.
- Cây chỉ: Theo công thức huyết trên, mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể phong nhiệt

2.1. Triệu chứng: Sẩn phù màu đỏ tươi, ngứa dữ dội, có thể kèm theo người nóng, phát sốt, sợ nóng, hầu họng sưng đau, gặp nóng bệnh nặng thêm, rêu lưỡi vàng mỏng. Mạch phù sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong nhiệt).

2.3. Pháp điều trị: Sơ phong thanh nhiệt.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: “*Ngân kiều tán*” (Ôn bệnh điều biện)

Kim ngân hoa 16g Bạc hà 08g Liên kiều 16g Đạm đậu xị 12g Kinh giới 12g

Đạm trúc diệp 12g Cát cánh 12g Cam thảo 06g Ngưu bàng tử 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: (Tập đơn thuốc nam châm cứu)

Sài đất 12g Ké đầu ngựa 12g Cỏ màn trâu 12g Kim ngân hoa 12g

Thỏ phục linh 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

* Thuốc dùng ngoài: như trên.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc- Châm: Công thức huyết: Phong trì (GB.20) Khúc trì (LI.11) Phong môn (KI.12) Đại chùy (CV.14) Hợp cốc (LI.4) Huyết hải (SP.10) Cách du (BL.17) Can du (BL.18) Tam âm giao (SP.6)

Liệu trình: Châm 30 phút/lần/ngày (cho tới khi hết triệu chứng)

Cách châm: Châm tả, sử dụng kỹ thuật hào châm hoặc điện châm.

- Cây chỉ: Theo công thức huyết trên, mỗi lần cấy chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Thử huyết hư phong táo

3.1. Triệu chứng: Bệnh tái đi tái lại, tổn thương có màu trắng, sau trưa hoặc về đêm thì nặng lên, kèm theo mệt mỏi, sắc mặt không tươi nhuận, lưỡi hồng nhạt, rêu trắng mỏng. Mạch tế nhược.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp điều trị: Tư âm nhuận huyết, giải độc.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Cô phương: “*Tiêu phong tán*” (Y tông kim giám)

Kinh giới 12g Thuyền thoái 04g Phòng phong 12g Ngưu bàng tử 12g

Đương qui 12g Thạch cao 12g Sinh địa 12g Tri mẫu 10g Khô sâm cho lá 12g

Cam thảo 06g Thương truật 08g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Nghiệm phương: (Tập đơn thuốc nam châm cứu)

Sinh địa 12g Hà thủ ô 12g Huyết dụ (lá) 12g Kinh giới 12g Bạch thược 12g

Ké đầu ngựa 12g Cam thảo 6g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

* Thuốc dùng ngoài: như trên.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc - Châm:

Châm tả các huyết: Phong trì (GB.20) Phong môn (BL.12) Khúc trì (LI.11) Ôn lưu (LI.7) Hợp cốc (LI.4) Phi dương (BL.58)

Châm bổ các huyết: Huyết hải (SP.10) Cách du (BL.17)Can du (BL.18) Tam âm giao (SP.6). Liệu trình: Châm 30 phút/lần/ngày

Cách châm: Hào châm hoặc điện châm các huyết.

- Cây chỉ: Theo công thức huyết trên, mỗi lần cây chỉ có tác dụng từ 7 đến 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ đến khám lại để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Xác định và loại bỏ dị nguyên gây dị ứng, tránh tiếp xúc lại với dị nguyên gây dị ứng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị nguyên nhân

- Tránh tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng.

- Giải mẫn cảm với dị nguyên gây dị ứng.

4.2.2. Điều trị triệu chứng

Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Kháng histamin - Corticoid

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh tiếp xúc với dị nguyên nghi ngờ gây mày đay (thuốc, hóa chất, thức ăn, lông động vật...).

- Hạn chế gãi, chà xát mạnh trên da.- Tránh ánh sáng mặt trời trực tiếp.

- Mặc quần áo cotton nhẹ nhàng vừa vặn.

- Tránh các hoạt động nặng hoặc các nguyên nhân gây ra mồ hôi.

- Nghỉ ngơi và giảm các stress.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008). "Bệnh mày đay", Bệnh học Ngoại – Phụ Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

2. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.

3. Bộ Y tế (2017). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cây chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu.

4. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu./.

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng bệnh lý mà cơ thể không nhận đủ năng lượng và đạm theo nhu cầu do cung cấp thiếu hoặc do bệnh lý, gây tình trạng trẻ bị giảm cân (gầy mòn), lâu dài dẫn đến chậm phát triển về thể chất và tinh thần.

Nguyên nhân:

- Thiếu kiến thức về dinh dưỡng: Trẻ không được bú sữa mẹ hoặc bú sữa mẹ quá ít trong 6 tháng đầu; Cho ăn dặm không đúng cách; Kiên khem quá mức khi trẻ bị bệnh.
- Nhiễm trùng: nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu hóa, tai mũi họng, ký sinh trùng đường ruột, như sởi, lỵ, tiêu chảy, viêm phổi, nhiễm giun sán...; Nhiễm khuẩn làm SDD nặng hơn và SDD làm tăng tính cảm thụ với nhiễm khuẩn.
- Các yếu tố thuận lợi: Đẻ non, suy dinh dưỡng bào thai; Dị tật bẩm sinh: sứt môi hở hàm ếch, tim bẩm sinh...; Bệnh di truyền: Down...; Điều kiện kinh tế xã hội, môi trường: tập quán dinh dưỡng, ô nhiễm môi trường, dịch vụ y tế....

Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại SDD: Trẻ có 1 trong 2 điều kiện về nhân trắc:

Chu vi vòng cánh tay (MUAC - Middle Upper Arm Circumference) hoặc Cân nặng theo chiều cao (CN/CC) thấp hơn so với ngưỡng được chẩn đoán SDD:

Trẻ suy dinh dưỡng thể vừa có các biểu hiện sau:

- Chỉ tiêu nhân trắc: Chu vi vòng cánh tay: MUAC từ >115mm đến 125mm (Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào MUAC chỉ áp dụng cho trẻ từ 6 - 59 tháng tuổi)/Hoặc Cân nặng theo chiều cao (chiều dài): CN/CC từ >-3SD đến -2SD (Qui ước 1SD là 10% cân nặng chuẩn).
- Các triệu chứng lâm sàng thường kín đáo, dễ bỏ sót.

Trẻ suy dinh dưỡng nặng có các biểu hiện sau:

- Các chỉ tiêu nhân trắc: chu vi vòng cánh tay: MUAC \leq 115mm/Hoặc Cân nặng theo chiều cao (chiều dài): CN/CC \leq -3SD.
- Các triệu chứng lâm sàng: trẻ mất hết mỡ dưới da ở mặt, hông, chi, trẻ gầy đét, mặt hốc hác, mắt trũng, da khô, nhăn nheo. Ngoài ra, trẻ có thể có các triệu chứng thiếu vitamin A (khô mắt, sợ ánh sáng, quáng gà...), vitamin D (còi xương), vitamin B1, B12, Vitamin K.

Theo Y học cổ truyền, suy dinh dưỡng thuộc chứng Cam tích. Cam tích hay còn gọi là Cam chứng là chứng bệnh ở trẻ nhỏ, do nuôi dưỡng không đầy đủ hoặc mắc bệnh lâu ngày làm tổn thương tỳ vị, khí dịch bị hao tổn không thể nuôi dưỡng được tạng phủ, kinh mạch, cân cốt, cơ phụ.

Chủ chứng là trẻ gầy yếu, cơ nhục teo nhẽo, bụng ỏng đít beo, sắc mặt nhợt, lông tóc khô gãy, tinh thần uể oải hoặc phiền nhiễu, ăn uống kém, đại tiện thất thường. Với chủ chứng này, liên hệ với Y học hiện đại, Cam tích tương đương với suy dinh dưỡng độ III của Y học hiện đại. Trên lâm sàng, chứng Cam tích thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.

Bệnh diễn biến kéo dài, ảnh hưởng lên sự phát triển của trẻ, nặng có thể dẫn tới âm kiệt dương thoát, nguy hiểm tính mạng.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Có nhiều nguyên nhân gây ra Cam tích (Cam chứng): thường do nuôi dưỡng, ăn uống không đúng, không đủ, các bệnh khác ảnh hưởng hoặc tiên thiên bất túc. Vị trí bị bệnh chủ yếu ở tỳ vị nhưng có liên quan tới ngũ tạng.

1. Nuôi dưỡng không đúng

Là nguyên nhân chính, ăn uống không điều độ, no đói thất thường, mẹ cho ăn sai cách, ăn quá nhiều đồ ngọt béo, các chất béo sống lạnh làm cho thực tích lại ở bên trong, tích lâu ngày thành cam. Không có sữa, ăn không đủ chất dinh dưỡng như trẻ sau khi sinh thiếu sữa, sớm cai sữa, ăn kém làm cho dinh dưỡng thiếu, nguồn sinh hóa của tỳ vị thiếu, không đủ nuôi dưỡng toàn thân, lâu ngày thành cam tích.

2. Bệnh tật lâu ngày

Trong quá trình phát triển của trẻ có thể mắc khảm thấu, nôn mửa, tả, lỵ, kinh phong, sốt do thời dịch... làm cho tân dịch tổn thương, tỳ vị hư suy, sinh hóa không đủ, âm dịch tiêu thoát, hư hỏa nội tích, khí huyết thiếu mà thành cam tích.

3. Bẩm tổ bất túc

Do đẻ sớm, song thai, khi mang thai dùng thuốc làm tổn thương thai nhi làm cho thận khí tiên thiên suy nhược, thai nhi phát triển không tốt, sau khi sinh ra tỳ vị không khỏe, thu nạp thủy cốc tinh hoa không đủ mà thành chứng cam tích.

Nguyên nhân gây ra bệnh tuy không giống nhau, nhưng đều gây bệnh tại tỳ vị, làm cho tỳ vị thương tổn, tân dịch tiêu vong. Tỳ và vị có quan hệ biểu lý, vị chủ thu nạp thủy cốc, tỳ chủ vận hóa chất tinh vi, sinh ra khí huyết, nuôi dưỡng toàn thân. Tỳ vị hư suy, khí huyết sinh hóa không đủ, trên lâm sàng biểu hiện mặt sắc vàng, cơ teo nhẽo, lông tóc khô, ăn uống thất thường, đại tiện rối loạn.

Bệnh có mức nặng nhẹ, tính hư thực khác nhau, khởi đầu do nuôi dưỡng không

tốt làm cho tỳ vị vận hóa không được gọi là Cam khí. Tỳ vị hư suy, kiêm có trùng tích thực trệ, làm tổn thương nguyên khí, hư trung hiệp thực, gọi là Cam tích. Tỳ vị âm khí tổn thương, nguyên khí suy kiệt, xuất hiện người gầy khô, gọi là Can cam.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Cam khí (Tỳ hư)

1.1. Triệu chứng: Người gầy gò, sắc mặt vàng ải, kém tươi nhuận, lông tóc thưa. Ăn uống ít hoặc ăn nhiều dễ đói, tinh thần mệt mỏi, dễ tức giận, đại tiện nát hoặc bí. Chát lưỡi nhợt, rêu mỏng trắng hoặc vàng nhạt. Mạch tế hoặc chỉ vãn nhợt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3. Pháp: Hòa tỳ kiện vận.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Sâm linh bạch truật tán*

Đảng sâm 12g Bạch linh 08g Bạch truật 12g Hoài sơn 12g Liên nhục 12g

Bạch biển đậu 08g Sa nhân 04g Cam thảo 04g Cát cánh 04g Trần bì 04g

Ý dĩ 08g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

Bạch truật 12g Ý dĩ 10g Bạch linh 12g Sa nhân 04g Hoài sơn 12g Mạch nha 12g

Liên nhục 12g Cam thảo 06g Bạch biển đậu 12g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 .

- Nghiệm phương: *Tư sinh kiện tỳ hoàn gia giảm*

Đảng sâm 100g Bạch truật 100g Liên nhục 100g Bạch linh 100g

Bạch biển đậu 80g Trạch tả 80g Sa nhân 40g Mạch nha 60g

Hoài sơn 100g Hoắc hương 60g Ý dĩ 120g Sơn tra 40g

Tán bột, hoàn viên, uống 10 - 20g/ngày, chia hai lần sáng, chiều.

Có thể dùng dạng thuốc thang sắc uống ngày 1 thang với liều thích hợp theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Gia giảm: Nếu người bệnh:

Bụng chướng nhiều, ợ hơi, không muốn ăn, rêu lưỡi dày bản, nên bỏ Đảng sâm,

Bạch truật, Hoài sơn, gia Kê nội kim 12g để tiêu tích.

Đại tiện nát gia Bào khương 4g để ôn vận tỳ dương.

Đại tiện táo gia Thảo quyết minh 6g, Lai phục tử 8g để nhuận tràng thông tiện.

Ăn nhiều mau đói, dễ cáu giận, đêm ngủ không yên giấc gia Hoàng liên 6g, Câu đẳng 6g để thanh hỏa trừ phiền.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

* Châm: Có thể dùng Hào châm

- Huyệt toàn thân:

Chủ huyệt: Tứ phủng: Châm 1 tuần/lần bằng kim tam lăng, nặn ra ít dịch vàng để kích thích tiêu hóa.

Nếu không ra dịch chuyển châm bổ Túc tam lý để kiện tỳ ích khí.

Phối huyệt: Châm bổ Trung quản, Thiên khu để bổ tỳ vị.

Liệu trình: Châm 15 - 30/phút/lần x ngày 1 lần x 3 - 4 tuần/đợt, châm trong 3 - 4 đợt liên tục, nếu trẻ không hợp tác có thể sử dụng thủ thuật châm rút kim ngay hoặc bấm huyệt thay thế.

* Cứu: cứu các huyệt

Trung quản (CV.12) Tỳ du (BL.20) Thần khuyết (CV.8) Vị du (BL.21)

Thiên khu (ST.25) Đại trường du (BL.25) Tam âm giao (SP.6) Túc tam lý (ST.36)

Liệu trình: Cứu 15 phút/lần x 1 - 2 lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 10 - 15 ngày, có thể tiến hành 2 - 3 liệu trình liên tục.

* Xoa bóp: Véo da dọc cột sống lưng để cải thiện tuần hoàn, tăng cường lưu thông khí huyết, kích thích tiêu hóa, làm hàng ngày, mỗi ngày 20 phút x 1 - 2 lần.

Thủ thuật: Véo dọc cột sống lưng.

Tác dụng: tác động đến mạch đốc, tăng cường lưu thông khí huyết, kích thích tiêu hoá và bổ thận.

Cách làm: trẻ nằm sấp trên đùi người làm. Véo da dọc cột sống lưng trẻ, từ cột sống cùng đến đốt sống cổ VII. Véo thành ba đường, một đường chính giữa cột sống, hai đường còn lại ở hai bên cách đường giữa khoảng 1 - 1,5 cm. Mỗi đường véo từ 3 đến 4 lần. Sau khi làm, da vùng cột sống ửng hồng lên là đạt yêu cầu. Làm cho trẻ 1 lần/ngày, xa bữa ăn, tốt nhất là vào buổi tối trước khi đi ngủ.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Cam tích

2.1. Triệu chứng: Người gầy, bụng chướng to, nổi gân xanh, sắc mặt vàng tối, lông tóc thưa. Tinh thần hay phiền não, dễ kích động, ngủ không yên, hoặc có các hành động khác thường. Ăn uống ít hoặc nhiều, đại tiện nhiều. Chất lưỡi nhợt, rêu mỏng bản. Mạch tế sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư tích trệ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

2.3. Pháp: Tiêu tích lý tỳ.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Phì nhi hoàn* gia giảm

Hoàng liên 40g Mạch nha 20g Thần khúc 40g Bình lang 32g Mộc hương 20g

Sử quân tử 20g Đảng sâm 40g Cam thảo 20g Bạch linh 32g Sơn tra 16g

Bạch truật 32g

Tán mịn, hoàn với mật lợn tươi, mỗi viên 3g. Uống lúc đói 1 viên/lần x 2 lần/ngày. Trẻ em dưới 3 tuổi giảm liều cho thích hợp. Dưới 1 tuổi không dùng.

Có thể dùng dạng thuốc thang sắc uống ngày 1 thang với liều thích hợp theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Gia giảm: Nếu người bệnh:

- + Bụng chướng đau nhiều gia Mộc hương 4g, Trần bì 4g.
 - + Phiền nhiễu không yên thêm Chi tử 6g, Liên tâm 4g.
 - + Đại tiện táo kết thêm Ma nhân 10g.
 - + Khát nước uống nhiều, mau đói gia Thạch斛 8g, Thiên hoa phấn 12g.
 - + Bụng căng cứng, thể trạng thực gia Lai phục tử 12g.
 - + Buồn nôn, nôn gia Trúc nhự 6g, Bán hạ chế 4g.
 - + Có tiết tả gia Hoài sơn 8g, Bạch biển đậu 12g để kiện tỳ ích khí; đại tiện phân sống gia Bào khương 2g, Thảo quả 4g.
 - + Chất lưỡi đỏ, ít rêu, miệng khát bỏ Hoàng liên, gia Sinh địa 6g. Mạch môn 12g, Thạch斛 6g.
- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc: giống như thể cam khí.

