

BỘ Y TẾ

BỆNH HỌC VÀ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

(KẾT HỢP ĐÔNG - TÂY Y)

SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ Y HỌC CỔ TRUYỀN

Chủ biên:

PGS.TS. NGUYỄN THỊ BAY



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ

BỆNH HỌC VÀ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

(KẾT HỢP ĐÔNG - TÂY Y)

(SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ Y HỌC CỔ TRUYỀN)

MÃ SỐ: D.08.Z.24

Chủ biên: PGS. TS. Nguyễn Thị Bay

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2007

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN

Vụ Khoa học & Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Thị Bay

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN

PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu

ThS. Ngô Anh Dũng

PGS. TS. Nguyễn Thị Bay

BSCCKII. Nguyễn Thị Lina

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO

ThS. Phí Văn Tâm

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo bác sĩ y học cổ truyền. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở, chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn về chuyên môn để đảm bảo chất lượng đào tạo nhân lực y tế.

Sách “*Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông - Tây y*” được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại vào thực tiễn Việt Nam.

Sách “*Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông - Tây y*” đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành bác sĩ y học cổ truyền của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2006. Bộ Y tế quyết định ban hành là tài liệu dạy - học đạt chuẩn chuyên môn của ngành Y tế trong giai đoạn 2006-2010. Trong quá trình sử dụng, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các cán bộ giảng dạy ở Bộ môn Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã giành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này, cảm ơn PGS. TS. Nguyễn Nhược Kim; PGS. Nguyễn Văn Thang đã đọc, phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Vì lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ

LỜI NÓI ĐẦU

Bệnh học và điều trị là hai môn học có tầm quan trọng đặc biệt mang tính quyết định trong nghề nghiệp của mỗi người thầy thuốc.

Để đáp ứng kịp thời yêu cầu của sinh viên và học viên và cũng để hưởng ứng việc biên soạn sách giáo khoa trong dự án Giáo dục đại học của Đại học Y Dược TP.HCM của Bộ Y tế, chúng tôi biên soạn cuốn Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông - Tây y này.

Trong thời đại bùng nổ thông tin như hiện nay, việc tiếp cận với những tiến bộ khoa học kỹ thuật không khó, đã giúp chúng ta biết rằng sự tiến bộ mạnh mẽ trong lĩnh vực chẩn đoán của y học hiện đại, sự ra đời của những thuốc mới góp phần làm cho điều trị nội khoa không ngừng phát triển, tuy nhiên người ta cũng nhìn nhận rằng y học cổ truyền có một vai trò nhất định đối với các bệnh mạn tính và những phương pháp từ dùng thuốc y học cổ truyền (YHCT) đến không dùng thuốc như châm cứu, dưỡng sinh, xoa bóp bấm huyệt, tập luyện, cách ăn uống... hỗ trợ cho điều trị và phòng bệnh một cách tích cực và hiệu quả.

Quyển Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông - Tây y được hình thành từ việc hiệu chỉnh, bổ sung, sửa chữa giáo trình bệnh học và điều trị kết hợp đã đưa ra giảng dạy nhiều năm tại Khoa Y học cổ truyền Đại học Y Dược TPHCM, bổ sung thêm một số bài mới cùng những nội dung từ các kết quả nghiên cứu về bệnh học kết hợp và ứng dụng điều trị bằng YHCT trong những năm gần đây. Nội dung sách được phân thành 31 bài tương ứng với 31 bệnh điển hình của bệnh học nội khoa phổ biến, hay gặp trong lâm sàng thuộc về các phần: tim mạch, hô hấp,... bệnh lý xương khớp.

Chúng tôi (chủ biên và tập thể các tác giả) đã cố gắng thể hiện tính kinh điển, tính hiện đại và tính thực tế trong việc biên soạn sách giáo khoa này, qua đó chúng tôi đã tham khảo nhiều tư liệu của nhiều tác giả trong và ngoài nước, chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các tác giả đó.

Dù hết sức cố gắng, nhưng thiếu sót là điều khó tránh khỏi, rất mong nhận được ý kiến nhận xét và đóng góp của các bạn sinh viên - học viên, cùng quý đồng nghiệp để quyển sách ngày được tốt hơn

Chân thành cảm ơn

Chủ biên

PGS.TS. Nguyễn Thị Bay

HƯỚNG DẪN CÁCH SỬ DỤNG SÁCH

Để đáp ứng nhu cầu đào tạo và tự đào tạo của sinh viên, học viên, sách Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông – Tây y bao gồm:

- Phần mục lục
- Phần nội dung
- Phần index

Mỗi bài học có:

- Mục tiêu
- Nội dung bài học
- Phần câu hỏi ôn tập (tự lượng giá)

Độc giả và học viên có thể chọn bài học từ mục lục và tham khảo index để tra cứu từ ngữ muốn tìm.

Tùy thuộc vào yêu cầu học tập của mỗi đối tượng, mỗi bài học có nhiều mục tiêu cho học viên chọn lựa, từ những nội dung bắt buộc “phải biết”, đến những nội dung “cần biết” và “nên biết” dành cho sinh viên, đến những phần triển khai rộng hơn để tiện cho việc tham khảo dành cho học viên sau đại học, cuối mỗi bài học có bài tập giúp cho việc tự lượng giá cho quá trình tự học .

Mỗi nội dung trong bài học, chúng tôi biên soạn theo trình tự song song Đông y và Tây y, bệnh danh là hệ thống bệnh danh y học hiện đại (YHHĐ).

Phần đại cương luôn có định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học của bệnh và phân loại theo cả YHHĐ và y học cổ truyền (YHCT), trong đó các khái niệm về từ ngữ YHCT được giải thích nhằm giúp học viên liên hệ và kết nối với các phần khác trong bài học dễ dàng hơn.

Phần nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của YHCT dựa vào các triệu chứng YHHĐ của bệnh, tìm hiểu cơ chế bệnh sinh của YHCT sinh ra các triệu chứng ấy để rồi tổng hợp lại chọn ra những cơ chế bệnh sinh tương ứng, những nguyên nhân gây bệnh phù hợp và các biểu hiện là những thể lâm sàng YHCT.

Phần điều trị, chỉ nêu nguyên tắc điều trị theo YHHĐ và điều trị theo YHCT từ dùng thuốc đến không dùng thuốc, đến các kinh nghiệm dân gian thường sử dụng.

Thay mặt các tác giả

Chủ biên

PGS.TS. NGUYỄN THỊ BAY

MỤC LỤC

Lời giới thiệu		3
Lời nói đầu		5
Hướng dẫn sử dụng sách		6
Tăng huyết áp	<i>PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	9
Thiếu máu cơ tim	<i>PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	34
Xơ mỡ động mạch	<i>PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	53
Viêm phế quản cấp và mạn	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	63
Hen phế quản	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	86
Các rối loạn vận động của thực quản	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	110
Viêm dạ dày	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	120
Loét dạ dày – tá tràng	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	127
Rối loạn hấp thu	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	144
Hội chứng đại tràng kích ứng	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	165
Viêm gan mạn	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	174
Xơ gan	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	192
Sỏi mật	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	214
Nhiễm trùng tiết niệu	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	223
Sỏi tiết niệu	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	241
Chứng suy sinh dục nam (impotence)	<i>ThS. Ngô Anh Dũng</i>	252
Bệnh viêm sinh dục nữ	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	271
Thiếu máu	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	300
Bệnh đái tháo đường	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	327
Bệnh béo phì	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	367
Chứng rụng tóc (alopecia)	<i>ThS. BS. Ngô Anh Dũng</i>	380
Bệnh loãng xương	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	383
Tai biến mạch máu não	<i>PGS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	399

Liệt mặt nguyên phát	<i>BSCK II Nguyễn Thị Li Na</i>	420
Bại não	<i>BSCK II Nguyễn Thị Li Na</i>	429
Viêm đa dây thần kinh	<i>PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	440
Điều trị đau thần kinh tọa theo YHCT	<i>PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	469
Hội chứng suy nhược mãn tính (CFS)	<i>PGS. TS. Phan Quan Chí Hiếu</i>	482
Viêm khớp dạng thấp	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	497
Thoái hoá khớp	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	520
Thống phong - Goutte	<i>PGS. TS. Nguyễn Thị Bay</i>	538

TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bệnh tăng huyết áp.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh tăng huyết áp theo lý luận y học cổ truyền.*
3. *Chẩn đoán được 3 thể lâm sàng tăng huyết áp theo y học cổ truyền.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị tăng huyết áp theo y học hiện đại và y học cổ truyền.*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị tăng huyết áp (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị tăng huyết áp bằng y học cổ truyền.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Tăng huyết áp là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, nói lên tình trạng gia tăng áp lực máu trong các động mạch của đại tuần hoàn.
- Theo OMS, ở người lớn có huyết áp (HA) bình thường, nếu huyết áp động mạch tối đa < 140 mmHg (18,7 kpa) và huyết áp động mạch tối thiểu < 90 mmHg (12 kpa). Tăng huyết áp khi huyết áp động mạch tối đa \geq 160 mmHg (21,3 kpa) và huyết áp động mạch tối thiểu \geq 95 mmHg (12 kpa). Huyết áp động mạch tối đa còn gọi là huyết áp tâm thu, huyết áp động mạch tối thiểu còn gọi là huyết áp tâm trương.

1.2. Phân loại

1.2.1. Dựa theo định nghĩa

- Tăng huyết áp giới hạn khi trị số huyết áp trong khoảng $140/90 < PA < 160/95$ mmHg

- Tăng huyết áp tâm thu khi huyết áp động mạch tối đa (PAs) lớn hơn 160 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu (PAd) nhỏ hơn 90 mmHg.
- Tăng huyết áp tâm trương khi huyết áp động mạch tối đa (PAs) thấp hơn 140 mmHg và huyết áp động mạch tối thiểu (PAd) cao hơn 95 mmHg.

1.2.2. Dựa vào tình trạng biến thiên của trị số huyết áp

- Tăng huyết áp thường xuyên, có thể phân thành tăng huyết áp ác tính và tăng huyết áp lành tính
- Tăng huyết áp cơn: trên cơ sở huyết áp bình thường hoặc gần bình thường, bệnh xuất hiện với những cơn cao vọt, những lúc này thường có tai biến.
- Tăng huyết áp dao động: con số huyết áp có thể lúc tăng, lúc không tăng (OMS khuyên không nên dùng thuật ngữ này và nên xếp vào loại giới hạn vì tất cả các trường hợp tăng huyết áp đều ít nhiều dao động).

1.2.3. Dựa vào nguyên nhân

- Tăng huyết áp nguyên phát (không có nguyên nhân), ở người cao tuổi.
- Tăng huyết áp thứ phát (có nguyên nhân), phần lớn ở trẻ em và người trẻ tuổi.

1.3. Đặc điểm dịch tễ học

Ở châu Âu và Bắc Mỹ tỷ lệ người lớn mắc bệnh từ 15 - 20%. Theo một công trình của Tcherdakoff thì tỷ lệ này là 10-20%. Ở Việt Nam tỷ lệ người lớn mắc bệnh tăng huyết áp là 6 - 12%.

Bệnh tăng huyết áp nguyên phát là bệnh của “*thời đại văn minh*”. Có lẽ tăng huyết áp nguyên phát chỉ gặp ở loài người.

- Bệnh này có liên quan đến:
 - + *Tuổi*: tuổi càng cao thì càng nhiều người bệnh huyết áp cao. Nếu ở lứa tuổi trẻ số người có bệnh huyết áp cao chiếm tỷ lệ 1-2% thì ở người cao tuổi tỷ lệ mắc bệnh tăng đến 18,2-38% (thậm chí đến 50,2%). Trên 40 tuổi số người huyết áp cao gấp 10 lần so với khi dưới 40 tuổi.
 - + *Sự phát triển công nghiệp*: ở đô thị và nơi có nhịp sống căng thẳng, tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp cao hơn. Tương tự, ở các nước phát triển có mức sống cao và ở thành thị tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp nhiều hơn ở nông thôn.
- Tăng huyết áp là bệnh gây nhiều tai biến:
 - + Trong độ tuổi từ 50-60 tuổi: với huyết áp tâm trương 85mmHg, tỷ lệ tử vong là 6,3%. Với huyết áp tâm trương lớn hơn 104 mmHg, tỷ lệ tử vong là 15,3%.

- + Ở Pháp, nguyên cứu của F.Forette (1968-1978) cho thấy tỷ lệ tai biến mạch não ở người huyết áp cao gấp đôi (20,6%) người có huyết áp bình thường (9,8%). Tỷ lệ nhồi máu cơ tim là 27,8% (so với người bình thường 7,8%) nhiều gấp 3 lần.
- + Ở Mỹ, công trình nghiên cứu do Q.B. Kannel chỉ đạo, tiến hành trên 5209 đối tượng, và theo dõi liên tục trong 18 năm đã chứng minh: ở người huyết áp cao nguy cơ tai biến mạch não cao gấp 7 lần so với người huyết áp bình thường, tuổi càng cao nguy cơ càng lớn. Trị số HA tối đa tăng thêm 10 mmHg thì nguy cơ tai biến mạch não tăng thêm 30%.
- + Ở Nhật Bản, nghiên cứu của K. Isomura trong 10 năm (1970-1980) cho thấy: 79-88% những người tai biến mạch não là những người có bệnh tăng huyết áp.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo y học hiện đại

Tùy theo nguyên nhân, có thể chia ra: tăng huyết áp thứ phát và tăng huyết áp nguyên phát. Ở trẻ em và người trẻ, phần lớn là tăng huyết áp thứ phát. Ở người cao tuổi, phần lớn là tăng huyết áp nguyên phát.

2.1.1. Tăng huyết áp thứ phát

Loại này chiếm 11-15% tổng số trường hợp tăng huyết áp.

Nguyên nhân thận (chiếm khoảng 5-8%): viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn mắc phải hoặc di truyền; thận đa nang, ú nước bể thận, u tăng tiết renin; bệnh mạch thận (3-4%).

Nguyên nhân nội tiết: cường aldosteron nguyên phát (0,5-1%), phì đại thượng thận bẩm sinh, hội chứng Cushing (0,2-0,5%), u tuỷ thượng thận (0,1-0,2%). Tăng calci máu, bệnh to đầu chi, cường giáp...

Nguyên nhân khác (khoảng 1%): hẹp eo động mạch chủ, nhiễm độc thai nghén, bệnh đa hồng cầu, nguyên nhân thần kinh (toan hô hấp, viêm não, tăng áp lực nội sọ...).

2.1.2. Tăng huyết áp nguyên phát

Khi tăng huyết áp không tìm thấy nguyên nhân gọi là tăng huyết áp nguyên phát. Loại này chiếm tỷ lệ 85-89% trường hợp tăng huyết áp (theo Gifford và Weiss).

Phần lớn tăng huyết áp ở người trung niên và người già thuộc loại nguyên phát. Có nhiều yếu tố thuận lợi làm xuất hiện bệnh tăng huyết áp nguyên phát.

- *Yếu tố di truyền*: bệnh thường gặp ở những gia đình có huyết áp cao hơn là ở những gia đình có huyết áp bình thường.
- *Yếu tố biến dưỡng*: như thừa cân, xơ mỡ động mạch, chế độ ăn nhiều muối.
- *Yếu tố tâm thần kinh*: tình trạng căng thẳng thần kinh.
- *Yếu tố nội tiết*: thời kỳ tiền mãn kinh, dùng thuốc ngừa thai...

2.2. Theo y học cổ truyền

Tìm hiểu các tài liệu của YHCT nói về bệnh tăng huyết áp của y học hiện đại (YHHĐ) là điều không đơn giản. Tăng huyết áp là danh từ bệnh học YHHĐ và không có từ đồng nghĩa trong bệnh học y học cổ truyền (YHCT). Từ đồng nghĩa dễ gặp giữa YHHĐ và YHCT là các triệu chứng (ví dụ: “đau đầu” với “đầu thống”, “mất ngủ” với “thất miên”).

2.2.1. Các chứng trạng thường gặp trong bệnh tăng huyết áp

Các triệu chứng cơ năng thường gặp (nếu có xuất hiện) và được mô tả trong các tài liệu giáo khoa của một tình trạng tăng huyết áp kinh điển gồm: mệt, nhức đầu, rối loạn thị giác, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, chảy máu cam. Theo báo cáo của Sở Nghiên cứu cao huyết áp Thượng Hải (Trung Quốc) phân tích trên 550 trường hợp tăng huyết áp: đau đầu chiếm tỷ lệ cao nhất (74,8%), kế đến là tim hồi hộp (52,18%). Ngoài ra có thể có các biểu hiện khác là những hậu quả trực tiếp của tăng huyết áp; đó là những tình trạng thiếu năng mạch vành, tai biến mạch máu não, liệt bán thân.

Như vậy, có thể tóm tắt các triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý tăng huyết áp gồm:

- *Hoa mắt, chóng mặt*: YHCT xếp vào chứng huyễn vựng hay còn gọi là huyễn vựng.
- *Đau đầu*: YHCT xếp vào chứng đầu thống, đầu trọng, đầu trướng dựa vào những biểu hiện khác nhau của nó.
- *Đánh trống ngực, hồi hộp*: YHCT xếp vào chứng tâm quý, chính xung.
- *Đau ngực* gọi là tâm thống, hoặc kèm khó thở thì được gọi là tâm tý, tâm trướng.
- *Hôn mê, liệt nửa người*: YHCT xếp vào chứng trúng phong.

2.2.2. Cơ chế bệnh sinh

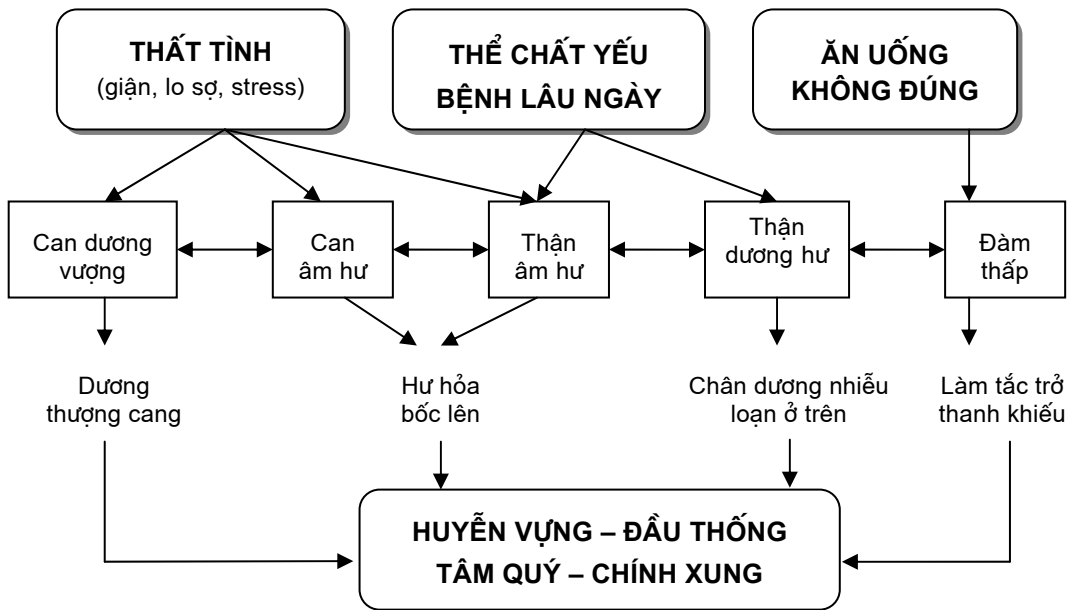
Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong bệnh lý tăng huyết áp, có thể biện luận về cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

Nguyên nhân của bệnh lý này theo YHCT có thể là

Do thất tình như giận, lo sợ gây tổn thương 2 tạng can, thận âm.

- *Do bệnh lâu ngày*, thể chất suy yếu; thận âm, thận dương suy (thận âm suy hư hỏa bốc lên, thận dương suy chân dương nhiễu loạn ở trên).
- *Do đàm thấp* ủng trệ gây trở tắc thanh khiếu. Đàm thấp có thể do ăn uống không đúng cách gây tổn hại tỳ vị hoặc do thận dương suy không khí hóa được nước làm sinh đàm.

Sự phân chia này có tính tương đối vì giữa các nguyên nhân (theo YHCT) và các thể bệnh có mối liên hệ với nhau như can âm hư có thể dẫn đến can dương vượng (can dương thượng xung), thận âm hư lâu ngày dẫn đến thận dương hư hoặc như thận dương hư có thể gây nên bệnh cảnh đàm thấp.



Hình 1.1. Sơ đồ bệnh lý bệnh tăng huyết áp theo YHCT

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân tăng huyết áp thường không có triệu chứng (trừ khi họ có đợt tăng đột biến, trị số huyết áp 220/110 mmHg).
- Những triệu chứng chức năng của tăng huyết áp lại là những triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, đau đầu vùng gáy như mạch đập, nóng bừng mặt, chảy máu cam, đau ngực, khó thở, rối loạn thị giác và tiếng nói.

- Trái lại, có những triệu chứng lâm sàng làm gợi ý cho việc tìm kiếm nguyên nhân của tăng huyết áp
 - + *Đau khớp khiêng cách hồi* gợi ý cho teo hẹp động mạch chủ.
 - + Mọc râu (ở phụ nữ), dễ bầm máu gợi ý cho hội chứng Cushing.
 - + Tăng huyết áp kéo dài hoặc từng đợt, ra nhiều mồ hôi, đau đầu từng cơn, cơn hồi hộp, lo lắng, run rẩy, nôn ói, mặt tái gợi ý cho u tủy thượng thận.
 - + Giảm kali máu, yếu cơ, vọp bẻ, tiểu nhiều, liệt, tiểu đêm gợi ý cho cường aldosteron nguyên phát.
 - + *Đau vùng hông* gợi ý cho những bệnh của thận và mạch máu thận.

3.1.2. Làm thế nào xác định chẩn đoán

Đo huyết áp lặp lại nhiều lần, ở nhiều nơi khác nhau, nhiều thời điểm khác nhau, với kỹ thuật thực hiện đúng.

Holter huyết áp rất tốt trong trường hợp nghi ngờ.

3.1.3. Phải làm gì sau chẩn đoán tăng huyết áp

- Có 3 vấn đề phải giải quyết sau chẩn đoán tăng huyết áp:
 - + Tăng huyết áp thứ phát hay nguyên phát?
 - + Đã có ảnh hưởng trên những cơ quan nào? giai đoạn tăng huyết áp?
 - + Có yếu tố nguy cơ đi kèm?
- Để trả lời 3 câu hỏi trên, cần chú ý:
 - + Hỏi bệnh, khám lâm sàng.
 - + Những xét nghiệm cận lâm sàng:
 - *Xét nghiệm thông thường của tăng huyết áp*: xét nghiệm máu thường quy; BUN - creatinin; K⁺ máu; cholesterol, HDL, LDL, triglycerid; đường huyết; đo EKG; phân tích nước tiểu.
 - *Xét nghiệm cần nên làm khi có nghi ngờ về nguyên nhân gây tăng huyết áp* (dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng và các kết quả của những xét nghiệm ở trên).
 - Chụp X quang tim phổi (hẹp động mạch chủ).
 - Dexamethason suppression test (hội chứng Cushing).
 - Lượng metanephrin và vanillylmandelic acid trong nước tiểu (u tủy thượng thận).
 - Chụp động mạch thận có cản quang (IVP), chụp cắt lớp thận, động mạch đồ (bệnh mạch máu thận).

Đo nồng độ renin hoạt động huyết tương (cường aldosteron nguyên phát hay bệnh mạch máu thận).

3.1.4. Phân loại tăng huyết áp

- Theo WHO: huyết áp bình thường ở người lớn là
 - + Huyết áp tâm thu (HATT) <140 mmHg và/hoặc
 - + Huyết áp tâm trương (HATTr) < 90mmHg.
- Tăng huyết áp là tình trạng huyết áp động mạch tăng cao bền bỉ, nói rõ hơn là đo thấy cao trên mức bình thường ít nhất trong 2 kỳ cách nhau 1 đến nhiều ngày, mỗi kỳ đo 2-3 lần cách nhau 2-20 phút, việc đo huyết áp được tiến hành đúng theo những quy định chặt chẽ về máy đo huyết áp, cách đo huyết áp và chuẩn bị bệnh nhân.

Phân loại mức huyết áp mới theo WHO/ISH 1999, được áp dụng cho những đối tượng không sử dụng thuốc chống tăng huyết áp.

Bảng 1.2. Phân loại mức huyết áp theo WHO/ISH 1999

Hạng	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
Tối ưu	<120	<80
Bình thường	<130	<85
Bình thường cao	130-139	85-89
THA giới hạn	140-149	90-94
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99
THA độ 2 (trung bình)	160-179	100-109
THA độ 3 (nặng)	≥180	≥110
THA tâm thu đơn độc	>140	<90

Khi HATT và HATTr ở độ khác nhau thì huyết áp được xếp vào độ nào cao nhất.

Theo hướng dẫn của WHO/ISH 1999 về tăng huyết áp, nhằm mục đích xếp loại nguy cơ và lượng giá tiên lượng, bệnh nhân tăng huyết áp được phân thành 4 nhóm để dễ dàng cho việc lựa chọn phương pháp điều trị, bao gồm:

- Nhóm nguy cơ thấp (nguy cơ có sự cố tim mạch nặng trong 10 năm dưới 15%).
- Nhóm nguy cơ trung bình (nguy cơ có sự cố tim mạch nặng trong 10 năm từ 15 - 20%).
- Nhóm nguy cơ cao (nguy cơ có sự cố tim mạch nặng trong 10 năm từ 20 - 30%).

- Nhóm nguy cơ rất cao (nguy cơ có sự cố tim mạch nặng trong 10 năm trên 30%).

Bảng 1.2. Bảng xếp loại nguy cơ và lượng giá tiên lượng của bệnh tăng huyết áp

Yếu tố nguy cơ khác và bệnh sử của bệnh	Huyết áp (mmHg)		
	Thấp	Trung bình	Cao
Không có yếu tố nguy cơ khác	Thấp	Trung bình	Cao
1-2 yếu tố nguy cơ	Trung bình	Trung bình	Rất cao
>3 yếu tố nguy cơ hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc tiểu đường	Cao	Cao	Rất cao
Tình trạng lâm sàng đi kèm	Rất cao	Rất cao	Rất cao

+ Yếu tố nguy cơ:

- Yếu tố dùng để xếp loại nguy cơ:
 1. Tăng HATT và HATTr (độ 1, 2, 3)
 2. Nam >55 tuổi
 3. Nữ > 65 tuổi
 4. Hút thuốc lá
 5. Rối loạn lipid huyết (cholesterol TP > 6,5mmol tức > 250mg/dl)
 6. Tiền căn gia đình bị bệnh tim mạch sớm
 7. Tiểu đường
 8. Uống thuốc ngừa thai.
- Yếu tố ảnh hưởng xấu đến tiên lượng:
 1. HDL-C giảm, LDL-C tăng
 2. Tiểu albumin vi thể trên người bị tiểu đường
 3. Rối loạn dung nạp đường
 4. Béo bụng
 5. Lối sống tĩnh tại
 6. Fibrinogen tăng
 7. Nhóm kinh tế xã hội nguy cơ cao
 8. Nhóm dân tộc nguy cơ cao
 9. Vùng địa lý nguy cơ cao.

+ *Tổn thương cơ quan đích* (giai đoạn II theo phân loại cũ của WHO):

- Dây thất trái (điện tâm đồ, siêu âm, X quang)
- Tiểu đạm và/hoặc là tăng nhẹ creatinin huyết (1,2 - 2mg/dl)
- Hẹp lan tỏa hoặc từng điểm động mạch võng mạc
- Siêu âm hoặc X quang có bằng chứng mảng xơ vữa.

+ *Tình trạng lâm sàng đi kèm* (giai đoạn III theo phân loại cũ của WHO):

- Bệnh mạch não: nhũn não, xuất huyết não, cơn thiếu máu não thoáng qua
- Bệnh tim: nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực, điều trị tái tưới máu mạch vành, suy tim
- Bệnh thận: suy thận (creatinin huyết >2mg/dl), bệnh thận do tiểu đường
- Bệnh mạch máu lớn ngoại vi có triệu chứng lâm sàng đi kèm
- Bệnh đáy mắt: xuất huyết hoặc xuất tiết động mạch võng mạc, phù gai thị.

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

3.2.1. Thể can dương xung (thể âm hư dương xung)

- Trong thể bệnh cảnh này trị số huyết áp cao thường hay dao động
- Người bệnh thường đau đầu với những tính chất
- Tính chất đau: căng hoặc như mạch đập
- Vị trí: đỉnh đầu hoặc một bên đầu
- Thường kèm cơn nóng bừng mặt, hồi hộp trống ngực, người bứt rứt
- Mạch đi nhanh và căng (huyền).

3.2.2. Thể thận âm hư

Triệu chứng nổi bật trong thể này, ngoài trị số huyết áp cao là

- Tình trạng uể oải, mệt mỏi thường xuyên
- Đau nhức mỏi lưng âm ỉ
- Hoa mắt chóng mặt, ù tai, đầu nặng hoặc đau âm ỉ
- Cảm giác nóng trong người, bứt rứt, thỉnh thoảng có cơn nóng bừng mặt, ngũ tâm phiền nhiệt, ngủ kém, có thể có táo bón
- Mạch trầm, huyền, sác, vô lực.

3.2.3. *Thế đờm thấp*

Triệu chứng nổi bật trong thể bệnh lý này:

- Người béo, thừa cân.
- Lưỡi dầy, to
- Bệnh nhân thường ít than phiền về triệu chứng đau đầu (nếu có, thường là cảm giác nặng đầu) nhưng dễ than phiền về tê nặng chi dưới
- Thường hay kèm tăng cholesterol máu
- Mạch hoạt.

4. ĐIỀU TRỊ, DỰ PHÒNG VÀ THEO DÕI

Mục tiêu của điều trị và dự phòng bệnh tăng huyết áp là giảm bệnh suất và tử suất bằng phương tiện ít xâm lấn nhất nếu có thể. Cụ thể là làm giảm và duy trì HATT <140mmHg và HATTr <90mmHg hay thấp hơn nữa nếu bệnh nhân dung nạp được.

Ích lợi của việc hạ huyết áp là ngăn ngừa được tai biến mạch máu não, bảo tồn chức năng thận và ngăn ngừa hoặc làm chậm diễn tiến suy tim.

Phương pháp thực hiện bằng điều chỉnh lối sống đơn độc hoặc đi kèm với thuốc điều trị.

Chiến lược điều trị được đề ra như sau:

- Nhóm nguy cơ cao và rất cao: điều trị ngay bằng thuốc.
- Nhóm nguy cơ trung bình: theo dõi huyết áp và yếu tố nguy cơ khác từ 3-6 tháng. Nếu HATT \geq 140mmHg hoặc HATTr \geq 90mmHg thì dùng thuốc.
- Nhóm nguy cơ thấp: theo dõi huyết áp và yếu tố nguy cơ khác từ 6-12 tháng. Nếu HATT \geq 150mmHg hoặc HATTr \geq 95mmHg thì dùng thuốc.

Việc điều trị tăng huyết áp chưa có biến chứng bao gồm *trước tiên và luôn luôn* là những điều chỉnh về sinh hoạt ăn uống, kế đó mới đến vai trò của thuốc và nhất là chú ý toàn bộ về nguy cơ các bệnh lý mạch máu.

4.1. Điều trị không dùng thuốc

- Mục tiêu kinh điển là giữ được huyết áp dưới ngưỡng 160/90mmHg mà không gây ra những khó chịu (làm cho bệnh nhân từ chối cách điều trị).
- Mục tiêu cũng là làm cho người bệnh thay đổi thái độ sống nhằm làm giảm nguy cơ các bệnh mạch máu. Cũng còn có mục tiêu làm giảm hoặc chậm việc dùng thuốc, điều này đôi khi có thể đạt được hoặc làm tốt hơn việc trị liệu bằng thuốc, bao gồm: giới hạn Na⁺, vận động thể lực, cân

nặng lý tưởng, giảm rượu, bỏ thuốc lá, cà phê; giảm cholesterol máu hoặc tiểu đường, cung cấp thức ăn có nhiều potassium và calci, kiểm soát tình trạng stress, hạn chế Na⁺.

Đã có những công trình nghiên cứu chứng minh việc kiêng hoàn toàn muối đã làm ổn định các trường hợp tăng huyết áp nặng. Trong thực tế, cách này không áp dụng được, do đó bệnh nhân cần biết những nguồn thức ăn chủ yếu có nhiều muối để hạn chế sử dụng (khô, mắm, chao, sữa, fomat, thịt muối).

Với mức ăn mặn 5-8g NaCl/ngày:

- + Ở những bệnh nhân huyết áp cao thể nhẹ: trị số huyết áp cao tối đa giảm 6,3%, huyết áp tối thiểu giảm 6,6% (từ 139,9/93,9 còn 130/87,7 mmHg đo ở tư thế ngồi).
- + Ở nhóm bệnh nhân mà trị số huyết áp cao không tự xuống được nữa, thì chế độ ăn giảm muối như trên cũng đã giảm được trị số huyết áp tối đa xuống 5,2%, huyết áp tối thiểu giảm xuống 3,7%.
- + Trong cả 2 nhóm, các bệnh nhân đều chịu đựng tốt hơn những gắng sức thể lực. Số bệnh nhân phải dùng thêm thuốc giảm dần sau từng năm (27% sau 1 năm, 16% sau 3 năm và 6% trong năm thứ 5).

4.1.3. Hoạt động thể lực thường xuyên

Có thể làm giảm huyết áp trung bình (lý tưởng là 1 giờ/ngày): đi bộ, chạy chậm, bơi lội hoặc đạp xe, tùy theo ý thích và sức của bệnh nhân. Những bài tập thích hợp của phương pháp dưỡng sinh như *thư giãn, thở 4 thời có kê móng, giờ chân và những động tác xoa bóp vùng đầu mặt* cần được áp dụng đều đặn. Mục tiêu là thói quen này *phải được đưa vào cách sống của người bệnh*.

Riêng việc điều trị bằng châm cứu sẽ được trình bày và giải thích cụ thể ở phần sau, phần điều trị cụ thể cho từng thể lâm sàng YHCT.

4.1.4. Giữ cân lý tưởng

Chế độ này bắt buộc ở người thừa cân.

Cách duy nhất là chế độ ăn giảm calo (phải giải thích rõ chưa có thuốc nào giúp làm giảm cân được). Cần chú ý sau đợt ăn giảm cân thường có tình trạng tăng cân nhiều sau đó.

4.1.5. Hạn chế rượu

4.1.6. Bỏ thuốc lá

Cần biết bỏ thuốc lá không làm giảm huyết áp (ngược lại còn có thể tăng cân sau ngưng thuốc lá). Tuy nhiên, cần khuyến khích bệnh nhân bỏ vì hạn chế được biến chứng trên mạch máu.

4.1.7. Việc điều chỉnh cholesterol/máu tăng và đường/máu tăng là bắt buộc và làm giảm biến chứng mạch máu.

4.2. Điều trị dùng thuốc

4.2.1. Theo y học hiện đại

- Thuốc điều trị tăng huyết áp thường được dùng là những nhóm sau:
 - + Nhóm ức chế calci
 - + Nhóm chống cao huyết áp trung ương
 - + Nhóm ức chế men chuyển
 - + Nhóm ức chế alpha (α) và beta (β)
 - + Nhóm giãn mạch có tác dụng trực tiếp
 - + Nhóm lợi niệu
- Trong đó có 4 loại thuốc được khuyến sử dụng trong tăng huyết áp vì:
 - + Dùng một lần trong ngày
 - + Có hiệu quả
 - + Tác dụng phụ làm phải ngừng điều trị là 25%

a. Thuốc lợi tiểu

- Đã được chứng minh tính hiệu quả hơn tất cả các loại khác.
- Nó làm giảm huyết áp như các loại khác, hơn nữa nó còn được dùng như điều trị cơ bản của tất cả các thử nghiệm chứng minh việc điều trị tăng huyết áp; làm giảm tử suất, tỷ lệ tử vong bệnh tim mạch và tỷ lệ tử vong chung.
- Các công trình nghiên cứu rất đáng tin cậy đã chứng minh lợi tiểu có tác dụng tốt trong tăng huyết áp vừa (ở người trưởng thành và người cao tuổi) trong các thể lâm sàng tăng tâm thu và tâm trương hoặc chỉ tăng tâm trương.
- Tập hợp tất cả các công trình lại, ta chứng minh được việc giảm trị số huyết áp làm giảm đáng kể nguy cơ chảy máu não, suy tim và suy thận. Việc giảm nguy cơ suy mạch vành ít thấy rõ hơn, nhưng lại rất có ý nghĩa ở người cao tuổi.
- Thuốc lợi tiểu nên dùng (thường là phối hợp trong 1 viên):
 - Thiazid: tăng thải K^+
 - Anti aldosteron: giảm K^+
- Phối hợp: aldactiazin (loại này thường gây giảm K^+ hơn là tăng K^+).
- Chống chỉ định: suy gan nặng, suy thận mạn (độ lọc cầu thận < 30ml/mm).

b. Thuốc ức chế beta (β -bloquants)

- Đã được chứng minh bằng các nghiên cứu đáng tin cậy về mặt hiệu quả trên tử suất, tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch và tỷ lệ tử vong chung (như thuốc lợi tiểu).
- Hiệu quả này so với thuốc lợi tiểu trên bệnh nhân cao tuổi có kém hơn chút ít:
 - + Có tác dụng hạ áp: có những loại mà tác dụng kéo dài 24h để đáp ứng được yêu cầu điều trị đơn liều.
 - + Cơ chế: cho rằng thuốc khóa một phần hệ thống renin – angiotensin - aldosteron bằng tác dụng trên thụ thể beta kiểm soát tiết renin. Sau khi giảm tạm thời cung lượng tim, các thuốc ức chế beta làm giảm kháng lực ngoại vi...
 - + Chống chỉ định: suyễn, COPD, viêm tắc mạch chi dưới, suy tim bất hồi, tiểu đường lệ thuộc insulin.

c. Ức chế men chuyển

- Tác dụng hạ áp như các loại thuốc trên.
- Nó chưa được nghiên cứu để xác định hiệu quả trên tử suất, tỷ lệ tử vong như các loại thuốc trên vì nó được lưu hành trong thời kỳ mà không có một nghiên cứu nào với placebo cho phép. Còn nếu dùng thuốc làm chứng thì cần số lượng bệnh nhân rất lớn.
- Trừ captopril uống 2 lần/ngày, còn các loại khác dùng 1 lần/ngày.
- Cơ chế: cắt đứt việc chuyển từ angiotensin I sang angiotensin II (gây co mạch), cắt đứt tiết aldosteron (giữ lại Na^+). Đồng thời làm giảm sự phá hủy bradykinin (degradation này được thực hiện bởi men chuyển) \implies bradykinin tăng trong máu \implies làm giãn mạch. Kết quả là làm giảm kháng lực ngoại vi.
- Tác dụng phụ: chủ yếu là ho khan (có lẽ do bradykinin tăng trong máu), rất thường gặp nếu có yếu tố kích thích phế quản và/hoặc ở người cao tuổi. Những tác dụng phụ khác có liên quan đến việc dùng thuốc trên người bệnh có mất nước, đặc biệt đang điều trị với thuốc lợi tiểu.

d. Đối kháng calci

- Tác dụng hạ áp như các loại trên. Cũng không nghiên cứu tử suất, tỷ lệ tử vong như nhóm ức chế men chuyển vì các lý do nêu trên.
- Có 2 loại chính:
 - + Dihydropyridines (nifedipin): loại không ảnh hưởng trên nhịp tim hoặc làm tăng nhịp tim.
 - + Loại làm giảm nhịp tim: diltiazem.

- Cơ chế: giảm Ca^{++} vào trong các tế bào cơ trơn thành mạch máu, dẫn đến giãn mạch và cuối cùng là giảm kháng lực ngoại vi.
- Tác dụng phụ chủ yếu: phù 2 chi dưới, đau đầu. Đây là do tác dụng giãn động mạch mà không kèm giãn tĩnh mạch (thường gặp khi dùng adalat hơn nhóm tildiem hay verapamil).
- Cách sử dụng thuốc: quyết định sử dụng thuốc trong điều trị huyết áp cao là một quyết định nặng nề, bởi vì sau đó rất có thể quyết định này sẽ bị ngừng lại.

Quyết định này phải được nêu sau khi làm toàn bộ bilan như trên và sau khi áp dụng các chế độ sinh hoạt, ăn uống. Để chắc chắn rằng nó cũng kết hợp vào toàn bộ cách điều trị.

Lý tưởng là dùng một lần trong ngày và việc chọn lựa tùy thuộc chỉ định và chống chỉ định.

Hiệu quả của việc trị liệu chỉ được xác định sau vài tuần điều trị.

- Các công thức cần quan tâm:
 - + Chẹn beta + lợi tiểu: kinh điển và rất hiệu quả.
 - +Ức chế men chuyển + lợi tiểu: rất hợp lý vì nhóm lợi tiểu hoạt hoá hệ thống renin và như vậy làm mạnh thêm nhóm ức chế men chuyển (IEC), ngược lại IEC tăng hoạt bởi tình trạng giảm Na^+ máu.
 - + Chẹn beta + kháng calci: thường dùng trên tăng HA có bệnh mạch vành.

4.2.2. Theo y học cổ truyền

Yêu cầu đáp ứng được những nguyên tắc điều trị sau:

- Hạ áp: rễ nhàu.
- An thần: táo nhân, thảo quyết minh.
- Lợi tiểu: thạch tả, mã đề, ngư tất.
- Bền thành mạch: hoa hòe.

a. Thẻ can dương xung

- Pháp trị:
 - + Bình can, giáng nghịch.
 - + Bình can, tức phong (nếu là cơn tăng huyết áp).
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + Bài Thiên ma câu đằng ẩm: thiên ma 8g, câu đằng 12g, hoàng cầm 10g, chi tử 12g, tang ký sinh 12g, hà thủ ô 10g, đỗ trọng 10g, phục linh 12g, ích mẫu 12g, thạch quyết minh 20g, ngư tất 12g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thiên ma	Ngọt, cay, hơi đắng, bình, thăng thanh, giáng trọc, tán phong, giải độc	Quân
Câu đằng	Ngọt, hàn: thanh nhiệt, bình can, trấn kinh	Quân
Hoàng cầm	Đắng, hàn: tả phế hỏa, thanh thấp nhiệt	Thần
Chi tử	Đắng, hàn: thanh nhiệt tả hỏa, lợi tiểu, cầm máu	Thần
Tang ký sinh	Đắng, bình: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Hà thủ ô	Bổ huyết, thêm tinh	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Ích mẫu	Cay, đắng, hàn: thông huyết, điều kinh	Tá
Thạch quyết minh	Trị sốt cao, ăn không tiêu, thanh nhiệt	Tá
Ngưu tất	Chua, đắng, bình: bổ can thận, tính đi xuống	Thần - Tá - Sứ

- + Bài Linh dương câu đằng thang: linh dương giác 4g, trúc nhự 20g, câu đằng 12g, sinh địa 20g, bạch thược 12g, tang diệp 8g, phục thần 12g, cúc hoa 12g, bối mẫu 8g, cam thảo 4g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Linh dương giác	Lương can, tức phong	Quân
Trúc nhự	Ngọt, hơi lạnh: thanh nhiệt, lương huyết	Quân
Câu đằng	Ngọt, hàn: thanh nhiệt, bình can trấn kinh	Quân
Sinh địa	Ngọt, đắng, hàn: sinh tân dịch, lương huyết	Thần
Bạch thược	Đắng, chát, chua: nhuận gan, dưỡng huyết, liễm âm, lợi tiểu	Thần
Tang diệp	Ngọt, mát: thanh nhiệt, lương huyết	Thần
Phục thần	Ngọt, nhạt, bình; lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Cúc hoa	Ngọt, mát: tán phong nhiệt, giải độc, giáng hỏa	Tá
Bối mẫu	Đắng, hàn: thanh nhiệt, tán kết, nhuận phế, tiêu đờm	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ, nhuận phế, giải độc	Sứ

- + Công thức *huyết sử dụng* gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khê, phi dương, nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường.

b. *Thể thận âm hư*

- Pháp trị:
 - + Tư âm, ghìm dương.
 - + Tư bổ can thận.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

- + Bài thuốc hạ áp (*xuất xứ 30 công thức thuốc*): thực địa 20g, ngư tử 10g, rễ nhàu 20g, trạch tả 10g, mã đề 20g, táo nhân 10g, hoa hòe 10g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: bổ thận, tư âm, bổ huyết	Quân
Ngư tử	Chua, đắng, bình: bổ can thận, tính đi xuống	Quân
Rễ nhàu	Đắng, hàn: bình can, tiềm dương, an thần	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Mã đề	Ngọt, hàn: lợi tiểu, thanh phế can phong nhiệt, thẩm bàng quang, thấp khí	Tá
Táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm, an thần, sinh tân, chỉ khát	Tá
Hoa hòe	Đắng, bình: thanh nhiệt, lương huyết, chỉ huyết	Tá

- + Bài thuốc Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thực: thực địa 32g, hoài sơn 16g, sơn thù 8g, đơn bì 12g, phục linh 12g, trạch tả 6g, đương quy 12g, bạch thực 8g. Bài này thường được sử dụng khi tăng huyết áp có kèm triệu chứng đau ngực, đau vùng tim

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết, chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá

- + Bài thuốc bổ can thận: hà thủ ô 10g, thực địa 15g, hoài sơn 15g, đương quy 12g, trạch tả 12g, sài hồ 10g, thảo quyết minh 10g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hà thủ ô	Bổ huyết, thêm tinh	Quân
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Đương quy	Dưỡng can huyết	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Sài hồ	Bình can, hạ sốt	Tá
Thảo quyết minh	Thanh can, nhuận táo, an thần	Tá

- + Công thức huyết sử dụng: thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thái xung; gia giảm: thần môn, nội quan, bách hội, a thị huyết.

c. Thể đờm thấp

- Pháp trị: hóa đờm trừ thấp.
- Bài thuốc và công thức huyết sử dụng: bài thuốc hạ áp (*xuất xứ 30 công thức thuốc*), gồm:

Thục địa	20g	Ngưu tất	10g
Rễ nhàu	20g	Trạch tả	10g
Mã đề	20g	Táo nhân	10g
Hoa hòe	10g		

5. PHỤ LỤC - CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ CỦA BÀI THUỐC HẠ ÁP

5.1. Kết quả nghiên cứu về hóa thực vật

5.1.1. Kết quả định tính một số hợp chất hữu cơ

- Dịch chiết toàn phần trà hạ áp có chứa: saponin, glycosid, flavon.
- Dịch chiết toàn phần trà hạ áp không có chứa anthraquinond, alcaloid, coumarin và tinh dầu.
- Kết quả định tính các hợp chất hữu cơ có trong dịch chiết toàn phần trà hạ áp bằng phương pháp sắc ký:
 - + Hợp chất hữu cơ trong dịch chiết ether dầu hỏa: nhóm hợp chất hữu cơ khác với alcaloid, flavon, saponines, tinh dầu, coumarin, anthraquinon.
 - + Các hợp chất hữu cơ trong dịch chiết etyl acetat của trà hạ áp: sau khi tách bằng phương pháp sắc ký trên cột silic và định tính trên tấm SKLM, chúng tôi có được 9 phân đoạn với Rf tuần tự là 0,82; 0,72; 0,70; 0,65; 0,55; 0,50; 0,45 trong dung môi của SKLM, ether dầu hỏa; AcOEt (50;50). Có 2 phân đoạn không cho phản ứng với các loại thuốc thử thông thường. Những phân đoạn này đều cho phản ứng dương tính với flavon và không cho phản ứng với anthraquinon, alcaloid, tinh dầu và coumarin.

5.1.2. Kết luận chung về nghiên cứu thành phần hóa học của bài thuốc

- Dịch chiết toàn phần trà hạ áp có chứa: saponin, glycozid, flavon.
- Dịch chiết toàn phần trà hạ áp không có chứa anthraquinon, alcaloid, coumarin và tinh dầu.

- Đã có một số hợp chất hữu cơ hiện diện trong các vị thuốc không có trong chế phẩm trà hạ áp mà các vị thuốc nêu trên cấu thành.

5.2. Kết quả nghiên cứu độc tính của trà hạ áp

Độc tính cấp diễn của thuốc: thuốc đã dùng với liều rất cao nhưng không gây ngộ độc cấp, không xác định được liều LD₅₀.

Độc tính trường diễn của trà hạ áp: thuốc không gây độc khi dùng dài ngày

- Thuốc không làm giảm cân súc vật thí nghiệm khi dùng dài ngày.
- Thuốc không làm thay đổi đáng kể số lượng hồng cầu, bạch cầu.
- Thuốc không ảnh hưởng đến chức năng gan.
- Thuốc không làm thay đổi cấu trúc gan, thận.
- Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$; $v=8$).

5.3. Kết quả nghiên cứu dược lý thực nghiệm của trà hạ áp

- Ảnh hưởng của thuốc trên huyết áp mèo: tác dụng hạ áp rõ rệt ở liều 2g/kg, tác dụng hạ áp chậm (sau 15 phút), hạ từ từ và kéo dài đến 100 phút. Sự sai biệt có ý nghĩa với độ tin cậy 95% ($P = 0,05$; $v=7$).
- Ảnh hưởng của thuốc trên nhịp tim (tim cô lập): thuốc làm chậm nhịp tim, giảm nhẹ cơ bóp cơ tim ở các nồng độ 1/50, 1/10 (sai biệt có ý nghĩa với độ tin cậy 95%; $v=9$). Khi ngừng tim, thấy tim chết ở thì tâm trương.
- Ảnh hưởng của thuốc trên vận động tự nhiên của súc vật thí nghiệm: thuốc không ảnh hưởng trên vận động tự nhiên của súc vật thí nghiệm. Sai biệt không có ý nghĩa thống kê ($v=38$; $P > 0,05$).
- Ảnh hưởng của trà hạ áp trên mô hình khảo sát tác dụng lợi tiểu: lượng nước tiểu bài tiết trung bình ở cả 2 nhóm không khác nhau. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$; $v=38$). Không có sự khác nhau đáng kể về sự bài tiết ion trước và sau khi uống thuốc. Sự khác biệt không có ý nghĩa ($P > 0,05$; $v=18$).

5.4. Kết quả dược lý lâm sàng của trà hạ áp (gồm 68 nam; 29 nữ)

Ảnh hưởng của thuốc trên trị số huyết áp của người tăng huyết áp:

- Thay đổi tức thời trị số huyết áp sau khi dùng thuốc:
 - + Trà hạ áp có khả năng hạ được huyết áp ngay từ giờ đầu. Tác dụng này xuất hiện rõ rệt ở 2 giai đoạn (I và II) của tăng huyết áp. Sai biệt ở nhóm tăng huyết áp giai đoạn III không có ý nghĩa ($P > 0,05$; $v=3$).

- + Tuy nhiên mức độ hạ huyết áp không nhiều. Ở nhóm tăng huyết áp giai đoạn I: trị số huyết áp hạ được là 18mmHg ở huyết áp tâm thu và 5 mmHg ở huyết áp tâm trương; ở nhóm tăng huyết áp giai đoạn II: trị số huyết áp hạ được là 7mmHg ở huyết áp tâm thu và 3 mmHg ở huyết áp tâm trương.
- Thay đổi trị số huyết áp khi dùng thuốc dài ngày:
 - + Trà hạ áp ổn định được huyết áp ở giai đoạn I và II của bệnh tăng huyết áp. Sai biệt có ý nghĩa thống kê ($P = 0,05$; $v_1=44$; $v_2=47$).
 - + Trị số huyết áp được ổn định rõ nhất sau ngày thứ 5.
- Thay đổi trị số huyết áp sau khi ngừng thuốc: sau khi ngừng thuốc, không thấy có hiện tượng nảy ngược của huyết áp.
- Diễn biến thay đổi trị số huyết áp trong 90 ngày dùng thuốc (trên 9 bệnh nhân tăng huyết áp nhẹ và trung bình): thuốc có khả năng giữ huyết áp ổn định trên những trường hợp tăng huyết áp nhẹ và trung bình. Sai biệt có ý nghĩa ($P=0,05$; $v=8$).

5.5. Những tác dụng dược lý lâm sàng khác

- Ảnh hưởng của thuốc trên sự bài tiết nước tiểu: trà hạ áp không làm thay đổi natri và clo trong máu và nước tiểu, trước và sau khi dùng thuốc. Sai biệt không có ý nghĩa ($P >0,05$; $v=90$).
- Ảnh hưởng của thuốc trên nhịp tim của bệnh nhân:
 - + Trên 97 bệnh nhân dùng thuốc, trà hạ áp không làm thay đổi nhịp tim (sự sai biệt của các kết quả không có ý nghĩa thống kê).
 - + Thuốc dùng sau 10 ngày không làm thay đổi các men gan, sai biệt không có ý nghĩa ($P>0,05$; $v=96$).
- Ảnh hưởng của thuốc trên các triệu chứng chức năng:
 - + Sau khi dùng thuốc, có cảm giác dễ chịu, có cảm giác mát trong người.
 - + Thuốc có mùi vị dễ uống.
 - + Không có bất kỳ tác dụng phụ nào.

5.6. Kết luận chung về tác dụng của trà hạ áp

- Chứng minh được một mặt của ý nghĩa “bổ âm ghìm dương” của YHCT.
- Ứng dụng vào điều trị bệnh tăng huyết áp nhẹ và trung bình cho cả 3 thể lâm sàng YHCT.

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Tỷ lệ người lớn mắc bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam
 - A. 1-2%
 - B. 3-5%
 - C. 6-12%
 - D. 12-16%
 - E. 16-20%
2. Tỷ lệ người trên 40 tuổi mắc bệnh tăng huyết áp
 - A. Cao gấp 2 lần người dưới 40 tuổi
 - B. Cao gấp 4 lần người dưới 40 tuổi
 - C. Cao gấp 6 lần người dưới 40 tuổi
 - D. Cao gấp 8 lần người dưới 40 tuổi
 - E. Cao gấp 10 lần người dưới 40 tuổi
3. Tỷ lệ tăng huyết áp thứ phát trong tổng số trường hợp tăng huyết áp
 - A. 0,5%
 - B. 1%
 - C. 3-4%
 - D. 5-8%
 - E. 11-15%
4. Yếu tố không liên quan đến tăng huyết áp
 - A. Sự tích tuổi
 - B. Đời sống căng thẳng
 - C. Uống rượu
 - D. Di truyền
 - E. Tình trạng thừa cân
5. Theo YHCT, ăn uống không đúng cách gây tăng huyết áp theo cơ chế
 - A. Tỳ vị bị tổn thương, không vận hóa được thủy thấp nên sinh đàm
 - B. Làm chức năng tỳ sinh huyết bị tổn thương, can huyết hư nên can dương xung

- C. Làm chức năng tỳ, thận âm bị tổn thương, khiến hư hỏa bốc lên
 - D. Ăn nhiều thức ăn cay nóng làm can dương thượng xung
 - E. Làm thận dương hư dẫn đến chân dương nhiễu loạn ở trên
6. Triệu chứng lâm sàng gặp trong tăng huyết áp thể can dương xung
- A. Đau đầu ở đỉnh hoặc một bên đầu, mạch huyền sắc vô lực.
 - B. Đau đầu ở đỉnh hoặc một bên đầu, đau căng như mạch đập
 - C. Đau nặng đầu, đau ê ẩm cả đầu
 - D. Hoa mắt, chóng mặt, uể oải, mệt mỏi thường xuyên
 - E. Hồi hộp, trống ngực, mạch hoạt
7. Triệu chứng lâm sàng gặp trong tăng huyết áp thể thận âm hư
- A. Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mạch hoạt
 - B. Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mạch huyền sắc
 - C. Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, ngũ tâm phiền nhiệt
 - D. Thường than tê nặng hạ chi, đau lưng
 - E. Hồi hộp, trống ngực, bứt rứt, đau căng đầu như mạch đập
8. Triệu chứng lâm sàng gặp trong tăng huyết áp thể đờm thấp
- A. Đau căng đầu như mạch đập
 - B. Người mệt mỏi, mạch huyền sắc vô lực
 - C. Đau nặng ngực, lưỡi dày nhớt, mạch hoạt
 - D. Cảm giác nóng trong người, bứt rứt, mạch hoạt
 - E. Đau đầu dữ dội, chóng mặt, mạch nhanh và căng
9. Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp thể can dương xung
- A. Hóa đờm trừ thấp
 - B. Tư âm ghìm dương
 - C. Tư bổ can thận
 - D. Dẫn hỏa quy nguyên
 - E. Bình can giáng nghịch
10. Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp thể thận âm hư
- A. Hóa đờm trừ thấp
 - B. Sơ can lý khí
 - C. Tư bổ can Thận

- D. Dẫn hỏa quy nguyên
 - E. Bình can giáng nghịch
11. Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp thể đờm thấp
- A. Hóa đờm trừ thấp
 - B. Tư âm ghìm dương
 - C. Tư bổ can thận
 - D. Dẫn hỏa quy nguyên
 - E. Bình can giáng nghịch

II. Câu hỏi nhân quả

1. a. Trong hội chứng can dương xung, có dấu hiệu run rẩy, co giật bởi vì
 b. Can dương xung là do can huyết hư, nay can huyết kém nên không nuôi dưỡng được cân
- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
2. a. Trong hội chứng can dương xung, có dấu hiệu run rẩy, co giật bởi vì
 b. Can dương xung có thể dẫn đến can nhiệt động phong
- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
3. Trong bài thuốc hạ áp (gồm thực địa, ngư tấ, rễ nhàu, toan táo nhân, mã đề, trạch tả, hoa hòe) chữa chứng can dương xung
- a. Hai vị thực địa, ngư tấ cùng tương tu với nhau, bởi vì
 - b. Hai vị này cùng có tính đi xuống nên làm cho dương giáng
- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai

- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai
4. Trong bài thuốc hạ áp (gồm thực địa, ngưư tất, rễ nhàu, toan táo nhân, mã đề, trạch tả, hoa hòè) chữa chứng can dương xung
- a. Vị rễ nhàu làm quân, bởi vì
- b. Rễ nhàu có tác dụng bình can tiềm dương
- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai
5. Trong bài Thiên ma câu đằng ẩm chữa chứng can phong nội động (gồm thiên ma, câu đằng, hoàng cầm, chi tử, tang ký sinh, hà thủ ô chế, đỗ trọng, phục linh, ích mẫu, thảo quyết minh, ngưư tất)
- a. Hai vị thiên ma, câu đằng tương tu với nhau, bởi vì
- b. Cả hai đều có tác dụng thăng thanh giáng trọc
- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai
6. Trong bài Thiên ma câu đằng ẩm chữa chứng can phong nội động (gồm thiên ma, câu đằng, hoàng cầm, chi tử, tang ký sinh, hà thủ ô chế, đỗ trọng, phục linh, ích mẫu, thảo quyết minh, ngưư tất)
- a. Ba vị tang ký sinh, đỗ trọng, ngưư tất tương tu với nhau, bởi vì:
- b. Cả 3 vị đều bổ can thận
- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai
7. Trong bài Thiên ma câu đằng ẩm chữa chứng can phong nội động (gồm thiên ma, câu đằng, hoàng cầm, chi tử, tang ký sinh, hà thủ ô chế, đỗ trọng, phục linh, ích mẫu, thảo quyết minh, ngưư tất)

- a. Vị phục linh làm tá, bởi vì
 - b. Phục linh có tính định tâm an thần
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
8. Trong bài Linh dương câu đằng thang chữa chứng can phong nội động (gồm linh dương giác, trúc nhự, câu đằng, sinh địa, bạch thược, tang diệp, phục thần, cúc hoa, bối mẫu, cam thảo)
- a. Hai vị trúc nhự, câu đằng cùng tương tu với nhau, bởi vì
 - b. Cả hai đều có tác dụng trấn kinh tức phong
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
9. Trong bài Linh dương câu đằng thang chữa chứng can phong nội động (gồm linh dương giác, trúc nhự, câu đằng, sinh địa, bạch thược, tang diệp, phục thần, cúc hoa, bối mẫu, cam thảo)
- a. Hai vị sinh địa, bạch thược đều làm thần, bởi vì
 - b. Hai vị đều có tác dụng sinh tân
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
10. a. Trong phương huyết điều trị chứng thận âm hư (gồm thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thần môn, thái xung), châm bổ huyết phục lưu bởi vì
- b. Bổ huyết phục lưu để bổ thận thủy theo nguyên tắc con hư bổ mẹ
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

11. a. Trong phương huyết điều trị chứng thận âm hư (gồm thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thần môn, thái xung), châm tả huyết thái xung để thanh can hoá, bởi vì

b. Châm huyết này theo nguyên tắc mẹ thực tả con

A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả

B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

12. a. Trong phương huyết điều trị chứng thận âm hư (gồm thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thần môn, thái xung) châm bổ huyết thần môn để thanh tâm hoá, bởi vì

b. Châm huyết này theo nguyên tắc con hư bổ mẹ

A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả

B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

Bài 2

THIẾU MÁU CƠ TIM

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bệnh thiếu máu cơ tim.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh thiếu máu cơ tim theo lý luận YHCT.*
3. *Chẩn đoán được 5 thể lâm sàng thiếu máu cơ tim theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị thiếu máu cơ tim theo YHHD và YHCT.*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị thiếu máu cơ tim (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị thiếu máu cơ tim bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Bệnh cơ tim thiếu máu được xem là hậu quả của tình trạng xơ mỡ động mạch vành tim (*xem bài xơ mỡ động mạch*). Tình trạng teo hẹp động mạch vành đáng kể, đồng thời với những rối loạn cơ chế điều hòa co thắt và giãn nở mạch vành là những yếu tố hình thành những triệu chứng rất phong phú của bệnh.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Bệnh cơ tim thiếu máu là nguyên nhân chủ yếu ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tật trên người sau tuổi 40. Tử vong do bệnh tim mạch chiếm khoảng 40% trên tổng số tử vong. Thống kê cho thấy có khoảng 800.000 trường hợp nhồi máu cơ tim mới, 450.000 trường hợp nhồi máu cơ tim tái phát và 520.000 tử vong/năm.

Bệnh cơ tim thiếu máu tác động rất lớn đến chăm sóc y tế của một nước. Tại Mỹ, năm 1989, bệnh cơ tim thiếu máu đã có 56 triệu đợt khám bệnh, 455 triệu ngày hạn chế làm việc, 184 triệu ngày nằm viện và mất 23 triệu ngày

công. Bệnh thiếu máu cơ tim hiện đứng hàng thứ 3 về loại bệnh phải nằm viện ngắn ngày (sau sinh đẻ và chấn thương). Để chẩn đoán và điều trị bệnh cơ tim thiếu máu rất tốn kém.

2. NGUYÊN NHÂN, BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Nhiễm mỡ xơ mạch

Là nguyên nhân trong 90% các trường hợp.

2.1.2. Những nguyên nhân khác (10%)

Tổn thương thực thể ở động mạch vành tim.

Viêm động mạch vành do giang mai, viêm quanh nút động mạch, tắc mạch vành do cục máu từ xa đến.

Về cơ chế bệnh lý bệnh cơ tim thiếu máu có liên quan chặt chẽ đến sự cân bằng của 2 yếu tố cung cấp và nhu cầu oxy của cơ tim. Do đó, những yếu tố thuận lợi sau có thể được tìm thấy trong bệnh lý này như:

- Khi sự cung cấp oxy cho cơ tim không đủ: thiếu máu nặng.
- Khi nhu cầu sử dụng oxy gia tăng: tăng huyết áp, phì đại thất trái, hoạt động thể lực đột ngột gia tăng

2.2. Theo y học cổ truyền

Bệnh thiếu máu cơ tim có thể xuất hiện với bệnh cảnh đau ngực (với rất nhiều mức độ khác nhau) hoặc không có biểu hiện lâm sàng (bệnh được phát hiện tình cờ trong khi khám, điều trị một bệnh lý khác). Như vậy, có thể tóm tắt các triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý cơ tim thiếu máu gồm:

Những triệu chứng có thể gặp trong bệnh lý xơ mỡ động mạch (*xem bài xơ mỡ động mạch*).

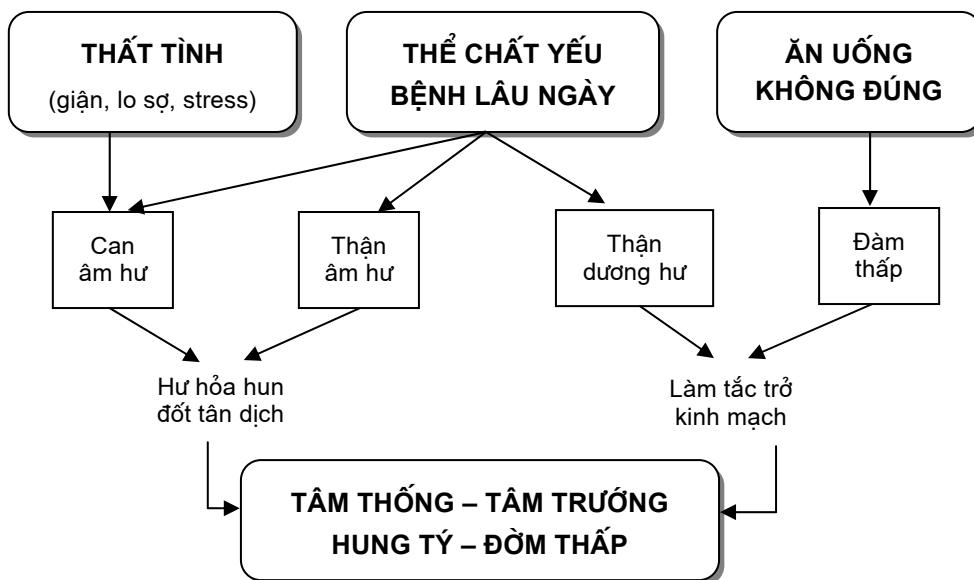
Đau ngực còn gọi là tâm thống; nếu kèm khó thở thì được gọi là tâm tý, tâm trướng, hung hiệp thống.

Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong bệnh cơ tim thiếu máu, có thể biện luận về cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

Nguyên nhân của bệnh lý này theo YHCT có thể là:

- Do thất tình như giận, lo sợ, gây tổn thương 2 tạng can và thận âm.
- Do bệnh lâu ngày, thể chất suy yếu, âm (huyết) và dương (khí) suy, hư hỏa bốc lên, nung nấu dịch thành đàm, đàm hỏa gộp lại gây bệnh.

- Do đàm thấp ủng trệ gây trở tắc kinh mạch, đàm thấp có thể do ăn uống không đúng cách gây tổn hại tỳ vị



Hình 2.1. Sơ đồ bệnh lý bệnh cơ tim thiếu máu theo YHCT

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Suy mạch vành mạn

a. Khi nào thì nghĩ đến việc tìm kiếm suy mạch vành mạn?

- Những yếu tố nguy cơ: những người đau ngực, có nguy cơ thiếu năng vành (bảng 2.1)

Bảng 2.1. Những yếu tố nguy cơ của tim mạch

Yếu tố nguy cơ	Nội dung bệnh	Phòng ngừa
Tuổi tác	Trong độ tuổi từ 45 - 60 tuổi: nguy cơ thiếu máu tim tăng 2 lần khi già đi 10 tuổi	
Di truyền	Tiền căn gia đình có nhồi máu cơ tim hoặc đột tử ==> nguy cơ thiếu máu tim tăng gấp 1,5 lần Tiền căn gia đình có nhồi máu cơ tim hoặc đột tử + THA ==> nguy cơ thiếu máu tim tăng gấp 3,1 lần	

Thuốc lá	<p>Nguy cơ thiếu máu tim tăng</p> <p>1,4 lần nếu hút 5 điếu/ngày</p> <p>2,1 lần nếu hút 5 - 10 điếu/ngày</p> <p>2,4 lần nếu hút 10 - 15 điếu/ngày</p> <p>2,8 lần nếu hút > 20 điếu/ngày</p> <p>Tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch tăng</p> <p>1,7 lần nếu hút 1 - 14 điếu/ngày</p> <p>2,6 lần nếu hút > 25 điếu/ngày</p>	<p>Giảm được 50-70% nguy cơ nhồi máu cơ tim sau 5 năm ngừng hút</p> <p>Giảm 50% đột tử sau 1 năm ngừng hút</p>
Tăng cholesterol máu	<p>Nguy cơ bệnh tim thiếu máu tăng gấp 4 lần nếu cholesterol: 1,8 - 2,8 g/l</p>	<p>Cứ giảm được 1% lượng cholesterol toàn phần thì giảm được 2-3% nguy cơ NMCT</p> <p>Gia tăng được HDL tương ứng với giảm nguy cơ bệnh mạch vành</p>
Tăng huyết áp	<p>Nguy cơ bệnh tim thiếu máu tăng theo mức độ trầm trọng của bệnh</p> <p>Gấp 5,4 lần nếu HA TT: 130-190mmHg</p> <p>Gấp 3,3 lần nếu HA TTr: 90-110mmHg</p>	<p>Làm giảm được 1mmHg của huyết áp tối thiểu sẽ làm giảm 2-3% nguy cơ NMCT</p> <p>Làm giảm nguy cơ xuất huyết não</p>
Tiểu đường	<p>Nguy cơ bệnh tim thiếu máu gấp 2,8 lần nếu có bệnh tiểu đường</p>	Chưa rõ
Béo phì	<p>Nguy cơ bệnh tim thiếu máu tăng gấp đôi nếu cân nặng vượt quá 120% cân nặng lý tưởng (đây không phải là yếu tố nguy cơ độc lập mà thông qua tăng huyết áp, cholesterol máu cao)</p>	Giảm cân làm giảm được 35-55% nguy cơ bệnh tim thiếu máu
Tăng triglycerid máu	<p>Không phải là yếu tố nguy cơ ở đàn ông. Chỉ là yếu tố nguy cơ ở phụ nữ</p>	
Tăng acid uric máu	<p>Yếu tố này thường kết hợp với những yếu tố nguy cơ khác. Do đó không thể đánh giá nguy cơ của nó riêng lẻ được</p>	
Rượu	<p>Vai trò của nó có tính 2 mặt:</p> <p>Thường kết hợp với tăng huyết áp</p> <p>Là yếu tố bảo vệ nhồi máu cơ tim (NMCT)</p>	<p>Nếu dùng 1 ly rượu vang/ngày làm giảm 35-55% nguy cơ NMCT</p>
Trạng thái ít vận động	<p>Nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch là 1,9</p>	<p>Nếu tái lập trạng thái vận động sẽ làm giảm 35-55% nguy cơ NMCT</p>
Thuốc ngừa thai uống	<p>Nguy cơ NMCT tăng gấp 4 lần kể từ sau 1 tháng sử dụng</p> <p>Nguy cơ này sẽ tăng lên gấp 39 lần nếu có kèm hút thuốc > 20đ/ ngày</p>	
Estrogen sau tắt kinh		<p>Cung cấp oestrogen sau mãn kinh làm giảm 44% nguy cơ nhồi máu cơ tim</p>

– Đau ngực

- + **Điển hình:** đau ngực với các tính chất cơ thắt hoặc cảm giác nặng như bị đè. Đau tăng khi cử động, khi gắng sức (làm người bệnh sợ không dám cử động).
- + **Vị trí đau:** sau xương ức, lan lên hàm, vai, tay.
- + **Đau ngực có thể bắt đầu từ từ và chỉ kéo dài khoảng vài phút.**
- + **Không điển hình** đau có cảm giác chẹn, tức ngực (làm bệnh nhân chậm hoặc ngừng bước). Vị trí không điển hình ở hàm hoặc ở tay. Có vẻ như đau không tăng khi gắng sức và không giảm với nằm nghỉ.

Có một chu kỳ khá rõ rệt: đỉnh cao của triệu chứng này là 4 giờ sau khi thức dậy (thời điểm mà noradrenalin cao nhất trong ngày).

Chú ý: tùy theo mức độ của tình trạng lo âu, của những yếu tố nguy cơ của XMDM, mà chúng ta thấy cần thiết hay không thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng để xác định.

- **Khó thở:** trong nhiều trường hợp khó thở chỉ xuất hiện đơn độc và là triệu chứng chủ yếu (được xem như tương đương đau ngực).
- **Những trường hợp không có triệu chứng lâm sàng:**
 - + Những trường hợp bệnh mạch vành đang được điều trị: đó là những người mà chúng ta muốn kiểm tra hậu quả của việc điều trị (như làm cầu nối, nong rộng mạch vành). Thường làm phim mạch vành đồ (coronarographie).
 - + Những trường hợp có bệnh động mạch (động mạch chậu hay động mạch não). Đây là những người có nguy cơ tử vong rất cao do thiếu năng vành. Vì vậy, luật bắt buộc trên những người này trước khi tiến hành phẫu thuật phải tiến hành xác định có suy mạch vành? (để tránh tai biến phẫu thuật).

b. Xác định suy mạch vành mạn bằng cách nào?

- **Chẩn đoán suy mạch vành** có khi không phải dễ dàng, cần dựa vào những yếu tố sau:
 - + **Đau ngực.**
 - + **Những yếu tố nguy cơ:** phái, di truyền, hút thuốc, ít vận động thể lực, béo phì, tăng huyết áp, stress, chế độ ăn nhiều mỡ, tiểu đường.
 - + **Khám lâm sàng (mục đích chủ yếu):**
 - Loại bỏ những nguyên nhân hiểm của suy mạch vành như hẹp van động mạch chủ, thiếu máu nặng ...
 - Tìm ra thêm xơ mỡ động mạch có phạm đến những vùng cơ thể khác như không bắt được mạch ở chân, âm thổi ở động mạch cảnh, ở động mạch dưới đòn, huyết áp 2 bên không giống nhau.

- Chẩn đoán khách quan suy mạch vành bằng các nghiệm pháp:
 - + Điện tim, điện tim gắng sức (có thể làm holter/24 giờ):
 - *Kết quả điện tim* (trong tình trạng nghỉ): hiếm khi bất thường, sóng T đảo ngược (với điều kiện phải rất rõ); T âm, nhọn và tập trung vào một vùng mạch máu cụ thể (Vd, D2, D3, aVF). Trong cơn đau cấp (có giá trị quan trọng): nếu điện tâm đồ (EKG) bình thường thì có thể loại bỏ thiếu máu cơ tim; nếu ST chênh xuống: chắc chắn có thiếu máu cơ tim.
 - *Kết quả EKG gắng sức* (quan trọng nhất): nếu ST chênh xuống, lớn hơn 1mm, trên 2 chuyển đạo tương xứng, thì rất có ý nghĩa. Trên bệnh nhân có đau ngực: ==> do thiếu máu cơ tim. Trên bệnh nhân không có đau ngực: ==> có thể có suy mạch vành. Khi kết quả (+) sớm xuất hiện trên những gắng sức nhẹ (chưa cao) như ST chênh xuống rất sâu hay xuất hiện trên nhiều chuyển đạo hoặc nếu có rối loạn nhịp tim kèm theo trong nghiệm pháp gắng sức thì giả thuyết về mạch vành tắc nghẽn là rất đáng tin cậy và nên nghĩ đến nghiệm pháp chụp cản quang động mạch vành tim (coronarography).
 - *Kết quả EKG holter* (với một vài loại máy, ta có thể phân tích chính xác ST, đo được tần số và độ dài của các đoạn ST chênh/24 giờ): có giá trị nhiều trong đánh giá hiệu quả trị liệu thiếu máu cơ tim, giá trị ít hơn cho chẩn đoán, thường cho dương tính giả nhiều vì có nhiều nguyên nhân ảnh hưởng đến ST. Chụp nháy nháy cơ tim (với thallium 201 = đồng vị phóng xạ) kích hoạt với dipyridamol.
 - *Kết quả nghiệm pháp nháy nháy với thallium 201*: nghiệm pháp này tốt hơn EKG gắng sức (nhất là có giá trị định vị tổn thương rất rõ), thallium là chất tương tự như K và được phân bố ở các tế bào được tưới máu. Nếu có vùng nhồi máu ==> trên hình sẽ có lỗ khuyết. Nếu vùng cơ tim chỉ được nuôi bởi một mạch máu bị teo hẹp ==> kết quả có thể bình thường lúc nghỉ ngơi, nhưng sẽ bất thường lúc gắng sức. Nếu nghiệm pháp gắng sức không thể thực hiện được, có thể thay thế bằng chích dipyridamol (đây là thuốc giãn động mạch mạnh) ==> hình ảnh tăng tưới máu ở vùng cơ tim bình thường. Trong khi đó, vùng tưới máu bởi động mạch bị teo hẹp không có hình ảnh tăng tưới máu hoặc hình ảnh giảm tưới máu (do hiện tượng cướp máu sang vùng lành).

Tuy nhiên phương pháp này vẫn còn một số bất lợi: giá thành đắt, kết quả cho hình ảnh đẹp thường hiếm, chuyên gia còn ít.

- + Siêu âm tim: suy mạch vành mạn thường cho kết quả bình thường trên siêu âm tim. Đã có nhiều nhóm nghiên cứu dùng siêu âm tim gắng sức, siêu âm tim với dipyridamol, siêu âm tim với dobutamin. Từ năm 1993, những kỹ thuật này không còn dùng nhiều trong chẩn đoán thiếu máu cơ tim.

Ngược lại, siêu âm tim quy ước có giá trị xác định tình trạng tâm thất trái.

Độ nhạy và độ đặc hiệu của các test này không phải 100%, do đó chỉ được chỉ định trên những người về mặt lâm sàng nghi nhiều đến thiếu máu cơ tim (không nên chỉ định cho những người đau ngực không điển hình và hoàn toàn không có yếu tố nguy cơ của xơ mỡ động mạch vì sẽ gặp (+) giả rất cao.

b. Phải thực hiện xét nghiệm gì khi đã nghi ngờ có suy mạch vành mạn?

- Đường huyết lúc đói, đường huyết sau khi ăn.
- Bilan mỡ: cholesterol, HDL, LDL, triglycerid.
- Nhưng quan trọng hơn cả là cần xem xét có làm mạch vành đồ (coronarographie) hay không?. Đây là xét nghiệm giúp chẩn đoán dương tính có suy mạch vành mạn hay không để giúp quyết định chỉ định giải phẫu tái lập tuần hoàn tim?

Thông thường ta có thể điều trị trước trong 3 trường hợp sau:

- + Đau ngực giảm chỉ còn những cơn thưa thớt xuất hiện trong những gắng sức không thông thường.
- + Kết quả chỉ dương tính trong những giai đoạn gắng sức sau cùng.
- + Nếu bệnh nhân không có triệu chứng đau ngực. Vấn đề này càng rõ hơn nếu bệnh nhân càng lớn tuổi.

Ngược lại chỉ định mạch vành đồ (coronarography) cao khi:

- + Đau ngực làm ảnh hưởng đến những sinh hoạt thường ngày của bệnh nhân.
- + Kết quả đã dương tính ngay với những gắng sức nhẹ.
- + Suy giảm chức năng thất trái. Vấn đề này càng rõ hơn khi bệnh nhân trẻ.

3.1.2. Co thắt mạch vành/thiếu máu cơ tim mạn

a. Khi nào nghi đến co thắt mạch vành / thiếu máu cơ tim mạn

- Khi có đau ngực điển hình mà không có gắng sức (khi ngủ) hoặc khi thở nhanh:
 - + Điển hình là xuất hiện ban đêm, khoảng 4 giờ sáng.
 - + Thỉnh thoảng lo âu, hồi hộp vào cuối cơn.
 - + Dùng trinitrin giảm đau ngay.
 - + Trên điện tim: ST chênh lên ở những chuyển đạo tương ứng với một vùng tưới máu.
 - + Mạch vành đồ: dùng methergin thấy dấu co thắt.
- Bệnh cảnh này nếu xuất hiện:
 - + Ở người không có nguy cơ xơ mỡ động mạch ==> co thắt mạch vành. Tiên lượng tốt.

+ Ở người có nguy cơ xơ mỡ động mạch ==> co thắt mạch vành trên nền xơ mỡ động mạch.

b. Làm cách nào để chẩn đoán co thắt mạch vành / thiếu máu cơ tim mạn

– Xác nhận có thiếu máu cơ tim khi:

+ EKG (chỉ giá trị trong cơn) ==> ST chênh lên và quan trọng là sẽ biến mất khi cơn qua đi.

+ EKG gắng sức ít có giá trị làm xuất hiện dấu bất thường (nếu không có nền xơ mỡ động mạch).

+ Holter 24h: rất hiệu quả vì bắt gặp lúc lên cơn rõ ràng.

– Xác nhận có co thắt mạch vành:

+ Khi dùng nhóm ức chế calci: dấu hiệu đau ngực mất hoàn toàn.

+ Mạch vành đồ với methergin (R): xuất hiện dấu co thắt.

c. Phải làm những xét nghiệm cận lâm sàng gì?

Đó là: mạch vành đồ.

3.1.3. Thiếu máu cơ tim cấp không có hoại tử (đau ngực không ổn định)

Thực tế, không có giới hạn rõ ràng giữa đau thắt ngực ổn định với đau thắt ngực không ổn định; cũng như không có giới hạn rõ ràng giữa đau thắt ngực không ổn định với nhồi máu cơ tim. Sự phân chia như trên của chúng tôi nhằm giúp học viên theo dõi và ứng xử dễ dàng hơn trong thực tế lâm sàng.

a. Khi nào nghĩ đến thiếu máu cơ tim cấp không có hoại tử (đau ngực không ổn định)

– Những cơn đau thắt ngực xuất hiện với mức độ thường xuyên. Chúng xuất hiện trong những hoạt động gắng sức không lớn và thậm chí cả trong lúc nghỉ (đau thắt ngực không ổn định gần).

– Những cơn đau thắt ngực xuất hiện với mức độ thường xuyên hơn. Chúng xuất hiện trong những hoạt động gắng sức không lớn, kéo dài hơn và không đáp ứng với thuốc giãn mạch vành tác dụng nhanh (đau thắt ngực nặng).

b. Làm cách nào để chẩn đoán thiếu máu cơ tim cấp không có hoại tử (đau ngực không ổn định)

– Điện tim: đoạn ST chênh xuống.

Việc xác định sẽ trở nên dễ dàng hơn nếu bệnh nhân có tiền căn về bệnh mạch vành hoặc có những yếu tố nguy cơ của bệnh lý thiếu máu cơ tim.

– Mạch vành đồ:

Việc chẩn đoán xác định có thể rất khó khăn khi các triệu chứng lâm sàng và điện tim không điển hình. Thật sự rất khó chẩn đoán phân biệt với

viêm màng ngoài tim cấp, nhồi máu phổi, cũng như trường hợp đau ngực do nguyên nhân ngoài tim.

Ngoài ra, cũng thật sự khó phân biệt được giữa đau ngực không ổn định và trường hợp nhồi máu cơ tim cấp không có sóng Q (nhồi máu dưới nội tâm mạc). Trường hợp này thường dùng các xét nghiệm về men tim để chẩn đoán phân biệt.

c. Phải thực hiện những xét nghiệm cận lâm sàng gì?

- EKG không quan trọng trong trường hợp này.
- EKG gắng sức là chống chỉ định (cũng như với nghiệm pháp với persantin).
- Các xét nghiệm men tim: CPK, CPK-MB, SGOT, SGPT, LDH, troponine-test.
- Mạch vành đồ: rất quan trọng vì ảnh hưởng rất lớn vào điều trị.

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

Dựa vào nguyên nhân và cơ chế bệnh lý YHCT, bệnh lý thiếu máu cơ tim theo YHCT có thể được biểu hiện dưới những thể lâm sàng sau đây:

3.2.1. Thể khí trệ huyết ú

- Đau vùng tim từng cơn (thưa thốt hoặc liên tục).
- Chất lưỡi tím hay có điểm ú huyết.
- Mạch trầm, tế, sác.

3.2.2. Thể can thận âm hư

- Đau ngực (nếu có) thường có tính chất hoặc co thắt, hoặc nhói như kim đâm. Người dễ bị kích thích, cáu gắt.
- Tình trạng uể oải, mệt mỏi thường xuyên.
- Đau nhức mỗi lưng âm ỉ.
- Hoa mắt chóng mặt, ù tai, đầu nặng, đau âm ỉ.
- Cảm giác nóng trong người, bứt rứt, thỉnh thoảng có cơn nóng phừng mặt, ngũ tâm phiền nhiệt, ngủ kém, có thể có táo bón.
- Mạch trầm, huyền, sác, vô lực.

3.2.3. Thể đờm thấp

- Đau ngực (nếu có) thường có tính chất như có một vật nặng đè chặn trên ngực, thường kèm khó thở.
- Người béo, thừa cân; lưỡi dày, to.

- Bệnh nhân thường than phiền về triệu chứng tê nặng chi.
- Thường hay kèm tăng cholesterol máu.
- Mạch hoạt.

3.2.4. *Thể tâm tỳ hư*

- Đau ngực (nếu có) thường có tính chất âm ỉ.
- Trống ngực, hồi hộp, ngủ ít, hay mê, hay quên.
- Mệt mỏi, gầy yếu, ăn kém, bụng đầy, đại tiện lỏng.
- Lưỡi nhạt bệu, mạch tế nhược.

3.2.5. *Thể tâm thận dương hư*

- Phù nề, đau vùng ngực, hồi hộp.
- Sợ lạnh, thích uống nước ấm, đau bụng, tiêu chảy, nước tiểu trong, tự hãn, tay chân lạnh.
- Lưỡi nhạt, tím xám, mạch vô lực.

Nếu nặng hơn, tâm dương hư thoát sẽ có thêm triệu chứng: ra mồ hôi không ngừng, chân tay quyết lạnh, môi xanh tím, thở nhỏ yếu, lưỡi tím xám, mạch nhỏ, hư muốn tuyệt.

4. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP VÀ THEO DÕI

4.1. Suy mạch vành mạn

Việc điều trị bệnh suy mạch vành mạn phải đảm bảo những nguyên tắc trị liệu sau:

- Chống những yếu tố nguy cơ của xơ mỡ động mạch.
- Làm giảm sự tiêu thụ O₂ của cơ tim.
- Chống tình trạng tạo mảng xơ vữa.
- Tái lập tuần hoàn mạch vành (revascularisation).

4.1.1. *Phòng chống những nguy cơ của xơ mỡ động mạch*

- Ngừng hút thuốc lá (dưới mọi dạng): công việc này đòi hỏi ý chí của bệnh nhân và các phương tiện hỗ trợ (cho từng cá nhân; tâm lý trị liệu cho cả nhóm).
- Ổn định tình trạng tăng huyết áp (*xem bài tăng huyết áp*).
- Điều trị tăng cholesterol máu.
- Khi cholesterol TP > 200 mg% và LDL > 130 mg%.

- Nếu LDL > 130 - 160 mg% và có < 2/5 yếu tố nguy cơ ==> điều trị bằng tiết chế (nhiều chất xơ + trái cây) (*xem bài xơ mỡ động mạch*).
- Nếu LDL > 130 - 160%: có >2/5 yếu tố nguy cơ: ==> tiết chế + thuốc.
- Nếu LDL > 160%: có < 2/5 yếu tố nguy cơ: ==> tiết chế + thuốc.

NB: tiết chế giảm cholesterol là sửa đổi chế độ ăn từ nhiều chất béo no sang béo không no.

Thuốc YHHĐ và YHCT điều trị giảm cholesterol máu (*xem bài xơ mỡ động mạch*).

4.1.2. Làm giảm sự tiêu thụ O_2 của cơ tim

Sự tiêu thụ O_2 tùy thuộc nhịp tim, độ co bóp của cơ tim, kháng lực của huyết áp khi tim co (huyết áp động mạch), kháng lực của tâm trương (huyết áp tim trái cuối tâm trương). Thuốc YHHĐ hoặc thuốc YHCT đều phải làm thế nào đáp ứng được yêu cầu này.

YHCT có những bài thuốc tham gia vào cơ chế này qua việc làm giảm huyết áp (*xem bài tăng huyết áp*). YHHĐ có 3 nhóm thuốc phục vụ cho yêu cầu này gồm: chẹn beta, nhóm kháng calci, dẫn xuất nitrit.

Chẹn beta: rất hiệu quả vì làm giảm nhịp tim, giảm co cơ tim, giảm huyết áp tâm thu. Do đó, loại này đã được chứng minh phòng ngừa tốt tử vong sau nhồi máu cơ tim.

Nhóm kháng calci: có tác dụng làm giảm co cơ tim, giảm huyết áp. Cần chú ý nhóm nifedipin vì làm tăng nhịp tim, có khả năng làm tăng nguy cơ thiếu máu. Thuốc hay dùng là tildiem (diltiazem), isoptin (verapamil). Có thể phối hợp giữa chẹn beta và nhóm kháng calci vì rất hiệu quả chống đau ngực nhưng có bất lợi là làm chậm nhịp tim nhiều.

Nhóm dẫn xuất nitrit: đã dùng từ 100 năm trị đau thắt ngực vì giảm được áp lực làm đầy thất trái và như thế làm giảm tải tâm trương. Loại nhanh: dùng dưới lưỡi hoặc xịt (spray). Loại điều trị củng cố: có các dạng dùng ngoài da (không được dùng 24/24, nên bỏ ra lúc ngủ), dạng thuốc uống LP. Dùng phối hợp với chẹn beta trong suy mạch vành rất tốt. Cạnh nhóm này có nhóm molsidomin (corvasal (R)) 6 - 12mg/24h chia 3 lần. Cơ chế giống như nhóm dẫn xuất nitrit.

Việc đánh giá dựa trên kết quả nhịp tim chậm rõ ràng hoặc ức chế được nhịp tim nhanh tăng trên 115 lần/phút khi làm nghiệm pháp gắng sức. Cũng có thể kiểm tra hiệu quả với EKG gắng sức ==> nghiệm pháp gắng sức kéo dài hơn và làm được những bậc cao hơn của nghiệm pháp gắng sức.

4.1.3. Chống tình trạng tạo mảng xơ vữa

Aspirin liều thấp 75 - 100 mg: rất thông dụng. Đã được chứng minh làm giảm tần suất nhồi máu cơ tim.

YHCT tuy chưa được nghiên cứu về tác dụng dược lý này nhưng đã có kinh nghiệm quý với nhóm thuốc hoạt huyết, khử ứ như: đan sâm, đào nhân, hồng hoa, ích mẫu. Những dược liệu như ngưư tất, nghệ thì có tác dụng gián tiếp thông qua tác dụng hạ cholesterol máu (*xem bài xơ mỡ động mạch*).

4.1.4. Tái lập tuần hoàn mạch vành (thuộc lĩnh vực ngoại khoa)

Angioplastie coronaire.

Pontage aorto coronaire.

4.2. Co thắt mạch vành/thiếu máu cơ tim mạn

Trong cơn đau cấp người ta thường kết hợp thuốc với châm cứu, bấm huyết.

4.2.1. Dùng thuốc

Hai nhóm thuốc YHHĐ có hiệu quả trong đau ngực do co thắt mạch vành tim.

- Kháng calci liều cao:

Adalat (R) 40 - 80mg/24h.

Tildiem (R) 240 - 480 mg/24h.

Isoptil (R) (Vérapamil) 240 - 480 mg/24h.

- Nhóm dẫn xuất nitrit:

Sử dụng nhóm tác dụng nhanh trong cơn đau cấp.

Sử dụng nhóm tác dụng chậm (khi kháng calci kém hiệu quả).

Đối với thuốc YHCT, hiện nay chỉ ghi nhận những báo cáo về thuốc của Trung Quốc được sử dụng; chủ yếu là những dược liệu có tính chất hoạt huyết, khử ứ mạnh.

Theo các tài liệu thì tại Trung Quốc có bào chế các loại thuốc phun sương “tâm thống thể hàn” (chủ yếu thành phần có chứa nhục quế, hương phụ...), thuốc phun sương “tâm thống thể nhiệt” (chủ yếu chứa đơn bì, xuyên khung...) có tác dụng không kém nitroglycerin. Ngoài ra, còn có những báo cáo về sử dụng thuốc dạng tiêm (đan sâm IM, IV; xuyên khung IV; nhân sâm; mạch môn IV).

4.2.2. Dùng châm cứu

- Các huyết thường dùng: chiên trung phối hợp nội quan, cự khuyết, gián sử, túc tam lý.
- Dùng theo kinh nghiệm:
 - + Day bấm điểm giữa đường nối 2 huyết tâm du và quyết âm du bên trái trong 1-2 phút.
 - + Bấm mạnh huyết nội quan phối hợp bệnh nhân thở sâu.

Ngoài cơn, nếu có dấu hiệu gợi ý của xơ mỡ động mạch vành tim thì cách điều trị sẽ như phương pháp điều trị suy mạch vành mạn.

4.3. Thiếu máu cơ tim cấp không hoại tử (đau thắt ngực không ổn định)

Thiếu máu cơ tim cấp không hoại tử (đau thắt ngực không ổn định) phải được điều trị và theo dõi trong một đơn vị săn sóc tích cực (ICU) về tim mạch và bao gồm chống thiếu máu cơ tim, chống tạo mảng xơ vữa và phương pháp tái lập tưới máu.

4.4. Những phương pháp YHCT điều trị bệnh lý cơ tim thiếu máu

Tác dụng trị liệu của những phương pháp YHCT, ngoài việc đáp ứng những yêu cầu trị liệu của bệnh lý cơ tim thiếu máu, còn chú ý đến tổng trạng chung của cơ thể, giải quyết những rối loạn thực vật kèm theo.

4.4.1. Thể khí huyết ú trệ

- *Pháp trị*: hành khí hoạt huyết.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + Bài thuốc gồm: qua lâu nhân 20g, củ hẹ 12g, đào nhân 12g, vỏ chanh già 12g.
 - + Công thức huyết sử dụng gồm: nội quan, tâm du, chiêm trung; châm loa tai: huyết tâm, thần môn, giao cảm.

4.4.2. Thể thận âm hư

- *Pháp trị*: tư âm ghìm dương, tư bổ can thận.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + *Bài thuốc hạ áp* (xuất xứ 30 công thức thuốc) gồm: thực địa 20g, ngưư tất 10g, rễ nhàu 20g, trạch tả 10g, mã đề 20g, táo nhân 10g, hoa hòe 10g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: bổ thận tư âm, bổ huyết	Quân
Ngưư tất	Chua, đắng, bình: bổ can thận, tinh đi xuống	Quân
Rễ nhàu	Đắng, hàn: bình can, tiềm dương, an thần	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Mã đề	Ngọt, hàn: lợi tiểu, thanh phế can phong nhiệt, thẩm bàng quang thấp khí	Tá
Táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm, an thần, sinh tân, chỉ khát	Tá
Hoa hòe	Đắng, bình: thanh nhiệt, lương huyết, chỉ huyết	Tá

- + *Bài thuốc Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thược* gồm: thực địa 32g, hoài sơn 16g, sơn thù 8g, đơn bì 12g, phục linh 12g, trạch tả 6g, đương quy 12g, bạch thược 8g. Bài này thường được sử dụng khi tăng huyết áp có kèm triệu chứng đau ngực, đau vùng tim.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết, chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá

- + *Bài thuốc bổ can thận* gồm: hà thủ ô 10g, thực địa 15g, hoài sơn 15g, đương quy 12g, trạch tả 12g, sài hồ 10g, thảo quyết minh 10g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hà thủ ô	Bổ huyết, thêm tinh	Quân
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Đương quy	Dưỡng can huyết	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Sài hồ	Bình can, hạ sốt	Tá
Thảo quyết minh	Thanh can, nhuận táo, an thần	Tá

- + Công thức huyết sử dụng: thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thái xung, thần môn, nội quan, bách hội, a thị huyết.

4.4.3. *Thể đờm thấp*

- *Pháp trị*: hóa đờm trừ thấp.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

Bài thuốc hạ áp gia đào nhân, hồng hoa (xuất xứ 30 công thức thuốc) gồm: thực địa 20g, ngư tất 10g, rẽ nhàu 20g, trạch tả 10g, mã đề 20g, táo nhân 10g, hoa hòe 10g, đào nhân 12g, hồng hoa 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: bổ thận tư âm, bổ huyết	Quân
Ngưu tất	Chua, đắng, bình: bổ can thận, tính đi xuống	Quân
Rễ nhàu	Đắng, hàn: bình can, tiềm dương, an thần	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Mã đề	Ngọt, hàn: lợi tiểu, thanh phế can phong nhiệt, thẩm bàng quang thấp khí	Tá
Táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm, an thần, sinh tân, chỉ khát	Tá
Hoa hòe	Đắng, bình: thanh nhiệt, lương huyết, chỉ huyết	Tá
Đào nhân	Ngọt, đắng, bình: hoạt huyết	Tá
Hồng hoa	Cay, ấm, hoạt huyết	Tá

4.4.4. *Thế tâm thận dương hư*

- *Pháp trị*: ôn thông tâm dương (tâm dương hư), hồi dương cứu nghịch (tâm dương hư thoát).
- Những bài thuốc y học cổ truyền có thể sử dụng:
 - + Lục vị hồi dương ẩm
 - + Hồi dương cấp cứu thang.
 - + Sinh mạch tán.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + *Bài thuốc Lục vị hồi dương thang*: nhân sâm 8g, phụ tử (chế) 8g, đương quy 12g, đan sâm, nhục quế 6g, nhục thung dung 12g, ba kích 12g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Quân
Phụ tử	Cay, ngọt, rất nóng: bổ mệnh môn hỏa, kiện tỳ	Quân
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hành huyết	Thần
Đan sâm	Đắng, lạnh: hoạt huyết, khử ứ	Tá
Nhục quế	Cay, ngọt, rất nóng: bổ mệnh môn hỏa, kiện tỳ, dẫn thuốc	Tá, sứ
Nhục thung dung	Ngọt, mặn, ấm: ôn bổ thận dương, nhuận trường	Tá
Ba kích	Cay, đắng, ấm: ôn thận dương	Tá

- + *Bài thuốc sinh mạch tán gia vị*: nhân sâm 40g, mạch môn 40g, ngũ vị tử 7 hột, hoàng kỳ 12g, cam thảo 6g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Quân
Mạch môn	Ngọt, đắng, lạnh: nhuận phế, sinh tân dịch	Thần
Ngũ vị tử	Mặn, chua, ấm: liễm hãm, cố tinh	Tá
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	Tá
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Sứ

+ *Bài thuốc Hồi dương cứu cấp thang*: phụ tử chế 4g, can khương 4g, nhục quế 4g, nhân sâm 12g, bạch truật 8g, phục linh 8g, ngũ vị tử 10 hạt, trần bì 4g, cam thảo nướng 2g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Ôn trung tán hàn, hồi dương cứu nghịch	Thần
Can khương	Ôn trung tán hàn, hồi dương cứu nghịch	Thần
Nhục quế	Cay, ngọt, rất nóng: bổ mệnh môn hỏa, kiện tỳ, dẫn thuốc	Thần
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Quân
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm: kiện tỳ, táo thấp, cầm mô hôi	Tá
Phục linh	Ngọt, bình: lợi tiểu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	Tá
Ngũ Vị Tử	Mặn, chua, ấm: liễm hãm, cố tinh	Tá
Trần bì	Cay, ấm: hòa khí, tiêu đàm	Tá
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Sứ

+ Công thức huyết sử dụng: dẫn trung, cự khuyết, khí hải, quan nguyên, cao hoang, nội quan.

4.4.5. Thể tâm tỳ hư

– *Pháp trị*: bổ ích tâm tỳ.

– Những bài thuốc y học cổ truyền có thể dùng gồm:

+ *Bài thuốc Quy tỳ thang gia vị*: phục thần 3g, toan táo nhân 3g, long nhãn 3g, nhân sâm 3g, hoàng kỳ 3g, bạch truật 3g, dương quy 3g, viễn chí 3g, đại táo 2 quả, mộc hương 1,5g, cam thảo 1g, uất kim 4g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phục thần	Tiết tâm nhiệt, bình ổn tâm thần	Quân
Toan táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm an thần, sinh tân dịch	Quân
Long nhãn	Bổ huyết, kiện tỳ	Quân
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Thần
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm: kiện tỳ, táo thấp, cầm mồ hôi	Thần
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hành huyết	Tá
Viễn chí	Đắng, ấm: bổ tâm thận, an thần	Tá
Đại táo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, điều hòa tính năng của thuốc	Tá
Mộc hương	Hành khí chỉ thống, kiện tỳ	Tá
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Sứ
Uất kim	Cay, đắng, ôn; vào tỳ, can: hành khí, hành huyết, phá ứ, giải uất	Tá

+ Công thức huyết sử dụng: dẫn trung, cự khuyết, tỳ du, cách du, thái bạch, phong long, nội quan.

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

- Yếu tố không phải là nguyên nhân của bệnh cơ tim thiếu máu
 - Nhiễm mỡ xơ mạch
 - Tăng huyết áp
 - Viêm động mạch vành do giang mai
 - Viêm nút quanh động mạch
 - Tắc mạch vành do cục máu đông
- Yếu tố không tham gia vào cơ chế bệnh cơ tim thiếu máu theo YHCT
 - Bệnh lâu ngày làm âm (huyết) suy hư, hư hỏa hun đốt tân dịch sinh đàm, gây tắc trở
 - Thể chất suy hư dẫn đến thận dương hư, chân dương nhiễu loạn ở trên gây bệnh.
 - Ăn uống không đúng cách sinh đàm làm tắc trở kinh mạch

- D. Giận, lo sợ gây can thận âm hư khiến hư hỏa bốc lên hun đốt tân dịch sinh đàm
 - E. Giận dữ làm can khí uất kết gây tắc trở kinh lạc
3. Yếu tố không phải yếu tố nguy cơ của thiếu năng vành
- A. Tuổi tác (mọi tuổi)
 - B. Thuốc lá
 - C. Di truyền (gia đình)
 - D. Tiểu đường
 - E. Tăng cholesterol máu
4. Trên bệnh nhân nghi ngờ thiếu máu cơ tim, có điện tim bình thường, cần làm xét nghiệm gì để chẩn đoán
- A. Điện tim gắng sức
 - B. Điện tim holter
 - C. Chụp nháy nháy cơ tim kích hoạt với dipyridamol
 - D. Siêu âm tim
 - E. Cholesterol, HDL, LDL, triglycerid
5. Bệnh nhân có triệu chứng đau ngực không ổn định (angor instable), phải làm xét nghiệm gì?
- A. Điện tim
 - B. Điện tim gắng sức
 - C. Điện tim holter
 - D. Siêu âm tim
 - E. Men tim: CPK, CPK-MB, SGOT, SGPT, LDH...
6. Triệu chứng lâm sàng gặp trong thiếu máu cơ tim thể khí trệ huyết ú
- A. Đau ngực như có vật nặng đè
 - B. Đau ngực âm ỉ, hồi hộp, khó thở
 - C. Đau ngực, chất lưỡi tím hoặc có điểm ú huyết
 - D. Đau nhói ngực như co thắt, ngũ tâm phiền nhiệt
 - E. Đau ngực dữ dội, tự hãn, người lạnh
7. Triệu chứng lâm sàng gặp trong thiếu máu cơ tim thể can thận âm hư
- A. Đau ngực âm ỉ, bụng đầy, đại tiện lỏng
 - B. Đau ngực, đau nhói, đầu gối, mạch trầm sắc vô lực
 - C. Đau ngực, thừa cân, mạch hoạt
 - D. Hồi hộp, khó thở, đoản khí, đau nặng ngực

- E. Đau vùng ngực như có đá đè, khó thở, tê tay chân
- 8. Triệu chứng lâm sàng gặp trong thiếu máu cơ tim thể đàm thấp
 - A. Đau ngực như đá đè, mạch trầm vô lực
 - B. Đau nhói ngực, đau co thắt, người bứt rứt
 - C. Đau nặng ngực, mệt mỏi, đại tiện lỏng
 - D. Đau ngực, hồi hộp, hoa mắt, chóng mặt, tự hãn
 - E. Đau nặng ngực, béo bệu, lưỡi dày nhớt
- 9. Triệu chứng lâm sàng gặp trong thiếu máu cơ tim thể tâm tỳ hư
 - A. Đau ngực như đá đè, mạch trầm vô lực
 - B. Đau nhói ngực, đau co thắt, người bứt rứt
 - C. Đau nặng ngực, mệt mỏi, đại tiện lỏng
 - D. Đau ngực, hồi hộp, hoa mắt, chóng mặt, tự hãn
 - E. Đau nặng ngực, béo bệu, lưỡi dày nhớt
- 10. Triệu chứng lâm sàng gặp trong thiếu máu cơ tim thể tâm thận dương hư
 - A. Đau ngực dữ dội, lưỡi tím, có điểm ứ huyết
 - B. Đau ngực dữ dội, lưỡi tím, xám, tự hãn
 - C. Đau ngực dữ dội, bứt rứt, cầu gắt, táo bón.
 - D. Đau ngực âm ỉ, mệt mỏi, đại tiện lỏng
 - E. Đau nặng ngực, lưỡi dày nhớt, mạch hoạt

II. Điền vào chỗ trống

1. Khi nào nghĩ đến việc tìm kiếm suy mạch vành mạn
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
2. Khi nào nghĩ đến co thắt mạch vành/thiếu máu cơ tim mạn
 - A.
 - B.
3. Nguyên tắc trị liệu YHHD suy mạch vành mạn
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.

XƠ MỠ ĐỘNG MẠCH

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bệnh nhiễm mỡ xơ mạch.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh nhiễm mỡ xơ mạch theo lý luận YHCT.*
3. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị nhiễm mỡ xơ mạch theo YHHD và YHCT.*
4. *Trình bày được phương pháp điều trị và phòng bệnh nhiễm mỡ xơ mạch của y học cổ truyền.*
5. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị nhiễm mỡ xơ mạch bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Xơ mỡ động mạch là nguyên nhân dẫn đầu gây tử vong và tàn tật ở các nước phát triển. Mặc dù bệnh khá phổ biến, nhưng một vài tính chất cơ bản của bệnh vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ.

Atherosclerosis, tên gọi của bệnh nói lên tình trạng tích tụ của mỡ (*athere*, “*gruel*”, *cháo*) làm thành trong của mạch máu bị dày lên (*sclerosis: dày cứng*).

Bệnh không xuất hiện trên tất cả các động mạch của cơ thể. Thông thường nó xuất hiện ở động mạch chủ bụng, kể đến là động mạch vành tim trước khi tấn công đến các động mạch chậu và động mạch não (*các động mạch cảnh ngoài, động mạch vú, động mạch nách không bao giờ thấy xơ mỡ dù chưa rõ lý do*).

Chỉ những biến chứng của bệnh mới làm thấy rõ bệnh: trong một thời gian dài, tiến triển của xơ mỡ động mạch rất yên lặng, không triệu chứng và đơn thuần chỉ là những thay đổi về giải phẫu. Những sang thương trên dài dần trong lòng động mạch làm dòng máu chạy chậm lại, tạo nên tắc nghẽn mạch đưa đến những hội chứng thiếu máu cấp và mạn.

Những biến chứng của xơ mỡ động mạch gồm (bảng 3.1):

Bảng 3.1. Những biến chứng của xơ mỡ động mạch

Động mạch	Biến chứng
Mạch vành tim	Đau thắt ngực Nhồi máu cơ tim (NMCT) Đột tử Suy tim
Dưới đòn	Cưỡng máu dưới đòn
Động mạch cảnh Hệ thống động mạch tủy - thân nền Động mạch não	Cơ thiếu máu não thoáng qua Tai biến mạch máu não do thiếu máu nuôi
Động mạch thận	Suy thận Huyết áp cao
Động mạch mạc treo	Thiếu máu mạc treo Nhồi máu mạc treo
Động mạch chi dưới	Khập khểnh cách hồi Thiếu máu nuôi chi dưới cấp tính

2. NGUYÊN NHÂN VÀ DỊCH TỄ HỌC

2.1. Theo y học hiện đại

Cho đến nay, bệnh xơ mỡ động mạch vẫn chưa rõ được nguyên nhân. Người ta nhận thấy đã có nhiều yếu tố tham gia vào sự hình thành bệnh lý này. Những nghiên cứu dịch tễ học tiến hành trong vòng 35 năm gần đây đã xác định được những yếu tố thúc đẩy quá trình phát triển bệnh. Chúng được gọi dưới tên là những yếu tố nguy cơ (*có thể tham khảo thêm bảng những yếu tố nguy cơ trong bài thiếu máu cơ tim, trang 30-32*).

Tuy nhiên, để giúp định hướng xử trí, cần chú ý đâu là yếu tố nguy cơ của xơ mỡ động mạch giải phẫu và đâu là yếu tố nguy cơ của những biến chứng của xơ mỡ động mạch.

- *Yếu tố nguy cơ của những biến chứng của xơ mỡ động mạch*: thể hiện mối liên quan giữa yếu tố phơi nhiễm (exposed) và biến chứng: ==> ta có thể dự kiến rằng nếu tác động trên yếu tố này sẽ làm *giảm nhanh* tần số xuất hiện biến chứng ấy (ví dụ: hút thuốc và biến chứng mạch vành).

- *Yếu tố nguy cơ của xơ mỡ động mạch giải phẫu*: thể hiện mối liên hệ nhân quả giữa yếu tố phơi nhiễm (exposed) và sự phát triển về mặt giải phẫu của mảng xơ vữa: ==> ta có thể dự kiến rằng nếu tác động trên yếu tố này sẽ làm giảm từ từ tần số xuất hiện biến chứng ấy (ví dụ: tình trạng tăng cholesterol máu và tăng atherom ==> biến chứng mạch vành).

Do đó, dù nguyên nhân của bệnh xơ mỡ động mạch chưa rõ nhưng với định nghĩa tạm thời về nguyên nhân (yếu tố mà khi giảm sẽ dẫn đến sự giảm bớt tổn thương giải phẫu XMDM hoặc tần suất bệnh) và yếu tố nguy cơ (yếu tố mà sự hiện diện gia tăng sẽ dẫn đến sự gia tăng tổn thương giải phẫu XMDM hoặc tần suất bệnh).

2.1.1. Tăng cholesterol máu được xếp vào những nguyên nhân của xơ mỡ động mạch

Có một mối liên quan trên khắp thế giới giữa con số trung bình cholesterol máu trong một quốc gia, sự phát triển về mặt giải phẫu của xơ mỡ động mạch và tần suất các bệnh tim thiếu máu trong quốc gia ấy. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc làm giảm cholesterol máu, dù với phương tiện nào cũng làm chậm sự phát triển xơ mỡ động mạch và cuối cùng là giảm tỷ lệ tử vong các bệnh mạch vành.

Bảng 3.2. Giá trị cholesterol đòi hỏi một sự trị liệu

Tuổi	Cholesterol toàn phần
20 - 29	2g/l = 5,16mmol/l
30 - 39	2,2 g/l = 5,68mmol/l
> 40	2,4 g/l = 6,19mmol/l

Cholesterol di chuyển trong máu bằng cách gắn vào các protein tạo thành các lipoprotein. Có hai nhóm lipoprotein chính:

- *Nhóm tỷ trọng thấp LDL (low density lipoprotein)*: trong nhóm này chuyên chở chủ yếu là apoprotein B. Đây là dạng mà cholesterol được mang đến các tế bào ==> Nếu LDL hay apoprotein B càng cao, nguy cơ XMDM càng lớn
- *Nhóm tỷ trọng cao HDL (high density lipoprotein)*: nhóm protein chuyên chở chủ yếu là apoprotein A₁. Đây là dạng mà cholesterol dư thừa được mang ra khỏi các tế bào. Do đó nếu HDL hay apoprotein A₁ càng cao nguy cơ XMDM càng thấp.

2.1.2. Tăng huyết áp được xếp vào nguyên nhân XMDM

- XMDM chỉ thấy xuất hiện trong những vùng chịu ảnh hưởng của áp lực động mạch cao: người ta không thấy XMDM trong các tĩnh mạch saphene

hoặc ở động mạch phổi (trừ khi tĩnh mạch saphene ở trong tình trạng động mạch hóa hoặc có tình trạng tăng áp động mạch phổi).

- Tình trạng huyết áp càng tăng, tình trạng phát triển giải phẫu của XMĐM càng nhiều và biến chứng XMĐM càng lớn.
- Hiện nay chưa có chứng minh rõ ràng giảm huyết áp làm giảm sự phát triển XMĐM, nhưng đã chứng minh được mối quan hệ giữa giảm huyết áp và giảm biến chứng thiếu máu não và thiếu năng vành.

2.1.3. Hút thuốc lá được xếp vào những nguyên nhân của những biến chứng của XMĐM

Tần số của NMCT, đột tử, viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính đều tăng một cách đáng kể với sự kiện hút thuốc lá. Không thấy có mối liên hệ giữa hút thuốc lá và sự phát triển giải phẫu của XMĐM.

2.1.4. Những yếu tố nguy cơ của biến chứng XMĐM ít mạnh mẽ hơn

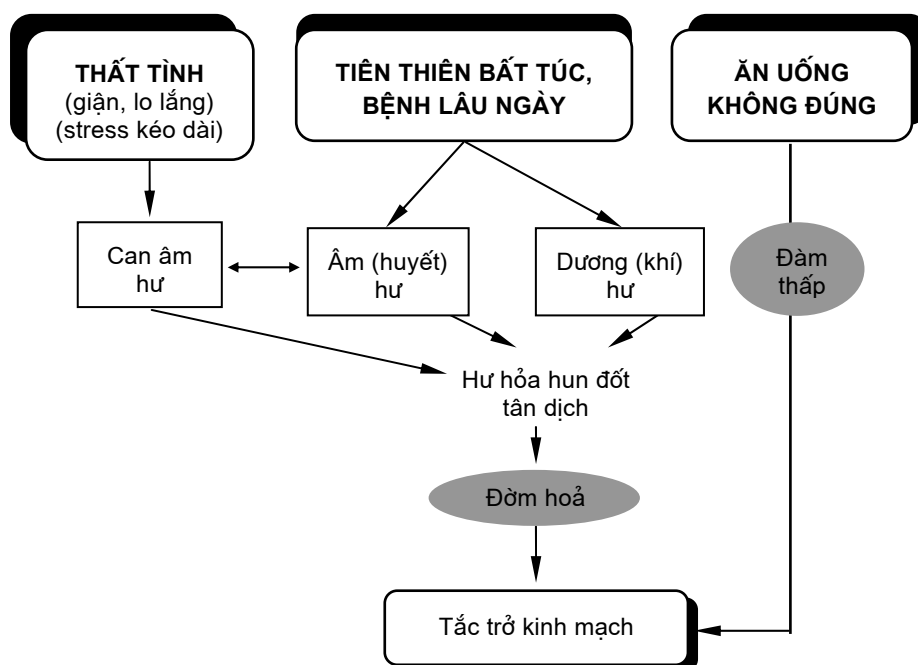
- Tình trạng giảm vận động thể lực
- Stress
- Béo phì
- Tăng triglycerid (TG) máu
- Dùng thuốc ngừa thai uống

2.1.5. Những yếu tố nguy cơ rất lớn của XMĐM nhưng không có cách ngừa

- Phái nam
- Tuổi
- Yếu tố di truyền

2.2. Theo y học cổ truyền

- Xơ mỡ động mạch là bệnh lý rất phổ biến: như trên đã nêu, phần lớn mảng xơ vữa không gây ra triệu chứng và rất nhiều trường hợp không bao giờ có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Trong khi đó những bệnh danh YHCT chủ yếu được dựa trên những triệu chứng chức năng khi biến chứng của bệnh đã xuất hiện.
- Dựa vào những cơ sở lý luận YHHĐ và YHCT, có thể biện luận về cơ chế bệnh sinh bệnh lý XMĐM theo YHCT như sau:



Có thể nói rằng nhiễm mỡ xơ mạch theo YHCT, dù do nguyên nhân nào, cũng đều gây bệnh thông qua cơ chế “đàm thấp”. Đàm thấp (có thể hóa hỏa hoặc không) sẽ làm tắc trở khí huyết lưu thông trong kinh mạch. Tùy theo tình trạng tắc trở kinh mạch xảy ra ở đâu mà biểu hiện lâm sàng sẽ là:

- + Ở tâm với triệu chứng *tâm thống, tâm trường* (xem bài cơ tim thiếu máu).
- + Ở kinh lạc mà xuất hiện triệu chứng *tê, đau, yếu liệt* (xem bài tai biến mạch máu não).
- + Ở can, thận gây chứng *huyền vện, đầu thống* (xem bài tăng huyết áp).

3. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP VÀ THEO DÕI

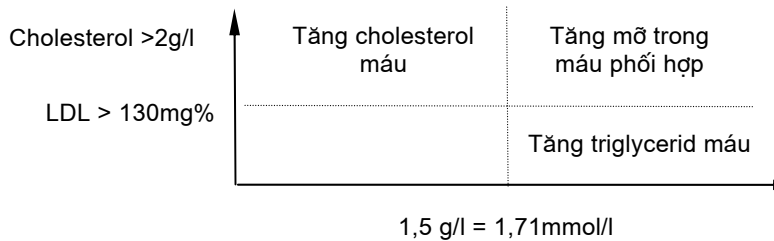
Đối với bệnh lý xơ mỡ động mạch, phòng bệnh là yếu tố quan trọng hàng đầu. Việc phòng bệnh cần phải thực hiện từ lúc còn trẻ và suốt cuộc đời, chủ yếu là loại trừ những yếu tố nguy cơ.

3.1. Tiết chế

- *Chế độ ăn nhiều rau xanh, trái cây tươi* là nguồn cung cấp sinh tố, ion K^+ , Mg^{++} , các chất anti oxydant.
- Cần quan tâm đến sinh tố E (là một chất anti oxydant rất có lợi cho phòng xơ mỡ động mạch): sinh tố E có nhiều trong thức ăn thảo mộc và trong các loại dầu như dầu mè, dầu hướng dương, dầu bắp...
- Chất xơ ngoài tác dụng chống táo bón còn có tác dụng giữ lại cholesterol trong lòng ống tiêu hóa, hạn chế sự hấp thu cholesterol vào máu, làm giảm LDL, VLDL, triglycerid trong máu.

Do có nhiều loại tăng mỡ trong máu khác nhau, người thầy thuốc cần chú ý đến những chế độ tiết chế phù hợp.

Bảng 3.3. Bảng phân loại rối loạn biến dưỡng mỡ trong máu



Tiết chế giảm cholesterol là sửa đổi chế độ ăn từ nhiều chất béo no sang béo không no

Béo no	Béo không no
Sữa và chất chế biến từ sữa Mỡ động vật	Cá Dầu hướng dương

Ăn	Kiêng
Rau Trái cây Cá Thức ăn nướng Dầu: ôliu, hướng dương, đậu nành Yaourt Có thể dùng margarin từ hướng dương	Trứng > 2 trứng/tuần Sò hến Heo Bò, bê Dầu đậu phộng Sữa, bơ, pho mát

– *Chế độ làm giảm mỡ* (dành cho bệnh nhân tăng lipid huyết)

Kiêng	Giảm
Bánh mì Bánh nướng Khoai tây Đậu Hà Lan Bắp Gạo Bột Thức uống có đường, xirô Rượu Tráng miệng có đường Trái cây khô	Thịt heo Thịt cừu Thịt bê Thịt vịt Cá hồi Cá mòi Pho mát (trừ yaourt) Chuối Nho

- Chế độ ăn làm giảm triglycerid:

Kiêng: thức ăn ngọt, bánh ga-tô, sô-đa, xi-rô, chocolat, rượu

3.2. Thay đổi cách sống

Cũng nhằm loại bỏ những yếu tố nguy cơ như:

- Bỏ ngay thuốc lá.
- Giữ thái độ tâm thần thích hợp, lạc quan, tránh căng thẳng thần kinh (xem bài thái độ tâm thần trong cuộc sống - dưỡng sinh và học thuyết Âm dương ngũ hành).
- Phối hợp với chế độ ăn: thiết lập chế độ vận động thể lực đều đặn/ngày, nhất là người cao tuổi. Nguyên tắc của chế độ tập luyện này là “dùng nhiều cơ tứ đầu đùi để bớt dùng cơ tim”. Thực hiện những bài tập dưỡng sinh đều đặn (xem bài thư giãn - thở 4 thời - những bài tập ở các tư thế nằm, đứng).

3.3. Điều trị tích cực, đúng đắn những bệnh có liên quan

- Điều trị bệnh tăng huyết áp, tiểu đường (xem phần bệnh lý tăng huyết áp, tiểu đường).
- Điều trị giảm cholesterol máu bằng thuốc.

	Cơ chế	Tác dụng	Tác dụng phụ	Chỉ định	Liều dùng
Nhóm fibrat	Ức chế tổng hợp cholesterol ở gan	Giảm 20% cholesterol, giảm 40% TG	- Làm tăng tác dụng thuốc chống vitamin K - Tăng creatinin - Tăng transaminase	Tăng lipid huyết (nhất là khi cholesterol > 2,8 g/l)	Lipanthyl 100-300mg/ 24h - Lipur (R) (gemfibrozil) 900mg/24h - Ciprofibrat Lipanor (R): 100mg/24h - Bezafibrat, befizal (R): 400-600mg/24h
Nhóm ức chế HMG-CoA reductase		Giảm 30% cholesterol, rất hiệu quả trong tăng cholesterol máu gia đình	- Đau cơ - Tăng transaminases và CPR - Tăng nhẹ tác dụng các thuốc chống vitamin K	Tăng cholesterol máu đơn thuần	Simvastatin Zocor (R) Lodals (R) 10-20mg/24h Pravastatin Vasten (R) Elisor (R) 10-40mg/24h

Nhóm resin (dùng vì tác dụng phụ ở hệ tiêu hoá, dùng phối hợp với nhóm 2)	Chelation các acid mật có chứa cholesterol	Giảm 15% cholesterol	- Táo bón - RLTH - Giảm tác dụng các thuốc chống vitamin K, digital và kích tố giáp	Tăng cholesterol gia đình	Cholestyramin Questran (R) 3-6 gói /24h
Nghệ	Thông mật, lợi mật, giảm cholesterol	Vị cay đắng, tính ôn Quy kinh can tỳ: phá ác huyết, huyết tích, kim sang. Tác dụng sát trùng, kháng khuẩn, sinh cơ và chỉ huyết	Người âm hư mà không ứ trệ thì không nên dùng		6-8g
Nguu tất	Lợi tiểu; vị chua đắng, tính bình, không độc; vào 2 kinh can, thận	Tác dụng phá huyết, hành ứ (sống), bổ can thận, mạnh gân cốt (chín)			12-16g
Tỏi	Hạ cholesterol, hạ huyết áp. Vị cay, tính ôn, hơi độc, vào 2 kinh can và vị	Thanh nhiệt, giải độc sát trùng, chữa bằng đới trùng tích, huyết lỵ. Tẩy uế, thông khiếu, tiêu nhọt, hạch ở phổi, tiêu đờm, đầy trướng	Phàm âm hư nội nhiệt, thai sản chớ dùng, hôi miệng		4-8g

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Bệnh lý nào không do biến chứng của xơ mỡ động mạch (XMĐM) trên tim

- A. Đau thắt ngực
- B. Nhồi máu cơ tim (NMCT)
- C. Tăng huyết áp

- D. Đột tử
- E. Suy tim
- 2. Cơ chế bệnh nhiễm mỡ xơ mạch theo YHCT
 - A. Can âm hư gây nội nhiệt
 - B. Huyết hư sinh huyết nhiệt
 - C. Huyết hư sinh huyết ú
 - D. Khí hư sinh khí trệ
 - E. Đàm thấp
- 3. Chế độ ăn nào không có lợi cho bệnh XMĐM
 - A. Nhiều rau
 - B. Nhiều trái cây
 - C. Nhiều cá
 - D. Nhiều dầu phộng
 - E. Thức ăn nướng
- 4. Dược liệu nào có tác dụng làm hạ cholesterol trong máu
 - A. Sinh địa
 - B. Cúc hoa
 - C. Cỏ xước
 - D. Trạch tả
 - E. Hoa đại
- 5. Nghệ là vị thuốc có tác dụng
 - A. Làm lành sẹo, lành vết loét
 - B. Hạ cholesterol máu
 - C. Sát trùng
 - D. Nhuận gan mật
 - E. Cả 4 câu trên đều đúng

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu sai

- 1. Để làm giảm mỡ trong máu, cần kiêng
 - A. Bánh mì
 - B. Khoai tây

- C. Trái cây khô
 - D. Thức ăn uống có đường
 - E. Yaourt
2. Để làm giảm cholesterol trong máu, cần kiêng
- A. Trứng
 - B. Thịt heo
 - C. Thịt bò, bê
 - D. Sữa
 - E. Cá
3. Để làm giảm triglycerides trong máu, cần kiêng
- A. Dầu hướng dương
 - B. Bánh ga-tô
 - C. Chocolat
 - D. Thức ăn uống có đường
 - E. Rượu
4. Điều trị XMDM, tốt nhất
- A. Phòng bệnh
 - B. Ăn uống đúng cách
 - C. Thay đổi cách sống
 - D. Điều trị bệnh có liên quan
 - E. Dùng thuốc hạ cholesterol máu
5. Công dụng của cỏ xước
- A. An thần
 - B. Hạ huyết áp
 - C. Lợi tiểu
 - D. Hạ cholesterol máu
 - E. Chữa đau khớp
6. Công dụng của nghệ
- A. Kháng khuẩn
 - B. Kích thích tiêu hóa
 - C. Nhuận gan mật
 - D. Làm lành vết loét
 - E. Sát trùng

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP VÀ MẠN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bệnh viêm phế quản cấp và mạn.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh của bệnh viêm phế quản cấp và mạn theo lý luận YHHĐ và YHCT.*
3. *Chẩn đoán được 9 thể lâm sàng của bệnh viêm phế quản cấp và mạn theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị của bệnh viêm phế quản cấp và mạn theo YHHĐ và YHCT.*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị của bệnh viêm phế quản cấp và mạn (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị bệnh viêm phế quản cấp và mạn bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Viêm phế quản cấp (VPQC) là tình trạng viêm nhiễm cấp tính niêm mạc cây khí phế quản. Thường tiến triển tự nhiên hết, hoặc cuối cùng sau điều trị sẽ lành hẳn bệnh và hoạt động hô hấp hoàn toàn trở lại bình thường.

Viêm phế quản mạn tính (VPQM) là một bệnh có liên quan với sự tiếp xúc lâu dài với những chất kích thích phế quản không đặc thù, đi đôi với sự tăng tiết niêm dịch cùng một số thay đổi về cấu trúc của phế quản. Về mặt lâm sàng, được coi là VPQM khi bệnh nhân có ho khạc kéo dài ít nhất 90 ngày trong một năm và trong 2 năm liên tục. Ho khạc được loại trừ là không do các bệnh khác như lao, giãn phế quản, áp - xe, bụi phổi v.v... (Lancet, 1965). Định nghĩa trên chỉ nêu được mốc tối thiểu khởi đầu của VPQM, vì VPQM bao gồm những trạng thái bệnh lý nặng nhẹ khác nhau, từ ho khạc đờm giảm, đến những đợt suy hô hấp thường xuyên mà tiên lượng cũng không kém nguy hiểm

như nhồi máu cơ tim (Bourgeois, 1979). Điều này nói lên tính cần thiết của sự phát hiện và đề phòng tiến triển xấu.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

1.2.1. Viêm phế quản cấp

- Có thể gặp VPQC ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu là ở trẻ em và người cao tuổi. Thường gặp VPQC khi trời lạnh hoặc khi thay đổi thời tiết đột ngột.
- VPQC chiếm 1,5% các bệnh đến bệnh viện và 34,5% các bệnh của cơ quan hô hấp (Votral.B. E).

1.2.2. Viêm phế quản mạn

- Thường gặp VPQM ở người trung niên và cao tuổi.
- Bụi ảnh hưởng nhiều đến VPQM, tỷ lệ mắc bệnh cao rõ rệt ở công nhân các công trường nhiều khói bụi, dân thành phố mắc bệnh cao hơn ở nông thôn, ngoại trừ trường hợp những phụ nữ nông thôn nấu nướng trong nhà bếp thiếu thông thoáng, không ống khói, chất đốt tạo nhiều bụi bặm; ở miền núi tỷ lệ thấp hơn ở đồng bằng.
- Ở Việt Nam: tỷ lệ VPQM là 4,7%, và chiếm hơn 1/2 tổng số người mắc các bệnh về hô hấp (Phạm Khuê và CS). Trong một điều tra khác ở người trên 60 tuổi, tỷ lệ VPQM lên tới 19,6%.
- Về thời tiết, mùa lạnh làm tăng số người mắc VPQM: tại Scotland tử vong là 45% do VPQ mạn xảy ra trong 3 tháng lạnh đầu năm (thống kê 1956 - 1963 Crofton, Douglas).

2. NGUYÊN NHÂN - BỆNH SINH VÀ GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Nguyên nhân

Yếu tố	Viêm phế quản cấp	Viêm phế quản mạn
Vi khuẩn	(+) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (±) Các loại vi khuẩn khác, thường là thứ phát, bội nhiễm sau nhiễm siêu vi hoặc nhiễm lạnh	(+++) <i>Hemophilus influenzae</i> 13,5% (+++) Tụ cầu vàng 15,5% (+++) Phế cầu 13,5% (++) <i>Proteus hauseri</i> 12,2% (++) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 9,6% (++) <i>Escherichia coli</i> 9% (+) <i>Klebsiella pneumoniae</i> 1,9% (++) <i>Streptococcus pyogenes</i> 6,4% (±) Trực khuẩn Gram (-) (Voisin, 1976)

Virus	(+++) RSV (Respiratory Syncytial Virus) (+++) Adenovirus, Para. influenza virus	Virus chỉ là nguyên nhân ban đầu tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển về sau Các loại virus như: Influenza, Rhinovirus (Voisin)
Hóa học	(+) Ô nhiễm không khí: bụi (+) Hơi độc: SO ₂ , NO ₂ , NO ₃ ,... clo, amoniac.s (+) Khói thuốc lá	(++) ô nhiễm không khí, khí quyển, hơi độc công nghiệp là điều kiện thuận lợi gây bệnh (+++) Khói thuốc lá: tác nhân chủ yếu bên cạnh vi khuẩn
Vật lý	(+) Không khí quá khô, quá ẩm, quá lạnh (+++) Nhiễm lạnh đột ngột	(+++) Mùa lạnh, nhiễm lạnh
Dị ứng	(+) Là yếu tố có tính cách thúc đẩy bệnh sinh: VPQC ở người hen, phù Quincke, mê đay	(++) Kết hợp giữa hen và VPQM (++) VPQM trên cơ địa dị ứng
Di truyền	(-)	(+) Thiếu hụt globulin miễn dịch (+) Bất thường về gen: mất thăng bằng giữa hệ thống protease và kháng protease

2.2. Bệnh lý giải phẫu

2.2.1. Viêm phế quản cấp

Tùy thuộc vị trí quá trình viêm xâm lấn tới cây phế quản mà VPQC có thể được chia ra viêm khí phế quản, viêm phế quản cấp ở những phế quản có thiết diện lớn, trung bình và nhỏ.

- Tổn thương của niêm mạc phế quản bị phù nề, sung huyết, các mạch máu giãn to có lớp dịch nhầy, mũ bao phủ, bạch cầu đa nhân xâm nhập, tế bào biểu mô bị bong ra, có chỗ bị loét, các tuyến nhầy căng phồng và tăng tiết. Có cả loạn sản và tăng sản tế bào biểu mô lông (cilia cells). Các hoạt động bảo vệ của nhung mao phế quản, thực bào, bạch huyết bị rối loạn và vi khuẩn có thể xâm nhập vào các phế quản thường vẫn vô trùng, tiếp tục gây ra sự tích tụ những mảnh vụn tế bào hoặc dịch rỉ nhầy mũ, có thể gây tắc nghẽn ở đường thở, có thể gây xẹp tiểu phân thùy hoặc phân thùy.
- Theo thời gian quá trình hồi phục diễn ra thì cấu trúc của niêm mạc được phục hồi hoàn toàn.
- Phản xạ ho, dù có gây suy hô hấp nhưng cũng rất cần thiết để cho tổng xuất các dịch tiết ở phế quản. Có thể có tắc khí do sự phù vách phế quản, do tiết dịch bị đọng lại và trong một số trường hợp do sự co thắt của các phế quản.

2.2.2. Viêm phế quản mạn

a. Đại thể

Sự phân bố tổn thương không phải bao giờ cũng đối xứng ở 2 phổi, có một số tổn thương chỉ khu trú ở phế quản lớn.

Có hình ảnh viêm nhiễm và tắc nghẽn: sự tắc nghẽn thường xảy ra ở các phế quản có khẩu kính từ 1/2mm đến 3mm do quá trình dày xơ và sự hình thành các nút nhầy.

b. Vi thể

Hệ thống phế quản bao gồm nhiều loại lớn nhỏ khác nhau, kích thước và cấu trúc khác nhau. Tùy thuộc vào vị trí tổn thương và giai đoạn tiến triển của bệnh mà sẽ xuất hiện đồng thời hoặc đơn lẻ các triệu chứng lâm sàng nặng nhẹ khác nhau.

– Các phế quản lớn:

- + Tăng sinh và phì đại các tế bào hình đài (goblet cells). Bình thường tỷ lệ của tế bào hình đài đối với tế bào lông (ciliary cells): 10-20%. Trong bệnh lý VPQM, tỷ lệ trên có thể tăng 80-90%.
- + Lớp đệm phù nề, lớp dưới niêm mạc dày lên bởi sự tăng sản các tuyến nhầy.
- + Vào giai đoạn sau, viêm nhiễm lan toả với sự thâm nhập của các tế bào viêm làm hủy hoại tế bào cơ trơn và các tế bào sụn.
- + Do sự tăng sinh và phì đại các tế bào hình đài nên các phế quản lớn tăng tiết chất nhầy. Thành phần chất nhầy thay đổi, độ nhớt tăng làm ảnh hưởng nhiều đến hoạt động của lớp nhầy lông. Triệu chứng ho đờm sẽ là triệu chứng chủ yếu, tùy mức độ nặng nhẹ, tùy loại vi khuẩn, tùy giai đoạn viêm nhiễm, quá trình tăng sản của tuyến tiết cũng như phản ứng của lớp niêm mạc nói chung mà ta sẽ có các loại ho khác nhau.

– Các tiểu phế quản:

- + Các tiểu phế quản tận, phế quản hô hấp có các tổn thương xơ quanh phế quản, phù nề niêm mạc và sự có mặt các cục nhầy, các cơ trơn dày lên đưa đến tăng sức cản khí đạo.
- + Triệu chứng cơ bản là trở ngại lưu thông không khí, biểu hiện bằng khó thở với những mức độ nặng nhẹ khác nhau. Giai đoạn đầu khó thở không thường xuyên và có thể phục hồi được bằng luyện tập. Triệu chứng đặc hiệu là thăm dò chức năng thấy hội chứng tắc nghẽn với những rối loạn về phân phối do quá trình thông khí bị trở ngại.

2.3. Bệnh sinh

2.3.1. Nhu mô phổi

Viêm tiểu phế quản đưa đến viêm phế nang. Tùy theo mức độ tắc nghẽn các tiểu phế quản sẽ có hiện tượng ứ khí phế nang hay vi xẹp phổi (micro atelectasis). Trong VPQM ứ khí phế nang chiếm ưu thế rõ rệt ở thùy bên của phổi.

Triệu chứng chủ yếu biểu hiện là khó thở, đã rõ rệt và thường xuyên hơn và sự tập luyện cho hồi phục lúc này trở nên khó khăn về chức năng hô hấp; ngoài hội chứng tắc nghẽn, các rối loạn về vận chuyển khí đã xuất hiện, suy hô hấp dần hình thành.

2.3.2. Tim mạch

Các tiểu động mạch phổi cũng bị ảnh hưởng bởi quá trình viêm. Hay xảy ra hiện tượng huyết khối làm tắc mạch. Tình trạng huyết khối tại các động mạch phổi thường là nguyên nhân tử vong của VPQM.

Tim: có phì đại thất phải, phụ thuộc trạng thái tăng áp lực động mạch phổi và trạng thái này lại do thiếu oxy vì suy hô hấp.

Bảng 4.1. Phân loại phế quản và các biểu hiện bệnh lý khi tổn thương

Loại phế quản	Lớn	Trung bình (tiểu phế quản)	Nhỏ
Cấu trúc	Nhiều tuyến và sụn cứng	Nhiều cơ	Tương tự vách phế quản
Tổn thương giải phẫu	Tăng sản tuyến tiết	Co thắt, tắc, xẹp	Hủy hoại
Biểu hiện lâm sàng	Ho khạc	Khó thở từng lúc	Khó thở rõ và dần thường xuyên
Thăm dò chức năng	Chưa có	Hội chứng tắc nghẽn, rối loạn thông khí	Rối loạn vận chuyển khí

2.4. Nguyên nhân bệnh sinh theo YHCT

Viêm phế quản là bệnh danh của YHHĐ và không có từ đồng nghĩa trong YHCT. Từ đồng nghĩa dễ gặp giữa hai nền y học là mô tả các triệu chứng trên lâm sàng (thí dụ như: ho với khái thấu, khó thở với hao suyễn, sốt với phát nhiệt v.v...).

2.4.1. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp trong VPQ cấp và mạn

Các triệu chứng cơ năng được mô tả trong bệnh VPQ cấp và mạn thường bao gồm: ho, sốt, khạc đàm. Tùy thuộc vào diễn biến và biến chứng của bệnh

mà có thể có thêm triệu chứng mất tiếng, khó thở. Các triệu chứng nêu trên được y học cổ truyền (YHCT) khái quát trong các chứng *khái thấu*, *thất âm*, *háo suyễn*, *đàm ảm*.

- *Khái*: có tiếng ho mà không có đàm.
- *Thấu*: có tiếng đờm khò khè, cò cử mà không có tiếng ho.

Biểu hiện bệnh lý thường khi cũng có ho khan không có đàm, nhưng cũng thường khi có ho và đàm kèm theo nên gọi chung là chứng *khái thấu*.

- *Háo*: còn gọi là chứng *áp khái*. Sách Thiên kim phương mô tả chứng này có được là do bệnh đã lâu năm, có nhiều đờm khò khè trong cổ, khi thở rít lên thành tiếng; khi phát ra chứng này là nằm không được.
- *Suyễn*: thở gấp, thở cấp bức, hơi đưa lên thì nhiều đưa xuống thì ít.

Thực tế cho thấy, chứng *suyễn* có khi phát ra đơn độc, nhưng chứng *háo* thì luôn kèm chứng *suyễn*. Trong bệnh cảnh VPQC, VPQM mà chúng ta đã nêu trên đây có thể hiểu khó thở xảy ra là do đờm ứ đọng và tắc nghẽn nên gọi chung là chứng *háo suyễn*.

- *Đàm ảm* cũng có sự khác nhau:
 - + *Đàm* thì dẻo dính, thuộc chất trọc, thuộc về âm.
 - + *Ảm* thì lỏng loãng, thuộc chất thanh, thuộc về dương.

Trên thực tế thường gọi chung là *đàm ảm* vì cùng là một loại (đều từ tân dịch của đồ ăn uống mà hoá ra).

2.4.2. Nguyên nhân bệnh sinh theo y học cổ truyền

Nguyên nhân sinh ra 3 chứng trên được mô tả do ngoại cảm và nội thương.

- Ngoại cảm: do lục dâm, tà khí tác động gây bệnh.
 - + Gây chứng *khái thấu*: tất cả phong, hàn, thử, thấp, táo, hoả đều có thể gây bệnh.
 - + Gây chứng *háo suyễn*: chỉ do phong, hàn.
 - + Gây chứng *đàm ảm*: do phong, hàn, thấp.
- Nội thương: có nhiều nguyên nhân do nội thương mà sinh ra các chứng trên.
 - + Ăn uống không chừng mực, tỳ bị tổn thương ảnh hưởng đến phế thận.
 - + Lao nhọc thường xuyên, ăn uống thiếu thốn làm tỳ hư.
 - + Tửu sắc vô độ làm tỳ thận hư.

Qua việc phân tích các chứng trạng YHCT thường gặp trên lâm sàng trong bệnh lý VPQ cấp và mạn, có thể biện luận về nguyên nhân bệnh sinh theo YHCT như sau:

- Do ngoại cảm lục dâm xâm nhập vào cơ thể, phong hàn xâm phạm làm cho phế khí vít tắc không tuyên thông dẫn đến ho khan, khàn tiếng hoặc mất tiếng, hoặc gây nên tình trạng ngoại tà ủng tắc ở phế, phế khí uất không tuyên giáng được gây sốt, ho, ở trẻ em có cánh mũi phập phồng.
- Do vệ khí suy yếu, lục dâm tà khí nhân cơ hội xâm nhập qua bì mao ảnh hưởng đến phế; nếu phong hàn bó ở ngoài thì gây sốt, đau đầu, không ra mồ hôi, ho có đàm và khô khè thở khó; phong ôn phạm phế thì sốt cao, có mồ hôi, ho nặng tức hông sườn; hỏa nhiệt bức bách phế gây chứng sốt cao, ho nặng ra đờm vàng hoặc dính máu, khô khè cò củ.
- Do bệnh lâu ngày, thể chất suy yếu, thận âm hư dẫn đến thận dương hư. Thận âm hư làm khô cạn tân dịch không nuôi dưỡng phế, hơn nữa thận âm hư, hư hỏa bốc lên càng thiêu đốt chân âm làm tổn thương phế âm gây ra chứng ho khan, ít đàm; nếu hư hỏa bốc làm tổn thương phế lạc thì trong đàm có lẫn máu. Thận dương hư làm ảnh hưởng đến tỳ dương sinh đàm ủng tắc gây chứng khí suyễn, ho có đàm và khô khè nặng.
- Do ăn uống không điều hòa, không đầy đủ, trẻ con sinh chứng Phế cam do uất nhiệt làm tổn thương phế sinh chứng ho đàm khó thở, quấy khóc, trướng bụng đi cầu phân sống, người lớn thì tổn thương tỳ làm cho tinh hậu thiên bị suy giảm không đủ cung cấp nuôi dưỡng phế khí, ảnh hưởng đến chức năng túc giáng khí sinh ra chứng đàm trọc và khó thở, phế khí hư cũng ảnh hưởng đến sức kháng bệnh của cơ thể (vệ khí) làm cho tấu lý thưa hở là cơ hội cho ngoại tà tiếp tục xâm nhập gây bệnh, tạo nên vòng luẩn quẩn bệnh lý tiếp diễn không ngừng ...

Tùy thuộc vào nguyên nhân, vào giai đoạn diễn tiến bệnh sinh, bệnh lý VPQ cấp hoặc mạn sẽ có biểu hiện các thể lâm sàng YHCT như: nhóm thực chứng gồm: phong hàn, phong nhiệt, khí táo, đờm thấp, đờm nhiệt; các bệnh cảnh này có thể thấy xuất hiện trong cả viêm phế quản cấp và mạn tính. Nhóm chứng hư gồm: phế âm hư, phế khí hư, phế tỳ hư, phế thận dương hư thường xuất hiện trong viêm phế quản mạn và giai đoạn biến chứng là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và tâm phế mạn.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Viêm phế quản cấp

a. Triệu chứng lâm sàng

Viêm phế quản nhiễm khuẩn cấp tính thường có những triệu chứng đi trước của một số bệnh nhiễm khuẩn hệ hô hấp trên như sổ mũi, ớn lạnh, sốt

nhẹ, đau lưng, đau cơ và viêm họng. Ho thường là báo hiệu sự khởi phát của viêm phế quản.

- Ho lúc đầu là ho khan không đàm, nhưng sau vài giờ hay vài ngày có thể thấy khối lượng nhỏ đàm nhớt, về sau đàm nhiều lên và có dạng nhầy hoặc nhầy mủ. Đàm chứa toàn mủ khiến nghĩ đến sự nhiễm khuẩn chồng lấp.
- Trong trường hợp bệnh nặng nhưng không gây biến chứng thì sốt cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$ kéo dài đến 3-5 ngày, sau đó các triệu chứng cấp tính sẽ biến đi; ho tiếp tục trong vài tuần, ho dai dẳng kéo dài không hết khiến nghĩ đến viêm phổi biến chứng, có thể có thể có khó thở do tắc nghẽn khí đạo.
- Thường thấy các biến chứng nặng ở những bệnh nhân có bệnh về hô hấp mạn tính. Ở những trường hợp này VPQC có thể dẫn đến suy hô hấp cấp.

b. Cận lâm sàng:

- X quang phổi
- Đo chức năng hô hấp
- Đo khí máu động mạch
- Xét nghiệm huyết học

3.1.2. Viêm phế quản mạn

a. Triệu chứng cơ năng

- Ho là triệu chứng bao giờ cũng có từ trên 2 năm, ho thường xuyên hay ho từng đợt dài. Ho nhiều lần trong ngày, hay ho vào buổi sáng, ho từng cơn nặng nhọc và đây thường là lý do làm bệnh nhân đến khám.
- Khạc đàm: giai đoạn đầu có thể ít, thường xuất hiện đồng thời với ho; số lượng và màu sắc tùy thuộc vào loại vi khuẩn, mức độ nặng nhẹ và tùy giai đoạn viêm nhiễm.
- Khó thở: không hằng định. Có thể khó thở lúc gắng sức, khi nằm hoặc kịch phát, đôi khi giống hen do tình trạng phế quản co thắt.

b. Triệu chứng thực thể

- Giai đoạn đầu, nếu không có bội nhiễm nghe phổi có thể thấy bình thường.
- Giai đoạn sau có thể thấy lồng ngực căng, biên độ hô hấp giảm.
 - + Nếu có ứ khí phế nang, gõ trong, rì rào phế nang giảm nhất là đỉnh phổi.
 - + Ở đáy phổi có thể thấy ran ngáy, ran rít đôi khi cả ran ẩm. Có thể có ngón tay dùi trống.
 - + Tim mạch: T2 vang ở động mạch phổi, nghe thấy tiếng ngựa phi khi có suy thất (P) kèm gan to, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ (+), phù chi dưới, tiểu ít.

c. Cận lâm sàng

- X quang phổi:
 - + Giai đoạn đầu gần như bình thường.
 - + Giai đoạn tiến triển bệnh:
 - Triệu chứng viêm nhiễm: ở 2 đáy đám mờ không rõ ranh giới, tựa bông, không thuần nhất.
 - Xương sườn nằm ngang, khoảng liên sườn giãn rộng.
 - Triệu chứng tim mạch: thân động mạch phổi giãn to, thất (P) to.
 - Nội soi phế quản: rất quan trọng. Nội soi cho phép:
 - + Xác định tình trạng viêm nhiễm các phế quản lớn.
 - + Một số trường hợp có co rút thành sau khí quản.
 - + Qua ống soi: hút đàm tử vi khuẩn và tế bào học làm sinh thiết để xác định mô học và chẩn đoán loại trừ các loại khối u.
 - Thăm dò chức năng: giúp đánh giá độ nặng nhẹ của bệnh, phát hiện rối loạn tắc nghẽn và chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn.
 - + Chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn: $FEV_1 / (F) VC < 70\%$
- Mức độ tắc nghẽn:
- Nhẹ: $60\% < FEV_1 < 80\%$
 - Vừa: $40\% < FEV_1 < 60\%$
 - Nặng: $FEV_1 < 40\%$
- + Chẩn đoán giai đoạn COPD theo GOLD 2003:

Giai đoạn COPD	FEV1/FVC	FEV1 so với dự đoán
O	$\geq 70\%$	$\geq 80\%$
I	$< 70\%$	$\geq 80\%$
II	$< 70\%$	$80\% > FEV_1 \geq 50\%$
III	$< 70\%$	$50\% > FEV_1 \geq 30\%$
IV	$< 70\%$	$< 30\%$

- Tăng dung tích cận chức năng: đánh giá bằng công thức thể tích cận/tổng dung tích phổi.
 - Giảm thể tích thở ra tối đa giây: nghiệm pháp dược lý động học cho phép chẩn đoán phân biệt giữa hen và viêm phế quản mạn co thắt.
- Các khí ở máu động mạch: áp lực riêng phần O_2 trong máu động mạch (PaO_2), độ bão hoà oxyhemoglobin (SaO_2).

Ở giai đoạn muộn, có hội chứng giảm O_2 máu và tăng CO_2 với toan hô hấp.

- Xét nghiệm huyết học, do thiếu O_2 máu nên có tình trạng đa hồng cầu tăng bạch cầu và tăng tốc độ lắng hồng cầu khi có bội nhiễm.
- Điện tâm đồ:
 - + Trục QRS xoay phải ($> +110^\circ$).
 - + R cao ở V_1 , S sâu ở $V_5 V_6$.

3.1.3. Các biến chứng của viêm phế quản mạn

▪ Tâm phế mạn

Nguyên nhân của tâm phế mạn là do tăng áp lực tuần hoàn phổi và cơ chế bệnh sinh là sự co thắt của hệ thống mạch máu tiểu tuần hoàn (do phản xạ tự vệ đối với trạng thái thiếu O_2 phế nang, thường gọi là phản xạ Von Euler) lâu ngày dẫn đến trở ngại tâm thất (P).

Tâm phế mạn là một triệu chứng quan trọng của VPQM, chứng tỏ bệnh đã diễn biến đến giai đoạn nguy hiểm, bệnh nhân cần được quản lý chu đáo.

Định nghĩa của WHO gọi tâm phế mạn căn cứ trên giải phẫu học: có sự phì đại rõ ràng của cơ tim. Nhưng nếu chờ đợi có dấu hiệu trên thì bệnh thường đã bị coi là quá muộn.

Tiêu chuẩn lâm sàng đối với những triệu chứng như: tiếng ngựa phi, nhịp tim nhanh, gan to, phình tĩnh mạch cảnh, phù chi dưới cũng được nhiều nhà lâm sàng bàn cãi chưa thống nhất thời điểm nào gọi là bắt đầu có tâm phế mạn, lý do là từ cấu trúc tim bình thường đến khi có dây thắt rõ rệt, hoạt động cũng như hình thái cơ tim có những thay đổi dần trong quá trình lâu dài. Tùy quan điểm, mỗi nhà lâm sàng có thể lấy một thời điểm trong quá trình đó để xác định tâm phế mạn.

Kỹ thuật thông tim ra đời, đo được áp suất động mạch phổi là cơ sở để biết chắc ngay từ giai đoạn tim phải đã bắt đầu quá tải. Giai đoạn này, thầy thuốc có thể có tác động tốt nhất cho tim và phổi của bệnh nhân. Tuy nhiên không phải nơi nào cũng thực hiện được kỹ thuật thông tim. Để khắc phục điều này, các nhà lâm sàng đã đề nghị có thể dùng một số tiêu chuẩn chẩn đoán gọi là “có khả năng mắc”. Sau đây là đề xuất của Chiche 1970:

- Dấu hiệu báo động dễ có khả năng mắc tâm phế mạn:
 - + Viêm nhiễm phế quản từng đợt.
 - + Tím tái thường xuyên hay từng lúc.
 - + Gầy sút kèm mất nước.
 - + Lơ mơ kèm buồn ngủ ban ngày.
 - + Nhịp tim nhanh.

- Các nguy cơ có thể mắc tâm phế mạn:

Có 3 mức độ:

Loại A (chưa có tăng huyết áp phổi): SaO₂ bình thường, PCO₂ giữa 45 và 55mm, thể tích hồng cầu bình thường.

Loại B: huyết áp phổi có thể ở 30 - 50 mmHg và có khả năng mất bù khi thấy SaO₂ giảm dưới 0,92 (92%), PCO₂ giữa 55 - 7mmHg, dự trữ kiềm tăng, số lượng hồng cầu tăng.

Loại C: chắc chắn có tăng huyết áp phổi và thường đã có suy tim phải: SaO₂ giữa 0,51 và 0,53 (51 - 53%), PCO₂ tăng 9,31 - 13,3Kpa (70 - 100mmHg), dự trữ kiềm trên 30mEq, thể tích hồng cầu tăng.

Căn cứ vào các dấu hiệu tương đối đơn giản trên, có thể dự đoán tình trạng huyết áp tiêu tuần hoàn và qua đó sự hình thành tâm phế mạn.

- Khí phế thũng.
- Giãn phế nang.

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

3.2.1. Nhóm chứng thực

a. Phong hàn: thường gặp trong các bệnh viêm phế quản, hen phế quản, viêm thanh quản... của YHHĐ.

- Ho, khô khè (khí suyễn), đờm trắng, miệng không khát (phong hàn phạm phế làm phế khí mất tuyên giáng).
- Chảy nước mũi, ngạt mũi.
- Sợ lạnh, phát sốt (*phong hàn bao bó làm uất phế vệ (bì mao)*).
- Rêu lưỡi mỏng, mạch phù.

b. Phong nhiệt: thường gặp trong các bệnh viêm phế quản cấp, mạn, hen phế quản, viêm thanh quản, viêm phổi, áp xe phổi ở giai đoạn đầu... của YHHĐ.

- Ho đờm đặc vàng, miệng khô (*do tân dịch bị mất*)
- Miệng khát, họng đau,...
- Sốt, ra mồ hôi, nước mũi đặc, chất lưỡi đỏ, mạch phù sắc (*phong nhiệt phạm vào phế vệ*).

c. Khí táo (táo nhiệt): thường gặp ở các bệnh viêm phế quản cấp, viêm họng hoặc bệnh nhiễm khuẩn... của YHHĐ

- Ho khan, hay ho ít đờm mà đờm dính, mũi khô, họng khô.
- Sốt, nhức đầu, người đau mỏi (*táo uất phần phế vệ*).
- Đầu lưỡi đỏ khô, mạch phù sắc (*tân dịch giảm sút*).

d. *Thể đàm*: theo YHCT gồm 2 loại đàm nhiệt và đàm thấp. Thường hay gặp ở bệnh viêm phế quản mạn tính, áp xe phổi, viêm thanh quản cấp,... của YHHĐ.

- Đàm nhiệt:
 - + Ho đờm vàng đặc dính, khó thở, đau ngực (đàm nhiệt làm phế bị trở ngại mất khả năng tuyên giáng).
 - + Họng khô, rêu lưỡi vàng: đàm nhiệt gây ra miệng đắng, mạch hoạt sắc (gây ra các chứng nhiệt làm mất tân dịch).
- Đàm thấp:
 - + Túc ngực, ho, hen, suyễn, đờm dễ khạc (đàm thấp làm phế khí không tuyên giáng).
 - + Nôn, lợm giọng (đàm làm vệ khí nghịch).
 - + Rêu lưỡi dính, mạch hoạt (đàm thấp bên trong).

3.2.2. Nhóm chứng hư

a. *Phế khí hư*: thường gặp ở những bệnh hen phế quản mạn tính, tâm phế mạn tính,... của YHHĐ.

- Ho, khó thở, tiếng nói nhỏ như yếu, càng vận động các triệu chứng bệnh càng tăng lên (*phế chủ về hô hấp*).
- Hay tự ra mồ hôi (*phế hợp với da lông, nên phế khí hư dẫn đến vệ khí không chặt chẽ*).
- Da mặt không vinh nhuận làm sắc mặt trắng bệch ra (*khí hư thì huyết hư*). Khí hư còn biểu hiện mệt mỏi, lưỡi đậm, mạch hư nhược.

b. *Phế âm hư*: thường gặp ở những bệnh hen phế quản, viêm phế quản mạn tính, lao phổi, thời kỳ hồi phục của bệnh viêm phổi, viêm màng phổi do lao, viêm thanh quản mạn tính...

- Ho khan, hay ít đờm, đờm dính, ngứa họng, tiếng nói khàn, mạch nhỏ, chất lưỡi đỏ, ít rêu (*phế âm hư, tân dịch bị giảm*).
- Nếu âm hư nặng, tân dịch bị giảm sút nhiều dẫn đến hư hỏa bốc lên gây sốt về chiều, hai gò má đỏ, khát nước, trong đờm có lẫn máu, chất lưỡi đỏ, rêu ít, mạch tế sắc.

c. *Phế tỳ hư*

- Ho lâu ngày có nhiều đờm, dễ khạc (phế hư mất chức năng tuyên giáng, tỳ hư vận hóa thủy cốc dở dang sinh ra đàm).
- Ăn kém, bụng đầy, ỉa lỏng (tỳ khí hư vận hóa thất thường).
- Mệt mỏi vô lực.
- Phù, rêu lưỡi trắng, chất lưỡi đậm, mạch tế nhược (*thủy thấp đình trệ*).

d. Phế thận dương hư

- Triệu chứng giống như chứng phế khí hư kèm thêm những triệu chứng của thận dương hư như đau lưng mỏi gối, liệt dương, tay chân lạnh, sợ lạnh, tiểu tiện nhiều lần, mạch trầm tế nhược.
- Ho, đờm nhiều, ngực sườn đầy trướng, miệng khát mà không muốn uống nước, nôn.
- Lưng và tay chân lạnh, hoa mắt, chóng mặt, thở ngắn, hồi hộp, lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng trơn.

4. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC

4.1. Điều trị

4.1.1. Thể phong hàn

Pháp trị: phát tán phong hàn và hóa đàm (tán hàn tuyên phế, ôn phế tán hàn).

Các vị thuốc thường dùng là: ma hoàng, tía tô, bạch chỉ, cát cánh... Các bài thuốc thường dùng là: Hạnh tô tán, Chỉ thẩu tán, Tô tử giáng khí thang.

