

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thường gặp”

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023;

Căn cứ Quyết định số 3950/QĐ-UBND ngày 28/11/2022 của UBND tỉnh Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Bình Định;

Căn cứ các Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, các Quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành;

Xét đề nghị của Phòng Kế hoạch tổng hợp - Chỉ đạo tuyến, Hội đồng Khoa học, Hội đồng Thuốc và Điều trị.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm Quyết định này Tài liệu chuyên môn **“*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thường gặp*”**.

Điều 2. Các khoa căn cứ Tài liệu chuyên môn này để khám, chẩn đoán, điều trị người bệnh nội trú, ngoại trú tại Bệnh viện.

Điều 3. Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - Chỉ đạo tuyến, Hội đồng Khoa học và các Khoa, Phòng liên quan chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 3 (thực hiện);
- Sở Y tế (báo cáo);
- Lãnh đạo BV;
- Lưu: VT, KHTH-CĐT.

GIÁM ĐỐC

Võ Ngọc Phải

SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG



HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP

*(Ban hành kèm Quyết định số /QĐ-BVYHCT&PHCN ngày /01/2025
của Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng)*

Bình Định, 2025

LỜI NÓI ĐẦU

Tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh thường gặp" được biên soạn với mục tiêu cung cấp một tài liệu tham khảo hữu ích, toàn diện, kết hợp giữa Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng. Đây là công cụ thiết yếu nhằm hỗ trợ đội ngũ thầy thuốc tại Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Bình Định trong việc nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, đồng thời đáp ứng tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng đa dạng của cộng đồng.

Trong nhiều năm qua, Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng đã khẳng định vị trí không thể thiếu trong hệ thống y tế, góp phần điều trị hiệu quả nhiều bệnh lý phức tạp, cải thiện sức khỏe toàn diện cho người bệnh. Tài liệu này không chỉ tập trung chuẩn hóa các quy trình chẩn đoán và điều trị theo nguyên lý Y học cổ truyền mà còn lồng ghép các phương pháp Phục hồi chức năng hiện đại, đảm bảo tính khoa học, an toàn và phù hợp với điều kiện thực tiễn của bệnh viện.

Các phác đồ trong tài liệu được xây dựng dựa trên các Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, các Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế, giáo trình các trường Đại học và các sách chuyên khảo, hướng tới mục tiêu tối ưu hóa hiệu quả điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Ban Giám Đốc Bệnh viện hy vọng cuốn sách này sẽ là tài liệu hữu ích, không chỉ trong thực hành lâm sàng mà còn là nguồn tư liệu giá trị để đào tạo và phát triển chuyên môn trong lĩnh vực Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng.

Xin gửi lời cảm ơn chân thành đến các đồng nghiệp và tập thể bác sĩ đã xây dựng và hoàn thiện tài liệu này.

GIÁM ĐỐC

TTUT. BSCKI. Võ Ngọc Phải

Chỉ đạo biên soạn

BSCKI. Võ Ngọc Phải, Giám đốc Bệnh viện

Trưởng Ban biên soạn

BSCKI. Trần Thị Hoàng Anh, Phó Giám đốc Bệnh viện

Các thành viên Ban biên soạn

BSCKI. Thái Trần Minh Huy

ThS. Nguyễn Thu

CN. Nguyễn Thị Tuyết Trinh

DSCKI. Võ Hùng Mạnh

ThS. Đoàn Đăng Việt

ThS. BS. Lê Ngọc Bảo

ThS.BS. Ngô Thị Hồng Nhung

BSCKI. Văn Công Minh

BSCKI. Lê Khắc Duy

BSCKI. Nguyễn Văn Trung

BSCKI. Trần Trung Nam

BSCKI. Nguyễn Thị Thùy Trang

BSCKI. Nguyễn Thị Ngọc Hồng

BSCKI. Nguyễn Văn Khoa

BSCKI. Đặng Tấn Lai

BSCKI. Đặng Duy Linh

BSCKI. Lê Ngọc Thường

BSCKI. Phan Ngọc Vinh

BSCKI. Nguyễn Tấn Đạt

BS. Nguyễn Thanh Thái Dương

BS. Huỳnh Tuấn Vũ

BS. Nguyễn Thị Ngọc Diễm

BS. Nguyễn Thị Hải Yến

BS. Lê Thị Trần Hồng Phấn

BS. Huỳnh Thị Thúy Linh

BS. Nguyễn Thanh Sơn

BS. Hồ Nguyễn Diệu Quyên

BS. Nguyễn Thanh Tùng

BS. Lê Minh Ngọc Thiện

BS. Đặng Quốc Tín

BS. Đào Thị Nhi

Ban biên tập

ThS. BS. Lê Ngọc Bảo

BS. Lê Thị Thanh Hoài

BS. Lê Bùi Hoàng Cúc

BS. Hồ Nguyễn Diệu Quyên

MỤC LỤC

TĂNG HUYẾT ÁP	3
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	12
RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU	21
RỐI LOẠN GIẤC NGỦ	31
ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI SAU ĐỘT QUY	45
ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.....	52
TÔN THƯƠNG TỦY SỐNG.....	57
LIỆT MẶT NGOẠI BIÊN	74
TÔN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ	79
TÔN THƯƠNG THẦN KINH GIỮA	84
TÔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY	89
TÔN THƯƠNG THẦN KINH MÁC	93
THOÁI HÓA KHỚP GỐI	96
THOÁI HOÁ CỘT SỐNG.....	103
THOÁI HÓA ĐA KHỚP	108
THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CÔ, THẮT LƯNG.....	118
GOUT.....	124
VIÊM KHỚP DẠNG THẤP.....	130
VIÊM GÂN CƠ GAN CHÂN	142
HỘI CHỨNG DE QUERVAIN.....	148
ĐAU DÂY THẦN KINH TAM THOÁ	153
HỘI CHỨNG CÔ VAI CÁNH TAY	160
ĐAU THẦN KINH TỌA	170
ĐAU DÂY THẦN KINH SAU ZONA	185
BẠI NÃO	190
CHẬM PHÁT TRIỂN VỀ TRÍ TUỆ VÀ VẬN ĐỘNG	199
DI CHỨNG VIÊM NÃO	206
BỆNH TRĨ.....	215

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU GÃY XƯƠNG.....	225
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI.....	234
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG....	241

TĂNG HUYẾT ÁP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Theo y học hiện đại, tăng huyết áp (THA) là khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$.

Theo y học cổ truyền, tăng huyết áp không có bệnh danh cụ thể mà căn cứ vào những triệu chứng lâm sàng để phân chia vào chứng: Huyền vựng (huyền là hoa mắt, chóng mặt; vựng là vầng đầu, đau đầu), đầu thống (đau đầu).

1.2. Dịch tễ

- Ở Châu Âu và Bắc Mỹ tỷ lệ người lớn mắc THA từ 15-20%.
- Ở Việt Nam, tỷ lệ này trong khoảng 6-12%.
- Bệnh THA có liên quan đến nhiều yếu tố: tuổi (tuổi càng lớn tỷ lệ mắc càng cao), sự phát triển của công nghiệp (thành thị tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nông thôn).
- Bệnh THA gây nhiều tai biến: tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHD

Phần lớn tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân. Các nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát:

- Bệnh thận cấp hoặc mạn tính: viêm cầu thận cấp/mạn, viêm thận kẽ, sỏi thận, thận đa nang, thận ứ nước, suy thận.
- Hẹp động mạch thận.
- U tủy thượng thận (Pheocromocytome).
- Cường Aldosterone tiên phát (Hội chứng Conn).
- Hội chứng Cushing's.
- Bệnh lý tuyến giáp/cận giáp, tuyến yên.
- Do thuốc, liên quan đến thuốc (kháng viêm non-steroid, thuốc tránh thai, corticoid, cam thảo, hoạt chất giống giao cảm trong thuốc cảm/thuốc nhỏ mũi ...).
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Nhiễm độc thai nghén.
- Ngừng thở khi ngủ.
- Yếu tố tâm thần

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

- Yếu tố tinh thần (rối loạn tình chí): Tinh thần căng thẳng kéo dài, hay lo nghĩ, tức giận khiến Can khí uất kết, dẫn đến hỏa nhiệt khiến Can âm hao tổn sinh phong hỏa quấy rối ở phía trên đầu.

- Yếu tố ăn uống: Ăn uống không điều độ, ăn quá nhiều chất béo ngọt, uống nhiều bia rượu, hút thuốc lá... gây hại cho Tỳ Vị, dẫn đến đàm thấp nội sinh mà phát bệnh.

- Yếu tố bên trong cơ thể (nội thương hư tổn): Thường gặp ở những người lao lực, phòng dục quá độ hay những người tuổi cao, Thận tinh suy yếu không nuôi dưỡng tốt não tủy dẫn đến đau đầu chóng mặt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHT

Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- THA thường không có triệu chứng cho tới khi xảy ra các biến chứng (đây là khó khăn cho việc phát hiện bệnh).

- Triệu chứng quan trọng nhất là đo HA thấy tăng (phải đo đúng kỹ thuật).

- Một số trường hợp THA có thể có các biểu hiện như: đau đầu, chóng mặt, mệt, hồi hộp, buồn nôn, chảy máu mũi...

3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Xét nghiệm cần làm về máu: bilan lipit máu, đường máu, công thức máu, ure, creatinine

- Xét nghiệm nước tiểu: protein, tế bào vi trùng; đường niệu .

- Soi đáy mắt, đo điện tâm đồ, chụp XQ tim phổi

3.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), chẩn đoán tăng huyết áp khi trị số trung bình qua ít nhất hai lần đo của huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc trị số trung bình của huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, trong ít nhất hai lần thăm khám liên tiếp.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

Chẩn đoán YHCT gồm các thể bệnh sau:

3.2.1. Thể âm hư dương xung

Hay gặp người trẻ, rối loạn tiền mãn kinh. Hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, tai ù, dễ cáu gắt, miệng đắng họng khô, ít ngủ, hay mê, rêu lưỡi trắng hoặc hơi vàng,

mạch huyền hoạt sắc.

Ngoài ra thể âm hư dương xung còn chia thêm 2 thể: thiên về âm hư và thể thiên về dương xung.

- *Thiên về âm hư*: Hoa mắt, chóng mặt, lòng bàn tay chân nóng, lưỡi đỏ ít rêu, mạch huyền tế sắc.

- *Thiên về dương xung, can hỏa thịnh*: đầu đau dữ dội, mắt đỏ, táo bón, họng khô, đầu lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng khô, mạch huyền sắc có lực.

3.2.2. Thể can thận hư

Đối tượng hay gặp cao huyết áp người già, xơ cứng động mạch. Ngoài ra thể can thận hư còn chia 2 thể: âm hư và dương hư.

- *Can thận âm hư*: Nhức đầu chóng mặt, hoa mắt, ù tai, hoảng hốt, dễ sợ, ngủ ít hay nằm mê, lưng gối mỏi yếu, miệng khô, mặt đỏ, chất lưỡi đỏ, chất lưỡi đỏ, mạch huyền tế sắc

- *Can thận dương hư*: Hoa mắt chóng mặt, ù tai, hoảng hốt, mặt trắng, chân gối mềm yếu, tiểu nhiều, liệt dương, di tinh, mạch trầm tế.

3.2.3. Thể tâm tỳ hư

Hay gặp ở bệnh nhân mắc bệnh lâu ngày, kèm thêm viêm loét dạ dày, đại tràng...

Triệu chứng: Sắc mặt trắng, da khô, mệt mỏi, ngủ ít, ăn kém, hay đi phân lỏng, đầu choáng mắt hoa, rêu lưỡi nhạt, mạch huyền tế.

3.2.4. Thể đàm thấp

Thường gặp ở người béo phì, rối loạn lipid máu...

Triệu chứng: Người béo mập, ngực sườn đầy tức, giọng buồn nôn, ăn ít, ngủ kém, rêu lưỡi trắng dính, miệng nhạt, mạch huyền, hoạt...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị bằng thuốc

4.1.1. Thuốc hóa dược (đang được dùng tại BV)

- Nhóm chẹn beta giao cảm: Stadnolol (atenolol) 50mg.
- Nhóm chẹn kênh calci: Nifedipin 20mg.
- Nhóm ức chế men chuyển: Captopril 25mg, Ebitac forte.
- Nhóm chẹn thụ thể angiotensin II: Savi irbesartan 75mg.

4.1.2. Thuốc YHCT

4.1.2.1. Âm hư dương xung

- Pháp trị: Tư âm tiềm dương.

- Bài thuốc: Thiên ma câu đằng ẩm gia giảm. Thiên ma 8g

Câu đằng 16g

Thạch quyết minh 20g

Tang ký sinh 12g

Đỗ trọng 18g

Ngưu tất 12g

Son chi 12g

Hoàng cầm 12g

Ích mẫu thảo 12g

Phục thân 12g

Dạ giao đằng 20g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

Nếu thiên về âm hư:

- Pháp chữa: Tư dưỡng can thận âm.

- Phương chữa: Lục vị quy thược.

Bạch thược 8g

Đương quy 12g

Hoài sơn 16g

Mẫu đơn 12g

Phục linh 12g

Son thù 8g

Thục địa 32g

Trạch tả 6g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

Nếu thiên về dương xung:

- Pháp trị: Bình can tiềm dương, thanh can tả hỏa.

- Bài thuốc: Long đởm tả can thang.

Long đởm thảo 2-8g

Son chi tử 8-16g

Hoàng cầm	8-16g
Sài hồ	4-12g
Đương quy	8-16g
Sinh địa	12-20g
Trạch tả	8-18g
Xa tiền	2-20g
Mộc thông	4-8g
Cam thảo	4-8g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.2. *Can thận hư*

Nếu thiên về can thận âm hư:

- Pháp trị: Bổ can thận âm.
- Bài thuốc: Kỷ cúc địa hoàng thang

Thục địa	12g
Hoài sơn	12g
Sơn thù	8g
Đan bì	6g
Trạch tả	6g
Phục linh	8g
Kỷ tử	12g
Cúc hoa	6g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

Nếu can thận dương hư:

- Pháp trị: Ôn dưỡng can thận.
- Bài thuốc: Lục vị địa hoàng thang.

Thục địa	20- 32g
Sơn thù	10-16g
Trạch tả	8- 12g
Hoài sơn	10-16g
Phục linh	8-12g

Đơn bì 8-12g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.3. Tâm tỳ hư

- Pháp trị: Bổ tâm kiện tỳ.

- Bài thuốc: Quy tỳ thang:

Đảng sâm 12g

Phục thần 12g

Táo nhân 12-20g

Viễn chí 4-6g

Hoàng kỳ 12g

Mộc hương 4g

Bạch truật 12g

Long nhãn 12g

Đương quy 8-12g

Chích thảo 4g

Sinh khương 4g

Đại táo 6g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.4. Đàm thấp

- Pháp trị: Kiên tỳ trừ thấp hóa đàm.

- Bài thuốc: Bán hạ bạch truật thiên ma thang gia giảm

Bán hạ chế 6-8g

Bạch linh 8-12g

Bạch truật 8-12g

Thiên ma 6-8g

Quất hồng 6-8g

Cam thảo 2-4g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2. Điều trị bằng các DVKT YHCT

4.2.1. Hào châm

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:

- *Thể âm hư dương xung*: châm tả các huyết phong trì, thái dương, thượng tinh, bách hội, thái xung, châm bổ huyết tam âm giao.

- *Thể can thận dương hư*: châm tả huyết phong trì, thái dương, bách hội, thượng tinh. Châm bổ huyết tam âm giao, thái khê, huyết hải, thận du, quan nguyên, khí hải.

- *Thể tâm tỳ hư*: châm tả huyết hợp cốc, thái dương. Châm bổ huyết tam âm giao, túc tam lý, huyết hải, nội quan, tâm du.

- *Thể đàm thấp*: châm tả các huyết: thái xung, túc lâm khấp, phong long, dương lăng tuyền, can du, đờm du. Châm bổ huyết túc tam lý.

4.2.2. Xoa bóp, bấm huyết

- Day huyết Ấn đường: Dùng ngón tay trỏ hoặc ngón giữa bấm day ở huyết ấn đường khoảng 30 lần.

- Vuốt trán: Dùng hai ngón tay cái hoặc hai ngón trỏ vuốt từ giữa trán sang hai bên cuối huyết Thái dương khoảng 30 lần.

- Chải tóc: Năm ngón tay hơi mở, áp vào tóc phía trước rồi vuốt dần về phía sau gáy khoảng 30 lần.

- Day huyết Thái dương: Dùng hai ngón tay cái hoặc hai ngón giữa day vào huyết Thái dương khoảng 50 lần. Cắt móng tay để tránh làm tổn thương da và đặt phần mềm của ngón vào đúng huyết cần day.

- Day vuốt về phía sau Thái dương: Dùng hai ngón tay cái đặt ở huyết Thái dương. Sau đó vuốt về phía sau khoảng 30 lần.

- Vỗ huyết Bách hội: Ngồi thẳng, mắt nhìn thẳng, hàm răng ngậm lại. Sau đó dùng lòng bàn tay vỗ thành nhịp xung quanh huyết Bách hội. Vỗ nhẹ 3-5 lần, rồi vỗ mạnh hơn một chút cũng từ 3-5 lần.

- Day bấm huyết Phong trì: Dùng hai ngón tay cái ấn vào huyết Phong trì. Day ấn khoảng 15 lần.

- Day bấm huyết Khúc trì: Dùng ngón tay cái day bấm huyết Khúc trì, hai bên tay phải và trái, mỗi bên làm 30 lần.

- Day bấm huyết Nội quan: Dùng ngón tay cái day bấm huyết Nội quan, hai bên phải và trái mỗi bên làm 30 lần.

- Xoa bụng: Tay trái để áp lên mu bàn tay phải, úp vào bụng và xoa khoảng 2 phút.

- Xoa huyết Dũng tuyến: Để chân trái lên đầu gối của chân phải, dùng tay phải xoa mạnh lòng bàn chân trái. Xoa với tốc độ nhanh dần cho đến khi lòng bàn chân nóng lên thì thôi. Sau đó chuyển chân và làm tương tự.

Thời gian thực hiện 30 phút/lần/ngày.

5. DINH DƯỠNG

- Ăn đa dạng các nhóm thực phẩm:

+ Nhóm bột đường: ưu tiên các thực phẩm giàu chất xơ: gạo, gạo lứt, gạo mầm, khoai, bắp.

+ Nhóm đạm: chọn thịt cá nạc, tôm, tép, đậu đỗ, sữa và các chế phẩm từ sữa (ít đường, ít béo).

+ Nhóm béo: dùng dầu thực vật (dầu nành, dầu mè, dầu hạt cải, dầu olive...)

+ Nhóm rau củ quả: chọn rau củ trái cây tươi, tổng lượng khoảng 500g/ngày (trong đó khoảng 300-400g rau củ, 100-200g trái cây). Mỗi bữa ăn nên có ít nhất 100g rau các loại.

- Hạn chế các loại thức ăn:

+ Gia vị mặn: muối, nước mắm, nước tương...

+ Thực phẩm chứa nhiều muối.

+ Thực phẩm chế biến sẵn: đồ hộp, lạp xưởng, xúc xích, giò chả...

+ Thực phẩm khô: cá khô, tôm khô, mực khô, khô bò...

+ Thực phẩm muối, lên men: dưa cà, mắm chao, tương, tương ớt...

+ Mỡ, bơ thực vật, dầu dừa, dầu cọ, thức ăn nhanh, thực phẩm chiên ở nhiệt độ cao.

+ Thực phẩm nhiều cholesterol không tốt: da, phủ tạng động vật.

+ Thực phẩm nhiều đường tinh chế: bánh kẹo, nước ngọt, nước đóng chai.

6. BIẾN CHỨNG

- Đột quỵ, thiếu máu não thoáng qua, sa sút trí tuệ, hẹp động mạch cảnh.

- Phì đại thất trái (trên điện tâm đồ hay siêu âm tim), suy tim.

- Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực.

- Bệnh mạch máu ngoại vi.

- Xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc, phù gai thị.

- Protein niệu, tăng creatinin huyết thanh, suy thận...

7. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát và duy trì cân nặng phù hợp: giảm cân ở người tăng huyết áp kèm thừa cân béo phì giúp giảm huyết áp hiệu quả.

- Hạn chế uống rượu, bia, cà phê.

- Không hút/Cai thuốc lá: thuốc lá là yếu tố nguy cơ cao của nhồi máu cơ tim và tai biến mạch máu não.

- Tăng cường vận động thể lực: lựa chọn hình thức vận động phù hợp với tình trạng sức khỏe, tuổi tác, sở thích và điều kiện sống như đi bộ, bơi lội, đạp xe, cầu lông... trung bình 30-60 phút/ngày, 5-7 ngày/tuần.

- Không tập khi đang thấy mệt, khó thở, có cơn đau thắt ngực.

- Hướng dẫn chế độ ăn nhạt, hạn chế muối, hạn chế dầu mỡ, tăng cường rau xanh.

- Theo dõi huyết áp thường xuyên, tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn của BS, tái khám định kì.

- Theo dõi và phát hiện các biến chứng của bệnh THA.

- Đảm bảo giấc ngủ, giảm căng thẳng, lo âu: yoga, ngồi thiền và các loại hình thư giãn khác phù hợp.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

- Bệnh đái tháo đường thuộc phạm trù “Tiêu khát” của Y học cổ truyền. Tiêu khát là sự đốt cháy tân dịch ở bên trong cơ thể (tiêu) từ đó mà nhu cầu cơ thể đòi hỏi phải ăn nhiều, uống nhiều để bù đắp tân dịch. Tiêu khát có nhiều hình thức đốt cháy, tiêu hao tân dịch, có thể chủ yếu bằng đường niệu, bằng đường sốt, ra mồ hôi hoặc nung đốt phần âm dịch làm cơ thể luôn luôn nóng hơn bình thường... Cuối cùng gây ra 3 chứng trạng chủ yếu: Ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy nhanh trong nước tiểu có nhiều đường nên thấy ruồi và kiến bâu.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo YHHĐ

2.1.1. Đái tháo đường típ 1

- Do tế bào beta bị phá hủy nên bệnh nhân không còn hoặc còn rất ít insulin, 95% do cơ chế tự miễn (típ 1A), 5% vô căn (típ 1B). Bệnh nhân bị thiếu hụt insulin, tăng glucagon trong máu, không điều trị sẽ bị nhiễm toan ceton. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu ở trẻ em và thanh thiếu niên. Bệnh nhân cần insulin để ổn định glucose huyết. Người lớn tuổi có thể bị ĐTD tự miễn diễn tiến chậm còn gọi là Latent Autoimmune Diabetes of Adulthood (LADA), lúc đầu bệnh nhân còn đủ insulin nên không bị nhiễm toan ceton và có thể điều trị bằng thuốc viên nhưng tình trạng thiếu insulin sẽ nặng dần với thời gian.

- ĐTD típ 1 tự miễn thường có các tự kháng thể (KT) trong máu trước khi xuất hiện bệnh, lúc mới chẩn đoán: kháng thể kháng Glutamic acid decarboxylase 65 (GAD 65), KT kháng Insulin (IAA), KT kháng tyrosine phosphatase IA 2(ICA 512), KT kháng Zinc transporter 8 (ZnT8). Khi bệnh kéo dài, các kháng thể sẽ giảm dần. Những người thân trong gia đình cũng có thể mang các kháng thể này.

- Dấu ấn di truyền của ĐTD típ 1: Mẹ bị ĐTD típ 1 nguy cơ con bị là 3%, nguy cơ tăng đến 6% nếu cha bị ĐTD. Tỷ lệ cùng mắc ĐTD típ 1 ở hai trẻ sinh đôi cùng trứng là 25-50%. Gen mã hóa nhóm phù hợp tổ chức lớp II DR DQ có liên quan đến tăng nguy cơ ĐTD típ 1.

- Yếu tố môi trường của ĐTD típ 1: virus quai bị, rubella bẩm sinh, thuốc diệt

chuột Vacor, hydrogen cyanide ở rễ cây sắn có liên quan đến ĐTĐ típ 1.

2.1.2. Đái tháo đường típ 2

- Trước kia được gọi là ĐTĐ của người lớn tuổi hay ĐTĐ không phụ thuộc insulin, chiếm 90-95% các trường hợp ĐTĐ. Thể bệnh này bao gồm những người có thiếu insulin tương đối cùng với đề kháng insulin. Ít nhất ở giai đoạn đầu hoặc có khi suốt cuộc sống bệnh nhân ĐTĐ típ 2 không cần insulin để sống sót.

- Có nhiều nguyên nhân của ĐTĐ típ 2 nhưng không có 1 nguyên nhân chuyên biệt nào. Bệnh nhân không có sự phá hủy tế bào beta do tự miễn, không có kháng thể tự miễn trong máu.

- Đa số bệnh nhân có béo phì hoặc thừa cân và/hoặc béo phì vùng bụng với vòng eo to. Béo phì nhất là béo phì vùng bụng có liên quan với tăng acid béo trong máu, mô mỡ cũng tiết ra một số hormon làm giảm tác dụng của insulin ở các cơ quan đích như gan, tế bào mỡ, tế bào cơ (đề kháng insulin tại các cơ quan đích).

- Do tình trạng đề kháng insulin, ở giai đoạn đầu tế bào beta bù trừ và tăng tiết insulin trong máu, nếu tình trạng đề kháng insulin kéo dài hoặc nặng dần, tế bào beta sẽ không tiết đủ insulin và ĐTĐ típ 2 lâm sàng sẽ xuất hiện. Tình trạng đề kháng insulin có thể cải thiện khi giảm cân, hoặc dùng một số thuốc nhưng không bao giờ hoàn toàn trở lại bình thường. Nguy cơ ĐTĐ típ 2 gia tăng với tuổi, béo phì, ít vận động.

- Bệnh cũng thường xuất hiện ở phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ, những người có tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và ở một số sắc tộc nhạy cảm như Mỹ da đen, Mỹ bản địa, người Mỹ Gốc La tinh, Mỹ gốc Á, dân châu Mỹ La tinh, người gốc Nam Á, một số đảo vùng Thái Bình Dương. Yếu tố di truyền 19 ảnh hưởng mạnh trong bệnh ĐTĐ típ 2, tỉ lệ cùng bị ĐTĐ của hai người sinh đôi cùng trứng là 90%, hầu hết người ĐTĐ típ 2 đều có thân nhân bị ĐTĐ. Có thể bệnh do ảnh hưởng của nhiều gen chi phối. Nếu tìm được một gen cụ thể gây tăng glucose huyết, bệnh nhân sẽ được xếp vào thể bệnh chuyên biệt của ĐTĐ.

- Yếu tố môi trường ảnh hưởng đến gia tăng tỉ lệ ĐTĐ típ 2 liên quan đến béo phì, ăn các loại thực phẩm giàu năng lượng, giàu carbohydrat, ít vận động. Do đó tỉ lệ này gia tăng nhanh chóng ở các nước có sự chuyển dịch nhanh chóng về kinh tế, người dân thay đổi lối sống từ lao động nhiều sang ít vận động, ăn các loại thức ăn nhanh giàu năng lượng bột đường làm gia tăng tỉ lệ béo phì. Ở các quốc gia này, người bị ĐTĐ típ 2 có thể xuất hiện bệnh ở lứa tuổi trẻ hơn 40.

2.1.3. Đái tháo đường thai kỳ:

- ĐTĐ thai kỳ là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối

của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, típ 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì chẩn đoán là ĐTĐ chưa được chẩn đoán hoặc chưa được phát hiện và dùng tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai.

- Thể bệnh chuyên biệt của ĐTĐ do các nguyên nhân khác: như ĐTĐ sơ sinh hoặc ĐTĐ do sử dụng thuốc và hoá chất như sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô...

2.2. Theo YHCT

- Từ những ghi chép của y văn cổ qua các thời đại thấy có nhiều yếu tố liên quan đến bệnh tiêu khát. Thứ nhất là do tiên thiên bất túc, tức nguyên khí bị hư. Thứ 2 là do hậu thiên: Do ăn uống thất điều, quá no hay quá đói, ăn nhiều chất béo, ngọt, tinh thần không ổn định, tình chí thất điều làm ảnh hưởng đến công năng của các tạng phủ. Bệnh thường xảy ra ở người cao tuổi. Các nhân tố gây bệnh thường phối hợp với nhau gây ra những hội chứng bệnh trong bệnh tiêu khát.

+ **Tiên thiên bất túc:** Do bẩm tố tiên thiên bất túc, ngũ tạng hư yếu, tinh khí của các tạng đưa đến thận để tàng chứa giảm sút dẫn đến tinh khuy dịch kiệt mà gây ra chứng tiêu khát.

+ **Ăn uống không điều độ:** Ăn quá nhiều đồ béo ngọt, uống quá nhiều rượu, ăn nhiều đồ cay nóng lâu ngày làm nung nấu, tích nhiệt ở tỳ vị, nhiệt tích lâu ngày thiêu đốt tân dịch mà gây ra chứng tiêu khát.

+ **Tình chí thất điều:** Do suy nghĩ, căng thẳng thái quá, do uất ức lâu ngày, lao tâm lao lực quá độ mà ngũ chí cực uất hóa hỏa. Hỏa thiêu đốt phế, vị, thận làm cho phế táo, vị nhiệt, thận âm hư. Thận âm hư dẫn đến tân dịch giảm, phế táo làm mất chức năng tuyên phát túc giáng, thông điều thủy đạo, không đưa được nước, tinh hoa của thủy cốc đi nuôi cơ thể mà dồn xuống bàng quang nên người bệnh khát nước, tiểu nhiều, nước tiểu có vị ngọt.

+ **Phòng lao quá độ:** Do đam mê tửu sắc, phòng lao quá độ làm thận tinh hao tổn, hư hỏa nội sinh làm tân dịch càng khuy kiệt. Cuối cùng thận hư, phế táo, vị nhiệt dẫn đến tiêu khát.

+ **Dùng thuốc ôn táo kéo dài làm hao tổn tân dịch:** Ngày xưa nhiều người thích dùng phương thuốc “Tráng dương chí thạch”, là loại thuốc táo nhiệt, làm tổn hại chân âm và sinh ra tiêu khát. Các thuốc tráng dương khác cũng thường có tính ôn táo, dùng lâu ngày cũng sinh táo nhiệt, hao tổn tân dịch mà gây bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHĐĐ

3.1.1. Chẩn đoán đái tháo đường

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường (theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ- ADA) dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:**

- Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose: FPG) \geq 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ), hoặc: Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test: OGTT) \geq 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

- Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới: Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày.

- HbA1c \geq 6,5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

- Ở bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ \geq 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

- Nếu không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết (bao gồm tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân), xét nghiệm chẩn đoán a, b, d ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

- Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, nên dùng phương pháp đơn giản và hiệu quả để chẩn đoán đái tháo đường là định lượng glucose huyết tương lúc đói 2 lần \geq 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Nếu HbA1c được đo tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa quốc tế, có thể đo HbA1c 2 lần để chẩn đoán ĐTĐ.

3.1.2. Chẩn đoán tiền đái tháo đường

*** Chẩn đoán tiền đái tháo đường khi có một trong các rối loạn sau đây:**

- Rối loạn glucose huyết đói (impaired fasting glucose: IFG): Glucose huyết tương lúc đói từ 100 (5,6mmol/L) đến 125 mg/dL (6,9 mmol/L), hoặc

- Rối loạn dung nạp glucose (impaired glucose tolerance: IGT): Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống 75 g từ 140 (7.8 mmol/L) đến 199 mg/dL (11 mmol/L), hoặc

- HbA1c từ 5,7% (39 mmol/mol) đến 6,4% (47 mmol/mol).

Những tình trạng rối loạn glucose huyết này chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán

đái tháo đường nhưng vẫn có nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn của đái tháo đường, được gọi là tiền đái tháo đường (pre-diabetes).

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Thể vị âm hư tân dịch khuy tổn

- *Chứng hậu:* Miệng khô, họng táo, ăn nhiều, mau đói, đại tiện bí kết, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng hoặc trắng khô, mạch trầm huyền.

3.2.2. Thể vị âm hư, vị hoả vượng

- *Chứng hậu:* Khát nước, uống nhiều, ăn nhiều, mau đói, mệt mỏi, nóng trong, tiểu nhiều, nước tiểu vàng đục, đại tiện bí kết, chất lưỡi đỏ, rêu vàng khô, mạch sắc.

3.2.3. Thể khí âm lưỡng hư

- *Chứng hậu:* Miệng khô, họng táo, mệt mỏi, đoản khí, Lung gối mỏi yếu, hồi hộp trống ngực, đau ngực, tự hãn, đạo hãn, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, chân tay tê bì, giảm thị lực, lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng, mạch trầm vi.

3.2.4. Thể thận âm hư

- *Chứng hậu:* Miệng khát, mệt mỏi, đau lưng mỏi gối, ngũ tâm phiền nhiệt, ngủ ít, hay mê, đại tiện táo, nước tiểu vàng sẫm, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch trầm tế sắc.

3.2.5. Thể thận dương hư

- *Chứng hậu:* Miệng khát, không muốn uống nước, mệt mỏi, đoản khí, sợ lạnh, chân tay lạnh, tự hãn, phù thũng, sắc mặt xám nhợt, đại tiện lúc lỏng lúc táo, tiểu tiện nhiều, nước tiểu đục, liệt dương, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng khô, mạch trầm vi vô lực.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị bằng thuốc

4.1.1. Thuốc hoá dược

* **Các nhóm thuốc hạ glucose huyết đường uống và thuốc dạng tiêm không thuộc nhóm insulin:** Metformin, thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose (SGLT2i), Sulfonylurea, Glinides, Pioglitazon, Ức chế enzym alpha glucosidase, Ức chế enzym DPP- 4, Đồng vận thụ thể GLP-1, Insulin.

* **Insulin:** Insulin được sử dụng ở bệnh nhân ĐTĐ típ 1 và cả ĐTĐ típ 2 khi có triệu chứng thiếu insulin hoặc không kiểm soát được glucose huyết dù đã ăn uống luyện tập và phối hợp nhiều loại thuốc viên theo đúng chỉ dẫn. Ngoài ra ĐTĐ típ 2 khi mới chẩn đoán nếu glucose huyết tăng rất cao cũng có thể dùng insulin để ổn định glucose huyết, sau đó sẽ dùng các loại thuốc điều trị tăng glucose huyết khác.

* **Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị tùy theo mục tiêu điều trị và tình**

trạng bệnh nhân có thể khác nhau.

4.1.2. Thuốc YHCT

Chỉ định pháp điều trị và thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh, cụ thể:

4.1.2.1 Thể vị âm hư tân dịch khuy tổn

- Pháp điều trị: Dưỡng âm sinh tân.

- Phương:

Tăng dịch thang (Ôn bệnh điều biện) gồm: Huyền sâm 40g, Mạch môn 32g, Sinh địa 32g. Có thể gia giảm thêm một số vị thuốc khác như Cát căn, Thiên hoa phấn, Thạch斛. Ăn nhiều gia Ngọc trúc. Đại tiện bí kết gia Đại hoàng, Chỉ thực. Thấp nhiệt trở trệ gia Nhân trần, Trạch tả.

Có thể chỉ định phương thang khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.2 Thể vị âm hư, vị hỏa vượng

- Pháp điều trị: Tư âm thanh nhiệt.

- Phương:

Tăng dịch thang hợp Bạch hổ thang gia giảm: Huyền sâm 15g, Mạch môn 10g, Sinh địa 15g, Thạch cao 15g, Tri mẫu 15g, Thiên hoa phấn 15g. Vị nhiệt nhiều gia Hoàng liên, Chi tử. Đại tiện bí kết gia Đại hoàng, Mang tiêu. Âm hư nhiều bội liều Sinh địa, Mạch môn.

Có thể chỉ định phương thang khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.3 Thể khí âm lưỡng hư

- Pháp điều trị: Ích khí dưỡng âm.

- Phương:

Sinh mạch tán + Tăng dịch thang: Huyền sâm 40g, Mạch môn 32g, Sinh địa 32g, Nhân sâm 15g, Ngũ vị tử 8g. Gia các vị Cát căn, Sơn thù, Hoàng kỳ, Hoài sơn. Âm hư là chính gia Thạch斛, Ngọc trúc. Khí âm lưỡng hư kèm huyết ứ gia thêm: Đương quy, Đào nhân, Hồng hoa, Đan sâm. Chân tay tê bì gia Mộc qua, Ngưu tất. Thị lực giảm gia Cốc tinh thảo, Thanh tương tử, Cúc hoa. Có phù nhẹ gia Trạch tả, Xa tiền tử.

Có thể chỉ định phương thang khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.4. Thể thận âm hư

- Pháp điều trị: Tư bổ thận âm.

- Phương:

Lục vị địa hoàng hoàn: Thục địa 320g, Sơn thù 160g, Bạch linh 120g, Hoài sơn 120g, Trạch tả 120g, Đan bì 120g. Tán bột mật hoàn, mỗi hoàn 8 – 12g ngày

dùng 2 lần. Gia thêm các vị Thiên hoa phấn, Thạch học, Kỷ tử. Âm hư hỏa vượng nhiều gia Tri mẫu, Hoàng bá. Chân tay mỗi yếu gia: Ngưu tất, Câu tích. Giảm thị lực gia Cúc hoa. Hỏa vượng bốc lên gia Thiên ma, Câu đằng.

Có thể chỉ định phương thang khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.5. *Thể thận dương hư*

- Pháp điều trị: Bổ thận dương.

- Phương:

Thận khí hoàn: Sinh địa 320g, Sơn thù 160g, Bạch linh 120g, Phụ tử chế 40g, Hoài sơn 160g, Trạch tả 120g, Đan bì 20g, Quế chi 40g. Có thể gia giảm các vị: Kim anh tử, Khiếm thực, Hoàng kỳ, Thiên hoa phấn. Các vị tán bột, mật hoàn viên 8 – 12g, uống với nước muối nhạt.

Thận dương hư nhiều, có di tinh, liệt dương gia Ích trí nhân, Phú bồn tử. Kiên tỳ dương hư gia Đảng sâm, Bạch truật. Khí uất, thấp trở gia Sài hồ, Thạch vĩ. Âm dương khí huyết lưỡng hư gia Đương quy, Kỷ tử.

Có thể chỉ định phương thang khác phù hợp với pháp trị.

4.2. Điều trị không dùng thuốc

- Thay đổi lối sống: Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

- Luyện tập thể lực

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

- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2-3 lần (kéo dây, nâng tạ).

- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, thí dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút. Người còn trẻ nên tập khoảng khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.

4.3. Điều trị bằng các dịch vụ kỹ thuật YHCT

Tùy vào thể bệnh và các bệnh lý kèm theo có thể chỉ định thêm các kỹ thuật: Điện châm, Hào châm, Cây chỉ, Xoa bóp bấm huyệt, Thủy trị liệu, Xông hơi thuốc, Hỏa long cứu, ...

5. DINH DƯỠNG

- Dinh dưỡng cần được áp dụng mềm dẻo theo thói quen ăn uống của bệnh

nhân, các thức ăn sẵn có tại từng vùng miền. Tốt nhất nên có sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng.

- Chi tiết về dinh dưỡng sẽ được thiết lập cho từng bệnh nhân tùy tình trạng bệnh, loại hình hoạt động, các bệnh lý, biến chứng đi kèm.

- Các nguyên tắc chung về dinh dưỡng nên được khuyến cáo cho mọi bệnh nhân:

+ Bệnh nhân béo phì, thừa cân cần giảm cân, ít nhất 3-7% so với cân nặng nền.
+ Nên dùng các loại carbohydrat hấp thu chậm có nhiều chất xơ, không chà xát kỹ như gạo lứt, bánh mì đen, nui còn chứa nhiều chất xơ...

+ Đạm khoảng 1-1,5 gam/kg cân nặng/ngày ở người không suy chức năng thận. Nên ăn cá ít nhất 3 lần/tuần. Người ăn chay trường có thể bổ sung nguồn đạm từ các loại đậu (đậu phụ, đậu đen, đậu đỏ).

+ Nên chú trọng dùng các loại mỡ có chứa acid béo không no một nối đôi hoặc nhiều nối đôi như dầu ô liu, dầu mè, dầu lạc, mỡ cá. Cần tránh các loại mỡ trung chuyển (mỡ trans), phát sinh khi ăn thức ăn rán, chiên ngập dầu mỡ.

+ Giảm muối trong bữa ăn, còn khoảng 2300 mg Natri mỗi ngày.

+ Chất xơ ít nhất 15 gam mỗi ngày.

+ Các yếu tố vi lượng: nên chú ý bổ xung các yếu tố vi lượng nếu thiếu, thí dụ sắt ở bệnh nhân ăn chay trường. Dùng Metformin lâu ngày có thể gây thiếu sinh tố B12, nên chú ý đến tình trạng này nếu bệnh nhân có thiếu máu hoặc triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại vi.

+ Uống rượu điều độ: một lon bia (330 ml)/ngày, rượu vang đỏ khoảng 150-200ml/ngày.

+ Ngưng hút thuốc.

+ Các chất tạo vị ngọt: như đường bấp, aspartame, saccharin có nhiều bằng chứng trái ngược. Do đó nếu sử dụng cũng cần hạn chế đến mức tối thiểu.

6. TIÊN LƯỢNG, BIẾN CHỨNG

* **Điều trị các bệnh phối hợp và các biến chứng nếu có:** theo hướng dẫn chuyên môn của các bệnh và biến chứng đó. Một số biến chứng cần được phát hiện sớm:

- Bệnh thận do đái tháo đường: Ít nhất mỗi năm một lần, đánh giá albumin niệu và mức lọc cầu thận ở tất cả các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và ở tất cả các bệnh nhân có tăng huyết áp phối hợp.

- Bệnh võng mạc do đái tháo đường:

+ Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cần được khám mắt toàn diện, đo thị lực tại thời điểm được chẩn đoán bệnh ĐTĐ.

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

- Bệnh thần kinh do ĐTĐ: Tất cả bệnh nhân cần được đánh giá về bệnh thần kinh ngoại biên tại thời điểm bắt đầu được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 và 5 năm sau khi chẩn đoán bệnh tiểu đường típ 1, sau đó ít nhất mỗi năm một lần.

- Khám bàn chân:

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

+ Tất cả các bệnh nhân ĐTĐ nên được kiểm tra bàn chân vào mỗi lần khám bệnh.

7. DỰ PHÒNG

- Chế độ ăn uống hợp lí, cân đốikhông ăn quá nhiều thức ăn có năng lượng cao, hạn chế thức ăn nhiều đường

- Nếp sống năng động, tránh trì trệ

- Thực hiện tốt lối sống lành mạnh, hoạt động thể lực thường xuyên và hợp lý

- Giữ cân nặng ở mức tiêu chuẩn, không để tăng cân quá ngưỡng.

RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

Lipid là những phân tử kỵ nước khó tan trong nước. Lipid được tìm thấy trong màng tế bào, duy trì tính nguyên vẹn của tế bào và cho phép tế bào chất chia thành ngăn tạo nên những cơ quan riêng biệt.

Lipid là tiền thân của một số hormon và acid mật, là chất truyền tín hiệu ngoại bào và nội bào. Các lipoprotein vận chuyển các phức hợp lipid và cung cấp cho tế bào khắp cơ thể.

Lipid là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể, tham gia cung cấp 25%30% năng lượng cơ thể. 1g lipid cung cấp đến 9,1 kcal. Lipid là nguồn năng lượng dự trữ lớn nhất trong cơ thể, dạng dự trữ là mỡ trung tính triglycerid tại mô mỡ. Bình thường khối lượng mỡ thay đổi theo tuổi, giới và chủng tộc.

Nhu cầu về lượng chưa được chính xác, vào khoảng 1g/kg thể trọng ngày, nên dùng lượng lipid với 2/3 dầu thực vật (acid béo không bão hòa) và 1/3 mỡ động vật (acid béo bão hòa) với lượng cholesterol dưới 300 mg/ngày.

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn (tăng cholesterol hoặc tăng triglycerid, hoặc tăng LDL-c, hoặc giảm HDL-c...). RLLPM thường được phát hiện cùng lúc với một số bệnh lý tim mạch-nội tiết-chuyển hóa. Đồng thời RLLPM cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh lý này. Nguyên nhân của RLLPM có thể do nguyên phát như di truyền hoặc thứ phát do phong cách sống không hợp lý. Điều trị RLLPM thay đổi lối sống (tăng cường vận động thể lực, thay đổi chế độ ăn: hạn chế bia rượu, mỡ động vật...) hoặc dùng thuốc giảm lipid máu. Điều trị RLLPM góp phần vào điều trị bệnh nguyên của nhiều bệnh tim mạch, nội tiết, chuyển hóa.

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

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

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHĐ

2.1.1. Rối loạn lipid máu tiên phát

RLLPM tiên phát do đột biến gen làm tăng tổng hợp quá mức cholesterol (TC), triglycerid (TG), LDL-c hoặc giảm thanh thải TC, TG, LDL-c hoặc giảm tổng hợp HDLc hoặc tăng thanh thải HDL-L. RLLPM tiên phát thường xảy ra sớm ở trẻ em và người trẻ tuổi, ít khi kèm thể trạng béo phì, gồm các trường hợp sau:

- Tăng triglycerid tiên phát: Là bệnh cảnh di truyền theo gen lặn, biểu hiện lâm sàng thường người bệnh không bị béo phì, có gan lách lớn, cường lách, thiếu máu giảm tiểu cầu, nhồi máu lách, viêm tụy cấp gây đau bụng.

- Tăng lipid máu hỗn hợp: Là bệnh cảnh di truyền, trong gia đình có nhiều người cùng mắc bệnh. Tăng lipid máu hỗn hợp có thể do tăng tổng hợp hoặc giảm thoái biến các lipoprotein. Lâm sàng thường béo phì, ban vàng, kháng insulin, đái đường típ 2, tăng acid uric máu.

2.1.2. Rối loạn lipid máu thứ phát

Nguyên nhân của RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia-rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa. Các nguyên nhân thứ phát khác của RLLPM như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazid, corticoides, estrogen, chẹn beta giao cảm.

Tăng triglycerid thứ phát:

- Đái tháo đường: thường tăng triglycerid máu do hoạt tính enzyme lipoprotein lipase giảm. Nếu glucose máu được kiểm soát tốt thì triglycerid sẽ giảm sau vài tuần. Tăng TG máu là yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch ở người bệnh đái tháo đường

- Cường cortisol (Hội chứng Cushing): có tình trạng giảm dị hóa các lipoprotein do giảm hoạt tính enzyme lipoprotein lipase. Tình trạng này càng rõ hơn trong trường hợp kèm kháng insulin và đái tháo đường.

- Sử dụng estrogen: ở phụ nữ dùng estrogen thời gian dài, có sự gia tăng TG do tăng tổng hợp VLDL. Trong thai kỳ, nồng độ estrogen tăng cũng làm gia tăng TG gấp 2-3 lần và sẽ trở lại mức bình thường sau sinh khoảng 6 tuần.

- Nghiện rượu: làm rối loạn lipid máu, chủ yếu tăng triglycerid. Đặc biệt, rượu làm tăng đáng kể nồng độ triglycerid máu ở những người tăng sản TG nguyên phát hoặc thứ phát do các nguyên nhân khác. Hội chứng Zieve tăng TC máu, rượu chuyển thành acetat làm giảm sự oxyd hóa acid béo ở gan nên acid béo tham gia sản xuất TG gây gan nhiễm mỡ và tăng sản xuất VLDL, chức năng gan giảm dẫn đến giảm hoạt tính enzyme LCAT (Lecithin cholesterol acyltransferase: enzyme ester hóa

cholesterol) nên cholesterol ứ đọng trong hồng cầu làm vỡ hồng cầu gây thiếu máu tán huyết.

- Bệnh thận: trong hội chứng thận hư, tăng VLDL và LDL do gan tăng tổng hợp để bù và lượng protein máu giảm do thải qua nước tiểu. TG tăng do albumin máu giảm nên acid béo tự do gắn với albumin cũng giảm, acid béo tự do tăng gắn vào lipoprotein làm cho sự thủy phân TG của các lipoprotein này bị giảm.

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

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

- Ăn uống không điều độ, ăn quá nhiều đồ béo ngọt, uống nhiều rượu làm tổn thương tỳ, tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp đình trệ lâu ngày hóa đàm.

- Ít vận động thể lực (nằm nhiều hại khí, ngồi nhiều hại cơ nhục) gây tỳ khí hư suy.

- Can đờm thấp nhiệt, gây ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết, khí cơ bị trở ngại nên vận hành huyết và tân dịch không thông, khiến cho đàm thấp ứ lại mà gây bệnh.

- Thất tình (lo nghĩ hại tỳ, giận dữ hại can) làm can mộc vượng khắc tỳ thổ, tỳ thổ huyết dẫn đến sự vận hóa bị suy giảm mà sinh đàm thấp.

- Tiên thiên bất túc, thận dương hư không ôn ấm được tỳ dương, tỳ không vận hóa được thủy thấp, sinh đàm thấp.

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

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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán theo YHHT

3.1.1. Triệu chứng

Rối loạn lipid máu là bệnh lý sinh học, xảy ra sau một thời gian dài mà không thể nhận biết được, vì RLLPM không có triệu chứng đặc trưng. Phần lớn triệu chứng lâm sàng của rối loạn lipid máu chỉ được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, các ban vàng ở mi mắt, khuỷu tay, đầu gối,

RLLPM có thể gây viêm tụy cấp. RLLPM thường được phát hiện muộn trong nhiều bệnh lý khác nhau của nhóm bệnh tim mạch - nội tiết - chuyển hóa.

3.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/09/2014 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết – Chuyển hoá.

Định lượng bilan lipid: Để chẩn đoán chính xác RLLPM, cần phải lấy máu vào buổi sáng khi chưa ăn (khi đói). Các thông số thường được khảo sát: Cholesterol (TC) máu, Triglycerid (TG), LDL-Cholesterol (LDL-c), HDL-Cholesterol (HDL-c).

Chẩn đoán RLLPM được gợi ý khi có một số dấu chứng của RLLPM trên lâm sàng như thể trạng béo phì, ban vàng, các biến chứng ở một số cơ quan như TBMMN, bệnh mạch vành... Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm các thông số lipid khi có một hoặc nhiều rối loạn như sau:

- + Cholesterol máu > 5,2 mmol/L (200mg/dL)
- + Triglycerid > 1,7 mmol/L (150mg/dL)
- + LDL-cholesterol > 2,58mmol/L (100mg/dL)
- + HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40 mmol/L)

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Thể tỳ hư đàm thấp

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

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

3.2.2. Thể tỳ thận dương hư

Thường gặp ở người cao tuổi.

- Triệu chứng: Người cảm giác nặng nề, đầy chướng bụng, thừa cân, béo phì. Người lạnh, chân tay lạnh, sợ lạnh, sắc mặt nhợt, lưng gối đau mỏi, đại tiện nát, tiểu trong dài. Rêu lưỡi trắng dày, nhớt, lưỡi bệu, có vết hằn răng. Mạch trầm nhược.

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại tỳ, thận (tỳ thận dương hư).
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.2.3. Thể can thận âm hư

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

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư nhiệt.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can, thận (can thận âm hư).

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

3.2.4. Thể can uất tỳ hư

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

- Chẩn đoán bát cương: Lý hư trung hiệp thực.

- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại can, tỳ (can uất tỳ hư).

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

3.2.5. Thể thấp nhiệt nội kết

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

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.

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

- Chẩn đoán nguyên nhân: Thấp nhiệt.

3.2.6. Thể khí trệ huyết ứ

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

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị theo YHHĐ

4.1.1. Nguyên tắc điều trị

- Cần xác định RLLM là tiên phát hay thứ phát và điều trị theo nguyên nhân nếu có.

- Điều trị RLLM cần dựa trên phân tầng nguy cơ tim mạch đi kèm của người

bệnh để dự phòng các biến chứng do xơ vữa động mạch; lấy nồng độ LDL - C huyết tương là mục tiêu điều trị và lựa chọn nhóm thuốc hạ lipid máu dựa trên loại rối loạn lipid.

- Kiểm soát và loại bỏ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, kết hợp với điều chỉnh chế độ ăn, luyện tập và dùng thuốc khi có chỉ định.

- Đối với các trường hợp RLLM mức độ nhẹ, cần hướng dẫn và giáo dục bệnh nhân tuân thủ việc điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt trước khi dùng thuốc.

4.1.2. Điều trị cụ thể

4.1.2.1. Điều trị không dùng thuốc

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

- Chế độ ăn: Giảm mỡ động vật, hạn chế thức ăn chứa nhiều cholesterol như phủ tạng động vật, mỡ động vật... Tăng cường ăn dầu thực vật, cá nước ngọt, hoa quả tươi, rau, các thực phẩm có nhiều chất xơ. Chế độ ăn này cần phải được duy trì lâu dài cho dù người bệnh dùng thuốc hay không dùng thuốc.

- Chế độ sinh hoạt: Làm việc điều độ, tránh stress, tăng cường vận động, tập luyện, bỏ các thói quen có hại (uống nhiều rượu, bia, hút thuốc lá...).

4.1.2.2. Điều trị bằng thuốc

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

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

Lưu ý khi dùng thuốc:

- Trường hợp tăng cholesterol máu đơn thuần loại LDL - C cao: Ưu tiên dùng statin. Trường hợp tăng triglycerid máu đơn thuần hay tăng lipid máu hỗn hợp có triglycerid rất cao ưu tiên fibrat, sau khi triglycerid đã giảm xuống dưới 5,7mmol/L có thể dùng statin.

- Trước khi dùng thuốc hạ lipid máu cho người bệnh cần kiểm tra nồng độ creatinin, AST, ALT, CK trong máu. Dùng thuốc nếu trong quá trình điều trị men gan tăng gấp 3 lần so với trước điều trị, theo dõi và cân nhắc sử dụng một thuốc hạ lipid máu khác khi men gan của người bệnh trở về bình thường.

- Khi đã đạt được mức LDL-C mục tiêu, người bệnh vẫn phải được duy trì thuốc đều đặn hàng ngày cùng với các biện pháp không dùng thuốc.

- RLLM thứ phát cần phối hợp điều trị nguyên nhân và điều trị hạ lipid máu.

- Kiểm tra lại nồng độ lipid máu sau 4 đến 12 tuần điều trị.

4.2. Điều trị YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.1. Thể tỳ hư đàm thấp

- Pháp trị: Kiện tỳ, hóa đàm, trừ thấp.

- Bài thuốc:

+ Dùng bài *Bán hạ bạch truật thiên ma thang*:

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

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2 lần.

+ Hoặc dùng bài *Hương sa lục quân tử thang*:

Đảng sâm	12g	Chích cam thảo	04g
Phục linh	12g	Trần bì	08g
Bạch truật	12g	Bán hạ chế	08g
Mộc hương	06g	Sa nhân	06g.

Sắc uống mỗi ngày 01 thang, chia 2.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2. Thể tỳ thận dương hư

- Pháp trị: Ôn bổ tỳ thận.

- Bài thuốc: Hữu quy hoàn. Thục địa 320g

Đỗ trọng	160g
Hoài sơn	160g
Kỷ tử	160g
Sơn thù	160g
Thỏ ty tử	160g
Phụ tử chế	80g
Lộc giác giao	160g
Nhục quế	120g
Đương quy	120g

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

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.3. *Thể can thận âm hư*

- Pháp điều trị: Tư bổ can thận.

- Bài thuốc: Kỷ cúc địa hoàng thang. Thục địa 16g

Hoài sơn 12g

Sơn thù 12g

Trạch tả 12g

Đan bì 08g

Phục linh 08g

Kỷ tử 12g

Cúc hoa 12g.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.4. *Thể can uất tỳ hư*

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

- Bài thuốc: Tiêu dao tán. Sài hồ 12g

Đương quy 12g

Bạch thực 12g

Phục linh 12g

Bạch truật 12g

Cam thảo 06g

Bạc hà 06g

Sinh khương 04g.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.5. *Thể thấp nhiệt nội kết*

- Pháp điều trị: Thanh nhiệt lợi thấp.

- Bài thuốc: Tứ linh tán hợp Lục nhất tán. Bạch linh 15g

Trư linh 15g

Bạch truật 15g

Trạch tả 15g

Hoạt thạch 25g

Cam thảo 04g Tất cả các vị tán bột mịn, trộn đều, uống 12g - 18g/lần x 2 lần/ngày với nước ấm. Hoặc có thể làm thang sắc với liều thích hợp, mỗi ngày sắc 1 thang, uống chia 2 lần.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.6. Thể khí trệ huyết ú

- Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ú.

- Bài thuốc: Huyết phủ trục ú thang.

Đương quy 12g

Ngưu tất 12g

Sinh địa 12g

Xích thược 08g

Đào nhân 16g

Sài hồ 04g

Hồng hoa 12g

Cát cánh 06g

Xuyên khung 06g

Cam thảo 04g

Chỉ xác 08g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

5. DINH DƯỠNG

Chế độ ăn giảm mỡ động vật, hạn chế thức ăn chứa nhiều cholesterol như phủ tạng động vật, mỡ động vật... Tăng cường ăn dầu thực vật, cá nước ngọt, hoa quả tươi, rau, các thực phẩm có nhiều chất xơ. Chế độ ăn này cần phải được duy trì lâu dài cho dù người bệnh dùng thuốc hay không dùng thuốc.

6. TIÊN LƯỢNG, BIẾN CHỨNG

Rối loạn lipid máu không được điều trị có thể gây ra biến chứng ở các cơ quan:

- Một số dấu chứng đặc hiệu ở ngoại biên của tăng lipid máu: cung giác mạc, các ban vàng ở mi mắt, u vàng ở gân khuỷu tay, đầu gối, bàn tay, gót chân, màng xương.

- Một số dấu chứng nội tạng của tăng lipid máu: nhiễm lipid võng mạc (lipemia retinalis), gan nhiễm mỡ, có thể gây viêm tụy cấp.

- Xơ vữa động mạch: tổn thương động mạch có khẩu kính trung bình và lớn

như tổn thương động mạch vành gây nhồi máu cơ tim, tổn thương mạch máu não gây tai biến mạch não, tổn thương động mạch hai chi dưới gây viêm tắc thiếu máu hoại tử bàn chân.

7. DỰ PHÒNG

- Chế độ tiết thực hợp lý. Tránh các thực phẩm giàu cholesterol, không uống rượu bia, không hút thuốc lá.

- Tăng cường vận động-tập luyện thể lực và duy trì thường xuyên

- Nếu người bệnh thừa cân, béo phì cần phải giảm cân nặng.

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

- Xét nghiệm lipid máu định kỳ, nhất là đối với người có yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, béo phì...

- Điều trị tốt các bệnh lý nền gây RLLM thứ phát.

- Khi đã phát hiện có rối loạn lipid máu nên điều trị sớm.

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngủ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể có tính chất chu kỳ ngày đêm; trong đó toàn bộ cơ thể được nghỉ ngơi, tạm ngừng hoạt động tri giác và ý thức, các cơ bắp giãn mềm, các hoạt động hô hấp, tuần hoàn chậm lại. Giấc ngủ chất lượng tốt rất quan trọng đối với sức khỏe và chất lượng cuộc sống nói chung; thời gian ngủ ngắn (6h hoặc ít hơn trong khoảng 24h) hoặc thời gian ngủ dài (> 9h đến 10h mỗi 24h) đều có liên quan đến các kết quả bất lợi, bao gồm cả tử vong. Ở cấp độ dân số, thời gian ngủ tối ưu ở người trưởng thành để có sức khỏe tốt là 7 đến 9h, mặc dù có sự biến đổi giữa các cá nhân (theo hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) – năm 2015).

Tỉ lệ mắc của mất ngủ mạn tính là 9 – 15% dân số chung toàn thế giới. Ước tính là có 7% người trưởng thành bị mất ngủ mỗi năm và nữ có tỉ lệ cao hơn nam. Mất ngủ có thể là bệnh chính hoặc cũng có thể là một triệu chứng thứ phát của các bệnh lý khác; thường xảy ra hơn ở các cá nhân dễ bị tổn thương tâm lý, chịu nhiều căng thẳng, nhiều bệnh đi kèm hay có tiền căn gia đình, tiền căn bản thân từng bị mất ngủ.

