

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
BỆNH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN KẾT HỢP
Y HỌC CỔ TRUYỀN VỚI Y HỌC HIỆN ĐẠI

*(Đính kèm theo Công văn số /SYT-NVY
ngày tháng năm 2026)*

Thành phố Hồ Chí Minh, 2026

MỤC LỤC

MỤC LỤC	2
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	3
1. BÉO PHÌ (PHÌ BỤNG)	4
2. ĐÔNG KINH (CHỨNG GIẢN).....	29
3. HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY (UYỄN THỐNG, MA MỘC)	53
4. NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU (LÂM CHỨNG).....	72
5. RỐI LOẠN CƯỜNG DƯỠNG (DƯỠNG NUY)	87
6. RONG KINH - RONG HUYẾT	113
7. SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI.....	128
8. THIẾU MÁU (HỘI CHỨNG HUYẾT HU)	143
9. U XỐ TỬ CUNG.....	157
10. VIÊM CÂN GAN CHÂN.....	171
11. VIÊM DA CƠ ĐỊA.....	182
12. VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN (LÝ TẬT, PHÚC THỐNG, TIẾT TẢ, TIỆN HUYẾT, HẠ LỖY).....	203
13. VIÊM MŨI XOANG CẤP – MẠN (TỶ UYÊN).....	220
14. VIÊM QUANH KHỚP VAI (KIÊN TÝ)	240
15. VÔ KINH (BẾ KINH, KINH BẾ, KINH THỦY BẤT HÀNH).....	258

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

TÊN VIẾT TẮT	TÊN TIẾNG ANH	TÊN TIẾNG VIỆT
BC		Bạch cầu
CCMS	Clean Catch Midstream	Lấy nước tiểu giữa dòng
CTC		Cổ tử cung
E2	Estradiol	
NKTN		Nhiễm khuẩn tiết niệu
PRL	Prolactin	
HRT		Nội tiết thay thế
TLT		Tiền liệt tuyến
UTI	Urinary Tract Infections	Nhiễm trùng đường tiết
YHCT		Y học cổ truyền
YHHĐ		Y học hiện đại

1. BÉO PHÌ (PHÌ BỤNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Béo phì là tình trạng tích tụ mỡ thừa hoặc bất thường, có thể ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Béo phì được các tổ chức y tế bao gồm Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ (American Medical Association) công nhận là một bệnh mạn tính đòi hỏi phải quản lý và điều trị lâu dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chỉ số khối cơ thể

Chẩn đoán và phân loại béo phì được dựa trên chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI). BMI được tính như sau:

$$BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{(\text{Chiều cao})^2 (m^2)}$$

Bảng 1. Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người Châu Á

BMI (kg/m ²)	Phân loại
< 18,5	Thiếu cân
18,5 - 22,9	Bình thường
23,0 - 24,9	Thừa cân
25,0 - 29,9	Béo phì độ I
≥ 30,0	Béo phì độ II

2. Vòng bụng

Trong thực hành lâm sàng, vòng bụng là một chỉ số thường được sử dụng để phản ánh tình trạng tích lũy mỡ ở phần trên cơ thể.

Cách đo: Người bệnh đứng thẳng hai chân, hai bàn chân cách nhau 10cm, trọng lượng cơ thể đều trên hai chân, bộc lộ vùng đo, cho bệnh nhân thở đều đặn, đo lúc thở ra nhẹ, tránh co cơ. Vòng bụng được đo bằng thước dây có chia vạch ngang qua đường giữa bờ trên xương chậu và bờ dưới xương sườn cuối cùng, kết quả tính bằng centimét (cm), với sai số không quá 0,1 cm.

Đánh giá kết quả: Béo phì dạng nam (béo phì phần trên cơ thể, béo phì kiểu bụng, béo phì hình quả táo, béo phì trung tâm) khi vòng bụng ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ, làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bệnh tim thiếu máu cục bộ.

3. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây béo phì bao gồm: nguyên nhân về dinh dưỡng, di truyền, nội tiết, mô bệnh học và các nguyên nhân khác. Béo phì có thể có nhiều nguyên nhân phối hợp.

- Nguyên nhân về dinh dưỡng chủ yếu do tăng quá mức lượng năng lượng ăn vào, nghĩa là ăn một lượng thức ăn nhiều hơn nhu cầu của cơ thể, có thể do thói quen, sự chủ quan hoặc ăn chế độ ăn “giàu” chất béo.

- Một số bệnh lý nội tiết gây béo phì bao gồm: tổn thương hạ đồi do chấn thương, bệnh lý ác tính, viêm nhiễm, suy sinh dục, giảm gonadotropin; Hội chứng béo phì – sinh dục; Suy giáp; Cường thượng thận; U tụy tiết insulin; Hội chứng buồng trứng đa nang.

- Một số thuốc gây béo phì như: Hormon steroide, kháng trầm cảm cổ điển (3 vòng, 4 vòng, IMAO), Benzodiazepine, Lithium, thuốc chống loạn thần.

- Một số nguyên nhân khác như: lối sống tĩnh tại, lười hoạt động thể lực, bỏ hút thuốc lá.

4. Sinh lý bệnh

- Bilan năng lượng: bilan năng lượng cân bằng nếu cung cấp (thức ăn) bằng tiêu thụ (vận động cơ, hoạt động các cơ quan). Béo phì xuất hiện do mất cân bằng này hoặc do cung cấp gia tăng hoặc do tiêu thụ giảm.

- Sự điều hòa thể trọng: quá trình này thông qua nhiều hormone, đặc biệt là leptin.

- Yếu tố di truyền: béo phì có yếu tố gia đình với khoảng 69% người béo phì có cha hoặc mẹ béo phì, 18% có cả hai.

- Vai trò vùng dưới đồi: các tác nhân alpha-adrenergic kích thích sự ăn làm tăng cân, tác động lên nhân cạnh thất. Ngược lại các tác nhân beta-adrenergic làm chán ăn.

- Beta-endorphine: các thụ thể này làm dễ sự tiết insulin, gây ăn nhiều làm tăng cân.

- Vai trò của stress: làm tăng beta-endorphine và adrenalin ở người béo phì, từ đó làm tăng đường huyết, tác dụng phối hợp của 2 hormone này thiết lập sự liên hệ giữa stress, béo phì và đái tháo đường típ 2.

- Thái độ ăn uống: trung tâm đói và no do vùng dưới đồi điều khiển, thái độ ăn uống có thể bị thay đổi do thuốc, chẳng hạn thuốc thần kinh (amphetamine) làm giảm ngon miệng, chống trầm cảm 3 vòng làm tăng sự ngon miệng. Các yếu tố tâm lý liên quan đến môi trường như giáo dục, đời sống gia đình, môi trường công việc...có thể làm rối loạn thái độ ăn uống, từ đó có thể làm ăn nhiều hoặc chán ăn.

5. Biến chứng

- Các rối loạn nội tiết – chuyển hóa: tình trạng đề kháng insulin và đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, các rối loạn sinh dục...

- Tim mạch: tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim sung huyết, đột quy...

- Hô hấp: bệnh phổi hạn chế, hội chứng giảm thông khí do béo phì, hội chứng ngưng thở khi ngủ...

- Tiêu hóa: trào ngược dạ dày thực quản, sỏi mật, viêm tụy, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu...

- Cơ xương khớp: thoái hóa khớp, bệnh gút...

- Ung thư: ung thư đường tiêu hóa (gan, tụy, dạ dày, thực quản, đại trực tràng, túi mật), ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú, ung thư nội mạc tử cung...

Béo phì là bệnh danh của y học hiện đại (YHHĐ) và không có từ đồng nghĩa trong y học cổ truyền (YHCT). Các biểu hiện của béo phì có thể được xếp thuộc phạm trù chứng Phì bạng. Phì bạng là tình trạng tích lũy cao chỉ (mỡ) quá mức và không bình thường tại một vùng cơ thể hay toàn thân đến mức ảnh hưởng tới sức khỏe. Nếu thể trạng hình thái mập mạp, sắc mặt tươi nhuận, tinh thần sung mãn, lưỡi và mạch bình thường, kiểm tra không có tật bệnh nào khác thì không thuộc phạm vi chứng Phì bạng.

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

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân chủ yếu là do chế độ dinh dưỡng và chế độ lao động không hợp lý.

- Yếu tố cơ địa: trên một vài cơ địa (như Dương nhiệt và Vị nhiệt) khả năng ăn uống và đòi hỏi năng lượng nạp vào rất lớn, vượt quá khả năng vận hóa và phân bố chất dinh âm của Tỳ. Dinh âm tích tụ lại ở tấu lý bên dưới bì phu thành cao chỉ gây nên phì bạng.

- Âm thực thái quá: trong ăn uống sử dụng quá nhiều thực phẩm béo ngọt trong thời gian dài. Tỳ Vị phân bố âm tinh không đều, tích tụ lại ở tấu lý thành cao chỉ, quá mức thành chứng phì bạng.

- Vận động hạn chế: thích nằm, thích ngồi một chỗ, lười di chuyển, không tích cực tập luyện thể dục làm sự vận hóa và phân bố chất tinh hoa của Tỳ không đều khắp, phần thừa ra tích tụ thành cao chỉ, gây phì bạng.

- Người có tuổi thể chất suy yếu: người có tuổi chức năng tạng phủ (ngoại trừ chức năng vận hóa của Tỳ) suy giảm lại ăn quá nhiều chất béo, chất ngọt gây nên tích tụ dinh âm dư thừa thành chứng phì bạng.

- Tình chí thất điều: làm người bệnh ăn nhiều nhưng giảm hoạt động.

2. Cơ chế bệnh sinh

- Âm tinh dư thừa, tích lũy thành cao chỉ bất thường. Tỳ khí không thể vận hóa và phân bố hết các chất tinh vi thủy cốc mà hóa thành cao chỉ, cao chỉ này ứ đọng ở tấu lý, ở trong các cơ nhục và nội tạng toàn thân gây phì bạng. Hoặc do Thận dương hư suy, chưng hóa âm tinh ít, âm tinh đình trệ lại bên trong mà gây phì bạng.

- Bản thân chứng phì bạng ban đầu thường không gây biểu hiện bệnh lý ở các tạng phủ cơ quan, nhưng người có chứng phì bạng rồi thì dễ phát sinh nhiều chứng bệnh khác nhau. Các triệu chứng sau khi bị phì bạng thường gặp là: mệt mỏi không có sức, lười hoạt động, khí đoản, thích ngủ, ăn uống nhiều dần, nhanh đói, tâm quý, sợ nóng, đa hãn, yếu bối thống, quan tiết thống, bế kinh, dương nuy...

- Các bệnh cảnh lâm sàng thường gặp là hậu quả (biến chứng) của người bệnh khi đã có chứng phì bạng.

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

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

1. Thể Vị nhiệt thấp trở

1.1. Triệu chứng

Triệu chứng chính: cơ thể béo mập, ăn nhiều, thèm ngọt/béo, nhanh đói. Triệu chứng kèm theo: có thể bụng căng chướng đau, ăn vào giảm đau, ợ hơi ợ chua, sắc mặt hồng nhuận, đầu choáng, miệng khô họng đắng. Lưỡi đỏ rêu vàng dày mà nhớt, mạch huyền hoạt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, Vị.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp

Thanh nhiệt trừ đàm lợi thấp.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Cổ phương:

- Liên phác ẩm (Hoắc loạn luận).

Hoàng liên	04 – 08g	Hậu phác	04 – 12g
Bán hạ chế	08 – 12g	Đậu xị	12 – 16g
Chi tử	08 – 12g	Thạch xương bồ	04 – 08g
Lô căn	12 – 20g		

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

Gia giảm: Nếu gặp thời tiết ngột ngạt, thử thấp làm tổn thương cơ thể, gia Lá sen tươi để giải thử hóa thấp.

- Hoặc dùng bài Nhị trần thang gia vị (Nhị trần thang gia thêm Trạch tả, Thần khúc, Sơn tra, Ý dĩ, Hoắc hương, Nhân trần hay còn gọi là bài Lâm thị khinh kiện thang)

Bán hạ chế	08 – 12g	Thần khúc	08 – 10g
Trần bì	08 – 12g	Sơn tra	08 – 10g
Bạch linh	08 – 12g	Hoắc hương	08 – 10g
Ý dĩ	08 – 12g	Nhân trần	06 – 08g
Trạch tả	08 – 10g	Chích thảo	04 – 06g

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25)

Đại hoành (SP15)

Tứ mãn (KI14)

Nội quan (PC6)

Hoạt nhục môn (ST24)

Âm lăng tuyền (SP9)

Ngoại lăng (ST26)

Nội đình (ST44)

- Châm bổ huyết Túc tam lý (ST36)

- Các huyết bổ trợ:

+ Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt: Phong trì (GB20)

+ Buồn nôn, bụng đầy: Công tôn (SP4)

+ Thấp nhiệt tích tụ nhiều: Chi câu (TE6), Dương lăng tuyền (GB34)

+ Đàm nhiệt tích tụ nhiều: Phong long (ST40), Trung quản (CV12)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyết loa tai: các huyết chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường.

+ Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tụt tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyết và thuốc tiêm tại huyết; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

2. Thể Tỳ hư đàm thấp

2.1. Triệu chứng

Triệu chứng chính: Cơ thể béo mập, toàn thân nặng nề, lười di chuyển. Triệu chứng kèm theo: Bụng chướng, hay khạc ra đàm, chóng mặt hoa mắt, miệng khô mà không muốn uống. Lưỡi nhuận rêu trắng ướt, mạch hoạt.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư trung hiệp thực, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp

Kiến Tỳ ích khí, khu đàm trừ thấp.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

*** Cổ phương**

- Hương sa lục quân thang (Y phương tập giải).

Đảng sâm	08 – 12g	Bạch truật	08 – 12g
Bạch linh	08 – 12g	Cam thảo	04 – 08g
Bán hạ	08 – 12g	Trần bì	04 – 08g
Mộc hương	04 – 06g	Sa nhân	04 – 08g

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

Gia giảm:

+ Ăn uống tích trệ: gia Mạch nha sao 08 – 12g, Thần khúc 08 – 12g, Sơn tra sao 06 – 08g, Lai phúc tử 06 – 12g để tiêu thực đạo trệ.

+ Đau ngực: gia Qua lâu 08 – 12g để khoan hung hóa đàm.

+ Huyền vựng: gia Thiên ma 04 – 08g, Bạch truật 08 – 12g, Đờm nam tinh 04 – 08g để hóa đàm tức phong.

+ Phù chân: gia Hoàng kỳ 08 – 16g, Bạch biển đậu 08 – 12g, Ý dĩ nhân 08 – 12g, Liên nhục, 08 – 12g để kiện Tỳ lợi thấp.

- Hoặc dùng bài Ôn đờm thang (Bị cấp thiên kim yếu phương).

Bán hạ chế	08 – 12g	Chi thực	08 – 12g
Trần bì	08 – 12g	Trúc nhự	08 - 10g

Bạch linh	12 – 16g	Đại táo	08 -10g
Cam thảo	04 – 06g		

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25) Đại hoành (SP15) Ngoại lãng (ST26)

Tứ mãn (KI14) Nội quan (PC6) Phong long (ST40)

Hoạt nhục môn (ST24) Âm lãng tuyền (SP9)

- Châm bổ huyết Túc tam lý (ST36)

- Các huyết bổ trợ:

+ Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt: Phong trì (GB20)

+ Buồn nôn, bụng đầy: Công tôn (SP4), Trung quản (CV12)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyết chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyết và thuốc tiêm tại huyết; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện

theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

3. Thể Tỳ khí hư

3.1. Triệu chứng

Triệu chứng chính: Người béo mập, cơ thể mệt mỏi, hay hụt hơi sau khi vận động nặng, bụng chướng, tay chân có thể phù nhẹ. Triệu chứng kèm theo: Ăn uống kém, cầu lỏng, da trắng nhợt, có tiền căn ăn nhiều uống nhiều trước đó. Lưỡi bệu có dấu ấn răng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch nhu tế.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp

Kiến Tỳ ích khí.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Cổ phương:

- Bổ trung ích khí thang (Tỳ vị luận).

Hoàng kỳ	12 – 20g	Đảng sâm	04 – 08g
Bạch truật	08 – 12g	Cam thảo	04 – 08g
Đương quy	08 – 12g	Trần bì	04 – 06g

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

Gia giảm:

+ Ăn uống tích trệ: gia Mạch nha sao 08 – 12g, Thần khúc 08 – 12g, Sơn tra sao 06 – 08g, Lai phúc tử 06 – 12g để tiêu thực đạo trệ.

+ Phù chân: gia Hoàng kỳ 08 – 16g, Bạch biên đầu 08 – 12g, Ý dĩ nhân 08 – 12g, Liên nhục 08 – 12g để kiện Tỳ lợi thấp.

- Hoặc dùng bài Hương sa lục quân tử thang (Y phương tập giải).

Đảng sâm	08 – 12g	Bạch truật	08 – 12g
Bạch linh	08 – 12g	Cam thảo	04 – 08g
Bán hạ	08 – 12g	Trần bì	04 – 08g
Mộc hương	04 – 06g	Sa nhân	04 – 08g

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25)	Ngoại lãng (ST26)	Tứ mãn (KI14)
Đại hoành (SP15)	Hoạt nhục môn (ST24)	
- Châm bổ các huyết:		
Tỳ du (BL20)	Khí hải (CV6)	Thái bạch (SP3)
Phong long (ST40)	Túc tam lý (ST36)	Trung quản (CV12)
Chương môn (LR13)		

- Các huyết bổ trợ:

+ Đau đầu, chóng mặt: Bách hội (GV20)

+ Phù nhiều: Tam âm giao (SP6), Thủy phân (CV9)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyết chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyết và thuốc tiêm tại huyết; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Thời gian 15-30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

4. Thể Can uất khí trệ

4.1. Triệu chứng

Ăn nhiều, thèm ngọt/béo, ăn vào đầy bụng lâu tiêu, miệng đắng, buồn nôn, bụng trướng tức, vùng sườn trướng đau, ban vàng, u vàng ở da. Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch huyền sắc.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp

Sơ Can giải uất, thanh nhiệt hóa thấp.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Cổ phương:

- Long đởm tả can thang (Cổ kim y phương tập thành).

Long đởm thảo	08 – 12g	Sài hồ	04 – 08g
Hoàng cầm	08 – 12g	Mộc thông	04 – 08g
Sinh địa	04 – 08g	Chi tử	04 – 12g
Trạch tả	04 – 08g	Xa tiền tử	04 – 08g
Đương quy	04 – 08g	Cam thảo	04 – 08g

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

Gia giảm:

+ Có thể gia thêm Thảo quyết minh 08 – 12g, Nhân trần 08 – 12g, Cát căn 08 – 12g để thanh nhiệt lợi thấp, thanh Can minh mục, sinh tân.

+ Nếu Can dương thượng cương xuất hiện huyễn vựng: gia Câu đằng 04 – 08g, Thiên ma 04 – 08g, Sung úy tử 04 – 08g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25)	Trung quản (CV12)	Tứ mãn (KI14)
Lãi câu (LR5)	Hoạt nhục môn (ST24)	Hành gian (LR2)
Ngoại lãng (ST26)	Thiếu phủ (HE8)	Đại hoành (SP15)
Túc tam lý (ST36)		

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyệt chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyệt có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường. Các kỹ thuật châm huyệt loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyệt: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyệt và thuốc tiêm tại huyệt; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

5. Thể Khí hư huyết ứ

5.1. Triệu chứng

Người béo phì, mệt mỏi, dễ hợt hơi, ngại vận động, tự ra mồ hôi, sắc mặt kém tươi, ăn không quá nhiều nhưng dễ tăng cân hoặc khó giảm cân. Có thể kèm cảm giác nặng mình, đau mỏi cổ định, tê bì, da sạm, môi tím nhạt, nữ giới có thể kinh nguyệt sẫm màu, có cục máu đông. Lưỡi nhạt hoặc hơi tím, có điểm ứ huyết, rêu trắng hoặc nhớt. Mạch hư, tế, sấp hoặc trầm.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, Lý, hư
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp

Ích khí, hoạt huyết, hóa ứ, kiện tỳ trợ vận.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Cổ phương:

- Bổ dương hoàn ngũ thang gia giảm (Y lâm cải thác).

Hoàng kỳ	08 – 12g	Hồng hoa	04 – 08g
Đương quy	08 – 12g	Địa long	04 – 06g
Xích thược	06 – 08g	Xuyên khung	08 – 10g
Đào nhân	04 – 08g		

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

Gia giảm:

+ Nếu người bệnh béo, nặng mình, rêu lưỡi nhớt, có đàm thấp: thêm Bán hạ 06 – 08g, Trần bì 04 – 06g, Bạch linh 08 – 10g, Trạch tả 04 – 06g, Ý dĩ 06 – 08g để hóa đàm, kiện tỳ, lợi thấp.

+ Nếu ăn uống kém, đầy bụng, tiêu hóa chậm: thêm Bạch truật 08 – 10g, Sa nhân 04 – 06g, Thần khúc 06 – 08g, Sơn tra 06 – 08g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25)	Ngoại lãng (ST26)	Tứ mãn (KI14)
Đại hoành (SP15)	Hoạt nhục môn (ST24)	

- Châm bổ các huyết:

Tỳ du (BL20)	Khí hải (CV6)	Thái bạch (SP3)
Phong long (ST40)	Túc tam lý (ST36)	Trung quản (CV12)
Chương môn (LR13)		

- Các huyết bổ trợ:

+ Đau ngực nhiều: Cự khuỷết (CV14), Tâm du (BL15)

+ Huyết ứ nhiều: Tâm du (BL15), Cách du (BL17)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyết chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp.

Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyệt và thuốc tiêm tại huyệt; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

6. Thể Đàm ứ hỗ kết

6.1. Triệu chứng

Thân hình béo chắc hoặc béo nặng nề, bụng to, ngực tức, đầu nặng, người nặng nề, đờm nhiều, miệng dính nhớt, buồn ngủ, ăn nhiều đồ béo ngọt. Có thể kèm đau tức vùng ngực, đau đầu, tê bì chi, da sạm, u cục dưới da. Lưỡi bệu, rêu trắng nhớt hoặc vàng nhớt; thân lưỡi có thể tím, có điểm ứ huyết. Mạch hoạt, huyền, sấp hoặc trầm hoạt.

6.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

6.3. Pháp

Hóa đàm trừ thấp, hoạt huyết hóa ứ, thông lạc, kiện tỳ.

6.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Cổ phương:

- Nhị trần thang hợp Đào hồng tứ vật thang gia giảm

Bán hạ chế	08 – 12g	Đương quy	08 – 12g
Trần bì	08 – 12g	Xích thực	06 – 12g

Bạch linh	08 – 12g	Xuyên khung	08 – 12g
Cam thảo	04 – 08g	Sinh địa	08 – 12g
Đào nhân	04 – 08g	Hồng hoa	04 – 08g

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

Gia giảm:

+ Nếu đàm thấp rõ, bụng to, người nặng, rêu lưỡi nhớt: thêm Trạch tả 06 – 08g, Thương truật 04 – 06g, Ý dĩ 04 – 06g, Hoắc hương 08 – 10g

+ Nếu có đầy bụng, ăn nhiều đồ béo: thêm Sơn tra 06 – 08g, Thần khúc 06 – 08g, Mạch nha 06 – 08g, Quyết minh tử 06 – 08g.

+ Nếu có thấp nhiệt, miệng đắng, táo bón, rêu vàng nhớt: có thể gia Hoàng cầm 06 – 08g, Hoàng liên 06 – 08g, Nhân trần 06 – 08g, Đại hoàng 04 – 06g.

+ Nếu đau tức ngực, tê bì, sắc lưỡi tím rõ: thêm Đan sâm 06 – 08g, Ngưu tất 06 – 08g, Kê huyết đằng 06 – 08g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25)	Ngoại lăng (ST26)	Tứ mãn (KI14)
Đại hoành (SP15)	Hoạt nhục môn (ST24)	Phong long (ST40)
Túc tam lý (ST36)	Trung quản (CV12)	Thủy phân (CV9)
Huyệt hải (SP10)	Cách du (BL17)	

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyết chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tụt tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyết và thuốc tiêm tại huyết; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng

cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

7. Thử Tỳ Thận dương hư

7.1. Triệu chứng

Triệu chứng chính: người béo mập, khuôn mặt hơi phù, người mệt mỏi thích nằm, thở ngắn. Triệu chứng kèm theo: bụng chướng cầu lỏng vào buổi sáng (ngũ canh tả); hay đổ nhiều mồ hôi, suyễn, sau vận động tình trạng nặng hơn, toàn thân lạnh, chân dưới hơi phù, tiểu đêm. Lưỡi bệu, rêu trắng mỏng, mạch trầm tế.

7.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

7.3. Pháp

Ôn bổ Tỳ Thận, hóa khí lợi thủy, trừ đàm

7.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Cổ phương:

- Chân vũ thang gia vị (Thương hàn luận).

Phụ tử	04 – 06g	Đại phúc bì	08 – 12g
Bán hạ	06 – 08g	Trần bì	08 – 12g
Can khương	04 - 06g	Chích thảo	04 – 06g
Ý dĩ	08 – 12g	Đại táo	08 – 12g
Đảng sâm	08 – 12g		

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

Gia giảm:

- + Bụng đầy tức chướng: gia Bình lang 04 – 08g, Mộc hương 04 – 08g.
- + Dương hư ra mồ hôi nhiều: gia Mẫu lệ 04 – 08g, Long cốt 04 – 08g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Thiên xu (ST25)	Ngoại lãng (ST26)	Tứ mãn (KI14)
Đại hoành (SP15)	Hoạt nhục môn (ST24)	

- Châm bổ các huyệt

Tỳ du (BL20)	Thận du (BL23)	Thái bạch (SP3)
Phong long (ST40)	Dũng tuyền (KI1)	Trung quản (CV12)
Mệnh môn (GV4)	Túc tam lý (ST36)	Khí hải (CV6)
Chương môn (LR13)	Quan nguyên (CV4)	

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyệt chính Nhĩ thần môn, Đới, Tỳ, Vị, Miệng, Nội tiết. Các huyệt có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tam tiêu, Đại trường, Tiểu trường. Các kỹ thuật châm huyệt loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyệt: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Thủy châm: Sử dụng thuốc có chỉ định tiêm bắp theo y lệnh của bác sĩ, có thể cân nhắc vitamin nhóm B dạng tiêm bắp như vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12 hoặc mecobalamin. Thủy châm trong điều trị béo phì là phương pháp hỗ trợ, tác động thông qua phối hợp kích thích huyệt và thuốc tiêm tại huyệt; không xem vitamin tiêm là thuốc điều trị đặc hiệu giảm cân và không thay thế các biện pháp nền tảng gồm tiết chế ăn uống, tăng cường vận động, thay đổi hành vi và điều trị bệnh đồng mắc. Việc sử dụng thuốc thủy châm chỉ thực hiện khi có chỉ định phù hợp, tuân thủ chống chỉ định của thuốc, quy trình kỹ thuật, nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi an toàn sau thủ thuật. Thủy châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần.

- Laser châm: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị không dùng thuốc cần được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật của từng phương pháp, đồng thời tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định và chống chỉ định nhằm đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

V. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

1.1. Mục tiêu điều trị

- Mục tiêu chung: Việc quản lý và điều trị béo phì có mục tiêu rộng hơn là giảm cân đơn thuần mà còn cần giảm nguy cơ các biến chứng và cải thiện sức khỏe. Những điều này có thể đạt được bằng cách giảm cân vừa phải, cải thiện hàm lượng dinh dưỡng trong chế độ ăn uống và kết cả vận động và tập thể dục mức độ trung bình. Điều trị tốt béo phì có thể làm giảm nhu cầu điều trị bệnh đồng mắc. Điều trị thích hợp cho béo phì ngoài việc kiểm soát cân nặng nên bao gồm điều trị các biến chứng: quản lý rối loạn lipid máu, tối ưu hóa kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, điều trị tăng huyết áp, quản lý rối loạn hô hấp (như hội chứng ngưng thở khi ngủ), chú ý đến kiểm soát cơn đau và nhu cầu vận động trong viêm khớp, quản lý rối loạn tâm lý xã hội, bao gồm rối loạn cảm xúc, rối loạn ăn uống và giảm lòng tự trọng, và suy nghĩ tiêu cực về hình ảnh cơ thể. Bối cảnh kinh tế xã hội của bệnh nhân cũng cần được tính đến trong việc thiết lập chiến lược điều trị.

- Mục tiêu giảm cân thực tế: Giảm cân 5-15% trong khoảng thời gian 6 tháng là thực tế và đã được chứng minh mang lại lợi ích sức khỏe. Có thể cân nhắc giảm cân nhiều hơn (20% trở lên) đối với những người có mức độ béo phì cao hơn ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$). Duy trì giảm cân và phòng ngừa và điều trị các bệnh đồng mắc là hai tiêu chí chính để thành công.

- Theo dõi người bệnh: Béo phì là một bệnh mạn tính. Người bệnh cần được theo dõi và tái khám thường xuyên để ngăn ngừa tăng cân trở lại và để theo dõi nguy cơ bệnh tật cũng như điều trị các bệnh đồng mắc nếu xuất hiện (ví dụ: đái tháo đường típ 2, bệnh tim mạch).

1.2. Nguyên tắc điều trị

- Can thiệp lối sống là nền tảng đảm bảo duy trì giảm cân bền vững, an toàn bao gồm các biện pháp can thiệp dinh dưỡng, tập luyện thể lực, thay đổi hành vi, hỗ trợ tâm lý.

- Điều trị bằng thuốc khi can thiệp lối sống trong 3 tháng không giúp giảm được 5% cân nặng, người bệnh có $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

- Phối hợp chặt chẽ của nhiều chuyên khoa để đạt được hiệu quả điều trị và duy trì giảm cân đạt yêu cầu bền vững.

- Phối hợp đa chuyên khoa là nền tảng trong mô hình chăm sóc điều trị béo phì: Béo phì là một tình trạng phức tạp có nguồn gốc đa yếu tố. Các yếu tố sinh học mà cả tâm lý và xã hội cùng tác động dẫn đến quá cân và các biến chứng liên quan. Quản lý béo phì không thể chỉ tập trung vào việc giảm cân (và BMI). Quản lý các bệnh đồng mắc, cải thiện chất lượng cuộc sống và sức khỏe của bệnh nhân béo phì cũng được đưa vào mục tiêu điều trị. Quản lý béo phì toàn diện nên được thực hiện bởi một đội ngũ thích hợp gồm nhiều chuyên khoa và bao gồm các chuyên gia khác nhau để có thể giải quyết các khía cạnh khác nhau của béo phì và các rối loạn liên quan. Người bệnh nên hiểu rằng, vì béo phì là một bệnh mãn tính, nên việc quản lý cân nặng sẽ cần phải kéo dài suốt đời.

- Xây dựng nhóm các chuyên gia đa chuyên khoa: những bác sĩ được đào tạo đặc biệt về quản lý béo phì, chuyên gia dinh dưỡng, nhà trị liệu hành vi, chuyên gia hướng dẫn vận động thể lực, điều dưỡng về bệnh béo phì, bác sĩ phẫu thuật.

VI. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

1. Điều trị bằng thuốc

Nguyên tắc chung khi sử dụng thuốc

- Khuyến cáo mục tiêu chính là giảm 5-10% cân nặng trong 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị.

- Thay đổi hành vi là nền tảng trong điều trị béo phì. Tuy nhiên thay đổi hành vi đơn thuần thường không đủ để đạt được mục tiêu điều trị béo phì. Thay đổi hành vi nhìn chung chỉ giảm 3-5% cân nặng, và thường không duy trì được trong thời gian dài.

- Thuốc điều trị béo phì nên được xem xét để giảm cân nặng và cải thiện chuyển hóa và/hoặc các chỉ số sức khỏe khi liệu pháp thay đổi hành vi sức khỏe đơn thuần tỏ ra không hiệu quả, không đủ hoặc không đạt được lợi ích bền vững.

- Trong trường hợp không đạt được mục tiêu giảm cân thông qua can thiệp lối sống ở người bệnh có chỉ số BMI ≥ 25 kg/m², cần xem xét điều trị bằng thuốc. Hai loại thuốc được phê duyệt trong điều trị béo phì bao gồm: orlistat và liraglutide 3,0 mg. Các thuốc khác không được phê duyệt cho điều trị béo phì.

2. Điều trị không dùng thuốc

a. Tiết chế ăn uống

- Giảm tổng lượng năng lượng (calo) ăn vào nên là yếu tố chính của bất kỳ can thiệp giảm cân nào.

- Điều chỉnh hành vi ăn uống cá nhân và phải thay đổi dần dần, cộng với sự hỗ trợ của gia đình, xã hội, môi trường sống ...

- Chế độ ăn cân đối giữa các chất sinh nhiệt, không quá nhiều glucid, tỷ lệ thay đổi tùy cá thể theo bệnh lý mắc kèm, thói quen ăn uống.

- Cung cấp đầy đủ các vitamin cần thiết, kali, sắt, acid amin. Hạn chế số bữa ăn trong ngày (3 bữa là đủ), hạn chế ăn loại glucid hấp thu nhanh và các chất béo bão hòa, muối dưới 5g/ngày.

- Không rượu.

- Cách tính thực đơn dành cho người béo muốn giảm cân được tính theo cân nặng lý tưởng: Cân nặng lý tưởng (CNLT) = (chiều cao)² (m²) × 22

- Chế độ ăn:

+ Lao động nhẹ = CNLT × (20-25 calo)

+ Lao động trung bình = CNLT × (25- 30 calo)

+ Lao động nặng = CNLT × (30-35 calo)

- Phải chia chế độ ăn làm 2 giai đoạn: giai đoạn giảm cân và giai đoạn duy trì. Điều trị béo phì chưa có biến chứng chủ yếu dựa vào kiểm soát chế độ ăn.

Bảng 2. Phân loại tiêu thụ năng lượng dựa trên mức độ lao động và giới tính

Mức độ lao động/ Nhu cầu năng lượng (kcal)	Lao động nhẹ	Lao động vừa	Lao động nặng
Nam	Nhân viên văn phòng (giáo viên, luật sư, bác sĩ, kế toán, giáo viên...), nhân viên bán hàng, người thất nghiệp.	Công nhân công nghiệp nhẹ, sinh viên, công nhân xây dựng, nông dân, ngư dân, quân đội không trong thời gian chiến đấu.	Nông dân trong vụ thu hoạch, công nhân lâm nghiệp, lao động thể lực đơn giản, chiến sĩ quân đội trong chiến đấu/ luyện tập, công nhân mỏ, luyện thép, vận động viên thể thao trong thời gian luyện tập.
	30 kcal/kg	35 kcal/kg	45 kcal/kg
Nữ	Nhân viên văn phòng, giáo viên, nội trợ (không phải chăm sóc trẻ nhỏ), hầu hết các nghề khác.	Công nhân công nghiệp nhẹ, nhân viên bán hàng, sinh viên, phụ nữ nội trợ đang chăm sóc trẻ nhỏ.	Nông dân trong vụ thu hoạch, vũ công, vận động viên thể thao trong thời gian luyện tập.
	25 kcal/kg	30 kcal/kg	40 kcal/kg

*b. Tăng cường vận động và tập thể dục***Hướng dẫn tập luyện**

- Cần thăm dò tim mạch trước khi bắt đầu chương trình vận động, nhất là với người lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Để buổi tập an toàn và hiệu quả, nên thực hiện đủ 3 giai đoạn:

+ Khởi động (5-10 phút): làm nóng cơ thể với những động tác đơn giản, cường độ thấp, khởi động các khớp từ trên xuống dưới.

+ Tập luyện: thực hiện các bài tập vận động từ 20 đến 30 phút.

+ Làm nguội (5-10 phút): thư giãn, thả lỏng cơ thể với những động tác chậm rãi, đưa cơ thể về trạng thái ban đầu.

Cường độ tập luyện

- Tập luyện hoạt động thể chất sức bền (aerobic) là một biện pháp thiết yếu trong các chương trình giảm cân cho người béo phì. Nên thực hiện các bài tập cường độ trung bình ít nhất 150 phút mỗi tuần, 3 đến 5 lần một tuần, bắt đầu bằng bài tập cường độ thấp và tăng dần cường độ và số lượng tập thể dục theo mức độ thể dục cá nhân. Tập luyện đề kháng nên được áp dụng trong các chương trình giảm cân để tăng khối lượng cơ và thúc đẩy giảm mỡ cơ thể, và được đề nghị thực hiện bằng các bài tập sử dụng các nhóm cơ lớn 2-4 lần một tuần.

- Dùng công thức tính nhịp tim khi tập để xác định mức độ phù hợp của cường độ tập luyện:

Nhịp tim khi tập = $(220 - \text{tuổi}) \times (\text{từ } 50\% \text{ đến } 70\%)$

Ví dụ: một người 40 tuổi được xem là vận động phù hợp nếu khi tập luyện nhịp tim đạt mức: $(220 - 40) \times 0,5 = 90$ lần/phút.

- Người bệnh cũng có thể tự đánh giá mức độ vận động đã phù hợp chưa qua giọng nói: khi tập luyện không thấy hụt hơi, vẫn trò chuyện được nhưng không thể hát được.

Thời gian tập luyện

- Có thể tập vào bất kỳ thời điểm nào trong ngày, miễn là phù hợp với nếp sinh hoạt của mình. Mỗi ngày trung bình 30 - 40 phút hoặc vận động nhiều lần trong ngày, mỗi lần tối thiểu 10 phút. Nên vận động tối thiểu 5 ngày/tuần, tốt hơn nên tập đều đặn mỗi ngày.

Loại hình tập luyện

- Nên lựa chọn các loại hình tập luyện có tính nhịp nhàng đều đặn, thời gian kéo dài như: đi bộ, đạp xe, bơi lội, dưỡng sinh... Tuy vậy, có thể tập bất cứ loại hình nào phù hợp với sức khỏe, tuổi tác, sở thích và điều kiện sống. Nếu có biến chứng ở mắt, tim, thận, bàn chân, nên hỏi ý kiến bác sĩ về loại hình luyện tập thích hợp. Thông thường trong các trường hợp này loại hình luyện tập phù hợp nhất là đi bộ. Nếu không có điều kiện tập liên tục 30 phút, có thể chia ra 2-3 lần/ngày, mỗi lần 5-10 phút, miễn sao tập đều đặn. Luyện tập để tăng cường sức khỏe thể chất và tinh thần, ngoài công việc hàng ngày. Ví dụ một bà nội trợ đi chợ nấu ăn, quét dọn nhà cửa sẽ tiêu hao một số năng lượng, nhưng vẫn cần duy trì luyện tập thể lực mỗi ngày.

Một số lưu ý trong vận động

- Nhiều người có cuộc sống tĩnh tại, có rất ít kỹ năng hoạt động thể lực và rất khó để thúc đẩy hoạt động của họ. Vì vậy, các đối tượng này được khuyến cáo nên bắt đầu với chế độ vận động. Giảm thời gian tĩnh tại là phương pháp tiếp cận mới nhằm tăng cường hoạt động. Bệnh nhân được khuyến khích tham gia các hoạt động thể lực hàng ngày, ví dụ như nên đi cầu thang bộ hơn là đi thang máy hoặc thang cuốn. Khuyến khích các hoạt động thể lực tại các địa điểm an toàn như: công viên, nhà thi đấu, bể bơi, câu lạc bộ sức khỏe,... Tuy nhiên, nếu không dễ thực hiện, thì tận dụng khoảng không tại nhà với các thiết bị như: xe đạp tại chỗ hay thảm lăn hoặc các hình thức vận động phù hợp.

- Điều cần thiết là tránh chấn thương khi vận động cường độ cao. Những người béo phì nặng cần bắt đầu với bài tập đơn giản sau đó tăng dần đều. Thầy thuốc phải quyết định chọn bài kiểm tra thể lực nào là cần thiết trước khi chọn một chế độ vận động cho bệnh nhân. Quyết định này nên được dựa vào tuổi tác, triệu chứng và các yếu tố nguy cơ nổi trội.

- Chế độ điều trị có thể thay đổi nhằm phù hợp với các hình thức khác của hoạt động thể lực, tuy nhiên, đi bộ đặc biệt vẫn được ưa chuộng vì tính an toàn và tính khả thi. Hiệu quả điều trị được nâng lên nếu bệnh nhân không dùng các thức ăn cao năng lượng.

c. Tâm lý liệu pháp trong điều trị béo phì

- Tâm lý liệu pháp có thể được áp dụng không chỉ như một can thiệp hành vi được lập trình để kiểm soát cân nặng, mà còn cho mục đích thay đổi hành vi liên quan đến lượng thức ăn và hoạt động thể chất.

- Điều trị béo phì từ lâu đã được biết đến là hiệu quả hơn khi các can thiệp về lối sống bao gồm cả liệu pháp hành vi được thực hiện. Do đó, tất cả những người béo phì nên

trải qua liệu pháp hành vi, cùng với liệu pháp dinh dưỡng và tăng cường hoạt động thể chất. Các phương pháp cụ thể được sử dụng trong liệu pháp hành vi bao gồm tự giám sát, củng cố, kiểm soát kích thích, hành vi thay thế và sự tái tạo nhận thức.

- Khi điều trị bệnh béo phì, điều rất quan trọng là chẩn đoán và điều trị bất kỳ rối loạn ăn uống nào đang có.

- Khi điều trị béo phì, phải chấm dứt hoặc giảm hút thuốc và uống rượu. Những người béo phì nên được khuyến khích bỏ hút thuốc. Rượu có thể sinh năng lượng khoảng 7,0 kcal mỗi gam. Ngoài ra, hầu hết rượu được uống vào được chuyển thành axetat, cản trở chất béo ngoại vi phân hủy và sử dụng. Về mặt lâm sàng, rượu làm tăng huyết áp và uống quá nhiều làm tăng nguy cơ tăng triglycerid máu, kháng insulin, đái tháo đường típ 2, hội chứng chuyển hóa và béo bụng. Do đó, việc kiểm soát việc uống rượu quá mức là rất quan trọng đối với việc ngăn ngừa và kiểm soát bệnh béo phì và hội chứng chuyển hóa.

- Hỗ trợ tâm lý bệnh nhân bằng cách chuyển trò hoặc sinh hoạt nhóm bên cạnh các lời khuyên về điều chỉnh chế độ ăn. Bệnh nhân thường bị trầm cảm, lo lắng thất bại trong điều trị.

- Bao gồm kế hoạch điều chỉnh việc ăn uống và thói quen hoạt động của bệnh nhân: tăng cường kiểm soát các yếu tố kích thích (các yếu tố kích thích việc ăn như ăn khi ngồi xem tivi, khi buồn...), tự theo dõi (ghi nhật ký ăn uống và vận động), kỹ năng giải quyết vấn đề (xác định được các tình huống cản trở giảm cân và cách giải quyết), tái cấu trúc nhận thức (suy nghĩ tích cực), nâng đỡ xã hội (sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè...), và phòng ngừa tái phát (các phương pháp giúp ngừa tăng cân trở lại).

3. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định của phẫu thuật giảm cân khi thất bại với các điều trị không phẫu thuật ở người bệnh có BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ **hay BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$** kèm bệnh lý đồng mắc liên quan béo phì. Mỗi phương pháp phẫu thuật béo phì đều có ưu nhược điểm riêng. Tùy từng trường hợp bệnh nhân cụ thể phẫu thuật viên sẽ tư vấn và lựa chọn phẫu thuật phù hợp.

VII. PHÒNG BỆNH

- Xây dựng chế độ ăn uống lành mạnh như hạn chế đồ ngọt, thức ăn nhiều dầu mỡ, thức ăn nhanh; tăng cường rau xanh...

- Duy trì các hoạt động thể dục thể thao để kiểm soát cân nặng.

- Theo dõi cân nặng thường xuyên.

PHỤ LỤC
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

E65 Béo phì khu trú

E66 Bệnh béo phì

E66.0 Béo phì do thừa calo

E66.1 Béo phì do thuốc

E66.2 Béo phì quá mức với giảm thông khí phế nang

E66.8 Béo phì khác

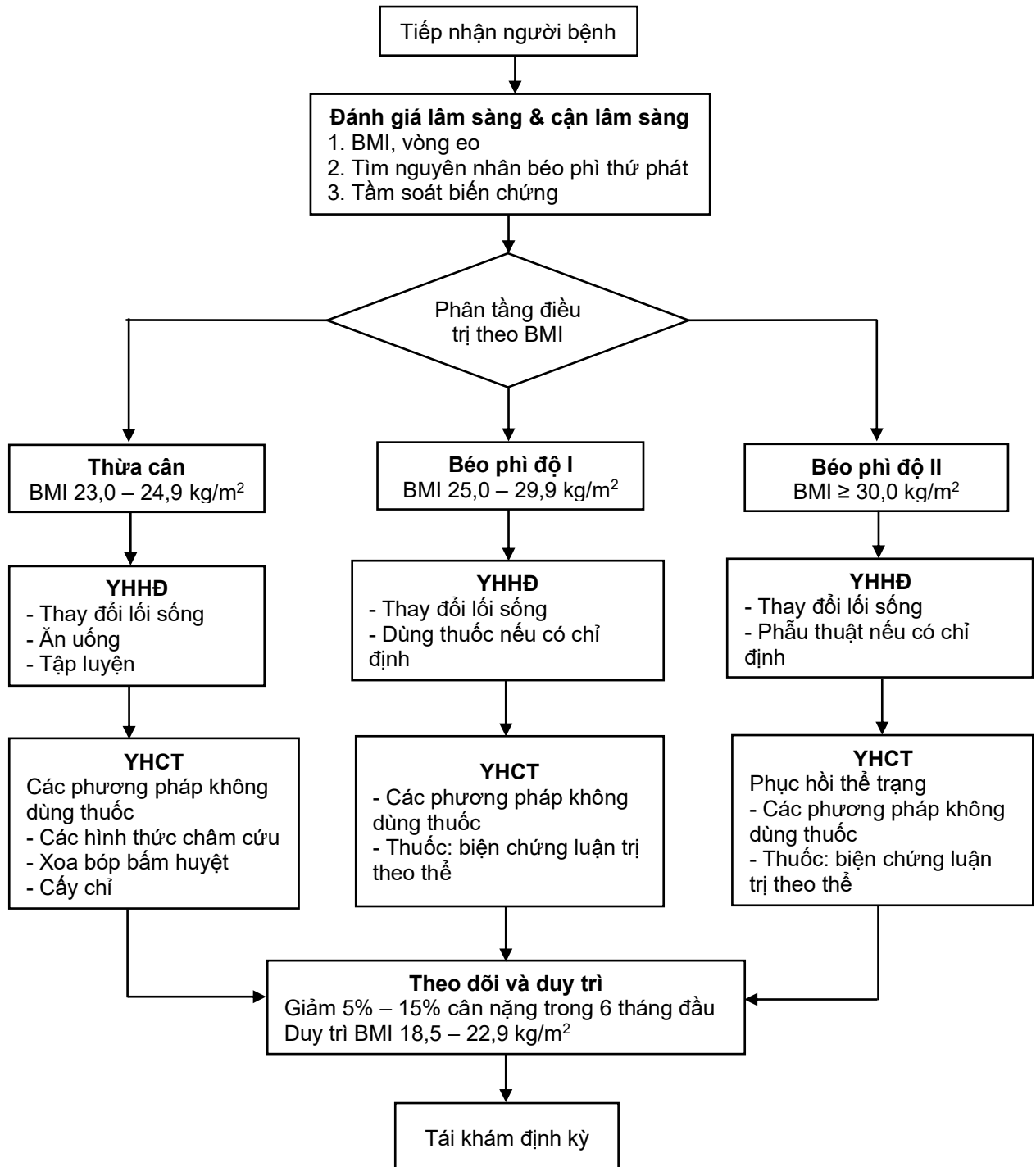
E66.9 Béo phì, không xác định khác

U53.201 Phì nhân (Béo phì khu trú)

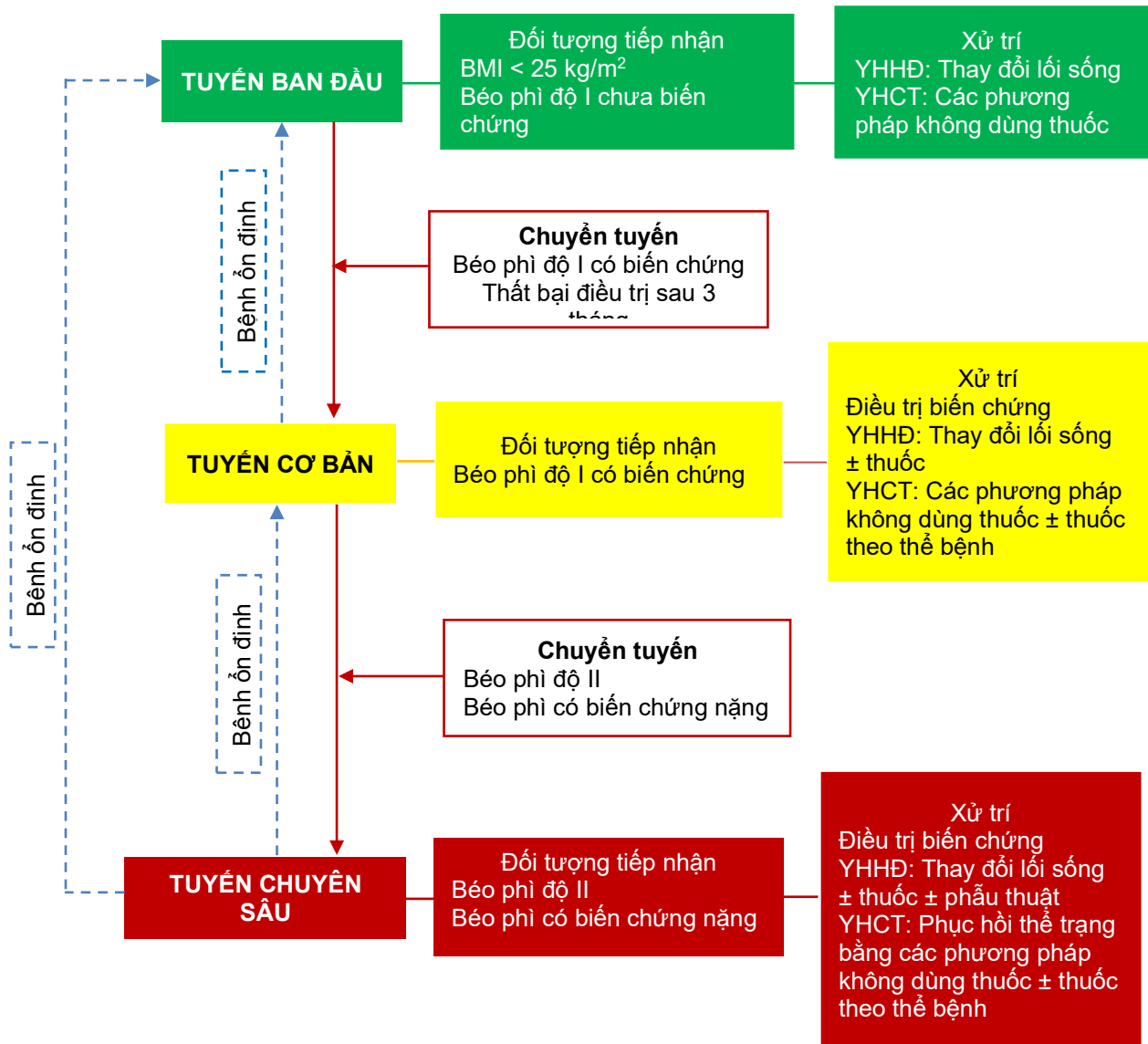
U53.211 Phì nhân (Bệnh béo phì)

U53.212 Chứng đàm (Bệnh béo phì)

Lưu đồ 1. Tiếp cận và điều trị béo phì (kết hợp YHHĐ và YHCT)



Lưu đồ 2. Phân tuyến điều trị béo phì



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 2892/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì”. 2022.
2. Kushner RF. Evaluation and management of obesity. In: Jameson JL, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022
3. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiến Tài (2022), *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây y*, NXB Y học, Tp. Hồ Chí Minh, trang 188-211.
4. Trịnh Thị Diệu Thường (2019), *Châm cứu học ứng dụng*, NXB Y học, TP. Hồ Chí Minh, trang 84-93.
5. Vương Vĩnh Viêm, Lỗ Đào Lân (2010), *Trung y nội khoa học*, NXB Bộ Y tế, Trung Quốc, trang 807-811.

2. ĐỘNG KINH (CHỨNG GIẢM)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Theo Liên hội chống động kinh quốc tế (ILAE) 2014: Bệnh động kinh là một bệnh lý của não bộ được xác định qua các trường hợp sau:

- Có ít nhất 2 cơn động kinh tự phát (hay phản xạ) xảy ra cách nhau > 24 giờ.
- Một cơn động kinh tự phát (hay phản xạ) và có khả năng tái phát cơn tiếp theo tương đương nguy cơ tái phát chung (>60%), trong vòng 10 năm kế tiếp.

Được chẩn đoán hội chứng động kinh.

Bệnh động kinh được xem là thoái lui khi hội chứng động kinh phụ thuộc tuổi đã qua tuổi mắc bệnh hay không có cơn động kinh trong vòng 10 năm và không dùng thuốc chống động kinh trong 5 năm gần nhất.

Năm 2010, ILAE đã đưa ra định nghĩa động kinh kháng trị như sau:

“Động kinh kháng trị là sự thất bại với điều trị đầy đủ 2 thuốc được dung nạp và chỉ định thích hợp (các đơn trị liệu hay điều trị phối hợp) trong việc duy trì không cơn động kinh.”

Cũng với bảng đồng thuận trên, ILAE 2010 đã đưa ra lưu đồ chẩn đoán động kinh kháng trị với 2 mức độ. Mức độ thứ nhất là phân loại kết cục của liệu pháp điều trị. Kết cục điều trị được chia thành 3 mức độ kiểm soát cơn động kinh, bao gồm: hết cơn động kinh (seizure-freedom), thất bại điều trị (treatment failure) và chưa xác định (undetermined). Từng mức độ sẽ được chia thành nhóm nhỏ hơn, dựa trên sự hiện diện của tác dụng phụ của thuốc. Mức độ thứ hai là đưa ra chẩn đoán động kinh kháng trị.

Động kinh kháng trị với những cơn co giật tần suất cao sẽ gây thay đổi và tổn thương mạng lưới tế bào thần kinh, liên quan với gia tăng bệnh suất và tử suất, các di chứng thể chất và tinh thần nặng nề, tăng các vấn đề về nhận thức và giảm chất lượng sống. Mặc dù có nhiều thuốc chống động kinh mới từ năm 1990, vẫn có rất ít cải thiện tích cực về mặt tiên lượng cho động kinh nói chung cũng như các hội chứng động kinh trẻ em.

Phân loại hội chứng động kinh theo ILAE 2022, đặc biệt là theo nhóm tuổi, tập trung vào mô tả các nhóm triệu chứng và dấu hiệu thường xuất hiện cùng nhau. Các phân loại này dựa trên nhiều yếu tố bao gồm:

- + Bệnh cảnh lâm sàng
- + Loại cơn động kinh
- + Biểu hiện lâm sàng
- + Tần suất cơn
- + Dữ liệu điện não đồ (EEG) trong và sau cơn

2. Chẩn đoán

Triệu chứng động kinh: Tùy thuộc cơn động kinh mà có biểu hiện khác nhau.

Cơn khởi phát cục bộ

- Động kinh cục bộ khởi phát vận động:

+ Con mắt trương lực (mắt trương lực cục bộ).

+ Con co cứng (cứng cơ cục bộ liên tục).

+ Con co giật (co giật cục bộ).

+ Con giật cơ (giật cơ từng nhịp ngắn, không đều, cục bộ).

+ Con co thắt (gấp hoặc duỗi cục bộ chi trên và gập thân).

+ Con vận động tăng động.

+ Con vận động tự động (cử động có hoặc không có tổ chức, lặp đi lặp lại, không có mục đích).

- Động kinh cục bộ khởi phát không vận động:

+ Con ngưng hành vi: Bệnh nhân ngưng các hoạt động đang làm và mất phản ứng với xung quanh.

+ Con cục bộ thần kinh tự chủ: Cảm giác dạ dày ruột, cảm giác nóng hay lạnh, đỏ bừng mặt, cảm giác dựng lông/ nổi da gà, đánh trống ngực, cảm giác ham muốn tình dục, thay đổi hô hấp, hoặc những biểu hiện khác của thần kinh tự chủ.

+ Con cục bộ nhận thức: Rối loạn ngôn ngữ, suy nghĩ, rối loạn chức năng vỏ não cao cấp.

+ Con cục bộ cảm xúc: Thay đổi về cảm xúc như sợ hãi, lo lắng, kích động, giận dữ, cười hoặc khóc.

+ Con cục bộ cảm giác: Thay đổi cảm giác bản thể, khứu giác, thị giác, thính giác, vị giác, cảm giác nóng lạnh, cảm giác tiền đình.

Con khởi phát toàn thể

- Con khởi phát toàn thể kiểu con vận động:

+ Con co giật toàn thể: Biểu hiện khởi đầu, tiếp diễn và kết thúc bằng các cử động giật có nhịp của các chi ở hai bên cơ thể và có thể liên quan đến đầu, cổ, mặt và thân. Thường xảy ra ở trẻ nhũ nhi.

+ Con co cứng toàn thể: Co cứng cơ hai bên thường kèm co cứng cổ, theo sau co cứng không có cử động co giật. bệnh nhân có thể duy trì co cứng trong một tư thế, có thể gập hay duỗi, thường kèm theo run các chi.

+ Con co cứng – co giật: Bao gồm cơn co cứng và theo sau là cơn co giật với giật cơ toàn thân với cường độ và tần số tăng dần sau đó giảm dần.

+ Con giật cơ toàn thể: Biểu hiện bằng những cử động giật cơ ngắn, không nhịp nhàng, thường xuất hiện hai bên, không mất ý thức trong cơn.

+ Con giật cơ- co cứng - co giật toàn thể: Bắt đầu bằng những cử động giật cơ theo sau là triệu chứng co cứng co giật. hay gặp ở hội chứng động kinh giật cơ thiếu niên.

+ Con giật cơ - mất trương lực: Cử động giật cơ ngắn của chi và thân, theo sau là mất trương lực chi. Thường gặp trong hội chứng Doose, hội chứng Lennox- Gastaut và các hội chứng khác.

+ Con mất trương lực: Khi chân mất trương lực trong cơn mất trương lực toàn thể, bệnh nhân té đập mông hoặc té ra trước đập gối và mặt xuống sàn, hồi phục trong vài giây.

+ Con động kinh co thắt: Đột ngột gập, duỗi hoặc gập duỗi của cơ trực và gốc chi là chủ yếu. thường xuất hiện thành cụm cơn và hay gặp ở nhũ nhi.

- Con khởi phát toàn thể kèm cơn vắng ý thức:

+ Con vắng ý thức: Ngưng đột ngột hoạt động đang làm và ý thức của bệnh nhân. Thường xảy ra nhóm tuổi trẻ, bắt đầu và kết thúc cơn đột ngột, có thể có ít cử động tự động như: chớp mắt, nhép miệng.

+ Con vắng ý thức giật cơ: Loại cơn vắng với các cử động giật cơ đều đặn 3 chu kỳ/giây, gây ra cử động dạng nhịp nhàng của chi trên khiến cánh tay nâng lên từ từ và kèm với gai sóng 3 chu kỳ/giây. Độ dài cơn thường 10-60s, suy giảm ý thức có thể không rõ ràng trong cơn này.

+ Giật cơ mi mắt: Giật cơ của mi mắt và nhìn lên của nhãn cầu, thường khởi phát khi bệnh nhân nhắm mắt hoặc bởi ánh sáng.

Cơn động kinh không rõ khởi phát

Là tập hợp những cơn có đặc điểm không phù hợp hai loại kia hay thiếu thông tin để phân loại, đây chỉ là tên tạm gọi khi tiếp cận ban đầu.

3. Nguyên nhân

Theo phân loại của ILAE năm 2017, nguyên nhân động kinh được chia thành năm nhóm:

- Cấu trúc: Những bất thường về cấu trúc thường gặp như: Bất thường phát triển vỏ não (loạn sản vỏ não, tật đa hồi não...), xơ hải mã, đột quy, chấn thương.

- Căn nguyên gen.

- Nhiễm trùng: Thường gặp như Neurocysticercosis, lao, HIV, Toxoplasmosis, Virus.

- Rối loạn chuyển hóa: Porphyria, Uremia, bệnh Aminoacid...

- Rối loạn miễn dịch.

- Chưa rõ nguyên nhân.

Phân loại hội chứng động kinh theo ILAE 2022, đặc biệt là theo nhóm tuổi (trước 2 tuổi, từ 2 đến 14 tuổi, người lớn, người cao tuổi), tập trung vào mô tả các nhóm triệu chứng và dấu hiệu thường xuất hiện cùng nhau. Các phân loại này dựa trên nhiều yếu tố bao gồm:

+ Bệnh cảnh lâm sàng

+ Loại cơn động kinh

+ Biểu hiện lâm sàng

+ Tần suất cơn

+ Dữ liệu điện não đồ (EEG) trong và sau cơn

4. Sinh lý bệnh

4.1. Tính tăng kích thích

- Cơ chế cơ bản của tính tăng kích thích thần kinh đó là điện thế hoạt động. Một tình trạng tăng tính kích thích, sinh lý về mặt tế bào của cơn động kinh có thể do:

- Sự gia tăng hệ dẫn truyền thần kinh loại kích thích.

+ Giảm hoạt động hệ dẫn truyền ức chế.

+ Sự thay đổi các kênh ion liên quan điện thế.

+ Sự thay đổi của các nồng độ ion trong hay ngoài tế bào trong quá trình khử cực màng tế bào.

- Chất dẫn truyền kích thích chính là Glutamate, thụ thể của nó ở hậu synapse của neuron chính cũng như trên neuron trung gian ức chế và một vài loại tế bào đệm. thụ thể AMPA hay NMDA được hoạt hóa bởi Glutamate, tất cả thì ái tính với ion Na^+ , K^+ và tạo đường cho ion Na^+ , K^+ ra khỏi tế bào tạo nên khử cực màng và điện thế hoạt động. riêng NMDA còn có kênh Canxi bình thường bị ức chế bởi Mg khi nghỉ, nhưng dưới một số điều kiện của khử cực tế bào, Mg bị thay thế và kênh này trở nên ái tính với Ca^{2+} , làm cho Ca^{2+} đi vào nhiều hơn làm khử cực nhiều hơn và đây được xem là cơ chế góp phần tổn thương tế bào thần kinh do Ca^{2+} trong một số tình huống hoạt hóa tế bào quá mức (trạng thái động kinh) dẫn đến chết tế bào.

- Chất dẫn truyền ức chế chính là GABA. GABA_A tìm thấy ở hậu synapse, còn GABA_B ở tiền synapse. GABA_A ái tính với ion Cl^- , dòng ion Cl^- sẽ gây ức chế điện thế hoạt động. Các chất đồng vận với GABA_A như barbiturate hay benzodiazepines sẽ giúp kiểm soát co giật. GABA_B hoạt động thông qua kênh thứ hai khác hơn là ion Cl^- dẫn đến phóng thích các chất dẫn truyền được tích lũy. Nó thường làm mở kênh K làm tái khử cực tế bào, do đó vài đồng vận GABA_B như Baclofen được ghi nhận làm tăng tính kích thích quá mức có thể gây co giật.

4.2. Hệ thống mạng lưới thần kinh ảnh hưởng đến tính tăng kích thích

Các neuron liên kết với nhau trong một mạng lưới chằng chịt để tạo ra thêm các mức độ kiểm soát tính tăng kích thích. Tuy nhiên, trong một số tình huống mạng lưới này có hệ quả không tốt như trong sự tạo nhánh của các sợi trục kích thích sẽ tạo ra nhiều liên kết hơn và làm tăng tính kích thích của các neuron trong mạng lưới, mất của các neuron ức chế hay mất các neuron kích thích mà có vai trò hoạt hóa các neuron ức chế khác cũng làm tăng tính kích thích này.

Một đặc điểm quan trọng trong mạng lưới thần kinh là sự liên kết với đồi thị. Các nhân ở đồi thị không chỉ có những đường hướng tâm đến vỏ não, mà còn những đường ly tâm từ vỏ não, đặc biệt là lớp neuron tháp 6. Những con đường này đồng thời cho các nhánh đến các nhân lưới, một nhóm các neuron trung gian ức chế gửi tín hiệu trở lại vỏ não. Do đó, những hoạt động điện thế của vỏ não không chỉ tạo ra kích thích trực tiếp nhân đồi thị, mà còn tạo ra ức chế qua trung gian nhân lưới. Việc mất cân bằng giữa kích thích và ức chế

trong liên kết vỏ não- đồi thị làm tăng tính kích thích gây ra cơn động kinh, đặc biệt động kinh toàn thể.

4.3. Sinh lý bệnh động kinh kháng trị

Rõ ràng rằng cơ chế động kinh kháng trị là đa yếu tố, bao gồm di truyền, môi trường, bệnh đồng mắc. Sáu cơ chế giả thuyết được mô tả bao gồm: giả thuyết được động học, giả thuyết mạng lưới thần kinh, giả thuyết mức độ nặng nội tại, giả thuyết đa dạng về di truyền, giả thuyết trúng đích và giả thuyết protein vận chuyển.

a. Giả thuyết được động học

Giả thuyết này cho rằng sự biến hiện bề mặt quá mức của các bơm vận chuyển tại các cơ quan ngoại biên như ruột, gan, thận giảm nồng độ trong máu các thuốc chống động kinh ở bệnh nhân động kinh kháng trị, do đó giảm nồng độ thuốc qua hàng rào máu não để đạt được đích đến trong não. Trong một báo cáo trên bệnh nhân động kinh trẻ em kháng trị của Lazarowski và cs, thấy rằng nồng độ thấp trong huyết tương của carbamazepine, phenytoin, và valproic acid. Trùng khớp với đó là sự gia tăng P-glycoprotein biểu hiện ở các tế bào nội mô, tế bào sao trên các mô não bệnh phẩm được lấy từ các bệnh nhân này.

b. Giả thuyết mạng lưới thần kinh

Fang et al đã đưa ra giả thuyết mạng lưới thần kinh, cho rằng cơn co giật gây ra sự thoái hóa, thoái hóa và tái cấu trúc mạng lưới thần kinh có vai trò ức chế hệ thống chống co giật nội sinh và ức chế các thuốc chống động kinh tiếp cận các tế bào thần kinh đích. Đặc biệt, các bằng chứng phân tử cho thấy sự tín hiệu phát triển trên sợi trục có nhận những chỉ dẫn bất thường và tín hiệu phân tử từ tế bào não sinh động kinh. Thêm vào đó, có sự hình thành những vòng kích thích lặp lại, được xem là hậu quả của sự đâm chồi phát triển của động kinh thái dương. Tác giả cũng cho rằng sự sản sinh của các tế bào thần kinh và tế bào sao trong động kinh thái dương góp phần vào sự phát triển các mạng lưới thần kinh bất thường và tình trạng kháng thuốc.

c. Giả thuyết độ nặng nội tại

Giả thuyết cho rằng các yếu tố sinh học tế bào thần kinh góp phần vào độ nặng của bệnh cũng như tình trạng kháng thuốc. Nói một cách khác, tình trạng kháng thuốc là thuộc tính cố hữu của độ nặng của bệnh, có thể nhiều mức độ từ nhẹ tới nặng. Các dữ liệu cũng cho thấy tần suất cơn động kinh trước điều trị cao là một yếu tố tiên đoán quan trọng của kháng trị. Tần suất cơn co giật cao trước điều trị có thể là hậu quả của những thay đổi sinh lý bệnh cấu thành nên động kinh kháng trị. Dựa trên những báo cáo trước đó, có thể tồn tại sợi dây liên quan giữa tình trạng kháng trị và sự phóng điện trên thực nghiệm, các phóng điện điện học dù là dưới lâm sàng lặp đi lặp lại cũng gây nên các cơn co giật tái phát tự phát trên động vật thí nghiệm.

d. Giả thuyết đa dạng di truyền

Giải thuyết cho rằng các đa dạng về mặt di truyền liên quan với được động học và dược lực học của các thuốc chống động kinh. Một cách cụ thể, các gen khác nhau mã hóa các enzyme chuyển hóa thuốc chống động kinh hay các kênh ion và các thụ thể của các chất dẫn truyền thần kinh là mục tiêu của các thuốc chống động kinh sẽ gây ảnh hưởng đến đáp ứng của thuốc chống động kinh. Van der Weide et al đã báo cáo mối liên quan mạnh mẽ giữa mức hoạt động thấp của các allele của CYP2C9 (bao gồm CYP2C9*2 và

CYP2C9*3) và nhu cầu giảm liều của phenytoin. Ở một nghiên cứu khác, Ufer et al tìm thấy một phân nhóm riêng biệt của những bệnh nhân mang các allele biến đổi của CYP2C9*3 và CYP2C9*4 giữa các bệnh nhân đáp ứng thuốc chống động kinh và các bệnh nhân không đáp ứng thuốc.

e. Giả thuyết trúng đích

Giả thuyết đưa ra rằng sự thay đổi về đặc điểm của đích đến của các thuốc chống động kinh, như thay đổi thành phần của các kênh ion liên quan điện thế và các thụ thể vận chuyển chất dẫn truyền thần kinh, hậu quả là làm giảm độ nhạy của thuốc và dẫn đến tình trạng kháng trị. Ví dụ, sự mất các khóa phụ thuộc sử dụng của các kênh natri ở tế bào hồi răng khi sử dụng carbamazepine được quan sát thấy ở chuột thí nghiệm được khởi phát động kinh bằng pilocarpine, và ở mô hải mã ở bệnh nhân động kinh thái dương kháng carbamazepine.

f. Giả thuyết protein vận chuyển

Năm 1995, Tishler et al tìm thấy mRNA của gen MDR1 biểu hiện quá mức trên các mô não được cắt từ bệnh nhân động kinh kháng trị và từ đó đưa ra giả thiết về protein vận chuyển của động kinh kháng trị: sự biểu hiện quá mức của P-gp ở hàng rào máu não trên bệnh nhân động kinh làm giảm sự hấp thu thuốc chống động kinh của não, từ đó gây tình trạng kháng thuốc, cũng giống cơ chế kháng thuốc trong ung thư. Từ kết luận này của Tishler, các protein vận chuyển ABC khác cũng được chứng minh tham gia điều hòa hàng rào máu não trên bệnh nhân động kinh và giả thuyết protein vận chuyển đã được khai phá. Giả thuyết protein vận chuyển được dựa trên 2 kết luận: sự biểu hiện quá mức của các protein vận chuyển trên màng tế bào tương quan với tình trạng kháng trị trong động kinh và các thuốc chống động kinh được vận chuyển chủ động bởi các protein vận chuyển này.

g. Đặc điểm diễn tiến theo thời gian của động kinh kháng trị

Kháng trị trong động kinh là một tình trạng phức tạp, được cấu thành và tiến triển bởi nhiều yếu tố, và các nhà lâm sàng luôn cố gắng để tìm ra diễn tiến lâm sàng cũng như đặc điểm tiên lượng của tình trạng này. Trước đó một số nghiên cứu cho rằng tình trạng đáp ứng tốt với thuốc chống động kinh sớm là một tiên lượng thuận lợi tuy nhiên đã có nhiều nghiên cứu sau đó đưa ra kết quả đáng lưu tâm. Trong một nghiên cứu đoàn hệ của Brodie et al, 37% (408 bệnh nhân) trong tổng 1098 bệnh nhân động kinh duy trì không cơn trong vòng 6 tháng sau khởi đầu điều trị, 22% ca vẫn duy trì tình trạng không cơn sau 6 tháng, 16% ca dao động giữa lui cơn và tái phát, và 25% ca không bao giờ đạt tình trạng hết cơn 1 năm sau đó. Trong 408 bệnh nhân theo dõi theo thời gian, đa phần vẫn đạt lui cơn với đơn trị liệu, nhưng có 37 ca cần phối hợp liệu pháp điều trị thứ hai và 4 ca cần liệu pháp điều trị thứ 3.

Neligan et al thực hiện một nghiên cứu đoàn hệ với 139 bệnh nhân động kinh mãn tính không kiểm soát với thời gian theo dõi trung bình là 6.9 năm, cho thấy 19% đạt hết cơn và 29% bệnh nhân đạt 50-99% sự cải thiện về tần suất co giật. Tuy nhiên, tỉ lệ còn lại là những bệnh nhân đạt lui bệnh sau đó cũng tái phát. Trong một nghiên cứu khác, Neligan et al thấy rằng những đặc điểm ngắn quãng của cơn động kinh (ví dụ có 1 hay nhiều giai đoạn không cơn trong ít nhất 2 năm) xảy ra trong khoảng 30% bệnh nhân kháng trị, những bệnh nhân này được ghi nhận sử dụng tổng số thuốc chống động kinh ít hơn và có tần suất

co giật thấp hơn so sánh với nhóm có đặc điểm diễn tiến không đáp ứng ngay từ đầu của kháng trị.

Tóm lại, những nghiên cứu gần đây cho thấy đặc điểm diễn tiến về mặt thời gian của tình trạng kháng trị trong động kinh phức tạp hơn nhiều so với những kết luận trước đó, và tới 30% bệnh nhân kháng trị có diễn tiến dao động với những đợt lui bệnh và tái phát. Dựa trên những quan sát này, đạt được sự duy trì không cơn là kết quả của tiến trình phát triển của động kinh lành tính và hiệu quả điều trị của thuốc chống động kinh, nhưng thời điểm khi nào một trong 2 thành tố này góp phần vào sự lui bệnh kéo dài thì chưa rõ.

II. THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Khái niệm

Theo Y học cổ truyền, động kinh được gọi là Bình Giãn, Diên Giãn, Dương Giãn Phong, với biểu hiện đột nhiên mất ý thức, kèm chân tay co quắp, cơn thường lặp đi lặp lại, bệnh xuất hiện từng cơn. Khi phát cơn đột nhiên ngã nhào, hôn mê không biết gì, sắc mặt trắng bợt, hàm răng cắn chặt, tay chân co quắp, mắt trợn ngược, miệng mũi đờm dãi, có khi trong mồm phát ra tiếng như dê, lợn kêu, sau một lúc lâu sẽ tự tỉnh lại, khi tỉnh lại thì như người bình thường. Cơn phát không có qui luật nhất định, có khi mấy năm một lần, có khi mấy ngày một lần, có khi mấy tháng mấy lần.

2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

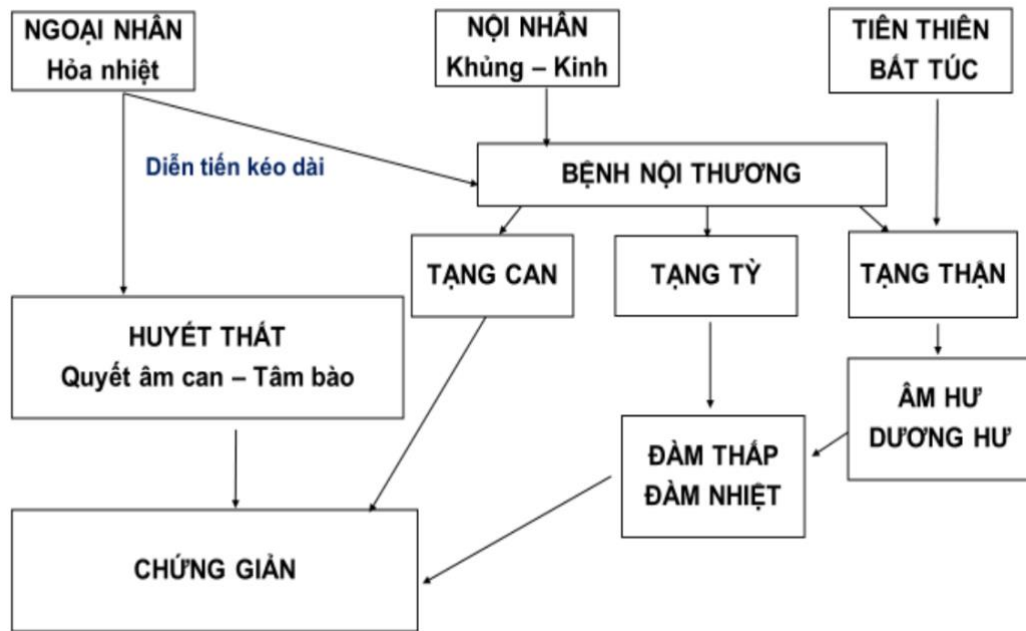
Bệnh đa phần do thất tình chí thất điều, thiên chất không đầy đủ, chấn thương não bộ, âm thực không tiết chế, lao động thái quá, hoặc theo sau một bệnh khác, dẫn đến tạng phủ thất điều, đàm trọc trở trệ, khí cơ nghịch loạn, phong dương nội động, đặc biệt cùng với đàm tà quan hệ mật thiết.

