

BỘ Y TẾ

LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO BÁC SỸ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Chủ biên: PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH



NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

BỘ Y TẾ

LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO BÁC SỸ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Mã số : Đ.08.W.28

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM
HÀ NỘI – 2009

Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên:

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

Tham gia biên soạn:

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG

ThS. NGUYỄN THỊ HỒNG YẾN

Thư ký biên soạn:

ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA

LỜI GIỚI THIỆU

Nhằm từng bước nâng cao chất lượng đào tạo nhân lực y tế, tạo điều kiện thuận lợi cho việc học tập của học viên, sinh viên ngành Y, Bộ Y tế đã tổ chức biên soạn và cho xuất bản các tài liệu dạy – học chuyên môn phục vụ cho công tác đào tạo đại học, cao đẳng, trung cấp và dạy nghề của ngành Y tế. Nay Bộ Y tế tiếp tục cho biên soạn các tài liệu dạy – học chuyên đề và text book để kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo sau đại học và đào tạo liên tục cho cán bộ ngành Y tế.

"Lão khoa Y học cổ truyền" được biên soạn dựa trên chương trình đào tạo đại học và sau đại học của Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam với phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học – kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

"Lão khoa Y học cổ truyền" đã được biên soạn bởi các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết của Bộ môn Lão khoa Y học cổ truyền, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam. Sách được "Hội đồng chuyên môn thẩm định chuyên ngành Y học cổ truyền" của Bộ Y tế thẩm định và được ban hành làm giáo trình sử dụng chính thức đào tạo cho các đối tượng đại học và sau đại học của ngành Y tế. Sách cũng rất hữu ích cho các cán bộ y tế tham khảo trong công tác chuyên môn thường nhật của mình. Trong quá trình sử dụng, sách sẽ được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế chân thành cảm ơn các nhà giáo, các chuyên gia của Bộ môn Lão khoa Y học cổ truyền, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách; Cảm ơn GS. Hoàng Bảo Châu và PGS. TS. Phạm Thắng đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Vi lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên, học viên và các độc giả để sách được hoàn chỉnh hơn cho lần xuất bản sau.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

LỜI NÓI ĐẦU

Dân số trên thế giới ngày càng già đi, dự đoán đến năm 2025 là 1121 triệu người. Vì vậy, nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi ngày càng tăng. Ở Việt Nam, Y học cổ truyền đã đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe hàng ngàn năm nay, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

Với mục đích phục vụ công tác dạy – học chuyên ngành Lão khoa Y học cổ truyền cho các giảng viên, sinh viên, học viên sau đại học; đồng thời giúp cho việc tự đào tạo của những người làm công tác Y học cổ truyền chuyên ngành Lão khoa, Bộ môn Lão khoa Y học cổ truyền, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam trân trọng giới thiệu với bạn đọc cuốn "Lão khoa Y học cổ truyền" do các giảng viên của Bộ môn biên soạn. Cuốn sách này giúp người đọc hiểu được những thay đổi sinh lý và bệnh lý của người cao tuổi; nguyên nhân gây bệnh, cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị, dự phòng một số bệnh thường gặp ở người cao tuổi theo Y học hiện đại và Y học cổ truyền.

Điểm mới ở cuốn sách này là sự kết hợp giữa Y học cổ truyền và Y học hiện đại. Nội dung cuốn sách giúp người học chẩn đoán xác định các bệnh thuộc chuyên ngành Lão khoa theo Y học hiện đại, phân thể lâm sàng theo Y học cổ truyền, sử dụng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc Y học cổ truyền để điều trị. Việc làm này giúp người thầy thuốc chẩn đoán chính xác các bệnh của người cao tuổi dưới góc độ khoa học, hiện đại; đồng thời, việc phân thể lâm sàng theo Y học cổ truyền giúp cho quá trình sử dụng các phương pháp điều trị của Y học cổ truyền thuận lợi hơn.

Ngoài hình ảnh minh họa của các tác giả biên soạn, trong sách chúng tôi có sử dụng một số hình ảnh của các tác giả trong và ngoài nước.

Trong quá trình biên soạn khó tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên, học viên và các độc giả để sách được hoàn chỉnh hơn cho lần xuất bản sau.

Chủ biên

TRƯỞNG BỘ MÔN LÃO KHOA YHCT

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

BẢNG TRA TỪ

1. ANH – VIỆT

Tiếng Anh	Tiếng Việt
Alzheimer	Bệnh Alzheimer
Dementia	Sa sút trí tuệ
Diabetes	Đái tháo đường
Geriatrics	Lão khoa
Hypertension	Tăng huyết áp
Insomnia	Mất ngủ
Lipid Metabolism Disorders	Rối loạn lipid máu
Osteoarthritis	Thoái hoá khớp
Osteoporosis	Loãng xương
Parkinson	Bệnh Parkinson
Stroke	Tai biến mạch máu não

2. VIỆT – ANH

Tiếng Việt	Tiếng Anh
Bệnh Alzheimer	Alzheimer
Bệnh Parkinson	Parkinson
Đái tháo đường	Diabetes
Lão khoa	Geriatrics
Loãng xương	Osteoporosis
Mất ngủ	Insomnia
Rối loạn lipid máu	Lipid Metabolism Disorders
Sa sút trí tuệ	Dementia
Tăng huyết áp	Hypertension
Tai biến mạch máu não	Stroke
Thoái hoá khớp	Osteoarthritis

