



HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN

CÁC BỆNH NGOẠI KHOA THƯỜNG GẶP VÀ CÁCH CHỮA TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN



NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

CÁC BỆNH
NGOẠI KHOA
THƯỜNG GẶP
VÀ CÁCH CHỮA TRỊ
BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN

Chủ tịch Hội đồng

PGS. TS. PHẠM VĂN LINH

Phó Chủ tịch Hội đồng

PHẠM CHÍ THÀNH

Thành viên

TRẦN QUỐC DÂN

TS. NGUYỄN ĐỨC TÀI

TS. NGUYỄN AN TIÊM

NGUYỄN VŨ THANH HẢO

**CÁC BỆNH
NGOẠI KHOA
THƯỜNG GẶP
VÀ CÁCH CHỮA TRỊ
BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN**

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT
HÀ NỘI 2016

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Y dược học cổ truyền Việt Nam là một di sản quý báu của dân tộc ta. Là một bộ phận cấu thành của nền văn hóa Việt Nam, y dược học cổ truyền Việt Nam luôn gắn bó với cuộc sống cộng đồng các dân tộc Việt Nam, và đặc biệt, y dược học cổ truyền được xác định như một nhân tố quan trọng giúp cho chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu thành công ở nước ta thời gian qua.

Theo quan điểm của y học cổ truyền, các bệnh sinh ra ở bên ngoài cơ thể, mắt nhìn thấy, tay sờ thấy, có chứng trạng cục bộ đều thuộc phạm vi của ngoại khoa. Chính vì vậy, có thể ứng dụng y học cổ truyền vào chữa trị một số bệnh ngoại khoa thường gặp với chi phí thấp, dễ phổ biến và ứng dụng trong thực tế đối với y tế tuyến xã, phường.

Cuốn sách ***Các bệnh ngoại khoa thường gặp và cách chữa trị bằng y học cổ truyền*** của tập thể tác giả công tác tại Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam do TS. BS. Đậu Xuân Cảnh, TS. BS. Phạm Quốc Bình, TS. BS. Nguyễn Thế Thịnh đồng chủ biên sẽ cung cấp cho bạn đọc những kiến thức cơ bản và phương thức chữa trị một số bệnh ngoại khoa thường

gặp bằng phương pháp y học cổ truyền đơn giản, dễ áp dụng.

Kiến thức về y học rất rộng lớn, số lượng các phương pháp chữa trị, các bài thuốc cũng rất nhiều, trong phạm vi cuốn sách này, chúng tôi chỉ giới thiệu một số bài thuốc và phương pháp điều trị các bệnh ngoại khoa thường gặp bằng y học cổ truyền. Nhà xuất bản và tập thể tác giả rất mong nhận được sự góp ý của bạn đọc để hoàn thiện nội dung cuốn sách trong lần xuất bản sau.

Xin giới thiệu cuốn sách với bạn đọc.

Tháng 9 năm 2016

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

LỜI NÓI ĐẦU

Các bệnh ngoại khoa y học cổ truyền gồm phần lớn các bệnh thuộc phần ngoài cơ thể, thuộc cơ nhục, tấu lý, xương khớp như bệnh thấp độc, nhiệt độc, bỏng, vết thương, hạ trĩ, cốt chiết, v.v.. Tổn thương thường ở phần biểu cơ nhục, tấu lý, kinh lạc, nhưng có liên quan mật thiết với phần lý: lục phủ, ngũ tạng, khí huyết, tân dịch.

Khi công năng của tạng, phủ không điều hòa, kinh lạc không thông suốt, khí huyết vận hành ứ trệ, tác nhân gây bệnh xâm phạm vào cơ thể gây nên các bệnh tật. Vì vậy ngoài việc chữa trị tại chỗ, y học cổ truyền còn rất chú trọng tới việc điều chỉnh sự mất thăng bằng về âm dương khí huyết của tạng, phủ và kinh lạc (chữa bệnh toàn thân).

Nguyên nhân gây ra bệnh ngoại khoa cũng không ngoài lục dâm (nguyên nhân bên ngoài), thất tình (nguyên nhân bên trong) và các nguyên nhân khác thuộc phạm vi sinh hoạt (bất nội ngoại nhân) như ăn uống, phòng dục, lao thương, trùng thú cắn v.v., nhưng phần lớn là do độc tà như phong độc, thấp độc, hỏa độc gây ra. Bệnh vùng đầu mặt thường do phong độc, bệnh ở giữa thân

liên quan tới khí uất, bệnh ở phía dưới cơ thể do thấp độc gây nên.

Về mặt chẩn đoán, ngoài việc tìm những triệu chứng bệnh toàn thân, việc khám xét tổn thương cục bộ cần đi tới xem bệnh thuộc âm chứng hay thuộc dương chứng.

Những bệnh thuộc dương chứng thường phát ra cấp tính, có sừng nóng đỏ đau, có sốt, mạch nhanh như các bệnh do độc tà, hỏa độc gây nên (mụn nhọt, đĩnh râu, huyết nhiệt độc, sán khí,...).

Những bệnh thuộc âm chứng thường có tính chất mạn tính, có sừng nhưng không nóng đỏ,... như tràng nhạc, loa lịch, chứng nham (áp xe lạnh do lao, khối u lạnh tính hoặc ác tính,...).

Có thể tóm tắt dương chứng và âm chứng của các bệnh ngoại khoa y học cổ truyền theo bảng sau:

Chỉ tiêu	Dương chứng	Âm chứng
Màu da	Hồng, đỏ (nhiệt)	Không đổi, trắng bệch, da tối
Sưng	Sưng gồ lên (chính khí mạnh, phát tác nguyên nhân gây bệnh ra ngoài)	Bằng mặt da (vì chính khí yếu)
Phạm vi sưng tấy	Ở tại chỗ (vì chính khí mạnh, khu trú tác nhân gây bệnh lan tràn)	Lan tỏa (vì chính khí yếu, không hạn chế được tác nhân gây bệnh)

Nhiệt độ	Nóng (do nhiệt)	Không thay đổi hay mát
Đau	Cự án (thực chứng)	Đau ít, đau ê ẩm, thiện án, thích ấm (hư, hàn)
Mủ	Đặc (khí huyết thịnh)	Loãng (khí huyết hư)
Mật độ	Vừa phải	Cường (khối u) hoặc nhuyễn (áp xe lạnh)
Vị trí	Thường tại bì phu	Ở sâu trong gân, xương
Tiên lượng	Dễ khỏi	Lâu khỏi

Căn cứ vào nguyên nhân và cơ chế gây bệnh, các bệnh ngoại khoa được chữa theo các phương pháp phối hợp chặt chẽ giữa cục bộ và toàn thân, kết hợp thủ pháp can thiệp với dùng thuốc tại chỗ và toàn thân.

Nhìn chung, uống thuốc trong có thể chia theo 3 giai đoạn của bệnh: (1) Giai đoạn đầu, khi chưa làm mủ, bệnh còn ở thời kỳ viêm nhiễm thì lấy **tiêu viêm** là chính; (2) Giai đoạn hóa mủ, cần **bài nùng** và tổng tác nhân gây bệnh ra ngoài, không cho xâm nhập vào trong gây các biến chứng bằng cách uống thuốc bài nùng (cho vỡ mủ); (3) Giai đoạn cuối cùng, dùng phương pháp bổ khí huyết để nâng cao thể trạng, giúp vết thương mau lành và phòng ngừa tái phát.

Chữa bệnh ở cục bộ cũng tiến hành theo các giai đoạn bệnh: (1) Giai đoạn đầu cũng lấy *tiêu viêm tán kết* là trính bằng châm cứu, dán cao tan

và các phương pháp vật lý khác như chườm nóng, chiếu tia hồng ngoại, tia sóng ngắn...; (2) Giai đoạn đã có mủ cần *bài nùng* (đưa mủ ra ngoài) bằng chích dẫn lưu, cao dán vỡ mủ...; *khử hủ* (làm mất các tổ chức hoại tử); *sinh cơ* (làm mọc lại các tổ chức cơ nhục), nếu vết thương chột lâu lành thì dùng các thuốc *sinh cơ* kết hợp với các thuốc *bổ khí huyết* để chữa.

Về thuốc tiêu viêm có: *thanh nhiệt giải độc* như Kim ngân, Bồ công anh, Liên kiều...; *hành khí hoạt huyết* như: Đan sâm, Xuyên khung, Táo giác thích...; *nhuyễn kiên hóa đàm* như Hạ khô thảo, Táo giác, Bối mẫu...; *bài nùng* có các thuốc như: Thanh đại, Bạch chỉ, ý dĩ; *bổ khí huyết* thường dùng các vị: Hoàng kỳ, Bạch truật, Bạch thược, v.v..

Đến nay, y học cổ truyền có nhiều bài thuốc tốt chữa bệnh tại chỗ hay toàn thân đáp ứng các bệnh ngoại khoa ở các vị trí khác nhau của cơ thể; các bài thuốc dân gian có tác dụng chữa bệnh tốt được lưu truyền lại như các loại cao dán, thuốc xông... để chữa các bệnh như mụn nhọt, trĩ, viêm hạch, v.v..

BỆNH TRĨ

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Nguyễn Thế Thịnh

BS. Lữ Đoàn Hoạt Mươi

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRĨ

1. Một số nhận thức chung về tình trạng bệnh trĩ

Trĩ là bệnh thường gặp. Tuy không gây tử vong và ít khi có biến chứng nặng nề nhưng lại trực tiếp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong các bệnh lý hậu môn - trực tràng, bệnh trĩ phổ biến hàng đầu trên thế giới với số người mắc bệnh khá cao.

Ở Việt Nam, người xưa có câu “thập nhân cửu trĩ” (mười người có chín người bị trĩ) chứng tỏ có rất nhiều người mắc bệnh trĩ. Tuy nhiên, do trĩ là bệnh ở vị trí đặc biệt và không gây ảnh hưởng nặng nề đến cuộc sống nên bệnh nhân đành chấp nhận, thường đi khám và chữa bệnh rất muộn. Vì vậy, những số liệu thống kê ở các bệnh viện, phòng khám chưa cho thấy được tỷ lệ mắc bệnh trĩ thực sự trong cộng đồng. Tác giả Trần Khương Kiều lần đầu tiên điều tra bằng phương pháp dịch

tế học cho kết quả tỷ lệ mắc bệnh trĩ ở một số vùng của nước ta (Hà Nội, Nam Định, Thành phố Hồ Chí Minh) là $76,97 \pm 0,30\%$. Theo nghiên cứu gần đây của tác giả Nguyễn Mạnh Nhâm về bệnh trĩ ở các tỉnh phía Bắc thì tỷ lệ bệnh trĩ là 55%. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trước đây tuy đưa ra các độ tuổi có tỷ lệ mắc bệnh trĩ cao khác nhau (Goligher lưu ý độ tuổi trên 50 có tỷ lệ bệnh cao, theo Johanson J. F. và Sonnenberg A. độ tuổi này là 45-65 tuổi, tác giả Nguyễn Mạnh Nhâm đưa ra độ tuổi 30-50) nhưng đều thống nhất đây là bệnh gặp nhiều ở người lớn tuổi.

2. Định nghĩa

Trĩ là một hệ thống đám rối tĩnh mạch sinh lý bình thường nằm ở vùng hậu môn trực tràng, do một nguyên nhân cơ hội nào đấy làm cho hệ thống tĩnh mạch trĩ sa giãn không hồi phục.

Bình thường, các tĩnh mạch này có vai trò khép kín hậu môn nên ai cũng phải có. Do vậy, ai cũng có thể bị bệnh trĩ. Tuy nhiên, một số đối tượng có nguy cơ mắc trĩ cao như người có công việc ngồi lâu, ít vận động (nhân viên văn phòng, thợ may,...), người bị các bệnh vùng đại tràng, phụ nữ mang thai...

Tuy nhiên, bệnh trĩ không chỉ có mức độ nặng nhẹ như nhiều bệnh nhân lầm tưởng mà bệnh trĩ được chia làm 3 loại: trĩ nội, trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp. Cách chia như vậy là dựa trên vị trí của các tĩnh mạch bị giãn so với mép hậu môn (đường lược).

Trong đó, chỉ riêng trĩ nội, người ta mới chia theo mức độ bệnh từ nhẹ đến nặng thành độ 1, 2, 3, 4 trong đó độ 1 chiếm 9,35%, độ 2 chiếm 43,34%, độ 3 chiếm 10,12%, độ 4 chiếm 0,99%. Theo đó, nếu bệnh nhân mới bị bệnh trĩ (độ 1 và 2) chỉ cần dùng thuốc và phải nên chữa trị sớm. Còn nếu để bệnh nặng hơn, phải dùng các biện pháp thủ thuật, phẫu thuật vừa đau đớn, tốn kém lại vẫn rất dễ tái phát. Không những thế, còn có thể gây nhiều biến chứng cấp tính như mất máu, viêm nhiễm, phù nề hậu môn... Các triệu chứng cơ năng thường gặp là: sa trĩ (49,50%), táo bón (18,26%), tiện máu (20,24%), đau hậu môn (4,51%). Các thương tổn khác đi kèm thường gặp: nứt hậu môn (4,51%), polype (1,10%).

3. Nguyên nhân gây bệnh trĩ

Nguyên nhân của bệnh chưa được xác định rõ ràng và chắc chắn. Những yếu tố sau đây được coi như là những điều kiện thuận lợi cho bệnh phát sinh:

- Táo bón kinh niên: Những bệnh nhân này mỗi khi đi cầu phải rặn nhiều, khi rặn áp lực trong lòng ống hậu môn tăng lên gấp 10 lần. Táo bón lâu ngày làm xuất hiện các búi trĩ. Các búi trĩ dần dần to lên và khi to quá sẽ sa ra ngoài.

- Hội chứng ly: Những bệnh nhân bị bệnh ly mỗi ngày đại tiện nhiều lần và mỗi lần đại tiện phải rặn nhiều làm tăng áp lực trong ổ bụng.

- Tăng áp lực ổ bụng: Những bệnh nhân viêm phế quản mạn tính, những bệnh nhân giãn phế

quản, ho nhiều, những người lao động nặng như khuân vác... làm tăng áp lực trong ổ bụng, dễ dàng cho bệnh trĩ xuất hiện.

- Tư thế làm việc: Khi nghiên cứu áp lực tĩnh mạch trĩ, người ta ghi nhận áp lực tĩnh mạch trĩ là 25 cm H₂O ở tư thế nằm, tăng vọt lên 75 cm H₂O ở tư thế đứng. Vì vậy, tỷ lệ mắc bệnh trĩ sẽ cao ở người phải đứng lâu, ngồi nhiều, ít đi lại như thư ký bàn giấy, nhân viên bán hàng, thợ may...

- U bướu hậu môn trực tràng và vùng chung quanh (như ung thư trực tràng, u bướu vùng tiểu khung, thai nhiều tháng...) khi to có thể chèn ép và cản trở đường về tĩnh mạch hồi lưu làm cho các đám rối trĩ căng phồng lên tạo thành bệnh trĩ. Trong những trường hợp này, trĩ được tạo nên do những nguyên nhân cụ thể, rõ ràng nên được gọi là trĩ triệu chứng, khi điều trị ta phải điều trị nguyên nhân chứ không như bệnh trĩ.

4. Triệu chứng lâm sàng

Khi có 2 triệu chứng chính là chảy máu và sa búi trĩ, cần đưa bệnh nhân đi khám bệnh.

- Chảy máu là triệu chứng có sớm nhất và thường gặp nhất. Đây là một trong những lý do đưa bệnh nhân đến khám. Lúc đầu chảy máu rất kín đáo, tình cờ bệnh nhân phát hiện khi nhìn vào giấy chùi vệ sinh sau khi đi đại tiện hoặc nhìn vào phân thấy vài tia máu nhỏ dính vào thỏi phân rắn. Về sau mỗi khi đi cầu phải rặn nhiều do táo

bón thì máu chảy thành giọt hay thành tia. Muộn hơn nữa, cứ mỗi lần đi đại tiện, đi lại nhiều, ngồi xổm máu lại chảy. Có khi máu chảy rất nhiều khiến bệnh nhân phải vào cấp cứu. Đôi khi máu từ búi trĩ chảy ra đọng lại trong lòng trực tràng rồi sau đó mới đi cầu ra nhiều máu cục.

- Sa búi trĩ: Thường xảy ra trễ hơn, sau một thời gian đi đại tiện có chảy máu. Lúc đầu, sau mỗi khi đại tiện thấy có khối nhỏ lòi ra ở lỗ hậu môn, sau đó khối đó tự tụt vào được. Càng về sau khối lòi ra đó to lên dần và không tự tụt vào sau khi đi đại tiện nữa mà phải dùng tay nhét vào. Cuối cùng khối sa đó thường xuyên nằm ngoài hậu môn.

Ngoài 2 triệu chứng chính trên, bệnh nhân có thể có kèm theo các triệu chứng khác như đau khi đi đại tiện, ngứa quanh lỗ hậu môn. Thông thường trĩ không gây đau, triệu chứng đau xảy ra khi có biến chứng như tắc mạch, sa trĩ nghẹt hay do các bệnh khác ở vùng hậu môn như nứt hậu môn, áp xe cạnh hậu môn... Triệu chứng ngứa xảy ra do búi trĩ sa ra ngoài và tiết dịch gây viêm da quanh hậu môn làm cho bệnh nhân cảm thấy hậu môn lúc nào cũng có cảm giác ướt và ngứa.

5. Lầm lẫn bệnh trĩ với các bệnh khác

Do triệu chứng chính thường dẫn bệnh nhân đến khám là chảy máu, sa trĩ và đau cũng là các triệu chứng có thể gặp trong nhiều bệnh khác, nên dễ lầm lẫn nếu không đi khám.

- *Nứt kẽ hậu môn*

Triệu chứng nổi bật để bệnh nhân đi khám bệnh là đau sau khi đi đại tiện, máu dính theo phân hoặc phát hiện khi nhìn vào giấy chùi vệ sinh sau khi đi đại tiện.

- *Polype trực tràng*

Bệnh nhân đi đại tiện thường cuối bãi cảm thấy vướng trong hậu môn, có khi khối polype sa ra ngoài sau mỗi lần đi đại tiện. Thăm khám thì sờ thấy cục rắn có cuống.

- *Bệnh ung thư hậu môn trực tràng*

Bệnh ung thư hậu môn trực tràng cũng cho triệu chứng đi đại tiện ra máu, nhưng máu thường có lẫn các chất hoại tử, hay còn gọi nhờ nhờ máu cá, có mùi hôi khó chịu.

- *Sa trực tràng*

Toàn bộ trực tràng sa ra ngoài như hình vành khăn sau khi đi đại tiện, niêm mạc trơn bóng tiết dịch.

6. Phân loại trĩ

Căn cứ vào vị trí giải phẫu và tính chất của búi trĩ, ta chia trĩ ra làm 3 loại: trĩ nội, trĩ ngoại và trĩ hỗn hợp.

- *Trĩ ngoại* là những búi trĩ mà vị trí gốc của nó nằm ở phía dưới đường lược.

- *Trĩ nội* là những búi trĩ mà vị trí gốc của nó nằm trên đường lược.

- *Trĩ hỗn hợp* là những búi trĩ bao gồm cả trĩ nội và trĩ ngoại. Do hệ thống dây chằng park bị đứt hoàn toàn, khi đó có sự thông thương giữa trĩ nội

và trĩ ngoại và không phân biệt được đâu là trĩ nội, đâu là trĩ ngoại.

7. Phân độ trĩ

Phân độ trĩ chỉ áp dụng cho trĩ nội, không phân độ cho trĩ ngoại. Khi trĩ hỗn hợp sa giãn toàn bộ gọi là sa trĩ vòng.

- Trĩ nội độ 1: Bệnh nhân đi đại tiện ra máu, búi trĩ còn nằm trong hậu môn.

- Trĩ nội độ 2: Búi trĩ sa ra ngoài sau khi đại tiện, nhưng tự co lên được.

- Trĩ nội độ 3: Búi trĩ sa ra ngoài sau khi đại tiện, nhưng không tự co lên được, phải dùng tay đẩy lên.

- Trĩ nội độ 4: Búi trĩ liên tục sa ra ngoài.

8. Điều trị bệnh trĩ

8.1. Nguyên tắc điều trị

Ưu tiên điều trị bằng các phương pháp bảo tồn, chỉ khi không thể điều trị bảo tồn được nữa, hoặc trong trường hợp trĩ có biến chứng, hoặc có kèm theo các bệnh khác thì mới nên chỉ định phẫu thuật. Thông thường người bệnh đến khám và điều trị khi trĩ gây những rối loạn ảnh hưởng đến sinh hoạt và năng suất lao động của mình.

8.2. Các phương pháp điều trị cụ thể

8.2.1. Ngăn chặn các yếu tố thuận lợi phát sinh bệnh trĩ

- Tập thói quen đi cầu đều đặn hàng ngày.

- Điều chỉnh thói quen ăn uống: Tránh các chất kích thích như cà phê, rượu, trà. Tránh các thức ăn nhiều gia vị như ớt, tiêu. Uống nước đầy đủ. Ăn nhiều chất xơ.

- Vận động thể lực: Nên tập thể dục và chơi các môn thể thao nhẹ như bơi lội, đi bộ...

- Điều trị các bệnh mạn tính hiện có như viêm phế quản, giãn phế quản, bệnh lỵ...

8.2.2. Điều trị nội khoa

- Vệ sinh tại chỗ tốt bằng phương pháp ngâm nước lạnh 2-3 lần/ngày, mỗi lần 15 phút.

- Thuốc uống: Gồm các thuốc có tác nhân trợ tĩnh mạch, dẫn xuất từ flavonoid. Cơ chế tác động của các thuốc này là làm gia tăng trương lực tĩnh mạch, bảo vệ vi tuần hoàn, giảm phù nề nhờ tác động kháng viêm tại chỗ, chống nhiễm trùng và chống tắc mạch.

- Thuốc tại chỗ: Gồm các loại thuốc mỡ (pommade) và đạn dược (suppositoire) có các tác nhân kháng viêm, vô cảm tại chỗ và dẫn xuất trợ tĩnh mạch.

8.2.3. Điều trị bằng thủ thuật bao gồm một số phương pháp sau:

- Chích xơ.

- Thất trĩ bằng vòng cao su.

- Quang đông hồng ngoại.

8.2.4. Phẫu thuật

Với các phát hiện về sinh bệnh học và giải phẫu học, từ thập niên 1990, đã có các phương pháp

phẫu thuật mới như khâu treo trĩ, phẫu thuật Longo, khâu cột động mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm Doppler. Các phương pháp phẫu thuật mới này dựa trên nguyên tắc bảo tồn lớp đệm hậu môn, giảm lưu lượng máu đến búi trĩ và cố định mô trĩ vào ống hậu môn. Với các phương pháp phẫu thuật sau này, vùng phẫu thuật nằm trên cột Morgagni, là vùng không có các tiếp nhận cảm giác, do đó khi phẫu thuật vùng này có lợi điểm là không đau.

9. Chỉ định điều trị

Trĩ có thể là bệnh, có thể là triệu chứng của một bệnh khác. Chỉ được phẫu thuật khi là trĩ bệnh. Một sai lầm thường mắc phải là cắt trĩ cho một bệnh nhân bị ung thư trực tràng. Có thể trĩ là triệu chứng của ung thư trực tràng, có thể là ung thư trực tràng xuất hiện trên một bệnh nhân có trĩ đã lâu. Vì vậy, trước khi mổ phải khẳng định không có các thương tổn thực thể khác ở vùng hậu môn trực tràng.

Trĩ có thể điều trị khỏi bằng nội khoa hay các phương pháp vật lý. Vì vậy, phẫu thuật chỉ nên được xem là phương sách cuối cùng khi các phương pháp kể trên không hiệu quả, bởi vì phẫu thuật can thiệp vào giải phẫu học và sinh lý học bình thường, có thể kèm theo các di chứng nặng nề khó sửa chữa.

Chỉ định mổ áp dụng cho trĩ nội độ 3, độ 4, trĩ có huyết khối, trĩ vòng sa và trĩ xuất huyết trầm trọng.

10. Giáo dục sức khỏe

- Giữ vệ sinh sạch sẽ vùng hậu môn và vùng tầng sinh môn.

- Ăn uống bình thường, hạn chế ăn các chất gia vị như: hạt tiêu, ớt... Ăn nhiều chất xơ: rau xanh, ngũ cốc, hoa quả...

- Uống nhiều nước mỗi ngày (trừ thức uống có cồn): khoảng 2 lít mỗi ngày.

- Ngâm hậu môn hàng ngày.

- Khuyến người bệnh và người thân không nên để táo bón, tập đi đại tiện đúng giờ. Tránh dùng các thuốc nhuận tràng, vì các thuốc nhuận tràng có thể gây ra tiêu chảy làm trầm trọng thêm bệnh trĩ.

- Luyện tập thể dục thể thao nhẹ nhàng, đều đặn.

- Giải thích cho nhân dân khi có triệu chứng đại tiện ra máu, cần khám bệnh ngay để có thể phát hiện sớm các trường hợp ung thư trực tràng.

- Đến khám định kỳ theo hẹn của thầy thuốc.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Đại cương

Trĩ là một bệnh mạn tính do tình trạng sa giãn tĩnh mạch hậu môn trực tràng không hồi phục. Tùy vị trí gốc búi trĩ về lâm sàng mà phân thành trĩ nội hay trĩ ngoại.

2. Nguyên nhân

- Đại tràng thấp nhiệt, hoặc thấp nhiệt kéo dài làm hư hao tân dịch gây táo bón thường xuyên, đại tiện rặn nhiều làm khí huyết dồn xuống giang môn gây nên hạ trĩ.

- Can khí sơ tiết không điều hòa, tuần hoàn khí huyết trở trệ, huyết ứ vùng giang môn mà sinh ra trĩ.

- Các bệnh nghề nghiệp do đứng lâu, ngồi lâu, mang vác nặng; người già, phụ nữ đẻ nhiều lần, có chữa làm cân mạch bị sa, giãn thành trĩ.

- Đặc biệt do ăn uống quá nhiều chất cao lương mỹ vị, các chất cay nóng, nhờn béo, thấp nhiệt dồn đọng hạ tiêu gây khí trệ.

3. Nguyên tắc phép chữa bệnh trĩ

Thanh nhiệt, nhuận táo, hoạt huyết, chỉ huyết, ích khí, thăng đề (Dùng thuốc uống trong để chống chảy máu, chống nhiễm trùng; làm nhỏ búi trĩ dùng thuốc bôi, thuốc đặt).

Các thủ thuật ngoại khoa để gây búi trĩ hoại tử, rụng và cắt các búi trĩ.

4. Điều trị cụ thể

Y học cổ truyền chia trĩ làm 3 thể chính:

4.1. Trĩ nội xuất huyết hay thể huyết ứ

- *Triệu chứng*: Đi ngoài ra máu tươi, đau, táo bón.

