

TRUNG TÂM ĐÀO TẠO ĐÔNG Y

HỘI ĐÔNG Y
THÀNH PHỐ HÀ NỘI

TÀI LIỆU

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA 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 BỆNH RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA 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

GOUT.....	1
RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID.....	11
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHÔNG PHỤ THUỘC INSULIN	21
BÉO PHÌ	33
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

GOUT

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh gout thường gặp ở nam giới tuổi trung niên 30 - 50 tuổi, tuy nhiên có thể gặp ở người trẻ tuổi hoặc nữ giới. Bệnh gây ra do rối loạn chuyển hóa nhân purin, với các đợt viêm khớp cấp tính.

Chẩn đoán: Có thể áp dụng một trong các tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn Bennet và Wood năm 1968 được áp dụng rộng rãi nhất ở Việt Nam do dễ nhớ và phù hợp với điều kiện thiếu xét nghiệm:

a. Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi.

b. Hoặc tối thiểu có hai trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu 2 đợt sưng đau của một khớp với tính khởi phát đột ngột, đau dữ dội và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tophi.

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn a hoặc 2 yếu tố của tiêu chuẩn b.

- Tiêu chuẩn ILAR và Omeract năm 2000: Độ nhạy 70%, đặc hiệu 78,8%.

+ Có tinh thể urat đặc trưng trong dịch khớp, và/hoặc:

+ Hạt tophi được chứng minh có chứa tinh thể urat bằng phương pháp hóa học hoặc kính hiển vi phân cực, và/hoặc:

+ Có 6 trong số 12 biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm và X quang sau:

Viêm tiến triển tối đa trong vòng một ngày.

Có hơn một đợt viêm khớp cấp.

Viêm khớp ở một khớp.

Đỏ vùng khớp.

Sưng, đau khớp bàn ngón chân cái.

Viêm khớp bàn ngón chân cái ở một bên.

Viêm khớp cổ chân một bên.

Hạt Tophi nhìn thấy được.

Tăng acid uric trong máu.

Sưng đau khớp không đối xứng.

Nang dưới vỏ xương, không có hình khuyết xương trên X quang.

Cấy vi khuẩn âm tính.

Bệnh gout được mô tả đầu tiên trong sách “Đan Khê tâm pháp” với tên gọi là chứng Thống phong, ngoài ra còn gọi là “Lịch tiết phong”, “Bạch hồ phong”, “Bạch hồ lịch tiết”.

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

Thống phong là do phong hàn thấp hoặc phong thấp nhiệt tà thừa lúc chính khí hư tổn, vệ ngoại bất cố xâm phạm vào kinh mạch; kèm theo công năng thăng thanh giáng trọc của tạng thận và tỳ bị rối loạn làm cho trọc độc bị ứ ở trong; cùng với chế độ ăn nhiều đạm, uống nhiều rượu làm thấp nhiệt dễ phát sinh.

Thấp nhiệt tà xâm nhập cơ thể gây tắc nghẽn kinh lạc, khí huyết ứ trệ tại khớp gây đau, co duỗi khó khăn. Bắt đầu bệnh còn ở cơ biểu kinh lạc, bệnh lâu, tà khí phạm vào gân xương, tổn thương tạng phủ, chức năng của khí huyết tân dịch rối loạn, tân dịch ứ trệ thành đàm, khí huyết ngưng trệ thành ứ, đàm ứ kết mà hình thành các u cục ứ đọng quanh khớp, dưới da. Bệnh tiến triển lâu ngày gây tổn thương can thận, làm biến dạng các khớp và tái phát nhiều lần.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

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.

Gout cấp tính thuộc thể phong thấp nhiệt và dùng pháp thanh nhiệt thông lạc, khu phong trừ thấp. Giai đoạn mạn tính thường có đàm trọc và ứ huyết khi đó dùng thêm hóa đàm tiết trọc, trọc ứ thông lạc. Đồng thời căn cứ vào tình hình hư suy của âm dương khí huyết để bổ khí huyết, bổ tỳ thận.

1. Thể phong thấp nhiệt

1.1. Triệu chứng: Sưng, nóng, đỏ, đau một hoặc nhiều khớp (đặc biệt là khớp bàn ngón chân cái), đau cự án, khởi phát thường cấp tính. Thường kèm theo phát sốt, sợ gió, miệng khô khát, phiền táo bứt rứt không yên, tiểu vàng số lượng ít, lưỡi đỏ rêu vàng bản. Mạch hoạt sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, thực nhiệt
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp, tiêu thũng chỉ thống.

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Tuyên tý thang hợp Tam diệu thang

Thương truật	08g	Hoàng bá	15g
Ngưu tất	15g	Tỳ giải	12g
Hoạt thạch	30g	Ý dĩ	20g
Hạnh nhân	12g	Hy thiêm thảo	15g
Xích tiêu đậu	15g	Liên kiều	12g
Chi tử	12g		

+ Hoặc Bạch hồ quế chi thang:

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

+ Hoặc Tứ diệu thang:

Thương truật	08g	Hoàng bá	10g
Ngưu tất	12g	Sinh ý dĩ	18g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Cao Kim hoàng tán (Ngoại khoa chính tông):

Đại hoàng	2,5kg	Hoàng bá	2,5kg
Khương hoàng	2,5kg	Bạch chỉ	2,5kg
Nam tinh	1kg	Trần bì	1kg
Thương truật	1kg	Hậu phác	1kg

Cam thảo 1kg Thiên hoa phấn 5kg

Tất cả nghiền bột trộn với Vaseline thành cao, đắp vùng khớp sưng đau 1-2 lần/ngày, 7 ngày/liệu trình.

- Hoặc dùng bài:

Hạt mã tiền	20g	Sinh Bán hạ	20g
Ngải diệp	20g	Hồng hoa	15g
Vương bất lưu hành	40g	Đại hoàng	30g
Hành tươi cả rễ	3 củ		

Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình (Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết:

Tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyết

+ Đau vùng vai:	Kiên ngưng (LI.15)	Kiên trinh (GB.9)
	Kiên tinh (GB.21)	Tý nhu (LI.14)
	A thị huyết	
+ Đau khớp khuỷu tay:	Hợp cốc (LI.4)	Thủ tam lý (LI.10)
	Khúc trì (LI.11)	Xích trạch (LU.5)
	A thị huyết	
+ Đau khớp cổ tay:	Dương trì (TE.4)	Ngoại quan (TE.5)
	Hợp cốc (LI.4)	A thị huyết
+ Đau khớp gối:	Tất nhãn	Khúc tuyền (LR.8)
	Dương lăng tuyền (GB.34)	A thị huyết
+ Đau khớp cổ chân:	Trung phong (LR.4)	Côn lân (BL.60)
	Giải Khê (ST.41)	Cự huyệt (ST.37)
	Uỷ trung (BL.40)	Tuyệt cốt (GB.39)
	A thị huyết	
+ Đau khớp bàn ngón chân cái:	Thái xung (LR.3)	Thái bạch (SP.3)

A thị huyết

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

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết:

+ Đau vùng vai:	Kiên ngưng (LI.15) Tý nhu (LI.14)	Kiên trình (GB.9)
+ Đau khớp khuỷu tay:	Hợp cốc (LI.4) Khúc trì (LI.11)	Thủ tam lý (LI.10)
+ Đau khớp cổ tay:	Dương trì (TE.4) Hợp cốc (LI.4)	Ngoại quan (TE.5)
+ Đau khớp gối:	Tất nhãn Dương lăng tuyền (GB.34)	Khúc tuyền (LR.8)
+ Đau khớp cổ chân:	Trung phong (LR.4) Cự hư (ST.37)	Côn lân (BL.60)
+ Đau khớp bàn ngón chân cái:	Thái xung (LR.3)	Thái bạch (SP.3)

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

- Xoa bóp bấm huyết: Xát, xoa, day, vê, bóp, bấm các huyết vùng khớp bị viêm. Vận động khớp nhẹ nhàng.

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

2. Thể phong hàn thấp

2.1. Triệu chứng: Sung nề, hạn chế vận động khớp, có thể có hạt lắng đọng cạnh khớp. Nếu phong tà thiên thịnh sẽ thấy đau khớp có tính chất lưu chuyển hoặc sợ gió phát sốt... Hàn tà thiên thịnh biểu hiện đau dữ dội các khớp, vị trí đau cố định, gặp lạnh đau tăng, chườm nóng dễ chịu. Thấp tà thiên thịnh sẽ có cảm giác đau bứt rứt nặng nề tại các khớp, vị trí đau thường cố định, cảm giác tê bì khó chịu trong cơ và ngoài da. Rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt. Mạch huyền khẩn hoặc nhu hoãn.

2.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tỳ vị.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Khu phong tán hàn trừ thấp, thông lạc chỉ thống.