3. VIỆT – TRUNG

Tiếng Việt	Tiếng Trung
Bán thân bất toại	半身不遂
Bệnh Alzheimer	阿耳茨海默氏病
Bệnh Parkinson	震颤麻痹
Cốt khô	骨枯
Cốt thống	骨痛
Chứng chiên	颤症
Chứng tý	痹症
Đái tháo đường	糖尿病
Đàm trọc	痰浊
Đầu thống	头痛
Huyễn vựng	眩晕
Lão khoa	老科
Loãng xương	原发性骨质疏松症
Mất ngủ	失眠
Béo phì	肥胖
Tăng lipid máu	高脂血症
Sa sút trí tuệ	老年期痴呆
Tăng huyết áp	高血压
Tai biến mạch máu não	中风,半身不遂
Thất miên	失眠
Tiêu khát	消渴
Trùng phong	中风
Yêu thống	腰痛

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	3
Lời nói đầu.....	5

ĐẠI CƯƠNG

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

A. LÃO KHOA Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	15
1. Đại cương.....	15
1.1. Quy định của Liên hợp quốc về người cao tuổi.....	15
1.2. Đặc điểm dịch tễ học về người cao tuổi.....	15
1.3. Tình hình bệnh tật.....	16
2. Những thay đổi về sinh lý và bệnh lý ở người cao tuổi.....	17
2.1. Sự thay đổi hệ thống miễn dịch.....	17
2.2. Những thay đổi của hệ nội tiết.....	17
2.3. Sự thay đổi của hệ thần kinh.....	18
2.4. Sự thay đổi của hệ tim mạch.....	19
2.5. Sự thay đổi của hệ hô hấp.....	20
2.6. Sự thay đổi của hệ cơ – xương – khớp.....	20
2.7. Sự thay đổi của hệ tiêu hoá.....	21
2.8. Sự thay đổi của hệ sinh dục – tiết niệu.....	22
2.9. Sự thay đổi của các bộ phận khác.....	23
B. LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	24
1. Cơ sở lý luận của y học cổ truyền.....	24
2. Biến hoá sinh lý của các tạng ở người cao tuổi.....	24
2.1. Thận.....	25
2.2. Tỳ.....	27
2.3. Phế.....	29
2.4. Can.....	30
2.5. Tâm.....	31
3. Biến hoá sinh lý của các phủ.....	32
3.1. Đởm.....	32
3.2. Vị.....	32
3.3. Tiểu tràng.....	32
3.4. Đại tràng.....	32
3.5. Bàng quang.....	33
3.6. Tam tiêu.....	33
4. Những thay đổi sinh lý của phủ kỳ hừng.....	34
4.1. Não.....	34
4.2. Tuỷ.....	34
4.3. Mạch.....	35
4.4. Bào cung.....	35
5. Sự thay đổi của kinh lạc.....	35
6. Biến đổi của da, cơ, xương.....	36
6.1. Da.....	36
6.2. Cơ nhục.....	37
6.3. Xương.....	37
7. Biến đổi của khí, huyết, tinh, tân dịch.....	38
7.1. Khí.....	38
7.2. Huyết.....	40
7.3. Tinh: kiệt dần theo tuổi tác.....	41
7.4. Tân dịch.....	41

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

1. Nguyên tắc điều trị lão khoa y học cổ truyền	44
1.1. Khi điều trị, phải chú ý đến tình trạng hoãn, cấp một cách hợp lý.....	44
1.2. Khử tà phải công bổ kiêm thi.....	45
1.3. Phù chính phải tiến hành từ từ.....	45
1.4. Bổ hư phải chú ý hai tạng tỳ, thận.....	45
1.5. Khi dùng thuốc, chủ yếu là sơ thông.....	45
1.6. Khi lập phương thuốc phải rõ ràng.....	46
1.7. Chú ý chế độ dinh dưỡng trong quá trình điều trị.....	46
2. Ứng dụng nguyên tắc điều trị vào bất pháp trong lão khoa y học cổ truyền	46
2.1. Hãn pháp.....	46
2.2. Thổ pháp.....	47
2.3. Hạ pháp.....	47
2.4. Hoà pháp.....	47
2.5. Ôn pháp.....	48
2.6. Thanh pháp.....	48
2.7. Tiêu pháp.....	48
2.8. Bổ pháp.....	49

TĂNG HUYẾT ÁP

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

Đại cương	51
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI	52
1. Định nghĩa.....	52
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	52
2.1. Nguyên nhân.....	52
2.2. Cơ chế bệnh sinh.....	53
3. Triệu chứng.....	55
3.1. Lâm sàng.....	55
3.2. Cận lâm sàng.....	56
4. Chẩn đoán.....	56
4.1. Chẩn đoán xác định.....	56
4.2. Chẩn đoán nguyên nhân.....	56
5. Phân loại.....	56
6. Điều trị.....	57
6.1. Mục tiêu điều trị.....	57
6.2. Điều chỉnh lối sống.....	57
6.3. Điều trị bằng thuốc.....	57
7. Dự phòng bệnh tăng huyết áp.....	60
7.1. Quản lý bệnh tật có liên quan.....	60
7.2. Ăn uống.....	60
7.3. Tâm lý.....	61
7.4. Sinh hoạt.....	62
7.5. Luyện tập.....	62
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN	62
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	62
2. Phân thể lâm sàng và điều trị.....	63
2.1. Thể can dương thượng xung.....	63
2.2. Thể can thận âm hư, can dương vượng.....	65
2.3. Thể âm dương lưỡng hư.....	67
2.4. Thể tỳ hư, đàm trệ.....	68
2.5. Một số phương pháp điều trị khác.....	69
3. Dự phòng tăng huyết áp.....	69