3. Can cam (Khí huyết hư)

3.1. Triệu chứng: Người tiêu gầy, vẻ mặt cụ già, da khô, cơ teo, da bọc xương. Tinh thần mệt mỏi, mắt mờ hoặc có màng, tiếng khóc nhỏ yếu, lông tóc khô, bụng lõm lòng thuyền, ngủ không muốn ăn, đại tiện nát hoặc phân khuôn bé, có lúc hạ thân nhiệt, miệng khô. Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng. Mạch trầm tế.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Khí huyết hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp: Bổ ích khí huyết.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: *Bát trân thang* gia giảm

Đảng sâm 16g Hoàng kỳ 16g Phục linh 08g Cam thảo 06g Đương quy 08g Bạch thược 08g Trần bì 06g Bạch biển đậu 12g Bạch truật 12g Thục địa 12g

Xuyên khung 06g Sa nhân 04g

Gia giảm: Nếu người bệnh có:

+ Chân tay lạnh, đại tiện nát bỏ Thục địa, Đương quy; thêm Nhục quế 2g, Bào khương 2g.

+ Đêm ngủ không yên thêm Ngũ vị tử 6g, Dạ giao đằng 12g.

+ Mặt tối, chất lưỡi nhạt bỏ Bạch thược, gia Bào khương 2g.

+ Chất lưỡi đỏ khô, rêu lưỡi sáng gia Ô mai 4g, Thạch斛 6g.

- Nghiệm phương: Bột cam cóc (của Lương y Nguyễn Trọng Tấn - Theo Đỗ Tất Lợi - Cây thuốc và vị thuốc Việt Nam - NXB Y học 1999 Tr.968):

Bột cóc 10 phần; Bột chuối 14 phần; lòng đỏ trứng gà 2 phần.

Cách chế: Bột cóc chế bằng con cóc sống to, (da đen hoặc vàng đều dùng được, trong dân gian thường dùng loại cóc mắt đỏ) chặt bỏ đầu phía dưới 2 u ở đầu, rồi lọc bỏ da và phủ tạng nhất là trứng cóc, rửa thật sạch tránh dính nhựa cóc, rồi cho vào chảo gang rang cho khô ròn rồi tán bột. Lòng đỏ trứng gà hấp chín sấy khô tán bột. Chuối bỏ vỏ xẻ dọc sấy cho vừa dẻo nhuyễn. Cả 3 thứ trộn đều làm viên 4g/viên, ngày uống 2 lần, mỗi lần 2 viên, dùng liền trong 2-3 tháng.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Không dùng châm vì kém hiệu quả.

- Xoa bóp: Véo da dọc cột sống lưng để cải thiện tuần hoàn, tăng cường lưu thông khí huyết, kích thích tiêu hóa, làm hàng ngày, 20 phút/lần x 1 - 2 lần/ngày. (Giống thể Cam khí).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Những trường hợp SDD nặng có biến chứng nên chuyển đến cơ sở YHHĐ để điều trị.

2.1. Điều trị bằng thuốc:

- Phòng và phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng, tình trạng hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, rối loạn nước - điện giải (nếu có) để điều trị kịp thời (kháng sinh, bù dịch, điện giải, đường...).

- Phát hiện tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng để bổ sung: vitamin A (200.000 UI/6 tháng), vitamin D (400 - 800UI/ngày), B1, C, B6, B12..., sắt, canxi, acid folic, kẽm, đa vi chất...

- Dùng các chế phẩm dinh dưỡng thích hợp trong từng trường hợp trẻ bệnh cụ thể.

2.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Điều chỉnh chế độ ăn: xây dựng chế độ ăn cân đối theo ô vuông thức ăn. Nếu trẻ còn bú mẹ, khuyến khích tiếp tục cho trẻ bú và kéo dài từ 18 đến 24 tháng hoặc lâu hơn.

- Theo dõi cân nặng để có tư vấn kịp thời.

V. PHÒNG BỆNH

1. Chăm sóc thai từ trong bụng mẹ

Bà mẹ có thai phải có chế độ dinh dưỡng tốt, đảm bảo tăng cân 10 - 12 kg. Quý đầu thai kỳ, bà mẹ nên nhiều ăn kém có thể ăn các món ăn được thiên sau:

Bài 1: Trứng gà chưng lá ngải: Trứng gà 1 - 2 quả luộc, lá ngải tươi 50g luộc chín, thêm nước hành, gừng, gia vị vừa đủ, chưng ăn tuần vài lần.

Bài 2: Chè hạt sen: Hạt sen 50g, nấm mèo 20g, trần bì 10g, mía cây 2 - 4 lóng, hầm hoặc sắc uống.

Khám thai định kỳ, ít nhất 3 lần trước sinh.

Mọi thứ thuốc nếu uống trong thai kỳ phải có chỉ định của thầy thuốc.

2. Giáo dục dinh dưỡng

Cho bú sớm ngay sau sinh. Nuôi con bằng sữa mẹ, cho con bú hoàn toàn trong 6

tháng đầu. Cần cho bú kéo dài từ 18 đến 24 tháng.

Ăn bổ sung hợp lý theo ô vuông thức ăn. Thức ăn dặm cần nấu chín kỹ.

3. Dự phòng các bệnh nhiễm trùng

Tiêm chủng đầy đủ theo lịch. Phát hiện và điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng: tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, giun sán ...

4. Theo dõi cân nặng: Nhằm phát hiện sớm suy dinh dưỡng.

Trẻ < 1 tuổi : Mỗi tháng cân một lần.

Trẻ 2 - 5 tuổi : Từ 2 đến 3 tháng cân/lần.

Nếu cân nặng không tăng hoặc giảm xuống là báo hiệu suy dinh dưỡng.

5. Sinh đẻ có kế hoạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Danh mục thuốc Đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc Y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm Y tế, Thông tư 05/2015/TT-BYT ban hành ngày 17/3/2015.
2. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
3. Bộ Y tế (2013). Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quyết định 792/QĐ-BYT ban hành ngày 12/3/2013.
4. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2017). Nhi khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bại não (cerebral palsy) là trạng thái rối loạn thần kinh trung ương không tiến triển, gây nên do tổn thương não bởi nhiều nguyên nhân, ảnh hưởng vào giai đoạn trước, trong và sau khi sinh đến 5 tuổi, biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi.

Bại não là một dạng đa tàn tật nặng nề, đứng vị trí hàng đầu trong mô hình tàn tật ở trẻ em. Phát hiện sớm, can thiệp sớm phục hồi chức năng cho trẻ bại não đem lại hiệu quả cao hơn, giảm tỷ lệ tàn tật ở trẻ bại não.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định:

- Rối loạn vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương, nhưng không phải là hậu quả của một bệnh tiến triển.
- Rối loạn xảy ra từ khi sinh đến 5 tuổi.
- Trí tuệ bình thường hoặc chậm phát triển.

Cận lâm sàng: mang tính hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

- Siêu âm não qua thóp, CT/MRI sọ não: tìm các tổn thương não.
- Các xét nghiệm hóa sinh, di truyền theo hướng chẩn đoán lâm sàng: để loại trừ bệnh cơ, suy giáp...
- Điện não đồ: không thể thiếu trong chẩn đoán bại não. Hoạt động điện não cơ bản bất thường, có các hoạt động kích phát điển hình hoặc không, khu trú hoặc toàn thể hoá.
- Chụp X-quang: tìm dị tật cột sống, khớp háng, gối, cổ chân kèm theo.

Chẩn đoán thể bệnh:

- Bại não thể co cứng: # 75%: Tăng trương lực cơ: Khi ta vận động thụ động tại các khớp trẻ chống lại mạnh. Các cơ cứng, gồng mạnh khiến trẻ vận động khó khăn.
- Bại não thể loạn trương lực/múa vờn: khoảng 15%: Trương lực cơ luôn thay đổi: trẻ lúc gồng cứng, lúc mềm, lúc bình thường. Do bất thường trong kiểm soát cử động nên trẻ khó có tư thế ngồi hoặc dáng đi bình thường.
- Bại não thể thất điều: khoảng 4%: Giảm trương lực cơ toàn thân. Rối loạn điều phối vận động hữu ý.- Bại não thể liệt nhẽo: rất hiếm gặp. Giảm trương lực cơ toàn thân: Toàn thân mềm nhẽo, cơ lực yếu.

- Bại não thể phối hợp: thường gặp thể co cứng phối hợp với thể múa vờn.

Nguyên nhân:

Nguyên nhân trước sinh:

- Nhiễm độc thai nghén.

- Nhiễm độc: thuốc an thần như gardenal, thuốc chống ung thư, thuốc lá, thuốc phiện, các yếu tố độc hại như thuốc diệt cỏ, trừ sâu ...

- Nhiễm vi rút trong 3 tháng đầu mang thai: rubella, cytomegalovirus và toxoplasmosis...

- Bệnh tuyến giáp trạng, đái tháo đường thai kỳ...

- Thiếu oxy não bào thai: do chức năng rau thai bị giảm sút (suy rau thai), bị bóc tách khỏi thành tử cung trước khi sinh (rau bong non) hoặc chảy máu do sai lệch vị trí (rau tiền đạo)... làm giảm lượng oxy cung cấp cho thai nhi.

Nguyên nhân trong khi sinh:

- Đẻ non < 37 tuần, đặc biệt trước 32 tuần và nhất là trước 28 tuần thai.

- Đẻ nhẹ cân: cân nặng khi sinh thấp dưới 2.500g. Một nghiên cứu cho thấy trẻ đẻ non, có cân nặng lúc sinh < 1.500 gram có nguy cơ bại não cao gấp 30 lần so với trẻ sinh đủ tháng (từ 38 đến 42 tuần thai).

- Ngạt hoặc thiếu oxy não khi sinh: chiếm khoảng 10%, do rau thai không cung cấp đủ oxy, dây rốn quấn cổ, ngạt nước ối, nhiễm trùng... Trẻ đẻ ra không khóc ngay, tím tái hoặc trắng bệch phải cấp cứu.

- Đẻ khó: Do khung chậu mẹ hẹp, ngôi ngược, đa ối, đa thai, thai to, rau bong non, vỡ ối sớm, nhiễm độc thai nghén nặng, mẹ có bệnh tim/thận..., dùng kẹp lấy thai, hút thai, đẻ chỉ huy.

Nguyên nhân sau khi sinh:

- Bất đồng nhóm máu Rh, ở Việt Nam rất hiếm gặp vì tỷ lệ mang Rh (-) cực kỳ hiếm, hay gặp hơn bất đồng nhóm máu ABO giữa mẹ và thai nhi.

- Vàng da nhân: Do sự tích tụ trong máu quá mức của bilirubin. Sắc tố này có thể vượt qua hàng rào máu – não và lắng đọng chủ yếu ở các nhân nền của não, gây bại não thể múa vờn.

- Xuất huyết não do thiếu Vitamin K ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi.

Theo Y học cổ truyền, bại não thuộc chứng Ngũ trì. Ngũ trì là 5 chứng chậm:

chậm mọc tóc, chậm răng, chậm biết đi, chậm nói, chậm khôn. Bệnh chủ yếu do thận tiên thiên bất túc và hậu thiên nuôi dưỡng không đầy đủ và được chia làm 3 thể:

- Can thận bất túc

- Tâm tỳ hư
- Đàm ú trở trệ

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bệnh chủ yếu do tiên thiên bất túc và hậu thiên nuôi dưỡng không đầy đủ.

Trẻ sinh thiếu tháng thường do “tiên thiên thai bầm thụ bất túc, nguyên khí hư yếu”. Nếu lại thêm đẻ khó, chuyển dạ kéo dài gây ngạt, nguyên khí càng bị tổn thương. Những trẻ này trong quá trình sinh trưởng và phát dục, bệnh cơ mườì phần phức tạp.

Thận khí hư yếu, nguồn hóa sinh ra thận tinh bất túc, nguồn sinh hóa cho cốt tủy giảm, làm xương mềm yếu, lưng gối không mạnh, chân mềm rũ không đi đứng được. Thận tinh hư, não tủy bất túc, làm trí khôn giảm sút, tinh thần mờ tối.

Trẻ ngũ trì do tiên thiên bất túc, thường dẫn đến hậu thiên bất điều. Do thận khí hư yếu, mệnh môn hỏa suy không ôn ấm được tỳ dương, làm tỳ không vận hóa được thủy cốc và bổ sung tinh cho thận, tỳ thận đều hư. Ngoài ra, do nuôi dưỡng kém, tinh huyết không đầy đủ, không có nguồn hóa sinh tân dịch, khiến bệnh nặng thêm, gây phát dục chậm, tinh thần chậm chạp.

Mặt khác, thận sinh huyết, huyết được tàng ở can. Khi thận tinh hư tổn, dẫn đến can huyết bất túc và ngược lại. Can chủ gân, can huyết hư làm trẻ chân tay co cứng, xoắn vặn, không đi được, răng nghiến chặt, có lúc can huyết hư sinh phong thành cơn động kinh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Can thận bất túc: Thường gặp trong bại não thể co cứng, thể phối hợp, thể thất điều.

1.1. Triệu chứng: gân xương mềm yếu, phát dục chậm, chậm ngồi, đứng, đi, mọc răng... Chân tay cử động chậm chạp, khi đứng chân co rút, bước không thẳng. Mặt, mắt co kéo, nói ngọng, không rõ tiếng, thóp lâu liền, cổ lưng mềm. Đêm ngủ không yên, dễ lên cơn co giật. Lưỡi nhợt, ít rêu. Mạch trầm tế, chỉ văn nhợt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận bất túc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Tiên thiên bất túc).

1.3. Pháp: Bổ thận ích tủy, dưỡng can cường gân.

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị bằng thuốc:

- **Cổ phương:** *Lục vị địa hoàng hoàn*

Thục địa 16g Bạch linh 08g Hoài sơn 08g Đan bì 06g Sơn thù 08g Trạch tả 06g

Luyện mật làm hoàn ngày uống 8 - 12g/lần x 2 - 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Hoặc làm thang có thể điều chỉnh liều cho phù hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm: Nếu người bệnh:

Răng mọc chậm gia Hà thủ ô 12g, Long cốt 12g, Mẫu lệ 16g.

Chậm biết đi gia Ngưu tất 10g, Đỗ trọng 12g, Tang ký sinh 12g.

Cổ gáy mềm yếu gia Kỷ tử 8g, Thỏ ty tử 10g, Ba kích 10g.

Đêm ngủ không yên, dễ kích thích gia Đan sâm 10g, Viễn chí 4g.

- **Đối pháp lập phương:** Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

• **Châm:**

– Mục tiêu: trừ đàm thông lạc, thư cân, giãn cơ, khai khiếu tĩnh thần.

– Kỹ thuật: hào châm, điện châm, cấy chỉ catgut, trường châm, măng châm, mai hoa châm...

– Thủ thuật: bình bổ bình tả là chính, một số huyết châm bổ. Nên sử dụng thủ thuật châm không lưu kim của nhi khoa.

– Liệu trình:

+ Châm mỗi lần chọn 10 - 16 huyết để châm 1 lần/ngày x 4 - 6 tuần/liệu trình, giữa các liệu trình nghỉ 2 - 3 tuần.

+ Với trẻ < 3 tuổi, lứa tuổi đang phát triển các mốc vận động cơ bản, cần điều trị tích cực 3 - 4 liệu trình/năm.

– Công thức huyết:

Huyết theo di chứng:

+ Rối loạn tâm thần:

Bách hội (GV.20) Tứ thần thông Nội quan (PC.6) An miên Thần môn (HT.7)

+ Cổ gáy mềm:

Phong phủ (GV.16) Thiên trụ (BL.10) Phong trì (GB.20)

+ Liệt chi trên:

Kiên tĩnh (GB.21) Thủ tam lý (LI.10) Hợp cốc (LI.4) Kiên ngưng (LI.15) Xích trạch (LU.5) Lao cung Tý nhu (LI.14) Liệt khuyệt (LU.7) Bát tà.

Khúc trì (LI.11) Ngoại quan (TE.5)

+ Liệt chi dưới:

Hoàn khiêu (GB.30) Dương lăng tuyền (GB.34) Giải khê (ST.41)

Phong thị (GB.31) Túc tam lý (ST.36) Thái khê (KI.3) Lương khâu (ST.34) Âm lăng tuyền (SP.9) Hành gian (LR.2) Huyết hải (SP.10) Huyền chung (GB.39) Thái xung (LR.3) Trung đô (LR.6) Tam âm giao (SP.6) Côn lân (BL.60) Phong long (ST.40) Dũng tuyền (KI.1) Nội đình (ST.44) Bát phong

+ Nói khó, chậm nói

+ Chảy dãi nhiều: Địa thương (ST.4) Giáp xa (ST.6).

Huyết toàn thân:

Nhĩ châm: châm cách ngày hoặc gài kim nhĩ châm 7-10 ngày/đợt.

- Huyết chung: não, dưới vỏ.

- Can thận hư tổn: châm vùng Can, thận.

• Thủy châm:

- Thủy châm ngày 1 lần vào các huyết: Túc tam lý, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, mỗi lần thủy châm vào 2-5 huyết (nên chọn huyết ở các vùng có thể tiêm bắp).

- Các thuốc dùng để thủy châm: Các thuốc có chỉ định tiêm bắp tùy theo từng trường hợp cụ thể theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Á môn (GV.15) Nhĩ môn (TE.21) Thông lý (HT.5) Liêm tuyền (CV.23) Phong trì (GB.20) Thượng liêm tuyền Thiên đột (CV.22) Uyển cốt (SI.4) Ngoại kim tân

Phế du (BL.13) Giản sử (PC.5) Ngoại ngọc dịch Can du (BL.18) Túc tam lý (ST.36) Huyền chung (GB.39) Thận du (BL.23) Tam âm giao (SP.6) 91

- Liệu trình: Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 - 5 huyết x 4-6 tuần hoặc theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

• Xoa bóp cổ truyên: Có thể hướng dẫn người chăm trẻ làm, cho kết quả khả quan nếu kiên trì.

+ Véo da cột sống lưng:

Thủ thuật: Véo dọc cột sống lưng.

Tác dụng: tác động đến mạch đóc, tăng cường lưu thông khí huyết, kích thích tiêu hoá và bổ thận.