2.4. Phương:

2.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Ý dĩ nhân thang

Ma hoàng	06g	Đương quy	15g
Bạch truật	15g	Ý dĩ nhân	30g
Quế chi	10g	Bạch thược	15g
Cam thảo	06g		

+ Nếu hàn tà thắng dung bài Ô đầu thang

Phụ tử chế	05g	Ma hoàng	06g
Bạch thược	15g	Hoàng kỳ	15g
Cam thảo	05g		

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Dùng bài:

Hạt mã tiền	20g	Sinh Bán hạ	20g
Ngải diệp	20g	Hồng hoa	15g
Vương bất lưu hành	40g	Đại hoàng	30g
Hành tươi cả râu	3 củ		

Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình (Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- Kết hợp châm và cứu, điện châm, ôn châm, cấy chỉ tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyệt theo công thức giống thể Phong thấp nhiệt.

- Xoa bóp bấm huyệt giống thể Phong thấp nhiệt.

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

3. Thể đàm ứ trở trệ

3.1. Triệu chứng: Các khớp sưng, nặng thì xung quanh khớp cũng sưng, tái đi tái lại nhiều lần, dai dẳng không dứt, đau nhức nhẹ, có các hạt cứng cạnh khớp, sắc da tím, chất lưỡi bệu, rêu trắng bản. Mạch huyền hoạt.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc và tỳ vị.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân và bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết hoá ứ, hoá đàm tán kết.

3.4. Phương

3.4.1 Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Đào hồng ẩm hợp Nhị trần thang

Đào nhân	10g	Hồng hoa	10g
Đương qui	15g	Xuyên khung	10g
Phục linh	10g	Trần bì	08g
Cam thảo	06g	Uy linh tiên	10g
Bán hạ chế	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

Hạt mã tiền	20g	Sinh Bán hạ	20g
Ngải diệp	20g	Hồng hoa	15g
Vương bất lưu hành	40g	Đại hoàng	30g
Hành tươi cả râu	3 củ		

Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình (Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

- Hoạch các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã

được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Kết hợp châm, điện châm, cấy chỉ tùy theo vị trí đau có thể lựa chọn một số huyệt theo công thức giống thể Phong thấp nhiệt.

- Xoa bóp bấm huyệt giống thể Phong thấp nhiệt.

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

4. Thể can thận lưỡng hư

4.1. Triệu chứng: Đau khớp tái đi tái lại, dai dẳng không dứt, lúc nặng lúc nhẹ hoặc cảm giác đau nhức âm ỉ di chuyển giữa các khớp. Sung nề, hạn chế vận động khớp, thậm chí biến dạng khớp. Kèm theo đau lưng mỏi gối, người mệt mỏi, đau đầu hoa mắt chóng mặt, tâm quý khí đoản, chất lưỡi nhợt rêu trắng. Mạch huyền trầm tế vô lực.

4.2. Chẩn đoán

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

- 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.

4.3. Pháp điều trị: Bổ can thận, trừ phong thấp, hoạt lạc chỉ thống.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Độc hoạt ký sinh thang

Đảng sâm	10g	Phục linh	15g
Đương qui	10g	Bạch thược	15g
Thục địa	15g	Xuyên khung	10g
Đỗ trọng	15g	Ngưu tất	15g
Quế chi	06g	Tế tân	04g
Độc hoạt	10g	Tang ký sinh	30g
Phòng phong	10g	Tần giao	10g
Cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

Hạt mã tiền	20g	Sinh Bán hạ	20g
Ngải diệp	20g	Hồng hoa	15g
Vương bất lưu hành	40g	Đại hoàng	30g
Hành tươi cả râu	3 củ		

Đun lấy 2 lít nước xông ngâm vùng khớp đau ngày 1-2 lần, 7 ngày/liệu trình (Trung y đương đại chẩn trị bệnh phong thấp).

- Hoặc các bài thuốc xông, các bài thuốc dùng ngoài của các cơ sở khám chữa bệnh đã được các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Tại chỗ: Tùy theo vị trí đau châm tả các huyết giống thể phong thấp nhiệt.

+ Toàn thân: Châm bổ Can du (BL.18) Thận du (BL.23)

Thái xung (LI.3) Thái khê (KI.3)

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

- Kỹ thuật châm: Điện châm.

- Hoặc cấy chỉ vào các huyết giống thể phong thấp nhiệt.

- Xoa bóp bấm huyết giống thể phong thấp nhiệt.

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

IV. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân: Ức chế tổng hợp acid uric, tăng thải acid uric.

- Điều trị triệu chứng: Chống viêm, giảm đau.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Điều trị dùng thuốc

2.1.1 Điều trị nguyên nhân

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

- Thuốc ức chế tổng hợp acid uric.

- Thuốc tăng thải acid uric.

- Thuốc tiêu acid uric.
- Kiểm hóa nước tiểu.

2.1.2 Điều trị triệu chứng

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

- Thuốc chống viêm:
 - + Colchicin: Chống viêm, giảm đau trong cơn gout cấp hoặc đợt cấp của gout mạn tính. Nên dùng liều 1mg/ngày phối hợp với một thuốc nhóm chống viêm không steroid (Nếu không có chống chỉ định). Trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định với chống viêm không steroid, Colchicin dùng với liều 1mg x 3 lần trong ngày đầu tiên, 1mg x 2 lần trong ngày thứ 2, 1mg từ ngày thứ 3 trở đi. Dự phòng tái phát trung bình 1mg/ngày kéo dài ít nhất 6 tháng.
 - + Chống viêm không steroid (NSAIDs): không được phối hợp hai loại thuốc trong nhóm.
- Thuốc giảm đau: Chọn một trong các thuốc theo bậc thang giảm đau của Tổ chức Y tế Thế giới. Tùy theo tình trạng đau mà điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp.
- Cắt hạt tophi khi hạt bị vỡ, dò dịch hoặc ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của khớp.

2.2 Điều trị không dùng thuốc

- Laser công suất thấp, parafin, dòng điện xung, tia hồng ngoại... Lưu ý tránh vùng có hạt tophi.

2.3 Chế độ ăn uống trong điều trị

Chế độ ăn giảm đạm (không quá 150g thịt/ngày), không ăn phủ tạng động vật, hạn chế thịt chó, dê, hải sản... tránh các thức ăn chứa nhiều nhân purin, giảm mỡ. Ăn nhiều rau xanh, kiêng rượu.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý. Không uống rượu, bia, cà phê, trà. Sử dụng nước khoáng không ga, có độ kiềm cao. Duy trì cân nặng hợp lý, tránh để tăng cân béo phì.
- Phát hiện cơn gout cấp sớm để dùng thuốc và thực hiện điều chỉnh lối sống kịp thời tránh trở thành gout mạn và biến chứng do gout.

RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu khác (rối loạn lipid máu - RLLM) là sự tăng nồng độ các thành phần lipid như cholesterol, triglycerid hoặc cả hai, hoặc tăng lipoprotein tỷ trọng thấp trong huyết tương, đồng thời giảm HDL – C là thành phần lipid có lợi, chống xơ vữa động mạch.

Bệnh nhân được chẩn đoán RLLM khi thỏa mãn ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/l
- LDL – C $\geq 3,4$ mmol/l
- Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l
- HDL – C $< 1,0$ mmol/l

Trong cơ thể, khi sự cân bằng giữa quá trình tổng hợp và thoái hóa lipid bị phá vỡ do nguyên nhân tiên phát hoặc thứ phát sẽ gây ra rối loạn lipid máu. RLLM tiên phát thường gặp hơn RLLM thứ phát, thường liên quan yếu tố gia đình, gen. RLLM thứ phát thường xuất hiện sau mắc một số bệnh như đái tháo đường, hội chứng thận hư, tăng urê máu, suy thận mạn, bệnh lý gan (bệnh gan tắc nghẽn, tắc mật), suy giáp, béo phì; do lối sống (chế độ ăn không hợp lý, nghiện thuốc lá, nghiện rượu); dùng một số thuốc (thuốc tránh thai, chẹn beta - giao cảm, lợi tiểu, glucocorticoid, các gốc acid retinoic...).

Cách phân loại RLLM theo NCEP – ATP III (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III - Chương trình Giáo dục Cholesterol Quốc gia Hoa Kỳ) là một trong các phân loại thường được sử dụng hiện nay:

Chỉ số lipid	Nồng độ		Phân loại
	mmol/L	mg/dL	
LDL - C	< 2,6	< 100	Tối ưu
	2,6 – 3,3	100 – 129	Gần tối ưu/ trên mức tối ưu
	3,4 – 4,1	130 – 159	Giới hạn cao
	4,2 – 4,9	160 – 189	Cao
	$\geq 4,9$	≥ 190	Rất cao

Cholesterol toàn phần	< 5,2	< 200	Mong muốn
	5,2 – 6,2	200 – 399	Giới hạn cao
	≥ 6,2	≥ 240	Cao
HDL - C	< 1,0	< 40	Thấp
	≥ 1,6	≥ 60	Cao
Triglyceride	< 1,7	< 150	Bình thường
	1,7 – 2,2	150 – 199	Giới hạn cao
	2,2 – 5,6	200 – 499	Cao
	≥ 5,6	≥ 500	Rất cao

YHHĐ lựa chọn thuốc điều trị RLLM dựa trên việc đánh giá mức độ RLLM và tương quan với sự gia tăng nguy cơ tương đối của bệnh mạch vành, với mục tiêu điều trị ưu tiên là đưa LDL – C về mức tối ưu, đồng thời phải kết hợp thay đổi lối sống. Điều trị có hiệu quả RLLM giúp làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và giảm nhu cầu tiến hành các thủ thuật tái tạo mạch vành cho bệnh nhân.