- *Pháp điều trị*: Lương huyết chỉ huyết, hoạt huyết, khứ ứ.

- *Bài thuốc:*

+ Bài 1: Đối pháp lập phương

Hòe hoa 16g, Kinh giới 16g, Sinh địa 12g, Cỏ nhọ nồi 16g, Huyền sâm 12g, Trắc bá diệp 16g. Sắc nước uống ngày 01 thang.

+ Bài 2: Hoạt huyết địa hoàng thang gia giảm

Sinh địa 20g, Đương quy 12g, Địa du 12g, Hòe hoa 12g, Hoàng cầm 12g, Kinh giới 12g, Xích thực 12g. Sắc nước uống ngày 01 thang (nếu bị táo bón thì thêm hạt vừng 12g, Đại hoàng 04g).

4.2. Trị ngoại bì bội nhiễm hay thể thấp nhiệt

- *Triệu chứng:* Vùng hậu môn sưng đỏ, đau, trĩ bị sưng to, đại tiện táo, nước tiểu đỏ.

- *Pháp điều trị:* Thanh nhiệt lợi thấp, hoạt huyết chỉ thống.

- *Bài thuốc:*

+ Bài 1: Hòe hoa tán gia vị

Hòe hoa 12g, Trắc bá diệp 12g, Kinh giới 16g, Chỉ xác 08g, Xích thực 06g, Kim ngân hoa 16g, Sinh địa 16g, Địa du 12g, Cam thảo 06g.

+ Bài 2: Chỉ thống thang gia giảm

Hoàng bá 12g, Hoàng liên 12g, Đào nhân 08g, Xích thực 12g, Đương quy 12g, Trạch tả 12g, Sinh địa 16g, Đại hoàng 06g.

4.3. Trị lâu ngày thiếu máu, trĩ ở người già, thể khí huyết đều hư

- *Triệu chứng:* Đại tiện ra máu lâu ngày, hoa mắt ù tai, sắc mặt trắng bợt, người mệt mỏi,

đoản hơi, tự ra mồ hôi, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch trầm tế.

- *Pháp điều trị*: Bổ khí huyết, thăng đề, chỉ huyết.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Tứ vật thang gia vị nếu huyết hư

Thực địa 12g, Đường quy 12g, Xuyên khung 06g, Bạch thược 12g, Địa du 12g, A giao 08g, Hoàng kỳ 12g, Cam thảo 06g.

+ Bài 2: Bổ trung ích khí thang gia giảm

Đảng sâm 16g, Hoàng kỳ 12g, Đường quy 12g, Bạch truật 12g, Cam thảo 06g, Sài hồ 12g, Trần bì 08g, Thăng ma 08g, Địa du sao đen 08g, Hòe hoa sao 16g, Kinh giới sao 12g.

* *Điều trị chung các thể bằng châm cứu* tại các huyệt: Bách hội, Tỳ du, Vị du, Cao hoàng, Cách du, Quan nguyên, Khí hải.

5. Phòng bệnh

- Điều chỉnh một chế độ ăn uống khoa học: tăng cường ăn nhiều chất xơ như trái cây, rau xanh... Không ăn các đồ ăn cay, nóng như ớt, tiêu và hạn chế uống các chất kích thích như bia, rượu, cà phê...

- Không nên ngồi hoặc đứng quá lâu, không nên nâng vật nặng vì trạng thái này sẽ làm tăng áp lực ổ bụng có thể làm bệnh trĩ tái phát.

- Nên điều trị triệt để các bệnh ho, hen suyễn. Hai chứng bệnh này kéo dài sẽ làm tăng áp lực

trong ổ bụng, xương chậu và tác động đến vùng niêm mạc trực tràng.

- Uống đầy đủ 2 lít nước mỗi ngày.

- Hãy vận động nhẹ nhàng thường xuyên để giảm bớt áp lực lên vùng trực tràng.

- Duy trì trọng lượng cơ thể khỏe mạnh để không gây áp lực lên các tĩnh mạch trực tràng.

- Nên tập thể dục với những bài tập nhẹ nhàng như: đi bộ, bơi lội,... giúp máu lưu thông tốt hơn.

- Tập thói quen đi đại tiện mỗi ngày một lần theo khung giờ cố định, không nên ngồi đại tiện quá lâu, nên sử dụng nước sạch vệ sinh sau mỗi lần đại tiện.

BỆNH RÒ HẬU MÔN

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Nguyễn Thế Thịnh

TS. Phạm Quốc Bình

BS. Lữ Đoàn Hoạt Mười

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH RÒ HẬU MÔN

1. Đại cương

Rò hậu môn là hình thái bệnh lý cấp tính hay mạn tính, có nguồn gốc do nhiễm khuẩn Hermann và tuyến Desfosses gây ra một ổ áp xe nằm trong khoang liên cơ thắt, có đường thông từ ổ mủ vào lòng ống hậu môn, đồng thời có một đường hoặc nhiều nhánh thường xuyên qua các cơ thắt mở ra ngoài da hình thành rò hậu môn. Thực chất rò hậu môn là giai đoạn tiếp theo của áp xe quanh hậu môn tự vỡ hoặc điều trị không triệt để.

Rò hậu môn diễn hình bao giờ cũng có 3 bộ phận chính: lỗ trong (lỗ nguyên thủy); đường rò; lỗ ngoài (lỗ thứ phát).

Bệnh gặp ở cả nam và nữ, thường ở độ tuổi trung niên, là một trong những bệnh hay gặp ở vùng hậu môn. Rò hậu môn đứng hàng thứ tư trong

cơ cấu bệnh hậu môn - trực tràng, tuy không gây nguy hiểm chết người nhưng gây rất nhiều phiền toái trong cuộc sống làm ảnh hưởng đến năng suất lao động và chất lượng sống của con người.

2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Rò hậu môn bao giờ cũng bắt nguồn từ các áp xe hậu môn - trực tràng không được điều trị hay điều trị không đúng lúc hoặc không đúng kỹ thuật. Trong đó, ổ mủ do nhiễm khuẩn đường ruột là chủ yếu, chiếm 90%; do lao chiếm 9%, do lậu, giang mai ít gặp hơn.

3. Triệu chứng

- Thường thấy sau một thời gian ổ áp xe quanh hậu môn tự vỡ, vết thương tự liền lại được nhưng để lại một lỗ đóng vẩy khô thỉnh thoảng chảy mủ hoặc dịch vàng hôi, tái đi tái lại nhiều lần.

- Đôi khi thấy ngứa hay xì hơi qua lỗ rò.

- Thăm khám thấy tại chỗ cứng chắc, ấn vào đau, khám hậu môn có thể thấy lỗ rò trong.

4. Các loại rò hậu môn

Có nhiều cách phân loại:

- Rò hoàn toàn và rò không hoàn toàn:

+ Rò hoàn toàn: Lỗ trong và ngoài thông với nhau.

+ Rò không hoàn toàn: Đường rò chỉ có 1 lỗ hay còn gọi là rò chột.

- Rò phức tạp và rò đơn giản:
- + Rò phức tạp: Đường rò ngoằn ngoèo nhiều góc ngách, nhiều lỗ thông ra ngoài da còn gọi là rò móng ngựa.
- + Rò đơn giản: Đường rò thẳng ít góc ngách.
- Rò trong cơ thắt, rò qua cơ thắt, rò ngoài cơ thắt:
- + Rò trong cơ thắt: Là loại rò nông, là hậu quả của áp xe dưới da cạnh hậu môn, loại này điều trị thường cho kết quả tốt, ít tái phát.
- + Rò qua cơ thắt: Đường rò đi qua cơ thắt và là hậu quả của áp xe vùng hố ngồi trực tràng.
- + Rò ngoài cơ thắt: Là hậu quả của áp xe vùng chậu hông trực tràng.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư hậu môn trực tràng.
- Mụn nhọt nông xung quanh hậu môn, chàm hóa vùng hậu môn.

6. Nguyên tắc điều trị

Rò hậu môn là phải phẫu thuật, muốn phẫu thuật khỏi và không tái phát phải đảm bảo các yêu cầu sau:

- Phải tìm được lỗ rò trong.
- Phải lấy hết tổ chức xơ, phá hết các góc ngách.
- Không được làm tổn thương cơ thắt vì sẽ gây đại tiện không tự chủ.
- Chọn phương pháp mổ phù hợp.
- Chăm sóc sau mổ phải đảm bảo liền từ trong liền ra, từ dưới liền lên.

7. Giáo dục sức khỏe

- Bệnh nhân nên có chế độ ăn để tránh táo bón và có thể uống thêm thuốc nhuận tràng để dễ dàng tiêu hóa, khi đi đại tiện không phải rặn nhiều, nếu không bệnh nhân sẽ cảm thấy rất đau và chảy máu.

- Sau khi tiểu phẫu thì cần phải ăn thức ăn nhạt. Trong thời gian nghỉ ngơi sau tiểu phẫu rò hậu môn, người bệnh cần phải ăn nhiều thực phẩm giàu protein. Người bệnh nên uống nhiều nước, ăn nhiều hoa quả và rau tươi. Không được ăn gia vị cay, thức ăn gây nóng trong, đặc biệt là ớt và rượu và các thực phẩm giàu chất béo, nhiều dầu mỡ. Nên hạn chế ăn thịt bò, thịt cừu và hải sản, đồng thời cần chú ý vệ sinh sạch sẽ hậu môn và đi ngoài phân mềm để vết thương có thể khỏi hoàn toàn. Quan trọng là cần điều chỉnh chức năng đường ruột, người bệnh nên ăn nhiều thực phẩm giàu vitamin như rau xanh, ngũ cốc, thực phẩm giàu chất xơ để tăng cường sự điều phối của nhu động ruột, thúc đẩy sự chuyển động co thắt của thành ruột, điều chỉnh lại hệ vi sinh đường ruột, cải thiện tình trạng rối loạn chức năng đường ruột, giảm chứng táo bón và bảo vệ vai trò của đường ruột.

- Vệ sinh tại chỗ bằng cách ngâm hậu môn trong nước ấm có pha thuốc sát trùng nhiều lần trong ngày, nhất là sau khi đi đại tiện.

- Cần có điều dưỡng chăm sóc vết mổ, thay băng hàng ngày, có thể thực hiện tại nhà. Vết mổ rò rỉ hậu môn thường nhỏ, nhưng ở vị trí dễ nhiễm bẩn nên cần phải vệ sinh vết mổ thường xuyên. Nếu không phải người có kinh nghiệm như y tá, điều dưỡng... mà chỉ là người thân rửa vết mổ có thể sơ suất gây đau đớn cho bệnh nhân, ảnh hưởng tới vết mổ.

- Vết mổ trung bình sẽ lành sau 2-6 tuần. Nếu có cột thun cơ thắt, thường dây thun sẽ tự rút ra sau 2 tuần và vết mổ sẽ lành dần từ trong ra ngoài.

- Đại tiện không tự chủ (són phân) do tổn thương cơ thắt và hẹp hậu môn là các biến chứng nặng cần phải xử trí lại.

- Đến khám định kỳ theo hẹn của thầy thuốc.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Bệnh danh: *Giang lậu*

Việc nghiên cứu điều trị rò hậu môn đã được y học cổ truyền quan tâm từ rất sớm, cho đến nay nhiều bài thuốc, nhiều thủ thuật chữa trị vẫn còn nguyên giá trị của nó trên nguyên lý điều trị toàn diện.

2. Nguyên nhân bệnh và cơ chế bệnh sinh

Sau khi nhọt ở hậu môn vỡ, dư độc chưa hết, ngăn kết không tan, khí huyết ứ trệ không thông, hoặc do tỳ phế đều hư, thấp nhiệt uất kết ở đại trường.

Hoặc do phong, thấp, táo, nhiệt tú tà tương hợp kết tụ thành độc, phát thành sang lậu. Dựa vào nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh mà chia thành 2 thể: thực chứng và hư chứng.

3. Chứng trạng

3.1. Chảy mủ:

- Thực chứng: Mủ vàng, đặc, nhiều, nặng mùi, phần lớn do thấp nhiệt uất trệ, nhiệt thịnh nung nấu gây thối rữa cơ nhục thành mủ.

- Hư chứng: Mủ ít, chất loãng hoặc mủ vón trắng chủ yếu do khí huyết hư, thấp nhiệt hạ trứ.

3.2. Đau sưng:

- Thực chứng: Đau dữ dội, cục bộ sưng nóng đỏ, chảy mủ đặc, vàng tăng lên kèm theo có sốt cao (dương chứng).

- Hư chứng: Đau nhẹ kéo dài, có khi không đau, ấn đau tăng; cục bộ sưng không rõ rệt, chảy mủ ít, loãng kèm theo người gầy, ăn kém.

3.3. Ngứa:

Do dịch mủ thường xuyên đùn ra kích thích gây ẩm ướt, ngứa khó chịu, có khi gây lở loét, chàm hóa dày cộp, đổi màu, lở ngoài xơ dầy.

3.4. Thăm hậu môn bằng tay để xác định lỗ trong và đường rò, thường có trạng thái “thùng - cứng” từ trong ra, ấn có mủ ở lỗ ngoài, thường không đau.

4. Phân loại và điều trị

4.1. Thể thấp nhiệt

- *Triệu chứng*: Thường gặp ở bệnh mới mắc hoặc thời kỳ tái phát: sưng, nóng, đỏ, đau kịch liệt, chảy mủ vàng, đặc, hôi; toàn thân sốt cao, khát, người nặng nề, táo bón, tiểu tiện vàng đỏ.

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt lợi thấp.

- *Bài thuốc*: Tỳ giải thẩm thấp thang (Thành phương thiết yếu) gia giảm.

Tỳ giải 12g, Hoàng bá 10g, Xích linh 12g, Trạch tả 10g, Ý dĩ 20g, Xích thực 10g, Xa tiền thảo 30g, Đan bì 10g.

Ý nghĩa bài thuốc:

Tỳ giải, Hoàng bá cùng dùng thanh nhiệt lợi thấp; Xích linh, Trạch tả, Ý dĩ, Xa tiền thảo lợi thủy thẩm thấp; Xích thực, Đan bì giúp thanh nhiệt lương huyết.

4.2. Thể khí huyết đều hư

- *Triệu chứng*: Bệnh diễn biến mạn tính, tại chỗ sưng không rõ ràng, đau ít, mủ ra ít, loãng, không hôi. Toàn thân gầy sút, ăn ngủ kém, da xám, lưỡi nhạt, rêu ít. Mạch trầm nhược.

- *Bài thuốc*: Bát trân thang (Chính thể loại yếu) gia giảm.

Đẳng sâm 20g, Bạch truật 10g, Phục linh 10g, Chích cam thảo 10g, Đường quy 12g, Thục địa 12g, Xích thực 10g, Xuyên khung 10g, Hoàng bá 10g, Hổ trưong 30g.

Ý nghĩa bài thuốc:

Trong bài thuốc: Sâm, Truật, Linh, Thảo bổ tỳ ích khí; Quy, Thược, Thục địa tư dưỡng can thận; Xuyên khung vào huyết phận để lý khí ở trong huyết; Hoàng bá, Hồ trượng thanh lợi thấp nhiệt.

5. Phòng bệnh

- Vệ sinh, giữ gìn sạch vùng hậu môn, tránh phát sinh nhiễm khuẩn xung quanh hậu môn, tập thói quen đại tiện, tránh táo bón, kiêng thức ăn cay, nóng.

- Điều trị tích cực bệnh nứt kẽ hậu môn.

- Khi bị áp xe vùng hậu môn cần được khám và điều trị tích cực tại các cơ sở y tế chuyên khoa để tránh hình thành rò hậu môn.

BỆNH ĐỘNG MẠCH NGOẠI VI MẠN TÍNH (THOÁT THU)

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Nguyễn Thế Thịnh

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

TS. BS. Phạm Quốc Bình

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH THOÁT THU

1. Đại cương

Bệnh động mạch ngoại vi mạn tính còn gọi là chứng đau cách hồi - chứng đau do thiếu máu cơ lặp lại, là một trong những triệu chứng thường gặp nhất của bệnh lý mạch máu ngoại biên do xơ vữa. Đau cách hồi thường gặp khi gắng sức và giảm khi nghỉ ngơi. Bệnh có thể gặp ở những mạch máu sâu, động mạch nhỏ, các động mạch bất thường và các động mạch nuôi tạng như: động mạch mạc treo tràng trên, động mạch mạc treo tràng dưới... nhưng thường gặp nhất ở các động mạch chi dưới nên bệnh cũng được gọi là bệnh động mạch chi dưới mạn tính.

Giải phẫu bệnh: Biểu hiện tổn thương chủ yếu của bệnh là các mảng xơ vữa, huyết khối và vôi hóa thành động mạch gây hẹp tắc.

2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh động mạch ngoại vi mạn tính

Có thể chia làm ba nhóm yếu tố nguy cơ có liên quan sau đây:

2.1. Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

- Tăng huyết áp: Do thành mạch luôn phải chịu một áp lực lớn, lâu ngày gây xơ cứng động mạch.

- Tăng lipid máu: Do béo bệu, thói quen ăn nhiều mỡ... làm tăng lắng đọng lipid vào thành mạch, sau nhiều năm dần dần sẽ làm hẹp lòng động mạch.

- Nghiện thuốc lá, thuốc lào: Trong khói thuốc có các thành phần gây nhiễm độc thần kinh, tăng oxitcacbon, kích thích thần kinh giao cảm, tăng di trú các tế bào cơ trơn từ trung mạc vào lớp nội mạc làm thành động mạch dày dần lên.

- Vận động ít: Vận động thường xuyên sẽ làm cải thiện các cơ đau cách hồi và các biến đổi về huyết động học. Ngoài ra, việc vận động còn làm tăng tình trạng thích nghi của hoạt động chuyển hóa trong các tế bào với tình trạng gắng sức.

2.2. Các yếu tố nguy cơ chỉ có thể thay đổi được một phần

- Đái tháo đường: Bệnh nhân đái tháo đường thường bị xơ vữa động mạch. Các mạch máu bị hẹp hoặc tắc sẽ làm giảm lượng máu đến các cơ quan trong cơ thể dẫn đến tắc mạch, trong đó có

động mạch chi dưới. Tắc động mạch chi dưới thường phối hợp với tổn thương thần kinh và nhiễm trùng gây ra bệnh lý bàn chân.

- Bệnh Gút: Do sự lắng đọng tinh thể muối urate natri trong cơ thể. Những tinh thể này gây tổn thương tổ chức tại những nơi nó lắng đọng.

- Tăng Homocysteine: Homocysteine tăng rất cao trong nước tiểu và trong máu ở những bệnh nhân thiếu hụt trầm trọng về mặt di truyền cystathionine beta-synthase. Các bệnh nhân này được xác định có các động mạch bị xơ cứng sớm và huyết khối tắc mạch do sự gia tăng nhanh cơ trơn, tiến triển của hẹp động mạch cảnh, và sự biến đổi cầm máu.

- Tình trạng dễ bị stress: Làm tăng bài tiết các catecholamine dẫn đến sự co mạch.

2.3. Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được

- Giới: 90% bệnh nhân bị bệnh động mạch ngoại vi mạn tính là nam giới.

- Tuổi cao.

- Tiền sử gia đình có nhiều người mắc các bệnh lý mạch máu (ở tim, não, tăng huyết áp...).

3. Sinh bệnh học

Bệnh xảy ra do hẹp hoặc tắc một hoặc nhiều nhánh động mạch, dẫn đến một hoặc nhiều nơi bị thiếu máu các mô tương ứng, từ đó dẫn đến giảm

áp lực ngoại biên chi phối các nhóm cơ và tổ chức vận động.

Ở người bình thường, vận tốc dòng máu đến các nhóm cơ đầu chi khi nghỉ khoảng 300-400 mm/phút. Khi gắng sức, dòng máu có thể tăng vận tốc lên gấp 10 lần do tăng cung lượng tim và sự giãn mạch bù trừ ở mô. Khi chấm dứt gắng sức, vận tốc dòng máu lại trở về bình thường sau vài phút.

Ở người mắc bệnh động mạch ngoại vi mạn tính, dòng máu khi nghỉ tương tự như người khỏe mạnh. Tuy nhiên, trong suốt quá trình gắng sức, vận tốc tưới máu không thể đạt được tốc độ tối đa do hẹp động mạch gần. Nhu cầu chuyển hóa mô vượt quá khả năng cấp máu sẽ sinh ra đau cách hồi. Cùng với đó, thời gian phục hồi về trạng thái như trước khi gắng sức cũng đòi hỏi kéo dài nhiều hơn.

Ở chi bị xơ vữa, mỗi một đoạn bị hẹp làm giảm áp lực động mạch phía xa. Do vậy, khi nghỉ huyết áp động mạch ở mắt cá chân thấp hơn so với người bình thường. Hoạt động thể lực làm chênh lệch huyết áp đáng kể hơn và huyết áp xa giảm rõ rệt.

4. Tiên lượng

Bệnh tiên lượng nặng, tiến triển có tính chất chu kỳ. Tuổi thọ bệnh nhân mắc bệnh động mạch ngoại vi mạn tính thấp hơn người bình thường. Dự báo tỷ lệ tử vong của bệnh nhân đau cách hồi sau 5, 10, 15 năm là 30%, 50%, 70%.

5. Lâm sàng và cận lâm sàng

5.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau cách hồi: Là cảm giác đau rút cơ, đau xuất hiện nhiều lần ở cùng một nhóm cơ, xuất hiện khi gắng sức, sau khi đi một quãng đường nhất định, giảm và hết đau khi dừng lại nghỉ từ 2-5 phút, và tái xuất hiện trở lại với một mức gắng sức có thể giảm dần, ở cùng một khoảng cách đi. Thường gặp đau cách hồi ở vùng bắp chân.

- Đau liên tục, kéo dài, dai dẳng, các phương pháp điều trị thông thường không kết quả.

- Tê chân thường xuất hiện ở một tư thế nhất định, hay gặp nhất là khi nằm. Kèm theo cảm giác lạnh bàn chân do thiếu máu ở các đầu dây thần kinh ngoại vi.

- Triệu chứng của các yếu tố nguy cơ: Yếu tố nguy cơ có liên quan đến bệnh động mạch ngoại vi mạn tính bao gồm xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, tăng lipid máu, đái tháo đường... nên ngoài các triệu chứng trên còn có triệu chứng của các yếu tố nguy cơ.

5.2. Triệu chứng thực thể

5.2.1. Khám mạch và đo huyết áp

- Bắt động mạch chi dưới, so sánh cả hai bên. Vẽ sơ đồ mạch chi dưới, đánh dấu vị trí động mạch đập: (+): sờ động mạch đập rõ; (±): sờ động mạch đập yếu; (-): mất mạch.

- Nghe dọc đường đi động mạch chủ bụng, động mạch đùi, động mạch trong ống Hunter, hõm khoeo. Tìm tiếng thổi ở các vị trí động mạch cảnh, động mạch thận.

- Chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay ABI (Ankle Brachial Index): Là tỷ số huyết áp tâm thu đo được giữa cổ chân và cánh tay.

Cách đo huyết áp tâm thu ở cổ chân: (1) Quấn băng huyết áp quanh mắt cá chân; (2) Đặt đầu dò Doppler ở vị trí động mạch chày sau (sau mắt cá trong), hoặc động mạch mu chân (giữa khe ngón 1 và ngón 2 bàn chân, cách lần chỉ cổ chân 2 thốn); (3) Bơm căng máy huyết áp tới khi mất mạch rồi xả dần dần. Tiếng đập tâm thu ở động mạch cổ chân là trị số huyết áp đo được.

Giá trị ý nghĩa của ABI:

> 1,3: Động mạch cứng, vôi hóa (ở bệnh nhân đái tháo đường, suy thận mạn...).

0,9-1,3: Bình thường.

0,75-0,9: Bệnh động mạch chi dưới mức độ nhẹ (không triệu chứng - giai đoạn I).

0,4-0,75: Bệnh động mạch chi dưới mức độ vừa (đau cách hồi - giai đoạn II).

< 0,4: Bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng (giai đoạn III - IV).

5.2.2. Dấu hiệu rối loạn dinh dưỡng

Rối loạn dinh dưỡng là dấu hiệu rất đặc trưng và là hậu quả của việc thiếu máu nuôi dưỡng chi do tắc động mạch, được chia làm hai mức độ:

- Mức độ nhẹ:
 - + Da khô, tróc vảy, rụng lông.
 - + Da lạnh, xanh.
 - + Móng tay chân bị teo rút, biến dạng diện móng, móng khô, còi cọc, chậm phát triển.
- Rối loạn dinh dưỡng nặng: Cơ bị teo, chậm hay không lành các vết thương ở chi, loét đầu chi, hoại tử đầu chi khu trú hay lan rộng.

5.2.3. Hoại tử

Xuất hiện khi đau các ngón chân trở nên thường xuyên và không thể chịu nổi, bệnh nhân luôn phải ngồi, hai tay giữ lấy bàn chân bị bệnh.

Các vết loét xuất hiện và phủ một lớp bẩn, đáy có tổ chức hoại tử. Có hiện tượng phù và tím hoặc đen da ngón chân, bàn chân do hoại tử.

Sờ thấy ngón chân, bàn chân, cẳng chân... lạnh cứng.

5.2.4. Toàn thân

Toàn thân suy sụp, người xanh, gầy, có thể sốt nhẹ 37°5-38°. Một số trường hợp sức đề kháng kém có thể bị nhiễm trùng, hoại tử khô biến thành hoại tử ướt.

5.3. Phân loại giai đoạn bệnh

Phân loại bệnh động mạch ngoại vi mạn tính của Lerich và Fontaine:

- Giai đoạn I: Không có triệu chứng, không có tổn thương tắc nghẽn đáng kể về mặt huyết động học.

- Giai đoạn II: Đau cách hồi nhẹ và không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày. Hoặc đau cách hồi nặng gây cản trở đến sinh hoạt hàng ngày.

- Giai đoạn III: Đau ngay cả khi nằm nghỉ ngơi.

- Giai đoạn IV: Hoại tử từng phần chi, loét chi do thiếu máu cục bộ tại chỗ và thiếu máu cục bộ lan tỏa ở xa. Hoại tử lan rộng quá bàn chân.

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, chỉ số ABI, siêu âm Doppler và chụp mạch số hóa xóa nền, trong đó chụp mạch là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán.

Tuy nhiên, trong một số điều kiện ở Việt Nam, để chẩn đoán xác định có thể dựa vào các tiêu chuẩn sau: Triệu chứng cơ năng; Thực thể; Chỉ số ABI; Siêu âm Doppler.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- *Hội chứng Raynaud*: Gặp nhiều ở nữ và ở chi trên. Là một bệnh do rối loạn dinh dưỡng thần kinh có kèm theo hiện tượng co thắt mạch máu ở đầu các chi, bệnh thường phát triển đối xứng ở cả hai bên.