– *Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:*

- + Bài Tô tử giáng khí thang: bán hạ 12g, hậu phác 8g, tiền hồ 8g, chích thảo 4g, nhục quế 4g, tô tử 16g, đương quy 12g, sinh khương 3 lát, trần bì 8-12g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Tô tử	Cay, ấm, vào tỳ phế: phát tán phong hàn, kiện vị, chỉ nôn, hóa đờm, chỉ khái, lý khí, an thai (hạt: cố thận, giải độc, sát trùng)	Quân
Sinh khương	Cay, hơi nóng, vào phế, tỳ, vị: phát tán phong hàn, ôn vị, chỉ nôn, chỉ tả, hóa đờm, chỉ khái, lợi thủy (vỏ)	Thần
Nhục quế	Cay, ngọt, đại nhiệt, vào can thận: bổ mệnh môn hỏa, kiện tỳ, trợ dương, cứu nghịch	Thần
Hậu phác	Đắng, cay, ấm; vào: tỳ vị, đại trường: hành khí hóa đờm, trừ nôn, ôn trung táo thấp	Tá
Trần bì	Cay, ấm; vào: vị phế: hành khí, bình vị, hóa đờm, táo thấp	Tá
Tiền hồ	Đắng, cay, hơi lạnh; vào tỳ, phế: phát tán phong nhiệt, hạ đờm, giáng khí	Tá
Đương quy	Ngọt, cay, ấm; vào tâm, can tỳ; dưỡng huyết, hoạt huyết	Tá - Sứ
Bán hạ chế	Cay, ấm; vào tỳ, vị, bình khí, hóa đờm, táo thấp, giáng nghịch, chỉ nôn, chỉ khái	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hòa hoãn, giải độc	Tá - Sứ

- + Bài Chỉ thấu tán (Y học tâm ngộ): kinh giới 16g, bách bộ 16g, tử uyển 16g, trần bì 8g, bạch tiên 16g, cam thảo 6g, cát cánh

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Kinh giới	Khu phong giải biểu	Quân
Cát cánh	Tuyên phế giáng khí	Thần
Trần bì	Kiện tỳ chỉ khái	Thần
Tử uyển	Hóa đàm chỉ khái	Tá
Bách bộ	Chỉ khái hóa đàm	Tá
Bạch tiên	Chỉ khái hoá đàm	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

- + Công thức huyết sử dụng gồm: đại chùy, phong trì, phong môn, liệt khuyết, đản trung, phong long.

4.1.2. Thể phong nhiệt

- *Pháp trị*: phát tán phong nhiệt, sơ phong thanh nhiệt, trừ đờm (thanh nhiệt tuyên phế).
- *Các vị thuốc thường dùng để chữa là*: lá dâu tươi, bạc hà, hoa cúc,... Các bài thuốc thường dùng để chữa như: Ngân kiều tán, Ma hạnh thạch cam thang, Tang cúc ẩm, Vĩ kim thang.
- *Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng*:
 - + Bài Tang cúc ẩm gia giảm: tang diệp 20g, cát cánh 16g, cúc hoa 10g, cam thảo 8g, hạnh nhân 16g, lô căn 16g, liên kiều 12g, bạc hà 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Tang diệp	Ngọt, đắng, hàn; vào can, phế, thận: phát tán phong nhiệt, thanh can, minh mục, thanh phế chỉ khái	Quân
Bạc hà	Cay, mát; vào phế, can: phát tán phong nhiệt	Thần
Cúc hoa	Ngọt, đắng, tính hơi hàn, vào phế, can thận: phát tán phong nhiệt, thanh can minh mục, giáng hỏa giải độc	Thần
Liên kiều	Đắng, lạnh; vào đờm, đại trường, tam tiêu: thanh nhiệt, giải độc, tán kết, giải cảm trừ phong nhiệt	Thần
Hạnh nhân	Đắng, ấm; vào phế, đại trường: thông phế, bình suyễn, nhuận tràng, thông tiện, ôn phế	Tá
Cát cánh	Đắng, cay, hơi ấm; vào phế, khứ đờm chỉ khái, tuyên phế lợi hầu họng, bài nung giải độc	Tá
Lô căn	Ngọt, hàn, vào phế vị: thanh nhiệt, sinh tân, lợi niệu, thanh phế nhiệt, chỉ khái, thanh nhiệt, chỉ nôn	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hóa giải độc	Sứ

- + Công thức huyết sử dụng gồm: đại chùy, phong trì, phong môn, liệt khuyệt, dẫn trung, phong long, khúc trì, hợp cốc.

4.1.3. Thể khí táo

- *Pháp chữa*: thanh phế, nhuận táo.
- *Các vị thuốc thường dùng là*: tô tử, lá hẹ, thiên môn, sa sâm, mạch môn,...
Các bài thuốc thường dùng là: Tang cúc ẩm, Thanh táo cứu phế thang...
- *Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng*:
 - + Bài Hoàng liên giải độc thang (dùng khi mới mắc bệnh): hoàng liên 30g, hoàng cầm 20g, hoàng bá 20g, chi tử 20g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng liên	Đắng, lạnh, thanh nhiệt, táo thấp, giải độc, tả tâm hỏa và tả hỏa ở trung tiêu	Quân
Hoàng cầm	Đắng, lạnh, thanh phế nhiệt, lương huyết, tả hỏa ở thượng tiêu	Quân
Hoàng bá	Đắng, lạnh, tả tương hỏa, thanh thấp nhiệt ở hạ tiêu	Quân
Chi tử	Đắng, lạnh, thanh nhiệt tả hỏa ở tam tiêu, dẫn nhiệt đi xuống.	Thần, sứ

- Bài Thanh táo cứu phế thang: tang diệp 20g, a giao 8g, thạch cao 16g, mạch môn 12g, nhân sâm 5g, hạnh nhân 6g, cam thảo 8g, tỳ bà diệp 8g, ma nhân 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng, ấm; vào phế tỳ: đại bổ nguyên sinh, ích huyết, sinh tân	Quân
Tang diệp	Ngọt, đắng, hàn; vào can, phế: phát tán phong nhiệt, thanh can, minh mục, thanh phế, chỉ khái	Thần
Tỳ bà diệp	Đắng, bình; vào phế vị: thanh phế chỉ khái, thanh vị, chỉ nôn	Thần
Thạch cao	Ngọt, cay, hàn; vào phế vị, tam tiêu: thanh nhiệt, giáng hỏa, trừ phiền, chỉ khát	Thần
Mè đen	Ngọt, bình; vào tỳ, phế, can, thận: nhuận hạ, lợi niệu, chỉ nôn	Thần, tá
Mạch môn	Ngọt, hơi đắng, hơi lạnh; vào phế, vị, tâm: hạ sốt, nhuận phế sinh tân	Thần
A giao	Ngọt, bình; vào phế, can, thận: tư âm, dưỡng huyết, bổ phế nhuận táo, chỉ huyết, an thai	Thần
Hạnh nhân	Đắng, bình; vào phế, đại trường: thông phế, bình suyễn, nhuận tràng, thông tiện, ôn phế	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hòa hoãn, giải độc	Sứ

- Công thức huyết sử dụng: đại chùy, phong trì, phong môn, liệt khuyết, dẫn trung, phong long, khúc trì, hợp cốc.

4.1.4. *Thể đàm nhiệt*

- *Pháp trị*: thanh hỏa nhiệt đàm và nhuận táo hóa đàm (tuyên phế hóa đàm nhiệt, thanh phế hóa đàm).
- *Các bài thuốc thường dùng*: Nhị trần thang gia thêm bối mẫu, tri mẫu; Tiểu hãm hung thang; Sinh lịch tử đại táo tả phế thang; Nhuận phế thang; Tư âm thanh phế thang; Bách hợp cố kim thang; Bối mẫu qua lâu thang...
- + Bài Bách hợp cố kim thang: sinh địa 12g, thực địa 18g, bách hợp 12g, mạch môn đông 12g, bối mẫu 10g, thược dược 10g, huyền sâm 8g, cát cánh 8g, sinh cam thảo 10g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Bách hợp	Nhuận phế chỉ khái thanh nhiệt	Quân
Mạch môn	Thanh tâm nhuận phế chỉ khái	Quân
Huyền sâm	Tư âm giáng hỏa, lương huyết giải độc	Thần
Sinh địa	Thanh nhiệt lương huyết	Thần
Thực địa	Bổ huyết dưỡng âm, bổ thận	Thần
Bối mẫu	Nhuận tâm phế, hóa đàm, chỉ khái	Tá
Thược dược	Liễm âm dưỡng huyết chỉ thống	Tá
Cát cánh	Thông phế khí, tiêu đàm, dẫn thuốc đi lên	Tá, sứ
Sinh cam thảo	Tả hỏa giải độc, điều hòa các vị thuốc	Tá, sứ

4.1.5. *Thể đàm thấp*

- *Pháp trị*: táo thấp hóa đàm chỉ khái, ôn hóa thấp đàm.
- *Các vị thuốc thường dùng*: hạt cải trắng, bán hạ chế, trần bì, tô tử, cát cánh, bạch tiên... Các bài thuốc thường dùng là: Nhị trần thang, Lục quân tử thang, Lý trung hóa đàm hoàn...
- + Bài Nhị trần thang gia vị: trần bì 10g, thương truật 8g, bán hạ 8g, bạch truật 12g, phục linh 10g, cam thảo 10g, hạnh nhân 12g, sinh khương 6g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Trần bì	Lý khí hóa đàm	Quân
Bán hạ	Giáng khí nghịch, tiêu đàm thấp	Quân
Phục linh	Kiện tỳ, lợi thấp	Thần
Bạch truật	Kiện tỳ, tấp thấp, hòa trung	Tá
Thương truật	Táo thấp, kiện tỳ	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Hạnh nhân	Chỉ khái, bình suyễn, nhuận tràng	Tá
Sinh khương	Giáng nghịch hóa ẩm	Tá

+ Bài Lục quân tử thang: nhân sâm 10g, cam thảo (chích) 6g, bạch truật 9g, trần bì 9g, phục linh 9g, bán hạ 12g.

Được dùng khi tỳ hư không chế được thấp, không vận hóa được thủy cốc, dịch ngưng tụ lại mà thành đàm.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, kiện tỳ, dưỡng vị	Quân
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Bạch truật	Kiện tỳ, táo thấp	Thần
Trần bì	Lý khí hóa đờm	Tá
Phục linh	Thấp thấp kiện tỳ	Thần
Bán hạ	Giáng khí nghịch, tiêu đàm thấp	Tá

+ Công thức huyết sử dụng gồm: tỳ du, phế du, thận du, túc tam lý, hợp cốc, tam âm giao.

4.1.6. Thể phế khí hư

- *Pháp trị*: bổ ích phế khí.
- *Các vị thuốc thường dùng*: đảng sâm, bạch truật, hoàng kỳ,... Các bài thuốc thường dùng là: Bảo nguyên thang, Ngọc bình phong tán, Quế chi gia hoàng kỳ thang,...
- + Bài Ngọc bình phong tán gồm: hoàng kỳ, bạch truật, phòng phong

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu	Quân
Bạch truật	Kiện tỳ, bổ trung tiêu	Tá
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong	Thần

+ Bài Bảo nguyên thang gồm: nhân sâm, hoàng kỳ, nhục quế, cam thảo.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí	Quân
Hoàng kỳ	Ích khí, cố biểu	Quân
Nhục quế	Trợ dương, tán hàn	Thần
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

4.1.7. Thể phế âm hư

- *Pháp trị*: tư dưỡng phế âm, tư âm, giáng hỏa.
- *Các vị thuốc thường dùng*: sinh địa, huyền sâm, địa cốt bì, ngọc trúc, đan bì, bách hợp... Các bài thuốc thường dùng là: Nhất âm tiên, Lục vị hoàn...
- + Bài Nhất âm tiên gia giảm gồm: bạch thược 8g, địa cốt bì 4g, sinh địa 8g, cam thảo 3g, mạch môn 12g, thục địa 20g, tri mẫu 4g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Mạch môn	Ngọt, hơi đắng, hơi lạnh; vào phế, vị; hạ sốt, nhuận phế, sinh tân	Quân
Sinh địa	Đắng, hàn, vào tâm, can, thận: thanh nhiệt, lương huyết, dưỡng âm, sinh tân	Thần
Địa cốt bì	Ngọt, hơi đắng, tính hàn; vào can, thận, phế: thanh phế nhiệt, chỉ khái, chữa can uất hỏa gây huyễn vựng; điều trị cốt chùng, ra mồ hôi	Thần
Bạch thược	Đắng, chua, lạnh; vào can, tỳ, phế: liễm âm, dưỡng huyết, lợi thủy	Tá
Tri mẫu	Đắng, lạnh: tư thận, bổ thủy tả hỏa, hạ thủy, ích khí	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hòa hoãn, giải độc	Sứ

+ Công thức huyết sử dụng: thái uyên, thiên lịch, tam âm giao, phế du, thận du.

4.1.8. Thể phế tỳ đều hư

- *Pháp trị*: kiện tỳ, ích phế.

- Các vị thuốc thường dùng là: đảng sâm, phục linh, ý dĩ, bạch truật,... Các bài thuốc thường dùng là: Sâm linh bạch truật tán, Bổ trung ích khí thang...
- + Bài Sâm linh bạch truật tán: bạch truật 8g, hạt sen 8g, sa nhân 8g, biển đậu 8g, nhân sâm 8g, sơn dược 8g, cát cánh 8g, phục linh 12g, ý dĩ 12g, chích thảo 4g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng; vào phế tỳ: đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ, vị: kiện tỳ táo thấp, chỉ hãn, an thần	Thần
Bạch linh	Ngọt, bình; vào tâm, tỳ, phế, thận: lợi niệu, thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	Thần
Bạch biển đậu	Ngọt, hơi ấm; vào tỳ vị: hòa trung, hạ khí, bổ tỳ vị; chỉ tả lý, phiền khát, đau bụng	Thần
Hoài sơn	Ngọt, bình; vào tỳ, vị, phế, thận: bổ tỳ, chỉ tả, bổ phế, sinh tân, chỉ khát, bình suyễn, sáp tinh	Thần
Sa nhân	Cay, ấm; vào tỳ, thận, vị: hành khí, điều trung, hòa vị	Tá
Ý dĩ	Ngọt, lạnh; vào tỳ vị phế: kiện tỳ, trừ thấp	Tá
Hạt sen	Ngọt, sáp, bình; vào tâm, tỳ, thận: cố tinh, chỉ tả, bổ tỳ, dưỡng tâm	Tá
Cát cánh	Đắng, cay, hơi ấm; vào phế: khử đờm, chỉ khái, tuyên phế, lợi hầu họng, bài ung, thải độc	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hòa hoãn, giải độc	Sứ

- + Công thức huyết sử dụng gồm: thái uyên, thiên lịch, trung phủ, khí hải, dẫn trung, tam âm giao, phế du, thận du, tỳ du, mệnh môn, phục lưu.

4.1.9. Thể phế thận dương hư

- *Pháp trị*: ôn thận nạp khí, bổ phế khí
- *Các vị thuốc thường dùng* phụ tử chế, nhục quế, đảng sâm, hoàng kỳ... Các bài thuốc thường dùng là: Hữu quy ẩn gia giảm, Bát vị quế phụ gia giảm,...
- + Bài Hữu quy âm: thực địa 32g, nhân sâm 8g, nhục quế 4g, đỗ trọng 12g, cam thảo 4g, hoài sơn 16g, kỷ tử 8g, phụ tử chế 2g, sơn thù du 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hỏa trợ dương, trục phong hàn thấp tà	Quân
Quế	Cay, ngọt, đại nhiệt hơi độc: bổ mệnh môn tướng hỏa	Quân
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết, chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá

- + Công thức huyết sử dụng gồm: thái uyên, thiên lịch, trung phủ, quan nguyên, khí hải, dẫn trung, tam âm giao, mệnh môn, phế du, thận du, tỳ du, phục lưu.

4.2. Tập luyện dưỡng sinh

Được chỉ định trong những trường hợp viêm phế quản mạn. Có thể tự tập luyện mọi động tác dưỡng sinh không hạn chế và tùy theo sức khỏe của cơ thể, nhưng cần nhất là các động tác sau:

- Luyện thở sâu.
- Luyện thở ra tới đa: thở 3 thì, thổi chai.
- Luyện thở: thở 4 thì và có kê móng.
- Xoa tam tiêu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Nhóm nguyên nhân nào sau đây có tính quyết định gây bệnh VPQ mạn
 - A. Di truyền + dị ứng
 - B. Vật lý + dị ứng
 - C. Hóa học + vi khuẩn
 - D. Virus + vật lý
 - E. Vi khuẩn + dị ứng

2. Hình ảnh viêm nhiễm và tắc nghẽn trong VPQM thường xảy ra ở

- A. Phế quản lớn
- B. Tiểu phế quản
- C. Nhu mô phổi
- D. Tiểu động mạch phổi
- E. Khí phế quản

3. Các dấu hiệu: viêm nhiễm phế quản từng đợt, tím tái thường xuyên hay từng lúc, gây sút kèm mất nước, lơ mơ kèm buồn ngủ ban ngày, nhịp tim nhanh... báo động có thể mắc

- A. Viêm phế quản mạn
- B. Khí phế thũng
- C. Tâm phế mạn
- D. Suy hô hấp cấp
- E. Viêm phổi tắc nghẽn

4. Bài thuốc Nhị trần thang (gồm: trần bì, bán hạ, phục linh, cam thảo) có thể chỉ định điều trị viêm phế quản mạn thể

- A. Thể phong nhiệt
- B. Đàm thấp
- C. Tỳ hư
- D. Khí táo
- E. Phế âm hư

5. Bài Lục quân tử thang (gồm: nhân sâm, bạch truật, phục linh, cam thảo, trần bì, bán hạ) dùng chỉ định viêm phế quản mạn thể

- A. Phong nhiệt
- B. Phong hàn
- C. Khí táo
- D. Tỳ hư
- E. Thủy ẩm

6. Bài thuốc Tô tử giáng khí thang (gồm: bán hạ, hậu phác, tiên hồ, chích thảo, nhục quế, tô tử, đương quy, sinh khương, trần bì) có chỉ định điều trị viêm phế quản thể

- A. Phong hàn
- B. Đàm thấp

- C. Tỳ hư
- D. Thử thấp
- E. Thủy ẩm

7. Bài thuốc Chỉ thẩu tán (gồm: kinh giới, bách bộ, tử uyển, trần bì, cát cánh, cam thảo, trong đó vị kinh giới) có tác dụng và vai trò

- A. Tuyên phế giáng khí: vai trò quân
- B. Chỉ ho hóa đàm: vai trò quân
- C. Khu phong giải biểu: vai trò quân
- D. Tuyên phế giáng khí: vai trò thần
- E. Khu phong giải biểu: vai trò thần

8. Thể bệnh nào sau đây về mặt triệu chứng học xuất hiện cả trong VPQ cấp và VPQ mạn

- A. Phong hàn
- B. Phong nhiệt
- C. Đàm thấp
- D. Khí táo
- E. Thủy ẩm

9. Bài thuốc Tang cúc ẩm (gồm: tang diệp, cát cánh, cúc hoa, hạnh nhân, lô căn, liên kiều, bạc hà, cam thảo) thường chỉ định điều trị VPQ mạn thể

- A. Phong nhiệt
- B. Thử thấp
- C. Khí táo
- D. Đàm thấp
- E. Thủy ẩm

10. Nguyên nhân nào sau đây làm tổn thương phế, làm khô tân dịch mà sinh ra các chứng: ho khan không có đàm, hoặc có ít đàm dính, mũi họng khô, sốt, nhức đầu, đầu lưỡi đỏ khô, mạch phù sắc

- A. Phong hàn
- B. Thử thấp
- C. Táo hỏa
- D. Tửu sắc vô độ
- E. Thất tình uất nhiệt

11. Vị hoàng cầm trong bài Hoàng liên giải độc thang (gồm: hoàng liên, hoàng cầm, hoàng bá, chi tử) được chỉ định điều trị thể khí táo thường gặp trong VPQ cấp nhằm vào tác dụng

- A. Tả tâm hỏa, tả hỏa ở trung tiêu
- B. Tả hỏa, thanh thấp nhiệt ở hạ tiêu
- C. Thanh nhiệt tả hỏa ở tam tiêu
- D. Thanh phế nhiệt, tả hỏa ở thượng tiêu
- E. Thanh táo tuyên phế

12. Vị mạch môn trong bài thuốc bách hợp cố kim thang (gồm: thực địa, bách hợp, mạch môn, bối mẫu, thược dược, huyền sâm, cát cánh, cam thảo) được chỉ định điều trị VPQ mạn thể

- A. Đàm thấp
- B. Đàm nhiệt
- C. Khí táo
- D. Phong nhiệt
- E. Phế âm hư

13. Vị hoàng kỳ trong bài thuốc Bảo nguyên thang (gồm: nhân sâm, hoàng kỳ, nhục quế, cam thảo) chỉ định điều trị VPQ mạn thể phế khí hư có vai trò và tác dụng

- A. Bổ khí, kiện tỳ: vai trò quân
- B. Kiện tỳ, bổ trung: vai trò thần
- C. Ích khí, cố biểu: vai trò quân
- D. Ích kh, cố biểu: vai trò thần
- E. Bổ khí, kiện tỳ: vai trò tá

HEN PHẾ QUẢN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản.*
2. *Mô tả được nguyên nhân, bệnh sinh, của hen phế quản theo y học cổ truyền và y học hiện đại.*
3. *Nêu được các thể lâm sàng của Hen phế quản theo YHHĐ và YHCT.*
4. *Trình bày được việc điều trị Hen phế quản theo YHCT.*
5. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị hen phế quản theo YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

1.1.1. Định nghĩa của OMS (1974)

Hen phế quản (HPQ) là bệnh có những cơn khó thở do nhiều nguyên nhân khác nhau, kèm theo dấu hiệu lâm sàng tắc nghẽn toàn bộ hay một phần phế quản, có thể phục hồi được giữa các cơn. Tình trạng tắc nghẽn do tăng đột ngột những cản trở đường hô hấp có liên quan hoặc không liên quan đến cơ chế miễn dịch.

1.1.2. Định nghĩa của Hội Phổi học Mỹ (1975)

Hen phế quản là bệnh có đặc điểm tăng tính phản ứng đường hô hấp do nhiều nguyên nhân.

1.1.3. Định nghĩa của Charpin (1984)

Hen phế quản là một hội chứng của những cơn khó thở về đêm, hội chứng thắt nghẽn và tăng tính phản ứng của phế quản do nhiều yếu tố kích thích và đặc biệt do acetylcholin.

1.1.4. Định nghĩa của chương trình Quốc gia giáo dục HPQ Mỹ (1991)

Hen phế quản là một bệnh hô hấp có 3 đặc điểm:

- Hội chứng co thắt.
- Viêm đường hô hấp.
- Tăng tính phản ứng đường hô hấp.

Vậy có thể định nghĩa hen phế quản là:

Một hội chứng biểu hiện bằng những cơn khó thở rít kịch phát, xuất hiện đột ngột, khó thở thì thở ra, thường về ban đêm, kèm theo tiếng thở rít do phế quản co thắt, ho và khạc đờm nhầy dính; có thể hoàn toàn hồi phục sau đó.

Về phương diện chức năng có biểu hiện hội chứng tắc nghẽn, một sự tăng hoạt tính toàn bộ các phế quản khi chúng bị các yếu tố kích thích khác nhau tác động, đặc biệt là các chất trung gian tiết cholin.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

1.2.1. Tình hình mắc bệnh

Hen phế quản hay gặp ở nhiều nước, mọi lứa tuổi.

Tỷ lệ hen phế quản trung bình chiếm 5 - 6% dân số, trong đó 5% ở người lớn và 10% trẻ em dưới 15 tuổi.

- Ở trẻ em dưới 15 tuổi: tỷ lệ hen ở con trai là 1-2%, ở con gái là 0,5-1%.
- Về tuổi bắt đầu mắc hen: ở nam giới 90% mắc trước 35 tuổi và 80% trước 15 tuổi. Trong khi ở nữ 75% là trước 35 tuổi và chỉ có 40% trước 15 tuổi.
- Số nam giới mắc hen sau 35 tuổi chiếm 10% tổng số bệnh nhân và ở nữ là 25%.
- Ở Việt Nam tỷ lệ nói chung là 6% cho cả trẻ em và người lớn.

Theo Phạm Khuê (1980) thống kê với hơn 14000 người trên 14 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh hen là 1,7 %; ở 10000 người cao tuổi, tỷ lệ là 2,3%.

Theo Lê Văn Thi (1986): tỷ lệ hen đã gặp là 5,1% ở thành phố; 3,3% ở nông thôn đồng bằng và 1,7% ở nông thôn miền núi.

Qua nhiều thống kê thấy rằng tình hình mắc hen đang có xu hướng tăng lên.

1.2.2. Lý do xu hướng tăng bệnh hen

- Vì số bệnh nhân thực tế có tăng lên.
- Vì nhu cầu chăm sóc sức khỏe cao hơn.

- Do bản thân việc điều trị hen, các thuốc chữa ngày nay tuy có tốt hơn nhưng cũng có nhiều phản ứng phụ hơn.

Tại hội nghị quốc tế Boston năm 1990 có nêu khả năng của một số nguyên nhân sau đây:

- + Do ô nhiễm môi trường.
- + Do sử dụng bữa bãi thuốc, hóa chất.
- + Nhịp sống căng thẳng, stress.
- + Khí hậu nóng và ẩm.
- + Do yếu tố sai lầm trong chẩn đoán.

Theo Woolcock (1989), một chuyên gia hen học người Australia cho rằng trong các căn nguyên mắc hen thì khí hậu có ảnh hưởng rất rõ rệt. Cũng theo tác giả để nhận định chính xác hơn về dịch tễ học bệnh hen hiện nay có 3 vấn đề cần nên tìm hiểu là: số bệnh nhân mới mắc bệnh hàng năm, tính chất nguy kịch của bệnh và các yếu tố nguy cơ.

1.3. Phân loại hen phế quản

- Dựa vào nguyên nhân gây bệnh:
 - + Hen ngoại lai.
 - + Hen nội tại.
- Dựa vào tính chất của cơn hen:
 - + Mức độ hen.
 - + Bậc hen.

1.4. Quan niệm của YHCT về hen phế quản

Dựa trên các biểu hiện về triệu chứng học, cơn khó thở của hen phế quản cũng được miêu tả trong các chứng *hen suyễn*, *háo suyễn* của YHCT.

Sách Y học chính truyền nói: “Suyễn là nói về hơi thở, thở gấp gáp, khi nặng thì há miệng so vai. Hen nói về âm thanh phát ra từ cổ họng, có tiếng cò cửa phát ra khi thở”.

Nhưng thông thường hay gọi chung là chứng hen suyễn hoặc chứng háo suyễn.

Trong chứng suyễn có suyễn thực do có tà khí xâm nhập và suyễn hư do có nguyên khí hư suy mà sinh ra bệnh.

Chứng hen: khi hít thở khí ra vào sinh ra tiếng khò khè, cò cửa hoặc rít. Trong hen có hen hàn do có dương khí hư suy lại cảm phải ngoại tà và hen nhiệt do có đàm nhiệt tắc trở.

Chứng hen khi phát ra thường kèm theo cả chứng suyễn, nhưng chứng suyễn khi phát ra có thể không kèm theo chứng hen.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân

Có hai nhóm nguyên nhân gây HPQ:

2.1.1. Hen phế quản không do dị ứng

- Di truyền
- Rối loạn tâm thần
- Rối loạn nội tiết
- Gắng sức
- Aspirin và thuốc chống viêm không steroid.

2.1.2. Hen phế quản do dị ứng

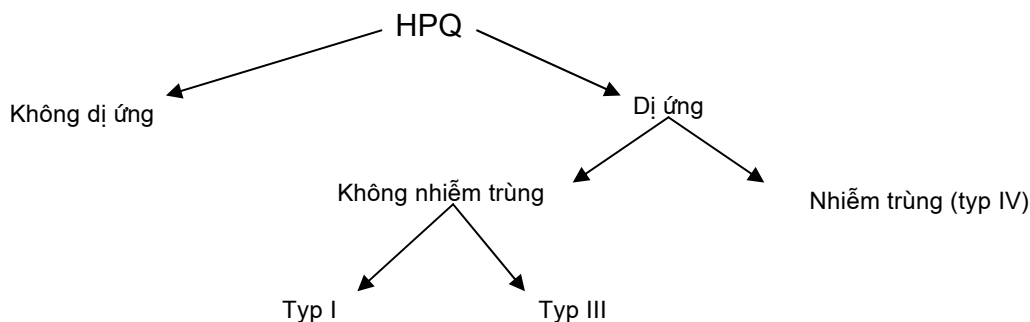
a. Hen phế quản dị ứng không nhiễm trùng

- Bụi sinh hoạt: bụi nhà, bụi đường phố
- Phấn hoa cây, cỏ
- Lông vũ
- Biểu bì lông súc vật (chó, mèo, ngựa...)
- Thực phẩm (trứng, cá, sữa...)
- Thuốc (penicillin, piperazin...).

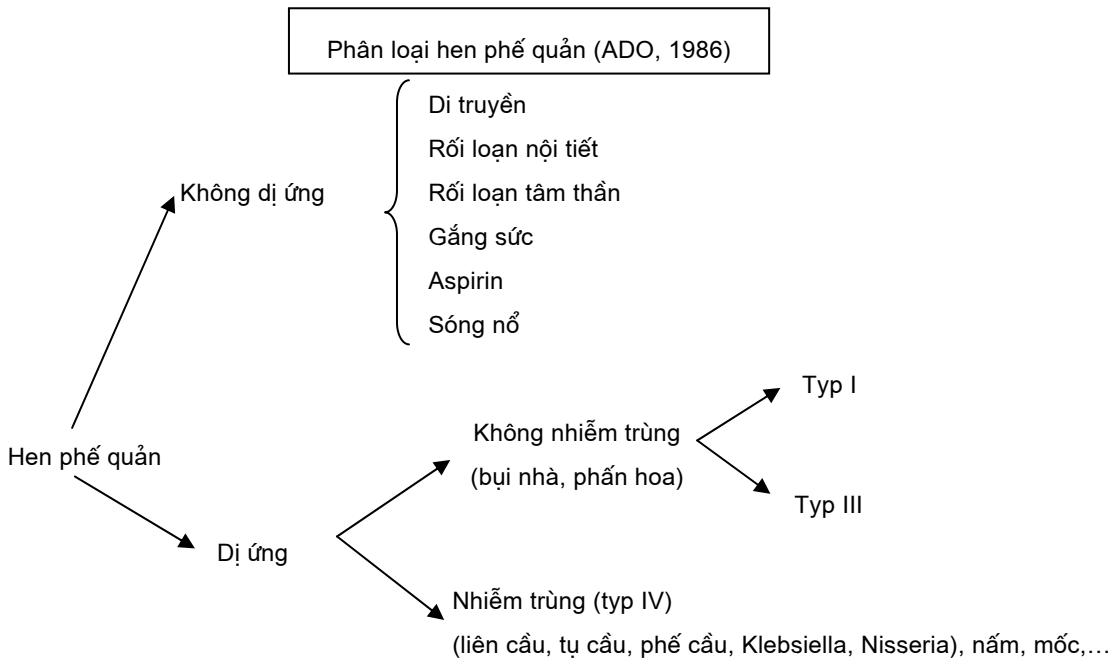
b. Hen phế quản dị ứng nhiễm trùng

- Vi khuẩn (tụ cầu, liên cầu, phế cầu, Klebsiella, Neisseria)
- Virus (Arbovirus.....)
- Nấm mốc (Aspergillus, Cladosporiom...).

Nhiễm khuẩn hay gặp nhất là nhiễm virus từ nhỏ, là yếu tố thuận lợi hình thành hen và tính dễ bị kích thích phế quản khi trưởng thành.



Hen phế quản dị ứng thuộc 3 loại typ I, III, IV (theo cách phân loại của Gell và Coombs)



2.2. Cơ chế sinh bệnh

2.2.1. Yếu tố tăng mẫn cảm

Ở bệnh nhân hen phế quản, phế quản thường có tính mẫn cảm mạnh hơn so với người không mắc bệnh, tức là dễ phản ứng bất thường hơn khi gặp một kích thích đặc hiệu (dị nguyên) hoặc không đặc hiệu.

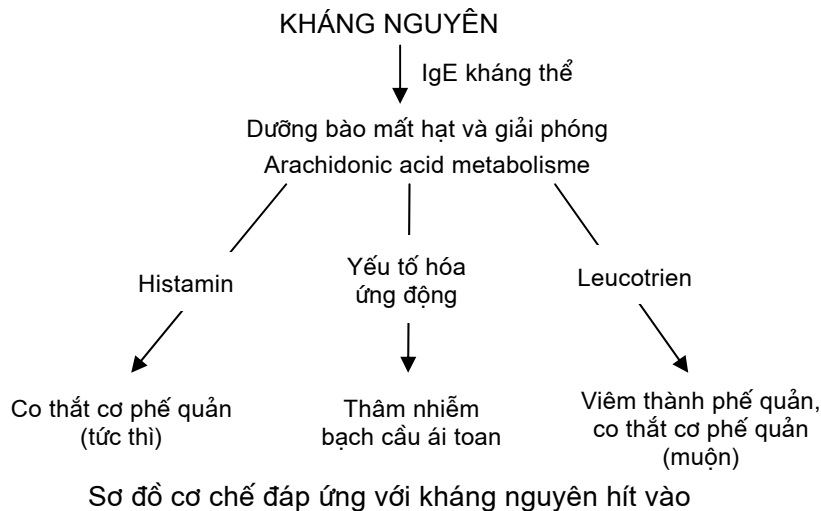
Trong lâm sàng người ta chia ra 2 loại hen chủ yếu:

- Ngoại lai: thấy rõ do một kháng nguyên bên ngoài gây nên.
- Nội tại: khi không chứng minh được rõ do kháng nguyên bên ngoài gây nên, và trong hen “nội tại”, nồng độ IgE bình thường hoặc thấp, bệnh xuất hiện ở người lớn, thường ở tuổi trung niên, bệnh mang tính chất mạn tính với những cơn liên tục, ít có tiền sử dị ứng cá nhân và gia đình.

a. Cơ chế gây HPQ của yếu tố tăng mẫn cảm

- Kháng thể trong hen gọi là reagin (ký hiệu là IgE - một globulin miễn dịch): IgE do lympho B và tương bào tổng hợp, nhưng hoạt động đáp ứng dưới sự kiểm soát của lympho T hỗ trợ và các lympho ức chế.
- Khi tiếp xúc kháng nguyên, phức hợp IgE - kháng nguyên sẽ hình thành và gắn vào bề mặt các tế bào ưa base, chủ yếu là dưỡng bào và đại thực bào; một loạt phản ứng sẽ xảy ra, các hóa chất trung gian sẽ hình thành, histamin, các yếu tố hóa ứng động ưa eosinophil gây co thắt phế quản và tập trung các tế bào ưa eosin. Các hóa chất trung gian gây viêm sẽ sinh ra phù nề và thâm nhiễm ở các thành phế quản. Các chất độc và các yếu tố hoạt hóa tiểu cầu sẽ gây tổn thương các tế bào biểu mô.

- Các hóa chất trung gian gây phản ứng được nghiên cứu nhiều là histamin, các yếu tố hóa ứng động, các prostaglandin và leucotrien (sinh ra do chuyển hóa của acid arachidonic từ màng tế bào), yếu tố hoạt hóa tiểu cầu và các kinin.



Trong những năm gần đây, xu hướng chung cho hen là một bệnh do *viêm*. Do nhiều nguyên nhân, tế bào biểu mô đã bị tổn hại gây thâm nhiễm bạch cầu và làm tăng tính dễ bị kích thích của đường thở. Bản thân của sự co thắt phế quản cũng là hậu quả của quá trình viêm các tế bào biểu mô.

b. Cơ chế tắc nghẽn đường thở

Trên căn nguyên tăng mẫn cảm và viêm nhiễm nêu trên, phế quản phản ứng bằng co thắt và gây nên tắc nghẽn lưu thông không khí trong đường thở, nó là đặc điểm chủ yếu của cơn hen. Có 3 yếu tố cơ bản tạo nên trạng thái này:

- Co thắt phế quản.
- Phù nề niêm mạc phế quản.
- Lấp tắc do tăng tiết các chất niêm dịch phế quản.

Cơ trơn phế quản co thắt là hiện tượng quan trọng nhất trong các nguyên nhân gây cơn hen đã được chứng minh trên thực nghiệm cũng như mổ tử thi.

Co thắt, lấp tắc, phù nề niêm mạc là biểu hiện cụ thể nhất của phế quản mẫn cảm, tạo nên sự trở ngại cho lưu thông không khí, nguyên nhân gây cơn khó thở của bệnh hen. Cả 3 hiện tượng lại có thể mất đi sau đó nên có sự hồi phục gần như hoàn toàn của chức năng hô hấp sau cơn hen.

c. Cơ chế từ yếu tố viêm

Vai trò của viêm phế quản đã được nhiều tác giả chứng minh (thỏa ước quốc tế Mariland 1992). Thỏa ước này cho rằng đó cũng là một nguyên nhân

gây tắc nghẽn đường thở ngoài yếu tố cơ thắt. Các tế bào viêm gồm mastocyt, các bạch cầu, các đại thực bào, bạch cầu đơn nhân, các lympho bào, tiểu cầu và biểu mô... hợp thành chất dịch nhầy, trạng thái này được chứng minh qua kỹ thuật rửa phế quản - phế nang và sinh thiết phế quản. Phản ứng viêm có thể phục hồi nhưng cũng có thể gây tổn thương vĩnh viễn, do đó điều trị viêm là một hướng quan trọng chữa hen phế quản.

2.2.2. Các yếu tố khác ngoài tăng mẫn cảm

a. Yếu tố di truyền

Nhiều tác giả nghiên cứu thấy bệnh nhân hen thường có người trong gia đình cùng mắc hen hoặc các biểu hiện dị ứng khác. Theo Williams, khoảng 50 % bệnh nhân hen có tiền sử dị ứng gia đình so với 12% người không hen.

b. Kinh nguyệt và sinh nở

Theo Rees (1967) có phụ nữ mắc hen ở tuổi dậy thì, sau này hàng tháng lại thấy cơn hen 7-10 ngày trước khi hành kinh và khi có mang thì bệnh đỡ hẳn; tuy nhiên ở bệnh nhân hen không có căn nguyên dị ứng thì không thấy rõ ảnh hưởng của sinh đẻ.

c. Cơ chế thần kinh

Cơ chế thần kinh trong hen đã được đề cập qua nhận xét bệnh nhân hen có thể phản ứng không đặc hiệu với nhiều nguyên nhân không phải là miễn dịch (ví dụ: nhiễm khuẩn hoặc khi hít phải các chất kích thích). Ngoài ra các stress tâm lý cũng có thể làm phát sinh cơn hen.

d. Các yếu tố kích thích gây cơn hen

Với cơ chế nêu trên, có rất nhiều kích thích có thể khiến cơn hen xuất hiện:

- Các dị nguyên: có rất nhiều dị chất được nêu là căn nguyên gây hen, phổ biến nhất là: bụi nhà, phấn hoa, bào tử nấm, lông súc vật nuôi trong nhà như (chó, mèo, thỏ, chuột lang, chuột bạch,...). Ngoài ra thức ăn như trứng, cá, sữa và thuốc nhất là aspirin và các loại kháng viêm non - steroid cũng kích thích gây hen.
- Nhiễm khuẩn: nhiễm virus từ nhỏ là yếu tố thuận lợi hình thành hen và tính dễ bị kích thích phế quản khi trưởng thành.

2.3. Biểu hiện lâm sàng theo y học hiện đại

2.3.1. Triệu chứng cơn hen điển hình ở người lớn

Cơn hen thường xảy ra về đêm, nhiều khi được báo trước bằng những triệu chứng: ngứa mắt, chảy nước mắt, ngứa mũi, hắt hơi, ho khan hoặc nặng bụng, tức ngực như có vật gì chẹn vào làm người bệnh phải ngồi dậy và ...cơn khó thở bắt đầu. Nhịp thở chậm, khó thở trệ ở thì thở ra gây nên những

tiếng rít, khô khè, cò cưa mà chính người bệnh và những người đứng gần cũng nghe thấy.

Khó thở như vậy làm người bệnh phải há miệng để thở, tỳ tay vào thành giường thành ghế. Cảm giác thiếu không khí làm người bệnh đòi mở cửa để hít không khí.

Trong cơn người bệnh rất mệt nhọc, da xanh nhợt, toát mồ hôi, tiếng nói ngắt đoạn.

2.3.2. Yếu tố làm xuất hiện cơn hen

- Thay đổi thời tiết nhất là thay đổi nhiệt độ môi trường từ nóng ẩm sang lạnh.
- Hít phải một dị nguyên, một chất kích thích (khói bụi, hơi hoá chất), một mùi nặng.

2.3.3. Triệu chứng thực thể

- Khám lâm sàng: gõ ngực vẫn trong, rung thanh bình thường, rì rào phế nang giảm. Cả 2 phế trường có nhiều ran rít, ran ngáy, nhịp thở đảo ngược, thì thở ra nghe thấy dài gấp 2, 3 lần thì hít vào.
- X quang phổi: trong cơn hen lồng ngực căng, phế trường tăng sáng, rốn phổi đậm (do máu ứ lại ở các động mạch), các xương sườn nằm ngang, khoang liên sườn giãn rộng, cơ hoành ít di động.

2.3.4. Diễn biến của cơn hen

- Lâm sàng: cơn hen có thể kéo dài từ 5-10 phút, nửa giờ hoặc vài giờ và kết thúc bằng vài tiếng ho bật ra đờm trắng trong như hạt trai nhầy dính. Người bệnh hết khó thở ngủ lại được, sáng hôm sau thức dậy người bệnh cảm thấy gần như bình thường.
- Xét nghiệm đờm: trong đờm có nhiều tế bào ái toan, nhiều tinh thể Charcot -Leyden, nhiều vòng xoắn Crushmann.
- Xét nghiệm máu: có tăng tế bào ái toan (trên 400 tế bào/mm³) dấu hiệu này không hằng định và ít có giá trị ở người Việt Nam. Các khí ở máu: trong cơn trung bình có giảm oxy nhẹ, không có tăng thán. Nếu cơn hen kéo dài, thông khí ở phế nang bị rối loạn và tăng thán xuất hiện.
- Đo chức năng hô hấp: FEV1 sau – FEV1 trước ≥ 200ml và

$$\frac{\text{FEV1 sau} - \text{FEV1 trước}}{\text{FEV1 trước}} \geq 12\% \text{ (ATS)} [\geq 15\% \text{ (BTS)}]$$

Qua cơn cấp chức năng hô hấp trở về bình thường.

2.3.5. Triệu chứng lâm sàng ngoài cơn hen

- Sau cơn trung bình: hô hấp trở lại yên tĩnh vài giờ sau, chỉ còn thấy rải rác vài ran rít ran ngáy khi nghe phổi.
- Sau cơn nặng ran rít còn tồn tại vài ngày sau. Nếu cơn hen xuất hiện và kéo dài về ban đêm thì ban ngày còn mệt, nhất là khi gắng sức.
- Thăm dò chức năng hô hấp, có rối loạn thông khí. Một hội chứng tắc nghẽn thể hiện bằng chứng thở ra tối đa trong một giây giảm và hệ số Tiffeneau giảm (nhiều hay ít phụ thuộc chứng hen lâu năm hay mới mắc, nặng hay nhẹ). Hệ số Tiffeneau ở người bình thường là 85% - 75%, ở người hen nặng là 60% - 50% hay thấp hơn nữa.

Tình trạng mất cảm của phế quản đối với acetylcholin: có sự tăng mất cảm phế quản người hen đối với acetylcholin thấp <1000mcg (bình thường = 10000mcg).

2.3.6. Các thể bệnh lâm sàng YHHD

a. Hen ngoại lai hay hen dị ứng

Thường bắt đầu ở trẻ em hay người trẻ, có tiền sử dị ứng rõ rệt, có dị nguyên đặc hiệu, nồng độ globulin miễn dịch IgE ở trong máu cao. Thường đáp ứng tốt với trị liệu giải mẫn cảm đặc hiệu. Tiên lượng lâu dài tương đối khả quan, tử vong trong cơn hiếm.

b. Hen nội tại hay hen nhiễm trùng

Thường bắt đầu ở tuổi trung niên 35-40 tuổi. Cơn hen thường xuất hiện sau đợt nhiễm trùng hô hấp, giữa những cơn khó thở vẫn tồn tại, không có tiền sử dị ứng, đáp ứng kém với các biện pháp điều trị, tiên lượng dè dặt, chết có thể xảy đến vì cơn hen liên tục hay biến chứng suy tim, giãn phế nang, tâm phế mạn.

c. Hen khó thở liên tục

Đây là thể hen nặng, thường thấy ở người bị hen đã lâu năm, có nhiều đợt bội nhiễm, cũng có khi do dùng quá nhiều các thuốc cường giao cảm (adrenalin, isopromalin) và các amin có tác dụng cường giao cảm (ephedrin). Cơn ho kéo dài 2-3 ngày liên làm bệnh nhân phải ngồi luôn rất mệt nhọc. Từ một chứng cơ năng, hen rất mau chóng có các tổn thương thực thể như xơ phổi, giãn phế nang.

d. Hen ác tính

Là một tình trạng rất nặng, kéo dài, không đáp ứng với các điều trị thông thường, hay xảy ra ở người hen lâu năm, có liên quan đến nhiễm trùng hô hấp, đôi khi do sai lầm về điều trị; đặc biệt do lạm dụng thuốc cường giao cảm (dưới dạng tiêm chích hoặc khí dung), lạm dụng các thuốc an thần làm ức chế các trung khu ho. Các cục đờm đặc làm tắc nghẽn các phế quản nhỏ gây:

- Khó thở nặng, nhịp thở nhanh 20-30 lần/phút, mặt môi tím tái, vã mồ hôi.
- Huyết áp có thể hơi tăng thoáng qua, nhịp tim tăng nhanh, đôi khi xảy ra trụy mạch.
- Không ho, không khạc đàm ra được, rì rào phế nang gần như mất hẳn.
- Xét nghiệm các khí trong máu: có suy hô hấp cấp, độ bão hòa O_2 ở máu động mạch (SO_2) giảm, áp lực CO_2 trong máu động mạch tăng, có thể có toan hô hấp.

Điều trị đúng cách người bệnh có thể qua khỏi. Có một số trường hợp tử vong do nghẹt thở, trụy mạch hay do xuất huyết tiêu hóa.

2.4. Nguyên nhân và bệnh sinh theo y học cổ truyền

2.4.1. Nguyên nhân

- Cảm nhiễm ngoại tà thường là phong, hàn tà.
- Ăn uống lạnh.
- Ăn quá nhiều chất chua, mặn, ngọt, uống nhiều rượu, tích nhiệt, thương âm, hoá đờm thành chất ú đọng sinh bệnh.
- Lao nhọc thái quá.
- Mắc bệnh đã lâu mà tà còn ẩn phục trong phế lạc hoặc sinh nhiều đờm nhiệt gây tắc trở:
 - + Nếu vì thường ăn uống đồ sống lạnh, hàn ngưng đọng tụ sẵn bên trong lại cảm nhiễm phong hàn tà thì sẽ sinh ra chứng hen hàn.
 - + Nếu vì đàm nhiệt tích ở bên trong, lại cảm phải phong tà mà phát bệnh thì gọi là hen nhiệt.
 - + Nếu tà khí xâm nhập, bên trong lại sẵn có hàn đàm ngưng đọng uất lại, khí nghịch lên, bệnh đến gấp rút, há miệng so vai để thở gọi là thực suyễn. Như vậy thực suyễn chủ yếu là do đàm, thường gặp phải phong hàn hoặc táo nhiệt trái mùa xâm nhập kích thích gây bệnh.
 - + Nếu nguyên khí đã hư sẵn, thêm đàm ẩm ngưng đọng, làm thận không nạp khí sinh ra hư suyễn mà không cần phải có tà khí lục dâm mới phát. Như vậy hư suyễn chủ yếu do hư, vận động lao động một chút là suyễn tăng.

2.4.2. Bệnh sinh

Theo Trần Tu Viên đời Thanh viết trong Y học thực tại trị luận về chứng hen:

- Hàn tà xâm nhập nằm sẵn ở phế du.

- Đờm ẩm được kết tụ sinh ra ở phế.

Trong ngoài cùng ứng, khi có điều kiện phong hàn thủ thấp táo hỏa làm tổn thương là phát cơn ngay.

Ngoài lục dâm, nếu uống rượu, ăn đồ lạnh, lao động vất vả, nhập phòng quá nhiều ... cũng có thể phát cơn được.

Khi phát cơn thì khí lạnh ở phế du, cùng với đàm ẩm tại phế, cùng dựa vào nhau, ngăn lấp các cửa ngõ thông điều phế khí không để cho thở hít, ráng sức thở hít thì phát ra tiếng khò khè.

Theo Nội kinh, mọi xung ngược lên đều thuộc về hỏa, hơi thở ngắn gấp mà luôn luôn không đủ hơi thở gọi là suyễn. Suyễn thở cấp bức ấy là do khí bị hỏa uất mà đờm ẩm nhầy dính ở phế vị.

Hàn tà xâm phạm, đàm ẩm ứ đọng bên trong quyết lạnh ở thái âm, khí bị uất, hàn tà cũng làm bí bế phế khiếu, khí của 2 kinh thủ dương minh và thái dương là phần biểu của phế, ngược lên hung cách mà sinh ra thực suyễn.

Người có tinh huyết hư kém, âm hư, hư hỏa bốc, khí hỏa không trở về nguồn đưa ngược lên. Thông thường thì phế phát khí ra, thận nạp khí vào, nhưng vì thận hư, không thực hiện được chức năng bế tàng do đó lôi long hỏa bốc lên dẫn đến phế bị thương làm cho thở ra hít vào gấp rút; hỏa không bị thủy ức chế, dương không bị âm liễm nạp lại, do đó nguy cơ âm vong dương thoát chết trong chốc lát.

Dù là hen hay suyễn bệnh lâu ngày cũng tổn thương phế - tỳ - thận sinh ra phế âm hư, phế khí hư, tỳ khí hư, tỳ dương hư, thận âm hư và thận dương hư.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Lâm sàng

- Dựa vào triệu chứng của cơn hen điển hình để chẩn đoán cơn hen.
- Dựa vào các triệu chứng cơ năng và thực thể để chẩn đoán ngoài cơn và biến chứng.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Đang cơn hen nếu soi X quang lồng ngực thấy hai phế trường quá sáng, các khoang liên sườn giãn rộng, xương sườn nằm ngang và cơ hoành 2 bên bị đẩy xuống thấp.
- Giữa các cơn hay ngoài cơn các triệu chứng lâm sàng lẫn X quang nói trên không còn, tuy nhiên có thể làm một số thử nghiệm như nghiệm

pháp gắng sức, nghiệm pháp dùng acetylcholin vẫn phát hiện được tình trạng tăng hoạt tính các phế quản.

- Thực hiện các chẩn đoán cận lâm sàng khác để chẩn đoán nguyên nhân và biến chứng (như dựa vào chức năng hô hấp...).

3.1.3. Chẩn đoán hen phế quản khi

- Qua cơn cấp chức năng hô hấp trở về bình thường.
- Đáp ứng có ý nghĩa với thuốc giãn phế quản đường hít hoặc 2 tuần corticoid đường toàn thân (prednison 30 - 40mg/ngày), hoặc 6 tuần corticoid đường hít.

FEV1 sau – FEV1 trước \geq 200ml và

$$\frac{\text{FEV1 sau} - \text{FEV1 trước}}{\text{FEV1 trước}} \geq 12\% \text{ (ATS)} [\geq 15\% \text{ (BTS)}]$$

Chẩn đoán bậc hen:

Bậc hen	FEV1 hoặc PEF (%)	Độ dao động sáng - chiều
I	$\geq 80\%$	< 20%
II	$\geq 80\%$	20 - 30%
III	61 - 79%	> 30%
IV	$\leq 60\%$	> 30%

$$\text{Độ dao động PEF} = \frac{\text{PEF chiều} - \text{PEF sáng}}{(\text{PEF sáng} + \text{PEF chiều})/2}$$

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

3.2.1. Chứng hen

Chủ chứng của hen là khó thở, khi thở có tiếng cò cưa (rít, khò khè), khi có cơn khó thở đến không nằm được, phải ngồi để thở. Trong lâm sàng chia làm 2 loại:

a. Hen hàn

- Người lạnh, sắc mặt trắng bệch
- Ngực đầy tức
- Đờm trong loãng, có bọt, dễ khạc
- Không khát, thích uống nước nóng
- Đại tiện phân nhão nát

- Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi mỏng trắng trơn
- Mạch trầm khẩn.

b. Hen nhiệt

- Buồn bực khó chịu
- Rêu lưỡi thường vàng đục
- Đại tiện táo
- Mạch hoạt sắc
- Nếu do âm hư hỏa vượng thì chất lưỡi đỏ sẫm
- Nếu có kiêm ngoại cảm thì lạnh, đau mình, phát sốt, khát nước; biểu hiện chứng lạnh bên ngoài, nóng bên trong.

3.2.2. Chứng suyễn

Chủ chứng của suyễn là thở gấp

a. Thực suyễn:

- Phong hàn:
 - Ngực đầy tức
 - Ho, đờm nhiều và loãng
 - Phát sốt
 - Đau đầu
 - Ôn lạnh, đổ mồ hôi
 - Không khát nước
 - Rêu lưỡi trắng nhờn
 - Mạch phù hoạt
- Táo nhiệt
 - Phiền nóng
 - Ho, đau ngực
 - Khát nước, họng đau
 - Đàm nhiều, đặc, khó khạc
 - Chất lưỡi đỏ, rêu mỏng
 - Mạch sắc

b. Hư suyễn

- Phế hư:
 - Thở ngắn hơi kèm theo ho

- Tiếng nói yếu
- Tinh thần uể oải
- Lưỡi nhạt

Ngoài ra còn có chứng: tân dịch khô ráo, người nóng, họng vướng tắc, tự đổ mồ hôi, sắc mặt đỏ từng lúc, lưỡi đỏ, mạch vi nhược.

- Thận hư:

- Nếu thận âm hư suyễn:
 - + Ho, khó thở
 - + Đau họng
 - + Mặt đỏ, vật vã
 - + Lòng bàn tay chân nóng
 - + Mạch tế sắc.
- Nếu thận dương hư suyễn:
 - + Ôn lạnh
 - + Vận động là suyễn xuất hiện và tăng lên
 - + Sưng mu bàn chân
 - + Tay chân lạnh
 - + Mạch vi hoặc trầm nhược.
- Triệu chứng báo nguy:
 - + Khí nghịch lên, thở gấp vật vã
 - + Chân lạnh, đổ mồ hôi đầu
 - + Đại tiện lỏng
 - + Mạch phù đại mà không có lực.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Nhiễm trùng phổi

Thường xảy ra ở người hen lâu năm: bệnh nhân có sốt, khó thở không chỉ ở thì thở ra mà cả ở thì hít vào, đờm đục, tế bào ái toan được thay thế bằng tế bào đa nhân trung tính, cơn hen thường kéo dài.

4.2. Giãn phế nang

Trong cơn hen, các phế quản hẹp lại, do đó khi hít vào thì các cơ hô hấp can thiệp vào nên thắng được sức cản; ở thì thở ra (thụ động) không khí không ra hết nên ứ lại làm phế nang nở ra, lâu ngày các phế nang mất dần tính đàn hồi, nở ra rồi không co lại được nên không khí bị ứ đọng, oxy vào phổi ít,

dioxyd carbon không ra được gây tình trạng thiếu oxy và tăng dioxyd carbon. Đây là tình trạng suy hô hấp mạn.

4.3. Suy tim phải

Mạch máu của phế nang co lại có khi bị tắc làm cản trở tiểu tuần hoàn. Trong nhiều năm tim phải giãn dần và to ra; bệnh nhân có mô thâm, gan to, rồi đi đến suy tim không hồi phục.

5. DỰ PHÒNG VÀ TIÊN LƯỢNG

Hiện nay việc xác định trong tương lai xa của một người hen phế quản còn khó, song đánh giá tương lai gần cần dựa trên:

5.1. Lâm sàng

Tần suất cơn hen: số cơn hen trong một khoảng thời gian quan sát cho ta khái niệm về dự kiến tiến triển của cơn hen; cơn hen càng gần nhau tiên lượng càng xấu.

5.2. Phế dung ký

- Thể tích thở tối đa/giây và hệ số Tiffeneau. Các chỉ số này càng thấp thì hen càng nặng.
- Tính nhạy cảm cholinergic: ngưỡng acetylcholin càng thấp thì hen càng nặng.
- Sự hồi phục những rối loạn tắc nghẽn dưới ảnh hưởng của chất kích thích giao cảm: đáp ứng với isoproterenol càng trọn vẹn thì tiên lượng càng tốt.
- Thể tích cặn: thể tích cặn càng tăng là hen càng nặng.
- Điều kiện môi trường sinh sống và công tác.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị

Điều trị hen phế quản thường có 3 mục tiêu:

- Điều trị tận gốc làm cho bệnh khỏi hoàn toàn: nếu phát hiện được các nguyên nhân gây bệnh có thể điều trị tận gốc, tuy nhiên việc làm này rất khó vì hen phế quản thường do nhiều nguyên nhân phối hợp, rất ít khi chỉ độc nhất một nguyên nhân, do vậy bệnh có thể tạm khỏi một thời gian dài rồi lại tái phát.
- Điều trị triệu chứng kéo dài:
 - + Giãn phế quản: dạng thuốc khí dung.

- + Các thuốc tác động lên trên các hiện tượng viêm nhiễm và bài tiết.
- + Các phương pháp tập luyện như luyện thở; tập vật lý như: bơi lội, tắm nước sôi nóng v.v.
- Điều trị cắt cơn hoặc cấp cứu cơn hen phế quản.
- Ngoài ra cần chú ý:
 - + Điều trị biến chứng
 - + Điều trị dự phòng lên cơn hen:
 - Đặc hiệu: loại bỏ dị ứng nguyên, giải miễn cảm.
 - Không đặc hiệu: cromoglycat disodique, dipropionat.
- Biện pháp bổ sung: vận động liệu pháp, tâm lý trợ giúp, chống nhiễm trùng, liệu pháp khí hậu và nước suối.
- Phòng bệnh: hen phế quản là loại bệnh lý có yếu tố thể tạng nên việc phòng bệnh thường rất khó khăn, tuy nhiên để hạn chế có thể chữa sớm các bệnh lý đường mũi họng, tập thể dục thường xuyên, giữ môi trường sống trong sạch ít bụi bặm, thoáng mát.

6.2. Điều trị theo y học cổ truyền

6.2.1. Hen hàn

- Phép trị: ôn phế, tán hàn, trừ đàm, định suyễn.
- Các bài thuốc:

+ Bài Xạ can ma hoàng thang gia giảm

Xạ can 6g, sinh khương 4g, khoản đông hoa 12g, bán hạ chế 8g, ma hoàng 10g, tế tân 12g, ngũ vị tử 8g, đại táo 12g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu, bình suyễn	Quân
Quế chi	Phát hãn, ôn kinh, giải biểu	Thần
Thược dược	Điều hòa danh vệ	Thần
Bán hạ	Giáng khí nghịch, tiêu đờm thấp	Tá
Tế tân	Tán phong hàn, khai khiếu	Tá
Ngũ vị tử	Liễm phế, sáp tinh, ích thận, sinh tân dịch	Tá
Xạ can	Thanh nhiệt giải độc, tiêu đờm	Tá
Can khương	Ôn trung, tán hàn	Tá
Khoản đông hoa	Nhuận phế, hạ khí, hoá đàm, chỉ khái	Tá
Cam thảo	Ôn trung hòa vị	Sứ

- + Bài thuốc Tô tử giáng khí thang: tô tử 12g, hậu phác 8g, quất bì 8g, quế chi 18g, bán hạ chế 8g, ngải cứu 12g, đương quy 10g, gừng 4g, tiền hồ 10g, đại táo 12g, bán hạ chế 12g, ngũ vị tử 16g, cam thảo 4g, hạnh nhân 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Tô tử	Cay, ấm; vào tỳ phế: phát tán phong hàn, kiện vị, chỉ nôn, hóa đờm, chỉ khái, lý khí, an thai	Quân
Sinh khương	Cay, hơi nóng; vào phế, tỳ, vị: phát tán phong hàn, ôn vị, chỉ nôn, chỉ tả, hóa đờm, chỉ khái, lợi thủy	Thần
Nhục quế	Cay, ngọt, đại nhiệt; vào can, thận: bổ mệnh môn hỏa, kiện tỳ, trợ dương, cứu nghịch	Thần
Hậu phác	Đắng, cay, ấm; vào tỳ vị, đại trường: hành khí, hóa đờm, trừ nôn, ôn trung táo thấp	Tá
Trần bì	Cay, ấm; vào vị phế: hành khí, bình vị, hóa đờm, táo thấp	Tá
Tiền hồ	Đắng, cay, hơi lạnh; vào tỳ phế: phát tán phong nhiệt, hạ đờm, giáng khí	Tá
Đương quy	Ngọt, cay, ấm; vào tâm, can, tỳ: dưỡng huyết, hoạt huyết	Tá, Sứ

- Châm cứu: châm bổ các huyết thiên đột, chiên trung, phong môn, định suyễn, liệt khuyết, tam âm giao, phong long, túc tam lý. Cứu các huyết cao hoang, phế du, thận du
- Châm loa tai: bình suyễn, tuyền thượng thận, giao cảm, thần môn, phế.

6.2.2. Hen nhiệt

Phép trị: thanh nhiệt, tuyền phế, hóa đàm, bình suyễn.

Bài thuốc Định suyễn thang: ma hoàng 6g, hoàng cầm 12g, tang bạch bì 20g, hạnh nhân 12g, trúc lịch 20g, cam thảo 4g, bán hạ chế 8g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu, bình suyễn	Quân
Hạnh nhân	Hóa đàm, giáng nghịch, chỉ khái	Thần
Bán hạ chế	Giáng khí nghịch, tiêu đàm	Thần
Tang bạch bì	Thanh phế nhiệt, chỉ khái, hạ suyễn	Tá
Trúc lịch	Thanh nhiệt	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Hoàng cầm	Thanh phế nhiệt	Tá

Châm cứu: châm tả các huyết trung phủ, thiên đột, chiên trung, định suyễn, phế du, xích trạch, thái uyên, phong long, hợp cốc.

6.2.3. Thực suyễn

a. Phong hàn

- Phép trị: lợi phế, khai khiếu, giáng khí, định suyễn.
- Các bài thuốc:
 - + Bài thuốc Tiểu thanh long thang: ma hoàng, quế chi, tế tân, bán hạ, can khương, thược dược, ngũ vị tử, cam thảo.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu, bình suyễn	Quân
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Quân, thần
Can khương	Ôn trung, tán hàn	Tá
Tế tân	Tán phong hàn, khai khiếu	Tá
Bán hạ chế	Giáng khí nghịch, tiêu đờm	Tá
Ngũ vị tử	Liễm phế, chỉ khái, sáp tinh, sinh tân dịch	Tá
Hạnh nhân	Hóa đàm, giáng nghịch, chỉ khái	Tá
Thược dược	Hoạt huyết, điều hòa doanh vệ	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Bài thuốc Tam ao thang (nếu vì ngoại cảm phong hàn xuất hiện các chứng đau đầu, không có mồ hôi mà ho ra đàm trắng thì dùng) gồm: ma hoàng 20g, hạnh nhân 20g, cam thảo 10g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ma hoàng	Giải biểu, phát hãn, bình phế suyễn	Quân
Hạnh nhân	Lợi phế, hạ khí	Thần
Cam thảo	Ôn trung, hoà vị	Tá

Bài Ma hạnh thạch cam thang (nếu vì đờm hỏa ứng tắc phế khiếu mà sinh chứng suyễn thì dùng ma hoàng 10g, hạnh nhân 20g, thạch cao 40g, cam thảo 12g)

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ma hoàng	Cay, đắng, ôn: khai thấu lý, làm ra mồ hôi, lợi tiểu tiện	Quân
Thạch cao	Vị ngọt, cay, tính hàn; vào 3 kinh phế, vị, tam tiêu: thanh nhiệt, giáng hỏa, trừ phiền, chỉ khát	Thần
Hạnh nhân	Đắng, ấm; vào phế, đại trường: thông phế, bình suyễn, nhuận tràng, thông tiện, ôn phế	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hóa giải độc	Sứ

b. Táo nhiệt

- Phép trị: thanh kim, giáng hỏa.
 - Bài thuốc Tả bạch tán, gồm: tang bạch bì, địa cốt bì, ngạnh mễ, cam thảo
- Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Tang bạch bì	Thanh phế nhiệt, chỉ khát, hạ suyễn	Quân
Địa cốt bì	Thanh nhiệt	Thần, tá
Ngạnh mễ	Hòa trung, kiện tỳ	Thần
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

6.2.4. Hư suyễn

a. Phế âm hư

- Phép trị: tư âm, bổ phế, định suyễn.
- Bài thuốc Sinh mạch tán gia vị: đảng sâm 16g, sa sâm 12g, mạch môn 12g, ngọc trúc 8g, ngũ vị tử 6g, bối mẫu 12g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Mạch môn	Ngọt, đắng, lạnh: nhuận phế, sinh tân dịch	Thần
Ngũ vị tử	Mặn, chua, ấm: liễm hãn, cố tinh	Thần
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	Tá
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Sứ

Châm cứu: châm bổ phế du, cao hoang du, chiêm trung, thận du, tỳ du, quan nguyên.

b. Phế khí hư

- Phép trị: bổ phế, cố biểu, ích khí, định suyễn.

– Các bài thuốc:

- + Bài thuốc Ngọc bình phong tán gia giảm: hoàng kỳ 12g, tô tử 12g, phòng phong 8g, bạch truật 12g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu	Quân
Bạch truật	Kiện tỳ, bổ trung tiêu	Thần
Phòng phong	Phát biểu, chế ngự phong	Thần
Tô tử	Phát tán phong hàn, hòa khí, hòa trung	Tá

Bài thuốc Quế chi hoàng kỳ thang gồm quế chi 8g, hoàng kỳ 8g, bạch thược 8g, đẳng sâm 16g, đại táo 12g, ngũ vị tử 12g, gừng 4g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Quế chi	Thông huyết mạch, ôn kinh	Quân
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu	Quân
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết, chỉ thống	Tá
Đẳng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí	Thần
Đại táo	Bổ tỳ, ích vị, dưỡng tâm	Tá
Ngũ vị tử	Liễm phế, chỉ khái, sáp tinh, sinh tân dịch	Tá
Gừng	ôn trung, tán hàn, thông mạch	Sứ

Châm cứu: cứu các huyết như trong phế âm hư.

c. Tỳ hư

- Phép trị: kiện tỳ, ích khí.
- Bài thuốc Lục quân tử thang: bạch truật 12g, trần bì 8g, đẳng sâm 16g, bán hạ 8g, phục linh 12g, cam thảo 6g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Đẳng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí, sinh tân dịch	Quân
Phục linh	Kiện tỳ, thẩm thấp	Thần
Bạch truật	Khử ôn, kiện tỳ, táo thấp	Thần
Trần bì	Kiện tỳ, lý khí, táo thấp, hóa đờm	Tá
Bán hạ	Giáng khí nghịch, tiêu đàm thấp	Tá
Cam thảo	Ích khí, bổ trung, hòa vị	Sứ

Châm cứu: cứu các huyệt tỳ du, phế du, vị du, quan nguyên, thận du, túc tam lý.

d. Thận dương hư

- Phép trị: ôn thận nạp khí.
- Bài thuốc Kim quĩ thận khí hoàn: can địa hoàng 20g, đơn bì 7g, hoài sơn 10g, quế chi 4g, trạch tả 7g, phụ tử 4g, phục linh 7g, sơn thù 10g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Bổ hỏa, trợ dương, trục hàn tà	Quân
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch, tán hàn	Quân
Can địa hoàng	Bổ thận, dưỡng âm, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Thần
Sơn thù	Ôn bổ can thận	Thần
Đơn bì	Thanh huyết nhiệt	Tá
Phục linh	Lợi thủy thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Trạch tả	Thanh tả thấp nhiệt	Tá

e. Thận âm hư

- Pháp trị: tư âm, bổ thận.
- Các bài thuốc:
 - + Bài thuốc Tả quy âm: thực địa 20g, phục linh 10g, sơn thù 10g, hoài sơn 10g, kỷ tử 10g, cam thảo 6g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Bổ huyết, bổ thận	Quân
Câu kỷ tử	Nhuận phế, bổ thận	Quân
Sơn thù	Ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Hoài sơn	Bổ phế thận, sinh tân, chỉ khát	Thần
Phục linh	Lợi thủy thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Chích thảo	Ôn bổ tỳ vị, điều hoà các vị thuốc	Sứ

- + Bài thuốc Lục vị gia giảm (còn gọi là Bát tiên thang): thực địa 16g, trạch tả 8g, hoài sơn 12g, đơn bì 8g, sơn thù 8g, ngũ vị tử 8g, phục linh 8g, mạch môn 8g

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thục địa	Tư âm, bổ thận	Quân
Hoài sơn	Bổ tỳ, cố thận, sinh tân, chỉ khát	Quân
Đơn bì	Thanh huyết nhiệt	Tá
Phục linh	Lợi thủy, thẩm thấp, kiện tỳ	Thần
Trạch tả	Thanh tả thấp nhiệt	Tá
Mạch môn	Thanh tâm, nhuận phế, chỉ khát	Tá
Ngũ vị tử	Liễm phế, chỉ khát, sáp tinh, ích thận, sinh tân dịch	Tá
Sơn thù	Ôn bổ can thận, sáp tinh chỉ hãn	Thần

– Châm cứu.

- + Thận dương hư: quan nguyên, khí hải, thận du, mệnh môn, phế du, chiên trung.
- + Thận âm hư: châm bổ các huyết trên và thêm tam âm giao, thái Khê.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Trên lâm sàng triệu chứng nào sau đây xuất hiện sẽ báo hiệu tiên lượng xấu của bệnh hen

- A. Sốt, ho nhiều
- B. Khó thở
- C. Vã mồ hôi
- D. Cơ hen càng gằn nhau
- E. Ho khạc đờm đặc đục

2. Triệu chứng khác nhau đặc trưng giữa lãnh hạo và nhiệt hạo là

- A. Tính chất khó thở, khô khè
- B. Tính chất ho
- C. Tính chất đàm
- D. Tính chất mồ hôi
- E. Tất cả các tính chất trên

3. Triệu chứng nào sau đây mô tả trong hư suyễn thể phế âm hư
- A. Tiếng thở và tiếng ho ngắn gấp, cấp bức
 - B. Tiếng ho, thở gấp, ít đàm hoặc không có đàm
 - C. Tiếng thở và tiếng ho ngắn gấp, đờm nhiều loãng
 - D. Tiếng thở khò khè, ho khúc khúc không hơi, ít đàm
 - E. Tiếng thở, tiếng ho ngắn gấp, hồi hộp
4. Bài thuốc Tam ao thang (gồm ma hoàng, hạnh nhân, cam thảo) được chỉ định điều trị chứng
- A. Lãnh háo
 - B. Nhiệt háo
 - C. Thực suyễn do phong hàn
 - D. Thực suyễn do nội hàn
 - E. Hư suyễn
5. Bài thuốc Định suyễn thang (gồm: ma hoàng, hạnh nhân, cam thảo, hoàng cầm, tang bạch bì, trúc lịch, bán hạ chế) thường được chỉ định điều trị
- A. Lãnh háo
 - B. Nhiệt háo
 - C. Thực suyễn
 - D. Hư suyễn
 - E. Cả B và C đều đúng
6. Vị thuốc Đinh lịch tử trong bài thuốc đại táo tả phế thang (gồm: đinh lịch tử, đại táo điều trị chứng thực suyễn) có tác dụng
- A. Tả hỏa, thanh phế nhiệt
 - B. Thanh táo, tuyên phế
 - C. Tả hỏa, giải độc, định suyễn
 - D. Tiêu đàm, hạ khí, bình suyễn
 - E. Thanh tả phế nhiệt, định suyễn
7. Vị thuốc hoàng kỳ trong bài thuốc Ngọc bình phong tán (gồm: hoàng kỳ, phòng phong, tô tử, bạch truật) có tác dụng
- A. Bổ khí, cố biểu: vai trò quân
 - B. Ích khí, định suyễn: vai trò quân

C. Bỏ phế, định suyễn: vai trò quân

D. Bỏ phế, cố biểu: vai trò thân

E. Ích khí, định suyễn: vai trò thân

8. Vị thuốc bạch truật trong bài thuốc Lục quân tử thang (gồm bạch truật, trần bì, đảng sâm, bán hạ, phục linh, cam thảo) dùng chỉ định điều trị hen phế quản thể tỳ hư có tác dụng và vai trò

A. Kiện tỳ, lý khí, hoá đờm: vai trò quân.

B. Khử ôn kiện tỳ, táo thấp: vai trò quân

C. Kiện tỳ, thẩm thấp: vai trò quân

D. Kiện tỳ, lý hoá đờm: vai trò thân

E. Khử ôn kiện tỳ, táo thấp: vai trò thân

9. Bài thuốc Ma hạnh thạch cam thang (gồm: ma hoàng, hạnh nhân, thạch cao, cam thảo) được dùng điều trị hen thể

A. Thực suyễn

B. Hư suyễn

C. Lãn háo

D. Nhiệt háo

E. Cả thực suyễn lẫn lãn háo

10. Bài thuốc Sinh mạch tán gia vị (gồm: đảng sâm, mạch môn, sa sâm, ngũ vị, ngọc trúc, bối mẫu) chỉ định điều trị hư suyễn thể

A. Phế âm hư

B. Phế khí hư

C. Tỳ hư

D. Thận âm hư

E. Tâm phế khí hư

Bài 6

CÁC RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG CỦA THỰC QUẢN

MỤC TIÊU

1. Phân loại được các nhóm rối loạn vận động thực quản.
2. Giải thích được cơ chế bệnh sinh của các rối loạn vận động thực quản trên cơ sở sinh lý của nhóm cơ vòng thực quản và vi sinh thực quản.
3. Phân biệt được các nhóm triệu chứng chức năng đặc thù của các nhóm rối loạn vận động thực quản.
4. Giải thích được cơ chế bệnh sinh của các chứng khó nuốt, co thắt thực quản và Globus pharyngeal cùng pháp trị tương ứng theo y học cổ truyền.
5. Nhận thức được các nhóm rối loạn vận động cơ học của thực quản luôn ẩn giữa một bệnh lý ác tính.

1. ĐỊNH NGHĨA

Các rối loạn vận động của thực quản là nhóm bệnh chứng liên quan đến chức năng vận động của thực quản, bao gồm các nhóm bệnh lý của cơ vòng thực quản và cơ trơn vách thực quản mà triệu chứng chủ yếu thường là khó nuốt (dysphagia) đau ngực và nôn mửa (regurgitation).

2. NHẮC LẠI SINH LÝ VÀ GIẢI PHẪU CỦA THỰC QUẢN

Thực quản có 2 chức năng chính:

- Chuyển thức ăn từ miệng đến dạ dày.
- Ngăn chặn sự trào ngược thức ăn từ dạ dày lên thực quản trong đó chức năng thứ hai sẽ được đảm trách bởi 2 cơ vòng vốn luôn đóng lại trong khi nuốt.

Hệ thống cơ vòng của thực quản gồm cơ vòng trên và cơ vòng dưới.

Cơ vòng trên gồm cơ co thắt Crico pharyngeus và Inferior pharyngeal, vốn là những cơ vận được điều khiển bởi các neuron vận động dưới, những cơ vận này không có trương lực cũng như không bị chi phối bởi các dây thần kinh ức chế. Do đó sự đóng lại của cơ vòng trên là do tính đàn hồi của chính nó và

tính trương lực của dây thần kinh điều khiển nó (neuron kích thích) trong khi sự mở ra của nó lại do sự thay đổi vị trí của Larynxsuprahyoid

- Cơ vòng dưới là cơ trơn được điều khiển bởi hệ thống thần kinh phó giao cảm, bao gồm các sợi kích thích và sợi ức chế. Sự đóng lại của cơ vòng dưới là do bởi trương lực của nó và được điều hoà bởi hệ thống phó giao cảm kích thích trong khi sự mở ra chỉ đáp ứng với hệ phó giao cảm ức chế.
- Các chất dẫn truyền thần kinh của sợi kích thích là acetylcholin, trong khi của các sợi ức chế là VIP và nitric oxyd. Ngoài ra chức năng của cơ vòng dưới còn được bổ sung bởi nhóm cơ vân của hoành cách mô.

Vai trò chủ yếu của cơ vòng dưới là ngăn chặn sự trào ngược thức ăn từ dạ dày lên thực quản. Do đó ta cũng cần biết những yếu tố sau đây có ảnh hưởng tới nó:

- + Những yếu tố gây thư giãn: dạ dày trương hơi, chất béo, thuốc lá, trà, cà phê, cô-ca, beta adrenergic agonist, dopamin, cholecystokinin, secretin, VIP, calcitonin gene related peptid, adenosin, nitrat.
- + Những yếu tố gây co thắt: M_2 muscarinic receptor antagonist, alpha adrenergic agonist, gastrin, substance P, prostaglandin $F_2 \alpha$.

3. PHÂN LOẠI

3.1. Nhóm rối loạn vận động cơ vân thực quản

3.1.1. Liệt hầu họng (*oropharyngeal paralysis*)

Nếu chỉ liệt nhóm cơ họng thì bệnh nhân sẽ có triệu chứng khó nuốt và trào ngược thức ăn, nước bọt ra khỏi miệng. Trong khi liệt hầu (pharyngeal paralysis) thì khó nuốt, trào thức ăn uống ra mũi và ho sặc (do thức ăn chảy vào khí phế quản).

Nếu cả thanh quản cũng bị ảnh hưởng thì bệnh nhân sẽ khàn tiếng, còn nếu chỉ liệt cơ Suprahyoid bệnh nhân sẽ không nuốt thức ăn được (paralytic achalasia). Nguyên nhân nói chung là do các bệnh nhược cơ nặng, bệnh viêm đa cơ, viêm đa dây thần kinh hoặc di chứng của tai biến mạch não và bệnh nhân thường chết vì các biến chứng của viêm phổi hít.



Hình 6.1. Cơ vòng dưới thực quản



Hình 6.2. Liệt thanh quản



Hình 6.3. Khó nuốt do liệt

3.1.2. *Cricopharyngeal Bar*

Do cơ vòng trên không giãn ra trong khi nuốt nên bệnh nhân có cảm giác như thức ăn chẹn dính ngang cổ họng và trên X quang sẽ thấy hình ảnh một thanh chắn ở vách sau hầu (pharynx), 95% bệnh nhân có triệu chứng khó nuốt. Nguyên nhân có thể sự xơ hoá cơ crico pharyngeal.

Phẫu thuật crico pharyngeal myotomy được ứng dụng chỉ trừ khi bệnh nhân bị chứng trào ngược thực quản (gastro - oesophageal reflux).

3.1.3. *Globus pharyngeus*

Cảm giác như có một khối u ở ngang họng nhưng bệnh nhân lại không khó nuốt. Triệu chứng này thường xảy ra ở phụ nữ có rối loạn cảm xúc và những bệnh nhân này cũng thường có kèm viêm thực quản trào ngược. Những kết quả chụp X quang cũng như điện cơ đồ vẫn bình thường.

3.2. Nhóm rối loạn vận động cơ trơn thực quản

3.2.1. *Chứng Achalasia*

Chứng này là do rối loạn cơ trơn thực quản trong đó cơ vòng dưới thực quản sẽ không giãn nở khi nuốt cùng với sự co thắt không nhu động của thân thực quản

Chứng này chiếm tỷ lệ 0,4 - 0,6 trên 100.000 dân, tuổi thường gặp từ 20 - 40 tuổi. Trong trường hợp này cơ vòng dưới thực quản sẽ không giãn nở đúng mức khi nuốt và nhu động bình thường của toàn bộ thực quản sẽ bị thay thế bởi những co thắt bất thường. Dựa vào những co thắt bất thường này, người ta phân ra 2 loại:

- Classic achalasia: có đặc điểm những sóng co thắt biên độ nhỏ xảy ra cùng một lúc.

- Vigorous achalasia có đặc điểm là những sóng co thắt biên độ lớn khởi động cùng một lúc và lặp đi lặp lại tương tự như trong chứng co thắt thực quản lan toả (diffuse esophageal spasm).

Cơ chế bệnh sinh ở đây là sự mất đi những neuron ức chế nằm trong vách thực quản và trong cơ vòng dưới. Bệnh có thể là tiên phát không rõ nguyên nhân (primary idiopathy) hoặc thứ phát do ung thư dạ dày, lymphoma, bệnh Chagas, hội chứng giả tắc ruột mạn tính có nguồn gốc thần kinh, nhiễm siêu vi trùng, viêm dạ dày tẩm nhuộm eosin (eosinophilic gastroenteritis).

a. Triệu chứng lâm sàng

- Khó nuốt: xảy ra sớm với cả thức ăn đặc và lỏng, rõ nhất là khi ăn vội vàng hoặc khi xúc động. Có thể dùng động tác Valsalva để giúp dễ nuốt
- Đau ngực xảy ra nhiều hơn trong thể Vigorous.
- Nôn mửa và viêm phổi hít.

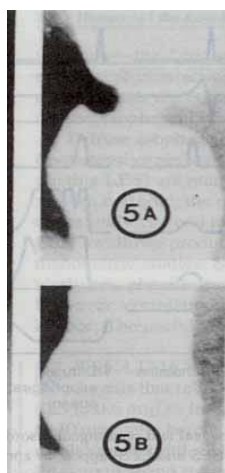
Cần nhớ rằng chứng Achalasia thường đi sau một viêm thực quản trào ngược, do đó với một bệnh nhân bị chứng nóng rát sau xương ức kéo dài, sau đó hết và xuất hiện triệu chứng khó nuốt là một gợi ý đến chứng Achalasia. Ta có thể sử dụng các phương pháp sau đây để chẩn đoán chứng Achalasia:

b. X quang lồng ngực: X quang lồng ngực không sửa soạn sẽ không thấy túi hơi dạ dày mà đôi khi lại thấy một khối hình ống nằm bên cạnh động mạch chủ. Nếu có ứ đọng thức ăn trong thực quản, X quang sẽ cho thấy mức nước, mức hơi.

Trên hình ảnh X quang với chất cản quang barium: thực quản giãn nở với hình mỏ chim hoặc đuôi chuột và đôi khi là hình ảnh một chỉ nang trên cơ hoành. Nếu bệnh diễn tiến đã lâu thì thực quản sẽ có hình ảnh như một đại tràng Sigma.



Hình 6.4. Achalasia



Hình 6.5. Cơ vòng dưới thực quản/Achalasia



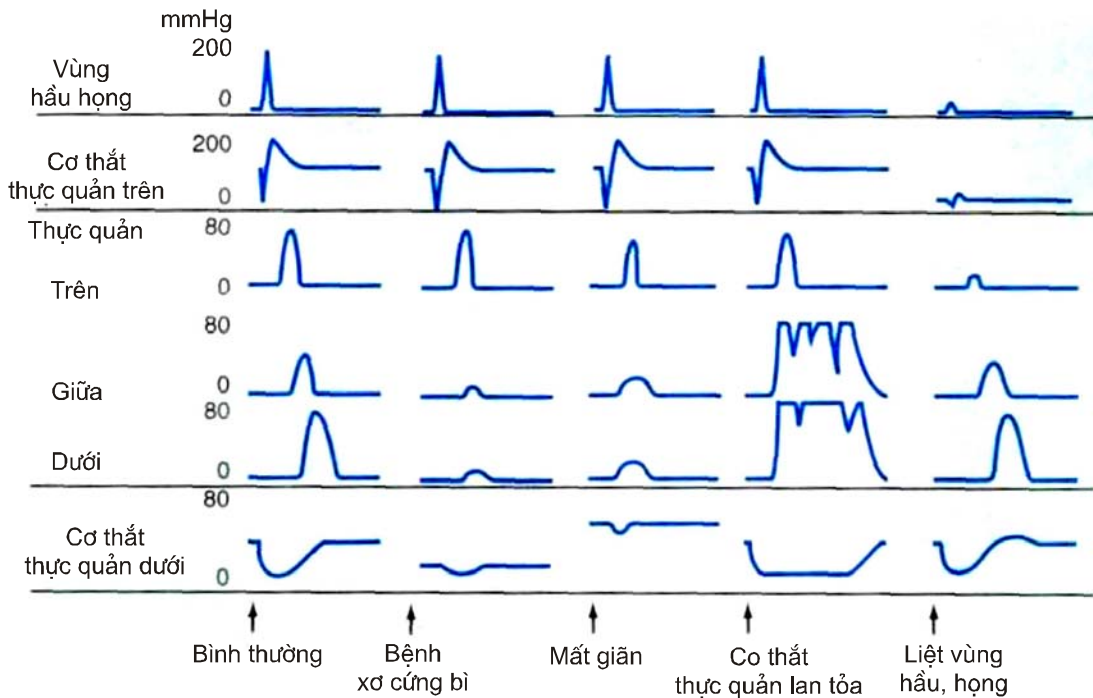
Hình 6.6. Thực quản/ xơ cứng bì



Hình 6.7. Trào ngược thực quản

Trên X quang sẽ không còn thấy những nhu động bình thường ở 2/3 dưới thực quản và được thay bằng những co thắt bất thường trong thể Vigorous. Phần cuối cùng của thực quản giống như mỏ chim.

c. *Đo áp lực của thực quản bằng Manometry*: cho thấy áp suất cơ bản trong cơ vòng dưới bình thường hoặc tăng, trong khi nuốt cơ vòng dưới sẽ không giãn nở hoặc giãn nở kém hoặc chậm và đặc điểm này không thay đổi. Ở thân thực quản có sự tăng trương lực khi nghỉ, ngược lại khi nuốt thì những sóng nhu động bình thường sẽ bị thay bằng những sóng co thắt khởi đầu cùng một lúc với biên độ hoặc nhỏ hoặc lớn và lặp đi lặp lại.



Nếu cho bệnh nhân dùng mecholyl (một chất agonist với thụ thể muscarinic) sẽ gây tăng áp lực thực quản đưa đến đau ngực và nôn ra thức ăn. Ngược lại cholecystikinin vốn là chất ức chế cơ vòng dưới thực quản thì lại gây co thắt đưa đến các triệu chứng của Achalasia.

c. *Nội soi thực quản*: giúp loại bỏ các Achalasia thứ phát, nhất là ung thư dạ dày.

d. *Điều trị chứng Achalasia nguyên phát*: thường là giải quyết triệu chứng, bao gồm:

- Nitroglycerin 0,3 - 0,6mg ngậm dưới lưỡi trước khi ăn hoặc lúc đau ngực.
- Isosorbid dinitrat 2,5 - 5mg ngậm dưới lưỡi hoặc 10 - 20mg uống để có tác dụng dài và dùng trước khi ăn.
- Nifedipin 10 - 20mg ngậm dưới lưỡi hoặc uống trước khi ăn.

- Tiêm độc tố botulinum vào cơ vòng dưới thực quản qua nội soi.
- Cơ học: dùng quả bóng cao su nong cơ vòng dưới, nếu có kinh nghiệm có thể đạt tới 85% hiệu quả. Tuy nhiên xuất huyết và thủng thực quản có thể xảy ra.
- Giải phẫu: thủ thuật bóc bỏ lớp cơ trơn bên ngoài niêm mạc của Heller (extranucosal myotomy).

Tuy nhiên hai phương pháp nói trên sẽ đưa tới viêm thực quản trào ngược và teo hẹp dạ dày

3.2.2. Co thắt thực quản lan toả

Với đặc điểm là những sóng co thắt không nhu động sẽ đưa tới việc thực quản trào ngược và teo hẹp dạ dày; sóng co thắt biên độ lớn, kéo dài và lặp đi lặp lại, chúng được khởi phát cùng một lúc và có thể xảy ra tự nhiên hoặc ngay sau khi nuốt.

Cơ chế bệnh sinh là sự thoái hoá rải rác dọc theo đường đi của hệ thần kinh phó giao cảm ức chế trên vách thực quản. Nguyên nhân của nó có thể không rõ, có thể liên quan đến sự xúc động và tuổi; có thể phối hợp với những bệnh collagen, bệnh lý thần kinh do tiểu đường, các viêm thực quản hoặc các thuốc anticholinergic. Chúng co thắt thực quản có thể tiến triển thành chứng Achalasia.

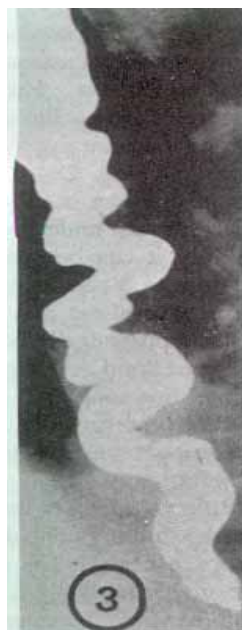
a. Triệu chứng lâm sàng: đau ngực và/hoặc khó nuốt và luôn luôn liên quan đến những đợt co thắt.

- Đau ngực thường xảy ra lúc nghỉ nhưng có thể do nuốt hoặc xúc động, cơn đau từ sau xương ức lan ra sau lưng hoặc 2 bên ngực và 2 tay hoặc lên hàm và kéo dài từ vài giây đến nhiều phút như cơn đau của thiếu máu cơ tim.
- Khó nuốt với cả thức ăn đặc và lỏng.

b. Trên X quang với bariun: thực quản sẽ có hình ảnh xoắn cuộn, hình ảnh sóng lặn tằm ở vách thực quản, hình ảnh những túi giả hoặc hình ảnh cái vụn nút chai hoặc thực quản phình ra 2 bên trong khi đó cơ vòng dưới vẫn mở ra bình thường.

c. Trên Manometry: cho thấy những co thắt khởi đầu cùng một lúc với biên độ lớn, kéo dài và lặp đi lặp lại (ở 2/3 dưới thực quản), vì sự rối loạn này có tính chất định kỳ nên phải kết hợp các kỹ thuật khác như:

Nuốt thức ăn lạnh sẽ gây đau ngực nhưng không gây co thắt.



Hình 6.8. Co thắt thực quản lan toả

Nuốt thức ăn cứng hoặc dùng eadrophonium sẽ gây đau ngực hoặc rối loạn vận động thực quản.

d. Điều trị chủ yếu là giải quyết triệu chứng bằng thuốc như: nitroglycerin isosorbid hoặc nifedipin uống trước bữa ăn.

3.2.3. Hội chứng thực quản do xơ cứng bì

Đây là sự teo lớp cơ trơn thực quản đưa đến giảm vận động của 2/3 dưới thực quản và cơ vòng dưới.

- Triệu chứng chủ yếu là khó nuốt với thức ăn đặc và đặc biệt là với thức ăn lỏng khi nằm. Một số trường hợp sẽ có cảm giác nóng rát sau xương ức và nôn ra thức ăn do viêm thực quản trào ngược mà chính điều này sẽ tăng thêm chứng khó nuốt do hình thành sự xơ thực quản.
- Chẩn đoán bằng X quang có sửa soạn sẽ cho thấy các sóng nhu động của thực quản đều biến mất còn cơ vòng dưới thì co lại, đôi khi còn thấy những hình ảnh loét và teo hẹp trên thực quản.
- Manometry cho thấy các sóng co thắt ở 2/3 dưới thực quản giảm biên độ áp lực của cơ vòng dưới lúc nghỉ thì yếu nhưng sự giãn khi nuốt thì bình thường. Những bất thường về vận động thực quản cũng có thể gặp trên người có hội chứng Raynaud.

4. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo quan niệm của YHCT, các chứng khó nuốt (dysphagia), đau ngực (chestpain) và nôn (regurgitation) trong các thể bệnh Achalasia nguyên phát và co thắt thực quản lan toả đều phụ thuộc phạm trù các chứng ế cách, tâm thống, ẩu mà yếu tố khởi phát không nằm ngoài yếu tố can khí thất điều. Đặc biệt các triệu chứng của globus pharyngeus (tương đương với chứng mai hạch khí của YHCT) cũng có cùng một cơ chế bệnh sinh nói trên.

Do đó pháp trị của YHCT trong trường hợp này sẽ là sơ can, lý khí, chỉ thống với mục đích:

- An thần, chống lo âu bằng các vị thuốc: phục linh, sài hồ.
- Chống co thắt cơ trơn tiêu hoá (đối kháng acetylcholin) bằng các vị: bạch thực, cam thảo.
- Bài thuốc điển hình trong trường hợp này là Tiêu dao tán (Hoà tễ cục phương) gồm: sài hồ, bạch thực, phục linh, đương quy, bạch truật, chích cam thảo.

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn; vào can, đởm, tâm bào, tam tiêu: tả nhiệt, giải độc, thăng đề	12g	Quân
Bạch thực	Đắng, chua, lạnh; vào can, tỳ, phế: dưỡng huyết, lợi thủy, liễm âm	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình; vào tâm, tỳ, phế, thận: lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	12g	Tá
Đương quy	Ngọt, cay, ấm; vào tâm, can, tỳ: dưỡng huyết, hoạt huyết	12g	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, chỉ hãn, an thần	12g	Tá
Chích thảo (cam thảo)	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hoà hoãn, giải độc	8g	Tá, Sứ

(Phân giải thích tính vị quy kinh, quân thần tá sứ xin xem sách Bệnh học kết hợp tập I)

Ngoài ra nên gia thêm trần bì hoặc chỉ xác, mộc hương, đinh hương, thị đế là những dược liệu có tác dụng chống co thắt cơ trơn tiêu hoá để lý khí, khoan hung và thông khí ở thượng tiêu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Các nhóm rối loạn vận động thực quản bao gồm
 - A. Rối loạn vận động cơ trơn và cơ vân
 - B. Achalasia và chống co thắt thực quản lan toả
 - C. Achalasia và globus pharyngeal
 - D. Achalasia và hội chứng thực quản do bệnh xơ cứng bì
 - E. Achalasia và chứng liệt hầu họng
2. Cơ chế bệnh sinh của hội chứng crico pharyngeal bội nhiễm là
 - A. Liệt cơ hầu (pharyngeal)
 - B. Liệt cơ hyoid
 - C. Co thắt thực quản
 - D. Co thắt cơ vòng dưới
 - E. Co thắt cơ vòng trên

3. Cơ chế bệnh sinh của chứng Achalasia
- A. Co thắt thực quản
 - B. Co thắt thực quản và cơ vòng trên
 - C. Co thắt thực quản và cơ vòng dưới
 - D. Liệt cơ hầu
 - E. Liệt cơ hyoid
4. Triệu chứng nào sau đây không có trong chứng Achalasia
- A. Đau ngực
 - B. Khó nuốt thức ăn đặc
 - C. Khó nuốt thức ăn loãng
 - D. Nóng rát sau xương ức
 - E. Nôn ra thức ăn
5. Triệu chứng khó nuốt đi kèm với thức ăn trào ra mũi gặp trong
- A. Achalasia
 - B. Hội chứng thực quản do xơ cứng bì
 - C. Co thắt thực quản lan toả
 - D. Liệt cơ hầu
 - E. Liệt cơ họng
6. Chẩn đoán phân biệt giữa Achalasia và co thắt thực quản lan toả bằng manometry sẽ dựa trên
- A. Các sóng co thắt của thân thực quản
 - B. Các chứng co thắt của thân thực quản khi nuốt
 - C. Sự tăng nhu động của thân thực quản
 - D. Sự xuất hiện các sóng co thắt với biên độ lớn
 - E. Sự co thắt của cơ vòng dưới khi nuốt
7. Cơ chế bệnh sinh của các chứng globus pharyngeal theo YHCT là
- A. Can khí thượng xung
 - B. Can vị bất hoà
 - C. Can âm khuy tổn
 - D. Can đởm thấp nhiệt
 - E. Can hoả thượng viêm

8. Trong bài thuốc Tiêu dao (gồm: sài hồ, đương quy, bạch thược, bạch truật, bạch linh, cam thảo) vị sài hồ làm quân vì có tác dụng

- A. Liễm can âm
- B. Bình can dương
- C. Sơ can, giải uất
- D. Sơ can tiết nhiệt
- E. Hoà giải biểu lý

9. Vị thuốc nào sau đây có thể gia giảm thêm trong bài Tiêu dao (gồm các vị: trần bì, chỉ xác, mộc hương) với mục đích lý khí, khoang bụng và thông khí ở thượng tiêu:

- A. Đại hoàng
- B. Ích trí nhân
- C. Bạch đậu khấu
- D. Đinh hương
- E. Một dược

10. Với pháp trị là sơ can, lý khí, chỉ thống, ngoài bài thuốc Tiêu dao, ta có thể dùng bài

- A. Hương sa lục quân
- B. Điều hoà can tỳ
- C. Thống tả yếu phương
- D. Hoàng kỳ kiện trung
- E. Bổ trung ích khí

VIÊM DẠ DÀY

MỤC TIÊU

1. Phân loại được các bệnh viêm dạ dày theo tính chất mô học, vị trí và cơ chế bệnh sinh.
2. Mô tả được các đặc điểm mô học của viêm dạ dày mạn.
3. Liệt kê được các phương pháp điều trị thích ứng với các loại viêm dạ dày cấp cũng như mạn.
4. Phân tích được mục đích điều trị của bài thuốc Hoàng kỳ kiến trung thang trên các thể viêm dạ dày mạn.
5. Nhận thức được viêm dạ dày mạn typ B ẩn chứa một nguy cơ ung thư hoá.

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm dạ dày hay viêm niêm mạc dạ dày là một nhóm bệnh mang tính chất viêm của niêm mạc dạ dày bao gồm những khác nhau về hình ảnh lâm sàng, đặc điểm mô học và cơ chế gây bệnh.

Thông thường những phân loại về viêm dạ dày đều đặt nền móng trên:

- Tính chất cấp hay mạn của lâm sàng
- Hình ảnh mô học
- Sự phân bố theo vị trí
- Cơ chế bệnh sinh

2. BỆNH HỌC

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Viêm dạ dày cấp

a. Phối hợp với *Helicobacter Pylori* (HP)

Khởi đầu của sự nhiễm HP là sự tăng acid dịch vị tạm thời và sau đó khoảng 1 năm sẽ là tình trạng giảm acid.

Bệnh nhân thường có những khó chịu ở vùng thượng vị nhưng phần lớn là không triệu chứng.

Nên nhớ rằng không phải lúc nào nội soi và sinh thiết cũng tìm thấy được HP.

b. Do nhiễm các vi sinh vật khác

Viêm tấy dạ dày (phlegmonous gastritis) với sự tẩm nhuộm, tế bào viêm lan toả khắp vách dạ dày, sự hoại tử mô và hình ảnh nhiễm trùng toàn thân mà vi sinh vật gây bệnh có thể là Streptococcus, Staphylococcus, Proteus, Hemophilus hoặc E. coli; đối tượng dễ bị nguy cơ thường là những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

Việc điều trị phải chú trọng đến bồi hoàn nước điện giải, tiêm truyền kháng sinh và nếu không hiệu quả phải cắt bỏ toàn bộ dạ dày.

Ngoài ra siêu vi Herpes simplex và Cytomegalovirus cũng có thể gây viêm chợt dạ dày (erosive gastritis) trên những người bị suy giảm miễn dịch.

2.1.2. Viêm dạ dày mạn

Với hình ảnh mô học là sự tẩm nhuộm tế bào lâm ba và tương bào, sự phân bố vị trí viêm có tính chất rải rác không đều.

Về diễn tiến, khởi đầu hiện tượng viêm chỉ xảy ở vùng nông và sâu của niêm mạc dạ dày, sau đó sẽ tiến tới hủy hoại các tuyến của dạ dày và cuối cùng sẽ có hình ảnh biến dị các tuyến và teo đi.

a. Dựa vào hình ảnh mô học ta có

- Loại viêm nông: là giai đoạn khởi đầu, hiện tượng viêm chỉ giới hạn ở lớp lamina propria với sự tẩm nhuộm của tế bào viêm và phù nề các tuyến dạ dày.
- Loại viêm teo: là bước phát triển kế tiếp với hiện tượng tẩm nhuộm sẽ trải dài tới lớp niêm mạc sâu và phân bố từ hang vị lên đến thân và đáy dạ dày. Ở đây sẽ có sự rối loạn cấu trúc và hủy hoại các tuyến dạ dày.
- Teo dạ dày: là giai đoạn cuối cùng mà cấu trúc các tuyến dạ dày sẽ biến mất, trong đó xen kẽ với mô liên kết là rải rác một ít tế bào viêm.

Về đại thể niêm mạc dạ dày trở nên mỏng và có thể thấy được các mạch máu khi nội soi dạ dày.

Các tuyến dạ dày sẽ chuyển dạng thành các tuyến niêm mạc ruột non với những goblet cell và là yếu tố tiềm ẩn cho việc ung thư hoá.

b. Các loại viêm dạ dày mạn

- *Viêm dạ dày type B* (antral predominant, HP gastritis, environmental gastritis): loại này rất thường gặp, ở người trẻ bệnh chỉ ảnh hưởng đến vùng hang vị nhưng ở người già lại lan toả toàn bộ dạ dày. Tỷ lệ viêm

này sẽ gia tăng theo tuổi kể từ khi bệnh nhân bị nhiễm HP (chiếm 78% ở người trên 50 tuổi và 100% ở người trên 70 tuổi), thời gian quá độ của hiện tượng viêm từ khu trú đến lan toả trung bình là 15 - 20 năm.

Nguyên nhân chủ yếu của bệnh là do HP. Hình ảnh mô học cho thấy sự tẩm nhuộm dày đặc của lympho và tương bào ở lớp lamina propia và sự thâm nhập bạch cầu đa nhân vào lớp biểu bì cũng như luôn luôn tìm thấy HP trong giai đoạn viêm nông. Ngoài ra, người ta cũng có thể tìm thấy kháng thể kháng tế bào thành và kháng gastrin.

Viêm dạ dày do HP mạn sẽ đưa đến viêm teo dạ dày: nhiều điểm hoại tử, teo dạ dày và gây dị sản tuyến niêm mạc dạ dày cũng như chính sự điều trị bằng các thuốc ức chế sự tiết HCl sẽ phát triển thêm hiện tượng teo dạ dày và làm tăng nguy cơ ung thư, adenocarcinoma (nguy cơ này cao gấp 3 - 6 lần ở người có huyết thanh (+) với HP). Do đó để chẩn đoán xác định nên sinh thiết các vùng nghi ngờ viêm.

Tuy nhiên, vì cơ chế bệnh sinh giữa loại viêm dạ dày typ B với adenocarcinoma đã rõ nên không có điều trị đặc hiệu cho loại viêm dạ dày này.

Ngoài ra sự nhiễm trùng với HP liên quan đến bệnh lymphoma, tế bào lympho B mức độ thấp mà việc điều trị bằng kháng acid sẽ khiến loại lympho này thoái triển.

- *Viêm dạ dày typ A* (body predominant, autoimmune, chronic atrophy): loại này ít gặp hơn, tổn thương viêm thường định vị ở vùng đáy và thân dạ dày, bệnh thường phối hợp với thiếu máu ác tính (pernicious anemia).

Về phương diện miễn dịch học, người ta thấy có sự liên quan giữa bệnh viêm dạ dày typ A, bệnh thiếu máu ác tính và một số bệnh tự miễn khác dựa trên những dữ liệu huyết thanh học sau đây:

- + Kháng thể chống tế bào thành có trong 90% huyết thanh người bị thiếu máu ác tính và trong 50% huyết thanh người bị viêm dạ dày typ A.
- + Huyết thanh của những người có họ hàng với bệnh nhân thiếu máu ác tính có viêm teo dạ dày và vô acid dịch vị, có kháng thể chống tế bào thành với tần suất cao hơn người bình thường.
- + Trong điều tra về huyết thanh học của một quần thể người ta nhận thấy kháng thể chống tế bào thành có mặt trong: 20% trường hợp người trên 60 tuổi, 20% trường hợp bệnh nhân suy tuyến phó giáp, bệnh Addison và bạch biến; khoảng 50% người thiếu máu ác tính có kháng thể chống tuyến giáp; khoảng 30% người bị bệnh tuyến giáp có kháng thể chống tế bào thành.

- + Huyết thanh có kháng thể chống nội yếu tố (intrinsic factor) thì đặc hiệu với typ A hơn so với kháng thể chống tế bào thành và chúng cũng có mặt trong 40% trường hợp bệnh nhân bị thiếu máu ác tính.

Ngoài ra người ta còn tìm thấy cơ chế miễn dịch qua trung gian tế bào có tham gia trong cơ chế gây viêm niêm mạc ở viêm dạ dày typ A và ở bệnh nhân thiếu máu ác tính.

Triệu chứng lâm sàng và sinh hóa là hậu quả của sự vô acid dịch vị và thiếu máu do rối loạn hấp thu B₁₂ (thiếu máu đại hồng cầu và các rối loạn thần kinh). Ngoài ra còn có tình trạng tăng gastrin/máu (> 500 pg/ml) tương đương với hội chứng Zollinger ellison và tăng sinh tế bào ECL đưa đến Carcinoid tumor do tình trạng vô acid dịch vị.

Không có điều trị đặc hiệu cho loại bệnh này.

- Viêm dạ dày tẩm nhuộm lympho bào (lymphocytic gastritis): đây là loại viêm dạ dày với sự tẩm nhuộm dày đặc các tế bào lympho ở lớp thượng bì và tương bào ở lớp Lamina propria. Bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, đôi khi bệnh phối hợp với Celiac - sprue. Nội soi thấy nếp gấp niêm mạc dày lên phủ đầy những nốt nhỏ có chỗ lõm ở giữa (varioliform gastritis).

Hiệu quả của việc điều trị bằng corticoid và cromoglycat vẫn còn đang bàn cãi.

- Viêm dạ dày tẩm nhuộm bạch cầu ái toan (eosinophylic gastritis): tổn thương ở vùng Antrum với hình ảnh tẩm nhuộm tế bào ái toan từ niêm mạc đến lớp cơ. Bệnh nhân thường đau bụng, nôn ói và có thể bị tắc nghẽn vùng môn vị, đi kèm với các biểu hiện của một bệnh dị ứng và tăng bạch cầu ái toan trong máu.

Điều trị bằng glucocorticoid đưa đến kết quả khả quan.

- Viêm dạ dày tẩm nhuộm bạch cầu hạt (granulomatous gastritis): tương đương như bệnh Crohn's có gây loét dạ dày, ngoài ra các nhiễm trùng do Histoplasmosis, Candida, giang mai và lao cũng có thể gây nên bệnh này.

Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết và tế bào học.

- Bệnh Menetrier: toàn bộ niêm mạc ở vùng thân và đáy dạ dày trở nên phì đại và ngoằn ngoèo do sự tăng sinh tế bào nhầy (foveolar hyperplasia) thay thế cho tế bào chính là tế bào thành, còn lớp lamina propria thì chứa các tế bào viêm mạn tính. Tuy nguyên nhân chưa được biết rõ nhưng sự lạm dụng các yếu tố gây tăng trưởng như TGF - α cũng có thể liên quan đến diễn tiến của bệnh.

Triệu chứng lâm sàng là: đau vùng thượng vị, chán ăn, buồn nôn và sút cân, có hiện tượng máu lẫn trong phân do loét chợt niêm mạc dạ dày, đôi khi bệnh phát triển thành loét hoặc ung thư dạ dày. Ngoài ra do hiện tượng mất protein qua đường dạ dày nên bệnh nhân sẽ giảm albumin máu và phù.

Chẩn đoán bằng nội soi và sinh thiết sâu để loại bỏ ung thư dạ dày hoặc u tế bào lympho, hội chứng Zollinger ellison, viêm dạ dày (kết hợp với bổ sung đạm) do Cytomegalo virus, Histoplasmosis, viêm dạ dày do bệnh giang mai và sarcoidosis.

Điều trị bằng thuốc kháng cholinergic sẽ làm giảm sự mất protein.

Nếu có loét nên điều trị như loét dạ dày.

Nếu không đáp ứng nên cắt bỏ toàn bộ dạ dày.

3. BỆNH HỌC THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Các triệu chứng trong viêm dạ dày mạn typ B thể nông và thể viêm teo không nằm ngoài các thể lâm sàng khí trệ, tỳ vị hư hàn của chứng vị quản thống (xem bệnh học III).

Trong trường hợp viêm dạ dày mạn typ B ta có thể dùng pháp trị ôn trung kiện tỳ với mục đích kích thích bài tiết dịch vị và điều hòa nhu động dạ dày ruột.

Bài thuốc cụ thể là Hoàng kỳ kiến trung (Kim quỹ yếu lược) gia giảm gồm: hoàng kỳ, cam thảo, bạch thược, cao lương khương, can khương, đại táo, thực địa

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ khí, thăng dương khí của tỳ	12g	Quân
Cam thảo bắc	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	12g	Thần
Bạch thược	Chua, đắng, lạnh: chỉ thống, liễm âm	12g	Tá

Gia: cao lương khương 6g, can khương 6g, đại táo 5 quả, thực địa 20g.

Phân tích bài thuốc (xem loét dạ dày - tá tràng - Sách bệnh học và điều trị tập III).

Ngoài ra, với viêm dạ dày tẩm nhuộm lâm ba cầu (lymphocytic gastritis) và bạch cầu ái toan (eosinophilic gastritis) trong đó cơ chế tự miễn đóng vai trò nhất định cũng có thể dùng bài thuốc trên với lý do:

- Hoàng kỳ có tác dụng điều hòa miễn dịch, thúc đẩy chuyển hoá protid.
- Cam thảo bắc có tác dụng ức chế miễn dịch (do ức chế men 5 β reductase của cortisol) đưa đến kéo dài tác dụng của cortisol.
- Thực địa có tác dụng ức chế miễn dịch nhưng không ức chế hoạt động của vỏ thượng thận.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm dạ dày nào sau đây không liên quan đến yếu tố miễn dịch?

- A. Viêm dạ dày typ B
- B. Viêm dạ dày typ A
- C. Bệnh Menetriez
- D. Viêm dạ dày tẩm nhuộm bạch cầu lâm ba
- E. Viêm dạ dày tẩm nhuộm bạch cầu eosin

2. Hình ảnh mô học của viêm nông trong viêm dạ dày là

- A. Sự tẩm nhuộm tế bào viêm
- B. Sự phù nề các tuyến dạ dày
- C. Sự huỷ hoại các tuyến dạ dày
- D. Sự biến dị các tuyến dạ dày
- E. Sự rối loạn cấu trúc tuyến dạ dày

3. Hình ảnh mô học của viêm teo trong viêm dạ dày là

- A. Sự tẩm nhuộm tế bào viêm
- B. Sự phù nề các tuyến dạ dày
- C. Sự huỷ hoại các tuyến dạ dày
- D. Sự biến dị các tuyến dạ dày
- E. Tế bào viêm rải rác

4. Hình ảnh mô học của teo dạ dày trong viêm dạ dày là

- A. Sự tẩm nhuộm tế bào viêm
- B. Sự phù nề các tuyến dạ dày
- C. Sự huỷ hoại các tuyến dạ dày
- D. Sự biến dị các tuyến dạ dày
- E. Sự rối loạn cấu trúc tuyến dạ dày

5. Phương pháp điều trị cho viêm dạ dày typ B là

- A. Các thuốc trung hoà acid dịch vị
- B. Các thuốc đối kháng H_2 receptor
- C. Các thuốc ức chế lên proton H^+
- D. Các kháng sinh nhạy cảm với HP
- E. Cắt dạ dày

6. Phương pháp điều trị cho viêm dạ dày typ A là
- A. Các thuốc trung hoà acid dịch vị
 - B. Các thuốc đối kháng H_2 receptor
 - C. Các thuốc ức chế lên proton H^+
 - D. Cắt dạ dày
 - E. Vitamin B_{12}
7. Phương pháp chẩn đoán tối ưu cho các loại viêm dạ dày là
- A. Huyết thanh học
 - B. Nội soi và sinh khiết
 - C. X quang có chuẩn bị
 - D. Urea label breath test
 - E. Đo acid dịch vị
8. Phương pháp chẩn đoán tối ưu cho các loại viêm dạ dày mạn typ B là
- A. Sinh thiết và huyết thanh học
 - B. Nội soi và sinh thiết
 - C. X quang có chuẩn bị
 - D. C.L.O test
 - E. Đo acid dịch vị
9. Bài thuốc Hoàng kỳ kiến trung (gồm: hoàng kỳ, bạch thược, cam thảo bắc, cao lương khương, đại táo), có hoàng kỳ làm quân vì
- A. Cố biểu, liễm hãn
 - B. Kiện tỳ khí, thăng dương
 - C. Bổ khí, lợi thủy
 - D. Bổ trung khí, chỉ thống
 - E. Ôn kiện tỳ vị
10. Bài thuốc Hoàng kỳ kiến trung thang có thể gia thêm dược liệu nào để gia tăng tác dụng ức chế miễn dịch của nó
- A. Sài hồ
 - B. Ngũ vị tử
 - C. Đại táo
 - D. Thục địa
 - E. Câu kỷ tử

LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của loét dạ dày-tá tràng theo YHHD.
2. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của chứng vị quản thống theo YHCT.
3. Liệt kê và giải thích được cơ chế tác dụng của các dược phẩm dùng trong điều trị loét dạ dày-tá tràng.
4. Liệt kê và giải thích được công dụng của các nhóm thuốc và công thức huyết dùng trong các thể lâm sàng của chứng vị quản thống.

1. ĐỊNH NGHĨA

Loét dạ dày-tá tràng là sự mất chất của niêm mạc dạ dày-tá tràng.

Loét dạ dày-tá tràng là một bệnh khá phổ biến, với chừng 5 - 10% dân số có viêm loét dạ dày-tá tràng trong suốt cuộc đời mình và nam giới hay gặp gấp 4 lần nữ giới (tại Bắc Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh ước tính 5 - 7% dân số), thường gặp 12% - 14% trong các bệnh nội khoa và chiếm 16% trong tổng số các ca phẫu thuật trong một năm.

Ngoài ra nhờ nội soi, người ta còn phát hiện khoảng 26% bệnh nhân bị loét dạ dày-tá tràng mà không hề có triệu chứng đau cũng như khoảng 30 - 40% bệnh nhân có đau kiểu loét dạ dày-tá tràng nhưng lại không tìm thấy ổ loét.

Loét dạ dày-tá tràng có những đợt tiến triển xen kẽ với những thời kỳ ổn định mà chu kỳ thay đổi tùy người. Hàng năm trung bình có khoảng 50% người bị loét có đợt đau phải điều trị và trong đợt tiến triển có thể có những biến chứng nguy hiểm như chảy máu, thủng, hẹp... và dù có phẫu thuật cấp cứu tỷ lệ tử vong vẫn cao (khoảng 22%).

Các điều tra về dịch tễ học còn cho thấy mối liên quan giữa loét dạ dày tá tràng với hội chứng Helicobacter Pylori, trong đó khoảng 30 - 60% người bị loét tá tràng và 70% người bị loét dạ dày có sự hiện diện của HP

Sau cùng, tuy loét dạ dày-tá tràng không phải là một bệnh khó chữa nhưng tỷ lệ tái phát lại rất cao, thống kê cho thấy tỷ lệ tái phát của loét tá tràng là 80% trong vòng 1 năm và loét dạ dày là 50% trong vòng 5 năm.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

Loét dạ dày-tá tràng là kết quả của sự mất cân bằng giữa một bên là yếu tố phá hủy niêm mạc dạ dày - tá tràng và một bên là yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày - tá tràng

$$\text{Loét dạ dày - tá tràng} = \frac{\text{Yếu tố phá hủy niêm mạc} \uparrow}{\text{Yếu tố bảo vệ niêm mạc} \downarrow}$$

Trong đó

- Yếu tố phá hủy niêm mạc: HCl và pepsin.
- Yếu tố bảo vệ niêm mạc: chất nhầy, HCO_3 .
- Hàng rào niêm mạc dạ dày

Theo đó những nguyên nhân gây hoạt hoá yếu tố phá hủy niêm mạc dạ dày-tá tràng có thể kể đến:

- Sự căng thẳng thần kinh do các stress tâm lý kéo dài gây nên trạng thái cường phó giao cảm mà kết quả sẽ gây tăng tiết HCl và tăng co bóp cơ trơn dạ dày.
- Sự hiện diện của xoắn khuẩn *Helicobacter Pylori* (HP) sẽ hủy hoại tế bào D ở niêm mạc tá tràng (là tế bào tiết somatostatin có tác dụng ức chế tiết gastrin), qua đó sẽ gây tăng tiết HCl.

Ngược lại, những nguyên nhân làm suy giảm yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày lại là:

- Sự căng thẳng thần kinh do các stress tâm lý kéo dài sẽ làm các tế bào nhầy ở niêm mạc dạ dày giảm bài tiết HCO_3 .
- Rượu và các thuốc giảm đau chống viêm non steroid ngoài việc thông qua cơ chế tái khuyếch tán ion H^+ còn ức chế sự tổng hợp prostaglandin do đó đồng thời vừa làm tăng tiết HCl vừa hủy hoại tế bào niêm mạc dạ dày cũng như làm giảm sự sinh sản tế bào niêm mạc dạ dày.
- Corticoid và các dẫn xuất của nó qua cơ chế giảm tổng hợp glucoprotein (một thành phần cơ bản của chất nhầy) sẽ làm giảm yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày.

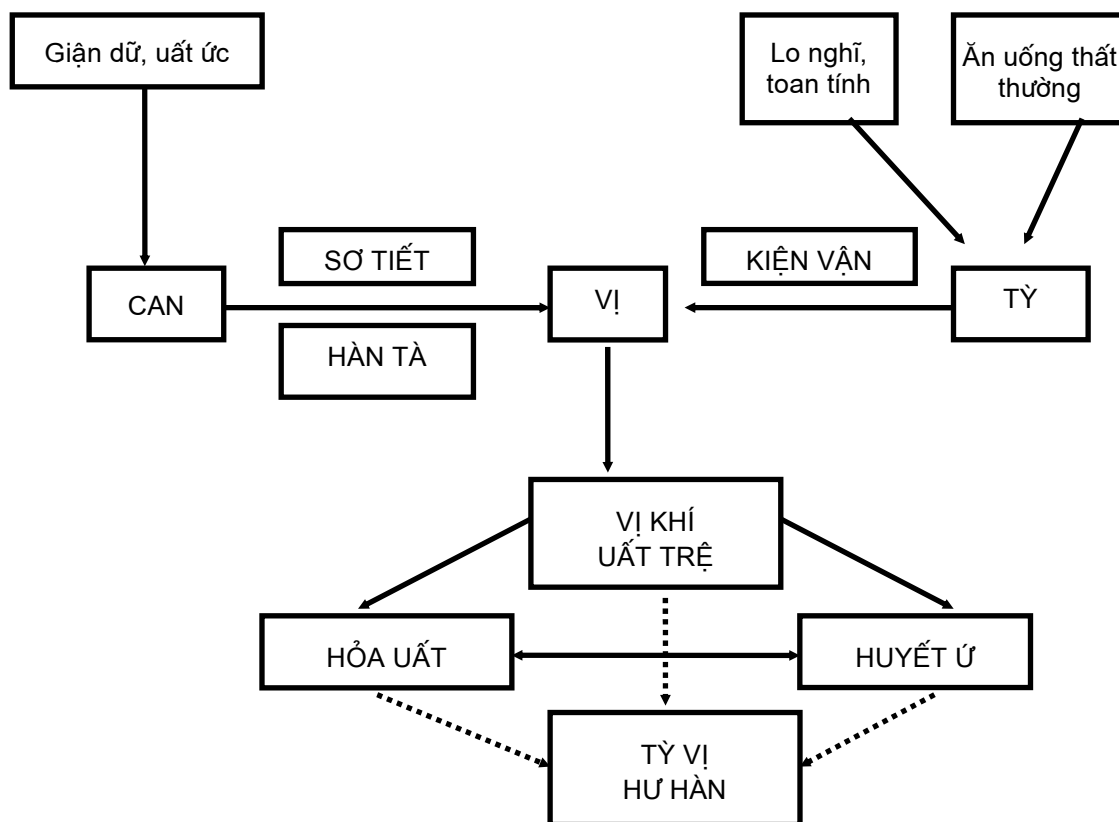
- Vai trò tưới máu của hệ mao mạch dạ dày-tá tràng đối với sự bền vững của hàng rào niêm mạc dạ dày. Theo đó sự xơ vữa hệ mao mạch dạ dày-tá tràng (kết quả từ hiện tượng sản sinh các gốc tự do) sẽ làm cản trở sự tưới máu niêm mạc dạ dày được dùng để giải thích cho cơ chế viêm dạ dày mạn tính cũng như giải thích lý do tại sao có nhiều ổ loét to và bất trị ở người có tuổi.
- Sự hiện diện của xoắn khuẩn *Helicobacter Pylori* (HP) ở niêm mạc dạ dày-tá tràng sẽ sản sinh ra NH_3 vừa cản trở sự tổng hợp chất nhày vừa làm biến đổi cấu trúc phân tử chất nhày từ dạng hình cầu sang dạng hình phiến mỏng, khiến cho lớp chất nhày dễ bị tiêu hủy bởi pepsin. Ngoài ra chính *Helicobacter Pylori* (HP) còn tiết ra protease, phospholipase, độc tố 87 KDA protein và kích thích tiết interleukin γ gây tổn thương trực tiếp lên tế bào niêm mạc dạ dày.
- Yếu tố thể tạng: nhóm máu O có tần suất loét cao hơn các nhóm máu khác, điều này có lẽ liên quan đến sự ưu tiên kết hợp giữa nhóm O và HP, sự liên quan giữa HLAB5 antigen với tần suất loét tá tràng.
- Vai trò của thuốc lá trong việc ức chế tiết HCO_3 của tuyến tụy, gia tăng sự thoát dịch vị vào tá tràng đồng thời tạo nên các gốc tự do gây tổn hại đến niêm mạc dạ dày.

2.2. Theo y học cổ truyền

Bệnh loét dạ dày-tá tràng với biểu hiện lâm sàng là đau vùng thượng vị cùng với một số rối loạn tiêu hóa được xếp vào bệnh lý của tỳ vị với bệnh danh là vị quản thống mà nguyên nhân có thể là:

- Những căng thẳng tâm lý kéo dài như giận dữ, uất ức, khiến cho chức năng sơ tiết của tạng can (mộc) bị ảnh hưởng, từ đó cản trở tới chức năng giáng nạp thủy cốc.
- Những căng thẳng tâm lý kéo dài như lo nghĩ, toan tính quá mức cũng như việc ăn uống đói no thất thường sẽ tác động xấu tới chức năng kiện vận của tạng tỳ và ảnh hưởng xấu tới chức năng giáng nạp thủy cốc của vị.

Trên cơ sở đó, thời tiết lạnh hoặc thức ăn sống lạnh mà YHCT gọi là hàn tà sẽ là yếu tố làm khởi phát cơn đau. Trong giai đoạn đầu, chứng vị quản thống thường biểu hiện thể khí uất (trệ), hoả uất hoặc huyết ú; nhưng về sau do khí suy, huyết kém mà chứng vị quản thống sẽ diễn tiến theo thể tỳ vị hư hàn.



3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Nói chung các triệu chứng cơ năng và dấu hiệu lâm sàng của bệnh loét dạ dày-tá tràng thường nghèo nàn, chỉ trong những đợt tiến triển bệnh nhân mới có đau vùng thượng vị, rối loạn tiêu hóa.

a. Những cơn đau vùng thượng vị

Kéo dài từ 15 phút - 1 giờ, có thể khu trú ở bên (T) nếu là loét dạ dày hoặc bên (P) nếu là loét tá tràng. Cơn đau có thể lan ra vùng hông sườn (P) hoặc có thể chói ra sau lưng (nếu loét ở thành sau dạ dày).

Cơn đau có tính chu kỳ và trở nên đau dai dẳng liên tục nếu là loét lâu ngày hoặc loét xơ chai.

Cơn đau thường xuất hiện lúc đói, về đêm và giảm ngay sau khi uống sữa hoặc dung dịch antacid nếu là loét tá tràng; thường xuất hiện sau khi ăn hoặc ít thuyên giảm với antacid nếu là loét dạ dày.

Cơn đau có tính chất quặn thắt hoặc nóng rát, hoặc nặng nề âm ỉ.

Trong cơn đau, khám có thể phát hiện thấy vùng thượng vị đề kháng khi sờ nắn.

b. Những rối loạn tiêu hóa

- Táo bón: rất thường gặp.
- Nôn mửa, buồn nôn thường xảy ra trong trường hợp loét dạ dày nhưng ít xảy ra trong loét tá tràng nếu không có biến chứng.

Bệnh nhân ăn vẫn ngon miệng nhưng có cảm giác chậm tiêu, thường là nặng, trướng bụng hoặc ợ hơi, ợ chua sau các bữa ăn.

3.1.2. Dấu hiệu cận lâm sàng

Để chẩn đoán loét dạ dày-tá tràng, người ta có thể dùng phương pháp:

- Gián tiếp: như hút dịch vị cho thấy có tăng HCl tự do 2 giờ sau khi kích thích dạ dày trong trường hợp loét tá tràng. Ngược lại tình trạng vô acid dịch vị sau khi kích thích bằng pentagastrin gợi ý đến một khả năng ung thư dạ dày nhiều hơn.
- Trực tiếp: như X quang dạ dày - tá tràng với những hình ảnh trực tiếp như hình chêm, hình ổ hoặc cứng ở một đoạn hoặc đôi khi là một túi Hawdeck với 3 mức baryt, nước, hơi cùng với những hình ảnh gián tiếp như tăng trương lực, tăng nhu động. Ngoài ra trong những trường hợp loét ở tá tràng còn có hình ảnh dấu ách chuôn hoặc tampon của toa xe lửa (tampon du wagon). Tuy nhiên những ổ loét dưới 0,5cm sẽ không thể thấy được và ngược lại những ổ loét lớn hơn 3cm cần phải nghĩ đến một ung thư.
- Tuy nhiên chính xác nhất vẫn là nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống mềm (fibroscope) và sinh thiết ổ loét để chẩn đoán phân biệt với loét ung thư hóa (97% trường hợp) có 8% ổ loét có vẻ lành tính trên X quang nhưng lại được phát hiện là ác tính nhờ nội soi.

Ngoài ra, hiện nay với quan niệm về vai trò của Helicobacter Pylori trong bệnh sinh loét dạ dày-tá tràng (hiện diện 80 - 100% trong những ổ loét không do steroid hoặc non steroid), người ta còn chẩn đoán sự nhiễm HP bằng các test chẩn đoán nhanh như:

- Rapid urease test campylobacter like organism, nuôi cấy mẫu sinh thiết dạ dày hoặc ¹³C hoặc ¹⁴C labelled urea breath test và chẩn đoán bằng huyết thanh miễn dịch.

Các test chẩn đoán nhiễm HP

Loại TEST	Độ nhạy cảm	Lời khuyên
1. Urease ¹³ C hoặc ¹⁴ C labelled urea breath	90 - 95%	Đơn giản, dùng để theo dõi
2. Qua mẫu sinh thiết - Rapid urease test - C.L.O. test	90 - 98%	Cần đến nội soi
2. Mô học	70 - 90%	Cần đến nội soi và thuốc nhuộm đặc biệt
3. Cây	90 - 95%	Cần đến nội soi, nên dùng cho trường hợp kháng thuốc
4. Huyết thanh	95%	Không phân biệt mới nhiễm hay nhiễm từ lâu

3.1.3. Biến chứng

Thông thường trong những đợt tiến triển, mỗi đợt đau có thể kéo dài vài ngày hoặc 2 - 3 tuần lễ rồi tự nhiên hết. Nhưng cũng có khoảng 10 - 20% trường hợp thường xảy ra các biến chứng như:

- Xuất huyết tiêu hóa: chiếm 15% trường hợp thường gặp trong loét tá tràng và ở người trên 60 tuổi, lúc đó bệnh nhân đột nhiên có cảm giác khó chịu, mệt muốn xỉu, khát nước, vã mồ hôi lạnh, dấu hiệu shock, đôi khi nôn ra máu và sau đó mới đi cầu ra phân đen. Khoảng 20% bệnh nhân sẽ không có những biểu hiện như trên.
- Thủng: khoảng 6 - 7% trường hợp hay xảy ra trong loét tá tràng nhưng tỷ lệ tử vong ít hơn thủng dạ dày 3 lần.

Có thể thủng vào màng bụng tự do với biểu hiện:

- + Đau như dao đâm ở vùng hông sườn (P).
- + Lúc đầu mạch và huyết áp còn ổn định nhưng bệnh nhân thở nông, sau đó xuất hiện trạng thái shock với dấu hiệu viêm phúc mạc.
- + Khám bụng thấy có dấu hiệu co cơ đề kháng tại chỗ, vài giờ sau đau lan tỏa khắp bụng, có khi chói lên 2 bờ vai, 2 cơ thẳng bụng nổi rõ lên, sờ nắn thấy có dấu hiệu bụng gổ.
- + Bệnh nhân nôn mửa và không trung tiện được.
- + Thăm trực tràng khi chạm vào túi cùng Douglas rất đau.
- + Chụp X quang bụng không chuẩn bị cho thấy tràn khí màng bụng kèm liềm hơi trước gan hoặc trên gan.
- + Sau 12 giờ bụng căng trướng, bệnh nhân rơi vào trạng thái nhiễm trùng, nhiễm độc. Lúc đó có can thiệp cũng vô ích, thường thì bệnh nhân sẽ chết sau 3 ngày.

Ngược lại trường hợp thủng vào màng bụng có vách ngăn thường khó chẩn đoán, hay xảy ra ở các trường hợp loét mạn tính, biểu hiện bằng những triệu chứng và dấu hiệu của một áp xe dưới cơ hoành (T) do thủng từ dạ dày vào thùy trái gan hoặc dấu hiệu của một viêm tụy do thủng từ tá tràng vào tụy hoặc thậm chí là lỗ rò giữa dạ dày và ruột già.

- Hẹp: chiếm khoảng 1 - 2% bệnh nhân. Có thể định khu ở môn vị, giữa dạ dày hoặc tá tràng. Nguyên nhân có thể do co thắt, viêm và phù quanh ổ loét hoặc co rút do lên sẹo, viêm quanh tạng.

Lúc này đau thay đổi tính chất và trở nên liên tục, bệnh nhân thường nôn ra thức ăn hôm trước.

Khám bụng thấy có dấu hiệu óc ách, sóng vỗ lúc đói.

Hút dạ dày lúc đói sẽ có được một lượng dịch dạ dày khoảng 50 - 100ml lẫn những mảnh vụn thức ăn.

X quang và nội soi sẽ giúp xác định vị trí và nguyên nhân hẹp.

- Ung thư hoá: ít khi xảy ra cho loét tá tràng trong khi 90% loét dạ dày bờ cong nhỏ đều có khả năng hoá ung thư. Các dấu hiệu nghi ngờ ác tính là:
 - + Dấu hiệu lâm sàng và X quang vẫn còn tồn tại sau nhiều tuần lễ điều trị.
 - + Đau trở thành liên tục.
 - + Luôn luôn có dấu hiệu ẩn máu trong phân.
 - + Vô acid dịch vị.

Nhưng chẩn đoán xác định vẫn là nội soi và sinh thiết.

3.2. Theo y học cổ truyền

Chứng vị quản thống được chia làm 4 thể lâm sàng sau đây:

3.2.1. Khí uất (trệ)

Với triệu chứng đau thượng vị từng cơn lan ra hai bên hông sườn kèm ợ hơi, ợ chua, táo bón. Yếu tố khởi phát cơn đau thường là nóng giận, căm gắt. Tính tình hay gắt gỏng, rìa lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhầy, mạch huyền hữu lực.

3.2.2. Hoả uất

Với tính chất đau dữ dội, nóng rát vùng thượng vị, nôn mửa ra thức ăn chua đắng, hơi thở hôi, miệng đắng, lưỡi đỏ sẫm, mạch hồng sắc.

3.2.3. Huyết ú

Đau khu trú ở vùng thượng vị cảm giác châm chích, chất lưỡi đỏ tím hoặc có điểm huyết ú, mạch hoạt. Nặng hơn thì đi cầu phân đen hoặc nôn ra máu bầm.

3.2.4. Tỳ vị hư hàn

Hay gặp ở loét dạ dày-tá tràng mạn tính, tái phát nhiều lần hoặc ở người già với triệu chứng đau vùng thượng vị mang tính chất âm ỉ liên tục hoặc cảm giác đầy trướng bụng sau khi ăn. Yếu tố khởi phát thường là mùa lạnh hoặc thức ăn tanh lạnh làm đau tăng. Triệu chứng đi kèm là chán ăn, buồn nôn, phân có lúc lỏng, sệt, nhầy nhớt, lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày nhớt, mạch nhu hoãn vô lực.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Theo y học hiện đại

Nhằm mục đích:

- Làm lành ổ loét.
- Loại bỏ xoắn khuẩn *Helicobacter Pylori*.
- Phòng chống tái phát.
- Theo dõi và phát hiện trạng thái ung thư hóa.

Việc điều trị nội khoa loét dạ dày-tá tràng bao gồm một chế độ ăn uống hợp lý và thuốc như sau:

4.1.1. Chế độ ăn uống

Cho đến nay, việc thực hiện chế độ ăn uống gồm các thức ăn mềm, không gia vị, nhiều trái cây không ích gì cho việc làm lành ổ loét cũng như chế độ ăn sữa và kem cũng không làm cho tình trạng loét xấu hơn.

Do đó tốt nhất bệnh nhân nên tránh những thức ăn nào gây đau hơn hoặc gây rối loạn tiêu hoá xấu hơn; đồng thời bệnh nhân phải kiêng cà phê, rượu và đặc biệt là thuốc lá.

4.2.2. Thuốc điều trị

a. Nhóm antacid: cụ thể như maalox với liều sử dụng 30ml uống sau bữa ăn từ 1 - 3 giờ và trước khi ngủ, thời gian điều trị nên kéo dài từ 1 - 2 tháng.

Các thuốc thuộc nhóm này cũng có tác dụng ngăn ngừa tái phát nhưng cần chú ý các antacid có thể gây tiêu chảy (do có Mg) hoặc táo bón (do có Al) hoặc hội chứng Milk - Alkali (do có chứa calcium carbonat) hoặc gây nhiễm độc thần kinh trên người suy thận do có chứa Mg và aluminium.

b. Sucralfat: có tác dụng bao phủ ổ loét và gắn kết với pepsin, nên dùng 1g trước bữa ăn 1 giờ và trước khi đi ngủ hoặc dùng 2g x 2 lần/ngày.

Thuốc có tác dụng ngăn ngừa tái phát.

Cần chú ý: thuốc gây táo bón (2 - 3%) và có thể gắn kết với thuốc khác nếu dùng chung. Ngoài ra không nên dùng thuốc cho người suy thận.

c. Misoprostol: được tổng hợp từ prostaglandin E1 có tác dụng kích thích tuần hoàn niêm mạc dạ dày, đồng thời còn thúc đẩy sự tổng hợp prostaglandin, kích thích sự bài tiết chất nhầy bicarbonat.

Liều thường dùng là 200mg x 4 lần/ngày.

Thuốc có hiệu quả trong loét dạ dày-tá tràng do non steroid, tuy nhiên thường gây phản ứng phụ là tiêu chảy (30%), co thắt và xuất huyết tử cung.

d. Nhóm H_2 receptor antagonist

- Cimetidin: với liều sử dụng 300mg x 4 lần/ngày hoặc 400mg x 2 lần/ngày hoặc 800mg uống vào lúc đi ngủ. Thuốc có tác dụng phụ là chống androgen ở liều cao, giảm chuyển hoá gan và tăng men transaminase.
- Ranitidin: với liều sử dụng 150mg x 2 lần/ngày hoặc 300mg uống vào lúc đi ngủ. Thuốc ít có tác dụng phụ hơn cimetidin.
- Famotidin: uống 1 lần 40mg vào lúc đi ngủ.
- Nizatidin: uống 1 lần 300mg vào lúc đi ngủ.

Các thuốc trên dùng trong một liệu trình từ 4 - 6 tuần và nếu dùng 1/2 liều tiêu chuẩn liên tục trong 1 năm thì có thể ngăn ngừa được sự tái phát đến 70% trường hợp.

e. Nhóm ức chế bơm proton ($H^+ K^+$ ATPase)

- Omeprazol 20mg uống 1 lần vào buổi sáng.
- Lansoprazol 30mg uống 1 lần vào buổi sáng.

Nhóm này có tác dụng phụ làm giảm men gan, thông thường hiệu quả tối đa của thuốc xảy ra trong 2 giờ và kéo dài đến 72 giờ. Liệu trình điều trị có thể kéo dài từ 4 - 8 tuần (có hiệu quả làm lành ổ loét dạ dày so với nhóm H_2 receptor antagonist).

f. Một số tác giả khác còn sử dụng đến các dược phẩm có tác dụng kích thích sự tổng hợp glucoprotein, phospholipid và prostaglandin E2, I2 như carbenoxolon hoặc teprenon (selbex) 50mg với liều uống 1 viên/3 ngày uống sau mỗi bữa ăn.

Cần chú ý là thời gian điều trị loét dạ dày thường dài hơn điều trị loét tá tràng vì bắt buộc phải kiểm tra ổ loét bằng nội soi và sinh thiết. Nếu kích thước ổ loét sau 3 tháng điều trị mà vẫn không nhỏ đi thì phải nghĩ đến ung thư hoá (70%).

g. Đối với những trường hợp loét có nhiễm HP, loét tái phát nhiều lần, loét có biến chứng chảy máu thì các thầy thuốc nội khoa sẽ phải sử dụng đến những phác đồ sau đây:

- Triple therapy với bismuth subsalicylat 2 viên x 4 lần/ngày kết hợp với amoxicilin hoặc tetracyclin 500mg x 3 lần/ngày và metronidazol 250mg x 3 lần/ngày. Thời gian điều trị là 2 tuần kết hợp với nhóm H₂ receptor antagonist hoặc nhóm ức chế bơm proton. Thuốc có hiệu quả tới 91% trường hợp nhưng hiện nay chỉ còn 63% do có tình trạng HP kháng với metronidazol. Thuốc gây bất lợi như tiêu chảy, viêm ruột kết giả mạc (30% trường hợp).
- New-triple therapy với omeprazol 20mg x 2 lần/ngày kết hợp clarithromycin 250mg x 2 lần/ngày và metronidazol 500mg x 2 lần/ ngày, uống trong 1 tuần, ít gây phản ứng phụ nhưng đắt tiền hơn.
- Ranitidin bismuth citrat 400mg x 2 lần/ngày uống trong 4 tuần và clarithromycin 500mg x 3 lần/ngày uống trong 2 tuần. Phác đồ này hiệu quả 85% nhưng thuốc có vị khó chịu, gây ỉa chảy.
- Quadruple therapy với công thức colloidal bismuth subcitrat + tetracyclin + metronidazol + famotidin hoặc omeprazol hoặc ranitidin với liệu trình 1 - 2 tuần sẽ có hiệu quả làm sạch HP từ 89 - 97% trường hợp trong đó liều sử dụng của:
 - + Colloidal bismuth subcitrate là 108mg x 4 lần/ngày.
 - + Tetracyclin 500mg x 4 lần /ngày.
 - + Metronidazol (hoặc tidinazol) 500mg x 2 lần/ngày.
 - + Omeprazol 20mg x 2 lần/ngày.

Đối với các tổn thương do non steroid thì phải sử dụng đến misoprostol (200mg x 4 lần/ngày) hoặc famotidin (40mg x 2 lần/ngày) hoặc liều cao của omeprazol.

Ngoài ra để giảm bớt sự tổn thương niêm mạc dạ dày ta có thể dùng celecoxib hoặc rofecoxib nhưng phải thận trọng vì thuốc có khả năng gây suy thận và đông máu.

4.3. Theo y học cổ truyền

4.3.1. Sơ can lý khí

- Bài thuốc tiêu biểu là: Sài hồ sơ can, Tiêu dao gia uất kim, Điều hòa can tỳ, Hương cúc bồ đề nghệ với mục đích an thần, chống co thắt cơ trơn tiêu hoá và chống tiết HCl dịch vị hoặc trung hoà acid.

Cụ thể trong chứng vị quản thống thể khí uất (trệ) ta có thể dùng bài Tiêu dao gia uất kim với liều lượng như sau:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn; vào can, đởm, tâm bào, tam tiêu: tả nhiệt, giải độc, thăng đề	8g	Quân
Bạch thược	Đắng, chua, lạnh; vào can, tỳ, phế: dưỡng huyết, lợi thủy, liễm âm	8g	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình; vào tâm, tỳ, phế, thận: lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	10g	Tá
Đương quy	Ngọt, cay, ấm; vào tâm, can, tỳ: dưỡng huyết, hoạt huyết	8g	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, chỉ hãn, an thần	8g	Tá
Sinh cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hoà hoãn, giải độc	8g	Tá, Sứ
Uất kim	Cay, đắng, ôn vào tỳ, can: hành huyết, phá ứ, hành khí giải uất	6g	Thần

Ngày uống 1 thang.

Nếu bệnh nhân lo lắng, gắt gỏng nên bội thêm sài hồ, phục linh hoặc gia thêm toan táo nhân sao đen 10g.

Nếu cơn đau mang tính chất quặn thắt kéo dài nên bội thêm bạch thược, cam thảo.

Nếu có triệu chứng lợm giọng, buồn nôn bội thêm bạch truật.

Nếu có cảm giác nóng rát, cồn cào nên bội thêm đương quy, gia đại táo 3 quả, bỏ uất kim.

Hoặc dùng bài:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Hương phụ	Cay, ôn: điều khí, thông khí, khai uất	8g	Quân
Cúc tần	Đắng, hàn: thanh nhiệt, giảm tính ấm các vị thuốc	12g	Tá, sứ
Xương bồ	Cay, ôn: trường vị: kích thích tiêu hoá, thuốc bổ điều khí, thông khí, khai uất	8g	Thần
Mã đề	Ngọt, mát: lợi tiểu, chỉ khát, trừ đờm	12g	Tá
Nghệ vàng	Cay, đắng, ấm: trị loét dạ dày, lợi mật, lạnh sọ	6g	Thần

Ngày uống 2 thang

Nếu bệnh nhân đau nhiều bội thêm hương phụ 16g.

Nếu đau kèm theo cảm giác nóng rát thì bội mã đề 20g.

Nếu có cảm giác đầy trướng, ợ hơi, ợ chua bội thêm xương bồ 12g.

- Châm cứu: châm tả những huyết trung quản, lãi câu, hành gian, thái xung, thần môn

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Trung quản	Mộ huyết của vị	Chữa chứng đau trướng bụng
Lãi câu	Lạc huyết của can	Tả can khí thực
Hành gian	Huỳnh hoả huyết của can	Bình can
Thái xung	Du thổ huyết của can (mẹ thực tả con)	Bình can
Thần môn	Du thổ huyết của tâm (mẹ thực tả con)	Bình can

- Dưỡng sinh: dùng phương pháp phình thót bụng.

4.3.2. Thanh hỏa, trừ uất

- Bài thuốc tiêu biểu là: Hương cúc bồ đề nghệ hoặc Hóa can tiền hợp với Tả kim hoàn, Thanh cao ẩm với mục đích chống co thắt, chống tiết HCl, kháng sinh kháng viêm bằng cơ chế liên thành mạch hoặc cơ chế leucotrien. Cụ thể trong chứng vị quản thống thể hoả uất có thể dùng bài Hương cúc bồ đề nghệ nhưng tăng liều mã đề 20g hoặc gia thêm gia thêm bối mẫu 16g, nhân trần 20g, chi tử 12g, bồ công anh 20g.

Châm cứu: châm tả những huyết nội đình, hợp cốc, nội quan.

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Nội đình	Huỳnh hoả huyết của kinh tỳ	Thanh tả hoả ở tỳ vị
Hợp cốc	Nguyên huyết của đại trường	Thanh nhiệt, tả hoả
Nội quan	Giao hội huyết của tâm bào và âm duy	Chữa chứng bút rút, tâm phiền

4.3.3. Hoạt huyết tiêu ứ chỉ huyết

Với mục đích chống sung huyết và cầm máu ngoài tác dụng chống co thắt và chống tiết HCl dạ dày. Bài thuốc tiêu biểu là bài Hương cúc bồ đề nghệ hoặc Tiêu dao gia uất kim hoặc Tứ vật đào hồng. Tất cả gia cỏ mực, trắc bách diệp sao đen.

- Cụ thể trong chứng vị quản thống thể huyết ứ, nên dùng bài Tiêu dao gia uất kim hoặc Hương cúc bồ đề nghệ nhưng tăng liều uất kim hoặc khương hoàng 12g, cỏ mực (sao đen) 12g, trắc bách diệp (sao đen) 12g.

- Châm cứu: châm tả thái xung, huyết hải, hợp cốc. Nếu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa có kèm rối loạn huyết động học nên xử trí cấp cứu bằng YHHD

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Thái xung	Du thổ huyết của can (mẹ thực tả con)	Bình can
Huyết hải	Huyết đặc hiệu của huyết	Hoạt huyết
Hợp cốc	Nguyên huyết của đại trường	Thanh huyết nhiệt

4.3.4. Ôn trung kiện tỳ

Bài thuốc tiêu biểu là bài Hoàng kỳ kiến trung với mục đích kích thích tiết dịch vị, điều hòa nhu động dạ dày ruột, cải thiện tuần hoàn niêm mạc dạ dày, kích thích tổng hợp glucoprotein và prostaglandin E₂, I₂.

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ khí, thăng dương khí của tỳ	10g	Quân
Can khương	Cay, ấm: trợ dương, cứu nghịch, trừ hàn chỉ thống, chỉ nôn, chỉ huyết	6g	Thần
Cam thảo chích	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	8g	Thần
Hương phụ	Cay ngọt đắng, bình: sơ can, lý khí, chỉ thống	8g	Thần
Bạch thực	Đắng, chua, hơi hàn: dưỡng huyết, liễm âm, lợi tiểu, nhuận gan	8g	Tá
Cao lương khương	Cay, nóng: ôn tỳ vị	6g	Thần
Đại táo	Ngọt, ấm: bổ trung ích khí, hoà hoãn dược tính	3 quả	Tá

Gia đại hồi 4g, ích trí nhân 8g, bạch đậu khấu 4g, thảo quả 0,6g; ngày dùng 1 thang.

- + Nếu bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn lợm giọng thì bội hoàng kỳ 16g, cam thảo chích 12g.
- + Nếu bệnh nhân đầy trướng bụng, tiêu lỏng thì bội thêm can khương 8g, cao lương khương 8g.
- Châm cứu: ôn châm hoặc cứu những huyết quan nguyên, khí hải, túc tam lý, thái bạch, phong long, tỳ du, đại đô, thiếu phủ.

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Quan nguyên	Cửa của nguyên khí, nguyên dương	Bổ nguyên khí
Khí hải	Bể của khí	Bổ nguyên khí
Túc tam lý	Hợp huyết của vị	Kiện vị
Thái bạch	Nguyên huyết của tỳ	Kiện tỳ (nguyên, lạc)
Phong long	Lạc huyết của vị	
Tỳ du	Du huyết của tỳ	Kiện tỳ (bối du)
Đại đô	Hoả huyết của tỳ	Kiện tỳ (con hư bổ mẹ)
Thiếu phủ	Huỳnh hoả huyết của tâm	

– Dưỡng sinh: dùng phương pháp xoa trung tiêu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

- Hậu quả của các stress tâm lý kéo dài sẽ không gây nên
 - Tăng co bóp cơ trơn dạ dày
 - Tăng tiết HCl
 - Giảm bài tiết HCO_3^-
 - Giảm sản niêm mạc dạ dày
 - Không câu nào đúng
- Vai trò của Helicobacter Pylori trong cơ chế gây loét dạ dày-tá tràng không phải là
 - Hủy hoại tế bào D ở niêm mạc dạ dày
 - Biến đổi cấu trúc phân tử chất nhầy
 - Giảm tổng hợp glucoprotein của chất nhầy
 - Tiết các men, độc tố và interleokine γ
 - Cản trở sự tổng hợp chất nhầy
- Cơ chế tham gia gây loét nào sau đây không do rượu, không do các thuốc giảm đau chống viêm corticoid, non steroid và thuốc lá
 - Cản trở sự tưới máu ở niêm mạc dạ dày
 - Tăng tiết HCl qua cơ chế tái khuếch tán ion H^+
 - Giảm sản tế bào niêm mạc dạ dày do ức chế tổng hợp prostaglandin

- D. Ức chế tiết HCO_3^- của tuyến tụy
- E. Giảm tổng hợp glucoprotein
4. Trong cơ chế bệnh sinh của chứng vị quản thống, rối loạn công năng chủ yếu xảy ra ở tạng phủ nào?
- A. Can
- B. Tỳ
- C. Vị
- D. Trường
- E. Tam tiêu
5. Tính chất nào sau đây không thuộc cơn đau của một loét dạ dày-tá tràng mới mắc?
- A. Có chu kỳ
- B. Dai dẳng và liên tục
- C. Xuất hiện lúc đói, về đêm
- D. Giảm đau sau khi uống sữa hoặc chất kiềm
- E. Liên quan tới bữa ăn
6. Dấu hiệu nào sau đây không thuộc dấu hiệu nghi ngờ của một loét dạ dày hoá ung thư
- A. Dấu hiệu lâm sàng và X quang tồn tại sau nhiều tuần điều trị
- B. Đau trở thành dai dẳng liên tục
- C. Luôn luôn có máu ẩn trong phân
- D. Hình ảnh niêm mạc dạ dày mất mềm mại trên X quang
- E. Trạng thái vô acid dịch vị
7. Để chẩn đoán sự sạch xoắn khuẩn HP sau một đợt điều trị loét dạ dày-tá tràng, người ta không dựa vào:
- A. Rapid urease test
- B. Huyết thanh miễn dịch
- C. Nuôi cấy mẫu sinh thiết
- D. C.L.O test
- E. ^{14}C Labelled urea breath test
8. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể khí uất (trệ)
- A. Ợ chua
- B. Táo bón

- C. Cấu gât
 - D. Mạch huyền
 - E. Lạnh đầu
9. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể hoả uất
- A. Đau nóng rát
 - B. Nôn thức ăn chua đắng
 - C. Môi lưỡi lở loét
 - D. Lưỡi đỏ sẫm
 - E. Miệng đắng hôi
10. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể huyết ú
- A. Đau cảm giác như kim châm
 - B. Chát lưỡi đỏ tím
 - C. Mạch hoạt
 - D. Nôn ra nước trong
 - E. Đi cầu phân đen
11. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể tỳ vị hư hàn
- A. Đau âm ỉ, liên tục
 - B. Đầy trướng bụng sau ăn
 - C. Tiêu chảy phân nhầy nát
 - D. Trờì lạnh đau tăng
 - E. Đau bụng về đêm
12. Tác dụng phụ nào sau đây không có trong khi sử dụng lâu dài các thuốc trong nhóm antacid
- A. Tiêu chảy
 - B. Loãng xương
 - C. Nhuyễn xương
 - D. Táo bón
 - E. Hội chứng Milk - Alkali
13. Thuốc nào sau đây có hiệu quả cao trong loét dạ dày-tá tràng do sử dụng các thuốc chống viêm giảm đau non sterod
- A. Antacid
 - B. Misoprostol

- C. Sucralfat
 - D. H₂ receptor antagonist
 - E. Ức chế bơm proton
14. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong phép sơ can, lý khí
- A. An thần
 - B. Tăng tiết HCO₃⁻
 - C. Chống co thắt cơ trơn tiêu hoá
 - D. Chống tiết HCl
 - E. Trung hoà acid dịch vị
15. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong phép thanh hoá trừ uất
- A. Chống co thắt
 - B. Chống tiết HCl
 - C. Kháng viêm bằng cơ chế bên thành mạch
 - D. Kháng viêm bằng cơ chế ức chế leucotrien
 - E. Tăng cường tuần hoàn niêm mạc dạ dày
16. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong phép ôn trung kiện tỳ
- A. Kích thích tiêu hoá
 - B. Kích thích tiết dịch vị
 - C. Tăng tiết HCO₃⁻ của tế bào niêm mạc dạ dày
 - D. Điều hoà nhu động dạ dày ruột
 - E. Cải thiện tuần hoàn niêm mạc dạ dày

Bài 9

RỐI LOẠN HẤP THU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng trong hội chứng rối loạn hấp thu.
2. Phân loại được các cơ chế của rối loạn hấp thu.
3. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của hội chứng rối loạn hấp thu theo quan điểm của YHCT.
4. Trình bày được các triệu chứng cơ năng, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm giúp chẩn đoán 18 nguyên nhân đưa đến rối loạn hấp thu.
5. Trình bày được 2 thể lâm sàng của hội chứng rối loạn hấp thu theo YHCT.
6. Đưa ra được các phương pháp điều trị cho 18 nguyên nhân gây ra rối loạn hấp thu.
7. Trình bày được tác dụng dược lý của các pháp trị theo YHCT.

1. ĐỊNH NGHĨA

Một bệnh lý được chẩn đoán là rối loạn hấp thu khi lượng mỡ hiện diện trong phân vượt quá 14g mỗi ngày

Trong hội chứng rối loạn hấp thu, ngoài biểu hiện toàn thân như sụt cân, mệt mỏi, huyết áp thấp còn có những dấu hiệu lâm sàng ở các hệ khác như:

- Tiêu hoá: đau bụng, sinh bụng, viêm lưỡi, viêm lợi, tiêu chảy.
- Sinh dục, tiết niệu: đái đêm, tăng urê máu, vô kinh, giảm ham muốn tình dục.
- Huyết học: thiếu máu, chảy máu tự nhiên.
- Cơ xương: đau nhức trong xương, tetani, tê tay chân.
- Thần kinh: các bệnh lý thần kinh ngoại vi.

- Giác quan: quáng gà, nhuyễn giác mạc.
- Da lông: chậm, ban xuất huyết, viêm da tăng sắc tố.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

Có nhiều nguyên nhân đưa tới rối loạn hấp thu, sau đây là một số phân loại:

2.1.1. Do hấp thu không đầy đủ

- Ía phân mỡ sau phẫu thuật cắt dạ dày.
- Men lipase thiếu hoặc bị bất hoạt do các bệnh của tụy tạng hoặc hội chứng Zollinger - Ellisson.

2.1.2. Do giảm nồng độ muối mật/ruột

- Các bệnh gan.
- Loạn khuẩn đường ruột.
- Giảm đoạn tuần hoàn gan ruột của muối mật trong bệnh Crohn hoặc phẫu thuật cắt ileum.
- Lạm dụng thuốc neomycin, calci carbonat, cholestyramin.

2.1.3. Do giảm bề mặt hấp thu

- Phẫu thuật cắt bỏ ruột hoặc nối bypass.
- Phẫu thuật nối thông dạ dày - hồi tràng (gastro-ileotomy).

2.1.4. Do tắc hệ bạch dịch của mạc treo ruột

- Bệnh intestinal lymphangiectasy.
- Lymphoma trong ổ bụng.

2.1.5. Do rối loạn hệ tim mạch

- Viêm màng tim co thắt.
- Suy tim ú huyết.
- Suy tuần hoàn mạc treo ruột.

2.1.6. Do tổn thương niêm mạc ruột

- Do nguyên nhân viêm nhiễm: bệnh Crohn, amyloidosis, scleroderma, lymphoma, viêm ruột do tia xạ, viêm ruột tăng eosinophil, tropical sprue,

bệnh thương hàn, bệnh collagen, bệnh Sprue, bệnh Whipple, mastocytosis, dermatitis herpestiform.

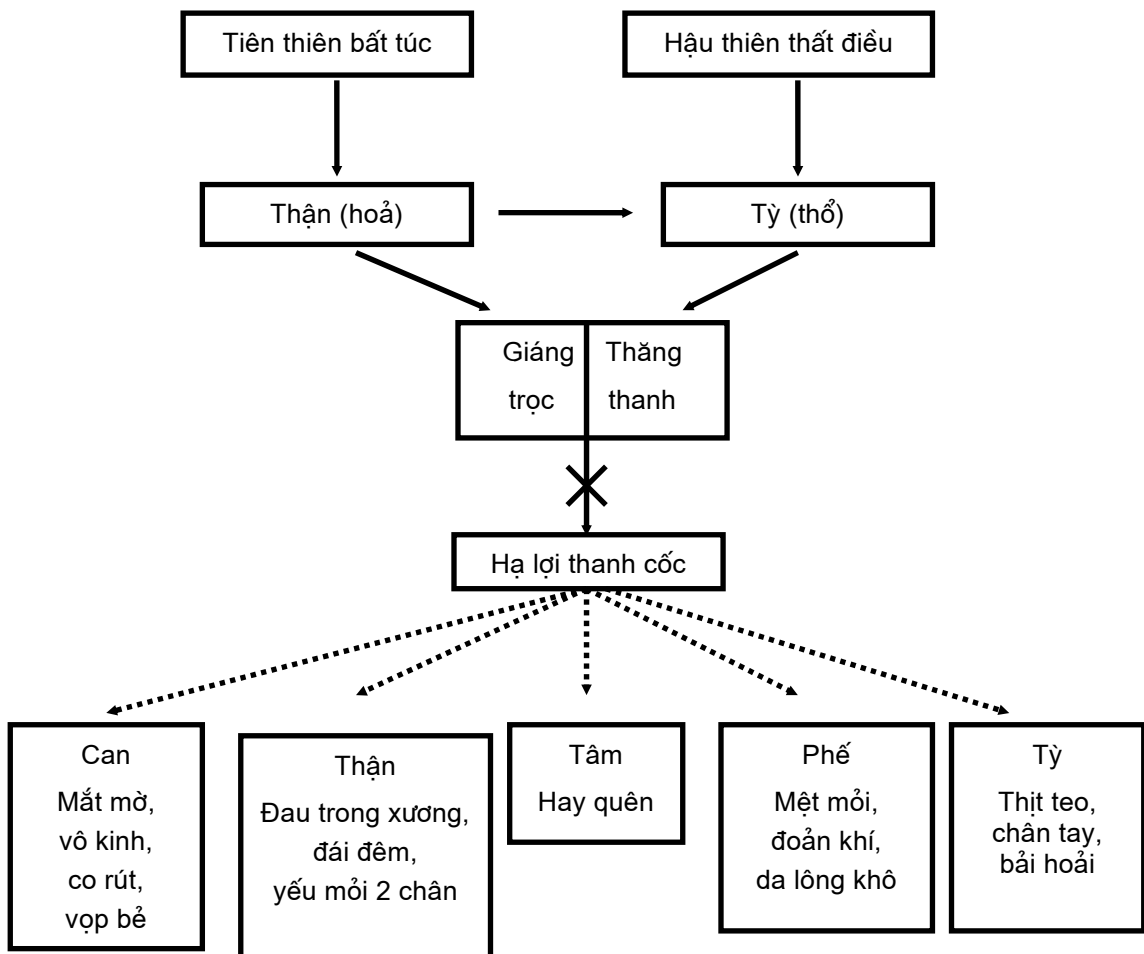
- Do rối loạn di truyền hoặc chuyển hoá như: celiac sprue, thiếu men saccharidase, bệnh hypogammaglobulin, abeta lipoprotein, bệnh harnup, bệnh Cystinuria và Monosaccharides malabsorption.