Cách làm: trẻ nằm sấp trên đùi người làm. Véo da dọc cột sống lưng trẻ, từ cột sống cùng đến đốt sống cổ VII. Véo thành ba đường, một đường chính giữa cột sống, hai đường còn lại ở hai bên cách đường giữa khoảng 1 - 1,5 cm. Mỗi đường véo 3-4 lần. Sau khi làm, da vùng cột sống ửng hồng lên là đạt yêu cầu. Làm cho trẻ 1 lần/ngày, xa bữa ăn, tốt nhất là vào buổi tối trước khi đi ngủ.

- Cây chỉ:

Có thể cây chỉ cát-gút vào các huyết:

- Công thức huyết cây chỉ: điều chỉnh tùy theo các triệu chứng lâm sàng và tình trạng di chứng của trẻ. Mỗi lần cây chỉ từ 10 - 15 huyết.

- Liệu trình: Mỗi lần cây chỉ có tác dụng trong 2 - 3 tuần, sau 2 - 3 tuần hẹn người bệnh tái khám để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết:

- Mục tiêu: thông kinh hoạt lạc, thư cân, giãn cơ.

- Thủ thuật: tùy từng bệnh nhi và thể bệnh mà xoa bóp bổ hay tả.

- + Trẻ còn khỏe, bệnh mới, thể thực xoa bóp tả, ngược chiều kim đồng hồ và ngược đường kinh, nhiều hơn.

- + Trẻ yếu, nằm lâu ngày, thể hư xoa bóp bổ, xuôi đường kinh và chiều kim đồng hồ, nhiều hơn.

Xoa bóp từng chi, chú trọng chi co cứng/teo nhẽo, rồi đến toàn thân.

- Thủ thuật:

- + Tác động lên da: xoa, sát, véo, vỗ, phân, hợp.

- + Tác động lên cơ: day, bóp, lăn, đấm, chặt và vờn.

- + Tác động lên huyết: bấm, điểm, ấn, day huyết. Các huyết dùng như mục thể châm(1.4.2).

- + Tác động lên khớp: vận động các khớp theo tầm vận động của khớp.

Các kinh xoa bóp chủ yếu là Túc thái dương Bàng quang (từ Thừa phù BL.36 đến Côn lôn BL.60) và Túc thiếu dương Đờm (từ Hoàn khiêu (GB.30 đến Huyền chung GB.39).

- Liệu trình: 20 – 30 phút/lần/ngày, 1 - 2 lần/ngày.

- + Thầy thuốc làm: 4 - 6 tuần/đợt x 2 - 3 đợt/năm (trẻ < 3 tuổi làm 3 - 4 đợt/năm), giữa các đợt nghỉ 10-30 ngày.

- + Người chăm trẻ làm: làm liên tục, không nghỉ giữa các đợt.

- * Ngoài ra: có thể kết hợp điện nhĩ châm, mai hoa châm...

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Tâm tỳ hư: tương đương bại não thể liệt nhẹ, thể thất điều.

2.1. Triệu chứng: chậm nói, nói ngọng, tinh thần đần độn, tứ chi mềm yếu, cử động

chậm chạp, khó khăn, bước đi không thẳng, cơ nhục nhẽo, tóc mọc chậm, vàng, khô thưa. Miệng chảy dãi, nhai bú vô lực, nuốt thức ăn khó khăn, biếng ăn. Lưỡi nhợt bệu, ít rêu. Mạch tế hoãn, chỉ văn nhạt.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư

- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm tỳ hư

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Tiên thiên bất túc và hậu thiên bất điều).

2.3. Pháp: Kiện tỳ dưỡng tâm, bổ ích khí huyết.

2.4. Phương:

2.4.1. Điều trị bằng thuốc:

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Cô phương: *Điều nguyên tán* gia vị

Phục linh 08g Nhân sâm 06g Bạch thược 08g Phục thần 08g Bạch truật 12g Thạch xương bồ 08g Hoài sơn 12g Xuyên khung 06g Cam thảo 06g Thục địa 10g

Đương quy 10g Hoàng kỳ 12g

Tán bột, ngày uống 4 – 6g, chia sáng chiều. Có thể dùng dạng thang sắc uống, điều chỉnh liều lượng tùy từng trường hợp cụ thể.

Gia giảm:

Nếu trẻ chậm nói, tinh thần đần độn gia Viễn chí 4g, Uất kim 4g.

Trẻ tóc mọc chậm, khó dài gia Hà thủ ô 8g, Nhục thung dung 10g, Tang thầm 12g.

Trẻ tứ chi mềm yếu gia Quế chi 4g.

Trẻ miệng chảy dãi gia Ích trí nhân 8g.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc: cơ bản như mục 1.4.2.

➤ Châm cứu

• Thể châm:

Công thức huyệt toàn thân: châm bổ để dưỡng tâm kiện tỳ:

Tâm du (BL.15) Lương khâu (ST.34) Tỳ du (BL.20) Huyết hải (SP.10)

Thần môn (HT.7) Thông lý (HT.5)

Nhĩ châm: ngoài huyết chung châm thêm vùng dạ dày, tim.

➤ Xoa bóp cổ truyền: cơ bản như mục 1.4.2.

- Véo da cột sống lưng: giống thể can thận bất túc.
- Xoa bóp bấm huyết toàn thân: các kinh xoa bóp chủ yếu là Mạch Đốc (từ Đại chùy GV.14 đến Trường cường GV.1) và Túc dương minh Vị (từ Bể quan ST.31 tới Giải khê ST.41).
- Thủy châm, nhĩ châm: giống thể 1. Ngoài ra cũng có thể điện nhĩ châm, mai hoa châm...

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

3. Đàm ứ trở trệ: hay gặp ở trẻ bại não do di chứng viêm não-màng não.

3.1. Triệu chứng: thất ngôn, nghe kém, tinh thần mờ tối, phản ứng chậm chạp. Cử động không tự chủ. Nuốt thở khó khăn, họng có tiếng đờm khò khè. Cứng khớp, cơ nhục mềm nhẽo. Có thể có cơn động kinh. Chất lưỡi bệu có điểm ứ huyết, rêu nhớt. Mạch trầm sáp hoặc hoạt, chỉ văn tối trệ.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đàm thấp trở trệ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Đàm thấp trở trệ kinh lạc).

3.3. Pháp: Trừ đàm khai khiếu, hoạt huyết thông lạc.

3.4. Phương:

3.4.1. Điều trị bằng thuốc:

- Cổ phương: Bài “*Thông khiếu hoạt huyết thang*” kết hợp “*Nhị trần thang*” gia giảm

Xích thực 12g Hồng hoa 08g Xuyên khung 06g Sinh khương 04g

Đào nhân 08g Thông bạch 03 củ Đan sâm 10g Bán hạ chế 08g

Bạch linh 10g Trần bì 06g Cam thảo 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia Viễn chí 6g, Thạch xương bồ 06g để tăng sức khai khiếu; Uất kim 6 - 8g để tăng tác dụng hoạt huyết thông lạc.

Nếu người bệnh có:

Tâm can hỏa vượng, kinh giật kêu khóc, gia Hoàng liên 10g, Long đởm thảo 10g.

Đại tiện táo gia Đại hoàng 2g để thông phủ.

Nhiệt cực sinh phong gây co giật, gia Quy bản 16g, Thiên ma 12g, Mẫu lệ 12g.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc: cơ bản như mục 1.4.2.

➤ Châm cứu

• Thể châm:

Công thức huyết toàn thân: châm bổ:

Cách du (BL.17) Huyết hải (SP.10) Túc tam lý (ST.36)

Tỳ du (BL.20) Phong long (ST.40)

Nhĩ châm: ngoài huyết chung châm thêm vùng dạ dày.

➤ Xoa bóp cổ truyền:

• Véo da cột sống lưng

• Xoa bóp bấm huyết toàn thân: xoa bóp chủ yếu là Túc dương minh Vị (từ Bể quan ST.31 tới Giải khê ST.41) và Thủ thái âm Phế (từ Vân môn I.1 đến Ngự tế I.10).

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Bại não chưa có thuốc điều trị bệnh, chỉ điều trị triệu chứng. Nên điều trị sớm nhất có thể. Chủ yếu là phục hồi chức năng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc:

- Thuốc chữa triệu chứng: thuốc chống động kinh, an thần, tăng cường tuần hoàn não...

- Tiêm thuốc giãn cơ: với các nhóm cơ co cứng quá nhiều, để hỗ trợ tập phục hồi chức năng:

Chỉ định: trẻ bại não thể co cứng, co rút;

Mục đích: giảm trương lực cơ, tăng cường khả năng vận động có ý thức, kiểm soát tư thế, phòng chống biến dạng...

Thuốc: Botulinum Toxin nhóm A (BTX-A)

2.2. Điều trị không dùng thuốc:

Phục hồi chức năng nên bắt đầu càng sớm càng tốt, sẽ tránh được các biến dạng co rút cơ, cứng khớp và giúp trẻ phát triển các kỹ năng vận động sớm.

Mục tiêu:

- Giảm trương lực cơ, tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.
- Dự phòng thương tật thứ phát: cứng khớp, co rút cơ.
- Phá vỡ, ức chế các phản xạ nguyên thủy: duỗi chéo, nâng đỡ hữu hiệu...
- Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích sự phát triển vận động thô theo các mốc lẫy, ngồi, bò, quỳ, đứng, đi.
- Tăng cường khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, đánh răng rửa mặt, tắm, đi vệ sinh, thay quần áo.
- Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ, tư duy.

Các phương pháp phục hồi chức năng thường được sử dụng:

- Vận động trị liệu: đóng vai trò quan trọng trong phục hồi chức năng vận động
- + Mục đích: tăng lực cơ, tăng sức chịu đựng, điều hoà sự vận động và tăng hay duy trì tầm vận động khớp.
- + Cách tập: từ từ tăng dần, từ vận động thụ động - vận động chủ động có trợ giúp - vận động chủ động - vận động đề kháng - kéo giãn.

Tập vận động trương lực theo các mốc phát triển vận động thô của trẻ và theo thể lâm sàng bại não (tạo thuận vận động): kiểm soát đầu cổ - lẫy - ngồi - quỳ - bò - đứng - đi - chạy.

- Huấn luyện giao tiếp và ngôn ngữ: gồm huấn luyện kỹ năng giao tiếp sớm và ngôn ngữ trị liệu.

- Hoạt động trị liệu: giúp trẻ có thể hoạt động hàng ngày. Nhằm 3 mục tiêu: tự chăm sóc, học tập/công việc và sinh hoạt giải trí/vui chơi.

Các phương pháp khác: chiếu đèn hồng ngoại (nhiệt trị liệu), điện trị liệu, thủy trị liệu, giáo dục hòa nhập và đặc biệt, dụng cụ chỉnh hình, hướng nghiệp dạy nghề.

V. PHÒNG BỆNH

1. Dự phòng tiên phát:

- Tránh có thai trước tuổi trưởng thành.
- Dinh dưỡng tốt cho bà mẹ trước và trong khi thai nghén.
- Tránh dùng các loại thuốc không cần thiết khi mang thai.

- Khám thai thường quy có thể phát hiện sớm các bệnh lý của bà mẹ và tình trạng bất thường của thai gây tổn thương não của trẻ.
- Tránh các sang chấn sản khoa trong khi sinh.
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Nâng cao chất lượng cấp cứu trẻ sơ sinh tại các cơ sở y tế.
- Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ.

2. Phòng ngừa thứ phát:

- Khám theo dõi thường quy trẻ sơ sinh có nguy cơ cao hàng quý trong 12 tháng đầu đời có thể phát hiện sớm bại não.
- Trẻ bệnh cần được theo dõi, quản lý lâu dài và điều trị sớm nhất có thể.

Phục hồi chức năng cho trẻ bại não là một việc khó khăn, cần kiên trì, kết hợp lồng ghép với các chương trình khác của nhi khoa như chương trình “Phát hiện và can thiệp sớm”, “Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng”, kết hợp với truyền thông chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em về dinh dưỡng, phòng bệnh, sức khỏe sinh sản...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quyết định 792/QĐ-BYT ban hành ngày 12/3/2013.
2. Bộ Y tế (2015), Danh mục thuốc Đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc Y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm Y tế, Thông tư 05/2015/TT-BYT ban hành ngày 17/3/2015.
3. Trần Thị Thu Hà, Trần Trọng Hải (2005), Phát hiện sớm, can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam, NXB Y học.
4. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017), Phục hồi chức năng cho trẻ bại não, Nhi khoa YHCT.
5. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (2008), Phục hồi chức năng cho trẻ bại não, Tài liệu số 10, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. 汪受传, 虞坚尔 (2013) , 五迟五软, 中医儿科学, 全国高等中医药院校规划教材 (第九版) , 212-7.

Vương Thụ Truyền, Ngu Kiên Nhĩ (2013), Ngũ trì ngũ nhuyễn, Giáo trình Nhi khoa Trung Y, Tài liệu dành cho các Trường Cao đẳng Trung Y dược Toàn quốc (tái bản lần thứ 9), 212-7.

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm não có thể do nhiều tác nhân khác nhau gây nên, gồm các tác nhân do nhiễm vi rút, vi khuẩn, xoắn khuẩn, ký sinh trùng, đơn bào hoặc do các tác nhân không phải nhiễm trùng như tác dụng không mong muốn của thuốc, bệnh hệ thống... Trong đó nguyên nhân do nhiễm trùng là quan trọng và phổ biến nhất, đặc biệt nguyên nhân do vi rút.

Các vi rút thường gặp gây viêm não: vi rút Arbo (Alphaviruses, Flaviviruses, Bunyaviruses...); vi rút đường ruột: Enterovirus 71 (EV71) gây bệnh tay chân miệng ở trẻ nhỏ và các triệu chứng bệnh lý hệ thần kinh; Vi rút Herpes simplex (HSV-1), vi rút Varicella-zoster (VZV) gây bệnh thủy đậu, sau khi khỏi bệnh, vi rút vẫn còn ẩn trong các hạch thần kinh, có thể gây viêm não sau thủy đậu; Các vi rút Beta-Herpes (Cytomegalovirus-CMV); Các vi rút Gamma Herpes (Virut Epstein Barr-EBV); Vi rút quai bị; Các vi rút ít gặp: HIV (Human immunodeficiency virus), Vi rút sởi, Vi rút Dengue, Vi rút Adeno, Vi rút cúm và Á cúm, Vi rút dại.

Giai đoạn cấp: sốt cao, co giật, hôn mê, dấu hiệu bó tháp, dấu hiệu ngoại tháp, động tác bất thường, dấu hiệu màng não; về tâm thần như lú lẫn, mê sảng và các rối loạn thực vật.

Giai đoạn di chứng hoặc phục hồi: sau giai đoạn viêm não cấp khoảng 2-6 tuần, có thể để lại nhiều di chứng, biểu hiện chủ yếu là các di chứng về thần kinh và tâm trí:

- Chậm phát triển tâm thần và vận động ở trẻ em.
- Giảm vận động nửa người hoặc tứ chi.
- Thất ngôn, rối loạn ngôn ngữ.
- Động kinh cục bộ hoặc toàn bộ.
- Rối loạn trương lực cơ, run kiểu parkinson.
- Rối loạn cảm xúc, tác phong, tính tình và nhân cách.
- Giảm trí nhớ, sa sút trí tuệ...

Cận lâm sàng:

- Các xét nghiệm cơ bản (công thức máu, XQ tim phổi, tổng phân tích nước tiểu, sinh hoá máu...). Ngoài ra có thể xem xét chỉ định thêm tùy từng trường hợp:

- Điện não đồ.

- Điện cơ đồ.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) sọ não, chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI).

Chẩn đoán di chứng viêm não do vi rút: Dựa vào tiền sử, bệnh sử và chẩn đoán mắc viêm não do vi rút trước đó; Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như đã mô tả.

Theo Y học cổ truyền, viêm não thuộc hệ thống các bệnh ôn nhiệt, dịch lệ, thuộc Ôn bệnh của YHCT. Những di chứng để lại sau viêm não là di chứng của ôn bệnh.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Trong bệnh học của Y học cổ truyền viêm não được xếp vào Ôn bệnh. Di chứng viêm não là di chứng của Ôn bệnh.

Bệnh lúc đầu thường do ngoại cảm ôn tà gây nên. Viêm não thường phát vào mùa hạ hoặc cuối hạ nên thuộc thử ôn hoặc thấp ôn.

Sau khi qua giai đoạn cấp của bệnh, người bệnh chuyển sang giai đoạn di chứng sau ôn bệnh, nguyên nhân lúc này thường do nội thương: Do sốt cao kéo dài làm âm dịch hao tổn, tinh huyết khô ráo, thủy không dưỡng được mộc, âm hư liên cập đến dương, làm khí huyết đều hư. Nhiệt thường hiệp với thấp, thấp bị nhiệt cô lại thành đàm, bế tắc tâm khiếu, trở trệ mạch lạc, sinh đần độn, không nói, chân tay co cứng hoặc liệt.

Tùy từng thời kỳ sẽ có những nguyên nhân nội thương và biểu hiện lâm sàng khác nhau như sau:

- Thiên về âm hư (thiên về hư chứng): đêm nóng sáng mát, da thịt gầy róc, miệng họng khô, hết sốt mà không có mồ hôi, lòng bàn tay chân nóng và đỏ, đại tiện táo, nước tiểu vàng, môi lưỡi đỏ. Mạch tế sác.

- Nếu âm huyết hư sinh phong (thiên về thực chứng): kích thích quấy khóc, la hét, vật vã, phiền nhiệt, mất ngủ, chân tay co cứng, xoắn vặn, run giật hoặc co giật, chất lưỡi nhợt. Mạch huyền tế.