Triệu chứng: Khi chạm tay vào nước lạnh hoặc gặp gió lạnh, các mao mạch co thắt làm da tím tái. Sau đó đến pha xung huyết thứ phát mao mạch giãn rộng, da đỏ mọng, ứ máu kéo dài và đau.

Bệnh có thể khỏi sau một thời gian, xong có khi kéo dài và nặng dần lên gây rối loạn dinh dưỡng, ngón tay teo nhỏ, móng tay giòn, mỏng, nhiều trường hợp gây hoại tử.

- *Viêm tắc tĩnh mạch*: Bao gồm viêm thành tĩnh mạch và huyết khối tĩnh mạch, tùy theo tổn thương sẽ làm trở ngại chức năng tuần hoàn tĩnh mạch với các triệu chứng sau:

+ Đau có những tính chất sau: Cảm giác kiến bò, cảm giác nặng chi cho đến mức đau dữ dội ở bắp chân. Có khi đau kịch phát, ấn vào gót chân, cẳng chân hoặc đập mạnh vào các ngón chân làm người bệnh rất đau.

Đau lan thông thường theo hướng tĩnh mạch (tĩnh mạch hiển, tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch khoeo), cũng có khi chỉ khu trú ở một đoạn chi.

+ Phù chi: Do rối loạn thần kinh vận mạch và tắc tĩnh mạch.

+ Cảm giác nặng chi dưới khi có giãn tĩnh mạch. Có khi biến chứng loét chỗ tĩnh mạch giãn hoặc viêm tĩnh mạch.

- *Bệnh lý thần kinh tủy sống*: Đau thường vào buổi sáng, nghỉ ngơi không đỡ đau. Đau giảm khi cúi đầu về phía trước, tỳ vào bề mặt rắn hoặc khi ngồi dậy.

- *Hội chứng “bẫy” mạch khoeo*: Thường quan sát thấy ở thanh niên ưa hoạt động. Nguyên nhân là do bất thường nguyên ủy của cơ sinh đôi cẳng chân, gây chèn ép động mạch khoeo. Khi hoạt

động thể lực, có thể mất mạch chày sau nếu như gối duỗi tối đa. Đi bộ làm đau tăng nhưng chạy thì không do khi chạy gối không duỗi nhiều như khi đi bộ.

7. Điều trị

Chủ yếu điều trị triệu chứng, không có phương pháp điều trị đặc hiệu, điều trị theo các nhóm yếu tố nguy cơ.

7.1. Mục tiêu điều trị

- Dự phòng các biến cố tim mạch và tai biến mạch máu do tắc.
- Làm chậm tiến triển và ổn định tình trạng bệnh.
- Cải thiện triệu chứng cơ năng để nâng cao chất lượng cuộc sống.

7.2. Các phương pháp điều trị

7.2.1. Điều trị nội khoa

- Là phương pháp chủ yếu trong điều trị bệnh động mạch ngoại vi mạn tính.
- Điều trị không dùng thuốc: gồm chế độ ăn uống, sinh hoạt hợp lý và vận động liệu pháp kết hợp chăm sóc vết thương.
- Không cần thiết phải sử dụng kháng sinh tại chỗ khi không có bội nhiễm.
- Điều trị yếu tố nguy cơ như kiểm soát đường máu, mỡ máu, huyết áp...

- Sử dụng các thuốc dự phòng các biến cố tim mạch và tai biến mạch máu do tắc: Aspirin, Clopidogrel bisulfate (Plavix), Enoxaparin (Lovenox), Cilostazol, Buflomedil, Pentoxifylline (Trental).

- Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau khi nghỉ, các loại thuốc giảm đau có thể được chỉ định.

7.2.2. Điều trị tái lập tuần hoàn mạch máu

- Chỉ định:

- + Điều trị nội khoa tối ưu mà vẫn tồn tại triệu chứng nặng hoặc những đối tượng khó thay đổi yếu tố nguy cơ.

- + Đau cả khi nghỉ ngơi.

- + Loét không lành.

- + Hoại tử.

- Các phương pháp bao gồm: Nong tạo hình lòng mạch qua da (PTA -Percutaneous Transluminal Angioplasty), đặt giá đỡ nội mạch (stent) và cắt cụt chi.

8. Giáo dục sức khỏe

- Nam giới có hút thuốc lá: Bỏ thuốc lá là chỉ định bắt buộc.

- Điều trị tăng huyết áp nếu có: Chú ý là chẹn beta giao cảm chỉ chống chỉ định trong trường hợp bệnh ở giai đoạn III, IV (theo phân loại Leriche - Fontain).

- Điều trị đái tháo đường nếu có, kiểm soát tốt đường huyết.

- Điều trị rối loạn lipid máu nếu có.

- Dự phòng biến chứng loét và các tổn thương do chấn thương hay lạnh: sử dụng tất chân; điều trị sớm và tích cực các tổn thương, phòng tránh nhiễm khuẩn; tránh môi trường lạnh; tránh dùng thuốc co mạch.

- Luyện tập thể dục thể thao như đi bộ, bơi lội. Khuyến khích đi bộ 2-3km/ngày, tối thiểu 30 phút/ngày nhằm tăng hoạt động của cơ (tăng tưới máu), tăng khả năng tạo thành các mạch máu bàng hệ.

- Ăn uống theo chế độ hợp lý: Hạn chế các chất béo nhiều dầu mỡ, hạn chế các chất kích thích như bia rượu, cà phê, trà..., nên ăn nhiều rau quả xanh để cung cấp chất xơ cho cơ thể và các sản phẩm từ ngũ cốc, trái cây, sản phẩm từ sữa; dùng dầu thực vật thay mỡ động vật...; hạn chế ăn muối, các nước chấm mặn, các thực phẩm giàu natri như tôm khô, trứng vịt muối, chanh muối, thịt chà bông...

- Phần chi bị tắc động mạch cần được chăm sóc cẩn thận. Giữ cho bàn chân luôn sạch. Đi đứng cẩn thận để chi không bị trầy xước hay chấn thương. Quan sát bàn chân thường xuyên để phát hiện và điều trị sớm các vết xước. Đặt những miếng cotton mềm giữa các kẽ ngón để hút ẩm và làm cho các ngón không cọ xát vào nhau. Mang tất mềm có tính chất hút ẩm tốt. Không mang tất bó vì sẽ làm tăng thêm tình trạng thiếu máu chi. Giày phải chọn loại có kích cỡ phù hợp và có da mềm để không làm sang chấn và gây thiếu máu

bàn chân. Khi chi có biểu hiện thiếu máu, thông chi xuống để tăng cường sự tưới máu. Giường nằm nên được thiết kế đặc biệt để phần chân ở thấp hơn mức tim.

- Sống trong môi trường ấm áp sẽ có lợi cho bệnh tắc động mạch hơn.

- Các vết loét nên được giữ khô. Che vết loét bằng các loại chất liệu khô và không dính. Không cần thiết phải sử dụng kháng sinh tại chỗ. Nếu bệnh nhân có triệu chứng đau khi nghỉ, các loại thuốc giảm đau có thể được chỉ định.

- Tuân thủ điều trị theo phác đồ, tái khám định kỳ theo lịch hẹn.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Đại cương

Y học cổ truyền mô tả chứng bệnh này trong chứng thoát thư, thoát thống, thoát cốt thư...

Nguyên nhân của bệnh là do thận khí hư tổn, khí huyết suy kém, gặp lạnh thấp lâu ngày, ăn nhiều chất béo ngọt, uống nhiều rượu... mà sinh ra hiện tượng khí trệ huyết ú, kinh mạch dần bế tắc không nuôi dưỡng được tứ chi gây đau và hoại tử.

2. Các thể lâm sàng

Ngoài các chứng trạng như đã mô tả ở mục 5.1 của bài này, tùy từng trạng thái cơ thể hàn hay nhiệt, hư hay thực có thể phân các thể lâm sàng sau:

2.1. Thận hư hàn thấp, ú huyết (dương hư hàn động)

- *Triệu chứng*: Sắc mặt xanh, người mệt mỏi, thích ấm, sợ lạnh, đầu chi tê lạnh, đau, da trắng xanh, thường bị chuột rút, đại tiện lỏng, chất lưỡi đậm nhạt, mạch trầm trì vô lực. Dần dần xuất hiện đau cách hồi ở một vị trí cố định của chi, về sau đau liên miên, đêm đau nhiều hơn, màu da ở chi đau xanh nhợt lạnh, đầu chi khô. Chất lưỡi nhạt hoặc tím có điểm ú huyết.

- *Pháp điều trị*: Ôn thận hóa thấp, thông ú hoạt huyết.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Độc hoạt tang ký sinh gia giảm

Độc hoạt 12g, Tang ký sinh 12g, Sinh địa 12g, Bạch truật 12g, Dương quy 16g, Đảng sâm 12g, Bạch linh 12g, Xuyên khung 08g, Bạch thược 12g, Tế tân 08g, Tần giao 12g, Quế chi 16g, Cam thảo 08g, Đỗ trọng 12g, Đại táo 03 quả.

+ Bài 2: Đào hồng tứ vật thang gia giảm

Thục địa 16g, Dương quy 16g, Bạch thược 12g, Xuyên khung 08g, Đào nhân 10g, Hồng hoa 10g.

+ Bài 3: Bài thuốc ngâm, rửa: Quế chi 08g, Đào nhân 12g, Kê huyết đằng 12g, Tam lăng 12g.

2.2. Đàm thấp, huyết ú

- *Triệu chứng*: Chi màu đỏ tím, sờ động mạch căng, cơn đau cách hồi hoặc đau liên tục, mình mảy

nặng nề, chân nặng không có sức, hoa mắt chóng mặt, ngực đầy, khát không muốn ăn uống, rìa lưỡi bệu có vết ứ huyết, rêu trắng nhớt hoặc vàng nhớt, mạch hoạt.

- *Pháp điều trị*: Hóa đàm trừ thấp, hoạt huyết thông lạc.

- *Bài thuốc*: Nhị trần thang hợp huyết phủ trục ứ thang

Bán hạ 8-12g, Trần bì 8-12g, Phục linh 12g, Xuyên khung 12g, Đan sâm 12g, Xích thược 12g, Ngưu tất 16g, Đương quy 16g, Hồng hoa 08g, Sinh địa 10g, Đào nhân 08g, Uất kim 08g, Cam thảo 06g.

2.3. Nhiệt độc, huyết ứ

Tương ứng với bệnh động mạch ngoại vi mạn tính giai đoạn hoại thư có bội nhiễm.

- *Triệu chứng*: Chi bị hoại tử, sưng nề, đỏ tím, chảy dịch, có khi hôi thối, đau liên miên vùng chi bệnh, có thể có sốt, phiền táo, ăn ngủ kém, tinh thần mê muội, chất lưỡi tía hoặc bóng đỏ, không rêu, mạch huyền tế sác.

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt giải độc, ích khí dưỡng âm, hoạt huyết thông lạc.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Ngân hoa 40g, Bồ công anh 40g, Hoàng bá 12g, Đan sâm 16g, Ý dĩ 16g, Huyền sâm 16g, Sinh địa 16g, Thạch斛 16g...

+ Bài 2: Tứ diệu dưỡng an thang gia vị

Huyền sâm 120g, Đường quy 80g, Kim ngân hoa 120g, Cam thảo 40g. Cách dùng: Ngày dùng 1 thang, sắc nước chia 3-4 lần uống. Công dụng: Thanh nhiệt giải độc, hoạt huyết, tư âm.

+ Bài 3: Thuốc ngâm rửa như mục 2.1.

2.4. Khí huyết đều hư

- *Triệu chứng*: Vết thương lở loét lâu ngày không khỏi, chảy mủ, nước, chân răng màu xám tro, đau nhức, da khô, cơ nhục gầy teo, chân tay không có sức, tinh thần mỏi mệt, diện mạo tiêu tụy, tim hồi hộp, mất ngủ, chất lưỡi đỏ nhạt, rêu lưỡi trắng nhạt, mạch trầm tế vô lực.

- *Pháp điều trị*: Bổ ích khí huyết, hoạt huyết.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Bát trân thang gia giảm

Đường quy (tẩm rượu) 12g, Bạch thược 12g, Bạch linh 12g, Xuyên khung 6-8g, Đại táo 2 quả, Đảng sâm 12g, Bạch truật (sao) 12g, Thục địa 12g, Chích thảo 2-4g, Sinh khương 2-3 lát. Cách dùng: sắc nước uống.

+ Bài 2: Thập toàn đại bổ gia vị

Đường quy (tẩm rượu) 12g, Bạch thược 12g, Bạch linh 12g, Xuyên khung 6-8g, Đại táo 2 quả, Đảng sâm 12g, Bạch truật (sao) 12g, Thục địa 12g, Chích thảo 2-4g, Hoàng kỳ 16g, Nhục quế 8-10g.

2.5. Thuốc dùng ngoài

- Thuốc rửa: Sinh khương 120g, Cam thảo 60g. Sắc lấy nước ngâm ngày 2 lần, mỗi lần 15 đến 30 phút.

- Cao sinh cơ: Duyên đơn 2,5g, Long não 2,5g, H_2CO_3 30 ml. Tất cả chế thành dạng thuốc nước bôi ngoài. Bài thuốc có độc nên diện tích bôi hẹp; nên bôi nhiều lần, mỗi lần không quá một ngón chân, khi đỡ mới bôi sang ngón chân khác.

- Cao đởm thêm: Trư đởm (mật lợn) 10 cái, bột Hoàng bá 08g, Thanh đại 08g, Mật ong 08g, Khinh phấn 02g, Thiêm tô 02g. Tất cả tán bột. Riêng mật lợn chỉ lấy 1/2 lượng dịch (chỉ lấy 1/2 dịch trong túi mật), cho 1/3 bột này vào trộn đều, sau đó bột còn lại cho mật ong vừa đủ để bôi ngày một lần.

2.6. Chăm cứu

Chăm và cứu các huyết tại chỗ và toàn thân.

3. Phòng bệnh

- Không hút thuốc lá.

- Sống trong môi trường ẩm áp, giữ ẩm cơ thể khi trời lạnh.

- Có chế độ ăn uống hợp lý: Hạn chế các chất béo, không nên uống bia rượu và các chất kích thích như cà phê, trà..., nên ăn nhiều chất xơ và giàu vitamin như rau xanh, củ, quả,...

- Luyện tập thể dục thể thao hàng ngày như bơi lội, đi bộ, đạp xe...

BỆNH TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

TS. BS. Phạm Quốc Bình

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS.BS. Đoàn Minh Thụy

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Đại cương

Tuyến tiền liệt là cơ quan nằm bên dưới bàng quang và bao quanh niệu đạo. Tuyến tiền liệt tiết ra một chất lỏng giúp nuôi dưỡng tinh trùng như một phần của tinh dịch và làm cho dịch âm đạo giảm bớt tính axit.

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt xảy ra khi có sự tăng sản lành tính tế bào tổ chức đệm và/hoặc tế bào tuyến.

Các vấn đề về tuyến tiền liệt là phổ biến ở nam giới 50 tuổi trở lên. Hầu hết có thể được điều trị thành công mà không làm tổn hại đến chức năng tình dục.

2. Giải phẫu - mô học - chức năng sinh lý tuyến tiền liệt

Tuyến tiền liệt có hình nón, đáy ở trên, đỉnh ở

dưới, phần niệu đạo xuyên qua tuyến tiền liệt dài khoảng 3 cm.

Tuyến nặng 16-25 gram, rộng khoảng 4 cm, cao khoảng 3 cm, dày khoảng 2,5 cm.

Mc Neal (1981) phân biệt các vùng trong tuyến tiền liệt gồm: vùng chuyển tiếp ôm chặt phần niệu đạo (5% thể tích tuyến - tăng sản lành tính chủ yếu xảy ra ở vùng này), vùng trung tâm ôm lấy hai ống phóng tinh và trải dài từ đáy đến đỉnh tuyến tiền liệt tại vị trí ụ núi (25% thể tích tuyến tiền liệt), vùng ngoại biên là phần còn lại bao lấy vùng trung tâm và vùng chuyển tiếp (70% thể tích tuyến tiền liệt, 70-75% ung thư tuyến tiền liệt xảy ra ở vùng này. Ngoài ra viêm mạn tính hoặc teo đét cũng thường gặp tại đây).

Đây là tuyến sinh dục phụ (accessory), tiết 20% tinh dịch. Tinh dịch do tuyến tiền liệt bài tiết chứa axit citric, fructose, Zn, spermin, axit amin tự do... để nuôi dưỡng và kích thích sự di chuyển của tinh trùng; enzym làm tinh dịch đông vón khi mới phóng tinh vào âm đạo, fibronolysin làm ly giải tinh dịch. Dịch tuyến tiền liệt tiết ra có pH kiềm.

Kháng nguyên chuyên biệt của tuyến tiền liệt là PSA (prostate specific antigen), thường 1 gram mô tuyến tiền liệt tiết 0,3ng/ml PSA. Đây là một glycoprotein được tìm ra năm 1979, bình thường trong máu có 0-4 ng/ml PSA. PSA thường được sử dụng để chẩn đoán sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt.

3. Dịch tễ học

Bệnh có xu hướng tăng lên theo độ tuổi. Berry (1984) nghiên cứu trên giải phẫu tử thi cho thấy tần xuất bệnh này khá phổ biến: 20% ở lứa tuổi 41, 50% ở 51-60 tuổi và 90% trên 80 tuổi.

Hơn 90% bệnh nhân trên 70 tuổi có các biểu hiện rối loạn tiểu tiện do tăng sản tuyến tiền liệt.

4. Nguyên nhân

Mặc dù chưa biết rõ nguyên nhân của tăng sản tuyến tiền liệt, cũng như chưa xác định được các yếu tố nguy cơ, nhưng người ta đã biết bệnh chủ yếu gặp ở những người đàn ông lớn tuổi và không gặp ở những người đã cắt bỏ tinh hoàn trước tuổi dậy thì. Vì vậy, nhiều nhà nghiên cứu chuyên ngành tin rằng tăng sản tuyến tiền liệt có liên quan đến tuổi già, rối loạn các nội tiết tố sinh dục, quá trình viêm nhiễm mạn tính tại tuyến... có thể đã thúc đẩy quá trình phát triển của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.

5. Chẩn đoán xác định

5.1. Tiền sử bệnh nhân về các bệnh có liên quan đến tiết niệu như: đái tháo đường, bàng quang thần kinh, hẹp niệu đạo, tiền sử bí đái, các phẫu thuật (trĩ, thoát vị bẹn, sỏi bàng quang...), thời gian xuất hiện các rối loạn tiểu tiện.

5.2. Các triệu chứng cơ năng

- Các triệu chứng kích thích, do sự đáp ứng

của bàng quang đối với chướng ngại vật ở cổ bàng quang:

- + Đái nhiều lần, lúc đầu ban đêm, có thể gây mất ngủ và sau là đái nhiều lần ban ngày, cứ hai giờ phải đi đái một lần, làm cản trở sinh hoạt.

- + Đi đái vội, không nhịn được, có khi đái són.

- Các triệu chứng do chèn ép:

- + Đái khó, phải rặn đái, đứng lâu mới đái hết.

- + Đái có tia nước tiểu yếu và nhỏ, có khi ra hai tia.

- + Đái rớt nước tiểu về sau cùng.

- + Đái xong vẫn còn cảm giác đái không hết.

- Trong giai đoạn có biến chứng:

- + Bí đái hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do còn nước tiểu tồn đọng trong bàng quang.

- + Đái đục và đái buốt khi có nhiễm khuẩn.

- + Đái ra máu do sỏi bàng quang hay viêm nhiễm nặng ở bàng quang.

6. Chẩn đoán phân biệt

- *Ung thư tuyến tiền liệt*: Có nhân rắn, mất ranh giới, cần định lượng PSA, kiểm tra siêu âm (có vùng giảm âm, ranh giới bị phá hủy, túi tinh bị xâm lấn), chụp X quang vùng xương chậu, thất lừng; chụp nhấp nháy, sinh thiết vùng nghi vấn ở tuyến tiền liệt.

- *Viêm tuyến tiền liệt mạn tính*: Có tiền sử viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn, thăm trực tràng tuyến tiền liệt to, đau, có chỗ rắn.

- *Xơ cứng cổ bàng quang*.

7. Giáo dục sức khỏe

- Hạn chế đồ uống vào buổi tối. Không uống bất cứ thứ gì từ một đến hai giờ trước khi đi ngủ để tránh thức vào ban đêm.

- Không uống các chất kích thích như bia, rượu và cà phê, làm tăng cường sản xuất nước tiểu, kích thích bàng quang và làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh.

- Ăn uống theo chế độ hợp lý: tránh các chất cay nóng, chất béo; ăn nhiều rau xanh, củ, quả...

- Hạn chế thuốc thông mũi hoặc thuốc kháng histamine. Các thuốc này thắt chặt các cơ xung quanh niệu đạo kiểm soát lưu lượng nước tiểu, làm khó khăn hơn khi đi tiểu.

- Cố gắng đi tiểu ngay khi cảm thấy buồn đi tiểu. Không nhịn tiểu quá lâu.

- Cố gắng đi tiểu vào các thời điểm cố định, điều này có thể được thực hiện mỗi 4 - 6 giờ trong ngày.

- Sinh hoạt tình dục điều độ.

- Tập thể dục thể thao thường xuyên, đều đặn. Có thể tập các bài tập vùng cơ chậu.

- Uống thuốc theo chỉ định và tái khám định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Sự rối loạn tiểu tiện, đái khó, bí đái... được y học cổ truyền quy vào chứng **long bế** hoặc **lung bế**.

Tiểu không thông, nhỏ ra từng giọt ngắn ít, thể bệnh không gấp vội gọi là lung; tiểu tiện đóng lại, nhỏ giọt, không thông, thể bệnh cấp gọi là bế. Mặc dù mức độ có khác nhau nhưng tiểu khó ra đều gọi là lung bế.

1. Nguyên nhân

1.1. Bất nội ngoại nhân

Tỳ hư: Ăn uống không điều độ, ăn nhiều đồ béo ngọt, nướng rán... Bỏ quá sinh thấp nhiệt hoặc ăn đồ sống, lạnh làm tổn thương trung khí, hoặc bị bệnh lâu ngày, hoặc mệt nhọc hại tỳ, hoặc người già yếu tỳ khí hư, hoặc tỳ khí vốn hư... Khí hư không có sức đẩy nên tiểu tiện không lợi.

Thận hư: ồm lâu, người cao tuổi dương khí bất túc, buồng tử cung lạnh, làm thận dương hư hoặc tỳ thận lưỡng hư, khí hóa bất cập, sự thông lợi của bàng quang bị ngăn trở mà sinh bệnh.

1.2. Nội nhân

Do can uất khí trệ: Thất tình nội thương làm can khí mất điều hòa, nội thương khí cơ mất điều hòa, kinh lạc không thông, ảnh hưởng đến chức năng khí hóa của bàng quang làm thủy đạo bị nghẽn tắc.

Lo nghĩ nhiều hại tỳ.

1.3. Ngoại nhân

Thấp nhiệt trở trệ bàng quang, hoặc di nhiệt đến bàng quang, thấp và nhiệt câu kết làm

bàng quang khí hóa không lợi dẫn đến tiểu tiện không thông.

2. Biện luận và thể bệnh

Theo y học cổ truyền, tạng sản lành tính tuyến tiền liệt được mô tả trong phạm vi chứng “long bế”. Sách *Nội kinh* cho rằng: đây là bệnh của bàng quang, do khí hóa của bàng quang, tam tiêu không lợi mà sinh ra.

Bệnh thường phát ra khi tuổi cao, do công năng tạng phủ thất điều, khí huyết âm dương hư tổn ảnh hưởng tới chức năng khí hóa của bàng quang mà sinh ra bệnh. Bệnh thường nặng lên khi gặp nhiễm lạnh, lao động quá sức, ẩm thực bất điều. Bệnh bản hư, tiêu thực.

Bệnh có hư, có thực. Do tà thực mà dẫn đến bệnh như thấp nhiệt hạ tiêu, niệu đạo tắc trở, đó là thực mà dẫn đến bệnh. Chứng hư do chính khí hư, người có tuổi chính khí càng hư như bàng quang hư hàn, tỳ thận khí hư, thận âm hư, mệnh môn hỏa suy là những yếu tố cơ bản gây nên bệnh.

Chứng hư và thực đôi khi khó phân biệt, có thể trong hư có thực, bản hư tiêu thực. Thời kỳ sau, chức năng tạng phủ thương tổn nặng, xuất hiện những chứng hậu nguy kịch như đái khó, bí đái, đái máu, suy thận...

Cũng như các thuốc tây y, không có vị thuốc hoặc bài thuốc nào có thể chữa khỏi cho mọi bệnh nhân. Tùy biểu hiện lâm sàng và đặc điểm mỗi cá thể có thể sử dụng các vị thuốc và bài thuốc khác nhau.

2.1. Lung bế do thận khí bất túc

- *Biện chứng*: Thận chủ về khí hóa nước, thận chủ nhị tiện, thận chủ thủy chủ về sự đóng mở, bàng quang chủ chứa nước tiểu, ban đêm âm thịnh dương suy nên nếu dương khí suy yếu sẽ gây tiểu đêm. Thận hư cũng gây tiểu nhiều lần, tiểu không thông.

- *Triệu chứng*:

+ Rối loạn tiểu tiện: Tiểu đêm một hoặc nhiều lần, thậm chí tiểu nhiều lần ban ngày, nặng thì đái vặt, tiểu không tự chủ, tiểu nhỏ giọt khó đi, không có sức bài tiết, đái són.

+ Thận dương hư: Lưng đau, chân lạnh, tinh thần uể oải, sợ lạnh, mặt trắng nhợt, tiểu có lẫn chất tinh, liệt dương, tảo tinh, lưỡi nhợt bệu có vết hằn răng, mạch trầm tế nhược.

- *Pháp điều trị*: Ôn dương ích khí, bổ thận lợi niệu.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Thở ty tử hoàn gia giảm

Tang phiêu tiêu 20g, Thở ty tử 10g, Trạch tả 10g.

Phân tích bài thuốc: Thở ty tử: bổ thận, ích tinh. Tang phiêu tiêu: bổ thận, sáp tinh, chỉ di. Trạch tả: thẩm thủy thấp, lấy tả giúp cho bổ.

Nếu di niệu nặng gia Phúc bồn tử, Kim anh tử.

+ Bài 2: Tế sinh thận khí hoàn

Thục địa 12g, Hoài sơn 12g, Sơn thù 10g, Phụ tử chế 04g, Nhục quế 04g, Bạch linh 12g, Trạch tả 12g, Đan bì 10g, Ngưu tất 12g, Xa tiền tử 12g.

Tác dụng: Ôn thận, ích khí, bổ thận, thông tiểu.

