

Số: 2730 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 26 tháng 8 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại”, tập III

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15;

Căn cứ Nghị định số 313/2026/NĐ-CP ngày 08 tháng 8 năm 2026 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 1250/QĐ-TTg ngày 09 tháng 7 năm 2026 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành kế hoạch thực hiện thông báo số 68-TB/VPTW ngày 26 tháng 5 năm 2026 của Văn phòng Trung ương Đảng về kết luận của đồng chí Tổng bí thư, Chủ tịch nước tại buổi làm việc với đảng ủy Bộ Y tế về phát triển ngành y học cổ truyền Việt Nam;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn, bao gồm 20 “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại” tập III.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại” áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc. Căn cứ nội dung tài liệu này và năng lực, thiết bị y tế, cơ sở vật chất cụ thể tại đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng ban hành tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các Ông/Bà: Chánh Văn phòng Bộ; Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền; Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các đ/c Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Cổng thông tin Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền;
- Lưu: VT, YDCT.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC**



Vũ Mạnh Hà



BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN KẾT HỢP Y HỌC CỔ TRUYỀN VỚI Y HỌC HIỆN ĐẠI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2730 /QĐ-BYT ngày 26 / 8 /2026 của Bộ Y tế)

TẬP III

Hà Nội, năm 2026

LỜI GIỚI THIỆU

Trong thời gian qua, dưới sự lãnh đạo của Đảng, Nhà nước, Chính phủ nền y học cổ truyền Việt Nam đã kế thừa, phát triển không ngừng, đóng góp vào thành tựu chung của ngành y tế. Thực hiện Thông báo Kết luận số 68-TB/VPTW ngày 26/5/2026 của đồng chí Tô Lâm, Tổng Bí thư, Chủ tịch nước về phát triển ngành y học cổ truyền Việt Nam trong đó chỉ đạo thực hiện nhiệm vụ: “tập trung xây dựng các phác đồ tích hợp Đông – Tây y được chuẩn hóa trên cơ sở khoa học và thực tiễn lâm sàng, áp dụng thống nhất trong hệ thống khám, chữa bệnh”.

Để tiếp tục chuẩn hóa, cập nhật chuyên môn về chẩn đoán và điều trị các bệnh y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời nâng cao năng lực chuyên môn cho người hành nghề, Bộ Y tế tiếp tục xây dựng và ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại”, tập III.

Tài liệu này được xây dựng với sự nỗ lực cao, tâm huyết, trí tuệ, kinh nghiệm quý báu, cập nhật các thông tin quốc tế về chuyên môn y học cổ truyền, y học hiện đại của các nhà khoa học, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và kinh nghiệm của các chuyên gia đầu ngành của Việt Nam về y, dược cổ truyền và y học hiện đại. Tài liệu bao gồm 20 bài hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại. Trong đó, tập trung vào hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, vì vậy sẽ rất hữu ích cho người hành nghề với chức danh chuyên môn là bác sĩ, y sĩ y học cổ truyền và chức danh chuyên môn liên quan khác.

Tài liệu này là căn cứ để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại tại đơn vị. Trong quá trình biên soạn, Hội đồng chuyên môn đã thay thế một số dược liệu, vị thuốc cổ truyền có trong thành phần bài thuốc cổ phương, bài thuốc nghiệm phương có tên trong sách đỏ, có tên trong công ước quốc tế mà Việt Nam là một quốc gia thành viên và một số dược liệu, vị thuốc cổ truyền không được sử dụng theo quy định của Bộ Y tế bằng dược liệu, vị thuốc cổ truyền khác có tác dụng tương tự.

Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền trân trọng cảm ơn Tiến sĩ, Bác sĩ Vũ Mạnh Hà, Thứ trưởng Thường trực Bộ Y tế đã chỉ đạo biên soạn tài liệu này, thành viên Ban biên soạn, thành viên Hội đồng chuyên môn thẩm định, chuyên gia về y dược cổ truyền và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã dành nhiều thời gian biên soạn, thẩm định, đóng góp nhiều ý kiến quý báu để hoàn thiện tài liệu.

Trong quá trình biên soạn tài liệu khó tránh được các thiếu sót, chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý độc giả và đồng nghiệp, ý kiến đóng góp của các nhà khoa học trong lĩnh vực y học cổ truyền và y học hiện đại để tài liệu này ngày càng hoàn thiện hơn. Ý kiến đóng góp gửi về Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Bộ Y tế, số 138A Giảng Võ, phường Giảng Võ, Thành phố Hà Nội.

Trân trọng cảm ơn./.

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN

TS.BS. Vũ Mạnh Hà - Thứ trưởng Thường trực Bộ Y tế.

GS.TS.BS. Trịnh Thị Diệu Thường, Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền

CHỦ BIÊN

PGS.TS.BS. Nguyễn Thị Thu Hà, Trưởng khoa y học cổ truyền, trường Đại học Y Hà Nội

TS.BSCKII. Kiều Xuân Thy, Điều hành Cơ sở 3, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

THAM GIA BIÊN SOẠN VÀ THẨM ĐỊNH

1. PGS.TS.BS. Vũ Nam - Giám đốc Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương
2. PGS.TS.BS. Phạm Xuân Phong - Giám đốc Viện y học cổ truyền Quân đội
3. PGS.TS.BS. Nguyễn Thế Thịnh - Nguyên Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền
4. PGS.TS.BS. Phạm Văn Trịnh - Nguyên Hiệu trưởng trường Trung cấp Y - Dược Tuệ Tĩnh Hà Nội
5. GS.TS.DS. Phạm Xuân Sinh - Nguyên chủ nhiệm bộ môn Dược cổ truyền, trường Đại học Dược Hà Nội
6. GS.TS.BS. Trịnh Thị Diệu Thường - Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền
7. TS.BS. Trần Đức Hữu - Phó Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền
8. PGS.TS.BS. Nguyễn Thị Bay - Nguyên Phó trưởng Khoa y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, nguyên Trưởng Cơ sở 3 - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
9. PGS.TS.BS. Dương Trọng Nghĩa - Phó Giám đốc Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương
10. BSCKII. Đỗ Tân Khoa, Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh
11. TS.BS. Bùi Tiến Hưng - Trưởng Bộ môn Ngoại - Phụ, Khoa y học cổ truyền, trường Đại học Y Hà Nội.
12. TS.BS. Ngô Quỳnh Hoa - Trưởng Bộ môn Nội y học cổ truyền, Khoa y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội
13. PGS.TS.BS. Trần Thị Hồng Phương - Nguyên Phó Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền

14. TS.BS. Nguyễn Thị Huệ - Trưởng khoa điều trị cao cấp, Bệnh viện y học cổ truyền Bộ Công an
15. PGS.TS.DS. Hoàng Minh Chung - Nguyên trưởng Bộ môn Dược y học cổ truyền, Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội
16. PGS.TS.BS. Trần Thị Thu Vân - Chủ nhiệm Bộ môn phương tễ, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam
17. TS.BS. Nguyễn Văn Nhường - Nguyên Trưởng khoa y học cổ truyền, Bệnh viện Bạch Mai
18. TS.BS. Trần Thị Hồng Ngải - Phó trưởng Bộ môn y lý y học cổ truyền, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam
19. TS.BS. Tống Thị Tam Giang - Phụ trách Bộ môn Truyền nhiễm - Lao, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam
20. TS.DS. Đỗ Thị Oanh - Phó trưởng Khoa Dược, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương
21. TS.BS. Bùi Phạm Minh Mẫn - Phó Trưởng khoa, phụ trách khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe
22. TS.BS. Ngô Thị Kim Oanh - Trưởng khoa Châm cứu Dưỡng sinh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
23. BSCKII. Ngô Thị Bé Tư - Phó trưởng Khoa y học cổ truyền, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
24. BSCKII. Nguyễn Thị Diễm Hương - Khoa y học cổ truyền, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
25. BSCKII. Lâm Nguyễn Thùy An - Khoa y học cổ truyền, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
26. BSCKII. Võ Văn Long - Trưởng Đơn vị Điều trị ban ngày, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
27. Ths.BS. Đoàn Thị Tuyết Mai - Trưởng phòng Quản lý Y cổ truyền, Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, kiêm Tổ trưởng Tổ Thư ký.

THƯ KÝ HỘI ĐỒNG VÀ THƯ KÝ BAN BIÊN SOẠN

1. TS.BS. Trịnh Thị Lựa - Giảng viên khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội
2. TS.BS. Vũ Minh Hoàn - Trưởng phòng Đào tạo, nghiên cứu khoa học - Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội
3. TS.BS. Nguyễn Tuấn Lượng - Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp, Viện y học cổ truyền Quân đội, Bộ Quốc phòng

4. Ths.BS. Phan Thị Thu Hiền - Nguyên chuyên viên phòng Quản lý Y cổ truyền, Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Bộ Y tế
5. BSCKI. Nguyễn Thị Hồng Quyên - Nguyên chuyên viên Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Bộ Y tế
6. BSCKII. Đào Thị Minh Châu - Giảng viên khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội
7. BSCKI. Hồ Hồng Thủy - Trưởng Ban Hành chính tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
8. BSCKI. Bùi Thị Yên Nhi - Phó Trưởng Ban Hành chính tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 3
9. BSCKII. Nguyễn Thị Hồng Liên, Trưởng phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Châm cứu Trung ương
10. BSCKI. Nguyễn Thị Hạnh, Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Y Dược cổ truyền - Phục hồi chức năng tỉnh Điện Biên
11. BSNT. Nguyễn Đình Tập, Phó trưởng khoa Thận - Tiết niệu kiêm Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương;
12. Ths.BS. Phạm Thị Hồng Hạnh - Chuyên viên Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền

Mục lục

1. Hội chứng mạch vành mạn (Tâm thông, Hung tý).....	6
2. Bệnh tĩnh mạch mạn tính chi dưới (Cân lự, Mạch tý).....	19
3. Hen phế quản (Háo suyễn)	28
4. Nhiễm khuẩn tiết niệu (Chứng lâm)	47
5. Đau đầu Migraine (Đầu thông).....	61
6. Hội chứng ống cổ tay (Ma mộc, Uyển thông).....	72
7. Tăng tiết mồ hôi nguyên phát (Chứng hãn).....	81
8. Thoái hoá cột sống (Chứng tý)	92
9. Viêm quanh khớp vai (Kiên thông, Kiên tý)	105
10. Viêm điểm bám gân lồi cầu ngoài xương cánh tay (Chứng Thông, chứng Tý)....	116
11. Viêm gân gót (Gân Achilles) (Chứng tý, Cước tý)	123
12. Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (Chứng Tý, Cốt tý)	132
13. Viêm da cơ địa (Thấp chần, Phong chần, Huyết phong sang)	145
14. Viêm họng mạn tính (Hầu chứng).....	154
15. Viêm mũi xoang mạn tính (Ty uyên, Ty lậu).....	163
16. Huyết áp thấp (Huyễn vụng)	174
17. Viêm trực tràng chảy máu sau tia xạ (Tiện huyết)	183
18. Gãy xương tại cẳng chân (Cốt chiết).....	188
19. Béo phì (Phì quý nhân).....	194
20. Trứng cá (Phản thích).....	204

1. HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN

(Tâm thông, Hung tý)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng mạch vành mạn là một hội chứng phát sinh do những thay đổi mạn tính về cấu trúc và/ hoặc chức năng liên quan đến động mạch vành, vi tuần hoàn vành. Những thay đổi này dẫn đến sự mất cân bằng cung cầu oxy của cơ tim và nguồn cung cấp máu. Thường bị kích thích bởi gắng sức, cảm xúc hoặc các căng thẳng khác và có biểu hiện như đau thắt ngực, khó chịu ngực, hoặc khó thở.

Hội chứng mạch vành mạn có 06 bệnh cảnh lâm sàng gồm:

- (1) Người bệnh có các triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/ hoặc khó thở và nghi ngờ bệnh động mạch vành;
- (2) Người bệnh mới khởi phát triệu chứng suy tim/giảm chức năng thất trái và nghi ngờ bệnh động mạch vành;
- (3) Người bệnh có tiền sử hội chứng động mạch vành cấp hoặc được tái thông động mạch vành trong vòng 1 năm, có hoặc không có triệu chứng;
- (4) Người bệnh sau hội chứng động mạch vành cấp hoặc được tái thông động mạch vành trên 1 năm;
- (5) Người bệnh đau thắt ngực và nghi ngờ bệnh vi mạch hoặc co thắt động mạch vành;
- (6) Người bệnh không triệu chứng, khám sàng lọc phát hiện ra bệnh động mạch vành.

Các biểu hiện của bệnh mạch vành như đau thắt ngực được mô tả trong phạm vi các chứng: Tâm thông, Hung tý, trong đó:

- Giai đoạn nhẹ thì khởi phát cơn ngắn cảm giác đau nặng ngực và tính chất đau âm ỉ, thường kèm theo hưng muộn (cảm giác khó chịu, mơ hồ ở vùng đản trung hoặc ngực trái).
- Giai đoạn nặng thì đau nhiều hoặc đau kịch liệt, cảm giác xoắn vặn, đè ép vùng ngực trái, thường kèm theo tâm quý (hồi hộp), đoản khí, thậm chí khó thở, sắc mặt nhợt tái, tự ra mồ hôi lạnh.

Tâm thông, Hung tý lâu ngày có thể tiến triển thành Chân tâm thông biểu hiện các triệu chứng nguy kịch như đau nặng ngực mức độ nặng hơn, liên tục không giảm kèm vã mồ hôi, hoặc chứng Quyết tâm thông biểu hiện thêm tay chân lạnh, sắc mặt trắng.

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

1. Nguyên nhân

- Ẩm thực thất điều: ăn uống nhiều đồ béo ngọt lâu ngày, Tỳ vận hóa

không tốt, tích tụ thấp thành đàm, thượng phạm tâm hung, khiến thanh dương bất chân, khí cơ không thông, đàm trọc lâu ngày có thể kết hợp với huyết ứ gây đàm ứ.

- Tình chí thất tiết gây khí cơ không thông. Khí là soái của huyết, khí trệ thì huyết ứ, huyết ứ gây tâm mạch tắc trệ gây nên bệnh hoặc do lo lắng, ưu tư thương Tỳ, Tỳ khí suy vận hóa thủy thấp kém, sinh đàm, đàm và uất giao kết khiến khí huyết không thông hoặc do tức giận tổn thương Can, Can khí uất trệ lâu ngày hóa hỏa thiêu đốt tân dịch thành đàm.

- Lao lực quá độ: lao nhọc thương Tỳ, Tỳ khí hư không vận hóa được thủy cốc, khí huyết suy giảm không nuôi dưỡng được tâm mạch hoặc tổn thương dương khí, không ôn ấm tạng phủ, âm hàn nội thịnh sinh hung tý.

- Lão suy: bệnh thường phát ở người lớn tuổi, khí dần suy. Trường hợp Thận dương không đủ ôn ấm được ngũ tạng dẫn đến Tâm khí bất túc, hoặc Tâm dương bất chân, huyết mạch không được ôn dưỡng sẽ dẫn đến đau ngực. Trường hợp Thận âm khuỵu hư sẽ không tư dưỡng phần âm của ngũ tạng dẫn đến Tâm âm nội hao, Tâm âm khuỵu hư, mạch đạo thất nhuận. Âm hư có thể sinh hỏa vượng nung đốt tân dịch thành đàm trọc tắc trở.

2. Cơ chế bệnh sinh

Bệnh cơ chủ yếu là Tâm mạch tắc trở. Vị trí bệnh tại Tâm nhưng phát bệnh lại có quan hệ với sự suy yếu chức năng của 3 tạng Can, Tỳ, Thận như: Thận hư, Tỳ thất kiện vận, ...

Đặc điểm bệnh là bản hư tiêu thực xen kẽ:

- Bản hư: khí hư, huyết hư, dương hư, âm hư. Âm có thể tồn cập dương và ngược lại cho nên thường thấy chứng âm dương lưỡng suy, khí huyết song tổn, khí âm lưỡng suy thậm chí dương vi âm kiệt, Tâm dương ngoại thoát.

- Tiêu thực: cần phân biệt rõ biểu hiện của khí trệ, hàn ngưng, đàm trọc hay huyết ứ, thường kết hợp nhau gây các hội chứng bệnh như Khí trệ huyết ứ, Hàn ngưng khí trệ, Đàm ứ kết hợp. Biểu hiện lâm sàng thường hư thực thác tạp, như âm hư đàm nhiệt cùng xuất hiện, dương hư có thể kèm đàm ẩm. Lúc phát bệnh biểu hiện tiêu thực rõ. Ngoài cơn là hư chứng, chủ yếu là Tâm, Tỳ, Thận, khí, huyết, âm, dương trong đó nổi bật nhất là biểu hiện dương khí hư suy là thường gặp nhất.

Đa số bệnh khởi phát do làm việc mệt nhọc, ăn uống quá độ, gặp hàn lạnh, nhưng cũng có thể tự phát lúc nghỉ ngơi yên tĩnh hoặc ban đêm mà không có yếu tố kích thích.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Tâm huyết ứ trệ

1.1. Triệu chứng: Đau ngực dữ dội, cố định, nặng có thể xuyên sau lưng hoặc lan lên vai lưng, đau nhói như dao đâm hoặc như bóp nghẹt, đau tăng về đêm kèm tức ngực. Lưỡi tím, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng. Mạch sáp hoặc kết đại.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý thực thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: hoạt huyết hoá ứ, thông mạch chỉ thống.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

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

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

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu huyết ứ nặng, đau ngực dữ dội, có thể bỏ Sinh địa, Ngưu tất, gia thêm Đan sâm, Uất kim để gia tăng tác dụng hoạt huyết lý khí.

+ Nếu khí trệ, đi kèm huyết ứ biểu hiện hung muộn, tình chí làm khởi phát đau tăng có thể gia thêm Diên hồ sách giúp lý khí chỉ thống.

+ Nếu rêu lưỡi trắng nhớt, biểu hiện của đàm ứ hễ kết có thể phối hợp bài Địch đàm thang, có tác dụng địch đàm hóa ứ.

+ Nếu dương hư hàn ngưng huyết ứ, biểu hiện sợ lạnh, tay chân lạnh, có thể gia thêm Phụ tử chế, Nhục quế, Cao lương khương, Giới bạch giúp ôn dương tán hàn.

+ Nếu khí hư rõ, biểu hiện đoản khí, mệt mỏi vô lực, tự hãn, có thể gia thêm Nhân sâm, Hoàng kỳ giúp ích khí hoạt huyết.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm và cứu các huyết sau:

+ Châm bình:

Thần môn (HT7) Đản trung (CV17) Nội quan (PC6)

+ Châm tả:

Cách du (BL17)

Khích môn (PC4)

Huyết hải (SP10)

Linh đạo (HT4)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán vào các huyết sau:

Tim (CO15)

Nhĩ thần môn (TF4)

Dưới vỏ (AT4)

Thận (CO10)

Gan (CO12)

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: thực hiện thủ thuật xát, xoa, day, ấn các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở hai thì, xoa thượng tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Đàm trọc bế trở

2.1. Triệu chứng: Nặng ngực nhiều, đau ít, đoản khí, đàm nhiều, cảm giác vướng đàm, khạc nhiều, không nằm ngửa được, thể trạng béo, cảm giác nặng nề. Rêu lưỡi trắng nhuận, nhót dính. Mạch hoạt.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý thực thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hóa đàm trừ thấp.

2.4. Phương

a. Điều trị dùng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Qua lâu giới bạch bán hạ thang** (Kim quỹ yếu lược)

Qua lâu bì

12g

Giới bạch

12g

Bán hạ chế

08g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu đàm uất lâu ngày hóa nhiệt, lưỡi đỏ, rêu vàng nhót, mạch hoạt sắc,

có thể bỏ Giới bạch, gia thêm Hoàng liên, Trúc nhự giúp thanh nhiệt trừ đàm hoặc dùng bài Hoàng liên ôn đởm thang gia Uất kim.

+ Nếu đàm trọc nặng thì gia Thạch xương bồ, Hậu phác.

+ Nếu đàm ứ kết hợp, chất lưỡi tím tối, rêu lưỡi trắng nhớt, có thể gia thêm: Đào nhân, Hồng hoa, Đan sâm, Tam thất.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Công thức huyệt chung

Châm và cứu các huyệt sau:

+ Châm bình

Thần môn (HT7)

Đản trung (CV17)

Nội quan (PC6)

+ Châm tả:

Phong long (ST40)

Túc tam lý (ST36)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm, laser châm, cây chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán vào các huyệt sau:

Tim (CO15) Nhĩ thần môn (TF4)

Dưới vỏ (AT4)

Thận (CO10)

Gan (CO12)

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyệt: thực hiện thủ thuật xát, xoa, day, ấn các huyệt như trong công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở hai thì, xoa thượng tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Tâm Thận âm hư

3.1. Triệu chứng: Đau tức vùng ngực từng cơn, đau rát hoặc đau châm chích, tâm quý, đạo hãn, ngũ tâm phiền nhiệt, mất ngủ, lưng gối yếu, đầu váng, huyễn vựng, ù tai, họng khô, tiện bí. Lưỡi đỏ, khô, rêu lưỡi mỏng. Mạch trầm, tế, sác.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: tư âm bổ Thận, dưỡng Tâm an thần.

3.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cỗ phương: **Tả quy ẩm** (*Cảnh Nhạc toàn thư*)

Thục địa	12g	Son thù	08g
Câu kỷ tử	08g	Hoài sơn	08g
Phục linh	08g	Cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu thiên về âm hư (hồi hộp, ra mồ hôi trộm, bứt rứt, mất ngủ) thì gia Mạch môn, Ngũ vị tử.

+ Nếu kèm huyết ứ, đau ngực nhiều có thể gia Đan sâm, Đương quy, Uất kim, Xuyên khung để hoạt huyết, chỉ thống.

+ Nếu âm hư dương cương, xuất hiện hoa mắt, choáng váng, lưỡi tề, tay chân tê, mặt đỏ bừng bừng từng cơn, có thể gia thêm Hà thủ ô, Nữ trinh tử, Thạch quyết minh.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

Châm bổ các huyết sau:

Nội quan (PC6)	Đản trung (CV17)	Chi chính (SI7)
Thần môn (HT7)	Phi dương (BL58)	Thái khê (KI3)
Tam âm giao (SP6)	Thận du (BL23)	Tâm du (BL15)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán vào các huyết sau:

Tim (CO15)	Nhĩ thần môn (TF4)	Dưới vỏ (AT4)
Thận (CO10)	Gan (CO12)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: thực hiện thủ thuật xát, xoa, day, ấn các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở hai thì, xoa nhẹ nhàng thượng tiêu, từ vai tới ngực.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể Khí âm lưỡng hư

4.1. Triệu chứng: Đột ngột đau ngực, đau không liên tục, lúc đau, lúc ngừng, tâm quý, khí đoản, vận động triệu chứng nặng thêm, kèm tay chân lạnh, dễ ra mồ hôi, tiếng nói nhỏ, hoa mắt choáng váng, sắc mặt trắng nhợt. Lưỡi hồng nhợt, bệu, có dấu ấn răng, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm, tế.

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: Ích khí dưỡng âm, hoạt huyết thông lạc.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Chích cam thảo thang** (*Thương hàn luận*)

Chích cam thảo	12g	Sinh địa	24g
Nhân sâm	06g	Mạch môn	09g
A giao	06g	Hắc ma nhân	09g
Quế chi	09g	Sinh khương	06g
Đại táo	15g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu kèm theo có huyết ứ, ngực đau dữ dội phối hợp thêm bài Đan sâm ẩm để tăng cường công năng hoạt huyết chỉ thống.

+ Nếu Đàm nhiệt tương kết phối hợp thêm bài Ôn đởm thang để thanh hóa đàm nhiệt.

+ Nếu kèm theo chứng Tâm huyết hư, sắc mặt nhợt nhạt, không nhu nhuận, môi và lưỡi nhạt, gia thêm Đương quy, Bạch thược, A giao, Long nhãn nhục để bổ ích tâm huyết.

+ Nếu kèm theo chứng Tâm tỳ lưỡng hư ăn kém, mất ngủ, sử dụng bài Sinh mạch tán phối hợp Quy tỳ thang để bổ ích tâm tỳ.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Công thức huyết chung:
- Châm bổ các huyết sau:

Thần môn (HT7)

Đản trung (CV17)

Nội quan (PC6)

Tam âm giao (SP6)

Khí hải (CV6)

Cự khuyết (CV14)

Túc tam lý (ST36)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán: các huyết

Tim (CO15)

Nhĩ thần môn (TF4)

Dưới vỏ (AT4)

Thận (CO10)

Gan (CO12)

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: thực hiện thủ thuật xát, xoa, day, ấn các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở hai thì, xoa nhẹ nhàng thượng tiêu, trung tiêu, từ vai tới ngực.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thễ Tâm Thận dương hư

5.1. Triệu chứng: Tâm quý kèm đau ngực, tức ngực, đoản khí, ngực nặng đau lan sau lưng, ra mồ hôi, sợ lạnh, tay chân lạnh, lưng gối yếu, sắc mặt tái nhợt, môi tím, đầu chi tím hoặc trắng nhợt. Lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm, tế hoặc trầm, vi.

5.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: Ôn bổ Tâm Thận.

5.4. Phương

a. Điều trị dùng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Sâm phụ thang** (Phụ nhân lương phương) hợp **Hữu quy hoàn** (Cảnh Nhạc toàn thư)

Nhân sâm	10g	Phụ tử chế	08g
Nhục quế	06g	Thục địa	24g
Lộc giác giao	12g	Sơn thù	09g
Hoài sơn	12g	Thỏ ty tử	12g
Câu kỷ tử	12g	Đương quy	12g
Đỗ trọng	12g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu kèm theo có ứ huyết gia thêm Đan sâm, Tam thất, Uất kim để hành khí hoạt huyết chỉ thống.

+ Nếu đi kèm với hàn ngưng gia thêm Giới bạch, Quế chi, Tế tân để thông dương tán hàn, hoặc uống kèm với Tô hợp hương hoàn.

+ Nếu Dương hư thủy tràn: xuất hiện phù thũng, tiểu tiện ít gia thêm Phục linh, Trư linh để lợi thủy tiêu thũng.

+ Nếu là trọng chứng của Tâm thận dương hư, xảy ra biến chứng thủy ảm lãng tâm xạ phế nên dùng bài Chân vũ thang gia thêm Quế chi, Phòng kỷ, Đinh lịch tử, Xa tiền tử để ôn dương lợi thủy.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm bổ các huyết sau:

Nội quan (PC6)	Đản trung (CV17)	Tâm du (BL15)
Thần môn (HT7)	Khí hải (CV6)	Thái Khê (KI3)
Chi chính (SI7)	Mệnh môn (GV4)	Thận du (BL23)
Quan nguyên (CV4)	Phi dương (BL58)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán: các huyết

Tim (CO15)	Nhĩ thần môn (TF4)	Dưới vỏ (AT4)
Thận (CO10)	Gan (CO12)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: thực hiện thủ thuật xát, xoa, day, ấn các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở hai thì, xoa nhẹ nhàng thượng tiêu, từ vai tới ngực.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Tham khảo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hội chứng động mạch vành mạn tại Quyết định số 2248/QĐ-BYT ngày 19/5/2023 của Bộ Y tế. Trường hợp Quyết định số 2248/QĐ-BYT được thay thế, sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo các văn bản đã được thay thế, sửa đổi, bổ sung. Trường hợp bệnh nặng cần điều trị chuyên khoa Tim mạch, y học cổ truyền chỉ điều trị kết hợp trong giai đoạn bệnh ổn định.

1. Nguyên tắc điều trị

- Phòng ngừa biến cố tim mạch: tập trung chủ yếu vào giảm tỷ lệ biến cố cấp (Hội chứng mạch vành cấp) và xuất hiện rối loạn chức năng tâm thất, thông qua các thuốc, can thiệp và thay đổi lối sống.

- Giảm triệu chứng do thiếu máu cục bộ cơ tim: có nhiều loại thuốc để điều trị triệu chứng đau thắt ngực nhanh chóng cũng như lâu dài, lựa chọn và phối hợp thuốc là khác nhau giữa các cá nhân.

2. Điều trị cụ thể:

a. *Kháng kết tập tiểu cầu (Chi tiết tham khảo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hội chứng động mạch vành mạn của Bộ Y tế)*

STT	Thuốc	Đường dùng, liều dùng	Lưu ý (nếu có)
1	Aspirin	Uống 75 - 100mg: 01 lần/ ngày	Người bệnh có hoặc không có NMCT trước đó
2	Clopidogrel	Uống 75mg: 01 lần/ ngày	
3	Prasugrel	Uống 10mg: 01 lần/ ngày	Giảm 5 mg/ngày ở người bệnh >75 tuổi hoặc cân nặng <60 kg. Chống chỉ định khi có tiền sử đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não (TIA).
4	Ticagrelor	Uống 90mg x 2 lần/ngày trong 12 tháng đầu sau nhồi máu cơ tim cấp sau can thiệp động mạch vành Uống 60mg x 2 lần/ngày để dự phòng thứ phát dài hạn sau nhồi máu cơ tim ổn định;	

Lưu ý: trường hợp cần phối hợp thuốc chống đông nên có ý kiến bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

b. *Thuốc điều trị hạ mỡ máu: mục tiêu LDL-C < 1,4 mmol/L và giảm $\geq 50\%$ so với giá trị nền.*

STT	Thuốc	Đường dùng, liều dùng	Lưu ý (nếu có)
1	Atorvastatin	Uống 20 - 80mg/ngày	Ưu tiên liều cao cường độ (40–80 mg) trong Hội chứng mạch vành mạn để đạt mục tiêu LDL-C.
2	Rosuvastatin	Uống 10 - 20mg/ngày	
3	Ezetimibe	Uống 10 mg/ngày	Dùng phối hợp với statin khi không đạt mục tiêu với statin liều tối đa; không dùng đơn trị liệu thay thế statin.
4	Alirocumab	Tiêm dưới da 75 - 150mg: 2 tuần/lần	Chỉ định khi statin liều tối đa + ezetimibe vẫn không đạt mục tiêu LDL-C, hoặc khi không dung nạp statin.
5	Evolocumab	Tiêm dưới da 140mg: 2 tuần/lần hoặc 420mg mỗi tháng.	

c. Thuốc điều trị triệu chứng đau thắt ngực

STT	Thuốc	Đường dùng, liều dùng	Lưu ý (nếu có)
Nitrates tác dụng ngắn			
1	Nitroglycerin	Ngậm dưới lưỡi 0,3 - 0,6 mg khi cần, có thể lặp lại sau 5 phút nếu cần	Để giảm đau thắt ngực cấp tính
Nitrates tác dụng dài			
2	Isosorbide dinitrate	Uống 10 - 40mg: 2 - 3 lần/ngày	Cần có khoảng nghỉ nitrate $\geq 10 - 12$ giờ/ ngày để tránh dung nạp thuốc.
3	Isosorbide mononitrate	Uống 30 - 120mg: 1 - 2 lần/ngày	
Thuốc chẹn beta giao cảm			
4	Metoprolol	Uống 50 - 200mg: 1 - 2 lần/ngày	Ưu tiên dạng succinate để đạt nồng độ ổn định;

STT	Thuốc	Đường dùng, liều dùng	Lưu ý (nếu có)
5	Bisoprolol	Uống 5 - 10mg/ngày	Lựa chọn ưu tiên nếu bệnh nhân có suy tim phân suất tống máu giảm.
6	Carvedilol	Uống 12,5 - 50mg: 2 lần/ngày	
Ức chế kênh calci			
7	Amlodipine	Uống 5 - 10mg/ngày	Ưu tiên khi có chống chỉ định beta-blocker hoặc co thắt mạch vành.
8	Diltiazem	Uống 120 - 360mg: 1 - 3 lần/ngày	
9	Verapamil	Uống 120 - 480 mg: 1 - 3 lần/ngày	Không phối hợp với beta-blocker do nguy cơ block nhĩ thất và nhịp chậm.
Thuốc ức chế kênh If (If channel inhibitor)			
10	Ivabradine	Uống 5 - 7,5mg: 2 lần/ngày	
Thuốc khác			
11	Trimetazidine	Uống 35mg: 2 lần/ngày	
12	Nicorandil	Uống 10 - 20mg: 2 lần/ngày	
13	Ranolazine	Khởi đầu uống 375mg x 2 lần/ngày, Sau 2 - 4 tuần, liều dùng nên được điều chỉnh tăng lên 500mg x 2 lần/ngày và liều tối đa 750mg x 2 lần/ngày.	

V. PHÒNG BỆNH

1. Dự phòng tiên phát

Bao gồm các biện pháp can thiệp cộng đồng như khuyến khích điều chỉnh lối sống và chế độ làm việc tránh các stress tâm lý; tuyên truyền không hút thuốc lá và hỗ trợ điều trị cai thuốc; khuyến khích tập thể dục và không để quá cân nặng lý tưởng; thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh như hạn chế bia rượu, giảm ăn mặn, giảm ăn mỡ bão hòa và cholesterol.

2. Dự phòng thứ phát

Tất cả người bệnh mắc bệnh mạch vành nên được cá nhân hóa quản lý, hướng dẫn điều chỉnh yếu tố nguy cơ và điều trị nội khoa theo khuyến cáo nhằm

giảm nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong trong tương lai. Điều trị nội khoa và điều chỉnh lối sống tích cực có thể làm cải thiện tiên lượng của người bệnh mắc bệnh mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salim S. Virani, et al. *AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients with Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines*. *Circulation*.2023; 148: e9 - e119. doi: 10.1161/CIR.0000000000001168.
2. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiên Tài. *Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây y tập 1*; Nhà xuất bản Y học. 2022; tr. 41 - 69.
3. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đàn. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2018; tr.134-212.
4. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.20-78, 99-106.
5. Christiaan Vrints, Felicita Andreotti, et al. *ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology*. *European Heart Journal*. 2024;1-123, doi: 10.1093/eurheartj/ehae177.
6. Bộ Y tế. Quyết định số 2248/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng mạch vành mạn*. 2023.
7. Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa, Trương Quang Bình. *Tim mạch học tập 1*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP.HCM. 2023; tr. 1 – 36.
8. 主编 陈志强 杨文明. *中西医结合内科学*, 中国中医药出版社. 2021; 第190 - 198 页.
- Trần Chí Cường, Dương Văn Minh (Chủ biên), *Kết hợp Trung Tây y trong Nội khoa*, Nhà xuất bản Trung y dược Trung Quốc. 2021; tr. 190 - 198.
9. Hội Tim mạch học Việt Nam. *Khuyến cáo về chẩn đoán và quản lý hội chứng động mạch vành mạn* 2022.
10. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 123, 133, 138.
11. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 142.

2. BỆNH TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI (Cân lựu, Mạch tỵ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tĩnh mạch mạn tính (CVD - Chronic venous diseases) chi dưới là tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng của hệ tĩnh mạch, do tăng áp lực tĩnh mạch mạn tính, gây suy các van tĩnh mạch thuộc hệ tĩnh mạch nông và/hoặc hệ tĩnh mạch sâu, có thể kèm theo thuyên tắc tĩnh mạch hoặc không.

Bệnh tĩnh mạch mạn tính chi dưới bao gồm: giãn tĩnh mạch hình mạng nhện (Telangiectasias), giãn tĩnh mạch dạng lưới (Reticular vein), giãn thân tĩnh mạch (Varicose vein), dẫn đến suy tĩnh mạch mạn tính (Chronic venous insufficiency - CVI), với biểu hiện phù, thay đổi sắc tố da và loét.

1. Lâm sàng

- *Triệu chứng cơ năng*: giai đoạn đầu thường ít triệu chứng, một số triệu chứng có thể gặp như đau âm ỉ, tức nặng chân, cảm giác bứt rứt, chuột rút, dị cảm, tê hoặc ngứa chi dưới. Các triệu chứng tăng lên vào cuối ngày nhất là sau đứng lâu, ngồi bất động; giảm khi gác cao chân hoặc qua một đêm thì giảm.

- *Triệu chứng thực thể*: Người bệnh đứng trong khoảng 2 phút, bộc lộ chi dưới đến bẹn để phát hiện rõ các tổn thương sau:

+ Giãn tĩnh mạch mạng nhện, hoặc tĩnh mạch dạng lưới đường kính <3 mm, với màu đỏ tím hoặc xanh thấy rõ dưới da.

+ Nặng hơn có thể thấy các búi giãn thân tĩnh mạch nông mặt trong đùi cẳng chân (thuộc tĩnh mạch hiển lớn), mặt sau cẳng chân (thuộc tĩnh mạch hiển nhỏ), vùng bụng hoặc tiểu khung (ngoài hệ tĩnh mạch hiển), thường gặp ở hội chứng hậu huyết khối.

+ Phù ban đầu thường mềm, ở mắt cá hoặc lên đến gối, đùi ở trường hợp nặng, về lâu dài chuyển sang phù cứng.

+ Các bất thường da do tình trạng ứ trệ tĩnh mạch bao gồm tăng sắc tố da, hồng ban, chàm, loét.

2. Cận lâm sàng: siêu âm doppler tĩnh mạch chi dưới, chụp tĩnh mạch cản quang (Venography), chụp cộng hưởng từ tĩnh mạch (Magnetic resonance venography, MRV) hoặc chụp cắt lớp dựng hình tĩnh mạch (Computed tomography venography, CTV), đo biến thiên thể tích tĩnh mạch (Photoplethysmography, PPG), siêu âm trong lòng mạch (Intravascular Ultrasound, IVUS).

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm doppler mạch máu.

4. Phân loại và mức độ cho các rối loạn tĩnh mạch mạn tính: theo hệ thống CEAP (2020).

Bệnh suy giãn tĩnh mạch mạn tính chi dưới trong y học cổ truyền, tùy theo triệu chứng sẽ thuộc phạm vi các chứng: Cân lự, Mạch tý.

- Chứng Cân lự là chứng cân mạch xanh tím xoắn lại từng hòn, kết thành hình như con giun nổi lên ở vùng bụng chân.

- Chứng Mạch tý là chỉ tình trạng kinh mạch bị bế tắc làm khí huyết vận hành không thông lợi. Mạch đau nhức, da có cảm giác nóng hoặc nổi rõ mạch máu.

Ngoài ra, các biến chứng của Suy giãn tĩnh mạch mạn tính như loét được mô tả liên quan Liêm sang, còn gọi là Quần biên sang, nếu loét lâu ngày chữa trị khó lành gọi là Lão lạn cước. Chứng Liêm sang, khởi phát ban đầu là chứng thũng, lâu ngày sinh thối rữa (Lạn cước) kèm ngứa, vỡ và chảy mủ, ... Liêm sang do phong thấp nhiệt tương hợp tụ mà thành, có phân biệt mới phát và bệnh lâu ngày, có chia làm nội liêm sang và ngoại liêm sang, ...

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

- Làm việc nặng nhọc quá mức hoặc thất tình nội thương hoặc do ăn nhiều thức ăn cao lương mỹ vị, dẫn đến chính khí nội hư, khí huyết không thông, khí hư sinh đàm, huyết trệ thành ứ, đàm trọc nội trở, ứ trở mạch lạc mà thành bệnh.

- Khí hư là bản, là gốc của bệnh. Khí không đủ lực thúc đẩy huyết hành, làm huyết dịch ứ trệ trong mạch đạo, kinh lạc bế tắc. Huyết ứ lại cản trở sự vận hành của khí, gây khí trệ; khí trệ càng làm huyết ứ nặng hơn. Khí hư không vận hoá thủy thấp sinh đàm; đàm trở, khí trệ và huyết ứ tương hỗ, tác động lẫn nhau hình thành vòng xoắn bệnh lý. Lâu ngày dẫn đến chứng Cân lự, Mạch tý và biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Khí hư huyết ứ

1.1. Triệu chứng: Đứng ngồi lâu hoặc làm việc nặng, mạch lạc chân nổi rõ, cảm giác nặng chân kèm mệt mỏi, sắc mặt nhợt, đoản khí, tê bì, kiến bò, chuột rút. Lưỡi nhợt hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch tế, hoãn hoặc tế, sấp, vô lực.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: mạch lạc chi dưới.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: ích khí, hoạt huyết thư cân.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bổ dương hoàn ngũ thang** (*Y lâm cải thác*)

Hoàng kỳ	24g	Đương quy	10g
Đào nhân	10g	Hồng hoa	08g
Xích thực	10g	Địa long	06g
Xuyên khung	10g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm tả

A thị huyết	Uỷ trung (BL40)	Âm lăng tuyền (SP9)
Giải Khê (ST41)	Tam âm giao (SP6)	Dương lăng tuyền (GB34)
Thừa sơn (BL57)	Phong long (ST40)	Cách du (BL17)
Huyết hải (SP10)		

+ Châm bổ

Khí hải (CV6) Túc tam lý (ST36)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, laser châm, cây chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm (không thủy châm trực tiếp vào các búi mạch giãn để tránh biến chứng vỡ mạch và nhiễm trùng).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, hợp, day, bóp, lăn vùng chi dưới, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung. Vận động khớp chi dưới.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Mạch lạc chân nổi lộ rõ, ngoằn ngoèo, màu xanh thẫm, nặng chân hoặc sưng đau chân, đau tức tăng khi đứng lâu, giảm khi kê cao chân, có thể có chuột rút vào ban đêm. Lưỡi tím hoặc có điểm ứ huyết. Mạch sấp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: mạch lạc chi dưới.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hoạt huyết hóa ứ, chỉ thống.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

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

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

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Túc tam lý (ST36)	Uỷ trung (BL40)	Âm lăng tuyền (SP9)
Giải Khê (ST41)	Tam âm giao (SP6)	Dương lăng tuyền (GB34)
Thừa sơn (BL57)	Phong long (ST40)	A thị huyết
Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, laser châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm (không thủy châm trực tiếp vào các búi mạch giãn để tránh biến chứng vỡ mạch và nhiễm trùng).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, hợp, day, bóp, lăn vùng chi dưới, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung. Vận động khớp chi dưới.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Đàm ứ

3.1. Triệu chứng: Tê, nặng, mỏi chi dưới, chuột rút. Phù chân nhiều, tăng khi đứng lâu, giảm khi kê cao chân, thể trạng béo bệu, thừa cân. Lưỡi to, bè, rêu lưỡi trắng, dày, nhớt. Mạch hoạt.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: hóa đàm trừ thấp, thông lạc, kiện Tỳ.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Nhị trần thang** (*Hòa tễ cục phương*)

Bán hạ chế	12g	Trần bì	08g
Phục linh	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bình: Túc tam lý (ST36)

+ Châm tả

A thị huyết	Uỷ trung (BL40)	Âm lăng tuyền (SP9)
Giải Khê (ST41)	Tam âm giao (SP6)	Dương lăng tuyền (GB34)
Thừa sơn (BL57)	Phong long (ST40)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, laser châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm (không thủy châm trực tiếp vào các búi mạch giãn để tránh biến chứng vỡ mạch và nhiễm trùng).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, hợp, day, bóp, lăn vùng chi dưới, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết châm cứu. Vận động khớp chi dưới.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bảo tồn.
- Điều trị biến chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi có chỉ định.

- Kết hợp YHCT và y học hiện đại trong các giai đoạn từ C0s đến C4 (theo CEAP). Giai đoạn C5 đến C6 ưu tiên điều trị can thiệp y học hiện đại, kết hợp điều trị triệu chứng bằng YHCT.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bảo tồn

- Chế độ sinh hoạt:

+ Tăng cường sử dụng chức năng bơm của cơ: tránh đứng bất động trong thời gian dài, tư thế ngồi bắt chéo chân. Khuyến khích hoạt động thể chất phù hợp.

+ Tạo điều kiện thuận lợi cho hồi lưu tĩnh mạch: nâng cao phía cuối giường ngủ khoảng 10 cm, các bài tập vận động.

- + Tránh tiếp xúc trực tiếp với nhiệt độ cao, giảm cân nặng, tránh táo bón.

+ Mang vớ (tất) áp lực: phương pháp này được cân nhắc cho tất cả các mức độ lâm sàng theo CEAP.

- Phục hồi chức năng: máy nén ép trị liệu tĩnh mạch - phương pháp này được cân nhắc cho tất cả các mức độ lâm sàng theo CEAP nhằm cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa tiến triển bệnh. Tuy nhiên một số chống chỉ định cần lưu ý như không sử dụng cho người bị huyết khối tĩnh mạch sâu, hoặc tắc động mạch.

- Thuốc tăng cường trương lực tĩnh mạch: với người bệnh có triệu chứng CVD chi dưới, chưa điều trị can thiệp hoặc trì hoãn điều trị can thiệp. Bốn nhóm thuốc có nguồn gốc tự nhiên đã được đánh giá trong điều trị CVD bao gồm coumarin (a-benzopyrene), flavonoid (γ-benzopyrenes), saponin (chiết xuất hạt dẻ ngựa) và các chất chiết xuất từ thực vật khác. Ngoài ra, còn có các thuốc có nguồn gốc tổng hợp như: Calcium dobesilate.

Bảng 2. Sử dụng thuốc tăng cường trương lực tĩnh mạch

STT	Nhóm	Hoạt chất/ Thuốc	Hàm lượng	Cách dùng
1	Gamma-benzopyrone (flavonoid)	Flavonoid dạng không vi hạt (Diosmin)	600mg	Uống: 1 viên/ngày. Thời gian điều trị có thể hơn 4 - 8 tuần. Đối với loét tĩnh mạch,

STT	Nhóm	Hoạt chất/ Thuốc	Hàm lượng	Cách dùng
				thời gian điều trị có thể cần vài tháng.
2		Flavonoid tinh khiết dạng vi hạt (Diosmin + Hesperidin)	500mg	Uống: 2 viên/ngày, chia làm 2 lần trong vòng ít nhất 6 tháng.
3		Rutin và các rutoside (Troloxerutin, Hydroxyethylrutosides)	300mg	Uống: Liều khởi đầu là 600 mg (2 viên) một ngày. Nên tiếp tục dùng thuốc cho đến khi các triệu chứng phù nề đã hoàn toàn biến mất, thường trong vòng 2 tuần. Liều duy trì hàng ngày: 300 mg (1 viên) mỗi ngày trong 2 - 4 tuần. Liều tối đa hàng ngày: 1500 mg. Có thể ngừng điều trị sau khi hết triệu chứng và nếu các triệu chứng tái phát, có thể bắt đầu sử dụng lại thuốc với cùng một lịch trình dùng thuốc như trước.
4	Saponin	Escin (Hạt dẻ ngựa)	20mg hoặc 50mg	Uống 100-120mg/ngày chia 2 - 3 lần Theo dõi chức năng thận khi sử dụng kéo dài
5		Dịch chiết ruscus (Cây	200mg	Uống: 1 viên/lần,

STT	Nhóm	Hoạt chất/ Thuốc	Hàm lượng	Cách dùng
		đậu chổi)		uống 2 - 3 lần mỗi ngày.
6	Chiết xuất từ các thực vật khác	Anthocyanin (chiết xuất lá nho đỏ)	100-300mg	Uống: 1 viên/lần, uống 2 - 3 lần/ngày.
7	Tổng hợp	Calcium dobesilate	500mg	Uống: 1 viên/lần, uống 2 - 3 lần/ngày.