Biểu hiện lâm sàng của RLLM không hằng định và có thể xuất hiện không có triệu chứng. Y học cổ truyền (YHCT) có các chứng tương ứng với tình trạng RLLM như chứng đàm thấp, đầu thống, huyễn vựng... Nguyên nhân thường do “đàm” ứ đọng ở kinh lạc, phủ tạng nên RLLM thường được gọi là chứng Đàm thấp và điều trị chủ yếu bằng hóa đàm, trừ thấp.

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

Chứng Đàm thấp thường do lục dâm, thất tình làm công năng của ba tạng tỳ, phế, thận bị ảnh hưởng, tân dịch không được phân bố và vận hành, ngưng tụ thành thấp, thấp hóa thành đàm.

- Ăn uống không điều độ, ăn quá nhiều đồ béo ngọt, uống nhiều rượu làm tổn thương tỳ, tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp đình trệ lại lâu ngày hóa đàm.
- Ít vận động thể lực (nằm nhiều hại khí, ngồi nhiều hại cơ nhục) gây tỳ khí hư suy.
- Can đờm thấp nhiệt, gây ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết, khí cơ bị trở ngại nên vận hành huyết và tân dịch không thông, khiến cho đàm thấp ứ lại mà gây bệnh.
- Thất tình (lo nghĩ hại tỳ, giận dữ hại can) làm can mộc vượng khắc tỳ thổ, tỳ thổ hư yếu dẫn đến sự vận hóa bị suy giảm mà sinh đàm thấp.
- Tiên thiên bất túc, thận dương hư không ôn ấm được tỳ dương, tỳ không vận hóa được

thủy thấp, sinh đàm thấp.

- Đàm thấp ú trở tại kinh lạc, ngăn trở khí huyết vận hành sẽ gây khí trệ huyết ú.

Như vậy, đàm thấp là một chứng bệnh có đặc điểm “bản hư, tiêu thực”: “tiêu” là đàm trọc nội sinh, huyết ú; “bản” là công năng tạng phủ thất điều hoặc hư tổn trong đó liên quan đặc biệt đến tỳ, phế, thận, can.

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

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 tỳ hư đàm thấp

1.1. Triệu chứng: Người thường béo bệu, nặng nề, mệt mỏi. Ăn kém, không muốn ăn, bụng đầy, đại tiện phân nát. Rêu lưỡi trắng dày, nhớt, lưỡi bệu, có vết hằn răng. Mạch trầm hoạt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại tạng tỳ (tỳ hư đàm thấp).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

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

1.4. Phương:

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương:

+ Dùng bài Bán hạ bạch truật thiên ma thang:

Bán hạ chế	12g	Bạch truật	16g
Thiên ma	12g	Cam thảo	06g
Trần bì	08g	Bạch linh	16g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài Hương sa lục quân tử thang:

Đảng sâm	12g	Chích cam thảo	04g
Phục linh	12g	Trần bì	08g

Nhục quế 120g Đương quy 120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, ngày uống 4-8g. Hoặc có thể làm thang sắc với liều thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm bổ và/hoặc cứu:

Tỳ du (BL.20)	Thận du (BL.23)
Túc tam lý (ST.36)	Thái Khê (KI.3)
Mệnh môn (GV.4)	Tam âm giao (SP.6)

+ Châm tả: Phong long (ST.40)

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Tỳ, Vị, Thận, Nội tiết, Giao cảm, Thần môn.

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

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

3. Thể can thận âm hư

3.1. Triệu chứng: Váng đầu, chóng mặt, hay quên, mất ngủ, ù tai, miệng họng khô, lưng đau gối mỏi, tóc bạc, răng rụng, tiểu đêm. Rêu lưỡi vàng dày. Mạch tế sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can, thận (can thận âm hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: Tư bổ can thận.

3.4. Phương:

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Kỷ cúc địa hoàng thang

Thục địa	16g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	12g	Trạch tả	12g
Đan bì	08g	Phục linh	08g

Kỳ tử 12g Cúc hoa 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

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

+ Châm tả: Phong long (ST.40).

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Can, Thận, Nội tiết, Giao cảm, Thần môn.

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

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

4. Thể can uất tỳ hư

4.1. Triệu chứng: Đau 2 bên mạng sườn từng cơn, vị trí không cố định; đau đầu, chóng mặt, tinh thần uể oải, ăn kém, tính khí thất thường, hay thở dài. Đại tiện lỏng, ở phụ nữ có thể gặp rối loạn kinh nguyệt, bầu vú căng trướng và đau. Chât lưỡi bệu, rêu lưỡi mỏng, trắng, nhớt. Mạch huyền.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can, tỳ (can uất tỳ hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

4.3. Pháp điều trị: Sơ can giải uất, kiện tỳ trừ đàm.

4.4. Phương:

4.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Tiêu dao tán

Sài hồ	12g	Đương quy	12g
Bạch thực	12g	Phục linh	12g
Bạch truật	12g	Cam thảo	06g
Bạc hà	06g	Sinh khương	04g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm tả: Can du (BL.18) Thái xung (LR.3) Phong long (ST.40)

+ Châm bổ: Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) Tỳ du (BL.20)

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Can, Tỳ, Nội tiết, Giao cảm, Thần môn.

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

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

5. Thể thấp nhiệt nội kết

5.1. Triệu chứng: Chóng mặt, đau nặng đầu, cảm giác tức ngực, phiền nhiệt. Đầy bụng, buồn nôn, mệt mỏi toàn thân, tay chân nặng nề. Đắng miệng, khô miệng, người béo bệu, đại tiện phân nát, cảm giác nóng hậu môn. nước tiểu vàng. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt. Mạch hoạt sắc.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại tỳ, can, đờm.

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

5.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp.

5.4. Phương:

5.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Tứ linh tán hợp Lục nhất tán

Bạch linh	15g	Trư linh	15g
Bạch truật	15g	Trạch tả	15g
Hoạt thạch	25g	Cam thảo	04g

Tất cả các vị tán bột mịn, trộn đều, uống 12g - 18g/lần x 2 lần/ngày với nước ấm.

Hoặc có thể làm thang sắc với liều thích hợp, mỗi ngày sắc 1 thang, uống chia 2 lần.

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

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

+ Châm bô: Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6) Tỳ du (BL.20)

+ Châm tả: Can du (BL.18) Thái xung (LR.3) Phong long (ST.40)

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Can, Tỳ, Vị, Nội tiết, Giao cảm, Thần môn.

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

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

6. Thể khí trệ huyết ứ

6.1. Triệu chứng: Đau nhói vùng ngực, có thể lan ra sau vùng lưng trên, đau vùng thượng vị (người bệnh thường có kèm bệnh động mạch vành, thiếu máu cơ tim), chóng mặt, đau nhức mắt. Chát lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết. Mạch huyền sáp.

6.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

6.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ứ.

6.4. Phương:

6.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Huyết phủ trục ứ thang

Đương quy	12g	Ngưu tất	12g
Sinh địa	12g	Xích thực	08g
Đào nhân	16g	Sài hồ	04g
Hồng hoa	12g	Cát cánh	06g
Xuyên khung	06g	Cam thảo	04g
Chỉ xác	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

6.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm:

- + Châm bổ: Túc tam lý (ST.36) Tam âm giao (SP.6)
- + Châm tả: Cách du (BL.17) Huyết hải (SP.10)
- Phong long (ST.40)

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

- Nhĩ châm: Châm các điểm: Can, Tỳ, Vị, Nội tiết, Giao cảm, Thần môn.

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

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Cần xác định RLLM là tiên phát hay thứ phát và điều trị theo nguyên nhân nếu có.
- Điều trị RLLM cần dựa trên phân tầng nguy cơ tim mạch đi kèm của người bệnh để dự phòng các biến chứng do xơ vữa động mạch; lấy nồng độ LDL - C huyết tương là mục tiêu điều trị và lựa chọn nhóm thuốc hạ lipid máu dựa trên loại rối loạn lipid.
- Kiểm soát và loại bỏ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, kết hợp với điều chỉnh chế độ ăn, luyện tập và dùng thuốc khi có chỉ định.
- Đối với các trường hợp RLLM mức độ nhẹ, cần hướng dẫn và giáo dục bệnh nhân tuân thủ việc điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt trước khi dùng thuốc.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

Điều chỉnh chế độ ăn uống và sinh hoạt được khuyến cáo thực hiện đầu tiên ít nhất trong 1 tháng trước khi dùng thuốc.