2.1.7. Do bệnh nội tiết

- Bao gồm các bệnh: đái tháo đường, thiếu năng phó giáp trạng, ưu năng tuyến giáp, suy tuyến thượng thận.

2.2. Theo y học cổ truyền

Khái niệm về hội chứng rối loạn hấp thu thuộc phạm trù chứng hư tả và hư lao mà nguyên nhân có thể do tiên thiên bất túc; hoặc hậu thiên thất điều (do ẩm thực hoặc do nội thương) khiến thận hoả không hỗ trợ cho tỳ thổ; hoặc tỳ dương tỳ nó không làm tròn chức năng thăng thanh trực đưa đến hạ lợi thanh cốt. Về lâu dài tình khí ngũ tạng đều cùng kiệt mà sinh ra chứng hư lao.



3. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HẤP THU THEO YHHĐ

3.1. Do hấp thu không đầy đủ trong các bệnh gan mật

Ngoài đặc điểm tiêu phân mỡ (steatorrhea), bệnh nhân còn có những bệnh lý về xương như osteomalacia (nhuyễn xương) do thiếu hụt vitamin D và calci.

3.1.1. Chẩn đoán tiêu phân mỡ

- Nhuộm phân bằng dung dịch Sudan III.
- Đo lượng mỡ/phân: nếu lượng mỡ > 14g/ngày là bất thường.
- Uống ^{14}C triolein và đo $^{14}\text{CO}_2$ /hơi thở /6h; nếu lượng ^{14}C triolein < 3,5% là bệnh lý.

3.1.2. Chẩn đoán thiếu hụt vitamin D và calci/máu

Đo nồng độ vitamin D, calci và phosphat trong máu.

Hướng điều trị: chữa bệnh nguyên nhân, bổ sung vitamin D và calci bằng đường chích.

3.2. Rối loạn hấp thu sau cắt dạ dày (phương pháp Bilioth 1 và 2)

Ngoài triệu chứng tiêu phân mỡ bệnh nhân còn có triệu chứng thiếu calci, thiếu máu do thiếu Fe và B₁₂, tình trạng loạn khuẩn đường ruột do thiếu HCl.

Hướng điều trị:

- Sử dụng các men tụy.
- Xác định tình trạng loạn khuẩn đường ruột bằng cách cấy dịch hồng tràng, nếu có >10⁵ khóm vi khuẩn/1ml dịch thì điều trị bằng kháng sinh thích hợp.
- Bổ sung sắt, vitamin B₁₂ và calci bằng đường tiêm.

3.3. Do giảm diện tích hấp thu của ruột

Thường gặp sau phẫu thuật cắt bỏ đoạn ileum hoặc ileocecal. Ngoài triệu chứng tiêu phân mỡ, sút cân, mệt mỏi, phù dinh dưỡng, bệnh nhân còn có những dấu hiệu lâm sàng do thiếu hụt các loại vitamin và các nguyên tố vi lượng.

Hướng điều trị:

- Bảo đảm chế độ ăn 2500calo/ngày chủ yếu là đường và đạm, hạn chế mỡ < 40g/ngày.

- Cung cấp các loại vitamin, các nguyên tố vi lượng và các acid béo cần thiết.
- Sử dụng các thuốc chống co thắt như loperamid 2mg x 2 lần/ngày hoặc cholestyramine 1/2 gói uống vào các bữa ăn để ngừa tiêu chảy.
- Sử dụng các thuốc chống tiết HCl như H₂ antagonist hoặc omeprazol (với liều điều trị như loét tá tràng) để ngăn cản tác dụng bất hoạt dịch tụy của HCl.
- Sử dụng octreotid (một chất đồng phân của somatostatin tác dụng lâu dài) để làm giảm tiêu chảy với liều 0,1mg, tiêm dưới da, ngày 1 lần.
- Bảo đảm dinh dưỡng bằng đường truyền trong 6 tháng đầu sau khi mổ.

3.4. Do loạn khuẩn đường ruột

Từ các tổn thương như hẹp, lỗ rò, Blind-loop, túi thừa hoặc từ các nguyên nhân làm giảm vận động ruột như đái đường, xơ cứng bì, giả tắc ruột nguyên phát. Hậu quả của loạn khuẩn đường ruột là giảm nồng độ muối mật trong ruột, phân hủy B₁₂ và các protein ở bờ bàn chải ruột, làm tổn thương cấu trúc nhung mao ruột và phân hủy các men maltase, sucrase của ruột.

Phương pháp chẩn đoán nhằm mục đích:

- Chẩn đoán thiếu men maltase, sucrase bằng test hơi thở với lactose hoặc ¹⁴C xylose.
- Chẩn đoán loạn nhiễm khuẩn đường ruột bằng cách cấy dịch tá tràng hoặc hồng tràng nếu > 10⁵ khóm VT/1ml dịch là dương tính.

Hướng điều trị:

Sử dụng kháng sinh thích hợp liên tục 2 - 3 tuần mỗi tháng và tiếp tục cho đến khi xét nghiệm bình thường.

3.5. Hội chứng giả tắc ruột nguyên phát

Có thể do bệnh lý thần kinh cơ ở nội tạng hoặc do thứ phát sau các bệnh collagen, amyloidosis, đái đường, suy tuyến phó giáp, bệnh Chagas's, ung thư phổi tế bào nhỏ, túi thừa hồng tràng do phương pháp giải phẫu Bypass ở ruột hoặc do lạm dụng các thuốc narcotic và nhóm chống trầm cảm 3 vòng (tricyclic). Bệnh nhân ngoài các dấu hiệu như giãn thực quản, giãn dạ dày, còn có những triệu chứng do rối loạn vận động ruột như nôn ói, đau chướng bụng, táo bón xen kẽ tiêu chảy và những cơn tắc ruột mà không tìm thấy nguyên nhân cơ học.

Những xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân do các bệnh collagen, amyloidosis hoặc bệnh Chagas là sinh thiết ruột non.

Hướng điều trị:

Giải quyết triệu chứng bằng cisaprid 5 - 10mg x 3 lần/ngày.

3.6. Tropical sprue

Chiếm tỷ lệ 5 - 10% dân số ở vùng nhiệt đới (Nam Á, Phi Luật Tân ...)

Có thể do suy dinh dưỡng hoặc nhiễm trùng nhiễm độc. Triệu chứng là biểu hiện của thiếu Fe, B₁₂, folat, tiêu phân mỡ, giảm hấp thu xylose (cho bệnh nhân uống 25g D. xylitol, nếu sau 2 giờ lượng xylose trong máu < 30mg hoặc sau 5 giờ lượng xylose < 4g trong nước tiểu là bất thường).

Chẩn đoán xác định khi:

- Tropical sprue chỉ được chẩn đoán (+) khi không tìm thấy sự hiện diện của bào tử hoặc dưỡng bào của các loại ký sinh trùng trong 3 mẫu phân xét nghiệm.
- Sinh thiết:
 - + Thay đổi cấu trúc của các nhung mao ruột.
 - + Sự tập trung các bạch cầu đơn nhân ở lớp lamina propria.
- Những người có triệu chứng tiêu chảy kéo dài kèm theo những dấu hiệu của suy dinh dưỡng (malabsorption) vốn đã từng sống ở những vùng nhiệt đới như Nam Á, Phi Luật Tân và quần đảo Caribbean.

Hướng điều trị:

- Sulfonamide hoặc tetracyclin.
- Acid folic.

Dùng liên tục trong 6 tháng, các triệu chứng sẽ được cải thiện từ 1 - 2 tuần.

3.7. Sclero derma

Do giảm vận tính ruột đưa đến loạn khuẩn kết hợp với tổn thương thành ruột và thiếu máu niêm mạc ruột.

- Triệu chứng chủ yếu là tiêu phân mỡ chiếm 1/3 trường hợp ngoài các biểu hiện sang thương ở da.
- Sinh thiết ruột non cho thấy có hiện tượng hoá sợi quanh tuyến Brunel.

Hướng điều trị:

- Cisaprid 10mg x 3 lần/ngày uống.
- Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày uống để chống loạn khuẩn ruột cho đến khi cấy phân bình thường.

3.8. Rối loạn hấp thu do bệnh AIDS

Với biểu hiện nhiễm khuẩn ruột và sarcom kaposi ở ruột non.

Triệu chứng chính là: tiêu phân mỡ, rối loạn hấp thu xylose và giảm Zn /máu.

Điều trị bằng cách giải quyết triệu chứng, điều trị tiêu chảy bằng octreotid 0,1mg tiêm dưới da, ngày 3 lần.

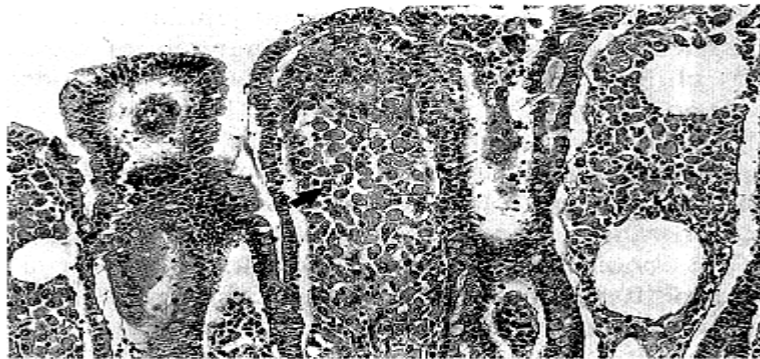
3.9. Do tắc hệ bạch mạch ở ruột non

3.9.1. Bệnh Whipple

Với biểu hiện đau khớp, đau bụng, ỉa chảy, sụt cân, tiêu phân mỡ, sốt, tăng sắc tố da, hạch ngoại vi sưng to, suy tim, viêm nội tâm mạc, viêm màng bồ đào kết mạc, lú lẫn, tổn thương các dây thần kinh sọ não, giảm albumin máu và thiếu máu mà nguyên nhân là do trực khuẩn Gram (+) *Tropheryma whippelii*.

Chẩn đoán xác định:

Sinh thiết ruột non cho thấy đại thực bào nhuộm PAS (+) chứa trực khuẩn T. Whippelii cùng với sự hiện diện trực khuẩn trong mẫu máu được cấy.



Hướng điều trị:

Sử dụng bactrim liều cao trong 1 năm nhưng tỷ lệ tái phát rất cao 40%, trong trường hợp tái phát, đặc biệt ở những bệnh nhân bị lú lẫn có thể sử dụng đến chloramphenicol.

3.9.2. Intestinal lymphoma

Loại nguyên phát xảy ra ở nam giới > 50 tuổi. Bệnh nhân bị suy dinh dưỡng với:

- Triệu chứng lâm sàng và sinh thiết giống như celiac sprue.

- Đau bụng + sốt.
- Tắc ruột.

Chẩn đoán xác định:

Sinh thiết ruột non cho thấy lớp lamina propria tẩm nhuộm bởi các tế bào giống lymphoma và tăng bài tiết IgA.

Hướng điều trị:

- Giải phẫu hoặc xạ trị.
- Bệnh nhân sống từ 4 tháng - 4 năm; chết vì thủng ruột, chảy máu, tắc ruột.

3.10. Do mất protein qua đường ruột

Mất protein qua đường ruột do những cơ chế sau đây:

- Do niêm mạc ruột bị viêm loét: viêm loét đại tràng, ung thư tế bào tuyến dạ dày - ruột, bệnh Menetriez, loét dạ dày-tá tràng.
- Do niêm mạc ruột bị tổn thương: celiac spue.
- Do rối loạn dòng bạch dịch đưa đến tắc nghẽn: các nguyên nhân gây phù đại hạch bạch huyết trong ổ bụng.
- Viêm thất màng ngoài tim, suy tim ứ huyết, suy tuần hoàn mạc treo, bệnh valve tim bên phải.

Chẩn đoán xác định:

- Phù toàn thân giữa albumin và globulin/máu mà không có bệnh thận hoặc gan đi kèm.
- Giảm lympho bào trong các nguyên nhân gây cản trở dòng bạch dịch.
- Dựa vào sự bài tiết albumin có gắn đồng vị phóng xạ ^{125}I hoặc ^{51}Cr , nếu bài tiết qua phân > 2% hoặc > 4% trong 24 - 48 giờ là bất thường.
- Đo lượng $\alpha 1$ antitrypsin bài tiết theo phân (nếu > 2,6mg/1g phân là bất thường) nhưng không được dùng để đánh giá các tổn thương ở dạ dày bởi vì $\alpha 1$ antitrypsin sẽ bị phân huỷ trong môi trường acid.

Hướng điều trị: chữa bệnh nguyên nhân.

3.11. Sự khiếm khuyết chức năng niêm mạc ruột

3.11.1. Bệnh Crohn

Hậu quả là rối loạn tuần hoàn gan ruột của muối mật, là một tình trạng loạn khuẩn đường ruột cũng như làm tổn thương niêm mạc ruột và thành ruột đưa đến mất protein qua ruột. Triệu chứng chủ yếu là tiêu phân mỡ, hạ calci máu, hạ B₁₂ và albumin trong máu.



Chẩn đoán xác định: sinh thiết hồi tràng cho thấy những granulomatous (u hạt).

Hướng điều trị: bằng sulfasalazin, glucocorticoid và ức chế miễn dịch như imuran.

3.11.2. Chronic non-granulomatous ulcerative jejunoileitis

Với triệu chứng đau bụng, sốt, sụt cân, tiêu chảy, tiêu phân mỡ và giảm albumin máu.

Chẩn đoán xác định: sinh thiết hỗng - hồi tràng (ileo jejunum) cho thấy những dấu hiệu như bệnh Crohn và Celiac sprue.

Hướng điều trị: điều trị bằng glucocorticoid.

3.12. Viêm ruột do xạ trị

Tình trạng ỉa chảy và suy dinh dưỡng có thể xảy ra sớm hoặc muộn sau vài năm xạ trị.

Chẩn đoán xác định: tiêu phân mỡ 10 - 40g/ngày, sinh thiết ruột non cho thấy giãn nở hệ bạch dịch và lacteal trong lớp lamina propia, các nhung mao có hình như dùi trống (hình ảnh của intestinal lymphangiectasy).

Hướng điều trị: trụ sinh, men tụy, glucocorticoid, opium và kiêng cử thức ăn có chứa gluten.

3.13. Eosinophilic enteritis

- Tổn thương niêm mạc ruột với triệu chứng thiếu sắt, tiêu phân mỡ, giảm ALB máu và dị ứng một số thức ăn.
- Tổn thương lớp cơ trơn: X quang cho thấy sự dày cứng, mất vẻ mềm mại của dạ dày và ruột cùng hình ảnh hẹp môn vị.
- Tổn thương lớp thanh mạc: cổ chướng với nhiều bạch cầu eosin trong dịch cổ trướng.

Chẩn đoán xác định: sinh thiết: tẩm nhuộm các bạch cầu eosin lan toả hoặc thành dải ở các lớp lamina propia và dưới niêm mạc.

- Có sự tăng IgE trong huyết thanh.

Hướng điều trị:

Nếu tắc ruột phải giải phẫu và dùng corticoid.

3.14. Các bệnh viêm da đưa đến rối loạn hấp thu (tiêu phân mỡ)

Có thể kể đến vẩy nến, viêm da dạng chàm và viêm da dạng Herpes.

Chẩn đoán xác định:

- Sinh thiết cho thấy các nhung mao ruột bị dẹt.
- Tăng HLA A1 và B8.

Hướng điều trị:

Sulfure để chữa bệnh ngoài da, chữa chứng tiêu phân mỡ chỉ bằng chế độ ăn kiêng chất gluten.



Herpesti

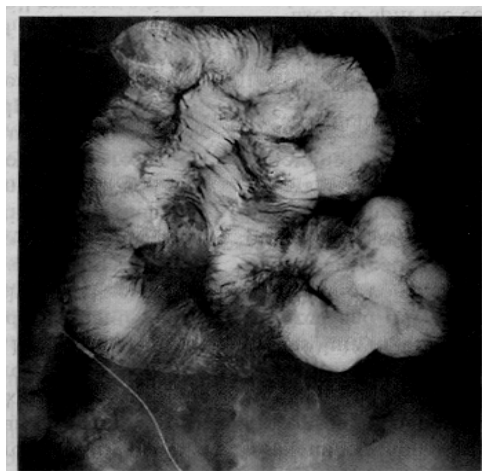
3.15. Các bất hường sinh hoá hoặc di truyền

3.15.1. Celiac sprue

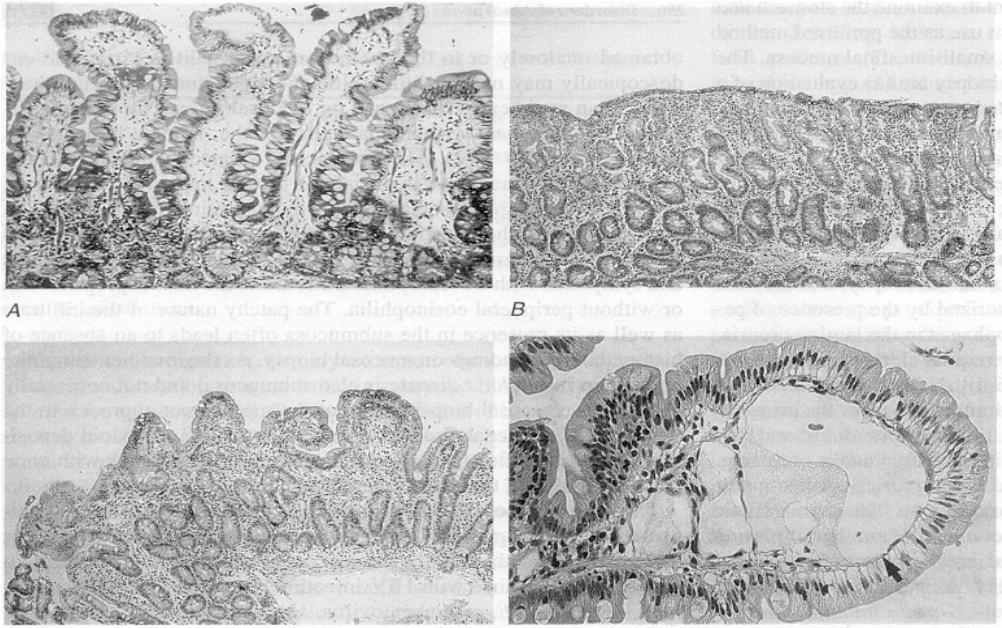
- Bệnh thường xuất hiện ở người châu Âu với những triệu chứng: sụt cân, đầy trướng bụng, tiêu chảy, tiêu phân mỡ, ngoài ra một số bệnh viêm da dạng Herpes về sau sẽ phát triển thành celiac sprue.

Tuy chưa biết nguyên nhân nhưng có 3 yếu tố liên quan rõ rệt đến bệnh:

- Chất gliadin là một thành phần của gluten (hiện diện trong lúa mì, gạo) sẽ gây tổn thương niêm mạc ruột dù được đưa vào đường trực tràng.
- Yếu tố tự nhiễm với sự hiện diện của kháng thể IgA antigliadin và antiendomysial. Ngoài ra việc điều trị bằng prednisolon trong 4 tuần sẽ làm thuyên giảm mặc dù bệnh nhân vẫn tiếp tục sử dụng các thực phẩm có gluten.
- Yếu tố di truyền: bệnh xuất hiện trên những người có HLA - DQ2.



Celiac Sprue



Hình ảnh sinh thiết

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| A. Bình thường; | B. Celiac sprue (trước điều trị); |
| C. Celiac sprue (đã điều trị); | D. Intestinal lymphangiectasia |

Chẩn đoán xác định:

Dựa vào:

- Sinh thiết cho thấy các nhung mao ruột ngắn hoặc biến mất, giảm sản các cột nhung mao, tổn thương bề mặt biểu bì và tẩm nhuộm bạch cầu đơn nhân.
- Rối loạn hấp thu xylose.
- Những biểu hiện lâm sàng sinh hoá và sinh thiết sẽ cải thiện sau khi kiêng ăn thực phẩm có chứa gluten.

Hướng điều trị:

- 80% sẽ đáp ứng tốt với chế độ ăn kiêng gluten, nếu không kết quả có thể do suy tụy, loét hồng hồi tràng, collagenous, sprue và intestinal lymphoma.
- Việc sử dụng glucocorticoid hoặc 6 - mercaptopurine vẫn còn bàn cãi.

Biến chứng:

- Tiến triển thành các khối u tân sinh ở đường tiêu hoá hoặc lymphoma ở ruột non, đặc biệt là những trường hợp không đáp ứng với chế độ ăn không có gluten.
- Tiến triển thành bất trị hoặc collagenous sprue với tiên lượng rất xấu.

3.15.2. Systemic mastocytosis

Chẩn đoán xác định:

Sinh thiết cho thấy lớp lamina propria tẩm nhuộm mastocyt.

Test xylose (+).

Test schilling (+).

30% trường hợp đưa tới rối loạn hấp thu.

Hướng điều trị: chữa tiêu chảy bằng H₁ và H₂ antagonist cùng với cromolyn.

3.15.3. Thiếu hụt men lactase

Có thể nguyên phát hoặc thứ phát sau các bệnh Tropical sprue, bệnh Crohn, nhiễm khuẩn ruột, nhiễm Giardiasis, thiếu beta lipoprotein, Cystic fibrosis, viêm loét đại tràng. Bệnh có triệu chứng sau khi dùng sữa sẽ đầy trướng bụng, đau quặn bụng và tiêu chảy.

Chẩn đoán xác định:

Test hơi thở đo nồng độ hydrogen sau khi uống 50g lactose.

Hướng điều trị:

- 70% đáp ứng đúng với chế độ kiêng sữa và chế phẩm từ sữa.
- 30% không đáp ứng vì có kèm hội chứng ruột già kích ứng.

3.16. Rối loạn hấp thu thứ phát do các bệnh nội tiết và chuyển hoá

Nên chữa theo nguyên nhân.

3.17. Carcinoid syndrom do cơ chế tăng tiết serotonin

Bệnh này gây tiêu chảy, tiêu phân mỡ.

Hướng điều trị:

Methyl sergid 8 - 12mg/ngày.

3.18. Giãn hệ bạch dịch ruột non

Với hội chứng phù (có khi chỉ 1 chân bị phù), tràn bạch dịch vào xoang bụng (chylous ascite) và ỉa chảy.

Chẩn đoán xác định:

- Sinh thiết: giãn nở hệ bạch mạch và lacteal ở lớp lamina propria nhưng mao ruột có hình dùi trống.
- Sinh hoá: giảm ALB, IgG, IgA, IgM, transferin, xeruloplasmin.

- Huyết học: ỉa phân mỡ 40g/ngày, giảm calci máu, giảm B₁₂, giảm lymphocyt, tăng bài xuất ¹³¹iod labelled AIB/phân.

Hướng điều trị:

Chế độ ăn ít mỡ (medium chain fatty acid).

4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG RỐI LOẠN HẤP THU THEO YHCT

4.1. Tỳ bất kiện vận

- Triệu chứng: người mệt mỏi, chán ăn, đi chầy sống phân, sắc mặt nhợt nhạt kèm phù dinh dưỡng, chất lưỡi nhợt bệu, mạch nhu hoãn.
- Pháp trị: kiện tỳ trợ vận, nhằm mục đích
 - + Kích thích tiêu hoá bằng cách tăng tiết dịch vị như trần bì, sa nhân.
 - + Điều hoà nhu động và trương lực ruột để giảm đau bụng, tiêu chảy như: đẳng sâm, bạch truật, cam thảo bắc, sa nhân.
 - + Giúp tiêu hoá các carbonhydrat: hoài sơn.
- Bài thuốc tiêu biểu: Tứ quân hoặc Sâm linh bạch truật tán.
- Phương dược: Tứ quân gia hoài sơn, ý dĩ sao.

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp	12g	Quân
Đẳng sâm	Ngọt, bình: bổ dưỡng tỳ vị	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình; vào tâm, tỳ, phế, thận: thẩm thấp, kiện tỳ	8g	Thần
Trần bì	Đắng, cay, ấm: hoá đờm, táo thấp, hành khí, hoà vị	8g	Thần
Sa nhân	Vị cay, ấm: hành khí, hoá thấp, ôn trung, chỉ tả	6g	Thần
Hoài sơn sao	Ngọt, ấm: ích khí, dưỡng âm, bổ tỳ phế	12g	Thần
Ý dĩ sao	Ngọt, hơi lạnh: kiện tỳ, thẩm thấp	12g	Thần
Chích cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ khí, hoãn trung, giải độc	6g	Tá, Sứ

- + Nếu bệnh nhân bị rối loạn hấp thu do các nguyên nhân làm giảm vận tính của ruột như đái đường, xơ cứng bì, hội chứng giả tắc ruột mạn tính thì nên bỏ cam thảo bắc và tăng liều đẳng sâm, bạch truật lên 20g.
- + Nếu bệnh nhân bị rối loạn hấp thu do các thiếu men lactase hoặc sucro isomaltase nên tăng liều hoài sơn, ý dĩ sao lên 30g.

- + Nếu bệnh nhân bị rối loạn hấp thu do các bệnh Crohn, do nhiễm xạ, do eosinophilic enteritis, viêm da, Celiac Sprue và mastocytosis thì nên tăng cường các thuốc ức chế miễn dịch như cam thảo bắc lên 40g.

4.2. Tỳ thận dương hư

- Triệu chứng: thường bắt đầu ỉa chảy, đau bụng từ sáng sớm, phân tanh sống, bụng trướng đầy, tay chân lạnh, mạch trầm tế nhược.
- Pháp trị: ôn bổ mệnh môn trợ tỳ thổ nhằm mục đích
 - + Kích thích hoạt động của vỏ thượng thận, giúp tăng sinh tiết và phát triển các tế bào bàn chải (brush cell) ở ruột non như phụ tử chế, cam thảo bắc.
 - + Điều hoà nhu động ruột và trương lực ruột như đảng sâm, bạch truật, phá cố chỉ.
 - + Tăng bài tiết dịch vị và lợi mật như nhục đậu khấu, can khương, ngũ vị tử.
 - + Chống lên men đầy hơi như ngô thù du.
 - + Bài thuốc bài thuốc có chứa tinh dầu nên có tác dụng kháng khuẩn đường ruột.
- Phương dược: Phụ tử lý trung + Tứ thần thang

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Phụ tử chế	Cay, ngọt, rất nóng: ôn bổ mệnh môn	8g	Quản
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng, bình: bổ nguyên khí, nguyên dương	12g	Thần
Can khương	Cay, ấm: trừ hàn, trợ dương	6g	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp	12g	Thần
Phá cố chỉ	Cay, đắng: bổ mệnh môn tương hỏa	12g	Thần
Ngô thù du	Cay, đắng, ấm, hơi độc: ôn trung, chỉ tả	6g	Thần
Nhục đậu khấu	Cay, ấm, hơi độc: ôn tỳ sáp tràng	6g	Thần
Ngũ vị tử	Chua, mặn, ấm: ôn bổ ngũ tạng	6g	Thần
Cam thảo sao	Ngọt, bình: bổ trung khí, hoà hoãn dược tính	6g	Tá

- + Bài thuốc này thích hợp cho việc điều trị các rối loạn hấp thu do loạn khuẩn đường ruột (bacterial over growth), do bệnh Whipple.
- + Nếu rối loạn hấp thu do các bệnh miễn dịch như Crohn, xạ trị, eosinophylic enteritis, systemic mastocytosis nên tăng liều phụ tử chế 20g, cam thảo bắc 40g.

- + Nếu rối loạn hấp thu sau cắt bỏ dạ dày hoặc giảm bề mặt hấp thu (do cắt bỏ ruột) nên giảm hoặc bỏ các thuốc gây bài tiết dịch vị như can khương, nhục đậu khấu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng tiêu hoá nào sau đây không do rối loạn hấp thu đưa đến
 - A. Đau bụng
 - B. Sinh bụng
 - C. Viêm lưỡi
 - D. Táo bón
 - E. Tiêu chảy
2. Triệu chứng huyết học nào sau đây không do rối loạn hấp thu đưa đến
 - A. Thiếu máu huyết tán
 - B. Thiếu máu thiếu B₁₂
 - C. Thiếu máu thiếu sắt
 - D. Chảy máu tự nhiên
 - E. Ban xuất huyết dưới da
3. Cơ chế bệnh sinh của rối loạn hấp thu trong hội chứng Zollinger - Ellisson là do
 - A. Loạn khuẩn đường ruột
 - B. Thiếu hụt men lipase
 - C. Bất hoạt men lipase
 - D. Giảm đoạn tuần hoàn ruột của muối mật
 - E. Giảm nồng độ muối mật trong ruột
4. Cơ chế bệnh sinh gây rối loạn hấp thu trong bệnh Crohn là do
 - A. Tác hệ bạch dịch mạc treo ruột
 - B. Tổn thương niêm mạc ruột
 - C. Giảm bề mặt hấp thu của ruột
 - D. Thiếu hụt men lipase
 - E. Bất hoạt men lipase

5. Cơ chế bệnh sinh gây rối loạn hấp thu trong bệnh Sprue là do
- A. Tổn thương niêm mạc ruột
 - B. Thiếu hụt men lipase
 - C. Bất hoạt men lipase
 - D. Loạn khuẩn ruột
 - E. Giảm nồng độ muối mật trong ruột
6. Trong chứng hư tả, rối loạn công năng thuộc tạng nào là chính
- A. Thận
 - B. Tỳ
 - C. Tâm
 - D. Phế
 - E. Can
7. Để chẩn đoán triệu chứng tiêu phân mỡ (steatorrhea) người ta dùng phương pháp
- A. Đo nồng độ vitamin B₁₂ trong nước tiểu
 - B. Secretin test
 - C. Đo nồng độ ¹⁴CO₂ trong hơi thở sau khi uống ¹⁴C triolein
 - D. Đo nồng độ ¹⁴CO₂ trong hơi thở sau khi uống ¹⁴C xylose
 - E. Đo nồng độ H₂ trong hơi thở sau khi uống 50g lactose
8. Trong rối loạn hấp thu sau cắt dạ dày, tình trạng nào sau đây xảy ra do thiếu HCl
- A. Tiêu phân mỡ
 - B. Thiếu calci máu
 - C. Thiếu máu thiếu sắt
 - D. Thiếu máu thiếu B₁₂
 - E. Loạn khuẩn đường ruột
9. Trong rối loạn hấp thu do loạn khuẩn đường ruột, men tiêu hoá nào sau đây sẽ bị thiếu hụt
- A. Lipase
 - B. Amylase
 - C. Maltase
 - D. Saccharidase
 - E. Peptidase

10. Để chẩn đoán thiếu hụt men sucrase người ta dùng phương pháp nào
- A. Đo nồng độ $^{14}\text{CO}_2$ trong hơi thở sau khi uống ^{14}C xylose
 - B. Đo nồng độ ^{14}C trong hơi thở sau khi uống ^{14}C triolein
 - C. Đo nồng độ H_2 trong hơi thở sau khi uống 10g lactulose
 - D. Đo nồng độ H_2 trong hơi thở sau khi uống 50g lactose
 - E. Các phương pháp trên
11. Chẩn đoán xác định loạn khuẩn đường ruột là khi cấy dịch hồng tràng cho thấy
- A. $< 10^5$ nhóm vi trùng/1ml dịch
 - B. 10^5 nhóm vi trùng/1ml dịch
 - C. $< 10^4$ nhóm vi trùng/1ml dịch
 - D. $< 10^3$ nhóm vi trùng/1ml dịch
 - E. $< 10^2$ nhóm vi trùng/1ml dịch
12. Hội chứng giả tắc ruột nguyên phát do lạm dụng các thuốc nào sau đây
- A. Trữ sinh
 - B. Calcicarbonat
 - C. Cholestyramin
 - D. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng
 - E. Tất cả các thuốc trên
13. Chẩn đoán xác định bệnh Tropical sprue là khi bệnh nhân có
- A. Thiếu máu thiếu sắt
 - B. Thiếu máu thiếu B_{12}
 - C. Thiếu máu thiếu folat
 - D. Tiêu phân mỡ
 - E. Nồng độ $^{14}\text{CO}_2$ trong hơi thở đều giảm khi uống $^{14}\text{CO}_2$ triolein và ^{14}C xylose
14. Chẩn đoán rối loạn hấp thu do xơ cứng bì bằng sinh thiết ruột non cho thấy
- A. Lớp lamina propria tẩm nhuộm đại thực bào chứa các glucotrotein nhuộm PAS (+)
 - B. Hoá sợi quanh tuyến Brunnel

- C. Lớp lamina propria tẩm nhuộm các tế bào giống lympho và tăng bài tiết IgA
 - D. Các u hạt
 - E. Cấu trúc nhung mao bình thường, tế bào biểu bì chứa đầu không bào
15. Chẩn đoán xác định rối loạn hấp thu do bệnh Whipple bằng sinh thiết ruột non cho thấy
- A. Lớp lamina propria tẩm nhuộm đại thực bào chứa các glucotrotein nhuộm PAS (+)
 - B. Hoá sợi quanh tuyến Brunnel
 - C. Lớp lamina propria tẩm nhuộm các tế bào giống lympho và tăng bài tiết IgA
 - D. Các u hạt
 - E. Cấu trúc nhung mao bình thường, tế bào biểu bì chứa đầu không bào
16. Rối loạn hấp thu trong bệnh Intestinal lymphoma có thể được chẩn đoán qua sinh thiết ruột non với hình ảnh cho thấy
- A. Lớp lamina propria tẩm nhuộm đại thực bào chứa các glucotrotein nhuộm PAS (+)
 - B. Hoá sợi quanh tuyến Brunnel
 - C. Lớp lamina propria tẩm nhuộm các tế bào giống lympho bào và tăng bài tiết IgA
 - D. Các u hạt
 - E. Cấu trúc nhung mao bình thường, tế bào biểu bì chứa đầu không bào
17. Bệnh lý nào sau đây không gây mất protein qua ruột
- A. Viêm thất màng ngoài tim
 - B. Suy tim ở huyết
 - C. Cardiac tamponade
 - D. Suy tuần hoàn mạc treo
 - E. Các câu trên
18. Chẩn đoán rối loạn hấp thu trong bệnh Celiac sprue dựa vào
- A. Rối loạn hấp thu lactose
 - B. Rối loạn hấp thu xylose

- C. Rối loạn hấp thu triolein
 - D. Rối loạn hấp thu maltose
 - E. Rối loạn hấp thu saccharose
19. Chẩn đoán rối loạn hấp thu do thiếu men lactase dựa vào
- A. Đo nồng độ ^{14}C trong hơi thở sau khi uống ^{14}C xylose
 - B. Đo nồng độ ^{14}C trong hơi thở sau khi uống ^{14}C . triolein
 - C. Đo nồng độ H_2 trong hơi thở sau khi uống 10g lactulose
 - D. Đo nồng độ H_2 trong hơi thở sau khi uống 50g lactose
 - E. Các phương pháp trên
20. Triệu chứng nào sau đây không xuất hiện trong thể lâm sàng tỳ bất kiện vận
- A. Phù dinh dưỡng
 - B. Đi chảy sống phân
 - C. Chán ăn
 - D. Ngũ canh tả
 - E. Mạch nhu hoãn vô lực
21. Triệu chứng nào sau đây không xuất hiện trong hội chứng tỳ thận dương hư
- A. Ngũ canh tả
 - B. Phân tanh sống
 - C. Bụng đầy trướng
 - D. Tay chân lạnh
 - E. Mộng tinh
22. Tác dụng dược lý nào sau đây không thuộc phép kiện tỳ trợ vận
- A. Tăng tiết dịch vị
 - B. Điều hoà nhu động ruột
 - C. Điều hoà trương lực ruột
 - D. Giúp tiêu hoá tinh bột
 - E. Kích thích vỏ thượng thận
23. Bài thuốc Tứ quân gia hoài sơn, ý dĩ nên bội thêm vị nào để nhằm mục đích làm tăng vận tính của ruột
- A. Đẳng sâm, bạch truật

- B. Hoài sơn, ý dĩ sao
- C. Cam thảo bắc
- D. Phục linh
- E. Các vị trên

24. Bài thuốc Tứ quân gia hoài sơn, ý dĩ nên bội thêm vị nào để thay thế cho sự thiếu hụt men lactase

- A. Đẳng sâm, bạch truật
- B. Hoài sơn, ý dĩ sao
- C. Cam thảo bắc
- D. Phục linh
- E. Các vị trên

25. Bài thuốc Tứ quân gia hoài sơn, ý dĩ nên bội thêm vị nào để có tác dụng ức chế miễn dịch

- A. Đẳng sâm, bạch truật
- B. Hoài sơn, ý dĩ sao
- C. Cam thảo bắc
- D. Phục linh
- E. Các vị trên

26. Tác dụng dược lý nào sau đây không thuộc pháp trị ôn bổ mệnh môn, trợ tỳ thổ

- A. Kích thích hoạt động vỏ thượng thận
- B. Điều hoà hoạt động nhu động ruột
- C. Tăng tiết dịch vị
- D. Giúp tiêu hoá carbonhydrat
- E. Chống đầy hơi

27. Bài thuốc Phụ tử lý trung và Tứ thân thang (gồm phụ tử chế, đẳng sâm, bạch truật, can khương, cam thảo bắc, phá cố chỉ, ngô thù du, nhục đậu khấu, ngũ vị tử) nên bội thêm vị nào để có tác dụng ức chế miễn dịch

- A. Phụ tử chế, cam thảo bắc
- B. Can khương, nhục đậu khấu
- C. Ngô thù du, phá cố chỉ
- D. Bạch truật, đẳng sâm
- E. Ngũ vị tử, đẳng sâm

28. Bài thuốc Phụ tử lý trung và Tứ thần thang (gồm phụ tử chế, đảng sâm, bạch truật, can khương, cam thảo bắc, phá cố chỉ, ngô thù du, nhục đậu khấu, ngũ vị tử) nên bổ thêm vị nào trong trường hợp rối loạn hấp thu do cắt bỏ ruột

- A. Phụ tử chế, cam thảo bắc
- B. Can khương, nhục đậu khấu
- C. Ngô thù du, phá cố chỉ
- D. Bạch truật, đảng sâm
- E. Ngũ vị tử, đảng sâm

29. Bài thuốc Phụ tử lý trung và Tứ thần thang (gồm phụ tử chế, đảng sâm, bạch truật, can khương, cam thảo bắc, phá cố chỉ, ngô thù du, nhục đậu khấu, ngũ vị tử) có thể dùng được trong rối loạn hấp thu do giảm vận tính ruột và do tác dụng dược lý của các vị thuốc

- A. Phụ tử chế, cam thảo bắc
- B. Đảng sâm, bạch truật
- C. Ngô thù du, nhục đậu khấu
- D. Can khương, cam thảo bắc
- E. Ngũ vị tử, cam thảo bắc

30. Bài thuốc Phụ tử lý trung và Tứ thần thang (gồm phụ tử chế, đảng sâm, bạch truật, can khương, cam thảo bắc, phá cố chỉ, ngô thù du, nhục đậu khấu, ngũ vị tử) nên bỏ các vị nào nếu dùng trong rối loạn hấp thu do cắt bỏ hồng - hồi tràng (ileocecal)

- A. Nhục đậu khấu, can khương
- B. Cam thảo bắc, ngô thù du
- C. Phụ tử chế, cam thảo bắc
- D. Đảng sâm, bạch truật, phá cố chỉ
- E. Phụ tử chế, đảng sâm, ngô thù du

HỘI CHỨNG ĐẠI TRÀNG KÍCH ỨNG (IRRITABLE BOWEL SYNDROM)

MỤC TIÊU

1. *Liệt kê được những yếu tố có liên quan đến việc khởi phát hội chứng đại tràng dễ kích ứng.*
2. *Trình bày được cơ chế bệnh sinh của hội chứng này theo YHCT.*
3. *Liệt kê được những tiêu chuẩn hướng đến chẩn đoán hội chứng đại tràng dễ kích ứng.*
4. *Trình bày và phân tích những biện pháp cần thực hiện để chẩn đoán xác định hội chứng đại tràng dễ kích ứng.*
5. *Trình bày những thể lâm sàng của chứng đại tràng dễ kích ứng theo YHCT.*
6. *Liệt kê tác dụng dược lý của nhóm thuốc trong điều trị hội chứng này theo YHHD.*
7. *Liệt kê tác dụng dược lý của các pháp trị hội chứng này theo YHCT.*
8. *Đề ra được một pháp trị thích hợp cho từng thể lâm sàng.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng đại tràng dễ kích ứng là một rối loạn vận động của dạ dày - ruột được biểu hiện bằng sự thay đổi thói quen đi cầu cùng với đau bụng mà không hề phát hiện được một tổn thương thực thể nào.

Là một hội chứng khá phổ biến ở các bệnh nhân trong độ tuổi 30 - 40, tỷ lệ 10 - 22% dân số, chiếm khoảng 25 - 50% số bệnh nhân đến khám ngoại trú ở các chuyên khoa tiêu hóa với tỷ lệ nữ mắc bệnh gấp 2 lần nam giới

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

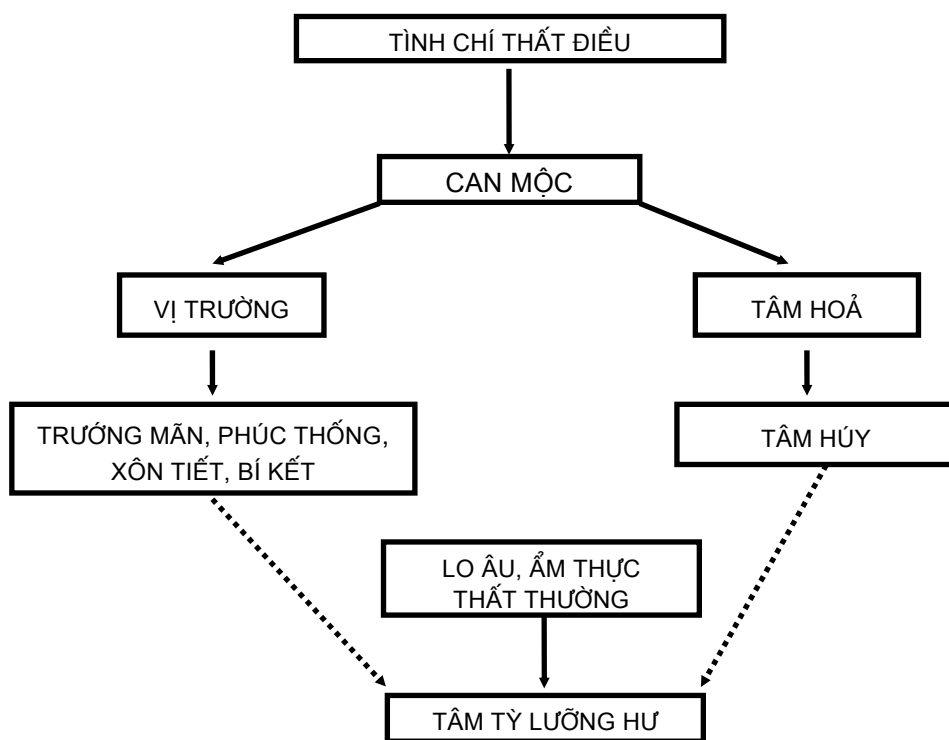
2.1. Theo y học hiện đại

Người ta không tìm thấy một tổn thương thực thể nào ở đại tràng của bệnh nhân, ngoại trừ một tình trạng rối loạn vận động đại tràng. Điều đặc biệt là người ta nhận thấy hội chứng đại tràng dễ kích ứng có liên quan đến:

- Tăng cảm giác nhận thức nội tạng do rối loạn điều hoà cảm giác nhận thức giữa vùng trán trước và vỏ khứu - hải mã trước.
- Một trạng thái rối loạn nhân cách: trầm cảm, âu lo, loạn thần kinh hysteria hoặc lạm dụng tình dục xảy ra trong 80% trường hợp.
- Sự tăng nồng độ prolactin/máu, đặc biệt ở phụ nữ trong chu kỳ kinh nguyệt.
- Một trạng thái cảm ứng đặc biệt đối với cholecystokinin.

2.2. Theo y học cổ truyền

Những khái niệm về hội chứng đại tràng dễ kích ứng thuộc phạm trù chứng phúc thống, trướng mãn, xông tiết, bí kết và tâm hứ mà yếu tố khởi phát thường do tình chí thất điều đưa đến can khí uất kết khiến cho công năng giáng nạp và truyền tống của vị trường bị rối loạn hoặc thúc đẩy tâm hỏa vọng động đưa đến hồi hộp bất an. Lâu ngày, phần do lo âu hoang mang vì bệnh tật, phần do ăn uống kiêng khem không đúng cách khiến cho tâm tỳ khí huyết lưỡng hư



3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

Nên nghĩ đến hội chứng đại tràng dễ kích ứng nếu một bệnh nhân liên tục trong 3 tháng luôn luôn có những triệu chứng hoặc những đợt tái phát của:

- Cơ đau xuất hiện ở hạ vị (25%) hoặc thượng vị (10%) với tính chất quặn thắt hoặc âm ỉ, hoặc cảm giác khó chịu ở bụng, mà nó sẽ giảm sau khi đi cầu.
- Táo bón (<3 lần/tuần) hoặc tiêu chảy (>3 lần mỗi ngày với số lượng dưới 200ml và thường gia tăng khi có căng thẳng tâm lý hoặc ăn một thức ăn nào đó) hoặc đi cầu ra những chất nhầy hoặc có cảm giác mót, tràn nặng hậu môn khi đi cầu và đi không hết phân.
- Trướng bụng, đầy hơi.
- 25 - 50% bệnh nhân có rối loạn tiêu hoá, nóng rát sau xương ức, buồn nôn, nôn mửa.

Đứng trước một bệnh nhân như vậy, người thầy thuốc cần phải loại bỏ:

- Những triệu chứng không phù hợp với hội chứng đại tràng dễ kích ứng như trong phân có máu, sụt cân, sốt, đau bụng hoặc tiêu chảy xảy ra trong đêm.
- Tình trạng lactose intolerance (bằng hydugenhath test) hoặc sự lạm dụng các chất sorbitol, fructose và cafein.
- Một bệnh chứng tiêu hoá nào khác như: các bệnh viêm đại tràng mạn tính, ung thư đại tràng, sigmoid volvulus, megacolon, abdominal angina, ischemic colitis, idiopathic pseudoobstruction, ú đọng phân ở đại tràng, nhiễm Giardiasis lamblia và bệnh ngoài hệ tiêu hóa như Endometriosis.
- Tình trạng ngộ độc porphyrin cấp tính hoặc ngộ độc chì nếu táo bón có đau bụng.

Đồng thời phải:

- + Chú ý trạng thái trầm cảm hoặc rối loạn cảm xúc có hay không ở bệnh nhân.
- + Truy tìm thêm các bệnh lý khác nếu qua khám thực thể phát hiện được một dấu hiệu lâm sàng nào khác.
- + Thực hiện một số các xét nghiệm thường quy sau đây:
 - Công thức máu.
 - Nội soi trực tràng Sigma (trên những người 40 tuổi và những bệnh nhân có tiêu chảy).
 - Soi phân tìm KST đường ruột, hạt mỡ và bạch cầu, khảo sát chức năng tuyến giáp, tuyến phó giáp trên người bị táo bón và sinh thiết đại trực tràng nếu bệnh nhân bị tiêu chảy là chính.

Những bằng chứng chống lại chẩn đoán một hội chứng đại tràng kích ứng là:

- Thiếu máu
- Tốc độ lắng máu tăng
- Có bạch cầu hiện diện trong phân
- Khối lượng phân nhiều hơn 200ml/ngày

3.2. Theo y học cổ truyền

Các hội chứng đại tràng dễ kích ứng được phân làm 2 thể lâm sàng sau đây:

3.2.1. Can khí uất kết

Với triệu chứng lo âu, xúc động hay than thở nhiều về bệnh tật kèm với triệu chứng bụng đầy trướng sau khi ăn, đau bụng với cảm giác quặn thắt và giảm sau khi đi xong, bệnh nhân thường táo bón hoặc xen kẽ với tiêu chảy và tiêu chảy nếu có thường xảy ra sau khi ăn phải một số thức ăn. Các đợt tái phát thường xảy ra khi gặp phải những stress tâm lý. Khám thường thấy rêu lưỡi vàng, rìa lưỡi đỏ, mạch huyền

3.2.2. Tâm tỳ lưỡng hư

Mệt mỏi, vô lực, mất ngủ hoặc thường hay chiêm bao mộng mị. Bệnh nhân thường kém ăn, bụng đầy chướng ngay sau khi ăn, thường xuyên đau bụng âm ỉ mơ hồ kèm đi tiêu phân nhầy nhớt không thành khuôn. Ăn thức ăn nào khác lạ cũng có thể làm khởi phát cơn đau. Thường sợ lạnh, khám thấy lưỡi nhợt bệu, rêu nhớt, tay chân lạnh, mạch nhu tế.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Theo y học hiện đại

Tạo được một tâm lý hợp tác cũng như xoá bỏ những hoang mang, lo sợ nơi người bệnh bằng cách giải thích cho họ biết về bệnh tật của họ:

- Điều trị những rối loạn tâm thần như: trầm cảm, anxiety - disorder, hysteria.
- Chọn cho bệnh nhân một chế độ ăn uống phù hợp, không làm khởi phát cơn đau cũng như không kiêng khem đến mức gây thiếu dinh dưỡng (denutrition).

- Dùng được phẩm để giải quyết triệu chứng, cụ thể như sau:
 - + Nếu đau là triệu chứng nổi bật, có thể sử dụng nhóm chống co thắt như:
 - Dicyclomin 10mg - 20mg x 3 - 4 lần/ngày.
 - Hoặc cimetropium bromid 50mg x 3 lần/ngày.
 - Có thể uống trước bữa ăn 30 phút với những cơn đau khởi phát sau khi ăn.
 - + Nếu tiêu chảy là triệu chứng nổi bật, có thể sử dụng: lomotil 2,5 - 5mg mỗi 4 - 6 giờ hoặc nhóm tricyclic chống trầm cảm như desipramin 50mg x 4 lần/ngày sẽ có thể cải thiện được triệu chứng đau bụng và tiêu chảy. Các thuốc chống trầm cảm kiểu selective serotonin reuptake inhibitor chưa được chứng minh rõ ràng.
 - + Nếu táo bón là triệu chứng nổi bật có thể sử dụng các dược phẩm dẫn xuất từ psyllium.
 - + Kết hợp với chế độ ăn nhiều rau (trừ bắp cải, legumes), ngũ cốc, tinh bột. Không các thức ăn ngọt, nước uống có gas.
 - + Nếu triệu chứng hồi hộp, lo âu là chính nên sử dụng các loại benzodiazepin chống lo âu.

Và gần đây dược phẩm leuproreline (một chất đồng phân của luteinising hormon - releasing hormon) cũng như fedotozin (chất đồng phân của Kappa opioid) và aloseton hoặc octreotid (serotonin receptor antagonist) đang được nghiên cứu, được xem là có cải thiện đáng kể các triệu chứng của IBS (hội chứng ruột già dễ kích ứng).

4.2. Theo y học cổ truyền

4.2.1. Sơ can, kiện tỳ (thư can, vận tỳ)

- Dùng phương pháp này với mục đích:
 - + An thần.
 - + Chống co thắt cơ trơn tiêu hóa.
 - + Kích thích tiêu hoá.
- Bài thuốc tiêu biểu: Tiêu dao tán, Sài hồ sơ can thang

Cụ thể trong trường hợp can khí uất kết ta có thể dùng bài Tiêu dao gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn: sơ can lý khí, giải uất	12g	Quân
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm: kiện tỳ, táo thấp, an thần	12g	Thần
Bạch linh	Ngọt, nhạt, bình: thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	12g	Thần
Bạch thược	Đắng, chua, lạnh: dưỡng huyết, liễm âm	12g	Thần
Hoàng cầm	Đắng, lạnh: thanh thấp nhiệt, chỉ tả lý	12g	Thần
Bạc hà	Cay, mát: thanh tiết can nhiệt	8g	Thần
Trần bì	Cay, đắng, ấm: lý khí, điều kinh	6g	Thần
Gừng tươi	Cay, hơi ấm: hoà tỳ vị	6g	Thần
Uất kim	Cay, đắng, ôn: hành khí giải uất	6g	Thần
Chỉ xác	Đắng, chua, hàn: tiêu tích, trừ bí	6g	Thần
Cam thảo bắc	Bổ trung khí, hoà hoãn dược tính	8g	Tá

Ngày dùng 1 thang.

- + Nếu bệnh nhân lo lắng, dễ xúc động bội sài hồ 20g, bạch linh 20g.
- + Nếu bệnh nhân đau nhiều bội bạch thược, cam thảo mỗi thứ 20g.
- + Nếu đầy chướng bụng, táo bón nên giảm bạch linh 6g, gia chỉ thực 8g.
- + Nếu tiêu chảy nhiều nên bội bạch truật 20g.
- Châm cứu: châm tả nội quan, thần môn, thái xung, thiên xu; châm bổ can du, trung quản, túc tam lý.

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Nội quan	Giao hội huyết của tâm bào và mạch âm duy	Chữa chứng bút rút, tâm phiền
Hành gian	Huyệt hoả huyết của can	Bình can mộc
Thiếu phủ	Huyệt hoả huyết của tâm	
Thiên xu	Mộ huyết của đại trường	Thông tiện, nhuận hạ
Can du	Bối du huyết	Tư can âm
Trung quản	Mộ huyết của vị	Chữa phúc thống trừ bí mãn
Túc tam lý	Huyệt đặc hiệu của vùng bụng	

4.2.2. Kiện tỳ, dưỡng tâm

- Dùng phương pháp này với mục đích:
 - + An thần, chống lo âu.

- + Tăng cường chuyển hoá glucid, protid, chữa mệt mỏi.
- + Điều hoà nhu động ruột già.
- Bài thuốc tiêu biểu: Quy tỳ thang

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm an thần, sinh tân dịch	8g	Quân
Phục thần	Tiết tâm nhiệt, bình ổn tâm thần	8g	Quân
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	12g	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, cầm mồ hôi	12g	Thần
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	16g	Thần
Đương quy	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ huyết, hành huyết	12g	Tá
Mộc hương	Hành khí chỉ thống, kiện tỳ	6g	Tá
Viễn chí	Đắng, ấm: định tâm, an thần	8g	Tá
Đại táo	Ngọt, bình: bổ trung, ích khí, hoà hoãn dược tính	12g	Tá

- Châm cứu: châm bổ tỳ du, vị du, túc tam lý, tam âm giao, nội quan, thần môn

Tên huyệt	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Tỳ du	Du huyết của tỳ	Kiến tỳ
Vị du	Du huyết của vị	Kiến vị
Túc tam lý	Huyệt đặc hiệu của vùng bụng	Chữa phúc thống, trừ bí mãn
Trung quản	Mộ huyết của vị	
Tam âm giao	Mộ huyết của đại trường	Thông tiện, nhuận hạ
Nội quan	Giao hội huyết của tâm bào và mạch âm duy	Chữa chứng bút rút, tâm phiền
Thần môn	Du thổ huyết của tâm	Giáng hỏa

- + Châm bổ: thần môn, nội quan 15 phút.
- + Cứu bổ hoặc ôn châm: tỳ du, vị du, túc tam lý, trung quản, tam âm giao mỗi huyệt 5 phút.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Yếu tố nào sau đây không liên quan đến việc khởi phát hội chứng đại tràng dễ kích ứng
 - A. Trạng thái tâm lý
 - B. Loạn thần kinh chức năng
 - C. Chế độ ăn uống
 - D. Nồng độ prolactin máu
 - E. Cholecystokinin
2. Theo cơ chế bệnh sinh của YHCT, tạng phủ nào sẽ bị rối loạn công năng trong chứng đại tràng dễ kích ứng
 - A. Can tỳ thận
 - B. Tam can thận
 - C. Tâm can tỳ
 - D. Can phế thận
 - E. Phế tỳ thận
3. Triệu chứng nào sau đây không có trong tiêu chuẩn hướng tới chẩn đoán hội chứng đại tràng dễ kích ứng
 - A. Phân nhầy máu
 - B. Đau bụng
 - C. Táo bón
 - D. Tiêu chảy
 - E. Trướng bụng
4. Phương pháp cận lâm sàng nào sau đây là không cần thiết trong chẩn đoán loại trừ hội chứng đại tràng dễ kích ứng
 - A. Soi phân tìm KST đường ruột
 - B. Chụp X quang đại tràng
 - C. Công thức máu
 - D. Nội soi đại tràng - trực tràng
 - E. Sinh thiết đại trực tràng
5. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể can khí uất kết
 - A. Luôn xúc động
 - B. Đầy trướng bụng sau ăn
 - C. Táo bón xen kẽ tiêu chảy
 - D. Tiêu chảy lúc mờ sáng
 - E. Giảm đau bụng sau khi đi cầu

6. Triệu chứng nào sau đây không có trong hội chứng tâm tỳ lưỡng hư
- A. Đau bụng mơ hồ âm ỉ
 - B. Đi tiêu phân nhầy nhớt
 - C. Cơ đau khởi phát do thức ăn
 - D. Bụng đầy chướng sau ăn
 - E. Gầy ốm, sút cân trầm trọng
7. Phương pháp điều trị nào sau đây không dùng cho bệnh nhân bị hội chứng đại tràng dễ kích ứng
- A. Liệu pháp tâm lý
 - B. Chế độ ăn uống hợp lý
 - C. Giải quyết triệu chứng
 - D. Điều trị hội chứng rối loạn tâm thần
 - E. Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
8. Với bài thuốc Tiêu giao gia giảm trong thể can khí uất kết, nếu bệnh nhân vẫn còn đau bụng, ta sẽ tăng liều
- A. Bạch truật, phục linh
 - B. Bạch truật, chỉ thực
 - C. Sinh khương, uất kim
 - D. Bạch thược, cam thảo
 - E. Sài hồ, hoàng cầm
9. Với bài thuốc Quy tỳ gia giảm trong thể tâm tỳ lưỡng hư, nếu bệnh nhân vẫn còn đầy trướng bụng, ta sẽ tăng liều
- A. Long nhãn, đại táo
 - B. Đảng sâm, bạch truật
 - C. Hoàng kỳ, đương quy
 - D. Phục linh, phục thần
 - E. Táo nhân, mộc hương
10. Với bài thuốc Quy tỳ thang gia giảm trong thể tâm tỳ lưỡng hư, nếu bệnh nhân có hội chứng trầm cảm đi kèm ta có thể cho thêm
- A. Phục thần
 - B. Hoàng kỳ
 - C. Đảng sâm
 - D. Viễn chí
 - E. Nhân sâm

VIÊM GAN MẠN TÍNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của viêm gan mạn tính do virus và viêm gan tự miễn.
2. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm gan mạn tính theo YHCT.
3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân viêm gan mạn tính.
4. Trình bày được 4 thể lâm sàng của bệnh viêm gan mạn tính theo YHCT.
5. Liệt kê được các phương pháp điều trị của các thể lâm sàng viêm gan mạn tính do siêu vi và do tự miễn.
6. Trình bày được tác dụng dược lý của các pháp trị bệnh viêm gan mạn tính theo YHCT.

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm gan mạn tính là một bệnh bao gồm một loạt những rối loạn gan có nguyên nhân và mức độ trầm trọng khác nhau, trong đó hiện tượng viêm và hoại tử liên tục kéo dài trên 6 tháng

2. PHÂN LOẠI

Trước đây dựa vào tính chất khu trú hoặc lan tỏa của tổn thương gan mà người ta phân thành 3 loại:

- Viêm gan mạn tính tồn tại (persistent hepatitis).
- Viêm gan tiểu thùy (lobular hepatitis).
- Viêm gan hoạt động (active hepatitis).

Nhưng hiện nay sự phân loại lại dựa vào:

- Nguyên nhân.
- Trạng thái mô học (grade).
- Diễn tiến (stage).

Trong đó theo nguyên nhân có thể có:

- Viêm gan mạn tính do virus: virus viêm gan B (HBV), virus viêm gan D (HDV), virus viêm gan C (HCV) hoặc virus viêm gan G (HGV).
- Viêm gan mạn tính tự miễn hoặc không rõ nguyên nhân (cryptogenic).

Theo trạng thái mô học:

Hình ảnh mô học	Mức độ	Điểm
1. Hoại tử quanh khoảng cửa (gồm hoại tử gặm nhấm (PN) và hoặc hoại tử bắc cầu (BN))	Không có	0
	PN nhẹ	1
	PN vừa	3
	PN nặng	4
	PN + BN trung bình	5
	PN + BN nặng	6
	Hoại tử nhiều thùy	10
2. Hoại tử trong thùy	Không có	0
	Nhẹ	1
	Trung bình	3
	Nặng	4
3. Viêm khoảng cửa	Không có	0
	Nhẹ	1
	Trung bình	3
	Nặng	4
4. Hoá sợi	Không có	0
	Lan toả quanh cửa	1
	Hoá sợi bắc cầu	3
	Xơ gan	4
		22

Theo diễn tiến:

Dựa trên sự hoá xơ, trong đó xơ gan được định nghĩa là những dải xơ bao quanh những nốt chủ mô gan và cấu trúc tiểu thùy gan thay đổi

Theo đó:

Điểm	Tổn thương
0	Không có hoại tử hoá sợi
1	Hoá sợi quanh cửa nhẹ
2	Hoá sợi quanh cửa trung bình
3	Hoá sợi bắc cầu
4	Xơ gan

Do đó so sánh giữa phân loại mới và cũ, hiện nay người ta có sự đồng nhất như sau:

	GRADE	STAGE
Viêm gan mạn tính tồn tại	Ít hoặc nhẹ	Không hoặc nhẹ
Viêm gan mạn tính tiểu thùy	Nhẹ hoặc trung bình	Nhẹ
Viêm gan mạn tính tiến triển	Nhẹ, trung bình, nặng	Nhẹ, trung bình, nặng

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA VIÊM GAN MẠN TÍNH

3.1. Theo y học hiện đại

Trong phạm vi bài này chúng tôi không đề cập đến viêm gan mạn tính do thuốc, chỉ xin nhấn mạnh một điều là không phải tất cả các phản ứng phụ nào ở gan do thuốc cũng đều gây nên viêm gan mạn tính. Chúng chỉ được gọi là viêm gan mạn tính do thuốc khi có những phản ứng biểu hiện sự tăng miễn cảm như sốt, nổi mẩn, đau khớp, tăng BC eosinophil (chỉ xảy ra 25% trường hợp) và cho dù có biểu hiện hình ảnh mô học như thế nào đi nữa thì cũng luôn luôn có hình ảnh hoại tử và gan hoá mỡ.

3.1.1. Viêm gan mạn tính do virus

Đối với viêm gan virus B sẽ có 90% đối tượng nhiễm cấp từ lúc sơ sinh và 1% đối tượng nhiễm cấp từ tuổi trung niên chuyển sang mạn tính.

Đối với viêm gan virus C sẽ có 50 - 70% đối tượng từ nhiễm cấp chuyển sang mạn tính.

Tất cả các hình ảnh mô học - sinh hoá và lâm sàng sẽ trở nên rõ ràng và trầm trọng khi virus viêm gan B, C và D đang ở trong giai đoạn sao chép mã di truyền (replicate) tương ứng với giai đoạn chẩn đoán huyết thanh cho thấy có HBeAg (+); HBV-DNA (+), HCV-RNA (+), HDV-RNA (+) đều tăng. Ở giai đoạn này các hình ảnh mô học sẽ là hoại tử và viêm quanh khoảng cửa, hoại tử trong thùy, hoá sợi với các mức độ từ trung bình tới nặng

Ngược lại nếu ở vào giai đoạn không sao chép (non replicated) mã di truyền thì hình ảnh mô học, lâm sàng và sinh hoá thường nhẹ, có khi bệnh nhân chỉ ở trong trạng thái người lành mang bệnh. Đặc biệt trong viêm gan B sự chuyển đổi từ giai đoạn sao chép xảy ra khoảng 10% - 15% trường hợp mỗi năm.

3.1.2. Viêm gan tự miễn

Ngược lại trong viêm gan tự miễn, hiện tượng viêm và hoại tử tế bào gan xảy ra liên tục đưa đến sự xơ hoá và suy tế bào gan. Sự tấn công miễn dịch qua trung gian tế bào mà ở đây tính đặc hiệu của gan (tế bào gan trở nên là antigen đối với tế bào miễn dịch) được khởi phát sau khi dùng thuốc hoặc bị nhiễm một loại virus nào đó. Những bằng chứng sau đây cho thấy viêm gan tự miễn là một loại bệnh rối loạn miễn dịch qua trung gian tế bào:

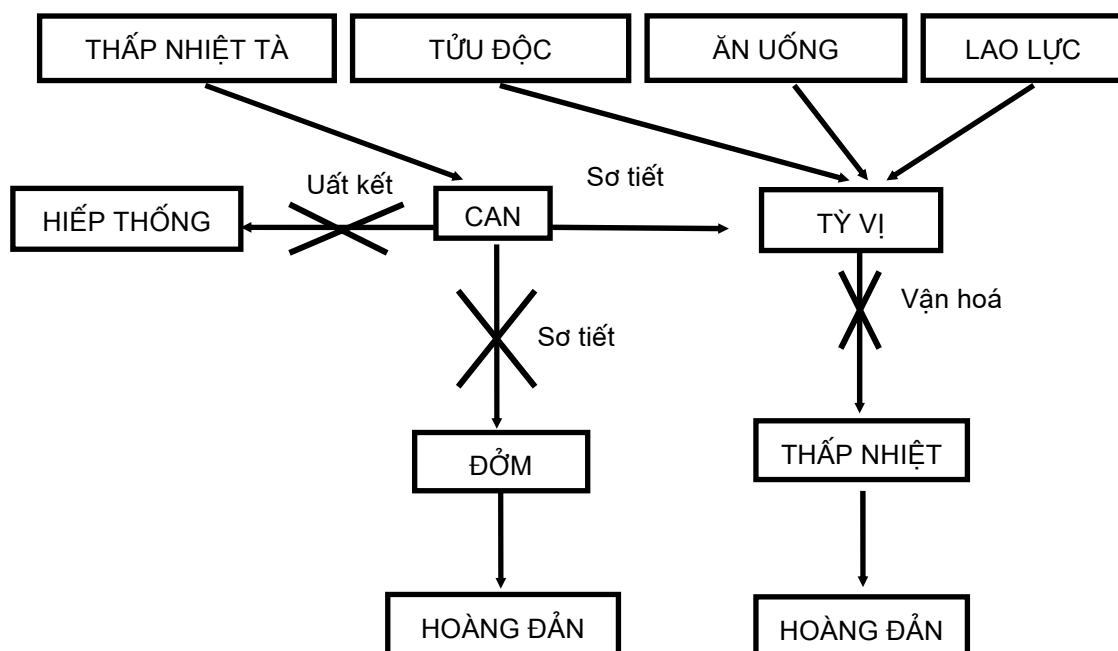
- Sự có mặt của tương bào và cytotoxic lympho trong gan.
- Sự có mặt các tự kháng thể trong máu, yếu tố dạng thấp và tăng globulin trong máu.
- Có một trong các bệnh rối loạn miễn dịch khác cùng xuất hiện như viêm tuyến giáp, viêm khớp dạng thấp, viêm cầu thận, thiếu máu huyết tán miễn dịch, Sjögren.
- Sự có mặt các kháng nguyên tương hợp mô như HLAB1, B γ , DRW3 - DRW4.
- Thường đáp ứng tốt với corticoid.
- Tế bào lympho trở nên rất nhạy cảm với protein của màng tế bào gan.
- Mất kiểm soát cơ chế điều hòa miễn dịch trên các lympho bào gây độc.

Tuy nhiên các phản ứng tự miễn không phải xảy ra trong bất kỳ lúc nào nên có thể nhầm viêm gan tự miễn với viêm gan không rõ nguyên nhân.

3.2. Theo y học cổ truyền

Bệnh viêm gan mạn tính được YHCT khái quát trong phạm trù các chứng hoàng đản, hiệp thống đi cùng với các rối loạn tiêu hoá mà nguyên nhân có thể do:

- Cảm phải thấp nhiệt tà khiến cho can khí uất kết không sơ tiết ược đàm mà sinh ra vàng da.
- Do ăn uống không điều độ, lao lực quá mức kết hợp với uống rượu khiến cho công năng tiêu hóa của tỳ vị bị rối loạn thấp, thấp ứ đọng lâu ngày đưa đến nhiệt, thấp nhiệt uất kết sinh ra chứng hoàng đản.



4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Theo y học hiện đại

4.1.1. Viêm gan mạn tính do virus

Biểu hiện lâm sàng có thể từ nhẹ đến nặng như mệt mỏi, vàng da dai dẳng hoặc từng đợt. Riêng trong viêm gan mạn tính do virus C biểu hiện lâm sàng thường là âm ỉ và chỉ trở nên nặng trên những bệnh nhân có nghiện rượu, có bệnh nhiễm sắc tố sắt hemochromatosis hoặc thiếu $\alpha 1$ antitrypsin. Ngoài ra, nếu trong viêm gan mạn tính do virus B thường có các triệu chứng ngoài gan do cơ chế phối hợp kháng thể kháng nguyên virus B như viêm khớp, viêm cầu thận, viêm nút đa động mạch và viêm mạch máu kiểu leukocytoclastic thì trong viêm gan mạn tính do virus C thường có các triệu chứng ngoài gan không do phức hợp miễn dịch như hội chứng Sjögren, liken phẳng, rối loạn chuyển hóa forpyrin biểu hiện da mụn.

Về mặt cận lâm sàng thì SGPT tăng từ 100 - 1000UI và luôn cao hơn SGOT (riêng viêm gan mạn tính do virus C hoặc khi viêm gan virus B mạn chuyển thành xơ gan thì chỉ số SGPT thấp hơn SGOT).

- Phosphotase tăng nhẹ hoặc bình thường.
- Bilirubin tăng 3 - 10mg%.
- Albumin máu giảm, thời gian prothrombin kéo dài xảy ra trong giai đoạn cuối hoặc nặng.
- Và sau cùng để chẩn đoán viêm gan mạn tính do loại virus nào, ta cần chú ý đến một số huyết thanh chẩn đoán sau đây:

- + Để chẩn đoán virus B ta dùng đến: HBsAg, IgG AntiHBC, HBeAg, HBV-ADN.
- + Để chẩn đoán virus viêm gan C ta dùng đến: anti HCV, HCV-ARN.
- + Để chẩn đoán virus viêm gan D ta dùng đến: anti HDV, HDV - ARN, HBsAg.

Ngoài ra trong viêm gan mạn tính do virus C còn có kháng thể anti LKM1 (anti kidney - liver microsomal) cũng như những bệnh tự miễn dịch hoặc hyper globulin lại cho phản ứng dương giả với anti HCV và trong viêm gan mạn tính do virus D cũng có kháng thể anti LKM3.

4.1.2. Viêm gan mạn tính do tự miễn

Thường xảy ra ở người trẻ hoặc phụ nữ trung niên, hội chứng lâm sàng gồm có mệt mỏi, khó chịu, chán ăn, mất kinh, mụn trứng cá, đau khớp, vàng da. Đôi khi lại có viêm khớp, tổn thương da kiểu macula papular eruption hoặc erythema nodosum, viêm đại tràng, viêm màng phổi-màng tim, thiếu máu, tăng urê máu.

Dấu hiệu cận lâm sàng thường đi đôi với hình ảnh mô học, trong đó:

- Transaminas dao động từ 100 - 1000UI.
- Bilirubin tăng 3 - 10mg%.
- Phosphotase alkaline tăng nhẹ.
- γ globulin > 2,5g%.
- RF (+).
- Kháng thể kháng nhân (ANA) dương tính.
- Albumine và taux de prothrombin giảm khi bệnh diễn tiến nặng.

Ngoài ra người ta còn phân biệt:

- + Viêm gan tự miễn typ I: hay xảy ra ở phụ nữ trẻ có hyperglobulin và ANA (+).
- + Viêm gan tự miễn typ II: chia làm 2 typ nhỏ
 - IIA: xảy ra ở người trẻ với hyperglobulin, anti KLM1 (+) cao và đáp ứng tốt với corticoid (hay gặp ở châu Âu và ở Anh).
 - IIB: xảy ra ở người lớn tuổi, với globulin máu bình thường, nhưng anti KLM1 (+) thấp, thường phối hợp với nhiễm virus viêm gan C và đáp ứng với interferon.
- + Viêm gan tự miễn typ III: với ANA (-) và anti KLM1 (-), đồng thời có kháng thể tuần hoàn chống lại kháng nguyên gan hoà tan (soluble liver antigen).

4.2. Theo y học cổ truyền

4.2.1. Can uất, tỳ hư

Thường gặp trong viêm gan mạn tính tiểu thủy hoặc giai đoạn viêm gan mạn tính tồn tại chuyển sang viêm gan mạn tính tiến triển với những triệu chứng đau tức nặng vùng hông sườn phải, miệng đắng, ăn kém, người mệt mỏi, đại tiện phân nhão, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền.

4.2.2. Can âm hư

Thường gặp trong viêm gan tồn tại hoặc giai đoạn thuyên giảm sau viêm gan mạn tính tiến triển. Triệu chứng gồm có: hồi hộp, ngủ ít, lòng bàn tay bàn chân nóng, sốt âm ỉ 37°5 đến 38°, khát nước, họng khô hay gắt gỏng, lưỡi đỏ, táo bón, nước tiểu vàng, mạch huyền tế sác.

4.2.3. Can nhiệt, tỳ thấp

Thường gặp trong viêm gan mạn tiến triển với các triệu chứng: miệng đắng, chán ăn, bụng đầy trướng, miệng khô nhớt, đau nhiều vùng gan, da vàng xạm, tiểu tiện vàng, lưỡi đỏ rêu vàng mạch huyền.

5. TIÊN LƯỢNG

5.1. Đối với viêm gan B mạn tính

Thời gian sống sót sau 5 năm và sau 15 năm là:

- 97% và 77% nếu là thể tồn tại.
- 86% và 66% nếu là thể hoạt động.
- 55% và 40% nếu là thể hoạt động kèm xơ gan.

Và đặc biệt nặng khi có bội nhiễm virus D (nhiễm thêm HDV trên nền viêm gan mạn tính).

Ngoài ra những trường hợp viêm gan thể tồn tại có thể diễn tiến thành xơ gan đến 20% trường hợp trong khoảng thời gian từ 1 - 13 năm.

5.2. Đối với viêm gan C mạn tính

Qua theo dõi 10 - 20 năm sẽ có 20% diễn tiến thành xơ gan.

Tiên lượng sẽ xấu đi trên người nghiện rượu, nhiễm thêm virus viêm gan B, bệnh nhiễm sắc tố sắt (hemochromtosis) thiếu α 1 antitrypsin, tuổi già thời gian mắc bệnh lâu, tổn thương mô học diễn tiến và genotyp của virus (1b).

Sau cùng một viêm gan virus C dù nhẹ vẫn có thể diễn tiến thành ung thư gan sau nhiều thập niên với tỷ lệ từ 1 - 3%.

Tỷ lệ tử vong sau 10 - 20 năm theo dõi của người viêm gan virus C mạn tính vẫn không khác biệt so với người nhiễm virus viêm gan C mạn tính.

5.3. Đối với viêm gan tự miễn

Khi bệnh trở nên nặng thì tỷ lệ tử vong trong 6 tháng là 40%.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Theo y học hiện đại

6.1.1. Đối với viêm gan virus B

- Sử dụng interferon: hiện nay có 3 chế phẩm interferon $\alpha 2A$ (roferon A), interferon $\alpha 2B$ (roferon A) và interferon αN (Wellferon). Về mặt tác dụng, chúng có 2 cơ chế:
 - + Cơ chế diệt virus: khi kết hợp với receptor đặc biệt ở bề mặt tế bào gan, nó sẽ phóng thích ra một men nội bào 2,5 oligo adenylat synthetase, chính men này sẽ hoạt hoá ribonuclease để phá hủy mRNA của virus.
 - + Cơ chế miễn dịch: gia tăng sự bộc lộ protein bề mặt màng tế bào HLA class I, có nghĩa là làm thúc đẩy sự thải loại các tế bào gan bị nhiễm virus, làm gia tăng hoạt tính tế bào diệt (killer cell), làm trưởng thành tế bào gây độc đồng thời ngăn chặn procollagen typ III là chất thúc đẩy gan hoá sợi.

Một liệu trình 16 tuần INF α tiêm dưới da với liều 5 triệu đơn vị/ngày hoặc 10 triệu đơn vị/lần trong một tuần sẽ làm chuyển đổi giai đoạn sao chép (replicate) của siêu vi B cùng với những cải thiện về mặt mô học trong 35% trường hợp, đồng thời có khoảng 20% trường hợp có anti HBe và nếu điều trị sớm có thể làm mất HBsAg trong 80% trường hợp.

Riêng SGPT trở về bình thường thành 2 pha: pha đầu giảm nhẹ rồi tăng cao và sau đó trở về bình thường (do sự hoại tử của tế bào gan bị nhiễm virus).

Thuốc thường gây những phản ứng phụ như cúm, rối loạn cảm xúc dạng kích động hoặc trầm cảm, rụng tóc, giảm tiểu cầu và bạch cầu, nổi mẩn, tiêu chảy, tê đầu chi. Các triệu chứng này có thể tiêu mất khi ngừng thuốc hoặc giảm liều nhưng viêm tuyến giáp tự miễn thì không.

Ngoài ra, gần đây người ta đang thí nghiệm một số thuốc mới trong điều trị viêm gan mạn tính do virus viêm gan B như sau:

- + Nhóm nucleosid đồng phân mà qua quá trình phosphoryl hoá nó sẽ tương tranh với những acid nhân cơ bản trong chuỗi ADN của virus viêm gan B. Có thể kể đến lamivudine, famciclovir, ganciclovir trong đó lamivudin có thể ngăn chặn men sao chép ngược để chuyển đổi HBV - ARN thành ra HBV - ADN của virus viêm gan B. Đây là một loại biệt dược uống với liều 100mg/ngày được dung nạp tốt cả trên bệnh nhân bị xơ gan cổ trướng. Thuốc chỉ gây phản ứng phụ là nhức đầu, buồn nôn và mệt mỏi.

- + Một liệu trình 12 tháng sẽ làm mất HBeAg đến 33% trường hợp và làm xuất hiện anti HBe đến 20% trường hợp, đồng thời bình thường hoá men gan (40%), cải thiện hình ảnh mô học (50%) và làm chậm diễn tiến xơ gan (20%). Trong những trường hợp không chuyển đổi HBeAg trong năm đầu, việc điều trị tiếp tục bằng lamivudin sẽ làm tăng tỷ lệ chuyển đổi này đến 27% trong năm thứ hai và 44% trường hợp trong năm thứ ba.
- + Cũng như INF α , lamivudin sẽ làm SGPT trở về bình thường thành 2 pha (khoảng 25% trường hợp), khi ngừng lamivudin khoảng 20 - 30% trường hợp có SGPT tăng cao trở lại gấp 2 - 3 lần, điều đó chứng tỏ là HBV đã tái sao chép trở lại.
- + Ngoài ra tự điều trị bằng lamivudin cũng đưa đến đột biến YMDD (tyrosin-methionin-aspartat-aspartat) trên HBV ADN polymerase với tỷ lệ 30% ở năm thứ nhất, 38% ở năm thứ hai và 50% ở năm thứ ba. Ở những bệnh nhân này SGPT và HBV ADN sẽ tăng và tổn thương mô học sẽ xuất hiện nhưng không trầm trọng hơn so với những bệnh nhân viêm gan B mạn tính có đáp ứng miễn dịch bình thường. Điều đó chứng tỏ HBV đột biến YMDD này không có động lực cao. Tuy nhiên ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch loại HBV đột biến YMDD này sẽ đưa đến suy gan. Hiện nay chỉ có adefovir dipivoxil đang được thử nghiệm trên loại HBV đột biến YMDD này.
- + Nhóm điều hoà miễn dịch gồm thymosin (chất chiết xuất của thymus) với cơ chế tác dụng là tăng hoạt chức năng của T cell và interleukin 2, ức chế sự sinh sản của virus mặc dầu có nhiều tác dụng phụ.

Tiêu chuẩn chọn lựa thuốc diệt virus viêm gan B

HBeAg(+), HBV ADN	INF	Lamivudin
SGPT tăng	Được	Được
Hình ảnh mô học đặc trưng	Được	Được
Còn đáp ứng miễn dịch	Được	Được
Mất đáp ứng miễn dịch	Không	Được
Nhiễm ở tuổi trưởng thành (châu Âu)	Được	Được
Nhiễm ở tuổi thiếu niên (châu Á)	Không	Được
Bệnh gan còn bù	Được	Được
Bệnh gan mất bù	Không	Được
Viêm gan virus B mạn tính "typ hoang dã"	Được	Được
Viêm gan virus B mạn tính đột biến precore	Không	Được
Không đáp ứng với IFN	Không	Được

6.1.2. Đối với viêm gan tính C

INF: với liều 3 triệu đơn vị/lần x 3 lần/tuần x 6 tháng sẽ làm cải thiện men gan (50% trường hợp) và làm mất HCV ARN (30% trường hợp), sự thuyên giảm men gan thường xảy ra sau 3 tháng đầu điều trị (85 - 95% trường hợp) và xuống đều (tuy nhiên tỷ lệ tái phát lên tới 90%). Những bệnh nhân ít đáp ứng với điều trị bằng INF đơn độc là: HCV genotyp 1b, thời gian mắc bệnh lâu, mất đáp ứng miễn dịch, HCV quasispecies diversity cao và nhiễm huyết sắc tố.

Hiện nay, người ta đang sử dụng loại interferon tác dụng kéo dài (gắn với polyethylenglycol). Những khảo sát gần đây cho thấy liều mỗi tuần một lần của nó có hiệu quả tương đương như liều 3 lần/mỗi tuần của INF hoặc tương đương với lối điều trị kết hợp giữa INF α thông thường với ribavirin.

INF kết hợp ribavirin

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{IF}\alpha (\alpha 2A, \alpha 2B) 3 \text{ triệu đv/lần x 3 lần/tuần} \\ \text{Ribavirin 1000mg-1200mg (với người} \\ \text{dưới hoặc trên 75kg)} \end{array} \right\} 6-12 \text{ tháng}$$

Sẽ đạt kết quả gấp 2 lần so với điều trị bằng interferon đơn độc và sự đáp ứng vẫn còn tiếp tục sau đó nếu:

- Nồng độ virus thấp (<2 triệu copi/1ml).
- Không phải là HCV typ 1b.
- Tuổi dưới 40, gan ít hoá sợi.
- Là phụ nữ.

Đặc biệt với trường hợp HCV không phải là typ 1b và nồng độ virus thấp, sự đáp ứng có thể đạt đến 95% và chỉ cần điều trị trong 6 tháng.

Các phản ứng phụ của lối điều trị kết hợp này tương tự như interferon cộng thêm thiếu máu huyết tán, ngứa, nghẹt mũi, gây bệnh Goutte và không được dùng cho người suy thận, phụ nữ mang thai.

6.1.3. Đối với viêm gan virus D

Liệu trình INF α 9 triệu đv x 3 lần/tuần x 12 tháng sẽ cải thiện lâm sàng và chuyển đổi HDV ADN trong 50% trường hợp, tuy nhiên sau đó sẽ tái phát hoàn toàn.

Các loại thuốc kháng virus khác chưa chứng minh được hiệu quả.

Viêm gan virus D mạn tính giai đoạn cuối được giải quyết bằng ghép gan.

6.1.4. Đối với viêm gan mạn tự miễn

80% trường hợp đáp ứng với glucocorticoid nhưng không ngăn ngừa được việc diễn tiến tới xơ gan, liều dùng là 60mg prednison/ngày, sau khi đạt kết quả hạ liều xuống dần trong 1 tháng và duy trì ở liều 20mg/ngày.

Hoặc có thể dùng 30mg/ngày kết hợp với azathioprin 50mg prednison/ngày, sau khi đạt kết quả hạ liều prednison xuống còn 10mg/ngày. Cách điều trị này kéo dài trong 18 tháng và làm giảm các tác dụng phụ của prednison từ 66% xuống khoảng 20%. Cách dùng này chỉ áp dụng cho viêm gan tự miễn nặng với các dấu hiệu mệt mỏi, chán ăn, vàng da... sẽ được cải thiện trong vài tuần; các dấu hiệu sinh hoá như ALB, BIL, globulin sẽ trở về bình thường sau vài tháng. Sự thay đổi hình ảnh mô học sẽ cải thiện từ 6 tháng - 2 năm. Cần điều trị liên tục 1 năm - 1,5 năm, dù tỷ lệ tái phát có là 50% thì cũng vẫn tiếp tục như cũ.

Người ta nhận thấy nếu tiếp tục sử dụng azathioprin sau khi ngừng corticoid có thể làm giảm tỷ lệ tái phát.

Nếu điều trị thất bại và bệnh diễn tiến tới xơ gan thì nên ghép gan.

6.2. Theo y học cổ truyền

Việc điều trị viêm gan mạn gồm 3 phương pháp sau đây:

6.2.1. Thanh nhiệt trừ thấp

Thuốc thanh nhiệt trừ thấp được dùng với mục đích:

- + Hạ sốt: nhờ có flavon trong hoàng cầm có tác dụng ức chế men polypheno - loxidase gây sốt trong bệnh lý tự miễn.
- + Lợi mật và tống mật nhờ có acid chlorogenic và 6,7 dimethyl - coumarin có trong nhân trần hoặc magiê silicat có trong hoạt thạch.
- + Lợi tiểu và bảo vệ tế bào gan: nhân trần.
- + Tăng khả năng miễn dịch của cơ thể: phục linh.
- Bài thuốc tiêu biểu là: Nhân trần ngũ linh tán và Hoàng cầm hoạt thạch thang. Cụ thể:
 - + Trong chứng can nhiệt tỳ thấp ta dùng bài: Nhân trần ngũ linh gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Nhân trần	Đắng, lạnh: thanh nhiệt, lợi thấp, thoái hoàng	20g	Quân
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ôn: kiện vị, hoà trung, táo thấp	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	12g	Thần
Trư linh	Lợi niệu, thẩm thấp	8g	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	12g	Thần
Quế chi	Cay, ngọt, ấm: tán hàn, hành huyết, lợi thủy	6g	Tá

- Nếu do viêm gan virus nên tăng liều bạch truật và phục linh lên 20g, thêm diệp hạ minh châu 50g.
 - Nếu do viêm gan tự miễn nên tăng liều đẳng sâm 30g, gia thêm cam thảo bắc 30g.
- + Hoặc Hoàng cầm hoạt thạch thang gia giảm

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Hoàng cầm	Đắng, lạnh: tả phế hoả, thanh thấp nhiệt	12g	Quân
Hoạt thạch	Ngọt, lạnh: thanh nhiệt, lợi thấp	12g	Quân
Đại phúc bì	Cay, đắng ấm: thông tiện, lợi thấp	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, bình: lợi thấp	8g	Thần
Trư linh	Ngọt, bình: lợi thủy, bổ âm chỉ khát	8g	Thần
Đậu khấu	Cay, ấm: hành khí hoá thấp	8g	Thần
Kim ngân hoa	Ngọt, lạnh: thanh nhiệt, giải độc	16g	Tá
Mộc thông	Đắng, hàn: lợi tiểu, thông huyết mạch	12g	Tá
Nhân trần	Đắng, lạnh: thanh nhiệt, lợi thấp	20g	Tá
Cam thảo bắc	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế, thanh nhiệt, giải độc, điều hoà các vị thuốc	4g	Tá, sứ

- Nếu có nóng sốt, vàng da nên tăng liều hoàng cầm, hoạt thạch lên 20g.
- Nếu vàng da hoặc tăng transaminase nên tăng liều nhân trần lên 30g.

6.2.2. Sơ can kiện tỳ

- Dùng phép sơ can, kiện tỳ với mục đích:
 - + Kích thích tiêu hoá thông qua tác dụng tăng hoạt tính của men tụy như bạch truật, phục linh, trần bì v.v ..
 - + Bảo vệ tế bào gan: sài hồ, đương quy, đại táo, glyciridin của cam thảo.
 - + Điều hoà chức năng: bạch truật.
 - + Miễn dịch: sài hồ, đẳng sâm, bạch truật, glucid của bạch thực.
 - + Kháng virus viêm gan: sài hồ.
- Bài thuốc tiêu biểu: Sài hồ sơ can thang hoặc Sài thực lục quân. Cụ thể:
 - + Trong chứng can uất tỳ hư ta dùng Sài hồ sơ can thang gia giảm

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn: tả nhiệt, sơ can giải uất, giải độc, thăng đề	12g	Tá
Bạch thược	Chua, đắng, lạnh: chỉ thống, liễm âm	8g	Thần
Chỉ thực	Đắng, cay, hơi lạnh: phá khí, tiêu tích, trừ bí mẫn	6g	Thần
Xuyên khung	Cay, ấm: hoạt huyết, hành khí	8g	Thần
Hậu phác	Đắng, cay, ấm: hành khí, tiêu tích	6g	Thần
Cam thảo bắc	Ngọt, bình: bổ trung ích khí, hoà trung	6g	Thần
Đương quy	Vị ngọt, ấm: bổ huyết, hoạt huyết	8g	Thần
Đại táo	Ngọt, bình: bổ trung ích khí, dưỡng huyết, an thần, hoà hoãn dược tính	8g	Thần

- Nếu cảm giác đau tức nặng vùng gan làm bệnh nhân khó chịu nên tăng thêm liều bạch thược, cam thảo 12g, xuyên khung 10g, chỉ thực 10g, hậu phác 10g.
- Nếu bệnh nhân bị viêm gan mạn tính do các bệnh tự miễn tăng liều bạch thược, cam thảo bắc lên 20- 30g.
- Nếu viêm gan mạn do virus nên gia thêm diệp hạ minh châu (chó đẻ răng cưa) 50g để ức chế men ADN polymerase của virus viêm gan B; tăng đương quy, đại táo lên 20g.

+ Hoặc Sài thược lục quân gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn: tả nhiệt, sơ can giải uất, giải độc, thăng đề	12g	Tá
Bạch thược	Chua, đắng, lạnh: chỉ thống	12g	Tá
Bạch truật	Ngọt, ấm: kiện tỳ, lợi thấp	12g	Quân
Đảng sâm	Ngọt, bình: bổ trung, ích khí	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, bình: lợi thấp	8g	Thần
Cam thảo bắc	Ngọt, bình: bổ trung, ích khí, hoà trung	6g	Tá
Trần bì	Cay, đắng, ấm: lý khí, điều trung	6g	Thần
Bán hạ chế	Cay, ôn: hạ khí nghịch, tiêu đờm	8g	Tá

- Nếu bệnh nhân chán ăn, người mệt mỏi, đại tiện phân máu thì gia thêm bạch truật, đảng sâm mỗi thứ 10g, phục linh 12g.

- Nếu lợm giọng, buồn nôn thì gia thêm trần bì, bán hạ chế 10g.
- Nếu viêm gan mạn do virus nên gia thêm diệp hạ, minh châu 50g để ức chế men ADN polymerase của virus viêm gan B.
- Nếu viêm gan mạn do bệnh tự miễn thì tăng liều bạch truật, đương quy, đẳng sâm, cam thảo bắc lên 20- 30g.
- Nếu viêm gan mạn tính do dùng thuốc hay rượu thì tăng liều cam thảo bắc, bạch truật lên 20-30g.

6.2.3. Tư dưỡng can âm

- Dùng phép tư dưỡng can âm với mục đích:
 - + An thần: cho nữ trinh tử, hà thủ ô đỏ.
 - + Bảo vệ tế bào gan chống thoái hoá mỡ: do bretain của câu kỷ tử.
 - + Tăng chức năng miễn dịch của cơ thể: glucocid của bạch thược, polysaccharid của kỷ tử.
 - + Hạ sốt: sa sâm.
- Bài thuốc tiêu biểu: Nhất quan tiền gia giảm (nhất là trong chứng can âm hư).
 - + Trong chứng can âm hư ta dùng Nhất quan tiền gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sa sâm	Ngọt, hơi hàn: dưỡng âm, sinh tân, ích vị	12g	Quân
Sinh địa	Ngọt, đắng, lạnh: lương huyết, sinh tân, nhuận táo	12g	Thần
Nữ trinh tử	An thần	12g	Thần
Mạch môn	Ngọt, đắng hơi lạnh: dưỡng âm, sinh tân, ích vị, nhuận trường	12g	Tá
Bạch thược	Chua, đắng, lạnh: chỉ thống, liễm âm	12g	Tá
Kỷ tử	Ngọt, bình: tư bổ can thận, sinh tinh huyết	12g	Tá
Hà thủ ô đỏ chế	Ngọt, đắng, hơi ấm: dưỡng huyết, ích tinh	12g	Tá

- Nếu viêm gan mạn tính do virus nên tăng liều bạch thược lên 20g, kỷ tử 30g; thêm diệp hạ minh châu 50g.
- Nếu viêm gan mạn tính do rượu nên tăng liều kỷ tử lên 30g.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trong giai đoạn virus viêm gan sao chép mã di truyền (replicat) chẩn đoán huyết thanh nào sau đây sẽ dương tính

- A. HBsAg
 - B. HBeAg
 - C. AntiHBe
 - D. AntiHBg
 - E. AntiHBs
2. Trong giai đoạn virus viêm gan sao chép mã di truyền (replicat) hình ảnh mô học nào của viêm gan sẽ không hiện diện
- A. Hoại tử quanh khoảng cửa
 - B. Viêm quanh khoảng cửa
 - C. Hoại tử trong thùy
 - D. Giãn nở các xoang gan
 - E. Hoá sợi
3. Chứng cứ nào sau đây không chứng tỏ viêm gan tự miễn là một loại bệnh do rối loạn miễn dịch
- A. Sự có mặt của các tự kháng thể trong máu
 - B. Đáp ứng tốt với glucocorticoid
 - C. Viêm cầu thận do ứ đọng phức hợp kháng thể - kháng nguyên
 - D. Có mặt HLA B1, B8, DRW4, DEW4
 - E. Có mặt cytotoxic lympho T trong gan
4. Trong cơ chế bệnh sinh chứng hoàng đản hiệp thống, rối loạn công năng chủ yếu xảy ra ở tạng phủ nào
- A. Can - thận
 - B. Tỳ - thận
 - C. Tâm - tỳ
 - D. Can - tỳ
 - E. Tâm - thận
5. Trong viêm gan mạn tính do virus C, các triệu chứng sẽ trở nặng khi bệnh nhân có
- A. SGPT tăng 100UI
 - B. Mệt mỏi
 - C. Nghiện rượu

- D. Chán ăn
E. Đau vùng gan
6. Trong viêm gan mạn do virus ở giai đoạn cuối hoặc nặng, xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy
- A. SGPT tăng 200UI
 - B. Phosphatase alkalin tăng gấp rưỡi lần bình thường
 - C. Bilirubin tăng 3mg%
 - D. γ globulin tăng
 - E. Albumin máu giảm
7. Để chẩn đoán xác định viêm gan mạn tính do tự miễn, người ta dựa vào kết quả xét nghiệm nào sau đây
- A. Transaminase tăng 1000UI
 - B. Bilirubin tăng 10mg%
 - C. Phosphatase alkalin tăng gấp 2 lần bình thường
 - D. γ globulin tăng 2,5g%
 - E. Kháng thể - kháng nhân (ANA) (dương tính)
8. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể can uất tỳ hư của chứng hoàng đản hiệp thống
- A. Đau tức vùng gan
 - B. Sốt âm ỉ
 - C. Đại tiện phân nhão
 - D. Người mệt mỏi
 - E. Mạch huyền
9. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể can âm hư của chứng hoàng đản, hiệp thống
- A. Sốt âm ỉ
 - B. Mất ngủ
 - C. Đại tiện phân nhão
 - D. Lòng bàn tay, bàn chân nóng
 - E. Khát nước
10. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể can nhiệt tỳ thấp của chứng hoàng đản, hiệp thống
- A. Da vàng xạm
 - B. Đau tức vùng gan
 - C. Bụng đầy trướng

- D. Khát nước uống nhiều
 - E. Chán ăn
11. Chỉ định điều trị viêm gan mạn tính do virus B bằng interferon không đặt ra khi bệnh nhân có
- A. HBeAg dương tính
 - B. HBV ADN dương tính
 - C. SGPT tăng 1000UI
 - D. Bệnh gan còn bù
 - E. Cổ trướng
12. Chỉ định điều trị viêm gan mạn tính do virus C bằng interferon không đặt ra khi bệnh nhân có
- A. SGPT \geq bình thường 1,5 lần
 - B. HCV ARN dương tính
 - C. Tổn thương mô học ở mức độ nhẹ
 - D. Bệnh gan mất bù
 - E. Tổn thương mô học ở mức độ trung bình
13. Cơ chế tác dụng nào sau đây không thuộc interferon
- A. Hoạt hoá ribonuclease
 - B. Thúc đẩy sự thải loại tế bào gan bị nhiễm virus
 - C. Ức chế men ADN polymerase
 - D. Gia tăng hoạt tính killer cell
 - E. Ngăn chặn procollagen typ III
14. Tác dụng dược lý nào sau đây không nằm trong pháp trị thanh nhiệt trừ thấp
- A. Lợi mật và tống mật
 - B. Bảo vệ tế bào gan
 - C. Hạ sốt
 - D. Ức chế ADN polymerase (của chó đẻ răng cưa)
 - E. Tăng khả năng miễn dịch
15. Tác dụng dược lý nào sau đây không thuộc pháp trị sơ can kiện tỳ
- A. Kích thích tiêu hoá
 - B. Lợi mật và tống mật

- C. Bảo vệ tế bào gan
 - D. Điều hoà chức năng miễn dịch
 - E. Kháng virus viêm gan
16. Tác dụng dược lý nào sau đây không thuộc pháp trị tư dưỡng can âm
- A. An thần
 - B. Chống thoái hoá mỡ gan
 - C. Điều hoà chức năng miễn dịch
 - D. Điều hoà vận tính ruột
 - E. Hạ sốt
17. Bài Sài hồ sơ gan thang (gồm sài hồ, bạch thược, chỉ thực, xuyên khung, hậu phác, cam thảo bắc, đương quy, đại táo), sẽ phải bội thêm vị nào trong điều trị viêm gan tự miễn
- A. Bạch thược, cam thảo bắc
 - B. Sài hồ, hậu phác
 - C. Xuyên khung, chỉ thực
 - D. Đương quy, đại táo
 - E. Hậu phác, chỉ thực
18. Bài thuốc Nhất quan tiền (gồm sa sâm, sinh địa, nữ trinh tử, mạch môn, bạch thược, kỷ tử, hà thủ ô chế) nên bội thêm vị nào trong điều trị viêm gan mạn tính do rượu
- A. Sa sâm
 - B. Câu kỷ tử
 - C. Bạch thược
 - D. Hà thủ ô đồ
 - E. Mạch môn
19. Bài thuốc Nhân trần ngũ linh (gồm nhân trần, bạch truật, phục linh, trư linh, trạch tả, sa tiên, đảng sâm, ý dĩ), nên bội thêm vị nào trong điều trị viêm gan mạn tính do virus
- A. Bạch truật, phục linh, diệp hạ minh châu
 - B. Đảng sâm, cam thảo bắc, trần bì
 - C. Sa tiên, ý dĩ, mộc hương
 - D. Nhân trần, trạch tả, hoàng cầm
 - E. Sa tiên, cam thảo bắc, hoàng liên

XƠ GAN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của 4 loại xơ gan: do rượu, do virus, do mật, do tim.
2. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của hội chứng xơ gan theo YHCT.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu cận lâm sàng của 4 loại xơ gan.
4. Trình bày được các thể lâm sàng hội chứng xơ gan.
5. Trình bày được hướng xử trí 4 loại biến chứng của xơ gan: cổ trướng, xuất huyết, hôn mê gan và viêm phúc mạc nguyên phát.
6. Trình bày được tác dụng dược lý của 3 phép trị hội chứng xơ gan theo YHCT.

1. ĐỊNH NGHĨA

Xơ gan là một bệnh lý có nhiều biểu hiện lâm sàng phản ánh một tổn thương nhu mô gan không hồi phục, bao gồm sự hoá sợi lan toả phối hợp với sự thành lập của đảo nhu mô gan tân sinh. Những hình ảnh này là kết quả từ:

- Sự hoại tử tế bào gan.
- Sự sụp đổ hệ thống võng nội mô nâng đỡ.
- Sự ứ đọng các mô liên kết.
- Sự rối loạn hệ mạch máu.
- Sự tân tạo những nốt nhu mô gan.

Diễn tiến bệnh lý này có thể coi như là con đường chung cuộc của bất cứ loại tổn thương gan mạn tính nào.

Hình ảnh lâm sàng của xơ gan sẽ phản ánh mức độ trầm trọng của tổn thương hơn là nguyên nhân của các bệnh đưa tới xơ gan. Trong đó:

- Sự mất chức năng của khối tế bào gan sẽ đưa tới vàng da, phù, rối loạn đông máu và hàng loạt các rối loạn biến chứng khác.

- Sự hoá sợi và xáo trộn cấu trúc mạch máu sẽ đưa tới tăng áp lực tĩnh mạch cửa và các biến chứng của nó.
- Trong khi cổ trướng và bệnh cảnh não gan là kết quả từ sự suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Hiện nay, cách phân loại xơ gan có lẽ hữu ích nhất là kết hợp giữa nguyên nhân và hình ảnh mô học theo như cách phân loại sau đây:

- Xơ gan do rượu.
- Xơ gan sau hoại tử hoặc sau viêm gan virus.
- Xơ gan do mật.
- Xơ gan do tim.
- Xơ gan do chuyển hoá, di truyền hoặc thuốc.
- Xơ gan do các nguyên nhân khác.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Bệnh gan do rượu và xơ gan

Thông thường một người uống rượu hơn 10 năm với liều lượng hơn 250ml rượu các loại mỗi ngày đều có khả năng đưa đến xơ gan. Trong đó cho thấy từ 10 - 15% những người nghiện rượu sẽ mắc bệnh xơ gan. Bệnh xơ gan do rượu thường diễn tiến làm 3 giai đoạn:

- Gan mỡ: gan to, vàng, chắc, tế bào gan giãn nở bởi những không bào mỡ đẩy nhân tế bào gan sang một phía. Sự tập trung mỡ trong tế bào gan là do sự hư hại cơ chế oxyd hoá mỡ, sự tăng thu nhận và sự ester hoá acid béo, giảm sự tổng hợp và bài tiết lipoprotein.
- Viêm gan do rượu: hình ảnh thoái hoá và hoại tử tế bào gan với những tế bào hình quả bóng, sự tẩm nhuộm tế bào lympho và bạch cầu đa nhân. Các bạch cầu đa nhân bao quanh các tế bào gan có chứa thể mallory (hyalin). Ngoài ra còn có sự ứ đọng sợi collagen quanh tế bào trung tâm tiểu thùy gan và vùng quanh khoảng cửa.
- Xơ gan: cùng với sự tiếp tục uống rượu và huỷ hoại tế bào gan. Các nguyên bào sợi xuất hiện và kích thích sự tạo thành collagen. Những vùng mô liên kết hình chân vịt xuất hiện quanh khoảng cửa và vùng cận trung tâm tiểu thùy gan sẽ nối kết và bao lấy những khối nhỏ tế bào gan và chúng sẽ thoái hoá tạo thành những nốt nhu mô gan. Lúc đó gan sẽ nhỏ lại, xuất hiện những nốt u và trở nên cứng.

Mặc dù xơ gan do rượu là một bệnh diễn tiến mạn tính nhưng nếu được điều trị thích đáng và bỏ hẳn rượu vẫn có thể chấm dứt bệnh ở bất kỳ giai đoạn nào.

2.1.2. Xơ gan sau khi nhiễm virus (xơ gan sau hoại tử)

Thống kê cho thấy 1/4 số người mang mầm bệnh virus B, C và 15% những người bị nhiễm virus viêm gan lúc còn trẻ sẽ diễn tiến đến xơ gan. Lúc này gan thu nhỏ kích thước, cấu trúc mô học gan bị đảo lộn và được thay thế bằng những đảo tế bào gan bị tách rời bởi những dải sợi dày và rộng.

2.1.3. Xơ gan do mật nguyên phát

Xơ gan do mật nguyên phát là bệnh lý rối loạn miễn dịch thường phối hợp với các hội chứng Calcinosis, Raynaud, loạn vận động thực quản, xơ cứng đầu chi, telangiectasy, SICCA (khô mắt và miệng), viêm tuyến giáp miễn dịch và Renal tubular acidosis, đái tháo đường typ I và suy giảm IgA. Khoảng 90% tìm thấy IgG kháng thể kháng ty lạp thể (AMA) có tác dụng ngăn chặn hoạt tính men pyruvat dehydrogenase, ketodehydrogenase và α ketoglutarat dehydrogenase. Nồng độ kháng thể IgG cao và các cryo protein còn làm hoạt hoá hệ thống bổ thể (80 - 90%). Ngoài ra người ta còn tìm thấy kháng nguyên phù hợp mô lớp II ở lớp biểu bì của đường mật. Tất cả những yếu tố trên thúc đẩy một tình trạng viêm và huỷ hoại cấu trúc của gan.

Về hình ảnh mô học có 4 giai đoạn:

- Viêm huỷ hoại không ngưng mũ đường mật trong gan, tại vùng cửa của ống mật nhỏ đều bị tắc nghẽn bởi các tế bào viêm dày đặc cùng với hiện tượng hoá sợi đưa đến ứ mật.
- Sự tắc nghẽn giảm nhưng có hiện tượng tăng sinh các ống mật nhỏ.
- Giảm số lượng ống mật liên thùy, mất tế bào gan, hoá sợi lan rộng quanh khoảng cửa.
- Sự phát triển các nốt tế bào gan tân tạo lớn và nhỏ.

2.1.4. Xơ gan do tim

Suy tim phải với sự truyền ngược áp lực máu lên tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch gan đưa đến sung huyết tại gan, các xoang gan giãn nở vì ứ máu. Tình trạng sung huyết và thiếu O_2 lâu dài đưa đến hoại tử tế bào gan ở trung tâm tiểu thùy và sau cùng là hoá xơ từ vùng trung tâm lan toả tới khoảng cửa.

2.1.5. Bệnh Wilson

Đây là bệnh di truyền theo gen lặn, khiến cho sự chuyển hoá chất đồng bởi men ceruloplasmin bị rối loạn đưa đến ứ đọng chất đồng trong gan và một số cơ quan khác.

2.1.6. Hemochromatosis

Có thể do di truyền liên quan đến kháng nguyên phù hợp mô HLA -A6 hoặc hậu quả bệnh thalassemia và sideroblastic anemia, gây ứ đọng sắt trong gan, tim, tụy và một số cơ quan khác.

2.1.7. *Porphyria cutanea tarda (PCT)*

Sự thiếu hụt men uroporphyrin decarboxylase đưa đến ứ đọng porphyrin trong gan. Ngoài ra có thể do bị nhiễm một số hoá chất như hexachlorobenzen, Di-tri chlorophenol và 2, 3, 7, 8 tetrachlorodibenzo - p - dioxin.

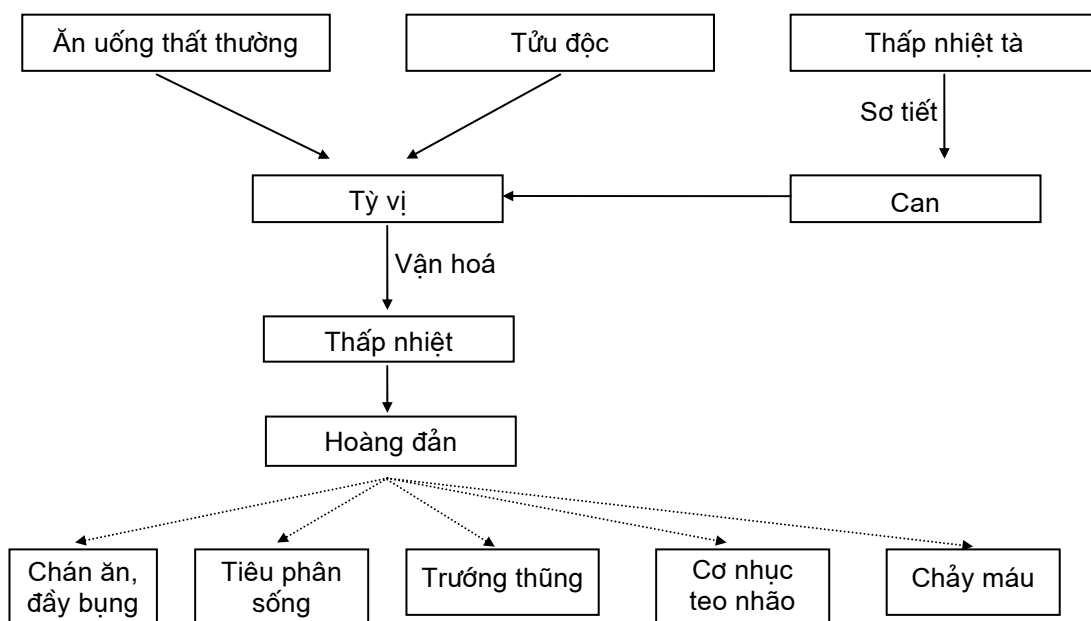
2.2. Theo y học cổ truyền

Chúng xơ gan cổ trướng thuộc phạm trù chứng trướng và hoàng đản theo YHCT mà nguyên nhân có thể do:

- Cảm thụ thấp nhiệt tà ảnh hưởng tới chức năng sơ tiết của gan. Can khí không sơ tiết khiến cho tỳ vị không vận hoá thủy cốc đưa đến thấp và nhiệt.
- Thấp nhiệt uất kết đưa đến hoàng đản.
- Thấp nhiệt uất kết lâu ngày làm tổn hao khí huyết của tỳ vị khiến cho các chức năng của tỳ vị như:
 - + Giáng nạp thủy cốc.
 - + Vận hoá thủy cốc, thủy thấp.
 - + Thăng thanh giáng trọc.
 - + Thống nhiếp huyết.
 - + Chủ cơ nhục, tứ chi.

Các chức năng trên đều bị tổn thương đưa đến chán ăn, đầy bụng, nôn mửa, tiêu phân sống, phù, cổ trướng, chảy máu, gầy sút cân v.v..

Ngoài ra còn phải kể đến nguyên nhân ẩm thực thất thường và uống rượu cũng trực tiếp làm tổn hại đến công năng tỳ vị.



3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Xơ gan do rượu

- Bệnh gan mỡ thường không có triệu chứng và khó nhận biết.
- Viêm gan do rượu thường chán ăn, buồn nôn, mệt mỏi, sụt cân, cảm giác khó chịu ở trong bụng và vàng da; sốt 39°C gặp trong 1/2 trường hợp; gan to, đau; lách to gặp trong 1/3 trường hợp, có dấu sao mạch. Nặng hơn có thể là cổ trướng, phù, xuất huyết và bệnh cảnh não gan.
- Xơ gan: triệu chứng lâm sàng có thể âm ỉ, kín đáo trong 40% trường hợp, thông thường bệnh nhân chán ăn và suy dinh dưỡng đưa đến sút cân, teo cơ, vàng da ngày một tăng dần, xuất huyết tiêu hoá, cổ trướng và bệnh cảnh não gan.
- Khám gan có thể có triệu chứng gan to hoặc bình thường hoặc nhỏ, ngoài ra còn có những dấu hiệu vàng da, lòng bàn tay son, móng tay mặt kính đồng hồ (clubbing finger), lách to, thiếu máu, cổ trướng và hoặc phù toàn thân. Đàn ông có triệu chứng vú to, teo tinh hoàn, rụng lông. Phụ nữ bị rối loạn kinh nguyệt.
- Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy:
 - + SGOT tăng nhẹ trong giai đoạn gan mỡ, đôi khi có tăng phosphatase alkanin và bilirubin.
 - + Trong giai đoạn nặng hơn SGOT tăng ≈ 300 UI.

$$\frac{\text{SGOT}}{\text{SGPT}} > 2$$

- Có dấu hiệu thiếu máu, tăng năng lách và thiếu máu huyết tán.
- Thời gian prothrombin kéo dài.
- ALB máu giảm, globulin máu tăng (do sự kích thích hệ võng nội mô), đôi khi có tăng amoniác máu.
- Bất dung nạp glucose.
- Giảm natri và kali máu do hiện tượng cường aldosteron.

Để đánh giá tiên lượng một người xơ gan do rượu, người ta thường dùng chỉ số:

$$\text{Disriminant fraction} = \frac{4,6 \times [(\text{prothrombin} - \text{control}) \text{ tim} + \text{total Bil } \mu\text{m/l}]}{17} > 32$$

Nếu tỷ số càng cao tiên lượng càng xấu và tỷ lệ sống sót sau 5 năm không quá 50%.

3.1.2. Xơ gan sau nhiễm virus

Với dấu hiệu lâm sàng của tăng áp của rõ ràng như cổ trướng, lách to, tăng năng lách, xuất huyết do vỡ, giãn tĩnh mạch thực quản và bệnh cảnh não gan. 75% trường hợp bệnh nhân chết trong khoảng 1 - 5 năm do xuất huyết, bệnh cảnh não gan hoặc ung thư gan.

Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy:

$$\frac{\text{SGOT}}{\text{SGPT}} < 1$$

γ globulin tăng.

Trong giai đoạn nặng hơn, có thể gặp albumin máu giảm và prothrombin time kéo dài.

Chẩn đoán nguyên nhân dựa vào test huyết thanh (xem bài viêm gan mạn).

3.1.3. Xơ gan do mật nguyên phát

Ở những trường hợp phát bệnh có triệu chứng, 90% trường hợp gặp ở phụ nữ tuổi 35 - 60.

Đầu tiên ngứa lòng bàn tay, bàn chân, mệt mỏi.

Sau nhiều tháng, năm vàng da xuất hiện, da trở nên sậm màu ở những vùng phơi ra ánh sáng.

– Tình trạng tiêu phân mỡ và rối loạn hấp thu đưa đến:

- + Thiếu vitamin D với triệu chứng đau xương do nhuyễn xương hoặc loãng xương.
- + Thiếu vitamin A với triệu chứng quáng gà.
- + Thiếu vitamin E với triệu chứng viêm da.
- + Cùng với tình trạng suy tế bào gan và tăng áp cửa.

Bệnh nhân chỉ sống từ 5 - 10 năm kể từ khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh.

– Xét nghiệm cho thấy:

- + Phosphatase alkin tăng gấp 2 - 5 lần so với trị số bình thường.
- + 5' nucleotidase tăng, glutamyltranspeptidase tăng.
- + Tăng lipid máu và xuất hiện lipoprotein X.
- + Bilirubin toàn phần tăng 30mg%.
- + Transaminase tăng 150 - 200VI.

- Chẩn đoán xác định:
 - + 90% AMA dương tính với hiệu suất > 1:40
 - + Nếu AMA (-) nên làm thêm xét nghiệm tìm:
 - Kháng thể kháng protein E2.
 - Kháng thể kháng nhân ANA.
 - Kháng thể kháng cơ trơn ASM.

3.1.4. Xơ gan do tim

- Gan to và đau, cảm giác đau vùng hạ sườn phải, nhưng thông thường dấu hiệu suy tim che mờ dấu hiệu của gan. Trong trường hợp suy tim do hở van 3 lá sẽ có triệu chứng gan đập theo nhịp.
- Cổ trướng và phù thũng thường do suy tim đưa đến.
- Xuất huyết tiêu hoá ít gặp nhưng bệnh cảnh não gan rất thường gặp. Cùng với thời gian suy tim kéo dài, gan trở nên to cứng không còn đau.

Dấu hiệu cận lâm sàng không đặc thù, chỉ cho thấy có tăng nhẹ bilirubin, tăng phosphatase alkaline, SGOT tăng cao và tạm thời trong những tình trạng shock gan, prothrombin time kéo dài.

Chẩn đoán xác định dựa trên gan to, chắc cộng với các bất thường cận lâm sàng của một bệnh gan mạn tính trên một bệnh nhân bị bệnh van tim, viêm thất màng ngoài tim hoặc tâm phế mạn tính.

Cũng cần chẩn đoán phân biệt với bệnh Budd - Chiari với dấu hiệu giãn tĩnh mạch xoang gan và sung huyết thùy trung tâm (trên sinh thiết gan) mà không có bệnh lý suy tim phải. Đây là bệnh thuyên tắc tĩnh mạch gan hoặc tĩnh mạch chủ dưới do:

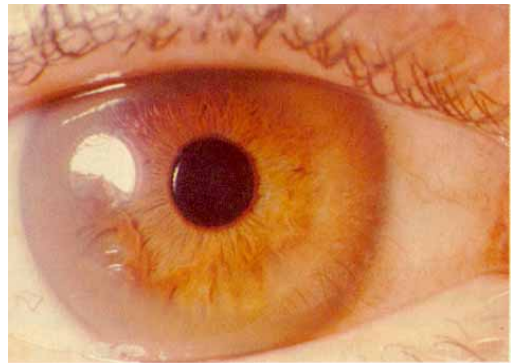
- + Bệnh đa hồng cầu Rubra Vera.
- + Hội chứng Myelo proliferative.
- + Bệnh đái huyết sắc tố kịch phát ban đêm.
- + Các rối loạn tăng đông máu và việc dùng thuốc ngừa thai.
- + Sự xâm lấn bởi các khối u từ thận hoặc từ gan.
- + Xạ trị gan, thuốc chống ung thư và một alkaloid pyrrolidizin có trong dược thảo của YHCT.

3.1.5. Bệnh Wilson

Nên nghĩ đến ở những bệnh nhân dưới 40 tuổi bị viêm gan mạn tính hoặc xơ gan mà không tìm thấy nguyên nhân nào khác.

Sự chẩn đoán dựa trên:

- Bệnh nhân có bệnh gan, bệnh thần kinh hoặc một rối loạn tâm thần mà nguyên nhân không xác định.
- Anh chị em ruột có người bị bệnh Wilson.
- Vòng Kayser-Fleischer trên giác mạc.
- Nồng độ ceruloplasmin/máu <20mg%.
- Tăng transaminase máu kéo dài, không giải thích được.



Chẩn đoán chắc chắn khi sinh thiết gan cho thấy hình ảnh viêm gan lan toả cùng với sự xuất hiện những nốt xơ (macronodular cirrhosis) và nồng độ đồng (Cu) trong gan > 250µg%.

3.1.6. Bệnh hemochromatosis

Khoảng 50% bệnh nhân sẽ diễn tiến tới xơ gan và 30% diễn tiến tới ung thư gan.

- Bệnh có biểu hiện:
 - + Gan to (95%).
 - + Tăng sắc tố da (90%) với màu đen của kim loại.
 - + Đái tháo đường (65%).
 - + Bệnh khớp (25- 50%).
 - + Suy tim, loạn nhịp tim (15%).

Ngoài ra còn có những biểu hiện của suy tuyến sinh dục (hypogonadism) suy thượng thận, suy giáp và phó giáp.

- Các xét nghiệm giúp chẩn đoán như:
 - + Sắt huyết tương: 180 - 300 µg%.
 - + Total iron binding capacity: 200 - 300µg%.
 - + Transferin saturation: 50 - 100%.
 - + Serum ferritin: 900 - 6000µg/l.

3.1.7. Bệnh porphyria cutanea tarda

Bệnh biểu hiện bằng những sang thương da như mụn, bọng nước ở những vùng da phơi ra ánh sáng, sau đó chuyển thành những mảng trắng hoặc tăng sừng hoá, tăng sắc tố hoặc những sang thương như xơ cứng bì. Chẩn đoán xác định dựa trên sự xuất hiện porphyrin trong nước tiểu (nước tiểu sậm đen).

3.2. Theo y học cổ truyền

3.2.1. Thể can uất tỳ hư

Với triệu chứng mệt mỏi, chán ăn, tức nặng vùng gan, bụng trướng đầy hơi, đại tiện phân nát, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền tế (thường gặp trong giai đoạn xơ gan còn bù).

3.2.2. Thể tỳ thận dương hư

Mệt mỏi, ăn kém, bụng trướng, chân phù, tiểu ít, đi ngoài phân loãng, sắc mặt vàng tái, lưỡi nhợt bệu, mạch trầm tế.

3.2.3. Thể âm hư thấp nhiệt

Sắc mặt vàng sạm, chảy máu da niêm mạc, cổ trướng, chân phù, sốt hâm hấp, phiền táo, họng khô, tiểu ít, cầu táo, lưỡi đỏ khô, mạch huyền tế sắc (thường gặp trên những bệnh nhân xơ gan, có rối loạn điện giải và suy tế bào gan nặng).

3.2.4. Thể khí trệ huyết ú

Với triệu chứng đau tức 2 bên mạng sườn, bụng trướng nổi gân xanh, người gầy, môi lưỡi tím, mạch tế (thường gặp trong thể xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa).

3.2.5. Thủy khí tương kết

Cổ trướng phát triển nhanh, khó thở, mạch huyền sắc.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Theo y học hiện đại

Nguyên tắc:

- Chữa bệnh nguyên nhân.
- Giải quyết biến chứng.

4.1.1. Chữa bệnh nguyên nhân

a. Xơ gan do rượu

- Chế độ ăn uống:
 - + Nếu không có nghi ngờ bệnh cảnh não gan nên cho ăn 1g đạm/kg thể trọng/ngày và từ 2000 - 3000 calo/ngày, kết hợp thêm đa sinh tố.
 - + Ngừng uống rượu hoàn toàn.

- + Thận trọng khi dùng những thuốc lợi tiểu, an thần, paracetamol (< 2g/ngày), aspirin và tất cả những thuốc được chuyển hoá tại gan và bài tiết theo đường mật.
- Thuốc:
 - + Tiêm B₁ liều cao cho bệnh nhân có hội chứng Wernick - Korsakoff.
 - + Prednison 20 - 40mg/ngày trong 4 tuần chỉ dùng cho những bệnh nhân có bệnh cảnh não gan hoặc chỉ số Discriminant fraction > 32 mà không có xuất huyết tiêu hoá hoặc nhiễm trùng trước đó.

b. Xơ gan do nhiễm virus

Chỉ tập trung giải quyết biến chứng, đặc biệt là vấn đề nhiễm trùng.

c. Xơ gan do mật nguyên phát

- Ghép gan là phương cách tối ưu nhất dù sau đó AMA vẫn dương tính vào khoảng 25% trường hợp và tổn thương mô học vẫn còn kéo dài trong 5 năm.
- Ursodiol (10 - 15mg/kg/ngày) cho thấy có cải thiện men gan và phosphatase alkaline.
- Dùng cholestyramin 8 - 12g/ngày làm giảm ngứa và giảm cholesterolemia.
- Ăn ít mỡ để giảm triệu chứng tiêu phân mỡ.
- Tiêm vitamin A và D, bổ sung chất kẽm nếu quá nặng không đáp ứng với vitamin A.
- Bổ sung calci và vitamin D trong những bệnh lý của xương [nên dùng 25 (OH) D₃ hoặc 1,25 (OH)D₃].

d. Xơ gan do tim

Chữa bệnh tim

e. Bệnh Wilson

Loại bỏ đồng (Cu) ra khỏi gan bằng D.penicillamin 1g/ngày, uống làm nhiều lần trong ngày và điều trị suốt đời.

Ngoài ra không nên ăn sò, chocolat, gan, nấm và hạt dẻ vì có chứa chất đồng.

f. Bệnh hemochromatosis

Trích máu mỗi 500ml/mỗi tuần liên tục trong 1 - 2 năm cho đến khi transferrin trở về bình thường.

Sau đó tiếp tục mỗi 3 tháng trích máu 1 lần hoặc trích máu mỗi tuần 1 lần kết hợp với tiêm truyền dexferoxamin.

g. Porphyria cutanea tarda

- Không uống rượu, không sử dụng estrogen hoặc thuốc có chất sắt (Fe).

- Trích máu 450ml/1 - 2 tuần.
- Hoặc chloroquin 125mg x 2 lần/tuần.

4.1.2. Giải quyết biến chứng

a. Cổ trướng và /hoặc phù

Với tỷ lệ 60% trên người bị xơ gan và là nguyên nhân gây thiếu O₂ máu (hội chứng gan phổi) và gây nguy cơ viêm phúc mạc nguyên phát.

Mục đích chỉ cần làm giảm:

- 0,5 kg/ngày ở người cổ trướng.
- 1 kg/ngày ở người có cả cổ trướng và phù.

Các biện pháp gồm:

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường trong tư thế nằm ngửa.
- Hạn chế muối (2g muối ăn/ngày, chỉ uống khoảng 1 lít nước/ngày để tránh hạ natri máu).
- Thuốc lợi tiểu: spironolacton 25 mg x 4 lần mỗi ngày, sau mỗi vài ngày tăng thêm 100mg cho đến khi đạt liều tối đa 400mg/ngày. Nếu không hiệu quả nên kết hợp thêm furosemid 20 - 80mg/ngày.
- Chọc tháo ổ bụng 1, 5 lít - 2 lít/tuần, nên dùng khi có nguy cơ bệnh nhân bị rối loạn thông khí do cổ trướng quá to.

Hai liệu pháp trên đây cần theo dõi huyết động học và ion đồ máu, nước tiểu để ngăn ngừa nguy cơ gây bệnh cảnh não gan và hội chứng gan thận.

- Truyền albumin nhưng coi chừng nguy cơ gây xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.
- Phẫu thuật nối sid to sid porto - caval shunt hoặc peritoneo - venous shunt.

b. Viêm phúc mạc nguyên phát (spontaneous bacterial peritonitis)

Viêm phúc mạc nguyên phát với hội chứng sốt, ớn lạnh, đau khắp bụng, có phản ứng thành bụng hoặc đôi khi chỉ thấy vàng da nặng lên và bệnh cảnh não gan.

Chẩn đoán xác định bằng cách chọc dò dịch màng bụng cho thấy:

- Bạch cầu > 500 con/1μl dịch với ≥ 50% là bạch cầu đa nhân.
- Cấy vi trùng thường gặp các loại trực khuẩn Gram (-) ở ruột, hiếm gặp hơn là các loại Pneumococci và trực khuẩn Gram (+).
- Nếu BC > 10.000 con/1μl dịch, cấy ra nhiều loại vi trùng thì có thể là viêm phúc mạc thứ phát.

- Ngoài ra còn có tình trạng monomicrobial nonneutrocytic bacterascite: cấy dịch màng bụng thấy có vi trùng nhưng bạch cầu neutro < 250 con, loại này thường gặp ở bệnh gan có diễn tiến không nặng lắm.

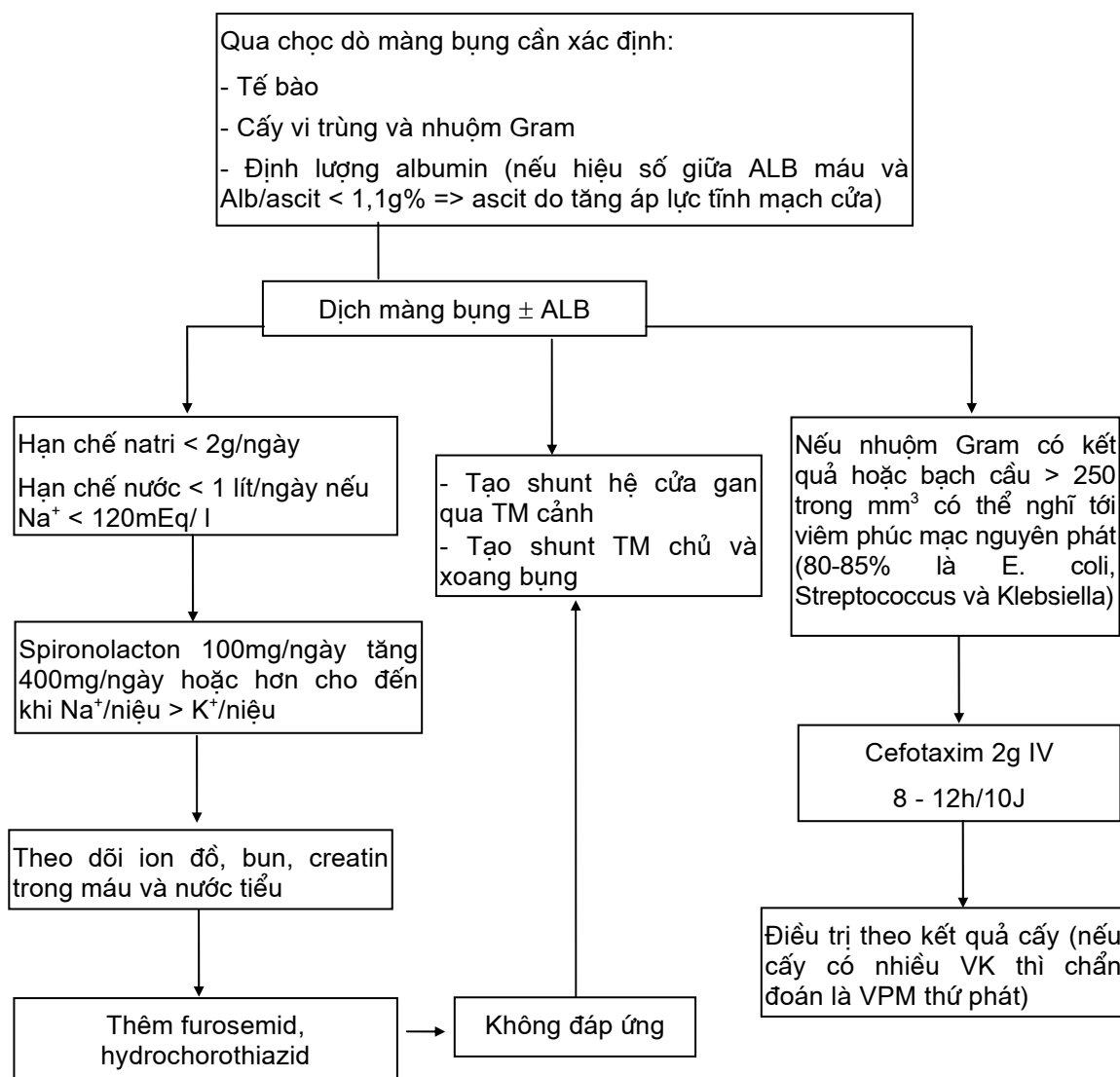
Điều trị: cefotaxim 2g/ngày trong 10 - 14 ngày.

Tuy nhiên một liệu trình ngắn ngày (5 ngày) cũng cho kết quả tương tự.

Tuy nhiên do tỷ lệ tái phát cao, 70% trong vòng 1 năm nên cần phải phòng ngừa bằng:

- Ciprofloxacin 750mg/1 lần mỗi tuần.
- Norfloxacin 400mg/ngày.
- Hoặc bactrim dùng 5 ngày/tuần.

Có thể làm giảm tỷ lệ tái phát đến 65%.



c. Võ giãn tĩnh mạch thực quản

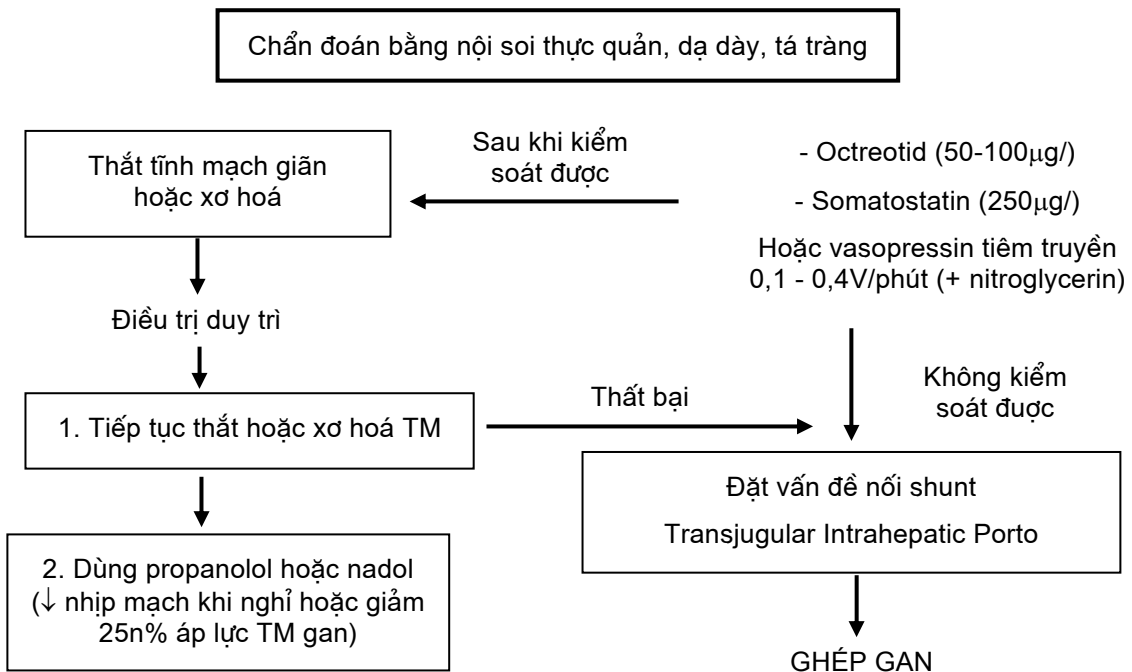
Võ giãn tĩnh mạch thực quản là yếu tố gây tử vong cao nhất ở người xơ gan (50% chỉ sống được 2 tuần và 10% chỉ sống được 1 năm).

Xử trí cấp cứu:

- Tiêm truyền vasopressin 0,1 - 0,4UI/phút, nếu trên những bệnh nhân có thiếu máu cơ tim nên kết hợp nitroglycerin tiêm mạch hoặc isosorbid dinitrat ngậm dưới lưỡi vừa giảm phản ứng phụ vừa tăng tác dụng của vasopressin.
- Tiêm tĩnh mạch 1 liều somatostatin 250µg và sau đó tiếp tục tiêm truyền tĩnh mạch somatostatin với tốc độ 250µg/giờ (có thể sử dụng một chất đồng phân với somatostatin là octreotid với tốc độ tiêm truyền tĩnh mạch 25µg - 50µg/giờ).
- Sử dụng balloon tamponad loại sengstaken blakemore (3 lòng ống) hoặc minesota (4 lòng ống).
- Nội soi thực quản để xơ hoá và thắt búi giãn tĩnh mạch.

Phòng ngừa: propranolol 20mg - 40mg chia làm 2 lần/ngày và có thể tăng lên 160mg/ngày (duy trì nhịp tim chỉ bằng 25% nhịp bình thường là được). Phương pháp này có thể kiểm soát được 30% tai biến xuất huyết.

SƠ ĐỒ ĐÁNH GIÁ LƯỢNG MÁU MẤT VÀ LƯỢNG DỊCH CẦN BỒI HOÀN TRONG VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN



d. Bệnh cảnh não gan

Với các mức độ rối loạn ý thức từ rối loạn tác phong, nhân cách, trí nhớ đến hôn mê sâu cùng với dấu rung vẩy bàn tay (flapping tremor).

4 GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA BỆNH CẢNH NÃO GAN			
Giai đoạn	Tình trạng ý thức	Dấu rung vẩy	Não đồ
I	Sảng khoái hoặc trầm cảm, hơi lảm lẫn, nói xì xào, rối loạn giấc ngủ	+ / -	Sóng 3 pha
II	Lơ mơ, lảm lẫn	+	Sóng 3 pha
III	Lảm lẫn nhiều, nói không hiểu được, ngủ gà	+	Sóng 3 pha
IV	Hôn mê, có đáp ứng với kích thích đau nhưng sẽ mất dần	-	Sóng delta

Xử trí bằng cách:

- Loại bỏ protein ra khỏi chế độ ăn của bệnh nhân.
- Xác định những yếu tố tham gia như xuất huyết tiêu hoá, rối loạn nước điện giải, thuốc an thần, nhiễm trùng, táo bón v.v... và phải điều chỉnh ngay.
- Thuốc:
 - + Lactulose sirop (30 - 60ml/giờ) hoặc lactulol (10 - 20ml/ngày) sao cho bệnh nhân phải đi tiêu chảy.
 - + Neomycin 0,5g - 1g x 4 lần/ngày (có thể sử dụng metronidazol).
 - + Việc sử dụng men thúc đẩy chuyển hoá NH_3 thành urê (dược phẩm ornithin carbamin transferase) levodopa, bromocriptin, các chất đồng phân keto của các acid amin chưa được đánh giá là có hiệu quả.
 - + Trong trường hợp hôn mê do benzodiazepin có thể dùng flumazenil làm chất đối kháng.

e. Hội chứng gan thận

Là một tình trạng suy thận trên bệnh cảnh xơ gan mà không tìm thấy một tổn thương thực thể nào ở thận. Nguyên nhân đưa đến hội chứng này tương tự như bệnh cảnh não gan. Có thể một sự mất cân bằng trong chuyển hoá acid arachidonic đã gây ra rối loạn này.

Chẩn đoán dựa vào tình trạng đột nhiên:

- Bệnh nhân vô niệu (<50ml nước tiểu /24h).
- Huyết áp tâm thu < 90mHg.
- Na⁺ niệu <5mmol/l.
- Creatinin máu > 1,5g/100ml.

} dù đã ngừng thuốc lợi tiểu và bồi hoàn nước điện giải đầy đủ.

Một số trường hợp có đáp ứng với việc truyền albumin, nhưng cách điều trị tốt nhất là ghép gan.

4.2. Theo y học cổ truyền

4.2.1. Sơ can kiện tỳ

- Mục đích (xem bài viêm gan mạn tính).
 - + Kích thích tiêu hoá thông qua tác dụng tăng hoạt tính của men tụy như bạch truật, phục linh, trần bì v.v..
 - + Bảo vệ tế bào gan: sài hồ, đương quy, đại táo, glyciridin của cam thảo.
 - + Điều hoà chức năng gan: bạch truật.
 - + Miễn dịch: sài hồ, đẳng sâm, bạch truật, glucid của bạch thực.
 - + Kháng virus viêm gan: sài hồ.

Cụ thể trong chứng can uất tỳ hư dùng bài Sài hồ sơ can hoặc Sài thực lục quân.

- Phương dược: Sài hồ sơ can thang gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn: tả nhiệt, sơ can giải uất, giải độc, thăng đề	12g	Tá
Bạch thực	Chua, đắng, lạnh: chỉ thống, liễm âm	8g	Thần
Chỉ thực	Đắng, cay, hơi lạnh: phá khí, tiêu tích, trừ bí mãn	6g	Thần
Xuyên khung	Cay, ấm: hoạt huyết, hành khí	8g	Thần
Hậu phác	Đắng, cay, ấm: hành khí, tiêu tích	6g	Thần
Cam thảo bắc	Ngọt, bình: bổ trung ích khí, hoà trung	6g	Thần
Đương quy	Vị ngọt, ấm: bổ huyết, hoạt huyết	8g	Thần
Đại táo	Ngọt, bình: bổ trung ích khí, dưỡng huyết, an thần, hoà hoãn dược tính	8g	Thần

- + Nếu cảm giác đau tức nặng vùng gan làm bệnh nhân khó chịu thì nên tăng thêm liều bạch thực 12g, cam thảo 12g, xuyên khung 10g, chỉ thực 10g, hậu phác 10g.

+ Hoặc: Sài thuộc lục quân gia giảm:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn: tả nhiệt, sơ can giải uất, giải độc, thăng đề	12g	Tá
Bạch thược	Chua, đắng, lạnh: chỉ thống	12g	Tá
Bạch truật	Ngọt, ấm: kiện tỳ, lợi thấp	12g	Quân
Đảng sâm	Ngọt, bình: bổ trung ích khí	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, bình: lợi thấp	8g	Thần
Cam thảo bắc	Ngọt, bình: bổ trung ích khí, hoà trung	6g	Tá
Trần bì	Cay, đắng, ấm: lý khí, điều trung	6g	Thần
Bán hạ chế	Cay, ôn: hạ khí nghịch, tiêu đờm	8g	Tá

+ Nếu bệnh nhân chán ăn, người mệt mỏi, đại tiện phân nát thì gia thêm bạch truật, đảng sâm mỗi thứ 10g; phục linh 12g.

+ Nếu lợm giọng, buồn nôn thì gia thêm trần bì, bán hạ chế mỗi thứ 10g.

4.2.2. Ôn trung hành thủy

– Mục đích:

+ Lợi tiểu: do trạch tả, phúc bì, phục linh và thông qua tác dụng tăng cardiac output và làm tăng lưu lượng máu tới thận của phụ tử chế, hoàng kỳ.

+ Kích thích tiêu hoá thông qua sự bài tiết dịch vị của quế chi, can khương, xuyên tiêu, hậu phác.

+ Cải thiện chuyển hoá protein ở gan, giảm amoniac máu, bảo vệ tế bào gan của hoàng kỳ, phụ tử chế, phục linh.

– Cụ thể trong chứng tỳ thận dương hư dùng bài Phụ tử lý trung gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Phụ tử chế	Cay, ngọt, rất nóng: trợ dương, ôn bổ mệnh môn	12g	Quân
Quế chi	Cay, ngọt, ấm: tán hàn, hành huyết, lợi thủy	6g	Thần
Can khương	Cay, ấm: trợ dương, trừ hàn, chỉ thống, trừ ẩu thổ	6g	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: kiện tỳ, lợi niệu, thẩm thấp	12g	Thần
Hậu phác	Đắng, cay, ấm: hành khí, tiêu tích	6g	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	12g	Thần
Đại phúc bì	Cay, đắng ấm: thông tiện, lợi thấp	12g	Thần
Xuyên tiêu	Cay, nóng: ôn trung, chỉ thống	6g	Thần
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ khí, thăng dương khí của tỳ	12g	Thần

- + Nếu bệnh nhân phù nhiều, mệt mỏi, khó thở có thể tăng trạch tả, đại phúc bì 20g, hoàng kỳ 20g.
- + Nếu mệt mỏi chỉ tăng hoàng kỳ 20g.

4.2.3. Tư âm lợi thấp

- Mục đích
 - + Lợi tiểu: trạch tả, bạch truật, phục linh, rễ cỏ tranh.
 - + Bảo vệ tế bào gan bằng tác dụng ức chế miễn dịch như thực địa.
 - + Tăng chuyển hoá mỡ tại gan như: đan sâm, trạch tả, phục linh, bạch truật.
 - + Cung cấp các acid amin như hoài sơn.
 - + Cầm máu: thực địa.
 - + Hạ sốt: đơn bì.
- Cụ thể trong chứng âm hư thấp nhiệt dùng bài Lục vị địa hoàng gia giảm

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ấm: dưỡng huyết, bổ thận âm	12g	Quân
Sơn thù	Chua, hơi ấm: ôn bổ can thận	8g	Thần
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ phế thận, sinh tân, chỉ khát	12g	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: kiện tỳ, lợi niệu, thẩm thấp	8g	Thần
Đan bì	Cay, hơi lạnh: thanh huyết nhiệt, tán huyết ứ	8g	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	8g	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm: kiện tỳ táo thấp	12g	Thần
Đương quy	Ngọt, cay ấm: dưỡng huyết, hoạt huyết	8g	Thần
Địa cốt bì	Ngọt, lạnh: lương huyết, thanh hoả	12g	Thần
Bạch mao căn	Ngọt, hàn: lương huyết, chỉ huyết	20g	

- + Nếu biểu hiện xuất huyết không thuyên giảm thì bỏ trạch tả; tăng thực địa 40g, bạch mao căn 40g.
- + Nếu có sốt cao thì tăng liều đơn bì và địa cốt bì 20g; gia thêm sinh địa 20g hoặc tăng thực địa 40g.

4.2.4. Công hạ trục thủy

- Mục đích
 - + Lợi tiểu mạnh: khiên ngư, côn bố, hải táo, đại kích, đình lịch.
 - + Tẩy xổ: khiên ngư, đại hoàng, hắc sủ.

- Cụ thể: trong chứng thủy khí tương kết dùng bài Thập táo thang

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Nguyên hoa	Tính ấm, có độc: trục thủy, tiêu đờm, giải độc	4g	Quân
Cam toại	Đắng, lạnh, có độc: trục thủy ẩm ở tam tiêu, tán kết tiêu thũng	4g	Thần
Đại kích	Đắng, lạnh, có độc: trục thủy ẩm ở tạng phủ	4g	Thần
Đại táo	Ngọt, bình: bổ trung, ích khí, hoà hoãn dược tính	10 quả	Tá, sứ

Nếu không thuyên giảm dùng bài Thiên kim đại phúc thủy

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Kương hoàng	Cay, đắng, ấm: hành huyết, khử ứ	4g	Quân
Khiên ngư	Đắng, lạnh: công trục thủy ẩm	10g	Thần
Côn bố	Vị mặn, tính hàn: lợi thủy nhuận kiêm	12g	Thần
Hải táo	Đắng, mặn, lạnh: thanh nhiệt, lợi thủy, tiết	10g	Thần
Quế tâm	Cay, ngọt, ấm: thông kinh hoạt huyết, lợi thủy	6g	
Đình lịch	Cay, đắng, lạnh: trục thủy, tiêu đàm ở phế và bàng quang	12g	

- + Nên kiểm tra ion đồ khi dùng thuốc công hạ trục thủy kéo dài.

4.2.5. Hành khí hoá ứ

- Mục đích: giãn mạch, chống sự ngưng tập tiểu cầu gây tình trạng thuyên tắc trong hệ tĩnh mạch của như xích thược, xuyên khung, hồng hoa, đào nhân, đan sâm, nga truật.
- Cụ thể: trong chứng khí trệ huyết ứ thì dùng bài Cách hạ trục ứ thang

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Đào nhân	Đắng, ngọt, bình: phá huyết, hành ứ, phá trung hà tích tụ	12g	Quân
Hồng hoa	Cay, ấm: phá ứ huyết, chữa trung hà tích tụ	8g	Quân
Đương quy	Dưỡng can huyết, hoạt huyết	12g	Tá
Xích thược	Đắng, chua, hơi lạnh: hành huyết	20-30g	Thần
Đan sâm	Đắng, hơi hàn: hoạt huyết, hoá ứ, tiêu tích, phá thũng hoá tích tụ	12g	Quân
Tam lăng	Đắng, bình: phá huyết, khu ứ, chữa trung hà tích tụ	8g	Quân
Nga truật	Cay, đắng ấm: phá huyết, khu ứ, hành khí, chỉ thống	8g	Quân
Hương phụ chế	Đắng, ngọt, bình: sơ can lý khí	8g	Thần
Chỉ xác	Đắng, chua, lạnh: phá khí, tiêu tích	8g	Thần

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Dấu hiệu lâm sàng nào sau đây không phải là hậu quả của sự mất chức năng khối tế bào gan
 - A. Vàng da
 - B. Cổ trướng
 - C. Đau vùng gan
 - D. Liệt dương
 - E. Sao mạch
2. Dấu hiệu cận lâm sàng nào sau đây là hậu quả của sự mất chức năng khối tế bào gan
 - A. Tăng SGOT
 - B. Kéo dài thời gian prothrombin
 - C. Tăng globulin máu
 - D. Tăng SGPT
 - E. Tăng gamma glutamyl transferase
3. Dấu hiệu lâm sàng nào sau đây là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa
 - A. Lách to
 - B. Phù 2 chân
 - C. Xuất huyết dưới da
 - D. Liệt dương
 - E. Vô kinh
4. Trong cơ chế bệnh sinh của chứng trướng và hoàng đản, rối loạn công năng chủ yếu nằm ở tạng
 - A. Tâm
 - B. Can
 - C. Tỳ
 - D. Phế
 - E. Thận
5. Đặc điểm cận lâm sàng của xơ gan do rượu là
 - A. Ammoniac máu tăng cao
 - B. Albumin máu giảm nhiều

- C. $\frac{\text{SGOT}}{\text{SGPT}} > 2$
- D. Thời gian prothrombin kéo dài
- E. Gamma globulin tăng cao
6. Đặc điểm cận lâm sàng của xơ gan do mật nguyên phát là
- A. Transaminase tăng
- B. Bilirubin tăng +++
- C. Albumin máu giảm
- D. Prothrombin time kéo dài
- E. Amoniac máu tăng
7. Xơ gan do tim được đặt ra khi ngoài dấu hiệu xơ gan cổ trướng bệnh nhân còn có triệu chứng
- A. Đau vùng hạ sườn phải
- B. Khó thở
- C. Suy tim phải
- D. Phù toàn thân
- E. Giãn tĩnh mạch dưới lưỡi
8. Triệu chứng nào sau đây không gặp trong thể can uất tỳ hư
- A. Chân phù
- B. Chán ăn
- C. Túc nặng vùng gan
- D. Đại tiện phân nát
- E. Bụng trướng
9. Triệu chứng nào sau đây không gặp trong thể tỳ thận dương hư
- A. Sợ lạnh
- B. Chân phù
- C. Bụng trướng
- D. Hoạt tinh
- E. Tay chân lạnh
10. Triệu chứng nào sau đây không gặp trong thể âm thấp hư nhiệt
- A. Cổ trướng

- B. Chân phù
 - C. Sốt hâm hấp
 - D. Sắc mặt trắng nhợt
 - E. Chảy máu da niêm
11. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể khí trệ huyết ú
- A. Đau tức hông sườn
 - B. Bụng trướng
 - C. Người gầy
 - D. Môi lưỡi tím
 - E. Mạch khẩn
12. Chỉ định dùng corticoid cho người xơ gan do rượu không được đặt ra khi bệnh nhân có
- A. Bệnh cảnh não gan
 - B. Amoniac máu tăng
 - C. Chỉ số driscriminat fraction > 32
 - D. Xuất huyết tiêu hoá
 - E. Tất cả trường hợp trên
13. Để ngăn ngừa nguy cơ gây bệnh cảnh não gan và hội chứng gan thận trong khi sử dụng thuốc lợi tiểu, cần phải theo dõi
- A. Cân nặng mỗi ngày
 - B. Lượng nước vào ra mỗi ngày
 - C. Ion đồ máu và nước tiểu
 - D. Lượng đạm trong chế độ ăn mỗi ngày
 - E. Dấu tĩnh mạch cổ xẹp mỗi ngày
14. Để ngăn ngừa bệnh cảnh não gan xảy ra sau khi xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, phương pháp nào sau đây không cần thiết
- A. Ổn định huyết động học
 - B. Thụt tháo phân
 - C. Sử dụng lactulose
 - D. Sử dụng ornitin carbamin transferase
 - E. Sử dụng neomycin

15. Chẩn đoán hội chứng gan thận không dựa vào
- A. Na^+ niệu $< 5\text{mEq}/24\text{h}$
 - B. HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$
 - C. Creatinin máu tăng
 - D. Vô niệu
 - E. Cổ trướng tăng nhanh
16. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong pháp trị ôn dương hành thủy
- A. Lợi tiểu
 - B. Tẩy xổ
 - C. Cải thiện chuyển hoá protid ở gan
 - D. Bảo vệ tế bào gan
 - E. Kích thích tiêu hoá
17. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong pháp trị tư âm lợi thấp
- A. Lợi tiểu
 - B. Ức chế miễn dịch
 - C. Ức chế virus viêm gan B
 - D. Tăng chuyển hoá mỡ tại gan
 - E. Cầm máu
18. Tác dụng dược lý nào sau đây có trong pháp trị hành khí hoá ứ
- A. Lợi tiểu
 - B. Tẩy xổ
 - C. Chống ngưng tập tiểu cầu
 - D. Cầm máu
 - E. Cải thiện chuyển hoá protid ở gan

SỎI MẬT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của 3 loại sỏi mật theo YHHĐ.
2. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của sỏi mật theo YHCT.
3. Mô tả được các triệu chứng của sỏi mật theo YHHĐ và YHCT.
4. Liệt kê các chỉ định điều trị sỏi mật theo YHHĐ.
5. Phân tích cách cấu tạo bài thuốc YHCT điều trị sỏi mật theo dược lý cổ truyền và dược lý học hiện đại.

1. ĐỊNH NGHĨA

Cơ chế về sự bài xuất mật: mật trong gan là một dung dịch đẳng trương với thành phần điện giải như huyết tương. Trong khi đó mật trong túi mật lại khác với mật trong gan do các ion clo và bicarbonat đã được hấp thu qua lớp biểu bì của túi mật.

Thành phần của mật gồm 82% là nước, 12% là acid mật, 4% là lecithin và các phospholipid còn cholesterol không este hoá chỉ chiếm 0,7%. Những thành phần còn lại như bilirubin kết hợp, các protein (IgA, chất chuyển hoá của các hormon, những protein được chuyển hoá ở gan) những chất điện giải, chất nhầy và những chất chuyển hoá của thuốc.

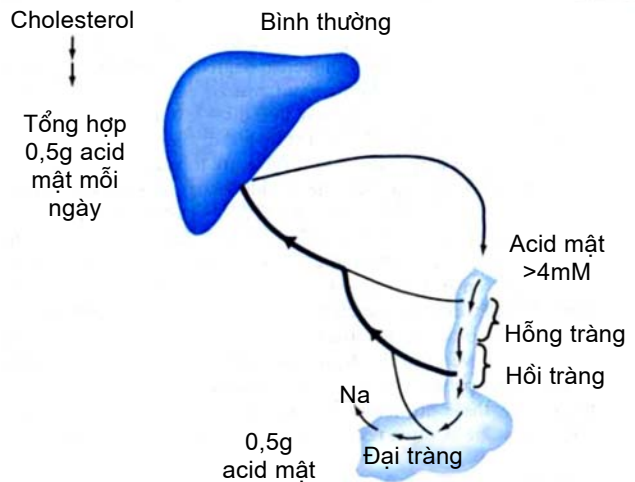
Acid mật trong gan và trong túi mật còn gọi là các acid mật sơ cấp như cholic và chenodeoxy cholic vốn được tổng hợp từ cholesterol trong gan, được kết hợp với glycin và taurin. Trong khi đó các acid mật thứ cấp là deoxycholat và lithocholat vốn là các acid mật nguyên phát bị chuyển hoá bởi các vi khuẩn trong ruột. Ngoài ra còn có một acid mật thứ phát là ursodeoxycholat vốn là một dị phân của chenodeoxycholic.

Trong một thành phần mật bình thường, tỷ lệ kết hợp với cholesterol của glycin và taurin là 3:1. Sự hoà tan của cholesterol trong mật sẽ tùy thuộc vào tỷ lệ giữa acid mật và lecithin cũng như nồng độ của các thành phần lipid có trong mật. Chính sự thay đổi các yếu tố này sẽ đưa đến sự thành lập sỏi mật.

Vai trò của acid mật không những giúp cho sự bài xuất cholesterol theo đường mật dễ dàng mà còn cần thiết cho sự hấp thu chất mỡ vào trong ruột, thúc đẩy sự lưu thông dòng mật trong gan cũng như sự chuyên chở các muối điện giải và nước ở ruột non và ruột già.

Chu trình chuyển hoá của acid mật tuỳ thuộc vào dòng tuần hoàn gan - ruột. Phần lớn các acid mật hấp thu qua cơ chế chuyên chở chủ động ở cuối hồi tràng, từ đó chúng sẽ theo hệ tĩnh mạch cửa về gan, được hấp thu tại tế bào gan, để rồi được tái kết hợp và tái bài tiết.

Trung bình mỗi ngày sẽ có một lượng mật từ 2 - 4g chu chuyển theo vòng tuần hoàn gan - ruột khoảng 5 lần để đảm trách việc tiêu hoá chất mỡ và chỉ thất thoát theo phân khoảng từ 0,3 - 0,6g/ngày. Tuy nhiên với tốc độ sản xuất mật ở gan tối đa là 5g/ngày thì việc thất thoát mật qua phân trong những bệnh lý của ruột (ví dụ như bệnh Crohn) nhất định sẽ đưa đến bệnh lý tiêu phân mỡ.



Sự bài xuất acid mật vào ruột còn tuỳ thuộc vào chức năng của túi mật và cơ vòng Oddi với cơ chế điều hoà của một hormone là cholecystinin (CCK) vốn được bài xuất từ niêm mạc tá tràng để đáp ứng cho việc tiêu hoá chất mỡ và các acid amin trong thức ăn, tác dụng CCK là:

- Gây co bóp túi mật.
- Giãn cơ vòng oddi.
- Tăng sự bài tiết mật của gan đưa đến sự thúc đẩy mật bài xuất vào tá tràng.

Sỏi mật gặp rất nhiều ở các nước phương Tây. Riêng tại Mỹ chúng xuất hiện khoảng 20% ở nữ giới và 8% ở nam giới trong độ tuổi 40. Tính trung bình năm có khoảng 1 triệu trường hợp mới.

Riêng về loại sỏi sắc tố (với thành phần chính là calcium bilirubinát) lại thường xuất hiện ở các nước Viễn Đông và có liên quan mật thiết với bệnh lý nhiễm trùng đường mật.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Sỏi cholesterol (80%)

Loại sỏi thành cholesterol monohydrat chiếm 50% mà cơ chế có thể là do:

- Sự siêu bão hoà thành phần cholesterol trong dịch mật: hậu quả của sự mất cân đối của các men hạn chế tốc độ tổng hợp cholesterol ở gan (tăng hoạt men hydroxymethyl glutaryl co-enzym A, giảm hoạt men 7α O.H.ase và 7α hydroxylase).
- Sự tạo nhân của cholesterol monohydrat đưa đến sự ứ đọng các tinh thể cholesterol khởi đầu cho việc lớn dần của khối sỏi, trong đó có sự mất cân bằng tỷ lệ giữa yếu tố gây nhân sỏi là mucin và yếu tố chống gây nhân sỏi là apolipoprotein A_I, A_{II}.
- Sự giảm vận tính của túi mật.