Y học cổ truyền cho rằng, giấc ngủ là kết quả của sự giao hòa âm dương. Sách Nội kinh Linh Khu, thiên Khẩu vấn viết: “ Âm khí hết mà dương khí thịnh thì thức, dương khí hết mà âm khí đầy thì ngủ vậy”. Điều đó có nghĩa là, con người sau một ngày hoạt động, khí dương suy yếu, cần phải được nghỉ ngơi. Mất ngủ được mô tả trong chứng bệnh “ Thất Miên” theo y học cổ truyền, là tình trạng có thể là khó vào giấc ngủ hoặc dễ vào giấc nhưng trong đêm dễ thức giấc và không ngủ lại được; hoặc lúc ngủ, lúc tỉnh; hoặc thức trắng đêm không chợp mắt được. Thất miên do nhiều nguyên nhân gây ra và việc xác định các hội chứng bệnh Y học cổ truyền trong các lần thăm khám là rất quan trọng trong điều trị.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Y học hiện đại:

- Nguyên nhân: Yếu tố tâm lý- tâm thần chiếm 50% các trường hợp, bệnh lý các chuyên khoa và sử dụng thuốc điều trị chiếm 25% các trường hợp, nguyên phát (vô căn) chiếm 15% các trường hợp, Các nguyên nhân khác như vệ sinh giấc ngủ không đầy đủ... chiếm 10% các trường hợp. Một số yếu tố thuận lợi có thể gây ra chứng mất ngủ bao gồm trầm cảm, lo âu, thay đổi thời gian ngủ thức, phụ nữ, người lớn tuổi và những người có bệnh mạn tính như hen phế quản, COPD... Tuy nhiên, nguyên nhân ban đầu gây mất ngủ có thể không là nguyên nhân làm người bệnh tiếp tục có giấc ngủ kém chất lượng. Ví dụ, mất ngủ bắt đầu do sự kiện đột ngột (căng thẳng gia tăng tại nơi làm việc, hoặc mất việc, hoặc bệnh nặng...), nhưng khi sự kiện đã chấm dứt, tình trạng mất ngủ vẫn tiếp tục.

- Biểu hiện lâm sàng: rất đa dạng, từ khó vào giấc ngủ, khó duy trì, thức dậy sớm hoặc thức dậy nhiều lần vào ban đêm, mơ hoặc trắng đêm không ngủ. Đôi khi biểu hiện là các rối loạn ban ngày như: không thấy tỉnh táo hoặc thấy mệt sau khi thức dậy; không cảm thấy thư giãn sau một đêm ngủ, mệt mỗi ban ngày hoặc buồn ngủ; khó chú ý, tập trung vào các nhiệm vụ hoặc ghi nhớ, những lo lắng liên tục về giấc ngủ. Hoặc đôi khi là những biểu hiện trầm cảm hoặc lo âu.

2.2. Y học cổ truyền

- Nguyên nhân thường là do thất tình, thể chất yếu, bệnh lâu ngày, lớn tuổi, âm thực thất điều, ngoại nhân, ít gặp hơn là do chấn thương.

- Có nhiều hội chứng bệnh được ghi nhận có liên quan đến mất ngủ, trong đó có 3 hội chứng có tỉ lệ lên trên 50% gồm Tâm tỳ lưỡng hư, Tâm âm hư, Can uất hóa hỏa, kể đến là tâm thận bất giao, tâm đờm khí hư, Đàm nhiệt nội nhiệt, Can tỳ bất hòa. Cần chú ý, các nhóm mất ngủ theo y học hiện đại như mất ngủ điều chỉnh, mất ngủ do bệnh lý khác; sử dụng thuốc/ lạm dụng chất; vệ sinh giấc ngủ không đầy đủ, rối loạn giấc ngủ nguyên phát gây mất ngủ không xếp vào chứng bệnh Thất miên.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Y học hiện đại

3.1.1. Đánh giá người bệnh mất ngủ chủ yếu dựa trên lâm sàng đầy đủ bao gồm các nội dung chính sau đây:

- Bệnh sử cần đánh giá nhật ký giấc ngủ đầy đủ: Khó vào giấc ngủ, thường xuyên thức giấc hay thức dậy vào buổi sáng sớm, thói quen và lịch đi ngủ của người bệnh, môi trường ngủ và các triệu chứng suy giảm chức năng ban ngày liên quan đến mất ngủ. Đồng thời đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm Pittsburgh – Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) và đánh giá mức độ buồn ngủ chẳng hạn như Thang đo mức độ buồn ngủ Epworth.

- Tiền căn: y khoa, tâm thần, xã hội (căng thẳng do các tình huống gần đây, chẳng hạn như công việc mới, trường học mới, sự thay đổi mối quan hệ hoặc người thân yêu mất); các nhóm thuốc hóa dược đang được sử dụng (gồm chẹn beta, clonidine, theophylline, một số thuốc chống trầm cảm (ví dụ: protriptyline, fluoxetine), thuốc co mạch niêm mạc mũi (phenylephrine, pseudoephedrine) và các chất kích thích (caffeine, rượu, nicotine))

- Khám lâm sàng giúp chẩn đoán xác định một số bệnh lý nội khoa, tâm thần gây mất ngủ và chẩn đoán phân biệt hoặc giúp phân loại các nhóm mất ngủ.

- Cận lâm sàng chẩn đoán được chỉ định chủ yếu để làm rõ các rối loạn đi kèm nếu có nghi ngờ trên lâm sàng. Các cận lâm sàng có thể được xem xét bao gồm như đa ký giấc ngủ (Polysomnography), hình ảnh học (CT scan não, MRI não...)...

3.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

3.1.2.1 Mất ngủ mạn tính: tất cả 6 tiêu chí từ A – F phải được đáp ứng đầy đủ:

A. Người bệnh báo cáo hoặc cha mẹ hoặc người chăm sóc của người bệnh quan sát thấy một hoặc nhiều tình trạng sau đây:

1. Khó vào giấc ngủ
2. Khó duy trì giấc ngủ
3. Thức dậy sớm hơn mong muốn
4. Kháng cự lại việc đi ngủ theo lịch trình thích hợp
5. Khó ngủ nếu không có sự hiện diện của cha mẹ hoặc người chăm sóc

B. Người bệnh báo cáo hoặc cha mẹ hoặc người chăm sóc của người bệnh quan sát thấy một hoặc nhiều biểu hiện sau đây của tình trạng suy giảm chức năng ban ngày:

1. Mệt mỏi khó chịu
2. Suy giảm khả năng chú ý, tập trung hoặc trí nhớ
3. Suy giảm trong hoạt động xã hội, gia đình, công việc hoặc kết quả học tập kém

4. Tâm trạng xáo trộn/cáu kỉnh
5. Buồn ngủ vào ban ngày
6. Các vấn đề về hành vi (ví dụ: hiếu động thái quá, bốc đồng, hung hăng)
7. Giảm động lực/năng lượng sống/sáng kiến
8. Dễ xảy ra lỗi/tai nạn
9. Lo lắng hoặc không hài lòng về giấc ngủ

C. Rối loạn xảy ra mặc dù người bệnh có đủ cơ hội và hoàn cảnh thích hợp để ngủ (tức là dành đủ thời gian cho giấc ngủ và môi trường an toàn, tối, yên tĩnh, thoải mái).

D. Các biểu hiện mất ngủ và triệu chứng suy giảm chức năng ban ngày xảy ra ít nhất 3 lần mỗi tuần.

E. Các biểu hiện mất ngủ và triệu chứng suy giảm chức năng ban ngày đã xuất hiện ít nhất 3 tháng.

F. Không được giải thích rõ ràng hơn bởi một tình trạng khác.

3.1.2.2 Mất ngủ ngắn hạn:

- Chẩn đoán rối loạn mất ngủ ngắn hạn phải đáp ứng các tiêu chí tương tự như mất ngủ mạn tính ngoại trừ thời gian các triệu chứng xuất hiện dưới ba tháng (E).

- Nguyên nhân được cho là do những căng thẳng đáng kể mới xảy ra như đau

cấp tính, buồn khổ tinh thần... nhưng không được áp dụng để chẩn đoán. Thay vào đó, yếu tố chính giúp chẩn đoán là rối loạn giấc ngủ có phải là vấn đề trọng tâm của người bệnh. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, người bệnh có thể tiến triển thành rối loạn mất ngủ mạn tính.

3.1.2.3 *Mất ngủ khác*

- Chẩn đoán khi người bệnh có các triệu chứng mất ngủ nhưng không đáp ứng các tiêu chí của hai loại mất ngủ trên.

- Ngoài ra, ICSD-3 có nêu ra 2 chẩn đoán đặc biệt của rối loạn mất ngủ gồm:

+ Quá nhiều thời gian trên giường (Excessive time in bed) mô tả những người than phiền chỉ đơn độc mất ngủ với các đặc điểm như khó vào giấc hoặc thức giấc kéo dài trong ban đêm, nhưng không có phàn nàn về mất ngủ khác và không có các triệu chứng suy giảm chức năng ban ngày.

+ Người ngủ ít (Short sleeper) mô tả những người ngủ ít hơn 6 giờ mỗi đêm hoặc không ngủ/thức cả đêm và không có các triệu chứng suy giảm chức năng ban ngày.

3.1.2.4 *Lâm sàng theo ICD - 10:*

- Bệnh nhân phàn nàn về việc khó đi vào giấc ngủ, duy trì giấc ngủ hoặc ngủ không ngon giấc.

- Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất ba lần một tuần trong vòng ít nhất một tháng.

- Rối loạn giấc ngủ gây ra sự suy sụp rõ nét hoặc làm rối loạn hoạt động chức năng cá nhân trong cuộc sống hằng ngày.

- Không có nguyên nhân thực tồn như một bệnh lý thần kinh hoặc bệnh nội khoa, không có rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần hoặc một loại thuốc.

3.1.2.5 *Cận lâm sàng:*

- Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, viêm gan)

- Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma tuý, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

- Điện não đồ, lưu huyết não

- Đa kí giấc ngủ

- Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...), đánh giá trầm cảm (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), ...

- Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể

- Điện tâm đồ, XQ tim phổi, Siêu âm ổ bụng, CT, MRI

3.2. **Y học cổ truyền:**

Có nhiều hội chứng bệnh liên quan đến Rối loạn giấc ngủ, ở đây chỉ đưa ra một số hội chứng hay gặp tiêu biểu, các hội chứng bệnh khác tùy thuộc vào từng thể trạng và biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân mà có cách chẩn đoán phù hợp.

3.2.1. Can uất hóa hỏa

- Các triệu chứng Can khí uất bao gồm khó vào giấc ngủ, căng thẳng, hay cáu giận, huyễn vựng, đau đầu; vai và cổ căng, căng chướng thượng vị và hông sườn, buồn nôn, chóng mặt, ù tai; chu kỳ kinh nguyệt không đều; chất lưỡi bình thường hoặc tối, rêu trắng hoặc vàng mỏng; mạch huyền.

- Trong một số trường hợp, tình trạng Can khí uất lâu ngày hóa nội hỏa gây các triệu chứng như khát nước, vị đắng trong miệng, mắt đỏ, lưỡi đỏ rêu vàng dày. Mạch huyền sắc.

3.2.2. Phục nhiệt hung cách

- Ngủ không yên, tâm phiền, trằn trọc nhiều, thường xuyên thức giấc giữa đêm, đôi khi vã mồ hôi. Luôn cảm thấy lo lắng, bồn chồn và hơi cáu kỉnh; ngay cả khi ngồi cũng không thoải mái hoặc không thư thái. Vùng ngực có cảm giác đầy và như bị nghẹn chặn. Vùng thượng vị ngay dưới xương ức cảm thấy khó chịu và tắc nghẽn kèm ợ chua, ợ hơi và buồn nôn. Nằm xuống tăng mức độ khó chịu của các triệu chứng trên. Chất lưỡi đỏ (đầu và giữa lưỡi), rêu vàng dày. Mạch trầm tế sắc.

3.2.3. Tâm hỏa vượng

- Tinh thần bồn chồn, kích động, bốc đồng, mất ngủ và hay mơ, khó vào giấc. Tâm phiền, đánh trống ngực, khát, miệng đắng họng khô, loét miệng và lưỡi, đại tiện táo bón, tiểu vàng hoặc máu. Chất lưỡi màu đỏ với nhiều gai lưỡi đỏ ở đầu lưỡi, ít rêu. Mạch tế sắc.

3.2.4. Đàm nhiệt nội nhiễu

- Mất ngủ được đặc trưng bởi trằn trọc, khó vào giấc, ngủ mơ màng quá mức, đánh trống ngực trầm trọng hơn khi có lo lắng; đàm màu vàng; khó chịu và bồn chồn; chóng mặt, cảm giác nặng đầu; đầy ngực; kém ăn, ợ hơi, vị đắng trong miệng, buồn nôn, ói mửa; chất lưỡi đỏ có lớp rêu màu vàng nhớt. Mạch huyền hoạt sắc.

3.2.5. Can Tỳ bất hòa (Vị bất hòa)

- Mất ngủ kèm tinh thần ức uất hoặc phiền táo, dễ bị kích động; vị quản trướng đầy hoặc ách nghịch hoặc hai bên sườn đau căng không chịu nổi, sau nôn thì giảm đau; ợ hơi liên tục; nôn chua hôi, hơi thở hôi; tiêu lúc táo lúc nhão; rêu lưỡi trắng hoặc vàng dày nhớt. Mạch huyền hoạt.

3.2.6. Tâm huyết hư

- Mất ngủ dạng không khó vào giấc nhưng thức dậy sớm và không ngủ lại được; trí nhớ kém; hay lo lắng, hay mơ, ngủ dễ giật mình. Thể chất suy nhược, sắc mặt

kém tươi, mệt mỏi không muốn nói chuyện, hồi hộp, chóng mặt, hay quên, đánh trống ngực (rõ rệt hơn vào buổi tối). Môi nhợt nhạt, chất lưỡi nhạt, ít hoặc không rêu lưỡi. Mạch tế sắc.

3.2.7. Tâm âm hư

- Mất ngủ đặc trưng với thức dậy thường xuyên và ác mộng, cầu gắt và lo lắng, đánh trống ngực, khát nước với cảm giác thích uống nước lạnh, vị đắng trong miệng, loét miệng và lưỡi, nước da nóng và đỏ, nước tiểu đậm màu. Cảm giác nóng rõ rệt vào buổi tối như sốt nhẹ, nóng bừng mặt, đổ mồ hôi ban đêm (đạo hãn) và ngũ tâm phiền nhiệt. Chất lưỡi đỏ đặc biệt là ở đầu lưỡi với một lớp rêu màu vàng. Mạch trầm sắc.

3.2.8. Tâm Tỳ lưỡng hư (Tâm huyết và Tỳ khí hư)

- Mất ngủ kiểu Tâm huyết hư và có thể nặng trắng đêm không ngủ, mộng mị nhiều kèm đánh trống ngực thường nặng hơn vào ban đêm, lo lắng, hay quên, kém tập trung; chóng mặt, mờ mắt, mệt mỏi, ăn kém, đầy trướng bụng sau khi ăn, sắc da nhợt nhạt, dễ bị bầm tím, chất lưỡi nhạt với rêu màu trắng mỏng. Mạch tế nhược, vô lực.

3.2.9. Tâm Thận bất giao

- Mất ngủ thường xuyên thức dậy với đổ mồ hôi nóng, bồn chồn, khó chịu, đánh trống ngực, ngũ tâm phiền nhiệt (nóng bức ở ngực, lòng bàn tay và lòng bàn chân), đổ mồ hôi đêm (đạo hãn), khô miệng và cổ họng; chóng mặt, ù tai, hay quên; đau thắt lưng và gối; di tinh; lưỡi đỏ với rêu mỏng hoặc không rêu. Mạch tế sắc.

3.2.10. Tâm Đờm khí hư

- Mất ngủ và thường xuyên thức dậy vào ban đêm với việc không thể ngủ lại, lo lắng và đánh trống ngực; nhiều nổi ám ảnh, hoang tưởng, dễ khiếp sợ; khó thở, mệt mỏi, trầm cảm; đổ mồ hôi tự nhiên (tự hãn), chất lưỡi bình thường hoặc nhợt nhạt với lớp rêu trắng mỏng. Mạch hư vô lực.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Thuốc hóa dược:

4.1.1. Nguyên tắc điều trị

- Mất ngủ không thực tồn liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm sinh, đặc biệt rối loạn cảm xúc là nhân tố được coi là nguyên phát. Do vậy, trong điều trị có hai nhóm lớn: tâm lý (nhận thức-hành vi) và dược lý, hai nhóm này có thể kết hợp với nhau.

4.1.2. Nguyên tắc chọn thuốc:

- Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được

khuyến cáo nhiều hơn cả).

- Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả.
- Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện

4.1.3. Sơ đồ/ phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

4.1.4. Điều trị cụ thể

4.1.4.1 Liệu pháp tâm lý: Các liệu pháp tâm lý chủ yếu là giáo dục người bệnh chú ý vệ sinh giấc ngủ tốt:

- Chỉ đi ngủ khi buồn ngủ
- Tập thức ngủ đúng giờ
- Hàng sáng phải thức dậy vào một giờ nhất định, không phụ thuộc vào thời lượng đã ngủ đêm trước
- Không dùng cà phê, thuốc lá đặc biệt vào buổi tối
- Thiết lập chế độ tập luyện thể dục thể thao hằng ngày
- Không uống rượu vì rượu phá vỡ nhịp thức ngủ
- Sử dụng kỹ thuật thư giãn luyện tập

4.1.4.2 Liệu pháp hóa dược:

- Sử dụng các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu, thuốc chống trầm cảm trong điều trị mất ngủ, vì mất ngủ liên quan mật thiết với lo âu, trầm cảm.

- Các thuốc chống trầm cảm: Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác
- Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:
 - + Imipramin, liều 25 - 300 mg/24 giờ
 - + Amitriptylin, liều 25 - 300 mg/24 giờ
 - + Paroxetin, liều 20 - 80 mg/24 giờ
 - + Fluoxetin, liều 10 - 80 mg/24 giờ¹⁵²
 - + Fluvoxamin, liều 50 - 300 mg/24 giờ
 - + Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ
 - + Escitalopram, liều 10 - 20mg/24 giờ
 - + Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ
 - + Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ
 - + Mirtazapin, liều 15 - 60mg/24 giờ
 - + Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,... non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon...nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

- + Các thuốc an thần kinh: olanzapin, quetiapin...
- + Một số thuốc khác điều trị rối loạn giấc ngủ: melatonin ...
- + Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline,
- + Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...
- + Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả,), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

4.2. Thuốc YHCT:

4.2.1. Can uất hóa hỏa

- Pháp trị: sơ can khí, thanh Can hỏa, dưỡng tâm, an thần

- Bài thuốc: **Long đởm tả can thang**

Long đởm thảo	12g	Hoàng cầm	12g
Chi tử	12g	Trạch tả	12g
Mộc thông	6g	Xa tiền tử	9g
Sài hồ	12g	Đương quy	12g
Sinh địa	9g	Cam thảo	9g

Có thể dùng bài thuốc nghiệm phương (trích từ dược lý trị liệu thuốc nam – Bùi Chí Hiếu): Củ bình vôi 12g, Lạc tiên 8g, Lá vông nem 8g, lá sen 8g.

Chú ý: có thể dùng các chế phẩm làm sẵn có các thành phần trên.

4.2.2. Phục nhiệt hung cách:

- Pháp trị: Sơ Can khí, dưỡng Tâm, an thần

- Bài thuốc: **Trúc điệp thạch cao thang**. Bài thuốc này gốc Bạch hổ thang, bỏ Tri mẫu gia Trúc điệp, Bán hạ, Nhân Sâm, Mạch Môn để tăng cường ích khí, dưỡng âm, giáng nghịch chỉ ẩu.

Thạch cao	50g	Nhân sâm	12g
Mạch môn	12g	Bán hạ chế	9g
Trúc điệp	6g	Gạo tẻ	12g
Cam thảo	6g		

Có thể sử dụng bài thuốc nghiệm phương như mục trên để gia giảm.

4.2.3. Tâm hỏa vượng:

- Pháp trị: Thanh Tâm hỏa, An thần.

- Bài Thuốc: **Chu sa an thần hoàn.**

Chu sa: 1g, Hoàng Liên: 15g, Sinh địa: 12g, Đương quy: 12g, Chích thảo: 12g.
Có thể gia giảm thêm các vị như: Toan táo nhân, Liên tâm, Chi tử.

Có thể kết hợp dùng **Quy tỳ thang** đối với người già, kém sức.

4.2.4. Tâm âm hư

- Pháp trị: Bổ Tâm âm, thanh nhiệt, an thần.

- Bài thuốc: **Bá tử dưỡng tâm thang.**

Bá tử nhân	12g	Mạch môn	12g
Thạch xương bồ	12g	Huyền Sâm	12g
Cam thảo	9g	Kỉ tử	12g
Đương quy	12g	Phục thần	12g
Thục địa	12g		

Có thể cân nhắc gia thêm các vị: Long cốt, mẫu lệ, Liên tâm, ngũ vị tử...

Có thể dùng **Quy tỳ thang, thiên vương bổ tâm đan** để thay thế nếu không có đủ vị thuốc.

Có thể dùng thêm các chế phẩm của y học cổ truyền liên quan đến các bài thuốc trên

4.2.5. Tâm tỳ lưỡng hư: (Tâm huyết và tỳ khí)

- Pháp trị: Bổ tỳ khí, dưỡng Tâm huyết, an thần

- Bài thuốc: **Quy tỳ thang**

Nhân sâm (Đẳng sâm)	16g	Phục linh	16g
Bạch truật	16g	Cam thảo	12g
Đương quy	12g	Hoàng kỳ	16g
Long nhãn	12g	Toan táo nhân	12g
Viễn chí	8g	Mộc hương	6g
Sinh khương	12g	Đai táo	12g

Có thể sử dụng các chế phẩm y học cổ truyền liên quan đến bài thuốc trên.

Thầy thuốc có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các kỹ thuật YHCT:

4.3.1. Hào châm

Chọn phương huyết phù hợp với pháp trị từng thể bệnh, châm bình hoặc bổ tả tùy theo huyết và vị trí để phù hợp. Phương huyết tham khảo:

- Thể Can uất hóa hỏa:

Thần môn - an miên, Hợp cốc – thái xung, Nội quan – Đại Lăng, Phong Trì, Bách hội, Tứ thần thông.

- Phục nhiệt hung cách

Giản sử, đại lăng, Thiếu phủ, Cưu Vĩ, Cự khuyết, Thần môn, Chi Chính, Trung Quán, Thủy Phân, Phong Long, Thần Đình, Bách Hội, Phong Trì.

- Tâm hỏa vượng

Thần môn, An Miên, Thiếu Xung, Thiếu Phủ, Cưu Vĩ, Cự khuyết, Tam âm giao, Chiếu hải.

- Tâm âm hư

Thần Môn, An miên, Tâm du, Quyết âm du, Cự khuyết, Cưu vĩ, Âm khích, Tam âm giao, Phục lưu, Chiếu hải.

- Tâm tỳ lưỡng hư

Thần môn, An Miên, Tam âm giao, Tâm du, Quyết âm du, Tỳ du, Thái bạch, Phong Long, Cách du, Huyết hải, Nội Quan, Túc tam lý, Công tôn.

4.3.2. Cứu:

+ Công thức huyết tham khảo: theo công thức huyết của hào châm, có thể áp dụng đơn thuần cứu hoặc kết hợp cứu với kim châm (ôn châm) hoặc sử dụng chườm ngải/chườm dược liệu trong cả các hội chứng bệnh có biểu hiện hư hàn hoặc thực hàn. Đối với các bệnh thuộc thể nhiệt cần cân nhắc các huyết được sử dụng để cứu cho phù hợp với thể trạng từng bệnh.

+ Tác dụng điều trị: trấn tĩnh, an thần.

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

4.3.3. Nhĩ châm:

+ Công thức huyết: áp dụng các nguyên tắc chọn huyết trong nhĩ châm cụ thể gồm: Sinh lý bệnh y học hiện đại: Thần môn, Dưới vỏ, Nội tiết, Giao cảm. Sinh lý bệnh y học cổ truyền: Tâm (Tim), Can (Gan), Thận, Tỳ (Lách), Đờm (Túi mật), Vị (Dạ dày), Tam tiêu tùy theo hội chứng bệnh tương ứng Tương ứng bộ vị: nếu kèm bệnh lý vùng cơ thể như hen chọn huyết ngực, lưng, phổi...

+ Tác dụng điều trị: trấn tĩnh, an thần.

+ Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm là 1 liệu trình. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi

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

4.4.4. Điện châm:

+ Công thức huyết: áp dụng điện kết hợp trên các công thức huyết hào châm, nhĩ châm.

+ Tác dụng điều trị: trấn tĩnh, an thần.

+ Kỹ thuật: sử dụng dòng điện xung với dạng sóng liên tục, tần số thay đổi từ 2 - 50 Hz, thời gian từ 20 - 30 phút.

+ Liệu trình: mỗi ngày châm 1 lần, trung bình 10 lần châm cứu là 1 liệu trình, có thể thực hiện liệu trình châm liên tục với các dạng sóng kích thích, tần số khác nhau. Sau mỗi liệu trình ngưng 2 - 3 ngày, có thể lặp lại 2 - 3 liệu trình và đánh giá, theo dõi sự cải thiện triệu chứng của người bệnh.

4.4.5. Thủy châm

+ Công thức huyết: theo công thức huyết của hào châm tuy nhiên số lượng huyết thường dùng trong thủy châm từ 3 - 5 huyết, trong đó chú ý các nhóm Bồi dưỡng huyết, Lục tổng huyết.

+ Tác dụng điều trị: trấn tĩnh, an thần.

4.4.6. Cây chỉ

+ Công thức huyết: tương tự hào châm. Nên được kết hợp cùng với châm cứu để tăng hiệu quả điều trị. Cây chỉ được thực hiện 7 - 10 ngày/ lần, 7 lần là 1 liệu trình.

4.4.7. Xoa bóp bấm huyết:

+ Xoa bóp bấm huyết vùng đầu, cổ gáy và lòng bàn chân: thực hiện các thủ thuật xoa, sát, miết, phân, day, ấn, bấm, bóp, lăn, vỗ. Day, ấn, bấm các huyết như trong công thức huyết hào châm.

+ Mỗi lần xoa bóp bấm huyết từ 20 đến 30 phút, ngày một lần, một liệu trình 10 đến 15 lần.

4.4.8. Ngâm thuốc y học cổ truyền

+ Người bệnh phải được khám, chẩn đoán và theo dõi khi được chỉ định ngâm thuốc y học cổ truyền cục bộ hoặc toàn thân.

+ Mục đích: trấn tĩnh, an thần.

+ Kiểm tra nhiệt độ của nước ngâm 25 - 39°C tùy từng thể trạng người bệnh và

chỉ định điều trị để điều chỉnh, ngâm vào nước thuốc ấm 20 - 30 phút. Khi ngâm cục bộ 2 chân, nước thuốc ngâm không vượt quá 2 mắt cá chân. Trong quá trình ngâm, tự xoa bóp vùng chân ngâm để tăng hiệu quả, sau khi ngâm xong, lau khô 2 chân.

+ Ngày ngâm từ 1 - 2 lần, mỗi lần 20 - 30 phút tùy theo mức độ bệnh và 1 liệu trình ngâm từ 5 - 10 ngày. Có thể thực hiện nhiều liệu trình điều trị tùy theo đánh giá của bác sĩ.

4.4.9. Thực dưỡng

Chế độ dinh dưỡng cần được thiết lập đủ lượng và chất, phù hợp với từng người bệnh cụ thể có các bệnh nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu,...động thời chú ý các nguyên tắc thực dưỡng theo lý luận y học cổ truyền trong từng hội chứng bệnh như sau:

Đối với các hội chứng âm huyết hư (Tâm âm hư, Tâm huyết hư, Tâm Thận bất giao)

+ Hạn chế sử dụng: cà phê, rượu vang đỏ, gia vị chất; hạn chế thức ăn quá nóng phương pháp làm nóng thức ăn.

+ Nên sử dụng thực phẩm trung tính hoặc tính mát như bồ câu, hàu, bạch tuộc, cá rô, cá chép, cải bó xôi, rau mầm, cà chua, rau cần tây, cà rốt, quả nhãn, nho đỏ, cherry, lê, sữa dê, sữa bò, gạo, yến mạch, lúa mì, mè đen, hạt óc chó. Tâm hỏa vượng: ngoài các hạn chế trên, khuyên dùng dưa hấu, chanh, rau xà lách, cà chua, bồ công anh, trà đen, trà xanh, sữa chua để giúp thanh nhiệt tả hỏa.

Đối với các hội chứng tích nhiệt và đàm bên trong cơ thể (phục nhiệt hung cách, đàm nhiệt nội nhiễm).

+ Hạn chế sử dụng các thực phẩm sinh đàm, thấp (các sản phẩm từ sữa, chuối, thức ăn nhiều dầu mỡ, thức ăn nhanh, đồ béo ngọt, thức ăn sống lạnh, xà lách, trái cây mát, lạnh, trái cây họ cam và nước ép, thức ăn trữ đông hoặc làm nóng thức ăn trong lò vi sóng) cũng như thói quen ăn uống không điều độ (ăn quá sớm, ăn quá muộn, ăn quá nhiều, ăn quá ít,...)

+ Nên sử dụng thực phẩm trung tính hoặc tính mát.

Đối với các hội chứng liên quan Can và Vị (Can uất hóa hỏa, Can Tỳ bất hòa, Tâm Đờm khí hư).

+ Hạn chế sử dụng: Cà phê, Rượu, chất bảo quản, đường.

+ Nên sử dụng một số thực phẩm như tôm, gan gà, gan bò, gan heo, rau su hào, củ cải, hẹ, cần tây, rong biển, gừng, tỏi, tiêu, ớt (những gia vị chỉ nên được sử dụng với số lượng nhỏ), lá kinh giới giúp tán khí uất kết. Trái cây gồm các loại hạt và hạt mè đen.

Đối với các hội chứng liên quan đến Tỳ khí hư:

+ Cần lưu ý hạn chế các loại trái cây và rau quả sống có tính hàn như dưa, cam, chuối, kiwi, dưa hấu, chanh, dưa leo, rau sống, cà chua, đồ uống lạnh, đá lạnh, nước khoáng, các loại nước ép, trà đen, trà xanh, bia làm từ lúa mì, sữa chua, phô mai, kem tươi.

4.4.10. Âm nhạc trị liệu

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng âm nhạc có thể làm tăng sự thoải mái và giảm lo lắng, giúp cải thiện giấc ngủ. Tuy nhiên, việc lựa chọn âm nhạc cần tùy thuộc vào nhiều yếu tố như lứa tuổi, giới tính, sở thích,... Một trong những đồng thuận là nên lựa chọn âm nhạc quen thuộc của từng cá thể người bệnh và phù hợp với văn hóa. Việc kê đơn âm nhạc và thiết lập các khía cạnh cụ thể của các yếu tố âm nhạc đòi hỏi phải có kiến thức và tham khảo ý kiến của các chuyên gia đã phân tích thể loại, độ phức tạp và tiết tấu

4.4. Điều trị bằng các kỹ thuật Phục hồi chức năng

+ Nhóm nhiệt nông: Hồng ngoại được sử dụng để làm ấm chân và dễ ngủ, có thể chiếu đèn hồng ngoại kết hợp massage mu bàn chân. Thời gian chiếu khoảng 15 – 30 phút, ngày 1 -2 lần.

+ Nhóm nhiệt sâu: Điện từ trường vùng đầu: thời gian 10 -20 phút/ lần

+ Nhóm ánh sáng: Laser công suất thấp nội mạch, thời gian 30 phút/ lần.

5. TIÊN LƯỢNG:

Mất ngủ không được điều trị có thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng như suy giảm khả năng tập trung, trí nhớ kém; tác động xấu đến các mối quan hệ gia đình và xã hội; giảm chất lượng cuộc sống; tăng tỉ lệ trầm cảm lo âu; tăng nguy cơ gặp tai nạn giao thông và tai nạn lao động trong công việc; tăng tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch, chuyển hóa, ung thư... tỷ lệ tử vong tăng rõ rệt đối với những người ngủ ít hơn 5 giờ mỗi đêm. Do vậy, điều trị mất ngủ giúp cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

6. PHÒNG BỆNH

6.1. Theo Y học hiện đại

- Giáo dục lối sống: thực hiện các yếu tố vệ sinh giấc ngủ tốt sau đây:
- Giữ cho giờ đi ngủ và giờ thức dậy đều đặn, không dành nhiều thời gian trên giường hơn mức cần thiết.
- Tránh nằm ngủ vào buổi sáng.
- Tránh ngủ trưa dài vào ban ngày: nên ngủ ngắn dưới 1 giờ và tránh ngủ trưa sau 3 giờ chiều.
- Giữ một lịch trình ban ngày đều đặn; thời gian thường xuyên cho bữa ăn,

thuốc men, công việc và các hoạt động khác giúp giữ cho đồng hồ bên trong cơ thể hoạt động trơn tru.

- Không đọc, viết, ăn, xem tivi, nói chuyện điện thoại... trên giường.
- Tránh chất caffeine sau bữa trưa; tránh uống rượu trong vòng 6 giờ trước khi đi ngủ; tránh nicotine trước khi đi ngủ.

6.2. Theo Y học cổ truyền

Đối với chứng bệnh Thất miên, nguyên nhân được đề cập phần nhiều do tình chí mất điều hòa, âm thực thất điều, bệnh lâu ngày, chấn thương, thể chất yếu mà gây nên, ngoại nhân (hỏa nhiệt tà). Do đó, để dự phòng chứng bệnh Thất miên, cần lưu ý một số vấn đề sau:

- Chú trọng điều dưỡng tinh thần: giận, lo nghĩ, sợ hãi là 3 loại tình chí góp phần chính yếu gây mất ngủ. Do vậy, cần luyện tập tinh thần quân bình, nhanh chóng có hướng xử lý khi xuất hiện sự thái quá của các loại tình chí này.

- Chú ý rèn luyện thân thể, hạn chế lối sống tĩnh tại, tránh làm việc quá sức, nghỉ ngơi kết hợp làm việc khoa học; tình dục điều độ để tăng cường thể chất, chính khí.

Ăn uống đủ chất, điều độ, ăn vừa phải, không quá no không quá đói, hạn chế các thực phẩm ngọt, béo, bia rượu... là những loại thực phẩm dễ sinh nhiệt.

ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI SAU ĐỘT QUY

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1970, đột quy là “Các dấu hiệu rối loạn chức năng của não, khu trú hoặc toàn thể, phát triển nhanh, kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu”. Định nghĩa này cho đến nay vẫn còn được sử dụng nhiều. Tuy nhiên, năm 2023 Hội đồng Đột quy Hoa Kỳ đã đề xuất cập nhật định nghĩa đột quy của thế kỉ XXI, theo đó “đột quy là một tình trạng chết tế bào não, tùy sống hoặc tế bào vãng mạc do thiếu máu cục bộ, dựa trên bằng chứng bệnh lý hoặc hình ảnh học, có hoặc không có các triệu chứng lâm sàng”.

Đột quy bao gồm đột quy thiếu máu não và đột quy xuất huyết não. Trong đó đột quy thiếu máu não chiếm đa số với tỷ lệ từ 62,4% đến 87%. Các triệu chứng đột quy thoáng qua, điển hình là kéo dài < 1 giờ, mà không có bằng chứng nhồi máu não cấp dựa trên chụp cộng hưởng từ được gọi là cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (Transient ischemic attack – TIA). Ước tính có khoảng 7,5-17,4% người bệnh TIA sẽ bị đột quy trong 3 tháng tới.

Trong các tài liệu của Y học cổ truyền không có khái niệm đột quy não. Tuy nhiên đột quy não có nhiều biểu hiện tương đồng với bệnh danh “trúng phong” theo Y học cổ truyền. Trong đó “Trúng” có nghĩa là đột ngột, không báo trước, “Phong” là diễn tiến nhanh, các triệu chứng thay đổi nhanh.

Trúng phong là bệnh cảnh phát sinh cấp, đột ngột và thường rất nặng, người bệnh đột ngột té ngã, bán thân bất toại, miệng méo lệch, nói khó. Giai đoạn sau (hậu) trúng phong có nhiều vấn đề tương đồng với Y học hiện đại như bán thân bất toại, ma mịch, nuy chứng... Theo y văn Y học cổ truyền, những triệu chứng về trúng phong được nhắc đến đầu tiên trong Nội kinh với các tên gọi khác nhau: đại quyết, bạc quyết, thiên khô, phi phong... Nội kinh mô tả nhiều triệu chứng một cách chi tiết, nhưng tại thời điểm đó không có thuật ngữ hay bệnh danh cụ thể chính xác về đột quy.

Đến khoảng 400 năm sau Nội kinh, danh y Trương Trọng Cảnh đã đặt ra thuật ngữ “Trúng phong” trong y thư Kim Quỹ Yếu Lược, đưa ra luận thuyết về nội hư tà trúng, phân tích có hệ thống nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng lâm sàng. Đồng thời căn cứ vào mức độ nặng nhẹ chia ra làm 4 thể: trúng lạc, trúng kinh, trúng phủ, trúng tạng. Đời Minh Thanh về sau có hiểu biết tiến bộ hơn về trúng phong, Lý Trung Tử phân trúng phong thành Bế chứng và Thoát chứng. Đây được xem là triệu chứng nguy hiểm của trúng phong.

Hội nghị kết hợp Đông Tây y về bệnh não tại Trung Quốc năm 1992 đã đưa ra định nghĩa trúng phong: Trúng phong là một bệnh do chân âm khuỵu tổn, khí huyết hư, khi gặp các nguyên nhân như lao luyện nội thương, ưu tư, tức giận, ăn uống không điều độ, uống nhiều rượu làm cho âm dương của các tạng phủ mất điều hòa, khí huyết nghịch loạn phạm vào não làm cho mạch máu não bị bế trở hoặc huyết tràn ra ngoài mạch. Lâm sàng biểu hiện bằng các triệu chứng đột ngột té ngã, bán thân bất toại, mồm méo, mắt lệch, nói khó hoặc không nói được, chi thể tê bì. Bệnh khởi phát cấp tính, diễn tiến nhanh, thường ở người cao tuổi. Căn cứ vào nguyên nhân và cơ chế bệnh phân thành trúng phong thể xuất huyết và trúng phong thể nhồi máu.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHĐ

Đột quy thiếu máu não (Ischemic stroke): Đột quy thiếu máu não hay còn gọi là nhồi máu não là tình trạng rối loạn chức năng thần kinh do nhồi máu khu trú ở não, tuỷ sống hoặc võng mạc. Nguyên nhân nhồi máu não có thể chia thành 3 nhóm nguyên nhân chính bao gồm đột quy do huyết khối (Thrombotic stroke), đột quy do cục tắc (Embolic stroke) và đột quy do huyết khối xoang tĩnh mạch não (Cerebral venous thrombosis). Đột quy do huyết khối xảy ra do nguyên nhân nứt vỡ mảng xơ vữa động mạch và hẹp động mạch hoặc do các nguyên nhân khác như bệnh lý tăng đông, hồng cầu hình liềm, loạn sản xơ cơ, bóc tách động mạch, co mạch liên quan đến chất kích thích. Đột quy do cục tắc xảy ra thường do cục tắc từ tim như các bệnh lý van tim, nhồi máu cơ tim, rung nhĩ, bệnh cơ tim dẫn nở, suy tim sung huyết nặng và u nhầy nhĩ trái.

Thông thường chức năng não sẽ ngừng nếu tình trạng thiếu oxy kéo dài hơn 60 đến 90 giây và mô não sẽ chết nếu thiếu oxy trong hơn 3 giờ. Cụ thể hơn, sự tiến triển của mô não đến nhồi máu não không hồi phục phụ thuộc vào lưu lượng dòng máu và thời gian thiếu tưới máu.

Đột quy xuất huyết não (Hemorrhagic stroke): Đột quy xuất huyết não bao gồm xuất huyết trong não (Intracerebral hemorrhage–ICH) và xuất huyết dưới nhện (Subarachnoid hemorrhage–SAH). Đột quy xuất huyết trong não bao gồm các dấu hiệu lâm sàng phát triển nhanh chóng của rối loạn chức năng thần kinh do tụ máu khu trú trong nhu mô não hoặc hệ thống não thất mà không phải do chấn thương. Đột quy xuất huyết dưới nhện bao gồm các dấu hiệu rối loạn chức năng thần kinh và hoặc đau đầu phát triển nhanh chóng do chảy máu vào khoang dưới nhện (khoảng trống giữa màng nhện và màng mềm của não hoặc tuỷ sống), không phải do chấn thương.

Tăng huyết áp là nguyên nhân phổ biến nhất của đột quỵ xuất huyết. Bệnh mạch máu thoái hóa dạng bột ở não là 1 nguyên nhân quan trọng gây xuất huyết não thùy nguyên phát ở người cao tuổi.

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

2.2.1. Đàm thấp

Cơ chế bệnh liên quan giữa đàm thấp và đột quỵ là:

- Tỳ thất kiện vận, đàm trọc nội sinh: ăn nhiều đồ béo, uống rượu nhiều sẽ làm hư tổn Tỳ vị. Tỳ mất đi chức năng vận hoá sẽ sinh đàm trọc, uất tắc lâu ngày sẽ hoá nhiệt. Đàm nhiệt cùng kết hợp nhau làm ủng tắc kinh mạch, che mờ thanh khiếu.

- Can vượng uất kết, khắc phá Tỳ thổ mà sinh đàm trọc, hoặc do Can uất hoá hoả, thiêu đốt tân dịch thành đàm.

2.2.2. Phong

Cơ chế trúng phong theo Y học cổ truyền thì yếu tố chính là nội phong. Tuy nhiên, ngoại phong xâm phạm cơ thể, có thể dẫn động nội phong; ngược lại, nội phong lâu ngày không khỏi, khiến chính khí bất túc, cũng có thể dẫn đến ngoại phong tấn công mà sinh bệnh. Trong giai đoạn hậu trúng phong, các yếu tố nội phong vẫn có thể tồn tại do nội phong là biến hoá cơ chế sinh bệnh của âm dương khí huyết tạng phủ thất điều, khiến dương khí trong cơ thể quá thịnh, dẫn đến hình thành các triệu chứng có tính chất dao động, giống đặc tính của phong, như hoa mắt, chóng mặt, co giật...

2.2.3. Khí hư và huyết ứ

Khí hư mạn tính có thể gây ra tình trạng trống rỗng chung của tất cả các kinh mạch, vì vậy kinh mạch dễ xâm nhập bởi các yếu tố khác, chẳng hạn như đàm. Điều này làm kinh mạch bị tắc trở và dẫn đến các triệu chứng giống như trúng phong.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

Một số hội chứng phổ biến:

- Hội chứng tuần hoàn não trước: yếu liệt nửa người, rối loạn cảm giác, mất ngôn ngữ, rối loạn chức năng cơ vòng.

- Hội chứng tuần hoàn sau: Rung giật nhãn cầu, nhìn đôi, hội chứng tiểu não.

- Hội chứng thân não.

- Hội chứng lỗ khuyết.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

- *Phong*: Bán thân bất toại, tay chân tê dại, lưỡi vẹo, nói ngọng, lưỡi bệu, dính

nhớt, rêu trắng dày, mạch huyền hoạt hoặc phù hoạt.

- *Đàm*: Bán thân bất toại, người béo mập, ma mộc, mạch hoạt.

- *Khí hư huyết ú*: Bán thân bất toại, tê bì, đau các khớp, lưỡi tím, có ú điểm, mạch tế sáp hoặc vô lực.

- *Can thận âm hư*: Bán thân bất toại, đau lưng, mỏi gối, đạo hãn, ù tai, táo bón, lưỡi đỏ, không rêu hoặc rêu vàng khô, mạch huyền sắc.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị thuốc

4.1.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc tăng cường nuôi dưỡng thần kinh: Cerebrolysin...

- Thuốc điều trị bệnh kèm theo:

+ Thuốc điều trị huyết áp: Savi irbesartan 75mg, Ebitac forte...

+ Thuốc điều trị đái tháo đường: Glizym-M...

+ Thuốc điều trị Rối loạn lipid máu: Crestor 5,10,20mg...

4.1.2. Thuốc YHCT

Điều trị phù hợp với thể lâm sàng YHCT

4.1.2.1. Phong đàm

- Phép trị: Kiên tỳ, trừ đàm.

- Bài thuốc: Bán hạ bạch truật thiên ma thang.

Bán hạ chế 9g

Thiên ma 18g

Phục linh 18g

Bạch truật 18g

Trần bì 18g

Cam thảo 3g

Đại táo 3 quả

Gừng tươi 3-4 lát

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.2. Đàm thấp

- Phép trị: Kiện tỳ, hóa thấp, trừ đàm.

- Bài thuốc: Bổ dương hoàn ngũ thang

Sinh Hoàng kỳ	40-160g
Xích thược	6g
Đương quy vĩ	8g
Địa long	4g
Xuyên khung	4g
Đào nhân	4g
Hồng hoa	4g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.3. Khí hư huyết ứ

- Phép trị: Bỏ khí, hoạt huyết khứ ứ, thông kinh lạc.

- Bài thuốc: Bỏ dương hoàn ngũ thang. Sinh Hoàng kỳ 40-160g

Xích thược	6g
Đương quy vĩ	8g
Địa long	4g
Xuyên khung	4g
Đào nhân	4g
Hồng hoa	4g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.1.2.4. Can thận âm hư

- Phép trị: Tư âm bổ can thận

- Bài thuốc: Lục vị địa hoàng thang.

Thục địa	32g
Hoài sơn	16g
Sơn thù	16g
Mẫu đơn bì	12g
Bạch linh	12g
Trạch tả	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2. Điều trị bằng các DVKT

4.2.1. Các DVKT YHCT

4.2.1.1. Điện châm

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:

- Huyết chung: Bách hội, Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương trì, Hợp cốc, Phong thị, Phục thỏ, Lương khâu, Túc tam lý, Giải khô Huyết hải, Âm lăng tuyền, Thái khô, Tam âm giao, Can du, Thận du, Huyền chung, Dương lăng tuyền, Bát tà, Bát phong.

- Liệt mặt: Địa thương, Giáp xa, Quyền liêu, Thừa tương bên liệt.

- Nói ngọng: Liêm tuyền, Bàng liêm tuyền 2 bên.

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

Các hình thức châm cứu khác có thể áp dụng: Theo kinh nghiệm lâm sàng, giai đoạn liệt mềm của giai đoạn đầu của tai biến có thể châm theo phương pháp tinh não khai khiếu, rất hiệu quả cho bệnh nhân. Ngoài ra còn châm theo nguyên uỷ và bám tận của cơ, rất hiệu quả.

4.2.1.2. Thủy châm

- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyết: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.2.1.3. Cây chỉ

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

4.2.2. Các DVKT PHCN

Tùy tình trạng người bệnh, lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật PHCN phù hợp, kết hợp đa ngành trong điều trị:

4.2.2.1. Vật lý trị liệu

- Kích thích cơ: Điều trị bằng các dòng điện xung.

- Điều trị tình trạng đau khớp vai ở NB liệt nửa người: Siêu âm, sóng ngắn, xung kích, ...

4.2.2.2. Vận động trị liệu

- Tập vận động thụ động, tập vận động trợ giúp, tập vận động có kháng trở.

- Kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người, Kỹ thuật tập đứng và đi cho người bệnh liệt nửa người.

- Tập với các dụng cụ trợ giúp: xe đạp tập, thanh song song, ròng rọc, dụng cụ quay khớp vai...

4.2.2.3. Hoạt động trị liệu

- Tập tri giác và nhận thức.

- Tập sử dụng xe lăn.

4.2.2.4. Ngôn ngữ trị liệu

- Tập cho người thất ngôn.

- Tập nuốt.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ như: Huyết áp, đường máu, lipid máu...

- Thay đổi lối sống: Ăn nhạt, giảm lượng rượu, bỏ thuốc lá, tăng cường vận động thể lực.

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.

ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não gây tổn thương giải phẫu nhu mô não, gây ảnh hưởng tạm thời hoặc vĩnh viễn chức năng của bộ não. Chẩn đoán lâm sàng thường chỉ là nghi ngờ và cần xác định bằng chẩn đoán hình ảnh (chủ yếu là CT). Điều trị ban đầu bao gồm đảm bảo đường thở thông thoáng và duy trì thông khí, cung cấp oxy đầy đủ và duy trì huyết áp. Những bệnh nhân có tổn thương nặng thường cần phải được phẫu thuật để đặt monitor theo dõi và điều trị tăng áp lực nội sọ, giải tỏa não nếu áp lực nội sọ tăng, hoặc lấy bỏ khối máu tụ nội sọ. Trong vài ngày đầu sau chấn thương, duy trì tưới máu não và cung cấp oxy đầy đủ, phòng ngừa các biến chứng là điều quan trọng. Sau đó, nhiều bệnh nhân cần được phục hồi chức năng.

Phạm trò bài viết đề cập nội dung chấn thương sọ não gây yếu liệt, liệt nửa, giảm mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHĐ

Chấn thương sọ não thường do các nguyên nhân sau:

- Tai nạn lao động.
- Té ngã (đặc biệt ở người già và trẻ nhỏ), bị đánh.
- Tai nạn xe máy và các nguyên nhân liên quan đến giao thông khác (ví dụ: tai nạn khi đi xe đạp, va chạm với người đi bộ)
- Hoạt động thể thao (ví dụ, những chấn động liên quan đến thể thao).

Những chấn thương ảnh hưởng sọ não gây tổn thương giải phẫu nhu mô não, có thể gây ảnh hưởng tạm thời hoặc vĩnh viễn chức năng của bộ não tại vị trí va chạm, ở vị trí đối diện hoặc lan tỏa; thùy trán và thùy thái dương là những vị trí đặc biệt dễ bị tổn thương của loại chấn thương này. Các sợi trục, mạch máu hoặc cả hai có thể bị cắt hoặc rách, dẫn đến tổn thương sợi trục lan tỏa. Chảy máu từng đợt gây tụ máu, chảy máu trong não hoặc dưới nhện, và tụ máu ngoài màng cứng hoặc dưới màng cứng.

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

Bất nội ngoại nhân: Làm huyết ú kinh mạch không thể tiêu tan, hoặc bài xuất ngay ra ngoài ảnh hưởng hệ thống kinh lạc gây yếu hoặc liệt tùy theo mức độ và vị trí tổn thương.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Khởi phát đột ngột sau chấn thương.

- Giảm mức độ ý thức.

- Dấu hiệu thần kinh khu trú:

+ Vận động: liệt nửa người, nuốt khó, rối loạn thăng bằng.

+ Rối loạn ngôn ngữ: khó nói, khó diễn đạt, khó đọc, khó viết, khó tính toán.

+ Cảm giác: rối loạn cảm giác từng phần hoặc toàn bộ nửa người.

- Đau đầu dữ dội, buồn nôn hoặc nôn.

- Rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần xấu đi (ví dụ: có vẻ như bị lẫn lộn, không thể nhận ra người khác, cư xử bất thường).

- Động kinh.

3.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- CT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh ban đầu tốt nhất vì nó có thể phát hiện các khối máu tụ, bầm tím, vỡ sọ (lớp cắt mỏng được sử dụng để xác định các trường hợp nghi ngờ có vỡ nền sọ), và đôi khi cả trường hợp tổn thương sợi trục lan tỏa.

- MRI có thể hữu ích trên lâm sàng để phát hiện các khối tụ máu ẩn, tổn thương sợi trục lan tỏa và tổn thương thân não. MRI thường nhạy hơn CT trong chẩn đoán các khối máu tụ cấp tính rất nhỏ, máu tụ dưới màng cứng bán cấp hoặc mạn tính đồng tử trọng.

- X-quang: có thể phát hiện một số trường hợp vỡ xương sọ, nhưng không thể đánh giá được nhu mô não và làm chậm quá trình chẩn đoán xác định; do đó, X-quang thường không được thực hiện.

- Giai đoạn ổn định và phục hồi: Cho người bệnh làm thêm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, tổng phân tích nước tiểu. Hoặc cho làm thêm glucose, triglycerid, cholesterol, creatine... khi người bệnh có bệnh nền đi kèm.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

- Thể bệnh: Chấn thương sọ não gây yếu liệt nửa người thuộc chứng bán thân bất toại thể khí huyết ứ trệ kinh lạc.

- Lâm sàng: yếu liệt nửa người, nói khó, miệng méo, lưỡi lệch, sắc mặt trắng, người mệt, chất lưỡi tím có điểm ứ huyết, mạch sấp.

- Biện chứng luận trị: Đầu là nơi hội tụ của các kinh dương, tinh huyết của ngũ tạng và tinh khí của lục phủ đưa lên não. Nếu như chấn thương đầu làm khí huyết huyết nghịch loạn, ứ trệ kinh mạch làm rối loạn nuôi dưỡng ở não dẫn đến bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

- Đối với chấn thương nhẹ, cho xuất viện và theo dõi tại nhà.

- Đối với chấn thương trung bình và nghiêm trọng, tối ưu hóa thông khí, oxy, và tưới máu não.

- Phẫu thuật: Máu tụ trong sọ cần phải được phẫu thuật nhanh chóng nhằm phòng ngừa và điều trị, vậy nên bắt buộc phải hội chẩn phẫu thuật thần kinh.

- Tuy nhiên, không phải tất cả trường hợp có máu tụ cần phải phẫu thuật để lấy bỏ máu tụ. Các khối máu tụ nhỏ trong não hiếm khi cần phải phẫu thuật.

4.2. Điều trị nội khoa

4.2.1. Điều trị bằng thuốc

4.2.1.1. Thuốc hóa dược

- Vitamin B12:

Tác dụng: Tăng dẫn truyền thần kinh.

Chống chỉ định: Người bệnh có tiền sử dị ứng vitamin nhóm B, khối u.

- Diazepam 5mg x 01 viên uống tối, nếu bệnh nhân có kích động, mất ngủ, cơ co cứng.

Chống chỉ định: Tiền sử mẫn cảm với benzodiazepin và các thành phần khác của thuốc, nhược cơ, 3 tháng đầu thai kỳ, trẻ em dưới 6 tháng, Glacom góc đóng.

4.2.2.2. Thuốc YHCT

Chấn thương sọ não gây yếu liệt nửa người thuộc chứng bán thân bất toại thể khí huyết ứ trệ kinh lạc.

- Phép trị: Hành khí hoạt huyết, thông kinh lạc.

- Bài thuốc: Bổ dương hoàn ngũ thang.

Sinh Hoàng kỳ	40-160g
Xích thược	6g
Đương quy vĩ	8g
Địa long	4g
Xuyên khung	4g
Đào nhân	4g

Hồng hoa 4g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp hào châm

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Giáp tích C3-C5, Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Bát tà, Giáp tích L2-L5, Lương khâu, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Huyền chung, Thái xung, Giải khô, Bát phong. Châm tả bên liệt, luân huyết, thời gian lưu kim 30 phút x 01 lần/ngày.

4.3.1.2. Phương pháp thủy châm

- Thường sử dụng các loại thuốc vitamin nhóm B.

- Công thức huyết: Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Lương khâu, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Huyền chung.

- Mỗi đợt điều trị khoảng 21 ngày. Tùy mức độ tổn thương, điều trị 1 đợt hoặc chia nhiều đợt điều trị.

4.3.1.3. Phương pháp cấy chỉ

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Khúc trì, Thủ tam lý, Lương khâu, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Huyền chung bên liệt.

4.3.2. Các DVKT PHCN

Tùy tình trạng người bệnh, lựa chọn các phương pháp, kỹ thuật PHCN phù hợp, kết hợp đa ngành trong điều trị:

4.3.2.1. Vật lý trị liệu

- Kích thích cơ: Điều trị bằng các dòng điện xung.

- Điều trị tình trạng đau khớp vai ở người bệnh liệt nửa người: siêu âm, sóng ngắn, xung kích, ...

4.3.2.2. Vận động trị liệu

- Tập vận động thụ động, Tập vận động trợ giúp, Tập vận động có kháng trở...

- Kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người, Kỹ thuật tập đứng và đi cho người bệnh liệt nửa người.

- Tập với các dụng cụ trợ giúp: xe đạp tập, thanh song song, ròng rọc, dụng cụ quay khớp vai...

4.3.2.3. Hoạt động trị liệu

- Tập tri giác và nhận thức.
- Tập sử dụng xe lăn.

4.3.2.4. Ngôn ngữ trị liệu

- Tập cho người thất ngôn.
- Tập nuốt.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. TIÊN LƯỢNG

Tùy tình mức độ tổn thương.

6. DỰ PHÒNG

- Đề phòng té ngã, va đập.
- Phòng ngừa biến chứng: Loét do tì đè, co cứng cơ, co rút cơ, cứng khớp.

TỒN THƯƠNG TỦY SỐNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Theo y học hiện đại, tổn thương tủy sống (Spinal Cord Injury - SCI) là một tình trạng nghiêm trọng xảy ra khi có tổn thương đến cấu trúc hoặc chức năng của tủy sống, dẫn đến sự gián đoạn trong việc truyền tải tín hiệu thần kinh giữa não và cơ thể. Đây là một vấn đề y tế quan trọng, ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe, khả năng vận động, và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

+ Tổn thương tủy cổ gây tình trạng liệt hoặc giảm vận động tứ chi kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

+ Tổn thương tủy sống lưng hoặc thắt lưng gây nên tình trạng liệt hoặc giảm vận động hai chi dưới kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

- Theo y học cổ truyền, tổn thương tủy sống được miêu tả với các bệnh danh như “Nuy chứng”, “Khô”, “Nuy tý” hay các y gia đời sau đều gọi là “Nuy”. Biểu hiện tứ chi liệt mềm vô lực, lỏng lẻo không co được, thậm chí teo cơ, thể hiện công năng bị trở ngại hoặc công năng biến mất. Sách *Chứng trị chuẩn thẳng* nói “Nuy là chân tay liệt mềm mà vô lực, các khớp lỏng lẻo không điều khiển được”. Trong các tài liệu y thư cổ đại, sách *Nội kinh* gọi là “Nuy tý”. Nuy là chỉ chân tay mềm yếu không điều khiển được. Tý là chỉ hạ chi mềm yếu vô lực, đồng thời lại nêu ra bệnh danh chứng Nuy của 5 tạng như: Bì nuy, Nhục nuy, Cân nuy, Mạch nuy và Cốt nuy...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân Y học hiện đại

- Do chấn thương: Tai nạn giao thông, Tai nạn lao động, Tai nạn thể thao, Tai nạn sinh hoạt, Hành hung, tự tử...

- Các bệnh tủy sống: Ung thư, Viêm tủy, Xơ tủy rải rác, Nhiễm trùng

- Các biến dạng cột sống: Gù, vẹo, thoát vị đĩa đệm, gai đôi cột sống

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

- Bệnh do thầy thuốc gây nên: Các phẫu thuật tim mạch, Chụp XQ có cản quang, do sơ cứu ban đầu thiếu kinh nghiệm ...

2.2. Nguyên nhân Y học cổ truyền

- Y học cổ truyền cho rằng chấn thương của mạch Đốc là nguyên nhân chính gây ra chấn thương tủy sống. Khi mạch Đốc bị chấn thương, khí và huyết bị ứ trệ, dẫn đến khí huyết không thể lưu thông đến được tứ chi, và các cơ và gân của tứ chi

bị mất dinh dưỡng do sự tắc nghẽn của kinh lạc và tuần hoàn, dẫn đến teo cơ và tứ chi dần mất chức năng.

- Ngoài nguyên nhân chấn thương, các nguyên nhân khác gây bệnh rất phức tạp, khái quát lại gồm tà khí ôn nhiệt, thấp nhiệt xâm nhập, tình chí nội thương, sắc dục thái quá, hao tổn do bệnh lâu ngày... làm tổn thương khí huyết tạng phủ, cân mạch chi thể không được nuôi dưỡng gây nên. Vị trí bệnh tại cân mạch chi thể, sẽ ảnh hưởng chủ yếu đến tạng phế, tỳ vị, can, thận.

