

BỘ Y TẾ

BỆNH HỌC VÀ ĐIỀU TRỊ **NỘI KHOA**

(KẾT HỢP ĐÔNG – TÂY Y)

SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ Y HỌC CỔ TRUYỀN

Chủ biên:
PGS.TS. NGUYỄN THỊ BAY



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Bài 1

TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

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

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

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

1.2. Phân loại

1.2.1. Dựa theo định nghĩa

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

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

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

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

1.2.3. Dựa vào nguyên nhân

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

1.3. Đặc điểm dịch tễ học

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

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

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

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

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo y học hiện đại

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

2.1.1. Tăng huyết áp thứ phát

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

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

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

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

2.1.2. Tăng huyết áp nguyên phát

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

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

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

2.2. Theo y học cổ truyền

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

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

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

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

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

2.2.2. Cơ chế bệnh sinh

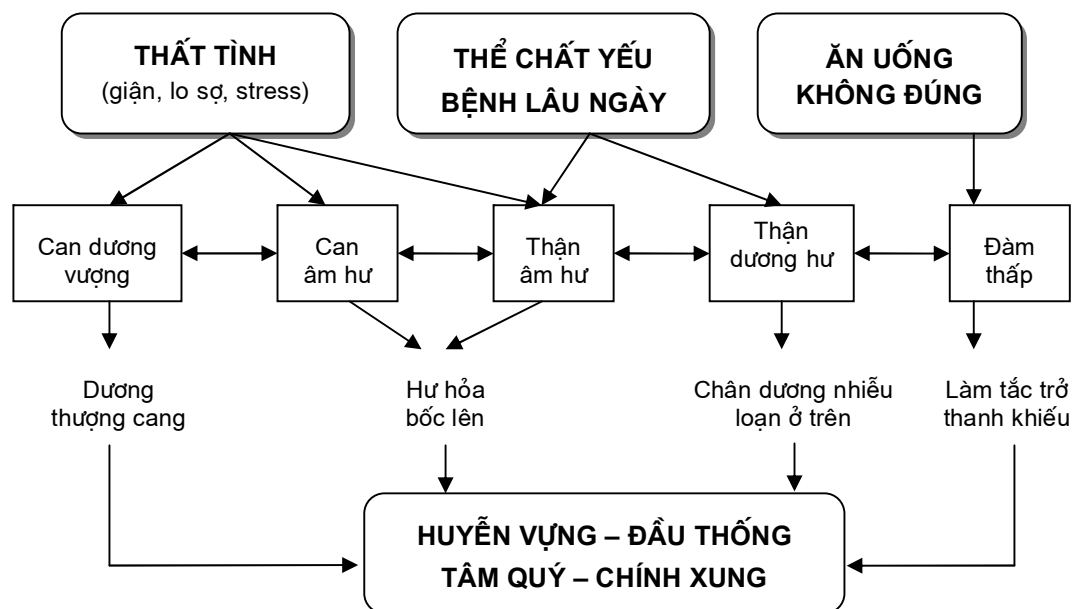
Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong bệnh lý tăng huyết áp, có thể biện luận về cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

Nguyên nhân của bệnh lý này theo YHCT có thể là

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

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

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



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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

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

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

3.1.2. Làm thế nào xác định chẩn đoán

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

Holter huyết áp rất tốt trong trường hợp nghi ngờ.

3.1.3. Phải làm gì sau chẩn đoán tăng huyết áp

- Có 3 vấn đề phải giải quyết sau chẩn đoán tăng huyết áp:
 - + Tăng huyết áp thứ phát hay nguyên phát?
 - + Đã có ảnh hưởng trên những cơ quan nào? giai đoạn tăng huyết áp?
 - + Có yếu tố nguy cơ đi kèm?
- Để trả lời 3 câu hỏi trên, cần chú ý:
 - + Hỏi bệnh, khám lâm sàng.
 - + Những xét nghiệm cận lâm sàng:
 - *Xét nghiệm thông thường của tăng huyết áp*: xét nghiệm máu thường quy; BUN - creatinin; K⁺ máu; cholesterol, HDL, LDL, triglycerid; đường huyết; đo EKG; phân tích nước tiểu.
 - *Xét nghiệm cần nên làm khi có nghi ngờ về nguyên nhân gây tăng huyết áp* (dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng và các kết quả của những xét nghiệm ở trên).

Chụp X quang tim phổi (hẹp động mạch chủ).

Dexamethason suppression test (hội chứng Cushing).

Lượng metanephrin và vanillylmandelic acid trong nước tiểu (u tủy thượng thận).

Chụp động mạch thận có cản quang (IVP), chụp cắt lớp thận, động mạch đồ (bệnh mạch máu thận).

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

3.1.4. Phân loại tăng huyết áp

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

+ Yếu tố nguy cơ:

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

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

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

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

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

3.2. Chẩn đoán theo y học cổ truyền

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

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

3.2.2. Thể thận âm hư

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

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

3.2.3. *Thể đờm thấp*

Triệu chứng nổi bật trong thể bệnh lý này:

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

4. ĐIỀU TRỊ, DỰ PHÒNG VÀ THEO DÕI

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

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

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

Chiến lược điều trị được đề ra như sau:

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

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

4.1. Điều trị không dùng thuốc

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

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

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

Với mức ăn mặn 5-8g NaCl/ngày:

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

4.1.3. Hoạt động thể lực thường xuyên

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

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

4.1.4. Giữ cân lý tưởng

Chế độ này bắt buộc ở người thừa cân.

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

4.1.5. Hạn chế rượu

4.1.6. Bỏ thuốc lá

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

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

4.2. Điều trị dùng thuốc

4.2.1. Theo y học hiện đại

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

a. Thuốc lợi tiểu

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

b. Thuốc ức chế beta (β - bloquants)

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

c. Ức chế men chuyển

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

d. Đối kháng calci

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

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

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

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

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

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

4.2.2. Theo y học cổ truyền

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

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

a. Thể can dương xung

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

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

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

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

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

b. Thể thận âm hư

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Thể đờm thấp

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

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

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

5.1. Kết quả nghiên cứu về hóa thực vật

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

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

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

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

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

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

Độc tính cấp diễn của thuốc: thuốc đã dùng với liều rất cao nhưng không gây ngộ độc cấp, không xác định được liều LD_{50} .

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5. Những tác dụng dược lý lâm sàng khác

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

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

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

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

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

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

II. Câu hỏi nhân quả

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

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

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

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

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

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

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

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

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

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

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

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

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

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

Bài 8

LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU

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

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

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

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

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

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

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

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

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

Trong đó

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

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

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

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

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

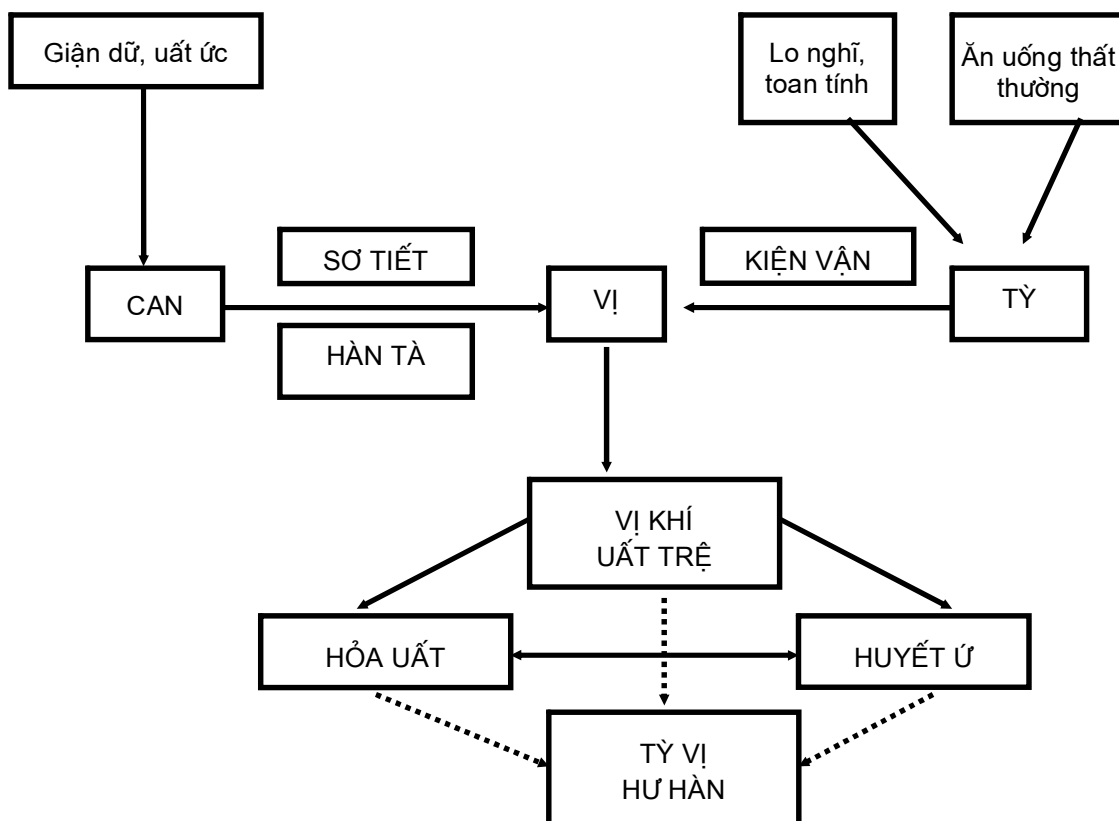
- Vai trò tưới máu của hệ mao mạch dạ dày-tá tràng đối với sự bền vững của hàng rào niêm mạc dạ dày. Theo đó sự xơ vữa hệ mao mạch dạ dày-tá tràng (kết quả từ hiện tượng sản sinh các gốc tự do) sẽ làm cản trở sự tưới máu niêm mạc dạ dày được dùng để giải thích cho cơ chế viêm dạ dày mạn tính cũng như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

2.2. Theo y học cổ truyền

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

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

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



3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

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

a. Những cơn đau vùng thượng vị

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

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

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

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

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

b. Những rối loạn tiêu hóa

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

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

3.1.2. Dấu hiệu cận lâm sàng

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

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

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

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

Các test chẩn đoán nhiễm HP

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

3.1.3. Biến chứng

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Theo y học cổ truyền

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

3.2.1. Khí uất (trệ)

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

3.2.2. Hoả uất

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

3.2.3. Huyết ú

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

3.2.4. Tỳ vị hư hàn

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Theo y học hiện đại

Nhằm mục đích:

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

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

4.1.1. Chế độ ăn uống

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

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

4.2.2. Thuốc điều trị

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

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

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

Thuốc có tác dụng ngăn ngừa tái phát.

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

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

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

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

d. Nhóm H_2 receptor antagonist

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

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

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

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

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

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

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

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

- Triple therapy với bismuth subsalicylat 2 viên x 4 lần/ngày kết hợp với amoxicilin hoặc tetracyclin 500mg x 3 lần/ngày và metronidazol 250mg x 3 lần/ngày. Thời gian điều trị là 2 tuần kết hợp với nhóm H_2 receptor antagonist hoặc nhóm ức chế bơm proton. Thuốc có hiệu quả tới 91% trường hợp nhưng hiện nay chỉ còn 63% do có tình trạng HP kháng với metronidazol. Thuốc gây bất lợi như tiêu chảy, viêm ruột kết giả mạc (30% trường hợp).
- New-triple therapy với omeprazol 20mg x 2 lần/ngày kết hợp clarithromycin 250mg x 2 lần/ngày và metronidazol 500mg x 2 lần/ngày, uống trong 1 tuần, ít gây phản ứng phụ nhưng đắt tiền hơn.
- Ranitidin bismuth citrat 400mg x 2 lần/ngày uống trong 4 tuần và clarithromycin 500mg x 3 lần/ngày uống trong 2 tuần. Phác đồ này hiệu quả 85% nhưng thuốc có vị khó chịu, gây ỉa chảy.
- Quadruple therapy với công thức colloidal bismuth subcitrat + tetracyclin + metronidazol + famotidin hoặc omeprazol hoặc ranitidin với liệu trình 1 - 2 tuần sẽ có hiệu quả làm sạch HP từ 89 - 97% trường hợp trong đó liều sử dụng của:
 - + Colloidal bismuth subcitrate là 108mg x 4 lần/ngày.
 - + Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày.
 - + Metronidazol (hoặc tidinazol) 500mg x 2 lần/ngày.
 - + Omeprazol 20mg x 2 lần/ngày.

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

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

4.3. Theo y học cổ truyền

4.3.1. Sơ can lý khí

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

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

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

Ngày uống 1 thang.

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

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

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

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

Hoặc dùng bài:

Vị thuốc	Tác dụng	Liều	Vai trò
Hương phụ	Cay, ôn: điều khí, thông khí, khai uất	8g	Quân
Cúc tần	Đắng, hàn: thanh nhiệt, giảm tính ấm các vị thuốc	12g	Tá, sứ
Xương bồ	Cay, ôn: trường vị: kích thích tiêu hoá, thuốc bổ điều khí, thông khí, khai uất	8g	Thần
Mã đề	Ngọt, mát: lợi tiểu, chỉ khát, trừ đờm	12g	Tá
Nghệ vàng	Cay, đắng, ấm: trị loét dạ dày, lợi mật, lành sẹo	6g	Thần

Ngày uống 2 thang

Nếu bệnh nhân đau nhiều bội thêm hương phụ 16g.

Nếu đau kèm theo cảm giác nóng rát thì bội mã đề 20g.

Nếu có cảm giác đầy trướng, ợ hơi, ợ chua bội thêm xương bồ 12g.

- Châm cứu: châm tả những huyết trung quản, lải câu, hành gian, thái xung, thần môn

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Trung quản	Mộ huyết của vị	Chữa chứng đau trướng bụng
Lải câu	Lạc huyết của can	Tả can khí thực
Hành gian	Huỳnh hoả huyết của can	Bình can
Thái xung	Du thổ huyết của can (mẹ thực tả con)	Bình can
Thần môn	Du thổ huyết của tâm (mẹ thực tả con)	Bình can

- Dưỡng sinh: dùng phương pháp phình thót bụng.

4.3.2. Thanh hỏa, trừ uất

- Bài thuốc tiêu biểu là: Hương cúc bồ đề nghê hoặc Hóa can tiễn hợp với Tả kim hoàn, Thanh cao ẩm với mục đích chống co thắt, chống tiết HCl, kháng sinh kháng viêm bằng cơ chế liên thành mạch hoặc cơ chế leucotrien. Cụ thể trong chứng vị quản thống thể hoả uất có thể dùng bài Hương cúc bồ đề nghê nhưng tăng liều mã đề 20g hoặc gia thêm gia thêm bối mẫu 16g, nhân trần 20g, chi tử 12g, bồ công anh 20g.

Châm cứu: châm tả những huyết nội đình, hợp cốc, nội quan.

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Nội đình	Huỳnh hoả huyết của kinh tỷ	Thanh tả hoả ở tỷ vị
Hợp cốc	Nguyên huyết của đại trường	Thanh nhiệt, tả hoả
Nội quan	Giao hội huyết của tâm bào và âm duy	Chữa chứng bút rút, tâm phiền

4.3.3. Hoạt huyết tiêu ứ chỉ huyết

Với mục đích chống sung huyết và cầm máu ngoài tác dụng chống co thắt và chống tiết HCl dạ dày. Bài thuốc tiêu biểu là bài Hương cúc bồ đề nghê hoặc Tiêu dao gia uất kim hoặc Tứ vật đào hồng. Tất cả gia cỏ mực, trắc bách diệp sao đen.

- Cụ thể trong chứng vị quản thống thể huyết ứ, nên dùng bài Tiêu dao gia uất kim hoặc Hương cúc bồ đề nghê nhưng tăng liều uất kim hoặc khương hoàng 12g, cỏ mực (sao đen) 12g, trắc bách diệp (sao đen) 12g.

- **Châm cứu:** châm tả thái xung, huyết hải, hợp cốc. Nếu bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa có kèm rối loạn huyết động học nên xử trí cấp cứu bằng YHHĐ

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Thái xung	Du thổ huyết của can (mẹ thực tả con)	Bình can
Huyết hải	Huyết đặc hiệu của huyết	Hoạt huyết
Hợp cốc	Nguyên huyết của đại trường	Thanh huyết nhiệt

4.3.4. Ôn trung kiện tỳ

Bài thuốc tiêu biểu là bài Hoàng kỳ kiến trung với mục đích kích thích tiết dịch vị, điều hòa nhu động dạ dày ruột, cải thiện tuần hoàn niêm mạc dạ dày, kích thích tổng hợp glucoprotein và prostaglandin E2, I2.

Vị thuốc	Dược lý	Liều	Vai trò
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm: bổ khí, thăng dương khí của tỳ	10g	Quân
Can khương	Cay, ấm: trợ dương, cứu nghịch, trừ hàn chỉ thống, chỉ nôn, chỉ huyết	6g	Thần
Cam thảo chích	Ngọt, ấm: bổ tỳ thổ, bổ trung khí	8g	Thần
Hương phụ	Cay ngọt đắng, bình: sơ can, lý khí, chỉ thống	8g	Thần
Bạch thược	Đắng, chua, hơi hàn: dưỡng huyết, liễm âm, lợi tiểu, nhuận gan	8g	Tá
Cao lương khương	Cay, nóng: ôn tỳ vị	6g	Thần
Đại táo	Ngọt, ấm: bổ trung ích khí, hoà hoãn được tính	3 quả	Tá

Gia đại hồi 4g, ích trí nhân 8g, bạch đậu khấu 4g, thảo quả 0,6g; ngày dùng 1 thang.

- + Nếu bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn lợm giọng thì bội hoàng kỳ 16g, cam thảo chích 12g.
- + Nếu bệnh nhân đầy trướng bụng, tiêu lỏng thì bội thêm can khương 8g, cao lương khương 8g.
- **Châm cứu:** ôn châm hoặc cứu những huyết quan nguyên, khí hải, túc tam lý, thái bạch, phong long, tỳ du, đại đô, thiếu phủ.

Tên huyết	Cơ sở lý luận	Tác dụng
Quan nguyên	Cửa của nguyên khí, nguyên dương	Bổ nguyên khí
Khí hải	Bể của khí	Bổ nguyên khí
Túc tam lý	Hợp huyết của vị	Kiện vị
Thái bạch	Nguyên huyết của tỳ	Kiện tỳ (nguyên, lạc)
Phong long	Lạc huyết của vị	
Tỳ du	Du huyết của tỳ	Kiện tỳ (bối du)
Đại đô	Hoả huyết của tỳ	Kiện tỳ (con hư bổ mẹ)
Thiếu phủ	Huỳnh hoả huyết của tâm	

- Dưỡng sinh: dùng phương pháp xoa trung tiêu.

TỰ LƯỢNG GIÁ

- Hậu quả của các stress tâm lý kéo dài sẽ không gây nên
 - Tăng co bóp cơ trơn dạ dày
 - Tăng tiết HCl
 - Giảm bài tiết HCO_3^-
 - Giảm sản niêm mạc dạ dày
 - Không câu nào đúng
- Vai trò của Helicobacter Pylori trong cơ chế gây loét dạ dày-tá tràng không phải là
 - Hủy hoại tế bào D ở niêm mạc dạ dày
 - Biến đổi cấu trúc phân tử chất nhầy
 - Giảm tổng hợp glucoprotein của chất nhầy
 - Tiết các men, độc tố và interleokine γ
 - Cản trở sự tổng hợp chất nhầy
- Cơ chế tham gia gây loét nào sau đây không do rượu, không do các thuốc giảm đau chống viêm corticoid, non steroid và thuốc lá
 - Cản trở sự tưới máu ở niêm mạc dạ dày
 - Tăng tiết HCl qua cơ chế tái khuếch tán ion H^+
 - Giảm sản tế bào niêm mạc dạ dày do ức chế tổng hợp prostaglandin

- D. Ức chế tiết HCO_3^- của tuyến tụy
 - E. Giảm tổng hợp glucoprotein
4. Trong cơ chế bệnh sinh của chứng vị quản thống, rối loạn công năng chủ yếu xảy ra ở tạng phủ nào?
- A. Can
 - B. Tỳ
 - C. Vị
 - D. Trường
 - E. Tam tiêu
5. Tính chất nào sau đây không thuộc cơn đau của một loét dạ dày-tá tràng mới mắc?
- A. Có chu kỳ
 - B. Dai dẳng và liên tục
 - C. Xuất hiện lúc đói, về đêm
 - D. Giảm đau sau khi uống sữa hoặc chất kiềm
 - E. Liên quan tới bữa ăn
6. Dấu hiệu nào sau đây không thuộc dấu hiệu nghi ngờ của một loét dạ dày hoá ung thư
- A. Dấu hiệu lâm sàng và X quang tồn tại sau nhiều tuần điều trị
 - B. Đau trở thành dai dẳng liên tục
 - C. Luôn luôn có máu ẩn trong phân
 - D. Hình ảnh niêm mạc dạ dày mất mềm mại trên X quang
 - E. Trạng thái vô acid dịch vị
7. Để chẩn đoán sự sạch xoắn khuẩn HP sau một đợt điều trị loét dạ dày-tá tràng, người ta không dựa vào:
- A. Rapid urease test
 - B. Huyết thanh miễn dịch
 - C. Nuôi cấy mẫu sinh thiết
 - D. C.L.O test
 - E. ^{14}C Labelled urea breath test
8. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể khí uất (trệ)
- A. Ợ chua
 - B. Táo bón

- C. Cáu gắt
 - D. Mạch huyền
 - E. Lạnh đau
9. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể hoả uất
- A. Đau nóng rát
 - B. Nôn thức ăn chua đắng
 - C. Môi lưỡi lở loét
 - D. Lưỡi đỏ sẫm
 - E. Miệng đắng hôi
10. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể huyết ứ
- A. Đau cảm giác như kim châm
 - B. Chết lưỡi đỏ tím
 - C. Mạch hoạt
 - D. Nôn ra nước trong
 - E. Đi cầu phân đen
11. Triệu chứng nào sau đây không có trong thể tỳ vị hư hàn
- A. Đau âm ỉ, liên tục
 - B. Đầy trướng bụng sau ăn
 - C. Tiêu chảy phân nhầy nát
 - D. Trôi lạnh đau tăng
 - E. Đau bụng về đêm
12. Tác dụng phụ nào sau đây không có trong khi sử dụng lâu dài các thuốc trong nhóm antacid
- A. Tiêu chảy
 - B. Loãng xương
 - C. Nhuyễn xương
 - D. Táo bón
 - E. Hội chứng Milk - Alkali
13. Thuốc nào sau đây có hiệu quả cao trong loét dạ dày-tá tràng do sử dụng các thuốc chống viêm giảm đau non sterod
- A. Antacid
 - B. Misoprostol

- C. Sucralfat
 - D. H_2 receptor antagonist
 - E. Ức chế bơm proton
14. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong phép sơ can, lý khí
- A. An thần
 - B. Tăng tiết HCO_3^-
 - C. Chống co thắt cơ trơn tiêu hoá
 - D. Chống tiết HCl
 - E. Trung hoà acid dịch vị
15. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong phép thanh hoá trừ uất
- A. Chống co thắt
 - B. Chống tiết HCl
 - C. Kháng viêm bằng cơ chế bên thành mạch
 - D. Kháng viêm bằng cơ chế ức chế leucotrien
 - E. Tăng cường tuần hoàn niêm mạc dạ dày
16. Tác dụng dược lý nào sau đây không có trong phép ôn trung kiện tỳ
- A. Kích thích tiêu hoá
 - B. Kích thích tiết dịch vị
 - C. Tăng tiết HCO_3^- của tế bào niêm mạc dạ dày
 - D. Điều hoà nhu động dạ dày ruột
 - E. Cải thiện tuần hoàn niêm mạc dạ dày

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

MỤC TIÊU

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

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tai biến mạch máu não (TBMMN) được định nghĩa là “dấu hiệu phát triển nhanh chóng trên lâm sàng của một hội chứng thần kinh nặng nề, thường do nguyên nhân mạch máu não, đôi khi do nguyên nhân mạch máu của cuống mạch máu não nằm ở cổ, tiên lượng sinh tồn cũng như tiên lượng chức năng của thần kinh tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ lan rộng của tổn thương”. Như vậy, theo định nghĩa này trên lâm sàng, đây là các biểu hiện bệnh lý gồm phần lớn các trường hợp chảy máu trong não, chảy máu dưới nhện, nhũn não, thiếu máu não thoáng qua. Những trường hợp như tổn thương hoặc bệnh lý của tĩnh mạch não (viêm tắc tĩnh mạch não) không được đề cập trong bài này.

Đặc điểm giải phẫu sinh lý có liên quan đến tai biến mạch máu não. Động mạch não giữa (động mạch thường gây TBMMN) có 2 nhánh:

- Nhánh sâu xuất phát từ khoảng nền, chạy trong rãnh Sylvius. Nhánh này dễ bị vỡ vì là động mạch tận, phải chịu hậu quả của việc tăng cao huyết áp.
- Nhánh nông phân bố ở vỏ là mặt ngoài bán cầu não. Nhánh nông thường chịu hậu quả ít hơn đối với tình trạng huyết áp tăng cao nhờ hệ thống vi mạch lớn, nhưng ngược lại dễ bị nhũn não vì diện của chúng quá rộng.

Các nhánh tận cùng của chất trắng khi vỡ dễ sinh ra khối tụ trong não, thường liên quan đến một dị dạng mạch máu não (u mạch, túi phình...).

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

- Theo Hiệp hội Tim mạch Mỹ, năm 1977 tại Mỹ có 1,6 triệu người bị TBMMN, tương đương với số người mắc bệnh tim do thấp và bằng 1/2 số người bệnh mạch vành.
- Theo thống kê tại Mỹ, hằng năm có khoảng 500000 trường hợp TBMMN mới, phần lớn xảy ra sau 55 tuổi (Russell, 1983).
- Theo Kurtzke, tỷ lệ bệnh TBMMN mới mắc hằng năm là 2% cho mọi lứa tuổi. Trong đó, 12% do chảy máu trong não, 8% do chảy máu dưới nhện, 69% do lấp mạch.
- Tác giả Wolf (1978) qua 26 năm theo dõi ở những người từ 65 - 74 tuổi đã ghi nhận:
 - + Nhũn não do xơ vữa ở nam là 58%, ở nữ là 54%.
 - + Nhũn não do lấp mạch não ở nam là 16%, ở nữ là 19%.
 - + Chảy máu trong não ở nam là 5%, ở nữ là 3%.
 - + Chảy máu dưới nhện ở nam là 10%, ở nữ là 12%.
 - + Thiếu máu não thoáng qua ở nam là 8%, ở nữ là 9%.
- Về mức độ tử vong do TBMMN:
 - + Đứng hàng thứ 3 trên thế giới về tỷ lệ tử vong (sau bệnh tim và ung thư). Theo Russell, tỷ lệ tử vong ở giai đoạn đầu là 15% và 50% bệnh nhân sống sót bị tàn phế.
 - + Năm 1977, tại Mỹ có khoảng 182000 trường hợp tử vong do TBMMN (chiếm khoảng 1/10 tổng số tử vong).

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Xuất huyết não

- Xơ mô động mạch với tăng huyết áp.

- Dị dạng mạch máu não (nhất là túi phình).
- U não.
- Bệnh về máu (bệnh bạch cầu cấp).
- Chấn thương sọ não.
- Sử dụng thuốc chống đông.

