

TRUNG TÂM ĐÀO TẠO ĐÔNG Y

HỘI ĐÔNG Y
THÀNH PHỐ HÀ NỘI

TÀI LIỆU

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ Y HỌC HIỆN ĐẠI

(Tài liệu lưu hành nội bộ)

HÀ NỘI 2023

TRUNG TÂM ĐÀO TẠO ĐÔNG Y

HỘI ĐÔNG Y
THÀNH PHỐ HÀ NỘI

TÀI LIỆU

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ Y HỌC HIỆN ĐẠI

(Tài liệu lưu hành nội bộ)

HÀ NỘI 2023

BAN BIÊN SOẠN

Trưởng ban:

THS.BS. Lê Đại Hoàng

Thành viên Ban biên soạn:

BS. Cán Thị Thủy

BS. Chu Lệ Thủy

BS. Vũ Phương Ngọc

HỘI ĐỒNG CHUYÊN MÔN THẨM ĐỊNH

Chủ tịch Hội đồng:

PGS.TS.BS. Phạm Vũ Khánh

Phó chủ tịch Hội đồng:

PGS.TS.BS. Lê Lương Đống

Các ủy viên Hội đồng:

PGS.TS.BS. Nguyễn Đức Minh

TS.BS. Nguyễn Thị Thu Hằng

TS.DS. Đàm Nhận

Thư ký Hội đồng:

BS. Chu Lệ Thủy

LỜI NÓI ĐẦU

Nền y học cổ truyền Việt Nam với hệ thống lý luận chặt chẽ, với các phương pháp phòng và chữa bệnh có hiệu quả, đã giữ gìn và bảo vệ sức khỏe cho người dân ta từ xưa tới nay. Đảng và Nhà nước ta rất coi trọng việc thừa kế, nghiên cứu, phát triển y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại để tăng cường khả năng phòng và chữa bệnh cho nhân dân. Đồng thời cũng rất chú trọng vào công tác đào tạo và bồi dưỡng đội ngũ y, bác sĩ làm công tác y học cổ truyền.

Để cập nhật kiến thức cho các y, bác sĩ làm công tác y học cổ truyền trong thực hành lâm sàng chúng tôi đã biên soạn tài liệu này nhằm góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. Để công tác khám bệnh, chữa bệnh ngày càng được chuẩn hóa, cập nhật đáp ứng yêu cầu về chuyên môn. Tài liệu này được biên soạn theo hướng kế thừa và phát huy phát triển, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại dựa trên những hướng dẫn, quy định của Bộ y tế.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn các thành viên Ban biên soạn, các thành viên Hội đồng chuyên môn thẩm định đã rất cố gắng, dành nhiều thời gian biên soạn, thẩm định, đóng góp nhiều ý kiến quý báu để hoàn thiện tài liệu này. Vì tài liệu mới được biên soạn lần đầu không tránh khỏi còn nhiều thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ các đồng nghiệp, các nhà khoa học trong lĩnh vực y học cổ truyền và y học hiện đại để tài liệu này ngày càng hoàn thiện hơn.

Trưởng Ban biên soạn

THS.BS. Lê Đại Hoàng

MỤC LỤC

TĂNG HUYẾT ÁP VÔ CĂN.....	1
DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO.....	11
VIÊM – LOÉT DẠ DÀY VÀ TÁ TRÀNG.....	21
VIÊM GAN VIRUS MẠN	32
BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD).....	40
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

TĂNG HUYẾT ÁP VÔ CĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Phải kết hợp với YHHĐ, không nên sử dụng YHCT đơn thuần.

1. Thể can dương thượng cương

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

1.2. Chẩn đoán:

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

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

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài Thiên ma câu đằng âm

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

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc bài thuốc: Long đởm tả can thang

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

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương: (Nam dược thân hiệu – Chóng mặt).

Hương phụ	1 lạng	Cúc hoa	1 lạng
Kinh giới	1 lạng	Bạc hà	3 đồng cân

Tán mịn, mỗi lần uống 10g sắc với nước chè và hành làm thang, uống trước khi ăn.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết

+ Tại chỗ:	Bách hội (GV.20)	Thái dương
+ Toàn thân:	Đờm du (BL.19)	Can du (BL.18)
	Thái xung (LR.3)	Hành gian (LR.2)
	Nội quan (PC.6)	Thần môn (HT.7)
	Tam âm giao (SP.6)	

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

- Điện nhĩ châm: Nhĩ châm: Điểm hạ áp, Can, Thần môn. Nhĩ châm 1 lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

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

2. Thể can thận âm hư

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

2.2. Chẩn đoán

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

2.3. Pháp: Tư bổ can thận.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài Lục vị địa hoàng thang

Thục địa	16g	Son thù	12g
Hoài sơn	12g	Bạch linh	12g
Đan bì	08g	Trạch tả	08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài Tri bá địa hoàng thang

Tri mẫu	08g	Hoàng bá	12g
Thục địa	16g	Son thù	12g
Hoài sơn	12g	Bạch linh	12g
Đan bì	08g	Trạch tả	08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc bài Kỷ cúc địa hoàng thang

Thục địa	16g	Sơn thù	12g
Hoài sơn	12g	Bạch linh	12g
Đan bì	08g	Trạch tả	08g
Kỷ tử	12g	Cúc hoa	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc bài Lục vị quy thực thang

Thục địa	16g	Sơn thù	12g
Hoài sơn	12g	Bạch linh	12g
Đan bì	08g	Trạch tả	08g
Đương qui	12g	Bạch thực	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương: Viên thận âm hư (Thuốc nam châm cứu)

Thục địa	200g	Lộc giác giao	150g
Quy bản	200g	Củ mài	150g
Thỏ ty tử	80g	Thạch斛	80g
Tỳ giải	100g	Mật ong vừa đủ	

Làm viên hoàn cứng, mỗi ngày uống 20g.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyệt

Can du (BL.18)	Thận du (BL.23)
Thái Khê (KI.3)	Huyết hải (SP.10)
Tam âm giao (SP.6)	Nội quan (PC.6)
Thần môn (HT.7)	

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

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

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

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

- Điện nhĩ châm: Nhĩ châm: Điểm hạ áp, Can, Thận. Nhĩ châm 1 lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

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

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

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

3.2. Chẩn đoán

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

3.3. Pháp: Bổ thận dưỡng âm.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Hữu quy hoàn

Thục địa	16g	Sơn thù	12g
Hoài sơn	12g	Kỷ tử	12g
Thỏ ty tử	12g	Hắc phụ tử	04g
Đương quy	12g	Nhục quế	04g
Đỗ trọng	12g	Lộc giác giao	16g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Nghiệm phương: Viên thận dương hư (Thuốc nam châm cứu)

Thục địa	160g	Sừng hươu	20g
Hoài sơn	160g	Ba kích	80g
Tiểu hồi	60g	Hắc phụ tử	16g
Nhục quế	30g		

Làm viên hoàn cứng, mỗi ngày uống 20g.

3.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm hoặc cứu: châm bổ các huyết

Thận du (BL.23)

Tam âm giao (SP.6)

Quan nguyên (CV.4)

Khí hải (CV.6)

Túc tam lý (ST.36)

Nội quan (PC.6)

Thần môn (HT.7)

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

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

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

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

- Điện nhĩ châm: Điểm hạ áp, Thận.

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

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

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

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư đàm thấp.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

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

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng YHCT

4.4.1.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Bán hạ bạch truật thiên ma thang

Bán hạ chế	12g	Bạch truật	16g
Thiên ma	12g	Cam thảo	04g
Trần bì	08g	Bạch linh	16g
Sinh khương	1 lát	Đại táo	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương: (Nam dược thân hiệu – Chóng mặt).

Can khương	10g	Cam thảo	04g
------------	-----	----------	-----

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm các huyệt

+ Châm bổ:	Túc tam lý (SP.6)	Tỳ du (BL.20)
	Vị du (BL.21)	Nội quan (PC.6)
	Thần môn (HT.7)	Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Phong long (ST.40)

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

- Các kỹ thuật châm: Điện châm.

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

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

- Điện nhĩ châm: Điểm hạ áp, Tỳ, Vị.

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

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

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

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

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

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

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

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

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

- Giảm cân nặng nếu thừa cân. Đặc biệt ở những người bệnh nam giới béo phì thể trung tâm.
- Hạn chế rượu ít hơn 30ml ethanol/ngày (ít hơn 720ml bia, 300ml rượu vang, 60ml whisky). Phụ nữ uống bằng 1/2 nam giới.
- Tăng cường hoạt động thể lực nếu tình huống lâm sàng cho phép, nên khuyến khích bệnh nhân tập thể dục đều. Duy trì ít nhất 30 - 45 phút/ngày vào hầu hết các ngày trong tuần.
- Chế độ ăn giàu rau quả, calci, kali, ít muối, ít chất béo có thể giúp hạ huyết áp. Giảm ăn mặn < 6g NaCl/ngày. Duy trì đầy đủ lượng kali, đặc biệt ở những người bệnh có dùng thuốc lợi tiểu để điều trị tăng huyết áp. Hạn chế mỡ động vật bão hòa và các thức ăn chứa nhiều cholesterol.
- Bỏ thuốc lá: Cần cương quyết bỏ thuốc lá trong mọi trường hợp.