2.2. Lung bế do trung khí bất túc

- *Biện chứng*: Tỳ hư, thanh khí không thăng, trọc âm không giáng nên tiểu tiện không lợi, trung khí thăng đề không có sức nên bụng dưới chướng trệ. Tỳ khí hư, chức năng vận hóa kém nên ăn không ngon miệng, bụng chướng. Khí huyết không đầy đủ nên sắc mặt không tươi, mệt mỏi, đoản hơi...

- *Triệu chứng*:

+ Rối loạn tiểu tiện: Bệnh phát tri hoãn, không có sức đẩy nước tiểu ra, hoặc tiểu tiện phải gắng sức, ra nhỏ giọt, sót rớt dầm dề, lao động quá sức thì bệnh nặng hơn, bụng dưới chướng trệ.

+ Tỳ khí hư: Sắc mặt không tươi, tinh thần mệt mỏi, hơi thở ngắn, tiếng nói nhỏ yếu, ăn không ngon miệng, tay chân lạnh, tự ra mồ hôi, lưỡi nhạt hoặc nhạt bệu, rìa lưỡi có nếp hằn răng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch nhược vô lực.

- *Pháp điều trị*: ích khí, kiện tỳ, lợi niệu.

- *Bài thuốc*: Bổ trung ích khí thang hợp với Thở ty tử hoàn: Thở ty tử, Phục linh, Sơn dược, Liên nhục, Kỷ tử, Hoàng kỳ, Đảng sâm, Cam thảo, Bạch truật, Thăng ma, Sài hồ, Đường quy, Trần bì.

Phân tích bài thuốc: Hoàng kỳ: bổ ích trung khí, thăng dương cố biểu. Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo, Bạch truật: kiện tỳ, ích khí, hóa thấp. Thăng ma, Sài hồ hợp với sâm, kỳ để thăng đề thanh dương khí. Quy vĩ, Kỷ tử: bổ huyết hòa doanh. Thở ty tử, Sơn dược, Liên nhục: kiện tỳ ích khí, cố tinh, hóa trọc. Trần bì: lý khí hóa thấp.

2.3. Lung bế do can khí uất kết

- *Biện chứng*: Bệnh xảy ra ở bệnh nhân có cơ địa hay uất giận. Do tình chí không thư sướng làm mất đi sự sơ tiết của tạng can, lâu ngày không tháo gỡ làm khí trệ, huyết ú, vì vậy kết tụ và ú trệ ở trong cơ thể ảnh hưởng đến khí hóa của tam tiêu mà sinh bí đái. Can khí uất kết lâu ngày làm chức năng sơ tiết rối loạn, cơ thể sơ tiết thái quá thì quấy rối thận, làm tinh quan không bền, thận hư nên tiểu són, tiểu đêm.

- *Triệu chứng*:

+ Rối loạn tiểu tiện: Tiểu khó, nhỏ giọt hoặc không ra, lúc nặng lúc nhẹ, tiểu són hoặc di niệu, đau tức chướng bụng dưới khi có khi không.

+ Can khí uất kết: Rối loạn tiểu tiện kèm tình thần uất ức, hay nổi cáu hoặc đa phiền, choáng đầu, mất ngủ, miệng đắng, họng khô, ngực sườn đầy tức, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền sắc hoặc sáp.

- *Pháp điều trị*: Sơ can, lý khí tiêu tích, thông lợi tiểu tiện.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Sài hồ sơ can thang gia giảm

Sài hồ 08g, Bạch thược 12g, Chỉ xác 08g, Cam thảo 04g, Xuyên khung 08g, Hương phụ 08g. Sắc nước uống, ngày 01 thang.

Phân tích bài thuốc: Sài hồ: hòa giải thiếu dương. Bạch thược, Cam thảo: điều lý can tỳ, làm công năng của khí lưu loát khoan khoái, hoãn cấp chỉ thống. Sài hồ kết hợp Chỉ xác có tác dụng

thăng thanh giáng trọc. Xuyên khung, Hương phụ để hoạt huyết hành khí, tiêu ứ.

+ Bài 2: Trầm hương tán

Trầm hương 20g, Hoạt thạch 20g, Thạch vĩ 20g, Cam thảo 10g, Vương bất lưu hành 20g, Đường quy 20g, Trần bì 10g, Bạch thược 30g, Đông quỳ tử 10g.

+ Bài 3: Đại thất khí thang (y học nhập môn)

Thanh bì 30g, Trần bì 30g, Cát cánh 30g, Tam lăng 30g, Hương phụ 40g, Hoắc hương 30g, Quan quế 30g, Cam thảo 30g, Nga truật 30g, Ích trí nhân 30g. Tác dụng: hành trệ, phá khí, tiêu kết.

2.4. Lung bế do niệu đạo ứ nghẽn (hoặc tăng sản tuyến tiền liệt gây bí tiểu)

- *Biện chứng*: Khí huyết ứ trở, huyết ứ, ứ trở bàng quang, đàm ngưng ứ trở... Gặp ở bệnh nhân bị phì đại tuyến tiền liệt có xuất hiện tiểu khó hoặc bí tiểu.

- *Triệu chứng*: Bị rối loạn tiểu tiện đã lâu, tiểu ra nhỏ giọt, tia nước tiểu yếu hoặc không thành tia hoặc thành nhiều tia, phải đứng lâu mới đái hết, khi tiểu phải rặn. Nặng thì bí đái, tiểu đau, đầy chướng bụng dưới, đau chói không di chuyển, lưỡi tím có điểm ứ huyết, mạch sáp.

- *Pháp điều trị*: Hành ứ tán kết, thông lợi thủy đạo.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Đào nhân 10g, Hồng hoa 10g, Xích thược 10g, Đan sâm 20g, Trạch lan 10g, Vương bất lưu hành 10g, Huyền hồ 10g, Xuyên sơn giáp 05g,

Ngưu tất 10g, Đương quy 10g. Nếu thăm khám thấy tuyến tiền liệt bị xơ cứng, cần thêm Tam lăng 06g, Nga truật 06g, Táo giác thích 06g.

Cách dùng: Sắc nước uống, ngày 01 thang.

+ Bài 2: Huyết phủ trực ứ thang gia vị

Đương quy 12g, Đào nhân 08g, Chỉ xác 06g, Sài hồ 12g, Cát cánh 08g, Ngưu tất 12g, Sinh địa 12g, Hồng hoa 08g, Xích thược 08g, Xuyên khung 08g, Cam thảo 04g, Thỏ ty tử.

Cách dùng: Sắc nước uống, ngày chia 2 lần.

Phân tích bài thuốc: Đương quy, Đào nhân, Hồng hoa: hoạt huyết hóa ứ là chủ dược. Xuyên khung, Xích thược: hoạt huyết hóa ứ. Sinh địa phối hợp Đương quy dưỡng huyết hòa âm. Ngưu tất: hoạt huyết, thông mạch hoạt lạc. Thỏ ty tử: bổ thận, ích tinh. Cam thảo: điều hòa các vị thuốc.

Nếu tuyến tiền liệt co cứng thì gia Tam lăng, Nga truật, nếu khí hư thì gia Hoàng kỳ, Đảng sâm.

+ Bài 3: Đại để đương hoàn gia giảm

Đại hoàng 40g, Đào nhân 40g, Huyền minh phấn 40g, Quế 12g, Quy vĩ 40g, Sinh địa 40g, Xuyên sơn giáp 40g.

Làm hoàn, mỗi ngày uống 30-40 gam.

2.5. Lung bế do bàng quang thấp nhiệt

Tương đương với tăng sản tuyến tiền liệt do viêm mạn tính tại tuyến hoặc tăng sản tuyến tiền liệt có biến chứng viêm tiết niệu mạn tính.

- *Biện chứng*: Thấp nhiệt xâm nhập nghẽn trệ ở bàng quang, hoặc di nhiệt đến bàng quang, thấp

nhiệt câu kết làm bằng quang khí hóa không đều dẫn đến tiểu không thông.

- *Triệu chứng*: Tiểu nhiều, tiểu dắt, tiểu buốt, tiểu đục, tiểu ra máu, đường tiểu nóng, đau, vùng hội âm chướng đau, đau lan đến bụng dưới, xuống xương cụt, âm hành và đùi, toàn thân lúc nóng lúc lạnh, nước tiểu vàng, đỏ hoặc đau, táo bón, miệng khô, đắng, lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng bệu, mạch hoạt sác.

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt lợi niệu, hóa ứ.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Bát chính tán gia giảm

Mộc thông, Cù mạch, Xa tiên tử, Biển súc, Hoạt thạch, Chích thảo, Sơn chi tử, Đại hoàng: lượng bằng nhau.

Phân tích bài thuốc: Cù mạch: lợi thấp thông lâm, thanh nhiệt lương huyết. Mộc thông: lợi thủy, thẩm thấp. Xa tiên tử, Biển súc, Sơn chi tử: thanh can nhiệt, thông bàng quang. Đại hoàng: thông phủ tả nhiệt; Cam thảo: hoãn cấp chỉ thống.

+ Bài 2: Tỳ giải phân thanh ẩm

Tỳ giải 10g, Xa tiên thảo 10g, Phục linh 10g, Đan sâm 10g, Hoàng bá 06g, Ý dĩ nhân 10g, Hậu phác 10g, Liên tâm 10g, Xương bồ 10g.

Sắc nước uống, ngày 01 thang.

3. Châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt

Phương huyết chủ yếu là các huyết Dũng tuyền, Tam âm giao, Huyết hải, Cự vĩ (vị trí ở 1/8 trên của đường thẳng nối móm ức với rốn) để nâng cao hiệu quả điều trị.

- Dũng tuyền: Nằm ở giữa lòng bàn chân, là tĩnh huyết thuộc kinh túc thiếu âm thận. Có tác dụng kích thích nâng cao chính khí của thận tạng.

- Tam âm giao: Là huyết vị giao hội của 3 kinh âm: can - tỳ - thận. Có tác dụng bổ ích cho 3 tạng can, tỳ, thận; trợ vận hóa, thông khí trệ, điều huyết thất tinh cung, có thể giúp điều tiết chức năng của bàng quang.

- Huyết hải (túc thái âm tỳ): Là bể của huyết. Theo đông y, huyết hải có tác dụng điều huyết, thanh huyết nhiệt, hòa vinh, đặc biệt là có tác dụng tuyên thông hạ tiêu nên có tác dụng rõ rệt với chức năng tàng chứa và bài tiết nước tiểu của bàng quang.

- Khí hải: Là bể của sinh khí, có công dụng điều khí, bổ thận dương, làm ấm hạ tiêu, nhờ đó giúp cho chức năng khí hóa bàng quang được thực hiện.

- Quan nguyên: Huyết là nơi chứa đựng nguyên khí, có tác dụng bổ thận cố bản, bổ khí hồi dương, làm ấm hạ tiêu, giúp cho quá trình khí hóa bàng quang được thuận lợi, cải thiện tình trạng rối loạn tiểu tiện.

- Lợi niệu (còn gọi là chỉ tả): Huyết nằm ở điểm giữa của đường nối rốn và điểm giữa bờ trên xương mu. Có công dụng chữa các chứng bệnh như bí tiểu, tiểu dắt, đái dầm. Tác động vào huyết giúp đi tiểu dễ dàng hơn, tia nước tiểu mạnh hơn.

- Âm lăng tuyền: Thuộc túc thái âm tỳ kinh, có tác dụng điều hòa bàng quang. Cổ nhân

thường sử dụng phối hợp với hai huyết Khí hải và Tam âm giao.

- Thái khê: Có công dụng bổ thận âm, làm mạnh lưng gối, làm khỏe dương khí, nhờ đó mà tăng cường chức năng khí hóa của bàng quang, giúp cho việc bài tiết nước tiểu được dễ dàng.

Xoa bóp tăng sinh môn: có tác dụng làm tăng lưu thông máu ở tuyến tiền liệt. Nếu có điều kiện, hàng ngày ngâm môn vào chậu nước nóng rồi xoa bóp tăng sinh môn cũng cho tác dụng tốt.

4. Phòng bệnh

- Sinh hoạt tình dục đều đặn.

- Chế độ ăn uống hợp lý, dinh dưỡng và đa dạng, không ăn nhiều đồ cay nóng như ớt, hạt tiêu, hạn chế các chất béo và không uống bia, rượu và các chất kích thích như cà phê, trà... Người bệnh cần dùng nhiều hơn các loại hải sản như cá, tôm, sò huyết... là những thực phẩm nhiều kẽm, có ích cho thận khí.

- Uống nhiều nước mỗi ngày (khoảng 1,5-2 lít nước/1 ngày).

- Tránh lao động căng thẳng, stress...

- Vận động: Tránh ngồi lâu, nên tăng cường vận động tại chỗ để máu ở vùng chậu hông lưu thông tốt hơn. Thường xuyên tập thể dục thể thao ít nhất 3-4 lần/1 tuần.

- Ngăn ngừa và điều trị dứt điểm khi bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Kịp thời chữa trị các bệnh nội tiết như đái tháo đường, rối loạn chức năng tuyến giáp.

- Phát hiện sớm biến chứng: Cần chú ý phát hiện sớm các tai biến của bệnh như sỏi tiết niệu, nhiễm trùng tiết niệu...

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.

* *

*

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh lý phổ biến ở những người nam lớn tuổi. Hiện tại có nhiều phương pháp điều trị nhưng chưa có phương pháp nào là tuyệt hảo. Trong khi chờ đợi một phương pháp lý tưởng nhất trong tương lai thì trong giai đoạn hiện nay cần cân nhắc kỹ trước khi chọn phương pháp điều trị và khi tiến hành điều trị theo phương pháp nào cũng nên lưu ý đề phòng các tai biến, biến chứng có thể xảy ra.

BỆNH SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Nguyễn Thế Thịnh

TS. BS. Dương Minh Sơn

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

1. Đại cương

Sỏi thận và hệ tiết niệu là bệnh hay gặp nhất của đường tiết niệu và thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Tuổi mắc bệnh thường là từ 30-55, nhưng cũng có thể gặp ở trẻ em (sỏi bàng quang). Theo tác giả Glenn. H. Pneminger, tỷ lệ mắc bệnh sỏi thận tiết niệu trên thế giới vào khoảng 3% dân số.

Khi sỏi di chuyển có thể gây đau. Cơn đau do sỏi thận thường bắt đầu phía sau lưng ngay dưới bờ xương sườn và di chuyển tới bụng dưới và bẹn. Những cơn đau có thể thay đổi khi sỏi di chuyển qua đường tiểu.

Sỏi thận thường không gây tổn thương vĩnh viễn. Ngoài các thuốc giảm đau và uống nhiều nước, có thể điều trị nội khoa để ngăn ngừa tái phát ở những người có nguy cơ cao.

Phần lớn sỏi niệu quản là do sỏi thận rơi xuống (80%), phần còn lại thường được sinh ra do niệu quản dị dạng. Phần lớn sỏi từ thận rơi xuống niệu quản thường rơi xuống bàng quang và ra ngoài (khoảng 80%). Sỏi còn lại thường dừng ở đoạn niệu quản bị hẹp như đoạn niệu quản bất chéo động mạch chậu, niệu quản sát bàng quang. Đối với sỏi niệu quản kích thước lớn, trên 1cm, hoặc xù xì có thể bị dừng lại ở bất kỳ đoạn nào của niệu quản và gây tắc một phần hoặc hoàn toàn niệu quản. Trong khi di chuyển, sỏi gây nên các tổn thương cho niệu quản. Một khi sỏi làm tắc niệu quản thì có thể gây biến chứng nhanh và nặng đến thận nhất so với các sỏi tiết niệu khác.

Sỏi bàng quang thường gặp ở nam nhiều hơn nữ do chướng ngại ở cổ bàng quang hay niệu đạo.

Theo Johnson (1979), sau trên 10 năm, có 50% bệnh nhân nam và 30% bệnh nhân nữ có hiện tượng tái phát, đặc biệt khi có tiền sử bệnh sỏi trong gia đình và bị bệnh khi còn rất trẻ. Chế độ phòng bệnh nghiêm túc sẽ hạn chế tái phát sỏi.

2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Sỏi tiết niệu không có nguyên nhân xác định duy nhất. Một số yếu tố, thường kết hợp, tạo điều kiện cho sỏi tiết niệu phát triển.

Bowman và Meckel đã nghiên cứu sỏi tiết niệu và nhận thấy viên sỏi có một tính chất đặc thù gồm hai yếu tố: Chất mucoprotéine có tác dụng

như chất keo kết dính các tinh thể với nhau, vai trò của mucoprotein trong cơ chế tạo sỏi hiện nay vẫn còn biết rất ít; các tinh thể của các chất bình thường hòa tan được trong nước tiểu, chủ yếu là canxi và oxalat. Ngoài ra còn có chất phosphat, magie, urat, cystin.

Sỏi tiết niệu hình thành khi các thành phần của nước tiểu - khoáng, các chất lỏng và axit mất cân bằng do nước tiểu bị cô đặc hoặc do pH của nước tiểu thay đổi... Khi điều này xảy ra, với sự có mặt của mucoproteine, các tinh thể trong nước tiểu dính lại với nhau như canxi với oxalat, phosphat... sẽ thành sỏi. Do đó nhiều trường hợp khi thử nước tiểu, thấy có nhiều tinh thể oxalat hay phosphat nhưng bệnh nhân không có sỏi thận tiết niệu (vì không có mucoproteine).

3. Các loại sỏi tiết niệu

Phần lớn sỏi tiết niệu chứa nhiều hơn một loại tinh thể, các loại sỏi bao gồm:

Sỏi canxi: Là loại hay gặp nhất, chiếm 80-90% trong tổng số các loại sỏi, gồm canxi oxalat, canxi phosphat và canxi oxalat phosphat. Mức oxalat cao có thể được tìm thấy trong một số loại thực phẩm như các loại đậu, đậu phộng, bột cám, sôcôla, cà phê, trà đặc, rau muống, muối ăn... Phẫu thuật đường ruột và các rối loạn chuyển hóa khác cũng có thể làm tăng nồng độ canxi hoặc oxalat trong nước tiểu.

Sỏi struvite (Magie amoniphsphat): Khi nhiễm trùng đường tiết niệu, magie amoniphsphat có thể phát triển nhanh chóng và trở thành sỏi. Loại này hay gặp ở Việt Nam.

Sỏi urat: Có thể hình thành ở những người mất nước, những người ăn chế độ ăn giàu protein có nhân purin và những người có bệnh gút. Một số yếu tố di truyền và rối loạn máu tới các mô cũng có thể dẫn đến sỏi urat hoặc phân hủy các khối ung thư khi dùng thuốc hóa trị liệu.

Sỏi cystin: Loại này chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ của sỏi tiết niệu. Chúng hình thành ở những người có rối loạn di truyền, bài tiết quá nhiều axit amin nhất định (cystinuria) qua thận.

Loại hiếm của sỏi thận: Các loại sỏi canxi thường là sỏi cản quang, còn sỏi urat và cystin thường không cản quang.

4. Yếu tố làm sỏi tiết niệu dễ hình thành

Những yếu tố làm tăng nguy cơ sỏi tiết niệu phát triển bao gồm:

- *Tiền sử cá nhân hoặc gia đình*: Trong gia đình có người bị bệnh sỏi tiết niệu, có nhiều khả năng phát triển các loại sỏi. Và nếu đã có một hay nhiều sỏi tiết niệu, có nguy cơ phát triển viên sỏi khác.

- *Tuổi*: Sỏi tiết niệu thường gặp hơn ở người 40 tuổi trở lên, mặc dù sỏi có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi.

- *Đàn ông*: Có nhiều khả năng phát triển sỏi tiết niệu.

- *Mất nước*: Không uống đủ nước mỗi ngày có thể làm tăng nguy cơ sỏi tiết niệu, do sự cô đặc quá mức của nước tiểu.

Những người sống ở vùng khí hậu ẩm áp và những người đổ mồ hôi nhiều có thể cần phải uống nhiều nước hơn so với những người khác.

- *Sự thay đổi của pH nước tiểu*: Sẽ làm cho một số chất hòa tan dễ kết tinh lại. Cụ thể, dưới tác dụng của một số chủng loại vi trùng (như *Proteus Mirabilis*) có tiết ra men uréase làm phân hủy ure thành amoniac, nước tiểu sẽ bị kiềm hóa ($\text{pH} > 6,5$) và như vậy, chất photphat - magie sẽ kết tinh lại. Ngược lại, nếu pH nước tiểu trở nên axit ($\text{pH} < 6$) thì sẽ là điều kiện thuận lợi cho urat kết tinh lại (Axit uric dễ tan trong môi trường kiềm và dễ kết tinh trong môi trường axit).

- *Một số chế độ ăn*: Chế độ ăn uống protein, natri và đường cao có thể làm tăng nguy cơ mắc một số loại sỏi thận.

- *Ít vận động, béo phì*: Chỉ số khối cơ thể (BMI) cao, tăng kích thước vòng bụng và tăng cân có liên quan đến tăng nguy cơ sỏi thận (Ví như dung dịch được để yên tĩnh, không bị khuấy động trong một thời gian dài. Kết hợp với dung dịch có chứa đựng các vật lạ như sợi chỉ, xác tế bào, vi khuẩn,... thì vật này có thể trở thành nhân để các tinh thể đọng xung quanh và tạo sỏi).

- *Bệnh tiêu hóa và phẫu thuật*: Phẫu thuật dạ dày, viêm đường ruột hoặc tiêu chảy mạn

tính có thể gây ra những thay đổi trong quá trình tiêu hóa, có ảnh hưởng đến sự hấp thụ canxi và làm tăng mức độ các chất tạo thành sỏi trong nước tiểu.

- *Một số bệnh lý khác:* Một số bệnh lý có thể làm tăng nguy cơ sỏi thận bao gồm toan ống thận, cystinuria, cường cận giáp và nhiễm trùng đường tiết niệu, dị dạng đường tiết niệu...

5. Triệu chứng

5.1. Sỏi đường tiết niệu trên (thận, bể thận, niệu quản)

Sỏi thận có thể có hoặc không gây ra các dấu hiệu và triệu chứng cho đến khi nó di chuyển vào niệu quản. Vào thời điểm đó, những dấu hiệu và triệu chứng có thể xảy ra:

- Đau dữ dội ở một bên thắt lưng, dưới bờ sườn.
- Đau lan đến vùng bụng dưới và háng.
- Đau khi tiểu tiện.
- Đau quá nghiêm trọng mà không thể ngồi yên hoặc tìm một vị trí thoải mái.
- Đau đi kèm với buồn nôn và ói mửa.
- Đau kèm theo sốt và ớn lạnh.
- Đái ra máu: Nước tiểu màu hồng, màu đỏ hoặc nâu.
- Buồn nôn và nôn.
- Liên tục yêu cầu đi tiểu.
- Sốt và ớn lạnh nếu nhiễm trùng.

Thăm khám phát hiện các điểm đau, dùng ba ngón tay của bàn tay phải ấn nhẹ xuống bụng người bệnh, bệnh nhân kêu đau:

- *Điểm sườn lưng* là giao điểm của xương sườn thứ 12 và cơ thắt lưng. Điểm này tương ứng với thận và bể thận.

- *Điểm niệu quản trên* tương ứng với chỗ nối bể thận với niệu quản, ngang với đốt sống L2. Trên thành bụng, điểm này nằm trên đường ngang rốn và cách rốn ba khoát ngón tay.

- *Điểm niệu quản giữa* nằm khoảng L4-6, tương ứng vị trí niệu quản vắt ngang qua mạch chậu. Vạch một đường nối hai gai chậu trước trên rồi chia làm ba phần. Điểm nối 1/3 giữa và 1/3 ngoài tương ứng với điểm niệu quản giữa.

- *Điểm niệu quản dưới* tương ứng với chỗ niệu quản đổ vào bàng quang. Điểm này nằm sâu trong vùng tiểu khung nên chỉ khám được nhờ vào thăm trực tràng hoặc âm đạo.

5.2. Sỏi đường tiết niệu dưới

Gồm sỏi bàng quang và sỏi niệu đạo.

- Sỏi bàng quang sẽ kích thích niêm mạc bàng quang gây tiểu buốt, rát, tiểu dắt, tiểu tắc giữa dòng. Khám bằng cách ấn vùng bàng quang thấy đau.

- Sỏi niệu đạo sẽ gây bí tiểu. Khám lâm sàng thường phát hiện được cầu bàng quang, sờ nắn dọc theo niệu đạo có thể thấy sỏi.

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm ruột thừa cấp: Khi sỏi thận và niệu quản phải gây cơn đau quặn thận.
- Cơn đau do co thắt đại tràng.
- U nang buồng trứng xoắn.
- Chứa ngoài tử cung vỡ.

7. Phòng bệnh

- Có chế độ ăn uống hợp lý, hạn chế thức ăn chứa nhiều canxi, protein, oxalat, purin, thức ăn mặn... Đậu nành chứa rất nhiều oxalat, ăn quá nhiều sẽ khiến canxi và oxalat kết dính thành khối gây ra sỏi thận. Ngoài ra, tùy theo nguyên nhân gây sỏi, người bệnh cần có chế độ ăn khác nhau:

+ Sỏi canxi: Giới hạn lượng canxi đưa vào người là <600 mg/ngày, đồng thời gia tăng chất xơ (từ rau và trái cây). Không nên dùng các loại nước “cứng”.

+ Sỏi oxalat: Không ăn măng tây, đậu cô ve, củ cải đường, đào lộn hột, rau diếp, đậu bắp, nho, mận, khoai lang và trà. Cảnh giác với thức ăn chua hay các viên vitamin C liều cao.

+ Sỏi axit uric: Các sỏi này liên quan đến

chuyển hóa purin và đôi khi là một biến chứng của bệnh gút. Nên giảm ăn những chất có purin (thức ăn quá nhiều đạm) gây sỏi niệu như cá khô, thịt khô, khô mực, tôm khô, lạp xưởng, các loại mắm nêm, mắm thái, lòng heo, lòng bò... Nên uống nhiều nước cam, nước chanh, nước bưởi vì chứa nhiều citrat chống lại sự tạo sỏi.

- Quan trọng nhất là uống thật nhiều nước (2-3 lít nước mỗi ngày), bảo đảm bài tiết 1,5 lít nước tiểu hằng ngày.

- Tập thể dục thể thao tối thiểu 3-4 lần/1 tuần; 30 - 40 phút/1 ngày.

- Phòng tránh các bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Sỏi tiết niệu y học cổ truyền gọi là thạch lâm, sỏi nhỏ như sạn cát gọi là sa lâm, sỏi to hơn gọi là thạch lâm.

1. Nguyên nhân gây bệnh

Ngoại nhân: Do thấp tà từ bên ngoài xâm nhập vào cơ thể dễ hóa nhiệt. Ôn nhiệt kết ở hạ tiêu lâu ngày sẽ chưng đốt nước tiểu hóa thành sa và thạch.