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH – ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG

Đại cương	71
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI	72
1. Định nghĩa	72
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	72
2.1. Nhồi máu não	72
2.2. Xuất huyết não	73
3. Triệu chứng	74
3.1. Lâm sàng	74
3.2. Cận lâm sàng	77
4. Chẩn đoán	78
4.1. Chẩn đoán xác định	78
4.2. Chẩn đoán định khu tổn thương	78
5. Phân loại	78
6. Điều trị	79
6.1. Xử trí cấp cứu	79
6.2. Điều trị duy trì	79
6.3. Điều trị di chứng tai biến mạch máu não	81
7. Phục hồi chức năng	82
8. Điều dưỡng	83
9. Dự phòng tai biến mạch máu não	83
9.1. Quản lý bệnh tật có liên quan	84
9.2. Ăn uống	84
9.3. Tâm lý	85
9.4. Sinh hoạt	85
9.5. Luyện tập	85
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN	85
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ	85
2. Phân thể lâm sàng và điều trị	86
2.1. Trùng phong kinh lạc	86
2.2. Trùng phong tạng phủ	89
2.3. Di chứng tai biến mạch máu não	94
3. Phòng bệnh	96

RỐI LOẠN LIPID MÁU

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH

Đại cương	98
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI	98
1. Nhắc lại sự chuyển hóa và tác dụng của lipid trong cơ thể	98
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	99
3. Triệu chứng	100
3.1. Lâm sàng	100
3.2. Cận lâm sàng	101
4. Chẩn đoán	102
4.1. Chẩn đoán xác định	102
4.2. Chẩn đoán nguyên nhân	102
5. Phân loại	102
5.1. Phân loại quốc tế	102
5.2. Phân loại theo de Gennes	103
6. Điều trị	103
6.1. Điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt	103
6.2. Dùng thuốc	104
7. Biến chứng	106
8. Dự phòng rối loạn lipid máu	106

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	107
1. Nhắc lại chức năng của các tạng liên quan tới sự hình thành đàm và đặc điểm của đàm thấp trong cơ thể	107
2. Bệnh nguyên, bệnh cơ	109
3. Phân thể lâm sàng và điều trị	109
3.1. Thể đàm trệ.....	110
3.2. Thể thấp nhiệt.....	111
3.3. Thể khí trệ huyết ứ.....	112
3.4. Thể thận dương hư.....	114
4. Phòng bệnh	115

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG – ThS. NGUYỄN THỊ HỒNG YẾN

Đại cương.....	117
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	118
1. Định nghĩa	118
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	118
2.1. Nguyên nhân.....	118
2.2. Cơ chế bệnh sinh.....	119
3. Triệu chứng	120
3.1. Lâm sàng.....	120
3.2. Cận lâm sàng.....	121
4. Chẩn đoán	122
4.1. Chẩn đoán xác định.....	122
4.2. Chẩn đoán phân biệt.....	122
4.3. Chẩn đoán nguyên nhân.....	123
5. Phân loại	123
5.1. Tiến đái tháo đường.....	123
5.2. Đái tháo đường typ 1.....	124
5.3. Đái tháo đường typ 2.....	124
6. Biến chứng	124
6.1. Biến chứng cấp tính.....	125
6.2. Biến chứng mạn tính.....	126
6.3. Một số biến chứng khác.....	128
7. Điều trị	128
7.1. Chế độ ăn uống, luyện tập.....	129
7.2. Dùng thuốc.....	131
7.3. Phẫu thuật.....	134
7.4. Điều trị các biến chứng thường gặp.....	134
8. Điều dưỡng	134
9. Dự phòng bệnh đái tháo đường	136
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	136
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ	136
2. Phân thể lâm sàng và điều trị	137
2.1. Thể vị âm hư, tân dịch khuy tổn.....	138
2.2. Thể vị âm hư, vị hỏa vượng.....	139
2.3. Thể khí âm lưỡng hư.....	141
2.4. Thể thận âm hư.....	142
2.5. Thể thận dương hư.....	144
3. Phòng bệnh	145

LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH – ThS. NGUYỄN THỊ HỒNG YẾN