2.2. Điều trị bằng thuốc

Tùy theo từng trường hợp cụ thể của người bệnh, cần kết hợp với các phương pháp điều trị theo hướng dẫn của YHHĐ, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- *Thuốc tác động lên hệ thần kinh giao cảm:*

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

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

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

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

+ Tác dụng phụ: Tùy từng nhóm thuốc.

- *Thuốc chẹn kênh canxi:*

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

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

- *Thuốc ức chế men chuyển:*

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

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

+ Tác dụng phụ: Gây ho khan.

- *Thuốc đối kháng thụ thể AT1 của angiotensin:*

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

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

- Thuốc giãn mạch trực tiếp: Hydralazin, mimosidil.

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

V. PHÒNG BỆNH

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

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

- Nên tập vận động thường xuyên.

DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

- **Nội phong:**

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

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

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

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

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

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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 phân, khối lượng các vị thuốc cổ truyền hoặc kê đơn các thành phẩm thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể can thận âm hư

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

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

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận âm hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

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

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

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

Thục địa	12g	Trạch tả	08g
Hoài sơn	12g	Phục linh	08g
Sơn thù	12g	Mẫu lệ	10g
Đan bì	08g	Miết giáp	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

Mạch môn	10g	Bạch thược	10g
A giao	08g	Ngũ vị tử	08g
Sinh mẫu lệ	10g	Sinh miết giáp	10g
Sinh quy bản	10g	Can địa hoàng	08g
Kê tử hoàng	2 quả	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Chú ý sau khi sắc xong cho Kê tử hoàng vào bát thuốc và uống nóng.

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

- Nghiệm phương:

Long cốt	12g	Mẫu lệ	12g
Quy bản	12g	Miết giáp	12g
Bạch thược	12g	Huyền sâm	12g
Thiên môn	12g	Ngưu tất	12g
Câu đằng	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Phác đồ huyết chung:

Bách hội (GV.20)	Kiên tinh (GB.21)
Kiên ngưng (LI.15)	Tý nhu (LI.14)
Khúc trì (LI.11)	Thủ tam lý (LI.10)
Ngoại quan (TE.5)	Dương trì (TE.4)
Hợp cốc (LI.4)	Phong thị (GB.31)
Phục thỏ (ST.32)	Lương khâu (ST.34)
Túc tam lý (ST.36)	Giải Khê (ST.41)
Huyết hải (SP.10)	Âm lăng tuyền (SP.9)
Thái Khê (KI.3)	Tam âm giao (SP.6)
Can du (BL.18)	Thận du (BL.23)
Huyền chung (GB.39)	Dương lăng tuyền (GB.34)
Bát tà	Bát phong

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4)

Giáp xa (ST.6)

Quyển liêu (SI.18)

Thừa tương (CV.24) bên liệt

+ Nếu nói ngọng:

Liên tuyền (CV.23)

Bàng liên tuyền 2 bên.

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

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

- Điện mẫn châm:

+ Thất ngôn, châm tả các huyệt:

Bách hội (GV.20)

Thượng liên tuyền hướng về góc lưỡi

Ngoại kim tân

Ngoại ngọc dịch

+ Liệt mặt: Châm tả các huyệt

Quyển liêu (SI.18) xuyên Hạ quan (ST.7)

Địa thương (ST.4) xuyên Giáp xa (ST.6)

Thừa tương (CV.24) Ế phong (TE.17)

+ Liệt tay: Châm tả các huyệt

Giáp tích C4 xuyên C7

Đại chùy (GV.14) xuyên Tích trung

Kiên ngưng (LI.15) xuyên Khúc trì (LI.11)

Kiên trình (SI.9) xuyên Cự tuyền (HT.1)

Khúc trì (LI.11) xuyên Ngoại quan (TE.5)

Hợp cốc (LI.4) xuyên Lao cung (PC.8)

Bát tà

+ Liệt chân: Châm tả các huyệt

Giáp tích D12 xuyên L5

Hoàn khiêu (GB.30) xuyên Thừa phù (BL.36)

Thừa sơn (BL.57) xuyên Ủ trung (BL.40)

Lương khâu (ST.34) xuyên Bễ quan (ST.31)

Giải khê (ST.41) xuyên Khâu khur (GB.40)
Tích trung (GV.6) xuyên Yêu dương quan (GV.3)
Dương lăng tuyền (GB.34) xuyên Huyền chung (GB.39)
Phi dương (BL.58) xuyên Côn lân (BL.60)
Địa ngũ hội (GB.42)

Châm bổ các huyết:

Thận du (BL.23) xuyên Bạch hoàn du (BL.30)
Tam âm giao (SP.6) xuyên Âm cốc (KI.10)
Thái khê (KI.3) xuyên Trúc tân (KI.9)
Huyết hải (SP.10) xuyên Âm liêm (LB.11)

Liệu trình: 10 – 15 lần/liệu trình. Thời gian châm 20 – 30 phút/lần.

- Laser châm: Công thức huyết như trong công thức huyết điện châm. Liều điều trị: A thị huyết 1 – 2J/cm², các huyết khác 1 – 3J/cm². Thời gian 15 – 20 phút cho một lần laser châm. Mỗi ngày một lần, một liệu trình từ 10 đến 15 lần.

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

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

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

2. Thể phong đàm

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

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

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ hư.

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

nhân.

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

2.4. Phương điều trị

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

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

Bán hạ chế	12g	Đảng sâm	12g
Trần bì	08g	Trúc nhự	04g
Phục linh	12g	Xương bồ	12g
Cam thảo	06g	Đại táo	12g
Đờm nam tinh	12g	Sinh khương	3 lát

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

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

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

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương:

Bán hạ chế	12g	Trần bì	06g
Phục linh	12g	Bạch truật	12g
Khương hoạt	12g	Thạch xương bồ	12g
Thiên ma	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Phác đồ huyết chung:

Bách hội (GV.20)	Kiên tinh (GB.21)
Kiên ngưng (LI.15)	Tý nhu (LI.14)
Khúc trì (LI.11)	Thủ tam lý (LI.10)
Ngoại quan (TE.5)	Dương trì (TE.4)

Hợp cốc (LI.4)	Bát tà
Phong thị (GB.31)	Phục thỏ (ST.32)
Lương khâu (ST.34)	Huyết hải (SP.10)
Tỳ du (BL.20)	Giải khô (ST.41)
Âm lăng tuyền (SP.9)	Bát phong
Tam âm giao (SP.6)	Túc tam lý (ST.36)
Phong long (ST.40)	Dương lăng tuyền (GB.34)
Huyền chung (GB.39)	

+ Nếu liệt mặt:

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

+ Nếu nói ngọng:

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

Phương pháp châm: Hào châm hoặc điện châm.

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

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

- Thủy châm, điện mãng châm, laser châm: Như thể Can thận âm hư.

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

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

3. Thử khí hư huyết ứ

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

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

3.2. *Chẩn đoán*

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Khí hư, huyết ú.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

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

3.4. *Phương điều trị*

3.4.1. *Điều trị bằng thuốc*

- Cổ phương: “Bổ dương hoàn ngũ thang”

Quy vĩ	12g	Hồng hoa	08g
Sinh hoàng kỳ	20g	Xuyên khung	10g
Địa long	06g	Xích thực	12g
Đào nhân	08g		

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương:

Đảng sâm	12g	Xuyên khung	10g
Sinh hoàng kỳ	12g	Xích thực	12g
Đương quy	12g	Đan sâm	12g
Bạch truật	12g	Ngưu tất	12g

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

3.4.2. *Điều trị không dùng thuốc*

- Châm:

+ Phác đồ huyết chung:

Châm tả các huyết:

Bách hội (GV.20)	Kiên tinh (GB.21)
Kiên ngưng (LI.15)	Tý nhu (LI.14)
Khúc trì (LI.11)	Thủ tam lý (LI.10)
Ngoại quan (TE.5)	Dương trì (TE.4)
Hợp cốc (LI.4)	Huyền chung (GB.39)
Phong thị (GB.31)	Phục thỏ (ST.32)

Lương khâu (ST.34)

Giải khê (ST.41)

Âm lăng tuyền (SP.9)

Dương lăng tuyền (GB.34)

Bát tà

Tam âm giao (SP.6)

Bát phong bên liệt

Huyết hải (SP.10) hai bên.

Châm bổ các huyết:

Quan nguyên (CV.4)

Khí hải (CV.6)

Túc tam lý (ST.36)

+ Nếu liệt mặt:

Địa thương (ST.4)

Giáp xa (ST.6)

Quyên liêu (SI.18)

Thừa tương (CV.24)

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

Phương pháp châm: Hào châm hoặc điện châm.

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

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

- Thủy châm, điện mẫn châm, laser châm: Như thể Can thận âm hư.

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

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

4.1. Nguyên tắc điều trị

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

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

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Điều trị bằng thuốc

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

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

4.2.2. Điều trị không dùng thuốc

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

V. PHÒNG BỆNH

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

VIÊM – LOÉT DẠ DÀY VÀ TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, viêm – loét dạ dày và tá tràng (VLDDTT) là thuật ngữ dùng để chỉ bệnh lý tổn thương viêm hoặc loét thành dạ dày và tá tràng. Bệnh gây ra do sự mất cân bằng giữa yếu tố tấn công (acid HCl, pepsin, Helicobacter pylori - HP...) và yếu tố bảo vệ (chất nhầy, sự tái sinh của tế bào, mạng lưới mao mạch của niêm mạc...) của dạ dày - tá tràng, dẫn đến sự tăng tái hấp thu ngược chiều của ion H⁺ từ lòng dạ dày vào trong niêm mạc gây toan tại chỗ, phù nề và hoại tử mô, kéo theo sự tiêu protein gây viêm, loét.

Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây VLDDTT bao gồm: Chế độ ăn uống không hợp lý, căng thẳng thần kinh (stress) kéo dài, dùng thuốc (thuốc chống viêm non-steroid và steroid), rối loạn nội tiết (tuyến yên, thượng thận), thể trạng, di truyền, yếu tố miễn dịch và nhiễm vi khuẩn HP.

Chẩn đoán xác định:

Triệu chứng lâm sàng: Người bệnh đau bụng vùng thượng vị, kèm ợ hơi, ợ chua, nóng rát, buồn nôn, nôn, có thể táo bón hoặc đầy bụng khó tiêu...

Nội soi dạ dày: Phát hiện tình trạng viêm, phù nề, xung huyết hay có kèm loét, xuất huyết, ung thư hóa...

Các xét nghiệm tìm thấy vi khuẩn HP như sinh thiết niêm mạc dạ dày làm CLO Test hoặc nuôi cấy tìm HP và làm kháng sinh đồ, test hơi thở urea, xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể, xét nghiệm phân tìm kháng nguyên...

Theo Y học cổ truyền (YHCT), bệnh VLDDTT được xếp vào phạm vi của chứng "Vị quản thống". Sách "Nội kinh" có ghi: Vị quản thống là chỉ vùng thượng vị đau âm ỉ hay dữ dội, đau từng cơn kèm theo có ợ hơi, ợ chua.

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

- Tình chí bị kích thích: Do suy nghĩ tức giận quá độ kéo dài làm tổn thương đến can, can không sơ thông, hoành nghịch phạm vị làm cho vị mất chức năng hoà giáng gây bệnh can khí phạm vị hay can tỳ bất hoà, nếu kéo dài thì can khí ứ trệ sinh ra can uất hoá hoả, hoả uất lâu ngày thì vị tích nhiệt làm tổn thương đến vị âm gây ra miệng khô đắng, người bệnh có cảm giác nóng rát vùng thượng vị.

- Ăn uống không điều độ: Do no đói thất thường hoặc ăn nhiều đồ cay, nóng, chua, lạnh làm tổn thương tỳ vị, làm tỳ mất kiện vận, vị mất hoà giáng, khí cơ trở trệ cũng gây đau thượng vị, bệnh tình kéo dài sẽ gây tổn thương tới dương khí ở trung tiêu mà dẫn đến tỳ vị hư hàn.

- Tiên thiên bất túc: Do thận khí hư (thận dương khi sinh ra đã bất túc, không nuôi dưỡng được tỳ dương làm tỳ dương hư, gây vị khí ứ trệ và hư); do tỳ vị hư (bẩm tố hư yếu hoặc do làm việc khó nhọc vất vả, hoặc do hàn thấp nội sinh làm cho tỳ vị càng thêm thương tổn).

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

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

YHCT chia vị quản thống thành 2 thể chính là can khí phạm vị và tỳ vị hư hàn. Thể can khí phạm vị được chia làm ba thể nhỏ là khí trệ, hỏa uất và huyết ứ.

1. Thể can khí phạm vị

1.1. Thể khí trệ

1.1.1. Triệu chứng: Đau bụng vùng thượng vị thành cơn, đau lan ra mạng sườn, có khi đau lan ra sau lưng, bụng đầy chướng nhiều và ấn đau (cự án), hay ợ chua, ợ hơi, khi ợ hơi được thì đỡ đau. Chất lưỡi hơi đỏ, rêu lưỡi trắng hoặc hơi vàng mỏng. Mạch huyền.

1.1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở can, vị (can khí phạm vị).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

1.1.3. Pháp: Sơ can lý khí.

1.1.4. Phương:

1.1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Sài hồ sơ can thang

Sài hồ	12g	Xuyên khung	08g
Chỉ xác	08g	Hương phụ	08g

Bạch thược	12g	Trần bì	08g
Cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương:

Lá khô	20g	Bồ công anh	20g
Khô sâm cho lá	16g	Hương phụ	08g
Hậu phác	08g	Uất kim	08g
Cam thảo nam	16g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoạch dùng Cao Dạ cầm:

Dạ cầm	300g	Đường	900g
--------	------	-------	------

Chế thành cao hoặc siro, mỗi ngày uống lượng tương đương 20g Dạ cầm.

1.4.1.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm: Châm tả các huyết:

Trung quản (CV.12)	Thiên khu (ST.25)
Can du (BL.18)	Thái xung (LR.3)
Túc tam lý (ST.36)	Lương khâu (ST.34)

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

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

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Dạ dày, Can, Giao cảm, Thần môn.

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

- Thủy châm các huyết:

Trung quản (CV.12)	Cự khuyết (CV.14)
Túc tam lý (ST.36)	Kỳ môn (LR.14)
Nội quan (PC.6)	Dương lăng tuyền (GB.34)

+ Thủy châm 1 lần/ngày, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 ngày/liệu trình

+ Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp, tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

- Cây chỉ: Có thể cây chỉ vào các huyệt:

Cự khuyết (CV.14)	Trung quản (CV.12)
Kỳ môn (LR.14)	Tam âm giao (SP.6)
Túc tam lý (ST.36)	Nội quan (PC.6)
Dương lăng tuyền (GB.34)	Can du (BL.18)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cây chỉ phù hợp. Sau 7 - 14 ngày chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các động tác:

+ Người bệnh nằm ngửa: Xoa, day, miết vùng bụng theo chiều kim đồng hồ. Ấn các huyệt:

Chương môn (LR.13)	Trung quản (CV.12)
Lương môn (ST.21)	Thiên khu (ST.25)
Hợp cốc (LI.4)	Thủ tam lý (LI.10)
Túc tam lý (ST.36)	Thái bạch (SP.3)
Lương khâu (ST.34)	

+ Người bệnh nằm sấp: Xát, xoa vùng lưng từ đốt sống D7 trở xuống. Ấn các huyệt:

Can du (BL.18)	Tỳ du (BL.20)
Vị du (BL.21)	

Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày, 10 - 15 ngày/liệu trình.

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

1.2. Thử hỏa uất

1.2.1. Triệu chứng: Đau thượng vị nhiều, đau nóng rát, cự ấn. Ợ chua nhiều, miệng khô đắng. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch huyền sác.

1.2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở can, vị (can khí phạm vị).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

1.2.3. Pháp: Sơ can tiết nhiệt.

1.2.4. Phương:

1.2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Sài hồ sơ can thang gia thêm Xuyên luyện tử 6g, Ô tặc cốt 16g.

+ Hoạch bài Hóa can tiễn hợp với Tả kim hoàn

Thanh bì	08g	Trần bì	06g
Bạch thực	12g	Đan bì	08g
Chi tử	08g	Trạch tả	08g
Thỏ bối mẫu	06g	Hoàng liên	08g
Ngô thù du	02g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương:

Lá khô	500g	Bò công anh nam	250g
Rễ chút chút	100g	Nhân trần	100g
Lá khổ sâm	50g		

Các vị sấy khô tán bột mịn, ngày uống 24 – 32g, hãm nước sôi lấy nước trong uống.

1.2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết như thể Khí trệ và gia thêm:

Nội đình (ST.44)	Hợp cốc (LI.4)
Nội quan (PC.6)	

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

- Nhĩ châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyết: Như thể Khí trệ.

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

1.3. Thể huyết ứ

1.3.1. Triệu chứng: Đau dữ dội ở một vị trí nhất định vùng thượng vị, cự án. Trên lâm sàng chia thành 2 trường hợp: thực chứng và hư chứng.

- Thực chứng: Nôn ra máu, đi ngoài phân đen, môi đỏ lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch

huyền sắc hữu lực (bệnh thể cấp).

- Hư chứng: Nứt chảy máu nhiều kèm theo sắc mặt nhợt nhạt, người mệt mỏi, môi nhợt, chân tay lạnh, ra mồ hôi, chất lưỡi bệu có ứ huyết, rêu lưỡi nhuận. Mạch hư đại hoặc tế sáp (bệnh thể hoãn).

1.3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực (Thực chứng) hoặc Lý hư trung hiệp thực (Hư chứng).

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở can, vị (can khí phạm vị).

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

1.3.3. Pháp điều trị

- Thực chứng: Thông lạc hoạt huyết hay lương huyết chỉ huyết.

- Hư chứng: Bổ huyết chỉ huyết.

1.3.4. Phương

1.3.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thực chứng:

- Cổ phương: Thất tiểu tán

Ngũ linh chi, Bồ hoàng lượng bằng nhau.

Hai vị thuốc tán bột mịn, trộn đều. Mỗi ngày uống 8 - 12g, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương:

Sinh địa	40g	Cam thảo	06g
----------	-----	----------	-----

Hoàng cầm	12g	Bồ hoàng sống	12g
-----------	-----	---------------	-----

Trắc bách diệp	16g	Chi tử	08g
----------------	-----	--------	-----

Tất cả làm thang sắc uống cùng A giao (nướng) 8g, ngày 1 thang chia 2 lần.

Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để uống, không cho vào sắc cùng.

* Hư chứng:

- Cổ phương: Hoàng thổ thang gia giảm:

Đất lòng bép (Hoàng thổ)	10g	Địa hoàng	12g
--------------------------	-----	-----------	-----

A giao	12g	Cam thảo	12g
--------	-----	----------	-----

Phụ tử chế	12g	Hoàng cầm	12g
------------	-----	-----------	-----

Bạch truật	12g	Đảng sâm	12g
------------	-----	----------	-----

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để uống, không cho vào sắc cùng.

+ Hoặc dùng bài Tứ quân tử thang gia vị:

Đảng sâm	16g	Hoàng kỳ	12g
Bạch truật	12g	A giao	08g
Bạch linh	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để uống, không cho vào sắc cùng.

+ Nếu sau khi cầm máu người bệnh sắc mặt nhợt nhạt, hoa mắt chóng mặt, chất lưỡi nhợt. Mạch hư tế, có thể dùng bài Điều doanh liễm can ẩm.

A giao (nướng)	08g	Bạch thực	12g
Câu kỷ tử	12g	Đương qui	12g
Mộc hương	06g	Ngũ vị tử	06g
Phục linh	12g	Táo nhân	08g
Trần bì	06g	Xuyên khung	10g
Đại táo	12g	Sinh khương	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Riêng vị thuốc A giao hòa vào nước sắc để uống, không cho vào sắc cùng.

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

- Nghiệm phương:

Đảng sâm	16g	Kê huyết đằng	12g
Hoài sơn	12g	Rau má	12g
Ý dĩ	12g	Cam thảo dây	12g
Hà thủ ô	12g	Đỗ đen sao	12g
Huyết dụ	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

1.3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Thực chứng châm tả:

Can du (BL.18)	Tỳ du (BL.20)
Thái xung (LR.3)	Huyết hải (SP.10)

Hợp cốc (LI.4)

+ Hư chứng ôn châm hoặc cứu:

Can du (BL.18)

Tỳ du (BL.20)

Tâm du (BL.15)

Cao hoàng (BL.43)

Cách du (BL.17)

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

- Nhĩ châm, thủy châm, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt: Như thể Khí trệ.

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

2. Thể tỳ vị hư hàn

2.1. Triệu chứng: Đau thượng vị âm ỉ, đau liên miên, nôn nhiều nôn ra nước trong, gặp lạnh đau tăng, khi đau thích xoa bóp, chườm nóng. Kèm theo sợ lạnh, tay chân lạnh, ăn kém, thích ăn đồ ấm nóng. Bụng đầy thường xuyên, đại tiện lỏng nát. Chát lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm nhược.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh ở tỳ, vị (tỳ vị hư hàn).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

2.3. Pháp: Ôn trung kiện tỳ.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Cổ phương: Hoàng kỳ kiến trung thang

Hoàng kỳ	16g	Sinh khương	06g
Cam thảo	06g	Bạch thược	08g
Hương phụ	08g	Quế chi	08g
Đại táo	12g	Mạch nha	30g

Tất cả các vị thuốc trừ Mạch nha sắc lấy nước bỏ bã, hòa với Mạch nha uống khi còn ấm, ngày 1 thang chia 2 lần.

- Nghiệm phương:

Bồ chính sâm	12g	Bán hạ chế	06g
Lá khô	20g	Sa nhân	10g
Gừng	04g	Trần bì	06g

Vỏ rứt (Nam mộc hương) 10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Châm bồ và/hoặc cứu:

Trung quản (CV.12)	Thiên khu (ST.25)
Tỳ du (BL.20)	Vị du (BL.21)
Quan nguyên (CV.4)	Khí hải (CV.6)
Túc tam lý (ST.36)	Chương môn (LR.13)

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Dạ dày, Tỳ, Giao cảm, Thần môn.

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

- Thủy châm:

Tỳ du (BL.20)	Cự khuyết (CV.14)
Nội quan (PC.6)	Tam âm giao (SP.6)
Chương môn (LR.13)	Vị du (BL.21)
Túc tam lý (ST.36)	Thiên khu (ST.25)

+ Thủy châm 1 lần/ngày, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

+ Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp, tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

- Cây chi: có thể cấy chi vào các huyết:

Cự khuyết (CV.14)	Chương môn (LR.13)
Thiên khu (ST.25)	Túc tam lý (ST.36)
Tam âm giao (SP.6)	Nội quan (PC.6)
Tỳ du (BL.20)	Vị du (BL.21)

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy chi phù hợp. Sau từ 7 đến 14 ngày chỉ tự tiêu có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Xoa bóp bấm huyệt: Giống như thể Khí trị.

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

I. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cần chú ý đến nguyên nhân gây bệnh và các yếu tố nguy cơ. Nếu bệnh do sử dụng các thuốc chống viêm non-steroid hoặc do sử dụng rượu, cần dừng thuốc và bỏ rượu.

- Kết hợp với việc điều chỉnh chế độ ăn, sinh hoạt, tránh các stress có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị dùng thuốc

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

* *Các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày:*

- Các muối Bismuth.

- Sucralfate.

- Các loại prostaglandin E1, E2 (Misoprostol, Enprostil).

* *Các thuốc trung hoà acid.*

* *Thuốc kháng tiết acid:*

- Thuốc ức chế thụ thể H₂ ở màng tế bào thành (H₂ receptor antagonist).

- Thuốc ức chế bơm proton H⁺/K⁺ ATPase ở màng tế bào thành (PPI - Proton pump inhibitor).

* *Các thuốc diệt HP:*

- Kháng sinh.

- Các muối Bismuth.

2.2. Điều trị không dùng thuốc

- Điều chỉnh chế độ ăn: Ăn chia thành nhiều bữa nhỏ, tránh để cơ thể quá đói. Tránh ăn các thực phẩm kích thích như gia vị cay, nóng, chua... hoặc thức ăn quá mặn. Không sử dụng rượu, bia, thuốc lá, các chất kích thích như chè đặc, cà phê...

- Tránh sử dụng các thuốc kích ứng niêm mạc dạ dày như Aspirin, thuốc chống viêm

non-steroid, steroid...

*** Lưu ý khi điều trị:**

- Cần hỏi tiền sử dùng thuốc của người bệnh. Không lạm dụng thuốc chống viêm non-steroid và steroid. Khi có triệu chứng của VLDDTT nghi ngờ chảy máu cần dừng thuốc giảm đau chống viêm và chỉ định nội soi dạ dày cấp cứu để can thiệp cầm máu (kẹp clip, tiêm cầm máu, argon plasma) nếu cần thiết.
- Nếu điều trị nội khoa kết hợp cầm máu qua nội soi thất bại cần chuyển phẫu thuật.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý, tránh stress kéo dài.
- Không uống rượu bia, các chất kích thích như chè đặc, cà phê, không hút thuốc lá, không ăn các đồ cay, nóng, chua...
- Khi có chỉ định dùng thuốc chống viêm non-steroid hoặc steroid cần lưu ý sử dụng các thuốc để bảo vệ niêm mạc dạ dày hoặc các thuốc ức chế bơm proton...

VIÊM GAN VIRUS MẠN

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gan mạn là một trong những hình thái bệnh lý thường gặp ở gan do nhiều nguyên nhân gây ra với biểu hiện viêm và hoại tử ở gan kéo dài ít nhất là 6 tháng. Viêm gan mạn thường là hậu quả của viêm gan cấp, tuy nhiên ở nhiều trường hợp bệnh tiến triển âm thầm và chỉ thể hiện ở giai đoạn mạn tính mà thôi. Viêm gan vi rút mạn cũng là một loại viêm gan mạn, có nhiều đặc điểm giống với viêm gan mạn nói chung.

Các vi rút viêm gan B (HBV), viêm gan C (HCV) và viêm gan do HBV kết hợp HDV là những vi rút dễ tiến triển đến viêm gan mạn.

Viêm gan vi rút B là một bệnh phổ biến toàn cầu, do vi rút viêm gan B (HBV) gây ra. Bệnh có thể lây truyền qua đường máu, đường tình dục, từ mẹ truyền sang con. Nếu mẹ nhiễm HBV và có HBeAg (+) thì khả năng lây cho con là hơn 80% và khoảng 90% trẻ sinh ra sẽ mang HBV mạn tính.

Viêm gan vi rút B có thể diễn biến cấp tính, trong đó hơn 90% số trường hợp khỏi hoàn toàn, gần 10% chuyển sang viêm gan mạn tính và hậu quả cuối cùng là xơ gan hoặc ung thư gan.

Chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B mạn tính:

- HBsAg (+) trên 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBe IgG (+).
- AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
- Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc Fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác.

Theo Y học cổ truyền, viêm gan mạn nằm trong phạm vi chứng hiệp thống. Hiệp thống chỉ chứng bệnh do mạch lạc không được nuôi dưỡng hoặc mạch lạc bế tắc dẫn tới mạng sườn đau tức (đau hai bên ngực từ dưới hố nách cho tới xương sườn 12).