Bất nội ngoại nhân:

Thận có hai loại: thận âm chủ huyết và thận dương chủ khí. Nếu thận khí đầy đủ thì nước từ trên thận thủy xuống bàng quang mới được khí

hóa và bài tiết ra ngoài dễ dàng. Nếu thận khí hư không khí hóa bàng quang được, tân dịch ngưng trệ ở hạ tiêu hóa thấp, lâu ngày thấp hóa hỏa làm cho chất cặn trong nước tiểu kết thành sỏi. Sỏi làm tổn thương huyết lạc gây ra đái máu. Sỏi kết lại ở đường niệu làm khí trệ mà gây đau. Vì vậy *Đan Khê tâm pháp* viết: sỏi phát sinh là do thận khí hư làm cho bàng quang thấp nhiệt, hỏa chưng đốt thủy thấp làm các chất cặn bã nước tiểu lắng đọng sinh ra sỏi.

Do ăn uống không điều độ làm tổn hại đến tỳ vị, tỳ vị bất túc làm công năng vận hóa thủy thấp bị giảm sút. Thấp sinh ra từ tỳ, tụ lại mà gây bệnh (nội thấp). Thận và tỳ có mối quan hệ tương khắc theo thuyết ngũ hành. Thấp nhiệt tích trệ gây ảnh hưởng đến chức năng khí hóa nước tiểu ở bàng quang làm thủy không lưu hành thông suốt. Thấp nhiệt tích trệ ở hạ tiêu lâu ngày khiến cho chất đục ngưng kết lại tạo thành sỏi.

2. Điều trị

Hiện nay việc chẩn đoán sỏi tiết niệu chủ yếu theo y học hiện đại (lâm sàng và xét nghiệm), dựa vào các triệu chứng thường gặp như phần lớn có đau vùng thắt lưng, khi sỏi di chuyển có cơn đau quặn thận rất dữ dội, buồn nôn, đái máu, đái đục, hoặc đái buốt, đái dắt, bí đái. Các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, chụp bụng không chuẩn bị, UIV...

Căn cứ vào chứng trạng biểu hiện, người ta chia làm 3 thể lâm sàng chính:

2.1. Thể khí trệ huyết ú

Tương ứng với các trường hợp sỏi tiết niệu gây đau bụng, gây tiểu ra máu.

Do sỏi ngăn cản làm cho khí cơ của bàng quang bất lợi. Khí đi không thông gây đau (thuộc thực chứng). Vì khí huyết cùng một nguồn gốc, âm dương hỗ căn, cho nên bệnh của khí dẫn đến bệnh của huyết, khí trệ sẽ gây huyết ú. Ngược lại, chỗ bị huyết ú, mạch lạc ú nghẽn, huyết đọng lại không lưu thông được làm khí trệ nặng hơn.

- Triệu chứng:

+ Vùng hạ vị đầy chướng bĩ tức khó chịu và đau, lúc nhẹ lúc nặng, có thể đau kịch liệt. Bĩ chướng lúc có lúc không, lúc tan lúc tụ (giai đoạn đầu - do khí trệ). Khi có huyết ú: vùng bụng đau nhói, ấn vào đau tăng (cự án).

+ Đau dữ dội ở một bên thắt lưng, dưới các xương sườn.

Đau lan đến vùng bụng dưới và háng.

Đau khi tiểu tiện.

Đau quá nghiêm trọng mà không thể ngồi yên hoặc tìm một vị trí thoải mái.

Đau đi kèm với buồn nôn và nôn.

+ Đái ra máu: Nước tiểu màu hồng, màu đỏ hoặc nâu.

+ Tiểu tiện khó, tiểu tắc giữa dòng.

+ Thiết chẩn phát hiện các điểm đau hoặc sờ thấy khối rắn: điểm sườn lưng, điểm niệu quản trên, điểm niệu quản dưới, vùng bàng quang, niệu đạo.

+ Chất lưỡi tía tối hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền.

- *Pháp điều trị*: Lý khí hành trệ, hoạt huyết thông lâm.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Kim tiền thảo 40g, Sa tiền 20g, Đào nhân 08g, Uất kim 08g, Ngưu tất 12g, Chỉ xác 08g, Đại phúc bì 08g, Kê nội kim 08g, Ý dĩ 16g, Bạch mao căn 20g.

Nếu kèm theo thận dương hư thì gia thêm: Bỏ cốt chỉ, Nhục quế, Phụ tử chế.

Nếu kèm theo thận âm hư thì gia thêm: Kỷ tử, Nữ trinh tử.

+ Bài 2: Thạch vĩ tán, Tứ vật đào hồng gia giảm: Đào nhân 12g, Xuyên khung 12g, Ngưu tất 12g, Hoạt thạch 15g; Kê nội kim 12g, Trạch tả 12g, Ô dược, Xuyên luyện tử đều 09g; Hồng hoa, Đường quy, Đông quỳ tử đều 12g; Kim tiền thảo 30g; Hải kim sa, Xa tiền tử đều 15g; Thạch vĩ 12g, Cam thảo 05g. Sắc nước uống ngày 01 thang.

- *Châm cứu*: Châm kích thích mạnh, chọn huyết tùy vị trí của sỏi trên đường tiết niệu:

+ Sỏi thận và đoạn niệu quản trên: Thận du, Kinh môn, Túc tam lý.

+ Sỏi niệu quản dưới, bàng quang: Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Bàng quang du, Túc tam lý.

+ Châm loa tai: Thận, Bàng quang, Giao cảm.

Bàng quang du, trung cực để điều hòa khí cơ của bàng quang. Thận du kết hợp âm cốc để điều hòa khí cơ của thận. Khí cơ của thận và bàng quang hết rối loạn, tiểu tiện thông lợi.

2.2. Thể thấp nhiệt

Tương ứng với sỏi tiết niệu kèm theo bội nhiễm đường tiết niệu.

Do thấp với nhiệt uất kết ở bàng quang hoặc thận chuyển nhiệt xuống bàng quang. Thấp và nhiệt làm khí của bàng quang không lợi, sự đóng mở thất thường gây nên các triệu chứng rối loạn tiểu tiện. Bàng quang bị hỏa nhiệt hun đốt, chất nước kết lại thành sỏi đá.

Nếu có huyết lâm là do nhiệt hun đốt huyết lạc, đường lạc bị tổn thương, huyết tràn ra ngoài gây nên (nhiệt bức huyết vong hành).

- *Triệu chứng:*

+ Đau dữ dội hoặc âm ỉ một bên thắt lưng, dưới các xương sườn.

+ Sốt và ớn lạnh.

+ Túc nặng vùng hố thắt lưng, hoặc vùng bụng dưới trên xương mu.

+ Thiết chẩn phát hiện các điểm đau hoặc sờ thấy khối rắn: điểm sườn lưng, điểm niệu quản trên, điểm niệu quản dưới, vùng bàng quang, niệu đạo.

+ Tiểu nóng rít và đau, đái nhiều lần, đái dắt, đái đau, nước tiểu xuống không hết thường kèm theo đái ra máu, hoặc đái đục, đái ra sỏi.

+ Đang đi tiểu bị đứt quãng đột ngột.

+ Bụng dưới trướng đầy, miệng đắng, khát không muốn uống, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, dày, dính nhớt, mạch huyền sắc hay hoạt sắc.

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt lợi thấp, thông lâm, bài thạch.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Kim tiền thảo 20g, Sa tiền 20g, Tỳ giải 20g, Uất kim 10g, Đạm trúc điệp 15g.

+ Bài 2: Thạch vĩ tán: Sa tiền 12g, Hoạt thạch 12g, Thạch vĩ 12g, Cù mạch 08g, Đông quỳ tử 08g. Có thể gia Kim tiền thảo, Kê nội kim, Hải kim sa để tăng tác dụng bài sỏi tiêu viêm.

+ Bài 3: Đạo xích tán gia giảm

Sinh địa 16g: Lương huyết.

Đạm trúc điệp 16g: Thanh nhiệt.

Kim tiền thảo 40g: Lợi niệu, ức chế sự hình thành sỏi.

Sa tiền 20g.

Kê nội kim 08g.

Cam thảo sao cháy 08g: Tả hỏa, giảm đau, cầm máu.

Nếu tiểu vàng đỏ, đái buốt là do tâm di nhiệt xuống tiểu tràng.

Thanh nhiệt, dưỡng âm, lợi thủy: gia Bạch mao căn, Bán chỉ liên.

Nếu đái ra máu (huyết lâm): Thanh nhiệt, lợi thấp, lương huyết, chỉ huyết.

Gia vị: Cỏ nhọ nồi 16g, Tiểu kế 12g.

Hoặc uống Tiểu kế ẩm tử: Tiểu kế 20g, Bồ hoàng, Ngẫu tiết, Dương quy, Chi tử, Trúc diệp 12g, Hoạt thạch, Sinh địa 40g, Mộc thông 06g, Cam thảo 04g, Trúc diệp 12g. Nếu đái khó: Ô dược 08g, Uất kim 08g, Diên hồ sách 08g.

+ Bài 4: Bát chính tán: Sa tiền tử, Hoạt thạch, Chi tử, Mộc thông, Biễn xúc, Cam thảo, Đại hoàng, Cù mạch.

+ Bài 5: Tam kim bài thạch thang: Kim tiền thảo 30g, Kê nội kim 12g, Hải kim sa 15g, Thạch vĩ 12g, Hồ phách 12g, Xuyên ngư tất 12g, Cam thảo 05g. Sắc nước uống ngày 01 thang.

Nếu đái ra máu cần thanh nhiệt, lợi thấp, lương huyết, chỉ huyết. Gia Cỏ nhọ nồi 16g, Tiểu kế 12g.

Nếu đau nhiều thêm Ô dược 08g, Diên hồ sách 08g, Uất kim 08g.

Rêu lưỡi vàng dày gia Hoàng bá, Thương truật 10g.

Miệng khát gia Sinh địa, Thạch斛.

Đau lưng nhiều gia Đỗ trọng, Cẩu tích 12g.

Nếu bệnh đã mắc trên 3 tháng gia Vương bất lưu hành 12g, Táo thích 08g.

- *Châm cứu*: Nếu có cơn đau quặn thận, kết hợp châm cứu, châm kích thích mạnh, ngày một lần, chọn huyết tủy vị trí của sỏi trên đường tiết niệu như trên.

Bệnh do bàng quang và tiểu trường thấp nhiệt và uất kết lâu ngày thành sỏi làm rối loạn chức năng khí hóa, tiểu tiện không thông gây cơn đau bụng dữ dội xuyên ra sau lưng.

Sỏi thận và đoạn niệu quản trên: Thận du, Kinh môn, Túc tam lý.

Sỏi niệu quản dưới, bàng quang: Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Bàng quang du, Túc tam lý.

Châm loa tai: Thận, Bàng quang, Giao cảm.

Bàng quang du, Trung cực để điều hòa khí cơ của bàng quang. Thận du kết hợp âm cốc để điều hòa khí cơ của thận. Khí cơ của thận và bàng quang hết rối loạn, tiểu tiện thông lợi, thấp nhiệt ở bàng quang sẽ bị thanh trừ.

2.3. Thể thận hư

Tương đương sỏi tiết niệu lâu ngày.

Do thấp nhiệt gây hao thương chính khí, hoặc tuổi già, bệnh lâu ngày cơ thể bị hư nhược, hoặc tiên thiên bất túc, lao lực quá độ dẫn tới thận khí hư suy, không khí hóa được bàng quang gây ra. Hoặc thận âm suy hư, âm hư hỏa vượng, hư hỏa bốc huyết vong hành gây nên tiểu tiện ra máu.

- *Triệu chứng*

+ *Thận khí bất túc*: Tiểu ít, tiểu nhiều lần, không thông, bụng dưới trướng đầy, lưng gối mềm yếu, đau lưng âm ỉ, người mệt mỏi vô lực, chất lưỡi đậm, rêu trắng mỏng, mạch vô lực.

+ *Thận âm hư*: Tiểu tiện ra máu, bụng dưới trướng đầy, lưng gối mềm yếu, đầu vầng tai ù, triều nhiệt, ra mồ hôi trộm, chất lưỡi đỏ, rêu ít, mạch tế sắc.

Đau lưng âm ỉ đã lâu, người mệt mỏi, vô lực, hay đau đầu hoa mắt, bụng đầy chướng, tiểu tiện không thông, tiểu nhiều lần, nước tiểu đục, chất lưỡi đậm, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế.

- *Pháp điều trị*: Ích khí bổ thận, thông lâm bài thạch.

- *Bài thuốc*

+ Bài 1: Trạch tả 15g, Kim tiền thảo 20g, Phục linh 10g, Bạch truật 10g, Đảng sâm 10g, Ba kích 10g, Thổ ty tử 10g.

+ Bài 2: Hữu quy ẩm gia giảm

Thục địa 12g, Cam thảo trích 04g, Hoài sơn 08g, Nhục quế 04g, Kỷ tử 08g, Đỗ trọng 08g, Sơn thù 04g, Phụ tử chế 04g. Cách dùng: Sắc uống chia 2 lần trong ngày, uống trước khi ăn.

+ Bài 3: Tề sinh thận khí hoàn: Thục địa 16g, Sơn thù 08g, Bạch linh 08g, Trạch tả 08g, Đơn bì 08g, Phụ tử chế 04g, Quế chi 04g, Ngưu tất 12g, Xa tiền tử 12g. Sắc nước uống ngày 01 thang.

Do thận âm hư suy: Tư âm giáng hỏa, thông lâm bài thạch.

Bài thuốc: Bổ thận bài thạch thang: Tri mẫu, Thục địa, Trạch tả, Dương quy, Hoàng bá đều 12g; Kê nội kim 10g, Mộc thông 10g; Cam thảo, Sơn thù đều 06g; Kim tiền thảo 30g; Hải kim sa, Xa tiền tử, Hoàng kỳ 15g. Sắc nước uống ngày 01 thang.

Trong những năm gần đây, có nhiều công trình nghiên cứu kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền trong điều trị bệnh sỏi tiết niệu cho những kết quả rất khả quan như bài Thạch kim thang (Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương), Thạch vĩ thang gia giảm (Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam) được nhân dân tín nhiệm.

3. Phòng bệnh

Chủ yếu nhằm hạn chế các yếu tố nguy cơ gây sỏi. Trước hết khuyến khích người bệnh uống nhiều nước để lượng nước tiểu mỗi ngày được ít nhất 1,5 lít, như vậy nước tiểu luôn ở trạng thái dưới bão hòa, tránh được nguy cơ sinh sỏi. Tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu nhất là đối với nữ giới. Phát hiện sớm và giải quyết những nguyên nhân ứ đọng do dị tật bẩm sinh, hoặc mắc phải do các bệnh khác gây ra ở trẻ em và người lớn.

BỆNH NGOÀI DA

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

TS. BS. Phạm Quốc Bình

ThS. BS. Nguyễn Thị Hiền

ThS. BS. Nguyễn Thị Phương

1. Mở đầu

Bệnh ngoài da là những bệnh của da và các cơ quan trực thuộc da, là phần quan trọng của bệnh ngoại khoa đông y.

Khám và điều trị bệnh ngoài da cũng tuân thủ theo nguyên tắc khám bệnh chung là thông qua vọng, văn, vấn, thiết đưa ra chứng hậu, chứng trạng, biện chứng luận trị, chẩn đoán bát cương, pháp và phương điều trị.

Chẩn đoán bệnh da liễu chủ yếu dựa vào tổn thương tại chỗ, tuy nhiên da là một bộ phận của cơ thể, có quan hệ mật thiết với các tạng phủ khí huyết, cho nên chúng ta không bỏ qua các triệu chứng toàn thân, khám lâm sàng tổng thể để chẩn đoán, phân biệt tránh nhầm lẫn, bỏ sót.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Những triệu chứng thường gặp của bệnh ngoài da

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

Là những triệu chứng mà bệnh nhân tự cảm nhận thấy, gồm có:

a) Triệu chứng tại chỗ

- Ngứa: Là triệu chứng hay gặp nhất trong các bệnh da liễu. Ngứa là do các tà khí phong, thấp, nhiệt, trùng gây nên, do khí huyết không điều hòa mà tạo thành. Do nguyên nhân ngứa khác nhau nên tính chất ngứa cũng khác nhau:

+ Ngứa do phong: Tính chất di chuyển, dễ thay đổi như ngứa do bệnh mày đay, vì phong hướng lên trên nên ngứa nhiều phần trên đầu mặt, gãi dễ nổi mẩn như diện du phong (viêm da tăng tiết bã nhờn), bạch diện phong (bạch biến).

+ Ngứa do thấp: Thường nổi mụn phỏng nước (thủy bào), chảy nước vàng có khi thành đám như thấp chẩn, vì thấp hướng xuống dưới nên thường hay gặp tổn thương ở phần dưới cơ thể.

+ Ngứa do nhiệt: Da đỏ, nóng, sẩn đỏ thành mảng, ngứa tăng lên khi gặp nóng, gãi dễ chảy máu. Ví dụ chứng huyết phong sang (dị ứng).

+ Ngứa do trùng thú cắn: Ngứa rất khó chịu như trùng bò trong da, dễ lây lan như bệnh ghẻ.

+ Ngứa do hư dưỡng: Ngứa kèm theo da khô nứt, bong tróc, ngứa nhiều về đêm, gãi không hết ngứa do khí huyết hư mà thành.

+ Liễm dưỡng: Khi mụn nhọt đã hết mủ, tổ chức hạt mới sinh ra, ngứa do khí huyết lưu thông tốt kích thích lên da non.

- Đau: Theo y học cổ truyền, đau là do khí huyết ứ trệ, kinh mạch bế tắc (thông thì bất thống, thống thì bất thông). Tùy theo nguyên nhân gây đau mà có các biểu hiện khác nhau:

+ Nhiệt thống: Sắc da đỏ, đau như lửa đốt, gặp lạnh thì hết đau như chứng nhọt giai đoạn cấp.

+ Hàn thống: Sắc da không đỏ thậm chí tím tái, không nóng, đau nhức, gặp lạnh đau tăng lên như hội chứng Raynaud, xơ cứng bì hệ thống (bì tật), viêm da do lạnh (đông sang).

+ Nùng thống: Đau do nhọt sưng tấy làm mủ, đau liên tục căng tức.

- Tê dại: Là không còn cảm giác đau, ngứa, do khí huyết vận hành trở ngại hoặc độc tà thịnh như trong chứng đĩnh sang, nhọt độc (hữu đầu thư) kèm theo triệu chứng toàn thân nặng là do độc tà thịnh dễ gây nhiễm độc toàn thân.

Ngoài ra tê dại còn gặp trong bệnh phong, tắc mạch chi (thoát thư) do khí huyết hư gây loét rất khó lành.

b) Triệu chứng toàn thân

Có thể phát sốt, sợ lạnh, đau các khớp hoặc xuất hiện một số triệu chứng của các tạng phủ.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

Là những triệu chứng sờ thấy và nhìn thấy, gồm có hai loại là: nguyên phát và thứ phát. Loại tổn thương nguyên phát có ban chẩn, khâu chẩn,

bào chẩn, bào mủ, nốt cục, sưng phù,... Loại tổn thương thứ phát như tróc vảy, đóng vảy, loét xước do gãi, nứt nẻ, chàm hóa, đọng sắc tố thành sẹo,...

a) Loại tổn thương nguyên phát

- *Ban chẩn (dát)*: Sắc da thay đổi, bằng phẳng với mặt da không lồi, không lõm. Dát có nhiều hình dạng và kích thước khác nhau. Nếu có ban đỏ thuộc nhiệt, ấn nhẹ mất đi là huyết ú (ban xung huyết), nếu không mất là huyết nhiệt (ban xuất huyết), màu đỏ tím là nhiệt độc thịnh, màu tím đen là huyết ú ngưng trệ, ban trắng là khí trệ hoặc huyết hư.

- *Khâu chẩn (sẩn)*: Nổi cao hơn mặt da thành hạt nhỏ dưới 0,5 cm, sẩn đỏ cấp tính là huyết nhiệt hoặc phong nhiệt, chứng mạn tính; sắc da không đổi hoặc đậm màu là khí trệ huyết ú. Gồm có sẩn phù (mày đay), sẩn cục (viêm da cơ địa), sẩn huyết thanh (sẩn ngứa, côn trùng cắn).

- *Hòn cục (củ)*: To nhỏ không đều, nổi lên ở mặt da hoặc chìm trong đám tổn thương ranh giới rõ, to nhỏ lớn hơn 0,5 cm, sâu hơn khâu chẩn. Thường do đàm thấp kết tụ hoặc khí huyết ú trệ. Ví dụ tổn thương cục trong bệnh trứng cá.

- *Bào chẩn (mụn nước, bóng nước)*: Là tổn thương nang có nước, loại to gọi là bóng nước, loại nhỏ là mụn nước hay thủy bào, nếu chất dịch là máu gọi là huyết bào. Bào chẩn phần lớn thuộc thấp; nếu kèm ban do thuộc thấp nhiệt hoặc nhiệt độc huyết bào thuộc huyết nhiệt, nếu sắc tím thuộc nhiệt độc thịnh.

- *Bào mủ (mụn mủ)*: Trong nang có nước mủ đục, thường quanh có viền đỏ, mủ vỡ thành loét hoặc đóng vảy mủ, thường gặp ở bệnh ngoài da làm mủ như chốc, viêm nang lông, nhọt, hậu bối...

Sinh mủ là một giai đoạn phát triển của nhọt. Nhọt có mủ là chính khí đã chặn được độc tà để bài tiết ra ngoài, thường nhọt đã làm mủ chín là tự vỡ hoặc da tháo mủ, tháo hết mủ thì mới có thể lành miệng cho nên biện chứng mủ là rất quan trọng.

+ Biện chứng có mủ hay không:

Có mủ: Nhọt mềm, ấn đau rõ, có cảm giác bập bênh.

Không có mủ: Nhọt vẫn cứng, ấn hơi nóng, đau ít, ấn không có cảm giác bập bênh, chọc dò không có mủ.

+ Biện chứng mủ nông hay sâu:

Mủ nông: Da nóng, đỏ tím, nhọt sưng cao bóng sáng, da mỏng, ấn nhẹ đau, bập bênh rõ.

Mủ sâu: Sắc quanh da không thay đổi, chính giữa hơi đỏ, bóng láng, ấn mạnh đau, vùng da bệnh hơi nóng, cảm giác bập bênh không rõ, có thể chích hút mủ.

+ Biện chứng tính chất, sắc thái, khí vị của mủ:

Mủ do huyết nhục hóa thành cho nên thường đặc sệt, nếu mủ đặc là khí huyết đầy đủ, nếu mủ loãng là khí huyết hư. Nếu mủ từ loãng trở lên đặc là biểu hiện cơ thể phục hồi tốt, miệng vết thương nhanh thu nhỏ (chứng thuận). Nếu mủ từ đặc chuyển thành loãng là dấu hiệu cơ thể suy yếu khó thu miệng vết thương (chứng nghịch).

Sắc thái mủ: Nếu mủ vàng, trắng, đặc, sắc tươi là khí huyết đầy đủ, dấu hiệu tốt. Nếu mủ vàng đục chất dính, sắc không trong là hỏa khí thịnh (chứng thuận). Nếu mủ vàng, trắng loãng, sắc trong là biểu hiện khí huyết hư nhưng chưa phải là bại chứng. Nếu mủ sắc đen loãng là chứng độc tụ lâu ngày, có khả năng tổn thương gân cốt. Nếu trong mủ có ứ huyết, sắc tím thành cục là huyết lạc tổn thương.

Khí vị của mủ: Mủ thường có mùi tanh, nếu tanh, hôi thối, chất loãng, phần lớn thuộc chứng nghịch và thường là chứng ăn sâu vào xương.

b) Loại tổn thương thứ phát

- *Vảy da*: Do lớp sừng hoặc lớp nông của thượng bì bong ra nhiều. Vảy da có thể mịn như phấn, cám (lang ben), thành từng lá rộng (vảy nến, đỏ da, dị ứng thuốc). Vảy da trong bệnh ngoài da cấp tính là do hư nhiệt chưa hết, trường hợp bệnh mạn tính là do huyết hư phong táo do thiếu dinh dưỡng.

- *Vảy tiết*: Do dịch thấm, máu hoặc mủ kết đọng và khô đi trên vùng da tổn thương mà thành; nếu là vảy mủ do nhiệt độc chưa hết, nếu là vảy huyết do huyết nhiệt (hay xuất huyết), nếu là vảy dịch do thấp nhiệt.

- *Loét*: Tổn thương thấp hơn mặt da do mất da đến trung bì hoặc hạ bì, thường do củ cục hoặc vết nhiễm khuẩn da phát triển thành. Miệng, bờ, thành, đáy chiều sâu khác nhau tùy tổn thương lớn nhỏ, lúc khỏi thường để lại sẹo. Trên vết loét, dịch tiết trong thuộc thấp, dịch vàng thuộc thấp nhiệt.

- *Trầy xước*: Tổn thương thấp hơn mặt da, ở trên thượng bì thành đường vết do xây xát, do ngứa gãi trên có vảy máu, thường do phong nhiệt hoặc do huyết hư phong táo.

- *Nứt nẻ*: Tổn thương thấp hơn mặt da, ăn sâu xuống trung bì thành đường, thành vết, thường gặp ở ngón tay, gót chân, rôm dịch hoặc rôm máu hoặc khô, thường do huyết hư phong táo.

- *Kết tụ sắc tố*: Thường phát sinh vào thời kỳ cuối của bệnh ngoài da mạn tính; thường sắc da biến thành màu nâu, nâu sẫm hoặc nâu đen; thường do khí huyết mất điều hòa hoặc thận hư.

- *Hàn cổ trâu* (lichen hóa): Biểu hiện da dày cộm, sẫm màu, các làn da nổi rõ, giữa các làn da có sần dẹt bóng như sần của bệnh lichen, ngứa nhiều. Thường gặp ở những bệnh ngoài da ngứa mạn tính (eczema, viêm da thần kinh) do gãi nhiều. Phần lớn thuộc chứng huyết hư phong táo.

- *Sẹo*: Do loét lâu khi lành hình thành của tổ chức liên kết mới sinh, không có tính đàn hồi, có thể phân làm hai loại: Sẹo lồi tăng sinh dày bề mặt đỏ, sẹo lõm của da teo mất bóng, sắc trắng. Tất cả các loại sẹo đều do khí huyết ngưng trệ.

2.2. Giai đoạn tiến triển của tổn thương ngoài da

Giai đoạn cấp tính: Phần lớn phát bệnh cấp, biểu hiện tổn thương ngoài da thường là nóng đỏ, sần chần, mụn mủ, loét, chảy nước. Nguyên nhân phần lớn do phong, thấp, nhiệt, trùng độc, chủ yếu

là chứng thực, có quan hệ nhiều nhất với các tạng tâm, tỳ, phế.

Giai đoạn bán cấp: Trung gian giữa giai đoạn cấp và mạn tính. Biểu hiện tổn thương da bớt nóng đỏ, chảy dịch, bắt đầu đóng vảy tiết.