2.1.2. Mật bùn

Mật bùn là một chất nhầy đông đặc gồm các tinh thể cholesterol, lecithin, tinh thể cholesterol monohydrat, calcium bilirubin, sợi mucin và chất nhầy. Sự hiện diện của chúng nói lên:

- Đang có bất thường trong sự bài tiết và thải trừ thành phần mucin trong dịch mật.
- Đang có hiện tượng tạo nhân của các thành phần trong dịch mật.

Qua theo dõi 96 bệnh nhân có mật bùn bằng siêu âm, người ta nhận thấy:

- 18% biến mất và không xuất hiện lại trong thời gian 2 năm.
- 60% biến mất rồi lại tái xuất hiện.
- 16% phát triển thành sỏi mật.
- 6% xuất hiện cơn đau quặn mật.

Có 2 tình trạng liên quan đến sự thành lập sỏi cholesterol và mật bùn:

- Thai kỳ: đặc biệt là trong 3 tháng cuối có sự thay đổi thành phần của lượng mật tham gia tiêu hoá (bile acid pool) và khả năng chuyên chở cholesterol của mật khiến cho hiện tượng siêu bão hoà cholesterol xảy ra đồng thời vận tính của túi mật cũng giảm đưa đến ứ đọng mật. Người ta nhận thấy trong thai kỳ mật bùn xuất hiện đến 30% trường hợp và sỏi mật xuất hiện đến 12% trường hợp. Tuy nhiên, chúng lại có thể biến mất một cách tự nhiên sau khi sinh nở.
- Chế độ ăn giảm cân nhanh 520 Kcalo/ngày trong 16 tuần có thể xuất hiện sỏi mật (10 - 20%).

2.1.3. Sỏi sắc tố (20%)

Sỏi sắc tố có thành phần chính là calcium bilirubin, trong khi cholesterol chiếm tỷ lệ dưới 20%.

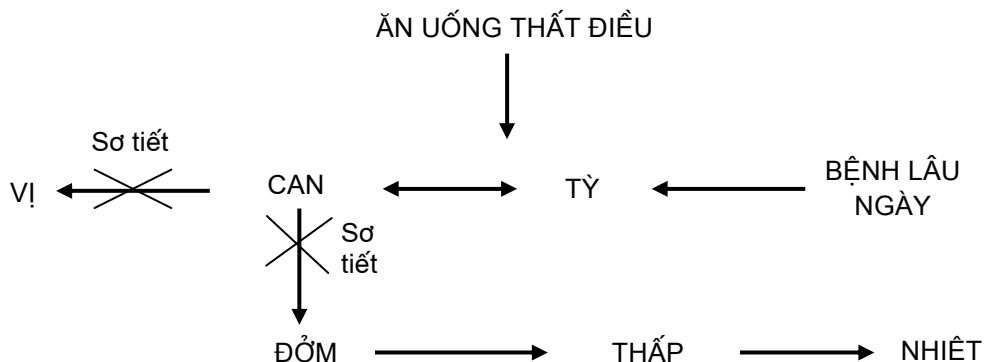
Cơ chế hình thành sỏi sắc tố là do sự có mặt quá nhiều số lượng bilirubin không kết hợp trong dịch mật. Sự có mặt bilirubin không kết hợp này (mono

và digluconat) là do bởi các enzym nội β gluronidase hoặc có thể do thủy phân ancalin, mà những tình trạng này có thể xảy ra trong quá trình nhiễm trùng mạn tính

Điều đặc biệt là sỏi sắc tố rất thường gặp ở người châu Á và cũng thường phối hợp với nhiễm trùng đường mật

2.2. Theo y học cổ truyền

Sỏi mật (túi mật và đường mật) với các triệu chứng đau liên sườn phải, buồn nôn, nôn mửa và các rối loạn tiêu hoá hoặc thậm chí là vàng da, thuộc phạm trù chứng can khí thống và hoàng đản mà nguyên nhân có thể là do ăn uống thất điều hoặc do rối loạn chức năng vận hoá của tỳ trước đó đưa đến rối loạn công năng sơ tiết của can đởm, từ đó đởm trấp bị ứ đọng mà sinh ra thấp, thấp uất kết sinh ra nhiệt (trường hợp biến chứng thành viêm đường mật); đồng thời rối loạn công năng sơ tiết của can đưa đến can khí uất kết gây đau và can khí hoành nghịch khiến cho vị khí bất giáng nạp gây nôn mửa, ợ hơi.



3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Cơn đau quặn mật (biliary colic) với cảm giác đau dữ dội hoặc tức nặng ở vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải với hướng lan lên giữa hai vai hoặc vai phải. Cơn đau thường khởi phát khá đột ngột, kéo dài từ 30 phút đến 5 giờ, sau đó dịu dần hoặc biến mất rất nhanh. Một đợt đau quặn mật như thế thường kéo theo cảm giác ê ẩm, căng tức vùng hạ sườn cả ngày hoặc hơn.
- Buồn nôn, nôn mửa thường xảy ra trong cơn.

Sốt hoặc ớn lạnh trong cơn đau cần phải nghĩ đến các bệnh chứng có thể có như viêm túi mật, viêm đường mật trong gan, viêm tụy

- Những cảm giác mơ hồ như đầy bụng, rối loạn tiêu hoá, ợ hơi, sôi bụng, đặc biệt là sau khi ăn thức ăn có mỡ, không nên lẫn lộn với cơn đau quặn mật.

Những triệu chứng trên không đặc hiệu cho sỏi mật, trong khi cơn đau quặn mật còn có thể xảy ra bởi một bữa ăn thịnh soạn sau khi nhịn đói quá lâu hoặc thậm chí có thể xuất hiện sau một bữa ăn thường.

3.1.2. Xét nghiệm chẩn đoán

a. Sinh hoá

- Bilirubin tăng
- Phosphatase alkamin tăng

Cả hai chỉ số trên đều gợi ý sỏi ở ống mật chủ.

b. Siêu âm

Siêu âm gan mật cho kết quả rất chính xác kể cả mật bùn (tỷ lệ dương giả và âm giả vào khoảng 4% và 2%). Ngoài ra còn đánh giá được chức năng bài xuất của túi mật.

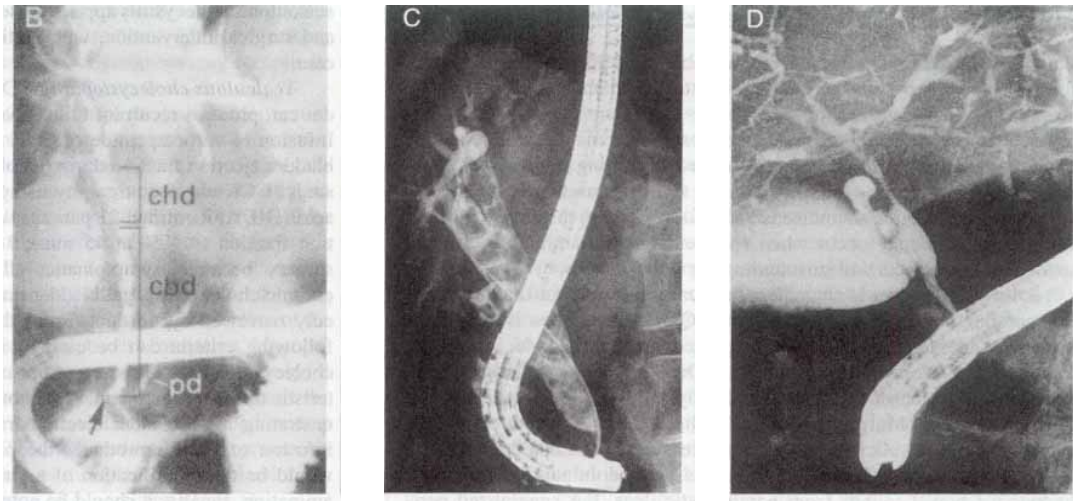
c. X. quang

Thường chỉ phát hiện khoảng 10 - 15% sỏi cholesterol có kết hợp và 50% sỏi sắc tố, nhưng vẫn dùng để chẩn đoán viêm túi mật trưởng khí (emphysematous).

Oralcholecystography có ích trong sự khảo sát các nhánh mật và vận động của túi mật, ngoài ra còn có thể xác định kích thước và số lượng sỏi mật.

Radio pharmaceutical ^{99m}Tc labeled N. Substituted Iminodiacetic acid (HIDA, DIDA, DISIDA) dùng để xác định một tình trạng viêm túi mật cấp, thường dùng để chẩn đoán các bệnh về túi mật không phải là sỏi mật và kết hợp với CCK để khảo sát vận tính của túi mật.





3.2. Theo y học cổ truyền

3.2.1. Thể khí trệ

Đau vùng hạ sườn phải âm ỉ hoặc quặn từng cơn kèm buồn nôn, nôn mửa và các triệu chứng rối loạn tiêu hoá khác như đầy bụng, sôi bụng, ợ hơi xảy ra sau ăn, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền.

3.2.2. Thể thấp ú

Triệu chứng như trên nhưng kèm theo vàng da, rêu lưỡi vàng dày nhớt, mạch huyền hoạt.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Theo y học hiện đại

- Ursodeoxycholic acid với liều 8 - 10mg/kg/ngày có thể giảm được 50% trường hợp sỏi không cản quang với kích thước dưới 10mm trong thời gian từ 6 tháng - 2 năm; thành công đến 70% ở sỏi không cản quang, còn di động có kích thước dưới 5mm.

Tuy nhiên tỷ lệ tái phát từ 30 - 50% trong thời gian từ 3 - 5 năm.

- Shark wave kèm với thuốc làm tan sỏi có hiệu quả và an toàn với những sỏi không cản quang có kích thước dưới 2mm và túi mật còn hoạt động tốt.

Tuy nhiên tỷ lệ tái phát là 30% sau 5 năm.

4.2. Theo y học cổ truyền

- Mục đích:

- + Lợi mật: tăng cường sự bài tiết dịch mật như kim tiền thảo và chất 6 dimethoxy coumarin của nhân trần và paratolyl methyl carbinol của uất kim.
- + Tổng mật: làm giãn cơ vòng Oddi như: nhân trần, uất kim (curcumin).
- + Co bóp túi mật: chi tử.
- Dùng bài thuốc theo hướng hành khí, giải uất và thông lâm lợi thấp, gồm:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Kim tiền thảo	Vị ngọt, mặn, tính hàn, vào can, đởm: thông lâm lợi thấp và thanh nhiệt	40g	Quân
Chi tử		12g	Thần
Nhân trần	Đắng, lạnh: thanh nhiệt lợi thấp	12g	Thần
Chỉ xác	Đắng, chua, lạnh: phá khí tiêu tích, hoạt huyết, chỉ thống	8g	Tá
Uất kim	Phá khí tiêu tích, hoạt huyết, chỉ thống	8g	Tá

Trong đó:

- + Theo đó ở thể khí trệ, ta có thể gia thêm hương phụ, mộc hương mỗi thứ 8g để tăng tác dụng lý khí chỉ thống.
- + Ở thể thấp ú có thể gia thêm đại hoàng 8g để tăng tác dụng hoá thấp.

Ngoài ra việc sử dụng mật ngan (vịt xiêm) trong việc điều trị sỏi mật cholesterol còn đang nghiên cứu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Cơ chế nào sau đây không tham gia trong quá trình tạo sỏi mật cholesterol
 - A. Sự siêu bão hoà thành phần cholesterol trong dịch mật
 - B. Sự tạo nhân của cholesterol monohydrat
 - C. Sự mất cân bằng trong bài tiết và thải trừ mucin trong dịch mật
 - D. Sự nhiễm trùng đường mật
 - E. Sự giảm co bóp của túi mật
2. Cơ chế nào sau đây không tham gia trong quá trình tạo sỏi mật sắc tố
 - A. Sự nhiễm trùng đường mật
 - B. Sự siêu bão hoà thành phần bilirubin không kết hợp

- C. Sự giảm co bóp của túi mật
 - D. Sự gia tăng tỷ lệ mucin trong dịch mật
 - E. Sự gia tăng tỷ lệ apolipoprotein trong dịch mật
3. Cơ chế bệnh sinh của sỏi mật theo YHCT là
- A. Can khí uất
 - B. Vị khí bất giáng
 - C. Thấp nhiệt ở can đởm
 - D. Rối loạn công năng sơ tiết của can đởm
 - E. Rối loạn công năng sơ tiết của can
4. Triệu chứng nào sau đây thường xảy ra trong cơn đau quặn mật
- A. Đầy bụng
 - B. Ợ hơi
 - C. Sôi bụng
 - D. Sốt
 - E. Buồn nôn
5. Kỹ thuật cận lâm sàng nào sau đây tiện lợi và chính xác cho việc chẩn đoán sỏi mật
- A. Siêu âm
 - B. X quang không sửa soạn
 - C. Chụp túi mật cản quang
 - D. Đo bilirubin máu
 - E. Đo phosphatase alkalin
6. Kỹ thuật cận lâm sàng nào sau đây giúp đánh giá chính xác kích thước và số lượng sỏi mật
- A. Siêu âm
 - B. X quang bụng không chuẩn bị
 - C. Chụp túi mật cản quang
 - D. Nội soi màng bụng
 - E. Radio pharmacertical
7. Ursodeoxycholic acid được chỉ định cho sỏi mật:
- A. Không cản quang, không di động, nhỏ hơn 0,5mm
 - B. Cản quang, di động, nhỏ hơn 1cm

- C. Không cản quang, không di động, nhỏ hơn 1,5cm
 - D. Không cản quang, di động, nhỏ hơn 0,5cm
 - E. Cho các loại sỏi không cản quang
8. Shark wave kết hợp với ursodeoxycholic được chỉ định cho sỏi mật
- A. Không cản quang, không di động, nhỏ hơn 0,5mm
 - B. Cản quang, di động, nhỏ hơn 1,5cm
 - C. Không cản quang, không di động, nhỏ hơn 1,5cm
 - D. Không cản quang, di động, nhỏ hơn 0,5cm
 - E. Cho các loại sỏi không cản quang
9. Trong bài thuốc chữa sỏi mật (gồm: kim tiền thảo, nhân trần, chi tử, chỉ xác, uất kim) vị kim tiền thảo làm quân vì có tác dụng
- A. Lợi thấp, thông lâm
 - B. Lợi thấp, thoái hoàng
 - C. Lợi thấp, thanh nhiệt
 - D. Phá khí, tiêu tích
 - E. Hoạt huyết chỉ thống
10. Trong bài thuốc trên, vị thuốc nào sau đây có cả hai tác dụng lợi mật và tống mật
- A. Kim tiền thảo
 - B. Uất kim
 - C. Nhân trần
 - D. Chi tử
 - E. Chỉ xác

NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và các yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng tiết niệu.*
2. *Nêu được các loại vi khuẩn thường hiện diện trong nhiễm trùng tiết niệu.*
3. *Trình bày được 2 cơ chế xâm nhập của vi khuẩn trong nhiễm trùng tiểu và phân tích được các yếu tố tạo thuận cho nhiễm trùng tiết niệu.*
4. *Trình bày được cơ chế bệnh sinh của nhiễm trùng tiết niệu theo YHCT.*
5. *Nêu được 6 tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nhiễm trùng tiết niệu bằng phương pháp cấy nước tiểu.*
6. *Trình bày được các thể lâm sàng của nhiễm trùng tiết niệu theo YHCT.*
7. *Nêu được 7 nguyên tắc trong điều trị nhiễm trùng tiết niệu và phân tích được cơ sở lý luận điều trị nhiễm trùng tiết niệu theo YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng tiết niệu có 2 loại:

- Nhiễm trùng chất được chứa đựng (tức là nước tiểu) với ý nghĩa là có sự hiện diện của vi trùng trong nước tiểu với mật độ cao.
- Nhiễm trùng vật chứa đựng (tức là viêm nhu mô thận hay đường tiết niệu trên hoặc dưới).

Nhiễm trùng tiết niệu bao gồm cả nhiễm trùng vật được chứa đựng lẫn vật để chứa đựng. Trong 2 yếu tố đó (sự hiện diện của vi khuẩn và viêm đường tiết niệu) thì sự hiện diện của vi khuẩn là chủ yếu.

Bình thường, trong điều kiện tự nhiên có ít nhất 3 cơ chế bảo vệ chống nhiễm trùng của hệ tiết niệu:

- + Dòng nước tiểu đẩy trôi, loại bỏ vi trùng xâm nhập ngược dòng.

- + Niêm mạc bàng quang trong trạng thái bình thường có “yếu tố niêm mạc” (muscular factor) ức chế sự sinh sản của vi trùng.
- + Nước tiểu với pH acid và độ thẩm thấu cao cũng ức chế sự sinh sản của vi trùng.

1.1. Phân loại

Nhiễm trùng đường tiết niệu thường được phân làm 2 loại:

- Nhiễm trùng đường tiết niệu dưới gồm bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu trên gồm viêm đài bể thận, áp xe thận và quanh thận.

Hai loại trên có thể xảy ra cùng lúc hoặc độc lập, có thể có triệu chứng hoặc không, trong đó nhiễm trùng ở bàng quang và niệu đạo là nhiễm trùng nông (niêm mạc), còn nhiễm trùng ở đài bể thận và tiền liệt tuyến là nhiễm trùng mô.

Tiêu chuẩn để chẩn đoán nhiễm trùng đường tiết niệu là đi tiểu ra vi khuẩn với số lượng 10^5 khóm vi trùng trong 1ml nước tiểu (lấy giữa dòng). Tuy nhiên với số lượng $10^2 - 10^4$ khóm vi trùng trong 1ml nước tiểu lấy bằng phương pháp chích hút bàng quang trên xương mu hoặc qua ống thông hoặc trên bệnh nhân đang đặt ống thông tiểu cũng xác định chẩn đoán là nhiễm trùng đường tiết niệu.

Sự nhiễm trùng đường tiết niệu tái đi tái lại còn được phân làm 2 loại:

- *Tái phát* là sự nhiễm trùng tiết niệu trở lại do cùng một dòng vi khuẩn sau khi đã kết thúc một liệu trình điều trị.
- *Tái nhiễm* là sự nhiễm trùng trở lại bởi một dòng vi khuẩn khác sau khi đã kết thúc một liệu trình điều trị.

Trong đó sự tái phát xảy ra trong 2 tuần sau khi đã kết thúc một liệu trình điều trị thường là do hậu quả của một nhiễm trùng ở tiền liệt tuyến hoặc thận chưa được giải quyết xong hoặc một ổ nhiễm trùng ở âm đạo hoặc ruột chưa được chú ý đúng mức (riêng ở phụ nữ).

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Nhiễm trùng tiết niệu là bệnh thường thấy nhất trong niệu học.

Tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu thay đổi tùy từng quần thể: tại phòng khám tỷ lệ này là 3,5% đối với người lớn và 1,6% đối với trẻ em; trong môi trường nội trú của bệnh viện có khoa tiết niệu tỷ lệ này là 24%, còn chính tại khoa tiết niệu tỷ lệ này là 78%.

Loại nhiễm trùng mắc phải trong cộng đồng: đây là loại nhiễm trùng rất thường gặp ở phụ nữ, ước tính khoảng 6 triệu người/năm. Ở nữ, tỷ lệ này là

1% - 3% và còn tăng lên khi có hoạt động tình dục hoặc dậy thì. Theo thống kê, người ta nhận thấy sự song hành giữa sỏi ra vi trùng với hội chứng niệu đạo cấp như sỏi khó, sỏi lâu, sỏi máu. Hội chứng này ít xảy ra ở đàn ông dưới 50 tuổi nhưng lại rất thường gặp ở phụ nữ tuổi từ 20 - 40. Ngoài ra, sỏi ra vi trùng là triệu chứng rất thường gặp ở người cao tuổi (40% - 50%).

1.3. Quan niệm nhiễm trùng tiết niệu theo YHCT

Các y gia YHCT gọi tiểu tiện nhỏ giọt đau buốt, tiểu tiện ít mà đi liên liên, bụng dưới căng cứng đau lan đến rốn là hiện tượng chung của chứng lâm. Ngoài ra chứng lâm còn nói đến hiện tượng tiểu tiện ra sỏi hoặc như cát nhỏ, hai khái niệm này cùng lẫn vào nhau. Có 5 chứng lâm là thạch lâm (sỏi), khí lâm (tiểu tiện sấp trệ thường nhỏ giọt chưa ra hết), huyết lâm (tiểu ra máu), cao lâm (đái ra chất nhờn đục như mỡ), lao lâm (tiểu nhỏ giọt không dứt).

2. NGUYÊN NHÂN, BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân gây bệnh

Để có thể gây nên nhiễm trùng tiết niệu phải có 2 điều kiện: vi khuẩn lọt được vào trong đường tiết niệu và những thương tổn tán trợ cho vi khuẩn sinh sản.

Yếu tố quyết định: những vi khuẩn gây bệnh.

2.1.1. E. Coli

Chiếm 80% trong các nhiễm trùng tiết niệu không do thủ thuật niệu khoa, không do bất thường giải phẫu học hệ niệu và không do sỏi.

2.1.2. Các trực khuẩn Gram (+)

Các trực khuẩn Gram (+) như: Proteus, Klebsiella, Enterobacter chiếm tỷ lệ nhỏ trong các nhiễm trùng tiết niệu thứ phát. Tuy nhiên sự có mặt của chúng cùng với vi khuẩn Serratia hoặc Pseudomonas lại gợi ý đến các yếu tố tham gia như sỏi, bất thường cấu trúc hệ tiết niệu cũng như tỷ lệ tái phát thường cao.

2.1.3. Loại cầu trùng Gram (+)

Các loại cầu trùng Gram (+) như: Staphylococcus saprophyticus chiếm 10 - 15% nhiễm trùng tiết niệu cấp ở thiếu nữ, Enterococcus thường gặp trong viêm bàng quang cấp ở phụ nữ. Ngoài ra Enterococcus và Staphylococcus aureus thường gây nhiễm trùng tiết niệu ở người có sỏi thận hoặc được làm thủ thuật niệu khoa gần đây cũng như sự phân lập được Staphylococcus

aureus trong nước tiểu cũng gợi ý đến nhiễm trùng tiết niệu ở thận do Bacteriemia.

Thông thường có khoảng 1/3 phụ nữ có hội chứng niệu đạo cấp nhưng nước tiểu lại chứa ít vi trùng hoặc vô trùng, trong số đó có đến 3/4 phụ nữ đái ra bạch cầu (đái ra mủ) và 1/4 không có triệu chứng nào cả.

Ở những phụ nữ đái ra bạch cầu có thể có trường hợp cấy nước tiểu với số lượng $10^2 - 10^4$ khóm vi trùng với các loại thường gặp như E. coli, Saprophyticus, Proteus, Klebsiella; nhưng cũng có trường hợp chỉ có hội chứng niệu đạo cấp còn nước tiểu thì hoàn toàn vô trùng. Trong trường hợp này nên đi tìm các vi trùng gây bệnh qua đường tình dục như Chlamydia trachomatis, lậu cầu và Herpes simplex virus.

2.1.4. Vi khuẩn *Ureaplasma*

Vi khuẩn *Ureaplasma urealyticum* và *Mycoplasma hominis* có thể gặp trong viêm tiền liệt tuyến và đài bể thận.

2.1.5. Adenovirus

Adenovirus gây viêm bàng quang xuất huyết ở trẻ em và thiếu niên, có thể phát triển thành dịch nhưng không quan trọng trong việc gây nhiễm trùng tiết niệu.

2.1.6. *Mycobacterium*

Mycobacterium tuberculosis gây lao hệ tiết niệu chiếm 15% trường hợp lao ngoài phổi. Hội chứng này gồm: đái khó, đái máu, đau vùng eo lưng, tuy nhiên cũng có thể không biểu hiện triệu chứng nào cả, phân tích nước tiểu cho thấy 95% có đái máu và đái mủ. Do đó khi bệnh nhân có đái máu và đái mủ, cấy vi trùng (-) cùng với pH nước tiểu acid thì nên nghĩ đến lao hệ tiết niệu. Lúc đó nên chụp hệ niệu có sửa soạn (IVP) cùng với cấy nước tiểu vào 3 buổi sáng liên tiếp sẽ chẩn đoán xác định đến 90% trường hợp.

2.1.7. *Candida albicans*

Nhiễm trùng đường tiết niệu do *Candida albicans* thường từ các thủ thuật niệu khoa. Để chẩn đoán nên cấy nước tiểu lấy từ ống thông tiểu hoặc từ cặn nước tiểu ở bàng quang. Sự hiện diện của *Candida* trong phương pháp cấy nước tiểu giữa dòng có thể là do nhiễm bản. Nhiễm trùng tiết niệu do *Candida* có thể đưa đến hoại tử nhú thận và tắc đường tiểu.

2.2. Cơ chế xâm nhập của các vi trùng gây bệnh

Vi khuẩn xâm nhập vào gây bệnh theo 3 đường:

- Đường dịch thể tức đường máu, đường bạch dịch.

- Đường ngược dòng như từ niệu đạo vào bàng quang, từ niệu quản lên thận.
- Đường trực tiếp qua ống thông tiểu, thủ thuật nội soi...

Trong đó đường xâm nhập của vi khuẩn ngược từ dưới lên là con đường thường hay thấy nhất trong nhiễm trùng đường tiết niệu.

Những loại vi khuẩn của ruột thường trụ lại ở âm đạo, miệng lỗ tiểu, vùng quanh âm hộ của phái nữ, ở niệu đạo trước của nam và nữ, sau đó di chuyển vào trong bàng quang gây thương tổn và thường ngừng ở đây. Nhưng nhiễm trùng vẫn có thể phát triển lên đường niệu quản và thận.

Trong khi đó nhiễm trùng đài bể thận do đường máu thường xảy ra ở những bệnh nhân bị suy kiệt do bệnh mạn tính hoặc ở những bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch.

2.3. Yếu tố thuận lợi

- *Ở phụ nữ trẻ*, yếu tố tạo thuận lợi cho sự nhiễm trùng tiết niệu là khoảng cách giữa hậu môn và lỗ tiểu quá gần (4cm), sự sờ mó trong khi giao hợp và sự thay đổi vi khuẩn chí bình thường do sử dụng màng chắn âm đạo và thuốc diệt tinh trùng.
- *Ở đàn ông* viêm và phì đại tuyến tiền liệt tuyến, đặc biệt những người đàn ông mắc bệnh đồng tính luyến ái cũng dễ dàng nhiễm trùng đường tiết niệu. Ngoài ra những người bị nhiễm HIV với CD₄ T cell dưới 200/μl huyết tương cũng dễ dàng nhiễm trùng tiết niệu.
- *Thai kỳ*: tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu xuất hiện từ 7 - 8% trong thai kỳ, trong đó khoảng 20 - 30% đái ra vi trùng mà không có triệu chứng và sẽ đưa đến viêm đài bể thận. Cơ chế là do giảm trương lực cơ trơn niệu đạo, bàng quang và van nối niệu quản - bàng quang.
- *Tắc nghẽn đường niệu* do phì đại tuyến tiền liệt, sỏi, bứu hoặc sẹo.
- *Rối loạn chức năng bàng quang* do thần kinh như tổn thương tủy sống, tabes, xơ cứng cột bên teo cơ hoặc đái đường. Những bệnh nhân này thường bị ứ đọng nước tiểu, kết hợp với tình trạng tăng calci niệu do nằm lâu đưa đến thành lập sỏi niệu cùng với thường phải đặt thông tiểu nên rất dễ bị nhiễm trùng tiết niệu.

Hồi lưu bàng quang - niệu quản (vesicoureteral reflux) do bất thường đường niệu về mặt giải phẫu học, trong trường hợp này tiến hành chụp cản quang bàng quang niệu đạo trong lúc đi đái (voiding cystoureterography).

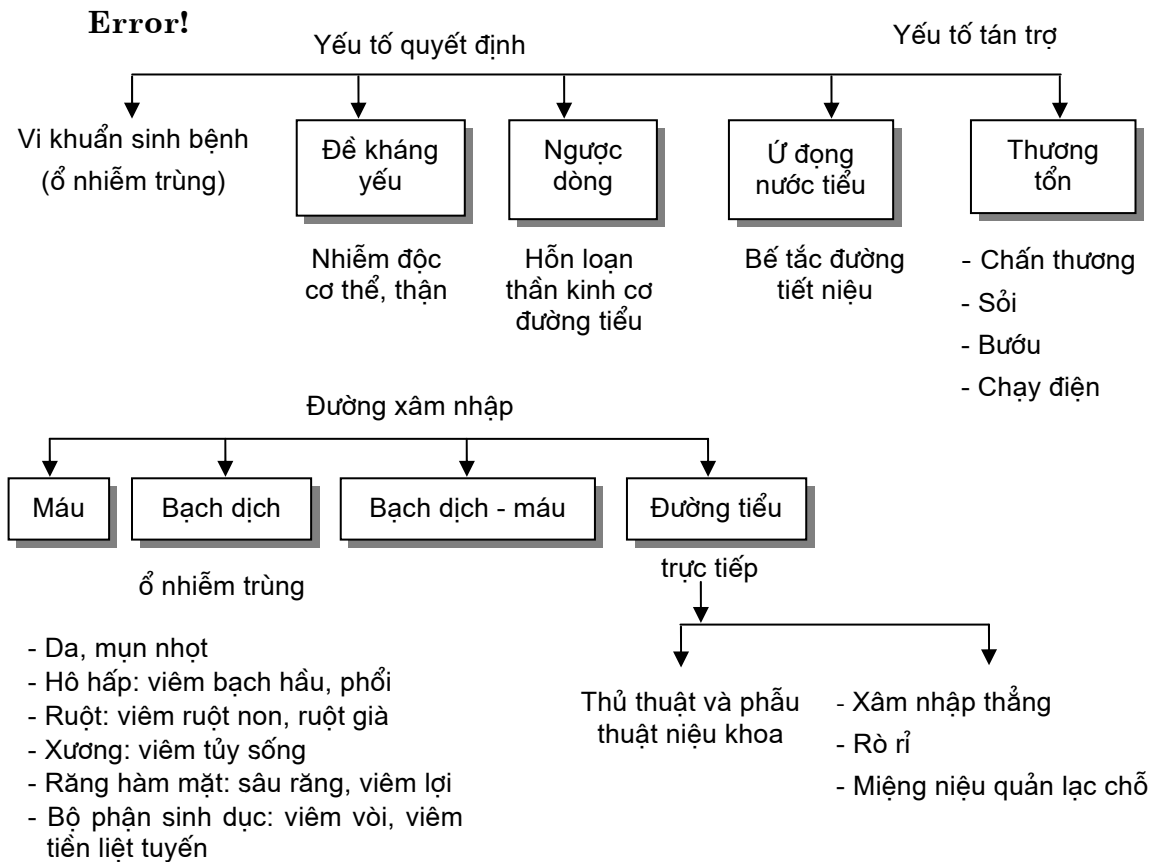
2.4. Độc lực của vi khuẩn

E. coli và proteus với những tua fimbriae giúp dễ bám vào các thụ thể của biểu bì hệ niệu. E. coli còn có các P. pilus và Gal - Gal pilus để bám vào các thành phần digalactosid và glycosphingolipid trên tế bào biểu bì của đường niệu.

Ngoài ra các vi khuẩn còn tiết ra các hemolysin và aerobactin đối kháng lại kháng thể của huyết thanh.

2.5. Yếu tố di truyền

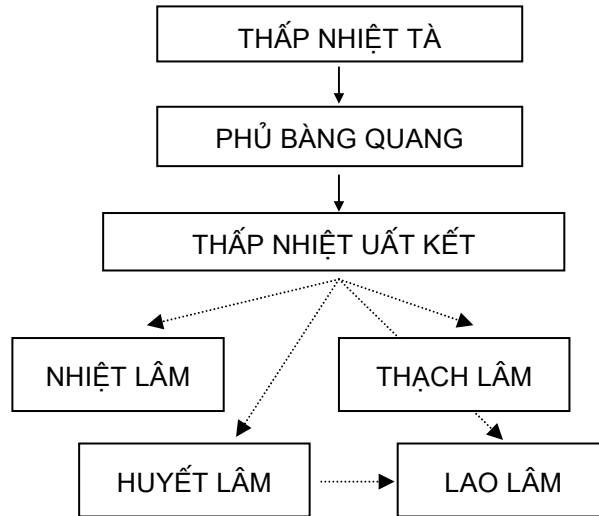
Số lượng và loại tiếp thụ thể trên các tế bào biểu bì đường niệu có vai trò quan trọng trong sự xâm nhập của vi khuẩn. Có nhiều thành phần antigen của nhóm máu hiện diện đồng thời trên bề mặt hồng cầu và trên bề mặt biểu bì hệ niệu.



Hình 14.1. Sơ đồ tóm lược nguyên nhân nhiễm trùng tiết niệu

2.6. Nguyên nhân bệnh sinh theo y học cổ truyền

Nhiễm trùng tiết niệu với hội chứng niệu đạo cấp thuộc phạm trù chứng lâm theo YHCT mà nguyên nhân không ngoài cảm nhiễm thấp nhiệt tà. Biểu hiện lâm sàng đầu tiên là nhiệt lâm. Nhiệt uất kết hóa hỏa sẽ gây nên bức huyết gọi là huyết lâm. Thấp nhiệt uất kết lâu ngày sẽ tạo nên sỏi niệu gọi là thạch lâm. Chứng lâm kéo dài lâu ngày hoặc trở đi tái lại nhiều lần gọi là lao lâm.



Hình 14.2. Sơ đồ cơ chế bệnh nhiễm trùng tiết niệu theo YHCT

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

- Chẩn đoán lâm sàng nhiễm trùng tiết niệu: những biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng tiết niệu là viêm đường tiết niệu và nhiễm độc. Nhiễm độc gây sốt, mệt mỏi; viêm đường tiết niệu dưới làm đái buốt, đái nhiều lần, đái máu; viêm đường tiết niệu trên và thận sinh đau lưng, đái mù hoặc protein niệu.

Các biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng tiết niệu thường không giúp cho chẩn đoán cũng như định vị được chỗ nhiễm trùng là đường tiết niệu trên hay dưới.

Có nhiều bệnh nhân đái ra vi trùng mà lại không có dấu hiệu lâm sàng nào cả. Cũng như có những người có đái ra vi trùng và có hội chứng niệu đạo cấp thì khoảng 2/3 là nhiễm trùng đường tiết niệu dưới và 1/3 là nhiễm trùng đường tiết niệu trên. Ở phụ nữ có triệu chứng đái khó và đái rất thì chỉ 60 - 70% trường hợp là có đái ra vi trùng.

- Theo kinh điển, để chẩn đoán xác định là nhiễm trùng tiết niệu thì số lượng khóm vi trùng cấy được trên một mẫu nước tiểu lấy giữa dòng phải hơn 10^5 khóm/1ml nước tiểu. Tuy nhiên:
 - + Nếu phụ nữ có triệu chứng đái ra mù (bach cầu): số lượng khóm vi trùng cấy được trên một mẫu nước tiểu lấy giữa dòng chỉ từ 10^2 - 10^4 khóm với một trong các dòng như E. Coli, Kleb và Proteus hoặc S. Saprophyt cũng đủ chứng tỏ là nhiễm trùng tiểu.

- + Ở người nhiễm trùng tiểu không triệu chứng nếu 2 mẫu nước tiểu cấy giữa dòng có số lượng 10^5 khóm vi trùng cùng một dòng vi trùng thì chắc chắn không phải là nhiễm bản.
 - + Số lượng khóm vi trùng cấy được từ mẫu nước tiểu lấy ở đài bể thận và niệu quản dù dưới 10^5 khóm/1ml cũng vẫn khẳng định được là nhiễm trùng tiết niệu.
 - + Chọc hút nước tiểu từ bàng quang trên xương mu cấy có vi trùng cũng có thể chẩn đoán (+) bất kỳ số lượng khóm vi trùng nhiều hay ít.
 - + Số lượng khóm vi trùng cấy từ mẫu nước tiểu lấy bằng ống thông dù chỉ $\geq 10^2$ khóm vi trùng/1ml cũng được chẩn đoán (+).
 - Ngoài ra những kỹ thuật phát hiện sự tăng trưởng của vi khuẩn như Photometry, Bioluminescen sau 1 - 2 giờ cũng cho kết quả chính xác đến 90%.
 - Sự hiện diện của bạch cầu trong nước tiểu là một dấu hiệu hàng có trong nhiễm trùng tiết niệu có triệu chứng. Sự vắng mặt của bạch cầu trong nước tiểu là một điều không thể có trong nhiễm trùng tiểu. Ngoài ra người ta có thể dùng leucocyt esterase dipstick để thay thế cho việc soi tìm bạch cầu trong nước tiểu.
 - Tiểu tiện ra mủ (có bạch cầu trong nước tiểu) mà cấy vi trùng âm tính thì nên nghĩ tới vi trùng Trachomatis, Urealyticum, lao và nấm. Ngoài ra tiểu tiện ra mủ còn gặp trong sỏi niệu, bất thường hệ tiết niệu về mặt giải phẫu học, calci hóa thận, hồi lưu bàng quang - niệu quản, viêm thận mô kẽ và thận đa nang.
- Sau đây là các thể lâm sàng của nhiễm trùng tiểu.

3.1.1. Viêm bàng quang

Với triệu chứng đái khó, đái dắt và mót đái cùng với đau trên xương mu, nước tiểu đục và mùi khai. 30% có đái máu, khi có sốt $> 38^{\circ}5$ C nên nghĩ đến viêm đài bể thận cấp. Chẩn đoán xác định bằng phương pháp cấy, ở phụ nữ thường số lượng khóm vi trùng chỉ khoảng $10^2 - 10^4$ /1ml và soi kính hiển vi sau khi nhuộm Gram thường âm tính.

Trong trường hợp này nên khám niệu đạo và âm đạo và khảo sát dịch tiết (chú ý đến các vi khuẩn hay gây bệnh ở hệ sinh dục).

3.1.2. Viêm đài bể thận

Viêm đài bể thận phát triển nhanh từ vài giờ đến vài ngày, sốt $39^{\circ}C$ với rét run, nôn mửa, tiêu chảy, đau cơ, mạch nhanh, đau góc sườn sống, nước tiểu có bạch cầu hoặc trụ bạch cầu.

Chẩn đoán xác định bằng phương pháp cấy hoặc soi tìm vi trùng bằng phương pháp nhuộm Gram trên mẫu nước tiểu không ly tâm. Ngoài ra có thể có đái máu, tuy nhiên nếu đái máu kéo dài phải nghĩ đến sỏi, bứu hoặc lao hệ niệu.

Ngoại trừ trường hợp có hoại tử nhú thận hoặc tắc nghẽn đường niệu, các triệu chứng trên sẽ đáp ứng với kháng sinh sau 3 ngày, tuy nhiên triệu chứng đái ra bạch cầu và vi trùng vẫn còn dai dẳng cũng như trong viêm đài bể thận nặng, sốt vẫn còn kéo dài dù đã dùng kháng sinh thích hợp.

Hiện nay vẫn chưa có phương pháp chính xác nào để chẩn đoán phân biệt giữa nhiễm trùng tiết niệu trên và dưới (thận và bàng quang).

Phương pháp Fairley quét rửa nước tiểu riêng ở bàng quang và 2 niệu quản thì tốn kém và phức tạp.

Phương pháp tìm antibody coating bacteria trong nước tiểu không nhạy cảm và không chuyên biệt.

Sự gia tăng C. reactive protein gặp trong giai đoạn cấp của viêm đài bể thận nhưng cũng có thể gặp trong bệnh lý nội khoa khác

3.1.3. Viêm niệu đạo

Thường chỉ gặp ở phụ nữ với 30% có triệu chứng đái khó, mót đái và đái mù... cấy nước tiểu có thể (+) hoặc (-).

Nếu bệnh nhân có một bệnh cảnh lâm sàng âm ỉ, không đái máu, không đau trên xương mu và kéo dài 7 ngày thì nên khám tìm dấu hiệu viêm cổ tử cung và nên nghĩ đến C. trachomatis, lậu, Herpes simplex virus.

Nếu bệnh nhân có triệu chứng đái máu, đau trên xương mu, bệnh diễn tiến cấp tính trong 3 ngày và tiền căn có nhiễm trùng tiểu nhiều lần trước đây thì nghĩ đến nhiễm E. coli.

3.1.4. Nhiễm trùng tiểu do đặt ống thông

Khoảng 10 - 15% do các vi khuẩn Proteus, Pseudomonas, Klebsiella serratia và nguy cơ nhiễm sẽ tăng 3 - 5% mỗi ngày. Yếu tố thuận lợi là nữ giới, có bệnh đi kèm, thời gian đặt thông tiểu kéo dài, cách đặt liên tục hay gián đoạn, cách chăm sóc khi thông tiểu và kháng sinh phòng ngừa đúng hay sai.

Vi khuẩn đi lên bàng quang theo đường ngoài ống và trong ống thông tiểu, các vi khuẩn ngoài ống thường là các vi khuẩn cộng sinh, trong khi các vi khuẩn trong lòng ống thường là các vi khuẩn gây bệnh, chúng sẽ sống bên dưới lớp biofilm trong lòng ống, tạo ra các protein và các muối để chống lại kháng sinh cũng như sự thực bào của bạch cầu.

Dấu hiệu lâm sàng rất kín đáo và rất ít, 1 - 2% trường hợp gây bacteriemia.

3.1.5. Viêm tuyến tiền liệt

Ở bệnh nhân trẻ, nguyên nhân thường là do mắc phải từ cộng đồng (community acquired) với các vi khuẩn như E. coli, Klebsiella; trong khi ở bệnh nhân đang đặt ống thông tiểu, vi khuẩn gây bệnh thường là trực khuẩn Gram (-) và Enterococcus. Triệu chứng lâm sàng là sốt, ớn lạnh, đái khó, tiền liệt tuyến sưng và đau khi sờ nắn. Để chẩn đoán xác định nên cấy hoặc nhuộm Gram tìm vi khuẩn trên mẫu nước tiểu lấy đầu dòng và giữa dòng, tiên lượng nói chung là tốt.

Ngược lại viêm tuyến tiền liệt mạn tính thường xảy ra ở lứa tuổi trung niên với triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn ngoại trừ dấu hiệu đái ra vi trùng tái đi tái lại nhiều lần. Để chẩn đoán xác định nên cấy hoặc nhuộm Gram tìm vi khuẩn trên mẫu nước tiểu lấy được sau khi xoa bóp tuyến tiền liệt.

3.1.6. Áp xe thận và quanh thận

Khoảng 75% xuất phát từ viêm đài bể thận. Thường có yếu tố nguy cơ tham gia như sỏi thận (20 - 60%), cấu trúc hệ tiết niệu bất thường, tiền căn chấn thương thận và đái tháo đường.

Triệu chứng lâm sàng gồm rét run (50%), đau vùng eo lưng lan xuống háng và đùi. Những yếu tố khiến nghĩ đến áp xe thận và quanh thận là sốt kéo dài 4 -5 ngày trên 1 bệnh nhân bị viêm đài bể thận, có sỏi thận, cấy nước tiểu thấy có nhiều loại vi trùng hoặc vô trùng. Lúc đó nên tiến hành siêu âm thận hoặc CT. Scan ổ bụng để có chẩn đoán thích hợp.

3.1.7. Biến chứng

Hoại tử nhu mô thận thường xảy ra trên những bệnh nhân có bất thường mạch máu thận hoặc tắc nghẽn đường niệu với những yếu tố tham gia như đái tháo đường, đau sườn sống, sốt ớn lạnh và suy thận cấp.

Chẩn đoán xác định dựa vào hình ảnh chiếc nhẫn (ring shadow) trên hình chụp hệ tiết niệu có chuẩn bị (pyelography).

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

3.2.1. Nhiệt lâm

Ngoài các triệu chứng đái khó, đái rất, mót đái, bệnh nhân còn có sốt, mạch hồng sắc hoặc hoạt sắc, lưỡi đỏ rêu vàng, đau hạ vị chối nắn, nước tiểu sẫm đục, mùi khai nồng.

3.2.2. Huyết lâm

Với các triệu chứng đái khó, đái đau, nóng rát đường tiểu và có máu trong nước tiểu kèm với sốt, mạch hoạt sắc hoặc nhu sắc, lưỡi đỏ thẫm hoặc có điểm ứ huyết.

3.2.3. Lao lâm

Người mệt mỏi, đau âm ỉ 2 bên thắt lưng, tiểu lắt nhắt, nước tiểu ri rỉ, tiểu xong đau ngằm hạ bộ (thường gặp trong viêm mạn hoặc phì đại tuyến tiền liệt) hoặc thường xuyên đái đục, đái dắt, lưỡi đỏ rêu vàng mỏng, mạch tế sác vô lực.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Các phương pháp cấy nước tiểu, nhuộm Gram và các kỹ thuật chẩn đoán khác phải được thực hiện trước khi điều trị. Khi có kết quả cấy phải dựa vào kháng sinh đồ để điều trị.

Xác định các yếu tố tham gia để giải quyết triệt để.

Thuyên giảm triệu chứng lâm sàng không có nghĩa là sạch vi trùng.

Sau một liệu trình điều trị phải đánh giá là thành công hay thất bại. Nếu có nhiễm trùng lại, phải xác định là cùng dòng vi khuẩn hay khác dòng, thời gian tái phát là sớm (2 tuần sau khi ngừng điều trị) hay muộn.

Sau điều trị, sự tái phát xảy ra sớm và cùng một dòng vi khuẩn thì có thể là có cùng lúc một nhiễm trùng đường tiểu trên chưa được giải quyết xong hoặc một ổ nhiễm trùng khác ở âm đạo. Trong khi đó, sự tái phát muộn thường là tái nhiễm một dòng vi khuẩn mới.

Nhiễm trùng tiết niệu mắc phải trong cộng đồng và mới bị lần đầu tiên thường nhạy cảm với kháng sinh.

Với bệnh nhân bị nhiễm trùng tiết niệu tái đi tái lại, gần đây có lần nhập viện hoặc có làm thủ thuật niệu khoa thì có thể do nhờn với các loại kháng sinh.

4.2. Điều trị cụ thể theo y học hiện đại

4.2.1. Viêm bàng quang cấp

Người ta có thể dùng 1 liều duy nhất một trong các loại thuốc sau đây:

Trimethoprim 400mg, sulfamid 2g, fluoroquinolon, amoxicillin 3g (tuy nhiên vì 80% viêm bàng quang cấp là do E. coli và E. coli đã nhờn với amoxicillin trong 1/3 trường hợp nên phương pháp này ít hiệu quả). Liều 1 liều duy nhất nên dùng cho những bệnh nhân có thể theo dõi được sau điều trị. Ngoài ra, người ta có thể dùng các loại thuốc nói trên với liệu trình 3 ngày liên tục. Tốt nhất nên theo liệu trình 7 - 14 ngày đặc biệt ở nữ bệnh nhân có biểu hiện viêm đài bể thận, những bệnh nhân có bất thường cấu trúc hệ niệu hoặc có vi trùng nhờn thuốc.

Ở phụ nữ nhiễm trùng tiết niệu do *C. trachomatis* nên dùng doxycyclin 100mg x 2 lần uống/7 ngày.

4.2.2. Viêm đài bể thận cấp

Ở phụ nữ nếu nhiễm trùng tiết niệu không kèm theo sỏi hoặc bất thường cấu trúc niệu đạo thì nguyên nhân thường do *E. coli* nên điều trị bằng cephalosporin thế hệ III trong 14 ngày và nên dùng đường tiêm tĩnh mạch trong những ngày đầu.

Nếu sau 72 giờ vẫn không có đáp ứng hoặc nhiễm trùng tiết niệu tái phát sau khi ngừng liệu trình thì phải tìm kiếm thêm những yếu tố tham gia. Nếu tìm không ra thì cũng phải điều trị thêm 2 - 6 tuần nữa.

4.2.3. Nhiễm trùng tiểu có các yếu tố thuận lợi tham gia (complicated)

Ở những thể bệnh nhẹ nên uống ciprofloxacin cho đến khi có kết quả kháng sinh đồ.

Ở những thể bệnh nặng, thường là viêm đài bể thận cấp và nhiễm trùng máu, nên nhập viện và sử dụng thuốc bằng đường tiêm truyền. Nên sử dụng PNC hoặc ceftriaxon cùng với aminoglycosides cho đến khi có kết quả kháng sinh đồ và tiếp tục điều trị từ 1 - 3 tuần.

4.2.4. Nhiễm trùng tiểu trong thai kỳ

- Viêm bàng quang: điều trị từ 3 - 7 ngày bằng amoxicilin nitrofurantoin, cephalosporin. Sau khi ngừng điều trị phải cấy lại nước tiểu và mỗi tháng mỗi cấy cho đến khi sinh xong. Có thể dùng kháng sinh phòng ngừa như nitrofurantoin trong suốt thai kỳ.
- Viêm đài bể thận: nên nhập viện và sử dụng kháng sinh như cephalosporin hoặc PNC qua đường tiêm truyền.
- Đái ra vi trùng: nếu không có triệu chứng nên dùng kháng sinh qua đường uống trong 7 ngày.

* **Chú ý:** để việc điều trị nhiễm trùng tiết niệu có hiệu quả cao nhất và triệt để nhất cần phải tìm kiếm các yếu tố thuận lợi tham gia vào, đặc biệt là các bất thường về cấu trúc hệ tiết niệu. Tuy nhiên, các phương pháp đánh giá hệ tiết niệu như PIV, PUR, voiding cystoureterography chỉ nên thực hiện ở những phụ nữ hay bị nhiễm trùng tiết niệu tái phát, có tiền căn nhiễm trùng tiết niệu từ nhỏ, có sỏi hoặc đái máu không đau và trên tất cả đàn ông.

4.3. Tiên lượng

Viêm bàng quang thường tái nhiễm hơn tái phát, nếu tái phát thường kết hợp với viêm đài bể thận.

Viêm đài bể thận cấp hiếm đưa đến suy thận chức năng hoặc bệnh thận mạn tính. Nó thường tái phát hơn tái nhiễm.

Đái ra vi trùng không triệu chứng nếu không có bệnh lý khác đi kèm thì không gây tổn thương thận.

Nhiễm trùng tiết niệu trong thai kỳ có khả năng gây đẻ non hoặc hư thai.

4.4. Phòng ngừa

Ở phụ nữ có hơn 2 lần nhiễm trùng tiết niệu trong 6 tháng nên đặt vấn đề dự phòng.

Uống nhiều nước sao cho mỗi ngày có thể tiểu được trên 2 lít.

Đi tiểu trước khi đi ngủ, sau khi giao hợp, bất kỳ lúc nào cảm thấy mót tiểu.

Không dùng màng chắn âm đạo và thuốc diệt tinh trùng để ngừa thai mà nên chuyển sang phương pháp khác.

Sau khi giao hợp nên sử dụng một trong các kháng sinh sau đây: trimethoprim 150mg, bactrim 80/400mg, cephalixin 250mg, nitrofurantoin 50 hoặc 100mg. Liên tục sử dụng một trong các loại kháng sinh theo liệu trình sau đây: trimethoprim 250 mg mỗi tối, trimethoprim và sulfamethoxazol 40/200mg mỗi tối, trimethoprim và sulfamethoxazol 40/200mg x 3 lần/tuần, cephalixin 250mg mỗi tối, norfloxacin 200mg mỗi tối.

Với những người viêm tiền liệt tuyến hoặc trước và sau giải phẫu tiền liệt tuyến hoặc phụ nữ có thai với nước tiểu có vi trùng không triệu chứng có thể dùng ngày 1 lần hoặc 3 lần/1 tuần với 1 trong 2 kháng sinh sau đây bactrim 80/400 mg, nitrofurantoin 50mg.

4.5. Điều trị theo y học cổ truyền

4.5.1. Thể nhiệt lâm

- *Phép trị*: thanh nhiệt lợi thấp với mục đích:
 - + *Hạ sốt* với các dược liệu như hoạt thạch, cam thảo.
 - + *Lợi tiểu* như cù mạch, biển súc, mộc thông, sa tiền tử.
 - + *Kháng khuẩn* tụ cầu vàng, Proteus, Enterobacter như: chi tử, đại hoàng, cam thảo.
- Bài thuốc sử dụng:
 - + Bài thuốc Bát chính tán: hoạt thạch 12g, cù mạch 12g, biển súc 12g, mộc thông 8g, chi tử 12g, đại hoàng 8g, sa tiền tử 12g, cam thảo bắc 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Mộc thông	Đắng, hàn: giáng tâm hỏa, thanh phế nhiệt, lợi tiểu, thông huyết mạch	Quân
Biển súc	Đắng, bình, không độc: lợi tiểu, thông lâm, sát trùng	Thần
Cù mạch	Đắng, lạnh: thanh nhiệt, lợi tiểu	Thần
Hoạt thạch	Ngọt, hàn, vào kinh vị, bàng quang: thanh nhiệt, lợi tiểu	Thần
Sa tiền tử	Ngọt, hàn, không độc: lợi tiểu thanh can phong nhiệt, thẩm bàng quang thấp khí	Quân
Sơn chi	Đắng, hàn: thanh nhiệt tả hỏa, lợi tiểu cầm máu	Quân
Đại hoàng	Đắng, hàn: hạ vị tràng tích trệ, tả huyết phạm thực nhiệt, hạ ứ huyết, phá trung hà	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế, thanh nhiệt giải độc, điều hòa các vị thuốc	Sứ

4.5.2. Thể huyết lâm

- *Phép trị*: thanh nhiệt giải độc lương huyết chỉ huyết với mục đích:
 - + *Hạ sốt*: hoạt thạch, sinh địa.
 - + *Lợi tiểu*: mộc thông, đạm trúc điệp.
 - + *Kháng khuẩn*: các loại vi khuẩn gây bệnh tụ cầu E. coli, Proteus, Herpes simplex... thì cần dùng các vị như: đương quy, chi tử, tiểu kế, trắc bách điệp.
 - + *Cầm máu* như: chi tử, ngẫu tiết, bồ hoàng, tiểu kế, trắc bách điệp.
- Bài thuốc sử dụng:
 - + Bài thuốc Tiểu kế ẩm (*Tế sinh phương*): sinh địa 40g, tiểu kế 20g, hoạt thạch 12g, mộc thông 12g, bồ hoàng sao 20g, đạm trúc điệp 12g, ngẫu tiết 30g, đương quy 20g, chi tử 12g, trắc bách điệp 20g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Tiểu kế	Hơi đắng, lạnh: lương huyết, chỉ huyết, giải độc, tiêu ung	Quân
Sinh địa	Ngọt, đắng, lạnh: lương huyết, thanh nhiệt, tư âm giáng hỏa sinh tân nhuận táo	Quân
Hoạt thạch	Ngọt, lạnh: thanh nhiệt lợi thấp	Thần
Mộc thông	Đắng, lạnh: giáng tâm hỏa, thanh phế nhiệt, thông tiểu tiện	Thần
Bồ hoàng sao	Ngọt, bình: hoạt huyết khu ứ, thu sáp, chỉ huyết, lợi tiểu	Thần
Đạm trúc điệp	Ngọt, lạnh: thanh tâm, trừ phiền nhiệt	Thần
Ngẫu tiết sao	Chát: thu sáp chỉ huyết	Tá
Đương quy	Ngọt, ấm: dưỡng huyết, hoạt huyết	Tá
Chi tử sao	Chỉ huyết	Tá
Trắc bách điệp	Đắng mát: lương huyết, chỉ huyết	Tá

Gia thêm đại hoàng 6g để tăng tác dụng cầm máu (do tăng fibrinogen).

4.5.3. *Thế lao lâm*

- *Phép trị*: tư âm, thanh nhiệt, trừ thấp, với mục đích:
 - + *Kháng viêm + hạ sốt*: thực địa, đơn bì, tri mẫu.
 - + *Lợi tiểu*: phục linh, trạch tả.
 - + *Kháng khuẩn*: tụ cầu vàng, Proteus v.v. như: đơn bì, tri mẫu, hoàng bá.
 - Bài thuốc sử dụng: bài Lục vị tri bá (gồm: thực địa 40g, hoài sơn 16g, đơn bì 20g, trạch tả 8g, sơn thù 16g, phục linh 12g, hoàng bá 20g, tri mẫu 20g).
- Ngoài ra có thể gia thêm kim ngân 20g, liên kiều 20g.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Trực khuẩn E. coli thường xuất hiện trong các nhiễm trùng tiết niệu ở
 - A. Bệnh nhân là phụ nữ
 - B. Bệnh nhân đặt thông tiểu
 - C. Bệnh nhân có sỏi thận
 - D. Bệnh nhân có bất thường giải phẫu học hệ niệu
 - E. Bệnh nhân hay bị tái nhiễm
2. Sự có mặt các trực khuẩn Gram (+) trong nhiễm trùng tiết niệu không gợi ý đến
 - A. Bệnh nhân có kèm sỏi thận
 - B. Bệnh nhân có bất thường cấu trúc hệ niệu
 - C. Bệnh nhân thường hay bị nhiễm trùng tiểu tái phát
 - D. Bệnh nhân có hồi lưu bàng quang niệu đạo
 - E. Các câu trên đều sai
3. Nhiễm trùng tiết niệu ở phụ nữ ngoài triệu chứng đái ra mủ, cấy nước tiểu nhiều lần đều vô trùng, cần phải nghĩ điều gì trước tiên
 - A. Nhiễm trùng tiết niệu do Candida
 - B. Lao hệ niệu

- C. Vi khuẩn gây bệnh qua đường tình dục
 - D. Nhiễm trùng tiết niệu do adenovirus
 - E. Nhiễm trùng tiết niệu do E. coli
4. Nghi đến lao hệ tiết niệu khi bệnh nhân ngoài đái máu, đái mủ, cấy nước tiểu âm tính còn có thêm
- A. Tỷ trọng nước tiểu cao
 - B. pH nước tiểu kiềm
 - C. pH nước tiểu acid
 - D. pH nước tiểu trung tính
 - E. Đạm niệu dương tính
5. Khi nghi ngờ nhiễm trùng tiểu do Candida, nên cấy mẫu nước tiểu
- A. Sau khi xoa nắn tiền liệt tuyến
 - B. Lấy từ ống thông tiểu (sonde)
 - C. Chọc hút bàng quang
 - D. Đầu dòng tiểu
 - E. Giữa dòng tiểu
6. Trong nhiễm trùng tiết niệu, cơ chế xâm nhập của vi khuẩn từ đường dưới thường xảy ra ở
- A. Phụ nữ
 - B. Đàn ông
 - C. Bệnh nhân có sỏi thận
 - D. Bệnh nhân bị suy kiệt
 - E. Bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch
7. Ở người phụ nữ trẻ, yếu tố nào sau đây không tạo thuận cho sự nhiễm trùng tiết niệu
- A. Khoảng cách quá gần giữa lỗ tiểu và hậu môn
 - B. Sự lan truyền qua hoạt động tình dục
 - C. Do sử dụng thuốc ngừa thai uống
 - D. Do sử dụng màng chắn âm đạo
 - E. Do sử dụng thuốc diệt tinh trùng

8. Trên một bệnh nhân bị tổn thương thần kinh bàng quang, yếu tố nào sau đây không tạo thuận cho sự nhiễm trùng tiết niệu

- A. Sự thuyên tắc tĩnh mạch do nằm lâu
- B. Sự đặt ống thông tiểu thường xuyên
- C. Sự ứ đọng nước tiểu
- D. Sự dễ thành lập sỏi tiết niệu
- E. Sự mất trương lực cơ trơn niệu đạo, bàng quang

9. Theo YHCT chứng huyết lâm trong nhiễm trùng tiết niệu là do

- A. Khí huyết ứ trệ
- B. Hư hoả vọng động
- C. Tỳ bất nhiếp huyết
- D. Hoả nhiệt từ tâm dẫn xuống tiểu trường
- E. Thấp nhiệt uất kết

10. Chẩn đoán nhiễm trùng tiết niệu bằng phương pháp cấy nước tiểu sẽ không chính xác khi

- A. Số lượng khóm vi trùng (VT) $< 10^5/1\text{ml}$ nước tiểu lấy từ đài bể thận
- B. Số lượng khóm VT $> 10^5/1\text{ml}$ nước tiểu lấy đầu và giữa dòng
- C. Số lượng khóm VT $< 10^5/1\text{ml}$ nước tiểu trên một bệnh nhân tiểu mủ
- D. Số lượng khóm VT $> 10^5/1\text{ml}$ nước tiểu lấy qua chọc hút bàng quang
- E. Số lượng khóm VT $> 10^5/1\text{ml}$ nước tiểu lấy giữa dòng

11. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể lao lâm

- A. Đái rất
- B. Đái đau
- C. Đái đục
- D. Đái máu
- E. Đái khai

12. Triệu chứng nào sau đây không có trong 2 thể nhiệt lâm và huyết lâm

- A. Đái rất
- B. Đái đau
- C. Đái máu

- D. Đái đục
 - E. Đái ra dầu mỡ
13. Nhiễm trùng tiết niệu tái phát sau 2 tuần thường do
- A. Bất thường cấu trúc hệ niệu
 - B. Bất thường mạch máu thận
 - C. Tắc nghẽn đường niệu như: sỏi, u, phì đại tiền liệt tuyến
 - D. Thể trạng suy kiệt
 - E. Một ổ nhiễm trùng khác ở âm đạo hoặc đài bể thận
14. Thời gian trung bình cho một liệu pháp kháng sinh trong nhiễm trùng tiết niệu là
- A. 1 - 3 ngày
 - B. 3 - 5 ngày
 - C. 5 - 7 ngày
 - D. 7 - 14 ngày
 - E. 14 - 21 ngày
15. Kháng sinh nào thường dùng để dự phòng nhiễm trùng tiết niệu tái phát
- A. PNC
 - B. Amoxicilin
 - C. Bactrim
 - D. Kanamycin
 - E. Doxycyclin
16. Với bài thuốc Bát chính tán (gồm: hoạt thạch, cù mạch, biển súc, mộc thông, chi tử, đại hoàng, sa tiền tử, cam thảo bắc) có thể tăng liều 2 vị nào trong trường hợp có đái máu
- A. Hoạt thạch, cù mạch
 - B. Biển súc, mộc thông
 - C. Chi tử, đại hoàng
 - D. Sa tiền tử, cam thảo bắc
 - E. Cam thảo, hoạt thạch

SỎI TIẾT NIỆU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học và quan niệm của YHCT về bệnh sỏi tiết niệu.
2. Trình bày được nguyên nhân, bệnh sinh của bệnh sỏi tiết niệu theo YHHD và YHCT.
3. Nêu được nội dung chẩn đoán 3 thể lâm sàng của sỏi tiết niệu theo YHCT.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị nội khoa, chỉ định điều trị ngoại khoa, phép trị và bài thuốc điều trị các thể lâm sàng bằng YHCT.
5. Phân tích được các bài thuốc, phương huyệt áp dụng điều trị ba thể bệnh lâm sàng của sỏi tiết niệu.

1. ĐẠI CƯƠNG

Bình thường trong nước tiểu có các chất hòa tan như calci, phosphat, oxalat... nhưng với nồng độ thấp. Khi nồng độ các chất trên cao vượt quá ngưỡng, trong điều kiện lý hóa nhất định nếu gặp những yếu tố thuận lợi thì sẽ tạo thành sỏi tiết niệu.

Sỏi tiết niệu bao gồm: sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo.

1.1. Định nghĩa

Sỏi tiết niệu là một bệnh thường gặp và hay tái phát ở đường tiết niệu do sự kết tủa của một số thành phần trong nước tiểu ở điều kiện lý hóa nhất định.

Sỏi gây nghẽn tắc đường tiết niệu mà hậu quả có thể dẫn đến ứ nước thận và huỷ hoại tổ chức thận, gây nhiễm khuẩn và gây đau, ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng của người bệnh.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

- Sỏi tiết niệu là bệnh phổ biến trên thế giới, tuy nhiên sự phân bố không đồng đều. Bệnh ít gặp ở châu Phi, còn châu Mỹ tỷ lệ trung bình là 20 người/10000 người mỗi năm.

- Tuổi mắc bệnh trung bình từ 35 - 55 tuổi, tuy nhiên thời điểm mắc bệnh khác nhau tùy theo loại sỏi. Tuổi mắc bệnh trung bình đối với sỏi calci là 48,7; sỏi amoni magne phosphat là 46,7; sỏi acid uric là 59,4 và cystein là 27,9.
- Nam mắc bệnh gấp 3 lần nữ, tuy nhiên tỷ lệ bệnh thay đổi theo thành phần hoá học của sỏi, trong khi nam giới bị sỏi calci nhiều (88% so với 58% ở nữ giới) thì nữ giới bị sỏi amoni magne phosphat nhiều hơn (38% so với 8,8% ở nam giới). Ở trẻ < 5 tuổi hay gặp sỏi amoni magne phosphat, trên 5 tuổi hay gặp sỏi calci oxalat.

Theo GS Ngô Gia Hy ở Việt Nam sỏi thận chiếm 40%; sỏi niệu quản chiếm 28,27%; sỏi bàng quang 28,3%; sỏi niệu đạo 5,4% trong tổng số bệnh nhân bị sỏi nói chung. Sỏi tiết niệu ở nam nhiều gấp 2 lần ở nữ, gặp nhiều ở tuổi trên 30.

- Ở Việt Nam sỏi amino magne phosphat chiếm tỷ lệ cao kèm theo nhiễm khuẩn.

1.3. Quan niệm của y học cổ truyền về sỏi tiết niệu

- Sỏi tiết niệu được mô tả trong chứng thạch lâm của YHCT (thạch lâm: tiểu ra sỏi)
- Thạch lâm là một trong chứng 5 chứng lâm được YHCT gọi là chứng ngũ lâm, đó là: nhiệt lâm, huyết lâm, thạch lâm, cao lâm, lao lâm.
Những viên sỏi lớn gọi là thạch lâm, sỏi nhỏ gọi là sa lâm.
- Chứng trạng của thạch lâm: bụng dưới đau co cứng, một bên thân lưng đau quặn, đau lan xuống bụng dưới và bộ phận sinh dục, tiểu tiện đau buốt khó đi, nước tiểu có khi vàng đục có khi ra máu, có khi ra lẫn sỏi cát.
- Nguyên nhân do thấp nhiệt nung nấu ở hạ tiêu khiến ngưng kết trong nước tiểu mà gây bệnh.

2. NGUYÊN NHÂN, BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân

Sự phát sinh và hình thành sỏi có nhiều nguồn gốc khác nhau, đặc biệt là nó tùy thuộc vào từng loại sỏi cũng như không chỉ một nhóm nguyên nhân nào mà là sự phối hợp của nhiều yếu tố: từ chế độ ăn uống đến các bệnh tật trong cơ thể đang có và đến yếu tố di truyền phối hợp tạo nên sỏi niệu. Có 3 nguyên nhân được quan tâm sau đây:

- Các chất hoà tan trong nước tiểu như calci, phosphat, oxalat, urat ... vượt quá ngưỡng (cao hơn nồng độ hòa tan).
- Khi pH nước tiểu toan hoá hoặc kiềm hoá: toan hóa (pH<6) thì dễ kết tinh sỏi urat và sỏi acid uric; kiềm hóa (pH> 6,5) thì dễ kết tinh sỏi oxalat và phosphat.

- Yếu tố di truyền: đối với sỏi cystin và sỏi acid uric yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng, sỏi cyatin xuất hiện ở bệnh nhân kiểu gen đồng hợp tử, người ta nhận thấy những trường hợp sỏi calci ở trong một số người cùng dòng họ, ngoài ra yếu tố cường calci niệu thường tạo ra sỏi có khả năng di truyền kiểu đa gen.

Nguyên nhân tạo thành sỏi với điều kiện là: trong nước tiểu hiện diện có yếu tố làm nhân sỏi (tế bào, đám tế bào bong ra từ đài bể thận bị viêm).

2.2. Yếu tố thuận lợi

Những yếu tố thuận lợi cho sự hình thành sỏi niệu:

- Những người có bệnh lý dị dạng ở đường niệu.
- Những người nằm bất động lâu ngày.
- Uống ít nước.
- Người có bệnh loãng xương, bệnh Goutte.

2.3. Cơ chế sinh bệnh

Trong quá trình bão hòa, nước tiểu trải qua 3 giai đoạn từ thấp đến cao:

- Giai đoạn chưa bão hòa: trong đó các tinh thể được hòa tan.
- Giai đoạn trung gian: trong đó các tinh thể chỉ kết tinh lúc có một chất khởi xướng để hình thành một nhân dị chất.
- Giai đoạn không bền: trong đó các tinh thể kết tinh tự nhiên từ một nhân dị hay đồng chất.

Ngoài cơ chế chung nêu trên mỗi loại sỏi còn có đặc thù riêng như:

- + Sỏi acid uric xuất hiện khi sự chuyển hóa purin tăng do chế độ ăn hay do nguyên nhân nội sinh và khi pH nước tiểu $< 5,3$. Với pH bình thường nước tiểu bệnh nhân chứa một hỗn hợp acid uric và urat, khi pH hạ acid uric ít hòa tan sẽ kết tủa trong khi urat dễ hòa tan lại giảm đi rõ rệt.
- + Sỏi amoni magne phosphat được hình thành khi bệnh nhân tiết lượng calci phosphat và amoni khá lớn kèm theo sự tăng pH nước tiểu lên $> 7,2$. Sỏi dĩ pH nước tiểu tăng là do nhiễm khuẩn vì vậy sỏi này cũng được gọi là sỏi do nhiễm khuẩn.

2.4. Nguyên nhân sinh bệnh theo y học cổ truyền

Người xưa cho rằng sỏi tiết niệu có nguyên nhân chính là do nhiệt hạ tiêu.

- Nội kinh cho rằng: tỳ thấp làm đàm ứ lại, đàm hóa hỏa, hỏa sinh nhiệt hạ tiêu làm chưng kiệt nước tiểu, cạn lắng lại mà thành thạch.

- Tuệ Tĩnh giải thích: sỏi niệu do thận khí hư làm thủy hỏa mất điều hòa, hỏa của tâm đi xuống hạ tiêu chưng khô nước tiểu mà thành thạch (ví như cặn kết ở đáy nồi khi đun nấu lâu ngày vậy). Thận âm hư sinh nội nhiệt, nội nhiệt làm hư hao tân dịch cho nên đi tiểu ít.
- Thấp nhiệt hạ tiêu: thấp tà, nhiệt tà xâm phạm hạ tiêu (viêm đường tiết niệu), nhiệt kết bàng quang làm hư hao thủy dịch, cặn lắng kết lại sinh sỏi.
- Bệnh tật nằm lâu bất động, khí huyết ứ trệ, thủy dịch kém được lưu thông, cặn có điều kiện kết lắng mà thành sỏi.

Như vậy, nguyên nhân sinh chứng thạch lâm là:

- + Thấp nhiệt hạ tiêu.
- + Khí huyết ứ trệ.
- + Thận hư.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Biểu hiện lâm sàng

- *Đau*: đau đột ngột, dữ dội vùng bụng và eo lưng, đau lan xuống hạ bộ, thường hay xuất hiện sau chạy nhảy hoặc lao động nặng...
- *Đái máu*: đái máu đầu bãi, cuối bãi hoặc toàn bãi; dấu hiệu tiểu tắc giữa dòng.
- *Nôn hoặc buồn nôn* trong đợt đau.

3.2. Khám

Ấn điểm niệu quản thấy đau.

3.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm nước tiểu thấy vi khuẩn, tế bào, cặn.

Chụp phim X quang có thể thấy hình ảnh viên sỏi (tuy nhiên một số sỏi không cản quang).

Siêu âm cho biết vị trí, kích thước viên sỏi.

3.4. Chẩn đoán vị trí sỏi

- Sỏi đài bể thận: ít có triệu chứng lâm sàng, thường được phát hiện do nhân một lần khám kiểm tra sức khỏe có X quang.
- Sỏi niệu quản:
 - + Có cơn đau điển hình đột ngột và dữ dội.

- + Điểm đau niệu quản (+).
- + Nước tiểu có máu.
- Sỏi bàng quang:
 - + Tiểu rất, tiểu không hết, tiểu tắc giữa dòng.
 - + Tiểu máu.
- Sỏi niệu đạo:
 - + Gặp ở nam giới: tiểu buốt, dòng tiểu nhỏ hoặc giở giọt.
 - + Thăm khám qua trực tràng rất đau.

3.5. Chẩn đoán phân loại sỏi

Có 5 loại sỏi thường gặp:

- Sỏi calci: chiếm 60 - 80% các loại sỏi, sỏi calci rất cản quang.
- Sỏi phosphat: chiếm 5 - 15% các loại sỏi, sỏi phosphat cản quang.
- Sỏi acid uric: chiếm 10 - 20%, không cản quang.
- Sỏi xystin: chiếm 1 - 2%, ít cản quang.
- Sỏi carbonat: ít cản quang.

3.6. Chẩn đoán phân biệt

Sỏi niệu có cơn đau quặn thận cần được chẩn đoán phân biệt với:

- *Tắc ruột*: tắc ruột không có triệu chứng bệnh của đường tiết niệu, đau toàn ổ bụng, bụng trướng, quai ruột tăng hơi, bí trung tiện.
- *Viêm ruột thừa*: không có biểu hiện bệnh lý đường tiết niệu, đau nhẹ hố chậu phải, sốt nhẹ, bạch cầu tăng.
- *Sỏi tụy, sỏi túi mật*: cần khám kỹ, sốt cao, vàng da.
- *U bể thận, u niệu quản*: đau từ từ, cần chụp cắt lớp để phân biệt.

3.7. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

3.7.1. *Thể thấp nhiệt* (tương ứng với sỏi tiết niệu có viêm nhiễm kèm theo)

- Đau từ eo lưng lan xuống đùi và bộ phận sinh dục ngoài.
- Tiểu tiện vàng sền, đỏ đục, nóng rát ống tiểu, tiểu nhiều lần, có thể đi tiểu ra sỏi.
- Gai sốt hoặc ớn lạnh.
- Miệng khô khát.

- Lưỡi đỏ, rêu vàng.
- Mạch sắc.

3.7.2. Thử khí huyết ứ trệ (tương ứng với sỏi niệu đái ra máu)

- Khi đi tiểu thấy đau tức và nặng trước âm nang, tiểu tiện máu đỏ tươi, đi tiểu không hết.
- Nước tiểu vừa có máu vừa đục.
- Lưỡi có điểm ứ huyết.
- Mạch khẩn.

3.7.3. Thử thận hư (tương ứng sỏi tiết niệu có biến chứng)

- Tiểu ít, đục có mủ, bệnh âm ỉ, sốt kéo dài.
- Người mệt mỏi, bụng trướng hoặc phù thũng, sắc mặt trắng bệch.
- Lưỡi nhợt bệu, rêu trắng dính.
- Mạch tế sắc vô lực.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Giảm đau (khi đã chẩn đoán cụ thể).
- Kháng sinh chống viêm nhiễm khi cần thiết.
- Thay đổi pH nước tiểu; uống nhiều nước (>2 lít/ngày).
- Chế độ ăn uống phù hợp.
- Chỉ định phẫu thuật khi viên sỏi lớn điều trị nội khoa không kết quả, sỏi có biến chứng...

Điều trị nội khoa nhằm giải quyết nguyên nhân và cơ chế tạo sỏi, có tác dụng hạn chế tái phát sỏi, giảm bớt các chỉ định ngoại khoa và tránh các biến chứng khác ngoài thận.

4.2. Điều trị theo y học cổ truyền

4.2.1. Thử thấp nhiệt

- Phép trị: thanh nhiệt, bài thạch, trừ thấp, lợi niệu.
- Phương dược:
 - + Bài thuốc nam kinh nghiệm dân gian

Kim tiền thảo	40g	Sa tiền tử	20g
Uất kim	16g	Ngưu tất	10g
Trạch tả	10g		

+ Bài cổ phương: Xích đạo tán gia vị gồm: sinh địa 12g, trúc diệp 16g, mộc thông 16g, cam thảo tiêu 10g, sa tiền tử 10g.

Gia thêm: kim tiền thảo 20g, kê nội kim 10g.

Sắc uống ngày 1 thang.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sinh địa	Ngọt, lạnh, vào can thận: bổ thận, dưỡng âm, thanh nhiệt, dưỡng huyết	Quân
Kim tiền thảo	Mặn, bình: vào thận bàng quang. làm tan sỏi	Quân
Trúc diệp	Ngọt, nhạt, hàn; vào kinh tâm, tiểu trường: thanh tâm hỏa, lợi niệu	Thần
Mộc thông	Đắng, hàn; vào thận, bàng quang: giáng hỏa, lợi tiểu tiện, thông huyết mạch	Thần
Cam thảo	Ngọt, bình: thanh nhiệt giải độc, điều hòa vị thuốc	Tá, sứ
Sa tiền tử	Ngọt, hàn: thanh phế khí, thẩm khí bàng quang	Tá
Kê nội kim	Ngọt, bình; vào kinh phế, tỳ: tiêu thủy cốc, lý tỳ vị, chữa tiểu máu, mụn nhọt	Tá

4.2.2. Thử khí huyết ứ trệ

- Phép trị: lý khí hành trệ, thông lâm bài thạch.
- Phương dược:

+ Bài thuốc nam

Đào nhân	8g	Uất kim	8g
Ngưu tất	8g	Chỉ xác	6g
Kim tiền thảo	20g	Sa tiền tử	12g
Kê nội kim	8g	Ý dĩ	12g
Bạch mao căn	16g	Ngưu tất	8g

Sắc uống ngày 1 thang

+ Bài thuốc cổ phương Huyết phủ trục ứ thang (gồm: dương quy 12g, sinh địa 8g, đào nhân 8g, hồng hoa 8g, chỉ xác 6g, xích thực 8g, sài hồ 8g, cam thảo 4g, xuyên khung 8g, ngưu tất 8g).

Gia thêm: kim tiền thảo 20g, hạn liên thảo 20g.

Sắc uống ngày 1 thang.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Kim tiền thảo	Mặn, bình; vào thận, bàng quang: tán kết; làm tan sỏi mật, sỏi niệu	Quân
Đào nhân	Ngọt, đắng, bình; vào kinh can, thận, tỳ: hoạt huyết, thông lâm	Quân
Hồng hoa	Cay, ấm; vào kinh can tỳ: tán phá ứ, hành huyết	Quân
Đương quy	Ngọt, cay, ấm; vào kinh tâm, can, tỳ: hành huyết hoạt huyết	Thần
Xích thực	Đắng, hàn; vào kinh can, tỳ, phế: hoạt huyết, hành huyết, chỉ thống	Thần
Chỉ xác	Đắng, bình; vào kinh, can, phế, tỳ: lý khí, hòa trung	Tá
Xuyên khung	Cay, ôn; vào kinh phế, đại trường: khu phong, hoạt huyết, chỉ thống	Tá
Ngưu tất	Đắng, bình; vào kinh can, thận: bổ can thận, hành khí xuống	Tá
Sài hồ	Đắng, lạnh; vào can, đởm, tâm, tam tiêu: tả nhiệt, giải độc, thăng đề	Tá
Hạn liên thảo	Ngọt, chua, lương; vào can, thận: bổ thận, chỉ huyết ly, tiêu máu	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào can, đởm, tỳ, vị: kiện tỳ vị, điều hòa các vị thuốc	Tá, sứ

4.2.3. Thể thận hư

– Phép trị: bổ thận, lợi niệu, thông lâm.

– Phương dược:

+ Bài thuốc nam kinh nghiệm dân gian

Dây tơ hồng 30g Thỏ phục linh 20g

Củ mài 30g Tỳ giải 30g

Mã đề 16g Hạt sen 30g

Sắc uống ngày 1 thang.

+ Bài cổ phương: Tế sinh thận khí hoàn gia vị (Tế sinh phương) (gồm: phụ tử 8g, thực địa 16g, hoài sơn 12g, sơn thù 12g, đơn bì 12g, phục linh 12g, trạch tả 8g).

Gia thêm: kim tiền thảo 20g, sa tiền tử 16g.

Tán bột làm hoàn, ngày uống 30g.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Kim tiền thảo	Mặn, bình: làm tan sỏi	Quân
Phụ tử	Ngọt, độc, rất nóng: bổ hỏa, trợ dương, trục hàn thấp	Quân
Thục địa	Ngọt, ấm; vào kinh thận, can, tỳ: bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, nhạt, bình; vào kinh tỳ, vị: bổ tỳ vị phế thận, sinh tân	Thần
Sơn thù	Chua, hơi ôn; vào kinh thận, bàng quang: bổ thận sáp tinh	Thần
Đơn bì	Đắng, hàn; vào thận, can, đởm: thanh huyết nhiệt, tán huyết ứ	Tá
Phục linh	Ngọt, bình; vào kinh can, thận, tỳ: lợi thủy thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, mát; vào kinh thận, bàng quang: thanh tả thấp nhiệt bàng quang, lợi thủy	Tá
Sa tiền tử	Ngọt, hàn; vào kinh thận, phế, bàng quang: thanh phế, thẩm khí bàng quang	Tá

5. PHÒNG BỆNH

- Giải quyết những dị tật trên đường niệu.
- Phòng và trị bệnh loãng xương.
- Tránh các thức ăn có chứa nhiều các chất calci, phosphat, oxalat...
- Uống nhiều nước hàng ngày (trên 2 lít).
- Giữ vệ sinh, chống viêm nhiễm đường niệu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Sỏi niệu thường gặp nhất ở vị trí
 - A. Sỏi niệu quản trên
 - B. Sỏi niệu quản dưới
 - C. Sỏi bàng quang
 - D. Sỏi thận
 - E. Sỏi niệu đạo
2. Nguyên nhân gây sỏi niệu (chọn câu sai)
 - A. Các chất hòa tan trong nước tiểu như calci, phosphat... vượt quá ngưỡng

- B. Khi pH nước tiểu toan hóa
 - C. Khi pH nước tiểu trung tính
 - D. Viêm nhiễm tại đài bể thận
 - E. Yếu tố di truyền
3. Yếu tố thuận lợi gây sỏi niệu (chọn câu sai)
- A. Bệnh lý dị dạng đường niệu
 - B. Ăn nhiều thịt cá
 - C. Nằm bất động lâu ngày
 - D. Uống ít nước
 - E. Bệnh lý loãng xương, Goutte
4. Sỏi niệu được hình thành do nhiễm khuẩn
- A. Sỏi amoni – magne phosphat
 - B. Sỏi calci
 - C. Sỏi urat
 - D. Sỏi cystein
5. Sỏi niệu có tính chất không cản quang
- A. Sỏi calci
 - B. Sỏi phosphat
 - C. Sỏi acid uric
 - D. Sỏi cystein
 - E. Sỏi carbonat
6. Chẩn đoán sỏi niệu cần chẩn đoán phân biệt (chọn câu sai)
- A. Tắc ruột
 - B. Viêm ruột thừa
 - C. Viêm dạ dày – tá tràng
 - D. Sỏi tụy, sỏi túi mật
 - E. U bể thận, u niệu quản
7. Bệnh sỏi niệu với triệu chứng: đau từ eo lưng lan xuống đùi và sinh dục ngoài, tiểu vàng sền, đổ đục, gai sốt hoặc ớn lạnh, lưỡi đỏ rêu vàng mạch sắc... thuộc thể bệnh
- A. Thấp nhiệt
 - B. Khí huyết ứ trệ

- C. Thận hư
 - D. Can uất tỳ hư
 - E. Bàng quang hư hàn
8. Bệnh sỏi niệu với tiểu đau tức, cảm giác nặng trước âm nang, tiểu máu đỏ tươi, tiểu không hết, lưỡi có điểm ứ huyết mạch khản
- A. Thấp nhiệt
 - B. Khí huyết ứ trệ
 - C. Thận hư
 - D. Can uất tỳ hư
 - E. Bàng quang hư hàn
9. Bệnh sỏi niệu với tiểu ít, đục, có mủ, âm ỉ kéo dài, người mệt mỏi, bụng trướng hoặc phù thũng, sắc mặt trắng, lưỡi nhợt bệu, rêu trắng dính, mạch tế sắc vô lực
- A. Can uất tỳ hư
 - B. Bàng quang hư hàn
 - C. Thận hư
 - D. Khí huyết ứ trệ
 - E. Thấp nhiệt

CHỨNG SUY SINH DỤC NAM (IMPOTENCE)

MỤC TIÊU

1. Trình bày được đặc điểm giải phẫu hệ thần kinh và mạch máu tiếp liệu cho bộ phận sinh dục nam.
2. Phân loại và phân tích được các nguyên nhân của sự suy sinh dục nam.
3. Trình bày cơ chế bệnh sinh của chứng liệt dương và di tinh theo YHCT.
4. Trình bày các phương pháp thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân của sự suy nhược sinh dục nam.
5. Liệt kê và trình bày được các tác dụng dược lý của tây dược điều trị chứng suy nhược sinh dục nam.
6. Trình bày được các tác dụng dược lý của các pháp trị chứng suy sinh dục nam theo YHCT.

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy sinh dục nam là một hội chứng khá phổ biến, chiếm 52% dân số nam tuổi từ 40 - 70 (Boston), trong đó người đàn ông không thể đạt được sự cường dương, sự xuất tinh hoặc cả hai.

Một người đàn ông bị rối loạn chức năng tình dục thường than phiền về những tình trạng như mất ham muốn, không thể khởi phát hoặc duy trì sự cường dương, không thể xuất tinh hoặc xuất tinh sớm hoặc không thể đạt được khoái cảm

Suy sinh dục nam có thể là thứ phát do bởi một bệnh hệ thống, do bởi sự lạm dụng các loại thuốc hoặc bị một bệnh lý ở hệ sinh dục, tiết niệu và nội tiết hoặc chỉ do bởi tâm lý.

Để có thể hiểu rõ hơn cơ chế cũng như phương pháp điều trị của bệnh bất lực, chúng ta nên có một cái nhìn toàn cảnh về cơ chế sinh lý và bệnh lý của bệnh bất lực.

2. CƠ CHẾ CỦA SỰ CƯỜNG DƯƠNG

Bình thường dương vật được phân bố bởi 3 loại sợi thần kinh sau đây:

- Sợi somatic dẫn truyền cảm giác xuất phát từ dorsal nerve của dương vật, truyền luồng cảm giác từ da dương vật và quy đầu vào đến những hạch ở rễ lưng S2 - S4, qua dây thần kinh pudendal, trong đó những sợi truyền luồng cảm giác từ quy đầu là free ending nerve.

Trong khi đó sợi vận động dẫn truyền xung động từ tủy sống và vỏ não v.v... sẽ khởi đầu từ S3 - S4 theo thần kinh pudendal đến nhóm cơ ụ hang và hành hang cùng với những sợi giao cảm hậu hạch để phân bố đến phó tinh hoàn, thừng tinh, túi tinh, cơ vòng trong của bàng quang để điều hòa sự co thắt đồng bộ nhịp nhàng của các cấu trúc này trong lúc xuất tinh.

- Sợi phó giao cảm tiền hạch xuất phát từ S2 - S4 băng qua thần kinh chậu đi đến từng chậu (plexus) pelvic.
- Sợi giao cảm xuất phát từ vùng xám inter lateral medio của T11 - L2 đi dọc theo chuỗi hạch giao cảm cạnh cột sống đến đám rối hạ vị trên, đến thần kinh hạ vị để đi vào đám rối chậu pelvic.

Những sợi thần kinh thực vật sau khi phối hợp với nhau trong đám rối pelvic sẽ đi đến dương vật theo thần kinh cavernous dọc theo mặt sau bên của prostate trước khi xuyên qua cơ sàn chậu ngay bên ngoài niệu đạo, cách xa niệu đạo màng nó cho ra một vài sợi đi vào thể xốp của dương vật, trong khi những sợi còn lại đi vào thể hang và dọc theo những nhánh cuối của động mạch pudendal và tĩnh mạch hang.

Ngoài vai trò của tủy sống đáp ứng lại kích thích cường dương bằng sờ mó còn có vai trò quan trọng của não bộ trong việc điều hoà các kích thích thông qua phản xạ tủy:

- + Các luồng kích thích do tưởng tượng, do nhìn, do nghĩ, do nghe, do thấy thông qua vỏ não, thalamus, rhiencephalic và limbic sẽ đi đến vùng medial preoptic anterior hypothalamus, vùng này sẽ tác động như một trung tâm điều phối mà kết quả cuối cùng sẽ gây nên cường dương.
- + Trong khi phức hợp amygdaloid (amygdaloid complex) của não lại có tác dụng ngược lại.

Mặc dầu hệ phó giao cảm là yếu tố khởi phát của sự cường dương nhưng sự chuyển dạng của dương vật sang thể cương cứng lại là hiện tượng của mạch máu.

Trong tình trạng mềm (bình thường), các động mạch, tiểu động mạch và các khoảng xoang trong thể hang của dương vật đều co thắt lại dưới tác động của thần kinh giao cảm, trong khi những tiểu tĩnh mạch giữa xoang và dense junica albuginea (xung quanh thể hang) lại mở ra tự do.

Sự cương cứng chỉ có thể bắt đầu có sự giãn nở các cơ trơn của các khoảng xoang, điều này sẽ đưa tới sự giãn nở của xoang và giảm kháng lực ngoại vi sẽ làm tăng nhanh luồng máu đi qua động mạch thể hang và động mạch pudendal. Chính sự giãn nở của các hệ xoang sẽ chèn ép lên trên tiểu tĩnh mạch và diện tích mặt trong của dense tunica albuginea gây một tình trạng tắc nghẽn tĩnh mạch. Kết quả là sự tăng áp lực bên trong các hệ xoang sẽ gây nên sự cương cứng.

Sự cường dương xảy ra khi trương lực của các xoang do thần kinh giao cảm gây ra bị đối kháng bởi phó giao cảm (xuất phát từ S2 - S4) bởi vì chính nó đã kích thích tổng hợp và phóng thích ra nitric oxyd từ nội bì các mạch máu, một chất dẫn truyền thần kinh non adrenergic, non cholinergic, đưa đến sự giãn nở các cơ trơn của hệ xoang.

Ngoài ra người ta còn tìm thấy các neuro peptid như V.I.P hoặc calcitonin - gene - related peptid trong các mô xoang có khả năng gây căng phồng dương vật trong khi nor - epinephrin có tác dụng ngược lại.

Nếu thần kinh phó giao cảm có vai trò chủ yếu trong việc cường dương thì hệ giao cảm lại có vai trò trong sự xuất tinh và phóng tinh:

Dưới sự điều hoà của hệ α adrenergic thì các phó tinh hoàn, thừng tinh, túi tinh đẩy tinh dịch đi vào niệu đạo vùng prostat.

Sự đóng đồng thời cổ bàng quang cùng với sự co thắt của các cơ μ hang và hành hang sẽ phóng tinh ra ngoài.

Nếu sự cường dương và phóng tinh là một hiện tượng thuộc về cơ chế sinh lý thì sự khoái cảm chỉ là một cảm giác tâm lý xảy ra trong giai đoạn co thắt nhịp nhàng của cơ đáy chậu. Nó được cảm nhận như là một cảm giác khoan khoái và có thể xảy ra ngay cả khi không có cường dương hoặc xuất tinh.

Cuối cùng là sự xiù của dương vật (sau khi xuất tinh) có lẽ là do hoạt tính trương lực của hệ mạch máu đã được khôi phục (do vai trò ưu thắng của hệ giao cảm trên hệ cơ trơn mạch máu) sẽ giảm dòng máu đến dương vật và gây nên sự làm rỗng các khoảng xoang.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH VỀ SỰ SUY SINH DỤC NAM

3.1. Theo y học hiện đại

Thông thường chứng suy sinh dục nam (impotence) được phân loại như sau:

3.1.1. Mất ham muốn

Nguyên nhân có thể do thiếu hụt androgen, do rối loạn tâm lý, do dùng hoặc lạm dụng thuốc gây nghiện. Sự thiếu hụt androgen có thể đo lường được bằng lượng testosterone và gonadotrophin/huyết tương trong khi tình trạng giảm năng tuyến sinh dục (hypogonadism) lại đưa đến sự không xuất tinh do giảm tiết tinh dịch từ túi tinh và prostat.

3.1.2. Không cường dương

- Do giảm testosterone: rất ít gặp nhưng dễ chẩn đoán và điều trị, tuy nhiên sự giảm đến mức giới hạn của testosterone lại không phải là nguyên nhân của sự không cường dương.
- Do tăng prolactin máu đưa đến ức chế sản xuất LHRH làm giảm testosterone và gonadotropin, nguyên nhân có thể là:
 - + Khối u ở tuyến yên.
 - + Do sử dụng các thuốc gây tăng sản xuất prolactin như oestrogen, lạm dụng phenothiazin hay reserpin (2% - 5% trường hợp).
- Do thuốc:
 - + Các thuốc chống androgen như:
 - H₂ receptor antagonist có tác dụng làm tăng prolactin.
 - Hoặc spironolacton, ketoconazon, finasterid (5 α - reductas inhibitor) dùng để chữa chứng phì đại prostat sẽ đồng thời làm giảm ham muốn và rối loạn phóng tinh (10 - 12% trường hợp).
 - + Các thuốc chống tăng HA như clonidine, methyldopa, guanadrel (qua tác dụng liệt giao cảm trung ương hoặc ngoại vi) β blocker, thiazid.
 - + Các thuốc chống cholinergic.
 - + Các thuốc chống trầm cảm loại IMAO và tricyclic do tác dụng liệt giao cảm và chống cholinergic.
 - + Các thuốc antipsychotic.
 - + Các thuốc an thần, chống lo âu.
 - + Rượu, methanon, heroin, thuốc lá.
- Bệnh ở dương vật:
 - + Peyronie's.
 - + Chứng cương đau dương vật.
 - + Chấn thương.
- Bệnh thần kinh:
 - + Tổn thương thùy thái dương trước.
 - + Bệnh tủy sống.
 - + Rối loạn thần kinh cảm giác: tabes dorsalis, bệnh ở dorsal root ganglia.
 - + Giải phẫu radical prostatectomi, cystetomy, rectosigmoid.
 - + Diabetic autonomic nevropathy hoặc polyneuropathy.
 - + Hội chứng Shy - Dragg.

- Bệnh mạch máu:
 - + Hội chứng Lerich (aortic occlusion).
 - + Tắc nghẽn hoặc hẹp động mạch pudendal và cavernous do xơ mỡ động mạch.
 - + Tổn thương động mạch do chiếu tia xạ trị vùng chậu.
 - + Rò rỉ tĩnh mạch (venous leak).
 - + Bệnh của khoảng xoang.

3.1.3. Xuất tinh sớm

Thường do lo âu, rối loạn cảm xúc v.v... ít khi do thực thể.

3.1.4. Không xuất tinh

- Phóng tinh ngược: do giải phẫu cổ bàng quang hoặc do diabetes.
- Thiếu hụt androgen.
- Do thuốc: guanethisin, phenoxybenzamin, phentolamin, sertralin.

3.1.5. Không khoái cảm

Thường do tâm lý nếu bệnh nhân vẫn có ham muốn và vẫn còn cường dương được.

3.1.6. Không xiù được (priapism)

Thường phân biệt được với sự cường dương tự nhiên đó là priapism không hề có căng phồng quy đầu.

Nguyên nhân của priapism có thể không biết nhưng cũng có thể phối hợp với bệnh hồng cầu liềm, bệnh bạch cầu mạn granulocyt do tổn thương tuỷ sống hoặc do tiêm các thuốc giãn mạch vào dương vật.

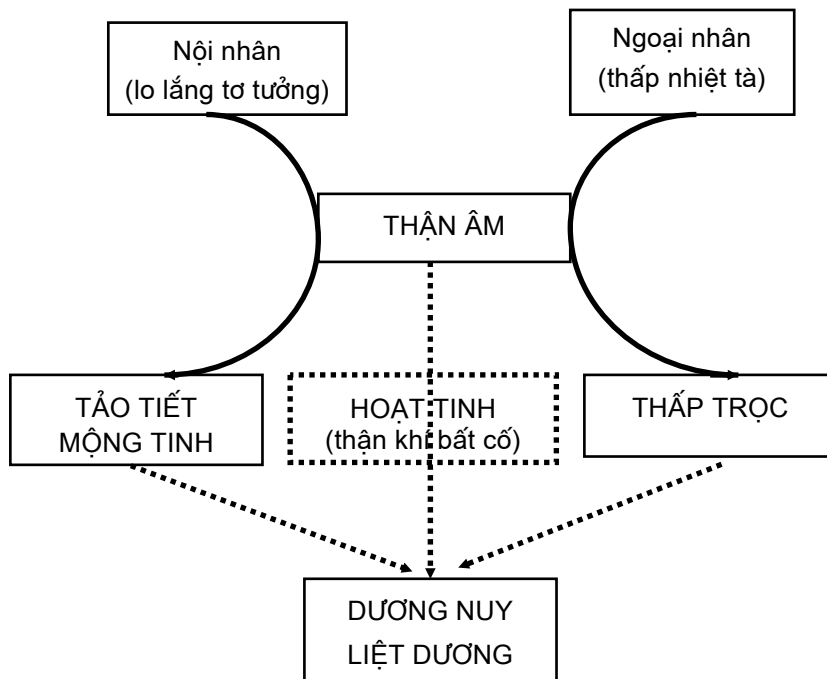
3.2. Theo y học cổ truyền

Chúng bất lực thuộc phạm trù của chứng di tinh, tảo tiết và liệt dương, dương nuy mà cơ chế không nằm ngoài phạm vi của 2 chứng thận âm hư và thận dương hư.

Thận với chức năng tàng tinh (chủ yếu là tinh sinh dục), nếu do vì lo lắng căng thẳng hoặc tư tưởng đến chuyện tình dục quá mức thì hậu quả sẽ là mộng tinh, tảo tiết mà bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện ở các thể tâm thận bất giao hoặc tương hoả vọng động.

Ngược lại nếu do vì cảm nhiễm thấp nhiệt tà qua đường sinh dục tiết niệu thì triệu chứng biểu hiện sẽ là tinh tự xuất sau khi đi tiểu hoặc là thấp trọc.

Nếu bệnh kéo dài lâu ngày sẽ đưa đến thận khí bất cố với triệu chứng hoạt tinh: tinh tự xuất khi liên tưởng đến chuyện tình dục hoặc khi gắng sức hoặc đưa đến chứng dương nuy, liệt dương mà bệnh cảnh lâm sàng thường biểu hiện ở dưới thể tâm tỳ lưỡng hư hoặc mệnh môn hỏa suy.



4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Theo y học hiện đại

4.1.1. Bệnh sử

Trước một bệnh nhân than phiền về chứng suy sinh dục nam nên hỏi bệnh nhân than phiền về loại suy sinh dục nam nào, về tiền sử của bệnh đái tháo đường, các bệnh lý về thần kinh ngoại vi hoặc các rối loạn chức năng bàng quang, về chứng khập khiễng cách hồi, thời gian cường dương ban đêm (nocturnal penile-time) trung bình kéo dài 100 phút/đêm (thường xảy ra trong thời kỳ REM của giấc ngủ).

4.1.2. Khám thực thể

- Khám dương vật tìm các mảng xơ ở mặt lưng dương vật (thường gặp trong bệnh peyroni).
- + Khám tinh hoàn và hệ thống lông, vú: nếu tinh hoàn < 3,5cm nên nghĩ tới hypogonadism nếu thấy vú to hoặc rụng lông nên chú ý tới tình trạng tăng prolactin.

- + Khám hệ động mạch bằng cách tìm tiếng thổi ở động mạch bụng, sờ động mạch dương vật, do HA tâm thu động mạch dương vật.

$$\text{Nếu tỷ số HAM} = \frac{\text{HA tối đa của dương vật}}{\text{HA tối đa của cánh tay (thế nằm)}} < 0,6$$

Thì nên làm siêu âm Doppler để chẩn đoán

- Có thể kết hợp Doppler với siêu âm có độ phân giải cao sau khi tiêm alprostadil vào dương vật để đánh giá lưu lượng máu qua động mạch thể hang.
- Nên tìm tinh trùng trong nước tiểu sau giao hợp nếu nghi ngờ có hiện tượng phóng tinh ngược.
- Nếu bệnh nhân than phiền về chứng di tinh, hoạt tinh: nên khám kỹ tinh hoàn, phó tinh hoàn và thừng tinh để tìm khối u do lao, lậu; đồng thời lấy chất tiết từ niệu đạo sau khi xoa bóp prostat hoặc thụt nitrat bạc để cấy tìm vi trùng sau lao, lậu.
- Về hệ thần kinh: nên khám tìm cảm giác dương vật, đánh giá trương lực cơ vòng, khám phản xạ hành hang bằng cách bóp mạnh quy đầu và nhận xét sự co thắt cơ vòng hậu môn, khám lực cơ ở ngọn chi, phản xạ gân xương 2 chân, đo cảm giác rung, cảm giác vị trí, sờ mó, đau và có thể làm điện cơ đồ phản xạ hành hang.
- Sau cùng là đo nồng độ testosterone, LHRH, prolactin nếu nghi ngờ có thiếu năng tinh hoàn hoặc tăng prolactine máu.

4.2. Theo y học cổ truyền

4.2.1. Tương hoả vọng động

Với biểu hiện ngủ ít, hồi hộp, đầu choáng váng, dương vật hay cương, hay mộng tinh hoặc tảo tiết, miệng khô, lưỡi đỏ, đau eo lưng, mạch huyền sắc.

4.2.2. Tâm thận bất giao

Đầu váng, hồi hộp, tinh thần bải hoải, mộng tinh hoặc tảo tiết, hay quên, cảm giác bốc hoả ở mặt, họng khô cổ ráo, lạnh 2 chân, tiểu đỏ ngắn, mạch tế sắc.

4.2.3. Thận khí bất cố (thận khí bất túc)

Thường đau lưng, ngủ ít, chóng mặt, ù tai, tinh tự xuất ra khi nghĩ đến chuyện tình dục hoặc khi gắng sức, hoặc tinh loãng, tinh ít, sợ lạnh, tay chân lạnh, sắc mặt trắng, tự hãn, tiểu trong dài, mạch trầm nhược.

4.2.4. Thấp trọc

Khát nước, miệng đắng, rêu lưỡi vàng nhầy, nước tiểu đỏ, tinh chảy ra sau khi tiểu hoặc mỗi sáng thấy có chất nước đục ở đầu dương vật (triệu chứng

này rất rõ khi ăn những thức ăn cay nóng hoặc uống nhiều rượu, cà phê hoặc thức khuya).

Riêng chứng dương nuy hoặc liệt dương thường được biểu hiện dưới 2 thể lâm sàng sau đây:

a. Tâm tỳ lưỡng hư: hay sợ sệt, đa nghi, thường xuyên hồi hộp, mất ngủ hoặc mộng mị, hay quên, người mệt mỏi, sắc mặt vàng tái, ăn kém bụng đầy, tiêu lỏng, lưỡi nhợt bệu, mạch tế nhược.

b. Mệnh môn hỏa suy (thận khí bất túc): đau lưng, ngủ ít, chóng mặt, ù tai, sợ lạnh, tay chân lạnh, sắc mặt trắng, tự hãn, tiểu trong dài, mạch trầm nhược.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Theo y học hiện đại

Điều trị chứng suy sinh dục nam theo YHHD thường tập trung vào 2 hướng sau:

- Mất ham muốn.
- Hoặc/và rối loạn cường dương.

Và thường được chia thành những phương pháp sau đây:

- Tâm lý liệu pháp.
- Thuốc: qua đường uống, tiêm vào thể hang, thấm qua niệu đạo, qua da.
- Giải phẫu.
- Cơ học liệu pháp.

5.1.1. Thuốc uống

a. Testosteron: thuốc chỉ có tác dụng gây ham muốn và chỉ có hiệu quả trên bệnh nhân giảm năng tuyến sinh dục (hypogonadism).

- Liều sử dụng 25mg 1 lần tiêm bắp.
- Nếu dùng lâu nên theo dõi kích thước tiền liệt tuyến, chức năng gan và lipid máu.

b. Bromocriptin: chỉ có hiệu quả trên chứng bất lực do prolactin trong máu cao.

- Liều tối đa mỗi ngày là 5mg - 7,5mg.
- Riêng đối với những bệnh nhân bị prolactin trong máu cao do u tuyến yên (1 - 2%) nên xét nghiệm giải phẫu bệnh.

c. Yohimbin: là indol alkaloid, có tác dụng đối kháng α_2 adrenergic receptor. Thuốc có hiệu quả trên chứng bất lực do tâm lý hoặc do nguồn gốc động mạch ở giai đoạn sớm.

- Liều sử dụng 5mg, ngày uống 3 lần.
- Thuốc có hiệu quả từ 33 - 62% trường hợp.
- Tác dụng phụ của thuốc thường là chóng mặt, hồi hộp, căng thẳng, mất ngủ, buồn nôn, nhức đầu, co cơ.

d. Trazodon: là một loại thuốc chống trầm cảm có tác dụng hỗ trợ serotonin ở trung ương và liệt giao cảm ngoại vi.

Liều thường dùng 50mg ngày dùng 1 - 3 lần, thuốc có tác dụng cải thiện sự cường dương (trên 60% trường hợp).

Tác dụng phụ của thuốc thường là buồn ngủ, tăng huyết áp, hạ huyết áp tư thế, buồn nôn, cường dương kéo dài.

e. Apomorphin: là một opiat alcaloid, có tác dụng hỗ trợ dopamin, tác dụng tốt nhất trên chứng bất lực do tâm lý hoặc liệt dương do cơ học ở mức độ nhẹ.

- Liều dùng 0,25 - 1mg qua đường ngậm hoặc tiêm dưới da, hiệu quả từ 60 - 80%.
- Tác dụng phụ của thuốc thường là buồn nôn, ngáp, hạ huyết áp, lừ đừ, mệt mỏi.

f. Phentolamin: có tác dụng hỗ trợ α adrenergic.

- Liều thường dùng 50mg ngậm dưới lưỡi, hiệu quả trong 68% trường hợp.
- Tác dụng phụ của thuốc thường là nghẹt mũi, chóng mặt hoặc ngất, nóng rát ở nướu răng.

g. Sildenafil: có tác dụng ức chế chọn lọc và cạnh tranh với C. GMP typ 5 specific PDE₂.

Thông thường sự cường dương có được là nhờ sự hoạt hoá của C.GMP (thông tin bậc hai của nitric oxyd) qua đó làm thư giãn cơ trơn của các khoảng xoang và C. GMP sẽ bị phân hủy bởi C. GMP typ 5 specific PDE₂. Bằng sự ức chế và bất hoạt này mà sildenafil có tác dụng gây nên sự cường dương.

Tuy nhiên vì nó chỉ đạt hiệu quả khi có sự kích thích về mặt tâm lý hoặc trong lúc giao hợp, do đó nên dùng trước khi giao hợp khoảng 1 giờ.

h. Arginin: là một tiền chất của nitric oxyd.

Liều thường dùng 1400mg, 2 lần mỗi ngày, hiệu quả 40% trường hợp.

Ngoài ra một số thuốc đối kháng với morphin như naloxon (naltrexon) với liều dùng mỗi lần 50mg hoặc thuốc chống trầm cảm như fluoxetin hoặc moclobemid cũng có tác dụng tương tự.

i. Ngoài ra trong trường hợp xuất tinh sớm, người ta sử dụng các thuốc antipsychotic như thioridazin (melleril) với liều 25mg mỗi lần.

5.1.2. Thuốc tiêm vào thể hang

Được chỉ định ở những bệnh nhân có lưu lượng động mạch bình thường và cơ chế đóng tĩnh mạch hang bình thường, nghĩa là những bệnh nhân bất lực đơn thuần do tâm lý hoặc thần kinh là đối tượng tốt nhất do phương pháp này.

Phương pháp này có chống chỉ định tuyệt đối với những bệnh nhân có bất thường về hemoglobin, rối loạn đông máu, bệnh peyroni, priapism, loạn tâm thần nặng và chống chỉ định tương đối trên những người giảm thị lực, béo phì và hạ huyết áp tư thế.

Trong thập niên 1980 với sự phát hiện ra alprostadil, một chất tổng hợp PGE1 có tác dụng gây thư giãn cơ trơn qua C.AMP. Người ta ghi nhận tác dụng của nó trên 75% trường hợp và có thể đạt tới 85% hiệu quả nếu kết hợp với phentolamin hoặc có thể là tới 92% nếu kết hợp thêm một chất thứ ba là papaverin.

Thông thường alprostadil với liều 1,25 - 2,5µg sẽ có tác dụng trên liệt dương do tâm lý hoặc thần kinh và liều 5 - 10µg có hiệu quả trên liệt dương do cơ chế mạch máu.

Tác dụng phụ của thuốc thường là:

- Đau tại chỗ tiêm (34%).
- Gây cường dương kéo dài từ 4 - 6 giờ và thậm chí gây priapism (trong trường hợp này dùng thuốc antidot là pseudoephedrin 60mg).
- Gây xơ cứng thể hang đưa đến cong dương vật.

5.1.3. Thuốc qua đường niệu đạo

Thuốc sử dụng ở đây là alprostadil với liều 50µg.

5.1.4. Thuốc qua đường da

Thường ít đạt được sự cương cứng hoàn toàn, loại này gồm có:

- Glyceryl trinitrat có tác dụng trên liệt dương do tâm lý và thần kinh.
- Mrinoxidil dung dịch 2%, liều tối đa 1ml (0,28mg).
- Papaverin dạng gel 7,5%, 15%, 20%.

5.1.5. Giải phẫu

Mục đích là giải quyết những chứng suy sinh dục nam do bệnh Peyronie gồm các phương pháp:

- Gắn dương vật giả.

- Thất tĩnh mạch trong trường hợp rò rỉ tĩnh mạch.
- Sửa chữa hệ mạch máu dương vật.

Như chúng ta biết, bệnh Peyroni là sự xơ hoá, collagen hoá lớp tunica albuginea bao quanh thể hang (kết quả từ sự phục hồi quá mức.. sau một chấn thương dương vật). Kết quả trên dương vật xuất hiện những mảnh xơ gây đau khi cương dương và thậm chí làm biến dạng dương vật. Việc điều trị nội khoa như uống colchichin, vitamin E hoặc tiêm lên sang thương những chất như interferon, verapamil hoặc cortison chỉ đạt được một ít kết quả. Do đó mục đích là giải phẫu ở đây là bóc đi những mảng xơ hoặc trong trường hợp nặng là giải phẫu gắn dương vật giả.

Trong khi đó phương pháp mạch máu được chỉ định cho những trường hợp như rò rỉ tĩnh mạch (phát hiện qua cavernosometry và graphy). Riêng trong trường hợp suy động mạch (phát hiện qua Duplex Doppler Ultrasound và chụp động mạch pudendal chọn lọc) phương pháp giải phẫu là nội động mạch thượng vị dưới vào động mạch lưng dương vật

Cuối cùng là phương pháp gắn dương vật giả chọn chỉ định cho những bệnh nhân đã thất bại cho tất cả các phương pháp. Có 2 cách để áp dụng phương pháp gắn dương vật giả:

- Phương pháp Nonhydraulic sử dụng một que cứng để gắn vào dương vật.
- Phương pháp Hydraulic sử dụng những cylinder. Bộ phận này gồm có một máy bơm gắn vào trong bìu dái, một túi chứa nước dự trữ gắn vào trước bọng đái và 2 cylinder đặt vào 2 thể hang.

5.1.6. Dụng cụ cơ học

Gồm một ống hút chân không (vaccum) và một băng cao su thắt ở gốc dương vật dùng để hạn chế sự trở về tĩnh mạch lưng dương vật của máu.

Phương pháp này thường được dùng cho những liệt dương do tổn thương mạch máu và đái đường.

5.2. Theo y học cổ truyền

Đối với chứng di tinh, tảo tiết, pháp trị của YHCT gồm những nội dung sau đây:

5.2.1. An thần, định tâm, cố tinh

- Nhằm mục đích chống lo âu và ức chế giao cảm trung ương.
- Bài thuốc tiêu biểu: an thần định chí thang gia giảm. Cụ thể trong chứng tương hoả vọng động, tâm thận bất giao, ta có thể dùng các vị thuốc sau:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn: thanh tiết can hoá uất kết, tả tướng hoá vọng động	12g	Quân
Thảo quyết minh	Mặn, bình: thanh can, ích thận	16g	Thần
Phục linh	Ngọt, bình: an thần	8g	Thần
Viễn chí	Đắng, ấm: định tâm, an thần	8g	Thần
Long cốt	Ngọt, sáp, bình: trấn kinh, an thần, sáp tinh	16g	Thần
Khiếm thực	Ngọt, chất, bình: ích thận sáp tinh	12g	Thần
Liên nhục	Ngọt, bình: ích thận cố tinh, dưỡng tâm an thần	12g	Thần

Nếu trường hợp bệnh nhân bị tảo tiết do xúc cảm hoặc hưng phấn quá mức có thể thay liên nhục bằng liên tâm 12g.

5.2.2. Ôn bổ thận dương, nạp khí cố tinh

Phương pháp này nhằm mục đích ức chế giao cảm ngoại vi gây giãn cơ trơn mạch máu đến dương vật, gây trạng thái ham muốn tình dục và sinh tinh như tác dụng của testosterone hoặc cung cấp arginin (tiền chất của nitric oxyd).

Bài thuốc tiêu biểu: Hữu quy hoàn gia giảm, cụ thể trong chứng thận khí bất cố, ta có thể dùng

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Phụ tử chế	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hoá trợ dương, trục phong hàn thấp tà	8g	Quân
Nhục quế	Cay, ngọt, đại nhiệt hơi độc: bổ mệnh môn tướng hoá	12g	Thần
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	12g	Tá
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	8g	Tá
Sơn thù	Chua sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, mạnh gân cốt	6g	Tá
Kỷ tử	Ngọt, bình: tư dưỡng can thận, sinh tinh huyết	12g	Tá
Đương quy	Cay, ngọt, ôn: dưỡng huyết,	12g	Tá
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	12g	Tá
Thố ty tử	Ngọt, cay, ôn: bổ can thận, ích tinh tuỷ, mạnh gân cốt	8g	Tá
Cao ban long	Vị mặn, ấm: bổ ngũ tạng, hư lao	20g	Tá
Kim anh tử	Chua, chất, bình: cố tinh, sáp niệu	30g	Tá
Khiếm thực	Ngọt, chất, bình: ích thận sáp tinh	30g	Tá
Liên tu	Ngọt, sáp: thanh tâm, cố thận sáp tinh	5g	Tá

5.2.3. Thanh nhiệt lợi thấp

Phương pháp này nhằm mục đích sử dụng kháng sinh thực vật để chữa nhiễm trùng niệu sinh dục.

Bài thuốc tiêu biểu: Thủy lục đơn (gồm: khiếm thực và kim anh tử), cụ thể trong bệnh cảnh thấp nhiệt có thể dùng:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Hoàng bá nam	Đắng, lạnh: thanh thấp nhiệt	12g	Quân
Bồ công anh	Đắng, ngọt, hàn: lợi thấp, thông lâm, thanh nhiệt, giải độc	20g	Thần
Khổ sâm	Đắng, mát: lợi thủy	10g	Thần
Tỳ giải	Đắng, bình: phân thanh, khử trọc	16g	Thần
Khiếm thực	Ngọt, chát, bình: ích thận sáp tinh	30g	Tá
Kim anh tử	Chua, chát, bình: cố tinh, sáp niệu	30g	Tá

Tốt nhất nên điều trị bằng kháng sinh của YHHD. Riêng đối với chứng liệt dương, dương nuy pháp trị của YHCT sẽ tập trung vào phương pháp.

5.2.4. Ôn thận nạp khí

Bài thuốc tiêu biểu: Hữu quy hoàn với mục đích ức chế giao cảm ngoại vi làm giãn cơ trơn mạch máu nuôi dương vật, gây trạng thái ham muốn tình dục và sinh tinh đồng thời cung cấp arginin (một tiền chất của nitric oxyd) gây giãn cơ trơn mạch máu, cụ thể trong chứng mệnh môn hỏa suy (thận khí bất túc).

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Phụ tử chế	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hỏa trợ dương	8g	Quân
Kỷ tử	Ngọt, bình: tư dưỡng can thận, sinh tinh huyết	8g	Thần
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	12g	Thần
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ thận dưỡng âm, bổ phế thận	8g	Thần
Đương quy	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	8g	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận	12g	Thần
Thỏ ty tử	Ngọt, cay, ôn: bổ can thận, ích tinh tuỷ	8g	Thần
Nhục quế	Cay, ngọt, đại nhiệt hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	4g	Thần
Cao ban long	Vị mặn, ấm: bổ ngũ tạng, hư lao	12g	Thần
Cáp giới	Mặn, ấm: ích tinh, trợ dương	08g	Tá

5.2.5. Ôn bổ tâm tỳ

Ôn bổ tâm tỳ nhằm mục đích bồi dưỡng thể lực và cung cấp nhiều acid amin trong đó có arginin (một tiền chất nitric oxyd).

Bài thuốc tiêu biểu: Quy tỳ thang, cụ thể trong trường hợp tâm tỳ lưỡng hư ta có thể sử dụng

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Long nhãn	Bổ huyết, kiện tỳ	12g	Quân
Táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm an thần, sinh tân dịch	8g	Quân
Phục thần	Tiết tâm nhiệt, bình ổn tâm thần	8g	Quân
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	12g	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, cầm mồ hôi	12g	Thần
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	16g	Thần
Đương quy	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ huyết, hành huyết	12g	Tá
Mộc hương	Hành khí chỉ thống, kiện tỳ	6g	Tá
Viễn chí	Đắng, ấm: định tâm, an thần	8g	Tá
Đại táo	Ngọt, bình: bổ trung, ích khí, hoà hoãn dược tính	12g	Tá
Cao ban long	Vị mặn, ấm: bổ ngũ tạng, hư lao	20g	Tá
Cáp giới	Mặn, ấm: ích tinh, trợ dương	8g	Tá
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	12g	Tá

TỰ LƯỢNG GIÁ

- Sợi somatic vận động xuất phát từ rễ lưng S3 - S4 sẽ phân bố đến
 - Cơ vòng trong của bàng quang
 - Cơ hành hang
 - Niệu đạo màng
 - Thể xóp của dương vật
 - Túi tinh
- Sợi giao cảm hậu hạch xuất phát từ vùng xám của T11 - L2, sau khi đi đến tòng pelvic để phối hợp với sợi phó giao cảm sẽ không phân bố đến
 - Cơ vòng trong bàng quang
 - Cơ hành hang

- C. Túi tinh
 - D. Thể hang dương vật
 - E. Thể xoắn dương vật
3. Cơ chế của sự cương cứng dương vật là do:
- A. Sự co thắt của các tiểu động mạch và các xoang của thể hang
 - B. Sự giãn nở của các tiểu tĩnh mạch giữa xoang và dense tunica albuginea
 - C. Sự giãn nở của các cơ trơn tiểu động mạch và các xoang
 - D. Sự giãn nở của các tiểu động mạch, các xoang, tiểu tĩnh mạch giữa xoang
 - E. Sự co thắt cơ hành hang - ụ hang
4. Thành phần nào sau đây không gây nên sự giãn nở các cơ trơn mạch máu
- A. Nitric oxyd
 - B. VIP
 - C. Calcitonin gene - related peptid
 - D. Norepinephrin
 - E. Non adrenergic non cholinergic
5. Nguyên nhân của sự mất ham muốn không do
- A. Hypogonadism
 - B. Thiếu hụt androgen
 - C. Rối loạn tâm lý
 - D. Lạm dụng thuốc gây nghiện
 - E. Finasterid
6. Nguyên nhân của sự không cương dương do tăng protactin máu
- A. Các thuốc gây nghiện
 - B. Các thuốc chống cholinergic
 - C. Các thuốc chống trầm cảm
 - D. Phenothiazin
 - E. Các thuốc ức chế giao cảm trung ương trừ reserpin và methyl dopa
7. Nguyên nhân của sự không cương dương do bệnh lý thần kinh không xếp loại vào
- A. Bệnh Peyronie

- B. Tổn thương thùy thái dương trước
 - C. Tabes Dorsalis
 - D. Bệnh đái đường
 - E. Giải phẫu Prostate
8. Nguyên nhân của sự không cường dương do bệnh lý mạch máu không xếp loại vào
- A. Hội chứng Lerich
 - B. Xơ mỡ động mạch pudendal
 - C. Xơ mỡ động mạch cavernous
 - D. B. Peyronie
 - E. Rò rỉ tĩnh mạch giữa xoang hang
9. Nếu bệnh nhân khám vì lý do không cường dương được, ta không cần phải khai thác điều gì trong bệnh sử
- A. Tiền căn về bệnh đái đường
 - B. Tiền căn về một stress tâm lý kéo dài
 - C. Tiền căn sử dụng thuốc
 - D. Thời gian cường dương ban đêm
 - E. Tiền căn về một bệnh lý thần kinh
10. Nếu bệnh nhân khám vì lý do mất ham muốn, ta không cần khai thác điều gì trong bệnh sử:
- A. Một stress tâm lý kéo dài
 - B. Một bệnh lý rối loạn cảm xúc, lo âu
 - C. Một bệnh lý tai mũi họng
 - D. Tiền căn đái tháo đường
 - E. Tiền căn sử dụng thuốc
11. Trên một bệnh nhân bị chứng bất lực, lúc khám thần kinh không cần phải khám
- A. Vận động tự chủ 2 chân
 - B. Phản xạ hành hang
 - C. Phản xạ gân xương 2 chân
 - D. Cảm giác nông 2 chân
 - E. Cảm giác sâu 2 chân

12. Trên một bệnh nhân bị chứng bất lực ta không cần phải làm
- A. Khám hệ thần kinh 2 chân
 - B. Khảo sát tinh trùng đồ
 - C. Khám hệ thống lông, tinh hoàn
 - D. Khám hệ mạch máu chậu, dương vật
 - E. Khám phản xạ hành hang
13. Theo y học cổ truyền, mộng tinh hoặc tảo tiết là hậu quả của
- A. Thận âm hư
 - B. Thấp trọc
 - C. Thận khí bất cố
 - D. Dương nuy
 - E. Liệt dương
14. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể tướng hoá vọng động
- A. Ngủ ít
 - B. Hồi hộp
 - C. Dương vật hay cương
 - D. Không ham muốn
 - E. Mộng tinh
15. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể tâm thận bất giao
- A. Mộng tinh, tảo tiết
 - B. Tự hãn
 - C. Tinh thần bài hoại
 - D. Bốc hoả ở mặt
 - E. Lạnh 2 chân
16. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể thận khí bất túc
- A. Đau eo lưng
 - B. Tự hãn
 - C. Hoạt tinh
 - D. Ngũ canh tả
 - E. Chân tay lạnh

17. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể tâm tỳ lưỡng hư
- A. Sợ sệt
 - B. Hay quên
 - C. Bụng đầy
 - D. Cáu gắt
 - E. Tiêu lỏng
18. Testosterol chỉ có hiệu quả trên chứng bất lực do
- A. Prolactin máu tăng
 - B. Giảm năng tuyến sinh dục
 - C. Hội chứng Lerich
 - D. Chứng cương đau dương vật
 - E. B. Peyronie
19. Bromocryptin có hiệu quả trên chứng bất lực do
- A. Giảm năng tuyến sinh dục
 - B. Do động mạch
 - C. Do đái đường
 - D. Prolactin máu tăng
 - E. Do tabes dorsalis
20. Yohimbin có hiệu quả trên chứng bất lực do
- A. Xơ mỡ động mạch pudendal, cavernous
 - B. Hội chứng Lerich
 - C. Tabes dorsalis
 - D. Diabetic autonomic neuropathy
 - E. Rò rỉ tinh mạch thể hang
21. Cơ chế tác dụng của sildenafil là
- A. Hoạt hoá nitric oxyd
 - B. Ức chế sự phân hủy C.GMP
 - C. Ức chế sự phân hủy C.AMP
 - D. Hoạt hoá C.GMP
 - E. Hoạt hoá sự phân hủy C.AMP

22. Chỉ định tốt nhất cho phương pháp tiêm thuốc vào thể hang dương vật là

- A. Bất thường trên Doppler và siêu âm độ phân giải cao
- B. Hội chứng Lerich
- C. Xơ mỡ động mạch pudendal, cavernous
- D. Diabetic autonomic neuropathy
- E. Chấn thương tủy sống

23. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong pháp ôn bổ thận dương nạp khí

- A. Ức chế giao cảm ngoại vi
- B. Cung cấp tiền chất nitric oxyd
- C. Bình tĩnh dục tính
- D. Gây ham muốn
- E. Sinh tinh

BỆNH VIÊM SINH DỤC NỮ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học và quan niệm về viêm sinh dục nữ theo YHCT.*
2. *Nêu được nguyên nhân, bệnh sinh, các biểu hiện lâm sàng của viêm sinh dục nữ theo YHHD và YHCT.*
3. *Chẩn đoán được các thể lâm sàng của viêm sinh dục nữ theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc và các phương pháp ứng dụng điều trị viêm sinh dục nữ theo YHHD và YHCT.*
5. *Trình bày và giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị viêm sinh dục nữ bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Viêm sinh dục nữ là loại bệnh phụ khoa thường gặp (trong đó có cả bệnh thuộc nhóm bệnh xã hội lây truyền chủ yếu qua tiếp xúc tình dục và nhiễm các loại vi khuẩn thông thường do cơ hội). Ở các nước đang phát triển, 3 bệnh viêm nhiễm đường sinh dục do vi khuẩn (lậu, nhiễm Chlamydia và giang mai) nằm trong số 10 đến 20 bệnh mắc cao nhất gây ảnh hưởng đến chỉ số sức khỏe và sinh sản hàng năm cho người phụ nữ do các biến chứng như viêm vòi trứng, vô sinh, thai ngoài tử cung và tử vong chu sinh.

- Các tác nhân gây bệnh phổ biến nhất là lậu cầu, Chlamydia trachomatis, xoắn khuẩn *Treponema pallidum*, Trichomonas vaginalis, nấm Candida albicans, các virus.
- Nguồn lây chủ yếu là những người trưởng thành có tiếp xúc giao hợp, nhóm nguy cơ lây lan cao là gái mại dâm.
- Đường lây: lây truyền qua đường sinh dục, tuy nhiên vẫn có thể lây qua khi dùng chung dụng cụ, áo quần ...

1.2. Định nghĩa

Đặc điểm lâm sàng khởi đầu bằng tình trạng viêm niêm mạc cơ quan sinh dục nữ, gây viêm tại chỗ, sau đó lan theo chiều dài bộ phận sinh dục và gây bệnh toàn thân. Triệu chứng chung là có nhiều huyết trắng. Viêm sinh dục phân làm 2 hội chứng lâm sàng chính:

- Viêm sinh dục dưới gồm: viêm âm hộ, viêm âm đạo, viêm cổ tử cung.
- Viêm sinh dục trên (viêm tiểu khung) gồm: viêm tử cung, viêm phần phụ.

1.3. Quan niệm viêm sinh dục nữ theo y học cổ truyền

Các biểu hiện của viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục nữ nằm trong phạm vi mô tả của chứng *đới hạ*.

Đới có nghĩa dây thắt lưng quần, *hạ* có nghĩa ở phần dưới.

Theo nghĩa rộng (Nội kinh): *đới hạ* là bệnh phát sinh ở phần dưới lưng quần, bao gồm tất cả các bệnh thuộc kinh đới, thai, sản. Theo nghĩa hẹp: *đới hạ* dùng để chỉ một chất dịch dẻo, nhớt, chảy từ trong âm đạo ra liên miên không dứt, thường hay gọi là khí hư hay huyết trắng.

Trong phạm vi này muốn trình bày chứng đới hạ có biểu hiện là có chất dịch tiết ra từ âm đạo người phụ nữ trong tình trạng viêm nhiễm bộ phận sinh dục bao gồm tất cả các tên được phân loại theo màu sắc, tính chất của dịch tiết như sau: *bạch đới, hoàng đới, bạch dâm, bạch băng, thanh đới, bạch trọc, xích đới, hắc đới, xích bạch đới, ngũ sắc đới*.

2. NGUYÊN NHÂN, BỆNH SINH VÀ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

2.1. Viêm sinh dục có hệ thống do vi trùng lậu

2.1.1. Nguyên nhân

Do vi khuẩn *Neisseria gonorrhoea* (lậu cầu), thuộc nhóm Gram âm, do Neisser tìm ra năm 1879. Vi khuẩn di chuyển từng hồi bám vào niêm mạc của bộ phận sinh dục. Lậu cầu rất yếu, chết rất nhanh ở nhiệt độ thường, nó chỉ phát triển được ở môi trường có độ ẩm, nhiệt độ thích hợp, nhiều khí CO₂ và giàu chất dinh dưỡng. Đời sống khoảng 4 giờ và cứ 15 phút lại phân chia một lần.

2.1.2. Dịch bệnh học

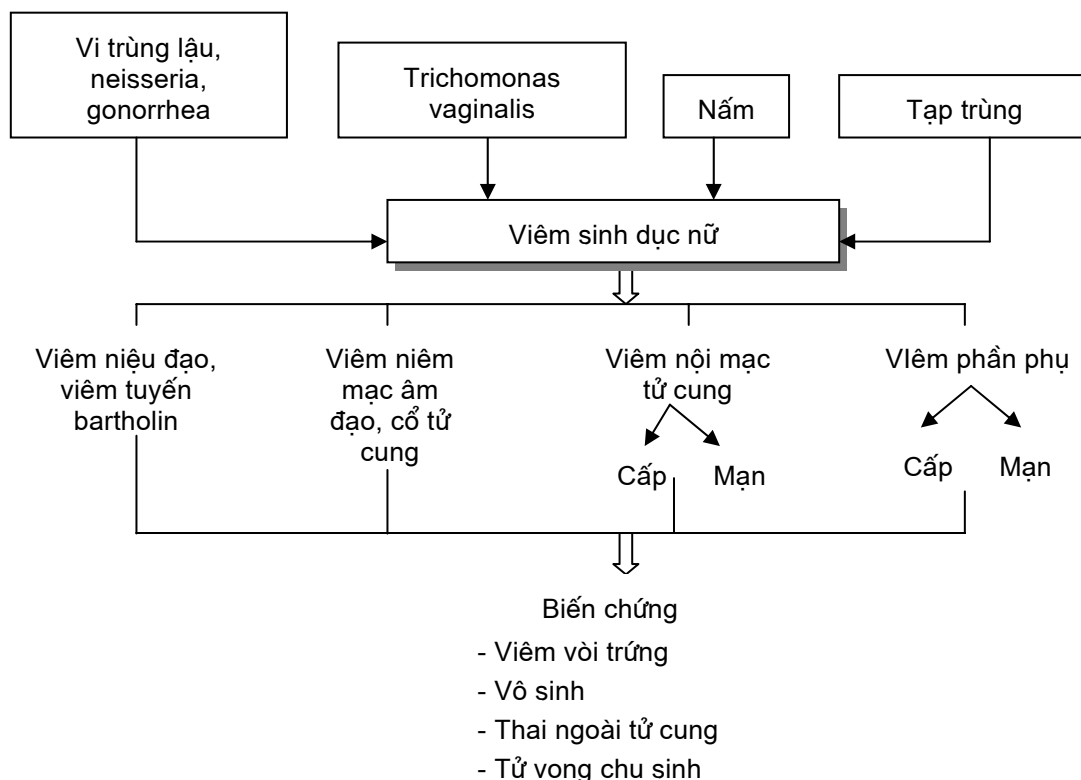
Khoảng 99% bệnh lây truyền do giao hợp giữa nam và nữ, phụ nữ mang mầm bệnh có khả năng lây truyền bệnh qua nhiều tháng, nhiều năm.

2.1.3. Sinh bệnh học

- Bệnh khởi đầu bằng tình trạng viêm cấp của niệu đạo, viêm tuyến Bartholin và niêm mạc âm đạo, cổ tử cung. Vi khuẩn lậu xâm nhập vào

niêm mạc bộ phận sinh dục, gây phản ứng viêm tại chỗ, kéo theo bạch cầu đa nhân để thực bào nên làm tiết ra mủ ở niệu đạo, âm đạo.

- Sau đó vi trùng lan theo nội mạc tử cung, gây viêm tử cung, viêm phần phụ. Nội mạc tử cung phù, sung huyết, nhưng tình trạng bệnh lý thường tự thuyên giảm vì mủ, có thể tự thoát ra ngoài qua cổ tử cung. Mủ có thể tự thoát ra khỏi vòi trứng, vào ổ bụng gây viêm phúc mạc vùng chậu, tụ mủ vòi chậu. Nhưng do vi trùng lậu là vi trùng ăn lan trong lớp niêm mạc nên về sau vòi trứng dễ bị bịt kín, ứ mủ hoặc nước, hậu quả là vô sinh.



2.1.4. Triệu chứng và chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng: sốt, đau vùng chậu, tiểu gắt, tiểu nhiều lần, tiểu ít.
- Triệu chứng thực thể: tuyến Bartholin viêm đỏ, có mủ, huyết trắng nhiều, dịch đục như mủ, niêm mạc âm đạo viêm đỏ.
- Thăm âm đạo: âm đạo, tử cung, hai phần phụ rất đau, đôi khi có bọc mủ làm phồng túi cùng Douglas.
- Xét nghiệm:
 - + Công thức máu: bạch cầu tăng với tỷ lệ đa nhân trung tính tăng.
 - + Soi tươi dịch âm đạo: nhuộm Gram có vi trùng lậu (song cầu trùng).
 - + Cây trùng: có vi trùng lậu.

2.1.5. Điều trị

- Nguyên tắc: điều trị đúng, sớm và đủ liều, luôn điều trị cả cho người chồng hoặc bạn tình.
- Thuốc kháng sinh: procain penicillin hoặc tetracyclin, clarithromycin (nếu dị ứng).

2.2. Viêm sinh dục do những nguyên nhân khác

2.2.1. Viêm âm đạo và cổ tử cung do *Trichomonas vaginalis*

a. Sinh bệnh học

Bình thường pH âm đạo acid, pH = 4,5 - 5 (do vi trùng Doderlein biến đổi glycogen ở tế bào âm đạo thành acid lactic. Khi pH âm đạo bị kiềm, dễ bị *Trichomonas* xâm nhập. Tỷ lệ nhiễm bệnh chiếm khoảng 25% số phụ nữ có viêm sinh dục, ở phụ nữ vệ sinh kém, thường lây qua giao hợp.

b. Triệu chứng

- Ít ngứa rát âm đạo, ít đau khi giao hợp.
- Huyết trắng nhiều, loãng, vàng hơi xanh, có bọt, hôi.
- Niêm mạc cổ tử cung và âm đạo có nhiều nốt đỏ lấm tấm.

c. Chẩn đoán

- Soi tươi dịch âm đạo: tìm được *Trichomonas* bơi trong giọt dung dịch sinh lý.
- Nhuộm Giêmsa.

d. Điều trị: metronidazol (flagyl), hiệu quả 95%.

2.2.2. Viêm âm đạo và cổ tử cung do nấm *Candida albicans*

a. Sinh bệnh học: nấm *Candida* bình thường tìm thấy trong ống tiêu hóa, các hốc tự nhiên và có sự bình quân giữa các tạp khuẩn sống cộng sinh, không gây bệnh. Nếu dùng kháng sinh bừa bãi hoặc corticoid, cơ thể giảm sức đề kháng thì nấm *Candida* sẽ tăng trưởng và gây bệnh. Tỷ lệ nhiễm bệnh là 10% tổng số viêm sinh dục, thường xảy ra ở bệnh nhân tiểu đường, dùng kháng sinh nhiều

b. Triệu chứng

- Ngứa âm hộ, âm đạo nhiều.
- Huyết trắng màu trắng đục, đặc, lợn cợn.
- Niêm mạc âm đạo sưng đỏ, phù nề có cạnh trắng như sữa bám vào cổ tử cung hoặc thành âm đạo.

c. Chẩn đoán

- Soi tươi với KOH 10%: 40 - 80% các trường hợp thấy sợi tơ nấm và bào tử nấm.
- Nhuộm Gram: 70 - 80% trường hợp thấy sợi tơ nấm và bào tử nấm.

d. Điều trị: mycostatin đặt âm đạo, uống 500000 đơn vị mỗi lần 1 viên, 3 lần/ngày x 14 ngày

2.2.3. Viêm âm đạo, cổ tử cung do tạp trùng

a. Sinh bệnh học: loại tụ cầu chiếm ưu thế, phụ nữ mang những chủng vi khuẩn không gây bệnh nhưng khi sức đề kháng yếu do bệnh nhiễm trùng, hoặc kháng sinh bừa bãi ... thì các chủng vi khuẩn tăng độc lực và gây bệnh.

b. Triệu chứng

- Ngứa âm đạo ít, ít đau do giao hợp.
- Huyết trắng vàng như mủ, lượng nhiều.

c. Chẩn đoán: tìm vi trùng bằng nhuộm Gram, cấy trùng.

d. Điều trị: lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ, đặt thuốc âm đạo.

2.2.4. Viêm nội mạc tử cung

a. Viêm nội mạc tử cung cấp

Thường gặp sau sinh (do sót nhau hay nhiễm trùng ối), sau nạo thai nhiễm trùng, do vi trùng lậu.

- Triệu chứng và chẩn đoán viêm nội mạc tử cung cấp: tùy thuộc vào triệu chứng của vi trùng gây bệnh, tùy sức đề kháng của bệnh nhân và tùy tình trạng dẫn lưu của buồng tử cung
 - + Viêm nhẹ: sốt nhẹ, có sản dịch hôi.
 - + Viêm nặng: sốt cao mạch nhanh, có mủ từ tử cung chảy ra, cổ tử cung viêm đỏ.
 - + Viêm tắc tĩnh mạch: tử cung lớn, co lại kém, di động tử cung rất đau.
 - + Làm xét nghiệm: lấy dịch âm đạo, cấy trùng để chẩn đoán.
 - + Cần chẩn đoán phân biệt:
 - Viêm nội mạc tử cung cấp do vi trùng lậu.
 - Viêm ruột thừa cấp.
 - Viêm bể thận.
- Điều trị:
 - + Kháng sinh theo kháng sinh đồ, liều cao.

- + Nong cổ tử cung, nạo tử cung sau khi cho kháng sinh.
- + Phẫu thuật nguồn nhiễm trùng trong những trường hợp điều trị bảo tồn không kết quả.

b. Viêm nội mạc tử cung mạn

Thường là di chứng của viêm cấp, xảy ra sau viêm cấp, sau xảy thai hoặc do có u xơ tử cung dưới niêm mạc

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Đau hạ vị âm ỉ, cảm giác nặng vùng hạ vị, đau lưng, đau bụng khi có kinh; tiểu tiện gắt, buốt
 - + Rối loạn kinh nguyệt, chu kỳ kinh bị ngắn lại, rong kinh.
 - + Huyết trắng nhiều, loãng, màu vàng, hôi.
 - + Vô sinh, dễ sẩy thai hoặc nhau tiền đạo.
 - + Khám: tử cung nhỏ, di động đau.
- Điều trị:
 - + Điều trị những ổ nhiễm trùng ở âm đạo, cổ tử cung nếu có.
 - + Kháng sinh thích hợp.
 - + Nạo tử cung sau khi cho kháng sinh 3 ngày.

2.2.5. Viêm phần phụ (viêm vòi trứng và buồng trứng)

a. Viêm phần phụ cấp

Đây là biến chứng của viêm nội mạc tử cung cấp sau sinh, sau nạo.

- Triệu chứng:
 - + Giống bệnh cảnh của viêm nội mạc tử cung cấp, kèm sốt cao, hai bên phần phụ rất đau.
 - + Huyết trắng như mủ, mùi hôi, lượng nhiều.
 - + Khám thấy hai phần phụ đau nhưng mềm, không nề.
- Điều trị:
 - + Điều trị những ổ nhiễm trùng ở âm đạo, cổ tử cung, nếu có.
 - + Kháng sinh thích hợp.
 - + Phẫu thuật nếu có áp xe phần phụ.

Đặc điểm của viêm phần phụ do các loại vi trùng khác (không phải vi trùng lậu) là vi trùng đi theo đường bạch huyết gây viêm lớp thanh mạc và cơ vòi trứng, niêm mạc vòi trứng vẫn bình thường nên về sau vẫn có nhiều khả năng sinh sản.

b. Viêm phần phụ mạn

Thường xảy ra sau viêm phần phụ cấp mà điều trị không đầy đủ.

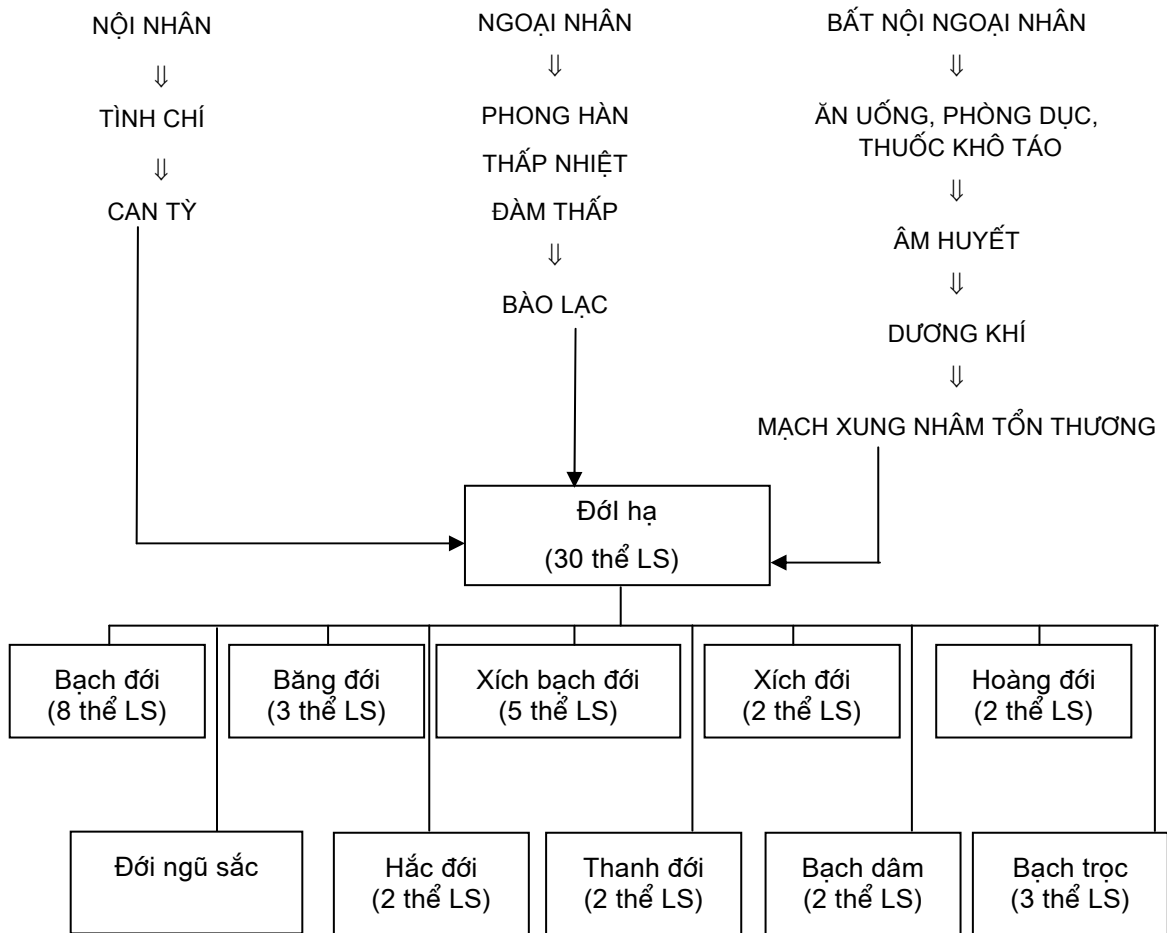
- Triệu chứng:
 - + Giống như viêm nội mạc tử cung mạn: tử cung to; hai phần phụ nề, dày, hơi đau.
 - + Khám có khối đau dính ở cạnh tử cung (hai bên), có thể có bọc áp xe ở hai bên phần phụ.
- Điều trị:
 - + Kháng sinh liều cao.
 - + Corticosteroid, chườm nóng.
 - + Vật lý trị liệu bằng làn sóng điện ngắn.
 - + Phẫu thuật nếu điều trị nội khoa không kết quả.

3. NGUYÊN NHÂN, BỆNH SINH VÀ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nguyên nhân sinh chứng đối hạ do nội nhân, ngoại nhân, bất nội ngoại nhân.

- Nội nhân: do tình chí bất ổn, thể chất suy nhược ảnh hưởng chủ yếu đến 2 tạng can và tỳ (can kinh uất hỏa, tỳ khí suy yếu). Sách Phó thanh chủ nữ khoa viết: “Hễ tỳ khí hư, can khí uất, đều có thể sinh ra bệnh đối hạ”.
- Ngoại nhân: phong hàn, thấp nhiệt, đàm thấp dễ xâm phạm vào cơ thể khi cơ thể đang lao thương quá độ gây khí huyết hao tổn, nhưng chỉ khi tà nhập đến phần bào lạc thì mới gây ra chứng đối hạ.
- Bất nội ngoại nhân: do ăn uống no say quá mà giao hợp, hoặc dùng nhiều chất cao lương mỹ vị hoặc uống dạng thuốc khô tảo lâu ngày tổn thương tới âm huyết làm dương khí bị nén xuống cũng tạo thành chứng đối hạ. Tuy rằng có nhiều nguyên nhân để sinh ra bệnh nhưng chỉ khi bệnh tà gây bệnh ở cửa bào cung làm cho mạch xung, nhâm bị thương tổn mới là nguyên nhân chính của các bệnh đối hạ, như khi chức năng tỳ bị rối loạn, tỳ dương mất khả năng vận hóa được thấp trực đình trệ ở bên trong phải chảy xuống bào cung, làm rối loạn mạch xung, nhâm mới phát sinh ra chứng đối hạ.

Hậu quả của bệnh lâu ngày sẽ ảnh hưởng tới nguyên khí làm cơ thể suy yếu có hại cho việc sinh sản, truyền giống nên cần chú ý vệ sinh bộ phận sinh dục, bảo vệ sức khỏe lâu dài.



Tùy thuộc vào màu sắc, tính chất biểu hiện bệnh, lâm sàng YHCT chia ra làm nhiều loại: bạch đới, băng đới, xích bạch đới...

3.1. Bạch đới

Bạch đới là từ dùng để chỉ một thứ nhớt màu trắng, dẻo, kéo dài như sợi từ trong âm đạo chảy ra.

3.1.1. Nguyên nhân

- Do ngoại nhân: phong hàn hoặc thấp nhiệt hoặc đàm thấp xâm phạm vào bào lạc làm rối loạn và thương tổn đến bào cung đồng thời làm tổn thương âm khí mà sinh ra bạch đới.
- Do nội nhân thất tình, làm rối loạn chức năng của can, tỳ, thận mà sinh bệnh.
- Do phòng dục quá độ làm tổn thương nguyên khí cũng sinh bệnh.

3.1.2. Các thể lâm sàng

a. Thể tỳ hư

Tỳ hư nên thấp thổ bị hãm xuống, tỳ tinh không giữ được để tạo vinh huyết mà chảy xuống chất trắng nhờn.

Triệu chứng xuất hiện lượng đờm nhiều, uể oải, sắc da vàng, chân tay lạnh, chân phù, tiêu lỏng. Nếu kèm can uất hóa nhiệt thì chất đờm dính hôi, màu vàng, tiểu đỏ sền và đau.

b. Thể thận hư

Kỳ kinh bát mạch thuộc thận kinh, khi thận tinh suy thì đới mạch giọt xuống.

Triệu chứng xuất hiện lượng đờm ít, màu trong, lai rai, rỉ rả, sắc mặt xanh bạc, tinh lực yếu, đầu choáng. Nếu kèm thận dương suy sẽ tiểu nhiều lần, đầu choáng, yếu mỗi lưng gối.

c. Thể khí uất

- Lượng đờm xuống khi nhiều khi ít, tinh thần không thoải mái.
- Ngực sườn tức, đau vú, chóng mặt, hồi hộp.
- Ợ hơi, nôn, ăn ít, rêu lưỡi bạc nhờn, mạch huyền hoạt.

d. Thể phong hàn

Lượng đờm nhiều, màu trong như nước, sợ lạnh, chi lạnh, tiểu trong dài.

e. Thể thấp nhiệt

Lượng đờm nhiều, chất đờm nhờn, màu đục tanh hôi, ngứa âm hộ, tiểu tiện không thông, choáng váng, mệt mỏi, rêu lưỡi dày nhờn, mạch nhu.

f. Thể đàm thấp

Lượng đờm ra nhiều, giống như đàm.

Người béo bệu, uể oải, choáng váng, ngực đầy tức, bụng nặng nề, ăn ít, đàm nhiều, nôn ọe, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng nhờn, mạch huyền hoạt.

g. Thể hư hàn

Lượng đờm ít, sắc trong, kéo dài không dứt, sắc mặt xanh, tinh lực yếu, chi lạnh, choáng váng, hồi hộp, đoản khí, rêu lưỡi mỏng, mạch trì vi.

h. Thể hư nhiệt

- Bạch đới lâu ngày, miệng đắng, họng khô đau.
- Ngũ tâm phiền nhiệt, hồi hộp, lo sợ.
- Lưỡi hồng nề, không rêu.
- Mạch hư, tế, sác.

3.2. Bạch băng

Thứ nước nhót như nước vo gạo, màu trắng từ âm đạo chảy ra lượng ồ ạt, ào xuống nên gọi là bạch băng. Đây là chứng bạch đới trong thời kỳ nặng.

3.2.1. Nguyên nhân

- Do phong hàn hoặc thấp nhiệt.
- Nhưng phần nhiều do rối loạn chức năng can, tỳ, thận.

3.2.2. Các thể lâm sàng

a. Thể thấp nhiệt

Bạch đới như băng màu vàng, hôi; bụng dưới đau sưng, lưng gối mỏi, nặng đầu, miệng đắng nhót, mạch hoạt sắc.

b. Thể hư tổn

Do lao tổn quá ảnh hưởng tới bào lạc làm nguyên khí quá hư.

Triệu chứng: bạch đới nhiều, lâu ngày không hết, sắc mặt xanh bạc, lưỡi hồng, rêu có đường nứt nẻ. Nếu tỳ thận dương hư thì chân tay lạnh, ngũ canh tả, mạch trầm trì vi.

c. Thể khí uất

Lo nghĩ nhiều, tình chí u uất, bạch đới xuống nhiều như băng, sắc mặt xanh bạc, tinh thần uất ức, xây xẩm, mệt mỏi, ngực tức, đau hông sườn, bụng trướng, sôi ruột, mỗi lưng yếu sức, mạch huyền sắc.

3.3. Xích bạch đới

3.3.1. Triệu chứng

Chất nhót đặc, có lẫn lợn màu đỏ trắng từ âm đạo chảy ra.

3.3.2. Các thể lâm sàng

a. Thể thấp nhiệt

Lượng đới rất nhiều, chất dẻo dính tanh hôi thối, nặng thì trong âm hộ sưng đau, ăn kém, bụng dưới trướng, ứ đọng giữa âm hộ.

b. Thể huyết ứ

Vì bên trong có ứ trệ nên đới hạ đỏ trắng, bụng dưới đau, hành kinh khó, kinh đến trước kỳ, lưỡi tím thâm, mạch trì sắc.

c. Thể khí uất

Do tình chí uất ức, giận dữ làm tổn hương tâm tỳ, huyết không quy về kinh được nên sinh đờm xích bạch. Triệu chứng xuất hiện ngoài dấu xích bạch đờm, bệnh nhân còn than phiền về tình trạng bực bội, khó ngủ; đồng thời ăn uống không ngon.

d. Thể hư hàn

Đờm xích bạch lâu ngày không bớt, bụng dưới đau, âm đạo đau, chân tay lạnh, sắc mặt xanh bạc, tổng trạng hư hàn.

e. Thể hư nhiệt

Do âm hư phiền nhiệt, nội hỏa thịnh. Triệu chứng kèm choáng váng, tâm phiền, mất ngủ, miệng khô, cổ khát, táo bón, tiểu ít.

3.4. Xích đờm

Trong âm đạo chảy ra thứ nước dính màu đỏ nên gọi là xích đờm. Xích đờm không phải là huyết dịch, chảy rỉ rả lại rai không dứt. Thật ra đờm xích hồng đỏ là thuộc về kinh lậu (rong kinh) xen lẫn với sắc trắng là xích bạch đờm xích cho nên khó phân biệt rõ. Chứng bệnh này có thể tương đương với y học hiện đại là rong huyết hoặc khí hư do bệnh ác tính ở tử cung.

3.4.1. Nguyên nhân

- Do thấp nhiệt sinh hỏa.
- Có thể do tâm hỏa, can hỏa vượng lên lâu ngày làm khí huyết hư tổn. Khí hư không nhiếp được huyết mà gây bệnh.

3.4.2. Các thể lâm sàng

a. Thể thấp nhiệt

Lượng đờm nhiều, chất nhớt, dính hôi tanh, miệng đắng, họng khô khát, khó ngủ, táo bón, tiểu đỏ vàng ít, tiểu đau, lưỡi hồng rêu vàng, mạch hoạt sắc.

b. Thể hư nhiệt

Xích đờm tanh hôi, đặc.

- + Nếu huyết hư kèm can hỏa vượng: có triệu chứng tức ngực, đau hông sườn, nóng nảy, dễ giận, mạch huyền tế.
- + Nếu huyết hư kèm tâm hỏa vượng: choáng váng, ngực phiền, ngủ không yên, họng khô khát nước, lưỡi đỏ hồng, chót lưỡi nứt nẻ mà sáng, mạch hư tế kèm sắc.

3.5. Hoàng đới

Đới hạ màu vàng như nước trà, đặc nhờn có mùi hôi thối. Chứng này tương đương trong phạm vi khí hư do nhiễm trùng của y học hiện đại. Trên lâm sàng chia ra hai thể bệnh là khí hư và thấp nhiệt.

3.5.1. Thể thấp nhiệt

Do thấp nhiệt phạm vào nhâm mạch, nên nhâm mạch không sinh tinh hóa khí được, nung nấu mà thành hoàng đới.

Triệu chứng xuất hiện đới hạ màu vàng, tanh hôi nồng nặc, âm hộ sưng đau.

3.5.2. Thể khí hư

Đới hạ vàng trắng, lai rai không dứt, trung khí hao tổn dần, tinh lực yếu kém.

3.6. Thanh đới

Đới hạ như màu nước đậu xanh, nhớt đặc chảy xuống từ âm đạo, mùi hôi thối. Tương đương trong phạm vi khí hư do nhiễm trùng của y học hiện đại. Thật ra, trên lâm sàng thanh đới không phải thật xanh mà là màu tro nhờn hơi pha lẫn màu xanh vàng, khó nhận định được. Lâm sàng cũng chia thanh đới làm hai thể bệnh là thể thấp nhiệt và hư tổn.

3.6.1. Thể thấp nhiệt

Thấp nhiệt ở can kinh đình trú ở trung tiêu, chạy vào bào cung, khí uất nghịch tích tụ lâu ngày thành bệnh.

Triệu chứng: đới hạ vàng trắng, pha màu xanh, hôi thối, sắc mặt xanh vàng, tinh thần u uất, đau đầu, ngực sườn đầy tức, ăn kém, lưỡi hồng ánh sắc xanh, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch huyền sắc.

3.6.2. Thể hư tổn

Chứng thanh đới lâu ngày không giảm để đến nỗi can thận đều hư: hoa mắt, mắt mờ kèm triệu chứng hư nhiệt.

3.7. Hắc đới

3.7.1. Triệu chứng

Đới hạ sắc đen như nước đậu đen, có thể đặc hoặc lỏng, trong như nước, mùi hôi thối. Bệnh chứng này tương đương với chứng khí hư do bệnh ác tính ở tử cung của YHHD.

3.7.2. Các thể lâm sàng

a. Chứng hỏa nhiệt

Do nhiệt quá nung đúc gây nên bệnh. Nhiệt này do vị hoả quá vượng kết hợp với hỏa ở mệnh môn, bàng quang, tam tiêu nung nấu cạn khô rồi biến thành màu tro, chẩn đoán là hỏa nhiệt tới cực điểm thì biến thành chứng hắc đới.

Triệu chứng: dịch huyết trắng, trong hoàng đới có xen lẫn sắc đen, dính, nhờn tanh hôi, người bồn chồn nóng nảy, khát nước. Sắc mặt đỏ vàng, âm hộ sưng đau, tiểu tiện đỏ sẫm, đau rát.

b. Thể thận hư

Lậu hạ đen là vì thận suy nhược, màu đen thuộc thận.

Triệu chứng: giữa đới hạ xích bạch, có sắc đen và có mùi hôi. Sắc mặt xanh bạc hơi vàng, gò má đỏ, da khô, đầu choáng mắt hoa, sốt về chiều, đau bụng và lưng gối, táo bón, tiểu gắt, đỏ, lưỡi đỏ hồng nứt nẻ, mạch hư tế sác.

3.8. Đới ngũ sắc

3.8.1. Triệu chứng

Đới hạ là chất nhựa nhớt, có màu xanh vàng, vàng đỏ, trắng đen. Năm màu lẫn lộn, tất cả đều có mùi thối. Chứng này tương đương trong phạm vi YHHĐ là khí hư do bệnh ác tính ở tử cung. Đây là chứng bệnh nặng trầm trọng.

3.8.2. Các thể lâm sàng

a. Thể ngũ tạng hư

Do ngũ tạng đều hư, ngũ sắc cùng chảy xuống một lượt, đó là huyết sinh ra bệnh.

Triệu chứng: chứng đới hạ ngũ sắc lâu ngày không dứt, xuất hiện triệu chứng hư hàn như sắc mặt xanh bạc, sợ lạnh, tinh thần mỏi mệt, choáng váng, yếu sức, tiêu lỏng, lưỡi nhạt rêu lưỡi ướt, mạch trầm trì vô lực.

b. Thể thấp nhiệt

Nếu thấp nhiệt tích tụ trong bào cung, chứng đới hạ ngũ sắc chắc chắn hôi thối đặc biệt, kèm tức ngực, đắng miệng và có nhớt, bụng dưới trướng đau, tiểu vàng đục, rêu lưỡi vàng nhớt.

3.9. Bạch dâm

Chất nước trắng chảy ra từ âm hộ, bệnh chứng này thuộc phạm vi suy nhược sinh dục trong YHHĐ.