Trong nhóm này, cần chú ý đến khối máu tụ trong não.

2.1.2. Nhũn não

Xơ mỡ động mạch: tại những động mạch có đường kính trung bình như nơi xuất phát động mạch cảnh sâu, động mạch cột sống, những nơi ngoặt của động mạch Sylvienne.

Thuyên tắc động mạch não: cục tắc xuất phát từ tim trái như hẹp van 2 lá, viêm nội tâm mạc do nhiễm trùng, rung thất...

Tiểu đường, giang mai, viêm màng não mạn, thoái hóa cột sống cổ, teo hẹp động mạch cột sống, viêm nút quanh động mạch...

2.1.3. Xuất huyết màng não (dưới nhện)

- Nguyên phát:
 - + Võ túi phình động mạch ở đáy não (chiếm 75% trường hợp).
 - + Võ túi phình động tĩnh mạch, vỡ các bướu mạch ở tiểu não hoặc tủy sống.
 - + Xơ mỡ động mạch não với kèm hoặc không kèm tăng huyết áp.
- Thứ phát:
 - + Chấn thương sọ não (có thể không có bể hộp sọ). Chú ý, không được quên chấn thương sản khoa.
 - + Bệnh về máu: xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh máu chậm đông (hémophilie), bạch cầu cấp.
 - + Bướu não, viêm màng não, viêm não và những bệnh nhiễm trùng như thương hàn, sốt phát ban...).
 - + Ngộ độc (chì, CO, rượu ...).
 - + Sử dụng thuốc kháng đông.

2.1.4. Suy tuần hoàn não (insuffisande circulatoire cérébrale)

- Do xơ vữa động mạch não. Tình trạng xơ vữa này xấu thêm với bệnh tăng huyết áp, tiểu đường, giang mai.

- Do viêm động mạch não có nguồn gốc nhiễm trùng (giang mai) hoặc bệnh toàn thể (collagénoses).
- Do thuyên tắc mạch máu não (chủ yếu từ tim).
- Do dị dạng mạch máu não bẩm sinh và vài trường chấn thương cột sống cổ.

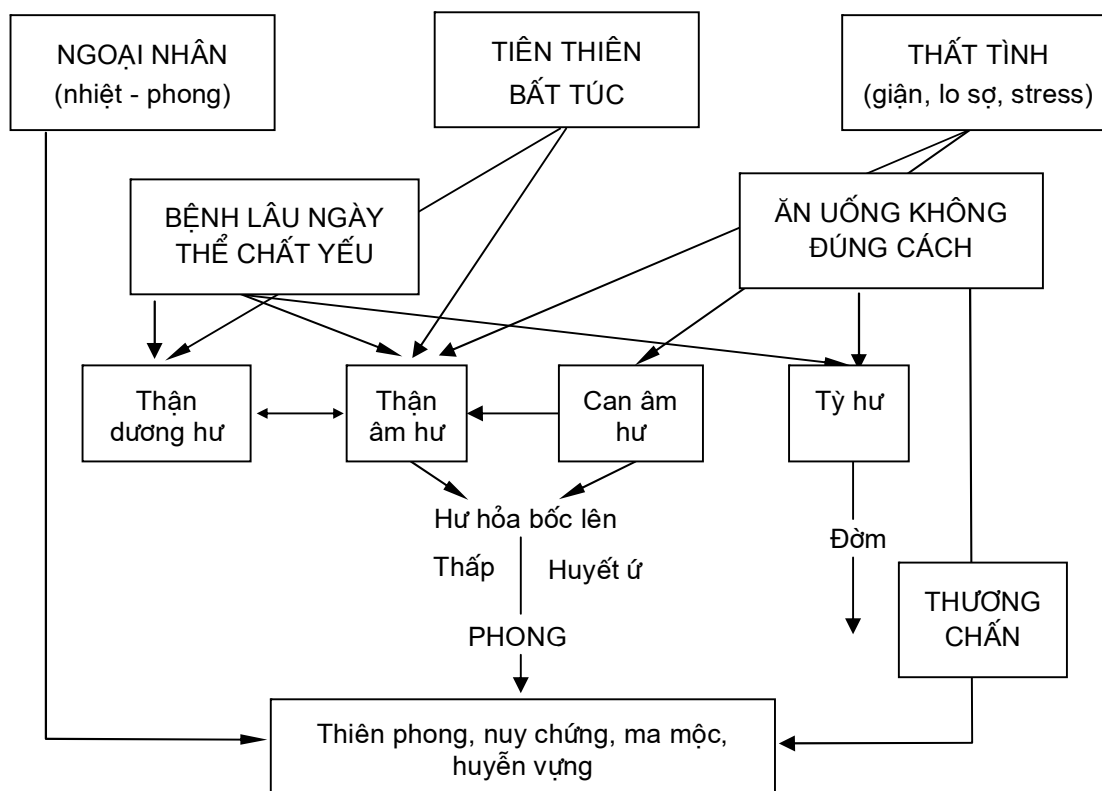
2.2. Theo y học cổ truyền

Những triệu chứng thường gặp trong TBMMN như đột ngột té ngã, hôn mê, liệt nửa người, liệt mặt, hoặc có khi chỉ là một tình trạng hoa mắt, chóng mặt... Những biểu hiện nói trên được thấy trong:

- Đột ngột té ngã, hôn mê: YHCT xếp vào chứng thiên phong, trúng phong.
- Hoa mắt, chóng mặt: YHCT xếp vào chứng huyễn vựng hay còn gọi là huyễn vựng.
- Liệt nửa người, liệt mặt: YHCT xếp vào chứng nuy.
- Tê tay chân: YHCT xếp vào chứng ma mộc (khí huyết tắc kinh lạc) có thể do ngoại tà hoặc đờm thấp.

Qua việc phân tích cơ chế bệnh sinh toàn bộ các chứng trạng thường gặp của YHCT trong TBMMN, kết hợp với toàn bộ lý luận của YHHĐ, có thể biện luận về nguyên nhân là cơ chế bệnh sinh theo YHCT như sau:

- + Do ngoại nhân chủ yếu là phải hóa nhiệt và sinh phong.
- + Do thất tình (nội nhân) như giận, lo sợ gây tổn thương 3 tạng tỳ, can, thận.
- + Do mắc bệnh lâu ngày (nội thương), làm cơ thể suy yếu, thận âm và thận dương suy (thận âm suy, hư hỏa bốc lên; thận dương suy, chân dương nhiễu loạn ở trên).
- + Do yếu tố di truyền hoặc dị dạng bẩm sinh (tiên thiên bất túc).
- + Do ăn uống không đúng cách sinh đàm thấp làm tắc trở kinh lạc.
- + Do chấn thương gây huyết ứ tắc, kinh lạc không thông.



Hình 1. Sơ đồ bệnh lý tai biến mạch máu não theo YHCT

3. BỆNH CẢNH LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

3.1.1. Chảy máu não

Thể thường gặp là chảy máu ở vùng bao đầu do tăng huyết áp ở người cao tuổi. Khoảng 90% trường hợp chảy máu xảy ra ở động mạch đầu vên, còn gọi là động mạch Charcot hay động mạch của chảy máu não; 10% chảy máu ở cả 2 bên (hoặc cùng một lúc, hoặc chỗ trước chỗ sau).

a. Dấu hiệu lâm sàng

Tiên chứng: thông thường có nhức đầu, nhất là ban đêm, có thể chỉ nhức một bên đầu (bên sẽ có chảy máu). Có thể có chóng mặt, ù tai, nóng phừng mặt kèm theo. Một số dấu hiệu khác cần chú ý như chảy máu cam. Có bệnh nhân trong tiền sử đã bị liệt nửa người hoặc tê nửa người (30% có tiền sử thiếu máu não thoáng qua).

- Khởi đầu: đột ngột bệnh nhân ngã vật ra và hôn mê nặng ngay. Nhưng cũng có thể bắt đầu bằng nhức đầu dữ dội, ý thức thu hẹp dần và chuyển dần sang giai đoạn toàn phát.

- Toàn phát: với 3 hội chứng
 - + Hôn mê: thường hôn mê sâu và nặng.
 - + Liệt nửa người: bên liệt có tình trạng giảm trương lực cơ, kể cả cơ ở mặt. Bệnh nhân nằm ở tư thế đầu và mắt cùng quay về bên tổn thương. Liệt mặt có thể được xác định bằng nghiệm pháp Pierre Marie - Foix. Dấu hiệu có nhiều giá trị là Babinski, Hoffman bên liệt. Tuy nhiên do có phù não nên dấu hiệu này có thể xuất hiện ở cả 2 bên. Ngoài ra có thể có giãn đồng tử bên liệt.
 - + Rối loạn thực vật: bao giờ cũng có và thường xuất hiện sớm. Bệnh nhân có dấu hiệu tăng tiết phế quản dẫn tới ứ đọng, rối loạn nhịp thở (đôi khi kiểu Cheynes -Stokes), rối loạn nhịp tim, huyết áp tăng cao, nhiệt độ lúc đầu thấp nhưng về sau tăng (38° - 39°C), rối loạn dinh dưỡng nhất là loét tư thế, dễ xảy ra từ ngày thứ 3 trở đi. Nhìn chung, những rối loạn vận mạch và dinh dưỡng (nhiều mồ hôi, phù nề) xuất hiện nặng nề hơn bên liệt.

b. Dấu hiệu cận lâm sàng

- Máu: bạch cầu tăng, đường huyết, urê huyết tăng.
- Dịch não tủy hơi hồng hoặc có thể có hồng cầu khi soi vi thể. Những ngày sau, dịch não tủy chuyển sang màu vàng, protein trong dịch não tủy tăng vừa. Cũng có trường hợp dịch não tủy bình thường.
- Chụp cắt lớp điện toán (xem phần sau).

c. Tiến triển

Nói chung, thường dẫn đến tử vong (chiếm khoảng 2/3 trường hợp). Tử vong thường xảy ra vào những giờ đầu hoặc cuối tuần đầu. Có tác giả nêu những ngày nguy hiểm nhất là ngày thứ 2 và ngày thứ mười. Những ngày đầu, rối loạn thực vật là nguy cơ chủ yếu gây tử vong. Sau ngày mười, tuy đỡ nguy hiểm hơn nhưng vẫn có thể tử vong vì các biến chứng, vì nhiễm khuẩn đường hô hấp, đường tiết niệu cũng như các rối loạn nước điện giải, rối loạn dinh dưỡng. Những ngày sau đó, nổi bật là nguy cơ tàn phế với các di chứng thần kinh nặng nề, di chứng tâm thần.

3.1.2. Khối máu tụ trong não

a. Dấu hiệu lâm sàng

Đây là thể bệnh cần chú ý, vì có thể giải quyết tốt bằng phẫu thuật thần kinh. Khối máu tụ trong não là một thể đặc biệt của chảy máu não nhưng không thấm vào nhu mô não mà thường đọng lại tại chỗ, gây nên triệu chứng giả khối u.

- Thường gặp nhất là liệt nửa người.

- Hôn mê ngắt quãng; có thể hôn mê vài ngày rồi tỉnh, đến khoảng ngày thứ 10 lại hôn mê lại; một hai tuần sau đi vào hôn mê nặng. Hôn mê có thể xảy ra vài tuần sau khi liệt nửa người (có trường hợp chỉ chập chờn, có trường hợp không hôn mê).
- Hội chứng tăng áp lực trong sọ: cần chú ý chỉ có 1/3 trường hợp có phù gai.

b. Dấu cận lâm sàng

- Điện não đồ.
- CT. Scan.

3.1.3. Nhũn não

a. Dấu hiệu lâm sàng

Tiền triệu: thường có. Tùy theo vị trí sẽ bị nhũn mà xuất hiện các triệu chứng về giác quan, vận động và cảm giác tương ứng

- Khởi đầu: hôn mê và liệt nửa người. Nếu nhũn não do tắc mạch thường diễn tiến từ từ.
- Toàn phát: có thể có hôn mê vừa hoặc nhẹ, các rối loạn thực vật ở mức trung bình (nhiệt độ và nhịp thở hơi tăng) vì thường tổn thương thu hẹp (nếu tổn thương rộng sẽ có hôn mê thật sự).

b. Tiến triển

Nếu qua được giai đoạn cấp (nhất là ngày thứ 2, ngày thứ 10), bệnh nhân sẽ phục hồi dần nhưng vẫn còn một số di chứng.

3.1.4. Chảy máu não - màng não

Có 2 dạng biểu hiện lâm sàng: chảy máu từ não tràn vào màng não (thể não - màng não) và chảy máu từ màng não tràn vào não (thể màng não - não).

- *Thể não - màng não* gồm 3 bệnh cảnh khác nhau:
 - + *Thể tối cấp* (lục não thất): thường bắt đầu đột ngột, ý thức u ám, nhức đầu rồi đi vào hôn mê sâu rất nhanh.
 - + *Thể cấp cũng* bắt đầu bằng chảy máu não: một tuần sau, rối loạn ý thức nặng hơn, xuất hiện các rối loạn thực vật, hội chứng màng não, dấu hiệu Babinski thường (+) cả 2 bên.
 - + *Thể không đầy đủ*: có dấu hiệu của xuất huyết não kèm thay đổi về màu sắc và dịch não tủy.
- *Thể màng não - não*: bệnh thường bắt đầu với những cơn co giật toàn bộ, toàn thể hoặc cục bộ kiểu Bravais - Jackson hoặc với các triệu chứng

thiếu sót (liệt nửa người). Sau khoảng 1 tuần những dấu hiệu thần kinh khu trú xuất hiện rõ nét hơn.

3.1.5. Chảy máu màng não

a. Dấu hiệu lâm sàng

- Giai đoạn khởi đầu: đột ngột đau đầu dữ dội rồi mất ý thức (cũng có khi khởi đầu từ từ với nhức đầu nhiều, nôn, chóng mặt rồi ý thức u ám dần; cũng có khi khởi đầu với rối loạn tâm thần với lú lẫn, kích động).
- Giai đoạn toàn phát:
 - + Rối loạn ý thức: thường là lơ mơ, ngủ gà. Nếu có hôn mê thì thường là nông, có thể xen kẽ trạng thái kích thích vật vã. Ít gặp hôn mê sâu, kèm rối loạn thực vật trầm trọng.
 - + Hội chứng màng não: nhức đầu, cứng gáy, cứng cột sống, sợ ánh sáng và tiếng động.
 - + Dấu thần kinh: phản xạ gân xương có thể giảm hoặc mất (thường là tăng). Babinski thường (+) cả 2 bên, ít gặp tổn thương dây sọ não. Nếu thấy liệt dây III thì nên nghĩ đến vỡ túi phình động mạch cảnh hoặc động mạch thân nền.
 - + Rối loạn thực vật như: vạch màng não, sốt ...

b. Dấu hiệu cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: đường huyết tăng có thể lên đến 300 - 400mg% (kèm theo đường niệu và ceton niệu).
- + Urê huyết có thể tăng tới 100mg%.
- + Bilirubin, SGOT, CPK đều có thể tăng.

Dịch não tủy lúc đầu đỏ, có nhiều hồng cầu, sau 10 ngày chuyển sang màu vàng, có bạch cầu tăng nhẹ, đậm tăng (300 - 500mg%).

3.1.6. Những kỹ thuật chẩn đoán mới

Về mặt chẩn đoán đối với TBMMN, cần tìm cách chẩn đoán chính xác tính chất tổn thương (chảy máu não, nhũn não, khối máu tụ...), diện tích thương tổn. Hiện nay có những kỹ thuật có thể giúp đạt được mục tiêu này như:

- Chụp cắt lớp điện toán (CT. Scan).
- Cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).
- Chụp quét cắt lớp bằng tia photon hoặc tia positron.
- Chụp lớp lạnh mạch não.

3.2. Theo y học cổ truyền

TBMMN biểu hiện trên lâm sàng phong phú, dưới nhiều dạng vẻ khác nhau từ những triệu chứng không đặc hiệu như hoa mắt, chóng mặt, cảm giác tê ở một phần cơ thể cho đến hôn mê, liệt nửa người. Vì thế, việc mô tả toàn bộ các thể lâm sàng YHCT của TBMMN không thật sự dễ dàng. Thông thường, có thể thấy xuất hiện những thể lâm sàng sau đây

3.2.1. Trong đợt tai biến mạch máu não

a. Trúng lạc (trúng phong ở lạc)

Bệnh nhân đột ngột ghi nhận da tê dại kèm các chứng đầu vág, đau, hoa mắt. Triệu chứng này có thể thoáng qua rồi biến mất hoặc kéo dài.

b. Trúng kinh (trúng phong kinh lạc)

Bệnh tại kinh mạch: người bệnh không mê man, tuy nhiên tình trạng ý thức thật sự cũng bị ảnh hưởng, có thể lơ mơ, ly bì, bại liệt nửa người, chân tay tê dại, miệng nhiều đờm dãi, nói năng không trôi chảy, rêu lưỡi trắng dày, mạch huyền hoạt.

c. Trúng phong tạng phủ

Bệnh cảnh này có một đặc điểm chung là triệu chứng hôn mê và gồm 2 nhóm bệnh chính (tùy theo tình trạng hôn mê xuất hiện đột ngột hay từ từ):

- Trúng phủ (trúng phong ở phủ): bệnh nhân mê man, xuất hiện các chứng bại liệt nửa người, miệng mắt méo lệch, nói năng ú ớ hoặc đàm lấp thanh khiếu, nói không được, đại tiểu tiện không nín được hoặc bí kết.
- Trúng tạng (trúng phong ở tạng): bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh. Trong nhóm bệnh này lại chia ra làm 2 nhóm nhỏ.

+ Chứng bế:

- Dương bế: bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh, hàm răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt đỏ, thở ồn ào, tiếng thở khò khè, lưỡi rút lại, đại tiểu tiện đều bế, rêu lưỡi vàng nhầy, mạch huyền hoạt sắc.
- Âm bế: bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh, răng cắn chặt, tay nắm chặt, mặt trắng nhợt, môi bầm, tiếng thở khò khè, chân tay lạnh, rêu lưỡi trắng nhầy, mạch trầm hoạt.

- + Chứng thoát: bệnh nhân đột nhiên ngã ra mê man bất tỉnh, hôn mê rất sâu, mắt nhắm, mồm há, hô hấp yếu, chân tay lạnh, 2 bàn tay xoè ra, đái són, vã mồ hôi đọng từng giọt hoặc nhờn như dầu, lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng trơn, mạch vi tuyệt.

3.2.2. Giai đoạn sau TBMMN (di chứng của TBMMN)

Ở giai đoạn này, có 2 loại di chứng cần được quan tâm. Đó là di chứng thần kinh (chủ yếu là vận động) và tâm thần. Do bệnh trở thành mạn tính và ảnh hưởng nhiều đến can và thận nên triệu chứng YHCT trong giai đoạn này chủ yếu gồm *cân nuy, cốt nuy, kiện vong* (do tình của thận không đủ nuôi tâm). Những bệnh cảnh lâm sàng YHCT thường xuất hiện là:

- Can thận âm hư (chiếm đa số các trường hợp): sắc mặt xám, mặt má thường ửng hồng, răng khô, móng khô, gân gồng cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, táo bón, ngủ kém, thân nóng trong người, người dễ bực dọc, bứt rứt, lưỡi đỏ bệu, mạch trầm sắc vô lực.
- Thận âm dương lưỡng hư: sắc mặt tái xanh hoặc đen xám, răng khô, móng khô, gân gồng cứng co rút lại, đau nơi eo lưng, tiểu đêm, ngủ kém, không khát, ít uống nước, sợ lạnh, lưỡi nhợt bệu, mạch trầm nhược.
- Đờm thấp (bệnh nhân béo bệu):
 - + Người béo, thừa cân, lưỡi dày, to.
 - + Bệnh nhân thường ít than phiền về triệu chứng đau đầu (nếu có, thường là cảm giác nặng đầu) nhưng dễ than phiền về tê nặng các chi.
 - + Thường hay kèm tăng cholesterol máu, mạch hoạt.

4. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ

Như trên đã trình bày, TBMMN biểu hiện trên lâm sàng dưới nhiều thể lâm sàng khác nhau (từ những triệu chứng không đặc hiệu như hoa mắt, chóng mặt, cảm giác tê ở một phần cơ thể cho đến hôn mê, liệt nửa người) và nguyên nhân cũng có nhiều loại nên việc chăm sóc và điều trị cũng rất phong phú. Trong giới hạn của người thầy thuốc đa khoa YHCT ngày nay, có thể ứng dụng vào điều trị như sau

4.1. Trong đợt tai biến mạch máu não

Điều trị cấp cứu và chăm sóc tích cực bệnh nhân bằng phương pháp và phương tiện trị liệu YHHĐ phù hợp với tình trạng bệnh nhân và nguyên nhân gây bệnh. Trong giai đoạn này, vai trò của những phương pháp điều trị YHCT ít quan trọng (có ý kiến đề nghị sử dụng song song châm cứu phục hồi liệt và đầu châm trong giai đoạn bệnh nhân còn hôn mê).

Phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc trong giai đoạn này có thể được chỉ định phối hợp với YHHĐ trong trường hợp trúng phong kinh lạc (bệnh nhân không hôn mê).

Theo YHCT, trong giai đoạn cấp tính này biện pháp điều trị quan trọng là “điều trị ngọn (triệu chứng) mà không chú ý đến gốc bệnh (nguyên nhân)”.

Bất kỳ nguyên nhân nào cũng đều đưa đến tình trạng “phong động”, nên cách điều trị chủ yếu chỉ là bình can tức phong.

Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

– Bài Thiên ma câu đằng ẩm

Thiên ma	8g	Câu đằng	12g
Hoàng cầm	10g	Chi tử	12g
Tang ký sinh	12g	Hà thủ ô	10g
Đỗ trọng	10g	Phục linh	12g
Ích mẫu	12g	Thạch quyết minh	20g
Ngưu tất	12g		

– Bài Linh dương câu đằng thang

Linh dương giác	4g	Trúc nhự	20g
Câu đằng	12g	Sinh địa	20g
Bạch thược	12g	Tang diệp	8g
Phục thần	12g	Cúc hoa	12g
Bối mẫu	8g	Cam thảo	4g

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

4.2. Giai đoạn sau TBMMN (di chứng của TBMMN)

Trong giai đoạn này, việc điều trị và chăm sóc bệnh nhân bao gồm 2 mục tiêu:

- Phục hồi chức năng vận động và tâm thần.
- Giải quyết nguyên nhân bệnh hoặc bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, xơ mỡ động mạch, rối loạn biến dưỡng mỡ, tiểu đường... Việc chăm sóc và điều trị cho mục tiêu này xin tham khảo thêm ở phần bệnh học tương ứng.

4.2.1. Thể thận âm hư

- Pháp trị: tư âm ghìm dương, tư bổ can thận.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:
 - + Bài thuốc hạ áp (*xuất xứ 30 công thức thuốc*)

Thục địa	20g	Ngưu tất	10g
Rễ nhàu	20g	Trạch tả	10g

Mã đề	20g	Táo nhân	10g
Hoa hoè	10g		
+ Bài thuốc Lục vị địa hoàng hoàn gia quy thược			
Thục địa	32g	Hoài sơn	16g
Sơn thù	8g	Đơn bì	12g
Phục linh	12g	Trạch tả	6g
Đương quy	12g	Bạch thược	8g

Bài này thường được sử dụng khi tăng huyết áp có kèm triệu chứng đau ngực, đau vùng tim.

+ Bài thuốc bổ can thận			
Hà thủ ô	10g	Thục địa	15g
Hoài sơn	15g	Đương quy	12g
Trạch tả	12g	Sài hồ	10g
Thảo quyết minh	10g		

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

4.2.2. Thử thận âm dương lưỡng hư

- Pháp trị: ôn bổ thận dương.
- Những bài thuốc và công thức huyết sử dụng:

+ Bài thuốc Thận khí hoàn			
Bạch phục linh	120g	Thục địa	320g
Sơn thù	160g	Đơn bì	120g
Quế chi	40g	Trạch tả	120g
Phụ tử	40g	Sơn dược	160g

Tán bột, ngày uống 8-12g.

+ Bài Hữu quy ẩm			
Cam thảo	4g	Đỗ trọng	12g
Hoài sơn	16g	Kỷ tử	8g
Nhân sâm	8g	Nhục quế	4g
Phụ tử	2g	Thù du	8g
Thục địa	32g		

- + Châm cứu: cứu bổ hoặc ôn châm các huyết thái dương, bách hội, đầu duy, phong trì, thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải.

4.2.3. Thể đàm thấp

- Pháp trị: trừ đờm, thông lạc.
- Bài thuốc sử dụng: dùng bài thuốc Nhị trần thang gia vị (*xuất xứ Thiên gia diệu phương*)

Bạch truật	40g	Cam thảo	4g
Phục linh	12g	Bán hạ	12g
Nhân sâm	4g	Trần bì	4g

4.2.4. Phục hồi di chứng vận động và tâm thần

a. Điều trị bằng thuốc

- Pháp trị: bổ khí, hoạt huyết, khử ứ, thông lạc.
- Bài thuốc sử dụng: dùng bài Bổ dương hoàn ngũ thang (gồm: hoàng kỳ 40g, hồng hoa 7g, đào nhân 6g, xuyên khung 7g, địa long 7g, xích thược 6g, đương quy 8g).

Chú ý: những bài thuốc bổ âm dùng lâu ngày sẽ gây nề trệ, ảnh hưởng không có lợi trên việc phục hồi vận động. Do đó, tùy theo tình hình bệnh nhân mà người thầy thuốc có thể dùng thay đổi với những bài thuốc điều trị chung của cơ thể

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Hoàng kỳ	Ngọt, ấm; vào tỳ phế: bổ khí, thăng dương khí của tỳ, chỉ hãn, lợi thủy	Quân
Đương quy	Cay, ngọt, ôn: bổ huyết, hoạt huyết, nhuận táo, hoạt trường, điều huyết, thông kinh	Thần
Xích thược	Đắng, chua, hơi hàn: tán tà, hành huyết	Tá
Xuyên khung	Cay, ôn: hoạt huyết, chỉ thống, hành khí, khu phong	Tá
Đào nhân	Đắng, ngọt, bình: phá huyết, hành ứ, nhuận táo, hoạt trường	Tá
Hồng hoa	Cay, ấm: phá ứ huyết, sinh huyết	Tá
Địa long	Mặn, hàn, vào kinh tỳ, vị, thận: thanh nhiệt, trấn kinh, lợi tiểu, giải độc	Sứ

b. Điều trị bằng châm cứu

- Phương pháp đầu châm vùng vận động (nếu chỉ có liệt) và vùng cảm giác (nếu có kèm rối loạn cảm giác) bên đối diện, châm nghiêng kim (30^0), vê kim khoảng 200 lần/phút; liên tục trong 1 - 2 phút, lưu kim 5 - 10 phút.

Thông thường châm 1 lần/ngày, châm 10 ngày liên tục thành 1 liệu trình, nghỉ 3 - 5 ngày có thể bắt đầu liệu trình thứ 2 (*xem Châm cứu học II*). Phương pháp này thường được sử dụng sớm trong khoảng thời gian 6 tháng kể từ khi bị tai biến (thường không quá 1 năm).