- *Chế độ ăn:* Giảm mỡ động vật, hạn chế thức ăn chứa nhiều cholesterol như phủ tạng động vật, mỡ động vật... Tăng cường ăn dầu thực vật, cá nước ngọt, hoa quả tươi, rau, các thực phẩm có nhiều chất xơ. Chế độ ăn này cần phải được duy trì lâu dài cho dù người bệnh dùng thuốc hay không dùng thuốc.
- *Chế độ sinh hoạt:* Làm việc điều độ, tránh stress, tăng cường vận động, tập luyện, bỏ các thói quen có hại (uống nhiều rượu, bia, hút thuốc lá...).

2.2. Điều trị bằng thuốc: Nên khởi đầu từ liều thấp, tăng liều gấp đôi sau mỗi 4 – 6 tuần nếu không đạt hiệu quả điều trị. Tùy từng trường hợp bệnh, có thể chọn trong các nhóm thuốc sau:

- Nhóm Statin.
- Nhóm Fibrat.
- Nhóm Acid nicotinic (Niacin).
- Nhóm gắn acid mật.
- Chất ức chế hấp thu cholesterol.
- Acid béo omega-3 (dầu cá).

*** Lưu ý khi dùng thuốc:**

- Trường hợp tăng cholesterol máu đơn thuần loại LDL - C cao: Ưu tiên dùng statin. Trường hợp tăng triglycerid máu đơn thuần hay tăng lipid máu hỗn hợp có triglycerid rất cao ưu tiên fibrat, sau khi triglycerid đã giảm xuống dưới 5,7mmol/L có thể dùng statin.
- Trước khi dùng thuốc hạ lipid máu cho người bệnh cần kiểm tra nồng độ creatinin, AST, ALT, CK trong máu. Dùng thuốc nếu trong quá trình điều trị men gan tăng gấp 3 lần so với trước điều trị, theo dõi và cân nhắc sử dụng một thuốc hạ lipid máu khác khi men gan của người bệnh trở về bình thường.
- Khi đã đạt được mức LDL-C mục tiêu, người bệnh vẫn phải được duy trì thuốc đều đặn hàng ngày cùng với các biện pháp không dùng thuốc.
- RLLM thứ phát cần phối hợp điều trị nguyên nhân và điều trị hạ lipid máu.
- Kiểm tra lại nồng độ lipid máu sau 4 đến 12 tuần điều trị.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện tốt chế độ ăn uống hợp lý, tránh các thực phẩm giàu cholesterol, không uống rượu bia, không hút thuốc lá.
- Nếu người bệnh thừa cân, béo phì cần phải giảm cân nặng.
- Thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý, tránh stress, tăng cường hoạt động thể lực và duy trì thường xuyên.
- Điều trị tốt các bệnh lý nền gây RLLM thứ phát.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHÔNG PHỤ THUỘC INSULIN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai.

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), đái tháo đường gồm 4 loại:

- Đái tháo đường type 1: do phá hủy tế bào beta tụy, dẫn đến thiếu insulin tuyệt đối.
- Đái tháo đường type 2: do giảm chức năng của tế bào beta tụy tiến triển trên nền tảng đề kháng insulin.
- Đái tháo đường thai kỳ.
- Các loại đái tháo đường đặc biệt do các nguyên nhân khác: ĐTĐ sơ sinh, ĐTĐ do sử dụng thuốc và hóa chất (sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS, sau cấy ghép mô...)

Đái tháo đường type 2 còn được gọi là đái tháo đường không phụ thuộc insulin chiếm 90 – 95% các trường hợp.

Chẩn đoán dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau:

1. Glucose huyết tương lúc đói $\geq 126\text{mg/dL}$ (hay $\geq 7\text{mmol/L}$).
2. Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống $\geq 200\text{mg/dL}$ (hay $\geq 11,1\text{mmol/L}$).
3. HbA1c $\geq 6,5\%$ (48mmol/mol). Xét nghiệm HbA1c phải được thực hiện bằng phương pháp đã chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.
4. Ở người bệnh có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của con tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ $\geq 200\text{mg/dL}$ (hay $\geq 11,1\text{mmol/L}$).

Chẩn đoán xác định nếu có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau đối với tiêu chí 1, 2, hoặc 3; riêng tiêu chí 4: chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đái tháo đường type 2 thuộc chứng Tiêu khát. Bệnh thường gặp ở người trung và cao tuổi. Theo quan niệm trước đây, chứng tiêu khát có 3 thể: thượng tiêu, trung tiêu và hạ tiêu. Cả 3 thể đều có các triệu chứng chủ yếu là ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy nhiều (còn gọi là các triệu chứng cổ điển).

Hiện nay cách phân thể có sự thay đổi do người bệnh đái tháo đường các triệu chứng cổ điển biểu hiện không rõ ràng mà còn xuất hiện nhiều triệu chứng khác.

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

- Âm thực bất tiết, tích nhiệt thương âm: do uống nhiều rượu, ăn quá nhiều các thức ăn cay, nóng, thức ăn dầu mỡ... gây tổn thương tỳ vị dẫn đến thực nhiệt kết ở trong, tân dịch không phân bố đi mọi nơi trong cơ thể, tạng phủ mất sự nuôi dưỡng mà thành bệnh.
- Do tình chí: tinh thần căng thẳng, cảm xúc âm tính kéo dài làm cho thần tán hóa hỏa hoặc do ngũ chí cực uất cũng hóa hỏa. Hỏa sinh ra thiêu đốt phần âm của phủ tạng.
- Chính khí suy giảm, ngũ tạng hư suy lâu ngày hoặc phòng lao quá độ làm thận tinh bị khuyết tổn dẫn đến tảo nhiệt nội sinh mà phát bệnh.
- Dùng các vị thuốc tính ôn táo nhiều và kéo dài cũng gây ra tảo nhiệt nội sinh.

Bệnh thời kỳ đầu chủ yếu do tảo nhiệt làm hao tổn âm dịch, tổn thương phế, tỳ, vị, thận nên sinh các chứng khát, mau đói, ăn nhiều, nước tiểu đục. Bệnh diễn biến kéo dài, tảo nhiệt làm tiêu hao dương khí, làm xuất hiện các chứng khí âm lưỡng hư, đàm trọc huyết ứ.

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 phế vị tảo nhiệt

1.1. Triệu chứng: Miệng khô, khát nước, uống nước nhiều, mau đói, đại tiện táo kết, da khô, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng. Mạch hoạt sác.

1.2. Chẩn đoán:

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

1.3. Pháp: Thanh nhiệt sinh tân

1.4. Phương

- Cổ phương: Bạch hồ gia nhân sâm thang hợp Ngọc dịch thang:

Thạch cao	12g	Đảng sâm	12g
Tri mẫu	10g	Ngạnh mễ	12g

Cam thảo	06g	Cát căn	12g
Sinh hoàng kỳ	12g	Kê nội kim	08g
Hoài sơn	12g	Thiên hoa phấn	12g

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.

2. Thể can thận âm hư

2.1. Triệu chứng: Người gầy, ngũ tâm phiền nhiệt, cốt chung, chóng mặt, ù tai, đau mỗi lưng gối, đi tiểu nhiều, nước tiểu vẩn đục, chất lưỡi đỏ, rêu ít. Mạch tế sác.

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, ích tinh dưỡng huyết.

2.4. Phương

- Cổ phương: Lục vị địa hoàng thang

Sinh địa	16g	Bạch linh	10g
Sơn thù	10g	Mẫu đơn bì	08g
Hoài sơn	10g	Trạch tả	08g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

3. Thể khí âm lưỡng hư

3.1. Triệu chứng: Người mệt mỏi, sắc mặt nhợt, miệng khô không muốn uống nước, tay chân tê bì, chóng đói, ăn nhiều hoặc chán ăn, đầy bụng, chậm tiêu, chất lưỡi đỏ nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm tế.

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư, hàn nhiệt thác tạp.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ khí hư. Khí âm lưỡng hư
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân, nội nhân.

3.3. Pháp: Ích khí dưỡng âm.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Sinh mạch tán hợp Lục vị địa hoàng thang

Nhân sâm	08g	Sinh địa	12g
Mạch môn	12g	Hoài sơn	08g
Ngũ vị tử	08g	Sơn thù	08g
Mẫu đơn bì	06g	Trạch tả	06g
Bạch linh	08g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

4. Thể âm dương lưỡng hư

4.1. Triệu chứng: Họng khô, lưỡi khô, sắc mặt xạm đen, sợ lạnh, chân tay lạnh nhưng lòng bàn tay bàn chân nóng, uống nhiều, đái nhiều, nước tiểu đặc, đục. Người mệt mỏi, tự hãn, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi nhợt. Mạch trầm tế vô lực.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư.
- Chẩn đoán tạng phủ: Thận âm thận dương lưỡng hư.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp: Tư âm ôn dương ích thận.

4.4. Phương:

- Cổ phương: Kim quỹ thận khí thang

Sinh địa	16g	Bạch linh	10g
Sơn thù	10g	Mẫu đơn bì	08g
Hoài sơn	10g	Trạch tả	08g
Nhục quế	04g	Phụ tử chế	04g
Ngưu tất	12g	Xa tiền tử	12g

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. Thể huyết ứ

5.1. Triệu chứng: Người gầy, sắc mặt xạm, miệng khô, đi tiểu nhiều, chân tay tê bì hoặc có điểm đau chói, đau nhiều về đêm, môi nhợt, chất lưỡi tím có điểm ứ huyết, rêu trắng mỏng. Mạch trầm sáp kết đại.