Giai đoạn mạn tính: Bệnh diễn biến lâu dài. Biểu hiện ngoài da thường khô táo, kết vảy, nứt nẻ, chàm hóa, sắc tố kết tụ, rụng tóc, móng có tổn thương, bệnh lý phần lớn thuộc chứng huyết hư phong táo, can thận bất túc, hoặc xung nhâm thất điều.

Chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh giúp lựa chọn dạng thuốc bôi và uống phù hợp với từng loại tổn thương. Ví dụ: Giai đoạn cấp lựa chọn thuốc bôi dạng dung dịch để thuốc có thể ngấm vào tổn thương mà không bị trôi đi; giai đoạn bán cấp lựa chọn thuốc bôi dạng gel; giai đoạn mãn lựa chọn thuốc bôi dạng cream; với tổn thương dày da lichen hóa, lựa chọn thuốc bôi dạng dầu kết hợp với băng bột tổn thương sau khi bôi thuốc để giúp thuốc ngấm tốt hơn qua lớp da dày.

2.3. Quan hệ với kinh lạc

Bệnh ngoài da phát sinh ở phần trên cơ thể và đầu mặt, là ba kinh dương mắc bệnh, phần lớn do phong nhiệt, phong thấp. Bệnh phát sinh ở phần giữa cơ thể là kinh can đờm mắc bệnh, phần lớn do khí trệ, hỏa uất, thấp nhiệt. Bệnh phát ở phần dưới cơ thể là kinh thái âm mắc bệnh, phần lớn do thấp nhiệt, hàn thấp. Nếu phát bệnh ở mũi, phần lớn có quan hệ với kinh phế; nếu phát sinh ở mạn sườn,

phần lớn có quan hệ với kinh can. Bệnh phát ở vùng hội âm, có quan hệ với hai kinh can thận; nếu là phát ở mặt môi, phần lớn có quan hệ với tỷ.

3. Điều trị bệnh ngoài da

3.1. Phương pháp điều trị uống trong

3.1.1. Sơ phong tán hàn

Dùng trị chứng phong hàn như mê đay, luput ban đỏ, bài thuốc thường dùng là *Ma hoàng quế chi các bán thang* (Ma hoàng 08g, Quế chi 16g, Bạch thược 16g, Sinh khương 03 lát, Đại táo 03 quả, Cam thảo 08g, Hạnh nhân 08g); *Kinh phong bại độc tán* (Kinh giới 16g, Phòng phong 12-16g, Sài hồ 01g, Tiên hồ 12g, Khương hoạt 12g, Độc hoạt 12g, Chỉ xác 10g, Phục linh 12g, Cát cánh 12g, Xuyên khung 08g, Bạc hà 10g, Cam thảo 08g).

3.1.2. Sơ phong thanh nhiệt

Dùng trị chứng phong nhiệt như phong nhiệt sang, thấp sang... Bài thuốc thường dùng có *Tiêu phong tán* (Đương quy 16g, Sinh địa 12g, Phòng phong 12g, Thuyền thoái 12g, Tri mẫu 12g, Khổ sâm 10g, Hồ ma nhân 12g, Kinh giới 16g, Thương truật 12g, Ngưu bàng tử 12g, Thạch cao 12g, Mộc thông 08g, Cam thảo 08g), *Sơ phong thanh nhiệt ẩm* (Kinh giới 12g, Phòng phong 12g, Ngưu bàng 12g, Bạch tật lê 12g, Thuyền thoái 12g, Sinh địa 12g, Đan sâm 12g, Xích thược 16g, Sơn chi 12g, Hoàng cầm 10g, Kim ngân hoa 16g, Liên kiều 10g, Sinh cam thảo 08g).

3.1.3. Thanh nhiệt lợi thấp

Dùng trị chứng thấp nhiệt hoặc thử thấp như chàm lở chảy nước (thấp sang), nhọt có mủ (nùng bào sang). Bài thuốc thường dùng có *Nhân trần cao thang*, *Long đởm tả can thang* (Long đởm thảo 12g, Chi tử 10g, Sài hồ 12g, Hoàng cầm 10g, Sinh địa 12g, Trạch tả 12g, Đương quy 16g, Xa tiền tử 12g, Mộc thông 08g, Cam thảo 08g), *Tỳ giải thẩm thấp thang* (Tỳ giải 12g, Ý dĩ 12g, Hoàng bá 12g, Phục linh 16g, Đan bì 12g, Trạch tả 12g, Hoạt thạch 12g, Thông thảo 08g).

3.1.4. Lương huyết giải độc

Dùng trị chứng nhiệt độc hoặc huyết nhiệt như chứng viêm da do dị ứng thuốc, vảy nến, tử ban,... Bài thuốc thường dùng có *Hoàng liên giải độc thang* (Hoàng liên 12g, Hoàng bá 12g, Hoàng cầm 12g, Chi tử 08g), *Ngũ vị tiêu độc ẩm* (Kim ngân hoa 16g, Cúc hoa 12g, Tử hoa địa đỉnh 16g, Thiên quý tử 12g, Bồ công anh 16g), *Tê giác địa hoàng thang* (Quảng tê giác 08g, Sinh địa 12g, Xích thực 16g, Đan bì 12g), *Thanh dinh thang* (Tê giác 12g, Sinh địa 12g, Huyền sâm 12g, Trúc diệp 12g, Kim ngân hoa 16g, Liên kiều 12g, Hoàng liên 12g, Đan sâm 12g, Mạch đông 12g).

3.1.5. Hoạt huyết hóa ứ

Dùng trị chứng khí trệ huyết ứ như chứng Hồng ban nút, xơ cứng bì,... Bài thuốc thường dùng có *Đào hồng tứ vật thang* (Đào nhân 08g, Hồng hoa 08g, Đương quy 16g, Bạch thực 12g,

Sinh địa 12g, Xuyên khung 08g), *Huyết phủ trực ứ thang* (Đương quy 16g, Sinh địa 12g, Xích thực 12g, Xuyên khung 08g, Đào nhân 08g, Hồng hoa 08g, Chỉ xác 08g, Sài hồ 12g, Cát cánh 10g, Ngưu tất 08g).

3.1.6. Trấn can tức phong

Dùng trị chứng huyết hư can vượng như chứng ngứa ở người cao tuổi, chứng mụn cơm, mụn cóc, bệnh ngoài da gây đau dây thần kinh như Zona,... Bài thuốc thường dùng có *Thiên ma câu đằng ẩm* (Thiên ma 12g, Câu đằng 12g, Thạch quyết minh 12g, Chi tử 08g, Hoàng cầm 10g, Ngưu tất 08g, Đỗ trọng 12g, Ích mẫu 12g, Tang ký sinh 01g, Dạ giao đằng 12g, Phục linh 12g).

3.1.7. Dưỡng huyết nhuận táo

Dùng trị chứng huyết hư phong táo như chứng viêm da thần kinh (ngứa bì tiên), viêm da cơ địa,... Bài thuốc thường dùng là *Đương quy ẩm tử* (Đương quy 16g, Xuyên khung 08g, Bạch thực 12g, Sinh địa 12g, Phòng phong 12g, Bạch tật lê 12g, Kinh giới 16g, Hà thủ ô 12g, Hoàng kỳ 16g, Cam thảo 08g).

3.1.8. Tư âm giáng hỏa

Dùng trị chứng can thận âm hư hỏa vượng như chứng ban đỏ rải rác, xơ cứng bì,... Bài thuốc thường dùng là:

- *Lục vị địa hoàng hoàn* (Thục địa 8 lạng, Đan bì 3 lạng, Sơn thù 4 lạng, Trạch tả 3 lạng, Sơn dược 4 lạng, Phục linh 3 lạng). Cách dùng: Liều lượng

nói trên dùng làm thuốc hoàn, luyện với mật làm hoàn, hiệu thuốc có bán thuốc chế sẵn, ngày dùng 8-16g, chia 2 lần uống với nước muối nhạt. Trong lâm sàng cũng dùng làm thuốc thang, đun sắc chia 2 lần uống.

- Tri bá địa hoàng hoàn (Đơn bì 120g, Hoàng bá 80g, Phục linh 120g, Sơn dược 160g, Sơn thù 160g, Thục địa 320g, Trạch tả 120g, Tri mẫu 80g). Cách bào chế: Tán nhỏ, luyện với mật làm hoàn. Cách sử dụng: Ngày dùng 8-16g với nước muối nhạt.

3.1.9. Ôn thận tráng dương

Dùng trị chứng tỳ vị thận dương hư như chứng xơ cứng bì, luput ban đỏ rải rác,... Bài thuốc thường dùng là *Quế phụ bát vị hoàn* (Quế nhục 08g, Phụ tử 07g, Thục địa 16g, Hoài sơn 12g, Sơn thù 12g, Đơn bì 12g, Bạch linh 12g, Trạch tả 12g), *Nhị tiên thang* (Tiên mao 12g, Dâm dương hoắc 12g, Đương quy 16g, Ba kích 12g, Tri mẫu 12g, Hoàng bá 12g).

3.2. Phương pháp điều trị bên ngoài

Là phương pháp dùng các loại thuốc, thủ thuật hoặc phối hợp với một số dụng cụ tác động trực tiếp lên vị trí bị bệnh để đạt được mục đích điều trị. Điều trị tại chỗ vùng da bị tổn thương là phương pháp điều trị quan trọng đối với bệnh da liễu. Đối với nhiều bệnh ngoài da, chỉ cần dùng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương cũng khỏi được.

3.2.1. *Phép trị dùng thuốc ngoài da*

Đắp thuốc tươi: Giã lá tươi như Bồ công anh, Diếp cá, lá cây Sống đời... đắp lên ung nhọt thuộc chứng dương nhiệt.

Thuốc cao: Cao dán như cao dán Thái Ất, cao dán Kim Đan có tác dụng hút, giảm đau, thu miệng, dùng điều trị nhọt giai đoạn sưng tấy, làm mủ và thu miệng.

Cao mềm: Dùng điều trị chứng đinh nhọt, bệnh ngoài da giai đoạn cấp xuất tiết nhiều. Ung nhọt thuộc dương chứng dùng Kim hoàng cao, Tam hoàng cao, Ngọc lộ cao, Hoàng liên cao, ung nhọt thuộc âm chứng dùng Hồi dương ngọc long cao, chứng loét dùng Sinh cơ ngọc hồng cao,...

Ngoài ra còn có dạng *thuốc tán bột, dạng hồ, thuốc bột* dùng khử mủ làm sạch vết loét như Cửu nhất đơn, Bát nhị đơn, Ngũ ngũ đơn, Tiểu thăng đơn; thuốc bột cầm máu như: Vân nam bạch dược, Đào hoa tán bột, Điền thất.

3.2.2. *Phép dùng thủ thuật*

Phép chích, rạch để tháo mủ, độc ra hết, hết đau, vết thương nhanh liền. Chỉ chích, rạch khi xác định chính xác là mủ đã chín.

Phép đốt nóng (ngày nay thay bằng plasma, laser CO₂) để điều trị mụn cơm, HPV, polip, u mềm treo, chích, rạch mủ,...

BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

ThS. BS. Nguyễn Thị Phượng

ThS. BS. Nguyễn Thị Hiền

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ VIÊM DA CƠ ĐỊA

1. Đại cương

Viêm da cơ địa là bệnh da thường gặp, biểu hiện cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính tái phát. Bệnh thường xuất hiện ở trẻ em và có thể tồn tại suốt đời. Cơ chế bệnh sinh của viêm da rất phức tạp, có liên quan tới nhiều yếu tố như: sự bất thường chức năng hàng rào của da, tăng mẫn cảm với các dị nguyên, nhiễm trùng, cơ địa.

Tỷ lệ viêm da cơ địa rất cao và khác nhau ở từng quốc gia. Ở Mỹ và một số nước Tây Âu có khoảng 10-20% trẻ em và 1-3% người lớn bị bệnh này. Bệnh gặp ở cả hai giới. Trong những năm gần đây, tỷ lệ viêm da cơ địa tăng, kể cả ở những nước phát triển và các nước đang phát triển.

2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng đặc trưng với triệu chứng cơ năng ngứa rất nhiều, thương tổn cơ bản là các

mụn nước nhỏ mọc trên nền da đỏ, vị trí thương tổn có tính chất đối xứng hai bên. Mỗi thời kỳ của bệnh, triệu chứng lâm sàng có những đặc điểm khác nhau như sau:

2.1. Thời kỳ nhũ nhi (dưới 2 tuổi)

- Hay gặp ở trẻ em thời kỳ 2-3 tháng tuổi.
- Thương tổn cơ bản là những mụn nước nhỏ li ti tập trung thành đám trên nền da đỏ kèm theo ngứa nhiều làm trẻ quấy khóc, dụi gãi nhiều.
- Mụn nước tiến triển qua các giai đoạn:
 - + Giai đoạn tấy đỏ: Mụn nước nhỏ li ti như hạt kê trên nền da đỏ.
 - + Giai đoạn mụn nước: Mụn nước trở nên dày đặc tập trung thành từng đám trên nền da đỏ.
 - + Giai đoạn chảy dịch, phù nề: Mụn nước vỡ ra, chảy nước dịch không ngừng trên nền da đỏ phù nề (còn gọi là “giếng chàm”), giai đoạn này rất dễ bị bội nhiễm.
 - + Giai đoạn đóng vảy: Các dịch tiết khô dần, đóng vảy tiết màu vàng nhạt. Nếu có bội nhiễm đóng vảy dày màu nâu.
 - + Giai đoạn bong vảy da: Vảy tiết bong để lại lớp da mỏng, dần dần bị nứt ra bong thành các vảy mỏng trắng, sau đó da trở lại bình thường.
- Vị trí: Hay gặp ở má, cằm, trán, trường hợp nặng có thể lan ra tay, chân, ngực, bụng... Tổn thương có tính chất đối xứng hai bên.

2.2. Thời kỳ trẻ em (2-12 tuổi)

- Hay gặp nhất là lứa tuổi từ 2-5 tuổi.

- Thương tổn cơ bản: Sẩn nổi cao hơn mặt da, phân bố tập trung thành mảng sẩn hoặc rải rác kèm theo dày da, lichen hóa do ngứa gãi nhiều. Có thể gặp mụn nước nhỏ tập trung thành đám.

- Vị trí: Vùng nếp gấp cơ thể như khoeo chân, khuỷu tay, cổ tay, mí mắt... Thương tổn có tính chất đối xứng hai bên.

2.3. Thời kỳ trưởng thành (sau 12 tuổi)

- Bệnh tiến triển từ giai đoạn trẻ em hoặc bệnh bắt đầu xuất hiện từ giai đoạn dậy thì, một số phát ở giai đoạn lớn hơn.

- Thương tổn cơ bản: Tương đối giống thời kỳ trẻ em.

- Vị trí: Vùng nếp gấp cơ thể như khoeo chân, khuỷu tay, cổ tay, vùng hậu môn, sinh dục... Thương tổn có tính chất đối xứng hai bên.

Các biểu hiện bệnh lý như chứng vẽ nổi (dermographism), bệnh vẩy cá thông thường, dày sừng nang lông... có thể gặp trên bệnh nhân viêm da cơ địa.

3. Tiến triển

Bệnh tiến triển dai dẳng thành từng đợt cấp tính, mạn tính xen kẽ nhau trên cùng một bệnh nhân trong từng thời kỳ bệnh, có liên quan mật thiết tới yếu tố thời tiết, ăn uống, sinh hoạt, tình trạng nhiễm trùng...

Khoảng gần 50% bệnh khởi khi ở tuổi thiếu niên, nhưng cũng nhiều trường hợp bệnh tồn tại trong nhiều năm cho đến tuổi trưởng thành.

Thông thường bệnh tiến triển qua các giai đoạn:

- *Giai đoạn cấp tính*: Thương tổn cơ bản là mụn nước nhỏ li ti tập trung thành đám trên nền dát đỏ. Mụn nước dập vỡ, xuất tiết, chảy dịch, phù nề nhiều còn gọi là “giếng chàm”. Triệu chứng cơ năng là ngứa nhiều. Giai đoạn này điển hình ở thời kỳ trẻ em dưới 2 tuổi.

- *Giai đoạn bán cấp*: Giảm phù nề, giảm xuất tiết, bắt đầu đóng vảy tiết.

- *Giai đoạn mạn tính*: Thương tổn cơ bản là các sẩn phân bố tập trung thành mảng hay rải rác kèm theo dày da, lichen hóa, các vết xước, nứt da, sắc da thâm, đây là hậu quả của việc bệnh nhân ngứa gãi nhiều.

4. Chẩn đoán

4.1. Tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka (1980)

Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 3 tiêu chuẩn chính và ít nhất 3 tiêu chuẩn phụ.

4.1.1. Bốn tiêu chuẩn chính

(1) Ngứa.

(2) Viêm da mạn tính và tái phát.

(3) Hình thái và vị trí thương tổn điển hình.

- Trẻ em: Chàm khu trú ở mặt, vùng duỗi.

- Trẻ lớn và người lớn: Dày da, lichen vùng nếp gấp.

(4) Tiền sử cá nhân hay gia đình có bệnh cơ địa dị ứng như hen, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa.

4.1.2. Các tiêu chuẩn phụ

(1) Khô da.

(2) Viêm môi.

- (3) Đục thủy tinh thể.
- (4) Viêm kết mạc mắt và kích thích ở mắt tái phát.
- (5) Mặt: Đỏ, tái.
- (6) Dị ứng thức ăn.
- (7) Chàm ở bàn tay.
- (8) IgE tăng.
- (9) Phản ứng da tức thì tuýp 1 dương tính.
- (10) Dễ bị nhiễm trùng da và hay tái phát.
- (11) Ngứa khi ra mồ hôi.
- (12) Vảy phấn trắng.
- (13) Chứng vẽ nổi.
- (14) Giác mạc hình chớp.
- (15) Các thương tổn khác giống dày sừng nang lông.
- (16) Tuổi phát bệnh sớm.
- (17) Chàm núm vú.
- (18) Nếp dưới mắt Dennie - Morgan.
- (19) Quảng thâm quanh mắt.

4.2. Tiêu chuẩn của Hội bác sĩ gia đình của Mỹ (1999)

4.2.1. Bốn tiêu chuẩn chính

- (1) Ngứa.
- (2) Viêm da mạn tính tái phát.
- (3) Hình thái và vị trí điển hình.
 - Trẻ em: Mụn nước tập trung thành đám ở mặt, mặt duỗi các chi.
 - Người lớn: Lichen hóa ở nếp gấp.
- (4) Tiền sử gia đình hay bản thân bị các bệnh atopy như hen phế quản, viêm da cơ địa, mày đay,...

4.2.2. Triệu chứng phụ

- (1) Khô da.
- (2) Dày lòng bàn tay, bàn chân.
- (3) Viêm kết mạc mắt.
- (4) Mặt tái.
- (5) Vảy phấn trắng.
- (6) Vảy cá.
- (7) Viêm da lòng bàn tay, bàn chân không đặc hiệu.
- (8) Chàm nướu vú.
- (9) Phản ứng quá mẫn tuýp 1 dương tính.
- (10) IgE huyết thanh cao.
- (11) Dễ bị dị ứng thức ăn.
- (12) Đỏ da.
- (13) Bệnh xuất hiện từ bé.
- (14) Chứng vẩy nổi của da.
- (15) Dày sừng nang lông.

Chẩn đoán xác định: khi có ít nhất 3 triệu chứng chính và 3 triệu chứng phụ.

5. Chẩn đoán phân biệt

Chàm vi trùng: Thương tổn cơ bản là các mụn nước tập trung thành đám, ranh giới rõ, vị trí bất kỳ ở đầu và thường liên quan với ổ nhiễm trùng.

Viêm da dầu: Da đỏ, có vảy, ngứa, hay gặp ở vùng da mỡ như rãnh mũi, má, hai kẽ sau tai, trán, hai cung mày, cằm, phía trên ngực, vùng giữa hai bả vai.

Viêm da tiếp xúc: Thương tổn là các mụn nước, bọt nước trên nền da đỏ, có thể loét tùy theo mức độ phản ứng. Vị trí thương tổn là vùng hở, vùng tiếp xúc với dị nguyên.

Ghẻ: Thương tổn cơ bản là mụn nước rải rác khắp người nhưng thường khu trú ở một số vị trí đặc biệt như kẽ tay, nếp cổ tay, mông, hai đùi, hai nếp gấp vú, khuỷu tay. Ở các đường chỉ lòng bàn tay có thể có luống ghẻ. Ngứa về đêm.

Rôm sảy: Hay gặp vào mùa hè, các mụn rộp rải rác, toàn thân.

6. Biến chứng

Mất: Viêm kết mạc dày sừng trong viêm da cơ địa với các triệu chứng ngứa, cảm giác bỏng, chảy nước mắt, tiết dịch có thể ảnh hưởng tới thị lực.

Nhiễm trùng: Hay gặp nhất là nhiễm virus Herpes. Tụ cầu vàng có mặt trên da sẽ gây bệnh bất kỳ lúc nào nếu có điều kiện thuận lợi (suy dinh dưỡng, giảm miễn dịch, loét thương tổn).

Viêm da bàn tay: Đặc biệt đối với những người tiếp xúc với dầu mỡ, xà phòng, hóa chất.

Trong một số trường hợp do bội nhiễm không được điều trị kịp thời có thể gây viêm cầu thận cấp.

7. Nguyên tắc điều trị

- Phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.
- Chú ý điều trị các bệnh cơ địa nếu có.
- Điều trị đúng theo từng giai đoạn.
- Chế độ ăn uống hợp lý.
- Giáo dục, tư vấn.

8. Giáo dục sức khỏe

- Giữ vệ sinh sạch sẽ, tắm rửa thay quần áo mỗi ngày, tránh bụi bẩn làm bệnh viêm da nặng hơn.

- Nên mặc quần áo thoáng mát, tránh việc mặc nhiều quần áo ra nhiều mồ hôi gây nhiễm trùng, nếu là mùa lạnh thì không nên mặc áo len lông tiếp xúc trực tiếp với da, vì các chất liệu này dễ gây dị ứng cho da.

- Tránh cào gãi làm trầy xước da khi đang bị viêm da cơ địa.

- Sử dụng kem dưỡng ẩm, kem steroid tại chỗ, theo đơn hướng dẫn của bác sĩ.

- Dùng thuốc kháng histamin có thể giúp giảm ngứa trầm trọng.

- Tránh các yếu tố nguy cơ gây dị ứng da; tránh sử dụng các loại thực phẩm, mỹ phẩm, hóa chất gây phản ứng dị ứng; tránh các chất kích thích như chất len và lanolin; tránh thay đổi nhiệt độ cơ thể một cách đột ngột.

- Có chế độ ăn hợp lý, tránh các thức ăn dễ gây dị ứng, hạn chế uống rượu bia và các chất kích thích như trà, cà phê.

- Tránh tiếp xúc với các chất kích ứng da như xà phòng, hóa chất, chất tẩy rửa, chất sát khuẩn.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Bệnh danh

Viêm da cơ địa thuộc chứng thấp chẩn, thấp sang, chàm... Ngoài ra, tùy thuộc vào vị trí bị bệnh còn có tên gọi khác nhau như ở tai gọi là Hoàn nhĩ sang, ở vú gọi là Nhũ đầu phong, ở rốn gọi là Tề phong sang, ở âm nang gọi là Thận nang phong, ở vùng khoeo gọi là Tứ loan phong...

2. Nguyên nhân gây bệnh

2.1. Bất nội ngoại nhân

Do bẩm thụ doanh huyết bất túc, biểu vệ không bền, phong nhiệt kiêm thấp uất nhân chỗ hư xâm phạm vào cơ phu gây vết lấp doanh vệ, chèn ép tấu lý ở trong mà thành chẩn.

Thấp uất làm khốn tỳ, lại do ăn đồ béo, ngọt, nướng, rán làm hại tỳ, làm tỳ không đảm nhận tốt chức năng vận hóa đồ ăn uống sinh thấp.

2.2. Nội nhân

Một số trạng thái tình chí như lo lắng, căng thẳng kéo dài... có liên quan tới khởi phát viêm da cơ địa hoặc làm bệnh nặng lên.

2.3. Ngoại nhân

Phong, nhiệt, thấp tà kết hợp với nhau gây bệnh.

3. Các thể lâm sàng

3.1. Phong thấp nhiệt

Thường gặp ở viêm da cơ địa giai đoạn cấp tính hoặc bán cấp.

- *Triệu chứng:*

Giai đoạn cấp: Thương tổn cơ bản là mụn nước nhỏ li ti tập trung thành đám trên nền dát đỏ. Mụn nước dập vỡ, xuất tiết, chảy dịch, phù nề nhiều còn gọi là “giếng chàm”. Triệu chứng cơ năng là ngứa nhiều. Giai đoạn này điển hình ở thời kỳ trẻ em dưới 2 tuổi.

Giai đoạn bán cấp: Giảm phù nề, giảm xuất tiết, bắt đầu đóng vảy tiết. Vị trí đối xứng hai bên: Má, cằm, nặng lan ra tay chân, thân mình.

Toàn thân tâm phiền, miệng khát, đại tiện táo, tiểu tiện ít và đỏ, rêu lưỡi vàng nhầy, mạch hoạt sác. Trường hợp thấp nặng thì chán ăn, người mệt mỏi, mạch huyền hoạt.

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt lợi thấp, lương huyết giải độc.

- *Bài thuốc*:

+ Thuốc uống trong:

Bài 1: Thổ phục linh 16g, Nhân trần 20g, Khổ sâm 12g, Kim ngân 16g, Hoàng bá nam 12g, Hạ khô thảo 12g, Ké đầu ngựa 12g, Hoạt thạch 8g.

Bài 2: Thanh nhiệt hóa thấp thang gia giảm

Hoàng cầm 12g, Hoàng bá 12g, Bạch tiền bì 12g, Phục linh bì 12g, Hoạt thạch 20g, Khổ sâm 12g, Sinh địa 20g, Ngân hoa 20g, Đạm trúc diệp 20g.

+ Thuốc dùng ngoài:

Khi bệnh mới phát chỉ đỏ tại chỗ, sản và mụn nước chưa vỡ, chưa xuất tiết: Lô cam thạch, dung dịch 2% bằng phiến.

Khi các mụn nước đã vỡ và xuất tiết nhiều thì nên dùng các thuốc thu liễm, tiêu viêm. Sắc lấy nước đặc, đắp ướt các thuốc sau: Rau sam 60g, Hoàng bá, Sinh địa mỗi vị 30g, Bồ công anh, Long đởm thảo, Cúc hoa mỗi vị 30g.

Giai đoạn bong vảy: Cao thanh lương (Đương quy 30g, Tử thảo 06g, Đại hoàng 05g, Dầu thực vật 480g, Sáp ong 120g). Hoặc cao Hoàng liên: Hoàng liên 20g, Vaseline 80g.

- *Châm cứu*

Toàn thân: Hợp cốc: trừ phong; Túc tam lý: trừ thấp; Huyệt hải: hoạt huyết.