- Bệnh thuộc thực chứng: bệnh tiến triển cấp, diễn biến nhanh, cơ lực chi thể suy yếu, teo cơ không rõ. Nguyên nhân bệnh sinh thường do phế nhiệt tân thương, thấp nhiệt xâm ngấm hoặc chấn thương làm ứ trệ mạch lạc.

+ Bệnh thuộc hư chứng: diễn biến bệnh kéo dài, bệnh dần dần nặng lên, chi thể mềm yếu, teo cơ rõ. Nguyên nhân bệnh sinh do hao tổn tỳ vị, can thận.

+ Bệnh hư thực thác tạp có thể kết hợp tà khí đàm trọc, ứ huyết, tích trệ, thấp nhiệt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

3.1.1. Các công việc của chẩn đoán

3.1.1.1. Hỏi bệnh: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.
- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ
- Tiền sử chấn thương cột sống, các tổn thương phối hợp.
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, đau cổ, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ...
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)...
- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư....

3.1.1.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân:
 - + Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống
 - + Tình trạng vết mổ cố định cột sống (nếu có)
- Khám thần kinh
- + Vận động:

+ Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu

+ Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..

+ Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...

+ Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...

- Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa kỳ (ASIA)

- Lượng giá:

+ Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale).

+ Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).

+ Tình trạng thăng bằng: xét thăng bằng Boubée

+ Tình trạng di chuyển: Điểm WISCI

3.1.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm máu: công thức máu, sinh hóa máu, CRP, điện giải đồ cấy máu (nếu sốt)

- Xét nghiệm dịch não tủy + Sinh hoá + Tế bào + Soi, cấy, PCR

- Chụp Xquang cột sống thường quy

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống

- Chụp cản quang bao rễ thần kinh

- Đo niệu động học (Urodynamic)

- XQuang phổi, đo chức năng hô hấp, khí máu (trong trường hợp liệt tứ chi)

- Các xét nghiệm khác: Điện tâm đồ, siêu âm tim...

3.1.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

- Phân loại tổn thương thần kinh theo ASIA

- Chẩn đoán mức tổn thương: Dựa vào mức rối loạn cảm giác và các cơ chủ yếu theo ASIA

3.1.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, do hành hung, vết thương hoá khí, dao đâm, tự tử...

- Do các bệnh của tủy sống: Viêm tủy cắt ngang, xơ tủy rải rác, u tủy sống.

- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tuỷ

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Chẩn đoán chung – biện chứng luận trị

- Dựa vài triệu chứng chung, chủ yếu là: cân mạch chùng xuống, teo nhẽo, mềm yếu, nếu nặng thấy bại liệt lâu ngày, teo cơ... ở chi dưới hoặc cả tứ chi.

- Chẩn đoán nguyên nhân: khai thác yếu tố liên quan đến cảm thụ ngoại tà, nội thương tích tổn, bệnh tiến triển từ từ hoặc có thể đột nhiên phát bệnh.

- Chẩn đoán vị trí (kinh lạc, tạng phủ): khởi phát bệnh thấy sốt, họng khô, ho, hoặc sau khi mắc nhiệt bệnh thấy chi thể tê liệt thì bệnh thường tại phế. Nếu tứ chi tê liệt, ăn kém, đại tiện lỏng, trướng bụng thì bệnh thường tại tỳ vị. Nếu chi dưới tê liệt, nếu nặng không thể đứng được, kèm đau lưng, chóng mặt, ù tai, phụ nữ thấy rối loạn kinh nguyệt thì bệnh thường tại can thận.

- Chẩn đoán hư thực: bệnh thuộc thực chứng thấy khởi phát bệnh cấp, tiến triển nhanh, diễn biến ngắn, cơ lực tay chân yếu, hoặc co quắp, tê bì, teo cơ không rõ rệt, nguyên nhân do phế nhiệt thương tân hoặc thấp nhiệt xâm ngấm gây nên. Bệnh thuộc hư chứng thấy diễn biến kéo dài, tiến triển từ từ, chi thể mềm yếu, teo cơ rõ rệt, nguyên nhân do hao tổn tỳ vị, can thận gây nên.

- Khi chẩn đoán cần kiểm tra hệ thống thần kinh thấy sức cơ, teo cơ, làm điện cơ, sinh hóa... giúp cho chẩn đoán.

3.2.2. Chẩn đoán thể bệnh

3.2.2.1 Thể phế nhiệt tân thương:

Sốt hoặc sau khi sốt thấy chân và tay mềm yếu vô lực, họng khô, ho; kèm theo thấy da khô, bứt rứt, khát nước, nước tiểu màu vàng và số lượng ít, đại tiện táo bón; chất lưỡi vàng, mạch tế sác.

3.2.2.2 Thể thấp nhiệt xâm ngấm:

Teo nhẽo cơ và cảm thấy nặng nề ở chân và tay, cảm giác nóng ở cẳng chân, đi tiểu khó, nước tiểu màu thẫm và số lượng ít; kèm theo thấy sốt, đầy tức ngực bụng, tê bì tay và chân, phù nhẹ; chất lưỡi hồng, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch nhu sác.

3.2.2.3 Thể vị âm hao hư:

Teo nhẽo, yếu mềm cơ ở chân và tay, ăn kém, đại tiện phân lỏng; kèm theo thấy trướng bụng, phù mắt, sắc mặt không tươi nhuận, hụt hơi, mệt mỏi; chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi mỏng, mạch tế nhược.

3.2.2.4 Thể can thận hao tổn:

Khởi bệnh từ từ, teo cơ và yếu mềm các chi, không thể đứng lâu được, kèm theo nếu nặng thấy không đi lại được, cơ đùi và cẳng chân teo dần, chóng mặt, rụng tóc, ù tai, họng khô, di tinh, đái dầm, rối loạn kinh nguyệt; chất lưỡi hồng, rêu lưỡi ít, mạch tế sác.

3.2.2.5 *Thể khí hư huyết ú:*

Bệnh ở giai đoạn phục hồi hoặc giai đoạn di chứng, yếu liệt, tê bì chân và tay, kèm hơi thở yếu, ngại nói, chán ăn, tự ra mồ hôi, sắc mặt ám vàng, hoặc tay chân liệt cứng, chân tay co duỗi khó khăn, chân tay phù; chất lưỡi tím nhạt hoặc ám tím, hoặc có ban ứ huyết, rêu lưỡi trắng mỏng hoặc trắng nhớt, mạch huyền sáp hoặc mạch tế vô lực.

3.2.2.6 *Thể khí huyết lưỡng hư:*

Bệnh ở giai đoạn phục hồi hoặc giai đoạn di chứng, yếu liệt, tê bì tay và chân, cơ nhục nhão, co rút hoặc teo cơ; da xanh xao, nhạt nhạt, lạnh; hoa mắt chóng mặt, hụt hơi, tự hãn, mất ngủ, hay quên; chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi ít, khô; mạch trầm tế vô lực.

3.2.2.7 *Thể tâm tỳ khí huyết hao hư:*

Bệnh ở giai đoạn phục hồi hoặc giai đoạn di chứng; yếu liệt tay chân, cơ nhục nhão, teo cơ, hồi hộp, đánh trống ngực, trằn trọc khó ngủ, ăn kém, bụng đầy trướng, đại tiện phân lỏng, kèm theo chóng mặt, hay quên, mệt mỏi, sắc mặt ám vàng; chất lưỡi nhạt; mạch tế nhược.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Cấp cứu ban đầu

- Khi một người bị tai nạn, người đó có thể bị tổn thương cột sống, cần có biện pháp chăm sóc tốt nhất để đề phòng tổn thương tuỷ nặng hơn

- Các dấu hiệu nghi ngờ có tổn thương tuỷ sống gồm:

+ Người đó bị bất tỉnh hoặc

+ Người đó không thể cử động, không còn cảm giác hoặc có tê bì ở chân tay.

- Luôn cố định cột sống để tránh tổn thương thêm.

- Đảm bảo thông khí và huyết động.

4.2. Điều trị ngoại khoa

- Xem xét phẫu thuật khi vỡ cột sống gây tổn thương đến tuỷ sống. Mục đích giải phóng chèn ép tuỷ sống, ổn định cột sống (bằng nẹp vít).

4.3. Điều trị bằng thuốc

4.3.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc giảm đau. Tùy mức độ đau mà sử dụng một hoặc phối hợp các thuốc giảm đau sau đây:

+ Thuốc giảm đau: paracetamol 1-3 gam/ ngày chia 2-4 lần.

+ Thuốc giảm đau thần kinh: Pregabalin 75mg, ngày 1 -2 viên.

- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): tùy đối tượng bệnh nhân, có thể dùng một trong các NSAID không chọn lọc hoặc có ức chế chọn lọc COX-2, ví dụ: meloxicam (15 mg/ngày)

- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (100-150 mg x 3 lần/ngày) hoặc Eperisone (50 mg x2-3 lần/ngày).

- Có thể dùng corticosteroid: giảm viêm và sưng tủy (trong chấn thương cấp).

- Hoặc một số thuốc khác: vitamin nhóm B hoặc mecobalamin, Hornol (thuốc tăng dẫn truyền thần kinh).

4.3.2. Thuốc YHCT

- Nguyên tắc điều trị chủ yếu là bổ ích hậu thiên, tức là ích vị dưỡng âm, kiện tỳ ích khí; thanh nhiệt tà ở dương minh. Khi điều trị không nên lạm dụng thuốc trị phong, chú ý khứ tà không để thương chính, bổ hư không để trợ tà.

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.3.2.1. Thể phế nhiệt thương tân

- Phép điều trị: thanh nhiệt nhuận phế, nhu dưỡng cân mạch

- Phương thuốc: **Thanh táo cứu phế thang** (Y môn pháp luật)

Tang diệp	10g	Thạch cao	15g	Cam thảo	10g
Nhân sâm	06g	Hồ ma nhân	10g	A giao	10g
Mạch môn	12g	Hạnh nhân	06g	Tỳ bà diệp	06g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

+ Nếu nhiệt hun đốt khí phận, sốt cao, khát nước, ra mồ hôi nhiều thì tăng liều thạch cao; gia tri mẫu, kim ngân hoa, liên kiều để tăng cường thanh nhiệt khứ tà.

+ Nếu ho, khạc đờm ít thì gia bồi mẫu, qua lâu, tang bạch bì để thanh nhiệt nhuận phế, hóa đàm chỉ khái.

+ Nếu khô họng, khát nước nhiều thì gia sa sâm, thiên hoa phấn, ngọc trúc để dưỡng âm sinh tân.

4.3.2.2. *Thể thấp nhiệt xâm ngầm*

- Phép điều trị: thanh nhiệt lợi thấp, thông lợi cân mạch

- Phương thuốc: **Gia vị nhị diệu tán** (Đan Khê tâm pháp)

Thương truật	12g	Hoàng bá	12g	Tỳ giải	12g
Phòng kỷ	12g	Đương quy	12g	Ngưu tất	12g
Quy bản	15g				

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

+ Nếu thấp thịnh, đầy tức ngực bụng, nặng nề và phù nhẹ ở chân và tay thì gia hậu phác, ý dĩ, bạch linh, trạch tả để kiện tỳ ích khí, lý khí hóa thấp.

+ Nếu trường Hạ mưa nhiều thì gia hoắc hương, bội lan để phương hương hóa trọc, kiện tỳ trừ thấp.

+ Nếu cơ thể gầy sút cân, cảm giác nóng căng chân, bứt rứt, chát lưỡi hồng, mạch tế sắc là do nhiệt thiên thịnh thương âm; bài thuốc trên bỏ thương truật và gia sinh địa, mạch môn để dưỡng âm thanh nhiệt.

+ Nếu kết hợp ứ gây tê bì chân và tay, vận động các khớp khó khăn, chát lưỡi tím, mạch tế sáp thì gia đan sâm, hồng hoa, xích thược để hoạt huyết thông lạc.

4.3.2.3 *Thể vị âm hao hư*

- Phép điều trị: Bổ tỳ ích khí, kiện vận thăng thanh.

- Phương thuốc: **Sâm linh bạch truật tán** (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương) gia vị.

Liên nhục	12g	Ý dĩ	12g	Sa nhân	10g
Cát cánh	06g	Bạch truật	15g	Bạch linh	10g
Nhân sâm	05g	Cam thảo	10g	Hoài sơn	12g
Trần bì	12g				

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc Thang Bổ tỳ BV

Mộc hương	06g	Can khương sao vàng	06g	Hương phụ	08g
Trần bì sao vàng	12g	Cam thảo chích mật	04g	Sa nhân	08g
Sài hồ	08g	Ý dĩ chế	16g	Đại táo	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

+ Nếu biểu hiện trung khí bất túc thì chuyển dùng bài **Bổ trung BV**

Thăng ma	12g	Đảng sâm chích gừng	20g	Sài hồ	12g
Đại táo	10g	Đương quy chích rượu	12g	Chích thảo	06g
Trần bì sao vàng	08g	Bạch truật chích rượu	12g	Can khương sao vàng	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.3.2.4 *Thể can thận hao tổn*

- Phép điều trị: Bổ ích can thận, tư âm thanh nhiệt.

- Phương thuốc: **Hổ tiềm hoàn** (Đan Khê tâm pháp) **gia vị**

Hoàng bá	12g	Quy bản	15g	Tri mẫu	12g
Thục địa	12g	Bạch thược	15g	Trần bì	10g
Tỏa dương	12g	Hổ cốt	05g	Can khương	05g
Ngưu tất	12g	Đương quy	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

+ Nếu chứng nhiệt nặng thì bỏ tỏa dương, can khương; gia đan bì, bạch linh, lộc giác giao, kỷ tử để tăng cường tư bổ can thận.

+ Nếu sắc mặt ám vàng, hồi hộp, chất lưỡi hồng nhợt, mạch tế nhược thì gia hoàng kỳ, đảng sâm, kê huyết đằng để bổ dưỡng khí huyết.

+ Nếu bệnh lâu ngày làm âm tổn cập dương gây sợ lạnh, liệt dương, nước tiểu trong, chất lưỡi nhợt, mạch trầm tế vô lực thì bỏ hoàng bá, tri mẫu; gia lộc giác phiến, bổ cốt chi, ba kích, phụ tử để bổ thận trợ dương.

Có thể dùng bài Thang Bát vị gia giảm BV

Thục địa	32g	Sơn thù chung rượu	16g	Hoài sơn	16g
Bạch linh	12g	Mẫu đơn bì sao vàng	10g	Trạch tả	12g
Nhục quế	04g	Can khương sao vàng	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, sáng – chiều.

Hoặc trong thể Can thận hao tổn có thể dùng **Thang Lục vị BV** để điều trị

Thục địa	32g	Hoài sơn	16g	Sơn thù chung rượu	16g
Bạch linh	12g	Trạch tả	12g	Mẫu đơn bì sao vàng	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.3.2.5 *Thể khí hư huyết ứ*

- Phép điều trị: Bổ khí hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc.

- Phương thuốc: Bài bổ dương hoàn ngũ BV

Xuyên khung	10g	Hồng hoa	08g	Hoàng kỳ chích mật	40g
Xích thực phiến	12g	Địa long	12g	Đương quy chích rượu	12g
Đào nhân sao vàng	08g				

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.3.2.6 *Thể khí huyết lưỡng hư*

- Phép điều trị: Bổ khí dưỡng huyết, thông kinh hoạt lạc.

- Phương thuốc: Thang thập toàn BV

Bạch thực chích rượu	12g	Thực địa	12g	Đảng sâm chích gừng	12g
Cam thảo chích mật	04g	Bạch linh	12g	Đương quy chích rượu	12g
Xuyên khung	08g	Quế nhục	04g	Bạch truật chích rượu	12g
Hoàng kỳ chích	12g				

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc dùng thang Dưỡng vinh BV

Bạch thực chích rượu	10g	Thực địa	12g	Đảng sâm chích gừng	12g
Cam thảo chích mật	04g	Bạch linh	08g	Đương quy chích rượu	12g
Ngũ vị tử	04g	Quế nhục	04g	Bạch truật chích rượu	08g
Hoàng kỳ chích	12g	Đại táo	10g	Trần bì sao vàng	06g
Can khương sao vàng	04g	Viễn chí chế	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.3.2.7 *Thể tâm tỳ khí huyết hao hư*

- Phép điều trị: Kiện tỳ dưỡng tâm, an thần

- Phương thuốc: **Thang Quy tỳ BV**

Đảng sâm chích gừng	20g	Long nhãn	10g	Hoài sơn sao	12g
Đương quy chích rượu	10g	Đại táo	10g	Bạch truật chích rượu	10g
Bá tử nhân sao vàng	10g	Mộc hương	04g	Táo nhân sao đen	12g
Cam thảo chích mật	04g	Viễn chí chế	08g	Can khương sao vàng	04g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc dùng Thang Tâm tỳ BV

Bạch truật chích rượu	08g	Bạch linh	08g	Bá tử nhân sao vàng	12g
Cam thảo chích mật	04g	Liên nhục	12g	Đảng sâm chích gừng	12g
Táo nhân sao đen	12g	Long nhãn	12g	Thảo quyết minh	12g
Hà thủ ô đồ chế	12g				

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Trên đây là các bài thuốc tham khảo, có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp pháp trị.

4.4. Điều trị bằng các DVKT

4.4.1. Các DVKT YHCT

4.4.1.1. Phương pháp châm cứu

- Có thể châm hoặc cứu: tùy tình trạng, thể bệnh của người bệnh.
- Các kỹ thuật châm: Điện châm, Hào châm, điện mẫn châm, ôn điện châm, ôn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Giáp tích cổ vùng tổn thương hai bên, Đại chùy, Giáp tích L2-S1, Thái xung, Kiên ngung, Trật biên, Thủ tam lý, Thừa phù, Giải khô, Ngoại quan, Ân môn, Khí hải, Hợp cốc, Thừa sơn, Thận du, Túc tam lý, Tam âm giao, Bàng quang du, Thiên khu, Đại trường du, Bát tà, Bát phong, A thị huyết.

- Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cấy phù hợp.

4.4.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, mẫn châm...)
- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyết: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.4.1.3 Phương pháp xoa bóp bấm huyết

- Sử dụng các động tác: Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, mặt, cổ, vai, tay, bụng, lưng, chân.
- Liệu trình điều trị: xoa bóp 30ph/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

- Công thức huyết tác động: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.4.1.4 Phương pháp cấy chỉ

- Mỗi lần cấy chỉ Catgut có tác dụng trong khoảng 7 – 10 ngày.

- Trong mỗi đợt điều trị thì cấy chỉ 1 lần.

- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Giáp tích cổ vùng tổn thương hai bên, Đại chùy, Giáp tích L2-S1, Thái xung, Kiên ngưng, Trật biên, Địa ngũ hội, Thủ tam lý, Thừa phù, Giải khô, Ngoại quan, Ân môn, Khí hải, Hợp cốc, Thừa sơn, Thận du, Túc tam lý, Tam âm giao, Bàn quang du, Tử cung, Thiên khu, Đại trường du, Bát tà, Bát phong, A thị.

4.4.1.5. Phương pháp Laser châm

- Công thức huyết: Các huyết được sử dụng trong điều trị bằng Laser châm cũng tương tự như các huyết trong phác đồ của châm cứu truyền thống. Tuy nhiên, số huyết được chọn trong Laser châm ít hơn, thường từ 4 đến 10 huyết.

- Thủ thuật: Xác định chính xác vùng huyết, dùng kỹ thuật chiếu điểm (chiếu tia thẳng góc với huyết), giữ đầu phát tại chỗ cho đến khi hết thời gian điều trị.

- Liều điều trị: Liều điều trị phụ thuộc vào từng loại huyết và tình trạng bệnh lý của người bệnh (giai đoạn cấp tính dùng liều thấp, giai đoạn mạn tính dùng liều cao). Liều điều trị được tính bằng J/cm².

Loại huyết	Liều
A thị huyết	1 – 2 J/ cm ²
Huyết giáp tích	2 – 4 J/ cm ²
Huyết châm cứu ở người lớn	1 – 3 J/ cm ²
Huyết châm cứu ở trẻ em	0,5 – 1,5 J/ cm ²

- Thời gian điều trị: tùy thuộc vào liều điều trị và số huyết được lựa chọn. Thông thường thời gian điều trị bằng Laser châm từ 15 - 30 phút/lần.

- Liệu trình: Giai đoạn bệnh cấp tính: mỗi ngày điều trị 01 lần, mỗi liệu trình 5-10 ngày. Giai đoạn bệnh mạn tính, giai đoạn phục hồi: mỗi ngày điều trị 01 lần, mỗi liệu trình điều trị từ 1-2 tuần. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

4.4.1.6. Các phương pháp khác

- Có thể sử dụng kết hợp cùng với các phương pháp khác như: Xông hơi thuốc, Hỏa long cứu, Giác hơi, Ngâm thuốc...

4.4.2. Các DVKT PHCN

4.4.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp tổn thương 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... Luôn bảo vệ vùng cột sống bị tổn thương.

- Sử dụng PHCN đa ngành, kết hợp linh hoạt với YHCT để mang lại sự hiệu quả cao trong điều trị bệnh.

- Đánh giá kỹ tình trạng của người bệnh trong từng giai đoạn để có phác đồ điều trị phù hợp.

4.4.2.2. Điều trị cụ thể

*** Vật lý trị liệu**

- Nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau chống co cứng cơ giãn mạch tăng cường chuyên hóa dinh dưỡng như: Nhiệt nông (Hồng ngoại, Parafin), nhiệt sâu (Siêu âm, Sóng ngắn, Từ trường). Lưu ý các trường hợp chống chỉ định.

- 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 chuyên hóa.

- Điều trị bằng Laser công suất thấp nội mạch.

- Các kỹ thuật xoa bóp áp lực hơi hoặc xoa bóp vùng, di động mô mềm vùng cột sống và chân tay bị bệnh. Qua cơ chế phản xạ và cơ học, có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyên hoá dinh dưỡng và bài tiết, điều hoà quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

- Điều trị bằng thủy trị liệu.

*** Vận động trị liệu**

Tùy thuộc vào tình trạng của người bệnh mà đưa ra phác đồ tập luyện, đề phòng những tổn thương thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng...

- Tập vận động thụ động

- Tập vận động có trợ giúp

- Tập vận động có kháng trở

Áp dụng một số bài tập cơ lưng giúp tăng cường sức mạnh cột sống, bài tập thăng bằng ngồi – đứng, bài tập dịch chuyển, bài tập thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi, bài tập thay đổi tư thế từ ngồi sang đứng, tập đi với thanh song song, tập đi với khung tập đi, tập lên xuống cầu thang, tập đi với địa hình khác nhau, tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi, tập với xe đạp tập, tập với bàn nghiêng, kỹ thuật tập tay và bàn tay...

*** Hoạt động trị liệu**

Hoạt động trị liệu rất quan trọng trong việc hỗ trợ bệnh nhân tổn thương tủy sống lấy lại khả năng tự lập và nâng cao chất lượng cuộc sống. Các hoạt động huấn luyện thường tập trung vào các hoạt động hàng ngày nhằm giúp bệnh nhân thích nghi với tình trạng mới. Một số hoạt động phổ biến như:

- Hoạt động ăn uống.

- Hoạt động vệ sinh cá nhân: đánh răng, rửa mặt, tắm rửa, chải đầu, cầu tiêu... có thể bằng các thiết bị hỗ trợ nếu cần.

- Hoạt động mặc quần áo: Hỗ trợ học cách mặc quần áo, bao gồm cả việc sử dụng các công cụ đặc biệt để giúp mặc và cởi quần áo.

- Hoạt động tham gia vào các hoạt động cộng đồng: Giải trí, học tập, làm việc...

- Hoạt động tâm lý, giao tiếp xã hội

- Hoạt động di chuyển, dịch chuyển: Kỹ thuật tập sử dụng và điều khiển xe lăn.

*** Phục hồi chức năng khác**

- Một số người bệnh cần phải phối hợp với điều dưỡng chăm sóc, người nhà NB để chăm sóc, tập phòng ngừa loét do đè ép; tập phục hồi chức năng đường tiết niệu (theo dõi lượng nước tiểu, đặt thông tiểu, các bài tập kiểm soát tiểu tiện, các bài tập kích thích bàng quang...); tập phục hồi chức năng đường ruột (chương trình tập ruột, các kỹ thuật kích thích hậu môn, các bài tập kiểm soát đại tiện...); hướng dẫn tập thở; tập ho có hiệu quả...

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. DINH DƯỠNG

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc phục hồi và duy trì sức khỏe cho người bị tổn thương tủy sống. Tình trạng suy dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đáng kể trong việc gây ra tình trạng nhiễm trùng và tiến trình phát triển bệnh của người bị tổn thương tủy sống. Các nghiên cứu từ các bệnh nhân nằm viện cho thấy suy dinh dưỡng góp phần tăng bệnh tật, tử vong và là một nhân tố quan trọng trong việc tăng nhanh sự yếu dần của hệ miễn dịch cần thiết, quá trình lành vết thương kém, hình thành các vết loét, suy yếu về hệ tim mạch và hô hấp, các biến chứng bị nhiễm trùng.

Vì vậy duy trì tình trạng dinh dưỡng được xem là một nhân tố quan trọng trong việc cải thiện tiến trình phát triển của bệnh ở những bệnh nhân này.

5.1. Tổng trạng:

Trọng lượng cơ thể giảm 3-4 tháng đầu tiên sau khi chấn thương, sẽ có rất ít thay đổi ở trọng lượng của bệnh nhân. Tuy nhiên, thông thường người tổn thương tủy sống có khuynh hướng tăng cân, với những thay đổi được nhìn thấy ở từng cá nhân bệnh nhân có liên quan đến những thay đổi về lượng chất béo. Pfeiffer khuyên rằng trọng lượng lý tưởng của người tổn thương tủy sống nên được duy trì ở mức 4,5 kg – 9 kg dưới mức lý tưởng của một tổng trạng đã được tính toán.

5.2. Yêu cầu dinh dưỡng:

Nhìn chung người tổn thương tủy sống nên được cho một chế độ ăn với lượng caloric thấp. Cox đã chứng minh rằng

- Người đang trong giai đoạn ổn định và phục hồi cần 23,4 kcal/kg/ 1 ngày.
- Người liệt tứ chi: 22.7 Kcal / kg/ ngày
- Người liệt hạ chi : 27.9 Kcal/ kg/ ngày.

Người tổn thương tủy sống có khuynh hướng tăng cân và tăng nguy cơ tiến đến những rối loạn có liên quan đến tình trạng béo phì chẳng hạn như bệnh tiểu đường và các bệnh thuộc tim mạch.

Bệnh béo phì và sút cân là những kết quả của sự mất cân bằng giữa lượng calo hấp thụ và giải tỏa năng lượng ra ngoài. Người tổn thương tủy sống cần nhiều chất đạm bởi vì họ chịu sự mất dần chất nitơ. Tỷ lệ bài tiết chất Albumin tăng dần ở người liệt hạ chi, việc mất chất đạm qua những vết loét liên quan trực tiếp đến mức độ lớn nhỏ của vết loét. Lượng chất đạm hấp thụ được khuyến là 1.5 đến 2.0 g/ kg/ ngày. Các nguồn chất đạm có chứa tỷ lệ phần trăm cao nhất của axit amino cần thiết (cá, trứng, sữa) thì được sử dụng một cách hiệu quả hơn những chất đạm từ thực vật..

Nhìn chung mọi người đều nghĩ rằng có một sự gia tăng nhu cầu đối với các loại vitamin và các khoáng chất. Người ta khuyến rằng cần 25.000 IU vitamin mỗi ngày. Ăn quá nhiều là nguy hiểm và cần nên tránh. Ăn quá nhiều không thể duy trì sự trao đổi chất của tế bào. Trong thực tế ăn quá nhiều sẽ làm tăng nguy cơ tử vong.

5.3. Khung thời gian và cách bổ sung dinh dưỡng:

Một vài nghiên cứu cho thấy rằng tình trạng suy dinh dưỡng chỉ xảy ra một vài ngày sau khi nhập viện. Thời hạn đánh giá mức dinh dưỡng là ngay lúc nhập viện và bất cứ khi nào tình trạng bệnh nhân và khả năng vận động của bệnh nhân được ổn định. Khi những thiếu sót trong chế độ ăn uống hoặc tình trạng dinh dưỡng được xác định, việc hấp thụ chất dinh dưỡng phải được cải thiện qua những chế độ ăn kiêng dinh dưỡng, bổ sung thêm hoặc hạn chế bớt đi.

Việc cho ăn bằng ống cần được hạn chế nếu như việc ăn bằng miệng có thể thực hiện được. Mặc dù cho ăn bằng ống thì có tiện lợi nhưng vốn cũng có những bất lợi. Mỗi bệnh nhân thường có khuynh hướng phát triển vết loét, đi tiêu không tự chủ, bệnh tiêu chảy và hơi ỉm có thể làm tăng khả năng đi qua vết loét đang có và làm tình trạng bệnh nhân tệ hơn. Bên cạnh đó những cản trở sau khi đưa ống vào có thể giới hạn vận động, khó có thể đoán trước những kết quả đối ngược có thể xảy ra từ việc mất đi hoạt động hội nhập vào đời sống xã hội qua những giờ ăn, mất đi sự giao tiếp qua lại với các nhân viên và cả mất đi lòng tự trọng.

5.4. Kết luận:

Phương pháp tiếp cận đa chuyên môn được đặt ra nhằm có được sự chăm sóc tốt nhất cho bệnh nhân tổn thương tủy sống. Những bệnh nhân này có nguy cơ suy dinh dưỡng rất cao, và công tác quản lý tốt đòi hỏi cần phải quan tâm nhiều hơn nữa đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân, thay đổi phương pháp chăm sóc dinh dưỡng cho thích hợp với nhu cầu của bệnh nhân, điều trị chuyên môn sớm, phương pháp điều trị vật lý trị liệu thường xuyên tích cực và đưa bệnh nhân nhập viện sớm.

6. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng của người bệnh tổn thương tủy sống phụ thuộc vào mức độ và vị trí tổn thương, cũng như khả năng phục hồi chức năng của người bệnh. Dưới đây là một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tiên lượng bệnh:

6.1. Mức độ tổn thương

- **Tổn thương hoàn toàn:** Mất hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác dưới mức tổn thương. Khả năng phục hồi trong trường hợp này thường rất hạn chế.

- **Tổn thương không hoàn toàn:** Vẫn còn một phần chức năng vận động hoặc cảm giác dưới mức tổn thương. Những bệnh nhân này có khả năng phục hồi một phần chức năng, mặc dù hồi phục hoàn toàn thường hiếm khi xảy ra.

6.2. Vị trí tổn thương

- **Vùng cổ (C1-C7):** Tổn thương ở vùng này có thể dẫn đến liệt tứ chi và ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, đòi hỏi hỗ trợ y tế đặc biệt.

- **Vùng ngực (T1-T12):** Tổn thương có thể gây liệt hai chân và ảnh hưởng đến cơ thân mình, nhưng thường không ảnh hưởng đến chức năng hô hấp.

- **Vùng thắt lưng và xương cụt (L1-S5):** Tổn thương thường dẫn đến liệt hai chân và có thể ảnh hưởng đến chức năng ruột và bàng quang.

6.3. Thời gian phục hồi

Phần lớn sự phục hồi xảy ra trong vòng 6 tháng đầu sau chấn thương. Tuy nhiên, quá trình này có thể kéo dài đến 18 tháng, mặc dù tốc độ tiến triển chậm và có thể không mang lại lợi ích về chức năng.

6.4. Yếu tố ảnh hưởng khác

- **Tuổi tác:** Trẻ em thường có khả năng phục hồi tốt hơn so với người lớn.
- **Tình trạng sức khỏe tổng quát:** Sức khỏe trước chấn thương và sự hiện diện của các bệnh lý khác có thể ảnh hưởng đến khả năng phục hồi.
- **Chất lượng chăm sóc y tế:** Việc điều trị kịp thời và chương trình phục hồi chức năng phù hợp đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện tiên lượng.

7. DỰ PHÒNG

7.1. Dự phòng các nguyên nhân tiên phát

Phòng ngừa tổn thương tủy sống là một vấn đề quan trọng nhằm giảm thiểu nguy cơ chấn thương và bảo vệ sức khỏe cột sống. Dưới đây là một số biện pháp phòng ngừa dựa trên các khuyến nghị y tế:

7.1.1. An toàn giao thông

- **Đội mũ bảo hiểm:** Khi tham gia giao thông bằng xe máy hoặc xe đạp, luôn đội mũ bảo hiểm đạt chuẩn để bảo vệ đầu và cột sống cổ.
- **Thắt dây an toàn:** Sử dụng dây an toàn khi lái xe ô tô để giảm nguy cơ chấn thương trong trường hợp tai nạn.

7.1.2. Phòng tránh tai nạn lao động

- **Sử dụng thiết bị bảo hộ:** Trong môi trường làm việc nguy hiểm, luôn mang thiết bị bảo hộ phù hợp như mũ bảo hộ, giày chống trượt và áo giáp bảo vệ.
- **Tuân thủ quy trình an toàn:** Thực hiện đúng các quy trình và hướng dẫn an toàn lao động để giảm nguy cơ chấn thương.

7.1.3. Phòng ngừa tai nạn sinh hoạt

- **Sắp xếp nhà cửa an toàn:** Đảm bảo không gian sống gọn gàng, tránh để đồ vật gây cản trở lối đi, đặc biệt trên cầu thang và sàn nhà.
- **Lắp đặt thiết bị hỗ trợ:** Sử dụng tay vịn trong phòng tắm, cầu thang và các khu vực dễ trượt ngã để hỗ trợ di chuyển an toàn.

7.1.4. Thể dục và rèn luyện sức khỏe

- **Tăng cường rèn luyện sức khỏe:** Thực hiện các bài tập giúp củng cố cơ lưng và cơ bụng để hỗ trợ cột sống, giảm nguy cơ chấn thương.

- **Kỹ thuật nâng vác đúng cách:** Khi nâng vật nặng, uốn cong đầu gối và giữ lưng thẳng để tránh áp lực lên cột sống.

7.1.5. Kiểm tra sức khỏe định kỳ

- **Phát hiện sớm các vấn đề cột sống:** Thăm khám định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời các bệnh lý liên quan đến cột sống, giảm nguy cơ tổn thương tủy sống.

- Việc tuân thủ các biện pháp trên sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ tổn thương tủy sống và bảo vệ sức khỏe cột sống một cách hiệu quả.

7.2. Dự phòng những thương tật thứ phát

Tổn thương tủy sống có thể dẫn đến các biến chứng như loét do nằm lâu, nhiễm trùng đường tiết niệu, rối loạn chức năng ruột và bàng quang, cũng như các vấn đề về hô hấp. Việc quản lý và phòng ngừa các biến chứng này là một phần quan trọng trong quá trình điều trị và phục hồi.

LIỆT MẶT NGOẠI BIÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dây thần kinh mặt hay dây VII là dây hỗn hợp, có đầy đủ chức năng của một dây thần kinh ngoại vi (vận động, cảm giác, thực vật, dinh dưỡng và phản xạ). Khi tổn thương dây thần kinh mặt (liệt mặt trung ương và liệt mặt ngoại biên) đều gây mất hoặc giảm vận động các cơ bám da mặt và da cổ.

- Bệnh dây thần kinh VII nằm trong chứng trúng phong kinh lạc của Y học cổ truyền. Với bệnh danh “Khẩu nhãn oa tà” (miệng và mắt méo lệch) sẽ tương ứng với các triệu chứng của liệt dây thần kinh VII ngoại biên.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo YHHĐ

- Do lạnh: Hay gặp nhất chiếm tới 80%, nguyên phát, thường sau người bệnh bị nhiễm lạnh và hay xảy ra vào ban đêm. Chỉ có liệt mặt đơn thuần, không có dấu hiệu thần kinh khác.

- Do viêm nhiễm: Viêm nhiều rễ và dây thần kinh, viêm dây VII, viêm tai xương chũm, Zona, hạch gôi...

- Do các tổn thương nền sọ: Vỡ nền sọ gây vỡ xương đá, tai biến sản khoa do Forcep.

- Do khối u: U góc cầu tiểu não, u dây thần kinh VII, u tai xương chũm, u độc nền sọ, u cánh nhỏ xương bướm.

2.2. Theo YHCT

- Ngoại nhân: Do phong hàn, phong nhiệt tà.

- Bất nội ngoại nhân: Do các sang chấn ở đầu mặt gây ứ huyết ở kinh lạc.

Phong hàn hay phong nhiệt tà thừa lúc chính khí hư tổn, vệ ngoại bất cố xâm phạm vào các kinh dương ở mặt, các sang chấn gây ra huyết ứ ở kinh lạc dẫn đến sự lưu thông kinh khí mất bình thường, khí huyết không được điều hòa, kinh cân thiếu dinh dưỡng, không co lại được mà gây nên bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo YHHĐ

- Biểu hiện lâm sàng:

+ Quan sát sự bất đối xứng khuôn mặt.

+ Nhắm mắt bên liệt không kín Charles-bell (+), mắt nếp nhăn mũi má và khoé miệng so với bên lành, nhân trung lệch sang bên lành.

- + Khám tổng quát, soi tai, sờ nắn các u, bướu vùng hàm.
- + Đánh giá chức năng vận động, yêu cầu bệnh nhân: Nâng cao cả 2 lông mày (nhú mày), nhắm chặt 2 mắt, cười, phồng má, mím môi.
- + Biểu lộ cả răng hàm trên và dưới (khi nhắm mắt).
- Chẩn đoán xác định liệt dây thần kinh VII ngoại biên:
- + Miệng méo về bên lành, lệch nhân trung về bên lành, mắt hoặc mờ nếp nhăn trán, mắt hoặc mờ rãnh mũi má bên liệt.
- + Dấu hiệu Souques dương tính.
- + Dấu hiệu Charles Bell dương tính.
- + Ngoài ra người bệnh có thể có một số triệu chứng khác: Khô mắt hoặc chảy nước mắt, giảm vị giác 2/3 trước lưỡi, giảm tiết nước bọt, cảm giác đau vùng sau tai.

3.2. Các thể theo YHCT

Được chia làm 3 thể:

Thể phong hàn ở kinh lạc: Thường gặp trong liệt dây thần kinh VII do lạnh.

Sau khi bị lạnh xuất hiện miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, ăn uống nước trào ra bên liệt, nhân trung lệch về bên lành, nếp nhăn trán và rãnh mũi má mờ hoặc mất bên liệt. Toàn thân có biểu hiện sợ gió, sợ lạnh, gai rét, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoãn.

Thể phong nhiệt: Thường gặp trong liệt dây thần kinh VII do viêm nhiễm.

Miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, ăn uống nước trào ra bên liệt, nhân trung lệch về bên lành, nếp nhăn trán và rãnh mũi má mờ hoặc mất bên liệt. Toàn thân có biểu hiện sốt, sợ gió, tiểu tiện vàng, đại tiện táo, chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch phù sác.

Thể huyết ú: Thường gặp trong liệt dây thần kinh VII do chấn thương như sau ngã, sau phẫu thuật vùng tai, vùng xương chẩm, nhổ răng hoặc khối u.

Sau sang chấn xuất hiện miệng méo, mắt nhắm không kín, khó thổi lửa, huyết sáo, ăn uống nước trào ra bên liệt, nhân trung lệch về bên lành, nếp nhăn trán và rãnh mũi má mờ hoặc mất bên liệt. Lưỡi có đốm ú huyết. Mạch sáp.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị không dùng thuốc:

Nên phối hợp với dùng thuốc.

- Đeo kính, băng mắt, nhỏ thuốc bảo vệ mắt.

- Trường hợp bị liệt mặt cơ cứng dai dẳng điều trị không kết quả có thể tiêm cồn hủy dây thần kinh.

4.2. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định phẫu thuật cho liệt dây VII ngoại biên trong các trường hợp sau:

- Liệt dây VII ngoại biên do lạnh tiến triển ngày càng nặng, sau điều trị nội khoa và vật lý trị liệu đến ngày thứ 21, lâm sàng vẫn không thấy dấu hiệu hồi phục, ghi điện thần kinh cơ có mức thoái hóa tới 90% kèm mất phản xạ nháy mắt hoặc đến tháng thứ 2 vẫn liệt mặt nặng và điện cơ mắt hoạt động điện.

- Liệt dây VII do viêm tai cấp hoặc mạn tính điều trị bảo tồn trong 4 - 5 tuần mà không có dấu hiệu phục hồi.

- Liệt dây VII sau mổ tai: cần kiểm tra ống Fallop, nếu có thay đổi hình thái cần phải mổ lại, nếu không thấy thay đổi thì điều trị nội khoa, sau 4 tuần không hồi phục thì có chỉ định mổ.

- Liệt dây thần kinh VII ngoại biên do các khối u.

4.3. Điều trị bằng thuốc

4.3.1. Thuốc hóa dược

Phối hợp các nhóm thuốc sau:

- Tăng dẫn truyền thần kinh (Cytidin monophosphat/Uridin monophosphat)
- Vitamin nhóm B liều cao (B1, B6, B12)
- Corticoid (Methypresdinsolon)
- Kháng sinh khi có nhiễm khuẩn hoặc kháng vi rút khi bị zona.

4.3.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.3.2.1. Thể phong hàn ở kinh lạc:

- Phép điều trị: khu phong tán hàn, ôn kinh hoạt lạc.
- Phương thuốc: *Đại tần giao thang*

Khương hoạt 08g	Bạch thược 08g	Độc hoạt 08g
Tần giao 08g	Đảng sâm 12g	Bạch chỉ 08g
Xuyên khung 08g	Bạch linh 08g	Thục địa 12g
Cam thảo 06g	Ngưu tất 12g	Bạch truật 12g
Đương qui 08g	Hoàng cầm 08g	

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.3.2.2. *Thể phong nhiệt*

- Phép điều trị: khu phong, thanh nhiệt, hoạt huyết.

- Phương thuốc:

Kim ngân hoa 16g	Xuyên khung 12g	Bồ công anh 16g
Đan sâm 12g	Thỏ phục linh 12g	Ngưu tất 12g
Ké đầu ngựa 12g	Trần bì 08g	

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.3.2.3. *Thể huyết ú*

- Phép điều trị: Hoạt huyết, tiêu ú, hành khí.

- Phương thuốc: *Tứ vật đào hồng*

Xuyên khung 12g	Bạch thược 12g	Thục địa 12g
Đương qui 12g	Hồng hoa 08g	Đào nhân 10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.4. Điều trị bằng các DVKT

4.4.1. Các DVKT YHCT

4.4.1.1. Phương pháp châm cứu

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm

- Thủ thuật: châm tả, mỗi lần chọn 10-16 huyết để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.

- Liệu trình: 1 lần/ngày x 10-15 lần/đợt

- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:

+ Tại chỗ: Ế phong (TE.17), Nghinh hương (LI.20), Đồng tử liêu (GB.1), Địa thương (ST.4), Dương bạch (GB.14), Giáp xa (ST.6), Ngưu yêu, Nhân trung (GV.26), Quyên liêu (SI.18), Thừa trương (CV.24).

+ Toàn thân: Bách hội (GV.20), Phong trì (GB.20), Hợp cốc (LI.4) bên đối diện.

4.4.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, măng châm...)

- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyết: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.4.1.3. Phương pháp cấy chỉ

- Công thức huyết cấy chỉ: điều chỉnh tùy theo các triệu chứng lâm sàng và tình trạng bệnh. Mỗi lần cấy chỉ từ 10 - 15 huyết.

- Liệu trình: Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng trong 2 - 3 tuần, sau 2 - 3 tuần hẹn người bệnh tái khám để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thông thường liệu trình trung bình 4 - 6 lần cấy chỉ.

4.4.1.4. Phương pháp xoa bóp bấm huyết

- Các thủ thuật xoa, day, miết, véo, bóp các cơ vùng đầu mặt cổ, ấn, bấm các huyết giống như châm. Xoa bóp 30 phút/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 đến 20 ngày.

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

4.4.2. Điều trị bằng PHCN

- Vật lý trị liệu

Điều trị bằng các dòng điện xung, Điều trị bằng tia hồng ngoại

- Vận động trị liệu:

Kỹ thuật xoa bóp vùng mặt.

Hướng dẫn người bệnh tập nhãn trán, nhú mày, huýt sáo, phát âm các âm b, p, u, i, ...

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. PHÒNG BỆNH

- Tránh nhiễm lạnh, tránh những nơi gió lùa, giữ ấm vùng cổ về mùa đông.

- Điều trị tích cực bệnh lý viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.

TỒN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh trụ xuất phát từ bó trong của đám rối thần kinh cánh tay, sau khi đi xuống cánh tay, nó quặt ra sau đến rãnh ròng rọc ở khuỷu, vòng quanh mỏm trên lồi cầu và xương trụ để ra phía trước cẳng tay rồi chạy thẳng xuống xương đẩu và chia ra 2 nhánh tận là nhánh vận động và nhánh cảm giác.

Thần kinh trụ chi phối vận động cho các cơ gấp cổ tay trụ, cơ gấp chung các ngón sâu, tất cả các cơ ô mô út, các cơ gian cốt mu tay và gian cốt gan tay, cơ giun 3-4 và cơ khép ngón cái. Về cảm giác, nó chi phối cho mặt lưng cổ tay, lưng bàn tay, cạnh trong bàn tay, ngón 5 và mặt trong ngón 4.

Theo YHCT tương ứng với Chứng nuy, là chỉ một chứng bệnh mà trong đó cân mạch, cơ nhục của cơ thể mềm yếu, khô héo, tê liệt mất vận động.

2. NGUYÊN NHÂN

Tồn thương thần kinh trụ ở khuỷu tay:

- Bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép.

- Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp duỗi khuỷu.

- Bệnh phong.

Tồn thương thần kinh trụ ở cổ tay:

- Những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều.

- Tiền sử chấn thương vùng cổ tay.

- U bao hoạt dịch cổ tay.

Ngoài ra, thần kinh trụ có thể bị tổn thương ở bất cứ vị trí nào trên đường đi của nó do hung khí hay các vật sắc nhọn khác gây ra.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Các công việc của chẩn đoán

3.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? Liệt? teo cơ?...

- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.

- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương...

3.1.2. Khám và lượng giá chức năng

3.1.2.1. Khám

Quan sát:

- Dấu hiệu “bàn tay vuốt trụ”: teo các cơ gian cốt và cơ giun bàn tay, duỗi khớp bàn ngón và gấp các khớp liên đốt tạo tư thế vuốt, rõ rệt ở ngón 4,5.

- Các ngón tay hơi dạng ra, ô mô út teo nhỏ, bẹt xuống, khe gian cốt lõm xuống để lộ rõ xương bàn tay.

Khám vận động:

- Cơ lực: liệt các cơ do thần kinh trụ chi. Vị trí tổn thương thần kinh trụ càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

- Các nghiệm pháp:

+ Yêu cầu bệnh nhân nắm bàn tay: ngón 4,5 và một phần ngón 3 gấp không hết.

+ Không gấp được đốt cuối ngón 5: bệnh nhân không gãi được ngón út trên mặt bàn trong khi gan bàn tay áp chặt xuống mặt bàn.

+ Nghiệm pháp Froment: bệnh nhân kẹp tờ giấy giữa ngón cái và ngón trỏ, do liệt cơ khớp ngón cái nên không thể kẹp tờ giấy bằng ngón cái duỗi thẳng mà phải gấp ngón cái ở khớp liên đốt để giữ tờ giấy lại.

- Trương lực cơ: giảm

Khám cảm giác: mất cảm giác ở ngón tay út và ½ ngón áp út

Khám phản xạ: mất phản xạ trụ sấp.

3.1.2.2. Lượng giá chức năng

Đánh giá chức năng bằng bộ câu hỏi DASH.

3.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc u xương gây chèn ép thần kinh trụ.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện một số tổ chức gây chèn ép thần kinh trụ ở rãnh thần kinh trụ vùng khuỷu hoặc kênh Guyon vùng cổ tay. Ví dụ: u bao hoạt dịch vùng cổ tay, mòm móc của xương móc chèn ép thần kinh trụ.

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh trụ. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

3.2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng:

- Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”.
- Mất động tác dạng và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5.
- Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và ½ ngón nhẫn.
- Mất phản xạ trụ sấp.
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

Tổn thương rễ C8, T1 hoặc tổn thương đám rối đoạn thân dưới, bó trong: yếu một số cơ không do thần kinh trụ chi phối. Ví dụ: C8 cũng chi phối thần kinh cho các cơ gấp ngón cái dài, dạng ngón cái ngắn, đối ngón cái trong khi đó thần kinh trụ thì không. Đo điện cơ góp phần giúp chẩn đoán phân biệt.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật được chỉ định khi:

- Tổn thương đứt rễ thần kinh (neurotmesis) hoặc tổn thương không cải thiện sau 3-6 tháng.
- Biến chứng teo cơ nặng, mất vận động hoàn toàn.

4.2. Điều trị bằng thuốc

- Paracetamol hoặc NSAIDs: giảm đau.
- Gabapentin hoặc Pregabalin: giảm đau thần kinh.
- Corticosteroid: giảm viêm trong tổn thương cấp tính.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Điện châm

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Kiên liêu, Thiên tĩnh, Chi câu, Ngoại quan, Dương trì, Trung chữ. Châm bình, lưu kim 30 phút/lần.

4.3.1.2. Xoa bóp bấm huyết

- Day ấn các huyết Kiên liêu, Thiên tĩnh, Chi câu, Ngoại quan, Dương trì, Trung chữ.

- Liệu trình điều trị: xoa bóp 30ph/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

4.3.2. Các DVKT PHCN

4.3.2.1. Đối với thần kinh

Hướng dẫn bệnh nhân các động tác sinh hoạt làm dè ép hay kéo căng thần kinh trụ. Sử dụng miếng đệm vùng khuỷu, bọc nệm cho tay ghế, tránh động tác gáy khuỷu lâu trong sinh hoạt. Sử dụng nẹp đệm hỗ trợ để tránh tư thế gập khuỷu kéo dài khi ngủ.

Xem xét điều trị phẫu thuật đối với những trường hợp không cải thiện triệu chứng sau 2- 3 tháng điều trị bảo tồn, đặc biệt là đối với những bệnh nhân có rối loạn cảm giác liên tục hoặc có teo, yếu cơ. Thường phẫu thuật giải chèn ép đối với trường hợp thần kinh trụ bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ. Trong khi đó đối với thần kinh trụ bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ thì phương pháp phẫu thuật được chọn là chuyển vị trí thần kinh trụ. Nếu triệu chứng của bệnh kéo dài chưa quá 1 năm và chưa có teo cơ thì kết quả phẫu thuật thường khả quan.

4.3.2.2. Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở kênh Guyon

Điều trị bảo tồn đối với những trường hợp chấn thương nhẹ bằng cách tránh các động tác làm chấn thương thêm, mang nẹp cổ tay hỗ trợ.

Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn thì nghĩ đến phẫu thuật. Thường phẫu thuật cắt bỏ mòm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp bệnh nhân có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật.

4.3.2.3. Đối với thần kinh trụ bị tổn thương do chấn thương

Giai đoạn cấp (ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật): Tập vận động thụ động x 20 phút/lần. Ngoài ra, bất động chi tổn thương thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật, mang máng nẹp, tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

Giai đoạn hồi phục: tập vận động có trợ giúp x 20 phút/lần hoặc tập vận động có kháng trở x 20 phút/lần (tùy thuộc vào lượng giá tình trạng của người bệnh), điều trị bằng điện xung x 10 phút/lần.

Giai đoạn mãn tính: quá trình chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa. Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ. Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

TÔN THƯƠNG THẦN KINH GIỮA

1. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh giữa xuất phát từ bó ngoài và bó trong của đám rối thần kinh cánh tay, đi xuống cánh tay dọc theo động mạch cánh tay rồi xuống cẳng tay, nằm giữa các cơ gấp chung các ngón nông và gấp chung các ngón sâu. Khi đến cổ tay, thần kinh giữa đi trong ống cổ tay để xuống gan tay và chia ra các nhánh tận ở đó.

Thần kinh giữa chi phối động tác gấp cổ tay và ngón tay, sấp cẳng tay và bàn, dạng và đối ngón cái. Về cảm giác, ở gan tay nó chi phối cho các ngón 1,2 3 và ½ ngoài ngón 4, ở mu tay chi phối cho đốt tận cùng của các ngón trên. Ngoài ra, thần kinh giữa là dây thần kinh hỗn hợp có nhiều sợi giao cảm nên khi bị tổn thương, bệnh nhân thường có cảm giác đau cháy ở bàn tay.

Theo YHCT tương ứng với Chứng nuy, là chỉ một chứng bệnh mà trong đó cân mạch, cơ nhục của cơ thể mềm yếu, khô héo, tê liệt mất vận động.

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh lý chèn ép rễ thần kinh giữa ở cẳng tay (Hội chứng thần kinh gian cốt trước) thường gặp ở người có nghề nghiệp liên quan đến gấp khuỷu và sấp cẳng tay quá nhiều, xách đồ vật quá nặng, bó bột cẳng tay, gãy xương cẳng tay, đạn bắn...

Bệnh lý chèn ép thần kinh giữa ở cổ tay (Hội chứng ống cổ tay) hay gặp ở người có nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt: gấp duỗi cổ tay lặp đi lặp lại, nắm chặt, làm việc với máy tính, làm việc với các dụng cụ rung lắc mạnh. Chia làm 2 giai đoạn:

- Cấp tính: thường do chấn thương phần mềm vùng cổ tay, gãy xương cổ tay, bong.

- Mãn tính: thường do mang đai cổ tay hoặc găng tay bó chặt, bất thường giải phẫu các thành phần trong ống cổ tay, sẹo cũ do đã từng mổ ống cổ tay.

Ngoài ra, thần kinh giữa có thể bị tổn thương ở bất kì vị trí nào trên đường đi của nó do hung khí hay các vật sắc nhọn khác gây ra.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHTĐ

3.1.1. Các công việc của chẩn đoán

3.1.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? Liệt? teo cơ?...

- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại

- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương...

3.1.1.2. Khám

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay khi”: teo cơ ô mô cái, ngón cái nằm cùng mặt phẳng với các ngón khác, mất động tác dạng và đối ngón cái.

+ Dấu hiệu “bàn tay giã đạo”: mất động tác gấp ngón 1,2 và một phần ngón 3; ngón 4,5 vẫn gấp được bình thường.

- Khám vận động:

Cơ lực: liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối. Mất động tác gấp, dạng và đối ngón cái. Nếu tổn thương cao có thể dẫn đến sấp cẳng tay và gấp cổ tay yếu.

Các nghiệm pháp chẩn đoán hội chứng ống cổ tay:

+ Nghiệm pháp Tinel: Gõ nhẹ liên tục vùng ống cổ tay trong 30-60 giây. Dấu hiệu dương tính: tê hoặc cảm giác châm chích vùng cảm giác thần kinh giữa chi phối.

+ Nghiệm pháp Phalen: bệnh nhân gấp cổ tay 2 bên 90 độ, áp mu 2 bàn tay vào nhau và duy trì tư thế này trong 30-60 giây. Dấu hiệu dương tính: tê hoặc cảm giác châm chích vùng cảm giác thần kinh giữa chi phối.

Trương lực cơ: giảm.

Khám cảm giác: mất hoặc giảm cảm giác các ngón 1,2,3 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận cùng của các ngón trên ở mu tay.

3.1.1.3. Lượng giá chức năng

Lượng giá chứng bằng bộ câu hỏi DASH.

3.1.1.4. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc u xương gây chèn ép thần kinh giữa.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện tình trạng chèn ép thần kinh giữa ở cẳng tay, ống cổ tay.

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh giữa. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

3.1.2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu “bàn tay khi” “bàn tay giã đạo”

- Mất động tác gấp, dạng và đôi ngón cái. Sắp cẳng tay và gấp cổ tay yếu nếu tổn thương cao.

- Mất cảm giác các ngón 1,2,2 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận cùng của các ngón trên ở mu tay.

- Nghiệp pháp Tinel và Phalen dương tính trong hội chứng ống cổ tay.

- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh giữa.

3.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh lý chèn ép rễ C6, C7.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật được chỉ định khi:

- Tổn thương đứt rễ thần kinh (neurotmesis) hoặc tổn thương không cải thiện sau 3-6 tháng.

- Biến chứng teo cơ nặng, mất vận động hoàn toàn.

4.2. Điều trị bằng thuốc

- Paracetamol hoặc NSAIDs: giảm đau.

- Gabapentin hoặc Pregabalin: giảm đau thần kinh.

- Corticosteroid: giảm viêm trong tổn thương cấp tính

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

Điện châm: Lựa chọn phương huyết phù hợp với tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Khúc trạch, Giản sử, Nội quan, Đại lãng, Lao cung x châm bình, lưu kim 30 phút/lần.

4.3.2. Các DVKT PHCN

4.3.2.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Tổn thương thần kinh quay nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc vào nhiều mức độ tổn thương:

- Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.

- Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.

- Độ 3: Phẫu thuật bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

4.3.2.2. *Tổn thương thần kinh giữa trong hội chứng ống cổ tay*

Nhiều bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn nếu được phát hiện sớm. Mang máng nâng đỡ cổ tay, giữ ở tư thế trung tính, mang khi ngủ và khi thực hiện những hoạt động đòi sự vận động cổ tay nhiều. Sử dụng thêm kháng viêm NSAIDs đường uống. Khoảng 90% bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay nhẹ đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tuần điều trị, sau đó duy trì tiếp ít nhất 2 tháng nữa.

Nếu bệnh nhân không hề có đáp ứng khi điều trị bảo tồn với máng nẹp cổ tay thì lựa chọn tiếp theo là tiêm steroid vào ống cổ tay. Thường giảm các triệu chứng sau mũi tiêm thứ nhất, một số trường hợp cho phép tiêm đến 3 mũi, cách nhau 3-6 tuần. Khi tiêm đòi hỏi phải đúng kỹ thuật để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương gân, tổn thương hay tạo sẹo cho dây thần kinh.

Thay đổi tư thế và có chế độ nghỉ ngơi hợp lý khi làm việc để tránh làm nặng thêm tình trạng bệnh.

Phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân không đáp ứng với việc mang máng nẹp, uống thuốc kháng viêm NSAIDs và tiêm steroid vào ống cổ tay hoặc khi bệnh nhân bị giảm đáng kể các hoạt động sinh hoạt hằng ngày hoặc có tình trạng theo cơ rõ. Phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng thần kinh giữa có tỷ lệ thành công cao và giai đoạn hồi phục sau mổ cũng nhanh.

Chương trình PHCN sau phẫu thuật ống cổ tay giải phóng thần kinh giữa:

- Tuần 1: Tập vận động thụ động x 20 phút/lần. Gấp duỗi cổ tay nhẹ nhàng, các ngón gấp duỗi tối đa. Mang nẹp cổ tay hỗ trợ.

- Tuần 2: Tập vận động có trợ giúp x 20p; Kỹ thuật tập tay và bàn tay x 20 phút/lần; Điện xung x 10 phút/lần.

- Tuần 3-4: Tập vận động có kháng trở x 20 phút/lần; Điện xung x 10 phút/lần.

4.3.2.3. *Thần kinh giữa bị tổn thương do vết thương vùng cánh tay, cẳng tay*

- Giai đoạn cấp (ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật): Tập vận động thụ động x 20 phút/lần. Ngoài ra, bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật. Mang máng nẹp. Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- Giai đoạn hồi phục: Tập vận động có trợ giúp x 20 phút/lần hoặc tập vận động

có kháng trở x 20 phút/lần (tùy thuộc vào lượng giá tình trạng của người bệnh), điều trị bằng điện xung x 10 phút/lần.

- Giai đoạn mạn tính: Quá trình chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa. Nên tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ. Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

- Sau khi xuất viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo y học hiện đại, thần kinh quay là nhánh tận lớn nhất của đám rối thần kinh cánh tay, xuất phát từ bó sau, được hợp bởi các sợi thần kinh từ rễ C6, C7, C8 và có thể cả T1. Thần kinh quay chi phối vận động cho các cơ duỗi và ngửa ở cánh tay, cẳng tay và chi phối cảm giác cho mặt sau cánh tay, cẳng tay và nửa ngoài mu tay.