5.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Huyết ứ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp: Hoạt huyết hóa ứ

5.4. Phương:

- Cổ phương: Huyết phủ trực ứ thang

Đào nhân	10g	Chỉ xác	10g
Hồng hoa	08g	Sài hồ	08g
Xuyên khung	08g	Cát cánh	08g
Xích thực	10g	Cam thảo	04g
Ngưu tất	10g	Sinh địa	10g
Đương quy	10g		

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.

- Thể huyết ứ thường hay gặp kèm với các thể bệnh khác của tiêu khát. Khi đó tùy vào triệu chứng của huyết ứ hay các thể khác nặng hơn thì kết hợp với biện chứng để gia giảm.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Mục tiêu điều trị

1.1. Mục tiêu điều trị cho người bệnh đái tháo đường ở người trưởng thành, không có thai

- HbA1c < 7%

- Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn: 80 – 130mg/dL (4,4 - 7,2 mmol/l).

- Đỉnh Glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1 - 2 giờ < 180mg/dL (10mmol/l).

- Huyết áp: tâm thu < 140mmHg, tâm trương < 90 mmHg.

Nếu đã có biến chứng thận: Huyết áp < 130/85 - 80 mmHg

- Lipid máu:

+ Nếu chưa có biến chứng tim mạch: LDL - C < 100mg/dL (2,6mmol/L)

+ Nếu đã có bệnh tim mạch: LDL - C < 70mg/dL (1,8mmol/L)

+ Triglycerid < 150mg/dL (1,7mmol/L)

+ HDL - C > 40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và > 50 mg/dL (1,3mmol/L) ở nữ

Mục tiêu điều trị khác nhau ở từng cá nhân tùy thuộc tình trạng cụ thể của người bệnh:

- HbA1c < 6,5% (48 mmol/mol): phù hợp với người bệnh được điều trị bằng thay đổi lối sống hoặc chỉ dùng metformin, không có bệnh tim mạch quan trọng, hoặc không có dấu hiệu đáng kể của hạ đường huyết và những tác dụng có hại của thuốc

- HbA1c < 8% (64 mmol/mol): phù hợp với người bệnh có tiền sử hạ glucose huyết trầm trọng, có các biến chứng mạch máu nhỏ hoặc mạch máu lớn, có nhiều bệnh lý đi kèm hoặc mắc bệnh ĐTĐ trong thời gian dài và khó đạt mục tiêu điều trị.

1.2. Mục tiêu điều trị đái tháo đường ở người cao tuổi

Tình trạng sức khỏe	HbA1c (%)	Glucose huyết lúc đói hoặc trước ăn (mg/dL)	Glucose huyết lúc đi ngủ (mg/dL)	Huyết áp (mmHg)
Mạnh khỏe	< 7,5	90 - 130	90 - 150	< 140/90
Phức tạp/sức khỏe trung bình	< 8	90 - 150	100 - 180	< 140/90
Rất phức tạp/sức khỏe kém	< 8,5	100 - 180	110 - 200	< 150/90

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc: bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

➤ Luyện tập thể lực

- Cần kiểm tra biến chứng tim mạch, mắt, thần kinh, biến dạng chân trước khi luyện tập và đo huyết áp, tần số tim. Không luyện tập gắng sức khi glucose huyết > 250 - 270mg/dL và ceton dương tính.

- Đi bộ 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2 - 3 lần (kéo dây, nâng tạ).

- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, mỗi lần 10 – 15 phút. Người trẻ tập khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.

➤ **Dinh dưỡng**

- Dinh dưỡng cần được áp dụng theo thói quen ăn uống của người bệnh, các thức ăn sẵn có tại từng vùng miền, có sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng.
- Các nguyên tắc chung về dinh dưỡng nên được khuyến cáo cho mọi người bệnh:
 - + Giảm cân với người bệnh béo phì, thừa cân, ít nhất 3 - 7% so với cân nặng nền.
 - + Nên dùng các loại carbohydrat hấp thu chậm có nhiều chất xơ, không chà xát kỹ như gạo lứt, bánh mì đen, nui ...
 - + Duy trì 1 - 1,5 gam đạm/kg cân nặng/ngày ở người không suy chức năng thận. Nên ăn cá ít nhất 3 lần/tuần. Người ăn chay trường có thể bổ sung nguồn đạm từ các loại đậu (đậu phụ, đậu đen, đậu đỏ)
 - + Chú trọng dùng các loại mỡ có chứa acid béo không no như dầu ô liu, dầu mè, dầu lạc, mỡ cá. Cần tránh các loại mỡ trung chuyển (mỡ trans), phát sinh khi ăn thức ăn rán, chiên ngập dầu mỡ.
 - + Giảm muối trong bữa ăn, còn khoảng 2300 mg Natri mỗi ngày.
 - + Chất xơ: đảm bảo ít nhất 15 gam mỗi ngày.
 - + Các yếu tố vi lượng: bổ xung các yếu tố vi lượng nếu thiếu, thí dụ sắt ở người bệnh ăn chay trường. Dùng Metformin lâu ngày có thể gây thiếu sinh tố B12, nên chú ý đến tình trạng này nếu người bệnh có thiếu máu hoặc triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại vi.
 - + Uống rượu điều độ: một lon bia (330 ml)/ngày, rượu vang đỏ: 150 - 200ml/ngày.
 - + Bỏ hút thuốc lá.
 - + BN đang tiêm insulin có thể chia thành 4 - 5 bữa để phòng hạ đường huyết.

2.2. Điều trị bằng thuốc

➤ **Sulfonylurea:**

- Chỉ định: đái tháo đường type 2 thể trạng trung bình hoặc gầy.
- Liều lượng:
 - + Glyburide/glibenclamide: Liều khởi đầu 2,5mg/ngày, liều trung bình thường dùng 5-10 mg/ngày uống 1 lần vào buổi sáng
 - + Glimepiride: Liều 1mg - 8mg /ngày uống 1 lần/ngày vào buổi sáng.
 - + Gliclazide: Liều khởi đầu 40 – 80mg/ngày. Liều tối đa 320 mg/ngày.
 - + Glipizide: Liều khởi đầu 2,5-5mg, liều tối đa khuyến dùng là 20mg/ngày.

➤ **Glinides:**

- Chỉ định: tăng đường huyết sau ăn.

- Liều lượng và cách dùng: 0,5 - 4mg/lần, uống 15 phút trước bữa ăn.

➤ **Metformin:**

- Chỉ định: người bệnh đái tháo đường có thừa cân hoặc béo phì.

- Liều thường dùng 500 - 2000 mg/ngày.

Metformin thường được lựa chọn là thuốc khởi đầu điều trị ở người bệnh đái tháo đường type 2.

➤ **Thiazolidinedione (TZD hay glitazone)**

- Chỉ định: điều trị kết hợp với sulfonyleurea hoặc metformin hoặc insulin.

- Liều: 15-45 mg/ngày, uống 1 lần/ngày, không phụ thuộc bữa ăn

➤ **Ức chế enzyme α -glucosidase**

- Chỉ định: tăng nhẹ đường huyết sau ăn. Điều trị đơn trị liệu kết hợp với chế độ ăn hoặc phối hợp với thuốc khác.

- Liều lượng và cách dùng:

+ Acarbose (Glucobay): Liều 25 mg uống ngay đầu bữa ăn, 3 lần/ngày.

➤ **Thuốc có tác dụng Incretin**

- **Ức chế enzyme DPP-4 (Dipeptidyl peptidase-4)**

Sitagliptin: 100 mg/ngày uống 1 lần

Saxagliptin: viên 2,5 - 5mg, uống 1 lần trong ngày.

Vildagliptin: viên 50 mg, uống 1 - 2 lần/ngày.

Linagliptin: viên 5 mg uống 1 lần trong ngày.

- **Thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 (GLP-1RA: GLP-1 Receptor Analog)**

Liraglutide: Liều sử dụng 0,6 mg tiêm dưới da mỗi ngày, sau 1 tuần có thể tăng đến 1,2 mg/ngày. Liều tối đa 1,8 mg/ngày.

➤ **Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose SGLT2 (Sodium Glucose Transporter 2)**

Dapagliflozin: Liều thường dùng là 10 mg, liều 5 mg được khuyến cáo khởi đầu ở người suy gan nặng (Child Pugh C), nếu dung nạp tốt tăng lên 10mg.

➤ **Các loại thuốc viên phối hợp**

- Nguyên tắc phối hợp: không phối hợp 2 loại thuốc trong cùng 1 nhóm

- Có các thuốc viên phối hợp: Glyburide/Metformin (glucovance), Amaryl/Metformin (coAmaryl), Sitagliptin/Metformin (Janumet), Vildagliptin/Metformin (Galvusmet), Saxagliptin/Metformin (Komboglyze) dạng phóng thích chậm ...