- Có thể chỉ định cho mọi giai đoạn từ C0s đến C6, có hiệu quả cao để cải thiện triệu chứng và tăng tốc độ liền vết loét.

2.2. Điều trị ngoại khoa

a. Tiêm xơ dưới hướng dẫn siêu âm.

b. Can thiệp nhiệt nội tĩnh mạch: can thiệp nhiệt nội tĩnh mạch gồm 2 phương pháp: Đốt laser nội tĩnh mạch và đốt sóng cao tần nội tĩnh mạch được khuyến cáo chỉ định cho người bệnh suy tĩnh mạch hiển lớn có triệu chứng (và cân nhắc chỉ định cho người bệnh suy tĩnh mạch hiển nhỏ) có triệu chứng và dấu hiệu trên lâm sàng hơn là phương pháp phẫu thuật hay tiêm xơ.

c. Can thiệp nội tĩnh mạch bằng phương pháp hóa cơ học (MOCA) hoặc keo sinh học.

d. Phẫu thuật stripping.

e. Phẫu thuật CHIVA (chirurgie vasculaire ambulatoire).

f. Phẫu thuật Muller.

2.3. Điều trị biến chứng

- Điều trị loét do nguyên nhân tĩnh mạch: chăm sóc tại chỗ, băng ép, ghép da.

- Điều trị bội nhiễm: kháng sinh (tập trung vào nhóm liên cầu và tụ cầu vàng).

- Điều trị huyết khối tĩnh mạch: sử dụng thuốc kháng viêm, băng ép. Điều trị thuốc chống đông khi huyết khối ở vị trí quai tĩnh mạch hiển, có nguy cơ lan vào tĩnh mạch sâu hoặc điều trị dự phòng nếu người bệnh phải nằm lâu.

V. PHÒNG BỆNH

- Hướng dẫn thay đổi lối sống bao gồm: tránh các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được như béo phì, ít vận động, ngồi lâu hay đứng lâu và hút thuốc lá. Khuyến khích tập thể dục đi bộ và vận động.

- Nếu suy tĩnh mạch chi dưới tiến triển (phân độ CEAP 4 - 6), khuyến khích người bệnh đeo vớ áp lực thường xuyên, với chỉ định áp lực của vớ phải

từ 30 - 40 mmHg trở lên giúp cải thiện triệu chứng.

- Người bệnh suy tĩnh mạch mạn tính cần tái khám định kỳ để theo dõi tiến triển của bệnh và đáp ứng với điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Mạnh Hùng. *Lâm sàng Tim mạch học*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2019; tr.680-682.
2. Nguyễn Thị Sơn. *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây y - Tập 1*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2022; tr.75-90.
3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.12-28.
4. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học ứng dụng*, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.1-15.
5. Bộ Y tế. Quyết định số 486/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*. 2026.
6. De maeseneer, Marianne G., et al. Editor's choice—European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2022; 63(2), 184-267.
7. Gloviczki, Peter, ed. *Handbook of venous and lymphatic disorders: Guidelines of the American Venous Forum*. CRC Press; 2017.
8. Gloviczki, Peter, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part II: Endorsed by the Society of Interventional Radiology and the Society for Vascular Medicine. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2024; 12(1), 101 - 670.
9. Zhai, J., & Zhou, J. Progress of Research on the Treatment of Varicose Veins of the Lower Limbs with Chinese Medicine. *Journal of Contemporary Medical Practice*. 2024; 6(6), 217–222. [https://doi.org/10.53469/jcmp.2024.06\(06\).39](https://doi.org/10.53469/jcmp.2024.06(06).39).
10. John K.Chen, Tina T. Chen. *Chinese Herbal Formulas and Applications*, City of Industry, CA: Art of Medicine Press, Inc; 2009.
11. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 55-56, 123-124, 127.
12. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 84-85, 202-203, 207.

3. HEN PHẾ QUẢN (Háo suyễn)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hen phế quản là một bệnh hô hấp mạn tính với nhiều kiểu hình lâm sàng khác nhau, thường đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính của đường thở. Bệnh gây ra các triệu chứng hô hấp có tính dao động theo thời gian, có thể thuyên giảm hoặc bùng phát ở các giai đoạn khác nhau. Các triệu chứng phổ biến bao gồm: khó thở, khò khè, nặng ngực, ho. Những triệu chứng này có thể xuất hiện nhẹ hoặc nặng, thường xuyên hoặc thưa thớt.

Y học cổ truyền không có bệnh danh Hen phế quản nhưng triệu chứng của Hen phế quản có thể khái quát trong phạm vi của các chứng Háo suyễn, Hen suyễn.

- Chứng suyễn: là nói về hơi thở, thở gấp gáp, khi nặng thì há miệng so vai, hen nói về âm thanh phát ra từ cổ họng, có tiếng thở rít phát ra khi thở.

- Chứng hen: khi hít thở, khí ra vào sinh ra tiếng khò khè hoặc rít. Trong hen có hen hàn và hen nhiệt: hen hàn do có dương khí hư suy lại cảm phải ngoại tà, hen nhiệt do có đàm nhiệt tắc trở. Chứng hen khi phát ra thường kèm theo cả chứng suyễn, nhưng chứng suyễn khi phát ra có thể không kèm chứng hen.

- Chứng háo: là do đàm phục sẵn tại Phế, khi gặp yếu tố thuận lợi hoặc cảm phải tà khí sẽ phát tác dẫn đến hiện tượng đàm tắc khí đạo, Phế khí mất chức năng túc giáng, khí đạo co thắt mà gây ra. Khi phát bệnh trong họng có tiếng khò khè, hoặc rít, khó thở, thở chậm thậm chí thành suyễn, không thể nằm được.

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

- Cảm nhiễm ngoại tà thường là phong, hàn. Phong hàn tà xâm nhập vào cơ thể qua mũi hay bì mao gây tổn thương Phế, làm cho Phế khí bị bế tắc, mất chức năng tuyên phát và túc giáng, thủy dịch không phân bố được, tụ lại thành đàm, thượng nghịch mà sinh ra bệnh.

- Âm thực thất điều: thường xuyên ăn uống thực phẩm sống lạnh, hàn ngưng đọng phục sẵn bên trong Phế; ăn quá nhiều thực phẩm chua, mặn, ngọt, uống nhiều rượu, tích nhiệt, thương âm, hoá đàm, gặp yếu tố ngoại cảm thuận lợi sẽ gây bệnh.

- Bệnh lâu ngày tái phát liên tục hoặc hàn đàm tổn thương Tỳ, Thận dương hoặc đàm nhiệt hao tổn Phế, Thận âm thì bệnh sẽ chuyển từ thực sang hư. Chính khí suy, sức đề kháng cơ thể giảm, khiến cho ngoại tà xâm nhập vào cơ thể. Cuối cùng tạo thành vòng xoắn bệnh lý, ngoại cảm và nội thương xen kẽ với nhau, nhiều khi rất khó phân biệt.

- Lao lực quá độ làm hao tổn nguyên khí và Thận tinh, khiến chức năng tàng tinh của Thận suy giảm, lâu ngày dẫn đến Thận hư, đồng thời cũng làm hao tổn Tỳ khí, khiến chức năng vận hóa thủy cốc suy giảm, khí huyết sinh hóa bất túc, lâu ngày dẫn đến Tỳ hư.

- Tiên thiên bất túc, bẩm sinh nguyên khí không đầy đủ, làm suy tổn Thận khí và Thận tinh.

- Tỳ là gốc của hậu thiên, Tỳ hư không thực hiện được công năng vận hóa thủy cốc, làm ảnh hưởng đến khả năng vận hóa các chất tinh vi của thủy cốc, tụ lại mà hóa thành đàm. Thận là gốc của tiên thiên, Thận dương không được ôn ấm, ảnh hưởng đến quá trình khí hóa, vận hóa tân dịch bị suy giảm mà ngưng lại thành đàm. Thận âm suy tổn, hư hỏa ở hạ tiêu chưng bốc, hun đúc tân dịch, cũng tạo thành đàm. Đàm lưu trệ ở Phế gây trở tắc khí đạo, dẫn đến Phế khí tuyên giáng thất điều mà sinh ra bệnh.

III. ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Tham khảo “Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi” tại Quyết định số 5850/QĐ-BYT ngày 24/12/2021 của Bộ Y tế. Trường hợp Quyết định số 5850/QĐ-BYT được thay thế, sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo các văn bản đã được thay thế, sửa đổi, bổ sung.

1. Nguyên tắc điều trị

- Kiểm soát tốt triệu chứng và duy trì mức độ hoạt động bình thường.
- Giảm thiểu nguy cơ tử vong liên quan đến hen, đợt kịch phát, giới hạn luồng khí thở dai dẳng và tác dụng phụ của thuốc.

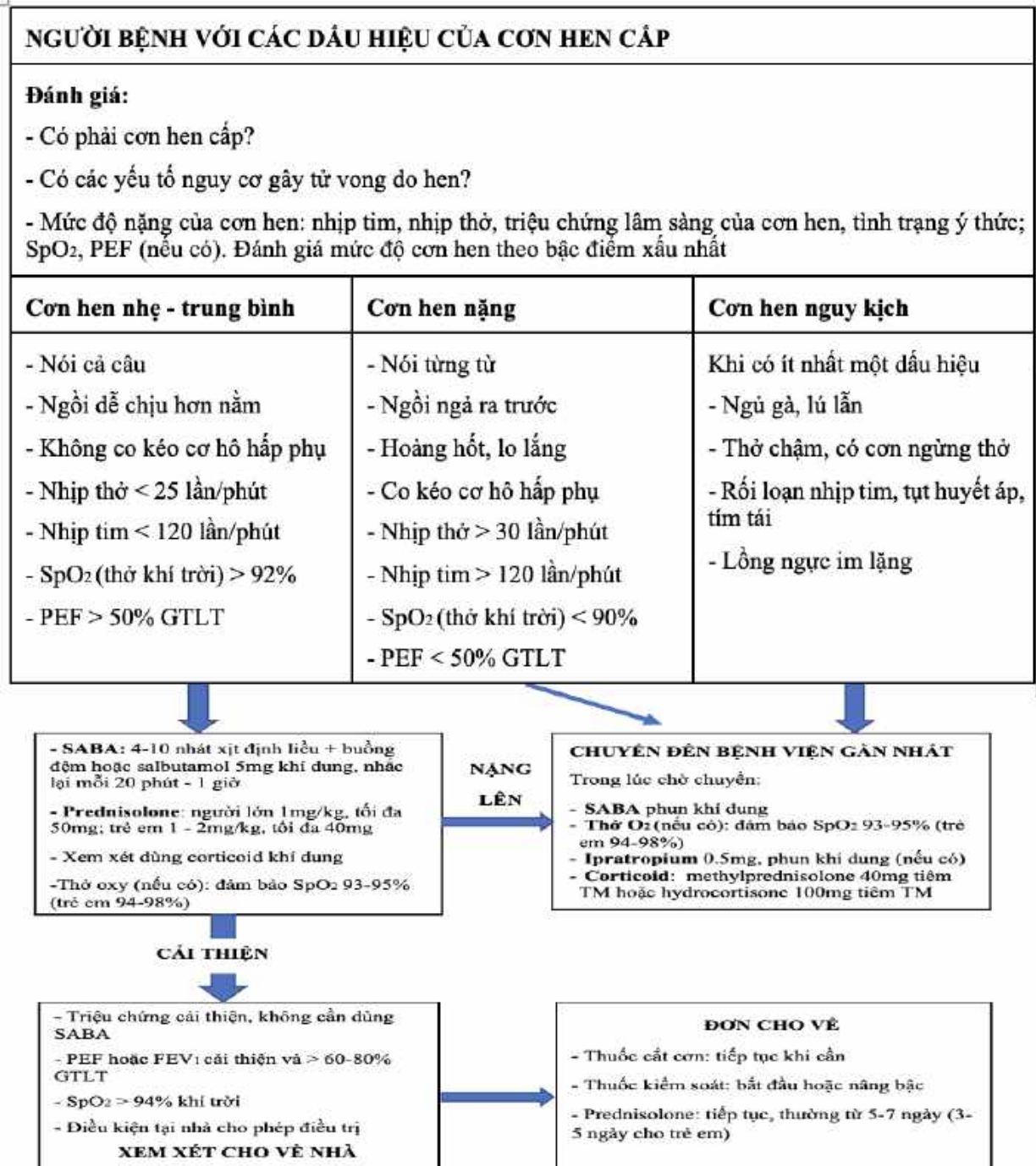
2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

- Ngừng hút thuốc, tránh khói thuốc.
- Tăng hoạt động thể chất phù hợp.
- Tránh yếu tố nghề nghiệp và môi trường kích phát hen (trong nhà và ngoài trời).
- Tránh thuốc làm nặng hen.
- Ăn uống hợp lý, giảm cân nếu thừa cân.
- Tập thở, quản lý stress và sang chấn tâm lý.

2.2. Điều trị dùng thuốc

Lưu đồ 1: Xử trí cơn hen phế quản cấp tại y tế cơ sở



PEF: Lưu lượng đỉnh; FEV₁: Thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên

GTLT: Giá trị lý thuyết; ICS: Corticosteroid dạng hít; SABA: Thuốc kích thích beta 2 tác dụng ngắn

Bảng 1. Lựa chọn khởi đầu thuốc điều trị kiểm soát hen

Biểu hiện triệu chứng	Lựa chọn điều trị khởi đầu được ưu tiên
Tất cả người bệnh	Không khuyến cáo điều trị với SABA đơn độc (không có ICS).
Triệu chứng hen không thường xuyên (< 2 lần/tháng)	Liều thấp ICS-formoterol khi cần <u>hoặc</u> Dùng liều thấp ICS mỗi lần dùng SABA với bình hít riêng rẽ hoặc phối hợp.
Triệu chứng hen hoặc nhu cầu dùng thuốc cắt cơn ≥ 2 lần/tháng	Liều thấp ICS-formoterol khi cần <u>hoặc</u> Liều thấp ICS duy trì với SABA khi cần <u>hoặc</u> LTRA duy trì (kém hiệu quả hơn ICS) với SABA khi cần.
Triệu chứng hen trong hầu hết các ngày hoặc thức giấc do hen ≥ 1 lần/tuần, đặc biệt khi có một yếu tố nguy cơ bất kỳ	Liều thấp ICS-formoterol duy trì và cắt cơn <u>hoặc</u> Liều thấp ICS-LABA duy trì với SABA khi cần <u>hoặc</u> Liều trung bình ICS với SABA khi cần.
Biểu hiện khởi đầu với hen nặng không được kiểm soát hoặc đợt cấp	Liều trung bình ICS-formoterol duy trì và cắt cơn. Có thể dùng đợt ngắn ngày corticoid uống. Liều cao ICS hoặc liều trung bình ICS-LABA duy trì với SABA khi cần. Có thể dùng đợt ngắn ngày corticoid uống.
<i>Trước khi bắt đầu điều trị kiểm soát</i> • Lưu lại các bằng chứng để chẩn đoán hen. • Ghi lại mức kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ của người bệnh, bao gồm chức năng phổi. • Xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn điều trị, bao gồm khả năng tuân thủ với thuốc kiểm soát nếu cắt cơn bằng SABA. • Đảm bảo rằng người bệnh có thể sử dụng thuốc hít đúng kỹ thuật. • Sắp xếp lịch hẹn cho lần tái khám. <i>Sau khi bắt đầu điều trị kiểm soát</i> • Đánh giá đáp ứng của người bệnh sau 2 - 3 tháng hoặc sớm hơn tùy mức độ cấp thiết trên lâm sàng.	

Biểu hiện triệu chứng	Lựa chọn điều trị khởi đầu được ưu tiên
• Xem xét việc điều trị tiếp theo và các vấn đề xử trí then chốt khác. • Hạ bậc điều trị khi việc kiểm soát tốt được duy trì trong 3 tháng. • Đánh giá việc sử dụng thuốc cắt cơn SABA mỗi lần tái khám để tránh tình trạng người bệnh sử dụng quá mức SABA (≥ 3 bình xịt 200 liều /năm).	

ICS: Corticosteroid dạng hít; LTRA: Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene

SABA: Thuốc kích thích beta 2 tác dụng ngắn; LABA: Thuốc kích thích beta 2 tác dụng dài

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC CỔ TRUYỀN

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

- Trong cơn hen phế quản cấp: áp dụng các phương pháp điều trị của y học hiện đại nhằm kiểm soát nhanh triệu chứng và phòng ngừa biến chứng.

- Ngoài cơn hen phế quản cấp: kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại tùy theo thể bệnh lâm sàng y học cổ truyền.

1. Thể Phong hàn phạm Phế

1.1. Triệu chứng: Ngực đầy tức, ho, đàm trong loãng lượng nhiều, có bọt, dễ khạc, sốt, sắc mặt trắng bệch, đau đầu, ớn lạnh, không ra mồ hôi, không khát nước, thích uống nước nóng, đại tiện phân nhão nát. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, nhờn. Mạch phù, khẩn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, thực hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế.

- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: tuyên Phế hóa đàm, tán hàn chỉ khái, định suyễn.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Hạnh tô tán** (Ôn bệnh điều biện)

Hạnh nhân	08g	Tô diệp	10g
Tiền hồ	12g	Cát cánh	10g
Chỉ xác	08g	Bán hạ chế	08g

Bạch linh	16g	Trần bì	08g
Cam thảo	04g	Đại táo	12g
Sinh khương	08g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Thiên đột (CV22)	Đản trung (CV17)	Phong môn (BL12)
Suyễn tức (EX-B1)	Nội quan (PC6)	Đại chùy (GV14)
Liệt huyết (LU7)	Bách hội (GV20)	Túc tam lý (ST36)
Phong long (ST40)		

- Các kỹ thuật châm: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phôi (CO14)	Khí quản (CO16)	Ngực (AH10)
Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	Tuyến thượng thận (TG2)	

- Cứu:

Phế du (BL13)	Thận du (BL23)	Cao hoàng (BL43)
---------------	----------------	------------------

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các huyết theo công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Phong nhiệt phạm Phế

2.1. Triệu chứng: Phiền nóng, ho, đau ngực, khát nước, họng đau, đàm nhiều, vàng dính, khó khạc, đại tiện táo. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi mỏng, vàng. Mạch sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế.

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

2.3. Pháp điều trị: thanh Phế chỉ khái, hóa đàm định suyễn.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Tả bạch tán** (*Tiểu nhi dược chứng trực quyết*)

Tang bạch bì	12g	Địa cốt bì	12g
Chích cam thảo	08g	Ngạnh mễ	12g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm tả:

Trung phủ (LU1)	Thiên đột (CV22)	Đản trung (CV17)
Suyễn tức (EX-B1)	Phế du (BL13)	Xích trạch (LU5)
Ngoại quan (TE5)	Phong long (ST40)	Hợp cốc (LI4)
Nội quan (PC6)	Liệt khuyết (LU7)	Ngư tế (LU10)
Khúc trì (LI11)	Đại chùy (GV14)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán: công thức huyệt chung:

Phổi (CO14)	Ngực (AH10)	Khí quản (CO16)
Nhĩ thần môn (TF4)	Châm (AT3)	

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Phế âm hư

3.1. Triệu chứng: Ho khan, ít đàm, đàm dính, ngứa họng, họng khô, khàn tiếng, sốt về chiều, hai gò má đỏ, khát nước, trong đàm có thể lẫn máu. Chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít. Mạch tế, sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: dưỡng Phế âm, thanh nhiệt.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ **Sa sâm mạch đông thang** (*Ôn bệnh điều biện*)

Sa sâm	16g	Mạch môn	16g
Ngọc trúc	08g	Thiên hoa phấn	08g
Tang diệp	08g	Bạch biển đậu	08g
Chích cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bách hợp cổ kim thang** (*Y phương tập giải*)

Sinh địa	12g	Thục địa	09g
Mạch môn	12g	Bách hợp	12g
Xuyên bối mẫu	08g	Huyền sâm	12g
Đương quy	12g	Bạch thược	08g
Cát cánh	10g	Cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ

Thiên đột (CV22)	Tam âm giao (SP6)	Phế du (BL13)
Cao hoàng (BL43)	Đản trung (CV17)	Thận du (BL23)
Tỳ du (BL20)	Quan nguyên (CV4)	Xích trạch (LU5)
Thái uyên (LU9)		

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phổi (CO14)

Ngực (AH10)

Khí quản (CO16)

Nhĩ thần môn (TF4)

Châm (AT3)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

+ Luyện thở: thở bốn thì và có kê môn.

+ Xoa tam tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể Thận dương hư

4.1. Triệu chứng: Khó thở kéo dài, suyễn xuất hiện và tăng lên khi vận động, đoản khí. Đau lưng mỏi gối, tay chân lạnh, sợ lạnh, tiểu nhiều lần, sưng mu bàn chân. Ho đàm nhiều, ngực sườn đầy trướng, miệng khát nhưng không muốn uống nước, nôn. Chất lưỡi nhạt, bệu, rêu trắng. Mạch trầm, tế, nhược.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: ôn bổ Thận dương.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ **Thận khí hoàn** (Kim quỹ yếu lược)

Phụ tử chế	04g	Nhục quế	04g
Thục địa	16g	Sơn thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Bạch linh	06g	Mẫu đơn bì	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bài thuốc 1** (Tuệ Tĩnh toàn tập): Hạt tía tô, Trần bì (bỏ lớp vỏ trắng), Nhục quế (bỏ vỏ thô), Riềng ấm (sao), Nhân sâm. Các vị lượng bằng nhau, tán

thành bột mịn, luyện mật làm viên bằng hòn đạn (09g), mỗi lần uống 01 viên với nước nóng, ngày uống 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm bổ:

Suyễn tức (EX-B1)	Thiên đột (CV22)	Quan nguyên (CV4)
Khí hải (CV6)	Thận du (BL23)	Mệnh môn (GV4)
Phế du (BL13)	Đản trung (CV17)	Huyền chung (GB39)
Tỳ du (BL20)	Thái khê (KI3)	Phi dương (BL58)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cây chỉ, măng châm, điện măng châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phôi (CO14)	Khí quản (CO16)
Ngực (AH10)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)
Tuyến thượng thận (TG2)	Thận (CO10)

- Cứu:

Phế du (BL13)	Thận du (BL23)
Cao hoàng (BL43)	Tỳ du (BL20)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn, ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

+ Luyện thở: thở bốn thì và có kê môn.

+ Xoa tam tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế

5. Thể Thận âm hư

5.1. Triệu chứng: Ho, khó thở, đau họng, mặt đỏ, vật vã, lòng bàn tay chân nóng. Chát lưỡi đỏ, nứt, rêu lưỡi ít. Mạch tế, sác.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

5.3. *Pháp điều trị:* tư âm bổ Thận.

5.4. *Phương*

a. *Điều trị bằng thuốc*

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ **Tả quy âm** (*Cảnh Nhạc toàn thư*)

Thục địa	12g	Sơn thù	08g
Câu kỷ tử	08g	Hoài sơn	08g
Phục linh	08g	Cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bát tiên trường thọ hoàn** (*Thọ thế bảo nguyên*)

Thục địa	24g	Sơn thù	12g
Hoài sơn	12g	Mạch môn	08g
Ngũ vị tử	08g	Trạch tả	08g
Bạch linh	08g	Mẫu đơn bì	08g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. *Điều trị không dùng thuốc*

- Công thức huyệt chung: châm bổ

Suyễn túc (EX-B1)	Thiên đột (CV22)	Quan nguyên (CV4)
Khí hải (CV6)	Thận du (BL23)	Mệnh môn (GV4)
Phế du (BL13)	Đản trung (CV17)	Tam âm giao (SP6)
Thái khê (KI3)		

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phổi (CO14)	Ngực (AH10)	Khí quản (CO16)
Nhĩ thần môn (TF4)	Châm (AT3)	

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

- + Luyện thở: thở bốn thì và có kê môn.
- + Xoa tam tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

6. Thể Khí hư

6.1. Thể Phế khí hư

6.1.1. Triệu chứng: Ho, khó thở, tiếng nói nhỏ yếu, các triệu chứng bệnh tăng lên khi vận động, tự ra mồ hôi, mệt mỏi, sắc mặt trắng. Chất lưỡi nhợt, rêu trắng nhờn. Mạch tế, nhược.

6.1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

6.1.3. Pháp điều trị: ích khí, bổ Phế.

6.1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ **Ngọc bình phong tán** (Thế y đặc hiệu phương)

Hoàng kỳ	09g	Phòng phong	06g
Bạch truật	09g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bổ Phế thang** (Phụ nhân lương phương)

Nhân sâm	08g	Thục địa	16g
Hoàng kỳ	08g	Tang bạch bì	16g
Tử uyển	08g	Ngũ vị tử	08g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ:

Suyễn túc (EX-B1)	Thiên đột (CV22)	Nội quan (PC6)
Thái uyên (LU9)	Phế du (BL13)	Thiên lịch (LI6)
Đản trung (CV17)	Khí hải (CV6)	Liệt khuyết (LU7)

Phong môn (BL12) Thái bạch (SP3) Phong trì (GB20)
Đại chùy (GV14)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phôi (CO14) Khí quản (CO16) Ngực (AH10)
Thần kinh tự chủ (phần trước AH6) Tuyến thượng thận (TG2)

- Cứu:

Phế du (BL13) Cao hoàng (BL43) Thận du (BL23)
Quan nguyên (CV4) Tỳ du (BL20) Đản trung (CV17)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn, ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

+ Luyện thở: thở bốn thì và có kê môn.

+ Xoa tam tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

6.2. Thể Phế Tỳ khí hư

6.2.1. Triệu chứng: Ho, khạc đàm nhiều, thở ngắn, tiếng thở yếu, sắc mặt vàng tối, mệt mỏi, không có sức, ăn ít, chậm tiêu, ăn nhiều dầu mỡ dễ đại tiện lỏng, tự ra mồ hôi, sợ gió, dễ cảm mạo. Chát lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng, nhờn. Mạch tế, hoãn.

6.2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế, Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

6.2.3. Pháp điều trị: ích khí kiện Tỳ, bổ Phế chỉ khái, định suyễn.

6.2.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ Lục quân tử thang (*Y học chính truyền*)

Nhân sâm	12g	Bạch truật	12g
Bạch linh	12g	Trần bì	08g
Bán hạ chế	12g	Chích cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Sâm linh bạch truật tán (*Hòa tễ cục phương*)

Đảng sâm	12g	Bạch truật	12g
Bạch linh	08g	Bạch biển đậu	08g
Ý dĩ nhân	04g	Hoài sơn	12g
Liên nhục	12g	Sa nhân	04g
Cát cánh	04g	Cam thảo	08g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Bài thuốc 2 (*Tuệ Tĩnh toàn tập*): Trần bì (bỏ xơ trắng), Hạt tía tô (sao qua), Chỉ xác (sao), Hạt đinh lịch (sao qua), Nam tinh (thái nhỏ nấu với nước gừng rồi sao), Vỏ trắng rễ dâu (tẩm mật nướng). Mỗi thứ 08g. Ngũ vị 04g, bốc làm một thang, thêm 06g Gừng, sắc uống xa bữa ăn.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ:

Phế du (BL13)	Tỳ du (BL20)	Suyễn túc (EX-B1)
Thái uyên (LU9)	Thiên lịch (LI6)	Liệt khuyết (LU7)
Đản trung (CV17)	Khí hải (CV6)	Nội quan (PC6)
Thiên đột (CV22)	Đại đô (SP2)	Thái bạch (SP3)
Phong môn (BL12)	Phong trì (GB20)	Đại chùy (GV14)
Công tôn (SP4)	Trung quản (CV12)	Phong long (ST40)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phổi (CO14)	Khí quản (CO16)	Ngực (AH10)
Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	Tuyến thượng thận (TG2)	

- Cứu:

Phế du (BL13)	Cao hoang (BL43)	Thận du (BL23)
Quan nguyên (CV4)	Tỳ du (BL20)	Đản trung (CV17)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn, ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh:

+ Thở hai thì.

+ Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.

+ Luyện thở: thở bốn thì và có kê môn.

+ Xoa tam tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

6.3. Thở Phế Thận khí hư

6.3.1. Triệu chứng: Thở nông, ngắn, không liên tục, tiếng ho nhỏ yếu, ngực tức, ho đàm trắng, tự ra mồ hôi, vận động thì khó thở tăng, dễ cảm ngoại tà, tiểu trong dài. Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng, nhuận. Mạch trầm, vô lực.

6.3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế, Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

6.3.3. Pháp điều trị: ôn Thận nạp khí, giáng khí hóa đàm.

6.3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Tô tử giáng khí thang** (*Hòa tễ cục phương*)

Tô tử	08g	Bán hạ chế	08g
Hậu phác	06g	Tiền hồ	08g
Nhục quế	02g	Đương quy	08g
Tô diệp	04g	Sinh khương	04g
Trần bì	04g	Đại táo	15g
Chích cam thảo	04g		

Sắc uống ngày 01 thang.

Nếu bệnh lâu ngày kết hợp thêm bài **Thận khí hoàn** (*Kim quĩ yếu lược*)

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ:

Suyễn túc (EX-B1)	Thần tàng (KI25)	Phế du (BL13)
Thái uyên (LU9)	Thận du (BL23)	Thiên lịch (LI6)
Đản trung (CV17)	Liệt khuyết (LU7)	Thái bạch (SP3)
Khí hải (CV6)	Thái khê (KI3)	Phi dương (BL58)
Quan nguyên (CV4)	Mệnh môn (GV4)	Phong môn (BL12)
Phong trì (GB20)	Đại chùy (GV14)	Phục lưu (KI7)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phổi (CO14)	Khí quản (CO16)
Ngực (AH10)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)
Tuyến thượng thận (TG2)	Thận (CO10)

- Cứu:

Phế du (BL13)	Cao hoàng (BL43)	Thận du (BL23)
Quan nguyên (CV4)	Tỳ du (BL20)	Đản trung (CV17)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn, ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh:

- + Thở hai thì.
- + Luyện thở ra tối đa: thở ba thì.
- + Luyện thở: thở bốn thì và có kê môn.
- + Xoa tam tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

V. PHÒNG BỆNH

1. Tránh dị nguyên và kích thích

- Giữ nhà sạch, tránh bụi, ẩm mốc, khói thuốc/khói bếp/nhang.
- Hạn chế tiếp xúc lông thú, hóa chất.
- Tránh thực phẩm gây dị ứng (hải sản, đồ chiên rán, ...).

2. Lối sống và dinh dưỡng

- Tập luyện đều (đi bộ, bơi), tránh gắng sức và thời tiết lạnh/khô.

- Ăn uống lành mạnh, nhiều rau quả, uống đủ nước, bổ sung vitamin C.
- Tránh lo âu, căng thẳng.
- Duy trì cân nặng hợp lý.

3. Y tế dự phòng và điều trị

- Tiêm vắc-xin cúm, phế cầu theo chỉ định.
- Dùng thuốc đúng chỉ định, không tự ý dùng thuốc (đặc biệt NSAIDs, kháng sinh khi chưa có hướng dẫn).
- Khám và theo dõi định kỳ.

4. Trẻ nhỏ

- Nuôi con bằng sữa mẹ ít nhất 6 tháng.
- Hạn chế lạm dụng kháng sinh, thuốc hạ sốt không cần thiết.

5. Khi thời tiết lạnh

- Giữ ấm, đeo khẩu trang, tránh gió lùa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay. *Bệnh học và Điều trị nội khoa*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2007; tr.86-108.
2. Yajuan Wang. *Micro-Acupuncture in Practice*, Churchill Livingstone. 2009; tr. 99-138.
3. Bộ Y tế. Quyết định số 792/QĐ-BYT. *Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. 2013.
4. Bộ Y tế. Quyết định số 5850/QĐ-BYT. *Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em ≥ 12 tuổi*. 2021.
5. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đàn. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2018; tr.134-212.
6. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.20-78, 99-106.
7. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiến Tài. *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây Y, Tập 1*, Nhà xuất bản Y học. 2022; tr. 98-119.
8. Wang, X., Zeng, S., Li, Z. et al. “A network meta-analysis of different acupuncture modalities in the treatment of bronchial asthma”, *BMC Pulm Med*. 2023; 23(357).
9. Derakhshan A, Sadeghi M, Asnaashari AM, Dehghani M, Salari R, Khadem-Rezaian M, Mirsadraee M, Saeidinejat S, Jalali S, Jalali S. “Efficacy of Herbal Medicines on Lung Function in Asthma: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”, *J Pharmacopuncture*. 2023; 26(2), 124-138.

10. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2025. November 15, 2025.

https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-2025-Update-25_11_08-WMS.pdf

11. Bộ Y tế. Quyết định số 486/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*. 2026.

12. Viện Nghiên cứu Đông y (dịch). *Tuệ Tĩnh toàn tập*. Nhà xuất bản Y học. 2004, tr. 89.

13. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 42, 62, 107-109, 133, 136-137, 142-143.

14. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 145-146.

4. NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU (Chứng lâm)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn tiết niệu là phản ứng viêm của biểu mô niệu mạc trước tác nhân xâm nhập từ bên ngoài là các loại vi khuẩn, nấm, virus. Bệnh thường được phân loại theo vị trí giải phẫu (nhiễm trùng tiểu trên hay nhiễm trùng tiểu dưới), theo hình thức bệnh (tái nhiễm hay tái phát) hoặc theo tình trạng bệnh (đơn giản hay phức tạp).

- Nhiễm khuẩn tiết niệu phổ biến hơn ở nữ, không phân biệt độ tuổi, nhưng dễ trở nặng ở người già, nam giới, phụ nữ mang thai, người bệnh đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, có dị vật đường tiểu, mắc nhiễm trùng bệnh viện hoặc triệu chứng kéo dài hơn 7 ngày từ lúc khởi phát.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu dưới thường nhẹ và khu trú, đáp ứng tốt với kháng sinh ngắn ngày, trong khi nhiễm khuẩn tiết niệu trên (viêm thận bể thận cấp) thường nghiêm trọng, có nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và tổn thương thận vĩnh viễn.

Lâm sàng: tiểu buốt, tiểu rất, tiểu khó, đau vùng hông lưng, sốt, thay đổi màu sắc hoặc mùi nước tiểu. Phụ nữ có thai, người lớn tuổi, trẻ em thường triệu chứng không điển hình hoặc không có biểu hiện triệu chứng.

Cận lâm sàng:

- Cấy nước tiểu: là tiêu chuẩn giúp chẩn đoán xác định là nhiễm trùng tiểu.
- Tổng phân tích nước tiểu: hồng cầu (+), bạch cầu (+) hoặc trụ bạch cầu (+) nitrit (+).
- Công thức máu: bạch cầu tăng, VS, CRP tăng.
- Chức năng thận: BUN, Creatinin/máu, eGFR.
- Hình ảnh học: siêu âm bụng, Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị, Xquang hệ niệu có cản quang, soi bàng quang, CT-scan hệ tiết niệu, ...

(Tham khảo chi tiết thêm trong khuyến cáo về chẩn đoán một số bệnh cảnh lâm sàng nhiễm khuẩn tiết niệu theo Hội Tiết niệu Châu Âu 2024)

Nhiễm khuẩn tiết niệu không có bệnh danh y học cổ truyền, tuy nhiên các biểu hiện của bệnh thường được mô tả trong chứng lâm với các biểu hiện tương đồng như tiểu lắt nhắt, tiểu buốt, đau bụng dưới, ... Trên lâm sàng thường có các chứng lâm: cao lâm, huyết lâm, nhiệt lâm, thạch lâm, lao lâm.

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

1. Nguyên nhân

- Ngoại nhân: do tiếp xúc nhiều với thời tiết lạnh ẩm hoặc sinh sống tại những nơi ẩm thấp. Thấp tích tụ, hạ chú Bàng quang, lâu ngày sinh thấp nhiệt

trong Bàng quang.

- Bất nội ngoại nhân: do ẩm thực thất điều (thói quen ăn cay nóng, nhiều chất béo hoặc uống rượu nhiều) hoặc do tiên thiên bẩm sinh bất túc, phòng dục quá độ, lao lực lâu ngày, thiên quý suy.

- Nội nhân: tình chí bất ổn, cấu giận tổn thương chức năng sơ tiết của Can, gây khí cơ không thông, khí uất trệ hóa hỏa, nhiệt uất ở hạ tiêu ảnh hưởng chức năng khí hóa của Bàng quang.

2. Cơ chế bệnh sinh

- Lâm chứng là bệnh lý rối loạn tiểu tiện, có căn nguyên sâu xa là sự suy giảm chức năng chủ thủy, cố nhiếp của tạng Thận và rối loạn chức năng khí hóa của phủ Bàng quang. Lâm chứng có chu trình bệnh sinh phức tạp giữa thực (thấp nhiệt) và hư (Thận hư), ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng khí hóa của Thận và Bàng quang. Quá trình bệnh sinh xoay quanh hai trạng thái: thực chứng (cấp tính) và hư chứng (mạn tính)

- Thực chứng:

+ Thấp làm tắc nghẽn đường tiểu, dẫn đến đi tiểu ít nhỏ giọt và tiểu gập. Thấp nhiệt gây tình trạng rêu lưỡi vàng dày dính, nhiệt vào Bàng quang gây cảm giác nóng rát khi đi tiểu, nước tiểu sẫm màu, kèm phát sốt và mạch sác.

+ Trường hợp khí trệ không tuyên thông mà uất lại hóa hỏa, hỏa uất ở hạ tiêu, ảnh hưởng khí hóa của Bàng quang, gây ra tiểu tiện khó, đau, tiểu rất. Hỏa bức huyết nên có tiểu ra máu, huyết ứ biểu hiện ra chất lưỡi tối, có điểm ứ huyết. Mạch huyền là do người bệnh đau, mạch sác chủ về nhiệt.

- Hư chứng: nếu bệnh kéo dài, điều trị không triệt để, hoặc trên cơ địa Thận khí, Thận âm suy hư (do tiên thiên bất túc, lao lực, phòng dục quá độ), chính khí suy giảm, Thận mất khả năng cố nhiếp, dẫn đến khí cơ yếu kém, bệnh dai dẳng, dễ tái phát.

+ Khi tân dịch và âm tinh suy kiệt, không đủ nhu dưỡng cơ thể và phát sinh hư nhiệt, dẫn đến các triệu chứng khô nóng như da khô, khát nước về đêm, táo bón và nước tiểu sẫm màu, nóng rát. Do Thận chủ cốt tủy, Thận âm hư khiến vùng lưng gối thiếu nuôi dưỡng gây đau mỏi, đi kèm các dấu hiệu đặc trưng là ra mồ hôi trộm và cảm giác nóng bừng (triệu nhiệt) vào buổi chiều.

+ Sự suy giảm nhiệt năng và khí lực khiến cơ thể mất đi sự sưởi ấm dẫn đến sợ lạnh, tay chân lạnh và mệt mỏi, lưỡi nhợt. Khi dương khí của Thận không đủ, vùng lưng gối sẽ yếu mỏi, lâu ngày gây khí trệ và đau nhức, tình trạng này làm suy yếu chức năng khí hóa Bàng quang khiến việc bài tiết khó khăn, nước tiểu thường trong nhạt và gây ảnh hưởng gián tiếp đến vận hóa của Tỳ, làm cơ nhục yếu mềm.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế

hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Thấp nhiệt Bàng quang

Thường gặp trong chứng nhiệt lâm, cũng có thể gặp trong chứng huyết lâm

1.1. Triệu chứng: Tiểu khó, tiểu buốt, tiểu rắt, cảm giác rát buốt nóng khi tiểu, nước tiểu có thể đục hoặc trong hoặc có màu đỏ. Người bệnh còn có sốt, đau hạ vị cự án, nước tiểu sẫm đục, mùi khai nồng. Lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch hồng sắc hoặc hoạt sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bàng quang.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: thanh nhiệt lợi thấp, thông lâm.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ **Bát chính tán** (Thái Bình huệ dân hòa tễ cục phương)

Cù mạch	06g	Trạch tả	08g
Chi tử	06g	Biển súc	06g
Xa tiền tử	06g	Hoạt thạch	06g
Đại hoàng	06g	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bài thuốc 1** (Tuệ Tĩnh toàn tập): Ngưu tất 30g, nước 400ml. Sắc lấy một bát uống nóng hoặc cho vào một ít rượu uống. Nếu tiểu buốt ra máu thì uống với bột Hoạt thạch 20g, nếu đau thì gia thêm Nhũ hương.

+ **Bài thuốc 2** (Tuệ Tĩnh toàn tập): Rễ biển súc 30g, sắc nước uống hoặc Rau sam 30g giã lấy nước uống.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Khúc trì (LI11)	Hợp cốc (LI4)	Đại chùy (GV14)
Bàng quang du (BL28)	Trung cực (CV3)	Ngoại quan (TE5)
Ủy dương (BL39)	Huyết hải (SP10)	Phong long (ST40)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4) Thận (CO10) Bàng quang (CO9)

Niệu đạo (HX3) Niệu quản (CO9,10) Tuyến nội tiết (CO18)

Tuyến thượng thận (TG2)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, bóp, nhào vùng bụng. Day ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: xoa hạ tiêu.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Khí trệ huyết ứ

Thường gặp trong chứng thạch lâm, huyết lâm.

2.1. Triệu chứng: Bụng dưới co cứng, thường đau một bên thần lưng, có cơn đau quặn, lan xuống bụng dưới và bộ phận sinh dục, tiểu tiện khó hoặc ngắt quãng, hoặc tiểu rất, tiểu gấp, tiểu buốt, trong nước tiểu có thể lẫn sỏi, nước tiểu vàng đục, có lúc lẫn máu. Chết lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch huyền hoặc sáp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bàng quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hành khí hoạt huyết, lợi thấp, thông lâm bài thạch.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Thạch vỹ tán** (Ngoại đài bí yếu)

Thạch vỹ	06g	Cù mạch	09g
Đông quỳ tử	09g	Hoạt thạch	06g
Thông thảo	06g	Bạch truật	09g
Bạch thược	09g	Đương quy	06g
Vương bất lưu hành	03g	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bài thuốc 3** (Tuệ Tĩnh toàn tập): Dùng Củ gai (tươi) 30g thêm hạt Mã đề (tươi) 30g, nghiền ra, hành 06g giã nát vắt lấy nước uống.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Công thức huyết chung: châm tả

Thận du (BL23) Đại trường du (BL25) Thượng liêu (BL31)

Thứ liêu (BL32) A thị huyết Trung cực (CV3)

Bàng quang du (BL28) Ủy dương (BL39) Huyết hải (SP10)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4) Thận (CO10) Bàng quang (CO9)

Niêu đạo (HX3) Niêu quản (CO9,10) Tuyên thượng thận (TG2)

Tuyến nội tiết (CO18)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, bóp, nhào vùng bụng. Day ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: xoa hạ tiêu.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Âm hư thấp nhiệt

Thường hay gặp trong chứng lao lâm.

3.1. Triệu chứng: Người mệt mỏi, đau âm ỉ hai bên thắt lưng, tiểu rắt, nước tiểu nhỏ giọt, đau âm ỉ hạ bộ sau khi đi tiểu, hoặc thường xuyên tiểu đục, chóng mặt, mệt mỏi, ù tai, triền nhiệt, đạo hãn. Lưỡi đỏ, ít rêu (nếu âm hư nhiều) hoặc rêu vàng nhớt (nếu thấp nhiều). Mạch trầm, tế sác, vô lực.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư trung hiệp thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Thận, Bàng quang.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: thanh nhiệt lợi thấp, thông lâm, bổ Thận âm.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: **Tri bá địa hoàng thang** (Y tông kim giám)

Sinh địa	16g	Hoài sơn	12g
Mẫu đơn bì	08g	Trạch tả	08g
Sơn thù	08g	Phục linh	08g
Hoàng bá	08g	Tri mẫu	08g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bài thuốc 3** (*Tuệ Tĩnh toàn tập*): Dùng Củ gai (tươi) 30g thêm hạt Mã đề (tươi) 30g, nghiền ra, hành 06g giã nát vắt lấy nước uống.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Công thức huyết chung:

+ Châm bổ:

Thận du (BL23)

Thái khê (KI3)

Phi dương (BL58)

Phục lưu (KI7)

Tam âm giao (SP6)

Trung cực (CV3)

+ Châm tả:

Âm lăng tuyền (SP9)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)

Thận (CO10)

Bàng quang (CO9)

Niệu đạo (HX3)

Niệu quản (CO9,10)

Tuyến nội tiết (CO18)

Tuyến thượng thận (TG2)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, bóp, nhào vùng bụng. Day ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: xoa hạ tiêu.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thận dương hư

Thường hay gặp trong chứng lao lâm.

4.1. Triệu chứng: Tiểu yếu, tiểu ít, tiểu rất, tiểu nhiều lần không thông, người mệt mỏi, lưng đau âm ỉ, gối mỏi, ngại vận động, tay chân lạnh. Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm, tế, nhược.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: ôn bổ Thận dương, lợi niệu thông lâm.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- Cổ phương: **Thận khí hoàn** (*Kim quỹ yếu lược*)

Phụ tử chế	04g	Nhục quế	04g
Thục địa	16g	Son thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Bạch linh	06g	Mẫu đơn bì	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Công thức huyết chung: châm bổ

Thận du (BL23)	Thái khê (KI3)	Phi dương (BL58)
Phục lưu (KI7)	Tam âm giao (SP6)	Trung cực (CV3)
Mệnh môn (GV4)	Dũng tuyền (KI1)	Quan nguyên (CV4)
Khí hải (CV6)		

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm, ôn châm, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)	Thận (CO10)	Bàng quang (CO9)
Niệu đạo (HX3)	Niệu quản (CO9,10)	Tuyến nội tiết (CO18)
Tuyến thượng thận (TG2)		

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, bóp, nhào vùng bụng. Day ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: xoa hạ tiêu.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Các phương pháp cấy nước tiểu, nhuộm gram và các kỹ thuật chẩn đoán khác phải được thực hiện trước khi điều trị.

- Khi có kết quả cấy phải dựa vào kháng sinh đồ để điều trị.