Dại cương.....	147
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	148
1. Khái niệm loãng xương.....	148
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	149
2.1. Chuyển hoá calci và điều hoà chuyển hoá calci trong cơ thể.....	149
2.2. Các giai đoạn phát triển của xương.....	150
2.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	150
3. Các yếu tố thuận lợi gây bệnh loãng xương.....	151
4. Triệu chứng.....	152
4.1. Lâm sàng.....	152
4.2. Cận lâm sàng.....	153
5. Phân loại loãng xương.....	157
5.1. Loãng xương typ 1 (loãng xương sau mãn kinh).....	157
5.2. Loãng xương typ 2 (loãng xương tuổi già).....	157
6. Chẩn đoán.....	158
6.1. Chẩn đoán xác định.....	158
6.2. Chẩn đoán phân biệt.....	158
7. Điều trị.....	159
7.1. Dùng thuốc.....	159
7.2. Các phương pháp luyện tập điều trị loãng xương.....	160
8. Điều dưỡng.....	160
9. Dự phòng bệnh loãng xương.....	161
9.1. Dinh dưỡng.....	161
9.2. Chế độ sinh hoạt.....	161
9.3. Dự phòng loãng xương.....	162
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	163
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	163
2. Phân thể lâm sàng và điều trị.....	164
2.1. Thể thận dương hư.....	165
2.2. Thể thận âm hư.....	166
2.3. Thể can thận âm hư, phong thấp xâm nhập.....	168
2.4. Thể tý vị hư nhược.....	170
3. Chăm sóc.....	171
4. Phòng bệnh.....	172

THOÁI HÓA KHỚP

PGS. TS. PHẠM VŨ KHÁNH – ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG

Dại cương.....	174
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	175
1. Giải phẫu bệnh.....	175
1.1. Sụn khớp và đĩa đệm bình thường.....	175
1.2. Thoái hóa khớp.....	175
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	176
3. Triệu chứng.....	177
3.1. Lâm sàng.....	177
3.2. Cận lâm sàng.....	178
4. Thoái hóa khớp ở một số vị trí thường gặp.....	181
4.1. Thoái hóa đốt sống thắt lưng.....	181
4.2. Thoái hóa đốt sống cổ.....	182
4.3. Thoái hóa khớp gối.....	182
4.4. Thoái hóa khớp háng.....	183
5. Chẩn đoán.....	183
5.1. Chẩn đoán xác định.....	183

5.2. Chẩn đoán phân biệt.....	183
6. Phân loại.....	184
6.1. Thoái hóa khớp nguyên phát.....	184
6.2. Thoái hóa khớp thứ phát.....	184
7. Điều trị.....	184
7.1. Nội khoa.....	185
7.2. Ngoại khoa.....	186
7.3. Các phương pháp điều trị khác.....	186
8. Điều dưỡng và dự phòng bệnh thoái hoá khớp.....	187
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	187
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	187
2. Phân thể lâm sàng và điều trị.....	188
2.1. Thể thận khí hư, vệ ngoại bất cố, tà khí thừa cơ xâm nhập.....	188
2.2. Thể can thận âm hư.....	190
2.3. Thể khí trệ huyết ứ.....	192
2.4. Một số phương pháp điều trị khác.....	193
3. Chăm sóc và phòng bệnh.....	193

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI CAO TUỔI

ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG – ThS. NGUYỄN THỊ HỒNG YẾN

Đại cương.....	196
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	198
1. Định nghĩa.....	198
2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	198
3. Triệu chứng.....	199
4. Chẩn đoán.....	200
5. Phân loại.....	200
6. Điều trị.....	200
6.1. Điều chỉnh chế độ sinh hoạt.....	200
6.2. Dùng thuốc.....	201
7. Điều dưỡng và dự phòng bệnh mất ngủ.....	202
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	203
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ.....	203
2. Phân thể lâm sàng và điều trị.....	204
2.1. Thể tâm huyết hư.....	204
2.2. Thể tâm tý lưỡng hư.....	205
2.3. Thể tâm đờm khí hư.....	206
2.4. Thể thận âm hư.....	207
2.5. Thể vị bất hòa.....	208
3. Chăm sóc và phòng bệnh.....	209

SA SÚT TRÍ TUỆ

ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	212
1. Sa sút trí tuệ là gì?.....	212
2. Định nghĩa.....	213
3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	213
4. Triệu chứng.....	213
4.1. Các dấu hiệu sớm quan trọng nhất của bệnh sa sút trí tuệ.....	213
4.2. Các biểu hiện của thời kỳ toàn phát.....	215
5. Các test kiểm tra.....	217
6. Chẩn đoán.....	218
6.1. Chẩn đoán xác định.....	218
6.2. Chẩn đoán phân biệt.....	218

7. Các loại sa sút trí tuệ	219
7.1. Rối loạn nhận thức nhẹ (MCI – Mild Cognitive Impairment).....	219
7.2. Bệnh Alzheimer.....	219
7.3. Sa sút trí tuệ do thể Lewy.....	222
7.4. Sa sút trí tuệ trán – thái dương (Frontotemporeal Dementia– FTD).....	224
8. Điều trị	228
9. Điều dưỡng	229
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN	230
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ	230
1.1. Thận khuy tuổi già.....	231
1.2. Ăn uống không điều độ.....	231
1.3. Thất tình nội thương.....	232
1.4. Mất cân bằng giữa làm việc và nghỉ ngơi.....	232
2. Phân thể lâm sàng và điều trị	232
2.1. Thể thận tinh khuy tổn.....	233
2.2. Thể khí huyết lưỡng hư.....	234
2.3. Thể đàm trọc trở khiếu.....	235
2.4. Thể khí trệ huyết ngưng.....	237
2.5. Phương pháp điều trị khác.....	239
3. Chăm sóc	239
Phụ lục Một số vị thuốc cổ truyền thường dùng trong điều trị sa sút trí tuệ	241