➤ **Insulin:**

- Chỉ định:

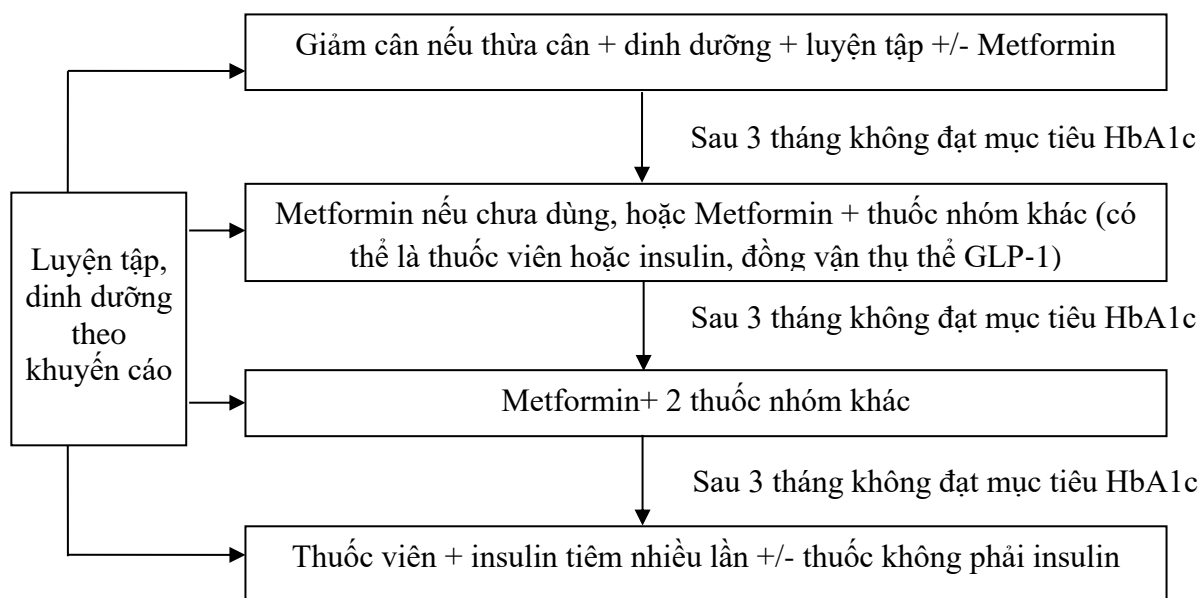
- + Đái tháo đường type 1
- + Đái tháo đường type 2 khi có triệu chứng thiếu insulin hoặc không kiểm soát được glucose huyết dù đã ăn uống luyện tập và phối hợp nhiều loại thuốc viên theo đúng chỉ dẫn.
- + Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán nhưng glucose huyết tăng rất cao.
- + Đái tháo đường type 2 khi có:
 - Mất bù do stress, nhiễm trùng, vết thương cấp, tăng đường huyết với tăng ceton máu cấp nặng. Mất cân không kiểm soát được.
 - Can thiệp ngoại khoa.
- + Có thai.
- + Suy gan, thận.
- + Dị ứng với các thuốc viên hạ đường huyết.
- + Thất bại với thuốc viên hạ đường huyết.
- + Chỉ định tạm thời ngay khi có đường huyết tăng cao > 250 - 300mg/dL (14 – 16,5mmol/L, HbA1c > 11%).
- + Đái tháo đường có hôn mê toan ceton hoặc tăng áp lực thẩm thấu.
- + Đái tháo đường do bệnh lý tụy: viêm tụy mạn, sau phẫu thuật cắt tụy...

- Cách sử dụng:

- + Dùng phối hợp với thuốc viên: liều khởi đầu của insulin nền (dùng insulin tác dụng trung bình hay tác dụng dài): 0,1 – 0,2 đơn vị/kg cân nặng, tiêm dưới da vào buổi tối trước khi đi ngủ hoặc vào một giờ nhất định trong ngày.
- + Trường hợp đái tháo đường type 2 có biểu hiện thiếu hụt insulin nặng: liều khởi đầu insulin là: 0,25 – 0,5 đơn vị/kg cân nặng/ngày. Tổng liều Insulin chia thành 1/2 - 1/3 dùng cho insulin nền (Glargine, Detemir hoặc NPH), phần còn lại chia tiêm trước 3 bữa ăn sáng, trưa, chiều (Regular insulin hoặc Aspart, Lispro, Glulisine).
- + Insulin trộn sẵn: tiêm 2 lần/ngày trước khi ăn sáng và chiều. Insulin trộn sẵn loại analog có thể tiêm 3 lần/ngày.

- Điều chỉnh liều insulin mỗi 3 - 4 ngày.

2.3. Điều trị các bệnh phối hợp và các biến chứng nếu có: theo hướng dẫn chuyên môn của các bệnh và biến chứng đó.



Sơ đồ lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị đái tháo đường type 2

V. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT BIẾN CHỨNG MẠN TÍNH

1. Tăng huyết áp:

- Theo dõi huyết áp định kỳ ở mỗi lần thăm khám. Mục tiêu huyết áp ở người bệnh ĐTD có tăng huyết áp và bệnh thận mạn: < 130/80 - 85 mmHg.

- Điều trị tăng huyết áp:

+ Giảm cân nếu thừa cân.

+ Chế độ ăn: giảm muối và tăng lượng kali; hạn chế uống rượu, tăng hoạt động thể lực.

+ Thuốc điều trị hạ áp ở người bệnh tăng huyết áp có đái tháo đường: gồm thuốc ức chế men chuyển hay ức chế thụ thể. Nếu người bệnh không dung nạp được nhóm này, có thể dùng nhóm khác thay thế. Không phối hợp ức chế men chuyển với ức chế thụ thể.

2. Rối loạn lipid máu

- Kiểm tra bộ lipid máu ít nhất hàng năm.

- Điều chỉnh chế độ ăn: giảm mỡ bão hòa, mỡ trans và lượng mỡ ăn vào; tăng acid béo n - 3, chất xơ hòa tan và stanols/sterols thực vật; giảm cân;

- Tăng hoạt động thể lực.

- Điều trị bằng thuốc:

+ Điều trị statin kết hợp với thay đổi lối sống ở người bệnh đái tháo đường sau (bất kể trị số lipid máu ban đầu là bao nhiêu):

- Có bệnh tim mạch
- Không có bệnh tim mạch nhưng lớn hơn 40 tuổi và có nhiều hơn một yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

+ Các người bệnh không có các nguy cơ ở trên: điều trị statin kết hợp với thay đổi lối sống nếu nồng độ LDL cholesterol >100 mg/dL hay có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

+ Người bệnh không có bệnh tim mạch: mục tiêu chính là LDL cholesterol < 100 mg/dL (2,6 mmol/L). Người bệnh đã có bệnh tim mạch: mục tiêu LDL cholesterol là <70mg/dL (1,8 mmol/L).

+ Nếu người bệnh không đạt được mục tiêu lipid máu với statin ở liều tối đa có thể dung nạp được, có thể đặt mục tiêu điều trị là giảm LDL ~30–40% so với ban đầu.

+ Các mục tiêu lipid máu khác: triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) và HDL cholesterol > 40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và > 50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ.

3. Các biến chứng mạch máu nhỏ và chăm sóc bàn chân

3.1. Phát hiện sớm các biến chứng

➤ Bệnh thận do đái tháo đường:

- Đánh giá albumin niệu và mức lọc cầu thận ở tất cả các người bệnh ĐTĐ type 2 và ở tất cả các người bệnh có tăng huyết áp phối hợp ít nhất 1 năm 1 lần.

➤ Bệnh võng mạc do đái tháo đường:

- Người bệnh ĐTĐ type 2 cần được khám mắt toàn diện, đo thị lực tại thời điểm được chẩn đoán bệnh ĐTĐ.

- Nếu không có bằng chứng về bệnh võng mạc ở một hoặc nhiều lần khám mắt hàng năm và đường huyết được kiểm soát tốt, có thể xem xét khám mắt 2 năm một lần. Nếu có bệnh võng mạc do ĐTĐ, khám võng mạc ít nhất hàng năm. Nếu bệnh võng mạc đang tiến triển hoặc đe dọa đến thị lực, phải khám mắt thường xuyên hơn.

➤ Bệnh thần kinh do đái tháo đường: Tất cả người bệnh cần được đánh giá về bệnh thần kinh ngoại biên tại thời điểm bắt đầu được chẩn đoán ĐTĐ type 2 sau đó ít nhất mỗi năm một lần.

➤ Khám bàn chân:

- Thực hiện đánh giá bàn chân toàn diện ít nhất mỗi năm một lần để xác định các yếu tố nguy cơ của loét và cắt cụt chi.

- Tất cả các người bệnh ĐTĐ phải được kiểm tra bàn chân vào mỗi lần khám bệnh.

3.2. Điều trị các biến chứng: theo các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị liên quan.

4. Sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu

➤ Phòng ngừa nguyên phát: Nam > 50 tuổi, nữ > 60 tuổi có kèm ít nhất 1 nguy cơ tim mạch:

- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch

- Tăng huyết áp

- Hút thuốc lá

- RLCH lipid

- Tiểu albumin

➤ Phòng ngừa thứ phát: sau biến cố tim mạch.

➤ Thuốc điều trị:

- Aspirin 81mg/ngày

- Dị ứng aspirin, không dung nạp aspirin: Clopidogrel 75 mg/ngày.

V. PHÒNG BỆNH

- Phòng bệnh cấp 1 cho những người có nguy cơ cao mắc bệnh đái tháo đường (béo phì, THA, tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường, rối loạn lipid máu, phụ nữ có tiền sử đẻ con to > 4kg và < 2,5kg, hút thuốc lá): chế độ ăn hợp lí, tăng cường vận động thể lực, khám và làm xét nghiệm máu định kì.

- Phòng bệnh cấp 2: chế độ ăn hợp lí, tăng cường vận động thể lực, tuân thủ tốt chế độ điều trị.

BÉO PHÌ

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại (YHHĐ), béo phì là tình trạng tích lũy thái quá và không bình thường của lipid trong các tổ chức mỡ, có ảnh hưởng xấu tới sức khỏe. Béo phì được coi như là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Béo phì thường kèm theo sự gia tăng của một số bệnh mạn tính không lây nhiễm, đặc biệt các bệnh tim mạch, đái tháo đường týp 2, các bệnh thuộc hệ sinh dục, sỏi mật, bệnh ung thư đường tiêu hóa và béo phì còn đóng vai trò nhất định trong một số bệnh lý khác như viêm khớp, thoái khớp...

Béo phì là một bệnh có khoảng trên 95% không rõ nguyên nhân (béo phì đơn thuần), một số ít bệnh nhân béo phì có nguyên nhân từ các bệnh khác (béo phì thứ phát). Béo phì đơn thuần có nhiều cách phân loại, có thể dựa vào mức độ cân nặng, lớp mỡ dưới da, bộ phận béo phì, béo phì theo tuổi....

Phân loại béo phì theo chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI): đây là cách phân loại phổ biến và thường dùng nhất, BMI được tính theo công thức:

$$\text{BMI} = \text{trọng lượng (kg)} / \text{chiều cao}^2(\text{m})$$

Tiêu chuẩn phân loại béo phì theo BMI cho người trưởng thành theo WHO năm 2000 (Áp dụng cho người Châu Âu): <18,5 – Gầy (thiếu cân); 18,5 – 24,9 - Bình thường; 25 – 29,9 - Tiền béo phì (thừa cân); 30 – 34,9 - Béo phì độ I; 35,0 – 39,9 - Béo phì độ II; ≥ 40 - Béo phì độ III

Tiêu chuẩn béo phì cho người trưởng thành Châu Á (Dựa theo phân loại của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương – năm 2000: < 18,5 - Thiếu cân; 18,5 – 22,9 - Bình thường; 23 – 24,9 - Thừa cân, 25 – 29,9 - Béo phì độ I; ≥ 30 - Béo phì độ II.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), béo phì thuộc phạm vi chứng phì quý nhân, thường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên trở đi do ít vận động hơn người trẻ tuổi, sách “Nội kinh” viết “Cửu ngộ thương khí, cửu tọa thương nhục” (Nằm lâu hại khí, ngồi nhiều hại cơ), theo lý luận của YHCT: khí thương tắc hư, nhục thương hại tỳ. Tỳ hư làm chức năng kiện vận bị suy giảm, tân dịch không được chuyển hóa sẽ ngưng trệ lại thành thấp, hóa đàm mà dẫn đến thể trạng đàm thấp như chứng béo phì của YHHĐ.

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

- Do suy giảm thể chất ở người cao tuổi: Sau tuổi trung niên thận khí thường bị suy giảm. Hỏa bất sinh thổ, tỳ mất kiện vận, làm cho tân dịch bị đình ngưng, dẫn đến thấp trọc nội sinh, dần hình thành đàm thấp mà dẫn tới chứng béo phì.
- Tiên thiên bất túc: sinh ra vốn là người béo phì, nên tiên thiên thận khí đã bất túc, hậu thiên tỳ mất kiện vận, chất tinh vi thủy cốc không được chuyển hóa đầy đủ... dẫn đến hình thành đàm thấp mà xuất hiện chứng béo phì.
- Âm thực thái quá; thường gặp ở người ăn uống quá nhiều các chất béo ngọt dẫn đến thấp nhiệt nội sinh cũng làm ảnh hưởng đến chức năng vận hóa của tỳ vị, tỳ vị hư dẫn đến hình thành đàm thấp mà xuất hiện chứng béo phì.
- Những người ít vận động, dẫn đến khí huyết trong cơ thể vận hành bất thông cũng làm ảnh hưởng đến chức năng kiện vận của tỳ vị, chức năng này bị suy giảm làm ảnh hưởng tới sự phân bố chất tinh vi của thủy cốc mà hình thành đàm thấp trong cơ thể dẫn tới chứng béo phì.

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.

1. Thể tỳ hư thấp trệ

1.1. Triệu chứng: Người bệnh sắc da vàng nhợt hoặc vàng xám, người mệt mỏi, bụng trướng đầy, có thể có cảm giác nặng nề, mắt và chi dưới có thể phù nề nhẹ. Lưỡi nhợt và bệu, rêu lưỡi trắng dày nhờn. Mạch nhu hoãn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư trung hiệp thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại tỳ (tỳ khí hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân, bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: Kiên tỳ, ích khí, hóa đàm, trừ thấp

1.4. Phương

1.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Hương sa lục quân tử thang (Hòa tễ cục phương)

Đảng sâm

12g

Phục linh

16g

Trần bì	8g	Sa nhân	6g
Bạch truật	16g	Chích cam thảo	4g
Bán hạ chế	8g	Bắc mộc hương	6g

Sắc uống ngày 1 thang.

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

Ghi chú: Tùy từng trường hợp bệnh, người thầy thuốc có thể gia giảm thành phần các vị thuốc hoặc liều lượng của các vị thuốc trong bài, hoặc thay thế bài thuốc theo chẩn đoán cho phù hợp.

1.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyết

Tỳ du (BL 20)

Túc tam lý (ST36)

Tam âm giao (SP6)

Thái bạch (SP3)

Châm tả các huyết

Phong long (ST40)

Thiên khu (ST25)

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

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm, 20 - 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Điện nhĩ châm: châm bổ điểm Tỳ. Nhĩ châm 1 lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Cây chỉ theo công thức huyết điện châm. 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.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần thủy châm 2-3 huyết, mỗi huyết 0,5-1ml, mỗi ngày thủy châm một lần, một liệu trình 20-25 lần thủy châm.

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

2. Thể thấp nhiệt nội ôn

2.1. Triệu chứng: Sắc mặt vàng, miệng nhờn mà khô, khát mà không thích uống nước. Bụng có cảm giác tức chướng, đầy, đại tiện phân có thể táo hoặc táo và nát xen kẽ nhau, mùi hôi, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch nhu sắc hoặc hoạt sắc.

2.2. Chẩn đoán

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

2.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp.

2.4. Phương

2.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Bài thuốc cổ phương: Liên phác ẩm (Ôn dịch luận)

Hoàng liên	6g	Hậu phác	10g
Chi tử	8g	Bán hạ chế	8g
Thạch xương bồ	8g	Trạch tả	12g
Ý dĩ	16g		

Sắc uống ngày 1 thang.

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

Ghi chú: Tùy từng trường hợp bệnh, người thầy thuốc có thể gia giảm thành phần các vị thuốc hoặc liều lượng của các vị thuốc trong bài, hoặc thay thế bài thuốc theo chẩn đoán cho phù hợp.

2.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyết

Châm tả các huyết

Phong long (ST40)	Thiên khu (ST25)
Cự liêu (BL 20)	Trật biên (BL54)
Đại chùy (GV14)	Khúc trì (LI11)

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

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm, 20 - 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Cấy chỉ theo công thức huyết điện châm. 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.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần thủy châm 2-3 huyết, mỗi huyết 0,5-1ml, mỗi ngày thủy châm một lần, một liệu trình 20-25 lần thủy châm.

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

3. Thể can đờm thấp nhiệt

3.1. Triệu chứng: Sắc da vàng, miệng đắng, ăn kém, buồn nôn, nôn mửa, vùng bụng đầy, chướng, tức, có cảm giác đau và tức ở vùng mạng sườn. Lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhòn, mạch huyền sác.

3.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can đờm (Can đờm thấp nhiệt).

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

3.3. Pháp điều trị: Sơ can lợi đờm, thanh nhiệt hóa thấp.

3.4. Phương

3.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Long đờm tả can thang (Cổ kim y phương tập thành)

Long đờm thảo	12g	Mộc thông	12g
Trạch tả	12g	Sa tiền tử	12g
Hoàng cầm	8g	Chi tử	8g
Sài hồ	8g	Sinh địa	12g
Đương quy	12g	Cam thảo	6g

Sắc uống ngày 1 thang.