- Phương pháp thể châm: thường sử dụng những huyệt trên các kinh dương minh của tay và chân bên liệt, phối hợp với huyệt kinh điển phục hồi liệt như dương lăng tuyền, thay đổi huyệt mỗi ngày, thường phối hợp với điện châm.
- Cần chú ý sử dụng dòng điện (tốt nhất là dòng điện một chiều đều) và thông điện thích hợp. Thời gian của mỗi lần điều trị cần dựa vào sự tiếp thu kích thích của từng người bệnh, trong từng bệnh, từng lúc, đối với từng loại dòng điện mà quyết định. Nói chung cần theo dõi, đánh giá tình trạng bệnh nhân sau khi châm lần thứ nhất.
 - + Nếu bệnh nhân không có mệt mỏi, mất ngủ....: nên duy trì thời gian kích thích.
 - + Nếu bệnh nhân thấy mệt mỏi, mất ngủ... là do tổng lượng kích thích quá mạnh: cần giảm thời gian kích thích.
- Trung bình ngày châm một lần hay cách ngày châm một lần: từ 10 đến 15 lần điện châm là một liệu trình, nghỉ độ 10 đến 15 ngày rồi tiếp tục tùy theo yêu cầu chữa bệnh (*xem Châm cứu học II*, trang 181 - 194).

c. Vật lý trị liệu phục hồi chức năng

Cần thực hiện tuần tự những bước sau:

- Đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân, bao gồm:
 - + Đánh giá tổng quát về bệnh nhân: trẻ hay lớn tuổi? Mức độ hợp tác? Tình trạng tinh thần (tích cực, tiêu cực)?
 - + Tình trạng sức khỏe? Tình trạng bệnh tật đi kèm? Mức độ?
 - + Bệnh nhân có thể làm được gì khi ngồi, khi đứng? Thăng bằng?
 - + Bệnh nhân không làm được gì?
 - + Xác định rõ tình trạng cơ lực: cần lượng giá mức độ vận động của từng bộ phận thật cụ thể (tay, cánh tay, cẳng tay, cổ tay, bàn tay, ngón tay...), với từng loại động tác khác nhau và ở các tư thế nằm, ngồi, đứng khác nhau.

Lượng giá khả năng thăng bằng của bệnh nhân? Ở tư thế ngồi? Tư thế đứng? Khi đi?

Lượng giá về cảm giác của bệnh nhân.

- Xác định cụ thể chiến lược tập luyện cho người bệnh.

Xác định mục đích đầu tiên của phục hồi chức năng trên người bệnh là gì?

Những chức năng nào cần phải tập cho bệnh nhân trong giai đoạn đầu tiên? Giai đoạn kế tiếp?

- Phương pháp thực hiện:

- + Giai đoạn đầu (rất quan trọng): phục hồi vận động đúng cách trong giai đoạn này giúp hạn chế mức độ trầm trọng của những rối loạn (mất cơ chế phản xạ chỉnh thể bình thường của bên liệt, khuynh hướng tăng co cứng bên liệt, rối loạn cảm giác bên liệt làm ức chế vận động) và góp phần rất lớn vào hiệu quả điều trị về sau. Thầy thuốc cần hướng dẫn chi tiết để huy động người nhà bệnh nhân tham gia tích cực vào quá trình phục hồi sớm này.

- Bố trí giường bệnh: không đặt bệnh nhân nằm với bên liệt sát tường, tất cả vật dụng trong phòng đều ở phía bên liệt, người chăm sóc và tập luyện cho bệnh nhân chỉ đến phía bên liệt.

- Tư thế bệnh nhân khi nằm trên giường:

- * Nằm nghiêng về bên liệt: đầu bệnh nhân có gối đỡ chắc chắn, cổ hơi gấp, không để đầu bị đẩy ra sau; thân mình ở tư thế nửa ngửa, có gối đỡ phía lưng.

Tay liệt: khớp vai, xương bả vai được kéo ra trước tạo với thân một góc 90^0 , khuỷu duỗi, cẳng tay xoay ngửa, cổ tay gấp về phía sau, ngón tay duỗi dẹt; tay lành ở vị trí thoải mái trên mình, hoặc để trên gối sau lưng.

Chân liệt: khớp háng duỗi, gối hơi gấp; chân lành: khớp háng và gối gấp (tựa trên một gối đỡ ngang với thân).

- * Nằm nghiêng về bên lành: đầu bệnh nhân để như trên. Thân mình nằm vuông góc với mặt giường, có gối đỡ sau lưng.

Tay liệt: có gối đỡ ở mức ngang với thân, ở tư thế duỗi, tạo với thân một góc khoảng 100^0 .

Tay lành: ở tư thế mà bệnh nhân thấy thoải mái.

Chân liệt: có gối đỡ ở mức ngang với thân, khớp háng và khớp gối gấp.

Chân lành: khớp háng duỗi, khớp gối hơi gấp.

- * Nằm ngửa: đầu bệnh nhân có gối đỡ chắc chắn, mặt quay sang bên liệt, không làm gấp các đốt sống cổ và ngực.

Vai và tay bên liệt: có gối đỡ bên dưới xương bả vai để đưa xương bả vai và khớp vai ra phía trước; dùng gối đỡ tay liệt ở tư thế khuỷu, cổ tay duỗi, các ngón tay dẹt. Tay liệt có thể để xuôi theo thân hoặc duỗi thẳng lên qua đầu.

Chân liệt: có gối kê dưới hông và đùi để đưa hông ra trước, giữ chân ở tư thế khớp háng và gối gấp, dùng gối kê để tránh chân khỏi bị đổ ra ngoài.

Chân và tay lành ở tư thế mà bệnh nhân cảm thấy thoải mái.

- * Thay đổi tư thế cho bệnh nhân: đây là điểm rất quan trọng. Bệnh nhân phải được thay đổi tư thế mỗi 2 - 3 giờ.
- Những bài tập cần thực hiện ngay trong giai đoạn đầu.
 - * Nếu bệnh nhân chưa chủ động vận động được tay chân, bệnh nhân cần được tập thụ động tất cả các khớp bên liệt. Tập nhẹ nhàng, đều đặn để tránh làm tổn thương khớp của bệnh nhân.
 - * Khi bắt đầu có thể tham gia vào tập luyện:

Tập lăn nghiêng sang bên liệt: có thể có trợ giúp bằng cách nâng chân và tay lên, nâng đầu; người bệnh đưa chân tay lành ra phía trước sang bên liệt rồi lăn người theo.

Tập lăn nghiêng sang bên lành: bệnh nhân nằm ngửa; thầy thuốc giúp bệnh nhân nâng tay và chân liệt lên, đưa ra trước sang bên lành.

Tập vận động vai tay (tay lành đỡ tay liệt): nằm ngửa, cài các ngón tay 2 bên vào nhau, ngón cái bên liệt ở ngoài ngón cái bên lành. Duỗi thẳng 2 tay ra trước, đưa 2 tay lên phía đầu và xuống phía chân, càng xa càng tốt.

Tập dồn trọng lượng lên chân liệt: nằm ngửa, 2 gối gấp; người điều trị giúp đỡ gối bên liệt (nếu cần). Bệnh nhân nâng chân lành lên khỏi mặt giường để dồn trọng lượng lên chân liệt.

Làm cầu: nằm ngửa, 2 gối gấp, người điều trị giúp giữ chân liệt cho khỏi đổ. Bệnh nhân cố gắng tự nâng mông lên khỏi mặt giường, giữ 2 bên hông ngang nhau rồi nâng chân lành lên khỏi mặt giường (nếu được) để toàn bộ trọng lượng dồn lên chân liệt.

- + Giai đoạn sau: ở giai đoạn này, việc phục hồi tập trung vào 2 mục tiêu tập luyện giúp vận động vùng cơ bị liệt, đồng thời tập luyện chống tình trạng co cứng cơ.
 - Việc tập luyện được thực hiện ở những tư thế khác nhau:
 - Tập vận động ở tư thế nằm.
 - Tập vận động ở tư thế ngồi.
 - Tập vận động ở tư thế đứng.
 - Tập vận động trên đệm.
 - Tập lăn.

Tập chuyển tư thế từ nằm sang quỳ chống tay.

Tập vận động ở tư thế quỳ.

Tập đứng lên.

- Bệnh nhân cần chú ý trong khi tập là luôn phối hợp chặt chẽ với thở sâu.
- Phòng ngừa co rút khớp vai: nằm ngửa, cài các ngón tay 2 bên vào nhau, ngón cái bên liệt ở ngoài ngón cái bên lành. Duỗi thẳng 2 tay ra trước, đưa 2 tay lên quá đầu cho đến khi 2 tay chạm vào mặt giường hoặc sàn nhà rồi đưa tay xuống phía chân.
- Phòng ngừa khuỷu tay, cổ tay và ngón tay bị co rút: bệnh nhân đứng cạnh bàn, cài các ngón tay 2 bên vào nhau. Xoay ngửa lòng bàn tay và áp lòng bàn tay xuống mặt bàn. Duỗi thẳng 2 tay, ngả người về phía trước để dồn trọng lượng lên 2 tay cho tới khi khớp cổ tay duỗi tối đa.

Bệnh nhân ngồi, dùng tay lành làm duỗi các ngón tay bên liệt và làm duỗi cổ tay. Sau đó đặt xuống mặt giường cạnh thân, dùng tay lành giữ khớp khuỷu bên liệt duỗi thẳng và nghiêng người sang bên liệt để dồn trọng lượng lên tay liệt.

Cài các ngón tay 2 bên vào nhau, đưa 2 bàn tay lên sát cằm, dùng lực của bàn tay làm duỗi tối đa cổ tay bên liệt. Có thể tựa vào má và cằm và giữ yên trong một thời gian lâu.

- Phòng ngừa co cứng chân ở tư thế duỗi: nằm ngửa, cài các ngón tay 2 bên vào nhau, co 2 gối lại và vòng 2 tay qua 2 gối, kéo 2 gối về phía ngực và nâng đầu lên; sau đó, trở về vị trí ban đầu.
- Phòng ngừa co rút gân gót và gấp ngón chân: dùng một cuộn băng đặt dưới ngón chân bên liệt, sau đó đứng lên, bước chân lành ra phía trước, phía sau. Có thể vịn vào một chỗ tựa nếu đứng chưa vững.

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

6. Nguyên nhân gây bệnh TBMMN theo YHCT
- A. Ngoại nhân
 - B. Bệnh lâu ngày làm thận hư, hỏa bốc
 - C. Tiên thiên bất túc

- D. Ăn uống không đúng cách gây đàm thấp, hỏa hỏa
 - E. Chấn thương
7. Yếu tố nào gây được bệnh TBMMN
- A. Nhiệt
 - B. Hàn
 - C. Táo
 - D. Thấp
 - E. Phong
8. Triệu chứng quan trọng để phân biệt trúng phong ở lạc với trúng phong ở kinh
- A. Có liệt mặt hay không?
 - B. Có liệt nửa người hay không?
 - C. Có hôn mê hay không?
 - D. Có khởi phát đột ngột hay không?
 - E. Có co giật, động kinh hay không?
9. Triệu chứng quan trọng để phân biệt trúng phong ở kinh với trúng phong ở phủ
- A. Có liệt mặt hay không?
 - B. Có liệt nửa người hay không?
 - C. Có hôn mê hay không?
 - D. Có khởi phát đột ngột hay không?
 - E. Có co giật, động kinh hay không?
10. Triệu chứng quan trọng để phân biệt trúng phong ở phủ với trúng phong ở tạng
- A. Có liệt mặt hay không?
 - B. Có liệt nửa người hay không?
 - C. Có hôn mê hay không?
 - D. Có khởi phát đột ngột hay không?
 - E. Có co giật, động kinh hay không?

II. Câu hỏi nhân quả

1. Trong phương huyết điều trị chứng can dương xung gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khô, phi dương; gia giảm nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường

- a. Người ta châm bổ huyết hành gian để bình can bởi vì
 - b. Hành gian là hỏa huyết của can, dùng nó theo nguyên tắc mẹ thực tả con
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
2. Trong phương huyết điều trị chứng can dương xung gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khô, phi dương; gia giảm nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường
- A. Người ta châm tả huyết thiếu phủ để bình can giáng hỏa bởi vì
 - B. Thiếu phủ là hỏa huyết của tâm, dùng nó theo nguyên tắc mẹ thực tả con
 - C. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - D. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - E. Nếu a đúng, b sai
 - F. Nếu a sai, b đúng
 - G. Nếu a sai, b sai
3. Trong phương huyết điều trị chứng can dương xung gồm: hành gian, thiếu phủ, can du, thận du, thái khô, phi dương; gia giảm nội quan, thái dương, bách hội, ấn đường
- a. Người ta châm bổ huyết thận du bởi vì
 - b. Châm bổ huyết thận du có tác dụng tư âm để ghìm dương
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai
4. Trong bài Thiên ma câu đằng ẩm chữa chứng can phong nội động gồm: thiên ma, câu đằng, hoàng cầm, chi tử, tang ký sinh, hà thủ ô chế, đỗ trọng, phục linh, ích mẫu, thảo quyết minh, ngũ tấu
- a. Vị phục linh làm tá bởi vì
 - b. Phục linh có tính định tâm an thần

- A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
- B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
- C. Nếu a đúng, b sai
- D. Nếu a sai, b đúng
- E. Nếu a sai, b sai

5. Trong bài Linh dương câu đằng thang chữa chứng can phong nội động gồm: linh dương giác, trúc nhự, câu đằng, sinh địa, bạch thược, tang diệp, phục thần, cúc hoa, bố tử, cam thảo

- a. Hai vị sinh địa, bạch thược đều làm thần bởi vì
- b. Hai vị đều có tác dụng sinh tân
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai

6. Hai vị phụ tử, quế nhục trong bài thuốc Thận khí hoàn và Hữu quy hoàn

- a. Hai vị này đều làm quân bởi vì
- b. Cả hai đều có tác dụng ôn bổ mệnh môn tước hỏa
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai

7. Trong bài thuốc Hữu quy ẩm chữa chứng thận khí bất túc gồm: phụ tử, quế, thục địa, hoài sơn, sơn thù, kỷ tử, đỗ trọng, cam thảo bắc

- a. Vị kỷ tử dùng làm thần bởi vì
- b. Kỷ tử có tác dụng bổ can thận
 - A. Nếu a đúng, b đúng, a và b có liên quan nhân quả
 - B. Nếu a đúng, b đúng, a và b không liên quan nhân quả
 - C. Nếu a đúng, b sai
 - D. Nếu a sai, b đúng
 - E. Nếu a sai, b sai

8. Trong nhóm huyết ôn bổ thận dương gồm thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải

a. Châm huyết trung cực để chữa chứng rối loạn tiểu tiện bởi vì

b. Huyết trung cực là mộ huyết của bàng quang, châm vào để bổ thận dương khí hoá bàng quang

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

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

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

9. Trong nhóm huyết ôn bổ thận dương gồm thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải

a. Châm tả huyết thái xung để thanh can hỏa, bởi vì

b. Thái xung là du thổ huyết của can

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

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

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

10. Trong nhóm huyết ôn bổ thận dương gồm thái xung, quang minh, can du, thận du, tam âm giao, thái khê, phi dương, mệnh môn, trung cực, quan nguyên, khí hải

a. Châm bổ huyết quan nguyên để chữa chứng thận dương suy bởi vì

b. Quan nguyên là cửa của nguyên khí, nguyên dương

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

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

C. Nếu a đúng, b sai

D. Nếu a sai, b đúng

E. Nếu a sai, b sai

LIỆT MẮT NGUYÊN PHÁT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được yếu tố dịch tễ học của liệt mặt nguyên phát.*
2. *Liệt kê được triệu chứng lâm sàng chẩn đoán liệt mặt nguyên phát.*
3. *Liệt kê được những bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với liệt mặt nguyên phát.*
4. *Trình bày và giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị.*

1 . ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Liệt mặt nguyên phát là liệt ngoại biên toàn bộ nửa bên mặt, nguyên nhân chưa rõ, có khởi đầu đột ngột và đa phần có tiên lượng tốt.

1.2. Dịch tễ học

Liệt mặt nguyên phát là thể bệnh thường gặp nhất trong các loại liệt mặt ngoại biên, còn được gọi là liệt Bell's (Bell's palsy). Tỷ lệ mắc bệnh (IR) khoảng 23/100000/năm hay 1/60 - 70 người trong suốt cuộc đời của họ.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo y học hiện đại

2.1.1. Giải phẫu học

Nhân dây thần kinh mặt (số VII) bắt đầu từ phần thấp của cầu não. Sau khi vòng qua nhân dây thần kinh vận nhãn ngoài (số VI), dây thần kinh mặt chui ra khỏi thân não (ở rãnh cầu - hành não).

Sau khi rời thân não, dây thần kinh mặt, có kèm theo dây phụ Wrisberg (dây VII bis, chịu trách nhiệm về cảm giác), động mạch và đám rối tĩnh mạch, chạy xuyên qua xương đá trong một ống xương: vòi Fallope (aqueduc de Fallope).

Ống xương này có hình của lưới lê cắm đầu súng. Vì thế, đoạn dây thần kinh mặt được chia ra làm 3 phần: hạch gối (đoạn thần kinh nằm giữa đoạn 1 và 2) là nơi nhận những sợi cảm giác của dây phụ Wrisberg, đồng thời cũng là nơi xuất phát sợi thần kinh đá nông lớn; ở đoạn thứ 3 của dây thần kinh mặt, xuất phát từ thừng nhĩ (chorda tympani). Sợi này sau khi chạy xuyên qua hộp nhĩ, sẽ nối với dây thần kinh lưới.

Dây thần kinh mặt chui ra khỏi xương đá ở lỗ chũm, tiếp tục đi vào vùng mang tai và phân thành 2 nhánh tận cùng phân bố cho các cơ vùng mặt.

2.1.2. Sinh lý học

Chức năng của dây thần kinh mặt bao gồm:

- Chức năng vận động: dây thần kinh mặt phân bố đến tất cả cơ ở mặt (trừ các cơ thái dương, cơ nhai và cơ chân cánh bướm) và có ảnh hưởng đến thính giác với việc tham gia vào vận động cơ của xương đe.
- Chức năng cảm giác: dây thần kinh mặt nhận cảm giác của loa tai và ống tai ngoài, vùng sau tai, vòi Eustache và 2/3 trước lưới.
- Chức năng giác quan: dây thần kinh mặt chịu trách nhiệm vị giác của 2/3 trước của lưới (thông qua dây thần kinh lưới và thừng nhĩ).
- Chức năng vận mạch và bài tiết: dây thần kinh đá nông lớn phân bố đến các tuyến lệ (thông qua trung gian của hạch Gasser). Thừng nhĩ chịu trách nhiệm việc bài tiết nước bọt của hạch dưới hàm và dưới lưới.

Cơ chế bệnh sinh của liệt mặt nguyên phát chưa rõ ràng. Trước đây, vai trò của lạnh được đề cập đến qua:

- + Cơ chế mạch máu: do co thắt những động mạch chạy theo dây VII trong vòi Fallope dẫn đến phù và viêm phản ứng của dây VII. Phù nề làm dây bị chèn ép trong khung xương của vòi Fallope.
- + Cơ chế nhiễm trùng: vì nhận thấy có vẻ trong vài trường hợp liệt mặt nguyên phát có liên quan đến nhiễm virus. Đây là trường hợp tổn thương viêm trực tiếp dây VII và vai trò của lạnh được cho là tạo thuận cho sự phát triển của virus xâm nhập từ vùng họng hầu lên vùng Fallope. Tuy nhiên, những giải phẫu tử thi của những công trình nghiên cứu sau này cho thấy không có những thay đổi đáng ghi nhận, không có những phản ứng viêm như thường giả định trước đây.

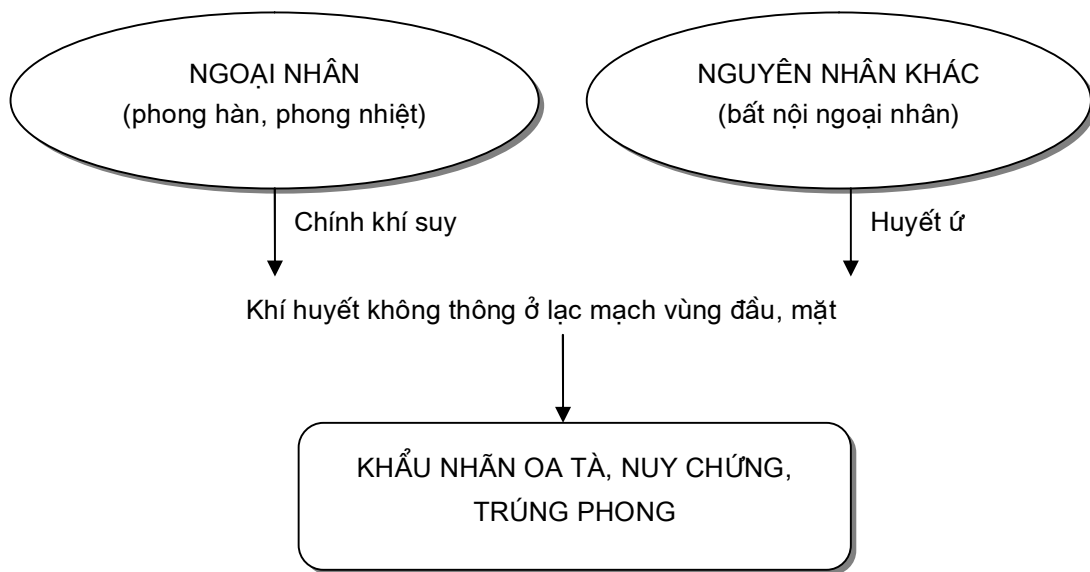
2.2. Theo y học cổ truyền

Theo YHCT, liệt mặt ngoại biên đã được mô tả trong những bệnh danh khẩu nhân oa tà trúng phong nuy chứng.

Nguyên nhân gây bệnh:

- *Ngoại nhân*: thường là phong hàn, phong nhiệt thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập vào các kinh dương ở đầu và mặt.
- *Bất nội ngoại nhân*: do chấn thương ở vùng đầu mặt gây huyết ứ lại ở các lạc trên.

Những nguyên nhân này làm cho khí huyết của lạc mạch vùng đầu mặt bị cản trở hoặc bị tắc lại, gây nên chứng nuy (yếu liệt), có thể kèm theo tê và đau (*không thông thì đau*).



Hình 24.2. Sơ đồ nguyên nhân và cơ chế bệnh của liệt mặt

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

Bệnh khởi phát đột ngột, triệu chứng liệt xuất hiện hoàn toàn thường trong vòng 48 giờ.

- Có thể đau sau tai trước đó 1 - 2 ngày, có thể kèm ù tai, thường chảy nước mắt sống.
- Liệt toàn bộ cơ mặt một bên, mất nếp nhăn trán, mất nếp má mũi; ảnh hưởng đến tiếng nói, ăn uống.
- Mắt nhắm không kín: Charles - Bell (+).
- Mặt trở nên trơ cứng, mặt bị lệch về bên lành.
- Mất vị giác 2/3 trước lưỡi.

- Mất những phản xạ có sự tham gia của cơ vòng quanh mắt như phản xạ giác mạc (cảm giác của giác mạc vẫn giữ nguyên).

3.2. Theo y học cổ truyền

Dựa vào nguyên nhân và cơ chế gây bệnh nêu trên, YHCT xếp thành 3 thể bệnh chủ yếu sau đây

3.2.1. Phong hàn phạm kinh lạc

Thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do lạnh.

Triệu chứng như trên (phần YHHĐ), kèm theo người gai lạnh, sợ lạnh.

Hoàn cảnh khởi phát bệnh ít nhiều có liên quan đến yếu tố thời tiết lạnh như sau khi gặp mưa, mùa lạnh..., rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

3.2.2. Phong nhiệt phạm kinh lạc

Thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do nguyên nhân viêm nhiễm.

Triệu chứng như trên (phần YHHĐ), kèm theo người sốt, sợ gió, sợ nóng, rêu lưỡi trắng dày, mạch phù sắc.

3.2.3. Huyết ứ ở kinh lạc

Thể bệnh lâm sàng thường xuất hiện trong những trường hợp liệt mặt do nguyên nhân chấn thương hoặc khối choán chỗ.

Triệu chứng như trên (phần YHHĐ) và luôn có kèm đau đầu, xuất hiện sau một chấn thương hoặc sau mổ vùng hàm mặt - xương chũm.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cần chẩn đoán phân biệt với những trường hợp liệt mặt ngoại biên thứ phát sau:

- Chấn thương sọ não: có tiền căn chấn thương đầu, có chảy máu ở tai cùng bên liệt.
- Di chứng sau giải phẫu vùng hàm mặt - xương chũm.
- Zona hạch gối: kèm đau nhức trong tai và nửa bên mặt, xuất hiện các nốt nước nhỏ ở vùng Ram say - Hunt.
- U tuyến mang tai: khối u vùng tuyến mang tai, không mất vị giác 2/3 trước lưỡi.
- U dây thần kinh số 8: dấu tổn thương thính giác và tiền đình, không mất vị giác 2/3 trước lưỡi.

- Viêm dây thần kinh trong hội chứng Guillain - Barré: thường liệt mặt cả 2 bên, kèm những triệu chứng dị cảm của viêm đa dây thần kinh, rối loạn dịch não tủy.

5. ĐIỀU TRỊ

Do cơ chế gây bệnh chưa rõ nên việc điều trị chủ yếu là giải quyết triệu chứng

5.1. Điều trị bằng thuốc

5.1.1. *Thể phong hàn phạm kinh lạc*

- Pháp trị: khu phong, tán hàn, hoạt lạc; hoạt huyết, hành khí.
- Bài thuốc sử dụng:

Ké đầu ngựa	12g	Tang ký sinh	12g
Quế chi	8g	Bạch chỉ	8g
Kê huyết đằng	12g	Ngưu tất	12g
Uất kim	8g	Trần bì	8g
Hương phụ	8g		

5.1.2. *Thể phong nhiệt phạm kinh lạc*

- Pháp trị:
 - + Khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết (khi có sốt).
 - + Khu phong, bổ huyết, hoạt lạc (khi hết sốt).
- Bài thuốc sử dụng:

Kim ngân hoa	16g	Bồ công anh	16g
Thổ phục linh	12g	Ké đầu ngựa	12g
Xuyên khung	12g	Đan sâm	12g
Ngưu tất	12g		

5.1.3. *Thể huyết ứ kinh lạc*

- Pháp trị: hoạt huyết, hành khí.
- Bài thuốc sử dụng:

Xuyên khung	12g	Đan sâm	12g
Ngưu tất	12g	Tô mộc	8g
Uất kim	8g	Chỉ xác	6g
Trần bì	6g	Hương phụ	6g

5.2. Điều trị bằng châm cứu

Có thể nói phần lớn những trường hợp liệt mặt ngoại biên chỉ cần áp dụng phương pháp trị liệu bằng châm cứu, xoa bóp và tập luyện cơ đã đạt kết quả cao.

- Công thức huyết gồm:
 - + Toàn túc, ấn đường, thái dương, dương bạch, nghinh hương, giáp xa, hạ quan, địa thương. Đây là những huyết tại chỗ trên mặt (thay đổi theo ngày).
 - + Ấc phong, phong trì: khu phong.
 - + Hợp cốc bên đối diện.
- Kỹ thuật:
 - + Phần lớn là ôn châm (vì đa số trường hợp liệt mặt là do lạnh). Ôn châm cũng đồng thời được chỉ định trong trường hợp huyết ú (do sang chấn). Nếu thuộc thể phong nhiệt phạm lạc mạch thì kỹ thuật sử dụng là châm tả.
 - + Tránh sử dụng điện châm do nguy cơ gây co thắt phối hợp ở mặt (synkinesis) và co cứng mặt về sau (facial spasm). Nếu sử dụng điện trị liệu, chỉ dùng dòng điện Galvanic ngắt đoạn.