- Sau một liệu trình kháng sinh phải đánh giá hiệu quả điều trị.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu có biến chứng như viêm thận bể thận cấp, nhiễm trùng huyết (Urosepsis): bắt buộc ưu tiên y học hiện đại (kháng sinh ngay lập tức) để cứu sống người bệnh và bảo tồn chức năng thận. Y học cổ truyền chỉ nên đóng vai trò điều trị hỗ trợ sau khi đã kiểm soát được tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa

a. Điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu không biến chứng

Bảng 1. Phác đồ điều trị viêm bàng quang không biến chứng

Kháng sinh	Liều dùng	Thời gian điều trị	Lưu ý
Lựa chọn đầu tay ở nữ giới			
Fosfomycin trometamol	3g liều duy nhất	1 ngày	Khuyến cáo chỉ sử dụng trong viêm bàng quang không biến chứng ở nữ.
Nitrofurantoin macrocrystal	50 - 100mg x 4 lần/ngày	5 ngày	
Nitrofurantoin monohydrat hoặc macrocrystal	100mg x 2 lần/ngày	5 ngày	
Nitrofurantoin macrocrystal dạng giải phóng kéo dài	100mg x 2 lần/ngày	5 ngày	
Pivmecillinam	400mg x 3 lần/ngày	3 - 5 ngày	
Lựa chọn thay thế			
Cefadroxil	500mg x 2 lần/ngày	3 ngày	Hoặc tương đương
Nếu mô hình nhiễm khuẩn tại địa phương với tỷ lệ kháng Escherichia coli <20%			
Trimethoprim	200mg x 2 lần/ngày	5 ngày	Không sử dụng trong 3 tháng đầu thai kỳ
Trimethoprim 160mg+ Sulfamethoxazol 800mg (viên kết hợp)	160/800mg x 2 lần/ngày	3 ngày	Không sử dụng trong 3 tháng cuối thai kỳ
Điều trị ở nam giới			
Trimethoprim 160mg+ Sulfamethoxazol 800mg (viên kết hợp)	160/800mg x 2 lần/ngày	7 ngày	Sử dụng hạn chế ở nam giới, có thể kê đơn fluoroquinolon dựa theo tính nhạy cảm tại địa phương

Bảng 2. Phác đồ kháng sinh khuyến cáo trong điều trị viêm bể thận không biến chứng

Kháng sinh	Liều dùng	Thời gian điều trị	Lưu ý
Ciprofloxacin	500-750mg x 2 lần/ngày	7 ngày	Sử dụng ở nơi tỷ lệ kháng fluoroquinolon < 10%
Levofloxacin	750 mg/ngày	5 ngày	
Trimethoprim sulfamethoxazole	160/800mg x 2 lần/ngày	14 ngày	Nếu điều trị theo kinh nghiệm bằng những kháng sinh này, nên bắt đầu với 1 liều kháng sinh có tác dụng kéo dài (ví dụ ceftriaxon)
Cefpodoxim	200mg x 2 lần/ngày	10 ngày	
Ceftibuten	400 mg/ngày	10 ngày	

Bảng 3. Phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch theo kinh nghiệm được khuyến cáo trong điều trị viêm bể thận không biến chứng

Kháng sinh	Liều dùng	Lưu ý
Lựa chọn đầu tay		
Ciprofloxacin	400mg x 2 lần/ngày	
Levofloxacin	750 mg/ngày	
Cefotaxim	2g x 3 lần/ngày	Không được nghiên cứu sử dụng đơn độc trong viêm bể thận không biến chứng cấp tính.
Ceftriaxon	1 - 2g/ngày	Liều thấp hơn đã được nghiên cứu, nhưng khuyến cáo dùng liều cao hơn.
Lựa chọn thứ hai		
Cefepim	1 - 2g x 2 lần/ngày	Liều thấp hơn đã được nghiên cứu, nhưng khuyến cáo dùng liều cao hơn.

Kháng sinh	Liều dùng	Lưu ý
Piperacillin/Tazobactam 4g/0,5g	4g/0,5g x 3 lần/ngày	
Gentamicin	5mg/kg/ngày	Không được nghiên cứu sử dụng đơn độc trong viêm bể thận không biến chứng cấp tính.
Amikacin	15mg/kg/ngày	
Lựa chọn cuối cùng		
Imipenem/Cilastatin 500mg/500mg	500mg x 3 lần/ngày	Chỉ xem xét trên bệnh nhân có kết quả nuôi cấy sớm xuất hiện vi khuẩn đa kháng
Meropenem	1g x 3 lần/ngày	
Ceftolozan/tazobactam	1,5g x 3 lần/ngày	
Ceftazidim/avibactam	2,5g x 3 lần/ngày	
Cefiderocol	2g x 3 lần/ngày	
Meropenem/Vaborbactam 2g/2g	2g/2g x 3 lần/ngày	
Plazomicin	15mg/kg/lần/ngày	

Bảng 4. Phác đồ kháng sinh trong viêm tuyến tiền liệt mạn tính do vi khuẩn

Kháng sinh	Liều dùng	Thời gian điều trị	Lưu ý
Fluoroquinolon	Liều tối ưu đường uống hàng ngày	4 - 6 tuần	
Doxycyclin	100mg x 2 lần/ngày	10 ngày	Chỉ dành cho nhiễm khuẩn do C.trachomatis hoặc Mycoplasma
Azithromycin	500mg x 1 lần/ngày	3 tuần	Chỉ dành cho nhiễm khuẩn do C. trachomatis
Metronidazol	500mg x 3 lần/ngày	14 ngày	Chỉ dành cho nhiễm khuẩn do T.vaginalis

Lưu ý theo dõi tình trạng lâm sàng, nhất là với nhóm đối tượng nguy cơ cao bệnh diễn tiến phức tạp, nếu các triệu chứng đường tiết niệu hoặc sốt không cải thiện sau 4 hoặc 5 ngày điều trị thì nên nhập viện đánh giá lại hoặc chuyển tuyến chuyên sâu.

c. Điều trị Nhiễm khuẩn tiết niệu khi có biến chứng

Bảng 5. Khuyến cáo điều trị Nhiễm khuẩn tiết niệu có biến chứng

STT	Lựa chọn/ Chỉ định	Mức độ khuyến cáo
1	Kháng sinh kinh nghiệm (có triệu chứng toàn thân): Amoxicillin + aminoglycosid; hoặc Cephalosporin thế hệ 2 + aminoglycosid; hoặc Cephalosporin thế hệ 3 1 (IV).	Mạnh
2	Fluoroquinolon (ciprofloxacin): Chỉ dùng nếu kháng <10% và đáp ứng: uống hoàn toàn, không nhập viện, dị ứng β -lactam.	Mạnh
3	Không dùng Fluoroquinolon (ciprofloxacin và khác): Điều trị kinh nghiệm ở bệnh nhân từ khoa tiết niệu hoặc đã dùng trong 6 tháng qua.	Mạnh
4	Kiểm soát: Bất thường tiết niệu và/hoặc yếu tố phức tạp tiềm ẩn.	Mạnh
5	Nuôi cấy & Kháng sinh đồ: Thực hiện trước hoặc sớm nhất sau khi bắt đầu điều trị.	Mạnh
6	Điều chỉnh kháng sinh: Theo kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ.	Mạnh
7	Tiếp tục kháng sinh (uống): Phù hợp theo kháng sinh đồ sau khi cải thiện lâm sàng.	Mạnh
8	Thời gian điều trị: 7 - 14 ngày (14 ngày ở nam giới nghi ngờ viêm tuyến tiền liệt), tùy thuộc vào điều trị bất thường tiềm ẩn.	Yếu
9	Cân nhắc 7 ngày: Nếu ổn định huyết động, không sốt ≥ 48 giờ và có chống chỉ định tương đối với kháng sinh kéo dài.	Yếu

Bảng 6. Phác đồ điều trị kháng sinh trong nhiễm khuẩn huyết từ Nhiễm khuẩn tiết niệu

Kháng sinh	Liều dùng	Thời gian điều trị
Cefotaxim	2g x 3 lần/ngày	7 - 10 ngày
Ceftazidim	1 - 2g x 3 lần/ngày	Thời gian điều trị dài hơn phù hợp với bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng chậm

Kháng sinh	Liều dùng	Thời gian điều trị
Ceftriaxon	1 - 2g x 1 lần/ngày	
Cefepim	2g x 2 lần/ngày	
Piperacillin/tazobactam	4,5g x 3 lần/ngày	
Ceftolozan/tazobactam	1,5g x 3 lần/ngày	
Ceftazidim/avibactam	2,5g x 3 lần/ngày	
Gentamicin	5mg/kg/ngày	Không được nghiên cứu như liệu pháp đơn trị trong điều trị nhiễm khuẩn huyết từ Nhiễm khuẩn tiết niệu
Amikacin	15mg/kg/ngày	
Ertapenem	1g x 1 lần/ngày	
Imipenem/cilastatin	0,5g x 3 lần/ngày	
Meropenem	1g x 3 lần/ngày	

d. Khuyến cáo điều trị Nhiễm khuẩn tiết niệu không có triệu chứng (Asymptomatic Bacteriuria - ASB):

- Không điều trị kháng sinh cho người có vi khuẩn trong nước tiểu mà không có triệu chứng lâm sàng (trừ phụ nữ mang thai hoặc trước thủ thuật niệu khoa) để tránh gia tăng vi khuẩn kháng thuốc đa kháng (ESBL).

- Điều trị ASB được chứng minh là có lợi đối với 2 trường hợp sau:

- + Phụ nữ mang thai: sàng lọc ít nhất 1 lần vào tam cá nguyệt đầu tiên (tuần 12 - 16); liệu trình ngắn ngày (3 - 7 ngày) dựa trên kết quả kháng sinh đồ; các thuốc an toàn thường dùng: Fosfomycin trometamol (liều duy nhất), Amoxicillin/Clavulanate, hoặc Nitrofurantoin (tránh dùng lúc gần sinh).

- + Trước các thủ thuật xâm lấn đường niệu: cần sàng lọc bằng cấy nước tiểu trước khi làm thủ thuật; điều trị dựa trên kháng sinh đồ, bắt đầu ngay trước khi thủ thuật diễn ra; nếu cấy nước tiểu âm tính, chỉ cần dự phòng kháng sinh trước mổ theo quy định thông thường.

Bảng 7. Khuyến cáo điều trị Nhiễm khuẩn tiết niệu không triệu chứng (ASB) theo EAU 2024

STT	Lựa chọn / Chỉ định	Mức độ khuyến cáo
1	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB ở phụ nữ không mang thai, tiền mãn kinh.	Mạnh
2	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB ở bệnh nhân đái tháo đường đã kiểm soát tốt.	Mạnh
3	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB ở người cao tuổi sống tại cộng đồng hoặc viện dưỡng lão.	Mạnh
4	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB ở bệnh nhân có rối loạn chức năng đường niệu hoặc bàng quang thần kinh.	Mạnh
5	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB ở bệnh nhân đang đặt ống thông tiểu lưu.	Mạnh
6	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB trước các phẫu thuật chỉnh hình (thay khớp háng, gối, ...) hoặc các phẫu thuật ngoài hệ niệu.	Mạnh
7	Không sàng lọc hoặc điều trị ASB ở bệnh nhân ghép thận đã ổn định (sau 6 tháng đầu).	Mạnh
8	Sàng lọc và điều trị ASB ở phụ nữ mang thai bằng liệu trình kháng sinh ngắn ngày.	Mạnh
9	Sàng lọc và điều trị ASB trước các thủ thuật can thiệp đường niệu có gây tổn thương niêm mạc (xâm lấn).	Mạnh
10	Không sử dụng kháng sinh để điều trị ASB nhằm mục đích dự phòng nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát.	Mạnh

2.2. Ngoại khoa

- Phẫu thuật tán sỏi thận qua da (PCN).
- Đặt stent niệu quản ngược chiều.

V. PHÒNG BỆNH

- Uống đủ nước: ít nhất 2 lít nước/ngày.
- Tránh ăn các thức ăn có gia vị cay nóng kéo dài
- Tránh dùng quá nhiều trà, cà phê, chất kích thích, ...
- Đi tiểu trước khi đi ngủ, sau khi giao hợp, bất kỳ lúc nào cảm thấy mót tiểu.

- Nếu nhiễm trùng tiểu thường tái phát: không dùng màng chắn âm đạo và thuốc diệt tinh trùng mà nên chuyển sang phương pháp ngừa thai khác.
- Thực hiện vệ sinh vùng hậu môn và bộ phận sinh dục ngoài. Tránh các chất có thể gây kích thích niệu đạo (xà phòng, chất khử mùi tại chỗ, ...).
- Thực hiện nghiêm túc nguyên tắc vô trùng khi phải tiến hành thăm dò hoặc đặt thông đường tiết niệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 3931/QĐ-BYT. *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Thận-Tiết niệu*. 2015.
2. Bộ Y tế. Quyết định số 792/QĐ-BYT. *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. 2013.
3. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đàn. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2018; tr.134-212.
4. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.20-78, 99-106.
5. Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (VUNA). *Hướng dẫn điều trị Nhiễm khuẩn đường tiết niệu*, NXB ĐH Huế; 2021.
6. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiên Tài. *Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây Y*. Nhà xuất bản Y học TP HCM; 2022: 262-283.
7. G. Bonkat (Chair), R. Bartoletti, F. Bruyère. *EAU Guidelines on Urological Infections*. 2022; 28-50.
8. Jennifer Kranz, Riccardo Bartoletti. *European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines*. 2024
9. Pei-Ju Hou, Pao-Yen Lin, Wan-Ling Lin, Tun-Pin Hsueh. Integrated traditional herbal medicine for recurrent urinary tract infection treatment and follow-up: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Ethnopharmacol*. 2024 Mar; 1:321:117491. doi: 10.1016/j.jep.2023.117491
10. Liu CF, Chien LW. Moxibustion for Managing Postoperative Urinary Retention After Hemorrhoidectomy and Anorectal Surgeries. *J Perianesth Nurs*. 2023 Dec; 38(6):881-891. doi: 10.1016/j.jopan.2023.01.020.
11. Wang J, Chen Y, Yang X, Huang J, Xu Y (2023), Efficacy and safety of Chinese herbal medicine in the treatment of chronic pruritus. *Front Pharmacol*. 2023 Jan; 12:13:1029949. doi: 10.3389/fphar.2022.1029949.
12. Viện Nghiên cứu Đông y (dịch). *Tuệ Tĩnh toàn tập*. Nhà xuất bản Y học. 2004, tr. 195.
13. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 136-137.
14. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 72-73.

5. ĐAU ĐẦU MIGRAINE (Đầu thống)

I. ĐẠI CƯƠNG

Migraine là một bệnh lý phổ biến, mặc dù không gây tử vong, nhưng là nguyên nhân gây tàn tật xếp hàng thứ hai trên toàn thế giới. Bệnh thường xảy ra ở phụ nữ nhiều hơn nam giới. Migraine thường khởi phát lúc trẻ và đạt đến tỉ lệ lưu hành ở tuổi trung niên. Nguyên nhân của đau đầu Migraine chưa rõ, liên quan đến di truyền, sinh học thần kinh phức tạp (hệ thống thần kinh sinh ba mạch máu, ức chế lan tỏa vỏ não, Serotonin, ...). Người bệnh có thể trải qua các giai đoạn:

- Giai đoạn tiền triệu.
- Giai đoạn aura.
- Giai đoạn đau đầu.
- Giai đoạn sau cơn.

Chẩn đoán đau đầu Migraine dựa vào lâm sàng. Cần lâm sàng để loại trừ các nguyên nhân đau đầu thứ phát. (Tham khảo tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine trong *Phân loại Quốc tế về các Rối loạn đau đầu, phiên bản thứ 3*).

Theo y học cổ truyền, đầu được xem là nơi “dương khí hội tụ”, nơi trú ngụ của thần minh, có mối liên hệ với tất cả các cơ quan tạng phủ bên trong trực tiếp hay gián tiếp, cũng như thông qua các khiếu để kết nối với môi trường bên ngoài. Chính vì vậy, khi có bất kỳ yếu tố nào làm cản trở sự vận hành kinh mạch, tắc trở che mờ thanh khiếu, ảnh hưởng đến việc nuôi dưỡng vùng đầu đều có thể dẫn đến đau đầu. Biểu hiện chính của đau đầu Migraine là triệu chứng đau nửa đầu, các tính chất mô tả có nhiều mối liên quan với chứng bệnh Đầu thống, Đầu phong, Não phong theo kinh điển.

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

- Tình chí không điều hòa, căng thẳng, giận dữ lâu ngày làm Can khí uất kết. Can uất hóa hỏa, hỏa khí Can Đờm uất lại nhiều loạn ở trên. Hay do Can uất hóa hỏa lâu ngày thương âm hoặc vốn Can âm bất túc (Can âm hư, Can huyết hư), Thận âm suy hư không khống chế được Can dương khiến Can dương thượng cang, thanh khiếu thụ thương, mạch lạc thất dưỡng gây đau.

- Bệnh lâu ngày, lao nhọc quá độ khiến nguyên khí suy kém, huyết phân không đầy đủ làm kinh mạch không được nuôi dưỡng.

- Do ăn uống thất thường, dùng đồ lạnh, Tỳ Vị hư yếu, hàn tà nội sinh làm Vị dương hư, hàn ngưng khí cơ. Vị khí hư không giáng, Can khí mất sơ tiết gây Can Vị bất hòa. Hư hàn làm khí huyết vận hành trì trệ, thanh dương không thăng lên đầu, não bộ thiếu sự nuôi dưỡng.

- Ăn uống không điều độ, ảnh hưởng công năng tạng Tỳ, đàm trọc sinh ra gây cản trở thanh dương.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Can uất Tỳ hư

1.1. Triệu chứng: Đau đầu thường khởi phát hoặc nặng hơn khi bị kích thích do yếu tố cảm xúc, kinh nguyệt không đều, đau bụng trong kỳ kinh, kèm theo căng tức vú, tê ngứa ran ngón tay, mặt, ngực sườn, mắt nhìn mờ, hay thở dài, trầm cảm, mệt mỏi, bàn tay và bàn chân lạnh, táo bón xen lẫn tiêu chảy. Lưỡi nhợt. Mạch huyền tế.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư trung hiệp thực thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Can, Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: nội nhân.

1.3. Pháp điều trị: sơ Can giải uất kiện Tỳ, chỉ thống.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Tiêu dao tán** (Hòa tễ cục phương)

Sài hồ	09g	Đương quy	09g
Bạch thược	09g	Bạch linh	09g
Bạch truật	09g	Bạc hà	08g
Sinh khương	08g	Chích cam thảo	05g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung:

+ Châm tả:

Suất cốc (GB8)	Bách hội (GV20)	Dương bạch (GB14)
Ấn đường (EX-HN3)	Thái dương (EX-HN5)	Phong trì (GB20)
Ế phong (TE17)	A thị huyết	Hợp cốc (LI4)
Can du (BL18)	Thái xung (LR3)	Nội quan (PC6)

+ Châm bổ:

Tỳ du (BL20)

Phong long (ST40)

Thái bạch (SP3)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Tụy (CO11)

Nhĩ thần môn (TF4)

Gan (CO12)

Dưới vỏ (AT4)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa bóp vùng đầu, cổ gáy bằng các thủ thuật xoa, xát, miết, phân, hợp, day, lăn. Ấn, day các huyệt như trong công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: luyện thư giãn, thở bốn thì có kê móng và giờ chân, ưỡn cổ, rần hồ mang, xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Can dương thượng cương

2.1. Triệu chứng: Đau đầu liên tục, cảm giác căng tại hốc mắt hoặc vùng thái dương, thường xảy ra ở người lớn tuổi khởi phát trong khi ngủ hoặc tăng nặng về đêm, kèm theo chóng mặt nhiều, sợ ánh sáng, dễ nóng giận cáu gắt, ù tai, khô miệng, đắng miệng. Lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng. Mạch huyền.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can.

- Chẩn đoán nguyên nhân: nội nhân.

2.3. Pháp điều trị: bình Can tiềm dương, thanh hỏa tức phong.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Thiên ma câu đằng ẩm** (Trung Y Nội Khoa tập bệnh chứng trị tân nhãn)

Thiên ma	09g	Câu đằng	12g
Thạch quyết minh	20g	Chi tử	12g
Hoàng cầm	09g	Ích mẫu	12g
Ngưu tất	12g	Đỗ trọng	10g
Tang ký sinh	12g	Dạ giao đằng	10g
Phục thần	10g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả:

Suất cốc (GB8)	Bách hội (GV20)	Dương bạch (GB14)
Ấn đường (EX-HN3)	Thái dương (EX-HN5)	Phong trì (GB20)
Ế phong (TE17)	A thị huyết	Hợp cốc (LI4)
Can du (BL18)	Thái xung (LR3)	Thái bạch (SP3)
Nội quan (PC6)	Hành gian (LR2)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Gan (CO12)	Nhĩ thần môn (TF4)	Dưới vỏ (AT4)
------------	--------------------	---------------

- Xoa bóp bấm huyết: xoa bóp vùng đầu, cổ gáy bằng các thủ thuật xoa, xát, miết, phân, hợp, day, lăn. Ấn, day các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: luyện thư giãn, thở bốn thì có kê móng và giờ chân, ưỡn cổ, rần hỏ mang, xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Phong hàn

3.1. Triệu chứng: Đau đầu nửa đầu, cả đầu hoặc đau đỉnh đầu, cảm giác lạnh, sợ gió, phát sốt, nghẹt mũi. Lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: kinh dương vùng đầu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: sơ phong tán hàn, chỉ thông.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Xuyên khung trà điều tán** (Thái Bình huệ dân hòa tể Cục phương)

Xuyên khung	12g	Bạc hà	12g
Kinh giới	12g	Khương hoạt	06g

Bạch chỉ	08g	Tế tân	04g
Phòng phong	04g	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Suất cốc (GB8) Bách hội (GV20) Dương bạch (GB14)

Ấn đường (EX-HN3) Thái dương (EX-HN5) Phong trì (GB20)

Ế phong (TE17) Phong phủ (GV16) Hợp cốc (LI4)

A thị huyết

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Phôi (CO14) Nhĩ thần môn (TF4) Dưới vỏ (AT4)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa bóp vùng đầu, cổ gáy bằng các thủ thuật xoa, xát, miết, phân, hợp, day, lăn. Ấn, day các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: luyện thư giãn, thở bốn thì có kê móng và giờ chân, ưỡn cổ, rần hổ mang, xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thử Đàm nghịch

4.1. Triệu chứng: Đau nặng đầu, cảm giác thắt chặt, kèm chóng mặt, chán ăn, buồn nôn, nôn đàm nhớt, nặng ngực, tay chân tê, mỏi. Lưỡi bệu, rêu lưỡi nhớt. Mạch huyền hoạt.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư trung hiệp thực thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, Vị.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: trừ đàm giáng nghịch, kiện Tỳ.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bán hạ bạch truyệt thiên ma thang** (*Y học tâm ngộ*)

Bán hạ chế	08g	Trần bì	12g
Thiên ma	12g	Bạch truyệt	12g
Phục linh	12g	Sinh khương	06g
Cam thảo	06g	Đại táo	10g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

+ Châm tả:

Suất cốc (GB8)	Bách hội (GV20)	Dương bạch (GB14)
Ấn đường (EX-HN3)	Thái dương (EX-HN5)	Phong trì (GB20)
Ế phong (TE17)	A thị huyết	Hợp cốc (LI4)
Trung quản (CV12)	Túc tam lý (ST36)	Phong long (ST40)

+ Châm bổ: Thái bạch (SP3) Tỳ du (BL20)

+ Châm bình: Nội quan (PC6)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán: công thức huyết:

Tụy (CO11)	Nhĩ thần môn (TF4)	Dưới vỏ (AT4)
------------	--------------------	---------------

- Xoa bóp bấm huyết: Xoa bóp vùng đầu, cổ gáy bằng các thủ thuật xoa, xát, miết, phân, hợp, day, lăn. Ấn, day các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: tương tự thể Can uất Tỳ hư.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thể Huyết ứ trệ kinh lạc

5.1. Triệu chứng: Đau đầu kéo dài, đau cố định, cảm giác đau nhói như đâm, có thể có tiền sử chấn thương vùng đầu. Lưỡi tím hoặc có điểm ứ huyết, rêu trắng mỏng hoặc không rêu. Mạch huyền sáp.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.

- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng đầu.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: hoạt huyết hóa ứ, thông kinh hoạt lạc, chỉ thống.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Thông khiếu hoạt huyết thang** (*Y lâm cải thác*)

Đào nhân	08g	Hồng hoa	06g
Xích thược	12g	Xuyên khung	08g
Thông bạch	12g	Sinh khương	12g
Đại táo	12g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả:

Suất cốc (GB8)	Bách hội (GV20)	Dương bạch (GB14)
Ấn đường (EX-HN3)	Thái dương (EX-HN5)	Phong trì (GB20)
Ế phong (TE17)	A thị huyết	Hợp cốc (LI4)
Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)	Dưới vỏ (AT4)
--------------------	---------------

- Chích lễ:

Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)	A thị huyết
----------------	------------------	-------------

- Xoa bóp bấm huyết: xoa bóp vùng đầu, cổ gáy bằng các thủ thuật xoa, xát, miết, phân, hợp, day, lăn. Ấn, day các huyết như trong công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: luyện thư giãn, thở bốn thì có kê môn và giờ chân, ưỡn cổ, rần hồ mang, xoa ngũ quan.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cắt cơn: ưu tiên kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền.

- Điều trị dự phòng: ưu tiên y học cổ truyền trước, sau đó kết hợp nhóm thuốc y học hiện đại điều trị dự phòng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị không dùng thuốc

a. Ngâm nước ấm

- Người bệnh phải được khám, chẩn đoán và theo dõi trước khi ngâm.
- Mục đích: thư giãn, giảm đau.
- Thực hiện: kiểm tra nhiệt độ của nước ngâm 39 - 43°C tùy từng thể trạng người bệnh. Ngâm chân và tay vào nước ấm 20 phút. Trong quá trình ngâm, tự rửa, tự xoa bóp vùng ngâm để tăng hiệu quả, sau khi ngâm xong, lau khô.

b. Các liệu pháp sinh học - hành vi (biobehavioral therapies)

- Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), Phản hồi sinh học (biofeedback) và các liệu pháp thư giãn, ... có hiệu quả trong điều trị dự phòng migraine.

2.2. Điều trị dùng thuốc

a. Thuốc cắt cơn:

- Chỉ định: tất cả người bệnh đau đầu Migraine.
- Các thuốc điều trị cắt cơn Migraine:
 - + Acetaminophen 1000mg.
 - + NSAID: Aspirin 500mg, Diclofenac 50mg, 100mg, Ibuprofen 200mg, 400mg, Naproxen 500mg hoặc 550mg.
 - + Triptans: Sumatriptan uống 25mg, 50mg, 100mg.
 - + Phối hợp: Acetaminophen/Aspirin/Caffeine 500mg/500mg/130mg, Sumatriptan/ Naproxen 85mg/500mg.
- Ngoài ra hiện có một số thuốc mới đã được nghiên cứu ứng dụng trong điều trị Migraine: Lasmiditan: 50mg, 100mg, 200mg; Gepants: Rimegepant 75mg; Ubrogapant 50mg, 100mg.
- + Chống nôn: Metoclopramide 10mg.

Lưu ý: người bệnh Migraine có các cơn đau kiểm soát kém có nguy cơ lạm dụng thuốc cắt cơn và dễ phát triển thành đau đầu do lạm dụng thuốc. Do đó cần lưu ý thời gian sử dụng thuốc cắt cơn, tránh chuyển sang đau đầu do lạm dụng thuốc.

Tiêu chuẩn ICHD-3 cho đau đầu do lạm dụng thuốc:

- (A) Đau đầu xảy ra ≥ 15 ngày/tháng ở người bệnh có rối loạn đau đầu từ trước.
- (B) Lạm dụng thường xuyên trong > 3 tháng một hoặc nhiều thuốc có thể dùng để điều trị cơn cấp và/hoặc điều trị triệu chứng:
 - ≥ 10 ngày/tháng đối với các dẫn xuất ergot, triptan, opioid, thuốc giảm đau phối hợp, hoặc phối hợp các thuốc từ các nhóm khác nhau mà từng nhóm riêng lẻ không bị lạm dụng.
 - ≥ 15 ngày/tháng đối với thuốc giảm đau không opioid, acetaminophen và NSAIDs.
- (C) Không được giải thích hợp lý hơn bởi một chẩn đoán khác.

b. Thuốc ngừa cơn:

- Chỉ định khi:

+ Các cơn đau ảnh hưởng đáng kể đến sinh hoạt hằng ngày của người bệnh mặc dù đã điều trị cơn cấp.

+ Cơn xảy ra thường xuyên.

+ Có chống chỉ định, thất bại điều trị hoặc lạm dụng thuốc điều trị cơn cấp, trong đó lạm dụng được định nghĩa như sau:

≥ 10 ngày mỗi tháng đối với các dẫn xuất ergot, triptan, opioid, thuốc giảm đau phối hợp và phối hợp thuốc từ các nhóm khác nhau mà từng nhóm riêng lẻ không bị lạm dụng.

≥ 15 ngày mỗi tháng đối với thuốc giảm đau không opioid, acetaminophen (paracetamol) và NSAIDs.

+ Xuất hiện tác dụng không mong muốn với điều trị cơn cấp.

+ Theo nguyện vọng của người bệnh.

- Các thuốc điều trị ngừa cơn.

Đường uống:

+ Propranolol: 120 - 240mg

+ Metoprolol: 25 - 200mg

+ Valproic acid: 400 - 2000mg

+ Topiramate: 25 - 200mg

+ Amitriptyline: 25 - 150mg

+ Venlafaxine: 37,5 - 300mg

+ Atenolol: 50 - 200mg

+ Lisinopril: 10 - 20mg.

Ngoài đường uống:

+ Eptinezumab: truyền TM 100 - 300mg mỗi 03 tháng.

+ Erenumab: tiêm dưới da liều 70 - 140mg mỗi tháng.

+ Fremanezumab: tiêm dưới da 225mg mỗi tháng hoặc 675mg mỗi 03 tháng.

+ Galcanezumab: tiêm dưới da liều khởi đầu 240mg, sau đó duy trì 120mg mỗi tháng.

+ OnabotulinumtoxinA: tiêm bắp liều 155 - 195 đơn vị (U) mỗi quý.

V. PHÒNG BỆNH

- Y học hiện đại: đề dự phòng đau đầu Migraine, cần hướng dẫn người bệnh tránh các yếu tố kích thích khởi phát cơn đau bằng việc thay đổi lối sống và các thói quen sinh hoạt:

+ Ngủ đủ giấc, cố gắng duy trì thói quen ngủ và thức cùng một thời điểm mỗi ngày.

+ Tập thể dục thường xuyên, những bài tập vừa sức.

+ Ăn uống điều độ, không bỏ bữa, uống đủ nước, chú ý phân thực dưỡng.

+ Tránh để tinh thần căng thẳng.

+ Hạn chế những nơi ồn ào, môi trường có ánh sáng chói, khí hậu quá lạnh hoặc thay đổi đột ngột.

+ Tránh sử dụng các thuốc ngừa thai, các thuốc làm thay đổi hormon, gây giãn mạch.

- Y học cổ truyền: đối với chứng bệnh Đầu thống, nguyên nhân được đề cập phần nhiều do tình chí mất điều hòa, âm thực thất điều, bệnh lâu ngày (đặc biệt bệnh lý tạng Can), lao lực mà gây nên. Do đó, để dự phòng chứng Đầu thống, cần lưu ý một số vấn đề sau:

+ Chú trọng điều dưỡng tinh thần: thứ nhất, tránh những yếu tố bất lợi từ bên ngoài môi trường. Một môi trường tự nhiên trong lành, một hoàn cảnh xã hội tốt đẹp, không khí gia đình hòa thuận đều ảnh hưởng tích cực đến tinh thần. Thứ hai, tự nâng cao khả năng điều chỉnh tâm lý.

+ Chú ý rèn luyện thân thể, tránh làm việc quá mức, tình dục quá độ.

+ Ăn uống đủ chất, điều độ, tránh các thực phẩm dễ sinh thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Thị Diệu Thường. *Bệnh học và điều trị thần kinh kết hợp đông tây y*. Tái bản lần 1. Nhà xuất bản Y học. 2024.

2. Viện Y học Trung Y Bắc Kinh (Dương Hữu Nam, Dương Trọng Hiếu dịch). *Phương tế học giảng nghĩa*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 1994.

3. Nguyễn Tử Siêu (dịch giả). *Hoàng Đế Nội Kinh Tố Vấn toàn tập*. NXB TP.HCM. 1992.

4. Puledda F, Sacco S, Diener H-C, et al. “International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine”, *Cephalalgia*. 2008; 44(9). doi:10.1177/03331024241269735

5. Amiri P, Kazeminasab S, Nejadghaderi SA, Mohammadinasab R, Pourfathi H, Araj-Khodaei M, Sullman MJM, Kolahi AA, Safiri S. “Migraine: A Review on Its History, Global Epidemiology, Risk Factors, and Comorbidities”, *Front Neurol*. 2022;12:800605.

6. Ailani, J., Burch, R. C., Robbins, M. S., & Board of Directors of the American Headache Society. “The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice”, *Headache*. 2021; 61(7), 1021–1039. <https://doi.org/10.1111/head.14153>

7. Sujan MU, Rao MR, Kisan R, Abhishekh HA, Nalini A, Raju TR, Sathyaprabha TN. “Influence of hydrotherapy on clinical and cardiac autonomic function in migraine patients”, *J Neurosci Rural Pract.* 2016; 7(1):109-13.

8. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. “The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies”, *Headache.* 2015; 55(1):3-20. doi: 10.1111/head.12499.

9. Tfelt-Hansen, P., Hougaard. “New US guidelines for preventive treatment of migraine”, *Nat Rev Neurol.* 2012; 8, 419–421.

10. Headache Classification Committee of the International Headache Society. “The International Classification of Headache Disorders”, 3rd ed. *Cephalalgia.* 2018; 38(1):1-211.

11. 张美增, 郭瑞友, 王岭 (主编). *中西医结合神经病学*, 科学技术文献出版社. 2014; 73- 77.

Trương Mỹ Tăng, Quách Thụy Hữu, Vương Lĩnh (Chủ biên). *Thần kinh học kết hợp Trung - Tây y*, Nhà xuất bản Văn kiện Khoa học Kỹ thuật. 2014; 73 - 77.

12. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 66-67, 72-73, 75-76.

13. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 165-166.

6. HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY (Ma mộc, Uyển thống)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay là một vấn đề phổ biến ảnh hưởng đến chức năng bàn ngón tay, gây ra bởi sự chèn ép dây thần kinh giữa ở cổ tay.

Lâm sàng triệu chứng ban đầu là đau, tê dị cảm bàn ngón tay theo sự chi phối của dây thần kinh giữa, tăng khi vận động cổ tay. Mức độ nặng có thể mất cảm giác, yếu hoặc mất chức năng vận động bàn tay, kết hợp với các nghiệm pháp Tinel, nghiệm pháp Phalen, nghiệm pháp Durkan hoặc thông qua kết quả chẩn đoán điện chi trên, thấy có bằng chứng tổn thương thần kinh giữa đoạn đi qua ống cổ tay và những dây thần kinh trụ, quay bình thường.

Chẩn đoán xác định khi có một triệu chứng cơ năng hoặc một triệu chứng thực thể kết hợp với kết quả chẩn đoán điện chi trên (theo *Chẩn đoán phân độ theo Stevens 1997*).

Hội chứng ống cổ tay với biểu hiện đau, tê và dị cảm ngón tay được miêu tả trong các y văn thuộc chứng Ma mộc hoặc Uyển thống. Có mối liên hệ mật thiết với các kinh lạc cổ tay và bàn tay như kinh Tâm bào, kinh Đại trường, kinh Phế, ...

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

Nguyên nhân chủ yếu của chứng Ma mộc, Uyển thống là thiếu nuôi dưỡng cân mạch. Tình trạng thiếu dưỡng này có thể do:

- Phong, hàn, thấp tà thừa cơ chính khí suy dễ xâm nhập và trú ngụ khu trú trong các kinh mạch (kinh Tâm bào, kinh Đại trường, kinh Phế) ở vùng khớp cổ tay gây chèn ép và đau.

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

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

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phong hàn thấp

1.1. Triệu chứng: Đau cổ tay di chuyển hoặc đau lên cánh tay, tê và cảm giác nặng ở bàn tay và ngón tay, giảm cử động, cảm giác sưng khớp ở ngón tay, bàn tay, đau nặng hơn hoặc giảm cử động nhiều hơn khi tiếp xúc với lạnh hoặc trong thời tiết ẩm ướt, mưa. Lưỡi nhợt, rêu trắng, nhớt. Mạch phù hoạt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng cổ tay, bàn tay, ngón tay.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp thông kinh hoạt lạc.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Quyên tý thang** (*Bách nhất tuyền phương*)

Khương hoạt	08g	Phòng phong	06g
Khương hoàng	10g	Hoàng kỳ	12g
Xích thược	10g	Đương quy	12g
Chích cam thảo	03g		

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

+ Nếu hàn nhiều gia Lá lốt, Tề tân.

+ Nếu thấp tà nhiều, các khớp sưng đau gia Thương truật, Ý dĩ nhân, Phục linh, Mộc qua.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngâm thuốc cổ truyền cục bộ vùng bàn tay, cổ tay. thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng giải biểu, khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

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

Hợp cốc (LI4) Nội quan (PC6) Dương khô (LI5)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu, điện châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cổ tay (SF2) Nhĩ thần môn (TF4)

Ngón tay (SF1) Tuyến thượng thận (TG2)

Xoa bóp bấm huyết:

+ Vê ngón tay.

- + Xoa cổ tay và lòng bàn tay.
- + Day các huyết theo công thức huyết chung ở trên.
- + Vận động khớp cổ tay.
- Dưỡng sinh: Tập một số động tác dưỡng sinh giúp khí huyết lưu thông các cơ và khớp chi trên, vùng chi trên:
 - + Xem xa xem gân.
 - + Động tác cầm tạ.
 - + Co tay rút ra phía sau.
 - + Động tác cây gậy.
 - + Tự xoa chi trên.
 - + Thở bốn thì có kê mông và giờ chân.
 - + Để cơ tay nghỉ ngơi sau 30 phút làm việc.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Đau cổ tay nhiều, đau tại chỗ và nặng hơn vào ban đêm. Lưỡi tím sẫm, có điểm ứ huyết. Mạch huyền.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng cổ tay, ngón tay, bàn tay.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hoạt huyết khứ ứ, chỉ thống.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Đào hồng tứ vật thang** (*Y tông kim giám*).

Thục địa	12g	Đương quy	09g
Hồng hoa	06g	Đào nhân	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngâm thuốc cổ truyền cục bộ vùng bàn tay, cổ tay. Thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng giải biểu, khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Đại lăng (PC7) Liệt khuyết (LU7) Bát tà (EX-UE9)

Thủ tam lý (LI10) Nội quan (PC6) Hợp cốc (LI4)

Lao cung (PC8) Cách du (BL17) Huyết hải (SP10)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu, điện châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cổ tay (SF2) Nhĩ thần môn (TF4)

Ngón tay (SF1) Tuyến thượng thận (TG2)

Xoa bóp bấm huyết:

+ Vê ngón tay.

+ Xoa cổ tay và lòng bàn tay.

+ Day các huyết theo công thức huyết chung ở trên.

+ Vận động khớp cổ tay.

- Dưỡng sinh: Tập một số động tác dưỡng sinh giúp khí huyết lưu thông các cơ và khớp chi trên, vùng chi trên:

+ Xem xa xem gần.

+ Động tác cầm tạ.

+ Co tay rút ra phía sau.

+ Động tác cây gậy.

+ Tự xoa chi trên.

+ Thở bốn thì có kê móng và giờ chân.

+ Để cơ tay nghỉ ngơi sau 30 phút làm việc.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Khí huyết hư

3.1. Triệu chứng: Tê, đau lòng bàn tay, ngón tay, da vùng lòng bàn tay, ngón tay có màu nhạt hơn, môi nhợt nhạt, da mặt màu trắng nhạt hoặc vàng nhạt, móng tay giòn, da khô, chóng mặt, hồi hộp, đánh trống ngực. Lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng hoặc không rêu. Mạch tế nhược.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, hư, thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng cổ tay, bàn tay, ngón tay.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: bổ khí ích huyết.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bát trân thang** (Chính thể loại yếu).

Nhân sâm	09g	Thục địa	09g
Bạch truật	09g	Đương quy	09g
Bạch linh	09g	Bạch thược	09g
Xuyên khung	09g	Chích cam thảo	05g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

Trước khi sắc thêm Sinh khương 06g, Đại táo 10g để điều hòa vinh vệ.

+ Nếu kiêm phong có thể gia Tang ký sinh 12g, Hy thiêm 12g;

+ Nếu kiêm hàn gia Lá lốt 10g, Quế chi 08g;

+ Nếu kiêm thấp, các khớp sưng đau gia Thương truật 10g, Ý dĩ nhân 15g, Phục linh 15 - 30g, Mộc qua 10g.

+ Nếu đau nhiều gia Dây đau xương 12g.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngâm thuốc cổ truyền cục bộ vùng bàn tay, cổ tay. Thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng giải biểu, khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu viêm, lưu thông kinh lạc,... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bình:

Đại lãng (PC7)	Lao cung (PC8)
Bát tà (EX-UE9)	Nội quan (PC6)

+ Châm bổ:

Can du (BL18)	Thận du (BL23)	Tỳ du (BL20)
Khí hải (CV6)	Huyết hải (SP10)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu, điện châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cổ tay (SF2)

Nhĩ thần môn (TF4)

Ngón tay (SF1)

Tuyến thượng thận (TG2)

Xoa bóp bấm huyết:

+ Vê ngón tay.

+ Xoa cổ tay và lòng bàn tay.

+ Day các huyết theo công thức huyết chung ở trên.

+ Vận động khớp cổ tay.

- Dưỡng sinh: Tập một số động tác dưỡng sinh giúp khí huyết lưu thông các cơ và khớp chi trên, vùng chi trên:

+ Xem xa xem gần.

+ Động tác cầm tạ.

+ Co tay rút ra phía sau.

+ Động tác cây gậy.

+ Tự xoa chi trên.

+ Thở bốn thì có kê mông và gờ chân.

+ Để cơ tay nghỉ ngơi sau 30 phút làm việc.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Kết hợp thêm y học hiện đại khi người bệnh đau nhiều.

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ (nếu có).

- Điều trị triệu chứng.

- Cân nhắc can thiệp ngoại khoa khi thất bại trong điều trị nội khoa.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa

a. Điều trị thuốc:

Bảng 1. Thuốc điều trị Hội chứng ống cổ tay

STT	Thuốc	Đường dùng, liều dùng	Lưu ý (nếu có)
Giảm đau thông thường			
1	Acetaminophen 500mg	Uống 2 - 4 viên /24 giờ	Không vượt quá 4g trong 24 giờ

Kháng viêm NSAIDs (Chọn 1 trong các thuốc)			
1	Diclofenac 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Uống 75 - 100mg/ngày x 7 - 14 ngày, sau ăn	Liều tối đa 200mg/ngày
2	Celecoxib 200 mg	Uống 1 - 2 viên/ngày x 7 - 14 ngày, sau ăn	Không nên dùng cho người bệnh có tiền sử bệnh tim mạch và thận trọng hơn ở người cao tuổi. Nếu người bệnh có nguy cơ tiêu hóa nên phối hợp với một thuốc ức chế bơm proton (Omeprazole 20mg hoặc Esomeprazol 40mg).
Corticoid			
1	Methylprednisolon acetat 40mg	Tiêm 0,2ml dưới hướng dẫn của siêu âm đưa thuốc chính xác vào bao gân gấp chung các ngón tay.	Tránh tiêm corticoid ở bệnh nhân có đứt gân bán phần hoặc nghi ngờ đứt gân, gân thoái hóa nặng. Tránh tiêm vào thân gân có thể dẫn đến hoại tử gân và gây đứt gân hoàn toàn.
Ngoài ra có thể sử dụng thêm nhóm thuốc giảm đau thần kinh phối hợp (pregabalin, gabapentin).			

b. Phục hồi chức năng:

- Mang nẹp cổ tay ban đêm cố định cổ tay ở tư thế trung tính khi ngủ.
- Nhiệt trị liệu
- Điện trị liệu
- Xoa bóp mô mềm ở cổ tay
- Di động khớp cổ tay
- Các bài tập cổ tay và bàn tay.

2.2. Ngoại khoa (Chuyển cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa)

- Phương pháp: Mở rộng ống cổ tay bằng cách xẻ mạc giữ gân gấp. Điều chỉnh các khối can xương trật để ống cổ tay không bị hẹp và không đè ép lên thần kinh giữa.

- Chỉ định:

+ Các triệu chứng của hội chứng ống cổ tay đã kéo dài trên 6 tháng và không đáp ứng với điều trị nội khoa.

+ Các cơ của bàn tay yếu, teo nhỏ và đe dọa mất chức năng vĩnh viễn do sự chèn ép dây thần kinh cổ tay nghiêm trọng.

V. PHÒNG BỆNH

1. Theo y học hiện đại

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

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

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

2. Theo y học cổ truyền

Nguyên nhân chứng “Ma mộc” hoặc “Uyển thống” do ngoại nhân hoặc bất nội ngoại nhân (làm việc quá sức vùng cổ tay, suy nhược cơ thể, bệnh mạn tính và/hoặc mang thai, vi chấn thương). Do đó đề phòng bệnh theo Y học cổ truyền, người bệnh cần tư vấn, giáo dục sức khỏe như sau:

- Tránh làm việc gắng sức, chế độ sinh hoạt và làm việc khoa học kết hợp vận động và nghỉ ngơi nhất là vùng cổ tay;

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đoàn. *Bệnh học và điều trị thần kinh kết hợp Đông Tây y*. 2021: 175 - 188.

2. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học tập 2*. Nhà xuất bản Y học TP.HCM; 2021: 173 – 184, 188 - 195.

3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học ứng dụng*. Nhà xuất bản Y học TP.HCM; 2019: 62-66.

4. Kieu TX, Trinh D-TT, Jing W. Laser Acupuncture Versus Electroacupuncture for Nonsevere Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Medical Acupuncture*. 2024; doi:10.1089/acu.2023.0107.
5. Sevy JO, Sina RE, Varacallo M. Carpal Tunnel Syndrome. *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
6. Rosario NB, De Jesus O. Electrodiagnostic Evaluation of Carpal Tunnel Syndrome. *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
7. The American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Carpal Tunnel Syndrome, 2024.
8. Bộ Y tế. Quyết định 654/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp*. 2014: 231 - 234.
9. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 82-83, 150-151.
10. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 63-64; 242.

7. TĂNG TIẾT MỒ HÔI NGUYÊN PHÁT (Chứng hãn)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng tiết mồ hôi (Hyperhidrosis) là một biểu hiện bất thường do tiết mồ hôi quá mức và không kiểm soát được. Trên lâm sàng tăng tiết mồ hôi được phân chia thành hai nhóm: Tăng tiết mồ hôi nguyên phát và tăng tiết mồ hôi thứ phát.

- Tăng tiết mồ hôi nguyên phát thường xuất hiện sớm với các triệu chứng khu trú hơn.

- Tăng tiết mồ hôi thứ phát thường xuất hiện do tác dụng phụ của thuốc hoặc các rối loạn toàn thân, bệnh lý tiềm ẩn gây ra (rối loạn nội tiết/chuyển hóa, mãn kinh, khối u ác tính, thuốc chống trầm cảm, thuốc kháng Cholinergic, thuốc hạ đường huyết, thuốc điều hòa thụ thể estrogen có chọn lọc, ...).

Trong phạm vi hướng dẫn này chỉ đề cập bệnh lý tăng tiết mồ hôi nguyên phát.

- Tăng tiết mồ hôi nguyên phát thường đối xứng hai bên, khu trú, ra mồ hôi quá nhiều ở nách, lòng bàn tay, lòng bàn chân hoặc vùng sọ mặt không phải do các bệnh lý cơ bản khác gây ra.