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

Ghi chú: Tùy từng trường hợp bệnh, người thầy thuốc có thể gia giảm thành phần các vị thuốc hoặc liều lượng của các vị thuốc trong bài, hoặc thay thế bài thuốc theo chẩn đoán cho phù hợp.

3.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt

Can du (BL18)

Đờm du (BL19)

Nội đình (ST44)

Thái xung (LR3)

Phong long (ST40)

Thiên khu (ST25)

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

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm, 20 - 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Điện nhĩ châm: châm bổ điểm Can, Đờm. Nhĩ châm 1 lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Cấy chỉ theo công thức huyệt điện châm. 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.

- Xoa bóp bấm huyệt vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Mỗi lần thủy châm 2-3 huyệt, mỗi huyệt 0,5-1ml, mỗi ngày thủy châm một lần, một liệu trình 20-25 lần thủy châm.

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

4. Thể can thận âm hư

4.1. Triệu chứng: Sắc da vàng khô, bì phu có ban chẩn hay sắc trắng xám không tươi, hay hoa mắt chóng mặt, ù tai, đau răng, miệng khô đắng, lưng gối đau mỏi, đầu có cảm giác căng chướng đau, tính tình dễ cáu gắt, tay chân có thể hay tê buồn, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hay không rêu, mạch tế sác.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, hư, nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can thận (Can thận âm hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: Tư bổ can thận

4.4. Phương

4.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Nhất quán tiễn (Ngụy Ngọc Hoàn – Liễu châu y thoại) hợp với Nhi chí hoàn (Lục khoa chuẩn thang)

Sa sâm	12g	Đương quy	12g
Kỷ tử	16g	Mạch môn	12g
Sinh địa	30g	Xuyên luyện tử	6g
Nữ trinh tử	16g	Hạ liên thảo	12g

Sắc uống ngày 1 thang.

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

Ghi chú: Tùy từng trường hợp bệnh, người thầy thuốc có thể gia giảm thành phần các vị thuốc hoặc liều lượng của các vị thuốc trong bài, hoặc thay thế bài thuốc theo chẩn đoán cho phù hợp.

4.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm bổ các huyết

Can du (BL 18)	Thận du (BL23)
Tam âm giao (SP6)	Thái Khê (KI3)
Thái xung (LR3)	

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

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm, 20 - 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.
- Điện nhĩ châm: châm bổ điểm Can, Thận. Nhĩ châm 1 lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.
- Cây chỉ theo công thức huyết điện châm. 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.

- Xoa bóp bấm huyệt vùng bụng và lưng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Mỗi lần thủy châm 2-3 huyệt, mỗi huyệt 0,5-1ml, mỗi ngày thủy châm một lần, một liệu trình 20-25 lần thủy châm.

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

5. Thể khí ngưng, huyết ú

5.1. Triệu chứng: Sắc da vàng, trắng xám, kèm theo Hung tý, Tâm thống hoặc có khối tích phúc thống. Chất lưỡi tím đen, có ban ú huyết, mạch huyền sáp.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết, hóa ú, lý khí hành ngưng.

5.4. Phương

5.4.1. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: Huyết phủ trục ú thang (Y lâm cải thác)

Đương quy	12g	Đào nhân	8g
Sinh địa	12g	Hồng hoa	8g
Xuyên khung	8g	Xích thực	12g
Sài hồ	8g	Chỉ xác	12g
Cát cánh	10g	Cam thảo	4g
Ngưu tất	16g		

Sắc uống ngày 1 thang.

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

Ghi chú: Tùy từng trường hợp bệnh, người thầy thuốc có thể gia giảm thành phần các vị thuốc hoặc liều lượng của các vị thuốc trong bài, hoặc thay thế bài thuốc theo chẩn đoán cho phù hợp.

5.4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt

Tam âm giao (SP6)

Túc tam lý (ST36)

Phong long (ST40)

Thiên khu (ST25)

Cách du (BL17)

Huyết hải (SP10)

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

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm, 20 - 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Cây chỉ theo công thức huyệt điện châm. 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.

- Xoa bóp bấm huyệt vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyệt như trong công thức huyệt điện châm. Mỗi lần thủy châm 2-3 huyệt, mỗi huyệt 0,5-1ml, mỗi ngày thủy châm một lần, một liệu trình 20-25 lần thủy châm.

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

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

4.1. 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 ≥ 25 kg/m².

- 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.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Quản lý chế độ ăn

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

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)

Mục tiêu là giảm cân từ từ khoảng 2 - 3 kg/tháng.

- 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: vitamin tan trong dầu, 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 hoà, muối dưới 5g/ngày
- Kiên rượu

4.2.2. Hoạt động thể chất tích cực

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.

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.

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.

4.2.3. 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.
- 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.
- Hỗ trợ tâm lý bệnh nhân bằng cách chuyện 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.

4.2.4. Thuốc

a. 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 sức khỏe là nền tảng trong điều trị béo phì.
- 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 bệnh nhân 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.

b. Thuốc dùng cho điều trị béo phì

- Orlistat

+ Liều dùng: 120 mg, ba lần mỗi ngày (uống trong hoặc sau ăn 1 giờ) để giảm cân hoặc giảm nguy cơ tăng cân trở lại ở người bệnh có BMI ≥ 30 kg/m² hoặc BMI ≥ 27 kg/m² kèm theo bệnh đồng mắc (ví dụ: tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, rối loạn lipid máu, mỡ thừa ở tạng).

+ Tác dụng phụ: Orlistat có nhiều tác dụng bất lợi trên dạ dày ruột, bao gồm đi cầu phân có mỡ, trung tiện và tăng thải phân. Orlistat có thể làm ảnh hưởng đến sự hấp thụ vitamin tan trong chất béo (A, D, E, K).

+ Chống chỉ định: ở người có hội chứng kém hấp thu mạn tính hay ứ mật. Một vài bệnh nhân có thể xuất hiện sỏi oxalate niệu với mức độ tăng dần khi dùng orlistat; bệnh thận oxalate với suy thận đã được ghi nhận. Một số trường hợp hiếm gặp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp.

- Liraglutide

+ Liều dùng: Liraglutide được phê duyệt ở Việt Nam năm 2021 trong điều trị béo phì mạn tính ở liều 3,0mg mỗi ngày, ở người bệnh có hoặc không có đái tháo đường type 2. Liều khởi đầu khuyến cáo của liraglutide là 0,6mg mỗi ngày, tăng dần 0,6 mg sau mỗi tuần cho đến khi đạt được liều mục tiêu 3,0 mg.

+ Tác dụng phụ: thường gặp nhất của liraglutide là buồn nôn do giảm thoát qua sự trống dạ dày. Người bệnh có thể gặp táo bón, tiêu chảy, ợ nóng và/hoặc nôn. Chính liều chậm hơn có thể giúp giảm nhẹ tác dụng phụ dạ dày ruột nếu có. Nguy cơ xuất hiện sỏi mật với liraglutide cao hơn 1.4% so với giả dược.

+ Chống chỉ định trên bệnh nhân có tiền sử cá nhân hoặc gia đình có ung thư tuyến giáp thể tủy hoặc tiền sử cá nhân đa u tuyến nội tiết type 2 do có sự tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp thể tủy trong nghiên cứu trên loài gặm nhấm.

4.2.5. Điều trị phẫu thuật trong béo phì

Chỉ định của phẫu thuật giảm cân khi thất bại với các điều trị không phẫu thuật ở người bệnh có BMI ≥ 35 kg/m² hay BMI ≥ 30 kg/m² 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.

- Phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc thay đổi một phần cấu trúc dạ dày, ruột non sẽ giúp người béo phì không tiêu thụ nhiều thực phẩm như trước. Cách giảm cân này rất hiệu quả nhưng có thể gây một số biến chứng phẫu thuật không mong muốn.

V. PHÒNG BỆNH

- Duy trì lối sống tích cực và lành mạnh, ngăn ngừa đái tháo đường và béo phì.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2011)**, Lão khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 98-116.
- 2. Bộ Y tế (2013)**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu.
- 3. Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nội tiết chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học.
- 4. Bộ Y tế (2016)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp.
- 5. Bộ Y tế - Viện dinh dưỡng Quốc gia (2016)**, Tài liệu tập huấn khóa học Dinh dưỡng điều trị, Hà Nội.
- 6. Bộ Y tế (2020)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường.
- 7. Bộ Y tế (2022)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh béo phì.
- 8. 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.
- 9. Bệnh viện Bạch Mai (2017)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa.
- 10. 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.
- 11. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2017)**, Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học.
- 12. Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội (2017)**, Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (sách dành cho sau đại học), Nhà xuất bản Y học.
- 13. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2013)**, Nội tiết học trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học.
- 14. Nguyễn Ngọc Lan (2004)**, Bệnh gout, Bệnh học nội khoa sau đại học, Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.
- 15. Vương Thừa Đức, Thẩm Phi An, Hồ Âm Kỳ (2009)**, Thực hành Trung y - Bệnh học phong thấp (tái bản lần thứ 2). Nhà xuất bản Y tế nhân dân.