3.9.1. Nguyên nhân

- Theo sách *Nữ khoa chỉ yếu*, do tình dục không được toại chí hoặc giao hợp quá độ sinh ra.
- Theo sách *Tổ vấn*: “Vì tư tưởng quá dâm dục, không được toại nguyện, thủ dâm ở ngoài, giao hợp quá độ làm cho các đường gân lỏng lẻo sinh ra chứng bại xuội (nuy chứng) và làm thành bệnh bạch dâm”.

3.9.2. Các thể lâm sàng

a. Thể uất hỏa

Khi có bạch dâm xuống, người nóng nảy bứt rứt. Nếu bệnh nhẹ: sốt về chiều, lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng; nếu bệnh nặng: hỏa thịnh làm tổn thương tới âm khí sinh bứt rứt, phiền nhiệt, họng khô khát, đêm nằm mộng giao hợp; lưỡi đỏ, nứt nẻ, đau; mạch tế sác.

b. Thể thận hư

Ở âm hộ luôn chảy ra nước tinh liên tục, sắc mặt tái xanh, choáng đầu, hoa mắt, hai gò má đỏ, đau lưng gối, lưỡi nứt sâu, mạch hư tế.

3.10. Bạch trọc

Chất nhựa đục thối như mủ chảy ra từ ống dẫn tiểu. Chứng này thuộc phạm vi nhiễm trùng đường tiết niệu của YHHĐ.

3.10.1. Nguyên nhân

- Do tâm hỏa thái quá.
- Do bại tinh sinh thấp nhiệt.
- Do giao hợp không vệ sinh.

3.10.2. Các thể lâm sàng

- Thể thấp nhiệt, thấp độ: bạch trọc vàng, trắng như mủ hoặc trong bạch trọc có lẫn huyết; tiểu đau buốt, màu vàng có mủ máu.
- Thể âm hư hỏa vượng: bạch trọc chảy xuống liên tục hoặc trong bạch trọc có lẫn huyết, tiểu tiện đau, ngứa, tiểu tiện ra huyết, tâm phiền bứt rứt, miệng khô táo.
- Thể thận hư: bạch trọc lâu ngày không dứt, lai rai, chảy xuống như mỡ đông, chân gối run yếu, tiểu tiện nhiều lần, nước tiểu ít nhưng không đau, mạch trì vô lực.

4. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Đối hạ tùy thuộc vào tính chất và cách biểu hiện mà phân ra nhiều bệnh chứng khác nhau, mỗi bệnh chứng lại có các thể lâm sàng khác nhau, tuy nhiên các triệu chứng bệnh lý cũng như cơ sở lý luận cho việc điều trị lại giống nhau, như vậy viêm sinh dục nữ hay đối hạ của YHCT có thể điều trị như sau:

4.1. Thể tỳ hư

- *Pháp trị*: sơ can, giải uất, kiện tỳ.
- *Bài thuốc sử dụng*
 - + Bài Hoàn đới thang (Phó thanh chủ nữ khoa): bạch truật, đảng sâm, cam thảo, thương truật, bạch thược, sài hồ, trần bì, sa tiền tử, hắc giới tuệ (kinh giới sao đen).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Bạch truật	Kiến tỳ, táo thấp	Quân
Sài hồ	Phát tán phong nhiệt, giải uất	Quân
Đảng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí, sinh tân	Thần
Thương truật	Kiến tỳ táo thấp	Thần
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết, bình can	Tá
Hắc giới tuệ	Phát hãn, khu phong	Tá
Trần bì	Kiến tỳ, táo thấp, hóa đàm	Tá
Sa tiền tử	Thanh nhiệt, lợi niệu	Tá
Cam thảo	Ôn trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ

4.2. Thể thận hư

- *Pháp trị*: bổ thận, tráng dương, ích tinh.
 - *Bài thuốc sử dụng*
 - + Bài Nội bổ hoàn (Nữ khoa toát yếu): lộc nhung, thỏ ty tử, nhục thung dung, hoàng kỳ, quế nhục, phụ tử chế, tang phiêu tiêu, bạch tật lê, phục thần, sa tật lê, tử uyển nhung.
- Uống trước bữa ăn.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Lộc nhung	Bổ thận dương, bổ tinh huyết	Quân
Tang phiêu tiêu	Cố tinh, sáp niệu, liễm hãn, chỉ đới	Quân
Thỏ ty tử	Bổ can thận, cố tinh	Thần
Nhục thung dung	Ôn bổ thận dương, nhuận trường	Tá
Hoàng kỳ	Bổ khí thăng dương khí của tỳ, tiêu viêm	Tá
Quế nhục	Trừ âm hư ở hạ tiêu, bổ mệnh môn hỏa	Tá
Phụ tử chế	Tán hàn, chỉ thống	Tá
Bạch tật lê	Bình can cố sáp, trừ thấp	Tá
Phục thần	Chỉ kinh quý, an tâm thần	Tá
Sa tật lê	Bình can, khử thấp	Tá
Tử uyển nhung	Khử thấp, chỉ thống, bổ huyết, tiêu đàm	Tá

+ Bài Cửu long đơn (Nội kinh thập di): dương quy, bạch linh, sơn tra, câu kỷ tử, liên nhục, khiếm thực, liên hoa tu, thực địa, kim anh tử.

Chỉ định điều trị: thận hư của thanh đới, bạch dâm, bạch trọc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Kim anh tử	Bổ thận tinh, cố sáp	Quân
Thực địa	Tư âm, bổ thận, dưỡng huyết	Quân
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Thần
Bạch linh	Trừ thấp, lợi thủy, bổ tỳ vị	Tá
Sơn tra	Tiêu thực tích, hành ứ, hóa đàm	Tá
Liên nhục	Bổ tỳ, dưỡng tâm, cố tinh	Tá
Liên hoa tu	Sáp tinh ích thận, thanh tâm, chỉ huyết	Tá
Câu kỷ tử	Bổ can, thận	Tá
Khiếm thực	Kiện tỳ, trừ thấp, bổ thận, sáp tinh	Tá

4.3. Thể khí uất

– *Pháp trị*: sơ can, lý tỳ, giải uất, thanh nhiệt.

– *Bài thuốc sử dụng*

+ Bài Tiêu dao tán: dương quy (sao) 30g, bạch linh 30g, thược dược (sao rượu) 30g, sài hồ 30g, bạch truật (sao) 30g, chích thảo 16g, bạc hà.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sài hồ	Đắng, hàn, vào can, đởm, tâm bào, tam tiêu: tả nhiệt, giải độc, thăng đề	Quân
Bạch thực	Đắng, chua, lạnh, vào can tỳ, phế: dưỡng huyết, lợi thủy, liễm âm	Thần
Uất kim	Cay, đắng, ôn vào tỳ, can: hành huyết, phá ứ, hành khí giải uất	Thần
Đương quy	Ngọt, cay, ấm vào tâm, can, tỳ: dưỡng huyết, hoạt huyết	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ, vị: kiện tỳ, táo thấp, chỉ hãn, an thần	Tá
Bạch linh	Ngọt, nhạt, bình; vào tâm, tỳ, phế, thận: lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình; vào 12 kinh: bổ trung khí, hòa hoãn, giải độc	Tá, sứ

+ Bài Trầm hương giáng khí (Chứng trị chuẩn thang): trầm hương, chân giáng hương, hồ kinh cốt, nhân sâm, long đởm thảo.

Chỉ định trong khí uất của bạch băng

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Trầm hương	Giáng khí, bổ nguyên dương, hạ đàm	Quân
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, chỉ huyết, sinh tân dịch	Quân
Chân giáng hương	Trợ khí, trừ đàm	Thần
Hồ kinh cốt	Thông khí, bổ thận, tráng dương	Tá
Long đởm thảo	Thanh can, trừ thấp nhiệt	Tá
Hùng hoàng	Giải độc, sát trùng	Tá
Xạ hương	Khai khiếu, thông kinh lạc	Sứ
Nhũ hương	Điều khí hòa huyết	Tá

4.4. Thể thấp nhiệt

– *Pháp trị*: thanh nhiệt, hoá thấp.

– *Các bài thuốc sử dụng*

+ Bài Long đởm tả can thang: long đởm thảo 20g, trạch tả 12g, sa tiền tử 12g, mộc thông 12g, sinh địa 12g, sài hồ 12g, đương quy 12g, sơn chi 12g, hoàng cầm 12g, cam thảo 6g.

Chỉ định cho thấp nhiệt của bạch đới và thanh đới

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Long đởm thảo	Đắng, hàn: tả can đởm thực hỏa, thanh hạ tiêu thấp nhiệt	Quân
Hoàng cầm	Đắng, hàn: tả phế hỏa, thanh thấp nhiệt	Quân
Chi tử	Đắng, hàn: thanh nhiệt tả hỏa, lợi tiểu, cầm máu	Quân
Sài hồ	Bình can, hạ sốt	Thần
Sa tiền tử	Ngọt, hàn: thanh phế, can, thẩm bàng quang thấp nhiệt	Thần
Trạch tả	Thanh thấp nhiệt bàng quang, thận	Tá
Mộc thông	Đắng, hàn: giáng tâm hỏa, thanh phế nhiệt, lợi tiểu tiện, thông huyết mạch	Tá
Đương quy	Dưỡng can huyết	Thần
Sinh địa	Ngọt, đắng, hàn: sinh tân dịch, lương huyết	Thần
Cam thảo	Bình, ngọt: bổ tỳ vị, nhuận phế, thanh nhiệt, giải độc, điều hòa các vị thuốc	Sứ

+ Bài Gia vị nhị diệu tán: hoàng bá 10g, thương truật 12g, đương quy 12g, quy bản 15g, ngư tất 10g, phòng kỷ 12g, tỳ giải 6g.

Chỉ định cho thấp nhiệt của bạch băng

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng bá	Tả tướng hỏa, thanh thấp nhiệt ở hạ tiêu	Quân
Thương truật	Ôn trung hóa đàm	Quân
Đương quy	Dưỡng huyết, hoạt huyết	Thần
Quy bản	Tư âm, tiềm dương	Tá
Ngư tất	Hành huyết, tán ú, lợi thấp	Tá
Phòng kỷ	Thanh thấp nhiệt ở huyết phận, lợi thủy trừ thấp	Tá
Tỳ giải	Thẩm thấp, lợi niệu, kiên tỳ	Tá

+ Bài Tam bổ hoàng (Nữ khoa chuẩn thang): hoàng liên (sao) 12g, hoàng cầm (sao) 12g, hoàng bá (sao) 12g, sơn chi 8g.

Chỉ định cho thấp nhiệt của xích đới

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng liên (sao)	Thanh nhiệt táo thấp	Quân
Hoàng cầm (sao)	Lương huyết, thanh thấp nhiệt	Thần
Hoàng bá (sao)	Tư âm, thanh nhiệt táo thấp	Thần
Sơn chi	Hành huyết, giảm đau	Tá

+ Bài thuốc Tam bổ hoàng (như trên) gia thêm sài hồ 16g, nhân trần 12g. Chỉ định cho thấp nhiệt của bạch trọc.

+ Bài Bát tiên ẩm (Sản khoa phát mộng): thổ phục linh, bạch linh, trần bì, đương quy, kim ngân hoa, xuyên khung, đại hoàng

Chỉ định cho thấp nhiệt của xích bạch đới

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thổ phục linh	Lợi thấp, thanh nhiệt	Quân
Bạch linh	Trừ thấp, lợi thủy, bổ tỳ vị	Quân
Trần bì	Kiện tỳ, lý khí táo thấp	Thần
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh	Thần
Kim ngân hoa	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, giảm đau	Tá
Đại hoàng	Hạ tích trệ	Tá
Cam thảo	Điều hòa vị thuốc	Sứ

Bài Giải độc tứ vật thang (Y học nhập môn): hoàng cầm, hoàng liên, hoàng bá, sinh địa, chi tử, đương quy, bạch thược, xuyên khung, thực địa.

Chỉ định trong thấp nhiệt của đới ngũ sắc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng cầm	Thanh thấp nhiệt, giải độc	Quân
Hoàng liên	Thanh can nhiệt, táo thấp, giải độc	Quân
Hoàng bá	Thanh nhiệt táo thấp ở hạ tiêu	Quân
Sinh địa	Bổ âm, thanh nhiệt lương huyết	Thần
Chi tử	Thanh nhiệt lương huyết tả hỏa	Thần
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Tá
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết, bình can	Tá
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, chỉ thống	Tá
Thực địa	Tư âm dưỡng huyết, bổ thận	Tá

4.5. Thể đàm thấp

- *Pháp trị*: hoá đàm táo thấp.
- *Bài thuốc sử dụng*:

Bài Lục quân tử thang gia vị: nhân sâm 12g, bạch linh 8g, bạch truật 8g, cam thảo 4g, trần bì 8g, bán hạ chế 8g, khiếm thực 12g, liên nhục 12g, kim anh tử 12g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí	Quân
Kim anh tử	Cố tinh, sáp niệu	Quân
Bạch linh	Lợi niệu thẩm thấp, bổ tỳ	Thần
Bạch truật	Khử ôn, kiện tỳ, táo thấp	Thần
Cam thảo	Cam ôn ích khí, bổ trung hòa vị	Sứ
Trần bì	Kiến tỳ, táo thấp, hóa đàm	Tá
Bán hạ chế	Bán hạ, giáng khí nghịch, tiêu đàm thấp	Tá
Khiếm thực	Bổ thận, kiện tỳ, cố tinh, sáp niệu	Tá
Liên nhục	Cố tinh, bổ tỳ, dưỡng tâm	Tá

4.6. Thể hư hàn

- *Pháp trị*: thăng dương, hòa vị, ích tinh.
- *Bài thuốc sử dụng*:
 - + Bài Cố chân thang (Đông viên phương): sài hồ 20g, chính thảo 6g, đảng sâm 12g, can khương 8g, trần bì 12g, hoàng cầm 12g (sao rượu), quỳ hoa 8g, uất lý nhân 8g, phụ tử 8g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Can khương	Ôn trung, trục hàn, hồi dương, thông mạch	Quân
Phụ tử	Bổ hỏa, trợ dương, trục phong hàn thấp	Quân
Đảng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí	Thần
Sài hồ	Phát tán phong nhiệt, giải uất	Thần
Trần bì	Kiến tỳ, lý khí, hóa đàm	Tá
Hoàng cầm	Giải độc, tiêu thũng	Tá
Quỳ hoa	Khai uất, giải độc	Tá
Uất lý nhân	Khai uất, lý khí	Tá
Chính thảo	Ôn trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ

Thể hư hàn trong xích đới:

- *Pháp trị*: thăng dương ích khí ôn trung.
- *Bài thuốc sử dụng*:

- + Bài Bổ trung ích khí thang (Đông viên phương): hoàng kỳ (chích mật) 8g, đảng sâm 8g, quy thân (sao rượu) 8g, chích thảo 6g, bạch truật (sao) 16g, trần bì 8g, thăng ma 6g, sài hồ 8g, sinh khương 8g, đại táo 2 quả

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng, bình; vào tỳ, phế: đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm, vào tỳ phế: Bổ khí, thăng dương khí của tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Thần
Trần bì	Cay, đắng, ấm, vào tỳ phế: hành khí, bình vị, hóa đờm, trừ thấp	Thần
Sài hồ	Đắng, hàn, vào can đờm, tâm bào, tam tiêu: tả nhiệt, giải độc, thăng đề	Thần
Thăng ma	Cay ngọt, hơi đắng vào phế, vị, đại tràng: thanh nhiệt, giải độc, thăng đề	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, chỉ hãn, an thần	Tá
Bạch linh	Ngọt, nhạt, bình vào tâm, tỳ, phế, thận: lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	Tá
Đảng sâm	Bổ trung ích khí, sinh tân, chỉ khát	Tá
Quy thân	Bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, thông kinh	Tá
Chích thảo	Bổ trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ
Sinh khương	Ôn trung, tiêu đờm, hành thủy, giải độc	Tá
Đại táo	Bổ tỳ, ích khí, dưỡng vị, sinh tân, điều hòa doanh vệ	Tá, sứ

Thể hư hàn trong xích bạch đới có thể dùng bài thuốc trên gia thêm long cốt, mẫu lệ, hải phiêu tiêu.

4.7. Thể hư nhiệt

- *Pháp trị*: tư âm, thanh nhiệt
- *Bài thuốc sử dụng*:
 - + Bài Sài cầm tứ vật thang (Hòa tễ cục phương): sinh địa 20g, đương quy 8g, xuyên khung 12g, bạch thược 12g, sài hồ 12g, hoàng cầm 8g.

Chỉ định trong hư nhiệt của bạch đới

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sinh địa	Bổ âm, thanh nhiệt, lương huyết	Thần
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh	Tá
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, giảm đau	Tá
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết, bình can	Tá
Sài hồ	Phát tán phong nhiệt, giải uất	Quân
Hoàng cầm	Giải độc, tiêu thũng	Quân

- + Bài tứ vật gia cầm liên thang: chỉ định trong hư nhiệt của thanh đới.
- + Bài Cố kinh hoàn (Y học nhập môn): hoàng cầm 16g, bạch thược 16g, quy bản 16g, xuân căn 12g, hoàng bá 8g, hương phụ 7g.

Chỉ định trong hư nhiệt của xích bạch đới và xích đới.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng cầm	Thanh nhiệt, chỉ huyết, cố kinh	Quân
Bạch thược	Chế hỏa tiềm dương, liễm âm	Thần
Quy bản	Chế hỏa tiềm dương, liễm âm	Thần
Xuân căn	Thanh nhiệt, chỉ huyết, cố kinh	Quân
Hoàng bá	Thanh nhiệt, chỉ huyết, cố kinh	Quân
Hương phụ	Điều khí, thư uất	Tá, sứ

- + Bài Thanh tâm liên tử ẩm: thạch liên tử 10g, bạch linh 8g, chích kỳ 8g, đảng sâm 12g, mạch môn (bỏ lõi) 8g, hoàng cầm 8g, địa cốt bì 8g, chích thảo 4g, sa tiền tử 4g, đương quy 8g, bồ hoàng (sao) 8g.

Chỉ định trong hư nhiệt, âm hư hỏa vượng của bạch trọc.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thạch liên tử	Thanh tâm hoả, giao tâm thận	Quân
Địa cốt bì	Giáng phé hỏa, thoái hư nhiệt, chỉ đạo hãn	Thần
Hoàng cầm	Thanh thấp nhiệt, lương huyết giải độc	Thần
Phục linh	Lý khí hóa đàm	Tá
Sa tiền tử	Thanh nhiệt lợi thủy	Tá
Mạch môn	Thanh tâm nhuận phế, trừ phiền nhiệt	Tá
Đảng sâm	Bổ tỳ ích khí sinh tân	Tá
Chích kỳ	Bổ khí, cố biểu, tiêu độc	Tá
Đương quy	Bổ huyết dưỡng huyết	Tá
Bồ hoàng	Thanh nhiệt, hoạt huyết	Tá
Chích thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

4.8. Thể phong hàn

- *Pháp trị*: ôn tán hàn tà.
- *Bài thuốc sử dụng*

Bài Ngô thù du gia vị (Chứng trị chuẩn thang): đương quy 16g, nhục quế 8g, ngô thù du 8g, đờn bì 12g, bán hạ 8g, mạch môn 12g, phòng phong 8g, tế tân 8g, can khương 4g, phục linh 12g, mộc hương 8g, chích thảo 6g, cỏ bản 4g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Cảo bản	Tán phong hàn tà	Quân
Ngô thù du	Ôn trung, tán hàn, giải uất	Quân
Nhục quế	Bổ hỏa mệnh môn, dẫn hỏa quy nguyên, trừ hàn tích	Quân
Can khương	Ôn trung, trục hàn, hồi dương, thông mạch	Tá
Đơn bì	Tả phục hỏa, bình tứ hỏa	Tá
Bán hạ	Hóa đờm, giáng nghịch, trừ thấp	Tá
Mạch môn	Thanh tâm, nhuận phế, chỉ huyết	Tá
Phòng phong	Phát biểu, trừ thấp	Tá
Tế tân	Tán phong, hành thủy khí, khai khiếu	Tá
Phục linh	Hành thủy lợi thấp nhiệt	Tá
Mộc hương	Hành khí, kiện tỳ, khai uất, giải độc	Tá
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh	Tá
Chích thảo	Ôn trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ

4.9. Thể hư tổn

- *Pháp trị*: ôn bổ cố sáp.
- *Bài thuốc sử dụng*:
 - + Bài Kỳ tế đơn (Phụ khoa bất tạ): lộc giác sương, thạch xương bồ, long cốt, ích trí nhân, đương quy, bạch linh, viễn chí, hoài sơn

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Lộc giác sương	Bổ tinh huyết, tán ứ, tiêu viêm	Quân
Long cốt	Thu liễm, cố sáp	Quân
Ích trí nhân	Ôn thận tỳ dương, sáp niệu	Thần
Đương quy	Bổ huyết, điều kinh	Tá
Thạch xương bồ	Khai khiếu, hóa đàm, giải độc, tán phong	Tá
Bạch linh	Hành thủy, lợi thấp	Tá
Viễn chí	Hóa đàm, tán uất	Tá
Hoài sơn	Bổ tỳ vị, ích phế, bổ thận	Tá

Bài Kỳ tế đơn sử dụng cho thể hư tổn trong bạch băng, thiên hướng là tỳ hư.

- + Bài Tế âm địa hoàng hoàn (Chứng trị chuẩn thang): ngũ vị tử, mạch môn, đương quy, địa hoàng, thung dung, sơn thù, hoài sơn, câu kỷ tử, cúc hoa, ba kích.

Lượng bằng nhau, tán bột làm hoàn.

Dùng để trị hư tổn trong thanh đới, thiên hướng can thận hư.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Câu kỷ tử	Bổ can, thận	Quân
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Quân
Địa hoàng	Tư âm, bổ huyết	Thần
Sơn thù	Bổ can thận, sáp tinh, thông khiếu	Thần
Hoài sơn	Sinh tân, kiện tỳ	Tá
Mạch môn	Thanh tân nhuận phế, chỉ huyết	Tá
Ngũ vị tử	Thanh nhiệt lương huyết, nhuận táo	Tá
Nhục thung dung	Ôn bổ thận dương, nhuận trường	Tá
Cúc hoa	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Ba kích	Ôn thận, tráng dương	Tá

4.10. Thể huyết ứ

– *Pháp trị*: hóa ứ thông huyết.

– *Bài thuốc sử dụng*:

+ Bài Đào nhân tán (Chứng trị chuẩn thang): đào nhân 8g, đơn bì 8g, ngưư tất 12g, trạch lan 10g, xích thược 12g, đương quy 12g, đẳng sâm 12g, bán hạ 8g, quế tâm 4g, xuyên khung 10g, sinh địa 12g, bồ hoàng 8g, cam thảo 6g, gừng 6g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Đào nhân	Phá huyết ứ, trục ứ, nhuận táo	Quân
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh	Quân
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, giảm đau	Thần
Sinh địa	Tư âm, bổ huyết	Thần
Ngưư tất	Hành huyết tán ứ, tiêu ung, lợi thấp	Tá
Xích thược	Thanh nhiệt, lương huyết, điều kinh	Tá
Đẳng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí, sinh tân	Tá
Đơn bì	Lợi thủy, hóa thấp	Tá
Trạch lan	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Bán hạ	Giáng khí nghịch, tiêu đàm thấp	Tá
Bồ hoàng	Hành huyết, chỉ thống	Tá
Quế tâm	Tán hàn	Tá
Gừng	Ôn trung	Tá
Cam thảo	Ôn trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ

4.11. Thể hỏa nhiệt

- *Pháp trị*: tiết hỏa.
- *Bài thuốc sử dụng*:
 - + Bài Lợi hỏa thang (Phó thanh chủ nữ khoa): đại hoàng 12g, bạch truật 20g, bạch linh 12g, sa tiền tử 12g, hoàng liên 12g, chi tử 12g, tri mẫu 8g, sinh thạch cao 20g, vương bất lưu hành 12g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Đại hoàng	Hạ tích trệ ở trường vị	Quân
Hoàng liên	Thanh nhiệt tả hỏa, giải độc	Quân
Chi tử	Thanh nhiệt tả hỏa, chỉ huyết	Thần
Bạch truật	Kiện tỳ, táo thấp, lợi thủy	Tá
Bạch linh	Hành thủy, lợi thấp nhiệt	Tá
Sa tiền tử	Lợi thủy, trừ đàm	Tá
Tri mẫu	Thanh nhiệt, chỉ khát, nhuận táo	Tá
Sinh thạch cao	Thanh nhiệt, trừ thấp	Tá

4.12. Thể ngũ tạng hư

- *Pháp trị*: bổ hư cố sáp.
- *Bài thuốc sử dụng*:
 - + Bài Vị phong tán (Giản dị phương): đảng sâm (sao), đương quy, bạch truật (sao), xuyên khung, phục linh, quế nhục, mễ cốc.
Thêm gạo 100 hạt.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Đảng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, sinh tân dịch	Quân
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh	Quân
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết	Thần
Bạch truật	Kiện tỳ, táo thấp, liễm hãn	Tá
Phục linh	Trừ thấp, lợi thủy	Tá
Quế nhục	Thông huyết, trừ hàn tích	Tá
Mễ cốc	Kiện tỳ	Tá

4.13. Thể uất hỏa

- *Pháp trị*: thanh nhiệt, tiết hỏa, khai uất.

– Bài thuốc sử dụng:

- + Bài Hoàng liên thanh tâm ẩm (Tế thể lương thang): hoàng liên, sinh địa, quy thân, đẳng sâm, sài hồ, phục thân, táo nhân, viễn chí, liên nhục, chích thảo.

Các vị đều có lượng bằng nhau 6 - 8g, sắc uống.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng liên	Thanh nhiệt, tả hỏa, giải độc	Quân
Sinh địa	Thanh nhiệt lương huyết	Thần
Sài hồ	Thanh nhiệt, giải uất	Thần
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, điều kinh	Thần
Đẳng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, sinh tân dịch	Tá
Phục thân	Chỉ kinh quý, an tâm thần	Tá
Viễn chí	Giáng khí, hóa đàm	Tá
Liên nhục	Thanh tâm, kiện tỳ	Tá
Chích thảo	Điều hòa các vị thuốc	Sứ

5. ĐIỀU TRỊ BẰNG CHÂM CỨU

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.
- Bổ hư.

5.2. Cách chọn huyệt

- Chọn huyệt trên mạch nhâm, mạch đốc và 3 kinh âm ở chân.
- Huyệt chủ: đối mạch, bạch hoàn du, khí hải, tam âm giao.
 - + Nếu thấp nhiệt: hành gian, âm lăng tuyền.
 - + Nếu thấp hàn: quan nguyên, túc tam lý.
 - + Nếu hư chứng:
 - Bổ tỳ: tỳ du, thái bạch, phong long.
 - Bổ thận: thận du, thái Khê, phi dương.

5.3. Kỹ thuật châm

- Thấp nhiệt: châm tả không cứu.
- Đàm thấp: châm bình bổ, bình tả.
- Hư chứng: châm hoặc cứu bổ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Từ đối hạ nhằm để chỉ
 - A. Chất dịch dẻo, nhớt chảy ra từ âm đạo phụ nữ
 - B. Chứng trạng viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục nữ, sinh ra chất dịch chảy ra từ âm đạo phụ nữ
 - C. Loại bệnh phát sinh dưới thắt lưng bao gồm cả các bệnh thuộc kinh, đới, thai, sản
 - D. Tên thường gọi của bộ phận sinh dục nữ cùng với bào cung
 - E. Cả 4 câu trên đều đúng
2. Triệu chứng lượng đới ít, màu trong, lai rai, rỉ rả, sắc mặt xanh bạc, tinh lực yếu, đầu choáng: là biểu hiện của bạch đới biểu hiện trong thể
 - A. Tỳ hư
 - B. Thận hư
 - C. Khí uất
 - D. Đàm thấp
 - E. Hư hàn
3. Triệu chứng lượng đới nhiều, chất đới nhờn, màu đục, tanh hôi, ngứa âm hộ, tiểu không thông, choáng váng, mệt mỏi, là biểu hiện của bạch đới trong thể
 - A. Tỳ hư
 - B. Thận hư
 - C. Khí uất
 - D. Đàm thấp
 - E. Thấp nhiệt
4. Triệu chứng chất nước trắng chảy ra từ âm hộ, liên tục là mô tả chứng
 - A. Bạch dâm
 - B. Bạch trọc
 - C. Bạch đới
 - D. Băng lậu
 - E. Bạch băng

5. Châm tả các huyết: đối mạch, bạch hoàn du, hành gian, âm lăng tuyền nhằm chỉ định điều trị chứng đối hạ có biểu hiện lâm sàng thể

- A. Đàm thấp
- B. Thấp nhiệt
- C. Khí uất
- D. Khí trệ
- E. Huyết ứ

6. Bài thuốc Dịch hoàn thang (gồm: hoài sơn, hoàng bá, bạch quả, khiếm thực, sa tiên tử), thường chỉ định điều trị đối hạ thể

- A. Đàm thấp
- B. Thấp nhiệt
- C. Hư tổn
- D. Khí uất
- E. Khí trệ

7. Bài thuốc Bát tiên ẩm (gồm thổ phục linh, trần bì, kim ngân, đại hoàng, bạch linh, đương quy, xuyên khung) thường chỉ định điều trị xích bạch đới thể

- A. Huyết ứ
- B. Khí uất
- C. Huyết hư
- D. Huyết nhiệt
- E. Thấp nhiệt

8. Bài thuốc Tam bổ hoàng (gồm: hoàng liên, hoàng cầm, hoàng bá, sơn chi) thường chỉ định điều trị xích đới thể

- A. Huyết ứ
- B. Khí uất
- C. Khí trệ
- D. Thấp nhiệt
- E. Đàm thấp

9. Bài thuốc Ký tế đơn (gồm: lộc giác xương, long cốt, đương quy, viễn chí, thạch xương bồ, ích trí nhân, bạch linh, hoài sơn) thường được chỉ định điều trị bạch băng thể

- A. Huyết hư
- B. Khí uất

- C. Hư tổn
- D. Huyết ứ
- E. Đàm thấp

10. Bài thuốc Tỳ giải phân thanh ẩm (gồm: tỳ giải, ô dược, ích trí nhân, thạch xương bồ) trong đó tỳ giải có tác dụng và vai trò

- A. Thẩm thấp, lợi niệu, kiện tỳ, vai trò quân
- B. Thanh nhiệt, trừ thấp, kiện tỳ, vai trò quân
- C. Thẩm thấp lợi niệu, vai trò thần
- D. Thanh nhiệt trừ thấp, vai trò thần
- E. Thông khiếu, lợi tiểu tiện

THIẾU MÁU

MỤC TIÊU

1. *Nêu được khái niệm về thiếu máu theo YHHĐ và YHCT.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và bệnh sinh gây thiếu máu.*
3. *Giải thích được cơ sở để chẩn đoán thiếu máu theo YHHĐ và YHCT.*
4. *Trình bày được nguyên tắc điều trị thiếu máu và các biện pháp phòng bệnh.*
5. *Trình bày được các phương pháp và các bài thuốc, phương huyết ứng dụng điều trị thiếu máu.*
6. *Phân tích được cơ sở của các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc ứng dụng vào điều trị thiếu máu.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm về thiếu máu

Máu là một dịch thể lưu thông tuần hoàn trong cơ thể, bao gồm tế bào máu và huyết tương. Tế bào máu gồm hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu, trong đó hồng cầu là yếu tố trực tiếp liên quan đến sự thiếu máu.

Hồng cầu người có tuổi thọ trung bình là 120 ngày, trong điều kiện sinh lý bình thường và số lượng hồng cầu ổn định, có sự cân bằng liên tục giữa số lượng hồng cầu bị chết và số lượng hồng cầu được sinh ra. Thiếu máu chỉ xảy ra khi sự cân bằng đó bị phá vỡ: hồng cầu bị phá hủy nhiều hoặc được sản sinh ra quá ít.

- Hồng cầu bị phá hủy nhiều có thể do chảy máu hoặc tan máu nghiêm trọng; trong cả hai trường hợp, cơ chế bệnh xảy ra ở ngoại vi còn tủy xương vẫn tìm cách bù trừ, thiếu máu chỉ xuất hiện khi tủy xương không còn khả năng bù được nữa.
- Hồng cầu sản sinh không đủ cũng có thể do hai cơ chế: tủy xương không sinh được đủ hồng cầu, hoặc sinh được máu nhưng kém chất lượng không có hiệu lực.

Trong hồng cầu có chứa huyết cầu tố (hemoglobin), chức năng của hồng cầu chủ yếu là do huyết cầu tố đảm nhiệm. Nhiệm vụ chủ yếu của huyết cầu tố là vận chuyển O₂ và CO₂, nồng độ huyết cầu tố trong hồng cầu là 32 - 38g/dl, trung bình ở người Việt Nam từ 20 - 23,6mmol/l.

1.2. Định nghĩa

Thiếu máu là sự giảm sút lượng huyết cầu tố lưu hành trong hệ tuần hoàn và mọi hậu quả của thiếu máu đều liên quan đến tỷ lệ huyết cầu tố.

Nồng độ huyết cầu tố trung bình và thể tích trung bình của mỗi hồng cầu khác nhau tùy từng hội chứng thiếu máu, do vậy lượng huyết cầu tố cũng khác nhau đối với cùng một số lượng hồng cầu.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa: thiếu máu xảy ra khi mức độ huyết cầu tố lưu hành của một người nào đó thấp hơn mức độ của người khỏe mạnh cùng giới cùng tuổi và cùng sống trong một môi trường.

Về đại thể: thiếu máu là một hội chứng bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây ra làm cho tổng lượng hồng cầu lưu thông trong máu giảm dưới mức bình thường, làm cho máu không cung cấp đủ O₂ cho tế bào.

Bình thường ở người lớn: hồng cầu ở nam là 4200000 ± 210000 ở nữ 3800000 ± 160000

Thể tích trung bình của hồng cầu: $MCV = 90 \pm$ femtolit (fl)

Nồng độ huyết sắc tố trung bình từ 32 - 38g/dl

Gọi là thiếu máu khi có ít nhất 2 trong 3 điều kiện sau:

- Thể tích hồng cầu giảm dưới mức bình thường
- Nồng độ huyết sắc tố giảm dưới mức bình thường
- Số lượng hồng cầu/mm³ giảm dưới mức bình thường

1.3. Phân loại thiếu máu

Nguyên liệu để tạo ra hồng cầu chủ yếu là protein và nguyên tố sắt. Để phát triển hồng cầu cần đến các chất phụ trợ với những liều lượng thích hợp như vitamin B₁₂, acid folic. Ngoài ra sự tạo ra hồng cầu cũng cần đến vitamin B₆, B₂, C, E và các nguyên tố vi lượng như đồng, mangan, cobalt, kẽm...

Như vậy nếu thiếu các yếu tố trên trực tiếp hoặc gián tiếp sẽ sinh ra thiếu máu.

Khuynh hướng chung khi phân loại các trạng thái thiếu máu thường căn cứ vào:

- Nồng độ huyết sắc tố trong hồng cầu: để xác định là ưu sắc, đẳng sắc hay nhược sắc.
- Thể tích của hồng cầu: để xác định loại hồng cầu là to, nhỏ hay trung bình.

Có nhiều cách phân loại thiếu máu nhưng người ta thường phân theo 2 cách dựa vào hình thái, màu sắc và dựa vào sinh lý bệnh của thiếu máu.

1.3.1. Dựa vào hình thái và màu sắc của hồng cầu

Loại này chủ yếu căn cứ vào thể tích trung bình của hồng cầu (MCV) và nồng độ huyết cầu tố trung bình của hồng cầu (MCHC), thường có 3 loại thiếu máu:

- Thiếu máu nhược sắc, hồng cầu nhỏ: thông thường là do thiếu yếu tố sắt nên có biểu hiện lượng huyết cầu tố giảm rõ rệt làm cho kích thước hồng cầu nhỏ (MVC < 80fl; MCHC < 32%).
- Thiếu máu đẳng sắc, hồng cầu bình thường: MCV bình thường từ 80 - 100fl, MCHC đa số ở mức bình thường tức 32 - 36%, MCH ở mức bình thường (huyết sắc tố giảm song song với hồng cầu, giá trị hồng cầu lúc nào cũng =1, không có thay đổi thể tích hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố trung bình trong hồng cầu bình thường). Loại thiếu máu này thường gặp trong:
 - + Xuất huyết cấp.
 - + Tán huyết cấp.
 - + Viêm nhiễm kinh niên.
 - + Suy tủy.
- Thiếu máu ưu sắc, hồng cầu to: huyết sắc tố giảm ít hơn so với hồng cầu, giá trị hồng cầu > 1.

MCV>100fl, MCHC>36%. Loại thiếu máu này chủ yếu do thiếu vitamin B₁₂ hoặc acid folic.

Trong máu thấy hồng cầu khổng lồ, hồng cầu to, một vài hồng cầu có nhân, thể tích hồng cầu trung bình > 120μm³.

1.3.2. Dựa vào sinh lý bệnh

Loại này người ta phân ra 3 loại nhỏ:

- Thiếu máu do tăng phá hủy hồng cầu: còn gọi là thiếu máu tán huyết do bẩm sinh và những nguyên nhân khác, hồng cầu có hình dạng khác thường, MCV bình thường, MCHC bình thường hoặc hơi tăng.
- + Nguyên nhân do bản thân hồng cầu: có thể do dị tật của bản thân hồng cầu như: hồng cầu hình cầu di truyền, hồng cầu hình bầu dục có tính gia đình, hồng cầu hình gai bẩm sinh hoặc mắc phải,

phospholipid của màng hồng cầu không bình thường, bệnh do thiếu hụt men trong chuyển hóa, huyết cầu tố không ổn định, sự thiếu hụt các dây globin, bệnh thalassemia vùng biển v.v...

+ Nguyên nhân ngoài hồng cầu:

- Do sử dụng hóa chất (như: chì, thạch tín), hoặc do nọc độc côn trùng hay rắn độc cắn phải.
- Do nhiễm trùng nặng, nhiễm ký sinh trùng sốt rét, nhiễm virus.
- Do phỏng rộp hoặc tổn thương hệ tuần hoàn.
- Do cường lách.
- Do nguyên nhân miễn dịch, bất đồng nhóm máu ABO, bệnh tự miễn, truyền máu không phù hợp.

– Thiếu máu do giảm sản sinh hồng cầu:

- + Do suy tuỷ xương: chức năng tạo máu của tuỷ xương bị suy yếu do tuỷ bị huỷ hoại hoặc thiếu yếu tố kích thích, hồng cầu giảm ngày càng nặng, hồng cầu lưới rất hiếm hoặc mất hẳn.
- + Do thiếu nguyên liệu tạo máu: như thiếu sắt, protein, vitamin B₁₂, acid folic.

Nguyên nhân: vì hấp thu không đủ, hấp thu kém hoặc do nhu cầu tăng, do mất máu quá nhiều.

– Thiếu máu do mất máu: bao gồm mất máu cấp và mạn tính.

- + Do mất máu cấp tính: hình dạng hồng cầu bình thường, đẳng sắc, đẳng bào.
- + Do mất máu mạn tính: thường kèm theo thiếu sắt nên phần nhiều là thiếu máu do thiếu sắt thuộc loại thiếu máu nhược sắc.

Hai cách phân loại trên đều có các ưu điểm riêng, do đó trên lâm sàng thường vận dụng phối hợp bổ sung cho nhau giúp chẩn đoán và điều trị dễ dàng, như vậy dù theo cách phân loại nào thiếu máu cũng liên quan đến nguyên liệu tạo máu là sắt, vitamin B₁₂, acid folic, protein v.v. (cả do mất máu hay do giảm sản sinh hồng cầu) và có liên quan đến các yếu tố bẩm sinh hay bệnh lý làm tăng phá huỷ hồng cầu.

1.4. Đặc điểm dịch tễ học

Tất cả các loại thiếu máu nêu trên đều có hiện diện ở Việt Nam nhưng mức độ xuất hiện bệnh có tỷ lệ khác nhau.

- Thiếu máu nhược sắc do thiếu sắt: theo thống kê của Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương thì thiếu máu do giun móc chiếm 30%, do loét dạ dày 15,17%.

Trong một cuộc điều tra thực tế, các tác giả phát hiện 50% nông dân bị nhiễm ký sinh trùng đường ruột, trong đó chủ yếu là giun móc.

- Thiếu máu do tan máu: cũng gặp khá nhiều.

Theo số liệu của Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em Trung ương, số trẻ bị bệnh huyết cầu tố chiếm 49%. Thiếu máu tan máu cũng có gặp ở người lớn, đa số là tan máu tự miễn có kháng thể tự sinh với nghiệm pháp Coombs dương tính phù hợp với các tài liệu quốc tế.

- Thiếu máu do dinh dưỡng:

- + Về mặt dịch tễ học, thiếu sắt là nguyên nhân chủ yếu gây thiếu máu do dinh dưỡng; sau đó là thiếu acid folic, vitamin B₁₂ và protein.
- + Tình trạng thiếu máu do dinh dưỡng rất phổ biến trên thế giới, nhất là ở các nước đang phát triển, ước tính có từ 500 triệu đến 1 tỷ người bị bệnh, thường là ở phụ nữ và trẻ em. Tình trạng thiếu máu do dinh dưỡng rất phổ biến ở Việt Nam, nhất là trẻ em và phụ nữ có thai. Theo Viện Nghiên cứu nhi khoa 1989, tỷ lệ thiếu máu do dinh dưỡng ở trẻ em và phụ nữ như sau: số trung bình thiếu máu ở trẻ dưới 3 tuổi ở đồng bằng là 35%, ở miền núi là 49,5%; ở phụ nữ có thai ở thành phố là 37% và ở nông thôn là 41,7%.

1.5. Quan niệm về thiếu máu theo y học cổ truyền

Nói đến máu là nói đến một dịch thể có màu đỏ lưu thông tuần hoàn giúp cho hoạt động trong cơ thể, tương ứng trong YHCT nói đến huyết. Điều này còn được chứng minh khi mô tả về mặt triệu chứng học của thiếu máu như: xanh xao, mệt mỏi, giảm gắng sức, niêm mạc nhợt nhạt, lưỡi lỏ, buồn nôn, chán ăn.... cũng được mô tả trong các chứng huyết hư, hư lao do khí huyết hư ...

Tuy nhiên, YHHD và YHCT có hai hệ thống lý luận khác nhau. Về mặt lâm sàng triệu chứng thiếu máu cũng biểu hiện tương tự chứng huyết hư, nhưng khi bệnh nhân có huyết hư chưa hẳn là có thiếu máu.

Huyết là một trong 5 dạng vật chất giúp cho cơ thể sống hoạt động đó là: tinh, khí, thần, huyết và tân dịch.

Huyết được tạo ra bởi tạng tỳ và tạng tâm: tỳ biến hóa các chất tinh vi của thức ăn uống thành ra tinh và tâm khí hoá một phần tinh ra thành sắc đỏ gọi là huyết.

Trong hoạt động của cơ thể, khí và huyết là hai dạng vật chất luôn đồng hành, trợ lực, và chức năng luôn quyện vào nhau, huyết hữu hình còn khí thì vô hình, huyết thì tĩnh mà khí thì luôn động, huyết có khí mới lưu thông được, khí có huyết mới có nơi nương tựa và giữ gìn. Cả hai yếu tố này trao đổi tác dụng và nương tựa vào nhau giúp nuôi dưỡng cũng như mọi hoạt động của cơ thể, nên khi biểu hiện triệu chứng huyết hư có lẫn triệu chứng của khí.

Huyết được sinh ra tưới nhuận các kinh lạc, chu lưu khắp toàn thân, giúp nuôi dưỡng cơ thể, giúp vinh nhuận da lông và giúp cho các tạng phủ hoạt động. Mắt nhờ huyết mà trông được, tai nhờ huyết mới nghe được, ngón tay và bàn tay nhờ huyết mới cầm nắm được, chân nhờ huyết mới đi được, các tạng nhờ huyết mới thu rút lại và tàng trữ được, các phủ nhờ huyết mới tiết được. Sau giai đoạn vận hành, huyết lại được trở về tàng trữ ở can. Tỳ vừa có vai trò sinh ra huyết, vừa có vai trò điều khiển huyết ở đúng vị trí của nó (thống nhiếp huyết), nếu huyết không ở đúng chỗ là xảy ra chứng xuất huyết như: khái huyết (ho ra máu), thổ huyết - ẩu huyết (ói ra máu), khạc huyết, thóa huyết (nhỏ ra huyết), tỵ nục (chảy máu mũi), não nục, mục nục, nhĩ nục, xỉ nục, thiệt nục, đại nục, hãn huyết, tiện huyết, niệu huyết, ứ huyết v.v.

Như vậy việc sinh ra huyết và hoạt động của huyết có liên quan trực tiếp đến hoạt động của các chức năng tỳ, tâm và can; gián tiếp có liên quan đến phế và thận, vì phế tàng trữ cũng như điều khiển hoạt động của khí, thận nạp khí và hỗ trợ hoạt động khí hoá thức ăn uống của tỳ cũng như chịu trách nhiệm về nguyên âm và dịch chất cho toàn cơ thể nói chung trong đó có huyết. Do đó khi có rối loạn về chức năng các tạng nêu trên là có ảnh hưởng đến huyết, và ngược lại khi có rối loạn về huyết thì cũng có khả năng ảnh hưởng đến một trong các chức năng của các tạng nói trên.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH CỦA THIẾU MÁU

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Thiếu máu nhược sắc

a. Nguyên nhân

- Thiếu máu nhược sắc do thiếu sắt: có 4 nguyên nhân chính
 - + Do cung cấp thiếu sắt: như trẻ bị thiếu sữa mẹ, trẻ ăn không đúng và đủ chất dinh dưỡng, thiếu thức ăn nguồn động vật, ăn bột quá nhiều kéo dài, thiếu dinh dưỡng, trẻ đẻ non hoặc thiếu cân, người mẹ trong thời gian có thai và cho con bú bị thiếu sắt
 - + Do hấp thu sắt kém như bị mắc các bệnh mạn tính đường tiêu hóa, tiêu chảy kéo dài, bị hội chứng kém hấp thu, bị cắt dạ dày, bị bệnh coeliaque..
 - + Do bị mất quá nhiều sắt như chảy máu mạn tính, chảy máu tiêu hóa, bị bệnh ký sinh khuẩn đường ruột như giun móc, Schistosome.
 - + Do nhu cầu sắt cao trong các giai đoạn phát triển cơ thể nhanh ở trẻ em mà cung cấp sắt không kịp thời, ở phụ nữ có thai nhiều lần và sinh liên nhau.
- Thiếu máu nhược sắc không do thiếu sắt: trong máu thấy hồng cầu kích thước bình thường hoặc to, ít khi gặp hồng cầu nhỏ, giá trị hồng cầu giảm

nhieu hoặc ít, nồng độ sắt huyết thanh cao có khi $> 35,8\mu\text{mol/l}$; thường gặp trong:

- + Rối loạn chuyển hóa huyết sắc tố trong một số trường hợp nhiễm độc, cơ thể thiếu đạm hoặc thiếu vitamin B₆.
- + Bệnh thiếu máu vùng biển Thalassemia.
- + Rối loạn về hormon như thiếu năng giáp trạng.

b. Sinh bệnh học của thiếu máu nhược sắc

- Sinh bệnh học của thiếu máu nhược sắc do thiếu sắt: một trong những thành phần quan trọng cần thiết cho sự thành lập hồng cầu là sắt. Sắt kết hợp với protoporphyrin III để tạo thành phân tử Hem, 4 phân tử Hem kết hợp với 1 phân tử globin để tạo thành hemoglobin. Nếu thiếu sắt sẽ gây thiếu máu nhược sắc.
- + Sự hấp thu sắt: sắt được hấp thu ở phần trên của bộ máy tiêu hóa, chủ yếu ở tá tràng và hồi tràng, khi thiếu sắt trầm trọng sắt được hấp thu cả ở đại tràng.

Sự hấp thu sắt tăng lên khi dự trữ sắt giảm, khi thiếu máu, khi có thai, khi hành kinh và khi cho con bú. Ngược lại sự hấp thu sắt giảm khi truyền máu, tiêm chất sắt..v..v....

Nhiều yếu tố làm thuận lợi cho sự hấp thu sắt như: thịt, gan, cá làm tăng hấp thu sắt nguồn gốc thực vật; tương tự acid ascorbic, acid clohydric khử Fe⁺⁺⁺ thành Fe⁺⁺, ion hóa sắt không Hem, làm tăng hấp thu sắt.

Ngược lại, nhiều yếu tố làm giảm sự hấp thu sắt như: sữa, lòng đỏ trứng, phomat làm giảm hấp thu sắt nguồn gốc thực vật. Trà tạo thành tanin làm cho sắt không tan; cũng như phosphat, carbonat, oxalat tạo thành các phức hợp sắt lớn khó tan nên khó hấp thu.

Hầu hết sắt trong cơ thể ở dưới dạng kết hợp: sắt Hem và sắt không Hem.

Sắt Hem gồm sắt chứa trong huyết sắc tố (hemoglobin), myoglobin và trong một số enzym.

Sắt không Hem gồm sắt vận chuyển và dự trữ:

- Sắt vận chuyển gắn với một protein gọi là transferin hay siderophylin sản xuất từ gan. Transferin có vai trò vận chuyển sắt tới cơ quan sử dụng, nhất là cơ quan tạo hồng cầu và thu hồi sắt giải phóng ra từ hồng cầu bị phá hủy. Transferin tham gia điều hòa hấp thu sắt, sắt hấp thu dễ hơn khi bão hòa transferin thấp và ngược lại. Sự tổng hợp transferin giảm trong trường hợp thiếu protein nặng. Ngoài transferin còn có các protein gắn sắt khác như lactoferin, feritin, nhưng không có vai trò vận chuyển sắt.
- Sắt dự trữ chiếm 30% sắt toàn bộ cơ thể, khoảng 600 - 1200mg ở người lớn, 35 - 50mg ở trẻ sơ sinh được dự trữ ở gan, lách, tủy xương.

Hai dạng sắt dự trữ chủ yếu là hemosiderin và ferritin. Hemosiderin không hòa tan, hầu như cố định ngay cả khi có nhu cầu, còn ferritin hòa tan trong nước dễ huy động. Lượng ferritin huyết tương rất ít, song phản ảnh chính xác sự dự trữ sắt ở tổ chức cơ thể.

- + Sự thải sắt: lượng sắt thải ra ngoài cơ thể hàng ngày khoảng 14 μ g/kg thể trọng; một phần theo phân, mật và các tế bào ruột bong ra; phần khác mất qua nước tiểu, mồ hôi và các tế bào bong ra từ da, niêm mạc, móng, tóc; đối với phụ nữ, sắt còn mất qua chu kỳ kinh 0,8 - 1mg/ngày và nếu kinh nguyệt nhiều có thể mất tới 1,4 mg/ngày. Như vậy lượng sắt mất đi hàng ngày là:
 - 0,4 - 0,5mg đối với trẻ dưới 1 tuổi.
 - 0,8 - 1mg đối với người lớn nam giới.
 - 1,6 - 2mg (có thể nhiều hơn) đối với phụ nữ.
- + Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu thiếu sắt thiếu máu nhược sắc là tình trạng thiếu máu mạn tính, xuất hiện từ vài tháng cho đến vài năm, do thiếu sắt. Lượng huyết cầu tố giảm nên khả năng vận chuyển oxy tới tổ chức thiếu, ảnh hưởng lên nhiều cơ quan bộ phận.
 - Tuần hoàn tim mạch: mệt, hồi hộp, đánh trống ngực, rõ nhất lúc hoạt động. Nghe tim có âm thổi tâm thu cơ năng dọc bờ trái xương ức, nếu thiếu máu mạn nặng kéo dài có nguy cơ suy tim, ở người già dễ bộc lộ cơn đau thắt ngực khi có xơ mỡ động mạch kèm theo.
 - Thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, ngủ gà.
 - Hô hấp: thở nhanh nông.
 - Tiêu hóa: ăn chậm tiêu, rối loạn tiêu hóa kéo dài như khó nuốt, ở dạ dày có biểu hiện như viêm dạ dày, teo niêm mạc dạ dày và giảm độ toan dịch vị.
 - Da, niêm mạc, lông tóc, móng: da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, thiếu máu nặng niêm mạc có thể trắng bợt, lưỡi mất gai, lưỡi bị viêm khó lành, móng chân tay nhợt nhạt, bẹt hoặc lõm, có khía dễ gãy, móng mất độ bóng, da khô ngứa, tóc dễ rụng.
 - Cơ xương khớp: đau cơ, đau xương - khớp xương.
 - Sinh dục: nam: bất lực; nữ: kinh ít, vô kinh.
 - Ngoài ra thiếu máu thiếu sắt có thể là biểu hiện đầu tiên của một ung thư dạ dày - ruột.
- + Cận lâm sàng của thiếu máu thiếu sắt: đặc điểm của thiếu máu thiếu sắt là thiếu máu nhược sắc và hồng cầu nhỏ.
 - Hồng cầu nhỏ khi thể tích trung bình của hồng cầu dưới 80fl, và nhược sắc khi nồng độ trung bình huyết cầu tố của mỗi hồng cầu giảm dưới 30%.

- Tỷ lệ huyết cầu tố giảm nhiều, nhưng hồng cầu ít khi giảm xuống dưới 2,5 triệu mỗi mm³. Do sự tổng hợp huyết cầu tố giảm nên protoporphyrin tự do hồng cầu tăng trên 700µg/l. Protoporphyrin tăng rất sớm từ khi thiếu sắt còn rất nhẹ.
 - Tỷ lệ sắt huyết thanh giảm dưới 500µg/l khả năng gắn sắt toàn phần tăng nên chỉ số bão hoà transferrin dưới 16%.
 - Ferritin huyết thanh giảm: định lượng ferritin có giá trị phản ánh đúng tình trạng dự trữ sắt của cơ thể, có sự song song giữa lượng sắt huyết thanh với mức độ dự trữ sắt trong cơ thể, khi thiếu sắt lượng ferritin huyết thanh giảm dưới 12µg/l.
 - Trong máu ngoại vi, hồng cầu lưới và tiểu cầu có số lượng bình thường, bạch cầu bình thường, sức bền hồng cầu bình thường.
 - Tủy đồ: tăng các hồng cầu có nhân, chiếm ưu thế là các tiền nguyên bào hồng cầu ưa base; ngoài ra sự biến mất hemosiderin trong tủy xương là đặc trưng của thiếu máu do thiếu sắt.
- Thiếu máu nhược sắc không do thiếu sắt:
- + Rối loạn chuyển hóa huyết sắc tố trong nhiễm độc, trong trường hợp cơ thể thiếu đạm và vitamin B₆: sự thiếu các acid amin cần thiết, làm cho thiếu năng lượng kéo dài gây ra thiếu máu, thường trong thiếu máu do thiếu protein thường lẫn trong thiếu sắt và acid folic phối hợp...
 - + Hội chứng Thalassemia: được xếp vào nhóm thiếu máu tan máu di truyền nhưng vòng sinh của hồng cầu ngắn ngày và giai đoạn tan máu cấp hiếm được thấy trên lâm sàng.

Do việc tổng hợp sai chuỗi globin (α hoặc β) của phân tử HbA ở người lớn dẫn tới một cấu trúc Hb thiếu sót và gây nên quá trình tổng hợp Hb không thích hợp ở hồng cầu, hình thành nên những hồng cầu nhỏ nhược sắc. Đây là nhóm bệnh huyết sắc tố ngày càng trở nên phức tạp có nhiều những yếu tố di truyền: hình thức đồng hợp tử của Thalassemia, trạng thái dị hợp tử và sự phối hợp của gen Thalassemia với những gen gây bệnh Hb khác, những rối loạn di truyền và những rối loạn Hb trong thời kỳ thai nhi.

Hội chứng Thalassemia được xếp loại đơn giản là: nặng, trung bình và nhẹ, có vết với những hình ảnh lâm sàng là kết quả của sự kết hợp không đồng nhất giữa các gen thiếu sót ở nhiễm sắc thể số 16 và số 11. Những thiếu sót có thể ảnh hưởng đến sự tổng hợp globin ở những mức độ khác nhau và có những cơ chế bệnh khác nhau được xếp dựa trên sự thiếu hụt một phần hay toàn bộ gen, những bất thường do mất đoạn, thiếu đoạn hoặc chuyển đoạn từ những gen có cấu trúc bình thường.

2.1.2. Thiếu máu ưu sắc, tế bào to

a. Nguyên nhân:

Chủ yếu do thiếu vitamin B₁₂ hoặc acid folic, hoặc cả hai.

- Thiếu acid folic: ngoại trừ những rối loạn hấp thu thiếu acid folic hay folat thường do ăn kiêng không thích hợp (đặc biệt những người trung niên, nghiện rượu, thiếu ăn hoặc bệnh do chán ăn) hoặc do tăng nhu cầu sử dụng trong bệnh ác tính, có thai, sốt cao, nhiễm khuẩn v.v...

Thiếu folat thường phối hợp với thiếu sắt nhiều hơn là thiếu B₁₂, được thấy trong hội chứng rối loạn hấp thu, có thai và bệnh ác tính đường ruột - dạ dày với những chảy máu kín đáo.

- Thiếu vitamin B₁₂
 - + Chế độ ăn không thích hợp: người ăn chay.
 - + Thiếu yếu tố nội bao gồm: thiếu máu ác tính trong bệnh Addison; thiếu yếu tố nội bẩm sinh; do phẫu thuật cắt dạ dày
 - + Sự phân ly phức hợp B₁₂ và yếu tố nội: vi khuẩn phát triển mạnh trong bệnh túi thừa, xơ cứng bì, bệnh Whipple.
 - + Bệnh đường ruột: bệnh kém hấp thu mạn tính nhiệt đới hồi tràng tận bị ảnh hưởng; bệnh Crohn; cắt bỏ trên 60cm ruột hồi; sán...
 - + Các nguyên nhân khác: thiếu dịch tụy nặng, nhược giáp, dùng thuốc...

b. Sinh bệnh học của thiếu máu ưu sắc tế bào to

- Acid folic được phân bố hầu hết ở các mô cơ thể, đặc biệt là gan. Các dẫn chất của acid folic tham gia vào chuyển hóa một số acid amin, base purin, pyrimidin của acid nucleic, thiếu acid folic làm cho sự phân chia tế bào bị chậm lại nhất là những tế bào đổi mới nhanh như tế bào máu gây thiếu máu. Các tế bào cơ thể người không tổng hợp được acid folic mà cơ thể được cung cấp acid folic qua thức ăn. Acid folic có nhiều trong thịt, gan, thận, trứng, men mốc và ở hầu hết các rau xanh sẫm màu.
- Vitamin B₁₂ bao gồm các chất gọi là cobalamin. Vitamin B₁₂ có trong tất cả các tổ chức của cơ thể, nhưng tập trung chủ yếu ở gan và thận. Vitamin B₁₂ rất cần thiết cho tổng hợp acid amin và tổng hợp mạch ADN trong sự phân chia tế bào. Thiếu vitamin B₁₂ làm sự phân chia tế bào chậm lại, đặc biệt ở các tổ chức nhanh như tổ chức tạo máu gây nguy cơ thiếu máu.

Vitamin B₁₂ được tổng hợp do các vi khuẩn chủ yếu là vi khuẩn ở ruột. ở người sự tổng hợp này không đủ cho nhu cầu cơ thể mà phải được bổ sung qua thức ăn.

Nguồn thức ăn có vitamin B₁₂ gồm thịt nhất là thịt bò, gan, sữa, trứng. Vitamin B₁₂ tương đối bền vững với nhiệt.

c. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu ưu sắc tế bào to

– Khi do thiếu acid folic:

- + Nổi bật nhất là: da xanh, niêm nhợt nhạt, người bệnh mệt mỏi, chóng mặt, kém hoạt động, lao động yếu, khó thở khi gắng sức.
- + Triệu chứng về tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn, hay nôn, tiêu chảy, viêm miệng, viêm lưỡi - lưỡi mất gai, gan to.
- + Triệu chứng về thần kinh như mệt mỏi, run tay chân, chóng mặt, tăng trương lực cơ.
- + Đối với phụ nữ có thai: thiếu máu do thiếu acid folic dễ bị sảy thai, đẻ non, cân nặng trẻ thấp, dị tật thai, nhau bám bất thường dễ có nguy cơ tai biến sản khoa.
- + Cận lâm sàng: biểu hiện lượng hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm, hồng cầu không đều, thể tích hồng cầu trung bình >100fl, hồng cầu lưới giảm thấp. XN tủy đồ thấy nhiều nguyên hồng cầu khổng lồ.

Về hóa sinh acid folic huyết thanh giảm dưới $3\mu\text{g/ml}$, folat hồng cầu $< 100\mu\text{g/ml}$.

– Khi do thiếu vitamin B₁₂:

- + Thiếu máu từ từ, da xanh, niêm nhợt nhạt.
- + Rối loạn tiêu hóa như chán ăn, hay nôn, tiêu chảy, viêm lưỡi, gan có thể to
- + Rối loạn thần kinh nhẹ như mệt mỏi, chóng mặt, rối loạn cảm giác sâu, đau mỗi, run tay chân ...

2.2. Nguyên nhân bệnh sinh thiếu máu theo y học cổ truyền

2.2.1. Nguyên nhân bệnh sinh

a. Bệnh nặng lâu ngày tổn thương tạng phủ

Bệnh lâu ngày do lực dâm hoặc thất tình làm cho chức năng tạng phủ bị tổn thương như tỳ hư không vận hóa thủy cốc để tạo ra tinh ra huyết; tâm hư không khí hóa được tinh ra thành sắc đỏ gọi là huyết; phế hư làm cho khí suy kém, huyết không vận hành, huyết ứ không kích thích được để tạo huyết mới; thận hư không nạp khí hoặc thận âm hư sẽ ảnh hưởng đến các dịch chất trong cơ thể trong đó có huyết...

Các chức năng tạng phủ nói chung bị hư suy sẽ ảnh hưởng đến việc tạo mới các thành phần vật chất giúp cho hoạt động cơ thể bao gồm cả tinh, khí, huyết, thần và tân dịch...

b. Ăn uống không đầy đủ

Dinh dưỡng kém ảnh hưởng đến công năng hoạt động của tỳ, vị.

Vật chất cơ bản để tạo thành tinh, khí, huyết, thần, tân dịch ... chủ yếu là từ thức ăn, nếu ăn uống thiếu thốn, nguồn cung cấp không đầy đủ, khí huyết không có nguồn sinh hóa, lâu ngày sinh huyết hư, hư lao..

c. Mất máu quá nhiều

- + Bệnh biến từ ngoại cảm đến nội thương sinh hỏa, hỏa nhiệt vọng hành bức huyết làm chảy máu như trong khái huyết, thổ huyết, xỉ huyết, tiện huyết, v.v...
- + Bị chấn thương đụng dập mất nhiều máu.
- + Kinh nguyệt quá nhiều, hoặc rong kinh rong huyết lâu ngày.

d. Tiên thiên bất túc

Bẩm sinh tinh, khí, huyết.. không đầy đủ là do:

- Khi thụ thai cha mẹ tuổi già, sức yếu, tinh huyết kém.
- Khi thụ thai, người mẹ ăn uống thiếu thốn hoặc lao tâm, lao lực thái quá hoặc bị mắc các bệnh mạn tính.
- Dinh dưỡng thai nhi kém hoặc không đúng cách.

Tiên thiên bất túc chủ yếu là do thận.

Thận tàng tinh, tinh tiên thiên góp phần thông qua thận khí hỗ trợ cho tỳ vận hóa thủy cốc thành tinh hậu thiên, tinh hậu thiên lại bổ sung làm mới hóa không ngừng tinh tiên thiên giúp cho hoạt động của thận. Khi thận khí suy yếu ảnh hưởng dây chuyền đến việc sinh huyết. Ngoài ra thận lại là chủ phần âm của cơ thể, chủ về huyết dịch nên khi thận hư tất nhiên sẽ ảnh hưởng đến huyết.

Tiên thiên bất túc, hậu thiên thất dưỡng đều dẫn đến thận hư, thận hư tất sẽ dẫn đến huyết hư.

e. Các nguyên nhân khác

- Lao nhọc quá độ lại kèm thêm ăn uống thiếu thốn làm tổn thương cả khí lẫn huyết.
- Lao tâm quá làm tổn thương âm huyết.
- Sinh đẻ nhiều hao khí tổn huyết hoặc phòng dục quá độ cũng dẫn đến khí hư huyết suy.
- Trùng tích: bệnh giun sán tích tụ, thường là ở bụng, lâu ngày cũng dẫn đến tổn thương tỳ vị gây nôn nao, bụng lúc đau lúc không, sắc mặt úa vàng, môi lưỡi nhợt nhạt.

2.2.2. Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu theo y học cổ truyền

Huyết là một trong năm dạng vật chất giúp cơ thể hoạt động và nuôi dưỡng các khí quan, nếu huyết hư sẽ xuất hiện các triệu chứng có thể quy vào 2 nhóm như:

a. Tạng phủ thất dưỡng

Tạng phủ thất dưỡng thường biểu hiện ra sắc mặt, môi, móng tay chân nhợt nhạt, kém tươi, chóng mặt, xây xẩm, tay chân tê mỏi, hồi hộp, mất ngủ, da tóc khô, đại tiện táo kết.

Tâm chủ huyết, can tàng huyết nên khi có huyết hư biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hai tạng tâm và can: tâm huyết bất túc có biểu hiện hay hồi hộp, mất ngủ, hay mộng mị, thần chí bất an; can huyết bất túc thì sắc mặt tái nhợt, chóng mặt, ù tai, hai mắt khô, nhìn vật không rõ hoặc quáng gà, tay chân tê mỏi, móng tay chân khô dễ gãy.

Trong mối quan hệ giữa các công năng sinh huyết, tạo huyết và hoạt động của huyết lỏng trong mối quan hệ của ngũ hành tương sinh - tương khắc, các biểu hiện lâm sàng có thể có thêm các triệu chứng do rối loạn dây chuyền các chức năng thận, phế, tỳ...

b. Huyết hư khí trệ

Trong việc tạo ra huyết phải nhờ có khí, khi huyết dịch đã được tạo ra khí nương tựa vào huyết mà vận hành chu lưu trong toàn thân. Nếu huyết hư khí không còn có chỗ nương nhờ nên cũng hư theo, do đó khi huyết hư thường kèm theo khí hư và trên lâm sàng không chỉ biểu hiện triệu chứng của huyết mà có cả triệu chứng của khí như: hụt hơi, thở ngắn, hay thở dài, tiếng nói yếu ớt, mệt mỏi, đổ mồ hôi....

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán thiếu máu

3.1.1. Lâm sàng: phụ thuộc nhiều vào tình trạng thiếu máu và khả năng thích nghi của cơ thể

- Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, rõ nhất là lòng bàn tay và niêm mạc dưới lưỡi.
- Móng tay, đầu ngón tay khô đét.
- Lông tóc khô, dễ gãy, dễ rụng.
- Người mệt mỏi, tay chân yếu, tinh thần ủ rũ.
- Sốt nhẹ có thể thấy trong thiếu máu nặng.

- Khó thở khi gắng sức và có khi cả lúc nghỉ ngơi gặp trong thiếu máu nặng.
- Tim đập nhanh, nhất là khi gắng sức, thiếu máu nhiều sẽ xuất hiện âm thổi tâm thu nghe được ở mỏm tim và ở van động mạch phổi.

3.1.2. Cận lâm sàng

a. Kiểm tra máu thông thường

- Làm huyết đồ: gồm tìm cả lượng hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu

Lượng hồng cầu: bình thường ở người lớn: nam: 4200000 ± 210000 ; nữ: 3800000 ± 160000

- Định lượng huyết sắc tố: rất cần thiết để tính lượng huyết sắc tố trung bình của mỗi hồng cầu

Huyết sắc tố bình thường ở người lớn: nam $14,6 \pm 0,60$; nữ $13,2 \pm 0,55$ g/dl.

- Định lượng hematocrit giúp kiểm tra số lượng hồng cầu, không thể có thiếu máu nếu hematocrit cao hoặc bình thường.

Hematocrit bình thường ở nam 43%, ở nữ 39% .

b. Đo chỉ số hồng cầu

- MCV (thể tích trung bình của hồng cầu): bình thường 85 - 95fl, đo chỉ số này để xác định loại hồng cầu to, nhỏ hay trung bình.
- MCH (lượng huyết sắc tố trung bình của hồng cầu): bình thường ở nam 34, 6pg và ở nữ 35pg (2,18 - 2,2fmol).
- MCHC (mean corpuscular hemoglobin cocentration - nồng độ huyết sắc tố trung bình) bình thường 32 - 38g/dl để xác định là ưu sắc, đẳng sắc hay nhược sắc.

c. Kiểm tra chỉ số hồng cầu lưới

Hồng cầu lưới là những hồng cầu non mới được ra máu, sau 24 - 48 giờ, hồng cầu này mất lưới và trở thành hồng cầu thường, do đó trên phiến đồ những hồng cầu lưới chứng tỏ nó mới trong tuỷ ra trong vòng 48 giờ.

Bình thường hồng cầu lưới trong máu có tỷ lệ $0,7 \pm 0,21\%$ ở nam và $0,9 \pm 0,25\%$ ở nữ so với hồng cầu nói chung. Trên 1% là tuỷ đang tăng sinh hoặc đang phục hồi hồng cầu, thấp hơn 0,5% là dòng hồng cầu không sinh sản được.

Hồng cầu lưới tăng nhiều trong các trạng thái thiếu máu nặng nhưng tiên lượng đang tốt, máu đang được hồi phục, các cơ quan tạo máu còn đủ khả năng.

3.2. Cơ sở lý luận bước đầu để chẩn đoán thiếu máu

Đặc điểm huyết đồ	Dự đoán bệnh sinh	Thông tin cần
Thiếu máu bình sắc, kích thước HC bình thường hoặc to, hồi phục được	Hồng cầu bị phá hủy quá nhiều	Tìm triệu chứng tan máu, tìm nguyên nhân mất máu cấp
Thiếu máu bình sắc, kích thước HC bình thường hoặc to, không hồi phục được	Giảm sinh hoặc loạn sinh hồng cầu không phải do tổng hợp huyết cầu tố	Tìm hiểu lâm sàng của viêm, suy thận, suy giáp, tủy đờ, tình trạng các dòng tế bào khác
Thiếu máu nhược sắc, có hoặc không có kèm theo kích thước hồng cầu nhỏ, không hồi phục	Loạn sinh hồng cầu do tổng hợp huyết cầu tố không tốt	Định lượng sắt huyết thanh và siderophilin toàn phần trong máu
Thiếu máu nhược sắc, có hoặc không có kèm theo kích thước hồng cầu nhỏ, hồi phục được	Kết hợp mất máu gần đây khá nhiều và thiếu sắt. Thiếu máu tan máu có rối loạn tổng hợp huyết cầu tố Mất sắt do tan máu mạn tính trong huyết quản Mất sắt đang được điều trị	Tìm dấu hiệu của tan máu Tìm dấu hiệu của mất máu Định lượng sắt huyết thanh và siderophilin toàn phần
Thiếu máu nhược sắc, kích thước hồng cầu to, không hồi phục được	Kết hợp rối loạn tổng hợp huyết cầu tố và một nguyên nhân khác làm rối loạn sinh sản hồng cầu	Định lượng sắt huyết thanh và siderophilin toàn phần, tủy đờ

3.3. Chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt

Ngoài những biểu hiện nêu trên, đặc điểm thiếu máu thiếu sắt có:

- Khởi phát âm thầm bằng mệt và xanh xao tăng dần.
- Mệt mỏi, ít hoạt động, chóng mặt, ù tai.
- Khó thở khi gắng sức.
- Móng tay chân nhợt nhạt, bẹt hoặc lõm, có khía, dễ gãy.
- Lưỡi bị viêm, mất gai lưỡi.
- Thường có những rối loạn về tiêu hóa khi thiếu máu kéo dài như khó nuốt, viêm dạ dày, teo niêm mạc và giảm độ toan dịch vị.
- Trẻ em khi thiếu sắt thường chậm phát triển cơ thể, gầy.
- Đặc điểm của thiếu máu thiếu sắt là hồng cầu nhỏ, nồng độ huyết sắc tố hồng cầu giảm < 30g/dl, huyết sắc tố trung bình < 28 picogram và thể tích hồng cầu giảm < 80 femtolit.
- Sắt huyết thanh giảm < 500µg/l, không có hemosiderin trong tủy xương.

- Định lượng ferritin có giá trị phản ánh đúng tình trạng dự trữ sắt của cơ thể, khi thiếu sắt lượng ferritin huyết thanh giảm < 12µg/l.

3.4. Chẩn đoán phân biệt các loại thiếu máu nhược sắc

- Các thiếu máu giảm sắc hồng cầu nhỏ khác như trong bệnh thiếu máu vùng biển là bệnh bẩm sinh bởi tình trạng rối loạn trong tổng hợp các chuỗi đa peptid của hemoglobin mà biểu hiện lâm sàng rất hay thay đổi và đi từ những thể không có biểu hiện đến các thể nặng với thiếu máu lách to và rối loạn về phát triển (hộp sọ hình tháp, vể mặt hội chứng Down); cận lâm sàng có các hồng cầu nhỏ hơn số lượng bình thường, huyết cầu tố ít khi giảm dưới 9g/100ml, hemosiderin vẫn có mặt trong tủy xương, tỷ lệ sắt huyết thanh và khả năng toàn phần cố định sắt thì bình thường.
- Thiếu máu phối hợp với một nhiễm khuẩn: thiếu máu giảm sắc nhẹ và kích thước bình thường, tỷ lệ sắt huyết thanh giảm, khả năng toàn phần cố định sắt giảm, hemosiderin trong tủy xương bình thường.
- Thiếu máu nguyên bào sắt: các nguyên bào sắt là những hồng cầu chứa những hạt sắt không tạo huyết cầu tố. Trong những thiếu máu nguyên bào sắt việc sử dụng sắt để tổng hợp huyết cầu tố bị rối loạn, do đó thiếu máu ít nhiều giảm sắc rõ và trong máu ngoại vi có một số hồng cầu nhỏ cũng tồn tại với hồng cầu bình thường, tăng sinh tủy dòng hồng cầu tương đối rõ, nhưng số lượng hồng cầu lưới trong máu ngoại vi không tăng, tỷ lệ sắt huyết thanh bình thường hay tăng nhẹ.
- Các bệnh về huyết cầu tố: chẩn đoán bằng điện di huyết cầu tố.

3.5. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

Dựa theo các biểu hiện lâm sàng hoặc rối loạn chức năng tạng phủ hoặc huyết hư khí trệ, YHCT phân thành các thể bệnh lâm sàng sau:

3.5.1. Tâm huyết hư

- Hồi hộp hay quên, tâm phiền lo lắng bất an.
- Mất ngủ, giấc ngủ không sâu, hay mộng mị nói mê.
- Chóng mặt, hoa mắt.
- Sắc mặt không tươi, môi lưỡi nhợt nhạt.
- Mạch tế sắc.

3.5.2. Can huyết hư

- Sắc da khô sạm, xanh nhạt hoặc vàng bủng, nặng thì da tróc vẩy nhăn nheo.
- Móng tay chân nhợt nhạt, khô, dễ gãy.

- Miệng môi và chất lưỡi trắng, nhợt nhạt.
- Thể trạng gầy còm, tay chân tê dại hoặc gân mạch co rút.
- Đau tức hông sườn.
- Hai mắt khô rít, quáng gà hoặc nhìn vật lơ mờ, hoa mắt ù tai.
- Mất ngủ, hay mê, dễ sợ hãi.
- Phụ nữ hành kinh ít, nhạt màu hoặc hành kinh muộn, bế kinh, sau khi hành kinh đau bụng, thiếu sữa hoặc không thụ thai.
- Mạch huyền tế.

3.5.3. Tâm tỳ hư

Tùy thuộc vào giai đoạn bệnh mà có các triệu chứng lâm sàng phù hợp như: do ưu tư quá độ làm tâm huyết ngấm ngấm bị hư hoặc sau khi bệnh nặng kéo dài, chăm sóc không tốt làm ảnh hưởng đến tỳ làm cho sự hóa sinh khí huyết bị giảm sút, tâm huyết hư làm tâm khí hư có thể ảnh hưởng đến cả tỳ dương Tuy nhiên khi cả tâm tỳ đều hư sẽ xuất hiện:

- Hồi hộp, hay quên, hoa mắt, chóng mặt.
- Kém ăn, mỏi mệt.
- Mất ngủ.
- Sắc mặt úa vàng, lưỡi nhợt nhạt.
- Có thể có kinh nguyệt không đều ở nữ hoặc xuất huyết dưới da.
- Mạch nhược.

3.5.4. Tỳ thận dương hư

- Thân thể ớn lạnh, tay chân lạnh.
- Kém ăn, trướng bụng.
- Tiêu phân nhão hoặc tiêu chảy kéo dài, hoặc đi tiêu ra nguyên thức ăn, hoặc ngũ canh tả.
- Tiểu tiện không thông lợi.
- Toàn thân phù thũng.
- Lưng gối mỏi lạnh.
- Đàn ông có rối loạn cương dương hoặc di tinh.
- Phụ nữ không thụ thai.
- Chất lưỡi bệu, nhợt, rêu lưỡi trắng trơn.
- Mạch trầm trì, tế nhược.

3.5.5. Khí huyết đều hư

- Sắc da xanh xao nhợt nhạt.
- Hồi hộp, hoa mắt, chóng mặt.
- Mệt mỏi yếu sức, thiếu hơi, biếng nói.
- Mất ngủ.
- Tự ra mồ hôi.
- Lưỡi nhợt bệu.
- Mạch tế nhược.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

4.1.1. Theo y học hiện đại

a. Những điều cần chú ý trước khi quyết định điều trị

- Không có một phương pháp điều trị chung cho các loại thiếu máu:
 - + Mỗi loại thiếu máu có một cách điều trị khác nhau.
 - + Không nên bắt đầu điều trị thiếu máu chỉ dựa vào số lượng hồng cầu.
- Không điều trị thiếu máu khi chưa có chẩn đoán xác định và chưa rõ nguyên nhân:
 - + Thiếu máu không là một bệnh mà là triệu chứng của nhiều loại bệnh, trong nhiều trường hợp tính nghiêm trọng của thiếu máu là nằm ở nguyên nhân gây nên thiếu máu, thí dụ cũng là thiếu máu thiếu sắt nhưng nếu do dinh dưỡng thì dù có thiếu mức độ nặng qua điều trị bổ sung sắt cũng có hiệu quả tốt; ngược lại nếu do ung thư dạ dày gây xuất huyết mạn tính cũng thiếu sắt mức độ nhẹ điều trị bổ sung sắt tuy bệnh có giảm nhưng che mất các dấu hiệu không phát hiện ung thư kịp thời dẫn tới hậu quả nghiêm trọng.
 - + Điều trị thiếu máu không phải là trường hợp cấp cứu (ngoại trừ mất máu cấp do chấn thương). Cần làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định, và chẩn đoán nguyên nhân.
 - + Thận trọng trong các chỉ định truyền máu, sắt, hoặc vitamin B₁₂ ... sẽ gây khó khăn trong việc tìm nguyên nhân.
 - + Không nên vội cho thuốc bổ và thuốc chống thiếu máu.

b. Nguyên tắc điều trị

- Nhằm vào những nguyên nhân trực tiếp gây thiếu máu.
- Biện pháp phòng chống thiếu máu:

- + Cần tích cực chống ô nhiễm môi trường, làm vệ sinh môi trường ở nông thôn để giảm nhiễm ký sinh trùng đường ruột, kiểm soát chặt chẽ thuốc trừ sâu.
- + Triển khai các kế hoạch chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cơ sở.
- + Giáo dục về dinh dưỡng hợp lý.
- + Điều trị sớm các bệnh mạn tính đường tiêu hóa, các bệnh giun sán.
- + Phát hiện sớm các tật di truyền.
- + Tránh dùng thuốc điều trị bệnh một cách tràn lan bao vây.

4.1.2. Nguyên tắc điều trị theo y học cổ truyền

a. Kiện tỳ hòa vị

Tỳ vị là nguồn sinh hóa của huyết dịch, ăn uống có điều độ, công năng vận hóa của tỳ vị bình thường thì khí huyết thịnh, do đó bổ huyết trước hết cần phải kiện vận tỳ vị. Các bài thuốc thường dùng bao gồm: Tứ quân tử thang, Tứ vật thang, Đương quy dưỡng huyết thang.

b. Ích khí, sinh huyết

Khí là nguồn động lực thúc đẩy tinh hóa thành huyết, theo các tư liệu kinh điển “huyết và khí đều quan trọng nhưng phải bổ khí trước bổ huyết, âm dương đều là cơ bản và cần yếu nhưng nên dưỡng dương trước tư âm”. Trên thực tế dùng thuốc thường theo nguyên tắc “khí năng sinh huyết” dùng thuốc bổ huyết gia thêm thuốc ích khí, những phương thuốc thường dùng như quy tỳ thang, đương quy bổ huyết thang. Thuốc bổ khí thường dùng gồm hoàng kỳ, nhân sâm, đảng sâm, bạch truật, hoàng tinh, sơn dược, đại táo phối hợp thuốc dưỡng huyết như đương quy, bạch thược, a giao, thực địa.

c. Bổ thận, sinh huyết

Thận là nguồn gốc của tiên thiên, chủ tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy hóa huyết. Ngoài ra mệnh môn là nơi tụ hội của nguyên khí, là gốc của 12 kinh, là nguồn của sinh hóa, cũng là động lực thúc đẩy sinh huyết. Khi điều trị chứng huyết hư cần kết hợp bổ thận để sinh tinh ích tủy. Các phương thuốc thường dùng gồm: thỏ ty tử, nhân sâm, nhị tiên đơn.... Các vị thuốc bổ thận thường dùng gồm có: lộc nhung, lộc giác giao, quy bản, ba kích thiên, tảo dương, dâm dương hoắc, thỏ ty tử, nhục quế, thực địa, câu kỷ tử, tử hà sa...

d. Tán ứ sinh huyết

Huyết dịch vận hành chu lưu toàn thân giúp nuôi dưỡng, nếu vì lý do nào đó sự vận hành này bị tắc nghẽn sẽ sinh ra ứ trệ, khí huyết ngưng trệ ảnh hưởng đến tất cả tạng phủ kể cả cơ quan tạo huyết mà sinh chứng huyết hư. Trong trường hợp này việc điều trị sẽ là tán ứ sinh huyết, các bài thuốc thường dùng gồm: Đào hồng tứ vật thang, Bổ dương hoàng ngũ thang, Huyết phủ trục ứ thang. Các vị thuốc trục ứ thường dùng như đương quy, xuyên khung, đan sâm, tam thất, đơn bì, hương phụ.

e. Giải độc sinh huyết

Các bệnh do nội thương hay do ngoại cảm lục dâm, bệnh lâu ngày tích nhiệt hóa hỏa, rất dễ làm hao tổn phần âm đưa đến huyết hư. Trong trường hợp này việc điều trị cần phải thanh nhiệt giải độc, các phương thuốc thường dùng bao gồm: Tê giác địa hoàng thang, Tam hoàng thạch cao thang, Nhân trần cao thang, Ngũ vị tiêu độc ẩm, Thanh vinh thang ...

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị chung khi có thiếu máu

a. Những bài thuốc hoặc món ăn dùng trong thiếu máu nói chung

- Nhân sâm 10g, đại táo 10 quả sắc lấy nước uống: trị thiếu máu do mất máu.
- Thục địa 12g, đương quy 10g, bạch thược 10g, xuyên khung 6g, sắc uống.
- Tang thầm 50g, câu kỷ tử 20g, sắc nước uống.
- Sinh địa 30g, mạch môn 12g, câu kỷ tử 12g sắc lấy nước rồi đem nấu với huyết gà hoặc vịt thành canh, nêm gia vị ăn dùng trong thiếu máu do thiếu sắt hoặc người thể trạng âm hư.
- Xương cở dê 1-2 đoạn đập giập, đại táo 20 trái (bỏ hạt), gạo nếp 50 - 100g nấu thành cháo ăn.
- Long nhãn 5g, hạt sen 10g, nếp 100g nấu cháo ăn.
- Móng heo 2 bộ, đậu phộng 50g, đại táo 10 trái cùng nấu chín ăn trong trường hợp thiếu máu có cả giảm bạch cầu và tiểu cầu.
- Gà ác 1 con, đông trùng hạ thảo 10g cùng hầm chín để ăn.

b. Bệnh lý viêm nhiễm miễn dịch mạn tính gây thiếu máu

- Viêm gan mạn gây thiếu máu: bài thuốc Nhân trần cao thang gia giảm (gồm: nhân trần 20g, nhân sâm 10g, thục địa 30g, bạch thược 10g, đương quy 10g, chi tử 15g, đại hoàng 10g, cam thảo 5g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân trần	Thanh lợi thấp nhiệt, thoái hoàng	Quân
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Thục địa	Tư âm, bổ thận, bổ huyết, sinh tân	Quân
Bạch thược	Tư âm, dưỡng huyết, liễm hãn, chỉ huyết	Thần
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Thần
Chi tử	Thông lợi tam tiêu, lợi thủy	Tá
Đại hoàng	Tả nhiệt trục ứ, thông lợi đại tiện	Tá
Cam thảo	Bổ trung, hoà vị	Sứ

- Nhiễm trùng nhiễm độc mạn tính hoặc các bệnh lý viêm nhiễm do miễn dịch gây thiếu máu: dùng bài Thanh dinh thang gia giảm (tê giác 5g, sinh địa 20g, bạch thược 10g, đương quy 10g, huyền sâm 8g, mạch môn 8g, đan sâm 5g, ngân hoa 10g, liên kiều 10g, hoàng liên 8g, liên tử 10g, đại táo 3 trái).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Tê giác	Thanh tâm hỏa, lương huyết, giải độc	Quân
Sinh địa	Tư âm, thanh nhiệt, bổ huyết	Quân
Đại táo	Kiện tỳ, bổ huyết	Thần, Sứ
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Thần
Bạch thược	Bổ huyết, liễm hãn	Thần
Mạch môn	Tư âm, thanh nhiệt, bổ phế	Tá
Huyền sâm	Thanh nhiệt lương huyết, sinh tân dịch	Tá
Đan sâm	Hoạt huyết, khử ứ	Tá
Ngân hoa	Thanh nhiệt, giải độc	Tá
Liên kiều	Thanh nhiệt, giải độc, tán kết	Tá
Hoàng liên	Thanh nhiệt, giải độc, thanh tâm	Tá
Liên tử	Thanh tâm bổ tỳ	Tá

4.2.2. Thể khí huyết hư

Thường gặp trong hội chứng suy nhược mạn, các bệnh mạn tính kéo dài.

- Pháp trị: bổ khí huyết.
- Bài thuốc thường dùng: Bát trân thang.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Thục địa	Bổ thận, dưỡng âm, bổ huyết	Quân
Hoàng kỳ	Bổ khí, thăng dương khí của tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Thần
Bạch truật	Kiện tỳ táo thấp, cầm mồ hôi	Thần
Đương quy	Bổ huyết, hành huyết	Thần
Bạch thược	Bổ huyết, cầm mồ hôi, giảm đau	Thần
Phục linh	Kiện tỳ, thẩm thấp, lợi thủy, an thần	Tá
Xuyên khung	Hành khí hoạt huyết, khu phong, chỉ thống	Tá
Đại táo	Kiện tỳ, bổ huyết	Tá
Cam thảo	Bổ tỳ thổ, bổ trung khí, hoà vị	Sứ

– Phương huyết:

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Đản trung	Mộ huyết của tâm bào	Bổ tâm khí
Quan nguyên	Hội của 3 kinh túc tam âm	Bổ nguyên khí
Khí hải	Bể của khí	Bổ khí
Thần môn	Nguyên huyết của tâm	Bổ tâm
Cách du	Hội huyết của huyết	Điều khí, bổ huyết
Cao hoang	Huyết của bàng quang, chỗ ở của thần minh	Bổ huyết, gìn giữ huyết cho dương
Túc tam lý	Hợp huyết của vị	Điều trung khí
Tam âm giao	Giao hội của 3 kinh âm ở chân	Tư âm

4.2.3. Thử tâm huyết hư

- Pháp trị: tư âm, dưỡng huyết.
- Bài thuốc thường dùng: Quy tỳ thang gồm nhân sâm 8g, bạch truật 16g, hoàng kỳ 16g, đương quy 12g, long nhãn 16g, toan táo nhân 12g, phục thần 12g, viễn chí 8g, mộc hương 8g, cam thảo 8g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phục thần	Tiết tâm nhiệt, bình ổn tâm thần	Quân
Toan táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm, an thần, sinh tân dịch	Quân
Long Nhãn	Bổ huyết, kiện tỳ	Quân
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Thần
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm: kiện tỳ, táo thấp, cầm mô hôi	Thần
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hành huyết	Tá
Viễn chí	Đắng, ấm: bổ tâm thận, an thần	Tá
Mộc hương	Hành khí, chỉ thống, kiện tỳ	Tá
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Sứ

- + Nếu tình trạng huyết hư dẫn đến âm hư, tâm âm hư dẫn đến thận âm hư, có thể dùng bài thuốc Hậu thiên lục vị phương (gồm: thực địa 20g, đương quy 12g, nhân sâm 8g, đan sâm 6g, viễn chí 6g, táo nhân 6g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thục địa	Bổ thận, dưỡng huyết, bổ âm	Quân
Đương quy	Bổ huyết, hoạt huyết, dưỡng huyết	Thần
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Tá
Đan sâm	Hoạt huyết, khử ứ	Tá
Táo nhân	Dưỡng tâm an thần, sinh tân dịch	Tá
Viễn chí	Bổ tâm thận, an thần	Tá

– Phương huyết:

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng điều trị
Tâm du	Bối du huyết của tâm	Dưỡng tâm an thần
Quyết âm du	Du huyết của tâm bào	Bổ tâm
Tam âm giao	Hội huyết của 3 kinh âm	Tư âm, thanh nhiệt
Nội quan	Lạc huyết của tâm bào	Định tâm
Thần môn	Nguyên thủy huyết kinh tâm	Định tâm, an thần
Cách du	Hội huyết của huyết	Bổ huyết
Huyết hải	Bể của huyết	Bổ huyết

4.2.4. Thử can huyết hư

- Pháp trị: bổ can huyết.
- Bài thuốc thường dùng: Bổ can thang hoặc Tứ vật thang
 - + Bài tứ vật thang: thục địa 30g, đương quy 15g, bạch thược 20g, xuyên khung 12g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: bổ thận, dưỡng âm, bổ huyết	Quân
Đương quy	Dưỡng can huyết	Thần
Xuyên khung	Đắng, chát, chua: nhuận gan, dưỡng phế	Tá
Bạch thược	Cay, ôn: hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong	Tá

- + Bài thuốc Lương địa thang gồm: a giao, bạch thược, thục địa (hay sinh địa), địa cốt bì, huyền sâm, mạch môn.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thục địa	Ngọt, đắng, ôn: sinh tân dịch, dưỡng âm, bổ huyết	Quân
Bạch thược	Đắng, chát, chua: nhuận gan, dưỡng phế	Quân
A giao	Ngọt, bình: tư âm, dưỡng huyết, bổ phế, nhuận táo	Thần
Địa cốt bì	Ngọt hàn: lương huyết, tả hỏa	Thần
Huyền sâm	Đắng, mặn, hơi hàn: tư âm, giáng hỏa, trừ phiền, nhuận táo	Tá
Mạch môn	Ngọt, đắng, mát: nhuận phế, sinh tân	Tá

4.2.5. *Thế tâm tỳ hư*

- Pháp trị: bổ ích tâm tỳ.
- Bài thuốc thường dùng: Quy tỳ thang hoặc Bát trân thang gia giảm.

Bài Bát trân thang: nhân sâm 12g, bạch truật 12g, phục linh 12g, cam thảo 6g, thục địa 12g, xuyên khung 12g, đương quy 12g, bạch thược 12g

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Thục địa	Bổ thận dưỡng âm, bổ huyết	Quân
Bạch truật	Kiện tỳ táo thấp, cầm mồ hôi	Thần
Đương quy	Bổ huyết, hành huyết	Thần
Bạch thược	Bổ huyết, cầm mồ hôi, giảm đau	Thần
Phục linh	Kiện tỳ, thẩm thấp, lợi thủy, an thần	Tá
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, khu phong, chỉ thống	Tá
Cam thảo	Bổ tỳ thổ, bổ trung khí, hoà vị	Sứ

- Phương huyết:

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng điều trị
Đản trung	Mộ huyết của tâm bào, hội của khí	Bổ tâm khí
Quan nguyên	Hội huyết của 3 kinh túc tam âm	Bổ nguyên khí
Khí hải	Bể của khí	Bổ khí
Thần môn	Nguyên huyết của tâm	Bổ tâm
Chi chính	Huyết lạc của tiểu trường	Bổ tâm phế
Thái uyên	Nguyên huyết của phế	Bổ phế
Thiên lịch	Huyết lạc của đại trường	Bổ phế

4.2.6. *Thế tỳ thận dương hư*

- Pháp trị: ôn bổ thận dương, trợ tỳ thổ.
- Bài thuốc: Hữu quy âm gia giảm (gồm: thực địa 25g, hoài sơn 12g, sơn thù 12g, câu kỷ tử 12g, thổ ty tử 12g, lộc giác giao 12g, nhục quế 6g, đương quy 10g, phụ tử chế 6g, nhân sâm 12g, chính cam thảo 6g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hỏa, trợ dương, trục phong hàn thấp tà	Quân
Quế	Cay, ngọt, đại nhiệt, hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	Quân
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Kỷ tử	Ngọt, bình: bổ can thận, nhuận phế táo, mạnh gân cốt	Thần
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Sơn thù	Ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế thanh nhiệt giải độc, điều hòa vị thuốc	Sứ

- Phương huyết:

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng điều trị
Thận du	Du huyết của thận ở lưng	Ích thủy, tráng hỏa kèm chữa chứng đau lưng
Tam âm giao	Giao hội huyết của 3 kinh âm ở chân	Tư âm
Mệnh môn	Đặc hiệu dùng chữa chứng chân hỏa hư, bổ mệnh môn tương hỏa	Bồi nguyên, bổ thận
Trung cực	Mộ huyết của bàng quang Giao hội của túc tâm âm và nhâm mạch	Lợi bàng quang, điều trị rối loạn tiểu tiện Điều huyết thất bào cung, ôn tinh: điều trị di tinh
Can du	Du huyết của can ở lưng	Bổ can huyết
Thái xung	Du thổ huyết của can	Thanh can hỏa, chữa chứng đầu choáng mắt hoa

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu đúng nhất

1. Thiếu máu là tình trạng giảm
 - A. Lượng hồng cầu trong máu
 - B. Lượng huyết cầu tố
 - C. Diện tích hồng cầu
 - D. O_2 trong máu
 - E. CO_2 trong máu
2. Nguyên nhân thiếu máu do giảm sinh hồng cầu
 - A. Nhiễm trùng
 - B. Nhiễm ký sinh trùng sốt rét
 - C. Cường lách
 - D. Bất đồng nhóm máu
 - E. Suy tủy
3. Nguyên nhân thiếu máu không phải do tăng phá hủy hồng cầu
 - A. Bệnh Thalassemia
 - B. Suy tủy
 - C. Cường lách
 - D. Bệnh tự miễn
 - E. Truyền nhầm nhóm máu
4. Xét nghiệm dùng trong thiếu máu để đánh giá chức năng tủy
 - A. MCV
 - B. MCH
 - C. MCHC
 - D. HC lưới
 - E. Huyết sắc tố
5. Triệu chứng của thiếu máu thể tâm huyết hư
 - A. Hoa mắt, chóng mặt, hồi hộp hay quên
 - B. Đau tức hông sườn
 - C. Hoa mắt, bưng mặt, bế kinh

- D. Hoa mắt, bùng mặt, mệt mỏi, ăn kém
- E. Hoa mắt, chóng mặt móng tay chân khô, dễ gãy
6. Triệu chứng thiếu máu của người thận dương dư
- A. Hoa mắt, chóng mặt, đau tức hông sườn
- B. Hoa mắt, chóng mặt, xuất huyết dưới da
- C. Hoa mắt, chóng mặt, tay chân lạnh, ngũ canh tả
- D. Hoa mắt, chóng mặt, thiếu hơi
- E. Hoa mắt, chóng mặt, kinh nguyệt không đều
7. Vị nhân trần trong bài thuốc Nhân trần cao thang điều trị thiếu máu do viêm gan mạn (gồm các vị: nhân trần, nhân sâm, thực địa, bạch thược, đương quy, chi tử, đại hoàng, cam thảo) có tác dụng
- A. Thanh nhiệt lợi thấp: vai trò tá
- B. Thanh nhiệt lợi thấp: vai trò quân
- C. Thanh nhiệt lợi thấp: vai trò thần
- D. Bổ huyết, dưỡng huyết: vai trò thần
- E. Bổ huyết, dưỡng huyết: vai trò quân
8. Vị hoàng kỳ trong bài thuốc Bát trân điều trị thiếu máu trong các hội chứng suy nhược mạn (gồm: nhân sâm, thực địa, hoàng kỳ, bạch truật, đương quy, bạch thược, phục linh, xuyên khung, đại táo, cam thảo) có tác dụng
- A. Bổ khí, kiện tỳ, lợi thủy: vai trò quân
- B. Bổ khí, kiện tỳ, lợi thủy: vai trò thần
- C. Bổ khí, hành huyết, thẩm thấp: vai trò quân
- D. Bổ khí, hành huyết, thẩm thấp: vai trò thần
- E. Bổ khí, hành huyết, thẩm thấp: vai trò tá
9. Vị thực địa có tác dụng
- A. Tư âm bổ thận, có tác dụng dưỡng huyết, sinh tân: vai trò thần
- B. Tư âm bổ thận, dưỡng huyết sinh tân: vai trò quân
- C. Tư âm bổ thận, hoạt huyết: vai trò thần
- D. Tư âm bổ thận, hoạt huyết: vai trò quân
- E. Tư âm bổ thận, hoạt huyết: vai trò tá

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa đái tháo đường (ĐTĐ) và các khái niệm rối loạn dung nạp glucose.
2. Nêu được đặc điểm dịch tễ học của đái tháo đường (ĐTĐ).
3. Trình bày được nguyên nhân, bệnh sinh của ĐTĐ typ 1 và typ 2.
4. Trình bày được cơ sở để chẩn đoán ĐTĐ theo YHHĐ và chẩn đoán 2 nhóm bệnh cảnh lâm sàng ĐTĐ theo YHCT.
5. Trình bày được được các biến chứng cấp và mạn tính của ĐTĐ.
6. Nêu được nguyên tắc và ứng dụng vào điều trị ĐTĐ typ 2.
7. Trình bày được các phương pháp không dùng thuốc, các phương huyệt, các bài thuốc và các kinh nghiệm dân gian vào điều trị ĐTĐ theo YHCT.
8. Phân tích được cơ sở lý luận của việc ứng dụng điều trị này.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Đái tháo đường là bệnh mạn tính, có yếu tố di truyền, do hậu quả từ tình trạng thiếu insulin tuyệt đối hay tương đối. Biểu hiện đặc trưng của bệnh là tình trạng tăng đường huyết cùng với các rối loạn về chuyển hóa đường, đạm, mỡ, khoáng chất. Các rối loạn này có thể đưa đến các biến chứng cấp tính, các tình trạng dễ bị nhiễm trùng và lâu dài sẽ gây ra các biến chứng ở mạch máu nhỏ và mạch máu lớn

1.2. Phân loại đái tháo đường

1.2.1. Đái tháo đường typ 1 (trước đây còn gọi là đái tháo đường phụ thuộc insulin)

Đặc trưng bởi phần lớn là tình trạng thiếu hụt insulin thứ phát do sự phá hủy các tế bào β tiểu đảo Langerhans bằng cơ chế tự miễn xảy ra trên các

đối tượng có hệ gen nhạy cảm, một số trường hợp khác là do sự mất khả năng sản xuất insulin không rõ nguyên nhân. Sự thiếu hụt insulin sẽ dẫn tới tăng đường huyết và acid béo sẽ gây ra tình trạng đa niệu thẩm thấu và nhiễm ceton. Bệnh nhân thường gây do mất nước, do mô mỡ và mô cơ bị ly giải. Đa số bệnh xuất hiện từ thời niên thiếu hoặc thanh thiếu niên, nhưng cũng có thể xảy ra ở bất cứ tuổi nào. Bệnh có tính lệ thuộc insulin.

1.2.2. Đái tháo đường type 2 (đái tháo đường không phụ thuộc insulin)

Loại này chiếm 80% tổng số bệnh nhân đái tháo đường, có cơ chế bệnh sinh đa dạng, đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết mạn tính và kết hợp với béo phì trong 60 - 80% trường hợp. Bệnh thường xuất hiện sau tuổi 30, phần lớn bệnh nhân đã có một giai đoạn bị mập phì. Bệnh có liên quan đến yếu tố di truyền và stress. Việc điều trị đôi khi cũng dùng insulin nhưng không phải luôn luôn, mà thường là sử dụng các sulfamid.

1.2.3. Đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ được định nghĩa như một rối loạn dung nạp glucose, được chẩn đoán lần đầu tiên trong lúc mang thai. Định nghĩa này không loại trừ trường hợp bệnh nhân đã có đái tháo đường từ trước khi có thai nhưng chưa được chẩn đoán, áp dụng cho mọi trường hợp với mọi mức độ của rối loạn dung nạp glucose dù dùng insulin hay chỉ cần tiết chế đơn thuần trong điều trị và ngay cả khi đường huyết tiếp tục tăng sau khi sinh. Sau khi sinh 6 tuần bệnh nhân sẽ được đánh giá lại để xếp vào các nhóm đái tháo đường, hoặc rối loạn đường huyết lúc đói, hoặc rối loạn dung nạp glucose, hoặc bình thường. Trong đa số trường hợp, thai phụ sẽ trở lại bình thường sau khi sinh, tuy nhiên một số bệnh nhân có thể có rối loạn dung nạp ở lần sinh sau, 30 - 50% bệnh nhân sau này sẽ có đái tháo đường thực sự hoặc typ 1, hoặc typ 2. Đái tháo đường trong thai kỳ chiếm từ 3-5% số thai nghén. Chẩn đoán đái tháo đường trong thai kỳ quan trọng vì nếu áp dụng điều trị tốt và theo dõi thai nhi kỹ trước khi sinh có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và bệnh lý chu sinh. Thai phụ bị đái tháo đường trong thai kỳ cũng tăng khả năng bị mổ đẻ và cao huyết áp.

1.2.4. Đái tháo đường các typ đặc biệt khác

Đây là loại đái tháo đường thứ phát gặp trong các trường hợp:

- Bệnh của tuyến tụy: viêm tụy mạn, ung thư tuyến tụy, giải phẫu cắt bỏ tụy.
- Bệnh của tuyến yên: bệnh khổng lồ, cực đại đầu chi.
- Bệnh tuyến giáp: cường giáp trạng.
- Bệnh tuyến thượng thận: hội chứng Cushing.

- Nhiễm sắc tố sắt.
- Do dùng thuốc: corticoid, thuốc ngừa thai, lợi tiểu thiazid, diazoxid.
- U não, viêm não, xuất huyết não.

1.3. Đặc điểm dịch tễ học

Tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường rất khác nhau bởi nó phụ thuộc vào các yếu tố: địa lý, chủng tộc, lứa tuổi, mức sống, thói quen ăn uống sinh hoạt và tiêu chuẩn chẩn đoán.

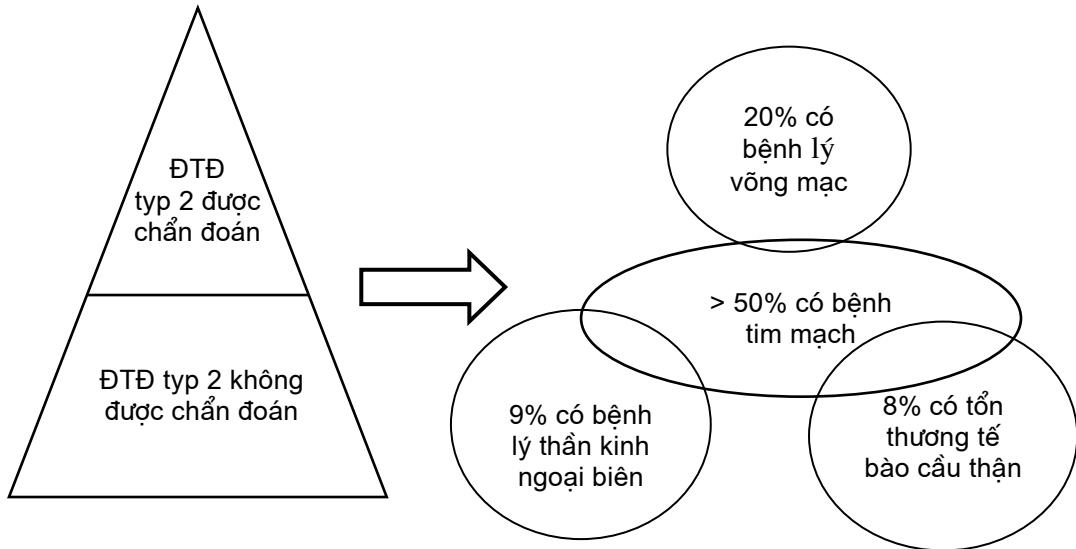
1.3.1. Tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường ở các nước

- Châu Mỹ: 5 - 10 %. Riêng ở Mỹ, theo cuộc điều tra cơ bản sức khỏe quốc gia, năm 1993 có khoảng 7,8 triệu người được chẩn đoán là đái tháo đường, tần suất cho mọi lứa tuổi là 3,1%, trong đó đái tháo đường typ 1 khởi bệnh trước 30 tuổi chiếm khoảng 7% tổng số bệnh nhân, phần lớn còn lại là đái tháo đường typ 2, khoảng 1 - 2% đái tháo đường thứ phát hoặc kết hợp với bệnh khác.
- Châu Âu: 2 - 5%.
- Đông Nam Á: 2,2 - 5%.
- Singapore: 8,6%.
- Việt Nam: Hà Nội: 1,1% (1991); thành phố Hồ Chí Minh 2,52% (1992) và 4,5% năm 2001.

Trên phạm vi toàn cầu, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường typ 2 theo ước lượng năm 1994 thay đổi từ dưới 2% ở vùng quê Bantu Tanzania và Trung Quốc, cho đến 40 - 45% ở sắc dân da đỏ Pima tại Mỹ và dân Micronesia ở Naru. Sự khác biệt này do hậu quả của sự nhạy cảm về di truyền và một số các yếu tố nguy cơ có tính xã hội như cách ăn uống, mập phì, ít vận động.

Tỷ lệ mắc bệnh toàn bộ (prevalence) đái tháo đường trên 20 tuổi: trên thế giới chiếm 4,0 - 4,2%; ở các nước phát triển: 5,8 - 8%; các nước đang phát triển: 3,2 - 4,2%; trong đó đái tháo đường typ 2 chiếm 80% tất cả các trường hợp đái tháo đường (tuổi < 65) và 80% của số này có kèm theo béo phì. Số người bị đái tháo đường typ 2 tiếp tục gia tăng, nếu như năm 1995 là khoảng 135 triệu người trên toàn thế giới, thì năm 2000 là 160 triệu và năm 2015 dự đoán sẽ có 300 triệu người mắc bệnh. Tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư và tim mạch, hàng đầu trong các bệnh nội tiết.

Dịch tễ học và biến chứng của nó



Hình 19.1. Cộng đồng → ≥ 300 triệu người mới mắc ĐTD typ 2

1.3.2. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh đái tháo đường

- Béo phì, tăng huyết áp, xơ cứng động mạch.
- Di truyền, nhiễm virus, xuất hiện với cùng một số bệnh tự miễn.
- Thói quen ít vận động, ăn nhiều thức ăn giàu năng lượng; sử dụng nhiều các chất kích thích như rượu, thuốc lá.
- Phụ nữ sinh con trên 4kg hoặc bị sẩy thai, đa ối.
- Sử dụng các thuốc: corticoid, ngừa thai; lợi tiểu nhóm thiazid, diazoxid.

1.4. Các khái niệm trung gian

Các khái niệm trung gian là muốn nói lên khoảng trung gian giữa đường huyết bình thường và đái tháo đường. Có 2 khái niệm là: rối loạn dung nạp glucose IGT (impaired glucose tolerance) và rối loạn đường huyết lúc đói IFG (impaired fasting glucose).

- Thuật ngữ rối loạn dung nạp glucose: dùng để chỉ những người có đường huyết 2 giờ sau khi uống 75g glucose $\geq 140\text{mg/dl}$ và $< 200\text{mg/dl}$.
- Thuật ngữ rối loạn đường huyết lúc đói IFG: dùng để chỉ mức đường trong huyết tương lúc đói bị rối loạn trong khoảng: glucose huyết tương lúc đói $\geq 110\text{mg/dl}$ ($6,1\text{ mmol/l}$) và $< 126\text{mg/dl}$.

Nồng độ glucose huyết tương lúc đói = 110mg/dl được coi là giới hạn cao của mức bình thường.

IFG và IGT là những yếu tố nguy cơ cho đái tháo đường typ 2 do mối quan hệ của chúng với sự kháng insulin và bản thân chúng không liên quan trực tiếp đến biến chứng tim mạch trong đái tháo đường nhưng nó giữ vai trò yếu tố nguy cơ do sự phối hợp mối liên quan giữa các rối loạn này và hội chứng kháng insulin như đã nói trên.

Để ngăn chặn đái tháo đường, điều quan trọng là phát hiện các rối loạn dung nạp glucose và béo phì để chẩn đoán sớm và có quyết định điều trị phù hợp

1.5. Quan niệm của y học cổ truyền về bệnh ĐTD

Trong y văn của y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh đái tháo đường nhưng những triệu chứng lâm sàng của đái tháo đường như: khát nước nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, cảm giác đói, thèm ăn, gầy, tê bì dị cảm ngoài da, mờ mắt..., cũng được YHCT mô tả trong một số chứng trạng như tiêu khát, hư lao, ma mộc..v..v..

1.5.1. Chứng tiêu khát

Theo một số tư liệu như: sách Nội kinh, Tố vấn chương kỳ bệnh luận: “Ăn nhiều chất béo ngọt sinh mập phì, chất béo sinh nội nhiệt, chất ngọt gây trung mẫn, khí trào lên sinh chứng tiêu khát”. Sách Ngoại đài bí yếu nêu: “Khát mà uống nhiều nước, tiểu nhiều, nước tiểu ngọt là do thận hư sinh chứng tiêu khát”. Ngoài ra cũng sách Ngoại đài bí yếu khi nói đến nguyên nhân còn nêu: “Can khí uất kết, uất trệ sinh nhiệt, hỏa tảo, thương âm sinh ra miệng khát, uống nhiều, hay đói”. Các y gia đời Đường Trung Quốc còn nhấn mạnh thêm: “Tình chí thất điều, ăn nhiều chất béo ngọt... tích nhiệt, thương âm sinh chứng tiêu khát, nội nhiệt hỏa hỏa tiếp tục thiêu đốt chân âm làm cho khát nhiều, ăn nhiều, gầy nhiều, tiểu nhiều nước tiểu ngọt là chứng tiêu khát”.

Như vậy trên các biểu hiện lâm sàng triệu chứng của ĐTD cũng biểu hiện tương tự như mô tả trong chứng tiêu khát của YHCT, tuy nhiên khi bệnh nhân có đầy đủ triệu chứng của tiêu khát chưa hẳn là có tăng đường trong máu hay bệnh ĐTD.

Quan niệm bệnh tiêu khát là do âm hư và tảo nhiệt, hai nguyên nhân này tác động nhân quả với nhau làm tiêu hao tân dịch ở phế vị và âm tinh ở thận. Tùy thuộc vào cơ địa, vào nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi khác có thể gây bệnh ở thượng tiêu trung tiêu hoặc hạ tiêu mà các biểu hiện triệu chứng theo YHCT như đã nêu trên có thể gặp trong cả đái tháo đường và đái tháo nhạt...

Trong quá trình phát triển bệnh tật, người xưa cũng cho là bệnh thường hay chuyển biến, cần phải biết để phòng chữa cẩn thận. Trương Trọng Cảnh từng nêu bệnh tiêu khát có thể chuyển biến thành chứng phế nuy. Chư bệnh

nguyên hậu luận cũng nói bệnh có thể phát ra hoại thư hoặc lở ngoài da hoặc phù thũng. Lưu Hà Gian thì cho rằng phần nhiều kèm thêm điếc, lãng tai, mờ mắt, mù, mụn lở, rôm sảy, chân tay bị tê liệt...

1.5.2. Chứng hư lao

Do nhiều nguyên nhân như tiên thiên bất túc, ăn uống không chừng mực, lao tâm, lao lực quá độ... làm tổn hại âm dương, khí huyết; âm hư sinh nội nhiệt, nhiệt tích hóa hỏa lại thương âm sinh ra các chứng khát nước, nóng nẩy bứt rứt, gầy róc, da khô tê bì, miệng lưỡi lở...

1.5.3. Chứng ma mọc

- Ma mọc (tê bì) là da ở chi thể hoặc ở một bộ phận nào đó trên cơ thể không có cảm giác nữa. Bệnh chia làm 2 mức:
 - + Tê (ma) là mức độ nhẹ là cơ phu bất nhân (da cơ không nhận biết được cảm giác), song có lúc cũng cảm thấy được do khí lưu hành.
 - + Bì (mọc) mức độ nặng là không biết đau ngứa, do chân khí không đến nơi đó được. Đây là một biểu hiện của rối loạn cảm giác của y học hiện đại.
- Về nguyên nhân gây ra chứng ma mọc: bệnh lâu ngày có vệ khí bị thương phong, dinh huyết bị thương hàn, cơ nhục bị thương thấp rồi đến khí hư không vận hành tốt hoặc khí trệ gây bế tắc, hoặc khí huyết hư da cơ không được nuôi dưỡng tốt, hoặc có huyết chết ở trong mạch, hoặc hỏa nhiệt tích tụ sinh đờm, hoặc đờm thấp trệ gây khí hư huyết trệ.v.v...
- Cơ chế sinh bệnh: tê bì có liên quan đến dinh vệ khí huyết. Nội kinh viết: dinh khí mà hư thì da không có cảm giác, vệ khí hư thì không vận động được (dinh khí hư tắc bất nhân, vệ khí hư tắc bất dụng).

2. NGUYÊN NHÂN VÀ BỆNH SINH CỦA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Đái tháo đường typ 1

- Nguyên nhân không rõ: một số trường hợp ĐTD typ 1 không có nguyên nhân, bệnh nhân này bị thiếu insulin trầm trọng và dễ bị nhiễm ceton acid nhưng không có bằng chứng tự miễn.
- Nguyên nhân di truyền: thể bệnh này có yếu tố di truyền rất rõ, thiếu các yếu tố tự miễn với tế bào beta, không kết hợp với nhóm HLA, bệnh nhân có lúc cần insulin để sống sót có lúc không.

Ngoài ra sự thiếu sót acid amin (acid aspartic) ở vị trí 57 của chuỗi DQ dễ mắc bệnh ĐTD typ 1 hơn những người có acid amin này.

- Yếu tố thuận lợi phát động bệnh:
 - + Các yếu tố môi trường có tác động khởi động hoạt tính miễn dịch gây bệnh có thể là nhiễm virus (Coxsackie B, quai bị.), nhiễm trùng, hoặc một kháng thể nội sinh do các tổn thương mô do độc chất (như thuốc diệt chuột).
 - + Stress.

2.1.2. Đái tháo đường typ 2

- Ảnh hưởng của di truyền và môi trường: ảnh hưởng của yếu tố di truyền lên bào thai rất mạnh, dựa trên các quan sát sau
 - + Tỷ lệ anh chị em sinh đôi cùng trứng cùng bị ĐTĐ typ 2 là 90 - 100%.
 - + Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 thường có liên hệ trực hệ cùng bị ĐTĐ.
 - + Có sự khác nhau rất nhiều về tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ giữa các chủng tộc, các sắc dân khác nhau.
 - + Mập phì và thiếu vận động là 2 yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỷ lệ cao của bệnh ĐTĐ typ 2 ở dân thành thị và dân nhập cư vào các nước phát triển.
 - + Ăn nhiều mỡ nhất là mỡ bão hòa của động vật.
- Ảnh hưởng của sự phát triển lúc ở bào thai và thời niên thiếu:
 - + Các bào thai nằm trong môi trường chuyển hóa của mẹ bị ĐTĐ hoặc ĐTĐ trong thai kỳ cũng kích thích sự trưởng thành của tế bào beta và tăng sinh đảo tụy.
 - + Ăn thức ăn hấp thụ nhanh và uống nhiều nước ngọt, ít vận động.

2.2. Cơ chế bệnh sinh

2.2.1. Bệnh sinh đái tháo đường typ 1

Khi các triệu chứng lâm sàng xuất hiện thì đa số tế bào β tuyến tụy đã bị phá hủy. Cơ chế bệnh sinh liên quan đến yếu tố nguy cơ nhiễm virus như virus quai bị, sởi, Cosackie B₄.

Quá trình viêm nhiễm tế bào tuyến tụy có diễn tiến như sau: khởi đầu phải có gen nhạy cảm; sau đó, sự nhiễm virus có tính cách phát động gây bệnh. Nhiễm virus sẽ gây một tình trạng viêm tuyến tụy (insulitis), quá trình này sẽ hoạt hóa tế bào lympho T và thâm nhiễm tiểu đảo của tuyến tụy. Các tế bào lympho T được hoạt hóa sẽ làm thay đổi bề mặt của tế bào β tuyến tụy, làm nó trở thành vật lạ đối với hệ thống miễn dịch cơ thể. Ngay lập tức sẽ xuất

hiện đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. Các kháng thể độc tế bào này sẽ được tạo thành và phá hủy tế bào beta tuyến tụy.

Như vậy, cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường typ 1 liên quan đến hệ thống kháng nguyên HLA, $-DR_3$, $-DR_4$, $-B_8$, $-B_{15}$.

Kháng nguyên B_8 rất đáng chú ý vì liên quan nhiều đến các bệnh tự miễn như Basedow, suy thượng thận, bệnh nhược cơ.

Người ta cũng mô tả kháng thể chống màng tế bào trên người bị đái tháo đường thể trẻ nhưng không rõ chính những kháng thể tự miễn này sinh ra bệnh hay nó chỉ sinh ra do kháng nguyên xuất hiện từ tụy tạng bị viêm.

2.2.2. Bệnh sinh đái tháo đường typ 2

Người ta nhận thấy rằng có 3 rối loạn cùng song song tồn tại trong cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường typ 2 là:

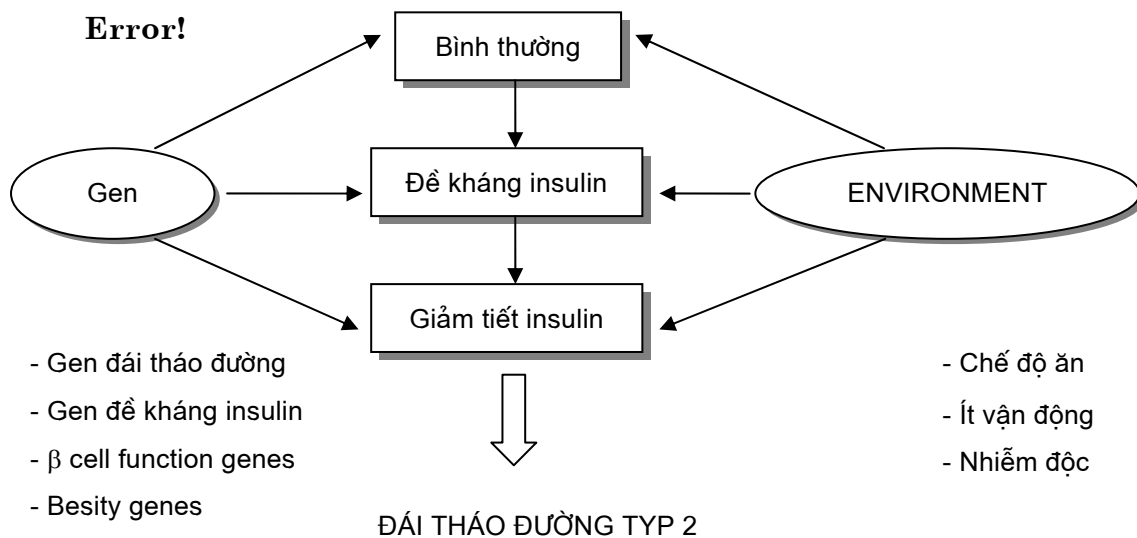
- Rối loạn tiết insulin.
- Sự kháng insulin ở mô đích.
- Sự tăng sản xuất glucose cơ bản ở tụy tạng.

Trên người bình thường, duy trì hằng định về glucose tùy thuộc vào sự tiết insulin, sự thu nạp insulin ở mô ngoại vi và ức chế sự sản xuất insulin từ gan và ruột.

Sau khi ăn, glucose sẽ tăng lên trong máu và tụy sẽ tăng tiết insulin, các yếu tố này sẽ tăng sự thu nạp glucose ở mô ngoại vi (chủ yếu là cơ) và nội tạng (gan - ruột) nhưng lại ức chế sự sản xuất glucose từ gan. Nếu có khiếm khuyết tại tế bào beta, cơ và gan có thể sẽ xảy ra rối loạn dung nạp glucose, nói cách khác rối loạn dung nạp glucose là hậu quả của sự khiếm khuyết trong sự tiết insulin hoặc đề kháng với tác dụng của insulin tại mô đích.

Sự đề kháng insulin tại mô là yếu tố bệnh sinh quan trọng trong đái tháo đường typ 2

- Gan là vị trí đề kháng insulin đầu tiên trong trạng thái nhịn đói. Tăng sản xuất glucose từ gan là yếu tố chính làm tăng đường huyết lúc đói.
- Sau khi ăn: có tăng đường huyết và tăng tiết insulin. Vị trí đề kháng insulin trong giai đoạn này chủ yếu nằm ở cơ. Khi bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có đường huyết lúc đói tăng cao, tăng sản xuất glucose từ gan cũng góp phần làm tăng đường huyết ở thời điểm sau hấp thu.



Ngoài ra ở những người lớn tuổi, nhất là những người bị béo phì, khả năng tổng hợp protein của tế bào rất kém nên không tổng hợp được receptor để bắt giữ insulin (receptor bản chất là protein), do đó tuy tuyến tụy của những người này vẫn sản xuất insulin bình thường nhưng không có tác dụng đưa đường vào trong tế bào.

2.3. Đặc điểm lâm sàng

2.3.1. Đái tháo đường typ 1

Đái tháo đường typ 1 là đái tháo đường phụ thuộc insulin, chiếm tỷ lệ 10 - 15% bệnh đái tháo đường nói chung. Đái tháo đường typ 1 có 2 thể 1A và 1B.

- *Typ 1A*: hay gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, chiếm 90% tỷ lệ bệnh của typ 1, liên quan đến hệ thống kháng nguyên HLA.
- *Typ 1B*: chiếm 10% của bệnh typ I, thường kết hợp với bệnh tự miễn thuộc hệ thống nội tiết, gặp nhiều ở phụ nữ hơn nam giới, tuổi khởi bệnh trẻ: 30 - 50 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng của đái tháo đường typ 1:

- + Bệnh thường khởi phát dưới 40 tuổi.
- + Triệu chứng lâm sàng xảy ra đột ngột, râm rộ, sụt cân nhiều.
- + Nồng độ glucagon huyết tương cao, ức chế được bằng insulin.
- + Vì tình trạng thiếu insulin tuyệt đối nên dễ bị nhiễm ceton acid, rất đáp ứng với điều trị insulin.

2.3.2. Đái tháo đường typ 2

- Là đái tháo đường không phụ thuộc insulin.

- Thường khởi phát từ tuổi 40 trở lên.
- Triệu chứng lâm sàng xuất hiện từ từ, hoặc đôi khi không có triệu chứng. Bệnh được phát hiện một cách tình cờ do khám sức khỏe định kỳ, thể trạng thường mập.
- Nồng độ insulin huyết tương bình thường, hoặc chỉ cao tương đối, nghĩa là còn khả năng để duy trì đường huyết ổn định.
- Nồng độ glucagon huyết tương cao nhưng không ức chế được bằng insulin.
- Bệnh nhân thường bị hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
- Đái tháo đường typ 2 không có liên quan đến cơ chế tự miễn và hệ thống kháng nguyên HLA.
- Yếu tố di truyền chiếm ưu thế đối với đái tháo đường typ 2. Sự phân tích về cây chủng hệ cho thấy bệnh đái tháo đường có thể di truyền theo kiểu lặn, kiểu trội hoặc kiểu đa yếu tố trong cùng một gia đình. Như vậy không thể quy định một kiểu di truyền duy nhất bao gồm toàn thể hội chứng tiểu đường. Chỉ riêng đối với phenotyp gia tăng đường huyết hoặc giảm dung nạp đối với chất đường người ta đã mô tả đến 30 kiểu rối loạn di truyền.

Thí dụ: có hai anh em sinh đôi cùng trứng, ở tuổi > 40, tỷ số tiểu đường đồng bộ xảy ra là 100% và tuổi < 40 là 50 %, chứng tỏ ảnh hưởng di truyền ưu thắng trong bệnh tiểu đường đứng tuổi.

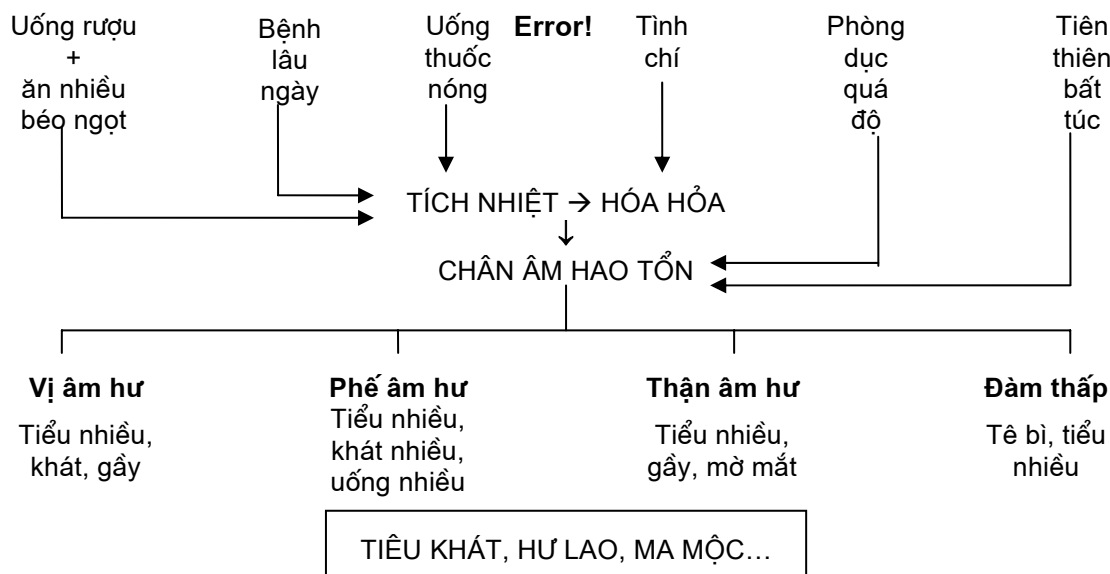
2.4. Nguyên nhân, bệnh sinh theo y học cổ truyền

Dựa theo cơ chế bệnh sinh của YHCT sinh các triệu chứng lâm sàng tương ứng với mô tả của YHHĐ, có thể tổng hợp nguyên nhân bệnh sinh ĐTĐ theo YHCT như sau:

- Do ăn quá nhiều chất béo ngọt bao gồm cả uống rượu quá độ: ăn uống quá nhiều chất béo ngọt, lại uống nhiều rượu cả thức ăn lẫn rượu đều tích nhiệt rồi hóa hỏa ở trung tiêu. Hỏa nhiệt sẽ thiêu đốt tân dịch làm cho âm hư, âm càng hư nhiệt càng tích sinh ra các chứng khát, uống nhiều vẫn không hết khát, gây nhiều.
- Do tình chí: tinh thần căng thẳng, cảm xúc âm tính kéo dài làm cho thần tán hỏa hóa hoặc do ngũ chí cực uất cũng hóa hỏa. Hỏa sinh ra thiêu đốt phần âm của phủ tạng.
- Do uống nhiều các thuốc đan thạch (thuốc tổng hợp từ hóa chất như tân dược) làm cho thận thủy bị khô kiệt, do đó sinh ra khát nhiều và đi tiểu tiện nhiều.
- Do bệnh lâu ngày: bệnh lâu ngày làm cho âm hư, âm hư sinh nội nhiệt, nhiệt tích lại hóa hỏa lại tiếp tục tổn thương chân âm sinh ra chứng nóng

nảy, bứt rứt, khát nước, gầy khô... hoặc hỏa nhiệt sinh ra đờm, đờm lưu niên gây nên thấp trệ sinh ra chứng tê bì, dị cảm ngoài da.

- Do tiên thiên bất túc hoặc do phòng dục quá độ: làm cho âm tinh hư tổn, tác động dây chuyền tổn hại các âm tạng như thận âm, can âm, tâm âm, phế âm, vị âm..v..v.



Hình 19.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh theo YHCT

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Tiêu chí chẩn đoán mới bệnh đái tháo đường

(1) Một mẫu đường huyết tương bất kỳ $\geq 200\text{mg/dl}$ kết hợp với các triệu chứng lâm sàng của tăng đường huyết.

(2) Đường huyết tương lúc đói $\geq 126\text{mg/dl}$ (sau 8 giờ không ăn).

(3) Đường huyết tương 2 giờ sau khi uống 75g glucose $\geq 200\text{mg/dl}$.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Thường biểu hiện bởi nhóm triệu chứng:

- Khát nước và uống nước nhiều.
- Tiểu nhiều hay còn gọi là đa niệu thẩm thấu.
- Ăn nhiều.
- Sụt cân.

Sự xuất hiện các triệu chứng trên là do tình trạng thiếu insulin dẫn đến hậu quả tăng áp lực thẩm thấu máu, làm nước ở nội bào ra ngoại bào khiến lưu lượng tuần hoàn tăng và tăng tốc độ lọc ở vi cầu thận. Một khối lượng lớn nước tiểu được thải ra cùng glucose là do glucose máu vượt quá ngưỡng thận.

Ngoài ra cũng tăng thải qua đường niệu ion K^+ và Na^+ . Hậu quả gây mất nước nội bào và ngoại bào, làm rối loạn điện giải, kích thích trung tâm khát nên bệnh nhân uống nhiều. Lượng glucose mất qua đường niệu khoảng trên 150g/24 giờ sẽ gây cảm giác đói và bệnh nhân phải ăn nhiều mà vẫn sụt cân.

Ngoài triệu chứng trên, người bệnh còn có thể bị khô da, ngứa toàn thân và mờ mắt thoáng qua.

3.1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

a. Đường huyết

Theo tiêu chí chẩn đoán mới được WHO công nhận năm 1998, các loại đường huyết thử để chẩn đoán xác định bao gồm:

- Đường huyết tương lúc đói: ít nhất phải thử 2 lần liên tiếp khi đói, lấy máu ở tĩnh mạch.
 - + Đường huyết tương lúc đói <110mg/dl: bình thường.
 - + Đường huyết tương lúc đói >126 mg/dl, hoặc > 7mmol/l (sau 8 giờ không ăn): chẩn đoán tạm thời là đái tháo đường (chẩn đoán xác định cần nên làm thêm một lần nữa).
 - + Đường huyết tương ≥ 110 mg/dl và < 126mg/dl = rối loạn đường huyết lúc đói.
- Đường huyết tương bất kỳ: chẩn đoán xác định đái tháo đường khi đường huyết tương bất kỳ > 200mg% kết hợp với các triệu chứng lâm sàng của tăng đường huyết.
- Đường huyết tương sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose:
 - + Đường huyết tương 2 giờ sau khi uống 75g glucose < 140mg/dl = dung nạp glucose bình thường.
 - + Đường huyết tương 2 giờ sau khi uống 75g glucose ≥ 140 mg/dl và < 200mg/dl: rối loạn dung nạp glucose.
 - + Đường huyết tương 2 giờ sau khi uống 75g glucose > 200mg/dl: chẩn đoán tạm thời là đái tháo đường, chẩn đoán xác định khi lặp lại mẫu thử lần 2 kết quả như trên

b. Đường niệu

- Khi đường huyết bình thường và chức năng lọc của thận bình thường sẽ không có sự hiện diện của đường trong nước tiểu.

- Khi đường huyết vượt quá 160 - 180mg/dl (8,9 - 10,0mmol/l) sẽ có đường xuất hiện trong nước tiểu vì ngưỡng thận đã bị vượt quá.
- Mặt khác, cũng có thể lượng đường huyết bình thường, nhưng ngưỡng lọc của thận giảm và đường cũng sẽ hiện diện ngoài nước tiểu nên một số tác giả không dùng xét nghiệm đường niệu.
- Tuy nhiên, xét nghiệm tìm đường trong nước tiểu vừa đơn giản lại rẻ tiền, nên nếu chức năng thận của người bệnh bình thường cũng có thể dùng để theo dõi kết quả điều trị hoặc giúp tiên lượng diễn tiến của bệnh.

c. *Thể ceton huyết thanh*

- Bình thường: 0,5 đến 1,5mg%.
- Trên người bị tiểu đường, sự hiện diện của thể ceton trong máu với nồng độ cao chứng tỏ cơ thể đang thiếu insulin trầm trọng.

d. *Huyết sắc tố kết hợp với glucose (glycosylated hemoglobin)*

Bình thường huyết sắc tố trong tủy chưa kết hợp với glucose. Khi hồng cầu được phóng thích vào máu, các phân tử huyết sắc tố sẽ gắn với glucose theo quá trình glycosyl hóa (glycosylation). Nồng độ huyết sắc tố kết hợp glucose tỷ lệ với đường huyết và được gọi là glycosylated hemoglobin. Bình thường lượng huyết sắc tố kết hợp với glucose chiếm khoảng 7%. Khi có bệnh tiểu đường, có thể tăng đến 14% hay hơn.

Có 3 loại huyết sắc tố kết hợp glucose chính A_{1A} , A_{1B} , A_{1C} , g_{0p} chung lại thành HbA_1 Huyết sắc tố A_{1C} tăng trong trường hợp tăng đường huyết mạn tính và có liên hệ đến tình trạng chuyển hóa nói chung nhất là cholesterol.

Trên bệnh đái tháo đường ổn định lượng huyết sắc tố kết hợp glucose sẽ trở về bình thường sau 5 đến 8 tuần. Trên bệnh đái tháo đường không ổn định lượng huyết sắc tố kết hợp với glucose sẽ cao và song song với lượng cholesterol máu tăng cao. Trên bệnh nhân có đường huyết tăng cao, nếu điều trị tích cực giảm được đường huyết thì huyết sắc tố kết hợp với glucose sẽ chỉ thay đổi sớm nhất sau 4 tuần.

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

Như đã trình bày ở trên, các biểu hiện lâm sàng YHCT của đái tháo đường là không đặc trưng chỉ mang tính định hướng cho các thể lâm sàng, nên để chẩn đoán xác định ĐTD cần kết hợp thử đường huyết lúc đói, khi mức đường huyết tăng kèm với các triệu chứng sau đây sẽ được chẩn đoán:

3.2.1. *Đối với thể không có kèm chứng hoặc biến chứng*

Có biểu hiện chung là âm hư nội nhiệt như khát, uống nước nhiều, ăn nhiều mau đói, người gầy da khô, mồm khô, thân lười thon đở, rêu lưỡi mỏng hoặc vàng, mạch hoạt sắc hoặc tế sắc. Trong đó có các thể:

- Thể phế âm hư:
 - + Khát nhiều.
 - + Uống nhiều nước.
 - + Họng khô.
 - + Lưỡi đỏ, ít rêu.
 - + Tiểu nhiều.
 - + Mạch sắc.
- Thể vị âm hư:
 - + Ăn nhiều, mau đói.
 - + Tạng gây.
 - + Khát nước.
 - + Lưỡi đỏ, rêu vàng, lưỡi lở.
 - + Mạch hoạt sắc.
- Thể thận âm hư:
 - + Tiểu nhiều và tiểu đêm nhiều lần.
 - + Khát nước.
 - + Lưỡi đỏ không rêu.
 - + Mờ mắt.
 - + Lòng bàn tay bàn chân nóng.
 - + Mạch tế sắc là thể thận âm hư.
 - + Nếu chân tay lạnh, mệt mỏi, người gầy, mạch tế hoãn vô lực là thể thận dương hư.
- Thể đờm thấp:
 - + Tạng béo bệu.
 - + Tê bì, dị cảm ngoài da.
 - + Tiểu nhiều.
 - + Lưỡi bè, rêu nhầy nhớt.
 - + Mạch hoạt sắc.

3.2.2. Đối với thể có kèm chứng (hoặc biến chứng)

Ngoài ra, người thầy thuốc YHCT còn chú ý đến những dấu chứng kèm theo và biến chứng sau đây để quyết định chọn lựa hoặc gia giảm vào cách điều trị và chăm sóc bệnh nhân.

- Chứng hôi hộc, mất ngủ: do âm hư làm tân dịch tổn thương, tinh thần mệt mỏi, mất ngủ, hôi hộc, hay quên, tiêu bón, dễ sinh lở loét trong miệng, lưỡi đỏ rêu vàng, mạch tế sác

Phép trị: ích khí dưỡng huyết, tư âm thanh nhiệt.

- Chứng đầu vầng mắt hoa:

- + Nếu là âm hư dương xung: chóng mặt, ù tai, đau căng đầu, đau nặng hơn lúc tinh thần căng thẳng, nóng nảy dễ gắt, mồm đắng, họng khô, lưỡi đỏ rêu vàng, mạch huyền.

- + Nếu là đàm trọc: vầng đầu, buồn ngủ, ngực bụng đầy tức, ăn ít buồn nôn, lưỡi nhạt rêu nhớt, mạch hoạt.

- Trường vị táo thực: chứng nhọt, loét lở thường hay tái phát, khó khỏi, răng lợi sưng đau, lưỡi đỏ rêu vàng, mạch sác.

Phép trị: thanh nhiệt giải độc.

- Chân tay tê dại: mệt mỏi, cơ teo, chân tay tê dại đi không vững, lưỡi nhợt rêu mỏng vàng, mạch tế sác.

Phép trị dưỡng âm thanh nhiệt, bổ huyết thông lạc.

- Ho khan: ho khan ít đàm, ngũ tâm phiền nhiệt, sốt âm ỉ về chiều, ra mồ hôi trộm, lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế sác.

Phép trị: dưỡng âm thanh nhiệt, nhuận phế chỉ khái.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Biến chứng mạn tính của bệnh tiểu đường

Bệnh nhân bị tiểu đường có thể bị rất nhiều biến chứng làm thể trạng suy sụp. Trung bình các biến chứng xảy ra khoảng đến 20 năm sau khi đường huyết tăng cao rõ rệt. Tuy nhiên cũng có vài người không bao giờ bị biến chứng hoặc biến chứng xuất hiện rất sớm. Một bệnh nhân có thể có nhiều biến chứng cùng một lúc và cũng có thể có một biến chứng nổi bật hơn tất cả.

4.1.1. Biến chứng ở mạch máu lớn

- Xơ cứng động mạch thường gặp trên người bị tiểu đường, xảy ra sớm hơn và nhiều chỗ hơn so với người không bệnh.
- Xơ cứng động mạch ở mạch máu ngoại biên có thể gây tình trạng đi cách hồi, hoại thư và bất lực ở đàn ông. Bệnh động mạch vành và tai biến mạch máu não cũng hay xảy ra. Nhồi máu cơ tim thể không đau có thể xảy ra trên người bị tiểu đường và ta nên nghĩ đến biến chứng này khi bệnh nhân bị tiểu đường thỉnh thoảng bị suy tim trái. Vì vậy phải làm ECG định kỳ và Doppler mạch máu để phát hiện sớm sang thương.

4.1.2. Biến chứng mạch máu nhỏ

- Sang thương xảy ra ở những mạch máu có đường kính nhỏ có tinh lan tỏa và đặc hiệu của tiểu đường. ảnh hưởng chủ yếu lên 3 cơ quan: bệnh lý võng mạc, bệnh lý cầu thận và bệnh lý thần kinh.
- Cơ chế bệnh sinh của sang thương mạch máu nhỏ chưa rõ. Có sự tham gia của rối loạn huyết động học như tăng hoạt tính của tiểu cầu, tăng tổng hợp thromboxan A₂ là chất co mạch và kết dính tiểu cầu tạo điều kiện cho sự thành lập vi huyết khối. Ngoài ra sự tăng tích tụ sorbitol và fructose ở các mô, sự giảm nồng độ myonositol cũng làm cho sang thương mạch máu trầm trọng hơn. Cuối cùng tình trạng cao huyết áp cũng làm nặng thêm bệnh lý vi mạch ở võng mạc và thận.
- Sang thương được mô tả của mạch máu nhỏ là sự dày lên của màng đáy mao mạch và lớp dưới nội mạc của các tiểu động mạch. Nặng hơn nữa là sự biến mất của các tế bào chu bì bao quanh và nâng đỡ mạch máu. Tổn thương này hay gặp trong bệnh lý võng mạc và thận. Các sang thương mô học đầu tiên xảy ra sớm, nhưng các biểu hiện lâm sàng chỉ xuất hiện khoảng 10 đến 15 năm sau khi bệnh đã khởi phát.

a. Bệnh lý võng mạc

- Thay đổi cơ bản: thay đổi sớm nhất ở võng mạc là các mao quản tăng tính thấm. Sau đó những mao quản bị nghẽn tắc tạo nên các mạch lỵ dạng túi hay hình thoi. Sang thương mạch máu kèm theo sự tăng sinh tế bào nội mạc mao quản và sự biến mất của các tế bào chu bì (pericytes) bao quanh và nâng đỡ mạch máu. Ngoài ra còn có hiện tượng xuất huyết và xuất tiết ở võng mô.
- Sang thương tăng sinh: chủ yếu do tân tạo mạch máu và hóa sẹo. Cơ chế kích thích sự tăng sinh mạch máu không rõ, có giả thiết cho rằng nguyên nhân đầu tiên là tình trạng thiếu oxy do mao quản bị tắc nghẽn, 2 biến chứng trầm trọng của sang thương tăng sinh là xuất huyết trong dịch thể và bóc tách võng mô gây ra mù cấp tính. Thường sau 30 năm bị tiểu đường hơn 80% bệnh nhân sẽ có bệnh lý võng mạc, khoảng 7% sẽ bị mù. Muốn phát hiện sớm các sang thương đầu tiên của võng mạc phải dùng phương pháp chụp động mạch võng mạc có huỳnh quang thì những sang thương vi mạch lỵ sẽ phát hiện kịp thời điều trị sớm phòng ngừa diễn tiến của bệnh lý võng mạc.

b. Bệnh lý thận

Đây thường là một trong những nguyên nhân gây tử vong của bệnh tiểu đường. Có 4 loại sang thương được mô tả trên kính hiển vi:

- Tình trạng xơ hoá vi cầu thận.
- Tình trạng xơ cứng động mạch tới và động mạch đi khỏi vi cầu thận.

- Glycogen, mỡ và mucopolysaccharides ứ đọng quanh ống thận.
- Ở vi cầu thận, người ta có thể thấy 2 loại sang thương:
 - + Những đám tròn chất hyalin, phản ứng PAS dương tính xuất hiện gần bờ ngoài vi cầu thận.
 - + Màng cơ bản của các mao quản dày lên, phần trung mô cũng tăng sinh.

Tuy nhiên không có sự liên quan mật thiết giữa sang thương vi thể và triệu chứng lâm sàng. Có thể khi làm sinh thiết thận đã có sang thương nhưng trên lâm sàng chức năng thận hoàn toàn bình thường. Mặt khác, nếu trên lâm sàng có biến chứng thận, người ta có thể nghĩ là đã có thay đổi vi thể.

Hội chứng Kimmelstiel Wilson bao gồm phù, cao huyết áp, tiểu đạm và suy thận trên bệnh nhân bị tiểu đường. Tiểu đạm > 3g/24 giờ là dấu hiệu xấu.

Đa số các bệnh nhân bị biến chứng thận đồng thời có thay đổi ở đáy mắt nhưng nhiều bệnh nhân có thay đổi ở đáy mắt lại không có triệu chứng rõ ràng của bệnh thận.

Thời gian bán hủy của insulin kéo dài trên người suy thận, cơ chế của nó chưa được biết rõ.

4.1.3. Biến chứng thần kinh

Biến chứng thần kinh ảnh hưởng lên mọi cơ cấu của hệ thần kinh có lẽ chỉ trừ não bộ. Biến chứng gây nhiều khó khăn cho bệnh nhân dù ít khi gây tử vong.

Tham gia vào cơ chế sinh bệnh do rối loạn chuyển hóa dẫn tới giảm myoinositol và tăng sorbitol, fructose trong dây thần kinh. Ngoài ra còn có thiếu máu cục bộ do tổn thương vi mạch dẫn đến thoái biến myelin dây thần kinh và giảm tiêu thụ oxy.

Biến chứng thần kinh hay gặp ở bệnh nhân tiểu đường là:

- *Viêm đa dây thần kinh ngoại biên*: thường bị đối xứng bắt đầu từ đầu xa của chi dưới, tê nhức, dị cảm, tăng nhạy cảm và đau. Đau thường đau âm ỉ, hoặc đau trong sâu, có khi đau như điện giật. Khám thường sớm phát hiện mất phản xạ gân xương đặc hiệu là mất phản xạ gân gót Achille, mất cảm giác rung vỏ xương.
- *Viêm đơn dây thần kinh* cũng có thể xảy ra nhưng hiếm: triệu chứng cổ tay rớt, bàn chân rớt hoặc liệt dây thần kinh III, IV, VI, bệnh có thể tự hết. Bệnh nhân còn có thể bị đau theo rễ thần kinh.
- *Biến chứng thần kinh dinh dưỡng* (hay thực vật) còn gọi biến chứng thần kinh tự chủ ảnh hưởng lên các cơ quan như:

- + Tim mạch: tăng nhịp tim ở trạng thái nghỉ ngơi: 90 - 100 lần/phút, giảm huyết áp tư thế (huyết áp tâm thu ở tư thế đứng giảm > 30 mmHg).
- + Tiêu hóa: mất hoặc giảm trương lực của thực quản, dạ dày, ruột, túi mật. Bệnh nhân nuốt khó, đầy bụng sau khi ăn; tiêu chảy thường xảy ra về đêm, từng đợt không kèm theo đau bụng, xen kẽ với táo bón.
- + Hệ niệu sinh dục: biến chứng thần kinh bàng quang làm giảm co bóp và liệt bàng quang, bất lực ở nam giới.
- + Bất thường tiết mồ hôi: giảm tiết mồ hôi ở nửa phần thân dưới và tăng tiết phần thân trên, tay và mặt, nhất là khi ngủ tối và sau khi ăn các chất gia vị.
- + Rối loạn vận mạch: phù ngoại biên ở mu bàn chân.
- + Teo cơ, giảm trương lực cơ .

4.1.4. Biến chứng nhiễm trùng

Cơ địa tiểu đường rất dễ bị nhiễm trùng bởi vì khả năng thực bào giảm do thiếu insulin dẫn tới giảm sức đề kháng của cơ thể.

Nhiễm trùng mụn nhọt ngoài da thường do *Staphylococcus aureus* gây ra. Nhiễm nấm *Candida albicans* ở bộ phận sinh dục đực hay kẽ móng tay và chân.

Nhiễm trùng tiểu thường do vi trùng Gram âm *E. coli* gây viêm bàng quang, viêm đài bể thận cấp hoặc mạn, viêm hoại tử gai thận. Viêm phổi do vi trùng Gram âm hay gặp; ngoài ra còn gặp do vi trùng Gram dương, vi trùng lao.

4.1.5. Loét chân ở bệnh tiểu đường

Thường do phối hợp biến chứng thần kinh, biến chứng mạch máu và biến chứng nhiễm trùng. Vi trùng gây nhiễm trùng chân thường ít khi một loại vi trùng mà thường phối hợp các loại vi trùng Gram dương, vi trùng Gram âm và vi trùng kỵ khí.

4.2. Biến chứng cấp tính của bệnh tiểu đường

4.2.1. Hôn mê do nhiễm ceton acid

a. Sinh bệnh học

Tình trạng hôn mê này là hậu quả của sự thiếu insulin tương đối hay tuyệt đối kèm theo sự gia tăng nhiều ít của các hormon chống insulin như glucagon, cortisol, catecholamin, hormon tăng trưởng...

- Thiếu insulin: tăng glucose huyết.

- Glucose không vào được tế bào cơ và tế bào mỡ.
 - Sự sản xuất glucose nội sinh tăng lên, gan tăng sự thủy phân glycogen và tăng sự tân sinh đường để phóng thích glucose vào máu. Ngoài ra, gan tăng sự phóng thích glucose cũng còn do tăng glucagon, tăng cortisol trong máu và gia tăng các chất cần cho sự tân sinh đường đến gan (như acid amin, lactat, glycerol).
 - Tăng glucose huyết đưa đến rối loạn nước và điện giải. Tăng glucose huyết -> tăng áp lực thẩm thấu ngoại bào -> nước từ nội bào ra khoảng ngoại bào -> lúc đầu tăng thể tích huyết tương -> tăng lượng máu đến vi cầu thận -> tăng lượng glucose lọc qua vi cầu thận -> đa niệu thẩm thấu. Tình trạng đa niệu thẩm thấu này tuy giới hạn phần nào sự tăng glucose huyết nhưng gây kiệt nước, mất K^+ , mất Na^+ .
 - Tăng thể cetone huyết:
 - + Thiếu insulin, các men ở gan hướng về sự thành lập thể ceton. Mỡ bị thủy phân thành acid béo nhiều hơn. Tăng glucagon sẽ kích thích men carnitin acyl transferase giúp cho acid béo đi vào ty thể (mitochondrie) để được oxyd hóa.
 - + Ceton là năng lượng có thể được sử dụng bởi cơ tim, cơ vân, thận. Ở người thường nó có thể ức chế sự ly giải mô mỡ, có lẽ do kích thích sự tiết insulin. Sự ức chế ly giải mô mỡ này không có trong tình trạng nhiễm ceton acid. Nồng độ thể ceton khi đó tăng rất nhiều so với sự sử dụng và tăng nhanh huyết tương đến 100 - 300mg% (bình thường dưới 5mg % sau 12 giờ nhịn đói).
 - + Thể ceton gồm chủ yếu acid β hydroxybutyric và acid aceto acetic là acid mạnh sẽ gây độc toan biến dưỡng. Lượng dự trữ kiềm HCO_3^- trong máu sẽ giảm và khi khả năng bù trừ bị vượt quá pH máu sẽ giảm.
 - + Bệnh nhân sẽ có nhịp thở sâu Kussmaul để tăng thải CO_2 . Tăng thải các acid ceton qua thận dưới thể muối natri và kali. Độc toan nặng có thể đưa đến trụy tim mạch do giảm cơ bóp cơ tim, giảm trương lực mạch máu, giảm sự cảm thụ của cơ tim với catecholamin nội sinh.
 - Thoái biến chất đạm và tăng acid amin trong máu:
 - + Giảm insulin và tăng các hormon chống insulin trong huyết tương. Thí dụ cortisol sẽ gia tăng sự thoái biến chất đạm.
 - + Thủy phân đạm ở cơ: alanin (acid amin chính của sự tân sinh đường) từ cơ dồn đến gan. Cơ giảm thu nạp các acid amin có nhánh (valin, leucin, isoleucin).
- Sự thoái biến đạm này làm K^+ từ nội bào ra ngoại bào nhiều.

b. Nguyên nhân gây biến chứng hôn mê

- Trên bệnh nhân thiếu insulin tuyệt đối: xảy ra ở tiểu đường trẻ trên 83% trường hợp khi bệnh nhân tình hình ngừng insulin.
- Trên bệnh nhân thiếu insulin tương đối: khi có một trong những nguyên nhân sau đây thêm vào:
 - + Nhiễm trùng (50% trường hợp): nhiễm trùng hô hấp trên (tai, miệng) áp xe miệng, viêm phổi, viêm đài bể thận cấp, viêm đường mật, nhiễm trùng huyết.
 - + Nhồi máu cơ tim.
 - + Viêm tụy cấp, thủng dạ dày - tá tràng.
 - + Thai kỳ (tăng nhu cầu insulin từ tháng thứ tư).
 - + Cường giáp trạng.
 - + Mổ.
 - + Chấn thương (cơ thể hay tinh thần).

Các trường hợp trên đều làm tăng cortisol, glucagon, catecholamin.

c. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Thời kỳ nhiễm ceton:
 - + Nếu chưa biết bệnh nhân có tiểu đường, hỏi bệnh sử sẽ có gày nhanh, 2 - 3 ngày nay kém ăn, nôn, tiểu nhiều, uống nhiều, mệt.
 - + Trong nước tiểu: đường niệu > 20g/l, có ceton trong nước tiểu.
 - + Máu: tăng đường huyết, giảm dự trữ kiềm $18 < \text{HCO}_3^- < 25\text{mEq/l}$, pH máu bình thường.

Nếu điều trị đúng, diễn tiến tốt rất nhanh.

Nếu đã biết có bệnh tiểu đường, theo dõi nước tiểu thấy bắt đầu có nhiễm ceton, sẽ tăng nhiều insulin nhanh cho đến khi hết ceton trong nước tiểu. Nếu không hết, cho bệnh nhân nhập viện.

- Thời kỳ nhiễm ceton acid nặng (thời kỳ độc toan biến dưỡng do nhiễm ceton nặng):
 - + Rối loạn tri giác, lơ mơ, hôn mê.
 - + Thở sâu nhịp Kussmaul.
 - + Hơi thở có mùi ceton.
 - + Dấu kiệt nước ngoại và nội tế bào: da khô, mắt hõm sâu, tĩnh mạch cổ xẹp, hạ áp huyết, giảm cân, khô niêm mạc miệng, giảm trương lực nhãn cầu, nếu có kích xúc nên tìm sang thương nội tạng như nhồi máu cơ tim, viêm tụy cấp.

- + Nôn mửa, đau bụng.
- + Nhiệt độ hạ dưới 36°C.
- + Khi khám nên hỏi: trường hợp xuất hiện các triệu chứng, thời điểm xuất hiện và độ trầm trọng của triệu chứng nôn, đi ngoài, các thuốc dùng trước khi nhập viện như lợi tiểu, corticoid chú ý phát hiện dấu chứng rối loạn nước điện giải và hạ K⁺ máu.
- + Triệu chứng cận lâm sàng (thử ngay tại giường bệnh):
 - Trong nước tiểu: glucose niệu > 20g/l; ceton nước tiểu (+) mạnh.
 - Trong huyết tương: ceton máu (4+) với huyết tương chưa hòa tan, ceton máu (2+) với huyết tương đã hòa tan.
 - Các xét nghiệm khác.
 - * pH máu < 7,20; dự trữ kiềm HCO₃⁻ < 10mEq/l.
 - * Thể ceton máu 100 - 300mg%.
 - * Glucose huyết tăng < 6g/l. Nếu > 6g/l phải nghi ngờ bệnh nhân đã truyền glucose hoặc có suy thận.
 - * K⁺ máu rớt khi điều trị có thể bình thường tăng hoặc giảm. Dù sao bệnh nhân vẫn mất K⁺. Nếu K⁺ máu giảm thì sự mất K⁺ rất trầm trọng, ta cần điều trị ngay từ đầu.
 - * Na⁺ có thể bình thường, tăng hoặc giảm.
 - * Dung tích hồng cầu, đạm huyết tăng do giảm thể tích huyết tương
 - * Urê huyết tăng, một phần do thoái biến chất đạm, có thể do suy thận chức năng.

d. Diễn tiến

- Theo dõi diễn tiến:
 - + Mỗi giờ: nhịp thở, nhịp tim, áp huyết, nước tiểu, đường niệu, ceton niệu.
 - + Đo điện tim (ECG).
 - + Mỗi 4 giờ: pH máu, HCO₃⁻ máu, đường huyết, ion đồ.
- Theo dõi biến chứng:
 - + Trong những giờ đầu tiên bệnh nhân có thể bị trụy tim mạch, nhiễm toan nặng, hạ K⁺ máu, hạ đường huyết nên phải truyền nước ngay.
 - + Phù não bộ.
 - + Bệnh nhân hôn mê nặng và nằm lâu có thể bị xẹp phổi, loét da, nhiễm trùng tiểu.

4.2.2. Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu máu

Đây là biến chứng cấp tính thường xảy ra trên bệnh nhân bị tiểu đường đứng tuổi không phụ thuộc insulin. Bệnh xảy ra ở người trung niên, người già có đường huyết cao kéo dài kèm với tình trạng kiệt nước mà bệnh nhân không thể uống đủ số nước cần thiết để bù lại. Bệnh nhân thường sống một mình, bị tai biến mạch máu não, trước đó có dùng lợi tiểu, corticoid hoặc làm thẩm phân phúc mạc.

a. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Triệu chứng toàn phát sẽ không xảy ra cho đến khi thể tích máu giảm trầm trọng làm giảm lượng nước tiểu. Bệnh nhân hôn mê hoặc rối loạn tri giác.
 - Run cơ, kinh giật.
 - Cổ hơi gượng.
 - Có dấu kiệt nước trầm trọng cả nội bào lẫn ngoại bào.
 - Cận lâm sàng:
 - + Glucose huyết > 10g/l.
 - + Na⁺ máu > 150mEq/l.
 - + Cl⁻ máu > 110 - 115mEq/l.
 - + K⁺ máu giảm.
 - Áp lực thẩm thấu máu tăng đến 350 - 450mobm/l (bình thường 300 mobm/l). Ta có thể tính gần đúng áp lực thẩm thấu máu như sau:
 - + Na mEq/l x 2 + 5,5 (đối với mỗi 100mg% glucose huyết).
 - + Nếu Na = 160 mEq/l; glucose huyết 100mg%.
 - + Áp lực thẩm thấu máu sẽ là: 160 x 2 + 5,5 x 1000/100 = 375 mobm/l
 - Thể cetones không có hay dương tính ít.
 - Dung tích hồng cầu tăng, đậm huyết tăng.
 - Trong nước tiểu: đường cao, Na⁺ thấp, K⁺ cao.
- Tỷ lệ tử vong > 50%.