PARKINSON

ThS. TỐNG THỊ TAM GIANG

Đại cương	243
A. Y HỌC HIỆN ĐẠI	243
1. Nguyên nhân	243
1.1. Vai trò của "liếm đen" trong bệnh Parkinson.....	243
1.2. Môi trường.....	244
1.3. Gen di truyền.....	244
2. Các yếu tố nguy cơ	245
3. Cơ chế bệnh sinh	245
4. Triệu chứng	245
4.1. Các triệu chứng vận động.....	245
4.2. Các triệu chứng ngoài vận động.....	246
5. Chẩn đoán	246
5.1. Chẩn đoán xác định.....	246
5.2. Chẩn đoán phân biệt.....	247
6. Điều trị	248
6.1. Điều trị nội khoa.....	248
6.2. Điều trị ngoại khoa.....	252
6.3. Vật lý trị liệu.....	255
6.4. Điều trị thử nghiệm.....	256
6.5. Yếu tố quyết định điều trị.....	256
7. Biến chứng	257
7.1. Các biến chứng về vận động.....	257
7.2. Các biến chứng ngoài vận động.....	258
8. Điều dưỡng	259
B. Y HỌC CỔ TRUYỀN	259
1. Bệnh nguyên, bệnh cơ	259
2. Phân thể lâm sàng và điều trị	260
2.1. Thể đàm nhiệt động phong.....	261
2.2. Thể khí huyết hư suy.....	262
2.3. Thể can thận âm hư.....	264
3. Chăm sóc và phòng bệnh	266

ĐẠI CƯƠNG

MỤC TIÊU

- Trình bày được quy định của Liên hợp quốc về người cao tuổi.
- Trình bày được đặc điểm những thay đổi sinh lý và bệnh lý của người cao tuổi theo y học hiện đại.
- Trình bày được cơ sở lý luận của y học cổ truyền về Lão khoa.
- Nêu được những thay đổi về sinh lý, bệnh lý các tạng, phủ, kinh lạc, khí, huyết, tinh, tân dịch, da, cơ, xương ở người cao tuổi.

A. LÃO KHOA Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Quy định của Liên hợp quốc về người cao tuổi

Theo quy định của Liên hợp quốc, người cao tuổi là người từ 60 tuổi trở lên.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học về người cao tuổi

Dân số trên thế giới ngày càng già đi, biểu hiện bằng tỷ lệ người già ngày một tăng, đặc biệt là ở các nước phát triển và một số nước đang phát triển: 214 triệu người năm 1950; 345 triệu người năm 1975; và dự đoán đến năm 2025 là 1121 triệu người.

Theo một báo cáo về dân số của Mỹ năm 2005, các nước như Italia, Hy Lạp, Thụy Điển có trên 17% dân số trên 65 tuổi, ở Mỹ là 12,4%. Trong khoảng từ năm 2002 đến năm 2025, tổng số người trên 65 tuổi ở các nước châu Âu sẽ tăng khoảng từ 11% đến 70%. Một số nước đang phát triển sẽ có tỷ lệ tăng khoảng 170%. Vào năm 2025, nước có tỷ lệ người cao tuổi cao nhất sẽ là Nhật Bản (28%), Italia (24,7%) và Đức (24,6%). Tuy nhiên, nếu nói về số lượng thì tại một số nước đang phát triển như Trung Quốc, Ấn Độ, do có lượng dân số cao nhất thế giới nên số lượng người cao tuổi cũng là nhiều nhất thế giới. Năm 2002, Trung Quốc có số lượng người già trên 80 tuổi nhiều nhất, sau đó đến Mỹ và Ấn Độ. Tới năm 2025, thế giới sẽ có khoảng 830 nghìn người trên 80 tuổi, những người này tập trung

nhiều ở các nước đang phát triển. Sự gia tăng số lượng người cao tuổi có liên quan chặt chẽ với việc giảm tỷ lệ sinh ở rất nhiều nước trong vòng 25 năm qua, sự biến động dân cư, giảm tỷ lệ chết (bao gồm chết do các bệnh nhiễm trùng ở các nước đang phát triển, chết do các bệnh tim mạch và chấn thương ở các nước châu Âu và chết do các nguyên nhân khác ở các nước phát triển). Tại một số nước như Mỹ, Canada, Australia, tỷ lệ chết do các bệnh tim mạch đã giảm xấp xỉ 50% trong vòng 25 năm qua.

Người già phân bố không đều giữa các vùng lãnh thổ; giữa nông thôn và thành thị; giữa nam và nữ. Nhìn chung, người cao tuổi ở thành thị nhiều hơn nông thôn, có thể do mức sống và khả năng chăm sóc sức khoẻ ban đầu của những người sống ở thành thị cao hơn nông thôn. Ở độ tuổi càng cao thì số lượng nữ giới nhiều hơn nam giới. Theo một tài liệu của giáo sư Phạm Khuê năm 1999, thì dự báo tới năm 2025, tỷ lệ nữ/nam ở các nước phát triển như sau:

- Độ tuổi 60 – 69: 100/78.
- Độ tuổi 70 – 79: 100/75.
- Độ tuổi từ 80 trở lên: 100/53.