Theo y học cổ truyền, tổn thương thần kinh quay tương ứng với Chứng nuy, là chỉ một chứng bệnh mà trong đó cân mạch, cơ nhục của cơ thể mềm yếu, khô héo, tê liệt mất vận động.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHD

Tổn thương thần kinh quay đoạn từ nách đến khuỷu:

- Gãy xương cánh tay mới hoặc cũ.
- Hội chứng liệt tối thứ bảy.
- Đi nặng nách không đúng kỹ thuật.
- Hạch nách, phình mạch chèn ép.

Tổn thương thần kinh quay đoạn từ khuỷu đến cổ tay, thường gặp “Hội chứng thần kinh gian cốt sau”: do nhánh gian cốt sau của thần kinh quay bị đè ép bởi một số nguyên nhân sau:

- Gãy xương, can xương, trật đầu trên xương quay.
- U mỡ, u xơ thần kinh, u tế bào Schwan, dị dạng tĩnh mạch gây đè ép.
- Nghề nghiệp liên quan đến các hoạt động sắp ngửa liên tục cẳng tay như nhạc trưởng, người đánh đàn violin...

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

Y học cổ truyền cho rằng các nguyên nhân tạo thành nuy chứng và ngũ tạng liên quan mật thiết với nhau. Ngoại cảm lục dâm; nội thương thất tình đều có thể dẫn tới nuy chứng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? Liệt? teo cơ?...
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng,

chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.

- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương...

3.1.2. Khám và lượng giá chức năng

3.1.2.1. Khám

Quan sát:

- Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”

- Tình trạng teo cơ, rung thớ cơ phía bên liệt so với bên lành trong giai đoạn muộn của bệnh.

Khám vận động:

- Cơ lực: liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối bao gồm các cơ duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và duỗi các ngón. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

- Trương lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất hoặc giảm cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay và mặt ngoài mu tay. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì vùng mất cảm giác càng rộng. Ở bệnh nhân bắt đầu hồi phục thần kinh sau chấn thương có thể có tình trạng tăng cảm giác.

Khám phản xạ: mất hoặc giảm phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay và phản xạ trâm quay.

3.1.2.2. Lượng giá chức năng

Đánh giá chức năng bằng bộ câu hỏi DASH.

3.1.3. Chỉ định cận lâm sàng

- Xquang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc u xương gây chèn ép thần kinh quay.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện một số tổ chức không cản quang gây chèn ép thần kinh quay (u mỡ, u hạch, phình mạch...)

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh quay. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

3.1.4. Chẩn đoán xác định

- Liệt các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối: duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay, duỗi các ngón. Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”.

- Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài mu tay.

- Mất phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay, phản xạ trâm quay.
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh quay.

3.1.5. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý cột sống cổ chèn ép rễ C6, C7.
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.
- Một số bệnh lý khác của não hoặc tuỷ sống có gây liệt chi trên. Ví dụ: tổn thương vỏ não hồi trước trung tâm, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định: Chèn ép thần kinh quay điều trị nội khoa không kết quả (thường sau khoảng 12 tuần điều trị nội) hoặc triệu chứng liệt thần kinh quay tăng dần.

4.2. Điều trị bằng thuốc

- Paracetamol hoặc NSAIDs: giảm đau.
- Gabapentin hoặc Pregabalin: giảm đau thần kinh.
- Corticosteroid: giảm viêm trong tổn thương cấp tính.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Điện châm

Lựa chọn phương huyệt phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyệt tham khảo: Kiên ngưng, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Dương khê, Hợp cốc xuyên Lao cung. Châm bình lưu kim 30 phút/lần.

4.3.1.2. Xoa bóp bấm huyệt

- Thực hiện:
 - + Day huyệt Kiên ngưng.
 - + Ấn nhẹ các huyệt Tý nhu, Thủ tam lý, Hợp cốc (ấn vùng gân).
 - + Điềm các huyệt Kiên ngưng, Khúc trì.
 - + Xoa nhẹ ở cánh tay (xoay đi xoay lại).
- Liệu trình điều trị: xoa bóp 30 phút/lần/ngày.

4.3.2. Các DVKT PHCN

4.3.2.1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Tổn thương thần kinh quay nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc vào

nhiều mức độ tổn thương:

- Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.
- Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.
- Độ 3: Phẫu thuật bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

4.3.2.2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Giai đoạn cấp (ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật): Tập vận động thụ động x 20 phút/lần, điều trị bằng điện xung x 10 phút/lần. Ngoài ra cần mang máng thần kinh quay nhằm dự phòng biến dạng co rút “rũ cổ cò”. Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

Giai đoạn hồi phục (khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh): Tập vận động có trợ giúp x 20 phút/lần hoặc tập vận động có kháng trở x 20 phút/lần (tùy thuộc vào lượng giá tình trạng của người bệnh), điều trị bằng điện xung x 10 phút/lần.

Giai đoạn mãn tính (quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa): Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ, sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

TỒN THƯƠNG THẦN KINH MÁC

1. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh Mác chung còn được gọi là dây thần kinh hông khoeo ngoài là một trong hai nhánh của dây thần kinh hông, có kích thước bằng một nửa dây thần kinh chày. Dây thần kinh mác tách ra từ thần hông ở mặt trên của trám khoeo rồi chạy ra bên quanh đầu trên xương mác sau đó chia thành thần kinh mác sâu và thần kinh mác nông.

Dây thần kinh mác chia các nhánh tới khớp gối và chi phối vận động cho cơ duỗi bàn chân, phân bố cảm giác da ở mặt ngoài cẳng chân, gót và cổ chân.

Khi tổn thương dây thần kinh mác dẫn đến liệt nhóm cơ nghiêng ngoài bàn chân, gập bàn chân về phía mu, mất cảm giác bờ ngoài cẳng chân và mặt mu chân.

Theo YHCT tương ứng với chứng nuy, là chỉ một chứng bệnh mà trong đó cân mạch, cơ nhục của cơ thể mềm yếu, khô héo, tê liệt mất vận động.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do vết thương hở khí, vật sắc nhọn đâm phải.
- Gãy và sai khớp gối.
- Gãy chỏm xương mác.
- Tai biến do bó bột.
- Phẫu thuật đóng cứng khớp gối.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Các công việc của chẩn đoán

3.1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân có đau và rối loạn cảm giác vùng cẳng, bàn chân không,
- Bệnh nhân có đi lại dễ dàng không.

3.1.2. Khám

- Đau mặt ngoài cẳng chân và mặt mu của bàn chân
- Đồng thời bệnh nhân đau vùng thắt lưng hoặc sau bên của đùi cho phép nghĩ đến tổn thương rễ L5.
- Đau thường kèm theo rối loạn cảm giác.
- Khám thấy bàn chân rũ.

3.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang khớp gối và mắt cá tìm tổn thương gãy xương hoặc viêm đa khớp

dạng thấp.

- Chụp MRI vùng cột sống thắt lưng xác định tổn thương rễ L5
- Chẩn đoán điện cơ xác định tổn thương thần kinh mác.

3.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng:

- Không gập được bàn chân về phía mu chân.
- Không xoay được bàn chân ra ngoài.
- Không duỗi được các ngón chân.
- Khi đi bàn thông xuống (bàn chân ngựa), khi đi lại người bệnh phải nhấc cao bàn chân để các ngón chân không vấp phải chỗ đất gồ ghề.
- Teo cơ vùng trước cẳng chân.
- Giảm hoặc mất cảm giác đau mặt sau ngoài cẳng chân và bàn chân.
- Chụp Xquang khớp gối và mắt cá tìm tổn thương gãy xương hoặc viêm đa khớp dạng thấp.
- Chụp cộng hưởng từ vùng cột sống thắt lưng xác định tổn thương rễ L5.
- Chẩn đoán điện cơ xác định tổn thương thần kinh mác.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

- Thất bại sau điều trị bảo tồn: không cải thiện triệu chứng sau 3-6 tháng.
- Tổn thương nặng do chấn thương thần kinh toạ.
- Liệt thần kinh mác sau phẫu thuật thay khớp hang.
- Nguyên nhân chèn ép rõ ràng: u thần kinh, chèn ép do cấu trúc lân cận.
- Tiến triển teo cơ.

4.2. Điều trị bằng thuốc

- Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12) giúp tái tạo thần kinh.
- Thuốc giảm đau, kháng viêm không steroid (NSAIDs) nếu cần.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Điện châm

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo: Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Huyền chung, Khâu khư, Túc lâm khắp. Châm bình, lưu kim 30

phút/lần.

4.3.1.2. Xoa bóp bấm huyệt

- Day ấn các huyệt Hoàn khiêu, Phong thị, Dương lăng tuyền, Dương phụ, Huyền chung, Khâu khư, Túc lâm khắp.

- Liệu trình điều trị: xoa bóp 30ph/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 10-15 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

4.3.2. Các DVKT PHCN

4.3.2.1. Nguyên tác điều trị

- Duy trì tầm vận động khớp.

- Đề phòng co rút, biến dạng khớp.

4.3.2.2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- *Nhiệt trị liệu:* điều trị bằng parafin, điều trị bằng hồng ngoại.

- *Điện trị liệu:* điều trị bằng điện xung.

- *Vận động trị liệu:* tập vận động thụ động, tập vận động có trợ giúp hoặc tập vận động có kháng trở, tùy thuộc vào tình trạng của người bệnh.

Ngoài ra dùng nẹp cổ bàn chân, giảm các tư thế chèn ép dây thần kinh (như ngồi xổm, vắt chân).

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau.

- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên.

THOÁI HÓA KHỚP GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hoá khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương, biểu hiện cuối cùng của thoái hóa khớp là các thay đổi hình thái, sinh hoá, phân tử và cơ sinh học của tế bào và chất cơ bản của sụn dẫn đến nhuyễn hoá, nứt loét và mất sụn khớp, xơ hoá xương dưới sụn, tạo gai xương và hốc xương dưới sụn. Bệnh thường gặp ở nữ giới, chiếm 80% các trường hợp thoái hóa khớp gối.

- Theo Y học cổ truyền (YHCT), thoái hóa khớp gối không có bệnh danh riêng. Tuy nhiên, hầu hết người bệnh đến khám và điều trị thoái hóa khớp gối thường có triệu chứng đau, hạn chế vận động và khớp gối sưng hoặc biến dạng, nên thoái hóa khớp gối được quy vào chứng Tý, bệnh danh là Hạc tất phong

2. NGUYÊN NHÂN

Theo nguyên nhân chia hai loại: thoái hóa khớp nguyên phát và thứ phát.

2.1. Nguyên nhân theo YHHD

- Thoái hoá khớp nguyên phát Là nguyên nhân chính, xuất hiện muộn, thường ở người sau 60 tuổi, có thể ở một hoặc nhiều khớp, tiến triển chậm. Ngoài ra có thể có yếu tố di truyền, yếu tố nội tiết và chuyển hoá (mãn kinh, đái tháo đường...) có thể gia tăng tình trạng thoái hóa.

- Thoái hoá khớp thứ phát Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân có thể do sau các chấn thương khiến trục khớp thay đổi (gãy xương khớp, can lệch...); Các bất thường trục khớp gối bẩm sinh: khớp gối quay ra ngoài (genu valgum); Khớp gối quay vào trong (genu varum); Khớp gối quá duỗi (genu recurvatum...) hoặc sau các tổn thương viêm khác tại khớp gối (viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, lao khớp, viêm mù, bệnh gút, chảy máu trong khớp- bệnh Hemophilie...)

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

- Phong hàn thấp hoặc phong thấp nhiệt tà thừa lúc chính khí hư tổn, vệ ngoại bất cố xâm phạm vào cơ biểu kinh lạc làm sự vận hành của khí huyết tại khớp gây đau, co duỗi khó khăn.

- Công năng của tạng can và thận bị hư tổn do bệnh lâu ngày làm tà khí bám vào gân xương hoặc do tuổi cao, chức năng của can thận suy giảm gây đau, co duỗi khó khăn, biến dạng các khớp và tái phát nhiều lần.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

3.1.1. Chẩn đoán xác định:

*** Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thập khớp học Mỹ-ACR (American College of Rheumatology), 1991.**

- Có gai xương ở rìa khớp (trên Xquang).
- Dịch khớp là dịch thoái hoá.
- Tuổi trên 38.
- Cứng khớp dưới 30 phút.
- Có dấu hiệu lực khục khi cử động khớp.

*** Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.**

- Các dấu hiệu khác:

Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, do phản ứng viêm của màng hoạt dịch.

Biến dạng: do xuất hiện các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.

3.1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp: chẩn đoán phân biệt khi chỉ tổn thương tại khớp gối, đặc biệt khi chỉ biểu hiện ở một khớp: tình trạng viêm tại khớp và các biểu hiện viêm sinh học rõ (tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng...) và có thể có yếu tố dạng thấp dương tính. Thường được chẩn đoán qua nội soi và sinh thiết màng hoạt dịch.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Thể phong hàn thấp tý

3.2.1.1 Triệu chứng: Sau khi nhiễm ngoại tà (phong, hàn, thấp) xuất hiện đau, sưng nề, không nóng đỏ, hạn chế vận động khớp gối một hoặc hai bên, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm ấm đỡ đau, kèm sợ lạnh, sợ gió, không sốt, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch phù hoãn.

3.2.1.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại khớp, cân, cơ, kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn, thấp).

3.2.2. Thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư

3.2.2.1 Triệu chứng: Người bệnh đau mỏi khớp gối, vận động co duỗi khó khăn, có thể biến dạng khớp. Sau khi nhiễm thêm ngoại tà (phong, hàn, thấp) xuất hiện đau tăng lên, khớp gối sưng nề, không nóng đỏ, hạn chế vận động khớp gối một hoặc

hai bên, kèm đau mỗi lưng gối, ù tai, ngủ kém, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch trầm hoãn.

3.2.2.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can thận hư/Bệnh tại khớp, gân, cơ, kinh lạc. –
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn, thấp), bất nội ngoại nhân (nội thương).

3.2.3. Thễ phong thấp nhiệt kèm can thận hư

3.2.3.1 Triệu chứng: Người bệnh đau mỗi khớp gối từ lâu, vận động cơ duỗi khó khăn, có thể có biến dạng khớp. Đợt này xuất hiện sưng, đau, nóng hoặc đỏ, một hoặc khớp gối hai bên, đau cự án. Thường kèm theo phát sốt, sợ gió, miệng khô khát, phiền táo bứt rứt không yên. Tiêu vàng lượng ít, lưỡi đỏ, rêu vàng bẩn. Mạch hoạt sắc.

3.2.3.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ/kinh lạc: Can thận hư/bệnh tại khớp, gân, cơ, kinh lạc.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương), ngoại nhân (phong, thấp, nhiệt).

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa

- Điều trị dưới nội soi khớp
- + Cắt lọc, bào, rửa khớp.
- + Khoan kích thích tạo xương (microfracture).
- + Cấy ghép tế bào sụn.
- Phẫu thuật thay khớp nhân tạo

Được chỉ định ở các thể nặng tiến triển, có giảm nhiều chức năng vận động. Thường được áp dụng ở những bệnh nhân trên 60 tuổi. Thay khớp gối một phần hay toàn bộ khớp

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược:

- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh. Chỉ định khi có đau khớp :
 - + Thuốc giảm đau: Paracetamol: 1g -2g/ ngày. Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1g-2g/ngày.
 - + Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): lựa chọn một trong các thuốc

sau: + Etoricoxia 30mg -60 mg/ngày, Celecoxib 200mg/ngày, Meloxicam 7,5 15mg/ngày. + Thuốc chống viêm không steroid khác: Diclofenac 50-100mg/ngày, Piroxicam 20mg/ngày...

+ Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ ngày. Các loại gel như: Voltaren Emugel.. có tác dụng giảm đau và rất ít tác dụng phụ.

+ Corticosteroid: Không có chỉ định cho đường toàn thân.

+ Đường tiêm nội khớp

Hydrocortison acetat: Mỗi đợt tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 3 mũi tiêm mỗi đợt. Không tiêm quá 3 đợt trong một năm.

Các chế phẩm chậm: Methylprednisolon, Betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt một năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

Acid hyaluronic (AH) dưới dạng hyaluronate: 1 ống/1 tuần x 3-5 tuần liên.

- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (SYSADOA): Nên chỉ định sớm, kéo dài, khi có đợt đau khớp, kết hợp với các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh nêu trên.

+ Piascledine 300mg (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày.

+ Glucosamine sulfate: 1,5g/ngày.

+ Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin sulfate: 30ml uống mỗi ngày.

+ Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

4.2.2. Thuốc YHCT

Các pháp điều trị và thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.2.1 Thể phong hàn thấp tý.

- Pháp trị: Trừ thấp, khu phong, tán hàn, chỉ thống.

- Phương thuốc:

Cổ phương:

+ Nếu thấp thắng: **Ý dĩ nhân thang** Ý dĩ 30g Bạch truật 08g Bạch thược 08g Đương qui 12g Quế chi 10g Ma hoàng 06g Cam thảo 04g Sinh khương 06g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần khi thuốc còn ấm.

+ Nếu hàn tà thắng: **Ô đầu thang**: Hắc phụ tử 08g Ma hoàng 08g Bạch thược 12g Hoàng kỳ 20g Cam thảo 04g Mật ong 80g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần uống ấm.

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

điều trị.

4.2.2.2 *Thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư:*

- Pháp trị: Trừ thấp, khu phong, tán hàn, chỉ thống, bổ can thận.
- Phương thuốc:

Cổ phương: **Độc hoạt ký sinh thang BV** hoặc **Tam tý thang**: Là bài Độc hoạt ký sinh thang gia thêm Hoàng kỳ, Tục đoạn.

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

Hoặc bài Thang khớp nhiệt BV, Thang khớp hàn BV

4.2.2.3 *Thể phong thấp nhiệt kèm can thận hư*

- Pháp: Thanh nhiệt, khu phong, trừ thấp, chỉ thống, bổ can thận.
- Phương thuốc:

Cổ phương:

Dùng bài **Ý dĩ nhân thang** hợp với **Nhị diệu**

Hoặc dùng bài **Bạch hổ quế chi thang** Quế chi Thược dược

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

Sau khi khớp gối hết nóng, đỏ thì có thể dùng các bài thuốc uống trong như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

Có thể chỉ định các bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh.

4.3.1.1 *Thể phong hàn thấp tý.*

- Phương huyết tham khảo:

Tại chỗ: A thị huyết Độc tý (ST.35) Dương lăng tuyền (GB.34) Lương khâu (ST.34) Tắt nhãn Âm lăng tuyền (SP.9) Huyết hải (IV-10) Ủy trung (BL.40)

Toàn thân: Phong long (ST.40) Túc tam lý (ST.36) Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

- Điện châm, Hào châm, điện mẫn châm, ôn điện châm, ôn châm. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Điện nhĩ châm: các điểm bánh chè, cẳng chân (D2). Nhĩ châm 1 lần/ngày, từ

15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Cây chỉ vào các huyết: Công thức huyết như trong công thức huyết điện châm. Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyết cây chỉ phù hợp. Mỗi lần cây chỉ có tác dụng khoảng từ 7 đến 15 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp vào các huyết như điện châm, ngày 1 lần, mỗi lần 2 đến 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

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

Ngoài ra còn có phương pháp xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật xoa, xát, miết, bóp, vờn, vận động. Day, ấn các huyết như trong công thức huyết điện châm. Mỗi lần xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần/ngày, từ 10 đến 15 ngày/liệu trình.

4.3.1.2 *Thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư:*

- Châm kết hợp với cứu.

+ Châm tả và cứu các huyết tại chỗ: như thể phong hàn thấp tý.

+ Châm bổ: Thận du (BL.23) Tam âm giao (SP.6) Thái xung (LR.3) Can du (BL.18) Thái khê (KI.3) Quan nguyên (CV.4) 16g 12g 08g 12g 12g 12g 06g Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Xoa bóp bấm huyết, thủy châm, điện mẫn châm, cây chỉ: như thể phong hàn thấp tý.

- Điện nhĩ châm: Châm tả bánh chè, cẳng chân (D2), châm bổ Thần môn, Can, Thận. Lưu kim 20 - 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày/liệu trình.

- Thủy châm như thể phong hàn thấp tý.

- Cây chỉ như thể phong hàn thấp tý.

4.3.1.3 *Thể phong thấp nhiệt kèm can thận hư:*

- Châm: Như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

+ Châm tả thêm huyết Đại chùy (GV.14), Nội đình (ST.44).

- Điện nhĩ châm, điện mẫn châm: Như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

Sau khi khớp hết nóng, đỡ thì áp dụng phác đồ xoa bóp bấm huyết, thủy châm, cây chỉ như thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư.

4.3.2. *Các DVKT PHCN*

- Nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau chống co cứng cơ giãn mạch tăng cường chuyển hóa dinh dưỡng như: Nhiệt nông (Hồng ngoại, Parafin), nhiệt sâu (Siêu âm vùng khớp gối, sóng ngắn vùng khớp gối, Từ trường vùng khớp gối (lưu ý các trường hợp chống chỉ định)

- 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.

- Các kỹ thuật xoa bóp áp lực hơi hoặc xoa bóp vùng có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyển hoá dinh dưỡng và bài tiết, điều hoà quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế.

5. DỰ PHÒNG

- Chống béo phì.

- Có chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý, bảo vệ khớp tránh quá tải.

- Phát hiện điều trị chỉnh hình sớm các dị tật khớp (lệch trục khớp, khớp gối vẹo trong, vẹo ngoài...).

THOÁI HOÁ CỘT SỐNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ở người bệnh trên 60 tuổi, 95 % đàn ông và 70% phụ nữ có ít nhất một dấu hiệu của thoái hoá khớp trên hình ảnh học. Tỷ lệ này ở cột sống cổ là trên 80% người bệnh trên 55 tuổi. Đặc biệt thoái hoá khớp diện sống chiếm 19 % người bệnh 45-65 tuổi và 57 % người bệnh trên 65 tuổi. Thoái hoá cột sống cổ thường được khởi phát ở tuổi 40-60, các thay đổi thoái hoá trên hình ảnh học tăng dần theo tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo YHHĐ:

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao; nữ; nghề nghiệp lao động nặng; một số yếu tố khác như: tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động ... Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại kéo dài trong nhiều năm dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong thoái hóa cột sống.

2.2. Theo YHCT:

- Cảm thụ ngoại tà: phong, hàn, thấp nhiệt, là các tà khí hay xâm phạm gây đau thắt lưng. Nhưng cấp tính nặng đục, dính, trì, trệ rất dễ làm bế tắc kinh lạc vùng thắt lưng nên ngoại cảm gây bệnh vùng thắt lưng thường có kèm thấp tà.

- Lao lực, chấn thương: lao lực quá độ, té ngã chấn thương, khiến khi huyết trong kinh lạc vùng thắt lưng không thông, khí trệ huyết ứ sinh ra yêu thống.

- Thận suy hư, thể chất hư

- Ngoài ra phong, hàn, thấp, nhiệt tà xâm phạm và chấn thương, lao lực đều có thể gây bệnh hoặc làm bệnh nặng lên thêm trên nền Thận hư trước.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHĐ

- Chẩn đoán thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào những dấu hiệu:

3.1.1. Lâm sàng:

- Đau cột sống có tính chất cơ học.

3.1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang cột sống thường quy (thẳng - nghiêng - chếch $\frac{3}{4}$ hai bên): hẹp khe khớp với bờ diện khớp nhãn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ

liên hợp đốt sống. Đối với thoái hoá CSTL: thường kết hợp loãng xương gây xẹp nhiều thân đốt sống, có thể có dấu hiệu Schmorl khi kết hợp với thiếu xương.

- Cần lưu ý bệnh nhân phải không có triệu chứng toàn thân như: sốt, gầy sút cân, thiếu máu... Cần làm các xét nghiệm máu (bilan viêm, phosphatase kiềm..) để khẳng định là các thông số này bình thường. Trường hợp có các bất thường về lâm sàng (đau quá mức, gầy sút cân, sốt...) hoặc tốc độ lắng máu tăng cao cần phải tìm nguyên nhân khác.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

- Hàn thấp tắc trở kinh lạc
- Ú huyết trở trệ kinh lạc
- Thận tinh bất túc - thận âm hư - thận khí hư - thận dương hư

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa:

Có chỉ định khi:

- Thiếu hụt thần kinh tiến triển
- Chèn ép rễ thần kinh tuỷ sống
- Đau không đáp ứng điều trị

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.3.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc giảm đau: acetaminophen đơn thuần hay có codein ... hoặc thuốc chống viêm không steroid liều thấp kinh điển (meloxicam, diclofenac...) tuy nhiên thận trọng với các bệnh nhân cao tuổi, có bệnh dạ dày, tim mạch... Có thể dùng đường tiêm hay bôi ngoài da.

- Thuốc giảm đau thần kinh

- Thuốc giãn cơ: eperison (viên 50mg): 3 viên/ngày, hoặc tolperisone (viên 50mg, 150mg): 2-6 viên/ngày

- Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm: + Piascledine 300mg (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày + Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, uống trước ăn 15 phút, dùng kéo dài trong nhiều năm.

- Thuốc ức chế IL1: diacerhein 50mg (viên 50mg) 1-2 viên /ngày, dùng kéo dài trong nhiều năm.

- Vitamin nhóm B liều cao.

- Tiêm corticoid tại chỗ: tiêm ngoài màng cứng bằng hydrocortison acetat, hoặc methyl prednisolon acetate trong trường hợp đau thần kinh tọa, tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tăng sáng hoặc dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính).

4.3.2. Thuốc YHCT:

Các pháp điều trị và thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh, cụ thể:

4.3.2.1 Thể hàn thấp tắc trở kinh lạc:

- Phép trị: khu hàn trừ thấp, ôn thông kinh lạc

- Bài thuốc: **Can khương linh truật thang**

Can khương	04g
Bạch linh	12g
Sao bạch truật	12g
Cẩu tích	12g
Cốt toái bổ	12g
Hán phòng kỷ	06g
Chích cam thảo	08g

4.3.2.2 Thể ứ huyết trở trợ kinh lạc:

- Phép trị: Hoạt huyết hoá ứ, thông lạc chỉ thống

- Bài thuốc: **Thân thống trực ứ thang gia giảm**

Đương quy	12 g
Xuyên khung	12 g
Ngũ linh chi	08 g
Đào nhân	06 g
Hồng hoa	06 g
Một dược	08g
Địa long	06g
Ngưu tất	12 g
Hương phụ	12g
Chích cam thảo	08 g

Hoặc có thể dùng bài Đào hồng tứ vật, Thang chỉ thống BV.

4.3.2.3 Thể thận khí hư, thận dương hư:

- Pháp trị: ôn thận trợ dương

- Bài thuốc: **Hữu quy hoàn gia giảm**

Nhục quế	06g
Thục phụ phiên	06g
Lộc giác giao	04g
Đỗ trọng	12g
Thỏ ty tử	12g
Câu kỷ tử	12g
Thục địa hoàng	16g
Sơn thù nhục	12g
Hoài sơn	12g
Chích cam thảo	08g

4.3.2.4 *Thể thận tinh bất túc- Thận âm hư:*

- Phép trị: tư âm bổ thận

- Bài thuốc: **Tả quy hoàn, lục vị địa hoàng gia giảm**

Quy giáp giao	12g
Lộc giác giao	10g
Thục địa hoàng	12g
Sơn thù nhục	10g
Câu kỷ tử	12g
Hoài sơn	12g
Thỏ ty tử	12g
Ngưu tất	12g

Hoặc có thể dùng bài Thang Lục vị BV, Thang Khớp nhiệt BV, thang khớp hàn BV.

Có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.4. Điều trị bằng các DVKT**4.4.1. Các DVKT YHCT**

- Đối với thể *hàn thấp tắc trở kinh lạc*: Châm cứu: âm lăng tuyền, túc tam lý, phong trì, đại chùy, thận du, quan nguyên, liệt khuyết, uỷ trung, A thị huyết.

- Đối với thể *thận khí hư, thận dương hư*: Điện châm các huyết: thận du, mệnh môn, quan nguyên, đại trử, huyền chung, liệt khuyết, uỷ trung (bổ), a thị (tả)

- Xoa bóp bấm huyết vùng cột sống cổ, cột sống thắt lưng

- Thủy châm: vitamin nhóm B các huyết thận du...
- Cấy chi: các huyết như điện châm.
- Dưỡng sinh.

4.4.2. Các DVKT PHCN:

Có thể chọn hoặc kết hợp 1 trong các liệu pháp sau đây.

- Đắp paraffin
- Điện xung
- Siêu âm
- Sóng ngắn
- Laser nội mạch công suất thấp
- Xung kích
- Tập các bài tập kéo giãn các cơ vùng cột sống.
- Kéo giãn cột sống
- Điều trị bằng từ trường

5. TIÊN LƯỢNG

Thoái hoá khớp là bệnh tất yếu sẽ xảy ra cho mọi người khi già đi, tuy nhiên mức độ và biến chứng của nó là có thể kiểm soát, hạn chế, làm chậm lại được thông qua việc điều chỉnh lối sống, vận động và các bệnh lý nền.

6. DỰ PHÒNG

Giảm cân, tập thể dục, dưỡng sinh...

THOÁI HÓA ĐA KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hóa khớp (THK) là bệnh khớp phổ biến nhất ở người lớn. Đau khớp là triệu chứng thường gặp và là nguyên nhân bệnh nhân đi khám bệnh. Các vị trí thường bị ảnh hưởng là các khớp ngoại biên như ở tay (liên ngón xa, liên ngón gần, cổ – bàn ngón tay cái (thang – bàn), gối và háng. Không có triệu chứng toàn thân. Chẩn đoán THK có thể chẩn đoán chỉ dựa trên bệnh sử và khám lâm sàng, X quang khớp giúp hỗ trợ chẩn đoán do ít có tương quan giữa mức độ đau và hình ảnh học trong THK. Thoái hóa đa khớp (THĐK) được hiểu là Thoái hóa khớp nguyên phát ở nhiều vị trí khớp, loại trừ các trường hợp tổn thương hai bên của một khớp.

- Không có danh từ tương tự của THK theo YHCT. Khi so sánh các triệu chứng bệnh của THK trong đó đau là triệu chứng chính có thể tương tự như chứng của YHCT là Chứng Tý, Chứng thống. Tùy mỗi vị trí thoái hóa khớp có các chứng YHCT khác nhau như Tích thống, bồi thống, thủ túc kiên thống, hạc tất phong, ...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo Y học hiện đại

- THK xảy ra do hai yếu tố chính: tình trạng nguyên vẹn của khớp và tải trọng lên khớp. Sự suy giảm các yếu tố bảo vệ khớp khiến khớp dễ tổn thương ngay cả với tải trọng nhẹ, trong khi các chấn thương nặng và tải trọng cao kéo dài là nguyên nhân gây thoái hóa ở người trẻ. Các yếu tố nguy cơ của THK bao gồm cơ địa (di truyền, tuổi, giới) và yếu tố tải trọng.

- Tuổi tác là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất, với các biểu hiện hình ảnh học thường xuất hiện sau 40 tuổi, và phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao. Di truyền cũng ảnh hưởng, đặc biệt ở khớp háng và bàn tay. Các bệnh lý bẩm sinh và chấn thương khớp nặng có thể làm biến dạng khớp, dễ dẫn đến THK. Chấn thương dây chằng, sụn chêm và biến dạng giải phẫu khớp là yếu tố thuận lợi gây thoái hóa sớm.

- Béo phì là yếu tố nguy cơ rõ ràng đối với THK khớp gối và háng, đặc biệt ở phụ nữ, và giảm cân giúp giảm nguy cơ này. Việc sử dụng khớp quá mức do công việc hoặc vận động sai cách sau chấn thương cũng làm tăng nguy cơ thoái hóa.

2.2. Nguyên nhân theo Y học cổ truyền

- Theo YHCT, thoái hóa khớp bản chất bệnh là hư chứng, nhưng thường xuất hiện ở đợt cấp do yếu tố trái thường như khí hậu, ẩm thực, lao động. Nguyên nhân gây bệnh gồm cảm thụ phong hàn thấp tà, phong thấp nhiệt tà, đàm trọc ứ huyết, và chính khí bất túc. Các yếu tố này có thể do thời tiết lạnh, ẩm ướt, hay sự thay đổi đột ngột của khí hậu. Cũng có thể do ăn uống không hợp lý, hoặc chấn thương gây khí huyết ứ

trệ. Thiếu hụt chính khí và không rèn luyện thể chất cũng tạo điều kiện cho ngoại tà xâm phạm.

- Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp thường bắt đầu từ các yếu tố phong hàn thấp tà gây đau nhức, tê bì, và mỏi. Vị trí bệnh liên quan đến các cơ, gân, và cốt, đặc biệt ảnh hưởng đến Can, Tỳ, và Thận. Bệnh có thể tiến triển từ thực chứng (do tà khí) sang hư chứng (do Can Thận suy yếu). Bệnh thường bắt đầu ở kinh lạc, sau đó ảnh hưởng đến các tạng khác nếu không được điều trị kịp thời.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo Y học hiện đại

3.1.1. Lâm sàng

- THDK có triệu chứng lâm sàng chính là đau khớp tăng khi vận động, cứng khớp sáng thời gian ngắn, tự giới hạn, lạo xạo khi cử động khớp, phù đại xương ở rìa khớp, ấn đau trên bề mặt khớp.

- Đau trong THK liên quan đến hoạt động, xuất hiện trong, hoặc ngay sau khi hoạt động khớp và giảm từ từ. Ví dụ đau háng và gối khi lên hay xuống cầu thang, đau ở các khớp chịu lực khi đi, đau ở bàn tay khi nấu ăn. Cứng khớp có thể biểu hiện rõ ràng nhưng thường ngắn (< 30 phút), có thể nghe thấy tiếng lạo xạo khi cử động khớp. Khám lâm sàng có thể thấy ấn đau ở rìa khớp (xung quanh chỗ hai đầu xương khớp nhau) hay ở bên ngoài khớp.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Không có cận lâm sàng đặc biệt giúp xác định chẩn đoán THK. Chụp Xquang khớp thoái hóa có thể thấy các dấu hiệu gai xương, đặc xương dưới sụn, hẹp khe khớp, biến dạng khớp.

- Các cận lâm sàng khác:

+ Xét nghiệm máu (công thức máu toàn phần, CRP/VS, tự kháng thể (RF và ANA)) được chỉ định khi khớp có hiện tượng viêm cần phân biệt với các bệnh khớp khác như viêm khớp dạng thấp.

+ Xét nghiệm dịch khớp có bạch cầu >1.000/uL, cần nghĩ đến viêm khớp, Gout hay giả Gout.

+ MRI chỉ định trong một số trường hợp nghi ngờ tổn thương dây chằng, sụn chêm, ...

3.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

3.1.3.1 Chẩn đoán theo YHHD

Một số vị trí thoái hóa khớp có tiêu chuẩn chẩn đoán, như:

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán THK bàn tay theo ACR 1986:**

(1) Đau tay âm ỉ hay cứng khớp hầu hết các ngày trong tháng vừa qua.

(2) Phi đại xương ở ≥ 2 trong 10 khớp bàn tay gồm: khớp liên đốt xa, liên đốt gần ngón 2 và 3, khớp cổ – bàn ngón tay cái.

(3) Sưng ≤ 2 khớp bàn ngón tay.

Và: (4) Phi đại xương ở ≥ 2 khớp liên đốt xa hoặc (5) Biên dạng ≥ 1 khớp trong 10 khớp bàn tay.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán THK háng theo ACR 1986:**

(1) Đau khớp háng hầu hết các ngày trong tháng vừa qua.

(2) Tốc độ lắng máu ≤ 20 mm/giờ.

(3) X quang: gai xương đùi và/hoặc ổ cối.

(4) X quang: hẹp khe khớp háng.

Chẩn đoán khí có (1) và 2 trong 3 của (2), (3), (4).

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán Thoái hóa khớp gối** (tham khảo bài Thoái hóa khớp gối)

3.1.3.2 Chẩn đoán theo YHCT

NB Thoái hóa đa khớp thường gặp các hội chứng bệnh YHCT sau đây

*** Phong hàn thấp tắc trở kinh lạc**

- Quan tiết, cơ nhục đau nhức, tê dại, nặng nề, đau di chuyển chủ yếu ở các khớp lớn, có thể kèm theo thấy quan tiết, cơ nhục sưng trướng, co duỗi khó khăn, cũng có thể xuất hiện triệu chứng cơ nhục bị phủ tê bì mất cảm giác, lúc mới phát bệnh đa phần có sợ gió phát nhiệt thuộc biểu chứng, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng hoặc mỏng nhợt, mạch phù hoãn hoặc nhu hoãn.

*** Thấp nhiệt tắc trở kinh lạc**

- Cơ nhục bì phủ hoặc các khớp sưng nóng đỏ đau, có cảm giác trì nặng xuống, kèm theo có phát nhiệt, miệng khát không muốn uống, phiền muộn không yên, tiểu tiện vàng sậm, các khớp co duỗi khó, đi lại khó khăn, hoặc có hồng ban (hồng ban kết tiết), chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhợt, mạch nhu sác hoặc hoạt sác.

*** Ứ huyết tắc trở kinh lạc**

- Cơ nhục, các khớp đau nhói, châm chích, chỗ đau cố định không di động, bệnh lâu ngày không khỏi, ấn đau cự án, cục bộ ở vị trí đau có thể có ban ứ huyết hoặc kết thành cục cứng, hoặc sắc mặt tối đen, cơ nhục bì phủ khô táo không nhuận bóng, miệng khô không muốn uống nước, chất lưỡi tím đen hoặc có ban ứ huyết, rêu lưỡi trắng mỏng hoặc vàng mỏng, mạch trầm huyền hoặc tế sác.

*** Đàm trọc tắc trở kinh lạc**

- Các khớp sưng trướng, tê bì đau nhức, hoặc kèm có đàm hạch kết thành hòn cục, xây xẩm chóng mặt, đầu nặng như bị bó lại, ngực bụng đầy tức, ăn ít buồn nôn, nôn ói ra đàm dãi, mí mắt phù thũng, chất lưỡi bè, màu tối, rêu lưỡi trắng nhợt, mạch trầm huyền hoạt.

*** Can Thận lưỡng hư**

- Tý chứng lâu ngày không khỏi, cân, cơ nhục, các khớp đau nhức sưng to, khớp cứng, biến hình cong vẹo, cơ nhục teo gầy, kèm theo thất lưng, đầu gối tê mỏi yếu, cột sống cong vẹo, sợ lạnh thích, ẩm, chân tay không ấm, hoặc cột chương lao nhiệt, tự hãn đạo hãn, miệng khát không muốn uống hoặc uống không nhiều, chất lưỡi đỏ hoặc nhợt, rêu lưỡi mỏng hoặc ít tân dịch, mạch trầm tế nhược hoặc tế sác.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị Ngoại khoa

Xem xét chỉ định trong các trường hợp tổn thương nhiều, lệch trục khớp, ... Có các phương pháp phẫu thuật để điều trị THK, nhưng kết quả cho thấy không có hiệu quả bằng thay khớp toàn bộ.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Điều trị thuốc hóa dược

- Nhiều người bệnh trước khi đến khám đã dùng acetaminophen hoặc NSAIDs để tự điều trị, do đó, trước khi kê toa thuốc, trước tiên thầy thuốc cần tối đa hóa các phương thức vật lý trị liệu đã kể trên. Ngoài ra, cần điều chỉnh kì vọng của người bệnh vào thuốc men, giải thích rõ tầm quan trọng của giảm cân (nếu cần) và vận động với việc “kiểm soát” đau (thay vì kì vọng “hết đau”) để tránh thất vọng, mất hợp tác điều trị. Việc lựa chọn thuốc giảm đau tùy thuốc mức độ và tần suất đau.

- Các thuốc thường được sử dụng:

+ Paracetamol

+ NSAIDs như Meloxicam, Celecoxib, Diclofenac, ...

+ Thuốc giãn cơ: Eperison, Methocarbamol

Cần lưu ý: chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ, tương tác thuốc trước khi chỉ định cho NB.

- Các thuốc khác:

+ Thuốc điều trị tại chỗ: thường dùng là NSAIDs và capsaicin, Lidocaine 5%.

+ Thuốc tiêm nội khớp có thể được lựa chọn nếu chỉ có một khớp bị ảnh hưởng. Thường được sử dụng là glucocorticoid, acid hylauronic, các chất khác như huyết tương tươi giàu tiểu cầu, ...

+ Duloxetine là thuốc giảm đau trung ương có thể được cân nhắc trên người bệnh đau lan tỏa, tăng cảm đau.

4.2.2. Điều trị thuốc YHCT

Phương pháp điều trị theo y học cổ truyền chủ yếu là khu phong, tán hàn, trừ thấp, thanh nhiệt để loại bỏ tà khí, đồng thời bổ sung chính khí bằng cách hòa dinh vệ, kiện Tỳ, dưỡng khí huyết, bổ Can Thận. Khi bệnh kéo dài, khí huyết ứ trệ, sinh đàm ứ, cần áp dụng pháp hoạt huyết hóa ứ. Phương pháp chủ yếu là thông kinh lạc, kết

hợp điều trị tùy theo tính chất hàn, nhiệt, âm, dương của bệnh. Điều trị cần kết hợp nâng cao thể chất, dinh dưỡng hợp lý và nghỉ ngơi.

4.2.2.1 Phong hàn thấp tắc trở kinh lạc

- Pháp trị: khu phong trừ thấp, thông lạc chỉ thống.

- Bài thuốc: **Quyên tý thang gia giảm.**

Tang chi	12g
Khương hoạt	12g
Độc hoạt	12g
Quế chi	8g
Tần giao	8g
Hải phong đằng	8g
Đương quy	12g
Xuyên khung	12g
Mộc hương	8g
Nhũ hương	6g
Cam thảo	8g.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc thang **Quyên tý BV**

Khương hoạt	14g	Phòng phong	10g
Xích thược	16g	Đương qui	16g
Sinh hoàng kỳ	16g	Tang chi	18g
Khương hoàng	14g	Cam thảo	06g
Đại táo	12g	Đỗ trọng	14g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.2.2.2 Thấp nhiệt tắc trở kinh lạc

- Pháp trị: thanh nhiệt trừ thấp, tuyên tý thông lạc

- Bài thuốc: **Tuyên tý thang gia giảm**

Hán Phòng ký	8g
Văn tà sa	8g
Ý dĩ nhân	12g
Xích tiểu đậu	8g
Hoàng cầm	12g
Liên kiều	12g
Chi tử	8g
Tri mẫu	12g
Khô sâm	8g
Hoạt thạch	10g
Nhân trần	12g

Đương quy 12g
 Khương hoạt 12g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.2.2.3 Khí trệ huyết ú

- Pháp trị: hoạt huyết hóa ú, sơ cân thông lạc.
- Bài thuốc: **Thân thống trục ú thang gia giảm.**

Đào nhân 8g
 Hồng hoa 8g
 Ngũ linh chi 8g
 Đan sâm 8g
 Đương quy 12g
 Xuyên khung 10g
 Mộc dược 8g
 Chế Hương phụ 12 - 16g
 Xuyên Ngu tư 12 - 20g
 Tần giao 12 - 20g
 Địa long 6 - 8g

Cam thảo 4 - 6g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc dùng thang **Chỉ thống BV.**

Đào nhân 6g	Trần bì 6g
Mộc qua 8g	Sinh địa 10g
Tần giao 8g	Uy linh tiên 8g
Hồng hoa 6g	Đan sâm 8g
Xuyên khung 8g	Đương quy 8g
Xích thực 8g	Ngu tư 8g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.2.2.4 Đàm trọc tắc trở kinh lạc

- Pháp trị: hóa đàm hành khí, thông lạc quyên tý (trừ bỏ tắc trở).
- Bài thuốc: **Nhị Trần thang gia giảm.**

Bán hạ 8g
 Bạch truật 8 - 12g
 Bạch linh 8 - 10g
 Trần bì 8g
 Bạch giới tử 8g
 Sinh Ma hoàng 6 - 8g
 Lộ giác giao 4 - 6g
 Thục địa hoàng 8 - 10g
 Bào khương 4 - 6g
 Sinh Cam thảo 4 - 6g

Đại táo 8 - 10g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.2.2.5 Can Thận lưỡng hư

- Pháp trị: bồi bổ Can Thận.

- Bài thuốc: Thang **Độc hoạt ký sinh BV** Độc hoạt 10g
 Tang ký sinh 12g
 Tần giao 12g
 Phục linh 12g
 Bạch thược 12g
 Thục địa 12g
 Đỗ trọng 12g
 Đảng sâm 12g
 Phòng phong 12g
 Tế tân 04g
 Dương quy 12g
 Quế chi 04g
 Xuyên khung 08g
 Chích cam thảo 06g
 Ngưu tất 12g

Ngày sắc uống 1 thang, chia 2 lần, liệu trình 10-15 thang
 Hoặc có thể dùng thang Khớp nhiệt BV, thang khớp hàn BV, thang Lục vị BV.
 Có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.2.3.1 *Châm cứu*: lựa chọn phương huyết và kỹ thuật tùy theo thể bệnh

* *Phong hàn thấp tắc trở kinh lạc*

- Hào châm: lưu kim 25-30 phút

+ Phong trì, Phong phủ, Phong môn: tả kèm cứu ấm; A thị huyết: tả

- Điện châm: công thức huyết như trên, châm tả, lưu kim 25-30 phút.

* *Thấp nhiệt tắc trở kinh lạc*

- Hào châm: lưu kim 25-30 phút

+ Đại chùy, Khúc trì, Hợp cốc, Âm lăng tuyền, Túc tam lý; A thị huyết: châm tả

- Điện châm: công thức huyết như trên, châm tả, lưu kim 25-30 phút.

* *Khí trệ huyết ứ*

- Hào châm: lưu kim 25-30 phút

+ Cách du Huyết hải: châm bổ; A thị huyết: châm tả

- Điện châm: công thức huyết như trên, lưu kim 25-30 phút.

* *Đàm trọc tắc trở kinh lạc*

- Hào châm: lưu kim 25-30 phút
- + Túc tam lý, Phong long, Âm lăng tuyền A thị huyết: châm tả
- Điện châm: công thức huyết như trên, lưu kim 25-30 phút.

*** *Can Thận lưỡng hư***

- Hào châm: lưu kim 25-30 phút
- + Can du; Thận du; Thái khê; Phi dương; Phục lưu; Đại trử; Huyền chung; Tam âm giao: châm bổ; A thị huyết: châm tả
- Điện châm: công thức huyết như trên, lưu kim 25-30 phút.

Thầy thuốc tùy tình trạng bệnh cụ thể điều chỉnh công thức huyết phù hợp từng NB.

4.2.3.2 *Cây chỉ*

Cây chỉ cagut vào huyết, công thức huyết theo từng hội chứng bệnh YHCT như công thức huyết châm cứu, mỗi lần cây chỉ khoảng 10 – 15 huyết.

4.2.3.3 *Nhĩ châm*

Chọn dùng huyết vùng thắt lưng, lưng, tuyến thượng thận, tuyến nội tiết, vùng tương ứng với vị trí khớp đau.

4.2.3.4 *Giác hơi*

Thích hợp dùng trị đau thắt lưng do hàn thấp, Tỳ hư, Thận hư.

4.2.3.5 *Thủy châm*

Dùng Vitamin B2 thủy châm, công thức huyết theo từng hội chứng bệnh YHCT như công thức huyết châm cứu, mỗi lần thủy châm khoảng 2 – 4 huyết.

4.2.3.6 *Xoa bóp bấm huyết*

Dùng các kỹ thuật Xoa bóp bấm huyết bằng tay, Xoa bóp bấm huyết điều trị đau do thoái hóa khớp. Tiến hành xoa bóp ở vị trí đau, di động khớp, day ấn các huyết xung quanh và các huyết theo từng hội chứng bệnh YHCT như công thức huyết châm cứu.

4.3.2. *Các DVKT PHCN*

Tùy tình trạng bệnh, vị trí khớp đau, ảnh hưởng lên mức độ độc lập trong sinh hoạt, có thể lựa chọn các phương pháp điều trị sau:

4.2.4.1 *Vật lý trị liệu*

Điều trị giảm đau khớp bằng các phương pháp:

- Điều trị bằng các dòng điện xung
- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng parafin
- Điều trị bằng hồng ngoại
- Điều trị bằng từ trường
- Điều trị bằng sóng ngắn

- Điều trị bằng máy kéo dẫn cột sống
- Điều trị bằng sóng xung kích
- Điều trị bằng laser công suất thấp

4.2.4.2 Vận động trị liệu

- Can thiệp tập và hướng dẫn NB tự tập vận động khớp bị thoái hóa để không hạn chế tầm vận động và đảm bảo chức năng, trong đó:
 - **Tăng cường sức cơ:** Tập tạ, dây thun, hoặc máy để giảm yếu cơ, hỗ trợ vận động. Bài tập tác động nhóm cơ (leo cầu thang, bơi) hoặc khớp cụ thể (gối, háng, tay).
 - **Tập biên độ vận động:** Duy trì cử động khớp, giảm cứng khớp, cần tích hợp vào chương trình tập chung.
 - **Tập thần kinh-cơ:** Tăng kiểm soát vận động, giảm đau, cải thiện chức năng khớp với bài tập thăng bằng, ổn định, và aerobic. Tập dưới nước hỗ trợ giảm tải khớp.
 - **Điều chỉnh dáng bộ:** Chiến lược hành vi như thay đổi cách đi (ngón chân hướng vào/ra) hoặc phản hồi sinh học giúp giảm tải trọng khớp hiệu quả.

4.2.4.3. Dụng cụ trợ giúp

- Đế lót giày: Lót bờ ngoài giảm tải khớp chày – đùi cho THK mặt trong gối; lót bờ trong dành cho THK mặt ngoài gối, cần lưu ý bất thường bàn chân (như bàn chân bẹt).
- Giày và đai gối: Giày minimal, giày sinh – cơ học có thể giảm tải khớp gối nhưng cần thêm nghiên cứu. Đai gối hỗ trợ giảm đau, cải thiện chức năng khớp, nhưng loại đai phù hợp phụ thuộc sự thoái mái và tuân thủ của người bệnh.
- Gậy chống: Dùng ở tay đối diện chân bị THK để giảm tải khớp và ngăn ngừa té ngã ở người THK nặng.
- Nẹp tay: Nẹp cứng hoặc neoprene cho THK cổ – bàn ngón tay cái, dùng dụng cụ sinh hoạt có tay cầm đệm để giảm lực bàn tay.

Có thể chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế và Bệnh viện.

4.2.4.4 Điều trị khác

- Nguy cơ té ngã: Người THK háng/gối dễ té ngã, gây hậu quả nặng như gãy xương. Thầy thuốc cần đánh giá nguy cơ té ngã, yếu cơ, teo cơ, mất ngủ và khí sắc kém để can thiệp phù hợp.
- Kiểm soát cân nặng: Giảm cân ở người THK thừa cân/béo phì giúp giảm đau và cải thiện chức năng khớp, hiệu quả rõ nhất khi giảm $\geq 20\%$ trọng lượng cơ thể. Chương trình gồm chế độ ăn, vận động, thay đổi hành vi.
- Hoạt động thể lực: Người THK cần vận động ít nhất 150 phút/tuần với bài tập như đi bộ, bơi, thái cực quyền. Thiết bị theo dõi vận động có thể hỗ trợ duy trì thói quen.

Tập luyện theo chương trình (sức cơ, aerobic, thần kinh-cơ, biên độ vận động) là nền tảng điều trị, mang lại hiệu quả tốt hơn thuốc mà không gây tác dụng phụ.

- Kỹ thuật tác động bằng tay: Nắn chỉnh, kéo giãn khớp, xoa bóp giúp giảm đau và cải thiện vận động, nhưng hiệu quả chưa được chứng minh rõ ràng. Có thể sử dụng hỗ trợ khi thực hiện bởi chuyên viên.

- Điều trị hỗ trợ: Các phương pháp tâm – thể như yoga, thiền, thái cực quyền giúp giảm đau, cải thiện chức năng, và kiểm soát stress.

- Điều trị hành vi – nhận thức: giúp giảm rối loạn tâm lý, cải thiện tuân thủ điều trị và hiệu quả, thực hiện trực tiếp hoặc qua internet, điện thoại

5. PHÒNG BỆNH

- Phát hiện sớm và điều chỉnh các bất thường cấu trúc khớp.

- Phòng ngừa chấn thương khớp trong sinh hoạt, làm việc, giải trí.

- Duy trì chế độ ăn khỏe mạnh và vận động hợp lý.

- Duy trì cân nặng hợp lý.

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỎ, THẮT LŨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị đĩa đệm là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng sợi, chèn ép vào ống sống hay các rễ dây thần kinh gây đau cột sống.

- Bất kỳ đoạn cột sống nào cũng có thể bị thoát vị đĩa đệm nhưng phổ biến nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và thoát vị đĩa đệm cổ, do các vị trí này chịu nhiều ảnh hưởng nhất từ thói quen sinh hoạt hằng ngày.

- Bệnh thoát vị đĩa đệm được chia làm 4 giai đoạn:

+ *Giai đoạn 1*: Đĩa đệm bắt đầu biến dạng nhưng vòng bao xơ chưa rách. Người bệnh có thể thỉnh thoảng bị tê tay, tê chân, không đau nhức nên hầu hết không ai phát hiện mình đang mắc bệnh.

+ *Giai đoạn 2*: Vòng xơ rách một phần, nhân nhầy bắt đầu thoát ra ngay chỗ vòng xơ bị suy yếu, đĩa đệm phình to, tuy nhiên cơn đau vẫn chưa rõ ràng.

+ *Giai đoạn 3*: Vòng xơ rách toàn phần, nhân nhầy lòi ra ngoài và chèn ép rễ thần kinh. Đa số khi đến giai đoạn này, người bệnh mới bắt đầu điều trị khi đã trải qua sự hành hạ của các cơn đau.

+ *Giai đoạn 4*: Đây là giai đoạn nguy hiểm nhất. Tình trạng chèn ép rễ thần kinh diễn ra lâu ngày gây biến chứng nguy hiểm. Cơn đau nhức dữ dội và dai dẳng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tâm lý người bệnh.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo YHHĐ

- Sai tư thế: Tư thế lao động, mang vác vật nặng sai cách dễ gây chấn thương cột sống, thoát vị đĩa đệm.

- Chấn thương: Khi có một lực mạnh tác động trong các trường hợp té ngã, chơi thể thao, tai nạn giao thông... làm thay đổi cấu trúc và vị trí đĩa đệm.

- Thoái hóa tự nhiên: Tuổi càng cao, cột sống không còn mềm mại, vòng sụn bên ngoài xơ hóa, lượng nước và tính đàn hồi bên trong nhân nhầy giảm đi, nên càng có nguy cơ cao bị mắc phải chứng bệnh này. Bệnh thường gặp ở độ tuổi 35 – 50

2.2. Theo YHCT

- Sang chấn: Do té ngã, tai nạn vùng cột sống hoặc vận động sai tư thế

- Lao động: làm việc, lao động quá sức khiến khí huyết không lưu thông, dẫn đến huyết ứ.

- Lão suy: Ở người lớn tuổi, khí huyết giảm sút, dễ bị ứ trệ.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

3.1.1. Lâm sàng

*** Giai đoạn đau cấp**

- Con đau lưng xuất hiện sau một chấn thương hoặc gắng sức quá mức. Tình trạng đau tái phát khi vận động quá sức tại vùng này. Đĩa đệm lồi ra sau hoặc vòng sợi lồi ra sau mà vòng sợi không bị tổn thương.

*** Giai đoạn chèn ép rễ**

- Xuất hiện các triệu chứng của hội chứng rễ: đau lan xuống chân, đau khi đi chuyển, hắt hơi, rặn. Vào lúc này, vòng sợi đã bị đứt, một phần hoặc toàn bộ nhân nhầy tụt ra phía sau, gây chèn ép rễ. Tình trạng thoát vị có thể kéo theo các thay đổi: phù nề mô xung quanh, ứ đọng tĩnh mạch...

3.1.2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang: giúp xác định vị trí thoát vị và phát hiện những tổn thương khác của cột sống.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI): là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại và chính xác nhất, giúp xác định vị trí, hình thái, số tần thoát vị.

- Chụp cắt lớp vi tính kết hợp chụp bao rễ cản quang: cho phép xác định vị trí, mức độ thoát vị một cách chính xác, dành cho người nghi ngờ mắc bệnh nhưng không thể chụp MRI.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Bệnh danh: Chứng tý

3.2.2. Thể bệnh: Thể huyết ứ

Triệu chứng tại chỗ:

- Đau cố định ở vùng cột sống: Cảm giác đau nhói, đau cứng, vị trí đau rõ ràng, không lan rộng.

- Đau tăng khi vận động: Đặc biệt là khi cúi, xoay người hoặc mang vác vật nặng.

Cảm giác đau liên tục hoặc từng cơn: Cơn đau có thể nặng hơn vào ban đêm, gây khó ngủ.

Triệu chứng toàn thân:

Khí huyết lưu thông kém: Vùng cột sống có thể xuất hiện cảm giác nặng nề, khó chịu. Sắc da vùng lưng thâm tím hoặc có điểm tụ huyết: Có thể thấy khi ấn hoặc xoa bóp.

Hạn chế vận động cột sống: Vùng lưng hoặc cổ cứng, khó cúi hoặc vươn người.

Lưỡi và mạch:

- Lưỡi: Lưỡi tím nhạt hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng.

- Mạch: Mạch sáp (trì trệ), thường có dấu hiệu của huyết ứ.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Điều trị ngoại khoa

- Thông thường, những người bị thoát vị đĩa đệm không cần phẫu thuật. Bạn chỉ cần nghỉ ngơi dưỡng sức và kết hợp cùng các phương pháp vật lý trị liệu thì tình trạng sẽ bắt đầu cải thiện sau 4 đến 6 tuần. Do đó, việc khi nào nên mổ thoát vị đĩa đệm sẽ tùy vào tính chất tổn thương, vị trí, biến chứng cũng như mức độ ảnh hưởng tới khả năng vận động, lao động và sinh hoạt của người bệnh.

- Một số trường hợp sau đây bệnh nhân nên được can thiệp phẫu thuật:

+ Điều trị nội khoa thất bại sau 6 – 8 tuần.

+ Người bệnh gặp phải các cơn đau đột ngột vùng thoát vị, cùng với đó là cảm giác đau đớn dữ dội dù đã sử dụng các biện pháp điều trị bảo tồn khác nhau.

+ Xuất hiện triệu chứng mất kiểm soát bàng quang, đường ruột hay còn gọi là “hội chứng chùm đuôi ngựa”.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

- Giảm đau tạm thời: Thuốc giảm đau: acetaminophen đơn thuần hay có codein hoặc thuốc chống viêm không steroid liều thấp kinh điển (meloxicam, diclofenac...). Tuy nhiên thận trọng với các bệnh nhân cao tuổi, có bệnh lý dạ dày, tim mạch... Có thể dùng đường tiêm hay bôi ngoài da.

- Thuốc giảm đau thần kinh

- Thuốc giãn cơ: eperison (viên 50mg): 3 viên/ngày, hoặc tolperisone (viên 50mg, 150mg) 2-6v /ngày

- Thuốc bảo vệ sụn khớp

- Vitamin nhóm B liều cao

- Tiêm corticoid tại chỗ, tiêm phong bế ngoài màng cứng...

4.2.2. Thuốc YHCT

- Pháp trị: hoạt huyết hoá ứ, lý khí chỉ thống.

- Bài thuốc: **Đôi pháp lập phương**, Đào hồng tứ vật gia giảm, hoặc thân thống trực ứ thang gia giảm, hoặc Thang chỉ thống BV

Đương quy	12g	
Xuyên khung	6-12g	
Sinh địa	20g	
Xích thược	12g	
Đào nhân	8-12g	
Hồng hoa	4-12g	Sắc uống ngày 1 thang, uống sáng – chiều.

Hoặc **thân thống trực ứ thang:** Đào nhân 12g

Hồng hoa	12g
Đương quy	12g
Chích thảo	4g
Ngũ linh chi	12g
Chế hương phụ	12g
Chích địa long	6g
Tần giao	12g
Khương hoạt	12g
Nhũ hương	6-12g
Ngưu tất	12g

Sắc uống ngày 1 thang, uống sáng – chiều.