- Thiên về khí huyết hư (thiên về hư chứng): đàm nhiệt trở trệ mạch lạc, bế tắc tâm khiếu sinh đần độn, khó nói, chân tay co quắp, cứng hoặc liệt, không ngồi không đứng, không đi được, sắc mặt trắng nhợt, chất lưỡi nhợt hoặc tím. Mạch tế sấp.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Thể âm hư

1.1. Triệu chứng: demam nóng, sáng mát, hết sốt hoặc chỉ còn sốt nhẹ mà không có mồ hôi. Người gầy, lòng bàn chân tay nóng đỏ. Tinh thần mờ tối, thường nằm yên ít cử động, nhận biết kém. Đại tiện táo, nước tiểu vàng. Miệng họng khô, môi lưỡi đỏ, ít rêu hoặc không rêu. Mạch tế sắc.

Nếu âm huyết hư sinh phong trẻ còn thêm quấy khóc, la hét, vật vã, phiền nhiệt, mất ngủ, chân tay co cứng, xoắn vặn, co giật hoặc run giật.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Âm hư/can thận âm hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3. Pháp:

- Thiên về âm hư: dưỡng âm thanh nhiệt.
- Thiên về âm huyết hư sinh phong: tư dưỡng âm huyết, chỉ kinh phong.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc:

* Nếu thiên về âm hư có thể dùng các bài thuốc sau:

- Cổ phương:

+ *Thanh hao miết giáp thang* gia giảm

Thanh cao 08g Miết giáp 16g Tri mẫu 06g Đan bì 08g Sinh địa 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài: *Đương quy lục hoàng* thang gia giảm

Đương quy 06g Hoàng bá 06g Sinh địa 06g Hoàng cầm 06g Thục địa 06g

Hoàng kỳ 12g Hoàng liên 06g. Sáu vị đầu liều lượng như nhau, riêng Hoàng kỳ nhiều gấp đôi. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Bài này dùng khi còn dư nhiệt, chủ trị các trường hợp vừa qua khỏi giai đoạn viêm não cấp tính, còn nhiều rối loạn thần kinh thực vật như sốt nhẹ kéo dài, những trường hợp âm hư hoả vượng đạo hãn nhiều.

+ Khi dư nhiệt đã bớt, trẻ chủ yếu chỉ còn dấu hiệu âm hư, có thể dùng bài: *Lục vị địa hoàng* thang:

Thục địa 16g Trạch tả 06g Hoài sơn 08g Bạch linh 06g Sơn thù 08g Đan bì 06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài: *Tri bá địa hoàng* thang

Thục địa 16g Hoài sơn 08g Sơn thù 08g Đan bì 06g Bạch linh 06g Trạch tả 06g

Tri mẫu 08g Hoàng bá 08g

Dùng trong những trường hợp âm hư hoả vượng gây triệu nhiệt, đạo hãn, mặt đỏ, miệng môi khô, tâm phiền, đại tiện bí, lưỡi đỏ. Mạch tế sác...

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Trường hợp bệnh nhi viêm não giai đoạn bán cấp, có loạn thần, nuốt thở khó khăn, miệng chảy dãi, họng có tiếng đờm khò khè, chất lưỡi nhợt, rêu cấu bản. Mạch hoạt trệ,

dùng bài *Đạo đàm thang* gia giảm:

Bán hạ chế 08g Chỉ thực 08g Trần bì 08g Thiên nam tinh 06g Phục linh 08g Cam thảo 04g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm: Thường gia Xương bồ 12g, Viễn chí 6g để tăng sức khai khiếu tinh thần, Uất kim 6g để thanh nhiệt khai khiếu.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

* Nếu thiên về âm huyết hư sinh phong có thể dùng bài *Lục vị quy thược*

Thục địa 16g Trạch tả 06g Hoài sơn 08g Bạch linh 06g Sơn thù 08g Đan bì 06g

Đương quy 08g Bạch thược 08g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm: nếu bệnh nhi:

+ Chân tay co cứng, xoắn vặn nhiều gia Mộc qua 8g để tăng sức thư cân giải cơ.

+ Múa vờn, múa giật nhiều gia Thiên ma 8g, Câu đằng 12g để tăng sức chỉ kinh phong.

Hoặc có thể dùng các bài thuốc bổ âm ở trên gia Quy bản 16g, Miết giáp 12g,

Mẫu lệ 12g. Có thể gia Thiên ma, Câu đằng và các vị thuốc an thần như Viễn trí, Thảo quyết minh, Liên nhục...

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

* Châm:

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm:

- Thủ thuật: bình bổ bình tả là chính, một số huyết khác châm tả hoặc bổ, mỗi lần chọn 10-16 huyết để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.

- Công thức huyết:

Huyết toàn thân: Can du (BL.18) Tam âm giao (SP.6) Thận du (BL.23) Thái khê (KI.3)

Huyệt tại chỗ:

- Thất vận ngôn: Châm bình bổ bình tả:

Giản sử (PC.5) Thông lý (HT.5) Thượng liên tuyền

Liên tuyền (CV.23) Đại chùy (GV.14) Bàn liên tuyền

- Rối loạn ruột: Châm bình bổ bình tả: Thượng liên tuyền, Bàn liên tuyền.
- Rối loạn vận động: Châm bình bổ bình tả các huyệt mặt ngoài chi, Giáp tích đoạn cổ và thất lưng cùng, Túc tam lý (ST.36), Phong long (ST.40).
- Tay chân co cứng hoặc run, múa giật, múa vờn:

Châm bổ:

Bách hội (GV.20) Âm lăng tuyền (SP.9) Nội quan (IX-6) Huyết hải (SP.10)

Thần môn (V-7) Tam âm giao (SP.6)

Châm tả: Thái xung (LR.3) Dương lăng tuyền (GB.34)

+ Tinh thần đàn độn: Châm bổ:

Bách hội (GV.20) Nội quan (PC.6) Tứ thần thông Thần môn (HT.7) Ấn đường

+ Liệu trình: 1 lần/ngày x 6 - 8 tuần/đợt x 3 - 5 đợt/năm, giữa các đợt nghỉ 1 - 2 tuần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

* Thủy châm:

- Thủy châm ngày 1 lần vào các huyệt: Túc tam lý, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, mỗi lần thủy châm vào 2 - 5 huyệt.

- Các thuốc dùng để thủy châm: Các thuốc có chỉ định tiêm bắp tùy theo từng trường hợp cụ thể theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

- Liệu trình: Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 - 5 huyệt x 4 - 6 tuần hoặc theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

* Xoa bóp bấm huyệt:

- Chỉ định: rối loạn trương lực cơ nặng gây co cứng, vặn xoắn các chi và chống các thương tật thứ phát do rối loạn vận động kéo dài (loét dinh dưỡng, cứng khớp vai, háng...).

- Thủ thuật: xoa, day, bóp, bấm huyệt, vờn, vê, vận động khớp của chi bên liệt. Do làm trên người bệnh là trẻ em thể trạng gầy yếu, nên thủ thuật cần nhẹ nhàng, phù hợp với sức chịu đựng của trẻ.

- Liệu trình: 1 lần/ngày, liên tục hàng ngày đến khi hết các rối loạn trương lực cơ và khỏi liệt.

* Cây chỉ: Sau giai đoạn cấp từ 3 tháng, khi tình trạng toàn thân của trẻ ổn định, xen kẽ giữa các đợt điều trị bằng châm cứu hàng ngày, có thể cấy chỉ cát-gút vào các huyết.

- Công thức huyết cấy chỉ: điều chỉnh tùy theo các triệu chứng lâm sàng và tình trạng di chứng của trẻ. Mỗi lần cấy chỉ từ 10 - 15 huyết.

- Liệu trình: Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng trong 2 - 3 tuần, sau 2 - 3 tuần hẹn người bệnh tái khám để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thông thường liệu trình trung bình 4 - 6 lần cấy chỉ.

* Ngoài ra cũng có thể dùng nhĩ châm, điện nhĩ châm, mẫn châm, điện mẫn châm, điện trường châm, mai hoa châm tùy từng trường hợp.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

2. Thể khí âm lưỡng hư (khí huyết hư)

2.1. Triệu chứng: Tinh thần đần độn, không nói (thất vận ngôn), chân tay co cứng hoặc liệt, không ngồi, không đứng, không đi được, sắc mặt lúc trắng lúc đỏ, chất lưỡi nhợt hoặc tím. Mạch tế nhược.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư

- Chẩn đoán tạng phủ: Khí huyết hư

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương)

2.3. Pháp: Bổ khí hoạt huyết, trừ đàm thông lạc, khai khiếu tỉnh thần.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng YHCT

2.4.1.1. Điều trị bằng thuốc:

- Cổ phương: *Bát trân thang* gia giảm

Đảng sâm 08g Hoàng kỳ 08g Phục linh 08g Thục địa 12g Đương quy 12g Bạch thược 08g Bạch truật 12g Cam thảo 04g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Có thể dùng các bài thuốc điều trị thể âm hư như: Lục vị địa hoàng thang, Bát vị tri bá, Đương quy lục hoàng thang, Thanh hao miết giáp thang gia các vị như:

+ Hoàng kỳ, Đảng sâm: bổ khí

+ Đương quy, Xích thược: dưỡng huyết hoạt huyết.

+ Bán hạ, Nam tinh, Trần bì: trừ đàm thông lạc

- + Quế chi, Tang chi, Tục đoạn: thông kinh lạc
- + Tang ký sinh, Lộc nhung: bổ thận, mạnh gân xương
- + Uất kim, Xương bồ, Viễn trí: trừ đàm, khai khiếu tinh thần.
- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc: giống như thể âm hư.

* Các huyết toàn thân: thêm Tỳ du, Vị du, Túc tam lý, Tam âm giao.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ YHHĐ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị sớm ngay sau khi bệnh nhi đã qua giai đoạn cấp.

Chủ yếu là phục hồi chức năng và chữa các triệu chứng, biến chứng kèm theo.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc:

Chủ yếu là điều trị triệu chứng: Tùy theo triệu chứng có trên lâm sàng:

* Chống rối loạn trương lực cơ và các động tác bất thường:

+ Thuốc giãn cơ: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau: Méphenesin (Decontractyl viên

250mg x 20 - 40mg/kg/ngày); Baclofen; Eperison (Myonal viên 50mg 3 - 5mg/kg/ngày) và Tolperison (Mydocalm viên 50mg, 150mg, 5 - 10mg/kg/ngày).

+ Thuốc chống Parkinson: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau:

Trihexyphenidyl (Artan viên 2mg, 5mg): uống 0,1 - 0,2mg/kg/ngày, chia làm nhiều lần;

Các thuốc chống Parkinson khác: Bromocriptin mesylat (Parlodel); Levodopa/Benserazid

(Madopar); Levodopa (L-dopa, DOPA); Peribedil (Trivastal retard viên 50mg); Cognitive(Selegiline viên 5mg, 10mg); Isicom (Carbidopa) viên 275mg)...

* Chống co giật: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau: Phenobacbital 3-5mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch hoặc uống; Diazepam 0,3 - 0,5mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, thụt hậu môn hoặc Seduxen viên 5mg uống liều giống tiêm.

Chống động kinh và các trạng thái kích động: Thuốc an thần, chống co giật, thuốc chống động kinh (Depakin uống 10 - 20mg/kg/ngày; Tegretol; Trileptal, Kepra... theo chỉ định khám chuyên khoa thần kinh phối hợp).

* Thuốc hạ sốt: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần x 4-6 lần/ngày; Ibuprofen 10mg/kg/lần x 4-6 lần/ngày, thuốc hạ sốt có thể uống, đặt hậu môn, truyền TM.

* Chống bội nhiễm: sử dụng kháng sinh thích hợp, tốt nhất chọn theo kháng sinh đồ, trường hợp không có kháng sinh đồ có thể lựa chọn các nhóm kháng sinh phổ rộng: Beta-lactam, Aminoglycosid; Macrolid; Peptid, Lincosamid; các nhóm kháng sinh khác...

* Điều trị táo bón: dùng một trong các thuốc nhuận tràng: Macrogol (Folax); Sorbitol (Microlax, Microlax bé, Microlism...); bù dịch (nếu cần) (NaCl 0,9%, Glucose 5%, Ringer Lactat...).

* Các thuốc tăng tuần hoàn não, tăng sử dụng oxy và tăng dinh dưỡng tế bào não: Piracetam, Citicolin, Ginkgo Biloba...

Các thuốc chữa triệu chứng thường dùng đến khi hết các triệu chứng cần điều trị.

Tuỳ theo các diễn biến trên lâm sàng trong từng trường hợp mà dùng loại thuốc, nhóm thuốc, liều lượng và đường dùng thích hợp theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

2.2. Điều trị không dùng thuốc:

* Phục hồi chức năng: Là biện pháp quan trọng nhất, thường sử dụng:

- Phục hồi chức năng vận động: xoa bóp trị liệu, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...

- Phục hồi chức năng nói, viết...

* Chiếu đèn hồng ngoại (Nhiệt trị liệu):

- Chỉ định: Để tăng cường dinh dưỡng cho cơ, giảm co cứng cơ.

- Liều trình: 15 phút/lần x 1 lần/ngày x 6 - 8 tuần/đợt x 3 - 5 đợt/năm, giữa các đợt nghỉ 1 - 2 tuần.

* Các phương pháp khác: điện trị liệu, thủy trị liệu... có thể phối hợp dùng các dụng cụ, máy phục hồi chức năng và vật lý trị liệu tuỳ tình trạng của bệnh nhân và điều kiện cụ thể.

* Chăm sóc và dinh dưỡng: Là biện pháp hỗ trợ, nhưng rất cần thiết, giúp giảm tỷ lệ tử vong và phục hồi chức năng đạt được hiệu quả tốt nhất, gồm:

+ Nâng cao thể trạng.

+ Chống thương tật thứ phát.

V. PHÒNG BỆNH

1. Vệ sinh phòng bệnh

a) Đối với các vi rút gây bệnh lây qua côn trùng tiết túc như muỗi, ve...cần:

– Thực hiện tốt vệ sinh môi trường, giữ gìn nhà ở sạch sẽ, diệt bọ gậy, muỗi.

– Nằm màn tránh muỗi đốt, sử dụng các biện pháp diệt muỗi trong gia đình.

– Y học cổ truyền: khi có dịch viêm não bùng phát, ở vùng dịch có thể xông khói dược liệu nơi sinh hoạt làm sạch môi trường, đuổi ruồi, muỗi, gián, kiến... để phòng bệnh, bằng:

+ Bài 1: Vỏ quýt khô, đốt trong phòng.

+ Bài 2: Bò kết phơi khô, hương nhu, gỗ thơm, vỏ bưởi, bã mía... đốt tạo khói trong nhà.

+ Bài 3: Vỏ bưởi, lá náng hoa trắng, bèo cái, cây ngải hoa vàng hoặc thanh cao phơi khô, đốt tạo khói.

+ Tinh dầu sả hoặc tinh dầu bạch đàn xanh pha loãng với nước để phun.

b) Đối với các vi rút đường ruột, bệnh lây qua đường tiêu hóa và tiếp xúc trực tiếp: vệ sinh cá nhân, rửa tay với xà phòng, đảm bảo an toàn thực phẩm, ăn uống chín.

c) Đối với các chủng vi rút gây bệnh lây qua đường hô hấp, thực hiện tốt việc cách ly người bệnh, hạn chế việc tiếp xúc trực tiếp với người bệnh và sử dụng các biện pháp phòng hộ như đeo khẩu trang khi chăm sóc người bệnh.

2. Tiêm vaccin dự phòng

- Tiêm vaccin phòng Viêm não Nhật Bản.

- Tiêm chủng vaccin bại liệt, sởi, quai bị, thủy đậu theo lịch tiêm chủng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Danh mục thuốc Đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc Y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm Y tế, Thông tư 05/2015/TT-BYT ban hành ngày 17/3/2015.

2. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.103

3. Bộ Y tế (2013). Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Quyết định 792/QĐ-BYT ban hành ngày 12/3/2013.

4. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2017). Nhi khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gan mạn là một trong những hình thái bệnh lý thường gặp ở gan do nhiều nguyên nhân gây ra với biểu hiện viêm và hoại tử ở gan kéo dài ít nhất là 6 tháng. Viêm gan mạn thường là hậu quả của viêm gan cấp, tuy nhiên ở nhiều trường hợp bệnh tiến triển âm thầm và chỉ thể hiện ở giai đoạn mạn tính mà thôi. Viêm gan vi rút mạn cũng là một loại viêm gan mạn, có nhiều đặc điểm giống với viêm gan mạn nói chung.

Các vi rút viêm gan B (HBV), viêm gan C (HCV) và viêm gan do HBV kết hợp HDV là những vi rút dễ tiến triển đến viêm gan mạn.

Viêm gan vi rút B là một bệnh phổ biến toàn cầu, do vi rút viêm gan B (HBV) gây ra. Bệnh có thể lây truyền qua đường máu, đường tình dục, từ mẹ truyền sang con. Nếu mẹ nhiễm HBV và có HBeAg (+) thì khả năng lây cho con là hơn 80% và khoảng 90% trẻ sinh ra sẽ mang HBV mạn tính.

Viêm gan vi rút B có thể diễn biến cấp tính, trong đó hơn 90% số trường hợp khỏi hoàn toàn, gần 10% chuyển sang viêm gan mạn tính và hậu quả cuối cùng là xơ gan hoặc ung thư gan.