Đối với các nước đang phát triển, tỷ lệ nữ/nam là:

- Độ tuổi 60 – 69: 100/94.
- Độ tuổi 70 – 79: 100/86.
- Độ tuổi từ 80 trở lên: 100/73.

Đối với người cao tuổi, chất lượng cuộc sống là quan trọng hơn cả. Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi phụ thuộc vào mối quan hệ giữa họ với môi trường tự nhiên và xã hội xung quanh. Tại Mỹ, việc kéo dài cuộc sống bình thường của những người từ 65 tuổi trở lên là khác nhau giữa nam và nữ, nó vào khoảng 11,3 đến 13,0 năm đối với nam và từ 15,3 đến 17,1 năm đối với nữ. Ở Nhật Bản, cuộc sống bình thường của người từ 65 tuổi trở lên dài hơn một chút: 14,7 năm đối với nam và 17,7 năm đối với nữ. Khi nghiên cứu ở tất cả các nước, sự tàn phế của cơ thể (được tính bằng khả năng hoạt động tự chăm sóc bản thân và các công việc hàng ngày) tăng lên theo tuổi. Như vậy, mục đích của công tác chăm sóc sức khoẻ là nhằm duy trì các chức năng bình thường của người cao tuổi, làm chậm quá trình lão hoá để kéo dài cuộc sống.

1.3. Tình hình bệnh tật

Đối với những người cao tuổi, tần suất xuất hiện bệnh cao hơn tuổi trẻ và tuổi trung niên. Người già thường xuyên phải sử dụng đến các dịch vụ y tế. Theo thống kê, chi phí y tế cho việc chăm sóc sức khoẻ của những người trên 65 tuổi chiếm 80% chi phí chăm sóc sức khoẻ của Mỹ.

Theo số liệu thống kê của các trung tâm bảo trợ xã hội Mỹ, những người từ 65 tuổi trở lên thường xuất hiện các bệnh mạn tính; khoảng 50% trong số họ còn có khả năng tự phục vụ trong các sinh hoạt thường ngày; 5% – 8% cần sự trợ giúp trong một hoạt động nào đó. Có khoảng 5% người trên 65 tuổi, 15% người trên 75 tuổi và 25% người trên 80 tuổi chỉ ở trong nhà. Các bệnh mạn tính là nguyên nhân chủ yếu (chiếm 80%) trong các trường hợp tử vong ở những người trên 65 tuổi.

Do người cao tuổi thường có những thay đổi lớn về mặt sinh lý, trí nhớ giảm sút, khả năng tập trung tư tưởng giảm, tình trạng bệnh tật không điển hình nên gây khó khăn rất nhiều trong công tác chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và điều trị.

2. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ SINH LÝ VÀ BỆNH LÝ Ở NGƯỜI CAO TUỔI

2.1. Sự thay đổi hệ thống miễn dịch

– Chức năng tế bào lympho T suy giảm, do đó làm giảm miễn dịch trung gian tế bào.

– Số lượng tế bào lympho B không thay đổi nhưng khả năng sản xuất kháng thể của tế bào lympho B giảm, những kháng thể mà chúng sinh ra có ái lực với kháng nguyên đặc hiệu kém hơn, đặc biệt là khả năng kích thích kháng thể tự nhiên (IgM) giảm. Nguyên nhân chủ yếu là do chức năng tế bào lympho T giảm, vì vậy ảnh hưởng đến khả năng sản xuất kháng thể của các tế bào lympho B.

– Tự kháng thể tăng gây ra hiện tượng tăng tỷ lệ mắc phải của các bệnh tự miễn ở người cao tuổi như: viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, viêm gan mạn tính tiến triển, xơ gan tiên phát, đái tháo đường tự miễn...

2.2. Những thay đổi của hệ nội tiết

2.2.1. Giảm chức năng buồng trứng

Thông thường, các nang của buồng trứng ở phụ nữ từ 50 tuổi trở lên không đáp ứng với các kích thích của hormon tuyến yên, dẫn đến hiện tượng giảm chức năng buồng trứng. Buồng trứng không còn khả năng phóng noãn, nồng độ các hormon sinh dục nữ giảm đến mức bằng không. Khi đó, người phụ nữ không còn kinh nguyệt, lớp da và niêm mạc trở nên mỏng, xuất hiện loãng xương, vữa xơ động mạch do giảm lượng estrogen.

2.2.2. Giảm chức năng tinh hoàn

Kể từ khi dậy thì, hormon hướng sinh dục của tuyến yên được bài tiết suốt cuộc đời còn lại của nam giới. Vì vậy, ở nam giới không xuất hiện giai đoạn suy giảm hoàn toàn chức năng tuyến sinh dục như nữ giới nhưng tuổi càng cao thì hoạt động

chức năng của tinh hoàn cũng suy giảm dần. Bắt đầu từ giai đoạn 40 – 50 tuổi, sự bài tiết testosterone bắt đầu giảm; tuy nhiên, tốc độ này diễn ra rất chậm.