5.3. Vật lý trị liệu phục hồi chức năng

5.3.1. Ưu điểm

- Bảo vệ mắt trong lúc ngủ.
- Xoa bóp và chườm nóng cơ mặt vùng liệt.
- Tập luyện cơ bằng chủ động trợ giúp và tiến tới tập chủ động có đề kháng.

5.3.2. Kỹ thuật

- Xoa bóp:
 - + Người bệnh nằm ngửa, đầu kê trên gối mỏng.
 - + Thầy thuốc đứng ở phía đầu người bệnh.
 - + Vuốt từ dưới cằm lên thái dương và từ trán hướng xuống tai.
 - + Xoa với các ngón tay khép kín, xoa thành những vòng nhỏ.
 - + Gõ nhẹ nhanh vùng trán và quanh mắt với các đầu ngón tay.
- Tập luyện cơ: người bệnh cố gắng thực hiện các động tác
 - + Nhắm hai mắt lại.
 - + Mỉm cười.

- + Huýt sáo và thổi.
- + Ngậm chặt miệng.
- + Cười thấy răng và nhếch môi trên.
- + Nhăn trán và nhíu mày.
- + Hình 2 cánh mũi.
- + Phát âm những âm dùng môi như b, p, u, i ...

TỰ LƯỢNG GIÁ

I. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Tỷ lệ mắc bệnh liệt mặt nguyên phát
 - A. 5 - 9/100.000/năm
 - B. 10 - 14/100.000/năm
 - C. 15 - 19/100.000/năm
 - D. 20 - 24/100.000/năm
 - E. 25 - 29/100.000/năm
2. Tỷ lệ mắc bệnh liệt mặt nguyên phát trong suốt cuộc đời của một người
 - A. 1/30 - 39 người
 - B. 1/40 - 49 người
 - C. 1/50 - 59 người
 - D. 1/60 - 70 người
 - E. 1/70 - 80 người
3. Dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán liệt mặt ngoại biên
 - A. Charles-Bell (+)
 - B. Mất vị giác 2/3 trước lưỡi
 - C. Không hình mũi được
 - D. Nếp má mũi mờ hoặc mất
 - E. Nhân trung lệch về một bên

4. Huyệť ế phong sử dụng trong điều trị liệt mặt nguyên phát, được chọn theo nguyên tắc

- A. Tại chỗ
 - B. Theo đường kinh
 - C. Đặc hiệu
 - D. Tại chỗ và theo đường kinh
 - E. Tại chỗ và đặc hiệu
5. Tư thế bệnh nhân trong xoa vuốt mặt
- A. Nằm ngửa, đầu kê trên gối mỏng
 - B. Nằm nghiêng, mắt bên liệt hướng lên trên
 - C. Ngồi, đầu ngửa ra sau
 - D. Ngồi, chống tay dưới cằm
 - E. Ngồi, đầu nghiêng sang bên

II. Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu sai

1. Liệt mặt ngoại biên xuất hiện trong
- A. Zona hạch gối
 - B. U dây thần kinh số 8
 - C. Hội chứng Guillain - Barré
 - D. U tuyến mang tai
 - E. Chấn thương sọ não
2. Triệu chứng bắt buộc có trong liệt mặt ngoại biên
- A. Mất vị giác 2/3 trước lưỡi
 - B. Mắt nhắm không kín
 - C. Miệng không ngậm chặt được
 - D. Không nhăn trán được
 - E. Không nhú mày được
3. Triệu chứng xuất hiện trong liệt mặt ngoại biên
- A. Nếp nhăn trán mờ hoặc mất
 - B. Nếp má mũi mờ hoặc mất
 - C. Charles - Bell (-)

- D. Nếp khóe chảy sệ xuống bên liệt
 - E. Không nhúu mày được
4. Triệu chứng xuất hiện trong liệt mặt ngoại biên
- A. Mắt nhắm không kín
 - B. Không nhăn trán được nếp nhăn trán mờ hoặc mất
 - C. Không nhúu mày được
 - D. Không nhếch mép về bên liệt được
 - E. Không cắn chặt răng bên liệt được
5. Những phương tiện điều trị áp dụng được cho liệt mặt nguyên phát
- A. Xoa bóp
 - B. Tập luyện cơ
 - C. Ôn châm
 - D. Điện châm
 - E. Chườm nóng

III. Điền vào chỗ trống

1. Trong nhóm huyết điều trị liệt mặt nguyên phát
 - A. Huyết *toản trúc* được chọn theo nguyên tắc
 - B. Huyết *hạ quan* được chọn theo nguyên tắc
 - C. Huyết *ế phong* được chọn theo nguyên tắc
 - D. Huyết *phong trì* được chọn theo nguyên tắc
 - E. Huyết *hợp cốc* được chọn theo nguyên tắc
2. Tư thế người bệnh và thầy thuốc trong xoa bóp vùng mặt
 - A. Tư thế người bệnh:.....
 - B. Tư thế thầy thuốc:
3. Mô tả kỹ thuật xoa bóp điều trị liệt mặt
 - A. Vuốt:
 - B. Xoa:
 - C. Gõ:

ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA THEO YHCT

MỤC TIÊU

1. *Nêu được những yếu tố dịch tễ học của bệnh đau dây thần kinh tọa.*
2. *Liệt kê được những triệu chứng quan trọng để chẩn đoán 2 thể lâm sàng đau dây thần kinh tọa theo YHCT.*
3. *Trình bày được phương pháp điều trị bệnh đau dây thần kinh tọa (dùng thuốc và không dùng thuốc của y học cổ truyền).*
4. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị đau dây thần kinh tọa bằng YHCT.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau dây thần kinh tọa được định nghĩa là một hội chứng thần kinh có đặc điểm chủ yếu là đau dọc theo lộ trình của dây thần kinh tọa và các nhánh của nó; nguyên nhân thường do bệnh lý đĩa đệm ở phần thấp của cột sống.

Đau dây thần kinh tọa có nhiều nguyên nhân nhưng chủ yếu là do những tổn thương ở cột sống thắt lưng. Năm 1928, một nguyên nhân mới được phát hiện đã làm thay đổi hẳn khái niệm về nguyên nhân gây bệnh, đó là thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng.

Sigwald và Deroux là những người đầu tiên mô tả hội chứng đau dây thần kinh tọa (1764).

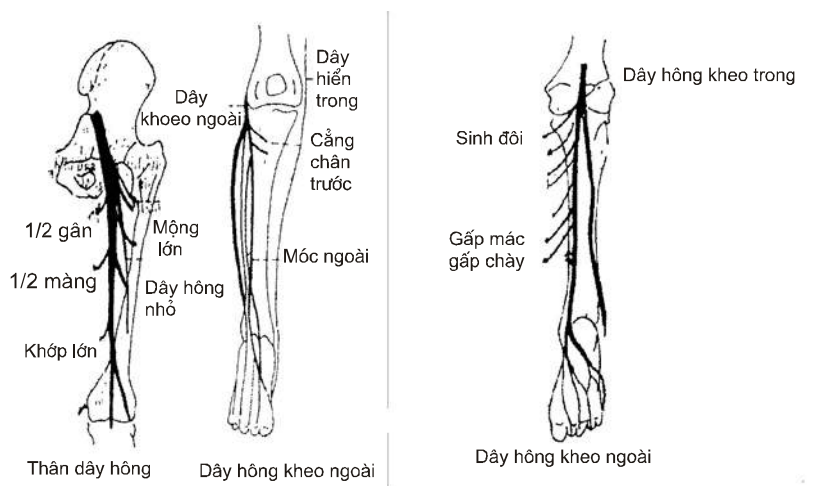
Lasègue, C. E., Brissaud. E., Déjeurine J. J. đã chứng minh đây là bệnh đau rễ chứ không phải đau dây (1914).

Wirchow mô tả đĩa đệm, tuy chưa phải rõ ràng (1857); sau đó Goldnwait J. E., Middleton và Teacher tách đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm thành một thể riêng (1911).

Schomord G (1925-51) là người mô tả rất kỹ về cấu trúc giải phẫu của đĩa đệm (qua 10.000 cột sống).

Alajouanine, Petit Dutailis (1928-30), Mauric (1933) và Mixter và Barr (1934) đã mô tả kỹ về lâm sàng và giải phẫu bệnh của thoát vị đĩa đệm.

Từ 1937, đã có hàng loạt công trình nghiên cứu về đau dây thần kinh tọa của Glorieux (1937), Bergouignan và Caillon (1939). Trong số này, trường phái của De Sèze đã có những đóng góp rất lớn.



Hình 27.1. Dây thần kinh tọa - Đường đi và phân nhánh

II. DỊCH TỄ HỌC

- Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 30 - 60.
- Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần.
- Đau thần kinh tọa có nhiều nguyên nhân nhưng phổ biến nhất là thoát vị đĩa đệm (chiếm 60 - 90% theo nhiều tác giả, 75% theo Castaigne.P).

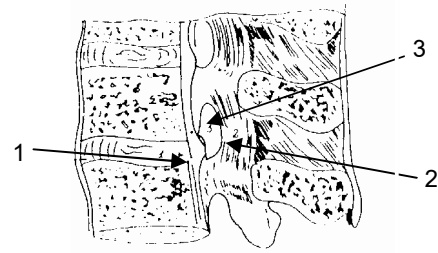
III. NGUYÊN NHÂN

1. Theo y học hiện đại

Có nhiều nguyên nhân đau dây thần kinh tọa. Để dễ vận dụng trong thực hành người ta sắp xếp:

- Thoát vị đĩa đệm: đây là nhóm nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại nguyên nhân khác.
- Các bất thường cột sống thắt lưng cùng (mắc phải hoặc bẩm sinh):
 - + Mắc phải: viêm nhiễm tại chỗ (do bị lạnh, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, tiểu đường...); thoái hóa cột sống (ở người cao tuổi); ung thư di căn vào cột sống (K tiền liệt tuyến, K vú, u vùng chậu nhỏ, u buồng trứng...)
 - + Bẩm sinh: nhiều tác giả cho rằng trước khi chẩn đoán nguyên nhân đau dây thần kinh tọa do các dị tật bẩm sinh, cần phải loại trừ thoát vị đĩa đệm và chỉ xem các dị tật chỉ là yếu tố thuận lợi.

- *Các nguyên nhân trong ống sống:* u tủy và màng tủy, viêm màng nhện tủy khu trú, áp xe ngoài màng cứng vùng thắt lưng.
- *Một số nguyên nhân hiếm:* khó chẩn đoán, thường chỉ xác định được sau phẫu thuật như giãn tĩnh mạch quanh rễ, giãn tĩnh mạch màng cứng, phì đại dây chằng vàng, rễ thần kinh thắt lưng V (L5) hoặc cùng I (S1) to hơn bình thường.



Hình 27.2. Thiết đồ cắt dọc ống sống cho thấy sự liên quan của đĩa đệm ở lỗ liên hợp (3) với dây chằng (1) và dây chằng dọc sau (2)

2. Theo y học cổ truyền

Theo YHCT, hội chứng đau dây thần kinh tọa đã được mô tả trong những bệnh danh tọa điển phong, tọa cốt phong. Phong trong hội chứng bệnh lý này nhằm mô tả tính chất thay đổi và di chuyển của đau.

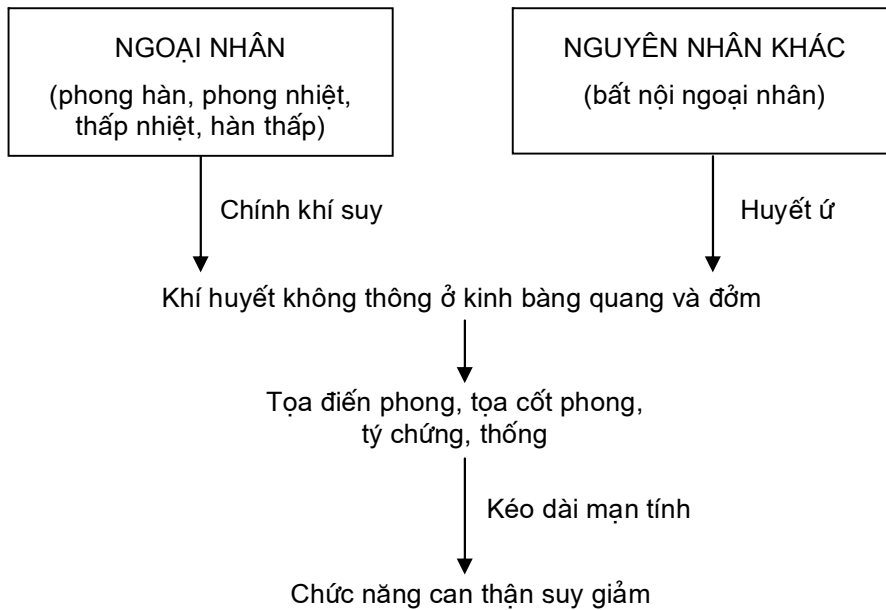
Một cách tổng quát, do triệu chứng quan trọng nhất của bệnh là đau nên hội chứng đau dây thần kinh tọa có thể được tìm hiểu thêm trong phạm trù của chứng tý hoặc thống (tùy theo nguyên nhân gây bệnh).

Nguyên nhân gây bệnh:

- *Ngoại nhân:* thường là phong hàn, phong nhiệt, hoặc thấp nhiệt thừa lúc tấu lý sơ hở xâm nhập vào các kinh bàng quang và đờm.
- *Bất nội ngoại nhân:* những chấn thương (vi chấn thương) ở cột sống (đĩa đệm) làm huyết ứ lại ở 2 kinh trên.

Những nguyên nhân này làm cho khí huyết của 2 kinh (bàng quang và đờm) bị cản trở hoặc bị tắc lại, gây nên đau (*không thông thì đau*). Tùy theo bản chất của nguyên nhân gây bệnh mà biểu hiện của đau sẽ khác nhau.

Nếu bệnh kéo dài sẽ ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của can và thận.



Hình 27.3. Sơ đồ nguyên nhân và cơ chế bệnh đau thần kinh tọa

IV. TRIỆU CHỨNG HỌC VÀ CHẨN ĐOÁN ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA

A. THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Triệu chứng chủ quan

Đau lưng lan dọc xuống chi dưới 1 hay 2 bên, đau âm ỉ hoặc dữ dội

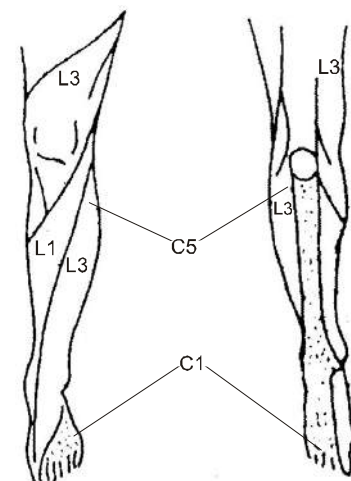
Đau lan theo 2 kiểu:

- Từ thắt lưng xuống mông, xuống mặt ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân tới lưng bàn chân, từ bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L5)
- Hoặc từ thắt lưng xuống mông, xuống mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân tới gót lòng bàn chân, tận cùng ở ngón út (rễ S1)

Có thể kèm theo dị cảm (tê, nóng, đau như dao đâm, cảm giác kiến bò bên chi đau)

1.2. Thăm khám bệnh nhân

- Quan sát bệnh nhân khi đi hoặc đứng: nửa người bên lành hạ thấp (vẹo người về bên



Mặt trước

Mặt sau

Hình 27.4. Khu vực cảm giác của rễ L5 và S1

lạnh). Khi đứng chân bên đau hơi co lên, tay chống vào mạn sườn hoặc đầu gối bên đau.

Quan sát khi bệnh nhân nằm: xem cơ tứ đầu đùi, cơ bắp chân có teo không.

- Làm những nghiệm pháp căng dây thần kinh tọa:
 - + *Nghiệm pháp Lasègue*: bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng, nâng gót chân bệnh nhân lên cao khỏi giường. Chân bình thường nâng cao được tới 90^0 , khi chân đau chỉ lên tới $30^0 - 60^0$ là bệnh nhân than đau lan tới thắt lưng. Đây là dấu hiệu rất quan trọng, gần như lúc nào cũng có; còn dùng để theo dõi diễn tiến điều trị.
 - + *Nghiệm pháp Bonnet*: bệnh nhân nằm ngửa, gập gối về phía bụng và xoay khớp háng vào trong, nếu đau: Bonnet (+).
 - + *Nghiệm pháp Néri*: bệnh nhân đứng thẳng, giữ thẳng 2 gối, từ từ gập người để cổ chạm 2 tay xuống đất. Nếu bệnh nhân than đau và không thể thực hiện động tác này (gập gối bên đau), Néri (+).
- Nghiệm pháp làm tăng áp lực dịch não tủy:
 - + *Nghiệm pháp Naffziger*: đè vào tĩnh mạch cổ 2 bên, nếu bệnh nhân kêu đau từ cột sống lan xuống chân, nghiệm pháp (+). Có thể phối hợp với việc bảo bệnh nhân ho.
- Nghiệm pháp gây đau bằng cách ấn vào lộ trình của dây thần kinh tọa:
 - + *Dấu nhấn chuông*: ấn vào ngang gai sống L4-L5 hoặc L5-S1 sẽ gây đau lan dọc theo lộ trình dây thần kinh tọa tương ứng.
 - + *Thống điểm Valleix*: ấn vào những điểm trên lộ trình dây thần kinh tọa (nhất là vùng dây thần kinh tọa đi gần xương) sẽ gây đau theo rễ.
- Khám dấu cảm giác: có thể giảm cảm giác ở vùng cơ thể tương ứng với rễ thần kinh bị tổn thương.
- Khám dấu vận động:
 - + Bệnh nhân đứng, nếp mông bên bệnh sẽ thấp hơn bên đối diện.
 - + Cơ bắp chân nhão.
 - + Ấn mạnh vào gân gót ghi nhận bên bệnh lõm nhiều hơn bên lành.
 - + Yếu cơ (tùy theo rễ bị tổn thương): nếu tổn thương L5 sẽ xuất hiện yếu các nhóm cơ cẳng chân trước, duỗi các ngón. Bệnh nhân không đứng bằng gót được và có dấu bàn chân rơi. Nếu tổn thương S1, xuất hiện yếu các nhóm cơ ở mặt sau cẳng chân. Bệnh nhân không đứng bằng ngón chân được.

Mất hoặc giảm phản xạ gân cơ (tương ứng với rễ bị tổn thương).

Dấu hiệu tại cột sống: cơ cơ phản ứng, cột sống mất đường cong sinh lý, có thể có vẹo cột sống tư thế.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm máu (hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng) và chọc dò dịch não tủy trong trường hợp đau thần kinh tọa không điển hình mà có nghi ngờ đến khối u trong ống sống ...

- Chụp X quang cột sống quy ước:
 - + Nếu có hình ảnh bản lề thắt lưng - cùng bình thường, cũng không cho phép loại trừ thoát vị đĩa đệm.
 - + Dấu hiệu của thoát vị đĩa đệm: xẹp đĩa đệm biểu hiện chiều cao của khe gian đốt hẹp hơn so với khe gian đốt trên và dưới.
 - + Dấu hiệu có giá trị lớn: hình kẹp hoặc hở một bên đĩa đệm. Trên phim thẳng, hở một bên có giá trị hơn hẹp một bên. Nếu trên phim chụp nghiêng, hình ảnh hở một bên đĩa đệm vẫn không mất đi thì rất có giá trị.
- Chụp X quang có cản quang: được chỉ định chủ yếu trong trường hợp nghi ngờ đau dây thần kinh tọa có khối u gây chèn ép và gồm:
 - + Chụp tủy bơm hơi (sacro-radiculographie gazeuse): với kỹ thuật này, các chứng hẹp ống sống, các thoát vị đĩa đệm giữa và kê giữa thấy rất rõ trên phim, nhưng các thoát vị đĩa đệm bên không phát hiện được.
 - + Chụp bao rễ thần kinh (radiculographie classique): các thoát vị đĩa đệm giữa và kê giữa (médiannes et paramédiannes) thấy rất rõ trên phim.
 - + Chụp đĩa đệm (discographie): trên phim chụp thẳng, nghiêng có thể thấy đĩa đệm bị thoái hóa, nhưng chỉ có đĩa đệm nào gây đau nhiều khi bơm thuốc cản quang mới đúng là đĩa đệm cần phẫu thuật.
- Các phương pháp thăm dò khác:
 - + Điện cơ đồ: ghi điện cơ và đo thời trị dây thần kinh cho phép chẩn đoán vị trí của thoát vị đĩa đệm.
 - + Chụp điện toán cắt lớp (CT.Scan): là phương tiện hiện đại nhất được vận dụng để chẩn đoán thoát vị đĩa đệm.

B. THEO YHCT

Y học cổ truyền chia đau thần kinh tọa làm 2 thể lâm sàng chủ yếu

1. Thể cấp (thể phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ)

Đặc điểm lâm sàng:

- Đau:
 - + Đau lưng sau xuống chân dọc theo dây thần kinh tọa.
 - + Đau dữ dội, đau tăng khi ho, khi hắt hơi, khi cúi gập cổ đột ngột.
 - + Đau tăng về đêm, giảm khi nằm yên trên giường cứng.
 - + Giảm đau với chườm nóng.
 - + Rêu lưỡi trắng, mạch phù (nếu do phong hàn).
 - + Lưỡi có thể có điểm ứ huyết (nếu do khí huyết ứ trệ).
- Bệnh nhân có cảm giác kiến bò, tê cóng hoặc như kim châm ở bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái (rễ L5) hoặc ở gót chân hoặc ngón út (rễ S1).
- Khám lâm sàng:
 - + Triệu chứng ở cột sống:
 - Cơ lưng phản ứng co cứng.
 - Cột sống mất đường cong sinh lý.
 - + Triệu chứng đau rễ: dấu hiệu Lasègue (+); Bonnet (+); Néri N (+).
 - + Để xác định chính xác rễ nào bị xâm phạm: cần khám phản xạ, cảm giác, vận động, dinh dưỡng theo bảng sau:

Rễ	Phản xạ gân xương	Cảm giác	Vận động	Teo cơ
L5	Phản xạ gân gót bình thường	Giảm hoặc mất phía ngón cái	Không đi được bằng gót chân	Nhóm cơ căng chân trước - ngoài, các cơ mu bàn chân, cơ căng chân, cơ gan bàn chân
S1	Phản xạ gân gót giảm	Giảm hoặc mất phía ngón út	Không đi được bằng mũi bàn chân	

2. Thể mạn (thể phong hàn thấp: can thận âm hư)

Đây là loại thường gặp trong đau dây thần kinh tọa do các bất thường cột sống thắt lưng cũng như thoái hóa các khớp nhỏ cột sống, các dị tật bẩm sinh.

Đặc điểm lâm sàng:

- Bệnh kéo dài, đau âm ỉ với những đợt đau tăng, chườm nóng hoặc nằm nghỉ dễ chịu: thường đau 2 bên hoặc nhiều rễ.
- Triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, mệt mỏi, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Thể cấp (giai đoạn cấp và các đợt cấp của các thể mạn tính)

Thể phong hàn phạm kinh lạc hoặc khí huyết ứ trệ:

- Nằm yên trên giường cứng, kê một gối nhỏ dưới khoeo chân cho đầu gối hơi gập lại, tránh hoặc hạn chế mọi di chuyển.
- Công thức huyết và kỹ thuật châm cứu:
 - + Công thức huyết: áp thống điểm (thường là các giáp tích L4-L5, L5-S1), hoàn khiêu, ủy trung; kinh cốt, đại chung (nếu đau dọc rễ S1); khâu khu, lải câu (nếu đau dọc rễ L5).
 - + Kỹ thuật: kích thích kim mạnh, có thể sử dụng điện châm kết hợp với cứu nóng. Thời gian lưu kim cho 1 lần châm là 5 - 10 phút.
 - + Có thể sử dụng nhĩ châm (đặc biệt quan trọng trong thời gian cấp tính, khi xoay trở của bệnh nhân thật sự khó khăn) với huyết sử dụng gồm: cột sống thắt lưng (+++), dây thần kinh (++) ; hông, mông, háng, gối, cổ chân (+).
- Những bài tập vận động trị liệu đau dây thần kinh tọa. Chỉ bắt đầu khi đã thực giảm đau (*xem hướng dẫn ở phần tiếp theo*).
- Bài thuốc sử dụng: *Bài thuốc trị thấp khớp (GS. Bùi Chí Hiếu)* gồm: lá lốt 12g, cà gai leo 12g, quế chi 10g, thiên niên kiện 12g, cỏ xước 10g, thổ phục linh 12g, sài đất 12g, hà thủ ô 16g, sinh địa 16g.

2. Thể mạn (thể phong hàn thấp)

- Tuy mức độ đau ít hơn, nhưng thường đáp ứng điều trị chậm. Giai đoạn này, cần chú trọng thêm xoa bóp và tập luyện. Cần chú trọng tập mạnh các cơ vùng thắt lưng, nhóm cơ mông và cơ tứ đầu đùi. Tuy nhiên, phải tập từ từ và theo sức của bệnh nhân. Ở giai đoạn đầu, chỉ cho tập gồng cơ, dần dần tiến tới vận động chủ động, rồi chủ động có đề kháng. Ngoài ra, kéo nắn và kéo cột sống cũng có thể đem lại kết quả tốt.
- Công thức huyết và kỹ thuật châm cứu: dùng công thức huyết như trên gia thêm: thận du, thái Khê, phi dương, tam âm giao.

Đối với những huyết được gia thêm: kích thích kim nhẹ hoặc vừa, thời gian lưu kim cho 1 lần châm là 20 - 30 phút.

- Những bài tập vận động trị liệu đau dây thần kinh hông:
 - + Người bệnh nằm ngửa:
 - Gồng cơ tứ đầu đùi.
 - Tập cổ chân.

- Động tác uốn lưng.
- Động tác tam giác và tam giác biến thể (*xem Dưỡng sinh: bài tập tư thế nằm*).
- + Người bệnh nằm ngửa, háng và gối gập: tập gồng cơ bụng.
- + Người bệnh nằm sấp:
 - Gồng cơ mông.
 - Ngẩng đầu lên, xoay đầu.
 - Nhấc từng chân lên, hạ xuống.
 - Gập, duỗi gối từng bên và 2 bên cùng một lúc.
 - Tay để sau gáy, nhấc đầu và vai lên.
- + Người bệnh quỳ (chống 2 tay và 2 gối):
 - Đưa từng chân lên, hạ xuống.
 - Động tác chào mặt trời (*xem Dưỡng sinh: bài tập tư thế ngồi*).
- + Người bệnh ngồi duỗi thẳng 2 chân, hai tay và thân mình vươn tới bàn chân, đầu ngón tay cố chạm vào đầu ngón chân.

Chú ý khi tập:

- + Bắt đầu từ động tác dễ, nhẹ (gồng cơ) tiến dần đến các động tác nặng, khó hơn.
- + Khi bắt đầu tập một động tác mới, người thầy thuốc phải có mặt để theo dõi, đánh giá, trợ giúp cho người bệnh, tránh tình trạng quá sức.
- Bài thuốc sử dụng:
 - + Bài thuốc 1: *Bài thuốc trị thấp khớp (GS. Bùi Chí Hiếu)*, gồm: lá lốt 12g, cà gai leo 12g, quế chi 10g, thiên niên kiện 12g, cỏ xước 10g, thổ phục linh 12g, sài đất 12g, hà thủ ô 16g, sinh địa 16g.
 - + Bài thuốc 2: *Độc hoạt tang ký sinh gia giảm*, gồm: độc hoạt 12g, phòng phong 8g, tang ký sinh 12g, tể tân 6g, quế chi 6g, ngưu tất 12g, đỗ trọng 8g, đẳng sâm 12g, phục linh 12g, cam thảo 8g, bạch thược 12g, đương quy 12g, thục địa 12g, đại táo 12g.