- Các xét nghiệm cần làm trước khi điều trị:

- + Tổng phân tích tế bào máu (Công thức máu).
- + AST, ALT, creatinine huyết thanh.
- + Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan khi cần thiết như bilirubin, albumin, tỷ lệ prothrombin, INR,...
- + Siêu âm bụng, AFP, ...
- + HBeAg, tải lượng HBV DNA.
- + Anti - HCV.
- + Đánh giá giai đoạn xơ hóa gan bằng chỉ số APRI hoặc một trong các kỹ thuật: FibroScan, ARFI, sinh thiết gan,...
- + Nếu người bệnh điều trị Peg-IFN cần làm thêm các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (TSH, FT3, FT4), điện tâm đồ,...
- + Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

Chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B mạn tính:

- HBsAg (+) trên 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
- AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
- Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc Fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác.

Theo Y học cổ truyền, viêm gan mạn nằm trong phạm vi chứng hiệp thống. Hiệp thống chỉ chứng bệnh do mạch lạc không được nuôi dưỡng hoặc mạch lạc bế tắc dẫn tới mạng sườn đau tức (đau hai bên ngực từ dưới hố nách cho tới xương sườn 12).

Bệnh danh Hiệp thống lần đầu xuất hiện trong sách “Hoàng đế nội kinh tố vấn”, chương Liệu thích có viết: “Tà khí xâm phạm kinh thiếu dương gây ra hiệp thống”. Đây được coi là mô tả đầu tiên của y văn cổ về chứng bệnh này. Về nguyên nhân gây bệnh của hiệp thống, ngay từ rất sớm, sách Linh khu, chương Tà khí tàng phủ bệnh hình có viết: “Nếu như đại nộ, khí thượng mà không hạ xuống, dẫn đến ứ tắc ở hạ sườn, tổn thương tạng can”. Như vậy sách Linh khu cho rằng nguyên nhân gây bệnh của hiệp thống do tình chí và liên quan đến tạng can là chính. Tôn Tư Mạc trong sách Bị cấp thiên kim yếu phương lại chia hiệp thống thành hai thể lớn là can thực nhiệt và can hư hàn. Trương Cảnh Nhạc trong “Cảnh Nhạc toàn thư” viết: “Chứng hiệp thống vốn thuộc hai kinh can tỳ, nguyên nhân là do đường đi của hai kinh này. Tuy nhiên, bệnh ở các tạng tâm, phế, tỳ, vị, thận và bàng quang cũng có thể có triệu chứng của chứng hiệp thống”. Trương Cảnh Nhạc nhấn mạnh dù hiệp thống thường gặp bệnh ở can đờm, nhưng không phải tất cả nguyên nhân gây ra hiệp thống đều do can đờm. Do vậy, cần phân biệt với chứng Hiệp thống do đau thân kinh liên sườn (thường đau cấp, mức độ đau dữ dội, thường liên quan đến thời tiết, tư thế...), chứng Hiệp thống do Viêm gan virus mạn có thể kèm theo hoàng đản.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo Y học cổ truyền, vùng mạn sườn là chỗ trú của can đờm, do vậy hiệp thống có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn chức năng của tạng phủ Can – Đờm. Can với chức năng là điều đạt, đờm với chức năng là sơ tiết. Do vậy khi can khí thăng giáng thất thường, đờm dịch sơ tiết bị rối loạn, làm cho mạch lạc không thông, huyết ứ đình ngưng, hoặc kinh mạch mất sự nuôi dưỡng... đều có thể là những nguyên nhân dẫn đến hiệp thống.

Chứng hiệp thống có thể khái quát thành hai loại Hư và Thực. Thực chứng có thể phân thành: Khí ngưng, huyết ứ, can đờm thấp nhiệt. Hư chứng phần lớn là thể âm hư sinh nội nhiệt.

- Khí ngưng: Đa phần có mối quan hệ mật thiết với tình chí bị tổn thương, làm cho can khí uất kết. Hoặc do ăn nhiều đồ ăn có dầu mỡ, uống quá nhiều rượu cũng làm ảnh hưởng tới lưu chuyển khí trong cơ thể mà dẫn tới khí ngưng.

- Huyết ú: Khí là soái của huyết, khí ngưng lâu ngày sẽ làm huyết không được lưu thông, mạch lạc mất điều hòa mà dẫn đến huyết ú. Thường bệnh trong thời kỳ đầu là khí ngưng, bệnh kéo dài là huyết ú.

- Can đờm thấp nhiệt: Can mạch phân bố ở vùng hạ sườn, đờm mạch tuần hoàn ở vùng mạng sườn. Nếu như thấp nhiệt tà ôn kết ở trung tiêu gây ra sự vận hóa bất thường của tỳ vị. Thấp và nhiệt tác động lẫn nhau, thấp bị nhiệt chưng, không ra ngoài bằng đường mồ hôi, đường tiểu tiện được. Thấp nhiệt từ tỳ vị bốc lên thiêu đốt can đờm làm cho can đờm mất đi sự sơ tiết và điều đạt thường dẫn đến hiệp thống.

- Âm hư nội nhiệt: Can mạch phân bố ở vùng mạng sườn, bệnh can lâu ngày không khỏi, can âm dần bị tổn thương, làm cho lạc mạch mất đi sự nuôi dưỡng dẫn tới hiệp thống.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể khí ngưng

1.1. Triệu chứng: Đau tức nặng ở vùng hạ sườn phải, mỗi khí tinh thần bị kích động, tức giận thì cảm giác này lại tăng lên. Ăn uống kém, miệng đắng, người mệt mỏi, khi gắng sức thì nước tiểu vàng, chất lưỡi bình thường, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

1.3. Pháp điều trị: Sơ can lý khí.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng YHCT

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Sài hồ sơ can thang*

Sài hồ 12g Cam thảo 06g121 Bạch thực 16g Xuyên khung 08g Chỉ xác 12g Hương phụ 12g Trần bì 06g; Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương:

Bài 1:

Rau má 12g Uất kim 08g Mướp đắng 12g Hậu phác 08g Thanh bì 08g Ý dĩ 16g
Chỉ thực 08g Hoài sơn 16g Bạch biển đậu 12g Đinh lăng 16g
Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Bài 2: *Siro nhân trần.*

Nhân trần 24g Chi tử 12g. Cách dùng: Thêm 600ml nước, sắc còn 100ml thêm đường vào cho đủ thành siro. Chia 3 lần uống trong ngày.

Bài 3:

Nhân trần 30g Vỏ cây đại (sao vàng) 10g Chi tử 12g
Cách dùng: Thêm 600ml nước, sắc còn 200ml (sắc 2 nước). Uống chia 2 lần.

Bài 4:

Nhân trần 40g Khương hoàng 30g Cam thảo đất 20g
Cách dùng: Thêm 500ml nước, sắc còn 200ml. Uống chia 2 lần.

2. Thể huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Vùng hạ sườn phải có cảm giác đau như kim châm, chỗ đau thường cố định, không di chuyển, về đêm thường đau tăng lên, đôi khi có thể sờ thấy một khối rắn ở vùng hạ sườn phải, chất lưỡi tím sẫm, mạch trầm sáp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực
- Chẩn đoán tạng phủ: Can.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

2.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết khứ ứ.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng YHCT

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Huyết phủ trục ứ thang*

Đương qui 16g Hồng hoa 08g Sài hồ 10g Sinh địa 12g Chỉ xác 10g Cam thảo 06g
Đào nhân 08g Xích thực 12g Cát cánh 10g Xuyên khung 08g Ngưu tất 12g

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: tương tự thể Khí ngưng.

3. Thể can đởm thấp nhiệt

3.1. Triệu chứng: Đau tức vùng mạng sườn phải, miệng đắng, ngực có cảm giác đầy tức, ăn kém, không muốn ăn, đôi khi có cảm giác nôn, buồn nôn, củng mạc mắt vàng, da vàng, có thể kèm theo sốt, đại tiện táo, nước tiểu vàng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch huyền sác.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can, đởm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Can đởm thấp nhiệt.

3.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp thoái hoàng.

3.4. Phương

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Nhân trần ngũ linh tán*

Nhân trần 16g Bạch truật 16g Phục linh 16g Trư linh 12g Trạch tả 12g Quế chi 06g

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Nghiệm phương: tương tự thể Khí ngưng.

4. Thể âm hư nội nhiệt

4.1. Triệu chứng: Đau tức vùng hạ sườn phải, ăn kém, nước tiểu vàng. Mỗi khi lao lực mệt mỗi những triệu chứng này lại tăng lên. Miệng khô, họng khô, đắng miệng, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi hơi vàng, mạch huyền tế.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: Tư âm dưỡng can.

4.4. Phương

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: *Nhất quán tiễn*

Sa sâm 16g Đương qui 12g Kỳ tử 12g Mạch môn 12g Sinh địa 12g Xuyên luyện tử 12g; Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

- Nghiệm phương: tương tự thể Khí ngưng.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

* Chỉ định: ở bất kỳ thể lâm sàng nào của YHCT người bệnh cần được điều trị kết hợp thuốc kháng vi rút của YHHĐ khi:

- ALT tăng trên 2 lần giá trị bình thường hoặc có bằng chứng xác nhận có xơ hóa gan tiến triển/xơ gan bất kể ALT ở mức nào.

VÀ

- HBV-DNA \geq 105 copies/ml (20.000 IU/ml) nếu HBeAg (+) hoặc HBV-DNA \geq 104 copies/ml (2.000 IU/ml) nếu HBeAg (-).

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc điều trị:

+ Tenofovir (300mg/ngày) hoặc entecavir (0,5 mg/ngày).

+ Lamivudine (100mg/ngày) sử dụng cho người bệnh xơ gan mất bù, phụ nữ mang thai.

+ Adefovir dùng phối hợp với lamivudine khi có kháng thuốc.

+ Peg-IFN α , IFN α (Peg-IFN α -2a liều 180 μ g/tuần; Peg-IFN α -2b liều 1,5 μ g/kg/tuần;

IFN α liều 5 triệu IU/ngày hoặc 10 triệu IU/lần - 3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6 - 12 tháng.

Cần theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc để xử trí kịp thời) ưu tiên sử dụng trong trường hợp phụ nữ muốn sinh con, đồng nhiễm viêm gan vi rút D, không dung nạp hoặc thất bại điều trị với thuốc ức chế sao chép HBV đường uống.

- Xem xét ngừng thuốc ức chế sao chép HBV uống khi:

+ Trường hợp HBeAg (+): Sau 6 - 12 tháng có chuyển đổi huyết thanh HBeAg và HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện.

+ Trường hợp HBeAg (-): HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện trong 3 lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau mỗi 6 tháng.

Chú ý: Cần theo dõi tái phát sau khi ngừng thuốc để điều trị lại.

V. PHÒNG BỆNH

1. Phòng chủ động

- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho tất cả trẻ em trong vòng 24h sau sinh và các mũi tiếp theo lúc 2, 3 và 4 tháng tuổi theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho các đối tượng chưa bị nhiễm HBV. Cần xét nghiệm HBsAg và anti-HBs trước khi tiêm phòng vắc xin.
- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho nhân viên y tế.

2. Phòng lây truyền từ mẹ sang con

- Nếu mẹ mang thai có HBsAg (+): Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B liều sau sinh cho trẻ theo chương trình tiêm chủng mở rộng và phối hợp với tiêm kháng thể kháng HBV cho trẻ. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin viêm gan vi rút B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Nếu mẹ mang thai có HBV-DNA > 10⁶ copies/ml (200.000 IU/mL): Dùng thuốc kháng vi rút (lamivudine hoặc tenofovir) từ 3 tháng cuối của thai kỳ. Xét nghiệm lại HBV DNA sau sinh 3 tháng để quyết định ngừng thuốc hoặc tiếp tục điều trị nếu mẹ đủ tiêu chuẩn điều trị. TD sát người mẹ để phát hiện viêm gan bùng phát.

3. Phòng không đặc hiệu

- Sàng lọc máu và chế phẩm máu.
- Không dùng chung kim tiêm và các dụng cụ xuyên chích qua da khác.
- Tình dục an toàn.
- Tránh tiếp xúc với máu và các dịch tiết của người bệnh nhiễm HBV.
- Thực hiện phòng ngừa chuẩn giống các bệnh lây truyền qua đường máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B” theo quyết định số 5448/QĐ-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2014.
2. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017). Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng đại học). Nhà xuất bản Y học.
3. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017). Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng sau đại học). Nhà xuất bản Y học
4. Bộ y tế (2019) “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B” (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

DANH MỤC DƯỢC LIỆU, VỊ THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN

ST T	Tên vị thuốc	Nguồn gốc	Tên khoa học của vị thuốc	Tên khoa học của cây, con và khoáng vật làm thuốc
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	A giao	B	<i>Colla Corii Asini</i>	<i>Equus asinus</i> L. - Equidae
2	Actiso	N	<i>Herba Cynarae scolymi</i>	<i>Cynara scolymus</i> L. - Asteraceae
3	Ba kích	B - N	<i>Radix Morindae officinalis</i>	<i>Morinda officinalis</i> How. - Rubiaceae
4	Bá tử nhân	B	<i>Semen Platycladi orientalis</i>	<i>Platycladus orientalis</i> (L.) Franco - Cupressaceae
5	Bạc hà	N	<i>Herba Menthae</i>	<i>Mentha arvensis</i> L. - Lamiaceae
6	Bạc thau	N	<i>Herba Argyreiae</i>	<i>Argyreia acuta</i> Lour. - Convolvulaceae
7	Bạch biển đậu	B - N	<i>Semen Lablab</i>	<i>Lablab purpureus</i> (L.) Sweet - Fabaceae
8	Bách bộ	N	<i>Radix Stemonae tuberosae</i>	<i>Stemona tuberosa</i> Lour. - Stemonaceae
9	Bạch cập	B	<i>Rhizoma Bletillae striatae</i>	<i>Bletilla striata</i> (Thunb.) Reichb. F. - Orchidaceae
10	Bạch chỉ	B - N	<i>Radix Angelicae dahuricae</i>	<i>Angelica dahurica</i> Benth. et Hook.f. - Apiaceae
11	Bạch cương tâm	B - N	<i>Bombyx Botryticatus</i>	<i>Bombyx mori</i> L. - Bombycidae
12	Bạch đậu khấu	B	<i>Fructus Amomi</i>	<i>Amomum krervanh</i> Zingiberaceae Pierre ex Gagnep. -
13	Bạch đồng nữ (Mồ mâm xôi, Mẩn trắng)	B - N	<i>Herba Clerodendri chinensis</i>	<i>Clerodendron chinense</i> var. <i>Simplex</i> (Mold. S. L. Chen) - Verbenaceae <i>Clerodendron paniculatum</i> L. forma <i>albiflorum</i> (Hemsl.)
14	Bạch giới tử	B - N	<i>Semen Sinapis albae</i>	<i>Sinapis alba</i> L. - Brassicaceae
15	Bạch hoa xà	N	<i>Radix et Folium Plumbaginis</i>	<i>Plumbago zeylanica</i> L. - Plumbaginaceae
16	Bạch hoa xà thiệt thảo	B - N	<i>Herba Hedyo diffusae tis</i>	<i>Hedyotis diffusa</i> Willd. - Rubiaceae
17	Bách hợp	B	<i>Bulbus Lilii</i>	<i>Lilium brownii</i> E.E. Brow, ex Mill. -

				Liliaceae
18	Bạch linh (Phục linh)	B	<i>Poria</i>	<i>Poria cocos</i> (Schw.) Wolf - Polyporaceae
19	Bạch mao căn	N	<i>Rhizoma Imperatae cylindrica</i>	<i>Imperata cylindrica</i> p. Beauv. - Poaceae
20	Bạch phụ tử	B	<i>Rhizoma Typhonii gigantei</i>	<i>Typhonium giganteum</i> Engl. - Araceae
21	Bạch quả (Ngân hạnh)	B	<i>Semen Ginkgo</i>	<i>Ginkgo biloba</i> L. - Ginkgoaceae
22	Bạch tật lê	B-N	<i>Fructus Tribuli terrestris</i>	<i>Tribulus terrestris</i> L. - Zygophyllaceae
23	Bạch thược	B	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	<i>Paeonia lactiflora</i> Pall. - Ranunculaceae
24	Bạch tiền	B	<i>Radix et Rhizoma Cynanchi</i>	<i>Cynanchum stauntonii</i> (D.) Schltr. ex Levl.- Asclepiadaceae
25	Bạch tiền bì	B	<i>Cortex Dictamni</i>	<i>Dictamnus dasycarpus</i> Turcz. - Rutaceae

26	Bạch truật	B	<i>Rhizoma Alractylodis macrocephalae</i>	<i>Atractylodes macrocephala</i> Koidz. - Asteraceae
27	Bán biên liên	B	<i>Herba Lobeliae chinensis</i>	<i>Lobelia chinensis</i> Lour. - Lobeliaceae
28	Bán chi liên	B	<i>Radix Scutellariae barbatae</i>	<i>Scutellaria barbata</i> D. Don. - Laminaceae
29	Bán hạ bắc	B	<i>Rhizoma Pinelliae</i>	<i>Pinellia ternata</i> (Thunb.) Breit. - Araceae
30	Bán hạ nam (Củ chóc)	N	<i>Rhizoma Typhonii trilobati</i>	<i>Typhonium trilobatum</i> Araceae. (L.) Schott, -
31	Bán lam căn	B	<i>Herba Isatis</i>	<i>Isatis indigotica</i> Fort. - Brassicaceae
32	Băng phiến	N	<i>Borneolum</i>	<i>Borneolum</i>
33	Biển súc	B - N	<i>Herba Polygoni avicularae</i>	<i>Polygonum aviculare</i> L. - Polygonaceae
34	Bình vôi (Ngải tượng)	N	<i>Tuber Stephaniae</i>	<i>Stephania</i> spp. - Menispermaceae
35	Bình lang	N	<i>Semen Arecae Catechi</i>	<i>Areca catechu</i> L. - Arecaceae
36	Bồ công anh	N	<i>Herba Lactuca indicae</i>	<i>Lactuca indica</i> L. - Asteraceae
37	Bồ hoàng	B	<i>Pollen Typhae</i>	<i>Typha orientalis</i> G. A. Stuart - Typhaceae
38	Bọ mắ (Thuốc dòi)	N	<i>Herba Pouzolziae zeylanicae</i>	<i>Pouzolzia zeylanica</i> Urticaceae (L.) Benn -
39	Bồ chính sâm (Sâm bồ chính)	N	<i>Radix Abelmoschi sagittifolii</i>	<i>Abelmoschus sagittifolus</i> (Kurz.) Merr. - Malvaceae
40	Bồ kết (quả)	N	<i>Fructus Gleditsiae</i>	<i>Gleditsia australis</i> Hemsl. -