4.2.3. Hôn mê do hạ đường huyết

Thường do bệnh nhân dùng insulin hoặc sulfamid hạ đường huyết quá liều. Dùng thuốc mà không ăn hoặc chậm giờ ăn, hoạt động nhiều ngoài chương trình.

a. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Hạ đường huyết cấp tính: bệnh nhân cảm thấy buồn nôn, chóng mặt, nhức đầu, đổ mồ hôi, hoa mắt, nói ngọng, lơ mơ, tim đập nhanh. Nếu cho 10 - 20g glucose triệu chứng sẽ hết, nếu không bệnh nhân sẽ đi vào hôn mê, có thể kèm theo kinh giật.
 - + Hạ đường huyết từ từ và nặng: bệnh nhân nhức đầu, rối loạn tri giác, mê mệt hay ngáp, người yếu, nói khó và nghĩ khó, buồn ngủ, ngủ lâu, dần dần đưa đến mất tri giác, hôn mê, nhiệt độ cơ thể thấp. Ngoài ra bệnh nhân có thể bị giật cơ, kinh giật, động kinh, có những cảm giác kỳ lạ hoặc những cử động bất thường như múa giật...
- Cận lâm sàng: glucose huyết < 40mg% (< 0,4g/l).

b. Điều trị

- Tiêm tĩnh mạch dung dịch đường ưu trương 30% 50ml (25g) bệnh nhân sẽ tỉnh lại trong giây phút, rất hiếm khi tỉnh sau 1 giờ.
- Hoặc có thể tiêm glucagon 0,5mg dưới da hoặc tiêm bắp, hoặc tiêm tĩnh mạch lặp lại mỗi 15 phút.
- Khi tỉnh lại cho bệnh nhân ăn đường. Nếu hạ đường huyết do dùng sulfamid thì cần theo dõi lâu đến 3 ngày.

Thực ra là một biến chứng của điều trị, nếu bệnh nhân được hướng dẫn kỹ, theo dõi kỹ, có thể ngừa được biến chứng này.

Tuy nhiên trong trường hợp phức tạp như tiểu đường kết hợp với xơ gan hoặc trên bệnh nhân suy kiệt, sinh bệnh lý học của hạ đường huyết trở nên phức tạp hơn nhiều.

4.2.4. Hôn mê do acid lactic tăng cao trong máu

Xảy ra trên bệnh nhân lớn tuổi, điều trị bằng biguanides (phenformin) kèm thêm yếu tố suy hô hấp cấp, suy tim, kích xúc, nhiễm trùng huyết do vi trùng Gram âm, viêm tụy cấp, uống nhiều rượu.

a. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Bệnh khởi đầu mau, hôn mê thật sự, bệnh nhân có nhịp thở Kussmaul.
- Thử máu:
 - + pH máu < 7, dự trữ kiềm giảm.
 - + Acid lactic máu 10 - 20mEq/l (bình thường 1mEq/l hoặc 9mg%).
 - + Acid pyruvic máu tăng gấp 3 - 4 lần bình thường (bình thường = 0,214mEq/l).

- + Cl^- giảm, K^+ tăng, Na^+ tăng.
 - Khoảng trống anion tăng Bình thường khoảng anion là: $(\text{Na}^+) - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-) = 10 - 20\text{mEq/l}$ hoặc $9\text{mg}\%$.
- b. Thái độ xử trí:* chuyển ngay bệnh nhân vào các trung tâm cấp cứu chuyên khoa.

5. ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

5.1. Mục tiêu

Các mục tiêu này áp dụng cho cả đái tháo đường typ 1 và typ 2, tùy thuộc vào mỗi loại có thể có thay đổi ít nhiều.

- Làm giảm bớt các triệu chứng:
 - + Lâm sàng: uống nhiều, nếu có tiểu nhiều.
 - + Cận lâm sàng: đưa đường huyết về mức gần bình thường nhất, đường niệu âm tính (với người lớn tuổi để phòng hạ đường huyết khi dùng thuốc liều cao, hoặc có kèm theo các nguyên nhân gây hạ đường huyết như không ăn được, có suy gan hoặc suy thận, tổng trạng quá kém).
- Đạt được cân nặng hợp lý gần với hằng số sinh lý, đối với đái tháo đường typ 2 có béo phì cần làm giảm cân.
- Làm chậm xuất hiện các biến chứng, tránh các biến chứng nguy hiểm như hôn mê tăng đường huyết, suy thận, hoại tử chi do tắc mạch, viêm võng mạc..v.v.
- Nâng cao chất lượng đời sống người bệnh.

5.2. Nguyên tắc điều trị

Để điều trị có hiệu quả đái tháo đường cần có sự đóng góp của nhiều chuyên ngành, chuyên khoa; cần có sự phối hợp của nhiều phương pháp như:

5.2.1. Chương trình huấn luyện bệnh nhân

Chương trình này nhằm cung cấp cho bệnh nhân:

- Các kiến thức cần thiết về bệnh đái tháo đường:
 - + Bệnh thực tế cụ thể của họ để họ tự làm chủ bệnh tật của mình.
 - + Để bệnh nhân có thể phối hợp tốt với thầy thuốc trong điều trị và chăm sóc.
- Các kỹ năng cần thiết để:
 - + Nhận biết các biến chứng nguy hiểm như hạ đường huyết, nhiễm trùng bàn chân ... và cách đề phòng.

- + Biết cách tự theo dõi đường huyết, đường niệu (nếu có điều kiện).
- + Biết cách ăn uống hợp với bệnh tật của mình.
- + Biết sử dụng insulin (đối với bệnh nhân ĐTĐ typ 1).
- + Biết lợi ích của rèn luyện cơ thể và cách thực hiện sao cho phù hợp với tình trạng bệnh của mình.

Bệnh đái tháo đường sẽ được điều trị tối ưu khi bệnh nhân có thông tin đầy đủ.

Chương trình huấn luyện bệnh nhân cần nhấn mạnh tới khía cạnh thực hành và việc điều trị bao gồm:

- Chế độ ăn.
- Kỹ thuật theo dõi đường huyết và đường niệu.
- Hoạt động thể lực và thái độ tâm thần trong cuộc sống.
- Dùng thuốc.

5.2.2. Chế độ dinh dưỡng hợp lý

- Thức ăn có nhiều glucid làm cho đường huyết tăng nhiều sau khi ăn, thức ăn có nhiều lipid dễ gây xơ vữa động mạch ở người đái tháo đường. Vì thế điều cơ bản trong chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường là phải hạn chế glucid để tránh tăng đường huyết sau khi ăn và hạn chế ăn lipid nhất là các acid béo bão hòa

Tất cả bệnh nhân đái tháo đường, không kể đái tháo đường typ 1 hay 2 đều phải tuân thủ chế độ ăn giảm glucid

Khoảng $\leq 10\%$ bệnh nhân đái tháo đường typ 2 áp dụng chế độ ăn giảm glucid tốt giúp ổn định đường huyết lâu dài hay tạm thời mà không cần phải dùng thuốc.

- Nhu cầu về năng lượng: người bệnh đái tháo đường cũng có nhu cầu năng lượng giống như người bình thường, cũng tăng hay giảm thay đổi tùy theo:
 - + Tuổi: tuổi đang lớn cần nhiều năng lượng hơn người lớn tuổi.
 - + Theo loại công việc nặng hay nhẹ.
 - + Theo thể trạng: mập hay gầy.

Mức lao động	Nam	Nữ
Tĩnh tại	30Kcalo/kg	25Kcalo/kg
Vừa	35Kcalo/kg	30Kcalo/kg
nặng	45Kcalo/kg	35Kcalo/kg
Khi cần tăng thể trọng: cho thêm 300 - 500Kcal/ngày Khi cần giảm thể trọng: trừ đi 500Kcal/ngày		

– Tỷ lệ các loại thức ăn:

- + Glucid 45 - 50%.
- + Protid 15 - 20%.
- + Lipid 35%.

Trong các sách về dinh dưỡng và điều trị, và các sách chuyên khoa đái tháo đường người ta lập ra các thực đơn với các mức năng lượng khác nhau (tham khảo thêm) tránh sự nhầm lẫn dành cho bệnh nhân khó tuân thủ chế độ ăn kiêng, làm sao đừng vượt quá quỹ thức ăn cho phép, đặc biệt là quỹ glucid. Người ta cũng chia thức ăn thành từng loại có hàm lượng glucid khác nhau:

- + 5% glucid (gồm đa số các loại rau xanh).
- + ≤ 10% glucid.
- + + 20% glucid.

Người bệnh đái tháo đường có thể ăn:

- + Không hạn chế các loại thức ăn có ≤ 5% glucid.
- + Hạn chế đối với các loại ≤ 10% - 20% glucid.
- + Kiêng hay hạn chế tuyệt đối các loại đường hấp thu nhanh (mứt, kẹo, bánh ngọt, nước ngọt, trái cây khô).
- + Cần đảm bảo vitamin, các yếu tố vi lượng (sắt, iod...) và sợi xơ... các loại này thường có nhiều trong rau tươi, vỏ trái cây, gạo không giã kỹ... có tác dụng chống táo bón; giảm tăng đường huyết, cholesterol, triglycerid sau bữa ăn.
- + Các chất tạo vị ngọt: để đảm bảo không dẫn tới hiện tượng chán ăn ở người già có thể dùng các chất tạo vị ngọt. Các chất này thường có độ ngọt cao hơn nhiều lần so với đường thường dùng là sucrose, một số chất bị phá hủy khi đun nóng, một số chất có dư vị đắng, được dùng phổ biến hiện nay có saccharin, aspartam... Các chất này không cung cấp thêm năng lượng hoặc rất ít không đáng kể, có thể được dùng thay thế cho đường glucose.

- Thay đổi chế độ ăn là quan trọng với tất cả mọi loại đái tháo đường kể cả với bệnh nhân kém dung nạp đường:
 - + Các mục tiêu của điều trị bằng chế độ ăn khác nhau tùy thuộc vào:
 - Typ tiểu đường.
 - Tình trạng béo phì.
 - Lượng mỡ bất thường trong máu.
 - Có các biến chứng của tiểu đường.
 - Đang được điều trị nội khoa.
 - Và cả theo sở thích, khả năng tài chính và yêu cầu của bệnh nhân.
 - + Các mục tiêu của calo đặt ra cần phải đạt được và giữ vững cân nặng lý tưởng, giảm calo chỉ đặt ra khi bệnh nhân quá béo.
 - + Giữ vững thành phần và thời gian ăn là quan trọng, nhất là đối với bệnh nhân dùng một chế độ insulin hoặc thuốc sulfamid hạ đường huyết cố định.
 - + Thành phần món ăn: thành phần dinh dưỡng tối ưu cho người tiểu đường không cố định. Sự quan tâm không chỉ vì thức ăn ảnh hưởng tới đường huyết mà còn làm giảm xơ vữa động mạch và các biến chứng mạn tính khác.
 - *Hydrat carbon* (55 - 60%): là chất chủ yếu cung cấp calo ăn vào. Thức ăn có lượng đường cao phải hạn chế nhưng vẫn phải có để cân bằng bữa ăn.
 - *Protein* (10 - 20%): đủ cung cấp bilan nitrogen và tăng trưởng. Đối với các bệnh nhân có biến chứng thận phải giới hạn lượng protein.
 - *Mỡ* (25 - 30%): phải hết sức hạn chế. Lượng cholesterol ăn vào phải dưới 300mg và mỡ bão hòa phải thay bằng nhiều loại mỡ không bão hòa.
 - *Thức ăn có sợi* 25g/1000Kcal có thể làm chậm sự hấp thu đường và giảm tăng đường sau khi ăn. Thức ăn có chứa sợi gồm đậu, rau, thức ăn có chứa keo, cám, có thể làm giảm đường đồng thời hạ cholesterol toàn bộ và lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL).
 - *Các chất ngọt nhân tạo* có thể dùng thay đường trong nước uống và một số thức ăn. Aspartam và saccharin giúp làm giảm lượng đường ăn vào mà vẫn giữ được ngon miệng.
 - + Cần hạn chế rượu:
 - Rượu ức chế hình thành glycogen ở gan và có thể làm hạ đường huyết ở bệnh nhân dùng insulin hoặc thuốc hạ đường huyết.

- Rượu làm tăng triglycerid cấp và mạn, làm rối loạn chuyển hóa chất sulfamid.
 - Rượu có chứa đường cũng có thể gây tăng đường huyết.
 - Rượu làm thương tổn hệ thần kinh nặng hơn.
- Y học cổ truyền cũng rất chú ý đến vấn đề tiết chế trong điều trị tiêu khát:
- Hạn chế các chất cao lương mỹ vị; giảm ăn các chất cay, béo, ngọt. Nên ăn nhiều chất hoa quả rau xanh, giá đậu, bí, ngô, nên uống nước trà xanh hàng ngày.
 - Giảm mỡ để tránh nề trệ, hại tỳ vị, không có lợi cho người bệnh.
 - Tuyệt đối kiêng rượu và thuốc lá, vì rượu tính ôn vị cay phát tán vào cơ thể làm hao thêm tân dịch vốn đã có trên bệnh nhân, do đó làm tăng bệnh và dễ gây biến chứng.

5.2.3. Rèn luyện cơ thể hay phương pháp tập luyện cho người bệnh đái tháo đường

Khi dùng phương pháp này cần chú ý vì nó vừa có lợi lại vừa có hại.

- Ở người bình thường: việc sử dụng đường tăng lên khi cơ bắp hoạt động, đường sẽ được cung cấp do được điều hòa sản xuất đường ở gan. Cân bằng này được insuline điều chỉnh.
- Ở người đái tháo đường: khi tập luyện đường huyết tăng lên rõ rệt và tình trạng nhiễm ceton có thể xảy ra khi bệnh tiểu đường không được kiểm soát tốt, hoặc sự hạ đường huyết có thể nặng do lượng insulin đưa vào nhiều hoặc insulin tiết ra do tác dụng kích thích tụy của thuốc uống hạ đường huyết. Một kế hoạch ăn cần trọng và có định mức là rất cần thiết khi bệnh nhân đang được điều trị insulin đồng thời với việc tăng hoạt động hay thử tập luyện nặng. Tập luyện nặng có thể hại cho bệnh nhân đái tháo đường; tăng nguy cơ biến chứng mạn như tim mạch, thần kinh và võng mạc. Để đề phòng cần đánh giá tình trạng tim mạch trước khi cho chế độ tập luyện và săn sóc cẩn thận khi tập luyện.

Rèn luyện cơ thể có tác dụng tốt, nhưng cần có sự phân biệt giữa đái tháo đường typ 1 và đái tháo đường typ 2, người bệnh có thể tham gia hầu như tất cả mọi hoạt động thể dục thể thao. Nhưng luyện tập phải phù hợp với tuổi tác sức khỏe và sở thích.

- + Nên tập những môn rèn luyện sự dẻo dai, dai sức như đi bộ, đi xe đạp, bơi lội... hơn là những môn đòi hỏi thể lực cao như nâng tạ...
- + Nên tập theo nhóm (duỡng sinh, thái cực quyền) để có thể động viên và kiểm tra giúp đỡ lẫn nhau.

- + Bài tập nên nhẹ nhàng lúc đầu, về sau tăng dần, tránh quá sức và nên có sự theo dõi của thầy thuốc.

Trước khi tập cần chú ý:

- + Đánh giá sự kiểm soát đường huyết.
 - + Bệnh nhân có hay không có các biến chứng của đái tháo đường.
 - + Khám tim mạch, làm điện tâm đồ gắng sức nếu cần.
 - + Khám bàn chân: đánh giá bệnh lý thần kinh, đánh giá tình trạng tuần hoàn ngoại biên nếu có.
 - + Khám mắt, nếu có viêm võng mạc tăng sinh phải đợi cho đến khi điều trị ổn định.
- Rèn luyện cơ thể đối với đái tháo đường typ 1: trường hợp này sẽ không cải thiện đáng kể mức đường huyết nhưng vẫn có tác dụng tốt như:
- + Làm giảm VLDL, LDL và tăng HDL – cholesterol.
 - + Cải thiện hoạt động tim mạch.
 - + Giảm huyết áp.
 - + Làm tinh thần sảng khoái.
- Rèn luyện cơ thể đối với đái tháo đường typ 2:

Trong đái tháo đường type 2, rèn luyện cơ thể có tác dụng điều chỉnh đường huyết thông qua cơ chế làm giảm tình trạng kháng insulin. Tác dụng tốt của rèn luyện cơ thể đối với đái tháo đường type 2 là cải thiện kiểm soát đường huyết do:

- + Làm giảm sự thừa cân.
- + Làm giảm sự kháng insulin và tác dụng tốt như đối với đái tháo đường typ 1.

Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 nếu chỉ điều trị đơn thuần bằng chế độ dinh dưỡng thì không phải lo lắng về việc hạ đường huyết xảy ra khi tập luyện, nhưng nếu điều trị bằng các sulfamid giảm đường huyết thì cũng cần chú ý tình trạng hạ đường huyết vẫn có thể xảy ra, nếu không chú ý tuân thủ các quy định dùng thuốc hay ăn uống.

- YHCT trong bệnh này khuyên người bệnh tập dưỡng sinh nhẹ nhàng, thư giãn, đi bộ vận động nhẹ nhàng mỗi ngày. Tuyệt đối giữ cơ thể không bị chấn thương xây xát ngoài da.

5.2.4. Thái độ tinh thần trong cuộc sống

Tự tạo cho mình cuộc sống thoải mái cả về thể xác lẫn tinh thần, tránh không để tức giận thái quá, căng thẳng quá làm can khí uất kết, uất trệ sinh nhiệt hóa táo thương âm sẽ sinh ra khát nhiều, hay đói; hoặc vui mừng thái

quá, thân tán sinh nhiệt thiêu đốt chân âm, lo nghĩ nhiều hại tỳ, lo sợ nhiều hại thận...

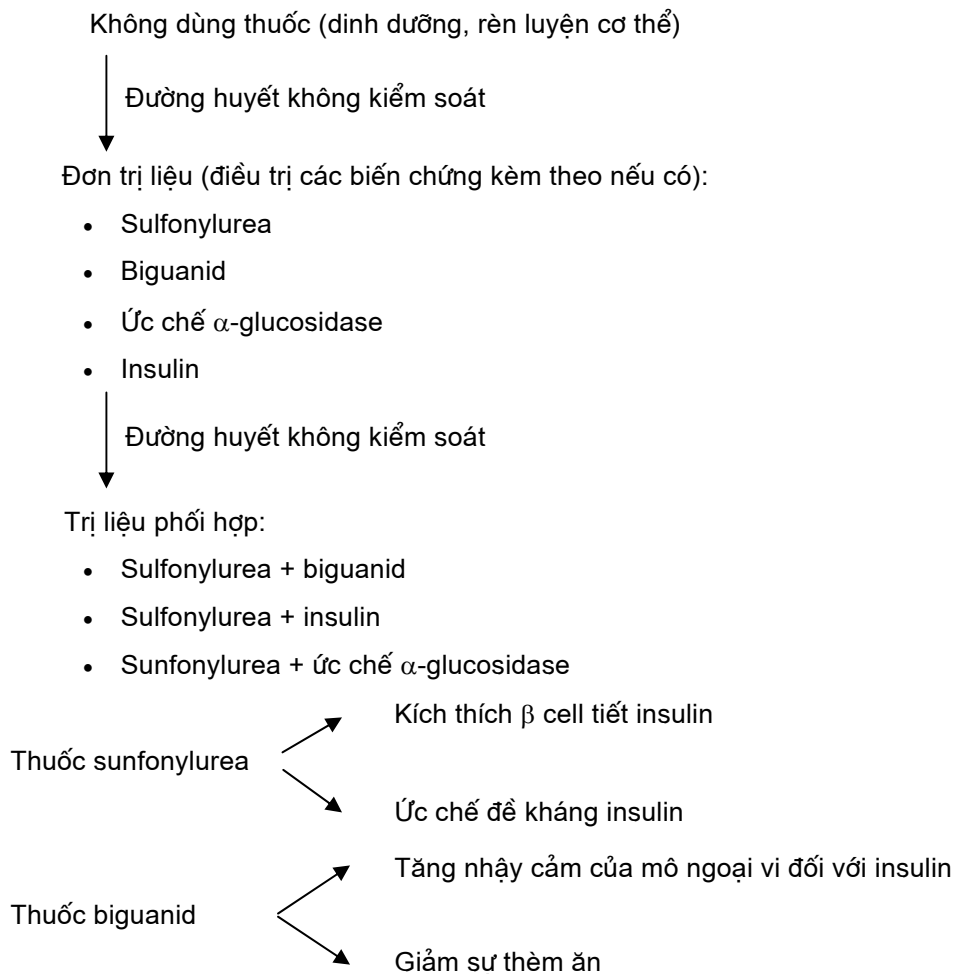
5.2.5. Điều trị dùng thuốc

Gồm điều trị bằng insulin, hoặc thuốc uống hạ đường huyết sulfonylure.

Lựa chọn thuốc phải cân nhắc cẩn thận tới tác dụng phụ có thể tổn hại tới việc điều trị bệnh và làm nặng lên các biến chứng của tiểu đường. Nhưng việc điều trị là bắt buộc khi có chỉ định chắc chắn. Phải theo dõi đường huyết nhiều lần khi thay đổi liều lượng hoặc ngừng (gián cách) bất cứ loại thuốc nào.

Dùng thuốc làm giảm đường huyết

- Đối với ĐTĐ typ 1, cần đến chuyên gia về nội tiết để được điều chỉnh đường huyết bằng insulin và các chế độ theo dõi nghiêm ngặt trong điều trị và phòng tránh các biến chứng.
- Đối với ĐTĐ typ 2: dùng phác đồ điều trị sau:



5.3. Điều trị cụ thể

Tuỳ thuộc vào lượng đường huyết, tuỳ thuộc vào giai đoạn biểu hiện và biến chứng của bệnh mà có quyết định chọn lựa cách phối hợp thuốc.

5.3.1. Khi bệnh nhân có lượng đường huyết $\geq 6,5\text{mmol/l}$ (120mg/dl) và $\leq 7\text{mmol/l}$ (126mg\%/dl)

- Chế độ ăn: tiết chế các loại thức ăn cung cấp đường.
- Tập luyện theo thói quen và sở thích như đi bộ, bơi lội, đánh cầu, tập dưỡng sinh, thái cực quyền, khiêu vũ.
- Đề phòng các biến chứng.
- Theo dõi đường huyết thường xuyên: sau khi áp dụng các chế độ theo dõi đường huyết mỗi tuần 1 lần ít nhất 2 tuần liên tiếp (nếu ổn định sau đó mỗi tháng) để đánh giá sự ổn định của chế độ điều trị thích hợp chưa, nếu lượng đường huyết vẫn chưa trở về mức bình thường thì cần chú ý chế độ ăn nghiêm ngặt hơn trước khi nghĩ tới việc dùng thuốc dạng thức ăn như uống các loại trà dược thảo thay cho nước thường như: trà khổ qua, dưa đại, vú sữa đất, cam thảo nam ...

5.3.2. Khi bệnh nhân có đường huyết $\geq 126\text{mg/dl}$ hoặc $\geq 7\text{mmol/l}$ và $\leq 180\text{mg/dl}$ được chẩn đoán là đái tháo đường typ 2, chưa có biến chứng

- Chế độ ăn: tiết chế các loại thức ăn cung cấp đường.
- Tập luyện.
- Đề phòng các biến chứng.
- Theo dõi đường huyết thường xuyên.
- Dùng thuốc.

a. Đối với thể không có kèm chứng hoặc biến chứng

- *Phép trị*: dưỡng âm thanh nhiệt.
- *Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng*:

+ Bài thuốc 1: bài thuốc nam kinh nghiệm (gồm: khổ qua 65g, lá đa 35g).

Bài thuốc được GS Bùi Chí Hiếu cấu tạo theo kinh nghiệm của dân gian và nghiên cứu ghi nhận tác dụng hạ đường huyết cả trên thực nghiệm lẫn lâm sàng trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 chưa có biến chứng có đường huyết $\geq 120\text{mg} \leq 140\text{mg\%}$.

Bài thuốc được tiếp tục nghiên cứu ở 2 dạng thuốc là viên nén và trà, dạng trà thông dụng và phổ biến hơn được dùng như một loại thực phẩm uống hàng ngày cho người bị ĐTĐ giúp ổn định đường huyết khi đã đưa được đường về mức bình thường.

- + Bài thuốc 2: bài Tri bá địa hoàng hoàn gia vị (gồm: sinh địa 20g, tri mẫu 12g, hoài sơn 20g, hoàng bá 12g, sơn thù 10g, mạch môn 12g, đơn bì 12g, sa sâm 12g, phục linh 12g, ngũ vị tử 4g, trạch tả 12g): phương thuốc này có bổ có tả, kiêm trị tam âm, trị âm hư hỏa vượng triều nhiệt, là phương thuốc dưỡng âm thanh nhiệt mạnh mẽ.

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sinh địa	Tư âm, thanh nhiệt, bổ can thận	Quân
Hoài sơn	Sinh tân, chỉ khát	Quân
Mạch môn	Bổ phế âm, dưỡng vị, sinh tân	Thần
Sa sâm	Dưỡng vị, sinh tân	Thần
Sơn thù	Thanh tả can hỏa	Tá
Đơn bì	Tư Thận, tả hỏa	Tá
Phục linh	Thẩm thấp, hòa tỳ	Tá
Trạch tả	Thanh tả nhiệt	Tá
Tri mẫu	Thanh tả nhiệt hỏa	Tá
Hoàng bá	Thanh tả nhiệt hỏa	Tá
Ngũ vị tử	Liễm phế tư thận, sinh tân, liễm hãn	Tá

Ngoài ra, theo tài liệu Trung dược ứng dụng lâm sàng (Y học viễn Trung Sơn) do GS Trần Văn Kỳ lược dịch có nêu:

- Nước sắc *sinh địa* có tác dụng hạ đường huyết rõ trên súc vật thực nghiệm có đường huyết cao, cũng có thể làm cho đường huyết bình thường của thỏ hạ thấp.
 - Nước sắc *tri mẫu* có tác dụng kháng khuẩn mạnh trên các loại trực khuẩn thương hàn, trực khuẩn đường ruột, tụ cầu khuẩn và tác dụng hạ đường huyết trong thể phế vị táo nhiệt.
 - Nước sắc *sơn thù* có tác dụng ức chế tụ cầu vàng, trực khuẩn lỵ và hạ đường huyết trên thực nghiệm.
 - *Ngũ vị tử* trên thực nghiệm có tác dụng tăng chức năng của tế bào miễn dịch; gia tăng quá trình tổng hợp và phân giải glycogen, cải thiện sự hấp thu đường của cơ thể.
- + Bài thuốc 3: Hoàng liên hoàn (gồm: sinh địa 40g, thạch cao 12g, thổ hoàng liên 30g) có tác dụng dưỡng âm thanh nhiệt.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sinh địa	Tư âm giáng hỏa, lương huyết sinh tân, nhuận táo	Quân
Hoàng liên	Thanh tả nhiệt hỏa	Tá
Thạch cao	Thanh nhiệt lương huyết	Thần

b. Đối với thể lâm sàng biểu hiện phế âm hư rõ

– *Phép trị*: dưỡng âm, nhuận phế.

– *Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng*:

+ Bài Tri bá địa hoàng hoàn gia vị (gồm: sinh địa 20g, tri mẫu 12g, hoài sơn 20g, hoàng bá 12g, sơn thù 10g, mạch môn 12g, đơn bì 12g, sa sâm 12g, phục linh 12g, ngũ vị tử 4g, trạch tả 12g, gia thêm thạch cao 40g): chủ trị bài này là thiên về phế vị nhiệt quá làm tổn hao tân dịch.

+ Bài Thiên hoa phấn thang (gồm: thiên hoa phấn 20g, sinh địa 16g, mạch môn 16g, cam thảo 6g, ngũ vị tử 8g, gạo nếp 16g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thiên hoa phấn	Sinh tân dịch, hạ hỏa, nhuận táo	Quân
Sinh địa	Tư âm giáng hỏa, lương huyết, sinh tân, nhuận táo	Quân
Mạch môn	Bổ phế âm, sinh tân	Thần
Cam thảo	Giải độc trường vị, điều hòa các vị thuốc	Sứ
Ngũ vị tử	Liếm phế, tư thận, sinh tân, liếm hãn	Tá
Gạo nếp sao	Dưỡng vị, trợ tỳ	Tá

+ Bài Bạch hổ gia nhân sâm thang (gồm: thạch cao 30g, tri mẫu 12g, ngạnh mễ 8g, cam thảo 6g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thạch cao	Thanh nhiệt ở phần khí của dương minh	Quân
Tri mẫu	Giúp thạch cao tư âm thanh nhiệt ở phế vị	Thần
Ngạnh mễ	Ích vị, bảo vệ tân dịch	Tá
Cam thảo	Giải độc trường vị, điều hòa các vị thuốc	Tá, sứ

c. Đối với thể lâm sàng thiên về vị âm hư rõ

– *Phép trị*: dưỡng vị, sinh tân.

– *Những bài thuốc:*

- + Bài Tri bá địa hoàng hoàn gia vị (gồm: sinh địa 20g, tri mẫu 12g, hoài sơn 20g, hoàng bá 12g, sơn thù 10g, mạch môn 12g, đơn bì 12g, sa sâm 12g, phục linh 12g, ngũ vị tử 4g, trạch tả 12g)

Gia thêm hoàng liên 16g.

- + Bài Tăng dịch thang gia giảm (gồm: huyền sâm 20g, sinh địa 20g, mạch môn 16g, thiên hoa phấn 16g, hoàng liên 16g, đại hoàng 8g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Huyền sâm	Mặn, hơi đắng, hàn; vào phế, vị, thận: thanh nhiệt, lương huyết, tả hỏa, giải độc, sinh tân dịch, tán kết	Quân
Sinh địa	Ngọt, đắng, hàn; vào tâm, can, tiểu trường, thận: thanh nhiệt, lương huyết, dưỡng âm, sinh tân	Thần
Mạch môn	Ngọt, hơi đắng, hơi lạnh; vào phế, vị: nhuận phế, sinh tân, lợi niệu	Thần
Thiên hoa phấn	Ngọt, chua, hàn; vào phế, vị, đại trường: sinh tân chỉ khát, giáng hỏa, nhuận táo, bài nung, tiêu thũng	Thần, Tá
Hoàng liên	Đắng, hàn; vào tâm, can đởm, đại trường, vị: thanh nhiệt, táo thấp, thanh tâm	Tá
Đại hoàng		

d. Đối với thể lâm sàng thiên về thận âm hư, thận dương hư

- *Phép trị:* tư âm, bổ thận, sinh tân dịch (cho thận âm hư); ôn bổ thận, sáp niệu (cho thận dương hư).

– *Những bài thuốc:*

- + Bài Tri bá địa hoàng thang gia giảm (gồm: sinh địa (hoặc thực địa) 20g, kỷ tử 12g, hoài sơn 20g, sa sâm 8g, sơn thù 8g, thạch斛 12g, đơn bì 12g, thiên hoa phấn 8g).

- + Bài Bát vị quế phụ gia giảm (gồm: thực địa 20g, tang phiêu tiêu 12g, hoài sơn 20g, kim anh tử 12g, đơn bì 12g, khiếm thực 8g, trạch tả 12g, sơn thù 8g).

e. Đối với thể đờm thấp

- *Phép trị:* hóa đàm, giáng trọc.

– *Bài thuốc:*

- + Bài Bán hạ bạch truật thiên ma thang (gồm: bán hạ 10g, trần bì 6g, bạch truật 20g, phục linh 6g, thiên ma 6g, cam thảo 4g).

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Bán hạ	Tiêu đàm thấp, giáng khí nghịch	Quân
Bạch truật	Kiện tỳ, táo thấp	Thần
Phục linh	Kiện tỳ, lý khí, trừ thấp	Thần
Trần bì	Kiện tỳ, lý khí, táo thấp, hóa đàm	Thần
Thiên ma	Hóa đàm tức phong	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

f. Đối với thể có kèm chứng (hoặc biến chứng)

Dùng các chế độ ăn và tập luyện như đối với thể không có kèm chứng.

– Hồi hộp mất ngủ do âm hư, tân dịch tổn thương:

+ Phép trị: ích khí, dưỡng huyết, tư âm thanh nhiệt.

+ Bài thuốc:

Bài Thiên vương bổ tâm đơn (gồm: sinh địa 30g, ngũ vị tử 6g, nhân sâm 6g, đương quy 15g, huyền sâm 6g, thiên môn 15g, đơn sâm 6g, mạch môn 15g, phục thần 6g, bá tử nhân 15g, viễn chí 6g, táo nhân 12g, cát cánh 6g, chu sa 6g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sinh địa	Ngọt, đắng, hàn: dưỡng âm, dưỡng huyết	Quân
Huyền sâm	Đắng, mặn, hơi lạnh: thanh nhiệt, dưỡng huyết, giải độc, giáng hỏa	Quân
Đan sâm	Đắng, lạnh: hoạt huyết, khử ứ	Thần
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hành huyết	Thần
Đảng sâm	Ngọt, bình: bổ dưỡng tỳ vị	Thần
Phục linh	Ngọt, bình: bổ tỳ thổ, định tâm, lợi thủy	Thần
Bá tử nhân	Ngọt, bình: bổ huyết, kiện tỳ, an thần	Thần
Viễn chí	Đắng, ấm: bổ tâm thận, an thần	Thần
Thiên môn	Ngọt, lạnh: thanh tâm nhiệt, giáng phế hỏa	Tá
Mạch môn	Ngọt, đắng, lạnh: nhuận phế, sinh tân dịch	Tá
Ngũ vị tử	Mặn, chua, ấm: liễm hãn, cố tinh	Tá
Toan táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm an thần, sinh tân dịch	Tá
Cát cánh	Đắng, cay, ấm: điều hòa các vị thuốc	Sứ
Chu sa	Ngọt, lạnh: an thần, trấn kinh, dẫn thuốc vào tâm	Sứ

– Chứng đầu vàng:

+ Phép trị: bình can tiềm dương (âm hư, dương xung); hóa đờm, giáng nghịch (đờm trọc).

+ Những bài thuốc:

Bài Thiên ma câu đằng ẩm (gồm: thiên ma 9g, thạch quyết minh 18g, câu đằng 12g, tang ký sinh 12g, hoàng cầm 9g, sơn chi 9g, ngư tấ 12g, ích mẫu 9g, đỗ trọng 12g, phục thần 9g): dùng trong trường hợp bình can, tiềm dương.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thiên ma	Ngọt, cay, hơi đắng, bình: thăng thanh, giáng trọc, tán phong, giải độc	Quân
Câu đằng	Ngọt, hàn: thanh nhiệt, bình can, trấn kinh	Quân
Hoàng cầm	Đắng, hàn: tả phế hỏa, thanh thấp nhiệt	Thần
Chi tử	Đắng, hàn: thanh nhiệt tả hỏa, lợi tiểu, cầm máu	Thần
Tang ký sinh	Đắng, bình: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Hà thủ ô	Bổ huyết thêm tinh	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Tá
Ích mẫu	Cay, đắng, hàn: thông huyết, điều kinh	Tá
Thạch quyết minh	Trị sốt cao, ăn không tiêu: thanh nhiệt	Tá
Ngư tấ	Chua, đắng, bình: bổ can thận, tính đi xuống	Thần, tá, sứ

– Chứng nhọt, loét lở thường hay tái phát, khó khỏi, răng lợi sưng đau:

+ Phép trị: thanh nhiệt giải độc.

+ Những bài thuốc:

Bài Ngũ vị tiêu độc ẩm (gồm: kim ngân 20g, huyền sâm 15g, cúc hoa 20g, hạ khô thảo 15g, bồ công anh 15g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Kim ngân hoa	Thanh nhiệt, giải độc	Quân
Huyền sâm	Tư âm, giáng hỏa, lương huyết, giải độc	Thần
Cúc hoa	Thanh nhiệt, giải độc, tán phong	Tá
Hạ khô thảo	Thanh can hỏa, tán uất kết	Tá
Bồ công anh	Giải độc, tiêu viêm, thanh nhiệt	Tá

- Chân tay tê dại, mệt mỏi, cơ teo, đầu chân tay tê dại đi không vững:
- + Phép trị: dưỡng âm, thanh nhiệt, bổ huyết, thông lạc.

+ Bài thuốc Tứ vật ngũ đằng thang:

Sinh địa	20g	Đương quy	10g
Bạch thược	12g	Xuyên khung	10g
Kê huyết đằng	12g	Lạc thạch đằng	10g
Nhãn đông đằng	10g	Câu đằng	10g

- Khớp xương đau nhức, bắp thịt mỏi rũ, tê bì:
- + Phép trị: thanh nhiệt, sinh tân, thông lạc, hoà dinh.
- + Bài thuốc: Bạch hổ nhân sâm gia quế chi.

Ngoài ra, đối với loại đái tháo đường có đường huyết cao trong máu, có hiện diện đường trong nước tiểu và nhiều biến chứng nên kết hợp với các chuyên gia nội tiết học theo dõi và điều trị cho bệnh nhân.

5.3.3. Điều trị bằng châm cứu

Thận trọng khi sử dụng châm cứu trên bệnh nhân đái tháo đường, cần vô trùng đúng cách trước và sau châm, hạn chế cứu.

- Thể châm: có thể chọn các huyết sau:
 - + Khát nhiều: phế du, thiếu thương.
 - + Ăn nhiều: tỳ du, vị du, túc tam lý.
 - + Tiểu nhiều: thận du, quan nguyên, phục lưu, thủy tuyền.
- Nhĩ châm:
 - + Uống nhiều: nội tiết, phế, vị.
 - + Ăn nhiều: nội tiết, vị.
 - + Tiểu nhiều: nội tiết, thận, bàng quang.

Châm cách nhật hoặc hàng ngày, lưu kinh 15 - 30'; hoặc dùng kim nhĩ hoàn gài kim 3 ngày, đổi bên.

- Mai hoa châm: gỡ dọc bàng quang kinh 2 bên cột sống từ phế du đến bàng quang du, kích thích vừa, mỗi lần 5 - 10', gỡ cách nhật hoặc hàng ngày.

5.3.4. Kinh nghiệm dân gian đơn giản trị tiểu đường

Bài thuốc kinh nghiệm: khổ qua 55g, ô rô 25g, lá đa 20g.

Công thức trên đã được nghiên cứu từ thực nghiệm đến lâm sàng, với liều lượng trên có thể dùng mỗi ngày cho bệnh nhân đái tháo đường có kèm theo biến chứng nhiễm trùng tiểu, viêm họng mạn.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận bài thuốc có tác dụng hạ đường huyết đối với bệnh nhân có đường huyết lúc đói > 120mg% nhưng dưới < 190mg% sau 4 tuần dùng thuốc. Ngoài ra đối với bệnh nhân có lượng đường cao hơn có thể phối hợp với các thuốc hạ đường huyết của Tây y, khi đường huyết đã ổn định tiếp tục dùng, không ghi nhận tác dụng gây hạ đường huyết.

Những kinh nghiệm dân gian khác:

- Bí đao: 100g nấu sôi, giã nát vắt nước uống thường xuyên hàng ngày.
- Rau cần tây: 100g nấu sôi, giã nát vắt nước uống ngày 2 lần.
- Rau đắng đất ăn cơm hàng ngày.
- Củ cải 5 củ, gạo tẻ 150g; củ cải nấu chín vắt lấy nước cho gạo vào nấu ăn thường xuyên.
- Trái khổ qua 250g, thịt 100g: nấu canh ăn.
- Tụy heo 250g, hoài sơn 120g, thiên hoa phấn 120g: tụy heo giã nát trộn với bột thuốc.
- Vỏ trắng rễ dâu, gạo nếp rang phồng, mỗi thứ 50g, sắc uống hàng ngày.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1 : chọn câu đúng

1. Nguyên nhân nào sau đây sinh ĐTĐ theo YHCT
 - A. Do ăn nhiều chất béo, ngọt... tích nhiệt hóa hỏa thiêu đốt chân âm
 - B. Do thần chí thất điều, ngũ chí cực uất hóa hỏa thiêu đốt phần âm của ngũ tạng
 - C. Do tiên thiên bất túc hoặc thiên quý suy, âm tinh hao tổn
 - D. Do hoả nhiệt lưu tích lại, cơ thể sẵn có âm hư
 - E. Cả 4 câu trên đều đúng
2. Hoả nhiệt lưu tích lâu ngày, nếu gặp cơ thể có thiên quý suy dễ sinh ĐTĐ thể
 - A. Phế- đại trường thuộc thượng tiêu
 - B. Tỳ-vị thuộc trung tiêu
 - C. Thận thuộc hạ tiêu
 - D. Thận âm hư

- E. Có thể cả 3 thể phế, tỳ, thận
3. Triệu chứng đặc trưng của ĐTD thể vị âm hư là
- Khát nhiều, uống bao nhiêu vẫn không đã khát
 - Khát nhiều và đi tiểu nhiều
 - Thèm ăn, ăn nhiều mà vẫn gây khô
 - Ăn nhiều, uống nhiều và khát nhiều
 - Ăn nhiều, uống nhiều, khó tiêu
4. Vị thuốc ngũ vị tử trong bài Tri bá địa hoàng hoàn gia vị (gồm sinh địa, hoài sơn, sơn thù, đơn bì, phục linh, trạch tả, ngũ vị tử, tri mẫu, hoàng bá, mạch môn, sa sâm) có tác dụng
- Liễm phế, tư thận: vai trò thần
 - Liễm phế, sinh tân: vai trò thần
 - Liễm hãn, sinh tân: vai trò tá
 - Liễm phế, tư thận, sinh tân liễm hãn: vai trò thần
 - Liễm phế, tư thận, sinh tân, liễm hãn: vai trò tá
5. Vị thuốc huyền sâm trong bài thuốc Ngũ vị tiêu độc ẩm (gồm kim ngân, cúc hoa, huyền sâm, hạ khô thảo, bồ công anh) có vai trò và tác dụng
- Thanh nhiệt, lương huyết, giải độc: vai trò quân
 - Thanh nhiệt, lương huyết, giải độc: vai trò thần
 - Tư âm, giáng hoả, lương huyết, giải độc: vai trò thần
 - Tư âm, giáng hoả, lương huyết, giải độc: vai trò quân
 - Tư âm, giáng hoả, lương huyết, giải độc: vai trò tá
6. Vị thuốc huyền sâm trong bài Tăng dịch thang (gồm: sinh địa, huyền sâm, mạch môn, thiên hoa phấn, hoàng liên, đại hoàng), điều trị tiêu khát thể vị âm hư có tác dụng và vai trò
- Thanh nhiệt, lương huyết, sinh tân, chỉ khát: vai trò quân
 - Tư âm, nhuận huyết, sinh tân: vai trò quân
 - Tư âm, nhuận huyết, sinh tân: vai trò thần
 - Tư âm, thanh nhiệt, nhuận táo: vai trò tá
 - Nhuận hạ, sinh tân, chỉ khát: vai trò thần
7. Bài thuốc thiên vương bổ tâm đơn (gồm: sinh địa, nhân sâm, huyền sâm, đơn sâm, phục thần, viễn chí, cát cánh, ngũ vị tử, đương quy, mạch môn, bá tử nhân, táo nhân, chu sa) có chỉ định điều trị ĐTD thể

- A. Phế âm hư
 - B. Vị âm hư
 - C. Thận âm hư
 - D. Có kèm chứng hồi hộp mất ngủ
 - E. Có kèm chứng đầu choáng mắt hoa
8. Huyết thiếu thương thường được chọn điều trị ĐTD thể có triệu chứng nào sau đây trội hơn
- A. Phế âm hư với khát nhiều
 - B. Vị âm hư với thèm ăn nhiều
 - C. Thận âm hư với tiểu nhiều
 - D. Vị âm hư có kèm chứng khát
 - E. Thận âm hư có kèm chứng khát
9. Bài thuốc dưỡng âm thanh nhiệt (gồm: sinh địa, thạch cao, thổ hoàng liên) vị thổ hoàng liên có tác dụng
- A. Tư âm, giáng hỏa: vai trò tá
 - B. Thanh nhiệt, lương huyết: vai trò tá
 - C. Thanh nhiệt, tả hỏa: vai trò tá
 - D. Thanh tả nhiệt, triệt độc: vai trò tá
 - E. Thanh tả nhiệt hỏa: vai trò thân
10. Bài thuốc ngũ vị tiêu độc ẩm (gồm: kim ngân, cúc hoa, bồ công anh, huyền sâm, hạ khô thảo) chỉ định điều trị ĐTD có kèm chứng
- A. Táo, khô khát, tiểu ít đỏ sẫm
 - B. Dễ đầy bụng, buồn nôn, táo bón ra máu
 - C. Âm hư tiêu bón sinh lở loét, lưỡi đỏ, rêu vàng
 - D. Lở loét hay tái phát, răng lợi sưng đau, lưỡi đỏ
 - E. Có thể chỉ định cả 4 trường hợp trên

BỆNH BÉO PHÌ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học và các phương pháp đánh giá béo phì.*
2. *Trình bày được nguyên nhân, bệnh sinh và phân tích được sinh bệnh học của béo phì theo YHHĐ.*
3. *Trình bày được chẩn đoán béo phì cùng các nguy cơ và biến chứng của nó.*
4. *Nêu được các nguyên tắc và các phương pháp phối hợp trong điều trị béo phì.*
5. *Trình bày được ứng dụng điều trị 4 thể lâm sàng béo phì theo YHCT.*
6. *Phân tích được các bài thuốc áp dụng điều trị béo phì.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Béo phì là tình trạng dư thừa khối mỡ, là một hội chứng đặc trưng bởi sự tăng tuyệt đối của khối mỡ, hay nói cách khác là một sự lạm phát của dự trữ năng lượng, chủ yếu là triglycerid dưới dạng mô mỡ.

Béo phì là một tình trạng bệnh lý đa yếu tố.

Có sự liên quan chặt chẽ giữa béo phì và tình trạng dinh dưỡng quá mức mà không hợp lý. Các công trình nghiên cứu ngày càng chứng minh rằng béo phì là một yếu tố làm tăng tỷ lệ bệnh tật, tăng tỷ lệ tử vong, giảm năng suất lao động.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Béo phì là một bệnh về dinh dưỡng thường gặp và có nhiều hướng gia tăng ở khắp mọi nơi trên thế giới, nhất ở các nước công nghiệp phát triển có tới $\geq 20\%$ dân số bị béo phì.

Tần suất thay đổi theo:

- Tuổi: 2% lúc 6 - 7 tuổi; 7% lúc tuổi dậy thì và cao nhất xuất hiện ở lứa tuổi 50. Tuy nhiên ngày nay người ta ghi nhận tỷ lệ ngày càng tăng ở cộng đồng trẻ em.
- Giới: thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, tần suất 25% ở giới nữ và 18% ở giới nam.
- Địa dư: có những vùng béo phì gặp nhiều hơn vùng khác, ngay trong một nước cũng vậy, như ở Pháp tỷ lệ ở miền Đông nước Pháp là 33% còn ở miền Tây chỉ có 17% và ở Paris là thấp nhất.
- Điều kiện kinh tế xã hội: béo phì có liên quan đến chế độ dinh dưỡng, phong cách sống.

1.3. Đánh giá béo phì

Khi cơ thể mập, cân nặng tăng lên tức khối mỡ cũng tăng lên. Đánh giá béo phì chủ yếu là đánh giá sự gia tăng của khối mỡ.

Cân nặng lý tưởng: là cân nặng phù hợp với lứa tuổi, giới, so với chiều cao. Cân nặng lý tưởng thay đổi tùy theo chủng tộc, địa lý và là một hằng số sinh lý chỉ phù hợp trong những điều kiện nhất định.

Các phương pháp đánh giá cân nặng:

- Các phương pháp nhân trắc học:
 - + Đo nếp da vùng cơ tam đầu bằng dụng cụ đặc biệt: nếu kết quả > 20mm ở nam và > 25mm ở nữ là có béo phì.
 - + Đo chu vi vòng eo (ngang qua rốn) chia cho chu vi vòng đùi (ngang háng chỗ đùi to nhất) tính tỷ lệ để ước lượng sự phân bố mỡ trong cơ thể. Tỷ lệ ≥ 1 đối với nam và $\geq 0,8$ đối với nữ là có béo phì.
- Công thức Lorentz được xác lập qua những công trình nhân trắc học, các thống kê nhiều năm của các hãng bảo hiểm y tế

$$\text{Cân lý tưởng} = \frac{\text{chiều cao (cm)} - 100 - \text{chiều cao (cm)} - 150}{N} \quad (N = 4 \text{ ở nam và } = 2,5 \text{ ở nữ})$$

- Chỉ số khối cơ thể (hay còn gọi là chỉ số Quetelet):

Body Mass Index (BMI): được tính bằng cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (m).

BMI bình thường ở nam là 23 - 25 (trung bình 25); nữ là 18,7 - 23,8 trung bình là 21 theo WHO.

BMI > 27 là béo phì, và BMI > 30 là béo phì bệnh lý.

Ở Việt Nam theo Viện Dinh dưỡng Hà Nội:

$$\text{BMI} = 19,72 \pm 2,81 \text{ cho nam và } = 19,75 \pm 3,41 \text{ cho nữ}$$

1.4. Quan niệm của YHCT về béo phì

Theo YHCT hình thể con người phân thành 3 loại là: phì, cao và nhục (nhân hữu phì, hữu cao, hữu nhục). Giải thích 3 loại thể tạng người nêu trên như sau:

- Quắc nhục kiên, bì mạn giả, phì.
- Quắc nhục bất kiên, bì hoãn giả, cao.
- Bì nhục bất tương ly giả, nhục.

Bệnh béo phì theo YHCT không liên quan đến thể trạng phì, cao, nhục nêu trên, mà nói đến tình trạng mập vượt quá mức bình thường thường do nguyên nhân ăn uống không cân đối (không quân bình) hoặc sau khi mắc các bệnh nội thương sinh ra.

2. NGUYÊN NHÂN, BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân

Đa số béo phì là tiên phát và có liên quan đến di truyền, năm 1995 đã tìm được gen gây béo phì (Mỹ).

2.1.1. Di truyền

- Khoảng 69% người béo phì có cha hoặc mẹ béo phì; 18% cả cha và mẹ đều béo phì; chỉ có 7% là béo phì mà cha mẹ có cân nặng bình thường.
- Phân định giữa vai trò của di truyền và vai trò của dinh dưỡng thật sự còn chưa rõ.

2.1.2. Nội tiết

- Tổn thương vùng hạ đồi gây ăn nhiều: vùng hạ đồi có vai trò điều hòa ăn uống, vai trò của “nút leptine - neuropeptide Y” (NPY)

NPY là một neuropeptid từ vùng hạ đồi, là chất kích thích ăn mạnh nhất.

Sự tiết chất này được điều hòa một phần bởi leptin ức chế sự tiết NPY.

Leptin là một hormon do mô mỡ tiết ra, thông tin cho vùng hạ đồi về mức độ khối mỡ, do đó nó là một chỉ điểm.

Trong một số trường hợp ngoại lệ béo phì gia đình, người ta cũng đã ghi nhận đột biến gen leptin và thụ thể của nó.

- Suy sinh dục giảm gonadotropin hormon gây hội chứng mập phì - sinh dục (Babinski - Froehlich).
- Suy giáp.
- Cường vỏ thượng thận (Cushing).

- U tụy tiết insulin, thường là u lành, mập là do insulin làm hạ đường huyết đói phải ăn nhiều.

2.1.3. Do các bệnh hiếm gặp

- Hội chứng Laurence - Moon - Biedl - Bardet.
- Hội chứng Prader - Willi.

2.2. Sinh bệnh học của béo phì

Béo phì chỉ xảy ra khi có sự mất quân bình giữa cung cấp thức ăn và tiêu tốn năng lượng, khi sự cung cấp năng lượng vượt trội hơn sự tiêu hao năng lượng làm cho cân cân thu - chi năng lượng luôn mất cân đối theo chiều hướng tích tụ lại và ứ đọng. Hay nói một cách khác hơn là sự mất cân đối trong cách ăn uống và sự chậm trễ trong chuyển hóa năng lượng.

2.2.1. Mất cân đối trong cách ăn uống

- Ăn quá mức cần thiết và thức ăn ít thay đổi, quá nhiều chất béo, ít thức ăn loại sinh nhiệt nhanh (protid).
- Nguyên nhân của sự mất cân đối này có thể do một rối loạn tại hạ đồi: trung tâm chỉ huy cảm giác đói - no, một sự giảm tiết serotonin mà hậu quả là làm mất cảm giác no.

2.2.2. Chậm trễ trong chuyển hóa năng lượng

Nguyên nhân chủ yếu là *ít hoạt động thể lực*.

Tuy nhiên 2 yếu tố nói trên biểu hiện với nhiều mức độ khác nhau:

- Đầy đủ như trường hợp người ăn nhiều và chuyển hóa giảm.
- Không đầy đủ là trường hợp người ăn ít, nhưng chuyển hóa lại chậm trễ nhiều.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Chẩn đoán xác định

- Béo phì được xác định khi BMI > 27.
- Béo phì được xác định khi cân nặng > 20% cân nặng lý tưởng lý thuyết (công thức Lorentz).
- Nhằm nhận diện được sự phát triển ảnh hưởng của béo phì đối với:
 - + Cơ, xương, khớp: loãng xương, biến dạng xương khớp, thoái hóa khớp.

- + Tim mạch: tăng HA, viêm tắc động mạch chi dưới.
- + Hô hấp: suy hô hấp, viêm phế quản mạn, hội chứng Pickwick.
- Đánh giá béo phì:
 - + Đánh giá béo phì qua chỉ số BMI như sau:

	BMI	Lâm sàng
Độ I	25-30	Thừa cân
Độ II	31-35	Béo phì nhẹ
Độ III	36-40	Béo phì vừa
Độ IV	> 40	Béo phì nặng

- + Xác định kiểu béo phì:
 - Kiểu nam: mô mỡ tập trung ở nửa trên cơ thể: cổ, vai, tay, bụng.
 - Kiểu nữ: mô mỡ tập trung ở phần dưới cơ thể: eo, hông, đùi.
- Cận lâm sàng: thực hiện nhằm mục đích chẩn đoán các nguy cơ trên bệnh nhân béo phì. Các xét nghiệm thường quy bao gồm:
 - + Cholesterol máu (toàn phần, HDL, LDL), triglycerid máu.
 - + Chức năng gan.
 - + Chức năng thận.
 - + Đường huyết, acid uric, phosphokinase.
 Nghiệm pháp tăng đường huyết nếu có nghi ngờ

3.1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Phù:
 - + Do suy tim, do hội chứng thận hư, do xơ gan... căn cứ vào bệnh cảnh lâm sàng.
 - + Phù chu kỳ không rõ nguyên nhân: có liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, yếu tố tâm lý và thay đổi số cân trong ngày.
- Hội chứng Cushing:
 - + Lớp mỡ khu trú ở mặt - cổ - thân chứ không đồng đều.
 - + Lượng cortisol máu buổi sáng (8 giờ) thường cao do cường thượng thận chức năng ức chế được bằng nghiệm pháp Nugent, chu kỳ tiết cortisol trong ngày vẫn bình thường tức không tăng vào buổi chiều.
 - + U mỡ: không tăng cân, khối mỡ khu trú, biến dạng (phải phẫu thuật).

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

3.2.1. Béo phì thể đàm thấp nhiệt

- Thể trạng mập, chân tay nặng nề.
- Ngực bụng đầy khó chịu.
- Ợ hơi, nuốt chua.
- Chóng mặt, nặng đầu.
- Tiểu ít, màu vàng sậm; ăn mau đói, miệng khát, thích uống mát.
- Chất lưỡi đỏ, rêu vàng dày.

3.2.2. Thể can vượng, tỳ suy

- Thể trạng mập bệu, bụng to trướng đầy, ngực nặng.
- Tiểu tiện rất ít.
- Đại tiện không dễ chịu.
- Chóng mặt.

3.2.3. Thể vị nhiệt, trường táo

- Thể trạng béo mập.
- Ăn nhiều mau đói.
- Khát nước hay uống.
- Chóng mặt, mắt đỏ.
- Đại tiện táo kết.

3.2.4. Thể can thận âm hư

- Thể trạng béo mập.
- Chân tay thũng trướng, yếu sức.
- Chóng mặt hoa mắt.
- Ồ tai, lưng mỏi.
- Chất lưỡi ứ tối.
- Mạch huyền hoạt.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Tăng nguy cơ tử vong

- Do các biến chứng chuyển hóa: đái tháo đường, tăng lipid máu.

- Do bệnh thường diễn tiến nặng trên người béo phì như:
 - + Trong ngoại khoa: nguy cơ khi gây mê, hậu phẫu (viêm tĩnh mạch, bội nhiễm).
 - + Trong nội khoa: nhiễm khuẩn nặng.
 - + Trong sản khoa: sinh khó.

4.2. Biến chứng chuyển hóa

- Chuyển hóa glucid: có tình trạng kháng insulin, tăng tiết insulin phát hiện qua test dung nạp glucose bị rối loạn, dễ dẫn đến bệnh đái tháo đường.
- Chuyển hóa lipid: triglycerid máu thường tăng trong béo phì, tăng VLDL. Sự tăng lipoprotein có liên quan đến rối loạn chuyển hóa glucid nói trên làm cho gan sản xuất nhiều VLDL hơn. Cholesterol máu ít khi ảnh hưởng trực tiếp bởi béo phì, nhưng nếu có tăng cholesterol trước thì dễ làm tăng LDL, HDL thường giảm khi triglycerid tăng.
- Chuyển hóa acid uric: acid uric máu thường tăng có lẽ có liên quan đến tăng triglycerid máu. Tăng acid uric máu nặng thêm khi ăn kiêng, cần chú ý đến tăng acid uric đột ngột khi điều trị làm giảm cân, có thể gây cơn Goutte cấp tính do thoái giáng protid.

4.3. Biến chứng tim mạch

Bản thân béo phì là một nguy cơ cho các bệnh tim mạch:

- Cao huyết áp: có sự liên quan chặt chẽ giữa béo phì và tăng HA, tần suất cao HA tăng trong béo phì bất kể là phái nam hay nữ. HA giảm khi làm giảm cân.
- Suy mạch vành (đau thắt ngực, đột tử, nhồi máu cơ tim): thường gặp ngay cả khi không cộng thêm các yếu tố nguy cơ khác (đái tháo đường, tăng lipoprotein máu, cao HA).
- Suy tĩnh mạch: do cơ học, nhất là ở nữ, dễ đưa đến rối loạn dinh dưỡng chi dưới (loét các giãn tĩnh mạch).
- Các biến chứng tim mạch khác: suy tim trái thứ phát do béo phì hoặc do tăng HA và suy mạch vành; suy tim phải trong trường hợp có suy hô hấp (khó thở gắng sức rất thường gặp), tai biến mạch máu não, xơ vữa động mạch.

4.4. Biến chứng phổi

- Giảm chức năng hô hấp do nguyên nhân cơ giới (di động kém của lồng ngực), giảm thông khí phế nang tối đa gây ra giảm oxy mô và tăng CO₂ mạn tính.

- Trường hợp nặng gây hội chứng Pickwick (hội chứng khó thở khi ngủ): ngủ gà ngủ gật ban ngày, nhức đầu buổi sáng, tăng hồng cầu, tăng CO₂ trong máu, thường gặp trong các trường hợp béo phì nặng, có một cân nặng giới hạn mà dưới mức đó hội chứng này mất đi và tái xuất hiện khi cân tăng trên ngưỡng đó.

4.5. Biến chứng xương khớp

- Ở các khớp chịu lực cao như đầu gối, khớp háng, cột sống thắt lưng dễ bị thoái hóa.
- Thường tăng tỷ lệ hoại tử do thiếu máu đầu xương đùi tăng lên.
- Thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau lưng, đau thần kinh tọa.
- Loãng xương.

4.6. Biến chứng nội tiết

- Đái tháo đường không phụ thuộc insulin (do tăng insulin thứ phát do nhiều nguyên nhân: do tác dụng của β - endorphin, hoặc do giảm số lượng và chất lượng thụ thể insulin ngoại biên, kích thích tế bào β do ăn nhiều glucid). Đường huyết có thể giảm khi giảm cân.
- Chức năng nội tiết sinh dục: giảm khả năng sinh sản; chu kỳ kinh kéo dài không phóng noãn, rụng lông

4.7. Biến chứng khác

- Da: nhiễm trùng da ở các nếp gấp, nhất là nhiễm nấm.
- Các nguy cơ ung thư hóa: tăng tỷ lệ ung thư vú và nội mạc tử cung do chuyển dạng từ mô mỡ ở vú các androgen thành oestrogen, gây tăng oestrogen tương đối.
- Ở phụ nữ: hội chứng buồng trứng đa nang.
- Khi phẫu thuật: gây mê có nhiều nguy cơ.
- Ảnh hưởng tâm lý xã hội.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

5.1.1. Nguyên tắc chung

- Điều trị phải lâu dài, đạt được sự giảm cân, không cần nhanh và nhiều mà phải đáp ứng được với sức khỏe và nhu cầu của bệnh nhân, mục tiêu là đạt được cân nặng hợp lý.

- Cân cố định trọng lượng mong muốn, có thể khác với trọng lượng lý tưởng và tốc độ phải đạt được trọng lượng này.
- Nên phối hợp nhiều phương pháp: giảm cung cấp calo, áp dụng các bài tập thể lực, điều trị nội khoa, đôi khi cần phải điều trị bằng phẫu thuật đối với một số trường hợp đặc biệt. Các phương pháp tùy thuộc vào bản chất béo phì, các yếu tố nguy cơ phối hợp và yêu cầu.
- Khi chỉ định điều trị dùng thuốc bắt buộc phải thật thận trọng trước các bệnh nhân có béo phì đã lâu, ổn định, không biến chứng cũng không có yếu tố nguy cơ, không tiền sử gia đình về chuyển hóa.
- Chỉ định điều trị khẩn cấp khi có tăng HA, suy tim, suy hô hấp, trầm cảm hoặc khi có những xung đột cảm xúc cấp tính.
- Cần theo dõi đều đặn khi điều trị (thường là mỗi tháng) để có thể điều chỉnh điều trị.

5.2.2. Các phương pháp điều trị

a. Giảm cung cấp calo

- Giảm chế độ cung cấp ngẫu nhiên 1/4 - 1/3 nhưng không dưới 1200Kcal/ngày tại nhà, sụt cân 2 - 3kg/tháng.
- Chế độ thường ngày là: giảm glucid, giảm lipid và tăng protid.
- Cần thiết ăn đủ 3 bữa ăn mỗi ngày.
- Cung cấp vitamin là rất cần thiết.
- Chế độ uống nhiều nước.
- Chế độ ăn có 2 giai đoạn: giai đoạn một làm giảm cân, giai đoạn hai củng cố kết quả. Cần phối hợp giáo dục với việc đề nghị chế độ kiêng ăn.

Quan trọng là việc theo dõi (+++): phải theo dõi thường xuyên; sụt cân thường là chậm và dần dần, việc theo dõi cho phép hỗ trợ tâm lý bệnh nhân.

Khi đường biểu diễn thể trọng ổn định, chỉ nên đề nghị chế độ ăn kiêng ăn mới nếu nó hữu ích và khả thi.

Chế độ ăn giảm năng lượng dựa trên chỉ số BMI:

	BMI	Năng lượng cần thiết
Độ I	25 - 30	1500Kcalo/ngày
Độ II	31 - 35	1200Kcalo/ngày
Độ III	36 - 40	1000Kcalo/ngày
Độ IV	> 40	800Kcalo/ngày

Tỷ lệ glucid là $\approx 60\%$, tỷ lệ protid nên tăng trong điều kiện có thể được: 1g/kg/ngày.

Hạn chế chất béo: thịt mỡ, chất béo bão hòa, glucid hấp thụ nhanh, muối 6g/ngày (bình thường 10g) uống đủ nước 1,5 - 3 lít/ngày.

Trường hợp nếu cần phải cho 800-1000Kcal/ngày, nên cho nhập viện và phải bổ sung vitamin tan trong dầu (A,D,E,K), kali, sắt, acid amin.

b. Các bài tập thể lực

Rất hữu ích mặc dù tiêu tốn năng lượng khá thấp, làm hạn chế các biến chứng về tim mạch, khớp và nhất là duy trì sự hoạt động thể lực tạo tâm lý cân bằng.

Tuy nhiên áp dụng sẽ hạn chế do tuổi tác, hoặc do đã có các biến chứng hoặc bệnh đái tháo đường kèm theo.

c. Các phương pháp khác

Tâm lý liệu pháp rất cần thiết, không phải lúc nào cũng qua trung gian bác sĩ chuyên khoa, bản chất thực sự của nhu cầu sẽ xuất hiện trong lúc khám bệnh lặp đi lặp lại.

d. Điều trị bằng y học cổ truyền

– Béo phì thể đàm thấp, nhiệt:

Phép trị: thanh lợi đàm thấp, tĩnh tỳ hóa trọc.

Bài thuốc: bài Lâm thị khinh kiện thang (gồm: bán hạ 10g, bạch linh 15g, trần bì 3g, chích thảo 3g, ý dĩ 10g, trạch tả 10g, thần khúc 10g, sơn tra 10g, hoắc hương 10, nhân trần 6g).

Dược liệu	Tác dụng	Vai trò
Bán hạ (chế)	Giáng khí uy kích, tiêu đàm thấp	Quân
Bạch linh	Kiện tỳ, thẩm thấp, tiêu đàm trực thủy	Quân
Trần bì	Lý khí táo thấp, kiện tỳ	Thần
ý dĩ	Kiện tỳ, trừ thấp	Thần
Trạch tả	Thanh thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Thần khúc	Hành khí, kiện tỳ, tiêu thực tích	Tá
Sơn tra	Phá khí, tiêu trọc, hóa đàm nhiệt	Tá
Hoắc hương	Hành khí, tán thấp, hoá trọc	Tá
Nhân trần	Thanh lợi thấp nhiệt	Tá
Chích thảo	Ôn trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ

Phương huyết: dùng phép tả, vê kim kích thích mạnh hoặc điện châm các huyết như: túc tam lý, lương khâu, tỳ du, trung quản, vị du, thiên xu. Nhĩ châm dùng các huyết nội tiết, vị, tỳ, tụy.

– Thể can vượng tỳ suy:

Phép trị: kiện tỳ lợi thấp, bình can hóa đàm.

Bài thuốc: Thanh tiêu ẩm (gồm: phan tả diệp 12, thảo quyết minh 15g, trạch tả 15g, ý dĩ 15g, bạch linh 15g, phòng kỷ 15g, bạch truật 12, trần bì 10g)

Dược liệu	Tác dụng	Vai trò
Phan tả diệp	Thanh can tả hỏa	Quân
Thảo quyết minh	Thanh can nhuận táo	Quân
Yự dĩ nhân	Kiện tỳ, trừ thấp	Thần
Bạch linh	Kiện tỳ, thẩm thấp	Thần
Trạch tả	Thanh thấp nhiệt bàng quang	Tá
Phòng kỷ	Tán đàm thanh thấp	Tá
Bạch truật	Kiện tỳ, táo thấp	Tá
Trần bì	Hòa khí, tiêu đàm	Tá, Sứ

Phương huyết: dùng phép tả các huyết can du, cách du, tỳ du, vị du, tam âm giao, thiên khu, trung quản, quan nguyên.

Nhĩ châm dùng các huyết thần môn, nội tiết, đại tràng, vị.

– Thể trường vị táo nhiệt:

Phép trị: thanh vị thông phủ, mát huyết hòa trường.

Bài thuốc: Thanh thông ẩm (gồm: hoàng liên 10g, phan tả diệp 10g, đại hoàng 10g, sinh địa 10g, hạ khô thảo 12g, thảo quyết minh 12g)

Dược liệu	Tác dụng	Vai trò
Hoàng liên	Thanh nhiệt giải độc, tả vị nhiệt	Quân
Phan tả diệp	Thanh tả nhiệt hỏa	Quân
Đại hoàng	Thanh tả nhiệt hỏa	Quân
Sinh địa	Thanh nhiệt, lương huyết, dưỡng âm, sinh tân	Thần
Thảo quyết minh	Thanh can nhuận táo	Tá
Hạ khô thảo	Thanh nhiệt lợi thấp	Tá

Phương huyết: châm cứu các huyết trung quản, vị du, túc tam lý, phong long, lương khâu, khí hải, thiên khu.

Nhĩ châm dùng các huyết thần môn, nội tiết, vị, phế, tam tiêu.

– Thể can thận âm hư:

Phép trị: tư bổ can thận, hoạt huyết, hóa ứ, kiềm trừ thấp trọc.

Bài thuốc: Triệu thị trừ chi giáng ứ ẩm (gồm: câu kỷ tử 12g, hà thủ ô 12g, đan sâm 30g, uất kim 10, phục linh 20, thảo quyết minh 15, sơn tra 15, trạch tả 15g).

Dược liệu	Tác dụng	Vai trò
Câu kỷ tử	Bổ can thận, nhuận táo	Quân
Hà thủ ô	Bổ can thận, bổ huyết	Quân
Uất kim	Hành khí, phá ứ, giải uất	Thần
Phục linh	Kiện tỳ thẩm thấp, tiêu đàm	Tá
Thảo quyết minh	Thanh can nhuận táo	Tá
Sơn tra	Hóa ứ, tiêu trọc, hóa đàm	Tá
Trạch tả	Thanh thấp nhiệt ở bàng quang	Tá

Phương huyết: trung quản, vị du, túc tam lý, phong long, nội quan, lương khâu, khí hải, túc tam lý, tỳ du (gia giảm thiên xu, chi câu).

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Các phương pháp đánh giá béo phì: không phải

- A. Đo nếp da cơ tam đầu nếu > 20mm ở nam và > 25mm ở nữ
- B. Ước lượng sự phân bố mỡ ≥ 1 đối với nam và $\geq 0,8$ với nữ
- C. BMI > 27
- D. BMI ≥ 25
- E. BMI > 30

2. Đánh giá béo phì qua chỉ số BMI với béo phì độ II là

- A. 25-30
- B. 31-35
- C. 36-40
- D. 40-45
- E. > 45

3. Đánh giá béo phì qua chỉ số BMI với béo phì độ III là
- A. 25-30
 - B. 31-35
 - C. 36-40
 - D. 40-45
 - E. > 45
4. Biến chứng béo phì (chọn câu sai)
- A. Tăng nguy cơ trong gây mê, hậu phẫu
 - B. Sinh khó
 - C. Rối loạn lipid máu
 - D. Acid uric máu tăng
 - E. Viêm dạ dày - tá tràng
5. Trong điều trị béo phì, cần sụt cân
- A. 1-2kg/tháng
 - B. 2-3kg/tháng
 - C. 3-4kg/tháng
 - D. 4-5kg/tháng
 - E. 0,5-1kg/tháng
6. Năng lượng cần thiết cho bệnh béo phì độ I là
- A. 1700Kcal/ngày
 - B. 1500Kcal/ngày
 - C. 1200Kcal/ngày
 - D. 1000Kcal/ngày
 - E. 800Kcal/ngày

CHỨNG RỤNG TÓC (ALOPECIA)

MỤC TIÊU

1. *Mô tả các thể lâm sàng của chứng rụng tóc theo YHHD.*
2. *Trình bày được cơ chế bệnh sinh của Telogen effluvium, Androgenic và Areata alopecia.*
3. *Trình bày được cơ chế bệnh sinh của chứng rụng tóc theo YHCT.*
4. *Liệt kê được các phương pháp điều trị rụng tóc Areata alopecia.*
5. *Trình bày được cách cấu tạo bài thuốc Hậu thiên lục vị phương theo được lý cổ truyền và được lý hiện đại.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Rụng tóc được gọi là bệnh lý khi số tóc rụng trong một ngày hơn 100 sợi hoặc số tóc rụng sau khi đã gội đầu mỗi sáng hơn 20 sợi.

2. PHÂN LOẠI CÁC CHỨNG RỤNG TÓC

Nếu sự phân bố lông và tóc của cả 2 giới được quyết định bởi nồng độ của androgen tuần hoàn và số lượng của androgen receptor ở nang lông trong từng vùng cơ thể thì sự sinh trưởng của tóc lại tùy thuộc vào sự chuyển hoá trung gian của androgen.

Chứng rụng tóc (không đề cập đến hói đầu do di truyền) ngoài vấn đề thẩm mỹ, riêng nó còn biểu hiện một tình trạng sức khỏe chung hoặc một bệnh lý nào khác.

Sau đây là một số phân loại chung về chứng rụng tóc.

2.1. Rụng tóc hoá xơ (scarring alopecia)

Về mặt vi thể vùng da đầu sẽ có hiện tượng viêm, hoá sợi và mất nang lông.

Về mặt đại thể da đầu trơn láng và không còn thấy chân tóc.

Đây là những loại rụng tóc không còn khả năng hồi phục nữa. Thông thường loại rụng tóc này thường là hậu quả của một số bệnh da như: Lichen planus, Folliculitis decalvans, Cutaneus lupus hoặc Linear scleroderma và hiếm hơn là bệnh sarcoidosis di căn đến da.

2.2. Rụng tóc không hoá xơ (non scarring alopecia)

Không có hiện tượng viêm, hoá sợi và mất nang lông. Về mặt đại thể tuy thân tóc mất nhưng chân tóc vẫn còn, do đó tóc sẽ mọc trở lại sau khi đã loại trừ nguyên nhân của nó.

Sau đây là một số nguyên nhân, dấu hiệu lâm sàng và cách xử trí của chúng

2.2.1. Telogen effluvium

Có hiện tượng tóc rụng phân tán khắp da đầu, nó thường xuất hiện sau một đợt sốt cao, nhiễm trùng giải phẫu hoặc một stress tâm lý và nhất là sau sinh (do sự thay đổi hormon).

Hiện tượng này chỉ xảy ra sau những stress nói trên trong khoảng từ 6 tuần đến 4 tháng. Có thể là do các stress đã gây nên một sự thất nhịp (asynchronization) vốn là bình thường của chu trình mọc tóc trở thành đồng nhịp (synchronization) bất thường khiến cho một số lượng lớn sợi tóc đã và đang mọc (anagen) đồng loạt đi vào giai đoạn chết (telogen phase).

Trong trường hợp này thầy thuốc chỉ nên theo dõi và giải thích cho bệnh nhân đồng thời tìm kiếm những nguyên nhân khác có thể do thuốc hoặc các bệnh liên quan tới chức năng tuyến giáp.

2.2.2. Androgenic alopecia

Có hiện tượng tóc trở nên ngắn và mỏng ở vùng giữa da đầu, đồng thời mí tóc - trán thụt lùi về phía sau (rõ nhất ở phụ nữ). Cơ chế là do tăng sự nhạy cảm của tóc đối với testosterone hoặc tăng nồng độ androgen tuần hoàn ở nữ giới (bình thường là dưới 2 nanogram/ml đối với testosterone và 8000 nanogram/ml đối với dehydroepiandrosterone).

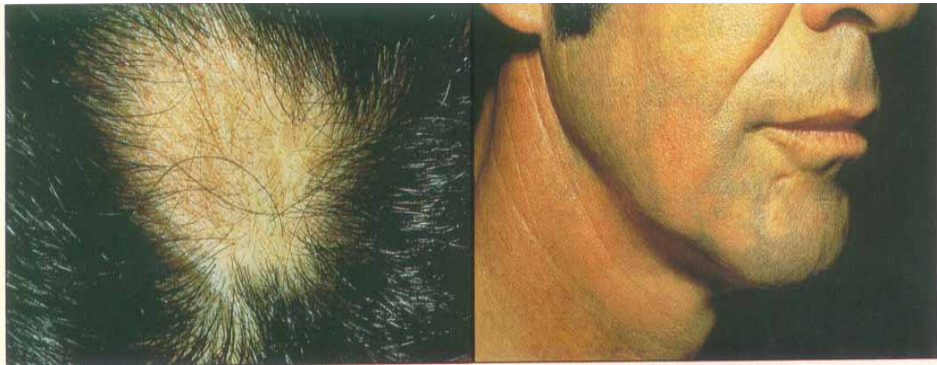
Nếu người phụ nữ có triệu chứng rụng lông, giọng trở nên trầm, âm vật phì đại thì nên nghi ngờ đến u buồng trứng hoặc thượng thận.

Về mặt xử trí, nếu không có biểu hiện của tăng androgen có thể bôi minoxidil và hoặc tretinoin, nếu không hiệu quả có thể cấy tóc.

2.2.3. Alopecia areata

Thường xảy ra ở tuổi 15 - 45, tần suất ở cả 2 giới là như nhau. Có nhiều giả thiết đề cập đến yếu tố miễn dịch như:

- Bệnh thường phối hợp với các bệnh tự miễn như bệnh tuyến giáp, bệnh bạch biến (vitiligo) và thiếu máu ác tính.
- Tìm thấy sự có mặt của kháng thể kháng tế bào thành dạ dày và kháng thể kháng tuyến giáp.
- Sự thâm nhiễm của lympho T trong nang tóc và quanh chân tóc (peribulbar).
- Về mặt lâm sàng, chứng rụng tóc có thể giới hạn ở những thể multifocal với những vòng tròn rụng tóc đường kính 2 - 5cm, đường biên rõ ràng hoặc ở thể marginal (chỉ rụng tóc sau gáy, đặc biệt là ở trẻ con); hoặc lan tràn khắp đầu (totalis); hoặc tới cả những vùng có lông hoặc râu mà trong đó 10% trường hợp cả những móng tay và chân cũng bị biến dạng như gồ lên, lõm xuống, có vết rỗ, có nếp (universalis).



Alopecia areata

Alopecia areata (universalis)

Trong trường hợp này ta có thể sử dụng:

- + Bôi các thuốc mỡ có steroid với những sang thương giới hạn và những trường hợp còn nhẹ và sớm. Liệu trình này kéo dài đến 2 tháng.
- + Tiêm vào trong sang thương các steroid đối với những sang thương nhỏ và chậm hồi phục. Phương pháp này đặc biệt có hiệu quả trong trường hợp các lông mày bị rụng.
- + Bôi thuốc dithranol dành cho những sang thương lớn, chậm hồi phục hoặc trong thể totalis. Không nên bôi trên mặt vì thuốc gây kích ứng, có thể dùng loại 0,4% nếu chỉ bôi trong khoảng 1 - 2 giờ/1 lần/ngày hoặc 0,1% nếu bôi trước khi đi ngủ và có thể tăng liều. Biện pháp này có thể kéo dài trong 3 tháng.
- + Nếu bệnh nhân không đáp ứng với dithranol, có thể bôi minoxidil từ dung dịch 2% - 5%. Biện pháp này kéo dài liên tục ít nhất là 6 tháng đến hơn 1 năm, đặc biệt là trong các trường hợp nặng. Loại uống tuy có hiệu quả nhưng thường gây hạ huyết áp và mọc lông mặt.

- + Nếu không có chống chỉ định, có thể dùng steroid loại uống trong những trường hợp nặng, nên bắt đầu với liều 40mg/ngày rồi điều chỉnh liều theo cân nặng và tuổi. Sau 6 tuần thì giảm liều và kết hợp với các phương pháp khác.

2.2.4. Tinea capitis

Do nấm da chủ yếu là trichophyton tonsurans, sang thương đặc trưng bởi những vùng đóng vảy cùng với những sợi tóc gãy đứt ngang hoặc những vùng tóc gãy xen kẽ với những vùng lông nhầy, tẩy đỏ bởi mủ hoặc chất tiết. Trong trường hợp này nên xử trí bằng cách uống griseofulvine và selenium sulfit 2,5% kết hợp với gội đầu bằng ketoconazol.



Tinea capitis

Alopecia areata

2.2.5. Tóc gãy, đứt, rụng, quăn queo

Do các dụng cụ, hoá chất làm tóc hoặc do hội chứng tâm lý hay bứt tóc, cắn móng tay (trichotillomania).

2.2.6. Do thuốc

Thường gặp là do các loại thuốc như: daunorubicin, warfarin, heparin, propyl thiouracil, carbinazol, vitamin A, isotretinoin, etretinat, lithium, beta blockers, colchichin, amphetamin, thalium.

2.2.7. Các nguyên nhân hiếm

Như bệnh Lupus đỏ (LED) với thể discoid gồm những hồng ban có vảy nếu bệnh đang tiến triển hoặc những vùng tăng giảm sắc tố da khi bệnh đã thoái triển hoặc thể lan tràn với sang thương ở trán và tóc ở đó trở nên ngắn hơn so với vùng khác.

Hoặc như giang mai thời kỳ thứ II với những vùng rụng tóc nham nhở như tằm ăn.

Ngoài ra tóc có thể thưa và mỏng do các bệnh tuyến giáp, bệnh suy chức năng tiểu thùy não (hypophyse) do aids, do thiếu protein, sắt, biotin và kẽm.

3. CHỨNG RỤNG TÓC THEO QUAN NIỆM Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo YHCT, râu thuộc chân âm và tóc là chất thừa của huyết thuộc tâm:

- Huyết ít khí nhiều thì tóc thưa và ngắn.
- Huyết kém thì tóc khô khan.
- Sau khi ốm dậy tóc rụng nhiều là do huyết suy tổn.

Ngoài ra trong ngũ lao thất thương có đề cập đến lục cực trong đó huyết cực thì tóc rụng.

Nếu ngược lại nếu tóc rụng mà da đầu ngứa là do huyết nhiệt.

Do đó việc chữa trị không ngoài bổ dưỡng tinh huyết.

4. ĐIỀU TRỊ CHỨNG RỤNG TÓC THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

4.1. Chứng rụng tóc sau khi ốm dậy hoặc sau khi sinh nở

Ngoài rụng tóc bệnh nhân còn có những dấu hiệu huyết kém, huyết hư. Do đó pháp trị ở đây sẽ là bổ âm dưỡng huyết.

Bài thuốc tiêu biểu là Hậu thiên lục vị phương (Lãn Ông - Hiệu phỏng tân phương)

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Thục địa	Ngọt, hơi ấm: bổ thận, dưỡng âm, dưỡng huyết	40g	Quân
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hoạt huyết	20g	Thần
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	12g	thần
Đan sâm	Đắng, lạnh: hoạt huyết	8g	Tá
Viễn chí	Đắng, ấm: bổ tâm, thận	4g	Tá
Táo nhân (sao đen)	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm, sinh tân	4g	Tá

Gia thêm: bá tử nhân: 20g, tang thầm: 20g.

Trong đó:

- Thục địa bổ thận âm, ích tinh, dưỡng huyết: vai trò quân.
- Đương quy dưỡng can huyết; tang thầm bổ huyết sinh tân: vai trò thần.

- Nhân sâm đại bổ chân âm; đan sâm hoạt huyết: vai trò tá.
- Táo nhân, viễn chí, bá tử nhân có tác dụng dưỡng tâm, an thần: vai trò tá sú.

Ngoài ra theo quan điểm của YHHĐ, đối với chứng rụng tóc alopecia areata có những bằng chứng của bệnh lý tự miễn. Do đó ta có thể sử dụng bài thuốc trên vì thực địa có tác dụng ức chế miễn dịch hoặc dùng bài thuốc trên kết hợp với liệu pháp corticoid vì thực địa sẽ hạn chế tác dụng feedback của việc điều trị bằng corticoid dài ngày; đồng thời, ta kết hợp với các thuốc bôi như sau:

- + Lá bí đao tươi vắt lấy nước bôi vào da đầu.
- + Lá vông nem 1 nắm tay, hạt mè 1 thăng: tất cả cho vào nước gạo vo nấu sôi 5 - 6 lần, bỏ bã, lấy nước gội mỗi ngày.
- + Lá trắc bá phôi râu, tán nhỏ trộn với dầu mè bôi mỗi ngày.
- + Vỏ rễ dâu 40g, lá trắc bá 40g, nấu nước gội.
- + Toàn thân cây mè, lá liễu, cỏ mần chầu mỗi thứ 100g ngâm nước vo gạo một đêm sau đó nấu cho chín nhừ, vớt bỏ bã cô đặc lại, trộn với hạt mè đem giã nhỏ đắp lên chỗ bị hói (bài thuốc gia truyền của cố lương y Lê Minh Xuân).

4.2. Rụng tóc do nấm (*tinea capitis*)

Dùng các vị thuốc:

Khô phàn	100g	Thanh đại	30g
Lưu hoàng	100g	Băng phiến	1,5g
Thạch cao nung	50g		

Tất cả tán thành bột mịn, trộn với dầu mè, bôi ngày 2 lần dùng trong 5 - 7 ngày.

Hoặc:

Khô phàn	30g	Sà sàng tử	30g
Lưu hoàng	30g		

Tán thành bột mịn, trộn với dầu mè bôi.

Hoặc mật đà tăng bôi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trong chứng rụng tóc Telogen effluvium, tóc rụng ở
 - A. Hai bên thái dương
 - B. Sau gáy
 - C. Giữa đỉnh đầu
 - D. Toàn bộ da đầu
 - E. Bất kỳ chỗ nào
2. Trong chứng rụng tóc Androgenic, tóc rụng ở
 - A. Hai bên thái dương
 - B. Sau gáy
 - C. Giữa đỉnh đầu
 - D. Toàn bộ da đầu
 - E. Bất kỳ chỗ nào
3. Trong chứng rụng tóc Areata, tóc rụng ở
 - A. Hai bên thái dương
 - B. Sau gáy
 - C. Giữa đỉnh đầu
 - D. Toàn bộ da đầu
 - E. Bất kỳ chỗ nào
4. Trong chứng rụng tóc Tinea capitis, tóc rụng ở
 - A. Hai bên thái dương
 - B. Sau gáy
 - C. Giữa đỉnh đầu
 - D. Toàn bộ da đầu
 - E. Bất kỳ chỗ nào
5. Các chứng rụng tóc nào sau đây không thuộc loại rụng tóc hoá xơ
 - A. Lichen planus
 - B. Hồng ban
 - C. Xơ cứng bì
 - D. Rụng tóc Areata
 - E. Bệnh Sarcoidosis

6. Các chứng rụng tóc nào sau đây không thuộc loại rụng tóc không hoá xơ
- A. Telogen effluvium
 - B. Xơ cứng bì
 - C. Tinea capitis
 - D. Alopecia areata
 - E. Androgenic alopecia
7. Việc sử dụng steroid chỉ dùng trong rụng tóc
- A. Telogen effluvium
 - B. Androgenic alopecia
 - C. Alopecia areata
 - D. Tinea capitis
 - E. Do thuốc
8. Việc sử dụng steroid dạng uống chỉ dùng trong Alopecia areata thì
- A. Từng điểm
 - B. Sau gáy
 - C. Khắp đầu
 - D. Tóc, lông, râu
 - E. Giữa đỉnh đầu
9. Trong bài thuốc Hậu thiên lục vị phương (gồm: thực địa, dương quy, nhân sâm, đan sâm, viễn chí, táo nhân, sơn tra) vị thực địa có tác dụng bổ thận âm, ích tinh, dưỡng huyết nên làm
- A. Quân
 - B. Thần
 - C. Tá
 - D. Sứ
 - E. Tá và sứ
10. Bài thuốc Hậu thiên lục vị phương có hiệu quả trong chống rụng tóc
- A. Androgenic
 - B. Tinea capitis
 - C. Telogen effluvium
 - D. Do thuốc
 - E. Rụng tóc hoá xơ

BỆNH LOÃNG XƯƠNG

(OSTEOPOROSE)

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học và quan niệm của YHCT về bệnh loãng xương.*
2. *Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của loãng xương theo YHHĐ và YHCT.*
3. *Chẩn đoán được loãng xương theo YHCT và YHHĐ.*
4. *Trình bày được các phương pháp ứng dụng điều trị loãng xương theo YHCT và phân tích được cách điều trị này.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương là một mô liên kết đặc biệt có 3 chức năng: vận động, bảo vệ và chuyển hóa. Xương được cấu tạo bởi 2 thành phần cơ bản là khuôn xương và các hợp chất khoáng

Khuôn xương chiếm khối lượng lớn trong toàn bộ xương gồm các sợi collagen, các mô liên kết khác rất giàu chất glucoaminoglycin và các tế bào (tạo cốt bào và hủy cốt bào). Trên các khuôn bằng chất hữu cơ này các hợp chất khoáng calci và phospho sẽ cố định và làm cho xương trở nên rắn chắc, chịu lực, chịu tải.

Mô xương luôn được thay cũ đổi mới trong suốt cuộc đời, hủy cốt bào phá hủy phần xương cũ, đồng thời tạo cốt bào tạo nên xương mới để bù đắp lại, hai quá trình này cân bằng nhau ở người trưởng thành, nhưng tạo nhiều hơn ở người trẻ và hủy nhiều hơn ở người già.

Có nhiều yếu tố tác động vào sự điều hòa quá trình tạo và hủy xương như: di truyền, tuổi, giới, dinh dưỡng, nội tiết, sự sinh sản, nghề nghiệp, các thói quen trong cuộc sống như vận động, tĩnh tại...

1.1. Định nghĩa

Là hiện tượng tăng phần xốp của xương do giảm số lượng tổ chức xương, giảm trọng lượng trong một đơn vị tổ chức xương, là hậu quả của sự suy giảm các khung protein và lượng calci gắn với các khung này. Về giải phẫu bệnh thấy các bề xương teo, mỏng và thưa, phần vỏ xương mỏng, tạo cốt bào thưa thớt, không thấy các đường diềm dạng xương (bordures ostéoides), tủy xương nghèo và thay bằng tổ chức mỡ.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học của loãng xương

Loãng xương đang là vấn đề lớn đối với sức khỏe cộng đồng, trong đó riêng loãng xương nguyên phát được các chuyên gia y học thống kê như sau:

Ở Mỹ mỗi năm có khoảng 1,5 triệu người gãy xương do loãng xương, đòi hỏi chi phí lên tới 7 - 10 tỷ đô la mỗi năm cho các trường hợp này.

Ở Pháp số phụ nữ bị loãng xương sau mãn kinh ước tính khoảng 4,5 triệu người trong đó 10% bị tàn phế.

Ở châu Âu: 20% phụ nữ tuổi 65 có ít nhất là một hoặc nhiều tổn thương ở cột sống, xương cổ tay, cận đầu xương đùi và 40% trong số này sau đó có thể bị gãy xương.

Ở Hồng Kông năm 1993 thống kê thấy có 380 trường hợp gãy xương trên 100000 phụ nữ và ở nam giới con số này là 200/100000.

1.3. Quan niệm của YHCT về bệnh loãng xương

Theo YHCT biểu hiện của loãng xương cũng được mô tả trong phạm vi chứng hư lao, là tên gọi chung của cả ngũ lao thất thương và lục cực.

Bệnh chứng này được nêu trong sách Nạn kinh và định cách điều trị. Sách Kim quỹ yếu lược đem chứng này thành ra một thiên riêng, viết thêm về cách phân biệt mạch, chứng và phương được điều trị. Đến thời đại Kim nguyên thì Lý Đông Viên và Chu Đan Khê có thêm ý kiến về chứng lao quỵện nội thương, Đông Viên sở trường dùng thuốc cam ôn để bổ trung khí và Đan Khê giỏi về thuốc tư âm để giáng hỏa. Sau đó các đời sau như Nguyên, Minh, Thanh đều có sách vở nói đến bệnh lý này.

Theo sách Nội kinh: ngũ lao là nhìn lâu hại huyết, nằm lâu hại khí, ngồi lâu hại thịt, đứng lâu hại xương, đi lâu hại gân (còn gọi là tâm lao, phế lao, tỳ lao, thận lao, can lao). Thất thương là ăn no quá hại tỳ; giận quá hại can; gắng sức, mang nặng quá, ngồi lâu chỗ đất ướt tổn thương thận; để thân thể bị lạnh tổn thương phế; buồn rầu lo nghĩ tổn thương tâm; mưa gió rét nắng thì tổn thương hình thể; khiếp sợ quá không tiết chế được thì tổn thương ý chí. Lục cực là khí cực, huyết cực, cân cực, cơ nhục cực, cốt cực, tinh cực.

Như vậy, loãng xương là một trong các bệnh lý thuộc chứng hư lao, đó là thận lao hay cốt cực.

2. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân

Bản chất của loãng xương là do thiếu sót trong khâu sản xuất khung xương, còn các rối loạn chuyển hóa calci - phospho, nhất là tăng calci niệu chỉ là thứ phát và chỉ rõ rệt nếu loãng xương tiến triển nhanh chóng.

Người ta phân biệt loãng xương nguyên phát và thứ phát.

2.1.1. Loãng xương nguyên phát

Loãng xương nguyên phát gặp ở tuổi già, do quá trình lão hoá của tạo cốt bào gây nên thiếu sản xương, tuổi càng cao thì tình trạng thiếu sản xương càng tăng, cho đến khi trọng lượng riêng giảm trên 30% so với bình thường thì có dấu hiệu lâm sàng và coi là bệnh lý vì vượt quá giới hạn sinh lý bình thường.

Gặp ở tuổi mãn kinh do rối loạn và thiếu hụt kích tố nữ.

2.1.2. Loãng xương thứ phát

Thấy ở mọi lứa tuổi và do nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Bất động quá lâu: do bệnh, do nghề nghiệp, những người du hành vũ trụ ở lâu trong con tàu...
- Do bệnh ống tiêu hóa, hoặc do dinh dưỡng:
 - + Hội chứng kém hấp thu.
 - + Cắt đoạn dạ dày.
 - + Thức ăn thiếu calci.
 - + Bệnh Scorbut.
- Do có bệnh nội tiết: cường vỏ thượng thận (Cushing), suy tuyến sinh dục (cắt buồng trứng, tinh hoàn), cường giáp, to viển cực...
- Do thận: suy thận mạn (thải nhiều calci), chạy thận nhân tạo chu kỳ...
- Do thuốc: lạm dụng steroid, heparin...

2.2. Những yếu tố nguy cơ gây loãng xương

- Yếu tố di truyền.
- Thiếu sót trong cấu trúc hoặc trong tổng hợp chất tạo keo, thể trạng quá gầy.
- Do dùng thuốc: chống co giật, hóa trị liệu ung thư, lạm dụng rượu.
- Hút thuốc lá.
- Cafein: uống > 5 tách cà phê 1 ngày.

Bảng xếp loại nguyên nhân loãng xương theo mức độ xuất hiện

Hay gặp	Hiếm gặp
Sau mãn kinh	Thiếu niên
Tuổi cao	Tráng niên
Suy sinh dục (cắt bỏ buồng trứng)	Rối loạn nhiễm sắc thể
Điều trị bằng corticoid	Hội chứng Cushing
Bất động lâu	Cường giáp
Ung thư (như đa u tủy xương)	Bệnh do ứ đọng sắt

2.3. Cơ chế sinh bệnh

Thiếu sản xương và mức độ nặng hơn của nó là loãng xương là hậu quả của sự phá vỡ cân bằng giữa hai quá trình tạo xương và hủy xương, ở đây quá trình tạo xương suy giảm trong khi quá trình hủy xương bình thường; nguyên nhân của hiện tượng này giải thích bằng nhiều cách:

- Theo Albright: loãng xương là sự mất cân bằng giữa suy giảm nội tiết tố sinh dục trong khi nội tiết tố vỏ thượng thận bình thường.
- Theo Nordin: ở người già hấp thu calci qua đường tiêu hóa giảm, lượng calci qua đường tiêu hóa giảm, lượng calci máu thấp sẽ kích thích tuyến cận giáp tiết nhiều parathormon, chất này kích thích hủy cốt bào tăng cường hoạt động.
- Theo Frost: lão hoá của tạo cốt bào ở người già là nguyên nhân chủ yếu gây nên loãng xương, ở người trưởng thành hai quá trình tạo cốt và hủy cốt luôn cân bằng để duy trì cấu trúc bình thường của xương.

2.4. Phân loại

2.4.1. Loãng xương nguyên phát

Loãng xương nguyên phát được chia thành hai thể:

- Loãng xương tuổi mãn kinh: xuất hiện sau tuổi mãn kinh trong vòng 6 hoặc 8 năm, tổn thương loãng xương nặng ở phần xương xốp, do đó thường thấy các dấu hiệu ở cột sống như lún đốt sống, gù, còng. Thể này được gọi là loãng xương typ I.
- Loãng xương tuổi già: gặp cả ở nam và nữ xuất hiện sau tuổi 75, tổn thương loãng xương thấy nhiều ở phần xương đặc (vỏ các xương dài), thường biểu hiện bằng dễ gãy xương (cổ xương đùi, cổ tay). Thể này được gọi là loãng xương typ II.

2.4.2. Loãng xương thứ phát

Loãng xương thứ phát có triệu chứng lâm sàng giống loãng xương nguyên phát.

2.5. Nguyên nhân, bệnh sinh theo y học cổ truyền

2.5.1. Bẩm sinh không đầy đủ

Khi thụ thai, do cha mẹ tuổi lớn, sức yếu, tinh huyết kém, hoặc khi mang thai không điều dưỡng giữ gìn, sự dinh dưỡng cho thai nhi kém.

2.5.2. Lao thương quá độ

Làm việc phải đứng lâu và nhiều, gắng sức, mang nặng quá, ngồi lâu chỗ đất ẩm ướt.

2.5.3. Dinh dưỡng không đầy đủ

Dinh dưỡng không đầy đủ ảnh hưởng đến sự tạo tinh huyết, lại cảm nhiễm hàn tà làm rối loạn sự vận hành khí huyết trong cơ thể gây đau tức trong xương.

Tân dịch, tinh, huyết... bên trong cơ thể đều thuộc âm. Vì thế chứng âm hư bao gồm: huyết hư cùng chứng tân dịch bên trong bị khô ráo, âm tinh hao tổn do âm dịch không đầy đủ, hư hỏa bốc lên nên bệnh sinh sẽ có các biểu hiện sớm nhất là huyết hư dẫn đến khí hư, thận âm hư dẫn đến thận khí hư.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Những biểu hiện lâm sàng

Những biểu hiện lâm sàng chỉ xuất hiện khi trọng lượng của xương giảm trên 30%. Triệu chứng lâm sàng có thể xuất hiện đột ngột sau một chấn thương nhẹ (ngã ngồi, đi ô tô đường xóc nhiều...) hoặc có thể xuất hiện từ từ tăng dần.

- Đau xương: thường đau ở vùng xương chịu tải của cơ thể (cột sống thắt lưng, chậu hông), đau nhiều nếu là sau chấn thương, đau âm ỉ nếu là tự phát. Đau tăng khi vận động đi lại, đứng ngồi lâu; giảm khi nằm nghỉ.
- Hội chứng kích thích rễ thần kinh: đau có thể kèm với dấu hiệu chèn ép kích thích rễ thần kinh như đau dọc theo các dây thần kinh liên sườn, dọc theo dây thần kinh đùi bì, dây tọa... đau tăng khi ho, hắt hơi, nín hơi... nhưng không bao giờ gây nên hội chứng ép tủy.

3.2. Thăm khám

- Cột sống: biến dạng đường cong bình thường như gù ở vùng lưng hay thắt lưng, gù có đường cong rộng (ít khi là gù nhọn), có thể lại quá cong về phía trước (hyperlordose), một số trường hợp gù ở mức độ nặng gập về phía trước gây nên tình trạng còng lưng (hay gập ở loãng xương typ I sau mãn kinh). Chiều cao của cơ thể giảm vài cm so với lúc trẻ tuổi.

Nếu đau nhiều, các cơ cạnh cột sống có thể co cứng phản ứng, khiến bệnh nhân không làm được các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay; cột sống trông như cứng đờ. Gõ hoặc ấn vào các gai sau của đốt sống bệnh nhân thấy đau trội lên.

- Toàn thân: không thấy các dấu hiệu toàn thân (nhiễm khuẩn, suy sụp, sút cân), thường thấy các rối loạn khác nhau như của tuổi già như béo bệu, giãn tĩnh mạch ở chân, thoái hóa khớp, tăng huyết áp, xơ vữa mạch.

3.3. Tiến triển

Đau do loãng xương tiến triển từng đợt, khi tăng, khi giảm, thường trội lên khi vận động nhiều, chấn thương nhẹ, thay đổi thời tiết.

Chiều cao cơ thể giảm dần, một số trường hợp lưng còng gập dần khiến cho các xương sườn cuối gần sát với xương chậu...

Người bị loãng xương rất dễ bị gãy xương, chỉ một chấn thương nhẹ có thể gây nên gãy cổ xương đùi, gãy hai xương cẳng tay (Pouteau - Colles), gãy xương sườn hoặc lún đốt sống chèn ép các rễ thần kinh gây đau nhiều, hoặc không đi lại được.

3.4. Những dấu hiệu X quang

3.4.1. Những dấu hiệu của loãng xương

- Xương tăng thấu quang: trên tất cả các xương đều thấy trong sáng hơn bình thường, ở mức độ nhẹ còn thấy được cấu trúc các bè xương là những hình vân dọc hoặc chéo. Nếu loãng xương mức độ nặng thì cấu trúc bè mất, xương trong như thủy tinh, phần vỏ ngoài của đốt sống có thể đậm hơn tạo nên hình ảnh “đốt sống bị đóng khung”.
- Hình ảnh thân đốt sống biến dạng: tất cả thân đốt sống biến dạng ở các mức độ khác nhau (hình lõm mặt trên, hình thấu kính phân kỳ, hình chêm, hình lưới...). Nói chung chiều cao thân đốt sống giảm rõ, có thể di lệch một phần, đĩa đệm ít thay đổi so với đốt sống.
- Hình ảnh cốt hóa và vôi hóa: cùng với quá trình loãng xương, calci lắng đọng ở một số dây chằng, sụn sườn, thành các động mạch lớn và động mạch chủ tạo nên các hình cản quang bất thường.

3.4.2. Đánh giá mức độ loãng xương bằng X quang

Trên phim chụp rất khó đánh giá mức độ cản quang nhiều hay ít, vì nó tùy thuộc vào nhiều yếu tố (điện thế, khoảng cách, chất lượng phim và thuốc hiện hình...); do đó người ta phải sử dụng một số phương pháp đánh giá như:

- Đo chỉ số Barnett và Nordin: dựa vào hình ảnh X quang của xương bàn tay số 2 (métacarte), đo đường kính của thân xương D và đường kính của phần tủy xương d.

$$\text{Chỉ số B và N} = \frac{D-d}{D} \times 100$$

Chỉ số này bình thường là trên 45, nếu giảm dưới 45 được coi là loãng xương.

- Đo mật độ xương: loãng xương khi < -2 .
- Chỉ số Singh.
- Chụp đầu trên xương đùi ở tư thế thẳng: bình thường thấy có 4 hệ thống dải xương, trong loãng xương các hệ thống dải xương này bị đứt gãy, mất đi ít hay nhiều tùy theo mức độ nặng nhẹ của loãng xương; chỉ số 7 là bình thường, chỉ số 1 là nặng nhất.

3.4.3. Xét nghiệm sinh hóa

- Các xét nghiệm calci máu, phospho máu, men phosphatase kiềm, hydroxyprolin niệu đều bình thường.
- Nghiệm pháp tăng calci máu: tiêm tĩnh mạch 20ml gluconat calci 10%, lấy toàn bộ nước tiểu trong 9 giờ sau khi tiêm, định lượng số calci thải ra rồi so sánh với lượng calci thải ra 9 giờ ngày hôm trước lúc chưa tiêm. Ở những người loãng xương sau khi tiêm, lượng calci thải ra cao hơn lúc bình thường 30% trở lên (vì khả năng hấp thu và giữ calci ở người loãng xương kém hơn người bình thường).
- Nghiệm pháp vitamin D2: cho bệnh nhân uống 2 ngày liên mỗi ngày 15mg vitamin D2. Sau đó định lượng calci niệu 24 giờ sau, 48 giờ và 5 ngày sau; bình thường calci niệu tăng 50-100mg trong 24 giờ đầu, sau đó trở về bình thường. Ở người loãng xương calci niệu tăng nhiều và kéo dài nhiều ngày sau.
- Nghiệm pháp cortison: trong 5 ngày mỗi ngày uống 25mg prednisolon, định lượng calci niệu từng ngày. Bình thường calci niệu không thay đổi, ở bệnh nhân loãng xương có calci niệu tăng nhiều và kéo dài.

Chẩn đoán loãng xương:

- Đau xương ít hay nhiều kéo dài
- Có hiện tượng gãy xương tự nhiên
- Phát hiện ngẫu nhiên khi chụp X quang
- Giảm chiều cao
- Calci huyết, phospho huyết và phosphatase kiềm bình thường
- Mất chất khoáng chủ yếu là ở cột sống và khung chậu
- Đo mật độ xương

Cần chẩn đoán phân biệt: nhuyễn xương, cường cận giáp, đa u tuyến xương, di căn xương do ung thư...

4. ĐIỀU TRỊ

Chứng hư lao lấy nguyên khí hao tổn làm đặc trưng.

Việc điều trị ngoài sử dụng thuốc còn phối hợp các phương pháp tập luyện, khí công, xoa bóp, châm cứu, điều hòa sinh hoạt hằng ngày và ăn uống cũng ảnh hưởng rất nhiều đến hiệu quả điều trị.

4.1. Điều trị dùng thuốc

4.1.1. Khí huyết hư

- *Phép trị*: điều bổ khí huyết.
- *Bài thuốc*: Bổ trung ích khí thang gia giảm (gồm: hoàng kỳ, bạch truật, trần bì, thăng ma, sài hồ, đảng sâm, đương quy, chích thảo).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng, bình; vào tỳ, phế: đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Quân
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm; vào tỳ phế: bổ khí, thăng dương khí của tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Thần
Trần bì	Cay, đắng, ấm; vào tỳ phế: hành khí, bình vị, hóa đờm, trừ thấp	Thần
Sài hồ	Đắng, hàn; vào can đởm, tâm bào, tam tiêu: tả nhiệt, giải độc, thăng đề	Thần
Thăng ma	Cay ngọt, hơi đắng; vào phế, vị, đại tràng: thanh nhiệt, giải độc, thăng đề	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, ấm; vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, chỉ hãn, an thần	Tá
Bạch linh	Ngọt, nhạt, bình; vào tâm, tỳ, phế, thận: lợi niệu thẩm thấp, kiện tỳ, an thần	Tá

4.1.2. Thận âm hư

- *Phép trị*: bổ thận, ích tinh, tư âm, dưỡng huyết.
- *Bài thuốc*: Lục vị địa hoàng hoàn gia vị

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết, chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá

4.1.3. Thận khí hư

- *Phép trị*: bổ thận, trợ dương.
- *Bài thuốc*: Hữu quy hoàn

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hỏa trợ dương, trực phong hàn thấp tà	Quân
Quế	Cay, ngọt, đại nhiệt hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	Quân
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sinh tân chỉ hãn	Thần
Kỷ tử	Ngọt, bình: bổ can thận, nhuận phế táo, mạnh gân cốt	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế, thanh nhiệt giải độc, điều hòa vị thuốc	Sứ

- Điều trị bằng các phương pháp không dùng thuốc:
 - + Châm cứu: châm bổ hoặc cứu bổ các huyết quan nguyên, khí hải, thận du, thái khê, mệnh môn, tam âm giao, thái xung, túc tam lý.

Bấm huyết vùng giáp tích 2 bên cột sống và tỳ du, vị du.

- + Ăn uống: ăn đầy đủ chất, chú ý vitamin và khoáng chất.
- + Tập luyện: thể dục vận động khởi đầu từ nhẹ đến mạnh dần (cho những người già mới bắt đầu tập) tốt nhất là đi bộ (từ đi bách bộ bình thường đến đi nhanh và sau đó chạy) và bơi lội; chú ý những tác động xương theo chiều dọc của cơ thể sẽ giúp xương mau chắc khỏe hơn, ngoài ra tất cả các môn hoạt động thể lực đều tốt như đánh cầu, khiêu vũ, tập võ dưỡng sinh... Luyện thở giúp sự trao đổi khí tốt hơn, hỗ trợ cho sự tạo lập lại quân bình giữa tạo xương và hủy xương, theo xu hướng giảm quá trình hủy xương và quan trọng hơn nữa qua đó chống được sự lão hóa tế bào cơ thể nói chung.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Theo sách nội kinh mô tả loãng xương thuộc
 - A. Tâm lao
 - B. Phế lao
 - C. Tỳ lao
 - D. Thận lao
 - E. Can lao
2. Theo sách nội kinh mô tả, đứng lâu hại
 - A. Huyết
 - B. Khí
 - C. Thịt
 - D. Xương
 - E. Gân
3. Nguyên nhân loãng xương thứ phát không do
 - A. Bất động quá lâu
 - B. Bệnh ống tiêu hóa
 - C. Bệnh nội tiết
 - D. Suy thận mạn
 - E. Thuốc tăng huyết áp
4. Yếu tố nguy cơ loãng xương không do
 - A. Di truyền
 - B. Người gày
 - C. Thuốc trị ung thư
 - D. Hút thuốc lá
 - E. Cafein > 1 ly ngày
5. Nguyên nhân loãng xương theo YHCT không do
 - A. Thấp nhiệt
 - B. Bẩm sinh không đầy đủ
 - C. Lao thương quá độ
 - D. Dinh dưỡng không đầy đủ
 - E. Sống nơi ẩm ướt

6. Cận lâm sàng sau đánh giá loãng xương là sai
- A. Đo mật độ xương: loãng xương khi < -2
 - B. Chỉ số Barnett và Nordin < 35
 - C. Nghiệm pháp tăng calci máu: lượng calci thải ra cao hơn bình thường 30%
 - D. Nghiệm pháp vitamin D2: calci niệu tăng nhiều và kéo dài sau đó
 - E. Nghiệm pháp cortison: calci niệu tăng nhiều và kéo dài
7. Trong loãng xương phép trị thận âm hư
- A. Tư âm dưỡng huyết
 - B. Bổ thận ích tinh
 - C. Tư âm can thận
 - D. Tư âm kiềm dương
 - E. Bổ thận ích tinh

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của tai biến mạch máu não.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh của tai biến mạch máu não theo lý luận YHCT.*
3. *Chẩn đoán được 2 thể lâm sàng tai biến mạch máu não (trong cơn) và 3 thể lâm sàng di chứng tai biến mạch máu não (sau cơn) theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị tai biến mạch máu não theo YHHD và YHCT.*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị tai biến mạch máu não (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị tai biến mạch máu não bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tai biến mạch máu não (TBMMN) được định nghĩa là “dấu hiệu phát triển nhanh chóng trên lâm sàng của một hội chứng thần kinh nặng nề, thường do nguyên nhân mạch máu não, đôi khi do nguyên nhân mạch máu của cuống mạch máu não nằm ở cổ, tiên lượng sinh tồn cũng như tiên lượng chức năng của thần kinh tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ lan rộng của tổn thương”. Như vậy, theo định nghĩa này trên lâm sàng, đây là các biểu hiện bệnh lý gồm phần lớn các trường hợp chảy máu trong não, chảy máu dưới nhện, nhũn não, thiếu máu não thoáng qua. Những trường hợp như tổn thương hoặc bệnh lý của tĩnh mạch não (viêm tắc tĩnh mạch não) không được đề cập trong bài này.

Đặc điểm giải phẫu sinh lý có liên quan đến tai biến mạch máu não. Động mạch não giữa (động mạch thường gây TBMMN) có 2 nhánh:

- Nhánh sâu xuất phát từ khoảng nền, chạy trong rãnh Sylvius. Nhánh này dễ bị vỡ vì là động mạch tận, phải chịu hậu quả của việc tăng cao huyết áp.
- Nhánh nông phân bố ở vỏ là mặt ngoài bán cầu não. Nhánh nông thường chịu hậu quả ít hơn đối với tình trạng huyết áp tăng cao nhờ hệ thống vi mạch lớn, nhưng ngược lại dễ bị nhũn não vì diện của chúng quá rộng.

Các nhánh tận cùng của chất trắng khi vỡ dễ sinh ra khối tụ trong não, thường liên quan đến một dị dạng mạch máu não (u mạch, túi phình...).

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

- Theo Hiệp hội Tim mạch Mỹ, năm 1977 tại Mỹ có 1,6 triệu người bị TBMMN, tương đương với số người mắc bệnh tim do thấp và bằng 1/2 số người bệnh mạch vành.
- Theo thống kê tại Mỹ, hằng năm có khoảng 500000 trường hợp TBMMN mới, phần lớn xảy ra sau 55 tuổi (Russell, 1983).
- Theo Kurtzke, tỷ lệ bệnh TBMMN mới mắc hằng năm là 2% cho mọi lứa tuổi. Trong đó, 12% do chảy máu trong não, 8% do chảy máu dưới nhện, 69% do lấp mạch.
- Tác giả Wolf (1978) qua 26 năm theo dõi ở những người từ 65 - 74 tuổi đã ghi nhận:
 - + Nhũn não do xơ vữa ở nam là 58%, ở nữ là 54%.
 - + Nhũn não do lấp mạch não ở nam là 16%, ở nữ là 19%.
 - + Chảy máu trong não ở nam là 5%, ở nữ là 3%.
 - + Chảy máu dưới nhện ở nam là 10%, ở nữ là 12%.
 - + Thiếu máu não thoáng qua ở nam là 8%, ở nữ là 9%.
- Về mức độ tử vong do TBMMN:
 - + Đứng hàng thứ 3 trên thế giới về tỷ lệ tử vong (sau bệnh tim và ung thư). Theo Russell, tỷ lệ tử vong ở giai đoạn đầu là 15% và 50% bệnh nhân sống sót bị tàn phế.
 - + Năm 1977, tại Mỹ có khoảng 182000 trường hợp tử vong do TBMMN (chiếm khoảng 1/10 tổng số tử vong).

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Xuất huyết não

- Xơ mỡ động mạch với tăng huyết áp.

- Dị dạng mạch máu não (nhất là túi phình).
- U não.
- Bệnh về máu (bệnh bạch cầu cấp).
- Chấn thương sọ não.
- Sử dụng thuốc chống đông.

Trong nhóm này, cần chú ý đến khối máu tụ trong não.

2.1.2. Nhũn não

Xơ mỡ động mạch: tại những động mạch có đường kính trung bình như nơi xuất phát động mạch cảnh sâu, động mạch cột sống, những nơi ngoặt của động mạch Sylvienne.

Thuyên tắc động mạch não: cục tắc xuất phát từ tim trái như hẹp van 2 lá, viêm nội tâm mạc do nhiễm trùng, rung thất...

Tiểu đường, giang mai, viêm màng não mạn, thoái hóa cột sống cổ, teo hẹp động mạch cột sống, viêm nút quanh động mạch...

2.1.3. Xuất huyết màng não (dưới nhện)

- Nguyên phát:
 - + Võ túi phình động mạch ở đáy não (chiếm 75% trường hợp).
 - + Võ túi phình động tĩnh mạch, vỡ các bướu mạch ở tiểu não hoặc tủy sống.
 - + Xơ mỡ động mạch não với kèm hoặc không kèm tăng huyết áp.
- Thứ phát:
 - + Chấn thương sọ não (có thể không có bể hộp sọ). Chú ý, không được quên chấn thương sản khoa.
 - + Bệnh về máu: xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh máu chậm đông (hémophilie), bạch cầu cấp.
 - + Bướu não, viêm màng não, viêm não và những bệnh nhiễm trùng như thương hàn, sốt phát ban...).
 - + Ngộ độc (chì, CO, rượu).
 - + Sử dụng thuốc kháng đông.

2.1.4. Suy tuần hoàn não (insuffisande circulatoire cérébrale)

- Do xơ vữa động mạch não. Tình trạng xơ vữa này xấu thêm với bệnh tăng huyết áp, tiểu đường, giang mai.

- Do viêm động mạch não có nguồn gốc nhiễm trùng (giang mai) hoặc bệnh toàn thể (collagénoses).
- Do thuyên tắc mạch máu não (chủ yếu từ tim).
- Do dị dạng mạch máu não bẩm sinh và vài trường hợp chấn thương cột sống cổ.

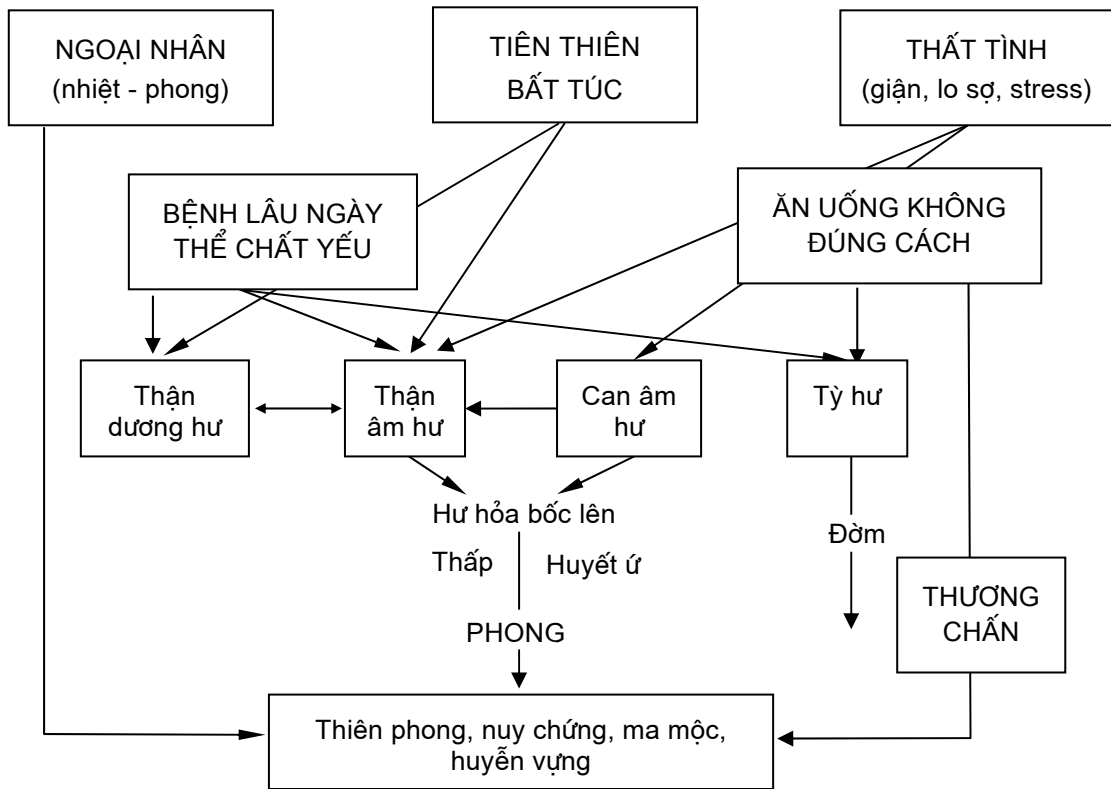
2.2. Theo y học cổ truyền

Những triệu chứng thường gặp trong TBMMN như đột ngột té ngã, hôn mê, liệt nửa người, liệt mặt, hoặc có khi chỉ là một tình trạng hoa mắt, chóng mặt... Những biểu hiện nói trên được thấy trong:

- Đột ngột té ngã, hôn mê: YHCT xếp vào chứng thiên phong, trúng phong.
- Hoa mắt, chóng mặt: YHCT xếp vào chứng huyễn vựng hay còn gọi là huyễn vựng.
- Liệt nửa người, liệt mặt: YHCT xếp vào chứng nuy.
- Tê tay chân: YHCT xếp vào chứng ma mộc (khí huyết tắc kinh lạc) có thể do ngoại tà hoặc đờm thấp.

Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong TBMMN, kết hợp với toàn bộ lý luận của YHHĐ, có thể biện luận về nguyên nhân là cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

- + Do ngoại nhân chủ yếu là phải hóa nhiệt và sinh phong.
- + Do thất tình (nội nhân) như giận, lo sợ gây tổn thương 3 tạng tỳ, can, thận.
- + Do mắc bệnh lâu ngày (nội thương), làm cơ thể suy yếu, thận âm và thận dương suy (thận âm suy, hư hỏa bốc lên; thận dương suy, chân dương nhiễu loạn ở trên).
- + Do yếu tố di truyền hoặc dị dạng bẩm sinh (tiên thiên bất túc).
- + Do ăn uống không đúng cách sinh đàm thấp làm tắc trở kinh lạc.
- + Do chấn thương gây huyết ú tắc, kinh lạc không thông.



Hình 1. Sơ đồ bệnh lý tai biến mạch máu não theo YHCT

3. BỆNH CẢNH LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Chảy máu não

Thể thường gặp là chảy máu ở vùng bao đậu do tăng huyết áp ở người cao tuổi. Khoảng 90% trường hợp chảy máu xảy ra ở động mạch đậu vên, còn gọi là động mạch Charcot hay động mạch của chảy máu não; 10% chảy máu ở cả 2 bên (hoặc cùng một lúc, hoặc chỗ trước chỗ sau).

a. Dấu hiệu lâm sàng

Tiền chứng: thông thường có nhức đầu, nhất là ban đêm, có thể chỉ nhức một bên đầu (bên sẽ có chảy máu). Có thể có chóng mặt, ù tai, nóng phừng mặt kèm theo. Một số dấu hiệu khác cần chú ý như chảy máu cam. Có bệnh nhân trong tiền sử đã bị liệt nửa người hoặc tê nửa người (30% có tiền sử thiếu máu não thoáng qua).

- Khởi đầu: đột ngột bệnh nhân ngã vật ra và hôn mê nặng ngay. Nhưng cũng có thể bắt đầu bằng nhức đầu dữ dội, ý thức thu hẹp dần và chuyển dần sang giai đoạn toàn phát.

- Toàn phát: với 3 hội chứng
 - + Hôn mê: thường hôn mê sâu và nặng.
 - + Liệt nửa người: bên liệt có tình trạng giảm trương lực cơ, kể cả cơ ở mặt. Bệnh nhân nằm ở tư thế đầu và mắt cùng quay về bên tổn thương. Liệt mặt có thể được xác định bằng nghiệm pháp Pierre Marie - Foix. Dấu hiệu có nhiều giá trị là Babinski, Hoffman bên liệt. Tuy nhiên do có phễu não nên dấu hiệu này có thể xuất hiện ở cả 2 bên. Ngoài ra có thể có giãn đồng tử bên liệt.
 - + Rối loạn thực vật: bao giờ cũng có và thường xuất hiện sớm. Bệnh nhân có dấu hiệu tăng tiết phế quản dẫn tới ứ đọng, rối loạn nhịp thở (đôi khi kiểu Cheynes -Stokes), rối loạn nhịp tim, huyết áp tăng cao, nhiệt độ lúc đầu thấp nhưng về sau tăng (38° - 39° C), rối loạn dinh dưỡng nhất là loét tư thế, dễ xảy ra từ ngày thứ 3 trở đi. Nhìn chung, những rối loạn vận mạch và dinh dưỡng (nhiều mồ hôi, phù nề) xuất hiện nặng nề hơn bên liệt.

b. Dấu hiệu cận lâm sàng

- Máu: bạch cầu tăng, đường huyết, urê huyết tăng.
- Dịch não tủy hơi hồng hoặc có thể có hồng cầu khi soi vi thể. Những ngày sau, dịch não tủy chuyển sang màu vàng, protein trong dịch não tủy tăng vừa. Cũng có trường hợp dịch não tủy bình thường.
- Chụp cắt lớp điện toán (xem phần sau).

c. Tiến triển

Nói chung, thường dẫn đến tử vong (chiếm khoảng 2/3 trường hợp). Tử vong thường xảy ra vào những giờ đầu hoặc cuối tuần đầu. Có tác giả nêu những ngày nguy hiểm nhất là ngày thứ 2 và ngày thứ mười. Những ngày đầu, rối loạn thực vật là nguy cơ chủ yếu gây tử vong. Sau ngày mười, tuy đỡ nguy hiểm hơn nhưng vẫn có thể tử vong vì các biến chứng, vì nhiễm khuẩn đường hô hấp, đường tiết niệu cũng như các rối loạn nước điện giải, rối loạn dinh dưỡng. Những ngày sau đó, nổi bật là nguy cơ tàn phế với các di chứng thần kinh nặng nề, di chứng tâm thần.

3.1.2. Khối máu tụ trong não

a. Dấu hiệu lâm sàng

Đây là thể bệnh cần chú ý, vì có thể giải quyết tốt bằng phẫu thuật thần kinh. Khối máu tụ trong não là một thể đặc biệt của chảy máu não nhưng không thấm vào nhu mô não mà thường đọng lại tại chỗ, gây nên triệu chứng giả khối u.

- Thường gặp nhất là liệt nửa người.

- Hôn mê ngắt quãng; có thể hôn mê vài ngày rồi tỉnh, đến khoảng ngày thứ 10 lại hôn mê lại; một hai tuần sau đi vào hôn mê nặng. Hôn mê có thể xảy ra vài tuần sau khi liệt nửa người (có trường hợp chỉ chập chờn, có trường hợp không hôn mê).
- Hội chứng tăng áp lực trong sọ: cần chú ý chỉ có 1/3 trường hợp có phù gai.

b. Dấu cận lâm sàng

- Điện não đồ.
- CT. Scan.

3.1.3. Nhũn não

a. Dấu hiệu lâm sàng

Tiền triệu: thường có. Tùy theo vị trí sẽ bị nhũn mà xuất hiện các triệu chứng về giác quan, vận động và cảm giác tương ứng

- Khởi đầu: hôn mê và liệt nửa người. Nếu nhũn não do tắc mạch thường diễn tiến từ từ.
- Toàn phát: có thể có hôn mê vừa hoặc nhẹ, các rối loạn thực vật ở mức trung bình (nhiệt độ và nhịp thở hơi tăng) vì thường tổn thương thu hẹp (nếu tổn thương rộng sẽ có hôn mê thật sự).

b. Tiến triển

Nếu qua được giai đoạn cấp (nhất là ngày thứ 2, ngày thứ 10), bệnh nhân sẽ phục hồi dần nhưng vẫn còn một số di chứng.

3.1.4. Chảy máu não - màng não

Có 2 dạng biểu hiện lâm sàng: chảy máu từ não tràn vào màng não (thể não - màng não) và chảy máu từ màng não tràn vào não (thể màng não - não).

- *Thể não - màng não* gồm 3 bệnh cảnh khác nhau:
 - + *Thể tối cấp* (lục não thất): thường bắt đầu đột ngột, ý thức u ám, nhức đầu rồi đi vào hôn mê sâu rất nhanh.
 - + *Thể cấp cũng* bắt đầu bằng chảy máu não: một tuần sau, rối loạn ý thức nặng hơn, xuất hiện các rối loạn thực vật, hội chứng màng não, dấu hiệu Babinski thường (+) cả 2 bên.
 - + *Thể không đầy đủ*: có dấu hiệu của xuất huyết não kèm thay đổi về màu sắc và dịch não tủy.
- *Thể màng não - não*: bệnh thường bắt đầu với những cơn co giật toàn bộ, toàn thể hoặc cục bộ kiểu Bravais - Jackson hoặc với các triệu chứng

thiếu sót (liệt nửa người). Sau khoảng 1 tuần những dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện rõ nét hơn.

3.1.5. Chảy máu màng não

a. Dấu hiệu lâm sàng

- Giai đoạn khởi đầu: đột ngột đau đầu dữ dội rồi mất ý thức (cũng có khi khởi đầu từ từ với nhức đầu nhiều, nôn, chóng mặt rồi ý thức u ám dần; cũng có khi khởi đầu với rối loạn tâm thần với lú lẫn, kích động).
- Giai đoạn toàn phát:
 - + Rối loạn ý thức: thường là lơ mơ, ngủ gà. Nếu có hôn mê thì thường là nông, có thể xen kẽ trạng thái kích thích vật vã. Ít gặp hôn mê sâu, kèm rối loạn thực vật trầm trọng.
 - + Hội chứng màng não: nhức đầu, cứng gáy, cứng cột sống, sợ ánh sáng và tiếng động.
 - + Dấu thần kinh: phản xạ gân xương có thể giảm hoặc mất (thường là tăng). Babinski thường (+) cả 2 bên, ít gặp tổn thương dây sọ não. Nếu thấy liệt dây III thì nên nghĩ đến vỡ túi phình động mạch cảnh hoặc động mạch thân nền.
 - + Rối loạn thực vật như: vạch màng não, sốt ...

b. Dấu hiệu cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: đường huyết tăng có thể lên đến 300 - 400mg% (kèm theo đường niệu và ceton niệu).
- + Urê huyết có thể tăng tới 100mg%.
- + Bilirubin, SGOT, CPK đều có thể tăng.

Dịch não tủy lúc đầu đỏ, có nhiều hồng cầu, sau 10 ngày chuyển sang màu vàng, có bạch cầu tăng nhẹ, đậm tăng (300 - 500mg%).

3.1.6. Những kỹ thuật chẩn đoán mới

Về mặt chẩn đoán đối với TBMMN, cần tìm cách chẩn đoán chính xác tính chất tổn thương (chảy máu não, nhũn não, khối máu tụ...), diện tích thương tổn. Hiện nay có những kỹ thuật có thể giúp đạt được mục tiêu này như:

- Chụp cắt lớp điện toán (CT. Scan).
- Chụp hưởng từ hạt nhân (MRI).
- Chụp quét cắt lớp bằng tia photon hoặc tia positron.
- Chụp lấp lánh mạch não.

3.2. Theo y học cổ truyền

TBMMN biểu hiện trên lâm sàng phong phú, dưới nhiều dạng vẻ khác nhau từ những triệu chứng không đặc hiệu như hoa mắt, chóng mặt, cảm giác tê ở một phần cơ thể cho đến hôn mê, liệt nửa người. Vì thế, việc mô tả toàn bộ các thể lâm sàng YHCT của TBMMN không thật sự dễ dàng. Thông thường, có thể thấy xuất hiện những thể lâm sàng sau đây

3.2.1. Trong đợt tai biến mạch máu não

a. Trúng lạc (trúng phong ở lạc)

Bệnh nhân đột ngột ghi nhận da tê dại kèm các chứng đầu vầng, đau, hoa mắt. Triệu chứng này có thể thoáng qua rồi biến mất hoặc kéo dài.

b. Trúng kinh (trúng phong kinh lạc)

Bệnh tại kinh mạch: người bệnh không mê man, tuy nhiên tình trạng ý thức thật sự cũng bị ảnh hưởng, có thể lơ mơ, ly bì, bại liệt nửa người, chân tay tê dại, miệng nhiều đờm dãi, nói năng không trôi chảy, râu lưỡi trắng dày, mạch huyền hoạt.

c. Trúng phong tạng phủ

Bệnh cảnh này có một đặc điểm chung là triệu chứng hôn mê và gồm 2 nhóm bệnh chính (tùy theo tình trạng hôn mê xuất hiện đột ngột hay từ từ):

- Trúng phủ (trúng phong ở phủ): bệnh nhân mê man, xuất hiện các chứng bại liệt nửa người, miệng mất méo lệch, nói năng ú ớ hoặc đàm lấp thanh khiếu, nói không được, đại tiểu tiện không nín được hoặc bí kết.
- Trúng tạng (trúng phong ở tạng): bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh. Trong nhóm bệnh này lại chia ra làm 2 nhóm nhỏ.

+ Chứng bế:

- Dương bế: bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh, hàm răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt đỏ, thở ồn ào, tiếng thở khò khè, lưỡi rút lại, đại tiểu tiện đều bế, râu lưỡi vàng nhầy, mạch huyền hoạt sác.
- Âm bế: bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh, răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt trắng nhợt, môi bầm, tiếng thở khò khè, chân tay lạnh, râu lưỡi trắng nhầy, mạch trầm hoạt.

- + Chứng thoát: bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh, hôn mê rất sâu, mắt nhắm, mồm há, hô hấp yếu, chân tay lạnh, 2 bàn tay xoè ra, đái són, vã mồ hôi đọng từng giọt hoặc nhờn như dầu, lưỡi nhạt, râu lưỡi trắng trơn, mạch vi tuyệt.

3.2.2. Giai đoạn sau TBMMN (di chứng của TBMMN)

Ở giai đoạn này, có 2 loại di chứng cần được quan tâm. Đó là di chứng thần kinh (chủ yếu là vận động) và tâm thần. Do bệnh trở thành mạn tính và ảnh hưởng nhiều đến can và thận nên triệu chứng YHCT trong giai đoạn này chủ yếu gồm *cân nuy*, *cốt nuy*, *kiện vong* (do tình của thận không đủ nuôi tâm). Những bệnh cảnh lâm sàng YHCT thường xuất hiện là:

- Can thận âm hư (chiếm đa số các trường hợp): sắc mặt xám, mặt má thường ửng hồng, răng khô, móng khô, gân gông cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, táo bón, ngủ kém, thân nóng trong người, người dễ bực dọc, bứt rứt, lưỡi đỏ bệu, mạch trầm sắc vô lực.
- Thận âm dương lưỡng hư: sắc mặt tái xanh hoặc đen xám, răng khô, móng khô, gân gông cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, ngủ kém, không khát, ít uống nước, sợ lạnh, lưỡi nhợt bệu, mạch trầm nhược.
- Đờm thấp (bệnh nhân béo bệu):
 - + Người béo, thừa cân, lưỡi dày, to.
 - + Bệnh nhân thường ít than phiền về triệu chứng đau đầu (nếu có, thường là cảm giác nặng đầu) nhưng dễ than phiền về tê nặng các chi.
 - + Thường hay kèm tăng cholesterol máu, mạch hoạt.

4. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

Như trên đã trình bày, TBMMN biểu hiện trên lâm sàng dưới nhiều thể lâm sàng khác nhau (từ những triệu chứng không đặc hiệu như hoa mắt, chóng mặt, cảm giác tê ở một phần cơ thể cho đến hôn mê, liệt nửa người) và nguyên nhân cũng có nhiều loại nên việc chăm sóc và điều trị cũng rất phong phú. Trong giới hạn của người thầy thuốc đa khoa YHCT ngày nay, có thể ứng dụng vào điều trị như sau

4.1. Trong đợt tai biến mạch máu não

Điều trị cấp cứu và chăm sóc tích cực bệnh nhân bằng phương pháp và phương tiện trị liệu YHHĐ phù hợp với tình trạng bệnh nhân và nguyên nhân gây bệnh. Trong giai đoạn này, vai trò của những phương pháp điều trị YHCT ít quan trọng (có ý kiến đề nghị sử dụng song song châm cứu phục hồi liệt và đầu châm trong giai đoạn bệnh nhân còn hôn mê).

Phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc trong giai đoạn này có thể được chỉ định phối hợp với YHHĐ trong trường hợp trúng phong kinh lạc (bệnh nhân không hôn mê).

Theo YHCT, trong giai đoạn cấp tính này biện pháp điều trị quan trọng là “điều trị ngọn (triệu chứng) mà không chú ý đến gốc bệnh (nguyên nhân)”.

Bất kỳ nguyên nhân nào cũng đều đưa đến tình trạng “phong động”, nên cách điều trị chủ yếu chỉ là bình can tức phong.

Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

– Bài Thiên ma câu đằng ẩm

Thiên ma	8g	Câu đằng	12g
Hoàng cầm	10g	Chi tử	12g
Tang ký sinh	12g	Hà thủ ô	10g
Đỗ trọng	10g	Phục linh	12g
Ích mẫu	12g	Thạch quyết minh	20g
Ngưu tất	12g		

– Bài Linh dương câu đằng thang

Linh dương giác	4g	Trúc nhự	20g
Câu đằng	12g	Sinh địa	20g
Bạch thược	12g	Tang diệp	8g
Phục thần	12g	Cúc hoa	12g
Bối mẫu	8g	Cam thảo	4g

– Công thức huyết sử dụng gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khô, phi dương, nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường.

4.2. Giai đoạn sau TBMMN (di chứng của TBMMN)

Trong giai đoạn này, việc điều trị và chăm sóc bệnh nhân bao gồm 2 mục tiêu:

- Phục hồi chức năng vận động và tâm thần.
- Giải quyết nguyên nhân bệnh hoặc bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, xơ mỡ động mạch, rối loạn biến dưỡng mỡ, tiểu đường... Việc chăm sóc và điều trị cho mục tiêu này xin tham khảo thêm ở phần bệnh học tương ứng.

4.2.1. Thể thận âm hư

- Pháp trị: tư âm ghìm dương, tư bổ can thận.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + Bài thuốc hạ áp (*xuất xứ 30 công thức thuốc*)

Thục địa	20g	Ngưu tất	10g
Rễ nhàu	20g	Trạch tả	10g

Mã đề	20g	Táo nhân	10g
Hoa hòe	10g		
+ Bài thuốc Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thược			
Thục địa	32g	Hoài sơn	16g
Sơn thù	8g	Đơn bì	12g
Phục linh	12g	Trạch tả	6g
Đương quy	12g	Bạch thược	8g

Bài này thường được sử dụng khi tăng huyết áp có kèm triệu chứng đau ngực, đau vùng tim.

+ Bài thuốc bổ can thận			
Hà thủ ô	10g	Thục địa	15g
Hoài sơn	15g	Đương quy	12g
Trạch tả	12g	Sài hồ	10g
Thảo quyết minh	10g		

Công thức huyết sử dụng: thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thái xung. Gia giảm thân môn, nội quan, bách hội, a thị huyết.

4.2.2. Thể thận âm dương lưỡng hư

- Pháp trị: ôn bổ thận dương.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

+ Bài thuốc Thận khí hoàn			
Bạch phục linh	120g	Thục địa	320g
Sơn thù	160g	Đơn bì	120g
Quế chi	40g	Trạch tả	120g
Phụ tử	40g	Sơn dược	160g

Tán bột, ngày uống 8-12g.

+ Bài Hữu quy ẩm			
Cam thảo	4g	Đỗ trọng	12g
Hoài sơn	16g	Kỷ tử	8g
Nhân sâm	8g	Nhục quế	4g
Phụ tử	2g	Thù du	8g
Thục địa	32g		

- + Châm cứu: cứu bổ hoặc ôn châm các huyệt thái dương, bách hội, đầu duy, phong trì, thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải.

4.2.3. Thể đàm thấp

- Pháp trị: trừ đờm, thông lạc.
- Bài thuốc sử dụng: dùng bài thuốc Nhị trần thang gia vị (*xuất xứ Thiên gia diệu phương*)

Bạch truật	40g	Cam thảo	4g
Phục linh	12g	Bán hạ	12g
Nhân sâm	4g	Trần bì	4g

4.2.4. Phục hồi di chứng vận động và tâm thần

a. Điều trị bằng thuốc

- Pháp trị: bổ khí, hoạt huyết, khử ú, thông lạc.
- Bài thuốc sử dụng: dùng bài Bổ dương hoàn ngũ thang (gồm: hoàng kỳ 40g, hồng hoa 7g, đào nhân 6g, xuyên khung 7g, địa long 7g, xích thược 6g, đương quy 8g).

Chú ý: những bài thuốc bổ âm dùng lâu ngày sẽ gây nề trệ, ảnh hưởng không có lợi trên việc phục hồi vận động. Do đó, tùy theo tình hình bệnh nhân mà người thầy thuốc có thể dùng thay đổi với những bài thuốc điều trị chung của cơ thể

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm; vào tỳ phế: bổ khí, thăng dương khí của tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Quân
Đương quy	Cay, ngọt, ôn: bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, hoạt trường, điều huyết, thông kinh	Thần
Xích thược	Đắng, chua, hơi hàn: tán tà, hành huyết	Tá
Xuyên khung	Cay, ôn: hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong	Tá
Đào nhân	Đắng, ngọt, bình: phá huyết, hành ú, nhuận táo, hoạt trường	Tá
Hồng hoa	Cay, ấm: phá ứ huyết, sinh huyết	Tá
Địa long	Mặn, hàn, vào kinh tỳ, vị, thận: thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc	Sứ

b. Điều trị bằng châm cứu

- Phương pháp đầu châm vùng vận động (nếu chỉ có liệt) và vùng cảm giác (nếu có kèm rối loạn cảm giác) bên đối diện, châm nghiêng kim (30⁰), vê kim khoảng 200 lần/phút; liên tục trong 1 - 2 phút, lưu kim 5 - 10 phút.

Thông thường châm 1 lần/ngày, châm 10 ngày liên tục thành 1 liệu trình, nghỉ 3 - 5 ngày có thể bắt đầu liệu trình thứ 2 (*xem Châm cứu học II*). Phương pháp này thường được sử dụng sớm trong khoảng thời gian 6 tháng kể từ khi bị tai biến (thường không quá 1 năm).

- Phương pháp thể châm: thường sử dụng những huyết trên các kinh dương minh của tay và chân bên liệt, phối hợp với huyết kinh điển phục hồi liệt như dương lăng tuyền, thay đổi huyết mỗi ngày, thường phối hợp với điện châm.
- Cần chú ý sử dụng dòng điện (tốt nhất là dòng điện một chiều đều) và thông điện thích hợp. Thời gian của mỗi lần điều trị cần dựa vào sự tiếp thu kích thích của từng người bệnh, trong từng bệnh, từng lúc, đối với từng loại dòng điện mà quyết định. Nói chung cần theo dõi, đánh giá tình trạng bệnh nhân sau khi châm lần thứ nhất.
 - + Nếu bệnh nhân không có mệt mỏi, mất ngủ.....: nên duy trì thời gian kích thích.
 - + Nếu bệnh nhân thấy mệt mỏi, mất ngủ... là do tổng lượng kích thích quá mạnh: cần giảm thời gian kích thích.
- Trung bình ngày châm một lần hay cách ngày châm một lần: từ 10 đến 15 lần điện châm là một liệu trình, nghỉ độ 10 đến 15 ngày rồi tiếp tục tùy theo yêu cầu chữa bệnh (*xem Châm cứu học II, trang 181 - 194*).

c. Vật lý trị liệu phục hồi chức năng

Cần thực hiện tuần tự những bước sau:

- Đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân, bao gồm:
 - + Đánh giá tổng quát về bệnh nhân: trẻ hay lớn tuổi? Mức độ hợp tác? Tình trạng tinh thần (tích cực, tiêu cực)?
 - + Tình trạng sức khỏe? Tình trạng bệnh tật đi kèm? Mức độ?
 - + Bệnh nhân có thể làm được gì khi ngồi, khi đứng? Thăng bằng?
 - + Bệnh nhân không làm được gì?
 - + Xác định rõ tình trạng cơ lực: cần lượng giá mức độ vận động của từng bộ phận thật cụ thể (tay, cánh tay, cẳng tay, cổ tay, bàn tay, ngón tay...), với từng loại động tác khác nhau và ở các tư thế nằm, ngồi, đứng khác nhau.

Lượng giá khả năng thăng bằng của bệnh nhân? Ở tư thế ngồi? Tư thế đứng? Khi đi?

Lượng giá về cảm giác của bệnh nhân.

– Xác định cụ thể chiến lược tập luyện cho người bệnh.

Xác định mục đích đầu tiên của phục hồi chức năng trên người bệnh là gì?

Những chức năng nào cần phải tập cho bệnh nhân trong giai đoạn đầu tiên? Giai đoạn kế tiếp?

– Phương pháp thực hiện:

+ Giai đoạn đầu (rất quan trọng): phục hồi vận động đúng cách trong giai đoạn này giúp hạn chế mức độ trầm trọng của những rối loạn (mất cơ chế phản xạ chỉnh thể bình thường của bên liệt, khuynh hướng tăng co cứng bên liệt, rối loạn cảm giác bên liệt làm ức chế vận động) và góp phần rất lớn vào hiệu quả điều trị về sau. Thầy thuốc cần hướng dẫn chi tiết để huy động người nhà bệnh nhân tham gia tích cực vào quá trình phục hồi sớm này.

- Bố trí giường bệnh: không đặt bệnh nhân nằm với bên liệt sát tường, tất cả vật dụng trong phòng đều ở phía bên liệt, người chăm sóc và tập luyện cho bệnh nhân chỉ đến phía bên liệt.

- Tư thế bệnh nhân khi nằm trên giường:

- * Nằm nghiêng về bên liệt: đầu bệnh nhân có gối đỡ chắc chắn, cổ hơi gấp, không để đầu bị đẩy ra sau; thân mình ở tư thế nửa ngửa, có gối đỡ phía lưng.

Tay liệt: khớp vai, xương bả vai được kéo ra trước tạo với thân một góc 90°, khuỷu duỗi, cẳng tay xoay ngửa, cổ tay gấp về phía sau, ngón tay duỗi dẹt; tay lành ở vị trí thoải mái trên mình, hoặc để trên gối sau lưng.

Chân liệt: khớp háng duỗi, gối hơi gấp; chân lành: khớp háng và gối gấp (tựa trên một gối đỡ ngang với thân).

- * Nằm nghiêng về bên lành: đầu bệnh nhân để như trên. Thân mình nằm vuông góc với mặt giường, có gối đỡ sau lưng.

Tay liệt: có gối đỡ ở mức ngang với thân, ở tư thế duỗi, tạo với thân một góc khoảng 100 độ.

Tay lành: ở tư thế mà bệnh nhân thấy thoải mái.

Chân liệt: có gối đỡ ở mức ngang với thân, khớp háng và khớp gối gấp.

Chân lành: khớp háng duỗi, khớp gối hơi gấp.

- * Nằm ngửa: đầu bệnh nhân có gối đỡ chắc chắn, mặt quay sang bên liệt, không làm gấp các đốt sống cổ và ngực.

Vai và tay bên liệt: có gối đỡ bên dưới xương bả vai để đưa xương bả vai và khớp vai ra phía trước; dùng gối đỡ tay liệt ở tư thế khuỷu, cổ tay duỗi, các ngón tay dẹt. Tay liệt có thể để xuôi theo thân hoặc duỗi thẳng lên qua đầu.

Chân liệt: có gối kê dưới hông và đùi để đưa hông ra trước, giữ chân ở tư thế khớp háng và gối gấp, dùng gối kê để tránh chân khỏi bị đổ ra ngoài.

Chân và tay lành ở tư thế mà bệnh nhân cảm thấy thoải mái.

- * Thay đổi tư thế cho bệnh nhân: đây là điểm rất quan trọng. Bệnh nhân phải được thay đổi tư thế mỗi 2 - 3 giờ.
- Những bài tập cần thực hiện ngay trong giai đoạn đầu.
 - * Nếu bệnh nhân chưa chủ động vận động được tay chân, bệnh nhân cần được tập thụ động tất cả các khớp bên liệt. Tập nhẹ nhàng, đều đặn để tránh làm tổn thương khớp của bệnh nhân.
 - * Khi bắt đầu có thể tham gia vào tập luyện:

Tập lăn nghiêng sang bên liệt: có thể có trợ giúp bằng cách nâng chân và tay lên, nâng đầu; người bệnh đưa chân tay lành ra phía trước sang bên liệt rồi lăn người theo.

Tập lăn nghiêng sang bên lành: bệnh nhân nằm ngửa; thầy thuốc giúp bệnh nhân nâng tay và chân liệt lên, đưa ra trước sang bên lành.

Tập vận động vai tay (tay lành đỡ tay liệt): nằm ngửa, cài các ngón tay 2 bên vào nhau, ngón cái bên liệt ở ngoài ngón cái bên lành. Duỗi thẳng 2 tay ra trước, đưa 2 tay lên phía đầu và xuống phía chân, càng xa càng tốt.

Tập dồn trọng lượng lên chân liệt: nằm ngửa, 2 gối gấp; người điều trị giúp đỡ gối bên liệt (nếu cần). Bệnh nhân nâng chân lành lên khỏi mặt giường để dồn trọng lượng lên chân liệt.

Làm cầu: nằm ngửa, 2 gối gấp, người điều trị giúp giữ chân liệt cho khỏi đổ. Bệnh nhân cố gắng tự nâng mông lên khỏi mặt giường, giữ 2 bên hông ngang nhau rồi nâng chân lành lên khỏi mặt giường (nếu được) để toàn bộ trọng lượng dồn lên chân liệt.

- + Giai đoạn sau: ở giai đoạn này, việc phục hồi tập trung vào 2 mục tiêu tập luyện giúp vận động vùng cơ bị liệt, đồng thời tập luyện chống tình trạng co cứng cơ.

- Việc tập luyện được thực hiện ở những tư thế khác nhau:

Tập vận động ở tư thế nằm.

Tập vận động ở tư thế ngồi.

Tập vận động ở tư thế đứng.

Tập vận động trên đệm.

Tập lăn.

Tập chuyển tư thế từ nằm sang quỳ chống tay.

Tập vận động ở tư thế quỳ.

Tập đứng lên.

- Bệnh nhân cần chú ý trong khi tập là luôn phối hợp chặt chẽ với thở sâu.
- Phòng ngừa co rút khớp vai: nằm ngửa, cài các ngón tay 2 bên vào nhau, ngón cái bên liệt ở ngoài ngón cái bên lành. Duỗi thẳng 2 tay ra trước, đưa 2 tay lên quá đầu cho đến khi 2 tay chạm vào mặt giường hoặc sàn nhà rồi đưa tay xuống phía chân.
- Phòng ngừa khuỷu tay, cổ tay và ngón tay bị co rút: bệnh nhân đứng cạnh bàn, cài các ngón tay 2 bên vào nhau. Xoay ngửa lòng bàn tay và áp lòng bàn tay xuống mặt bàn. Duỗi thẳng 2 tay, ngả người về phía trước để dồn trọng lượng lên 2 tay cho tới khi khớp cổ tay duỗi tối đa.

Bệnh nhân ngồi, dùng tay lành làm duỗi các ngón tay bên liệt và làm duỗi cổ tay. Sau đó đặt xuống mặt giường cạnh thân, dùng tay lành giữ khớp khuỷu bên liệt duỗi thẳng và nghiêng người sang bên liệt để dồn trọng lượng lên tay liệt.

Cài các ngón tay 2 bên vào nhau, đưa 2 bàn tay lên sát cằm, dùng lực của bàn tay làm duỗi tối đa cổ tay bên liệt. Có thể tựa vào má và cằm và giữ yên trong một thời gian lâu.

- Phòng ngừa co cứng chân ở tư thế duỗi: nằm ngửa, cài các ngón tay 2 bên vào nhau, co 2 gối lại và vòng 2 tay qua 2 gối, kéo 2 gối về phía ngực và nâng đầu lên; sau đó, trở về vị trí ban đầu.
- Phòng ngừa co rút gân gót và gấp ngón chân: dùng một cuộn băng đặt dưới ngón chân bên liệt, sau đó đứng lên, bước chân lành ra phía trước, phía sau. Có thể vịn vào một chỗ tựa nếu đứng chưa vững.

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

6. Nguyên nhân gây bệnh TBMMN theo YHCT
 - A. Ngoại nhân
 - B. Bệnh lâu ngày làm thận hư, hỏa bốc
 - C. Tiên thiên bất túc

- D. Ăn uống không đúng cách gây đàm thấp, hỏa hỏa
 - E. Chấn thương
7. Yếu tố nào gây được bệnh TBMMN
- A. Nhiệt
 - B. Hàn
 - C. Táo
 - D. Thấp
 - E. Phong
8. Triệu chứng quan trọng để phân biệt trúng phong ở lạc với trúng phong ở kinh
- A. Có liệt mặt hay không?
 - B. Có liệt nửa người hay không?
 - C. Có hôn mê hay không?
 - D. Có khởi phát đột ngột hay không?
 - E. Có co giật, động kinh hay không?
9. Triệu chứng quan trọng để phân biệt trúng phong ở kinh với trúng phong ở phủ
- A. Có liệt mặt hay không?
 - B. Có liệt nửa người hay không?
 - C. Có hôn mê hay không?
 - D. Có khởi phát đột ngột hay không?
 - E. Có co giật, động kinh hay không?
10. Triệu chứng quan trọng để phân biệt trúng phong ở phủ với trúng phong ở tạng
- A. Có liệt mặt hay không?
 - B. Có liệt nửa người hay không?
 - C. Có hôn mê hay không?
 - D. Có khởi phát đột ngột hay không?
 - E. Có co giật, động kinh hay không?

II. Câu hỏi nhân quả

1. Trong phương huyết điều trị chứng can dương xung gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái kê, phi dương; gia giảm nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường

- a. Người ta châm bổ huyết hành gian để bình can bởi vì
- b. Hành gian là hỏa huyết của can, dùng nó theo nguyên tắc mẹ thực tả con
- Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - Nếu a đúng, b sai
 - Nếu a sai, b đúng
 - Nếu a sai, b sai
2. Trong phương huyết điều trị chứng can dương xung gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khê, phi dương; gia giảm nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường
- Người ta châm tả huyết thiếu phủ để bình can giáng hỏa bởi vì
 - Thiếu phủ là hỏa huyết của tâm, dùng nó theo nguyên tắc mẹ thực tả con
 - Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - Nếu a đúng, b sai
 - Nếu a sai, b đúng
 - Nếu a sai, b sai
3. Trong phương huyết điều trị chứng can dương xung gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khê, phi dương; gia giảm nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường
- a. Người ta châm bổ huyết thận du bởi vì
- b. Châm bổ huyết thận du có tác dụng tư âm để ghìm dương
- Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - Nếu a đúng, b sai
 - Nếu a sai, b đúng
 - Nếu a sai, b sai
4. Trong bài Thiên ma câu đằng ẩm chữa chứng can phong nội động gồm: thiên ma, câu đằng, hoàng cầm, chi tử, tang ký sinh, hà thủ ô chế, đỗ trọng, phục linh, ích mẫu, thảo quyết minh, ngư tấu
- a. Vị phục linh làm tá bởi vì
- b. Phục linh có tính định tâm an thần

- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
5. Trong bài Linh dương câu đăng thang chữa chứng can phong nội động gồm: linh dương giác, trúc nhự, câu đăng, sinh địa, bạch thược, tang diệp, phục thần, cúc hoa, bối mẫu, cam thảo
- a. Hai vị sinh địa, bạch thược đều làm thần bởi vì
 - b. Hai vị đều có tác dụng sinh tân
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
6. Hai vị phụ tử, quế nhục trong bài thuốc Thận khí hoàn và Hữu quy hoàn
- a. Hai vị này đều làm quân bởi vì
 - b. Cả hai đều có tác dụng ôn bổ mệnh môn tương hoá
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
7. Trong bài thuốc Hữu quy ẩm chữa chứng thận khí bất túc gồm: phụ tử, quế, thực địa, hoài sơn, sơn thù, kỷ tử, đỗ trọng, cam thảo bắc
- a. Vị kỷ tử dùng làm thần bởi vì
 - b. Kỷ tử có tác dụng bổ can thận
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai

8. Trong nhóm huyết ôn bổ thận dương gồm thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái Khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải

a. Châm huyết trung cực để chữa chứng rối loạn tiểu tiện bởi vì

b. Huyết trung cực là mộ huyết của bàng quang, châm vào để bổ thận dương khí hoá bàng quang

- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai

9. Trong nhóm huyết ôn bổ thận dương gồm thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái Khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải

a. Châm tả huyết thái xung để thanh can hỏa, bởi vì

b. Thái xung là du thổ huyết của can

- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai

10. Trong nhóm huyết ôn bổ thận dương gồm thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái Khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải

a. Châm bổ huyết quan nguyên để chữa chứng thận dương suy bởi vì

b. Quan nguyên là cửa của nguyên khí, nguyên dương

- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai

LIỆT MẶT NGUYÊN PHÁT

MỤC TIÊU

1. Nêu được yếu tố dịch tễ học của liệt mặt nguyên phát.
2. Liệt kê được triệu chứng lâm sàng chẩn đoán liệt mặt nguyên phát.
3. Liệt kê được những bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với liệt mặt nguyên phát.
4. Trình bày và giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị.

1 . ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Liệt mặt nguyên phát là liệt ngoại biên toàn bộ nửa bên mặt, nguyên nhân chưa rõ, có khởi đầu đột ngột và đa phần có tiên lượng tốt.

1.2. Dịch tễ học

Liệt mặt nguyên phát là thể bệnh thường gặp nhất trong các loại liệt mặt ngoại biên, còn được gọi là liệt Bell's (Bell's palsy). Tỷ lệ mắc bệnh (IR) khoảng 23/100000/năm hay 1/60 - 70 người trong suốt cuộc đời của họ.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Giải phẫu học

Nhân dây thần kinh mặt (số VII) bắt đầu từ phần thấp của cầu não. Sau khi vòng qua nhân dây thần kinh vận nhãn ngoài (số VI), dây thần kinh mặt chui ra khỏi thân não (ở rãnh cầu - hành não).

Sau khi rời thân não, dây thần kinh mặt, có kèm theo dây phụ Wrisberg (dây VII bis, chịu trách nhiệm về cảm giác), động mạch và đám rối tĩnh mạch, chạy xuyên qua xương đá trong một ống xương: vòi Fallope (aqueduc de Fallope).

Ống xương này có hình của lưới lê cắm đầu súng. Vì thế, đoạn dây thần kinh mặt được chia ra làm 3 phần: hạch gối (đoạn thần kinh nằm giữa đoạn 1 và 2) là nơi nhận những sợi cảm giác của dây phụ Wrisberg, đồng thời cũng là nơi xuất phát sợi thần kinh đá nông lớn; ở đoạn thứ 3 của dây thần kinh mặt, xuất phát từ thừng nhĩ (chorda tympani). Sợi này sau khi chạy xuyên qua hộp nhĩ, sẽ nối với dây thần kinh lưới.

Dây thần kinh mặt chui ra khỏi xương đá ở lỗ chũm, tiếp tục đi vào vùng mang tai và phân thành 2 nhánh tận cùng phân bố cho các cơ vùng mặt.

2.1.2. Sinh lý học

Chức năng của dây thần kinh mặt bao gồm:

- Chức năng vận động: dây thần kinh mặt phân bố đến tất cả cơ ở mặt (trừ các cơ thái dương, cơ nhai và cơ chân cánh bướm) và có ảnh hưởng đến thính giác với việc tham gia vào vận động cơ của xương đe.
- Chức năng cảm giác: dây thần kinh mặt nhận cảm giác của loa tai và ống tai ngoài, vùng sau tai, vòi Eustache và 2/3 trước lưới.
- Chức năng giác quan: dây thần kinh mặt chịu trách nhiệm vị giác của 2/3 trước của lưới (thông qua dây thần kinh lưới và thừng nhĩ).
- Chức năng vận mạch và bài tiết: dây thần kinh đá nông lớn phân bố đến các tuyến lệ (thông qua trung gian của hạch Gasser). Thừng nhĩ chịu trách nhiệm việc bài tiết nước bọt của hạch dưới hàm và dưới lưới.