Bài thuốc bao gồm những dược liệu có chứa tinh dầu, có tính nóng ấm, có tác dụng chống viêm, giảm đau; đồng thời có những vị thuốc nâng đỡ tổng trạng, bổ dưỡng.

3. Điều trị phẫu thuật

Phương pháp này được đặt ra trong 4 trường hợp:

- Thể liệt và teo cơ: là chỉ định phẫu thuật sớm, tránh tàn phế cho bệnh nhân.

- Thể ngoan cố, đặc biệt là loại đau dữ dội: sau điều trị tích cực nhiều tháng (thường là 3 tháng) mà tiến triển vẫn không ổn định.
- Thể tái phát nhiều lần và ngày càng gần, làm ảnh hưởng sinh hoạt của bệnh nhân.
- Thể phức tạp như kèm hội chứng chùm đuôi ngựa.

VI. PHÒNG BỆNH

Đau dây thần kinh tọa tuy có nhiều nguyên nhân nhưng phần lớn là xung đột giữa đĩa đệm và rễ thần kinh. Đây là điểm quan trọng cần chú ý để phòng ngừa.

- Trong lao động chân tay cần chú ý trong các động tác phải cúi để bốc vác một trọng lượng lớn, luôn cố gắng giữ cột sống thẳng khi bê vác.
- Tập thể dục để rèn luyện cơ lưng và tăng sự mềm mại của cột sống.
- Điều trị kịp thời các bệnh thoái hóa cột sống có giá trị tích cực phòng bệnh trong đau dây thần kinh tọa.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Tỷ lệ mắc bệnh đau dây thần kinh tọa
 - A. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 2 lần
 - B. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 3 lần
 - C. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ gấp 4 lần
 - D. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 2 lần
 - E. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam gấp 3 lần
2. Tỷ lệ bệnh đau dây thần kinh tọa gây bởi thoát vị đĩa đệm
 - A. 30 %
 - B. 40 %
 - C. 50 %
 - D. 60 %
 - E. 60 %

3. Triệu chứng lâm sàng quan trọng dùng phân biệt đau thần kinh tọa cấp và mạn (theo y học cổ truyền)

- A. Đau tăng về đêm (trời lạnh) hoặc không
 - B. Đau tăng khi ho, hắt hơi hoặc không
 - C. Đau giảm với chườm nóng hoặc không
 - D. Có cảm giác tê, kiến bò hoặc không
 - E. Đau dữ dội hoặc âm ỉ
4. Đau thần kinh tọa theo kinh đởm
- A. Đau mặt sau chi dưới
 - B. Phản xạ gân gót giảm hoặc mất
 - C. Cảm giác giảm hoặc mất phía ngón cái
 - D. Teo cơ sinh đôi (cơ bắp chuối)
 - E. Không đi được bằng mũi bàn chân
5. Đau thần kinh tọa theo kinh đờm
- A. Tê hoặc kiến bò mặt sau chân
 - B. Phản xạ gân gót giảm hoặc mất
 - C. Ho hoặc rặn đau tăng
 - D. Đau lưng lan xuống mông và mặt sau chân
 - E. Ấn đau phong thị, dương lăng tuyền, huyền chung
6. Đau thần kinh tọa theo kinh bàng quang
- A. Phản xạ gân gót giảm
 - B. Cảm giác giảm hoặc mất phía ngón cái
 - C. Không đi được bằng gót chân
 - D. Teo nhóm cơ cẳng chân trước
 - E. Đau mặt ngoài chân
7. Đau thần kinh tọa theo kinh bàng quang
- A. Đau lưng lan xuống mông
 - B. Ấn đau thừa phù, thừa sơn
 - C. Đau mặt ngoài cẳng chân
 - D. Đau khi đi bằng gót chân
 - E. Phản xạ gân gót tăng
8. Công thức huyết dùng trong đau thần kinh tọa rễ L5 thể cấp (phong hàn hoặc khí huyết ứ trệ)

- A. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
- B. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu
- C. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
- D. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu, thận du, tam âm giao
- E. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê

9. Công thức huyết dòng trong đau thần kinh tọa rễ S1 thể cấp (phong hàn hoặc khí huyết ứ trệ)

- A. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
- B. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu
- C. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
- D. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu, thận du, tam âm giao
- E. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê

10. Công thức huyết dòng trong đau thần kinh tọa rễ L5 thể mạn

- A. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
- B. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu
- C. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
- D. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu, thận du, tam âm giao
- E. Giáp tích L4-L5, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê

11. Công thức huyết dòng trong đau thần kinh tọa rễ S1 thể mạn

- A. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung
- B. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu
- C. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, tam âm giao
- D. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, khâu khư, lải câu, thận du, tam âm giao
- E. Giáp tích L5-S1, hoàn khiêu, uỷ trung, kinh cốt, đại chung, thận du, tam âm giao, thái Khê

II. Điền vào chỗ trống

1. Trong công thức huyết điều trị đau thần kinh tọa rễ L5 thể cấp
 - A. Huyệt *hoàn khiêu* được chọn theo nguyên tắc
 - B. Huyệt *ủy trung* được chọn theo nguyên tắc
 - C. Huyệt *khâu khư* được chọn theo nguyên tắc
 - D. Huyệt *lãi câu* được chọn theo nguyên tắc
2. Trong công thức huyết điều trị đau thần kinh tọa rễ S1 thể mạn
 - A. Huyệt *thận du* được chọn theo nguyên tắc
 - B. Huyệt *thái Khê* được chọn theo nguyên tắc
 - C. Huyệt *phi dương* được chọn theo nguyên tắc
 - D. Huyệt *tam âm giao* được chọn theo nguyên tắc
3. Những động tác tập luyện cho bệnh nhân đau thần kinh tọa trong tư thế nằm ngửa (xin ghi theo tuần tự tập luyện)
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
 - F.
4. Những động tác tập luyện cho bệnh nhân đau thần kinh tọa trong tư thế nằm xấp (xin ghi theo tuần tự tập luyện)
 - A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
 - F.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa và những yếu tố dịch tễ học của bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT).
2. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của VKDT.
3. Chẩn đoán được VKDT theo YHHĐ và các bệnh cảnh lâm sàng YHCT.
4. Trình bày được những nguyên tắc điều trị theo YHHĐ & YHCT.
5. Trình bày được phương pháp điều trị của từng thể bệnh của VKDT theo YHCT.
6. Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị VKDT theo YHCT.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh mạn tính, được coi là một bệnh tự miễn quan trọng thứ hai trong nhóm các loại bệnh tự miễn (sau bệnh lupus đỏ hệ thống) và là bệnh quan trọng nhất trong nhóm bệnh khớp do thấp.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

1.2.1. Tần suất mắc bệnh

a. Tỷ lệ mắc bệnh (prevalence)

Theo WHO (1992) tỷ lệ mắc bệnh chung là 0,5 - 3% dân số thế giới từ 15 tuổi trở lên; tỷ lệ này có thể lên đến 5% tùy chủng tộc như:

Tỷ lệ bệnh thấp hơn 0,5% ở người Nhật và Trung Quốc. Đặc biệt chỉ 0,1% quần thể người da đen ở Nam Phi và 0,18% ở Tây Bắc Hy Lạp. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn 5% ở quần thể người da trắng và các bộ lạc da đỏ ở Bắc Mỹ.

Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi 0,3% ở người dưới 35 tuổi và đến trên 10% ở người trên 65 tuổi.

Tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ cao hơn hẳn ở nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 1/2,5). Ở lứa tuổi dưới 60, tỷ lệ này là 1/5 - 6, nhưng trên 65 tỷ lệ này chỉ là 1/2.

Ở nước ta, theo nghiên cứu của các tỉnh phía Bắc, tỷ lệ này là 0,5% dân số và chiếm 20% số bệnh nhân khớp đến điều trị tại bệnh viện.

b. Tỷ lệ mới mắc bệnh (incidence)

Hàng năm có khoảng 700 - 750 người mới mắc bệnh VKDT trên 1 triệu dân số từ 15 tuổi trở lên. Viêm khớp dạng thấp có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng tập trung tới 80% vào lứa tuổi trung niên.

Ngoài ra, các yếu tố dịch tễ cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh như: tình trạng kinh tế, xã hội, các stress tâm lý, và các trạng thái cơ thể như thai nghén, thuốc ngừa thai, mãn kinh ...

Có thể nói về mặt dịch tễ học, viêm khớp dạng thấp là bệnh của phụ nữ ở tuổi trung niên, vì 70 - 80% bệnh nhân là nữ và 60 - 70% xuất hiện ở lứa tuổi trên 30.

1.3. Quan niệm bệnh theo y học cổ truyền

Triệu chứng bệnh lý của VKDT theo YHHĐ nêu trên cũng được mô tả trong phạm vi các chứng của YHCT như:

- Chứng tý: tam tý, ngũ tý.
- Lịch tiết phong, hạc tất phong, bạch hổ lịch tiết phong

Chứng tý là một trong những chứng chủ yếu của YHCTC, tý đồng âm với bí, tức bế tắc lại không thông. Tý vừa được dùng để diễn tả biểu hiện của bệnh như là tình trạng *đau, tê, mỏi, nặng, sưng, nhức, buốt...* ở da thịt, khớp xương; vừa được dùng để diễn tả tình trạng bệnh sinh là sự bế tắc không thông của kinh lạc, khí huyết.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân gây bệnh theo y học hiện đại

2.1.1. Một số giả thuyết về nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh chưa rõ, có nhiều giả thiết được đưa ra mặc dù đã tìm được sự hiện diện của nhóm kháng thể kháng globulin miễn dịch ở trong huyết thanh cũng như trong dịch khớp của người bệnh mà gọi chung là nhân tố thấp.

Kháng thể có thể là: IgM anti IgG, IgG anti IgG, IgA anti IgG. Các kháng thể này tự nó không đủ giải thích các tổn thương bệnh học. Cũng vì vẫn chưa giải thích được lý do sản xuất và hiện diện của nhân tố thấp nên người ta xếp viêm khớp dạng thấp vào loại bệnh tự miễn với sự tham gia của nhiều nhân tố.

2.1.2. Các yếu tố tham gia

a. Yếu tố cơ địa: bệnh có liên quan rõ đến giới tính và lứa tuổi.

b. Yếu tố di truyền: bệnh viêm khớp dạng thấp có tính chất gia đình. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở những gia đình có cha mẹ bị bệnh cao hơn 2 - 3 lần so với gia đình khác; và cũng cho thấy mối liên quan giữa viêm khớp dạng thấp và yếu tố kháng nguyên phù hợp với tổ chức HLADR4. Hệ thống HLA có mối liên hệ với hàng trăm bệnh khác nhau trong đó có viêm khớp dạng thấp. Trên bệnh nhân, bệnh viêm khớp dạng thấp có tới 60 - 70% có HLADR4, trong khi ở người bình thường, tỷ lệ này chỉ là 20 - 28%. Như vậy ở người mang HLADR4 có nguy cơ mắc bệnh viêm khớp dạng thấp nhiều gấp 4 - 5 lần so với những người không mang HLADR4. Mặc dù chưa xác định được vị trí gen đặc biệt dẫn đến sự phát triển bệnh, nhưng các dữ kiện đã chỉ ra rằng phức hợp hòa hợp tổ chức chính (Major Histocompatibility Complex - MHC) nằm trên nhiễm sắc thể thứ 6 là gen quan trọng dẫn đến bệnh viêm khớp dạng thấp và các polipeptid liên quan đến bệnh viêm khớp dạng thấp điều khiển đáp ứng miễn dịch hoặc là có sự thiếu hụt đáp ứng miễn dịch thích hợp đối với một yếu tố gây bệnh của môi trường.

c. Yếu tố tác nhân gây bệnh

- Có thể là một nhiễm khuẩn, nhiễm virus.
- Một loại dị ứng nguyên từ ngoài vào hoặc nội sinh.
- Một enzym do thay đổi cấu trúc.

d. Các yếu tố thuận lợi có tính cách phát động gây bệnh

- Cơ thể suy yếu do bất thường về dinh dưỡng và chế độ ăn uống, hoặc sau khi mắc bệnh nhiễm khuẩn nặng.
- Các yếu tố tâm lý, các stress, các trạng thái cơ thể (thai nghén, mãn kinh, dùng thuốc ngừa thai...), các rối loạn nội tiết.
- Môi trường khí hậu lạnh và ẩm kéo dài.
- Sau phẫu thuật.

2.2. Cơ chế sinh bệnh

Những kiến thức mới về miễn dịch học và sinh học phân tử đã làm sáng tỏ hơn cơ chế sinh bệnh viêm khớp dạng thấp.

Khởi đầu, tác nhân gây tác động vào cơ thể đã có sẵn cơ địa thuận lợi và những yếu tố di truyền dễ tiếp nhận, tác nhân này làm thay đổi tính kháng nguyên của màng hoạt dịch khớp, sinh ra kháng thể chống lại tác nhân gây bệnh, rồi cũng chính kháng thể này trở thành tác nhân (kháng nguyên IgG) kích thích cơ thể sinh ra một số kháng thể chống lại nó gọi là tự kháng thể IgM anti IgG; kháng thể lúc đầu - kháng nguyên IgG - và tự kháng thể IgM

anti IgG với sự có mặt của bổ thể kết hợp với nhau trong dịch khớp thành những phức hợp kháng nguyên kháng thể.

Những phức hợp kháng nguyên kháng thể này được thực bào bởi bạch cầu đa nhân trung tính và đại thực bào. Sau đó các bạch cầu này sẽ bị phá hủy bởi chính các men tiêu thể mà chúng giải phóng ra để tiêu các phức hợp kháng nguyên kháng thể nêu trên.

Sự hiện diện của phức hợp kháng nguyên kháng thể và hiện tượng thực bào, tác động đến tất cả các hoạt động sinh học: hệ bổ thể nhất là từ C_1 đến C_6 hoạt hóa hệ kinin, hệ tiêu fibrin, hệ đông máu phối hợp với các cytokin của tế bào lympho T sinh ra collagen và transin - stromalysin gây biến đổi và tạo quá trình viêm, cũng như sinh các proteoglycan ở khớp về tác động hủy xương dưới sụn và hủy sụn. Các mô ở khớp tăng sinh tổng hợp kinin, prostaglandin, yếu tố hagemen là các yếu tố tích cực gây nên hiện tượng viêm.

Các bạch cầu đa nhân trung tính tập trung trong dịch khớp; các tế bào nội mạc điều chỉnh hoạt động đông máu, tiêu fibrin và tiết dịch cũng như giải phóng các phần tử dính mạch máu; các tế bào đại thực bào sau khi thực bào giải phóng các chất trung gian... gây nên một hiện tượng viêm đặc trưng của viêm khớp dạng thấp.

Nhìn một cách tổng thể thì lympho T là tác nhân điều hành chủ yếu của đáp ứng miễn dịch và các cytokin có vai trò bản lề trong điều hòa các đáp ứng miễn dịch trong một khởi phát viêm cũng như duy trì màng hoạt dịch của viêm khớp dạng thấp. Ngoài ra còn có vai trò của interleukin, interferon, nồng độ ARN thông tin cho sự tổng hợp interleukin tác động đến việc tăng tiết prostaglandin E_2 , thromboxan trong viêm khớp dạng thấp.

2.3. Tổn thương bệnh học

Tổn thương bệnh lý đầu tiên trong bệnh viêm khớp dạng thấp là sự hoạt hóa và sự thương tổn các tế bào nội mạc của các vi mạch máu màng hoạt dịch, điều đó gợi ý yếu tố gây bệnh hoặc khởi phát hiện đến màng hoạt dịch bằng đường mạch máu.

Tổn thương căn bản của bệnh viêm khớp dạng thấp là hiện tượng *viêm không đặc hiệu của màng hoạt dịch*, bao gồm:

- Tăng sinh tế bào hình lông và lớp liên bào phủ gây dày màng hoạt dịch.
- Giãn mạch và phù nề màng hoạt dịch.
- Lắng đọng chất tơ huyết ở màng trên tế bào hình lông hoặc dưới lớp liên bào phủ.
- Thâm nhập nhiều lymphocyt và plasmocyt, có khi tạo thành những đám dày đặc gọi là nang dạng thấp.
- Phần màng hoạt dịch bám vào phần đầu xương chỗ tiếp giáp với sụn gọi là màng máu (pannus) có thể xâm lấn vào xương gây nên các hình ảnh bào mòn xương trên X quang.

Các tổn thương này tuân tự qua 3 giai đoạn chính:

Giai đoạn 1: màng hoạt dịch phù nề, sung huyết xâm nhập nhiều tế bào viêm đặc biệt là neutrophile.

Giai đoạn 2: hiện tượng phù nề được thay thế bằng quá trình tăng sinh và phì đại của các tế bào hình lông và lớp liên bào phủ. Các tế bào viêm có thành phần chính là lymphocyte và plasmocyte. Quá trình tăng sinh này ăn sâu vào đầu xương dưới sụn gây nên tổn thương xương.

Giai đoạn 3: sau một thời gian dài, tổ chức xơ phát triển thay thế cho hiện tượng viêm dẫn đến dính khớp và biến dạng khớp.

Tổn thương bệnh học cũng có thể xảy ra ở mô dưới da, dưới hình thức “nốt thấp” đặc biệt của bệnh. Nốt thấp thường có ở khuỷu tay, mặt lưng, da đầu hoặc ở nội tạng như phổi, van tim. Tổn thương cũng có thể xảy ra ở mạch máu có đường kính nhỏ và trung bình. Mạch máu này bị viêm dẫn tới tình trạng kém dinh dưỡng ở những vùng mạch máu tận cùng như đầu chi, sinh ra tê bì, đau. Hiện tượng viêm các mạch máu hiện nay được coi là hiện tượng khởi đầu cho các “nốt thấp” về sau.

2.4. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng

2.4.1. Biểu hiện lâm sàng

Đa số trường hợp bệnh bắt đầu từ từ tăng dần, nhưng có khoảng 15% bắt đầu đột ngột với những triệu chứng cấp tính. Trước khi dấu hiệu khớp xuất hiện, bệnh nhân có thể có các biểu hiện như sốt nhẹ, mệt mỏi, gầy sút, tê các đầu chi, ra mồ hôi nhiều, rối loạn vận mạch, đau nhức và khó cử động ở khớp khi ngủ dậy. Giai đoạn này có thể dài hàng tuần, hàng tháng.

a. Biểu hiện ở tại khớp

- Giai đoạn bắt đầu:
 - + Vị trí ban đầu: 2/3 trường hợp bắt đầu bằng viêm một khớp, trong đó 1/3 bắt đầu bằng viêm một trong các khớp nhỏ ở bàn tay (cổ tay, bàn ngón, đốt ngón gần); 1/3 khớp gối và 1/3 các khớp còn lại.
 - + Tính chất: sưng đau rõ, ngón tay hình thoi, dấu hiệu cứng khớp buổi sáng thấy từ 10 - 20%. Bệnh diễn tiến kéo dài đến vài tuần, vài tháng rồi chuyển sang giai đoạn rõ rệt.
- Giai đoạn toàn phát:
 - + *Vị trí khớp viêm:* bàn tay 90%, cổ tay 90%, khớp đốt ngón gần 80%, bàn ngón 70%, khớp gối 90%, bàn chân 70%, cổ chân 70%, ngón chân 60%, khớp khuỷu 60%, các khớp khác (háng, cột sống, hàm, ức đòn) hiếm gặp và thường xuất hiện muộn.

- Tính chất viêm: đối xứng 95%, sưng đau và hạn chế vận động, ít nóng đỏ, có thể có nước ở khớp gối, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, đau tăng nhiều về đêm (gần sáng). Các ngón tay hình thoi nhất là các ngón 2, 3, 4.
- Diễn biến: các khớp viêm tiến triển tăng dần và nặng dần, phát hiện thêm các khớp khác. Các khớp viêm dần dẫn đến tình trạng dính và biến dạng, bàn ngón tay dính và biến dạng ở tư thế nửa co và lệch trục về phía trụ, khớp gối dính ở tư thế nửa co.

b. Triệu chứng toàn thân và ngoài khớp

Toàn thân: gầy sút, mệt mỏi, ăn kém, da xanh nhợt do thiếu máu, rối loạn thần kinh thực vật.

Ở da và mô dưới da: 20% trường hợp bệnh nhân có những “nốt thấp” ở da và mô dưới da. Đó là những hạt hay cục nổi lên khỏi mặt da, chắc, không đau, không di động và dính vào nền xương ở dưới, kích thước từ 5mm đến 20mm đường kính. Vị trí hay gặp nhất là trên xương trụ ở gần khớp khuỷu, hoặc trên xương chày ở gần khớp gối, hoặc lưng ngón tay; mặt sau da đầu; các nơi xương lồi dưới da, số lượng từ một đến vài hạt. Nốt thấp thường có cùng với giai đoạn bệnh tiến triển và có thể tồn tại hàng tuần, hàng tháng. Da khô, teo và xơ nhất là các chi. Gan bàn tay, bàn chân giãn mạch đỏ hồng. Rối loạn dinh dưỡng và vận mạch có thể gây loét vô khuẩn ở chân, phù một đoạn chi, nhất là chi dưới.

Cơ, gân và bao khớp: teo cơ rõ rệt ở vùng quanh khớp tổn thương; nhất là cơ liên cốt, cơ giun bàn tay, cơ ở đùi, cẳng chân. Teo cơ là hậu quả do không vận động.

Viêm gân: hay gặp viêm gân achille.

Bao khớp: có thể phình ra thành các kén hoạt dịch như ở vùng khoeo.

Nội tạng: rất hiếm gặp trên lâm sàng.

Tim: có thể có dấu chứng viêm màng ngoài tim.

Phổi: có thể có dấu chứng thâm nhiễm hay tràn dịch, xơ phế nang.

Hạch: hạch nổi to và đau ở mặt trong cánh tay.

Xương: mất vôi, gãy xương tự nhiên.

Thận: amyloid có thể xảy ra ở bệnh nhân bệnh đã tiến triển lâu ngày và có thể dẫn tới suy thận.

Thần kinh: có thể bị viêm đa dây thần kinh ngoại biên.

Mắt, chuyển hóa: viêm giác mạc, viêm móng mắt thể mi; thiếu máu nhược sắc.

2.4.2. Biểu hiện cận lâm sàng

a. Xét nghiệm chung

Công thức máu: hồng cầu giảm, nhược sắc, bạch cầu có thể tăng hoặc giảm.

Tốc độ lắng máu tăng.

Xét nghiệm định lượng haptoglobin, seromucoid và phản ứng C protein có thể dương tính.

b. Xét nghiệm miễn dịch

Nhằm phát hiện yếu tố dạng thấp ở trong huyết thanh (tự kháng thể) đó là một globulin miễn dịch IgM có khả năng ngưng kết với globulin IgG. Nhân tố thấp hoặc yếu tố dạng thấp là tên gọi chung của một nhóm globulin miễn dịch tìm thấy trong huyết thanh và trong dịch khớp bệnh nhân. Nhân tố thấp gồm: IgM anti IgG, IgG anti IgG, IgA anti IgG. IgM anti IgG có thể xác định bằng một trong 2 phương pháp sau:

- Waaler - Rose: dùng hồng cầu người hoặc cừu tiến hành phản ứng. Waller - Rose (+) khi ngưng kết ở hiệu giá $k \geq 1/16$
- Latex: dùng hạt nhựa. Latex (+) khi $\geq 1/32$.

Yếu tố dạng thấp thường thấy ở 70 - 80% trường hợp và thường xuất hiện muộn (sau khi mắc bệnh trên 6 tháng) và nó cũng xuất hiện trong một số bệnh tự miễn khác như: lupus đỏ hệ thống, xơ cứng bì toàn thể, hội chứng Sjogren, một số bệnh nhiễm trùng...

Ngoài phản ứng ngưng kết, yếu tố dạng thấp còn được phát hiện bằng các phương pháp đo độ đục Elisa và miễn dịch phóng xạ. Với phương pháp Elisa có thể phát hiện được các yếu tố dạng thấp IgM, IgA, IgG, và IgE nên nhạy hơn với phương pháp ngưng kết và đạt hiệu tới 98%.

c. Dịch khớp

- Lượng mucin giảm rõ rệt, dịch khớp lỏng, giảm độ nhớt, có màu vàng nhạt.
- Lượng tế bào tăng nhiều $\geq 20000\text{mm}^3$ nhất là đa nhân trung tính. Ngoài ra còn thấy xuất hiện những bạch cầu đa nhân trung tính mà trong bào tương có nhiều hạt nhỏ, đó là những tế bào đã thực bào những phức tạp kháng nguyên - kháng thể mà người ta gọi là những tế bào hình nho, khi tế bào hình nho chiếm trên 10% số tế bào dịch khớp thì có giá trị chẩn đoán viêm khớp dạng thấp.

Lượng bổ thể trong khớp giảm.

Phản ứng Waaler - Rose, Latex hoặc RF có độ (+) sớm hơn và cao hơn so với máu.

Có tế bào hình nho (ragocyte hay cell rheumatoid arthritis).

d. Fibrinogen trong máu thường cao, là biểu hiện gián tiếp của hiện tượng viêm nhiễm.

e. Điện di đạm: γ globulin và α_2 globulin tăng.

f. Sinh thiết

- Màng hoạt dịch: trong viêm khớp dạng thấp có 5 tổn thương
 - + Sự tăng sinh tế bào hình lông của màng hoạt dịch.
 - + Tăng sinh của lớp tế bào phủ hình lông, từ một lớp phát triển thành nhiều lớp.
 - + Xuất hiện những đám hoại tử giống như tơ huyết.
 - + Tăng sinh nhiều mạch máu tân tạo ở phần tổ chức đệm.
 - + Thâm nhập nhiều tế bào viêm quanh các mạch máu mà chủ yếu là lympho bào và plasmocyt.
- Sinh thiết hạch dưới da: ở giữa là một đám hoại tử dạng tơ huyết, xung quanh bao bọc bởi rất nhiều tế bào loại lympho bào và plasmocyt.

g. X quang khớp

Ở giai đoạn đầu chỉ thấy sưng mô mềm, xương mất vôi ở khoảng gần khớp. Ở giai đoạn sau có loét bờ xương, sụn khớp bị hủy, khoảng cách hai đầu xương hẹp lại, bờ xương nhám nhỏ, trục khớp bị lệch, khe khớp hẹp dần rồi dính khớp, không thấy tổn thương ở khớp đốt ngón xa.

2.4.3. Dự hậu và tiên lượng

Viêm khớp dạng thấp là bệnh mạn tính, tiến triển kéo dài bằng những đợt cấp tính, không tiên lượng được thời gian xảy ra các đợt cấp tính hoặc ngưng tiến triển. Các đợt ngưng tiến triển xảy ra ở giai đoạn đầu của bệnh nhiều hơn. Phần lớn bệnh nhân bị hạn chế cử động khớp nhưng vẫn có thể tự sinh hoạt, chỉ 10% trường hợp là tàn phế.