			<i>australis</i>	Fabaceae
41	Bông bong	N	<i>Herba Lygodii</i>	<i>Lygodium flexuosum</i> (L.) Sw. - Lygodiaceae
42	Bưởi bung	N	<i>Radix et Folium Glycosmis</i>	<i>Glycosmis citrifolia</i> (Willd) Lindl. - Rutaceae
43	Burôm bạc (Hồ điệp)	N	<i>Herba Mussaendae pubescentis</i>	<i>Mussaenda pubescens</i> Ait.f. - Rubiaceae
44	Cà độc dược	N	<i>Flos et Folium Daturae metelis</i>	<i>Datura metel</i> L. - Solanaceae
45	Cà gai leo	N	<i>Herba Solani procumbensis</i>	<i>Solanum procumbens</i> Lour. - Solanaceae
46	Cam thảo	B	<i>Radix et Rhizoma Glycyrrhizae</i>	<i>Glycyrrhiza spp.</i> - Fabaceae
47	Cam thảo đất	N	<i>Herba et radix Scopariae</i>	<i>Scoparia dulcis</i> L. - Scrophulariaceae
48	Cam toại	B	<i>Radix Euphorbiae kansui</i>	<i>Euphorbia kansui</i> Liouined. - Euphorbiaceae
49	Can khương	N	<i>Rhizoma Zingiberis</i>	<i>Zingiber officinale</i> Rose. - Zingiberaceae
50	Cảo bản	B	<i>Rhizoma et Radix Ligustici chinensis</i>	<i>Ligusticum sinense</i> Oliv. - Apiaceae
51	Cáp giới (Tắc kè)	N	<i>Gekko</i>	<i>Gekko gekko</i> Lin. - Gekkonidae
52	Cát căn	N	<i>Radix Puerariae thomsonii</i>	<i>Pueraria thomsonii</i> Benth. - Fabaceae
53	Cát cánh	B	<i>Radix Platycodi</i>	<i>Platycodon grandiflorum</i> (Jacq.) A.DC. -

54	Cát sâm	B	<i>Radix Mellettiae speciosae</i>	<i>Millettia speciosa</i> Champ. - Fabaceae
55	Câu đằng	B - N	<i>Ramulus cum unco Uncariae</i>	<i>Uncaria spp.</i> - Rubiaceae
56	Câu kỷ tử	B	<i>Fructus Lycii</i>	<i>Lycium barbarm.L</i> - Solanaceae
57	Cẩu tích	N	<i>Rhizoma Cibotii</i>	<i>Cibotium barometz</i> (L.) J. Sm. - Dicksoniaceae
58	Chè dây	N	<i>Folium Ampelopsis</i>	<i>Ampelopsis cantoniensis</i> (Hook, et Arn.) Planch. - Vitaceae
59	Chè đắng	N	<i>Folium Ilexi kaushii</i>	<i>Ilex kaushue</i> S.Y.Hu; Syn. <i>Ilex kudingcha</i> C.J Tseng - Aquifoliaceae
60	Chè vàng	N	<i>Folium Jasmini subtriplinervis</i>	<i>Jasminum subtriplinerve</i> Blume., Oleaceae
61	Chi thiên	N	<i>Herba Elephantopi</i>	<i>Elephantopus scarber</i> L. -

			<i>scarberis</i>	Asteraceae
62	Chi tử	B - N	<i>Fructus Gardeniae</i>	<i>Gardenia jasminoides</i> Ellis. - Rubiaceae
63	Chi thực	B - N	<i>Fructus Aurantii immaturus</i>	<i>Citrus aurantium</i> L. - Rutaceae
64	Chi xác	B - N	<i>Fructus Aurantii</i>	<i>Citrus aurantium</i> L. - Rutaceae
65	Chút chít	N	<i>Radix et Folium Rumicis</i>	<i>Rumex microcarpus</i> Campd. - Polygonaceae
66	Cỏ ngọt	N	<i>Herba Steviae</i>	<i>Stevia rebaudiana</i> (Bert.) Hemsl. - Asteraceae
67	Cỏ nhọ nôi	N	<i>Herba Ecliptae</i>	<i>Eclipta prostrata</i> (L.) Asteraceae
68	Cỏ sữa nhỏ lá	N	<i>Herba Euphorbiae thymifoliae</i>	<i>Euphorbia thymifolia</i> Burm. - Euphorbiaceae
69	Cỏ xước	N	<i>Radix Achyranthis asperae</i>	<i>Achyranthes aspera</i> L. - Amaranthaceae
70	Cốc tinh thảo	B	<i>Flos Eriocauli</i>	<i>Eriocaulon sexangulare</i> L. - Eriocaulaceae
71	Cối xay	N	<i>Herba Abutili indicii</i>	<i>Abutilon indicum</i> (L.) Sweet - Malvaceae
72	Côn bố	B	<i>Herba Laminariae</i>	<i>Laminaria japonica</i> Areschong. - Laminariaceae
73	Cốt khí củ	B - N	<i>Radix Polygoni cuspidati</i>	<i>Polygonum cuspidatum</i> Sieb. et zucc. - Polygonaceae
74	Cốt toái bổ	N	<i>Rhizoma Drynariae</i>	<i>Drynaria fortunei</i> (Mett.) J. Sm. - Polypodiaceae
75	Củ gai	N	<i>Radix Boehmeriae niveae</i>	<i>Boehmeria nivea</i> (L.) Gaud. - Urticaceae
76	Cù mạch	B - N	<i>Herba Dianthi</i>	<i>Dianthus superbus</i> L. - Caryophyllaceae
77	Cúc hoa	B - N	<i>Flos Chrysanthemi indicii</i>	<i>Chrysanthemum indicum</i> L. - Asteraceae
78	Cúc tần	N	<i>Radix et folium Pluchaeae indicae</i>	<i>Pluchea indica</i> (L.) Less - Asteraceae
79	Dạ cầm	N	<i>Herba Hedyotidis capitellatae</i>	<i>Hedyotis capitellata</i> Wall, ex G. Don - Rubiaceae
80	Dâm dương hoắc	B	<i>Herba Epimedii</i>	<i>Epimedium brevicornum</i> Berberidaceae Maxim. -
81	Dây đau xương	N	<i>Caulis Tinosporae sinensis</i>	<i>Tinospora sinensis</i> (Lour.) Merr. - Menispermaceae
82	Dây tơ hồng	N	<i>Herba Cuscutae</i>	<i>Cuscuta</i> sp. - Convolvulaceae

83	Dây thìa canh	N	<i>Herba Gymnema silvestris</i>	<i>Gymnema sylvestre</i> (Retz.) R. Br.ex Schutt. - Asclepiadaceae
84	Diệp cá (Ngư tinh thảo)	N	<i>Herba Houttuyniae cordatae</i>	<i>Houttuynia cordata</i> Thunb. - Saururaceae
85	Diệp hạ châu	N	<i>Herba Phyllanthi amari</i>	<i>Phyllanthus amarus</i> Schum. et Thonn. - Euphorbiaceae
86	Dừa cạn	N	<i>Radix et Folium Catharanthi</i>	<i>Catharanthus roseus</i> (L.) G. Don. - Apocynaceae
87	Dứa dại	N	<i>Herba Pandanii</i>	<i>Pandanus tectorius</i> So. - Pandanaceae.
88	Đại bi	N	<i>Folium, ramulus et radix Camphora Blumeae</i>	<i>Blumea balsamifera</i> (L.) DC. - Asteraceae
89	Đại hồi	N	<i>Fructus Illicii veri</i>	<i>Illicium verum</i> Hook.f. - Illiciaceae
90	Đại phúc bì	N	<i>Pericarpium Arecae catechi</i>	<i>Arecae catechu</i> L. - Arecaceae
91	Đại táo	B	<i>Fructus Ziziphi jujubae</i>	<i>Ziziphus jujuba</i> Mill. var. inermis (Bge) Rehd. - Rhamnaceae
92	Đại toán (Tỏi)	N	<i>Bulbus Allii</i>	<i>Allium sativum</i> L. - Alliaceae
93	Đại hoàng	B	<i>Rhizoma Rhei</i>	<i>Rheum palmatum</i> L, - Polygonaceae
94	Đạm đậu xị	B	<i>Semen Sojae praeparatum</i>	<i>Sojae praeparatum</i> L. - Fabaceae
95	Đạm trúc diệp	B - N	<i>Herba Lophatheri</i>	<i>Lophatherum gracile</i> Brongn. - Poaceae
96	Đan sâm	B	<i>Radix Salviae miltiorrhizae</i>	<i>Salvia miltiorrhiza</i> Bunge. - Lamiaceae
97	Đảng sâm bắc (Tổ hoa đảng sâm)	B	<i>Radix Codonopsis</i>	<i>Codonopsis Pilosula</i> (Franch.) - Campanulaceae
98	Đảng sâm bắc (Xuyên đảng sâm)	B	<i>Radix Codonopsis</i>	<i>Codonopsis tangshen</i> Olive.- Campanulaceae
99	Đảng sâm Việt Nam	N	<i>Radix Codonopsis javanicae</i>	<i>Cod Campanulaceae onopsis javanica</i> (Blume.) Hook.F. -
100	Đăng tâm thảo	B	<i>Medulla Junci effusi</i>	<i>Juncus effusus</i> L. - Juncaceae
101	Đào nhân	B	<i>Semen Pruni</i>	<i>Prunus persica</i> L. - Rosaceae
102	Đậu đen	N	<i>Semen Vignae cylindrica</i>	<i>Vigna cylindrica</i> Skeels - Fabaceae
103	Đậu quyền	N	<i>Semen Vignae cylindrica</i>	<i>Vigna cylindrica</i> (L.) Skeels - Fabaceae

			<i>praeparata</i>	
104	Địa cốt bì	B	<i>Cortex Lycii chinensis radidis</i>	<i>Lycium chinense</i> Mill. - Solanaceae
105	Địa du	B	<i>Radix Sanguisorbae</i>	<i>Sanguisorba officinalis</i> L. - Rosaceae
106	Địa long	B - N	<i>Pheretima</i>	<i>Pheretima</i> sp. - Megascolecidae
107	Địa phu tử	B	<i>Fructus Kochiae</i>	<i>Kochia scoparia</i> (L.) Schrad. - Polygonaceae
108	Địa liền	N	<i>Rhizoma Kaempferiae galangae</i>	<i>Kaempferia galanga</i> L. - Zingiberaceae
109	Đinh hương	B - N	<i>Flos Syzygii aromatici</i>	<i>Syzygium aromaticum</i> (L.) Merrill et L.M.

110	Đinh lăng	N	<i>Radix Polysciacis</i>	<i>Polyscias fruticosa</i> (L.) Harms - Araliaceae
111	Đình lịch tử	B	2	<i>Lepidium apetatum</i> Willd. Cruciferae
112	Đỗ trọng	B	<i>Cortex Eucommiae</i>	<i>Eucommia ulmoides</i> Oliv. - Eucommiaceae
113	Độc hoạt	B	<i>Radix Angelicae pubescentis</i>	<i>Angelica pubescens</i> Maxim. - Apiaceae
114	Đơn lá đỏ (Đơn mặt trời)	N	<i>Folium cochinchinensis Excoecariae</i>	<i>Excoecaria cochinchinensis</i> Euphorbiaceae Lour. -
115	Đương quy (Toàn quy, Quy đầu, Quy vĩ/quy râu)	B - N	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	<i>Angelica sinensis</i> (Oliv.) Diels - Apiaceae
116	Giảo cổ lam	N	<i>Herba Gynostemmae</i>	<i>Gynostemma pentaphyllum</i> (Thunb.) Makino - Cucurbitaceae
117	Gối hạc	N	<i>Radix Leeae rubrae</i>	<i>Leea rubra</i> Blume ex Spreng. - Leeaceae.
118	Hà diệp (lá sen)	N	<i>Folium Nelumbinis nuciferae</i>	<i>Nelumbo nucifera</i> Nelumbonaceae Gaertn -
119	Hạ khô thảo	B - N	<i>Spica Prunellae</i>	<i>Prunella vulgaris</i> L. - Lamiaceae
120	Hà thủ ô đỏ	B - N	<i>Radix Fallopieae multiflorae</i>	<i>Fallopia multiflora</i> (Thunb.) Haraldson - Polygonaceae
121	Hà thủ ô trắng	N	<i>Radix Streptocauli</i>	<i>Streptocaulon juvenas</i> (Lour.) Merr. - Asclepiadaceae
122	Hải kim sa	B - N	<i>Spora Lygodii</i>	<i>Lygodium japonium</i> (Thunb.) Sw. - Schizaeaceae
123	Hải mã	N	<i>Hippocampus</i>	<i>Hippocampus</i>

				<i>spp.Syngnathidae</i>
124	Hải phong đăng	B	<i>Caulis Piperis futokadsurae</i>	<i>Piper futokadsura</i> Piperaceae Sieb et zucc -
125	Hải tảo (Rong mơ)	N	<i>Herba Sargassi</i>	<i>Sargassum sp</i> - Sargassaceae
126	Hạnh nhân	B	<i>Semen Armeniaca amarum</i>	<i>Prunus armeniaca</i> L. - Rosaceae
127	Hạt hẹ	B - N	<i>Semen Allii</i>	<i>Allium tuberosum/ramosum</i> - Alliaceae
128	Hạt bí ngô	N	<i>Semen Cucurbitae</i>	<i>Cucurbita pepo</i> L. - Cucurbitaceae
129	Hậu phác	B - N	<i>Cortex Magnoliae officinalis</i>	<i>Magnolia officinalis</i> Rehd.et Wils. var. <i>biloba</i> Rehd.et Wils. - Magnoliaceae
130	Hậu phác nam (Quế rừng)	N	<i>Corte iners x Cinnamomi</i>	<i>Cinnamomum iners</i> Lauraceae Reinw.ex Blume -
131	Hoa đại	N	<i>Flos Plumeriae rubrae</i>	<i>Plumeria rubra</i> L.var. <i>acutifolia</i> (Poir.) Baliey - Apocynaceae
132	Hoắc hương	B	<i>Herba Pogostemonis</i>	<i>Pogostemon cablin</i> (Blanco) Benth. - Lamiaceae
133	Hoài sơn	B - N	<i>Tuber Dioscoreae persimilis</i>	<i>Dioscorea persimilis</i> Prain et Burkill - Dioscoreaceae
134	Hoàng bá	B	<i>Cortex Phellodendri</i>	<i>Phellodendron chinense</i> Schneid. - Rutaceae
135	Hoàng bá nam (Núc nác)	N	<i>Cortex Oroxyli indici</i>	<i>Oroxylum indicum</i> Bignontaceae (L.) Kurz. -
136	Hoàng cầm	B	<i>Radix Scutellariae</i>	<i>Scutellaria baicalensis</i> Georgi - Lamiaceae

137	Hoàng đằng	B - N	<i>Caulis et Radix Fibraureae</i>	<i>Fibraurea tinctoria</i> Lour. (<i>Fibraurea recisa</i> Pierre) - Menispemnaceae
138	Hoàng kỳ	B	<i>Radix Astragali membranacei</i>	<i>Astragalus membranaceus</i> (Fisch.) Bunge - Fabaceae
139	Hoàng liên	B - N	<i>Rhizoma Coptidis</i>	<i>Coptis chinensis</i> Franch. - Ranunculaceae
140	Hoàng nàn (chế)	N	<i>Cortex wallichianae Strychni</i>	<i>Strychnos wallichiana</i> Loganiaceae Steud, ex. DC. -
141	Hoàng tinh	B - N	<i>Rhizoma Polygonati</i>	<i>Polygonatum kingianum</i> Coll et Hemsl -