- **Tình chí thất điều:** Đột nhiên bị kinh động, sợ hãi dẫn đến khí cơ nghịch loạn, đàm trọc theo khí thượng nghịch, mộng bế tâm khiêu. Hoặc do can thận âm hư, âm bất liễm dương, can dương kháng thịnh, hỏa nhiệt sinh phong, phong hỏa hiệp đàm, thượng mê thanh khiêu, tâm thần mất sự kiểm soát phát ra giãn bệnh.

- **Thiên chất bất túc:** Giãn bệnh phát từ khi còn nhỏ, cùng với nhân tố tiên thiên có quan hệ mật thiết. Lúc có thai người mẹ đột nhiên gặp sợ hãi, một mặt dẫn đến khí cơ nghịch loạn, công năng tạng phủ thất điều, một mặt dẫn đến tổn thương tinh mà thận hư, khiến cho tinh khí của người mẹ hao thương, ảnh hưởng sự phát triển bình thường của thai nhi, sau khi sinh ra dễ phát thành giãn bệnh.

- **Âm thực không tiết chế:** Dùng quá nhiều rượu và đồ ăn béo ngọt, tổn thương tỳ vị, tỳ thất kiện vận, tụ thấp sinh đàm, đàm trọc nội thịnh. Hoặc khí uất hóa hỏa, hỏa đốt tân thành đàm, tích đàm nội phục. nguyên nhân gây ra, đàm trọc hoặc tùy khí nghịch, hoặc tùy hỏa thượng viêm, hoặc tùy phong động, mộng bế tâm thần thanh khiêu phát thành giãn bệnh. Nên có câu “vô đàm không phát giãn”.

- **Não lạc ú trở:** Do té ngã, va đập, hoặc lúc sinh khó, não lạc bị thương. Sau khi bị ngoại thương thì thần chí nghịch loạn, hôn mê không biết người, khí huyết ú trở, thì lạc mạch không hóa, tay chân co giật, liền phát thành giãn bệnh.



Hình 1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh giản chứng theo YHCT

Chứng trạng YHCT: Giản chứng, dương giản phong, huyền vãng, đầu thống...

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG YHCT

Nguyên tắc điều trị

- Khi cơn dày: Trị tiêu là chính. Đàm trọc, ứ huyết, Phong dương bế tắc thanh khiếu, lưu chuyển kinh lạc là yếu tố bệnh lý cơ bản gây cơn động kinh. Do đó, khi lên cơn cần Khoát đàm, Trục ứ, Thuận khí, Túc Phong, Khai khiếu, Định giản để không chế cơn.

- Thời kỳ ngừng cơn, thuyên giảm: Kiên trị cả tiêu và bản. Ngoại trừ ca mới phát, thời kỳ này phần lớn biểu hiện chứng bản hư tiêu thực. Điều trị nên kết hợp trị tiêu và bản, nhưng tùy tình hình cụ thể mà thiên về trị bản, trị tiêu hoặc coi trọng cả hai.

A. Điều trị dùng thuốc

1. Đàm hỏa nhiễu thần

1.1. Triệu chứng

- Đột ngột ngã lảo, bất tỉnh, tứ chi co giật mạnh, phát tiếng, thở gấp thô, bồn chồn bứt rứt, trào bọt trắng, Đàm khò khè khó thông, táo bón, nước tiểu đỏ, hôi miệng, đắng miệng. Thường ngày tính tình nóng nảy, mất ngủ, miệng khô đắng.

- Lưỡi: Đỏ, rêu vàng nhầy.

- Mạch: Huyền Hoạt, hoặc Hoạt Sác.

1.2. Pháp trị

Thanh Can tả hỏa, Hóa đàm khai khiếu.

1.3. Phương

a. Điều trị bằng thuốc thang

Bài thuốc: Long đởm tả can thang hợp dịch đàm thang (Cổ kim y phương tập thành).

Long đởm thảo	08-12g	Chi tử	08-12g
Hoàng cầm	08-12g	Mộc thông	08-12g
Xa tiền tử	08-12g	Đương quy	08-12g
Sinh địa	08-12g	Sài hồ	08-12g
Trạch tả	08-12g	Cam thảo	04-08g
Chế bán hạ	06-12g	Chế nam tinh	06-12g
Trần bì	08-12g	Chi thực	08-12g
Phục linh	08-12g	Đảng sâm	08-14g
Thạch xương bồ	04-08g	Trúc nhự	06-08g
Sinh khương	04-10g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần uống.

Gia giảm:

- Táo bón nặng: Thêm Sinh đại hoàng (Rhei Radix et Rhizoma).
- Đàm đặc nhiều: Thêm Trúc lịch (Succus Bambusae).
- Đàm hỏa ủng tắc, đại tiện bí: Dùng Trúc Lịch Đởm Đàm Hoàn để trừ Đàm tả hỏa thông tiện

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

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

b. Điều trị bằng thuốc thành phẩm

Dưỡng huyết thanh não 01 gói x 2 - 3 lần/ngày.

Chú ý: thuốc thành phẩm không được trùng lặp quá 50% thành phần vị thuốc với thuốc thang hoặc thuốc thành phẩm khác.

2. Phong đàm bế khiếu

2.1. Triệu chứng

- Đột ngột ngã lăn, bất tỉnh, mắt trợn ngược, trào bọt trắng, Đàm khò khè trong họng, tay chân co giật.
- Lưỡi: Hồng nhạt, rêu trắng nhầy.
- Mạch: Hoạt hoặc Huyền Hoạt. Trước cơn có thể có triệu chứng báo trước: tức ngực, chóng mặt, mệt mỏi.

2.2. Pháp trị

Địch đàm tức Phong, khai khiếu định gián.

2.3. Phương

a. Điều trị bằng thuốc thang

Bài thuốc: Định Giản Hoàn (Y Học Tâm Ngộ) gia giảm.

Trúc lịch	15-30ml	Bôi mẫu	10g
Đỏm nam tinh	06g	Bán hạ (chế)	10g
Trần bì	08g	Thiên ma	10g
Toàn yết	03g	Cương tằm	10g
Uất kim	10g	Viễn chí	06g
Đan sâm	15g	Phục thần	12g
Hỗ phách	02g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần uống.

Gia giảm:

- Đàm đặc khó khạc: gia thêm Qua lâu
- Đàm loãng: gia thêm Can khương, Tế tân.
- Ăn kém: gia thêm Bạch truật, Phục linh

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

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

3. Huyết ứ trở khiêu

3.1. Triệu chứng

- Khi lên cơn đột ngột ngã lảo, bất tỉnh, co giật cục bộ, hình thức co giật cố định: hoặc chỉ co giật khoe miệng/mắt/chỉ, hoặc toàn thân co giật, hoặc miệng-mắt co kéo, cơ mặt lệch một bên; hoặc biểu hiện chính là tê/đau như đau đầu/dữ dội, đau bụng, đau chi. Mặt, môi tím tái. Thường ngày có thể đau đầu, chóng mặt.

- Lưỡi: Tím sẫm, hoặc có ban ứ, điểm ứ.
- Mạch: Huyền hoặc Sáp.

3.2. Pháp trị

Hoạt huyết thông khiêu, khứ ứ định giật.

3.3. Phương

Điều trị bằng thuốc thang

Bài thuốc: Thông Khiêu Hoạt Huyết Thang (Y Lâm Cải Thác) gia giảm.

Đào nhân	12g	Hồng hoa	10g
Xích thực	12g	Xuyên khung	10g
Thông bạch	06g	Sinh khương	06g

Thạch xương bồ	10g	Uất kim	12g
Kê huyết đằng	15g	Đan sâm	15g
Nhũ hương	06g	Một dược	06g
Đương quy	12g	Chích thảo	06g.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần uống.

Gia giảm:

- Kiêm đàm nhiệt: Gia thêm Trúc lịch, Đởm nam tinh
- Kiêm Can hỏa thượng nhiệt: Thêm Cúc hoa, Thạch quyết minh
- Kiêm âm hư: Thêm Mạch môn, Miết giáp.
- Kiêm Tâm Thận khuy hư: Thêm Đảng sâm, Câu kỷ, Thục địa
- Tức ngực, hay thở dài: Thêm Sài hồ, Uất kim, Mộc hương, Thanh bì để sơ Can phá khí.
- Ứ huyết nặng: Thêm Tam lăng, Nga truyệt để phá khí hành huyết.

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

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

4. Can Thận âm hư

4.1. Triệu chứng

Động kinh sau khi lên cơn nhiều lần, tâm trạng hốt hoảng, sắc mặt đen tối, chóng mặt hoa mắt.

Triệu chứng kèm theo: hai mắt khô sấp, vành tai cháy khô không nhuận, hay quên mất ngủ, lưng mỏi, gối yếu, đại tiện khô táo.

Lưỡi mạch: chất lưỡi đỏ, rêu trắng mỏng hoặc vàng mỏng khô, mạch tế sác hoặc huyền sác.

4.2. Pháp trị

Tư dưỡng Can Thận.

4.3. Phương

a. Điều trị bằng thuốc thang

Bài thuốc: Đại bổ nguyên tiễn (Cảnh nhạc toàn thư).

Đảng sâm	08-14g	Hoài sơn sao	08-12g
Thục địa	08-12g	Đỗ trọng	08-12g
Câu kỷ tử	08-12g	Đương quy	08-12g
Sơn thù	06-12g	Cam thảo chích	06-10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần uống.

Gia giảm:

- Tăng tác dụng bổ tủy dưỡng âm gia: Quy bản 10-14g, Lộc giác giao 08-14g, A giao 08-12g.
- Tăng Tư âm tiềm dương gia: Mẫu lệ 08-14g, Miết giáp 08-14g.
- Tăng an thần khai khiếu gia thêm: Thạch xương bồ 04-08g, Viễn chí 06-12g.
- Trong lòng phiền nhiệt gia thêm Trúc diệp 08-12g, Đăng tâm thảo 08-12g.
- Đại tiện khô táo gia: Nhục thung dung 08-12g, Hỏa ma nhân 08-12g.

ĐỐI PHÁP LẬP PHƯƠNG: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.

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

b. Điều trị bằng thuốc thành phẩm

Cao lỏng lục vị 01 gói x 2 lần/ngày hoặc Lục vị hoàn: 10-20 x 2-3 lần/ ngày.

Superyin 2-3 viên x 2-3 lần/ ngày.

Chú ý: Thuốc thành phẩm không được trùng lặp quá 50% thành phần vị thuốc với thuốc thang hoặc thuốc thành phẩm khác.

5. Tâm Tỳ lương hư

5.1. Triệu chứng

- Động kinh lâu ngày không khỏi, đột ngột ngã lãn, bất tỉnh, hoặc chỉ đầu rũ, tứ chi vô lực; hoặc co giật tứ chi yếu, trào bọt trắng, miệng cắn chặt mắt nhắm, đại tiểu tiện không tự chủ, kèm sắc mặt trắng bệch, hồi hộp.

- Lưỡi: Nhạt, rêu trắng.

- Mạch: Trầm Nhược hoặc Nhược.

5.2. Pháp trị

Bổ Tâm kiện Tỳ, định phong chỉ giản

5.3. Phương

Điều trị bằng thuốc thang

Bài thuốc: Quy Tỳ Thang (Tế Sinh Phương) gia giảm.

Đảng sâm	12g	Bạch truật	12g
Phục linh	12g	Viễn chí	06g
Kê huyết đằng	15g	Long nhãn	12g
Đan sâm	12g	Đương quy	12g
Mộc hương	06g	Hoàng kỳ	15g
Trần bì	08g.		

Gia giảm:

- Thẻ hư không quá nặng: Gia thêm Cương tằm, Ngô công để tức Phong hóa đàm, thông lạc chỉ kinh.

- Kiên đàm trọc: Thêm Bán hạ, Đởm nam tinh.

Điều trị bằng thuốc thành phẩm

Bổ trung ích khí 10-20 viên x 2 - 3 lần/ngày.

Mediphyllamin 500 mg 01-02 viên x 2 lần/ngày.

Chú ý: thuốc thành phẩm không được trùng lặp quá 50% thành phần vị thuốc với thuốc thang hoặc thuốc thành phẩm khác.

B. Điều trị không dùng thuốc

1. Châm cứu

- Theo YHCT, các phương pháp châm cứu có tác dụng điều hòa sự cân bằng âm dương, hành khí hoạt huyết trong kinh mạch, dẫn khí huyết nuôi dưỡng cho bì mao, mạch, cơ nhục, gân, cốt. Châm cứu đối với động kinh ngoài cơn có tác dụng giảm bớt số lần, đối với cơn nhỏ có thể hỗ trợ giảm tần suất cơn. Nếu lên cơn liên tục có thể lấy để cấp cứu. Các phương pháp châm cứu sử dụng trong điều trị động kinh ngoài cơn: Hào châm, đầu châm, điện châm, cấy chỉ, nhĩ châm, thủy châm.

- Phương huyết chung: Nhân trung, Trường cường, Cân túc, Cưu vĩ, Phong long, Dương lăng tuyền.

- Gia giảm:

+ Can hỏa đàm nhiệt gia: Hành gian, Nội quan, Hợp cốc khoát đàm khai khiếu, thanh tả can hỏa.

+ Tỳ hư đàm thịnh gia: Túc tam lý, Âm lăng tuyền, Tỳ du.

+ Can Thận âm hư gia: Can du, Thận du, Thái Khê.

+ Ban đêm lên cơn gia Chiếu hải, ban ngày lên cơn gia Thân mạch.

+ Chóng mặt gia thêm Hợp cốc, Bách hội trừ phong thông khiếu.

- Phương nhĩ châm: Vị, Hạ võ não, Thần môn, Tâm, Châm, Nao.

- Phương pháp tác động huyết: Thẻ châm, điện châm, cứu 10-15 huyết cho 1 lần tác động; thời gian 20 phút/lần/ngày; liệu trình 10-15 ngày. Nếu người bệnh kiểm soát cơn động kinh chưa ổn định thì chống chỉ định dùng thủ thuật

2. Nhĩ châm

Phương huyết: Nhĩ thần môn, Nao, Tâm, Can, Thận, Dưới vỏ, Nội tiết

Thời gian 20 phút/lần/ngày, liệu trình 10-15 ngày. Nếu người bệnh kiểm soát cơn động kinh chưa ổn định thì chống chỉ định dùng thủ thuật.

3. Cấy chỉ

Cấy chỉ là phương pháp đưa chỉ tự tiêu vào huyết nhằm duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo tác dụng điều trị tương tự như châm kim. Cấy chỉ tác động vào huyết vị và hệ kinh lạc, tuân theo các nguyên tắc chọn tuyệt như khi châm cứu, do đó có cơ sở lý luận và cơ chế tác dụng cũng tương tự châm cứu. Ngoài ra, cấy chỉ còn có tác dụng tăng chuyển

hóa mạnh mẽ bởi vì chỉ catgut và PDO là một protein tự tiêu. Trong quá trình chỉ tự tiêu, tạo các phản ứng hóa sinh tại chỗ làm tăng tái tạo protein và carbonhydrat, giảm dị hóa, tăng đồng hóa, tăng protein, giảm acid lactic tăng dinh dưỡng ở cơ; lưới mao mạch tăng sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, cải thiện tuần hoàn máu ở vùng châm; đồng thời, có thể phát sinh những sợi thần kinh mới trong bó cơ.

Liệu trình cấy chỉ tùy thuộc vào loại chỉ được cấy và thời gian chỉ tan. Loại thường dùng là chỉ chromit catgut, tan sau 14 - 21 ngày, khi chỉ tan hết mới được cấy lại. Vì vậy, cấy chỉ được thực hiện mỗi 2 tuần 1 lần, lặp lại 3-5 liệu trình. Có thể chọn 10-15 huyệt theo phương huyệt phần châm cứu. Đánh giá lại sau 7-14 ngày để có chỉ định liệu trình tiếp theo nếu cần. Nếu người bệnh kiểm soát cơn động kinh chưa ổn định thì chống chỉ định dùng thủ thuật

4. Xoa bóp bấm huyệt

Xoa, xát, miết, bóp, lăn các vùng đầu mặt cổ.

Liệu trình 20 phút/lần/ngày, liệu trình 10-15 ngày.

5. Dưỡng sinh

Thư giãn, tập thở 4 thời có kê móng và giờ chân.

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Phối hợp tốt giữa thầy thuốc - bệnh nhân - gia đình.
- Chọn một thuốc tối ưu cho từng trường hợp.
- Nắm vững tác dụng phụ của thuốc và thời gian ổn định nồng độ.
- Không ngưng thuốc đột ngột.
- Đơn trị liệu đầu tiên.
- Duy trì liều thấp nhất có hiệu quả. Theo dõi điều trị chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Tăng liều dựa vào đáp ứng và tác dụng phụ của thuốc.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Dùng thuốc

a. Chọn lựa thuốc theo loại cơn động kinh

Cơ cục bộ, cơn co cứng co giật toàn thể: Acetazolamide, Carbamazepine, Clobazam, Clonazepam, Felbamate, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam, Oxcarbazepine, Phenobarbital, Phenytoin, Pregabalin, Primidone, Rufinamide, Tiagabine, Topiramate, Valproate, Vigabatrin, Zonisamide.

Cơn vắng ý thức: Acetazolamide, Clobazam, Clonazepam, Ethosuximide, Lamotrigine, Levetiracetam, Phenobarbital, Topiramate, Valproate.

Các thuốc làm nặng cơn vắng ý thức: Carbamazepine, Gabapentin, Oxcarbazepine, Tiagabine, Vigabatrin.

Cơ giết cơ: Clobazam, Clonazepam, Lamotrigine, Levetiracetam, Phenobarbital, Piracetam, Topiramate, Valproate.

Các thuốc làm nặng cơ giết cơ: Carbamazepine, Gabapentin, Oxcarbazepine, Phenytoin, Tiagabine, Vigabatrin.

Cơ vắng ý thức không điển hình, cơn co cứng, và cơn mất trương lực cơ: Acetazolamide, Clobazam, Clonazepam, Felbamate, Lamotrigine, Phenobarbital, Primidone, Rufimidone, Topiramate, Valproate, Zonisamide.

Các thuốc làm nặng thêm cơn vắng ý thức không điển hình, cơn co cứng, và cơn mất trương lực cơ: Carbamazepine, Gabapentine, Oxcarbazepine, Phenytoin, Tiagabine, Vigabatrin.

b. Các thuốc thường dùng

Carbamazepine:

Khởi đầu: 100- 200 mg ban đêm, hay 100mg x 2 lần/ngày, tăng sau 3-7 ngày đến liều 200mg x 2 lần/ ngày.

Liều duy trì người lớn: 600-1600 mg/ ngày có thể lên đến 2400mg/ ngày

Liều trẻ em bắt đầu: 5-10mg/kg/ ngày duy trì 15-20 mg/kg/ ngày tối đa 30mg/kg/ngày.

Oxcarbazepine:

Người lớn: khởi đầu 150-300mg x 2 lần/ ngày, tăng 300-600mg mỗi 1-2 tuần đến liều đích 1200- 2400 mg/ ngày.

Trẻ em < 4 tuổi: khởi đầu 8-10mg/kg/ ngày chỉnh liều đến 20-40mg/kg/ngày.

Phenytoin:

Người lớn không cấp cứu có thể dùng liều tải 500mg x 2 lần/ ngày hay 300 mg x 3 lần/ ngày cách nhau 4-6 giờ.

Liều tải đường chích 15mg/kg hay 20mg/kg IV trong 15 phút (không quá 50mg/ phút).

Không dùng liều tải có thể dùng 300- 400mg/ ngày chia 2 lần / ngày.

Trẻ em liều 4-5mg/kg/ngày lên đến 8mg/kg/ngày.

Gabapentin:

Khởi đầu 300 mg khi ngủ, tăng 300mg mỗi 1-7 ngày đến liều đích 1800- 3600 mg/ ngày.

Người lớn tuổi khởi đầu 100mg sau đó tăng liều mỗi lần 100-200mg.

Trẻ lớn hơn 3 tuổi: khởi đầu 10- 20mg/kg/ ngày tăng đến liều đích 30-60mg/kg/ ngày.

Pregabalin:

Khởi đầu: 75- 100mg khi ngủ, tăng liều tương tự mỗi 1-2 tuần đến liều đích 300- 600 mg/ ngày, chỉnh liều ở người suy thận.

Phenobarbital:

Khởi đầu: 90- 250 mg/ ngày có thể dùng liều tải IV lên đến 20mg/ kg

Liều trẻ em: 2-7 mg/kg/ ngày.

Valproate:

Khởi đầu: 250-300mg tăng mỗi tuần đến liều 750-2000 mg/ ngày.

Trẻ em: 10-15mg/kg/ngày tăng 5-10mg/kg/ tuần đến liều 15-30mg/kg/ ngày (liều tối đa 60mg/kg/ngày).

Lamotrigine:

Nếu dùng với thuốc cảm ứng men: 50mg/ ngày trong 2 tuần rồi 50mg x 2 lần/ ngày trong 2 tuần. Tăng 50-100mg mỗi tuần đến liều đích 300-500mg/ ngày.

Với thuốc không cảm ứng men hay đơn trị liệu: khởi đầu 25mg dùng cách ngày trong 2 tuần, 25mg/ ngày trong 2 tuần, tăng liều 25-50 mg mỗi 1-2 tuần đến liều 100-300mg/ ngày.

Ở trẻ trên 2 tuổi dùng chung với thuốc cảm ứng men: 2mg/kg/ngày trong 2 tuần, tăng liều đến 5-15mg/kg/ngày.

Chú ý đặc biệt khi dùng kèm valproate: khởi đầu 0,1 - 0,2 mg/kg/ngày trong 2 tuần tăng liều 0,5mg/kg/ngày đến liều đích 1-5mg/kg/ngày.

Topiramate:

Khởi đầu 25mg/ ngày tăng liều 25mg/ ngày mỗi 1-2 tuần đến liều 200mg/ ngày.

Trẻ em: 1-3mg/kg/ ngày tăng liều tương tự mỗi 1-2 tuần đến liều 5-9 mg/kg/ngày.

Levetiracetam:

Khởi đầu 250- 500 mg tăng 500mg/ ngày mỗi 1-2 tuần đến liều đích 1000- 3000mg/ ngày.

Trẻ em: Khởi đầu 20mg/kg/ngày tăng 20mg/kg mỗi 2 tuần đến liều điều trị 60mg/kg/ ngày.

Điều trị bệnh nền khác nếu có như: tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa động mạch, thiếu máu cơ tim...

b. Điều trị khác

Phẫu thuật: áp dụng các bệnh nhân động kinh kháng thuốc cần xem xét chỉ định phẫu thuật.

Các phương pháp kích thích thần kinh: Điều trị hỗ trợ trên bệnh nhân động kinh kháng thuốc không có chỉ định phẫu thuật như kích thích thần kinh X, kích thích não sâu.

c. Lưu ý khi dùng thuốc

Lựa chọn liều dùng: lựa chọn liều ban đầu cho bệnh nhân là rất quan trọng, cần phải căn cứ vào mức độ nặng của bệnh, thể trạng và tuổi tác của người bệnh. Khởi đầu thường dùng liều thấp sau đó tăng liều dần dần cho đến khi cơn động kinh được kiểm soát. Việc dùng liều không đúng, quá thấp hoặc quá cao đều ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Với liều quá cao, các thuốc chống động kinh đều có thể gây tác dụng không mong muốn lên hệ thần kinh, do đó cần theo dõi người bệnh trong suốt quá trình điều trị. Nếu có điều kiện nên định

lượng nồng độ thuốc trong huyết tương nhằm đánh giá đáp ứng điều trị, điều chỉnh liều cho thích hợp và kiểm soát ADR.

Ngừng thuốc: động kinh là bệnh mạn tính, điều trị động kinh thường phải dùng thuốc lâu dài. Có nhiều trường hợp người bệnh sau khi ngừng điều trị bị tái phát bệnh trở lại, có thể gây nhiều biến chứng như động kinh liên tục thậm chí nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Vì vậy quá trình điều trị thường được kéo dài ít nhất là hai năm sau cơn động kinh cuối cùng. Khi bệnh ổn định, muốn ngừng thuốc phải giảm liều thuốc từ từ trong nhiều tháng, tránh ngừng thuốc đột ngột.

Thời kỳ mang thai: động kinh nếu không được điều trị trong lúc người mẹ mang thai, có thể ảnh hưởng xấu đến bào thai, do đó không được ngừng điều trị đột ngột. Tuy nhiên, nếu người bệnh đã không bị động kinh trong ít nhất là 2 năm có thể cân nhắc ngừng thuốc tạm thời trong 3 tháng đầu thai kỳ sau đó tiếp tục điều trị lại. Nếu vẫn tiếp tục dùng thuốc chống động kinh trong thời kỳ mang thai, nên dùng đơn trị liệu với liều thấp nhất có tác dụng. Việc điều chỉnh liều tốt nhất nên căn cứ vào nồng độ thuốc trong huyết tương. Cần lưu ý rằng, các thuốc chống động kinh làm tăng nguy cơ khuyết tật ở trẻ sơ sinh, đặc biệt carbamazepin, valproat và phenytoin. Với những người bệnh dự định mang thai, cần thông báo và tư vấn cho họ về các nguy cơ dị tật. Với những người đang mang thai, cần tư vấn xét nghiệm kiểm tra trước khi sinh. Để tránh nguy cơ khuyết tật ống thần kinh cần khuyến người mang thai bổ sung folat trước và trong thời kỳ mang thai. Về nguy cơ chảy máu ở trẻ sơ sinh liên quan đến dùng carbamazepin, phenobarbital và phenytoin nên khuyến dùng dự phòng phytonadion (vitamin K1) cho bà mẹ trước khi sinh và cho trẻ sơ sinh.

Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và điều khiển máy móc: Các thuốc chống động kinh có thể gây ức chế thần kinh trung ương, nhất là ở giai đoạn điều trị ban đầu. Người bệnh khi dùng thuốc có thể gặp các ADR như buồn ngủ hoặc choáng váng nên không được đứng máy hoặc lái xe. Ở một số nước có qui định chỉ cấp phép lái xe cho những người bệnh động kinh nào đã kiểm soát được cơn động kinh.

2.2. Không dùng thuốc

a. Chế độ ăn

Chế độ ăn sinh ceton: chế độ ăn nhiều chất béo, chủ yếu điều trị ở trẻ em với động kinh kháng thuốc.

b. Chế độ sinh hoạt

Tránh dùng rượu quá nhiều, mất ngủ nặng, thay đổi chu kỳ thức- ngủ, stress.

V. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH

1. Tần suất cơn

Tần suất cơn động kinh là yếu tố quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị và đưa ra quyết định lâm sàng. Theo các phân loại quốc tế và kinh nghiệm lâm sàng, tần suất cơn được xem xét dựa trên số lượng cơn xuất hiện trong một khoảng thời gian nhất định:

- Rất thường gặp: hàng ngày hoặc >10 cơn/tháng.
- Thường gặp: 1–10 cơn/tháng.
- Ít gặp: 1–12 cơn/năm.

- Hiếm gặp: <1 cơn/năm hoặc 1 cơn duy nhất.

Việc theo dõi và ghi nhận chính xác tần suất cơn giúp bác sĩ đánh giá mức độ kiểm soát bệnh và điều chỉnh phác đồ điều trị kịp thời.

2. ADR (Adverse Drug Reaction) - Phản ứng có hại của thuốc

ADR là những tác dụng không mong muốn xảy ra khi sử dụng thuốc đúng liều, đúng chỉ định nhằm mục đích điều trị, phòng bệnh hoặc chẩn đoán. Trong điều trị động kinh, các thuốc chống động kinh có thể gây ra nhiều loại ADR khác nhau, thường được phân loại dựa trên cơ chế hoặc tần suất xảy ra: Loại A (Augmented): Tác dụng phụ cường tính, liên quan đến tác dụng dược lý đã biết của thuốc, phụ thuộc liều và có thể dự đoán được. Ví dụ: buồn ngủ, chóng mặt, rối loạn tiêu hóa. Loại B (Bizarre): Tác dụng phụ lạ, không liên quan đến tác dụng dược lý thông thường, khó dự đoán và không phụ thuộc liều. Ví dụ: phản ứng dị ứng nặng, tổn thương gan nghiêm trọng.

Các ADR thường gặp của thuốc chống động kinh bao gồm: buồn ngủ, mệt mỏi, chóng mặt, rối loạn tiêu hóa, tăng men gan, các vấn đề về tâm thần (lo âu, trầm cảm), và phản ứng trên da.

3. Nồng độ thuốc huyết tương

Nồng độ thuốc huyết tương (hay còn gọi là nồng độ thuốc trong máu) là lượng thuốc hiện diện trong máu của bệnh nhân tại một thời điểm nhất định.

Việc đo nồng độ thuốc huyết tương có ý nghĩa quan trọng trong điều trị động kinh vì:

- + Đảm bảo hiệu quả điều trị: Xác định liều thuốc nằm trong khoảng điều trị tối ưu, vừa đủ để kiểm soát cơn co giật mà không gây độc tính.

- + Theo dõi tuân thủ điều trị: Giúp kiểm tra xem bệnh nhân có uống thuốc đều đặn và đúng liều hay không.

- + Phát hiện ngộ độc: Khi nồng độ thuốc vượt quá giới hạn an toàn, có thể dẫn đến các tác dụng phụ nghiêm trọng.

Nhiều thuốc chống động kinh có khoảng điều trị hẹp, do đó việc theo dõi nồng độ thuốc huyết tương là cần thiết để cá thể hóa liều lượng cho từng bệnh nhân.

4. Tiêu chí ngưng thuốc

Việc ngưng thuốc chống động kinh thường được xem xét khi bệnh nhân đã đạt được tình trạng ổn định trong một thời gian dài.

Các tiêu chí chung để cân nhắc ngưng thuốc, thường là dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ, bao gồm:

- + Không có cơn động kinh: Thường là trong khoảng thời gian từ 2 đến 5 năm liên tục, tùy thuộc vào loại động kinh và các yếu tố nguy cơ khác.

- + Điện não đồ (EEG) bình thường: Kết quả EEG không ghi nhận hoạt động bất thường liên quan đến động kinh trong một thời gian dài (thường là 1-2 năm).

- + Không có yếu tố nguy cơ tái phát cao: Bệnh nhân không có tổn thương cấu trúc não hoặc các tình trạng khác có thể làm tăng nguy cơ tái phát cơn.

Quá trình ngưng thuốc thường diễn ra từ từ bằng cách giảm liều dần dần để tránh nguy cơ tái phát cơn đột ngột.

PHỤ LỤC
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

G40 động kinh.

G40.3 hội chứng động kinh và động kinh toàn thể nguyên phát.

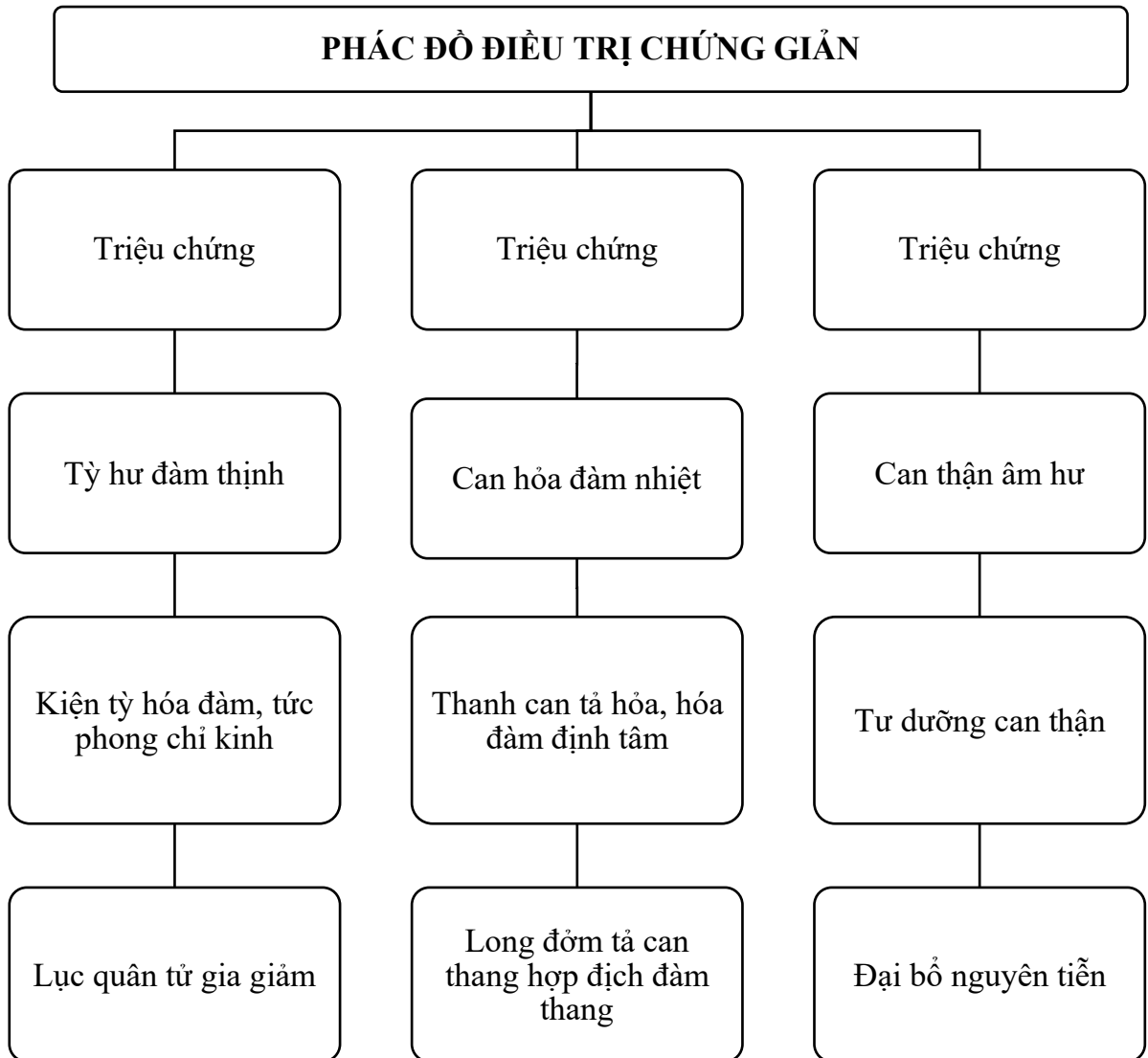
G40.4 động kinh toàn bộ và hội chứng động kinh khác.

G40.8 động kinh khác.

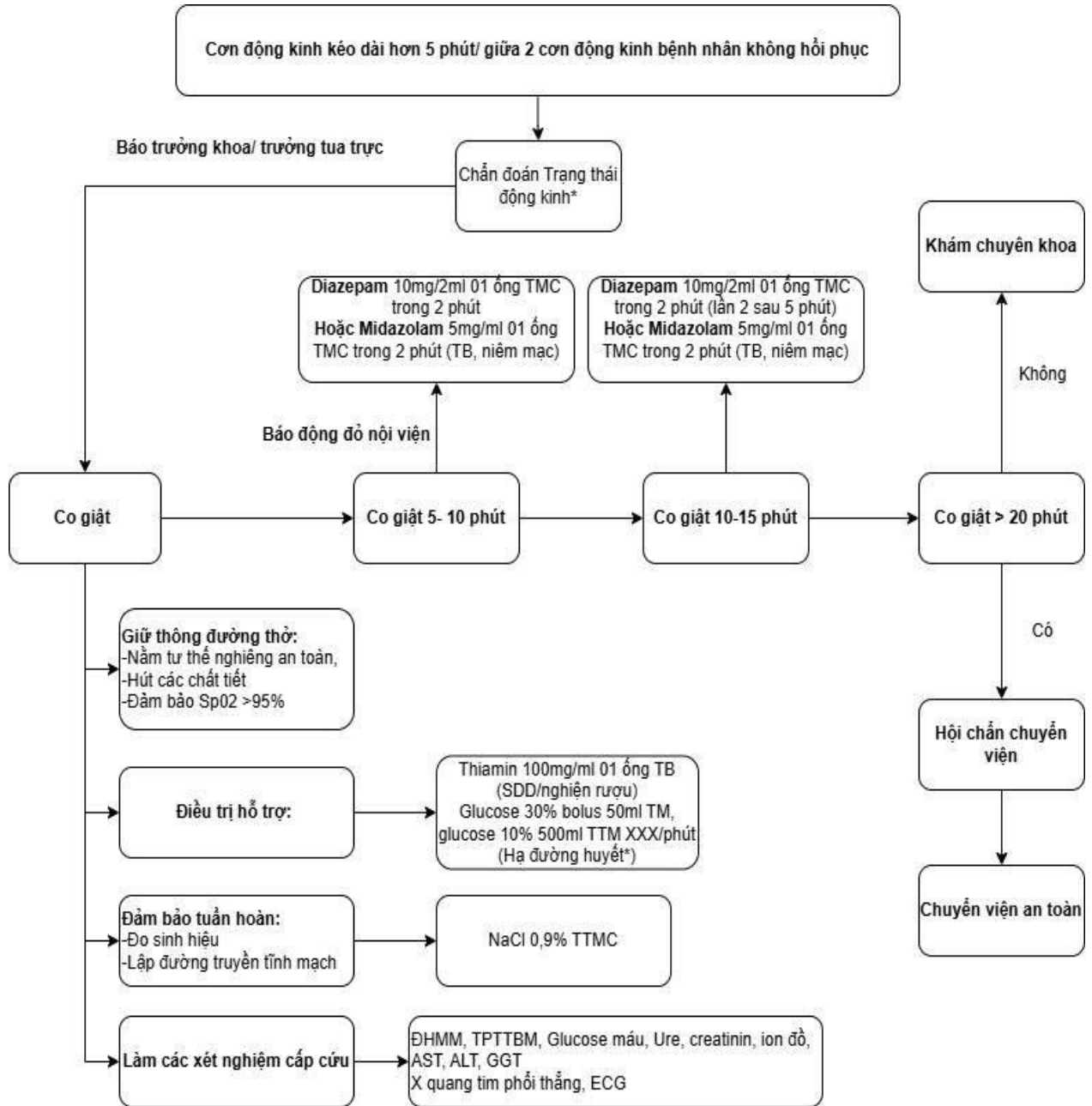
U55.511 giãn chứng.

U55.512 kinh giãn.

Phụ lục 1: Phác đồ điều trị chứng giãn



Phụ lục 2: Lưu đồ xử trí cấp cứu



Trạng thái kinh động: (1)Cướp giật toàn bộ (2)Cướp toàn bộ (3)Của bộ phức hợp (5)Của bộ toàn bộ hóa học thứ (6)Của bộ đơn giản (7)Vắng ý thức (8)Giật cơ

*xem phác đồ xử trí Hạ đường huyết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Tuấn (2020), Giáo trình thần kinh học, NXB. Đại học quốc gia TP. Hồ Chí Minh, trang 149-170.
2. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. 2010;51(6):1069-77. Epub 2009/11/06. doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x. PubMed PMID: 19889013.
3. Sisodiya SM, Lin WR, Harding BN, Squier MV, Thom M. Drug resistance in epilepsy: expression of drug resistance proteins in common causes of refractory epilepsy. *Brain*. 2002;125(Pt 1):22-31. doi: 10.1093/brain/awf002. PubMed PMID: 11834590.
4. Lazarowski A, Czornyj L, Lubieniecki F, Girardi E, Vazquez S, D'Giano C. ABC transporters during epilepsy and mechanisms underlying multidrug resistance in refractory epilepsy. *Epilepsia*. 2007;48:140-9.
5. Xue-Ping W, Hai-Jiao W, Li-Na Z, Xu D, Ling L. Risk factors for drug-resistant epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(30):e16402. Epub 2019/07/28. doi: 10.1097/md.00000000000016402. PubMed PMID: 31348240; PubMed Central PMCID: PMC6708813.
6. Rogawski MA. The intrinsic severity hypothesis of pharmacoresistance to antiepileptic drugs. *Epilepsia*. 2013;54 Suppl 2:33-40. doi: 10.1111/epi.12182. PubMed PMID: 23646969.
7. Löscher W, Schmidt D. Modern antiepileptic drug development has failed to deliver: ways out of the current dilemma. *Epilepsia*. 2011;52(4):657-78. Epub 2011/03/24. doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03024.x. PubMed PMID: 21426333.
8. van der Weide J, Steijns LS, van Weelden MJ, de Haan K. The effect of genetic polymorphism of cytochrome P450 CYP2C9 on phenytoin dose requirement. *Pharmacogenetics*. 2001;11(4):287-91. Epub 2001/07/04. doi: 10.1097/00008571-200106000-00002. PubMed PMID: 11434505.
9. Remy S, Beck H. Molecular and cellular mechanisms of pharmacoresistance in epilepsy. *Brain*. 2006;129(Pt 1):18-35. Epub 2005/12/01. doi: 10.1093/brain/awh682. PubMed PMID: 16317026.
10. Remy S, Gabriel S, Urban BW, Dietrich D, Lehmann TN, Elger CE, et al. A novel mechanism underlying drug resistance in chronic epilepsy. *Ann Neurol*. 2003;53(4):469-79. Epub 2003/04/01. doi: 10.1002/ana.10473. PubMed PMID: 12666114.
11. Tishler DM, Weinberg KI, Hinton DR, Barbaro N, Annett GM, Raffel C. MDR1 gene expression in brain of patients with medically intractable epilepsy. *Epilepsia*. 1995;36(1):1-6. Epub 1995/01/01. doi: 10.1111/j.1528-1157.1995.tb01657.x. PubMed PMID: 8001500.
12. Kalilani L, Sun X, Pelgrims B, Noack-Rink M, Villanueva V. The epidemiology of drug-resistant epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia*. 2018;59(12):2179-93. Epub 2018/11/15. doi: 10.1111/epi.14596. PubMed PMID: 30426482.
13. Kwan P, Brodie MJ. Refractory epilepsy: a progressive, intractable but preventable condition? *Seizure*. 2002;11(2):77-84. Epub 2002/04/12. doi: 10.1053/seiz.2002.0593. PubMed PMID: 11945093.

14. Kwan P, Schachter SC, Brodie MJ. Drug-Resistant Epilepsy. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(10):919-26. doi: 10.1056/NEJMra1004418. PubMed PMID: 21899452.
15. Neligan A, Bell GS, Elsayed M, Sander JW, Shorvon SD. Treatment changes in a cohort of people with apparently drug-resistant epilepsy: an extended follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83(8):810-3. Epub 2012/06/27. doi: 10.1136/jnnp-2011-302085. PubMed PMID: 22733083.
16. Neligan A, Bell GS, Sander JW, Shorvon SD. How refractory is refractory epilepsy? Patterns of relapse and remission in people with refractory epilepsy. *Epilepsy Res*. 2011;96(3):225-30. Epub 2011/07/02. doi: 10.1016/j.epilepsyres.2011.06.004. PubMed PMID: 21724372.
17. Điền Đức Lộc (2006), *Trung y nội khoa học*, NXB, khoa học kỹ thuật Thượng Hải, trang 176- 182.
18. Vương Khải Tài (2006), *Châm cứu trị liệu học*, NXB, trung y dược Trung Quốc, trang 93-95.
19. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
20. Trịnh Thị Diệu Thường (2019), *Cây chỉ cơ bản trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, pp. 1 - 12.
21. Lê Văn Tuấn. "Đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và điều trị bệnh nhân động kinh tại khoa thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy ". *Tạp chí Y học TP HCM*, tập 7 (1), pp 75-80. 2003.
22. Phạm Thành Trung. "Đánh giá hiệu quả đa trị liệu bệnh nhân động kinh nhi". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016.
23. Trang Thị Hoàng Mai. "Yếu tố nguy cơ kháng trị trong điều trị động kinh nhi tại bệnh viện nhi đồng 2 từ 2013 đến 2018". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*. 2018.

3. HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY (UYỄN THỐNG, MA MỘC)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ớng cổ tay (còn được biết đến với các tên gọi như hội chứng đường hầm cổ tay hoặc hội chứng chèn ép dây thần kinh giữa – Carpal Tunnel Syndrome, CTS) là một rối loạn thường gặp, ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng cảm giác và vận động của bàn tay. Nguyên nhân chủ yếu do sự gia tăng áp lực trong ớng cổ tay dẫn đến chèn ép dây thần kinh giữa. Tỷ lệ hiện mắc của hội chứng này dao động khá rộng, từ khoảng 3,8% đến 16%, tùy thuộc vào đặc điểm dân số và nhóm đối tượng nghiên cứu.

Phần lớn các trường hợp hội chứng ớng cổ tay được xếp vào nhóm nguyên phát, tức không xác định được nguyên nhân cụ thể. Tuy nhiên, nhiều yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận, bao gồm (1) ớng cổ tay nhỏ bẩm sinh; (2) nữ giới; (3) điều kiện lao động như một số công việc thường xuyên có tư thế cổ tay liên tục duy trì ở một tư thế cố định trong một thời gian dài, chẳng hạn như gõ bàn phím máy tính, nói chuyện điện thoại (cầm điện thoại lên tai), nhấn tin, chạy xe gắn máy nhiều... gây tăng áp lực trong ớng cổ tay.

Tuy nhiên cần loại trừ một số nguyên nhân thứ phát của hội chứng ớng cổ tay như:

- Đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, suy thận... làm tổn thương thần kinh thần ngoại biên trong đó có thần kinh giữa.
- Viêm khớp dạng thấp... gây viêm các gân vùng cổ tay ảnh hưởng đến thần kinh giữa.
- Mang thai, mãn kinh: Do tình trạng giữ nước làm tăng áp lực trong ớng cổ tay, chèn ép thần kinh giữa.
- Chấn thương, gãy xương, trật khớp: Làm thay đổi giải phẫu của ớng cổ tay.

Cơ chế bệnh sinh hội chứng ớng cổ tay:

Dây thần kinh giữa có các chức năng gồm cảm giác (3 ngón ruồi bên ngoài) và vận động (cơ dạng ngón cái ngắn, cơ gấp ngón cái ngắn, cơ đối ngón cái, cơ giun 1 và 2). Sinh lý bệnh chưa được hiểu rõ nhưng có thể do cơ chế tăng áp lực trong ớng cổ tay gây rối loạn vì mạch nuôi dưỡng ở bao ngoài và bao trong, từ đó xuất hiện các triệu chứng do tổn thương dây thần kinh giữa.

Chẩn đoán hội chứng ớng cổ tay chủ yếu dựa trên các đánh giá lâm sàng với các biểu hiện lâm sàng:

- Tê tay: Triệu chứng ban đầu là đau, dị cảm bàn ngón tay theo sự chi phối của dây thần kinh giữa (ở mặt lòng các ngón tay cái, trỏ, giữa và nửa mặt ngoài ngón nhẫn), tăng khi vận động gấp cổ tay.
- Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn tới tình trạng nặng mất cảm giác, mất chức năng vận động bàn tay (gò mô cái bị teo rõ ràng, giảm cử động nhóm cơ gò cái ở các động tác đối, dạng ngón cái).

Khám lâm sàng:

- Tìm dấu hiệu Tinel trên dây thần kinh giữa ở cổ tay: Gõ trên ớng cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay tối đa gây cảm giác đau hay tê giật lên các ngón tay.

- Thực hiện nghiệm pháp Phallen: Khi người bệnh gập cổ tay chủ động và giữ căng tay thẳng đứng trong 60 giây sẽ thấy tê các ngón tay hay gia tăng tê các ngón tay.

Cận lâm sàng:

- Cận lâm sàng quan trọng là do điện cơ đồ (EMG) tay để xác định và đánh giá mức độ nặng của hội chứng ống cổ tay.

- Siêu âm cổ tay: Có thể xem xét để xác định tình trạng tổn thương dây thần kinh giữa dựa vào kích thước thiết diện cắt ngang trên siêu âm.

Chẩn đoán xác định:

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay liên quan nghề nghiệp của Viện quốc gia Hoa Kỳ về sức khỏe và an toàn nghề nghiệp - National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH): Phải có hai hoặc nhiều hơn những tiêu chuẩn sau đây (một hoặc nhiều hơn một triệu chứng cơ năng và một hoặc nhiều hơn một triệu chứng thực thể):

- Triệu chứng cơ năng gồm những triệu chứng về cảm giác vùng da do thần kinh giữa chi phối ở bàn tay như dị cảm, giảm cảm giác, đau, tê cứng.

- Triệu chứng thực thể gồm: Dấu hiệu Tinel dương tính, nghiệm pháp Phalen dương tính, giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da thần kinh giữa chi phối hoặc test dẫn truyền thần kinh cho thấy có sự rối loạn chức năng thần kinh giữa vùng ống cổ tay.

Và bằng chứng về sự liên quan đến công việc - tiền sử của một công việc liên quan đến một hoặc nhiều hoạt động sau đây trước khi phát triển các triệu chứng hội chứng ống cổ tay:

- Sử dụng bàn tay hoặc cổ tay thường xuyên, lặp đi lặp lại,
- Các công việc thường xuyên đòi hỏi phải tạo ra lực có mức độ lớn bằng tay,
- Các công việc đòi hỏi duy trì thường xuyên hoặc liên tục vị trí tay,
- Thường xuyên sử dụng các dụng cụ rung,
- Áp lực thường xuyên hoặc kéo dài lên cổ tay hoặc lòng bàn tay.

Thang điểm chẩn đoán hội chứng ống cổ tay:

CTS-6 là một thang điểm lâm sàng gồm 06 tiêu chí dùng để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay dựa hoàn toàn vào lâm sàng, không cần thường quy siêu âm hay điện cơ. Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hiệp hội Phẫu thuật Chỉnh hình Hoa Kỳ (AAOS) năm 2025, bằng chứng mạnh cho thấy CTS-6 đủ độ chính xác để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay trong nhiều tình huống lâm sàng.

CTS-6 bao gồm 6 yếu tố lâm sàng, mỗi yếu tố có điểm số, tổng điểm dùng để ước tính khả năng mắc hội chứng ống cổ tay.

Bảng 1. Bảng điểm CTS-6

	Tiêu chí	Mô tả	Điểm
1	Tê/đau vùng chi phối thần kinh giữa	Tê/đau ngón cái, trỏ, giữa, ½ ngón nhẫn	3,5
2	Triệu chứng nặng hơn về đêm	Thức giấc vì tê/đau	4,0

3	Teo hoặc yếu cơ mô cái	Dấu hiệu hội chứng ống cổ tay trung bình-nặng	5,0
4	Test Phalen dương tính	Gấp cổ tay gây tê bì/nặng hơn	5,0
5	Giảm cảm giác vùng thần kinh giữa	So với các ngón khác	4,5
6	Test Tinel dương tính	Gõ vào thần kinh giữa gây tê lan xuống	4,0

Tổng điểm CTS-6 thường dao động trong khoảng 0-26 điểm.

- Tổng điểm CTS-6 ≥ 12 điểm: Rất có khả năng mắc hội chứng ống cổ tay.
- Tổng điểm CTS-6 từ 8-11 điểm: Khả năng mắc trung bình.
- Tổng điểm CTS-6 < 8 điểm: Ít khả năng mắc hội chứng ống cổ tay.

Phân loại mức độ hội chứng ống cổ tay theo hướng dẫn của Hiệp hội Phẫu thuật Chính hình Hoa Kỳ (AAOS):

- Mức độ nhẹ: Biểu hiện bằng tê dị cảm ngón 1-3, không teo cơ mô cái; điện cơ cho thấy chậm dẫn truyền cảm giác nhẹ.

- Mức độ trung bình: Biểu hiện bằng tê kéo dài, có thể đau lan cả tay. Có yếu cơ nhẹ nhưng chưa teo rõ cơ mô cái; hoặc điện cơ cho thấy có tổn thương cảm giác và giảm đáp ứng vận động mức vừa

- Mức độ nặng: Biểu hiện bằng teo cơ mô cái, rối loạn cảm giác nặng hoặc mất cảm giác trên lâm sàng; hoặc điện cơ cho thấy tình trạng tổn thương nặng như mất dẫn truyền cảm giác, giảm hoặc mất đáp ứng vận động của dây thần kinh giữa, điện cơ kim ghi nhận hình ảnh tái phân bố thần kinh – cơ tại cơ dạng ngón cái.

Theo Y học cổ truyền, hội chứng ống cổ tay với biểu hiện tê và dị cảm ngón tay được miêu tả trong các y văn với các bệnh danh như “Ma mộc” (Thủ chi ma mộc) hoặc “Uyển thống” thuộc phạm vi Tý bệnh.

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

1. Nguyên nhân

Ngoại nhân (Phong, Thấp, Hàn tà), bất nội ngoại nhân (làm việc quá sức (đặc biệt là vùng cổ tay), suy nhược cơ thể, bệnh mạn tính và/hoặc mang thai, vi chấn thương).

2. Cơ chế bệnh sinh

Chủ yếu là thiếu nuôi dưỡng cân mạch. Tình trạng thiếu dưỡng này có thể do:

Khí huyết hư do làm việc quá sức (đặc biệt là vùng cổ tay), suy nhược cơ thể, bệnh mạn tính và/hoặc mang thai.

Huyết ứ có thể do một trong hai hoặc cả hai nguyên nhân vì chấn thương do các động tác lặp đi lặp lại của cổ tay hoặc do huyết hư giảm nuôi dưỡng các mạch. Bởi vì huyết phải quay trở lại để lưu trữ ở Can khi ngủ vào ban đêm, nên cảm giác đau, tê và dị cảm có xu hướng nặng hơn vào ban đêm.

Phong, Thấp tà (có thể kèm cả Hàn tà) đã thừa cơ chính khí suy để xâm nhập và trú ngụ khu trú trong các kinh mạch vùng khớp cổ tay gây tắc nghẽn, dẫn đến đau và tê.

Biểu hiện lâm sàng:

Dựa vào nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh nêu trên, Y học cổ truyền xếp thành 03 hội chứng bệnh chính gồm Khí huyết hư, Khí trệ huyết ứ, Phong Hàn Thấp ứ trệ. Tuy nhiên, người bệnh có thể đơn thể hội chứng bệnh Y học cổ truyền hoặc nhiều thể cùng biểu hiện, ví dụ Huyết hư + Phong Hàn Thấp ứ trệ.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

1. Thể khí huyết hư

1.1. Triệu chứng

Tê và/hoặc đau lòng bàn tay, ngón tay của một hoặc cả hai bàn tay. Vùng lòng bàn tay, ngón tay có màu nhạt hơn, nếu lâu ngày kèm khí hư cục bộ, xuất hiện thêm triệu chứng giảm nhiệt độ, trắng nhạt, thiếu dưỡng gây teo cơ, bàn tay - ngón tay có thể teo, mỏng hơn. Môi và móng tay nhợt nhạt, da mặt màu trắng nhạt hoặc vàng nhạt, móng giòn, da khô, chóng mặt, tim đập nhanh, lưỡi nhạt và mạch tế nhược.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (lao lực).

1.3. Pháp trị

Bổ khí huyết.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

Bài Bát trân thang.

Nhân sâm (Đảng sâm)	15g	Thục địa	15g
Phục linh	15g	Bạch thược	15g
Bạch truật	15g	Xuyên khung	15g
Cam thảo	15g	Đương quy	15g

Trước khi sắc thêm Sinh khương 3 lát, Đại táo 3 quả để điều hòa dinh vệ.

Nếu khiêm phong có thể gia Tang ký sinh 12g, Hy thiêm 12g; khiêm hàn gia Lá lốt 10g, Quế chi 8g. Nếu khiêm thấp, các khớp sưng đau gia Thương truật 10g, Ý dĩ nhân 15g, Phục linh 15-30g, Mộc qua 10g... Nếu đau nhiều gia Dây đau xương 12g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm:

+ Châm bình/tả các huyết:

Đại lăng (PC7)

Lao cung (PC8)

Bát tả (EX-UE9)

Nội quan (PC6)

+ Châm bổ huyết Can du (BL18), Tỳ du (BL20) hoặc Thái xung (LR3) – Quang Minh (GB37), Thái Bạch (SP3) – Phong long (ST40).

- Điện châm: Áp dụng điện kết hợp với công thức huyết hào châm.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Sử dụng dòng điện xung với dạng sóng liên tục, tần số thay đổi từ 100 - 150 Hz, thời gian từ 20 - 30 phút. Có thể mắc cặp điện huyết Đại lăng - Lao cung hoặc Đại lăng - Bát tả. Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm cứu là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Huyết loa tai: Các huyết chính huyết Cổ tay, Ngón tay. Các huyết có thể kết hợp thêm: Thượng thận, Nhĩ Thần môn.

+ Các kỹ thuật châm huyết loa tai: Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

+ Kỹ thuật nhĩ châm: Chọn huyết ở loa tai cùng bên bệnh hoặc cả hai bên đối với hội chứng ống cổ tay hai bên

+ Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

+ Có thể sử dụng nhĩ châm với kim cài nhĩ hoàn, ở phương pháp này, người bệnh được cài kim và lưu kim trên vành tai khoảng 5 - 7 ngày, sau đó thay kim. Với phương pháp này, cần lưu ý vấn đề hợp tác của người bệnh để giữ vệ sinh vành tai, giữ vệ sinh kim cài, tránh trường hợp bị nhiễm trùng.

- Cấy chỉ

+ Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm gồm Đại lăng (PC7), Lao cung (PC8), Bát tả (EX-UE9), Nội quan (PC6), Can du (BL18), Tỳ du (BL20) hoặc Thái xung (LR3) – Quang Minh (GB37), Thái Bạch (SP3) – Phong long (ST40).

+ Kỹ thuật: Cấy chỉ catgut từng đoạn dài 1 cm hoặc các loại kim có sẵn đoạn chỉ tự tiêu vô trùng vào vị trí các huyết.

+ Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo.

+ Thường áp dụng trong giai đoạn mạn tính, không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, bóp, vòn, vận động vùng cổ tay, bàn tay và cánh tay. Day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết từ 20 đến 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như hào châm gồm Đại lăng (PC7), Lao cung (PC8), Bát tà (EX-UE9), Nội quan (PC6), Can du (BL18), Tỳ du (BL20) hoặc Thái xung (LR3) – Quang Minh (GB37), Thái Bạch (SP3) – Phong long (ST40), số lượng huyết thường dùng trong thủy châm từ 3 - 5 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán. Tác dụng điều trị giảm đau, giảm tê. Thường áp dụng trong giai đoạn mạn tính, không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Laser châm:

+ Công thức huyết: Theo công thức huyết của hào châm, nhĩ châm. Thường áp dụng cho những người bệnh sợ châm bằng kim hay những vùng da huyết bị sẹo. Tuy nhiên, số huyết được chọn trong Laser châm ít hơn, thường từ 4 đến 10 huyết.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyết), giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị. Liệu trình điều trị phụ thuộc vào từng loại huyết và tình trạng bệnh lý của người bệnh (bệnh cấp tính dùng liều thấp, bệnh mạn tính dùng liều cao), thông thường thời gian điều trị bằng Laser châm từ 15 - 30 phút/lần.

+ Không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

+ Liệu trình: Tương tự điện châm.

- Cứu:

+ Công thức huyết: Theo công thức huyết của hào châm, có thể áp dụng đơn thuần cứu hoặc kết hợp cứu với kim châm (ôn châm) hoặc sử dụng chườm ngải/chườm thuốc được liệu trong cả 3 hội chứng bệnh thường gặp trên.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Cứu trực tiếp bằng mồi ngải hoặc cứu bằng điều ngải với kỹ thuật cứu âm hoặc cứu mô cò. Liệu trình: Mỗi ngày cứu 1 lần, trung bình 10 lần cứu là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

+ Chống chỉ định: Cổ tay có sưng, nóng, đỏ, đau hoặc viêm cấp.

- Chích lẻ: Trong trường hợp tê nhiều, dùng bút thử đường huyết bấm vào từng huyết Thập tuyên, nặn và quét cồn 70 độ cho đến khi hết ra máu.

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

2. Thể Khí trệ huyết ứ

2.1. Triệu chứng

Đau cổ tay (uyển thống) tương đối nhiều, cố định tại chỗ và nặng hơn vào ban đêm, lưỡi màu tím sẫm với dấu ứ huyết, mạch huyền.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực.

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

2.3. *Pháp trị*

Hành khí, hoạt huyết, chỉ thống.

2.4. *Phương*

a. *Điều trị bằng thuốc*

Thuốc uống trong:

Bài: Huyết phủ trục ú thang (Y lâm cải thác).

Đào nhân	09g	Hồng hoa	09g
Xuyên khung	06g	Địa long	06g
Một dược	06g	Cam thảo	06g
Ngưu tất	09g	Đương quy	09g
Khương hoạt	03g	Hương phụ	03g
Ngũ linh chi	06g	Tần giao	03g

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

Nếu đau lâu ngày, cơ thể hư nhược gia thêm Hoàng kỳ 16g, Đảng sâm 12g để kiện tỳ, bổ khí.

b. *Điều trị không dùng thuốc*

- Hào châm:

+ Châm bình/tả các huyết:

Đại lăng (PC7) Lao cung (PC8) Bát tà (EX-UE9)

Nội quan (PC6)

+ Châm tả các huyết:

Huyết hải (SP10) Liệt huyết (LU7) Thủ tam lý (LI10)

Hợp cốc (LI4)

- Điện châm: Áp dụng điện kết hợp với công thức huyết hào châm.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Sử dụng dòng điện xung với dạng sóng liên tục, tần số thay đổi từ 100 - 150 Hz, thời gian từ 20 - 30 phút. Có thể mắc cặp điện huyết Đại lăng - Lao cung hoặc Đại lăng - Bát tà. Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm cứu là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Huyết loa tai: Các huyết chính huyết Cổ tay, Ngón tay. Các huyết có thể kết hợp thêm: Thượng thận, Nhĩ Thần môn.

+ Các kỹ thuật châm huyết loa tai: Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến

15 lần/liệu trình.

+ Kỹ thuật nhĩ châm: Chọn huyết ở loa tai cùng bên bệnh hoặc cả hai bên đối với hội chứng ống cổ tay hai bên.

+ Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

+ Có thể sử dụng nhĩ châm với kim cài nhĩ hoàn, ở phương pháp này, người bệnh được cài kim và lưu kim trên vành tai khoảng 5 - 7 ngày, sau đó thay kim. Với phương pháp này, cần lưu ý vấn đề hợp tác của người bệnh để giữ vệ sinh vành tai, giữ vệ sinh kim cài, tránh trường hợp bị nhiễm trùng.

- Cấy chỉ:

+ Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm gồm Đại lăng (PC7), Lao cung (PC8), Bát tà (EX-UE9), Nội quan (PC6), Huyết hải (SP10), Liệt khuyết (LU7), Thủ tam lý (LI10), Hợp cốc (LI4).

+ Kỹ thuật: Cấy chỉ catgut từng đoạn dài 1 cm hoặc các loại kim có sẵn đoạn chỉ tự tiêu vô trùng vào vị trí các huyết.

+ Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo.

+ Thường áp dụng trong giai đoạn mạn tính, không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, bóp, vờn, vận động vùng cổ tay, bàn tay và cánh tay. Day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết từ 20 đến 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như hào châm gồm Đại lăng (PC7), Lao cung (PC8), Bát tà (EX-UE9), Nội quan (PC6), Huyết hải (SP10), Liệt khuyết (LU7), Thủ tam lý (LI10), Hợp cốc (LI4), số lượng huyết thường dùng trong thủy châm từ 3 - 5 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán. Tác dụng điều trị giảm đau, giảm tê. Thường áp dụng trong giai đoạn mạn tính, không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Laser châm:

+ Công thức huyết: Theo công thức huyết của hào châm, nhĩ châm. Thường áp dụng cho những người bệnh sợ châm bằng kim hay những vùng da huyết bị sẹo. Tuy nhiên, số huyết được chọn trong Laser châm ít hơn, thường từ 4 đến 10 huyết.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyết), giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị. Liều điều trị phụ thuộc vào từng loại huyết và tình trạng bệnh lý của người bệnh (bệnh cấp tính dùng liều thấp, bệnh mạn tính dùng liều cao), thông thường thời gian điều trị bằng Laser châm từ 15 - 30 phút/lần.

+ Liệu trình: Tương tự điện châm.

+ Không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Cứu:

+ Công thức huyết: Theo công thức huyết của hào châm, có thể áp dụng đơn thuần cứu hoặc kết hợp cứu với kim châm (ôn châm) hoặc sử dụng chườm ngải/chườm thuốc được liệu trong cả 3 hội chứng bệnh thường gặp trên.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Cứu trực tiếp bằng môi ngải hoặc cứu bằng điều ngải với kỹ thuật cứu ẩm hoặc cứu mỗ cò. Liệu trình: mỗi ngày cứu 1 lần, trung bình 10 lần cứu là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

+ Chống chỉ định: Cổ tay có sưng, nóng, đỏ, đau hoặc viêm cấp.

- Chích lể: Trong trường hợp tê nhiều, dùng bút thử đường huyết bấm vào từng huyết Thập tuyên, nặn và quét cồn 70 độ cho đến khi hết ra máu.

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

3. Thể phong hàn thấp ứ trệ

3.1. Triệu chứng

Đau cổ tay di chuyển hoặc đau lên cánh tay; tê và cảm giác nặng ở bàn tay và ngón tay, giảm cử động/cảm giác sưng khớp ngón tay - bàn tay; đau nặng hơn hoặc giảm cử động nhiều hơn khi tiếp xúc với lạnh hoặc trong thời tiết ẩm ướt, mưa; lưỡi nhợt nhạt, rêu trắng nhớt, mạch phù hoạt.

3.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân.

3.3. Pháp trị

Khu phong, trừ thấp, tán hàn.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

Bài: Quyên tý thang.

Khương hoạt	08g	Xích thực	08g
Phòng phong	08g	Hoàng kỳ	12g
Khương hoàng	04g	Chích thảo	04g
Đương quy	08g		

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

Khi sắc bài thuốc thêm Sinh khương 3 lát, Đại táo 3 quả.

Nếu hàn nhiều gia Lá lót 10g, Tế tân 1,5 – 03g. Nếu thấp tà nhiều, các khớp sưng đau gia Thương truật 10g, Ý dĩ nhân 15g, Phục linh 15 – 30g, Mộc qua 10g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm:

+ Châm bình/tả các huyết:

Đại lăng (PC7)

Lao cung (PC8)

Bát tà (EX-UE9)

Nội quan (PC6)

+ Châm tả các huyết: Hợp cốc (LI4), Hậu Khê (SI3).

- Điện châm: Áp dụng điện kết hợp với công thức huyết hào châm.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Sử dụng dòng điện xung với dạng sóng liên tục, tần số thay đổi từ 100 - 150 Hz, thời gian từ 20 - 30 phút. Có thể mắc cặp điện huyết Đại lăng - Lao cung hoặc Đại lăng - Bát tà. Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm cứu là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Huyết loa tai: Các huyết chính huyết Cổ tay, Ngón tay. Các huyết có thể kết hợp thêm: Thượng thận, Nhĩ Thần môn.

+ Các kỹ thuật châm huyết loa tai: Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

+ Kỹ thuật nhĩ châm: Chọn huyết ở loa tai cùng bên bệnh hoặc cả hai bên đối với hội chứng ống cổ tay hai bên.

+ Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

+ Có thể sử dụng nhĩ châm với kim cài nhĩ hoàn, ở phương pháp này, người bệnh được cài kim và lưu kim trên vành tai khoảng 5 - 7 ngày, sau đó thay kim. Với phương pháp này, cần lưu ý vấn đề hợp tác của người bệnh để giữ vệ sinh vành tai, giữ vệ sinh kim cài, tránh trường hợp bị nhiễm trùng.

- Cấy chỉ:

+ Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm gồm Đại lăng (PC7), Lao cung (PC8), Bát tà (EX-UE9), Nội quan (PC6), Hợp cốc (LI4), Hậu Khê (SI3).

+ Kỹ thuật: Cấy chỉ catgut từng đoạn dài 1 cm hoặc các loại kim có sẵn đoạn chỉ tự tiêu vô trùng vào vị trí các huyết.

+ Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo.

+ Thường áp dụng trong giai đoạn mạn tính, không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, bóp, vờn, vận động vùng cổ tay, bàn tay và cánh tay. Day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt từ 20 đến 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyệt như hào châm gồm Đại lăng (PC7), Lao cung (PC8), Bát tà (EX-UE9), Nội quan (PC6), Hợp cốc (LI4), Hậu Khê (SI3), số lượng huyệt thường dùng trong thủy châm từ 3 - 5 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 lần. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán. Tác dụng điều trị giảm đau, giảm tê. Thường áp dụng trong giai đoạn mạn tính, không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Laser châm:

+ Công thức huyệt: Theo công thức huyệt của hào châm, nhĩ châm. Thường áp dụng cho những người bệnh sợ châm bằng kim hay những vùng da huyệt bị sẹo. Tuy nhiên, số huyệt được chọn trong Laser châm ít hơn, thường từ 4 đến 10 huyệt.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyệt), giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị. Liệu trình điều trị phụ thuộc vào từng loại huyệt và tình trạng bệnh lý của người bệnh (bệnh cấp tính dùng liều thấp, bệnh mạn tính dùng liều cao), thông thường thời gian điều trị bằng Laser châm từ 15 - 30 phút/lần.

+ Liệu trình: Tương tự điện châm.

+ Không dùng khi có nhiễm trùng da tại vùng cổ tay.

- Cứu:

+ Công thức huyệt: Theo công thức huyệt của hào châm, có thể áp dụng đơn thuần cứu hoặc kết hợp cứu với kim châm (ôn châm) hoặc sử dụng chườm ngải/chườm thuốc được liệu trong cả 3 hội chứng bệnh thường gặp trên.

+ Tác dụng điều trị: Giảm đau, giảm tê.

+ Kỹ thuật: Cứu trực tiếp bằng mồi ngải hoặc cứu bằng điều ngải với kỹ thuật cứu âm hoặc cứu mỏ cò. Liệu trình: mỗi ngày cứu 1 lần, trung bình 10 lần cứu là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

+ Chống chỉ định: Cổ tay có sưng, nóng, đỏ, đau hoặc viêm cấp.

- Chích lể: Trong trường hợp tê nhiều, dùng bút thử đường huyết bấm vào từng huyệt Thập tuyên, nặn và quét cồn 70 độ cho đến khi hết ra máu.

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Người bệnh cần được thăm khám nhằm xác định chẩn đoán và phân loại mức độ hội chứng ống cổ tay theo Y học hiện đại. Dựa trên mức độ nặng nhẹ biểu hiện trên lâm sàng, kết quả thăm dò điện cơ cũng như sự thống nhất sau khi tư vấn với người bệnh, thầy thuốc Y học

cổ truyền sẽ đưa ra định hướng xử trí phù hợp:

- Trường hợp hội chứng ống cổ tay mức độ nặng: Cần được chuyển đến chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại thần kinh để đánh giá chỉ định phẫu thuật. Y học cổ truyền có vai trò phối hợp trong chăm sóc và hỗ trợ cải thiện triệu chứng sau can thiệp phẫu thuật.

- Trường hợp hội chứng ống cổ tay mức độ nhẹ đến trung bình: Cần tiến hành biện chứng luận trị theo Tứ chẩn nhằm xác định hội chứng bệnh, từ đó lựa chọn bài thuốc và các phương pháp Y học cổ truyền phù hợp với từng cá thể. Song song đó, người bệnh được hướng dẫn áp dụng các biện pháp điều trị bảo tồn không phẫu thuật. Trong trường hợp đáp ứng điều trị chưa đạt yêu cầu, có thể cân nhắc sử dụng thuốc kháng viêm corticoid đường uống hoặc tiêm tại chỗ vào ống cổ tay để giảm viêm. Các phương pháp điều trị không phẫu thuật có thể được duy trì trong khoảng một đến hai tháng để đánh giá hiệu quả trước khi xem xét chuyển người bệnh đến chuyên khoa chấn thương chỉnh hình hoặc ngoại thần kinh nhằm đánh giá khả năng can thiệp phẫu thuật.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc

Dùng thuốc kháng viêm giảm đau non-steroid (NSAIDs) hoặc các nhóm thuốc giảm đau thần kinh, ngoài ra có thể tiêm steroid vào ống cổ tay.

a. Hội chứng ống cổ tay mức độ nhẹ

Mục tiêu làm giảm áp lực ống cổ tay, kiểm soát triệu chứng, ngăn tiến triển.

- Thuốc kháng viêm giảm đau non-steroid (NSAIDs) đường uống:

+ Diclofenac 50mg: 2 viên /24h.

+ Meloxicam 7,5mg: 1 - 2 viên /24h.

+ Piroxicam 20mg: 1 viên /24h.

+ Celecoxib 200mg: 1 - 2 viên /24h.

+ Etoricoxib 60mg: 1 - 2 viên /24h.

- Thuốc giảm đau thần kinh:

+ Gabapentine 300mg: 1 - 6 viên/ 24h.

+ Pregabalin 75mg: 1 - 4 viên/ 24h.

Đánh giá lại sau 4 – 6 tuần.

Nếu cải thiện → duy trì theo dõi.

Nếu không cải thiện → chuyển phác đồ mức trung bình.

b. Hội chứng ống cổ tay mức độ trung bình

Mục tiêu giảm viêm, giảm áp lực ống cổ tay, ngăn tổn thương thần kinh tiến triển.

Tiêm corticosteroid tại ống cổ tay:

+ Hiệu quả hơn nẹp cổ tay trong ngắn hạn (6 tuần đầu).

- + Cải thiện triệu chứng và chức năng trong vòng 6 tháng.
- + Giảm nhu cầu phẫu thuật sau 1 năm.
- + Không có mối liên quan giữa liều steroid và kết quả lâm sàng.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội phẫu thuật chỉnh hình Hoa Kỳ AAOS (2025) bằng chứng mạnh mẽ cho thấy tiêm corticosteroid mang lại hiệu quả ngắn hạn trong điều trị hội chứng ống cổ tay với mức khuyến nghị rất cao.

Đánh giá sau 6–8 tuần

Đáp ứng tốt → theo dõi

Không đáp ứng hoặc tái phát nhanh → cân nhắc phẫu thuật.

c. Hội chứng ống cổ tay mức độ nặng

Mục tiêu trong giai đoạn này là giải phóng chèn ép sớm, bảo tồn chức năng bàn tay.

Điều trị chính: Phẫu thuật giải áp.

2.2. Điều trị không dùng thuốc

Giáo dục lối sống: Nghỉ ngơi khoảng thời gian ngắn trong lúc làm việc để thư giãn cổ tay; các bài tập tay và cổ tay như xoay cổ tay và giãn lòng bàn tay, ngón tay, tránh - gồng đầu lên tay khi ngủ.

Cố định cổ tay bằng nẹp ngay cả trong lúc ngủ để giảm thiểu hoặc ngừng tạo áp lực lên dây thần kinh giữa. Nẹp ở tư thế trung tính hiệu quả hơn nẹp duỗi. Đeo ban đêm có hiệu quả tương đương đeo liên tục và cải thiện triệu chứng sau 4 tuần.

Điều trị hoặc tối đa hóa việc kiểm soát các nguyên nhân thứ phát như đái tháo đường, các bệnh lý tuyến giáp, và/hoặc giảm cân thích hợp có thể cải thiện các triệu chứng.

Vật lý trị liệu, kết hợp chườm lạnh xen kẽ chườm nóng vùng cổ tay.

2.3. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật được chỉ định cho bệnh nhân hội chứng ống cổ tay mức độ nặng hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa sau 4-6 tháng. Quyết định phẫu thuật dựa trên mức độ nặng của triệu chứng, thời gian mắc bệnh, và đáp ứng với điều trị trước đó.

Chỉ định cụ thể:

Hội chứng ống cổ tay nặng (chỉ định tuyệt đối):

- Yếu cơ hoặc teo cơ mô cái.
- Rối loạn cảm giác khách quan (mất cảm giác vùng phân bố dây thần kinh giữa).
- Triệu chứng ban đêm dai dẳng.

Hội chứng ống cổ tay mức độ nhẹ-trung bình (chỉ định tương đối):

- Thất bại điều trị nội khoa (nẹp, tiêm corticosteroid) sau 4-6 tháng.
- Hạn chế chức năng đáng kể ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày.
- Triệu chứng kéo dài >12 tháng kèm xét nghiệm điện sinh lý dương tính.

Chống chỉ định tương đối:

- Triệu chứng nhẹ-trung bình chưa thử điều trị nội khoa.
- Triệu chứng có thể dung nạp được, bệnh nhân muốn tránh can thiệp phẫu thuật.

Nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật sớm hiệu quả hơn tiêm corticosteroid về lâu dài, với tỷ lệ hồi phục cao hơn và thời gian hồi phục ngắn hơn một nửa so với nhóm tiêm.