Hoặc **Thang chỉ thống BV:**

Đào nhân sao vàng	06g
Mộc qua	08g
Tần giao phiên	08g
Hồng hoa	06g
Xuyên khung	08g
Xích thược phiên	08g
Trần bì sao vàng	06g
Sinh địa	10g
Uy linh tiên	08g

Đan sâm chích rượu 08g

Đương quy chích rượu 08g

Ngưu tất 08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều

Có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. DVKT YHCT

4.3.1.1. Điện châm:

Châm tả, phương huyết tham khảo:

- Cột sống thắt lưng: Thận du, đại trường du, tiểu trường du, giáp tích, bát liêu, mệnh môn, tích trung, trật biên...

- Cột sống cổ: Phong trì, kiên tĩnh, thiên tông, kiên ngoại du, kiên trung du, giáp tích, kiên trinh, A thị huyết, tý nhu, khúc trì, liệt khuyết, hợp cốc.

4.3.1.2. Thủy châm:

Vitamin nhóm B các huyết tương tự điện châm

4.3.1.3. Cấy chỉ: các huyết như điện châm.

4.3.1.4. Xoa bóp bấm huyết:

Các thủ thuật xoa, xát, miết, day, lăn vùng cột sống. Bấm các huyết như công thức điện châm. Vận động cột sống. Liệu trình xoa bóp 30 phút/lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 15 đến 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

4.4. Điều trị bằng các kỹ thuật PHCN:

4.4.1. Giai đoạn cấp:

- Nghỉ ngơi giường cứng

- Dùng các liệu pháp nhiệt thích hợp: Chườm nóng (parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm, từ trường...)

- 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

- Áp dụng các bài tập cơ đẳng trương nhẹ nhàng.

4.4.2. Giai đoạn sau cấp:

- Điều trị vật lý trị liệu kèm kéo giãn cột sống

- Các bài tập cơ cơ đẳng trương kết hợp với tập thở.

Có thể chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. TIÊN LƯỢNG

Phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như tuổi tác, bệnh kèm, công việc, khởi phát, chẩn đoán sớm, điều trị sớm hoặc đã có chèn ép rễ, tuỷ... mà ta có các tiên lượng khác nhau.

6. DỰ PHÒNG

- Tập thể dục đều đặn, các bài tập: thái cực quyền, bơi lội, yoga, đi bộ... là cách giúp tăng cường sự dẻo dai cho khớp, phòng ngừa thoát vị đĩa đệm khi còn trẻ.

- Duy trì trọng lượng cơ thể ở mức hợp lý.

- Ngồi làm việc giữ thẳng lưng, sau khoảng 1 – 2 giờ phải đứng dậy đi lại, tập vài động tác nhẹ, tránh ngồi lì và không vận động.

- Không mang vác, nâng vật quá sức.

- Chế độ ăn uống khoa học bổ sung canxi, vitamin D Glucosamine và Chondroitin nuôi dưỡng khớp khỏe mạnh.

- Không hút thuốc, không dùng chất kích thích, hạn chế rượu bia.

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ 6 tháng/lần.

GOUT

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo y học hiện đại, Gout là bệnh vi tinh thể, do sự lắng đọng tinh thể Urate trong và xung quanh các mô khi nồng độ urate vượt quá giới hạn nồng độ tan của chất này, dẫn đến 1 hoặc nhiều biến thể sau: viêm khớp do gout cấp, bệnh gout cấp, bệnh thận do gout, sỏi acid uric. Lắng đọng tinh thể urate tại khớp tạo tophi, gây phá hủy và biến dạng khớp.

Bệnh thường gặp ở các nước Châu Âu chủ yếu là nam giới (95%), tuổi trung niên (30-50), một số trường hợp có tính chất gia đình. Ở Việt Nam trong 1 nghiên cứu cứu 59 bệnh nhân ở BV Bạch Mai và Quân Y 108 cho thấy nam giới chiếm 94%, tuổi trung niên >30% và bệnh gout chiếm 1.5% các bệnh về khớp.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHD

Gout thường do các nguyên nhân sau:

- Rối loạn chuyển hóa Acid uric.
- Sử dụng thực phẩm giàu purine.
- Sử dụng thuốc có tác dụng tăng acid uric máu.
- Di truyền, thiếu hụt enzyme.

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

Gout gọi là thông phong, nguyên nhân là do ngoại tà xâm nhập vào cơ thể, khí huyết ứ trệ tại các khớp gây sưng, đau, co duỗi vận động khó. Lúc đầu bệnh còn ở bì phu kinh lạc, lâu ngày tà khí vào gân xương, tạng phủ. Khí huyết, tân dịch ứ trệ lâu ngày hóa đàm, đờm uất kết thành u cục quanh khớp, dưới da. Bệnh biểu hiện nhiều năm, đôi khi xuất hiện đợt cấp làm tổn thương can thận, làm biến dạng các khớp.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

Chẩn đoán gout dựa vào:

- Đặc điểm lâm sàng.
- Tìm tinh thể urate.
- Tăng acid uric máu.
- Chẩn đoán hình ảnh, siêu âm.

3.1.1. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

a) Tìm thấy tinh thể urate trong dịch khớp.

HOẶC

b) Cặn lắng urate trong tổ chức (tophi, sỏi thận).

HOẶC có 6/12 tiêu chuẩn:

1. \geq 1 đợt viêm khớp cấp.
2. Viêm khớp tiến triển tối đa trong vòng 1 ngày.
3. Viêm ít khớp.
4. Đỏ trên các khớp.
5. Sưng, đau khớp bàn ngón chân 1.
6. Viêm khớp bàn-ngón chân 1 một bên.
7. Viêm khớp cổ chân một bên.
8. Nốt tophy.
9. Tăng acid uric máu.
10. Sưng khớp không đối xứng (Xquang).
11. Nang dưới vỏ, không khuyết xương (Xquang).
12. Cây vi khuẩn dịch khớp âm tính.

3.1.2. Chẩn đoán thể lâm sàng

Có 2 thể chính:

- Gout cấp tính.

- Gout mạn tính: có thể tiếp theo gout cấp tính nhưng phần lớn là bắt đầu từ từ tăng dần thông qua các đợt cấp.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

Y học cổ truyền cho rằng thống phong có thể quy thuộc phạm trù chứng tý và chia làm 2 thể bệnh sau:

- *Phong thấp nhiệt (đợt cấp)*: Đợt ngọt khớp bàn ngón chân cái sưng, nóng, đỏ đau, không dám sờ, đụng vào, đau đầu, sốt, khát nước, miệng khô, sợ lạnh, tiểu tiện vàng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch phù sác.

- *Đàm thấp ú trệ (mạn tính)*: Nhiều khớp sưng to, đau kéo dài, co duỗi khó, tại khớp không nóng đỏ nhưng đau nhiều, biến dạng kèm theo da tím sạm đen, chườm nóng dễ chịu, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, xuất hiện nốt u cục quanh khớp, dưới

da và vành tai sờ thấy mềm, không đau, mạch trầm huyền hoặc khẩn là biểu hiện của hàn thấp ứ trệ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật cắt bỏ hạt tophi trong điều trị Gout chỉ được áp dụng khi bệnh gây biến chứng loét, nhiễm trùng hạt tophi, hoặc hạt tophi có kích thước lớn gây ảnh hưởng đến chức năng vận động hoặc vì lý do thẩm mỹ.

Trong quá trình phẫu thuật, bác sĩ có thể chỉ định thêm colchicin để ngăn ngừa cơn Gout cấp tái phát, đồng thời có thể kết hợp với thuốc hạ acid uric trong máu để hỗ trợ điều trị theo phác đồ điều trị Gout của bác sĩ chỉ định.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hoá dược

Điều trị Gout cấp tính:

- Colchicin: Có tác dụng hiệu quả trong việc chống viêm và giảm đau trong cả Gout cấp và mãn tính. Tuy nhiên, khi sử dụng colchicin trong điều trị Gout cấp, cần tránh dùng liều cao để hạn chế tác dụng phụ không mong muốn.

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAID): Bao gồm các thuốc không cần kê đơn như: Ibuprofen và naproxen, hoặc các thuốc mạnh hơn cần đơn của bác sĩ như: Indomethacin hoặc celecoxib. Tuy nhiên, NSAID không phù hợp với người bị viêm loét dạ dày tá tràng hoặc suy thận. Có thể sử dụng NSAID đơn lẻ hoặc kết hợp với colchicin.

- Corticoid: Được sử dụng để giảm viêm và đau, corticoid có thể được dùng bằng đường uống cho tác dụng toàn thân, nhưng thường chỉ được sử dụng ngắn hạn và khi các thuốc khác không có hiệu quả. Ngoài ra, corticoid cũng có thể được tiêm trực tiếp vào khớp bị ảnh hưởng.

4.2.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.2.1. Thể phong thấp nhiệt (đợt cấp)

- Pháp điều trị: Khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, hoạt huyết, chỉ thống.

- Bài thuốc: Bạch hồ gia quế chỉ thang gia giảm

Thạch cao sống 40g

Tri mẫu 12g

Bạch thược 12g

Quế chi	6g
Xích thược	12g
Kim ngân hoa	20g
Mộc thông	10g
Phòng kỷ	10g
Cam thảo	8g

Sắc uống ngày 1 thang.

Nếu khớp sưng đau nhiều: tang liều Kim ngân hoa lên 50g và gia Thổ phục linh 16g...

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.2. *Thể đàm thấp ú trệ (mạn tính)*

- Pháp điều trị: Khu hàn, thông lạc, trừ thấp, chỉ thống.

- Bài thuốc: **Nghiệm phương**

Toàn dương quy	12g
Thổ phục linh	16g
Uy linh tiên	10g
Xích thược	12g
Ý dĩ nhân	20g
Tế tân	4g
Ý dĩ nhân	20g
Tỷ giải	12g
Mộc thông	10g
Quế chi	6g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp châm cứu

Lựa chọn phương huyệt phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyệt tham khảo: Châm tả các huyệt: Thận du, Khí hải du, Bàng quang du, Quan nguyên, Tam âm giao và các a thị huyệt tại khớp đau và vùng lân cận.

4.3.1.2. Phương pháp xoa bóp, bấm huyệt

- Sử dụng các động tác: Xát, xoa, day, vê, bóp, vận động khớp nhẹ nhàng.
- Bấm huyệt: có thể sử dụng các huyệt như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.1.3. Phương pháp cấy chỉ

Lựa chọn phương huyệt phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyệt tham khảo: Thận du, Khỉ hải du, Bàng quang du, Quan nguyên, Tam âm giao và các a thị huyệt tại khớp đau và vùng lân cận.

4.3.2. Điều trị bằng PHCN

Điều trị tại khớp viêm, đau bằng tia hồng ngoại, siêu âm, sóng ngắn, điện xung,

...

Có thể chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. DỰ PHÒNG

5.1. Dự phòng biến chứng

- Thuốc ức chế tổng hợp acid uric (Allopurinol, Febuxostat): Giúp giảm sản xuất acid uric trong cơ thể, thường được sử dụng khi tình trạng viêm khớp đã ổn định sau 1-2 tuần điều trị bằng colchicin.

- Thuốc tăng thải acid uric (Probenecid): Giúp cải thiện khả năng thải trừ acid uric qua thận, tuy nhiên, có thể gây ra một số tác dụng phụ như: đau dạ dày, sỏi thận...

- Pegloticase: Enzym uricase giúp chuyển đổi acid uric thành dạng dễ tan để bài tiết qua nước tiểu, thuốc đặc trị bệnh Gout này được sử dụng khi các thuốc giảm acid uric thông thường không mang lại hiệu quả.

- Một số thực phẩm chức năng và thuốc từ Đông y như: Kim tiền thảo, râu mèo, râu bắp... Cũng có tác dụng làm giảm acid uric có thể được áp dụng.

5.2. Dự phòng bệnh tái phát

5.2.1. Chế độ ăn uống, sinh hoạt

- Kiên uống rượu và các chất kích thích: ốt, cà phê, thuốc lá...
- Hạn chế các thức ăn có chứa nhiều purin: phủ tạng động vật (lòng, gan, tim, tiết) thịt, cá, cua, nấm, rau dền, đậu Hà Lan, đậu hạt các loại.
- Có thể ăn trứng, sữa, uống bia, hoa quả, thịt chỉ nên ăn dưới 100g/ngày.
- Uống nhiều nước (tối thiểu 2 lít/ngày), nên uống các loại nước khoáng có nhiều Bicacbonat, nếu không thì uống dung dịch Bicacbonat - Na 3%.

- Tránh làm việc quá sức, tránh lạnh.
- Không nên dùng thuốc lợi tiểu: cholorothiazid, steroid.

5.2.2. Nếu có tổn thương thận

Cần chú ý tình trạng nhiễm khuẩn (viêm thận kẽ), tình trạng suy thận tiềm tàng, sỏi thận, tăng huyết áp để xử lý kịp thời.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Theo Y học hiện đại, viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh lý tự miễn điển hình, diễn biến mạn tính với các biểu hiện tại khớp, ngoài khớp và toàn thân ở nhiều mức độ khác nhau. Bệnh diễn biến phức tạp, gây hậu quả nặng nề do đó cần được điều trị tích cực ngay từ đầu bằng các biện pháp điều trị hữu hiệu để làm ngừng hay làm chậm tiến triển của bệnh, hạn chế tàn phế và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

- Theo Y học cổ truyền: Viêm khớp dạng thấp thuộc phạm vi Chứng tý của Y học cổ truyền (YHCT). Chứng tý là kinh mạch bị ngoại tà xâm phạm vào lạc mạch làm bế tắc dẫn đến khí huyết vận hành không thông với triệu chứng bì phu (da), cân cốt (gân xương), cơ nhục, khớp tê bì đau tức ê ẩm, sưng, co duỗi khó khăn.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo y học hiện đại

- Bệnh chưa rõ nguyên nhân, liên quan đến nhiễm khuẩn, cơ địa (nữ giới, trung niên, yếu tố HLA) và rối loạn đáp ứng miễn dịch.

- Trong đó vai trò của lympho B (miễn dịch dịch thể), lympho T (miễn dịch qua trung gian tế bào), đại thực bào... với sự tham gia của các tự kháng thể (anti CCP, RF...) và các cytokines (TNF α , IL6, IL1...).

2.2. Theo y học cổ truyền

- Bệnh VKDT không có bệnh danh cụ thể mà thuộc phạm vi chứng Tý. Nguyên nhân gây chứng Tý bao gồm ngoại nhân, nội thương và bất nội ngoại nhân.

2.2.1. Do ngoại nhân:

- Do phong, hàn, thấp xâm phạm vào kinh mạch làm cho khí huyết vận hành trong mạch lạc bị tắc trở, ngưng trệ gây đau, co duỗi khớp khó khăn.

- Do phong thấp nhiệt hoặc do phong hàn thấp xâm nhập vào cơ thể lâu ngày uất trệ hóa hỏa làm thấp nhiệt ú trệ ở kinh lạc, ú ở các khớp gây nên đau, sưng, nóng, đỏ và co duỗi khó khăn. Thấp nhiệt thịnh làm dinh vệ bất hòa nên sốt, sợ gió. Thấp nhiệt ú trệ lâu ngày hóa tảo tổn thương tân dịch gây khát nước, nước tiểu màu vàng.

2.2.2. Do nội thương:

Do nguyên khí suy yếu hoặc thiên quý suy làm cho can thận hư, tà khí nhân cơ hội xâm nhập gây bệnh. Thận thủy không dưỡng được can mộc, làm cân cốt, mạch lạc không được nuôi dưỡng gây đau khớp, chi thể tê bì, co duỗi hạn chế, vận động

khó khăn. Can thận âm hư, mạch lạc không vinh nhuận, huyết mạch bất thông, khí huyết ngưng trệ làm khớp sưng, biến dạng.

* Do bất nội ngoại nhân: Do đàm trọc và huyết ứ làm tắc trở kinh lạc, khớp, cơ nhục dẫn đến cơ, nhục, khớp sưng phù, đau. Đàm ứ lưu tại cơ phu, nhìn thấy cục, hạt nổi lên, hoặc thấy ban ứ. Nếu xâm nhập vào gân, cốt dẫn đến đến cứng khớp, biến dạng khớp. Đàm ứ lâu ngày trở trệ, kinh mạch cơ phu không được nuôi dưỡng dẫn đến tê liệt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo y học hiện đại

* *Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987*

- Hiện nay tiêu chuẩn này vẫn đang được áp dụng rộng rãi nhất trên thế giới và Việt Nam đối với thể biểu hiện nhiều khớp và thời gian diễn biến viêm khớp trên 6 tuần.

- Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.

- Viêm tối thiểu ba nhóm khớp: sưng phần mềm hay tràn dịch tối thiểu 3 trong số 14 nhóm khớp sau (kể cả hai bên): khớp ngón gần bàn tay, khớp bàn ngón tay, khớp cổ tay, khớp khuỷu, khớp gối, khớp cổ chân, khớp bàn ngón chân.

- Viêm các khớp ở bàn tay: sưng tối thiểu một nhóm trong số các khớp cổ tay, khớp ngón gần, khớp bàn ngón tay.

- Viêm khớp đối xứng.

- Hạt dưới da.

- Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh dương tính.

- Dấu hiệu X quang điển hình của VKDT: chụp khớp tại bàn tay, cổ tay hoặc khớp tổn thương: hình bào mòn, hình hốc, hình khuyết đầu xương, hẹp khe khớp, mất chất khoáng đầu xương.

* **Chẩn đoán xác định:** khi có từ 4 tiêu chuẩn trở lên. Triệu chứng viêm khớp (tiêu chuẩn 1- 4) cần có thời gian diễn biến từ 6 tuần trở lên và được xác định bởi thầy thuốc.

- Tiêu chuẩn ACR 1987 có độ nhạy 91-94% và độ đặc hiệu 89% ở những bệnh nhân VKDT đã tiến triển. Ở giai đoạn bệnh mới khởi phát, độ nhạy chỉ dao động từ 40-90% và độ đặc hiệu từ 50-90%.

Lưu ý: Hạt dưới da hiếm gặp ở Việt Nam. Ngoài ra, cần khảo sát các triệu chứng ngoài khớp như: teo cơ, viêm móng mắt, tràn dịch màng ngoài tim, tràn dịch màng phổi, viêm mạch máu... thường ít gặp, nhẹ, dễ bị bỏ sót.

- Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp khớp châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010 - American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism). Tiêu chuẩn này có thể áp dụng trong trường hợp bệnh ở giai đoạn sớm, các khớp viêm dưới 06 tuần và thể ít khớp. Tuy nhiên cần luôn theo dõi đánh giá lại chẩn đoán vì nhiều trường hợp đây cũng có thể là biểu hiện sớm của một bệnh lý khớp khác không phải viêm khớp dạng thấp

- Đối tượng là các bệnh nhân:

+ Có ít nhất một khớp được xác định viêm màng hoạt dịch trên lâm sàng.

+ Viêm màng hoạt dịch khớp không do các bệnh lý khác.

* **Bảng đánh giá điểm dựa trên các yếu tố liên quan để đưa ra chẩn đoán**

Biểu hiện tại khớp	Điểm
<i>1 khớp lớn</i>	0
<i>2–10 khớp lớn</i>	1
<i>1–3 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện tại các khớp lớn)</i>	2
<i>4–10 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện tại các khớp lớn)</i>	3
<i>>10 khớp (ít nhất phải có 1 khớp nhỏ)</i>	5

Huyết thanh (ít nhất phải làm một xét nghiệm)	Điểm
<i>RF âm tính và Anti CCP âm tính</i>	0
<i>RF dương tính thấp* hoặc Anti CCP dương tính thấp*</i>	2
<i>RF dương tính cao* hoặc Anti CCP dương tính cao*</i>	3

Các yếu tố phản ứng pha cấp (cần ít nhất một xét nghiệm)	Điểm
<i>CRP bình thường và Tốc độ lắng máu bình thường</i>	0
<i>CRP tăng hoặc Tốc độ lắng máu tăng</i>	1

Thời gian biểu hiện các triệu chứng	Điểm
<i><6 tuần</i>	0
<i>≥6 tuần</i>	1

* **Chẩn đoán xác định:** khi số điểm $\geq 6/10$

- Dương tính thấp khi ≤ 3 lần giới hạn cao của bình thường.
- Dương tính cao khi > 3 lần giới hạn cao của bình thường.

* **Xét nghiệm cận lâm sàng cần chỉ định**

Các xét nghiệm cơ bản: tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, protein phản ứng C (CRP)...., Xquang các khớp đau

Các xét nghiệm đặc hiệu (có giá trị chẩn đoán, tiên lượng):

- Yếu tố dạng thấp (RF) dương tính trong 60 - 70 % bệnh nhân.
- Anti CCP dương tính trong 75 - 80 % bệnh nhân.
- Xquang khớp (thường chụp hai bàn tay thẳng hoặc các khớp bị tổn thương).

3.2. Theo y học cổ truyền

3.2.1. Thể phong thấp

3.2.1.1 Triệu chứng:

Các khớp và cơ nhục đau mỏi, co duỗi khó khăn, cảm giác nặng nề. Đau có tính chất di chuyển và thường xảy ra ở các khớp nhỏ và nhỏ. Trong đợt bệnh tiến triển các khớp sưng đau, bì phù có cảm giác tê bì. Thời kỳ đầu có biểu hiện sợ gió, phát sốt. Chât lưỡi nhợt, rêu lưỡi mỏng trắng hay nhót dính. Mạch phù hoãn hoặc nhu hoãn.

3.2.1.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp).
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc

3.2.2. Thể hàn thấp

3.2.2.1 Triệu chứng:

Các khớp ở chi trên và chi dưới có cảm giác đau, lạnh và nặng nề. Tính chất đau thường cố định, ít di chuyển, ngày đau nhẹ, về đêm đau nặng, thời tiết lạnh, ẩm đau tăng lên, chườm nóng đỡ đau, chỗ đau ít sưng nề. Tại khớp tổn thương thường không nóng đỏ, co duỗi khó khăn. Chât lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng nhót. Mạch huyền khẩn hay huyền hoãn.

3.2.2.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (hàn, thấp).
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc

3.2.3. Thể phong thấp nhiệt: Đợt tiến triển của VKDT.

3.2.3.1. Triệu chứng:

Các khớp sưng, nóng, đỏ, đau, xuất hiện đôi xứng, cự án, co duỗi khó khăn, vận động, đi lại khó, phát sốt, thích uống nước mát, chườm lạnh các khớp có cảm giác dễ chịu, sắc mặt đỏ, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sác.

3.2.3.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp, nhiệt).
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc

3.2.4. Thể can thận hư: VKDT kéo dài có teo cơ, dính khớp.

3.2.4.1. Triệu chứng:

Người bệnh mắc bệnh lâu ngày, cơ nhục và các khớp đau mỏi, chỗ đau cố định không di chuyển. Các khớp sưng nề, teo cơ và cứng khớp, biến dạng khớp. Tay và chân có cảm giác tê bì và nặng nề. Sắc mặt sạm đen và có thể sưng nề. Ngực đầy tức, chất lưỡi tím sẫm, rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch huyền sác.

3.2.4.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận hư, tỳ hư.
- Chẩn đoán kinh lạc: Bệnh tại cân cơ kinh lạc
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp), bất nội ngoại nhân, nội nhân

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị bằng thuốc

4.1.1. Thuốc hóa dược

4.1.1.1 Các thuốc kháng viêm ức chế chọn lọc COX2 (được chọn lựa đầu tiên vì thường phải sử dụng dài ngày và ít có tương tác bất lợi với methotrexat).

- Celecoxib: 200mg, uống 1 đến 2 lần mỗi ngày.
- Hoặc Meloxicam: 15 mg tiêm (chích) bắp hoặc uống ngày một lần. Hoặc Etoricoxib: 60 - 90 mg, ngày uống một lần.

4.1.1.2 Các thuốc kháng viêm ức chế không chọn lọc:

- Diclofenac: uống hoặc tiêm bắp: 75mg x 2 lần/ngày trong 3 - 7 ngày. Sau đó uống: 50 mg x 2 - 3 lần/ ngày trong 4 - 6 tuần.
- Brexin (piroxicam + cyclodextrin) 20mg uống hàng ngày.
- Hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác (liều tương đương).

Lưu ý: khi dùng cho các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ có các tác dụng không mong muốn của thuốc KVKS (NSAIDs) [bệnh nhân già yếu, tiền sử (tiền căn) bị bệnh lý dạ dày...] hoặc điều trị dài ngày, cần theo dõi chức năng thận và bảo vệ dạ dày bằng các thuốc ức chế bơm proton.

- Corticosteroids (Prednisolone, Prednisone, Methylprednisolone)

+ Thường sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi các thuốc điều trị cơ bản có hiệu lực.

+ Chỉ định khi có đợt tiến triển (tiêu chuẩn đợt tiến triển xem ở phần Phụ lục).

Thể vừa: 16-32 mg methylprednisolon (hoặc tương đương), uống hàng ngày vào 8 giờ sáng, sau ăn.

Thể nặng: 40 mg methylprednisolon TM mỗi ngày.

Thể tiến triển cấp, nặng, đe dọa tính mạng (viêm mạch máu, biểu hiện ngoài khớp nặng): bắt đầu từ 500-1.000mg methylprednisolone truyền TM trong 30-45 phút/ngày, điều trị 3 ngày liên tục. Sau đó chuyển về liều thông thường. Liều trình này có thể lặp lại mỗi tháng nếu cần.

4.1.1.3 Và một số thuốc khác: Thuốc chống thấp làm thay đổi tiến triển của bệnh (Disease Modifying Anti Rheumatic Drug-DMARDs): Methotrexat, Sulfasalazin, Hydroxychloroquine, thuốc kháng Interleukin 6, thuốc kháng TNF a

4.1.2. Thuốc y học cổ truyền

Chỉ định pháp điều trị và thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.1.2.1 Thể phong thấp

- Pháp: Khu phong, trừ thấp, thông lạc, chỉ thống.

- Phương:

Cổ phương: Quyên tý thang

Tang chi	30g	Tàn giao	12g
Độc hoạt	08g	Khương hoạt	08g
Đương quy	12g	Hải phong đẳng	30g
Mộc hương	06g	Quế chi	08g
Xuyên khung	12g	Nhũ hương	06g
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.

Sắc uống ngày 01 thang chia 2 lần.

Hoặc dùng phương thang của bệnh viện hiện có: Quyên tý thang, thang Khớp Nhiệt sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần. Có thể sử dụng thang độc hoạt tang ký sinh gia giảm đối với các trường hợp có kèm suy nhược và rối loạn khác.

4.1.2.2. *Thể hàn thấp*

- Pháp: Ôn kinh, tán hàn, trừ thấp, thông lạc.

- Phương:

Cổ phương: Can khương thương truật thang:

Can khương	08g	Quế chi	08g
Thương truật	08g	Ý dĩ	08g
Cam thảo	06g	Bạch linh	12g
Xuyên khung	16g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

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

Hoặc dùng phương thang của bệnh viện hiện có : Thang Khớp Nhiệt, Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Có thể sử dụng thang độc hoạt tang ký sinh gia giảm đối với các trường hợp có kèm suy nhược và rối loạn khác.

4.1.2.3 *Thể phong thấp nhiệt*

- Pháp: Khu phong, thanh nhiệt giải độc, hóa thấp.

- Phương:

Cổ phương:

+ Trường hợp các khớp sưng nóng đỏ đau nhiều, người bệnh có sốt cao dùng bài: **Bạch hổ quế chi thang.**

Thạch cao sùng	30g	Quế chi	06g
Tri mẫu	12g	Cam thảo	04g
Ngạnh mễ	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần,

+ Trường hợp các khớp sưng đau ít dùng bài:

Quế chi thực dược tri mẫu thang

Quế chi	08g	Ma hoàng	08g
Bạch thực	12g	Phòng phong	12g

Tri mẫu	12g	Phụ tử chế	06g
Bạch truật	12g	Sinh khương	12g
Cam thảo	06g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Trường hợp người bệnh sốt nhẹ, các khớp sưng đau kéo dài, chất lưỡi đỏ. Mạch tế sắc dùng bài:

Quế chi thược dược tri mẫu thang bỏ Quế chi gia Huyền sâm, Sinh địa, Địa cốt bì, Sa sâm, Miết giáp, Thạch斛.

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

Nghiệm phương:

Thỏ phục linh	16g	Rễ cỏ xước	12g
Hy thiêm	16g	Kê huyết đằng	12g
Rễ cà gai leo	10g	Lá huyết dụ	10g
Sinh địa	12g	Cam thảo nam	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc dùng phương thang bệnh viện hiện có: Thang Khớp Hàn Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

4.1.2.4 Thể can thận hư

- Pháp: Khu phong, thanh nhiệt, trừ thấp, hóa đàm thông lạc, bổ can thận, kiện tỳ.

- Phương:

Cổ phương:

+ Trường hợp các khớp vẫn sưng, nóng, đỏ đau thì dùng các bài thuốc như thể Phong thấp nhiệt trên gia các vị thuốc trừ đàm, hoạt huyết: Nam tinh chế, Bạch giới tử sao, Bạch cương tâm, Đào nhân, Hồng hoa...

+ Hoặc dùng bài thuốc **Độc hoạt ký sinh thang:**

Độc hoạt	10g	Phòng phong	12g
Tang ký sinh	12g	Tế tân	04g
Tần giao	12g	Đương qui	12g
Phục linh	12g	Quế chi	04g

Bạch thược	12g	Xuyên khung	12g
Thục địa	12g	Chích cam thảo	06g
Đỗ trọng	12g	Ngưu tất	12g
Đảng sâm	12g		

Ngày sắc uống 1 thang, chia 2 lần.

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

Dùng phương thang bệnh viện hiện có: Thang độc hoạt Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần. Hoặc thang khớp nhiệt (BV) để thay thế.

Ngoài các bài thuốc trên, có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2. Điều trị bằng các kỹ thuật y học cổ truyền

4.2.1. Thể phong thấp

4.2.1.1 Hào châm, hoặc điện châm:

- *Tại chỗ:* huyết tại các khớp sưng đau và vùng lân cận.
- *Toàn thân:* Đại chùy, Phong môn, Phong trì, Hợp cốc, Túc tam lý, Huyết hải Châm bình, Lưu kim 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày liệu trình.

4.2.1.2 Cây chỉ:

- *Chi trên:* Hợp cốc, Ngoại quan, Khúc trì, Tý nhu, Kiên trinh, Kiên ngưng
- *Chi dưới:* Tam âm giao, Thái xung, Huyết hải, Phong long, Thừa sơn, Túc tam lý, Côn lân, Hoàn khiêu, Trật biên, Thử liêu, Dương lăng tuyền, Giáp tích L3-L4-L5-S1.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, chọn công thức huyết cây chỉ phù hợp. Mỗi lần cây chỉ có tác dụng từ 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

4.2.1.3 Xoa bóp bấm huyết:

- Các thủ thuật: Xát, xoa, day, vê, bóp vùng khớp bị đau.
- Ấn các huyết: A thị, Hợp cốc, Nội đình.
- Vận động khớp nhẹ nhàng.

Liệu trình 30 phút/lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

4.2.1.4 Thủy châm: Sử dụng các thuốc có chỉ định tiêm bắp : Vitamin B12, Mobic,... vào các huyết như điện châm, hào châm ngày 1 lần, mỗi lần 2 - 3 huyết.

Một liệu trình điều trị từ 10 đến 15 ngày. Tùy từng trường hợp cụ thể lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

4.2.1.5 *Xông hơi thuốc*: Thực hiện xông hơi thuốc toàn thân hoặc cục bộ. Thời gian 15-20 phút/ lần.

Tùy theo tình trạng bệnh lý, thầy thuốc có thể chỉ định xông 1 - 2 lần / ngày, 01 liệu trình xông từ 3 - 5 ngày, có thể thực hiện nhiều liệu trình liên tục

4.2.2. *Thể hàn thấp*

4.2.2.1 *Hào châm, hoặc điện châm* :

- *Tại chỗ*: huyết tại các khớp sưng đau và vùng lân cận.

- *Toàn thân*: Đại chùy, Phong môn, Phong trì, Hợp cốc, Túc tam lý, Huyết hải
Châm bình, Lưu kim 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày liệu trình.

4.2.2.2 *Cứu các huyết* : Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao, Túc tam lý

4.2.2.3 *Cấy chỉ, xoa bóp bấm huyết, thủy châm, xông hơi thuốc*: Giống thể Phong thấp.

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

4.2.3. *Thể phong thấp nhiệt*

4.2.3.1 *Hào châm, hoặc điện châm*:

- *Tại chỗ*: huyết tại các khớp sưng đau và vùng lân cận.

- *Toàn thân*: Đại chùy, Phong môn, Phong trì, Hợp cốc, Túc tam lý, Huyết hải
Châm bình, Lưu kim 30 phút/lần/ngày, từ 15 đến 20 ngày liệu trình.

4.2.3.2 *Cấy chỉ, xoa bóp bấm huyết, thủy châm, xông hơi thuốc*: Giống thể Phong thấp

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

4.2.4. *Thể can thận hư*

4.2.4.1 *Hào châm, hoặc điện châm*:

- *Tại chỗ*: huyết tại các khớp sưng đau và vùng lân cận.

- *Toàn thân*: Đại chùy, Phong môn, Phong trì, Hợp cốc, Túc tam lý, Huyết hải,
Can du, Thận du, Tỳ du

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

4.2.4.2 *Cấy chỉ, xoa bóp bấm huyết, thủy châm, xông hơi thuốc*: Giống thể Phong thấp

Chú ý: Ngoài phương huyết tham khảo trên, thầy thuốc chỉ định phương huyết phù hợp tình trạng từng người bệnh.

4.3. Điều trị bằng các kỹ thuật phục hồi chức năng

Theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế, các chỉ định DVKT PHCN phù hợp:

4.3.1. Nhóm nhiệt trị liệu:**4.3.1.1 Nhiệt trị liệu nông:**

- Điều trị bằng paraffin vùng khớp đau: 20 - 30 phút/ lần, ngày 1 lần
- Điều trị bằng tia hồng ngoại vùng khớp đau: 15 -30 phút/ lần, ngày 1 - 2 lần

4.3.1.2 Nhiệt trị liệu sâu:

- Điều trị bằng sóng ngắn vùng khớp đau: 10 phút/ lần, ngày 1 lần
- Điều trị bằng siêu âm vùng khớp đau: 10 phút/ lần, ngày 1 - 2 lần
- Điều trị bằng từ trường vùng khớp đau: 15 phút/ lần, ngày 1 lần

4.3.2. Nhóm điện trị liệu:

- Điều trị bằng các dòng điện xung vùng khớp đau: 10 phút/ lần, ngày 1 - 2 lần
- Điều trị bằng sóng xung kích vùng khớp đau: 10 phút/ lần, ngày 1 lần
- Điều trị bằng máy kéo dẫn vùng cột sống lưng hoặc cổ: 15 -30 phút/ lần, ngày 1 lần

4.3.3. Nhóm vận động trị liệu:

- Tập với thang tường với trường hợp đau, hạn chế vận động khớp vai, cứng khớp vai: 20 phút/ lần, ngày 1 lần
- Tập với dụng cụ quay khớp vai với trường hợp đau , hạn chế vận động khớp vai, cứng khớp vai: 20 phút/ lần, ngày 1 lần
- Tập với ròng rọc với trường hợp đau , hạn chế vận động khớp vai, cứng khớp vai: 20 phút/ lần, ngày 1 lần
- Tập vận động có trợ giúp với các trường hợp cứng khớp gối, khuỷu, vai : 20 phút/ lần, ngày 1 lần

Chú ý: với từng trường hợp bệnh nhân cụ thể thì cho các chỉ định phù hợp với chống chỉ định của các phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

Có thể chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. TIÊN LƯỢNG

- Viêm khớp dạng thấp là bệnh mạn tính tiến triển kéo dài bằng những đợt cấp tính, không tiên lượng được thời gian xảy ra các đợt cấp tính hoặc nguồn tiến triển.
- Tiên lượng nặng khi: tổn thương viêm nhiều khớp, bệnh nhân nữ, yếu tố dạng thấp RF và /hoặc Anti-CCP (+) tỷ giá cao, có các biểu hiện ngoài khớp, HLADR4 (+), hoạt tính của bệnh (thông qua các chỉ số: DAS 28, VS, CRP, HAQ

6. DỰ PHÒNG

- Không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu, các can thiệp phòng ngừa chủ động đối với VKDT là những biện pháp chung nhằm nâng cao sức khoẻ, thể trạng bao

gồm ăn uống điều độ, đầy đủ chất dinh dưỡng, tập luyện thể dục thể thao và làm việc cần tránh môi trường ẩm thấp và mưa lạnh, tránh căng thẳng.

- Phát hiện và điều trị sớm các bệnh lý nhiễm trùng, các tình trạng rối loạn miễn dịch.

VIÊM GÂN CƠ GAN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm gân cơ gan bàn chân (hay viêm cân gan bàn chân) là tình trạng viêm của cân bàn chân, gây đau gót chân. Tình trạng này tác động tiêu cực tới sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Đây là bệnh thường gặp, đặc biệt ở nam giới trung niên, vận động viên và người lao động nặng. Phần lớn trường hợp viêm có gai xương kèm theo.

- Bệnh nhân thường bị đau nhiều ở gót chân, đặc biệt là lúc sáng sớm mới ngủ dậy. Việc điều trị cần được thực hiện đúng cách, kịp thời để ngăn ngừa bệnh chuyển sang mạn tính, tái phát nhiều lần, ảnh hưởng xấu tới dáng đi và chất lượng cuộc sống.

- Các triệu chứng viêm cân gan chân thường gặp gồm:

+ Đau: Các cơn đau xuất hiện nhiều ở phần gót chân, có thể đau buốt hoặc đau âm ỉ. Người bệnh thường đau lúc sáng sớm vì bàn chân giữ ở tư thế gấp về phía gan bàn chân trong suốt một đêm, khiến cân gan chân bị co ngắn lại. Lúc thức giấc, người bệnh đặt bước chân đầu tiên xuống đất, khiến cân gan chân bị kéo căng, gây đau nhiều. Trong các bước đi kế tiếp, cảm giác đau sẽ giảm bớt dần tới khi không còn thấy đau nữa. Tuy vậy, triệu chứng này có khả năng xuất hiện lại trong ngày do đi lại nhiều hoặc đứng quá lâu. Các cơn đau có thể tái đi tái lại nhiều lần, lâu dài xuất hiện trong lúc nghỉ ngơi, cảm giác đau lan tỏa gân hết lòng bàn chân.

+ Sung bầm tím ở gan bàn chân.

- Theo YHCT, viêm gân cơ bàn chân thuộc chứng niu thương. Niu là xoay vặn, thương là bệnh, vì xoay vặn cơ khớp làm tổn thương kinh lạc gân cơ, khí cơ tắc trở gây đau, yếu nặng, huyết trệ gây sưng nóng đỏ.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Theo YHHD

- Viêm cân gan chân phổ biến hơn ở người chạy bộ. Những người thừa cân và những người đi giày dép với sự hỗ trợ không đầy đủ cũng có nguy cơ bị viêm cân gan chân.

- Khi cân gan chân bị căng ra kéo dài.

- Tuổi tác. Viêm cân gan chân là phổ biến nhất ở độ tuổi từ 40 đến 60.

- Một số loại bài tập. Các hoạt động tạo áp lực nhiều lên gót chân và mô kèm theo, ví dụ như chạy đường dài, múa ba lê và nhảy aerobic.

- Các bất thường gan bàn chân: Bàn chân phẳng, bàn chân lõm hoặc thậm chí là một kiểu đi bộ bất thường có thể ảnh hưởng đến cách phân bố trọng lượng khi đứng và có thể gây thêm áp lực cho cân gan chân.

- Béo phì, thừa cân gây thêm áp lực cho cân gan chân và dễ gây viêm cân gan chân.

- Nghề nghiệp ảnh hưởng. Công nhân nhà máy, giáo viên và những người khác dành phần lớn thời gian làm việc của họ đi bộ hoặc đứng trên bề mặt cứng có thể gây ra viêm cân gan chân.

2.2. Theo YHCT

- Theo YHCT do xoay vặn cơ khớp làm tổn thương kinh lạc gân cơ, khí cơ tắc trở gây đau, yếu nặng, huyết trệ gây sưng nóng đỏ.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo YHĐ

- Khi chẩn đoán tình trạng viêm cân gan chân, bác sĩ cần dựa vào lâm sàng và những dấu hiệu cận lâm sàng. Những dấu hiệu lâm sàng gồm:

+ Đau vùng gót: Cơn đau tăng khi bước chân xuống giường lúc vừa ngủ dậy vào sáng sớm, lúc đứng dậy sau khi ngồi quá lâu, sau khi vận động di chuyển nhiều; thuyên giảm khi nghỉ ngơi. Thời gian trong ngày sẽ bớt đau hơn so với buổi sáng.

+ Cơn đau kéo dài dai dẳng trong nhiều tháng hay nhiều năm.

+ Khi ấn vào mặt dưới và bên trong gót chân, người bệnh bị đau rất nhiều, đau nhói.

+ Gan bàn chân có thể phẳng hay lõm hơn bên lành. Một số trường hợp có thể đi kèm dấu hiệu teo cơ.

- Những dấu hiệu cận lâm sàng gồm:

+ Chụp X-quang: Kết quả có gai xương gót. Đây là hậu quả của quá trình viêm kéo dài dẫn đến tình trạng vôi hóa điểm bám vào xương gót.

+ Siêu âm: Kết quả siêu âm phần mềm lòng bàn chân cho thấy những dấu hiệu tổn thương cân gan bàn chân

+ Chụp MRI: Phương pháp này giúp bác sĩ chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác.

3.2. Theo YHCT

Do tác động gián tiếp của các động tác hoặc ngoại lực gây nên khí trệ tại chỗ nên đau; sau đó huyết ứ gây sưng nóng đỏ, thấp trệ gây nề.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng khi điều trị viêm cân gan bàn chân. Phương pháp này chỉ được áp dụng cho các trường hợp đau dữ dội hoặc kéo dài trên 6 tháng.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

- Ưu tiên chỉ định các loại thuốc chống viêm không steroid (NSAID) trong điều trị viêm cân gan bàn chân. Tác dụng thuốc là chống viêm và giảm đau nhanh.

+ Reumokam x 01 tiêm bắp ngày 1 lần, tối đa 5 lần/đợt.

+ Meloxicam 7,5mg.

4.2.2. Thuốc YHCT

- Phép điều trị: hoạt huyết hành khí, thư cân, thông kinh, chỉ thống.

4.2.2.1. Thuốc dùng ngoài

- Thuốc đắp:

+ Bài 1: Cao thống nhất

+ Bài 2:

Bột cúc tần	8 phần	Bột đại hồi	0,8 phần
Bột ngải cứu	4 phần	Sáp ong	2 phần
Bột quế chi	1,6 phần	Dầu ve	20 phần

Trộn đều, đựng vào lọ dùng lần, đắp vào vị trí gân cơ bị tổn thương

+ Bài 3:

Vỏ cây gạo vừa đủ giã nát sao với rượu, ngày đắp 1 lần

Lá náng hơ nóng đắp vào nơi tổn thương

- Thuốc xoa:

+ Bài 1: mật gấu hoà với rượu sôi

+ Bài 2: *Đả trật tán*

Nhũ hương	1 phần	Tô mộc	4 phần	Đại hồi	2 phần
Một dược	1 phần	Huyết giác	4 phần	Nga truật	2 phần
Băng phiến	1 phần	Quế chi	1 phần	Dây kim ngân	1 phần

Tán bột, mỗi lần dùng hoà với rượu vừa đủ, xoa lên vùng gót và gan bàn chân, ngày 2 lần.

4.2.2.2. Thuốc uống trong

- Phương thuốc: *Cao tiêu viêm*

Ngải cứu	12g	Tô mộc	10g	Nghệ vàng	10g
Huyết giác	12g	Lá móng tay	10g		

Ngày uống 1 thang hoặc nấu thành cao uống, ngày uống 3 lần

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp châm cứu

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm

- Thủ thuật: châm tả, mỗi lần chọn 10-16 huyệt để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.

- Liệu trình: 1 lần/ngày x 10-15 lần/đợt

- Lựa chọn phương huyệt phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyệt tham khảo: các huyệt tại chỗ, các huyệt ở xa: Huyền chung, Thái xung, Tam âm giao.

4.3.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, mẫn châm...)

- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyệt: có thể sử dụng các huyệt như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.1.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt

- Kéo giãn: kéo giãn từ từ theo hướng sinh lí, lực vừa phải, bệnh nhân cảm giác dễ chịu, giữ 1-2 phút

- Bấm huyệt: Huyền chung, Thái xung, Tam âm giao, Dũng tuyền.

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

4.3.2. Các DVKT PHCN

- **Vật lý trị liệu**

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng sóng xung kích, ...

+ Nhiệt sâu (có thể chỉ định giai đoạn viêm mạn tính)

Điều trị bằng siêu âm, Điều trị bằng sóng ngắn

+ Nhiệt nông (có thể chỉ định giai đoạn viêm mạn tính)

Điều trị bằng Parafin, Điều trị bằng tia hồng ngoại.

Điều trị bằng nhiệt lạnh

- Các bài tập

+ Bài tập 1:

Bắt đầu với tư thế nghiêng người về trước, hai bàn tay chống vào tường, đầu gối bên chân đau duỗi thẳng hoàn toàn, gấp đầu gối chân còn lại.

Giữ nguyên tư thế trong khoảng 10 giây.

Thư giãn và đứng thẳng người lên, thực hiện 20 lần mỗi bên.

+ Bài tập 2:

Bắt đầu với tư thế ngồi gác chân đau lên chân lành.

Dùng tay nắm lấy ngón chân cái kéo nhẹ về phía mình, giữ trong khoảng 15 – 30 giây.

Lặp lại động tác này 3 lần rồi thực hiện tương tự với chân còn lại.

+ Bài tập 3:

Chuẩn bị 1 chiếc khăn lông dài 80cm để làm dây tập.

Ngồi trên ghế, nhẹ nhàng luồn khăn qua vòm bàn chân như hình.

Hai tay giữ hai đầu khăn, rướn các ngón chân về phía cơ thể.

Giữ nguyên tư thế trên khoảng 15 – 30 giây, lặp lại 3 lần.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

5. DINH DƯỠNG

Giảm cân ở người bệnh béo phì, và duy trì cân nặng hợp lý giúp giảm áp lực và giảm đau gân gan chân.

6. TIÊN LƯỢNG

Bệnh dễ tái phát do thói quen sinh hoạt, vận động nên cần có biện pháp phòng ngừa chủ động.

7. DỰ PHÒNG

- Thay đổi lối sống sẽ giúp giảm tỷ lệ mắc bệnh và phòng ngừa bệnh diễn tiến kéo dài. Bạn cần lưu ý:

+ Duy trì cân nặng hợp lý, tránh tình trạng thừa cân, béo phì vì sẽ làm gia tăng áp lực lên bàn chân.

+ Chọn giày phù hợp, có độ cao vừa phải, miếng lót giày dày, nâng đỡ tốt bàn chân;

+ Hạn chế đứng trên nền đất cứng hay đi bộ nhiều để giảm bớt áp lực cho các cơ ở bàn chân.

+ Xoa bóp chân thường xuyên với người phải làm công việc yêu cầu đứng lâu hay đi nhiều.

+ Khởi động kỹ trước khi vào bài tập chính, chơi thể thao. Những người chơi các môn thể thao gây áp lực lớn lên vòm bàn chân như aerobic, ba-lê, chạy đường dài... nên đặc biệt lưu ý việc khởi động. Ngoài ra, bạn nên hạn chế tập luyện trên mặt sàn cứng và gồ ghề, đồng thời cần thực hiện đúng kỹ thuật để hạn chế chấn thương.

+ Khi đứng lên, đi lại hay thực hiện những hoạt động hằng ngày nên đảm bảo trọng lượng và lực tác động của cơ thể được phân bố đều lên cả hai chân.

+ Tránh tình trạng lặp đi lặp lại một động tác tác động nhiều lên bàn chân vì có thể tăng áp lực quá lớn, dẫn tới tình trạng rách và viêm cơ.

HỘI CHỨNG DE QUERVAIN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng De quervain được mô tả lần đầu tiên vào năm 1985 bởi giáo sư Fritz de Quervain người Thụy Sĩ, còn gọi là viêm hoạt mạc mỏm trâm quay hay là viêm gân cơ dạng duỗi ngón cái. Tình trạng viêm này là do chít hẹp bao gân, chứ nó không liên quan đến tình trạng nhiễm trùng.

- Theo YHCT, viêm bao gân cơ dequaiver thuộc chứng niu thương. Niu là xoay vặn, thương là bệnh, vì xoay vặn cơ khớp làm tổn thương kinh lạc gân cơ, khí cơ tắc trở gây đau, yếu nặng, huyết trệ gây sưng nóng đỏ.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo YHHĐ

- Hội chứng De Quervain là một trong những hội chứng viêm bao gân rất phổ biến đối với nữ giới đặc biệt là các chị em nội trợ (rửa chén bát, là quần áo, bồng bế con lâu dài) hay các nhân viên văn phòng, có thể có cả phụ nữ mang thai, hay người cao tuổi.

- Ở vùng cổ tay động tác duỗi và dạng ngón cái được chi phối bởi hai gân quan trọng là dạng dài và duỗi ngắn ngón cái, hai gân này cũng như các gân khác trong cơ thể, được bao bọc trong bao hoạt dịch, những động tác cầm vật nặng dài lâu, xoay, lắc cổ tay gây ra ma sát gân tăng lên, về lâu dài dịch bôi trơn sẽ ít đi, nhưng dịch viêm sẽ tăng lên, gây ra hiện tượng sưng nóng, đỏ đau ngay tại vị trí này.

- Giai đoạn muộn, bao gân sẽ bị xơ cứng và dày lên, gây cản trở hoạt động của gân, và có thể ảnh hưởng đến thần kinh, đó là một nhánh của thần kinh quay, gây tê bì. Bệnh cũng thường xảy ra ở phụ nữ, trong khoảng từ 30-50 tuổi.

2.2. Theo YHCT

- Theo YHCT do xoay vặn cơ khớp làm tổn thương kinh lạc gân cơ, khí cơ tắc trở gây đau, yếu nặng, huyết trệ gây sưng nóng đỏ

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo YHHĐ

3.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Ở giai đoạn đầu bệnh nhân có thể có những cơn đau xuất hiện dần dần hay đột ngột ở vùng gốc ngón tay cái, vùng mỏm trâm quay, nói chính xác hơn là mặt ngoài cổ tay, cũng có thể phù nề hoặc tê bì ngón cái, ngón trỏ, bệnh nhân càng cử động càng đau, đau có thể lan theo cơ lên vùng ngoài của cẳng tay, hạn chế các động tác dạng và duỗi ngón tay cái.

- Ở giai đoạn muộn, tình trạng viêm bao gân của hai gân trên đã rất nặng, gây xơ cứng gân như toàn bộ, gây ra tiếng lục cục hay lạo xạo khi vận động, khi thực hiện các động tác của ngón cái cảm giác bị dính lại hoặc giật cục, bệnh nhân rất đau, không còn điều trị bảo tồn được nữa, mà phải tiến hành phẫu thuật.

3.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Có hai phương pháp mà các bác sĩ lâm sàng thường áp dụng và có giá trị chẩn đoán rất chính xác:

+ Ấn vào điểm gốc ngón cái (hay vị trí mỏm trâm quay theo giải phẫu học) bệnh nhân thường có cảm giác đau chói.

+ Nghiệm pháp hỗ trợ để chính xác hơn là nghiệm pháp FINKELSTEIN: bệnh nhân nắm chặt ngón tay cái trong lòng bàn tay kẹp giữa bốn ngón kia, và mặt lòng bàn tay như bắt tay nhau, khi bệnh nhân gập cổ tay hết sức về phía mặt lòng sẽ gây đau dữ dội ở vị trí viêm bao gân.

- Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán hội chứng De Quervain:

Ở giai đoạn sớm: Trên siêu âm thấy hình ảnh gân dạng dài và duỗi ngắn :

+ Gân dày lên so với bên đối diện, thường tròn hơn là hình oval, tăng tưới máu trên Doppler.

+ Bao gân dày, phản âm kém tạo thành hình vòng halo giảm âm, tăng tưới máu, có dịch bao quanh gân.

+ Dày mạc giữ gân duỗi.

+ Có thể phù nề mô mỡ quanh gân.

Ở giai đoạn muộn: hình ảnh gân tăng âm không đồng nhất, không tưới máu, mất ranh giới của gân và các tổ chức quanh gân.

- Siêu âm không chỉ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán hội chứng De Quervain mà còn có giúp ích trong việc hướng dẫn tiêm thuốc trong bao gân dạng duỗi ngón cái. Ngoài ra còn theo dõi quá trình điều trị.

3.1.3. Dấu hiệu chẩn đoán có giá trị

- Đau và sưng ở cổ tay gần gốc ngón tay cái.

- Khó cử động ngón tay cái và cổ tay khi bạn đang làm việc gì đó liên quan đến việc nắm hoặc véo.

- Nếu tình trạng này diễn ra quá lâu mà không được điều trị, cơn đau có thể lan rộng ra ngón tay cái, lan lên cẳng tay. Véo, nắm và các cử động khác của ngón tay cái và cổ tay sẽ làm đau tăng.

- Test Finkelstein: gấp ngón cái và khếp về phía ngón 5 vào trong lòng bàn tay. Nắm các ngón tay trùm lên ngón cái. Uốn cổ tay về phía xương trụ. Nếu thấy đau chói vùng gân dạng dài và gân duỗi ngấn ngón cái hoặc ở gốc ngón cái là dấu hiệu dương tính của nghiệm pháp.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

- Do tác động gián tiếp của các động tác hoặc ngoại lực gây nên khí trệ tại chỗ nên đau; sau đó huyết ứ gây sưng nóng đỏ, thấp trệ gây nề.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa

- Chỉ áp dụng khi tất cả các biện pháp nội khoa, y học cổ truyền không hiệu quả.

- Can thiệp phẫu thuật tạo ra nhiều không gian hơn cho gân hoạt động để gân không cọ xát vào đường hầm. Sau mổ, có thể tham gia phục hồi chức năng. Sau khi cắt chỉ, tập các bài tập chủ động để tăng dần biên độ và sức mạnh của các cơ.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc chống viêm không steroid bôi tại chỗ: thuốc diclofenac dạng bôi: bôi 2-3 lần/ngày.

- Thuốc giảm đau: acetaminophen (Paracetamol).

- Thuốc chống viêm không steroid đường uống.

- Tiêm corticoid trong bao gân De Quervain. Cần tránh tiêm vào mạch máu. Do vậy tốt nhất là nên tiêm corticoid dưới hướng dẫn của siêu âm do tính chính xác, độ an toàn cao. Chỉ các bác sĩ được đào tạo chuyên khoa khớp mới được tiêm corticoid trong bao gân vì có nguy cơ đứt gân khi tiêm vào gân hay nhiễm trùng.

4.2.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

- Phép điều trị: hoạt huyết hành khí, thư cân, thông kinh, chỉ thống.

- Phương thuốc: *Thang Chỉ thống*

Sinh địa	10g	Đan sâm	8g	Ngưu tất	8g
Xuyên khung	8g	Tần giao	8g	Mộc qua	8g
Xích thược	8g	Đương quy	8g	Uy linh tiên	8g
Đào nhân	6g	Hồng hoa	6g	Trần bì	6g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc: Cao tiêu viêm

Ngải cứu	12g	Tô mộc	10g
Huyết giác	12g	Lá móng tay	10g
Nghê vàng	10g		

Ngày uống 1 thang hoặc nấu thành cao uống, ngày uống 3 lần.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp châm cứu

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm
- Thủ thuật: châm tả, mỗi lần chọn 10-16 huyết để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.
- Liệu trình: 1 lần/ngày x 10-15 lần/đợt
- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:
 - + Huyết tại chỗ.
 - + Huyết ở xa: Thủ tam lý, Hợp cốc, Ngoại quan, Dương trì.

4.3.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, măng châm...).
- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10 - 15 lần thủy châm.
- Công thức huyết: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.1.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyết

- Xoa bóp vùng đau
- Bấm huyết: các huyết xa thủ tam lý, hợp cốc, ngoại quan, khúc trì.
- Kéo giãn: kéo giãn từ từ theo hướng sinh lí, lực vừa phải, bệnh nhân cảm giác dễ chịu, giữ 1-2 phút.

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

4.3.2. Điều trị bằng PHCN

Giảm hoặc ngừng vận động cổ tay và ngón tay cái (thường 4 - 6 tuần).

Trường hợp sưng đau nhiều nên dùng băng nẹp cổ tay và ngón cái liên tục trong 3 - 6 tuần ở tư thế cổ tay để nguyên, ngón cái dạng 45 độ so với trục xương quay và gấp 10 độ.

Vật lý trị liệu:

- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng các dòng điện xung
- Điều trị nhiệt lạnh (có thể chỉ định giai đoạn viêm cấp tính)
- Nhiệt sâu (có thể chỉ định giai đoạn viêm mạn tính): Điều trị bằng siêu âm, Điều trị bằng sóng ngắn
- Nhiệt nông (có thể chỉ định giai đoạn viêm mạn tính): Điều trị bằng Parafin, Điều trị bằng tia hồng ngoại

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. TIÊN LƯỢNG, DỰ PHÒNG

Bệnh dễ tái phát do thói quen sinh hoạt, vận động cổ, bàn tay. Nên tránh các hoạt động bàn tay, cổ tay lặp đi lặp lại trong thời gian dài, đặc biệt các động tác phải thường xuyên gồng ngón tay cái.

- Dành thời gian nghỉ ngơi hợp lý.
- Thực hiện các bài tập cho gân khớp vùng cổ tay.
- Không nên xoa bóp rượu thuốc, dầu nóng vì dễ làm tình trạng viêm nặng thêm.
- Không nên nắn bẻ khớp vì sẽ làm tổn thương thêm gân khớp.
- Xây dựng chế độ ăn uống đầy đủ dinh dưỡng, nhất là phụ nữ khi mang thai, sau sinh.
- Bổ sung canxi, sữa và các chế phẩm từ sữa...
- Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ.
- Báo ngay cho bác sĩ biết nếu tình trạng bệnh không thuyên giảm.
- Sau khi hết bệnh, không nên tiếp tục các công việc cần đến lực của tay quá nhiều, vì bệnh có nguy cơ tái phát.

ĐAU DÂY THẦN KINH TAM THOẢ

1. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh số V còn được gọi là dây thần kinh tam thoa hay dây thần kinh sinh ba. Đau dây thần kinh số V là một loại đau xảy ra đột ngột, có thể giống như điện giật, đôi khi như nghiền xé, bỏng rát. Con đau thường tự phát, xảy ra đột ngột và nhanh chóng, chỉ kéo dài từ khoảng vài giây cho đến vài phút. Con đau có thể phát sinh không rõ nguyên nhân, thậm chí ngay cả khi có kích thích như rửa mặt, nhai, cạo râu, chạm vào mặt, gió thổi vào mặt... cũng có thể gây đau. Đây là căn bệnh gây ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống của người bệnh.

2. NGUYÊN NHÂN

Đau dây thần kinh tam thoa thường không xác định rõ được nguyên nhân gây đau dây V, hay được chẩn đoán đau dây V vô căn.

Trong một số trường hợp, có thể do chèn ép dây thần kinh V. Đau dây V do mạch máu tiếp xúc với dây V gây chèn ép dây thần kinh, tỉ lệ có thể gặp khoảng 60%. Nguyên nhân thường hay gặp là do động mạch tiểu não trên chèn ép rễ cảm giác tại vị trí đi vào cầu não. Đau dây V có thể do chèn ép bởi các khối u nằm ở vùng góc cầu – tiểu não và các vùng lân cận của góc cầu - tiểu như: u màng não, u nang thượng bì, u tuyến yên, các ung thư di căn, do túi phình mạch não gây ảnh hưởng đến các nhánh dây thần kinh tam thoa, tỉ lệ gặp có thể gặp 5- 8 %

Ngoài ra có ung thư hay u, do amyloid; do nhồi máu nhỏ, u mạch máu ở cầu não hay hành não, viêm màng não có thể là nguyên nhân gây đau. Một số trường hợp có căn nguyên gia đình, bất thường khử myelin nguyên phát ví dụ trong bệnh xơ cứng rải rác.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

Chẩn đoán xác định đau dây thần kinh tam thoa dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

3.1.1. Lâm sàng

Tiêu chuẩn chẩn đoán đau dây thần kinh tam thoa (theo Hiệp hội Đau đầu Quốc tế, 1988).