Có nhiều yếu tố giúp tiên lượng bệnh, tuy nhiên không chỉ căn cứ vào từng yếu tố riêng lẻ mà cần kết hợp nhiều yếu tố như:

- Tuổi già
- Tổn thương nhiều khớp
- Tổn thương trên X quang nặng và sớm.
- Có nốt thấp dưới da
- Yếu tố dạng thấp dương tính cao
- Có các biểu hiện ngoài khớp, đặc biệt là viêm mạch máu
- Yếu tố HLADR₄ dương tính

Tuổi thọ trung bình: trung bình bệnh nhân VKDT giảm thọ từ 3-7 năm, điều này có liên quan đến:

- Thời gian và mức độ bệnh.
- Tuổi và giới.
- Phương pháp điều trị và liều corticosteroid sử dụng.

2.5. Nguyên nhân bệnh sinh theo y học cổ truyền

2.5.1. Nguyên nhân sinh bệnh

a. Nhóm ngoại cảm, tức là do 3 thứ tà khí *phong, hàn, thấp* lẫn lộn dồn đến xâm nhập vào cơ thể. Các tà khí này gây rối loạn sự vận hành khí huyết, làm cho khí huyết bế tắc, lưu thông không điều hòa mà sinh bệnh. Các tà khí này lại bị tắc lưu lại ở kinh lạc, cơ nhục, cân mạch hoặc tạng phủ gây sưng, đau, nhức, tê buồn, nặng, mỏi ở một vùng cơ thể hay các khớp xương.

b. Nhóm ngoại cảm phối hợp với nội thương gây bệnh

Điều kiện để 3 khí tà *phong hàn thấp* gây bệnh được là cơ thể có vệ khí suy yếu, hoặc có sẵn khí huyết hư, hoặc tuổi già có can thận hư suy.

c. Nhóm do nội thương

Do bệnh lâu ngày làm khí huyết hư suy, hoặc do tiên thiên bất túc làm cho khí huyết bất túc, doanh vệ không điều hòa mà sinh bệnh.

Ngoài ra điều kiện thuận lợi để 3 tà khí xâm nhập gây bệnh cho cả 2 thể loại trên là sống và làm việc trong môi trường ẩm thấp, ngâm tắm thường xuyên dưới nước, ăn uống thiếu chất dinh dưỡng, làm việc mệt nhọc lại bị mưa rét thường xuyên....

2.5.2. Dự hậu và tiên lượng theo y học cổ truyền

Nguyên nhân gây ra các chứng nêu trên đều do ba tà khí *phong, hàn, thấp*. Trời có 6 thứ khí mà bệnh lý khớp xương đã bị ba thứ khí làm bệnh, tất nhiên là bệnh nan trị (vì *phong* thì đi nhanh, *hàn* thì vào sâu, mà *thấp* thì ướt đầm và ứ đọng).

Tà khí còn ở ngoài bì phu thì bệnh còn nhẹ, dễ phát tán thuộc phần dễ trị.

Tà khí đã thâm nhập vào nội tạng làm cho tạng khí suy kiệt thuộc phần bất trị.

Tà khí vào khoảng gân xương, không còn ngoài bì phu cũng chưa vào nội tạng thuộc phần khó trị.

Theo sách *Tổ vấn*, Nội kinh: chứng tý phạm thẳng vào tạng sẽ chết, nếu lưu niên ở gân xương thì lâu khỏi, nếu chỉ ở khoảng bì phu thì chóng khỏi.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo y học hiện đại

3.1.1. Chẩn đoán xác định

Dựa trên 7 tiêu chuẩn chẩn đoán ARA (Hội Thấp khớp học Mỹ) 1987:

1. Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
2. Sưng đau kéo dài trên 6 tuần, tối thiểu 3 vị trí trong số 14 khớp (2 bên): khớp ngón tay gần, bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân.
3. Sưng đau một trong ba vị trí: khớp bàn ngón tay gần, khớp bàn ngón và khớp cổ tay.
4. Sưng khớp đối xứng.
5. Có hạt dưới da.
6. Phản ứng tìm yếu tố thấp dương tính.
7. Hình ảnh X quang điển hình.

Chẩn đoán xác định khi có từ 4 tiêu chuẩn trở lên (4/7). Từ tiêu chuẩn 1 đến tiêu chuẩn 4 thời gian tối thiểu phải kéo dài trên 6 tuần.

Riêng ở nước ta qua nghiên cứu ở Bệnh viện Bạch Mai, Quân Y viện 108 và một tỉnh phía Bắc, các tác giả rút ra đặc điểm của bệnh viêm khớp dạng thấp ở nước ta như sau:

- Bệnh viêm khớp dạng thấp chiếm 20% các bệnh khớp và 5% các bệnh nội khoa nói chung trong môi trường bệnh viện. Bệnh gặp ở nữ với tỷ lệ 80 - 87%. Tuổi thường gặp là 30 - 60.
- Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng gặp ở 80 - 82% bệnh nhân. Tính chất đối xứng rất thường gặp với tỷ lệ 90 - 100%.
- Các khớp bị ảnh hưởng là: khớp cổ tay 80%, khớp bàn ngón tay 76%, khớp cổ chân 63%, các khớp vai và háng thường ít gặp hoặc nếu có chỉ ở giai đoạn sau.
- Thay đổi dịch khớp cũng giống như tài liệu nước ngoài.
- Nốt thấp chỉ gặp trên vài bệnh nhân, tỷ lệ 4,6% trong khi thế giới tỷ lệ này là 20 - 25%.

Do vậy, về chẩn đoán, có tiêu chuẩn Việt Nam 1984 được phổ biến và sử dụng ở các bệnh viện phía Bắc trên 10 năm nay gồm 6 tiêu chuẩn:

- + Sưng đau kéo dài trên 2 tháng từ 1 khớp trở lên cho các vị trí sau: cổ tay, bàn ngón tay, khớp liên đốt gần (2 điểm).
- + Sưng đau kéo dài trên 2 tháng từ một khớp trở lên cho các vị trí sau: gối, cổ chân, khuỷu tay (1 điểm).

- + Sưng đau có tính chất đối xứng (1 điểm).
- + Cứng khớp buổi sáng (1 điểm).
- + Phản ứng tìm yếu tố dạng thấp dương tính (1 điểm).
- + Hình ảnh X quang thấy diễn hình tổn thương ở bàn tay (bào mòn, hốc, hẹp khe khớp) (1 điểm).

Tổng cộng 7 điểm. Chẩn đoán xác định khi có ≥ 4 điểm.

Đến năm 1995, dựa trên thực tế ở Việt Nam có thể sử dụng ở những nơi không có các điều kiện làm xét nghiệm hoặc chụp X quang.

Tiêu chuẩn chẩn đoán gồm: 1 tiêu chuẩn chính và 3 tiêu chuẩn phụ

- + Tiêu chuẩn chính (bắt buộc, không thể thiếu): sưng đau kéo dài trên 6 tuần từ 4 khớp trở lên trong đó bắt buộc có một trong 3 khớp ở tay có tính chất đối xứng (khớp cổ tay, khớp bàn ngón tay, khớp ngón gần bàn tay 2 bên).
- + Tiêu chuẩn phụ (có thể thiếu hoặc thay thế cho nhau):
 - Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.
 - Phản ứng Waater - Rose hay Latex dương tính.
 - Dấu hiệu X quang các khớp ở bàn tay có tổn thương từ giai đoạn III trở lên.

Chẩn đoán xác định khi có một tiêu chuẩn chính và một trong 3 tiêu chuẩn phụ. Tuy nhiên tiêu chuẩn này cần sự kiểm định của thực tế.

3.1.2. Chẩn đoán phân biệt

a. Hội chứng REITER

Thường gặp ở nam: bệnh nhân có viêm kết mạc, viêm đa khớp kinh niên (khớp háng, khớp gối, khớp bàn đốt, liên đốt gần...); tiểu tiện ra mủ, tổn thương da niêm.

b. Viêm đa khớp trong bệnh Lupus

- Ban đỏ cánh bướm, ban dạng đĩa.
- Tìm thấy tế bào LE.
- Kháng thể kháng nhân dương tính với hiệu giá cao.
- Theo dõi lâu ngày thấy có biến chứng nhiều nội tạng.

c. Thoái hóa khớp

- Giai đoạn không ổn định, có sưng, đau.
- Gặp ở người lớn tuổi, người lao động nặng tay chân lâu ngày.

- Thường xảy ra ở khớp chịu lực nhiều. Không tiến triển, không cứng khớp buổi sáng (nếu có chỉ xảy ra vài phút).
- X quang có hiện tượng đậm đặc xương và mòn xương.
- Dịch khớp: ít tế bào, độ nhớt tăng.

d. Viêm cột sống dính khớp

Khoảng 90% gặp ở nam dưới 30 tuổi, thường xảy ra ở cột sống, ở háng, vai, đầu gối, không có nốt thấp dưới da.

e. Viêm khớp xảy ra dưới dạng cấp tính

Cần phân biệt với thấp khớp cấp, viêm khớp lớn ngoại biên, di chuyển, không để lại di chứng (thoảng qua ở khớp). Thường xảy ra ở khoảng 7-15 tuổi, hiếm gặp trên 30 tuổi.

Thường biến chứng ở tim, bệnh van tim.

3.1.3. Dự hậu và tiên lượng

Viêm khớp dạng thấp là bệnh mạn tính, tiến triển kéo dài bằng những đợt cấp tính, không tiên lượng được thời gian xảy ra các đợt cấp tính hoặc ngừng tiến triển. Các đợt ngừng tiến triển xảy ra ở giai đoạn đầu nhiều hơn. Phần lớn bệnh nhân bị hạn chế cử động khớp nhưng vẫn có thể cử động chút ít được trong sinh hoạt. Chỉ 10% trường hợp là bị tàn phế.

Các yếu tố tiên lượng xấu, không có yếu tố riêng lẻ nào có thể tiên lượng được bệnh mà cần kết hợp nhiều yếu tố như:

- Tuổi già, giới nữ.
- Tổn thương nhiều khớp.
- Tổn thương X quang nặng và sớm.
- Nốt thấp.
- Yếu tố dạng thấp dương tính cao.
- Yếu tố HLADR₄ dương tính.
- Các biểu ngoài khớp đặc biệt là viêm mạch máu.

Tuổi thọ trung bình: trung bình bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giảm thọ từ 3 đến 7 năm. Điều này có liên quan đến thời gian và mức độ bệnh, tuổi và giới, phương pháp điều trị và liều corticosteroid sử dụng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị theo y học hiện đại

Mục đích của việc điều trị là nhằm duy trì khả năng hoạt động của bệnh nhân: giảm đau, duy trì chức năng khớp, ngăn cản biến dạng khớp.

4.1.1. Các mục tiêu điều trị bệnh VKDT

Điều trị triệu chứng: các thuốc kháng viêm và giảm đau.

Điều trị cơ bản: các thuốc chống thấp khớp có thể cải thiện được bệnh DMARDs.

Chỉnh hình, dự phòng, phẫu thuật, phục hồi chức năng.

Điều trị các biến chứng do thuốc điều trị (biến chứng tiêu hóa, loãng xương, nhiễm trùng).

Giải quyết các vấn đề xã hội, kinh tế cho bệnh nhân.

4.1.2. Các biện pháp áp dụng trong điều trị

a. Điều trị hỗ trợ

Giáo dục cho người bệnh và những người xung quanh hiểu về bệnh, cách tiến triển, cách dự phòng và cách sử dụng thuốc được coi là rất quan trọng quyết định sự thành công hay thất bại của việc điều trị.

Cần cho bệnh nhân ăn uống điều độ và nghỉ ngơi từng giai đoạn ngắn liên quan tới các giai đoạn phát triển cấp tính.

Tập luyện vật lý trị liệu, phục hồi chức năng ... là các biện pháp không thể thiếu trong mọi chiến lược điều trị kể cả trước đây, hiện nay và sau này. Tập luyện ngay từ giai đoạn đầu của bệnh.

Phẫu thuật chỉnh hình để sửa chữa các thương tổn không thể phục hồi của bệnh.

Giải quyết các vấn đề tâm lý, tình cảm xã hội cho người bệnh.

b. Các loại điều trị

- Điều trị triệu chứng: salicylat và các thuốc kháng viêm không phải là steroids (NSAIDs). Các dược phẩm được sản xuất ngày càng nhiều với mong muốn có tác dụng kháng viêm cao nhất mà ít tác dụng phụ nhất, nhưng vẫn chưa có loại thuốc nào thật sự an toàn và nhóm này chỉ có tác dụng điều trị triệu chứng chứ đơn thuần chứ không thay đổi được diễn tiến tự nhiên của bệnh viêm khớp dạng thấp.

Các glucocorticoid: được coi như thần dược kể từ khi được tổng hợp 1948. Nhưng sau hơn 30 năm sử dụng, từ đầu những năm 80 người ta đã nhận định được rằng tác dụng của glucocorticoid đối với bệnh viêm khớp dạng thấp cũng chỉ là điều trị triệu chứng đơn thuần. Nếu có cũng chỉ làm thay đổi rất ít diễn tiến tự nhiên của bệnh. Chỉ định của thuốc là làm chiếc “cầu nối” trong lúc chờ đợi các thuốc điều trị cơ bản có tác dụng.

- Điều trị cơ bản

- + Muối vàng.
- + Thuốc chống sốt rét.

Hai nhóm thuốc này lúc chọn lựa để sử dụng điều trị viêm khớp dạng thấp theo quan điểm hoàn toàn khác với quan niệm về nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh hiện nay, nhưng vì tính an toàn dễ sử dụng lại có hiệu quả cho những thể nhẹ nên vẫn được sử dụng rộng rãi trong điều trị viêm khớp dạng thấp ở giai đoạn ổn định và đặc biệt phối hợp với các thuốc khác trong nhóm.

Sulfasalazin: sản xuất năm 1942, hiện nay đang là loại thuốc được chọn lựa đầu tiên để điều trị cơ bản bệnh viêm khớp dạng thấp. Thuốc rất được ưa chuộng ở Anh.

D. penicillamin: có quá nhiều tác dụng phụ nên chỉ được chỉ định trong các trường hợp có tiên lượng nặng như có nốt thấp, viêm động mạch, yếu tố dạng thấp dương tính cao.

Các thuốc điều hòa miễn dịch: có tác dụng đáp ứng ức chế miễn dịch cả thể dịch và trung gian tế bào của cơ thể. Từ đầu thập niên 80, các thuốc này được coi là các thuốc trong nhóm chống thấp khớp có thể cải thiện được bệnh (DMARDs) và chiếm một vai trò quan trọng trong điều trị cơ bản của bệnh, đặc biệt là nên sử dụng sớm để ngăn chặn tổn thương hủy hoại xương và sụn của bệnh viêm khớp dạng thấp như methotrexat, azathioprin, cyclosporin A.

4.1.3. Nguyên tắc chọn lựa điều trị viêm khớp dạng thấp hiện nay

Sử dụng ngay từ đầu những thuốc có thể ngăn chặn được sự hủy hoại xương và sụn có thể thay đổi được diễn tiến của bệnh: dùng các thuốc chống thấp khớp có thể cải thiện được bệnh.

Điều trị triệu chứng đồng thời với điều trị cơ bản và giảm dần thuốc điều trị triệu chứng khi thuốc điều trị cơ bản có hiệu quả.

Các thuốc điều trị cơ bản có thể sử dụng lâu dài nếu không có tác dụng phụ. Ngoài ra ngay từ đầu có thể áp dụng các biện pháp điều trị hỗ trợ song song.

4.1.4. Hướng điều trị trong tương lai

Ngoài các biện pháp điều trị hỗ trợ tiếp tục được nghiên cứu, các điều trị tương lai sẽ tập trung vào:

- Can thiệp trực tiếp vào các lympho T bằng cách dùng vaccin đối với thụ thể của lympho T.
- Can thiệp vào các kháng thể đơn dòng.
- Cải tạo môi trường sống.
- Can thiệp vào gen (ADN) tức là cải thiện cơ địa người bệnh và loại trừ nguyên nhân gây bệnh.

4.2. Điều trị theo y học cổ truyền

4.2.1. Viêm khớp dạng thấp có đợt tiến triển cấp tính (tương ứng với thể nhiệt tý của YHCT)

- *Pháp trị*: thanh nhiệt khu phong, hóa thấp.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Bạch hổ quế chi thang gia vị (gồm: thạch cao 40g, quế chi 6g, tri mẫu 12g, hoàng bá 12g, thương truật 8g, kim ngân 20g, tang chi 12g, phòng kỷ 12g, ngạnh mễ 12g, cam thảo 8g).

Phân tích bài thuốc

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Thạch cao	Thanh dương minh kinh nhiệt, trừ nhiệt thịnh, phiền táo.	Quân
Quế chi	Ôn kinh thông mạch	Thần
Tri mẫu	Thanh nhiệt lương huyết, nhuận táo	Thần
Hoàng bá	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Thương truật	Ôn trung hóa đàm	Tá
Kim ngân	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Tang chi	Trừ phong thấp, thông kinh lạc	Tá
Phòng kỷ	Trừ phong, hành thủy, tả thấp nhiệt	Tá
Ngạnh mễ	Ôn trung hòa vị	Tá
Cam thảo	Giải độc, điều hòa các vị thuốc	Sứ

Nếu có nốt thấp hoặc sưng đỏ nhiều: gia thêm đan bì (12g), xích thược (8g), sinh địa (20g).

Bạch hổ thang vốn là bài thuốc thanh nhiệt ở khí phân, nhiệt tà thịnh ở kinh dương minh. Dương minh thuộc vị, quan hệ với tý chủ cơ nhục bên ngoài nên có biểu hiện: sốt, phiền táo, khát, mồ hôi ra nhiều, các khớp xương cơ nhục sưng nóng đỏ, mạch phù hoạt nên dùng bài thuốc này là lúc bệnh đại nhiệt, lấy mạch hồng sắc hoặc phù hoạt; còn nếu có kèm theo sợ lạnh, không có mồ hôi hoặc sốt mà không khát; hoặc ra mồ hôi mà sắc mặt trắng bệch, hoặc mạch tuy hồng đại mà ấn sâu thấy hư thì không dùng bài thuốc này, hoặc nếu dùng phải gia thêm các thuốc dưỡng âm.

- + Bài Quế chi thược dược tri mẫu thang (gồm: quế chi 8g, ma hoàng 8g, bạch thược 12g, phòng phong 12g, tri mẫu 12g, kim ngân 16g, bạch truật 12g, liên kiều 12g, cam thảo 6g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch, giải biểu	Quân
Bạch thược	Liễm âm, dưỡng huyết	Thần
Tri mẫu	Thanh nhiệt, chỉ khát, nhuận táo	Tá
Bạch truật	Kiến vị, hòa trung, táo thấp	Tá
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu	Quân
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Tá
Kim ngân hoa	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Liên kiều	Thanh nhiệt, giải độc	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Nếu các khớp sưng đau kéo dài, sốt nhẹ, nhiều mồ hôi, miệng khô lưỡi đỏ, mạch tế sác. Đó là thấp nhiệt thương âm thì phương pháp chính là bổ âm thanh nhiệt mà phụ là khu phong trừ thấp. Vẫn dùng các bài thuốc nêu trên, bỏ quế chi, gia thêm các vị thuốc dưỡng âm thanh nhiệt như sinh địa, huyền sâm, địa cốt bì, sa sâm, miết giáp, thạch học...

- + Dùng thuốc đắp bó ngoài khớp sưng: ngải cứu, dây đau xương, lưỡi hổ, giã nát, sao lên với dấm đắp hoặc bó ngoài khớp sưng.

Hoặc ngải cứu, râu mèo, gừng: giã nát sao với rượu đắp lên khớp sưng.

– Châm cứu:

- + Châm các huyết quanh hoặc lân cận khớp sưng đau.
- + Toàn thân: châm hợp cốc, phong môn, huyết hải, túc tam lý, đại chùy.

4.2.2. Viêm khớp dạng thấp đợt mạn tính

Các khớp còn sưng đau nhưng hết đỏ, hết sốt, dính khớp, cứng khớp hoặc biến dạng, teo cơ.

- *Phép trị*: khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, tán hàn.
- Bài Độc hoạt tang ký sinh thang (gồm: độc hoạt 12g, ngưu tất 12g, phòng phong 12g, đỗ trọng 12g, tang ký sinh 12g, quế chi 8g, tế tân 8g, thực địa 12g, tần giao 8g, bạch thược 12g, đương quy 8g, cam thảo 6g, đẳng sâm 12g, phục linh 12g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Độc hoạt	Khử phong thấp, giải biểu, tán hàn	Quân
Tế tân	Tán phong hàn, hành khí, khai khiếu	Quân
Thục địa	Bổ huyết, bổ thận	Thần
Đương quy	Dưỡng huyết, hoạt huyết	Thần
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết, trừ phong, chỉ thống	Thần
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Tá
Tang ký sinh	Thanh nhiệt lương huyết, trừ thấp	Tá
Ngưu tất	Thanh nhiệt, trừ thấp	Tá
Tần giao	Trừ phong thấp, thư cân hoạt lạc	Tá
Bạch thược	Dưỡng huyết, chỉ thống	Tá
Đỗ trọng	Bổ can thận, mạnh gân cốt	Tá
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Tá
Phụ tử	Ôn kinh, trừ phong thấp	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

- Châm cứu:
 - + Tại chỗ, châm các huyết quanh hoặc lân cận khớp sưng đau.
 - + Toàn thân: hợp cốc, phong môn, túc tam lý, huyết hải, đại chùy.
- Xoa bóp, vận động:
 - + Tại các khớp bằng các thủ thuật, ấn, day, lăn, véo các khớp và cơ quan khớp.
 - + Vận động: vừa xoa bóp vừa tập vận động khớp theo các tư thế cơ năng, từng bước, động viên bệnh nhân chịu đựng và tập vận động tăng dần.

4.2.3. Viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm

Chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán viêm khớp dạng thấp: viêm khớp chưa quá 6 tháng; khớp có viêm, có sưng, có đau nhức nhưng không nóng đỏ.

Trên lâm sàng, nếu triệu chứng bệnh lý khớp thiên về phong, hàn hay thấp mà có cách dùng thuốc khác nhau.

a. Thể phong tý

Đau nhiều khớp, đau di chuyển từ khớp này sang khớp khác, sợ gió, rêu lưỡi trắng, mạch phù

- *Phép trị*: khu phong là chính, tán hàn trừ thấp là phụ; kèm hành khí, hoạt huyết.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Phòng phong thang gia giảm (gồm: phòng phong 12g, bạch thược 12g,羌活 12g, 独活 12g, 当归 12g, 天麻 8g, 羌活 8g, 独活 6g, 桂枝 8g, 麻黄 8g, 茯苓 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Quân
Đương quy	Bổ huyết, dưỡng huyết	Thần
Xích linh	Hành thủy, lợi thấp nhiệt	Quân
Hạnh nhân	Nhuận tràng, thông tiện, ôn phế	Tá
Tần giao	Trừ phong thấp, thư cân, hoạt lạc	Tá
Hoàng cầm	Thanh nhiệt giải độc	Tá
Cát căn	Giải biểu, sinh tân dịch	Tá
Khương hoạt	Phát biểu, tán phong, trục thấp	Quân
Quế chi	Ôn kinh thông mạch	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Có người không dùng khương hoạt mà lại dùng độc hoạt và ma hoàng.

- + Bài Quyên tý thang (gồm: khương hoạt 20g, phòng phong 16g, khương hoàng 12g, 独活 10g, 当归 16g, 羌活 16g, 独活 16g, 独活 16g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Phát biểu, tán phong, trục thấp	Quân
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Quân
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu	Tá
Đương quy	Hoạt huyết, hòa danh	Thần
Khương hoàng	Ôn trung tán hàn	Sứ
Chích thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Xích thược	Liễm âm, dưỡng huyết, hoạt huyết	Tá

Khương hoạt để khu phong thấp ở trên, phòng phong để khu phong; khương hoàng để phá khí ứ thông kinh lạc phong tý, đau vai tay; đương quy,

xích thuộc để dưỡng huyết, hoạt huyết, thông kinh lạc; hoàng kỳ cố vệ; cam thảo để điều hòa các vị thuốc. Hợp lại có tác dụng ích khí hòa doanh, khu phong thấp thấp, thông kinh hoạt lạc.

– **Châm cứu:**

- + Tại chỗ, châm các huyết tại khớp sưng hoặc tại huyết lân cận.
- + Toàn thân: hợp cốc, phong môn, phong trì, huyết hải, túc tam lý, cách du.

b. Thể hàn tý

Đau dữ dội ở một khớp cố định, không lan, trời lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau, tay chân lạnh, sợ lạnh rêu trắng, mạch huyền khẩn hoặc nhu hoãn.

- **Phép trị:** tán hàn là chính, khu phong trừ thấp là phụ, hành khí hoạt huyết.
- Bài thuốc gồm quế chi 8g, ý dĩ 12g, can khương 8g, phụ tử chế 8g, xuyên khung 8g, thiên niên kiện 8g, ngưu tất 8g, uy linh tiên 8g.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Quân
Can khương	Ôn trung, tán hàn	Quân
Phụ tử chế	Ôn thận hỏa, khử hàn thấp, giảm đau	Thần, sứ
Thiên niên kiện	Trừ phong thấp, mạnh gân xương	Thần
Uy linh tiên	Khử phong thấp, thông kinh lạc, giảm đau	Tá
Ý dĩ	Lợi thủy, thanh nhiệt, kiện tỳ	Tá
Thương truật	Ôn trung, hóa đàm	Tá
Xuyên khung	Hoạt huyết, chỉ thống	Tá
Ngưu tất	Bổ can, ích thận	Tá

Châm cứu: cứu quan nguyên, khí tải, túc tam lý, tam âm giao.

Châm bổ hoặc ôn châm các huyết tại chỗ và lân cận khớp đau.

c. Thể thấp tý

Các khớp nhức mỏi, đau một chỗ cố định, tê bì, đau các cơ có tính cách trì nặng xuống, co rút lại, vận động khó khăn, miệng nhạt, rêu lưỡi trắng dính, mạch nhu hoãn.

- **Phép trị:** trừ thấp là chính, khu phong tán hàn là phụ, hành khí hoạt huyết.
- Bài Ý dĩ nhân thang gia giảm (gồm: ý dĩ 16g, thương truật 12g, ma hoàng 8g, ô dược 8g, quế chi 8g, hoàng kỳ 12g, khương hoạt 8g, cam thảo 6g, độc hoạt 8g, đẳng sâm 12g, phòng phong 8g, xuyên khung 8g, ngưu tất 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Ý dĩ	Lợi thủy, thanh nhiệt, kiện kỳ	Quân
Ô dược	Thuận khí, ấm trung tiêu	Quân
Thương truật	Ôn trung, hóa đàm	Tá
Hoàng kỳ	Bổ khí, cố biểu, tiêu độc	Thần
Ma hoàng	Phát hãn, giải biểu	Thần
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Thần
Đảng sâm	Bổ tỳ, kiện vị, ích khí	Tá
Khương hoạt	Phát biểu, tán phong, trừ thấp	Tá
Xuyên khung	Hành khí hoạt huyết, trừ phong, chỉ thống	Tá
Độc hoạt	Trừ phong thấp, chỉ thống, giải biểu	Tá
Phòng phong	Phát biểu, trừ phong thấp	Tá
Ngưu tất	Bổ can, ích thận, cường gân, tráng cốt	Tá

– Châm cứu:

- + Tại chỗ, châm các huyết quanh khớp sưng đau và lân cận.
- + Toàn thân: túc tam lý, tam âm giao, tỳ du, thái khê, huyết hải.

d. Điều trị duy trì để phòng viêm khớp dạng thấp tái phát

Bệnh do các yếu tố phong, hàn thấp nhân lúc vệ khí hư mà xâm nhập, trong cơ thể lại có sẵn âm hư mà gây bệnh. Khi bệnh đã phát ra, tình trạng âm hư huyết nhiệt càng nhiều, can thận hư, không nuôi dưỡng cân xương được tốt là điều kiện để phong hàn thấp xâm nhập mà gây tái phát bệnh. Do vậy, khi bệnh tạm ổn, nên tiếp tục dùng pháp bổ can thận, lương huyết, khu phong trừ thấp.

– Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia phụ tử chế (*xem viêm khớp dạng thấp đợt mạn*)

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	12g
Phòng phong	12g	Đỗ trọng	12g
Tang ký sinh	12g	Quế chi	8g
Tế tân	8g	Thục địa	12g
Tần giao	8g	Bạch thược	12g
Đương quy	8g	Cam thảo	6g
Đảng sâm	12g	Phụ tử chế	6g
Phục linh	12g		

- Phụ phương: bài Tam tý thang là bài Độc hoạt tang ký sinh thang bỏ vị tang ký sinh, gia hoàng kỳ, tục đoạn và gừng tươi, dùng để chữa viêm khớp dạng thấp biến chứng cứng khớp, chân tay co quắp.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Lứa tuổi và giới nào có tỷ lệ viêm khớp dạng thấp cao nhất
 - A. Trung niên, cả nam và nữ
 - B. Trung niên, ở nữ
 - C. Từ 30 đến 60 tuổi, ở nữ
 - D. Trên 15 tuổi trở lên và ở nữ
 - E. Lứa tuổi mãn kinh, ở nữ
2. Yếu tố nào là cơ bản và có tính quyết định gây ra viêm đa khớp dạng thấp
 - A. Yếu tố stress và môi trường, khí hậu sống và làm việc
 - B. Dị ứng nguyên từ ngoài vào hoặc nội sinh
 - C. Sau nhiễm khuẩn hoặc virus và tập quán cùng môi trường sống
 - D. Yếu tố tự miễn của kháng nguyên kháng thể
 - E. Yếu tố cơ địa và di truyền
3. Tổn thương cơ bản của VKDT
 - A. Sưng khớp do viêm ở màng hoạt dịch khớp
 - B. Hiện tượng viêm gây giãn mạch và phù nề màng hoạt dịch
 - C. Viêm và xơ là 2 tổn thương chính
 - D. Viêm không đặc hiệu của màng hoạt dịch khớp
 - E. Màng hoạt dịch phù nề, sung huyết
4. Các vị trí khớp xương nào có tỷ lệ viêm cao nhất trong VKDT
 - A. 90% ở khớp khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần
 - B. 90% ở khớp gối, bàn tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần
 - C. 90% ở khớp gối, gót, cổ tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần
 - D. 90% ở gối, khuỷu, bàn tay, cổ tay đốt gần, cổ chân và bàn chân

- E. 90% ở khớp khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay, đốt ngón gần, bàn chân và cổ chân
5. Xét nghiệm CLS nào đặc hiệu nhất trong chẩn đoán VKDT và chỉ xuất hiện dương tính ở thời gian nào của bệnh
- A. Waaler - Rose và Latex ngay từ khi xuất hiện bệnh
 - B. Waaler - Rose và Latex và VS ngay giai đoạn đầu của bệnh
 - C. Waaler - Rose và Latex, sau 2 tháng mắc bệnh
 - D. Đo độ đục Elisa và miễn dịch phóng xạ sau 6 tháng mắc bệnh
 - E. Waaler - Rose và Latex, Fibrinogen, điện di đạm sau 6 tháng mắc bệnh
6. Đặc điểm nào sau đây giúp chúng ta tiên lượng được bệnh nặng hay nhẹ do VKDT
- A. Tuổi già, giới nữ, tổn thương nhiều khớp, tổn thương X quang nặng và sớm, có nốt thấp, yếu tố dạng thấp dương tính cao, có biến chứng ngoài khớp
 - B. Tuổi trên 15, giới nữ, tổn thương nhiều khớp; dấu X quang điển hình và VKDT xuất hiện sớm, có nốt thấp, yếu tố dạng thấp dương tính cao, có biến chứng viêm mạch máu
 - C. Tuổi trung niên, giới nữ, tổn thương nhiều khớp, tổn thương X quang nặng và sớm, có nốt thấp, yếu tố dạng thấp dương tính cao, có biến chứng ngoài khớp
 - D. Mọi lứa tuổi, ở nữ, với mô tả tổn thương như câu A
 - E. Mọi lứa tuổi, với mô tả tổn thương như câu B
7. Các biện pháp điều trị nào sau đây nên được áp dụng cho bệnh nhân VKDT hiệu quả
- A. Giáo dục sức khỏe, ăn uống và nghỉ ngơi đúng, tập luyện ngay từ giai đoạn đầu của bệnh và phục hồi chức năng khớp; phẫu thuật chỉnh hình xương (nếu cần); dùng thuốc cơ bản và đặc hiệu là chính, điều trị triệu chứng là phụ
 - B. Giáo dục sức khỏe, ăn uống đúng, vật lý trị liệu phục hồi chức năng, phẫu thuật chỉnh hình xương, can thiệp vào gen, cải tạo môi trường sống và điều trị triệu chứng
 - C. Giáo dục sức khỏe, ăn uống và nghỉ ngơi đúng, vật lý trị liệu phục hồi chức năng khớp, dùng thuốc cơ bản và đặc hiệu và thuốc điều trị triệu chứng
 - D. Giáo dục sức khỏe, ăn uống đầy đủ chất, vật lý trị liệu, dùng thuốc điều trị triệu chứng và đặc hiệu là chính, điều trị triệu chứng là phụ

- E. Cần chọn A và B mới toàn diện
8. Nguyên tắc dùng thuốc trong điều trị chứng tý là
- A. Ôn thông kinh mạch, hành khí hoạt huyết
 - B. Luôn phải đồng thời khu phong, tán hàn, trừ thấp và xem biểu hiện khí nào nặng hơn mà gia giảm theo thiên thắng
 - C. Phải phối hợp: khu phong, tán hàn, trừ thấp, thanh nhiệt và bổ hư
 - D. Ôn thông kinh lạc, khu phong thấp, hành khí hoạt huyết
 - E. Cả A và B mới đủ
9. Trong nguyên tắc điều trị chứng tý theo YHCT ngoài châm cứu, dùng thuốc còn phải chú ý điều gì sau đây
- A. Chế độ ăn ở cần kiêng chất chua, chất mặn, chất tanh và chất béo mỡ tùy thuộc vào thể bệnh
 - B. Tuyệt đối không được uống rượu vì rượu thuộc dương, trợ hỏa thiêu đốt chất âm
 - C. Không nên dùng thuốc bổ ngay ở giai đoạn bệnh mới phát vì sẽ làm cho khí huyết trệ, làm tà khí cất lại thành bệnh khó trị
 - D. Câu A và B đúng
 - E. Cả 3 câu A, B, C đều đúng
10. Bài thuốc gồm phòng phong, đương quy, hoàng cầm, xích lịch, hạnh nhân, tần giao, cát căn, khương hoạt, quế chi, cam thảo dùng chỉ định điều trị
- A. Phong tý
 - B. Hàn tý
 - C. Thấp tý
 - D. Nhiệt tý
 - E. Phong tý và thấp tý
11. Bài thuốc Bạch hổ quế chi thang gia vị (gồm: thạch cao, tri mẫu, thương truật, tang chi, ngạnh mễ, quế chi, hoàng bá, kim ngân, phòng kỷ), dùng chỉ định điều trị thể
- A. Phong tý hay lịch tiết phong
 - B. Thấp tý hay tích bối thống
 - C. Nhiệt tý hay lịch tiết phong, hạc tất phong
 - D. Phong thấp nhiệt tý
 - E. Phong thấp hàn tý

THOÁI HÓA KHỚP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa và đặc điểm dịch tễ học của thoái hoá khớp.*
2. *Trình bày được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh thoái hoá khớp theo YHCT & YHHĐ.*
3. *Trình bày được những nguyên tắc điều trị thoái hoá khớp theo YHCT & YHHĐ.*
4. *Trình bày được phương pháp điều trị thoái hoá khớp theo YHCT.*
5. *Giải thích được cơ sở lý luận của việc điều trị thoái hoá khớp xương theo YHCT.*

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thoái hóa khớp (THK) là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính, gây đau và biến dạng khớp. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm ở cột sống, gắn liền với những thay đổi sinh học - cơ học giải phẫu và bệnh lý ở phần khoang khớp (gồm xương dưới sụn và màng hoạt dịch và khoang giữa các thân đốt sống).

Người ta thường coi thoái hóa khớp là bệnh lý do hậu quả của quá trình tích tuổi và sự chịu lực tác động thường xuyên lên khớp. Thoái hóa khớp gây đau và biến đổi cấu trúc khớp dẫn đến tàn phế làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và còn là gánh nặng cho kinh tế gia đình và toàn bộ xã hội. Thoái hóa khớp nếu được chẩn đoán sớm và điều trị sớm có thể làm chậm phát triển của bệnh, giảm triệu chứng đau đớn, giúp duy trì cuộc sống hoạt động.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Thoái hóa khớp (THK) là bệnh mạn tính thường gặp nhất ở người trung niên và người có tuổi, xảy ra ở mọi chủng tộc, mọi thành phần của xã hội, ở tất cả các nước và phụ nữ nhiều hơn nam giới.

Thống kê của WHO cho thấy có 0,3 - 0,5% dân số bị bệnh lý về khớp thì trong đó có 20% bị thoái hóa khớp. Ở Mỹ: 80% trên 55 tuổi bị thoái hóa khớp. Ở Pháp: thoái hóa khớp chiếm 28% số bệnh về xương khớp.

Ở Việt Nam: thoái hóa khớp chiếm 10,41% các bệnh về xương khớp.

– Có sự liên quan chặt chẽ giữa thoái hóa khớp và tuổi tác:

- + 15 - 44 tuổi: 5% người bị thoái hóa khớp.
- + 45 - 64 tuổi: 25 - 30% người bị thoái hóa khớp.
- + Trên 65 tuổi: 60 - 90% người bị thoái hóa khớp.

– Và các vị trí thường bị thoái hóa:

- + Cột sống thắt lưng: 31,12%
- + Cột sống cổ: 13,96%
- + Nhiều đoạn cột sống: 7,07%
- + Gối: 12,57%
- + Háng: 8,23%
- + Các ngón tay: 3,13%
- + Riêng ngón tay cái: 2,52%
- + Các khớp khác: 1,97%

Thoái hóa khớp là bệnh lý chủ yếu của sụn khớp và đĩa đệm cột sống, nhưng ảnh hưởng đến toàn bộ thành phần cấu tạo khớp như xương dưới sụn, bao hoạt dịch, bao khớp... bệnh thường xảy ra ở các khớp chịu lực nhiều như: cột sống thắt lưng - cổ, gối, gót....

1.3. Quan niệm của y học cổ truyền

Về biểu hiện bệnh lý của thoái hóa khớp có biểu hiện nói chung là đau cố định tại khớp, tăng khi vận động, khi thay đổi thời tiết, tê, mỏi, nặng một vùng cơ thể tương ứng, tùy thuộc vào vị trí khớp bị thoái hóa, các triệu chứng này được YHCT mô tả:

- Vùng cổ vai có chứng: kiên bối thống.
- Vùng lưng: toàn bộ lưng là có chứng tích thống, bối thống; chỉ thắt lưng là có chứng yêu thống.
- Vùng tay chân nói chung có chứng: thủ túc kiên thống.
- Khớp gối có chứng: hạc tất phong.

- Vùng bàn chân gồm cổ chân và gót chân có chứng túc ngân thống.
- Các khớp khác có chứng tý và lịch tiết phong.

1.3.1. Chứng tý

Theo chức năng tạng phủ: can chủ cân, thận chủ cốt trong điều kiện cơ thể suy yếu không nuôi dưỡng được cân mạch - cốt tủy, đồng thời làm cho vệ khí hư yếu, các tà khí nhân cơ hội đó xâm nhập gây bệnh với các biểu hiện tại chỗ như đau mỗi các khớp, tê nặng tức ở xương khớp; mỗi khi thay đổi thời tiết hay mưa lạnh ẩm thấp, vận động thì đau nhiều hơn, nghỉ ngơi thấy đỡ.

1.3.2. Chứng tích, bối thống

Vùng sống lưng là nơi đi qua của mạch đốc và kinh túc thái dương.

- Kinh túc thái dương phân bố ở phần nông vùng lưng, các triệu chứng biểu hiện ở phần này được gọi là bối.
- Mạch đốc đi sâu bên trong có liên quan cốt tủy, các triệu chứng biểu hiện ở phần này được gọi là tích.

Gây bệnh ở 2 kinh này có thể do phong hàn thấp cùng lẫn lộn xâm nhập gây bệnh, có thể do hàn tà nhân khi vệ khí yếu mà gây bệnh.

Cả hai kinh cùng chủ về dương khí, nhưng khi phát bệnh thì bệnh ở *tích* có biểu hiện là lý chứng và bệnh ở *bối* có biểu hiện là biểu chứng. Tích thống ít có thực chứng và bối chứng ít có hư chứng.

+ Tích thống:

- Đau dọc vùng giữa sống lưng, không uốn thẳng người được, ngẫu nhiên uốn thẳng người được thì khó chịu mà cũng không duy trì tư thế thẳng lâu được.
- Cảm giác lạnh ở sống lưng.
- Tiểu tiện trong dài, đùi chân mềm yếu.

+ Bối thống: đau cả mảng lưng, cảm giác trì trệ khó chịu, có khi lan tỏa vùng sau gáy và bả vai.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

2.1. Nguyên nhân

- Sự lão hóa: theo quy luật của tự nhiên, ở người trưởng thành khả năng sinh sản và tái tạo sụn giảm dần và hết hẳn. Các tế bào sụn với thời gian tích tuổi lâu dần sẽ già, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysaccharid sẽ giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn sẽ kém dần, tính chất đàn hồi và chịu lực giảm.

- Yếu tố cơ giới: là yếu tố thúc đẩy quá trình thoái hóa nhanh. Yếu tố cơ giới thể hiện ở sự tăng bất thường lực nén trên một đơn vị diện tích của mặt khớp hoặc đĩa đệm là yếu tố chủ yếu trong thoái hóa khớp thứ phát, nó gồm:
 - + Các dị dạng bẩm sinh làm thay đổi diện tích tỷ nén bình thường của khớp và cột sống.
 - + Các biến dạng thứ phát sau chấn thương, viêm, u, loạn sản làm thay đổi hình thái, tương quan của khớp và cột sống.
 - + Sự tăng trọng tải: tăng cân quá mức do béo phì, do nghề nghiệp.
- Yếu tố miễn dịch: bước đầu qua các công trình nghiên cứu nhận thấy ở bệnh nhân thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm có những thay đổi hoạt động miễn dịch được thể hiện dưới các dạng:
 - + Tăng đáp ứng miễn dịch tế bào.
 - + Tăng miễn dịch thể dịch tạo nên kháng thể trong tổ chức khoang khớp.
 - + Có sự di truyền miễn dịch, biểu hiện qua hệ kháng nguyên phù hợp tổ chức ở người bị thoái hóa sụn khớp có HLA.B7 và HLA.B8 tăng cao hơn ở người bình thường.
- Các yếu tố khác:
 - + Di truyền: cơ địa già sớm.
 - + Nội tiết: mãn kinh, tiểu đường; loãng xương do nội tiết, do thuốc.
 - + Chuyển hóa: bệnh Goutte.

2.2. Phân loại

Theo nguyên nhân, có thể phân biệt hai loại thoái hóa khớp:

- Nguyên phát: nguyên nhân chính là do sự lão hóa, xuất hiện muộn, thường ở người sau 60 tuổi, nhiều vị trí, tiến triển chậm, tăng dần theo tuổi, mức độ không nặng.
- Thứ phát: phần lớn là do nguyên nhân cơ giới, gặp ở mọi lứa tuổi (thường trẻ dưới 40 tuổi) khu trú một vài vị trí nặng và phát triển nhanh.

2.3. Cơ chế sinh bệnh

2.3.1. Hoạt động bình thường của khớp

- Cấu trúc bình thường của khớp: cấu trúc khớp xương bình thường là sụn, xương dưới sụn, dịch khớp, màng hoạt dịch và bao khớp. Bộ phận chủ yếu của khớp là sụn khớp thích ứng hoàn hảo để chịu đựng tải trọng đảm bảo sự trượt lên nhau của hai diện xương với một hệ số ma sát rất thấp. Hoạt

động tốt của khớp dựa trên sự toàn vẹn của những tính chất vật lý, hóa học, cơ học và sự bình thường của các thành phần cấu tạo.

Sụn khớp không có mạch máu và không có thần kinh, tuy vậy không phải vì thế mà sụn là một chất trơ, ngược lại sụn là một tổ chức sống biệt hóa cao, được cấu tạo bởi ba thành phần cơ bản gồm tế bào sụn kèm một số ít nguyên bào xơ và một số chất cơ bản.

Tế bào sụn có các chức năng sản xuất ra các thành phần của mô sụn, các sợi tạo keo (collagen) 40 - 50%; mucopolysaccharid và các enzym. Tế bào sụn không có khả năng sinh sản và tái tạo.

Chất cơ bản: các tế bào sụn và sợi collagen được hình thành trong chất cơ bản, chất cơ bản chủ yếu là các chondromucoprotein, đó là một phức hợp protein, mucopolysaccharid (chondroitin sulfat, kerato sulfat), acid hyaluronic, heparin, và nguyên tố vi lượng, chất cơ bản có đặc tính hút nước rất mạnh (80% là nước), chondromucoprotein chỉ 20% nhưng đóng vai trò quan trọng vào dinh dưỡng mô sụn (bằng sự thẩm thấu) và tính chất cơ học (sự chịu áp lực) của sụn khớp. Chất cơ bản này được thay đổi với tốc độ nhanh (thoái biến và tái tạo).

Như vậy, sụn khớp là một khuôn sụn gồm một mạng lưới ba chiều có các sợi collagen nằm trong một lượng lớn proteoglycan tạo thành.

– Cấu trúc bình thường của đĩa đệm cột sống:

+ *Đĩa đệm* cột sống là một sụn khớp đặc biệt gồm hai thành phần là vòng xơ và nhân nhầy. Đĩa đệm nằm giữa hai thân đốt sống.

Vòng xơ gồm nhiều lá xơ sụn chạy song song tạo thành những vòng xoắn từ ngoài vào trong. Các lá này đan vào nhau, giữa các lớp có vách ngăn, các vòng xơ đóng vai trò như một giảm xóc, phân lực và hấp thụ lực khi chịu tải và vận động.

Nằm giữa đĩa đệm là nhân nhầy có hình cầu màu trắng đường kính 1,2 đến 2cm, có cấu tạo giống như keo đặc và có đặc tính căng phồng rất mạnh, những đặc tính này đã tạo nên khả năng chịu lực và phân phối lực của đĩa đệm.

+ *Khuôn sụn* gồm một mạng lưới ba chiều trong đó có một sợi collagen nằm trong một lượng lớn proteoglycan tạo thành một chất gel rất ưa nước.

Tổ chức sụn và đặc biệt là xương chịu đựng được lực nén phụ thuộc hoàn toàn vào sự duy trì tính nguyên vẹn của lưới collagen và nồng độ cao proteoglycan.

2.3.2. Quá trình sinh bệnh

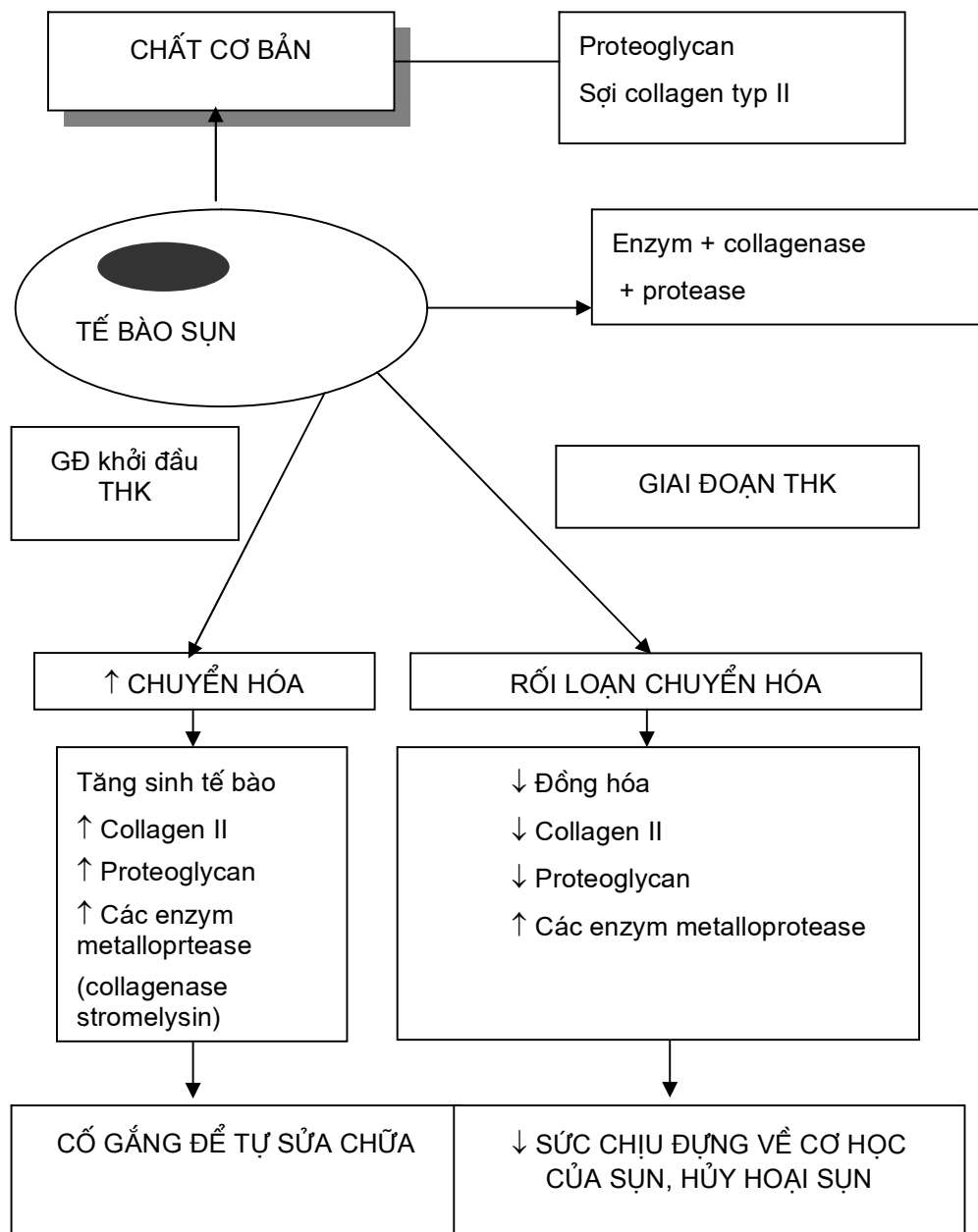
Thoái hóa khớp là bệnh của toàn bộ các thành phần cấu tạo khớp. Đây là một bệnh phức tạp diễn tiến 2 quá trình song song.

Một là: sụn thoái hóa, qua đó sụn khớp phủ trên bề mặt xương bị phá hủy dần cùng với thay đổi cấu trúc khớp. Sự thoái hóa sụn khớp gây hạn chế vận động.

Hai là: hiện tượng viêm những tổ chức cận khớp. Chính hiện tượng viêm này đã gây triệu chứng *đau, sưng huyết và giảm hoạt động khớp*.

Trong thoái hóa khớp, diễn tiến bệnh có thể phân thành 2 giai đoạn:

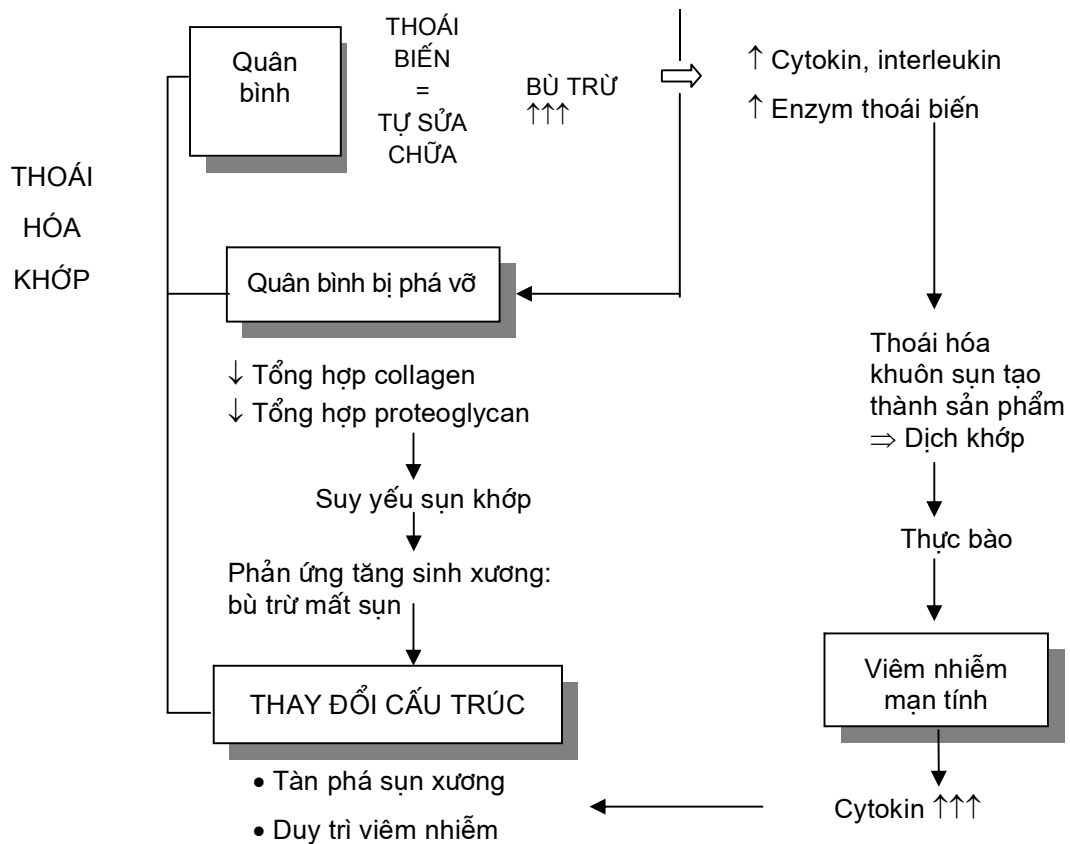
- Giai đoạn sớm: khi hiện tượng quân bình của sự thoái hóa và sự tự sửa chữa để tái lập cân bằng trong hoạt động sinh học của khớp còn chưa bị phá vỡ. Giai đoạn này sụn phì đại, tăng phần proteoglycan, hút thêm nước vào tổ chức. Các tế bào sụn tăng hỗn hợp collagen proteoglycan và cả các enzym thoái hóa metalloproteinase (collagen và stromelysin). Cân bằng giữa sản của khuôn và enzym thoái hóa được duy trì trong sự luân chuyển xảy ra ở mức cao hơn nhiều lần so với bình thường. Đó là những phản ứng của sụn để sửa lại cấu trúc và cũng chỉ là bù trừ tạm thời đưa đến sự tăng tổng hợp cytokin (interlukin) và tăng cả enzym làm thoái hóa khuôn; sau đó các tế bào sụn không thể thích ứng kéo dài với tình trạng trên; cuối cùng suy sụp khả năng tự sửa chữa của sụn không còn cân bằng được quá trình thoái hóa.
- Giai đoạn mạn tính: hiện tượng quân bình của sụn bị phá vỡ thể hiện bằng giảm đồng hóa (giảm tổng hợp collagen và proteoglycan). Song song các sản phẩm liên quan đến sự thoái hóa khuôn sụn được tiếp tục đổ vào dịch khớp. Sụn khớp: proteoglycan giảm về hàm lượng, thay đổi về cấu trúc và suy yếu, về cơ học mở đường cho những tổn thương thực thể. Từ đó sức chịu đựng kém đối với cơ học đưa đến sự hủy hoại sụn.
- + Thay đổi xương: sụn bị hủy hoại, xương không được che chở đã tổn thương vì các đòi hỏi về cơ học, xương dưới sụn phản ứng bằng cách tăng sinh xương, tái tạo bất thường để bù trừ mất sụn, mở rộng điểm tựa, thành lập gai xương (osteophytose), xương đặc lại, tăng độ cứng.
- + Phản ứng viêm ở bao hoạt dịch: những mảnh proteoglycan và collagen được giải phóng vào dịch khớp với lượng tăng dần, ở khớp giữ vai trò là nơi trút tháo những sản phẩm thoái hóa của sụn: cytokin và yếu tố tăng trưởng. Những mảnh đó bị thực bào bởi các đại thực bào. Hiện tượng trên dẫn đến viêm nhiễm mạn tính ở bao hoạt dịch. Những tế bào hoạt dịch sinh ra cytokin, đặc biệt interleukin I) đến lượt nó lại tác động vào sụn khớp và làm tăng thêm sự tàn phá sụn.