2.2.3. Rối loạn chức năng tuyến giáp

Một số nghiên cứu trước đây của các nhà khoa học đã cho thấy có mối liên hệ giữa tuổi tác với sự thay đổi về cấu trúc và chức năng tuyến giáp. Tuyến giáp của người cao tuổi giảm thể tích và trở nên xơ cứng hơn. Chức năng tuyến giáp bị rối loạn sẽ gây ra các biểu hiện: phù niêm, rụng tóc, sa sút trí tuệ, rối loạn nhịp tim, lãnh đạm hoặc hay hồi hộp, lo âu.

2.2.4. Rối loạn chức năng tuyến tụy nội tiết

Có khoảng 50% người trên 60 tuổi có xét nghiệm đường huyết không bình thường và đó thường là những bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Béo phì là một yếu tố quan trọng gây ra 90% các trường hợp đái đường typ 2 ở người cao tuổi. Việc tăng trọng lượng nhiều dẫn tới hiện tượng không dung nạp carbohydrate, lượng insulin tăng cao hơn, mất tính nhạy cảm với insulin ở các mô mỡ và cơ.

2.3. Sự thay đổi của hệ thần kinh

Hệ thần kinh có sự thay đổi theo tuổi. Ở người cao tuổi, trọng lượng và thể tích não giảm dần theo sự tăng lên của tuổi tác.

Một số vùng của não bị mất tế bào như: hồi não thái dương, thùy đỉnh, thùy chẩm. Số lượng tế bào bị mất ở các vùng của não không đồng đều. Nhìn chung, các neuron càng quan trọng càng dễ bị mất, ví dụ: các tế bào mạng Purkinje, vùng dưới vỏ, liềm xanh, liềm đen. Vùng đồi thị, hành tuỷ và cầu não mất ít neuron hơn trong quá trình lão hoá. Việc mất các tế bào ở một số vùng của não làm giảm khả năng nhận thức ở người cao tuổi; giảm vận động, liệt nhẹ hoặc liệt hoàn toàn.

Đồng thời với việc mất neuron là hiện tượng thay đổi về hình thái và cấu trúc của các tế bào não. Thường thấy nhất là hiện tượng thoái hoá myelin vỏ sợi trục. Cùng với đó là sự thay đổi các chất dẫn truyền thần kinh (giảm neurotensin ở liềm đen, tăng polypeptid hoạt mạch ruột ở thùy thái dương, giảm chất P ở nhân bèo). Tất cả những yếu tố trên làm giảm dẫn truyền thần kinh qua sợi trục, dẫn truyền xung động thần kinh qua synap giảm theo tuổi, thời gian đáp ứng với các kích thích chậm. Trên lâm sàng, người cao tuổi thường có biểu hiện giảm thính giác và thị giác; rối loạn cảm giác xúc giác, khứu giác, vị giác; rối loạn cảm giác đau; mất cảm giác dẫn tới hoạt động chậm chạp.

2.4. Sự thay đổi của hệ tim mạch

– *Lưu lượng tim*: lưu lượng tim được tính theo công thức sau:

$$Q = Q_s \times f_c$$

Trong đó: Q là lưu lượng tim, Q_s là thể tích tâm thu, f_c là tần số tim tính trong một phút.

Ở người cao tuổi, chỉ số hoạt động tim mạch cơ bản thay đổi:

+ Khả năng co bóp của tim giảm do xơ hoá cơ tim tăng dần, phì đại cơ tim, loạn dưỡng protein – lipid cơ tim, cơ chế điều hoà Franc–Starling suy giảm theo tuổi.

+ Nhịp co bóp của tim chậm lại do giảm tính tự động của nút xoang, các ảnh hưởng giao cảm ngoài tim suy giảm.

Những điều đó làm giảm lưu lượng tim.

– *Van tim*: quá trình lão hoá còn ảnh hưởng đến tình trạng của các van tim:

+ Van tim trở nên mỏng.

+ Vôi hoá van tim gây hẹp van động mạch chủ hoặc van hai lá.

+ Thoái hoá nhày van tim, tăng nguy cơ viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm khuẩn.

– *Điều hoà hoạt động tim*: hoạt động của tim được điều khiển bằng hai cơ chế: cơ chế thần kinh và cơ chế thể dịch. Ở người cao tuổi, sự đáp ứng với cơ chế điều hoà thần kinh và thể dịch đều giảm.

– *Tuần hoàn ngoại biên*: xuất hiện hiện tượng vữa xơ động mạch ở người cao tuổi làm giảm độ đàn hồi của các mạch máu, các mạch máu trở nên xơ cứng; giảm bán kính các động mạch nhỏ ngoại biên. Hiện tượng này làm tăng sức cản ngoại biên của mạch máu, giảm cung cấp máu.

– *Vi tuần hoàn*: các mao mạch bị xơ hoá hoặc thoái hoá do loạn dưỡng; giảm số lượng mao mạch còn chức năng (tính trên một đơn vị diện tích), tính thấm thấu của mao mạch giảm.

Tất cả những biến đổi trên của hệ tim mạch dẫn tới những bệnh sau:

+ *Bệnh mạch vành*: thường là nhồi máu cơ tim. Nguyên nhân chủ yếu là do ở người cao tuổi có hiện tượng vữa xơ động mạch làm động mạch giảm tính đàn hồi, khả năng giãn dự trữ của động mạch vành giảm, số lượng các vi động mạch và mao quản giảm, lưu lượng tim giảm. Bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành thường không có biểu hiện triệu chứng; chỉ 1/3 số bệnh nhân có biểu hiện đau tức ngực trái lan lên vai hoặc mặt trong cánh tay trái; 20% có cảm giác khó thở. Các

triệu chứng thường gặp là: mệt mỏi, buồn bực, rối loạn nhịp tim, ngất; người bệnh không thể nằm ngửa, giảm chức năng thận.