A. Là các cơn đau mặt và trán kịch phát mà kéo dài vài giây và dưới hai phút.

B. Đau có ít nhất bốn trong các đặc điểm sau:

1. Đau đột ngột, dữ dội, nhói, nông, như đâm hay nóng bỏng.

2. Phân bố dọc theo một hay nhiều nhánh dây thần kinh tam thoa.
 3. Cường độ nặng.
 4. Được kích thích bởi các vùng cò súng, hay bởi các hoạt động hàng ngày, chẳng hạn như ăn, nói, rửa mặt, hay đánh răng.
 5. Giữa các cơn bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng.
- C. Không có thiếu sót thần kinh.
- D. Các cơn được lặp lại ở mỗi bệnh nhân riêng biệt.
- E. Loại trừ các nguyên nhân đau mặt khác từ bệnh sử, khám thực thể và cận lâm sàng đặc biệt.

3.1.2. Cận lâm sàng

Dựa trên các triệu chứng lâm sàng, thực hiện chụp phim X-Quang, phim cộng hưởng từ MRI và làm một số xét nghiệm cần thiết

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

Chẩn đoán y học cổ truyền dựa trên thể lâm sàng sau:

3.2.1. Phong nhiệt phạm kinh lạc

Có cảm giác đau, rát, nóng không chịu được ở một bên đầu hoặc mặt, mặt đỏ, lúc đau thì ra mồ hôi, gặp nóng khó chịu hơn, thích chườm mát, kèm theo sốt, miệng khô, nước tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền sắc.

3.2.2. Phong hàn phạm kinh lạc

Đau dạng co giật, nếu nặng thì đau không thể chịu được, khi đau da mặt xám như da chì, gặp lạnh đau tăng, thích chườm ấm, lưỡi nhạt, rêu lưỡi mỏng, mạch khẩn.

3.2.3. Can hỏa thượng viêm

Đễ tức giận, uất ức kèm một bên đầu hoặc mặt đau rát, gặp nóng càng tăng, đôi khi đau gây nên đau đầu. Nặng hơn các cơ co giật, hoặc co thắt từng cơn ở vùng bệnh, đôi khi giữa các cơn người bệnh lại cảm thấy bình thường, miệng đắng, họng khô, bứt rứt, ngực đầy, hông sườn đau, hay mơ, ngủ không yên, nước tiểu vàng, táo bón, mặt đỏ, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền sắc.

3.2.4. Khí hư huyết ứ

Mặt đau, đau liên tục thời gian dài, đau dữ dội không chịu nổi, đau một chỗ cố định không lan toả, mặt xám, khi đau có kèm giật giật, tay chân tê, sợ gió, tự ra mồ hôi, hơi thở ngắn, ngại nói, tiếng nói nhỏ yếu, da mặt trắng nhạt, lưỡi có điểm ứ huyết, mạch trầm.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

Áp dụng với các trường hợp đau dây V điển hình, tuy nhiên điều trị nội khoa không hiệu quả hay khi điều trị nội khoa có hiệu quả nhưng phải sử dụng liều cao, có tác dụng phụ gây không thể dung nạp thuốc.

Với những trường hợp đau ở mặt không điển hình không nên sử dụng biện pháp can thiệp ngoại khoa.

4.1.1. Phương pháp phá hủy rễ thần kinh V

Phá hủy rễ thần kinh có thể phá hủy hoàn toàn (microsurgical rhizotomy) hoặc phá hủy một phần (phá hủy chọn lọc).

+ Phá hủy rễ thần kinh V một phần: có 3 kỹ thuật phá hủy rễ thần kinh V bằng Glycerol, bằng bóng áp lực, bằng nhiệt đông.

+ Phá hủy hoàn toàn phẫu thuật cắt rễ thần kinh.

4.1.2. Phương pháp phá hủy thần kinh ngoại vi

Phá hủy thần kinh ngoại vi có thể thực hiện bằng phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi hoặc tiêm Alcohol.

4.1.3. Phương pháp không làm tổn thương dây V

Phương pháp giải áp vi mạch (Microvascular decompression): được áp dụng do căn nguyên đau dây V do xung đột thần kinh mạch máu với kỹ thuật vi phẫu tách xa động mạch khỏi dây thần kinh V sau đó chèn một giải cơ vào

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

Có nhiều loại thuốc có thể được sử dụng, có thể điều trị đơn trị liệu hoặc đa trị liệu:

- Carbamazepine được sử dụng là loại thuốc đầu tay dùng để điều trị ngoài ra còn là một trong các biện pháp điều trị thử để hỗ trợ chẩn đoán.

+ Cơ chế tác dụng: làm giảm sự phóng điện lạc chỗ nhờ khả năng ức chế các neurone bị kích thích thông qua ngăn cản kênh Na^+ ở màng tế bào

+ Liều trung bình hiệu quả là 600-1200 mg/ngày, thường bắt đầu với liều thấp khoảng 100-200mg/ngày, tăng dần mỗi 200mg cho đến khi có tác dụng hay tác dụng phụ xảy ra.

+ Tác dụng không mong muốn: ngủ gà, suy nghĩ lơ đãng, mất thăng bằng, có nguy cơ phản ứng dị ứng thuốc dữ dội.

- Thuốc khác thuộc nhóm chống co giật như valproate, clonazepam, pimizide, phenytoin, Neurontin...

- Baclofen là thuốc chọn lựa hàng đầu khi phối hợp với carbamazepine hoặc không dung nạp với carbamazepine. Liều khởi đầu là 5-10mg, dùng ba lần mỗi ngày, sau đó tăng liều 10mg mỗi hai ngày. Liều hiệu quả thường là 50-60 mg/ngày.

- Một số thuốc khác có thể dùng như prednisone, kháng viêm không steroid, misoprostol, amitriptyline tuy nhiên hiệu quả chưa được nghiên cứu rõ.

4.2.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.2.1. Phong nhiệt phạm kinh lạc

- Phép trị: Khu phong thanh nhiệt, thông kinh hoạt lạc.

- Bài thuốc: Khung chi thạch cao thang gia vị (Thương hàn luận)

Thạch cao	12-20g
Bạch chỉ	10-16g
Xuyên khung	10-16g
Bạch phụ tử	06-10g
Cát căn	10-16g
Nam tinh	08-12g
Bán hạ	8-12g
Cương tằm	08-12g
Kinh giới	8-12g
Cúc hoa	08-12g
Khương hoạt	08-12g
Cao bản	08-12g
Kim ngân hoa	08-12g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.2. Phong hàn phạm kinh lạc

- Phép điều trị: Sơ phong tán hàn, thông lạc chỉ thống.

- Bài thuốc: Xuyên khung trà điều tán

Xuyên khung	16g
Khương hoạt	8g

Phòng phong	6g
Bạch chỉ	8g
Bạc hà	32g
Tế tân	4g
Kinh giới	16g
Cam thảo	8g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.3. Can hỏa thượng viêm

- Pháp trị: Thanh can giải nhiệt, thông kinh hoạt lạc.

- Bài thuốc: Chỉ tử thanh can thang gia vị (Ngoại khoa chính tông)

Thạch cao	12-20g
Chi tử	08-12g
Xuyên khung	08-16g
Đơn bì	08-12g
Ngưu bàng tử	08-12g
Cương tàm	08-12g
Sài hồ	08-12g
Hoàng cầm	08-12g
Bạch thược	08-18g
Hoàng liên	06-10g
Đương quy	08-12g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.4. Khí hư huyết ứ

- Pháp trị: Ích khí, hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc.

- Bài thuốc: Thuận khí hoà trung thang gia vị (Vệ sinh bảo giám)

Hoàng kỳ	10-16g
Địa long	08-12g
Xuyên khung	10-16g
Mạn kinh tử	08-12g
Đảng sâm	08-12g
Trần bì	04-08g
Bạch truật	08-12g

Cam thảo	04-08g
Đương quy	08-12g
Thăng ma	06-10g
Bạch thược	08-12g
Sài hồ	06-10g
Xích thược	08-12g
Tế tân	06-10g

Sắc uống ngày 1 thang.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp châm cứu

Lựa chọn phương huyệt phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyệt tham khảo:

- Phong nhiệt phạm kinh lạc: châm tả các huyệt: Hợp cốc, Liệt khuyết, huyệt cục bộ vùng đau.

- Phong hàn phạm kinh lạc: châm tả các huyệt: Hợp cốc, Phong trì, huyệt cục bộ vùng đau.

- Can hỏa thượng viêm: Châm tả các huyệt: Hợp cốc, Thái xung, Thần môn, Túc lâm khắp, huyệt cục bộ vùng đau.

- Khí hư huyết ú: Châm tả các huyệt: Hợp cốc, Tam âm giao, Túc tam lý.

4.3.1.2. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt

- Sử dụng các động tác: Xoa, miết, véo, phân, hợp, day vùng đầu mặt cổ.

- Bấm huyệt: Lựa chọn phương huyệt phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyệt tham khảo: Thái dương, Thương tình, Dương bạch, Bách hội, Ấp phong, Phong trì, Đầu duy, Quyền liêu, Hợp cốc.

4.3.1.2. Phương pháp thủy châm

- Thường sử dụng các loại thuốc vitamin nhóm B.

- Công thức huyệt: có thể sử dụng các huyệt như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.2. Điều trị bằng PHCN

- Nhiệt trị liệu: chiếu đèn hồng ngoại, siêu âm, sóng ngắn, xung kích...

- Điện trị liệu: điện xung, dòng giao thoa ...

Xem xét chi định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế.

HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng cổ vai cánh tay (cervical scapulothoracic syndrome), còn gọi là hội chứng vai cánh tay (scapulothoracic syndrome) hay bệnh lý rễ tủy cổ (cervical radiculopathy), là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ, không liên quan tới bệnh lý viêm.

- Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ, vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng.

- Theo Y học cổ truyền, hội chứng cổ vai cánh tay được xếp vào phạm vi chứng Tý. Tý có nghĩa là tắc, không thông. Chứng tý là do tà khí phong hàn thấp nhiệt ở ngoài xâm nhập vào cơ thể, đóng bít ngăn trở kinh lạc, khí huyết vận hành không thông lợi mà gây ra.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHD

- Nguyên nhân thường gặp nhất (70-80%) là do thoái hóa cột sống cổ, thoái hóa các khớp liên đốt và liên mỏm bên làm hẹp lỗ tiếp hợp, hậu quả là gây chèn ép rễ/dây thần kinh cột sống cổ tại các lỗ tiếp hợp.

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (20-25%), đơn thuần hoặc phối hợp với thoái hóa cột sống cổ.

- Các nguyên nhân ít gặp khác gồm chấn thương, khối u, nhiễm trùng, loãng xương, bệnh lý viêm cột sống, bệnh lý phần mềm cạnh cột sống.

- Trong một số trường hợp hội chứng cổ vai cánh tay là do bản thân bệnh lý của cột sống cổ gây đau cổ và lan ra vai hoặc tay, mà không có bệnh lý rễ dây thần kinh cổ.

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

Nguyên nhân gây chứng Tý rất đa dạng bao gồm ngoại nhân, nội nhân và bất nội ngoại nhân. Các yếu tố bên ngoài như phong, hàn, thấp, nhiệt tà có thể đơn độc hoặc cùng kết hợp xâm nhập vào cơ thể. Bệnh cũng có thể do nội nhân như rối loạn tình chí, tiên thiên bất túc hoặc sau kinh nguyệt, sinh đẻ làm khí huyết suy kém, âm dương không điều hòa. Các yếu tố bất nội ngoại nhân như lao động vất vả, ăn uống, tình dục không điều độ làm khí huyết suy hoặc do đàm ẩm, huyết ứ mà gây bế tắc kinh lạc cũng có thể gây chứng Tý.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

3.1.1. Lâm sàng

Tùy thuộc nguyên nhân, mức độ và giai đoạn bệnh, bệnh nhân có thể có ít nhiều những triệu chứng và hội chứng sau đây:

3.1.1.1 Hội chứng cột sống cổ:

- Đau vùng cổ gáy, có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau động tác vận động cổ quá mức, hoặc tự nhiên như sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể xuất hiện từ từ, âm ỉ, mạn tính.

- Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ, hay gặp trong đau cột sống cổ cấp tính.

- Điểm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.

3.1.1.2 Hội chứng rễ thần kinh:

- Đau vùng gáy lan lên vùng cằm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay, biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai gáy, hoặc hội chứng vai cánh tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau.

- Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ: Yếu cơ và rối loạn cảm giác như rát bỏng, kiến bò, tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay.

- Một số nghiệm pháp đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ:

+ *Dấu hiệu chuông bấm*: Ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay.

+ *Nghiệm pháp Spurling*: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, làm cho đau tăng lên.

+ *Nghiệm pháp dạng vai*: Bệnh nhân ngồi, cánh tay bên đau đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.

+ *Nghiệm pháp kéo giãn cổ*: Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ cằm và cằm và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng.

3.1.1.3 Hội chứng tuỷ cổ:

- Do lỗi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tuỷ cổ tiến triển trong một thời gian dài.

- Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất sự khéo léo của hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tùy vị trí tổn thương có thể thấy

liệt trung ương tứ chi; liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện.

3.1.1.4 Các triệu chứng khác:

- Hội chứng động mạch sống nền: Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt, đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mất thăng bằng, mệt mỏi.

- Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật: Đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay.

- Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt, rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân, cần phải đặc biệt lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng.

3.1.2. Cận lâm sàng

3.1.2.1 Xét nghiệm máu: Ít có giá trị chẩn đoán trong bệnh lý cột sống cổ và đĩa đệm gây chèn ép cơ học. Trong những bệnh như khối u, viêm, nhiễm trùng có thể thấy thay đổi trong một số xét nghiệm như tế bào máu ngoại vi, tốc độ lắng máu, CRP, phosphatase kiềm, điện di protein huyết thanh, v.v...

3.1.2.2 Chụp Xquang thường quy: Cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chếch 3/4. Xquang có thể phát hiện những tổn thương cột sống cổ do chấn thương, thoái hóa, hẹp lỗ tiếp hợp, xẹp đốt sống do loãng xương, hủy xương do bệnh lý ác tính, v.v.

3.1.2.3 Chụp cộng hưởng từ (MRI): MRI thường được chỉ định khi bệnh nhân đau kéo dài (>4-6 tuần), đau ngày càng tăng, có tổn thương thần kinh tiến triển, có biểu hiện bệnh lý tủy cổ, hoặc các dấu hiệu cảnh báo gợi ý bệnh lý ác tính hay nhiễm trùng.

3.1.2.4 Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) đơn thuần hoặc kèm chụp tủy cản quang: Chụp CT đơn thuần có thể được chỉ định khi không có MRI hoặc chống chỉ định chụp MRI.

3.1.2.5 Xạ hình xương: Khi nghi ngờ ung thư di căn hoặc viêm đĩa đệm đốt sống, cốt tủy viêm.

3.1.2.6 Điện cơ: Có thể giúp phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý tủy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên.

3.1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai.

- Hội chứng lồi ra lồng ngực, viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng đường hầm cổ tay.

- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phản xạ.

- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.
- Bệnh lý não, màng não, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa gây đau vùng cổ vai hoặc tay.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Thể phong hàn

3.2.1.1 Triệu chứng: Đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, có điểm đau cố định ở cổ, có thể sờ thấy cơ cứng ở cổ vai gáy, cứng cổ, hạn chế vận động. Đau, tê, nhức tứ chi, có thể có cảm giác nặng và yếu hai chi trên, đau nặng đầu, thích ẩm, sợ lạnh, lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng. Mạch phù hoãn hoặc sáp.

3.2.1.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, hàn.
- Chẩn đoán kinh lạc: Đại trường/tiểu trường/tam tiêu
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, hàn)

3.2.2. Thể phong thấp nhiệt tý

3.2.2.1. Triệu chứng: Vùng cổ gáy sưng, nóng, đỏ, đau nhức vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, đau đầu chóng mặt. Sốt cao, khát nước, nước tiểu đỏ, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sáp.

3.2.2.2 Chẩn đoán:

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực, nhiệt.
- Chẩn đoán kinh lạc: Đại trường/tiểu trường/tam tiêu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (phong, thấp, nhiệt).

3.2.3. Thể huyết ứ

3.2.3.1 Triệu chứng: Đau nhức, tê vùng đầu, cổ, vai và ngực lưng, tê, đau nhói cố định, đau tăng về đêm, ban ngày đỡ đau, đau cự án, cơ cứng tại chỗ, kích thích khó chịu. Miệng khô, lưỡi tím, có thể có điểm ứ huyết. Mạch huyền hoặc sáp.

* Thể huyết ứ thường ít xuất hiện đơn thuần mà kết hợp với các thể lâm sàng khác của chứng Tý vùng vai gáy.

3.2.3.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu, thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Đại trường/tiểu trường/tam tiêu.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

3.2.4. *Thể can thận hư*

3.2.4.1 *Triệu chứng*: Đau nhức vai gáy và ngực lưng, đau căng đầu, tê bì tay, đau mỏi lưng gối, hoa mắt chóng mặt, nhìn mờ, triều nhiệt, ra mồ hôi trộm, miệng họng khô, lưỡi đỏ ít rêu. Mạch tế sác.

3.2.4.2 *Chẩn đoán*:

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với giải quyết nguyên nhân nếu có thể.
- Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và các biện pháp không dùng thuốc khác.
- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

4.2. Điều trị ngoại khoa

4.2.1. *Một số chỉ định*:

Đau nhiều song điều trị nội khoa ít có kết quả, có tổn thương thần kinh nặng và tiến triển, có chèn ép tủy cổ đáng kể.

4.2.2. *Một số phương pháp phẫu thuật chủ yếu*:

Chỉnh sửa cột sống để giải phóng chèn ép thần kinh tại các lỗ tiếp hợp bị hẹp, lấy nhân nhày đĩa đệm thoát vị, làm dính và vững cột sống.

4.3. Điều trị dùng thuốc

4.3.1. *Thuốc hóa dược*

- Thuốc giảm đau:
 - + Tùy mức độ đau, có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp các nhóm thuốc sau:
 - + Thuốc giảm đau thông thường: Paracetamol viên 0,5-0,65g x 2-4 viên/24h (không dùng quá 4 gam Paracetamol/24h).
 - + Thuốc giảm đau dạng phối hợp: Parocontin F: 2-4 viên/24h.
- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): Meloxicam 7,5-15 mg/ngày
- Vitamin nhóm B: Viên 3B (B₁, B₆, B₁₂) hoặc dẫn chất B₁₂ mecobalamin (1000-1500 mcg/ngày).

- Corticosteroid: Trong một số trường hợp có biểu hiện chèn ép rễ nặng và có tính chất cấp tính mà các thuốc khác ít hiệu quả, có thể xem xét dùng một đợt ngắn hạn corticosteroid đường uống (prednisolone, methylprednisolone) trong 1-2 tuần.

4.3.2. Thuốc YHCT

* Thể phong hàn

- Pháp điều trị: Trừ phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc

- Phương thang: **Thang khớp hàn BV**

Kê huyết đằng	20g	Ngũ da bì	16g
Tang ký sinh	16g	Thiên niên kiện	12g
Quế chi	8g	Cốt toái bổ	12g
Tang chi	20g	Thỏ phục linh	20g
Độc hoạt	10g	Thương truật	10g

* Thể phong thấp nhiệt tý

- Pháp điều trị: Thanh nhiệt giải độc, khu phong trừ thấp, thông lạc

- Phương thang: **Thang khớp nhiệt BV**

Cốt toái bổ chế	12g	Xích thược	16g
Cam thảo chích	4g	Đương quy	16g
Đỗ trọng	12g	Tang chi	16g
Cẩu tích	12g	Quế chi	6g
Sinh địa	16g	Kê huyết đằng	20g
Xuyên khung	10g	Ngưu tất	12g

* Thể huyết ứ

- Pháp điều trị: Hoạt huyết hóa ứ thông kinh hoạt lạc chỉ thống

- Phương thang: **Thang chỉ thống BV**

Đào nhân	6g	Trần bì	6g
Mộc qua	8g	Sinh địa	10g
Tần giao	8g	Uy linh tiên	8g
Hồng hoa	6g	Đan sâm	8g
Xuyên khung	8g	Đương quy	8g
Xích thược	8g	Ngưu tất	8g

* Thể can thận hư:

- Pháp điều trị: Tư dưỡng can thận, hoạt huyết thông kinh lạc.

- Phương thang: **Quyên tý thang BV**

Khương hoạt	14g	Phòng phong	1 0g
Xích thược	16g	Đương qui	1 6g
Sinh hoàng kỳ	16g	Tang chi	1 8g
Khương hoàng	14g	Cam thảo	0 6g
Đại táo	12g	Đỗ trọng	1 4g

Có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.4. Điều trị bằng các DVKT**4.4.1. Các kỹ thuật YHCT***** Thể phong hàn:**

- Châm tả các huyệt:

Hậu khê (SI.3)	Phong trì (GB.20)
Đại chùy (GV.14)	Liệt khuyết (LU.7)
Kiên tinh (GB.21)	Hợp cốc (LI.4)
Thủ tam lý (LI.10)	Thiên trụ (BL.10)
Ngoại quan (TE.5)	Giáp tích C4 – C7
A thị huyệt	

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 – 15 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyệt: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chặt, bóp, ấn, bấm huyệt (các huyệt như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa.

Mỗi lần xoa bóp 15 – 30 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 đến 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Nhĩ châm: Vùng vai cánh tay H1, gáy A5, cột sống C4, vai C3, cổ C2.

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

- Thủy châm: Vitamin B12. Thủy châm các huyệt:

Kiên trung du (SI.15) Kiên tinh (GB.21)

Kiên trinh (SI.19) Tiên tông (SI.11)

- Cây chỉ: các huyết như công thức điện châm.

*** Thể phong thấp nhiệt tý:**

- Châm tả các huyết:

Hậu Khê (SI.3) Phong trì (GB.20)

Đại chùy (GV.14) Ngoại quan (TE.5)

Kiên tinh (TE.21) Hợp cốc (LI.4)

Thủ tam lý (LI.10) A thị huyết

Thiên trụ (BL.10) Giáp tích C4 – C7

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 – 15 huyết. Một liệu trình điều trị từ 20 đến 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chắt, bóp, ấn, bấm huyết (các huyết như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa.

Mỗi lần xoa bóp 15 – 30 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 đến 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Nhĩ châm, Thủy châm, cây chỉ và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

*** Thể huyết ú:**

- Châm tả các huyết:

Hậu Khê (SI.3) Phong trì (GB.20)

Đại chùy (GV.14) Ngoại quan (TE.5)

Kiên tinh (TE.21) Hợp cốc (LI.4)

Thủ tam lý (LI.10) A thị huyết

Thiên trụ (BL.10) Giáp tích C4 – C7

Liệu trình: Châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 – 15 huyết. Một liệu trình điều trị từ 20 đến 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyết: Thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, đấm, chắt, bóp, ấn, bấm huyết (các huyết như công thức điện châm), vận động cột sống cổ (cúi, ngửa, nghiêng, quay), phát điều hòa.

Mỗi lần xoa bóp 15 – 30 phút. Ngày xoa bóp 1 lần. Một liệu trình kéo dài từ 20 đến 30 ngày tùy theo mức độ bệnh.

- Nhĩ châm, Thủy châm, cấy chỉ và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

*** Thể can thận hư:**

- Châm bổ các huyệt:

Thái khê (KI.3) Đại trử (BL.11)

Huyền chung (GB.39) Giáp tích C4 – C7

Thủ tam lý (LI.10) Thiên trụ (BL.10) A thị huyệt

Điện châm ngày một lần, mỗi lần chọn 8 - 15 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 20 đến 30 lần châm tùy theo mức độ bệnh.

- Xoa bóp bấm huyệt: Tương tự như thể phong hàn, bấm các huyệt tương tự như công thức huyệt trên.

- Nhĩ châm, Thủy châm, cấy chỉ và các kỹ thuật châm khác tương tự thể phong hàn.

Trên đây là các phương huyệt tham khảo, thầy thuốc chỉ định phương huyệt phù hợp tình trạng từng người bệnh.

4.4.2. Các kỹ thuật PHCN

- Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc (tư thế ngồi làm việc, sử dụng máy tính, ...). Hướng dẫn, tư vấn cho bệnh nhân giữ tư thế đúng trong lao động và sinh hoạt hàng ngày.

- Trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương có thể bất động cột sống cổ tương đối bằng đai cổ mềm.

*** Một số kỹ thuật PHCN như:**

- *Vật lý trị liệu:*

+ Nhiệt trị liệu: Chiếu đèn hồng ngoại, đắp Parafin, tắm nước nóng, sóng ngắn, siêu âm trị liệu, từ trường.

+ Điện trị liệu: Điện phân dẫn thuốc, các dòng điện xung, dòng giao thoa

+ Xoa bóp vùng cổ vai tay, xoa bóp áp lực hơi vùng vai tay.

+ Kéo giãn cột sống cổ bằng máy

+ Thủy trị liệu: Tập vận động trong nước, tập bơi.

- *Vận động trị liệu:* Có tác dụng giảm đau, phục hồi tầm vận động của cột sống, tăng sức mạnh cơ. Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp.

+ Các bài tập thụ động theo tầm vận động cột sống cổ

+ Các bài tập có kháng trở làm tăng sức mạnh cơ vùng cột sống cổ

Có thể chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. TIẾN TRIỂN, BIẾN CHỨNG, THEO DÕI

- Tiên lượng nhìn chung là tốt nếu được điều trị thích hợp. Điều trị nội khoa bảo tồn có hiệu quả trong 80-90% trường hợp. Đa số bệnh nhân sẽ hết các triệu chứng sau khi được điều trị bảo tồn và ở một số bệnh nhân các triệu chứng có thể hết một cách tự nhiên.

- Một số bệnh nhân dù được điều trị vẫn có thể còn những di chứng như không hết hoàn toàn các triệu chứng, vận động cột sống cổ không trở về mức độ bình thường, mất độ ưỡn tự nhiên của cột sống cổ. Những trường hợp chèn ép rễ hoặc tủy cổ nặng có thể gây rối loạn nặng cảm giác và vận động.

- Bệnh nhân cần được thăm khám định kỳ cho đến khi hết triệu chứng để đánh giá kết quả điều trị, điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần và để phát hiện các tổn thương thần kinh tiến triển nặng thêm hoặc các triệu chứng nặng khác nếu có.

6. PHÒNG BỆNH

- Cần duy trì tư thế đầu và cổ thích hợp trong sinh hoạt, công việc, học tập và các hoạt động thể thao, tránh những tư thế ngồi, tư thế làm việc gây gập cổ, ưỡn cổ hoặc xoay cổ quá mức kéo dài, tránh ngồi hoặc đứng quá lâu, chú ý tư thế ngồi và ghế ngồi thích hợp.

- Thực hiện các bài tập vận động cột sống cổ thích hợp để tăng cường sức cơ vùng cổ ngực và vai, cũng như tránh cho cơ vùng cổ bị mỏi mệt hoặc căng cứng.

ĐAU THẦN KINH TỌA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Theo y học hiện, đau thần kinh tọa (sciatica pain) còn được gọi là đau thần kinh hông to, là một thuật ngữ y mô tả tình trạng đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước cẳng chân, mắt cá chân và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau.

- Theo y học cổ truyền, đau thần kinh tọa được miêu tả với các bệnh danh như “Yêu cước thống”, “Tọa cốt phong”, “Tọa điển phong”, “Yêu cước đông thống” và thuộc phạm vi nhóm Tý bệnh.

- Thường gặp đau thần kinh tọa một bên, ở lứa tuổi lao động và trung niên. Ít có phân biệt tỷ lệ mắc giữa nam và nữ. Tỷ lệ mắc cao nhất xảy ra ở trong thập kỷ thứ 4 của người bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh suốt đời được báo cáo từ 10% đến 40%. Tỷ lệ mắc hàng năm từ 1% đến 5%. Hiếm khi xảy ra trước 20 tuổi trừ khi bị chấn thương. Hoạt động thể chất làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ở những người không có triệu chứng trước đó. Đau thần kinh tọa thường thấy ở những người vận hành máy móc, lái xe tải và những công việc phải lao động nặng (cúi ngửa, khiêng vác nặng hoặc phải đứng lâu, ngồi lâu,...).

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân YHHD

- Nguyên nhân hàng đầu gây chèn ép rễ thần kinh tọa là thoát vị đĩa đệm (thường gặp nhất là đĩa đệm L4-L5 hoặc L5-S1 gây chèn ép rễ L5 hoặc S1 tương ứng); trượt đốt sống.

- Thoái hóa cột sống thắt lưng gây hẹp ống sống thắt lưng.

- Các nguyên nhân hiếm gặp hơn: viêm đĩa đệm đốt sống, tổn thương thân đốt sống (thường do lao, vi khuẩn, u), chấn thương, tình trạng mang thai...

2.2. Nguyên nhân YHCT

- Có thể do ngoại tà (Phong, Hàn, Thấp) phạm kinh Bàn Quang, kinh Đờm hoặc do nội thương bệnh lâu ngày ảnh hưởng chức năng tạng Can, tạng Thận hoặc do bất nội ngoại nhân (lao động quá sức, mang vác nặng, tư thế làm việc không đúng...)

+ Do ngoại nhân: thường do các tà khí Phong, Hàn, Thấp, Nhiệt, thừa lúc tấu lý sơ hở xâm phạm vào hai kinh túc Thái dương Bàn quang và túc Thiếu dương

Đờm làm cản trở sự vận hành của khí huyết mà gây nên đau dọc theo đường kinh. Có đôi khi bệnh tại kinh túc Dương minh Vị hoặc một số kinh âm

+ Do bất nội ngoại nhân: do lao động quá sức, sau khi mang vác vật nặng, do tư thế làm việc không đúng, té ngã chấn thương vùng thắt lưng... làm cho khí trệ, huyết ứ mà gây đau.

+ Do nội thương: chính khí suy yếu do bệnh lâu ngày, ảnh hưởng chức năng tạng Thận, tạng Can, rối loạn sự vận hành khí huyết, kinh khí bị trở trệ, dọc theo chi dưới mà gây đau.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHĐ

Theo tiêu chuẩn của bộ y tế về “ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học hiện đại” năm 2020 thì đau thần kinh tọa bao gồm 2 hội chứng:

3.1.1. Lâm sàng trong đau thần kinh tọa:

3.1.1.1 Hội chứng cột sống thắt lưng:

- Điểm đau cột sống (Cảm giác đau chói khi ấn vào móm gai sau của cột sống bị tổn thương)

- Biến dạng cột sống: Mất đường cong sinh lý, gù, vẹo cột sống thắt lưng

- Co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng một bên hoặc hai bên

- Khoảng cách tay đất hạn chế

- Nghiệm pháp Schober (+)

3.1.1.2 Hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng:

- Đau theo rễ thần kinh tổn thương, có thể có cảm giác tê bì, kiến bò, nóng rát.

- Dấu hiệu chuông bầm (+)

- Dấu hiệu Lasègue (+)

- Hệ thống điểm đau Valleix (+)

- Rối loạn phản xạ gân xương:

* *Trường hợp tổn thương rễ L5*: phản xạ gân gót bình thường, giảm hoặc mất cảm giác ngón chân cái, teo nhóm cơ cẳng chân trước ngoài, các cơ mu chân, không đi được bằng gót chân;

* *Trường hợp tổn thương S1*: phản xạ gân gót giảm hoặc mất, giảm hoặc mất cảm giác phía ngón chân út, teo cơ bắp cẳng chân, cơ gan bàn chân, không đi được bằng mũi chân.

3.1.2. Cận lâm sàng trong đau thần kinh tọa:

- Xét nghiệm máu: Bilan viêm âm tính và các chỉ số sinh hóa thông thường không thay đổi nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý viêm nhiễm, ác tính và cần thiết cho chỉ định thuốc.

- Xquang thường quy cột sống thắt lưng bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa, trượt thân đốt sống và ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân.

- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng nhằm xác định chính xác vị trí, mức độ tổn thương.

- Điện cơ đồ giúp phát hiện và đánh giá rễ thần kinh tổn thương.

3.1.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt.

- Đau khớp háng do viêm, hoại tử, thóa hóa, chấn thương.

- Viêm khớp cùng chậu, viêm hoặc áp-xe cơ thắt lưng chậu.

3.2. Chẩn đoán theo YHCT

3.2.1. Thể phong hàn thấp:

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do lạnh.

3.2.1.1 Triệu chứng:

Sau khi bị nhiễm lạnh, đau từ thắt lưng hoặc từ mông xuống chân, đau có điểm khu trú, chưa có teo cơ, đau tăng khi trời lạnh, chườm ấm dễ chịu. Sợ gió, sợ lạnh, đại tiện có thể bình thường hoặc nát, tiểu tiện trong, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoặc phù khẩn.

3.2.1.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực hàn.

- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.

- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (Phong hàn thấp).

3.2.2. Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư:

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống.

3.2.2.1 Triệu chứng:

Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, đau có cảm giác tê bì, nặng nề, có thể teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát.

3.2.2.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu lý tương kiêm, hư trung hiệp thực, thiên hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Can thận hư (Tỳ hư nếu có teo cơ).
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân + Bất nội ngoại nhân (nội thương).

Kèm theo triệu chứng ăn kém, ngủ ít. Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.

3.2.3. Thể thấp nhiệt:

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do viêm nhiễm.

3.2.3.1 Triệu chứng:

Đau vùng thắt lưng lan xuống mông, chân dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to, đau có cảm nóng rát như kim châm. Chân đau nóng hơn chân bên lành, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch hoạt sác.

3.2.3.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực nhiệt.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Ngoại nhân (thấp nhiệt).

3.2.4. Thể huyết ứ:

Thường gặp trong những trường hợp đau thần kinh tọa do chấn thương hoặc do thoát vị đĩa đệm.

3.2.4.1 Triệu chứng:

Đau đột ngột, dữ dội tại một điểm, đau lan xuống chân, hạn chế vận động nhiều, chất lưỡi tím, có điểm ứ huyết. Mạch sấp.

3.2.4.2 Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Biểu thực.
- Chẩn đoán kinh lạc: Kinh bàng quang và/hoặc Kinh đờm.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (huyết ứ).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị ngoại khoa

Thường có thể là chỉ định đầu tay ngay khi người bệnh có chèn ép nặng : hội chứng chùm đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới, liệt teo cơ chi dưới hoặc sau khi đã dùng các biện pháp điều trị nội khoa bảo tồn không đáp ứng, người bệnh vẫn còn đau và ảnh hưởng sinh hoạt.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc giảm đau: paracetamol 1-3 gam/ ngày chia 2-4 lần.
- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): tùy đối tượng bệnh nhân, có thể dùng một trong các NSAID không chọn lọc hoặc có ức chế chọn lọc COX-2, ví dụ: meloxicam (15 mg/ngày)
- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (100-150 mg x 3 lần/ngày) hoặc Eperisone (50 mg x2-3 lần/ngày).
- Có thể giảm đau bằng phương pháp: tiêm corticosteroid ngoài màng cứng.
- Hoặc một số thuốc khác: vitamin nhóm B hoặc mecobalamin.

4.2.2. Thuốc YHCT

Chỉ định pháp điều trị và thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.2.1 Thể phong hàn thấp:

- Phép điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn thông kinh lạc.

- Phương: **Đôi pháp lập phương**Can khương 08g

Thương truật 08g

Cam thảo 06g

Xuyên khung 16g

Quế chi 08g

Ý dĩ 08g

Bạch linh 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Hoặc có thể dùng bài Thang khớp hàn BV, Thang khớp nhiệt BV. Ngày uống 1 thang, chia 2 lần.

4.2.2.2 *Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư*

- Phép điều trị: khu phong, tán hàn, trừ thấp, bổ can thận (kiện tỳ nếu có teo cơ)

- Phương: **Độc hoạt tang ký sinh thang** (Thang Độc hoạt BV) Độc hoạt 10g

Tang ký sinh 12g

Tần giao 12g

Phục linh 12g

Bạch thược 12g

Thục địa 12g

Đỗ trọng 12g

Đảng sâm 12g

Phòng phong 12g

Tế tân 04g

Đương quy 12g

Quế chi 04g

Xuyên khung 08g

Chích cam thảo 06g

Ngưu tất 12g

Ngày sắc uống 1 thang, chia 2 lần, liệu trình 10-15 thang

4.2.2.3 *Thể thấp nhiệt:*

- Phép điều trị: Thanh nhiệt trừ thấp, hành khí hoạt huyết.

- Phương: **Đối pháp lập phương** Ý dĩ nhân 12g

Cam thảo 06g

Ma hoàng 06g

Bạch truật 12g

Đương quy 12g

Quế chi 06g

Thược dược 06g

Hoàng bá 12g

Thương truật 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, liệu trình 10-15 thang.

4.2.2.4 *Thể huyết ứ:*

- Phép điều trị: Hoạt huyết khứ ứ, thông kinh hoạt lạc.

- Phương: **Chỉ thống BV thang**

Đào nhân sao vàng 06g

Mộc qua 08g

Tần giao phiến 08g

Hồng hoa 06g

Xuyên khung 08g

Xích thực phiến 08g

Trần bì sao vàng 06g

Sinh địa 10g

Uy linh tiên 08g

Đan sâm chích rượu 08g

Đương quy chích rượu 08g

Ngưu tất 08g Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều

Hoặc có thể dùng thang Đào hồng tứ vật, Thân thống trục ứ thang (tùy tính chất bệnh).

Ngoài các bài thuốc trên, có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT YHCT

4.3.1. *Thể phong hàn thấp:*

4.3.1.1 *Châm hoặc cứu:* Châm tả, phương huyết tham khảo:

+ Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rễ S1): các huyết

A thị vùng cột sống thắt lưng

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Thừa phù (BL.36)

Thừa sơn (BL. 57)

Giáp tích L4-S1

Đại trường du (BL. 25)

Ân môn (BL.37)

Ủy trung (BL.40)

+ Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rẽ L5): các huyết:

A thị vùng CSTL

Thận du (BL.23)

Hoàn khiêu (GB.30)

Dương lăng tuyền (GB.34)

Giáp tích L4-S1

Đại trường du (BL.25)

Phong trì (GB.31)

Huyền chung (GB.39)

4.3.1.2 Các kỹ thuật châm: Điện châm, Hào châm, điện mẫn châm, ôn điện châm, ôn châm.

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

4.3.1.3 Cấy chỉ:

Phương huyết tham khảo:

Giáp tích L2-4 Thận du (BL. 23)

Đại trường du (BL. 25)

Trật biên (BL. 54)

Hoàn khiêu (GB.30)

Phong thị (GB. 31)

Túc tam lý (ST.36)

Thừa sơn (BL. 57)

Huyền chung (GB. 39)

Dương lăng tuyền (GB. 34)

Địa ngũ hội (GB. 42)

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

4.3.1.5 Thủy châm: Sử dụng các thuốc theo y lệnh có chỉ định tiêm bắp các huyết, phương huyết tham khảo:

Đại trường du (BL. 25)

Thừa phù (BL. 36)

Trật biên (BL. 54)

- Thủy châm một lần/ngày, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục. Tùy từng trường hợp cụ thể người thầy thuốc lựa chọn thuốc phù hợp với chẩn đoán.

4.3.1.4 Xoa bóp bấm huyết: Các thủ thuật xoa, xát, miết, day, lăn vùng lưng của chân đau. Bấm các huyết bên đau. Vận động cột sống, vận động chân. Phát từ thắt lưng xuống chân đau. Liệu trình xoa bóp 30 phút/lần/ngày, một liệu trình điều trị từ 15 đến 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

4.3.1.6 Giác hơi: Vùng lưng, chân đau. Ngày giác một lần.

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

4.3.2. Thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư

4.3.2.1 Hào châm: Châm tả, phương huyết tham khảo:

- Nén đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rễ S1): các huyết

A thị vùng cột sống thắt lưng

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Thừa phù (BL.36)

Thừa sơn (BL. 57)

Giáp tích L4-S1

Đại trường du (BL. 25)

Ân môn (BL.37)

Ủy trung (BL.40)

Côn lân (BL. 60)

Can du (BL.18)

Thận du (BL.23).- Nếu đau theo kinh Đởm (Đau kiểu rãnh L5): các huyết

A thị vùng CSTL

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Đại trường du (BL.25)

Hoàn khiêu (GB. 30)

Huyền chung (GB. 39)

Khâu khư (GB

Phong thị(GB. 31)

Dương lăng tuyền (GB. 34)

Can du (BL.18)

Thận du (BL.23).

4.3.2.2 *Thủy châm*: Giống thể phong hàn thấp.

4.3.2.3 *Cấy chỉ*: giống thể phong hàn thấp, thêm huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

4.3.2.4 *Xoa bóp bấm huyết*: giống thể phong hàn thấp, bấm thêm huyết Can du (BL.18), Thận du (BL.23).

4.3.2.5 *Giác hơi*: giống thể phong hàn thấp

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

4.3.3. **Thể thấp nhiệt:**

4.3.3.1 *Hào châm*: Châm tả các huyết, phương huyết tham khảo:

- Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rãnh S1): các huyết

A thị vùng cột sống thắt lưng

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Thừa phù (BL.36)

Thừa sơn (BL. 57)

Giáp tích L4-S1

Đại trường du (BL. 25)

Ân môn (BL.37)

Ủy trung (BL.40)

Côn lân (BL. 60)

- Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rỗ L5): các huyết

A thị vùng CSTL

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Đại trường du (BL.25)

Hoàn khiêu (GB. 30)

Huyền chung (GB. 39)

Khâu khư (GB

Phong thị(GB. 31)

Dương lăng tuyền (GB. 34)

+ Liệu trình: ngày 1 lần, 7- 14 ngày/liệu trình.

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

4.3.3.2 *Thủy châm:* Giống thể phong hàn thấp.

4.3.3.3 *Cấy chỉ:* Giống thể phong hàn thấp.

4.3.3.4 *Xoa bóp bấm huyết:* Giống thể phong hàn thấp.

4.3.4. **Thể huyết ứ:**

4.3.4.1 *Điện châm:* châm tả, phương huyết tham khảo::

- Nếu đau theo kinh Bàng quang (Đau kiểu rỗ S1): các huyết

A thị vùng cột sống thắt lưng

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Thừa phù (BL.36)

Thừa sơn (BL. 57)

Giáp tích L4-S1

Đại trường du (BL. 25)

Ân môn (BL.37)

Ủy trung (BL.40)

Côn lân (BL. 60)

- Nếu đau theo kinh Đờm (Đau kiểu rẽ L5): các huyết

A thị vùng CSTL

Thận du (BL. 23)

Trật biên (BL. 54)

Đại trường du (BL.25)

Hoàn khiêu (GB. 30)

Huyền chung (GB. 39)

Khâu khư (GB

Phong thị(GB. 31)

Dương lăng tuyền (GB. 34)

Huyết hải (SP.10).

4.3.4.2 *Xoa bóp bấm huyết*: Giống thể phong hàn thấp và tránh động tác vận động cột sống (gập đùi vào ngực).

4.3.4.3 *Thủy châm*: Giống thể phong hàn thấp.

4.3.4.4 *Cấy chỉ*: Giống thể phong hàn thấp.

4.3.4.5 *Giác hơi*: Giống thể phong hàn thấp.

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

4.4. Điều trị bằng các kỹ thuật PHCN

- 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...

- Nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau chống co cứng cơ giãn mạch tăng cường chuyển hóa dinh dưỡng như : Nhiệt nông (Hồng ngoại, Parafin), nhiệt sâu (Siêu âm

vùng CSTL, sóng ngắn vùng CSTL, Từ trường vùng CSTL (lưu ý các trường hợp chống chỉ định.)

- 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 Laser công suất thấp nội mạch.

- Các kỹ thuật xoa bóp áp lực hơi hoặc xoa bóp vùng, di động mô mềm vùng thắt lưng và chân bị bệnh. Qua cơ chế phản xạ và cơ học, có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyển hoá dinh dưỡng và bài tiết, điều hoà quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

- Kéo dẫn cột sống: Điều trị kéo dẫn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dẫn trong giai đoạn bán cấp và mãn tính, áp dụng 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút. Chỉ định trong các trường hợp thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, có tác dụng làm giảm áp lực nội khớp đồng thời làm căng hệ thống dây chằng quanh khớp đặc biệt là dây chằng dọc sau, giảm đè ép lên rễ thần kinh hoặc đĩa đệm.

- Vận động trị liệu:

+ Những bài tập kéo giãn cột sống.

+ Xà đơn treo người nhẹ.

+ Bơi.

+ Một số bài tập cơ lưng giúp tăng cường sức mạnh cột sống.

Có thể chỉ định các DVKT PHCN khác theo Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. DINH DƯỠNG

- Chế độ dinh dưỡng cần được thiết lập đủ lượng và chất, phù hợp với từng người bệnh cụ thể có các bệnh nền đồng mắc; đồng thời chú ý các nguyên tắc thực dưỡng theo lý luận y học cổ truyền như sau:

+ Theo quan điểm Y học cổ truyền, Thận chủ cốt tủy, chủ vùng thắt lưng, vậy nên thực dưỡng điều trị những người bệnh có đau thắt lưng cũng hướng đến việc sử dụng các thực phẩm tốt cho Thận. Có thể kể đến là: các loại hạt ngũ cốc, các loại hạt như hạt óc chó, vừng, hướng dương, hạt vừng, hạt mè, hạt dẻ... các loại rau như bắp cải, măng tây, cà rốt... các loại thịt như thịt lợn, thịt vịt, bò câu, các loại cá. Có thể bổ sung các loại trái cây tươi: nho, lê, anh đào hoặc các loại trái cây tươi đều tốt.

+ Cách nấu nướng nên hướng đến việc làm ấm đồ ăn, tránh ăn đồ sống lạnh, nếu người bệnh có Thận dương hư suy thì thêm các loại gia vị ấm nóng (gừng, tiêu, quế).

6. TIỀN LƯỢNG

- Nhiều nghiên cứu cho thấy, điều trị phối hợp nhiều phương pháp: dùng thuốc và không dùng thuốc, giúp cải thiện tiên lượng bệnh, người bệnh có thể được điều trị khỏi các triệu chứng đau, tê, nhức, mỏi...kiểm soát tốt các bệnh lý nguyên nhân (thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, thoái hóa cột sống...), người bệnh hoàn toàn có thể tự sinh hoạt và lao động

- Đau thần kinh tọa nếu không được điều trị đúng cách có thể tiến triển đến các biến chứng:

+ Teo cơ, giới hạn vận động một phần hoặc hoàn toàn, liệt chi dưới

+ Rối loạn cảm giác chi dưới, rối loạn cơ vòng (cơ tròn).

- Đau thần kinh tọa do các nguyên nhân ung thư, tiên lượng phụ thuộc vào giai đoạn bệnh ung thư và phương pháp can thiệp điều trị ung thư (phẫu thuật, xạ trị, hóa trị).

7. DỰ PHÒNG

7.1. Theo Y học hiện đại

- Giữ tư thế thẳng đứng khi ngồi lâu hoặc lái xe, có thể mang đai lưng hỗ trợ. Tránh các động tác nhanh, mạnh, đột ngột, sai tư thế, mang vác nặng, cúi ngửa thường xuyên. Luyện tập bơi lội hoặc yoga giúp tăng sức bền và sự linh hoạt khối cơ lưng. Luôn luôn tập khởi động trước khi bắt đầu các động tác: bơi lội, chạy, thể thao

- Đeo đai lưng khi ngồi lâu, đứng lâu, vận động cột sống; tránh nằm bằng ghế bô, võng, nệm mềm. Tập một số động tác giúp mềm, dẻo cột sống: cúi, ngửa, xoay, nghiêng với các nguyên tắc: chậm - hết tầm - lấn cái đau- đều đặn. Có thể phối hợp một số động tác dưỡng sinh tác động cột sống

- Phối hợp các phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc, tuân thủ điều trị và tái khám. Tránh tái phát sau khi phẫu thuật, người bệnh cần đeo đai lưng liên tục ít nhất là 1 tháng, kết hợp thay đổi lối sống (đặc biệt là tư thế lao động, sinh hoạt).

7.2. Theo Y học cổ truyền

Theo quan điểm Y học cổ truyền, Thận chủ cốt tủy, chủ vùng lưng, như vậy, để phòng bệnh cho vùng thắt lưng, cần phải thực hiện các biện pháp bảo vệ Thận. Cụ thể: nên vận động nhẹ nhàng nhưng điều độ vùng thắt lưng, cũng tránh tập thể dục quá độ (cử tạ, môn thể thao đặc biệt mạnh), đặc biệt ở những người ở độ tuổi

cuối 30 đầu 40 nên tránh đột ngột vận động quá độ vùng thắt lưng sau một quá trình ít vận động trước đó; ngoài ra nên tránh sinh hoạt tình dục quá độ (đặc biệt là nam giới). Những người sống trong môi trường ẩm thấp hoặc những người lao động với cường độ cao (những động tác cúi ngửa nhiều) cần có chế độ thăm khám thường xuyên, để có thể được bác sĩ tư vấn dùng thuốc, tập luyện cho phù hợp giúp bảo vệ thắt lưng và tả phong, thấp là những nguyên nhân gây bệnh thường gặp.

ĐAU DÂY THẦN KINH SAU ZONA

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh zona hay herpes zoster là bệnh nhiễm trùng da với biểu hiện là các ban đỏ, mụn nước, bong nước tập trung thành đám, thành chùm dọc theo đường phân bố của thần kinh ngoại biên. Bệnh do sự tái hoạt của virus Varicella zoster (VZV) tiềm ẩn ở rễ thần kinh cảm giác cạnh cột sống.

Bệnh hay gặp ở những người già, những người suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở người nhiễm HIV/AIDS.

Đau sau zona (post herpetic neuralgia-PHN): là hiện tượng đau dai dẳng trên 1 tháng, thậm chí hàng năm với biểu hiện đau nháy cảm, rát bỏng, đau âm ỉ hay đau nhói như dao đâm ở vùng da tổn thương zona đã lành sẹo. Bệnh thường xuất hiện ở người già, người suy giảm miễn dịch, mắc bệnh ung thư.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân theo YHHD

Do virus Varicella zoster gây viêm, hoại tử và xơ hóa các đầu mút thần kinh.

2.2. Nguyên nhân theo YHCT

Theo Y học cổ truyền, zona thuộc loại “ôn bệnh”, nguyên nhân: do thấp nhiệt, do uất kết làm cho kinh lạc bị trở trệ mà sinh ra bệnh. Zona nằm trong phạm trù bệnh ngoại khoa. Trong các y văn cổ có ghi lại, zona có rất nhiều tên gọi khác nhau như: hỏa đái sang, triền yên hỏa đơn, tri thù sang hay xà xuyên sang... Những tên gọi này được đặt theo vị trí, đặc điểm và hình thái của bệnh zona.

Bệnh zona gây nên bởi các nguyên nhân:

- Nội thương tình chí, can uất hỏa hỏa dẫn đến can đờm hỏa thịnh, can khí uất kết và chạy đến bàng quang quán lấy mạch đới.

- Do thấp nhiệt ú trệ ở kinh tỳ, chức năng vận hóa của tỳ bị suy giảm và tích lại bì phu sinh nên bệnh.

- Do ngoại cảm độc tà hình thành thấp nhiệt hỏa độc dẫn tới bệnh càng trầm trọng hơn.

- Do hỏa độc tích tụ tại huyết sinh ban đỏ, thấp nhiệt độc gây tắc kinh mạch làm khí huyết không thông.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo YHHD

- Tình trạng đau kéo dài 1 tháng hoặc lâu hơn sau khi tổn thương da đã lành.

- Con đau bỏng rát, buốt và nhói, hoặc sâu và nhức nhối. Con đau thường không liên tục và không tương quan với các kích thích bên ngoài. Những vùng da thiếu nhạy cảm thông thường khi chạm vào cũng có thể gây ra tình trạng đau quá mức. Các tiếp xúc chạm nhẹ hoặc tiếp xúc với quần áo đôi khi cũng là yếu tố gây nên khởi phát tình trạng đau

3.2. Các thể theo YHCT

Được chia làm 3 thể:

Thể thấp nhiệt: vùng tổn thương có màu đỏ, mụn nước tụ lại và vỡ ra gây lở loét, lưỡi hơi đỏ và có rêu trắng hoặc vàng

Thể tỳ hư và thấp trệ: sắc ban chẩn không tươi, có mụn nước dày, thủy bào lớn, loét chảy nước, miệng khô, đầy bụng, phân lỏng, rêu trắng dày,...

Thể can kinh uất nhiệt: nổi nốt ban đỏ, có nước, căng bóng, họng khô, đau rát, người bứt rứt, ăn uống không ngon, táo bón, rêu lưỡi vàng...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị bằng thuốc

4.1.1. Thuốc hóa dược

4.1.1.1. Điều trị bệnh zona

Sử dụng thuốc kháng virus sớm trong vòng 72 giờ đầu.

- Tại chỗ bôi hồ nước, dung dịch màu millian, castellani, mỡ acyclovir, mỡ kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn

- Toàn thân:

+ Uống acyclovir. Liều 800mg x 5 lần/ngày trong 7-10 ngày. Thuốc nên được dùng sớm, tốt nhất trong vòng 72 giờ đầu

+ Hoặc, famciclovir 500mg mỗi 8 giờ (3 lần mỗi ngày) x 7 ngày

+ Hoặc, valacyclovir 1000mg mỗi 8 giờ (3 lần mỗi ngày) x 7 ngày

- Ngoài ra kháng sinh chống bội nhiễm, giảm đau, kháng viêm, an thần, sinh tố nhóm B liều cao. Nếu đau dai dẳng bôi kem chứa lidocain và prilocain, kem capsaicin, lidocain gel, uống thuốc chống trầm cảm ba vòng, phong bế thần kinh và vật lý trị liệu kết hợp. Corticoid: có tác dụng giảm đau trong thời kỳ cấp tính và nhiều tác giả cho rằng thuốc có tác dụng giảm đau sau zona.

4.1.1.2. Điều trị đau sau Zona

- Vitamin B1 B6 B12

- Cytidin monophosphat / Uridin monophosphat

- Amitripylin viên 25mg, liều 25-75mg/ngày. Tác dụng phụ: hạ huyết áp tư thế, ngủ gà, khô miệng, lú lẫn, táo bón, bí tiểu, tăng cân. Hạn chế tác dụng phụ bằng cách dùng liều tăng dần.

- Carbamazepin viên nén 200mg, liều 400-1.200mg/ngày. Tác dụng phụ: chóng mặt, buồn nôn lúc bắt đầu điều trị, hạn chế bằng cách tăng dần liều.

- Gabapentin viên 300mg, liều 900-2.000mg/ngày. Tác dụng phụ: ngủ gà, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, đi loạng choạng, run. Hạn chế tác dụng phụ bằng cách tăng dần liều.

- Pregabalin 150mg-300mg/ngày.

- Bôi kem chứa lidocain và prilocain tại chỗ, ngày 3-4 lần

4.1.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.1.2.1. Thể thấp nhiệt:

- Phép điều trị: thanh hóa thấp nhiệt, lương huyết giải độc.

- Phương thuốc:

Ý dĩ nhân 15g	Đậu đỏ 15g	Phục linh bì 12g
Địa phu tử 12g	Kim ngân hoa 12g	Sinh địa 12g
Xa tiền tử 10g	Xích nhục 10g	Xa tiền thảo 10g
Mã xỉ hiện 10g	Hoắc hương 9g	Bội lan 9g

Cam thảo 6g.

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.1.2.2. Thể tỳ hư và thấp trệ:

- Phép điều trị: kiện tỳ trừ thấp

- Phương thuốc:

Thương truật 16g	Hậu phác 16g	Bạch truật 16g
Bạch linh 16g	Trần bì 12g	Trạch tả 12g
Trư linh 12g	Khương hoạt 12g	Kim ngân hoa 12g
Bồ công anh 12g	Đại táo 10g	Huyền hồ 8g
Cam thảo 6g	Nhục quế 4g	Sinh khương 4g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

4.1.2.3. Thể can kinh uất nhiệt:

- Phép điều trị: thanh can tả hỏa

- Phương thuốc:

Long đởm thảo 12g	Hoàng cầm 12g	Trạch tả 12g
Mộc thông 12g	Đương quy 12g	Chi tử 16g
Sinh địa 16g	Cam thảo 16g	Mạch môn 16g
Huyền sâm 16g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2. Điều trị bằng các DVKT

4.2.1. Các DVKT YHCT

4.2.1.1. Phương pháp châm cứu

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm
- Thủ thuật: bình bõ bình tả là chính, một số huyết khác châm tả hoặc bõ, mỗi lần chọn 10-16 huyết để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.
- Liệu trình: 1 lần/ngày x 10-15 lần/đợt
- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:
 - + Huyết dùng chung: Huyết Khúc trì, Hợp cốc, Đại chùy, Phong long, Can du, Tỳ du, Chương môn, Kỳ môn, Hành gian, Chi câu, Huyết hải, Thái khê, A thị huyết.
 - + Vùng mắt: Ty trúc không, Toàn trúc, Thái dương
 - + Vùng mặt: Địa thương, giáp xa.
 - + Đau dữ dội: Ân bạch, Đại đôn, Thần môn
 - + Mất ngủ: Bách hội, thần đình
 - + Chọn huyết theo tiết đoạn thần kinh, huyết giáp tích vùng đau, ...

4.2.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, mẫn châm...)
- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.
- Công thức huyết: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.2.1.3. Các phương pháp khác

- Nhĩ châm: Điểm thần kinh, tuyến thượng thận, Tuyến nội tiết

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

4.2.2. Các DVKT PHCN

4.2.2.1. Nhiệt trị liệu:

- Nhiệt nông:
 - + Điều trị bằng hồng ngoại: vùng đau, 1 lần/ngày.
 - + Hoặc Điều trị bằng paraffin: vùng đau, 1 lần/ngày.
- Nhiệt sâu:
 - + Điều trị bằng từ trường: vùng đau, 15 phút/lần x 1 lần/ngày.
 - + Điều trị bằng sóng ngắn: vùng đau, 10 phút/lần x 1 lần/ngày.
 - + Điều trị bằng siêu âm: vùng đau, 10 phút/lần x 1 lần/ngày.

4.2.2.2. Điện trị liệu:

- + Điều trị bằng các dòng điện xung: vùng đau, 1 lần/ngày

4.2.2.3: Laser nội mạch: 1 lần/ngày

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. DỰ PHÒNG

- Tránh tiếp xúc với những người mắc bệnh zona khi cơ thể còn vết mụn nước.
- Tiêm chủng ngừa bệnh để bảo vệ khỏi thủy đậu và tránh được bệnh zona.
- Chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, tập thể dục để tăng sức đề kháng.
- Khi xuất hiện bệnh cần thăm khám và điều trị kịp thời.

BẠI NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

Bại não là trạng thái rối loạn thần kinh trung ương không tiến triển, gây nên do tổn thương não bởi nhiều nguyên nhân, ảnh hưởng vào giai đoạn trước, trong và sau khi sinh đến 5 tuổi, biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi.

Bại não là một dạng đa tàn tật nặng nề, đứng vị trí hàng đầu trong mô hình tàn tật ở trẻ em. Phát hiện sớm, can thiệp sớm phục hồi chức năng cho trẻ bại não đem lại hiệu quả cao hơn, giảm tỷ lệ tàn tật ở trẻ bại não.