				Convallariaceae
142	Hoạt thạch	N	<i>Talcum</i>	<i>Talcum</i>
143	Hòe hoa	N	<i>Flos Styphnolobii japonici</i>	<i>Styphnolobium japonicum</i> (L.) Schott - Fabaceae
144	Hồng hoa	B	<i>Flos Carthami tinctorii</i>	<i>Carthamus tinctorius</i> L. - Asteraceae
145	Húng chanh	N	<i>Folium Plectranthi amboinici</i>	<i>Plectranthus amboinicus</i> (Lour.) Spreng - Lamiaceae
146	Hương gia bì	B - N	<i>Cortex Periplocae radialis</i>	<i>Periploca sepium</i> Bge. - Asclepiaceae
147	Hương nhu	N	<i>Herba Ocimi</i>	<i>Ocimum spp.</i> - Lamiaceae
148	Hương phụ	B - N	<i>Rhizotna Cyperi</i>	<i>Cyperus rotundus</i> L. - Cyperaceae
149	Huyền hồ	B	<i>Tuber Corydalis</i>	<i>Corydalis yanhusuo</i> (Y.H.Chou & Chun C. Hsu)W.T.Wang - Fumariaceae
150	Huyền sâm	B - N	<i>Radix Scrophulariae</i>	<i>Scrophularia buergeriana</i> Miq. - Scrophulariaceae
151	Huyết dụ	N	<i>Folium Cordyline</i>	<i>Cordyline terminalis</i> Kunth var. <i>ferrea</i> Bak.- Dracaenaceae
152	Huyết giác	N	<i>Lignum Dracaenae cambodiana</i>	<i>Dracaena cambodiana</i> Pierre ex Gagnep. - Dracaenaceae
153	Hy thiêm	N	<i>Herba Siegesbeckiae</i>	<i>Siegesbeckia orientalis</i> L. - Asteraceae
154	Ích mẫu	N	<i>Herba Leonuri japonici</i>	<i>Leonurus japonicus</i> Houtt. - Lamiaceae
155	Ích trí nhân	B	<i>Fructus Alpiniae oxyphyllae</i>	<i>Alpinia oxyphylla</i> Miq. - Zingiberaceae
156	Kê huyết đằng	N	<i>Caulis Spatholobi suberecti</i>	<i>Spatholobus suberectus</i> Dunn. - Fabaceae
157	Kê nội kim	B - N	<i>Endothelium Corneum Gigeriae Galli</i>	<i>Gallus gallus domesticus</i> Brisson - Phasianidae
158	Kha tử	B	<i>Fructus Terminaliae chebulae</i>	<i>Terminalia chebula</i> Retz. - Combretaceae
159	Khiêm thực	B	<i>Semen Euryales</i>	<i>Euryale ferox</i> Salisb. - Nymphaeaceae
160	Khiên ngư (Hắc sủu, Bạch sủu)	N	<i>Semen Ipomoeae</i>	<i>Ipomoea purpurea</i> (L.) Roth - Convolvulaceae
161	Khổ sâm	N	<i>Folium et Ramulus Crotonis tonkinensis</i>	<i>Croton tonkinensis</i> Gagnep. - Euphorbiaceae

162	Khổ qua	N	<i>Fructus Momordicae charantiae</i>	<i>Momordica charantia</i> L. - Cucurbitaceae
163	Khoản đông hoa	B	<i>Flos Tussilaginis farfarae</i>	<i>Tussilago farfara</i> L. - Asteraceae
164	Khuông hoàng	N	<i>Rhizoma Curcu longae mae</i>	<i>Curcuma longa</i> L. - Zingiberaceae

165	Khuông hoạt	B	<i>Rhizoma et Radix Notopterygii</i>	<i>Notopterygium incisum</i> Ting ex H. T. Chang - Apiaceae
166	Kim anh	B - N	<i>Fructus Rosae laevigatae</i>	<i>Rosa laevigata</i> Michx, - Rosaceae
167	Kim ngân (cuông)	B - N	<i>Cauli Lonicerae s cum folium</i>	<i>Lonicera japonica</i> Thunb; <i>L. dasystyla</i> Rehd; <i>L. confusa</i> DC; <i>L. cambodiana</i> Pierre ex Danguy - Caprifoliaceae
168	Kim ngân hoa	B - N	<i>Flos Lonicerae</i>	<i>Lonicera japonica</i> Thunb. - Caprifoliaceae
169	Kim tiền thảo	N	<i>Herba Desmodii styracifolii</i>	<i>Desmodium styracifolium</i> (Osb.) Merr. - Fabaceae
170	Kinh giới	N	<i>Herba Elsholtziae ciliatae</i>	<i>Elsholtzia ciliata</i> Thunb. - Lamiaceae
171	La bạc tử	B - N	<i>Semen Raphani sativi</i>	<i>Raphanus sativus</i> L. - Brassicaceae
172	La hán	B	<i>Fructus Momordicae grosvenorii</i>	<i>Momordica grosvenorium</i> Swingle.- Cucurbitaceae
173	Lá khô	N	<i>Folium Ardisiae</i>	<i>Ardisia sylvestris</i> Pitard. - Myrsinaceae
174	Lá lót	N	<i>Herba Piperis lolot</i>	<i>Piper lolot</i> C.DC. - Piperaceae
175	Lá móng	N	<i>Folium Lawsoniae</i>	<i>Lawsonia inermis</i> L. - Lythraceae
176	Lá mỏ quạ	N	<i>Folium Macluriae cochinchinensis</i>	<i>Maclura cochinchinensis</i> (Lour.) Corner -Moraceae
177	Lá muông trâu	N	<i>Folium Cassiae alatae</i>	<i>Cassia alata</i> L.-Fabaceae
178	Lạc tiên	N	<i>Herba Passiflorae foetidae</i>	<i>Passiflora foetida</i> L. - Passifloraceae
179	Lai phục tử	N	<i>Semen Raphani sativi</i>	<i>Raphanus sativus</i> L. Brassicaceae
180	Lệ chi hạch	N	<i>Semen Litchi</i>	<i>Litchi chinensis</i> Sonn. - Sapindaceae
181	Liên kiều	B	<i>Fructus Forsythiae suspensae</i>	<i>Forsythia suspensa</i> (Thunb.) Vahl. - Oleaceae

182	Liên nhục	N	<i>Semen Nelumbinis nuciferae</i>	<i>Nelumbo nucifera</i> Gaertn. - Nelumbonaceae
183	Liên tâm	N	<i>Embryo Nelumbinis nuciferae</i>	<i>Nelumbo nucifera</i> Gaertn. - Nelumbonaceae
184	Liên tu	N	<i>Stamen Nelumbinis</i>	<i>Nelumbo nucifera</i> Gaertn. - Nelumbonaceae
185	Linh chi	B - N	<i>Ganoderma</i>	<i>Ganoderma lucidum</i> (Leyss ex. Fr.) Karst. - Ganodermataceae
186	Lô cam thạch	B	<i>Calamina</i>	<i>Calamina</i>
187	Lô căn	B	<i>Rhizoma Phragmitis</i>	<i>Phragmites communis</i> Trin. - Poaceae
188	Lô hội	N	<i>Aloe</i>	<i>Aloe vera</i> L. - Asphodelaceae
189	Lộc nhung	N	<i>Cornu Cervi Pantotrichum</i>	<i>Cervus nippon</i> Temminck
190	Long cốt	B	<i>Os Draconis</i>	<i>Os Draconis</i>
191	Long đởm thảo	B	<i>Radix et rhizoma Gentianae</i>	<i>Gentiana</i> spp. - Gentianaceae
192	Long não	N	<i>Folium et lignum Cinnamomi camphorae</i>	<i>Cinnamomum camphora</i> (L) Presl. - Lauraceae
193	Long nhãn	N	<i>Arillus Longan</i>	<i>Dimocarpus longan</i> Lour. - Sapindaccae
194	Lục thần khúc	B - N	<i>Masa medicata fermentata</i>	<i>Massa medicata fermentata</i>
195	Lưu hoàng	N	<i>Sulfur</i>	<i>Sulfur</i>
	Mã đề	N	<i>Folium Plantaginis</i>	<i>Plantago major</i> L. - Plantaginaceae
197	Ma hoàng	B	<i>Herba Ephedrae</i>	<i>Ephedra</i> sp. - Ephedraceae
198	Ma hoàng căn	B	<i>Rhizoma Ephedrae</i>	<i>Ephedra sinica</i> Staff. - Ephedraceae
199	Mã tiền	B - N	<i>Semen Strychni</i>	<i>Strychnos nux-vomica</i> L. - Loganiaceae
200	Mạch môn	B - N	<i>Radix Ophiopogonis japonici</i>	<i>Ophiopogon japonicus</i> (L.f.) Ker Gawl, - Asparagaceae
201	Mạch nha	B	<i>Fructus Hordei germinatus</i>	<i>Hordeum vulgare</i> L. - Poaceae
202	Mạn kinh tử	B - N	<i>Fructus Viticis trifoliae</i>	<i>Vitex trifolia</i> L. - Verbenaceae
203	Mẫu kinh (Ngũ trảo lá có răng cưa)	N	<i>Folium Viticis negundo</i>	<i>Vitex negundo</i> L. - Verbenaceae
204	Mần trâu	N	<i>Herba eleusinis indicae</i>	<i>Eleusine indica</i> (L.) Gaertn.f - Poaceae
205	Mật môn hoa	B	<i>Flos Buddlejae officinalis</i>	<i>Buddleja officinalis</i> Maxim. - Loganiaceae
206	Mật ong	N	<i>Mel</i>	<i>Mel</i>

207	Mẫu đơn bì	B	<i>Cortex Paeoniae suffruticosae radices</i>	<i>Paeonia suffruticosa</i> Andr. - Paeoniaceae
208	Mẫu lệ	N	<i>Concha Ostreae</i>	<i>Ostrea gigas</i> Thunberg. - Ostreidae
209	Mía dò	N	<i>Rhizoma Costi</i>	<i>Costus speciosus</i> (Koenig) Smith - Costaceae
210	Miết giáp	B - N	<i>Carapax Trionycis</i>	<i>Trionyx sinensis</i> Wiegmann - Trionychidae
211	Mơ tam thể	N	<i>Herba Paederiae lanuginosae</i>	<i>Paederia lanuginosa</i> Wall. - Rubiaceae
212	Mỏ quạ	N	<i>Herba Maclurae cochinchinensis</i>	<i>Maclura cochinchinensis</i> (Lour.) Corner -Moraceae
213	Mộc hương	B	<i>Radix Saussureae lappae</i>	<i>Saussurea lappa</i> Clarke. - Asteraceae
214	Mộc qua	B	<i>Fructus Chaenomelis speciosae</i>	<i>Chaenomeles speciosa</i> (Sweet) Nakai - Rosaceae
215	Mộc thông	B - N	<i>Caulis Clematidis</i>	<i>Clematis armandii</i> Franch. - Ranunculaceae
216	Một dược	B	<i>Myrrha</i>	<i>Commiphora myrrha</i> (Nees) Engl. - Burseraceae
217	Mù u	N	<i>Calophylli inophylli</i>	<i>Calophyllum inophyllum</i> L. - Clusiaceae
218	Muống biển	N	<i>Herba Ipomoeae pescaprae</i>	<i>Ipomoea pescaprae</i> (L.) Sweet.- Convolvulaceae
219	Mướp đắng (Khổ qua)	N	<i>Herba Momordicae charantiae</i>	<i>Momordica charantia</i> L. - Cucurbitaceae
220	Mướp gai (ráy gai)	N	<i>Rhizoma Lasia spinosae e</i>	<i>Lasia spinosa</i> Thw. - Araceae
221	Nga truật	N	<i>Rhizoma Curcumae zedoariae</i>	<i>Curcuma zedoaria</i> (Berg.) Roscoe - Zingiberaceae
222	Ngải cứu (ngải diệp)	N	<i>Herba Artemisiae vulgaris</i>	<i>Artemisia vulgaris</i> L. - Asteraceae
223	Ngây hương	N	<i>Herba Rubi conchinchinensis</i>	<i>Rubus conchinchinensis</i> Tratt. - Rosaceae
224	Ngô công	B - N	<i>Scolopendra</i>	<i>Scolopendra morsitans</i> L. - Scolopendridae
225	Ngô thù du	B	<i>Fructus Evodiae rutaecarpae</i>	<i>Evodia rutaecarpa</i> (A. Juss) Hartley - Rutaceae
226	Ngọc trúc	B - N	<i>Rhizoma Polygonati odorati</i>	<i>Polygonation odoratum</i> (Mill.) Druce -

				Convallariaceae
227	Ngũ bội tử	B - N	<i>Galla chinensis</i>	<i>Schlechtendalia chinensis</i> Bell.
228	Ngũ gia bì chân chim	B - N	<i>Cortex Schefflerae heptaphyllae</i>	<i>Schefflera heptaphylla</i> Araliaceae (L.) Frodin -
229	Ngũ gia bì nam (Mạn kinh)	N	<i>Cortex Viticis heterophyllae</i>	<i>Vitex heterophylla</i> Roxb. - Verbenaceae
230	Ngũ gia bì gai	B - N	<i>Cortex Acanthopanax trifoliati</i>	<i>Acanthopanax trifoliatum</i> (L.) Merr. - Araliaceae
231	Ngũ linh chi	B - N	<i>Faeces Trogopteri</i>	<i>Trogopterus xanthipes</i> Milne Edwds, - Petauristidae
232	Ngũ vị tử	B - N	<i>Fructus Schisandrae chinensis</i>	<i>Schisandra chinensis</i> (Turcz.) Baill. - Schisandraceae
233	Ngưu bàng tử	B - N	<i>Semen Arctii lappae</i>	<i>Arctium lappa</i> L. - Asteraceae
234	Ngưu tất	B - N	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	<i>Achyranthes bidentata</i> Blume. - Amaranthaceae
235	Nha đằm tử	B	<i>Fructus Bruceae</i>	<i>Brucea javanica</i> (L.) Merr. - Simarubaceae
236	Nhân sâm	B	<i>Rhizoma et Radix Ginseng</i>	<i>Panax ginseng</i> C.A.Mey - Araliaceae
237	Nhân trần	N	<i>Herba Adenosmatis caerulei</i>	<i>Adenosma caeruleum</i> R.Br. - Scrophulariaceae
238	Nhũ hương	B	<i>Gummi resina Olibanum</i>	<i>Boswellia carterii</i> Birdw. - Bursaceae
239	Nhục đậu khấu	B - N	<i>Semen Myristicae</i>	<i>Myristica fragrans</i> Houtt. - Myristicaceae
240	Nhục thung dung	B	<i>Herba Cistanches</i>	<i>Cistanche desert</i> Orobanchaceae <i>icola</i> Y. C. Ma -
241	Nữ trinh tử	B	<i>Fructus Ligustri</i>	<i>Ligustrum lucidum</i> L. - Fabaceae
242	Ô rô	N	<i>Herba et radix Acanthi ilicifolii</i>	<i>Acanthus ilicifolius</i> L, - Acanthaceae
243	Ô tặc cốt	N	<i>Os Sepiae</i>	<i>Sepia esculenta</i> Hoyle - Sepiidae
244	Ô dược	B	<i>Radix Linderae</i>	<i>Lindera aggregata</i> (Sims.) Kosterm. - Lauraceae
245	Ô mai	N	<i>Fructus Armeniacae praeparatum</i>	<i>Prunus armeniaca</i> L. - Rosaceae
246	Ồi	N	<i>Folium Psidii guajavae</i>	<i>Psidium guajava</i> L.- Myrtaceae
247	Phá cố chỉ (Bồ cốt chỉ)	B	<i>Fructus Psoraleae corylifoliae</i>	<i>Psoralea corylifolia</i> L. - Fabaceae

248	Phác tiêu	N	<i>Natrium Sulfuricum</i>	<i>Natrium sulfuricum</i>
249	Phan tả diệp	B	<i>Folium Casside angustifoliae</i>	<i>Cassia angustifolia</i> Vahl. - Caesalpinaceae
250	Phật thủ	N	<i>Fructus Citri medicae</i>	<i>Citrus medica</i> L. var. <i>sarcodactylis</i> (Noot.) Swingle. - Rutaceae
251	Phèn chua (bạch phân)	N	<i>Alumen</i>	<i>Sulfas Alumino potassicus</i>

252	Phòng kỷ	B	<i>Radix Stephaniae tetrandrae</i>	<i>Stephania tetrandra</i> S. Moore - Menispermaceae
253	Phòng phong	B	<i>Radix Saposhnikoviae divaricatae</i>	<i>Saposhnikovia divaricata</i> (Turcz.) Schischk.- Apiaceae
254	Phù bình	N	<i>Herba Pistiae</i>	<i>Pistia stratiotes</i> L. - Araceae
255	Phụ tử (ché)	B - N	<i>Radix Aconiti lateralis praeparata</i>	<i>Aconitum carmichaeli</i> Debx. - Ranunculaceae
256	Phúc bồn tử	B - N	<i>Fructus Rubi alceaefolii</i>	<i>Rubus alceaefolius</i> Poir. - Rosaceae
257	Phục thần	B	<i>Poria</i>	<i>Poria cocos</i> (Schw.) Wolf. - Polyporaceae
258	Qua lâu nhân	B	<i>Semen Trichosanthis</i>	<i>Trichosanthes spp.</i> - Cucurbitaceae
259	Quả xộp (trâu cổ)	N	<i>Fructus Fici Pumilae</i>	<i>Ficus Pumila</i> L. - Moraccae
260	Quán chúng	B	<i>Rhizoma Cyrtomii fortunei</i>	<i>Cyrtomium fortunei</i> J.Smi - Polypodiaceae
261	Quất hạch	N	<i>Semen Citri reticulatae</i>	<i>Citrus reticulata</i> Blanco. - Rutaceae
262	Quất hồng bì	N	<i>Fructus Clausenae lansii</i>	<i>Clausena lansium</i> (Lour) Skeels. - Rutaceae
263	Quế chi	N	<i>Ramulus Cinnamomi</i>	<i>Cinnamomum sp.</i> - Lauraceae
264	Quế nhục	N	<i>Cortex Cinnamomi</i>	<i>Cinnamomum spp.</i> - Lauraceae
265	Quy bản	B - N	<i>Carapax Testudinis</i>	<i>Testudo elongata</i> Blyth - Testudinidae
266	Rau má	N	<i>Herba Centellae asiaticae</i>	<i>Centella asiatica</i> Urb. - Apiaceae
267	Râu mèo	N	<i>Herba Orthosiphonis spiralis</i>	<i>Orthosiphon spiralis</i> (Lour.) Merr. - Lamiaceae
268	Râu ngô	N	<i>Styli et Stigmata Maydis</i>	<i>Zea mays</i> L. - Poaceae
269	Rau sam	N	<i>Herba Portulacae oleraceae</i>	<i>Portulaca oleracea</i> L. - Portulacaceae
270	Rễ nhàu	N	<i>Radix Morindae citrifoliae</i>	<i>Morinda citrifolia</i> L.- Rubiaceae