Bệnh danh Hiệp thống lần đầu xuất hiện trong sách “Hoàng đế nội kinh tố vấn”, chương Liệu thích có viết: “Tà khí xâm phạm kinh thiếu dương gây ra hiệp thống”. Đây được coi là mô tả đầu tiên của y văn cổ về chứng bệnh này. Về nguyên nhân gây bệnh của hiệp thống, ngay từ rất sớm, sách Linh khu, chương Tà khí tạng phủ bệnh hình có viết: “Nếu như đại nộ, khí thượng mà không hạ xuống, dẫn đến ứ tắc ở hạ sườn, tổn thương tạng can”. Như vậy sách Linh khu cho rằng nguyên nhân gây bệnh của hiệp

thông do tình chí và liên quan đến tạng can là chính. Tôn Tư Mạc trong sách Bị cấp thiên kim yếu phương lại chia hiệp thống thành hai thể lớn là can thực nhiệt và can hư hàn. Trương Cảnh Nhạc trong “Cảnh Nhạc toàn thư” viết: “Chúng hiệp thống vốn thuộc hai kinh can tỳ, nguyên nhân là do đường đi của hai kinh này. Tuy nhiên, bệnh ở các tạng tâm, phế, tỳ, vị, thận và bàng quang cũng có thể có triệu chứng của chúng hiệp thống”. Trương Cảnh Nhạc nhấn mạnh mặc dù hiệp thống thường gặp bệnh ở can đờm, nhưng không phải tất cả nguyên nhân gây ra hiệp thống đều do can đờm. Do vậy, cần phân biệt với chứng Hiệp thống do đau thần kinh liên sườn (thường đau cấp, mức độ đau dữ dội, thường liên quan đến thời tiết, tư thế...), chứng Hiệp thống do Viêm gan virus mạn có thể kèm theo hoàng đản.

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

Theo Y học cổ truyền, vùng mạng sườn là chỗ trú của can đờm, do vậy hiệp thống có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn chức năng của tạng phủ Can – Đờm. Can với chức năng là điều đạt, đờm với chức năng là sơ tiết. Do vậy khi can khí thăng giáng thất thường, đờm dịch sơ tiết bị rối loạn, làm cho mạch lạc không thông, huyết ứ đình ngưng, hoặc kinh mạch mất sự nuôi dưỡng... đều có thể là những nguyên nhân dẫn đến hiệp thống.

Chúng hiệp thống có thể khái quát thành hai loại Hư và Thực. Thực chứng có thể phân thành: Khí ngưng, huyết ứ, can đờm thấp nhiệt. Hư chứng phần lớn là thể âm hư sinh nội nhiệt.

- Khí ngưng: Đa phần có mối quan hệ mật thiết với tình chí bị tổn thương, làm cho can khí uất kết. Hoặc do ăn nhiều đồ ăn có dầu mỡ, uống quá nhiều rượu cũng làm ảnh hưởng tới lưu chuyển khí trong cơ thể mà dẫn tới khí ngưng.

- Huyết ứ: Khí là soái của huyết, khí ngưng lâu ngày sẽ làm huyết không được lưu thông, mạch lạc mất điều hòa mà dẫn đến huyết ứ. Thường bệnh trong thời kỳ đầu là khí ngưng, bệnh kéo dài là huyết ứ.

- Can đờm thấp nhiệt: Can mạch phân bố ở vùng hạ sườn, đờm mạch tuần hoàn ở vùng mạng sườn. Nếu như thấp nhiệt tà ôn kết ở trung tiêu gây ra sự vận hóa bất thường của tỳ vị. Thấp và nhiệt tác động lẫn nhau, thấp bị nhiệt chưng, không ra ngoài bằng đường mồ hôi, đường tiểu tiện được. Thấp nhiệt từ tỳ vị bốc lên thiêu đốt can đờm làm cho can đờm mất đi sự sơ tiết và điều đạt thường dẫn đến hiệp thống.

- Âm hư nội nhiệt: Can mạch phân bố ở vùng mạng sườn, bệnh can lâu ngày không

khởi, can âm dần bị tổn thương, làm cho lạc mạch mất đi sự nuôi dưỡng dẫn tới hiệp thông.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

1. Thể khí ngưng

1.1. Triệu chứng: Đau tức nặng ở vùng hạ sườn phải, mỗi khí tinh thần bị kích động, tức giận thì cảm giác này lại tăng lên. Ăn uống kém, miệng đắng, người mệt mỏi, khi gắng sức thì nước tiểu vàng, chất lưỡi bình thường, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền.

1.2. Chẩn đoán

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

1.3. Pháp điều trị: Sơ can lý khí.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng YHCT

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Sài hồ sơ can thang

Sài hồ	12g	Cam thảo	06g
Bạch thực	16g	Xuyên khung	08g
Chỉ xác	12g	Hương phụ	12g
Trần bì	06g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

Bài 1:

Rau má	12g	Uất kim	08g
Mướp đắng	12g	Hậu phác	08g

Thanh bì	08g	Ý dĩ	16g
Chỉ thực	08g	Hoài sơn	16g
Bạch biển đậu	12g	Đinh lăng	16g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Bài 2: Siro nhân trần.

Nhân trần	24g
Chi tử	12g

Cách dùng: Thêm 600ml nước, sắc còn 100ml thêm đường vào cho đủ thành siro. Chia 3 lần uống trong ngày.

Bài 3:

Nhân trần	30g
Vỏ cây đại (sao vàng)	10g
Chi tử	12g

Cách dùng: Thêm 600ml nước, sắc còn 200ml (sắc 2 nước). Uống chia 2 lần.

Bài 4:

Nhân trần	40g
Khương hoàng	30g
Cam thảo đất	20g

Cách dùng: Thêm 500ml nước, sắc còn 200ml. Uống chia 2 lần.

2. Thể huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Vùng hạ sườn phải có cảm giác đau như kim châm, chỗ đau thường cố định, không di chuyển, về đêm thường đau tăng lên, đôi khi có thể sờ thấy một khối rắn ở vùng hạ sườn phải, chất lưỡi tím sẫm, mạch trầm sáp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực
- Chẩn đoán tạng phủ: Can.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

2.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết khứ ứ.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng YHCT

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Huyết phủ trực ú thang

Đương qui	16g	Hồng hoa	08g
Sài hồ	10g	Sinh địa	12g
Chi xác	10g	Cam thảo	06g
Đào nhân	08g	Xích thược	12g
Cát cánh	10g	Xuyên khung	08g
Ngưu tất	12g		

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Nghiệm phương: tương tự thể Khí ngưng.

3. Thể can đởm thấp nhiệt

3.1. Triệu chứng: Đau tức vùng mạng sườn phải, miệng đắng, ngực có cảm giác đầy tức, ăn kém, không muốn ăn, đôi khi có cảm giác nôn, buồn nôn, củng mạc mắt vàng, da vàng, có thể kèm theo sốt, đại tiện táo, nước tiểu vàng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch huyền sắc.

3.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, đởm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

3.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp thoái hoàng.

3.4. Phương

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Nhân trần ngũ linh tán

Nhân trần	16g	Bạch truật	16g
Phục linh	16g	Trư linh	12g
Trạch tả	12g	Quế chi	06g

Tất cả làm thang sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Nghiệm phương: tương tự thể Khí ngưng.

4. Thể âm hư nội nhiệt

4.1. Triệu chứng: Đau tức vùng hạ sườn phải, ăn kém, nước tiểu vàng. Mỗi khi lao碌 mệt mỗi những triệu chứng này lại tăng lên. Miệng khô, họng khô, đắng miệng, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi hơi vàng, mạch huyền tế.

4.2. Chẩn đoán

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

4.3. Pháp điều trị: Tư âm dưỡng can.

4.4. Phương

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Nhất quán tiền

Sa sâm	16g	Đương qui	12g
Kỷ tử	12g	Mạch môn	12g
Sinh địa	12g	Xuyên luyện tử	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Đối pháp lập phương: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị.
- Nghiệm phương: tương tự thể Khí ngưng.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

* Chỉ định: ở bất kỳ thể lâm sàng nào của YHCT người bệnh cần được điều trị kết hợp thuốc kháng vi rút của YHHĐ khi:

- ALT tăng trên 2 lần giá trị bình thường hoặc có bằng chứng xác nhận có xơ hóa gan tiến triển/xơ gan bất kể ALT ở mức nào.

VÀ

- HBV-DNA $\geq 10^5$ copies/ml (20.000 IU/ml) nếu HBeAg (+) hoặc HBV-DNA $\geq 10^4$ copies/ml (2.000 IU/ml) nếu HBeAg (-).

2. Điều trị cụ thể

- Thuốc điều trị:

+ Tenofovir (300mg/ngày) hoặc entecavir (0,5 mg/ngày).

+ Lamivudine (100mg/ngày) sử dụng cho người bệnh xơ gan mất bù, phụ nữ mang thai.

+ Adefovir dùng phối hợp với lamivudine khi có kháng thuốc.

+ Peg-IFN α , IFN α (Peg-IFN α -2a liều 180 μ g/tuần; Peg-IFN α -2b liều 1,5 μ g/kg/tuần;

IFN α liều 5 triệu IU/ngày hoặc 10 triệu IU/lần - 3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6 - 12 tháng.

Cần theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc để xử trí kịp thời) ưu tiên sử dụng trong trường hợp phụ nữ muốn sinh con, đồng nhiễm viêm gan vi rút D, không dung nạp hoặc thất bại điều trị với thuốc ức chế sao chép HBV đường uống.