Hình 30.1. Sơ đồ quá trình thoái hóa sụn

Cho đến nay, nhiều công trình nghiên cứu đã cho thấy interleukin I là một cytokin giữ vai trò chủ yếu trong hiện tượng tàn phá sụn xương viêm nhiễm bao hoạt dịch và đồng thời là vai trò sinh bệnh chủ chốt trong thoái hóa khớp.

Kiểm soát được interleukin I trong thoái hóa khớp là một việc rất quan trọng. Ức chế được interleukin I là chiến lược không những cải thiện đau và hoạt động của khớp mà còn hạn chế những tổn thương thoái hóa hỗ trợ cho sự sửa chữa và tái tạo sụn khớp.



Hình 30.2. Quá trình viêm tổ chức cận khớp

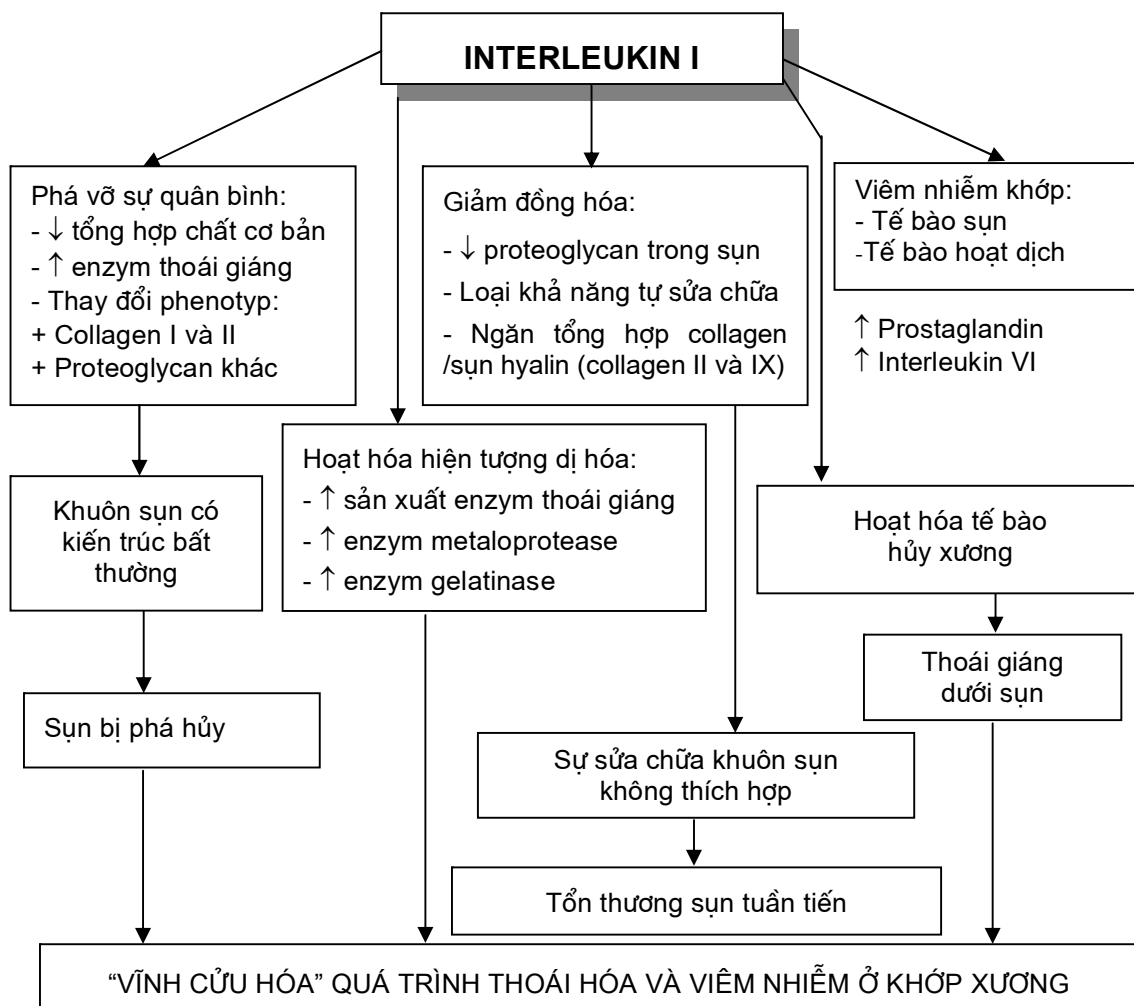
Vai trò của interleukin I trong thoái hóa khớp:

- Interleukin I là yếu tố chủ chốt phá vỡ sự quân bình giữa thoái biến và tái tạo chất lượng sụn. Do hậu quả nghiêm trọng của nhiều nguyên nhân: interleukin I được tăng sản làm thay đổi cân bằng của sụn và giảm tổng hợp các thành phần cấu tạo của sụn khớp (proteoglycan và collagen). Interleukin I làm thay đổi phenotyp của tế bào sụn, sản sinh ra collagen typ I và X và cả proteoglycan typ khác. Do đó khuôn sụn mất tính chất ban đầu và có cấu trúc bất thường, yếu về cơ học, dễ bị tổn thương vật lý dẫn đến việc sụn bị phá hủy.
- Interleukin I hoạt hóa hiện tượng dị hóa: làm tế bào sụn tăng sản xuất enzym thoái biến sụn, làm tăng sự biểu hiện của enzym metalloprotease (collagenase và stromelysin) và gelatinase.
- Interleukin I làm giảm đồng hóa: làm giảm tổng hợp proteoglycan và làm tăng thoái biến proteoglycan trong tổ chức sụn. Interleukin ngăn cản tổng hợp collagen đặc hiệu của sụn hyalin L (collagen II và XI), lại kích thích collagen nguyên bào sợi không đặc hiệu của sụn (collagen I và III). Những thay đổi này đưa đến sự sửa chữa không thích hợp khuôn sụn, dẫn đến tổn thương sụn dần dần. Tóm lại, khi interleukin

I tăng sản làm khởi phát và duy trì quá trình thoái hóa sụn. Sụn trở thành suy giảm cả về chất lẫn về lượng tế bào sụn khớp.

- Interleukin I cũng là yếu tố tiêu xương: hoạt hóa các tế bào hủy xương (osteoclaste) và làm nhanh quá trình thoái biến xương dưới sụn.
- Interleukin I tham gia vào hiện tượng viêm nhiễm của khớp bị thoái hóa: interleukin I giữ vai trò chủ chốt trong bệnh sinh của viêm. Interleukin I là nguồn gốc của viêm và đau. Tế bào sụn tiết ra interleukin I, interleukin I lại hoạt hóa tế bào sụn giải phóng vào dịch khớp những sản phẩm của quá trình thoái biến của khuôn sụn. Những mảnh collagen và proteoglycan lại kích thích các tế bào đại thực bào của bao hoạt dịch tiết ra interleukin I và duy trì viêm bao hoạt dịch. Interleukin I tác động thúc đẩy tế bào sụn và tế bào hoạt dịch tăng tổng hợp prostaglandin và interleukin VI.

Những hiện tượng nêu trên đã làm *vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa và viêm nhiễm ở khớp*.



Hình 30.3. Vai trò của interleukin trong thoái hóa khớp

2.3.3. Những biểu hiện giải phẫu bệnh của thoái hóa khớp

- Lớp lông bình thường, lớp chuyển tiếp bị phù nề và các sợi collagen bị tách ra.
- Nứt ở bề mặt sụn, tế bào sụn phì đại nhân lên và đứng từng chùm.
- Nứt sâu đến tận lớp xương dưới sụn, tế bào sụn ít đi và hoạt động giảm.
- Mất hết sụn, xương trơ ra.

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

2.4.1. Khí huyết bất túc

Bẩm sinh tinh huyết kém do từ sự nuôi dưỡng của mẹ lúc mang thai không tốt, hoặc do dinh dưỡng không đúng, hoặc do dị tật làm ảnh hưởng đến khí huyết trong cơ thể, huyết hư khí trệ làm cho sự vận hành không thông, doanh vệ không điều hòa... gây đau nhức tê mỏi nặng ở cơ, xương, khớp...

2.4.2. Nội thương

Bệnh lâu ngày làm cho can thận hư, gây mất cân bằng hoạt động của sự nuôi dưỡng cân mạch, xương - tủy. Can thận âm hư ảnh hưởng đến huyết dịch, cũng ảnh hưởng đến sự tưới nhuần thường xuyên các bộ phận này mà gây tắc, ứ và đau.

Sự lão hóa ảnh hưởng đến chức năng hoạt động ngũ tạng nói chung cũng là một nguyên nhân gây nhức mỏi, tê nặng khớp xương bắp thịt ở người có tuổi.

2.4.3. Chấn thương

Chấn thương ảnh hưởng trực tiếp đến xương, đến cân mạch, chấn thương đụng giập ảnh hưởng đến huyết dịch, cơ nhục, gây ứ huyết và gây đau.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Đau

Đau ở vị trí khớp bị thoái hóa, đau tại chỗ ít khi lan (ngoại trừ ở cột sống khi có chèn ép rễ và dây thần kinh).

- Đau âm ỉ, ở cột sống có thể có cơn đau cấp. Đau thường xuất hiện và tăng khi vận động hay thay đổi tư thế. Thường xuất hiện từng đợt kéo dài rồi giảm và hết, sau đó lại xuất hiện đợt khác sau khi vận động nhiều.
- Đau nhiều có thể gây co cơ phản ứng.

3.1.2. Hạn chế vận động

Các động tác của khớp bị thoái hóa có hạn chế, mức độ hạn chế không nhiều và có thể chỉ hạn chế một số động tác như hạn chế động tác chủ động và thụ động. Do hạn chế vận động nên cơ vùng thương tổn có thể bị teo. Một số bệnh nhân có dấu hiệu “phá gủ khớp” vào buổi sáng hoặc lúc mới bắt đầu hoạt động.

3.1.3. Biến dạng khớp

Thoái hoá khớp không biến dạng khớp nhiều như ở các bệnh khớp khác (viêm khớp, Goutte). Biến dạng ở đây do các gai xương mọc thêm ở đầu xương; ở cột sống biến dạng hình thức gù, vẹo, cong lõm.

3.1.4. Các dấu hiệu khác

- Teo cơ: do ít vận động.
- Tiếng lạo xạo khi vận động: ít giá trị vì có thể thấy ở người bình thường hoặc ở các bệnh khác.
- Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, do phản ứng sung huyết và tiết dịch ở màng hoạt dịch.

3.2. Cận lâm sàng

- X quang có ba dấu hiệu cơ bản:
 - + Hẹp khe khớp: hẹp không đồng đều, bờ không đều. Ở cột sống biểu hiện bằng chiều cao đĩa đệm giảm, hẹp nhưng không dính khớp.
 - + Đặc xương dưới sụn: phần đầu xương, hõm khớp, mâm đốt sống có hình đậm đặc, có một số hốc nhỏ sáng hơn.
 - + Mọc gai xương: gai mọc ở phần tiếp giáp giữa xương sụn và màng hoạt dịch, ở rìa ngoài của thân đốt sống. Gai xương có hình thô và đậm đặc.
- Các xét nghiệm khác:
 - + Các xét nghiệm toàn thân không có gì thay đổi.
 - + Dịch khớp: biểu hiện tính chất tràn dịch cơ giới có màu vàng chanh, các thành phần cũng tương đối ở mức bình thường.
 - + Nội soi khớp: chỉ mới soi được ở khớp gối thấy những tổn thương thoái hóa của sụn khớp, phát hiện các mảnh vụn rơi trong ổ khớp.
 - + Sinh thiết màng hoạt dịch: thấy các hiện tượng sung huyết và xơ hóa.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị và phòng bệnh theo y học hiện đại

Không có thuốc điều trị quá trình thoái hóa, chỉ có thể điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng và phòng bệnh bằng cách ngăn ngừa và hạn chế các tác động cơ giới quá mức ở khớp và cột sống.

4.1.1. Điều trị nội khoa

Dùng các thuốc giảm đau và chống viêm không steroid như aspirin, indomethacin, voltaren, profenid, felden, meloxicam...

4.1.2. Các phương pháp vật lý

- Các bài thể dục cho từng vị trí thoái hóa.
- Điều trị bằng tay: xoa bóp, kéo nắn, ấn huyết, tập vận động thụ động.
- Điều trị bằng nước khoáng.
- Sử dụng các dụng cụ chỉnh hình.

4.1.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉnh lại dị dạng các khớp bằng cách đục và khoét xương.
- Điều trị thoát vị đĩa đệm bằng cách cắt vòng cung sau hay lấy phần thoát vị.

4.1.4. Phòng bệnh

Trong cuộc sống hằng ngày:

- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng ...
- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng dễ bị thoái hóa khớp để phát hiện và điều trị sớm.
- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.

Khám trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp (vòng kiềng, chân cong).

Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp và cột sống để có biện pháp sớm, ngăn ngừa thoái hóa khớp thứ phát.

4.2. Điều trị theo y học cổ truyền

4.2.1. Phép trị chung

- Phải ôn thông kinh lạc, hành khí hoạt huyết, bổ can thận, bổ khí huyết, khu phong, tán hàn, trừ thấp.
- Bài thuốc chung và gia giảm cho từng biểu hiện bệnh lý.

Bài thuốc PT5 gồm: lá lốt, cây xấu hổ, quế chi, thiên niên kiện, cỏ xước, thổ phục linh, sài đất, hà thủ ô, sinh địa.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Lá lốt	Ôn trung tán hàn, hạ khí chỉ thống	Quân
Cây xấu hổ	Trừ phong thấp, giảm đau	Quân
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Thần
Thiên niên kiện	Trừ phong thấp, mạnh gân cốt	Thần
Cỏ xước	Thanh nhiệt giải biểu, khu phong trừ thấp	Tá
Thổ phục linh	Thanh nhiệt trừ thấp	Tá
Sài đất	Thanh nhiệt giải độc, chỉ thống	Tá
Hà thủ ô	Bổ huyết	Tá
Sinh địa	Bổ huyết, bổ can thận	Tá

4.2.2. Điều trị cụ thể

a. Thoái hóa vùng eo lưng xuống tới chân (khớp cột sống thắt lưng, khớp háng, khớp gối, gót chân...)

- Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia giảm:

Độc hoạt	12g	Ngưu tất	12g
Phòng phong	12g	Đỗ trọng	12g
Quế chi	8g	Tang ký sinh	12g
Tế tân	8g	Sinh địa	12g
Tần giao	8g	Bạch thược	12g
Đương quy	8g	Cam thảo	6g
Đẳng sâm	12g	Phục linh	12g

- Châm cứu: châm bổ các huyết quan nguyên, khí hải, thận du, tam âm giao.

Ôn châm các huyết tại khớp đau và vùng lân cận.

- Xoa bóp: tập luyện xuyên các khớp, chống cứng khớp; xoa bóp các chi đau, giúp tăng tuần hoàn và dinh dưỡng.

b. Thoái hóa các khớp ở chi trên, và các đốt xa bàn tay

- Bài Quyên tý thang (Bạch truật tuyền phương) gồm: khương hoạt 8g, phòng phong 8g, khương hoàng 12g, chích thảo 6g, đương quy 8g, xích thược 12g, gừng 4g, đại táo 12g, hoàng kỳ 12g.

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Sơ phong, trừ thấp	
Phòng phong	Sơ phong, trừ thấp	
Khương hoàng	Lý khí trệ ở trong huyết, trừ khử hàn thấp	
Chích thảo	Ích khí	
Đương quy	Hoà doanh, hoạt huyết	
Xích thược	Hoà doanh, hoạt huyết	
Gừng	Trừ hàn, chỉ thống	
Đại táo	Doanh, vệ, khu phong, trừ thấp	
Hoàng kỳ	Ích khí	

c. Thoái hóa khớp ở vùng cột sống thắt lưng kèm biểu hiện thận dương hư

- Các bài thuốc:
 - + Bài Hữu quy hoàn gia giảm (gồm: phụ tử 4g, kỷ tử 10g, nhục quế 4g, cam thảo 8g, sơn thù 8g, đỗ trọng 12g, hoài sơn 12g, cầu tích 12g, thực địa 16g, cốt toái bổ 12g).

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Phụ tử	Đại nhiệt, có độc, cay, ngọt: bổ hỏa, trợ dương, trục phong hàn thấp tà	Quân
Kỷ tử	Ngọt, bình: bổ can thận, điều trị đau lưng	
Nhục quế	Cay, ngọt, đại nhiệt, hơi độc: bổ mệnh môn tương hỏa	Quân
Cam thảo	Ngọt, bình: bổ trung khí, chỉ thống, điều hòa các vị thuốc	
Sơn thù	Chua, sáp, hơi ôn: ôn bổ can thận, sáp tinh, chỉ hãn	Thần
Đỗ trọng	Ngọt, cay, ấm: ôn bổ can thận, mạnh gân xương, chữa đau lưng	
Hoài sơn	Ngọt bình: bổ tỳ vị, bổ phế thận, sinh tân chỉ khát	Thần
Cầu tích	Đắng, ngọt, ấm: ôn dưỡng can thận, trừ phong thấp	
Thực địa	Ngọt, ấm: bổ huyết, dưỡng âm	
Cốt toái bổ	Đắng, ấm: ôn bổ thận, mạnh gân xương, hoạt huyết	

- + Bài Độc hoạt tang ký sinh thang gia thêm phụ tử chế 8g.
- Châm cứu: châm bổ các huyết vùng thất lưng như thận du, đại trường du, mệnh môn, chí thất, bát liêu...
- Xoa bóp vùng thất lưng.
- Động viên người bệnh vận động, tập nhẹ nhàng, thường xuyên để tránh cứng khớp cột sống do dính khớp.

d. Thoái hóa cột sống có đợt cấp do co cứng

- *Phép trị*: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn kinh hoạt lạc.
- Các bài thuốc:
 - + Bài Khương hoạt thăng thấp thang (gồm: khương hoạt 10g, độc hoạt 12g, cỏ bản 8g, mạn kinh tử 10g, xuyên khung 12g, cam thảo 8g, quế chi 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Giải biểu, tán hàn, khu phong, trừ thấp	Quân
Độc hoạt	Khử phong thấp, giải biểu, tán hàn	Quân
Mạn kinh tử	Tán phong nhiệt, giảm đau	Thần
Xuyên khung	Hành khí, hoạt huyết	Tá
Cỏ bản	Tán phong hàn, khử phong thấp	Tá
Cam thảo	Ôn trung, hòa vị	Sứ

Có thể gia thêm: ma hoàng, quế chi nếu cần.

- + Bài Can khương thương truật thang gia giảm (gồm: khương hoạt 12g, can khương 6g, tang ký sinh 12g, phục linh 10g, thương truật 12g, ngưu tất 12g, quế chi 8g).

Phân tích bài thuốc:

Vị thuốc	Tác dụng	Vai trò
Khương hoạt	Giải biểu, tán hàn, khu phong, trừ thấp	Quân
Tang ký sinh	Trừ phong thấp, thông kinh lạc	Tá
Can khương	Ôn trung, tán hàn	Thần
Phục linh	Lợi thủy, thẩm thấp	Tá
Quế chi	Ôn kinh, thông mạch	Thần
Ngưu tất	Thanh nhiệt, trừ thấp	Tá
Thương truật	Ôn trung, hóa đàm	Quân

- Châm cứu: a thị huyết.
- Xoa bóp: dùng các thủ thuật day, ấn, lăn trên vùng lưng bị co cứng. Sau khi xoa bóp nên vận động ngay.
- Chườm ngoài: dùng muối sống rang nóng chườm lên vùng đau hoặc dùng cồn xoa bóp (ô đầu sống, quế, đại hồi) nhưng chỉ xoa lên vùng đau, không được uống. Có thể dùng lá ngải cứu sao rượu đắp nóng tại chỗ hoặc rang chườm nóng tại chỗ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi 5 chọn 1: chọn câu đúng

1. Nguyên nhân gây nên thoái hóa khớp nguyên phát là
 - A. Sự lão hóa, yếu tố cơ giới và di truyền
 - B. Yếu tố cơ giới, sự lão hóa và chuyển hóa
 - C. Yếu tố cơ giới, di truyền và chuyển hóa
 - D. Yếu tố cơ giới, sự lão hóa, thêm do nội tiết ở người phụ nữ
 - E. Sự lão hóa yếu tố cơ giới, và các dị dạng, bẩm sinh
2. Mô tả nào sau đây nêu chính xác sinh bệnh học và thoái hóa khớp (THK)
 - A. THK là bệnh diễn biến hai giai đoạn: giai đoạn quân bình của sụn do cơ chế tự sửa chữa để tái lập cân bằng và không xuất hiện triệu chứng, giai đoạn: sự quân bình của sụn bị phá vỡ và xuất hiện các hiện tượng viêm và sung huyết ở các tổ chức khớp và cận khớp gây đau
 - B. THK là bệnh của toàn bộ các thành phần cấu tạo khớp, có 2 quá trình song song xảy ra: một là sự thoái hóa phá hủy dần sụn khớp, phủ trên bề mặt xương làm thay đổi cấu trúc khớp; hai là hiện tượng viêm ở tổ chức khớp và cận khớp gây nên đau, sung huyết và giảm hoạt động khớp
 - C. THK diễn biến sớm nhất là viêm, sau đó xơ phát triển làm thay đổi cấu trúc đồng thời những sản phẩm trong quá trình viêm đổ vào khớp tàn phá sụn xương và viêm nhiễm cả bao hoạt dịch tạo thành vòng luẩn quẩn bệnh lý liên tục
 - D. THK diễn biến tuần tự như sau: tế bào sụn bị thoái hóa, các sản phẩm liên quan đến sự thoái hóa đổ vào ổ dịch khớp gây viêm dính

khớp, sụn bị hủy hoại, xương tăng sinh tái tạo gây tăng độ cứng và thành lập gai xương

E. Câu B và D đúng

3. Vai trò của interleukin I trong THK

A. Chủ chốt phá vỡ sự quân bình của hoạt động sụn khớp; hoạt hóa hiện tượng dị hóa, nguồn gốc gây ra viêm và đau và vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa khớp và viêm nhiễm khớp

B. Phá vỡ sự quân bình giữa sự thoái hoá và tái tạo chất lượng của sụn khớp; hoạt hóa hiện tượng dị hóa, làm giảm đồng hóa; hoạt hóa tế bào hủy xương, nguồn gốc gây ra viêm và đau, vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa và viêm nhiễm ở khớp

C. Phá vỡ sự quân bình của sụn khớp, hoạt hóa hiện tượng dị hóa, tham gia vào hiện tượng viêm nhiễm và hủy xương, vĩnh cửu hóa quá trình thoái hóa và viêm nhiễm ở xương

D. Phá vỡ sự quân bình của sụn khớp; làm giảm đồng hóa, hoạt hóa tế bào hủy xương, tham gia vào hiện tượng viêm nhiễm, giải phóng các sản phẩm của quá trình thoái hóa làm vĩnh cửu hóa sự thoái hoá khớp và viêm nhiễm ở khớp

E. Cả A và D mới đúng và đủ

4. Xét nghiệm cận lâm sàng nào sau đây là đặc trưng của thoái hóa khớp

A. X quang: hẹp khe khớp; đặc trưng dưới sụn

B. X quang: mọc gai xương ở phần tiếp giáp giữa xương sụn và màng hoạt dịch; ở rìa ngoài của thân đốt sống

C. Tốc độ lắng máu nhanh và hình ảnh X quang mọc gai xương

D. Nội soi khớp: thấy tổn thương thoái hoá của sụn khớp

E. Tùy thuộc giai đoạn bệnh lý sẽ có đủ A, B, D là đặc trưng của thoái hóa khớp

5. Nên chọn lựa thái độ điều trị nào sau đây trong thoái hóa khớp

A. Điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng các khớp

B. Điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng vận động khớp và phòng bệnh bằng cách hạn chế các tác động cơ giới quá mức ở khớp và cột sống

C. Điều trị triệu chứng, phục hồi các chức năng khớp và điều trị nguyên nhân

- D. Điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng khớp và chú ý phòng bệnh cùng điều trị nguyên nhân
- E. Tất cả các câu trên đều đúng
6. Bài thuốc Khương hoạt thắng thấp thang (gồm: khương hoạt, độc hoạt, cỏ bản, mạn kinh tử, xuyên khung, cam thảo) dùng để điều trị
- A. Tích thống
- B. Bối thống
- C. Phong tý
- D. Thấp tý
- E. Tích bối thống
7. Bài Hũu quy hoàn gia vị (gồm: phụ tử, quế chi, sơn thù, sơn dược, lộc giác giao, thực địa, kỷ tử, cam thảo, đỗ trọng, cầu tích) được chỉ định điều trị
- A. Tích thống
- B. Bối thống
- C. Phong tý
- D. Hàn tý
- E. Tích bối thống
8. Bài thuốc PT5 bao gồm lá lốt, cây xấu hổ, quế chi, thiên niên kiện, cỏ xước, thổ phục linh, sài đất, hà thủ ô, sinh địa có thể chỉ định điều trị thoái hoá khớp
- A. Vùng eo lưng, khớp háng, gối, gót chân
- B. Khớp vai, khuỷu, cổ tay
- C. Cột sống có đợt cấp do co cứng
- D. Chi trên và đốt ngón xa
- E. Tất cả các khớp