Tại chỗ: Tùy vị trí chàm ở cơ thể mà chọn huyệt cho phù hợp.

Vùng tay: Khúc trì, Hợp cốc.

Vùng chân: Tam âm giao, Dương lăng tuyền.

Châm ngày một lần, lưu kim 20 phút/lần.

3.2. *Thế huyết hư phong táo*

Thế này hay gặp ở giai đoạn viêm da cơ địa mạn tính: Thương tổn cơ bản là các sản phẩm tập trung thành mảng hay rải rác kèm theo dày da, lichen hóa, các vết xước, nứt da, sứt da thâm, đây là hậu quả của việc bệnh nhân ngứa gãi nhiều.

Thương tổn hay gặp ở các nếp gấp lớn, lòng bàn tay, bàn chân, các ngón, cổ, gáy, cổ tay, cẳng chân.

Toàn thân chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế hoặc trầm hoãn. Tình trạng này do bệnh lâu ngày làm hao tổn âm huyết, huyết hư phong táo gây nên bệnh.

- *Pháp điều trị*: Khu phong, dưỡng huyết, nhuận táo.

- *Bài thuốc*:

+ Thuốc uống trong:

Bài 1: Tứ vật tiêu phong ẩm gia giảm

Thục địa, Sinh địa, Kinh giới đều 16g, Đương quy, Bạch thược, Thương truật, Phòng phong, Địa phu tử đều 12g, Khổ sâm, Thuyền thoái, Bạch tiên bì, Bạch tật lê đều 08g. Sắc uống.

Bài 2: Tứ vật thang hợp Tỳ giải thẩm thấp
thang gia giảm

Đương quy, Sinh địa, Bạch thược, Xuyên
khung, Kinh giới, Phòng phong, Thuyền thoái, Tỳ
giải, Ý dĩ, Trạch tả, Hoạt thạch, Thông thảo.

Gia giảm: Bệnh phát ở đầu mặt gia Bạch chỉ,
Cảo bản. Bệnh ở thân mình gia Ngưu tất, Đỗ
trọng. Bệnh phát ở tứ chi gia Quế chi, Độc hoạt.
Ngứa nhiều gia Khổ sâm, Bạch tiền bì...

+ Thuốc dùng ngoài:

Bột Thanh đại trộn với dầu vừng vừa đủ để bôi.

Lòng đỏ trứng gà nấu thành cao bôi.

Tam diệp tân phương (Hàn thủy thạch 40g,
Hoàng bá 20g, Thanh đại 04g, tán bột mịn trộn
dầu vừng bôi).

- *Châm cứu:*

Toàn thân: Hợp cốc: trừ phong; Túc tam lý:
kiện tỳ trừ thấp; Huyết hải: bổ huyết.

Tại chỗ: Tùy vị trí chàm ở cơ thể mà chọn
huyệt cho phù hợp.

Vùng tay: Khúc trì, Hợp cốc.

Vùng chân: Tam âm giao, Dương lăng tuyền.

Châm ngày một lần, lưu kim 20 phút/lần.

BỆNH VẢY NẾN

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

TS. BS. Phạm Quốc Bình

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

ThS. BS. Nguyễn Thị Hiền

ThS. BS. Nguyễn Thị Phương

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH VẢY NẾN

1. Mở đầu

Năm 1801, Robert Willan là người đầu tiên tổng hợp những nét đặc trưng của bệnh và đặt tên là “Psoriasis”. Ở Việt Nam, giáo sư Đặng Vũ Hỷ là người đầu tiên gọi bệnh này là “Vảy nến”.

Vảy nến là bệnh da có vảy mạn tính, xảy ra trên một cơ địa có tính di truyền, xuất hiện theo cơ chế tự miễn dưới tác động của các yếu tố khởi động như: stress, nhiễm trùng, chấn thương thượng bì... Hầu hết là lành tính, nhưng ảnh hưởng lớn đến tâm lý, đến thẩm mỹ của bệnh nhân. Bệnh gặp ở cả hai giới, mọi lứa tuổi, mọi địa phương. Bệnh phát thành từng đợt, có khi tăng giảm theo mùa, theo trạng thái tình cảm.

Ở các nước Âu - Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh vảy nến chiếm 1-2% dân số. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh là

5-7% tổng số bệnh nhân da liễu đến khám tại các phòng khám da liễu.

2. Bệnh nguyên bệnh sinh

Vảy nến hình thành do rối loạn biệt hóa lành tính của tế bào thượng bì, cụ thể là tăng sinh tế bào thượng bì, đặc biệt là lớp tế bào đáy và tế bào gai dẫn đến rối loạn quá trình tạo sừng. Bình thường chu trình biệt hóa của tế bào thượng bì là 20-27 ngày. Trong bệnh vảy nến chu trình này còn 2-4 ngày.

2.1. Yếu tố di truyền

Người ta cho rằng vảy nến là bệnh da di truyền, gen gây nên bệnh vảy nến nằm trên nhiễm sắc thể số 6 có liên quan HLA-DR7, B13, B17, B37, BW57, CW6...

Dưới tác động của các yếu tố gây bệnh (yếu tố khởi động, yếu tố môi trường) như stress, nhiễm khuẩn, chấn thương cơ học, vật lý, rối loạn nội tiết, các thuốc..., gen này được khởi động dẫn đến tăng sản tế bào biểu bì sinh ra vảy nến.

2.2. Các yếu tố khởi động

Những yếu tố này có liên quan tới quá trình khởi phát và nặng lên của bệnh vảy nến:

Nhiễm khuẩn: Đối với vảy nến trẻ em, vảy nến thể giọt, người ta phân lập được liên cầu khuẩn ở tổn thương và điều trị kháng sinh thì bệnh thuyên giảm.

Thuốc: Bệnh vẩy nến xuất hiện sau khi sử dụng một số thuốc: chẹn beta kéo dài, lithium, đặc biệt sau khi sử dụng corticoid.

Hiện tượng Kobner: Thương tổn mọc lên sau các kích thích cơ học (gãi, chà xát, chấn thương) hoặc các kích thích lý hóa.

Những stress gây suy sụp về thể chất và tinh thần liên quan đến phát bệnh và vược bệnh, bệnh nhân bị vẩy nến thuộc típ thần kinh dễ bị kích thích, hay lo lắng.

Rối loạn chuyển hóa: Cho là có rối loạn chuyển hóa đường, đạm.

Rối loạn nội tiết: Bệnh thường nhẹ khi có thai nhưng sau khi sinh con bệnh lại tái phát hoặc nặng hơn.

3. Triệu chứng

3.1. Thương tổn da

Dát màu đỏ hoặc hồng, ấn kính mất màu, kích thước dát đỏ khác nhau, có thể đến vài centimét, có khi thành đám, hơi gờ cao, thâm nhiễm nhiều hay ít, có vẩy trắng chiếm gần hết nền đỏ, chỉ còn lại viền đỏ xung quanh rộng hơn lớp vẩy.

Vảy da: Trên dát đỏ có phủ một lớp vẩy trắng đục hơi bóng như xà cừ, như màu nền trắng, xếp thành nhiều lớp dễ bong. Vảy tái tạo rất nhanh, bong lớp này thì lớp khác đùn lên.

Dấu hiệu giọt sương máu hay cạo Brocq dương tính (+): Dùng dao mổ cùn cạo nhẹ nhàng trên bề

mặt tổn thương, vảy sẽ bong ra như bột trắng, đến một màng mỏng bóng, trong suốt, có thể bóc được như vỏ củ hành, khi bóc hết lớp vỏ này bộc lộ nền da đỏ, trên da là những giọt máu lấm tấm như giọt sương.

3.2. Thương tổn móng

Gặp ở 25% trường hợp, bản móng có hố lõm nhỏ, hoặc có đường kẻ dọc theo móng. Móng giòn, vụn, dày ở bờ tự do, thường bị nhiều móng cùng một lúc.

Thường kết hợp với đỏ da bong vảy xung quanh móng. Vảy nền mụn mủ thấy các mụn dưới móng hoặc xung quanh móng.

3.3. Thương tổn khớp

Chiếm khoảng 10-20% tổng số bệnh nhân vảy nến. Gồm các biểu hiện đau các khớp; hạn chế và viêm một khớp; viêm đa khớp vảy nến có hình ảnh lâm sàng giống viêm đa khớp dạng thấp; viêm khớp cột sống vảy nến hiếm gặp hơn so với viêm đa khớp, khó phân biệt với viêm cột sống dính khớp.

X quang thấy hiện tượng mất vôi ở đầu xương, hủy hoại sụn, xương, dính khớp.

3.4. Thương tổn ở niêm mạc

Thường gặp ở niêm mạc quy đầu là những vết màu hồng, không thâm nhiễm, giới hạn rõ, ít hoặc không có vảy, tiến triển mạn tính.

Ở lưỡi: Giống viêm lưỡi hình bản đồ hoặc viêm lưỡi phì đại tróc vảy.

Ở mắt: Hình ảnh viêm kết mạc, viêm giác mạc, viêm mí mắt.

3.5. Ngứa nhiều hoặc ít

Toàn thân không có gì đặc biệt.

4. Tiến triển và biến chứng

4.1. Tiến triển

Bệnh tiến triển từng đợt, xen kẽ những đợt bùng phát là thời kỳ tạm lắng. Khi thương tổn biến mất hoàn toàn gọi là “vảy nến yên lặng”. Chỉ còn một vài mảng thương tổn khu trú ở vị trí nào đó, tồn tại dai dẳng trong nhiều tháng, nhiều năm gọi là “vảy nến ổn định”. Vì vậy, khi sạch thương tổn cũng không thể coi là bệnh đã khỏi hoàn toàn.

4.2. Biến chứng

- Chàm hóa, lichen hóa, bội nhiễm, ung thư da.
- Đỏ da toàn thân.
- Vảy nến thể khớp có thể làm biến dạng khớp, cứng khớp, nhất là cột sống.

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán xác định

- Thương tổn da: Dát đỏ giới hạn rõ với da lành, trên phủ vảy trắng dễ bong.
- Cạo vảy theo phương pháp Brocq dương tính.

- Hình ảnh mô bệnh học (khi thương tổn lâm sàng không điển hình).

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- *Giang mai thời kỳ II*: Thương tổn cơ bản là các sẩn màu hồng, thâm nhiễm, xung quanh có vảy trắng, cạo vảy theo phương pháp Brocq âm tính. Xét nghiệm tìm xoắn trùng tại thương tổn, phản ứng huyết thanh giang mai dương tính.

- *Lupus đỏ kinh*: Thương tổn cơ bản là dát đỏ, có teo da, vảy da dính khó bong.

- *Á vẩy nến*: Thương tổn cơ bản là các sẩn, mảng màu hồng có vảy trắng, cạo vảy có dấu hiệu “gắn xi”.

- *Vảy phấn hồng Gibert*: Thương tổn cơ bản là mảng da đỏ hình tròn hoặc hình bầu dục, có vảy phấn nổi cao so với trung tâm. Vị trí rải rác toàn thân; các vùng đầu, mặt và bàn tay, bàn chân thường không có thương tổn. Bệnh sẽ khỏi trong vòng 4-8 tuần.

- *Vảy phấn đỏ chân lông*: Thương tổn là các sẩn hình chóp màu hồng có vảy phấn, khu trú ở nang lông. Vị trí hay gặp nhất là ở mặt dưới đốt hai đốt ba ngón tay và ngón chân, bụng, chi dưới.

6. Điều trị

6.1. Mục tiêu điều trị

- Làm sạch tổn thương nhanh chóng (khởi về mặt lâm sàng).

- Kéo dài thời gian ổn định (hạn chế tái phát).
- An toàn, ít độc hại, dễ áp dụng, đơn giản, rẻ tiền.
- Điều trị vảy nến qua hai giai đoạn:
 - + Giai đoạn tấn công: Điều trị tại chỗ, toàn thân hoặc phối hợp cả hai nhằm xóa sạch tổn thương.
 - + Giai đoạn duy trì sự ổn định, giữ cho bệnh không bùng phát.

6.2. Điều trị tại chỗ

- Điều trị tại chỗ thường được sử dụng trong vảy nến mức độ nhẹ và trung bình.
- Dùng các loại mỡ, kem, dung dịch với mục đích bong vảy, tiêu sừng, hạn chế hình thành nhanh chóng vảy da.
- Nếu bệnh gặp ở bàn chân thì nên luôn luôn đi giày có lót tất khi đi ra ngoài đường, điều này sẽ giúp da chân không cảm thấy khô, đồng thời ngăn ngừa các vết nứt ở da bị nhiễm khuẩn.
- Hạn chế tiếp xúc với các chất tẩy rửa như xà phòng, dầu gội...

6.3. Điều trị toàn thân

Vảy nến mức độ trung bình và nặng có thể phải sử dụng quang trị liệu hoặc thuốc ức chế miễn dịch.

7. Giáo dục sức khỏe

- Khi người bệnh phơi nắng, dù tia cực tím chưa đủ để làm cháy nắng làn da của người bệnh

nhưng cũng đủ để gây thương tổn cho da, nhất là lúc này da người bệnh đang bị rối loạn điều tiết sinh ra bệnh vảy nến. Vì vậy cần tránh tiếp xúc với tia cực tím càng nhiều càng tốt.

- Ngoài ra, để tránh bệnh vảy nến phát triển và lan rộng, cần tránh làm tổn thương da, côn trùng cắn, nhiễm vi khuẩn và virus...

- Tránh căng thẳng, stress.

- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, tránh các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá...

- Tuân thủ điều trị theo chỉ định của bác sĩ.

- Tái khám định kỳ theo lịch hẹn.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Vảy nến thuộc phạm vi chứng Bạch sang, Tòng bì tiến...

1. Nguyên nhân gây bệnh

1.1. Bất nội ngoại nhân

Bẩm thụ huyết nhiệt lại cảm phải phong tà, lâu ngày phong làm huyết táo, da không được nuôi dưỡng đầy đủ sinh ra sẩn đỏ, vảy nhiều hơn, ngứa liên tục.

Can thận âm huyết bất túc, hai mạch xung nhâm thiếu dinh dưỡng gây tổn thương dinh huyết.

Do trị bệnh không đúng, kiêng cảm phải độc tà hóa nhiệt hóa táo, táo nhiệt sinh độc, độc đi vào dinh huyết tạo thành chứng khí huyết hư. Tóm lại

bệnh Tùg bì tiến phát sinh là do nhiều nguyên nhân gây nên dinh huyết tổn thất sinh phong sinh táo, cơ bì thiếu nuôi dưỡng mà sinh bệnh.

1.2. Nội nhân

Một số trạng thái tình chí như lo lắng, căng thẳng kéo dài... có liên quan tới khởi phát vảy nến hoặc làm bệnh nặng lên.

1.3. Ngoại nhân

Ngoại cảm phong tà ở bì phu, lâu ngày hóa nhiệt gây nên trạng thái dinh vệ bất hòa, khí huyết không thông mà sinh bệnh.

Thấp nhiệt uất trệ tại cơ bì, lâu ngày gây tổn thương khí huyết, huyết hư phong táo, cơ bì mất dinh dưỡng, bệnh ngày càng nặng hơn.

2. Phân loại các thể lâm sàng

2.1. Thể phong huyết nhiệt

Gặp ở bệnh vảy nến thể thông thường thời kỳ tiến triển.

- *Triệu chứng*: Dát màu đỏ hoặc hồng trên da, kích thước dát đỏ khác nhau có thể đến vài centimét, có khi thành đám, hơi gờ cao, trên dát đỏ có phủ một lớp vảy trắng đục hơi bóng như xà cừ, như màu nền trắng, xếp thành nhiều lớp dễ bong, chiếm gần hết nền đỏ. Vảy tái tạo rất nhanh, bong lớp này thì lớp khác đùn lên. Ngứa nhiều hoặc ít, táo bón, tiểu đỏ, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sác.

- *Pháp điều trị*: Lương huyết, giải độc, khu phong.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Hòe hoa 20g, Sinh địa 20g, Thổ phục linh 16g, Ngân hoa 16g, Kế đầu ngựa 16g, Hy thiêm 16g, Cây cứt lợn 20g, Cam thảo đất 16g, Thạch cao 20g.

+ Bài 2: Tê giác địa hoàng thang gia giảm: Tê giác 04g, Đan bì 10g, Sinh địa 30g, Thược dược 12g, Thổ phục linh 15g.

Cách dùng: Sắc 3 vị, Tê giác mài ra để cùng uống. Sắc còn 300 ml, chia uống làm 3 lần.

+ Bài 3: Hòe hoa thang gia giảm: Hòe hoa sống 40g, Thăng ma 12g, Sinh địa 40g, Thạch cao 40g, Trích thảo 04g, Địa phu tử 12g, Thổ phục linh 40g, Tử thảo 12g, Kế đầu ngựa 20g.

2.2. Thể phong thấp huyết nhiệt

Gặp ở bệnh vảy nến thể mủ, thể khớp, vảy nến thể đỏ da toàn thân hoặc vảy nến kèm bội nhiễm.

- *Triệu chứng*:

Vảy nến thể mủ: Thương tổn là những mụn mủ nhỏ li ti tập trung thành đám trên nền dát đỏ, mụn mủ trắng đục, đáy phẳng, không vỡ mà tập trung lại thành đám, mụn mủ tự tiêu đi, bong mảng da mỏng. Vảy nến thể mủ nguyên phát hoặc vảy nến thể mủ chuyển dạng từ những mảng vảy nến thông thường.

Đỏ da toàn thân do tiến triển nặng của vảy nến thể mủ hoặc vảy nến thông thường có phù nề, chảy dịch.

Vảy nến thể khớp: Đau nhức khớp thành từng đợt, có thể gây biến dạng khớp.

Các thể bệnh trên thường diễn biến đột ngột với sốt 40°C, táo bón, tiểu ít, vàng, chán ăn, mệt mỏi, thân mình nặng nề, hoặc khí hư sắc vàng lượng nhiều (nữ), lưỡi bệu, rêu lưỡi vàng nhầy, mạch huyền hoạt sắc.

- *Pháp điều trị*: Khu phong, dưỡng huyết, thanh nhiệt trừ thấp, hòa dinh thông lạc.

- *Bài thuốc*:

Tứ vật hợp tỳ giải thẩm thấp thang gia giảm: Đương quy 12g, Sinh địa 16g, Bạch thược 12g, Xuyên khung 12g, Kinh giới 12g, Phòng phong 12g, Thuyền thoái 06g, Tỳ giải 12g, Ý dĩ 12g, Trạch tả 10g, Hoạt thạch 10g, Thông thảo 06g. Sắc nước uống 3 lần trong ngày. Ngứa nhiều gia Khổ sâm 10g, Bạch tiền bì 12g.

Nếu có hỏa độc thịnh: Toàn thân mụn đỏ rải rác, hoặc đỏ thâm, nặng thì sưng phù, cảm giác nóng bỏng, sốt cao, miệng khát, mụn mủ rải rác, chất lưỡi đỏ thẫm, rêu vàng, mạch huyền sắc.

Pháp điều trị: Lương huyết thanh nhiệt giải độc.

Bài thuốc: Thanh dinh thang gia giảm

Tê giác 02g, Huyền sâm 10g, Mạch môn 10g, Hoàng liên 08g, Liên kiều 08g, Sinh địa 16g, Trúc diệp 12g, Đan sâm 12g, Kim ngân hoa 16g. Cách dùng: Đổ 800 ml nước, sắc lấy 300 ml, chia làm 3 lần uống trong một ngày. Công dụng: Thanh dinh tiết nhiệt, dưỡng âm hoạt huyết.

Cách gia giảm chung: Các khớp đau, dị dạng gia Khương hoạt, Độc hoạt, Tang ký sinh, Tần giao, Uy linh tiên. Bệnh lâu ngày da dày, vảy nhiều, chất lưỡi tím gia Đan sâm, Nga truật, Kê huyết đằng, Ích mẫu thảo. Những dát sần nổi cao có quan hệ với kinh nguyệt gia Đương quy, Uy linh tiên, Tỏa dương, Thổ ty tử...

2.3. *Thế huyết hư phong táo*

Gặp ở bệnh vảy nến kéo dài hoặc giai đoạn ổn định.

- *Triệu chứng*: Dát trên da chuyển thành màu hồng xám thâm, ngứa giảm, hoặc không ngứa; tổn thương da thu nhỏ hơn, có chỗ tự tiêu đi hoàn toàn (biến mất đột ngột hoặc từ từ), chỉ còn lại mặt da trắng bạc phẳng; ngứa giảm, hoặc không ngứa; đại tiện có thể vẫn táo, chất lưỡi khô, giữa lưỡi có vết nứt, rêu lưỡi vàng khô, mạch đối huyền hoặc huyền mà tế.

- *Pháp điều trị*: Dưỡng huyết, nhuận táo, khu phong.

- *Bài thuốc*:

+ Bài 1: Đương quy 20g, Hà thủ ô đỏ 20g, Đan bì 12g, Sinh địa 16g, Thuyền thoái 08g, Bạch tật lê 12g, Phòng phong 12g, Ô tiêu xà 16g.

+ Bài 2: Lương huyết 1 (Viện Đông Y)

Huyền sâm 12g, Kim ngân hoa 12g, Sinh địa 12g, Kế đầu ngựa 12g, Hà thủ ô 12g, Vùng đen 12g. Sắc nước uống ngày 01 thang.

+ Bài 3. Tứ vật thang hợp Tiêu phong tán gia giảm
Kính giới 12g, Phòng phong 12g, Đường quy 12g, Sinh địa 12g, Khổ sâm 12g, Thương truật (sao) 12g, Thuyền thoái 12g, Hồ ma nhân 12g, Ngưu bàng tử (sao) 12g, Tri mẫu 12g, Thạch cao (nung) 12g, Cam thảo sống 08g, Mộc thông 08g, Bạch thược 12g, Xuyên khung 08g.

2.4. Thuốc bôi ngoài

- Vẩy nến đang tiến triển: Bôi ngoài nhũ cao Lưu hoàng 5%, Hoàng bá sương mỗi ngày 2-3 lần.

- Vẩy nến ổn định: Bôi ngoài cao mềm Lưu hoàng 10%, cao mềm Hùng hoàng, ngày 2-3 lần.

- Thuốc ngâm rửa: Khô phàn 120g, Cúc hoa đại 240g, Xuyên tiêu 120g, Mang tiêu 500g, sắc nước tắm hoặc ngâm mỗi ngày hoặc cách nhật, dùng cho trường hợp bệnh nhân bị tổn thương rộng.

2.5. Châm cứu

- Có thể dùng điện châm:

+ Các huyệt ở chi trên: Khúc trì, Nội quan, Thần môn.

+ Các huyệt ở chi dưới: Huyết hải, Phi dương, Tam âm giao.

Mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 3-5 huyệt, 15 lần là 1 liệu trình.

- Nhĩ châm: Thường dùng các điểm như: Thần môn, Phế, Nội tiết, Giao cảm.

- Thủy châm B12 vào huyệt.

3. Phòng bệnh và hộ lý

- Chú ý loại trừ yếu tố nghi ngờ là nguyên nhân khởi phát bệnh.

- Tinh thần thoải mái, tránh mọi sang chấn tình cảm có thể xảy ra. Nên tập khí công dưỡng sinh hoặc Yoga để phòng bệnh.

- Tránh dùng các loại thuốc có tính kích thích mạnh trong thời gian bệnh phát triển.

- Tránh uống rượu, các loại nước ngọt, trà đậm, cà phê, thuốc lá, không ăn các chất cay nóng, mỡ heo, hạn chế ăn các chất chiên xào.

* *

*

Kết luận

Vảy nến là một bệnh do phản ứng miễn dịch gây viêm. Các thuốc ức chế miễn dịch hiện nay có hiệu quả trong việc kiểm soát vảy nến đến một mức độ nhất định nhưng cũng còn nhiều bất lợi như độc tính cao và dễ tái phát khi ngưng điều trị. Hệ điều trị mới tập trung chủ yếu vào các mục tiêu chuyên biệt trong phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào. Chúng ta có thể hy vọng trị liệu như thế sẽ giúp bệnh nhân dung nạp tốt hơn và không còn những tác dụng phụ nghiêm trọng như độc gan, độc thận và ức chế tủy.

Dùng các phương pháp y học cổ truyền có tác dụng tốt, lành tính, giúp bệnh ổn định lâu dài.

BỆNH ZONA

ThS. BS. Nguyễn Thị Hiền

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

ThS. BS. Nguyễn Thị Phương

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH ZONA

1. Đại cương

Bệnh Zona còn gọi là bệnh giò leo, gây ra do sự tái hoạt virus Varicella zoster tiềm ẩn ở rễ thần kinh cảm giác cạnh cột sống trong quá khứ.

Đây là bệnh nhiễm trùng da với biểu hiện là các ban đỏ, mụn nước, mụn mủ lõm giữa tập trung thành đám dọc theo đường phân bố của thần kinh ngoại biên.

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp hơn ở người già, người suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở người nhiễm HIV/AIDS.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Tiền triệu

Khoảng một đến năm ngày trước khởi bệnh, bệnh nhân có cảm giác bất thường tại một vùng

da như bỏng, nóng rát, châm chích, tê, đau nhất là về đêm; hiếm hơn là dị cảm ở một vùng hoặc nhiều dây thần kinh chi phối. Kèm theo có thể nhức đầu, sợ ánh nắng, khó chịu.

Thời kỳ này được cho là thời kỳ virus lan truyền dọc dây thần kinh.

2.2. Khởi phát

Khoảng nửa đến một ngày sau, trên vùng da có thay đổi, cảm giác xuất hiện các nốt đỏ như hạt tằm, sau tập trung thành dát đỏ, mảng đỏ khoảng vài centimet, hơi nề, gờ cao, sắp xếp dọc theo đường đi của một dây thần kinh ngoại biên và dần dần nối với nhau thành dải, thành vệt.

2.3. Toàn phát

2.3.1. Triệu chứng da

Một vài ngày sau, trên những dát đỏ, mảng đỏ xuất hiện mụn nước, bong nước tập trung thành đám giống như chùm nho, lúc đầu mụn nước căng, dịch trong. Sau vài ngày, vùng trung tâm mụn nước hơi lõm xuống, dần đục, hóa mủ, dập vỡ đóng vảy tiết.

Vị trí: Thường chỉ ở một bên, không vượt quá đường giữa cơ thể và phân bố theo đường đi của một dây thần kinh ngoại biên; cá biệt bị ở cả hai bên hoặc lan tỏa, gặp trong hội chứng suy giảm miễn dịch như HIV.

Hạch bạch huyết vùng lân cận sưng to.

2.3.2. Triệu chứng thần kinh

Đau xuất hiện sớm, có thể trước khi nổi tổn thương ngoài da và luôn thay đổi trong suốt thời gian bệnh tiến triển. Mức độ đau rất đa dạng, đau nhẹ như cảm giác rát bỏng, âm ỉ tại chỗ hay đau nặng như kim châm, giật từng cơn, thậm chí một cái chạm nhẹ hay cơn gió nhẹ cũng làm người bệnh đau.