- Xem xét ngừng thuốc ức chế sao chép HBV uống khi:

+ Trường hợp HBeAg (+): Sau 6 - 12 tháng có chuyển đổi huyết thanh HBeAg và HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện.

+ Trường hợp HBeAg (-): HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện trong 3 lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau mỗi 6 tháng.

Chú ý: Cần theo dõi tái phát sau khi ngừng thuốc để điều trị lại.

V. PHÒNG BỆNH

1. Phòng chủ động

- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho tất cả trẻ em trong vòng 24h sau sinh và các mũi tiếp theo lúc 2, 3 và 4 tháng tuổi theo chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho các đối tượng chưa bị nhiễm HBV. Cần xét nghiệm HBsAg và anti-HBs trước khi tiêm phòng vắc xin.

- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho nhân viên y tế.

2. Phòng lây truyền từ mẹ sang con

- Nếu mẹ mang thai có HBsAg (+): Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B liều sau sinh cho trẻ theo chương trình tiêm chủng mở rộng và phối hợp với tiêm kháng thể kháng HBV cho trẻ. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin viêm gan vi rút B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Nếu mẹ mang thai có HBV-DNA > 10⁶ copies/ml (200.000 IU/mL): Dùng thuốc kháng vi rút (lamivudine hoặc tenofovir) từ 3 tháng cuối của thai kỳ. Xét nghiệm lại HBV DNA sau sinh 3 tháng để quyết định ngừng thuốc hoặc tiếp tục điều trị nếu mẹ đủ

tiêu chuẩn điều trị. Theo dõi sát người mẹ để phát hiện viêm gan bùng phát.

3. Phòng không đặc hiệu

- Sàng lọc máu và chế phẩm máu.
- Không dùng chung kim tiêm và các dụng cụ xuyên chích qua da khác.
- Tình dục an toàn.
- Tránh tiếp xúc với máu và các dịch tiết của người bệnh nhiễm HBV.
- Thực hiện phòng ngừa chuẩn giống các bệnh lây truyền qua đường máu.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD - chronic obstructive pulmonary disease) là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và giới hạn luồng khí, là hậu quả của những bất thường của đường thở và/hoặc phế nang thường do phơi nhiễm với các phân tử hoặc khí độc hại, trong đó khói thuốc lá, thuốc lào là yếu tố nguy cơ chính, ô nhiễm không khí và khói chất đốt cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng gây COPD. Các bệnh đồng mắc và đợt kịch phát làm nặng thêm tình trạng bệnh.

Chẩn đoán định hướng áp dụng tại tuyến chưa được trang bị máy đo chức năng thông khí:

Khai thác kỹ tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bệnh, thăm khám lâm sàng để tìm các dấu hiệu định hướng chẩn đoán:

- Bệnh hay gặp ở nam giới trên 40 tuổi.
- Tiền sử: hút thuốc lá, thuốc lào (bao gồm cả hút thuốc chủ động và thụ động). Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà, hơi, khí độc. Nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn, lao phổi... Tăng tính phản ứng đường thở (hen phế quản hoặc viêm phế quản co thắt).
- Ho, khạc đờm kéo dài không do các bệnh phổi khác.
- Khó thở: Tiến triển nặng dần theo thời gian.
- Các triệu chứng ho khạc đờm, khó thở dai dẳng và tiến triển nặng dần theo thời gian.
- Khám lâm sàng:
 - + Giai đoạn sớm của bệnh khám phổi có thể bình thường. Nếu người bệnh có khí phế thũng có thể thấy lồng ngực hình thùng, gõ vang, rì rào phế nang giảm.
 - + Giai đoạn nặng hơn khám phổi thấy rì rào phế nang giảm, có thể có ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ.
 - + Giai đoạn muộn có thể thấy những biểu hiện của suy hô hấp mạn tính: tím môi, tím đầu chi, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, biểu hiện của suy tim phải.

Chẩn đoán xác định áp dụng cho cơ sở y tế đã được trang bị máy đo chức năng thông khí:

Những người bệnh có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, có các dấu hiệu

lâm sàng nghi ngờ mắc COPD như đã mô tả ở trên cần được làm các xét nghiệm sau:

Đo chức năng thông khí phổi: Kết quả đo chức năng thông khí phổi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở của người bệnh BPTNMT.

Chẩn đoán xác định khi: Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test hồi phục phế quản: Chỉ số FEV₁/FVC < 70% sau test hồi phục phế quản.

Thông thường người bệnh COPD sẽ có kết quả test hồi phục phế quản âm tính (chỉ số FEV₁ tăng < 12% và < 200ml sau test hồi phục phế quản).

Nếu người bệnh thuộc kiểu hình chông lạp hen và COPD có thể có test hồi phục phế quản dương tính (chỉ số FEV₁ tăng ≥ 12% và ≥ 200ml sau test hồi phục phế quản) hoặc dương tính mạnh (FEV₁ tăng ≥ 15% và ≥ 400ml).

Theo Y học cổ truyền, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thuộc phạm vi các chứng như: “Đàm ảm”, “Khái thấu”, “Khái suyễn”... Trong đó hai chứng “Khái thấu” và “Khái suyễn” thường được liên hệ nhiều hơn cả. Hai chứng này được nói đến rất sớm trong câu y văn cổ như “Hoàng đế nội kinh”, “Kim quỹ yếu lược”.

Khái là ho có tiếng, mà không có đờm. Thấu là ho có đờm nhiều. Khái thấu là ho vừa có tiếng, vừa có đờm. Trong thực tế lâm sàng nhiều khi rất khó phân ra giữa khái và thấu cho nên thường gọi chung là Khái thấu.

Đàm và ảm là sản phẩm bệnh lý được hình thành do quá trình rối loạn chuyển hóa tân dịch trong cơ thể. Đàm là chất đặc và đục, thuộc dương, ảm là chất trong và loãng thuộc âm. Sau khi hình thành, đàm và ảm theo khí đi đến các bộ phận gây ra chứng “Đàm ảm”.

Suyễn là chỉ tình hình khó thở mà nguyên nhân cơ bản do suy giảm chức năng của tạng phế và tạng thận. Khi khó thở kéo dài kèm theo ho và khạc đờm gọi là “Khái suyễn”, đây là chứng bệnh có biểu hiện lâm sàng rất gần với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

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

1. Nguyên nhân của chứng Khái suyễn trong YHCT:

1.1. Ngoại cảm:

Ngoại cảm lục dâm xâm phạm vào phế, khiến cho phế khí không tuyên thông, thượng nghịch mà sinh ra chứng khái suyễn. Trong đó trước hết phải nói đến phong tà, tiếp đó là hàn, thấp, nhiệt và táo tà. Các tà khí kết hợp với nhau tạo nên nhiều thể bệnh

như: phong hàn khái suyễn, phong nhiệt khái suyễn, ôn táo khái suyễn...

1.2. Bất nội ngoại nhân:

Do hút thuốc lá, thuốc lào, làm việc trong môi trường độc hại (công nhân nhà máy hóa chất, công nhân làm việc trong hầm lò...), ô nhiễm không khí... làm tổn thương, rối loạn chức năng của phế mà sinh ra chứng Khái suyễn

Do nhiều yếu tố khác nhau như tiên thiên bất túc, âm thực thất điều, tình chí rối loạn, phòng dục và lao lực quá độ... làm rối loạn chức năng của các tạng phủ, đặc biệt là tỳ, phế, thận mà phát sinh ra chứng Khái suyễn.

Ngoại cảm khái suyễn lâu ngày sẽ dẫn đến nội thương khái suyễn, đồng thời nội thương khái suyễn cũng sẽ làm chính khí suy, sức đề kháng cơ thể giảm sút, khiến cho ngoại tà xâm nhập vào cơ thể tạo ra ngoại cảm khái suyễn. Cuối cùng tạo thành vòng xoắn bệnh lý, ngoại cảm và nội thương xen kẽ với nhau, nhiều khi rất khó phân biệt.

2. Cơ chế bệnh sinh của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Cơ chế bệnh sinh chủ yếu của khái suyễn là do phế khí mất tuyên thông, đưa đến thượng nghịch, làm phát sinh các triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở...

Khi thời tiết lạnh hoặc thay đổi đột ngột, ngoại tà sẽ qua đường mũi hay bì mao xâm nhập vào cơ thể, gây tổn thương phế làm cho phế khí mất túc giáng dẫn đến khái suyễn. Nếu bệnh lâu ngày không khỏi, phế khí hư yếu, sẽ ảnh hưởng tới tỳ, thận. Vệ khí bất cố làm bệnh dễ tái phát, dần hình thành chứng khái suyễn.