- Tăng tiết mồ hôi nguyên phát theo AAFP được chẩn đoán dựa vào triệu chứng xảy ra trong 6 tháng mà không rõ nguyên nhân và có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau: ra mồ hôi hai bên và đối xứng; suy giảm các hoạt động hàng ngày; xuất hiện ít nhất một lần mỗi tuần; tuổi khởi phát thường <25 tuổi, không xảy ra khi ngủ; tiền sử gia đình có người bị bệnh tăng tiết mồ hôi nguyên phát.

- HDSS là thang điểm để xác định mức độ tăng tiết mồ hôi, được sử dụng để hướng dẫn điều trị (điểm từ 1 - 2: mức độ nhẹ; điểm 3 - 4: nghiêm trọng). *(Tham khảo chi tiết thang điểm HDSS - theo Ủy ban tư vấn bệnh tăng tiết mồ hôi Canada).*

- Một số xét nghiệm dùng để loại trừ bệnh lý thứ phát: công thức máu, đường huyết đói, HbA1c, hormon tuyến giáp, tuyến thượng thận, ...

Theo y học cổ truyền, triệu chứng lâm sàng của bệnh tăng tiết mồ hôi nguyên phát có những nét tương đồng ứng với phạm vi chứng Hãn, cụ thể thiên về “Tự hãn”, “Đa hãn”.

- Tự hãn là chỉ cơ thể tự nhiên lại ra mồ hôi mà không do mệt nhọc, không do trời nắng mặc áo dày quá nóng và cũng không do uống thuốc phát tán, ...

- Đa hãn là tình trạng ra mồ hôi quá nhiều, không kiểm soát được, vượt mức sinh lý bình thường dù không vận động nặng hay trời nóng.

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

Theo học thuyết của y học cổ truyền: Phế khí tuyên phát đưa tân dịch phân bố ra ngoài biểu, được dương khí chưng cất mà hình thành nên mồ hôi rồi qua lỗ

chân lông mà thoát khỏi cơ thể ra ngoài. Mồ hôi có tác dụng làm nhu nhuận da lông, điều tiết cân bằng âm dương của cơ thể. Bình thường ra mồ hôi giúp điều hòa dinh vệ, có thể đẩy tà khí ra khỏi cơ thể bằng pháp cho ra mồ hôi (pháp hãn). Nhưng nếu ra mồ hôi quá nhiều, sẽ làm hao thương tân dịch, dinh huyết dẫn đến rối loạn thêm chức năng tạng phủ.

Tự hãn, Đa hãn phần lớn là do dương khí hư tổn, dinh vệ bị mất đi sự điều hòa. Cơ chế bệnh sinh của sự tăng tiết mồ hôi có theo những con đường sau đây:

- Vệ khí hư: người bệnh cảm thụ tà khí (phong, hàn, nhiệt tà), ảnh hưởng đến vệ khí, vệ khí mất đi công năng bảo vệ phòng ngừa sự xâm nhập của ngoại tà (không cố biểu), dẫn đến sự rò rỉ doanh âm (vệ không củng cố bên ngoài, doanh không giữ gìn ở bên trong) mà sinh ra mồ hôi.

- Phế khí hư: người có thể chất khí hư, Phế khí hư mất chức năng cố nhiếp, doanh âm lại không thể giữ gìn ở trong, mà sinh ra tự hãn.

- Tâm huyết hư, Tâm dương hư.

- Đàm nhiệt uất thương tân: thấp nhiệt uất chưng bên trong cơ thể, nhiệt uất hỏa hóa, hỏa khí bức tân dịch ra ngoài mà sinh ra tự hãn.

Một số nguyên nhân gây ra mồ hôi bất thường và đặc điểm bệnh lý:

- Nhiệt tà: ra mồ hôi quá nhiều.

- Phong tà: ra mồ hôi quá nhiều kèm ngứa.

- Thấp nhiệt tà: mồ hôi vàng, có hoặc không mùi.

- Đàm thấp: mồ hôi có mùi, chất hơi dính, có màu vàng.

Vị trí vùng ra mồ hôi cũng có mối liên quan tới tạng phủ và đường kinh. Ví dụ như: ở vùng đầu mặt - Tỳ Vị; vùng mũi - Phế; vùng nách - Tâm, Can; lòng bàn tay chân - Tâm, Thận, Tỳ, Vị; vùng bẹn - Can, Thận.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể dinh vệ bất hòa kèm Phế khí hư

1.1. Triệu chứng: Bệnh lâu ngày, thể lực yếu, dễ cảm hoặc sau cảm bệnh dai dẳng không khỏi, người bệnh hay sợ gió, ra mồ hôi cục bộ, toàn thân mệt mỏi hoặc hơi phát sốt. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc phù nhược.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm hư thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế vệ và Phế khí.

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

1.3. Pháp điều trị: ích Phế khí, cố biểu, chỉ hãn.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Ngọc bình phong tán** (*Thế y đặc hiệu phương*)

Hoàng kỳ	12g	Phòng phong	06g
Bạch truật	12g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: dùng các dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng cố biểu, khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Dán thuốc cổ truyền: Ngũ bội tử tán.

+ Nguyên liệu: Ngũ bội tử tán bột mịn.

+ Cách dùng: mỗi lần dùng 02 - 03g, trộn vào ít nước sôi, nặn thành bánh, khi đi ngủ đắp vào rốn, ngoài lấy băng dính dán, sáng hôm sau bỏ miếng đắp.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm tả:

Hợp cốc (LI4)	Giáp tích T1-T4 (EX-B2)
---------------	-------------------------

+ Châm bổ:

Phục lưu (KI7)	Ngũ tể (LU10)	Hậu khê (SI3)
Phế du (BL13)	Thái uyên (LU9)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, thủy châm, ôn châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết:

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	Phổi (CO14)	Tụy (CO11)
-----------------------------------	-------------	------------

Chú ý: tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Lý nhiệt uất chung

2.1. Triệu chứng: Ra mồ hôi nhiều ở vùng đầu và tay chân, mặt đỏ, miệng khát, người nóng, phiền táo, bất an, đại tiện táo. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng hoặc nhờn dính. Mạch hoạt sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Vị.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: thanh tiết lý nhiệt.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Ngọc nữ tiên** (*Cảnh Nhạc toàn thư*)

Sinh thạch cao	30g	Thục địa	20g
Tri mẫu	05g	Mạch môn	06g
Ngưu tất	05g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Bài thuốc** (*Tuệ Tĩnh toàn tập*): Rễ đậu giá tán nhỏ, mỗi lần dùng 03g, thang với nước, ngày uống 03 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngâm thuốc cổ truyền: dùng các dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng thanh nhiệt tả hỏa, trừ thấp, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Dán thuốc cổ truyền: Ngũ bội tử tán.

+ Nguyên liệu: Ngũ bội tử tán bột mịn.

+ Cách dùng: mỗi lần dùng 02 - 03g, trộn vào ít nước sôi, nặn thành bánh, khi đi ngủ đắp vào rốn, ngoài lấy băng dính dán, sáng hôm sau bỏ miếng đắp.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm tả:

Hợp cốc (LI4) Túc tam lý (ST36) Xích trạch (LU5)

Đại trũ (BL11) Giáp tích T1-T4 (EX-B2)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cây chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyệt:

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6) Dạ dày (CO4)

Chú ý: tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Can Tỳ thấp nhiệt

3.1. Triệu chứng: Người bệnh ra mồ hôi, cô đặc dính và thấm vàng ra áo, mặt đỏ bừng và dễ cáu gắt, miệng đắng khát nhưng không thích uống nước, bụng đầy trướng, ăn khó tiêu, nước tiểu vàng. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn. Mạch huyền sắc hoặc nhu sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư trung hiệp thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: thanh Can tiết nhiệt, lợi thấp, kiện Tỳ.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Long đởm tả can thang** (*Y phương tập giải*)

Long đởm thảo	06g	Hoàng cầm	09g
Chi tử	09g	Trạch tả	12g
Xa tiền tử	09g	Bạch linh	09g
Sinh địa	09g	Đương quy	03g
Sài hồ	06g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài

- Ngâm thuốc cổ truyền: dùng các dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng thanh nhiệt, trừ thấp, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Dán thuốc cổ truyền: Ngũ bội tử tán.

+ Nguyên liệu: Ngũ bội tử tán bột mịn.

+ Cách dùng: mỗi lần dùng 02 - 03g, trộn vào ít nước sôi, nặn thành bánh, khi đi ngủ đắp vào rốn, ngoài lấy băng dính dán, sáng hôm sau bỏ miếng đắp.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm tả:

Hợp cốc (LI4)	Đại chùy (GV14)	Giáp tích T1-T4 (EX-B2)
Khúc trì (LI11)	Túc tam lý (ST36)	Âm lăng tuyền (SP9)

+ Châm bổ:

Tỳ du (BL20)

Thái bạch (SP3)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cây chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6) Gan (CO12)

Tụy (CO11)

Nội tiết (CO18)

Chú ý: tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thê Phế Tỳ khí hư

4.1. Triệu chứng: Người bệnh ra mồ hôi, tăng khi vận động, sợ gió, thở ngắn, khó thở, đoản khí, hụt hơi, tinh thần mệt mỏi, sắc mặt trắng. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm nhược.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Phế Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: ích khí cố biểu, kiện Tỳ bổ Phế.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Ngọc bình phong tán** (Thế y đặc hiệu phương)

Hoàng kỳ 12g

Phòng phong 06g

Bạch truật 12g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngâm thuốc cổ truyền: dùng các dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng cố biểu, ích khí, kiện Tỳ, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Dán thuốc cổ truyền: Ngũ bội tử tán.

+ Nguyên liệu: Ngũ bội tử tán bột mịn.

+ Cách dùng: mỗi lần dùng 02 - 03g, trộn vào ít nước sôi, nặn thành bánh, khi đi ngủ đắp vào rốn, ngoài lấy băng dính dán, sáng hôm sau bỏ miếng đắp.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ:

Phục lưu (KI7)	Ngư tể (LU10)	Hậu khê (SI3)
Phế du (BL13)	Tỳ du (BL20)	Túc tam lý (ST36)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	Phổi (CO14)	Tụy (CO11)
-----------------------------------	-------------	------------

Chú ý: tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thể Tâm Tỳ lưỡng hư

5.1. Triệu chứng: Người bệnh ra mồ hôi nhiều, hay hồi hộp đánh trống ngực, mất ngủ, khó thở, tinh thần mệt mỏi, sắc mặt không tươi, ăn kém. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch tế nhược.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Tỳ.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: kiện Tỳ, dưỡng Tâm.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Quy tỳ thang** (*Tế sinh phương*)

Nhân sâm	12g	Bạch truật	12g
Hoàng kỳ	12g	Đương quy	08g
Viễn chí	04g	Phục thần	12g
Mộc hương	06g	Long nhãn	12g
Táo nhân	12g	Chích cam thảo	06g
Sinh khương	06g	Đại táo	15g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Ngâm thuốc cổ truyền: dùng các dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng dưỡng Tâm, kiện Tỳ, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Dán thuốc cổ truyền: Ngũ bội tử tán.
- + Nguyên liệu: Ngũ bội tử tán bột mịn.
- + Cách dùng: mỗi lần dùng 02 - 03g, trộn vào ít nước sôi, nặn thành bánh, khi đi ngủ đắp vào rốn, ngoài lấy băng dính dán, sáng hôm sau bỏ miếng đắp.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ:

Phục lưu (KI7)	Ngư tể (LU10)	Hậu khê (SI3)
Tâm du (BL15)	Tỳ du (BL20)	Túc tam lý (ST36)
Khí hải (CV6)		
- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6) Tim (CO15) Tụy (CO11)

Chú ý: tùy theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm mức độ nghiêm trọng của tình trạng tăng tiết mồ hôi (giảm điểm HDSS).
- Các phương pháp y học cổ truyền tham gia điều trị kết hợp từ thang HDSS ở 1 tới 4 điểm.

Lưu ý: Cần loại trừ hoàn toàn các nguyên nhân thứ phát trước khi điều trị tăng tiết mồ hôi nguyên phát.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa

- Nhôm clorua 20%: Thuốc đầu tay trong hầu hết các trường hợp tăng tiết mồ hôi nguyên phát bất kể mức độ nghiêm trọng và vị trí, dùng ngoài, có tác dụng chống bài tiết mồ hôi tại chỗ. Thành phần chủ yếu là 20% muối nhôm (Aluminum chloride hexahydrate), dung dịch này có thể gây kích ứng da, nhưng có thể pha loãng để giảm kích ứng nếu cần. Khi sử dụng: bắt buộc bôi vào buổi tối trên nền da khô hoàn toàn để tránh phản ứng hóa học với mồ hôi gây kích ứng, ngứa rất nghiêm trọng.

- Một số thuốc khác

+ Thuốc kháng acetylcholin: Thuốc chẹn beta giao cảm (không phù hợp cho những người bị bệnh hen suyễn hoặc bệnh mạch máu ngoại vi), thuốc chẹn kênh calci, thuốc chống viêm không steroid và anxiolytics cũng có hiệu quả điều trị trong một số trường hợp.

+ Thuốc kháng cholinergic: đường uống được khuyến cáo nếu điều trị bằng nhôm clorua tại chỗ, hoặc tiêm botulinum toxin và điện phân chuyển ion không hiệu quả.

Cần tư vấn cho người bệnh về các tác dụng phụ có thể xảy ra ví dụ như táo bón, mờ mắt, khô miệng, sợ ánh sáng, khô da và bí tiểu, ...

Bảng 1. Cách sử dụng thuốc kháng cholinergic đường uống

STT	Thuốc	Đường dùng: liều khởi đầu & liều duy trì	Lưu ý
Kháng cholinergic đường uống			
1	<i>Oxybutynin 2,5mg</i>	Khởi đầu với liều 2,5mg bằng đường uống và tăng dần liều theo đáp ứng	
2	<i>Propantheline 15mg</i>	03 lần/ngày, một giờ trước mỗi bữa ăn, và 30mg trước khi đi ngủ. Có thể tăng lên đến 120mg mỗi ngày.	

- Tiêm botulinum toxin: Tiêm trong da, điều trị cho tăng tiết mồ hôi khu trú nách, bàn tay, bàn chân. Hiệu quả điều trị 2 - 8 tháng.

2.2. Phương pháp khác

- Điện phân chuyển ion: Phương pháp điều trị đầu tay hoặc lựa chọn thứ hai đối với tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay, lòng bàn chân và nách. Sử dụng nguồn điện đưa ion qua da, thông qua hệ thủy phân. Thời gian 10 - 20 phút/ngày trong nhiều ngày. Nên tiến hành một tuần 2 - 3 lần. Có thể gây ra cảm giác khó chịu, kích ứng hoặc viêm da tiếp xúc. Cần điều trị lâu dài và không có hiệu quả tuyệt đối.

- Sử dụng các phương pháp khác làm teo tuyến mồ hôi dưới da.

2.3. Điều trị ngoại khoa

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến mồ hôi nách: Đây là phương pháp điều trị tại chỗ, nhằm loại bỏ tối đa các tuyến mồ hôi ở vùng nách, từ đó làm giảm tăng tiết mồ hôi ở vùng da này.

- Phẫu thuật cắt bỏ thần kinh giao cảm: Là phương pháp điều trị cuối cùng khi các phương pháp điều trị bảo tồn không thành công hoặc tình trạng tăng tiết mồ hôi khiến người bệnh không thể chịu đựng được, ảnh hưởng nghiêm trọng tới sinh hoạt.

+ Tăng tiết mồ hôi tay đơn thuần: Cắt thần kinh giao cảm T2 hoặc T2, 3.

+ Tăng tiết mồ hôi nách đơn thuần: Cắt thần kinh giao cảm T3, 4.

+ Tăng tiết mồ hôi tay và nách: Cắt thần kinh giao cảm T2, 3, 4.

V. PHÒNG BỆNH

- Không mặc quần áo bó sát, thay thường xuyên dùng các loại vải có tính thấm mồ hôi tốt.
- Sử dụng tất có lớp bạc, lót giày và thay thường xuyên.
- Tắm bằng các loại sữa tắm không xà phòng.
- Dùng các chất khử mùi tại chỗ.
- Xoa bột talc sau khi tắm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đàn. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2018; tr.134-212.
2. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.20-78, 99-106.
3. Nguyễn Thị Thanh Tú, Nguyễn Tuyết Trang. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay chân và kết quả thuốc HB trong điều trị. *Vietnam Medical Journal – N01*; 2022:58-61.
4. Huỳnh Quang Khánh, Nguyễn Văn Khôi. *Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tăng tiết mồ hôi tay*, Phẫu thuật nội soi lồng ngực. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2016: 155-166.
5. Nguyễn Công Minh. *Phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực trong điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay và nách*, Cập nhật điều trị các bệnh lồng ngực trung thất mạch máu. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2014: 314-331.
6. Henning MAS, Bouazzi D, Jemec GBE. Treatment of Hyperhidrosis: An Update. *Am J Clin Dermatol*. 2022; 23(5), 635-646. doi: 10.1007/s40257-022-00707-x.
7. Anna Kisielnicka, Aneta Szczerkowska-Dobosz, Dorota Purzycka-Bohdan. Hyperhidrosis: disease aetiology, classification and management in the light of modern treatment modalities. *Advances in dermatology and allergology*. 2022; 39(2): 251–257. doi: 10.5114/ada.2022.115887.
8. John R. Mcconaghy, Daniel Fosselman. Hyperhidrosis: Management Options. *Am Fam Physician*. 2018; 97(11), 729-734.
9. 周仲瑛, *中医内科学* (供中医类专业用). 中国中医药出版社-北京. 2003: 435-440.
- Chu Trọng Anh. *Nội khoa Y học cổ truyền Trung Quốc* (dành cho sinh viên chuyên ngành Y học cổ truyền). Nhà xuất bản Y học cổ truyền Trung Quốc - Bắc Kinh. 2003: 435-440.
10. 林来红, 周然宓. 多汗症的中医临床治疗综述. *Guangming Journal of Traditional Chinese medicine*. 2008; 23(1), 122-123.

Lâm Lai Hồng, Chu Nhiễm Mịch. *Tổng quan về điều trị lâm sàng chứng tăng tiết mồ hôi bằng y học cổ truyền Trung Quốc*. Tạp chí Y học cổ truyền Quang Minh. 2008; 23(1), 122-123.

11. Viện Nghiên cứu Đông y (dịch). *Tuệ Tĩnh toàn tập*. Nhà xuất bản Y học. 2004, tr. 149-150

12. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 37-38, 41, 148-149.

13. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 145-146.

8. THOÁI HOÁ CỘT SỐNG (Chứng tý)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống là một quá trình bệnh lý tự nhiên liên quan đến tuổi tác, có liên quan đến những thay đổi do thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch do tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

- Thoái hóa cột sống cổ biểu hiện bằng chứng đau cổ, cứng cổ mạn tính và hạn chế vận động, đau lan đến cằm hoặc chi trên kèm cảm giác tê hoặc ngứa ran ở vai, cánh tay và bàn tay. Đau cổ gáy lan lên đầu và yếu cơ ở các chi trên cũng là những dấu hiệu phổ biến.

- Thoái hóa cột sống thắt lưng gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện đau kiểu viêm.

Chẩn đoán thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào những dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng:

- Lâm sàng: đau cột sống âm ỉ và có tính chất cơ học. Có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi sáng. Khi thoái hóa ở giai đoạn nặng, có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Người bệnh có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.

- Cận lâm sàng:

+ *Xquang cột sống quy ước* là cận lâm sàng chính trong chẩn đoán bệnh lý thoái hóa cột sống.

+ *Đo điện cơ*: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

+ *Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống*: Khi nghi ngờ có thoát vị đĩa đệm kèm theo.

+ *CT scan cột sống* chỉ được chỉ định khi không có điều kiện chụp cộng hưởng từ hoặc chống chỉ định với chụp cộng hưởng từ (ví dụ: máy tạo nhịp tim).

+ *Xét nghiệm máu*: nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, bệnh lý ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc.

Theo y học cổ truyền, thoái hóa cột sống được mô tả trong phạm trù các chứng: chứng Tý và chứng Thống.

- Tý: tùy theo tà khí nào chiếm ưu thế mà đặc điểm đau có thể khác nhau và có thể có các hội chứng bệnh khác nhau (hàn tý, thấp tý, phong tý, ...).

- Thống: thường được sử dụng kèm tên vị trí bệnh như Yêu thống, Hạng thống, ...

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

- Phong, hàn, thấp tà xâm nhập. Thường gặp ở những người làm việc, sinh hoạt ở nơi ẩm, lạnh lâu ngày hoặc bị cảm phải tà khí (phong, hàn, thấp tà) gây trở ngại kinh lạc, khí huyết trong đường kinh lạc vùng cột sống bị bế tắc.

- Do chấn thương vùng cột sống, sai tư thế làm cho khí trệ huyết ứ ảnh hưởng đến sự vận hành của khí huyết.

- Chính khí suy yếu do bệnh lâu ngày, ảnh hưởng chức năng tạng phủ. Can chủ cân, Thận chủ cốt tủy, do sức yếu, lao lực quá độ, người già yếu hoặc mắc bệnh lâu ngày làm Thận tinh bị suy tổn, Can huyết hư không nuôi dưỡng được kinh mạch mà sinh bệnh.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phong hàn thấp kèm Can Thận hư

1.1. Triệu chứng: Vùng cổ hoặc/và thắt lưng đau mỏi âm ỉ, thích xoa nắn, lưng gối không có sức, lao lực thì bệnh nặng hơn, đau tăng lên sau khi nhiễm ngoại tà (phong, hàn, thấp), kèm cảm giác nặng nề, xoay chuyển khó khăn, nhất là sau ngủ dậy. Cơ cạnh sống co cứng, ấn đau, nghỉ ngơi không giảm, có thể có đau, tê từ cổ gáy lan ra vai, xuống tay hoặc từ thắt lưng lan xuống mông, chân, cảm giác nặng và yếu chi, kèm theo triệu chứng ù tai, ngủ kém. Rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm, hoãn.

1.2. Chẩn đoán

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

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Thận.

- Chẩn đoán kinh lạc:

+ Nếu biểu hiện bệnh ở vùng cổ: Kinh Bàng quang đoạn cổ - gáy, Phế, Đại trường, Tiểu trường.

+ Nếu biểu hiện bệnh ở vùng thắt lưng: Kinh Bàng quang, Đờm.

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

1.3. Pháp điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc, bổ Can Thận.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương:

+ Bệnh biểu hiện ở vùng cổ, dùng một trong các bài sau:

Khương hoạt thăng thấp thang (*Nội ngoại thương biện hoặc luận*)

Khương hoạt	06g	Độc hoạt	08g
Phòng phong	06g	Cảo bản	06g
Xuyên khung	06g	Mạn kinh tử	04g
Chích cam thảo	06g		

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

Quyên tý thang (*Bách nhất tuyển phương*)

Khương hoạt	08g	Phòng phong	06g
Khương hoàng	10g	Hoàng kỳ	12g
Xích thược	10g	Đương quy	12g
Chích cam thảo	03g		

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

+ Bệnh biểu hiện ở vùng thắt lưng: **Độc hoạt ký sinh thang** (*Bị cấp thiên kim yếu phương*)

Độc hoạt	09g	Tang ký sinh	06g
Tế tân	03g	Quế chi	06g
Phòng phong	06g	Tần giao	06g
Đỗ trọng	06g	Ngưu tất	06g
Đương quy	06g	Xuyên khung	06g
Sinh địa	06g	Bạch thược	06g
Nhân sâm	06g	Bạch linh	06g
Cam thảo	06g		

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Các thuốc cổ truyền (rượu thuốc, cao xoa,...) xoa bóp tại chỗ đau.

- Bó thuốc, chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu ứ, lưu thông kinh lạc,... phù hợp pháp điều trị.

- Xông hơi thuốc cổ truyền: dùng các dược liệu, vị thuốc xông cổ truyền phù hợp với tình trạng bệnh lý của người bệnh.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm tả

Giáp tích vùng cổ gáy/lưng (EX-B2)	A thị huyết
Phong trì (GB20)	Phong môn (BL12)
Phong phủ (GV16)	Đại chùy (GV14)

Nếu đau vùng cổ gáy (có thể kèm đau lan vai xuống tay) thêm các huyết:

Kiên tỉnh (GB21)	Kiên ngưng (LI15)	Tý nhu (LI14)
Khúc trì (LI11)	Thủ tam lý (LI10)	Ngoại quan (TE5)
Liệt khuyết (LU7)	Hợp cốc (LI4)	

Nếu đau vùng thắt lưng (có thể kèm đau mông lan xuống chân) gia giảm các huyết:

Thận du (BL23)	Đại trường du (BL25)	Hoàn khiêu (GB30)
Trật biên (BL54)	Phong thị (GB31)	Ân môn (BL37)
Dương lăng tuyền (GB34)	Thừa phù (BL36)	Huyền chung (GB39)
Ủy trung (BL40)	Khâu khư (GB40)	Thừa sơn (BL57)

+ Châm bổ

Thận du (BL23)	Can du (BL18)	Thái Khê (KI3)
Phi dương (BL58)	Phục lưu (KI7)	Đại trử (BL11)
Huyền chung (GB39)	Tam âm giao (SP6)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, chích lễ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh toạ (AH6)
Thận (CO10)	Gan (CO12)

Gia thêm huyết nếu:

+ Đau vùng cột sống cổ: Cột sống cổ (AH13).

+ Đau vùng cột sống ngực: Cột sống ngực (AH11).

+ Đau vùng cột sống thắt lưng: Cột sống thắt lưng (AH9).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn vùng đau, bấm huyết vùng cổ/lưng theo công thức huyết chung.

- Kéo nắn cột sống.

- Giác hơi vùng cổ và/hoặc lưng.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Vùng cổ vai và/hoặc thắt lưng đau chói hoặc châm chích, đau cố định, cự ấn, có thể hạn chế vận động. Chất lưỡi tím, hoặc có điểm ứ huyết. Mạch sấp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bàng quang, Đởm, Phế, Đại trường.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hoạt huyết hóa ứ, thư cân hoạt lạc, chỉ thông.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Thân thông trực ứ thang** (*Y lâm cải thác*)

Đào nhân	09g	Hồng hoa	09g
Đương quy	09g	Xuyên khung	05g
Tần giao	06g	Ngưu tất	09g
Khương hoạt	09g	Một dược	06g
Hương phụ	03g	Địa long	06g
Cam thảo	03g	Ngũ linh chi	06g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Bó thuốc, chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng hoạt huyết, hoá ứ, thông kinh hoạt lạc,... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

A thị huyết	Phong trì (GB20)	Phong môn (BL12)
Phong phủ (GV16)	Đại chùy (GV14)	Cách du (BL17)
Huyết hải (SP10)	Giáp tích vùng cổ gáy/lưng (EX-B2)	

Nếu đau vùng cổ gáy (có thể kèm đau lan vai xuống tay) thêm các huyết:

Kiên tĩnh (GB21)	Kiên ngưng (LI15)	Tý nhu (LI14)
Khúc trì (LI11)	Thủ tam lý (LI10)	Ngoại quan (TE5)
Liệt khuyết (LU7)	Hợp cốc (LI4)	

Nếu đau vùng thắt lưng (có thể kèm đau mông lan xuống chân) gia giảm các huyệt:

Thận du (BL23)	Đại trường du (BL25)	Hoàn khiêu (GB30)
Trật biên (BL54)	Phong thị (GB31)	Ân môn (BL37)
Dương lăng tuyền (GB34)	Thừa phù (BL36)	Huyền chung (GB39)
Ủy trung (BL40)	Khâu khư (GB40)	Thừa sơn (BL57)
Túc tam lý (ST36)	Phong long (ST40)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh toạ (AH6)
Thận (CO10)	Gan (CO12)

- Xoa bóp bấm huyệt: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn vùng đau, bấm huyệt vùng cổ/lưng theo công thức huyệt chung.

- Kéo nắn cột sống.

- Giác hơi vùng cổ và/hoặc lưng.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Can Thận âm hư

3.1. Triệu chứng: Vùng cổ/ thắt lưng đau mỏi âm ỉ kèm tê yếu là chính, thích xoa nắn, lưng gối không có sức, lao lực thì bệnh nặng hơn, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, kèm theo triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, miệng họng khô, triền nhiệt, sắc mặt đỏ, lòng bàn chân nóng, bệnh thường hay tái phát. Lưỡi đỏ, ít rêu. Mạch tế sác.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: tư bổ Can Thận.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc dùng trong:

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

Thục địa	16g	Son thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Mẫu đơn bì	06g	Bạch linh	06g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Các thuốc cổ truyền (rượu thuốc, cao xoa, ...) xoa bóp tại chỗ đau.

- Bó thuốc, chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng hoạt huyết tiêu ứ, lưu thông kinh lạc,... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ các huyệt

Thận du (BL23)	Can du (BL18)	Thái khê (KI3)
Phi dương (BL58)	Phục lưu (KI7)	Đại trử (BL11)
Huyền chung (GB39)	Tam âm giao (SP6)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyệt sau

Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh toạ (AH6)
Thận (CO10)	Gan (CO12)

Gia thêm huyệt nếu:

+ Đau vùng cột sống cổ: Cột sống cổ (AH13).

+ Đau vùng cột sống ngực: Cột sống ngực (AH11).

+ Đau vùng cột sống thắt lưng: Cột sống thắt lưng (AH9).

- Xoa bóp bấm huyệt: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn vùng đau, bấm huyệt vùng cổ/lưng theo công thức huyệt chung.

- Kéo nắn cột sống.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thễ Thận dương hư

4.1. Triệu chứng: Vùng cổ/ thắt lưng đau mỏi âm ỉ kèm tê yếu là chính, thích xoa nắn, lưng gối không có sức, lao lực thì bệnh nặng hơn, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, kèm theo triệu chứng bụng dưới lạnh, sắc mặt

trắng, sợ lạnh, chân tay lạnh, thiếu khí, mệt mỏi, ngũ canh tả, bệnh thường hay tái phát. Chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch trầm, tế.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: ôn bổ Thận dương.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc dùng trong:

- Cổ phương: **Thận khí hoàn** (*Kim quỹ yếu lược*)

Phụ tử chế	04g	Nhục quế	04g
Thục địa	16g	Sơn thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Bạch linh	06g	Mẫu đơn bì	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Các thuốc cổ truyền (rượu thuốc, cao xoa,...) xoa bóp tại chỗ đau.

- Bó thuốc, chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: thường dùng các nhóm thuốc có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết, tiêu ứ, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp pháp điều trị.

- Xông hơi thuốc cổ truyền: dùng các vị thuốc xông cổ truyền phù hợp với tình trạng bệnh lý của người bệnh.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung: châm bổ

Thận du (BL23)	Mệnh môn (GV4)	Đại trử (BL11)
Quan nguyên (CV4)	Huyền chung (GB39)	Khí hải (CV6)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh toạ (AH6)
Thận (CO10)	Gan (CO12)

Gia thêm huyết nếu:

+ Đau vùng cột sống cổ: Cột sống cổ (AH13).

+ Đau vùng cột sống ngực: Cột sống ngực (AH11).

+ Đau vùng cột sống thắt lưng: Cột sống thắt lưng (AH9).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, lăn vùng đau, bấm huyết vùng cổ/lưng theo công thức huyết chung.

- Kéo nắn cột sống.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại theo thang điểm VAS

- VAS từ 1 - 6: có thể điều trị hoàn toàn bằng y học cổ truyền, nếu sử dụng các phương pháp y học cổ truyền chưa đạt hiệu quả mong đợi trong 7 - 10 ngày, phối hợp thêm y học hiện đại.

- VAS từ 7 - 10: kết hợp các phương pháp y học hiện đại và các phương pháp y học cổ truyền để giảm đau nhanh nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bảo tồn.

- Điều trị ngoại khoa khi có chỉ định.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa

a) Chế độ sinh hoạt

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp nặng, nên nằm giường cứng, tránh nằm võng hay ngồi ghế xích đu. Tránh vận động mạnh như xoay người đột ngột, chạy nhảy, cúi gập người, ...

- Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá uốn kéo dài.

b) Điều trị dùng thuốc

STT	Thuốc	Đường dùng: liều khởi đầu & liều duy trì	Lưu ý
Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO			
1	Paracetamol 500 mg	0.5g - 1.0g/lần, 4 - 6 giờ uống 1 lần	Không quá 04g/ngày

STT	Thuốc	Đường dùng: liều khởi đầu & liều duy trì	Lưu ý
2	Tramadol Hydroclorid 37,5mg + Paracetamol 325mg	1 - 2 viên/lần, 4 - 6 giờ uống 1 lần	Không quá 08 viên/ngày Người bệnh suy giảm chức năng thận (độ thanh thải creatinine < 30mL/phút): Dùng không quá 2 viên trong 12 giờ.
3	Paracetamol + codein	1 - 2 viên/lần, 6 giờ uống 1 lần	Không quá 08 viên/ngày
Thuốc chống viêm không steroid (Chọn một trong các thuốc sau. Lưu ý tuyệt đối không phối hợp thuốc trong nhóm vì không tăng tác dụng điều trị mà lại có nhiều tác dụng không mong muốn. Không dùng quá 3 tuần)			
1	Diclofenac (viên 25mg, 50mg, 75mg)	Liều 50 - 150mg/ ngày, chia làm 2 - 3 lần uống sau ăn	Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75 mg/ngày trong 2 - 3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
2	Meloxicam (viên 7,5mg, 15mg)	Liều 15mg/ ngày, chia làm 1 - 2 lần uống sau ăn	Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 15 mg/ngày trong 2 - 3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
3	Piroxicam (viên hay ống 20mg)	Liều 1 viên /ngày uống sau khi ăn	Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp ngày 1 ống trong 2 - 3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
4	Celecoxib 200mg	Liều 1 đến 2 viên/ngày sau khi ăn	Không nên dùng cho bệnh nhân có bệnh tim mạch và thận trọng ở người cao tuổi.
5	Etoricoxib (viên 30mg, 60mg, 90mg, 120mg)	Thoái hoá khớp 30 - 60mg/lần/ngày	Thận trọng dùng ở người có bệnh lý tim mạch.

STT	Thuốc	Đường dùng: liều khởi đầu & liều duy trì	Lưu ý
6	Diclofenac gel	Bôi thuốc mỗi lần từ 2-4g x 3 - 4 lần/ ngày, tùy thuộc kích thước của vùng bị đau	
Thuốc giãn cơ			
1	Eperisone (viên 50mg)	Liều 100 - 150mg/ngày chia làm 2 - 3 lần uống	
2	Tolperisone (viên 50mg, 150mg)	Liều 100 - 300mg/ngày chia làm 2 - 3 lần uống	
Thuốc giảm đau thần kinh			
1	Pregabalin (viên 75mg, 150mg)	Khởi đầu với liều 150mg mỗi ngày được chia thành 2 - 3 lần. Có thể tăng liều lên đến 300mg mỗi ngày sau 3 - 7 ngày, và nếu cần, tăng đến liều tối 600mg mỗi ngày sau 7 ngày.	
2	Gabapentin 300mg	Ngày thứ nhất: 300mg × 1 lần/ngày. Ngày thứ hai: 300mg/lần × 2 lần/ngày. Ngày thứ ba: 300mg/lần × 3 lần/ngày.	
Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm:			
1	Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat	Glucosamine: Thường dùng liều 1500 mg/ngày Chondroitin: Thường dùng liều 800 - 1200mg/ngày	Uống trước ăn 15 phút, dùng kéo dài trong nhiều năm.
2	Thuốc ức chế IL1: diacerein 50mg (viên 50mg)	Liều khởi đầu 50mg một lần/ngày vào bữa tối trong vòng từ 2 - 4 tuần đầu tiên. Sau đó có thể tăng lên liều 50mg x 2 lần/ngày.	

STT	Thuốc	Đường dùng: liều khởi đầu & liều duy trì	Lưu ý
Thuốc Steroid			
1	Hydrocortison acetat 25mg/ml.	Liều tiêm 1 - 2ml	Tiêm ngoài màng cứng trong trường hợp đau thần kinh tọa.
2	Methyl prednisolon acetate (ống 40mg/ml)	Liều tiêm 1 - 2ml	Tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tăng sáng hoặc dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính) Không nên tiêm quá 3 lần trên cùng một khớp trong một năm. Cần có sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa

c) Phục hồi chức năng

Tham khảo “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về phục hồi chức năng - tập 1 ban hành kèm Quyết định số 3553/QĐ-BYT ngày 14/11/2025”

- Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:

+ Nhiệt trị liệu: đắp parafin, điều trị bằng tia hồng ngoại, sóng ngắn, sóng siêu âm.

+ Các phương pháp điện trị liệu: Điện xung, điện phân, dòng TENS, dòng giao thoa có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa.

+ Điều trị bằng từ trường.

+ Điều trị bằng laser công suất thấp nội mạch.

+ Kéo giãn cột sống cổ, cột sống thắt lưng.

+ Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay, cột sống thắt lưng. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị. Đeo đai cột sống cổ/ thắt lưng khi thoái hóa cột sống kèm thoát vị đĩa đệm cột sống cổ/thắt lưng.

2.2. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định khi thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau thần kinh tọa kéo dài, hoặc có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả. Trong trường hợp đĩa đệm thoái hóa nhiều, có thể xem xét thay đĩa đệm nhân tạo.

- Trượt đốt sống độ 3 - 4 hoặc đã thất bại với điều trị nội khoa và phục hồi chức năng sau 03 tháng.

V. PHÒNG BỆNH

- Làm việc đúng tư thế, đặc biệt tư thế đứng khi mang vật nặng. Nếu phải hoạt động ở tư thế ngồi hoặc đứng lâu, phải luôn giữ cho cột sống ở tư thế thẳng. Cần thay đổi tư thế mỗi 20 đến 30 phút một lần, tránh ngồi cúi gập về trước hoặc lệch vẹo về một bên.

- Theo dõi và phát hiện sớm các dị tật cột sống để điều trị kịp thời.

- Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.

- Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra định kỳ đối với những người lao động nặng (khám phát hiện triệu chứng, chụp Xquang cột sống, ...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học* 2. Nhà xuất bản Y học; 2021:180-186.

2. Nguyễn Thị Bay. *Thoái hoá cột sống*. Nhà xuất bản Y học; 2022:187-207.

3. Bộ Y tế. Quyết định 3109/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng*. 2014:190-191; 208.

4. Bộ Y tế. Quyết định số 361/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. 2014:131-134; 145-148.

5. Bộ Y tế. Quyết định số 792/QĐ-BYT. *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. 2013.

6. Bộ Y tế. Quyết định số 5013/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại, tập I*. 2020.

7. Trịnh Thị Diệu Thường. *Cấy chỉ cơ bản trong thực hành lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học; 2020: 21 - 26.

8. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học ứng dụng*. Nhà xuất bản Y học; 2019:30-35.

9. Bộ Y tế. Quyết định 5480/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*. 2020.

10. Bộ Y tế. Quyết định số 486/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*. 2026.

11. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 78-79, 82-85, 132-133, 136-137.

12. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 203.

9. VIÊM QUANH KHỚP VAI (Kiên thống, Kiên tý)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai (Periarthritis humeroscapularis) là một danh từ bao gồm tất cả mọi trường hợp đau và hạn chế vận động của khớp vai mà tổn thương tại các cấu trúc phần mềm quanh khớp, bao gồm gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Đây không phải là tổn thương khớp vai chính thức. Viêm quanh khớp vai không bao gồm những tổn thương đặc thù của xương, các chấn thương.

1. Lâm sàng: Theo Welfling (1981) có bốn thể lâm sàng của viêm quanh khớp vai:

- Đau khớp vai đơn thuần (viêm gân mạn tính).
- Đau vai cấp (viêm khớp vi tinh thể).
- Giả liệt khớp vai (đứt mũ gân cơ quay).
- Cứng khớp vai (đông cứng khớp vai).

Các nghiệm pháp đánh giá vị trí tổn thương: nghiệm pháp Jobe dương tính (Viêm gân trên gai), nghiệm pháp Palm-up (tổn thương đầu dài gân cơ nhị đầu), nghiệm pháp Neer (phát hiện tổn thương vùng dưới mỏm quạ), nghiệm pháp Pattes (tổn thương cơ dưới gai và cơ tròn bé), nghiệm pháp Gerber (tổn thương cơ dưới vai), nghiệm pháp Hawkins (tổn thương dây chằng quạ cùng vai).

2. Phân độ: 3 giai đoạn đông cứng khớp vai

Giai đoạn đầu (kéo dài trong 6 tuần - 9 tháng)	Giai đoạn đông cứng (kéo dài trong 4 - 6 tháng)	Giai đoạn thoái triển (kéo dài trong 6 tháng - 2 năm)
Đau khớp vai lan xuống cánh tay, cẳng tay - bàn tay. Đau chủ yếu về đêm	Vai cứng đơ sau 1 vài tuần. Người bệnh hết đau.	Trong năm thứ 2, người bệnh về trạng thái bình thường.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán Viêm quanh khớp vai.
- Xquang: thường không thấy hình ảnh tổn thương.
- MRI: dùng để loại trừ rách chóp xoay hoặc những trường hợp đánh giá lâm sàng có nguy cơ đứt/rách gân cao và giúp hỗ trợ chẩn đoán những trường hợp lâm sàng chưa rõ ràng, hoặc đánh giá trước khi vận động viên trở lại thi đấu.
- Ngoài ra, trong một số trường hợp cần làm thêm cận lâm sàng loại trừ nguyên nhân do bệnh lý tim mạch, bệnh lý tuyến nội tiết, chèn ép thần kinh: điện tâm đồ, siêu âm tim, Troponin T hs hoặc Troponin I hs, Xquang cột sống cổ, đo điện cơ chi trên, ...

Trong y học cổ truyền không có danh từ tương đương với bệnh viêm quanh khớp vai. Hiện tượng đau, sưng, hạn chế vận động, ... ở khớp vai được mô tả tương ứng trong chứng Kiên Thống, Kiên Tỷ.

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

- Phong hàn thấp tà xâm nhập: đa phần do người bệnh sống, làm việc lâu ở nơi có nhiều gió lạnh, ẩm ướt, thừa cơ chính khí suy yếu, phong hàn tà xâm nhập dẫn đến phong hàn thấp tắc trở vùng vai, khí huyết vận hành không thông thì vai đau nhức hoặc phong, hàn, thấp cùng hợp lại xâm nhập cơ thể gây bệnh.

- Do khớp vai có mức hoạt động lớn, phạm vi hoạt động rộng nên dễ bị chấn thương. Chấn thương vùng vai có hai loại chính: một loại là chấn thương trực tiếp như bẻ gãy, chấn thương do vật sắc nhọn, chấn thương do áp lực, ... tác động trực tiếp vào vùng vai; một loại khác là chấn thương gián tiếp như chấn thương do dòng điện, vặn xoắn tay, ...

- Can Thận bất túc, tinh huyết khuỵ hư: Can chủ cân, cân dựa vào Can huyết nuôi dưỡng, Can huyết hư, huyết không nuôi dưỡng cân đủ làm xuất hiện triệu chứng cân hoặc cân mạch co rút, vai vận động hạn chế, không linh hoạt hoặc từ từ yếu, co rút lại.

- Khí huyết hư nhược, cân mạch thất dưỡng: đa phần do lớn tuổi thể chất hư yếu hoặc cơ thể bẩm thụ tiên thiên suy nhược, khí huyết bất túc hoặc bệnh lâu ngày không khỏi, khí huyết cùng tổn thương, hoặc sau khi bệnh khỏi không được nuôi dưỡng đầy đủ, khí huyết suy hư hoặc do xuất huyết, khí theo huyết thất thoát dẫn đến khí huyết cùng hư.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phong hàn

Thường gặp trong chứng Kiên thống.

1.1. Triệu chứng: Đau quanh khớp vai kiểu cơ học, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi, hạn chế vận động, gặp lạnh đau tăng, ấn đau cự án, vùng quanh khớp vai không sưng đỏ. Lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoặc khẩn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng vai.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: khu phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương dùng một trong các bài sau:

+ **Quyên tý thang** (*Bách nhất tuyển phương*)

Khuong hoạt	08g	Phòng phong	06g
Khuong hoàng	10g	Hoàng kỳ	12g
Xích thược	10g	Đương quy	12g
Chích cam thảo	03g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Khuong hoạt thăng thấp thang** (*Nội ngoại thương biện hoặc luận*)

Khuong hoạt	06g	Độc hoạt	08g
Phòng phong	06g	Cảo bản	06g
Xuyên khung	06g	Mạn kinh tử	04g
Chích cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc, ngâm thuốc, xông hơi thuốc cổ truyền: thường dùng các thuốc có tác dụng giải biểu, khu phong, tán hàn, hoạt huyết, hóa ứ, lưu thông kinh lạc,... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Kiên liêu (TE14)	Hợp cốc (LI4)	Kiên ngưng (LI15)
Khúc trì (LI11)	Kiên trình (SI9)	Đại trử (BL11)
Thiên tông (SI11)	Tý nhu (LI14)	Trung phủ (LU1)
A thị huyết	Phong môn (BL12)	Phong trì (GB20)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Cổ (AH12)	Vai (SF4)	Cột sống cổ (AH13)
Khớp vai (SF5)	Nhĩ thần môn (TF4)	

- Chích lễ: A thị huyết
- Xoa bóp bấm huyết: xoa, day, lăn vùng vai, vòn, bóp, phát cơ cánh tay, bấm, ấn các huyết theo công thức huyết chung.
- Giác hơi vùng vai.

Dưỡng sinh:

- + Xem xa xem gần.
- + Đẻ tay sau gáy.
- + Co tay rút ra phía sau.
- + Đẻ tay giữa lưng nghiêng mình.
- + Bắt chéo tay sau lưng.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế

2. Thể huyết ú

2.1. Triệu chứng: Thường liên quan yếu tố chấn thương vai hoặc tiền sử lao động làm tổn thương vai, đau chói hoặc đau căng trướng, đau nhiều, đau tăng về đêm làm người bệnh khó ngủ, đau cố định, ấn đau cự án, đau lan xuống cánh tay, cẳng tay, vùng xương bả vai hoặc lan lên cổ gáy, khớp vai bị hạn chế vận động nhiều, vùng vai có thể sưng. Chát lưỡi tím, hoặc có điểm ú huyết. Mạch tế sấp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng vai.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hoạt huyết khứ ú, chỉ thống.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Đào hồng tứ vật thang** (Y tông kim giám)

Thục địa	12g	Đương quy	09g
Hồng hoa	06g	Đào nhân	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc, ngâm thuốc, xông hơi thuốc cổ truyền: thường dùng các thuốc có tác dụng hoạt huyết, hóa ứ, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Kiên liêu (TE14) Hợp cốc (LI4) Kiên ngưng (LI15)

Khúc trì (LI11) Kiên trình (SI9) Đại trử (BL11)

Thiên tông (SI11) Tý nhu (LI14) Trung phủ (LU1)

A thị huyết Huyết hải (SP10) Cách du (BL17)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Cổ (AH12) Vai (SF4) Cột sống cổ (AH13)

Khớp vai (SF5) Nhĩ thần môn (TF4)

- Chích lễ: A thị huyết

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, day, lăn vùng vai, vờn, bóp, phát cơ cánh tay, bấm, ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Giác hơi vùng vai.