Theo Y học cổ truyền, bại não thuộc chứng Ngũ trì. Ngũ trì là 5 chứng chậm: chậm mọc tóc, mọc răng, chậm biết đi, chậm nói, chậm khôn. Bệnh chủ yếu do thận: tiên thiên bất túc và hậu thiên nuôi dưỡng không đầy đủ

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân YHHD:

2.1.1. Nguyên nhân trước sinh:

- Nhiễm độc thai nghén.
- Nhiễm độc: thuốc an thần như gardenal, thuốc chống ung thư, thuốc lá, thuốc phiện, các yếu tố độc hại như thuốc diệt cỏ, trừ sâu
- Nhiễm vi rút trong 3 tháng đầu mang thai: rubella, cytomegalovirus và toxoplasmosis...
- Bệnh tuyến giáp trạng, đái tháo đường thai kỳ...
- Thiếu oxy não bào thai: do chức năng rau thai bị giảm sút (suy rau thai), bị bóc tách khỏi thành tử cung trước khi sinh (rau bong non) hoặc chảy máu do sai lệch vị trí (rau tiền đạo)... làm giảm lượng oxy cung cấp cho thai nhi.

2.1.2. Nguyên nhân trong khi sinh:

- Đẻ non < 37 tuần, đặc biệt trước 32 tuần và nhất là trước 28 tuần thai.
- Đẻ nhẹ cân: cân nặng khi sinh thấp dưới 2.500g. Một nghiên cứu cho thấy trẻ đẻ non, có cân nặng lúc sinh < 1.500 gram có nguy cơ bại não cao gấp 30 lần so với trẻ sinh đủ tháng (từ 38 đến 42 tuần thai).
- Ngạt hoặc thiếu oxy não khi sinh: chiếm khoảng 10%, do rau thai không cung cấp đủ oxy, dây rốn quấn cổ, ngạt nước ối, nhiễm trùng... Trẻ đẻ ra không khóc ngay, tím tái hoặc trắng bệch phải cấp cứu.

- Đẻ khó: Do khung chậu mẹ hẹp, ngôi ngược, đa ối, đa thai, thai to, rau bong non, vỡ ối sớm, nhiễm độc thai nghén nặng, mẹ có bệnh tim/thận..., dùng kẹp lấy thai, hút thai, đẻ chỉ huy.

2.1.3. Nguyên nhân sau khi sinh:

- Bất đồng nhóm máu Rh, ở Việt Nam rất hiếm gặp vì tỷ lệ mang Rh (-) cực kỳ hiếm, hay gặp hơn bất đồng nhóm máu ABO giữa mẹ và thai nhi.

- Vàng da nhân: Do sự tích tụ trong máu quá mức của bilirubin. Sắc tố này có thể vượt qua hàng rào máu – não và lắng đọng chủ yếu ở các nhân nền của não, gây bại não thể múa vờn.

- Xuất huyết não do thiếu Vitamin K ở trẻ sơ sinh và nữ nhi.

2.2. Nguyên nhân YHCT

Bệnh chủ yếu do tiên thiên bất túc và hậu thiên nuôi dưỡng không đầy đủ.

- Trẻ sinh thiếu tháng thường do “tiên thiên thai bẩm thụ bất túc, nguyên khí hư yếu”. Nếu lại thêm đẻ khó, chuyển dạ kéo dài gây ngạt, nguyên khí càng bị tổn thương. Những trẻ này trong quá trình sinh trưởng và phát dục, bệnh cơ mười phần phức tạp. Thận khí hư yếu, nguồn hóa sinh ra thận tinh bất túc, nguồn sinh hóa cho cốt tủy giảm, làm xương mềm yếu, lưng gối không mạnh, chân mềm rũ không đi đứng được. Thận tinh hư, não tủy bất túc, làm trí khôn giảm sút, tinh thần mờ tối.

- Trẻ ngũ trì do tiên thiên bất túc, thường dẫn đến hậu thiên bất điều. Do thận khí hư yếu, mệnh môn hỏa suy không ôn ấm được tỳ dương, làm tỳ không vận hóa được thủy cốc và bổ sung tinh cho thận, tỳ thận đều hư. Ngoài ra, do nuôi dưỡng kém, tinh huyết không đầy đủ, không có nguồn hóa sinh tân dịch, khiến bệnh nặng thêm, gây phát dục chậm, tinh thần chậm chạp.

- Mặt khác, thận sinh huyết, huyết được tàng ở can. Khi thận tinh hư tổn, dẫn đến can huyết bất túc và ngược lại. Can chủ cân, can huyết hư làm trẻ chân tay co cứng, xoắn vặn, không đi được, răng nghiêng chặt, có lúc can huyết hư sinh phong thành cơn động kinh.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Chẩn đoán theo YHĐ

3.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định:

- Rối loạn vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương, nhưng không phải là hậu quả của một bệnh tiền triển.

- Rối loạn xảy ra từ khi sinh đến 5 tuổi.

- Trí tuệ bình thường hoặc chậm phát triển.

3.1.2. Cận lâm sàng (mang tính hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân)

- Siêu âm não qua thóp, CT/MRI sọ não: tìm các tổn thương não.
- Các xét nghiệm hóa sinh, di truyền theo hướng chẩn đoán lâm sàng: để loại trừ bệnh cơ, suy giáp...
- Điện não đồ: không thể thiếu trong chẩn đoán bại não. Hoạt động điện não cơ bản bất thường, có các hoạt động kịch phát điển hình hoặc không, khu trú hoặc toàn thể hoá.
- Chụp X-quang: tìm dị tật cột sống, khớp háng, gối, cổ chân kèm theo.

3.1.3. Chẩn đoán thể bệnh:

- Bại não thể co cứng: khoảng 75%: Tăng trương lực cơ: Khi ta vận động thụ động tại các khớp trẻ chống lại mạnh. Các cơ cứng, gồng mạnh khiến trẻ vận động khó khăn.
- Bại não thể loạn trương lực/múa vờn: khoảng 15%: Trương lực cơ luôn thay đổi: trẻ lúc gồng cứng, lúc mềm, lúc bình thường. Do bất thường trong kiểm soát cử động nên trẻ khó có tư thế ngồi hoặc dáng đi bình thường.
- Bại não thể thất điều: khoảng 4%: Giảm trương lực cơ toàn thân. Rối loạn điều phối vận động hữu ý.
- Bại não thể liệt nhẽo: rất hiếm gặp. Giảm trương lực cơ toàn thân: Toàn thân mềm nhẽo, cơ lực yếu.
- Bại não thể phối hợp: thường gặp thể co cứng phối hợp với thể múa vờn.

3.2. Các thể theo YHCT

Ngũ tri được chia làm 3 thể:

Can thận bất túc: thường gặp trong bại não thể co cứng, thể phối hợp, thể thất điều. Triệu chứng: gân xương mềm yếu, phát dục chậm, chậm ngồi, đứng, đi, mọc răng... Chân tay cử động chậm chạp, khi đứng chân co rút, bước không thẳng. Mặt, mắt co kéo, nói ngọng, không rõ tiếng, thóp lâu liền, cổ lưng mềm. Đêm ngủ không yên, dễ lên cơn co giật. Lưỡi nhợt, ít rêu. Mạch trầm tế, chỉ văn nhợt.

Tâm tỳ hư: tương đương bại não thể liệt nhẽo, thể thất điều. Triệu chứng: chậm nói, nói ngọng, tinh thần đần độn, tứ chi mềm yếu, cử động chậm chạp, khó khăn, bước đi không thẳng, cơ nhục nhẽo, tóc mọc chậm, vàng, khô thưa. Miệng cháy dãi, nhai bú vô lực, nuốt thức ăn khó khăn, biếng ăn. Lưỡi nhợt bệu, ít rêu. Mạch tế hoãn, chỉ văn nhạt.

Đàm ú trở trệ: hay gặp ở trẻ bại não do di chứng viêm não-màng não. Triệu chứng: thất ngôn, nghe kém, tinh thần mờ tối, phản ứng chậm chạp. Cử động không

tự chủ. Nuốt thở khó khăn, họng có tiếng đờm khò khè. Cứng khớp, cơ nhục mềm nhẽo. Có thể có cơn động kinh. Chất lưỡi bệu có điểm ứ huyết, rêu nhớt. Mạch trầm sấp hoặc hoạt, chỉ văn tối trệ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa: (khi có chỉ định phù hợp)

- Phẫu thuật chỉnh hình
- Dẫn lưu não thất
- Cắt chọn lọc thần kinh vận động

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc chống động kinh
- Thuốc điều trị co cứng cơ:
 - + Thuốc đường uống: Baclofen,...
 - + Thuốc bơm nội tủy: Baclofen, ...
 - + Thuốc tiêm: Botulinum toxin nhóm A tiêm các nhóm cơ bị co cứng

4.2.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.2.1. Can thận bất túc:

- Phép điều trị: bổ thận ích tủy, dưỡng can cường gân.
- Phương thuốc: *Lục vị địa hoàng hoàn*

Thục địa 32g Bạch linh 12g

Hoài sơn 16g Đan bì 12g

Sơn thù 16g Trạch tả 12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Gia giảm:

- + Răng mọc chậm gia Hà thủ ô 12g, Long cốt 12g, Mẫu lệ 16g.
- + Chậm biết đi gia Ngưu tất 10g, Đỗ trọng 12g, Tang ký sinh 12g. Cổ gáy mềm yếu gia Kỷ tử 8g, Thỏ ty tử 10g, Ba kích 10g.
- + Đêm ngủ không yên, dễ kích thích gia Đan sâm 10g, Viễn chí 4g.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.2. Tâm tỳ hư

- Phép điều trị: kiện tỳ dưỡng tâm, bổ ích khí huyết.

- Phương thuốc: *Điều nguyên tán gia vị*

Phục linh 08g Nhân sâm 06g Cam thảo 06g

Bạch thược 08g Phục thần 08g Thục địa 10g

Bạch truật 12g Thạch xương bồ 08g Đương quy 10g

Hoài sơn 12g Xuyên khung 06g Hoàng kỳ 12g

Tán bột, ngày uống 4 – 6g, chia sáng chiều. Có thể dùng dạng thang sắc uống, ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Gia giảm:

+ Nếu trẻ chậm nói, tinh thần đần độn gia Viễn chí 4g, Uất kim 4g.

+ Trẻ tóc mọc chậm, khó dài gia Hà thủ ô 8g, Nhục thung dung 10g, Tang thầm 12g. Trẻ tứ chi mềm yếu gia Quế chi 4g.

+ Trẻ miệng chảy dãi gia Ích trí nhân 8g.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.3. Đàm ứ trở trệ

- Phép điều trị: trừ đàm khai khiếu, hoạt huyết thông lạc.

- Phương thuốc: *Thông khiếu hoạt huyết thang*” kết hợp “*Nhị trần thang*” gia giảm

Xích thược 12g Hồng hoa 08g Bạch linh 10g

Xuyên khung 06g Sinh khương 04g Trần bì 06g

Đào nhân 08g Thông bạch 03 củ Cam thảo 06g

Đan sâm 10g Bán hạ chế 08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Gia giảm:

+ Gia Viễn chí 6g, Thạch xương bồ 06g để tăng sức khai khiếu; Uất kim 6 - 8g để tăng tác dụng hoạt huyết thông lạc.

+ Tâm can hỏa vượng, kinh giật kêu khóc, gia Hoàng liên 10g, Long đởm thảo 10g. Đại tiện táo gia Đại hoàng 2g để thông phủ.

+ Nhiệt cực sinh phong gây co giật, gia Quy bản 16g, Thiên ma 12g, Mẫu lệ 12g.

Có thể chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp châm cứu

- Có thể châm hoặc cứu: tùy tình trạng, thể bệnh của người bệnh.

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

Với trẻ < 3 tuổi, lứa tuổi đang phát triển các mốc vận động cơ bản, cần điều trị tích cực 3 - 4 liệu trình/năm.

- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:

+ Huyết toàn thân: Á môn, Nhĩ môn, Thông lý, Liêm tuyên, Phong trì, Thượng liêm tuyên, Thiên đột, Uyển cốt, Ngoại kim tân, Phế du, Giải sử, Ngoại ngọc dịch, Can du, Túc tam lý, Huyền chung, Thận du, Tam âm giao.

+ Huyết theo di chứng:

Rối loạn tâm thần: Bách hội, Tứ thần thông, Nội quan, An miên, Thần môn.

Cổ gáy mềm: Phong phủ, Thiên trụ, Phong trì.

Liệt chi trên: Kiên tĩnh, Thủ tam lý, Hợp cốc, Kiên ngưng, Xích trạch, Lao cung, Tý nhu, Liệt khuyết, Bát tà, Khúc trì, Ngoại quan.

Liệt chi dưới: Hoàn khiêu, Dương lăng tuyên, Giải Khê, Phong thị, Túc tam lý, Thái Khê, Lương Khê, Âm lăng tuyên, Hành gian, Huyết hải, Huyền chung, Thái xung, Trung đô, Tam âm giao, Côn lân, Phong long, Dũng tuyên, Nội đình, Bát phong.

Chảy dãi nhiều: Địa thương, Giáp xa.

4.3.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, mãng châm...)

- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyết. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyết: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.1.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyết

- Sử dụng các động tác: Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, mặt, cổ, vai, tay, bụng, lưng, chân.

+ Thở Can thận bất túc: xoa bóp chủ yếu theo kinh Túc thái dương Bàng quang (từ Thừa phù đến Côn lôn) và Túc thiếu dương Đờm (từ Hoàn khiêu đến Huyền chung).

+ Thở Tâm tỳ hư: xoa bóp chủ yếu theo Mạch Đốc (từ Đại chùy đến Trường cường) và kinh Túc dương minh Vị (từ Bể quan tới Giải khô).

+ Thở Đàm ứ trở trệ: xoa bóp chủ yếu theo kinh Túc dương minh Vị (từ Bể quan tới Giải khô) và Thủ thái âm Phế (từ Vân môn đến Ngư tề).

- Liệu trình điều trị: xoa bóp 30ph/lần/ngày. Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

- Công thức huyết tác động: có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.1.4. Phương pháp cấy chỉ

- Mỗi lần cấy chỉ Catgut có tác dụng trong khoảng 7 – 10 ngày.

- Trong mỗi đợt điều trị thì cấy chỉ 1 lần.

- Công thức huyết cấy chỉ: điều chỉnh tùy theo các triệu chứng lâm sàng và tình trạng di chứng của trẻ, có thể sử dụng các huyết như trên của phương pháp châm cứu. Mỗi lần cấy chỉ từ 10 - 15 huyết.

4.3.1.5. Phương pháp xoa bóp cổ truyền

- Có thể hướng dẫn người chăm trẻ làm, cho kết quả khả quan nếu kiên trì.

- Thủ thuật: Véo dọc cột sống lưng.

- Tác dụng: tác động đến mạch đốc, tăng cường lưu thông khí huyết, kích thích tiêu hoá và bổ thận.

- Cách làm: trẻ nằm sấp trên đùi người làm. Véo da dọc cột sống lưng trẻ, từ cột sống cùng đến đốt sống cổ VII. Véo thành ba đường, một đường chính giữa cột sống, hai đường còn lại ở hai bên cách đường giữa khoảng 1 - 1,5 cm. Mỗi đường véo 3-4 lần. Sau khi làm, da vùng cột sống ửng hồng lên là đạt yêu cầu. Làm cho trẻ 1 lần/ngày, xa bữa ăn, tốt nhất là vào buổi tối trước khi đi ngủ.

4.3.1.6. Các phương pháp khác

- Có thể sử dụng kết hợp cùng với các phương pháp khác như: Nhĩ châm,

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

4.3.2. Các DVKT PHCN

4.3.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Giám trương lực cơ, tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.

- Phá vỡ, ức chế các phản xạ nguyên thủy (đuối chéo, nâng đỡ hữu hiệu...)
- Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích sự phát triển vận động thô theo các mốc: lẫy, ngồi, bò, quỳ, đứng, đi.
- Tăng cường khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo.
- Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ, tư duy.

4.3.2.2. Điều trị cụ thể

- Vật lý trị liệu:

Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

- **Vận động trị liệu:** (Tuỳ theo mức độ phát triển và tình trạng vận động của trẻ)

Tập ngồi thẳng bằng tĩnh và động

Tập vận động thụ động/ Tập vận động có trợ giúp/ Tập vận động có kháng trở

- Ngôn ngữ trị liệu :

Tập giao tiếp (ngôn ngữ ký hiệu, hình ảnh...)

Tập sửa lỗi phát âm

- Hoạt động trị liệu:

Tập tri giác và nhận thức

- **Dụng cụ trợ giúp:** Nẹp chỉnh hình khi trẻ có khó khăn về vận động và đi lại

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. PHÒNG BỆNH

5.1. Dự phòng tiên phát:

- Tránh có thai trước tuổi trưởng thành.
- Dinh dưỡng tốt cho bà mẹ trước và trong khi thai nghén.
- Tránh dùng các loại thuốc không cần thiết khi mang thai.
- Khám thai thường quy có thể phát hiện sớm các bệnh lý của bà mẹ và tình trạng bất thường của thai gây tổn thương não của trẻ.
- Tránh các sang chấn sản khoa trong khi sinh.
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Nâng cao chất lượng cấp cứu trẻ sơ sinh tại các cơ sở y tế.
- Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ.

5.2. Phòng ngừa thứ phát:

- Khám theo dõi thường quy trẻ sơ sinh có nguy cơ cao hàng quý trong 12 tháng đầu đời có thể phát hiện sớm bại não.

- Trẻ bệnh cần được theo dõi, quản lý lâu dài và điều trị sớm nhất có thể.

Phục hồi chức năng cho trẻ bại não là một việc khó khăn, cần kiên trì, kết hợp lồng ghép với các chương trình khác của nhi khoa như chương trình “Phát hiện và can thiệp sớm”, “Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng”, kết hợp với truyền thông chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em về dinh dưỡng, phòng bệnh, sức khỏe sinh sản...

CHẬM PHÁT TRIỂN VỀ TRÍ TUỆ VÀ VẬN ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Trong Y học cổ truyền, chậm phát triển trí tuệ và vận động được xếp vào chứng Ngũ trì (5 chứng chậm): Chậm mọc tóc, chậm mọc răng, chậm biết đi, chậm biết nói, chậm phát triển trí tuệ. Chậm phát triển tinh thần (CPTTT) là một nhóm các rối loạn về sự phát triển tinh thần của trẻ (ảnh hưởng đến khả năng học các kỹ năng so với các trẻ khác cùng tuổi) do các nguyên nhân xảy ra trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh.

1.2. Phân loại:

Trẻ CPTTT có thể bị từ loại nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Trước khi sinh

+ Mẹ bị nhiễm virus (rubeon, cytomegalo virus, toxoplasma, herpes...), dùng thuốc (hóa chất, nội tiết tố), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...) chế độ ăn thiếu chất (Iod) trong thời kỳ mang thai.

+ Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

- Trong khi sinh: Đẻ non, ngạt, can thiệp sản khoa.

- Sau khi sinh: Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não-màng não, viêm màng não, viêm não, chấn thương.

- Không rõ nguyên nhân.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Các công việc chẩn đoán

3.1.1. Hỏi bệnh:

- Hỏi tiền sử mang thai của mẹ.

- Quá trình sinh trẻ.

- Tiền sử bệnh tật của trẻ sau sinh.

- Quá trình phát triển của trẻ.

3.1.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân và hệ thần kinh.

- Đánh giá trực tiếp trẻ bằng các test Denver, ASQ.

3.1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Cộng hưởng từ sọ não, chụp cắt lớp vi tính sọ não; Điện não đồ.
- Nhiễm sắc thể; Calci toàn phần và ion, T3, T4, TSH.
- Đo thính lực.

3.2. Chẩn đoán xác định

3.2.1. Tiêu chuẩn lâm sàng chung của chậm phát triển tinh thần

- Khả năng đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói, với mọi việc diễn ra xung quanh.

- Khả năng diễn đạt không rõ ràng: Các suy nghĩ, tình cảm, nhu cầu bản thân.
- Khả năng tiếp thu chậm: Về ngôn ngữ lời nói và ngôn ngữ không lời.
- Khả năng hiểu chậm: Về những điều họ nghe, sờ, nhìn.
- Khả năng ra quyết định chậm kể cả việc đơn giản.
- Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.
- Khả năng nhớ hạn chế: Trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nhiều, trí nhớ dài hạn ít bị ảnh hưởng hơn.
- Kém điều hợp vận động toàn thân hoặc các vận động khác khó khăn (mút, nhai, ăn, sử dụng bàn tay).

- Chậm phát triển:

+ Vận động thô (lấy, ngồi, bò, đứng, đi).

+ Vận động tinh (sử dụng bàn tay).

- Rối loạn hành vi: đập phá, đập đầu vào vật...

- Khám thần kinh:

+ Trương lực cơ: bình thường hoặc giảm nhẹ toàn thân.

+ Tình trạng cơ: bình thường, không có liệt.

+ Phản xạ: Phản xạ gân xương bình thường hoặc giảm nhẹ.

+ Babinski: âm tính

+ Các phản xạ nguyên thủy âm tính.

+ Các dây thần kinh sọ não: ít khi bị ảnh hưởng.

+ Các hội chứng: hội chứng tháp, ngoại tháp, tiểu não âm tính.

3.2.2. Đánh giá chỉ số IQ:

Trẻ CPTTT có chỉ số IQ < 70 %

3.2.3. Chẩn đoán các dạng CPTTT thường gặp :

3.2.3.1. Hội chứng Down

- Định nghĩa: Là 1 bệnh gây nên bởi rối loạn nhiễm sắc thể (thừa NST 21) ở giai đoạn phân chia NST khi thụ thai.

- Hay gặp ở mẹ trên 35 tuổi

- Dấu hiệu lâm sàng:

+ Dấu hiệu sớm: ngay sau sinh trẻ mềm nhẽo, ít khóc, lưỡi hay thè ra ngoài. Khi hạ xuống đột ngột trẻ không có phản xạ bảo vệ.

+ Bộ mặt đặc biệt: Mắt xếch, mí mắt lộn lên đôi khi bị lác, tai thấp. Miệng trẻ và luôn há, vòm miệng cao, hẹp. Trong lòng đen có nhiều chấm trắng nhỏ như cát và thường mất đi sau 12 tháng tuổi.

+ Các dấu hiệu khác: Đầu nhỏ, ngắn, gáy phẳng, cổ ngắn, vai tròn.

Bàn tay ngắn, to, các ngón tay ngắn, ngón út thường khoè. Có 1 đường vân sâu nằm ngang đường bàn tay. Đôi khi trẻ bình thường cũng có như vậy. Bàn chân phẳng, ngón chân chim, ngón chân cái toè. Khớp háng, cổ chân, khuỷu lỏng lẻo.

+ Cứ 3 trẻ có 1 trẻ mắc bệnh tim. Cứ 10 trẻ Down có 1 trẻ bị tổn thương đốt sống cổ gây nên tổn thương tủy sống và bị liệt.

- Xét nghiệm: Xét nghiệm nhiễm sắc thể: Có 3 nhiễm sắc thể 21

- Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

3.2.3.2. Bệnh suy giáp

- Định nghĩa: Là CPTTT do thiếu hormon phát triển tuyến giáp

- Tiêu chuẩn lâm sàng:

Dấu hiệu	Điểm
1. Phù niêm (Bộ mặt đặc biệt)	2
2. Da nổi vân tím.	1
3. Thoát vị rốn.	1
4. Thóp sau rộng > 0,5 cm.	1
5. Chậm lớn.	1
6. Chậm phát triển tinh thần vận động.	1
7. Táo bón > 3 ngày.	2
8. Vàng da sinh lý > 30 ngày.	1

9. Thai > 40 tuần.	1
10. Cân lúc đẻ > 3,5 kg	1
Tổng	12
Nghi ngờ suy giáp	> 4

- Xét nghiệm: Định lượng nồng độ hormon

+ T3 giảm (Bình thường 1,2 - 2,7nmol/l)

+ T4 giảm (Bình thường 64,4 - 148 nmol/l)

+ TSH tăng (Bình thường 0,23 - 4 nmol/l)

- Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

3.2.3.3. Động kinh

- Định nghĩa: Động kinh là tổn thương não mãn tính với nhiều nguyên nhân khác nhau, được đặc trưng bằng sự lặp đi lặp lại những phóng lực kích phát thành nhịp của tế bào não.

- Phân loại:

+ Cơ cục bộ: Cơ cục bộ đơn thuần (Vận động, cảm giác); Cơ cục bộ phức tạp; Cơ cục bộ chuyển thành toàn bộ hóa.

+ Cơ toàn thể: Cơ vắng ý thức điển hình, không điển hình; Cơ co cứng cơ; Cơ giật cơ; Cơ mất trương lực; Cơ cứng giật cơ.

+ Cơ bổ sung: Động kinh liên tục; Trạng thái động kinh; Cơ không xếp loại.

+ Hội chứng West: Cơ co thắt, chậm phát triển tinh thần, ĐNĐ có rối loạn nhịp cao điện thế.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán:

+ Tiêu chuẩn xác định cơn lâm sàng:

Xuất hiện đột ngột.

Cơn có tính chất định hình.

Cơn xảy ra ngắn chỉ vài giây đến vài phút.

Rối loạn chức năng thần kinh trong cơn (trừ 1 số cơn cục bộ đơn giản).

Hồi phục nhanh.

+ Tiêu chuẩn xác định điện não: Điện não có hình ảnh các dạng phóng điện kịch phát của động kinh.

+ Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

3.2.3.4. Hội chứng Fragile X (Hội chứng nhiễm sắc thể X giòn, dễ gãy)

- Định nghĩa: Tật di truyền do nhiễm sắc thể X không bình thường.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh: Tai to, mặt dài thể hiện ở những mức độ nặng nhẹ khác nhau. Khó khăn về học ở các mức độ khác nhau. Lặp lại hành động.

- Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

3.3. Chẩn đoán mức độ: theo ICD 10 của WHO

- Mức độ 1 (Nhẹ): IQ từ 55 - 70 %, giáo dục hòa nhập.

- Mức độ 2 (Trung bình): IQ từ 40 - 54 %, có thể hòa nhập.

- Mức độ 3 (Nặng): IQ từ 20 - 39 %, cần trợ giúp.

- Mức độ 4 (Rất nặng): IQ < 20%, cần chăm sóc đặc biệt.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Tự kỷ

- Tăng động giảm chú ý

- Khiếm thính

4. ĐIỀU TRỊ :

4.1. Điều trị bằng thuốc

- Thuốc chống động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương (nếu có).

- Sử dụng một số loại thuốc để làm tăng khả năng tập trung, giảm tăng động và điều chỉnh hành vi.

4.2. Điều trị bằng các DVKT YHCT :

4.2.1. Phương pháp châm cứu

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm:

- Thủ thuật: bình bổ bình tả là chính, một số huyết khác châm tả hoặc bổ, mỗi lần chọn 10-16 huyết để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.

- Liệu trình: điện châm 30p/lần, 1 lần/ngày x 10-15 lần/đợt

- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:

+ Huyệt toàn thân: Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái khê 2 bên.

+ Huyệt tại chỗ:

Thất vận ngôn:

Châm bình bổ bình tả: Giản sử, Thông lý, Thượng liên tuyền, Liên tuyền, Đại chùy, Bàng liên tuyền.

Rối loạn vận động:

Châm bình bổ bình tả các huyệt mặt ngoài chi, Giáp tích đoạn cổ và thất lung cùng, Túc tam lý, Phong long.

Tay chân co cứng hoặc run, múa giật, múa vờn:

Châm bổ: Bách hội, Âm lăng tuyền, Nội quan, Huyệt hải, Thần môn, Tam âm giao.

Châm tả: Thái xung, Dương lăng tuyền.

Tinh thần đàn độn:

Châm bổ: Bách hội, Nội quan, Tứ thần thông, Thần môn, Ấn đường.

4.2.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, măng châm...).

- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyệt: có thể sử dụng các huyệt như trên của phương pháp châm cứu.

4.2.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt

- Thường được áp dụng trong các trường hợp: rối loạn trương lực cơ nặng gây co cứng, vặn xoắn các chi và chống các thương tật thứ phát do rối loạn vận động kéo dài (loét dinh dưỡng, cứng khớp vai, háng...).

- Thủ thuật: xoa, day, bóp, bấm huyệt, vờn, vê, vận động khớp của chi bên liệt. Do làm trên người bệnh là trẻ em thể trạng gầy yếu, nên thủ thuật cần nhẹ nhàng, phù hợp với sức chịu đựng của trẻ.

- Liệu trình: 1 lần/ngày, liên tục hàng ngày đến khi hết các rối loạn trương lực cơ và khỏi liệt.

4.2.4. Phương pháp cấy chỉ

- Sau giai đoạn cấp từ 3 tháng, khi tình trạng toàn thân của trẻ ổn định, xen kẽ giữa các đợt điều trị bằng châm cứu hàng ngày, có thể cấy chỉ vào các huyệt.

- Công thức huyết cáy chỉ tương tự huyết châm cứu, điều chỉnh tùy theo các triệu chứng lâm sàng và tình trạng di chứng của trẻ. Mỗi lần cáy chỉ từ 8- 10 huyết.

- Liệu trình: Mỗi lần cáy chỉ có tác dụng trong 2 - 3 tuần, sau 2 - 3 tuần hẹn người bệnh tái khám để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thông thường liệu trình trung bình 4 - 6 lần cáy chỉ.

4.2.5. Các phương pháp khác

- Ngoài ra cũng có thể dùng nhĩ châm, điện nhĩ châm, mẫn châm, điện mẫn châm, điện trường châm, mai hoa châm ... tùy từng trường hợp.

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

4.3. Điều trị bằng các DVKT PHCN

- **Vật lý trị liệu:**

Điện trị liệu: *Điều trị bằng các dòng điện xung.*

- **Vận động trị liệu:** (Tùy theo mức độ phát triển và vận động của trẻ).

Tập ngồi thẳng bằng tĩnh và động.

Tập vận động thụ động / Tập vận động có trợ giúp/ Tập vận động có kháng trở

- **Ngôn ngữ trị liệu :**

Tập giao tiếp (ngôn ngữ ký hiệu, hình ảnh...).

Tập sửa lỗi phát âm.

- **Hoạt động trị liệu :**

Tập tri giác và nhận thức.

- **Dụng cụ trợ giúp:** Nẹp chỉnh hình khi trẻ có khó khăn về vận động và đi lại.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi: Sự tiến bộ về nhận thức, ngôn ngữ, hành vi.

- Thời gian tái khám theo định kỳ 1 đến 2 tháng/lần.

DI CHỨNG VIÊM NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm não là bệnh nhiễm trùng cấp tính của hệ thần kinh trung ương do nhiều nguyên nhân gây ra nhưng chủ yếu do virus. Bệnh viêm não do virus có thể lây truyền qua muỗi đốt (đối với các loại arbovirus như virus viêm não Nhật Bản); qua đường hô hấp (như virus Herpes Simplex-HSV, Virus quai bị) hoặc qua đường tiêu hoá (như các loại virus đường ruột) và các nguyên nhân khác virus sởi, virus Adeno, virus cúm và Á cúm, virus dại. Bệnh khởi phát cấp tính, diễn biến nặng và có thể dẫn đến tử vong nhanh hoặc để lại di chứng nặng nề. Điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng và chăm sóc toàn diện, điều trị căn nguyên còn hạn chế.

- Theo nghiên cứu của Phạm Nhật An và cộng sự tiến hành trong thời gian 5 năm từ 2008 đến hết 2012, tại Bệnh viện Nhi Trung ương đã tiếp nhận và điều trị 2565 trẻ viêm não. Trung bình mỗi năm có hơn 500 bệnh nhi viêm não, căn nguyên gây viêm não hàng đầu là các virus viêm não Nhật Bản, Herpes simplex typ 1.

- Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy năm 2015 thì số bệnh nhân khởi để lại di chứng chiếm 60,61%. Tỷ lệ bệnh nhân để lại di chứng chậm phát triển tinh thần vận động chiếm 24,24%, bệnh nhân bại liệt chiếm 12,13%, bại não chiếm 3,03%. Di chứng viêm não là hậu quả nặng nề của bệnh, gây khó khăn trong cuộc sống của người bệnh, khó khăn cho người chăm sóc và tốn kém thời gian, kinh tế của gia đình, xã hội.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân YHHĐ

2.1.1. Nhiễm trùng

- Virus: Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm não. Một số loại virus thường gặp:

- + Virus herpes simplex (HSV): Nguyên nhân hàng đầu, đặc biệt là HSV-1.
- + Virus Nhật Bản B (Japanese encephalitis virus): Lây truyền qua muỗi, phổ biến ở Đông Nam Á.
- + Virus West Nile, virus Zika, virus Dengue: Do muỗi truyền.
- + Virus sởi, virus quai bị, virus rubella: Gây viêm não như biến chứng hiếm gặp.

- Vi khuẩn: Một số vi khuẩn như *Listeria monocytogenes*, *Mycobacterium tuberculosis* cũng có thể gây viêm não.

- Nấm và ký sinh trùng: Ví dụ như Cryptococcus, Toxoplasma gondii (đặc biệt ở người suy giảm miễn dịch).

2.1.2 Nguyên nhân tự miễn

Hệ thống miễn dịch tấn công nhầm các tế bào thần kinh của não:

- Viêm não tự miễn kháng thụ thể NMDA: Một dạng viêm não đặc trưng bởi rối loạn tâm thần và co giật.

- Bệnh lý thần kinh trung ương liên quan đến bệnh tự miễn khác: Như lupus ban đỏ hệ thống.

2.1.3 Phản ứng sau nhiễm trùng

Viêm não hậu nhiễm trùng: Xảy ra sau khi mắc một số bệnh nhiễm trùng như sởi hoặc cúm, do phản ứng miễn dịch quá mức.

2.1.4 Độc chất hoặc phản ứng phụ của thuốc

Một số thuốc hoặc chất độc có thể gây viêm não, mặc dù rất hiếm.

2.2. Nguyên nhân YHCT

- Theo Y học cổ truyền, viêm não thuộc hệ thống các bệnh ôn nhiệt, dịch lệ, thuộc Ôn bệnh của YHCT. Những di chứng để lại sau viêm não là di chứng của ôn bệnh.

- Bệnh lúc đầu thường do ngoại cảm ôn tà gây nên. Viêm não thường phát vào mùa hạ hoặc cuối hạ nên thuộc thử ôn hoặc thấp ôn.

- Sau khi qua giai đoạn cấp của bệnh, người bệnh chuyển sang giai đoạn di chứng sau ôn bệnh, nguyên nhân lúc này thường do nội thương: do sốt cao kéo dài làm âm dịch hao tổn, tinh huyết khô ráo, thủy không dưỡng được mộc, âm hư liên cập đến dương, làm khí huyết đều hư. Nhiệt thường hiệp với thấp, thấp bị nhiệt cô lại thành đàm, bế tắc tâm khiếu, trở trệ mạch lạc, sinh đần độn, không nói, chân tay co cứng hoặc liệt.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Theo YHHĐ

3.1.1. Hỏi bệnh:

Tiền sử bị viêm não đã được chẩn đoán mắc viêm não do vi rút trước đó và điều trị (tại bệnh viện các tuyến).

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Giai đoạn cấp: sốt cao, co giật, hôn mê, dấu hiệu bó tháp, dấu hiệu ngoại tháp, động tác bất thường, dấu hiệu màng não; về tâm thần như lú lẫn, mê sảng và các rối loạn thực vật thường được điều trị tích cực tại các bệnh viện đa khoa.

- Giai đoạn di chứng hoặc phục hồi: sau giai đoạn viêm não cấp khoảng 2-6 tuần, có thể để lại nhiều di chứng, biểu hiện chủ yếu là các di chứng về thần kinh và tâm trí: chậm phát triển tâm thần và vận động ở trẻ em, giảm vận động nửa người hoặc tứ chi, thất ngôn, rối loạn ngôn ngữ, động kinh cục bộ hoặc toàn bộ, rối loạn trương lực cơ, run kiểu Parkinson, rối loạn cảm xúc, tác phong, tính tình và nhân cách, giảm trí nhớ, sa sút trí tuệ...

3.1.3. Khám và lượng giá chức năng

- Chậm phát triển tâm thần - vận động ở các mức độ: Trắc nghiệm Denver, Raven: đánh giá mức độ chậm phát triển về các lĩnh vực vận động thô, tinh, ngôn ngữ, cá nhân - xã hội.

- Trương lực cơ: tăng
- Phản xạ gân xương: tăng
- Vận động nhãn cầu: có rối loạn hay không?
- Khám thần kinh: phát hiện liệt TK nội sọ hay không?

3.1.4. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản (công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, sinh hoá máu...). Ngoài ra có thể xem xét chỉ định thêm tùy từng trường hợp: Điện não đồ, Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) sọ não, MRI sọ não: Hình tổn thương não cũ (tăng lượng dịch khoang dưới nhện...) không có khối choán chỗ.

- Chẩn đoán di chứng viêm não do vi rút:
- + Dựa vào tiền sử, bệnh sử và chẩn đoán mắc viêm não do vi rút trước đó.
- + Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như đã mô tả.

3.2. Theo YHCT

Tùy từng thời kỳ sẽ có những nguyên nhân nội thương và biểu hiện lâm sàng khác nhau như sau:

Thể âm hư: Đem nóng, sáng mắt, hết sốt hoặc chỉ còn sốt nhẹ mà không có mồ hôi. Người gầy, lòng bàn chân tay nóng đỏ. Tinh thần mờ tối, thường nằm yên ít cử động, nhận biết kém. Đại tiện táo, nước tiểu vàng. Miệng họng khô, môi lưỡi đỏ, ít rêu hoặc không rêu. Mạch tế sắc. Nếu âm huyết hư sinh phong trẻ còn thêm quấy khóc, la hét, vật vã, phiền nhiệt, mất ngủ, chân tay co cứng, xoắn vặn, co giật hoặc run giật.

Thể khí âm lưỡng hư (khí huyết hư): Tinh thần đần độn, không nói (thất vận ngôn), chân tay co cứng hoặc liệt, không ngồi, không đứng, không đi được, sắc mặt lúc trắng lúc đỏ, chất lưỡi nhợt hoặc tím. Mạch tế nhược.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm ngay sau khi bệnh đã qua giai đoạn cấp.
- Chủ yếu là phục hồi chức năng và chữa các triệu chứng, biến chứng kèm theo.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

Chủ yếu là điều trị triệu chứng: Tùy theo triệu chứng có trên lâm sàng:

- Chống rối loạn trương lực cơ và các động tác bất thường:
 - + Thuốc giãn cơ: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau: Méphenesin (Decontractyl viên 250mg x 20 - 40mg/kg/ngày); Baclofen; Eperison (Myonal viên 50mg 3 - 5mg/kg/ngày) và Tolperison (Mydocalm viên 50mg, 150mg, 5 - 10mg/kg/ngày).
 - + Thuốc chống Parkinson: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau: Trihexyphenidyl (Artan viên 2mg, 5mg): uống 0,1 - 0,2mg/kg/ngày, chia làm nhiều lần; Các thuốc chống Parkinson khác: Bromocriptin mesylat (Parlodel); Levodopa/Benserazid (Madopar); Levodopa (L-dopa, DOPA); Peribedil (Trivastal retard viên 50mg); Cognitive (Selegiline viên 5mg, 10mg); Isicom (Carbidopa) viên 275mg)...
 - + Chống co giật: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau: Phenobacbital 3-5mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch hoặc uống; Diazepam 0,3 - 0,5mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, thụt hậu môn hoặc Seduxen viên 5mg uống liều giống tiêm.
 - + Chống động kinh và các trạng thái kích động: Thuốc an thần, chống co giật, thuốc chống động kinh (Depakin uống 10 - 20mg/kg/ngày; Tegretol; Trileptal, Kepra... theo chỉ định khám chuyên khoa thần kinh phối hợp).
 - Thuốc hạ sốt: Paracetamol 10 - 15mg/kg/lần x 4-6 lần/ngày; Ibuprofen 10mg/kg/lần x 4-6 lần/ngày, thuốc hạ sốt có thể uống, đặt hậu môn, truyền tĩnh mạch.
 - Chống bội nhiễm: sử dụng kháng sinh thích hợp, tốt nhất chọn theo kháng sinh đồ, trường hợp không có kháng sinh đồ có thể lựa chọn các nhóm kháng sinh phổ rộng: Beta-lactam, Aminoglycosid; Macrolid; Peptid, Lincosamid; các nhóm kháng sinh khác...
 - Điều trị táo bón: dùng một trong các thuốc nhuận tràng: Macrogol (Folax); Sorbitol (Microlax, Microlax bébê, Microlism...); bù dịch (nếu cần) (NaCl 0,9%, Glucose 5%, Ringer Lactat...).

- Các thuốc tăng tuần hoàn não, tăng sử dụng oxy và tăng dinh dưỡng tế bào não: Piracetam, Citicolin, Ginkgo Biloba...

- Các thuốc chữa triệu chứng thường dùng đến khi hết các triệu chứng cần điều trị. Tùy theo các diễn biến trên lâm sàng trong từng trường hợp mà dùng loại thuốc, nhóm thuốc, liều lượng và đường dùng thích hợp theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

4.2.2. Thuốc YHCT

Chỉ định thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.2.1. Thể âm hư

- Thiên về âm hư:

+ Phép điều trị: dưỡng âm thanh nhiệt.

+ Phương thuốc: *Thanh hao miết giáp thang gia giảm*

Thạch cao	08g	Tri mẫu	06g	Miết giáp	16g
Sinh địa	12g	Đan bì	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Khi dư nhiệt đã bớt, trẻ chủ yếu chỉ còn dấu hiệu âm hư, có thể dùng bài: *Lục vị địa hoàng thang*

Hoài sơn	08g	Bạch linh	06g	Sơn thù	08g
Trạch tả	06g	Thục địa	16g	Đan bì	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

- Thiên về âm huyết hư sinh phong:

+ Phép điều trị: tư dưỡng âm huyết, chỉ kinh phong.

+ Phương thuốc: *Lục vị quy thược*

Hoài sơn	08g	Bạch linh	06g	Sơn thù	08g
Trạch tả	06g	Thục địa	16g	Đan bì	06g
Đương quy	08g	Bạch thược	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Gia giảm: nếu bệnh nhi:

Chân tay co cứng, xoắn vặn nhiều gia Mộc qua 8g để tăng sức thư cân giải cơ.

Múa vờn, múa giật nhiều gia Thiên ma 8g, Câu đằng 12g để tăng sức chỉ kinh phong.

Có thể dùng các bài thuốc bổ âm ở trên gia Quy bản 16g, Miết giáp 12g, Mẫu lệ 12g. Có thể gia Thiên ma, Câu đằng và các vị thuốc an thần như Viễn trí, Thảo quyết minh, Liên nhục...

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.2.2.2. *Thể khí âm lưỡng hư (khí huyết hư)*

- Phép điều trị: bổ khí hoạt huyết, trừ đàm thông lạc, khai khiếu tỉnh thần.

- Phương thuốc: *Bát trân thang gia giảm*

Đảng sâm 08g Hoàng kỳ 08g Phục linh 08g

Thục địa 12g Đương quy 12g Bạch thược 08g

Bạch truật 12g Cam thảo 04g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

- Có thể dùng các bài thuốc điều trị thể âm hư như: Lục vị địa hoàng thang, Bát vị tri bá, Đương quy lục hoàng thang, Thanh hao miết giáp thang gia các vị như:

+ Hoàng kỳ, Đảng sâm: bổ khí

+ Đương quy, Xích thược: dưỡng huyết hoạt huyết.

+ Bán hạ, Nam tinh, Trần bì: trừ đàm thông lạc

+ Quế chi, Tang chi, Tục đoạn: thông kinh lạc

+ Tang ký sinh, Lộc nhung: bổ thận, mạnh gân xương

+ Uất kim, Xương bồ, Viễn trí: trừ đàm, khai khiếu tỉnh thần.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng các DVKT

4.3.1. Các DVKT YHCT

4.3.1.1. Phương pháp châm cứu

- Kỹ thuật: Hào châm hoặc điện châm

- Thủ thuật: bình bổ bình tả là chính, một số huyết khác châm tả hoặc bổ, mỗi lần chọn 10-16 huyết để châm, mỗi ngày châm 1 lần, 15-30 phút.

- Liệu trình: 1 lần/ngày x 10-15 lần/đợt

- Lựa chọn phương huyết phù hợp với thể bệnh YHCT và tình trạng cụ thể của người bệnh. Phương huyết tham khảo:

+ Huyết toàn thân: Can du, Thận du, Tam âm giao, Thái khê 2 bên

+ Huyết tại chỗ:

Thất vận ngôn: Châm bình bổ bình tả: Giản sử, Thông lý, Thượng liên tuyền, Liêm tuyền, Đại chùy, Bàng liên tuyền

Rối loạn nuốt: Châm bình bổ bình tả: Thượng liên tuyền, Bàng liên tuyền.

Rối loạn vận động: Châm bình bổ bình tả các huyết mặt ngoài chi, Giáp tích đoạn cổ và thắt lưng cùng, Túc tam lý, Phong long

Tay chân co cứng hoặc run, múa giật, múa vờn:

Châm bổ: Bách hội, Âm lăng tuyền, Nội quan, Huyết hải, Thần môn, Tam âm giao

Châm tả: Thái xung, Dương lăng tuyền

Tinh thần đàn độn:

Châm bổ: Bách hội, Nội quan, Tứ thần thông, Thần môn, Ấn đường

4.3.1.2. Phương pháp thủy châm

- Có thể dùng phối hợp cùng với các phương pháp châm (hào châm, điện châm, mẫn châm...)

- Liệu trình ngày 1 lần, mỗi lần thủy châm vào 2-3 huyệt. Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thủy châm.

- Công thức huyệt: có thể sử dụng các huyệt như trên của phương pháp châm cứu.

4.3.1.3. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt

- Thường dùng trong các trường hợp rối loạn trương lực cơ nặng gây co cứng, vặn xoắn các chi và chông các thương tật thứ phát do rối loạn vận động kéo dài (loét dinh dưỡng, cứng khớp vai, háng...).

- Thủ thuật: xoa, day, bóp, bấm huyệt, vờn, vê, vận động khớp của chi bên liệt. Do làm trên người bệnh là trẻ em thể trạng gầy yếu, nên thủ thuật cần nhẹ nhàng, phù hợp với sức chịu đựng của trẻ.

- Liệu trình: 1 lần/ngày, liên tục hàng ngày đến khi hết các rối loạn trương lực cơ và khỏi liệt.

4.3.1.4. Phương pháp cấy chỉ

Sau giai đoạn cấp từ 3 tháng, khi tình trạng toàn thân của trẻ ổn định, xen kẽ giữa các đợt điều trị bằng châm cứu hàng ngày, có thể cấy chỉ cát-gút vào các huyệt.

- Công thức huyệt tương tự huyệt châm cứu, điều chỉnh tùy theo các triệu chứng lâm sàng và tình trạng di chứng của trẻ. Mỗi lần cấy chỉ từ 10 - 15 huyệt.

- Liệu trình: Mỗi lần cấy chỉ có tác dụng trong 2 - 3 tuần, sau 2 - 3 tuần hẹn người bệnh tái khám để có chỉ định thực hiện liệu trình tiếp theo.

- Thông thường liệu trình trung bình 4 - 6 lần cấy chỉ.

4.3.1.5. Các phương pháp khác

- Ngoài ra cũng có thể dùng nhĩ châm, điện nhĩ châm, mẫn châm, điện mẫn châm, điện trường châm, mai hoa châm... tùy từng trường hợp.

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

4.3.2. Các DVKT PHCN

4.3.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Tăng cường dinh dưỡng cho cơ, giảm co cứng cơ.
- Giảm co cứng khớp, đau khớp

4.3.2.2. Điều trị cụ thể

- Vật lý trị liệu

Nhiệt trị liệu: Điều trị bằng tia hồng ngoại, parafin, siêu âm, ...

Liệu trình: 10 - 20 phút/lần x 1 lần/ngày x 6 - 8 tuần/đợt x 3 - 5 đợt/năm, giữa các đợt nghỉ 1 - 2 tuần.

- Vận động trị liệu

Chỉ định trong trường hợp giảm vận động nửa người hoặc tứ chi, tùy theo mức độ liệt của người bệnh. Tập vận động theo tâm ở các khớp, vận động chức năng ngăn ngừa teo cơ, co rút, biến dạng khớp, duy trì và gia tăng cơ lực, duy trì tầm hoạt động khớp.

Tập vận động thụ động/ Tập vận động có trợ giúp/ Tập vận động có kháng trở x 20 phút/lần

Kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người

Kỹ thuật tập đứng và đi cho người bệnh liệt nửa người

Tập ngồi thẳng bằng tĩnh và động

Tập đứng thẳng bằng tĩnh và động

- Hoạt động trị liệu

Tập vận động tinh, vận động thô

Chức năng sinh hoạt hàng ngày

Tập tri giác và nhận thức

- Ngôn ngữ trị liệu

Dùng cho trường hợp Thất ngôn, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn nuốt.

Tập sửa lỗi phát âm 30 phút/lần, tập cho người thất ngôn 30 phút/lần

- Dụng cụ chỉnh hình: nẹp bàn tay, nẹp chân.

Các phương pháp khác: điện trị liệu, thủy trị liệu... có thể phối hợp dùng các dụng cụ, máy phục hồi chức năng và vật lý trị liệu tùy tình trạng của bệnh nhân và điều kiện cụ thể.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

4.4. Chăm sóc và dinh dưỡng

Là biện pháp hỗ trợ, nhưng rất cần thiết, giúp giảm tỷ lệ tử vong và phục hồi chức năng đạt được hiệu quả tốt nhất, gồm:

- Nâng cao thể trạng.
- Chống thương tật thứ phát.

5. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh phòng bệnh:

+ Đối với các virus gây bệnh lây qua côn trùng tiết túc như muỗi, ve... cần:

Thực hiện tốt vệ sinh môi trường, giữ gìn nhà ở sạch sẽ, diệt bọ gậy, muỗi.

Nằm màn tránh muỗi đốt, sử dụng các biện pháp diệt muỗi trong gia đình.

Y học cổ truyền: khi có dịch viêm não bùng phát, ở vùng dịch có thể xông khói được liệu nơi sinh hoạt làm sạch môi trường, đuổi ruồi, muỗi, gián, kiến... để phòng bệnh, bằng:

Bài 1: Vỏ quýt khô, đốt trong phòng.

Bài 2: Bồ kết phơi khô, hương nhu, gỗ thơm, vỏ bưởi, bã mía... đốt tạo khói trong nhà.

Bài 3: Vỏ bưởi, lá náng hoa trắng, bèo cái, cây ngải hoa vàng hoặc thanh cao phơi khô, đốt tạo khói.

Tinh dầu sả hoặc tinh dầu bạch đàn xanh pha loãng với nước để phun.

+ Đối với các virus đường ruột, bệnh lây qua đường tiêu hóa và tiếp xúc trực tiếp: vệ sinh cá nhân, rửa tay với xà phòng, đảm bảo an toàn thực phẩm, ăn uống chín.

+ Đối với các chủng virus gây bệnh lây qua đường hô hấp, thực hiện tốt việc cách ly người bệnh, hạn chế việc tiếp xúc trực tiếp với người bệnh và sử dụng các biện pháp phòng hộ như đeo khẩu trang khi chăm sóc người bệnh.

- Tiêm vaccin dự phòng
- Tiêm vaccin phòng Viêm não Nhật Bản.
- Tiêm chủng vaccin bại liệt, sởi, quai bị, thủy đậu theo lịch tiêm chủng.

BỆNH TRĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại, trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ là do những cấu trúc này bị chuyển đổi sang trạng thái bệnh lý do yếu tố cơ học làm giãn, lỏng lẻo hệ thống nâng đỡ gây sa búi trĩ và yếu tố mạch máu làm giãn mạch gây chảy máu.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Theo Y học hiện đại:

Nguyên nhân gây bệnh trĩ:

- Rối loạn lưu thông của ống tiêu hóa: Táo bón, ỉa chảy, có thai
- Sự suy yếu của tổ chức nâng đỡ (thoái hóa của các dây chằng cơ nâng đỡ hậu môn)
- Chế độ ăn: Uống nhiều rượu bia, café, ăn quá cay, ngọt.
- Một số nghề phải đứng hoặc ngồi lâu: Thợ may, thói quen ngồi nhiều ít vận động...
- Một số bệnh: Ly, Viêm đại tràng mãn tính, ho dai dẳng, các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng...

2.2. Theo Y học cổ truyền:

Y học cổ truyền cho rằng các yếu tố như: về ăn uống: ăn quá nóng, no đói thất thường, ăn đồ ăn sống lạnh, uống nhiều rượu, ăn béo ngậy, ăn quá cay; về chế độ sinh hoạt: đứng lâu, ngồi lâu, vác nặng đi xa...; yếu tố khác: ỉa chảy mạn tính, táo bón kéo dài, thể chất quá suy yếu, mang thai nhiều lần. Các yếu tố trên làm cho khí trệ huyết ứ tại vùng hậu môn, Thấp nhiệt lâu ngày, khí hư, trung khí hạ hãm là những nguyên nhân chủ yếu gây nên bệnh trĩ. Việc điều trị cũng chủ yếu giải quyết các nguyên nhân này.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán theo Y học hiện đại

- Chẩn đoán bệnh trĩ dựa vào các triệu chứng lâm sàng và soi hậu môn bằng ống cứng. Biểu hiện lâm sàng gồm 2 triệu chứng hay gặp nhất: đại tiện ra máu tươi và sa trĩ.
- Thăm và soi hậu môn-trực tràng có thể thấy trĩ nội (4 độ), trĩ ngoại, nếp da thừa, sa niêm mạc chuyển tiếp của vùng lược...
- Phân loại trĩ:

- + Trĩ nội: Là những búi trĩ nằm trên đường lược
- + Trĩ ngoại: Là những búi trĩ nằm dưới đường lược
- + Trĩ hỗn hợp: Là những búi trĩ có cấu trúc nằm cả trên và dưới đường lược.

* Phân độ trĩ nội: gồm 4 độ theo Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ:

- **Độ 1:** Đại tiện ra máu tươi chiếm 80 - 90%, chỉ đôi khi có hiện tượng khó chịu, không thoải mái. Các búi trĩ nhô lên thấy cương tụ máu nhưng không sa khi rặn.

- **Độ 2:** Triệu chứng chính là đại tiện ra máu tươi, búi trĩ sa ra ngoài, khi đại tiện xong tự co lên. Búi trĩ sa khi rặn và tự co lên được.

- **Độ 3:** Xuất hiện các búi trĩ nội khá lớn, đôi khi không còn rõ ranh giới giữa các búi trĩ nội và ngoại như vậy trở thành một búi trĩ hỗn hợp. Các búi trĩ sa khi rặn không tự co lên được, nhưng có thể đẩy vào được.

- **Độ 4:** Các búi trĩ sa thường xuyên và không đẩy lên được.

3.2. Chẩn đoán theo Y học cổ truyền:

3.2.1. Thể nhiệt độc

(tương ứng với trĩ nội độ 1, 2)

3.2.1.1 Triệu chứng:

Đại tiện có kèm theo máu tươi với nhiều mức độ chảy máu: thấm giấy vệ sinh, nhỏ giọt hoặc thành tia. Người nóng, hậu môn nóng, khối trĩ sa ra ít hoặc không sa, không chảy dịch, không chảy mủ. Tiểu vàng lượng ít, đại tiện táo kết, lưỡi đỏ rêu vàng. Mạch sắc.

3.2.1.2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán bát cương: Lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại phủ đại trường, giang môn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân (nội thương).
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể nhiệt độc.

3.2.2. Thể huyết ứ

(tương ứng với trĩ tắc mạch)

3.2.2.1. Triệu chứng:

Búi trĩ sưng, chắc, đau nhức, tím sẫm màu, ấn đau, không chảy dịch, không chảy mủ. Đại tiện có máu tươi. Lưỡi tím, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng trắng hoặc trắng nhợt. Mạch hoạt.

3.2.2.2 *Chẩn đoán*

- Chẩn đoán bất cương: Lý thực.
- Chẩn đoán tạng phủ: Bệnh tại giang môn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể huyết ú.

3.3.3. *Thể thấp nhiệt*

(tương ứng với trĩ viêm, loét)

3.3.3.1 *Triệu chứng:*

Vùng hậu môn đau, tiết nhiều dịch, trĩ sa ra ngoài khó đẩy vào, có thể có điểm hoại tử bề mặt búi trĩ, hoặc có điểm loét chảy dịch vàng hôi, đại tiện táo, lưỡi bệu nhớt, rêu vàng. Mạch hoạt sắc.

3.3.3.2 *Chẩn đoán*

- Chẩn đoán bất cương: Lý thực nhiệt.
- Chẩn đoán tạng phủ: Đại trường, giang môn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Nội nhân + Bất nội ngoại nhân.
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể thấp nhiệt.

3.3.4. *Thể khí huyết lưỡng hư*

(tương ứng trĩ hỗn hợp độ IV, trĩ lâu ngày gây thiếu máu)

3.3.4.1. *Triệu chứng:*

Đại tiện ra máu lâu ngày, hoa mắt chóng mặt, ù tai, mặt trắng nhợt, người mệt mỏi, đoản hơi. Rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm tế.

3.3.4.2 *Chẩn đoán*

- Chẩn đoán bất cương: Lý hư hàn.
- Chẩn đoán tạng phủ: Tỳ, Vị, Can, Thận, Đại trường, giang môn.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Bất nội ngoại nhân.
- Chẩn đoán bệnh danh: Hạ trĩ thể khí huyết hư.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị YHHD:

4.1.1. *Thuốc tăng cường trương lực tĩnh mạch:*

- Thuốc chứa Diosmin và hesperidine (500mg): uống 6 viên trong 4 ngày, rồi giảm 4 viên trong 3 ngày và 2 viên trong 7 ngày tiếp (đợt cấp).
- Thuốc bôi hay viên đặt tại chỗ: chứa titanorein, lidocain...

4.1.2. Thuốc nhuận tràng:

nhóm nhuận tràng thẩm thấu, nhóm nhuận tràng tăng khối lượng phân; hạn chế dùng nhóm nhuận tràng kích thích.

4.1.3. Ăn uống:

Chế độ ăn tăng rau, củ, quả, chất xơ, tránh táo bón; kiêng các chất cay, nóng, uống rượu, bia, thuốc lá, chất kích thích... Tránh ăn quá no hoặc quá đói. Uống nhiều nước.

4.1.4. Sinh hoạt:

nghỉ ngơi hợp lý, tránh lao động thường xuyên ở tư thế ngồi lâu, đứng lâu, vệ sinh sạch vùng tầng sinh môn. Tập thói quen đại tiện vào giờ nhất định.

4.1.5. Thắt búi trĩ bằng vòng cao su:

hiệu quả với trĩ nội độ I, II chảy máu. Tiêm xơ búi trĩ.

4.1.6. Tiêm xơ búi trĩ với PG60:

áp dụng với trĩ nội độ II,III

4.1.7. Phẫu thuật cắt bỏ:

búi trĩ nội độ III, IV, trĩ ngoại lớn, trĩ tắc mạch, trĩ viêm nghẹt (theo chỉ định cụ thể của thầy thuốc).

4.2. Điều trị YHCT:

Chỉ định pháp điều trị và thuốc YHCT phù hợp với thể bệnh YHCT, cụ thể:

4.2.1. Thể nhiệt độc

(tương ứng với trĩ nội độ 1, 2)

Pháp: Thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

Phương:

*** Điều trị dùng thuốc**

- Thuốc uống trong:

+ *Cổ phương:* **Hòe hoa tán** (Bản sự phương)

Hòe hoa sao vàng 12g Kinh giới tuệ sao đen 12g

Trắc bá diệp sao cháy 12g Chi xác sao 12g

Tán bột mịn, trộn đều. Mỗi lần uống 8-10g với nước sôi để nguội hoặc nước cơm.

+ *Đối pháp lập phương:* Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị. Có thể linh động phối hợp với các phương thang khác tùy thuộc vào thể trạng người bệnh và tuổi tác, ví dụ như người trẻ có thể chọn: Lương huyết địa

hoàng thang, Bệnh nhân đại tiện táo kết nhiều, khó đi có thể chọn Bồ trung ích khí hoặc quy tỳ thang, người già ăn uống kém kèm mất ngủ, lớn tuổi có thể chọn Quy tỳ thang của bệnh viện để thay thế...