Dấu hiệu đau cũng phụ thuộc vào lứa tuổi. Ở trẻ em, người trẻ đau ít. Người càng nhiều tuổi thì đau càng nhiều, thành từng cơn, kéo dài, thậm chí hàng tháng, hàng năm kể cả khi tổn thương da đã lành sẹo, còn gọi là đau sau Zona.

2.3.3. Các rối loạn khác

Có thể thấy rối loạn bài tiết mồ hôi, vận mạch, phản xạ dựng lông (hiếm).

2.3.4. Tiến triển

Thời gian trung bình từ khi phát tổn thương đến khi lành sẹo khoảng 2-4 tuần. Người cao tuổi tổn thương nhiều, diện rộng: mụn nước, bọt nước có thể xuất huyết, hoại tử, nhiễm khuẩn, sẹo xấu và kéo dài. Người trẻ tuổi hoặc trẻ nhỏ mụn nước ít, tiến triển nhanh.

3. Căn nguyên, bệnh sinh

3.1. Căn nguyên

Căn nguyên của bệnh Zona là một virus hướng da và thần kinh có tên là Varicella Zoster virus (VZV)

thuộc họ virus Herpes 3 gây bệnh ở người và cũng chính là virus gây bệnh thủy đậu.

3.2. Bệnh sinh

Ở người đã mắc bệnh thủy đậu trong quá khứ hoặc tiêm chủng thủy đậu. Người mắc bệnh thủy đậu sau khi khỏi bệnh hầu hết các VZV bị tiêu diệt. Một số ít virus còn sống sót trên tổn thương da và niêm mạc sẽ xâm nhập vào thần kinh cảm giác, lan truyền hướng tâm theo bó sợi thần kinh đến hạch thần kinh cảm giác cạnh cột sống và ở đó dưới dạng tiềm tàng, im lặng và vô hại trong thời gian dài. Khi gặp điều kiện thuận lợi (các yếu tố khởi động), VZV có sẵn ở hạch thần kinh sẽ tái hoạt, nhân lên và lan truyền theo đường thần kinh gây viêm lan tỏa, hoại tử thần kinh và gây tổn thương Zona trên da và niêm mạc.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- *Chủ yếu dựa vào lâm sàng:* Mụn nước, bóng nước xuất hiện trên nền dát đỏ, sắp xếp theo đường đi của một dây thần kinh ngoại biên, ở một bên cơ thể. Đau rát tại tổn thương.

- *Một số trường hợp cận lâm sàng*

+ *Chẩn đoán tế bào Tzanck:* Bệnh phẩm được lấy từ nền của bóng nước, nhuộm Giemsa thấy nhiều bạch cầu đa nhân khổng lồ và tế bào ly gai. Hình ảnh này cũng gặp trong nhiễm Herpes

simplex và các hình thái do nhiễm virus Varicella khác.

+ *Nuôi cấy virus.*

+ *PCR trong dịch và các mô.*

+ *Kháng thể huỳnh quang trực tiếp:* Nhạy cảm hơn nuôi cấy virus và có thể phân biệt giữa nhiễm virus Herpes simplex với virus Varicella zoster.

+ *Sinh thiết da:* Nếu lâm sàng không điển hình.

+ *Test HIV.*

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Tuỳ theo từng giai đoạn:

- *Giai đoạn khởi phát:* Phân biệt với các loại đau như đau đầu, viêm móng mắt, viêm màng phổi, viêm thần kinh cánh tay, đau do bệnh tim, viêm ruột thừa hoặc viêm túi mật, sỏi mật, đau quặn thận, thoát vị đĩa đệm, thần kinh tọa...

- *Giai đoạn mụn nước, bóng nước:* Phân biệt với Herpes simplex, viêm da tiếp xúc dị ứng. Hiếm hơn là một số bệnh da bóng nước tự miễn như Pemphigus, Pemphigoide, Duhring-Brocq, bệnh tăng IgA thành dải.

5. Giáo dục sức khỏe

- Không được gãi vì có thể làm gia tăng nguy cơ bị nhiễm trùng thứ phát và có thể để lại sẹo.

- Dùng băng ép ngâm nước lạnh băng vào sang thương rỉ mủ trong khoảng 20 phút, khoảng 7, 8 lần/ngày để làm dịu bớt cơn đau và làm khô sang

thương. Nó còn giúp lấy bớt vảy ra ngoài và giảm khả năng bị nhiễm trùng. Ngưng sử dụng băng ép khi sang thương đã khô giúp cho những vùng da xung quanh không trở nên khô và ngứa.

- Giữ cho khu vực sang thương được sạch sẽ bằng xà bông nhẹ và nước. Mặc quần áo rộng để tránh bị thương thêm khi quần áo tiếp xúc với sang thương. Tránh những tiếp xúc da - chạm - da với những người chưa từng bị thủy đậu, đang bệnh, hoặc những người bị suy giảm hệ miễn dịch.

- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng.

- Tuân thủ theo chỉ định của bác sĩ.

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bệnh Zona hay Herpes Zoster thuộc phạm vi chứng hỏa đới sang, xà đơn, xà xuyên sang, tri thù sang...

1. Nguyên nhân gây bệnh

1.1. Nội nhân

Tình chí, can khí uất kết, can uất hóa dẫn đến can đởm hỏa thịnh.

1.2. Ngoại nhân

Ngoại cảm độc tà hình thành thấp nhiệt hỏa độc, bệnh thêm trầm trọng. Hỏa độc tích tụ tại phần huyết sinh ban đỏ, thấp nhiệt tích tụ thành bào chẩn (chẩn có phỏng nước). Thấp nhiệt độc gây tắc kinh mạch, khí huyết không thông gây đau.

1.3. Bất nội ngoại nhân

Chức năng vận hóa của tỳ suy giảm, thấp nhiệt ứ trệ tại kinh tỳ tích tại bì phu sinh bệnh.

2. Các thể lâm sàng

Trên lâm sàng có thể chia 3 thể bệnh để điều trị:

2.1. Can kinh uất nhiệt

- *Triệu chứng*: Chủ yếu là dát đỏ tươi, mụn nước nhỏ (thủy bào), nóng rất nhiều như lửa đốt, miệng khát, họng khô, bứt rứt, dễ nóng nảy, ăn không ngon, táo bón, tiểu vàng đậm, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sác.

- *Pháp điều trị*: Thanh nhiệt lợi thấp, giải độc chỉ thống.

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

Long đởm thảo (rượu sao) 12g, Hoàng cầm 08g, Trạch tả 08g, Mộc thông 08g, Đường quy (rượu sao) 08g, Cam thảo 02g, Chi tử (rượu sao) 12g, Xa tiền tử 06g, Sài hồ 08g, Sinh địa hoàng 08g.

Bệnh phát ở đầu, mặt gia Cúc hoa; phát ở vai, tay gia Khương hoàng, Khương hoạt; phát ở chân gia Ngưu tất, Độc hoạt; huyết nhiệt rõ gia Bạch mao căn, Đan bì. Có bội nhiễm, nhiệt độc thịnh gia Ngân hoa, Bồ công anh, Thạch cao. Táo bón gia Đại hoàng. Đau nhiều gia Huyền hồ, Xuyên luyện tử. Người cao tuổi cơ thể yếu gia Đảng sâm, Hoàng kỳ.

2.2. Tỳ hư thấp trệ

- *Triệu chứng*: Chủ yếu là mụn nước, bông nước to, sắc ban chẩn nhợt màu không tươi, đau ít, chủ yếu cảm giác nặng nề tê bì, có thể có loét chảy nước. Miệng không khát hoặc khát mà không thích uống nước, chán ăn, ăn xong bụng đầy, đại tiện lỏng, lưỡi bệu, sắc nhợt, rêu trắng dày hoặc nhầy, mạch trầm hoạt.

- *Pháp điều trị*: Kiện tỳ trừ thấp giải độc.

- *Bài thuốc*: Trừ thấp vị linh thang gia giảm

Bạch truật 12g, Cam thảo 08g, Hậu phác 12g, Hoạt thạch 12g, Mộc thông 08g, Nhục quế 08g, Phòng phong 12g, Sơn chi 12g, Thương truật 12g, Trạch tả 12g, Trần bì 12g, Trư linh 12g, Xích linh 12g.

Gia Kim ngân hoa, Bồ công anh giải độc, gia Huyền hồ hoạt huyết, hành khí chỉ thống.

2.3. Khí trệ huyết ú

- *Triệu chứng*: Chủ yếu là đau nhức nhiều, liên tục, đôi khi đau giật từng cơn, dễ để lại di chứng đau sau Zona, mụn nước nhỏ, ban chẩn sắc tối kèm theo lưỡi có điểm ú huyết hoặc tím, chân, tay lạnh, tinh thần mệt mỏi.

- *Pháp điều trị*: Hoạt huyết hóa ú, hành khí chỉ thống, giải độc.

- *Bài thuốc*: Huyết phủ trục ú thang gia giảm

Đương quy 12-16g, Đào nhân 8-16g, Chỉ xác 6-8g, Sài hồ 8-12g, Cát cánh 6-8g, Xuyên ngư tất 6-12g,

Sinh Đại hoàng 12-16g, Hồng hoa 6-12g, Xích thước 8-12g, Xuyên khung 6-8g, Cam thảo 04g.

Đau nhiều gia Huyền hồ, Nhũ hương, Một dược, Đan sâm; táo bón gia Đại hoàng. Người cao tuổi cơ thể hư gia Hoàng kỳ, Đảng sâm.

Bệnh phát ở đầu gia Ngưu bàng tử, Cúc hoa đại, Thạch quyết minh.

Phát ở ngực sườn gia Qua lâu.

3. Thuốc dùng ngoài

Bào chẩn chưa vỡ: Bôi Kim hoàng tán, lúc đã vỡ bôi bột Thanh đại hoặc đắp Thanh đại cao, Cửu nhất đơn...

Đối với Zona không đau chỉ cần thuốc bôi tại chỗ nếu có các loại thuốc như bột trơ, hồ nước, các loại thuốc tây như Zonavirax.

Đối với Zona mắt, nhỏ thuốc kháng sinh, băng kín mắt.

Tuyệt đối không bôi corticoid lên tổn thương Zona.

4. Các phương pháp điều trị kết hợp khác

- *Châm cứu:*

Dùng nhĩ châm vùng phế, tuyến thượng thận, thần môn kết hợp tùy theo vị trí như vùng tay gia thêm Hợp cốc, Khúc trì, vùng chân gia Túc tam lý, Tam âm giao và A thị huyết. Không châm vùng tổn thương da.

- Kết hợp các phương pháp Tây y dùng thuốc giảm đau, an thần, kháng sinh, chiếu tia tử ngoại tại chỗ tổn thương.

5. Phòng bệnh

- Nếu chưa mắc bệnh thủy đậu khi còn nhỏ thì rất ít khả năng bị bệnh zona.

- Nếu đã từng mắc bệnh thủy đậu khi còn nhỏ thì nên tránh tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp với người mắc bệnh zona như dùng chung đồ, chăn màn, quần áo...

- Ăn uống theo chế độ hợp lý đầy đủ chất dinh dưỡng. Hạn chế dùng các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá...

- Lao động và nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, stress.

- Nên tập thể dục thể thao điều độ.

BỆNH TRÚNG CÁ

TS. BS. Phạm Quốc Bình

TS. BS. Đậu Xuân Cảnh

ThS. BS. Nguyễn Thị Hiền

TS. BS. Đoàn Minh Thụy

ThS. BS. Nguyễn Thị Phương

A. ĐẠI CƯƠNG VỀ BỆNH TRÚNG CÁ

1. Phân loại trứng cá

Bệnh trứng cá (Acne) là tình trạng viêm của hệ thống nang lông tuyến bã. Tổn thương của bệnh trứng cá rất đa dạng, song xuất phát điểm bao giờ cũng là một tổn thương ở tuyến bã và cuối cùng dẫn đến hiện tượng viêm nang lông có mủ. Dựa theo đặc điểm tiến triển của bệnh và các hình thái tổn thương, người ta chia thành các thể lâm sàng khác nhau:

- Trứng cá thông thường (Acne Vulgaris or Acne Juvenile).
- Trứng cá mạch lươn (Acne Conglobata).
- Trứng cá kê hoại tử (Acne Miliaris Necrotica).
- Trứng cá tối cấp (Acne Fulminans).
- Trứng cá sẹo lồi (Acne Keloidalis).

- Trứng cá nghề nghiệp (Occupational Acne).
- Trứng cá do thuốc (Acne Iatrogenic).
- Trứng cá trước tuổi thiếu niên (Preadolescent Acne): Trứng cá sơ sinh (Neonatal Acne), trứng cá tuổi ấu thơ (Infantile Acne).
- Trứng cá tuổi thiếu niên (Childhood Acne).
- Các loại trứng cá khác: Trứng cá trước kỳ kinh nguyệt, trứng cá do mỹ phẩm (Acne Comestic), trứng cá do yếu tố cơ học (Acne Mechanica), trứng cá nhân loạn sừng gia đình, trứng cá vùng nhiệt đới (Tropical Acne).

2. Bệnh trứng cá thông thường

Bệnh phổ biến ở cả hai giới, đặc biệt ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Các tổn thương khu trú ở vùng da dầu như mặt, ngực, lưng, vai. Bệnh trứng cá đặc trưng bởi những nhân mụn (Comedoes) với biểu hiện lâm sàng rất đa dạng như mụn đầu trắng, mụn đầu đen, sẩn đỏ, sẩn mụn mủ, mụn mủ, cục, nang, tùy thuộc vào tác động của các yếu tố như tăng tiết bã nhờn, dày sừng cổ tuyến bã, phản ứng viêm, rối loạn thành phần chất bã và hoạt động của vi khuẩn. Các loại tổn thương này không phải thường xuyên kết hợp với nhau và có đầy đủ trên một số bệnh nhân. Tiến triển bệnh trứng cá thông thường có khuynh hướng biến mất một cách tự nhiên sau tuổi 20 đến 30 mà không cần điều trị. Những yếu tố như khí hậu, stress,

thức khuya, thuốc bôi tại chỗ, khí hậu nóng ẩm... làm khởi phát bệnh hoặc làm bệnh nặng hơn. Hiện nay bệnh trứng cá thông thường được coi là bệnh da mạn tính cần phải điều trị duy trì phòng tái phát sau giai đoạn điều trị tấn công.

3. Các yếu tố liên quan đến bệnh trứng cá thông thường

- *Tuổi*: Đa số bệnh bắt đầu và phát triển ở độ tuổi 13-25, sau đó giảm dần, ở nữ giới có thể tồn tại đến 30-40 tuổi hoặc muộn hơn. Bệnh trứng cá xuất hiện nhiều ở độ tuổi trưởng thành (13-25 tuổi).

- *Giới*: Đa số các tác giả đều nhận thấy nữ bị trứng cá nhiều hơn nam, nhưng hình thái lâm sàng ở bệnh nhân nam nặng hơn so với bệnh nhân nữ. Ngoài ra, nữ còn gặp trứng cá ở thời kỳ mãn kinh.

- *Yếu tố di truyền*: Người ta xác định số lượng, kích thước các tuyến bã và các tác động hệ quả của chúng là do di truyền. Nếu gia đình có bố hoặc mẹ hoặc cả hai bị trứng cá thì 45% khả năng con trai của họ ở độ tuổi đi học bị trứng cá. Có 47,17% bệnh nhân trứng cá thông thường có bố hoặc mẹ hoặc anh chị, em trong gia đình bị trứng cá. Bệnh trứng cá nặng thường xảy ra ở những bệnh nhân có genotip XYY.

- *Yếu tố thời tiết*: Khí hậu nóng ẩm, hay hanh khô cũng liên quan đến bệnh trứng cá. Ở khí hậu nóng ẩm, chính yếu tố nhiệt độ làm tăng sản xuất chất bã dẫn đến bệnh trứng cá. Cunliffe đã chứng minh chỉ số tiết bã tỷ lệ thuận với nhiệt độ của da: Khi nhiệt độ của da tăng lên 1°C thì sự bài tiết chất bã tăng lên 10%. Trong điều kiện khí hậu hanh khô, lớp thượng bì thường khô cứng, nứt nẻ, đây là yếu tố gây cản trở sự đào thải của chất bã, đồng thời da bị tổn thương nứt nẻ cũng tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

- *Yếu tố chủng tộc*: Người da trắng bị bệnh trứng cá nhiều hơn người da đen.

- *Yếu tố nghề nghiệp*: Tiếp xúc với dầu mỡ, tiếp xúc với ánh nắng nhiều... cũng làm tăng khả năng bị bệnh.

- *Yếu tố stress*: Những căng thẳng thần kinh, lo lắng trong cuộc sống cũng có thể gây bệnh hoặc làm nặng bệnh. Ngoài ra thì chính bệnh trứng cá mà bệnh nhân mắc cũng tạo nên yếu tố tâm lý căng thẳng, lo âu.

- *Chế độ ăn*: Một số thực phẩm có thể làm tăng bệnh như sôcôla, đường, bơ, chất béo nhiều, cà phê, rượu, bia.

- *Thói quen sinh hoạt*: Ăn ngủ không điều độ, thức khuya.

- *Các bệnh nội tiết*: Một số bệnh nội tiết có thể có trứng cá như: bệnh Cushing, bệnh cường

giáp trạng, bệnh buồng trứng đa nang. Những bệnh nhân này thường có mụn trứng cá nặng và không đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường.

- *Thuốc*: Một số loại thuốc có thể làm nặng bệnh: corticoid, isoniazid, thuốc có chứa nhóm halogen (iod, brom), androgen (testosterone), B1, B6, B12..., lithium, hydantoin.

- *Một số nguyên nhân tại chỗ*: Vệ sinh da mặt, chà xát, thói quen nặn bóp, nặn bóp không đúng phương pháp, lạm dụng mỹ phẩm làm ảnh hưởng đến bệnh trứng cá.

4. Giáo dục sức khỏe

- *Chăm sóc da đúng cách*:

+ Bỏ thói quen sờ tay lên mặt, nặn, hút, hoặc nhể mụn vì sẽ gây đỏ và tạo sẹo da.

+ Hạn chế các yếu tố gây bí tắc lỗ chân lông như dùng mỹ phẩm, đội mũ chặt, để tóc che phủ mặt, đồ mồ hôi nhiều.

+ Chọn lựa các sản phẩm tẩy rửa, dưỡng da phù hợp: các sản phẩm rửa êm dịu da, không chứa cát nhám; các sản phẩm dưỡng có ghi chú “non-acnegenic” (không tạo mụn) hoặc “non-comedogenic” không sản sinh hoặc kích thích quá trình hình thành mụn.

+ Nên rửa mặt 2 - 3 lần mỗi ngày. Chỉ rửa bằng nước sạch khi da khô, đỏ, ngứa do tác dụng

của thuốc đang điều trị bệnh. Có thể dùng thêm sản phẩm rửa thích hợp một lần vào buổi tối khi da nhờn. Khi rửa không nên dùng bông hoặc khăn chà xát vì sẽ làm trầy xước da mà chỉ nên rửa nhẹ nhàng bằng tay, sau đó thấm khô nước bằng gạc sạch.

- *Điều tiết chế độ ăn uống, sinh hoạt hợp lý:*

- + Hạn chế ăn ngọt, chất béo.
- + Ngủ điều độ, tránh thức khuya.
- + Tạo đời sống tinh thần lành mạnh, giảm thiểu stress và mất ngủ.
- + Bảo vệ da chống nắng: hạn chế đi nắng; đeo khẩu trang, đội nón rộng vành bằng vải màu sậm; bôi kem chống nắng.
- + Nên kiên trì thăm khám nhiều lần và liên tục bởi bác sĩ chuyên khoa da liễu.
- + Không nên dùng thuốc theo lời khuyên của bạn bè, người quen, hoặc tự mua thuốc dùng bởi vì việc điều trị rất khác nhau giữa người này và người khác, nó phụ thuộc tuổi, giới tính, các yếu tố nguy cơ, đặc điểm loại da, loại mụn...

B. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bệnh danh: Phấn thích, Tọa sang, Thanh xuân đậu.

1. Căn sinh bệnh học

Phế kinh nhiệt là nguyên nhân chủ yếu gây ra mụn trứng cá vì phế chủ bì mao có công năng

tuyên phát bài xuất độc tà ra ngoài bằng đường phế vệ. Khi phong nhiệt kết tụ ở phế được đưa đến bì phu mà không được bài xuất ra ngoài, lưu trú lâu ngày hình thành những mụn nhân là chứng phong nhiệt, nếu có viêm nhiễm nóng đỏ là thấp nhiệt, có mủ là có đàm, nang cục là uất kết và huyết ứ.

Do người bệnh thuộc tuổi thanh xuân, dương khí thịnh, tăng thải nhiệt, tổn hao tân dịch, bì phu khô táo không nhu nhuận, hình thành mụn trứng cá.

Do ăn uống nhiều dầu mỡ, cay nóng quá nhiều sinh thấp nhiệt, nhiệt theo đó bốc lên tới mặt, lưng, ngực, cơ da mà thành bệnh hoặc tý mất kiện vận thủy thấp đình lại, lâu thì hóa đàm thấp uất hóa nhiệt, thấp nhiệt hiệp đàm ứ lại ở da.

Ngoài ra phế và đại trường biểu lý với nhau, phế nhiệt làm cho đại trường cũng nhiệt theo. Táo bón lại làm cho tà không có đường thoát ra ngoài, nhiệt tà uất tích bên trong lại làm tăng phế nhiệt, bệnh do đó mà dai dẳng khó dứt.

Bệnh lâu nhiệt tà thiêu đốt huyết dịch, huyết bị tắc nghẽn hình thành huyết ứ. Thấp tà u uất lâu hóa nhiệt, hóa đàm. Đàm với huyết ứ kết lại với nhau làm tổn thương da mặt ngày càng nhiều, càng nặng.

2. Các thể lâm sàng

Theo giáo trình *Bệnh học ngoài da Trung Y*, bệnh trứng cá được phân làm ba thể: phế kinh phong nhiệt, thấp nhiệt uẩn kết, huyết ứ đàm ngưng.

2.1. Thể phế kinh phong nhiệt

Đa số mụn nhân không viêm, đôi khi có sẩn đỏ chưa có mủ, có thể kèm theo ngứa, đau; lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch phù sắc.

Pháp điều trị: Thanh nhiệt tả hỏa, giải độc táo thấp.

Bài thuốc: Tỳ bà thanh phế ẩm

Cam thảo 08g, Hoàng bá 12g, Hoàng liên 12g, Nhân sâm 08g, Tang bạch bì 16g, Tỳ bà diệp 16g.

2.2. Thấp nhiệt uẩn kết

Chủ yếu là tổn thương viêm, sưng, nề, đau (sẩn đỏ, mụn mủ), miệng hôi, đại tiện táo, tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch hoạt sắc, bì phù trơn nhày.

Pháp điều trị: Thanh nhiệt, hóa thấp, thông phủ.

Bài thuốc: Tam hoàng hoàn hợp Nhân trần cao thang gia giảm

Hoàng liên 08g, Hoàng bá 08g, Hoàng cầm 08g, Nhân trần 16g, Chi tử 08g, Đại hoàng 08g.

2.3. Thể huyết ứ đàm ngưng

Tổn thương chủ yếu là tổn thương viêm sâu (cục, nang) kèm theo có thể có mụn sẩn, mụn mủ,

sẹo...; lưỡi đỏ sẫm có điểm ứ huyết (tím), rêu vàng mỏng, mạch hoạt.

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

Bài thuốc: Tứ vật đào hồng thang hợp Nhị trần thang gia giảm

Thục địa 16g, Dương quy 16g, Bạch thược 12g, Xuyên khung 08g, Đào nhân 08g, Hồng hoa 08g, Bán hạ 8-12g, Trần bì 8-12g, Cam thảo 04g, Phục linh 12g.

3. Các phương pháp điều trị khác

- Thuốc bôi: Diên đảo tán, Tam hoàng ích nhan, kem con ong, kem lô hội.

- Rửa mặt bằng nước sắc Kim ngân hoa, Cúc hoa, Cam thảo, Long đờm thảo.

- Đắp mặt: Bách hợp bảo kiện diện màng.

- Xông mặt thảo dược: Trầu không, Bạc hà, Húng chanh, Kinh giới, Tía tô.

4. Phòng bệnh

- Rèn luyện thói quen sinh hoạt điều độ, lành mạnh, tránh thức khuya, mất ngủ.

- Uống nhiều nước (1,5-2 lít nước/ngày). Hạn chế ăn đường, sôcôla, chất béo, đồ rán. Tránh dùng các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá...

- Tránh làm việc quá sức, hạn chế căng thẳng, stress.

- Tập luyện thể dục thể thao đều đặn giúp máu lưu thông.

- Tạo thói quen chăm sóc da mặt hàng ngày:
Làm sạch mặt bằng nước sạch (đầu tiên dùng nước ấm rửa mặt, sau đó rửa lại bằng nước lạnh) hoặc có thể rửa mặt bằng các loại sữa rửa mặt dịu nhẹ. Tránh dùng khăn bông chà xát.

- Hạn chế dùng mỹ phẩm gây bít tắc lỗ chân lông.

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
- <i>Lời Nhà xuất bản</i>	5
- <i>Lời nói đầu</i>	7
Bệnh trĩ	11
Bệnh rò hậu môn	25
Bệnh động mạch ngoại vi mạn tính (thoát thư)	33
Bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt	50
Bệnh sỏi đường tiết niệu	66
Bệnh ngoài da	84
Bệnh viêm da cơ địa	97
Bệnh vảy nến	109
Bệnh Zona	123
Bệnh trứng cá	133

Chịu trách nhiệm xuất bản
Q.GIÁM ĐỐC - TỔNG BIÊN TẬP
PHẠM CHÍ THÀNH

Chịu trách nhiệm nội dung
PHÓ GIÁM ĐỐC - PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
TS. ĐỖ QUANG DŨNG

Biên tập: ThS. PHẠM THỊ KIM HUẾ
ThS. ĐÀO DUY NGHĨA
Trình bày bìa: PHẠM DUY THÁI
Chế bản vi tính: TRẦN THỊ PHƯƠNG HOA
Sửa bản in: THANH HOÀNG - THU PHƯƠNG
Đọc sách mẫu: ĐÀO DUY NGHĨA

TÌM ĐỌC SÁCH

- **Bộ Y tế**
- CẤP CỨU BAN ĐẦU
- **DS. Phạm Thiệp, BS. Phạm Đức Trạch**
- BỆNH THƯỜNG MẮC, THUỐC CẦN DÙNG
- **Thầy thuốc ưu tú, Bác sỹ Quách Tuấn Vinh**
- THỰC PHẨM VỚI BỆNH UNG THƯ



8935211187917

ISBN 978-604-57-2849-9



9 786045 728499

SÁCH KHÔNG BÁN