- Dưỡng sinh:

+ Xem xa xem gần.

+ Đỡ tay sau gáy.

+ Co tay rút ra phía sau.

+ Đỡ tay giữa lưng nghiêng mình.

+ Bắt chéo tay sau lưng.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế

3. Thể khí trệ huyết ứ

Thường gặp trong chứng Kiên ngưng.

3.1. Triệu chứng: Khớp vai đau âm ỉ, chủ yếu là hạn chế vận động hầu hết các động tác, khớp như bị đông cứng lại, nếu bị bệnh lâu ngày các cơ xung quanh khớp vai teo nhẹ. Chết lưỡi tím, hoặc có điểm ứ huyết. Mạch tế sáp.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, hàn nhiệt thác tạp, thiên hàn.

- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng vai.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: hành khí hoạt huyết, khứ ứ chỉ thống.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Thân thống trục ứ thang** (*Y lâm cải thác*)

Đào nhân	09g	Hồng hoa	09g
Đương quy	09g	Xuyên khung	05g
Tần giao	06g	Ngưu tất	09g
Khương hoạt	09g	Một dược	06g
Hương phụ	03g	Địa long	06g
Cam thảo	03g	Ngũ linh chi	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc, ngâm thuốc, xông hơi thuốc cổ truyền: thường dùng các thuốc có tác dụng hoạt huyết, hóa ứ, lưu thông kinh lạc,... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Kiên liêu (TE14)	Hợp cốc (LI4)	Kiên ngưng (LI15)
Khúc trì (LI11)	Kiên trình (SI9)	Ngoại quan (TE5)
Thiên tông (SI11)	Huyết hải (SP10)	Trung phủ (LU1)
Cách du (BL17)	Tý nhu (LI14)	A thị huyết

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu, điện châm.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Cổ (AH12)	Vai (SF4)	Cột sống cổ (AH13)
Khớp vai (SF5)	Nhĩ thần môn (TF4)	

- Chích lễ: A thị huyết

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, day, lăn vùng vai, vờn, bóp, phát cơ cánh tay, bấm, ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Giác hơi vùng vai.

- Dưỡng sinh:

+ Xem xa xem gân.

- + Đẻ tay sau gáy.
- + Co tay rút ra phía sau.
- + Đẻ tay giữa lưng nghiêng mình.
- + Bắt chéo tay sau lưng.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Khí huyết hư nhược

Thường gặp trong chứng hậu Kiên phong

4.1. Triệu chứng: Đau khớp vai, đau âm ỉ kéo dài, hạn chế vận động (chủ động và thụ động), hạn chế dạng và xoay ngoài, bàn tay phù, có khi lan lên cẳng tay, phù to, cứng, đau toàn bộ bàn tay, đau cả ngày đêm, cơ bàn tay teo rõ rệt, móng tay giòn, dễ gãy, đoản khí. Chết lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm tế vô lực.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh lạc vùng vai.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: bổ ích khí huyết, chỉ thống.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bát trâm thang** (Chính thể loại yếu)

Nhân sâm	09g	Thục địa	09g
Bạch truật	09g	Đương quy	09g
Bạch linh	09g	Bạch thược	09g
Xuyên khung	09g	Chích cam thảo	05g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc, ngâm thuốc, xông hơi thuốc cổ truyền: thường dùng các thuốc có tác dụng hoạt huyết, hóa ứ, lưu thông kinh lạc,... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm bổ

Kiên liêu (TE14)	Tý nhu (LI14)	Kiên ngưng (LI15)
Hợp cốc (LI4)	Kiên trình (SI9)	Khúc trì (LI11)
Thiên tông (SI11)	Đại Trử (BL11)	Trung phủ (LU1)
Cao hoàng du (BL43)	Huyết hải (SP10)	Quan nguyên (CV4)
Cách du (BL17)	Khí hải (CV6)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, thủy châm, laser châm, cây chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Cổ (AH12)	Vai (SF4)	Cột sống cổ (AH13)
Khớp vai (SF5)	Nhĩ thần môn (TF4)	

- Chích lễ: A thị huyết.

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, day, lăn vùng vai, vờn, bóp, phát cơ cánh tay, bấm, ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Giác hơi vùng vai.

Dưỡng sinh:

- + Xem xa xem gần.
- + Để tay sau gáy.
- + Co tay rút ra phía sau.
- + Để tay giữa lưng nghiêng mình.
- + Bắt chéo tay sau lưng.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

- *Giai đoạn đau cấp*: kết hợp điều trị y học hiện đại (thuốc giảm đau, chống viêm) với y học cổ truyền

- *Giai đoạn bán cấp - mạn tính*: ưu tiên sử dụng các phương pháp y học cổ truyền nhằm cải thiện tầm vận động và phục hồi chức năng khớp vai.

- *Sau can thiệp Y học hiện đại (tiêm nội khớp, PRP ...)*: y học cổ truyền đóng vai trò hỗ trợ giảm đau, chống co cứng và phục hồi vận động.

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa.
- Phục hồi chức năng.
- Ngoại khoa: khi điều trị nội khoa không đáp ứng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa

a. Điều trị thuốc: (Mỗi nhóm thuốc lựa chọn 01 thuốc khi sử dụng)

STT	Nhóm	Hoạt chất/ Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng
1	Giảm đau	Acetaminophen	500mg	Uống 4 - 6 viên/ngày
		Acetaminophen kết hợp với codein hoặc tramadol		Uống 4 - 6 viên/ngày
2	Kháng viêm không steroid (NSAIDs)	Diclofenac	50mg	Uống 2 viên/ngày
		Piroxicam	20mg	Uống 1 viên/ngày
		Meloxicam	7,5mg	Uống 1 - 2 viên/ngày
		Celecoxib	200mg	Uống 1 - 2 viên/ngày
3	Tiêm glucocorticoid mô quanh gân	Methylprednisolone acetat	40mg	Tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm. Cân nhắc khi đau nhiều, không đáp ứng điều trị bảo tồn $\geq 6 - 12$ tuần.
		Betamethasone dipropionate, Betamethasone disodium phosphate	5mg/ml, 2mg/ml	Tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm. Cân nhắc khi đau nhiều, không đáp ứng điều trị bảo tồn $\geq 6 - 12$ tuần.
		Betamethason dinatri phosphat	4mg/2ml	Tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm.

STT	Nhóm	Hoạt chất/ Thuốc	Hàm lượng	Liều dùng
				Cân nhắc khi đau nhiều, không đáp ứng điều trị bảo tồn $\geq 6 - 12$ tuần.
		Betamethason	4mg/ml 0.05%	Tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm. Cân nhắc khi đau nhiều, không đáp ứng điều trị bảo tồn $\geq 6 - 12$ tuần.
Có thể cân nhắc liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) trong viêm gân mạn tính.				

b. Phục hồi chức năng

- + Nhiệt nóng tại chỗ: parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm để giảm đau, giãn cơ, chống viêm và giảm xơ dính.
- + Điện phân dẫn thuốc để giảm đau, chống viêm (Procain hydroclorid, Salicilat, ...).
- + Điện xung để giảm đau.
- + Kéo giãn và di động khớp nhằm làm tăng tầm vận động khớp.
- + Tập chủ động với các dụng cụ: các bài tập với gậy, dây, thang tường, ròng rọc nhằm tăng tầm vận động khớp và tập mạnh các nhóm cơ vùng vai.
- + Bài tập Codman đung đưa khớp vai: bài tập này giúp bệnh nhân giảm đau vai rất tốt, đồng thời làm cải thiện tình trạng giới hạn tầm vận động khớp vai.
- + Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay như mặc áo quần, tắm rửa, chải tóc.

2.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định với thể giả liệt, đặc biệt ở người trẻ tuổi có đứt các gân vùng khớp vai do chấn thương. Phẫu thuật nối gân bị đứt. Ở người lớn tuổi (> 60 tuổi), đứt gân do thoái hóa, chỉ định ngoại khoa cần thận trọng.

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh các hoạt động tạo áp lực quá mức lên vai, đặc biệt là trong thời gian dài. Nếu thấy đau khi thực hiện một động tác, cần dừng lại và nghỉ ngơi.
- Ngưng vận động, nghỉ ngơi khi vai bắt đầu xuất hiện những cơn đau.
- Tránh thực hiện nhiều các động tác đưa tay lên cao hay sử dụng lực tác động quá mạnh.
- Tập luyện đúng kỹ thuật, nên có huấn luyện viên hướng dẫn lúc mới tập luyện.

- Căng giãn các khớp sau khi tập để tăng tầm vận động khớp, giúp hạn chế vi chấn thương ở các mô bị đè ép.

- Khởi động kỹ khớp vai trước khi chơi tennis, cầu lông, ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương. *Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây Y*. Nhà xuất bản Y học TP.HCM; 2022:337 – 366.

2. Các bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội. *Bệnh học nội khoa tập 2*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2022:300 – 310.

3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học tập 2*. Nhà xuất bản Y học TP.HCM; 2021: 173 – 184, 188 - 195.

4. Nguyễn Thị Ngọc Lan. *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2015:167-176.

5. Artus M., Holt TA, Rees J. The painful shoulder: an update on assessment, treatment, and referral. *Br J Gen Pract*; 2014;64(626):e593-e595. doi: 10.3399/bjgp14X681577

6. Buchard, P., et al. La capsulite rétractile de l'épaule: mise au point en 2017. *Rev Med Suisse*. 2017; 13: 1704–1709.

7. Firestein Gary S, Budd Ralph, Gabriel Sherine E, et al. *Kelley's Textbook Rheumatology*. Elsevier Health Sciences; 2015.

8. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025.tr. 78-79, 82-83, 150-151.

9. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 203.

10. VIÊM ĐIỂM BÁM GÂN LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY (Chứng Thống, chứng Tý)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân lỗi cầu ngoài xương cánh tay hay hội chứng khuỷu tay tennis (Tennis Elbow) là 1 bệnh lý thường gặp ở khuỷu tay, biểu hiện lâm sàng bằng triệu chứng đau và khó chịu vùng mặt ngoài khuỷu tay, nhất là tại móm trên lỗi cầu xương cánh tay. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định dựa vào: lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán phân biệt khi cần.

1. Lâm sàng

** Thể thông thường (giai đoạn mạn)*

- Triệu chứng cơ năng: Đau khu trú vùng lỗi cầu ngoài. Đau khi bị va chạm hay đụng vào mặt ngoài khuỷu tay, đau chói khi ấn vào móm trên lỗi cầu ngoài xương cánh tay. Đau tăng khi vận động duỗi cổ tay và cầm nắm, đặc biệt bệnh rất đau khi thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày như: bắt tay, động tác xoắn vặn (vắt khăn mặt, khăn lau, ...).

- Triệu chứng thực thể: Test nâng ghế (+) hoặc test Cozen/Mill.

** Thể đau cấp (giai đoạn cấp):* giống thể thông thường nhưng đau đột ngột dữ dội kèm sưng tại chỗ.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm doppler khớp: là phương tiện chẩn đoán chính.

- X quang khuỷu tay trong trường hợp đau hơn 3 tháng dùng để loại trừ thoái hóa khớp, gãy xương, bệnh khớp tinh thể, vai trò hạn chế trong chẩn đoán.

- Có thể thực hiện MRI khớp trong trường hợp nghi ngờ hoặc điều trị thất bại.

- Các cận lâm sàng khác hỗ trợ phân biệt với các bệnh lý khác như thoái hóa khớp, bệnh dây chằng bên trụ, hội chứng đường hầm thần kinh quay, hội chứng đường hầm thần kinh trụ.

Viêm điểm bám gân lỗi cầu ngoài xương cánh tay thuộc phạm vi chứng Thống hoặc chứng Tý. Nguyên nhân gây bệnh do ngoại cảm và chấn thương. Trên lâm sàng thường chia làm 2 thể chính: phong hàn phạm quan tiết và huyết ứ. Tùy theo từng thể bệnh mà có chứng trạng khác nhau, nhưng có chung đặc điểm là đau vùng ngoài khuỷu tay.

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

- Do phong và hàn tà xâm phạm khuỷu tay khiến cho cân mạch co rút, cân nhục dính trệ, kinh lạc tắc trở gây ra đau nhức và hạn chế vận động.

- Sau chấn thương dẫn đến ứ huyết vùng khuỷu tay kết lại bên trong thành khối/ cục, gây đau ảnh hưởng cân mạch, gây hạn chế vận động khuỷu tay.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phong hàn phạm quan tiết

1.1. Triệu chứng: Đau mặt ngoài khuỷu tay lan đến cánh tay và cổ tay, không sưng nóng đỏ, đau kiểu co cứng, lạnh đau tăng, gặp nóng hoặc chườm ấm thì giảm đau, hạn chế vận động khớp khuỷu tay, cự án. Lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc khẩn.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Tam tiêu, Đại trường.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: khu phong tán hàn, thông kinh chỉ thống.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Quyên tý thang** (*Bách nhất tuyền phương*)

Khuong hoạt	08g	Phòng phong	06g
Khuong hoàng	10g	Hoàng kỳ	12g
Xích thực	10g	Đương quy	12g
Chích cam thảo	03g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu hàn tà nặng gia thêm Quế chi và Tế tân để tán hàn.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc cổ truyền:

+ Ngải cứu tươi 200 - 300g hoặc ngải cứu khô lượng vừa đủ, muối hạt 20 - 30g hoặc cao ngải cứu ở dạng thành phẩm. Sao nóng muối với ngải cứu chườm vùng khuỷu tay đau.

+ Hoặc dùng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng giải biểu, khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết tiêu ứ, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Ngâm thuốc cổ truyền: nước thuốc ngâm ở dạng sắc hoặc dạng thuốc bột pha với nước sôi. Dùng được liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng giải biểu, khu phong, tán hàn, trừ thấp, hoạt huyết tiêu viêm, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp với pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Khúc trì (LI11)	Ngoại quan (TE5)	Hợp cốc (LI4)
Khúc trạch (PC3)	Trữu liêu (LI12)	Xích trạch (LU5)
Thủ tam lý (LI10)	Thủ ngũ lý (LI13)	Thiên tỉnh (TE10)

A thị huyết

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Khuỷu tay (SF3)	Nhĩ thần môn (TF4)
-----------------	--------------------

- Chích lễ: chích lễ các A thị huyết.

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xoa, day, ấn, bấm huyết vùng khuỷu tay, huyết theo công thức huyết chung.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Thường khởi phát sau chấn thương làm tổn thương khuỷu tay, đau dữ dội, cự ấn hoặc sưng tại chỗ. Chát lưỡi tím hoặc có điểm ứ huyết. Mạch sấp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Tam tiêu, Đại trường.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hoạt huyết hóa ứ, chỉ thông.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Đào hồng tứ vật thang** (Y tông kim giám)

Thực địa	12g	Đương quy	09g
Hồng hoa	06g	Đào nhân	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Chườm thuốc cổ truyền, ngâm thuốc cổ truyền: dùng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng hoạt huyết tiêu ứ, lưu thông kinh lạc, ... phù hợp với pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả các huyết.

Khúc trì (LI11) Ngoại quan (TE5) Hợp cốc (LI4)

Khúc Trạch (PC3) Huyết hải (SP10) Cách du (BL17)

Thủ tam lý (LI10) A thị huyết

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Khuỷu tay (SF3)

Nhĩ thần môn (TF4)

- Chích lễ: A thị huyết.

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xoa, day, ấn, bấm huyết vùng khuỷu tay, huyết như công thức huyết chung.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.

- Phòng ngừa tái phát.

- Thể thông thường (VAS từ 1 - 6): có thể điều trị hoàn toàn bằng y học cổ truyền hoặc phối hợp thêm thuốc giảm đau bôi ngoài da nếu sử dụng các phương pháp y học cổ truyền không thuyên giảm trong 7 - 10 ngày.

- Th thể đau cấp (VAS từ 7 - 10): kết hợp các phương pháp y học hiện đại và các phương pháp y học cổ truyền để giảm đau nhanh nhằm nâng cao chất lượng đời sống. Chú ý đến cơ địa người bệnh và các bệnh mạn tính sẵn có để lựa chọn thuốc cho phù hợp, có thể phối hợp thêm với thuốc giảm đau thông thường nếu có đau nhiều.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nội khoa: đánh giá điều trị theo thang mức độ đau VAS.

a. Điều trị không dùng thuốc

- Chế độ sinh hoạt: Nghỉ ngơi, tránh động tác vận động quá mức khuỷu tay

(các động tác làm đau tăng, đặc biệt động tác duỗi khớp cổ tay và ngửa cẳng tay cho đến khi triệu chứng lâm sàng được cải thiện).

- Phục hồi chức năng: như siêu âm trị liệu, nhiệt trị liệu. Ưu tiên tập phục hồi chức năng: tập chủ động, bài tập eccentric hay co cơ lệch tâm là phương pháp tập trung vào giai đoạn cơ bắp giãn dài ra trong khi vẫn đang chịu lực (rất quan trọng). Đai khuỷu tay là biện pháp điều trị nền tảng giúp giảm lực căng lên điểm bám gân.

b. Điều trị thuốc: (Mỗi nhóm thuốc lựa chọn 01 thuốc khi sử dụng)

STT	Nhóm	Hoạt Chất/ Thuốc	Hàm Lượng	Cách dùng
1	NSAIDs	Meloxicam	7,5mg 15mg	1 - 2 viên/ngày (uống sau ăn no). Một liệu trình ngắn hạn 7 - 10 ngày trong giai đoạn cấp.
2		Diclofenac	50mg, 75mg	1 - 2 viên/ngày (uống sau ăn no). Một liệu trình ngắn hạn 7 - 10 ngày trong giai đoạn cấp. Tối đa 150mg/ngày
3		Diclofenac diethylamine	1,16 g/100g	Bôi vùng đau 2 - 4 lần/ngày. Một liệu trình ngắn hạn 7 - 10 ngày trong giai đoạn cấp.
4	Corticosteroid	Methylprednisolone acetat	40mg/1mL	Tiêm tại chỗ khi có đau nặng hoặc đau dai dẳng, không đáp ứng với các thuốc NSAIDs. Chỉ nên tiêm một lần và nếu phải tiêm nhắc lại thì cách ít nhất 3 tháng và không quá 3 lần/năm. Phương

STT	Nhóm	Hoạt Chất/ Thuốc	Hàm Lượng	Cách dùng
				pháp này có hiệu quả ngắn hạn tuy nhiên không bền vững. Tiêm nhiều lần có thể gây tổn thương chỗ bám của gân và có thể gây các biến chứng như teo da tại chỗ tiêm, nhiễm trùng, bạch biến, nguy cơ thoái hóa... Luôn khuyến khích bệnh nhân hạn chế vận động để bảo tồn kết quả.
5		Betamethasone dipropionate, Betamethasone disodium phosphate	5mg/mL 2mg/mL	
		Betamethason dinatri phosphat	4mg/2mL	
		Betamethasone	4mg/mL 0.05%	

2.2. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định: đã điều trị nội khoa đúng phương pháp mà không có kết quả.
- Sau khi phẫu thuật có thể tập vận động kết hợp với y học cổ truyền để giảm đau, phục hồi chức năng.

V. PHÒNG BỆNH

- Lập kế hoạch, chương trình tập luyện phù hợp với sức khỏe cho những người chơi thể thao: tennis, cầu lông, bóng bàn, ... và những người có hoạt động sử dụng cổ tay, khuỷu tay nhiều.
- Có thể đeo nẹp thể thao vùng khuỷu tay bên bệnh để luôn nhắc nhở phải hạn chế các động tác bất lợi làm tái phát bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương (2022), *Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp đông tây y tập 2*. Nhà xuất bản y học, trang 337-366.
2. Laura Landesa-Piñeiro, Raquel Leirós-Rodríguez (2022), “*Physiotherapy treatment of lateral epicondylitis: A systematic review*”, 35(3): 463 - 477.
3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản y học. 2022.
4. Yumei Zhou, Chen Chen, Yulin Yang, Haibo Yu, Zhuoxin Yang (2021), “*Acupuncture therapy for tennis elbow: A protocol for systematic review and meta-analysis*”, 100(5): e24402.
5. Japanese Orthopaedic Association (JOA). *Clinical Practice Guidelines on Lateral Epicondylitis*. Tokyo: JOA; 2022.
6. Canadian Shoulder and Elbow Society (CSES). *Position Statement on the Management of Lateral Epicondylitis*. Ottawa: CSES; 2021.
7. American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM). *MTUS California Elbow Disorders Guidelines, 2025 Update*. California Department of Industrial Relations; 2025.
8. Cochrane Collaboration. *Cochrane Review: Interventions for Lateral Epicondylitis*. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(3):CD003528.
9. Cochrane/PubMed Meta-analyses. *Platelet-Rich Plasma and Corticosteroid Injection for Lateral Epicondylitis: Systematic Review and Meta-Analysis*. PMCID: PMC9503571, PMC8888180; 2021.
10. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 82-83.
11. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 63-64.

11. VIÊM GÂN GÓT (GÂN ACHILLES) (Chứng tý, Cước tý)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gân gót (gân Achilles) là bệnh lý tổn thương gân ở vùng gót chân, chủ yếu do sử dụng quá mức gây ra các vi chấn thương lặp lại. Bản chất chính là thoái hóa gân (tendinopathy) hơn là viêm đơn thuần. Quá trình này bao gồm thoái hóa collagen, rối loạn sửa chữa mô, tăng sinh mạch máu bất thường và thay đổi ma trận ngoại bào, dẫn đến cấu trúc gân yếu dần. Các yếu tố nguy cơ bao gồm béo phì, sai lệch trục bàn chân, mang giày dép không phù hợp và các bệnh chuyển hóa.

Phân loại theo thời gian và mức độ

- Cấp tính: triệu chứng ≤ 2 tuần, chủ yếu viêm và phản ứng tế bào do tải trọng tăng đột ngột.
- Bán cấp: 3 - 6 tuần, tổn thương đang sửa chữa nhưng chưa ổn định.
- Mạn tính: > 6 - 12 tuần, thoái hóa collagen rõ, gân dày, cấu trúc rối loạn.

Chẩn đoán xác định: dựa vào khám lâm sàng và siêu âm gân gót.

Lâm sàng

- Triệu chứng đau là nổi bật, đau vùng gân gót, đau từng cơn hoặc liên tục cả ngày lẫn đêm, đau nhiều khi đi lại và khi nhón chân, đau nhức nhối hoặc đau chói làm hạn chế vận động. Có thể nghe thấy tiếng cót két tại gân bị tổn thương. Đau có thể lan dọc cơ bụng chân.

- Khám gân gót thấy sưng rõ, ít nóng đỏ, sờ có thể thấy nổi cục, ấn đau; gập duỗi mạnh bàn chân thì đau tăng; cơ lực của cơ bụng chân có thể giảm so với bên lành do đau.

- Trường hợp nặng có đứt gân từng phần hoặc toàn bộ làm người bệnh rất đau và mất khả năng đi bộ, không đứng được trên các ngón chân. Test Thompson (+).

Cận lâm sàng

- Siêu âm gân gót: là phương tiện chẩn đoán chính.
- Xét nghiệm, Xquang, chụp cộng hưởng từ (MRI): giúp chẩn đoán phân biệt với các tổn thương ở xương gót hoặc các bệnh lý khác.

Theo y học cổ truyền, viêm gân gót được xếp vào phạm trù Chứng tý, Cước tý. Đây là những chứng bệnh đặc trưng bởi tình trạng đau, sưng và khó vận động vùng gót chân, bàn chân, nơi có kinh Thận và kinh Bàng quang đi qua. Trong giai đoạn cấp, khi các yếu tố ngoại tà như phong, hàn, thấp xâm nhập, hoặc do chấn thương làm khí huyết ứ trệ, kinh lạc vùng gót bị bế tắc không thông mà phát sinh tình trạng đau nhói, sưng nề, căng tức. Về lâu dài, do lao lực quá độ hoặc Can Thận hư suy làm tổn thương âm huyết, cân mạch vùng gót

chân mất đi sự nhu dưỡng (bất vinh tắc thông) dẫn đến gân cơ co rút, yếu mỏi, làm bệnh cảnh trở nên dai dẳng và khó vận động. Bệnh nhân thường đau tăng khi mưa lạnh, ẩm thấp, đau nhiều về đêm và khi vận động, đi lại khó khăn, đặc biệt là những bước đi đầu tiên sau ngủ dậy, giảm khi nghỉ ngơi, chườm nóng.

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

- Do cơ thể cảm thụ phong hàn thấp tà: ở lâu nơi lạnh ẩm nhiều, hay lội nước, đi giày ẩm, đi dưới mưa lạnh ẩm ướt, tắm đêm, đi chân đất trên nền lạnh hoặc khí hậu đột ngột biến đổi lạnh nóng thất thường hoặc nghỉ ngơi làm việc không cẩn thận, nhân lúc chính khí cơ thể suy yếu, tà khí phong hàn thấp thừa cơ xâm phạm, tà khí lưu lại ở kinh lạc, cân cốt mà gây bệnh. Phong tà xâm nhập làm đau có tính di chuyển. Hàn và thấp tà là âm tà, lưu trú lâu ngày làm bế tắc kinh lạc, khí huyết ngưng trệ, cân mạch co rút, từ đó sinh đau. Khi gặp lạnh và ẩm thì đau tăng, co duỗi khó khăn, gặp ẩm nóng thì dễ chịu, ngày đau nhẹ đêm đau nặng. Tà khí phong hàn thấp nếu không được giải trừ sẽ gây khí trệ, huyết ứ ở kinh lạc.

- Do chấn thương, quá tải khi vận động, vi chấn thương tái diễn làm tổn thương kinh lạc, khiến khí huyết đình trệ tại vùng gân cốt. Khí có chức năng thúc đẩy huyết hành, khi khí trệ thì huyết vận hành kém, lâu ngày sinh ứ trệ. Huyết ứ làm cho kinh mạch bế tắc, khí huyết không thông đạt đến chi dưới mà sinh đau nhức vùng gót chân.

- Can tàng huyết và chủ về cân, Thận chủ cốt, sinh tủy và chủ về thủy dịch trong cơ thể. Khi Can Thận bất túc, do tuổi cao, lao lực quá mức, ốm đau lâu ngày hoặc tiên thiên bất túc, làm cho tinh huyết hư suy, sinh hóa không đầy đủ làm cho cốt tủy và gân mạch không được nuôi dưỡng đầy đủ, tạo điều kiện cho tà khí xâm nhập, kinh lạc bị trở trệ dẫn đến gót chân yếu mỏi, vận động kém.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phong hàn thấp

1.1. Triệu chứng: Đau gót chân nhiều, có thể sưng to, hạn chế đi lại, khó co duỗi cổ chân, đau nhiều về đêm, đau tăng khi lạnh, giảm khi chườm nóng. Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng, mạch phù.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Thận, Bàng quang.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: khu phong tán hàn trừ thấp, thông kinh lạc.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Khương hoạt thăng thấp thang** (*Nội ngoại thương biện hoặc luận*)

Khương hoạt	06g	Độc hoạt	08g
Phòng phong	06g	Cảo bản	06g
Xuyên khung	06g	Mạn kinh tử	04g
Chích cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

Sắc uống ngày 01 thang.

* Thuốc dùng ngoài:

- Bó thuốc, chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, ... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Côn lân (BL60)	Bộc tham (BL61)	Thân mạch (BL62)
Kim môn (BL63)	Nhiên cốc (KI2)	Thái Khê (KI3)
Đại chung (KI4)	Thủy tuyền (KI5)	Chiếu hải (KI6)
Phục lưu (KI7)	Phong trì (GB20)	Phong môn (BL12)

A thị huyết

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Chích lễ: A thị huyết.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Gót chân (AH1)	Nhĩ thần môn (TF4)	Cổ chân (AH3)
Dưới vỏ (AT4)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, day, miết dọc gân gót, bấm các huyết như công thức huyết chung.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thở Huyết ứ

2.1. Triệu chứng: Thường xảy ra sau chấn thương, sau khi vác nặng hoặc sau một động tác thay đổi tư thế đột ngột. Đau gót chân dữ dội, cự án, đau tăng khi vận động, điểm đau cố định, không di chuyển, hạn chế vận động. Chết lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sáp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bàng quang, Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: hoạt huyết khứ ứ, thông lạc.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Đào hồng tứ vật thang** (*Y tông kim giám*)

Thực địa	12g	Đương quy	09g
Hồng hoa	06g	Đào nhân	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Bó thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng hoạt huyết, khứ ứ, thông lạc, ... phù hợp pháp điều trị.

- Chườm thuốc cổ truyền:

+ **Bài thuốc** (*Tuyệt Tình toàn tập*): Lá ngải cứu 30g, Hành 30g, Gừng sống/Sinh khương 12g giã nát chế rượu trộn đều, xào nóng nhiệt độ phù hợp, chườm vùng gót chân.

+ Hoặc sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng hoạt huyết, khứ ứ, thông lạc, ... phù hợp pháp điều trị để chườm vùng gót chân.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

Côn lân (BL60)	Bộc tham (BL61)	Thân mạch (BL62)
Kim môn (BL63)	Nhiên cốc (KI2)	Thái khê (KI3)
Đại chung (KI4)	Thủy tuyền (KI5)	Chiếu hải (KI6)
Phục lưu (KI7)	Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)

A thị huyết

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Chích lễ: A thị huyết, Huyết hải (SP10), Cách du (BL17).

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Gót chân (AH1) Nhĩ thần môn (TF4) Cổ chân (AH3)

Dưới vỏ (AT4) Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, day, miết dọc gân gót, bấm các huyết như công thức huyết chung.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Phong hàn thấp kèm Can Thận âm hư

3.1. Triệu chứng: Thường gặp ở người lớn tuổi, dễ tái phát khi thay đổi thời tiết. Gót chân đau âm ỉ lâu ngày, đau tăng khi vận động nhiều, giảm khi nghỉ ngơi, đau tăng khi gặp lạnh, ẩm, giảm khi chườm nóng, ngày đau nhẹ đêm đau nặng, người gầy, ngũ tâm phiền nhiệt, cốt chùng, chóng mặt, ù tai, đau mỏi lưng gối, đi tiểu nhiều, nước tiểu đục. Chất lưỡi đỏ, ít rêu. Mạch tế sác.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm hư trung hiệp thực thiên nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Can, Thận.

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

3.3. Pháp điều trị: khu phong tán hàn trừ thấp thông kinh lạc, bổ Can Thận.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Độc hoạt ký sinh thang** (*Bị cấp thiên kim yếu phương*)

Độc hoạt	09g	Tang ký sinh	06g
Tế tân	03g	Quế chi	06g
Phòng phong	06g	Tần giao	06g
Đỗ trọng	06g	Ngưu tất	06g
Đương quy	06g	Xuyên khung	06g
Sinh địa	06g	Bạch thược	06g
Nhân sâm	06g	Bạch linh	06g
Cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Bó thuốc, chườm thuốc, ngâm thuốc cổ truyền: sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng khu phong tán hàn, trừ thấp, bổ Can Thận, mạnh gân cốt, ... phù hợp pháp điều trị.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm tả

Côn lân (BL60)	Bộc tham (BL61)	Thân mạch (BL62)
Kim môn (BL63)	Nhiên cốc (KI2)	Chiếu hải (KI6)
Đại chung (KI4)	Thủy tuyền (KI5)	A thị huyết

+ Châm bổ

Can du (BL18)	Thận du (BL23)	Tam âm giao (SP6)
Phục lưu (KI7)	Thái khê (KI3)	Phi dương (BL58)
Đại trử (BL11)	Huyền chung (GB39)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Gót chân (AH1)	Nhĩ Thần môn (TF4)	Cổ chân (AH3)
Dưới vỏ (AT4)	Thận (CO10)	Gan (CO12)

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: Xoa, xát, day, miết dọc gân gót, bấm các huyết như công thức huyết chung.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bảo tồn

- Điều trị ngoại khoa khi nội khoa không đáp ứng.

- Thể thông thường (VAS từ 1 - 6): có thể điều trị hoàn toàn bằng y học cổ truyền, nếu sử dụng các phương pháp y học cổ truyền chưa đạt hiệu quả mong đợi trong 7 - 10 ngày, phối hợp thêm y học hiện đại.

- Thể đau cấp (VAS từ 7 - 10): kết hợp các phương pháp y học hiện đại và các phương pháp y học cổ truyền để giảm đau nhanh nhằm nâng cao chất lượng đời sống.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa

a. Điều trị không dùng thuốc

- Phục hồi chức năng: bài tập lệch tâm (eccentric loading) là nền tảng điều trị chuẩn; ngoài ra có thể phối hợp thêm: nhiệt trị liệu, sóng xung kích ngoài cơ thể (ESWT), sóng ngắn trị liệu, siêu âm trị liệu, ...

- Chế độ sinh hoạt:

+ Hạn chế khối lượng và cường độ của tải trọng đặt lên gân gót trong giai đoạn đầu của tổn thương (2 - 3 tuần).

+ Thực hiện kéo giãn sau khi khởi động, khi cơ bắp ấm lên. Việc kéo giãn trước khi khởi động có thể gây chấn thương và giảm sức mạnh cơ tạm thời.

+ Nâng gót chân bằng miếng đệm cao su lên 15mm hoặc mang giày có độ chênh gót - mũi nhẹ trong giai đoạn đầu nhằm giảm lực kéo và sức căng lên gân Achilles khi đi lại hằng ngày.

b. Điều trị dùng thuốc (Mỗi nhóm thuốc lựa chọn 01 thuốc khi sử dụng)

STT	Thuốc	Đường dùng, liều dùng	Lưu ý (nếu có)
Giảm đau thông thường			
1	Acetaminophen 500mg	Uống 2 - 4 viên /24 giờ	Không vượt quá 4g trong 24 giờ
2	Paracetamol codein/tramadol +		
Kháng viêm NSAIDs			
1	Diclofenac 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	Uống 75 - 100mg/ngày x 7 - 14 ngày, sau ăn	Liều tối đa 200mg/ngày
2	Celecoxib 200 mg	Uống 1 - 2 viên/ngày x 7 - 14 ngày, sau ăn	Không dùng cho người bệnh có tiền sử bệnh tim mạch và thận trọng ở người cao tuổi. Nếu người bệnh có nguy cơ tiêu hóa nên phối hợp với thuốc ức chế bơm proton
3	Meloxicam 7,5mg		
4	Piroxicam 20mg		
Tiêm corticoid			
1	Methylprednisolon acetat 40 mg	5 mg/mL, 2 mg/mL	Cân nhắc tiêm khi không đáp ứng điều trị bảo tồn ≥ 6 - 12 tuần, nên tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm. Tiêm vào mô quanh gân, tránh tiêm vào thân gân. Không tiêm khi đứt gân bán phần hoặc nghi ngờ
2	Betamethasone dipropionate, Betamethasone disodium phosphate		
3	Betamethason dinatri phosphat		

4	Betamethasone	4mg/mL 0.05%	đứt, gân thoái hóa nặng. Không tiêm lặp lại quá 1 - 2 lần/năm tại cùng vị trí
---	---------------	--------------	--

- Có thể cân nhắc liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) trong viêm gân mạn tính không đáp ứng tập tải lệch tâm.

2.2. Ngoại khoa

Chỉ định phẫu thuật khi điều trị bảo tồn không thành công, phẫu thuật được khuyến nghị để loại bỏ các dính xơ hóa và các nốt thoái hóa để phục hồi mạch máu.

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh các hoạt động tạo áp lực quá mức lên gân cơ, đặc biệt là trong thời gian dài. Nếu thấy đau khi thực hiện một động tác, cần dừng lại và nghỉ ngơi.

- Tập luyện đa dạng các loại hình vận động khác nhau, kết hợp các loại vận động chịu tác dụng trọng lực (như chạy bộ, đi bộ, ...) với loại vận động ít chịu tác dụng trọng lực (như bơi, đạp xe, ...), nên có huấn luyện viên hướng dẫn lúc mới tập luyện.

- Căng giãn các khớp sau khi tập để tăng tầm vận động khớp, giúp hạn chế vi chấn thương ở các mô bị đè ép.

- Điều chỉnh môi trường sống, làm việc, học tập hợp lý, đặc biệt là ghế ngồi, bàn phím, máy tính phù hợp chiều cao và tác vụ.

- Đi giày dép phù hợp, tránh mang giày cao gót, kiểm soát cân nặng, giảm cân nếu thừa cân, béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Christopher R. Carcia, Robroy L. Martin, Jeff houck, Dane K. Wukich. Achilles Pain, Stiffness, and MusclePower Deficits: Achilles Tendinitis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2010;40(9):A1-A26. doi:10.2519/jospt.2010.0305

2. Silbernagel KG, Hanlon S, Sprague A. Current Clinical Concepts: Conservative Management of Achilles Tendinopathy, *J Athl Train*. 2020; 55(5):438-447. doi: 10.4085/1062-6050-356-19.

3. Ferguson A, Christophersen C, Elattar O, Farber DC. Achilles Tendinopathy and Associated Disorders, *Foot Ankle Orthop*. 2019;10;4(2):2473011419838294. doi: 10.1177/2473011419838294.

4. Các bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội. *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học. 2022; tr.316-324.

5. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*, Nhà xuất bản Y học. 2021; tr.12-81.

6. Bộ Y tế. Quyết định số 5480/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền*. 2020.

7. Bộ Y tế. Quyết định số 361/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. 2016; tr.197-206.

8. Vũ Đình Hùng, Nguyễn Đình Khoa. *Bệnh học những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học. 2020; tr.375-385.
9. Bộ Y tế. Quyết định số 3991/QĐ-BYT. “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, tập II*”. 2025.
10. Viện Nghiên cứu Đông y (dịch). *Tuệ Tĩnh toàn tập*. Nhà xuất bản Y học. 2004, tr. 144.
11. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 81-82, 84-85.
12. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 58-59, 64-65.

12. HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI (Chứng Tý, Cốt tý)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi hay còn gọi là hoại tử vô mạch chỗm xương đùi là bệnh có tổn thương hoại tử tế bào xương và tủy xương do bị thiếu máu nuôi phần trên chỗm xương đùi. Vùng hoại tử lúc đầu tạo ra các vùng thưa xương, các ổ khuyết xương, về sau dẫn đến gãy xương dưới sụn, cuối cùng gây xẹp chỗm xương đùi, thoái hóa thứ phát và mất chức năng của khớp háng, dẫn đến tàn phế.

- Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau khớp háng bên tổn thương, khởi phát âm ỉ, tăng dần, đau cơ học.

- Chẩn đoán hình ảnh: MRI là phương tiện chẩn đoán sớm và hiệu quả nhất. CT scan và X-quang ít có giá trị chẩn đoán trong giai đoạn sớm.

- Nguyên nhân tự phát chiếm tới 50% các trường hợp. Các nguyên nhân thứ phát có thể gặp do chấn thương hoặc không do chấn thương (trong đó, rượu và corticosteroid chiếm 2/3 nguyên nhân này).

- Chẩn đoán giai đoạn và phân độ Theo ARCO phiên bản 2019, cập nhật 2021 về hoại tử chỗm xương đùi.

Y học cổ truyền không có bệnh danh Hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi nhưng những biểu hiện triệu chứng chủ yếu của bệnh này được mô tả trong phạm vi chứng Tý, Cốt tý.

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

Bệnh phần lớn liên quan đến sự rối loạn của khí huyết và chức năng của Can, Tỳ, Thận, khiến cân cốt mất nuôi dưỡng, sinh đau, teo yếu và hạn chế vận động khớp háng.

- Do sang chấn hoặc lao lực kéo dài khiến khí cơ vận hành bế tắc. Khí trệ lâu ngày dẫn đến huyết hành không thông, huyết ứ tích lại tại kinh lạc vùng hông, háng, làm cản trở sự nuôi dưỡng cân cốt, lâu ngày sinh ra đau.

- Do cơ thể suy nhược, bệnh lâu ngày hoặc sau ốm nặng khiến nguyên khí hao tổn. Khí hư làm chức năng vận hành và thúc đẩy huyết dịch bị suy giảm, dễ hình thành huyết ứ tại khớp háng và vùng chỗm xương đùi, đồng thời cân cốt mất sự nuôi dưỡng lâu ngày sinh thoái hóa và hoại tử. Cơ chế bệnh sinh ở thể này là do bản hư - tiêu thực, trong đó khí hư là gốc, huyết ứ là ngọn.

- Ở người cao tuổi, bệnh mạn tính hoặc suy nhược lâu ngày khiến cả khí và huyết đều giảm sút. Khí hư làm giảm chức năng vận hóa của Tỳ, không sinh được huyết; huyết hư lại khiến cân cốt không được nuôi dưỡng, tủy xương héo khô, chỗm xương đùi suy yếu và dễ hoại tử. Do khí huyết đều bất túc, kinh lạc trống rỗng, vùng háng, đùi mất sự ôn dưỡng, xuất hiện đau âm ỉ, ê mỏi, cảm giác rữ chi, đi lại thiếu lực.

- Do dương khí của Tỳ Thận suy giảm bởi tuổi cao, lạnh thấp tích lâu ngày, hoặc do bệnh lâu ngày làm hao tổn dương khí. Tỳ dương hư không hóa sinh được khí huyết để nuôi dưỡng cơ thể. Thận dương hư làm mất khả năng ôn ấm và chủ cốt tủy, khiến xương suy, tủy lạnh, cân mạch không được nuôi dưỡng đầy đủ. Do dương khí hư suy, hàn thấp dễ xâm nhập vào kinh lạc vùng háng, đùi, gây đau lạnh, nặng chân, vận động khó khăn, đặc biệt khi gặp thời tiết lạnh.

- Can huyết hư hoặc Thận tinh hao tổn (do tuổi cao, lao lực kéo dài, phòng sự quá độ hoặc bệnh mạn tính) làm sự nuôi dưỡng cân cốt bị suy giảm. Bản hư ở Can Thận kéo dài, cân cốt không được nuôi dưỡng nên dễ dẫn đến tình trạng hoại tử xương.

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

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Khí trệ huyết ứ

1.1. Triệu chứng: Thường gặp ở giai đoạn đầu của bệnh, triệu chứng đau là chủ yếu, đau vùng khớp háng dữ dội, đau nhói kiểu châm chích, điểm đau cố định, có thể đau cả khi nghỉ ngơi, khởi phát đau khi bắt đầu vận động, cơn đau giảm dần trong quá trình vận động khớp, tầm vận động khớp bị giới hạn do đau. Lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sấp.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh Bàng quang, Can, Đờm, quan tiết vùng háng.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: hành khí hoạt huyết khứ ứ, thông lạc chỉ thống.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương sử dụng một trong các bài thuốc sau:

+ **Đào hồng tứ vật thang** (Y tông kim giám).

Thục địa	12g	Đương quy	09g
Hồng hoa	06g	Đào nhân	09g
Bạch thược	09g	Xuyên khung	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Thân thống trực ứ thang (*Y lâm cải thác*)

Đào nhân	09g	Hồng hoa	09g
Đương quy	09g	Xuyên khung	05g
Tần giao	06g	Ngưu tất	09g
Khương hoạt	09g	Một dược	06g
Hương phụ	03g	Địa long	06g
Cam thảo	03g	Ngũ linh chi	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả

A thị huyết chi dưới (AP6)	Phong thị (GB31)	Trật biên (BL54)
Bễ quan (ST31)	Ngũ khu (GB27)	Phục thổ (ST32)
Duy đạo (GB28)	Phong long (ST40)	Cự liêu (GB29)
Túc tam lý (ST36)	Hoàn khiêu (GB30)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, mẫn châm, điện mẫn châm, laser châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cột sống thất lưng (AH9)	Háng (AH5)	Mông (AH7)
Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	

- Chích lễ: A thị huyết.

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, lăn, vờn, bóp vùng mông, chân, bấm các huyết theo công thức chung.

- Dưỡng sinh:

+ Tập các động tác phòng và trị cứng khớp: chống tay phía sau uốn ngực, đầu sát giường lăn qua lăn lại, chồm ra phía trước uốn lưng, ngồi ếch.

+ Tập các bài tập luyện về thần: thư giãn, thở bốn thì có kê mông và gối chân, luôn giữ thái độ tinh thần theo hướng tích cực giúp người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Khí hư huyết ứ

Thường gặp ở giai đoạn giữa hoặc giai đoạn sau của bệnh.

2.1. Triệu chứng: Đau châm chích hoặc đau âm ỉ ở vùng khớp háng, giới hạn vận động khớp háng, teo cơ mông và chi dưới, sắc mặt kém tươi, ngại nói, hoạt động vô lực. Lưỡi nhợt, tím, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm, tế, sáp.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh Can, Đờm, quan tiết vùng háng.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: ích khí hoạt huyết, hóa ứ thông lạc, chỉ thống.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bổ dương hoàn ngũ thang** (*Y lâm cải thác*)

Hoàng kỳ	24g	Đương quy	10g
Đào nhân	10g	Hồng hoa	08g
Xích thược	10g	Địa long	06g
Xuyên khung	10g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bổ:

Đản trung (CV17)

Khí hải (CV6)

+ Châm tả:

A thị huyết	Phong thị (GB31)	Trật biên (BL54)
Bể quan (ST31)	Ngũ khu (GB27)	Phục thổ (ST32)
Duy đạo (GB28)	Phong long (ST40)	Cự liêu (GB29)
Túc tam lý (ST36)	Hoàn khiêu (GB30)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cột sống thất lưng (AH9)	Háng (AH5)	Mông (AH7)
Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, lăn, vòn, bóp vùng mông chân, bấm các huyệt theo công thức chung.

- Dưỡng sinh:

+ Tập các động tác phòng và trị cứng khớp: chống tay phía sau uốn ngực, đầu sát giường lăn qua lăn lại, chồm ra phía trước uốn lưng, ngồi ếch.

+ Tập các bài tập luyện về thần: thư giãn, thở bốn thì có kê mông và gối chân, luôn giữ thái độ tinh thần theo hướng tích cực giúp người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Khí huyết lưỡng hư

Thường gặp ở giai đoạn muộn của bệnh.

3.1. Triệu chứng: Thường gặp ở người lớn tuổi, hạn chế vận động và cử động khớp háng dài ngày, đi lại khó khăn hoặc phải nằm tại chỗ, đau âm ỉ khớp háng, đau tăng khi vận động hoặc cử động khớp háng, cơ nhục teo nhão, sắc mặt tái nhợt, môi nhợt nhạt, đoản hơi. Lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch tế, nhược.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.