Phẫu thuật giải phóng ống cổ tay là phương pháp điều trị hiệu quả nhất về lâu dài, thực hiện bằng cách cắt dây chằng cổ tay ngang để giải áp lực lên dây thần kinh giữa. Có ba kỹ thuật phẫu thuật chính: Mở kinh điển, mở tối thiểu và nội soi.

So sánh các kỹ thuật phẫu thuật: Mở kinh điển, mở tối thiểu và nội soi.

Kết quả lâu dài: Không có sự khác biệt đáng kể về cải thiện triệu chứng, chức năng, hoặc kết quả điện sinh lý giữa các kỹ thuật sau 6-12 tháng.

Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hiệp hội Phẫu thuật Chỉnh hình Hoa Kỳ (AAOS) năm 2025: Phẫu thuật có hiệu quả cải thiện lâu dài tốt hơn điều trị bảo tồn ở mức độ nặng với mức độ bằng chứng cao.

V. PHÒNG BỆNH

Theo Y học hiện đại:

- Thay đổi công thái học (Ergonomic) trong công việc và hoạt động hằng ngày đặc biệt trong các ngành nghề công việc có nguy cơ phát triển thành hội chứng ống cổ tay bao gồm sắp xếp vị trí đặt bàn làm việc, màn hình máy tính, chuột và bàn phím máy tính...

- Mang nặng cổ tay nhất là ban đêm, nghỉ những khoảng thời gian ngắn trong lúc làm việc hoặc thay đổi tư thế hoặc xen kẽ với một hoạt động khác để thư giãn cổ tay; các bài tập tay và cổ tay như xoay cổ tay và giãn lòng bàn tay, ngón tay; tránh gối đầu Tên tay khi ngủ. Khám và điều trị sớm các nguyên nhân thứ phát có thể điều trị được của hội chứng ống cổ tay.

- Kết hợp phục hồi chức năng, hạn chế tái phát sau can thiệp phẫu thuật bằng cách thay đổi lối sống như trên.

Theo Y học cổ truyền:

- Nguyên nhân gây chứng bệnh "Ma mộc" (Thủ chi ma mộc) hoặc "Uỷển thống" do ngoại nhân, bất nội ngoại nhân (làm việc quá sức (đặc biệt là vùng cổ tay), suy nhược cơ thể, bệnh mạn tính và/hoặc mang thai, vi chấn thương). Do đó, để phòng bệnh theo học cổ truyền, người bệnh cần được tư vấn, giáo dục sức khỏe như tránh làm việc gắng sức, chế độ sinh hoạt và làm việc khoa học kết hợp vận động và nghỉ ngơi nhất là vùng cổ tay.

- Tập tư thế đúng vùng cổ tay trong công việc để hạn chế vi chấn thương.

- Tăng cường chính khí, bảo vệ cơ thể tránh khỏi các yếu tố ngoại nhân (Phong, Hàn, Thấp tà).

VI. TIỀN LƯỢNG

- Mức độ nhẹ - trung bình: Điều trị bảo tồn (nặng cổ tay, thuốc chống viêm, vật lý trị liệu, tiêm corticosteroid tại chỗ) có hiệu quả cải thiện triệu chứng ở khoảng 70–80% bệnh nhân.

- Mức độ nặng: Có teo cơ ô mô cái, giảm dẫn truyền thần kinh rõ rệt hoặc mất cảm giác kéo dài, khả năng hồi phục hoàn toàn bằng điều trị bảo tồn thấp. Nếu không được can thiệp phẫu thuật kịp thời, nguy cơ để lại di chứng vĩnh viễn cao.

- Sau phẫu thuật: Phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa mang lại hiệu quả tốt, giúp cải thiện triệu chứng ở khoảng 75–90% bệnh nhân. Tuy nhiên, mức độ hồi phục phụ thuộc vào thời gian chèn ép trước mổ.

Phụ lục
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

G56.0: Hội chứng ống cổ tay.

G56.00: Hội chứng ống cổ tay, chi trên không xác định.

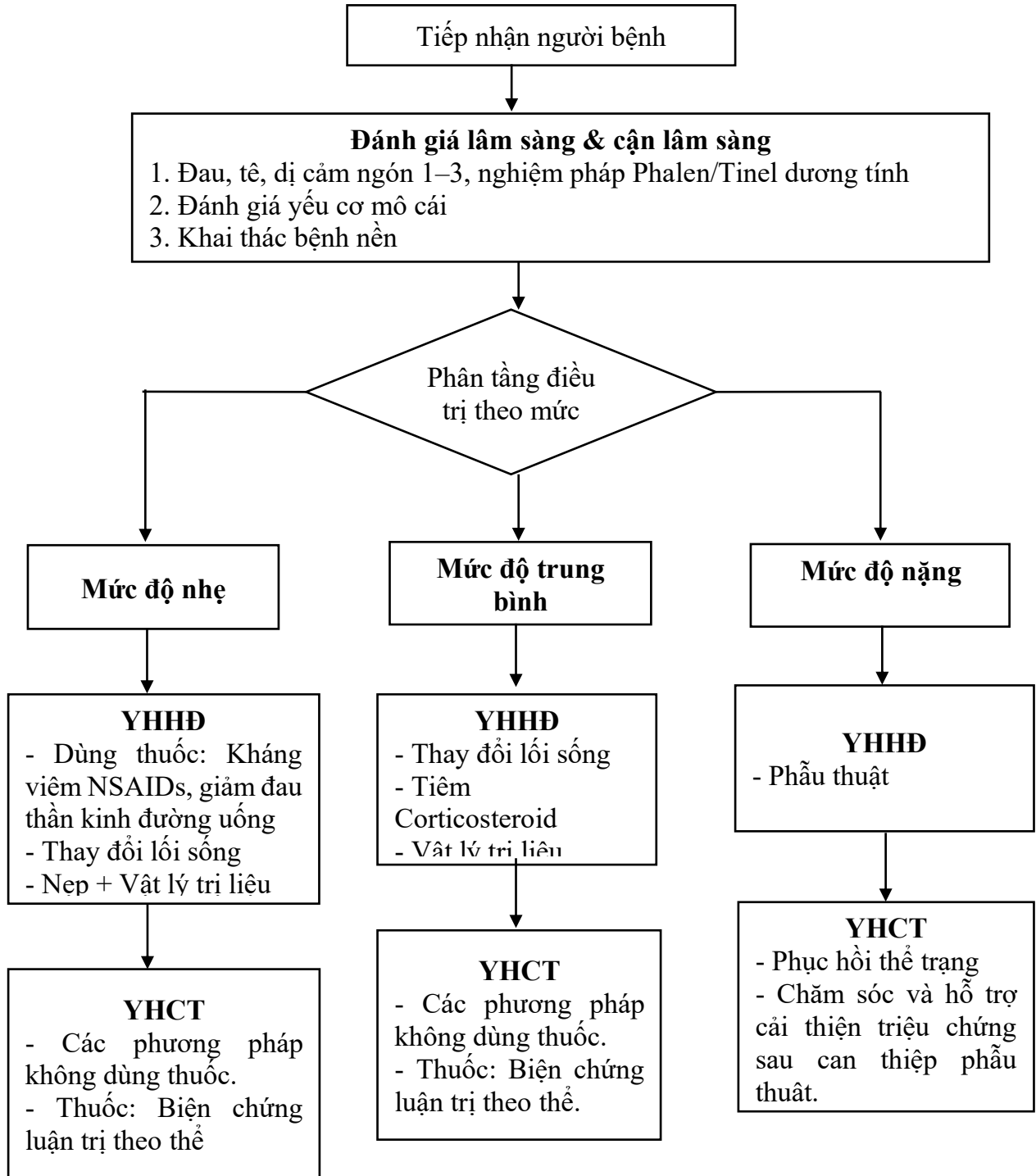
G56.01: Hội chứng ống cổ tay, chi trên bên phải.

G56.02: Hội chứng ống cổ tay, chi trên bên trái.

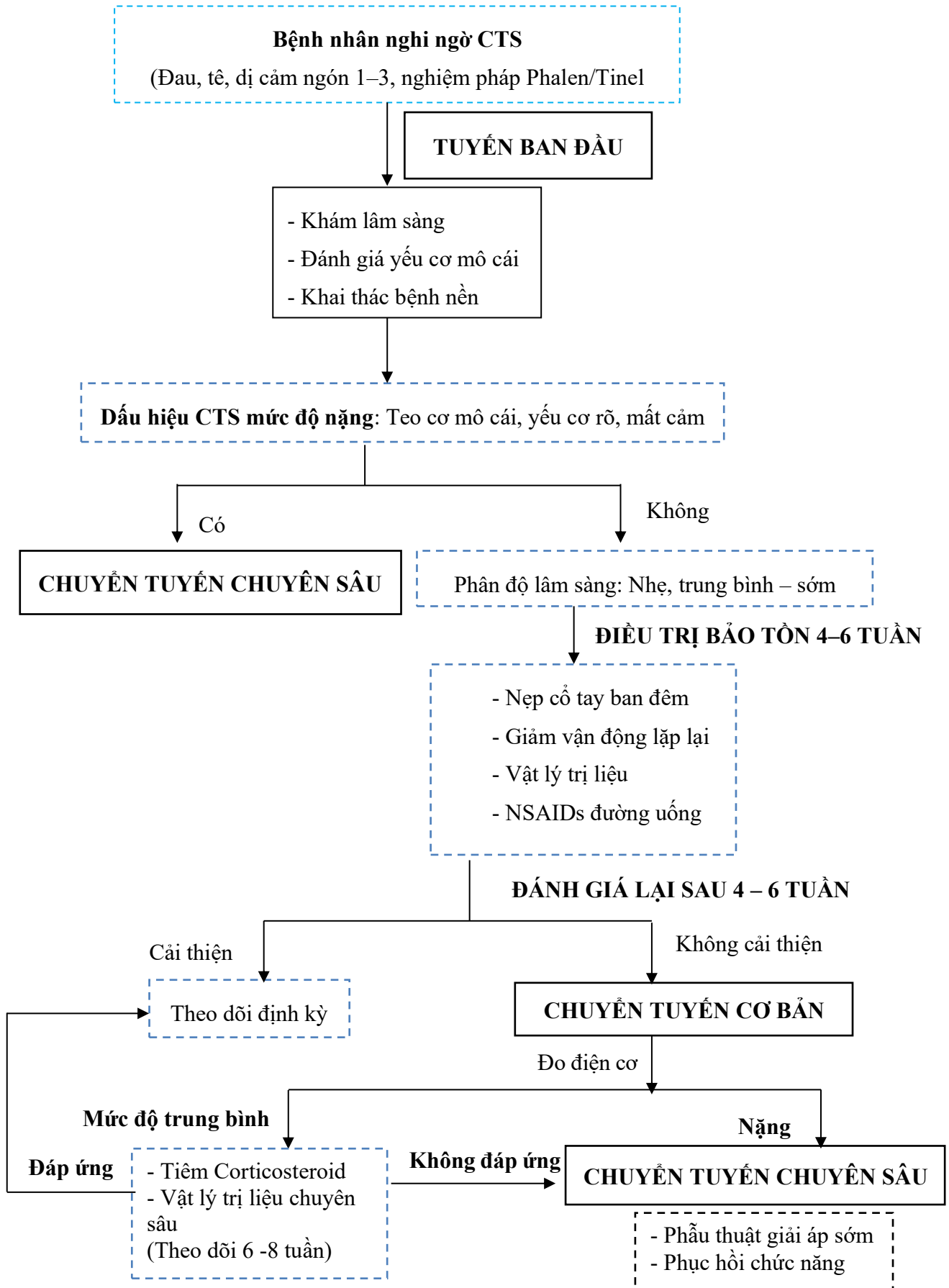
G56.03: Hội chứng ống cổ tay, cả hai chi trên.

U55.161: Chứng nuy [Tổn thương dây thần kinh giữa]

Lưu đồ 1. Tiếp cận và điều trị hội chứng ống cổ tay kết hợp YHHĐ và YHCT



Lưu đồ 2. Phân tuyến điều trị hội chứng ống cổ tay



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Graham, Brent, et al. "The American Academy of Orthopaedic Surgeons evidence-based clinical practice guideline on: management of carpal tunnel syndrome." *Jbjs* 98.20 (2016): 1750-1754.
2. Padua, Luca, et al. "Carpal tunnel syndrome: clinical features, diagnosis, and management." *The Lancet Neurology* 15.12 (2016): 1273-1284.
3. Hidayati, Hanik Badriyah, et al. "Current diagnosis and management of carpal tunnel syndrome: A review." *Anaesthesia, Pain & Intensive Care* 26.3 (2022): 394-404.
4. Joshi, Aditya, et al. "Carpal tunnel syndrome: pathophysiology and comprehensive guidelines for clinical evaluation and treatment." *Cureus* 14.7 (2022).
5. Shapiro, Lauren M., et al. "American Academy of Orthopaedic Surgeons/ASSH clinical practice guideline summary management of carpal tunnel syndrome." *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 33.7 (2025): 356-366.
6. Milczarek, Cezary, et al. "Carpal Tunnel Syndrome: A Comprehensive Review." *Cureus* 17.9 (2025).
7. Trịnh Thị Diệu Thường (2019), *Châm cứu học ứng dụng*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, trang 62-68.
8. Trịnh Thị Diệu Thường (2021), *Bệnh học và điều trị Thần Kinh kết hợp Đông Tây y*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, trang 175-193.

4. NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU (LÂM CHỨNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Giới thiệu

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là phản ứng viêm của phần biểu mô niệu mạc trước sự xâm nhập của vi khuẩn, thường đi kèm với tiểu vi khuẩn và tiểu mủ.

Tiểu vi khuẩn là khi nước tiểu có vi khuẩn, vì nước tiểu bình thường vô trùng. Tiểu vi khuẩn có thể có triệu chứng hoặc không. Tiểu mủ là khi có bạch cầu trong nước tiểu, thường gợi ý viêm nhiễm và/hoặc có phản ứng viêm từ biểu mô niệu mạc trước vi khuẩn, sỏi hay dị vật đường tiểu. Khi người bệnh chỉ tiểu mủ mà không đi kèm tiểu vi khuẩn cần được kiểm tra xem có sỏi, lao đường niệu hay ung thư hay không.

Điểm mới nhất là Hiệp hội Tiết niệu châu Âu 2024 khuyến cáo ngừng sử dụng hai thuật ngữ "NKTN không biến chứng" (Uncomplicated UTI) và "NKTN có biến chứng" (Complicated UTI). Thay vào đó, phân loại dựa trên mức độ biểu hiện lâm sàng:

- NKTN khu trú (Localised UTI): Chỉ có triệu chứng tại chỗ (ví dụ: viêm bàng quang), không có dấu hiệu toàn thân.

- NKTN toàn thân (Systemic UTI): Có các triệu chứng toàn thân như sốt, lạnh run, mệt mỏi, hoặc các dấu hiệu của nhiễm khuẩn huyết (Sepsis).

Các yếu tố nguy cơ làm phức tạp điều trị và tiên lượng là: nam, người già, phụ nữ có thai, có đài tháo đường, suy giảm miễn dịch, dùng kháng sinh gần đây, dị vật đường tiểu (như ống thông tiểu), nhiễm trùng tiểu bệnh viện, hay triệu chứng kéo dài hơn 7 ngày tính từ lúc khởi phát.

2. Nguyên nhân

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 tạo điều kiện cho vi khuẩn sinh sản.

Yếu tố quyết định: những vi khuẩn gây bệnh.

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.

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 các vi khuẩn Serratia hoặc Pseudomonas lại gợi ý đến các yếu tố thuận lợi như sỏi, bất thường cấu trúc hệ tiết niệu cũng như tỷ lệ tái phát cao.

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 gây 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 do nhiễm khuẩn huyết (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 không vi trùng với các loại thường gặp như *E.coli*, *Saprophyticus*, *Proteus*, *Klebsiella*; nhưng cũng có trường hợp chỉ có hội chứng niệu đạo còn nước tiểu thì hoàn toàn vô trùng. Trong trường hợp này nên tìm các vi trùng gây bệnh qua đường tình dục như *Chlamydia trachomatis*, lậu cầu và Herpes simplex virus.

Vi khuẩn *Ureaplasma*

Vi khuẩn *Ureaplasma urealyticum* và *Mycoplasma hominis* có thể gặp trong viêm tiền liệt tuyến và đài bể thận

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.

Mycobacterium

Mycobacterium tuberculosis gây lao hệ tiết niệu chiếm 15% trường hợp lao ngoài phổi. Hội chứng này gồm: đái khó, đái máu, đái 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.

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 bẩn. Nhiễm trùng tiết niệu do *Candida* có thể đưa đến hoại tử nhú thận và tắc đường tiểu.

3. Biểu hiện lâm sàng

Những biểu hiện lâm sàng của NKTN bao gồm biểu hiện nhiễm trùng toàn thân và tại chỗ đường tiết niệu. Các triệu chứng đường tiết niệu dưới thường hay gặp và đi trước các triệu chứng đường tiết niệu trên nhiều ngày. Viêm Bàng quang thường có tiểu khó, tiểu lắt nhắt và/hay tiểu gấp. Đau hạ vị và tiểu máu ít gặp hơn. Viêm thận bể thận cổ điển sẽ có sốt, ớn lạnh và đau hông lưng. Nôn và buồn nôn có thể có. Áp-xe thận hay quanh thận có thể gây sốt âm ỉ, sờ thấy khối hông lưng và đau. Người bệnh đặt thông tiểu lưu thường nhiễm trùng tiểu không triệu chứng, nhưng sốt, đi kèm theo là nhiễm trùng huyết, có thể xảy ra nhanh chóng và dẫn đến tử vong.

Các biểu hiện lâm sàng của NKTN thường không giúp chẩn đoán xác định cũng như định vị được chỗ nhiễm trùng là đường tiết niệu trên hay dưới. Ở những người bệnh cao tuổi, các triệu chứng âm thầm hơn (như đau thượng vị hay khó chịu vùng bụng) hay thậm

chỉ là không có triệu chứng. Do vậy để chẩn đoán NKTN cần kết hợp biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng.

4. Chẩn đoán xác định

4.1. Các xét nghiệm cơ bản trong chẩn đoán NKTN

Đường tiết niệu và nước tiểu thông thường là vô khuẩn. Khi người bệnh tiểu ra bạch cầu và tiểu vi khuẩn, cần nghĩ tới nhiễm trùng tiết niệu.

Tổng phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu có thể âm giả khi lượng vi khuẩn và bạch cầu quá ít trong nước tiểu bị pha loãng do người bệnh uống vào quá nhiều. Các trường hợp dương giả có thể xảy ra nếu lấy mẫu nước tiểu không đúng cách. Chọc hút nước tiểu từ Bàng quang trên xương mu để xét nghiệm được xem là cho kết quả chính xác nhất vì tránh được nước tiểu bị nhiễm bẩn bởi niệu đạo.

Cấy nước tiểu được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định NKTN.

Bảng 1: Tiêu chuẩn số lượng vi trùng trong nước tiểu để chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu trên người bệnh chưa dùng kháng sinh

Phương pháp thu thập	Đối tượng/Tình trạng lâm sàng	Tiêu chuẩn số lượng (CFU/ml)
Lấy nước tiểu giữa dòng (CCMS)	NKTN không triệu chứng (Nam hoặc Nữ)	$\geq 10^5$
	Nữ: NKTN cấp không phức tạp (Viêm bàng quang)	$\geq 10^3$
	Nữ: NKTN cấp không phức tạp (Viêm đài bể thận)	$\geq 10^4$
	Nam: Có triệu chứng	$\geq 10^3$
Đặt sonde tiểu	Sonde tiểu không lưu	$\geq 10^2$
	Sonde tiểu lưu: Không triệu chứng	$\geq 10^5$
	Sonde tiểu lưu: Có triệu chứng	$\geq 10^2$
Chọc hút trên xương mu	Mọi trường hợp	Phân lập được bất kể số lượng

Xét nghiệm xác định có Bạch cầu (BC) trong nước tiểu:

- Tổng phân tích nước tiểu (que nhúng dipstick - định tính): BC 10-100-500/ μ L
- Cận lắng: BC > 5/QT 40, trụ BC
- Cận Addis: BC > 2.000/phút

Xét nghiệm xác định sự hiện diện vi trùng trong nước tiểu:

- Nitrit (+) định tính
- Nhuộm gram soi tươi nước tiểu ≥ 1 vi khuẩn/Quang trường
- Cấy nước tiểu: > 100.000 khóm vi khuẩn/ml (định danh vi khuẩn + Kháng sinh đồ)

Lưu ý các nguyên nhân gây Nitrit (-) giả: các vi khuẩn thuộc nhóm Enterobacteriaceae không có khả năng biến đổi nitrate $\rightarrow$ nitrite, người bệnh đã được dùng

kháng sinh...

Các cận lâm sàng Hình ảnh học:

- Siêu âm bụng tổng quát
- CT scan bụng
- Xét nghiệm máu:
- Công thức máu, CRP, Tốc độ máu lắng (VS), BUN, Creatinin, Độ lọc cầu thận (GFR)

4.2. Các bệnh cảnh lâm sàng thường gặp

a. Viêm Bàng quang

Đa số viêm Bàng quang đơn giản xảy ra ở phụ nữ. Triệu chứng lâm sàng của viêm Bàng quang rất đa dạng, nhưng thường có biểu hiện tiểu gắt buốt, tiểuắt nhất và/hoặc tiểu gắt. Có thể đau tức hạ vị hoặc cảm giác khó chịu vùng trên xương mu, nước tiểu đục hoặc tiểu máu. Do chỉ viêm phần biểu mô Bàng quang nông, nên không sốt hoặc chỉ sốt nhẹ. *E. coli* là vi khuẩn gây bệnh trong 75-90% trường hợp viêm Bàng quang cấp ở nữ trẻ, *S. saprophyticus*, vi khuẩn thường trú trên da thường gặp thứ hai. Ở nam giới, *E. coli* và các vi khuẩn nhóm Enterobacteriaceae là những vi khuẩn thường gặp nhất.

Khi xét nghiệm, thường nghĩ đến viêm Bàng quang cấp khi thấy tiểu mù, tiểu vi khuẩn và đôi khi là tiểu máu trên vi thể. Thử que nhúng nước tiểu cũng có thể gợi ý nhưng ít nhạy hơn. Siêu âm có thể thấy dày thành Bàng quang. Cấy nước tiểu vẫn là xét nghiệm chẩn đoán tốt nhất. Tuy nhiên, chỉ cần cấy nước tiểu khi điều trị thông thường không đáp ứng hoặc tái phát. CT scan và MRI giúp loại trừ các bệnh khác.

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý lây truyền qua quan hệ tình dục, đặc biệt khi người bệnh có kèm viêm cổ tử cung - âm đạo do tác nhân: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*...

b. Viêm tiền liệt tuyến

Viêm tiền liệt tuyến (TLT) là một chẩn đoán lâm sàng, hình ảnh học giúp đánh giá có hình thành abscess tại TLT hay không. Triệu chứng thường biểu hiện rõ trong Viêm TLT cấp ở người bệnh nam trẻ tuổi, trong khi Viêm TLT mạn tính thường gặp ở nam lớn tuổi với triệu chứng rất nghèo nàn.

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính là một tình trạng nhiễm khuẩn nặng, thường đi kèm với viêm Bàng quang cấp tính. Vì vậy triệu chứng lâm sàng cũng giống như viêm Bàng quang cấp nhưng thường kèm theo có sốt cao, thậm chí có thể gây nhiễm khuẩn huyết. Biểu hiện Viêm TLT gồm tiểu khó, tiểu buốt, tiểuắt nhất, có thể tiểu máu, tiểu mù, đau vùng đáy chậu hoặc quanh hậu môn kèm sốt lạnh run. Khám tiền liệt tuyến to và đau.

Siêu âm TLT cho thấy tiền liệt tuyến to, có vùng echo kém khu trú ở vùng ngoại vi. Nếu có tụ dịch thì gợi ý abscess. Siêu âm doppler TLT thấy tăng dòng máu ở xung quanh ổ abscess.

c. Viêm đài bể thận

Viêm đài bể thận là tình trạng nhiễm khuẩn các đài thận, bể thận, niệu quản và nhu mô thận hay còn gọi là nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên.

Nhiễm khuẩn do vi khuẩn gây nên theo đường ngược dòng từ Bàng quang lên niệu quản rồi đến đài bể thận, hoặc do đường máu đưa đến khi có nhiễm trùng huyết. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Gram âm, thường gặp nhất E. coli, sau đó là Klebsiella, Proteus mirabilis, Enterobacter... Viêm thận - bể thận hiếm gặp hơn viêm Bàng quang, nhưng trầm trọng hơn. Trường hợp điển hình, người bệnh có sốt lạnh run đột ngột và đau hông lưng, nước tiểu đục, có thể có máu, kèm buồn nôn, nôn, tiêu chảy, khám có rung thận (+), điểm sườn lưng (+)... Tuy nhiên, cũng có những người bệnh chỉ có triệu chứng toàn thân là sốt nhẹ hoặc thậm chí không có triệu chứng. Sự xuất hiện của trụ bạch cầu thường gợi ý viêm thận - bể thận cấp. Cấy vi khuẩn niệu (+) ≥ 100.000 vi khuẩn/ml nước tiểu, cũng có khi (-). Cấy máu dương tính trong 25% trường hợp viêm thận - bể thận đơn giản ở phụ nữ. Chỉ nên cấy máu ở người bệnh nam giới và nữ giới có biểu hiện nhiễm độc toàn thân hay những người cần nhập viện hoặc có yếu tố nguy cơ như mang thai.

Việc nhận biết viêm thận - bể thận đơn giản hay phức tạp là vô cùng quan trọng vì sẽ quyết định điều trị ngoại trú hay nội trú.

4.3. Biến chứng

NKTN có thể gặp những biến chứng sau:

a. Nhiễm trùng huyết

- Triệu chứng: sốt cao lạnh run kéo dài, rối loạn tri giác...
- Xét nghiệm giúp chẩn đoán: CRP, cấy máu.
- Choáng nhiễm trùng: là tình trạng nhiễm trùng huyết nặng
- Triệu chứng: mạch nhanh, huyết áp tụt, tay chân lạnh, rối loạn tri giác...
- Xét nghiệm giúp chẩn đoán: cấy máu.

b. Abscess thận - quanh thận

- Thường gặp do viêm thận - bể thận cấp không được điều trị đúng và đủ.
- Triệu chứng: đau hông lưng, sốt kéo dài 4-5 ngày, ớn lạnh, rung thận (+), chạm thận (+) trong 40%, không đáp ứng điều trị NKTN sau 72 giờ.
- Xét nghiệm giúp chẩn đoán: siêu âm bụng, CT Scan bụng (hoặc MRI).

c. Suy thận cấp

- Triệu chứng: số lượng nước tiểu giảm...
- Xét nghiệm giúp chẩn đoán: BUN, Creatinin.

d. Hoại tử gai thận

- Triệu chứng: gai thận bị hoại tử tróc ra, không đáp ứng điều trị...
- Xét nghiệm giúp chẩn đoán: siêu âm bụng, chụp cản quang đài bể thận ngược dòng, CT scan thấy "dấu còng cua", "dấu vòng nhẫn".

e. Viêm Bàng quang sinh hơi, Viêm thận - bể thận sinh hơi

- Triệu chứng NKTN không đáp ứng điều trị, thường gặp ở người bệnh Đái tháo đường.

- Xét nghiệm giúp chẩn đoán: Cây máu, chụp X quang hệ niệu không chuẩn bị (KUB), siêu âm bụng hoặc CT scan bụng thấy hơi trong thận, trong Bàng quang.

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

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).

Nhiễm khuẩn 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.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

1. Thể nhiệt lâm

1.1. Triệu chứng

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.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bàng quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (âm thực thất điều, ăn thức ăn cay nóng, nhiều chất béo, hoặc uống rượu nhiều quá), Ngoại nhân (Thấp nhiệt tà độc từ ngoài xâm nhập làm bệnh nặng thêm).

1.3. Pháp

Thanh nhiệt, tả hỏa, lợi tiểu, thông lâm.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc cổ phương: Bát chính tán (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương).

Hoạt thạch

12g

Chi tử

12g

Mộc thông	08g	Đại hoàng	08g
Biển súc	12g	Bán hạ chế	08g
Cù mạch	12g	Xa tiền tử	12g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

Gia giảm:

- Nếu tiểu có sạn, sỏi: Thêm Kim tiền thảo, Hải kim sa, Kê nội kim.
- Nếu tiểu ra máu: Thêm Hận liên thảo, Tiểu kế, Bạch mao căn.
- Nếu có tiểu lỏng: Bỏ Đại hoàng.
- 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.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm:

Khúc trì (LI11)	Hợp cốc (LI4)	Đại chùy (GV14)
Ngoại quan (TE5)	Trung cực (CV3)	Bàng quang du (BL28)
Ủy dương (BL39)	Huyết hải (SP10)	

- Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm: điểm Giao cảm, Thận, Bàng quang.
- Xoa bóp bấm huyệt: Các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn, ấn, bấm huyệt vùng thắt lưng. Xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Cần thận trọng ở người bệnh đang mắc viêm thận bể thận cấp, sốt cao và đau hông lưng dữ dội.

Chú ý: Tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật. Nếu có sốt cao, đau hông lưng, tiểu máu nhiều, bí tiểu thì YHCt chỉ là điều trị hỗ trợ. Không được trì hoãn xử trí YHHĐ trong giai đoạn cấp.

2. Thể Huyết lâm

2.1. Triệu chứng

Với các triệu chứng đái khó, đái đau, nóng rát đường tiểu và có máu trong nước tiểu kèm với sốt, mạch hoạt sác hoặc nhu sác, lưỡi đỏ thẫm hoặc có điểm ứ huyết.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bàng quang
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (khí cơ uất trệ lâu ngày, huyết hành không thông mà thành ứ).

2.3. *Pháp*

Thanh nhiệt giải độc lương huyết chỉ huyết.

2.4. *Phương*

a. *Điều trị bằng thuốc*

Bài thuốc cổ phương: Tiểu kế ẩm tử (Tế sinh phương).

Sinh địa	40g	Hoạt thạch	12g
Tiểu kế	20g	Mộc thông	12g
Bồ hoàng sao	20g	Đạm trúc điệp	12g
Ngẫu tiết	30g	Chi tử	12g
Đương quy	12g	Trắc bách điệp	12g

- 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.

Chú ý: Nếu người bệnh tiểu máu nhiều cần gia thêm các vị lương huyết, chỉ huyết, tránh hoạt huyết quá mạnh.

b. *Điều trị không dùng thuốc*

- Hào châm:

Thận du (BL23)	Đại trường du (BL25)	Thượng liêu (BL31)
Thứ liêu (BL32)	A thị huyết	Trung cực (CV3)
Bàng quang du (BL28)	Ủy dương (BL39)	Huyết hải (SP10)

- Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm: Điểm Giao cảm, Thận, Bàng quang.

- Xoa bóp bấm huyết: Các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn, ấn, bấm huyết vùng thắt lưng. Xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Cần thận trọng ở người bệnh đang mắc viêm thận bể thận cấp, sốt cao và đau hông lưng dữ dội.

Chú ý: Tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật. Nếu có sốt cao, đau hông lưng, tiểu máu nhiều, bí tiểu thì YHCt chỉ là điều trị hỗ trợ. Không được trì hoãn xử trí YHHĐ trong giai đoạn cấp.

3. *Thể Lao lâm*

3.1. *Triệu chứng*

Người mệt mỏi, đau âm ỉ 2 bên thắt lưng, tiểu lắt nhắt, nước tiểu rỉ rỉ, tiểu xong đau ngằm hạ bộ (thường gặp trong viêm mạn hoặc phì đại tuyến tiền liệt) hoặc thường xuyên đái đục, đái dất, lưỡi đỏ rêu vàng mỏng, mạch tế sắc vô lực.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (tiên thiên bất túc, phòng dục quá độ, lao lực, thiên quý suy, bệnh lâu ngày).

3.3. Pháp

Dưỡng âm, bổ Thận, Thanh nhiệt, trừ thấp.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc cổ phương: Tri bá địa hoàng thang (Y phương khảo).

Thục địa	16g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	08g	Trạch tả	08g
Phục linh	08g	Đơn bì	08g
Tri mẫu	08g	Hoàng bá	08g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

Ngoài ra có thể gia thêm kim ngân 20g, liên kiều 20g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm:

Thận du (BL23)	Thái Khê (KI3)	Phục lưu (KI7)
Tam âm giao (SP6)	Trung cực (CV3)	

- Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm: Điem Giao cảm, Thận, Bàng quang.

- Xoa bóp bấm huyệt: Các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn, ấn, bấm huyệt vùng thắt lưng. Xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Cần thận trọng ở người bệnh đang mắc viêm thận bể thận cấp, sốt cao và đau hông lưng dữ dội.

Chú ý: Tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật. Nếu có sốt cao, đau hông lưng, tiểu máu nhiều, bí tiểu thì YHCt chỉ là điều trị hỗ trợ. Không được trì hoãn xử trí YHHĐ trong giai đoạn cấp.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị NKTN với mục tiêu sau cùng là phải loại trừ hoàn toàn vi khuẩn trong đường tiết niệu. Điều này có thể xảy ra trong vòng vài giờ nếu sử dụng đúng kháng sinh. Hiệu quả của kháng sinh phụ thuộc rất lớn vào nồng độ kháng sinh trong nước tiểu và khoảng thời gian mà nồng độ kháng sinh duy trì trên nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) đối với vi sinh vật.

Ở nhóm người bệnh nhiễm trùng tiêu đơn giản, nồng độ kháng sinh đạt được trong máu không quan trọng. Tuy nhiên, nồng độ trong máu lại rất quan trọng ở người bệnh có nhiễm khuẩn huyết hoặc có sốt do NKTN gồm cả những thương tổn nhu mô thận và tuyến tiền liệt.

Ở nhóm người bệnh suy giảm chức năng thận, điều chỉnh liều thuốc của những thuốc chỉ lọc qua thận là cần thiết.

Việc chọn lựa kháng sinh và thời gian điều trị kháng sinh phải xét đến các yếu tố sau:

- Hoạt phổ của kháng sinh kháng lại vi khuẩn đã biết hoặc vi sinh vật có khả năng gây bệnh nhất.

- NKTN đơn giản hoặc phức tạp.

- Tiềm năng, các biến cố bất lợi của thuốc và chi phí.

- Thuốc kháng sinh tác động lên hệ vi khuẩn của ruột và âm đạo và sinh thái vi khuẩn bệnh viện do độ nhạy cảm của vi sinh vật sẽ rất thay đổi ở những người bệnh đã tiếp xúc với các kháng sinh kể cả người bệnh nội trú và ngoại trú.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc

a. Viêm Bàng quang cấp không biến chứng

Phác đồ được chia theo đối tượng và mức độ ưu tiên sử dụng thuốc:

- Lựa chọn đầu tay ở nữ giới:

Fosfomycin trometamol: Liều 3g duy nhất trong 1 ngày.

Nitrofurantoin: Có thể dùng liều 50-100mg x 4 lần/ngày; hoặc 100mg x 2 lần/ngày (dạng thông thường hoặc giải phóng kéo dài). Thời gian điều trị là 5 ngày.

Pivmecillinam: Liều 400mg x 3 lần/ngày trong 3-5 ngày.

- Lựa chọn thay thế: Sử dụng Cephalosporin (ví dụ Cefadroxil) liều 500mg x 2 lần/ngày trong 3 ngày.

Điều trị ở nam giới: Sử dụng Trimethoprim-sulfamethoxazole liều 160/800mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

b. Viêm niệu đạo

Phác đồ được chỉ định dựa trên tác nhân gây bệnh:

- Nhiễm khuẩn do lậu cầu: Tiêm Ceftriaxon 1g (liều duy nhất) kết hợp Azithromycin 1g uống (liều duy nhất).

- Nhiễm khuẩn không do lậu:

Chlamydia trachomatis: Azithromycin 1-1,5g uống liều duy nhất hoặc Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

Mycoplasma genitalium: Azithromycin 500mg ngày đầu, sau đó 250mg/ngày cho 4 ngày tiếp theo.

Ureaplasma urealyticum: Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

Trichomonas vaginalis: Metronidazol hoặc Tinidazol 2g uống liều duy nhất.

- Viêm niệu đạo dai dẳng: Thường phối hợp Azithromycin hoặc Moxifloxacin với Metronidazol tùy theo loại thuốc đã sử dụng trước đó không hiệu quả.

c. Viêm tiền liệt tuyến mạn tính do vi khuẩn

Thời gian điều trị ở phác đồ này kéo dài hơn đáng kể so với viêm bàng quang:

Fluoroquinolon: Dùng liều tối ưu đường uống hàng ngày trong 4-6 tuần.

Doxycyclin: Liều 100mg x 2 lần/ngày trong 10 ngày (chỉ dành cho Chlamydia hoặc Mycoplasma).

Azithromycin: Liều 500mg x 1 lần/ngày trong 3 tuần (chỉ dành cho Chlamydia).

Metronidazol: Liều 500mg x 3 lần/ngày trong 14 ngày (chỉ dành cho *Trichomonas vaginalis*).

d. Viêm đài bể thận không biến chứng

Viêm bể thận không biến chứng được định nghĩa viêm bể thận giới hạn ở phụ nữ không mang thai, phụ nữ tiền mãn kinh mà không có sự bất thường đường tiết niệu hoặc bệnh mắc kèm. Triệu chứng thường gặp là sốt ($>38^{\circ}\text{C}$), ớn lạnh, đau hông, buồn nôn, nôn hoặc đau góc sườn đốt sống, có hoặc không có triệu chứng viêm bàng quang.

Viêm đài bể thận không biến chứng (Nhẹ và trung bình)

Đây là phác đồ điều trị ngoại trú khi chưa có chỉ định nhập viện:

- Lựa chọn ưu tiên: Ciprofloxacin: 500–750mg x 2 lần/ngày, dùng trong 7 ngày. Levofloxacin: 750mg x 1 lần/ngày, dùng trong 5 ngày.

- Lựa chọn thay thế: Trimethoprim-sulfamethoxazole: 160/800mg x 2 lần/ngày, dùng trong 14 ngày (chỉ dùng nếu vi khuẩn còn nhạy cảm). Cefpodoxime hoặc Cefibuten: Dùng trong 10 ngày.

Viêm đài bể thận nặng (Phải nhập viện điều trị)

Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch:

- Nhóm ưu tiên: Ciprofloxacin, hoặc Ceftriaxone, hoặc Cefotaxime.

- Nhóm thay thế: Aminoglycoside phối hợp với Amoxicillin/Ampicillin; hoặc các thuốc nhóm Carbapenem nếu nghi ngờ vi khuẩn kháng thuốc (ESBL).

Lưu ý: Sau khi bệnh nhân hết sốt và cải thiện lâm sàng, bác sĩ sẽ chuyển từ thuốc tiêm sang thuốc uống để hoàn thành liệu trình tổng cộng từ 10 đến 14 ngày.

2.2. Điều trị ngoại khoa

Mục tiêu chính: Loại bỏ các nguồn gây nhiễm trùng, giải quyết tình trạng tắc nghẽn và cải thiện sự dẫn lưu nước tiểu.

Chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp sau:

- Giải quyết tắc nghẽn: Ưu tiên hàng đầu để làm trống bàng quang, vì chỉ cần 20 mL nước tiểu tồn dư cũng có thể gây nhiễm trùng.

- Loại bỏ dị vật: Phẫu thuật lấy bỏ các yếu tố như sỏi (nidus), ống thông (stents), hoặc lưới lọc (mesh) bị xói mòn để tiết căn ổ vi khuẩn.
- Dẫn lưu cấp cứu: Thực hiện ngay qua da hoặc đặt ống thông niệu quản khi có tắc nghẽn kèm nhiễm trùng huyết (urosepsis).
- Xử lý khối u: Cắt bỏ các khối u đường niệu vì chúng có thể chứa vi khuẩn và gây kháng kháng sinh.
- Sửa chữa cấu trúc: Can thiệp ngoại khoa để điều chỉnh các bất thường giải phẫu gây ứ đọng nước tiểu nhằm ngăn ngừa tái phát.

V. PHÒNG BỆNH

Uống nhiều nước ($\geq 1.5\text{--}2$ lít/ngày).

Dùng D-mannose hoặc chiết xuất cranberry.

Estrogen âm đạo tại chỗ (phụ nữ mãn kinh).

Probiotic đường âm đạo.

Vệ sinh cá nhân đúng cách và thay đổi hành vi (đi tiểu sau giao hợp).

Kháng sinh dự phòng chỉ nên áp dụng ở bệnh nhân có ≥ 3 đợt tái phát/năm và đã thất bại với các biện pháp không kháng sinh.

Phụ lục
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

N39.0: Nhiễm trùng đường tiết niệu, vị trí không xác định (đây là mã phổ biến nhất khi chưa xác định rõ là viêm bàng quang hay viêm thận).

N30: Viêm bàng quang (Cystitis).

N30.0: Viêm bàng quang cấp tính.

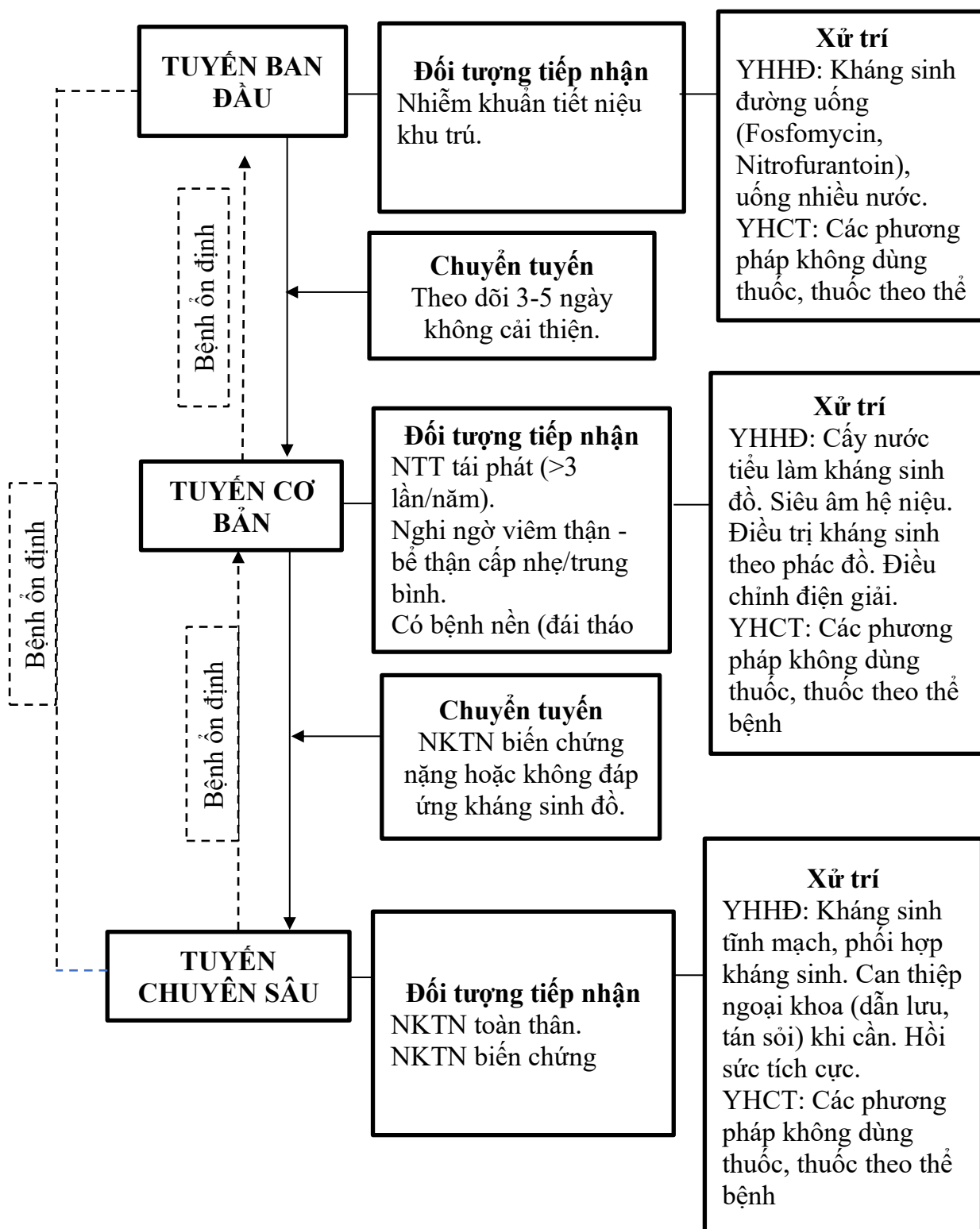
N30.9: Viêm bàng quang, không xác định (tương ứng với các triệu chứng tiểu khó, tiểu dắt, đau hạ vị trong văn bản của bạn).

N10: Viêm thận bể thận cấp tính (Acute pyelonephritis) - tương ứng với các triệu chứng sốt, ớn lạnh và đau hông lưng.

N12: Viêm thận bể thận, không xác định cấp hay mạn tính.

N15.1: Áp xe thận và quanh thận.

N34: Viêm niệu đạo và hội chứng niệu đạo.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa (2012), Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y Học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Bay (2022). Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây Y tập 1, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 61 - 76.
3. Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường (2008), Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc.
4. European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Urological Infections – 2024 Edition.
5. Kranz J, Bartoletti R, Bruyère F, et al. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. Eur Urol. 2024;86(1):27-41. doi:10.1016/j.eururo.2024.03.035
6. Bergamin PA, Kiosoglous AJ. Surgical management of recurrent urinary tract infections: a review. Transl Androl Urol. 2017;6(Suppl 2):S153-S162. doi:10.21037/tau.2017.06.17.

5. RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG (DƯƠNG NUY)

I. ĐẠI CƯƠNG.

1. Tây Y:

1.1. Định nghĩa:

Rối loạn chức năng cương dương (erectile dysfunction, ED) là tình trạng trong 06 tháng liên tiếp, dương vật không thể đạt được và/hoặc duy trì sự cương cứng đủ để thực hiện và hoàn thành giao hợp một cách thỏa mãn. ED là một trong những rối loạn chức năng tình dục thường gặp nhất ở nam giới. Mặc dù bản thân ED không phải là bệnh lý đe dọa tính mạng, nhưng nó liên quan mật thiết đến chất lượng cuộc sống, đời sống tình dục và sự ổn định gia đình, đồng thời còn là tín hiệu cảnh báo sớm của nhiều bệnh lý toàn thân.

ED là bệnh thường gặp ở nam giới trung niên và cao tuổi. Theo Nghiên cứu lão hóa nam giới bang Massachusetts (Massachusetts Male Aging Study – MMAS) tại Hoa Kỳ, khảo sát 1.290 nam giới từ 40–70 tuổi, tỷ lệ mắc ED là 52%, trong đó ED mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt chiếm 17,2%, 25,2% và 9,6%. Theo sự gia tăng tuổi tác và mức sống không ngừng được cải thiện, tỷ lệ mắc ED cũng ngày càng tăng.

1.2. Nguyên nhân:

Sự cương cứng của dương vật là một hoạt động huyết động phức tạp, chịu sự điều hòa của hệ thần kinh – nội tiết, cần sự phối hợp chặt chẽ giữa thần kinh, nội tiết, mạch máu, thể hang và yếu tố tâm lý, đồng thời còn chịu ảnh hưởng của bệnh lý toàn thân, tình trạng dinh dưỡng và thuốc men.

a. Nguyên nhân tâm lý – tâm thần:

Áp lực tâm lý có liên quan mật thiết với ED, như: quan hệ vợ chồng không hòa hợp, thiếu kiến thức về tình dục, trải nghiệm tình dục không tốt, áp lực công việc hoặc kinh tế, hiểu sai về hình thể bản thân, lo sợ về bệnh tật và tác dụng phụ của thuốc...

Tương tự, ED cũng có thể trở thành yếu tố tâm lý thứ phát, gây uất ức, lo âu và các triệu chứng cơ thể kèm theo.

b. Nguyên nhân nội tiết:

Các bệnh nội tiết có thể gây ED. Có báo cáo cho thấy, tỷ lệ ED do nội tiết ở bệnh nhân rối loạn cương chiếm khoảng 16,1%.

(1) Suy giảm chức năng sinh dục

Tinh hoàn (tinh sào) tiết testosterone là yếu tố quan trọng duy trì cương dương bình thường. Bất kỳ bệnh lý nào làm giảm nồng độ testosterone huyết thanh đều khó tránh khỏi ảnh hưởng đến chức năng cương.

(2) Giảm tổng hợp hoặc tác dụng của androgen:

- Một số bệnh di truyền hiếm gặp do thiếu enzym làm giảm tổng hợp androgen, gây nữ hóa bộ phận sinh dục ngoài hoặc thiếu nam hóa.

- Thiếu hoặc bất thường 5 α -reductase, hoặc khiếm khuyết thụ thể androgen, gây kháng androgen; biểu hiện lâm sàng từ nam giả nữ đến thiếu nam.

(3) Bệnh tuyến giáp:

- Cường giáp: làm tăng chuyển đổi testosterone thành estradiol và giảm thanh thải estradiol, dẫn đến estradiol máu tăng, giảm đáp ứng của tinh hoàn với hCG; giảm ham muốn tình dục có liên quan đến tác động chuyển hóa cao của hormon tuyến giáp và ức chế chức năng tinh hoàn do estradiol tăng.

- Suy giáp: cũng có thể gây ED. Ở bệnh nhân suy giáp nguyên phát kèm tăng prolactin máu, testosterone thường giảm và có thể xuất hiện ED.

c. Nguyên nhân bệnh chuyển hóa:

ED do bệnh chuyển hóa, đái tháo đường là thường gặp nhất, với tỷ lệ mắc lên tới 30%–70%, cao hơn 2–5 lần so với người không đái tháo đường. Tỷ lệ ED tăng rõ rệt theo tuổi và thời gian mắc bệnh.

Bệnh sinh ED do đái tháo đường rất phức tạp, liên quan đến thần kinh, mạch máu và nhiều yếu tố nội tiết, trong đó yếu tố nội tiết đóng vai trò khởi phát quan trọng. Bệnh nhân đái tháo đường có thể xuất hiện rối loạn thần kinh tự chủ, tổn thương thần kinh thể hang, hoặc rối loạn thể hang, gây ED.

Những biến đổi bệnh lý bao gồm:

- Tăng độ dày màng đáy mao mạch thể hang
- Lắng đọng collagen
- Giảm sợi đàn hồi, làm giảm tính giãn nở của thể hang → suy giảm chức năng giãn của thể hang

Rối loạn chuyển hóa lipid cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng của ED. Cơ chế chưa hoàn toàn rõ, nhưng có thể liên quan đến tổn thương cấu trúc và chức năng mạch máu, nội mô, cơ trơn mạch và thần kinh. Ở nam giới trên 40 tuổi, mối liên quan giữa tăng lipid máu và ED càng rõ rệt.

d. Nguyên nhân bệnh lý mạch máu:

Chức năng mạch máu bình thường là nền tảng sinh lý của sự cương dương. Các bệnh lý mạch máu là nguyên nhân chủ yếu gây ED, chiếm gần 50% bệnh nhân ED, và tỷ lệ mắc tăng rõ rệt theo tuổi nam giới.

ED do động mạch là một trong những nguyên nhân thường gặp ở nam giới trên 40 tuổi. Các nguyên nhân động mạch gây ED bao gồm:

- Bất kỳ bệnh lý nào làm hẹp lòng mạch thể hang,
- Xơ vữa động mạch,
- Chấn thương động mạch,
- Rối loạn chức năng giãn mạch động mạch thể hang.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp gây ED; hầu hết các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp như hút thuốc lá, tăng lipid máu, béo phì... đều có thể làm tăng tỷ lệ mắc ED.

ED do tĩnh mạch cũng có tỷ lệ khá cao, chiếm khoảng 25%–78% bệnh nhân ED, bao gồm:

- Rò tĩnh mạch thể hang do giảm cơ trơn trong bao trắng và thể hang.

Nguyên nhân thường gặp của rối loạn tĩnh mạch gồm:

- Thiếu sản tĩnh mạch bẩm sinh,
- Thoái hóa cơ trơn tĩnh mạch do tuổi cao,
- Hút thuốc,
- Chấn thương,
- Rối loạn co bóp cơ trơn.

Ngoài ra còn có bất thường lưu thông bàng hệ và dòng chảy bất thường sau phẫu thuật (như sau điều trị ung thư). Các nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh học cho thấy, tuổi càng cao thì rò tĩnh mạch càng tăng.

e. Nguyên nhân thần kinh:

Tổn thương đại não, tủy sống, thần kinh thể hang, thần kinh dương vật, thần kinh ngoại biên, cũng như thụ thể cảm giác tại tiểu động mạch và thể hang, đều có thể gây ED. Do vị trí tổn thương khác nhau, cơ chế bệnh sinh cũng khác nhau.

(1) Bệnh lý thần kinh trung ương

Các bệnh lý như đột quỵ, chấn thương sọ não, nhiễm trùng não, u não, động kinh, sa sút trí tuệ sớm và các rối loạn tâm thần có thể ảnh hưởng đến chức năng vùng dưới đồi hoặc trung tâm cương ở não – tủy, hoặc ức chế dẫn truyền thần kinh trung ương, gây ED.

Các bệnh lý của tủy sống và hệ thần kinh trung ương thường kèm theo ED; ED chỉ là một trong nhiều rối loạn chức năng do bệnh lý trung ương gây ra.

Những rối loạn này thường ảnh hưởng đến chức năng tình dục thông qua nhiều con đường khác nhau.

Các bệnh lý tủy sống như tổn thương tủy, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, u tủy, đa xơ cứng có thể ảnh hưởng đến đường dẫn truyền thần kinh hướng tâm và ly tâm, dẫn đến ED.

(2) Tổn thương tủy sống

ED do tổn thương tủy sống phụ thuộc vào mức độ và vị trí tổn thương.

- Tổn thương hoàn toàn tủy sống đoạn trên: khoảng 95% bệnh nhân vẫn có khả năng cương (cương phản xạ).
- Tổn thương hoàn toàn tủy sống đoạn dưới: chỉ khoảng 25% bệnh nhân còn khả năng cương (cương tâm lý).

Nếu tổn thương không hoàn toàn, trên 90% bệnh nhân ở cả hai nhóm vẫn có khả năng cương.

(3) Tổn thương hoặc bệnh lý thần kinh ngoại biên

Gãy xương chậu, phẫu thuật trực tràng, bàng quang, tuyến tiền liệt có thể làm tổn thương thần kinh thể hang hoặc thần kinh dương vật, gây gián đoạn dẫn truyền thần kinh và dẫn đến ED.

Các bệnh lý thần kinh ngoại biên như đái tháo đường, ngộ độc rượu mạn tính, thiếu vitamin có thể gây bệnh thần kinh, ảnh hưởng đến đầu tận thần kinh thể hang, dẫn đến rối loạn dẫn truyền thần kinh và ED.

Tổn thương thần kinh cảm giác dương vật gây mất cảm giác, thường biểu hiện bằng mất cương phản xạ và cương về đêm, trong khi cương tâm lý vẫn tồn tại do đường hướng tâm và lý tâm vẫn còn nguyên vẹn.

Ngược lại, tổn thương thần kinh phó giao cảm sẽ gây mất cương chủ động, biểu hiện bằng mọi loại cương đều bị rối loạn.

f. Nguyên nhân do thuốc:

- Thuốc hạ huyết áp (nhiều loại, đặc biệt là thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn β),
- Thuốc chống trầm cảm,
- Thuốc chống loạn thần,
- Thuốc kháng androgen,
- Thuốc ức chế hormon,
- Thuốc hóa trị (như cyclophosphamide, cisplatin, methotrexate...).

g. Các nguyên nhân khác:

Bất thường cấu trúc dương vật: như bệnh Peyronie (xơ cứng thể hang), cong dương vật có thể gây ED.

Ung thư: bệnh nhân ung thư thường do đau, trầm cảm, mệt mỏi, và một số khối u tiết hormon ảnh hưởng đến chuyển hóa nội tiết gây ED.

Suy thận mạn có thể gây suy sinh dục và ED.

Giãn tĩnh mạch thừng tinh nguyên phát có thể là yếu tố nguy cơ của ED; các yếu tố tâm lý thứ phát do bệnh này cũng có thể trở thành nguyên nhân tâm lý của ED.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSAS): thiếu oxy mạn tính gây tổn thương đa cơ quan (tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, đột quỵ...), đây đều là yếu tố nguy cơ của ED, cho thấy có mối liên hệ bệnh sinh giữa hai tình trạng.

h. Nguyên nhân hỗn hợp:

Trong nhiều trường hợp, ED là biểu hiện của nhiều bệnh lý và nhiều quá trình bệnh sinh khác nhau, có thể do một hoặc nhiều nguyên nhân phối hợp.

Các nguyên nhân thường gặp gồm:

- Đái tháo đường
- Tăng huyết áp
- Bệnh tim mạch – não mạch
- Chấn thương, phẫu thuật

- Bệnh nguyên phát
- Yếu tố tâm lý
- Thuốc
- Lối sống và môi trường xã hội

Những yếu tố này có thể thông qua các cơ chế khác nhau hoặc giống nhau, cùng dẫn đến sự xuất hiện của ED.

1.3. Yếu tố nguy cơ:

ED có liên quan chặt chẽ với quá trình lão hóa nam giới.

Hút thuốc lá, uống rượu, thiếu vận động, cùng với béo phì, xơ vữa động mạch, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, các bệnh chuyển hóa, trầm cảm, triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS) và tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH) đều là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thời điểm khởi phát sớm và mức độ nặng của ED.

Nhiều thuốc điều trị tăng huyết áp và rối loạn tâm thần cũng có thể gây ED

1.3. Lâm sàng:

a. Triệu chứng điển hình:

Triệu chứng điển hình của rối loạn cương dương (ED) khá rõ ràng, tức là dương vật không thể cương hoặc cương không đủ cứng, không thể đưa vào âm đạo và không thể hoàn thành giao hợp thỏa mãn.

Phân loại mức độ ED của Adrian, chia thành 3 mức độ, trong đó:

- Độ 1: Dương vật có thể cương nhưng không đủ cứng.
- Độ 2: Dương vật có thể cương nhưng nhanh chóng mất, cương không bền.
- Độ 3: Cương hoàn toàn bất lực, không thể hoàn thành giao hợp.

Theo Hướng dẫn nghiên cứu lâm sàng thuốc mới điều trị ED của Bộ Y tế Trung Quốc, ED được phân loại theo tỷ lệ thành công của giao hợp trong 3 tháng, gồm:

- Nặng: 3 tháng hoàn toàn không thể giao hợp.
- Trung bình: tỷ lệ giao hợp thành công < 10% trong 3 tháng.
- Nhẹ: tỷ lệ giao hợp thành công 10% - 25% trong 3 tháng.

Các cách phân loại này đều dựa trên triệu chứng điển hình của ED.

Ngoài ra, để đánh giá mức độ ED trên lâm sàng, có thể sử dụng thang điểm IIEF-5 (International Index of Erectile Function - 5). Đây là bộ câu hỏi gồm 5 mục, tổng điểm từ 5 - 25 điểm, với điểm số càng thấp biểu hiện mức độ ED càng nặng:

- Không rối loạn cương dương: 22 - 25 điểm.
- Nhẹ: 17 - 21 điểm.
- Trung bình nhẹ: 12 - 16 điểm.
- Trung bình: 8 - 11 điểm.

- Nặng: 5 - 7 điểm.

b. Triệu chứng kèm theo:

Sự xuất hiện của ED, ngoài việc dương vật không thể cương hiệu quả, còn có thể kèm theo một số triệu chứng liên quan khác.

- ED chức năng (tâm lý) thường kèm theo: uất ức, lo âu, mất ngủ, hay quên, chóng mặt, ù tai, đau lưng, xuất tinh sớm... và các triệu chứng toàn thân khác.

- ED thực thể (hữu cơ) thường có các triệu chứng đặc trưng của bệnh nguyên phát.

Triệu chứng kèm theo có thể nhiều hoặc ít, nặng hoặc nhẹ, sẽ được trình bày chi tiết hơn trong phần điều trị.

- ED chức năng thường không có dấu hiệu thực thể rõ ràng.

- ED thực thể, tùy theo bệnh nguyên khác nhau, có thể xuất hiện dấu hiệu của hệ thần kinh, nội tiết hoặc mạch máu.

1.4. Bảng chỉ số quốc tế về chức năng cương dương vật IIEF (International Index Erectile Function):

Câu hỏi	Điểm (0-5 đ)
1. Khi đã đưa được dương vật vào trong âm đạo rồi, bạn có thường duy trì được độ cứng của dương vật không?	
2. Bạn có thấy khó khăn khi duy trì độ cứng của dương vật để giao hợp trọn vẹn không?	
3. Khi dương vật của bạn cương do kích thích tình dục, dương vật của bạn có đủ cứng để đưa được vào âm đạo hay không?	
4. Khi giao hợp bạn có thấy hoàn toàn thỏa mãn không?	
5. Bạn có thể ước lượng sự tự tin của bạn về khả năng cương dương vật và sự duy trì khả năng đó như thế nào?	

- Cách tính điểm ở bảng chỉ số IIEF5:

+ 0 điểm: Không hề hoạt động tình dục hoặc không bao giờ giao hợp.

+ 1 điểm: Rất thấp, hầu như không bao giờ; hoặc hết sức khó khăn.

+ 2 điểm: Thấp, hiếm khi (chỉ vài lần- ít hơn 50% số lần); hoặc rất khó khăn.

+ 3 điểm: Trung bình (vừa phải); thỉnh thoảng (xấp xỉ 50% số lần) hoặc có khó khăn.

+ 4 điểm: Cao; hầu hết mọi lần (cao hơn nhiều 50% số lần) hoặc hơi khó khăn.

+ 5 điểm: Rất cao; hầu như luôn luôn; hoặc không hề khó khăn.

- Nếu đạt dưới 21 điểm: đã có “dấu hiệu rối loạn cương dương”.

- Bảng trên chỉ dùng để khảo sát tình trạng được thăm khám trong vòng 6 tháng vừa qua.

1.5. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần được lựa chọn theo tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân. Nếu trong 12 tháng gần đây chưa kiểm tra đường huyết lúc đói và lipid máu, cần phải xét nghiệm lại.

a. Các xét nghiệm thông thường cần làm:

- Công thức máu,
- Đường huyết lúc đói,
- Cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao và thấp,
- Chức năng gan,
- Xét nghiệm chẩn đoán suy tuyến sinh dục: Testosterone toàn phần huyết thanh là đủ. Nếu nồng độ testosterone bất thường hay nếu có dấu hiệu lâm sàng của suy tuyến sinh dục thì khảo sát toàn bộ sẽ bao gồm testosterone toàn phần, testosterone tự do, LH và prolactin huyết thanh.

b. Đo cương dương ban đêm:

Hiện nay, các phương pháp đo cương ban đêm thường dùng gồm:

- Thử nghiệm tem thư.
- Bảng đo độ cương dương.
- Hệ thống đo cương dương ban đêm — NEVA

c. Các thăm dò đặc biệt:

- Trắc nghiệm tâm lý, tâm thần: Các bảng khảo sát tâm lý – xã hội có giá trị tham khảo nhất định trong việc phân biệt ED tâm lý và ED thực thể.

- Thử nghiệm tiêm thuốc giãn mạch thể hang (ICI): Tiêm thuốc giãn mạch vào thể hang dương vật có thể phản ánh tình trạng mạch máu của thể hang. Dương tính khi xuất hiện cương cứng rõ rệt (không cần thắt gốc dương vật), gợi ý nguồn cung động mạch đầy đủ và cơ chế khóa tĩnh mạch bình thường. Thử nghiệm này phụ thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân với thuốc, do đó cần đánh giá kết hợp với các thăm dò khác. Cơ chế tác dụng của các thuốc khác nhau, nhưng đều làm giãn cơ trơn tiểu động mạch và xoang thể hang, tăng tưới máu thể hang, làm xoang thể hang căng to, chèn ép tĩnh mạch hồi lưu, giảm dòng tĩnh mạch, từ đó gây cương. Thuốc thường dùng: papaverine, phentolamine, PGE1, VIP...

- Chụp tĩnh mạch thể hang: Áp dụng cho bệnh nhân có ICI gợi ý rò tĩnh mạch, giúp xác định vị trí rò tĩnh mạch. Do là thủ thuật xâm lấn, cần nắm vững chỉ định.

- Đo áp lực thể hang: Là phương pháp hiệu quả chẩn đoán ED do tĩnh mạch. Chỉ số lâm sàng gồm lưu lượng tưới máu gây cương và lưu lượng duy trì cương.

- Chụp mạch động mạch dương vật chọn lọc: Là phương pháp chủ yếu để định vị và định lượng rối loạn cung cấp máu động mạch của dương vật. Áp dụng khi nghi ngờ ED do động mạch; sau khi đánh giá BPI cho thấy thiếu máu động mạch dương vật và điều trị

nội khoa không hiệu quả, cần cân nhắc tái tạo mạch máu.

1.6. Chẩn đoán phân biệt:

a. Xuất tinh sớm:

Rối loạn cương dương (ED) có thể đồng thời tồn tại với xuất tinh sớm, nhưng hai khái niệm này về bản chất là khác nhau.

Xuất tinh sớm là tình trạng dương vật vẫn có thể cương, đạt độ cứng đủ để đưa vào âm đạo, nhưng thời gian cương ngắn, thậm chí chạm vào âm đạo là xuất tinh, trong khi dương vật vẫn duy trì trạng thái cương; điều này dẫn đến xuất tinh sớm.

Bản chất của xuất tinh sớm là vẫn có khả năng giao hợp, nhưng không kiểm soát được thời điểm xuất tinh. Trong khi đó, ED là tình trạng dương vật không thể cương hoặc độ cương rất kém, không thể tiến hành giao hợp.

Hai tình trạng này khác nhau về biểu hiện lâm sàng, cần lưu ý phân biệt.

b. Giảm ham muốn tình dục:

Giảm ham muốn tình dục là tình trạng suy giảm nhu cầu tình dục ở nam giới, có thể gián tiếp ảnh hưởng đến khả năng cương và tần suất giao hợp, nhưng khi có hoạt động tình dục thì dương vật vẫn có thể cương bình thường.

2. Y học cổ truyền:

Theo Y học cổ truyền rối loạn cương dương thuộc chứng “dương ủy”, hoặc “nội dương”; thuật ngữ “dương nuy” được sử dụng từ thời 《Hoàng Đế Nội Kinh·Tổ Vắn》 và dùng cho đến ngày nay. Y học cổ đại đã có rất nhiều bàn luận về bệnh này và tích lũy được kinh nghiệm lâm sàng phong phú. Trong thời hiện đại, đối với các bài thuốc cổ phương và dược liệu đơn vị, đã có nhiều nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm, đạt được những tiến bộ đáng kể

3. Mã hóa bệnh tật theo ICD-10.

3.1. Mã ICD-10 theo y học hiện đại:

F52.2 Thất bại trong đáp ứng tình dục nam

3.2. Mã ICD-10 theo y học cổ truyền:

U54.011 Dương nuy

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

1. Nguyên nhân:

1.1. Tình chí kích thích:

Lo nghĩ quá mức, uất ức kéo dài, hoặc buồn giận quá độ đều có thể làm Can khí uất kết, uất lâu hóa nhiệt, khí nghịch, Can sơ tiết mất điều hòa, khí huyết không thông, tông cân mất nuôi dưỡng, dẫn đến dương vật không cương.

Ngoài ra, tư lự quá mức, làm Tâm Tỳ tổn thương, thủy cốc không hóa, tinh huyết không sinh, không thể “tán tinh vu Can, dẫn khí vu dương”, gây khí huyết hư suy, biểu hiện là dương nuy.

Gặp sự việc đáng sợ, hoặc do tà khí xâm nhập, lo nghĩ nhiều, chuyện phòng the bị kinh hải, đều có thể làm Thận khí hạ hãm, dương sự không vững mà thành dương nuy. Như Trương Nhạc Nhạc nói: “Khi dương vượng mà gặp kinh sợ thì dương đạo bế tắc, cũng dẫn đến dương nuy.”

1.2. Phòng sự quá độ:

Phòng sự không tiết chế, dục tình quá độ, hoặc thủ dâm quá mức đều làm hao tổn tinh huyết, tổn thương Chân âm, dẫn đến Thận tinh suy kiệt, mệnh môn hỏa suy, dương nuy phát sinh.

1.3. Tà khí xâm nhập:

Phong hàn thấp tà, hoặc thử thấp, hàn thấp xâm nhập, hoặc thấp nhiệt nội sinh, hoặc nhiệt tà hun đốt, thấp tà không hóa, đều có thể gây dương nuy.

Như trong Tổ vấn – Ngũ thường chính đại luận viết: “Thái âm tư thiên, thấp khí thịnh, thận khí thượng nghịch, hắc thủy nội động, ngực bụng không thông, dương khí không vươn ra ngoài mà phát sinh dương nuy.”

1.4. Ăn uống không điều độ:

Ăn quá nhiều đồ béo ngọt, hoặc uống rượu quá độ, sinh thấp nhiệt, nội uất hỏa hỏa, uất kết Can Đởm; hoặc thấp nhiệt tích trệ, hạ chú xuống tông cân, gây dương nuy.

Ăn uống thiên lệch, hoặc do nghèo khó tổn thương tỳ vị, tinh khí không sinh, tông cân mất nuôi dưỡng cũng gây dương nuy.

1.5. Chấn thương – tổn thương:

Chấn thương, ngã đập làm tổn thương Thận dương, hoặc ngoại thương làm tắc nghẽn kinh lạc, khí huyết không thông, hoặc ứ trệ tại tông cân, dẫn đến dương nuy.

1.6. Bệnh lâu ngày – lao tổn:

Người bệnh lâu ngày, chính khí suy yếu, sinh thấp, sinh đàm, tà thực lẫn lộn, làm hao tổn Can Thận, dẫn đến dương nuy.

Như Tế sinh phương – Hư tổn viết: “Ngũ lao thất thương, Chân dương hao tổn... dương sự không cử.”

1.7. Bẩm phú bất túc:

Cha mẹ thể trạng yếu, hoặc mắc bệnh nặng, con sinh ra thường thận khí bất túc. Nếu thiếu dinh dưỡng lúc nhỏ, ảnh hưởng phát dục, hoặc bẩm sinh dị dạng, đều có thể gây dương nuy. Như Nội kinh nói: “Con người lấy mẹ làm gốc, lấy cha làm rường.” Hoặc Tiên thiên bất túc, hậu thiên thất dưỡng đều có thể gây dương nuy.

1.8. Lão suy:

Người già thiên quý suy kiệt, khí huyết không đầy đủ, thường kèm hư suy đa tạng, bế trở dương đạo, tông cân mất nuôi dưỡng, gây dương nuy.

2. Cơ chế bệnh sinh:

Thận tàng tinh, nội ngu Chân âm Chân dương. Nếu Nguyên dương hư, Chân dương suy, hoặc do ôn nhiệt làm hao tổn âm tinh, âm hư lan đến dương, tinh lạnh, mệnh môn hỏa suy, tất gây dương nuy

Tỳ là nguồn sinh hóa tạo thành khí huyết, thì hư tất khí huyết sẽ suy giảm nên nuôi dưỡng cân (tông cân – dương vật) bị ảnh hưởng.

Tâm chủ hết mạch và tàng thần nên tâm huyết hư làm huyết không vận hành được bình thường, thần không chủ được sự hợp đồng của các tạng phủ làm cân mạch không được nuôi dưỡng đầy đủ và điều hòa.

Ưu sầu, lo lắng, kinh hãi, sợ hãi, tư lự, phần nộ... là nguyên nhân chủ yếu làm tình chí phát bệnh. Tình chí rối loạn thường ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của Can; dù sơ tiết quá mức hay không đủ, Can khí uất trệ hoặc nghịch đều có thể gây dương nuy.

Ngoài tổn thương các tạng phủ còn có nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh khác như ở những người ăn nhiều các chất béo ngọt, uống nhiều rượu... lâu ngày, dẫn đến tích ngưng trong cơ thể làm ảnh hưởng đến tỳ vị, tích thấp sinh nhiệt, thấp nhiệt hạ trú xuống hạ tiêu làm cân mạch bị tổn thương

Chấn thương, ngã đập làm tổn thương Thận dương, hoặc ngoại thương làm tắc nghẽn kinh lạc, khí huyết không thông, hoặc ứ trệ tại tông cân, dẫn đến dương nuy.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Thận dương hư:

1.1. Triệu chứng: Dương vật không cương hoặc cương không vững; giảm ham muốn tình dục; tinh thần uể oải; sợ lạnh, tay chân lạnh; lưng gối mỏi yếu; tiểu tiện trong dài; tiểu đêm nhiều; lưỡi nhạt, rêu trắng; mạch trầm tế vô lực, mạch hữu xích yếu.

Thường gặp ở người bẩm phú bất túc, cao tuổi, hoặc sau bệnh nặng, lâu ngày.

1.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy
- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Thận dương
- Chẩn đoán nguyên nhân: Tiên thiên bất túc hoặc thiên quý suy

1.3. Pháp: Ôn bổ mệnh môn Thận hỏa.

1.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Hữu quy hoàn gia giảm

Thục địa

12g

Câu kỷ tử

12g

Sơn thù nhục	12g	Quy giao	08g
Lộc giác giao	06g	Thỏ ty tử	08g
Ngưu tất	08g	Hoài sơn	12g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

1.5. Điều trị không dùng thuốc:

a. Điện châm:

- Châm bổ các huyết:

Hoang du (KI16);

Tam tiêu du (BL22);

Túc tam lý (ST36);

Quan nguyên (CV4);

Trung cực (CV3);

Thái khô (KI3);

Thận du (BL23);

Phục lưu (KI7);

- Thời gian: 20- 30 phút/ lần

b. Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Mỗi lần chọn thủy châm từ 2 đến 4 huyết theo phác đồ trên.

c. Xoa bóp bấm huyết: 30 phút/lần: Dùng các thủ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn và chọn bấm các huyết để điều trị theo phác đồ trên.

d. Cứu: 20 phút/lần: Các huyết theo phác đồ trên.

e. Nhĩ châm 20 - 30 phút/lần các huyết: Thận, Phế, Tỳ, Can

Liệu trình điều trị: Thực hiện các kỹ thuật trên 1-2 lần/ ngày x 15-30 ngày / 1 liệu trình. Tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh có thể tiến hành nhiều liệu trình liên tục.

f. Cây chỉ: Theo phác đồ huyết trên

Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7-14 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tiếp đến khi đạt kết quả.

2. Thể Thận âm hư:

2.1. Triệu chứng: Dương vật không cương hoặc cương không vững; giảm ham muốn tình dục; tinh thần uể oải; nóng trong người, lòng bàn tay chân nóng, đạo hãn; lưng gối mỏi yếu; tiểu tiện vàng ít; tiểu đêm; lưỡi thon đỏ khô, rêu vàng mỏng; mạch trầm tế, mạch tả xích yếu.

Thường gặp ở người cao tuổi, lao lực quá độ.

2.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy
- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Thận âm
- Chẩn đoán nguyên nhân: Lao lực quá độ hoặc thiên quý suy

2.3. Pháp: Tư âm bổ Thận.

2.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Lục vị Địa hoàng hoàn

Thục địa	12g	Sơn thù	10g
Hoài sơn	12g	Trạch tả	12g
Đan bì	10g	Bạch linh	12g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

2.5. Điều trị không dùng thuốc:

a. Điện châm:

- Châm bổ các huyệt:

Hoang du (KI16);

Phi dương (BL58);

Túc tam lý (ST36);

Tam âm giao (SP6);

Trung cực (CV3);

Thái khô (KI3);

Thận du (BL23);

Phục lưu (KI7);

- Thời gian: 20- 30 phút/ lần

b. Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Mỗi lần chọn thủy châm từ 2 đến 4 huyệt theo phác đồ trên.

c. Xoa bóp bấm huyệt: 30 phút/lần: Dùng các thủ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn và chọn bấm các huyệt để điều trị theo phác đồ trên.

e. Nhĩ châm 20 - 30 phút/lần các huyệt: Thận, Nội tiết, Tỳ, Can

Liệu trình điều trị: Thực hiện các kỹ thuật trên 1-2 lần/ ngày x 15-30 ngày / 1 liệu trình. Tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh có thể tiến hành nhiều liệu trình liên tục.

f. Cấy chỉ: Theo phác đồ huyệt trên

Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7-14 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tiếp đến khi đạt kết quả.

***Lưu ý:** Không tác động thủ thuật xâm lấn lên các vùng da đang có sang thương chưa lành, đang nhiễm trùng, người bệnh có bệnh lý về rối loạn đông cầm máu, người bệnh suy kiệt...