271	Riềng	N	<i>Rhizoma Alpiniae officinari</i>	<i>Alpinia officinarum</i> Hance. - Zingiberaceae
272	Sa nhân	B - N	<i>Fructus Amomi</i>	<i>Amomum spp.</i> - Zingiberaceae
273	Sa sâm	B	<i>Radix Glehniae</i>	<i>Glehnia littoralis</i> Fr. Schmidt ex Miq. - Apiaceae
274	Sài hồ bắc	B	<i>Radix Bupleuri</i>	<i>Bupleurum spp.</i> - Apiaceae
275	Sài hồ nam	N	<i>Radix et Folium Pluchae pteropodae</i>	<i>Pluchea pteropoda</i> Hemsl. - Asteraceae
276	Sài đất	N	<i>Herba Wedeliae</i>	<i>Wedelia chinensis</i> (Osbeck) Merr. - Asteraceae
277	Sâm cau	N	<i>Rhizoma Curculiginis</i>	<i>Curculigo orchtaides</i> Gaertn. - Curculigonaceae
278	Sâm đại hành	N	<i>Bulbus Eleutherinis subaphyllae</i>	<i>Eleutherine subaphylla</i> Gagnep. - Iridaceae
279	Sâm ngọc linh	N	<i>Rhizoma et Radix Panacis Vietnamensis</i>	<i>Panax Vietnamensis</i> Ha et Grushv. - Araliaceae
280	Sim	N	<i>Folium, Fructus et Radix Rhodomyrti tomentosae</i>	<i>Rhodomyrtus tomentosa</i> (Ait.) Hassk - Myrtaceae

281	Sinh địa	B - N	<i>Radix Rehmanniae glutinosae</i>	<i>Rehmannia glutinosa</i> (Gaertn.) Libosch. - Scrophulariaceae
282	Sinh khương	N	<i>Rhizoma Zingiberis recens</i>	<i>Zingiber officinale</i> Rose. - Zingiberaceae
283	Sói rừng	N	<i>Herba Sarcandrae glabrae</i>	<i>Sarcandra glabra</i> - Chloranthaceae.
284	Sơn thù	B	<i>Fructus Corni officinalis</i>	<i>Cornus officinalis</i> Sieb, et Zucc. - Cornaceae
285	Sơn tra	B - N	<i>Fructus Mali</i>	<i>Malus doumeri</i> (Bois.) A. Chev. - Rosaceae
286	Sử quân tử	B - N	<i>Fructus Quisqualis</i>	<i>Quisqualis indica</i> L. - Combretaceae
287	Tam lăng	B	<i>Rhizoma Sparganii</i>	<i>Sparganium stoloniferum</i> Buch. Ham. - Sparganiaceae
288	Tam thất	B	<i>Radix Panacis notoginseng</i>	<i>Panax notoginseng</i> (Burk.) F. H. Chen - Araliaceae
289	Tâm xoong	N	<i>Herba Atalaniae</i>	<i>Atalania buxifolia</i> (Poir.) Olive. - Rutaceae

290	Tầm xuân	N	<i>Herba Rosae multiflorae</i>	<i>Rosa multiflora</i> Thunb. - Rosaceae
291	Tân di	B	<i>Flos Magnoliae liliflorae</i>	<i>Magnolia liliflora</i> Dear. - Magnoliaceae
292	Tân giao	B	<i>Radix Gentianae macrophyllae</i>	<i>Gentiana macrophylla</i> Pall. - Gentianaceae
293	Tang bạch bì	B - N	<i>Cortex Mori albae radices</i>	<i>Morus alba</i> L. - Moraceae
294	Tang chi	N	<i>Ramulus Morri albae</i>	<i>Morus alba</i> L. - Moraceae
295	Tang diệp	N	<i>Folium Mori albae</i>	<i>Morus alba</i> L. - Moraceae
296	Tang ký sinh	N	<i>Herba Loranthis gracilifolii</i>	<i>Loranthus gracilifolius</i> Schult. - Lorantheaceae
297	Tang phiêu tiêu	B - N	<i>Cotheca Mantidis</i>	<i>Mantis religiosa</i> L. - Mantidae
298	Tang thâm (quả dâu)	B - N	<i>Fructus Mori albae</i>	<i>Morus alba</i> L. - Moraceae
299	Tạo giác thích	B - N	<i>Spina Gledischiae australis</i>	<i>Gledischia australis</i> Hemsl. - Caealpiniaceae
300	Táo nhân	B - N	<i>Semen Ziziphi mauritanae</i>	<i>Ziziphus mauritiana</i> Lamk. - Rhamnaceae
301	Tế tân	B	<i>Radix et Rhizoma Asari</i>	<i>Asarum heterotropoides</i> Kitag. - Aristolochiaceae
302	Thạch cao	N	<i>Gypsum fibrosum</i>	<i>Gypsum fibrosum</i>
303	Thạch hộc	B - N	<i>Herba Dendrobii</i>	<i>Dendrobium</i> spp. - Orchidaceae
304	Thạch lưu bì	N	<i>Pericarpium Punicae Granati</i>	<i>Punica granatum</i> L. - Punicaceae
305	Thạch quyết minh	N	<i>Concha Haliotidis</i>	<i>Haliotis</i> sp. - Haliotidae
306	Thạch vĩ	B - N	<i>Herba pyrrosiae linguae</i>	<i>Pyrrosia lingua</i> (Thumb.) Fawell - Polypodiaceae
307	Thạch xương bò	B - N	<i>Rhizoma Acori graminei</i>	<i>Acorus gramineus</i> Soland. - Araceae
308	Thăng ma	B	<i>Rhizoma Cimicifugae</i>	<i>Cimicifuga</i> sp. - Ranunculaceae
309	Thần sa	B	<i>Sinnabaris</i>	

310	Thanh bì	B - N	<i>Pericarpium Citri reticulatae viridae</i>	<i>Citrus reticulata</i> Blanco. - Rutaceae
311	Thanh táo	N	<i>Herba Justiciae</i>	<i>Justicia gendarussa</i> L. - Acanthaceae
312	Thanh tương tử	N	<i>Semen Celosiae</i>	<i>Celosia argentea</i> L. - Amaranthaceae
313	Thảo quả	N	<i>Fructus Amomi aromatici</i>	<i>Amomum aromaticum</i> Roxb. - Zingiberaceae

314	Thảo quyết minh	N	<i>Semen Cassiae torae</i>	<i>Cassia tora</i> L. - Fabaceae
315	Thị đế	B - N	<i>Calyx Kaki</i>	<i>Diospyros kaki</i> L.f. - Ebenaceae
316	Thiên hoa phấn	B	<i>Radix Trichosanthis</i>	<i>Trichosanthes kirilowii</i> Cucurbitaceae Maxim. -
317	Thiên ma	B	<i>Rhizoma Gastrodiae elatae</i>	<i>Gastrodia elata</i> Bl. - Orchidaceae
318	Thiên môn đông	B - N	<i>Radix Asparagi cochinchinensis</i>	<i>Asparagus cochinchinensis</i> - Asparagaceae (Lour.) Merr.
319	Thiên nam tinh	N	<i>Rhizoma Arisaemae</i>	<i>Arisaema balansae</i> Engl.- Araceae
320	Thiên niên kiện	N	<i>Rhizoma Homalomenae occultae</i>	<i>Homalomena occulta</i> (Lour.) Schott - Araccae
321	Thỏ hoàng liên	B - N	<i>Rhizoma Thalictri foliolosi</i>	<i>Thalictrum foliolosum</i> DC. - Ranunculaceae
322	Thỏ bói mẫu	B	<i>Bulbus Pseudolaricis</i>	<i>Pseudolarix kaempferi</i> Gord.- Cucurbitaccae
323	Thỏ phục linh	N	<i>Rhizoma Smilacis glabrae</i>	<i>Smilax glabra</i> Roxb. - Smilacaceae
324	Thỏ ty tử	B	<i>Semen Cuscutae</i>	<i>Cuscuta chinensis</i> Lamk. - Cuscutaceae
325	Thông thảo	B	<i>Medulla Tetrapanacis</i>	<i>Tetrapanax papyrifera</i> (Hook.) K. Koch - Araliaceae
326	Thủ cung (Thạch sùng)	N	<i>Scorpio Hemidactyli</i>	<i>Hemidactylus frenatus</i> Gekkonidae Schlegel-
327	Thục địa	B - N	<i>Radix Rehmanniae glutinosae praeparata</i>	<i>Rehmannia glutinosa</i> (Gaertn.) Libosch. - Scrophulariaceae
328	Thương lục	B - N	<i>Radix Phytolaccae</i>	<i>Phytolacca esculenta</i> Van Houtle - Phytolaccaceae
329	Thương nhĩ tử (Ké đầu ngựa)	B - N	<i>Fructus Xanthii strumarii</i>	<i>Xanthium strumarium</i> L. - Asteraceae
330	Thương truật	B	<i>Rhizoma Atractylodis</i>	<i>Atractylodes lancea</i> (Thunb.) DC. - Asteraceae
331	Thủy xương bò	N	<i>Rhizoma Acori calami</i>	<i>Acorus calamus</i> L. - Araceae
332	Thuyền thoái	B - N	<i>Periostracum Cicadae</i>	<i>Crytotympana pustulata</i> Fabricius - Cicadidae
333	Tiên hạc thảo	B - N	<i>Herba Agrimoniae</i>	<i>Agrimonia pilosa</i> Ledeb. Nakai. - Rosaceae
334	Tiền hồ	B	<i>Radix Peucedani</i>	<i>Peucedanum spp.</i> - Apiaceae

335	Tiểu hồi	B - N	<i>Fructus Foeniculi</i>	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill. - Apiaceae
336	Tiểu kế	B - N	<i>Radix Cirsii segenti</i>	<i>Cirsium segetum</i> Bunge - Asteraceae
337	Tiểu mạch	N	<i>Fructus Triticici aestivi</i>	<i>Triticum aestivum</i> L. - Poaceae
338	Tô mộc	N	<i>Lignum sappan</i>	<i>Caesalpinia sappan</i> L. - Fabaceae
339	Tô ngành	N	<i>Caulis Perillae</i>	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britt. - Lamiaceae

340	Tô tử (Tía tô hạt)	N	<i>Semen Perillae frutescensis</i>	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britt. - Lamiaceae
341	Tô diệp	N	<i>Folium Perillae</i>	<i>Perilla frutescens</i> (L.) Britt. - Lamiaceae
342	Toàn phúc hoa	B	<i>Flos Inulae</i>	<i>Inula japonica</i> Thunb. - Asteraceae
343	Toàn yết	B - N	<i>Scorpio</i>	<i>Buthus martensii</i> Karsch. - Buthidae
344	Trắc bách diệp	B - N	<i>Cacumen Platycladi</i>	<i>Platycladus orientalis</i> (Cupressaceae L.) Franco -
345	Trạch tả	N	<i>Rhizoma Alismatis</i>	<i>Alisma plantago-aquatica</i> L. var. <i>orientate</i> (Sammuels) Juzep. - Alismataceae
346	Tràm	N	<i>Ramulus cum Folium Melaleucae</i>	<i>Melaleuca cajeputi</i> Powell. - Myrtaceae
347	Trâm bầu	N	<i>Folium et Cortex Combreti quadrangulae</i>	<i>Combretum quadrangula</i> Kusz. - Combretaceae
348	Trần bì	B - N	<i>Pericarpium Citri reticulatae perenne</i>	<i>Citrus reticulata</i> Blanco. - Rutaceae
349	Trân châu mẫu	N	<i>Margarita</i>	<i>Pteria martensii</i> Dunker, - Pteridae
350	Trầu không	N	<i>Folium Piperis betle</i>	<i>Piper betle</i> L. - Piperaceae
351	Tri mẫu	B	<i>Rhizoma Anemarrhenae</i>	<i>Anemarrhena asphodeloides</i> Bge. - Liliaceae
352	Trình nữ (xấu hổ)	N	<i>Herba Mimosa pudicae</i>	<i>Mimosa pudica</i> L. - Mimosaceae
353	Trình nữ hoàng cung	N	<i>Folium Crini latifolii</i>	<i>Crinum latifolium</i> L. - Amaryllidaceae
354	Trư linh	B	<i>Polyporus</i>	<i>Polyporus umbellatus</i> (Pers.) Fries - Polyporaceae
355	Trúc diệp (Lá tre)	N	<i>Folium Bambusae vulgaris</i>	<i>Bambusa vulgaris</i> - Poaceae Schrad. ex J.C.Wendl
356	Trúc nhự	B - N	<i>Caulis bambusae in teaniis</i>	<i>Bambusa sp; Phyllostachys sp</i> Poaceae

357	Trung quân	N	<i>Herba Ancistrocladi</i>	<i>Ancistrocladus scandens</i> (Lour.) Merr. - Ancistrocladaceae
358	Tử thảo	B	<i>Radix Lithospermi</i>	<i>Lithospermum erythrorhizon</i> Sieb, et Zucc. - Boraginaceae
359	Tử uyển	B	<i>Radix et Rhizoma Asteris</i>	<i>Aster tataricus</i> L.f. - Asteraceae
360	Tục đoạn	B - N	<i>Radix Dipsaci</i>	<i>Dipsacus japonicus</i> Miq. - Dipsacaceae
361	Tỳ bà diệp	B - N	<i>Folium Eriobotryae japonicae</i>	<i>Eriobotrya japonica</i> (Thunb.) Lindl. - Rosaceae
362	Tỳ giải	B - N	<i>Rhizoma Dioscoreae</i>	<i>Dioscorea septembola</i> Thunb., D. <i>futschanensis</i> Uline ex R.Kunth, D. <i>tokoro</i> Makino - Dioscoreaceae
363	Uất kim	N	<i>Radix Curcumae</i>	<i>Curcuma longa</i> L. - Zingiberaceae
364	Uất lý nhân	B-N	<i>Semen Pruni</i>	<i>Prunus humilis</i> Bge
365	Uy linh tiên	B	<i>Radix et Rhizoma Clematidis</i>	<i>Clematis chinensis</i> Osbeck. - Ranunculaceae
366	Vàng đắng	N	<i>Caulis Coscinii fenestrati</i>	<i>Coscinium fenestratum</i> (Gaertn.) Colebr. - Menispermaceae

367	Viễn chí	B	<i>Radix Polygalae</i>	<i>Polygala spp.</i> - Polygalaceae
368	Vỏ đỗ xanh	N	<i>Pericarpium Semen Vignae aurei</i>	<i>Vigna aurea</i> Roxb. - Fabaceae
369	Vọng cách	N	<i>Folium Premnae corymbosae</i>	<i>Premna corymbosa</i> Rottl. Ex Willd. - Verbenaceae
370	Vông nem	N	<i>Folium Erythrinae</i>	<i>Erythrina variegata</i> L. - Fabaceae
371	Vú bò	N	<i>Herba Fici</i>	<i>Ficus heterophyllus</i> L. - Moraceae
372	Vùng đen	N	<i>Semen Sesami</i>	<i>Sesamum indicum</i> L. - Pedaliaceae
373	Vương bất lưu hành	B - N	<i>Semen Vaccariae</i>	<i>Vaccaria segetalis</i> Caryophyllaceae Neck-
374	Vương tôn (Gấm)	N	<i>Caulis et montani Radix Gneti</i>	<i>Gnetum montanum</i> Mgf. - Gnetaceae
375	Xạ can	N	<i>Rhizoma Belamcandae</i>	<i>Belamcanda chinensis</i> (L.) DC. - Iridaceae
376	Xạ hương	B-N	<i>Moschus</i>	<i>Moschus moschiferus</i>

				<i>L. Cervidae</i>
377	Xà sàng tử	B - N	<i>Fructus Cnidii</i>	<i>Cnidium monnieri</i> (L) Cuss - Apiaceae
378	Xa tiền tử	B - N	<i>Semen Plantaginis</i>	<i>Plantago major</i> L. - Plantaginaceae
379	Xạ đen	N	<i>Herba Ehretiae asperulae</i>	<i>Ehretia asperula</i> Zoll.& Mor.- Boraginaceae
380	Xích đồng nam	N	<i>Herba Clerodendri infortunati</i>	<i>Clerodendrum infortunatum</i> L. - Verbenaceae
381	Xích thược	B	<i>Radix Paeoniae</i>	<i>Paeonia lactiflora</i> Pall - Ranunculaceae
382	Xoan nhừ	N	<i>Cortex Choerospondiacis</i>	<i>Choerospondias axillaris</i>
383	Xuyên bối mẫu	B	<i>Bulbus Fritillariae</i>	<i>Fritillaria cirrhosa</i> D. Don - Liliaceae
384	Xuyên khung	B - N	<i>Rhizoma Ligustici wallichii</i>	<i>Ligusticum wallichii</i> Franch. - Apiaceae
385	Xuyên luyện tử	B	<i>Fructus Meliae toosendan</i>	<i>Melia toosendan</i> Meliaceae Sid. Et Zuce L. -
386	Xuyên tâm liên	B - N	<i>Herba Andrographitis paniculatae</i>	<i>Andrographis paniculata</i> Acanthaceae Burun.f. -
387	Xuyên tiêu	B - N	<i>Fructus Zanthoxyli</i>	<i>Zanthoxylum spp.</i> - Rutaceae
388	Ý dĩ	B - N	<i>Semen Coicis</i>	<i>Coix lachryma-jobi</i> L. - Poaceae

*** Ghi chú:**

B: chỉ dược liệu (cây, con, khoáng vật) làm thuốc được nuôi trồng, khai thác từ nước ngoài

N: chỉ dược liệu (cây, con, khoáng vật) làm thuốc được nuôi trồng, khai thác trong nước

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại- (Ban hành kèm theo Quyết định số 5031/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ y tế)