Tỳ là gốc của hậu thiên, tỳ hư không thực hiện được công năng vận hóa thủy cốc, làm ảnh hưởng đến khả năng vận hóa các chất tinh vi của thủy cốc, tụ lại mà hóa thành đàm. Đồng thời thận là gốc của tiên thiên, thận dương không được ôn ấm, ảnh hưởng đến quá trình khí hóa, vận hóa tân dịch bị suy giảm mà ngưng lại thành đàm. Thận âm suy tổn, hư hỏa ở hạ tiêu chung bốc, hun đúc tân dịch, cũng tạo thành đàm. Đàm lưu trệ ở phế gây trở tắc khí đạo, dẫn đến phế khí tuyên giáng thất điều tạo nên các chứng khái suyễn. Bởi vậy, người xưa nói: “Thận vi sinh đàm chi bản, tỳ vi sinh đàm chi nguyên, phế vi trữ đàm chi khí”, nghĩa là: Thận là gốc của đàm, tỳ là nơi sinh ra đàm, phế là nơi trữ đàm. Bên cạnh đó “Phế bất thường khái, tỳ bất thường cửu khái, thận bất thường suyễn”, nghĩa là: Phế không bị tổn thương thì không ho, tỳ không bị tổn thương thì không thể ho kéo dài, thận không bị tổn thương thì không thể khó thở.

Tham gia vào cơ chế bệnh sinh của khái suyễn, còn phải nói đến 3 yếu tố bệnh lý là: đàm, hư và ú. Đây là sản phẩm bệnh lý do rối loạn chức năng tạng phủ, đồng thời là

những yếu tố trực tiếp hay gián tiếp gây bệnh. Tỳ hư hay thận hư đều sinh đàm, mặt khác không có thấp thì cũng không có đàm, thấp tà là nội nhân sinh đàm. Hỏa nội sinh có thể do tảo nhiễu từ bên ngoài xâm nhập vào cơ thể, hoặc do hàn uất hóa hỏa, do tình chí rối loạn, ăn uống không điều độ... đều có thể kết hợp với đàm thấp, sinh ra đàm hỏa gây tắc trở phế lạc, khiến cho phế khí mất tuyên thông mà sinh bệnh.

Như vậy, khái suyễn là một bệnh mang tính chất hư thực thác tạp mà chủ yếu là bản hư tiêu thực (chính hư, tà thực) và chuyển hóa lẫn nhau. Ngoại cảm khái suyễn thuộc thực, nội thương khái suyễn thuộc hư. Bản hư là tạng phủ suy hư, mà chủ yếu là phế, tỳ, thận. Tiêu thực là đàm trệ, huyết ứ, hỏa uất, khí nghịch... mặt khác người xưa còn nói rằng “Kỳ tiêu tại phế, kỳ bản tại tỳ thận”, ý muốn nhấn mạnh tỳ thận hư, đặc biệt là thận hư là nhân tố bệnh lý trọng yếu trong bệnh khái suyễn.

V. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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

Đợt cấp của COPD thường thuộc thể phong nhiệt, phong hàn và khí tảo. Nếu không phải đợt cấp thì thường được chia làm hai thể phế tỳ hư và phế thận hư.

1. Thể phong nhiệt

1.1. Triệu chứng: Ho nhiều, tiếng ho nặng, khạc đờm đặc, vàng, miệng khát, họng đau, nước mũi vàng đục. Toàn thân đau mỏi, sốt cao, ra mồ hôi, nhức đầu, sợ gió, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch phù sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, nhiệt).
- Chẩn đoán bệnh danh: Khái thẩu.

1.3. Pháp: Sơ phong thanh nhiệt, tuyên thông phế khí.

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- * Thuốc uống trong:
- Cổ phương: Tang cúc ẩm

Tang diệp	12g	Cúc hoa	12g
Liên kiều	16g	Bạc hà	06g
Cát cánh	10g	Cam thảo	06g
Lô căn	08g	Hạnh nhân	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài: Ma hạnh thạch cam thang

Ma hoàng	04g	Hạnh nhân	06g
Thạch cao	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Lá dâu	12g	Rau má	12g
Bạc hà	08g	Cúc hoa	08g
Lá hẹ	08g	Rễ cỏ tranh (sao vàng)	08g

Sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm: Châm tả các huyệt:

Trung phủ (LU.1)	Thiên đột (CV.22)
Phế du (BL.13)	Phong môn (BL.12)
Hợp cốc (LI.4)	Ngoại quan (IE.5)
Xích trạch (LU.5)	Liệt khuyết (LU.7)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

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

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

Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

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

2. Thể phong hàn

2.1. Triệu chứng: Người bệnh ho, đờm trong loãng, sắc trắng, dễ khạc, kèm theo tắc

mũi, chảy nước mũi trong. Toàn thân: sốt, sợ lạnh, đau đầu, cảm giác môi người, không ra mồ hôi, khản tiếng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ/ kinh lạc: kinh và tạng Phế
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn).

2.3 Pháp điều trị: Sơ tán phong hàn, tuyên phế hóa đàm.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Hạnh tô tán

Hạnh nhân	12g	Tô diệp	10g
Trần bì	08g	Chỉ xác	08g
Tiền hồ	12g	Cát cánh	10g
Bán hạ chế	08g	Phục linh	16g
Sinh khương	03 lát	Cam thảo	04g
Đại táo	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

Tô diệp	20g	Lá xương sông	12g
Sinh khương	08g	Lá hẹ	12g
Kinh giới	08g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyệt:

Phong môn (BL.12)	Hợp cốc (LI.4)
Khúc trì (LI.11)	Ngoại quan (IE.5)
Xích trạch (LU.5)	Thái uyên (LU.9)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy

theo mức độ bệnh.

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

- Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

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

3. Thở khí táo

3.1. Triệu chứng: Ho khan, ít đờm, đôi khi ho có lẫn ít đờm, trong có tia máu, họng khô, mũi khô. Toàn thân: Phát sốt, sợ gió đau họng, đầu lưỡi đỏ, lưỡi khô, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sắc.

3.2. Chẩn đoán:

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

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: kinh và tạng Phế.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân + Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: Nhuận táo dưỡng phế.

Nếu ôn táo thì kiêm thêm: Sơ phong thanh nhiệt.

Nếu lương táo thì kiêm thêm: Sơ tán phong hàn.

3.4. Phương:

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Tang hạnh thang

Tang diệp	12g	Thỏ bối mẫu	04g
Hạnh nhân	08g	Sa sâm	08g
Chi tử	08g	Đạm đậu xị	08g
Lê bì	06g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Rau má	20g	Tang bạch bì (sao mật)	16g
Lá chanh	12g	Trúc diệp	12g

Cam thảo dây 08g Quả dành dành (sao vàng) 08g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm tả các huyết:

Trung phủ (LU.1)

Phế du (BL.13)

Xích trạch (LU.5)

Thái uyên (LU.9)

Hợp cốc (LI.4)

Khúc trì (LI.11)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

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

+ Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

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

4. Thể đàm thấp

4.1. Triệu chứng: Ho, khạc đờm nhiều, đờm trắng, dính loãng hoặc thành cục. Ngực bụng có cảm giác đầy tức, ăn kém, tinh thần mỏi mệt, rêu lưỡi trắng nhờn, mạch nhu hoạt.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, phế.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

4.3. Pháp điều trị: Bổ phế, kiện tỳ, tảo thấp hóa đàm, chỉ khái.

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Kết hợp hai bài thuốc Lục quân tử thang và Bình vị tán.

Đảng sâm 12g

Bạch truật 16g

Phục linh 16g

Cam thảo 04g

Trần bì 08g

Bán hạ chế 10g

Thương truật	12g	Hậu phác	12g
Sinh khương	06g	Đại táo	12g
Cam thảo	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài Nhị trần thang:

Trần bì	10g	Phục linh	10g
Bán hạ chế	08g	Cam thảo	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Nếu tỳ thận dương hư gây ho, đờm nhiều, ngực sườn đầy tức, miệng khát mà không muốn uống, uống nước bị nôn, lưng và tay chân lạnh, hoa mắt, chóng mặt, thở ngắn, hồi hộp, lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng trơn. Mạch huyền hoạt thì phương pháp điều trị là ôn dương lợi thấp, trừ đàm, dùng bài Linh quế truật cam thang:

Bạch truật	08g	Phục linh	16g
Cam thảo	04g	Quế chi	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

- Hoặc dùng bài thuốc Nam:

Trần bì (sao)	12g	Gừng tươi	08g
Bán hạ chế	12g	Hậu phác nam	12g
Bạch giới tử	12g	Cam thảo nam	12g
La bặc tử	12g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

+ Châm bổ các huyết:

Tỳ du (BL.20)	Phế du (BL.13)
Thận du (BL.22)	Túc tam lý (ST.36)
Hợp cốc (LI.4)	Tam âm giao (SP.4)

Liệu trình: Châm 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

+ Cứu các huyết trên ngày 1 lần.

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

+ Thủy châm: Sử dụng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp. Thủy châm các huyết: Phong môn (BL.12), Phế du (BL.13).

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

5. Thử thủy ẩm (hàn ẩm):

Thường hay gặp ở người bệnh viêm phế quản mạn tính kèm theo giãn phế nang ở người cao tuổi, suy giảm chức năng hô hấp rõ, bệnh tâm phế mạn.

5.1. Triệu chứng: Ho kéo dài, hay tái phát, khó thở, khi trời lạnh thì ho tăng lên, khạc ra nhiều đờm loãng trắng. Khi vận động các triệu chứng trên tăng lên. Khó thở, nhiều khi nằm phải gối đầu cao.