3. Thể Tâm Tỳ lưỡng hư:

3.1. Triệu chứng: Liệt dương, 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.

3.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy
- Chẩn đoán bát cương: Lý hư
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Tâm, Tỳ
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân tình chí hay lo nghĩ, mừng vui thái quá

3.3. Pháp: Ôn bổ Tâm Tỳ, kiện tỳ dưỡng tâm, an thần, ích khí, bổ khí

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc thang: Quy tỳ thang

Long nhãn	12g	Táo nhân	08g
Phục thần	08g	Hoàng kỳ	12g
Bạch truật	12g	Nhân sâm	16g
Đương quy	12g	Mộc hương	06g
Viễn chí	08g	Đại táo	12g
Cao ban long	20g	Cáp giới	08g
Thục địa	12g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

3.5. Điều trị không dùng thuốc:

a. Điện châm:

- Châm bổ các huyệt: Tỳ du; Tâm du; Túc tam lý; Nội quan; Trung quản; Tam âm giao.

Tỳ du (BL20);

Nội quan (PC6);

Tâm du (BL 15);

Trung quản (CV12);

Túc tam lý (ST36);

Tam âm giao (SP6);

- Thời gian: 20- 30 phút/ lần

b. Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Mỗi lần chọn thủy châm từ 2 đến 4 huyệt theo phác đồ trên.

c. Xoa bóp bấm huyệt: 30 phút/lần: Dùng các thủ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn và chọn bấm các huyệt để điều trị theo phác đồ trên.

d. Cứu: 20 phút/lần, huyệt theo phác đồ trên.

e. Nhĩ châm 20 - 30 phút/lần các huyệt: Tỳ, Can, Thần môn, Tâm.

Liệu trình điều trị: Thực hiện các kỹ thuật trên 1-2 lần/ ngày x 15-30 ngày / 1 liệu trình. Tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh có thể tiến hành nhiều liệu trình liên tục.

f. Cấy chỉ: Theo phác đồ huyệt trên

Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7-14 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tiếp đến khi đạt kết quả.

4. Thở Can khí uất kết:

4.1. Triệu chứng: Thường gặp ở ED tâm lý; người bệnh có tính cách hướng nội, áp lực tâm lý lớn, hoặc có tiền sử sang chấn tinh thần; bệnh phát tác đột ngột.

Biểu hiện: dương vật cương không vững hoặc không cương; giảm ham muốn tình dục; tức ngực, thở dài; đầy tức hạ sườn; cảm xúc không ổn định; gia đình bất hòa; dễ cáu gắt; miệng đắng; lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng; mạch huyền.

4.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can khí

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân tình chí hay nóng giận, cáu gắt

4.3. Pháp: Sơ can lý khí, giải uất.

4.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Tiêu dao tán hợp Tứ nghịch tán

Sài hồ	12g	Phục linh	12g
Bạch thược	12g	Cam thảo	06g
Chi thực	10g	Bạc hà	06g
Đương quy	12g	Sinh khương	3 lát
Bạch truật	12g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

4.5. Điều trị không dùng thuốc:

a. Điện châm:

- Châm tả các huyệt: Hành gian; Đầu duy; Phong trì; Bách hội; Xuất cốc; Quan nguyên.

Đầu Duy (ST8)

Suất cốc (GB8);

Phong trì (GB20);

Quan nguyên (CV4);

Bách hội (GV20);

- Thời gian: 20- 30 phút/ lần

b. Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Mỗi lần chọn thủy châm từ 2 đến 4 huyệt theo phác đồ trên.

c. Xoa bóp bấm huyệt: 30 phút/lần: Dùng các thủ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn và chọn bấm các huyệt để điều trị theo phác đồ trên.

d. Cứu: 20 phút/lần: Các huyệt theo phác đồ trên.

e. Nhĩ châm 20 - 30 phút/lần các huyệt: Thận, Can nhiệt huyệt, Đởm, Giao cảm.

Liệu trình điều trị: Thực hiện các kỹ thuật trên 1-2 lần/ ngày x 15-30 ngày / 1 liệu trình. Tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh có thể tiến hành nhiều liệu trình liên tục.

f. Cây chỉ: Theo phác đồ huyệt trên

Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7-14 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tiếp đến khi đạt kết quả.

5. Thể Đàm thấp nội trở:

5.1. Triệu chứng: Liệt dương, cơ thể mệt mỏi, người béo bệu nặng nề, lợm giọng buồn nôn, tinh hoàn có thể sưng đau, rêu lưỡi dày, dính nhớt, mạch hoạt.

5.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Tỳ, Can, Đởm

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân tình chí u uất, hay lo nghĩ

5.3. Pháp: Hóa đàm trừ thấp.

5.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Nhị trần thang

Bán hạ	08-12g	Bạch linh	08-12g
Trần bì	08-12g	Cam thảo	04-08g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Đi tiểu có cảm giác đau, buốt, rất gia: Hoàng bá, Trúc diệp, Hoạt thạch

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

5.5. Điều trị không dùng thuốc:

a. Điện châm:

- Châm bổ các huyết: Tỳ du, Túc tam lý, Phong long, Trung quản

Tỳ du (BL20);

Phong long (ST40);

Túc tam lý (ST36);

Trung quản (CV12);

- Thời gian: 20- 30 phút/ lần

b. Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Mỗi lần chọn thủy châm từ 2 đến 4 huyết theo phác đồ trên.

c. Xoa bóp bấm huyết: 30 phút/lần: Dùng các thủ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn và chọn bấm các huyết để điều trị theo phác đồ trên.

d. Cứu: 20 phút/lần: Các huyết theo phác đồ trên.

Liệu trình điều trị: Thực hiện các kỹ thuật trên 1-2 lần/ ngày x 15-30 ngày / 1 liệu trình. Tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh có thể tiến hành nhiều liệu trình liên tục.

e. Cây chỉ: Theo phác đồ huyết trên

Mỗi lần cây chỉ có tác dụng khoảng 7-14 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tiếp đến khi đạt kết quả.

6. Thử Khí trệ huyết ứ:

6.1. Triệu chứng: Dương vật cương không bền hoặc không cương; khi cương có đau, cứng xoắn. Có tiền sử chấn thương vùng dương vật hoặc hạ vị, phẫu thuật vùng bẹn – dương vật; đau bụng dưới kiểu đau cố định; lưỡi tím sẫm hoặc có điểm ứ huyết, mạch trầm sáp.

6.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Khí huyết

- Chẩn đoán nguyên nhân: Chấn thương, huyết ứ

6.3. Pháp: Hành khí hoạt huyết, hóa ứ thông lạc.

6.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc thang: Huyết phủ trực ứ thang

Xuyên khung	16g	Đào nhân	16g
Đương quy	12g	Hồng hoa	12g
Sinh địa	12g	Ngưu tất	12g
Sài hồ	04g	Chỉ xác	08g
Xích thược	08g	Cam thảo	04g
Cát cánh	06g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

6.5. Điều trị không dùng thuốc:

a. Điện châm:

- Châm tả các huyết: Khúc cốt, Tâm du, Cách du.

Phong long (ST40); Tâm du (BL15);

Âm lăng tuyền (SP9); Cách du (BL17);

Khúc cốt (CV2);

- Thời gian: 20- 30 phút/ lần

b. Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp. Mỗi lần chọn thủy châm từ 2 đến 4 huyết theo phác đồ trên.

c. Xoa bóp bấm huyết: 30 phút/lần: Dùng các thủ thuật xoa, xát, miết, day, bóp, lăn và chọn bấm các huyết để điều trị theo phác đồ trên.

d. Cứu: 20 phút/lần: Các huyết theo phác đồ trên.

Liệu trình điều trị: Thực hiện các kỹ thuật trên 1-2 lần/ ngày x 15-30 ngày / 1 liệu trình. Tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh có thể tiến hành nhiều liệu trình liên tục.

e. Cấy chỉ: Theo phác đồ huyết trên

Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7-14 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tiếp đến khi đạt kết quả.

7. Thể Thấp trực:

7.1. Triệu chứng: Dương vật cương không bền hoặc không cương, khát nước, miệng đắng, rêu lưỡi vàng nhầy, nước tiểu đỏ, tinh chảy ra sau khi tiểu hoặc mỗi sáng có chất nước đục ở đầu dương vật (triệu chứng này rõ khi ăn những thức ăn cay nóng hoặc uống nhiều rượu, cà phê hoặc thức khuya).

7.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Dương nuy
- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Tạng Can
- Chẩn đoán nguyên nhân: Thấp nhiệt tà

7.3. Pháp: Thanh nhiệt lợi thấp.

7.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc thang: Thủy lục đơn

Hoàng bá nam	12g	Bồ công anh	20g
Khổ sâm	10g	Tỳ giải	16g
Khiếm thực	30g	Kim anh tử	30g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

8. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc khác:

8.1. Đắp huyết (Cứu – dán thuốc):

a. Thuốc đắp:

- Dùng nhục quế, dâm dương hoắc, lộc nhung thảo, thỏ ty tử, viễn chí, nhục quế, lộc nhung sương, xuyên khung, câu kỷ tử... nghiền bột mịn.
- Mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 10g, dùng giấm hòa bột rồi đắp.
- Chỉ định: ED thể Thận hư, đặc biệt ở người cao tuổi.

b. Cao dán:

- Thành phần: Dương khởi thạch, Xà sàng tử, Hương phụ, Xa tiền tử (mỗi vị 3g); Địa long (bỏ đầu đuôi) 7 con; Đại hồi (bỏ hạt); Chu sa 1,5g; phôi mật ong.
- Tán bột, luyện cao, vo viên cỡ đầu ngón tay.
- Trước khi ngủ 1 giờ, dán vào rốn, băng cố định; tháo bỏ sau giao hợp.
- Chỉ định: ED.

8.2. Hỗ trợ tư vấn tâm lý (liệu pháp 4T):

a. Tinh thần – Tâm lý:

ED liên quan mật thiết đến yếu tố tâm lý, do đó điều chỉnh tinh thần là cực kỳ quan trọng:

- Giáo dục sức khỏe tình dục: giúp bệnh nhân hiểu rõ sinh lý tình dục bình thường và vai trò của yếu tố tâm lý trong ED.

- Khai thác kỹ bệnh sử: tìm hiểu thói quen sinh hoạt, tính cách, mối quan hệ vợ chồng, giáo dục gia đình, môi trường sống... Khuyến khích bệnh nhân giải tỏa cảm xúc, thư giãn tinh thần, xây dựng thái độ sống tích cực, phát triển sở thích, tham gia hoạt động xã hội phù hợp.

- Không chỉ tư vấn cho bệnh nhân, mà còn cần giáo dục bạn đời: cảm thông, hợp tác điều trị, tránh lạnh nhạt, chê trách hay đòi hỏi quá mức.

b. Thực phẩm (chế độ ăn):

Chế độ ăn uống đóng vai trò quan trọng trong điều trị ED. Bệnh nhân được khuyến khích ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, cân bằng âm dương, tránh các thực phẩm có hại cho sức khỏe. Các thực phẩm được khuyến khích sử dụng trong chế độ ăn uống của bệnh nhân ED bao gồm: acid béo Omega-3, các chất chống oxy hóa... có thể cải thiện chức năng mạch máu và chức năng cương.

c. Tập luyện:

Tập luyện thường xuyên giúp khí huyết lưu thông, nâng cao sức khỏe thể chất, tinh thần, tăng cường sức đề kháng, chống lại bệnh tật, khuyến khích bệnh nhân tập luyện các bài tập thể dục vừa phải và duy trì lối sống điều độ, lành mạnh, phù hợp với sức khỏe như đi bộ, dưỡng sinh, yoga, thiền, tự xoa bóp.

d. Trị liệu:

Sử dụng các bài thuốc Đông Y phù hợp với tình trạng bệnh để nâng cao thể trạng, cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm các tác dụng phụ do các phương pháp Tây Y gây ra.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI.

1. Nguyên tắc điều trị:

Nâng đỡ tổng trạng kết hợp tâm lý trị liệu (nếu cần).

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Không dùng thuốc:

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý.
- Duy trì cân nặng, không để thừa cân, béo phì.
- Tránh tăng huyết áp và Cholesterol.
- Giảm tối thiểu rượu bia.
- Tập thể dục thường xuyên.
- Ổn định lượng Testosterone.
- Không nên hút thuốc.

2.2. Dùng thuốc:

- Bổ sung nội tiết tố testosterone.

- Thuốc tác dụng ức chế PDE5 (Phosphodiesterase type 5):

+ Sildenafil 50mg (25 – 100 mg/lần/ngày, uống trước quan hệ 1 giờ),

+ Tadalafil 20mg (10 – 20 mg/lần/ngày, uống trước quan hệ 1 giờ),

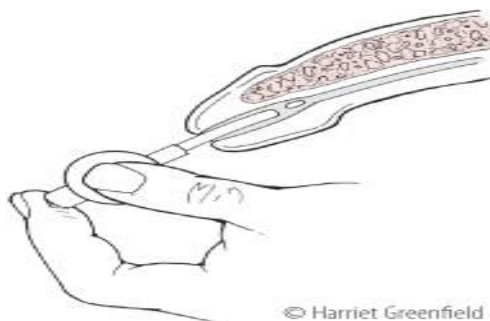
+ Vardenafil 10mg, 20mg (10 – 20 mg/ngày, uống trước quan hệ 1 giờ).

+ Avanafil (50 mg, 100 mg, 200mg) là một PDE5i chọn lọc cao có khả năng ức chế PDE5 cao hơn với các PDE5is khác. Liều khởi đầu khuyến cáo là 100 mg uống trước khi quan hệ tình dục 15 đến 30 phút và liều lượng có thể điều chỉnh phù hợp với hiệu quả và khả năng dung nạp

- Alprostadil:

+ Alprostadil đường bôi dưới dạng kem có khả năng hấp thụ qua lỗ niệu đạo. Alprostadil bôi tại chỗ với liều 300 µg đã được vào sử dụng tại nhiều nước Châu Âu. Tác dụng không mong muốn bao gồm mẫn đỏ, cảm giác nóng rát và đau dương vật, tác dụng phụ toàn thân thường rất hiếm.

+ Alprostadil đặt niệu đạo, được bào chế dưới dạng đặc biệt dưới dạng viên nhỏ có tẩm thuốc alprostadil (125 -1000 µg). Thuốc có tác dụng ở 30-65,9 % người bệnh sử dụng. Trong thực hành lâm sàng, alprostadil đặt niệu đạo được khuyến cáo khởi liều ở 500 µg. Tác dụng không mong muốn thường gặp là đau tại chỗ (29-41 %) và chóng mặt có thể do hạ huyết áp (1,9-14%). Xơ hóa dương vật và cương đau dương vật kéo dài thường hiếm (<1%). Chảy máu niệu đạo (5%) và nhiễm khuẩn đường tiết niệu (0,2%) là các tác dụng không mong muốn liên quan đến cách sử dụng thuốc.



Hình 1. Đặt thuốc Alprostadil vào niệu đạo

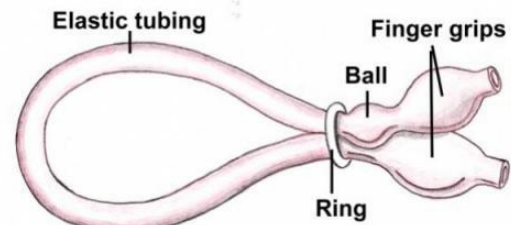
+ Alprostadil đường tiêm vật hang là phương pháp đơn trị liệu hiệu quả hơn hai dạng bào chế trên. Với liều 5-40 µg, sự cương xuất hiện sau 5 đến 15 phút và kéo dài tùy theo liều. Hiệu quả cương dương đạt trên 90 % các trường hợp sau tiêm thuốc, tuy nhiên tác dụng không mong muốn nhiều hơn các dạng bôi và đặt niệu đạo, vì vậy hiện tại đây là biện pháp điều trị xâm lấn được ít dùng.



Hình 2. Tiêm Alprostadil vào thể hang

2.3. Dụng cụ hút chân không:

Thiết bị lắp đặt chân không (VEDs) cung cấp căng thụ động của thể hang, cùng với một vòng nhẫn kẹp chặt lại đặt tại gốc của dương vật để giữ máu trong thể hang. Hiệu quả cao tới 90%, bất kể nguyên nhân của ED. Sử dụng lâu dài hiệu quả còn 50-64% sau 2 năm. VEDs chống chỉ định ở bệnh nhân có rối loạn đông máu và có nhiều tác dụng không mong muốn nên hiện nay phương pháp này ít được sử dụng hoặc chỉ sử dụng trong thời gian ngắn.



Penile Tourniquet ("Actis")

Hình 3. Ống bơm dương vật + vòng thắt dương vật

2.4. Liệu pháp điều trị bằng sóng xung kích:

- Sóng xung kích cường độ thấp (LI-SWT) được đưa vào sử dụng để điều trị RLCD trong vài thập niên gần đây. Cơ chế hoạt động dựa vào năng lượng sóng xung kích, kích thích làm tăng sản xuất nitric oxide - chất có tác dụng làm giãn mạch máu, đưa máu vào dương vật nhiều hơn. Ngoài ra, sóng xung kích còn hoạt hóa con đường cascade nội bào giúp tăng giải phóng các yếu tố tăng sinh mạch máu. Vì thế, dẫn tới hình thành thêm các vi mạch giúp lượng máu bơm vào dương vật tăng lên và cải thiện khả năng cương cứng của dương vật. Do vậy, các nghiên cứu cho thấy liệu pháp này sẽ có hiệu quả cao hơn khi điều trị cho các thể rối loạn cương dương do mạch máu.

- Điều trị bằng sóng xung kích LI-SWT giúp cải thiện đáng kể IIEF và chỉ số cương cứng của dương vật ở những người bệnh có RLCD căn nguyên mạch mức độ nhẹ và giúp nâng cao chức năng cương dương ở những người bệnh RLCD nặng mà không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với PDE5i, làm giảm tỉ lệ phải thực hiện những biện pháp điều trị xâm lấn.

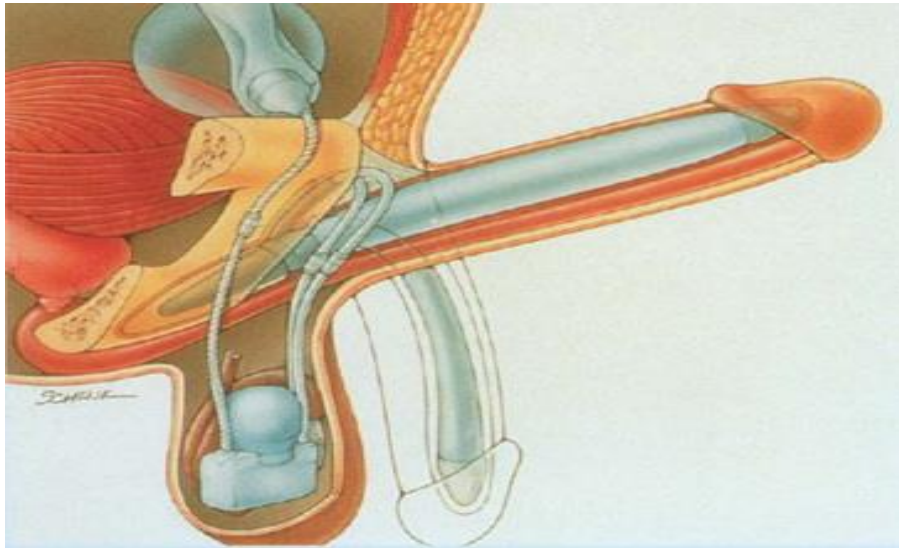
- Liệu pháp với 12 đợt điều trị liên tục, có thể duy trì hiệu quả tới 3-5 năm.

2.5. Phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo:

- Phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo là phẫu thuật lắp một hệ thống trụ đôi có

thể bơm phòng được vào hai thể hang, túi chứa nằm sau cơ thẳng bụng vùng trước bàng quang và phân bơm thì ở trong bìu. Trước đây thể hang nhân tạo được chỉ định cho những người bệnh RLCD không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường hoặc những người bệnh có chống chỉ định với thuốc hoặc các biện pháp khác. Hiện nay, thể hang nhân tạo được xem là một biện pháp điều trị, chỉ định điều trị dựa trên quyết định lựa chọn của người bệnh sau khi đã được tư vấn và cân nhắc kỹ với thầy thuốc.

- Phẫu thuật cấy ghép thể hang nhân tạo có tỷ lệ hài lòng của người bệnh và đối tác cao nhất so với các phương pháp khác (92-100 % với người bệnh và 91-95 % với đối tác).



Hình 4. Đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh

2.6. Lưu đồ điều trị (xem tại Phụ lục)

V. PHÒNG BỆNH.

1. Phòng ngừa cấp 1:

Loại bỏ hoặc giảm thiểu các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của ED, các biện pháp cụ thể bao gồm:

- Giảm cân hợp lý
- Bỏ thuốc lá, hạn chế rượu bia
- Chế độ ăn ít chất béo
- Tập luyện thể dục phù hợp
- Giữ tinh thần vui vẻ, môi trường tâm lý tốt
- Duy trì mối quan hệ vợ chồng hòa hợp.

2. Phòng ngừa cấp 2:

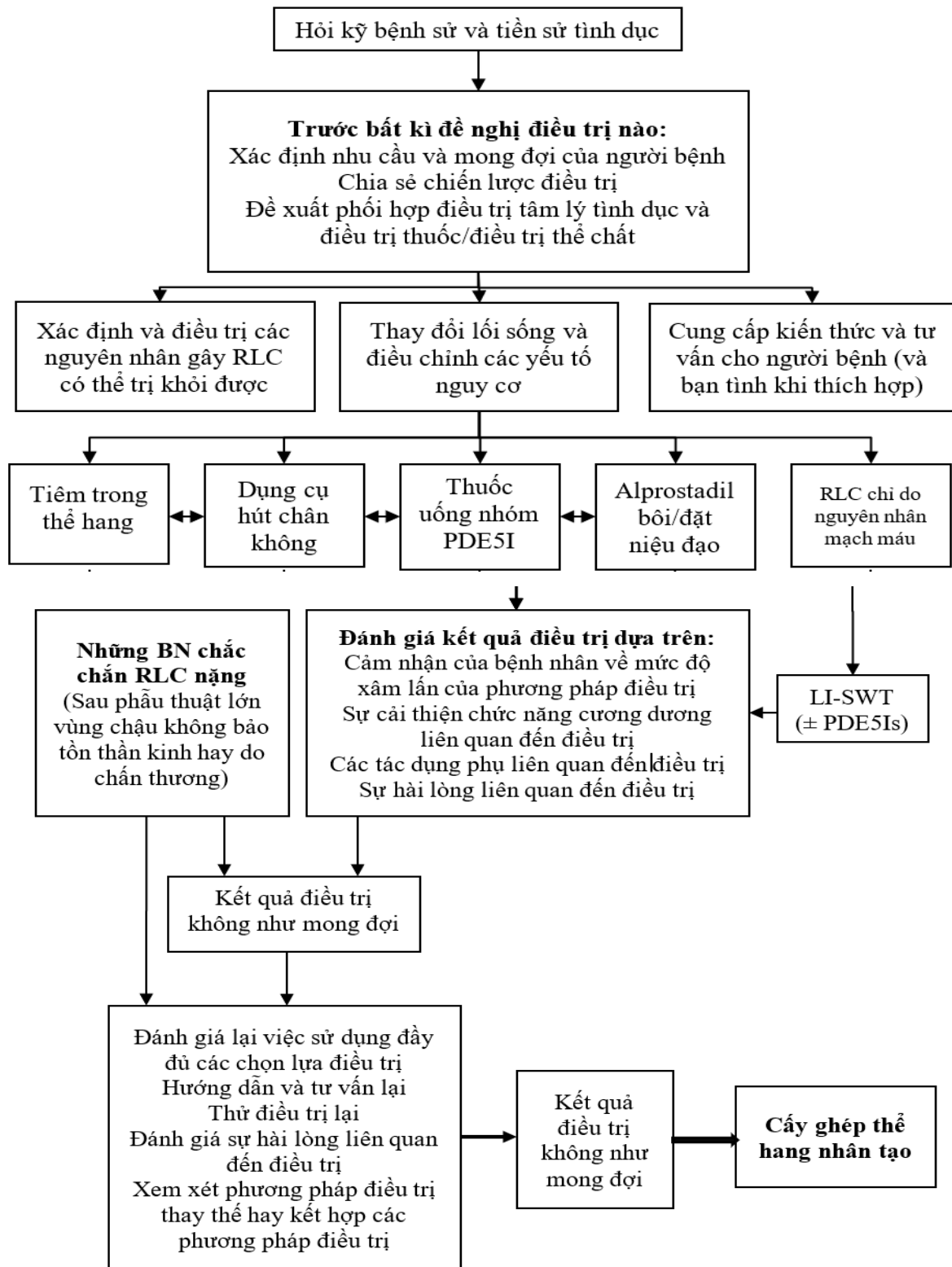
- Phát hiện sớm – chẩn đoán sớm – điều trị sớm.
- Trên cơ sở thực hiện tốt phòng ngừa cấp I, cần:
 - + Khám sàng lọc định kỳ

- + Điều trị có hệ thống các bệnh liên quan
- + Lựa chọn phác đồ điều trị hợp lý, hiệu quả
- Tích cực điều trị bệnh nền như bệnh tim mạch – não, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh nội tiết... nhằm ngăn ngừa tổn thương tiến triển.
- Đồng thời phải đánh giá lại các thuốc đang sử dụng (thuốc hạ áp, hormone ngoại sinh, thuốc hướng thần...), khi cần thiết điều chỉnh loại thuốc và liều lượng, giảm tối đa tác động bất lợi đến chức năng cương.

3. Phòng ngừa cấp 3:

- Áp dụng cho ED khó điều trị hoặc ED nặng.
- Khi thuốc ức chế PDE5 không hiệu quả hoặc không dung nạp, có thể lựa chọn:
 - + Tiêm thuốc hoạt mạch vào thể hang
 - + Dùng thuốc qua niệu đạo
 - + Thiết bị tạo áp lực âm (chân không)
- Với các trường hợp ED nặng không đáp ứng các biện pháp trên, có thể tiến hành phẫu thuật như:
 - + Cấy thể hang nhân tạo
 - + Phẫu thuật tái tạo mạch máu
- Mục tiêu là đạt được sự hiểu biết và hợp tác của bệnh nhân, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống.

Lưu đồ xử trí và điều trị Rối loạn cương dương



BẢNG PHỐI HỢP ĐÔNG - TÂY Y ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

Mức độ RLCD (IIEF-5)	Đặc điểm lâm sàng	Định hướng nguyên nhân Tây y	Thể YHCT thường gặp	Điều trị Tây y	Điều trị YHCT (thuốc)	Không dùng thuốc (Đông – Tây y)	Dự phòng & Tiên lượng
Nhẹ (17–21 điểm)	Cương đạt nhưng không bền; đôi khi khó duy trì	Tâm lý, stress, rối loạn lipid máu nhẹ, hút thuốc, ít vận động	- Can khí uất kết - Tâm tỳ hư	- PDE5i liều thấp (Sildenafil 25– 50mg) - Điều chỉnh lối sống	- Tiêu dao tán hợp Tứ nghịch tán - Quy tỳ thang (nếu tâm tỳ hư)	- Tư vấn tâm lý (liệu pháp 4T) - Điện châm: Thái xung, Nội quan, Quan nguyên - Tập luyện aerobic 150 phút/tuần	Tiên lượng tốt nếu điều chỉnh sớm yếu tố nguy cơ; có thể phục hồi hoàn toàn
Trung bình nhẹ (12–16 điểm)	Cương không đủ cứng; giao hợp thất bại >50%	Bắt đầu có tổn thương mạch máu, ĐTĐ giai đoạn sớm, THA	- Thận dương hư nhẹ - Tâm tỳ hư - Can uất	- PDE5i liều chuẩn - Kiểm soát đường huyết, HA, lipid	- Thận khí hoàn (gia giảm) - Quy tỳ thang - Tiêu dao tán	- Điện châm: Thận du, Quan nguyên, Tam âm giao - Cây chỉ 2 tuần/lần - Giảm cân, bỏ thuốc lá	Phục hồi 60– 80% nếu kiểm soát tốt bệnh nền
Trung bình (8–11 điểm)	Cương khó đạt; không duy trì đủ giao hợp	ĐTĐ lâu năm, xơ vữa mạch, suy testosterone	- Thận dương hư - Khí trệ huyết ứ	- PDE5i tối ưu liều - Bổ sung Testosterone nếu thiếu - Cân nhắc Alprostadil	- Thận khí hoàn/ Hữu quy phương - Huyết phủ trục ứ thang	- Điện châm bổ Thận du, Phục lưu - Sóng xung kích (LI- SWT) - Dụng cụ hút chân không	Cải thiện nhưng cần điều trị phối hợp lâu dài
Nặng (5–7 điểm)	Hầu như không cương; thất bại giao hợp 100%	Tổn thương mạch nặng, thần kinh, sau phẫu thuật, suy sinh dục nặng	- Thận dương hư nặng - Khí trệ huyết ứ rõ - Thấp trọc (nếu viêm nhiễm)	- PDE5i thường ít đáp ứng - Alprostadil tiêm thê hang - VED - Sóng xung kích - Cân nhắc phẫu thuật	- Hữu quy hoàn - Huyết phủ trục ứ thang - Long đởm tả can thang (nếu thấp nhiệt)	- Điện châm + cứu - Cây chỉ kéo dài - Tư vấn tâm lý chuyên sâu	Phục hồi hạn chế; mục tiêu cải thiện chất lượng sống

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay (2008), *Bài giảng Bệnh học và điều trị*, Bộ môn Y học cổ truyền, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Bay (2007), *Bệnh học và điều trị Nội khoa (kết hợp Đông – Tây Y)*, Nhà xuất bản Y học.
3. Trần Quốc Bảo (2025), *Bệnh học Lão khoa*, Viện Y dược học dân tộc TP. Hồ Chí Minh.
4. Bệnh viện Châm cứu trung ương, “*Phác đồ điều trị rối loạn cương dương (N48)- dương vật chứng (U63.551)*”.
5. Bệnh viện Nhân dân 115 (2019), *Phác đồ điều trị ngoại khoa*.
6. A. Salonia (Chair), L. Boeri, P. Capogrosso, G. Corona, M. Dinkelman-Smith, M. Falcone, M. Gül, A. Kadioğlu, J.I. Martinez-Salamanca, S. Minhas (Vice-chair) et al. (2025), *Management of erectile dysfunction*, EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health, pp: 36-58.
7. Rosen R, Cappelleri J, Smith M, Lipsky J, Peña B (1999). *Development and evaluation of an abridged, 5 - item version of the International Index of Erectile Function (IIEF - 5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction*. Int J Impot Res; 11(6):319 - 326.

6. RONG KINH - RONG HUYẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu bất thường từ niêm mạc tử cung, thường được gọi là rong kinh – rong huyết là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng của nhiều tình trạng hoặc bệnh lý khác nhau.

- Rong kinh là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài quá 7 ngày, có chu kỳ.
- Rong huyết là hiện tượng ra máu từ đường sinh dục kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

1. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng

Khai thác bệnh sử: tần suất, thời gian và lượng kinh, xác định chảy máu có chu kỳ hay không. Chảy máu có chu kỳ thường liên quan với có phóng noãn. Các đặc điểm khác bao gồm tuổi người bệnh, tiền sử tình dục (xác định nguy cơ của bệnh lây truyền qua đường tình dục), các bệnh phụ khoa trước đó, sử dụng thuốc hoặc các hormon ngừa thai và các bệnh nội khoa mãn tính.

Tìm các dấu hiệu toàn thân khi khám thực thể. Cần đặc biệt chú ý đến các dấu hiệu và triệu chứng của nhược năng giáp, bệnh gan, tăng prolactin máu, các rối loạn ăn uống và bệnh đông máu.

Khám phụ khoa cẩn thận, nên bao gồm cả khám trực tràng phối hợp với nắn bụng để xác định có hay không có các tổn thương thực thể trên đường sinh dục nữ.

1.2. Cận lâm sàng

Tùy theo từng tình huống để chỉ định xét nghiệm, thăm dò phù hợp:

- Công thức máu.
- Test thử thai đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Tế bào cổ tử cung
- Siêu âm phụ khoa (đường bụng ± đường âm đạo) khảo sát tử cung và 2 phần phụ
- Xét nghiệm nội tiết tố phụ khoa: estrogen, progesteron, FSH, LH, prolactin.
- Xét nghiệm dịch âm đạo - cổ tử cung để tìm lậu cầu hoặc *Trichomonas vaginalis* nếu nghi ngờ.
- Soi buồng tử cung
- Nạo sinh thiết từng phần ống cổ tử cung và niêm mạc tử cung.

2. Nguyên nhân

Rong kinh - rong huyết có thể do nguyên nhân thực thể hay nguyên nhân chức năng

2.1. Nguyên nhân thực thể

Bất thường cơ quan sinh dục

Bệnh toàn thân: bệnh lý huyết học, bệnh lý nội tiết, suy gan, suy thận

Dùng thuốc

Suy dinh dưỡng, béo phì

2.2. Nguyên nhân chức năng

Không rụng trứng (80-90%)

- Quanh có kinh lần đầu: trục hạ đồi – tuyến yên- buồng trứng chưa trưởng thành.

- Quanh mãn kinh: các nang trứng không đáp ứng.

Có rụng trứng (10-20%)

Bảng 1: Các nguyên nhân rong kinh - rong huyết thường gặp theo tuổi trên lâm sàng

Tuổi	Nguyên nhân thường gặp	Tỷ lệ
Trước dậy thì	Dậy thì sớm Bướu	Hiếm
Dậy thì	Nguyên nhân chức năng Rối loạn đông máu U bướu, viêm, biến chứng mang thai	>50% 20% Hiếm
Sinh đẻ	Biến chứng mang thai Nguyên nhân chức năng U xơ tử cung Viêm sinh dục, polyp kênh tử cung, u ác Chấn thương Rối loạn tuyến giáp	+++ ++ + Hiếm Hiếm Hiếm
Quanh mãn kinh	Nguyên nhân chức năng Ung thư cổ tử cung Ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng Viêm sinh dục Biến chứng mang thai Rối loạn tuyến giáp	40% 4-5% 4-5% Hiếm Hiếm Hiếm
Mãn kinh	Viêm teo nội mạc tử cung/ âm đạo Dùng nội tiết estrogen Ung thư nội mạc tử cung Polype cổ tử cung, nội mạc tử cung Tăng sinh nội mạc tử cung Khác (ung thư cổ tử cung, sarcoma tử cung, chấn thương)	30% 30% 15% 10% 5% 10%

Theo Y học cổ truyền (YHCT), rối loạn kinh nguyệt thuộc chứng Băng lậu.

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

1. Nguyên nhân

Chức năng tạng phủ ở trung và hạ tiêu hư nhược (Can, Tỳ, Thận) đã ảnh hưởng chức năng ngày Thiên quý hoạt động.

Huyết bị nhiệt, mạch Nhâm tổn thương đóng không kín.

Chứng ứ làm âm huyết bị cản trở nên làm dòng chảy ra rỉ rả, chậm hơn.

2. Cơ chế bệnh sinh

Cơ chế gây bệnh chủ yếu trực tiếp: Thiên quý không chủ được ngày ra kinh. Tỳ bất thông nhiếp huyết, kinh chảy ra ồ ạt và Huyết bị nhiệt sẽ gây bức huyết vọng hành.

Cơ chế gây bệnh gián tiếp: kinh ra dài ngày do huyết mạch tại Xung Nhâm bị ứ trệ, âm huyết chảy ra không suôn sẻ, kinh ra rỉ rả, sắc kinh bầm, thường ra sau kỳ. Sự bế tắc lưu thông Xung Nhâm là tình trạng Huyết ứ. Thiên quý không chủ được Xung Nhâm gây ra ngày kinh bị kéo dài. Nguyên nhân Huyết ứ thường gặp là hàn phạm Xung Nhâm, Can khí uất kết, Đàm thấp trở trệ và những sang chấn tại Bào cung.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

Y học cổ truyền xếp các biểu hiện của rối loạn kinh nguyệt trong phạm vi các chứng diên trường, kinh loạn, kinh nguyệt thất điều, băng lậu.

1. Tỳ khí hư

1.1. Triệu chứng

Kinh kéo dài, máu đỏ nhạt.

Người mệt mỏi, ăn ít, thở nhiều, khó tiêu, đầy bụng.

Chất lưỡi nhạt có dấu ấn răng, mạch tế nhược vô lực.

Nếu ra máu nhiều có thể xây xẩm, chân tay giá lạnh, mạch vi sáp.

1.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.

Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.

Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (tiên thiên bất túc hoặc thể chất vốn hư yếu, bệnh nội thương).

1.3. Pháp

Bổ khí, kiện Tỳ khí, cố kinh, chỉ huyết.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc cổ phương: Bổ trung ích khí thang gia Ích mẫu, Hương phụ

Hoàng kỳ	18g	Nhân sâm	06g
Bạch truật	09g	Đương quy	03g
Thăng ma	06g	Sài hồ	06g
Trần bì	06g	Cam thảo chích	09g
Ích mẫu	12g	Hương phụ chế	08g

Cách dùng: sắc uống ngày một thang, xa bữa ăn, uống ấm.

Gia Ích mẫu, Hương phụ khi huyết ra dây dưa, không dùng đơn độc khi huyết ra nhiều dẫn đến băng huyết.

Nếu uống 1-2 ngày cổ kinh thất bại (kinh không có dấu hiệu giảm bớt) kết hợp điều trị Y học hiện đại.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ hoặc cứu các huyết

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
---------------	-------------------	-------------------

Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
----------------	-----------------	------------------

Cao hoang (BL43)	Hành gian (LR2)	Can du (BL18)
------------------	-----------------	---------------

Tỳ du (BL20)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

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

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

2. Huyết nhiệt

2.1. Triệu chứng

Kinh nguyệt ra nhiều, đàm địa, mình nóng, khát nước, hoa mắt, chóng mặt, lưỡi đỏ khô, rêu vàng, mạch sắc.

2.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt

Chẩn đoán tạng phủ: Bào cung

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

2.3. Pháp

Thanh nhiệt, lương huyết, cổ kinh, chỉ huyết

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc: Tứ vật cầm liên thang trắc bá diệp sao đen, cỏ mực sao đen

Thực địa	12g	Đương quy	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g
Hoàng cầm	12g	Cỏ mực sao đen	10-12g
Hoàng liên	12g	Trắc bá diệp sao đen	10-12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống khi thuốc còn ấm. Uống 7-10 thang. Nếu uống 1-2 ngày cô kinh thất bại (kinh không dấu hiệu giảm bớt) phải chú ý tìm nguyên nhân phát nhiệt (viêm nhiễm) và theo dõi thận trọng ở những kỳ kinh sau. Uống 3-5 chu kỳ kinh.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
Cao hoang (BL43)	Hành gian (LR2)	Can du (BL18)
Tỳ du (BL20)	Kỳ môn (LR14)	Hợp cốc (LI4)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoạch Cấy chỉ vào các huyết trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ầm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

3. Can Thận âm hư

3.1. Triệu chứng

Kinh ra nhiều đằm đìa. Mình nóng, khát nước, hoa mắt chóng mặt, ù tai, đau mỏi lưng gối, sắc mặt đỏ. Lưỡi đỏ khô, rêu vàng, mạch sắc.

3.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.

Chẩn đoán tạng phủ: Can, Thận.

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

3.3. Pháp

Bổ Can Thận âm, chỉ huyết cổ kinh.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc: Lục vị kỷ cúc gia trắc bá diệp sao đen, cỏ mực sao đen

Thực địa (Quân)	24g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	12g	Phục linh	09g
Trạch tả	09g	Câu kỷ tử	09g
Đan bì	09g	Cúc hoa	12g
Cỏ mực sao đen	10-12g	Trắc bá diệp sao đen	10-12g

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyết:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
Cao hoàng (BL43)	Khúc trì (LI11)	Hợp cốc (LI4)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/ lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoạch Cấy chỉ vào các huyết trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

4. Huyết ứ

4.1. Triệu chứng

Máu kinh ra dây dưa không cầm, sặc đen, có cục. Đau nhiều bụng dưới, ấn vào khó chịu. Chât lưỡi có đám ứ huyết, mạch trầm sáp.

4.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

Chẩn đoán tạng phủ: Bào cung.

Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp

Hoạt huyết tiêu ứ.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

Bài thuốc cổ phương: Tứ vật đào hồng gia giảm tam thất

Thực địa	12g	Đương quy	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g
Đào nhân	08g	Tam thất	03g
Hồng hoa	04g		

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/ lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoạch Cấy chỉ vào các huyết trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

5. Đàm thấp trở trệ

5.1. Triệu chứng

Kinh nguyệt lượng nhiều. Kèm đới hạ nhiều, trắng dính. Bụng đầy trướng, hay nôn buồn nôn, ăn kém miệng nhạt. Rêu trắng nhớt. Mạch hoạt.

5.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.

Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (âm thực thất điều, bệnh nội thương, cơ địa thể chất).

5.3. Pháp

Tiêu đàm, khử ứ, điều kinh.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

Bài thuốc cổ phương: Việt cúc hoàn gia Nam tinh chế, Bán hạ chế.

Nam tinh chế	09g	Thương truật	06g
Bán hạ chế	09g	Xuyên khung	06g
Qua lâu nhân	06g	Hương phụ	06g
Chi tử	06g	Thần khúc	06g

Cách dùng: tán bột, dùng nước gừng trộn thuốc bột làm viên uống. Mỗi lần uống 06g với nước ấm hoặc sắc uống

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyết:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
Tỳ du (BL20)	Thái bạch (SP3)	Nội quan (PC6)
Phong long (ST40)		

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mãng châm. Lưu kim 20-30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoặc Cấy chỉ vào các huyết trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến

ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

6. Can khí uất hóa hỏa

6.1. Triệu chứng

Hành kinh không thông suốt, kinh nguyệt lượng nhiều. Trước khi hành kinh, bụng dưới chướng đau. Tinh thần không thoải mái, bực dọc, ngực sườn đầy tức, đau đầu, mắt đỏ. Lưỡi đỏ tía. Mạch huyền hoặc huyền sác.

6.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

Chẩn đoán tạng phủ: Can.

Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (tình chí lo nghĩ, uất giận).

6.3. Pháp

Sơ can, hành khí, khai uất thanh nhiệt, điều kinh.

6.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

Bài thuốc cổ phương: Tiêu dao tán gia Long đờm thảo, Hoàng cầm

Sài hồ	09g	Bạc hà	08g
Đương quy	09g	Sinh khương	08g
Bạch thược	09g	Bạch truật	09g
Hoàng cầm	12g	Cam thảo chích	04g
Trần bì	04g	Long đờm thảo	12g

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
Can du (BL18)	Hành gian (LR2)	Kỳ môn (LR14)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/ lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoặc Cây chỉ vào các huyệt trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cây chỉ phù hợp. Mỗi lần cây chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ầm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị rong kinh rong huyết bao gồm điều trị nguyên nhân (nếu có), làm ngừng tình trạng ra máu từ niêm mạc tử cung, tái lập chu kỳ kinh bình thường (nếu người phụ nữ nằm trong độ tuổi sinh đẻ) và điều trị hỗ trợ, nâng cao thể trạng.

2. Điều trị cụ thể một số rong kinh rong huyết thường gặp (nội khoa, ngoại khoa, hướng dẫn chuyển tuyến)

Rong kinh rong huyết cần được bác sĩ sản phụ khoa điều trị tại cơ sở y tế tuyến Huyện trở lên. Trong phần này chủ yếu đề cập đến xử trí rong kinh – rong huyết cơ năng.

2.1. Rong kinh, rong huyết tuổi dậy thì

Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu nhất là ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu.

Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày. Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như huyết kinh của người bình thường.

Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestin đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp estrogen và progesteron như kiểu viên thuốc tránh thai.

Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen.

Kết hợp với các thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergotamin). Nếu trong những trường hợp rất hạn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ.

Để cầm máu nhanh có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat tan trong nước: Premarin 25 mg, tiêm tĩnh mạch, có thể cầm máu trong vòng nửa giờ.

Bảng 2: Lựa chọn điều trị nội khoa trong rong kinh cơ năng

Loại chảy máu	Lựa chọn điều trị	Bàn luận
Cấp	Thuốc ngừa thai uống 2-3v/ngày trong 7 ngày sẽ cầm được máu sau đó duy trì 1v/ngày trong 14 ngày	Sử dụng thuốc tránh thai 1 pha liều thấp
	Estrogen phức hợp (Premarin) 25 mg TM mỗi 4-6 giờ x 1 ngày, hoặc 1,25mg uống mỗi 4-6 giờ x 1 ngày, sau đó uống thuốc tránh thai như trên.	Tất cả các biện pháp điều trị chỉ có estrogen phải được theo sau bởi progestin
Mãn	Thuốc ngừa thai viên kết hợp uống 1viên /ngày	Các phụ nữ quanh mãn kinh nên sử dụng viên 20mg
	Medroxyprogesterone acetate, 10mg/ngày x 10 ngày /tháng	Chảy máu xuất hiện sau viên cuối cùng 2-7 ngày
	Clomiphen Citrate (Clomid, Serophen, Ovofar), 50-150mg/ ngày vào các ngày 5-9 của vòng kinh	Sử dụng cho những phụ nữ mong muốn có thai.

2.2. Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45 tuổi)

- Trẻ tuổi:

+ Tử cung co bóp kém: thuốc co tử cung.

+ Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.

- Lớn tuổi:

+ Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progestin vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progestin liều cao (gây vô kinh 3 - 4 tháng liền).

+ Trên 40 tuổi, điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

- Rong kinh do chảy máu trước kinh:

Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung.

Thuốc: progestin hoặc thuốc uống tránh thai nửa sau vòng kinh.

- Rong kinh do chảy máu sau kinh

Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể. Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progestin hoặc estrogen kết hợp với progestin vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gợn và không rong kinh.

Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

- Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung

+ Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài)

+ Thuốc: Progestin 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh trong 3 tháng.

+ Có thể xem xét mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi, đã đủ con.

2.3. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh, mãn kinh

- Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích:

+ cầm máu nhanh (dỡ mất máu).

+ Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).

+ Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo).

- Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới.

- Thông thường cho progestin từ ngày thứ 16 của vòng kinh, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liền.

2.4. Điều trị hỗ trợ

Truyền máu/các sản phẩm từ máu nếu thiếu máu nặng. Tăng cường dinh dưỡng giàu đạm, bổ sung sắt.

V. PHÒNG BỆNH

Rong kinh rong huyết có nguyên nhân thực thể có tiên lượng tùy theo từng bệnh cảnh lâm tính hay ác tính.

Rong kinh rong huyết cơ năng nhìn chung có tiên lượng tốt

Để dự phòng cần khám phụ khoa định kỳ hàng năm và đến khám sớm tại cơ sở y tế nếu có hiện tượng ra máu bất thường từ đường sinh dục.

PHỤ LỤC
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD10

N92: Kinh nguyệt quá nhiều hay xuất hiện và không đều

N93.9: Rong huyết

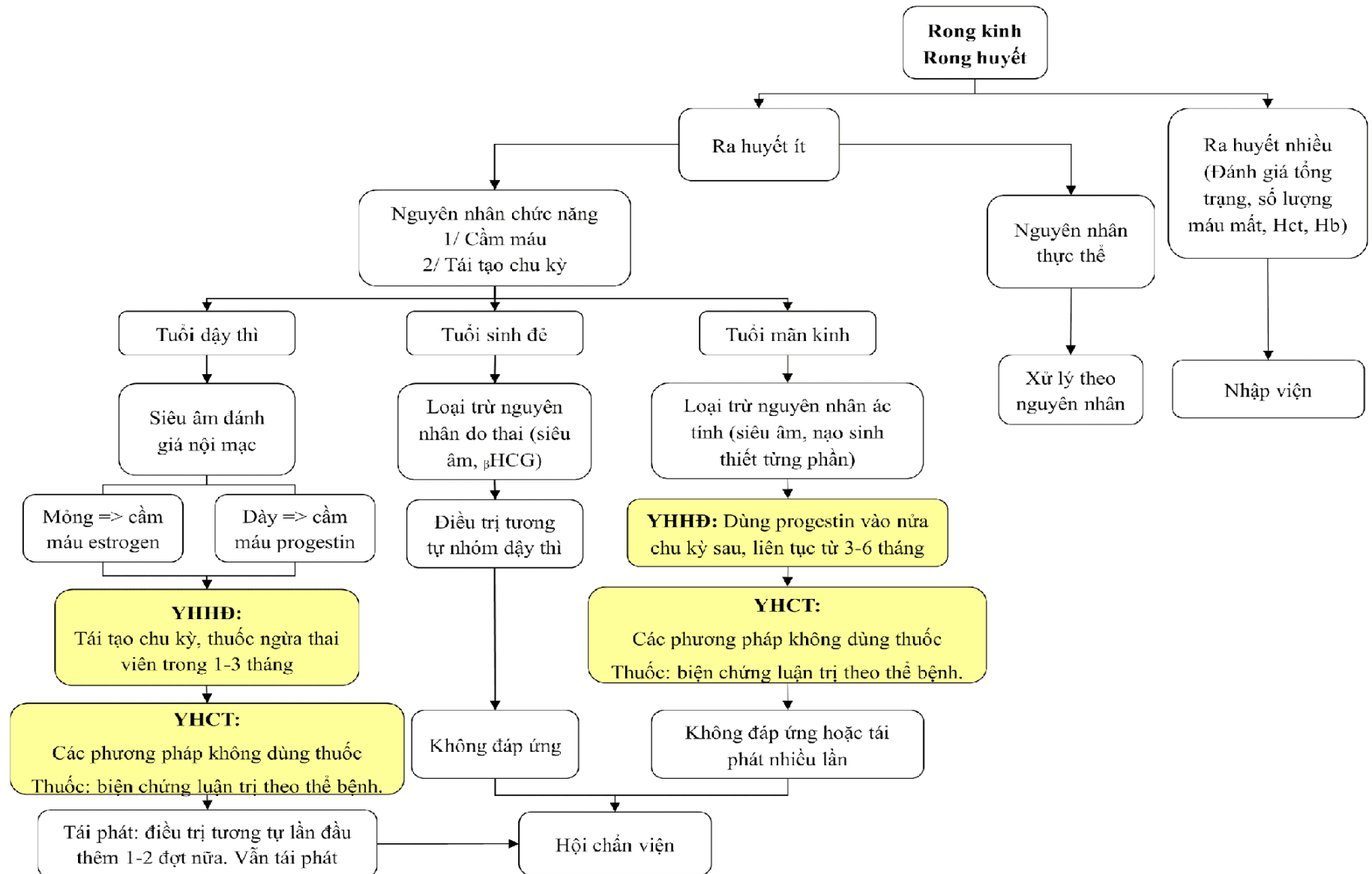
U63.091: Diên trường

U63.092: Kinh loạn

U63.093: Kinh nguyệt thất điều

U63.061: Băng lậu

Hình 1: Sơ đồ điều trị rong kinh rong huyết



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay (2022), “Rối loạn kinh nguyệt”, Bệnh học và điều trị Sản phụ khoa kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền”, trang 17-47.
2. Trần Thúy (2010), “Các bệnh phụ khoa”, *Châm loa tai và một số phương pháp khác*, NXB Y Học, trang 121-122.
3. Phạm Văn Cự (2010), “Kinh nguyệt không đều”, *Liệu pháp loa tai*, NXB Y học, trang 134.
4. Phác đồ điều trị sản phụ khoa Bệnh viện Từ Dũ (2019), trang 228-230.
5. Bộ Y Tế (2015) “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản phụ khoa”, trang 195-200.

7. SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là tình trạng rối loạn chức năng hệ tĩnh mạch chi dưới, gây ra do sự bất thường về cấu trúc thành mạch hoặc van tĩnh mạch.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ:

Được phân loại dựa trên bảng phân loại CEAP (phần E - Etiology):

- Ec - Bẩm sinh (Congenital): Bất thường van hoặc thành mạch từ lúc sinh (Hiếm gặp, ví dụ: Hội chứng Klippel-Trenaunay).
- Ep - Nguyên phát (Primary): Chiếm đa số. Do suy yếu thành mạch hoặc van tĩnh mạch mà không có nguyên nhân xác định (yếu tố cơ địa/di truyền).
- Es - Thứ phát (Secondary): Hậu quả sau một bệnh lý khác, điển hình nhất là Hội chứng hậu huyết khối (Post-thrombotic syndrome) sau huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT) hoặc sau chấn thương.

2.1. Nguyên phát:

Do khiếm khuyết cấu trúc van tĩnh mạch nông hoặc tĩnh mạch xuyên.

Ít gặp hơn là do suy tĩnh mạch sâu tiên phát, thường do bất thường cấu trúc van tĩnh mạch sâu như bờ tự do của van quá dài, gây sa van hoặc giãn vòng van.

Các yếu tố nguy cơ gây tổn thương van gồm:

- Quá trình thoái hóa do tuổi tác: người lớn tuổi trên 50 tuổi.
- Có yếu tố gia đình: gia đình có người bị suy tĩnh mạch.
- Do làm việc đứng hoặc ngồi nhiều.
- Béo phì.
- Mặc đồ chật, bó, đi guốc cao gót.
- Phụ nữ mang thai nhiều lần và sử dụng thuốc ngừa thai.
- Bệnh đa phần gặp ở nữ giới với tỷ lệ 3 nữ thì có 1 nam.

2.2. Thứ phát:

Hội chứng hậu huyết khối tĩnh mạch sâu gây tổn thương các van tĩnh mạch.

Dị sản tĩnh mạch: là tình trạng thiếu hụt hoặc thiếu sản van tĩnh mạch (nông hay sâu) bẩm sinh, dị sản tĩnh mạch có hoặc không kèm theo rò động – tĩnh mạch.

Do chèn ép như khối u, hội chứng Cockett.

Các nguyên nhân thứ phát khác: rò động mạch; hội chứng may-Thurner; hội chứng Klippel-Trénaunay & Parkes-Weber.

3. Chẩn đoán

3.1. Triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Giai đoạn đầu thường ít triệu chứng, một số triệu chứng có thể gặp như đau âm ỉ, tức nặng chân, cảm giác bứt rứt, chuột rút, dị cảm, tê hoặc ngứa chi dưới.

Các triệu chứng tăng lên vào cuối ngày nhất là sau đứng lâu, ngồi bất động; giảm khi gác cao chân hoặc qua một đêm thì giảm.

b. Triệu chứng thực thể

Khám lâm sàng có thể thấy những triệu chứng thực thể như phù chân, tĩnh mạch mạng nhện, búi giãn tĩnh mạch nông, loạn dưỡng da, chàm, loét...

Người bệnh đứng trong khoảng 2 phút, bộc lộ chi dưới đến bẹn để phát hiện rõ các tổn thương sau:

- Giãn tĩnh mạch mạng nhện, hoặc tĩnh mạch dạng lưới đường kính < 3 mm, với màu đỏ tím hoặc xanh thấy rõ dưới da.
- Nặng hơn có thể thấy các búi giãn thân tĩnh mạch nông mặt trong đùi cẳng chân (thuộc tĩnh mạch hiển lớn), mặt sau cẳng chân (thuộc tĩnh mạch hiển nhỏ), vùng bụng hoặc tiểu khung (ngoài hệ tĩnh mạch hiển, thường gặp ở hội chứng hậu huyết khối).
- Phù ban đầu thường mềm, ở mắt cá hoặc lên đến gối, đùi ở trường hợp nặng, về lâu dài chuyển sang phù cứng.
- Các bất thường da do tình trạng ứ trệ tĩnh mạch bao gồm tăng sắc tố da, hồng ban, chàm, loét.
- Ngoài ra có thể thực hiện các thủ thuật Trendelenburg, Perthe, Schwartz để xác định suy van tĩnh mạch sâu hoặc tĩnh mạch xuyên. Tuy nhiên, các thủ thuật này có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp.

c. Phân loại lâm sàng (CEAP Classification)

Phân loại CEAP (Clinical - Etiologic - Anatomic - Pathophysiologic) để đánh giá mức độ bệnh. Trong thực hành, phần C (Clinical) thường được sử dụng nhất:

- C0: Không có biểu hiện bệnh lý tĩnh mạch quan sát hoặc sờ thấy được.
- C1: Giãn mao mạch (telangiectasias) hoặc tĩnh mạch lưới (reticular veins) < 3 mm.
- C2: Giãn tĩnh mạch nông (varicose veins) > 3 mm.
- C3: Phù chi dưới (nguồn gốc tĩnh mạch).
- C4: Biến đổi da:
 - + C4a: Rối loạn sắc tố (pigmentation), chàm tĩnh mạch (eczema).
 - + C4b: Xơ mỡ da (lipodermatosclerosis), teo da trắng (atrophy blanche).
- C5: Loét tĩnh mạch đã lành.
- C6: Loét tĩnh mạch đang hoạt động.

3.2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm thường quy

Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm laser, đường huyết đói, AST, ALT, Creatinin máu, HDL-C, LDL-C, Triclycerid, Cholesterol toàn phần, Ion đồ, Tổng phân tích nước tiểu.

Siêu âm bụng tổng quát, ECG, Xquang tim phổi thẳng.

b. Xét nghiệm chẩn đoán

Siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch chi dưới: là thăm dò chính xác.

Chụp tĩnh mạch cản quang.

Chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp dựng hình tĩnh mạch.

Đo biến thiên thể tích tĩnh mạch (photoplethysmography: PPG).

Siêu âm trong lòng mạch (IVUS).

3.3. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng: Nặng chân, mỏi chân, đau, chuột rút về đêm, ngứa, cảm giác kiến bò. Triệu chứng thường tăng lên khi đứng lâu/ngồi nhiều và giảm khi kê cao chân.

Nghiệm pháp lâm sàng (như Trendelenburg, Perthes) hiện nay ít dùng do độ nhạy thấp, chủ yếu dựa vào siêu âm.

b. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler mạch máu (Duplex Ultrasound): Đây là tiêu chuẩn vàng (Gold Standard) để chẩn đoán xác định và lập kế hoạch điều trị.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán dòng trào ngược (Reflux): Thời gian dòng trào ngược (Reflux time) có ý nghĩa bệnh lý khi:

+ > 0.5 giây đối với tĩnh mạch hiển (Great/Small Saphenous Vein) và tĩnh mạch sâu vùng cẳng chân.

+ > 1.0 giây đối với tĩnh mạch đùi hoặc tĩnh mạch khoeo.

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

Theo Y học cổ truyền các biểu hiện của suy giãn tĩnh mạch mạn tính chi dưới được mô tả nguyên nhân chủ yếu là do mạch lạc bị nghẽn tắc khí huyết không được lưu thông nguyên nhân chủ yếu do quá trình đứng nhiều/ngồi nhiều làm tắc trở, tổ chức bì phu cơ nhục không được nuôi dưỡng gây ra hoại tử, phạm vi trong các chứng: Chứng Tý, Chứng Ma mộc, Chứng Thủy thũng, chứng Thoát thư. Bao gồm các thể:

- Thể Khí trệ thấp trở (nặng, căng, phù nề, giảm tưới máu ở chi xa).
- Thể Khí trệ huyết ú (giãn, ú máu tĩnh mạch nhiều).
- Nhiệt độc thịnh (đau, ngứa, lở loét, viêm tế bào da).

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Thể Khí trệ thấp trở

1.1. Triệu chứng

Đau tê nặng 2 chân, chườm nóng hoặc đắp ấm dễ chịu, đau tăng khi trời lạnh, căng chân hay giật (vọp bẻ). Chân nặng ngại đi, ấn vào lồi sâu xuống, sáng nhẹ, chiều nặng, bấp chân đau, khó co duỗi, tiểu tiện trong, lưỡi nhợt rêu trắng, mạch huyền hoạt. Thường gặp ở người thừa cân, béo phì.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp

Hành khí lợi thấp thông lạc.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Bài thuốc cổ phương 1: Tứ Quân thang gia vị (Phương tể học - Hoàng Duy Tân)

Đảng sâm	10-12g	Xích thực	10-12g
Bạch Linh	10-12g	Hoa hòe	8-10g
Bạch Truật	10-12g	Đan sâm	8-12g
Cam thảo	4-6g	Sinh khương	6-8g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống khi nóng.

- Bài thuốc cổ phương 2: Bỏ Trung ích khí

Huỳnh kỳ	12-20g	Sài hồ	6-12g
Thăng ma	4-6g	Bạch truật	8-12g
Đảng sâm	12-16g	Trần bì	4-6g
Đương quy	8-12g	Chích thảo	4-6g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Gia giảm:

+ Nếu chân phù nặng gia thêm Ý dĩ 8-10g, Thổ phục linh 10-12g.

+ Vọp bẻ nhiều gia Đan sâm 10-12g.

+ Ăn kém, đại tiện lỏng gia Hoài sơn 10-12g, Trần bì 6-8g hoặc tăng liều Bạch truật 12-15g, gia thêm các vị có tác dụng hành khí như Hậu phác, Mộc hương, hoặc Chỉ xác 8-12g.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Thuốc thành phẩm: lựa chọn loại thuốc và liều lượng tùy thuộc vào chỉ định dùng thuốc được công bố theo hướng dẫn sử dụng thuốc.
- Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyết tại chỗ và lân cận để sơ thông kinh lạc.

Châm tả A thị huyết, huyết tại chỗ, huyết lân cận vùng đau:

Thừa sơn (BL57) Dương lăng tuyền (GB34) Giải khô (ST41)

Âm lăng tuyền (SP9) Phong long (ST40)

Châm bổ:

Tỳ du (BL20) Vị du (BL21) Túc tam lý (ST36)

Khí hải (CV6) Quan nguyên (CV4) Tam âm giao (SP6)

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm (tần số 80 – 100Hz), Điện mẫn châm, Laser châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

2. Thử Khí trệ huyết ứ

2.1. Triệu chứng

Da bên ngoài đau, nặng, tức, sắc da đỏ tím, cử động thì đau, vùng bắp chân đau hoặc có những vết ngoằn ngoèo, ấn nhẹ vào thấy căng cứng, lưỡi có những vết ban tím, mạch Trầm Tế hoặc Trầm Sáp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Không.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (khí cơ uất trệ lâu ngày, huyết hành không thông mà thành ứ).

2.3. Pháp

Hành khí hoạt huyết, khứ ứ thông lạc.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Bài thuốc cổ phương 1: Thông mạch hoạt huyết thang

Hoàng kỳ	8-16g	Một dược	8-12g
Sinh địa	10-12g	Diên hồ sách	8-12g
Huyền sâm	10-12g	Cam thảo	4-6g
Đan sâm	8-12g	Nhũ hương	10-12g
Hồng hoa	8-12g	Đương quy	8-12g

- Bài thuốc cổ phương 2: Huyết phủ trục ú thang

Quy vĩ	12-15g	Đào nhân	8-10g
Xích thược	10-12g	Ngưu tất	10-12g
Bạch Thược	12-16g	Địa long	6-8g
Xuyên khung	10-12g	Cam thảo	6-8g

- Gia giảm:

+ Nếu tĩnh mạch giãn xơ cứng đau nhiều gia Nhũ hương 6-8g, Một dược 6-8g.

+ Có mảng xuất huyết kèm ngứa nhiều gia Thổ phục linh 10-12g, Toàn yết 8-10g.

+ Nếu chân phù có cảm giác nóng gia Đan bì 8-10g, Ích mẫu 10-12g, Hoàng bá 10-12g.

+ Nếu đau, nặng, tức nhiều gia thêm các vị có tác dụng hành khí như Hậu phác, Mộc hương, hoặc Chỉ xác 8-12g.

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

- Thuốc thành phẩm: lựa chọn loại thuốc và liều lượng tùy thuộc vào chỉ định dùng thuốc được công bố theo hướng dẫn sử dụng thuốc.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyết tại chỗ và lân cận để sơ thông kinh lạc.

Châm tả A thị huyết, huyết tại chỗ, huyết lân cận vùng đau:

Thừa sơn (BL57) Địa cơ (SP8) Huyết hải (SP10)

Cách du (BL17) Dương lăng tuyền (GB34)

Châm bổ:

Khí hải (CV6) Quan nguyên (CV4) Túc tam lý (ST36)

Tỳ du (BL20) Tam âm giao (SP6)

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm (tần số 80 – 100Hz), Điện mẫn châm, Laser châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Chích lễ: Sử dụng huyết tại chỗ và lân cận, dùng kim tam lăng kết hợp giác hút (bầu giác) chích lễ vào các huyết vị 1 lần/liệu trình, mỗi liệu trình cách nhau 2 tuần, tổng số liệu trình tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng của người bệnh.

3. Thử Nhiệt độc thịnh

3.1. Triệu chứng

Bắp chân sưng trướng, xuất hiện những sợi mạch cứng rắn như chuỗi thùng và sưng đau, thậm chí nơi sưng đau nóng rất đỏ bừng, lở loét, tiểu tiện vàng, rêu vàng nhớt mạch Trầm Sác.

3.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán tạng phủ: Không.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Thấp trệ lâu ngày hóa nhiệt, khí trệ sinh hỏa), Ngoại nhân (Thấp nhiệt tà độc từ ngoài xâm nhập làm bệnh nặng thêm).

3.3. Pháp

Thanh nhiệt giải độc, bổ dưỡng khí huyết, hoạt huyết thông lạc (Thoát thư – hoại tử mới phát)

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Bài thuốc cổ phương 1: Cố bộ thang

Bồ công anh	10-12g	Nhân sâm	8-16g
Kim ngân hoa	8-16g	Thạch斛	6-12g
Hoàng kỳ	10-20g	Ngưu tất	6-12g
Đương quy	8-16g	Cam thảo	4-8g
Cúc hoa	8-12g		

- Bài thuốc cổ phương 2: Tứ diệu dưỡng an thang

Kim ngân hoa	12-20g	Huyền sâm	12-20g
--------------	--------	-----------	--------

Đương quy 12-16g Cam thảo 6-12g

- Gia giảm:

+ Nếu tại chỗ sưng nóng, hoại tử nhiều gia Hạ khô thảo 10-12g, tăng liều Bồ công anh 12-16g, Địa Long tăng tác dụng thanh nhiệt giải độc.

+ Nếu nhiều dịch xuất tiết ngứa nhiều gia Bạch tiền bì 10-12g, Khổ sâm 8-10g.

+ Đau nhiều gia Nhũ hương 6-8g, Một dược 6-8g. Có huyết ứ rõ gia Đào nhân 6-8g, Hồng hoa 6-8g.

- Trong giai đoạn viêm cấp, nóng đỏ đau nhiều, sẽ ưu tiên nhóm Thanh nhiệt giải độc (Kim ngân hoa, Bồ công anh) lên hàng đầu và chỉ dùng thuốc bổ ở liều lượng vừa phải để hỗ trợ.

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

- Thuốc thành phẩm: lựa chọn loại thuốc và liều lượng tùy thuộc vào chỉ định dùng thuốc được công bố theo hướng dẫn sử dụng thuốc.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Không sử dụng các kỹ thuật xâm lấn vào vùng da đang viêm nhiễm, lở loét. Sử dụng huyết tại chỗ và lân cận (vùng da không viêm nhiễm, không lở loét) để sơ thông kinh lạc.

Châm tả A thị huyết, huyết tại chỗ, huyết lân cận vùng đau:

Đại chùy (GV14) Túc tam lý (ST36) Tuyệt cốt (GB39)

Khúc trì (LI11) Hợp cốc (LI4) Đại chùy (GV14)

Dương lăng tuyền (GB34)

Châm bổ:

Khí hải (CV6) Quan nguyên (CV4) Huyết hải (SP10)

Cách du (BL17) Tam âm giao (SP6) Thái khê (KI3)

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm (tần số 80 – 100Hz), Điện mẫn châm, Laser châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

Mục tiêu là kiểm soát triệu chứng và ngăn ngừa tiến triển (từ C0 đến C6).

- Cải thiện huyết động học:
 - + Giảm áp lực tĩnh mạch (bằng tất áp lực, kê cao chân).
 - + Loại bỏ dòng trào ngược bệnh lý (bằng can thiệp nhiệt/keo/phẫu thuật).
- Giải quyết triệu chứng & Thẩm mỹ:
 - + Giảm đau, nặng chân, phù (bằng thuốc trợ tĩnh mạch, tất áp lực).
 - + Loại bỏ các búi giãn nông gây mất thẩm mỹ.
- Phòng ngừa biến chứng (khi có chỉ định):
 - + Ngăn ngừa loét tái phát.
 - + Dự phòng huyết khối tĩnh mạch.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc

Thuốc tăng cường trương lực tĩnh mạch, 4 nhóm thuốc có nguồn gốc tự nhiên đã được đánh giá trong điều trị Suy tĩnh mạch mạn tính bao gồm:

- Coumarin (a-benzopyrene).
- Flavonoid (γ-benzopyrenes): Daflon (diosmin) 500mg, Venokern 500mg, Rutin C.
- Saponin (chiết xuất hạt dẻ ngựa) và các chất chiết xuất từ thực vật khác: Aescin 20mg, Venosan 50mg, Ginko forte (ginkgo biloba +heptaminol+troxerutin).
- Ngoài ra, còn có các thuốc có nguồn gốc tổng hợp như: Calcium dobesilate.

2.2. Điều trị không dùng thuốc

a. Chế độ sinh hoạt

Thay đổi chế độ sinh hoạt được áp dụng cho tất cả các mức độ lâm sàng theo CEAP:

- + Tăng cường sử dụng chức năng bơm của cơ: tránh đứng bất động trong thời gian dài, tư thế ngồi bắt chéo chân. Khuyến khích hoạt động thể chất phù hợp.
- + Tạo điều kiện thuận lợi cho hồi lưu tĩnh mạch: nâng cao phía cuối giường ngủ khoảng 10 cm, các bài tập vận động.
- + Tránh tiếp xúc trực tiếp với nhiệt độ cao, giảm cân nặng, tránh táo bón.

b. Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng

- Vớ áp lực: Phương pháp này được cân nhắc cho tất cả các mức độ lâm sàng theo CEAP nhằm cải thiện đáng kể các triệu chứng sưng đau, sắc tố da, ngăn ngừa các đợt viêm loét tái phát và dự phòng tiến triển nặng lên của suy tĩnh mạch mạn tính. Mục tiêu là cung cấp lực nén bên ngoài tăng dần giúp chống lại lực thủy tĩnh của tăng huyết áp tĩnh mạch. Chỉ định áp lực trong điều trị suy tĩnh mạch mạn tính là từ 20 đến 50 mmHg tùy theo mức

độ lâm sàng theo CEAP và tương ứng với mức áp lực cần duy trì với tĩnh mạch chi dưới.

- Tập luyện: Đạp xe trên không, xoay bàn chân từ trong ra ngoài từ ngoài vào trong thành một vòng tròn, nhón gót và xoay phần gót chân, chân đưa lên ngang đùi rồi hạ xuống tại chỗ,...

- Vật lý trị liệu: Nén ép trị liệu.

2.3. Điều trị biến chứng

- Điều trị loét do nguyên nhân tĩnh mạch: chăm sóc tại chỗ, băng ép, ghép da.
- Điều trị bội nhiễm: kháng sinh (tập trung vào nhóm liên cầu và tụ cầu vàng).
- Điều trị huyết khối tĩnh mạch: sử dụng thuốc kháng viêm, băng ép. Điều trị thuốc chống đông khi huyết khối ở vị trí quai tĩnh mạch hiển, có nguy cơ lan vào tĩnh mạch sâu, hoặc điều trị dự phòng nếu người bệnh phải nằm lâu.

2.4. Điều trị can thiệp (Interventional Treatment)

Chỉ định khi thất bại với điều trị bảo tồn, hoặc bệnh ở giai đoạn C2-C6 có ảnh hưởng thẩm mỹ/chất lượng cuộc sống.

a. Can thiệp nhiệt nội mạch (Thermal Ablation)

- Lựa chọn đầu tay
- Bao gồm: RFA (Sóng cao tần) và EVLA (Laser nội mạch).
- Cơ chế: Dùng nhiệt để phá hủy lớp nội mô và gây xơ hóa tắc mạch.
- Ưu điểm: Ít đau, hồi phục nhanh, ít tái phát hơn so với phẫu thuật kinh điển (Stripping).

- Khuyến cáo ESVS 2022: Ưu tiên hơn phẫu thuật bóc tĩnh mạch (Stripping) đối với suy thân tĩnh mạch hiển lớn/bé.

b. Can thiệp không nhiệt (Non-thermal, Non-tumescent - NTNT)

- Keo sinh học (Cyanoacrylate Glue - VenaSeal): Bơm keo dính lòng mạch. Không cần gây tê quanh tĩnh mạch (tumescent anesthesia), không cần mang tất áp lực sau thủ thuật.

- MOCA (Cơ - Hóa học): Dùng ống thông có đầu xoay phá hủy nội mô kết hợp bơm chất gây xơ.

c. Tiêm xơ (Sclerotherapy)

- Chỉ định: Tĩnh mạch nông nhỏ, tĩnh mạch mạng nhện (C1), hoặc các nhánh nông còn sót lại sau RFA/Laser.
- Kỹ thuật: Tiêm chất gây xơ (dạng lỏng hoặc bọt - Foam) vào lòng mạch.

d. Phẫu thuật (Surgery)

- Stripping: Rút bỏ thân tĩnh mạch hiển. Hiện nay ít dùng do xâm lấn và đau nhiều.
- Muller: Phẫu thuật lấy bỏ các búi tĩnh mạch giãn nhỏ qua các đường rạch da siêu nhỏ (thường kết hợp sau RFA/EVLA).

V. PHÒNG BỆNH

Hướng dẫn thay đổi lối sống bao gồm: tránh các yếu tố nguy cơ gây Suy tĩnh mạch mạn tính có thể điều chỉnh được như béo phì, ít vận động, ngồi lâu hay đứng lâu và hút thuốc lá. Tránh đứng bất động trong thời gian dài, tránh tư thế ngồi bắt chéo chân. Tránh tiếp xúc trực tiếp với nhiệt độ cao, giảm cân nặng, tránh táo bón.

Khuyến khích tập thể dục đi bộ và vận động giúp duy trì hoạt động sinh lý bình thường của hệ tĩnh mạch.

Cần giải thích để người bệnh hiểu suy tĩnh mạch mạn tính không ảnh hưởng đến huyết động gây hoại tử chi như trường hợp bệnh động mạch chi dưới hay bệnh lý chi dưới do đái tháo đường. Nếu STMMT tiến triển (phân độ CEAP 4 – 6), khuyến khích người bệnh đeo vớ áp lực thường xuyên, với chỉ định áp lực của vớ phải từ 30 – 40 mmHg trở lên giúp làm cải thiện triệu chứng.