+ *Nghiệm phương*: (Thuốc Nam châm cứu)

Sài đất, Bồ công anh, Hoàng bá, Hòe hoa, Râu ngô, Rễ cỏ tranh mỗi vị 20g, nếu

dùng tươi liều gấp 3. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. *Công dụng*: thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

* ***Điều trị không dùng thuốc YHCT***:

- *Điện châm tả hoặc châm bình các huyết*: Trường cường (GV.1), Đại trường du (BL.25), Thứ liêu (BL.32), Bạch hoàn du (BL.30), Tiểu trường du (BL.27), Túc tam lý (ST36), Tam âm giao (SP6), Thừa sơn (BL.57), Chi câu (TE.6), Hợp cốc (LI.4), Bách hội (GV.20)

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

- *Điện mãng châm các huyết*:

- + Bách hội xuyên Thượng đình
- + Đại trường du xuyên Tiểu trường du
- + Trật biên xuyên Bạch hoàn du
- + Thứ liêu xuyên Bạch hoàn du
- + Tam âm giao xuyên Thừa sơn

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

- *Thủy châm các huyết* (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):

- + Trật biên (BL.54) Túc tam lý (ST.36)
- + Tam âm giao (SP.6) Đại trường du (BL.25)

Có thể luân phiên theo nhóm huyết: như hợp cốc, túc tam lý, bách hội, rồi đến tam âm giao, thừa sơn, đại trường du.

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

- *Cứu*: nên sử dụng liệu pháp cứu lên các huyết: túc tam lý, hợp cốc, bách hội, thừa sơn, tam âm giao, đại trường du, cứu bổ mỗi huyết từ 3 - 5 phút/ lần sau đó chuyển huyết khác. Có thể hướng dẫn bệnh nhân tự làm một số huyết, vùng dễ để tăng hiệu quả.

- *Xoa bóp bấm huyết*: Day, bấm các huyết như điện châm, nên chú ý các phương huyết hỗ trợ tỳ vị và khí như: hợp cốc - túc tam lý - bách hội, khí hải - thiên khu -

tam âm giao. Mỗi huyết nên được thực hiện từ 1 – 2 phút, sau đó đổi huyết khác, có thể lặp lại vòng lặp mới. Nên kết hợp cùng liệu pháp cứu để tăng hiệu quả.

- *Cấy chỉ*: Thực hiện cấy chỉ lên các huyết như châm cứu, chú ý các nhóm huyết như thủy châm để tăng hiệu quả, 7 – 10 ngày cấy 1 lần x 7 lần là một liệu trình.

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

4.2.2. **Thế huyết ứ**

(Tương ứng với trĩ tắc mạch)

Pháp điều trị: **Hoạt huyết khứ ứ, hành khí chỉ huyết.**

Phương:

* **Điều trị dùng thuốc:**

-Thuốc uống trong:

+ *Cổ phương*: Hoạt huyết địa hoàng thang

Sinh địa 20g Hòe hoa 12g

Kinh giới 12g Địa du 12g

Hoàng cầm 12g Xích thực 12g

Đương quy 12g

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

Gia giảm: táo bón gia Ma nhân 12g, Đại hoàng 04g

+ *Đổi pháp lập phương*: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị. Có thể linh động phối hợp với các phương thang khác tùy thuộc vào thể trạng người bệnh và tuổi tác, ví dụ như: Bệnh nhân đại tiện táo kết nhiều, khó đi có thể chọn Bỗ trung ích khí hoặc quy tỳ thang, người già ăn uống kém kèm mất ngủ, lớn tuổi có thể chọn Quy tỳ thang của bệnh viện để thay thế...

+ *Nghiệm phương (Thuốc Nam châm cứu)*: Kê huyết đằng, Huyết giác, Trần bì, Ngưu tất, Bạch thực, Hoài sơn, Hòe hoa, Chỉ xác, Cỏ ngọt. Sắc 2 - 3 lít nước uống trong ngày. *Công dụng*: hoạt huyết, hành khí, hóa ứ, lương huyết, chỉ huyết, ích khí thăng đề.

* **Điều trị không dùng thuốc:**

- *Điện châm tả hoặc bình các huyết*: Trường cường (GV.1), Đại trường du (BL.25), Thử liêu (BL.32), Bạch hoàn du (BL30), Tiểu trường du (BL.27), Túc tam lý (ST.36), Tam âm giao (SP.6), Thừa sơn (BL.57), Chi câu (TE.6), Hợp cốc (LI.4), Huyết hải (SP.10), Cách du (BL.17), Bách hội (GV.20).

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

- *Điện mãng châm các huyết:*

- + Bách hội xuyên Thượng đình
- + Đại trường du xuyên Tiêu trường du
- + Trật biên xuyên Bạch hoàn du
- + Thứ liêu xuyên Bạch hoàn du
- + Tam âm giao xuyên Thừa sơn

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

- *Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp):* Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), các nhóm huyết như ở thể nhiệt độc.

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

- *Cứu, xoa bóp bấm huyết, cấy chỉ:* như các huyết ở thể nhiệt độc.

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

4.2.3. Thể thấp nhiệt

(tương ứng với trĩ viêm, loét)

Pháp điều trị: **Thanh nhiệt lợi thấp, hoạt huyết chỉ thống.**

Phương:

* **Điều trị bằng thuốc:**

- Thuốc uống trong:

+ *Cổ phương:* Hòe hoa tán

Hòe hoa sao vàng 12g Trắc bá diệp sao cháy 12g

Kinh giới sao đen 16g Chi xác sao 10g

Tán bột mịn, trộn đều, mỗi lần uống 8g với nước sôi để nguội hoặc nước cơm, ngày 2 lần. Có thể dùng làm thang, sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

+ *Đối pháp lập phương:* Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị. Có thể linh động phối hợp với các phương thang khác tùy thuộc vào thể trạng người bệnh và tuổi tác, ví dụ như: Bệnh nhân đại tiện táo kết nhiều, khó đi có thể chọn Bỏ trung ích khí hoặc quy tỳ thang gia giảm, người già ăn uống kém kèm mất ngủ, lớn tuổi có thể chọn Quy tỳ thang của bệnh viện gia giảm để thay thế...

+ *Nghiệm phương (Thuốc Nam châm cứu)*: Hoàng bá, Bồ công anh, Sinh địa, Hòe hoa, Râu ngô, Thương truật, Cỏ ngọt. Sắc 2-3 lít nước uống trong ngày. *Công dụng*: thanh nhiệt táo thấp, thanh nhiệt giải độc,

lương huyết chỉ huyết, ích khí thăng đề.

*** Điều trị không dùng thuốc YHCT:**

- *Điện châm tả các huyết*: Trường cường (GV.1), Đại trường du (BL.25), Thứ liêu (BL.32), Bạch hoàn du (BL.30), Tiểu trường du (BL.27), Túc tam lý (ST.36), Tam âm giao (SP.6), Thừa sơn (BL.57), Chi câu (TE.6), Hợp cốc (LI.4), Huyết hải (SP.10), Phong long (ST.40), Bách hội (GV.20).

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

- *Điện mãng châm các huyết*:

- + Bách hội xuyên Thượng đình
- + Đại trường du xuyên Tiểu trường du
- + Trật biên xuyên Bạch hoàn du
- + Thứ liêu xuyên Bạch hoàn du
- + Tam âm giao xuyên Thừa sơn

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

- *Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp)*: Đại trường du (BL.25), Trật biên (BL.54), các nhóm huyết như ở thể nhiệt độc.

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

- *Cứu, xoa bóp bấm huyết, cấy chỉ*: như các huyết ở thể nhiệt độc.

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

4.2.4. Thể khí huyết lưỡng hư

(tương ứng trĩ hỗn hợp độ IV, trĩ lâu ngày gây thiếu máu)

Pháp điều trị: Bổ khí huyết chỉ huyết, ích khí thăng đề.

Phương:

*** Điều trị dùng thuốc:**

- Thuốc uống trong:

+ *Cổ phương*: Bổ trung ích khí thang

Đảng sâm 16g Trần bì 06g

Hoàng kỳ 12g Đương quy 10g

Bạch truật 12g Thăng ma 08g

Cam thảo 04g Sài hồ 12g

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần.

+ *Đổi pháp lập phương*: Lựa chọn các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc theo pháp điều trị. Có thể dùng Quy tỳ thang của bệnh viện gia giảm với các bệnh nhân già, ăn uống kém, mất ngủ để thay thế.

+ *Nghiệm phương*: (*Thuốc Nam châm cứu*): Đảng sâm, Hoài sơn, Bạch thược, Trần bì, Hòe hoa, Sinh địa, Thục địa, Đương quy, mỗi vị 12g. Sắc uống trong ngày. *Công dụng*: thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt lương huyết, chỉ huyết.

*** Điều trị không dùng thuốc:**

- *Điện châm bổ hoặc bình, các huyết*: Bách hội (GV.20), Đại trường du (BL.25), Thận du (BL.23), Tam âm giao (SP.6), Túc tam lý (ST.36), Thừa sơn (BL.57), Huyết hải (SP.10), Đản trung (CV.17), Bách hội (GV.20), Dương lăng tuyền (GB.34).

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

- *Điện mãng châm các huyết*:

+ Bách hội xuyên Thượng đình

+ Đại trường du xuyên Tiểu trường du

+ Trật biên xuyên Bạch hoàn du

+ Thử liêu xuyên Bạch hoàn du

+ Tam âm giao xuyên Thừa sơn

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

- *Thủy châm các huyết (thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp)*:

Thận du (BL.23) Trật biên (BL.54), các nhóm huyết như ở thể nhiệt độc.

Thủy châm ngày 01 lần, mỗi lần thủy châm vào 2 - 3 huyết, 10 - 15 lần/liệu trình.

- *Cứu các huyết*: Bách hội (GV.20), Tỳ du (BL.20), Vị du (BL.21), Quan nguyên (CV.4), Khí hải (CV.6), Cao hoàng du (BL.43), Cách du (BL.17)

Cứu 30 phút/lần, ngày 1 - 2 lần. 15 - 30 lần/liệu trình.

- *Xoa bóp bấm huyết, cấy chỉ*: như các huyết ở thể nhiệt độc.

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

5. PHÒNG BỆNH

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

- Thực hiện tốt chế độ ăn hạn chế cay nóng, uống rượu bia. Nên ăn nhiều chất xơ và mọng nước như rau xanh, táo...
- Tập cơ nâng hậu môn. Vệ sinh sạch sẽ, mặc quần thoáng mát.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU GÃY XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Theo Y học hiện đại

+ Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cầu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học, làm mất tính toàn vẹn và tính liên tục của xương. Hầu hết các gãy xương là do chấn thương, do lực uốn bẻ trực tiếp hoặc gián tiếp gây nên. Nếu một xương có bệnh (viêm, u, ...) bị gãy được gọi là gãy xương bệnh lý hay còn gọi là gãy xương tự nhiên.

+ Gãy xương bệnh lý ít gặp, chủ yếu do viêm xương, bệnh của xương và do ung thư xương hay di căn của ung thư vào xương. Theo Bruns, hàng năm trên 300.000 ca chấn thương nặng, có 45.000 ca (15%) gãy xương.

+ Gãy xương thường gặp ở tuổi 20-40, ở nam nhiều hơn nữ. Tại các thành phố lớn và trung tâm công nghiệp hay gặp gãy xương do tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

+ Trong tai nạn giao thông hay bị gãy cẳng chân và bàn chân.

- Theo Y học cổ truyền

+ Chiết thương hay cốt chiết (gãy xương) là chứng bệnh thường gặp trong thương khoa. Có 2 loại chiết thương thường gặp: Chiết thương hở trật đầu xương gãy mắt nhìn thấy và chiết thương gãy kín trong da cơ. Do đó việc xử lý chỗ xương bị gãy đầu tiên phải xác định được kiểu gãy, hình thể gãy, hướng đầu xương, mảnh vát hoặc gãy nhiều, ít đoạn... rồi mới chọn phương pháp kéo nắn sao cho xương vào đúng tư thế ban đầu tránh chùng chéo, sai lệch sau đó băng cố định, kết hợp với thuốc hoạt huyết.

+ Điều trị gãy xương theo YHCT, ngoài việc cố định xương gãy còn hết sức chú trọng vận động cơ khớp trong thời gian cố định. Xương gãy sau khi nắn chỉnh, được cố định một cách hợp lý, có thể giữ cho các đoạn xương gãy ở vị trí tương đối chính xác là xương gãy có thể liền bình thường; mặt khác cần bắt chi gãy và toàn thân luyện tập với cường độ và biên độ trong giới hạn cho phép để giúp cho thương tổn chóng lành, xương gãy nhanh liền và cơ năng chi sớm bình phục: "trong động có tĩnh, động tĩnh kết hợp".

+ Các xương hoạt động được nhờ mô mềm, ngược lại bộ xương là điểm bám tựa cho các cơ, giữa chúng có mối tác động và ảnh hưởng lẫn nhau. Khi gãy xương di lệch, thường kèm theo thương tổn phần mềm, do vậy khi điều trị gãy xương, cần chú trọng điều trị cả xương gãy lẫn mô mềm. Xương gãy cần được nắn chỉnh và cố định sớm, mô mềm không bị tổn thương thêm. Tuy nhiên khi mô mềm tổn thương

ngghiêm trọng, nguy cấp đến tính mạng và tổn hại chi bị thương (đứt mạch máu, nội tạng tổn thương, ...) thì cần phải được xử trí trước, sau đó mới điều trị gãy xương.

2. NGUYÊN NHÂN

- Xương có thể bị gãy ở chỗ bị đánh, bị tác động vào hoặc xa chỗ đó. Do đó có gãy xương trực tiếp và gãy xương gián tiếp.

+ Gãy xương trực tiếp: Nếu xương bị gãy ngay ở nơi lực chấn thương tác động, xương thường bị gãy ngang, hoặc có mảnh rời. Ít gặp hơn.

Bị gãy xương trực tiếp là các xương ở nông, dưới da, hoặc là gãy xương trong những tai nạn lớn: bánh xe ô tô đè lên đùi nạn nhân, mảnh đạn, mảnh bom làm nát xương,... Gãy xương trực tiếp thường có kèm theo thương tổn ở các phần mềm.

+ Gãy xương gián tiếp: Gãy xương ở nơi xa nơi tác động của lực chấn thương, xương bị gãy chéo hoặc xoắn. Có thể gây ra bởi những cơ chế sau:

Gãy xương do gấp xương (flexion): hai đầu xương đi lại gần nhau, phần giữa xương quá sức đàn hồi, bị gãy;

Gãy xương do xoắn xương (torsion): xương bị gãy dưới tác động của các lực theo hình xoắn ốc;

Gãy xương do ép (compression): lực gây ra gãy xương tác động theo trục dài của xương làm cho xương bị gãy ở nơi yếu nhất, xóp nhất;

Gãy xương do co cứng cơ: cơ co cứng rất mạnh, cơ không bị đứt nhưng làm bong chỗ bám vào xương (ở mỏm khuỷu, ở gờ trước xương chày).

- Gãy xương có thể gãy không hoàn toàn hoặc hoàn toàn:

+ Gãy xương không hoàn toàn: có thể biểu hiện dưới những hình thức sau:

Võng xương: chỉ gặp ở trẻ em;

Lún xương: xương bị lún xuống ở những nơi có xương xóp;

Gãy xương thể cành tươi: thường gặp ở trẻ em;

Rạn xương, nứt xương.

+ Gãy xương hoàn toàn: những đoạn xương gãy rời hẳn nhau.

Đường gãy xương: có thể thấy được ở bất cứ một vị trí nào ở một xương dài.

Đường gãy xương có thể hoặc ở thân xương, hoặc ở đầu xương. Nếu đường gãy xương đi tới khớp xương thì gọi là gãy xương tới khớp (túi hoạt dịch của khớp đã bị mở ra), trường hợp này làm cho gãy xương thêm nặng nề hơn nhiều vì sau này dễ gây cứng khớp. Hướng đi của đường gãy xương: đối chiếu với trục lớn của xương, người ta có thể phân biệt được: đường gãy ngang, dọc, chéo, xoắn.

Đầu xương gãy: trường hợp đơn giản là có hai đầu xương gãy, nhưng có khi có thêm nhiều mảnh xương to nhỏ khác nhau.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng:

3.1.1. Cơ năng:

- Đau và hạn chế vận động là hai triệu chứng thường gặp.

3.1.2. Thực thể:

- So sánh chi gãy với chi lành, nhận thấy sự biến dạng: sưng, tụ máu, gãy góc, xoắn vặn, chi ngắn ... Cần khám thêm vận động của các khớp ở khúc gãy từ dưới lên trên.

- Bệnh nhân có cảm giác đau chói khi nắn ngón tay vào chỗ gãy.

- Tìm di động bất thường và tiếng xương lạo xạo. Đây là hai dấu hiệu điển hình của gãy xương. Tuy nhiên chỉ nên tìm hai dấu hiệu này khi chẩn đoán chưa rõ và thăm khám phải rất nhẹ nhàng, thận trọng.

- Chú ý phát hiện những thương tổn phối hợp, đặc biệt là tổn thương mạch máu và thần kinh: bắt mạch ở đầu chi, tìm vùng cảm giác và vận động các ngón...

3.2. Chẩn đoán gãy xương:

- Chẩn đoán gãy xương: dựa vào triệu chứng lâm sàng và chụp phim Xquang. Trong trường hợp đặc biệt thì chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh xương rõ hơn, hoặc chụp cộng hưởng từ (phát hiện tổn thương tủy sống trong gãy cột sống).

- Chụp X quang theo hai diện: thẳng và nghiêng để thấy rõ đường gãy, các mảnh xương và hướng di lệch cho chính xác. Có những trường hợp gãy không di lệch, phim vẫn không thấy rõ rạn, nứt, nhất là ở các đầu xương trẻ em, ở gần sụn tiếp hợp, cần chụp thêm cả bên lành để so sánh và chẩn đoán chính xác.

3.3. Phân loại gãy xương

3.3.1. Đối với gãy xương kín (phân loại theo Ostern Tscherne)

- Độ 0: gãy xương không tổn thương mô mềm hoặc tổn thương không đáng kể, thường do gãy gián tiếp, ít di lệch.

- Độ I: gãy xương có xây sát da nông hoặc do đoạn gãy chạm thương mô mềm. Xương gãy đơn giản.

- Độ II: xây sát da sâu hoặc chạm thương da và cơ khu trú do chấn thương trực tiếp gây ra, có thể đe dọa CEK, thường do cơ chế chấn thương trực tiếp, xương gãy có phần phức tạp.

- Độ III: có xây xát da rộng, lóc da hoặc giập nát cơ, có thể có hội chứng chèn ép khoang hoặc đứt các mạch máu chính, thường do chấn thương trực tiếp, xương gãy thường phức tạp.

3.3.2. Đối với gãy hở

3.3.2.1. Phân loại theo Tscherne

- Độ I: da thủng, chạm thương phần mềm không đáng kể, thường do gãy từ trong ra, xương gãy đơn giản, ít nguy cơ nhiễm khuẩn.

- Độ II: tổn thương da và cơ khu trú, do chấn thương trực tiếp gây ra, có nguy cơ nhiễm trùng, xương gãy các thể.

- Độ II: rách da, tổn thương phần mềm rộng thường có kèm tổn thương thần kinh hay mạch máu. Nguy cơ nhiễm trùng nặng. Các mô bị thiếu máu, xương gãy phức tạp.

- Độ IV: đứt lìa chi hoặc gần lìa chi do chấn thương, đứt các mạch máu chính, phần mềm còn lại không quá 1/4 chu vi.

3.3.2.2. Phân loại theo Gustilo

- Độ I: rách da (1cm, vết thương sạch, thường do gãy từ trong ra, cơ giập tối thiểu, xương gãy đơn giản.

- Độ II: tổn thương >1cm, tổn thương phần mềm rộng, có lóc da còn cuống hoặc mất hẳn da, cơ bị đụng giập nhẹ hoặc vừa, xương gãy ngang đơn giản hoặc chéo ngắn với mảnh nhỏ.

- Độ III:

+ Độ IIIA: tổn thương phần mềm rộng tương ứng cùng gãy xương hoặc vết thương do đạn bắn gần.

+ Độ IIIB: thường thường phần mềm rộng, màng xương bị lóc ra, đầu xương gãy lộ ra ngoài, vùng xương gãy bị nhiễm bẩn.

+ Độ IIIC: vết thương giập nát nhiều, xương gãy phức tạp có tổn thương mạch máu cần phục hồi.

4. ĐIỀU TRỊ

- Mục tiêu điều trị gãy xương:

+ Cứu sống tính mạng bệnh nhân.

+ Làm liền xương ổ gãy

+ Phục hồi chức năng chi thể

- Điều trị gãy xương gồm 2 giai đoạn:

+ Điều trị sơ cứu: Cấp cứu, sơ cứu.

+ Điều trị thực thụ gãy xương: Nắn chỉnh phục hồi hình thể giải phẫu của xương, cố định ổ gãy để liền xương vững chắc và tập phục hồi chức năng chi thể.

4.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền xương

4.1.1. Tại chỗ

- Sự nắn xương càng tốt càng mau liền.

- Sự bất động tốt sẽ tạo điều kiện tăng sinh mạch máu, quá trình liền xương sẽ thuận lợi.

- Sự ép: nếu ép vừa phải tạo can xương tốt, nếu ép quá mạnh gây ra hủy xương tạo mô sụn, sự kéo giãn ra tạo mô sợi.

- Khối máu tụ là tiền đề cho sự tạo can xương.

- Mô mềm càng ít thương tổn, liền xương sẽ tốt.

4.1.2. Toàn thân

- Nội tiết: có lẽ tác dụng nội tiết tố tương đối lâu dài so với quá trình liền xương.

- Tuổi: tuổi trẻ liền xương sớm hơn người lớn.

- Dinh dưỡng: có ảnh hưởng tốt đến sự liền xương.

- Tổng trạng: tổng trạng tốt, xương càng mau liền.

- Hệ thần kinh: quá trình liền xương tăng lên trong cơn hôn mê, cơ chế chưa được giải thích.

4.2. Điều trị sơ cứu

Gồm tất cả các việc làm ngay sau khi xảy ra tai nạn: Khiêng, đỡ bệnh nhân, bất động tạm thời, chuyên chở tới bệnh viện để điều trị thực thụ. Điều này giúp cho bệnh nhân thoải mái, tránh choáng ngất vì tránh được các kích thích như đau, chảy máu, vì các đầu xương gãy di lệch.

4.3. Điều trị thực thụ gãy xương:

4.3.1. Nắn chỉnh xương

Nắn chỉnh phục hồi hình thể giải phẫu của xương, cố định ổ gãy để liền xương vững chắc và tập phục hồi chức năng chi thể. Có hai phương pháp chính điều trị thực thụ gãy xương, đó là:

- Điều trị bảo tồn (không phẫu thuật): Gồm nắn chỉnh bó bột và kéo liên tục

+ Nguyên tắc nắn chỉnh:

Nắn chỉnh càng sớm càng tốt (vì nắn khi chưa sưng nề các cơ co kéo ít thì hi vọng đạt kết quả tốt, gãy xương đã quá 2 tuần tại ổ gãy hình thành can non thì không nên nắn chỉnh và nếu có nắn chỉnh cũng ít kết quả).

Thực hiện vô cảm tốt (bệnh nhân không đau, không dẫy dựa thường gây tê ổ gãy bằng novocain 1-2 %, có thể gây tê vùng, gây tê đám rối thần kinh, đối với trẻ em thường dùng gây mê).

Nắn chỉnh ở tư thế trùng cơ các khớp gần ổ gãy, di lệch ổ gãy khó nắn chỉnh.

Nắn chỉnh đoạn ngoại vi theo di lệch của đoạn trung tâm.

Kéo theo trục xương, trục chi cố định phía gốc chi để sửa chữa di lệch chùng và sửa một phần các di lệch khác khi đã hết di lệch chùng thì dùng tay để nắn sửa hết các di lệch sang bên, xoay, gập góc và nắn chỉnh bằng XQ hoặc đo các mốc, các trục chi.

Cố định tốt ngay sau khi nắn chỉnh (cố định vững chắc 2 đầu xương gãy không di động, cố định cả khớp trên và khớp dưới ổ gãy, cố định liên tục cho tới khi liền xương, bằng bó bột, bó nẹp, bó phương pháp đông y).

+ Nguyên tắc cố định ổ gãy xương:

Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương (không cởi quần áo, cần thiết rạch theo đường chi).

Cố định trên, dưới ổ gãy, khớp trên và dưới ổ gãy, riêng xương đùi bất động 3 khớp.

Bất động ở tư thế cơ năng: Chi trên treo tay vuông góc, chi dưới duỗi thẳng 180°.

Trường hợp gãy kín phải kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.

Trường hợp gãy hở: Không được kéo nắn ấn đầu xương gãy vào trong nếu có tổn thương động mạch phải đặt ga rô tùy ứng, xử trí vết thương để nguyên tư thế gãy mà cố định.

Sau khi cố định buộc chi gãy với chi lành thành một khối thống nhất.

Nhanh chóng, nhẹ nhàng, vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

- Ngày nay, gãy kín thân hai xương cẳng chân nếu không có biến chứng tổn thương mạch máu, chèn ép khoang thì điều trị bảo tồn là chính, và điều trị bảo tồn cũng chủ yếu áp dụng cho trẻ em dưới 14 tuổi.

4.3.2 Điều trị gãy xương bằng phẫu thuật:

- Mục đích của việc điều trị gãy xương bằng phẫu thuật là đặt lại đầu xương gãy và các mảnh gãy theo đúng vị trí giải phẫu và cố định ổ gãy vững chắc để bệnh nhân có thể tập vận động sớm, không cần bất động, từ đó phục hồi tốt cơ năng chi thể và chức phận vận động toàn thân.

- Các phương pháp điều trị bảo tồn chỉ có thể nắn và bất động ổ gãy gần đúng được đối với vị trí giải phẫu, còn đối với kỹ thuật mổ kết xương thì có thể sắp xếp các đầu gãy và ổ gãy trở lại hoàn hảo như cũ về giải phẫu. Điều này cực kỳ quan trọng khi ổ gãy gần khớp và thấu khớp.

- Kỹ thuật mổ kết xương hiện đại còn cho phép cố định khá vững chắc các đầu gãy và xương gãy, vững chắc đến mức không cần bất động thêm bên ngoài. Điều đó giúp cho các khớp xương lân cận ổ gãy được cử động sớm, tránh được teo cơ, thưa xương, xơ hóa và cứng khớp do bất động khớp kéo dài. Ổ gãy được mổ kết xương sẽ tương đối vững chắc và hết đau ngay, do đó chức năng chi sớm được phục hồi.

- Hiện nay điều trị bằng phẫu thuật được các cơ sở y tế sử dụng gồm các phương pháp kết xương bằng nẹp vít, phương pháp kết xương bằng đinh nội tủy thường, đinh nội tủy có chốt và phương pháp kết xương bằng khung cố định ngoài,...

+ Điều kiện cần để đóng đinh nội tủy: Nếu có điều kiện thì kéo nắn ổ gãy dưới màn huỳnh quang. Đinh nội tủy (ví dụ: xương đùi, xương chày) được đóng theo phương pháp kín với màn huỳnh quang tăng sáng, với dụng cụ mổ và bàn mổ thích hợp.

+ Kỹ thuật đóng đinh nội tủy:

Đóng đinh nội tủy theo phương pháp kín, không mở ổ gãy.

Đóng đinh nội tủy theo phương pháp mở ổ gãy (ở xương đùi, xương chày).

Đối với những ổ gãy thân xương ở thấp, có ống tủy rộng (1/3 dưới đùi hay 1/3 dưới xương chày), muốn cho đầu gãy ngoài vi khỏi xoay thì phải đóng đinh nội tủy có chốt đinh ngang (loại đinh nội tủy này có các lỗ ngang, sau khi đóng đinh nội tủy xong thì chốt các vít ngang). Hiện nay một số loại đinh thường được sử dụng trong phẫu thuật là đinh SIGN, đinh Xin-rong Best, đinh IMF,...

4.4. Phục hồi chức năng

- Tập vận động: Ở chi trên, các khớp không bất động như khớp vai, khớp bàn và ngón tay,... được khuyến khích tập vận động chủ động sớm và tích cực để ngăn ngừa xơ cứng khớp và tăng cường tuần hoàn ở đoạn chi gãy, giúp nhanh liền xương. Ở chi dưới, bệnh nhân tập đứng dậy sớm với đôi nạng. Chân gãy được khuyến khích

tỳ sớm, ban đầu nhẹ, sau tăng dần. Các loại gãy ngang nắn vững có thể tỳ sớm sau 3 - 4 ngày.

Các loại gãy nắn không vững, cho tỳ sau 3 tuần. Tỳ giúp cho liền xương được sớm.

- Phục hồi chức năng sau gãy xương: mục đích là duy trì và phục hồi cử động khớp duy trì sức cơ, tăng tỉ lệ liền xương nhờ hoạt động, giúp bệnh nhân trở về lao động sớm nhất.

4.3.3.1. Gãy xương chi trên

- Giai đoạn cấp tính:

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

+ Nhiệt trị liệu: Điều trị bằng nhiệt lạnh

+ Vận động trị liệu: Tập vận động chủ động có trợ giúp

+ Hoạt động trị liệu

- Giai đoạn mạn tính:

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

+ Nhiệt trị liệu:

Nhiệt lạnh: Điều trị bằng nhiệt lạnh

Nhiệt nóng: Điều trị bằng Parafin; Điều trị bằng tia hồng ngoại

+ Vận động trị liệu: Tập vận động có trợ giúp hoặc Tập vận động có kháng trở

+ Hoạt động trị liệu

4.3.3.2. Gãy xương chi dưới

- Giai đoạn cấp tính

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

+ Nhiệt trị liệu: Điều trị bằng nhiệt lạnh

+ Vận động trị liệu: Tập vận động có trợ giúp

- Giai đoạn mạn tính

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

+ Nhiệt trị liệu:

Nhiệt lạnh: Điều trị bằng nhiệt lạnh

Nhiệt nóng: Điều trị bằng Parafin; Điều trị bằng tia hồng ngoại

+ Vận động trị liệu: Tập vận động có trợ giúp hoặc Tập vận động có kháng trở

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. TIỀN LƯỢNG

5.1. Tiến triển

- Đa số các gãy xương có thể liền vững được, thậm chí không được điều trị đôi khi xương gãy cũng có thể liền được. Nhưng sự liền xương tự nhiên như vậy khá mong manh, tỷ lệ thất bại cao, nhiều can xấu

- Khoa học ngày nay chỉ ra 2 yếu tố chính giúp cho xương liền vững đó là:

+ Sự phục hồi lưu thông máu ở ổ gãy xương.

+ Sự bất động ổ gãy xương.

5.2. Biến chứng

- Can xương lệch: do nắn chỉnh không đúng trục, di lệch thứ phát sau nắn chỉnh....

- Chậm liền: can xương chưa liền sau một thời gian đủ để liền xương (3 tháng). Tại chỗ gãy vẫn còn đau. Thường do bất động không tốt, hay gặp ở người già.

- Khớp giả: hết thời gian quy định mà xương vẫn không liền. bệnh nhân không đau, đoạn gãy lửng lảng. Thường do mất xương quá nhiều, hai đầu xương cách xa nhau, hoặc có mô mềm xen kẽ vào hai đầu xương gãy.

- Teo yếu cơ, co rút hạn chế vận động khớp, loãng xương: do bất động lâu, không tập luyện...

6. DỰ PHÒNG

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.

- Cần giáo dục học sinh trong các trường phổ thông cơ sở nguyên nhân gây gãy xương để hạn chế các tai nạn xảy ra trong sinh hoạt và trong học đường.

- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ tốt các trường hợp gãy xương để hạn chế các biến chứng trong gãy xương.

- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và chuyển lên tuyến y tế chuyên khoa để điều trị sớm.

- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hóa khớp là bệnh thường gặp ở người có tuổi. Bệnh thường xuất hiện sớm hơn, tiến triển nhanh hơn trên những người lao động nặng, do đó tỷ lệ thoái hóa khớp chiếm phần nhiều ở vùng nông thôn.

- Trong thoái hóa khớp, thoái hóa khớp gối ảnh hưởng nhiều nhất đến chức năng vận động. Có nhiều phương pháp để điều trị bệnh theo từng giai đoạn. Giai đoạn sớm điều trị nội khoa kết hợp phục hồi chức năng, giảm cân, nội soi làm sạch khớp, đục xương sửa trục xương chày.

- Phẫu thuật thay khớp gối nhân tạo là gì?

+ Phẫu thuật thay khớp gối nhân tạo là một phương pháp phẫu thuật nhằm thay đi phần sụn khớp của khớp gối đã bị tổn thương thoái hóa nặng và không thể hồi phục, bằng khớp gối nhân tạo.

+ Khớp gối nhân tạo này sẽ giúp người bệnh có thể vận động, đi lại dễ dàng hơn và không còn phải chịu những cơn đau do khớp gối gây ra nữa.

- Những trường hợp sẽ được bác sĩ tư vấn phẫu thuật là:

+ Những người bệnh bị thoái hóa khớp gối ở mức độ rất nặng, sụn khớp không còn có thể phục hồi.

+ Người bệnh đi lại khó khăn hoặc không thể đi được nữa do đau khớp gối.

+ Đã điều trị bằng các phương pháp nội khoa (uống thuốc, vật lý trị liệu...) một thời gian dài, nhưng không hiệu quả.

- Khi phẫu thuật, các bác sĩ sẽ tiến hành lấy đi phần sụn khớp đã bị tổn thương của khớp gối và thay vào đó là khớp gối làm bằng một loại hợp kim cao cấp không han gỉ.

- Khớp gối nhân tạo này có độ bền rất cao, có thể sử dụng trong khoảng thời gian từ 15 đến 20 năm.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo YHHĐ

- Do thoái hóa khớp gối nặng, gây đau đớn dữ dội và ảnh hưởng đến khả năng vận động hàng ngày.

- Viêm khớp dạng thấp gây tổn thương khớp gối nghiêm trọng.

- Chấn thương khớp gối nghiêm trọng dẫn đến tổn thương sụn khớp không thể phục hồi.

2.2. Theo YHCT

Được chia làm 3 thể:

- Khí trệ huyết ú: Do khí huyết lưu thông kém, không nuôi dưỡng được khớp gối, dẫn đến sụn khớp bị bào mòn, khô cứng. Nguyên nhân có thể do bẩm sinh hoặc chấn thương làm ảnh hưởng đến gân cốt gây nên.

- Can thận hư: Người lớn tuổi hoặc người mắc bệnh lâu ngày có chức năng can thận suy giảm. Can thận hư làm ảnh hưởng đến sự vận hành của huyết dịch, giảm nuôi dưỡng xương khớp gây ú trệ và đau. Thận còn có chức năng chủ về xương, tủy, khi thận hư sẽ ảnh hưởng khiến khớp gối yếu, dễ tổn thương.

- Phong thấp: Phong thấp tà xâm nhập vào cơ thể, gây đau nhức, sưng tấy, hạn chế vận động khớp gối.

3. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào X-quang khớp gối và phương pháp phẫu thuật

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi phục sau phẫu thuật.
- Giảm đau nhức khớp.
- Tăng cường tuần hoàn máu.

4.2. Điều trị bằng thuốc

4.2.1. Thuốc hóa dược

- Thuốc giãn cơ (methocarbamol và cyclobenzaprine).
- Giảm đau (paracetamol) hoặc NSAIDs thuốc kháng viêm không steroid
- Giảm đau dây thần kinh (Gabapentin hoặc pregabalin)
- Chống phù nề.
- Chống huyết khối tĩnh mạch.

4.2.2. Thuốc YHCT

- Phép điều trị: bổ khí huyết, ấm kinh mạch, tán phong thấp.
- Phương thuốc: *Đại Phòng phong thang*

Xuyên khung 8g	Thục địa 12g	Phòng phong 6g
Hoàng kỳ 12g	Khương hoạt 8g	Phụ tử 4g
Bạch truật 12g	Bạch thược 12g	Đỗ trọng 12g

Đảng sâm 12g

Ngưu tất 12g

Đương qui 12g

Cam thảo 3g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng – chiều.

Hoặc chỉ định bài thuốc khác phù hợp với pháp trị.

4.3. Điều trị bằng Phục hồi chức năng

- Mục tiêu điều trị:

- + Kiểm soát phù nề, giảm đau.
- + Tăng cường tầm vận động khớp.
- + Tăng cường sức mạnh, sức dẻo dai của cơ.
- + Tập di chuyển với dụng cụ trợ giúp.
- + Vật lý trị liệu được áp dụng sớm sau phẫu thuật.

- Người bệnh được điều trị sớm ngay sau phẫu thuật: ngay khi đang nằm tại bệnh viện, kỹ thuật viên bắt đầu tập gấp gối cho người bệnh. Khi gối đã vững vàng, ổn định, kỹ thuật viên sẽ giúp người bệnh đi bộ với nạng hoặc khung tập đi. Bài tập được tập vài lần trong ngày.

- Người bệnh trở về nhà được nếu:

- + Vết mổ ổn định
- + Lên xuống giường được
- + Đi bộ được với nạng, khung tập đi
- + Đi được vào nhà tắm.

- Điều quan trọng là người bệnh phải có cơ lực cơ đùi tốt, tầm vận động khớp gối được cải thiện.

- Sau khi rời bệnh viện người bệnh chọn một hoặc nhiều cách điều trị : chườm lạnh, nóng hoặc điện trị liệu để giúp làm giảm phù nề hoặc đau. Tiếp tục dùng nạng, khung tập đi 4-6 tuần sau phẫu thuật.

- Các bài tập lấy lại tầm vận động của khớp gối bao gồm bài tự tập của người bệnh và các bài tập trợ giúp của kỹ thuật viên hoặc tập trên máy tập. Chương trình tập luyện bao gồm bài tập làm vững chắc khớp gối, chịu lực thẳng bằng, hoạt động chức năng.

- Bài tập vững chắc: tập cơ mông, khớp háng, tập cơ đùi và cơ cẳng chân.

- Tập chịu trọng lực: nếu thay loại khớp có xi măng tập chịu trọng lực dần lên chân đó đến khi cảm thấy khó chịu thì ngừng lại. Nếu thay loại khớp không có xi

mãng, đầu tiên đặt các ngón chân xuống đến khi đỡ đau sẽ cho phép tăng dần trọng lượng xuống chân đó.

- Các bài tập: đạp xe đạp, bơi được sử dụng cùng các hoạt động hàng ngày kết hợp cùng các bài tập lên xuống cầu thang, nâng hạ trên đầu ngón chân, ngồi xổm.

- Khi người bệnh tự tập luyện không có hiệu quả. Người bệnh nên đến các cơ sở PHCN tập luyện. Việc tập luyện dựa vào kinh nghiệm của người điều trị. Tập gấp gối ít nhất phải được 90 độ, gối gấp tốt khi gấp trên 110 độ. Chức năng dây chằng, mô mềm rất quan trọng để lấy lại tầm vận động của gối.

4.3.1. Giai đoạn 1: 1 đến 2 tuần sau mổ.

- Mục đích:

+ Kiểm soát phù nề, giảm đau.

+ Duy trì duỗi gối 0° và gấp 100°.

+ Duy trì sức mạnh của cơ.

+ Di chuyển được với dụng cụ trợ giúp: Nạng, gậy, khung tập đi.

+ Duy trì bài tập tại nhà.

- Ngày 1 sau phẫu thuật:

+ Chườm lạnh khớp gối 15 phút/ lần, ít nhất 3 lần một ngày. Nếu thấy cần thiết có thể chườm nhiều hơn.

+ Các bài tập trên giường: Tập cơ cơ tĩnh, người bệnh nằm với chân duỗi thẳng, cơ cơ tĩnh chân phẫu thuật, co 5 giây nghỉ 5 giây, tập 10 lần/ngày.

+ Các bài tập khác: tập vận động khớp cổ chân, tập trượt gót chân.

+ Tập ngồi dậy, tập thay đổi vị trí trên giường.

+ Vận động chủ động khớp gối : 0o đến 70° .

+ Có thể sử dụng máy tập CPM : 0° đến 100° , ít nhất 4 giờ/ ngày.

- Ngày thứ 2 sau phẫu thuật:

+Tiếp tục các bài tập ở trên.

+ Bài tập độc lập trên giường 5 lần/ngày.

+ Tập vận động khớp cổ chân.

+ Tập gập duỗi dạng khép háng chủ động hoặc chủ động có trợ giúp.

+ Tập ngồi trên ghế 30 phút, 2 lần/ngày.

+ Tập di chuyển vào buồng tắm, nhà vệ sinh với người trợ giúp.

+ Vận động chủ động khớp gối : 10° đến 80°

- Ngày thứ 3 tới ngày thứ 5 sau phẫu thuật:

- + Tiếp tục các bài tập ở trên.
- + Tập các bài tập khớp gối: Tập duỗi khớp gối hoàn toàn, mỗi ngày tập gấp chủ động khớp gối thêm 10° đến ngày thứ 5 tầm vận động khớp gối đạt 100°
- + Tập mạnh sức cơ đùi, sức cơ cẳng chân bằng các bài tập có sức cản.
- + Tập đứng chịu lực lên 2 chân, đứng chịu lực lên từng chân, khi người bệnh chịu được trọng lực thì tập thăng bằng khi đứng. Tập dồn trọng lượng lên chân phẫu thuật.
- + Ở tư thế đứng: tập các bài tập gấp duỗi dạng khớp khớp háng chân phẫu thuật.
- + Tập di chuyển với nạng, khung tập đi.

4.3.2. Giai đoạn II: Từ 2 đến 5 tuần sau phẫu thuật.

- Mục đích:
 - + Giảm đau, giảm phù nề.
 - + Gia tăng tầm vận động của khớp từ 0° đến 115° .
 - + Tăng cường sức mạnh của cơ.
 - + Trở lại hoạt động chức năng hàng ngày.
 - + Bắt đầu tham gia chương trình tập tại nhà.
- Phương pháp: Duy trì các bài tập ở giai đoạn I.
 - + Tập gấp duỗi khớp gối bằng các bài tập thụ động, chủ động có trợ giúp.
 - + Mỗi tuần tập gấp gối thêm 5° đến 5 tuần tầm vận động khớp gối đạt 0° đến 115° .
 - + Bài tập kéo giãn thụ động khớp gối do KTV thực hiện.
 - + Tăng cường sức mạnh cơ: tập vận động khớp gối chủ động có sức cản tăng dần.
 - + Đến tuần thứ 3 bắt đầu các bài tập xuống tấn.
 - + Tập di chuyển trên đệm, bước qua chướng ngại vật ít nguy hiểm có sử dụng nạng trợ giúp.
 - + Hoạt động trị liệu sau phẫu thuật: tập luyện cách di chuyển tại giường, sử dụng hố xí bệt, nhà tắm, đi giày dép.
 - + Tập đạp xe đạp 15 phút/lần, 2 lần/ngày.

4.3.3. Giai đoạn III: Sau phẫu thuật từ 6 đến 8 tuần

- Mục đích:
 - + Tiếp tục cải thiện tầm vận động khớp từ 0 đến $115^\circ - 120^\circ$.
 - + Gia tăng sức mạnh cơ.

- + Tập thăng bằng không cần trợ giúp.
- + Trở lại các hoạt động hàng ngày.
- Các lưu ý sau phẫu thuật thay khớp gối :
 - + Duy trì thực hiện những bài tập ở giai đoạn 2.
 - + Không đứng quá lâu, không gập gối quá mức.
 - + Không lấy chân phẫu thuật làm chân trụ.
 - + Ghế ngồi đủ cao đảm bảo gối gấp 90° , có tay vịn.
 - + Nền nhà tắm tránh ẩm ướt, sử dụng thảm chống trượt.
 - + Quan hệ tình dục có thể bắt đầu sau 03 tuần.
 - + Các môn thể thao cho phép: Đi bộ, tập lên xuống cầu thang, đạp xe, bơi, khiêu vũ, đánh golf.

4.3.4. Một số dịch vụ kỹ thuật VLTL - PHCN gợi ý theo giai đoạn bệnh:

- Giai đoạn cấp tính:
 - + Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung
 - + Nhiệt trị liệu: Điều trị bằng nhiệt lạnh
 - + Vận động trị liệu: Tập vận động có trợ giúp
 - Giai đoạn mạn tính:
 - + Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung
 - + Nhiệt trị liệu:
 - Điều trị bằng nhiệt lạnh
 - Nhiệt nóng: Điều trị bằng Parafin, Điều trị bằng tia hồng ngoại
 - + Nhiệt sâu trị liệu:
 - Điều trị bằng siêu âm
 - Điều trị bằng sóng ngắn (*Lưu ý chống chỉ định với NB có nẹp vít kim loại cố định xương*)
 - + Vận động trị liệu:
 - Tập vận động thụ động, tập vận động có trợ giúp, tập vận động có kháng trở
 - Tập đi với dụng cụ, tập đứng thăng bằng tĩnh và động
 - Tập lên xuống cầu thang
 - Tập với xe đạp tập
- Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Khám lần đầu sau phẫu thuật 2 tuần, sau đó cách 1 tháng khám 1 lần đến 6 tháng.
- Tiếp đó, cách 1 năm tái khám 1 lần.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo là một phương pháp điều trị những bệnh lý khớp háng mà tất cả các phương pháp điều trị khác không đem lại hiệu quả. Thông thường thay khớp háng nhân tạo sẽ giúp giảm đau cho bệnh nhân, cải thiện tầm vận động khớp háng giúp bệnh nhân trở lại các sinh hoạt hàng ngày.

- Có nhiều loại bệnh lý làm tổn thương sụn khớp của chỏm xương đùi và ổ cối nhu bệnh hoại tử chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp...

- Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo chỉ định trong các trường hợp sau:

- + Nếu người bệnh điều trị bảo tồn không có kết quả, bệnh nhân đau kéo dài.
- + Gãy cổ xương đùi ở người già.
- + Không liền xương sau gãy cổ xương đùi, gãy khối máu chuyển xương đùi.
- + U xương, lao xương...

- Thay khớp nhân tạo thường được chỉ định cho bệnh nhân trên 50 tuổi do tuổi thọ của khớp trung bình được 15 đến 20 năm. Tuy nhiên ngày nay do sự phát triển không ngừng của công nghệ chế tạo, chỉ định thay khớp háng ngày càng được mở rộng, ngưỡng tuổi ngày càng được hạ thấp.

- Có nhiều loại khớp háng nhân tạo ra đời và cũng có nhiều phương pháp mổ khác nhau. Nhìn chung khớp nhân tạo có thể phân thành các loại cơ bản là khớp háng có xi măng và khớp háng không xi măng. Có bệnh nhân khớp háng bán phần (chỉ thay chỏm xương đùi) và có bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần (thay cả chỏm xương đùi và ổ cối) tùy theo mức độ bệnh và lứa tuổi.

- Khớp háng không có xi măng được phát triển thành nhiều loại nhỏ tùy thuộc vào bề mặt tiếp xúc và chịu lực của nó là: Kim loại - nhựa cao phân tử, gốm - gốm, kim loại - kim loại, khớp có cán vận Spiron (dùng cho người trẻ tuổi).

- Sau phẫu thuật người bệnh cần được hướng dẫn tập luyện càng sớm càng tốt, giúp phục hồi nhanh và giảm biến chứng.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Theo YHHD

- Nguyên nhân nguyên phát: chủ yếu gặp ở người cao tuổi, chiếm tỉ lệ cao nhất.
- Nguyên nhân thứ phát:

+ Tiền sử khớp háng bị viêm do thấp khớp, viêm khớp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp do lao.

+ Chấn thương khớp háng do lao động, tập luyện, chơi thể thao, ngã khi leo cầu thang,...

+ Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi không được điều trị dứt điểm nên khi bước sang tuổi trung niên dễ bị thoái hóa khớp háng.

+ Thoái hóa khớp háng do từ khi sinh ra đã có cấu tạo bất thường ở khớp háng hoặc chi dưới.

+ Thoái hóa khớp háng do biến chứng của các bệnh khác như gout, đái tháo đường, bệnh huyết sắc tố,...

2.2. Theo YHCT

- Y học cổ truyền cho rằng do chính khí hư suy, vệ khí của cơ thể không đầy đủ, các tà khí như phong hàn thấp xâm phạm vào gân cơ, khớp xương, kinh lạc, làm sự vận hành của khí huyết trở trệ, kinh lạc bị tắc gây đau khớp háng, tà hóa nhiệt gây sưng, nóng, đỏ.

- Mặc khác, do người già can thận bị hư hoặc bệnh lâu ngày làm khí huyết giảm sút, chức năng các tạng can tỳ thận bị ảnh hưởng, can huyết hư không nuôi dưỡng được gân xương làm khớp xương bị thoái hóa.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Đau, phù nề vị trí phẫu thuật kèm hạn chế tầm vận động khớp.

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp X-quang thường quy.

3.2. Chẩn đoán xác định

- Thay khớp háng bán phần hay toàn phần.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị bằng thuốc

- Kháng sinh

- Giảm đau chống viêm (paracetamol, NSAID...)

- Chống phù nề

- Chống huyết khối tĩnh mạch

4.2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị:

+ Giảm đau, giảm phù nề.

- + Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ.
- + Tăng tầm vận động khớp háng.
- + Bảo vệ khớp háng mới.
- + Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân.

4.2.1. Ngày thứ 1 và 2 sau phẫu thuật

- Tập các bài tập vận động ở trên giường, thay đổi tư thế.
- Khớp cổ chân: tập gấp duỗi và xoay khớp cổ chân, tập vài lần trong ngày, mỗi lần 5-10 phút. Bài tập được tiến hành bắt đầu sau khi phẫu thuật cho đến khi khỏi bệnh.
- Khớp gối: Bệnh nhân nằm ở tư thế 2 chân duỗi thẳng, mũi chân thẳng lên trần nhà, tập gấp duỗi gối bằng cách nâng khớp gối lên thụ động hoặc chủ động 20 động tác mỗi lần. Ngày khoảng 2 lần. Chú ý: không xoay khớp gối.
- Co cơ hông: bệnh nhân nằm ngửa, co cơ hông trong 5 giây sau đó nghỉ 5 giây, tập mỗi lần 10 động tác và ngày tập 5 lần.
- Tập khớp háng: tập khép và dạng khớp háng. Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân duỗi thẳng, dạng khớp háng cả 2 chân (cả khép). Chú ý không xoay khớp háng vào trong và luôn để ở tư thế hơi xoay ngoài.
- Tập co cơ tĩnh: bệnh nhân nằm với gối thẳng, co cơ tĩnh cả 2 chân, mỗi lần co 5 giây rồi nghỉ 5 giây nâng, tập 10 động tác trong 1 lần và 10 lần/ngày. Nằm nâng chân lên khỏi mặt giường giữ trong 5-10 giây.
- Tập mạnh sức cơ tứ đầu đùi: bệnh nhân nằm thẳng đặt 1 gối dưới khoeo chân, giữ cho khớp gối gấp khoảng 30° - 40°. Giữ chặt đùi và đưa cẳng chân lên trên giữ trong khoảng 5 giây rồi từ từ đưa về vị trí cũ. Mỗi lần làm 10 động tác và 3-4 lần/ngày.

4.2.2. Từ ngày thứ 3-5 sau phẫu thuật

- Cho bệnh nhân ngồi dậy ở trên giường, tiếp tục tập các bài tập vận động ở trên giường: khớp gối, khớp háng.
- Đưa 2 chân ra khỏi thành giường, tập đứng đưa 2 chân và tập tăng sức mạnh của cơ đùi. Bệnh nhân có thể tự di chuyển nhẹ nhàng ở trên giường.

4.2.3. Từ ngày 5 đến 4 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân tiếp tục các bài tập vận động khớp và tăng sức mạnh của cơ.
- Giai đoạn này có thể tập đứng và đi với nạng hoặc khung.
- Những lần đầu bệnh nhân có thể có người giữ sau đó tự đứng.

- Bệnh nhân đứng chịu trọng lực trên chân lành, 2 tay bám vào thành ghế. Nâng gôi của chân kia lên giữ trong 2-3 giây sau đó đặt chân xuống. Động tác nữa là đứng chịu trọng lực trên chân lành giữ gôi và háng bệnh trên 1 mặt phẳng rồi tập khép và dạng khớp háng bằng cách đưa chân vào trong và ra ngoài.

- Động tác tập gấp và duỗi khớp háng: đưa chân phẫu thuật ra trước và ra sau. Chú ý là không được gấp khớp háng trên 90° .

- Tập đi bộ, tập lên xuống cầu thang.

- Tập mạnh sức cơ tư thế đứng bằng cách kéo chân bằng dây chun.

4.2.4. Từ 4-6 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân đi bộ với nạng hoặc gậy, lần đầu đi khoảng 5-10 phút trong 1 lần và đi 3-4 lần/ngày. Những lần sau có thể đi 20-30 phút và 2-3 lần/ngày.

- Tập đạp xe đạp tại chỗ và tập tham gia các hoạt động hàng ngày: rửa bát, giặt giũ.

4.2.5. Từ 6-12 tuần sau phẫu thuật

- Bệnh nhân có thể tập đi bằng cách bỏ nạng.

- Tập lái xe.

4.2.6. Sau 12 tuần

- Bệnh nhân có thể trở lại công việc, lái xe, chạy, đánh golf..

4.2.7. Một số kỹ thuật điều trị VLTL-PHCN gợi ý cho từng giai đoạn:

- Giai đoạn cấp:

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

+ Nhiệt trị liệu: Điều trị bằng nhiệt lạnh

+ Vận động trị liệu: Tập vận động có trợ giúp

- Giai đoạn mãn tính:

+ Điện trị liệu: Điều trị bằng các dòng điện xung

+ Nhiệt trị liệu: Điều trị bằng nhiệt lạnh hoặc nhiệt nóng: Điều trị bằng Parafin; Điều trị bằng tia hồng ngoại.

+ Vận động trị liệu: Tập vận động có trợ giúp hoặc vận động có kháng trở; Tập với xe đạp tập.

Xem xét chỉ định các DVKT PHCN khác phù hợp với Quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và Bệnh viện.

4.3. Những điều nên làm và không nên làm

+ Không gấp khớp háng quá 90° và không xoay khớp háng vào trong.

- + Không được ngồi xổm.
- + Không được ngồi trên ghế mà không có tay vịn.
- + Muốn đứng dậy từ ghế: đưa chân phẫu thuật ra trước sau đó từ từ đứng dậy.
- + Không được ngồi ghế hoặc toilet thấp.
- + Không được xoay khớp gối khi đứng, ngồi, khi nằm và phải kê gối giữa 2 chân.

4.4. Một số lưu ý khi thay khớp háng Spiron

Khớp háng Spiron là loại khớp háng đặc biệt được dùng cho bệnh nhân trẻ ở độ tuổi < 60. Do đặc điểm khớp háng là cán vụn, không can thiệp đến xương đùi nên sau phẫu thuật bệnh nhân ít đau và có cảm giác phục hồi nhanh hơn. Nếu bệnh nhân vận động sớm hơn quy định thì có thể bị lỏng khớp, khi đó phải thay lại khớp háng mới. Vì vậy, ngoài việc tuân thủ các nguyên tắc tập vận động đã nêu ở trên phải chú ý các điểm sau:

- Vận động lại từ ngày thứ 2 (hoặc thứ 3) sau phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ phẫu thuật.
- Trong vòng 06 tuần đầu tiên sau phẫu thuật phải đi lại bằng nạng và hạn chế vận động tối đa.
- Trong vòng 03 tháng sau phẫu thuật bệnh nhân phải hạn chế vận động và vận động nhẹ nhàng.
- Khi di chuyển bệnh nhân phải dồn trọng lượng cơ thể lên cánh tay, nạng và bên chân không phẫu thuật.
- 03 tháng sau phẫu thuật có thể vận động trở lại bình thường nhưng cần tránh các tư thế, động tác, thói quen hay vận động nặng gây ảnh hưởng đến vùng khớp háng mới phẫu thuật.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám sau 01 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.
- Sau 1 năm khám lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Thị Hương (2012), "Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng", NXB Y học, Hà Nội.
2. Trần Ngọc Ân (2002), "Viêm quanh khớp vai", *Bệnh thấp khớp*, NXB Y học
3. Nguyễn Thị Bay (2007), *Bệnh học và điều trị Nội khoa kết hợp đông – tây y*, NXB Y học, Hà Nội
4. Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương (2021), *Bệnh Học Và Điều Trị Nội Khoa Kết Hợp Đông Tây Y tập 2*, NXB Y học, Tp Hồ Chí Minh
5. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung và cs (2006), *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, Tập 1*, NXB Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội
6. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung và cs (2006), *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, Tập 2*, NXB Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội
7. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp*, ban hành kèm Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2020
8. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, ban hành kèm Quyết định số 729/QĐ-BYT ngày 12/3/2013
9. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, ban hành kèm Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25/01/2014
10. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*, ban hành kèm Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015
11. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng*, ban hành kèm Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014
12. Bộ Y tế (2014), *Tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*, ban hành kèm Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06/1/2014
13. Bộ Y tế (2015), *Danh mục thuốc Đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc Y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm Y tế*, ban hành kèm Thông tư 05/2015/TT-BYT ngày 17/3/2015
14. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*, ban hành kèm Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015
15. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, ban hành kèm Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015
16. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phục hồi chức năng*, ban hành kèm Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22/12/2017
17. Bộ Y tế (2019), *hướng dẫn quy trình kỹ thuật điều trị bằng Ôxy cao áp*, ban hành kèm Quyết định số 2539/QĐ-BYT ngày 19/6/2019
18. Bộ Y tế (2019), *Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (Đợt 3)”*, ban hành kèm Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18/6/2019
19. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*, Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020

20. Bộ Y tế (2020), *Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2*, ban hành kèm Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020

21. Bộ Y tế (2020), *Tài liệu chuyên môn hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền*, ban hành kèm Quyết định số 5480/QĐ-BYT ngày 30/12/2020

22. Bộ Y tế (2023), *Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng (bổ sung lần thứ 4)”*, ban hành kèm Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28/9/2023

23. Trần Chí Cường (2016), *Chẩn đoán và điều trị Bệnh mạch máu thần kinh – Đột quy*, NXB Y học, Hà Nội, tr.123-194.

24. Phan Quan Chí Hiếu (2007), *Bệnh học và điều trị đông y*, Nhà xuất bản Y học,

25. Phạm Vũ Khánh (2009), *Lão khoa Y học cổ truyền*, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội

26. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2006), *Điều trị kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học

27. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng đại học)*, Nhà xuất bản Y học,

28. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học

29. Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội (2017), *Nhi khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học

30. Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y dược Huế (2020), *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (dành cho đối tượng đại học)*, Nhà xuất bản Y học

31. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

32. Đỗ Tất Lợi (2004), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội

33. Hồ Hữu Lương (2006), "Liệt mặt", *Bệnh thần kinh ngoại vi*, Nhà xuất bản Y học

34. Trần Văn Ôn, Hoàng Văn Lâm, Lưu Thị Vân Anh, Bùi Tiến Hưng (2009), "Điều tra các bài thuốc điều trị gãy xương của người Dao ở xã Ba Vì, huyện Ba Vì", *Tạp chí Y học Việt Nam*

35. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn (2010), "Nguyên tắc chung về chẩn đoán, điều trị gãy xương và trật khớp", *Chấn thương chỉnh hình*, NXB Y học

36. Nguyễn Thị Sơn, Phạm Huy Kiến Tài (2021), *Bệnh Học Và Điều Trị Nội Khoa Kết Hợp Đông Tây Y tập 1*, NXB Y học, Tp Hồ Chí Minh

37. Nguyễn Bá Tĩnh (2010), "Tuệ Tĩnh toàn tập", NXB Y học, tr.344-345.

38. Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu (2005), *Bài giảng Y học cổ truyền Tập 1*, NXB Y học, Hà Nội, tr.83-111.

39. Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu (2005), *Bài giảng Y học cổ truyền Tập 2*, NXB Y học, Hà Nội, tr.83-111.

40. Trịnh Thị Diệu Thường (2021), *Bệnh học và điều trị thần kinh kết hợp đông tây y*, Nhà xuất bản Y học