Cơ chế bệnh sinh của liệt mặt nguyên phát chưa rõ ràng. Trước đây, vai trò của lạnh được đề cập đến qua:

- + Cơ chế mạch máu: do co thắt những động mạch chạy theo dây VII trong vòi Fallope dẫn đến phù và viêm phản ứng của dây VII. Phù nề làm dây bị chèn ép trong khung xương của vòi Fallope.
- + Cơ chế nhiễm trùng: vì nhận thấy có vẻ trong vài trường hợp liệt mặt nguyên phát có liên quan đến nhiễm virus. Đây là trường hợp tổn thương viêm trực tiếp dây VII và vai trò của lạnh được cho là tạo thuận cho sự phát triển của virus xâm nhập từ vùng họng hầu lên vùng Fallope. Tuy nhiên, những giải phẫu tử thi của những công trình nghiên cứu sau này cho thấy không có những thay đổi đáng ghi nhận, không có những phản ứng viêm như thường giả định trước đây.

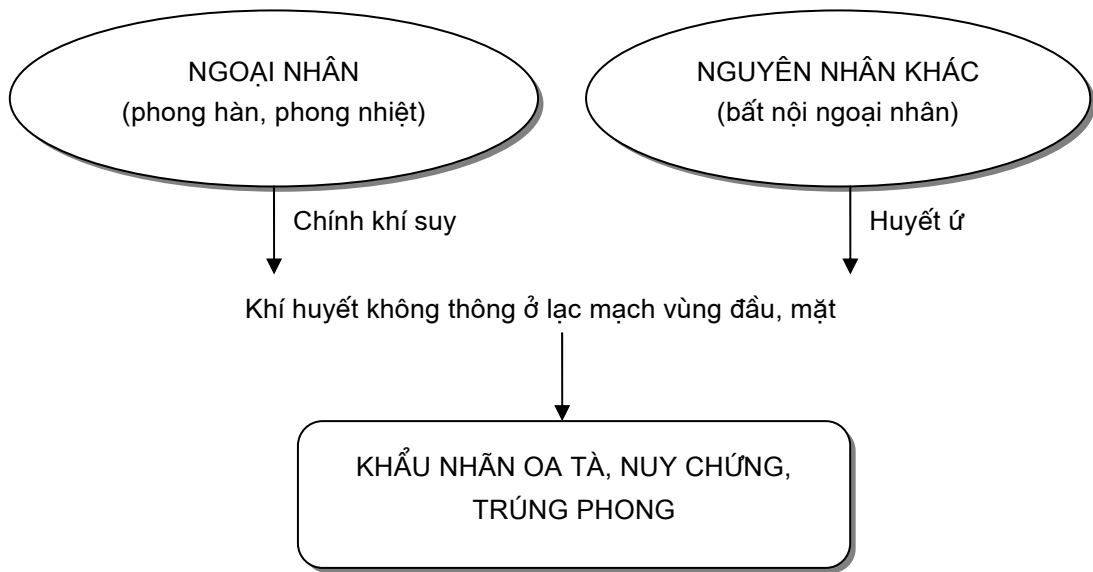
2.2. Theo y học cổ truyền

Theo YHCT, liệt mặt ngoại biên đã được mô tả trong những bệnh danh khẩu nhãn oa tà trúng phong nuy chứng.

Nguyên nhân gây bệnh:

- *Ngoại nhân*: thường là phong hàn, phong nhiệt thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập vào các kinh dương ở đầu và mặt.
- *Bất nội ngoại nhân*: do chấn thương ở vùng đầu mặt gây huyết ứ lại ở các lạc trên.

Những nguyên nhân này làm cho khí huyết của lạc mạch vùng đầu mặt bị cản trở hoặc bị tắc lại, gây nên chứng nuy (yếu liệt), có thể kèm theo tê và đau (*không thông thì đau*).



Hình 24.2. Sơ đồ nguyên nhân và cơ chế bệnh của liệt mặt

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

Bệnh khởi phát đột ngột, triệu chứng liệt xuất hiện hoàn toàn thường trong vòng 48 giờ.

- Có thể đau sau tai trước đó 1 - 2 ngày, có thể kèm ù tai, thường chảy nước mắt sống.
- Liệt toàn bộ cơ mặt một bên, mất nếp nhăn trán, mất nếp má mũi; ảnh hưởng đến tiếng nói, ăn uống.
- Mắt nhắm không kín: Charles - Bell (+).
- Mặt trở nên trơ cứng, mặt bị lệch về bên lành.
- Mất vị giác 2/3 trước lưỡi.

- Mất những phản xạ có sự tham gia của cơ vòng quanh mắt như phản xạ giác mạc (cảm giác của giác mạc vẫn giữ nguyên).

3.2. Theo y học cổ truyền

Dựa vào nguyên nhân và cơ chế gây bệnh nêu trên, YHCT xếp thành 3 thể bệnh chủ yếu sau đây

3.2.1. Phong hàn phạm kinh lạc

Thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do lạnh.

Triệu chứng như trên (phần YHHĐ), kèm theo người gai lạnh, sợ lạnh.

Hoàn cảnh khởi phát bệnh ít nhiều có liên quan đến yếu tố thời tiết lạnh như sau khi gặp mưa, mùa lạnh..., râu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

3.2.2. Phong nhiệt phạm kinh lạc

Thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do nguyên nhân viêm nhiễm.

Triệu chứng như trên (phần YHHĐ), kèm theo người sốt, sợ gió, sợ nóng, râu lưỡi trắng dày, mạch phù sác.

3.2.3. Huyết ứ ở kinh lạc

Thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do nguyên nhân chấn thương hoặc khối choán chỗ.

Triệu chứng như trên (phần YHHĐ) và luôn có kèm đau đầu, xuất hiện sau một chấn thương hoặc sau mổ vùng hàm mặt - xương chũm.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cần chẩn đoán phân biệt với những trường hợp liệt mặt ngoại biên thứ phát sau:

- Chấn thương sọ não: có tiền căn chấn thương đầu, có chảy máu ở tai cùng bên liệt.
- Di chứng sau giải phẫu vùng hàm mặt - xương chũm.
- Zona hạch gối: kèm đau nhức trong tai và nửa bên mặt, xuất hiện các nốt nước nhỏ ở vùng Ram say - Hunt.
- U tuyến mang tai: khối u vùng tuyến mang tai, không mất vị giác 2/3 trước lưỡi.
- U dây thần kinh số 8: dấu tổn thương thính giác và tiền đình, không mất vị giác 2/3 trước lưỡi.

- Viêm dây thần kinh trong hội chứng Guillain - Barré: thường liệt mặt cả 2 bên, kèm những triệu chứng dị cảm của viêm đa dây thần kinh, rối loạn dịch não tủy.

5. ĐIỀU TRỊ

Do cơ chế gây bệnh chưa rõ nên việc điều trị chủ yếu là giải quyết triệu chứng

5.1. Điều trị bằng thuốc

5.1.1. *Thể phong hàn phạm kinh lạc*

- Pháp trị: khu phong, tán hàn, hoạt lạc; hoạt huyết, hành khí.
- Bài thuốc sử dụng:

Ké đầu ngựa	12g	Tang ký sinh	12g
Quế chi	8g	Bạch chỉ	8g
Kê huyết đằng	12g	Ngưu tất	12g
Uất kim	8g	Trần bì	8g
Hương phụ	8g		

5.1.2. *Thể phong nhiệt phạm kinh lạc*

- Pháp trị:
 - + Khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết (khi có sốt).
 - + Khu phong, bổ huyết, hoạt lạc (khi hết sốt).
- Bài thuốc sử dụng:

Kim ngân hoa	16g	Bồ công anh	16g
Thổ phục linh	12g	Ké đầu ngựa	12g
Xuyên khung	12g	Đan sâm	12g
Ngưu tất	12g		

5.1.3. *Thể huyết ứ kinh lạc*

- Pháp trị: hoạt huyết, hành khí.
- Bài thuốc sử dụng:

Xuyên khung	12g	Đan sâm	12g
Ngưu tất	12g	Tô mộc	8g
Uất kim	8g	Chỉ xác	6g
Trần bì	6g	Hương phụ	6g

5.2. Điều trị bằng châm cứu

Có thể nói phần lớn những trường hợp liệt mặt ngoại biên chỉ cần áp dụng phương pháp trị liệu bằng châm cứu, xoa bóp và tập luyện cơ đã đạt kết quả cao.

- Công thức huyết gồm:
 - + Toàn túc, ấn đường, thái dương, dương bạch, nghinh hương, giáp xa, hạ quan, địa thương. Đây là những huyết tại chỗ trên mặt (thay đổi theo ngày).
 - + Ấp phong, phong trì: khu phong.
 - + Hợp cốc bên đối diện.
- Kỹ thuật:
 - + Phần lớn là ôn châm (vì đa số trường hợp liệt mặt là do lạnh). Ôn châm cũng đồng thời được chỉ định trong trường hợp huyết ú (do sang chấn). Nếu thuộc thể phong nhiệt phạm lạc mạch thì kỹ thuật sử dụng là châm tả.
 - + Tránh sử dụng điện châm do nguy cơ gây co thắt phối hợp ở mặt (synkinesis) và co cứng mặt về sau (facial spasm). Nếu sử dụng điện trị liệu, chỉ dùng dòng điện Galvanic ngắt đoạn.

5.3. Vật lý trị liệu phục hồi chức năng

5.3.1. Ưu điểm

- Bảo vệ mắt trong lúc ngủ.
- Xoa bóp và chườm nóng cơ mặt vùng liệt.
- Tập luyện cơ bằng chủ động trợ giúp và tiến tới tập chủ động có đề kháng.

5.3.2. Kỹ thuật

- Xoa bóp:
 - + Người bệnh nằm ngửa, đầu kê trên gối mỏng.
 - + Thầy thuốc đứng ở phía đầu người bệnh.
 - + Vuốt từ dưới cằm lên thái dương và từ trán hướng xuống tai.
 - + Xoa với các ngón tay khép kín, xoa thành những vòng nhỏ.
 - + Gõ nhẹ nhanh vùng trán và quanh mắt với các đầu ngón tay.
- *Tập luyện cơ*: người bệnh cố gắng thực hiện các động tác
 - + Nhắm hai mắt lại.
 - + Mím cười.

- + Huýt sáo và thổi.
- + Ngậm chặt miệng.
- + Cười thấy răng và nhếch môi trên.
- + Nhấn trán và nhíu mày.
- + Hình 2 cánh mũi.
- + Phát âm những âm dùng môi như b, p, u, i ...

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Tỷ lệ mắc bệnh liệt mặt nguyên phát
 - A. 5 - 9/100.000/năm
 - B. 10 - 14/100.000/năm
 - C. 15 - 19/100.000/năm
 - D. 20 - 24/100.000/năm
 - E. 25 - 29/100.000/năm

2. Tỷ lệ mắc bệnh liệt mặt nguyên phát trong suốt cuộc đời của một người
 - A. 1/30 - 39 người
 - B. 1/40 - 49 người
 - C. 1/50 - 59 người
 - D. 1/60 - 70 người
 - E. 1/70 - 80 người

3. Dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán liệt mặt ngoại biên
 - A. Charles-Bell (+)
 - B. Mất vị giác 2/3 trước lưỡi
 - C. Không hình mũi được
 - D. Nếp má mũi mờ hoặc mất
 - E. Nhân trung lệch về một bên

4. Huyệt ế phong sử dụng trong điều trị liệt mặt nguyên phát, được chọn theo nguyên tắc

- A. Tại chỗ
 - B. Theo đường kinh
 - C. Đặc hiệu
 - D. Tại chỗ và theo đường kinh
 - E. Tại chỗ và đặc hiệu
5. Tư thế bệnh nhân trong xoa vuốt mặt
- A. Nằm ngửa, đầu kê trên gối mỏng
 - B. Nằm nghiêng, mắt bên liệt hướng lên trên
 - C. Ngồi, đầu ngửa ra sau
 - D. Ngồi, chống tay dưới cằm
 - E. Ngồi, đầu nghiêng sang bên

II. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu sai

1. Liệt mặt ngoại biên xuất hiện trong
 - A. Zona hạch gối
 - B. U dây thần kinh số 8
 - C. Hội chứng Guillain - Barré
 - D. U tuyến mang tai
 - E. Chấn thương sọ não
2. Triệu chứng bắt buộc có trong liệt mặt ngoại biên
 - A. Mất vị giác 2/3 trước lưỡi
 - B. Mắt nhắm không kín
 - C. Miệng không ngậm chặt được
 - D. Không nhắm trán được
 - E. Không nhú mày được
3. Triệu chứng xuất hiện trong liệt mặt ngoại biên
 - A. Nếp nhăn trán mờ hoặc mất
 - B. Nếp má mũi mờ hoặc mất
 - C. Charles - Bell (-)

- D. Nếp khoe chảy sệ xuống bên liệt
 - E. Không nhú mày được
4. Triệu chứng xuất hiện trong liệt mặt ngoại biên
- A. Mắt nhắm không kín
 - B. Không nhăn trán được nếp nhăn trán mờ hoặc mất
 - C. Không nhú mày được
 - D. Không nhếch mép về bên liệt được
 - E. Không cắn chặt răng bên liệt được
5. Những phương tiện điều trị áp dụng được cho liệt mặt nguyên phát
- A. Xoa bóp
 - B. Tập luyện cơ
 - C. Ôn châm
 - D. Điện châm
 - E. Chườm nóng

III. Điền vào chỗ trống

1. Trong nhóm huyết điều trị liệt mặt nguyên phát
- A. Huyết *toản trúc* được chọn theo nguyên tắc
 - B. Huyết *hạ quan* được chọn theo nguyên tắc
 - C. Huyết *ế phong* được chọn theo nguyên tắc
 - D. Huyết *phong trì* được chọn theo nguyên tắc
 - E. Huyết *hợp cốc* được chọn theo nguyên tắc
2. Tư thế người bệnh và thầy thuốc trong xoa bóp vùng mặt
- A. Tư thế người bệnh:.....
 - B. Tư thế thầy thuốc:
3. Mô tả kỹ thuật xoa bóp điều trị liệt mặt
- A. Vuốt:
 - B. Xoa:
 - C. Gõ:

BẠI NÃO

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bại não.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh của bệnh bại não theo lý luận YHCT.*
3. *Chẩn đoán được thể lâm sàng theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị bệnh theo YHHD và YHCT.*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị bại não (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị bại não bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Danh từ bại não được dùng chỉ một nhóm bệnh thần kinh:

- Xuất hiện từ khi sinh.
- Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và nặng nề.
- Nguyên nhân cũng rất phong phú.
- Mặc dù bất thường về vận động là dấu hiệu nổi bật nhất, nhưng rất thường gặp kèm theo những sa sút về trí thông minh, về phát triển tình cảm, ngôn ngữ và nhận thức.

Theo YHCT, bệnh nằm trong phạm vi chứng ngũ trì, ngũ nhược, nuy.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

2.1. Theo y học hiện đại

Lâm sàng dựa vào sự phát bệnh trước và sau sinh không giống nhau, có thể phân làm ba loại: trước sinh, trong sinh, sau sinh.

2.1.1. Trước sinh

Nguyên nhân chủ yếu do thiếu oxy não của thai nhi trong tử cung (đọa sẩy, xuất huyết do chấn thương trong thai kỳ), trong thời kỳ mang thai mẹ bị cảm, xuất huyết. Hoặc mẹ bị cao huyết áp, tiểu đường, té, chấn thương thai, tiếp xúc chất độc.

Yếu tố di truyền có vai trò trong 10% trường hợp.

2.1.2. Trong sinh

Nguyên nhân do tắc ối, nhau choàng hoặc sinh khó, chấn thương lúc sinh gây ra thiếu oxy não hoặc chảy máu não...

Sau sinh: nguyên nhân do co giật kéo dài sau sinh, vàng da, viêm não, chấn thương sọ não gây thiếu oxy não hoặc xuất huyết não.

2.2. Theo y học cổ truyền

YHCT không có từ bại não. Những biểu hiện của bệnh như yếu liệt, chậm phát triển trí tuệ được xếp tương đương với chứng nuy, chứng ngũ trì, chứng ngũ nhược.

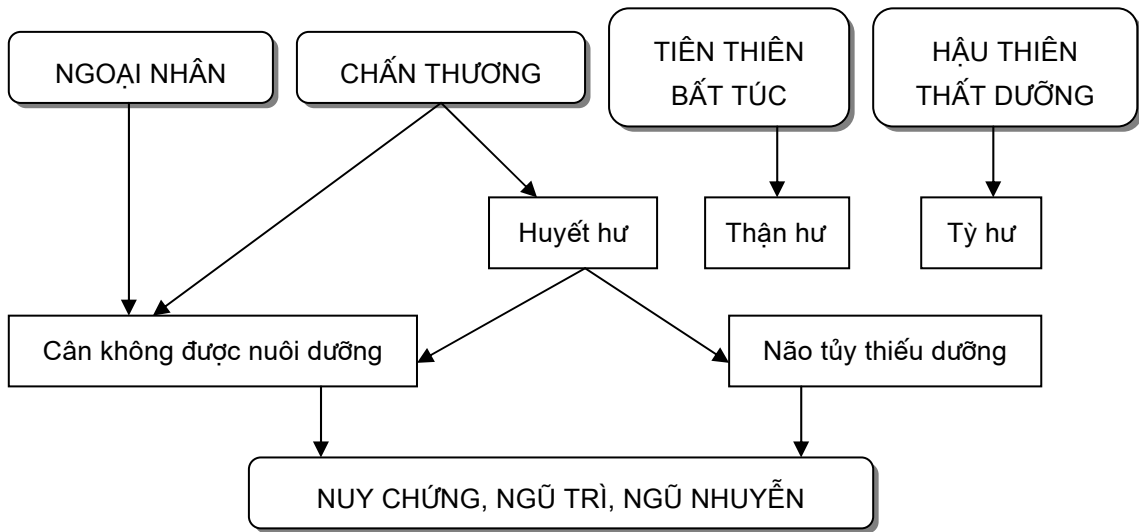
Theo quan niệm YHCT: não là bể tủy, có quan hệ mật thiết với thận. Nếu thận tinh bất túc, không nuôi dưỡng được cốt tủy sẽ làm não bể hư rỗng. Can thận đồng nguồn, thận thủy đầy đủ sẽ dưỡng được can mộc tốt. Nếu thận thủy suy hư, can mộc bị thất dưỡng (do can chủ cân, nên khi can bị thất dưỡng sẽ xuất hiện cân suy yếu). Vì thế, nếu can huyết bất túc, thận khí hư đều dẫn đến não thất dưỡng, bể tủy suy yếu không nhuận được cân khiến chân tay bất dụng.

Đương nhiên tỳ vị hư cũng ảnh hưởng đến nguồn sinh huyết, huyết không dưỡng được can, can tàng huyết không đủ, đưa đến cân thất dưỡng gây nên chứng nuy.

Do ôn nhiệt độc tà hoặc nhiệt khiến cho phế bị nhiệt nung nấu mà tân dịch tiêu hao. Phế không làm tròn vai trò thông điều thủy đạo, lại không làm tròn vai trò *Tương phó chi quan* đối với tâm tạng nên khí huyết không đến do đó cân mạch toàn thân không được nuôi dưỡng nhu nhuận mà sinh ra chứng nuy.

Do chấn thương (bất nội ngoại nhân) gây huyết ứ làm tắc trở kinh lạc sinh chứng nuy.

Error!



Hình 25.1. Sơ đồ bệnh bại não theo YHCT

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Theo y học hiện đại

Nói chung, các thể lâm sàng của bại não đều được phát hiện nhờ vào sự chậm phát triển của trẻ (cả thể chất và trí thông minh) so với trẻ cùng tuổi.

Thời gian mà cha mẹ trẻ phát hiện được sự bất thường của trẻ tùy thuộc vào mức độ trầm trọng của bệnh, nhưng thường là trong vòng 12 đến 18 tháng tuổi của trẻ (trong một số trường hợp được phát hiện trễ hơn sau 2 năm khi cha mẹ thấy trẻ chậm và khó khăn khi đi).

Những dấu hiệu lâm sàng có thể thấy trong bại não gồm:

- *Liệt trung ương*: rất đa dạng; có thể liệt hai chi dưới, liệt nửa người, liệt tứ chi. Do bệnh thường xảy ra ở trẻ còn nhỏ nên dấu hiệu sớm cần chú ý như động tác không tự chủ, múa vờn, có co giật.... Sau sinh vài tháng có thể thấy cổ mềm, lưng yếu ngồi không được, đặc biệt hai chân dưới rất ít cử động, đung tới là co giật, phản xạ gót giảm. Tùy theo biểu hiện mà phần lớn các trường hợp có thể được xếp vào một trong những hội chứng lâm sàng riêng biệt.
- Liệt cứng 2 chi (spastic diplegia - little's disease): đây là thể thường thấy nhất, có thể kèm hoặc không rối loạn trí tuệ. Mức độ liệt rất thay đổi từ nhẹ (chỉ có yếu, chậm đi hơn trẻ bình thường, tăng phản xạ gân cơ hạ chi) đến rất nặng (trẻ không khả năng bước đi, tứ chi gồng cứng, nói khó, nuốt khó).
- Liệt 2 chi thể tiểu não (cerebellar diplegia): chủ yếu liệt mềm, trương lực cơ giảm, không có xuất hiện những vận động vô ý nhưng xuất hiện dấu lay tròn mắt (nyctagmus), thất điều không đối xứng ở cả tứ chi.

- Liệt nửa người ở trẻ em (infantile hemiplegia): bệnh có thể xảy ra cả 2 bên (double hemiplegia). Trong trường hợp này phân biệt với liệt 2 chi thể tiểu não bằng việc chi trên bị nặng hơn chi dưới. Bệnh có thể xuất hiện ngay sau khi sinh (u nang bẩm sinh ở bán cầu não, nhồi máu não trong tử cung) nhưng thường xuất hiện trong thời kỳ trẻ còn nhỏ (sau ho gà hoặc sau tình trạng co giật do sốt cao). Dấu lâm sàng thông thường là chi trên bị liệt nặng (bàn tay và ngón tay hoàn toàn mất vận động, tay và cánh tay co cứng ở trước ngực), trái lại chi dưới lại bị nhẹ hơn, dù cũng có tình trạng cứng, tăng phản xạ gân cơ. Bệnh nhi vẫn bước đi được, và đôi khi rất đáng ngạc nhiên, đi không khó khăn lắm. Nếu vỏ não ưu thế bị tổn thương, trẻ sẽ không nói được.
- *Chậm phát triển trí tuệ, trí lực kém*: việc chẩn đoán chậm phát triển trí tuệ trong thời gian trẻ còn nhỏ rất khó khăn. Cần phải có kỹ năng và kinh nghiệm khi thăm khám trẻ để phát hiện mức phát triển trí tuệ của trẻ bệnh so với tuổi của trẻ bình thường (cười, mắt theo dõi ánh sáng di động, lấy đồ vật, phát âm từng từ và chữ...). Cần phân biệt rõ những trường hợp suy giảm chức năng vận động (apraxia), cảm giác (agnosia), giác quan (điếc), năng lực nói (aphasia, articulatory apraxia, dyslexia) khiến cho ta cảm giác trẻ bị chậm phát triển trí tuệ (thường việc phân biệt này có khó khăn và đôi khi cần đến những test về trí thông minh - IQ test), một số xuất hiện động kinh, diên, chảy nước miếng, nuốt khó, cơ mặt, mắt tê, cứng.

3.2. Theo y học cổ truyền

3.2.1. Thể thận tinh bất túc

- Tứ chi liệt, teo.
- Phát triển thể chất và trí tuệ kém: nói không rõ, thóp không kín, cổ, lưng mềm.
- Rêu lưỡi trắng, mạch vi tế.

3.2.2. Thể can thận âm hư

- Liệt hai chi dưới, cổ, gáy cứng, chân tay cử động chậm.
- Khi đứng chân co rút, bước không thẳng.
- Mặt, mắt co kéo, nói không rõ.
- Lưỡi đỏ, mạch vi sắc.

3.2.3. Thể âm, tân hư

- Liệt tứ chi, cơ teo, môi miệng khô nứt, kèm sốt thấp, đạo hãn.
- Lưỡi đỏ rêu nứt, mạch tế sắc.

3.2.4. *Thể ú tắc não lạc*

- Liệt chi dưới, trí lực giảm, tóc rụng, gân nổi rõ ở mặt, đầu.
- Tứ chi quyết lạnh.
- Chất lưỡi tối tím, mạch tế sáp.

3.2.5. *Thể đàm thấp nội tắc*

- Liệt tứ chi, có đờm ở họng, có khi diên hoặc co giật, kèm buồn nôn, nôn mửa.
- Rêu lưỡi vàng nhớt, mạch hoạt sáp.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm đa dây thần kinh: xuất hiện ở đoạn xa thần kinh, phân bố đối xứng, vận động cảm giác đều bị ảnh hưởng, điển hình ở đầu chi có cảm giác mang găng hoặc đi tất, liệt mềm (nếu có), phản xạ giảm hoặc mất.
- Viêm tủy: thường thấy ở thanh niên, có ba đặc điểm lớn: liệt, giảm cảm giác, đại tiểu tiện không tự chủ.
- Liệt do bệnh cơ: thường phát ở trẻ khoảng năm tuổi, biểu hiện lâm sàng bằng các dấu hiệu như: từ từ xuất hiện tứ chi co cứng và teo, phản xạ gân giảm hoặc mất, không rối loạn cảm giác. Có tiền căn gia đình.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị bằng thuốc

5.1.1. *Thể thận tinh bất túc*

- *Pháp trị*: chấn tinh, ích tủy, bổ thận kiện não.
- *Bài thuốc*: Hữu quy hoàn gia giảm

Thục địa	15g	Hoài sơn	15g
Sơn thù	9g	Thỏ ty tử	9g
Câu kỷ	9g	Nhung giác giao	12g
Quy bản	11g	Tử hà sa	4,5g
Đương quy	15g	Đỗ trọng sao	15g

5.1.2. *Thể can thận âm hư*

Phép trị: tư bổ can thận, tức phong, tiềm dương.

Bài thuốc: Đại định phong chu gia giảm (gồm: xích thược 12g, bạch thược 12g, a giao 12g, quy bản 12g, sinh địa 12g, ngũ vị 3g, mẫu lệ 4,5g, mạch

đông 15g, chích thảo 5g, kê tử hoàng 1 cái, miết giáp 15g, chân châu 30g, địa long 12g)

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
A giao	Vị ngọt, tính bình: tư âm, bổ huyết	Quân
Quy bản	Ngọt, mặn, hàn; tư âm, bổ tâm thận	Quân
Miết giáp	Vị mặn, hàn: vào can, phế, tỳ: dưỡng âm, nhuận kiên, tán kết	Thần
Sinh địa	Hàn, ngọt, đắng: nuôi thận, dưỡng âm, dưỡng huyết	Quân
Ngũ vị tử	Chua, mặn, ôn: cố thận, liễm phế; cố tinh, chỉ mồ hôi, cường gân ích khí, bổ ngũ tạng	Thần
Mạch môn	Ngọt, đắng, mát: nhuận phế, sinh tân	Thần
Kê tử hoàng	Tư âm huyết, tức phong	Thần
Mẫu lệ	Mặn, chát, hơi hàn: tư âm, tiềm dương, hóa đờm, cố sáp	Thần
Bạch thược	Đắng chua, hơi hàn: dưỡng huyết, liễm âm, lợi tiểu, nhuận gan	Thần, Tá
Xích thược	Đắng, lạnh: thanh nhiệt, lương huyết	Tá
Địa long	Mặn, hàn, vào kinh tỳ, vị, thận: thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc	Tá
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ, nhuận phế, giải độc	Sứ

5.1.3. Thể âm tân hư

- *Pháp trị*: tư âm, sinh tân.
- *Bài thuốc*: Tăng dịch thang (gồm: sinh địa 30g, mạch đông 30g, huyền sâm 15g, sơn dược 15g, sa sâm bắc 12g, sa sâm nam 12g, thạch hộc 30g, thiên hoa phấn 12g)

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Huyền sâm	Mặn, hơi đắng, hàn; vào phế, vị, thận: thanh nhiệt, lương huyết, tả hỏa, giải độc, sinh tân dịch, tán kết	Quân
Sinh địa	Ngọt, đắng, hàn vào tâm, can, tiểu trường, thận: thanh nhiệt, lương huyết, dưỡng âm, sinh tân	Thần
Mạch môn	Ngọt, hơi đắng, hơi lạnh; vào phế, vị: nhuận phế, sinh tân, lợi niệu	Thần
Thiên hoa phấn	Ngọt, chua, hàn; vào phế, vị, đại trường: sinh tân chỉ khát, giáng hỏa, nhuận táo, bài nung, tiêu thũng	Thần, tá
Hoàng liên	Đắng, hàn; vào tâm, can, đởm, đại trường, vị: thanh nhiệt, táo thấp, thanh tâm	Tá

5.1.4. *Thể ú tắc não lạc*

Pháp trị: hoạt huyết hóa uất, tỉnh não thông khiếu.

Bài thuốc: Thông khiếu hoạt huyết thang (gồm: xích thước 15g, xuyên khung 6g, đào nhân 9g, nhung hươu 0,15g, đan sâm 15g, gừng khô 3g, hoàng kỳ 60g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Xích thước	Đắng, lạnh: thanh nhiệt, lương huyết, hoạt huyết	Quân
Xuyên khung	Cay, ôn: hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong	Quân
Đào nhân	Đắng, ngọt, bình: phá huyết, hành ứ, nhuận táo, hoạt trường	Quân
Đan Sâm	Đắng, lạnh, vào kinh tâm, tâm bào: hoạt huyết, khử ứ, điều kinh, thanh nhiệt	Quân
Can Khương	Ôn trung tán hàn	Tá
Nhung hươu	Ngọt, ôn: sinh tinh, bổ tủy, ích huyết	Thần
Huỳnh kỳ	Ngọt, ấm, vào tỳ phế: bổ khí, thăng dương khí của tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Thần

5.1.5. *Thể đàm thấp nội tắc*

- *Pháp trị:* kiện tỳ, hóa đàm, túc phong, tỉnh não.
- *Bài thuốc:* Hoàng liên ôn đờm thang (gồm: hoàng liên 3g, bán hạ chế 9g, đờm tinh 3g, tích thực 9g, trúc nhự 9g, bạch truật sao 9g, thiên ma 15g, phục linh 15g, xương bồ 3g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Xương bồ	Cay, ôn: ôn trường vị, kích thích tiêu hóa, thuốc bổ	Quân
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm: kiện tỳ, táo thấp, cầm mồ hôi	Quân
Bán hạ	Cay, ôn: hạ khí nghịch, tiêu đờm	Quân
Chỉ thực	Đắng, chua, hơi hàn: phá khí, tiêu tích, hóa đờm, trừ bí	Quân
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Thần
Thiên ma	Ngọt, cay, hơi đắng, bình: thăng thanh, giáng trọc, tán phong, giải độc	Tá
Hoàng liên	Vị đắng, lạnh: tả tâm nhiệt, giải khí bản nhiệt của thiếu âm	Tá
Trúc nhự	Ngọt, hơi lạnh: thanh nhiệt, lương huyết	Tá

5.2. Điều trị không bằng thuốc

5.2.1. Nguyên tắc chung trong phục hồi di chứng

Thông thường phương pháp điều trị không dùng thuốc được sử dụng để phục hồi di chứng bại não. Việc phục hồi di chứng không thể tách rời với tổng trạng chung của trẻ, do đó mà luôn luôn có sự phối hợp giữa điều trị bằng thuốc và không dùng thuốc cho mục tiêu này.

Trong điều trị di chứng của bại não không bằng thuốc, cần chú ý đến hệ thống kỳ kinh bát mạch vì như phần cơ chế sinh bệnh YHCT đã nêu, bệnh bại não có quan hệ chặt chẽ đến tình trạng của tiên thiên và hệ thống thận. Các kỳ kinh đều bắt nguồn từ hệ thống thận - bàng quang (thiên Động du, sách Linh khu có đoạn: “Xung mạch là biển của 12 kinh, cùng với đại lạc của kinh túc thiếu âm, khởi lên từ bên dưới thận (khởi vu thận hạ)...”. Thiên Bản du, sách Linh khu có đoạn: “Mạch nhâm và đốc bắt nguồn từ thận và thông với âm dương của trời đất”. Những mạch âm kiểu, dương kiểu, âm duy và dương duy xuất phát tuần tự từ những huyết chiếu hải, thân mạch, trúc tâm, kim môn thuộc hệ thống thận - bàng quang).

Trong toàn bộ hệ thống kỳ kinh vận dụng vào điều trị, cần chú ý đặc biệt đến mạch đốc (*xem Châm cứu học II, trang 150 - 152*).

5.2.2. Phương pháp áp dụng cụ thể

Tác động đến mạch đốc: tùy tình hình thực tế, có thể tác động bằng nhiều cách khác nhau (cuộn da, xoa vuốt, gõ mai hoa ...).

Huyết sử dụng theo di chứng:

- Rối loạn tâm thần: bách hội, nội quan, thần môn, an miên.
- Liệt cổ, vai, lưng: phong phủ, phong trì, thiên trụ.
- Liệt chi trên: kiên tĩnh, kiên ngưng, khúc trì, xích trạch, liệt khuyết, hợp cốt, lao cung, bát tà.
- Liệt chi dưới: hoàn khiêu, âm lăng, dương lăng, ủy trung, độc ty, thừa sơn, giải khô, dũng tuyên, bát phong.
- Nói khó: á môn, nhĩ môn, liêm tuyên, thiên đột, phế du.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Nguyên nhân nào không phải là nguyên nhân sinh bệnh bại não theo YHCT
 - A. Ngoại nhân
 - B. Nội nhân
 - C. Bệnh lâu ngày
 - D. Tiên thiên bất túc
 - E. Chấn thương
2. Cơ chế bệnh nào không phù hợp trong bệnh bại não theo YHCT
 - A. Bệnh lâu ngày làm thận hư suy khiến can huyết hư, cân không được nuôi dưỡng
 - B. Tỳ hư khiến huyết hư không dưỡng được cân, não
 - C. Ôn nhiệt độc hun đốt tân dịch ảnh hưởng đến phế tâm; hậu quả là khí huyết không đến được cân, mạch
 - D. Chấn thương gây huyết ú, huyết thoát làm tắc trở kinh lạc
 - E. Do tiên thiên bất túc khiến não tủy thất dưỡng
3. Cơ chế sinh bệnh bại não theo YHCT
 - A. Tỳ hư khiến đờm thấp ú trệ ở kinh lạc
 - B. Ôn nhiệt tà hun đốt tân dịch sinh đờm làm tắc trệ kinh lạc
 - C. Do ở nơi ẩm thấp lâu ngày, thấp đình trệ sinh chứng nuy
 - D. Chấn thương gây huyết ú, huyết thoát làm tắc trở kinh lạc
 - E. Do bệnh lâu ngày làm tổn thương can thận
4. Triệu chứng quan trọng phân biệt bại não thể thận khí bất túc với thể can thận âm hư
 - A. Liệt 2 chi hay tứ chi
 - B. Có chậm phát triển trí tuệ hay không
 - C. Có động kinh hay không
 - D. Lưỡi đỏ hay không
 - E. Có đờm ở họng hay không
5. Triệu chứng quan trọng phân biệt bại não thể ú tắc não lạc với thể âm tân hư

- A. Chất lưỡi tối tím, có điểm ứ huyết hay không
 - B. Liệt tứ chi hay liệt nửa người
 - C. Có chậm phát triển trí tuệ hay không
 - D. Có động kinh hay không
 - E. Liệt cứng hay liệt mềm
6. Triệu chứng quan trọng phân biệt bại não thể ứ tắc não lạc với thể đờm thấp nội tắc
- A. Tay chân có lạnh hay không
 - B. Có đờm nhớt ở họng hay không
 - C. Có liệt hay không
 - D. Có chậm phát triển trí tuệ hay không
 - E. Lưỡi đỏ hay không
7. Vị miết giáp trong bài Đại định phong chu gia giảm (gồm: xích thước, bạch thước, a giao, quy bản, sinh địa, ngũ vị, mẫu lệ, mạch đông, chích thảo, kê tử hoàng, miết giáp, trân châu, địa long) trị bại não thể can thận âm hư, có tác dụng
- A. Tư âm bổ tâm, thận: vai trò thần
 - B. Tư âm bổ tâm, thận: vai trò quân
 - C. Tư âm tiềm dương: vai trò thần
 - D. Tư âm dưỡng huyết: vai trò thần
 - E. Dưỡng âm, nhuận kiên, tán kết: vai trò thần
8. Vị Đan sâm trong bài Thông khiếu hoạt huyết thang (gồm: xích thước, xuyên khung, đào nhân, nhung hươu, đan sâm, gừng khô, hoàng kỳ) trị bại não thể ứ tắc não lạc, có tác dụng
- A. Sinh tinh, bổ tủy, ích huyết: vai trò thần
 - B. Bổ khí, thăng dương: vai trò thần
 - C. Thanh nhiệt, lương huyết: vai trò quân
 - D. Hoạt huyết, khứ ứ: vai trò quân
 - E. Bổ khí, sinh huyết: vai trò quân
9. Vị xương bồ trong bài Hoàng liên ôn đởm thang (gồm: hoàng liên, bán hạ chế, đởm tinh, tích thực, trúc nhự, bạch truật sao, thiên ma, phục linh, xương bồ) trị bại não thể đờm thấp nội tắc, có tác dụng
- A. Lợi thủy, thẩm thấp: vai trò thần

- B. Hạ khí nghịch, tiêu đờm: vai trò thần
- C. Ôn trường vị: vai trò quân
- D. Kiện tỳ, táo thấp: vai trò quân
- E. Tả tâm nhiệt: vai trò tá

10. Vị bạch truyệt trong bài Hoàng liên ôn đởm thang (gồm: hoàng liên, bán hạ chế, đờm tinh, tích thực, trúc nhự, bạch truyệt sao, thiên ma, phục linh, xương bồ) trị bại não thể đờm thấp nội tắc, có tác dụng

- A. Lợi thủy, thẩm thấp: vai trò thần
- B. Hạ khí nghịch, tiêu đờm: vai trò thần
- C. Ôn trường vị: vai trò quân
- D. Kiện tỳ, táo thấp: vai trò quân
- E. Tả tâm nhiệt: vai trò tá

VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của những loại bệnh lý thần kinh ngoại biên.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh của bệnh lý thần kinh ngoại biên theo lý luận YHCT.*
3. *Chẩn đoán được 06 thể lâm sàng theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị bệnh lý thần kinh ngoại biên theo YHHD và YHCT.*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị bệnh lý thần kinh ngoại biên (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị bệnh lý thần kinh ngoại biên bằng YHCT.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương thần kinh ngoại biên là tập hợp nhiều bệnh lý với những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Khám lâm sàng trong hội chứng này rất quan trọng để có thể tìm ra được nguyên nhân. Việc tìm kiếm này cần thiết đến nỗi cho đến tận ngày nay vẫn phát hiện thêm những hội chứng mới và làm phát triển rất nhiều cho việc điều trị. Đã có rất nhiều hội chứng được định nghĩa trước đây:

- Đầu tiên là viêm đa dây thần kinh (polyneuropathy) với bệnh lý tổn thương hai bên, đối xứng, có rối loạn cảm giác hoặc rối loạn cảm giác - vận động. Đây là bệnh cảnh thường gặp nhất.
- Viêm nhiều dây thần kinh (multineuropathy, còn được gọi là multiple mononeuropathy) mà biểu hiện của nó không đối xứng. Bệnh cảnh này chủ yếu gặp trong những bệnh lý thần kinh ngoại biên có liên quan đến tình trạng viêm động mạch nhất là viêm nút quanh động mạch, bệnh tiểu đường, bệnh porphyrin.

- Cuối cùng là những trường hợp viêm đa rễ dây thần kinh mà tổn thương xảy ra tuần tự ở thân và rễ thần kinh, tổn thương vừa ở xa vừa ở gần. Tính chất cấp hay mạn của bệnh lý này được dựa trên tình trạng diễn tiến của bệnh dưới hay trên 6 tháng.

II. BỆNH LÝ TỔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

A. VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH

Bệnh lý thần kinh ngoại biên này thường gặp nhất và có thể xuất hiện trong nhiều bệnh khác nhau, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên.

1. Viêm đa dây thần kinh do dùng thuốc

Phần lớn các trường hợp là tổn thương sợi trục dẫn đến bệnh cảnh rối loạn cảm giác, hoặc rối loạn cảm giác - vận động; rất hiếm khi chỉ biểu hiện rối loạn vận động. Bệnh lý này thường gặp hơn những trường hợp viêm đa dây thần kinh (VĐDTK) do độc chất.

1.1. Tổn thương sợi trục

Tính chất chủ yếu của bệnh là bán cấp và mạn.

Những dấu chứng đầu tiên trong phần lớn các trường hợp là rối loạn cảm giác ở ngón chi, di chuyển dần về gốc chi. Triệu chứng nổi bật là tê, giảm cảm giác; hoặc hiếm hơn là đau ở ngón chân - bàn chân, sau đó là bàn tay.

Biểu hiện lâm sàng giai đoạn đầu thường nghèo nàn gồm giảm cảm giác đau và nóng lạnh ở phần xa của chi dưới và giảm phản xạ gân gót. Giảm vận động xuất hiện trễ nhất và thường chỉ là dấu bàn chân rớt.

Dấu điện cơ có giá trị quan trọng. Dấu chứng này lúc đầu xuất hiện ở chi dưới, sau đó mới xuất hiện ở chi trên. Trừ trường hợp đặc biệt, dịch não tủy thường trong giới hạn bình thường. Giải phẫu bệnh lý thần kinh - cơ đôi khi cần thiết cho chẩn đoán và cung cấp tư liệu gợi ý về một nguyên nhân.

Ngừng dùng thuốc sẽ làm giảm VĐDTK. Tuy nhiên sự hồi phục còn tùy thuộc rất lớn vào cơ địa (lớn tuổi, có bệnh kèm theo... sẽ làm chậm thời gian hồi phục), thời gian, mức độ trầm trọng của ngộ độc thuốc và vào những yếu tố cá nhân còn chưa được biết rõ.

1.1.1. Almitrin (*Bismesylate d'*)

Được phát hiện đầu tiên năm 1985 bởi Ghérardi R. và cộng sự trên những bệnh nhân sau thời gian dài dùng vectarion (bệnh đường hô hấp mạn tính). Năm 1989, Bouche P. và cộng sự báo cáo về những tai biến sau thời gian dài dùng duxil (phối hợp giữa almitrin và raubasin).

Bệnh cảnh là VDDTK thể rối loạn cảm giác - vận động: rối loạn cảm giác xuất hiện trước tiên và ảnh hưởng đến tất cả các loại cảm giác (đau, nhiệt độ, rung, cảm giác bản thể).

Bệnh có diễn tiến bán cấp, chậm và thường có kèm gầy toàn thân. Dấu liệt vận động đến trễ hơn, xuất hiện đầu tiên ở phần xa của chi.

Chẩn đoán xác định nhờ điện cơ và giải phẫu bệnh (cho thấy bệnh ở bao myelin của các sợi thần kinh có đường kính trung bình và lớn).

Cách điều trị tốt nhất là phòng ngừa: không dùng thuốc trên bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc thần kinh (tiểu đường, suy thận, đang dùng một loại thuốc độc thần kinh khác), ngừng ngay thuốc khi xuất hiện triệu chứng tê chân.

1.1.2. Dapson

Rất thường dùng trong điều trị phong hoặc một số bệnh ngoài da (như *Acne conglobata* hoặc nhiễm *Pneumocystis carinii*). Thuốc dễ gây độc khi dùng đến liều > 400mg/ngày trong một thời gian dài.

Bệnh cảnh là VDDTK ảnh hưởng đến phần xa của các sợi trục vận động, làm xuất hiện dấu liệt tiến triển ở các phần xa của tứ chi (có thể nặng hơn ở chi trên) và kèm theo teo cơ.

Dấu rối loạn cảm giác thường hiếm gặp.

1.1.3. DDC và DDI

Đây là 2 loại thuốc được dùng gần đây để điều trị nhiễm HIV, nhất là những trường hợp kháng hoặc không dung nạp với zidovudin.

Bệnh cảnh là VDDTK kiểu rối loạn cảm giác, mức độ nặng nhẹ tùy thuộc vào liều thuốc sử dụng.

Tính chất lâm sàng đặc biệt là đau kiểu nóng rát các đầu chi.

Bệnh lui dần sau khi ngừng thuốc.

1.1.4. Disulfiram

Thường dùng trong điều trị nghiện rượu, thường gây bệnh cảnh VDDTK kiểu rối loạn cảm giác và đau. Liều có thể gây độc khi trên 125mg/ngày (Palliyath SK. 1990).

1.1.5. Isoniazid

Gây bệnh cảnh VDDTK kiểu rối loạn cảm giác, có thể phòng ngừa với B₆.

1.1.6. Lithium

Thường gây VDDTK thể rối loạn vận động, làm liệt cả tứ chi. Có thể kết hợp với một số bệnh cảnh não cấp trầm trọng.

1.1.7. Metronidazol

Chỉ gây biến chứng thần kinh nếu sử dụng dài ngày như trong điều trị bệnh Crohn hay các trường hợp nhiễm trùng hiếm khí. Bệnh cảnh lâm sàng là VDDTK kiểu rối loạn cảm giác kèm đau. Ornidazol và misonidazol cũng có khả năng gây VDDTK như metronidazol.

1.1.8. Nitrofurantoin: gây VDDTK kiểu rối loạn cảm giác - vận động

1.1.9. Podophyllin

Dùng ngoài da trị mụn cóc và các condylomes. Loại thuốc này gây VDDTK thể cảm giác hoặc cảm giác - vận động khi bệnh nhân uống (tự tử). Bệnh thường kèm dấu chứng tiêu hóa và bệnh cảnh não.

1.1.10. Thalidomid

1.1.11. Vidarabin

Dùng trong điều trị viêm gan virus B, loại này có khả năng gây VDDTK thể rối loạn cảm giác - vận động nặng, đôi khi kèm rối loạn thực vật trầm trọng (Chauplannaz G. và cộng sự 1984).

1.1.12. Vincristin

Thường dùng trong điều trị các bệnh ác tính.

Thường là gây VDDTK kiểu rối loạn cảm giác.

Dấu hiệu sớm là tê ở các đầu chi.

Khám lâm sàng phát hiện giảm cảm giác đau, nhiệt độ và bản thể ở phần xa của chi và mất phản xạ gân cơ, rối loạn vận động hiếm thấy.

Điều trị ngoài việc ngừng thuốc, có thể sử dụng những thuốc bảo vệ thần kinh (acide glutamique, Jackson DW. 1988) (naptidrofuryl, Léger JM. 1994).

Bệnh lý VDDTK do dùng thuốc ngày càng phong phú. Tham khảo tạp chí thần kinh học trong 10 năm gần đây cho thấy đã có những gợi ý về những loại thuốc trị cường giáp carbimazol (Léger, 1984), cimetidin (Pouget, 1986), si - rô ho codobromyl (Mabin, 1988), thuốc trị viêm đại - trực tràng chảy máu salazosulfapyridin (Blin 1992), piroxicam (Sangla 1993).

1.2. Tổn thương tế bào thần kinh

Tổn thương xảy ra ở các tế bào thần kinh cảm giác, do đó còn được gọi là tổn thương hạch thần kinh nguyên phát.

Trên lâm sàng xuất hiện đơn thuần rối loạn cảm giác, xuất hiện trước tiên ở phần xa của chi, tiến dần về gốc chi.

Thất điều.

Mất phản xạ gân cơ.

Điện cơ có giá trị quan trọng trong chẩn đoán.

1.2.1. Cisplatin

Rất thường dùng trong điều trị ung thư. Cần chẩn đoán phân biệt với VDDTK trong các bệnh cận ung thư. Việc phân biệt nhờ vào kháng thể anti HV (-).

1.2.2. Sinh tố B₆: thường gặp ở Mỹ do dùng B₆ liều cao và kéo dài.

1.3. Tổn thương bao myelin

Tổn thương loại này do dùng thuốc ít gặp nhất. Đặc điểm lâm sàng là rối loạn vận động cả ở xa và gần, mất phản xạ gân cơ sớm. Dịch não tủy thường có đậm tăng cao. Chẩn đoán xác định nhờ vào điện cơ và sinh thiết.

1.3.1. Amiodaron

Thường dùng cho rối loạn nhịp tim.

Bệnh cảnh lâm sàng là VDDTK kiểu rối loạn cảm giác và vận động. Các rối loạn cảm giác rõ rệt hơn gồm tê và giảm cảm giác đầu chi, thất điều, mất phản xạ gân cơ.

Dịch não tủy thường có tăng protein. Chẩn đoán xác định bằng điện cơ và sinh thiết.

Hồi phục chậm sau khi ngừng thuốc.

1.3.2. Cloroquin

Thường biểu hiện dưới các bệnh cảnh bệnh thần kinh và cơ (neuromyopathy). Hồi phục tốt sau ngừng thuốc.

1.3.3. Tryptophan

Dùng lâu dài loại thuốc này thường làm xuất hiện hội chứng đau nhức cơ và tăng tế bào ái toan. Trong 20 - 30% trường hợp có kèm biến chứng VDDTK thể cảm giác - vận động và đau nhức.

1.3.4. Muối vàng

Thường dùng trong điều trị viêm đa khớp dạng thấp. Có thể gây bệnh ở não nhưng cũng có thể gây nên VDDTK có kèm đau nhức. Năm 1993, Petiot P. và cộng sự đã báo cáo trường hợp viêm đa rễ dây thần kinh do dùng muối vàng.

2. Viêm đa dây thần kinh do ngộ độc

2.1. Ngộ độc acrylamid

Tiếp xúc lâu dài loại thuốc độc này có thể gây VDDTK loại tổn thương sợi trục kiểu rối loạn cảm giác - vận động. Đặc biệt có thể kèm tổn thương thần kinh trung ương, tiểu não và thần kinh thực vật

2.2. Arsenic

- Ngộ độc arsenic cấp: nôn mửa, tiêu chảy, sang thương da, bệnh cảnh não cấp, bệnh cơ tim, gan...
- Ngộ độc arsenic mạn: dấu tổng quát (như mệt mỏi, kém ăn, nôn mửa), dấu ngoài da (da lòng bàn tay - bàn chân dày lên, móng có những sọc trắng, da mất sắc tố), VDDTK kiểu rối loạn cảm giác - vận động (thường ảnh hưởng cảm giác bản thể), teo cơ vùng xa của chi.

Điều trị bằng dimercaptopropanolol (BAL) hay với penicillamin. Phải theo dõi nhiều tháng. Trong trường hợp ngộ độc kéo dài, sự hồi phục thường không hoàn toàn.

2.3. N-hexan

Thường xảy ra trong kỹ nghệ làm sơn mài, làm keo. Bệnh cảnh lâm sàng là VDDTK kiểu cảm giác, đôi khi có thể có rối loạn vận động.

2.4. Phospho hữu cơ

Xảy ra trước đây trong kỹ nghệ làm thuốc sát trùng, hiện nay thấy trong kỹ nghệ nhựa. Bệnh cảnh lâm sàng là VDDTK kiểu rối loạn cảm giác - vận động, thường có kèm tổn thương trung ương với biểu hiện của tổn thương tháp. Điều trị bằng atropin chỉ có tác dụng trên hội chứng cholinergic, không có giá trị đối với VDDTK.

2.5. Chì

Bệnh cảnh lâm sàng là VDDTK kiểu rối loạn vận động biểu hiện chủ yếu ở chi trên, các cơn đau bụng, kèm thể trạng suy giảm, mệt mỏi, gầy, kém ăn. Xét nghiệm máu thường có thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ. Chẩn đoán xác định bằng đo lượng chì trong máu và nước tiểu. Điều trị với penicillamin, EDTA.

2.6. Thallium

Thường xuất hiện với bệnh cảnh VDDTK kiểu rối loạn cảm giác kèm đau, rối loạn tiêu hóa, viêm thần kinh hậu nhãn cầu và tổn thương thần kinh trung ương.

2.7. Rượu

VDDTK do rượu xảy ra trên 40% người nghiện rượu.

Bệnh cảnh lâm sàng là VDDTK có rối loạn cảm giác và vận động, diễn tiến âm thầm.

Triệu chứng đầu tiên xuất hiện ở phần xa của chi dưới: vọp bẻ về đêm, tê bàn chân, đi mau mệt, đau khi bóp các cơ.

Mất phản xạ gân cơ xuất hiện sau đó, giảm cảm giác ở vùng xa. Trong thể điển hình, bệnh nhân thường than phiền đau ở bàn chân và chân. Đau kiểu nóng rát thường xuyên, liên tục với những cơn đau như điện giật. Yếu liệt các nhóm cơ cẳng chân trước làm xuất hiện dấu bàn chân rết.

Khám lâm sàng có giảm cảm giác kiểu mang tất (ở chi dưới), kiểu mang găng (ở chi trên), rối loạn cảm giác bản thể ít rõ rệt, teo cơ, rối loạn dinh dưỡng, giảm hoặc mất phản xạ gân cơ.

Chẩn đoán nhờ vào điện cơ; dịch não tủy thường bình thường, đôi khi đậm có thể tăng.

Điều trị với sinh tố, chế độ ăn giàu đạm, giảm đau với các thuốc tricyclic.

3. Viêm đa dây thần kinh do thiếu dưỡng

3.1. VĐDTK do thiếu sinh tố nhóm B (B_1 , B_6 , B_{12} , acid folic)

Những trường hợp bệnh do thiếu sinh tố nhóm B, có thể xuất hiện đơn độc hoặc kết hợp với thiếu đạm và năng lượng là nguyên nhân của những bệnh lý VĐDTK và bệnh não cấp.

Trong tất cả các trường hợp đều có sự hiện diện của rối loạn cảm giác chủ quan, chủ yếu biểu hiện ở phần xa của chi như vọp bẻ, tăng cảm đau (nhất là cảm giác nóng rát lòng bàn tay - bàn chân) đôi khi rất dữ dội và đặc biệt.

Khám lâm sàng phát hiện rối loạn vận mạch, rối loạn cảm giác ở phần xa của chi (cả cảm giác nông và sâu), mất phản xạ gân cơ, dấu vận động biểu hiện rõ ở chi trên và nhóm cơ nâng bàn chân làm xuất hiện teo cơ cẳng tay và vùng mặt ngoài cẳng chân.

3.2. VĐDTK do thiếu sinh tố PP hay niacin

Thiếu sinh tố PP có thể làm xuất hiện một bệnh cảnh VĐDTK và trong trường hợp nặng có thể xuất hiện bệnh cảnh pellagra điển hình gồm tam chứng: sang thương ngoài da, tiêu chảy, rối loạn ý thức (ảo giác, lú lẫn). Bệnh cảnh chỉ xuất hiện trong trường hợp chế độ ăn vừa thiếu PP vừa thiếu tryptophan (có vai trò trong tổng hợp PP nội sinh). Bệnh thường thấy trong một vài trường hợp ung thư ruột non khi 60% tryptophan bị biến đổi sang serotonin.

3.3. VĐDTK do thiếu sinh tố E (tocopherol)

Bệnh cảnh thường xuất hiện chung với sự thiếu hụt nhiều loại sinh tố khác. Bệnh cảnh xuất hiện là VĐDTK diễn tiến âm thầm, kết hợp với liệt phối hợp vận động mắt, thất điều thứ phát do teo vỏ tiểu não và giảm thị lực do tổn thương võng mạc (trầm trọng thêm khi có thiếu sinh tố A phối hợp).

4. VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH TRONG CÁC BỆNH CẬN UNG THƯ

Những hội chứng thần kinh cận ung thư được xác định khi có bệnh ác tính kết hợp, đồng thời không thấy biến chứng di căn, biến chứng do dùng thuốc điều trị, do biến dưỡng, do thiếu dưỡng hoặc nhiễm trùng. Mặc dù tỷ lệ xuất hiện thấp (không đến 1% các trường hợp ung thư) nhưng việc xác định bệnh lý, việc hiểu biết về nhóm bệnh này có 2 lợi ích:

- Về lý thuyết, một số trong những bệnh này có vẻ là bệnh lý tự miễn.
- Về thực hành, nó giúp hướng đến chẩn đoán sớm ung thư trong 50% trường hợp.

Sau vài bài báo lẻ tẻ, đến cuối thế kỷ XIX và đặc biệt sau báo cáo của Denny Brown năm 1949; Henson, Urich, Brain, Corsellis những năm 50 đã mô tả giải phẫu lâm sàng các bệnh lý này. Trong những năm 80, sự phát hiện kháng thể tự miễn trong huyết thanh đã làm sáng tỏ cơ chế sinh bệnh học của một vài hội chứng (De Lattre J.Y. và cộng sự 1991) và cho phép gợi ý đến phân loại bệnh dựa trên có sự hiện diện hay không của kháng thể tự miễn, tần số xuất hiện của hội chứng thần kinh với bệnh ung thư (Dubas F. 1992).

	K phổi hợp	Kháng thể
Viêm não tủy bán cấp cận K	K phế quản	Anti-Hu
Thoái hóa tiểu não cận K	K phụ khoa	Anti-Yo
Opsoclonus myoclonus paraneoplasiques	K vú (neuroblastome)	Anti-Ri
Hội chứng Lambert - Eaton	K phổi	Anti canaux Ca ⁺⁺
Bệnh võng mạc cận K	K phổi	Anti retin

Có thể thấy rằng những bệnh ác tính trước khi được phát hiện có thể gây tổn thương trên hệ thần kinh. Tổn thương rất đa dạng và có thể xuất hiện nhiều từ trung ương đến ngoại biên với các triệu chứng phong phú ở não, tiểu não, mắt... Thậm chí có những trường hợp tai biến mạch máu não có nguồn gốc ung thư xảy ra do đông máu nội mạch.

Bài này tự giới hạn trong những bệnh lý thần kinh ngoại biên cận ung thư.

4.1. VĐĐTK kiểu cảm giác cận ung thư của Denny Brown

Đây là dạng khá phổ biến. Bệnh cảnh lâm sàng gồm thất điều, rối loạn cảm giác nhất là cảm giác bản thể, đau nhức và có thể kèm yếu tứ chi. Bệnh cảnh lâm sàng thường có phối hợp với viêm não (rối loạn hành vi, lú lẫn), tổn thương vùng thân não (liệt các cơ mắt, rối loạn tiền đình). Cần chú ý là trong 50% các trường hợp, người ta không tìm ra được bệnh ung thư (Authier F.J., De Lattre J.Y. 1992).

4.2. VĐĐTK kiểu rối loạn vận động - cảm giác cận ung thư

Phần lớn là VĐĐTK điển hình. Hiếm hơn là những trường hợp VĐĐTK diễn tiến từng đợt với những đợt giảm bệnh rồi lại tái phát. VĐĐTK trong giai đoạn cuối thường là VĐĐTK có nhiều nguyên nhân (thiếu sinh tố, thiếu dưỡng, do dùng thuốc...).

4.3. VĐĐTK kiểu rối loạn vận động bán cấp

Xảy ra ít hơn, hay gặp trong lymphome ác tính.

4.4. Viêm nhiều dây thần kinh hoặc đa rễ dây thần kinh Guillain - Barré

Cũng đã được nêu trong diễn tiến của các bệnh ác tính (Hodgkin).

5. VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH TRONG CÁC BỆNH THOÁI HÓA, DI TRUYỀN

Loại này được xếp vào 3 nhóm chính:

- a. VĐĐTK di truyền kiểu rối loạn cảm giác - vận động (neuropathies sensitivo - motrices héréditaires).
- b. VĐĐTK di truyền kiểu rối loạn cảm giác và thực vật (neuropathies sensitives et dysautonomiques héréditaires).
- c. VĐĐTK di truyền kiểu vận động (neuropathies motrices héréditaires).

Trong từng nhóm, có nhiều typ bệnh khác nhau:

- Nhóm a: VĐĐTK di truyền kiểu rối loạn cảm giác - vận động (neuropathies sensitivo - motrices héréditaires).

Typ I: bệnh Charcot Marie - Tooth có thoái hóa myelin và phì đại cơ.

Typ II: Bệnh Charcot Marie - Tooth có tổn thương tế bào thần kinh.

Typ III: Bệnh Déjeurine Sottas.

Typ V: Kết hợp với liệt 2 chi dưới co cứng.

Typ VI: Kết hợp với teo thần kinh thị.

Typ VII: Kết hợp với viêm võng mạc sắc tố.

Typ IV: Tương ứng với bệnh Refsum.

- Nhóm b: VĐĐTK di truyền kiểu rối loạn cảm giác và thực vật (neuropathies sensitives et dysautonomiques héréditaires).

Typ I: Bệnh Thévenard thể trội.

Typ II: Bệnh Thévenard thể lặn.

Typ III: Rối loạn thực vật gia đình (HC Riley-Day).

Typ IV: Không có cảm giác đau bẩm sinh.

Typ V: Bệnh thần kinh ngoại biên bẩm sinh với mất chuyên biệt các sợi có bao myelin đường kính nhỏ.

6. VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH TRONG CÁC BỆNH BIẾN DƯỠNG

6.1. VĐDTK do tiểu đường

Tổn thương thần kinh ngoại biên là biến chứng thường gặp. Những nghiên cứu dịch tễ học gần đây nhất cho thấy dấu lâm sàng khách quan của biến chứng thần kinh gặp ở 13% bệnh nhân tiểu đường dưới 60 tuổi, 33% bệnh nhân tiểu đường trên 60 tuổi; dấu lâm sàng chủ quan của biến chứng thần kinh gặp ở 28% bệnh nhân tiểu đường dưới 60 tuổi, 48% bệnh nhân tiểu đường trên 60 tuổi. Ảnh hưởng trên tần số xuất hiện bệnh, ngoài yếu tố tuổi tác nêu trên, còn có yếu tố về thời gian mắc bệnh tiểu đường và vấn đề kiểm soát biến dưỡng.

6.1.1. Lâm sàng

a. Thể rối loạn cảm giác

- Tê 2 chi dưới, đối xứng, ngọn chi nặng hơn gốc chi.
- Đau dữ dội như cháy bỏng, đau như xoắn vặn sâu trong cơ.
- Cảm giác khách quan ít khi bị rối loạn, trừ cảm giác sâu.
- Phản xạ gân cơ mất, rối loạn vận mạch và teo cơ, kèm theo loét lòng bàn chân; ra nhiều mồ hôi.

b. Thể rối loạn vận động - cảm giác

Liệt đối xứng 2 chi dưới của các cơ mặt ngoài và trước cẳng chân, liệt 2 bên (bàn chân rũ) và tiến triển nhanh.

Rối loạn cảm giác khách quan rất mơ hồ, ít có rối loạn dinh dưỡng.

Bệnh diễn tiến kéo dài và việc điều trị bệnh tiểu đường ở giai đoạn này thường ít có hiệu quả.

c. Thể giả bệnh Tabes

Đau giống như trong bệnh Tabes (đau rất dữ dội).

Rối loạn cảm giác sâu (loạng choạng).

Mất phản xạ gân cơ.

Ngoài ra, những bệnh liệt 4 chi bán cấp cũng được ghi nhận, hình thể lâm sàng giống viêm đa rễ và dây thần kinh.

6.1.2. Điều trị

Điều trị đúng mức bệnh nguyên (tiểu đường) có giá trị phòng ngừa biến chứng VĐDTK, nhất là thể chỉ có rối loạn cảm giác.

Sinh tố B₁, B₁₂ liều cao.

Thuốc giảm đau trong trường hợp đau nhiều, thuốc giãn mạch ít có tác dụng.

Chú ý ngăn ngừa biến dạng khớp do teo cơ.

6.2. VĐDTK do porphyrin

Là bệnh biến dưỡng, mang tính di truyền rõ rệt.

6.2.1. Dấu chứng chẩn đoán

- Bệnh thường xuất hiện nhân cơ hội dùng một loại thuốc nào đó.
- Bệnh xảy đến cấp tính trong vài giờ (ít khi kéo dài nhiều ngày): khởi đầu với triệu chứng tê, đau nhức cơ ở chi và thân, liệt lan rộng ở 4 chi hoặc trội hơn ở chi trên; tổn thương dây số VII và các dây vận nhãn.
- Rối loạn cảm giác trong 50% trường hợp, thường ở gốc chi (như mặc áo tẩm). Phân ly cảm giác (cảm giác sâu còn).
- Tổn thương thực vật: thường là rối loạn cơ vòng; rối loạn tim mạch có thể diễn tiến tăng dần.
- Các rối loạn thần kinh khác: rối loạn tâm thần (40%), cơn động kinh (20%).
- Biểu hiện khác: đau bụng, da dễ nhạy cảm với ánh nắng.
- Điện cơ: tổn thương sợi trục, nhưng không ảnh hưởng đến vận tốc dẫn truyền.
- Xét nghiệm nước tiểu: trong thực hành lâm sàng, rối loạn chuyển hóa porphyrin có thể được xác định khi để nước tiểu ngoài không khí lâu 24 giờ: nước tiểu có màu nâu đỏ.
- Có thể đo lượng porphobilinogen trong phân.

6.2.2. Diễn tiến

Tử vong khoảng 20 - 30% do ngừng tim hoặc ngừng hô hấp.

Nếu sống, bệnh diễn tiến 2 - 3 tuần, thời gian lui bệnh chậm, phục hồi không hoàn toàn.

6.2.3. Điều trị

Truyền hematin (làm ngừng tổng hợp porphyrin).

Điều trị triệu chứng: giảm đau, an thần, rối loạn tâm thần, động kinh, hồi sức tích cực (trong suy hô hấp và rối loạn tim mạch).

7. VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH TRONG BỆNH BẠCH HẦU

Bệnh này cho đến nay rất hiếm gặp, nhưng dễ nhận trên lâm sàng, thường gặp ở người lớn và trong các vụ dịch. Bệnh chỉ xảy ra trong các thể bạch hầu ác tính.

7.1. Lâm sàng

7.1.1. *Thể cục bộ*

Thể này có tỷ lệ cao nhất, xảy ra sớm.

Dấu hiệu đầu tiên là liệt họng (có khi triệu chứng chỉ là nói giọng mũi, nuốt sai đường vào khí quản). Khám thấy vòm hầu hạ thấp và gần như bất động. Phản xạ vòm hầu và thanh quản giảm. Có khi chỉ liệt nửa vòm hầu. Có khi liệt thanh quản mà không liệt vòm hầu.

Niêm mạc vòm hầu và thanh quản trở nên tái, giảm hoặc mất hoàn toàn cảm giác.

Liệt kéo dài thường 4 - 5 ngày (có thể lâu hơn, nhưng ít khi trở nên mạn tính).

7.1.2. *Thể lan rộng*

Thể lan rộng theo sau thể liệt vòm hầu ở trên, liệt cơ mắt, thường liệt các cơ ảnh hưởng đến chức năng điều tiết (không nhìn gần, không nhìn vật nhỏ được) còn các cơ co đồng tử vẫn bình thường. Bệnh có thể khỏi từ 8 - 10 ngày sau.

7.1.3. *Thể toàn thân*

Đây là giai đoạn bệnh muộn, theo sau thể cục bộ.

Yếu hoặc liệt mềm 2 chân, mất phản xạ.

Rối loạn cảm giác nông khách quan, kèm theo rối loạn cảm giác sâu.

Rối loạn dinh dưỡng ít.

Phản ứng điện giảm.

Dịch não tủy: đạm tăng (40mg-200mg/l); tế bào tăng 10-20/mm³, đa số là tế bào lympho.

7.1.4. *Thể giả Tabes*

- Rối loạn cảm giác sâu, Romberg (+).
- Cảm giác nông ít bị tổn thương.
- Phản xạ gân cơ mắt.

Những thể lâm sàng nêu trên đều thuộc dạng bán cấp. Tiến triển của chúng nói chung chậm nhưng dự hậu thường tốt.

7.1.5. Thể cấp tính

Tiến triển nhanh, lan toàn thân.

Khởi đầu liệt 2 chân rồi lan lên 2 tay, cơ thân, cổ, cơ hô hấp.

Có những trường hợp có biểu hiện giống như hội chứng Landry, diễn tiến đi lên dần. Tử vong do tổn thương hành tủy (tim đập nhanh thường xuyên, thở không đều hoặc ngắt đột ngột).

7.2. Diễn tiến

Liệt vòm hầu có thể diễn biến theo 2 hướng: hoặc lành tính (chỉ khu trú tại vùng hầu) hoặc lan rộng nhanh chóng như thể cấp tính.

Nếu liệt xảy ra trễ (30 - 70 ngày): chỉ liệt nhóm cơ vận nhãn.

Có thể liệt diễn tiến qua 2 giai đoạn: khởi đầu liệt vòm hầu, rồi bệnh khởi dần. Sau 20 - 30 ngày: liệt lại lan rộng ra toàn thân.

7.3. Điều trị

Quan trọng nhất là phòng ngừa, điều trị đúng mức và kịp thời bệnh bạch hầu.

Huyết thanh kháng bạch hầu: trẻ em 30.000 đơn vị, người lớn 60.000 đơn vị. Khi đã có triệu chứng thần kinh, vẫn tiếp tục sử dụng huyết thanh điều trị, nếu lúc khởi đầu bệnh nhân chưa được điều trị đầy đủ bằng huyết thanh.

B. VIÊM NHIỀU DÂY THẦN KINH

Đây là bệnh viêm nhiều dây thần kinh lan tỏa, tổn thương đồng thời ở nhiều dây thần kinh cách xa nhau, tổn thương không đối xứng, không đồng bộ, biểu hiện bằng các triệu chứng đau, liệt và teo cơ. Trong giai đoạn đầu, bệnh giống như viêm một dây thần kinh. Trong quá trình tiến triển, tổn thương nhiều dây thần kinh giống như trong bệnh viêm đa dây thần kinh.

Nguyên nhân gây bệnh chính xác và cơ chế sinh bệnh còn đang được tranh luận. Các nguyên nhân chiếm tỷ lệ hàng đầu là viêm nút quanh động mạch và các bệnh lý về mạch máu, bệnh tiểu đường, bệnh porphyrie cấp, bệnh phong, các bệnh về nhiễm độc, nhiễm trùng. Còn lại một số khác không rõ nguyên nhân.

Về bệnh sinh, hiện có 3 cơ chế được đề cập:

- *Hiện tượng thiếu máu*: được đề cập đến trong các bệnh viêm nút quanh động mạch, các bệnh về mạch máu, tiểu đường, bệnh amylose, bệnh porphyrie.

- Hiện tượng thâm nhiễm và chèn ép sợi thần kinh: hay thấy trong bệnh phong.
- *Hiện tượng rối loạn dinh dưỡng tại chỗ*: xảy ra nguyên phát hoặc thứ phát sau quá trình thiếu máu và chèn ép.
- *Các yếu tố tại chỗ tổn thương*: phân tích được các yếu tố này rất khó

1. LÂM SÀNG

1.1. Bệnh cảnh chung

Khởi đầu đột ngột trong vài phút đến vài giờ với các triệu chứng dị cảm, đau kiểu rễ và thân dây thần kinh, ít khi xuất hiện các triệu chứng của dây thần kinh sọ não. Bệnh tiến triển tăng dần.

Triệu chứng vận động xuất hiện: giảm vận động, giảm phản xạ gân cơ.

Rối loạn cảm giác khách quan không rõ rệt, xảy ra chậm hơn dấu vận động và khu trú ở vùng thân các dây thần kinh bị tổn thương. Các dây thần kinh thường bị tổn thương là: thần kinh hông khoeo ngoài bên trái hoặc 2 bên, thần kinh trụ bên phải hoặc thần kinh quay.

Để chẩn đoán, dùng phương pháp kích thích dòng điện, ghi điện cơ. Khi có tổn thương cả rễ dây thần kinh sẽ có phản ứng tăng nhẹ đậm trong dịch não tủy.

Diễn tiến tùy thuộc vào nguyên nhân và tùy thuộc điều trị, liệt có thể khỏi hoàn toàn hoặc giảm một phần hay ngược lại bệnh nặng dần với thương tổn ngày một lan rộng hơn.

1.2. Thể lâm sàng theo nguyên nhân

1.2.1. Viêm nhiều dây thần kinh do các bệnh của động mạch

a. Viêm nút quanh động mạch

Bệnh còn được gọi là bệnh Kussmaul - Maier. Những biểu hiện về thần kinh thường xuất hiện sau các triệu chứng đặc biệt của bệnh này khoảng 4 tháng (xuất hiện những hạt ngoài da, không màu sắc và khó nhận định rõ). Bệnh nhân có triệu chứng đau lan tỏa, mệt mỏi, sốt, tổng trạng kém; có triệu chứng cao huyết áp, triệu chứng về thận, khớp.

Triệu chứng thần kinh: 2/3 trường hợp bệnh khởi đầu ở 2 chi dưới (thần kinh hông khoeo ngoài bị nhiều hơn thần kinh hông khoeo trong), ít khi có biểu hiện ở chi trên. Triệu chứng nổi bật là cơn đau rất dữ dội kèm dị cảm (ngược lại rối loạn cảm giác khách quan không rõ ràng và bị che mờ bởi dị cảm), đau lan theo dây thần kinh hoặc đau kiểu rễ. Teo cơ xảy ra nhanh chóng, kèm theo là phù dinh dưỡng, rối loạn vận mạch ở phần ngọn chi, xảy ra

cùng lúc hoặc trước khi liệt. Liệt các dây thần kinh như dây thần kinh da cánh tay trong. Các dây thần kinh sọ não ít bị tổn thương (nếu có hay gặp liệt mặt hoặc liệt thần kinh vận nhãn).

Diễn tiến tự nhiên của bệnh phần lớn các trường hợp không khả quan. Do điều trị bằng corticoid, triệu chứng có giảm. Ở giai đoạn này có khi mới thấy rõ tính cách liệt không đối xứng và liệt thân dây thần kinh.

Trong viêm nút quanh động mạch, có khi biểu hiện của thể VDDTK hướng lên của Landry. Các biểu hiện của viêm dây thần kinh ngoại biên có thể đi kèm với hội chứng liệt nửa người, hội chứng màng não hoặc bệnh cơ.

Xét nghiệm dịch não tủy: bình thường hoặc đậm tăng nhẹ (nếu không có hội chứng màng não). Điện cơ cho thấy có tổn thương ở dây thần kinh ngoại biên và tại cơ. Sinh thiết da và cơ sẽ thấy tổn thương đặc hiệu của mạch máu trong bệnh viêm nút quanh động mạch.

b. Bệnh viêm động mạch có biểu hiện giống viêm nút quanh động mạch

Các bệnh của chất tạo keo khác: Lupus ban đỏ, viêm khớp mạn tiến triển.

Các bệnh động mạch khác: viêm xơ động mạch, viêm động mạch ở người già.

1.2.2. Viêm nhiều dây thần kinh do biến dưỡng

a. Bệnh tiểu đường

Thường ở bệnh nhân 40 - 60 tuổi, mắc bệnh tiểu đường lâu năm có các biểu hiện bệnh động mạch ở 2 chi dưới. Có 3 thể lâm sàng:

- *Viêm nhiều dây thần kinh tiến triển* (tổn thương thần kinh đùi, thần kinh hông khoeo ngoài, thần kinh da đùi):
 - + Giảm vận động, teo cơ nhanh, dị cảm và đau.
 - + Rối loạn cảm giác khách quan ít.
 - + Phản xạ gót giảm nhiều hơn gối.
 - + Tổn thương một số dây thần kinh sọ não: III, V, VI, VII.
 - + Viêm đau tiệm tiến:
 - Có hội chứng đau: cơn đau xảy ra từng đợt về đêm.
 - Các dây thần kinh bị tổn thương: thần kinh tọa, thần kinh đùi, thần kinh da - đùi, thần kinh liên sườn, đám rối thần kinh cổ - cánh tay, thần kinh V.
 - Giảm cảm giác nóng lạnh, mất phản xạ co dựng lông
 - Bệnh giảm khi bệnh tiểu đường được kiểm soát.
- *Viêm các dây thần kinh sọ não*: hiếm gặp. Một trường hợp được ghi nhận là liệt vận nhãn tái đi tái lại và thay đổi bên.

b. Bệnh porphyrie cấp

Tuổi mắc bệnh 20 - 40 tuổi, nữ nhiều hơn nam, có tính cách gia đình, xuất hiện có cơn bộc phát.

Khởi đầu là dị cảm và đau, không có rối loạn cảm giác khách quan (có khi biểu hiện bằng triệu chứng đau bụng, bệnh cảnh có thể rất phức tạp với các biểu hiện trung ương: rối loạn tâm thần, co giật, triệu chứng tháp).

Liệt cơ duỗi bàn tay và ngón tay, teo cơ xảy ra nhanh, ít khi gây liệt 2 chi dưới và không thấy tổn thương các dây sọ.

Triệu chứng thiếu năng tuần hoàn động mạch: co thắt mạch máu võng mạc, mạch ngoại biên, có những cơn đau thắt ngực, cơn cao huyết áp.

Tiến triển bệnh chậm.

Tìm cách chẩn đoán bằng yếu tố gia đình và tìm thấy acid aminolevulinic và porphobilinogen tăng trong nước tiểu.

1.2.3. Viêm nhiều dây thần kinh trong các bệnh về máu và các bệnh ác tính

Trong bệnh Vaquez do tắc mạch máu đến nuôi riêng dây thần kinh, các bệnh rối loạn hồng cầu trong máu như bệnh hồng cầu cực đại, bệnh của hệ võng nội mạc lạnh tính hoặc ác tính, thường có 2 bệnh cảnh:

Liệt 2 chi dưới hoặc 4 chi: khởi đầu với một bên, không đối xứng, có các cơn đau rất dữ dội, rối loạn vận động, teo cơ nhiều, tổn thương các dây thần kinh sọ. Thường gặp trong bệnh bạch huyết lympho bào, ung thư nội tạng.

Viêm ít dây thần kinh, liệt các dây thần kinh sọ não V, VII, thần kinh tủy sống, thần kinh quay, thần kinh trụ, thần kinh tọa, giống trong bệnh Besnier Boeck Schaumann.

1.2.4. Viêm nhiều dây thần kinh trong các bệnh nhiễm trùng

Thường xảy ra cùng lúc hoặc sau các bệnh nhiễm trùng có làm tổn thương ở thân các dây thần kinh. Thường gặp trong bệnh thương hàn, viêm phổi, lậu, kiết lỵ, sốt rét, lao, giang mai.

Các nguyên nhân tán trợ của bệnh: rối loạn dinh dưỡng, uống rượu, ngộ độc thuốc (INH), Zona, phong.

1.2.5. Viêm nhiều dây thần kinh trong các bệnh do nhiễm độc

a. Oxyd carbon

Tổn thương của nhiều dây thần kinh, có khi biểu hiện giống viêm đa dây thần kinh. Tổn thương được ghi nhận nơi các mạch máu nuôi thần kinh và có hiện tượng xuất huyết nơi thân dây thần kinh.

b. Nhiễm độc barbiturat và sulfamid: ít khi gặp

c. Các loại huyết thanh

Viêm thần kinh cánh tay, thần kinh đùi, thần kinh hông khoeo ngoài phải, thần kinh cơ hoành, thần kinh trụ trái.

1.2. Điều trị

Việc điều trị tùy theo nguyên nhân:

- Corticoid, các thuốc chống dị ứng, nivaquin cho viêm nút quanh động mạch.
- Sulfon trong điều trị phong.
- Điều trị đúng mức bệnh tiểu đường.
- Điều trị với thuốc kháng viêm thông thường, sinh tố nhóm B, thuốc giảm đau, chỉnh hình để phòng ngừa các biến chứng của chi. Giá trị của thuốc giãn mạch còn chưa rõ.

C. VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH

Viêm đa rễ dây thần kinh (polyradiculonévrites) là danh từ chỉ bệnh lý tổn thương bao myelin của thần kinh ngoại biên. Bệnh có tính chất lan tỏa, đối xứng, không trừ những thành phần gần của thần kinh ngoại biên (rễ trước và đám rối thần kinh là vùng hay bị tổn thương nhất) cũng như dây thần kinh sọ não. Nguyên nhân của viêm đa rễ dây thần kinh có rất nhiều. Có 2 thể lâm sàng chính: cấp (hội chứng Guillain - Barré do Guillain G. và cộng sự giới thiệu đầu tiên năm 1916) và mạn.

1. VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH CẤP

1.1. Dịch tễ học

Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 1/100.000.

Tuổi hay gặp là từ 20 - 50 tuổi.

Xuất hiện ở 2 giới ngang nhau.

1.2. Nguyên nhân

Nguyên nhân của bệnh chưa rõ ràng. Người ta ghi nhận được trong 2/3 trường hợp, khoảng 1 - 4 tuần trước khi hội chứng bệnh này xuất hiện, bệnh nhân có một giai đoạn nhiễm virus đường hô hấp trên, hiếm hơn là một hội chứng tiêu hóa. Những nghiên cứu đã phát hiện những trường hợp nhiễm trùng Cytomegalovirus và nhất là *Campylobacter jejuni*. Hiếm khi thấy xuất hiện hội chứng Guillain - Barré trên những bệnh nhân nhiễm virus mà không xác định được như Zona, Varicelle, MNI (Epstein Barr) hay bệnh Hodgkin, lymphome, LED, sarcoidose hay những người nhiễm HIV.

1.3. Lâm sàng

Hình ảnh lâm sàng nổi bật của hội chứng Guillain - Barré là tình trạng liệt mềm cấp, mất các phản xạ. Diễn tiến bệnh bao gồm 3 thời kỳ: thời kỳ liệt phát triển, thời kỳ đứng yên và thời kỳ phục hồi. Thời kỳ phát triển của liệt không kéo dài quá 4 tuần. Thời kỳ đứng yên rất thay đổi, nhìn chung từ 2 - 4 tuần nhưng đôi khi kéo dài nhiều tháng. Việc phục hồi, trong phần lớn trường hợp, thường khởi hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn.

Triệu chứng khởi phát có thể: chỉ là dị cảm hoặc rối loạn cảm giác kết hợp với yếu liệt hoặc chỉ có yếu liệt cơ. Ít hơn, có thể thấy bệnh khởi phát với liệt đầu tiên ở gốc chi hoặc ở thân kinh sọ não, đặc biệt là liệt mặt 2 bên.

a. Liệt

- Dù do khởi phát cách nào thì chỉ sau vài ngày, liệt cũng trở nên rõ ràng, liệt có tính chất đối xứng. Đầu tiên liệt ở phần xa của chi, sau đó lan nhanh đến các gốc chi và thân (có khuynh hướng liệt hướng lên).

Liệt có mức độ nặng nhẹ rất thay đổi: từ chỉ liệt nhẹ đến liệt tứ chi hoàn toàn. Đặc tính nổi bật là liệt mềm, giảm hoặc mất phản xạ gân cơ.

- Đau nhức cơ, đặc biệt là cơ dọc sống lưng, rất thường thấy và kết hợp với tình trạng tăng men cơ/máu.
- Liệt đồng đều ở các phần của tay chân hoặc ở ngọn chi nặng hơn gốc chi (nếu liệt ở gốc chi nặng hơn thì gọi là thể giả bệnh cơ). Liệt hai chi trên thường nhẹ và xảy ra sau hai chi dưới.
- Liệt cơ ở thân, liệt cơ bụng, các cơ hô hấp dẫn đến tình trạng suy hô hấp cấp đòi hỏi người thầy thuốc phải chú ý khám đi khám lại nhiều lần để phát hiện sớm và chuyển ngay bệnh nhân sang hồi sức cấp cứu (tình trạng này chiếm 15%).
- Liệt các dây thần kinh sọ não: liệt dây VII (50-69%) thường liệt cả 2 bên

Liệt dây IX. X xuất hiện với tỷ lệ gần tương đương như liệt dây VII gây liệt hầu họng, liệt dây thanh âm 1 bên hoặc 2 bên.

Các dây thần kinh sọ não khác ít bị tổn thương hơn.

b. Rối loạn cảm giác

- Rối loạn cảm giác chủ quan: rất rõ, bệnh nhân có cảm giác bị tê, có cảm giác như bị châm chích, kiến bò.
- Rối loạn cảm giác khách quan: thường phát hiện giảm cảm giác nhận biết tư thế và rung âm thoa. Trong vài trường hợp dẫn đến thất điều.

c. Rối loạn thực vật

- Rất thường xuyên, từ nhịp nhanh xoang đến rối loạn nhịp tim và huyết áp trầm trọng làm tăng nguy cơ tử vong.

- Rối loạn cơ tròn như bí tiểu, giảm hoặc mất cảm giác đi tiểu, táo bón thường xảy ra hơn.
- Rối loạn vận mạch và giao cảm: ra nhiều mồ hôi, da tái, phù nề chi bị liệt.

Trong một vài trường hợp hiếm, người ta ghi nhận được dấu hiệu Babinski (+), phù gai thị và có khi lú lẫn tinh thần.

Thể lâm sàng hiếm (thể Miller Fisher) được báo cáo năm 1956. Đây là thể lâm sàng hiếm gặp (< 4%). Bệnh cảnh gồm liệt cơ vận nhãn, thất điều và mất phản xạ gân cơ.

1.4. Cận lâm sàng

- Dịch não tủy: là xét nghiệm quan trọng. Rối loạn của xét nghiệm này chỉ xuất hiện sau 1 tuần (đôi khi rất trễ, khoảng tuần thứ 4 - 6) và có thể âm tính ở 10% các trường hợp. Kết quả quan trọng để chẩn đoán là phân ly đậm - tế bào, protein khoảng 50mg% hoặc cao hơn trong khi các thành phần khác của dịch não tủy không thay đổi.
- Điện cơ: giúp xác định bao myelin bị hư hoại khi có dấu bất thường trong dẫn truyền xung động thần kinh như kéo dài thời gian tiềm ẩn, giảm tốc độ dẫn truyền.... Cũng có thể thấy dấu hiệu của thoái hóa sợi trục (thứ phát sau thoái hóa myelin).

1.5. Diễn tiến

Nhờ vào những tiến bộ trong trị liệu mà tỷ lệ tử vong của Guillain - Barré đã giảm đáng kể từ 33% xuống dưới 5%. Phần lớn các bệnh nhân đã phục hồi hoàn toàn và trở lại làm việc bình thường sau 3 - 6 tháng. Có 1/5 trường hợp còn than phiền yếu cơ sau 1 năm. Có thể nói rằng, sau 18 tháng mà di chứng vẫn còn thì rất ít có hy vọng hồi phục. Có khoảng 15% trường hợp vẫn còn di chứng và 5% là di chứng nặng nề.

Các yếu tố làm tiên lượng trở nên xấu:

- Bệnh nhân trên 40 tuổi.
- Thời gian liệt phát triển: nhanh < 7 ngày.
- Bệnh nhân cần giúp thở.
- Thời gian liệt đứng yên > 3 tuần.
- Phản ứng cơ với kích thích ở ngón chi: yếu (Mc Khann G.M. và cộng sự 1988).

Tình trạng tái phát rất hiếm (3%) và đòi hỏi phải tìm cho ra nguyên nhân.

1.6. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đa rễ dây thần kinh do giang mai và bệnh Lyme: chủ yếu dựa vào tính chất không đối xứng và có đau, trong dịch não tủy có tăng tế bào.

Cần làm xét nghiệm chẩn đoán giang mai (VDRL,...) hoặc phản ứng huyết thanh xác định có *Borrelia burgdorferi*.

- *Viêm đa rễ dây thần kinh nhiễm xoắn khuẩn Leptospira idero - hemorragiae*: dấu viêm đa rễ dây thần kinh có thể xuất hiện sớm trong thời kỳ cấp của bệnh nhưng cũng có khi xuất hiện trễ trong thời kỳ hồi phục của bệnh. Dấu lâm sàng có thể là tổn thương một sợi thần kinh (thường là thần kinh sọ não) rễ thần kinh hoặc đám rối thần kinh. Dấu hiệu viêm đa rễ dây thần kinh thường trầm trọng. Chẩn đoán xác định bằng điện cơ (dấu tổn thương sợi trục) và sinh thiết (thâm nhiễm các monocyt).
- *Viêm đa rễ dây thần kinh do Brucella*: thường xuất hiện trễ hơn là sớm. Bệnh cảnh có thể là viêm đa rễ dây thần kinh có tính chất không đối xứng hoặc tổn thương thần kinh sọ não (VIII, VI, VII, XI) hoặc tổn thương một sợi thần kinh. Dịch não tủy có tăng đạm và tế bào (chủ yếu là lympho bào). Phản ứng huyết thanh Wright (+)
- *Viêm đa rễ dây thần kinh do bạch hầu*: thường thì bệnh này gây liệt vòm hầu (nói giọng mũi, sặc thức ăn lên mũi). Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh này trong trường hợp có biến chứng muộn của bệnh nhi khi 2-3 tháng sau thấy xuất hiện dấu viêm đa rễ dây thần kinh. Bệnh thường khởi phát với liệt điều tiết của mắt (gây khó khăn khi đọc và khi nhìn gần). Dịch não tủy thấy xuất hiện nhiều tế bào lympho.

1.7. Điều trị

- Phòng ngừa các biến chứng do nằm lâu: nhiễm trùng hô hấp, suy hô hấp cấp.
- Thay huyết tương: nghiên cứu hợp tác năm 1987 của Pháp và Mỹ đã chứng minh việc thay huyết thanh 4 lần đã cho kết quả đáng tin cậy (67% so với 44% ở lô chứng). Nghiên cứu này cũng khuyên thay huyết tương nên khởi đầu 15 ngày sau khi bệnh khởi phát.
- Dùng liều cao immunoglobulin: đang nghiên cứu.

2. VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH MẠN

Quan niệm về bệnh lý này bao gồm những trường hợp viêm đa rễ dây thần kinh hoặc tái phát, hoặc kéo dài hoặc không đáp ứng với corticoid. Năm 1975 Dick P.J. và cộng sự đã định nghĩa bệnh và năm 1991 những tiêu chuẩn chẩn đoán đã được thiết lập như sau (research criteria for diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy).

- Tiêu chuẩn lâm sàng: có 1/3 trường hợp có bệnh khởi phát như hội chứng Guillain - Barré (khởi phát với liệt có kèm hoặc không rối loạn cảm giác tứ chi, đối xứng).

Liệt chủ yếu ở các tiết đoạn gốc chi và rối loạn cảm giác chủ yếu là bản thể (nhận biết tư thế, cảm giác rung).

Mất phản xạ gân cơ một phần hay toàn thân.

Tổn thương dây thần kinh sọ não.

Suy hô hấp có thể có nhưng ít hơn thể cấp.

Rối loạn thực vật, teo cơ, đau nhức: ít gặp hơn.

- Tiêu chuẩn diễn tiến: tiến triển kéo dài trên 6 tháng với những đợt tái phát, mắc lại hoặc không đáp ứng với trị liệu steroid.
- Tiêu chuẩn sinh hóa: 80% có phân ly đạm tế bào.
- Tiêu chuẩn điện cơ: tốc độ dẫn truyền thần kinh giảm 70% với tổn thương thoái hóa myelin. Những dấu chứng của block dẫn truyền thường xuất hiện nhiều hơn trong thể cấp.
- Tiêu chuẩn sinh thiết: thoái hóa myelin và tẩm nhuần tế bào viêm.
- Điều trị kết quả tốt với corticoid, ức chế miễn dịch, thay huyết tương và truyền immunoglobulin tở ra có hiệu quả 60 - 80%.

III. BỆNH LÝ TỔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh

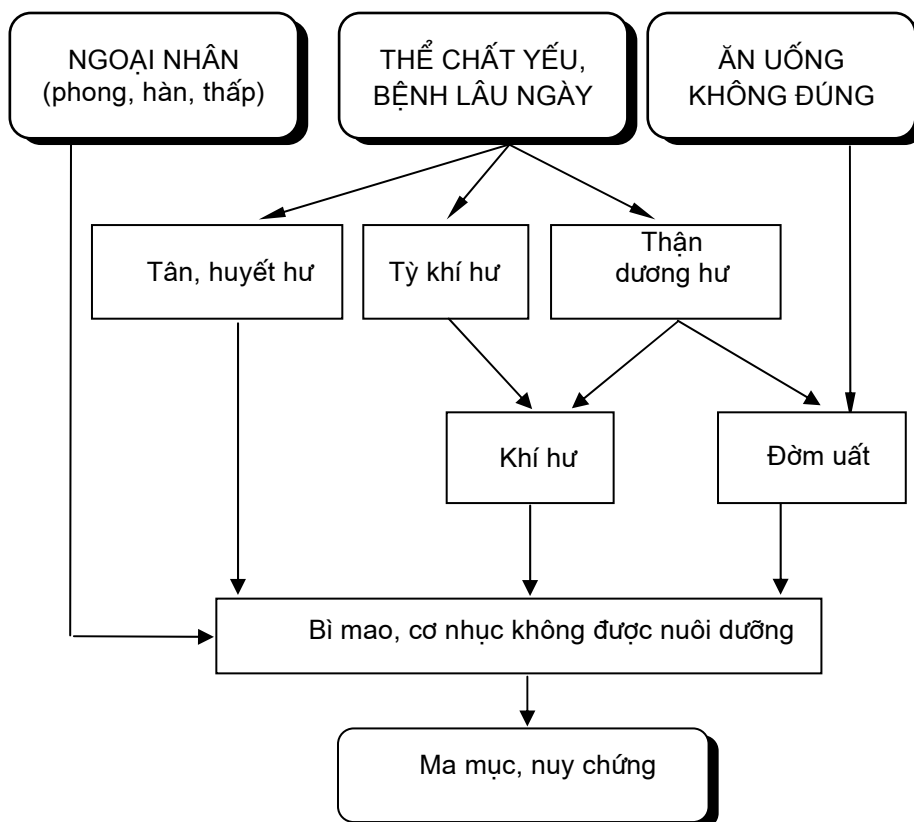
Bệnh lý thần kinh ngoại biên là danh từ bệnh học YHHĐ và không có từ đồng nghĩa trong bệnh học y học cổ truyền (YHCT). Từ đồng nghĩa dễ gặp giữa YHHĐ và YHCT là các triệu chứng, ví dụ: “dị cảm, tê” với “ma mục”, “yếu liệt” với “nuỵ chứng” (*triệu chứng học YHCT, trang 53 - 55*).

Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong bệnh lý bệnh lý tổn thương thần kinh ngoại biên, có thể biện luận về cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

- *Do ngoại tà* như phong, hàn, thấp gây bệnh. Phong, hàn, thấp thừa cơ vệ biểu suy yếu mà xâm nhập làm kinh lạc bị tắc trở sinh ra chứng tê. Tùy theo tính chất của tà mà định được loại tà khí gây bệnh (phong tính hay động, lưu ở bì phu nên tê có cảm giác như trùng bò; thấp có tính nặng nề và ảnh hưởng đến phần cơ; hàn tính nề trệ và dễ tổn thương dương khí).
- *Do bệnh lâu ngày, ảm thực bất điều hoặc phòng thất không điều độ* làm thể chất suy yếu, khí bị hư suy. Khí hư dẫn đến vệ ngoại bất cố, phong hàn thấp tà dễ xâm nhập; đồng thời, khí hư dẫn đến khí trệ làm huyết không được vận hành. Toàn bộ cơ chế trên dẫn đến kinh mạch bị rỗng, da cơ không được ôn ấm và nuôi dưỡng làm xuất hiện triệu chứng tê.
- *Do huyết dịch không đầy đủ (sau sinh, thiếu máu hoặc bệnh lâu ngày)*: tân và huyết có tác dụng tư nhuận và nhu dưỡng cơ da. Tân và huyết

thiếu khiến kinh lạc, cơ, biểu, bì mao không được nuôi dưỡng gây nên chứng tê; nặng sẽ đến chứng nhục nuy.

- *Do đàm uất* ủng trệ gây trở tắc kinh lạc: đàm thấp có thể do ăn uống không đúng cách gây tổn hại tỳ vị hoặc do thận dương suy không khí hóa được nước làm sinh đàm.



Hình 26.1. Sơ đồ bệnh lý tổn thương thần kinh ngoại biên theo YHCT

2. Triệu chứng lâm sàng

YHCT phân chia thành 6 thể lâm sàng

2.1. Phong hàn thấp bế

Đặc điểm nổi bật của thể bệnh này là tê và đau nhức cơ tăng khi trời lạnh, ẩm thấp. Bệnh nhân thường thích được chườm ấm tại chỗ tê, đau.

Người sợ lạnh, chân tay lạnh, lưng gối mỏi.

Rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt, chất lưỡi nhạt.

Mạch phù huyền khẩn.

2.2. Thấp nhiệt bế

Triệu chứng tê thường xuất hiện ở chân. Người thấy nặng nề kèm đau nhức hoặc có cảm giác rất nóng, sờ bên ngoài da thấy nóng.

Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt.

Mạch huyền sắc hoặc tế sắc.

2.3. Khí hư thất vận

Tê tứ chi, tê nhiều ở đầu chi; nhức chi lên khó khăn, mất lực. Tình trạng này sẽ tăng lên khi gặp lạnh (trời lạnh, nhúng tay chân vào nước lạnh) hoặc làm việc.

Sắc mặt nhợt, không bóng, thiếu hơi, đoản khí, mệt mỏi, thích nằm.

Sợ gió, sợ lạnh, ăn kém, đại tiện lỏng, dễ bị cảm.

Lưỡi nhạt bệu, rìa có dấu răng, rêu trắng mỏng.

Mạch trầm nhu.

2.4. Huyết hư thất vinh

Chân tay tê, da trắng khô, người gầy yếu.

Mặt môi nhợt kèm chóng mặt, hoa mắt, mất ngủ, hay quên.

Tâm quý, chính xung.

Chất lưỡi nhạt.

Mạch trầm tế.

2.5. Âm hư phong động

Tê nhiều kèm run nhẹ, có lúc có cảm giác như trùng bò.

Người gầy khô kèm hoa mắt, chóng mặt, ù tai.

Mất ngủ, hay mộng mị.

Lưng gối nhức mỏi.

Chất lưỡi đỏ tối, rêu mỏng.

Mạch trầm tế.

2.6. Đàm uất trệ

Tê kéo dài, vị trí tê cố định, có cảm giác căng, ấn vào thấy dễ chịu.

Kèm vàng đầu, nặng chi hoặc có cảm giác tức ngực.

Chất lưỡi tối hoặc có vết bầm, rêu nhớt.

Mạch trầm sáp hoặc huyền hoạt.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị bằng thuốc

3.1.1. *Thế phong hàn thấp bế*

- *Pháp trị*: khu phong tán hàn, sơ thấp trục tà, ôn kinh thông lạc.
- *Bài thuốc điều trị*: Quyên bế thang + Quế chi thang (gồm: khương hoạt 8g, độc hoạt 8g, tần cửu 10g, quế chi 8g, bạch thược 6g, đương quy 12g, xuyên khung 8g, tang chi 8g, xuyên ô (ché) 6g, hải phong đằng 10g, kê huyết đằng 10g, sinh cam thảo 6g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò của các vị thuốc
Khương hoạt	Ngọt, đắng, bình, không độc: trừ phong, chữa tê ở chi trên	Quân
Độc hoạt	Ngọt, đắng, bình, không độc: trừ phong, chữa tê ở chi dưới	Quân
Tần cửu	Đắng, cay, bình: hoạt huyết, trấn thống	Tá
Quế chi	Cay ngọt, đại nhiệt, hơi độc: trị cố lãnh trầm hàn, giải biểu	Quân
Bạch thược	Chua đắng, hơi hàn: nhuận gan, dưỡng huyết, liễm âm	Thần
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hành huyết	Thần
Xuyên khung	Đắng, ấm: hành khí, hoạt huyết, khu phong, chỉ thống	Tá
Tang chi	Đắng, bình: khử phong thấp, lợi quan tiết; chữa tê, đau nhức	Tá
Xuyên ô (ché)	Cay, ngọt, tính đại nhiệt, có độc: bổ hỏa, trục phong hàn, thấp tà	Thần
Nhũ hương	Đắng, cay, hơi ấm: điều khí, hoạt huyết	Tá
Kê huyết đằng	Đắng, bình, khử phong, thông kinh lạc	Tá
Sinh thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế, thanh nhiệt giải độc, điều hòa các vị thuốc	Sứ

3.1.2. *Thế thấp nhiệt bế*

- *Pháp trị*: thanh lợi thấp nhiệt, sơ kinh thông lạc.
- *Bài thuốc điều trị*: Tam diệp hoàn gia giảm (gồm: thương truật 10g, hoàng bá 6g, ngư u tất 10g, hải phong đằng 10g, kê huyết đằng 10g, địa long 6g, khương hoàng 9g, phòng kỷ 10g, nhũ hương 6g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò của các vị thuốc
Thương truật	Cay, đắng, ấm vào tỳ vị: kiện tỳ, táo thấp, phát hãn	Quân
Hoàng bá	Đắng, hàn, vào thận, bàng quang: trừ hỏa độc, tư âm, thanh nhiệt táo thấp	Quân
Ngưu tất	Chua, đắng, bình: bổ can thận, tính đi xuống	Tá
Phòng kỷ	Rất đắng, cay, lạnh: khử phong, hành thủy, tả hạ, tiêu huyết phạm, thấp nhiệt	Thần
Địa long	Mặn, hàn: thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc	Quân
Khương hoàng	Cay, đắng, ôn vào tỳ, can: hành huyết, phá ứ, hành khí giải uất	Tá
Nhũ hương	Đắng, cay, hơi ấm: điều khí, hoạt huyết	Tá
Kê huyết đằng	Đắng, bình, khử phong, thông kinh lạc	Tá
Sinh thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế, thanh nhiệt giải độc, điều hòa các vị thuốc	Sứ

3.1.3. Thể khí hư

- *Pháp trị*: bổ khí trợ vận, hoạt huyết vinh chi.
- *Bài thuốc điều trị*: Bồ trung ích khí thang gia giảm (gồm: hoàng kỳ 30g, đảng sâm 15g, bạch truật 10g, đương quy 10g, trần bì 8g, thăng ma 8g, quế chi 8g, kê huyết đằng 12g) (xem *Bệnh học YHCT II, trang 172*).

3.1.4. Thể huyết hư

- *Pháp trị*: dưỡng huyết, hoạt huyết, xung mạch, nhuận chi.
- *Bài thuốc điều trị*: Tứ vật thang gia đan sâm (gồm: thực địa 20 - 24g, bạch thược 12g, đương quy 12g, xuyên khung 6g, đan sâm 12g) (xem *Bệnh học YHCT II, trang 264*).

Có thể tham khảo bài Thần ứng dưỡng chân đơn (gồm: thực địa 10g, đương quy 10g, xuyên khung 8g, đan sâm 12g, hoàng tinh 10g, hoàng kỳ 20g, quế chi 8g, bạch thược 8g, kê huyết đằng 12g, tần cửu 10g, tang chi 10g, mộc qua 8g, ngưu tất 8g).

3.1.5. Thể âm hư phong động

- *Pháp trị*: tư âm, dưỡng huyết, hoạt huyết.
- *Bài thuốc điều trị*: Thiên ma câu đằng ẩm gia đương quy 10g, xuyên khung 8g (xem *Bệnh học YHCT II, trang 269*)

3.1.6. *Thế đàm uất trệ*

- *Pháp trị*: hóa đàm, lợi uất, hoạt huyết, thông lạc.
- *Bài thuốc điều trị*: song hợp thang gia giảm.

Đây là hợp của 2 bài thuốc Đào hồng tứ vật thang (*xem Bệnh học YHCT II, trang 263*) và bài Nhị trần thang, gồm trần bì 6g, bán hạ 6g, phục linh 12g, hương phụ 6g.

Gia thêm tế tân 4g (ôn thông để trị ứ trệ), địa long 6g, ngư tất 10g (dẫn kinh thông mạch), sinh cam thảo 10g.

3.2. Điều trị bằng châm cứu

Chủ yếu là sử dụng những huyệt tại chỗ ở chi trên và chi dưới để sơ thông kinh lạc.

- Chi trên: hợp cốc, khúc trì, kiên ngưng, kiên tỉnh, ngoại quan, thái uyên, xích trạch.
- Chi dưới: phong thị, dương lăng, côn lân, huyền chung, túc tam lý, tam âm giao.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Điểm khác nhau về lâm sàng giữa VDDTK và viêm nhiều dây thần kinh (VNDTK)

- A. Có giảm cảm giác đau hoặc không
- B. Có giảm vận động hoặc không
- C. Có rối loạn cảm giác kiểu đối xứng hoặc không
- D. Có rối loạn thực vật hoặc không
- E. Có kèm đau nhức hoặc không

2. Điểm khác nhau về lâm sàng giữa VDDTK và viêm đa rễ dây thần kinh (VDRDTK)

- A. Có giảm cảm giác đau hoặc không
- B. Có giảm vận động hoặc không
- C. Có rối loạn cảm giác kiểu đối xứng hoặc không

- D. Có rối loạn thực vật hoặc không
 - E. Có kèm tổn thương dây sọ não hoặc không
3. Biến chứng quan trọng nhất của VDRDTK cần đặc biệt quan tâm
- A. Đau nhức cơ
 - B. Liệt dây IX
 - C. Liệt dây X
 - D. Liệt cơ ở thân
 - E. Thất điều
4. Cơ chế gây bệnh thần kinh ngoại biên trong trường hợp âm huyết suy hư
- A. Âm huyết hư khiến phong thấp tà thừa cơ xâm nhập
 - B. Âm huyết hư sinh đàm làm tắc trở kinh lạc
 - C. Âm huyết hư không nuôi dưỡng được kinh lạc
 - D. Âm huyết hư sinh nhiệt, nhiệt cực sinh phong làm kinh lạc tắc nghẽn
 - E. Âm huyết hư làm tâm huyết hư suy, không chủ được huyết mạch mà sinh bệnh
5. Cơ chế gây bệnh thần kinh ngoại biên trong trường hợp khí hư thất vận
- A. Khí hư khiến phong thấp tà thừa cơ xâm nhập
 - B. Khí hư sinh đàm làm tắc trở kinh lạc
 - C. Khí hư sinh hàn, hàn làm tắc trở kinh lạc
 - D. Khí hư sinh hàn, hàn cực sinh nhiệt, nhiệt cực sinh phong làm kinh lạc tắc nghẽn
 - E. Khí hư khiến vệ khí suy kém phong hàn thấp tà thừa cơ xâm nhập
6. Nếu do phong hàn thấp tà gây bệnh VDDTK, triệu chứng chủ yếu sẽ là
- A. Yếu
 - B. Liệt
 - C. Tê
 - D. Thất điều
 - E. Rối loạn dinh dưỡng
7. Nếu do phong nhiệt tà gây bệnh VDDTK, triệu chứng chủ yếu sẽ là
- A. Yếu, liệt
 - B. Tê
 - C. Yếu và tê

D. Tê và giảm cảm giác

E. Rối loạn dinh dưỡng

8. Vị bạch thược trong bài Quyên bế thang + Quế chi thang (gồm: khương hoạt, độc hoạt, tần cửu, quế chi, bạch thược, đương quy, xuyên khung, tang chi, xuyên ô (chế), hải phong đẳng, kê huyết đẳng, cam thảo sống) có tác dụng

A. Tư âm, dưỡng huyết: vai trò thần

B. Tả hỏa, tán huyết: vai trò thần

C. Liễm âm, dưỡng huyết: vai trò quân

D. Thanh thấp, nhiệt: vai trò thần

E. Dưỡng vị sinh tân: vai trò quân

9. Vị quế chi trong bài Quyên bế thang + Quế chi thang (gồm: khương hoạt, độc hoạt, tần cửu, quế chi, bạch thược, đương quy, xuyên khung, tang chi, xuyên ô (chế), hải phong đẳng, kê huyết đẳng, cam thảo sống), có tác dụng

A. Phát hãn, giải biểu, khai tấu lý: vai trò quân

B. Phát hãn, giải cơ: vai trò thần

C. Phát hãn, giải cơ: vai trò quân

D. Bình suyễn, giáng nghịch: vai trò tá

E. Điều hòa các vị thuốc: vai trò sứ

10. Vị xuyên khung trong bài Tứ vật thang gia đan sâm (gồm: thực địa, bạch thược, đương quy, xuyên khung, đan sâm) có tác dụng

Hành khí, hoạt huyết: vai trò thần

Hóa đờm, táo thấp: vai trò quân

Liễm âm, dưỡng huyết: vai trò thần

Bổ trung ích khí: vai trò thần

Hạ khí nghịch, tiêu đờm: vai trò thần

II. Câu hỏi điền vào chỗ trống

1. Rối loạn cảm giác chủ quan (tê) trong VDDTK

A.

B.

C.

2. Rối loạn cảm giác khác quan trong VĐĐTK

A.

B.

3. Rối loạn vận động trong VĐĐTK

A.

B.

C.

4. Hai xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên

A.

B.

5. Dấu chứng thường gặp ở dịch não tủy bệnh VĐRĐTK

A.

ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA THEO YHCT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được những yếu tố dịch tễ học của bệnh đau dây thần kinh tọa.*
2. *Liệt kê được những triệu chứng quan trọng để chẩn đoán 2 thể lâm sàng đau dây thần kinh tọa theo YHCT.*
3. *Trình bày được phương pháp điều trị bệnh đau dây thần kinh tọa (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
4. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị đau dây thần kinh tọa bằng YHCT.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau dây thần kinh tọa được định nghĩa là một hội chứng thần kinh có đặc điểm chủ yếu là đau dọc theo lộ trình của dây thần kinh tọa và các nhánh của nó; nguyên nhân thường do bệnh lý đĩa đệm ở phần thấp của cột sống.

Đau dây thần kinh tọa có nhiều nguyên nhân nhưng chủ yếu là do những tổn thương ở cột sống thắt lưng. Năm 1928, một nguyên nhân mới được phát hiện đã làm thay đổi hẳn khái niệm về nguyên nhân gây bệnh, đó là thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng.

Sigwald và Deroux là những người đầu tiên mô tả hội chứng đau dây thần kinh tọa (1764).

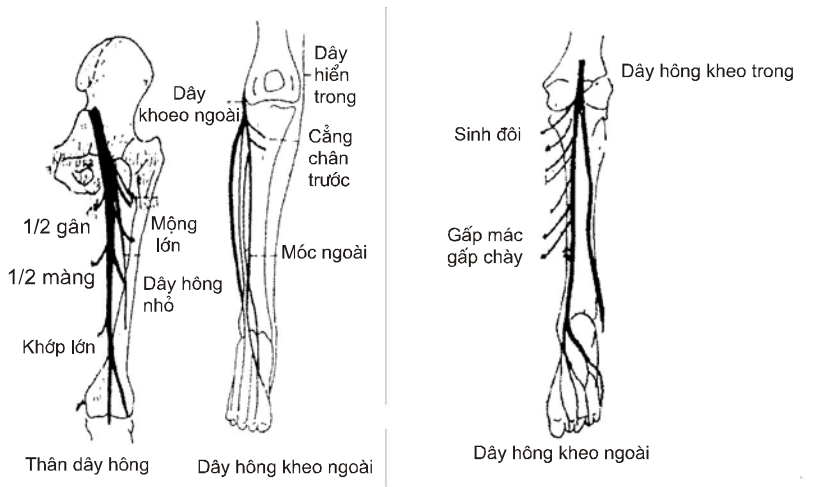
Lasègue, C. E., Brissaud. E., Déjeurine J. J. đã chứng minh đây là bệnh đau rễ chứ không phải đau dây (1914).

Virchow mô tả đĩa đệm, tuy chưa phải rõ ràng (1857); sau đó Goldnwait J. E., Middleton và Teacher tách đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm thành một thể riêng (1911).

Schomorld G (1925-51) là người mô tả rất kỹ về cấu trúc giải phẫu của đĩa đệm (qua 10.000 cột sống).

Alajouanine, Petit Dutailis (1928-30), Mauric (1933) và Mixter và Barr (1934) đã mô tả kỹ về lâm sàng và giải phẫu bệnh của thoát vị đĩa đệm.

Từ 1937, đã có hàng loạt công trình nghiên cứu về đau dây thần kinh tọa của Glorieux (1937), Bergouignan và Caillon (1939). Trong số này, trường phái của De Sèze đã có những đóng góp rất lớn.



Hình 27.1. Dây thần kinh tọa - Đường đi và phân nhánh

II. DỊCH TỄ HỌC

- Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 30 - 60.
- Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần.
- Đau thần kinh tọa có nhiều nguyên nhân nhưng phổ biến nhất là thoát vị đĩa đệm (chiếm 60 - 90% theo nhiều tác giả, 75% theo Castaigne.P).

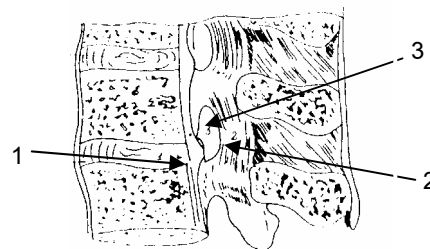
III. NGUYÊN NHÂN

1. Theo y học hiện đại

Có nhiều nguyên nhân đau dây thần kinh tọa. Để dễ vận dụng trong thực hành người ta sắp xếp:

- Thoát vị đĩa đệm: đây là nhóm nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại nguyên nhân khác.
- Các bất thường cột sống thắt lưng cùng (mắc phải hoặc bẩm sinh):
 - + Mắc phải: viêm nhiễm tại chỗ (do bị lạnh, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, tiểu đường..); thoái hóa cột sống (ở người cao tuổi); ung thư di căn vào cột sống (K tiền liệt tuyến, K vú, u vùng chậu nhỏ, u buồng trứng...)
 - + Bẩm sinh: nhiều tác giả cho rằng trước khi chẩn đoán nguyên nhân đau dây thần kinh tọa do các dị tật bẩm sinh, cần phải loại trừ thoát vị đĩa đệm và chỉ xem các dị tật chỉ là yếu tố thuận lợi.

- Các nguyên nhân trong ống sống: u tủy và màng tủy, viêm màng nhện tủy khu trú, áp xe ngoài màng cứng vùng thắt lưng.
- Một số nguyên nhân hiếm: khó chẩn đoán, thường chỉ xác định được sau phẫu thuật như giãn tĩnh mạch quanh rễ, giãn tĩnh mạch màng cứng, phì đại dây chằng vàng, rễ thần kinh thắt lưng V (L5) hoặc cùng I (S1) to hơn bình thường.



Hình 27.2. Thiết đồ cắt dọc ống sống cho thấy sự liên quan của đĩa đệm ở lỗ liên hợp (3) với dây chằng (1) và dây chằng dọc sau (2)

2. Theo y học cổ truyền

Theo YHCT, hội chứng đau dây thần kinh tọa đã được mô tả trong những bệnh danh tọa điển phong, tọa cốt phong. Phong trong hội chứng bệnh lý này nhằm mô tả tính chất thay đổi và di chuyển của đau.

Một cách tổng quát, do triệu chứng quan trọng nhất của bệnh là đau nên hội chứng đau dây thần kinh tọa có thể được tìm hiểu thêm trong phạm trù của chứng tý hoặc thống (tùy theo nguyên nhân gây bệnh).

Nguyên nhân gây bệnh:

- *Ngoại nhân*: thường là phong hàn, phong nhiệt, hoặc thấp nhiệt thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập vào các kinh bàng quang và đờm.
- *Bất nội ngoại nhân*: những chấn thương (vi chấn thương) ở cột sống (đĩa đệm) làm huyết ứ lại ở 2 kinh trên.

Những nguyên nhân này làm cho khí huyết của 2 kinh (bàng quang và đờm) bị cản trở hoặc bị tắc lại, gây nên đau (*không thông thì đau*). Tùy theo bản chất của nguyên nhân gây bệnh mà biểu hiện của đau sẽ khác nhau.

Nếu bệnh kéo dài sẽ ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của can và thận.



Hình 27.3. Sơ đồ nguyên nhân và cơ chế bệnh đau thần kinh tọa

IV. TRIỆU CHỨNG HỌC VÀ CHẨN ĐOÁN ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA

A. THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Triệu chứng chủ quan

Đau lưng lan dọc xuống chi dưới 1 hay 2 bên, đau âm ỉ hoặc dữ dội

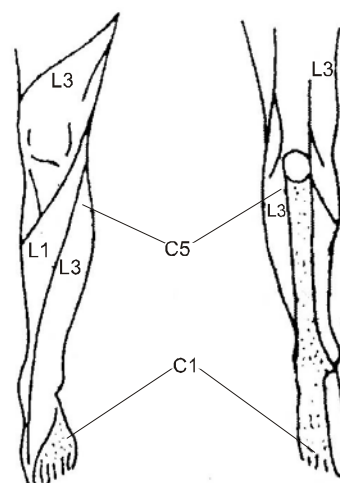
Đau lan theo 2 kiểu:

- Từ thắt lưng xuống mông, xuống mặt ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân tới lưng bàn chân, từ bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L5)
- Hoặc từ thắt lưng xuống mông, xuống mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân tới gót lòng bàn chân, tận cùng ở ngón út (rễ S1)

Có thể kèm theo dị cảm (tê, nóng, đau như dao đâm, cảm giác kiến bò bên chi đau)

1.2. Thăm khám bệnh nhân

- Quan sát bệnh nhân khi đi hoặc đứng: nửa người bên lành hạ thấp (vẹo người về bên



Mặt trước

Mặt sau

Hình 27.4. Khu vực cảm giác của rễ L5 và S1

lạnh). Khi đứng chân bên đau hơi co lên, tay chống vào mạn sườn hoặc đầu gối bên đau.

Quan sát khi bệnh nhân nằm: xem cơ tứ đầu đùi, cơ bắp chân có teo không.

- Làm những nghiệm pháp căng dây thần kinh tọa:
 - + *Nghiệm pháp Lasègue*: bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, nâng gót chân bệnh nhân lên cao khỏi giường. Chân bình thường nâng cao được tới 90° , khi chân đau chỉ lên tới 30° - 60° là bệnh nhân than đau lan tới thắt lưng. Đây là dấu hiệu rất quan trọng, gần như lúc nào cũng có; còn dùng để theo dõi diễn tiến điều trị.
 - + *Nghiệm pháp Bonnet*: bệnh nhân nằm ngửa, gập gối về phía bụng và xoay khớp háng vào trong, nếu đau: Bonnet (+).
 - + *Nghiệm pháp Néri*: bệnh nhân đứng thẳng, giữ thẳng 2 gối, từ từ gập người để cổ chạm 2 tay xuống đất. Nếu bệnh nhân than đau và không thể thực hiện động tác này (gập gối bên đau), Néri (+).
- Nghiệm pháp làm tăng áp lực dịch não tủy:
 - + *Nghiệm pháp Naffziger*: đè vào tĩnh mạch cổ 2 bên, nếu bệnh nhân kêu đau từ cột sống lan xuống chân, nghiệm pháp (+). Có thể phối hợp với việc bảo bệnh nhân ho.
- Nghiệm pháp gây đau bằng cách ấn vào lộ trình của dây thần kinh tọa:
 - + *Dấu nhấn chuông*: ấn vào ngang gai sống L4-L5 hoặc L5-S1 sẽ gây đau lan dọc theo lộ trình dây thần kinh tọa tương ứng.
 - + *Thống điểm Valleix*: ấn vào những điểm trên lộ trình dây thần kinh tọa (nhất là vùng dây thần kinh tọa đi gần xương) sẽ gây đau theo rễ.
- Khám dấu cảm giác: có thể giảm cảm giác ở vùng cơ thể tương ứng với rễ thần kinh bị tổn thương.
- Khám dấu vận động:
 - + Bệnh nhân đứng, nếp mông bên bệnh sẽ thấp hơn bên đối diện.
 - + Cơ bắp chân nhão.
 - + Ấn mạnh vào gân gót ghi nhận bên bệnh lõm nhiều hơn bên lành.
 - + Yếu cơ (tùy theo rễ bị tổn thương): nếu tổn thương L5 sẽ xuất hiện yếu các nhóm cơ căng chân trước, duỗi các ngón. Bệnh nhân không đứng bằng gót được và có dấu bàn chân rơi. Nếu tổn thương S1, xuất hiện yếu các nhóm cơ ở mặt sau căng chân. Bệnh nhân không đứng bằng ngón chân được.

Mất hoặc giảm phản xạ gân cơ (tương ứng với rễ bị tổn thương).

Dấu hiệu tại cột sống: cơ cơ phản ứng, cột sống mất đường cong sinh lý, có thể có vẹo cột sống tư thế.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm máu (hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng) và chọc dò dịch não tủy trong trường hợp đau thần kinh tọa không điển hình mà có nghi ngờ đến khối u trong ống sống ...

- Chụp X quang cột sống quy ước:
 - + Nếu có hình ảnh bản lề thắt lưng - cùng bình thường, cũng không cho phép loại trừ thoát vị đĩa đệm.
 - + Dấu hiệu của thoát vị đĩa đệm: xẹp đĩa đệm biểu hiện chiều cao của khe gian đốt hẹp hơn so với khe gian đốt trên và dưới.
 - + Dấu hiệu có giá trị lớn: hình kẹp hoặc hở một bên đĩa đệm. Trên phim thẳng, hở một bên có giá trị hơn hẹp một bên. Nếu trên phim chụp nghiêng, hình ảnh hở một bên đĩa đệm vẫn không mất đi thì rất có giá trị.
- Chụp X quang có cản quang: được chỉ định chủ yếu trong trường hợp nghi ngờ đau dây thần kinh tọa có khối u gây chèn ép và gồm:
 - + Chụp tủy bơm hơi (sacro-radiculographie gazeuse): với kỹ thuật này, các chứng hẹp ống sống, các thoát vị đĩa đệm giữa và kê giữa thấy rất rõ trên phim, nhưng các thoát vị đĩa đệm bên không phát hiện được.
 - + Chụp bao rễ thần kinh (radiculographie classique): các thoát vị đĩa đệm giữa và kê giữa (médiannes et paramédiannes) thấy rất rõ trên phim.
 - + Chụp đĩa đệm (discographie): trên phim chụp thẳng, nghiêng có thể thấy đĩa đệm bị thoái hóa, nhưng chỉ có đĩa đệm nào gây đau nhiều khi bơm thuốc cản quang mới đúng là đĩa đệm cần phẫu thuật.
- Các phương pháp thăm dò khác:
 - + Điện cơ đồ: ghi điện cơ và đo thời trị dây thần kinh cho phép chẩn đoán vị trí của thoát vị đĩa đệm.
 - + Chụp điện toán cắt lớp (CT.Scan): là phương tiện hiện đại nhất được vận dụng để chẩn đoán thoát vị đĩa đệm.

B. THEO YHCT

Y học cổ truyền chia đau thần kinh tọa làm 2 thể lâm sàng chủ yếu

1. Thể cấp (thể phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ)

Đặc điểm lâm sàng:

- Đau:
 - + Đau lưng sau xuống chân dọc theo dây thần kinh tọa.
 - + Đau dữ dội, đau tăng khi ho, khi hít hơi, khi cúi gập cổ đột ngột.
 - + Đau tăng về đêm, giảm khi nằm yên trên giường cứng.
 - + Giảm đau với chườm nóng.
 - + Rêu lưỡi trắng, mạch phù (nếu do phong hàn).
 - + Lưỡi có thể có điểm ứ huyết (nếu do khí huyết ứ trệ).
- Bệnh nhân có cảm giác kiến bò, tê cóng hoặc như kim châm ở bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L5) hoặc ở gót chân hoặc ngón út (rễ S1).
- Khám lâm sàng:
 - + Triệu chứng ở cột sống:
 - . Cơ lưng phản ứng co cứng.
 - . Cột sống mất đường cong sinh lý.
 - + Triệu chứng đau rễ: dấu hiệu Lasègue (+); Bonnet (+); Néri N (+).
 - + Để xác định chính xác rễ nào bị xâm phạm: cần khám phản xạ, cảm giác, vận động, dinh dưỡng theo bảng sau:

Rễ	Phản xạ gân xương	Cảm giác	Vận động	Teo cơ
L5	Phản xạ gân gót bình thường	Giảm hoặc mất phía ngón cái	Không đi được bằng gót chân	Nhóm cơ căng chân trước - ngoài, các cơ mu bàn chân, cơ căng chân, cơ gan bàn chân
S1	Phản xạ gân gót giảm	Giảm hoặc mất phía ngón út	Không đi được bằng mũi bàn chân	

2. Thể mạn (thể phong hàn thấp: can thận âm hư)

Đây là loại thường gặp trong đau dây thần kinh tọa do các bất thường cột sống thắt lưng cũng như thoái hóa các khớp nhỏ cột sống, các dị tật bẩm sinh.

Đặc điểm lâm sàng:

- Bệnh kéo dài, đau âm ỉ với những đợt đau tăng, chườm nóng hoặc nằm nghỉ dễ chịu: thường đau 2 bên hoặc nhiều rễ.
- Triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, mệt mỏi, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Thể cấp (giai đoạn cấp và các đợt cấp của các thể mạn tính)

Thể phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ:

- Nằm yên trên giường cứng, kê một gối nhỏ dưới khoeo chân cho đầu gối hơi gập lại, tránh hoặc hạn chế mọi di chuyển.
- Công thức huyết và kỹ thuật châm cứu:
 - + Công thức huyết: áp thống điếm (thường là các giáp tích L4-L5, L5-S1), hoàn khiêu, ủy trung; kinh cốt, đại chung (nếu đau dọc rễ S1); khâu khự, lãi câu (nếu đau dọc rễ L5).
 - + Kỹ thuật: kích thích kim mạnh, có thể sử dụng điện châm kết hợp với cứu nóng. Thời gian lưu kim cho 1 lần châm là 5 - 10 phút.
 - + Có thể sử dụng nhĩ châm (đặc biệt quan trọng trong thời gian cấp tính, khi xoay trở của bệnh nhân thật sự khó khăn) với huyết sử dụng gồm: cột sống thắt lưng (+++), dây thần kinh (++); hông, mông, háng, gối, cổ chân (+).
- Những bài tập vận động trị liệu đau dây thần kinh tọa. Chỉ bắt đầu khi đã thực giảm đau (*xem hướng dẫn ở phần tiếp theo*).
- Bài thuốc sử dụng: *Bài thuốc trị thấp khớp (GS. Bùi Chí Hiếu)* gồm: lá lốt 12g, cà gai leo 12g, quế chi 10g, thiên niên kiện 12g, cỏ xước 10g, thổ phục linh 12g, sài đất 12g, hà thủ ô 16g, sinh địa 16g.

2. Thể mạn (thể phong hàn thấp)

- Tuy mức độ đau ít hơn, nhưng thường đáp ứng điều trị chậm. Giai đoạn này, cần chú trọng thêm xoa bóp và tập luyện. Cần chú trọng tập mạnh các cơ vùng thắt lưng, nhóm cơ mông và cơ tứ đầu đùi. Tuy nhiên, phải tập từ từ và theo sức của bệnh nhân. Ở giai đoạn đầu, chỉ cho tập gồng cơ, dần dần tiến tới vận động chủ động, rồi chủ động có đề kháng. Ngoài ra, kéo nắn và kéo cột sống cũng có thể đem lại kết quả tốt.
- Công thức huyết và kỹ thuật châm cứu: dùng công thức huyết như trên gia thêm: thận du, thái khê, phi dương, tam âm giao.
Đối với những huyết được gia thêm: kích thích kim nhẹ hoặc vừa, thời gian lưu kim cho 1 lần châm là 20 - 30 phút.
- Những bài tập vận động trị liệu đau dây thần kinh hông:
 - + Người bệnh nằm ngửa:
 - Gồng cơ tứ đầu đùi.
 - Tập cổ chân.

- Động tác uốn lưng.
 - Động tác tam giác và tam giác biến thể (*xem Dưỡng sinh: bài tập tư thế nằm*).
- + Người bệnh nằm ngửa, háng và gối gập: tập gồng cơ bụng.
- + Người bệnh nằm sấp:
- Gồng cơ mông.
 - Ngẩng đầu lên, xoay đầu.
 - Nhấc từng chân lên, hạ xuống.
 - Gập, duỗi gối từng bên và 2 bên cùng một lúc.
 - Tay để sau gáy, nhấc đầu và vai lên.
- + Người bệnh quỳ (chống 2 tay và 2 gối):
- Đưa từng chân lên, hạ xuống.
 - Động tác chào mặt trời (*xem Dưỡng sinh: bài tập tư thế ngồi*).
- + Người bệnh ngồi duỗi thẳng 2 chân, hai tay và thân mình vươn tới bàn chân, đầu ngón tay cố chạm vào đầu ngón chân.

Chú ý khi tập:

- + Bắt đầu từ động tác dễ, nhẹ (gồng cơ) tiến dần đến các động tác nặng, khó hơn.
 - + Khi bắt đầu tập một động tác mới, người thầy thuốc phải có mặt để theo dõi, đánh giá, trợ giúp cho người bệnh, tránh tình trạng quá sức.
- Bài thuốc sử dụng:
- + Bài thuốc 1: *Bài thuốc trị thấp khớp (GS. Bùi Chí Hiếu)*, gồm: lá lốt 12g, cà gai leo 12g, quế chi 10g, thiên niên kiện 12g, cỏ xước 10g, thổ phục linh 12g, sài đất 12g, hà thủ ô 16g, sinh địa 16g.
 - + Bài thuốc 2: *Độc hoạt tang ký sinh gia giảm*, gồm: độc hoạt 12g, phòng phong 8g, tang ký sinh 12g, tế tân 6g, quế chi 6g, ngư tấ 12g, đồ trọng 8g, đẳng sâm 12g, phục linh 12g, cam thảo 8g, bạch thược 12g, đương quy 12g, thực địa 12g, đại táo 12g.

Bài thuốc bao gồm những dược liệu có chứa tinh dầu, có tính nóng ấm, có tác dụng chống viêm, giảm đau; đồng thời có những vị thuốc nâng đỡ tổng trạng, bổ dưỡng.

3. Điều trị phẫu thuật

Phương pháp này được đặt ra trong 4 trường hợp:

- Thể liệt và teo cơ: là chỉ định phẫu thuật sớm, tránh tàn phế cho bệnh nhân.

- Thể ngoan cố, đặc biệt là loại đau dữ dội: sau điều trị tích cực nhiều tháng (thường là 3 tháng) mà tiến triển vẫn không ổn định.
- Thể tái phát nhiều lần và ngày càng gần, làm ảnh hưởng sinh hoạt của bệnh nhân.
- Thể phức tạp như kèm hội chứng chùm đuôi ngựa.

VI. PHÒNG BỆNH

Đau dây thần kinh tọa tuy có nhiều nguyên nhân nhưng phần lớn là xung đột giữa đĩa đệm và rễ thần kinh. Đây là điểm quan trọng cần chú ý để phòng ngừa.

- Trong lao động chân tay cần chú ý trong các động tác phải cúi để bốc vác một trọng lượng lớn, luôn cố gắng giữ cột sống thẳng khi bê vác.
- Tập thể dục để rèn luyện cơ lưng và tăng sự mềm mại của cột sống.
- Điều trị kịp thời các bệnh thoái hóa cột sống có giá trị tích cực phòng bệnh trong đau dây thần kinh tọa.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Tỷ lệ mắc bệnh đau dây thần kinh tọa
 - A. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 2 lần
 - B. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần
 - C. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 4 lần
 - D. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 2 lần
 - E. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 3 lần
2. Tỷ lệ bệnh đau dây thần kinh tọa gây bởi thoát vị đĩa đệm
 - A. 30 %
 - B. 40 %
 - C. 50 %
 - D. 60 %
 - E. 60 %

3. Triệu chứng lâm sàng quan trọng dùng phân biệt đau thần kinh tọa cấp và mạn (theo y học cổ truyền)

- A. Đau tăng về đêm (trời lạnh) hoặc không
 - B. Đau tăng khi ho, hắt hơi hoặc không
 - C. Đau giảm với chườm nóng hoặc không
 - D. Có cảm giác tê, kiến bò hoặc không
 - E. Đau dữ dội hoặc âm ỉ
4. Đau thần kinh tọa theo kinh đởm
- A. Đau mặt sau chi dưới
 - B. Phản xạ gân gót giảm hoặc mất
 - C. Cảm giác giảm hoặc mất phía ngón cái
 - D. Teo cơ sinh đôi (cơ bắp chuối)
 - E. Không đi được bằng mũi bàn chân
5. Đau thần kinh tọa theo kinh đởm
- A. Tê hoặc kiến bò mặt sau chân
 - B. Phản xạ gân gót giảm hoặc mất
 - C. Ho hoặc rặn đau tăng
 - D. Đau lưng lan xuống mông và mặt sau chân
 - E. Ấn đau phong thị, dương lăng tuyền, huyền chung
6. Đau thần kinh tọa theo kinh bàng quang
- A. Phản xạ gân gót giảm
 - B. Cảm giác giảm hoặc mất phía ngón cái
 - C. Không đi được bằng gót chân
 - D. Teo nhóm cơ cẳng chân trước
 - E. Đau mặt ngoài chân
7. Đau thần kinh tọa theo kinh bàng quang
- A. Đau lưng lan xuống mông
 - B. Ấn đau thừa phù, thừa sơn
 - C. Đau mặt ngoài cẳng chân
 - D. Đau khi đi bằng gót chân
 - E. Phản xạ gân gót tăng
8. Công thức huyết dùng trong đau thần kinh tọa rễ L5 thể cấp (phong hàn hoặc khí huyết ú trệ)

- A. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
 - B. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu
 - C. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
 - D. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu, thận du, tam âm giao
 - E. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê
9. Công thức huyết dùng trong đau thần kinh tọa rễ S1 thể cấp (phong hàn hoặc khí huyết ứ trệ)
- A. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
 - B. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu
 - C. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
 - D. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu, thận du, tam âm giao
 - E. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê
10. Công thức huyết dùng trong đau thần kinh tọa rễ L5 thể mạn
- A. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
 - B. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu
 - C. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
 - D. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu, thận du, tam âm giao
 - E. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê
11. Công thức huyết dùng trong đau thần kinh tọa rễ S1 thể mạn
- A. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
 - B. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu
 - C. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
 - D. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lã câu, thận du, tam âm giao
 - E. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê

II. Điền vào chỗ trống

1. Trong công thức huyết điều trị đau thần kinh tọa rễ L5 thể cấp
 - A. Huyết *hoàn khiêu* được chọn theo nguyên tắc
 - B. Huyết *ủy trung* được chọn theo nguyên tắc
 - C. Huyết *khâu khư* được chọn theo nguyên tắc
 - D. Huyết *lãi câu* được chọn theo nguyên tắc
2. Trong công thức huyết điều trị đau thần kinh tọa rễ S1 thể mạn
 - A. Huyết *thận du* được chọn theo nguyên tắc
 - B. Huyết *thái khê* được chọn theo nguyên tắc
 - C. Huyết *phi dương* được chọn theo nguyên tắc
 - D. Huyết *tam âm giao* được chọn theo nguyên tắc
3. Những động tác tập luyện cho bệnh nhân đau thần kinh tọa trong tư thế nằm ngửa (xin ghi theo tuần tự tập luyện)
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
 - F.
4. Những động tác tập luyện cho bệnh nhân đau thần kinh tọa trong tư thế nằm xấp (xin ghi theo tuần tự tập luyện)
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
 - F.

HỘI CHỨNG SUY NHƯỢC MẠN TÍNH (CFS)

MỤC TIÊU

1. *Nêu được những yếu tố dịch tễ học của hội chứng suy nhược mạn tính.*
2. *Liệt kê được những triệu chứng quan trọng của hội chứng suy nhược mạn tính.*
3. *Chẩn đoán được 3 thể lâm sàng hội chứng suy nhược mạn tính theo YHCT.*
4. *Trình bày được nguyên tắc điều trị hội chứng suy nhược mạn tính (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
5. *Trình bày được phương pháp điều trị hội chứng suy nhược mạn tính (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
6. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị hội chứng suy nhược mạn bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Hội chứng suy nhược mạn tính (chronic fatigue syndrome) là tên gọi hiện nay của bệnh lý gây suy nhược kết hợp với nhiều rối loạn vật lý, thể chất và tâm thần kinh.

Hội chứng này trước đây 30 năm được gọi với nhiều tên khác nhau như suy nhược thần kinh, tình trạng u uất, chronic mononucleosis, hội chứng suy nhược sau nhiễm virus....

1.2. Dịch tễ học

- Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 25 - 45, dù bệnh cũng có thể gặp ở trẻ em và ở tuổi trung niên.
- Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 2 lần.
- Bệnh xuất hiện rải rác. Tỷ lệ mắc bệnh thật sự khó xác định vì tùy thuộc hoàn toàn vào định nghĩa bệnh: suy nhược mạn là triệu chứng không đặc

hiệu, xuất hiện ở 20% bệnh nhân đến khám bệnh tổng quát; nhưng hội chứng suy nhược mạn tính thì ít phổ biến hơn.

- Theo CDC (Trung tâm Kiểm soát và phòng bệnh - Mỹ) thì hội chứng suy nhược mạn tính xuất hiện trên 2 - 7 người/100.000 người.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

Sự xuất hiện của nhiều tên gọi khác nhau của hội chứng bệnh lý này đã phản ánh nhiều giả thuyết còn tranh luận về nguyên nhân gây bệnh.

Thường những giả thuyết về nguyên nhân được đề cập xoay quanh:

- **Nhiễm trùng:** đề cập đến những loại siêu vi (lymphotropic herpes virus, retrovirus và enterovirus)
- Những rối loạn miễn dịch: người ta quan sát thấy trong những trường hợp này có sự gia tăng trong máu những kháng thể kháng nhân, suy giảm các immunoglobulines, những thay đổi về hoạt động của lympho bào....
- Những rối loạn nội tiết: những công trình nghiên cứu gần đây cho thấy trên những hội chứng suy nhược mạn tính có sự suy giảm phóng thích các corticotropin - releasing factors của não thùy dẫn đến nồng độ trung bình cortison trong máu của bệnh nhân thấp hơn người bình thường. Cũng theo giả thuyết trên thì sự bất thường về thần kinh nội tiết có thể có liên quan đến tình trạng thiếu sức lực và tính khí, tâm tính của bệnh nhân.
- Tình trạng trầm uất được ghi nhận ở 2/3 trường hợp. Tình trạng trầm cảm này thường thấy ở các bệnh mạn tính. Tuy nhiên, trong trường hợp hội chứng này thì tình trạng trầm cảm lại xuất hiện rất nhiều, vượt hơn nhiều tỷ lệ thường gặp trên các bệnh mạn tính khác. Vì thế, có người cho rằng bệnh này có nguồn gốc tâm lý là cơ bản; những rối loạn thần kinh nội tiết và miễn nhiễm là thứ phát.

2.2. Theo y học cổ truyền

Hội chứng suy nhược mạn biểu hiện lâm sàng rất phong phú. Những triệu chứng thường gặp trong hội chứng này như mệt mỏi, khó tập trung tư tưởng, đau đầu, đau nhức cơ - khớp, dễ cáu gắt, nóng trong người, khó ngủ, sút cân..... Những biểu hiện nói trên được thấy trong tâm căn suy nhược của YHCT.

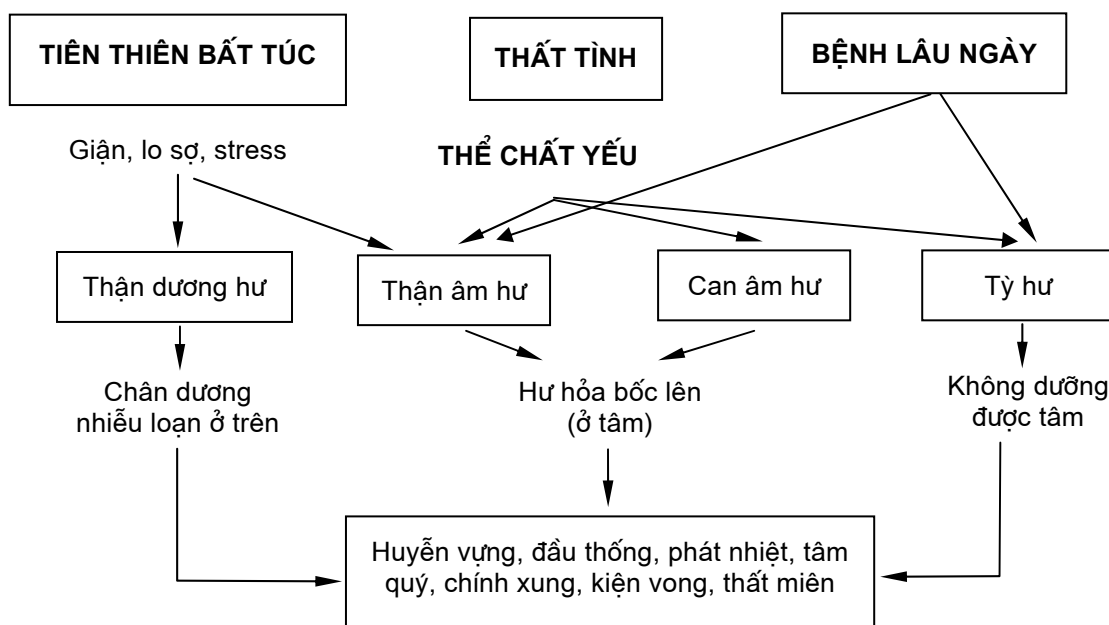
Như vậy, có thể tóm tắt các triệu chứng cơ năng thường gặp trong hội chứng suy nhược mạn gồm:

- Mệt mỏi: YHCT xếp vào chứng hư gồm khí hư, huyết hư, âm hư, dương hư.

- Hoa mắt, chóng mặt: YHCT xếp vào chứng huyễn vựng hay còn gọi là huyễn vựng.
- Đau đầu: YHCT xếp vào chứng đầu thống, đầu trọng, đầu trướng dựa vào những biểu hiện khác nhau của nó.
- Những rối loạn tâm thần như hay quên, hoạt động trí óc giảm sút: YHCT xếp vào chứng kiện vong.
- Nóng trong người, cơn nóng phừng mặt: YHCT xếp vào chứng phát nhiệt.
- Đánh trống ngực, hồi hộp: YHCT xếp vào chứng tâm quý, chính xung.
- Khó ngủ: YHCT xếp vào chứng thất miên.
- Đau ngực: còn gọi là tâm thống, hoặc kèm khó thở thì được gọi là tâm tỳ, tâm trướng.

Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong hội chứng suy nhược mạn, có thể biện luận về cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

- + Do thất tình (nội nhân): như giận, lo sợ gây tổn thương 3 tạng tỳ, can, thận.
- + Do mắc bệnh lâu ngày (nội thương) làm cơ thể suy yếu; thận âm, thận dương suy: thận âm suy hư hỏa bốc lên, thận dương suy chân dương nhiều loạn ở trên.
- + Do cơ địa yếu: tiên thiên bất túc (không đầy đủ).



Hình 28.1. Sơ đồ bệnh lý hội chứng suy nhược mạn theo YHCT

3. BỆNH CẢNH LÂM SÀNG

3.1. Theo y học hiện đại

Bệnh cảnh điển hình của trường hợp suy nhược mạn xuất hiện đột ngột trên người trước đó hoàn toàn bình thường. Có những trường hợp bệnh nhân ghi nhận có tình trạng như cảm hoặc có sang chấn tinh thần ngay trước đó (được bệnh nhân xem như là yếu tố khởi phát).

Có những triệu chứng như đau đầu, đau họng, đau nhức các hạch ngoại vi, đau nhức cơ khớp, tình trạng sốt thường xảy ra làm nghĩ đến trường hợp có nhiễm trùng.

Sau đó vài tuần, những dấu chứng khác của hội chứng bắt đầu xuất hiện như rối loạn giấc ngủ, khó tập trung tư tưởng và trầm uất. Theo SE. Straus, năm 1988, tần suất xuất hiện những triệu chứng của hội chứng suy nhược mạn tính được trình bày trong bảng sau:

Triệu chứng bệnh	Tỷ lệ %
Mệt mỏi	100
Khó tập trung tư tưởng	90
Đau đầu	90
Đau họng	85
Đau hạch ngoại vi	80
Đau nhức cơ	80
Đau nhức khớp	75
Nóng trong người	75
Khó ngủ	75
Vấn đề tâm lý	65
Dị ứng	55
Đau bụng	40
Sút cân	20
Nổi ban	10
Mạch nhanh	10
Lên cân	5
Đau ngực	5
Đổ mồ hôi trộm	5

Thông thường, các triệu chứng rất biến thiên. Người bệnh thường ghi nhận tình trạng hoạt động thể lực quá sức hoặc stress làm trầm trọng thêm những triệu chứng sẵn có.

Do tính phong phú của những triệu chứng trong hội chứng suy nhược mạn tính mà:

- Người bệnh thường đi khám rất nhiều nơi, nhiều thầy thuốc (tổng quát lẫn chuyên khoa: dị ứng, thấp khớp, tâm lý, chuyên khoa bệnh truyền nhiễm...) và kết quả thường không được như mong muốn.
- Để chẩn đoán hội chứng mệt mỏi mạn (suy nhược mạn), cần phải thực hiện việc khám lâm sàng và thực hiện những thử nghiệm cận lâm sàng thường quy để loại trừ những nguyên nhân gây bệnh có thể của những triệu chứng xuất hiện.
- Cần chú ý: cho đến nay, không có một phương tiện chẩn đoán nào có thể chẩn đoán được bệnh lý này cũng như đo lường được mức độ trầm trọng của nó. Do đó, không nên thực hiện những thử nghiệm đắt tiền trừ trường hợp nghiên cứu đang được tiến hành.

3.2. Theo y học cổ truyền

YHCT đã phân thành 4 thể lâm sàng khác nhau. Các triệu chứng cũng gồm nhức đầu, khó tập trung tư tưởng, mất ngủ, đau nhức mình mẩy... Tuy nhiên, tính chất của những triệu chứng sẽ quyết định thể lâm sàng YHCT

3.2.1. Thể âm hư hỏa vượng

Ở thể này, các triệu chứng thể hiện quá trình hưng phấn tăng, ức chế bình thường.

Đau đầu trong thể này có tính chất từng cơn, đau dữ dội, đau căng như mạch đập hoặc căng, thường đau ở đỉnh hoặc bên đầu.

Người cáu gắt, bứt rứt, nóng trong người, mặt đỏ, đại tiện thường táo, rêu lưỡi khô; mạch huyền, tế, sác.

Bệnh nhân khó vào giấc ngủ, hay lăn trở trên giường, khó nằm yên.

Người bệnh dù vẫn còn làm việc được tốt nhưng khả năng tập trung đã bắt đầu sút giảm.

3.2.2. Thể can thận âm hư (tương đương với quá trình hưng phấn bình thường, ức chế giảm)

Đau đầu thường âm ỉ, khó xác định tính chất và vị trí, thường đau cả đầu.

Người mệt mỏi, mất ngủ, sút cân. Bệnh nhân thường cảm thấy mệt nhiều hơn về chiều, dễ cáu gắt, bứt rứt, hoảng hốt.

Khả năng tập trung tư tưởng giảm sút nhiều, thường có kèm di tinh.

Rêu lưỡi khô.

Mạch tế.

3.2.3. *Thế tâm tỳ lưỡng hư* (tương đương với quá trình ức chế thần kinh giảm, kèm theo suy nhược nhiều, ăn kém)

Đau đầu thường âm ỉ, khó xác định tính chất và vị trí, thường đau cả đầu.

Người mệt mỏi, sút cân.

Ngủ ít, dễ hoảng sợ, hồi hộp, trống ngực.

Khả năng tập trung tư tưởng giảm sút nhiều, hai mắt thâm quầng.

Rêu lưỡi trắng, mạch nhu tế hoãn.

3.2.4. *Thế thận dương hư* (tương đương với sự suy giảm cả 2 quá trình, dấu chứng suy nhược trở nên trầm trọng).

Ngoài các triệu chứng nêu trên, bệnh nhân còn có thêm triệu chứng sợ lạnh, liệt dương, hoạt tinh, mạch trầm nhược.

Phần lớn bệnh nhân vẫn còn có khả năng cân bằng và thích ứng được với những yêu cầu công việc, gia đình và xã hội. Tuy nhiên, cũng có không ít những trường hợp mà người bệnh có cảm giác không còn khả năng làm việc. Cuối cùng, tình trạng tự cô lập, tình trạng thất bại trong công việc thường là dấu ấn cuối của bệnh lý mạn tính này (*dấu chứng này rất thường thấy trong thể lâm sàng thận dương hư*). Người bệnh thường nổi giận với thầy thuốc vì đã không giúp được nhiều cho tình trạng khốn khó của họ.

4. ĐIỀU TRỊ

Trách nhiệm cơ bản của người thầy thuốc khi phải đối mặt với hội chứng suy nhược mạn tính là phải tìm ra nguyên nhân bằng cách khai thác bệnh sử thật kỹ lưỡng, khám lâm sàng toàn diện, sử dụng khôn ngoan những xét nghiệm cận lâm sàng; và trong suốt quá trình khảo sát ấy phải luôn luôn thực hiện việc chẩn đoán phân biệt. Sau khi đã loại bỏ được những bệnh lý khác, thì những nguyên tắc trị liệu sau đây phải được xem xét trong việc chăm sóc lâu dài hội chứng suy nhược mạn tính.

4.1. Nguyên tắc điều trị

4.1.1. *Giải thích cặn kẽ tình trạng bệnh tật cho bệnh nhân*

Bệnh nhân phải được giải thích đầy đủ về bệnh và cơ chế bệnh, về ảnh hưởng của nó trên những mặt thể chất, đời sống tâm lý và xã hội. Bệnh nhân thường cảm thấy dễ chịu khi những khó chịu của họ được quan tâm một cách nghiêm túc.

4.1.2. Tái khám định kỳ

Việc tái khám định kỳ rất hữu ích trong việc tìm ra những bệnh tật còn ẩn dấu (chưa phát hiện được trong những lần khám trước đó).

4.1.3. Điều trị triệu chứng

Việc làm giảm một triệu chứng trong bệnh lý này (dù nhỏ) cũng tạo nên một khác biệt rất lớn đối với người bệnh.

4.1.4. Hướng dẫn người bệnh thay đổi cách sống, sinh hoạt

- Tránh những bữa ăn tối nặng nề, tránh dùng những chất kích thích về đêm.
- Không nên nghỉ ngơi hoàn toàn: nên thực hiện ngay những bài tập dưỡng sinh đã được chứng minh có hiệu quả đối với những trường hợp suy nhược, mất ngủ như thư giãn, các động tác tập luyện ở tư thế nằm. Đã có nhiều trường hợp cụ thể về việc cải thiện tình trạng bệnh nhân (như tình trạng sức khoẻ thể xác và tinh thần, những triệu chứng đau nhức toàn thân, tính tình cáu gắt, mất ngủ, tiểu đêm) sau những khóa học dưỡng sinh (*xem bài thư giãn, thái độ tâm thần trong cuộc sống, dưỡng sinh*).
- Nên có chế độ làm việc thật sự cụ thể, thực tế cho từng trường hợp cụ thể, nhưng nói chung làm việc nhẹ và tăng dần cường độ cần được khuyến khích.

4.1.5. Nên tránh những trị liệu không hiệu quả

Những nghiên cứu có so sánh với lô chứng đã chứng tỏ acyclovir, tinh chất gan tiêm bắp, acid folic, sinh tố B12 đều không có giá trị. Ngoài ra, cũng có những công trình cho thấy việc điều trị bằng immunoglobulin liều cao tiêm tĩnh mạch cũng không có giá trị trị liệu nào.

4.2. Điều trị bằng y học cổ truyền

4.2.1. Thể âm hư hỏa vượng

Do tính chất đa dạng của bệnh mà việc điều trị cũng rất phong phú. Thông thường, trong thể này dấu chứng *dương xung (hoả bốc)* là quan trọng. Dấu chứng này thường xuất hiện ở hệ thống can và tâm.

- Phép trị: sơ can, lý khí, giải uất, an thần; tư âm, giáng hỏa, tiềm dương, an thần.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng.
 - + Bài thuốc Đơn chi tiêu dao gia giảm (gồm: sài hồ 12g, chi tử 12g, bạc hà 8g, sinh khương 6g, bạch thược 10g, đương quy (rửa rượu) 10g, phục linh 12g, đơn bì 12g, bạch truật (sao đất) 8g).

Gia giảm thiên ma 12g, câu đằng 12g, thạch quyết minh 12g, cúc hoa 12g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Sài hồ	Bình can hạ sốt	Quân
Chi tử	Đắng, hàn: thanh nhiệt tả hỏa, lợi tiểu, cầm máu	Thần
Bạc hà	Cay, mát: giảm đau, phát tán phong nhiệt	Thần
Sinh khương	Cay, hơi ôn: giải biểu, tán hàn	Thần
Bạch thực	Đắng, chát, chua: nhuận gan, dưỡng huyết, liễm âm, lợi tiểu	Thần
Đương quy (rửa rượu)	Dưỡng can huyết	Thần
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ, định tâm	Tá
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết; chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Bạch truật (sao đất)	Ngọt, đắng, ấm: kiện tỳ, táo thấp, hóa đờm, lợi thủy	Tá
Thiên ma	Ngọt, cay, hơi đắng, bình: thang thanh, giáng trọc, tán phong, giải độc	Quân
Câu đằng	Ngọt, hàn: thanh nhiệt, bình can, trấn kinh	Quân
Thạch quyết minh	Trị sốt cao, ăn không tiêu: thanh nhiệt	Thần
Cúc hoa	Ngọt, mát: tán phong nhiệt, giải độc, giáng hỏa	Tá

+ Bài Kỷ cúc địa hoàng thang (gồm: bạch cúc hoa 120g, phục linh 120g, thực địa 320g, câu kỷ tử 120g, hoài sơn 160g, trạch tả 120g, đơn bì 120g, sơn thù 160g).

Tán bột, làm hoàn, ngày dùng 8 - 16g.

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết; chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Kỷ tử	Ngọt, bình: bổ can thận, nhuận phế táo, mạnh gân cốt	Thần
Cúc hoa trắng	Ngọt, đắng, hơi hàn: tán phong thấp, thanh đầu mục, giáng hỏa, giải độc	Tá

+ Bài thuốc gồm câu đằng 12g, hạ khô thảo 12g, chi tử 12g, táo nhân (sao đen) 8g, long nhãn 16g, lá vông 20g, muồng trâu 12g.

+ Châm cứu: châm tả lưu kim 15 phút các huyết thái dương, bách hội, đầu duy, phong trì, thái xung, quang minh.

4.2.2. *Thế can thận âm hư*

- Phép trị (tùy thuộc vào triệu chứng chủ yếu):
 - + Bổ thận âm, bổ can huyết, an thần.
 - + Bổ thận âm, bổ can huyết, cố tinh.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + Bài thuốc Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thược (gồm: thực địa 32g, hoài sơn 16g, sơn thù 8g, đơn bì 12g, phục linh 12g, trạch tả 6g, đương quy 12g, bạch thược 8g).

Bài này thường được sử dụng khi tăng huyết áp có kèm triệu chứng đau ngực, đau vùng tim.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết, chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Đương quy	Cay, ngọt, ôn: bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, hoạt trường, điều huyết, thông kinh	Thần
Bạch thược	Đắng, chua, hơi hàn: dưỡng huyết, liễm âm, lợi tiểu, nhuận gan	Thần

- + Bài thuốc Bổ can thận (gồm: hà thủ ô 10g, thực địa 15g, hoài sơn 15g, đương quy 12g, trạch tả 12g, sài hồ 10g, thảo quyết minh 10g) (*xem Bệnh học YHCT II, trang 224*).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hà thủ ô	Bổ huyết, thêm tinh	Quân
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Đương quy	Dưỡng can huyết	Thần
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá
Sài hồ	Bình can, hạ sốt	Tá
Thảo quyết minh	Thanh can nhuận táo, an thần	Tá

- + Bài thuốc Kim tảo cố tinh hoàn (gồm: khiếm thực 80g, liên tử 80g, mẫu lệ 40g, liên tu 80g, long cốt 40g, sa uyên tật lê 80g) (xem *Bệnh học YHCT II, trang 203*).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khiếm thực	Ngọt, chát, bình: bổ tỳ, ích thận, chỉ tả, sáp tinh	Quân
Sa uyên	Kinh nghiệm	
Mẫu lệ	Mặn, chát, hơi hàn: tư âm, tiềm dương, hóa đờm, cố sáp	Thần
Liên nhục	Ngọt, bình: bổ tỳ dưỡng tâm, sáp trường, cố tinh	Thần
Tật lê	Đắng, ôn: bình can tán phong, thăng thấp, hành huyết	Tá
Long cốt	Ngọt, sáp, bình: trấn kinh an thần, sáp tinh và làm hết mồ hôi	Tá
Liên tu	Kinh nghiệp trị băng huyết, thổ huyết, di mộng tinh	Tá

- + Bài thuốc gồm thực địa 20g, kim anh 12g, khiếm thực 12g, táo nhân (sao đen) 8g, long nhãn 16g, lá vông 20g, mạch môn 12g, yếm rùa (sao) 12g, mẫu lệ (nung) 8g, mai ba ba (sao giấm) 12g.

Châm cứu: châm bổ lưu kim 30 phút các huyết thái dương, bách hội, đầu duy, phong trì (a thị huyết), thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, phục lưu gia thêm thần môn, nội quan, bách hội.