Phụ lục
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

I83 Giãn tĩnh mạch chi dưới

I83.0 Giãn tĩnh mạch chi dưới có loét

I83.1 Giãn tĩnh mạch chi dưới có viêm

I83.2 Giãn tĩnh mạch chi dưới có loét và viêm

I83.9 Giãn tĩnh mạch chi dưới không loét và viêm

I86 Giãn tĩnh mạch vị trí khác

U58.191 I83.9 Mạch tý [Giãn tĩnh mạch chi dưới không loét và viêm]

U58.211 I86 Mạch tý [Giãn tĩnh mạch vị trí khác]

U58.221 I83 Mạch tý [Giãn tĩnh mạch chi dưới]

U58.222 I83 Ma mọc [Giãn tĩnh mạch chi dưới]

U58.231 I83.0 Mạch tý [Giãn tĩnh mạch chi dưới có loét]

U58.232 I83.0 Thoát thư [Giãn tĩnh mạch chi dưới có loét]

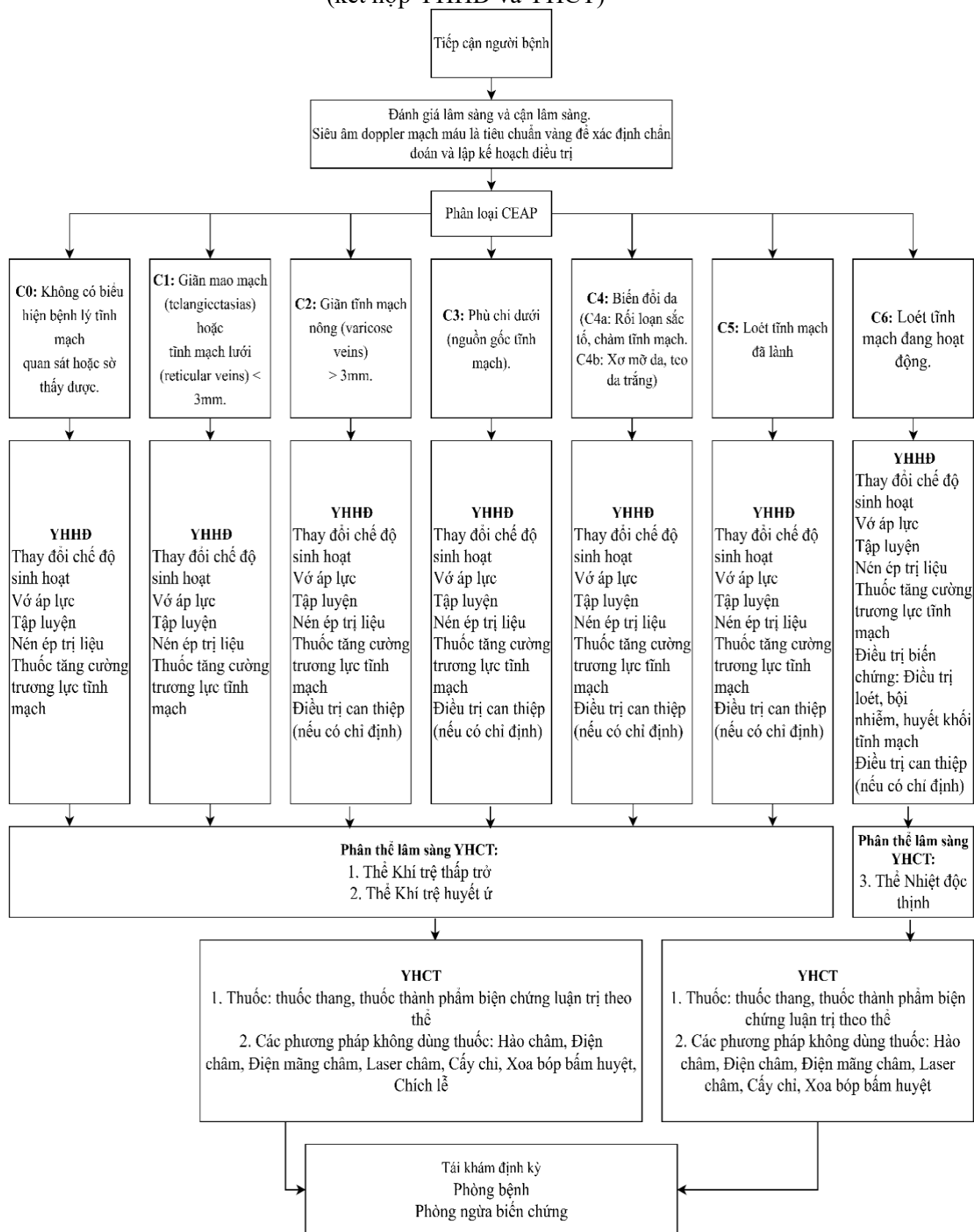
U58.241 I83.1 Mạch tý [Giãn tĩnh mạch chi dưới có viêm]

U58.242 I83.1 Thoát thư [Giãn tĩnh mạch chi dưới có viêm]

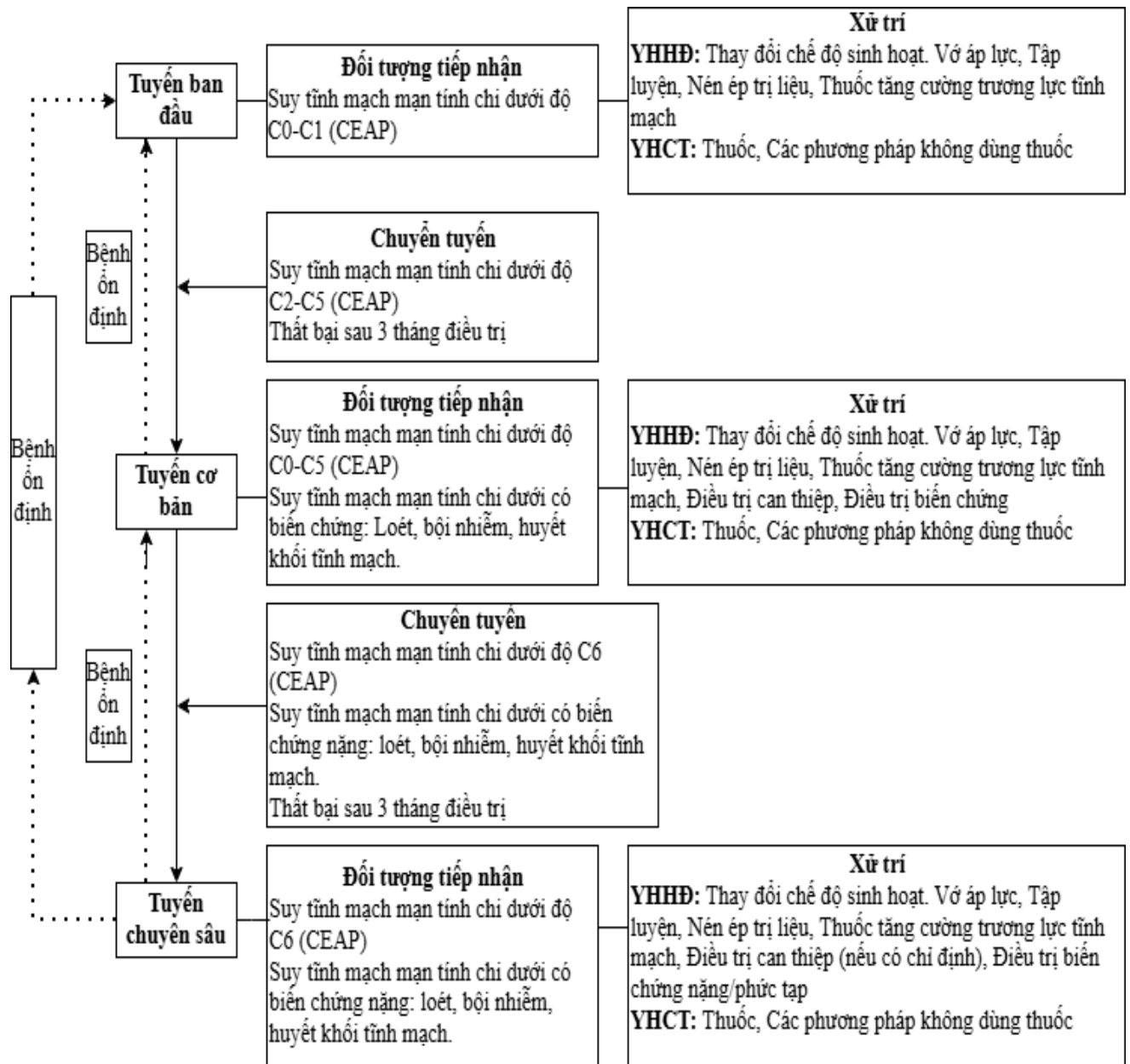
U58.251 I83.2 Mạch tý [Giãn tĩnh mạch chi dưới có loét và viêm]

U58.252 I83.2 Thoát thư [Giãn tĩnh mạch chi dưới có loét và viêm]

Lưu đồ 1. Tiếp cận và điều trị Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới (kết hợp YHHĐ và YHCT)



Lưu đồ 2. Phân tuyến điều trị Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gloviczki P, Comerota Aj, Dalsing MC et al , The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Journal of Vascular Surgery 2011.
2. Hoàng Duy Tân (2009), *Phương tế học*, Nhà xuất bản thuận hóa, tr 707.
3. Lưu viêm (2017), *Cẩm nang thực hành châm cứu*, Nhà xuất bản tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiên Tài (2022), *Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây y Tập 1*, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr 75-87.
5. Phạm Mạnh Hùng (2019), *Lâm sàng tim mạch học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Viện tim Thành phố Hồ Chí Minh (2020), Phác đồ 70.

8. THIẾU MÁU (HỘI CHỨNG HUYẾT HU)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hồng cầu là thành phần hữu hình nhiều nhất trong máu và làm cho máu có màu đỏ. Hồng cầu chứa huyết sắc tố có nhiệm vụ vận chuyển oxy từ phổi tới các cơ quan và cacbonic từ cơ quan về phổi.

Thiếu máu là tình trạng giảm nồng độ huyết sắc tố trong máu so với người cùng tuổi cùng giới cùng trạng thái và cùng điều kiện sống.

Dựa vào huyết sắc tố (Hb) có thể phân loại thiếu máu mạn tính như sau:

- Từ 9 – dưới 12 g/dl : thiếu máu nhẹ;
- Từ 6 – dưới 9 g/dl : thiếu máu vừa;
- Từ 3 – dưới 6 g/dl: thiếu máu nặng;
- Dưới 3 g/dl: thiếu máu rất nặng.

1. Sinh lý bệnh thiếu máu

Khi thiếu máu cơ thể sẽ có các phản ứng

Tăng cung lượng tim: để bù trừ việc thiếu oxy mô và cơ quan.

Tăng sử dụng oxy ở mô

Tăng sản xuất hồng cầu: khi thiếu oxy ở mô gây tăng sản xuất erythropoietin, tăng tạo hồng cầu.

Khi cơ thể không đủ dinh dưỡng cần thiết, tủy xương giảm khả năng sản xuất hồng cầu hoặc máu bị mất quá nhiều, cơ thể không sản xuất đủ sẽ thiếu máu. Lúc này sẽ xuất hiện triệu chứng trên lâm sàng và trên xét nghiệm.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng tổng quát: Mệt mỏi, chán ăn, hoa mắt, chóng mặt khi thay đổi tư thế, da xanh xao, tái và lạnh, niêm nhợt, gan bàn tay trắng, móng tay khum, tóc khô dễ gãy, giảm khả năng tình dục, phụ nữ thường giảm kinh hoặc mất kinh, thai phụ thì dễ sảy thai, sinh non, thai chậm phát triển và có những dị tật khác khi ra đời.

- Triệu chứng giảm cung cấp oxy: thở gấp, khó thở khi gắng sức, chóng mặt, đau đầu, kém tập trung, giảm trí nhớ, mất ngủ, uể oải, dễ bực bội, cáu gắt, nặng hơn là giảm nhận thức về xung quanh, ngủ gà.

- Triệu chứng giảm lượng tuần hoàn: hồi hộp, đánh trống ngực, tim đập nhanh, huyết áp thấp, tê tay chân, chuột rút.

- Tùy theo nguyên nhân mà có các biểu hiện khác:

- Sốt, rét run từng cơn hoặc sốt liên tục trong: tán huyết, sốt rét, Leukemia.
- Nhiễm trùng, loét họng, xuất huyết do giảm tiểu cầu trong: suy tủy, Leukemia.
- Vàng da và niêm mạc, nước tiểu vàng sẫm trong: tán huyết.
- Dị dạng sọ mặt, lách to trong: tán huyết bẩm sinh.
- Phù trong: suy dinh dưỡng, suy thận.

3. Nguyên nhân thiếu máu

- Do giảm sản xuất hồng cầu: từ tủy xương (rối loạn sinh tủy, suy tủy, bệnh máu ác tính, ung thư di căn tủy), thiếu các yếu tố tạo máu (sắt, B12, acid folic, protein), rối loạn điều hòa tạo máu (suy thận).

- Do xuất huyết: xuất huyết tiêu hóa, rong kinh, tai biến sản khoa, vết thương, trĩ, ký sinh trùng đường ruột, đái máu,...

- Do tán huyết: tình trạng hồng cầu bị phá hủy sớm hơn bình thường, do di truyền (hồng cầu hình cầu, thiếu G6PD, bệnh huyết sắc tố di truyền,...); do mắc phải (tự miễn, phối hợp thuốc, sốt rét, bệnh gan, thận,...)

- Ở Việt Nam gặp nhiều nhất là thiếu máu thiếu sắt, thường do: Thức ăn thiếu sắt, không hấp thu được sắt (thiếu enzyme tiêu hóa, thiếu siderophilin-protein), thiếu acid dạ dày, mất sắt (mất máu do loét dạ dày, giun móc), nhu cầu tăng không đáp ứng kịp (trẻ gái dậy thì, phụ nữ có thai, cho con bú).

4. Chẩn đoán thiếu máu

Theo Tổ chức y tế thế giới tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu với người từ 15 tuổi trở lên như sau:

Nam: Hb < 13 g/dL;

Nữ: Hb < 12 g/dL;

Thai kỳ: Hb < 11 g/dL.

5. Biểu chứng của thiếu máu

Thiếu máu lâu ngày có thể dẫn đến suy tim.

Thiếu máu tiến triển nặng (Hb < 7 g/dl) gây:

- Rối loạn tri giác, co giật, ngất, hôn mê.

- Thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim hoặc ngưng tim (đột tử).

- Giảm cung cấp oxy các cơ quan nội tạng nặng dẫn đến hạ huyết áp, suy đa cơ quan, trụy tim mạch có thể tử vong.

6. YHCT nhìn nhận về bệnh lý Thiếu máu

Huyết sắc tố làm hồng cầu có sắc đỏ tương ứng với khái niệm Huyết có màu đỏ trong YHCT.

Huyết trong YHCT được sinh ra từ 2 quá trình:

- Vận hóa của Tỳ: thức ăn qua Tỳ được biến đổi thành 3 phần: Cốc khí + Dinh âm và cận bả. Cận bả được đưa xuống Tiểu trường □ Đại trường □ đào thải ra ngoài. Cốc khí được Tỳ thăng đề giao cho Phế để kết hợp với thanh khí hít vào tạo ra Tông khí. Dinh âm thì Tỳ đưa lên giao cho Tâm.

- Hòa hóa ở Tâm: Dinh âm được Tâm hỏa hóa trọn vẹn thành Huyết từ đó mới có sắc đỏ và mang nhiệt.

Như vậy theo YHCT: Huyết = Dinh + Hỏa

Vai trò chung của Huyết: tương ứng với vai trò của 2 thành phần cấu thành Huyết

- Dinh âm: nuôi dưỡng, vinh nhuận phần hình thể và cấu trúc các tạng phủ.

- Hỏa: làm ấm toàn thân và tạo sắc hồng tươi các bộ phận được phô bày như: sắc diện, sắc lưỡi, sắc của niêm mạc mắt,...

Các tạng có vai trò vận hành huyết: Tâm chủ huyết mạch quản lý chung sự vận hành của huyết và mạch, Tỳ thống nhiếp huyết giúp huyết được giữ lại trong mạch không thoát ra ngoài, Can tàng huyết giúp điều tiết huyết lượng phù hợp với các hoạt động khác nhau và giúp chứa đựng, nhu dưỡng huyết.

Mối quan hệ giữa Huyết và Khí: Khí thúc đẩy Huyết vận hành, Khí giúp sinh Huyết; ngược lại, Huyết là cơ sở vật chất của hoạt động thần chí của ngũ tạng, Huyết là vật chất duy trì cân bằng âm dương. Vì vậy: Khí hư dẫn tới Huyết hư, Huyết hư cũng dẫn tới Khí hư.

Thiếu máu là tình trạng thiếu Huyết sắc tổ tương ứng với tình trạng Huyết hư, Hư lao trong YHCT. Triệu chứng lâm sàng thiếu máu cũng tương đồng với các biểu hiện của hội chứng Huyết hư, Hư lao.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO YHCT

1. Nguyên nhân

Có 3 nhóm:

- Do xuất huyết: thổ huyết, tiện huyết, băng huyết, lậu huyết,...
- Do rối loạn 2 quá trình sinh huyết: ăn uống thiếu thốn hoặc rối loạn vận hóa ở Tỳ làm thiếu dinh âm hoặc Tâm hỏa hóa không trọn vẹn hoặc do cả 2 quá trình trên đều thiếu hụt.
- Do chức năng giúp vận hành huyết của các tạng không đầy đủ: Tâm không chủ huyết mạch, Tỳ không thống nhiếp huyết, Can không tàng huyết.

2. Cơ chế bệnh sinh

- Tỳ khí hư không thống nhiếp huyết/Can huyết hư không tàng huyết/Tâm huyết hư không chủ được huyết mạch/ Tâm hỏa vượng huyết nhiệt vọng hành → Xuất huyết → Huyết hư.

- Ăn uống thiếu hụt → không đủ Dinh âm → không đủ tạo Huyết → Huyết hư.
- Tỳ khí hư không vận hóa → thiếu Dinh âm → không đủ tạo Huyết → Huyết hư.

- Tâm hỏa suy không đủ hỏa hóa → không đủ tạo Huyết → Huyết hư.

- Huyết hư → Khí hư, ngược lại Khí hư → Huyết hư.

3. Tên bệnh theo YHCT của bệnh Thiếu máu

Có 6 thể bệnh tương ứng với cơ chế bệnh sinh trên

- Tỳ khí hư
- Tâm dương hư
- Can huyết hư
- Tâm huyết hư
- Tâm Tỳ lưỡng hư
- Khí huyết lưỡng hư

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

1. Thể Tỳ khí hư

1.1. Triệu chứng

Rối loạn chức năng vận hóa thủy cốc: chán ăn, không ngon miệng, đầy bụng, đau bụng, tiêu chảy, phân nát, phân sống, mệt mỏi, gầy sút, chi lạnh.

Rối loạn chức năng thống nhiếp huyết: xuất huyết dưới da, thổ huyết, nọc huyết, tiện huyết, rong kinh, rong huyết

Rối loạn chức năng sinh huyết: sắc trắng bệch, ám vàng, môi – móng- lưỡi nhợt, hoa mắt, chóng mặt, kinh ít, vô kinh.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, Vị.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (lo lắng, tư duy ăn uống sai lệch làm giảm chức năng của Tỳ).

1.3. Pháp trị

Kiện Tỳ ích khí + nhiếp huyết chỉ huyết

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bổ trung ích khí thang (Tỳ Vị luận):

Hoàng kỳ	12-20g	Đương quy	10-12g
Sài hồ	06-10g	Chích thảo	04-06g
Thăng ma	04-06g	Đảng sâm	12-16g
Trần bì	04-06g	Bạch truật	10-12g

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

Gia giảm:

- Chỉ huyết: Hoa hòe sao 12g; A giao sao 12g

- Tăng Dinh âm: Bạch biển đậu 12g, Liên nhục 12g, Ý dĩ 12g, Hoài sơn 12g

- Bổ khí sinh huyết: tăng liều Hoàng kỳ 20- 40g; Đương qui 12-16g

Lưu ý: Không dùng thuốc hoạt huyết mạnh trong thiếu máu do đang xuất huyết.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm bổ các huyết:

Tỳ du	Cách du	Túc tam lý
Vị du	Cao hoàng du	

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình

Cấy chỉ: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy

chỉ có tác dụng khoảng 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thủy châm: dùng 3-5 huyết trong công thức hào châm, thủy châm Vitamin B1, B6, B12 trong trường hợp thiếu máu hồng cầu to do thiếu vitamin B12. Chống chỉ định: khi dị ứng với thuốc tiêm Vitamin B1, B6, B12.

Xoa bóp bấm huyết: hướng dẫn bệnh nhân xoa trung tiêu.

2. Thở Tâm dương hư

2.1. Triệu chứng

Chức năng Tâm chủ hỏa suy: sắc mặt và lưỡi nhợt, ủ rũ, uể oải, tứ chi lạnh, sợ lạnh, hồi hộp, hay quên, bứt rứt, mất ngủ, hay mơ, dễ lo âu.

Chức năng Tâm chủ huyết mạch suy: Sắc xanh xao, lưỡi nhợt, hồi hộp, đánh trống ngực, mạch vô lực.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (tâm lý khép kín, không nhiệt tình tham gia các hoạt động xã hội và nghề nghiệp, lười vận động tay chân và đầu óc, thích tắm đêm, thích thức khuya, thích ăn đồ tính lạnh).

2.3. Pháp trị

Bổ Tâm dương sinh huyết.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Tuần bổ tinh huyết cao (Hải Thượng y tôn tâm lĩnh)

Thực địa	12-16g	Nhục quế	08-10g
Câu kỷ tử	06-10g	Nhân sâm	06-10g
Lộc giao	04-06g		

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

Lưu ý: Không dùng thuốc hoạt huyết mạnh trong thiếu máu do đang xuất huyết.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm bổ + cứu ấm các huyết:

Tâm du	Nội quan	Quyết tâm du
Thần môn		

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

Cây chỉ: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cây chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thủy châm: dùng 3-5 huyệt trong công thức hào châm, thủy châm Vitamin B1, B6, B12 trong trường hợp thiếu máu hồng cầu to do thiếu vitamin B12. Chống chỉ định: khi dị ứng với thuốc tiêm Vitamin B1, B6, B12.

Xoa bóp bấm huyệt: hướng dẫn bệnh nhân xoa thượng tiêu.

3. Thể Can huyết hư

3.1. Triệu chứng

Rối loạn chức năng Can tàng huyết: Hoa mắt, chóng mặt, dễ cáu giận, quáng gà, mắt khô, cân co rút khó co duỗi, tê chi, ít kinh, bế kinh, khó thụ thai. Khó vào giấc, giật mình khi ngủ. Xuất huyết: nôn ra máu, ho ra máu, chảy máu cam, tiểu máu, băng kinh, lậu kinh.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (hay giận hờn, tư duy ăn uống thiên lệch dẫn đến thiếu hụt, thích thức khuya)

3.3. Pháp trị

Bổ Can huyết + chỉ huyết.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Tứ vật thang (Hòa tễ cục phương)

Thục địa	12-24g	Đương qui	12-16g
Bạch thược	06-10g	Xuyên khung	06-08g

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

Gia giảm:

- Chỉ huyết: bỏ Xuyên khung gia Hoa hòe sao 12g; A giao sao 12g.
- Ôn dưỡng huyết mạch: Nhục quế 10g, Bào khương 4g.
- Hành khí chỉ thống kinh: Hương phụ chế 8g, Uất kim 10g.
- Hoạt huyết chỉ thống kinh: Đào nhân 8g, Hồng hoa 4g.

Lưu ý: Không dùng thuốc hoạt huyết mạnh trong thiếu máu do đang xuất huyết.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm bổ các huyết:

Can du Cách du Tam âm giao

Cao hoàng du

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

Cấy chỉ: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy

chỉ có tác dụng khoảng 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thủy châm: dùng 3-5 huyết trong công thức hào châm, thủy châm Vitamin B1, B6, B12 trong trường hợp thiếu máu hồng cầu to do thiếu vitamin B12. Chống chỉ định: khi dị ứng với thuốc tiêm Vitamin B1, B6, B12.

Xoa bóp bấm huyết: hướng dẫn bệnh nhân xoa hạ tiêu.

4. Thể Tâm huyết hư

4.1. Triệu chứng

Chức năng Tâm chủ huyết mạch suy: Sắc xanh xao, lưỡi nhợt, hồi hộp, đánh trống ngực, mạch tiểu.

Tâm huyết hư không nuôi dưỡng: giấc ngủ không sâu hay mơ, lo lắng bất an, hay quên, chóng mặt, môi nhợt.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (thích thức khuya, thích ăn đồ tính lạnh).

4.3. Pháp trị

Bổ Tâm huyết + an thần

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bá tử dưỡng tâm hoàn (Thể nhân hội biên phương)

Thực địa	12-24g	Bá tử nhân	10-12g
Huyền sâm	10-12g	Câu kỷ tử	12-16g
Mạch môn	10-12g	Thạch xương bồ	10-12g
Đương qui	12-16g	Cam thảo	04-06g
Phục thần	12-16g		

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

Lưu ý: Không dùng thuốc hoạt huyết mạnh trong thiếu máu do đang xuất huyết.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm bổ các huyết:

Tâm du	Tam âm giao	Quyết âm du
Nội quan	Cách du	Thần môn

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình

Cấy chỉ: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thủy châm: dùng 3-5 huyệt trong công thức hào châm, thủy châm Vitamin B1, B6, B12 trong trường hợp thiếu máu hồng cầu to do thiếu vitamin B12. Chống chỉ định: khi dị ứng với thuốc tiêm Vitamin B1, B6, B12.

Xoa bóp bấm huyệt: hướng dẫn bệnh nhân xoa thượng tiêu.

5. Thể Tâm Tỳ lưỡng hư

5.1. Triệu chứng

Tâm huyết hư: Sắc xanh xao, lưỡi nhợt, hồi hộp, đánh trống ngực, mạch tiểu, giấc ngủ không sâu hay mơ, lo lắng bất an, hay quên, chóng mặt, môi nhợt.

Tỳ khí hư: sắc trắng bệch, ám vàng, môi – móng- lưỡi nhợt, chán ăn, đầy bụng, tiêu chảy, phân sống, gầy sút, chi lạnh, hoa mắt, chóng mặt, kinh ít, vô kinh.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (lo lắng, thích thức khuya, thích ăn đồ tính lạnh và đồ tính nề trệ).

5.3. Pháp trị

Kiện Tỳ khí + Bổ Tâm huyết + an thần.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Quy Tỳ thang (Tế sinh phương)

Đảng sâm	10-12g	Đương qui	08-12g
Bạch truật	10-12g	Long nhãn nhục	10-12g
Phục thần	10-12g	Viễn chí	04-06g
Chích thảo	04-06g	Toan táo nhân	12-20g
Hoàng kỳ	12-16g	Sinh khương	02-03 lát
Mộc hương	04-06g	Táo	02-03 quả

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

Lưu ý: Không dùng thuốc hoạt huyết mạnh trong thiếu máu do đang xuất huyết.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm bổ các huyệt:

Tỳ du	Quyết âm du	Vị du
Tam âm giao	Tâm du	Nội quan
Cách du	Thần môn	

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình

Cấy chỉ: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy

chỉ có tác dụng khoảng 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thủy châm: dùng 3-5 huyết trong công thức hào châm, thủy châm Vitamin B1, B6, B12 trong trường hợp thiếu máu hồng cầu to do thiếu vitamin B12. Chống chỉ định: khi dị ứng với thuốc tiêm Vitamin B1, B6, B12.

Xoa bóp bấm huyết: hướng dẫn bệnh nhân xoa thượng và trung tiêu.

6. Thở Khí Huyết lưỡng hư

6.1. Triệu chứng

Huyết hư: Sắc xanh xao, lưỡi nhợt, hồi hộp, hoa mắt, chóng mặt, giảm tập trung, mất ngủ.

Khí hư: dễ cảm, mệt mỏi, yếu sức, thiếu hơi, ít nói, tự hãn, mạch nhỏ vô lực.

6.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: 3 tạng chịu trách nhiệm chính là Tỳ, Tâm, Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (lo lắng, buồn rầu, tư duy dinh dưỡng thiên lệch, thích thức khuya).

6.3. Pháp trị

Bổ Khí huyết.

6.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bát trân thang (Chính thể loại yếu)

Đương qui	12-16g	Đảng sâm	10-12g
Bạch thược	06-10g	Bạch linh	10-12g
Thục địa	12-16g	Bạch truật	10-12g
Xuyên khung	06-08g	Chích thảo	04-06g
Đại táo	02-03 quả	Sinh khương	02-03 lát

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

Gia giảm: dễ cảm hoặc hư hàn gia Hoàng kỳ 16g, Quế chi 10g.

Lưu ý: Không dùng thuốc hoạt huyết mạnh trong thiếu máu do đang xuất huyết.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm bổ các huyết:

Tỳ du	Cách du	Can du
Cao hoang du	Túc tam lý	Tam âm giao

Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

Cấy chỉ: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy

chỉ có tác dụng khoảng 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

Thủy châm: dùng 3-5 huyết trong công thức hào châm, thủy châm Vitamin B1, B6, B12 trong trường hợp thiếu máu hồng cầu to do thiếu vitamin B12. Chống chỉ định: khi dị ứng với thuốc tiêm Vitamin B1, B6, B12.

Xoa bóp bấm huyệt: hướng dẫn bệnh nhân xoa tam tiêu.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ YHHĐ

1. Nguyên tắc điều trị

Kết hợp điều trị triệu chứng với điều trị nguyên nhân và điều trị biến chứng.

Tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân.

Truyền máu nếu cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Truyền máu

Mục đích của truyền máu là giải quyết các rối loạn gây ra do thiếu oxy.

Thông thường truyền máu được chỉ định khi $Hb < 7g/dl$.

Thiếu máu mạn tính không triệu chứng, huyết động ổn định, không có bệnh mạch vành nên truyền máu khi $Hb < 7g/dl$, duy trì Hb trong khoảng 7-9 g/dl. Nếu bệnh nhân có bệnh mạch vành cấp hoặc nguy cơ nhồi máu cơ tim duy trì $Hb \geq 10g/dl$.

Thiếu máu cấp, huyết động không ổn định (thở nhanh, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp tư thế) nên truyền máu khi $Hb < 8g/dl$, duy trì Hb trong khoảng 8-10 g/dl.

Nguy cơ khi truyền máu: sốt lạnh run, dị ứng protein, tán huyết do không hòa hợp nhóm máu, lây nhiễm bệnh (virus viêm gan B, C; HIV, kí sinh trùng sốt rét,...), quá tải sắt, tăng nguy cơ tắc mạch.

2.2. Điều trị đặc hiệu

Tìm nguyên nhân là yêu cầu bắt buộc trong điều trị thiếu máu, có khi không dễ dàng do không đủ xét nghiệm chuyên sâu, do nhiều nguyên nhân cùng lúc,...

Sau khi tìm được nguyên nhân, tùy vào nguyên nhân mà điều trị đặc hiệu khác nhau.

Điều trị thiếu máu thiếu sắt:

- Bổ sung sắt liều 150-200mg sắt nguyên tố/ngày, chia 3-4 lần, uống trước hoặc giữa bữa ăn.

- Ở trẻ em: liều 50-100mg sắt nguyên tố/ngày, chia nhiều lần.

- Thực phẩm giúp hấp thu sắt: vitamin C, thịt, cá, sữa mẹ.

- Thực phẩm ức chế hấp thu sắt: trà, sữa bò, phytate.

Sau khi thiếu máu được cải thiện, cần bổ sung thêm 3-6 tháng để phục hồi dự trữ sắt.

V. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh cũng tùy theo nguyên nhân.

Với thiếu máu thiếu sắt: chú ý bổ sung sắt trong chế độ ăn, đặt biệt các đối tượng nguy cơ như phụ nữ trong thời kì kinh nguyệt, phụ nữ mang thai và cho con bú, trẻ em. Tẩy giun định kì 6 tháng- 1 năm/ lần.

Các thực phẩm chứa nhiều sắt: thịt, cá, trứng, các loại hạt (bí đỏ, điều, lanh,...), các loại đậu, rau có màu xanh đậm.

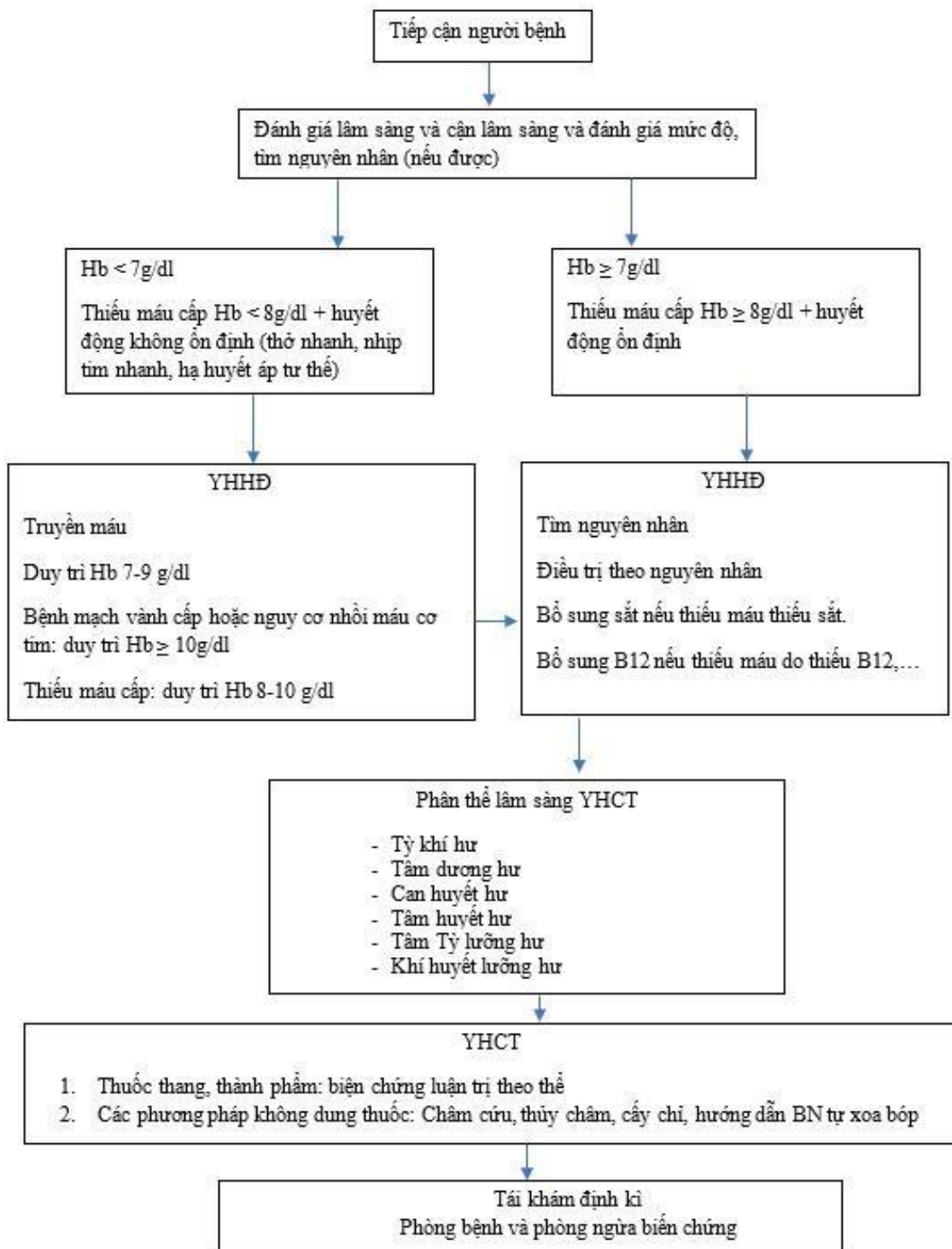
Điều trị ổn định các nguyên nhân gây thiếu máu: viêm mạn tính, bệnh thận.

Đề phòng và điều trị ngay các nguyên nhân gây mất máu rỉ rã như: nhiễm giun sán, trĩ, loét dạ dày tá tràng, rong kinh,...

Phụ lục
MÃ HOÁ BỆNH TẬT THEO ICD-10

D50	Thiếu máu do thiếu sắt
D51	Thiếu máu do thiếu B12
D52	Thiếu máu do thiếu folate
D53	Thiếu máu do thiếu dinh dưỡng khác
D55	Thiếu máu do rối loạn men
D56	Bệnh Thalassemia
D57	Bệnh hồng cầu liềm
D58	Các bệnh thiếu máu tán huyết di truyền khác
D59	Thiếu máu tán huyết mắc phải
D60	Bệnh thiếu máu nguyên bào hồng cầu mắc phải
D61	Các bệnh thiếu máu bất sản khác và hội chứng suy tủy xương khác
D62	Thiếu máu cấp tính sau xuất huyết
D63	Thiếu máu trong các bệnh mạn tính được phân loại ở nơi khác
D64	Các thiếu máu khác
U52.011	Huyết hư (Thiếu máu do rối loạn men)
U52.021	Huyết hư (Bệnh Thalassemia)
U52.031	Huyết hư (Bệnh hồng cầu liềm)
U52.041	Huyết hư (Các bệnh thiếu máu tán huyết di truyền khác)
U52.051	Huyết hư (Thiếu máu tán huyết mắc phải)
U52.061	Huyết hư (Thiếu máu do thiếu sắt)
U52.062	Hư lao (Thiếu máu do thiếu sắt)
U52.071	Huyết hư (Thiếu máu do thiếu B12)
U52.072	Hư lao (Thiếu máu do thiếu B12)
U52.081	Huyết hư (Thiếu máu do thiếu folate)
U52.082	Hư lao (Thiếu máu do thiếu folate)
U52.091	Huyết hư (Thiếu máu do thiếu dinh dưỡng khác)
U52.092	Hư lao (Thiếu máu do thiếu dinh dưỡng khác)

Lưu đồ 1. Tiếp cận và điều trị Thiếu máu (kết hợp YHHĐ và YHCT)



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Gia Tuyền và cs (2025), *Bệnh học nội khoa* tập 2, NXB Y học, trang 461-472
2. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiên Tài (2022), *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây y*, NXB Y học, Tp. Hồ Chí Minh, trang 238-258
3. Phan Quan Chí Hiếu, Trịnh Thị Diệu Thường (2014), *Châm cứu học tập 2*, NXB Y học, trang 61-64, 81
4. Trần Văn Kỳ (2016), *250 bài thuốc đông y cổ truyền chọn lọc*, NXB Đà Nẵng, trang 220-232, 265-267
5. Trần Quốc Bảo (2010), *Lý luận cơ bản y học cổ truyền (dành cho sau đại học)*, trang 87-100
6. Zhanwen Liu (2009), *Essentials of Chinese medicine Volume 1*, Springer, pp. 52-55, 60-69.
7. World Health Organization (2011), *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*.

9. U XƠ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ tử cung là những khối u lành tính ở cơ tử cung, còn được gọi là u xơ cơ tử cung vì được cấu tạo từ tổ chức liên kết và cơ trơn của tử cung.

1. Cơ chế bệnh sinh

Chưa rõ ràng, nhưng có nhiều giả thuyết cho rằng do có tình trạng cường estrogen gây ra u xơ.

2. Phân loại

Theo vị trí giải phẫu u xơ tử cung được phân thành 3 loại:

U xơ ở thân tử cung. Ở vị trí này hay gặp nhất, tùy theo vị trí của khối u trên thành tử cung mà người ta chia làm 3 loại:

- U dưới niêm mạc: phát triển từ lớp cơ tử cung, lớn lên về phía niêm mạc làm thay đổi hình dạng buồng tử cung. Có khi u dưới niêm mạc phát triển thành u có cuống dài thò ra qua cổ tử cung ra âm đạo, trường hợp này dễ bị nhiễm khuẩn và chảy máu.

- U kẽ: phát triển trong lớp cơ tử cung, loại này phát triển tương đối nhanh, khối u có thể phát triển rất to làm biến dạng hình thể tử cung và gây chèn ép các tạng trong tiểu khung.

- U dưới phúc mạc: phát sinh từ lớp cơ tử cung, phát triển về phía phúc mạc, loại này thường phát triển chậm, có cuống dài hoặc nằm lọt vào giữa hai lá phúc mạc của dây chằng rộng khó khăn cho việc chẩn đoán và phẫu thuật.

U xơ ở eo tử cung: Phát triển trong tiểu khung và thường gây chèn ép các tạng xung quanh. Khi chuyển dạ u xơ ở eo tử cung sẽ trở thành nguyên nhân gây đẻ khó.

U xơ ở cổ tử cung: Khối u thường phát triển về phía âm đạo dưới dạng polyp.

3. Triệu chứng cơ năng

Phụ thuộc vào vị trí, số lượng và thể tích của nhân xơ.

Ra huyết là triệu chứng quan trọng nhất, thường xuất hiện trước tiên. Lúc đầu huyết ra dưới dạng rong kinh, sau đó là cường kinh và dần dần đến băng huyết khi chu kì kinh bị rối loạn.

Ra khí hư: khí hư loãng, có khi ra rất nhiều thành từng đợt, không hôi, khi khí hư lẫn mủ có mùi hôi lúc đó đã có nhiễm khuẩn.

Đau bụng: thường đau theo kiểu thống kinh do tử cung tăng co bóp, ngoài ra có thể đau bụng cấp hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị khi khối u đã có biến chứng xoắn, hoại tử hoặc nhiễm khuẩn.

Triệu chứng toàn thân: Rối loạn kinh nguyệt kéo dài gây cho bệnh nhân tình trạng thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt.

Các triệu chứng gây ra do sự chèn ép của khối u:

- + Khối u phát triển to bệnh nhân sẽ có cảm giác tức nặng bụng dưới, đau tức vùng hạ vị.

- + Khối u phát triển ra phía trước chèn ép vào bàng quang sẽ gây tiểu tiện nhiều lần hoặc bí tiểu tiện.

+ Khối u phát triển ở eo tử cung hoặc trong dây chằng rộng sẽ chèn ép vào niệu quản gây tình trạng ứ nước bể thận.

+ U phát triển ra phía sau chèn ép vào trực tràng sẽ gây táo bón hoặc đau khi đại tiện. Chèn ép vào đám rối thần kinh thắt lưng sẽ làm bệnh nhân đau âm ỉ vùng thắt lưng lan xuống đùi.

4. Triệu chứng thực thể

- Khối u to phát triển lên phía ổ bụng thì sờ nắn qua thành bụng có thể thấy được khối u ở vùng hạ vị, mật độ chắc, ranh giới rõ, di động hạn chế.

- Thăm âm đạo kết hợp với sờ nắn trên thành bụng thì tùy từng loại u xơ mà phát hiện các triệu chứng sau:

+ U dưới phúc mạc: sờ thấy tử cung to chắc, mặt ngoài tử cung biến dạng lồi lõm, thấy nhân xơ lồi về phía ổ bụng và di động theo tử cung.

+ U kẽ: khám thấy tử cung to toàn bộ, mật độ chắc.

+ U dưới niêm mạc: thăm âm đạo thấy tử cung thường không to, nếu u dưới niêm mạc dạng có cuống thò ra ngoài cổ tử cung thì qua thăm khám bằng đặt mỏ vịt thấy khối u được dễ dàng.

- Đo buồng tử cung: buồng tử cung thường sâu hơn bình thường.

5. Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm: thấy được hình thể, kích thước của tử cung. Ngoài ra đánh giá chính xác vị trí, số lượng, kích thước nhân xơ.

- Chụp buồng tử cung có bơm thuốc cản quang: thấy hình ảnh buồng tử cung to lên hoặc bị kéo dài, biến dạng có hình khuyết bờ đều.

- Nạo sinh thiết niêm mạc tử cung làm xét nghiệm giải phẫu bệnh: thấy niêm mạc tử cung quá sản, các tuyến chế tiết nhiều (hình ảnh cường estrogen).

6. Chẩn đoán u xơ tử cung

6.1. Chẩn đoán ở tuyến cộng đồng

- Tiền sử lượng máu kinh tăng lên ở một phụ nữ trong độ tuổi 40 - 45.

- Đau bụng khi hành kinh.

- Nếu khối u to, người phụ nữ có thể tự sờ nắn thấy một khối rắn chắc ở vùng dưới rốn.

- Nếu khối u nhỏ thì khi thăm khám âm đạo thấy tử cung chắc, không đều.

6.2. Chẩn đoán ở tuyến chuyên khoa

- Có rối loạn kinh nguyệt: rong kinh, cường kinh, băng huyết.

- Thăm âm đạo kết hợp với sờ nắn ngoài thấy nhân xơ di động cùng với cổ tử cung

- Siêu âm thấy được hình ảnh nhân xơ.

- Chụp buồng tử cung có bơm thuốc cản quang: thấy hình ảnh buồng tử cung bị biến dạng, có hình khuyết bờ đều.

7. Tiến triển và biến chứng u xơ tử cung

7.1. Tiến triển

U xơ tử cung thường tiến triển chậm trong một vài năm. Trong quá trình tiến triển một số khối u nhỏ, nằm ở giữa lớp cơ tử cung hoặc phát triển về phía phúc mạc có thể không gây ra biến chứng gì. Một số khối u có thể mất sau một vài lần thai nghén hoặc ngừng phát triển khi người phụ nữ đã mãn kinh. Tuy nhiên u xơ tử cung cũng có thể gây ra rất nhiều các biến chứng nguy hiểm.

7.2. Biến chứng

Thiếu máu, nhiễm khuẩn, chèn ép (tùy theo vị trí và kích thước của khối u mà gây ra những triệu chứng chèn ép khác nhau), xoắn cuống nhân xơ, thoái hóa.

Biến chứng khi có thai: Trên bệnh nhân có u xơ thì giữa u xơ tử cung và thai nghén có ảnh hưởng qua lại lẫn nhau, biểu hiện:

- Thai dễ bị sảy hoặc đẻ non, rau bám bất thường có thể gây rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược, ngôi thế bất thường, u tiền đạo băng huyết do đồ tử cung và sót rau.
- U xơ to và gây biến chứng xoắn, hoại tử hoặc nhiễm khuẩn.

8. Điều trị u xơ tử cung

Không phải tất cả các trường hợp u xơ đều phải điều trị. Đối với các khối u nhỏ, chưa gây biến chứng có thể theo dõi tại cơ sở, khám phụ khoa định kỳ 3 tháng 1 lần. Đa số khối u teo nhỏ sau tuổi mãn kinh. Nếu theo dõi thấy khối u to lên hoặc gây biến chứng chảy máu kinh nguyệt nhiều cần chuyển tuyến chuyên khoa khám và điều trị.

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

U xơ tử cung là bệnh danh của y học hiện đại và không có từ đồng nghĩa trong y học cổ truyền. Các biểu hiện của u xơ tử cung có thể được xếp vào chứng trung hà/tích tụ ở bào cung, kèm chứng thống kinh, nguyệt thủy quá đa hoặc băng lậu.

1. Nguyên nhân

Sự sản sinh, kinh nguyệt là sự điều hòa của các cơ quan tạng phủ, khí huyết, bào cung và hai mạch Xung - Nhâm. Khi khí huyết của hai mạch Xung - Nhâm thuận hòa, sung túc thì hành kinh đúng chu kỳ mỗi tháng, không gây đau bụng khi hành kinh.

Do tình chí thất điều, ngoại cảm lục dâm, âm thực thất điều hay bệnh nội thương (Tỳ, Can, Thận) làm khí huyết hai mạch Xung - Nhâm suy yếu, ngưng trệ, huyết hải không giữ âm huyết lại được gây ra chứng rối loạn chu kỳ kinh nguyệt, hành kinh không thông.

2. Cơ chế bệnh sinh

Khí trệ huyết ứ: Khí cơ uất trệ làm huyết vận hành không thông, huyết ứ ở Xung Nhâm và bào cung gây trung hà/tích tụ ở bào cung, rối loạn kinh nguyệt, kinh ra không đều, đau bụng kinh, màu kinh sẫm tím, kèm huyết cục.

Đàm thấp kết tụ: Tỳ vận hóa kém sinh đàm thấp, đàm thấp ứ trệ làm cản trở khí huyết lưu thông ở Xung Nhâm, gây kinh nguyệt không đều, thống kinh, bụng dưới nặng tức.

Hàn ngưng huyết ứ: Hàn tà xâm nhập hoặc dương khí suy khiến huyết gặp lạnh mà ngưng trệ, làm khí huyết không thông ở bào cung, gây đau bụng kinh dữ dội, màu sẫm có cục.

Khí hư, mạch Xung Nhâm đều bị lỏng, khí hư cũng làm công năng tỳ khí suy giảm. Tỳ khí bất kiện vận hoặc do ăn uống, lo nghĩ thái quá hại Tỳ không nhiếp được huyết, mạch Nhâm khí hóa vịnh âm không tốt gây nên nguyệt thủy nhiều. Hơn nữa, khí hư không thúc đẩy được huyết vận hành gây ra huyết ứ, ảnh hưởng chức năng điều hòa của Xung Nhâm, gây đau âm i hoặc rong kinh.

Thận hư huyết ứ: Thận khí suy làm Xung Nhâm mất điều hòa, huyết vận hành kém sinh ứ trệ ở bào cung, dẫn đến kinh nguyệt rối loạn, thống kinh.

Nhiệt phạm mạch Xung Nhâm gây bế Xung giãn nở, mạch Nhâm hở không kịp khí hóa thủy dịch, nguyệt thủy nhiều. Thường gặp trên lâm sàng là bệnh cảm mạo Phong nhiệt phạm mạch Xung Nhâm, thuộc hội chứng Huyết thực nhiệt.

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

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

Đối với người bệnh có triệu chứng ra huyết nhiều, trước hết áp dụng pháp trị “cố kinh chỉ huyết” nhằm ổn định tình trạng xuất huyết, không nên dùng thuốc phá huyết, tán kết mạnh kéo dài. Sau khi triệu chứng ra huyết đã ổn định, dùng đến pháp trị “hoạt huyết hóa ứ, nhuận kiên tán kết”.

Các vị thuốc thuộc nhóm phá huyết mạnh thường dùng gia giảm điều trị tiêu trừ các tích tụ trong bụng như nga truyệt, tam lăng, tô mộc, ... dễ làm hao huyết, động huyết, hao khí, thương âm nên chống chỉ định ở phụ nữ có thai hoặc nghi ngờ có thai.

Thầy thuốc đánh giá và theo dõi người bệnh dựa trên các triệu chứng theo Y học cổ truyền như mức độ đau bụng kinh, lượng kinh nguyệt, tính chất cục máu, màu sắc kinh, khối vùng hạ vị cùng sự thay đổi của lưỡi và mạch trong quá trình điều trị.

1. Khí hư huyết ứ

1.1. Triệu chứng

Khí hư không nhiếp huyết mà sinh kinh nguyệt nhiều, lượng kinh nhiều, sắc nhạt. Hành kinh bụng đau âm i, thiện án. Sắc mặt trắng, lưỡi nhợt, uể oải, mệt mỏi, đoản hơi, đoản khí. Mạch hư nhược.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.
- Chẩn đoán vị trí bệnh: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (tiên thiên bất túc hoặc thể chất vốn hư yếu, bệnh nội thương).

1.3. Pháp

Bổ Khí cố Xung Nhâm, kiện Tỳ điều kinh

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bổ trung ích khí thang gia Ích mẫu, Hương phụ, Cỏ mực

Hoàng kỳ	18g	Cam thảo chích	09g
Nhân sâm	06g	Ích mẫu	12g
Bạch truật	09g	Hương phụ chế	08g
Đương quy	03g	Cỏ mực	12g
Thăng ma	06g	Sài hồ	06g
Trần bì	06g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống khi thuốc còn ấm. Uống 7-10 thang. Nếu uống 1-2 ngày cổ kinh thất bại (kinh không có dấu hiệu giảm bớt) phải chuyển điều hòa bằng nội tiết, chú ý tìm nguyên nhân và theo dõi ở những kỳ kinh sau. Uống 3-5 chu kỳ kinh.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyết tại chỗ và huyết liên quan để sơ thông kinh lạc.

Châm bổ các huyết:

Khí hải (CV6) Quan nguyên (CV4) Trung cực (CV3)

Tam âm giao (SP6)

(Căn cứ các huyết tại chỗ và huyết đặc hiệu) nhằm điều hòa mạch xung nhâm, vùng bụng dưới và sinh dục.

Châm bổ, có thể cứu ấm các huyết:

Đản trung (CV17) Thái bạch (SP3) Phong long (ST40)

Chương môn (LR13)

(Căn cứ các huyết đặc hiệu, nguyên lạc và du mộ) nhằm bổ khí, kiện tỳ trong biểu hiện tỳ khí hư.

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tụt tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Nhĩ châm: thần môn, nội tiết, vùng dưới vỏ, giao cảm, thượng thận, sinh dục trong, sinh dục ngoài, hố chậu.

2. Huyết nhiệt

2.1. Triệu chứng

Kinh ra lượng nhiều, sắc kinh đỏ tía, kinh đặc, huyết cục. Bụng dưới căng đau dữ dội, bụng nổi cục cứng, cự án. Sắc mặt đỏ, môi khô đỏ. Đại tiện táo, tiểu đỏ. Mạch hoạt sác, hồng thực, hồng hoạt.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, nhiệt.
- Chẩn đoán vị trí bệnh: Bào cung.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (bệnh nội thương).

2.3. Pháp

Thanh nhiệt, lương huyết, cố kinh chỉ huyết.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Tứ vật cầm liên thang

Thực địa	12g	Đương quy	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g
Hoàng cầm	12g	Hoàng liên	12g
Tri mẫu	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống khi thuốc còn ấm. Uống 7-10 thang. Nếu uống 1-2 ngày cố kinh thất bại (kinh không dấu hiệu giảm bớt) phải chú ý tìm nguyên nhân phát nhiệt (viêm nhiễm) và theo dõi thận trọng ở những kỳ kinh sau. Uống 3-5 chu kỳ kinh.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyết tại chỗ và huyết liên quan để sơ thông kinh lạc.

Châm bổ các huyết:

Khí hải (CV6)	Quan nguyên (CV4)	Trung cực (CV3)
Tam âm giao (SP6)		

(Căn cứ các huyết tại chỗ và huyết đặc hiệu) nhằm điều hòa mạch xung nhâm, vùng bụng dưới và sinh dục.

Châm tả các huyết:

Huyết hải (SP10)	Cách du (BL17)	Hành gian (LV2)
Can du (BL18)	Kỳ môn (LR14)	Hợp cốc (LI4)

(Căn cứ huyết đặc hiệu, ngũ du và huyết du mộ) nhằm thanh huyết nhiệt, tả can mộc, sơ can lý khí.

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Nhĩ châm: thần môn, nội tiết, vùng dưới vỏ, giao cảm, thượng thận, sinh dục trong, sinh dục ngoài, hố chậu.

3. Đàm thấp trở trệ

3.1. Triệu chứng

Kinh nguyệt lượng nhiều. Kèm đới hạ nhiều, trắng dính. Bụng đầy trướng, hay nôn buồn nôn, ăn kém miệng nhạt. Rêu trắng nhớt. Mạch hoạt.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.
- Chẩn đoán vị trí bệnh: Bào cung.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (âm thực thất điều, bệnh nội thương, cơ địa thể chất).

3.3. Pháp

Tiêu đàm, khử ứ, điều kinh.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Viết cục hoàn gia Nam tinh chế, Bán hạ chế.

Nam tinh chế	09g	Thương truật	06g
Bán hạ chế	09g	Xuyên khung	06g
Qua lâu nhân	06g	Chi tử	06g
Hương phụ	06g	Thần khúc	06g

Cách dùng: tán bột, dùng nước gừng trộn thuốc bột làm viên uống. Mỗi lần uống 06g với nước ấm hoặc sắc uống.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyệt tại chỗ và huyệt liên quan để sơ thông kinh lạc.

Châm bổ các huyệt:

Khí hải (CV6) Quan nguyên (CV4) Trung cực (CV3)

Tam âm giao (SP6)

(Căn cứ các huyệt tại chỗ và huyệt đặc hiệu) nhằm điều hòa mạch xung nhâm, vùng bụng dưới và sinh dục.

Châm bổ các huyệt:

Tỳ du (BL20) Thái bạch (SP3) Phong long (ST40)

Nội quan (PC6) Công tôn (SP4)

(Căn cứ các huyệt đặc hiệu, nguyên lạc và du mộ) nhằm kiện tỳ trừ đàm.

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyệt: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ

phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Nhĩ châm: thần môn, nội tiết, vùng dưới vỏ, giao cảm, thượng thận, sinh dục trong, sinh dục ngoài, hố chậu.

4. Can khí uất

4.1. Triệu chứng

Hành kinh không thông suốt, kinh nguyệt lượng nhiều. Trước khi hành kinh, bụng dưới chướng đau. Tinh thần không thoải mái, bức dọc, ngực sườn đầy tức. Lưỡi đỏ tía. Mạch huyền hoặc huyền sác.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.

- Chẩn đoán vị trí bệnh: Can.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (tình chí lo nghĩ nhiều, uất giận).

4.3. Pháp

Sơ can, hành khí, khai uất.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Tiêu dao thang gia Bạc hà, Sinh khương, Trần bì.

Sài hồ	09g	Bạc hà	08g
Đương quy	09g	Sinh khương	08g
Bạch thược	09g	Trần bì	04g
Bạch truật	09g	Cam thảo chích	04g
Bạch linh	09g		

Cách dùng: tán bột trộn đều, mỗi lần dùng 10-12g, ngày 2-3 lần hoặc sắc uống.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyệt tại chỗ và huyệt liên quan để sơ thông kinh lạc, điều trị.

Châm bổ các huyệt:

Khí hải (CV6)

Quan nguyên (CV4)

Trung cực (CV3)

Tam âm giao (SP6)

(Căn cứ các huyệt tại chỗ và huyệt đặc hiệu) nhằm điều hòa mạch xung nhâm, vùng bụng dưới và sinh dục.

Châm tả các huyệt:

Hành gian (LR2)

Can du (BL18)

Kỳ môn (LR14)

(Căn cứ các huyệt ngũ du và du mộ) nhằm tả can mộc, sơ can lý khí.

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Nhĩ châm: thần môn, nội tiết, vùng dưới vỏ, giao cảm, thượng thận, sinh dục trong, sinh dục ngoài, hố chậu, can.

5. Can Thận âm hư

5.1. Triệu chứng

Kinh không định kỳ, kinh xuống nhiều. Sắc kinh nhợt, trong loãng. Sắc mặt đỏ, chóng mặt, ù tai, đau lưng mỏi gối, tiểu đêm. Mạch trầm nhược.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, nhiệt.

- Chẩn đoán vị trí bệnh: Can, Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Bệnh nội thương, phòng dục quá độ, làm việc quá sức).

5.3. Pháp

Bổ Can Thận, cố kinh.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Đô khí hoàn gia thêm Thỏ ty tử, Nhân sâm.

Thực địa	24g	Ngũ vị tử	08g
Hoài sơn	12g	Thỏ ty tử	12g
Sơn thù	12g	Nhân sâm	12g
Đan bì	09g		

b. Điều trị không dùng thuốc

- Sử dụng huyết tại chỗ và huyết liên quan để sơ thông kinh lạc, điều trị.

Châm bổ các huyết:

Khí hải (CV6) Quan nguyên (CV4) Trung cực (CV3)

Tam âm giao (SP6)

(Căn cứ các huyết tại chỗ và huyết đặc hiệu) nhằm điều hòa mạch xung nhâm, vùng bụng dưới và sinh dục.

Châm bổ các huyết:

Thận du (BL23) Can du (BL18) Thái xung (LV3)

Quang minh (GB37)

Thái khê (KI3)

Phi dương (BL58)

(Căn cứ các huyết nguyên lạc và du mộ) nhằm bổ can thận.

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Nhĩ châm: thần môn, nội tiết, vùng dưới vỏ, giao cảm, thượng thận, sinh dục trong, sinh dục ngoài, hố chậu, can, thận.

Ngoài ra, một số vị thuốc nam có thể dùng gia giảm trong điều trị u xơ tử cung dựa trên nguyên tắc hoạt huyết, hóa ứ, tiêu u và điều hòa khí huyết, có tác dụng ức chế sự phát triển của khối u và cải thiện triệu chứng.

- Trinh nữ hoàng cung là vị thuốc tiêu biểu, có tác dụng hành khí, tiêu viêm, giảm đau và hỗ trợ làm chậm sự phát triển của khối u nhờ các alkaloid có khả năng tác động lên tế bào u. Thường được dùng kết hợp với tam thất trong điều trị.

- Xạ đen có tác dụng tăng cường miễn dịch, chứa các chất chống oxy hóa và ức chế sự phát triển của tế bào bất thường. Thường được dùng phối hợp với các dược liệu khác như bạch hoa xà thiệt thảo và trinh nữ hoàng cung nhằm hạn chế sự phát triển của những khối u ác tính của u xơ tử cung.

- Tía tô chứa nhiều tinh dầu và chất chống oxy hóa, có tác dụng chống viêm, hỗ trợ tiêu u và thông kinh lạc hiệu quả. Bài thuốc thường phối hợp với hạ khô thảo, mẫu lệ.

- Kinh giới thường được dùng để điều trị các chứng đau họng, chảy máu cam, đại tiện ra máu. Ngoài ra, kinh giới kết hợp cùng một số vị thuốc Đông y khác cũng là cách hiệu quả chữa u xơ tử cung giúp hoạt huyết, hóa ứ, giảm đau và hỗ trợ làm nhỏ khối u.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều hòa kinh nguyệt: tái lập chu kỳ kinh bình thường. Liệu pháp nội tiết cơ bản.

- Điều trị triệu chứng.

- Theo dõi các chu kỳ sau, nâng cao chất lượng sống người bệnh và chỉ định liệu pháp ngoại khoa khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Giai đoạn điều trị nội khoa bảo tồn, chưa có biến chứng chèn ép nặng

Tây y: Sử dụng thuốc điều chỉnh nội tiết (GnRH agonists) để làm giảm kích thích khối u hoặc thuốc cầm máu (Tranexamic acid) trong kỳ kinh.

Đông y: Phối hợp thuốc thang kèm các phương pháp không dùng thuốc khác như châm cứu/điện châm, xoa bóp bấm huyết, nhĩ châm và dưỡng sinh.

2.2. Giai đoạn cấp tính

Dùng Tây y để cầm máu, giảm đau nhanh (nếu cường kinh, đau bụng dữ dội).

2.3. Giai đoạn hỗ trợ trước và sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật: Đông y tập trung vào "Bổ huyết, ích khí" để nâng cao thể trạng, cải thiện tình trạng thiếu máu.

Sau phẫu thuật: Có thể dùng xoa bóp bấm huyệt vùng lưng để giảm đau, tránh dính ruột. Ngâm thuốc/xông kinh huyết: Sử dụng dược liệu hành khí để nhanh phục hồi nhu động ruột. Kết hợp thuốc đông y giúp hoạt huyết, tăng cường tuần hoàn, giúp cơ thể nhanh hồi phục và ngăn ngừa tái phát.

Giai đoạn điều trị lâu dài: Dùng đông y để bồi bổ, điều hòa nội tiết, giảm tốc độ tăng trưởng khối u, giảm tác dụng phụ của thuốc nội tiết Tây y.

V. PHÒNG BỆNH

Khám Phụ khoa sớm khi thấy bất thường. Theo dõi, kiểm soát được chu kỳ kinh, tái khám theo hẹn.

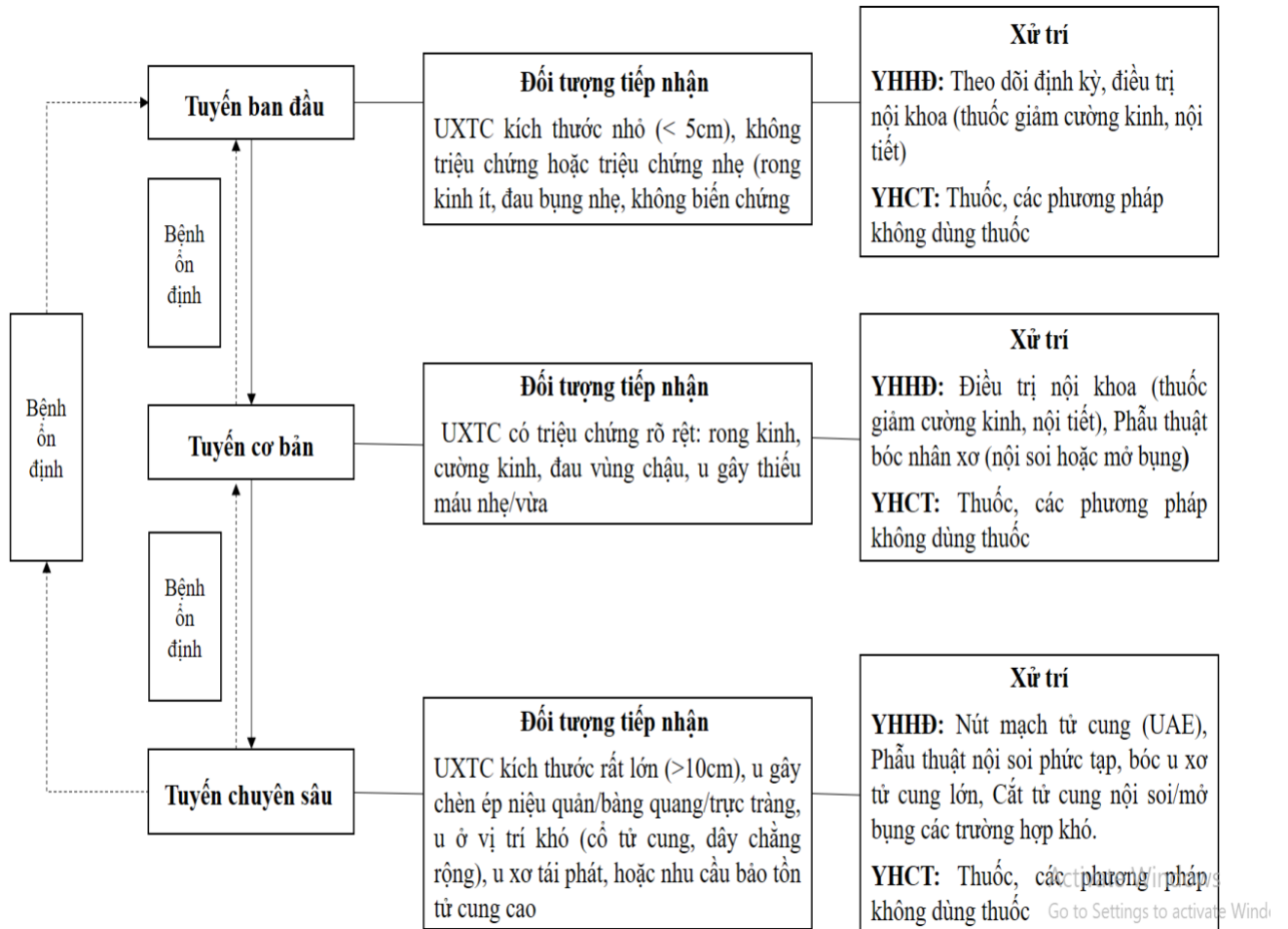
Nghỉ ngơi thư giãn hợp lý, giữ tinh thần thoải mái, chế độ nghỉ ngơi và lao động hợp lý, đặc biệt những ngày hành kinh. Kiểm soát được tình trạng căng thẳng, mệt mỏi, stress, mất ngủ.

Chế độ ăn uống: đủ chất dinh dưỡng, ăn nhiều thực phẩm giàu chất sắt, giàu vitamin, ăn nhiều rau quả..., cần cân trọng thực phẩm có tác dụng của hormon.

Phụ lục
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

D25	U cơ trơn tử cung
D25.0	U cơ trơn dưới niêm mạc tử cung
D25.1	U cơ trơn trong vách tử cung
D25.2	U cơ trơn dưới thanh mạc tử cung
D25.9	U cơ trơn tử cung, không đặc hiệu
U63.441	Thông kinh (Đau kinh thứ phát)
U63.091	Diên trường
U63.092	Kinh loạn
U63.093	Kinh nguyệt thất điều
U63.061	Băng lậu

Lưu đồ 1. Phân tuyến điều trị U xơ tử cung



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, (2022), “Rối loạn kinh nguyệt”, Bệnh học và điều trị Sản phụ khoa kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền”, trang 17-74.
2. Trần Thúy (2010), “Các bệnh phụ khoa”, Châm loa tai và một số phương pháp khác, NXB Y Học, trang 121-122.
3. Phạm Văn Cự (2010), “Kinh nguyệt không đều”, Liệu pháp loa tai, NXB Y học, trang 134.
4. Hội đồng Dược điển Việt Nam, (2018), Dược điển Việt Nam V. Hà Nội, Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, trang 1270 – 1375.
5. Viện Dược liệu, (2006), Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam (Tập I). Hà Nội, Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, trang 906-1164.

10. VIÊM CÂN GAN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh theo YHHĐ

Viêm cân gan chân là bệnh lý do viêm – thoái hóa mạn tính tại điểm bám của cân gan chân vào củ xương gót, gây đau gót chân khi chịu lực, thường gặp ở người trung niên, người béo phì hoặc người đứng lâu, vận động quá mức.

Mạc gan chân bắt đầu từ củ mặt gan chân của xương gót, kéo dài về phía trước và bám vào màng xương của đốt gần các ngón chân. Nếu bị kéo căng kéo dài và liên tục, tại điểm bám của mạc gan chân vào củ xương gót sẽ xảy ra tổn thương mạn tính hoặc tăng sinh xương, gây kích thích viêm vô khuẩn tại chỗ, từ đó sinh đau.

Bệnh lý có thể xuất hiện khi đi bộ nhiều, gót chân dẫm phải đá nhỏ, hoặc khi xuống cầu thang dùng lực không đúng gây đau. Tuy nhiên, đa số bệnh nhân không có tiền sử chấn thương rõ ràng, mà đau gót xuất hiện dần dần. Điều này có thể do tăng cân, hoặc có dị dạng bàn chân (như bàn chân ngoài xoay, bàn chân bẹt...), khiến gót chân chịu lực quá mức, gánh nặng tăng lên, làm mô mềm dưới xương gót bị chèn ép lặp đi lặp lại. Theo thời gian, tại vùng chịu lực của củ xương gót có thể xuất hiện tăng sinh xương (gai gót), khiến triệu chứng nặng dần và chuyển thành đau mạn tính kéo dài.

2. Lâm sàng

Đau nhói như dao đâm ở lòng bàn chân gần gót chân, cơn đau thường xuất hiện ở những bước đầu tiên khi thức dậy, khi thay đổi động tác từ nằm hay ngồi lâu sang động tác đứng, sau khi đi lại vận động một lúc thì triệu chứng đau sẽ giảm dần đi, đau tăng khi đi nhón gót, đứng lâu, đi lại nhiều, có thể thấy cứng khớp ở bàn chân và sưng ở gót chân, hoặc tê do chèn ép thần kinh gan chân.

3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm để chẩn đoán bệnh: Acid uric, RF, VS, CRP; X-Quang bàn chân thẳng, chéch $\frac{3}{4}$ và gót chân thẳng, nghiêng; Siêu âm gan bàn chân; Cộng hưởng từ.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán xác định: chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể, chẩn đoán dựa vào sự kết hợp giữa lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ...

Bệnh khởi phát chậm, đa số chỉ xảy ra ở một bên, có thể có tiền sử vài tháng đến vài năm.

Đau vùng gót chân, đi lại làm đau tăng.

Trường hợp điển hình: sáng sớm vừa xuống giường hoặc đứng dậy sau khi ngồi lâu thì đau dữ dội; đi lại một lúc thì đau giảm, nhưng đi hoặc đứng quá lâu đau lại tăng.

Mặt gan chân và mặt bên của xương gót có điểm ấn đau.

Không có sưng nề rõ rệt tại chỗ.

Khi tăng sinh xương gót rõ, có thể sờ thấy khối lồi xương.

Chụp X-quang thường thấy tăng sinh xương, tuy nhiên biểu hiện lâm sàng không tương xứng với hình ảnh X-quang: Có tăng sinh xương nhưng không đau; Có đau nhưng không thấy tăng sinh xương.

Cần phân biệt bệnh này với:

- Nhiễm trùng mũ mô mềm vùng gót chân: có đỏ, sưng, nóng, đau rõ, nặng có triệu chứng toàn thân.

- Lao xương gót: thường gặp ở thanh thiếu niên, tại chỗ hơi nóng, sưng đau lan rộng..

- U xương.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH THEO YHCT

Bệnh Viêm cân gan chân không có danh xưng riêng trong Y học cổ truyền. Bệnh được xếp trong phạm vi Chứng Tý ở chân. Các tên gọi tương ứng bao gồm: Cân tý, Cước cân thống, Túc cân thống, Cốt Tý. Trong cổ thư Trung Quốc, mô tả dấu hiệu đau gót chân xuất hiện với các danh xưng như chứng Chung hạ thống (Hoàng Đế Nội Kinh), Túc cước thống (Đan Khê Tâm Pháp), Cước khẩu thoái (Trứ Bệnh Nguyên Hậu Luận).

Đau gót chân phần nhiều do người cao tuổi can thận hư suy gây cân cốt thất dưỡng hoặc ốm lâu ngày làm cơ thể suy nhược, khí huyết suy giảm, gân mạch lỏng lẻo. Thêm vào đó là thể trạng béo, cân nặng tăng, đi lại hoặc đứng lâu, khiến da gan chân, lớp mỡ dưới da và mạc gan chân phải chịu tải trọng quá mức.

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

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

1. Thể Huyết ứ

1.1. Triệu chứng

Đau gót chân dữ dội, ấn vào càng đau tăng nhưng sau khi đi lại chốc lát lại cảm thấy đỡ đau, điểm đau cố định, không di chuyển, mạch huyền, lưỡi đỏ có điểm ứ huyết.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực.
- Vị trí bệnh: Kinh lạc
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp trị

Hoạt huyết hóa ứ, thông lạc chỉ thống

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc Thân thống trực ứ thang

Đào nhân	08 – 12g	Địa long	06 – 08g
Hồng hoa	08 – 12g	Khương hoạt	10 – 12g
Đương quy	10 – 16g	Nhũ hương	06 – 12g
Cam thảo	04 – 06g	Ngưu tất	10 – 12g
Ngũ linh chi	08 – 12g	Tần giao	08 – 12g
Hương phụ chế	08 – 12g		

Bài thuốc Tam giáp tán kiên hoàn

Miết giáp	08-12g	Đào nhân	08-12g
Địa long	06-12g	Tô mộc	08-12g
Qui bản	08-12g	Uất kim	08-12g
Hồng hoa	08-12g	Ngưu tất	08-16g
Một dược	06-12g	Cam thảo	04-08g

Gia giảm:

Đau nhiều: gia Diên hồ sách 06-12g, Mộc hương 06-12g, Ô dược 06-12g, Một dược 06-12g, Hương phụ 06-12g, Nhũ hương 06-12g.

Huyết hư: gia Đương quy 10-12g, bạch thược 10-12g, Hà thủ ô 10-20g.

Khí hư: gia Hoàng kỳ 12- 20g, Đảng sâm 10-12g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Điện châm: A thị huyết và các huyết cận vùng đau. Gồm:

Nhiên cốc (KI2)	Chiếu hải (KI6)	Thủy tuyền (KI5)
Đại chung (KI4)	Thái Khê (KI3)	Côn lân (BL60)
Thương khâu (SP5)	Công tôn (SP4)	Thái bạch (SP3)
Trung Phong (LR4)	Huyết hải (SP10)	Cách du (BL17)

Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Hồng ngoại vùng gót chân. Liệu trình: Mỗi ngày 1 lần, 10 lần chiếu là 1 liệu trình. Nếu có sưng nóng đỏ đau nhiều, không áp dụng kỹ thuật này.

- Cấy chỉ: A thị huyết và huyết cận vùng đau. Công thức huyết tương tự điện châm. Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo. Chống chỉ định của cấy chỉ: Phụ nữ có thai; người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu, bệnh lý cấp cứu nội – ngoại khoa; dị ứng chỉ, nhiễm trùng vùng da cấy, đái tháo đường kiểm soát kém hoặc chưa đầy đủ.

- Bó thuốc cao ngải cứu: Liệu trình: Ngày 1 lần, 10 lần là 1 liệu trình. Nếu có sưng nóng đỏ đau nhiều, không áp dụng kỹ thuật này.

2. Thể Phong hàn thấp phạm kinh lạc

2.1. Triệu chứng: Đau gót chân nhiều có thể sưng chân to hạn chế đi lại, đau sưng nhiều về đêm, gặp lạnh, chất lưỡi hồng, mạch phù.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực.
- Vị trí bệnh: Kinh lạc
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân.

2.3. *Pháp trị*

Khu phong tán hàn trừ thấp thông kinh lạc.

2.4. *Phương*

a. *Điều trị bằng thuốc*

- Bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh

Độc hoạt	10-12g	Ngưu tất	10-12g
Tang ký sinh	10-12g	Thục địa	10-16g
Phòng phong	08-12g	Đương quy	10-12g
Quế chi	04-08g	Xuyên khung	08-12g
Tế tân	04-06g	Bạch thược	10-12g
Tần giao	06-10g	Cam thảo	04-06g
Đỗ trọng	12-16g	Đảng sâm (Nhân sâm)	10-12g
Bạch linh	10-12g		

- Bài thuốc PT5 (GS Bùi Chí Hiếu)

Lá lốt	08-16g	Cà gai leo	08-12g
Quế chi	08-12g	Thiên niên kiện	10-16g
Cỏ xước	08-12g	Thỏ phục linh	08-16g
Sài đất	08-16g	Hà thủ ô	12-16g
Sinh địa	12-16g		

- Gia giảm:

Hàn thắng: gia Thiên niên kiện 08-12g, Bạch chỉ 08-12g, Kinh giới 08-12g,

Thấp thắng: gia Thỏ phục linh 08-12g, Ngũ gia bì 08-12g, Tang chi 08-12g, Thương truật 08-12g, Cỏ xước 08-12g.

Phong thắng: gia Hy thiêm 08-12g, Tang chi 08-12g, Ngũ gia bì 08-12g.