5.2. Chẩn đoán:

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

5.3. Pháp điều trị: Ôn bổ phế thận, hoá đàm.

5.4. Phương

5.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Tiểu thanh long thang

Ma hoàng	06g	Nhục quế	08g
Tế tân	04g	Can khương	06g
Bán hạ chế	12g	Ngũ vị tử	06g
Bạch thược	12g	Cam thảo	06g

Tất cả làm thang sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

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

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Cứu các huyết:

Tỳ du (BL.20)	Vị du (BL.21)	Thái bạch (SP.3)
Phế du (BL.13)	Cao hoàng (BL.43)	Phong long (ST.40)
Túc tam lý (ST.36)		

Cứu các huyết trên ngày 1 lần.

Liệu trình: Cứu 1 lần/ngày x 15 – 30 phút 1 lần. Một liệu trình từ 15 đến 20 ngày tùy theo mức độ bệnh.

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Điều trị cụ thể

1.1. Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mức độ nhẹ tương ứng với thể phong nhiệt, phong hàn và khí táo của YHCT, do đó có thể kết hợp với YHHĐ theo **nguyên tắc**:

- + Bổ sung thêm thuốc giãn phế quản nhóm cường beta 2, dạng phun hít, tác dụng nhanh dùng đơn thuần hoặc dạng kết hợp với thuốc kháng cholinergic tác dụng nhanh;
- + Với người bệnh có thở oxy tại nhà: thở oxy 1-3 lít/phút, duy trì SpO₂ ở mức 90-92%;
- + Với người bệnh có thở máy không xâm nhập tại nhà: điều chỉnh áp lực phù hợp;
- + Dùng sớm thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài.

Điều trị cụ thể:

- Thuốc giãn phế quản.
- + Nhóm cường beta 2 adrenergic: Salbutamol, Terbutalin. Dùng đường phun hít, khí dung hoặc đường uống.
- + Nhóm kháng cholinergic tác dụng ngắn: Ipratropium khí dung.
- + Kết hợp kháng cholinergic và thuốc cường beta 2 adrenergic: Fenoterol/Ipratropium hoặc Salbutamol/Ipratropium; dùng đường phun hít, khí dung.
- + Tiếp tục dùng, hoặc bắt đầu dùng sớm các thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài: LAMA, LABA, hoặc dạng kết hợp LAMA + LABA.
- Corticosteroid: Budesonid, Fluticason (khí dung);
- Thuốc dạng kết hợp loại cường beta 2 tác dụng kéo dài và corticoid dạng phun, hít: Budesonid + Formoterol; Fluticason + Salmeterol...

Chú ý: Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng thì cần kết hợp điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc dùng kháng sinh phổ rộng.

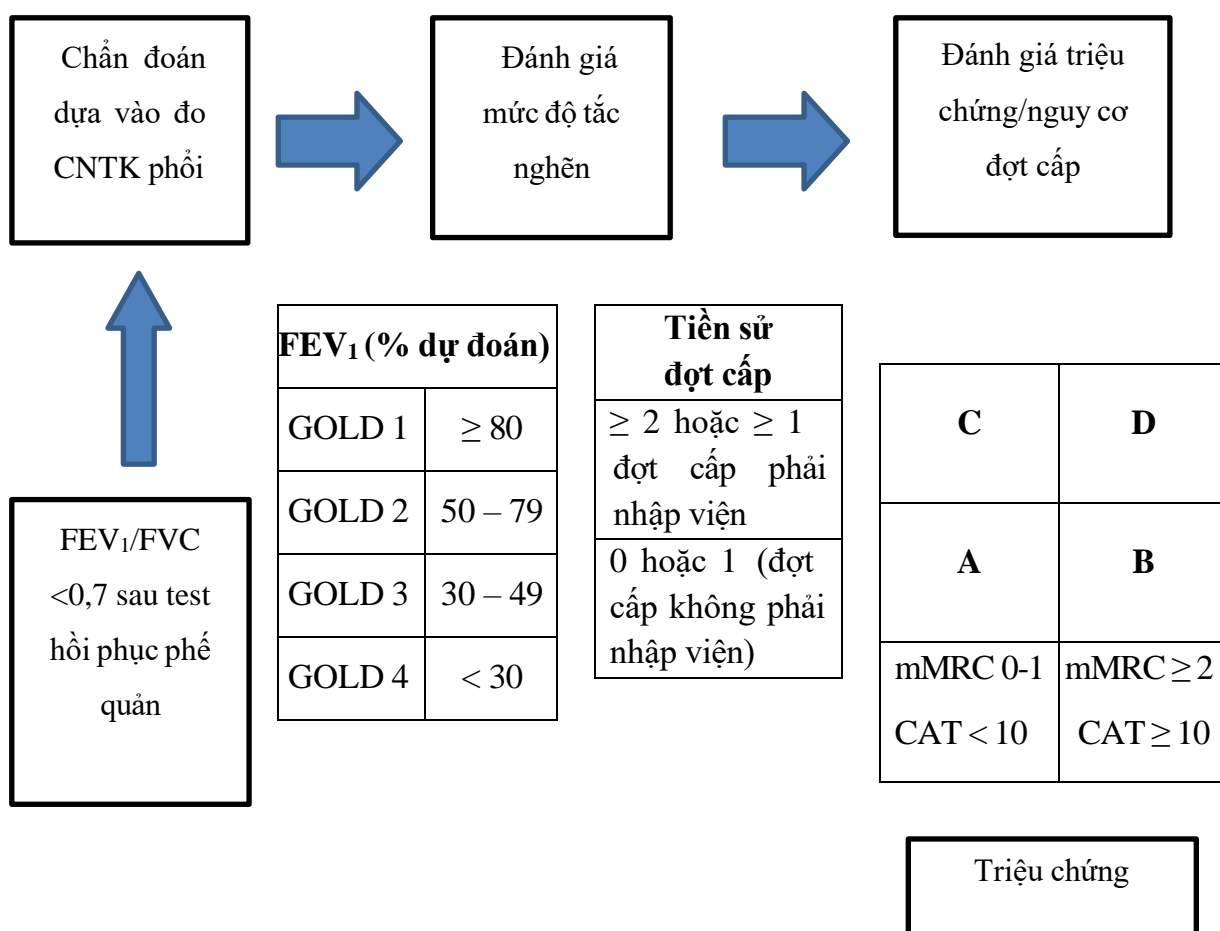
1.2. Giai đoạn ổn định của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tương đương với thể Thủy âm và Đàm thấp:

Việc điều trị dự phòng để quản lý bệnh phổi tắc nghẽn đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế các đợt cấp và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Đối với hai thể này cần đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo nhóm ABCD. Phân nhóm ABCD chủ yếu dựa vào:

- + Mức độ triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh (mMRC, CAT).
- + Nguy cơ đợt cấp (tiền sử đợt cấp/năm, mức độ nặng đợt cấp).

Đánh giá được tổ hợp theo biểu đồ sau:



Chẩn đoán: BPTNMT GOLD 1, 2, 3, 4; nhóm A, B, C, D:

- + BPTNMT nhóm A - Nguy cơ thấp, ít triệu chứng
- + BPTNMT nhóm B - Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng
- + BPTNMT nhóm C - Nguy cơ cao, ít triệu chứng
- + BPTNMT nhóm D - Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng

Điều trị bằng thuốc YHHĐ:

Lựa chọn thuốc YHHĐ theo giai đoạn và mức độ nặng của bệnh phổi tắc nghẽn

mạn tính GOLD 2018.

Điều trị không dùng thuốc: Bên cạnh việc dùng thuốc tất cả các thể lâm sàng YHCT cần tuân thủ nguyên tắc:

- + Ngừng tiếp xúc với yếu tố nguy cơ.
- + Cai nghiện thuốc lá.
- + Tiêm vacxin phòng nhiễm trùng đường hô hấp.
- + Vệ sinh mũi họng thường xuyên.
- + Giữ ấm cổ ngực về mùa lạnh.
- + Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt.
- + Phát hiện và điều trị các bệnh đồng mắc.

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ: thuốc lá, ô nhiễm không khí...
- Quản lý tốt các bệnh phổi mạn tính: hen phế quản, lao phổi.
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2013)**, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.
- 2. Bộ Y tế (2014)**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng.
- 3. Bộ Y tế (2014)**, “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B” theo quyết định số 5448/QĐ-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2014.
- 4. Bộ Y tế (2016)**, “Quy trình chuyên môn chẩn đoán điều trị, chăm sóc người bệnh Tăng huyết áp”. Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- 5. Bộ Y tế (2017)**, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Cấy chỉ và Laser châm chuyên ngành Châm cứu.
- 6. Bộ Y tế (2018)**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” theo quyết định số 3874/QĐ – BYT ngày 26 tháng 6 năm 2018.
- 7. Bệnh viện Bạch Mai (2012)**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa”. Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học.
- 8. Bệnh viện Bạch Mai (2017)**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa” Cẩm nang nghiệp vụ của bác sĩ lâm sàng. Nhà xuất bản Y học năm 2017.
- 9. Các bộ môn Nội – Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**, Bệnh học nội khoa tập 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
- 10. Các bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2018)**, “Tai biến mạch máu não”, Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học.
- 11. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2012)**, Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.
- 12. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017)**, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng đại học). Nhà xuất bản Y học.
- 13. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017)**, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng sau đại học). Nhà xuất bản Y học.
- 14. Nguyễn Bá Tĩnh (2000)**, Nam dược thần hiệu. Nhà xuất bản Y học.