Công thức 1: thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thái xung; gia thêm thần môn, bách hội, a thị huyết

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng điều trị
Thận du	Du huyết của thận ở lưng	Ích thủy, tráng hỏa kèm chữa chứng đau lưng
Phục lưu	Kim kinh huyết của kinh thận: bổ mẫu, bổ thận thủy	Bổ thận âm: chữa chứng đạo hãn
Tam âm giao	Giao hội huyết của 3 kinh âm ở chân	Tư âm
Can du	Du huyết của can ở lưng	Bổ can huyết
Thái xung	Du thổ huyết của kinh can: tả tử, tả can hỏa	Thanh can hỏa, chữa chứng đầu choáng mắt hoa
Thần môn	Du thổ huyết của kinh tâm: tả tử, tả tâm hỏa	Thanh tâm hỏa, tả tâm nhiệt,
Bách hội	Hội của đốc mạch và 6 dương kinh	thanh thần chí, tiết nhiệt
A thị huyết		

Công thức 2: thận du, phục lưu, tam âm giao, can du, thái xung, nội quan, thần môn

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng điều trị
Thận du	Du huyết của thận ở lưng	Ích thủy tráng hỏa kèm chữa chứng đau lưng
Phục lưu	Kim kinh huyết của kinh thận: bổ mẫu, bổ thận thủy	Bổ thận âm: chữa chứng đạo hãn
Tam âm giao	Giao hội huyết của 3 kinh âm ở chân	Tư âm
Can du	Du huyết của can ở lưng	Bổ can huyết
Thái xung	Du thổ huyết của kinh can: tả tử, tả can hỏa	Thanh can hỏa: chữa chứng đầu choáng mắt hoa
Nội quan	Giao hội huyết của tâm bào và mạch âm duy → đặc hiệu vùng ngực	Chữa chứng hồi hộp, đau ngực gây khó thở, ngán ngực
Thần môn	Du thổ huyết của kinh tâm: tả tử, tả tâm hỏa	Thanh tâm hỏa Tả tâm nhiệt: chữa chứng tâm phiền

4.2.3. *Thế tâm tỳ hư*

- Phép trị: kiện tỳ an thần (bổ tâm tỳ).
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

Bài thuốc Quy tỳ thang (gồm: bạch phục linh 8g, hoàng kỳ 10g, nhân sâm 10g, bạch truật 10g, long nhãn 10g, toan táo nhân 4g, cam thảo 2g, mộc hương 2g, viển chí 4g, đương quy 4g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Toan táo nhân	Ngọt, chua, bình: dưỡng tâm an thần, sinh tân dịch	Quân
Long nhãn	Bổ huyết, kiện tỳ	Quân
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết sinh tân	Thần
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ tâm khí, thăng dương khí của tỳ	Thần
Bạch truật	Ngọt, đắng, hơi ấm: Kiện tỳ, táo thấp, cầm mồ hôi	Thần
Đương quy	Ngọt, cay, ấm: bổ huyết, hành huyết	Tá
Viển chí	Đắng, ấm: bổ tâm thận, an thần	Tá
Mộc hương	Hành khí chỉ thống, kiện tỳ	Tá
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Sứ
Bạch phục linh		

- + Bài Phục mạch thang (gồm: a giao 8 - 12g, mạch môn 8 - 12g, ma nhân 8 - 16g, chích thảo 12 - 20g, nhân sâm 8 - 12g, sinh địa 16 - 20g, đại táo 10 quả, quế chi 8 - 12g, sinh khương 3 - 5 lát) (*xem Bệnh học YHCT II, trang 352*).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Cam thảo	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	Quản
Nhân sâm	Ngọt, hơi đắng: bổ tâm khí, đại bổ nguyên khí, ích huyết, sinh tân	Thần
Đại táo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, điều hòa tính năng của thuốc	Thần
Quế chi	Ôn kinh, thông dương	Tá
Sinh khương	Giải biểu, phát hãn	Tá
Sinh địa	Dưỡng âm, dưỡng huyết	Tá
A giao	Tư âm, bổ huyết	Tá
Mạch môn	Nhuận phế, sinh tân dịch	Tá
Ma nhân	Ngọt, bình: nhuận trường, lợi niệu, chống nôn	Tá

Châm cứu: châm bổ lưu kim 30 phút các huyệt a thị, tâm du, tỳ du, vị du, túc tam lý, cách du, tam âm giao, thần môn, nội quan, thái bạch, phong long.

4.2.4. *Thế thận dương hư*

- Phép trị: ôn thận dương, bổ thận âm, an thần, cố tinh.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

Bài thuốc Thận khí hoàn (gồm: bạch phục linh 120g, thực địa 320g, sơn thù 160g, đơn bì 120g, quế chi 40g, trạch tả 120g, phụ tử 40g, sơn dược 160g. Tán bột, ngày uống 8-12g)

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hỏa trợ dương, trục phong hàn thấp tà	Quản
Quế	Cay, ngọt, đại nhiệt hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	Quản
Thực địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quản
Hoài sơn	Ngọt bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân, chỉ khát	Quản
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Đơn bì	Cay, đắng, hơi hàn: thanh huyết nhiệt, tán ứ huyết, chữa nhiệt nhập doanh phận	Tá
Phục linh	Ngọt, nhạt, bình: lợi thủy, thẩm thấp, bổ tỳ định tâm	Tá
Trạch tả	Ngọt, nhạt, mát: thanh tả thấp nhiệt ở bàng quang	Tá

- + Bài Hữu quy ẩm (gồm: cam thảo 4g, đỗ trọng 12g, hoài sơn 16g, kỷ tử 8g, nhân sâm 8g, nhục quế 4g, phụ tử 2g, thù du 8g, thực địa 32g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: hồi dương cứu nghịch, bổ hỏa trợ dương, trục phong hàn thấp tà	Quân
Quế	Cay, ngọt, đại nhiệt hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	Quân
Thục địa	Ngọt, hơi ôn: nuôi thận dưỡng âm, bổ thận, bổ huyết	Quân
Hoài sơn	Ngọt bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Quân
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh chỉ hãn	Thần
Kỷ tử	Ngọt, bình: bổ can thận, nhuận phế táo, mạnh gân cốt	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, ôn, hơi cay: bổ can thận, mạnh gân cốt	Thần
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ tỳ vị, nhuận phế thanh nhiệt giải độc, điều hòa vị thuốc	Sứ
Nhân sâm	Đại bổ nguyên khí, sinh tân dịch	Tá
Thù du		Tá

Có thể sử dụng bài thuốc gồm: thục địa 20g, kim anh tử 12g, khiếm thực 12g, táo nhân (sao đen) 8g, long nhãn 16g, lá vông 20g, đỗ trọng 16g, mẫu lệ (nung) 8g, ba kích 12g.

Châm cứu - cứu bổ hoặc ôn châm: thái dương, bách hội, đầu duy, phong trì, thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải.

4.3. Những phương pháp tập luyện dưỡng sinh

Thư giãn.

Thở sâu, thở 4 thời có kê móng và giờ chân.

Hướng dẫn thái độ tâm thần trong cuộc sống: cách sinh hoạt này không những có giá trị trong điều trị bệnh nhân mà còn có ý nghĩa với những người khỏe mạnh (dự phòng cấp 0)

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

- Hội chứng suy nhược mạn thường gặp nhất ở lứa tuổi
 - < 70
 - 60 - 70
 - 45 - 60
 - 25 - 45
 - 25

2. Dịch tễ học của hội chứng suy nhược mạn
 - A. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 3 lần
 - B. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 2 lần
 - C. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 1, 5 lần
 - D. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần
 - E. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 2 lần
3. Những triệu chứng thường gặp nhất của hội chứng suy nhược mạn
 - A. Mệt mỏi, đau đầu, mất ngủ
 - B. Mệt mỏi, đổ mồ hôi trộm, sút cân
 - C. Mệt mỏi, khó tập trung tư tưởng, đau đầu
 - D. Mệt mỏi, khó ngủ, sút cân
 - E. Mệt mỏi, dễ cáu gắt, trầm cảm
4. Triệu chứng nào *không có* trong thể can hỏa vượng
 - A. Đau đầu dữ dội
 - B. Cáu gắt, bứt rứt
 - C. Đau nhức mình mẩy
 - D. Sợ lạnh
 - E. Khó vào giấc ngủ
5. Triệu chứng nào không có trong thể thận âm hư
 - A. Đau đầu dữ dội
 - B. Cảm giác nóng trong người
 - C. Đổ mồ hôi trộm
 - D. Sút cân
 - E. Liệt dương
6. Triệu chứng nào không có trong thể thận dương hư
 - A. Đau đầu
 - B. Cáu gắt, bứt rứt
 - C. Không muốn hoạt động
 - D. Khó tập trung tư tưởng
 - E. Mất ngủ
7. Nguyên tắc điều trị nào không cần thiết cho hội chứng suy nhược mạn
 - A. Tái khám định kỳ
 - B. Điều trị triệu chứng

- C. Sử dụng nhiều chất bổ dưỡng, sinh tố B12
 - D. Hướng dẫn thay đổi cách sống, sinh hoạt
 - E. Giải thích tình hình bệnh tật cho bệnh nhân
8. Muồng trâu trong bài thuốc trị thể âm hư hỏa vượng, có tác dụng
- A. Chống táo bón
 - B. Bổ dưỡng
 - C. An thần
 - D. Chữa đau đầu
 - E. Hạ nhiệt
9. Hạ khô thảo trong bài thuốc trị thể âm hư hỏa vượng, có tác dụng
- A. Chống táo bón
 - B. Bổ dưỡng
 - C. An thần
 - D. Chữa đau đầu
 - E. Hạ nhiệt
10. Lá vông trong bài thuốc trị thể can thận âm hư, có tác dụng
- A. Chống táo bón
 - B. Bổ dưỡng
 - C. An thần
 - D. Chữa đau đầu
 - E. Hạ nhiệt

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT).
2. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của VKDT.
3. Chẩn đoán được VKDT theo YHHĐ và các bệnh cảnh lâm sàng YHCT.
4. Trình bày được những nguyên tắc điều trị theo YHHĐ & YHCT.
5. Trình bày được phương pháp điều trị của từng thể bệnh của VKDT theo YHCT.
6. Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị VKDT theo YHCT.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh mạn tính, được coi là một bệnh tự miễn quan trọng thứ hai trong nhóm các loại bệnh tự miễn (sau bệnh lupus đỏ hệ thống) và là bệnh quan trọng nhất trong nhóm bệnh khớp do thấp.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

1.2.1. Tần suất mắc bệnh

a. Tỷ lệ mắc bệnh (prevalence)

Theo WHO (1992) tỷ lệ mắc bệnh chung là 0,5 - 3% dân số thế giới từ 15 tuổi trở lên; tỷ lệ này có thể lên đến 5% tùy chủng tộc như:

Tỷ lệ bệnh thấp hơn 0,5% ở người Nhật và Trung Quốc. Đặc biệt chỉ 0,1% quần thể người da đen ở Nam Phi và 0,18% ở Tây Bắc Hy Lạp. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn 5% ở quần thể người da trắng và các bộ lạc da đỏ ở Bắc Mỹ.

Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi 0,3% ở người dưới 35 tuổi và đến trên 10% ở người trên 65 tuổi.

Tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ cao hơn hẳn ở nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 1/2,5). Ở lứa tuổi dưới 60, tỷ lệ này là 1/5 - 6, nhưng trên 65 tỷ lệ này chỉ là 1/2.

Ở nước ta, theo nghiên cứu của các tỉnh phía Bắc, tỷ lệ này là 0,5% dân số và chiếm 20% số bệnh nhân khớp đến điều trị tại bệnh viện.

b. Tỷ lệ mới mắc bệnh (incidence)

Hàng năm có khoảng 700 - 750 người mới mắc bệnh VKDT trên 1 triệu dân số từ 15 tuổi trở lên. Viêm khớp dạng thấp có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng tập trung tới 80% vào lứa tuổi trung niên.

Ngoài ra, các yếu tố dịch tễ cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh như: tình trạng kinh tế, xã hội, các stress tâm lý, và các trạng thái cơ thể như thai nghén, thuốc ngừa thai, mãn kinh ...

Có thể nói về mặt dịch tễ học, viêm khớp dạng thấp là bệnh của phụ nữ ở tuổi trung niên, vì 70 - 80% bệnh nhân là nữ và 60 - 70% xuất hiện ở lứa tuổi trên 30.

1.3. Quan niệm bệnh theo y học cổ truyền

Triệu chứng bệnh lý của VKDT theo YHHĐ nêu trên cũng được mô tả trong phạm vi các chứng của YHCT như:

- Chứng tý: tam tý, ngũ tý.
- Lịch tiết phong, hạc tất phong, bạch hổ lịch tiết phong

Chứng tý là một trong những chứng chủ yếu của YHCTC, tý đồng âm với bí, tức bế tắc lại không thông. Tý vừa được dùng để diễn tả biểu hiện của bệnh như là tình trạng *đau, tê, mỏi, nặng, sưng, nhức, buốt...* ở da thịt, khớp xương; vừa được dùng để diễn tả tình trạng bệnh sinh là sự bế tắc không thông của kinh lạc, khí huyết.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân gây bệnh theo y học hiện đại

2.1.1. Một số giả thuyết về nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh chưa rõ, có nhiều giả thiết được đưa ra mặc dù đã tìm được sự hiện diện của nhóm kháng thể kháng globulin miễn dịch ở trong huyết thanh cũng như trong dịch khớp của người bệnh mà gọi chung là nhân tố thấp.

Kháng thể có thể là: IgM anti IgG, IgG anti IgG, IgA anti IgG. Các kháng thể này tự nó không đủ giải thích các tổn thương bệnh học. Cũng vì vẫn chưa giải thích được lý do sản xuất và hiện diện của nhân tố thấp nên người ta xếp viêm khớp dạng thấp vào loại bệnh tự miễn với sự tham gia của nhiều nhân tố.

2.1.2. Các yếu tố tham gia

a. *Yếu tố cơ địa*: bệnh có liên quan rõ đến giới tính và lứa tuổi.

b. *Yếu tố di truyền*: bệnh viêm khớp dạng thấp có tính chất gia đình. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở những gia đình có cha mẹ bị bệnh cao hơn 2 - 3 lần so với gia đình khác; và cũng cho thấy mối liên quan giữa viêm khớp dạng thấp và yếu tố kháng nguyên phù hợp với tổ chức HLADR4. Hệ thống HLA có mối liên hệ với hàng trăm bệnh khác nhau trong đó có viêm khớp dạng thấp. Trên bệnh nhân, bệnh viêm khớp dạng thấp có tới 60 - 70% có HLADR4, trong khi ở người bình thường, tỷ lệ này chỉ là 20 - 28%. Như vậy ở người mang HLADR4 có nguy cơ mắc bệnh viêm khớp dạng thấp nhiều gấp 4 - 5 lần so với những người không mang HLADR4. Mặc dù chưa xác định được vị trí gen đặc biệt dẫn đến sự phát triển bệnh, nhưng các dữ kiện đã chỉ ra rằng phức hợp hòa hợp tổ chức chính (Major Histocompatibility Complex - MHC) nằm trên nhiễm sắc thể thứ 6 là gen quan trọng dẫn đến bệnh viêm khớp dạng thấp và các polipeptid liên quan đến bệnh viêm khớp dạng thấp điều khiển đáp ứng miễn dịch hoặc là có sự thiếu hụt đáp ứng miễn dịch thích hợp đối với một yếu tố gây bệnh của môi trường.

c. *Yếu tố tác nhân gây bệnh*

- Có thể là một nhiễm khuẩn, nhiễm virus.
- Một loại dị ứng nguyên từ ngoài vào hoặc nội sinh.
- Một enzym do thay đổi cấu trúc.

d. *Các yếu tố thuận lợi có tính cách phát động gây bệnh*

- Cơ thể suy yếu do bất thường về dinh dưỡng và chế độ ăn uống, hoặc sau khi mắc bệnh nhiễm khuẩn nặng.
- Các yếu tố tâm lý, các stress, các trạng thái cơ thể (thai nghén, mãn kinh, dùng thuốc ngừa thai...), các rối loạn nội tiết.
- Môi trường khí hậu lạnh và ẩm kéo dài.
- Sau phẫu thuật.

2.2. Cơ chế sinh bệnh

Những kiến thức mới về miễn dịch học và sinh học phân tử đã làm sáng tỏ hơn cơ chế sinh bệnh viêm khớp dạng thấp.

Khởi đầu, tác nhân gây tác động vào cơ thể đã có sẵn cơ địa thuận lợi và những yếu tố di truyền dễ tiếp nhận, tác nhân này làm thay đổi tính kháng nguyên của màng hoạt dịch khớp, sinh ra kháng thể chống lại tác nhân gây bệnh, rồi cũng chính kháng thể này trở thành tác nhân (kháng nguyên IgG) kích thích cơ thể sinh ra một số kháng thể chống lại nó gọi là tự kháng thể IgM anti IgG; kháng thể lúc đầu - kháng nguyên IgG - và tự kháng thể IgM

anti IgG với sự có mặt của bổ thể kết hợp với nhau trong dịch khớp thành những phức hợp kháng nguyên kháng thể.

Những phức hợp kháng nguyên kháng thể này được thực bào bởi bạch cầu đa nhân trung tính và đại thực bào. Sau đó các bạch cầu này sẽ bị phá hủy bởi chính các men tiêu thể mà chúng giải phóng ra để tiêu các phức hợp kháng nguyên kháng thể nêu trên.

Sự hiện diện của phức hợp kháng nguyên kháng thể và hiện tượng thực bào, tác động đến tất cả các hoạt động sinh học: hệ bổ thể nhất là từ C₁ đến C₆ hoạt hóa hệ kinin, hệ tiêu fibrin, hệ đông máu phối hợp với các cytokin của tế bào lympho T sinh ra collagen và transin - stromalysin gây biến đổi và tạo quá trình viêm, cũng như sinh các proteoglycan ở khớp về tác động hủy xương dưới sụn và hủy sụn. Các mô ở khớp tăng sinh tổng hợp kinin, prostaglandin, yếu tố hagemen là các yếu tố tích cực gây nên hiện tượng viêm.

Các bạch cầu đa nhân trung tính tập trung trong dịch khớp; các tế bào nội mạc điều chỉnh hoạt động đông máu, tiêu fibrin và tiết dịch cũng như giải phóng các phần tử dính mạch máu; các tế bào đại thực bào sau khi thực bào giải phóng các chất trung gian... gây nên một hiện tượng viêm đặc trưng của viêm khớp dạng thấp.

Nhìn một cách tổng thể thì lympho T là tác nhân điều hành chủ yếu của đáp ứng miễn dịch và các cytokin có vai trò bản lề trong điều hòa các đáp ứng miễn dịch trong một khởi phát viêm cũng như duy trì màng hoạt dịch của viêm khớp dạng thấp. Ngoài ra còn có vai trò của interleukin, interferon, nồng độ ARN thông tin cho sự tổng hợp interleukin tác động đến việc tăng tiết prostaglandin E₂, thromboxan trong viêm khớp dạng thấp.

2.3. Tổn thương bệnh học

Tổn thương bệnh lý đầu tiên trong bệnh viêm khớp dạng thấp là sự hoạt hóa và sự thương tổn các tế bào nội mạc của các vi mạch máu màng hoạt dịch, điều đó gợi ý yếu tố gây bệnh hoặc khởi phát hiện đến màng hoạt dịch bằng đường mạch máu.

Tổn thương căn bản của bệnh viêm khớp dạng thấp là hiện tượng *viêm không đặc hiệu của màng hoạt dịch*, bao gồm:

- Tăng sinh tế bào hình lông và lớp liên bào phủ gây dày màng hoạt dịch.
- Giãn mạch và phù nề màng hoạt dịch.
- Lắng đọng chất tơ huyết ở màng trên tế bào hình lông hoặc dưới lớp liên bào phủ.
- Thẩm nhập nhiều lymphocyt và plasmocyt, có khi tạo thành những đám dày đặc gọi là nang dạng thấp.
- Phần màng hoạt dịch bám vào phần đầu xương chỗ tiếp giáp với sụn gọi là màng máu (pannus) có thể xâm lấn vào xương gây nên các hình ảnh bào mòn xương trên X quang.

Các tổn thương này tuân tự qua 3 giai đoạn chính:

Giai đoạn 1: màng hoạt dịch phù nề, sung huyết xâm nhập nhiều tế bào viêm đặc biệt là neutrophile.

Giai đoạn 2: hiện tượng phù nề được thay thế bằng quá trình tăng sinh và phì đại của các tế bào hình lông và lớp liên bào phủ. Các tế bào viêm có thành phần chính là lymphocyte và plasmocyte. Quá trình tăng sinh này ăn sâu vào đầu xương dưới sụn gây nên tổn thương xương.

Giai đoạn 3: sau một thời gian dài, tổ chức xơ phát triển thay thế cho hiện tượng viêm dẫn đến dính khớp và biến dạng khớp.

Tổn thương bệnh học cũng có thể xảy ra ở mô dưới da, dưới hình thức “nốt thấp” đặc biệt của bệnh. Nốt thấp thường có ở khuỷu tay, mặt lưng, da đầu hoặc ở nội tạng như phổi, van tim. Tổn thương cũng có thể xảy ra ở mạch máu có đường kính nhỏ và trung bình. Mạch máu này bị viêm dẫn tới tình trạng kém dinh dưỡng ở những vùng mạch máu tận cùng như đầu chi, sinh ra tê bì, đau. Hiện tượng viêm các mạch máu hiện nay được coi là hiện tượng khởi đầu cho các “nốt thấp” về sau.

2.4. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng

2.4.1. Biểu hiện lâm sàng

Đa số trường hợp bệnh bắt đầu từ từ tăng dần, nhưng có khoảng 15% bắt đầu đột ngột với những triệu chứng cấp tính. Trước khi dấu hiệu khớp xuất hiện, bệnh nhân có thể có các biểu hiện như sốt nhẹ, mệt mỏi, gầy sút, tê các đầu chi, ra mồ hôi nhiều, rối loạn vận mạch, đau nhức và khó cử động ở khớp khi ngủ dậy. Giai đoạn này có thể dài hàng tuần, hàng tháng.

a. Biểu hiện ở tại khớp

– Giai đoạn bắt đầu:

- + Vị trí ban đầu: 2/3 trường hợp bắt đầu bằng viêm một khớp, trong đó 1/3 bắt đầu bằng viêm một trong các khớp nhỏ ở bàn tay (cổ tay, bàn ngón, đốt ngón gần); 1/3 khớp gối và 1/3 các khớp còn lại.
- + Tính chất: sưng đau rõ, ngón tay hình thoi, dấu hiệu cứng khớp buổi sáng thấy từ 10 - 20%. Bệnh diễn tiến kéo dài đến vài tuần, vài tháng rồi chuyển sang giai đoạn rõ rệt.

– Giai đoạn toàn phát:

- + *Vị trí khớp viêm:* bàn tay 90%, cổ tay 90%, khớp đốt ngón gần 80%, bàn ngón 70%, khớp gối 90%, bàn chân 70%, cổ chân 70%, ngón chân 60%, khớp khuỷu 60%, các khớp khác (háng, cột sống, hàm, ức đòn) hiếm gặp và thường xuất hiện muộn.

- Tính chất viêm: đối xứng 95%, sưng đau và hạn chế vận động, ít nóng đỏ, có thể có nước ở khớp gối, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, đau tăng nhiều về đêm (gần sáng). Các ngón tay hình thoi nhất là các ngón 2, 3, 4.
- Diễn biến: các khớp viêm tiến triển tăng dần và nặng dần, phát hiện thêm các khớp khác. Các khớp viêm dần dẫn đến tình trạng dính và biến dạng, bàn ngón tay dính và biến dạng ở tư thế nửa co và lệch trục về phía trụ, khớp gối dính ở tư thế nửa co.

b. Triệu chứng toàn thân và ngoài khớp

Toàn thân: gầy sút, mệt mỏi, ăn kém, da xanh nhợt do thiếu máu, rối loạn thần kinh thực vật.

Ở da và mô dưới da: 20% trường hợp bệnh nhân có những “nốt thấp” ở da và mô dưới da. Đó là những hạt hay cục nổi lên khỏi mặt da, chắc, không đau, không di động và dính vào nền xương ở dưới, kích thước từ 5mm đến 20mm đường kính. Vị trí hay gặp nhất là trên xương trụ ở gần khớp khuỷu, hoặc trên xương chày ở gần khớp gối, hoặc lưng ngón tay; mặt sau da đầu; các nơi xương lồi dưới da, số lượng từ một đến vài hạt. Nốt thấp thường có cùng với giai đoạn bệnh tiến triển và có thể tồn tại hàng tuần, hàng tháng. Da khô, teo và xơ nhất là các chi. Gan bàn tay, bàn chân giãn mạch đỏ hồng. Rối loạn dinh dưỡng và vận mạch có thể gây loét vô khuẩn ở chân, phù một đoạn chi, nhất là chi dưới.

Cơ, gân và bao khớp: teo cơ rõ rệt ở vùng quanh khớp tổn thương; nhất là cơ liên cốt, cơ giun bàn tay, cơ ở đùi, cẳng chân. Teo cơ là hậu quả do không vận động.

Viêm gân: hay gặp viêm gân achille.

Bao khớp: có thể phình ra thành các kén hoạt dịch như ở vùng khoeo.

Nội tạng: rất hiếm gặp trên lâm sàng.

Tim: có thể có dấu chứng viêm màng ngoài tim.

Phổi: có thể có dấu chứng thâm nhiễm hay tràn dịch, xơ phế nang.

Hạch: hạch nổi to và đau ở mặt trong cánh tay.

Xương: mất vôi, gãy xương tự nhiên.

Thận: amyloid có thể xảy ra ở bệnh nhân bệnh đã tiến triển lâu ngày và có thể dẫn tới suy thận.

Thần kinh: có thể bị viêm đa dây thần kinh ngoại biên.

Mắt, chuyển hóa: viêm giác mạc, viêm móng mắt thể mi; thiếu máu nhược sắc.

2.4.2. Biểu hiện cận lâm sàng

a. Xét nghiệm chung

Công thức máu: hồng cầu giảm, bạch cầu có thể tăng hoặc giảm.

Tốc độ lắng máu tăng.

Xét nghiệm định lượng haptoglobin, seromuroid và phản ứng C protein có thể dương tính.

b. Xét nghiệm miễn dịch

Nhằm phát hiện yếu tố dạng thấp ở trong huyết thanh (tự kháng thể) đó là một globulin miễn dịch IgM có khả năng ngưng kết với globulin IgG. Nhân tố thấp hoặc yếu tố dạng thấp là tên gọi chung của một nhóm globulin miễn dịch tìm thấy trong huyết thanh và trong dịch khớp bệnh nhân. Nhân tố thấp gồm: IgM anti IgG, IgG anti IgG, IgA anti IgG. IgM anti IgG có thể xác định bằng một trong 2 phương pháp sau:

- Waaler - Rose: dùng hồng cầu người hoặc cừu tiến hành phản ứng. Waller - Rose (+) khi ngưng kết ở hiệu giá $k \geq 1/16$
- Latex: dùng hạt nhựa. Latex (+) khi $\geq 1/32$.

Yếu tố dạng thấp thường thấy ở 70 - 80% trường hợp và thường xuất hiện muộn (sau khi mắc bệnh trên 6 tháng) và nó cũng xuất hiện trong một số bệnh tự miễn khác như: lupus đỏ hệ thống, xơ cứng bì toàn thể, hội chứng Sjogren, một số bệnh nhiễm trùng...

Ngoài phản ứng ngưng kết, yếu tố dạng thấp còn được phát hiện bằng các phương pháp đo độ đục Elisa và miễn dịch phóng xạ. Với phương pháp Elisa có thể phát hiện được các yếu tố dạng thấp IgM, IgA, IgG, và IgE nên nhạy hơn với phương pháp ngưng kết và đạt hiệu tới 98%.

c. Dịch khớp

- Lượng mucin giảm rõ rệt, dịch khớp lỏng, giảm độ nhớt, có màu vàng nhạt.
- Lượng tế bào tăng nhiều $\geq 20000\text{mm}^3$ nhất là đa nhân trung tính. Ngoài ra còn thấy xuất hiện những bạch cầu đa nhân trung tính mà trong bào tương có nhiều hạt nhỏ, đó là những tế bào đã thực bào những phức tạp kháng nguyên - kháng thể mà người ta gọi là những tế bào hình nho, khi tế bào hình nho chiếm trên 10% số tế bào dịch khớp thì có giá trị chẩn đoán viêm khớp dạng thấp.

Lượng bổ thể trong khớp giảm.

Phản ứng Waaler - Rose, Latex hoặc RF có độ (+) sớm hơn và cao hơn so với máu.

Có tế bào hình nho (ragocyte hay cell rheumatoid arthritis).

d. *Fibrinogen trong máu thường cao*, là biểu hiện gián tiếp của hiện tượng viêm nhiễm.

e. *Điện di đạm*: γ globulin và α_2 globulin tăng.

f. *Sinh thiết*

- Màng hoạt dịch: trong viêm khớp dạng thấp có 5 tổn thương
 - + Sự tăng sinh tế bào hình lông của màng hoạt dịch.
 - + Tăng sinh của lớp tế bào phủ hình lông, từ một lớp phát triển thành nhiều lớp.
 - + Xuất hiện những đám hoại tử giống như tơ huyết.
 - + Tăng sinh nhiều mạch máu tân tạo ở phần tổ chức đệm.
 - + Thâm nhập nhiều tế bào viêm quanh các mạch máu mà chủ yếu là lympho bào và plasmocyt.
- Sinh thiết hạch dưới da: ở giữa là một đám hoại tử dạng tơ huyết, xung quanh bao bọc bởi rất nhiều tế bào loại lympho bào và plasmocyt.

g. *X quang khớp*

Ở giai đoạn đầu chỉ thấy sưng mô mềm, xương mất vôi ở khoảng gần khớp. Ở giai đoạn sau có loét bờ xương, sụn khớp bị hủy, khoảng cách hai đầu xương hẹp lại, bờ xương nhám nhỏ, trục khớp bị lệch, khe khớp hẹp dần rồi dính khớp, không thấy tổn thương ở khớp đốt ngón xa.

2.4.3. Dự hậu và tiên lượng

Viêm khớp dạng thấp là bệnh mạn tính, tiến triển kéo dài bằng những đợt cấp tính, không tiên lượng được thời gian xảy ra các đợt cấp tính hoặc ngưng tiến triển. Các đợt ngưng tiến triển xảy ra ở giai đoạn đầu của bệnh nhiều hơn. Phần lớn bệnh nhân bị hạn chế cử động khớp nhưng vẫn có thể tự sinh hoạt, chỉ 10% trường hợp là tàn phế.

Có nhiều yếu tố giúp tiên lượng bệnh, tuy nhiên không chỉ căn cứ vào từng yếu tố riêng lẻ mà cần kết hợp nhiều yếu tố như:

- Tuổi già
- Tổn thương nhiều khớp
- Tổn thương trên X quang nặng và sớm.
- Có nốt thấp dưới da
- Yếu tố dạng thấp dương tính cao
- Có các biểu hiện ngoài khớp, đặc biệt là viêm mạch máu
- Yếu tố HLADR₄ dương tính

Tuổi thọ trung bình: trung bình bệnh nhân VKDT giảm thọ từ 3-7 năm, điều này có liên quan đến:

- Thời gian và mức độ bệnh.
- Tuổi và giới.
- Phương pháp điều trị và liều corticosteroid sử dụng.

2.5. Nguyên nhân bệnh sinh theo y học cổ truyền

2.5.1. Nguyên nhân sinh bệnh

a. Nhóm ngoại cảm, tức là do 3 thứ tà khí *phong, hàn, thấp* lẫn lộn dồn đến xâm nhập vào cơ thể. Các tà khí này gây rối loạn sự vận hành khí huyết, làm cho khí huyết bế tắc, lưu thông không điều hòa mà sinh bệnh. Các tà khí này lại bị tắc lưu lại ở kinh lạc, cơ nhục, cân mạch hoặc tạng phủ gây sưng, đau, nhức, tê buồn, nặng, mỏi ở một vùng cơ thể hay các khớp xương.

b. Nhóm ngoại cảm phối hợp với nội thương gây bệnh

Điều kiện để 3 khí tà phong hàn thấp gây bệnh được là cơ thể có vệ khí suy yếu, hoặc có sẵn khí huyết hư, hoặc tuổi già có can thận hư suy.

c. Nhóm do nội thương

Do bệnh lâu ngày làm khí huyết hư suy, hoặc do tiên thiên bất túc làm cho khí huyết bất túc, doanh vệ không điều hòa mà sinh bệnh.

Ngoài ra điều kiện thuận lợi để 3 tà khí xâm nhập gây bệnh cho cả 2 thể loại trên là sống và làm việc trong môi trường ẩm thấp, ngâm tắm thường xuyên dưới nước, ăn uống thiếu chất dinh dưỡng, làm việc mệt nhọc lại bị mưa rét thường xuyên....

2.5.2. Dự hậu và tiên lượng theo y học cổ truyền

Nguyên nhân gây ra các chứng nêu trên đều do ba tà khí phong, hàn, thấp. Trời có 6 thứ khí mà bệnh lý khớp xương đã bị ba thứ khí làm bệnh, tất nhiên là bệnh nan trị (vì phong thì đi nhanh, hàn thì vào sâu, mà thấp thì ướt đầm và ứ đọng).

Tà khí còn ở ngoài bì phu thì bệnh còn nhẹ, dễ phát tán thuộc phần dễ trị.

Tà khí đã thâm nhập vào nội tạng làm cho tạng khí suy kiệt thuộc phần bất trị.

Tà khí vào khoảng gân xương, không còn ngoài bì phu cũng chưa vào nội tạng thuộc phần khó trị.

Theo sách Tố vấn, Nội kinh: chứng tý phạm thẳng vào tạng sẽ chết, nếu lưu niên ở gân xương thì lâu khỏi, nếu chỉ ở khoảng bì phu thì chóng khỏi.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Chẩn đoán xác định

Dựa trên 7 tiêu chuẩn chẩn đoán ARA (Hội Thấp khớp học Mỹ) 1987:

1. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
2. Sưng đau kéo dài trên 6 tuần, tối thiểu 3 vị trí trong số 14 khớp (2 bên): khớp ngón tay gần, bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân.
3. Sưng đau một trong ba vị trí: khớp bàn ngón tay gần, khớp bàn ngón và khớp cổ tay.
4. Sưng khớp đối xứng.
5. Có hạt dưới da.
6. Phản ứng tìm yếu tố thấp dương tính.
7. Hình ảnh X quang điển hình.

Chẩn đoán xác định khi có từ 4 tiêu chuẩn trở lên (4/7). Từ tiêu chuẩn 1 đến tiêu chuẩn 4 thời gian tối thiểu phải kéo dài trên 6 tuần.

Riêng ở nước ta qua nghiên cứu ở Bệnh viện Bạch Mai, Quân Y viện 108 và một tỉnh phía Bắc, các tác giả rút ra đặc điểm của bệnh viêm khớp dạng thấp ở nước ta như sau:

- Bệnh viêm khớp dạng thấp chiếm 20% các bệnh khớp và 5% các bệnh nội khoa nói chung trong môi trường bệnh viện. Bệnh gặp ở nữ với tỷ lệ 80 - 87%. Lứa tuổi thường gặp là 30 - 60.
- Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng gặp ở 80 - 82% bệnh nhân. Tính chất đối xứng rất thường gặp với tỷ lệ 90 - 100%.
- Các khớp bị ảnh hưởng là: khớp cổ tay 80%, khớp bàn ngón tay 76%, khớp cổ chân 63%, các khớp vai và háng thường ít gặp hoặc nếu có chỉ ở giai đoạn sau.
- Thay đổi dịch khớp cũng giống như tài liệu nước ngoài.
- Nốt thấp chỉ gặp trên vài bệnh nhân, tỷ lệ 4,6% trong khi thế giới tỷ lệ này là 20 - 25%.

Do vậy, về chẩn đoán, có tiêu chuẩn Việt Nam 1984 được phổ biến và sử dụng ở các bệnh viện phía Bắc trên 10 năm nay gồm 6 tiêu chuẩn:

- + Sưng đau kéo dài trên 2 tháng từ 1 khớp trở lên cho các vị trí sau: cổ tay, bàn ngón tay, khớp liên đốt gần (2 điểm).
- + Sưng đau kéo dài trên 2 tháng từ một khớp trở lên cho các vị trí sau: gối, cổ chân, khuỷu tay (1 điểm).

- + Sưng đau có tính chất đối xứng (1 điểm).
- + Cứng khớp buổi sáng (1 điểm).
- + Phản ứng tìm yếu tố dạng thấp dương tính (1 điểm).
- + Hình ảnh X quang thấy điển hình tổn thương ở bàn tay (bào mòn, hốc, hẹp khe khớp) (1 điểm).

Tổng cộng 7 điểm. Chẩn đoán xác định khi có ≥ 4 điểm.

Đến năm 1995, dựa trên thực tế ở Việt Nam có thể sử dụng ở những nơi không có các điều kiện làm xét nghiệm hoặc chụp X quang.

Tiêu chuẩn chẩn đoán gồm: 1 tiêu chuẩn chính và 3 tiêu chuẩn phụ

- + Tiêu chuẩn chính (bắt buộc, không thể thiếu): sưng đau kéo dài trên 6 tuần từ 4 khớp trở lên trong đó bắt buộc có một trong 3 khớp ở tay có tính chất đối xứng (khớp cổ tay, khớp bàn ngón tay, khớp ngón gần bàn tay 2 bên).
- + Tiêu chuẩn phụ (có thể thiếu hoặc thay thế cho nhau):
 - . Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
 - . Phản ứng Waater - Rose hay Latex dương tính.
 - . Dấu hiệu X quang các khớp ở bàn tay có tổn thương từ giai đoạn III trở lên.

Chẩn đoán xác định khi có một tiêu chuẩn chính và một trong 3 tiêu chuẩn phụ. Tuy nhiên tiêu chuẩn này cần sự kiểm định của thực tế.

3.1.2. Chẩn đoán phân biệt

a. Hội chứng REITER

Thường gặp ở nam: bệnh nhân có viêm kết mạc, viêm đa khớp kinh niên (khớp háng, khớp gối, khớp bàn đốt, liên đốt gần...); tiểu tiện ra mủ, tổn thương da niêm.

b. Viêm đa khớp trong bệnh Lupus

- Ban đỏ cánh bướm, ban dạng đĩa.
- Tìm thấy tế bào LE.
- Kháng thể kháng nhân dương tính với hiệu giá cao.
- Theo dõi lâu ngày thấy có biến chứng nhiều nội tạng.

c. Thoái hóa khớp

- Giai đoạn không ổn định, có sưng, đau.
- Gặp ở người lớn tuổi, người lao động nặng tay chân lâu ngày.

- Thường xảy ra ở khớp chịu lực nhiều. Không tiến triển, không cứng khớp buổi sáng (nếu có chỉ xảy ra vài phút).
- X quang có hiện tượng đậm đặc xương và mòn xương.
- Dịch khớp: ít tế bào, độ nhớt tăng.

d. Viêm cột sống dính khớp

Khoảng 90% gặp ở nam dưới 30 tuổi, thường xảy ra ở cột sống, ở háng, vai, đầu gối, không có nốt thấp dưới da.

e. Viêm khớp xảy ra dưới dạng cấp tính

Cần phân biệt với thấp khớp cấp, viêm khớp lớn ngoại biên, di chuyển, không để lại di chứng (thoáng qua ở khớp). Thường xảy ra ở khoảng 7-15 tuổi, hiếm gặp trên 30 tuổi.

Thường biến chứng ở tim, bệnh van tim.

3.1.3. Dự hậu và tiên lượng

Viêm khớp dạng thấp là bệnh mạn tính, tiến triển kéo dài bằng những đợt cấp tính, không tiên lượng được thời gian xảy ra các đợt cấp tính hoặc ngừng tiến triển. Các đợt ngừng tiến triển xảy ra ở giai đoạn đầu nhiều hơn. Phần lớn bệnh nhân bị hạn chế cử động khớp nhưng vẫn có thể cử động chút ít được trong sinh hoạt. Chỉ 10% trường hợp là bị tàn phế.

Các yếu tố tiên lượng xấu, không có yếu tố riêng lẻ nào có thể tiên lượng được bệnh mà cần kết hợp nhiều yếu tố như:

- Tuổi già, giới nữ.
- Tổn thương nhiều khớp.
- Tổn thương X quang nặng và sớm.
- Nốt thấp.
- Yếu tố dạng thấp dương tính cao.
- Yếu tố HLADR₄ dương tính.
- Các biểu ngoài khớp đặc biệt là viêm mạch máu.

Tuổi thọ trung bình: trung bình bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giảm thọ từ 3 đến 7 năm. Điều này có liên quan đến thời gian và mức độ bệnh, tuổi và giới, phương pháp điều trị và liều corticosteroid sử dụng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị theo y học hiện đại

Mục đích của việc điều trị là nhằm duy trì khả năng hoạt động của bệnh nhân: giảm đau, duy trì chức năng khớp, ngăn cản biến dạng khớp.

4.1.1. Các mục tiêu điều trị bệnh VKDT

Điều trị triệu chứng: các thuốc kháng viêm và giảm đau.

Điều trị cơ bản: các thuốc chống thấp khớp có thể cải thiện được bệnh DMARDs.

Chỉnh hình, dự phòng, phẫu thuật, phục hồi chức năng.

Điều trị các biến chứng do thuốc điều trị (biến chứng tiêu hóa, loãng xương, nhiễm trùng).

Giải quyết các vấn đề xã hội, kinh tế cho bệnh nhân.

4.1.2. Các biện pháp áp dụng trong điều trị

a. Điều trị hỗ trợ

Giáo dục cho người bệnh và những người xung quanh hiểu về bệnh, cách tiến triển, cách dự phòng và cách sử dụng thuốc được coi là rất quan trọng quyết định sự thành công hay thất bại của việc điều trị.

Cần cho bệnh nhân ăn uống điều độ và nghỉ ngơi từng giai đoạn ngắn liên quan tới các giai đoạn phát triển cấp tính.

Tập luyện vật lý trị liệu, phục hồi chức năng ... là các biện pháp không thể thiếu trong mọi chiến lược điều trị kể cả trước đây, hiện nay và sau này. Tập luyện ngay từ giai đoạn đầu của bệnh.

Phẫu thuật chỉnh hình để sửa chữa các thương tổn không thể phục hồi của bệnh.

Giải quyết các vấn đề tâm lý, tình cảm xã hội cho người bệnh.

b. Các loại điều trị

- Điều trị triệu chứng: salicylat và các thuốc kháng viêm không phải là steroids (NSAIDs). Các dược phẩm được sản xuất ngày càng nhiều với mong muốn có tác dụng kháng viêm cao nhất mà ít tác dụng phụ nhất, nhưng vẫn chưa có loại thuốc nào thật sự an toàn và nhóm này chỉ có tác dụng điều trị triệu chứng đơn thuần chứ không thay đổi được diễn tiến tự nhiên của bệnh viêm khớp dạng thấp.

Các glucocorticoid: được coi như thần dược kể từ khi được tổng hợp 1948. Nhưng sau hơn 30 năm sử dụng, từ đầu những năm 80 người ta đã nhận định được rằng tác dụng của glucocorticoid đối với bệnh viêm khớp dạng thấp cũng chỉ là điều trị triệu chứng đơn thuần. Nếu có cũng chỉ làm thay đổi rất ít diễn tiến tự nhiên của bệnh. Chỉ định của thuốc là làm chiếc “cầu nối” trong lúc chờ đợi các thuốc điều trị cơ bản có tác dụng.

- Điều trị cơ bản

- + Muối vàng.
- + Thuốc chống sốt rét.

Hai nhóm thuốc này lúc chọn lựa để sử dụng điều trị viêm khớp dạng thấp theo quan điểm hoàn toàn khác với quan niệm về nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh hiện nay, nhưng vì tính an toàn dễ sử dụng lại có hiệu quả cho những thể nhẹ nên vẫn được sử dụng rộng rãi trong điều trị viêm khớp dạng thấp ở giai đoạn ổn định và đặc biệt phối hợp với các thuốc khác trong nhóm.

Sulfasalazin: sản xuất năm 1942, hiện nay đang là loại thuốc được chọn lựa đầu tiên để điều trị cơ bản bệnh viêm khớp dạng thấp. Thuốc rất được ưa chuộng ở Anh.

D. penicillamin: có quá nhiều tác dụng phụ nên chỉ được chỉ định trong các trường hợp có tiên lượng nặng như có nốt thấp, viêm động mạch, yếu tố dạng thấp dương tính cao.

Các thuốc điều hòa miễn dịch: có tác dụng đáp ứng ức chế miễn dịch cả thể dịch và trung gian tế bào của cơ thể. Từ đầu thập niên 80, các thuốc này được coi là các thuốc trong nhóm chống thấp khớp có thể cải thiện được bệnh (DMARDs) và chiếm một vai trò quan trọng trong điều trị cơ bản của bệnh, đặc biệt là nên sử dụng sớm để ngăn chặn tổn thương hủy hoại xương và sụn của bệnh viêm khớp dạng thấp như methotrexat, azathioprin, cyclosporin A.

4.1.3. Nguyên tắc chọn lựa điều trị viêm khớp dạng thấp hiện nay

Sử dụng ngay từ đầu những thuốc có thể ngăn chặn được sự hủy hoại xương và sụn có thể thay đổi được diễn tiến của bệnh: dùng các thuốc chống thấp khớp có thể cải thiện được bệnh.

Điều trị triệu chứng đồng thời với điều trị cơ bản và giảm dần thuốc điều trị triệu chứng khi thuốc điều trị cơ bản có hiệu quả.

Các thuốc điều trị cơ bản có thể sử dụng lâu dài nếu không có tác dụng phụ. Ngoài ra ngay từ đầu có thể áp dụng các biện pháp điều trị hỗ trợ song song.

4.1.4. Hướng điều trị trong tương lai

Ngoài các biện pháp điều trị hỗ trợ tiếp tục được nghiên cứu, các điều trị tương lai sẽ tập trung vào:

- Can thiệp trực tiếp vào các lympho T bằng cách dùng vaccin đối với thụ thể của lympho T.
- Can thiệp vào các kháng thể đơn dòng.
- Cải tạo môi trường sống.
- Can thiệp vào gen (ADN) tức là cải thiện cơ địa người bệnh và loại trừ nguyên nhân gây bệnh.

4.2. Điều trị theo y học cổ truyền

4.2.1. Viêm khớp dạng thấp có đợt tiến triển cấp tính (tương ứng với thể nhiệt tý của YHCT)

- *Pháp trị*: thanh nhiệt khu phong, hóa thấp.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Bạch hổ quế chi thang gia vị (gồm: thạch cao 40g, quế chi 6g, tri mẫu 12g, hoàng bá 12g, thương truật 8g, kim ngân 20g, tang chi 12g, phòng kỷ 12g, ngạnh mễ 12g, cam thảo 8g).

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thạch cao	Thanh dương minh kinh nhiệt, trừ nhiệt thịnh, phiền táo.	Quân
Quế chi	Ôn kinh thông mạch	Thần
Tri mẫu	Thanh nhiệt lương huyết, nhuận táo	Thần
Hoàng bá	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Thương truật	Ôn trung hóa đàm	Tá
Kim ngân	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Tang chi	Trừ phong thấp, thông kinh lạc	Tá
Phòng kỷ	Trừ phong, hành thủy, tả thấp nhiệt	Tá
Ngạnh mễ	Ôn trung hòa vị	Tá
Cam thảo	Giải độc, điều hòa các vị thuốc	Sứ

Nếu có nốt thấp hoặc sưng đỏ nhiều: gia thêm đan bì (12g), xích thược (8g), sinh địa (20g).

Bạch hổ thang vốn là bài thuốc thanh nhiệt ở khí phận, nhiệt tà thịnh ở kinh dương minh. Dương minh thuộc vị, quan hệ với tỳ chủ cơ nhục bên ngoài nên có biểu hiện: sốt, phiền táo, khát, mồ hôi ra nhiều, các khớp xương cơ nhục sưng nóng đỏ, mạch phù hoạt nên dùng bài thuốc này là lúc bệnh đại nhiệt, lấy mạch hồng sắc hoặc phù hoạt; còn nếu có kèm theo sợ lạnh, không có mồ hôi hoặc sốt mà không khát; hoặc ra mồ hôi mà sắc mặt trắng bệch, hoặc mạch tuy hồng đại mà ấn sâu thấy hư thì không dùng bài thuốc này, hoặc nếu dùng phải gia thêm các thuốc dưỡng âm.

- + Bài Quế chi thược dược tri mẫu thang (gồm: quế chi 8g, ma hoàng 8g, bạch thược 12g, phòng phong 12g, tri mẫu 12g, kim ngân 16g, bạch truật 12g, liên kiều 12g, cam thảo 6g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch, giải biểu	Quân
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết	Thần
Tri mẫu	Thanh nhiệt, chỉ khát, nhuận táo	Tá
Bạch truật	Kiện vị, hòa trung, táo thấp	Tá
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu	Quân
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Tá
Kim ngân hoa	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Liên kiều	Thanh nhiệt, giải độc	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Nếu các khớp sưng đau kéo dài, sốt nhẹ, nhiều mồ hôi, miệng khô lưỡi đỏ, mạch tế sác. Đó là thấp nhiệt thương âm thì phương pháp chính là bổ âm thanh nhiệt mà phụ là khu phong trừ thấp. Vẫn dùng các bài thuốc nêu trên, bỏ quế chi, gia thêm các vị thuốc dưỡng âm thanh nhiệt như sinh địa, huyền sâm, địa cốt bì, sa sâm, miết giáp, thạch học...

+ Dùng thuốc đắp bó ngoài khớp sưng: ngải cứu, dây đau xương, lưỡi hổ, giã nát, sao lên với dấm đắp hoặc bó ngoài khớp sưng.

Hoặc ngải cứu, râu mèo, gừng: giã nát sao với rượu đắp lên khớp sưng.

– Châm cứu:

+ Châm các huyết quanh hoặc lân cận khớp sưng đau.

+ Toàn thân: châm hợp cốc, phong môn, huyết hải, túc tam lý, đại chùy.

4.2.2. Viêm khớp dạng thấp đợt mạn tính

Các khớp còn sưng đau nhưng hết đỏ, hết sốt, dính khớp, cứng khớp hoặc biến dạng, teo cơ.

– *Phép trị*: khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, tán hàn.

– Bài Độc hoạt tang ký sinh thang (gồm: độc hoạt 12g, ngưu tất 12g, phòng phong 12g, đỗ trọng 12g, tang ký sinh 12g, quế chi 8g, tế tân 8g, thực địa 12g, tần giao 8g, bạch thược 12g, đương quy 8g, cam thảo 6g, đẳng sâm 12g, phục linh 12g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Độc hoạt	Khử phong thấp, giải biểu, tán hàn	Quân
Tế tân	Tán phong hàn, hành khí, khai khiêu	Quân
Thục địa	Bổ huyết, bổ thận	Thần
Đương quy	Dưỡng huyết, hoạt huyết	Thần
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, trừ phong, chỉ thống	Thần
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Tá
Tang ký sinh	Thanh nhiệt lương huyết, trừ thấp	Tá
Ngưu tất	Thanh nhiệt, trừ thấp	Tá
Tân giao	Trừ phong thấp, thư cân hoạt lạc	Tá
Bạch thược	Dưỡng huyết, chỉ thống	Tá
Đỗ trọng	Bổ can thận, mạnh gân cốt	Tá
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Tá
Phụ tử	Ôn kinh, trừ phong thấp	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

– Châm cứu:

- + Tại chỗ, châm các huyết quanh hoặc lân cận khớp sưng đau.
- + Toàn thân: hợp cốc, phong môn, túc tam lý, huyết hải, đại chùy.

– Xoa bóp, vận động:

- + Tại các khớp bằng các thủ thuật, ấn, day, lăn, véo các khớp và cơ quan khớp.
- + Vận động: vừa xoa bóp vừa tập vận động khớp theo các tư thế cơ năng, từng bước, động viên bệnh nhân chịu đựng và tập vận động tăng dần.

4.2.3. Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm

Chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán viêm khớp dạng thấp: viêm khớp chưa quá 6 tháng; khớp có viêm, có sưng, có đau nhức nhưng không nóng đỏ.

Trên lâm sàng, nếu triệu chứng bệnh lý khớp thiên về phong, hàn hay thấp mà có cách dùng thuốc khác nhau.

a. Thể phong tý

Đau nhiều khớp, đau di chuyển từ khớp này sang khớp khác, sợ gió, rêu lưỡi trắng, mạch phù

- *Phép trị*: khu phong là chính, tán hàn trừ thấp là phụ; kèm hành khí, hoạt huyết.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Phòng phong thang gia giảm (gồm: phòng phong 12g, bạch thược 12g, khương hoạt 12g, đương quy 12g, tần giao 8g, cam thảo 6g, quế chi 8g, ma hoàng 8g, phục linh 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Quân
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Thần
Xích linh	Hành thủy, lợi thấp nhiệt	Quân
Hạnh nhân	Nhuận tràng, thông tiện, ôn phế	Tá
Tần giao	Trừ phong thấp, thư cân, hoạt lạc	Tá
Hoàng cầm	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Cát căn	Giải biểu, sinh tân dịch	Tá
Khương hoạt	Phát biểu, tán phong, trục thấp	Quân
Quế chi	Ôn kinh thông mạch	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Có người không dùng khương hoạt mà lại dùng độc hoạt và ma hoàng.

- + Bài Quyên tý thang (gồm: khương hoạt 20g, phòng phong 16g, khương hoàng 12g, chích thảo 10g, đương quy 16g, xích thược 16g, hoàng kỳ 16g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Phát biểu, tán phong, trục thấp	Quân
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Quân
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu	Tá
Đương quy	Hoạt huyết, hòa danh	Thần
Khương hoàng	Ôn trung tán hàn	Sứ
Chích thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Xích thược	Liễm âm, dưỡng huyết, hoạt huyết	Tá

Khương hoạt để khu phong thấp ở trên, phòng phong để khu phong; khương hoàng để phá khí ú thông kinh lạc phong tý, đau vai tay; đương quy,

xích thước để dưỡng huyết, hoạt huyết, thông kinh lạc; hoàng kỳ cố vệ; cam thảo để điều hòa các vị thuốc. Hợp lại có tác dụng ích khí hòa doanh, khu phong thấp thấp, thông kinh hoạt lạc.

– **Châm cứu:**

- + Tại chỗ, châm các huyết tại khớp sưng hoặc tại huyết lân cận.
- + Toàn thân: hợp cốc, phong môn, phong trì, huyết hải, túc tam lý, cách du.

b. Thẻ hàn tý

Đau dữ dội ở một khớp cố định, không lan, trời lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau, tay chân lạnh, sợ lạnh rêu trắng, mạch huyền khẩn hoặc nhu hoãn.

- *Phép trị:* tán hàn là chính, khu phong trừ thấp là phụ, hành khí hoạt huyết.
- Bài thuốc gồm quế chi 8g, ý dĩ 12g, can khương 8g, phụ tử chế 8g, xuyên khung 8g, thiên niên kiện 8g, ngư tất 8g, uy linh tiên 8g.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Quân
Can khương	Ôn trung, tán hàn	Quân
Phụ tử chế	Ôn thận hỏa, khử hàn thấp, giảm đau	Thần, sứ
Thiên niên kiện	Trừ phong thấp, mạnh gân xương	Thần
Uy linh tiên	Khử phong thấp, thông kinh lạc, giảm đau	Tá
Ý dĩ	Lợi thủy, thanh nhiệt, kiện tỳ	Tá
Thương truật	Ôn trung, hóa đàm	Tá
Xuyên khung	Hoạt huyết, chỉ thống	Tá
Ngư tất	Bổ can, ích thận	Tá

Châm cứu: cứu quan nguyên, khí tải, túc tam lý, tam âm giao.

Châm bổ hoặc ôn châm các huyết tại chỗ và lân cận khớp đau.

c. Thẻ thấp tý

Các khớp nhức mỏi, đau một chỗ cố định, tê bì, đau các cơ có tính cách trì nặng xuống, co rút lại, vận động khó khăn, miệng nhạt, rêu lưỡi trắng dính, mạch nhu hoãn.

- *Phép trị:* trừ thấp là chính, khu phong tán hàn là phụ, hành khí hoạt huyết.
- Bài Ý dĩ nhân thang gia giảm (gồm: ý dĩ 16g, thương truật 12g, ma hoàng 8g, ô dược 8g, quế chi 8g, hoàng kỳ 12g, khương hoạt 8g, cam thảo 6g, độc hoạt 8g, đảng sâm 12g, phòng phong 8g, xuyên khung 8g, ngư tất 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ý dĩ	Lợi thủy, thanh nhiệt, kiện kỳ	Quân
Ô dước	Thuận khí, ấm trung tiêu	Quân
Thương truật	Ôn trung, hóa đàm	Tá
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu, tiêu độc	Thần
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu	Thần
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Thần
Đảng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí	Tá
Khương hoạt	Phát biểu, tán phong, trừ thấp	Tá
Xuyên khung	Hành khí hoạt huyết, trừ phong, chỉ thống	Tá
Độc hoạt	Trừ phong thấp, chỉ thống, giải biểu	Tá
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Tá
Ngưu tất	Bổ can, ích thận, cường gân, tráng cốt	Tá

– Châm cứu:

- + Tại chỗ, châm các huyết quanh khớp sưng đau và lân cận.
- + Toàn thân: túc tam lý, tam âm giao, tỳ du, thái khê, huyết hải.

d. Điều trị duy trì để phòng viêm khớp dạng thấp tái phát

Bệnh do các yếu tố phong, hàn thấp nhân lúc vệ khí hư mà xâm nhập, trong cơ thể lại có sẵn âm hư mà gây bệnh. Khi bệnh đã phát ra, tình trạng âm hư huyết nhiệt càng nhiều, can thận hư, không nuôi dưỡng cân xương được tốt là điều kiện để phong hàn thấp xâm nhập mà gây tái phát bệnh. Do vậy, khi bệnh tạm ổn, nên tiếp tục dùng pháp bổ can thận, lương huyết, khu phong trừ thấp.

- Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia phụ tử chế (*xem viêm khớp dạng thấp đợt mạn*)

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	12g
Phòng phong	12g	Đỗ trọng	12g
Tang ký sinh	12g	Quế chi	8g
Tế tân	8g	Thục địa	12g
Tần giao	8g	Bạch thược	12g
Đương quy	8g	Cam thảo	6g
Đảng sâm	12g	Phụ tử chế	6g
Phục linh	12g		

- Phụ phương: bài Tam tý thang là bài Độc hoạt tang ký sinh thang bỏ vị tang ký sinh, gia hoàng kỳ, tục đoạn và gừng tươi, dùng để chữa viêm khớp dạng thấp biến chứng cứng khớp, chân tay co quắp.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Lứa tuổi và giới nào có tỷ lệ viêm khớp dạng thấp cao nhất
 - A. Trung niên, cả nam và nữ
 - B. Trung niên, ở nữ
 - C. Từ 30 đến 60 tuổi, ở nữ
 - D. Trên 15 tuổi trở lên và ở nữ
 - E. Lứa tuổi mãn kinh, ở nữ
2. Yếu tố nào là cơ bản và có tính quyết định gây ra viêm đa khớp dạng thấp
 - A. Yếu tố stress và môi trường, khí hậu sống và làm việc
 - B. Dị ứng nguyên từ ngoài vào hoặc nội sinh
 - C. Sau nhiễm khuẩn hoặc virus và tập quán cùng môi trường sống
 - D. Yếu tố tự miễn của kháng nguyên kháng thể
 - E. Yếu tố cơ địa và di truyền
3. Tổn thương cơ bản của VKDT
 - A. Sưng khớp do viêm ở màng hoạt dịch khớp
 - B. Hiện tượng viêm gây giãn mạch và phù nề màng hoạt dịch
 - C. Viêm và xơ là 2 tổn thương chính
 - D. Viêm không đặc hiệu của màng hoạt dịch khớp
 - E. Màng hoạt dịch phù nề, sung huyết
4. Các vị trí khớp xương nào có tỷ lệ viêm cao nhất trong VKDT
 - A. 90% ở khớp khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần
 - B. 90% ở khớp gối, bàn tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần
 - C. 90% ở khớp gối, gót, cổ tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần
 - D. 90% ở gối, khuỷu, bàn tay, cổ tay đốt gần, cổ chân và bàn chân

- E. 90% ở khớp khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay, đốt ngón gân, bàn chân và cổ chân
5. Xét nghiệm CLS nào đặc hiệu nhất trong chẩn đoán VKDT và chỉ xuất hiện dương tính ở thời gian nào của bệnh
- Waalser - Rose và Latex ngay từ khi xuất hiện bệnh
 - Waalser - Rose và Latex và VS ngay giai đoạn đầu của bệnh
 - Waalser - Rose và Latex, sau 2 tháng mắc bệnh
 - Đo độ đục Elisa và miễn dịch phóng xạ sau 6 tháng mắc bệnh
 - Waalser - Rose và Latex, Fibrinogen, điện di đạm sau 6 tháng mắc bệnh
6. Đặc điểm nào sau đây giúp chúng ta tiên lượng được bệnh nặng hay nhẹ do VKDT
- Tuổi già, giới nữ, tổn thương nhiều khớp, tổn thương X quang nặng và sớm, có nốt thấp, yếu tố dạng thấp dương tính cao, có biến chứng ngoài khớp
 - Tuổi trên 15, giới nữ, tổn thương nhiều khớp; dấu X quang điển hình và VKDT xuất hiện sớm, có nốt thấp, yếu tố dạng thấp dương tính cao, có biến chứng viêm mạch máu
 - Tuổi trung niên, giới nữ, tổn thương nhiều khớp, tổn thương X quang nặng và sớm, có nốt thấp, yếu tố dạng thấp dương tính cao, có biến chứng ngoài khớp
 - Mọi lứa tuổi, ở nữ, với mô tả tổn thương như câu A
 - Mọi lứa tuổi, với mô tả tổn thương như câu B
7. Các biện pháp điều trị nào sau đây nên được áp dụng cho bệnh nhân VKDT hiệu quả
- Giáo dục sức khỏe, ăn uống và nghỉ ngơi đúng, tập luyện ngay từ giai đoạn đầu của bệnh và phục hồi chức năng khớp; phẫu thuật chỉnh hình xương (nếu cần); dùng thuốc cơ bản và đặc hiệu là chính, điều trị triệu chứng là phụ
 - Giáo dục sức khỏe, ăn uống đúng, vật lý trị liệu phục hồi chức năng, phẫu thuật chỉnh hình xương, can thiệp vào gen, cải tạo môi trường sống và điều trị triệu chứng
 - Giáo dục sức khỏe, ăn uống và nghỉ ngơi đúng, vật lý trị liệu phục hồi chức năng khớp, dùng thuốc cơ bản và đặc hiệu và thuốc điều trị triệu chứng
 - Giáo dục sức khỏe, ăn uống đầy đủ chất, vật lý trị liệu, dùng thuốc điều trị triệu chứng và đặc hiệu là chính, điều trị triệu chứng là phụ

- E. Cần chọn A và B mới toàn diện
8. Nguyên tắc dùng thuốc trong điều trị chứng tý là
- A. Ôn thông kinh mạch, hành khí hoạt huyết
 - B. Luôn phải đồng thời khu phong, tán hàn, trừ thấp và xem biểu hiện khí nào nặng hơn mà gia giảm theo thiên thắng
 - C. Phải phối hợp: khu phong, tán hàn, trừ thấp, thanh nhiệt và bổ hư
 - D. Ôn thông kinh lạc, khu phong thấp, hành khí hoạt huyết
 - E. Cả A và B mới đủ
9. Trong nguyên tắc điều trị chứng tý theo YHCT ngoài châm cứu, dùng thuốc còn phải chú ý điều gì sau đây
- A. Chế độ ăn ở cần kiêng chất chua, chất mặn, chất tanh và chất béo mỡ tùy thuộc vào thể bệnh
 - B. Tuyệt đối không được uống rượu vì rượu thuộc dương, trợ hỏa thiêu đốt chất âm
 - C. Không nên dùng thuốc bổ ngay ở giai đoạn bệnh mới phát vì sẽ làm cho khí huyết trệ, làm tà khí cất lại thành bệnh khó trị
 - D. Câu A và B đúng
 - E. Cả 3 câu A, B, C đều đúng
10. Bài thuốc gồm phòng phong, đương quy, hoàng cầm, xích lịch, hạnh nhân, tần giao, cát căn, khương hoạt, quế chi, cam thảo dùng chỉ định điều trị
- A. Phong tý
 - B. Hàn tý
 - C. Thấp tý
 - D. Nhiệt tý
 - E. Phong tý và thấp tý
11. Bài thuốc Bạch hổ quế chi thang gia vị (gồm: thạch cao, tri mẫu, thương truật, tang chi, ngạnh mễ, quế chi, hoàng bá, kim ngân, phòng kỷ), dùng chỉ định điều trị thể
- A. Phong tý hay lịch tiết phong
 - B. Thấp tý hay tích bối thống
 - C. Nhiệt tý hay lịch tiết phong, hạc tất phong
 - D. Phong thấp nhiệt tý
 - E. Phong thấp hàn tý

THOÁI HÓA KHỚP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và đặc điểm dịch tễ học của thoái hoá khớp.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh thoái hoá khớp theo YHCT & YHHĐ.*
3. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị thoái hoá khớp theo YHCT & YHHĐ.*
4. *Trình bày được phương pháp điều trị thoái hoá khớp theo YHCT.*
5. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị thoái hoá khớp xương theo YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thoái hóa khớp (THK) là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính, gây đau và biến dạng khớp. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm ở cột sống, gắn liền với những thay đổi sinh học - cơ học giải phẫu và bệnh lý ở phần khoang khớp (gồm xương dưới sụn và màng hoạt dịch và khoang giữa các thân đốt sống).

Người ta thường coi thoái hóa khớp là bệnh lý do hậu quả của quá trình tích tuổi và sự chịu lực tác động thường xuyên lên khớp. Thoái hóa khớp gây đau và biến đổi cấu trúc khớp dẫn đến tàn phế làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và còn là gánh nặng cho kinh tế gia đình và toàn bộ xã hội. Thoái hóa khớp nếu được chẩn đoán sớm và điều trị sớm có thể làm chậm phát triển của bệnh, giảm triệu chứng đau đớn, giúp duy trì cuộc sống hoạt động.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Thoái hóa khớp (THK) là bệnh mạn tính thường gặp nhất ở người trung niên và người có tuổi, xảy ra ở mọi chủng tộc, mọi thành phần của xã hội, ở tất cả các nước và phụ nữ nhiều hơn nam giới.

Thống kê của WHO cho thấy có 0,3 - 0,5% dân số bị bệnh lý về khớp thì trong đó có 20% bị thoái hóa khớp. Ở Mỹ: 80% trên 55 tuổi bị thoái hóa khớp. Ở Pháp: thoái hóa khớp chiếm 28% số bệnh về xương khớp.

Ở Việt Nam: thoái hóa khớp chiếm 10,41% các bệnh về xương khớp.

- Có sự liên quan chặt chẽ giữa thoái hóa khớp và tuổi tác:
 - + 15 - 44 tuổi: 5% người bị thoái hóa khớp.
 - + 45 - 64 tuổi: 25 - 30% người bị thoái hóa khớp.
 - + Trên 65 tuổi: 60 - 90% người bị thoái hóa khớp.
- Và các vị trí thường bị thoái hóa:
 - + Cột sống thắt lưng: 31,12%
 - + Cột sống cổ: 13,96%
 - + Nhiều đoạn cột sống: 7,07%
 - + Gối: 12,57%
 - + Háng: 8,23%
 - + Các ngón tay: 3,13%
 - + Riêng ngón tay cái: 2,52%
 - + Các khớp khác: 1,97%

Thoái hóa khớp là bệnh lý chủ yếu của sụn khớp và đĩa đệm cột sống, nhưng ảnh hưởng đến toàn bộ thành phần cấu tạo khớp như xương dưới sụn, bao hoạt dịch, bao khớp... bệnh thường xảy ra ở các khớp chịu lực nhiều như: cột sống thắt lưng - cổ, gối, gót....

1.3. Quan niệm của y học cổ truyền

Về biểu hiện bệnh lý của thoái hóa khớp có biểu hiện nói chung là đau cố định tại khớp, tăng khi vận động, khi thay đổi thời tiết, tê, mỏi, nặng một vùng cơ thể tương ứng, tùy thuộc vào vị trí khớp bị thoái hóa, các triệu chứng này được YHCT mô tả:

- Vùng cổ vai có chứng: kiên bối thống.
- Vùng lưng: toàn bộ lưng là có chứng tích thống, bối thống; chỉ thắt lưng là có chứng yêu thống.
- Vùng tay chân nói chung có chứng: thủ túc kiên thống.
- Khớp gối có chứng: hạc tất phong.

- Vùng bàn chân gồm cổ chân và gót chân có chứng túc ngân thống.
- Các khớp khác có chứng tý và lịch tiết phong.

1.3.1. Chứng tý

Theo chức năng tạng phủ: can chủ cân, thận chủ cốt trong điều kiện cơ thể suy yếu không nuôi dưỡng được cân mạch - cốt tủy, đồng thời làm cho vệ khí hư yếu, các tà khí nhân cơ hội đó xâm nhập gây bệnh với các biểu hiện tại chỗ như đau mỏi các khớp, tê nặng tức ở xương khớp; mỗi khi thay đổi thời tiết hay mưa lạnh ẩm thấp, vận động thì đau nhiều hơn, nghỉ ngơi thấy đỡ.

1.3.2. Chứng tích, bồi thống

Vùng sống lưng là nơi đi qua của mạch đốc và kinh túc thái dương.

- Kinh túc thái dương phân bố ở phần nông vùng lưng, các triệu chứng biểu hiện ở phần này được gọi là bồi.
- Mạch đốc đi sâu bên trong có liên quan cốt tủy, các triệu chứng biểu hiện ở phần này được gọi là tích.

Gây bệnh ở 2 kinh này có thể do phong hàn thấp cùng lẫn lộn xâm nhập gây bệnh, có thể do hàn tà nhân khi vệ khí yếu mà gây bệnh.

Cả hai kinh cùng chủ về dương khí, nhưng khi phát bệnh thì bệnh ở *tích* có biểu hiện là lý chứng và bệnh ở *bồi* có biểu hiện là biểu chứng. Tích thống ít có thực chứng và bồi chứng ít có hư chứng.

+ Tích thống:

- Đau dọc vùng giữa sống lưng, không ưỡn thẳng người được, ngẫu nhiên ưỡn thẳng người được thì khó chịu mà cũng không duy trì tư thế thẳng lâu được.
- Cảm giác lạnh ở sống lưng.
- Tiểu tiện trong dài, đùi chân mềm yếu.

+ Bồi thống: đau cả mảng lưng, cảm giác trĩ trĩ khó chịu, có khi lan tỏa vùng sau gáy và bả vai.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân

- Sự lão hóa: theo quy luật của tự nhiên, ở người trưởng thành khả năng sinh sản và tái tạo sụn giảm dần và hết hẳn. Các tế bào sụn với thời gian tích tuổi lâu dần sẽ già, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysaccharid sẽ giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn sẽ kém dần, tính chất đàn hồi và chịu lực giảm.

- Yếu tố cơ giới: là yếu tố thúc đẩy quá trình thoái hóa nhanh. Yếu tố cơ giới thể hiện ở sự tăng bất thường lực nén trên một đơn vị diện tích của mặt khớp hoặc đĩa đệm là yếu tố chủ yếu trong thoái hóa khớp thứ phát, nó gồm:
 - + Các dị dạng bẩm sinh làm thay đổi diện tích tỷ nén bình thường của khớp và cột sống.
 - + Các biến dạng thứ phát sau chấn thương, viêm, u, loạn sản làm thay đổi hình thái, tương quan của khớp và cột sống.
 - + Sự tăng trọng tải: tăng cân quá mức do béo phì, do nghề nghiệp.
- Yếu tố miễn dịch: bước đầu qua các công trình nghiên cứu nhận thấy ở bệnh nhân thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm có những thay đổi hoạt động miễn dịch được thể hiện dưới các dạng:
 - + Tăng đáp ứng miễn dịch tế bào.
 - + Tăng miễn dịch thể dịch tạo nên kháng thể trong tổ chức khoang khớp.
 - + Có sự di truyền miễn dịch, biểu hiện qua hệ kháng nguyên phù hợp tổ chức ở người bị thoái hóa sụn khớp có HLA.B7 và HLA.B8 tăng cao hơn ở người bình thường.
- Các yếu tố khác:
 - + Di truyền: cơ địa già sớm.
 - + Nội tiết: mãn kinh, tiểu đường; loãng xương do nội tiết, do thuốc.
 - + Chuyển hóa: bệnh Goutte.

2.2. Phân loại

Theo nguyên nhân, có thể phân biệt hai loại thoái hóa khớp:

- Nguyên phát: nguyên nhân chính là do sự lão hóa, xuất hiện muộn, thường ở người sau 60 tuổi, nhiều vị trí, tiến triển chậm, tăng dần theo tuổi, mức độ không nặng.
- Thứ phát: phần lớn là do nguyên nhân cơ giới, gặp ở mọi lứa tuổi (thường trẻ dưới 40 tuổi) khu trú một vài vị trí nặng và phát triển nhanh.

2.3. Cơ chế sinh bệnh

2.3.1. Hoạt động bình thường của khớp

- Cấu trúc bình thường của khớp: cấu trúc khớp xương bình thường là sụn, xương dưới sụn, dịch khớp, màng hoạt dịch và bao khớp. Bộ phận chủ yếu của khớp là sụn khớp thích ứng hoàn hảo để chịu đựng tải trọng đảm bảo sự trượt lên nhau của hai diện xương với một hệ số ma sát rất thấp. Hoạt

động tốt của khớp dựa trên sự toàn vẹn của những tính chất vật lý, hóa học, cơ học và sự bình thường của các thành phần cấu tạo.

Sụn khớp không có mạch máu và không có thần kinh, tuy vậy không phải vì thế mà sụn là một chất trơ, ngược lại sụn là một tổ chức sống biệt hóa cao, được cấu tạo bởi ba thành phần cơ bản gồm tế bào sụn kèm một số ít nguyên bào xơ và một số chất cơ bản.

Tế bào sụn có các chức năng sản xuất ra các thành phần của mô sụn, các sợi tạo keo (collagen) 40 - 50%; mucopolysaccharid và các enzym. Tế bào sụn không có khả năng sinh sản và tái tạo.

Chất cơ bản: các tế bào sụn và sợi collagen được hình thành trong chất cơ bản, chất cơ bản chủ yếu là các chondromucoprotein, đó là một phức hợp protein, mucopolysaccharid (chondroitin sulfat, kerato sulfat), acid hyaluronic, heparin, và nguyên tố vi lượng, chất cơ bản có đặc tính hút nước rất mạnh (80% là nước), chondromucoprotein chỉ 20% nhưng đóng vai trò quan trọng vào dinh dưỡng mô sụn (bằng sự thẩm thấu) và tính chất cơ học (sự chịu áp lực) của sụn khớp. Chất cơ bản này được thay đổi với tốc độ nhanh (thoái biến và tái tạo).

Như vậy, sụn khớp là một khuôn sụn gồm một mạng lưới ba chiều có các sợi collagen nằm trong một lượng lớn proteoglycan tạo thành.

– Cấu trúc bình thường của đĩa đệm cột sống:

+ *Đĩa đệm* cột sống là một sụn khớp đặc biệt gồm hai thành phần là vòng xơ và nhân nhầy. Đĩa đệm nằm giữa hai thân đốt sống.

Vòng xơ gồm nhiều lá xơ sụn chạy song song tạo thành những vòng xoắn từ ngoài vào trong. Các lá này đan vào nhau, giữa các lớp có vách ngăn, các vòng xơ đóng vai trò như một giảm sóc, phân lực và hấp thụ lực khi chịu tải và vận động.

Nằm giữa đĩa đệm là nhân nhầy có hình cầu màu trắng đường kính 1,2 đến 2cm, có cấu tạo giống như keo đặc và có đặc tính căng phồng rất mạnh, những đặc tính này đã tạo nên khả năng chịu lực và phân phối lực của đĩa đệm.

+ *Khuôn sụn* gồm một mạng lưới ba chiều trong đó có một sợi collagen nằm trong một lượng lớn proteoglycan tạo thành một chất gel rất ưa nước.

Tổ chức sụn và đặc biệt là xương chịu đựng được lực nén phụ thuộc hoàn toàn vào sự duy trì tính nguyên vẹn của lưới collagen và nồng độ cao proteoglycan.

2.3.2. Quá trình sinh bệnh

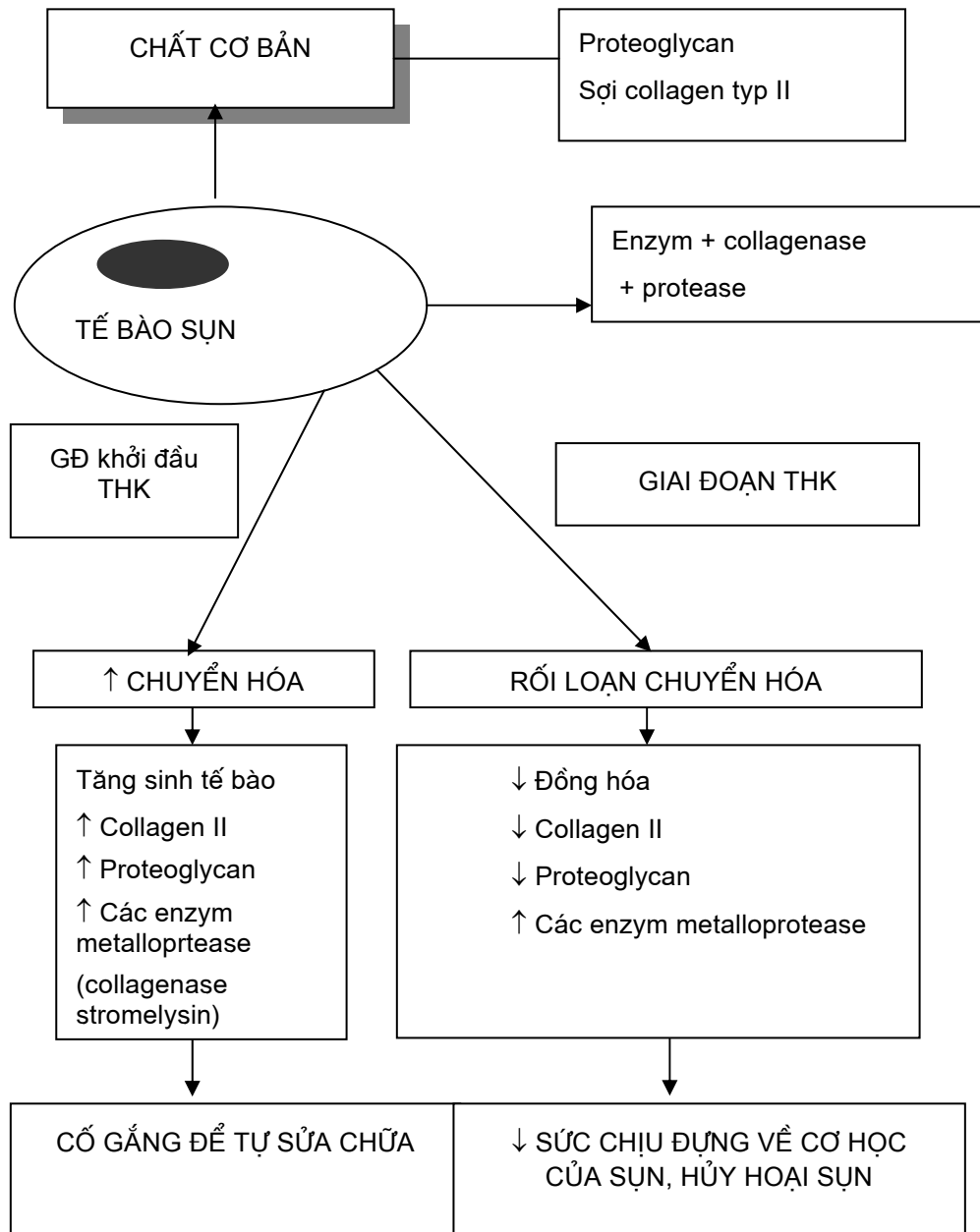
Thoái hóa khớp là bệnh của toàn bộ các thành phần cấu tạo khớp. Đây là một bệnh phức tạp diễn tiến 2 quá trình song song.

Một là: sụn thoái hóa, qua đó sụn khớp phủ trên bề mặt xương bị phá hủy dần cùng với thay đổi cấu trúc khớp. Sự thoái hóa sụn khớp gây hạn chế vận động.

Hai là: hiện tượng viêm những tổ chức cận khớp. Chính hiện tượng viêm này đã gây triệu chứng *đau, sưng huyết và giảm hoạt động khớp*.

Trong thoái hóa khớp, diễn tiến bệnh có thể phân thành 2 giai đoạn:

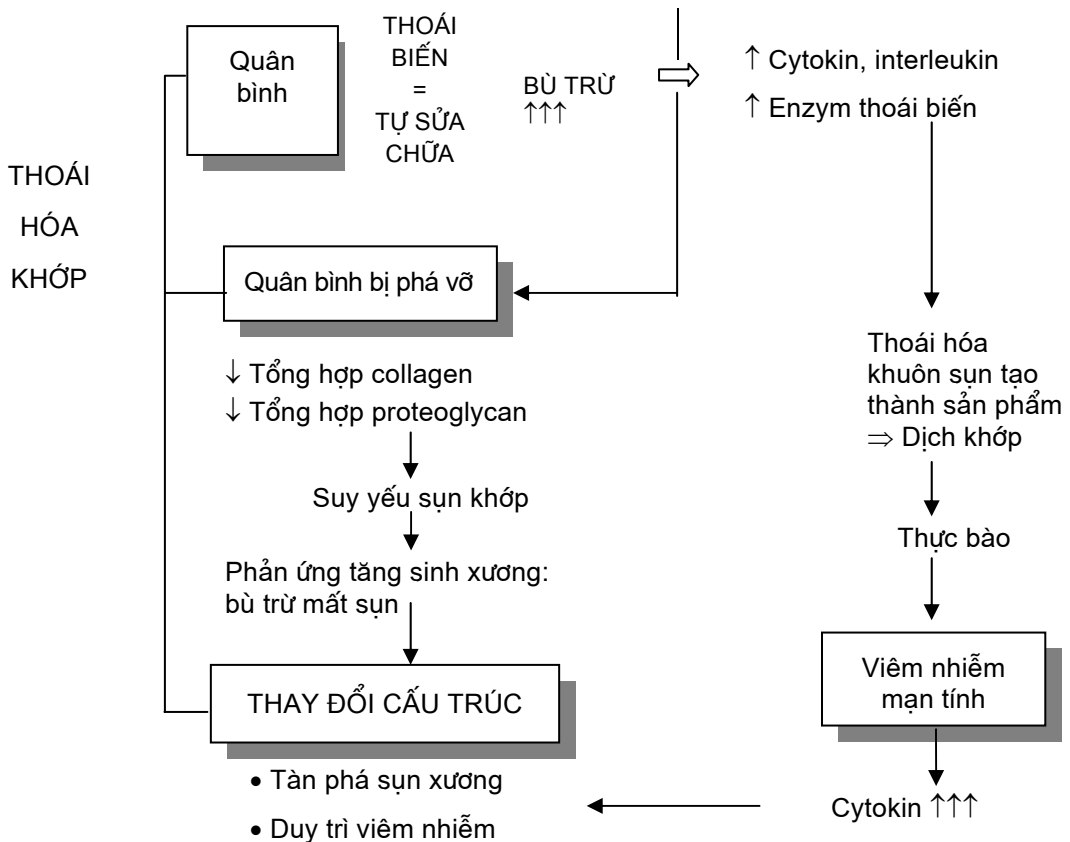
- Giai đoạn sớm: khi hiện tượng quân bình của sự thoái hóa và sự tự sửa chữa để tái lập cân bằng trong hoạt động sinh học của khớp còn chưa bị phá vỡ. Giai đoạn này sụn phì đại, tăng phần proteoglycan, hút thêm nước vào tổ chức. Các tế bào sụn tăng hỗn hợp collagen proteoglycan và cả các enzym thoái hóa metalloproteinase (collagen và stromelysin). Cân bằng giữa sản của khuôn và enzym thoái hóa được duy trì trong sự luân chuyển xảy ra ở mức cao hơn nhiều lần so với bình thường. Đó là những phản ứng của sụn để sửa lại cấu trúc và cũng chỉ là bù trừ tạm thời đưa đến sự tăng tổng hợp cytokin (interlukin) và tăng cả enzym làm thoái hóa khuôn; sau đó các tế bào sụn không thể thích ứng kéo dài với tình trạng trên; cuối cùng suy sụp khả năng tự sửa chữa của sụn không còn cân bằng được quá trình thoái hóa.
- Giai đoạn mạn tính: hiện tượng quân bình của sụn bị phá vỡ thể hiện bằng giảm đồng hóa (giảm tổng hợp collagen và proteoglycan). Song song các sản phẩm liên quan đến sự thoái hóa khuôn sụn được tiếp tục đổ vào dịch khớp. Sụn khớp: proteoglycan giảm về hàm lượng, thay đổi về cấu trúc và suy yếu, về cơ học mở đường cho những tổn thương thực thể. Từ đó sức chịu đựng kém đối với cơ học đưa đến sự hủy hoại sụn.
 - + Thay đổi xương: sụn bị hủy hoại, xương không được che chở đã tổn thương vì các đòi hỏi về cơ học, xương dưới sụn phản ứng bằng cách tăng sinh xương, tái tạo bất thường để bù trừ mất sụn, mở rộng điểm tựa, thành lập gai xương (osteophytose), xương đặc lại, tăng độ cứng.
 - + Phản ứng viêm ở bao hoạt dịch: những mảnh proteoglycan và collagen được giải phóng vào dịch khớp với lượng tăng dần, ở khớp giữ vai trò là nơi trút tháo những sản phẩm thoái hóa của sụn: cytokin và yếu tố tăng trưởng. Những mảnh đó bị thực bào bởi các đại thực bào. Hiện tượng trên dẫn đến viêm nhiễm mạn tính ở bao hoạt dịch. Những tế bào hoạt dịch sinh ra cytokin, đặc biệt interleukin I đến lượt nó lại tác động vào sụn khớp và làm tăng thêm sự tàn phá sụn.



Hình 30.1. Sơ đồ quá trình thoái hóa sụn

Cho đến nay, nhiều công trình nghiên cứu đã cho thấy interleukin I là một cytokin giữ vai trò chủ yếu trong hiện tượng tàn phá sụn xương viêm nhiễm bao hoạt dịch và đồng thời là vai trò sinh bệnh chủ chốt trong thoái hóa khớp.

Kiểm soát được interleukin I trong thoái hóa khớp là một việc rất quan trọng. Ức chế được interleukin I là chiến lược không những cải thiện đau và hoạt động của khớp mà còn hạn chế những tổn thương thoái hóa hỗ trợ cho sự sửa chữa và tái tạo sụn khớp.



Hình 30.2. Quá trình viêm tổ chức cận khớp

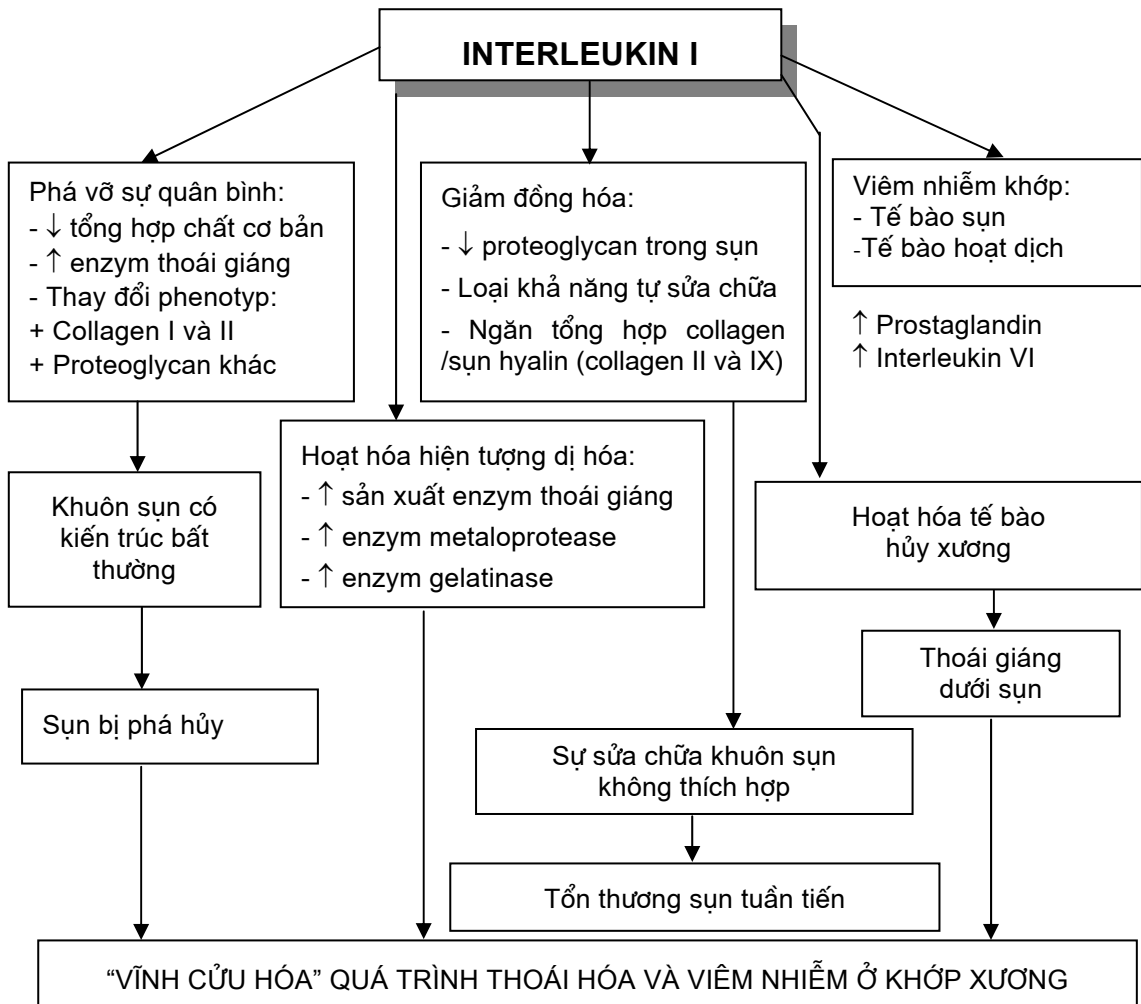
Vai trò của interleukin I trong thoái hóa khớp:

- Interleukin I là yếu tố chủ chốt phá vỡ sự quân bình giữa thoái biến và tái tạo chất lượng sụn. Do hậu quả nghiêm trọng của nhiều nguyên nhân: interleukin I được tăng sản làm thay đổi cân bằng của sụn và giảm tổng hợp các thành phần cấu tạo của sụn khớp (proteoglycan và collagen). Interleukin I làm thay đổi phenotyp của tế bào sụn, sản sinh ra collagen typ I và X và cả proteoglycan typ khác. Do đó khuôn sụn mất tính chất ban đầu và có cấu trúc bất thường, yếu về cơ học, dễ bị tổn thương vật lý dẫn đến việc sụn bị phá hủy.
- Interleukin I hoạt hóa hiện tượng dị hóa: làm tế bào sụn tăng sản xuất enzym thoái biến sụn, làm tăng sự biểu hiện của enzym metaloprotease (collagenase và stromelysin) và gelatinase.
- Interleukin I làm giảm đồng hóa: làm giảm tổng hợp proteoglycan và làm tăng thoái biến proteoglycan trong tổ chức sụn. Interleukin ngăn cản tổng hợp collagen đặc hiệu của sụn hyalin L (collagen II và XI), lại kích thích collagen nguyên bào sợi không đặc hiệu của sụn (collagen I và III). Những thay đổi này đưa đến sự sửa chữa không thích hợp khuôn sụn, dẫn đến tổn thương sụn dần dần. Tóm lại, khi interleukin

I tăng sản làm khởi phát và duy trì quá trình thoái hóa sụn. Sụn trở thành suy giảm cả về chất lẫn về lượng tế bào sụn khớp.

- Interleukin I cũng là yếu tố tiêu xương: hoạt hóa các tế bào hủy xương (osteoclaste) và làm nhanh quá trình thoái biến xương dưới sụn.
- Interleukin I tham gia vào hiện tượng viêm nhiễm của khớp bị thoái hóa: interleukin I giữ vai trò chủ chốt trong bệnh sinh của viêm. Interleukin I là nguồn gốc của viêm và đau. Tế bào sụn tiết ra interleukin I, interleukin I lại hoạt hóa tế bào sụn giải phóng vào dịch khớp những sản phẩm của quá trình thoái biến của khuôn sụn. Những mảnh collagen và proteoglycan lại kích thích các tế bào đại thực bào của bao hoạt dịch tiết ra interleukin I và duy trì viêm bao hoạt dịch. Interleukin I tác động thúc đẩy tế bào sụn và tế bào hoạt dịch tăng tổng hợp prostaglandin và interleukin VI.

Những hiện tượng nêu trên đã làm *vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa và viêm nhiễm ở khớp*.



Hình 30.3. Vai trò của interleukin trong thoái hóa khớp

2.3.3. Những biểu hiện giải phẫu bệnh của thoái hóa khớp

- Lớp lông bình thường, lớp chuyển tiếp bị phù nề và các sợi collagen bị tách ra.
- Nút ở bề mặt sụn, tế bào sụn phì đại nhân lên và đứng từng chùm.
- Nút sâu đến tận lớp xương dưới sụn, tế bào sụn ít đi và hoạt động giảm.
- Mất hết sụn, xương trở ra.

2.4. Nguyên nhân và bệnh sinh theo y học cổ truyền

2.4.1. Khí huyết bất túc

Bẩm sinh tinh huyết kém do từ sự nuôi dưỡng của mẹ lúc mang thai không tốt, hoặc do dinh dưỡng không đúng, hoặc do dị tật làm ảnh hưởng đến khí huyết trong cơ thể, huyết hư khí trệ làm cho sự vận hành không thông, doanh vệ không điều hòa... gây đau nhức tê mỏi nặng ở cơ, xương, khớp...

2.4.2. Nội thương

Bệnh lâu ngày làm cho can thận hư, gây mất quân bình hoạt động của sự nuôi dưỡng cân mạch, xương - tủy. Can thận âm hư ảnh hưởng đến huyết dịch, cũng ảnh hưởng đến sự tưới nhuần thường xuyên các bộ phận này mà gây tắc, ứ và đau.

Sự lão hóa ảnh hưởng đến chức năng hoạt động ngũ tạng nói chung cũng là một nguyên nhân gây nhức mỏi, tê nặng khớp xương bấp thối ở người có tuổi.

2.4.3. Chấn thương

Chấn thương ảnh hưởng trực tiếp đến xương, đến cân mạch, chấn thương đụng giập ảnh hưởng đến huyết dịch, cơ nhục, gây ứ huyết và gây đau.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Đau

Đau ở vị trí khớp bị thoái hóa, đau tại chỗ ít khi lan (ngoại trừ ở cột sống khi có chèn ép rễ và dây thần kinh).

- Đau âm ỉ, ở cột sống có thể có cơn đau cấp. Đau thường xuất hiện và tăng khi vận động hay thay đổi tư thế. Thường xuất hiện từng đợt kéo dài rồi giảm và hết, sau đó lại xuất hiện đợt khác sau khi vận động nhiều.
- Đau nhiều có thể gây co cơ phản ứng.

3.1.2. Hạn chế vận động

Các động tác của khớp bị thoái hóa có hạn chế, mức độ hạn chế không nhiều và có thể chỉ hạn chế một số động tác như hạn chế động tác chủ động và thụ động. Do hạn chế vận động nên cơ vùng thương tổn có thể bị teo. Một số bệnh nhân có dấu hiệu “phá gủ khớp” vào buổi sáng hoặc lúc mới bắt đầu hoạt động.

3.1.3. Biến dạng khớp

Thoái hoá khớp không biến dạng khớp nhiều như ở các bệnh khớp khác (viêm khớp, Goutte). Biến dạng ở đây do các gai xương mọc thêm ở đầu xương; ở cột sống biến dạng hình thức gù, vẹo, cong lõm.

3.1.4. Các dấu hiệu khác

- Teo cơ: do ít vận động.
- Tiếng lạo xạo khi vận động: ít giá trị vì có thể thấy ở người bình thường hoặc ở các bệnh khác.
- Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, do phản ứng sung huyết và tiết dịch ở màng hoạt dịch.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang có ba dấu hiệu cơ bản:
 - + Hẹp khe khớp: hẹp không đồng đều, bờ không đều. Ở cột sống biểu hiện bằng chiều cao đĩa đệm giảm, hẹp nhưng không dính khớp.
 - + Đạc xương dưới sụn: phần đầu xương, hõm khớp, mâm đốt sống có hình đậm đặc, có một số hốc nhỏ sáng hơn.
 - + Mọc gai xương: gai mọc ở phần tiếp giáp giữa xương sụn và màng hoạt dịch, ở rìa ngoài của thân đốt sống. Gai xương có hình thô và đậm đặc.
- Các xét nghiệm khác:
 - + Các xét nghiệm toàn thân không có gì thay đổi.
 - + Dịch khớp: biểu hiện tính chất tràn dịch cơ giới có màu vàng chanh, các thành phần cũng tương đối ở mức bình thường.
 - + Nội soi khớp: chỉ mới soi được ở khớp gối thấy những tổn thương thoái hóa của sụn khớp, phát hiện các mảnh vụn rơi trong ổ khớp.
 - + Sinh thiết màng hoạt dịch: thấy các hiện tượng sung huyết và xơ hóa.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị và phòng bệnh theo y học hiện đại

Không có thuốc điều trị quá trình thoái hóa, chỉ có thể điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng và phòng bệnh bằng cách ngăn ngừa và hạn chế các tác động cơ giới quá mức ở khớp và cột sống.

4.1.1. Điều trị nội khoa

Dùng các thuốc giảm đau và chống viêm không steroid như aspirin, indomethacin, voltaren, profenid, felden, meloxicam...

4.1.2. Các phương pháp vật lý

- Các bài thể dục cho từng vị trí thoái hóa.
- Điều trị bằng tay: xoa bóp, kéo nắn, ấn huyết, tập vận động thụ động.
- Điều trị bằng nước khoáng.
- Sử dụng các dụng cụ chỉnh hình.

4.1.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉnh lại dị dạng các khớp bằng cách đục và khoét xương.
- Điều trị thoát vị đĩa đệm bằng cách cắt vòng cung sau hay lấy phần thoát vị.

4.1.4. Phòng bệnh

Trong cuộc sống hằng ngày:

- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng ...
- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng để bị thoái hóa khớp để phát hiện và điều trị sớm.
- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.

Khám trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp (vòng kiềng, chân cong).

Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp và cột sống để có biện pháp sớm, ngăn ngừa thoái hóa khớp thứ phát.

4.2. Điều trị theo y học cổ truyền

4.2.1. Phép trị chung

- Phải ôn thông kinh lạc, hành khí hoạt huyết, bổ can thận, bổ khí huyết, khu phong, tán hàn, trừ thấp.
- Bài thuốc chung và gia giảm cho từng biểu hiện bệnh lý.

Bài thuốc PT5 gồm: lá lốt, cây xấu hổ, quế chi, thiên niên kiện, cỏ xước, thổ phục linh, sài đất, hà thủ ô, sinh địa.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Lá lốt	Ôn trung tán hàn, hạ khí chỉ thống	Quần
Cây xấu hổ	Trừ phong thấp, giảm đau	Quần
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Thần
Thiên niên kiện	Trừ phong thấp, mạnh gân cốt	Thần
Cỏ xước	Thanh nhiệt giải biểu, khu phong trừ thấp	Tá
Thổ phục linh	Thanh nhiệt trừ thấp	Tá
Sài đất	Thanh nhiệt giải độc, chỉ thống	Tá
Hà thủ ô	Bổ huyết	Tá
Sinh địa	Bổ huyết, bổ can thận	Tá

4.2.2. Điều trị cụ thể

a. Thoái hóa vùng eo lưng xuống tới chân (khớp cột sống thắt lưng, khớp háng, khớp gối, gót chân...)

- Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia giảm:

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	12g
Phòng phong	12g	Đỗ trọng	12g
Quế chi	8g	Tang ký sinh	12g
Tế tân	8g	Sinh địa	12g
Tần giao	8g	Bạch thược	12g
Đương quy	8g	Cam thảo	6g
Đảng sâm	12g	Phục linh	12g

- Châm cứu: châm bổ các huyết quan nguyên, khí hải, thận du, tam âm giao.

Ôn châm các huyết tại khớp đau và vùng lân cận.

- Xoa bóp: tập luyện xuyên các khớp, chống cứng khớp; xoa bóp các chi đau, giúp tăng tuần hoàn và dinh dưỡng.

b. Thoái hóa các khớp ở chi trên, và các đốt xa bàn tay

- Bài Quyên tý thang (Bạch truật tuyền phương) gồm: khương hoạt 8g, phòng phong 8g, khương hoàng 12g, chích thảo 6g, đương quy 8g, xích thực 12g, gừng 4g, đại táo 12g, hoàng kỳ 12g.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Sơ phong, trừ thấp	
Phòng phong	Sơ phong, trừ thấp	
Khương hoàng	Lý khí trệ ở trong huyết, trừ khử hàn thấp	
Chích thảo	Ích khí	
Đương quy	Hoà doanh, hoạt huyết	
Xích thực	Hoà doanh, hoạt huyết	
Gừng	Trừ hàn, chỉ thống	
Đại táo	Doanh, vệ, khu phong, trừ thấp	
Hoàng kỳ	Ích khí	

c. Thoái hóa khớp ở vùng cột sống thắt lưng kèm biểu hiện thận dương hư

- Các bài thuốc:

- + Bài Hữu quy hoàn gia giảm (gồm: phụ tử 4g, kỷ tử 10g, nhục quế 4g, cam thảo 8g, sơn thù 8g, đỗ trọng 12g, hoài sơn 12g, cầu tích 12g, thực địa 16g, cốt toái bổ 12g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: bổ hỏa, trợ dương, trục phong hàn thấp tà	Quân
Kỷ tử	Ngọt, bình: bổ can thận, điều trị đau lưng	
Nhục quế	Cay, ngọt, đại nhiệt, hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	Quân
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ trung khí, chỉ thống, điều hòa các vị thuốc	
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, cay, ấm: ôn bổ can thận, mạnh gân xương, chữa đau lưng	
Hoài sơn	Ngọt bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Thần
Cầu tích	Đắng, ngọt, ấm: ôn dưỡng can thận, trừ phong thấp	
Thực địa	Ngọt, ấm: bổ huyết, dưỡng âm	
Cốt toái bổ	Đắng, ấm: ôn bổ thận, mạnh gân xương, hoạt huyết	

- + Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia thêm phụ tử chế 8g.
- Châm cứu: châm bổ các huyết vùng thắt lưng như thận du, đại trường du, mệnh môn, chí thất, bát liêu...
- Xoa bóp vùng thắt lưng.
- Động viên người bệnh vận động, tập nhẹ nhàng, thường xuyên để tránh cứng khớp cột sống do dính khớp.

d. Thoái hóa cột sống có đợt cấp do co cứng

- *Phép trị:* khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn kinh hoạt lạc.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Khương hoạt thăng thấp thang (gồm: khương hoạt 10g, độc hoạt 12g, cỏ bản 8g, mạn kinh tử 10g, xuyên khung 12g, cam thảo 8g, quế chi 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Giải biểu, tán hàn, khu phong, trừ thấp	Quân
Độc hoạt	Khử phong thấp, giải biểu, tán hàn	Quân
Mạn kinh tử	Tán phong nhiệt, giảm đau	Thần
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết	Tá
Cỏ bản	Tán phong hàn, khử phong thấp	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Có thể gia thêm: ma hoàng, quế chi nếu cần.

- + Bài Can khương thương truật thang gia giảm (gồm: khương hoạt 12g, can khương 6g, tang ký sinh 12g, phục linh 10g, thương truật 12g, ngư tất 12g, quế chi 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Giải biểu, tán hàn, khu phong, trừ thấp	Quân
Tang ký sinh	Trừ phong thấp, thông kinh lạc	Tá
Can khương	Ôn trung, tán hàn	Thần
Phục linh	Lợi thủy, thẩm thấp	Tá
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Thần
Ngư tất	Thanh nhiệt, trừ thấp	Tá
Thương truật	Ôn trung, hóa đàm	Quân

- Châm cứu: a thị huyết.
- Xoa bóp: dùng các thủ thuật day, ấn, lăn trên vùng lưng bị co cứng. Sau khi xoa bóp nên vận động ngay.
- Chườm ngoài: dùng muối sống rang nóng chườm lên vùng đau hoặc dùng cồn xoa bóp (ô đầu sống, quế, đại hồi) nhưng chỉ xoa lên vùng đau, không được uống. Có thể dùng lá ngải cứu sao rượu đắp nóng tại chỗ hoặc rang chườm nóng tại chỗ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Nguyên nhân gây nên thoái hóa khớp nguyên phát là
 - A. Sự lão hóa, yếu tố cơ giới và di truyền
 - B. Yếu tố cơ giới, sự lão hóa và chuyển hóa
 - C. Yếu tố cơ giới, di truyền và chuyển hóa
 - D. Yếu tố cơ giới, sự lão hóa, thêm do nội tiết ở người phụ nữ
 - E. Sự lão hóa yếu tố cơ giới, và các dị dạng, bẩm sinh
2. Mô tả nào sau đây nêu chính xác sinh bệnh học và thoái hóa khớp (THK)
 - A. THK là bệnh diễn biến hai giai đoạn: giai đoạn quân bình của sụn do cơ chế tự sửa chữa để tái lập cân bằng và không xuất hiện triệu chứng, giai đoạn: sự quân bình của sụn bị phá vỡ và xuất hiện các hiện tượng viêm và sung huyết ở các tổ chức khớp và cận khớp gây đau
 - B. THK là bệnh của toàn bộ các thành phần cấu tạo khớp, có 2 quá trình song song xảy ra: một là sự thoái hóa phá hủy dần sụn khớp, phủ trên bề mặt xương làm thay đổi cấu trúc khớp; hai là hiện tượng viêm ở tổ chức khớp và cận khớp gây nên đau, sung huyết và giảm hoạt động khớp
 - C. THK diễn biến sớm nhất là viêm, sau đó xơ phát triển làm thay đổi cấu trúc đồng thời những sản phẩm trong quá trình viêm đổ vào khớp tàn phá sụn xương và viêm nhiễm cả bao hoạt dịch tạo thành vòng luẩn quẩn bệnh lý liên tục
 - D. THK diễn biến tuần tự như sau: tế bào sụn bị thoái hóa, các sản phẩm liên quan đến sự thoái hóa đổ vào ổ dịch khớp gây viêm dính

khớp, sụn bị hủy hoại, xương tăng sinh tái tạo gây tăng độ cứng và thành lập gai xương

E. Câu B và D đúng

3. Vai trò của interleukin I trong THK

A. Chủ chốt phá vỡ sự quân bình của hoạt động sụn khớp; hoạt hóa hiện tượng dị hóa, nguồn gốc gây ra viêm và đau và vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa khớp và viêm nhiễm khớp

B. Phá vỡ sự quân bình giữa sự thoái hoá và tái tạo chất lượng của sụn khớp; hoạt hóa hiện tượng dị hóa, làm giảm đồng hóa; hoạt hóa tế bào hủy xương, nguồn gốc gây ra viêm và đau, vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa và viêm nhiễm ở khớp

C. Phá vỡ sự quân bình của sụn khớp, hoạt hóa hiện tượng dị hóa, tham gia vào hiện tượng viêm nhiễm và hủy xương, vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa và viêm nhiễm ở xương

D. Phá vỡ sự quân bình của sụn khớp; làm giảm đồng hóa, hoạt hóa tế bào hủy xương, tham gia vào hiện tượng viêm nhiễm, giải phóng các sản phẩm của quá trình thoái hóa làm vĩnh cửu hóa sự thoái hoá khớp và viêm nhiễm ở khớp

E. Cả A và D mới đúng và đủ

4. Xét nghiệm cận lâm sàng nào sau đây là đặc trưng của thoái hóa khớp

A. X quang: hẹp khe khớp; đặc trưng dưới sụn

B. X quang: mọc gai xương ở phần tiếp giáp giữa xương sụn và màng hoạt dịch; ở rìa ngoài của thân đốt sống

C. Tốc độ lắng máu nhanh và hình ảnh X quang mọc gai xương

D. Nội soi khớp: thấy tổn thương thoái hoá của sụn khớp

E. Tùy thuộc giai đoạn bệnh lý sẽ có đủ A, B, D là đặc trưng của thoái hóa khớp

5. Nên chọn lựa thái độ điều trị nào sau đây trong thoái hóa khớp

A. Điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng các khớp

B. Điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng vận động khớp và phòng bệnh bằng cách hạn chế các tác động cơ giới quá mức ở khớp và cột sống

C. Điều trị triệu chứng, phục hồi các chức năng khớp và điều trị nguyên nhân

- D. Điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng khớp và chú ý phòng bệnh cùng điều trị nguyên nhân
- E. Tất cả các câu trên đều đúng
6. Bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang (gồm: khương hoạt, độc hoạt, cỏ bản, mạn kinh tử, xuyên khung, cam thảo) dùng để điều trị
- A. Tích thống
- B. Bối thống
- C. Phong tý
- D. Thấp tý
- E. Tích bối thống
7. Bài Hữu quy hoàn gia vị (gồm: phụ tử, quế chi, sơn thù, sơn dược, lộc giác giao, thực địa, kỷ tử, cam thảo, đỗ trọng, cầu tích) được chỉ định điều trị
- A. Tích thống
- B. Bối thống
- C. Phong tý
- D. Hàn tý
- E. Tích bối thống
8. Bài thuốc PT5 bao gồm lá lốt, cây xấu hổ, quế chi, thiên niên kiện, cỏ xước, thổ phục linh, sài đất, hà thủ ô, sinh địa có thể chỉ định điều trị thoái hoá khớp
- A. Vùng eo lưng, khớp háng, gối, gót chân
- B. Khớp vai, khuỷu, cổ tay
- C. Cột sống có đợt cấp do co cứng
- D. Chi trên và đốt ngón xa
- E. Tất cả các khớp

THỐNG PHONG (GOUTTE)

MỤC TIÊU

1. *Nêu được những yếu tố dịch tễ học của bệnh Goutte.*
2. *Nêu được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh Goutte theo YHCT & YHHĐ.*
3. *Chẩn đoán được bệnh Goutte nguyên phát và thứ phát theo YHHĐ và các thể bệnh theo YHCT.*
4. *Trình bày được những nguyên tắc và phương pháp điều trị Goutte theo YHCT & YHHĐ.*
5. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị Goutte bằng YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Goutte (hay hội chứng Goutte) là danh từ dùng để chỉ một nhóm tình trạng bệnh lý gồm nhiều thời kỳ viêm khớp tái đi tái lại, tương ứng với sự hiện diện của các tinh thể acid uric hoặc tinh thể muối urat ở trong dịch khớp. Trong nhiều trường hợp có thể có sự tích tụ các tinh thể này ở ngoài khớp như ở trong thận, trong một số mô dưới da. Có hai loại chính:

Goutte nguyên phát: có tính chất di truyền.

Goutte thứ phát: thường là hậu quả tiến triển của một bệnh hay là hậu quả của việc sử dụng thuốc lâu ngày (như thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp).

Tần suất xuất hiện: 90% trường hợp Goutte nguyên phát xảy ra ở đàn ông, nếu ở phụ nữ chỉ thấy xảy ra ở tuổi mãn kinh mà thôi.

Goutte thứ phát hay gặp ở phụ nữ mắc bệnh tim mạch, có tăng huyết áp hoặc những bệnh nhân có bệnh ác tính về máu (bệnh đau tủy Kahler, bệnh bạch cầu kinh thể tủy, đa hồng cầu...), bị bệnh thận mạn hoặc bị ngộ độc chì.

Theo thống kê ở châu Âu: bệnh Goutte chiếm 0,02 đến 0,2% dân số, chủ yếu ở nam giới (chiếm tỷ lệ 95%), thường xuất hiện ở tuổi trung niên (30 - 40 tuổi).

Ở Việt Nam theo thống kê của Bệnh viện Bạch Mai: bệnh Goutte chiếm 1,5% các bệnh về xương khớp.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học cổ truyền

2.1.1 Nguồn gốc và sự chuyển hóa acid uric

Nguyên nhân trực tiếp gây ra bệnh Goutte là acid uric. Ở người bình thường: acid uric trong máu giữ mức độ cố định: nam 5mg% và nữ 4mg%. Tổng lượng acid uric trong cơ thể là 1000mg và lượng này luôn luôn được chuyển hóa (sinh mới và thải trừ).

a. Sinh mới

Acid uric được tạo thành từ 3 nguồn:

- Thoái biến từ chất có nhân purin do thức ăn mang vào.
- Thoái biến từ chất có nhân purin từ trong cơ thể (các acid nhân ADN và ARN do sự phá hủy các tế bào giải phóng ra).
- Tổng hợp các purin từ con đường nội sinh.

Ngoài sự hình thành acid uric từ ba nguồn trên còn cần có sự tham gia của các men nuclease, xanthin oxyclase, hypoxanthin, guanin phosphoribosyl transferase (HGPT).

b. Thải trừ

Để cân bằng, hàng ngày acid uric được thải trừ ra ngoài, chủ yếu theo đường thận (450 - 500mg/24h) một phần qua đường phân và một số cùng với các đường khác 200mg.

2.1.2. Nguyên nhân gây tăng lượng acid uric

- Tăng bẩm sinh (bệnh Lesch - Nyhan): do thiếu men HGPT nên lượng acid uric tăng cao ngay từ nhỏ, bệnh có biểu hiện toàn thân, thần kinh, thận và khớp. Bệnh này rất hiếm và rất nặng.
- Goutte nguyên phát: gắn liền với yếu tố di truyền và cơ địa, quá trình tổng hợp purin nội sinh tăng nhiều gây tăng nhiều acid uric.
- Goutte thứ phát: acid uric trong cơ thể tăng do
 - + Ăn nhiều thức ăn có chứa nhiều purin (gan, phủ tạng động vật, thịt, cá, nấm, tôm, cua), uống nhiều rượu. Đây cũng là tác nhân tác động gây bệnh cả nguyên phát và thứ phát.
 - + Do tăng cường thoái biến purin nội sinh (phá hủy nhiều tế bào tổ chức) như bệnh đa hồng cầu, bệnh bạch cầu mạn thể tủy, Hodgkin, sarcom hạch, đau tủy xương hoặc do sử dụng những thuốc diệt tế bào để điều trị các bệnh ác tính.
 - + Giảm thải acid uric qua thận do viêm thận mạn tính hoặc suy thận làm acid uric ứ lại gây bệnh.

2.1.3. Cơ chế bệnh sinh

Khi lượng acid uric trong máu tăng cao (trên 7mg% hay 416,5 μ mol/l) và tổng lượng acid uric trong cơ thể tăng thì sẽ lắng đọng lại ở một số tổ chức và cơ quan dưới dạng tinh thể acid uric hay urat monosodic.

- Lắng đọng ở màng hoạt dịch gây viêm khớp.
- Lắng đọng ở thận (như mô thận và đài bể thận).
- Lắng đọng ở các nội tạng và cơ quan, gây các biểu hiện bệnh Goutte ở nơi này:
 - + Sụn xương, sụn khớp, sụn vành tai, thanh quản.
 - + Gân: gân Achille, các gân duỗi các ngón.
 - + Tổ chức dưới da: khuỷu, mắt cá, gối.
 - + Thành mạch, tim.
 - + Máu.

Trong bệnh Goutte, urat monosodic lắng đọng ở thành hoạt dịch sẽ gây một loạt các phản ứng:

- Hoạt hóa yếu tố Hageman tại chỗ, từ đó kích thích các tiền chất gây viêm như kininogen và kallikreinogen trở thành kinin và kallikrein gây phản ứng viêm ở thành hoạt dịch.
- Từ phản ứng viêm các bạch cầu sẽ tập trung tới, bạch cầu sẽ thực bào các vi tinh thể urat rồi giải phóng các men tiêu thể của bạch cầu (lysozym) các men này cũng là một tác nhân gây viêm rất mạnh.
- Phản ứng viêm của màng hoạt dịch sẽ làm tăng chuyển hóa, sinh nhiều acid lactic tại chỗ và giảm độ pH, môi trường càng toan thì urat càng lắng đọng nhiều và phản ứng viêm ở đây trở thành một vòng khép kín liên tục, viêm sẽ kéo dài. Do đó trên lâm sàng thấy 2 thể bệnh Goutte:
 - Thể bệnh Goutte cấp tính, quá trình viêm xảy ra trong một thời gian ngắn rồi chấm dứt, rồi lại tái phát.
 - Thể bệnh Goutte mạn tính quá trình lắng đọng urat nhiều và kéo dài, biểu hiện viêm liên tục không ngừng.

2.1.4. Biểu hiện lâm sàng

a. Giai đoạn nồng độ acid uric trong máu cao và chưa biểu hiện trên lâm sàng

Hay gặp ở nam lúc tuổi dậy thì và nữ lúc tuổi mãn kinh. Có thể xuất hiện cơn đau quận thận (10 - 40%) do sỏi urat trước.

b. Giai đoạn Goutte cấp tính

Goutte cấp tính được biểu hiện bằng những đợt viêm cấp tính và dữ dội của ngón chân cái (khớp bàn ngón), thường xảy đến bất thành hình. Cơn Goutte cấp có thể khởi phát sau một số điều kiện thuận lợi như:

- Sau một bữa ăn nhiều thịt rượy.
- Sau chấn thương hoặc phẫu thuật.
- Lao động nặng, đi lại nhiều, mang giày quá chật.
- Xúc động, cảm động.
- Nhiễm khuẩn cấp.
- Sau khi dùng một số thuốc lợi tiểu như nhóm chlorothiazid, tinh chất gan, vitamin B12, steroid...

Khoảng 50% bệnh nhân có dấu hiệu báo trước như rối loạn tiêu hóa, nhức đầu, mệt mỏi, đái nhiều và nóng buốt, sốt nhẹ...

Cơn thường xảy ra vào ban đêm, khoảng 2 - 3 giờ sáng: đau nhức dữ dội ở khớp bàn ngón chân cái, càng lúc càng đau nhiều, đến nỗi đụng vào tấm chăn mềm cũng không sao chịu được.

Cơn đau kéo dài đến sáng thì dịu dần, đến đêm hôm sau lại bắt đầu đợt đau như cũ. Một cơn Goutte cấp tính có thể kéo dài vài ngày đến vài tuần. Bệnh nhân có sốt, có thể kèm theo rét run, nhiệt độ từ 38 - 39°C. Sốt càng cao nếu bệnh nhân càng đau nhiều.

Nơi khớp đau nhức sẽ có dấu hiệu viêm khớp cấp, da đỏ lóng, phù nhẹ, có nhiều tĩnh mạch nổi lên.

Hết cơn, bệnh nhân sẽ ngứa ở khớp, tróc da, khớp bị cứng từ 1 - 2 ngày rồi trở lại bình thường không di chứng.

Cơn cấp tính có thể tái phát nhiều lần, 7% không có cơn Goutte cấp lần II, nhưng phần lớn cơn Goutte cấp lần II xảy ra từ sau một năm cho tới 10 năm.

c. Goutte mạn tính

Diễn tiến chậm, có thể có hoặc không có, kèm theo các đợt cấp. Nếu có các đợt này xảy ra ít hơn, thời gian đau ngắn hơn.

Goutte mạn biểu hiện bằng dấu hiệu nổi ở các u cục (tophi) và viêm đa khớp mạn tính, do đó gọi là Goutte lắng đọng.

Tophi là những cục tinh thể acid uric hoặc muối urat có ở màng khớp, sụn khớp, gân cơ, mô dưới da. Tophi xuất hiện một cách kín đáo, lớn chậm, không di động, cứng dần, hình thể không đều, không đau nhưng sự hiện diện ở khớp có thể làm cứng dần và đưa tới biến dạng khớp. Da nơi tophi xuất hiện

đễ bị loét, rò rỉ, chảy ra một chất trắng như phấn. Tophi ít khi bị nhiễm trùng nhưng nếu bội nhiễm rất khó chữa lành.

Biến dạng khớp: khớp nào ở giai đoạn Goutte mạn tính cũng đều có thể bị tổn thương cả. Thường bị thương tổn ở nhiều khớp một lúc và là các khớp nhỏ ngoại biên. Khớp không đau lúc nghỉ ngơi nhưng đau và cứng khớp khi hoạt động.

d. Biến chứng nội tạng

Khoảng 1/3 trường hợp bệnh nhân đau sau cơn Goutte có cơn đau thận thận do có sự thành lập sỏi urat.

Một số bệnh nhân có chức năng thận thay đổi, diễn tiến bệnh thận rất chậm.

2.1.5. Biểu hiện cận lâm sàng

- Acid uric máu tăng.
- Bạch cầu tăng
- Tốc độ lắng máu bình thường hoặc tăng ít.
- Dịch khớp đục.
- Bạch cầu tăng nhiều 10.000 - 70.000/mm³; phần lớn là bạch cầu đa nhân, lượng mucin giảm, nồng độ glucose và acid uric tương tự như trong máu.
- X quang khớp:
 - + Goutte cấp chưa có biến đổi trên X quang.
 - + Goutte mạn: khoảng cách 2 đầu xương hẹp lại, có hiện tượng mọc thêm xương ở đầu xương và có hiện tượng tạo hang ở trong xương.

2.2. Nguyên nhân bệnh sinh theo y học cổ truyền

Goutte (hay thống phong) được mô tả như trên nằm trong phạm trù chứng tý thể hàn tý, thấp tý, hàn thấp tý và chứng lịch tiết phong.

Nguyên nhân bệnh là do ba thứ tà khí phong, hàn, thấp vào tích tụ lâu ngày trong cơ thể, mà cơ thể lại có can thận bất túc: can hư không nuôi dưỡng được cân mạch; thận hư không làm chủ được cốt tủy. Hư nhiệt kết hợp với khí huyết ú trệ do tà khí tích tụ gây bế tắc làm cho khớp xương sưng nóng đau không co duỗi vận động được. Đau càng dữ dội về đêm, trời lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau. Nếu bệnh tiến triển nhanh và mạnh hơn thì gọi là bạch hổ lịch tiết.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng có acid uric tăng cao trong máu.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Cơ Goutte cấp cần chẩn đoán phân biệt với:
 - + *Cơ giả Goutte*: là bệnh viêm khớp của người già, do sự lắng đọng của những tinh thể calci trong dịch khớp, đôi khi cũng có xảy ra ở người trẻ và thường tổn tiến triển nhanh chóng ở nhiều khớp. Bệnh xuất hiện ở hai phái như nhau. Cơ giả Goutte cấp cũng tương tự như Goutte cấp nhưng thường là tổn thương khớp to (nhất là gối, cũng có thể thấy ở khớp cổ tay, cổ chân, mắt cá, cột sống lưng, ngón cái chân) và thời gian đau ngắn hơn 1-2 tuần.

X quang cho thấy hiện tượng hóa vôi ở sụn.

Dịch khớp chứa các tinh thể calci và giả tophi là những cục tinh thể calci kết lại thành từng đám.

Bệnh điều trị không hiệu quả với colchicin.

- + Viêm khớp cấp trong bệnh viêm đa khớp dạng thấp.
 - + Viêm khớp mủ.
 - + Viêm khớp do chấn thương.
 - + Thoái hóa khớp.
- Goutte mạn tính: cần phải phân biệt tất cả các trường hợp viêm khớp gây biến dạng khớp như thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp.

4. ĐIỀU TRỊ THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

4.1. Mục đích

Chấm dứt cơn Goutte cấp càng nhanh càng tốt.

Ngừa tái phát.

Ngừa biến chứng bằng cách ngăn ngừa sự lắng đọng của các tinh thể acid uric hoặc muối urat.

Tránh các yếu tố thuận lợi cho sự xuất hiện Goutte.

4.2. Cụ thể

- Điều trị cơn Goutte cấp thường dùng colchicin ở liều tấn công. Có thể dùng phenylbutazon hoặc indocid để tăng sự thải acid.
- Ngừa tái phát: có thể dùng colchicin liều thấp và dùng các thuốc probenecid, allopurinol hoặc sulfipyrazon để tăng sự thải acid uric.
- Chế độ ăn uống và sinh hoạt:

- + Kiên nhẫn và các thuốc kích thích như ớt, cà phê v.v...
- + Hạn chế thức ăn có nhiều purin.
- + Uống nhiều nước (2 lít/ngày).
- + Tránh làm việc quá sức, tránh lạnh, tránh ăn uống quá mức.
- + Khi phẫu thuật hoặc các bệnh toàn thân cần chú ý theo dõi acid uric máu để điều trị kịp thời.

4.3. Điều trị theo y học cổ truyền

4.3.1. Goutte nguyên phát

Y học cổ truyền mô tả trong chứng thống tý hay hàn tý. Đau dữ dội ở một khớp trời lạnh đau tăng, đêm đau nhiều không ngủ được. Hàn khí nhiều hay hành bệnh đi xuống làm cho khớp xương, da thịt 2 chân nặng nề hoặc sưng nhúc.

Phép chữa chung: tán hàn, khu phong, trừ thấp và hành khí hoạt huyết.

a. Thể hàn tý

- *Phép trị*: tán hàn làm chính, sơ phong táo thấp làm phụ và gia thêm thuốc ôn thông vì tính chất của hàn là ngưng trệ.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia thêm các vị thuốc như phụ tử 8g, quế chi 8g (*xem Bệnh học và điều trị II, trang 334*).
 - + Bài Ô đầu thang gia giảm gồm: phụ tử chế 8g, ma hoàng 12g, bạch thược 12g, hoàng kỳ 12g, phục linh 12g, cam thảo 8g.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Bổ hỏa, trợ dương, trục hàn tà	Quân
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu	Thần
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết chỉ thống	Thần
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu	Tá
Phục linh	Lợi thủy, thẩm thấp	Tá
Lá sa -kê	Trừ đàm thấp	Tá
Cam thảo	Ôn trung, điều hòa các vị thuốc	Sứ

- + Bài Ngũ tích tán gia giảm

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Can khương	Ôn trung, trục hàn, thông mạch	Quân
Nhục quế	Ôn lý, khử hàn	Quân
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu	Thần
Đương quy	Hoạt huyết, dưỡng huyết	Thần
Xuyên khung	Hoạt huyết, chỉ thống	Thần
Bạch chỉ	Trấn thống, giải biểu	Tá
Thương truật	Ôn trung, hoá đàm	Tá
Tần giao	Trừ phong thấp, thư cân, hoạt lạc	Tá
Hậu phác	Táo thấp, kiện tỳ	Tá
Trần bì	Kiến tỳ, lý khí, hoá đàm	Tá
Bán hạ	Giáng khí, trừ thấp, hoá đàm	Tá
Phục linh	Lý khí, hoá đàm	Tá
Bạch thược	Dưỡng huyết, chỉ thống	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hoà vị	Sứ

b. Lịch tiết phong

- Nếu ở giai đoạn cấp khớp sưng to, đau nhức dữ dội, co duỗi khó khăn, phát sốt thì dùng bài Bạch hổ quế chi thang gia vị (gồm: thạch cao, quế chi, tri mẫu, thương truật, hoàng bá, tang chi, ngạnh mễ, phòng kỷ).
- Nếu qua giai đoạn cấp thì dùng bài Độc hoạt tang ký sinh gia giảm (gồm: độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, tế tân, tần giao, đương quy, đảng sâm, phục linh, ngư tất, đỗ trọng, quế chi, thực địa, bạch thược, phụ tử chế, cam thảo).

4.3.2. Goutte thứ phát

Tùy thuộc vào thể bệnh chính kèm theo Goutte như thận âm hư, can âm hoặc can huyết hư, tỳ thận dương hư mà dùng bài thuốc cho thích hợp nhưng vị thuốc chính là lá sa kê từ 20 đến 30g.

Thí dụ: Goutte thứ phát trên tăng huyết áp thể can thận âm hư thì dùng như sau

- Bài Bổ can thận

Đương quy	12g	Hoài sơn	12g
Thực địa	16g	Trạch tả	12g
Sài hồ	12g	Hà thủ ô	12g
Thảo quyết minh	12g		

Gia thêm lá sa kê 20g - 30g

- Dùng độc vị lá sa kê 50g sắc uống dưới dạng trà hằng ngày, kèm thêm bài thuốc Lục vị nếu có thận âm hư; kèm thêm bài thuốc Bát vị nếu có tỳ thận dương hư .v.v....

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Tần suất xuất hiện Goutte
 - A. 90% ở giới nam, từ 20 tuổi trở lên
 - B. 95% ở giới nam trung niên, tuổi từ 30-40 tuổi
 - C. 65% ở giới nữ trung niên từ 40 tuổi trở lên
 - D. 65% ở giới nam sau khi mắc bệnh tim mạch
 - E. Tất cả các yếu tố trên đều đúng
2. Cơ chế sinh ra Goutte là do lượng acid uric trong máu tăng cao và
 - A. Giảm thải qua thận, làm ứ lại acid uric ở thận gây bệnh
 - B. Lắng đọng ở thận gây viêm thận, rồi suy thận, làm acid uric ứ lại gây bệnh
 - C. Hoạt hoá yếu tố Hageman kích thích các bổ thể tiền chất gây viêm khớp
 - D. Lắng đọng ở màng hoạt dịch khớp hoạt hoá các yếu tố Hageman tại chỗ, kích thích các tiền chất gây viêm, tạo nên phản ứng viêm khớp
 - E. Tạo nên phản ứng viêm làm tăng chuyển hoá làm giảm độ toan và đây là điều kiện gây ra Goutte
3. Biểu hiện nào sau đây là đặc trưng của cơn Goutte cấp
 - A. Nổi các u cục (tophi) và viêm đa khớp mạn tính
 - B. Sưng khớp, kèm theo rối loạn tiêu hoá, sốt và tiểu nhiều nóng buốt
 - C. Sưng nóng đau dữ dội ngón chân cái kèm sốt cao và xảy đến bất thành hình
 - D. Khớp ngón cái sưng to nổi các u cục (tophi) loét, rò lỗ, chảy ra chất trắng như phấn
 - E. Sưng khớp to có nóng đỏ kèm sốt cao, nhiều khớp viêm cùng một lúc
4. Bài thuốc Ngũ tích tán gia giảm có tác dụng
 - A. Ôn thông, sơ phong, táo thấp, hoá đàm

- B. Ôn trung, tán hàn, hoá đàm
 - C. Tán hàn, ôn thông, sơ phong, táo thấp
 - D. Tán hàn, trấn thống, lý khí, hoá đàm
 - E. Ôn lý, khứ hàn, sơ phong, hoá đàm
5. Vị thuốc ma hoàng trong bài Ngũ tích tán (gồm: ma hoàng, bạch chỉ, can khương, nhục quế, thương truật, hậu phác, trần bì, bán hạ, phục linh, đương quy, xuyên khung, bạch thược, tần giao, cam thảo) có vai trò và tác dụng
- A. Phát hãn, giải biểu: vai trò quân
 - B. Phát hãn, giải biểu: vai trò thân
 - C. Trấn thống, giải biểu: vai trò quân
 - D. Trấn thống, giải biểu: vai trò thân
 - E. Phát hãn, giải biểu: vai trò tá
6. Bài Bạch hổ quế chi thang gia vị chỉ định điều trị Goutte thể
- A. Thể thấp tý giai đoạn cấp
 - B. Lịch tiết phong giai đoạn cấp
 - C. Lịch tiết phong giai đoạn mạn
 - D. Thể nhiệt tý giai đoạn cấp
 - E. Thể nhiệt tý giai đoạn mạn
7. Bài thuốc Ô dầu thang gia giảm (gồm: phụ tử, ma hoàng, bạch thược, hoàng kỳ, phục linh, cam thảo) dùng chỉ định điều trị Goutte thể
- A. Hàn tý
 - B. Thấp tý
 - C. Hàn thấp tý
 - D. Hàn tý giai đoạn cấp
 - E. Thấp tý giai đoạn cấp
8. Bài thuốc Bồ can thận (gồm: đương quy, thực địa, hoài sơn, sài hồ, trạch tả, hà thủ ô, thảo quyết minh gia thêm lá sa kê) có chỉ định điều trị Goutte
- A. Nguyên phát kèm tăng huyết áp trên can thận âm hư
 - B. Thứ phát trên tăng huyết áp thể can thận âm hư
 - C. Nguyên phát giai đoạn mạn thể can thận âm hư
 - D. Nguyên phát giai đoạn cấp thể can thận âm hư
 - E. Thứ phát mọi giai đoạn thể can thận âm hư

ĐÁP ÁN

Bài 1

Chọn câu đúng

1C; 2E; 3E; 4C; 5A; 6B; 7C; 8C; 9E; 10C; 11A

Câu hỏi nhân quả

1B; 2A; 3C; 4D; 5E; 6A; 7A; 8C; 9C; 10A; 11A; 12E

Bài 2

Chọn câu đúng

1B; 2E; 3A; 4A; 5E; 6C; 7B; 8E; 9C; 10B

Điền vào chỗ trống

- A Đau ngực trên các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

B Khó thở trên các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

C Đau thượng vị trên các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

D Trên bệnh nhân có bệnh động mạch
- A Đau ngực điển hình mà không có gắng sức

B Đau ngực điển hình mà không có gắng sức trên những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ
- A Chống những yếu tố nguy cơ của xơ mỡ động mạch

B Làm giảm tiêu thụ O₂ cơ tim

C Chống tình trạng tạo mảng xơ vữa

D Tái lập tuần hoàn mạch vành

Bài 3

Chọn câu đúng

1C; 2E; 3D; 4C; 5E

Câu hỏi nhân quả

1E; 2E; 3A; 4E; 5A; 6B

Bài 4

Chọn câu đúng

1C; 2B; 3C; 4B; 5D; 6A; 7C; 8B; 9A; 10C; 11D; 12B; 13C

Bài 5

Chọn câu đúng

1D; 2C; 3B; 4C; 5E; 6D; 7A; 8E; 9A; 10A

Bài 6

1A; 2E; 3C; 4D; 5D; 6E; 7B; 8C; 9D; 10B

Bài 7

1C; 2B; 3E; 4E; 5D; 6E; 7B; 8A; 9B; 10D

Bài 8

1D; 2C; 3A; 4C; 5B; 6D; 7B; 8E; 9C; 10D; 11B; 12 B; 13 B; 14 B; 15 E; 16 C

Bài 9

1D; 2A; 3C; 4B; 5A; 6B; 7C; 8E; 9C; 10A; 11B; 12D; 13E; 14B; 15A; 16C;
17C; 18A; 19D; 20D; 21E; 22E; 23A; 24B; 25D; 26D; 27A; 28B; 29B; 30A

Bài 10

1C; 2C; 3A; 4B; 5D; 6E; 7E; 8D; 9B; 10E

Bài 11

1B; 2D; 3C; 4D; 5C; 6E; 7E; 8B; 9C; 10D; 11E; 12D; 13C; 14D; 15B; 16D;
17A; 18B; 19A; 20A

Bài 12

1C; 2B; 3A; 4C; 5C; 6B; 7C; 8A; 9D; 10D; 11E; 12D; 13C; 14D; 15 E; 16B;
17C; 18C

Bài 13

1C; 2E; 3D; 4E; 5A; 6C; 7D; 8C; 9A; 10B

Bài 14

1A; 2E; 3C; 4C; 5B; 6A; 7C; 8A; 9E; 10C; 11E; 12E; 13E; 14D; 15C; 16C

Bài 15

1D; 2C; 3B; 4A; 5C; 6C; 7A; 8B; 9C

Bài 16

1B; 2B; 3C; 4D; 5A; 6D; 7A; 8B; 9B; 10D; 11A; 12B; 13A; 14D; 15 B; 16 D;
17D; 18B; 19D; 20A; 21B; 23C

Bài 17

1B; 2B; 3E; 4A; 5B; 6B; 7E; 8D; 9C; 10A

Bài 18

1B; 2E; 3B; 4D; 5A; 6C; 7B; 8B; 9B

Bài 19

1E; 2C; 3D; 4E; 5C; 6A; 7D; 8A; 9C; 10D

Bài 20

1D; 2B; 3C; 4E; 5B; 6C

Bài 21

1D; 2C; 3E; 4E; 5D; 6D; 7C; 8D; 9A; 10C

Bài 22

1D; 2D; 3E; 4E; 5A; 6B; 7E

Bài 23

Chọn câu đúng

1A; 2E; 3B; 4C; 5D

Câu hỏi nhân quả

1D; 2A; 3A; 4A; 5A; 6A; 7A; 8C; 9D; 10A

Bài 24

Chọn câu đúng

1D; 2D; 3A; 4C; 5A

Chọn câu sai

1E; 2A; 3C; 4E; 5D

Điền vào chỗ trống

- | | |
|-------------|-------------|
| A. Tại chỗ | D. Đặc hiệu |
| B. Tại chỗ | E. Đặc hiệu |
| C. Đặc hiệu | |
- A. Nằm ngửa, đầu kê gối mỏng

B. Thầy thuốc đứng ở phía đầu bệnh nhân
- A. Vuốt từ dưới cằm lên thái dương và từ trán hướng xuống tai

B. Xoa với các ngón tay khép kín, xoa thành những vòng nhỏ

C. Gõ nhẹ nhanh vùng trán và quanh mắt với các đầu ngón tay

Bài 25

Chọn câu đúng

1B; 2A; 3D; 4D; 5A; 6B; 7E; 8D; 9C; 10D

Bài 26

Chọn câu đúng

1C; 2E; 3D; 4C; 5E; 6C; 7A; 8A; 9C; 10A

Câu hỏi điền vào chỗ trống

1. A. Xuất hiện sớm ở phần xa của chi, lan dần về gốc chi
B. Càng về gốc chi, tê càng giảm
C. Rối loạn kiểu đối xứng: mang găng, đi tất
2. A. Giảm cảm giác nông
B. Giảm cảm giác bản thể
3. A. Yếu hoặc liệt
B. Giảm hoặc
C. Mất phản xạ
4. A. Điện cơ
B. Giải phẫu bệnh lý
5. A. Phân ly đạm - tế bào

Bài 27

Chọn câu đúng

1B; 2E; 3E; 4C; 5E; 6A; 7B; 8B; 9A; 10D; 11E

Điền vào chỗ trống

1. A. Tại chỗ
B. Đặc hiệu
C. Theo đường kinh
D. Theo đường kinh
2. A. Tại chỗ và đường kinh
B. Theo đường kinh
C. Theo đường kinh
D. Đặc hiệu
3. A. Gông cơ 4 đầu đùi
B. Tập cổ chân
C. Động tác uốn lưng

- D. Động tác tam giác
 - E. Động tác tam giác biến thể
 - F. Gồng cơ bụng
4. A. Gồng cơ mông
- B. Ngảng đầu lên, xoay đầu
 - C. Nhấc từng chân lên, hạ xuống
 - D. Gập, duỗi gối từng bên và 2 bên cùng lúc
 - E. Tay để sau gáy, nhấc đầu và vai lên

Bài 28

Chọn câu đúng

1D; 2B; 3C; 4D; 5A; 6B; 7C; 8A; 9D; 10C

Bài 29

Chọn câu đúng

1C; 2E; 3D; 4B; 5D; 6A; 7A; 8E; 9D; 10A; 11C

Bài 30

Chọn câu đúng

1A; 2B; 3B; 4E; 5B; 6B; 7A; 8A

Bài 31

Chọn câu đúng

1B; 2D; 3C; 4C; 5B; 6B; 7A; 8B

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tiếng Việt

1. Hoàng Bảo Châu. Phương thuốc cổ truyền. NXB Y học Hà Nội, 1995
2. Trần Văn Kỳ. Đông - Tây y điều trị bệnh tim mạch. Bệnh huyết áp cao, tr. 29-51, NXBTH Đồng Tháp, 1995.
3. Phạm Khuê. Bách khoa toàn thư bệnh học. Tăng huyết áp, 253-256. TTQGBSTĐBKVN, 1991
4. Định Ninh, Lê Đức Thiếp. Đông y số điển. Tam tiêu, tr.184, NXB Long An, 1975.
5. Nguyễn Tử Siêu. Hoàng đế Nội kinh Tố vấn. NXB Thành phố Hồ Chí Minh, 1992.
6. Viện Y học trung y Bắc kinh. Phương tễ học điển nghĩa. NXB Y học Hà Nội, 1994.
7. Bùi Chí Hiếu. Dược lý thuốc nam, NXB Đồng Tháp, 1994
8. Hải Thượng Lãn Ông. Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh, NXB Y học Hà Nội, 1997
9. Nguyễn Tử Siêu. Nội kinh Tố vấn. NXB TP. Hồ Chí Minh, 1991
10. Trần Văn Kỳ. Dược học cổ truyền tập I,II, NXB TP. Hồ Chí Minh, 1998
11. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược TPHCM. Bệnh học nội khoa, 1997
12. Trường Đại học Y Hà Nội. Y học cổ truyền, NXB Y học Hà Nội.
13. Bộ môn YHCT, Trường Đại học Y dược TPHCM. Triệu chứng học YHCT, 1997
14. Bách khoa thư bệnh học, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa, NXB Hà Nội 2000
15. Nguyễn Thiện Quyến, Nguyễn Mộng Hưng. Từ điển Đông y học cổ truyền, NXB Khoa học kỹ thuật, 1990
16. Trần Thuý - Chuyên đề nội khoa YHCT, NXB Y học Hà Nội, 1995
17. Đỗ Tất Lợi. Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam trg. 244, NXB Y học Hà Nội

18. Bộ môn Sản, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh. Bài giảng sản phụ khoa tập 2, NXB Y học, 1987.
19. Các nguyên lý nội khoa Harison tập 2. Viêm tiểu khung tr. 780, NXB Y học, 1993.
20. Trần Ngọc Ân. Bệnh Thấp khớp, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 1993
21. Viện Y học Trung Y Bắc Kinh. Phương tể học điển nghĩa - NXB Y học Hà Nội, 1994.
22. Nguyễn Thế Khánh, Phạm Tử Dương. Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng, NXB Y học Hà Nội, 1997.
23. Phạm Khuê. Cẩm nang điều trị nội khoa, NXB Y học Hà Nội.
24. Nguyễn Thiện Quyến, Nguyễn Mông Hưng. Từ điển Đông y học cổ truyền, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, 1990.
25. Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh. Y trung quan kiện tr. 36, NXB Y học, 1993.
26. Tuệ Tĩnh. Nam dược thần hiệu tr. 264 - 265, NXB Y học, 1996.
27. Hội phục hồi chức năng Việt Nam. Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não, 362-406, Nhà XB Y học, 1995.
28. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Đông y. Bài giảng Đông y tập 2. Liệt mặt ngoại biên, Nhà xuất bản Y học, 1979.
29. Lê Văn Thành. Bệnh học thần kinh. Bệnh lý thần kinh ngoại biên, tr. 224-238, Nhà xuất bản Y học, 1990.
30. Bộ môn Đông y Trường Đại học Y Hà Nội. Bài giảng Đông y. Đau dây thần kinh hông, 138-141, Nhà xuất bản Y học, 1979.
31. Bùi Chí Hiếu, Trần Khiết. Bệnh chứng và trị liệu theo YHCT kết hợp với YHHĐ. Suy nhược thần kinh, 405 - 411, Nhà xuất bản Đồng Nai, 1989.
32. Viện Y học Trung y Bắc Kinh (lược dịch: Dương Hữu Nam, Dương Trọng Hiếu), Phương tể học điển nghĩa, NXB Y học Hà Nội, 1994.

2. Tiếng Anh

1. Castaigne, M. Scherrer-Crsby. Le livre de l'interne-Cardiologie. Hypertension artérielle systémique, 131-159, Médecine - Sciences - Flammarion, 1991.
2. Harrison 's. Principles of Internal Medicine, 14th Edition.

3. Raj - K - Goyal. Disease of Esophagus - Motor disorder, page 1644 - 1645. Harrison's principle of internal medicine - Volume II 15th edition.
4. Laurence's Friedman và Walter L.Peterson - Gastritis, pp. 1610 - 1616. Harrison's principle of Internal medicine - Volume II 14th. Edition.
5. Erik A.J.Raws - Peptic Ulcer Disease Page 27 Medical Progress 8/ 1996, Vol 23 - N08.
6. John del valde - Peptic Ulcer Disease Page 1649 - 1658. Harrison's Principle Internal Medicine. Vol 2, 14th Edition.
7. Disorder of Absorption page 1665 - 1679 Henry. J. Binder 15th.
8. Digestive disease and science 39, 1155 - 1163, 1994.
9. Chronic Hepatitis page 1696 - 1704 Jule L. Dienstag Harrison's Principle Internal Medicine, Vol 2, 14th Edition.
10. Chronic Hepatitis page 1743 - 1751 Jule L. Dienstag Harrison's Principle Internal Medicine, Vol 2, 15th Edition.
11. Recurrent UTI'S in Women page 35 - 39 John. Kelly Medical Progress December, 1996, Vol 23 No 12.

A			
Achalasia	112,113,114	Bài Giải độc tứ vật thang (Y học nhập môn)	289
Alopecia areata	381,382, 383	Bài Hoàn đới thang (Phó thanh chủ nữ khoa)	285
An thần định chí thang gia giảm	262	Bài Hoàng liên giải độc thang	77
An thần, định tâm, cố tinh	262	Bài Hoàng liên thanh tâm ẩm (Tế thể lương thang)	296
Anagen	381	Bài Kỷ cúc địa hoàng thang	489
Androgenic Alopecia	381, 386	Bài Linh dương câu đằng thang	23
Asynchronization	381	Bài Lợi hỏa thang (Phó thanh chủ nữ khoa)	295
Áp xe thận và quanh thận	232	Bài Long đởm tả can thang	287
B		Bài Lục quân tử thang	79,105
Bạch dâm	283	Bài Lục quân tử thang gia vị	290
Bạch trọc	284	Bài Ma hạnh thạch cam thang	103
Bài Bạch hổ gia nhân sâm thang	359	Bài Đào nhân tán (Chứng trị chuẩn thang)	294
Bài Bạch hổ quế chi thang	511	Bài Ngô thù du gia vị (Chứng trị chuẩn thang)	292
Bài Bách hợp cố kim thang	78	Bài Ngũ vị tiêu độc ẩm	362
Bài Bán hạ bạch truật thiên ma thang	360	Bài Độc hoạt tang ký sinh	512
Bài Bảo nguyên thang	80	Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia phụ tử chế	516
Bài Bát tiên ẩm (Sản khoa phát mộng)	289	Bài Nội bổ hoàn (Nữ khoa toát yếu)	285
Bài Bát vị quế phụ gia giảm	360	Bài Phục mạch thang	492
Bài Bổ can thận	24,47,490	Bài Quyên tý thang	514
Bài Can khương thương truật thang	534	Bài Tăng dịch thang	434
Bài Chỉ thẩu tán	76	Bài Tam bổ hoàng (Nữ khoa chuẩn thang)	288
Bài Cửu long đơn (Nội kinh thập di)	286		
Bài Gia vị nhị diệu tán	288		

Bài Tang cúc ẩm	76	Bài thuốc tiêu biểu: Tiêu dao tán, Sài hồ sơ can thang	169
Bài Tế âm địa hoàng hoàn (Chứng trị chuẩn thang)	293	Bài thuốc tiêu biểu: Tứ quân hoặc Sâm linh bạch truật tán	81
Bài Thanh tâm liên tử ẩm	292	Bài Sâm linh bạch truật tán	81
Bài Thanh táo cứu phế thang	77	Bài Tiểu kế ẩm	236
Bài Thiên hoa phấn thang	359	Bài Xạ can ma hoàng thang	101
Bài Thiên ma câu đằng ẩm	22,362,409	Bài Tiêu dao tán	286
Bài Thiên vương bổ tâm đan	361	Bài Tô tử giáng khí thang	75
Bài Bát chính tán	235	Bài Trầm hương giáng khí (Chứng trị chuẩn thang)	287
Bài thuốc hạ áp	24,46	Bài Tri bá địa hoàng hoàn	358
Bài Hữu quy hoàn	396	Bài Tri bá địa hoàng hoàn gia vị	358,359,360
Bài Kim quỹ thận khí hoàn	106	Bài Vị phong tán (Giản dị phương)	295
Bài Kim tảo cố tinh hoàn	491	Bát trân thang	320
Bài Lục quân tử thang	105	Bệnh sinh đái tháo đường typ 1	333
Bài Lục vị gia giảm (còn gọi là Bát tiên thang)	106	Bình Can giáng nghịch	22
Bài Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thực	24,47,490	Bình Can tiềm dương (âm hư dương xung)	362
Bài Lục vị tri bá	237	Bình Can tức phong	22
Bài Ngọc bình phong tán	79	Bổ can thang hoặc Tứ vật thang	322
Bài Nhân trần cao thang	319	Bổ hư cố sáp	295
Bài Đơn chi tiêu dao	488	Bổ ích phế khí	79
Bài Định suyễn thang	102	Bổ ích tâm tỳ	49,323
Bài thuốc PT5	532	Bổ khí huyết	320
Bài Quế chi hoàng kỳ thang	105	Bổ phế cố biểu, ích khí, định suyễn	104
Bài Tam ao thang	103	Bổ thận ích tinh, tư âm dưỡng huyết	395
Bài Tả bạch tán	104		
Bài Thận khí hoàn	410,493		
Bài Tiểu thanh long thang	103		
Bài thuốc tiêu biểu: Thủy lục đơn	264		

Bổ thận lợi niệu thông lâm	248
Bổ thận, tráng dương, ích tinh	285
Bổ thận trợ dương	396
Bổ trung ích khí	291,395
Bài Hữu quy ẩm	493

C

Can âm hư	180
Can khí uất kết	168,169
Can nhiệt, tỳ thấp	180
Can uất, tỳ hư	180
Celiac sprue	153
Chấn tinh ích tủy, bổ thận kiện não	433
Chestpain	116
Chứng hồi hộp, mất ngủ	341
Chứng đầu vầng mắt hoa	341
Co thắt thực quản lan toả	115
Cổ chân thang (Đông viên phương)	290
Cổ trướng	195,196
Cổ kinh hoàn (Y học nhập môn)	292
Công hạ trực thủy	208
Cường dương	252,253
Cricopharyngeal bar	112
Crohn	145,151

D

Discoïd	383
Do bệnh lâu ngày	13

Do đàm thấp	13
Do thất tình	13
Dưỡng âm nhuận phế	359
Dưỡng âm thanh nhiệt	357
Dưỡng âm thanh nhiệt, bổ huyết thông lạc	363
Dưỡng vị sinh tân	359
Dysphagia	116,110

Đ

Đau	244
Đau đầu	12
Đau ngực	12,36
Đái tháo đường typ 2	333
Đánh trống ngực, hồi hộp	12
Đột ngột té ngã, hôn mê	402
Đới ngũ sắc	283
Điều bổ khí huyết	395

E

Eosinophilic enteritis	152
Eosinophylic gastritis	123

G

Gan mỡ	193
Globus pharyngeus	112
Granulomatous gastritis	123

H

Hắc đới	282
Hành khí, hoạt huyết	46
Hành khí, hoá ứ	209

Hệ niệu sinh dục	344
Hemochromatosis	194,199
Hen ác tính	94
Hen khó thở liên tục	94
Hen ngoại lai hay hen dị ứng	94
Hen nội tại hay hen nhiễm trùng	94
Hoa mắt, chóng mặt	12
Hồi dương cứu cấp thang	49
Hoạt huyết hóa uất, tỉnh não thông khiếu	435
Hoạt huyết tiêu ứ, chỉ huyết	138
Hoạt huyết, hành khí	424
Hoạt động	174
Hôn mê, liệt nửa người	12
Hoàng kỳ kiến trung (Kim quỹ yếu lược)	139
Hoá đàm táo thấp	289
Hoả uất	129,133
Hữu quy âm	81,410,494
Hữu quy hoàn gia giảm	263,433,533
Hóa đờm trừ thấp	47
Hóa ứ thông huyết	294
Huyết ứ	129,133
Huyết phủ trực ứ thang	247
Hoàng liên hoàn	358

I

Ích khí dưỡng huyết, tư âm thanh nhiệt	361
Intestinal lymphoma	150

K

Khí uất (trệ)	129,133
Khó thở	35
Khu phong tán hàn, sơ thấp trực tà, ôn kinh thông lạc	463
Khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết (khi có sốt)	424
Kiện tỳ an thần (bổ tâm tỳ)	492
Kiện tỳ dưỡng tâm	170
Kiện tỳ lợi thấp, bình can hóa đàm	377
Kiện tỳ ích khí	105
Kiện tỳ ích phế	80
Kiện tỳ trợ vận	156
Ký tế đơn (Phụ khoa bất tạ)	293

L

Liệt nửa người, liệt mặt	402
Liệt cứng 2 chi	341
Loét dạ dày - tá tràng	127
Lợi phế, khai khiếu, giáng khí, định suyễn	102
Lục vị hồi dương thang	48
Lymphocytic gastritis	123
Lý khí hành trệ, thông lâm bài thạch	247

M

Mật bùn	216
Menetrier	123

N	
Nhân trần ngũ linh tán và Hoàng cầm hoạt thạch thanh	184 80,187
Nhất âm tiễn gia giảm	187
Nhất quan tiễn gia giảm	231
Nhiễm trùng tiểu do đặt ống thông	234
Nhiễm trùng tiểu trong thai kỳ	244
Nôn hoặc buồn nôn	
Ô	
Ôn bổ cố sáp	293 157
Ôn bổ mệnh môn trợ tỳ thổ	264
Ôn bổ tâm tỳ	263
Ôn bổ thận dương, nạp khí cố tinh	360
Ôn bổ thận sáp niệu	101
Ôn phế, tán hàn, trừ đàm, định suyễn	292
Ôn tán hàn tà	493
Ôn thận dương, bổ thận âm, an thần, cố tinh	81
Ôn thận nạp khí, bổ phế khí	106
Ôn thận nạp khí	48
Ôn thông tâm dương	207
Ôn trung hành thủy	139
Ôn trung kiện tỳ	111
Oropharyngeal paralysis	147
Osteomalacia	

P		335
Peribulbar		81
Phế thận dương hư		80
Phế tỳ đều hư		198,202
Phù		
Porphyria Cutanea Tarda	195,199,201	
Q		
Quy tỳ thang	171,265,321, 492	
R		
Regurgitation		110
Rối loạn vận mạch		344
S		
Sài cầm tứ vật thang (Hòa tễ cục phương)		291
Sài hồ sơ can, Tiêu dao gia uất kim, Điều hòa can tỳ		136
Sài hồ sơ can thang hoặc Sài thược lục quân		185
Sài thược lục quân gia giảm		207
Sinh mạch tán		104
Sơ can giải uất, kiện tỳ		285
Sơ can kiện tỳ	169,185	
Sơ can, lý tỳ, giải uất, thanh nhiệt		286
Sỏi cholesterol		215
Sỏi sắc tố		216
Steatorrhea		147
Synchronization		381

T

Tâm thận bất giao	258,264	Thể khí trệ	219
Tâm tỳ lưỡng hư	168	Thể khí trệ huyết ứ	42
Tán hàn chính, sơ phong, trừ thấp	515	Thể đàm nhiệt	78
Tế sinh thận khí hoàn	248	Thể nhiệt lâm	232
Tê tay chân	402	Thể đờm thấp	18,47
Telogen effluvium	381	Thể phế âm hư	80
Telogen phase	381	Thể phế tỳ đều hư	80
Teo cơ, giảm trương lực cơ	344	Thể phong hàn	75
Thấp trực	258	Thể tâm thận dương hư	48
Thăng dương ích khí ôn trung	290	Thể tâm tỳ hư	49
Thăng dương, hòa vị, ích tinh	290	Thể thận âm hư	17,46
Thanh hỏa trừ uất	138	Thể thấp ứ	219
Thanh kim, giáng hỏa	104	Tiết hỏa	295
Thanh lợi thấp nhiệt, sơ kinh thông lạc	463	Tiêu hóa	344
Thanh nhiệt giải độc, lương huyết chỉ huyết	236	Tiểu thùy	174
Thanh nhiệt lợi thấp	235,263	Tim mạch	344
Thanh nhiệt, hoá thấp	287	Tinea capitis	383,385
Thanh nhiệt, tuyên phế, hóa đàm, bình suyễn	102	Tư âm, thanh nhiệt, trừ thấp	237
Thanh nhiệt, tiết hỏa, khai uất	295	Tư âm bổ thận sinh tân dịch	360
Thể can dương xung	22	Tư âm bổ thận	106
Thể can dương xung (thể âm hư dương xung)	17	Tư âm ghìm dương	23,46
Thể can thận âm hư	42	Tư âm lợi thấp	208
Thể khí huyết ứ trệ	46	Tư âm, thanh nhiệt	291
Thể khí táo	77	Tư bổ can thận	23,46
		Tư dưỡng phế âm, tư âm giáng hỏa	80
		Tô tử giáng khí thang	102
		Tương hoá vọng động	258

Tứ vật ngũ đẳng thang	363	Viêm gan mạn tính tồn tại	176
Tropical sprue	149	Viêm đa dây thần kinh ngoại biên	300
Tỳ vị hư hàn	124,129	Viêm đài bể thận	230
U			
Ung thư hoá	133	Viêm đơn dây thần kinh	300
Universalis	382	Viêm niệu đạo	231
V			
Viêm bàng quang	230	Vitiligo	335
Viêm dạ dày cấp	120	Vị quản thống	124
Viêm dạ dày mạn	121	Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản	204
Viêm dạ dày tẩm nhuộm bạch cầu ái toan	123	W	
Viêm dạ dày tẩm nhuộm bạch cầu hạt	123	Whipple	150
Viêm gan B	180	Wilson	194,195
Viêm gan C	180	X	
Viêm gan D	180	Xích đạo tán gia vị	247
Viêm gan do rượu	193	Xơ gan	192
Viêm gan mạn tính do tự miễn	179	Xơ gan sau khi nhiễm virus (xơ gan sau hoại tử)	194
		Xơ gan do rượu	196
		Xuất huyết tiêu hóa	132