Huyết ú: gia Đan sâm 08-12g, Tam thất 08-12g, Hồng hoa 08-12g, Khương hoàng 08-12g, Kê huyết đằng 08-12g.

b. *Điều trị bằng phương pháp không dùng thuốc*

- Điện châm: A thị huyết và các huyết trên đường kinh các huyết. Gồm:

Côn lân (BL60)	Kim môn (BL63)	Kinh cốt (BL64)
Thúc cốt (BL65)	Phục lưu (KI7)	Thái Khê (KI3)
Thủy tuyền (KI5)	Nhiên cốc (KI2)	Khâu khư (GB40)
Túc lâm khấp (GB41)	Phong phủ (GV16)	Phong môn (BL12)
Đại chùy (GV14)	Hợp cốc (LI4)	

Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Hồng ngoại: vùng gót chân. Liệu trình: Mỗi ngày 1 lần, 10 lần chiếu là 1 liệu trình

- Cây chỉ: A thị huyết và huyết cận vùng đau các huyết. Gồm: Thừa sơn (BL57), Kim môn (BL63), Kinh cốt (BL64), Thúc cốt (BL65), Phục lưu (KI7), Thái khê (KI3), Thủy tuyền (KI5), Nhiên cốt (KI2), Quang minh (GB37), Huyền chung (GB39), Khâu khư (GB40), Túc lâm khấp (GB41). Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo. Chống chỉ định của cây chỉ: Phụ nữ có thai; người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu, bệnh lý cấp cứu nội – ngoại khoa; dị ứng chỉ, nhiễm trùng vùng da cây, loét loét đường kiểm soát kém hoặc chưa đầy đủ.

- Bó thuốc cao ngải cứu: vùng gót chân. Liệu trình: Ngày 1 lần, 10 lần là 1 liệu trình

3. Thử Can Thận âm hư

3.1. Triệu chứng

Gót chân đau âm ỉ, không sưng không đỏ, hoặc hơi sưng nhẹ không thể đi đứng nhiều, kèm chứng mỏi lưng gối, chất lưỡi tối xám, mạch trầm tế.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.

- Vị trí bệnh: Tạng Can, Thận

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp trị

Tư âm Bổ can thận

3.4. Phương

a. Điều trị dùng thuốc

- Bài thuốc Tả quy thang

Thục địa	12-32g	Thỏ ty tử	08-12g
Hoài sơn	10-12g	Ngưu tất	08-12g
Sơn thù	10-12g	Tục đoạn	08-12g
Câu kỷ tử	08-12g	Quy bản	08-12g

- Bài thuốc Lục vị gia giảm

Thục địa	10-16g	Đơn bì	06-12g
Hoài sơn	10-12g	Bạch linh	06-12g
Sơn thù	10-12g	Trạch tả	06-12g

- Gia giảm:

Mạnh gân cốt: gia Ngưu tất 10-16g, Đỗ trọng 10-16g, Câu kỷ tử 08-12g, Địa cốt bì 10-16g, Tang ký sinh 10-16g, Địa cốt bì 10-16g, Cốt toái bồ 10-16g.

Mất ngủ: gia Lạc tiên 10-16g, Táo nhân 10-16g, Vông nôm 08-12g, Viễn chí 04-08g, Bá tử nhân 08-12g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Điện châm:

Thừa sơn (BL57)	Côn lân (BL60)	Kim môn (BL63)
Kinh cốt (BL64)	Thúc cốt (BL65)	Thủy tuyền (KI5)
Nhiên cốt (KI2)	Thận du (BL23)	Phục lưu (KI7)
Can du (BL18)	Tam âm giao (SP6)	Thái Khê (KI3)
Phi Dương (BL58)	Thái xung (LR3)	Quang minh (GB37)

Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Hồng ngoại: vùng gót chân. Liệu trình: Mỗi ngày 1 lần, 10 lần chiếu là 1 liệu trình.

- Cấy chỉ: Thừa sơn, Kim môn, Kinh cốt, Thúc cốt, Thủy tuyền, Nhiên cốt, Quang minh, Huyền chung, Khâu khư, Túc lâm khắp, Tam âm giao, Thái Khê, Phi dương, Thái xung, Quang minh. Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo. Chống chỉ định của cấy chỉ: Phụ nữ có thai; người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu, bệnh lý cấp cứu nội – ngoại khoa; dị ứng chỉ, nhiễm trùng vùng da cấy, đái tháo đường kiểm soát kém hoặc chưa đầy đủ.

- Bó thuốc cao ngải cứu: Liệu trình ngày 1 lần, 10 lần là 1 liệu trình.

4. Thể đàm thấp

4.1. Triệu chứng

Cảm giác đau âm ỉ, nặng nề tại vùng gót chân, gót chân có cảm giác nặng trĩu, tê bì hoặc hơi sưng nề nhẹ. Đau thường tăng lên khi thời tiết ẩm ướt, trời mưa hoặc khi nghỉ ngơi lâu (trạng thái tĩnh). Thường gặp ở người thể trạng béo, bụng to, lưỡi bệu có dầu răng, rêu lưỡi trắng dính hoặc nhờn.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.
- Vị trí bệnh: tạng Tỳ
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp trị

Kiện tỳ hóa đàm trừ thấp.

4.4. Phương

a. Điều trị dùng thuốc

- Bài thuốc: Nhị trần thang gia giảm

Bán hạ chế	10-12g	Trần bì	8-10g
Bạch linh	10-15g	Cam thảo	4-6g
Thương truật	10-12g	Ý dĩ nhân	15-20g
Ngưu tất (Bắc)	10-12g	Uy linh tiên	10-12g
Quế chi	6-8g		

- Gia giảm:

Nếu Thấp quá thịnh (Gót chân sưng nề rõ, nặng nề nhiều): Gia Trạch tả 10-12g hoặc Xa tiền tử 12-15g, Tỳ giải 10-12g.

Nếu có kèm theo Hàn (Gót chân lạnh, đau tăng khi gặp lạnh): Gia Can khương 4-6g; Phụ tử chế 4-8g.

Đàn kết thành khối (Gai xương gót rõ rệt trên X-quang): Gia Huyền sâm 10-12g, Mẫu lệ 12-15g

Nếu Tỳ hư nặng (Ăn kém, mệt mỏi, lưỡi bệu nhiều dầu răng): Gia Đảng sâm 12-15g hoặc Bạch truật 10-12g

Nếu đau nhiều (Huyết ứ trệ do đàm cản trở): Gia Đan sâm 10-12g, Xuyên khung 8-10g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Điện châm: A thị huyết và các huyết cận vùng đau. Gồm:

Côn lân (BL60)	Kim môn (BL63)	Kinh cốt (BL64)
Thúc cốt (BL65)	Thủy tuyền (KI5)	Nhiên cốc (KI2)
Âm lăng tuyền (SP9)	Túc Tam lý (ST36)	Tỳ du (BL20)
Phong long (ST40)	Công tôn (SP4)	Trung quản (CV12)

Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

- Hồng ngoại: vùng gót chân. Liệu trình: Mỗi ngày 1 lần, 10 lần chiếu là 1 liệu trình

- Cấy chỉ: A thị huyết và huyết cận vùng đau. Công thức huyết tương tự điện châm. Liệu trình: Mỗi 2 tuần/lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Tái khám và đánh giá lại trước khi thực hiện liệu trình tiếp theo. Chống chỉ định của cấy chỉ: Phụ nữ có thai; người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu, bệnh lý cấp cứu nội – ngoại khoa; dị ứng chỉ, nhiễm trùng vùng da cấy, đài tháo đường kiểm soát kém hoặc chưa đầy đủ.

- Bó thuốc cao ngải cứu: Liệu trình ngày 1 lần, 10 lần là 1 liệu trình

IV. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Điều trị thuốc

Điều kiện kết hợp Y học hiện đại: sử dụng trong giai đoạn cấp, liệu trình điều trị 01 tuần. Chọn một trong những thuốc sau:

- Giảm đau – kháng viêm:

Acetaminophen 500mg 01 viên x 2-3 lần uống.

Efferalgan codein (paracetamol 500mg + codein 30mg) 01 viên x 2-3 lần uống.

Etoricoxib 60mg 01 viên/ngày uống sau ăn.

Celecoxib 100mg 01 viên x 2 lần uống sau ăn hoặc Celecoxib 200mg 01 - 02 viên/ngày uống sau ăn.

Meloxicam 7,5mg 01 viên x 2 lần uống sau ăn hoặc Meloxicam 15mg 01 viên uống sau ăn.

Tenoxicam 20mg 01 viên/ ngày uống sau ăn.

- Hỗ trợ dạ dày:

Omeprazol 20mg 01 viên x 1-2 lần uống trước ăn 30 phút hoặc Esomeprazol 20mg 01 viên x 1-2 lần uống trước ăn 30 phút.

2. Vật lý trị liệu: chung cho các thể

Chọn theo thứ tự ưu tiên 1, 2, 3. Khi bệnh nhân giảm đau thì cho bệnh nhân thực hiện vận động trị liệu.

- Sóng xung kích kết hợp chườm lạnh 1-2 lần/tuần trong 5 tuần.

- Siêu âm trị liệu 1 lần/ ngày x 15 ngày (1 liệu trình), thực hiện 2-3 liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyệt thực hiện 1 lần/ ngày x 15 ngày (1 liệu trình), thực hiện 1-2 liệu trình.

3. Vận động trị liệu: (kéo giãn cơ sinh đôi, cơ dép, cân gan chân, cơ chày sau), thực hiện 1 lần/ ngày x 5 ngày (1 liệu trình), thực hiện 1- 2 liệu trình.

4. Phương pháp điều trị khác: Chỉnh hình bằng các thiết bị hỗ trợ để giúp phân phối áp lực lên chân đều hơn. Kỹ thuật tiêm gân gót bằng thuốc corticosteroid (biệt được Diprospan 1ml hoặc Depo-medrol) trong trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc chống viêm giảm đau và vật lý trị liệu. Phẫu thuật nội soi tách các cân gan chân từ xương gót chân (là lựa chọn cuối cùng khi thất bại với các điều trị khác).

5. Chế độ dinh dưỡng chăm sóc: Giảm cân nếu thừa cân béo phì, mang giày mềm gót bằng, tránh đi trên mặt sân cứng nhiều sỏi, mang thanh nẹp ban đêm.

6. Phân tầng điều trị

Điều trị ban đầu: Tập trung vào giảm triệu chứng sớm và bao gồm: Nghi ngơi, Chườm đá, Băng ép, Nâng cao chân, kéo giãn và sử dụng dụng cụ chỉnh hình.

Điều trị trung gian: Điều trị các trường hợp dai dẳng, bao gồm liệu pháp quang sinh học, liệu pháp sóng xung kích, tiêm c và các liệu pháp chuyên biệt như huyết tương giàu tiểu cầu, châm cứu.

Điều trị chuyên biệt: Dành cho các trường hợp khó điều trị, bao gồm các lựa chọn phẫu thuật như giải phóng cân gan chân nội soi.

Điều trị phẫu thuật cuối cùng: Can thiệp phẫu thuật chỉ được xem xét khi tất cả các phương pháp điều trị khác đã thất bại.

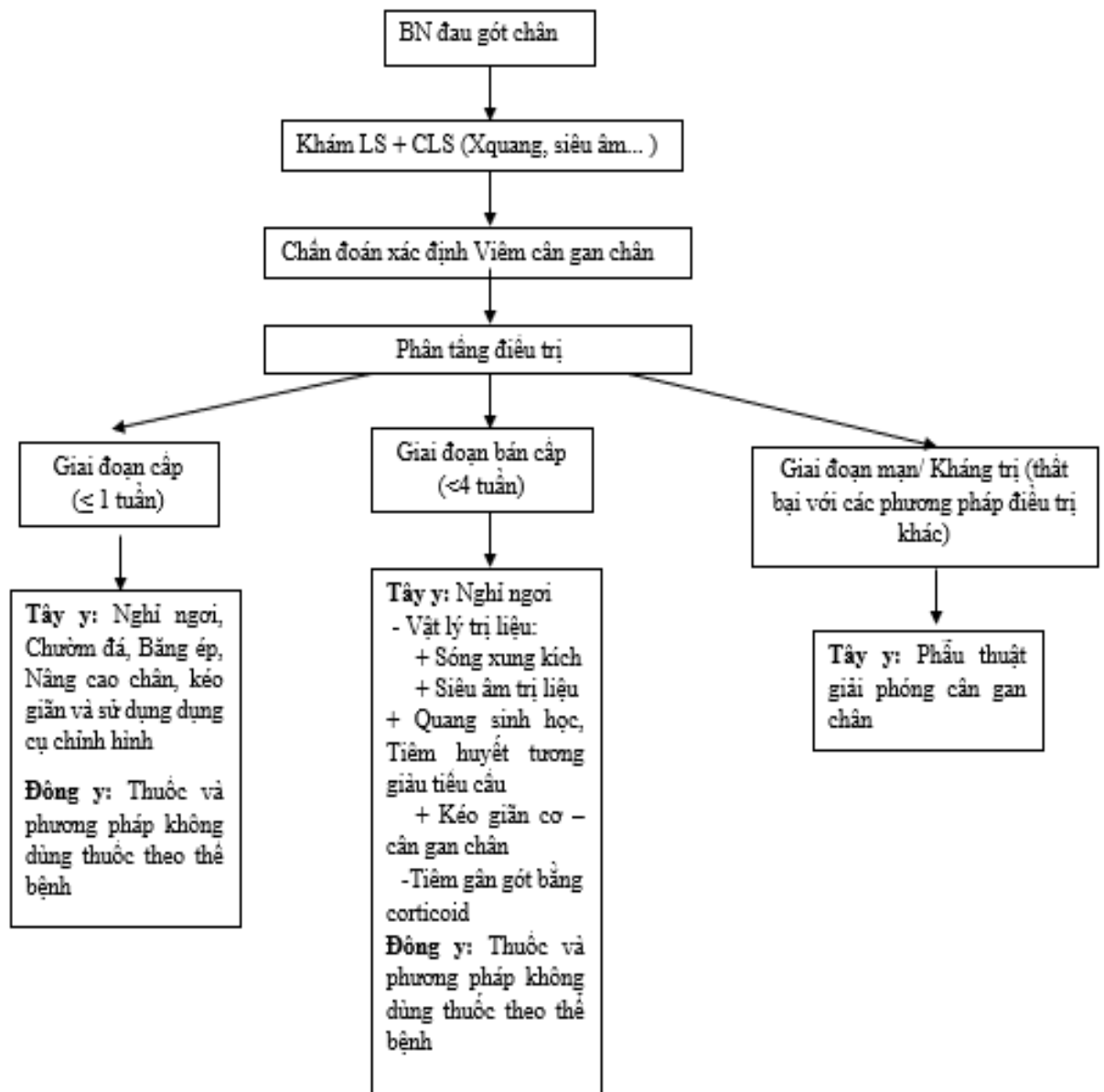
V. PHÒNG NGỪA

Giai đoạn cấp tính cần nghỉ ngơi, kê cao chi dưới. Khi triệu chứng cải thiện nên giảm đi lại, mang giày mềm; có thể đặt miếng đệm dày trong giày để giảm áp lực lên bàn chân.

Phụ lục
MÃ HOÁ BỆNH TẬT THEO ICD

M72.2 Viêm cân gan chân

Lưu đồ 1. Tiếp cận và điều trị Viêm cân gan chân theo YHHĐ và YHCT



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay (2022). Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây Y, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường (2008), Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc.
3. Trịnh Thị Diệu Thường (2019), Châm cứu học ứng dụng, NXB Y học, TP. Hồ Chí Minh
4. Martin, R. L., Davenport, T. E., Reischl, S. F., et al. (2014). Heel pain—plantar fasciitis: Revision 2014. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(11), A1–A33.
5. Kisner, C., Colby, L. A., & Borstad, J. (2017). *Therapeutic exercise: Foundations and techniques* (7th ed.). F.A. Davis.
6. Tien, C.H., Chiu, M.C., Shen, Y.L. et al. Comparative effectiveness of minimally invasive therapies for plantar fasciitis: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* 16, 9074 (2026). <https://doi.org/10.1038/s41598-026-40038-z>.
7. 光明中医函授大学, 中医骨伤科学, 1988, p 404, 光明中医函授大学
8. 黄桂成, & 王拥军, 中医骨伤科学 (新世纪第四版). 中国中医药出版社

11. VIÊM DA CƠ ĐỊA

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Y học hiện đại:

1.1. Định nghĩa:

Viêm da cơ địa (còn gọi là chàm thể tạng) là bệnh da viêm mạn tính, ngứa, hay tái phát, có tăng IgE, thường gặp ở người có tiền sử gia đình hen, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa. Bệnh thường xuất hiện ở trẻ em và có thể tồn tại suốt đời.

1.2. Cơ chế bệnh sinh:

- Bệnh gây ra bởi 3 yếu tố chính, bao gồm: môi trường, tổn thương hàng rào bảo vệ da, rối loạn đáp ứng miễn dịch

- Khi hàng rào bảo vệ da bị tổn thương (giảm nồng độ lipid trên da như ceramide, cholesterol, các acid béo cần thiết; thiếu lipid gian bào; tăng men tiêu protein nội sinh trên da), dẫn đến da khô, mất nước, tế bào da bị biến dạng, hậu quả là các tác nhân bên ngoài như dị nguyên, vi khuẩn dễ xâm nhập gây ra phản ứng viêm.

- Mất cân bằng đáp ứng miễn dịch điều hòa bởi Th1 và Th2. Ở giai đoạn cấp tính có hiện tượng tăng đáp ứng miễn dịch điều hòa bởi Th2, dẫn đến sản xuất IgE và các cytokine chống viêm như interleukin 4, 5, 13 chống lại sự xâm nhập của các tác nhân gây bệnh ngoại bào. Ở giai đoạn mạn tính có hiện tượng tăng đáp ứng miễn dịch điều hòa bởi Th1, dẫn đến sản xuất các cytokine tiền viêm đặc biệt là interferon gamma để tiêu diệt tác nhân gây bệnh nội bào.

- Các yếu tố môi trường làm bệnh khởi phát và nặng lên: dị nguyên như bọ, bụi nhà, lông súc vật, thức ăn (trứng, sữa, lạc, đậu tương, cá, bột mỳ); khí hậu hanh khô (bệnh thường nặng vào mùa đông, nhẹ vào mùa hè); điều kiện vệ sinh; tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*); tiêm vaccine; sử dụng xà phòng, chất tẩy rửa ...

1.3. Lâm sàng:

Đặc điểm lâm sàng theo giai đoạn bệnh:

- Giai đoạn cấp: sẩn hồng ban, mụn nước, rịn nước, đóng mủi
- Giai đoạn bán cấp: Hồng ban bề mặt đóng mủi, tróc vảy
- Giai đoạn mạn: mảng dày sừng, lichen hoá, tróc vảy

Bệnh viêm da cơ địa có các biểu hiện khác nhau tùy theo lứa tuổi.

a. Viêm da cơ địa ở trẻ nhũ nhi:

- Bệnh phát sớm khoảng 2-3 tháng sau sinh, thường cấp tính với các đám đỏ da, ngứa, sau đó xuất hiện nhiều mụn nước nông nhỏ như đầu đinh ghim tập trung thành từng đám, dễ vỡ, xuất tiết và đóng vảy tiết, có thể bội nhiễm, hạch lân cận sưng to.

- Vị trí hay gặp nhất là 2 má, có thể ở da đầu, trán, cổ, thân mình, mặt duỗi các chi. Khi trẻ biết bò có thể xuất hiện tổn thương ở đầu gối. Không thấy tổn thương ở vùng tả lót.

- Trẻ có thể dị ứng với một số thức ăn như sữa, hải sản, thịt bò, thịt gà. Khi không ăn các thức ăn gây dị ứng thì bệnh viêm da cơ địa giảm rõ rệt.

- Bệnh hay tái phát, mạn tính và rất nhạy cảm với các yếu tố như nhiễm trùng, mọc răng, tiêu chảy, thay đổi khí hậu hay môi trường sống.

- Hầu hết bệnh sẽ tự khỏi khi trẻ được 18-24 tháng.

b. Viêm da cơ địa ở trẻ em:

- Thường từ viêm da cơ địa nhũ nhi chuyển sang.

- Tổn thương là các sẩn đỏ, vết trợt, da dày, mụn nước khu trú hay lan tỏa cấp tính kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát.

- Vị trí hay gặp nhất là ở khoeo, nếp gấp khuỷu tay, mi mắt, hai bên cổ, cẳng tay, ở cổ có sạm da mạng lưới, ít khi ở mặt dưới các chi

- Bệnh thường trở nên cấp tính khi trẻ tiếp xúc với lông súc vật, gia cầm, mặc đồ len, dạ,...

- Nếu tổn thương trên 50% diện tích da, trẻ thường suy dinh dưỡng.

- Khoảng 50% sẽ khỏi khi trẻ được 10 tuổi.

c. Viêm da cơ địa ở thanh thiếu niên và người lớn

- Biểu hiện là mụn nước, sẩn đỏ dẹt, có vùng da mỏng trên mảng da dày, lichen hoá, ngứa. Vị trí hay gặp: nếp gấp khuỷu, khoeo, cổ, rốn, vùng da quanh mắt. Khi bệnh lan toả thì vùng nặng nhất là các nếp gấp.

- Viêm da lòng bàn tay, chân: gặp ở 20-80% người bệnh, có thể là dấu hiệu đầu tiên của viêm da cơ địa ở người lớn.

- Viêm da quanh mi mắt, chàm ở vú.

- Tiến triển mạn tính, ảnh hưởng nhiều bởi các dị nguyên, môi trường, tâm sinh lý người bệnh.

d. Các biểu hiện khác của viêm da cơ địa:

- Khô da: do tăng mất nước qua biểu bì.

- Da cá, dày da lòng bàn tay, bàn chân, dày sừng nang lông, lông mi thưa.

- Viêm môi bong vảy.

- Dấu hiệu ở mắt, quanh mắt: mi mắt dưới có thể có 2 nếp gấp, tăng sắc tố quanh mắt, viêm kết mạc tái diễn có thể gây lộn mi.

- Chứng da vẽ nổi.

e. Tiến triển và biến chứng:

- Khoảng 70% trẻ bị viêm da cơ địa sẽ khỏi khi lớn lên. Còn lại 30% kéo dài dai dẳng.

- Khoảng 30-50% người bệnh viêm da cơ địa sẽ xuất hiện thêm các bệnh dị ứng khác như viêm mũi dị ứng, hen phế quản.

1.4. Cận lâm sàng:

- IgE trong huyết thanh thường tăng.

- Mô bệnh học: thượng bì có xốp bào xen kẽ với hiện tượng á sừng, trung bì có sự xâm nhập của bạch cầu lympho, mono, dưỡng bào, có hoặc không có các tế bào ái kiềm. Trường hợp lichen hoá có hiện tượng tăng sản thượng bì.

- Test xác định dị nguyên.
- Các xét nghiệm khác giúp đánh giá biến chứng và theo dõi điều trị, chẩn đoán phân biệt nếu cần, soi tươi tìm nấm, công thức máu, sinh hóa máu, ...

1.5. Chẩn đoán xác định:

Có thể chẩn đoán xác định dựa vào một trong hai bộ tiêu chuẩn sau:

a. Tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka:

- Tiêu chuẩn chính (4 tiêu chuẩn):
 - + Ngứa
 - + Hình thái và vị trí tổn thương điển hình:
 - Lichen hoá ở các nếp gấp trẻ em hoặc thành dải ở người lớn;
 - Mụn nước tập trung thành đám ở mặt và mặt dưới các chi ở trẻ em và trẻ sơ sinh;
 - + Tổn thương viêm da mạn tính hoặc tái phát.
 - + Tiền sử cá nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng.
- Tiêu chuẩn phụ (23 tiêu chuẩn):

Khô da	Ban đỏ, ban xanh ở mặt
Vảy cá thông thường	Dày sừng quanh nang lông
Phản ứng da tức thì	Viêm kết mạc tái phát
Tuổi phát bệnh sớm	Nếp dưới mi mắt của Dennie Morgan
Dễ nhiễm trùng da	Ngứa khi bài tiết mồ hôi
Chàm nướu vú	Tăng IgE huyết thanh
Dị ứng thức ăn	Tăng sắc tố quanh mắt
Viêm kết mạc	Vảy phấn Alba
Giác mạc hình chớp	Viêm da bàn tay, bàn chân không đặc hiệu
Viêm môi	Đục thủy tinh thể dưới màng bọc trước
Nếp lằn cổ trước	Không chịu được len và chất hòa tan mỡ
Tiến triển bệnh có ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường và tinh thần	

Để chẩn đoán xác định cần phải có ≥ 3 tiêu chuẩn chính kết hợp với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ.

b. Tiêu chuẩn của Anh:

Ngứa da (bắt buộc)	
Ít nhất 3/5 triệu chứng	Hiện tại có tổn thương dạng chàm ở nếp gấp (nếp gấp khuỷu, hố khoeo, mặt trước cổ chân, cổ tay- trên 18 tháng; ở má, mặt dưới chi- dưới 18 tháng)
	Tiền sử cá nhân có tổn thương dạng chàm ở các vị trí như trên
	Tiền sử cá nhân có khô da trong ít nhất 12 tháng
	Tiền sử cá nhân bị hen hoặc viêm mũi xoang dị ứng (hoặc tiền sử gia đình có bố mẹ/anh chị em bị hen/viêm mũi xoang dị ứng nếu trẻ dưới 4 tuổi)
	Khởi phát sớm, dưới 2 tuổi (tiêu chí này không áp dụng cho trẻ dưới 4 tuổi)

1.6. Chẩn đoán phân biệt:

- Chàm vi trùng
- Viêm da dầu
- Viêm da tiếp xúc
- Ghẻ
- Rôm sảy
- Nấm da.

1.7. Đánh giá mức độ nặng của bệnh:

a. *Dựa theo thang điểm SCORAD (scoring atopic dermatitis)*: do nhóm chuyên gia châu Âu gồm 30 người đưa ra năm 1993. Đánh giá dựa vào 3 yếu tố:

- Độ lan rộng của tổn thương (A).
- Mức độ tổn thương (B).
- Mức độ ngứa và mất ngủ tính cho 3 ngày gần nhất (C): theo thang điểm từ 1 -

10.

- **A**: Tính theo quy luật số 9 để ước lượng % diện tích da bị tổn thương.

Đầu mặt cổ	9%
Chi trên (2 tay)	$9\% \times 2 = 18\%$
Thân trước	18%
Thân sau	18%
Chi dưới (2 chân)	$18\% \times 2 = 36\%$
Bộ phận sinh dục	1%

- **B**: mức độ tổn thương

Triệu chứng	Mức độ nặng (Từ 0 - 3 điểm)
Ban đỏ (erythema)	Cách tính điểm B : Cộng tổng điểm của 6 triệu chứng trên. <i>(Ví dụ: Đỏ 2 + Phù 1 + Rỉ dịch 0 + Xước 2 + Lichen 3 + Khô 2 = 10 điểm).</i>
Phù/sần (edema/papulation)	
Tiết dịch/vảy tiết (oozing/crust)	
Xước da (excoriation)	
Lichen hóa (lichenisation)	
Khô da (dryness): vùng da lành	

Chấm tại 1 vùng tổn thương điển hình nhất (representative lesion) → thường là vùng nặng và đặc trưng nhất của bệnh nhân tại thời điểm đánh giá.

- Bệnh nhân (hoặc người nhà) tự đánh giá dựa trên cảm nhận trong 3 ngày (đêm) gần nhất theo thang điểm VAS (thước đo trực quan) từ 0 đến 10.

+ Mức độ ngứa (Pruritus): Từ 0 (không ngứa) đến 10 (ngứa không chịu nổi).

+ Mức độ mất ngủ (Sleep loss): Từ 0 (ngủ ngon) đến 10 (mất ngủ hoàn toàn do ngứa).

Cách tính điểm C: Điểm Ngứa + Điểm Mất ngủ.

- Công thức tính như sau: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$

Điểm SCORAD từ 0 - 103. Mức độ nặng của bệnh nhẹ, trung bình, nặng tương ứng $SCORAD < 25$, $25 - 50$, > 50

b. *Dựa theo Nhật bản 2021*:

Nhẹ	Chỉ ghi nhận các tổn thương nhẹ, không phụ thuộc vào diện tích vùng da bị ảnh hưởng.
Trung bình	Các tổn thương kèm viêm nặng được ghi nhận trên dưới 10% diện tích bề mặt cơ thể.
Nặng	Các tổn thương kèm viêm nặng được ghi nhận trên từ 10% đến dưới 30% diện tích bề mặt cơ thể.
Rất nặng	Các tổn thương kèm viêm nặng được ghi nhận trên từ 30% diện tích bề mặt cơ thể trở lên.

- Tổn thương nhẹ: Các sang thương chủ yếu biểu hiện bằng ban đỏ nhẹ, da khô hoặc bong vảy

- Tổn thương kèm viêm nặng: Các sang thương có biểu hiện ban đỏ, sần, trợt da, thâm nhiễm *hoặc lichen hóa*.

1.8 Điều trị theo hướng dẫn của châu Âu 2018:

Nhẹ SCORAD < 25 hoặc bệnh thoáng qua	- Điều trị đợt cấp bằng Corticosteroid thoa loại trung bình hoặc thuốc ức chế calcineurin,
Vừa SCORAD 25 - 50 hoặc bệnh tái phát	- Điều trị dự phòng bằng thuốc ức chế calcineurin hoặc Corticosteroid bôi loại trung bình hoặc loại mạnh. - Băng ẩm. - NBUVB, UVA1 liều trung bình - Tâm lý, khí hậu.
Nặng SCORAD > 50 hoặc bệnh dai dẳng	- Nhập viện. - Thuốc ức chế miễn dịch: cyclosporin A, Corticosteroid toàn thân ngắn ngày, dupilumab, methotrexat, azathioprin, MMF, PUVA, alitretinoin
Điều trị cơ bản	Giáo dục, dưỡng ẩm, dầu pha tắm, loại bỏ yếu tố kích thích nếu được khẳng định bằng test dị ứng (mặt nhà, thức ăn...).

1.9. Biến chứng

- Để lại sẹo ảnh hưởng đến thẩm mỹ.
- Ngứa có thể ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống bệnh nhân
- Bội nhiễm vi khuẩn, virus: viêm da cơ địa chốc hóa, eczema herpeticum, nhiễm eczema Cocksackie (tổn thương giống herpes)
- Biến chứng đỏ da toàn thân.

2. Y học cổ truyền:

YHCT mô tả bệnh chàm trong phạm vi chứng Tiền (dày da), Thấp sang (da chảy nước). Cước sang (da bong tróc) là một loại sang thương mà mặt trên chứa nhiều mụn nước, có hiện tượng tăng sừng hóa, trở nên sùi hoặc tróc vảy còn xung quanh thì đỏ - nề - ngứa.

Trên lâm sàng thường gặp ba loại bệnh cảnh:

- Viên tiền (Kim tiền tiền) do thấp nhiệt xâm nhập bì phu do truyền nhiễm, mọc nhiều ở vùng nách, háng, đùi tương đương với chàm do nấm, do viêm nhiễm
- Nguru bì tiền: tương ứng với chàm mạn tính do phong thấp nhiệt uất ở bì phu hoặc huyết hư sinh táo bệnh.

- Nãi tiền: do thể chất mẫn cảm, phong thấp tà xâm nhập xung đột với khí huyết mà phát bệnh.

Dựa vào vị trí của chàm mà gọi tên như chàm mọc ở tai gọi là Hoàn nhĩ sang, ở vú gọi là Nhũ đầu phong, ở rốn gọi là Tề phong sang, ở vùng khoeo chân gọi là Tứ oan phong.

I. 3. MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

3.1. Mã ICD-10 theo y học hiện đại:

L20 Viêm da cơ địa

3.2. Mã ICD-10 theo y học cổ truyền:

U61.191 Thấp chân;

U61.192 Ban chân;

U61.193 Phong chân;

U61.194 Huyết phong sang.

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

- Tiên thiên bất túc: Do bẩm sinh không đầy đủ, tà khí dễ xâm nhập mà phát bệnh.

- Ngoại tà xâm nhập: Vệ khí không cố được biểu nên ngoại tà đặc biệt là phong hàn, phong nhiệt xâm nhập và tắc trở ở bì phu mà phát bệnh.

- Ăn uống không đúng: Do ăn uống nhiều đồ hải sản, đồ cay nóng... dẫn tới công năng tỳ vị bị ảnh hưởng, thấp nhiệt nội sinh mà hóa phong nhiệt, hay do ăn uống không sạch làm tích tụ lại ở tỳ vị lâu ngày sinh thấp nhiệt ảnh hưởng tới bì phu.

- Tình chí nội thương: Do tình chí tổn thương dẫn tới âm dương mất thăng bằng, doanh vệ không điều hòa mà phát bệnh.

- Khí huyết hư nhược: Do mắc bệnh lâu ngày hay do bản chất hư nhược hoặc Xung Nhâm không điều hòa, dẫn đến khí huyết hư. Khí hư không có được biểu thừa cơ tà khí xâm nhập, huyết hư làm hư nhiệt sinh phong, bì phu không được nuôi dưỡng mà sinh bệnh.

II. III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Thấp nhiệt phạm bì phu: thể này thường tương ứng với khởi đầu giai đoạn cấp.

1.1 Triệu chứng: Do phong phối hợp với nhiệt và thấp; lúc đầu thấy da hơi đỏ, ngứa rồi sau một thời gian ngứa nổi cục, mụn nước, loét, chảy nước vàng.

1.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Thấp chân

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt

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

1.3. Pháp: Thanh nhiệt hóa thấp

1.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Thanh nhiệt hóa thấp thang gia giảm hoặc Tiêu phong đạo xích thang

Bài thuốc 1: Thanh nhiệt hóa thấp thang gia giảm

Hoàng cầm	12g	Khô sâm	12g
Hoàng bá	12g	Sinh địa	20g
Bạch linh	12g	Kim ngân hoa	20g
Hoạt thạch	20g	Đạm trúc điệp	16g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Bài thuốc 2: Tiêu phong đạo xích thang

Ngưu bàng tử	12g	Mộc thông	12g
Sinh địa	16g	Hoàng bá	12g
Bạc hà	04g	Hoàng liên	12g
Bạch tiễn bì	08g	Bạch linh	08g
Xa tiền	12g	Khô sâm	12g
Thương truật	08g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Lưu ý: đối với trẻ em cần cân trọng trong việc dùng các thuốc thanh nhiệt tiêu độc, thuốc đắng lạnh trong thời gian dài vì dễ gây tổn thương Tỳ Vị.

- *Bài thuốc dùng ngoài:*

Thành phần: Sa sàng tử 100 g, Tô mộc 100 g, Lá ổi 100 g. Đem nấu với nước, sau đó ngâm rửa tại chỗ tổn thương.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

c. Điều trị không dùng thuốc (Châm cứu)

Tên huyệt	Nguyên tắc	Tác dụng	Kỹ thuật
Phong long (ST40)	Đặc hiệu	Trừ đàm thấp	Tả
Khúc trì (LI11)	Đặc hiệu	Thanh nhiệt	
Hợp cốc (LI4)	Đặc hiệu		

Lưu ý: Thận trọng khi sử dụng phương pháp châm cứu ở trẻ nhỏ và phải có sự đồng ý của người giám hộ.

2. Thễ Phong nhiệt phạm bì phu: thể này tương ứng với giai đoạn cấp hoặc bán cấp.

2.1. Triệu chứng: Da hơi đỏ, có mụn nước, phát ra toàn thân, ngứa gãi chảy nước, ít loét.

2.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Phong chẩn
- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong nhiệt)

2.3. Pháp: Sơ phong, thanh nhiệt.**2.4. Phương:**

a. Điều trị bằng thuốc thang: Tiêu phong tán hoặc Long đờm tả can thang gia giảm

Bài thuốc 1: Tiêu phong tán

Kinh giới	12g	Khô sâm	12g
Phòng phong	12g	Sinh địa	16g
Ngưu bàng tử	12g	Tri mẫu	08g
Thuyền thoái	06g	Mộc thông	12g
Thạch cao	20g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Bài thuốc 2: Long đờm tả can thang gia giảm

Long đờm thảo	08g	Xa tiền	08g
Hoàng cầm	08g	Trạch tả	12g
Chi tử	08g	Sài hồ	08g
Mộc thông	08g	Sinh địa	12g
Thuyền thoái	06g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Lưu ý: đối với trẻ em cần cẩn trọng trong việc dùng các thuốc thanh nhiệt tiêu độc, thuốc đắng lạnh trong thời gian dài vì dễ gây tổn thương Tỳ Vị.

- *Bài thuốc dùng ngoài:*

Thành phần: lá Xoài 50 g, Kinh giới 100 g, Muối sống 50 g

Cách dùng: nấu bài thuốc xông hơi vùng da bệnh, sau đó lấy nước thuốc tắm để giảm ngứa.

Lưu ý: Không dùng trên vùng trợt loét, bội nhiễm nặng, quanh mắt, trẻ nhũ nhi.

b. *Thuốc thành phẩm:*

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

c. *Điều trị không dùng thuốc (Châm cứu)*

Tên huyệt	Nguyên tắc	Tác dụng	Kỹ thuật
Đại chùy (GV14)	Đặc hiệu	Giải biểu	Tả
Phong trì (GB20)	Đặc hiệu	Khu phong, giải biểu	
Khúc trì (LI11)	Đặc hiệu	Thanh nhiệt	

Hợp cốc (LI4)	Đặc hiệu		
---------------	----------	--	--

Lưu ý: Thận trọng khi sử dụng phương pháp châm cứu ở trẻ nhỏ và phải có sự đồng ý của người giám hộ.

3. Thể Huyết hư phong táo: thể này thường gặp ở giai đoạn mạn tính, do bệnh lâu ngày làm hao tổn âm huyết.

3.1. Triệu chứng: Da dày thô, khô, ngứa, nổi cục, có mụn nước, hay gãi ở đầu, mặt, cổ chân, cổ tay, khuỷu tay, đầu gối.

3.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Huyết phong sang
- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân

3.3. Pháp: Khu phong, dưỡng huyết, nhuận táo.

3.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Tứ vật tiêu phong âm gia giảm hoặc Nhị diệu thang gia giảm

Bài thuốc 1: Tứ vật tiêu phong âm gia giảm

Thục địa	16g	Thuyền thoái	06g
Sinh địa	16g	Thương truật	12g
Đương quy	12g	Kinh giới	16g
Bạch thược	12g	Phòng phong	12g
Khô sâm	08g	Địa phu tử	12g
Bạch tật lê	08g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Bài thuốc 2: Nhị diệu thang gia giảm

Hoàng bá	12g	Phòng phong	08g
Ké đầu ngựa	12g	Phù bình	12g
Hy thiêm	12g	Bạch tiền bì	12g
Thương truật	08g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Lưu ý: đối với trẻ em cần cân trọng trong việc dùng các thuốc thanh nhiệt tiêu độc, thuốc đắng lạnh trong thời gian dài vì dễ gây tổn thương Tỳ Vị.

b. Thuốc dùng ngoài

- Thuốc mỡ:

Xuyên hoàng liên: 04g

Hồng đơn: 04g

Hồng hoa: 04g

Chu sa: 04g

Cách dùng: Tán bột hòa với mỡ trăn bôi vào vết Chàm.

- Thuốc bôi: vỏ Núc nác, Nghệ vàng

Chủ trị: Chàm trẻ em.

- Thuốc rửa:

Lá Ôi: 100 g

Lá Kinh giới: 100 g

Cách dùng: Đun sôi rửa vết thương, sau đó bôi thuốc mỡ.

Lưu ý: Không dùng trên vùng trợt loét, bội nhiễm nặng, quanh mắt, trẻ nhũ nhi.

c. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

d. Điều trị không dùng thuốc (Châm cứu)

Tên huyết	Nguyên tắc	Tác dụng	Kỹ thuật
Cách du (BL17)	Đặc hiệu	Bồ huyết	Bồ
Huyết hải (SP10)	Đặc hiệu		
Phong trì (GB20)	Đặc hiệu	Khu phong, giải biểu	Tả

Lưu ý: Thận trọng khi sử dụng phương pháp châm cứu ở trẻ nhỏ và phải có sự đồng ý của người giám hộ.

4. Thử Tỳ hư thấp uẩn: Thử này thường gặp ở trẻ suy dinh dưỡng, tương ứng với giai đoạn bán cấp, tái phát lâu ngày

4.1. Triệu chứng: Tại vùng da tổn thương có thể thấy các sẩn hoặc sẩn mụn nước, màu da hơi tối, có vảy, rỉ dịch ít và ngứa nhiều. Ăn uống kém, mệt mỏi, chướng bụng, đi ngoài phân lỏng, sắc mặt vàng. Chết lưỡi nhợt bệu, rìa lưỡi có hằn dấu răng, rêu lưỡi trắng nhờn, mạch hoạt.

4.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Thấp chẩn

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân

4.3. Pháp: Kiện Tỳ lợi thấp, khu phong.

4.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc thang: Trừ thấp vị linh thang gia giảm

Bài thuốc: Trừ thấp vị linh thang gia giảm

Bạch truật	08g	Chi tử	08g
Cam thảo	04g	Thương truật	08g
Hậu phác	08g	Trạch tả	08g
Hoạt thạch	08g	Phòng phong	08g
Mộc thông	08g	Trần bì	08g
Nhục quế	04g	Trư linh	08g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Lưu ý: đối với trẻ em cần cân trọng trong việc dùng các thuốc thanh nhiệt tiêu độc, thuốc đắng lạnh trong thời gian dài vì dễ gây tổn thương Tỳ Vị.

b. Thuốc thành phẩm:

Các thuốc thành phẩm có thành phần và hàm lượng dược liệu, vị thuốc cổ truyền đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt theo các quy định pháp luật hiện hành.

5. Gia giảm chung cho các bài thuốc:

- Nếu da dày, vảy nhiều, chất lưỡi tím gia: Đan sâm, Nga truật, Kê huyết đằng, Ích mẫu thảo, Xuyên khung.

- Ngứa nhiều gia: Phòng phong, Bèo cái, Khô sâm, Thuyền thoái.

- Thấp nhiều gia: Tỳ giải, Ý dĩ, Thổ phục linh.

Lưu ý chung: Tùy theo triệu chứng của người bệnh cần cá thể hóa và theo dõi điều trị chặt chẽ để điều chỉnh thuốc phù hợp.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI.

1. Nguyên tắc phối hợp đông - tây y trong điều trị viêm da cơ địa

- Kết hợp Y học hiện đại (YHHĐ) để chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ bệnh và xử lý các đợt cấp tính, bội nhiễm.

- Kết hợp Y học cổ truyền (YHCT) để điều trị căn nguyên, điều hòa tạng phủ, nâng cao thể trạng và hạn chế tái phát trong giai đoạn mạn tính.

2. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tùy theo giai đoạn, mức độ bệnh.

- Dùng các sản phẩm chăm sóc da, dưỡng ẩm thường xuyên, duy trì.

- Tư vấn cho người bệnh và gia đình biết cách điều trị và phòng bệnh.

3. Điều trị cụ thể

3.1. Điều trị tại chỗ:

- Lựa chọn dạng bào chế thuốc phù hợp với giai đoạn bệnh.

+ Giai đoạn cấp tính: Đắp liên tục vào tổn thương bằng các loại dung dịch như Jarish, nước muối sinh lý 0.9%.

+ Giai đoạn bán cấp: dùng các loại hồ.

+ Giai đoạn mạn tính: dùng các loại thuốc dạng kem hoặc dạng mỡ.

- Các thuốc bôi tại chỗ:

+ Corticosteroid được dùng nhiều trong điều trị viêm da cơ địa.

Trẻ dưới 3 tháng tuổi dùng loại hoạt tính yếu.

Trẻ từ 3 tháng tuổi: có thể dùng các loại có hoạt tính yếu đến trung bình.

Trẻ trên 2 tuổi và người lớn có thể dùng các loại corticosteroid có hoạt tính mạnh hơn tùy tình trạng bệnh.

Lưu ý: với tổn thương vùng da mỏng, nhạy cảm như mặt dùng mỡ corticosteroid

nhẹ hơn, ít ngứa, còn vùng da dày, lichen hoá thì dùng loại mạnh hơn để giảm ngứa, giảm viêm.

+ Corticosteroid bôi 1 lần/ngày và cần giảm liều một cách từ từ, tránh tái phát. Với vùng da mỏng như mặt, các nếp gấp thời gian bôi thuốc thường không quá 10 ngày liên tục. Với các vùng da dày có thể bôi kéo dài đến khi tổn thương ổn định thì giảm liều dần. Khuyến cáo sử dụng ngắt quãng Corticosteroide bôi tại chỗ hoạt lực trung bình 2-3 lần/ tuần.

+ Khi dùng corticosteroid bôi tại chỗ cần chú ý các tác dụng phụ trên da như mỏng da, teo da, viêm nang lông, trứng cá, giãn mạch, xuất huyết, bội nhiễm nấm-virus...

+ Thuốc bạt sừng bong vảy như mỡ salicylic 5%, 10%, mỡ goudron, ichthyol, crysophanic trong trường hợp vảy dày, lichen hóa nặng.

+ Thuốc chẹn calcineurin: rất hiệu quả đối với viêm da cơ địa và hạn chế được các tác dụng phụ của corticosteroid trên da, tuy nhiên thuốc đắt tiền và hay gặp kích ứng da trong thời gian đầu sử dụng, thường sử dụng sau đợt điều trị corticosteroid tại chỗ. Tacrolimus 0,03% chỉ định cho trẻ từ 2 đến 16 tuổi. Tacrolimus 0,1% chỉ định cho bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Tacrolimus bôi 2 lần/ngày đến khi tổn thương ổn định hoàn toàn thì duy trì bôi thêm ít nhất 4 đến 8 tuần để tránh tái phát.

+ Chất ức chế PDE-4 tại chỗ (Crisaborole 2%) được chỉ định trong thể nhẹ và trung bình và được sử dụng như một liệu pháp thay thế cho Corticosteroid bôi và thuốc chẹn calcineurin, có hiệu quả giảm viêm, giảm ngứa tốt, có tác dụng phụ nóng rát, châm chích nhẹ tại vị trí bôi.

+ Chất ức chế JAK tại chỗ (Ruxolitinib 1,5%) được chỉ định trong thể nhẹ và trung bình ở bệnh nhân 12 tuổi trở lên. Vùng da điều trị không được vượt quá 20% diện tích bề mặt cơ thể và tối đa chỉ bôi 60g/ tuần.

3.2. Điều trị toàn thân:

- Kháng histamin H1: dùng khi bệnh nhân có biểu hiện ngứa. Kháng histamin không phải điều trị chính của viêm da cơ địa, chỉ có tác dụng hỗ trợ (đặc biệt loại an thần giúp ngủ).

- Kháng sinh trong trường hợp có nhiễm khuẩn đặc biệt là tụ cầu vàng, liên cầu. Cho kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 1 hoặc amoxicillin kết hợp acid clavulanic là tốt nhất, cho một đợt từ 10-14 ngày. Chú ý: Chỉ dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng lâm sàng rõ (mủ, vàng mật ong, CRP tăng...), tránh lạm dụng kháng sinh.

- Corticosteroid: Corticosteroide đường toàn thân không phải lựa chọn ưu tiên, cần chú ý hiện tượng dội ngược và tác dụng phụ của TNCorticosteroide, có thể được chỉ định trong thời gian ngắn khi bệnh bùng phát nặng, không dùng thuốc kéo dài. Thường cho liều tương đương 0,5-1mg prednisolon/kg cân nặng trong 3 đến 7 ngày đầu khi cần khống chế nhanh tình trạng bệnh, sau đó cắt corticosteroid toàn thân chỉ dùng thuốc tại chỗ hoặc chuyển sang các thuốc toàn thân khác.

- Liệu pháp ánh sáng: NB-UVB hoặc UVAI

- Các thuốc khác được chỉ định trong trường hợp bệnh dai dẳng, tái phát nhiều, không đáp ứng với các điều trị trên:

+ Cyclosporin A liều 3-5mg/kg/ngày dùng 4 đến 8 tuần hoặc lâu hơn cho đến khi bệnh ổn định.

+ Methotrexat 10-25 mg/tuần, dùng 2-4 tháng hoặc lâu hơn tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân.

+ Thuốc sinh học dupilumab (thuốc ức chế IL-4 và IL-13):

Người lớn dùng liều 300mg- 600mg mỗi 2 tuần

Trẻ em trên 6 tuổi liều tính theo cân nặng:

Cân nặng từ 60kg trở lên: liều khởi đầu 600mg sau đó duy trì 300mg mỗi 2 tuần

Cân nặng từ 30 đến 59kg: liều khởi đầu 400mg sau đó duy trì 200mg mỗi 2 tuần.

Cân nặng từ 15 đến 29kg: liều khởi đầu 600mg sau đó duy trì 300mg mỗi 4 tuần

Trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 5 tuổi liều tính theo cân nặng:

Cân nặng từ 5 đến 15kg dùng liều 200mg mỗi 4 tuần

Cân nặng từ 15 đến 30kg dùng liều 300mg mỗi 4 tuần

+ Thuốc sinh học tralokinumab (thuốc ức chế IL13) 300mg-600mg mỗi 2 tuần (chỉ dùng cho người lớn).

+ Thuốc ức chế JAK: baricitinib 4mg/ngày (chỉ dùng cho người lớn) hoặc upadacitinib 15mg-30mg/ ngày (trẻ từ 12 tuổi trở lên).

3.3. Các phương pháp điều trị hỗ trợ

- Tắm, Sữa tắm: Tắm hàng ngày bằng nước ấm với các sản phẩm làm sạch dịu nhẹ. Nên lựa chọn sữa tắm ít kích ứng, không có chất mùi. Các loại sữa tắm có tính chất dưỡng ẩm nên được lựa chọn. Tắm ở nhiệt độ khoảng 27 - 30°C, không ngâm quá 5 phút. Khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn có thể tắm bằng dung dịch NaHClO 0,005% hoặc nước muối nồng độ pha loãng 1 - 30%.

- Dưỡng ẩm: Thành phần dưỡng ẩm thông thường: các loại dưỡng ẩm:

Loại dưỡng ẩm	Thành phần
Chất băng bịt	Petrolatum, mineral oil, paraffin, squalene, propylen glycol, lanolin...
Chất hút ẩm	AHA, glycerin, HA, propylen glycol, sorbitol, đường, urea
Chất làm mềm	Dimethicone, castor oil, propylene glycol, jojoba oil, isostearyl isostearate...
Phục hồi hàng rào bảo vệ	Ceramide, cholesterol, acid béo

+ Ure có thể gây kích ứng và rối loạn chức năng thận ở trẻ nhỏ, vì thế không khuyến cáo dùng cho trẻ nhỏ (nếu dùng ure cho trẻ nhỏ phải sử dụng nồng độ thấp). Propylene glycol cũng dễ gây kích ứng ở trẻ dưới 2 tuổi nên cũng không khuyến cáo dùng cho trẻ em.

+ Dưỡng ẩm chứa các dị nguyên dễ gây dị ứng như dầu lạc, lúa mạch, lanolin, methylisothiazoline không nên sử dụng. Dầu dừa tự nhiên cũng không khuyến cáo.

+ Các loại dưỡng ẩm mới chứa chất hoạt động có tác dụng chống viêm như saponins, flavonoids, riboflavins, ichthammol được khuyến cáo sử dụng.

+ Dưỡng ẩm nên sử dụng sau tắm 5-10 phút, có thể sử dụng sớm sau sinh cho trẻ có yếu tố nguy cơ cao bị viêm da cơ địa có thể làm giảm tỷ lệ bị viêm da cơ địa về sau.

+ Dưỡng ẩm bôi ít nhất 2 lần/ngày, bôi đủ lượng cần thiết với người lớn ít nhất 250 g/tuần, trẻ em khoảng 100 g/tuần

+ Dưỡng ẩm cần bôi duy trì lâu dài để hạn chế tái phát.

4. Các phương pháp khác:

- Người có viêm da dị ứng/viêm da tiếp xúc cần được theo dõi và quản lý để phòng tránh tiếp xúc lại với chất gây dị ứng bằng mọi cách, nhất là tại nơi làm việc. Nếu không được thì cần sử dụng các biện pháp bảo hộ lao động để hạn chế đến mức thấp nhất sự tiếp xúc với dị nguyên.

- Phát hiện và điều trị các bệnh dị ứng kèm theo như hen, viêm mũi dị ứng và điều trị các ổ nhiễm khuẩn về răng, tai mũi họng.

- Thông báo danh sách một số sản phẩm, dị nguyên thường gây bệnh để người bệnh biết cách phòng tránh tiếp xúc.

- Loại bỏ các yếu tố kích thích:

+ Thuốc lá, volatile organic compounds (VOCs) (hợp chất hữu cơ dạng hơi) có trong không khí ô nhiễm môi trường làm tăng nguy cơ xuất hiện và nặng thêm viêm da cơ địa ở trẻ em.

+ Mạt bụi nhà: thường thấy ở đệm, trong phòng ngủ. Nên vệ sinh đệm, phòng ngủ thường xuyên. Với đệm có thể bọc lại để tránh phát tán mạt bụi nhà ra không khí

+ lông động vật, đặc biệt là mèo có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện và nặng thêm viêm da cơ địa ở trẻ nhỏ. cần cho trẻ tránh tiếp xúc với mèo.

+ Thức ăn: thức ăn liên quan đến viêm da cơ địa có liên quan nhiều viêm da cơ địa ở trẻ em. Thức ăn có thể liên quan đến viêm da cơ địa chia thành 3 type:

Type cấp tính xuất hiện trong vòng vài giờ sau khi ăn, biểu hiện giống mề đay

Type chậm xuất hiện trong vòng 6-48 giờ sau khi ăn, biểu hiện làm nặng thêm viêm da cơ địa hoặc bùng phát viêm da cơ địa.

Type thứ 3 là hỗn hợp 2 loại trên. Có các cách đánh giá dị ứng thức ăn: test lấy da, đo nồng độ IgE sau khi ăn, test áp cho viêm da cơ địa, test thử qua đường uống. Các loại thức ăn hay gây dị ứng nhất là trứng gà, sữa bò, lạc, đỗ, hạnh nhân, cá.

+ Quần áo làm từ vải tổng hợp như nylon, polyester làm giảm thoát mồ hôi có thể làm nặng thêm viêm da cơ địa. Quần áo từ lông động vật như len dễ gây dị ứng cũng nên tránh. Nên chọn quần áo từ cotton hoặc tơ. Có nhiều bằng chứng chứng minh rằng các loại vải trên được bọc bằng bạc có tác dụng chống nhiễm khuẩn giúp cải thiện viêm da cơ địa.

V. PHÒNG BỆNH.

- Duy trì sữa tắm dưỡng ẩm, kem dưỡng ẩm, tăng cường bôi kem dưỡng ẩm khi thời tiết hanh khô, ít nhất 2-3 lần mỗi ngày.

- Tắm nước ấm, không quá nóng, không quá lạnh, nhiệt độ < 36°C, ngay sau khi tắm xong bôi thuốc ẩm da, dưỡng da.

- Giảm các yếu tố khởi phát: giữ phòng ngủ thoáng mát, tránh tiếp xúc lông gia súc, gia cầm, len, dạ, giảm bụi nhà, giảm stress, nên mặc đồ vải cotton.

- Ăn kiêng chỉ áp dụng cho trường hợp bệnh nặng, trẻ nhỏ, khi đã xác định rõ loại thức ăn gây kích thích.

- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh kiến thức về bệnh, yếu tố khởi động, quan điểm điều trị, lợi ích và nguy cơ.

- Tư vấn cho những người có yếu tố gia đình các biện pháp phòng bệnh.

Phụ lục

SƠ ĐỒ QUẢN LÝ VIÊM DA CƠ ĐỊA:

1. Đánh giá và Giáo dục ban đầu

- Đánh giá tiền sử bệnh, độ lan rộng và mức độ nghiêm trọng.
- Đánh giá tác động đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gánh nặng đối với gia đình.
- Giáo dục bệnh nhân/người chăm sóc về cách chăm sóc da, loại bỏ các yếu tố kích hoạt/làm trầm trọng bệnh(*), và cách sử dụng Corticosteroid bôi ngoài da (TCS) an toàn.
- Hướng dẫn bệnh nhân/người chăm sóc sử dụng chất làm mềm da (dưỡng ẩm) một cách tự do, nhiều lần mỗi ngày.

2. Phân loại và Điều trị theo mức độ:

A. Viêm da cơ địa nhẹ:

- Sử dụng TCS hiệu lực thấp lên vùng da bị ảnh hưởng, một lần mỗi ngày trong hai đến bốn tuần.
- Đánh giá lại sau 2–4 tuần:
 - + Nếu cải thiện (da sạch/gần sạch, ít hoặc không ngứa): Điều trị duy trì bằng chất làm mềm da và sử dụng TCS ngắt quãng.
 - + Nếu KHÔNG cải thiện: Tiếp tục TCS hiệu lực thấp HOẶC chuyển sang thuốc ức chế calcineurin tại chỗ (TCI) hoặc crisaborole (**). Kiểm tra mức độ tuân thủ, các yếu tố kích hoạt và đánh giá/điều trị nhiễm trùng.

B. Viêm da cơ địa Trung bình đến Nặng:

- Sử dụng TCS hiệu lực trung bình đến mạnh lên vùng da bị ảnh hưởng, một hoặc hai lần mỗi ngày trong hai đến bốn tuần.
- Đối với các vùng da có nguy cơ teo da cao (mặt, cổ, nếp gấp): Sử dụng TCS hiệu lực thấp đến trung bình hoặc TCI (***). Đối với bệnh nhân ≥ 2 tuổi, ruxolitinib tại chỗ là một lựa chọn thay thế (cho tới đa 20% diện tích bề mặt cơ thể).
- Đánh giá lại sau 2–4 tuần:
 - + Nếu cải thiện: Điều trị duy trì với TCS hoặc TCI trên các vùng da bị ảnh hưởng từ hai đến ba ngày mỗi tuần.
 - + Nếu KHÔNG cải thiện:
 - Tiếp tục TCS và/hoặc TCI tại chỗ.
 - Kiểm tra tuân thủ điều trị, yếu tố kích hoạt và nhiễm trùng.

Nếu vẫn không đáp ứng sau đánh giá lại: xem xét băng ướt/khô (ở trẻ em), sử dụng thuốc sinh học (như dupilumab là lựa chọn hàng đầu cho trẻ ≥ 6 tháng và người lớn), quang trị liệu NB-UVB, hoặc thuốc ức chế miễn dịch truyền thống.

Chú thích:

(*) Yếu tố kích hoạt/làm trầm trọng bệnh: Chất kích ứng (xà phòng, chất tẩy rửa); Nhiễm trùng da (Staphylococcus aureus, herpes simplex); Dị nguyên tiếp xúc, hít phải hoặc thực phẩm.

- Viêm da cơ địa nhẹ: Vùng da khô, ngứa không thường xuyên (có hoặc không có vùng đỏ nhỏ); ít tác động đến hoạt động hàng ngày, giấc ngủ và tâm lý xã hội.

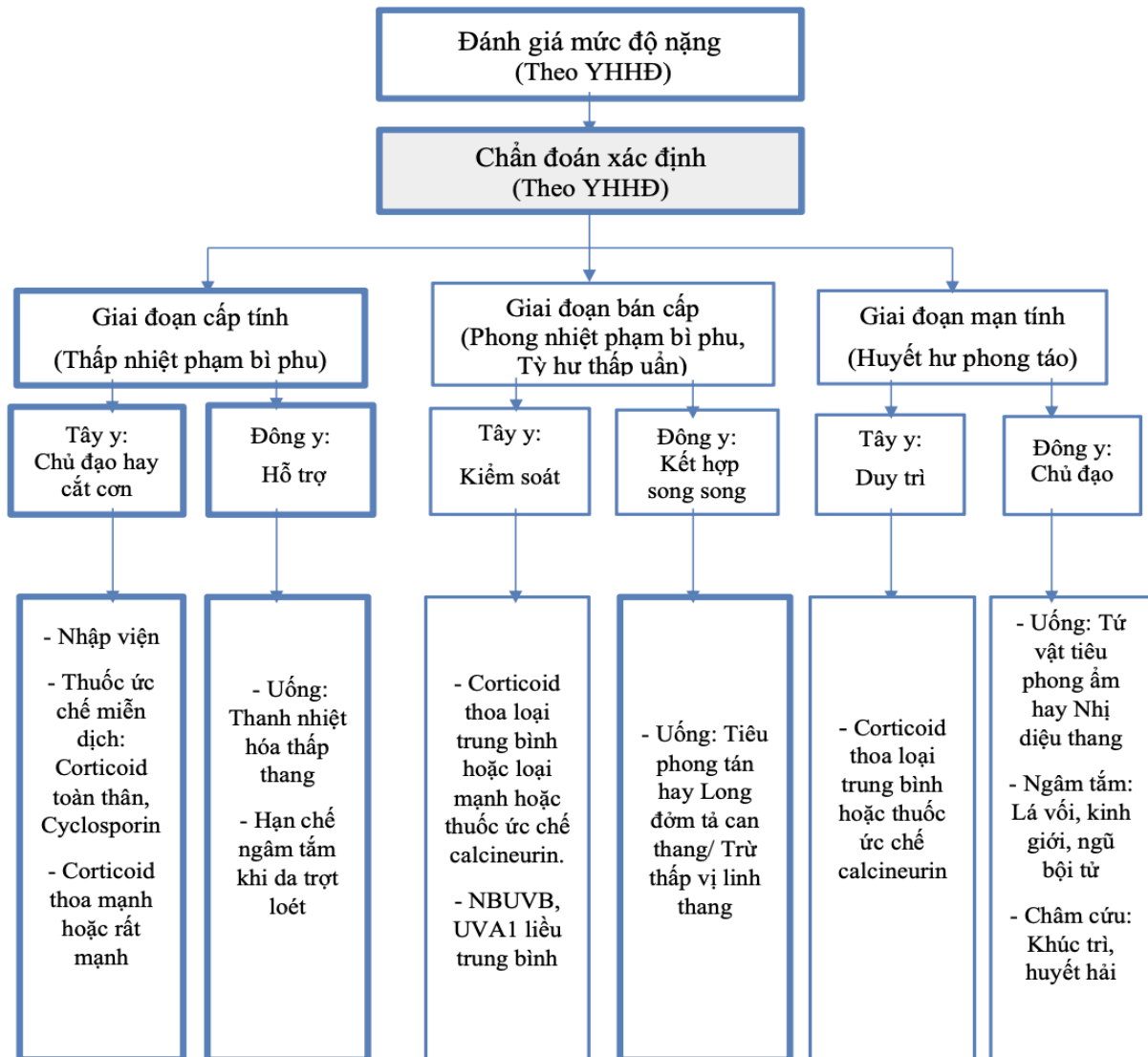
- Viêm da cơ địa trung bình: Vùng da khô, ngứa thường xuyên, đỏ (có hoặc không có vết trầy xước và dày da khu trú); tác động trung bình đến hoạt động hàng ngày và tâm lý, thường xuyên gây rối loạn giấc ngủ.

- Viêm da cơ địa nặng: Vùng da khô lan rộng, ngứa không ngừng, đỏ rực, có thể chảy dịch, nứt nẻ hoặc thay đổi sắc tố; hạn chế nghiêm trọng hoạt động hàng ngày, gây mất ngủ hàng đêm.

(**) Crisaborole: Được phê duyệt cho viêm da cơ địa nhẹ đến trung bình ở người lớn và trẻ em > ba tháng tuổi.

(***) TCI (Thuốc ức chế calcineurin tại chỗ): Bao gồm tacrolimus và pimecrolimus, phê duyệt cho trẻ > hai tuổi.

SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM DA CƠ ĐỊA (KẾT HỢP ĐÔNG - TÂY Y)



Điều trị cơ bản: Giáo dục, dưỡng ẩm, loại bỏ yếu tố kích thích nếu được khẳng định bằng test dị ứng.

Điều trị kết hợp: Uống kháng histamine, tâm lý trị liệu, thoa các dung dịch sát khuẩn

Điều trị các biến chứng: Nhiễm trùng dùng kháng sinh, nhiễm virus dùng kháng virus, nhiễm nấm dùng kháng nấm

BẢNG KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN – Y HỌC HIỆN ĐẠI

Giai đoạn / Mức độ	Chẩn đoán	Điều trị YHHD	Thể bệnh YHCT	Điều trị YHCT	Hỗ trợ
Cấp tính – Nhẹ (SCORAD <25)	- Tồn thương đỏ, ngứa, mụn nước nhỏ. - Diện tích da <10%.	- Corticosteroid bôi loại trung bình. - Thuốc chẹn calcineurin. - Dung dịch Jarish, NaCl 0.9%.	Thể Thấp nhiệt / Phong nhiệt.	- Thanh nhiệt hóa thấp thang, Tiêu phong đạo xích thang. - Tiêu phong tán. - Rửa bằng lá Kinh giới, Vối.	- Dưỡng ẩm thường xuyên. - Tư vấn chế độ ăn tránh dị nguyên.
Cấp tính – Trung bình (SCORAD 25–50, diện tích 10–30%)	- Tồn thương lan rộng, phù nề, xuất tiết. - Ngứa nhiều, mất ngủ.	- Corticosteroid bôi loại mạnh hơn. - Băng ẩm. - NBUVB, UVA1 liều trung bình. - Kháng histamin H1.	Thể Thấp nhiệt/ Phong nhiệt.	- Thanh nhiệt hóa thấp thang, Tiêu phong đạo xích thang. - Long đởm tả can thang gia giảm. - Châm cứu: Khúc trì, Hợp cốc. - Ngâm rửa bằng Hy thiêm, Hoàng đằng.	- Giáo dục bệnh nhân, gia đình.
Cấp tính – Nặng (SCORAD >50, diện tích >30%)	- Tồn thương lan tỏa, bội nhiễm. - Ngứa dữ dội, mất ngủ nhiều.	- Nhập viện. - Corticosteroid toàn thân ngắn ngày. - Cyclosporin A, Methotrexat. - Dupilumab, Tralokinumab. - Kháng sinh khi bội nhiễm.	Thể Thấp nhiệt / Phong nhiệt nặng.	- Tiêu phong đạo xích thang, Tiêu phong tán gia giảm. - Châm cứu toàn thân: Huyết hải, Túc tam lý. - Tắm thuốc.	- Liệu pháp ánh sáng NB-UVB.
Bán cấp – Trung bình	- Da đỏ, sần, trợt, ít xuất tiết. - Diện tích <30%.	- Corticosteroid bôi loại trung bình. - Hồ bôi ngoài. - Kháng histamin H1. - Chất ức chế PDE-4 tại chỗ - Chất ức chế JAK tại chỗ	Thể Phong nhiệt/ Tỳ hư thấp uẩn	- Tiêu phong tán, Long đởm tả can thang. - Trừ thấp vị linh thang. - Ngâm rửa bằng Ké đầu ngựa, Phù bình.	- Dưỡng ẩm, dầu tắm.

Mạn tính – Nhẹ / Trung bình	- Da khô, lichen hóa. - Ngứa tái diễn. - Diện tích <10–30%.	- Corticosteroid bôi duy trì. - Thuốc chẹn calcineurin (Tacrolimus). - Liệu pháp ánh sáng. - Chất ức chế PDE-4 tại chỗ - Chất ức chế JAK tại chỗ	Thể Huyết hư phong táo.	- Tứ vật tiêu phong ẩm, Nhị diệu thang. - Châm cứu: Tam âm giao, Dương lăng tuyền. - Ngâm rửa bằng Hy thiêm, Tô mộc.	- Tư vấn tâm lý, khí hậu.
Mạn tính – Nặng / Rất nặng (tái phát dai dẳng)	- Lichen hóa toàn thân. - Ngứa dữ dội, mất ngủ kéo dài. - Diện tích >30%.	- Thuốc ức chế miễn dịch (Cyclosporin A, Methotrexat). - Thuốc sinh học (Dupilumab, JAK inhibitors). - Corticosteroid toàn thân ngắn ngày.	Thể Huyết hư phong táo nặng.	- Tứ vật tiêu phong ẩm gia giảm. - Nhị diệu thang gia giảm. - Châm cứu toàn thân. - Tắm thuốc Đông y	- Liệu pháp ánh sáng. - Kết hợp dưỡng ẩm.

(*) Tiêu chí chuyển tuyến /chuyển chuyên khoa:

- Viêm da cơ địa có biến chứng đỏ da toàn thân.
- Viêm da cơ địa giai đoạn cấp tính – Nặng (SCORAD >50, diện tích >30%): Tổn thương lan tỏa, bội nhiễm nặng. Ngứa dữ dội, mất ngủ nhiều.
- Viêm da cơ địa giai đoạn mạn tính – Nặng / Rất nặng (SCORAD >50, diện tích >30%): Tái phát dai dẳng, lichen hóa toàn thân. Ngứa dữ dội, mất ngủ kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bài giảng Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội Tập 2 (2011). Nhà xuất bản Y học, p.312-315.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng - miễn dịch lâm sàng (2014). Bộ Y tế, QĐ 3942/QĐ-BYT.
3. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, Quyết định 5013/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2020.
4. Bộ Y tế (2023), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Quyết định số 4416/QĐ-BYT (ngày 06/12/2023)
5. Da liễu Y học cổ truyền (2024). Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, p.59-65.
6. Bệnh học và điều trị ngoài da kết hợp Đông Tây y (2025). Nhà xuất bản: Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, p.46.
7. Leung D.Y.M, Nicklas R.A, Li J.T et al (2004). Disease management of atopic dermatitis: an updated practice parameter. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 93, S1-S21.
8. N. Novak (2009). New insights into the mechanism and management of allergic diseases: atopic dermatitis. *Allergy*, 64, 265-275.
9. Jung T, Stingl G (2008). Atopic dermatitis: Therapeutic concepts evolving from new pathophysiologic insights. *J Allergy Clin Immunol*, 122, 1074-81.
10. Bệnh viện nhân dân 115 (2019), Phác đồ điều trị nội khoa.
11. Bệnh viện nhân dân Gia Định (2025), Phác đồ điều trị ngoại trú da liễu.
12. Hidehisa Saeki, Yukihiro Ohya. Executive summary: Japanese guidelines for atopic dermatitis (ADGL) 2021. *Allergology International* 71.
13. Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 1 (2019). Nhà xuất bản y học Hà Nội.
14. Chi Him Sum, Jessica Ching. Integrated chinese and western medicine interventions for atopic dermatitis: A systematic review and meta - analysis. *Chinese medicine* 2021.
15. Jonathan I Silverberg, MD, PhD, MPH, William Howe, MD. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Uptodate 2025
16. Timothy G Berger, MD. Evaluation and management of severe refractory atopic dermatitis (eczema) in adults. Uptodate 2025.
17. Paller AS, Butala S, Howe W. Treatment of atopic dermatitis (eczema). In: Dellavalle RP, Levy ML, Fowler J, editors. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [updated 2025 Oct 17; cited 2026 Jan 23]
18. Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L ... Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2023; 89, e1-e20.
19. 赵鋈, 马春艳, 邓丹, 吴力群, 张慧敏, 赵霞, 叶青艳, 朱盛国, 姚婷. 儿童特应性皮炎(湿疹)中医药干预方案专家共识[J]. *中国中西医结合儿科学*, 2024, 16(3): 185-190.
20. 薛静因, 杨庆, 张焱, 贾六金, 2026, 贾六金教授基于“脾苦湿”论治小儿特应性皮炎经验, *中国中西医结合儿科学*, Vol 18, No.1, pp 45-49.

12. VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN (LÝ TẬT, PHÚC THỐNG, TIẾT TẢ, TIỆN HUYẾT, HẠ LÝ)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Giới thiệu

Viêm đại tràng là tình trạng viêm niêm mạc đại tràng, có thể cấp tính hoặc mãn tính. Viêm đại tràng ngày càng phổ biến và gia tăng trên toàn thế giới. Viêm đại tràng có thể do nhiều nguyên nhân với các cơ chế khác nhau gây ra nhưng biểu hiện lâm sàng có thể giống nhau. Do vậy, bài tổng quan này sẽ nói về nguyên nhân, dịch tễ học, sinh lý bệnh, biểu hiện lâm sàng, chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và điều trị bệnh nhân viêm đại tràng

2. Nguyên nhân

Ở người lớn, viêm đại tràng có thể là hậu quả của nhiều nguyên nhân, bao gồm:

a. Nhiễm trùng: Do vi khuẩn bao gồm *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella* và *Clostridium difficile* gây ra viêm đại tràng giả mạc. Do ký sinh trùng như *Entamoeba histolytica* và virus như cytomegalovirus.

b. Bệnh viêm ruột mạn: Thuật ngữ này đề cập đến bệnh Crohn (CD) và viêm loét đại tràng (UC).

c. Viêm đại tràng vi thể: Đây là một nguyên nhân tương đối phổ biến gây tiêu chảy mãn tính, đặc biệt ở người cao tuổi. Bệnh có hai phân loại chính là viêm đại tràng collagen (CC) và viêm đại tràng lympho bào (LC), về mặt lâm sàng rất giống nhau, điểm khác biệt chính là có hoặc không có sự hiện diện của dải collagen dưới biểu mô dày lên. Bệnh có liên quan đến các rối loạn tự miễn khác như celiac, đái tháo đường típ 1, rối loạn chức năng tuyến giáp và bệnh vẩy nến.

d. Viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ: Xảy ra khi lượng máu cung cấp cho đại tràng giảm xuống dưới mức cần thiết cho nhu cầu chuyển hóa của đại tràng, dẫn đến viêm loét niêm mạc đại tràng và xuất huyết.

e. Viêm đại tràng do thuốc: Các loại thuốc như thuốc chống viêm không steroid, aspirin, thuốc ức chế bơm proton, thuốc đối kháng thụ thể H, thuốc chẹn beta, statin, thuốc ức chế miễn dịch, thuốc co mạch có thể gây viêm đại tràng.

f. Viêm đại tràng thứ phát do suy giảm miễn dịch

g. Viêm đại tràng do vi trùng lao *M. tuberculosis*

h. Viêm đại tràng do xạ trị: Tình trạng này có thể xảy ra sau khi xạ trị vùng chậu để điều trị ung thư phụ khoa, tiết niệu và trực tràng.

3. Dịch tễ học

Campylobacter jejuni là nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy hàng đầu trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc ước tính từ 25- 30 trường hợp/100.000 dân. Đối với *Salmonella* và *Shigella*, tỷ lệ mắc ước tính là 20 trường hợp/100.000 dân.

Bệnh viêm ruột mạn tính đang có xu hướng gia tăng về tỷ lệ mắc và mức độ phổ biến ở nhiều khu vực trên thế giới, cao nhất ở Bắc Mỹ và Châu Âu. Tỷ lệ mắc bệnh viêm ruột mạn ở Hoa Kỳ là 263/100.000 người trưởng thành.

Viêm đại tràng vi thể thường gặp nhất ở người lớn tuổi, với độ tuổi trung bình từ 50 - 70 tuổi. Viêm đại tràng vi thể phổ biến hơn ở phụ nữ so với nam giới, với tỷ lệ nữ/nam thường cao hơn, lên đến 9:1. Tỷ lệ mắc viêm đại tràng vi thể nằm trong khoảng từ 1-30/100.000 người mỗi năm.

Tỷ lệ mắc bệnh viêm đại tràng thiếu máu cục bộ đã tăng từ 6,1/100.000 người-năm trong giai đoạn 1976-1980 lên 22,9/100.000 người-năm trong giai đoạn 2005-2009. Mặc dù nguyên nhân của sự gia tăng này có thể liên quan đến một số nguyên nhân bao gồm sự cải thiện trong can thiệp y tế và việc sử dụng nội soi trong chẩn đoán, nhưng tỷ lệ mắc bệnh này tăng theo tuổi tác và bệnh lý kèm theo, do đó tỷ lệ mắc bệnh tăng lên khi dân số già đi.

Viêm đại tràng do *M. tuberculosis* là bệnh đặc hữu ở nhiều quốc gia và bệnh lao đang tái phát ở thế giới phương Tây. Ước tính số ca mắc bệnh lao toàn cầu hàng năm là 9,4 triệu ca. Tỷ lệ tử vong toàn cầu là 23 -25% và vượt quá 50% ở một số quốc gia châu Phi có tỷ lệ nhiễm HIV cao.

4. Sinh lý bệnh

Tuỳ theo nguyên nhân mà cơ chế sinh lý bệnh của viêm đại tràng sẽ khác nhau

- Nhiễm trùng do *Campylobacter jejuni* là hậu quả của việc ăn phải thức ăn hoặc uống phải nước bị ô nhiễm. Nhiễm trùng ảnh hưởng đến nhiều yếu tố bao gồm liều lượng vi khuẩn ăn vào, độc lực của vi sinh vật và khả năng miễn dịch của vật chủ. Thời gian ủ bệnh trung bình là từ 2 đến 4 ngày. *C. jejuni* nhân lên trong mật và sau đó xâm nhập vào các lớp biểu mô và di chuyển đến lớp đệm gây ra viêm ruột lan tỏa, có máu và phù nề. Viêm đại tràng giả mạc do *Clostridium difficile* sản sinh độc tố gây ra. Bệnh phát triển do sự thay đổi hệ vi sinh vật bình thường (thường là do liệu pháp kháng sinh như cephalosporin và beta-lactam) cho phép *Clostridium difficile* phát triển quá mức và xâm chiếm ruột cũng như sản sinh độc tố của nó.