- Chẩn đoán kinh lạc, tạng phủ: kinh Can, Đờm, tạng Tỳ, quan tiết vùng háng.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: ích khí dưỡng huyết, thông kinh hoạt lạc, kiện Tỳ.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bát trân thang** (Chính thể loại yếu)

Nhân sâm	09g	Thục địa	09g
Bạch truật	09g	Đương quy	09g
Bạch linh	09g	Bạch thược	09g
Xuyên khung	09g	Chích cam thảo	05g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung:

+ Châm bổ:

Đản trung (CV17)	Cách du (BL17)	Khí hải (CV6)
Huyệt hải (SP10)	Túc tam lý (ST36)	Tam âm giao (SP6)

+ Châm bình:

A thị huyệt	Phong thị (GB31)	Trật biên (BL54)
Bể quan (ST31)	Ngũ khu (GB27)	Phục thổ (ST32)
Duy đạo (GB28)	Phong long (ST40)	Cự liêu (GB29)
Hoàn khiêu (GB30)		

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyệt sau:

Cột sống thất lưng (AH9)	Háng (AH5)	Mông (AH7)
Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, lăn, vòn, bóp vùng mông chân, bấm các huyệt theo công thức chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở bốn thì có kê mông và gior chân, luôn giữ thái độ tinh thần theo hướng tích cực giúp người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể Tỳ Thận dương hư

Thường gặp hơn ở giai đoạn muộn của bệnh.

4.1. Triệu chứng: Đau vùng khớp háng âm ỉ, đôi khi lan tới đùi và gối, đau tăng sau khi vận động khớp háng, đau lưng mỗi gối, đi lại khó khăn, ăn uống kém, đầy bụng, chướng bụng sau khi ăn, đại tiện lỏng đặc biệt vào sáng sớm, tinh thần ủy mị, sắc mặt trắng, di tinh, phù thũng. Lưỡi bệu, rêu trắng. Mạch trầm, nhược.

4.2. Chẩn đoán

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

4.3. Pháp điều trị: ôn bổ Tỳ Thận, điều tình ích tủy.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương sử dụng một trong các bài sau:

+ **Hữu quy hoàn** (*Cảnh Nhạc toàn thư*) hợp **Lý trung hoàn** (*Kim quĩ yếu lược*)

Nhục quế	06g	Phụ tử chế	06g
Lộc giác giao	12g	Thục địa	24g
Hoài sơn	12g	Sơn thù	09g
Câu kỷ tử	12g	Thỏ ty tử	12g
Đỗ trọng	12g	Đương quy	12g
Can khương	06g	Nhân sâm	06g
Bạch truật	06g	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Thận khí hoàn** (*Kim quĩ yếu lược*)

Phụ tử chế	04g	Nhục quế	04g
Thục địa	16g	Sơn thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Bạch linh	06g	Mẫu đơn bì	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bổ:

Thận du (BL23)	Quan nguyên (CV4)	Tỳ du (BL20)
Đại trũ (BL11)	Mệnh môn (GV4)	Huyền chung (GB39)

+ Châm bình:

A thị huyết	Phong thị (GB31)	Trật biên (BL54)
Bể quan (ST31)	Ngũ khu (GB27)	Phục thỏ (ST32)
Duy đạo (GB28)	Phong long (ST40)	Cự liêu (GB29)
Túc tam lý (ST36)	Hoàn khiêu (GB30)	

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, ôn châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cột sống thắt lưng (AH9)

Háng (AH5)

Mông (AH7)

Nhĩ thần môn (TF4)

Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, lăn, vòn, bóp vùng mông, chân, bấm các huyết theo công thức chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở bốn thì có kê mông và giơ chân, và luôn giữ thái độ tinh thần theo hướng tích cực giúp người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thể Can Thận âm hư

Thường gặp ở giai đoạn muộn của bệnh.

5.1. Triệu chứng: Thường gặp ở người lớn tuổi, đau âm ỉ vùng khớp háng, giảm đau khi nghỉ ngơi, đau tăng khi vận động khớp háng, đau lưng mỏi gối, teo cơ chi dưới, đạo hân, mất ngủ, hay quên, ngũ tâm phiền nhiệt. Lưỡi đỏ ít rêu, mạch trầm tế sác.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: tư bổ Can Thận, điều tinh ích tủy, chỉ thông.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương, sử dụng một trong các bài sau:

+ **Tả quy hoàn** (*Cảnh Nhạc toàn thư*)

Thục địa	24g	Sơn thù	12g
Hoài sơn	12g	Câu kỷ tử	12g
Thỏ ty tử	12g	Quy bản	12g
Lộc giác giao	12g	Ngưu tất	09g

+ **Lục vị địa hoàng hoàn** (*Tiểu nhi dược chứng trực quyết*)

Thục địa	16g	Sơn thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Mẫu đơn bì	06g	Bạch linh	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bổ:

Thận du (BL23)	Đại trử (BL11)	Thái khê (KI3)
Huyền chung (GB39)	Phi dương (BL58)	Can du (BL18)
Phục lưu (KI7)	Tam âm giao (SP6)	

+ Châm bình:

A thị huyết	Phong thị (GB31)	Trật biên (BL54)
Bể quan (ST31)	Ngũ khu (GB27)	Phục thổ (ST32)
Duy đạo (GB28)	Phong long (ST40)	Cự liêu (GB29)
Túc tam lý (ST36)	Hoàn khiêu (GB30)	

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, mẫn châm, điện mẫn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán các huyết sau:

Cột sống thất lưng (AH9)	Háng (AH5)	Mông (AH7)
Nhĩ thần môn (TF4)	Thần kinh tự chủ (phần trước AH6)	

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, miết, day, lăn, vờn, bóp vùng mông, chân, bấm các huyết theo công thức chung.

- Dưỡng sinh: thư giãn, thở bốn thì có kê mông và giơ chân, và luôn giữ thái độ tinh thần theo hướng tích cực giúp người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Tham khảo điều trị Hoại tử vô mạch chỏm xương đùi trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp tại Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25/1/2014 của Bộ Y tế. Trường hợp Quyết định số 361/QĐ-BYT được thay thế, sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo các văn bản đã được thay thế, sửa đổi, bổ sung.

1. Nguyên tắc điều trị

- Quá trình điều trị phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh tại thời điểm chẩn đoán và những yếu tố khác như tuổi, vị trí và kích thước vùng tổn thương, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đi kèm.

- Phương pháp điều trị theo ba giai đoạn chính sau:

+ Giai đoạn sớm (trước khi có gãy xương dưới sụn): Đây là giai đoạn kết hợp y học cổ truyền hiệu quả. Mục tiêu là dự phòng hạn chế tối đa bệnh tiến triển nặng lên. Các phương pháp can thiệp chính gồm làm giảm áp lực lên chỏm xương đùi, khoan giảm áp, phẫu thuật lấy xương hoại tử và ghép xương, xoay chỏm xương.

+ Giai đoạn muộn hơn (đã có gãy xương dưới sụn): Điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng, hướng dẫn chế độ vận động sinh hoạt thích hợp, xem xét phẫu thuật ghép xương. Có thể kết hợp các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn của y học cổ truyền.

+ Giai đoạn muộn (xẹp chỏm xương đùi, thoái hóa thứ phát): Điều trị triệu chứng, xem xét phẫu thuật thay khớp háng bán phần hoặc toàn phần. Có thể kết hợp các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn của y học cổ truyền sau thay khớp nhằm đạt mục tiêu giảm đau, phục hồi vận động.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Nội khoa

2.1.1. Điều trị không dùng thuốc

- Chế độ sinh hoạt, tập luyện

+ Loại bỏ các yếu tố nguy cơ: Bỏ thuốc lá, tránh rượu bia, tránh hoặc hạn chế tối đa việc sử dụng corticosteroid nếu có thể.

+ Giảm chịu lực chân đau: Người bệnh nên giảm hoạt động hoặc dùng nạng hoặc dụng cụ hỗ trợ đi lại để giúp chỏm xương đùi hạn chế chịu lực, giúp làm chậm quá trình tiến triển của bệnh.

- Phục hồi chức năng:

+ Sau phẫu thuật người bệnh cần được phục hồi chức năng với mục tiêu: Làm giảm lực tì đè lên vùng tổn thương.

+ Tập vận động thụ động, tập vận động có trợ giúp, tập vận động chủ động khớp háng trước và sau phẫu thuật khi có chỉ định. Giúp cải thiện chức năng vận động khớp, tránh biến chứng co rút khớp. Tập cho người bệnh đi lại và tái hòa nhập cộng đồng (lao động, học tập, sinh hoạt).

+ Chườm nóng: Hồng ngoại, parafin, siêu âm, sóng ngắn, điện phân, điện xung, giao thoa, ...

+ Chườm lạnh: Chườm đá, ...

Tham khảo thêm Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành kèm theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật phục hồi chức năng và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2.1.2. Điều trị thuốc (Mỗi nhóm thuốc lựa chọn 01 thuốc khi sử dụng)

Thuốc	Liều lượng	Lưu ý
Nhóm giảm đau thông thường	Acetaminophen 500mg x 2 - 4 viên/24 giờ hoặc Acetaminophen kết hợp với codein hoặc tramadol 2 - 4 viên/ 24 giờ.	
Nhóm NSAIDs	- Diclofenac 50mg x 1 - 2 viên/24 giờ - Diclofenac 75mg x 1 viên/24 giờ - Piroxicam 20mg x 1 viên/24 giờ - Meloxicam 7,5mg 2 viên/24 giờ - Celecoxib 200mg 1 - 2 viên/24 giờ	Uống sau ăn no. Tránh lạm dụng NSAIDs kéo dài.
Nhóm Bisphosphonate	- Alendronate 70mg uống 1 viên/lần/tuần - Risedronate 35mg uống 1 viên/lần/tuần - Ibandronate 150mg uống 1 viên/lần/tháng	Uống trước ăn sáng 30 phút với 200ml nước lọc, không nằm trong vòng 30 phút sau khi uống
Canxi và vitamin D	- Canxi 500 - 1000 mg/ngày - Vitamin D 400 - 800 IU/ngày	

- Cần kết hợp điều trị các nguyên nhân gây bệnh nếu có và những bệnh lý phối hợp, đặc biệt là tình trạng rối loạn lipid máu.

2.2. Ngoại khoa (chuyển đến cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa phù hợp)

- Phẫu thuật khoan giải áp chỏm xương đùi khi tổn thương ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 (phân loại ARCO). Phẫu thuật khoan giảm áp kết hợp với ghép xương bằng mảnh xương tự do (NVBG) hoặc mảnh xương có cuống mạch (VBG) được chỉ định với tổn thương hoại tử chỏm xương đùi giai đoạn 3.

- Chỉ định thay khớp háng bán phần hoặc toàn phần (THR) khi tổn thương hoại tử từ giai đoạn 4 trở lên, khi người bệnh đau nhiều, khớp háng không còn chức năng.

- Phương pháp khác: Tiêm tế bào gốc tự thân (lấy từ tủy xương) có thể được chỉ định với những tổn thương hoại tử ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 (phân loại ARCO), khi chưa có vỡ xương dưới sụn, thông qua đường khoan giảm áp. Tuy nhiên, phương pháp này đang được nghiên cứu, đánh giá kết quả.

V. PHÒNG BỆNH

- Để dự phòng hoại tử vô mạch chỏm xương đùi đòi hỏi phải loại bỏ các yếu tố nguy cơ, trong đó bên cạnh các yếu tố bệnh nghề nghiệp thì cần bỏ rượu bia, thuốc lá và việc lạm dụng corticoid.

- Duy trì mức cholesterol thấp: Việc gia tăng cholesterol, lipid máu có thể làm tắc nghẽn các mạch máu nhỏ, làm giảm lưu lượng máu nuôi tới xương.

- Duy trì chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý, bảo vệ khớp tránh quá tải: khi lựa chọn các bài tập cần phù hợp với lứa tuổi, giới tính, bệnh lý kèm theo và để đạt được hiệu quả như mong muốn là phải duy trì thói quen tập luyện, tránh các bài tập gây sức ép lên khớp háng bị bệnh dễ gây tổn thương khớp.

- Tránh thừa cân, béo phì, duy trì cân nặng lý tưởng: thừa cân, béo phì là những yếu tố nguy cơ gây bệnh. Vì thế nguyên tắc giảm cân về cân nặng lý tưởng là yêu cầu cần thiết trong điều trị bệnh.

- Nâng cao chất lượng cuộc sống tinh thần cho người bệnh.

- Nếu không có biện pháp can thiệp sớm và việc người bệnh trì hoãn điều trị, Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi sẽ tiến triển và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng. Vì thế, ngay khi có dấu hiệu bệnh, người bệnh nên đi khám càng sớm càng tốt để được chẩn đoán và có hướng điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương. *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây tập 2*. Nhà xuất bản y học; 2022: 369-375.

2. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đàn. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản y học; 2021: 134-198.

3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản y học; 2021:12-81.

4. Bộ Y tế. Quyết định số 361/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. 2016: 175-178,197-201.

5. Zhu JY, Yan J, Xiao J, Jia HG, Liang HJ, Xing GY. *Effects of individual shock wave therapy vs celecoxib on hip pain caused by femoral head necrosis*. World J Clin Cases. 2023 Mar 26;11(9):1974-1984. DOI:10.12998/wjcc.v11.i9.1974. PMC10044968.

6. Yoon BH, Mont MA, Koo KH, et al. *The 2019 Revised Version of ARCO Staging System of Osteonecrosis of the Femoral Head*. J Arthroplasty. 2020;35(4):933–940.

7. Yue J, Guo X, Wang R, et al. *Reliability and Repeatability of the 2021 ARCO Classification*. BMC Musculoskelet Disord. 2023; 24:469.

8. Mont MA, Jones LC, Hungerford DS. *Nontraumatic Osteonecrosis of the Femoral Head: Ten Years Later*. J Bone Joint Surg Am. 2006; 88:1117–1132.

9. Zhao D et al. Guidelines for Clinical Diagnosis and Treatment of ONFH in Adults (Chinese 2019). *Orthop Surg*. 2020.

10. Hauzeur J-P et al. *S3-Guideline Non-Traumatic Adult Femoral Head Necrosis (Germany)*, Orthopäde. 2023.

12. Mont MA et al. *Treatment of Osteonecrosis of the Femoral Head: Medscape Guidelines*. 2023.
13. Yan Z et al. Network Meta-analysis of Core Decompression Techniques. *J Orthop Surg Res* 2023.
14. Li W et al. Stem Cell Therapy for ONFH: Systematic Review. *Transl Med*. 2025.
15. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 127, 132-137, 150-151.
16. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 203.

13. VIÊM DA CƠ ĐỊA (Thấp chẩn, Phong chẩn, Huyết phong sang)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da cơ địa là một bệnh viêm da mạn tính tái phát nhiều lần và là dạng viêm da mạn tính phổ biến nhất. Bệnh thường khởi phát sớm ở trẻ nhỏ, có thể kéo dài đến tuổi trưởng thành.

Bệnh đặc trưng bởi ngứa dai dẳng, da khô, tổn thương dạng chàm và lichen hóa ở giai đoạn mạn và có liên quan chặt chẽ đến cơ địa dị ứng như viêm mũi dị ứng, hen phế quản và dị ứng thực phẩm.

- Nguyên nhân: bệnh gây ra bởi 4 yếu tố chính bao gồm: môi trường, tổn thương hàng rào bảo vệ da, yếu tố di truyền và rối loạn đáp ứng miễn dịch.

- Lâm sàng: bệnh viêm da cơ địa có các biểu hiện khác nhau tùy theo lứa tuổi.

+ Viêm da cơ địa ở trẻ nhũ nhi.

+ Viêm da cơ địa ở trẻ em.

+ Viêm da cơ địa ở thanh thiếu niên và người lớn.

- Chẩn đoán: Theo **Tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka**, để chẩn đoán xác định cần phải có ≥ 3 tiêu chuẩn chính kết hợp với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ.

Tiêu chuẩn chính (4 tiêu chuẩn):

+ Ngứa.

+ Hình thái và vị trí tổn thương điển hình: lichen hoá ở các nếp gấp trẻ em hoặc thành dải ở người lớn. Mụn nước tập trung thành đám ở mặt và mặt dưới các chi ở trẻ em và trẻ sơ sinh.

+ Tổn thương viêm da mạn tính hoặc tái phát.

+ Tiền sử cá nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng.

- *Tiêu chuẩn phụ (23 tiêu chuẩn):* khô da, vảy cá thông thường, phản ứng da tức thì, tuổi phát bệnh sớm, dễ nhiễm trùng da, viêm da bàn tay - bàn chân không đặc hiệu, chàm núm vú, viêm môi, viêm kết mạc tái phát, nếp dưới mi mắt của Dennie Morgan, ngứa khi bài tiết mồ hôi, tăng IgE huyết thanh, tăng sắc tố quanh mắt, vảy phấn Alba, nếp lằn cổ trước, ban đỏ - ban xanh ở mặt, không chịu được len và chất hòa tan mỡ, dày sừng quanh nang lông, dị ứng thức ăn, viêm kết mạc, giác mạc hình chớp, đục thủy tinh thể dưới màng bọc trước, tiền triển bệnh có ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường và tinh thần.

Hoặc theo **Tiêu chuẩn của Anh** (tham khảo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu Bộ Y tế).

Trong y học cổ truyền, không có bệnh danh tương ứng với viêm da cơ địa. Tuy nhiên, căn cứ vào đặc điểm lâm sàng và diễn tiến bệnh, bệnh chủ yếu được mô tả trong phạm vi chứng Chẩn (Thấp chẩn, Phong chẩn) và chứng Sang (Huyết phong sang).

- Thấp chẩn với biểu hiện da đỏ, ngứa nhiều, có mụn nước nhỏ li ti dễ vỡ, chảy dịch vàng hoặc rỉ nước.

- Phong chẩn biểu hiện sẩn phù hoặc mảng phù màu hồng/ trắng nhạt, ngứa nhiều, vị trí tổn thương thay đổi nhanh.

- Huyết phong sang biểu hiện ngứa kéo dài, tái phát nhiều lần, da dày, khô, bong vảy, thô ráp, có thể kèm nứt nẻ.

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

- Ngoại tà xâm nhập: ngoại tà (thường là phong, thấp, nhiệt, táo) xâm phạm biểu, tà uất ở biểu làm cản trở sự lưu thông của huyết mạch ở vùng tổn thương từ đó làm mất sự điều hòa giữa Vệ khí và Dinh huyết mà gây bệnh.

- Tình chí nội thương (căng thẳng, ức chế kéo dài) làm Can khí uất kết, khí uất lâu ngày hóa hỏa. Đồng thời, Can mộc khắc Tỳ thổ khiến Tỳ mất chức năng kiện vận, sinh thấp trọc nội đình. Nhiệt do Can uất kết hợp với thấp do Tỳ hư tạo thành thấp nhiệt nội sinh, nung nấu ở Can Đờm. Thấp nhiệt theo khí huyết lưu chú ra bì phu mà gây bệnh.

- Tiên thiên bất túc: do chính khí không đầy đủ, tà khí dễ xâm nhập mà phát bệnh hoặc tình trạng huyết nhiệt từ trong thời kỳ bào thai, sau sinh lại cảm phong tà dẫn đến phát bệnh ngoài da.

- Khí huyết hư nhược: do bệnh tái phát nhiều lần, khiến ngoại tà uất lại và lưu trú lâu ngày khó giải từ đó gây tổn thương phần Âm và hao tổn huyết. Khi huyết hư, bì phu không được nuôi dưỡng đầy đủ dễ sinh Phong và Táo tà dễ xâm phạm bì phu mà gây bệnh.

- Ăn uống không điều độ: ăn nhiều đồ béo ngọt dẫn tới công năng Tỳ, Vị bị ảnh hưởng, thấp nhiệt nội sinh mà hóa phong nhiệt; hay do ăn uống không sạch làm trùng tích tích lại ở Tỳ, Vị lâu ngày sinh thấp nhiệt ảnh hưởng tới bì phu.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Thấp nhiệt

1.1. Triệu chứng: Các tổn thương trên da biểu hiện đỏ và sưng tấy, có vết trợt, xuất tiết hoặc đóng vảy, ngứa dữ dội, đôi khi kèm theo cảm giác nóng rát, bồn chồn và khát nước, ăn kém đầy bụng, đại tiện nát hoặc phân không thành khuôn. Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt. Mạch huyền sắc hoặc hoạt sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư trung hiệp thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Đờm, Tỳ.

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

1.3. Pháp điều trị: thanh nhiệt trừ thấp, tán phong chỉ dương.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Long đởm tả can thang** (*Y phương tập giải*)

Long đởm thảo	06g	Hoàng cầm	09g
Chi tử	09g	Trạch tả	12g
Xa tiền tử	09g	Đương quy	03g
Sinh địa	09g	Sài hồ	06g
Cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Thấp nhiệt thịnh gia thêm Địa phu tử, Bạch tiền bì.

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

* Thuốc dùng ngoài: dùng thử trên vùng da với diện tích nhỏ để kiểm tra phản ứng dị ứng trước khi sử dụng trên vùng da điều trị lớn.

- Ngâm thuốc cổ truyền: dùng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng thanh nhiệt lợi thấp, tán phong chỉ dương, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Xông thuốc, xông khói thuốc cổ truyền: dùng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng thanh nhiệt lợi thấp, tán phong chỉ dương, ... phù hợp với pháp điều trị. Thận trọng khi xông khói thuốc với người bệnh có bệnh mạn tính đường hô hấp: hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

+ Châm tả:

Đại chùy (GV14)	Đại đôn (LR1)	Khúc trì (LI11)
Hợp cốc (LI4)	Phong trì (GB20)	Âm lăng tuyền (SP9)
Thái xung (LR3)	Hành gian (LR2)	

+ Châm bổ:

Túc tam lý (ST36)	Tam âm giao (SP6)	Huyết hải (SP10)
-------------------	-------------------	------------------

- Các kỹ thuật châm: hào châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, nhĩ dán các huyết:

Phổi (CO14)	Nội tiết (CO18)	Nhĩ thần môn (TF4)
Tuyến thượng thận (TG2)	Dưới vỏ (AT4)	Huyết phản ứng

- Chích lễ:

Đại đôn (LR-1)	Nhĩ tiêm (EX-HN6)
----------------	-------------------

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Phong nhiệt

2.1. Triệu chứng: Da đỏ ngứa lan nhanh với các nốt sần, xuất tiết hoặc viêm nhẹ. Lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng. Mạch phù sắc.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm hư trung hiệp thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Phế.
- Chẩn đoán vị trí: bì mao.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: sơ phong dưỡng huyết, thanh nhiệt chỉ dưỡng.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương, sử dụng một trong các bài thuốc sau:

+ **Tiêu phong tán** (Y tông kim giám)

Kinh giới	12g	Phòng phong	12g
Ngưu bàng tử	12g	Thuyền thoái	06g
Khổ sâm	12g	Thương truật	12g
Tri mẫu	12g	Thạch cao	12g
Đương quy	12g	Sinh địa	12g
Hồ ma nhân	12g	Cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ **Tiêu phong đạo xích thang** (Y tông kim giám)

Sinh địa	04g	Hoàng liên	01g
Xích phục linh	04g	Kim ngân hoa	03g
Ngưu bàng tử	03g	Đảng tâm thảo	1,5g
Bạch tiễn bì	03g	Nam Bạc hà diệp	03g
Cam thảo	01g		

Sắc uống ngày 01 thang. Bài thuốc này dùng điều trị chứng nãi tiền (chàm sữa) trẻ em.

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

* Thuốc dùng ngoài: dùng thử trên vùng da với diện tích nhỏ để kiểm tra phản ứng dị ứng trước khi sử dụng trên vùng da điều trị lớn.

- Thuốc bôi ngoài: dùng thuốc cổ truyền phù hợp pháp điều trị.
- Ngâm thuốc cổ truyền: dùng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng phát tán phong nhiệt, thanh nhiệt giải độc, ... phù hợp với pháp điều trị.
- Xông thuốc, xông khói thuốc cổ truyền: dùng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng phát tán phong nhiệt, thanh nhiệt giải độc, ... phù hợp với pháp điều trị. Thận trọng khi xông khói thuốc với người bệnh có bệnh mạn tính đường hô hấp: hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm tả:

Đại chùy (GV14) Hợp cốc (LI4) Khúc trì (LI11)

Phong trì (GB20) Huyết hải (SP10)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, nhĩ dán các huyết:

Phổi (CO14) Nội tiết (CO18) Nhĩ thần môn (TF4)

Tuyến thượng thận (TG2) Dưới vỏ (AT4) Huyết phản ứng

- Chích lễ các huyết:

Khúc trì (LI11) Nhĩ tiêm (EX-HN6)

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể huyết hư phong táo

3.1. Triệu chứng: Bệnh kéo dài và tái phát thường xuyên, xen kẽ có từng đợt đỏ da; da dày, khô, thô, cứng và có vảy, ngứa. Lưỡi hồng nhợt, rêu lưỡi trắng, khô. Mạch trầm tế hoặc tế sắc.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Phế
- Chẩn đoán vị trí: bì mao
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: dưỡng huyết nhuận táo, sơ phong chỉ dưỡng.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

- * Thuốc uống

- Cổ phương: **Đương quy ẩm tử** (Nguyễn thị Tế sinh phương)

Đương quy	12g	Thục địa	12g
Bạch thược	12g	Xuyên khung	12g

Hoàng kỳ	12g	Bạch tật lê	12g
Kinh giới tuệ	12g	Phòng phong	12g
Hà thủ ô	12g	Chích cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nếu tổn thương đỏ và có triệu chứng của nhiệt gia Sinh địa, Bạch mao căn.

+ Nếu ngứa nhiều gia Thuyền thoái.

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

* Thuốc dùng ngoài: dùng thử trên vùng da với diện tích nhỏ để kiểm tra phản ứng dị ứng trước khi sử dụng trên vùng da điều trị lớn.

- Thuốc bôi ngoài: dùng thuốc cổ truyền phù hợp pháp điều trị.

- Ngâm thuốc cổ truyền: sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng dưỡng huyết, nhuận táo, sơ phong, ... phù hợp với pháp điều trị.

- Xông thuốc, xông khói thuốc cổ truyền: sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng dưỡng huyết, nhuận táo, sơ phong, ... phù hợp với pháp điều trị. Thận trọng khi xông khói thuốc với người bệnh có bệnh mạn tính đường hô hấp: hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: châm bổ

Túc tam lý (ST36) Tam âm giao (SP6) Huyết hải (SP10)

Cách du (BL17) Thần môn (HT7)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, nhĩ dán các huyết:

Phôi (CO14) Nội tiết (CO18) Nhĩ thần môn (TF4)

Tuyến thượng thận (TG2) Dưới vỏ (AT4) Huyết phản ứng

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Thực hiện theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu ban hành theo Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023 về điều trị Viêm da cơ địa. Trường hợp Quyết định số 4416/QĐ-BYT được thay thế, sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo các văn bản đã được thay thế, sửa đổi, bổ sung.

- Đợt cấp viêm da cơ địa: ưu tiên phối hợp điều trị y học hiện đại kết hợp y học cổ truyền.

- Viêm da cơ địa mạn tính ưu tiên điều trị bằng y học cổ truyền.

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tùy theo giai đoạn, mức độ bệnh.
- Dùng các sản phẩm chăm sóc da, dưỡng ẩm thường xuyên, duy trì.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình biết cách điều trị và phòng.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị tại chỗ

- Lựa chọn dạng bào chế thuốc phù hợp với giai đoạn bệnh
 - + Giai đoạn cấp tính: đắp liên tục vào tổn thương bằng các loại dung dịch có chứa Acid boric và/hoặc Glycerin, nước muối sinh lý 0.9%.
 - + Giai đoạn bán cấp: dùng các loại hồ.
 - + Giai đoạn mạn tính: dùng các loại thuốc dạng kem hoặc dạng mỡ.
- Các thuốc bôi tại chỗ:
 - + Corticosteroid được dùng nhiều trong điều trị viêm da cơ địa.
 - * Trẻ dưới 3 tháng tuổi dùng loại hoạt tính yếu.
 - * Trẻ từ 3 tháng tuổi: có thể dùng các loại có hoạt tính yếu đến trung bình.
 - * Trẻ trên 2 tuổi và người lớn có thể dùng các loại corticosteroid có hoạt tính mạnh hơn tùy tình trạng bệnh.

Lưu ý: với tổn thương vùng da mỏng, nhạy cảm như mặt dùng mỡ corticosteroid nhẹ hơn, ít ngày, còn vùng da dày, lichen hoá thì dùng loại mạnh hơn để giảm ngứa, giảm viêm.

* Corticosteroid bôi 1 lần/ngày và cần giảm liều một cách từ từ, tránh tái phát. Với vùng da mỏng như mặt, các nếp gấp thời gian bôi thuốc thường không quá 10 ngày liên tục. Với các vùng da dày có thể bôi kéo dài đến khi tổn thương ổn định thì giảm liều dần.

* Khi dùng corticosteroid bôi tại chỗ cần chú ý các tác dụng phụ trên da như mỏng da, teo da, viêm nang lông, trứng cá, giãn mạch, xuất huyết, bội nhiễm nấm - virus, ...

+ Thuốc bột sừng bong vảy như mỡ salicylic 5%, 10%, mỡ goudron, ichthyol, crysophanic trong trường hợp vảy dày, lichen hóa nặng.

+ Thuốc chẹn calcineurin: rất hiệu quả đối với viêm da cơ địa và hạn chế được các tác dụng phụ của corticosteroid trên da, tuy nhiên thuốc đắt tiền và hay gặp kích ứng da trong thời gian đầu sử dụng, thường sử dụng sau đợt điều trị corticosteroid tại chỗ. Tacrolimus 0,03% chỉ định cho trẻ từ 2 đến 16 tuổi. Tacrolimus 0,1% chỉ định cho bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Tacrolimus bôi 2 lần/ngày đến khi tổn thương ổn định hoàn toàn thì duy trì bôi thêm ít nhất 4 đến 8 tuần để tránh tái phát.

2.2. Điều trị toàn thân

- Kháng histamin H1: sử dụng ngắn hạn hoặc gián đoạn các thuốc kháng histamine gây an thần có thể có lợi trong trường hợp mất ngủ do ngứa, nhưng không nên thay thế cho điều trị chuẩn bằng các liệu pháp bôi tại chỗ.

- Kháng sinh: trong trường hợp có nhiễm khuẩn đặc biệt là tụ cầu vàng, liên cầu: Cho kháng sinh thuộc nhóm Cephalosporin thế hệ 1 hoặc Amoxicillin kết hợp Acid clavulanic là tốt nhất, cho một đợt từ 10 - 14 ngày.

- Corticosteroid: có thể được chỉ định trong thời gian ngắn khi bệnh bùng phát nặng, lưu ý không dùng thuốc kéo dài. Thường cho liều tương đương 0,5 - 1mg Prednisolon/kg cân nặng trong 3 đến 7 ngày đầu khi cần khống chế nhanh tình trạng bệnh, sau đó cắt corticosteroid toàn thân chỉ dùng thuốc tại chỗ hoặc chuyển sang các thuốc toàn thân khác.

- Liệu pháp ánh sáng: NB-UVB hoặc UVA1.

- Các thuốc khác được chỉ định trong trường hợp bệnh dai dẳng, tái phát nhiều, không đáp ứng với các điều trị trên:

+ Cyclosporin A liều 3 - 5mg/kg/ngày dùng 4 đến 8 tuần hoặc lâu hơn cho BN lớn hơn 16 tuổi đến khi bệnh ổn định. BN cần được theo dõi bệnh lý ung thư da không hắc tố, và nồng độ lipid máu. Nên điều chỉnh liều để giảm độc tính trên thận.

+ Methotrexat 10 - 25 mg/tuần, dùng 2 - 4 tháng hoặc lâu hơn tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân. Khi đã kiểm soát được bệnh, liều dùng có thể được giảm xuống mức thấp nhất có thể để đạt hiệu quả.

+ Thuốc sinh học Dupilumab (thuốc ức chế IL4 và IL13): Người lớn dùng liều 300mg- 600mg mỗi 2 tuần.

Trẻ em trên 6 tuổi liều tính theo cân nặng như sau:

* Cân nặng từ 60kg trở lên: liều khởi đầu 600mg sau đó duy trì 300mg mỗi 2 tuần.

* Cân nặng từ 30 đến 59kg: liều khởi đầu 400mg sau đó duy trì 200mg mỗi 2 tuần.

* Cân nặng từ 15 đến 29kg: liều khởi đầu 600mg sau đó duy trì 300mg mỗi 4 tuần.

Trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 5 tuổi liều tính theo cân nặng như sau:

* Cân nặng từ 5 đến 15kg dùng liều 200mg mỗi 4 tuần.

* Cân nặng từ 15 đến 30kg dùng liều 300mg mỗi 4 tuần.

+ Thuốc sinh học Tralokinumab (thuốc ức chế IL13) 300mg - 600mg mỗi 2 tuần (chỉ dùng cho người lớn). Có thể cân nhắc giảm liều xuống 300mg sau mỗi 4 tuần sau 16 tuần nếu đạt được đáp ứng đầy đủ.

+ Thuốc ức chế JAK: Baricitinib 4mg/ngày (chỉ dùng cho người lớn) hoặc Upadacitinib 15mg - 30mg/ ngày (trẻ từ 12 tuổi trở lên).

Lưu ý: thuốc sinh học, thuốc ức chế JAK được khuyến cáo điều trị AD mức độ trung bình - nặng. Đánh giá độ nặng thông qua các dấu hiệu của bệnh, mức độ nặng của triệu chứng, các bệnh đồng mắc, và mức độ ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống.

V. PHÒNG BỆNH

- Duy trì sữa tắm dưỡng ẩm, kem dưỡng ẩm, tăng cường bôi kem dưỡng ẩm khi thời tiết hanh khô, ít nhất 2 - 3 lần mỗi ngày.
- Tắm nước ấm, không quá nóng, không quá lạnh, nhiệt độ < 36°C, ngay sau khi tắm xong bôi thuốc ẩm da, dưỡng da.
- Giảm các yếu tố khởi phát: giữ phòng ngủ thoáng mát, tránh tiếp xúc lông gia súc, gia cầm, len, dạ, giảm bụi nhà, giảm stress, nên mặc đồ vải cotton.
- Ăn kiêng chỉ áp dụng cho trường hợp bệnh nặng, trẻ nhỏ, khi đã xác định rõ loại thức ăn gây kích thích.
- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh kiến thức về bệnh, yếu tố khởi động, quan điểm điều trị, lợi ích và nguy cơ.
- Tư vấn cho những người có yếu tố gia đình các biện pháp phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhanwen Liu, Liang Liu. *Essentials of Chinese Medicine*. Volume 3, Springer; 2009: 357-362.
2. Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Văn Đàn. *Châm cứu học 1*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2018; tr.134-212.
3. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019; tr.20-78, 99-106.
4. Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Lê Việt Hùng. *Da liễu Y học cổ truyền*. NXB Đại học Quốc gia TP.HCM; 2024: 51-70.
5. Bộ Y tế. Quyết định số 4416/QĐ-BYT. *Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu*. 2023;185-190.
6. Trinh Dieu Thuong Thi, Bui Minh Man Pham, Nguyen Hoai Thuong. The effects of auricular acupuncture at lung, shenmen, endocrine, adrenal points on adult eczema: a randomized trial. *MedPharmRes*. 2023; 7(1):47-52.
7. Ngô Thị Bạch Yến, Trịnh Thị Diệu Thường. Hiệu quả lâm sàng của phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân viêm da cơ địa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520 (1B).
8. Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2023; 89(1):e1-e20.
9. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2024; 90(2):e43-e56.
10. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 37-38.
11. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 124-125.

14. VIÊM HỌNG MẠN TÍNH (Hầu chứng)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng mạn tính là tình trạng viêm dai dẳng hoặc tái phát của niêm mạc họng kéo dài trên 3 tháng, có thể xuất hiện dưới ba dạng chính: xuất tiết, quá phát và teo.

Dạng phổ biến nhất của viêm họng mạn tính là viêm họng lan tỏa, dạng viêm họng mạn tính khu trú thường gặp là viêm tổ chức lympho ở vòm họng mạn tính và viêm amidan mạn tính.

Các đợt viêm họng cấp tái phát nhiều lần mà không được điều trị triệt để có thể dẫn đến tình trạng mạn tính, thường là do tiếp xúc với bụi bẩn, không khí ô nhiễm, thói quen uống nhiều rượu bia, hút thuốc lá hoặc sinh hoạt không lành mạnh.

Theo y học cổ truyền, các triệu chứng của viêm họng mạn tính nằm trong phạm vi của Hầu chứng. Trường hợp nặng hơn có thể xuất hiện chứng Nhũ nga, Hầu ung.

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

Viêm họng mạn tính theo góc nhìn của y học cổ truyền có thể gây ra bởi nhiều nguyên nhân với các cơ chế bệnh sinh khác nhau.

- Ngoại cảm hỏa nhiệt tà lâu ngày hoặc ăn uống cay nóng làm nhiệt xâm nhập vùng hầu họng, hun đốt tân dịch vùng hầu họng. Nhiệt tà lưu lại lâu ngày làm hao tổn Phế âm, tổn thương nguồn âm của Thận, hư hỏa nội sinh thượng viêm, hình thành Phế Thận âm hư.

- Do tình chí thất điều, uất lâu hóa hỏa; Can hỏa thượng thăng hun đốt tân dịch vùng họng, khí cơ uất trệ gây cản trở sự phân bố tân dịch. Bệnh kéo dài làm âm dịch hao tổn, dẫn đến Phế Thận âm hư.

- Do ẩm thực thất điều hoặc bệnh lâu ngày, hoặc do tình chí thất điều dẫn đến Tỳ khí hư. Tỳ khí hư kéo dài làm thủy thấp đình trệ, sinh đàm. Tỳ khí hư lâu ngày ảnh hưởng đến Thận dương, dương khí suy giảm, thủy dịch không khí hóa, nguồn sinh tân dịch thiếu hụt; dương hư sinh hư hỏa thượng viêm làm thương thêm tân dịch vùng họng, hình thành Tỳ Thận dương hư.

- Bệnh lâu ngày, Tỳ không vận hóa thủy thấp, Phế không thông điều thủy đạo sinh đàm; Can mất sơ tiết gây khí trệ huyết ứ. Đàm trọc và huyết ứ trở trệ vùng họng, cản trở khí huyết và tân dịch vận hành, hình thành đàm ứ hỗ kết.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Phế Thận âm hư

1.1. Triệu chứng: Họng đỏ sậm, khô, đau, nóng rát, khó chịu, ho khan hoặc ho có đàm ít, dính, khó khạc, triệu nhiệt, đạo hãn, ngũ tâm phiền nhiệt, mất ngủ, đại tiện khô táo, đau lưng, mỏi gối. Lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít. Mạch tế sắc.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Phế, Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: nội nhân, bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: dưỡng âm thanh Phế, bổ Thận nhuận táo, lợi yết chỉ khái.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Mạch vị địa hoàng hoàn** (*Y phương tập giải*).

Thục địa	20g	Mẫu đơn bì	08g
Sơn thù	10g	Trạch tả	08g
Hoài sơn	10g	Mạch môn	10g
Bạch linh	08g	Ngũ vị tử	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông họng): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng dưỡng âm thanh Phế, bổ Thận nhuận táo, lợi yết chỉ khái, ... phù hợp pháp điều trị, xông hương hơi thuốc vào vùng họng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung

+ Châm bình:

Liêm tuyền (CV23)	Liệt khuyết (LU7)	Phù đột (LI18)
Kinh cù (LU8)	Khí xá (ST11)	Chiếu hải (KI6)
Xích trạch (LU5)		

+ Châm bổ:

Phục lưu (KI7)	Tam âm giao (SP6)
Phế du (BL13)	Thận du (BL23)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.
- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4) Họng và thanh quản (TG3) Phổi (CO14)

Tuyến thượng thận (TG2) Thận (CO10)

- Chích lể: huyết Thiếu thương (LU11).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, ấn, bấm các huyết như công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thở bốn thì.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Tỳ Thận dương hư

2.1. Triệu chứng: Họng đau âm ỉ kéo dài, khó chịu, khô khát nhưng không muốn uống hoặc thích nước ấm, tiếng nói nhỏ, mệt mỏi, ngại nói, chán ăn, đại tiện phân nát, ngũ canh tả, tiểu trong, chân tay lạnh, sợ lạnh, đau lưng, mỏi gối, niêm mạc họng nhạt. Lưỡi nhạt, rêu trắng dày. Mạch trầm nhược.

2.2. Chẩn đoán

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

2.3. Pháp điều trị: ôn bổ Tỳ Thận, ích khí lợi yết.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Phụ tử lý trung thang** (*Hòa tễ cục phương*)

Phụ tử chế	04g	Nhân sâm	08g
Can khương	10g	Bạch truật	12g
Cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông họng): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng ôn bổ Tỳ Thận, ích khí lợi yết, ... phù hợp pháp điều trị, xông hương hơi thuốc vào vùng họng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bình:

Liêm tuyền (CV23) Phù đột (LI18) Khí xá (ST11)

+ Châm bổ:

Quan nguyên (CV4) Khí hải (CV6) Túc tam lý (ST36)

Thái bạch (SP3) Mệnh môn (GV4)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4) Lách (CO13)

Phổi (CO14) Họng và thanh quản (TG3)

Thận (CO10) Tuyến thượng thận (TG2)

- Chích lễ: huyết Thiếu thương (LU11).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, ấn, bấm các huyết như công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thở bốn thì.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Tỳ khí hư

3.1. Triệu chứng: Đau họng ít hoặc ngứa họng, cảm giác dị vật hoặc đàm dính ở họng, buồn nôn hoặc nôn, chán ăn, đại tiện phân nát, mệt mỏi, ngại nói, niêm mạc họng phù nề. Lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng. Mạch trầm nhược.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.

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

3.3. Pháp điều trị: ích khí kiện Tỳ, trừ đàm lợi yết.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bổ trung ích khí thang** (Tỳ vị luận).

Hoàng kỳ 15g Nhân sâm 10g

Bạch truật 12g Cam thảo 08g

Trần bì 06g Đương quy 10g

Thăng ma 03g Sài hồ 03g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông họng): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng ích khí kiện Tỳ, trừ đàm lợi yết, ... phù hợp pháp điều trị, xông hướng hơi thuốc vào vùng họng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

+ Châm bình:

Liên tuyền (CV23)	Phù đột (LI18)	Khí xá (ST11)
-------------------	----------------	---------------

+ Châm bổ:

Tỳ du (BL20)	Vị du (BL21)	Trung quản (CV12)
--------------	--------------	-------------------

Khí hải (CV6)	Túc tam lý (ST36)	Thái bạch (SP3)
---------------	-------------------	-----------------

Phong long (ST40)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)	Lách (CO13)	Phổi (CO14)
--------------------	-------------	-------------

Họng và thanh quản (TG3)	Thận (CO10)
--------------------------	-------------

Tuyến thượng thận (TG2)	Dạ dày (CO4)
-------------------------	--------------

- Chích lễ: huyết Thiếu thương (LU11).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, ấn, bấm các huyết như công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thở bốn thì.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể Đàm ứ hốc kết

4.1. Triệu chứng: Họng khô, nóng rát, đau nhẹ hoặc kèm tê, cảm giác dị vật, đàm dính, niêm mạc họng đỏ sậm. Lưỡi to bè, rêu trắng dày hoặc vàng dày. Mạch hoạt.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực thiên nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Phế, kinh lạc vùng hầu họng.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: trừ đàm, khử ứ, tán uất kết.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bán hạ hậu phác thang** (*Kim quĩ yếu lược*).

Bán hạ chế	12g	Hậu phác	09g
Bạch linh	12g	Sinh khương	09g
Tô diệp	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc (xông họng): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng trừ đàm, khử ứ, tán uất kết, ... phù hợp pháp điều trị, xông hướng hơi thuốc vào vùng họng.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bình:

Nội đình (ST44)

Tam âm giao (SP6)

+ Châm tả:

Xích trạch (LU5)

Liệt khuyết (LU7)

Trung quản (CV12)

Liên tuyền (CV23)

Phù đột (LI18)

Khí xá (ST11)

Âm lăng tuyền (SP9)

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Nhĩ thần môn (TF4)

Phổi (CO14)

Họng và thanh quản (TG3)

Tuyến thượng thận (TG2)

- Chích lễ: huyết Thiếu thương (LU11).

- Xoa bóp bấm huyết: các thủ thuật xát, xoa, miết, phân, day, ấn, bấm các huyết như công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: thở bốn thì.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Ưu tiên điều trị y học cổ truyền, có thể kết hợp y học hiện đại để điều trị đợt cấp của viêm họng mạn hoặc điều trị các bệnh lý nền.

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân nếu có.
- Kháng sinh khi có đợt cấp nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- Điều trị triệu chứng.
- Nâng cao thể trạng.

- Tầm soát ung thư vòm, ung thư thanh quản khi có dấu hiệu nghi ngờ: người bệnh lớn tuổi, hút thuốc lá, uống rượu, kèm khàn tiếng hoặc nuốt vướng kéo dài trên 2 tuần điều trị không cải thiện.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị nguyên nhân

- Tránh tiếp xúc với các yếu tố gây kích ứng vùng hầu họng.
- Điều trị các bệnh lý gây ra viêm họng mạn tính nếu có, như trào ngược dạ dày - thực quản gây viêm họng - thanh quản, viêm xoang, viêm mũi dị ứng.

2.2. Điều trị nội khoa

STT	Thuốc	Đường dùng và liều dùng	Lưu ý (nếu có)
Kháng sinh			
1	Amoxicillin 1000mg	Đường uống, 01 viên, uống 2 - 3 lần/ngày	
2	Cefuroxim 500mg	Đường uống, 01 viên, uống 2 lần/ngày	
Kháng histamin			
1	Chlorpheniramin 4mg	Người lớn và trẻ >12 tuổi: 01 viên uống mỗi 4 - 6 giờ, tối đa 06 viên/ngày. Trẻ 6 - 12 tuổi: 0,5 viên uống mỗi 4 - 6 giờ, tối đa 03 viên/ngày	
2	Loratadine 10mg	Đường uống, uống 01 viên/ngày	Dùng cho người lớn hoặc trẻ từ 30kg

STT	Thuốc	Đường dùng và liều dùng	Lưu ý (nếu có)
3	Loratadine 5mg	Đường uống, uống 01 viên/ngày	Dùng cho trẻ 5 - 12 tuổi
4	Cetirizine 10mg	Đường uống, 01 viên/ngày	Dùng cho người lớn và trẻ từ 6 tuổi
Thuốc khác			
1	Acetylcystein 200mg	Đường uống, dùng 03 lần/ngày	

2.3. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định cắt amidan và nạo VA cho bệnh viêm họng tái phát hoặc mạn tính trong các trường hợp sau:

- Phì đại amidan dẫn đến tắc nghẽn đường thở hoặc hạn chế tăng trưởng vùng miệng - mặt.
- Viêm amidan mạn tính hoặc tái phát ở người mang vi khuẩn liên cầu không đáp ứng với kháng sinh kháng beta-lactamase
- Viêm amidan từ 7 đợt/năm, hoặc 5 đợt/năm trong 2 năm liên tiếp, hoặc 3 đợt/năm trong 3 năm liên tiếp.
- Áp xe quanh amidan không đáp ứng với liệu pháp nội khoa Viêm amidan dẫn đến co giật do sốt.
- Viêm amidan mạn tính dẫn đến hôi miệng

V. PHÒNG BỆNH

- Giữ ấm cơ thể, đặc biệt là vùng cổ và mũi họng khi thời tiết lạnh.
- Tránh hút thuốc lá, hạn chế tiếp xúc với khói bụi, ô nhiễm hoặc hóa chất kích ứng.
- Vệ sinh răng miệng, họng tốt: đánh răng, súc miệng nước muối hằng ngày.
- Uống đủ nước, tránh nói to hoặc nói nhiều để hạn chế kích thích niêm mạc họng.
- Điều trị các bệnh lý mũi xoang, trào ngược dạ dày thực quản hoặc dị ứng nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 5643/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*. 2015:11-17.
2. Bộ Y tế. Quyết định số 792/QĐ-BYT. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. 2013: 20-22.
3. Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Thái Linh. *Bệnh học Ngũ quan*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2024: 147-157.
4. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học ứng dụng*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019.
5. Lê Bảo Lưu, Nguyễn Trương Minh Thế. *Phương tế học*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2021.
6. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 144-145.
7. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 191-192.

15. VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH **(Ty uyên, Ty lậu)**

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang mạn tính là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi. Bệnh biểu hiện bởi các triệu chứng: ngạt tắc mũi, chảy mũi, đau nhức vùng mặt, giảm hoặc mất ngủ, và ho (đối với trẻ em), với thời gian kéo dài trên 12 tuần.

* Chẩn đoán xác định:

- Cơ năng:

+ Có 4 triệu chứng chính: ngạt tắc mũi, chảy mũi, đau nhức vùng mặt, giảm hoặc mất ngủ. Ở trẻ em triệu chứng ho thay cho giảm hoặc mất ngủ.

+ Các triệu chứng phụ: hơi thở hôi, đau nhức răng, đau tai, ù tai.

+ Tiêu chuẩn: có ít nhất 2 triệu chứng trong đó phải có ngạt tắc mũi hoặc chảy mũi. Các triệu chứng kéo dài trên 12 tuần.

- Thực thể:

+ Niêm mạc mũi, khe mũi: phù nề.

+ Khe giữa, ngách bướm sàng: dịch nhày, mủ và/hoặc polyp mũi.

- Cận lâm sàng:

+ Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan): mờ phức hợp lỗ ngách, mờ các xoang, dày thành xoang.

+ Nội soi mũi: có polyp mũi và/hoặc chảy dịch nhày đục từ khe giữa, và/hoặc phù nề/tắc nghẽn niêm mạc chủ yếu ở khe giữa.

Viêm mũi xoang mạn được mô tả trong chứng Ty uyên. Ty uyên là chỉ bệnh của mũi xoang, biểu hiện chính là mũi chảy dịch đục, nghẹt mũi, đau đầu. Bệnh còn có tên gọi khác như Ty lậu (dịch mũi trong/ đục kéo dài, tái đi tái lại, khó dứt).

- Ty uyên: tình trạng nước mũi chảy ra đục, vàng, tanh hôi, dịch mũi chảy nhiều không ngừng.

- Ty lậu: tình trạng chảy nước mũi kéo dài, tái đi tái lại, có thể liên tục hoặc từng đợt, dịch mũi trong hoặc đục, thường khó dứt.

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

Ty uyên hình thành do nhiều nguyên nhân phối hợp, trong đó bệnh có thể phát sinh do ngoại tà (phong, hàn, thử, thấp, táo, nhiệt) xâm nhập, nội nhân (tình chí), bất nội ngoại nhân (ẩm thực, nội thương, ...). Bản chất của bệnh là do mất điều hòa âm dương, rối loạn công năng tạng phủ, dẫn đến tích trệ tại ty khiếu gây bệnh.

Các yếu tố như ngoại tà xâm nhập kéo dài, tỳ uyên cấp không được điều trị triệt để, thể trạng suy yếu, ăn uống thất thường, lao lực và bệnh lâu ngày làm tổn thương Phế, Tỳ, Thận là những nguyên nhân thường gặp. Khi Phế bị tà phạm hoặc khí hư, chức năng tuyên phát, túc giáng bị rối loạn, thủy thấp không được phân bố bình thường mà ngưng tụ thành đàm trọc, lưu trú tại xoang khiêu gây bế tắc. Trường hợp nhiệt tà tồn lưu tại Phế kinh và tỳ khiêu làm Phế mất khả năng thanh túc, tà khí uẩn kết lâu ngày trong xoang dẫn đến bệnh kéo dài. Mặt khác, Phế Tỳ khí hư khiến thanh dương không thăng, chính khí suy yếu, xoang khiêu thiếu sự nuôi dưỡng và không đủ sức khu tà, tạo điều kiện cho bệnh tà lưu trệ. Nếu bệnh diễn tiến lâu ngày làm tổn thương Thận dương, dương khí không đủ để ôn ấm vùng mũi xoang, càng khiến tà khí khó trừ. Sự tồn lưu kéo dài của tà độc còn gây khí huyết ứ trệ, mạch lạc bế trở, niêm mạc xoang dày lên, làm cho viêm xoang trở thành mạn tính và khó hồi phục.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Đàm trọc trở Phế

1.1. Triệu chứng: Nước mũi trắng đục, lượng nhiều, mùi tanh, nghẹt mũi, niêm mạc mũi phù nề hồng nhạt, nhiều dịch tiết mũi, choáng váng, nặng đầu, có thể ho khạc đàm nhiều, tức ngực. Chất lưỡi hồng nhợt, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch hoạt.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực thiên hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc, tạng phủ: Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: Hóa đàm trừ trọc, thông khiêu.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Nhị trần thang** (Hòa tễ cục phương)

Bán hạ chế	12g	Trần bì	08g
------------	-----	---------	-----

Bạch linh	12g	Cam thảo	04g
-----------	-----	----------	-----

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Hóa đàm trọc, tiêu dịch mũi: gia thêm Bạch chỉ, Hậu phác, Thương truật, Cát cánh.

+ Tuyên thông ty khiếu: gia thêm Tân di hoa, Thương nhĩ tử, Thạch xương bồ.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông mũi): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng hóa đàm trừ trọc, thông khiếu, ... phù hợp pháp điều trị, xông hướng hơi thuốc vào vùng mũi.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung:

+ Châm bình

A thị (huyệt tại chỗ)

Thái dương (EX-HN5)

Ấn đường (EX-HN3)

Thượng tinh (GV23)

Nghinh hương (LI20)

Tứ bạch (ST2)

+ Châm tả

Đại chùy (GV14)

Thái uyên (LU9)

Xích trạch (LU5)

Liệt khuyết (LU7)

Phong long (ST40)

Hợp cốc (LI4)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán: công thức huyệt

Mũi ngoài (TG1,2)

Tuyến thượng thận (TG2)

Nhĩ thần môn (TF4)

- Chích lễ:

Ấn đường (EX-HN3)

Phong trì (GB20)

Thượng tinh (GV23)

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, day, miết ở vùng mặt. Ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể Phế kinh uẩn nhiệt

2.1 Triệu chứng: Nước mũi vàng dính lượng ít, có thể chảy xuống vùng hầu họng, nghẹt mũi, niêm mạc mũi sưng đỏ, có thể kèm theo đau đầu, ngứa họng, khạc đàm, ho, nôn ọe ra một ít đàm vàng. Chết lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng. Mạch sắc, hữu lực.

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm thực thiên nhiệt.
- Chẩn đoán kinh lạc, tạng phủ: Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân, bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Sơ phong thanh nhiệt, tuyên Phế.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Sử dụng một trong các bài thuốc sau:

+ **Tang cúc ẩm** (Ôn bệnh điều biện)

Tang diệp	10g	Cúc hoa	04g
Bạc hà	04g	Hạnh nhân	08g
Cát cánh	08g	Liên kiều	06g
Lô căn	10g	Cam thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang.

Nước mũi vàng: gia thêm Ngưu tinh thảo, Tạo giác thích.

Nghẹt mũi nhiều: gia thêm Thương nhĩ tử, Bạch chỉ.

Họng ngứa, ho khạc đàm nhiều: gia thêm Bối mẫu, Huyền sâm, Tang bạch bì.

+ **Bài thuốc 1** (Tuệ Tĩnh toàn tập): Quả màng tang 20g, Lá bạc hà 12g, Hoa kinh giới 06g. Đều tán bột mịn, thắng mật làm viên bằng hạt ngô đồng (03g), mỗi lần dùng 1 viên, uống 2-3 lần/ngày.

+ **Bài thuốc 2** (Tuệ Tĩnh toàn tập): Lá hòe (tươi) 30g, nước 200ml; sắc còn phân nửa, rồi bỏ thêm 12g củ hành, 15g Đậu sị lại đun sôi, uống nóng sau bữa ăn.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc (xông mũi): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng tuyên phế thanh nhiệt, thông khiếu, ... phù hợp pháp điều trị, xông hướng hơi thuốc vào vùng mũi.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bình

A thị huyết	Thái dương (EX-HN5)	Ấn đường (EX-HN3)
Thượng tinh (GV23)	Nghinh hương (LI20)	Tứ bạch (ST2)

+ Châm tả

Bách hội (GV20)	Đại chùy (GV14)	Phong trì (GB20)
Phong môn (BL12)	Khúc trì (LI11)	Hợp cốc (LI4)
Thái uyên (LU9)	Xích trạch (LU5)	Liệt khuyết (LU7)
Phong long (ST40)		

- Các kỹ thuật châm: hào châm, điện châm, thủy châm, cây chỉ.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Mũi ngoài (TG1,2)	Tuyến thượng thận (TG2)	Nhĩ thần môn (TF4)
-------------------	-------------------------	--------------------

- Chích lễ:

Ấn đường (EX-HN3)	Phong trì (GB20)	Thượng tinh (GV23)
-------------------	------------------	--------------------

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, day, miết ở vùng mặt. Ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: xoa ngũ quan.

Chú ý: Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Phế khí hư

3.1. Triệu chứng: Nước mũi trắng, không hôi, lượng nhiều, hoặc nước mũi trong loãng, mũi nghẹt lúc nhiều lúc ít, giảm khứu giác, cuốn mũi phù nề, niêm mạc mũi hồng nhợt, đau âm ỉ vùng đầu mặt, hay bị cảm mạo, sợ lạnh, gặp lạnh thì bệnh tăng nặng, tự hãn, sợ gió, đoản khí, mệt mỏi, ho khạc đàm trắng. Chắt lưỡi hồng nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch nhược.

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Phế.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

3.3. Pháp điều trị: bổ ích Phế khí.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Ngọc bình phong tán** (Thế y đặc hiệu phương)

Hoàng kỳ	12g	Bạch truật	12g
Phòng phong	06g		

Sắc uống ngày 01 thang.

Nếu đau vùng đầu mặt nhiều có thể kết hợp Thương nhĩ tử tán (*Tế sinh phương*): Thương nhĩ tử 12g, Bạc hà 08g, Tân di 08g, Bạch chỉ 04g.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông mũi): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền có tác dụng bổ ích phế khí, thông khiếu, ... phù hợp pháp điều trị, xông hướng hơi thuốc vào vùng mũi.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bình

A thị huyết Thái dương (EX-HN5) Ấn đường (EX-HN3)

Thượng tinh (GV23) Nghinh hương (LI20) Tứ bạch (ST2)

+ Châm bổ

Hợp cốc (LI4) Phế du (BL13)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Mũi ngoài (TG1,2) Tuyến thượng thận (TG2) Nhĩ thần môn (TF4)

- Xoa bóp bấm huyết: xoa, xát, day, miết ở vùng mặt. Ấn các huyết theo công thức huyết chung.

- Dưỡng sinh: xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể Tỳ hư thấp trệ

4.1 Triệu chứng: Nước mũi trắng lượng nhiều chảy không ngừng, không hôi, mũi nghẹt nhiều, giảm khứu giác, cuốn mũi sưng to, niêm mạc mũi nhợt nhạt, xây xẩm, choáng váng, đau đầu, có thể thấy kèm triệu chứng sắc mặt vàng, tinh thần mệt mỏi, chân tay uể oải, ăn ít, đại tiện lỏng. Chát lưỡi bệu, nhợt, rêu lưỡi trắng nhợt. Mạch hoãn nhược.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư thiên hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: kiện tỳ ích khí, trừ thấp thông khiếu.

4.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Sâm linh bạch truật tán** (*Hòa tễ cục phương*)

Đảng sâm	12g	Bạch truật	12g
Bạch linh	08g	Bạch biển đậu	08g
Ý dĩ nhân	04g	Hoài sơn	12g
Liên nhục	12g	Sa nhân	04g
Cát cánh	04g	Cam thảo	08g

Sắc uống ngày 01 thang.

+ Nước mũi lượng nhiều: gia thêm Trạch tả.

+ Nghẹt mũi nhiều: gia thêm Thương nhĩ tử, Thạch xương bồ, Hoắc hương.

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

*Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông mũi): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền thuộc các nhóm có tác dụng kiện tỳ ích khí, trừ thấp, thông khiếu đã được đun sôi từ 5 đến 10 phút, xông hướng hơi thuốc vào vùng mũi.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung:

+ Châm bình

A thị huyết	Thái dương (EX-HN5)	Ấn đường (EX-HN3)
Thượng tinh (GV23)	Nghinh hương (LI20)	Tứ bạch (ST2)

+ Châm bổ

Hợp cốc (LI4)	Âm lăng tuyền (SP9)
Tỳ du (BL20)	Túc tam lý (ST36)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Mũi ngoài (TG1,2)	Tuyến thượng thận (TG2)	Nhĩ thần môn (TF4)
-------------------	-------------------------	--------------------

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, day, miết ở vùng mặt. Ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thể Thận dương hư

5.1. Triệu chứng: Nước mũi trong loãng, lượng nhiều, chảy nước mũi không ngừng, nghẹt mũi, giảm khứu giác, ngứa mũi, hắt hơi, gặp gió lạnh thì bệnh nặng hơn, miễm mạc mũi phù nề, sắc nhợt nhạt, mũi có nhiều dịch loãng, kèm theo chân tay lạnh, tinh thần mệt mỏi ỉ ỉ, ù tai, đau lưng mỏi gối, cảm giác lạnh vùng thắt lưng, tiểu đêm nhiều lần. Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm tế, vô lực.

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ, kinh lạc: Thận.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: ôn bổ Thận dương.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Thận khí hoàn** (Kim quỹ yếu lược)

Phụ tử chế	04g	Nhục quế	04g
Thục địa	16g	Son thù	08g
Hoài sơn	08g	Trạch tả	06g
Bạch linh	06g	Mẫu đơn bì	06g

Sắc uống ngày 01 thang.

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

* Thuốc dùng ngoài:

- Xông thuốc cổ truyền (xông mũi): sử dụng dược liệu, vị thuốc cổ truyền thuộc các nhóm có tác dụng ôn bổ thận dương, thông khiếu đã được đun sôi từ 5 đến 10 phút, xông hướng hơi thuốc vào vùng mũi.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung:

+ Châm bình

A thị huyệt	Thái dương (EX-HN5)	Ấn đường (EX-HN3)
Thượng tinh (GV23)	Nghinh hương (LI20)	Tứ bạch (ST2)

+ Châm bổ

Thận du (BL23)

Hợp cốc (LI4)

Dũng tuyền (KI1)

Mệnh môn (GV4)

- Các kỹ thuật châm cứu: hào châm, ôn châm, điện châm, thủy châm, laser châm, cấy chỉ, cứu.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm, nhĩ dán:

Mũi ngoài (TG1,2)
(TF4)

Tuyến thượng thận (TG2)

Nhĩ thần môn

- Xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, day, miết ở vùng mặt. Ấn các huyệt theo công thức huyệt chung.

- Dưỡng sinh: xoa ngũ quan.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Ưu tiên điều trị y học cổ truyền, có thể kết hợp y học hiện đại để điều trị đợt cấp của viêm mũi xoang mạn hoặc điều trị các bệnh lý nền.

Nguyên tắc điều trị

- Cá thể hóa.

- Bảo tồn và phục hồi chức năng sinh lý mũi xoang.

+ Kháng sinh ngăn ngừa, khi có đợt cấp nghi ngờ nhiễm khuẩn. Kháng nấm trong thể nấm xâm nhập.

+ Thuốc kháng Histamine.

+ Thuốc co mạch tại chỗ khi ngạt tắc mũi, chỉ sử dụng ngăn ngừa.

+ Thuốc kháng viêm, giảm đau: khi có đau đầu và vùng mặt nhiều. Trong đó corticoids: tại chỗ, toàn thân (tại chỗ là cơ bản).

+ Các thuốc khác: loãng đàm, chống ho, ...

Điều trị cụ thể

Điều trị nội khoa: là phương pháp chính

+ Thuốc dùng trong:

STT	Thuốc	Đường dùng, liều lượng	Lưu ý (nếu có)
Kháng sinh			
1	Amoxicillin 1000mg	Đường uống, 1 viên, uống 2 - 3 lần/ngày.	

STT	Thuốc	Đường dùng, liều lượng	Lưu ý (nếu có)
2	Cefadroxil 500mg	Đường uống, 1 viên, uống 2 lần/ngày.	
3	Cefuroxim 500mg	Đường uống, 1 viên, uống 2 lần/ngày.	
Giảm đau, kháng viêm			
1	Paracetamol 500mg	Đường uống, 1 - 2 viên, uống 2 lần/ngày.	
2	Ibuprofen 200mg	Đường uống, 1 - 2 viên, uống 2 lần/ngày.	
Kháng Histamin			
1	Chlorpheniramin 4mg	Đường uống, đối với người lớn và trẻ em > 12 tuổi: 01 viên, uống mỗi 4 - 6 giờ, liều tối đa 6 viên/ ngày. Đường uống, đối với trẻ em từ 6 tuổi đến < 12 tuổi : 0.5 viên, uống mỗi 4 - 6 giờ, liều tối đa 3 viên/ ngày.	
2	Loratadine 10mg	Đường uống, đối với người lớn: 10mg/ 1 - 2 lần/ ngày. Đường uống, đối với trẻ em: 2 - 12 tuổi (<30kg) 5mg/ lần/ ngày, (>30kg) 10mg/ 1 - 2 lần/ ngày.	
3	Cetirizine 10mg	Đường uống, đối với trẻ em từ 6 tuổi và người lớn : 01 viên/ lần/ ngày.	
4	Fexofenadine 180mg	Đường uống, đối với trẻ em từ 12 tuổi và người lớn: 01 viên/ lần/ ngày	

+ Điều trị dùng ngoài:

Rửa mũi: dung dịch nước muối đẳng trương bicarbonate, 2 - 3 lần/ ngày.

Fluticasone propionate 50mcg, 1 – 2 lần ấn xịt, 2 lần/ ngày, không nên xịt quá 4 lần ấn xịt cho mỗi bên mũi trong mỗi lần sử dụng.

Naphazolin 0.05% 10ml, Người lớn và trẻ em từ 6 tuổi sử dụng 1 – 2 giọt mỗi bên mũi, 3 – 6 giờ một lần, không dùng quá 3 – 5 ngày.

Thuốc xịt mũi thảo dược: xịt mũi ngày 3-4 lần.

b. Điều trị ngoại khoa: chỉ định phẫu thuật khi

- Viêm mũi xoang mạn tính điều trị nội khoa tối đa mà không có kết quả.
- Viêm mũi xoang mạn tính có cản trở dẫn lưu phức hợp lỗ ngách do dị

hình giải phẫu như: lệch vẹo vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều, ...

- Viêm mũi xoang mạn tính có thoái hóa polyp mũi xoang.

V. PHÒNG BỆNH

- Phòng ngừa tập trung chính vào việc tránh tiếp xúc với các yếu tố thuận lợi có liên quan đến viêm mũi xoang như tránh khói thuốc lá, bụi, thời tiết lạnh, điều trị các bệnh độc chất, điều trị các bệnh nguy cơ như vẹo vách ngăn, bóng khí cuốn mũi, điều trị các bệnh lý kèm theo như bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm mũi dị ứng, hen phế quản, điều trị tốt viêm mũi xoang cấp, các viêm đường hô hấp trên, ...

- Phòng ngừa thứ cấp: phát hiện bệnh giai đoạn sớm, điều trị nội khoa sớm, điều trị phẫu thuật khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 5643/QĐ-BYT. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*. 2016: 98-102.
2. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học ứng dụng*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2019: 173-187.
3. Rosenfeld RM, Piccirillo JF, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015 Apr;152(2 Suppl):S1-S39.
4. Nguyễn Thị Bay. *Bệnh học Ngũ quan*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2024: 60-77.
5. Trần Viết Luân. *Giáo trình đại học Tai Mũi Họng*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh; 2024: 153-165.
6. Viện Nghiên cứu Đông y (dịch). *Tuệ Tĩnh toàn tập*. Nhà xuất bản Y học. 2004, 174.
7. Trần Thị Thu Vân. *Phương thuốc cổ phương ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 18-19, 55-56, 136-137, 142-143.
8. Trần Thị Thu Vân. *Giáo trình phương tế học*. Nhà xuất bản Y học, 2025, tr. 145-146.

16. HUYẾT ÁP THẤP (Huyết vụng)

I. ĐẠI CƯƠNG

Huyết áp thấp là khi chỉ số huyết áp tâm thu nhỏ hơn 90 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương nhỏ hơn 60 mmHg.

Do huyết áp thấp nên áp lực máu đưa đến các cơ quan trong cơ thể chậm và yếu dẫn đến các triệu chứng trên lâm sàng như: Uể oải, mệt mỏi, buồn ngủ, chóng mặt, đau đầu, tức ngực, ngủ không sâu, cảm giác mắt mờ, hơi thở nhanh, da lạnh, khát nước. Nếu huyết áp quá thấp, người bệnh có thể bị trụy tim mạch, ngất xỉu...

Phân loại:

+ **Huyết áp thấp nguyên phát:** Có liên quan đến đặc điểm thể chất của người bệnh, gặp nhiều ở nữ giới từ 20 - 40 tuổi, thể trạng gầy và có xu hướng di truyền.

+ **Huyết áp thấp thứ phát:** Có liên quan mắc một số bệnh mạn tính gây thiếu máu hoặc dinh dưỡng mất cân bằng kéo dài gây ra các bệnh về máu, viêm loét dạ dày tá tràng, viêm đại tràng mạn tính, suy giáp, lao phổi, ... Ngoài ra, một số thuốc có thể gây tụt huyết áp như: thuốc lợi tiểu, thuốc điều trị parkinson, thuốc trầm cảm ba vòng, ...

+ **Hạ huyết áp tư thế:** Khi đang nằm, nếu ngồi hoặc đứng dậy, người bệnh đột ngột thấy choáng váng, hoa mắt chóng mặt, nhức đầu, mất thăng bằng có khi ngã.

Theo y học hiện đại, hiện nay chưa có một loại thuốc nào có hiệu quả lâu dài đối với bệnh huyết áp thấp.

Huyết áp thấp thuộc phạm vi chứng huyết vụng của y học cổ truyền, bệnh được chia thành các thể lâm sàng: tỳ khí hư, tỳ thận dương hư, khí âm lưỡng hư, khí hư huyết ứ, tỳ hư kết hợp với đàm thấp, thận dương hư.

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

Chứng bệnh này thường xuất hiện sau mắc bệnh làm tạng phủ hư tổn, do lao động quá sức, ăn uống không điều độ hoặc do bẩm tố bất túc gây nên bệnh.

+ Bẩm tố hư nhược, thận tinh bất túc, bễ tủy không đủ khiến cho não không được nuôi dưỡng tốt gây nên các chứng chóng mặt, đau đầu.

+ Do ăn uống không điều độ, lao động quá sức làm tổn thương tỳ vị khiến cho trung khí bất túc làm ảnh hưởng đến nguồn hóa sinh ra khí huyết, làm tổn thương dinh vệ khí huyết. Tỳ chủ thăng thanh, tỳ hư làm khí huyết thanh dương không đưa được lên trên làm rối loạn nuôi dưỡng của não gây chóng mặt. Doanh huyết bất túc làm vệ khí bất cố nên dễ gây ra mồ hôi. Tỳ vị bị tổn thương làm nguồn sinh ra khí huyết bị giảm sút, khiến cho Tâm không có huyết để làm chủ

không đưa lên trên để nhu dưỡng vùng đầu mặt, không nuôi dưỡng được tứ chi nên xuất hiện chứng đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, chân tay lạnh.

+ Mặc bệnh nặng lâu ngày làm tích lao thành tật hoặc do tuổi cao, tinh khí đều hư khiến cho khí huyết âm dương của tạng phủ rối loạn gây nên chứng bệnh trên.

Tóm lại, chứng bệnh này là do khí huyết âm dương hư tổn, trong đó dương khí hư là chính. Chứng bệnh này thuộc hư chứng, cũng có khi hư trung hiệp thực, kèm thêm đàm trệ, huyết ứ; các triệu chứng của bệnh thường tăng lên khi đói, lao động quá sức, thay đổi tư thế đột ngột. Vị trí bệnh tại tâm, tỳ, thận.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể Tỳ khí hư

1.1. Triệu chứng: Da mặt nhợt nhạt, không tươi, mệt mỏi, chân tay không có sức, giọng nói nhỏ yếu, ngại nói, sợ lạnh, chóng mặt, đại tiện phân nát. Lưỡi mềm bệu, có vết hằn răng. Mạch trầm nhược.

1.2. Chẩn đoán:

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

1.3. Pháp điều trị: Kiện tỳ ích khí.

1.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc:

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Bổ trung ích khí thang** (Nội ngoại thương biện hoặc luận)

Đảng sâm	12g	Bạch truật	12g
Hoàng kỳ	16g	Thăng ma	06g
Đương quy	12g	Sài hồ	08g
Trần bì	06g	Cam thảo	06g

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm bổ các huyết

Túc tam lý (ST36)	Tam âm giao (SP6)	Bách hội (GV20)
Khí hải (CV6)	Thứ liệu (BL32)	Cách du (BL17)
Nội quan (PC6)	Tỳ du (BL20)	Thái bạch (SP3)

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Các kỹ thuật châm: điện châm, ôn châm.

+ Điện mẫn châm.

Thái dương (EX-HN5) xuyên Đồng tử liệu (GB1)

Bách hội (GV20) xuyên Thượng tinh (GV23)

Đản trung (CV17) xuyên Thần khuyệt (CV8)

Trung cực (CV3) xuyên Quan Nguyên (CV4) xuyên Khí hải (CV6)

Túc tam lý (ST36) xuyên Thượng cự huyệt (ST37)

Huyết hải (SP10) xuyên Âm liêm (LR11)

+ Điện nhĩ châm các huyết:

Tuyến nội tiết, Giao cảm, Nội quan, Thần môn, Tâm

Tùy tình trạng người bệnh, thầy thuốc có thể gia giảm các huyết cho phù hợp.

- Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Cứu các huyết: tương tự như công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể khí âm lưỡng hư

2.1. Triệu chứng: chóng mặt thường xuyên hoặc tăng lên khi gắng sức, mệt mỏi, thở ngắn, khó thở khi gắng sức nhẹ, đạo hãn, khô miệng (đặc biệt tăng lên về đêm hoặc chiều tối), tim đập nhanh, đại tiện táo. Lưỡi nhợt, có vết hằn răng hai bên, đầu lưỡi hơi đỏ, rêu mỏng hoặc không có rêu. Mạch trầm tế nhược hoặc trầm tế sác.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư thiên nhiệt (nếu thiên về âm hư), Lý hư hàn (nếu thiên về khí hư).

- Chẩn đoán tạng phủ: Khí huyết hư, âm hư.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Bổ khí dưỡng âm.

2.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Sinh mạch tán** (*Thiên kim yếu phương*)

Đảng sâm	16g	Mạch môn đông	12g
Ngũ vị tử	08g		

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 02 lần.

Nếu thiên về thận âm hư thì thay bài trên bằng bài Lục vị địa hoàng hoàn.

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

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm bổ các huyết:

Phục lưu (KI7)	Tam âm giao (SP6)	Túc tam lý (ST36)
Bách hội (GV20)	Khí hải (CV6)	Hợp cốc (LI4)
Âm khích (HT6)	Chiếu hải (KI6)	Thần môn (HT7)
Nội quan (PC6)	Thận du (BL23)	Phong trì (GB20)

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: điện châm, điện mẫn châm (tương tự thể Tỳ khí hư).

- Điện nhĩ châm: tương tự thể Tỳ khí hư.

Tùy tình trạng người bệnh, thầy thuốc có thể gia giảm các huyết cho phù hợp.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể Tỳ Thận dương hư

3.1. Triệu chứng: Chóng mặt, sắc mặt nhợt nhạt, không tươi, suy giảm trí nhớ, mệt mỏi, sợ lạnh, chân tay lạnh, tim đập nhanh, khó thở, ăn uống kém, đại tiện lỏng, lưng gối đau mỏi, giảm ham muốn tình dục, kinh nguyệt không đều. Lưỡi bệu, có vết hằn răng 2 bên, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm tế.

3.2. Chẩn đoán:

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

3.3. Pháp điều trị: Ôn bổ tỳ thận.

3.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Thận khí hoàn** (*Kim Quỹ yếu lược*)

Thục địa	16g	Trạch tả	06g
Hoài sơn	16g	Sơn thù du	12g
Phục linh	12g	Phụ tử chế	08g
Đan bì	08g	Quế chi	08g

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyệt chung

Châm bổ các huyệt:

Khí hải (CV6)	Bách hội (GV20)	Quan nguyên (CV4)
Túc tam lý (ST36)	Tứ thần thông (EX-HN1)	Thái bạch (SP3)
Nội quan (PC6)	Lương môn (ST21)	Âm lăng tuyền (SP9)
Phục lưu (KI7)		

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, ôn châm, điện mẫn châm (tương tự thể Tỳ khí hư).

- Điện nhĩ châm: tương tự thể Tỳ khí hư.

Tùy tình trạng người bệnh, thầy thuốc có thể gia giảm các huyệt cho phù hợp.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Cứu các huyệt tượng tự như công thức huyệt chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể tỳ hư kết hợp với đàm thấp

4.1. Triệu chứng: Chóng mặt, nhức đầu, ngực bụng đầy tức, buồn nôn, ăn uống kém, tứ chi nặng nề, đặc biệt là hai chi dưới, tiểu tiện ít, đại tiện lỏng, thể trạng thường béo. Lưỡi nhợt, bệu, dính nhớt. Mạch nhu hoạt, vô lực.

4.2. Chẩn đoán:

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

4.3. Pháp điều trị: Kiện tỳ ích khí, hành khí, trừ đàm thấp.

4.4. Phương:

a. Điều trị dùng thuốc:

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: dùng một trong các bài thuốc sau:

+ Lục quân tử thang (*Thái Bình huệ dân hòa tể cục phương*)

Đảng sâm	12g	Bạch linh	12g
Bạch truật	12g	Cam thảo	12g
Trần bì	06g	Bán hạ chế	04g

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 2 lần.

+ Sâm truật ích khí thẩm thấp thang (*Cổ phương y giám*)

Ý dĩ nhân	16g	Phục linh	12g
Đảng sâm	12g	Trạch tả	10g
Bạch truật	10g	Chỉ xác	06g
Ngũ gia bì	10g	Bạch đậu khấu	04g

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 02 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Công thức huyết chung:

+ Châm bổ các huyết:

Bách hội (GV20)	Túc tam lý (ST36)	Trung quản (CV12)
Thần môn (HT7)	Thương khâu (SP5)	Tỳ du (BL20)
Vị du (BL21)	Nội quan (PC6)	

+ Châm tả huyết : Phong long (ST40)

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: điện châm, ôn châm, điện mẫn châm (tương tự thể Tỳ khí hư).

- Điện nhĩ châm: tương tự thể Tỳ khí hư.

Tùy tình trạng người bệnh, thầy thuốc có thể gia giảm các huyết cho phù hợp.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Cứu các huyết như công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thể khí hư huyết ứ

5.1. Triệu chứng: chóng mặt, nhức đầu, tức ngực, hồi hộp trống ngực, thở ngắn, người mệt mỏi không có sức, tinh thần yếu đuối. Lưỡi sắc tối, có điểm ứ huyết. Mạch sấp.

5.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý hư trung hiệp thực hàn.

- Chẩn đoán tạng phủ: Tâm, Tỳ.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

5.3. Pháp điều trị: Bổ khí, hoạt huyết, hóa ứ.

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Thuốc uống trong: sử dụng một trong các bài thuốc sau:

- Cổ phương:

Bổ dương hoàn ngũ thang (Y lâm cải thác)

Hoàng kỳ	20g	Xuyên khung	08g
Đương quy	12g	Xích thực	10g
Đào nhân	06g	Hồng hoa	06g
Địa long	02g		

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 2 lần.

Thăng áp thang (Thương Hàn đại thành)

Đảng sâm	20g	Cam thảo	10g
Hoàng tinh	16g		

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung:

+ Châm bổ các huyết sau:

Bách hội (GV20)	Túc tam lý (ST36)	Tam âm giao (SP6)
Trung quản (CV12)	Thái bạch (SP3)	Tỳ du (BL20)
Nội quan (PC6)	Thần môn (HT7)	

+ Châm tả các huyết sau:

Phong long (ST40)	Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)
-------------------	----------------	------------------

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Các kỹ thuật châm: điện châm, điện mẫn châm (tương tự thể Tỳ khí hư).

- Điện nhĩ châm: tương tự thể Tỳ khí hư.

Tùy tình trạng người bệnh, thầy thuốc có thể gia giảm các huyết cho phù hợp.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Cứu các huyết như công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Đưa huyết áp trở về bình thường.

- Điều chỉnh chế độ ăn và sinh hoạt hợp lý.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị bằng thuốc

Các thuốc dùng để điều trị huyết áp thấp hiện nay chỉ điều trị triệu chứng. Trong những trường hợp cấp thiết người bệnh có thể được điều trị bằng một số loại thuốc có tác dụng nâng huyết áp tạm thời như:

- Thuốc làm tăng cung lượng tuần hoàn:

Fludrocortisone (0,1 - 0,3 mg/ngày, uống).

Chú ý: không dùng cho người bệnh có tiền sử tăng huyết áp, suy tim.

- Thuốc gây co mạch:

+ Midodrine (2,5 - 10 mg/ ngày, uống).

+ Atomoxetine (18 mg/ngày, uống).

+ Yohimbine (5,4 mg/ ngày, uống).

+ Pyridostigmine (60 mg/ngày, uống).

+ Octreotide (12,5 - 25 µg/ngày, tiêm dưới da).

+ Pseudoephedrine (30 mg, uống).

- Phương pháp phối hợp:

- + Fludrocortisone (0,1 - 0,3 mg/ngày) và midodrine (5 - 10 mg/ngày).
- + Midodrine (5 - 10 mg/ngày) hoặc pseudoephedrine (30 mg/ngày) và 450ml nước.

2.2. Chế độ ăn uống và sinh hoạt

- Tập các bài tập để tăng cường sức mạnh của cơ chân.
- Có thể đeo tất áp lực (30 - 40 mmHg) hoặc băng quấn bụng.
- Tăng lượng dịch và muối ăn hàng ngày.
- Nằm đầu cao từ 10 - 15cm vào buổi đêm.
- Người bệnh nên ăn nhiều bữa trong ngày với các loại thực phẩm giàu chất đạm như thịt, cá, tôm, cua, trứng, sữa giúp tăng huyết áp. Uống các loại nước có tác dụng nâng huyết áp như: Trà sâm, trà gừng, trà đặc, cà phê.

V. PHÒNG BỆNH

- Tránh đứng dậy quá nhanh hoặc đứng bất động quá lâu.
- Nên đứng trùng chân.
- Không ăn uống những thức ăn có tính lợi tiểu như: Rau cải, râu ngô, dưa hấu, bí ngô, ... Hạn chế rượu, bia, đồ uống có cồn, mướp đắng, lòng trắng trứng gà, nước cam, khoai lang tím, táo biển, ổi, quả kiwi, ... là những thực phẩm gây hạ huyết áp.
- Tắm nước nóng để tăng cường lưu thông máu nhưng không nên tắm quá lâu. Tập thể dục đều đặn, có thể đi bộ, tập dưỡng sinh, thái cực quyền, bơi, ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Senard JM, Montastruc JL. Which drug for which orthostatic hypotension? *Fundam Clin Pharmacol*. 1996;10(3):225-33. doi: 10.1111/j.1472-8206.1996.tb00301.x. PMID: 8836696.
2. Handler J. Symptomatic orthostatic hypotension/supine hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2005 Oct;7(10):612-6. doi: 10.1111/j.1524-6175.2005.04139.x. PMID: 16227764; PMCID: PMC8109666.
3. Arnold AC, Shibao C. Current concepts in orthostatic hypotension management. *Curr Hypertens Rep*. 2013 Aug;15(4):304-12. doi: 10.1007/s11906-013-0362-3. PMID: 23832761; PMCID: PMC3769171.
4. Bob Flaw and Philippe Sionneau (2005), Hypotension, The treatment of modern western medical diseases with chinese medicine, p 313 – 318.
5. Quyết định 792/QĐ-BYT, Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. 2013.
6. Quyết định 5480/QĐ – BHYT, Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền. 2020.
7. Quyết định 486/QĐ- BHYT, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành y học cổ truyền. 2026.

17. VIÊM TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU SAU TIA XẠ (Tiện huyết)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm trực tràng chảy máu (VTTCM) sau xạ trị được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc trực tràng cấp tính hoặc mạn tính, thường được mô tả bởi khoảng thời gian xuất hiện của các triệu chứng và các dấu hiệu có liên quan đến điều trị xạ. Bệnh thường gặp khi dùng phương pháp xạ trị để điều trị bệnh vùng tiểu khung như ung thư trực tràng, tuyến tiền liệt, bàng quang, tinh hoàn, tử cung và đặc biệt là cổ tử cung.

Viêm trực tràng chảy máu sau xạ trị gồm hai giai đoạn: giai đoạn cấp tính và giai đoạn mạn tính.

Giai đoạn cấp tính: viêm ở bề mặt niêm mạc, xảy ra cấp tính trong vòng ba tháng từ khi bắt đầu xạ trị. Các triệu chứng bao gồm ỉa chảy, buồn nôn, chuột rút, mót rặn, đại tiện ra dịch nhầy và ít máu.

Giai đoạn mạn tính có thể xuất hiện sớm, thậm chí ngay cả trong giai đoạn VTTCM cấp tính, trung bình từ 8 đến 12 tháng sau khi kết thúc xạ trị, với các triệu chứng tương tự VTTCM cấp tính nhưng nặng hơn như chảy máu nặng, teo niêm mạc, thủng trực tràng, xơ hóa, soi trực tràng có hình ảnh viêm niêm mạc do tia xạ.

Phương pháp điều trị đối với viêm trực tràng chảy máu gồm các phương pháp điều trị bảo tồn bằng các thuốc giảm đau chống viêm, thuốc chống oxy hóa, các acid béo chuỗi ngắn, sucralfate, ... và điều trị phẫu thuật đối với các trường hợp có biến chứng nặng hoặc điều trị nội khoa không đáp ứng.

Theo y học cổ truyền, VTTCM sau xạ thuộc chứng Tiện huyết. Trên lâm sàng, bệnh được phân làm hai thể lớn Thể tỳ vị hư hàn và Thấp nhiệt.

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

Theo y học cổ truyền, bức xạ ion hóa của tia xạ là một loại vật chất có tính nhiệt, tương ứng với nguyên nhân gây bệnh là nhiệt tà, thuộc ngoại nhân.

Khi người bệnh được xạ trị vùng tiểu khung, nhiệt độ xâm nhập, tích tụ trong trực tràng làm công năng bài tiết bị ảnh hưởng, thấp nhiệt ngưng trệ, khí huyết không thông mà sinh bệnh. Thấp nhiệt tại giang môn, gây phù nề, ứ dịch, lâu ngày thấp nhiệt gây tổn thương sâu vào các tổ chức phía dưới mà gây viêm loét tổ chức, tổn thương huyết lạc gây đại lỏng hoặc nát, có thể có đại tiện ra chất nhầy, đại tiện nhiều lần trong ngày kèm đau rát hậu môn của thấp nhiệt, đại tiện ra nhiều máu đỏ tươi do nhiệt quá thịnh, nhiệt bức huyết vong hành, nếu thấp quá nhiều thì đại tiện ra huyết lẫn nhiều chất nhầy mủ. Thấp nhiệt nghẽn trệ nên gây chứng ngực bụng đầy trướng, chán ăn, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch hoạt, giang môn sưng đau.

Mặt khác nhiệt độ xâm nhập tại trực tràng lâu ngày gây xuất huyết, bệnh kéo dài làm ảnh hưởng đến chức năng của tỳ vị, lâu ngày làm tổn thương chức năng của tỳ, tỳ hư không thống nhiếp huyết sinh ra chứng đại tiện ra huyết với biểu hiện bệnh diễn biến thành từng đợt, máu loãng, nhạt màu, không kèm nóng rát hậu môn, người lạnh, tay chân lạnh, đại tiện phân nát, ...

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc dược liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể tỳ vị hư hàn

1.1. Triệu chứng: đại tiện ra máu, màu tím sẫm thậm chí màu đen, bụng đau âm ỉ, thích chườm ấm, thiên án, người sợ lạnh, chân tay lạnh, chán ăn, đại tiện phân nát, người mệt mỏi. Chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch nhược.

1.2. Chẩn đoán:

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

1.3. Pháp điều trị: ôn trung kiện tỳ vị, dưỡng huyết chỉ huyết.

1.4. Phương

Điều trị bằng thuốc

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Hoàng thổ thang** (*Kim quỹ yếu lược*)

Thục địa	12g	Phụ tử chế (bào phụ tử)	04g
Cam thảo	06g	A giao	12g
Hoàng cầm	12g	Phục long can	40g
Bạch truật	12g		

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

2. Thể thấp nhiệt uẩn ngưng

2.1. Triệu chứng: đại tiện ra máu, phân nát, mùi khắm thối, đau bụng, miệng đắng, chán ăn. Chất lưỡi đỏ, rêu vàng dính nhớt. Mạch hoạt sắc.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: thanh nhiệt hóa thấp, lương huyết chỉ huyết.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

- Cổ phương, sử dụng một trong các bài sau:

+ Địa du tán gia giảm (*Thái bình thánh huệ phương*)

Địa du	12g	Hoàng cầm	12g
Hoàng liên	12g	Chi tử	08g
Tây căn	12g	Sùng trâu	12g

Sắc uống, ngày 01 thang, chia 02 lần.

+ Cát căn cầm liên thang (*Thương hàn luận*)

Cát căn	20g	Hoàng cầm	12g
Hoàng liên	08g	Chích thảo	04g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 02 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc:

- Châm tả các huyết:

Thượng liêu (BL31)	Túc tam lý (ST36)	Thứ liêu (BL32)
Phong long (ST40)	Trung liêu (BL33)	Nội đình (ST44)
Hạ liêu (BL34)		

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

Kỹ thuật châm: Điện châm.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

- Cầm máu.

- Điều trị biến chứng nếu có: truyền máu, phẫu thuật rò hậu môn - âm đạo, ...

- Thực hiện chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Chế độ ăn và sinh hoạt:

- Ăn nhiều bữa nhỏ trong ngày, không ăn thức ăn nóng hoặc lạnh quá.

- Ăn loại thức ăn có lượng chất xơ vừa phải như: khoai tây, cà rốt, gạo, bí xanh, bí đỏ, ...

- Dùng sữa có đường lactose. Ăn thức ăn có thêm probiotics và prebiotics.

- Bổ sung vitamin (trừ vitamin B12) và khoáng chất tổng hợp do nhu cầu vitamin và một số khoáng chất tăng.
- Uống nhiều nước, ít nhất 2000ml nước mỗi ngày.

2.2. Điều trị bằng thuốc

a. Formalin:

- Dùng Formalin 4% được sử dụng làm giảm mức độ chảy máu tại trực tràng.

- Formalin 4% được tẩm vào một miếng gạc, sau đó đưa vào trực tràng qua đường hậu môn để Formalin tiếp xúc với niêm mạc bị chảy máu trong vòng hai phút. Có thể lặp lại nhiều lần đến khi niêm mạc ngừng chảy máu.

- Tác dụng: cầm máu.

- Chống chỉ định: dò trực tràng, loét sâu hoặc chấn thương đường hậu môn.

b. Hydrocortisone acetate:

- Dùng dạng bột 1% ngày 03 lần hoặc viên đạn 25mg đặt hậu môn ngày 02 lần.

- Chống chỉ định: nghi ngờ có nhiễm khuẩn tiến triển.

- Thận trọng: không nên dùng kéo dài do gây teo niêm mạc trực tràng.

c. Sucrafat:

Liều dùng: pha 03g Sucrafat trong 15ml dung dịch dùng để thụt hậu môn ngày 01 lần. Có thể dùng cho đến khi giảm chảy máu.

d. Argon plasma coagulation (APC):

Nguyên lý: máy tạo ra dòng nhiệt điện tác dụng lên tổn thương, dựa trên catheter như một kênh dẫn điện trong lòng của nó. Khí trơ Argon đi qua catheter, được ion hóa bằng cách kích hoạt dòng điện của kênh trước khi phóng ra xa ở đầu sonde. Điều này tạo nên các electron tự do, ion dương, ion âm hay các phân tử của khí trơ. Khi khí giữa điện cực và mô tổn thương là khí trơ, cường độ dòng điện cần đạt 500v/mm để tạo nên hiện tượng khử ion, khoảng cách giữa đầu dò và mô là 5mm sẽ tạo ra hiệu ứng nhiệt làm đông tổn thương.

e. Phẫu thuật:

Phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân có các biến chứng nặng nề như tắc ruột, thủng ruột, rò trực tràng - bàng quang, rò trực tràng - âm đạo, hoại tử hay chảy máu nhiều đe dọa.

V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý.

- Tái khám định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thiên Quyển. *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y*. Nhà xuất bản văn hóa dân tộc. 2008; 1171 – 1177.
2. Nhue L. Do, Deborah Nagle and Vitaliy Y. Poylen. Radiation proctitis: Current Strategies in Management. *Gastroentero Res Pract*. 2011; 917941 (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
3. Samalavieius N., Kilius A., Valuckas K et al. Management of BLEeding in post radiation proctitis: A case report. *Bombay Hospital Journal*. 2008; 50(3), p 355 - 357.
4. Buyukberber M., Cavas C., Gulsen MT et al. Argon plasma coagulation in the treatment of hemorrhagic radiation proctitis. *Turk Jgastroenterol*. 2005; 16(4), p 232 - 235.
5. Shu-Ji M., Nobuo A., Daisuke Sh., Takashi I., Kchei K et al. Argon plasma coagulation for treatment of hemorrhagic radiation gastroduodenitis. *Digestive Endoscopy*. 2002; 14(1), p 5 - 8.
6. Sharma B., Pandey D., Chauhan V., Gupta D., Mokta J., Thakur SS. Radiation proctitis. *Journal Indian Academy of Clinical Medicine*. 2005; 6(2), 146 - 157.
7. Gao J et al, Changrui enema inhibits inflammation-induced angiogenesis in acute radiation proctitis by regulating NF-κB and VEGF. *Acta Cir Bras*. 2020;35(5):e202000502. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-8650202000500000002>
8. Yuan, G., Ke, Q., Su, X. *et al*. Qing Dai, a traditional Chinese medicine for the treatment of chronic hemorrhagic radiation proctitis. *Chin. -Ger. J. Clin. Oncol*. **8**, 114–116 (2009). <https://doi.org/10.1007/s10330-008-0141-9>
9. Luo H, Chen Y, Zhang Y, Wang Y, Deng H, Yao D. External treatment of traditional Chinese medicine for radiation enteritis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2021 May 28;100(21):e26014. doi: 10.1097/MD.00000000000026014. PMID: 34032719; PMCID: PMC8154505.
10. Bhatia M, Suliman H, Ahmed R, et al. (September 30, 2024) Radiation Proctitis: A Review of Pathophysiology and Treatment Strategies. *Cureus* 16(9): e70581. doi:10.7759/cureus.70581

18. GÃY XƯƠNG TẠI CẰNG CHÂN **(Cốt chiết)**

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương cẳng chân bao gồm xương chày và xương mác. Xương chày hay bị gãy nhất trong các thân xương dài, chiếm 18% các loại gãy xương, phần lớn là do tai nạn giao thông.