- Viêm loét đại tràng ảnh hưởng đến trực tràng ở 95% bệnh nhân và lan rộng về phía gần theo một mô hình liên tục. Bệnh có thể ảnh hưởng đến toàn bộ đại tràng (được gọi là viêm loét đại tràng toàn bộ) hoặc chỉ giới hạn ở trực tràng (được gọi là viêm trực tràng). Một số bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng giới hạn ở đoạn cuối hồi tràng (viêm hồi tràng), điều này khó phân biệt với bệnh Crohn.

- Cơ chế bệnh sinh của viêm đại tràng vi thể vẫn chưa được hiểu rõ. Một số giả thuyết đã được đưa ra để giải thích cơ chế và sinh bệnh của bệnh, bao gồm do di truyền, tự miễn, rối loạn điều hòa miễn dịch do phản ứng với kháng nguyên trong lòng ruột như các tác nhân gây nhiễm trùng và thuốc khác nhau, cũng như kém hấp thu axit mật.

- Trong viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, thời gian và mức độ nghiêm trọng của tình trạng giảm tưới máu sẽ quyết định tổn thương đại tràng. Tổn thương do tái tưới máu cũng có thể là một yếu tố góp phần đáng kể. Bệnh nhân bị viêm đại tràng thiếu máu cục bộ thường có (1) các bệnh lý kèm theo bao gồm suy tim, xơ vữa động mạch, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, rung nhĩ, bệnh ác tính và huyết khối. (2) Các nguyên nhân do điều trị bao gồm phẫu thuật phình động mạch chủ bụng và nội soi đại tràng. Hai cơ chế có thể gây thiếu máu cục bộ ruột, thứ nhất là giảm tưới máu ruột do cung lượng tim thấp (suy tim, sốc), và thứ hai là bệnh tắc nghẽn bao gồm xơ vữa động mạch, tắc mạch với tuần hoàn bàng hệ không đầy đủ.

- Trong viêm đại tràng do thuốc, cơ chế bệnh sinh và bệnh lý rất đa dạng và có thể giống với viêm đại tràng vi thể hoặc viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ.

- Trong bệnh viêm đại tràng thứ phát do rối loạn suy giảm miễn dịch, một số yếu tố có thể gây ra viêm đại tràng và tiêu chảy, bao gồm nhiễm HIV, liệu pháp kháng retrovirus, nhiễm trùng cơ hội (đặc biệt là cytomegalovirus).

5. Biểu hiện lâm sàng

Bệnh nhân viêm đại tràng thường có các triệu chứng như đau bụng, tiêu chảy phân lỏng, sốt, mót rặn đi cầu và có máu trong phân. Bác sĩ khám bệnh cần chú ý đến các dấu hiệu cảnh báo như bệnh nhân lớn tuổi, thay đổi huyết động, tiêu chảy về đêm, mót rặn, sụt cân, các bệnh lý kèm theo, tiền sử suy tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tự miễn, tiền sử sử dụng thuốc, các dấu hiệu gợi ý phình đại tràng nhiễm độc và thiếu máu.

Trong bệnh viêm loét đại tràng, bệnh nhân có thể có các biểu hiện ngoài ruột như bệnh khớp, thay đổi ở mắt (viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm màng bồ đào), thay đổi ở da (hồng ban nút và viêm da hoại tử). Các biểu hiện ngoài ruột khác được báo cáo trong bệnh viêm đại tràng bao gồm viêm khớp cùng chậu, viêm cột sống dính khớp, rối loạn chức năng gan và viêm đường mật xơ cứng nguyên phát.

6. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán viêm đại tràng dựa trên sự phối hợp các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, nội soi đại tràng và sinh thiết. Nội soi đại tràng và sinh thiết không nên là các xét nghiệm ban đầu và chỉ nên được thực hiện sau khi đánh giá kỹ lưỡng tình trạng của bệnh nhân và kết quả từ các xét nghiệm ban đầu.

- Vì nhiễm trùng là nguyên nhân phổ biến gây viêm đại tràng và có thể gây ra các biểu hiện lâm sàng không thể phân biệt được với bệnh viêm ruột, nên làm các xét nghiệm vi sinh và nuôi cấy cần được thực hiện trước tiên. Cần tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm công thức máu toàn phần, tốc độ lắng máu, CRP, albumin huyết thanh, protein toàn phần, urê máu, creatinine và điện giải.

- Nồng độ D-lactate trong máu có thể là một chỉ dấu nhạy cảm của tình trạng viêm đại tràng thiếu máu cục bộ.

- Điện tâm đồ, siêu âm tim qua thành ngực và Holter có thể cần thiết ở những bệnh nhân bị viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ.

- Chụp X-quang thông thường có giá trị hạn chế; tuy nhiên, nó có thể hữu ích trong chẩn đoán chứng phình đại tràng nhiễm độc, tắc ruột và thủng ruột. Dấu vân tay là một dấu hiệu điển hình của phù niêm mạc mạc dù không đặc hiệu cho viêm đại tràng thiếu máu cục bộ.

- Chụp CT bụng có thể mô tả chính xác những thay đổi viêm nhiễm ở thành đại tràng và giúp đánh giá mức độ lan rộng của bệnh. Viêm loét đại tràng có thể phân biệt bệnh Crohn về vị trí tổn thương, mức độ lan rộng, hình thái dày thành đại tràng và loại biến chứng.

- Nội soi đại tràng hoặc nội soi trực tràng-đại tràng sigma là cần thiết để chẩn đoán cuối cùng; kết quả thường bình thường trong trường hợp viêm đại tràng vi thể, mặc dù có thể xuất hiện phù nề hoặc đỏ. Loét gợi ý một chẩn đoán khác, mặc dù tình trạng này cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân đang dùng thuốc chống viêm không steroid.

- Các thay đổi khác khi nội soi đại tràng, tùy thuộc vào nguyên nhân, bao gồm mất cấu trúc mạch máu điển hình, niêm mạc sần sùi, dễ vỡ và loét.

7. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng ruột kích thích

- Bệnh Celiac (bệnh nhân bị tiêu chảy phân lỏng dù đã tuân thủ chế độ ăn kiêng không chứa gluten nghiêm ngặt nên được kiểm tra xem có bị viêm đại tràng vi thể hay không).

- Ung thư đại tràng
- Viêm túi thừa đại tràng
- Phình đại tràng nhiễm độc
- Các loại viêm đại tràng khác

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

1. Nguyên nhân

Theo Y học cổ truyền, biểu hiện của viêm đại tràng mạn tính được mô tả trong phạm vi các chứng như Tiết tả, Ly tật, Phúc thống, Tiệt huyết. Nguyên nhân chủ yếu là:

- Ngoại cảm lục dâm: phong, hàn, thử, thấp, nhiệt xâm nhập vào cơ thể, trực tiếp hoặc gián tiếp làm tổn thương chức năng vận hóa của Tỳ Vị, khiến thấp trọc sinh ra, uẩn kết ở trường vị, lâu ngày gây rối loạn đại tiện và đau bụng.

- Tình chí thất thường: Lo nghĩ, uất ức, căng thẳng kéo dài làm Can khí uất kết, Can mộc khắc Tỳ thổ, gây tổn hại chức năng vận hóa của Tỳ. Sự uất trệ này dễ hóa nhiệt, kết hợp với thấp tà hình thành thấp nhiệt uẩn kết ở đại tràng, biểu hiện lâm sàng bằng đau bụng, tiêu chảy, phân lẫn nhầy máu hoặc mủ.

- Chế độ ăn uống và sinh hoạt không điều độ, như ăn nhiều đồ béo ngọt, sống lạnh, cay nóng, uống nhiều rượu bia, cũng là yếu tố thường gặp.

2. Cơ chế bệnh sinh

Theo Y học cổ truyền, viêm đại tràng mạn tính là hậu quả của sự rối loạn chức năng các tạng Tỳ, Vị, Can và Thận, trong đó Tỳ Vị là trung tâm, Can giữ vai trò điều đạt khí cơ, và Thận là gốc của dương khí.

Ngoại cảm lục dâm (phong, hàn, thử, thấp, nhiệt) xâm nhập vào cơ thể có thể trực tiếp hoặc gián tiếp làm tổn thương Tỳ Vị, khiến chức năng vận hóa thủy cốc bị suy giảm. Khi Tỳ mất kiện vận, thủy thấp không được chuyển hóa sẽ sinh ra thấp trọc, tích tụ tại trường vị, lâu ngày gây rối loạn đại tiện, biểu hiện bằng tiêu chảy, đau bụng.

Nội thương tình chí ảnh hưởng chủ yếu đến Can. Tình trạng lo nghĩ, uất ức kéo dài làm Can khí uất kết, mất chức năng sơ tiết, từ đó ảnh hưởng đến Tỳ (Can mộc khắc Tỳ thổ), làm Tỳ mất kiện vận. Khí trệ lâu ngày hóa nhiệt, kết hợp với thấp tà hình thành thấp nhiệt uẩn kết ở đại tràng, gây các triệu chứng đau bụng, tiêu chảy, phân nhầy máu hoặc mủ.

Ăn uống và sinh hoạt thất điều trực tiếp gây tổn thương Tỳ Vị. Việc sử dụng nhiều đồ béo ngọt, cay nóng, thức ăn sống lạnh hoặc rượu bia làm sinh thấp nhiệt nội sinh, ứ trệ tại đại tràng, vừa làm suy yếu chức năng vận hóa của Tỳ, vừa gây tổn thương trường vị, khiến bệnh dễ kéo dài và tái phát.

Khi bệnh diễn tiến lâu ngày, thấp nhiệt tồn lưu không được giải trừ sẽ làm Tỳ khí suy nhược, tiến tới ảnh hưởng Thận dương. Thận dương hư không ôn ấm được Tỳ, dẫn đến tình trạng Tỳ Thận dương hư, biểu hiện bằng tiêu chảy kéo dài, phân lỏng, cơ thể mệt mỏi, sợ lạnh, tay chân lạnh, đau lưng, mỏi gối.

Như vậy, cơ chế bệnh sinh của bệnh là sự phối hợp giữa:

- Tạng phủ hư tổn: chủ yếu là Tỳ hư, tiến tới Thận dương hư
- Tà khí lưu trệ: thấp, hàn hoặc thấp nhiệt uẩn kết tại đại tràng
- Khí cơ rối loạn: do Can khí uất kết ảnh hưởng đến Tỳ

Các yếu tố này đan xen, làm cho bệnh diễn biến dai dẳng, dễ tái phát và hình thành các thể bệnh như: thấp nhiệt đại tràng, hàn thấp, can uất tỳ hư, tỳ thận dương hư. Vì vậy, nguyên tắc điều trị cần biện chứng luận trị, lấy điều hòa tạng phủ làm trọng tâm, kết hợp kiện Tỳ, sơ Can, ôn Thận và khu tà (trừ thấp, thanh nhiệt hoặc tán hàn) để đạt hiệu quả lâu dài.

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

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

1. Thể Hàn thấp

1.1. Triệu chứng

Gặp ở ly amibe bán cấp, phân có nhiều chất nhầy ít máu (bạch ly), bụng đau liên miên, mót rặn, rêu lưỡi trắng dày, mạch nhu hoãn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân.

1.3. Pháp

Ôn trung hoá thấp, kiện tỳ hành khí.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

Bài thuốc: Bát hoàn kim chính khí tán (Hoà tể cục phương).

Hậu phác	06 – 14g	Nhục quế	02 – 06g
Trần bì	04 – 12g	Thương truật	04 – 12g
Mộc hương	04 – 06g	Bán hạ chế	04 – 06g
Sa nhân	03 – 06g	Hoắc hương	08 – 12g
Gừng	04 – 10g	Đại táo	05 – 10 quả

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyệt:

Thiên xu (ST25)

Đại hoành (SP15)

Trung quản (CV12)

Tỳ du (BL20)

Túc tam lý (ST36)

Vị du (BL21)

Tam âm giao (SP6)

- Châm tả các huyết: Âm lăng tuyền (SP9), Phong long (ST40)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyết chính Tiểu trường, Đại trường, Giao cảm. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tỳ, Vị, Nội tiết. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Châm cứu, xoa bóp vùng bụng không thực hiện khi người bệnh đau bụng cấp, nghi thủng, xuất huyết tiêu hóa nặng, sốt cao.

2. Thể Đại trường thấp nhiệt

2.1. Triệu chứng

Bụng đau quặn, mót rặn, không khoan khoái, phân lẫn đàm máu, phát nóng, gai rét, rêu lưỡi mỏng nhớt hơi vàng, miệng đắng, không ăn được, ngực bụng buồn tức, mạch hoạt sác.

Nếu chữa không kịp thời có thể thành chứng cứu lý (lý lâu ngày, hàn - nhiệt, hư - thực lẫn lộn, tổn thương âm phân, hiện ra chứng âm huyết thiếu).

2.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân.

2.3. Pháp

Thanh nhiệt táo thấp, điều khí hành trệ.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương

Bài thuốc: Bạch đầu ông thang (Trương Trọng Cảnh – Thương hàn luận)

Hoàng liên	04 – 12g	Hoàng bá	06 – 16g
Bạch đầu ông	08 – 12g	Trần bì	04 – 12g

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

- Gia giảm:

+ Bụng đau mót rặn nhiều gia Mộc hương, Bình lang, Bạch thược hành khí chỉ thông

+ Tiêu máu, nóng sốt gia Xích thược, Đơn bì để hoạt huyết, lương huyết, chỉ huyết.

+ Hoặc dùng bài Cát căn cầm liên thang (Thương hàn luận).

Cát căn	04 – 20g	Kim ngân	12 – 20g
Hoàng liên	04 – 12g	Hoắc hương	06 – 08g
Hoàng cầm	12 – 20g	Nhân trần	12 – 20g
Mộc thông	03 – 08g	Cam thảo	04 – 06g

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

Lưu ý: Cần tránh dùng thuốc sáp chỉ quá sớm khi còn thấp nhiệt, nhầy máu, mót rặn; chỉ dùng khi tà đã lui mà chính khí hư.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Hợp cốc (LI4)	Ngoại quan (TE5)	Khúc trì (LI11)
Đại trường du (BL25)	Đại chùy (GV14)	Thiên xu (ST25)

- Châm bổ huyết Túc tam lý (ST36)

- Các huyết bổ trợ: Buồn nôn, bụng đầy: Công tôn (SP4), Trung quản (CV12)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyết loa tai: các huyết chính Tiểu trường, Đại trường, Giao cảm. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tỳ, Vị, Nội tiết. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Châm cứu, xoa bóp vùng bụng không thực hiện khi người bệnh đau bụng cấp, nghi thủng, xuất huyết tiêu hóa nặng, sốt cao.

3. Thể Tỳ vị hư hàn

3.1. Triệu chứng

Bệnh lý kéo dài hay tái phát, khi ăn uống không cẩn thận hay bị lạnh bệnh tái phát, đại tiện lúc lỏng, lúc táo, có lúc nhầy mũi - máu, có thể thấy sa trực tràng, bụng đau âm ỉ, thích chườm nóng, xoa bóp, sợ lạnh, sắc mặt xanh vàng, rêu lưỡi trắng, mạch tế nhược, nhu hoãn.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp

Ôn trung kiện Tỳ, cố sáp.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ **Bài thuốc:** Chân nhân dưỡng tạng thang (Hoà tễ cục phương)

Đảng sâm	08 – 20g	Bạch thược	12 – 16g
Bạch truật	10 – 12g	Cam thảo	04 – 06g
Đương quy	10 – 12g	Can khương	04 – 10g
Nhục quế	02 – 04g	Kha tử	03 – 10g
Mộc hương	04 – 06g	Nhục đậu khấu	03 – 10g

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

+ Hoặc dùng bài thuốc Ô mai hoàn (Trương Trọng Cảnh - Thương hàn luận).

Ô mai	06 – 20g	Đảng sâm	08 – 20g
Xuyên tiêu	03 – 06g	Đương quy	10 – 12g
Tế tân	02 – 06g	Can khương	04 – 10g
Hoàng liên	04 – 12g	Phụ tử chế	04 – 06g
Hoàng bá	06 – 16g	Quế chi	03 – 10g

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

Gia giảm:

- + Đầy chướng bụng, đau bụng: gia Chỉ thực, Chỉ xác để hành khí
- + Ăn không ngon miệng: gia Mạch nha, Thần khúc để tiêu thực hòa vị.

+ Thận dương hư kèm theo: gia Phụ tử chế để tăng cường ôn Thận dương khử hàn.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyệt:

Thiên xu (ST25)	Đại hoành (SP15)	Trung quản (CV12)
Tỳ du (BL20)	Túc tam lý (ST36)	Vị du (BL21)
Tam âm giao (SP6)	Chương môn (LV13)	Khí hải (CV6)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyệt chính Tiểu trường, Đại trường, Giao cảm. Các huyệt có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tỳ, Vị, Nội tiết. Các kỹ thuật châm huyệt loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoạch cấy chỉ vào các huyệt: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Laser châm: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Thời gian 15-30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Châm cứu, xoa bóp vùng bụng không thực hiện khi người bệnh đau bụng cấp, nghi thủng, xuất huyết tiêu hóa nặng, sốt cao.

4. Thể Can uất Tỳ hư

4.1. Triệu chứng

Thường gặp trong đợt tái phát, bệnh nhân hay bị kích động tinh thần, đau quặn bụng kèm tức hông sườn, tiêu xong hết đau, chán ăn, hay ợ chua, ợ hơi, sôi bụng, đánh rắm, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền tế.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân (lo nghĩ, uất ức, căng thẳng kéo dài).

4.3. Pháp

Sơ can kiện tỳ, lý khí chỉ thống.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Tiêu giao tán gia giảm (Hòa tễ cục phương)

Sài hồ	08 – 12g	Bạch thược	12 – 16g
Đương quy	10 – 12g	Bạch truật	10 – 12g
Bạch linh	10 – 12g	Cam thảo	04 – 06g

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt: Can du (BL18), Lãi câu (LR5), Hành gian (LR2), Thái xung (LR3).

- Châm bổ các huyệt:

Tỳ du (BL20)	Phong long (ST40)	Thái bạch (SP3)
Túc tam lý (ST36)	Trung quản (CV12)	

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyệt loa tai: các huyệt chính Tiểu trường, Đại trường, Giao cảm. Các huyệt có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tỳ, Vị, Nội tiết. Các kỹ thuật châm huyệt loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyệt: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Laser châm: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Châm cứu, xoa bóp vùng bụng không thực hiện khi người bệnh đau bụng cấp, nghi thủng, xuất huyết tiêu hóa nặng, sốt cao.

5. Thể Khí trệ huyết ứ

5.1. Triệu chứng

Tiêu phân nhầy máu, có điểm đau cố định, cự án, tiêu không giảm đau, sắc mặt ám tím, lưỡi tím, có điểm ứ huyết, mạch sấp hoặc trầm.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp

Hành khí, hoạt huyết hóa ứ.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

Bài thuốc: Huyết phủ trực ứ thang (Y lâm cải thác).

Đào nhân	08 – 12g	Hồng hoa	04 – 06g
Xuyên khung	04 – 08g	Xích thực	08 – 12g
Cát cánh	06 – 08g	Cam thảo	04 – 08g
Ngưu tất	06 – 12g	Đương quy	12 – 16g
Sinh địa	08 – 12g	Chỉ xác	06 – 08g
Sài hồ	08 – 12g		

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

Gia giảm:

- + Đau bụng: gia Nhũ hương 04 – 08g, Một dược 04 – 08g.
- + Có hòn cục trong bụng: gia Tam lăng 04 – 08g, Nga truyệt 04 – 08g.
- + Có ứ huyết nặng gia Tam thất 04 – 08g.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Thiên xu (ST25)	Túc tam lý (ST36)	Tứ mãn (KI14)
Nội quan (PC6)	Hoạt nhục môn (ST24)	Tam âm giao (SP6)
Ngoại lăng (ST26)	Hợp cốc (LI4)	Đại hoành (SP15)

- Các huyết bổ trợ: Huyết ứ nhiều: Tâm du (BL15), Cách du (BL17)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

- Huyết loa tai: các huyết chính Tiểu trường, Đại trường, Giao cảm. Các huyết có thể kết hợp thêm: Miệng, Nhĩ trung, Tỳ, Vị, Nội tiết. Các kỹ thuật châm huyết loa tai: nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm 20 - 30 phút/lần/ngày, nhĩ châm kim gài (nhĩ hoàn) 1 - 2 lần/tuần, nhĩ châm hạt dán (nhĩ áp) 1 - 2 lần/tuần; từ 10 đến 15 lần/liệu trình.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết hào châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/liệu trình.

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

- Laser châm: Công thức huyệt như trong công thức huyệt hào châm. Thời gian 15 - 30 phút/lần/ngày cho một lần laser châm. Một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

Chú ý: Tổng số liệu trình điều trị có thể thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý của mỗi người bệnh. Châm cứu, xoa bóp vùng bụng không thực hiện khi người bệnh đau bụng cấp, nghi thủng, xuất huyết tiêu hóa nặng, sốt cao.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị chung: tiết chế ăn uống, điều chỉnh tình trạng đi tiêu.
- Điều trị hỗ trợ: an thần, thuốc điều hòa vận động đường ruột.
- Điều trị theo nguyên nhân.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

Chế độ dinh dưỡng

Đảm bảo đủ thành phần dinh dưỡng, đảm bảo 1 g chất đạm, 30 - 35 kcal cho mỗi 1 kg cân nặng mỗi ngày, đồng thời giảm chất béo, tăng cung cấp nước, vitamin và muối khoáng. Các loại thực phẩm được khuyến dùng là: gạo, khoai tây, thịt nạc, sữa không có lactose, cá, các loại rau xanh, hoa quả...

Hạn chế ăn các loại thực phẩm còn tươi sống như nem chua, tiết canh, rau sống, gỏi các loại, lòng heo... tránh nhiễm khuẩn đường ruột.

Hạn chế ăn trứng, nem rán, thịt mỡ, sữa... cùng các chất gây kích thích đường ruột như cà phê, rượu bia, thuốc lá, những đồ ăn chiên nóng khó tiêu. Nên ăn thức ăn dễ tiêu, chia thành nhiều bữa nhỏ, ăn ít vào buổi tối để giảm gánh nặng cho đường ruột.

Hạn chế uống bia rượu, thức uống gây kích thích.

Khi bị táo bón: chế độ ăn cần tăng chất xơ, chia bữa ăn thành nhiều bữa nhỏ, giảm chất béo.

Khi bị tiêu chảy: giảm ăn chất xơ có thể tránh thành ruột tổn thương, không ăn trái cây khô, đóng hộp, cần bỏ vỏ trái cây tươi, không ăn rau sống.

Chế độ sinh hoạt

Tránh các tác nhân gây bệnh.

Kiểm soát stress, căng thẳng, lo lắng, đảm bảo tinh thần vui vẻ, thoải mái, lành mạnh.

Tăng cường vận động thể dục thể thao tăng cường sức khỏe và sức đề kháng, uống nhiều nước kết hợp xoa bóp nhẹ vùng thượng vị để kích thích tăng nhu động ruột.

2.2. Điều trị dùng thuốc

Các biện pháp hỗ trợ và điều trị triệu chứng

Thuốc an thần: áp dụng khi triệu chứng xảy ra nhiều hơn khi tâm lý nặng nề, mất ngủ. Hoặc bệnh lý làm cản trở giấc ngủ nghiêm trọng.

Thuốc điều hòa nhu động: Loperamide trong trường hợp tiêu chảy nhiều. Một số thuốc điều chỉnh triệu chứng khi triệu chứng biểu hiện quá trầm trọng. Mục đích là tạo sự thoải mái hơn cho người bệnh và tránh biến chứng.

Điều trị theo nguyên nhân

Chủ yếu điều trị theo căn nguyên và cơ chế bệnh sinh. Các phương pháp điều trị bệnh lý thường ở mức chuyên khoa. Có thể khái quát một số nội dung sau:

Viêm loét đại tràng

5 - Aminosalicylate (5 - ASA): nhẹ, trung bình.

Glucocorticoids: trung bình, nặng phối hợp 5 - ASA, không dùng trong giai đoạn duy trì.

Ức chế miễn dịch: Azathioprine, Cyclosporine TM.

Thuốc kháng cholinergic, chống tiêu chảy.

Con bùng phát: sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch có hoạt tính chống Gram âm và kỵ khí:

Ampicillin 2 g/6 giờ hoặc Gentamycin 1,5 mg/kg/8 giờ, & Clindamycin 300 - 600 mg/6 giờ, hoặc Metronidazole 500 mg/8 giờ.

Steroids: Hydrocortisone 300 mg/ngày, hoặc Methylprednisolone 48 mg/ngày, hoặc Prednisone 60 mg/ngày.

Cyclosporine 4 mg/kg/ngày: VDT tối cấp thất bại với điều trị steroids tiêm mạch.

Bệnh Crohn

Điều trị nội trú khi: viêm đại tràng tối cấp, viêm phúc mạc, tắc ruột, xuất huyết nặng, mất nước nặng, rối loạn điện giải, thất bại với điều trị ngoại trú.

Điều trị phẫu thuật: khi có biến chứng và/hoặc thất bại với điều trị nội khoa.

Mục đích của điều trị: làm giảm các triệu chứng, duy trì tình trạng dịch và dinh dưỡng ức chế viêm, tránh hoặc điều trị các biến chứng.

Viêm đại tràng sau lỵ amibe

Thuốc diệt amibe trong tế bào mô: Emetin hydrochlorid, Dehydroemetin ít độc bằng Emetin do bài xuất nhanh hơn, Chloroquin (uống) chỉ có tác dụng ở gan, không có tác dụng điều trị đối với amibe trong lòng ruột, do thuốc tập trung chọn lọc ở gan.

Thuốc diệt amibe trong khoang ruột: Tetracycline, Tinidazole.

Viêm túi thừa đại tràng

Điều trị nội trú: kháng sinh tĩnh mạch: Gentamycin/Tobramycin, Metronidazole hoặc Clindamycin. Để ruột nghỉ ngơi: không ăn uống qua đường miệng, nuôi ăn qua đường truyền tĩnh mạch, hút dạ dày chỉ định khi có tắc ruột hoặc liệt ruột.

Điều trị ngoại trú: khi đau khu trú, không triệu chứng viêm phúc mạc hay nhiễm trùng toàn thân. Để ruột nghỉ ngơi: ăn lỏng trong 48 giờ. Kháng sinh phổ rộng đường uống: Ampicillin hoặc Trimethoprim/Sulfamethoxazole hoặc Ciprofloxacin hoặc Cephalexin. Kết hợp: Metronidazole hoặc Clindamycin.

Viêm đại tràng giả mạc

Ngừng điều trị kháng sinh.

Bù dịch đường tĩnh mạch.

Điều chỉnh bất thường điện giải.

Tránh sử dụng các thuốc kháng tiêu chảy (vì gây kéo dài, triệu chứng xấu hơn).

Thuốc sử dụng: Metronidazole uống ở trường hợp nhẹ, trung bình, không đáp ứng với điều trị nâng đỡ. Vancomycin được chỉ định khi không đáp ứng hoặc dung nạp Metronidazole, trẻ em, phụ nữ có thai, tiêu chảy nặng, có triệu chứng toàn thân, triệu chứng vẫn còn dù điều trị ngoại trú thích hợp.

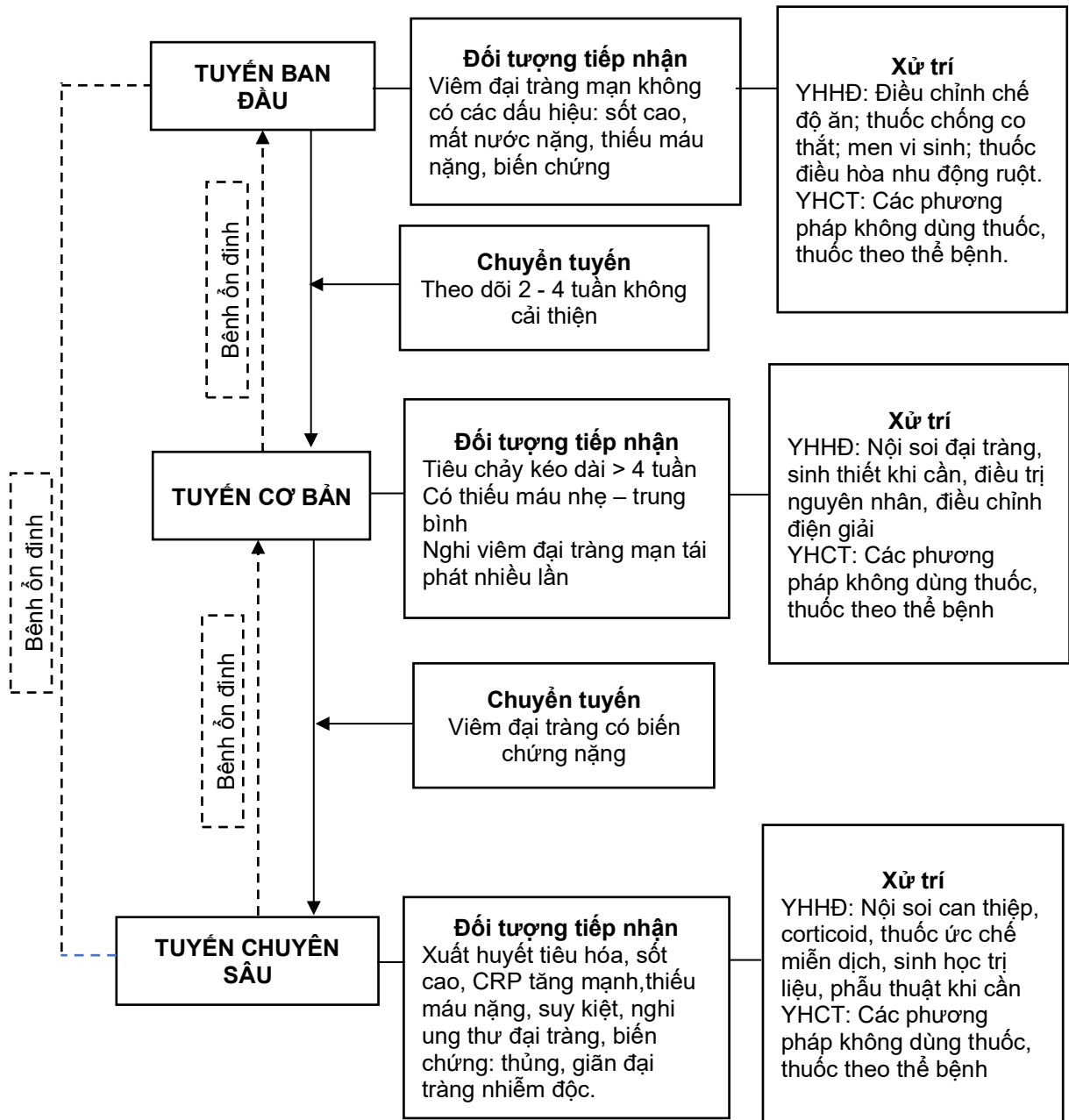
V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện lối sống lành mạnh, ăn uống vệ sinh.
- Khi có rối loạn tiêu hóa cần khám và điều trị phù hợp, tránh kéo dài, không tự ý sử dụng thuốc gây rối loạn hệ vi sinh đường ruột.
- Tập thể dục điều độ để nâng cao sức khỏe, thư giãn thần kinh.

Phụ lục
MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD-10

K52.3	Viêm đại tràng không xác định
K51.1	Viêm loét hồi manh tràng mạn
K51.2	Viêm loét trực tràng chảy máu mạn
K51.3	Viêm loét đại tràng sigma – trực tràng chảy máu mạn
K51.9	Viêm loét đại tràng chảy máu không đặc hiệu
A06.2	Viêm đại tràng do Amibe không gây hội chứng lỵ
A02.0	Viêm ruột do Salmonella
A04	Nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn khác
A04.5	Viêm ruột do Campylobacter
A04.6	Viêm ruột do Yersinia enterocolitica
A04.7	Viêm ruột do Clostridium difficile
U50.161	Phúc thống, lỵ tật (Viêm đại tràng do Amibe không gây lỵ)
U50.571	Phúc thống (Viêm đại tràng do Amibe không gây lỵ)
U50.572	Lỵ tật (Viêm đại tràng do Amibe không gây lỵ)
U60.192.1	Tiền huyết

Lưu đồ 1. Phân tuyến điều trị viêm đại tràng mạn



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa (2012), *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y Học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Bay (2022). *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây Y tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 61 - 76.
3. Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường (2008), *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y*, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc.
4. *Các nguyên lý y học nội khoa Harrison* (2000), Các bệnh lý ống tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, 703 - 778.
5. Trịnh Thị Diệu Thường (2019). *Châm cứu học tập 2*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
6. Học viện Quân y (2012), *Bệnh học Y học cổ truyền* (dùng cho sau đại học), Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, 250 - 257.
7. Lacy BE, Pimentel M, Brenner D M and et al. (2021), "ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome", *Am J Gastroenterol*, 116 (1), pp. 17-44.
8. Colitis Samy A. Azer et al. Last Update: August 7, 2023.

13. VIÊM MŨI XOANG CẤP – MẠN (TỶ UYÊN)

I. ĐẠI CƯƠNG.

1. Y học hiện đại:

1.1. Định nghĩa:

- Viêm mũi xoang được hiểu theo nghĩa rộng là viêm mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra một nhóm các rối loạn.

- Phân loại viêm mũi xoang theo thời gian bị viêm gồm có: cấp tính (từ 4 tuần trở lại), bán cấp tính (4-12 tuần) và mạn tính (trên 12 tuần). Có thể phân chia thành viêm mũi xoang cấp tính tái phát (lớn hơn hoặc bằng 4 đợt trong một năm mà không có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính) và viêm mũi xoang cấp tính kịch phát.

- Viêm mũi xoang mạn tính là viêm niêm mạc mũi xoang với các triệu chứng: đau nhức âm ỉ vùng mặt, ngạt mũi, giảm ngửi, ho, khịt khạc đờm, soi mũi thấy khe giữa, đôi khi cả khe trên có mủ. Người bệnh có thể bị sốt, kém tập trung, người mệt mỏi. Các triệu chứng này kéo dài trên 12 tuần.

Dạng viêm xoang	Thời gian
Viêm xoang cấp	Dưới 4 tuần
Viêm xoang bán cấp	4-12 tuần
Viêm xoang mạn tính	Trên 12 tuần

1.2. Nguyên nhân:

a. Nguyên nhân Viêm mũi xoang cấp:

- Sau cảm cúm: Viêm mũi xoang do nhiễm khuẩn cấp tính điển hình thường bắt đầu với viêm nhiễm virus đường hô hấp trên kéo dài hơn 10 ngày. Trong một số trường hợp, viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp tính thứ phát do hậu quả của sự bít tắc lỗ thông mũi xoang (do phù nề niêm mạc) và có thể do sự tổn thương hệ thống màng nhầy lông chuyển. Kết quả cuối cùng là ứ đọng chất nhầy trong xoang và tạo ra môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Các tác nhân phổ biến nhất gây ra viêm xoang cấp tính bao gồm *Streptococcus Pneumonia*, *Haemophilus Influenza*, và *Moraxella Catarrhalis*.

- Khác:

+ Dị ứng, trào ngược dạ dày – thực quản.

+ Hít phải các chất kích thích.

+ Bất thường giải phẫu mũi xoang.

+ VA quá phát.

+ Chấn thương mũi xoang.

+ Các khối u vòm mũi họng.

+ Bệnh lý toàn thân như suy giảm miễn dịch, rối loạn chức năng lông chuyển, bệnh xơ nang.

b. Nguyên nhân viêm mũi xoang mạn:

- Do viêm mũi xoang cấp không được điều trị đúng mức.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do các yếu tố môi trường (thuốc lá, ô nhiễm, chất kích thích,...).
- Do cấu trúc giải phẫu bất thường (Vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, V.A quá phát,...).
- Do hội chứng trào ngược.

1.3. Chẩn đoán:

ĐỊNH NGHĨA LÂM SÀNG THEO EPOS 2020	
Viêm mũi xoang người lớn	Viêm mũi xoang trẻ em
<i>≥ 2 triệu chứng sau, trong đó bắt buộc phải có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng: ngạt/tắc/sung huyết mũi hoặc chảy mũi (trước/sau)</i>	
± Đau / nặng mặt	± Đau mặt
Giảm / mất ngủ	± Ho
Trên nội soi:	Trên nội soi:
- Polyp mũi	- Polyp mũi
- Mủ ở khe giữa, trên	- Mủ ở khe giữa, trên
- Phù nề / tắc nghẽn niêm mạc khe mũi giữa	- Phù nề / tắc nghẽn niêm mạc khe mũi giữa
Trên CT scanner:	Trên CT scanner:
- Thay đổi niêm mạc ở phức hợp khe giữa hoặc trong xoang	- Thay đổi niêm mạc ở phức hợp khe giữa hoặc trong xoang
<i>Thời gian: 12 tuần</i>	
Thăm khám ban đầu, điều tra dịch tễ	Bác sĩ chuyên khoa
≥ 2 triệu chứng: ngạt, chảy mũi, đau mặt, giảm ngủ, xảy ra cấp tính. Chia làm 3 loại: - Viêm mũi xoang do virus (cảm thường) tự giới hạn trong 10 ngày. - Viêm mũi xoang hậu virus (triệu chứng tăng nặng trở lại sau 5 ngày). - Viêm mũi xoang nhiễm khuẩn: ≥ 2 triệu chứng: thay đổi màu sắc dịch mũi, đau nhức nặng vùng mặt, sốt >38 độ C, tăng CRP/ESR, tăng nặng trở lại các triệu chứng sau khi thoái lui.	• ≥ 2 triệu chứng : ngạt, chảy mũi, đau mặt, giảm ngủ, xảy ra cấp tính. • Nội soi mũi/CT scanner mũi xoang:  

a. Triệu chứng lâm sàng:

Viêm mũi xoang cấp:

- Nghĩ đến viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh.

- Các triệu chứng chính:

- + Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt.
- + Sung và nề vùng mặt.

- + Tắc ngạt mũi.
- + Chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau.
- + Ngủ kém hoặc mất ngủ.
- + Có mủ trong hốc mũi.
- + Sốt.

- Các triệu chứng phụ:

- + Đau đầu.
- + Thở hôi.
- + Mệt mỏi.
- + Đau răng.
- + Ho.
- + Đau nhức ở tai.

Viêm mũi xoang mạn:

- Triệu chứng cơ năng:

- + Ngạt tắc mũi thường xuyên.
- + Xì mũi hoặc khịt khạc mủ nhày hay mủ đặc thường xuyên.
- + Đau nhức vùng mặt.
- + Mất ngủ hoặc giảm ngủ.
- + Kèm theo bệnh nhân có thể bị đau đầu, ho, mệt mỏi, hơi thở hôi.

- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:

- + Dịch mủ nhầy hoặc mủ đặc ở khe giữa, đôi khi khe trên.
- + Niêm mạc hốc mũi viêm phù nề hoặc thoái hoá thành polyp.
- + Có thể thấy các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuộn giữa, V.A quá phát,...

- Thời gian: kéo dài trên 12 tuần.

Tiêu chuẩn chẩn đoán		Chẩn đoán xác định
Triệu chứng chính	Triệu chứng phụ	- 2 TC chính: trong đó phải có 1 triệu chứng chảy mũi, ngạt mũi. - 1 TC chính (ngạt/chảy mũi) + 2 TC phụ. - Thời gian: ≤ 12 tuần: Viêm xoang cấp. > 12 tuần: viêm xoang mạn.
Chảy mũi (trước hay sau) Ngạt mũi/ tắc mũi Đau nhức mặt Rối loạn ngủ	Ho Vướng đờm Khịt khạc đờm Hơi thở hôi Đau đầu Đau tai Đau cung răng hàm trên	

1.4. Cận lâm sàng:

a. Nội soi mũi xoang:

- Có giá trị trong cả cấp và mạn.
- Xác định mủ khe giữa, phù nề niêm mạc.

- Hỗ trợ lấy bệnh phẩm.

b. X-quang thông thường (Blondeau, Hirtz): cho hình ảnh không rõ, ít sử dụng.

c. CT Scan xoang:

- Là phương pháp đang được lựa chọn trong chẩn đoán viêm mũi xoang.

- Hình ảnh trong viêm mũi xoang cấp tính do nhiễm khuẩn có thể sẽ không rõ ràng, trừ khi có biến chứng.

d. MRI xoang:

- Ít dùng hơn CT Scan vì cho hình ảnh xương không rõ ràng.

- Giúp phân biệt được dịch nhầy còn đọng lại trong xoang với khối u của nhu mô khác, có giá trị để phân biệt xoang có khối u với xoang có ứ đọng dịch.

- Hữu ích khi nghi ngờ có bệnh tích xâm lấn ổ mắt - nội sọ.

e. Xét nghiệm:

- Không thực sự có giá trị trong chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính.

- Chỉ định khi nghi bệnh toàn thân (suy giảm miễn dịch, HIV, bệnh tự miễn...).

1.5. Chẩn đoán phân biệt:

a. Viêm mũi xoang cấp tính:

- Chẩn đoán phân biệt với viêm mũi do virus (cảm cúm), đau nhức khớp thái dương hàm, đau đầu (bao gồm cả hội chứng đau nửa đầu - Migraine); đau răng, đau mũi, đau dây thần kinh V và khối u tân sinh trong xoang. Triệu chứng đau nhức vùng mặt, chảy mũi mủ, sung huyết mũi, ngửi giảm, đau răng và kém đáp ứng với thuốc co mạch có thể giúp phân biệt.

- *Viêm mũi do virus (cảm cúm):* Trong chẩn đoán viêm mũi xoang cấp, vấn đề khó khăn nhất là phân biệt nó với viêm mũi do virus vì diễn biến của bệnh và sự giống nhau về triệu chứng. Tuy nhiên, khi thăm khám thấy có mủ trong hốc mũi có thể nghĩ tới viêm mũi xoang cấp. Đặc biệt phải nghĩ đến viêm xoang nếu các triệu chứng viêm mũi xấu đi sau 5 ngày hoặc kéo dài hơn 10 ngày. Triệu chứng cấp tính của một bên mặt cũng liên quan hơn tới viêm xoang.

- *Đau nhức khớp thái dương hàm:* Đau nhức khớp thái dương hàm rất phổ biến và dễ bị nhầm lẫn với đau của viêm xoang. Đau nhức khớp thái dương hàm thường gây ảnh hưởng đến trí nhớ, trí tuệ, tinh thần và chất lượng cuộc sống.

- *Đau đầu và đau nửa đầu:* Đau đầu và đau nửa đầu có thể rất dễ nhầm lẫn với đau do viêm xoang. Đau nửa đầu có đặc điểm là đau ở một bên và kéo dài từ 4-72 giờ. Sự xuất hiện của những cơn này thường ngắn và đáp ứng với thuốc chữa đau nửa đầu như là ergot alkaloids. Cảm giác căng ở vùng trán như đeo đai cùng với đau đầu đặc thù sẽ giảm đi ở những ngày sau đó.

- *Đau răng và đau dây thần kinh số V:* Đau răng có thể là do viêm xoang và có thể nhầm với đau do viêm xoang. Đau dây thần kinh số V thường không phổ biến, nhưng có thể gây ra cơn đau nhói kịch phát theo đường đi của dây thần kinh V. Cảm giác này trái với triệu chứng đau kéo dài liên tục của viêm xoang.

- *U xoang:* U xoang thường không phổ biến, nhưng với tiền sử tắc mũi và chảy máu mũi một bên cần chụp CT Scanner và nội soi mũi. X quang, u xoang được thể hiện ở một bên và xương bị ăn mòn.

b. Viêm mũi xoang mạn tính: chẩn đoán phân biệt với

- Hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi và chảy nước mũi trong là chủ yếu.
- Không có mủ ở khe giữa hay khe trên.
- Cuốn mũi luôn phù nề, nhọt màu.
- Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte dương tính.

1.6. Biến chứng:

a. Các biến chứng có thể gặp của viêm mũi xoang cấp tính:

- Viêm nhiễm ổ mắt: Hốc mắt được ngăn cách với xoang sàng bởi xương giấy vụn rất mỏng và dễ bị rạn nứt. Mặt khác hệ thống tĩnh mạch mắt có liên hệ với mạch sàng, bởi vậy nhiễm khuẩn hốc mắt là biến chứng phổ biến nhất của viêm xoang cấp. Tỷ lệ mắc biến chứng của hốc mắt ở trẻ nhỏ thường cao hơn so với ở người lớn. Một số nhiễm khuẩn hốc mắt do biến chứng của viêm xoang là: phù nề, viêm nhiễm ở mi mắt; viêm mô tế bào ổ mắt; viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

- Viêm màng não: Viêm màng não thường xảy ra do nhiễm khuẩn từ xoang sàng và xoang bướm. Khi thăm khám, bệnh nhân có biến chứng này có thể giảm hoặc không đáp ứng với các kích thích. Có thể có các dấu hiệu của viêm màng não như Kernig và Brudzinski (+). Nếu phát hiện viêm màng não do biến chứng của viêm xoang, cần phải chụp CT Scanner não, CT Scanner xoang và chọc rò tủy sống giúp chẩn đoán.

- Áp xe ngoài màng cứng: Áp xe ngoài màng cứng là sự tích tụ mủ giữa xương sọ và màng cứng, điển hình liên quan đến viêm xoang trán. Một mặt do viêm nhiễm trực tiếp từ xoang lan rộng, mặt khác theo đường máu, có thể dẫn tới viêm mủ dưới màng cứng và cuối cùng dẫn tới áp xe não.

- Tắc tĩnh mạch xoang hang: Cục huyết khối nhiễm khuẩn từ mắt có thể chảy về phía sau thông qua hệ tĩnh mạch mắt tới xoang hang, gây ra nhiễm khuẩn, viêm nhiễm và cuối cùng là nghẽn mạch xoang. Bệnh nhân có những triệu chứng ở mắt như: phù kết mạc, đồng tử phản ứng chậm chạp, liệt mắt và mù lòa.

- Khối sưng phòng của Pott: Nếu viêm nhiễm trong xoang trán lan đến tuỷ xương trán, hiện tượng viêm xương tuỷ khu trú kết hợp với phá huỷ xương có thể gây ra khối sưng mềm vùng trán được mô tả kinh điển là khối sưng phòng của Pott.

b. Các biến chứng của Viêm mũi xoang mạn tính:

- Biến chứng đường hô hấp:

- + Viêm tai giữa.
- + Viêm thanh quản.
- + Viêm giãn khí phế quản.

- Biến chứng mắt:

- + Viêm phần trước ổ mắt.
- + Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

- Biến chứng nội sọ:

- + Viêm màng não.
- + Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

+ Áp xe ngoài màng cứng, áp xe não.

3. Y học cổ truyền

Theo YHCT, các triệu chứng lâm sàng mô tả trong bệnh viêm mũi xoang thuộc phạm trù các chứng sau:

- *Tỵ uyên*: tắc mũi, chảy mũi đặc hôi, nặng nề vùng trán, kèm đau đầu chóng mặt... do cảm phong hàn hoặc cảm phong nhiệt kết can kinh.
- *Tỵ lậu*: chảy mũi nước trong, nghẹt, ngứa mũi, hắt hơi.
- *Tỵ cừu*: chảy nước mũi trong, hắt hơi khi trời lạnh do Phế khí hư, Vị khí bất cố nên dễ cảm hàn tà.
- *Tỵ án*: mũi nghẹt không ngửi được mùi.
- *Đầu thống*: đau đầu do phong, nhiệt, đàm, khí - huyết hư...
- *Đầu trọng*: nặng đầu do ngoại cảm thấp tà hoặc thấp đàm bên trong.

3. Mã hóa bệnh tật theo icd-10

3.1. Mã ICD-10 theo y học hiện đại:

J01 Viêm xoang cấp J32 Viêm xoang mạn

3.2. Mã ICD-10 theo y học cổ truyền:

U59.421 Tỵ uyên U59.422 Tỵ lậu
U59.431 Tỵ uyên U59.432 Tỵ lậu

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

- Ngoại nhân: Phong, hàn, thấp, nhiệt nhập Phế kinh.
- Nội nhân: thất tình tổn thương tạng sinh hỏa, hỏa nghịch lên mà sinh bệnh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

A. VIÊM MŨI XOANG CẤP.

1. Thể Phong hàn phạm Phế:

1.1 Triệu chứng: bệnh phát ra cấp, nghẹt mũi, chảy nước mũi trong dần chuyển thành đục, hắt hơi, sợ gió, sợ lạnh, đau đầu, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù khản.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Tỵ lậu, Tỵ uyên.
- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Phế kinh.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong hàn).

1.3. Pháp: Tân ôn giải biểu, thông khiếu.

1.4. Phương: Thương nhĩ tử tán gia giảm, Viêm xoang thang, bài thuốc nghiệm phương.

Bài thuốc: Thương nhĩ tử tán gia giảm:

Thương nhĩ tử	10g	Bạch chỉ	18g
Tân di	12g	Bạc hà	08g

- Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Mũi đục nhiều, có mủ là có hiện tượng phong hàn hóa nhiệt gia: Hoàng cầm, liên kiều, kim ngân hoa.

Bài thuốc 2: nghiệm phương

Kinh giới	08g-12g	Sinh địa	08g-16g
Bạch chỉ	06g-08g	Ké đầu ngựa	08g-12g
Đơn bì	08g-12g	Kim ngân hoa	08g-16g
Mạch môn	08g-12g		
Hoàng cầm	08g-12g		

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

2. Thể Phong nhiệt phạm Phế:

2.1 Triệu chứng: Bệnh phát ra cấp, nghẹt mũi, nước mũi vàng hoặc trắng dính, lượng ít. Khám thấy niêm mạc mũi sưng đỏ, trong lỗ mũi có dịch mũi đặc, ấn có điểm đau xoang, đa phần kèm đau đầu, phát nhiệt, sợ lạnh, ho khạc đàm, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch phù sắc.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Ty lậu, Ty uyên.
- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Phế kinh.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong nhiệt).

2.3. Pháp: Tân lương giải biểu, tuyên Phế thông khiếu.

2.4. Phương: Ngân kiều tán để giải biểu thanh nhiệt hợp với Thương nhĩ tán.

Bài thuốc :

Thương nhĩ tử	10g	Kinh giới	12g
Tân di	12g	Cát cánh	18g
Bạch chỉ	18g	Đạm đậu sị	15g

Bạc hà	08g	Ngưu bàng tử	18g
Kim ngân hoa	30g	Trúc diệp	12g
Liên kiều	30g	Sinh cam thảo	15g

- Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Phế nhiệt thịnh, nghẹt mũi, chảy nước mũi nhiều gia Hoàng cầm, Lô căn, Ngưu tinh thảo để thanh giải phế nhiệt.

- Đau đầu nhiều có thể gia thêm các thuốc thanh lợi đầu mắt, chỉ thống: như đau vùng đỉnh đầu, vùng chẩm gia Cảo bản, Mạn kinh tử; đau vùng trước trán, cung mày, thái dương gia Xuyên khung, Sài hồ, Mạn kinh tử; đau vùng mặt má hoặc đau lan đến hàm trên thì trọng dụng Bạch chỉ, gia Xuyên khung.

3. Thể Đờm phủ uất nhiệt:

3.1 Triệu chứng: Bệnh phát hỏa cấp bách, mũi nghẹt đặc, chảy nước mũi liên tục, dịch mũi màu vàng xanh hoặc như mủ, mùi hôi tởm. Niêm mạc mũi sưng đỏ, cuốn mũi phù nề nặng. Đau nhức dữ dội vùng trước trán, hai bên cung mày, đặc biệt đau đầu nhiều ở vùng thái dương hoặc đỉnh đầu. Toàn thân có sốt, sợ lạnh, đắng miệng, khô họng, hay cáu gắt, ngủ kém, tai ù nhẹ. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày hoặc nhớt. Mạch huyền sác (hoặc hoạt sác).

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Ty lậu, Ty uyên.

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Đờm kinh và Phế kinh.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân kết hợp Ngoại nhân (Phong nhiệt xâm nhập làm uất kết Đờm hỏa, hoặc tình chí thất điều uất hỏa hóa tà bốc lên).

3.3. Pháp: Thanh đờm tả hỏa, thanh phế tiết nhiệt, thông khiếu chỉ thống.

3.4. Phương: Long đờm tả can thang gia giảm hợp với Thương nhĩ tử tán.

Bài thuốc: Long đờm tả can thang gia giảm hợp với Thương nhĩ tử tán:

Long đờm thảo 12g	Sài hồ 10g
Hoàng cầm 12g	Sinh cam thảo 06g
Chi tử (sao) 12g	Thương nhĩ tử 10g
Trạch tả 12g	Tân di hoa 12g
Xa tiền tử 15g	Bạch chỉ 15g
Đương quy 08g	Bạc hà 08g
Sinh địa 16g	

Cách dùng: Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm theo chứng trạng:

– Dịch mũi mủ hôi quá nặng, sưng nề dữ dội (Hỏa độc thịnh): Gia thêm *Kim ngân hoa 20g, Liên kiều 15g, Ngưu tinh thảo 20g, Bồ công anh 15g* để tăng cường thanh nhiệt giải độc, tiêu sưng bài nùng.

– Đau nhức vùng trán, thái dương dữ dội (Đờm kinh khí trệ): Tăng liều *Sài hồ 12g*, gia thêm *Hương phụ 10g, Xuyên khung 12g* để hành khí hoạt huyết, giảm đau tai mắt.

– Đẳng miệng, táo bón, tiểu tiện đỏ gắt (Nhiệt kết kết tụ ở hạ tiêu): Gia thêm *Đại hoàng 6-8g* (cho vào sau) để tả hạ thông tiện, dẫn hỏa đi xuống (độc theo đường đại tiện ra ngoài).

4. Thể Tỳ Vị thấp nhiệt:

4.1. Triệu chứng: Bệnh diễn tiến dai dẳng, mũi nghẹt nhiều, chảy nước mũi đặc, có màu vàng bần hoặc trắng đục dính, lượng nhiều, mùi hôi. Khứu giác giảm (giảm ngửi) hoặc mất mùi. Đau nặng đầu, có cảm giác đầu nặng như búa bổ, trán và vùng má đau ê ẩm. Toàn thân có biểu hiện tỳ vị thấp nhiệt: người mệt mỏi, nặng nề, bụng đầy trướng, chán ăn, miệng dính nhớt, tiểu tiện sục mùi và vàng, đại tiện nát hoặc đi tiêu không thoải mái (mót rặn). Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày và nhớt. Mạch nhu sắc hoặc hoạt sắc.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Tỳ lậu, Tỳ uyên.
- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt (thấp nhiệt nội uất).
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Tỳ kinh, Vị kinh, Phế kinh.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (do ăn uống quá nhiều đồ béo ngọt, cay nóng, hoặc uống rượu bia sinh thấp nhiệt ở tỳ vị, huân chung bốc lên vùng mũi xoang).

4.3. Pháp: Thanh nhiệt hóa thấp, kiện tỳ trừ đờm, tuyên phế thông khiếu.

4.4. Phương: Gia vị Hoắc hương chính khí tán hợp với Thương nhĩ tử tán gia giảm.

Bài thuốc:

Hoắc hương 12g	Hoàng cầm 12g
Bán hạ chế 10g	Ý dĩ nhân 20g
Trần bì 10g	Thương nhĩ tử 10g
Bạch truật 12g	Tân di 12g
Phục linh 12g	Bạch chỉ 12g
Thương truật 10g	Bạc hà 08g.
Hậu phác 10g	

Cách dùng: Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm theo chứng trạng:

- Thấp trệ nặng, đầu nặng như đeo đá, rêu lưỡi cực dày: Gia thêm *Hoạt thạch 15g, Thông thảo 6g* để thâm thấp lợi niệu, dẫn thấp nhiệt ra ngoài bằng đường tiêu.

- Nhiệt thịnh hơn thấp, dịch mũi vàng đặc, miệng rất khô khát: Gia thêm *Hoàng liên 8g, Chi tử 10g, Ngưu tinh thảo 20g* để tăng cường tả hỏa tỳ vị và tiêu viêm.

- Vùng mặt má đau nhức nhiều (Kinh Dương minh Vị bị uất trệ): Tăng liều *Bạch chỉ 18g*, gia thêm *Cát căn 15g* để thăng thanh khí, cắt cơn đau vùng mặt hàm.

- Bụng đầy chướng, đại tiện nát lỏng, mót rặn: Gia thêm *Mộc hương 8g, Sa nhân 6g* (cho vào sau) để hành khí hóa thấp, tỳ tỳ kích thích tiêu hóa.

B. VIÊM MŨI XOANG MẠN:

1. Thể Phế khí hư:

1.1. Triệu chứng: Bệnh thường phát triển hoặc trở nặng khi có thay đổi thời tiết, gặp lạnh, gặp gió hoặc tiếp xúc với dị nguyên (bụi, phấn hoa). Triệu chứng điển hình là ngửa mũi, hắt hơi liên tục từng tràng dài, ngạt mũi đôi bên hoặc ngạt cả hai bên, chảy nhiều nước mũi trong loãng (sau đó có thể đặc dính nếu ứ đọng lâu). Khứu giác giảm tạm thời. Toàn thân có biểu hiện của phế khí bất túc: sắc mặt trắng bợt, người mệt mỏi, đoản hơi, lười nói, tiếng nói nhỏ yếu, dễ bị cảm mạo, tự ra mồ hôi (tự hãn), sợ gió, sợ lạnh. Chết lưỡi nhạt, bệu nhẹ, rêu lưỡi trắng mỏng và ướt. Mạch nhu hoãn hoặc hư nhược.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Tỳ lậu, Tỳ uyên.
- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: phong hàn nhiễm Phế lâu ngày tổn thương chức năng tuyên phát và túc giáng của Phế, hô hấp bất lợi, tổn hao khí và tắc trở tỳ khiêu, sinh đàm.

1.3. Pháp: Bổ phế cố biểu, khu phong tán hàn, tuyên phế thông khiêu.

1.4. Phương: Ngọc bình phong tán hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm.

- Hoàng kỳ 20g (Quân dược - Đại bổ phế vệ, cố biểu liễm hãn)
- Bạch truật 12g (Thần dược - Kiện tỳ ích khí, trợ giúp Hoàng kỳ cố biểu)
- Phòng phong 10g (Tá dược - Khu phong tán hàn, phối hợp Hoàng kỳ vừa giữ vệ khí vừa đuổi tà)
- Thương nhĩ tử 10g (Tán phong thông khiêu vùng mũi)
- Tân di hoa 12g (Thông tỳ khiêu, ôn tán phong hàn)
- Bạch chỉ 12g (Khu phong chỉ thống, làm khô dịch mũi)
- Bạc hà 06g (cho vào sau - Sơ phong, thanh lợi đầu mắt)
- Cát cánh 08g (Sứ dược - Tuyên thông phế khí, dẫn thuốc đi lên Phế và mũi)
- Sinh cam thảo 04g (Điều hòa các vị thuốc)

Cách dùng: Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm theo chứng trạng:

– Nước mũi trong chảy xối xả, hắt hơi không dứt (Khí hư không nhiếp được tân dịch): Gia thêm *Tế tân 04g, Ngũ vị tử 06g, Kha tử 10g* để tăng cường ôn phế, thu liễm giáo tân, chặn dòng nước mũi.

– Người quá mệt mỏi, đoản hơi nặng, hụt hơi khi nói chuyện: Gia thêm *Đẳng sâm 16g* (hoặc *Nhân sâm 08g*) để đại bổ nguyên khí, nâng cao chính khí toàn thân.

– Dịch mũi ứ đọng lâu ngày hóa đục, dính (Khí hư sinh đàm trệ): Gia thêm *Trần bì 10g, Phục linh 12g* để kiện tỳ hóa đàm.

2. Thận Thận dương hư:

2.1. Triệu chứng: Bệnh diễn tiến mạn tính, dai dẳng khó dứt. Mũi nghẹt, chảy nước mũi trong, loãng, lượng nhiều, lạnh mũi, hắt hơi liên tục khi gặp lạnh hoặc thay đổi thời tiết, khứu giác giảm. Đau đầu âm ỉ, nặng gáy hoặc đau buốt vùng đỉnh đầu, sợ lạnh, thích ẩm, tay chân lạnh, sắc mặt xanh xao hoặc sạm tối. Thường kèm triệu chứng đau lưng, mỏi gối, ù tai, tiểu tiện trong dài hoặc tiểu đêm nhiều lần, đại tiện lỏng nát (hoặc ngũ canh tả). Chết lưỡi nhạt, bệu lớn, có vết hằn răng, rêu lưỡi trắng mỏng và ướt mượt. Mạch trầm tế vô lực hoặc vi nhược.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Tỳ lậu, Tỳ uyên.

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Thận dương.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Thận là căn bản của dương khí, do tiên thiên bất túc hoặc bệnh lâu ngày gây tổn thương Thận làm Thận dương hư suy không thể ôn hóa thủy dịch, hàn thủy chảy tràn lan từ mũi ra, nên nước mũi trong loãng, lượng nhiều, chảy không ngừng; dương khí hư tổn dễ bị ngoại tà xâm phạm nên mũi ngứa hay hắt hơi, gặp gió lạnh thì bệnh nặng hơn; thấp trọc ứ đọng trở xoang khiêu nên nghẹt mũi, niêm mạc mũi phù nề sắc nhợt nhạt, giảm khứu giác.

2.3. Pháp: Ôn dương, bổ Thận, tán hàn thông khiêu.

2.4. Phương: Tế sinh Thận khí hoàn gia giảm.

Thục địa	24g	Bạch linh	12g
Hoài sơn	12g	Mẫu đơn bì	08g
Sơn thù	08g	Trạch tả	08g
Nhục quế	04g	Phụ tử	04g
Ngưu tất	12g	Xa tiền tử	08g

Tùy theo chứng trạng có thể gia giảm các vị thuốc để điều trị cho phù hợp:

- Nước mũi nhiều chảy không ngừng gia: Kim anh tử, Ngũ vị tử để bổ Thận cố sáp.

- Mũi nghẹt không thông gia: Tân di hoa, Thương nhĩ tử để tuyên thông tỵ khiêu.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

3. Thể Tỳ khí hư:

3.1. Triệu chứng:

Niêm mạc mũi phù nề, sắc nhạt, dịch mũi trắng đục hoặc dính, không hôi nhiều nhưng chảy dai dẳng. Ngạt mũi thường xuyên, giảm khứu giác. Người mệt mỏi, đoản hơi (ngại nói), sắc mặt trắng bợt. Ăn uống kém, bụng đầy chướng, đại tiện lỏng hoặc nát. Chết lưỡi bệu nhạt, có dấu răng, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch hư hoãn hoặc nhu tế.

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Tỳ lậu, Tỳ uyên.

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư (kiêm đàm thấp).

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Phế, Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Do bệnh kéo dài làm tổn thương phế khí, mất khả năng tuyên giáng và vệ ngoại (dễ cảm nhiễm); kết hợp Tỳ khí suy yếu không vận hóa được thủy thấp, thấp tụ thành đàm đọng lại ở xoang mũi gây viêm tắc.

3.3. **Pháp:** Kiện Tỳ, ích khí, trừ thấp (nâng cao chính khí để trừ tà), thông khiếu.

3.4. **Phương:** Bổ trung ích khí thang hoặc Lục quân tử thang gia giảm.

Đảng sâm	12g - 16g	Trần bì	06g - 08g
Bạch truật	12g	Bạch chỉ	08g - 10g
Phục linh	10g - 12g	Ý dĩ	12g - 16g
Hoài sơn	12g	Cam thảo	04g - 06g

- Gia giảm:

+ Nếu dịch mũi ra nhiều, loãng: Gia thêm Thương nhĩ tử, Tân di để diện phong, thông mũi.

+ Nếu sợ lạnh nhiều: Gia thêm Quế chi, Tế tân để ôn phế.

- Cách dùng: Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Ăn uống nên tránh đồ sống lạnh, dầu mỡ để bảo vệ Tỳ vị.

4. Thể Đàm trọc trở khiếu:

4.1. **Triệu chứng:** Mũi nghẹt cứng liên tục, ngửi kém hoặc mất hẳn khứu giác, nước mũi ra nhiều, đặc quánh, màu trắng đục dính khó khạc hoặc chảy nhiều xuống thành sau họng. Đau đầu âm ỉ liên tục, có cảm giác đầu nặng nề như bị cuốn chặt bằng vải, người mệt mỏi, chân tay nặng nề. Thường kèm đầy trướng bụng, lợm giọng, buồn nôn, miệng dính nhớt, không khát. Chết lưỡi bệu nhạt, rêu lưỡi trắng dày nhớt. Mạch trầm hoạt hoặc nhu hoạt.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán chứng trạng: Tỳ lậu, Tỳ uyên.

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực hàn (hoặc lý thực, đàm thấp thiên về hàn).

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Tỳ kinh, Vị kinh, Phế kinh.

– Chẩn đoán nguyên nhân: Tỳ khí suy hại làm mất chức năng vận hóa thủy thấp, thủy thấp tụ lại lâu ngày sinh ra đàm trọc. Đàm trọc theo kinh mạch bốc lên trên, che lấp phế khiếu và thanh khiếu vùng đầu mặt gây tắc nghẽn mũi xoang.

4.3. Pháp: Táo thấp hóa đàm, trừ trọc thông khiếu, kiện tỳ vị.

4.4. Phương: Nhị trần thang hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm

- Bán hạ chế 12g (Táo thấp hóa đàm, giáng nghịch chỉ nôn)
- Trần bì 10g (Lý khí hóa đàm, kiện tỳ)
- Phục linh 12g (Kiện tỳ thẩm thấp)
- Thương truật 10g (Táo thấp kiện tỳ)
- Hậu phác 10g (Hành khí tiêu tích, táo thấp)
- Thương nhĩ tử 10g (Thông khiếu, trừ phong thấp)
- Tân di hoa 12g (Tán hàn thông khiếu)
- Bạch chỉ 12g (Giải biểu trừ phong, định thống)
- Bạc hà 06g (Sơ phong thanh nhiệt, khai khiếu - cho vào sau)
- Cam thảo 04g (Điều hòa các vị thuốc)

Cách dùng: Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm theo thực tế lâm sàng:

– Đàm trọc hóa nhiệt (Dịch mũi chuyển vàng đặc, có mùi hôi, rêu lưỡi chuyển vàng dày nhớt): Gia thêm *Hoàng cầm 12g, Qua lâu nhân 12g, Trúc nhự 10g* để thanh phế hóa đàm nhiệt.

– Mũi nghẹt cứng, cuốn mũi phì nề hoặc có Polyp mũi (Đàm ứ kết tụ): Gia thêm *Tam lăng 8g, Nga truật 8g, Cát cánh 10g* để phá khí huyết ứ, tiêu sưng, dẫn thuốc khai thông phế khiếu.

– Đầu đau nặng nề, choáng váng nhiều (Đàm trọc mông thanh khiếu): Gia thêm *Thiên ma 10g, Câu đằng 12g* để bình can tức phong, trừ đàm định huyên.

– Lợm giọng, buồn nôn, bụng đầy trướng nhiều: Gia thêm *Hoắc hương 10g, Sa nhân 6g* (cho vào sau) để phương hương hóa thấp tỳ vị.

C. ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC.

Có thể sử dụng đơn thuần hoặc kết hợp các phương pháp sau:

1. Châm cứu:

Các kỹ thuật ôn châm với thể hàn, hào châm với thể nhiệt; ưu tiên huyết vùng mũi mặt và kinh Dương minh (lưu ý cần tránh châm sâu vùng xoang/mặt). Chọn sử dụng các huyết sau:

Ấn đường (HN3);	Thái dương (EX-HN5);	Nghinh hương (LI20);
Phế du (BL13);	Ế phong (TH17);	Hợp cốc (LI4);
Quyên liêu (SI18);	Ngoại quan (TE5);	Tinh minh (BL1);
Liệt khuyệt (LU7);	Toán trúc (BL2);	Túc tam lý (ST36);

Tỵ thông (EX-HN8);

Khúc trì (LI11);

Phong trì (GB20).

2. Cứu ngải (với thể hàn) các huyệt: Ấn đường, Nghinh hương, Ấp phong, Quyền liêu, Tinh minh, Toán trúc, Thái dương, Phế du, Hợp cốc, Ngoại quan, Liệt khuyết, Túc tam lý.

3. Cây chỉ (Nhu châm) các huyệt: Ấn đường, Nghinh hương, Ấp phong, Quyền liêu, Toán trúc, Thái dương, Phế du, Hợp cốc, Ngoại quan, Liệt khuyết, Túc tam lý.

4. Xoa bóp bấm huyệt: Xoa các huyệt Ấn đường, Nghinh hương, Ấp phong, Quyền liêu, Tinh minh, Toán trúc, Thái dương, Phế du, Hợp cốc, Ngoại quan, Liệt khuyết, Túc tam lý.

5. Hồng ngoại (với thể hàn): vùng lưng trên và cổ gáy.

6. Chích huyết: tại các vùng huyệt a thị hoặc khám có ứ huyết.

7. Xông mũi: Mỗi ngày áp dụng từ 2 – 4 lần, mỗi lần 10 phút. Các thuốc được dùng cần đảm bảo quy trình vô khuẩn, tránh gây kích ứng niêm mạc.

8. Uống nhiều nước, Giữ ấm cơ thể: Vào những ngày thời tiết thay đổi, trời trở lạnh, người bệnh nên giữ ấm cơ thể, đặc biệt là vùng đầu, cổ, mũi và ngực.

***Lưu ý:** không tác động thủ thuật xâm lấn lên các vùng da đang có sang thương chưa lành, đang nhiễm trùng, người bệnh có bệnh lý về rối loạn đông cầm máu, người bệnh suy kiệt... Thận trọng khi sử dụng cho phụ nữ đang có thai.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI.

1. Nguyên tắc điều trị:

- Viêm mũi xoang cấp tính chủ yếu dựa vào điều trị nội khoa. Phẫu thuật chỉ đặt ra trong những trường hợp cần thiết.

- Viêm mũi xoang mạn tính:

+ Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.

+ Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.

+ Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

2. Điều trị nội khoa:

a. Điều trị toàn thân:

- Thuốc kháng sinh:

+ Đối với thể nặng thời gian điều trị từ 10-14 ngày. Viêm mũi xoang mạn tính thường từ 2-3 tuần.

+ Với thể trung bình và gần đây không sử dụng thuốc kháng sinh, nên sử dụng amoxicillin/clavulanate hoặc cefpodoxime, cefuroxime hoặc cefdinir. Nếu người lớn dị ứng với β -Lactam thì nên dùng TMP/SMX, doxycycline hoặc macrolide và trẻ em dị ứng β -Lactam nên sử dụng TMP/SMX hoặc macrolide. Tuy nhiên tỉ lệ thất bại với thuốc kháng sinh không phải nhóm β -Lactam có thể tới 25%.

Đối với những người sử dụng thuốc kháng sinh gần đây hoặc bệnh chưa ở mức nguy hiểm, việc lựa chọn thuốc uống ban đầu nên bao gồm thuốc quinolone đường hô hấp, amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone hoặc kết hợp với kháng sinh phổ rộng đối với người lớn và amoxicillin/clavulanate, ceftriaxone đối với trẻ em. Người lớn bị dị ứng β -Lactam nên được điều trị với thuốc quinolone đường hô hấp hoặc clindamycin và

rifampin, trong khi, trẻ em dị ứng β -Lactam nên sử dụng TMP/SMX, macrolide hoặc clindamycin. Nếu phương pháp chữa trị trong 72 giờ thất bại, nên đánh giá lại và thay đổi phương pháp điều trị. Trong trường hợp này, CT Scanner, nội soi mũi và nuôi cấy vi khuẩn nên được cân nhắc.

Hiệu quả của kháng sinh trong điều trị viêm xoang cấp tính được thể hiện trong bảng dưới đây:

Kháng sinh đường uống		Tác nhân gây bệnh		
		<i>S. Pneumonia</i>	<i>Haemophilus SPP</i>	<i>Moraxella Catarrhalis</i>
Penicillin/Amoxicillin		+	0	0
Cephalosporins	Thế hệ thứ nhất	$\pm$	0	0
	Thế hệ thứ 2	+	+	+
	Thế hệ thứ 3	$\pm$	+	+
Amoxicillin/Clavulanate		+	+	+
Macrolides		$\pm$	$\pm$	$\pm$
Clindamycin		+	0	0
Imipenem/Meropenem		+	+	+
Trimethoprim/Sulfamethoxazole		-	+	+
Quinolones (cũ) hoặc Aminoglycosides		$\pm$	+	+
Quinolones (mới)		+	+	+

0: Không hoặc rất ít tác dụng (<30%)

$\pm$: Tương đối tác dụng (30 - 80%)

b. Điều trị tại chỗ: rửa mũi và xịt mũi:

Cùng với liệu pháp kháng sinh toàn thân, điều trị tại mũi là rất cần thiết:

+ Rửa mũi thường xuyên bằng nước muối sinh lý hoặc nước muối ưu trương có thể giúp giữ ẩm và làm sạch dịch trong hốc mũi.

+ Xịt trực tiếp corticoid vào mũi có thể làm giảm tiết dịch (ít gây ảnh hưởng đến toàn thân).

+ Xịt oxymetazoline hydrochloride thời gian ngắn (ví dụ 3 ngày) để giảm các triệu chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc tránh viêm mũi xoang cấp chuyển thành mạn tính. Ngược lại nếu xịt kéo dài có thể làm bệnh nặng hơn.

c. Liệu pháp corticoid toàn thân, thuốc làm thông mũi và những liệu pháp điều trị khác:

- Sử dụng corticoid toàn thân có hiệu quả chống viêm cao tuy nhiên chỉ sử dụng giới hạn và cần được kiểm soát cẩn thận.

- Các thuốc làm thông mũi và tan nhầy theo đường toàn thân như là guaifenesin có thể giúp giảm các triệu chứng.

- Các thuốc đối kháng thụ thể Leukotriene (montelukast, zafirlukast) và thuốc kháng sinh macrolide có hiệu quả chống viêm, có thể chữa trị có hiệu quả.

d. Điều trị dị ứng

- Đối với bệnh nhân dễ bị dị ứng, kiểm soát dị ứng là cần thiết để ngăn chặn sự phát triển của viêm mũi, chính vì vậy có thể ngăn chặn quá trình phát triển thành viêm xoang.

e. Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.

3. Chỉ định điều trị ngoại khoa:

a. Viêm mũi xoang cấp tính:

- Cân nhắc phẫu thuật đối với viêm mũi xoang cấp tính điều trị với kháng sinh, corticoid tại chỗ và corticoid toàn thân không có kết quả sau 4-6 tuần.

- Điều trị phẫu thuật có thể cần thiết nếu có những bằng chứng về tổn thương niêm mạc hoặc tắc phức hợp lỗ ngách (khi được xác định bằng CT Scanner hoặc khám nội soi) vẫn dai dẳng mặc dù đã điều trị liên tục. Bệnh nhân chắc chắn có các bất thường về giải phẫu mũi xoang có thể cũng phải phẫu thuật.

- Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang:

- Chỉ định:

+ Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang dựa trên một số quan sát quan trọng:

+ Quan sát rõ ràng tại vị trí của lỗ thông mũi xoang không bình thường có thể sẽ không đảm bảo cho dẫn lưu xoang trực tiếp của dòng niêm dịch.

+ Chít hẹp giải phẫu phức hợp lỗ ngách.

+ Niêm mạc mũi xoang bị tổn thương khó hồi phục và làm mất chức năng hệ thống lông chuyển ảnh hưởng đến sự dẫn lưu dịch.

- Phẫu thuật xoang mở: Mặc dù phương pháp nội soi chức năng mũi xoang có nhiều ưu điểm, đôi khi vẫn cần dùng tới phương pháp phẫu thuật xoang mở như phẫu thuật Caldwell-Luc. Phẫu thuật này mở vào xoang, cho phép sinh thiết xoang và mở lỗ dẫn lưu vào hốc mũi.

b. Viêm mũi mạn tính:

- Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa tối đa mà không kết quả.

- Viêm mũi xoang mạn tính có cản trở dẫn lưu phức hợp lỗ ngách do dị hình giải phẫu như: lệch vẹo vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...

- Viêm mũi xoang mạn tính có thoái hóa polyp mũi xoang.

- Các phẫu thuật nội soi mũi xoang gồm:

+ Phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang tối thiểu.

+ Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm.

+ Phẫu thuật nội soi mũi xoang mở sàng - hàm - trán - bướm.

4. Tiên lượng:

a. Viêm mũi xoang cấp tính:

Tiên lượng viêm xoang cấp tính là rất tốt, với ước tính khoảng 70% bệnh nhân mắc bệnh sẽ tự khỏi mà không được chữa trị. Kháng sinh đường uống có thể giảm thời gian bệnh nhân có triệu chứng. Tuy nhiên trong một số trường hợp viêm xoang có thể gây ra một số biến chứng.

b. Viêm mũi xoang mạn tính:

Bệnh viêm mũi xoang mạn tính do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để tránh tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sĩ.

V. PHÒNG BỆNH.

- Có chế độ điều trị, nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý khi mắc cảm cúm.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố kích thích (bụi, khói thuốc lá, hoá chất, thuốc lá, hạn chế rượu bia...). Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Quan tâm điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.
- Giải quyết các bất thường về giải phẫu mũi xoang (vẹo vách ngăn, xoang hơi cuốn giữa, quá phát mòm móc, bóng sàng).
- Nạo VA quá phát.
- Điều trị các khối u vòm mũi họng.
- Quan tâm, điều trị các bệnh toàn thân.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

BẢNG KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN – Y HỌC HIỆN ĐẠI

Phân loại EPOS 2020	Đặc điểm lâm sàng	Điều trị Tây Y	Thể YHCT	Điều trị thuốc YHCT	Không dùng thuốc	Tiêu lượng
Viêm mũi xoang cấp do virus (<10 ngày, tự giới hạn)	Ngạt mũi, chảy mũi trong, đau nhẹ, không sốt cao	- Rửa mũi NaCl 0,9% - Giảm đau (Paracetamol) - Không kháng sinh	Phong hàn phạm Phế	Thương nhĩ tử tán gia giảm, Viêm xoang thang, bài thuốc nghiệm phương	- Xông mũi thảo dược - Châm Ấn đường, Nghinh hương - Cứu nếu thể hàn	Khỏi sau 7–10 ngày
Viêm mũi xoang hậu virus (≥ 10 ngày hoặc nặng lại sau 5 ngày)	Dịch mũi vàng, đau tăng, nghẹt kéo dài	- Corticoid xịt mũi - Thuốc tan nhầy - Theo dõi nhiễm khuẩn	Phong nhiệt phạm Phế	Ngân kiều tán hợp Thương nhĩ tử tán	- Khí dung - Xông mũi 2–4 lần/ngày	Phục hồi tốt nếu điều trị sớm
Viêm mũi xoang cấp nhiễm khuẩn	≥ 2 dấu hiệu: dịch mũi đổi màu, đau nhiều, sốt $>38^{\circ}\text{C}$, CRP tăng	- Amoxicillin/Clavulanate - Cefuroxime/Ceftriaxone - Corticoid xịt - Tan nhầy	Đờm phủ uất nhiệt/ Tỷ Vị thấp nhiệt	Long đờm tả Can thang gia giảm hợp Thương nhĩ tử tán/ Hoắc hương chính khí tán hợp Thương nhĩ tử tán	- Châm Nghinh hương, Hợp cốc - Rửa xoang Proetz	80–90% đáp ứng nội khoa
Viêm mũi xoang mạn không polyp (>12 tuần)	Nghẹt kéo dài, đàm sau họng, giảm ngủ	- Corticoid xịt kéo dài - Rửa mũi thường xuyên - Kháng sinh nếu đợt cấp	Phế khí hư/ Thận dương hư/ Tỷ khí hư/ Đàm trọc trở khiếu	Ngọc bình phong tán hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm/ Tế sinh Thận khí hoàn gia giảm/ Bổ trung ích khí thang hoặc Lục quân tử thang gia giảm/ Nhị trần thang hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm	- Cấy chỉ 2–4 tuần/lần - Xoa bóp vùng xoang - Tập thở	Dễ tái phát nếu không kiểm soát cơ địa
Viêm mũi xoang mạn có polyp (CRSwNP)	Giảm/mất ngủ, polyp nội soi, nghẹt nhiều	- Corticoid xịt liều cao - Corticoid uống ngắn ngày - Phẫu thuật nội soi nếu thất bại	Phế khí hư/ Thận dương hư/ Tỷ khí hư/	Ngọc bình phong tán hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm/ Tế sinh Thận khí hoàn gia giảm/ Bổ	- Cấy chỉ - Xoa bóp vùng xoang - Tập thở mũi	Tái phát cao nếu cơ địa dị ứng

Phân loại EPOS 2020	Đặc điểm lâm sàng	Điều trị Tây Y	Thể YHCT	Điều trị thuốc YHCT	Không dùng thuốc	Tiêu lượng
			Đàm trọc trở khiêu	trung ích khí thang hoặc Lục quân tử thang gia giảm/ Nhị trần thang hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm		
Viêm mũi xoang mạn thể teo – khô	Mũi khô, vảy, hôi, đau âm ỉ	- Rửa mũi nước muối ưu trương - Dưỡng ẩm niêm mạc	Phế khí hư/ Thận dương hư/ Tỷ khí hư	Ngọc bình phong tán hợp Thương nhĩ tử tán gia giảm/ Tế sinh Thận khí hoàn gia giảm/ Bổ trung ích khí thang hoặc Lục quân tử thang gia giảm	- Xông ẩm nhẹ - Dưỡng sinh	Cải thiện chậm, cần điều trị dài

(*) Tiêu chí chuyển tuyến/ chuyển chuyên khoa:

- Không đảm bảo đủ nhân lực, vật tư, thuốc điều trị theo phác đồ.
- Có biến chứng hoặc dọa biến chứng:
 - + Biến chứng ổ mắt: viêm mô tế bào trước vách, áp xe ổ mắt, mù.
 - + Biến chứng nội sọ: viêm màng não, áp xe ngoài màng cứng, áp xe dưới màng cứng, áp xe nhu mô não, thuyên tắc tĩnh mạch xoang hang.
 - + Biến chứng cột tủy viêm xương.
- Có chỉ định phẫu thuật:
 - + Polyp mũi gây tắc nghẽn dẫn lưu xoang hoặc gây nghẹt mũi không đáp ứng điều trị nội khoa.
 - + Viêm mũi xoang bội nhiễm tái phát hoặc kéo dài đã điều trị steroid xịt mũi, rửa mũi và ít nhất 1 đợt kháng sinh.
 - + Sinh thiết sang thương trong hốc mũi để loại trừ u hốc mũi, bệnh lý u hạt, rối loạn hoạt động lông chuyển, các tổn thương do nấm.
 - + Bất thường giải phẫu hốc mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng”.
2. Bài giảng Bệnh học và điều trị Bộ môn YHCT- ĐHYDTP Hồ Chí Minh (2023).
3. Bệnh học Ngũ quan, Khoa Y học cổ truyền, ĐHYD TP Hồ Chí Minh (2024).
4. Viêm xoang, Phác đồ Bệnh Viện Nhân Dân 115 (2020).
5. Rhinology, EPOS 2020.

14. VIÊM QUANH KHỚP VAI (KIẾN TÝ)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Y học hiện đại:

1.1. Định nghĩa:

Viêm quanh khớp vai là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp... Có bốn thể viêm quanh khớp vai:

- Đau vai đơn thuần (thường do viêm bán cấp các gân quanh khớp vai).
- Đau vai cấp (hoặc viêm quanh khớp vai cấp).
- Giả liệt khớp vai (do đứt gân).
- Cứng khớp vai (đau do loạn dưỡng khớp vai).

1.2. Lâm sàng:

a. *Đau khớp vai đơn thuần*: Đau vùng khớp vai thường xuất hiện sau vận động khớp vai quá mức, hoặc sau những vi chấn thương liên tiếp ở khớp vai. Đau kiểu cơ học. Đau tăng khi làm các động tác co cánh tay đối kháng. Ít hạn chế vận động khớp. Thường gặp tổn thương gân cơ nhị đầu và gân cơ trên gai. Thường có điểm đau chói khi ấn tại điểm bám tận gân bó dài của gân cơ nhị đầu cánh tay (mặt trước của khớp vai, dưới mỏm quạ 1cm) hoặc gân trên gai (mỏm cùng vai).

b. *Đau vai cấp*: Đau vai xuất hiện đột ngột với tính chất dữ dội, đau gây mất ngủ, đau lan toàn bộ vai, lan lên cổ, lan xuống tay, đôi khi xuống tận bàn tay. Bệnh nhân giảm vận động khớp vai nhiều, thường có tư thế cánh tay sát vào thân, không thực hiện được các động tác vận động thụ động khớp vai, đặc biệt là động tác giạng. Vai có thể sưng to nóng. Có thể thấy khối sưng bùng nhùng ở trước cánh tay tương ứng với túi thanh mạc bị viêm. Có thể có sốt nhẹ.

c. *Giả liệt khớp vai (đứt mũ gân cơ quay)*: Đau dữ dội kèm theo tiếng kêu răng rắc, có thể xuất hiện đám bầm tím ở phần trước trên cánh tay sau đó vài ngày. Đau kết hợp với hạn chế vận động rõ. Khám thấy mất động tác nâng vai chủ động, trong khi vận động thụ động hoàn toàn bình thường, không có các dấu hiệu thần kinh. Nếu đứt bó dài gân nhị đầu khám thấy phần đứt cơ ở trước dưới cánh tay khi gấp có đối kháng căng tay.

d. *Cứng khớp vai (đông cứng khớp vai)*: Đau khớp vai kiểu cơ học, đôi khi đau về đêm. Khám: hạn chế vận động khớp vai cả động tác chủ động và thụ động. Hạn chế các động tác, đặc biệt là động tác giạng và quay ngoài. Khi quan sát bệnh nhân từ phía sau, lúc bệnh nhân gập tay lên sẽ thấy xương bả vai di chuyển cùng một khối với xương cánh tay.

1.3. Cận lâm sàng:

a. *Xét nghiệm máu*: Các xét nghiệm máu về hội chứng viêm sinh học thường âm tính.

b. Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm khớp vai: Siêu âm khớp vai là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập rất có giá trị trong phát hiện các tổn thương ở khớp vai.

- X-quang khớp vai: Phim chụp khớp vai trong viêm khớp vai thể thông thường không có tổn thương xương và khớp vai. Một số trường hợp có thể thấy hình ảnh gián tiếp của thoái hóa hoặc lắng đọng calci ở gân cơ trên gai.

- Chụp khớp vai có bơm thuốc cản quang hoặc MRI ghi hình khớp vai có bơm thuốc cản quang (MRI arthrogram).

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): Chụp MRI cho phép chẩn đoán chính xác các tổn thương phần mềm khớp vai.

1.4. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2. Y học cổ truyền:

Theo YHCT, các triệu chứng lâm sàng mô tả trong bệnh viêm quanh khớp vai thuộc phạm trù chứng tý thống, đông kết kiên, kiên ngưng, lậu kiên phong của y học cổ truyền.

3. Mã hóa bệnh tật theo icd-10

3.1. Mã ICD-10 theo y học hiện đại:

M75 Tổn thương vai

M75.0 Viêm bao hoạt dịch cơ thắt khớp vai

3.2. Mã ICD-10 theo y học cổ truyền:

U62.181 Chứng tý

U62.182 Kiên thống

U62.183 Bế cốt tý

U62.281 Kiên thống

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

1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân bên ngoài:

+ Phong hàn thấp tà xâm nhập: Đa phần do người bệnh sống, làm việc ở nơi có nhiều gió lạnh, ẩm ướt, hoặc đang lúc ra mồ hôi nhiều mà gặp gió lạnh, hoặc nằm ngủ nơi bị gió lạnh, hoặc do khí hậu biến hóa trở lạnh mà không mặc ấm đủ, hoặc ăn quá nhiều đồ sống lạnh, phong hàn thấp tà xâm nhập dẫn đến tắc trở vùng vai, khí huyết vận hành không thông thì cân mạch vùng vai co rút, các cân phối hợp vận động kém, cân nhục dính trệ, kinh lạc tắc trở gây ra đau nhức và trở ngại chức năng vận động.

+ Ngoại thương: Khớp vai có biên độ vận động lớn nên dễ bị chấn thương. Chấn thương vùng vai tuy do tiếp xúc với yếu tố bên ngoài nhưng xu thế sẽ làm tổn thương bên trong, trước bệnh ở bì phu, cơ nhục, sau thì bệnh tới cân cốt.

+ Lao tổn mạn tính: Vùng vai của tay thuận thường bị bệnh hơn do vai bên này hoạt động nhiều hơn và nặng hơn, hoạt động quá nhiều, tổn thương mạn tính cũng là nguyên nhân dẫn đến đau vai

- Nguyên nhân bên trong: Đây là nguyên nhân cơ bản gây đau vai. Y học cổ truyền cho rằng nguyên nhân bên trong cơ thể biến đổi gây bệnh có liên quan chủ yếu

đến Can Thận bất túc, khí huyết suy hư, nội thương thất tình, ăn uống không điều tiết, ít hoặc không vận động.

+ Can Thận bất túc, tinh huyết khuỵu hư: Sự sinh trưởng và phát dục của cơ thể đến lúc suy thoái đều có liên quan mật thiết với Can Thận. Nam nữ ở khoảng 50 tuổi thì thường Can Thận đều hư, tinh huyết thiếu hụt, Can huyết hư, cân không thể vận động, Thận khí suy, cốt cũng mỏi mệt mà lười vận động, quan sát tổng thể cơ thể con người có thể thấy xuất hiện các chứng trạng như hồi hộp, nóng bứt rứt vùng ngực, mất ngủ, xây xẩm chóng mặt, ăn uống kém, người có hàn hoặc nhiệt chứng khác. Can Thận suy hư, tinh huyết bất túc, hoạt động giảm sút, huyết mạch vận hành chậm chạp, sáp trệ, không đủ để nuôi dưỡng, ôn âm tứ chi, xương cốt, dẫn đến cân cốt mệt mỏi.

+ Khí huyết hư nhược, cân mạch thất dưỡng: Đa phần do lớn tuổi thể chất hư yếu, hoặc cơ thể bẩm thụ tiên thiên suy nhược, khí huyết bất túc, hoặc bệnh lâu ngày không khỏi, khí huyết cùng tổn thương.

+ Nội thương thất tình, khí trệ huyết ứ: Tình chí không điều hòa, giận dữ, lo lắng, nghĩ ngợi quá nhiều, tinh thần căng thẳng là nội thương thất tình, khí cơ của cơ thể vận hành rối loạn, thất thường, Can khí uất kết, uất trệ, sơ tiết kém. Khí vận hành huyết, khí trệ thì huyết ứ, hình thành khí trệ huyết ứ. Vùng vai khí trệ huyết ứ không thông thì sinh ra đau đờn, hoặc trướng đau, hoặc đau nhói. Huyết ứ đình trệ ở trong, huyết mới không đến được, cân mạch thiếu nuôi dưỡng thì co rút lại.

2. Cơ chế bệnh sinh

Đau vai có thể là bệnh lý tại chỗ của vùng vai cũng có thể là biểu hiện của bệnh ở nơi khác. Đau vai thường do ba cơ chế chính:

- Bất thông tắc thống: Ngoại tà xâm phạm, khí uất, ứ huyết, đàm thấp ứ trở... khiến kinh mạch lạc tắc trở không thông, khí huyết ứ trệ gây đau. Đau do kinh mạch lạc tắc trở thường biểu hiện thuộc thực chứng.

- Bất vinh tắc thống: Tinh hư, huyết hư, khí hư... đến mức độ nhất định có thể gây đau, nặng hơn có thể suy giảm hình thể nhiều, teo nhỏ, thậm chí hoại tử vùng bệnh. Đau do thiếu nuôi dưỡng thường biểu hiện thuộc hư chứng.

- Tổn hình tắc thống: Dập, đứt, gãy, giãn... sau chấn thương, sau hư chứng kéo dài, sau chỗ bế tắc... cũng là nguyên nhân gây đau thường gặp. Những tổn thương phần hình gây mất toàn vẹn các cấu trúc, cơ quan đều có thể gây đau. Bên cạnh đó sau khi tổn thương hình thể thì hậu quả phía sau thường có huyết ứ, khí trệ tại nơi tổn thương và khí huyết hư nơi kinh mạch lạc sau nơi tổn thương, từ đó tính chất đau có thể thay đổi, nơi có bế tắc thì đau kiểu thực chứng, sau nơi bế tắc thì thường đau kiểu hư chứng.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phân, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phong hàn thấp tý

1.1. Triệu chứng

Đau vùng vai, đau kiểu co rút, lạnh đau tăng, đau có thể lan đến vùng xương bả vai, lưng trên, hoặc vùng gáy, đau kiểu co cứng, co rút, gặp lạnh đau tăng, gặp nóng,

chườm ấm thì giảm đau, hạn chế vận động khớp vai, ấn đau cự án. Lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc khẩn.

1.2. Chẩn đoán

- Bệnh danh: Kiên tý

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn

- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Quan tiết, Cân cơ, các kinh Cân: Thủ thái âm kinh cân, Thủ thiếu âm kinh cân, Thủ quyết âm kinh cân, Thủ dương minh kinh cân, Thủ thái dương kinh cân, Thủ thiếu dương kinh cân, Túc thái dương kinh cân.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (Phong, Hàn, Thấp)

1.3. **Pháp:** Khu phong tán hàn, trừ thấp, thông kinh lạc chỉ thống.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc thang:

- Cổ phương: Quyên tý thang gia giảm

Quế chi	12g	Chế Xuyên ô	04g
Tế tân	04g	Khương hoạt	08g
Bạch chỉ	12g	Phòng phong	08g
Tang chi	12g	Khương hoàng	12g
Xích thược	12g	Đương quy	12g
Chích cam thảo	04g		

Sắc mỗi ngày 01 thang, uống chia 2 lần.

- Bài thuốc: Khương hoạt thăng thấp thang gia giảm

Bán hạ	04g	Trần bì	08g
Bạch linh	12g	Bạch truật	12g
Ý dĩ nhân	08g	Uy linh tiên	08g
Tang chi	12g	Khương hoạt	12g
Độc hoạt	08g	Cảo bản	12g
Phòng phong	12g	Mạn kinh tử	12g
Xuyên khung	12g	Địa long	08g
Toàn yết	04g		

Sắc mỗi ngày 01 thang, uống chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

Có thể dùng các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết tiêu sưng như ngải cứu, lá náng, bột nghệ, tam thất, hồng hoa, dây đau xương... nghiền nhỏ, sao với rượu, muối, bọc vào băng gạc bó 2 – 3 tiếng, lặp lại mỗi 2 – 3 ngày. Chú ý tránh bỏng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm: Châm tả các huyết:

Phong trì (GB20)	Phong môn (BL12)
Hợp cốc (LI4)	Ngoại quan (TE5)
Bát tà (EX-UE9)	Âm lăng tuyền (SP9)
Phong long (ST40)	Túc tam lý (ST36)
A thị huyết	

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyết:

+ Đau vùng trước vai: Gia thêm các huyết Trung phủ (LU1), Kiên ngưng (LI15), Cự cốt (LI16), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng ngoài vai: Gia thêm các huyết Kiên liêu (TE14), Kiên ngưng (LI15), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng sau vai: Gia thêm các huyết Thiên tông (SI11), Kiên trinh (SI9), Nhu du (SI10), Kiên ngoại du (SI14), Kiên trung du (SI15).

- Điện châm:

+ Công thức huyết: tương tự hào châm

+ Tác dụng: giảm đau, giảm tê

+ Kỹ thuật: Sử dụng dòng điện xung với dạng sóng liên tục, tần số 100 Hz, cường độ theo ngưỡng chịu đựng của bệnh nhân, thời gian 20 phút.

+ Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10-14 lần/liệu trình. Có thể thực hiện nhiều liệu trình tùy theo diễn tiến của người bệnh và đánh giá của bác sĩ điều trị. Điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Thủy châm:

+ Công thức huyết: Lựa chọn huyết theo nguyên tắc tương tự hào châm. Tuy nhiên, mỗi lần chỉ thủy châm 2 – 5 huyết.

+ Tác dụng: giảm đau, giảm tê

+ Thuốc tiêm: thuốc thường được chỉ định thủy châm hiện nay như Cytidine-5-disodium monophosphats, Vitamin B1-B6-B12...

+ Kỹ thuật: Mỗi huyết từ 0.5 – 3 ml thuốc, bơm thuốc từ từ vào huyết.

+ Liệu trình: Mỗi ngày thủy châm 1 lần, trung bình 10-14 lần/liệu trình. Có thể thực hiện nhiều liệu trình tùy theo diễn tiến của người bệnh và đánh giá của bác sĩ điều trị. Điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Laser châm:

+ Công thức huyết: theo công thức huyết của hào châm. Tuy nhiên số huyết được chọn trong Laser châm ít hơn, thường từ 4 đến 10 huyết.

+ Tác dụng: giảm đau, giảm tê

+ Liệu trình: Mỗi ngày laser châm 1 lần, trung bình 10-14 lần/liệu trình. Có thể thực hiện nhiều liệu trình tùy theo diễn tiến của người bệnh và đánh giá của bác sĩ điều trị. Điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Cây chỉ:

+ Công thức huyết: Theo công thức huyết của hào châm.

+ Tác dụng: giảm đau, giảm tê

+ Liệu trình: 7- 14 ngày cây chỉ 1 lần đối với chỉ catgut (hoặc tùy thuộc thời gian chỉ tiêu đối với các loại chỉ khác). Có thể thực hiện nhiều liệu trình tùy theo diễn tiến của người bệnh và đánh giá của bác sĩ điều trị. Điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Cứu:

+ Công thức huyết: theo công thức huyết của hào châm, có thể áp dụng đơn thuần hoặc kết hợp với kim châm (ôn châm).

+ Tác dụng: giảm đau, giảm tê

+ Liệu trình: Mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10-14 lần/liệu trình. Có thể thực hiện nhiều liệu trình tùy theo diễn tiến của người bệnh và đánh giá của bác sĩ điều trị. Điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Nhĩ châm hoặc điện nhĩ châm các huyết sau: Chọn huyết ở loa tai cùng bên bệnh cả hai bên nếu bị đau khớp vai hai bên: Huyết Vai (SF4), Khuỷu tay (SF3), Nhĩ thần môn (TF4), Thượng thận (TG2). Liệu trình 1 lần/ngày, điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Xoa bóp bấm huyết:

+ Xoa, day, lăn vùng vai. Vờn, bóp cơ cánh tay. Phát vùng trên và sau vai. Rung toàn bộ cánh tay với tần số tăng dần. Vận động cánh tay theo các tư thế, tăng dần biên độ để đạt được biên độ vận động sinh lý, cần tăng dần biên độ trong nhiều ngày.

+ Ấn các huyết: Hợp cốc (LI4), Khúc trì (LI11), Kiên ngung (LI15), Tý nhu (LI14), Kiên trinh (SI9), Cự cốt (LI16).

+ Liệu trình 1 lần/ngày, điều trị triệu chứng cho đến khi bệnh ổn định.

- Chích lễ có bầu giác: Kiên tĩnh (GB21), Kiên ngung (LI15), Kiên trinh (SI9), Thiên tông (SI11), Trung phủ (LU1), Tý nhu (LI14), Phong trì (GB20), Phong môn (BL12), A thị huyết. Chú ý kiểm tra đông cầm máu, HIV của người bệnh trước khi thực hiện.

- Giác hơi dùng lửa hay không dùng lửa vùng lưng và vai đau.

- Dưỡng sinh: Tập một số động tác dưỡng sinh giúp tuần hoàn lưu thông mạnh các cơ và khớp chi trên, vùng chi trên, các cơ vùng lưng trên, các cơ vùng vai, khớp vai:

+ Xem xa xem gần.

+ Đưa tay sau gáy.

+ Co tay rút ra phía sau.

- + Đỡ tay giữa lưng nghiêng mình.
- + Bắt chéo tay sau lưng.

Chú ý: Tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn Y học cổ truyền và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật.

2. Thể Phong thấp nhiệt tý

2.1. Triệu chứng

Đau vùng vai, khởi phát thường cấp tính, vùng vai sưng, nóng, đỏ, đau có thể lan đến vùng xương bả vai, lưng trên, hoặc vùng gáy, hạn chế vận động khớp vai, ấn đau cự án, có thể kèm sốt nhẹ, sợ gió, khát nước. Chât lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sắc hoặc phù sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Bệnh danh: Kiên tý
- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt
- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Quan tiết, Cân cơ, các kinh Cân: Thủ thái âm kinh cân, Thủ thiếu âm kinh cân, Thủ quyết âm kinh cân, Thủ dương minh kinh cân, Thủ thái dương kinh cân, Thủ thiếu dương kinh cân, Túc thái dương kinh cân.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (Phong, Thấp, Nhiệt)

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

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc thang:

- Cổ phương: Bạch hổ quế chi thang

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

Sắc mỗi ngày 01 thang, uống chia 2 lần.

- Bài thuốc: Quế chi thực dược tri mẫu thang

Quế chi	08g	Bạch thực	12g
Tri mẫu	12g	Bạch truật	12g
Cam thảo	06g	Ma hoàng	08g
Phòng phong	12g	Sinh khương	06g
Phụ tử chế	02g		

Sắc mỗi ngày 01 thang, uống chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

Có thể dùng các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết tiêu sưng như ngải cứu, lá náng, bột nghệ, tam thất, hồng hoa, dây đau xương... nghiền nhỏ, sao với rượu, muối, bọc vào băng gạc bó 2 – 3 tiếng, lặp lại mỗi 2 – 3 ngày. Chú ý tránh bỏng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm: Châm tả các huyết:

Khúc trì (LI11)

Đại chùy (GV14)

Ngoại quan (TE5)

A thị huyết

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyết:

+ Đau vùng trước vai: Gia thêm các huyết Trung phủ (LU1), Kiên ngung (LI15), Cự cốt (LI16), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng ngoài vai: Gia thêm các huyết Kiên liêu (TE14), Kiên ngung (LI15), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng sau vai: Gia thêm các huyết Thiên tông (SI11), Kiên trinh (SI9), Nhu du (SI10), Kiên ngoại du (SI14), Kiên trung du (SI15).

- Điện châm, thủy châm, nhĩ châm, xoa bóp bấm huyết: Giống thể Phong hàn thấp tý.

- Chú ý không sử dụng phương pháp cứu, ôn châm khi có dấu hiệu nhiệt.

3. Thể Khí trệ huyết ứ

3.1. Triệu chứng:

Thường người bệnh khi khởi phát bệnh có yếu tố chấn thương vai hoặc tiền căn lao động làm tổn thương vai, đau vai kiểu đau chói hoặc đau căng trướng, cường độ đau nhiều, hay đau tăng về đêm làm người bệnh khó ngủ, vị trí đau cố định, ấn đau cự án, đau lan xuống cánh tay, cẳng tay, vùng xương bả vai hoặc lan lên cổ gáy, khớp vai bị hạn chế vận động nhiều, vùng vai có thể sưng, khi có yếu tố kích thích tình chí có thể đau vai nhiều hơn. Chất lưỡi tím tối, hoặc có điểm hay ban ứ huyết, mạch tề sáp.

3.2. Chẩn đoán:

- Bệnh danh: Kiên tý

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực

- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Quan tiết, Cân cơ, các kinh Cân: Thủ thái âm kinh cân, Thủ thiếu âm kinh cân, Thủ quyết âm kinh cân, Thủ dương minh kinh cân, Thủ thái dương kinh cân, Thủ thiếu dương kinh cân, Túc thái dương kinh cân.

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

2.3. Pháp: Lý khí hoạt huyết, khứ ứ chỉ thống.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc thang:

- Bài thuốc: Thân thống trực ứ thang gia giảm

Đào nhân	12g	Hồng hoa	12g
Diên hồ sách	08g	Một dược	08g
Địa long	06g	Xuyên khung	12g
Khương hoạt	03g	Tần giao	12g
Tang chi	12g	Hương phụ	12g
Cam thảo	04g		

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

* Thuốc dùng ngoài:

Có thể dùng các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết tiêu sưng như ngải cứu, lá náng, bột nghệ, tam thất, hồng hoa, dây đau xương... nghiền nhỏ, sao với rượu, muối, bọc vào băng gạc bó 2 – 3 tiếng, lặp lại mỗi 2 – 3 ngày. Chú ý tránh bỏng.

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Hào châm: Châm tả các huyết:

Cách du (BL17)

Huyết hải (SP10)

A thị huyết

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyết:

+ Đau vùng trước vai: Gia thêm các huyết Trung phủ (LU1), Kiên ngưng (LI15), Cự cốt (LI16), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng ngoài vai: Gia thêm các huyết Kiên liêu (TE14), Kiên ngưng (LI15), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng sau vai: Gia thêm các huyết Thiên tông (SI11), Kiên trinh (SI9), Nhu du (SI10), Kiên ngoại du (SI14), Kiên trung du (SI15).

- Điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu/ôn châm, nhĩ châm, xoa bóp bấm huyết, dưỡng sinh: Giống thể Phong hàn thấp tý.

3. Khí huyết hư nhược

3.1. Triệu chứng

Đau vùng vai, thường đau âm ỉ, lao lực thì đau tăng, nghỉ ngơi thì bớt đau, tứ chi uể oải, mệt mỏi, sắc mặt trắng, xây xẩm choáng váng, tay chân lạnh, có thể tê bì tay chân, hay hồi hộp, lo sợ, khí đoản. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch trầm tế vô lực.

3.2. Chẩn đoán

- Bệnh danh: Kiên tý

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư

- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Khí, Huyết, Quan tiết, Cân cơ, các kinh Cân: Thủ thái âm kinh cân, Thủ thiếu âm kinh cân, Thủ quyết âm kinh cân, Thủ dương minh kinh cân, Thủ thái dương kinh cân, Thủ thiếu dương kinh cân, Túc thái dương kinh cân..

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Thể chất suy yếu, bệnh lâu ngày)

3.3. *Pháp*: Bổ ích khí huyết, giải kinh chỉ thống.

3.4. *Phương*

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc thang:

- Bài thuốc: Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang gia giảm

Hoàng kỳ	16g	Quế chi	12g
Sinh khương	04g	Đại táo	15g
Bạch thược	12g		

- Bài thuốc: Bát trân thang gia giảm

Đẳng sâm	12g	Bạch truật	12g
Bạch linh	12g	Cam thảo	04g
Hoàng kỳ	12g	Đại táo	15g
Sinh khương	04g	Đương quy	12g
Bạch thược	12g	Thục địa	12g
Tang chi	12g		

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

* Thuốc dùng ngoài:

Có thể dùng các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết tiêu sưng như ngải cứu, lá náng, bột nghệ, tam thất, hồng hoa, dây đau xương... nghiền nhỏ, sao với rượu, muối, bọc vào băng gạc bó 2 – 3 tiếng, lặp lại mỗi 2 – 3 ngày. Chú ý tránh bỏng..

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm:

Châm bổ các huyết:

Huyết hải (SP10)

Cách du (BL17)

Cao hoàng du (BL43)

Tam âm giao (SP6)

Túc tam lý (ST36)

Châm tả: A thị huyết

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyết:

+ Đau vùng trước vai: Gia thêm các huyệt Trung phủ (LU1), Kiên ngưng (LI15), Cự cốt (LI16), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng ngoài vai: Gia thêm các huyệt Kiên liêu (TE14), Kiên ngưng (LI15), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng sau vai: Gia thêm các huyệt Thiên tông (SI11), Kiên trinh (SI9), Nhu du (SI10), Kiên ngoại du (SI14), Kiên trung du (SI15).

- Điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, nhĩ châm, cứu, xoa bóp bấm huyệt, dưỡng sinh: Giống thể Phong hàn thấp tý.

5. Thể can thận hư: Viêm quanh khớp vai kéo dài có teo cơ, dính khớp.

5.1. Triệu chứng: Người bệnh mắc bệnh lâu ngày, khớp vai dính cứng, hạn chế vận động nghiêm trọng cả chủ động lẫn thụ động, teo cơ và biến dạng khớp. Tay và chân có cảm giác tê bì và nặng nề. Sắc mặt sạm đen và có thể sưng nề. Chất lưỡi bệu nhợt hoặc đỏ rêu ít, mạch trầm tế hoặc tế sáp.

5.2 Chẩn đoán

- Bệnh danh: Kiên tý
- Chẩn đoán bát cương: Lý hư (kiêm thực ở kinh lạc)
- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tạng Can Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân phối hợp Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.3. Pháp: Bổ can thận, trừ phong thấp, hoạt lạc chỉ thống.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc thang:

- Bài thuốc: Độc hoạt ký sinh thang

Đảng sâm	10g	Phục linh	15g
Đương qui	10g	Bạch thược	15g
Thục địa	15g	Xuyên khung	10g
Đỗ trọng	15g	Ngưu tất	15g
Quế chi	06g	Tế tân	04g
Độc hoạt	10g	Tang ký sinh	30g
Phòng phong	10g	Tần giao	10g
Cam thảo	06g		

- Bài thuốc: Lục vị địa hoàng thang

Thục địa	16g	Sơn thù	12g
----------	-----	---------	-----

Hoài sơn	12g	Bạch linh	12g
Đơn bì	08g	Trạch tả	08g

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

* Thuốc dùng ngoài:

Có thể dùng các vị thuốc có tác dụng hoạt huyết tiêu sưng như ngải cứu, lá náng, bột nghệ, tam thất, hồng hoa, dây đau xương... nghiền nhỏ, sao với rượu, muối, bọc vào băng gạc bó 2 – 3 tiếng, lặp lại mỗi 2 – 3 ngày. Chú ý tránh bỏng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Hào châm:

Châm bổ các huyết:

Thận du (BL23)

Thái Khê (KI3)

Phi dương (BL58)

Phục lưu (KI7)

Can du (BL18)

Tam âm giao (SP6)

Đại trũ (BL11)

Huyền chung (GB39)

Châm tả: A thị huyết

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyết:

+ Đau vùng trước vai: Gia thêm các huyết Trung phủ (LU1), Kiên ngưng (LI15), Cự cốt (LI16), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng ngoài vai: Gia thêm các huyết Kiên liêu (TE14), Kiên ngưng (LI15), Tý nhu (LI14).

+ Đau vùng sau vai: Gia thêm các huyết Thiên tông (SI11), Kiên trinh (SI9), Nhu du (SI10), Kiên ngoại du (SI14), Kiên trung du (SI15).

- Điện châm, thủy châm, laser châm, cây chỉ, nhĩ châm, cứu, xoa bóp bấm huyết, dưỡng sinh: Giống thể Phong hàn thấp tý.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI.

1. Nguyên tắc chung:

- Điều trị viêm quanh khớp vai bao gồm điều trị đợt cấp và điều trị duy trì. Cần kết hợp nhiều biện pháp khác nhau như nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

- Ưu tiên điều trị bảo tồn, mục tiêu: giảm đau, cải thiện chức năng, phục hồi vận động. Cá thể hóa, dựa trên mức độ đau, hạn chế chức năng, giai đoạn bệnh và nhu cầu sinh hoạt của người bệnh.

- Điều trị nội khoa đóng vai trò hỗ trợ triệu chứng, tập luyện phục hồi chức năng có hướng dẫn là nền tảng lâu dài. Can thiệp xâm lấn (tiêm, phẫu thuật) chỉ cân nhắc khi thất bại với điều trị bảo tồn thích hợp.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Điều trị nội khoa:

- Thuốc giảm đau thông thường. Sử dụng thuốc theo bậc thang của Tổ chức Y tế Thế giới. Chọn một trong các thuốc sau:

+ Acetaminophen 0,5g x 2-4 viên /24h;

+ Acetaminophen kết hợp với codein hoặc tramadol 2-4 viên/ 24h.

- Thuốc chống viêm không steroid: Chỉ định một trong các thuốc sau:

+ Diclofenac 50mg x 2 viên/24h.

+ Piroxicam 20mg x 1 viên/24h.

+ Meloxicam 7,5mg x 1-2 viên/24h.

+ Celecoxib 200mg x 1 – 2 viên/24h.

- Tiêm corticoid tại chỗ áp dụng cho thể viêm khớp vai đơn thuần. Thuốc tiêm tại chỗ (vào bao gân, bao thanh dịch dưới cơ delta) thường sử dụng là các muối của corticoid như methylprednisolon acetat 40mg; betamethason dipropionat 5mg hoặc betamethason sodium phosphat 2mg tiêm 1 lần duy nhất; sau 3-6 tháng có thể tiêm nhắc lại nếu bệnh nhân đau trở lại. Tránh tiêm corticoid ở bệnh nhân có đứt gân bán phần do thoái hóa. Tiêm corticoid ở bệnh nhân này có thể dẫn đến hoại tử gân và gây đứt gân hoàn toàn. Nên tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Nhóm thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm:

+ Glucosamin sulfat: 1500mg x 1 gói/24h.

+ Diacerein 50mg: 01-02 viên mỗi ngày. Có thể duy trì 3 tháng.

- Có chế độ sinh hoạt vận động hợp lý. Trong giai đoạn đau vai cấp tính cần phải để cho vai được nghỉ ngơi. Sau khi điều trị có hiệu quả thì bắt đầu tập luyện để phục hồi chức năng khớp vai, đặc biệt thể đông cứng khớp vai. Tránh lao động quá mức trong thời gian dài, tránh các động tác dạng quá mức hay nâng tay lên cao quá vai.

- Nội soi ổ khớp lấy các tinh thể calci lắng đọng: chỉ định hạn chế cho viêm gân vôi hóa dai dẳng, không đáp ứng điều trị bảo tồn đầy đủ.

- Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân áp dụng cho các thể đứt bán do chấn thương ở bệnh nhân < 60 tuổi. Hiện các nghiên cứu chưa thống nhất, không khuyến cáo điều trị thường quy.

- Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng:

+ Các phương pháp nhiệt: Điều trị bằng siêu âm, sóng ngắn, đèn hồng ngoại, túi chườm nước nóng hoặc chườm nóng bằng muối rang, lá lốt, lá ngải cứu rang.

+ Phục hồi chức năng: tập vận động có trợ giúp.

2.2. Ngoại khoa :

- Chỉ định với thể giả liệt, đặc biệt ở người trẻ tuổi có đứt các gân vùng khớp vai do chấn thương. Phẫu thuật nối gân bị đứt. Ở người lớn tuổi (> 60 tuổi), đứt gân do thoái hóa, chỉ định ngoại khoa cần thận trọng.

- Cần tái khám định kỳ sau 1-3 tháng, tùy theo tình trạng bệnh. Có thể siêu âm khớp vai để kiểm tra tình trạng của gân, bao gân và khớp vai.

3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

Năm 1987, Constant và Murley đã công bố phương pháp lâm sàng đánh giá chức năng vai và được hội nghị khớp học của SECEC chấp nhận và còn được gọi là tiêu chuẩn Constant. Tiêu chuẩn này ngày nay đã được các tác giả trên thế giới và Việt Nam công nhận áp dụng. Constant và Murley đánh giá chức năng vai dựa trên 4 tiêu chuẩn chính là: đau, hoạt động cuộc sống hàng ngày, tầm vận động khớp vai, lực vai với tổng số điểm là 100. Tiêu chuẩn này được đánh giá trước và sau điều trị viêm quanh khớp vai và phân loại kết quả điều trị ở 5 mức độ:

- Rất tốt: 95 - 100 điểm
- Tốt: 85 - 94 điểm
- Khá 75 - 84 điểm
- Trung bình 60 - 74 điểm
- Kém < 60 điểm

4. Theo dõi, quản lý:

Cần tái khám định kỳ sau 1-3 tháng, tùy theo tình trạng bệnh. Có thể siêu âm khớp vai để kiểm tra tình trạng của gân, bao gân và khớp vai.

V. PHÒNG BỆNH.

- Tránh lao động quá mức, tránh các động tác dạng quá mức hay nâng tay lên cao quá vai.
- Tránh các chấn thương ở vùng khớp vai.
- Phát hiện và điều trị sớm các trường hợp đau vai đơn thuần và đau vai cấp.

BẢNG PHỐI HỢP ĐÔNG - TÂY Y ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI

Giai đoạn YHHĐ	Mức độ	Đặc điểm lâm sàng	Thể bệnh YHCT	Điều trị YHHĐ	Điều trị YHCT	PHCN	Tiêu chí chuyển tuyến /chuyển chuyên khoa
GD I: Đau cấp (viêm hoạt dịch – đau vai đơn thuần)	Nhẹ – vừa	Đau nhiều, tăng về đêm, ROM giảm do đau	Phong hàn thấp tý	- NSAIDs 3 – 7 ngày	- Thuốc thang: Quyên tý thang, Độc hoạt ký sinh thang (gia giảm) - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyệt	◆ Nghỉ ngơi tương đối ◆ Chườm lạnh 10 – 15 phút ◆ TENS giảm đau ◆ Siêu âm 0.8 – 1W/cm² ◆ Codman (biên độ nhỏ)	Chuyển tuyến khi nghỉ ngơi rách gân chóp xoay hoàn toàn hoặc rách gân chóp xoay bán phần sau chấn thương đột ngột; sốt cao, vai sưng nóng đỏ, dịch khớp nhiễm khuẩn; đau ngực trái lan vai trái, khó thở, vã mồ hôi nghi ngờ hội chứng vành cấp.
	Nặng	Đau dữ dội, mất ngủ	Phong hàn thấp + huyết ú	- NSAIDs 7 – 14 ngày - Tiêm corticoid, hoặc tiêm huyết tương giàu tiểu cầu	- Thuốc thang: Thân thống trục ú thang - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyệt	◆ Treo tay ngắn hạn ◆ TENS + hồng ngoại ◆ Codman nhẹ	Chuyển tuyến khi người bệnh sốt cao, vai sưng nóng đỏ, dịch khớp nhiễm khuẩn; đau ngực trái lan vai trái, khó thở, vã mồ hôi nghi ngờ hội chứng vành cấp; nghi ngờ chấn thương cấp gây đứt gân hoặc gãy xương.
GD II: Bán cấp (đau giảm – hạn chế vận động tăng)	Trung bình	Hạn chế dạng – xoay ngoài rõ	Khí trệ huyết ú	- NSAIDs ngắn ngày - Vật lý trị liệu bắt buộc	- Thuốc thang: Thân thống trục ú thang - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyệt	◆ Mobilization độ I–II ◆ Tập gậy ◆ Leo tường ◆ Ròng rọc vai ◆ Sóng ngắn – siêu âm sâu	Chuyển tuyến khi sau 4 – 6 tuần điều trị bảo tồn chức năng vai không cải thiện; giới hạn vận động thụ động và chủ động ảnh hưởng sinh hoạt.
	Trung bình	ROM giảm >50%	Huyết ú lâu ngày	- Cân nhắc tiêm corticoid	- Thuốc thang: Thân thống trục ú thang	◆ Kéo giãn bao khớp mức II ◆ Thủy trị liệu	Chuyển tuyến khi giới hạn vận động thụ động và chủ động, nghi ngờ rách gân chóp xoay hoàn

Giai đoạn YHHĐ	Mức độ	Đặc điểm lâm sàng	Thể bệnh YHCT	Điều trị YHHĐ	Điều trị YHCT	PHCN	Tiêu chí chuyển tuyến /chuyển chuyên khoa
	— nặng			hoặc tiêm huyết tương giàu tiểu cầu	- Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyết		toàn hoặc rách gân chóp xoay bán phần sau chấn thương đột ngột.
GĐ III: Đông cứng (Frozen shoulder)	Vừa	Hạn chế cả chủ động & thụ động	Can thận hư	- NSAIDs ngăn ngày - Cân nhắc tiêm corticoid hoặc tiêm huyết tương giàu tiểu cầu - Vật lý trị liệu tích cực - Nong khớp nếu cần	- Thuốc thang: Độc hoạt tang ký sinh thang; Lục vị địa hoàng gia - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyết	◆ Mobilization III–IV (Maitland) ◆ Wall climbing ◆ Tập chủ động có trợ giúp ◆ Theraband nhẹ	Chuyển tuyến khi hạn chế vận động kéo dài >3 tháng, thất bại với điều trị bảo tồn và tập phục hồi chức năng.
	Nặng	ROM rất hạn chế, kéo dài >6 tháng	Can thận hư + khí huyết hư	- NSAIDs ngăn ngày - Cân nhắc tiêm corticoid hoặc tiêm huyết tương giàu tiểu cầu - Nội soi giải phóng bao khớp	- Thuốc thang: Bỏ can thận + bổ khí huyết - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyết	◆ PHCN sau can thiệp ngoại khoa ◆ Tập tăng dần 6–12 tuần	Chuyển tuyến khi cứng khớp kéo dài >6 tháng, giảm chức năng nghiêm trọng, không đáp ứng điều trị nội khoa và phục hồi chức năng.

Giai đoạn YHHD	Mức độ	Đặc điểm lâm sàng	Thể bệnh YHCT	Điều trị YHHD	Điều trị YHCT	PHCN	Tiêu chí chuyển tuyến /chuyển chuyên khoa
GD IV: Hồi phục	Nhẹ – vừa	Đau ít, ROM cải thiện dần	Khí huyết hư nhược	- Duy trì tập - Không dùng thuốc kéo dài	- Thuốc thang: Tứ vật thang gia Hoàng kỳ - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyệt	◆ Theraband trung bình → nặng ◆ Tập cơ chóp xoay ◆ Ổn định xương bả vai	Chuyển tuyến khi xuất hiện tái phát đau nhiều, giảm tầm vận động trở lại hoặc yếu cơ tiến triển ảnh hưởng chức năng lao động và sinh hoạt, giới hạn vận động thụ động và chủ động.
Thể đứt gân chóp xoay	Nhẹ (bán phần)	Đau khi nâng tay, yếu cơ	Huyết ứ	- Điều trị bảo tồn 6 tuần	- Thuốc thang: Hoạt huyết tiêu ứ thang - Điện châm - Thủy châm - Xoa bóp bấm huyệt	◆ Tập tăng cường cơ chóp xoay ◆ Siêu âm	Chuyển chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình khi sau 6 – 12 tuần điều trị bảo tồn vẫn đau, yếu cơ hoặc giảm chức năng vai, giới hạn vận động thụ động và chủ động; kết quả siêu âm/MRI cho thấy rách gân tiến triển.
	Nặng (đứt hoàn toàn)	Yếu cơ rõ	Huyết ứ lâu ngày	- Nội soi khâu gân	- Thuốc thang: Hoạt huyết + bổ can thận - Điện châm	◆ PHCN sau mổ 3 giai đoạn (bảo vệ – phục hồi ROM – tăng sức mạnh)	Chuyển chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình khi giới hạn vận động thụ động và chủ động để đánh giá và phẫu thuật khâu gân; đặc biệt ở người trẻ, người lao động nặng hoặc mất chức năng nâng tay rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương (2022), *Bệnh học và điều trị Nội khoa Kết hợp Đông Tây Y Tập 2*, Nhà xuất bản Y học; trang 337- 368.
2. Trần Ngọc Ân (2002), *Viêm quanh khớp vai, Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học; trang 364- 374.
3. Bộ Y tế, Hà Nội (2009), *Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền tập 1*.
4. Bộ Y Tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học.
5. Bộ Y Tế (2020), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền*.
6. Nguyễn Nhượng Kim (2017), *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, trang 327 -329.
7. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010), *Bệnh lý phần mềm quanh khớp, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; trang 154 -164.
8. Trần Quốc Bảo (2025), *Bệnh học lão khoa kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học.
9. 陈湘君 (2003), *中医内科常见病证辨证思路与方法*, 人民卫生出版社; p.369-374.
10. De Winter. AF, Jans MP, et al (1999), “*Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement*”; Ann Rheum Dis; p58: 272-7.
11. Ebenbichler. GR, Erdogmus. CB, Resch. KL, et al. (1999), “*Ultrasound therapy for calcific tendinitis of the shoulder*”; N Eng J Med, 340(20); p1533.
12. Hurt. G, Baker. CL Jr (2003), “*Calcific tendinitis of the shoulder*”; Orthop Clin North Am, 34(4); p567–75.
13. Jess D Salinas Jr, Jerrold N Rosenberg (2009), “*Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues*; Emedicine Specialities-Physical Medicine and Rehabilitation.

15. VÔ KINH (BỀ KINH, KINH BỀ, KINH THỦY BẤT HÀNH)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vô kinh có thể thoáng qua, gián đoạn hay vĩnh viễn do rối loạn chức năng của vùng hạ đồi, tuyến yên, buồng trứng, tử cung, hoặc âm đạo. Vô kinh sinh lý gồm tiền dậy thì, thai kỳ, cho con bú, mãn kinh. Vô kinh bệnh lý xảy ra ở 3-4% phụ nữ tuổi sinh sản, bao gồm vô kinh nguyên phát và vô kinh thứ phát.

Vô kinh nguyên phát: không có kinh nguyệt khi 13 tuổi và không có các dấu hiệu phát triển hệ sinh dục thứ phát, hoặc không có kinh nguyệt khi 15 tuổi mặc dù có dấu hiệu phát triển hệ sinh dục thứ phát.

Vô kinh thứ phát: bệnh nhân đã từng có kinh, lần này không có kinh trong một thời gian tương đương với 3 chu kỳ (đối với bệnh nhân chu kỳ đều trước đó) hoặc 6 tháng (đối với bệnh nhân có chu kỳ kinh không đều).

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân vô kinh: bất thường giải phẫu đường sinh dục, những rối loạn chức năng, bệnh lý vùng hạ đồi, tuyến yên, buồng trứng, các bệnh lý nội tiết (bảng 1). Tất cả nguyên nhân gây vô kinh thứ phát đều có thể là nguyên nhân của vô kinh thứ phát đều có thể là nguyên nhân của vô kinh nguyên phát.

Bảng 1. Nguyên nhân vô kinh

Cơ quan/ hệ thống	Bẩm sinh, di truyền	Mắc phải
Sinh dục dưới	Vách ngăn âm đạo Bất sản âm đạo Bít màng trinh	
Tử cung	Bất sản ống Muller Hội chứng kháng Androgen Thiếu 5 α -reductase, XY	Chít hẹp cổ tử cung Hội chứng Asherman (dính buồng tử cung)
<i>Buồng trứng</i> Bất sản tuyến sinh dục Suy buồng trứng sớm Rối loạn phóng noãn mãn tính	46XY, SRY- Loạn sản tuyến sinh dục: hội chứng Turner, 47XXX Suy buồng trứng nguyên phát Hội chứng buồng trứng đa nang	Phẫu thuật, nhiễm trùng, tự miễn, hóa trị, xạ trị... Stress tâm lý, béo phì, hoạt động thể lực quá mức
Vùng hạ đồi	Hội chứng Kallmann Suy sinh dục do rối loạn vùng hạ đồi vô căn.	Stress tâm lý Hoạt động thể lực quá mức Rối loạn dinh dưỡng Bệnh lý mãn tính

		U não, nhiễm trùng, chấn thương đầu, chiếu xạ sọ
Tuyến yên	Thiếu sản tuyến yên U tuyến yên tiết Prolactin	Hội chứng Sheehan U tuyến yên, chiếu xạ sọ, chấn thương đầu
Bệnh lý nội tiết	Thiếu 17 α -hydroxylase (CYP17) Thiếu 17-20 lyase Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh	Bệnh lý tuyến giáp, tuyến thượng thận, hội chứng Cushing, đái tháo đường không kiểm soát tốt, u buồng trứng
Dậy thì muộn	Dậy thì muộn sinh lý	

Trong đó, các nguyên nhân thường gặp là:

Vô kinh nguyên phát:

- Hội chứng Turner: 43%
- Bất sản ống Muller: 15%
- Buồng trứng đa nang: 7%
- Thiếu hụt GnRH (hội chứng Kallmann, Suy sinh dục do rối loạn vùng hạ đồi vô căn): 5%
- Vách ngăn ngang âm đạo: 3%
- Suy tuyến yên: 2%

Vô kinh thứ phát:

- Hội chứng buồng trứng đa nang: 28%
- Rối loạn chức năng hạ đồi do tâm lý, dinh dưỡng, tập thể dục quá mức: 15,5%
- Rối loạn chức năng hạ đồi vô căn: 18%
- Dính buồng tử cung: 7%

2. Chẩn đoán

Tiền sử

- Phụ khoa: đặc điểm kinh nguyệt (hành kinh lần đầu, chu kỳ kinh), biện pháp ngừa thai (chú ý thuốc ngừa thai)
- Sản khoa: có băng huyết (hội chứng Sheehan).
- Bệnh lý nội khoa: đái tháo đường, Cushing, nhược, thuốc đang dùng.
- Ngoại khoa: chú ý các thủ thuật, phẫu thuật phụ khoa.

Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

Hỏi bệnh sử chú ý bệnh nhân có phát triển có đủ các giai đoạn của dậy thì không (phát triển lông mu, lông nách, tuyến mồ hôi, tuyến vú), tiền căn gia đình dậy thì muộn, chiều cao của bệnh nhân so với các thành viên khác trong gia đình, có triệu chứng của

cường androgen hay nam hóa không, thói quen tập thể dục, thuốc đang uống (heroin, methadone, danazol, progestin, metoclopramide, thuốc chống trầm cảm...), stress, thay đổi cân nặng hay đang bị bệnh lý khác (với các triệu chứng: vú tiết sữa, nhức đầu, mất nhìn mờ, mệt mỏi, đa niệu, chứng khát nhiều) khô âm đạo, mất ngủ, giảm ham muốn tình dục.

- Triệu chứng thực thể

BMI, huyết áp (hội chứng Cushing, PCOS) hình dáng ngoài, đặc tính sinh dục thứ phát, vú tiết sữa, rậm lông, nam hóa, kiểm tra cơ quan sinh dục.

Cận lâm sàng

- Siêu âm phụ khoa

- hhCG, FSH, prolactin (PRL), TSH, estradiol (E2), FT4.

- Karyotype

- Những xét nghiệm khác tùy thuộc vào kết quả khám lâm sàng hay kết quả xét nghiệm cơ bản như: Testosterone, DHEAS, LH, đường huyết đói, HbA1C. MRI tuyến yên (khi prolactin >50 ng/ml).

3. Tiếp cận chẩn đoán (theo sơ đồ)

4. Một số hội chứng

Hội chứng Turner: Hội chứng Turner cổ điển là 45X, chỉ có 1 nhiễm sắc thể X, kiểu karyotype cổ điển này thấy trong 45% các trẻ gái có hội chứng Turner. Một phần lớn các trẻ còn lại không có kiểu karyotype kinh điển như trên, nhiễm sắc thể X chỉ bị mất đoạn một phần. Mức độ quan trọng của mất đoạn có liên quan đến độ nặng của biểu hiện kiểu hình.

Đặc điểm:

- Trẻ thấp bé với buồng trứng suy thoái rất sớm.
- Tóc mọc thấp, lỗ tai đóng thấp, mắt sụp, cổ to bè và ngực rộng.
- Hàm dưới ngắn. Vòm họng cong, cao và hẹp.
- Bàn chân dẹt, móng tay và chân nhỏ hẹp.
- Phù tay và chân, đặc biệt là khi mới sinh.

Hội chứng Kallmann: là bệnh lý gây ra bởi sự phát triển không đồng nhất về di truyền (trong đó 5 gen đã được ghi nhận liên quan đến sinh bệnh học của hội chứng Kallmann là: KAL1, FGFR1, FGF8 PROKR2, PROK2), sự thiếu hụt GnRH làm cho GNRH không di cư vào vùng dưới đồi trong giai đoạn phôi thai gây trạng thái suy sinh dục.

Đặc điểm về sinh sản:

- Dậy thì không hoàn toàn, không dậy thì.
- Vô kinh, kém phát triển đặc tính sinh dục thứ phát.
- Vô sinh
- Đặc điểm ngoài sinh sản:
- Mất khứu giác, giảm khứu giác

- Có thể kèm: bất thường xương, thận, mù màu, sút môi, chẻ vòm hầu.

Người nữ 46XY, SRY-: nguyên nhân của tình trạng này là do đột biến mất gen trên nhiễm sắc thể Y. Mất gen SRY làm cho tuyến sinh dục sơ khai không thể biệt hóa thành tinh hoàn. Thêm vào đó, các gen kiểm soát buồng trứng cũng ở trạng thái bất hoạt. Tuyến sinh dục bị bất sản hoàn toàn.

Đặc điểm: Đứa bé 46XY, SRY- có đầy đủ các đặc trưng của cơ quan sinh dục ngoài và đường sinh dục trong là nữ, chỉ có tuyến sinh dục là bất sản, dẫn đến không phát triển các đặc tính sinh dục thứ phát, cũng như ở vào trạng thái vô kinh nguyên phát.

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

Theo Y học cổ truyền (YHCT), rối loạn kinh nguyệt thuộc chứng Bế kinh, Kinh bế, Kinh thủy bất hành. Phạm vi bài này được phân chia dựa trên nguyên nhân do vòng kinh không phóng noãn vì stress tâm lý, chế độ dinh dưỡng, béo phì, bệnh lý mạn tính.

1. Nguyên nhân

Tình chí thất điều

Lao lực quá độ

Âm thực thất điều

2. Cơ chế bệnh sinh

Khí huyết đều hư chủ yếu do Tỳ Vị hư suy làm Tỳ Vị mất công năng tạo huyết. chứng Tâm huyết hư thường cũng liên quan đến Bế kinh vì Tâm chủ huyết, ngoài ra Can không tàng được huyết. Ăn uống thiếu dinh dưỡng, Tỳ hư ăn uống kém, cơ thể suy nhược, gây yếu không cung cấp đủ tinh cho Thận khí hóa thành huyết gây ra huyết hư.

Khí trệ huyết ứ do hậu quả của tình chí thất điều làm cho Can khí uất kết lâu ngày ở phụ nữ dẫn đến huyết ứ. Huyết ứ bế tắc Tử cung, khí của mạch Xung không được lưu thông để hình thành kinh nguyệt do đó gây nên Bế kinh.

Đàm thấp trở trệ tử cung liên quan đến Tỳ hư và ăn thức ăn sống lạnh làm hàn thấp tà bế tắc ở hạ tiêu và tử cung khiến huyết không lưu thông trong mạch bào gây Bế kinh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

1. Khí huyết hư

1.1. Triệu chứng

Kinh nguyệt dừng lại sau vài tháng, lượng máu kinh nguyệt ra ít dần, sắc kinh nhạt. Sắc da xanh vàng, da khô. Hay nhức đầu, hoa mắt, hồi hộp, ít ngủ, hụt hơi, hồi hộp. Lưỡi nhạt, mạch hư tế.

1.2. Chẩn đoán

Chẩn đoán bát cương: Lý, hư

Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Can, Tỳ, Thận

Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân

1.3. Pháp

Bổ khí huyết, điều kinh.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Bài thuốc cổ phương: Bát trân thang gia Ích mẫu, Đan sâm

Đương quy	08 – 12g	Thục địa	08 – 16g
Xuyên khung	08 – 12g	Bạch thược	08 – 12g
Đảng sâm	12 – 16g	Bạch linh	12g
Cam thảo	06g	Bạch truật	12g
Ích mẫu	12g	Đan sâm	12g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần, uống ấm.

Gia giảm:

Huyết hư nhiều gia A giao 08 – 12g, tăng liều Đương quy 12 – 16g.

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm hoặc cứu bổ các huyết:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
Cao hoàng (BL43)		

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/ lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoặc Cấy chỉ vào các huyết trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

2. Can khí uất

2.1. Triệu chứng

Phụ nữ trẻ không thấy có kinh nguyệt hoặc kinh nguyệt dừng lại sau kinh các kỳ kinh ra ít, người bứt rứt, buồn rầu, bụng dưới trướng đau, tinh thần cáu gắt. Lưỡi tím, mạch huyền, sáp.

2.2. Chẩn đoán

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

2.3. Pháp trị

Sơ Can, lý khí

2.4. Phương

a. Điều trị dùng thuốc

Bài thuốc: Sài hồ sơ can tán

Sài hồ	10g	Xuyên khung	12g
Bạch thược	15g	Cam thảo	06g
Chỉ xác	12g	Trần bì	12g
Hương phụ	15g		

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm tả các huyết:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Thái xung (LR3)	Trung cực (CV3)	Nội quan (PC6)
Hành gian (LR2)	Can du (BL18)	Kỳ môn (LR14)

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mãng châm. Lưu kim 20-30 phút/ lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoặc Cấy chỉ vào các huyết trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyết: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyết như trong công thức huyết hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

3. Tỳ hư đàm thấp

3.1. Triệu chứng

Chu kỳ kinh nguyệt kéo dài dần dần phát triển thành vô kinh. Đới hạ ra nhiều mà trắng. Cơ thể to béo, bụng chướng, đàm nhiều hay ọc và nấc cụt. Lưỡi bệu, rêu trắng nhớt, mạch hoạt.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương)

3.3. Pháp trị

Kiện Tỳ, hóa đàm, trừ thấp, ích Xung Nhâm, điều kinh.

3.4. Phương

a. Điều trị dùng thuốc

Bài thuốc: Thương phụ đạo đàm hoàn và phạt thủ tán biến phương

Bán hạ chế	10g	Bạch linh	12g
Chỉ xác	08g	Thương trệt	12g
Chích thảo	04g	Trần bì	08g
Hương phụ tứ chế	12g	Nam tinh	12g
Xuyên khung	08g	Đương quy	12g

b. Điều trị không dùng thuốc

Châm tả các huyệt:

Khí hải (CV6)	Tam âm giao (SP6)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Trung cực (CV3)	Huyết hải (SP10)
Tỳ du (BL20)	Thái bạch (SP3)	Phong long (ST40)
Nội quan (PC6)	Công tôn (SP4)	

- Các kỹ thuật châm: Hào châm, Điện châm, Điện mẫn châm. Lưu kim 20-30 phút/ lần/ngày, từ 15 đến 30 lần/ liệu trình.

- Hoạch Cấy chỉ vào các huyệt trên. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp. Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng khoảng 7 đến 14 ngày, sau thời gian chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Nhĩ châm huyệt: Thần môn, Giao cảm, Nội tiết, Tử cung, Buồng trứng, Thận, Hố chậu, Thượng thận, Sinh dục ngoài.

- Dưỡng sinh phương pháp Thư giãn. Tư thế nằm che mắt nơi yên tĩnh. Bước 1 ức chế ngũ quan. Bước 2 tự nhủ cho cơ mềm ra, giãn ra, từng nhóm cơ từ mặt xuống dần đến ngón chân một cách từ từ chắc chắn, toàn thân nặng xuống ấm lên. Bước 3 theo dõi hơi thở 10 lần, thở thật êm nhẹ đều nông.

- Xoa bóp Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt hào châm). Xoa bóp 30 phút/ lần/ ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân gây vô kinh mà có mục đích điều trị cụ thể: sửa chữa lại các bất thường (nếu có thể), giúp phụ nữ có thai (nếu có nhu cầu), hay chỉ là ngăn ngừa các biến chứng của bệnh.
- Tư vấn với người bệnh tình trạng bệnh, đặc biệt là bất hoạt ống Muller hay có nhiễm sắc thể Y.
- Phẫu thuật với những người bệnh có nhiễm sắc thể Y hoặc có các tổn thương sinh dục khác. Phục hồi hoặc tạo hình âm đạo để máu kinh thoát ra được.
- Người bệnh suy buồng trứng sớm cần điều trị hormon thay thế.
- Buồng trứng đa nang cần điều trị phụ thuộc vào nhu cầu người bệnh và ngăn ngừa các biến chứng dài hạn (quá sản nội mạc tử cung, béo phì, rối loạn chuyển hóa).
- Các nguyên nhân vô kinh thứ phát điều trị giống với phần vô kinh nguyên phát.

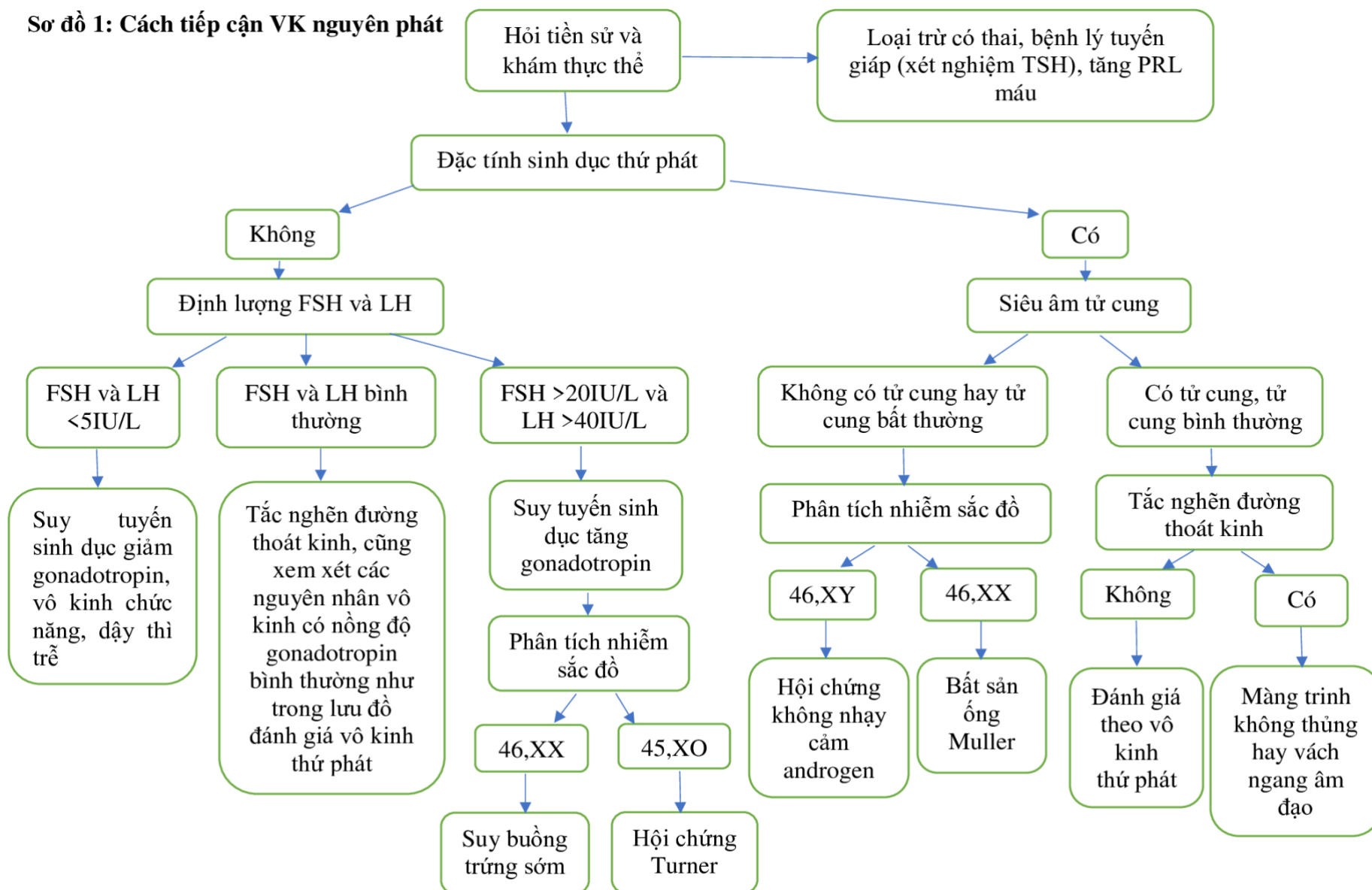
2. Điều trị cụ thể

- Suy buồng trứng sớm: nội tiết thay thế (HRT).
- PCOS: tùy mục đích điều trị (điều trị cường androgen, vô sinh) và phòng ngừa biến chứng (tăng sinh nội mạc tử cung, béo phì, rối loạn chuyển hóa).
- Rối loạn ăn uống: tư vấn tâm lý.
- Rối loạn chức năng vùng hạ đồi: duy trì cân nặng và thay đổi lối sống.
- Tăng Prolactin: Dopamin agonist.
- Bệnh lý tuyến giáp: điều trị chuyên khoa.
- Hội chứng Asherman (vô kinh thứ phát do tổn thương buồng tử cung): soi buồng tử cung gỡ dính và kích thích nội mạc tử cung với estrogen. Có thể đặt dụng cụ tử cung hay bóng trong buồng tử cung để tránh tái phát.
- Bít màng trinh: tiểu phẫu.
- Nữ hóa tinh hoàn: cắt tuyến sinh dục + HRT.
- Hội chứng Turner: HRT.
- U tuyến yên: Bromocriptine, phẫu thuật.
- U buồng trứng tiết Androgen: phẫu thuật.

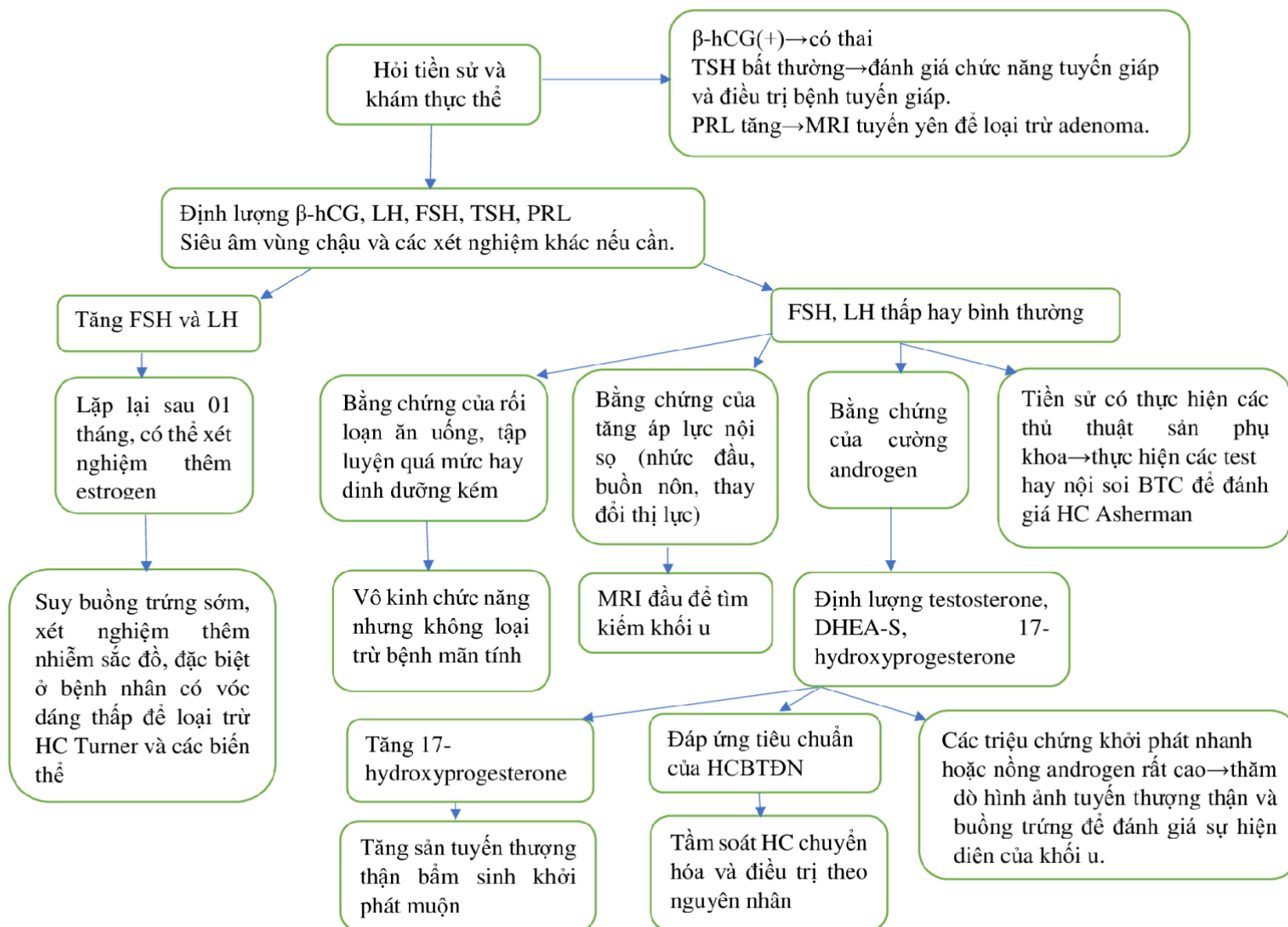
PHỤ LỤC MÃ HÓA BỆNH TẬT THEO ICD 10

N91: Vô kinh, thiếu kinh, hiếm kinh

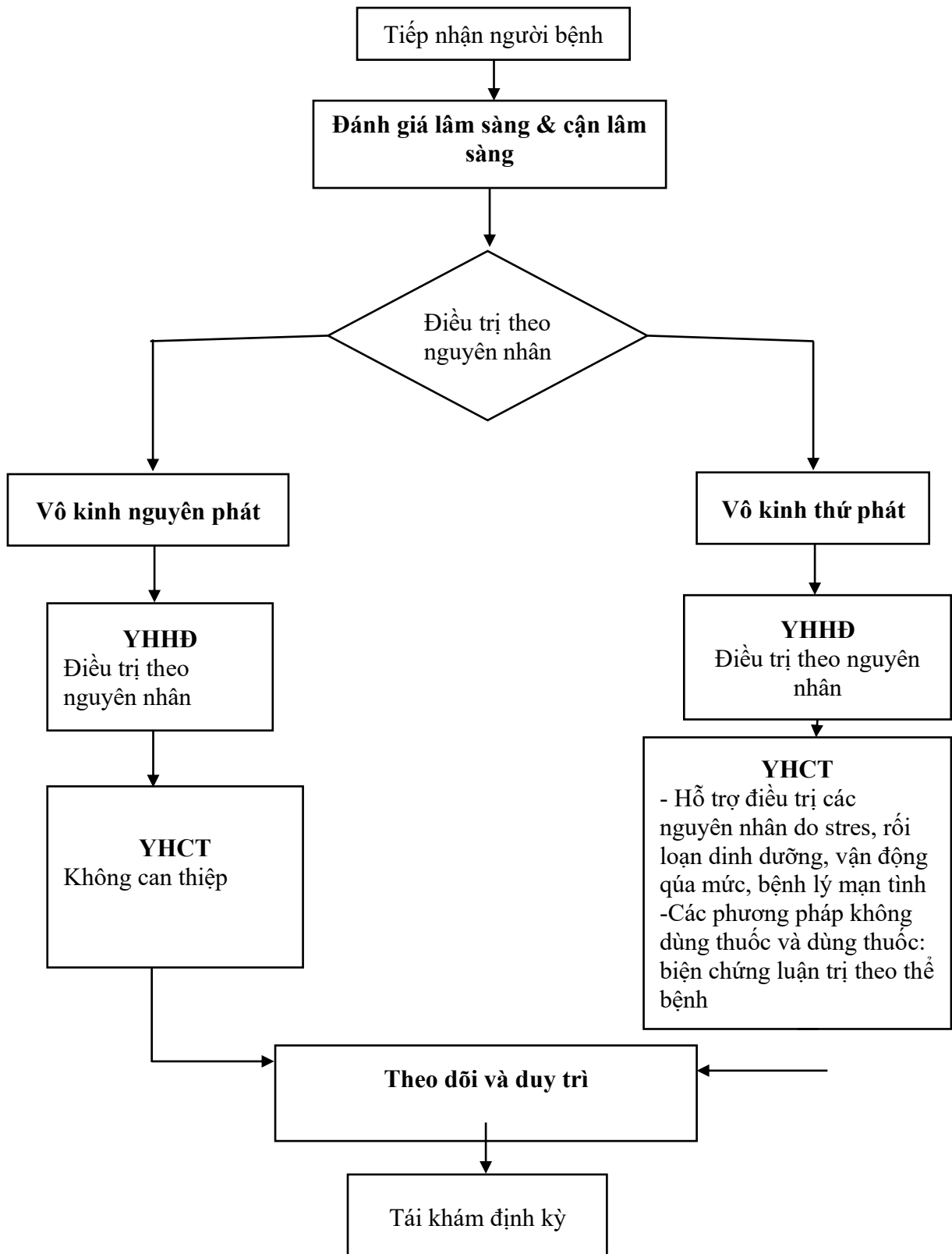
U63.081: Bế kinh

Sơ đồ 1: Cách tiếp cận VK nguyên phát

Sơ đồ 2: Cách tiếp cận chẩn đoán vô kinh thứ phát



Sơ đồ 3: Tiếp cận và điều trị vô kinh (kết hợp YHHĐ và YHCT)



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay (2022), “Rối loạn kinh nguyệt”, Bệnh học và điều trị Sản phụ khoa kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền”, trang 17-47.
2. Trần Thúy (2010), “Các bệnh phụ khoa”, *Châm loa tai và một số phương pháp khác*, NXB Y Học, trang 121-122.
3. Phạm Văn Cự (2010), “Kinh nguyệt không đều”, *Liệu pháp loa tai*, NXB Y học, trang 134.
4. Bệnh viện Hùng Vương (2019) “Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị vô kinh”.