Gãy xương cẳng chân có nhiều đặc điểm:

- Dễ bị gãy hở, gãy nhiều mảnh với tổn thương phần mềm lớn.
- Gãy cao hay có các biến chứng mạch máu đe dọa mất chi.
- Gãy di lệch thứ phát khi hết sưng nề, nhất là đối với gãy chéo xoắn.
- Sau khi bỏ bột hay bị rối loạn dinh dưỡng, gãy thấp thiếu máu nuôi hay bị chậm liền, khớp giả, ...

Chẩn đoán gãy thân xương cẳng chân dựa vào lâm sàng và X - quang.

Phân loại gãy hở theo Gustilo:

- Độ I: rách da dưới 01 cm.
- Độ II: rách da 1-10 cm kèm thương tổn phần mềm vừa.
- Độ IIIa: rách da trên 10 cm kèm thương tổn phần mềm lớn, chưa lộ xương.
- Độ IIIb: thương tổn phần mềm lớn và lộ xương, phải chuyển vật che xương.
- Độ IIIc: gãy xương kèm đứt mạch máu lớn phải mổ phục hồi mạch máu.

Điều trị gãy thân xương cẳng chân đơn giản thường dùng chỉnh hình là chính, nắn chỉnh, bó bột giải phóng khớp gối. Hiện nay, các trường hợp gãy phức tạp, điều trị chủ yếu là phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt ngang dưới màn tăng sáng.

Theo y học cổ truyền (YHCT), gãy xương tại cẳng chân được mô tả trong chứng Cốt chiết. Nguyên nhân của Cốt chiết chủ yếu do ngoại thương (tai nạn giao thông, bị đánh, ngã, ...). Sau khi tổn thương xuất hiện huyết ứ, khí trệ tại chỗ gây sưng, đau; trường hợp nặng hơn bệnh biến toàn thân gây ảnh hưởng tới tạng phủ, kinh lạc. Nguyên tắc điều trị toàn diện là kết hợp động - tĩnh, tại chỗ - toàn thân; sử dụng thuốc xoa, đắp ngoài và thuốc uống trong. Kinh nghiệm điều trị gãy xương bằng YHCT rất đa dạng và phong phú, được ghi chép lại trong các sách Nam dược thần hiệu (Tuệ Tĩnh, thế kỷ XIV), Bách gia trân tàng (Hải Thượng Lãn Ông, thế kỷ XVIII), kinh nghiệm bó gãy xương của đồng bào dân tộc người Dao, người Mường, kinh nghiệm gia truyền, ...

Điều trị thuốc uống YHCT điều trị gãy xương cẳng chân theo ba thời kỳ. Thời kỳ đầu dùng pháp hành ứ hoạt huyết, sinh tân; thời kỳ giữa dùng pháp bổ ích can thận tiếp liền xương; thời kỳ sau dùng pháp cường cân, tráng cốt, phục nguyên.

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

Do ngoại thương gây nên các thương tổn tại chỗ vùng cẳng chân và toàn thân:

- Tại chỗ: gây huyết ứ, khí trệ làm cho vùng cẳng chân sưng, đau, bầm tím; có thể kèm theo Tọa thương (đụng giập phần mềm), Niu thương (bong gân, trật khớp), ... Cốt chiết (gãy xương) theo các hình thái khác nhau, có thể gãy một xương hoặc hai xương (xương chày và xương mác), gãy hở hoặc gãy kín, gãy đơn giản (rạn xương, gãy ngang, gãy đôi) hay gãy phức tạp (gãy nhiều mảnh, gãy chéo vát, xoắn, ...) gây ra các chứng trạng biến dạng cẳng chân, di lệch nhiều hay ít, nghe tiếng lạo xạo xương, hạn chế vận động hay mất vận động hoàn toàn.

- Toàn thân: ảnh hưởng đến khí huyết, kinh lạc, tạng phủ do tổn thương khí huyết quá nhiều, quá đau hay biến chứng khác như: huyết ứ lan rộng toàn bộ chi thể, loạn dưỡng, chậm liền xương, can không hoàn chỉnh, ...

III. ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

* Điều trị chỉnh hình

- Nắn, bó bột.

- Xuyên đinh kéo tạ: gãy chéo vát không vững và một số gãy xương hở.

- Cố định ngoài: chỉ định gãy xương hở nặng đến muôn.

* Điều trị mổ

- Mổ đóng đinh nội tủy có chốt ngang dưới màn tăng sáng: chỉ định gãy ngang 1/3 giữa, gãy chéo ngắn.

- Mổ nẹp vít: chỉ định gãy cao, gãy thấp, gãy vát ngắn, gãy có mảnh lớn.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị chỉnh hình:

+ Nắn, bó bột: đặt chân trên khung Bohler, gây mê, kéo bó bột từ ngón chân đến dưới gối. Sau đó bỏ khung, bó tiếp lên gốc đùi giữ cho gối gấp nhẹ 10°, rạch dọc bột.

+ Bột đi Delbet: là bột không cố định hai khớp lân cận, hiện nay ít dùng.

+ Bột vùi đinh: áp dụng cho gãy nhiều mảnh không vững.

+ Kéo tạ: xuyên đinh qua xương gót hay qua phần thấp xương chày. Chỉ định chủ yếu cho gãy chéo vát không vững và một số gãy xương hở.

+ Cố định ngoài: sử dụng các mẫu khung phù hợp, khoan các đinh cọc 4 - 6mm vào xương với tốc độ chậm cho đỡ hoại tử xương. Chỉ định chủ yếu là gãy xương hở nặng đến muôn, dễ săn sóc, vết thương cử động được các khớp.

2.2. Điều trị phẫu thuật

Khoảng 20 - 30% trường hợp gãy kín xương cẳng chân có chỉ định điều trị ngoại khoa.

2.2.1. Mổ đóng đinh nội tủy

Thường dùng đinh Kuntcher loại cong, đóng từ trên xuống, nên đóng kín với màn tăng sáng, chỉ định với gãy ngang 1/3 giữa, gãy chéo ngắn; gãy 2 tầng. Gần đây thường đóng đinh nội tủy có chốt ngang để chống xoay.

2.2.2. Mổ nẹp vít

Mổ nẹp vít chỉ định rộng: gãy cao, gãy thấp, gãy vát ngắn, gãy có mảnh lớn. Mổ nẹp vít thường vững không cần bột, tập sớm được các khớp. Nẹp vít cố định rất vững nhưng còn yếu, để lâu 18 tháng mới lấy bỏ.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

Y học cổ truyền điều trị hỗ trợ sau khi đã xử trí ngoại khoa/chỉnh hình đúng chỉ định.

1. Thể huyết ứ khí trệ

1.1. Triệu chứng: Sau chấn thương xuất hiện đau vùng ổ gãy cẳng chân, lan ra xung quanh, kèm theo sưng nề, bầm tím, không chảy máu, chảy dịch, hạn chế vận động chi gãy, nếu gãy cả hai xương thì cẳng chân biến dạng, bàn chân xoay ngoài, người mệt mỏi, lo lắng, dễ choáng ngất. Người bệnh đã được bó bột hoặc phẫu thuật kết hợp xương cẳng chân. Chất lưỡi hồng, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng, trắng. Mạch hoạt hoặc sáp.

Thể huyết ứ khí trệ tương ứng với thời kỳ đầu của quá trình gãy xương.

1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Thận.
- Chẩn đoán vị trí: cẳng chân.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (Chấn thương).

1.3. Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ứ, hành khí chỉ thống.

1.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương: Đào hồng tứ vật thang (*Y tông kim giám*)

Sinh địa	12g	Xuyên khung	06g
Đào nhân	08g	Hồng hoa	06g
Xích thược	08g	Đương quy	12g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 02 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Tập luyện: từ nhẹ đến mạnh, từ biên độ nhỏ đến biên độ lớn, từ đơn giản đến phức tạp và không được gây đau. Thời kỳ này chủ yếu là tập co duỗi cơ tại chỗ, nói cách khác là “lên gân” tại chỗ. Các khớp trên và dưới ổ gãy cơ bản là giữ cố định.

- Xoa bóp bấm huyệt: sử dụng tại chỗ các thủ thuật trên da là chính: xát, xoa. Xoa bóp nhẹ nhàng trên cơ, trên huyệt ở các vùng khớp lân cận ổ gãy. Tránh các động tác mạnh, đột ngột tại vùng ổ gãy. Xoa bóp 1 - 2 lần/ngày. Mỗi lần xoa bóp 10 - 20 phút. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thở khí huyết hư

2.1. Triệu chứng: sau gãy xương từ 1 - 3 tháng xương chậm liền, vùng ổ gãy sưng đau ít, hạn chế vận động; da vùng ổ gãy trắng nhợt, không nóng đỏ; người mệt mỏi, ngại vận động. Lưỡi hồng nhạt, rêu trắng mỏng, rìa lưỡi có vết hằn răng. Mạch trầm tế hoặc trầm hoãn.

Thở khí huyết hư tương ứng với thời kỳ giữa và cuối của quá trình liền xương.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Thận.
- Chẩn đoán vị trí: căng chân.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Bổ can thận, bổ khí huyết, tiếp liền xương.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong:

- Cổ phương, sử dụng một trong các bài thuốc sau:

+ **Bát trân thang** (*Chính thể loại yếu*)

Đương quy	12g	Đảng sâm	12g
Xuyên khung	12g	Bạch linh	12g
Thục địa	12g	Bạch truật	12g
Bạch thược	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

+ **Thập toàn đại bổ thang** (*Hòa tễ cục phương*)

Đương quy	12g	Đảng sâm	12g
Xuyên khung	12g	Bạch linh	12g
Thục địa	12g	Bạch truật	12g
Bạch thược	12g	Cam thảo	04g
Hoàng kỳ	12g	Nhục quế	04g

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Tập luyện: từ nhẹ đến mạnh, từ biên độ nhỏ đến biên độ lớn, từ đơn giản đến phức tạp và không được gây đau.

Thời kỳ này sưng nề đã giảm, chủ yếu là tập co duỗi cơ tại chi tổn thương, có sự giũp đỡ của chi khỏe hoặc cán bộ y tế.

Khi đã hình thành can xương cứng, tăng cường hoạt động chủ động của các khớp bên chi gây làm cho hồi phục phạm vi hoạt động bình thường của các khớp.

- Xoa bóp bấm huyệt: sử dụng tại chỗ các thủ thuật trên da, cơ, huyết và khớp. Xoa bóp nhẹ nhàng, tránh các động tác mạnh, đột ngột tại vùng ô gãy. Xoa bóp 1 - 2 lần/ngày. Mỗi lần xoa bóp 10 - 20 phút. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

V. PHÒNG BỆNH

- Chú ý đề phòng biến chứng gãy hở, nếu gãy hở cần băng ngay đề phòng bội nhiễm.

- Phát hiện biến chứng Hội chứng khoang: biểu hiện bắp chân căng cứng, ngón chân cử động yếu, duỗi ngón đau, có thể mất mạch mu chân, mất cảm giác mu chân.

- Đề phòng biến chứng mất da: da lóc do tai nạn, hoại tử bị cắt bỏ. Cần chuyển vạt che phủ xương, nối mạch vi phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Gãy thân xương chày, xương mác. *Chẩn đoán và điều trị các bệnh Ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 749.
2. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn (2010). Gãy thân xương cẳng chân. *Chấn thương - Chỉnh hình*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 447.
3. Bộ Y tế (2008). Nguyên tắc điều trị gãy xương kết hợp Y học cổ truyền. *Bệnh học Ngoại - Phụ Y học cổ truyền (Sách đào tạo BS chuyên khoa YHCT)*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 42.
4. Nguyễn Đức Đoàn (2004). *Ngoại thương. Nam Y nghiệm phương*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. Tr. 575.
5. Trình Nhu Hải, Lý Gia Canh (Võ Văn Bình dịch) (2011). Các bài thuốc hoạt huyết, bài thuốc bổ. *Trung Quốc danh phương toàn tập*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. Tr. 637, 256.
6. Bộ Y tế (2017), Quyết định số 5728/QĐ - BYT, *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa chấn thương chỉnh hình*.

19. BÉO PHÌ **(Phì quý nhân)**

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

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

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

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

- Do suy giảm thể chất ở người cao tuổi: Sau tuổi trung niên thận khí thường bị suy giảm. Hỏa bất sinh thổ, tỳ mất kiện vận, làm cho tân dịch bị đình ngưng, dẫn đến thấp trọc nội sinh, dần hình thành đàm thấp mà dẫn tới chứng béo phì.

- Bẩm thụ tiên thiên: sinh ra vốn là người béo phì, nên tiên thiên thận khí đã bất túc, hậu thiên tỳ mất kiện vận, chất tinh vi thủy cốc không được chuyển hóa đầy đủ, ... dẫn đến hình thành đàm thấp mà xuất hiện chứng béo phì.

- Âm thực thái quá: thường gặp ở người ăn uống quá nhiều các chất béo ngọt dẫn đến thấp nhiệt nội sinh cũng làm ảnh hưởng đến chức năng vận hóa của tỳ vị, tỳ vị hư dẫn đến hình thành đàm thấp mà xuất hiện chứng béo phì.

- Những người ít vận động, dẫn đến khí huyết trong cơ thể vận hành bất thông cũng làm ảnh hưởng đến chức năng kiện vận của tỳ vị, chức năng này bị suy giảm làm ảnh hưởng tới sự phân bố chất tinh vi của thủy cốc mà hình thành đàm thấp trong cơ thể dẫn tới chứng béo phì.

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

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

1. Thể tỳ hư thấp trệ

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

1.2. Chẩn đoán:

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

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

1.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

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

Đảng sâm	12g	Phục linh	16g
Trần bì	08g	Sa nhân	06g
Bạch truật	16g	Chích cam thảo	04g
Bán hạ chế	08g	Bắc mộc hương	06g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm bổ các huyết

Tỳ du (BL 20)

Túc tam lý (ST36)

Tam âm giao (SP6)

Thái bạch (SP3)

Châm tả các huyết

Phong long (ST40)

Thiên khu (ST25)

- Các kỹ thuật châm: điện châm, laser châm.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

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

- Cây chỉ theo công thức huyết chung.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết: chọn các huyết phù hợp trong công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể thấp nhiệt nội uẩn

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

2.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Vị.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp.

2.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Liên phác ẩm** (Ôn dịch luận)

Hoàng liên

06g

Hậu phác

10g

Chi tử

08g

Bán hạ chế

08g

Thạch xương bồ	08g	Trạch tả	12g
Ý dĩ	16g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung: Châm tả các huyết

Phong long (ST40)	Thiên khu (ST25)	Cự liêu (ST3)
Trật biên (BL54)	Đại chùy (GV14)	Khúc trì (LI11)

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Cấy chỉ theo công thức huyết chung.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết: chọn các huyết phù hợp trong công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể can đởm thấp nhiệt

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

3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: lý thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can, Đởm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

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

3.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc:

Thuốc uống trong:

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

Long đởm thảo	12g	Cam thảo	06g
Trạch tả	12g	Xa tiền tử	12g

Hoàng cầm	08g	Chi tử	08g
Sài hồ	08g	Sinh địa	12g
Đương quy	12g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm tả các huyết

Can du (BL18) Đờm du (BL19) Nội đình (ST44)

Thái xung (LR3) Phong long (ST40) Thiên khu (ST25)

- Các kỹ thuật châm: điện châm, laser châm.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

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

- Cấy chỉ theo công thức huyết chung.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết: chọn các huyết phù hợp trong công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể can thận âm hư

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

4.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: lý hư nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Can Thận.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4.3. Pháp điều trị: Tư bổ can thận.

4.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Nhất quán tiễn** (Nguyễn Ngọc Hoàn - *Liễu châu y thoại*) hợp với **Nhị chi hoàn** (*Lục khoa chuẩn thang*)

Sa sâm	12g	Đương quy	12g
Kỷ tử	16g	Mạch môn	12g
Sinh địa	30g	Xuyên luyện tử	06g
Nữ trinh tử	16g	Hạ liên thảo	12g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm bổ các huyết

Can du (BL18)	Thận du (BL23)	Tam âm giao (SP6)
Thái khê (KI3)	Thái xung (LR3)	

- Các kỹ thuật châm: Điện châm, laser châm.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Nhĩ châm, điện nhĩ châm: châm bổ điểm Can, Thận.

- Cấy chỉ theo công thức huyết chung.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng và lưng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết: chọn các huyết phù hợp trong công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

5. Thể khí ngưng, huyết ứ

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

5.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý, thực.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

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

5.4. Phương

a. Điều trị bằng thuốc

Thuốc uống trong:

- Cổ phương: **Huyết phủ trực ứ thang** (*Y lâm cải thác*)

Đương quy	12g	Đào nhân	08g
Sinh địa	12g	Hồng hoa	08g
Xuyên khung	08g	Xích thực	12g
Sài hồ	08g	Chỉ xác	12g
Cát cánh	10g	Cam thảo	04g
Ngưu tất	16g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

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

b. Điều trị không dùng thuốc

- Công thức huyết chung

Châm tả các huyết

Tam âm giao (SP6)	Túc tam lý (ST36)	Phong long (ST40)
Thiên khu (ST25)	Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)

- Các kỹ thuật châm: điện châm, laser châm.

Lưu kim 20 - 25 phút/lần/ngày, 20 - 25 ngày/liệu trình.

- Cây chỉ theo công thức huyết chung.

- Xoa bóp bấm huyết vùng bụng, thực hiện các thủ thuật xoa, xát, phân, hợp, miết, day, ấn. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết chung.

- Thủy châm: dùng thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp, tùy trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc cho phù hợp. Công thức huyết: chọn các huyết phù hợp trong công thức huyết chung.

Chú ý: tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. Nguyên tắc điều trị

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

- Điều trị bằng thuốc khi can thiệp lối sống trong 3 tháng không giúp giảm được 5% cân nặng, người bệnh có BMI ≥ 25 kg/m².

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

2. Điều trị cụ thể

2.1. Quản lý chế độ ăn

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

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

Chế độ ăn:

Lao động nhẹ = CNLT $\times$ (20-25 calo)

Lao động trung bình = CNLT $\times$ (25- 30 calo)

Lao động nặng = CNLT $\times$ (30-35 calo)

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

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

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

- Cung cấp đầy đủ các vitamin cần thiết: vitamin tan trong dầu, kali, sắt, acid amin Hạn chế số bữa ăn trong ngày (03 bữa là đủ), hạn chế ăn loại glucid hấp thu nhanh và các chất béo bão hoà, muối dưới 5g/ngày.

- Không rượu.

2.2. Hoạt động thể chất tích cực

Nên lựa chọn các loại hình tập luyện có tính nhịp nhàng đều đặn, thời gian kéo dài như: đi bộ, đạp xe, bơi lội, dưỡng sinh, ...

Tuy vậy, có thể tập bất cứ loại hình nào phù hợp với sức khỏe, tuổi tác, sở thích và điều kiện sống.

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

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

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

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

Có thể tập vào bất kỳ thời điểm nào trong ngày, miễn là phù hợp với nếp sinh hoạt của mình.

Mỗi ngày trung bình 30 - 40 phút. Hoặc vận động nhiều lần trong ngày, mỗi lần tối thiểu 10 phút. Nên vận động tối thiểu 5 ngày/tuần.

2.3. Tâm lý liệu pháp trong điều trị béo phì

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

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

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

- Khi điều trị béo phì, phải chấm dứt hoặc giảm hút thuốc và uống rượu.

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

2.4. Thuốc

a. Nguyên tắc chung khi sử dụng thuốc

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

- Thay đổi hành vi sức khỏe là nền tảng trong điều trị béo phì.

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

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

b. Thuốc dùng cho điều trị béo phì

- Orlistat

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

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

+ Chống chỉ định: ở người có hội chứng kém hấp thu mạn tính hay ứ mật. Một vài người bệnh có thể xuất hiện sỏi oxalate niệu với mức độ tăng dần khi

dùng orlistat; bệnh thận oxalate với suy thận đã được ghi nhận. Một số trường hợp hiếm gặp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp.

- Liraglutide

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

+ Tác dụng phụ: thường gặp nhất của liraglutide là buồn nôn do giảm thoát qua sự trống dạ dày. Người bệnh có thể gặp táo bón, tiêu chảy, ợ nóng và/hoặc nôn. Chỉnh liều chậm hơn có thể giúp giảm nhẹ tác dụng phụ dạ dày ruột nếu có. Nguy cơ xuất hiện sỏi mật với liraglutide cao hơn 1,4% so với giả dược.

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

2.5. Điều trị phẫu thuật trong béo phì

Chỉ định của phẫu thuật giảm cân khi thất bại với các điều trị không phẫu thuật ở người bệnh có BMI ≥ 35 kg/m² hay BMI ≥ 30 kg/m² kèm bệnh lý đồng mắc liên quan béo phì.

Mỗi phương pháp phẫu thuật béo phì đều có ưu nhược điểm riêng. Tùy từng trường hợp người bệnh cụ thể phẫu thuật viên sẽ tư vấn và lựa chọn phẫu thuật phù hợp.

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

V. PHÒNG BỆNH

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), *Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*.
2. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (sách dành cho sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế - Viện dinh dưỡng Quốc gia (2016), *Tài liệu tập huấn khóa học Dinh dưỡng điều trị, Hà Nội*.
4. Quyết định số 2892/QĐ-BYT (2022), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh béo phì*.

20. TRÚNG CÁ (Phần thích)

I. ĐẠI CƯƠNG

Trúng cá là một bệnh viêm mạn tính của đơn vị tuyến bã - nang lông, đặc trưng bởi các tổn thương không viêm như mụn đầu đen, đầu trắng, hoặc tổn thương viêm như các sẩn viêm, sẩn mủ, cục, nang. Tổn thương của bệnh rất đa dạng, nhưng đều khởi phát ở tuyến bã và cuối cùng dẫn đến hiện tượng viêm nang lông có mủ.

Dựa theo đặc điểm tiến triển của bệnh và các hình thái tổn thương, người ta chia thành các thể lâm sàng khác nhau: trúng cá thông thường (*Acne vulgaris*); trúng cá mạch lươn (*Acne conglobata*); trúng cá sẹo lồi (*Acne keloidalis*); trúng cá kê hoại tử (*Acne miliaris necrotica*); trúng cá tối cấp (*Acne fulminans*); trúng cá do thuốc (*Drug acne*); trúng cá do mỹ phẩm (*Acne cosmetica*); mụn trúng cá do dầu (*Oil acne*); trúng cá trước tuổi thiếu niên (*Childhood acne*); trúng cá ở người lớn (*Adult acne*); trúng cá muộn ở phụ nữ; trúng cá trước chu kỳ kinh nguyệt; trúng cá do yếu tố cơ học; trúng cá loạn sản gia đình. Trong đó, trúng cá thông thường là bệnh phổ biến nhất. Chẩn đoán xác định mụn trúng cá thông thường chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

Bệnh phổ biến ở cả hai giới, đặc biệt là ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Các tổn thương khu trú ở vùng da dầu như mặt, ngực, lưng, vai. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng như là nhân trúng cá, sẩn đỏ, sẩn mụn mủ, mụn mủ, cục, nang. Các loại tổn thương này không phải thường xuyên kết hợp với nhau và có đầy đủ trên một người bệnh.

Trên lâm sàng, người ta chia tổn thương cơ bản của bệnh trúng cá thông thường ra làm hai loại:

a. Tổn thương không viêm

* Vi nhân trúng cá (*microcomedo*): Là các nhân trúng cá rất nhỏ, bắt đầu mới hình thành, rất khó phát hiện trên lâm sàng, chủ yếu là nhờ sinh thiết.

* Nhân mở hay nhân đầu đen: Tổn thương là những kén bã (chất lipid) kết hợp với những lá sừng của thành nang lông nổi cao hơn mặt da, làm cho nang lông bị giãn rộng.

* Nhân kín hay nhân đầu trắng: Loại tổn thương này có kích thước nhỏ hơn nhân đầu đen, thường màu trắng hoặc hồng nhạt, hơi gồ cao và không có lỗ mở trên mặt da. Tổn thương này có thể tự biến mất hoặc chuyển thành nhân đầu đen, những loại trúng cá này thường gây ra viêm tấy ở nhiều mức độ khác nhau.

b. Tổn thương viêm

Tùy vào tình trạng viêm nhiễm mà trên lâm sàng biểu hiện nhiều hình thái tổn thương khác nhau. Đặc điểm chung của loại tổn thương này là viêm nhiễm ở vùng trung bì với các biểu hiện là sẩn viêm, mụn mủ, cục, nang, ...

* **Sẩn viêm đỏ:** Các nang lông bị giãn rộng và bít chặt lại, vùng kế cận tuyến bã xuất hiện phản ứng viêm nhẹ. Bệnh xuất hiện những đợt sẩn đỏ hình nón, gồ lên mặt da, sờ thấy được, mềm hơi đau gọi là trứng cá sẩn.

* **Mụn mủ:** Sau khi tạo sẩn, một số sẩn có mụn mủ ở trên tạo thành trứng cá sẩn mụn mủ, mụn mủ sẽ khô lại hoặc vỡ ra, đồng thời sẩn cũng xẹp xuống và biến mất. Đó là trứng cá mụn mủ nông.

* **Cục:** Hiện tượng viêm nhiễm có thể xuống sâu hơn, tới trung bì và tạo thành các cục hay nang viêm khu trú dưới trung bì có đường kính < 1cm.

* **Nang:** Là tình trạng liên kết từ 2 - 3 tổn thương dạng cục, quá trình viêm hóa mủ tạo thành khối chứa dịch đặc màu vàng lẫn máu, kích thước khoảng 1cm.

* **Dát và sẹo:** Quá trình tiến triển bệnh các thương tổn thuyên giảm để lại các dát đỏ, dát thâm, nếu tổn thương có viêm nhiễm nhiều, sâu và hóa mủ có thể để lại sẹo. Sẹo có thể là sẹo teo tạo vết lõm sâu, cũng có thể là sẹo lồi hoặc sẹo quá phát.

Ngoài các tổn thương trên, ở những người bệnh trứng cá thông thường, người ta còn thấy có tình trạng da mỡ với các biểu hiện da mặt nhờn, bóng mỡ, các lỗ chân lông giãn rộng, rụng tóc da đầu.

Phân loại mức độ bệnh trứng cá thường dựa trên 2 khía cạnh: đo lường những dấu hiệu thực thể khách quan và đánh giá sự ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Có rất nhiều hệ thống phân loại bệnh trứng cá khác nhau và nhiều thang điểm đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Để đưa ra các khuyến cáo điều trị dựa trên mức độ hoạt động của bệnh, EU guideline group đã cân nhắc việc làm thế nào để phân loại mụn trứng cá một cách tốt nhất. Họ đã sử dụng phân loại lâm sàng đơn giản sau đây:

- Mụn nhân.
- Mụn mủ nhẹ đến vừa.
- Mụn mủ nặng, cục mụn mức độ vừa.
- Cục mụn nặng và trứng cá bùng phát.

Theo y học cổ truyền (YHCT), Trứng cá có tên bệnh danh là Phấn thích. Ngoài ra, còn có thể gặp một số tên bệnh danh khác như tòa sang, tửu ty, tửu tra ty, thanh xuân đậu. Bệnh thường phát ở nam, nữ tuổi thanh thiếu niên. Thường gặp nhiều ở trên mặt, ít hơn ở lưng, ngực, vai gáy. Khởi bệnh lúc đầu là những nốt sẩn nhỏ, lấy tay đè vào thì thấy có bột như phấn màu trắng, có khi trên đỉnh của nó thấy những nốt mụn nhỏ, bởi vậy có tên là Phấn thích. Xét trên khía cạnh sự tương thích giữa y học hiện đại (YHHĐ) và YHCT có thể thấy, bệnh danh Phấn thích hay Tòa sang tương ứng với bệnh trứng cá thông thường, Thanh xuân đậu tương ứng với trứng cá tuổi dậy thì, Tửu tra ty tương ứng với Trứng cá đỏ.

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

Y học cổ truyền cho rằng bệnh trứng cá phần lớn do phong nhiệt nung nấu, kết tụ ở kinh phế sinh ra, hoặc do ăn quá nhiều chất cay nóng, dầu mỡ sinh ra thấp nhiệt tích tụ tại bì phu, cân cơ hoặc do tỳ vận hóa kém, sinh ra thấp nhiệt, như sách “Nội kinh” đã viết: “Không có nhiệt thì không sinh ban, không có thấp thì không sinh chẩn”. Trong đó, tổn thương của trứng cá theo YHCT là tổn thương dạng chẩn.

Theo chức năng tạng phủ thì phế chủ bì mao, có công năng tuyên phát, việc bài xuất độc tà ra ngoài bằng đường phế vệ là công năng của phế. Khi phong nhiệt kết tụ ở phế được đưa đến bì phu tẩu lý mà không truyền tổng ra ngoài được, lưu trú lâu ngày thành những mụn ung ngay tại tẩu lý. Đầu mặt là nơi hội tụ của các kinh dương “đầu mục chư dương chi sở hội”, mà phong nhiệt là thuộc dương, tính thăng phù, kinh Dương minh đi lên mặt, vòng qua má, môi nên khi bị phong nhiệt hay gây bệnh vùng mặt. Tẩu lý bế tắc làm cho phong nhiệt không bài xuất được tiếp tục thành ung khiến cho bệnh dai dẳng khó dứt.

Ngày nay, nhiều nhà chuyên môn có các góc nhìn khác nhau về cơ chế bệnh sinh của trứng cá. Trong đó, xu hướng chung nhận định mụn trứng cá là do thấp nhiệt ở phế và vị vì vậy cần phải thanh nhiệt trừ thấp ở phế vị. Số ít lại cho rằng căn nguyên sinh bệnh của sự thiếu hụt âm và hỏa là rất mạnh. Vì vậy nguyên tắc điều trị là tư bổ thận âm và thanh nhiệt, nhuận phế và giải độc.

Như vậy, có rất nhiều cách phân loại thể bệnh trên lâm sàng khác nhau, nhưng hầu hết các tác giả đều thống nhất với 4 thể bệnh: Phế kinh phong nhiệt, trường vị thấp nhiệt, huyết ứ đàm ngưng, xung nhâm thất điều. Thể bệnh phế kinh phong nhiệt và trường vị thấp nhiệt có thể tương ứng với mức độ vừa của bệnh trứng cá, còn khi bệnh tiến triển nặng hơn, mụn mủ viêm nhiều sẽ tương ứng với thể huyết ứ đàm ngưng của YHCT. Trứng cá liên quan đến kỳ kinh của người bệnh thường tương ứng với thể xung nhâm thất điều.

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

Với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, người hành nghề kê đơn thuốc cổ truyền có dạng bào chế truyền thống, dạng bào chế hiện đại, thuốc được liệu, bài thuốc cổ phương, bài thuốc cổ phương gia giảm, bài thuốc đối pháp lập phương, bài thuốc nghiệm phương, gia giảm thành phần, khối lượng vị thuốc cổ truyền cho phù hợp với chẩn đoán.

Nguyên tắc chung: phương pháp điều trị của YHCT đối với bệnh trứng cá được xây dựng dựa theo việc điều chỉnh cho phù hợp với từng hội chứng và loại tổn thương.

Điều trị cụ thể trong thực hành lâm sàng đối với các bệnh da liễu, thông thường cả thuốc uống và thuốc dùng ngoài được kê đơn cùng nhau. Các loại thảo dược được sử dụng trực tiếp vào các tổn thương trên vùng da bị bệnh và các loại thảo dược uống được sử dụng để giải quyết các yếu tố bên trong hoặc

cơ địa. Ngoài ra, các phương được có thể được kết hợp với châm cứu điều trị mụn trứng cá trên lâm sàng.

1. Thể Phế kinh phong nhiệt

1.1. Triệu chứng: Đa số mụn đầu đen hoặc đầu trắng, đôi khi có sẩn đỏ chưa có mủ, có thể kèm theo sắc mặt đỏ, da nóng hoặc nóng rát, hơi thở nóng, có thể có ngứa, đau. Đầu lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng. Mạch phù sắc.

1.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán kinh lạc: kinh Phế.
- Chẩn đoán nguyên nhân: ngoại nhân.

1.3. Pháp điều trị: Sơ phong, tuyên phế, thanh nhiệt.

1.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

** Thuốc uống trong*

- Cổ phương: **Tỳ bà thanh phế ẩm** (Ngoại khoa Đại thành)

Tỳ bà diệp	12g	Hoàng bá	08g
Tang bạch bì	16g	Nhân sâm	06g
Hoàng liên	08g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 02 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài: Bột thảo dược thô được hòa với nước sạch, sử dụng để rửa mặt trong 02 phút hoặc đắp tại chỗ tối đa 15 phút, sau đó vệ sinh lại bằng nước sạch.

+ Đắp ướt bằng nước sắc Hoàng cầm, Bạch chỉ, Ngưu tinh thảo, Bô công anh, ... Nếu có ngứa thêm Địa phu tử. Ngày 02 lần, mỗi lần 20 phút, 01 tuần là 01 liệu trình.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Đại chùy (GV14)	Thái dương (EX-HN5)	Hợp cốc (LI4)
Hạ quan (ST7)	Tứ bạch (ST2)	Giáp xa (ST6)
Khúc trì (LI11)	Phế du (BL13)	

- Kỹ thuật châm: điện châm. Lưu kim 20 phút/lần/ngày, 10 - 15 ngày/ liệu trình.

- Nhĩ châm: điểm phế, nội tiết, giao cảm. Mỗi lần chọn 3 - 5 điểm, 2 - 3

ngày đổi 01 lần, 05 lần cho 01 liệu trình.

Chú ý: Không châm vào tổn thương đang viêm. Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Thể trường vị thấp nhiệt

2.1. Triệu chứng: Da bóng nhờn, chủ yếu là tổn thương sẩn và mụn mủ có tính chất đau, có thể có vảy tiết, miệng hôi, táo bón, tiểu vàng. Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt. Mạch hoạt sác.

2.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm, thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường, Vị.
- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

2.3. Pháp điều trị: Thanh nhiệt, hóa thấp, thông phủ.

2.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Nhân trần cao thang** (*Thương hàn luận*)

Nhân trần	12 - 24g
Chi tử	08 - 12g
Đại hoàng	04 - 06g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài: Bột thảo dược thô được hòa với nước sạch, sử dụng để rửa mặt trong 02 phút hoặc đắp tại chỗ tối đa 15 phút, sau đó vệ sinh lại bằng nước sạch.

+ Đắp ướm bằng nước sắc Hoàng bá, Hoàng cầm, Bạch chỉ, Khô sâm, Ngưu tinh thảo. Viêm nhiều thêm Bồ công anh, Tử hoa địa đỉnh, Dã cúc hoa (Cúc hoa vàng). Ngày 02 lần, mỗi lần 20 phút, 01 tuần là 01 liệu trình.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Đại chùy (GV14)	Thái dương (EX-HN5)	Hợp cốc (LI4)
Hạ quan (ST7)	Tứ bạch (ST2)	Giáp xa (ST6)
Đại trường du (BL25)	Túc tam lý (ST36)	

- Kỹ thuật châm: điện châm. Lưu kim 20 phút/lần/ngày, 10 - 15 ngày/liệu trình.

- Nhĩ châm: điểm nội tiết, giao cảm. Da đầu nhiều thêm điểm tý, vị. Mỗi lần chọn 3 - 5 điểm, 2 - 3 ngày đổi 1 lần, 5 lần cho 01 liệu trình.

Chú ý: Không châm vào tổn thương đang viêm. Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

3. Thể huyết ứ đàm ngưng

3.1. Triệu chứng: Tổn thương da là một trong các triệu chứng sau:

- Nang cục cứng, sắc tối, hay tái phát, dễ hình thành sẹo. Chết lưỡi sạm tối, có điểm ứ huyết hoặc ban ứ, mạch sấp (nếu thiên về huyết ứ).

- Nang bọc mềm, hình tròn, trơn bóng, đầy bụng, đại tiện lỏng. Rêu trơn nhầy, mạch hoạt (nếu thiên về đàm ngưng).

3.2. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm thực nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Vị, Đại trường.

- Chẩn đoán nguyên nhân: bất nội ngoại nhân.

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

3.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

* Thuốc uống trong

- Cổ phương: **Đào hồng tứ vật thang** (Y tông kim giám) kết hợp **Nhị trần thang** (Hoà tễ cục phương).

Đào nhân	08g	Xuyên khung	06g
Hồng hoa	08g	Đương quy	12g
Thục địa	12g	Bạch thược	10g
Trần bì	08g	Bán hạ chế	12g
Phục linh	12g	Cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài: Bột thảo dược thô được hòa với nước sạch, sử dụng để rửa mặt trong 02 phút hoặc đắp tại chỗ tối đa 15 phút, sau đó vệ sinh lại bằng nước sạch.

+ Đắp ướm bằng nước sắc các vị thuốc: Mang tiêu, Đại hoàng, Táo giác thích, Xích thược, Hồng hoa, ...

Ngày 02 lần, mỗi lần 20 phút, 01 tuần là 01 liệu trình. Bài này dùng với các mụn viêm, mụn mủ để thanh nhiệt, giải độc, hoạt huyết, tiêu viêm.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Đại chùy (GV14)	Thái dương (EX-HN5)	Hợp cốc (LI4)
Hạ quan (ST7)	Tứ bạch (ST2)	Giáp xa (ST6)
Cách du (BL17)	Huyết hải (SP10)	Phong long (ST40)

- Kỹ thuật châm: điện châm.

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

- Nhĩ châm: điểm Phế, Nội tiết, Giao cảm. Đại tiện lỏng thêm đại trường. Mỗi lần chọn 3 - 5 điểm, 2 - 3 ngày đổi 01 lần, 05 lần cho 1 liệu trình.

Chú ý: Không châm vào tổn thương đang viêm. Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Thể xung nhâm thất điều

4.1. Triệu chứng: gập ở bệnh nhân nữ, trứng cá nặng lên trước và sau chu kỳ kinh nguyệt, sẩn mụn mọc nhiều ở xung quanh miệng và cằm, có thể kèm theo rối loạn kinh nguyệt, bụng dưới chướng đau. Mạch huyền.

4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: biểu lý tương kiêm thực thiên nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: mạch xung, nhâm, tạng can.
- Chẩn đoán nguyên nhân: nội nhân.

4.3. Pháp điều trị: điều hoà xung nhâm, sơ can lý khí.

4.4. Phương:

a. Điều trị bằng thuốc

* *Thuốc uống trong*

- Cổ phương: **Tiêu giao tán** (*Hoà tể cục phương*)

Sài hồ	12g	Đương quy	12g
Bạch truật	12g	Bạch linh	12g
Bạch thược	12g	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

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

* Thuốc dùng ngoài: Bột thảo dược thô được hòa với nước sạch, sử dụng

để rửa mặt trong 02 phút hoặc đắp tại chỗ tối đa 15 phút, sau đó vệ sinh lại bằng nước sạch.

+ Đắp ướt bằng nước sắc các vị thuốc: Kim ngân hoa, Đan sâm, Tử thảo, Đan bì, ...

Ngày đắp 02 lần, mỗi lần 20 phút, 01 tuần là 01 liệu trình.

b. Điều trị không dùng thuốc

- Châm tả các huyệt:

Đại chùy (GV14)	Thái dương (EX-HN5)	Hợp cốc (LI4)
Hạ quan (ST7)	Tứ bạch (ST2)	Giáp xa (ST6)
Tam âm giao (SP6)	Thận du (BL23)	

- Kỹ thuật châm: điện châm.

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

- Nhĩ châm: điểm nội tiết, giao cảm, tử cung, can, thận. Mỗi lần chọn 3 - 5 điểm, 2 - 3 ngày đổi 01 lần, 05 lần cho 01 liệu trình.

Chú ý: Không châm vào tổn thương đang viêm. Tùy theo tình trạng của người bệnh, người hành nghề lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật chuyên môn y học cổ truyền khác và liệu trình điều trị phù hợp với chỉ định của kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

IV. KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ Y HỌC HIỆN ĐẠI

Sự ra đời của Vitamin A acid đã tạo ra cuộc cách mạng trong việc điều trị và kiểm soát bệnh trứng cá. Cùng với sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của bệnh trứng cá, YHHĐ đã có rất nhiều nhóm thuốc, nhiều phương pháp tiếp cận điều trị trứng cá có hiệu quả.

Tuy nhiên, thực tiễn lâm sàng điều trị cho thấy các bác sĩ vẫn cần những phương pháp làm giảm thiểu các tác dụng phụ của các nhóm thuốc đặc biệt là vấn đề kháng kháng sinh khi sử dụng trong thời gian dài. Bởi vậy, thực tiễn vẫn đòi hỏi một phương pháp thay thế hoặc bổ sung nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, đồng thời giảm tác dụng phụ sẽ nâng cao được mức độ hợp tác và hài lòng của người bệnh. Xu hướng tìm kiếm các hoạt chất từ thảo dược là một cách tiếp cận không mới nhưng ngày càng được làm rõ và chứng minh thông qua các nghiên cứu.

1. Tóm tắt các khuyến cáo điều trị

Theo hướng dẫn của Châu Âu, việc điều trị mụn trứng cá dựa trên loại và mức độ nghiêm trọng của mụn trứng cá, xem xét các bệnh đi kèm và sở thích của người bệnh. Đối với mụn trứng cá từ nhẹ đến trung bình, nên sử dụng các thuốc bôi ngoài da, đặc biệt là retinoid, benzoyl peroxide và azelaic acid. Điều trị đơn trị liệu tại chỗ thường đủ để kiểm soát các triệu chứng của mụn trứng cá nhẹ. Đối với mụn trứng cá sản nhẹ đến trung bình, khuyến cáo sử dụng kết hợp

cổ định benzoyl peroxide với adapalene hoặc benzoyl peroxide với clindamycin. Trong những trường hợp nghiêm trọng hơn, retinoids bôi tại chỗ, cụ thể là adapalene, có thể kết hợp với kháng sinh toàn thân.

Đối với mụn trứng cá sần nặng hoặc mụn trứng cá dạng nốt từ trung bình đến nặng, nên điều trị bằng đơn trị liệu isotretinoin đường uống. Ở phụ nữ, việc sử dụng liệu pháp nội tiết tố kết hợp với kháng sinh toàn thân và hoặc điều trị tại chỗ ngoài kháng sinh cũng có thể được xem xét.

2. Một số dạng thuốc được sử dụng trong điều trị trứng cá

2.1. Retinoid

Hoạt hóa và ức chế quá trình sao chép gen, làm thay đổi các yếu tố có liên quan đến tăng sinh, tình trạng viêm, sự sản xuất chất bã nhờn, làm giảm sự hình thành nhân trứng cá và làm giảm sự gắn kết của các tế bào sừng trong nhân trứng cá. Do đó, có tác dụng làm giảm sự tắc nghẽn của nang lông, giải quyết nhân trứng cá và các tổn thương viêm. Thời gian điều trị trong vòng 3 tháng có thể cho kết quả đáng kể.

2.2. Benzoyl peroxide

Đây là dạng thuốc bôi rất phổ biến trong điều trị trứng cá trong nhiều năm nay, làm giảm sự thủy phân triglyceride, tác dụng chống viêm và đặc tính phân hủy nhân trứng cá. Tác dụng không mong muốn có thể xảy ra là khô da, viêm da tiếp xúc kích ứng và viêm da tiếp xúc dị ứng.

2.3. Kháng sinh

Một số kháng sinh có thể được sử dụng đơn độc hoặc phối hợp tetracycline, erythromycin, doxycyclin 100mg và clindamycin. Cả hai thuốc erythromycin và clindamycin đã được chứng minh có hiệu quả và dung nạp tốt, có tác dụng làm giảm sự phát triển của *P.acnes* trên bề mặt da và trong nang lông.

2.4. Điều trị bằng hormone

Liệu pháp nội tiết có chỉ định ở những phụ nữ không đáp ứng điều trị thông thường, có các dấu hiệu lâm sàng của bệnh tăng androgen, hội chứng buồng trứng đa nang hoặc mụn trứng cá muộn ở phụ nữ và để tránh thai trong quá trình điều trị bằng isotretinoin. Chống chỉ định cho những phụ nữ muốn có thai, tiền sử huyết khối hoặc phối tắc nghẽn, tăng huyết áp, tiểu đường, đau đầu và bệnh gan.

3. Điều chỉnh chế độ vệ sinh, ăn uống, sinh hoạt

- Hạn chế rửa mặt bằng xà bông có chất kiềm, tránh thói quen cậy nặn mụn.
- Tránh ánh nắng, sinh hoạt điều độ, hạn chế đường, mỡ, các chất cay nóng, các chất kích thích, tránh bị quan lo lắng thái quá về bệnh.
- Chú ý chống táo bón, uống nhiều nước, ăn nhiều rau xanh, hoa quả.

V. PHÒNG BỆNH

- Việc điều trị trứng cá nên được thực hiện ở bất kì giai đoạn nào nhằm làm giảm mức độ nặng của bệnh và ngăn ngừa sớm các biến chứng như dát thâm, sẹo lõm, sẹo lồi, sẹo loạn dưỡng, ... và những ảnh hưởng tới tâm lý của người bệnh.

- Đối với cả nam và nữ, nên điều hòa các chức năng đường tiêu hóa bằng cách ăn uống điều độ và tránh các thức ăn làm nặng thêm như đồ ăn nhiều dầu mỡ, cay nóng. Điều này ngăn ngừa sự tích tụ thấp nhiệt bên trong có thể biến thành mụn và làm trầm trọng thêm tình trạng mụn trứng cá.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), *Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*.
2. Lý Viết Khánh - Trường Đại học Y học cổ truyền Bắc Kinh Trung Quốc (2002), *Trung Y Ngoại khoa học*, Nhà xuất bản Trung Y dược Trung Quốc.
3. Dương Chí Ba, Phạm Thụy Cường, Đặng Bính Mậu (2010), *Bệnh học da liễu Trung Y*, Nhà xuất bản Trung Y dược Trung Quốc.
4. Nguyễn Trọng Hào (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu*, Nhà xuất bản Y học.
5. Quyết định số 4416/QĐ-BYT ngày 6/12/2023, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*.