+ *Tăng huyết áp*: chủ yếu là do tình trạng vữa xơ động mạch làm tăng sức cản ngoại biên. Do đó người cao tuổi thường có biểu hiện tăng huyết áp tâm trương. Thông thường, không có biểu hiện lâm sàng ở người cao tuổi tăng huyết áp. Việc sử dụng các thuốc hạ áp có thể gây nên các triệu chứng: hạ huyết áp tư thế đứng, nhồi máu một số cơ quan, rối loạn tiểu tiện, cảm giác khô miệng.

+ *Rối loạn nhịp tim*.

2.5. Sự thay đổi của hệ hô hấp

Phổi có xu hướng phát triển các mô xơ, nhu mô phổi trở nên kém đàn hồi. Vì vậy, ở người cao tuổi có hiện tượng giảm dung tích phổi.

Mô liên kết phát triển làm cho vách trao đổi dày hơn, trong khi đó, mật độ mao mạch quanh phế nang giảm. Điều này gây nên hiện tượng mất cân bằng không khí – cấp máu, phân áp oxy trong máu động mạch giảm trong điều kiện hô hấp bình thường.

Đồng thời ở người cao tuổi, việc thoái hoá khớp, mất tính chất đàn hồi sụn sườn làm giảm khả năng di động của các khớp sụn sườn; sự thu teo các sợi cơ, đặc biệt là các cơ gian sườn và cơ hoành (những cơ tham gia trực tiếp vào động tác thở), sự tăng sinh tổ chức xơ và ngưng đọng mỡ giữa các sợi cơ... làm lồng ngực người cao tuổi bị thu hẹp, khả năng di động của lồng ngực giảm, do đó làm giảm dung tích khí thở ra. Dung tích kín tối đa giảm gây ra hiện tượng giảm lực ho.

Ở giai đoạn lão hoá có hiện tượng teo lớp màng nhầy ở các cơ quan (trong đó có cơ quan hô hấp) làm giảm tổng hợp, giảm bài tiết IgA ở mũi và các màng nhầy của hệ hô hấp. Từ đó làm tăng khả năng bị nhiễm khuẩn qua đường hô hấp ở động tác hít vào.

Giảm phản xạ bảo vệ thanh quản.

Do những thay đổi của hệ hô hấp cùng với sự tác động của các yếu tố môi trường xung quanh nên người cao tuổi thường gặp hội chứng rối loạn thông khí tắc nghẽn (COPD) bao gồm: khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, các bệnh phổi hợp đường hô hấp trên.

2.6. Sự thay đổi của hệ cơ – xương – khớp

2.6.1. Cơ

Khối cơ nạc của cơ thể giảm dần theo tuổi.

Ở tất cả các nhóm cơ, số lượng và kích thước của các sợi cơ giảm.

Trương lực cơ và cơ lực giảm do sự lắng đọng lipofuscin ở các tế bào cơ, do các sợi cơ bị teo và mất thần kinh. Tuy nhiên, hiện tượng này ít thấy ở những người thường xuyên tập luyện và hoạt động cơ thể nhiều.

Thành phần nước trong gân và dây chằng giảm ở người cao tuổi làm cho gân trở nên cứng hơn.

2.6.2. Xương

Hàm lượng chất khoáng trong xương đạt đỉnh cao nhất ở tuổi 25, sau đó bắt đầu giảm dần. Tỷ lệ khối lượng xương giảm 0,5 – 2%/1 năm, tùy từng người.

Người cao tuổi có hiện tượng mất một số lượng lớn tổ chức xương, làm độ đặc của xương giảm, xương trở nên xốp, giòn và dễ gãy. Hiện tượng này xảy ra ở cả hai giới, tuy nhiên, tốc độ mất khối xương ở phụ nữ lớn hơn nam giới.

Nguyên nhân chủ yếu của hiện tượng loãng xương là do hiện tượng giảm lượng estrogen trong máu ở những phụ nữ mãn kinh; giảm hấp thu các chất khoáng, đặc biệt là calci ở người cao tuổi do giảm hấp thu của hệ tiêu hoá.

Loãng xương thường gây gãy xương và chậm liền xương sau gãy ở người cao tuổi, có thể dẫn đến tử vong trong các trường hợp gãy cổ xương đùi, gãy đốt sống...

2.6.3. Khớp

Thành phần cấu tạo của một khớp bao gồm: sụn khớp, đĩa đệm (cột sống), xương dưới sụn và màng hoạt dịch. Các tế bào sụn với số lượng ít có nhiệm vụ tổng hợp các sợi collagen và chất cơ bản. Các tế bào sụn ở người trưởng thành không có khả năng sinh sản và tái tạo. Các sợi collagen và chất cơ bản có đặc tính hút và giữ nước rất mạnh, có tác dụng điều chỉnh sự đàn hồi và chịu lực của đĩa đệm và sụn khớp.

Ở người cao tuổi, các tế bào sụn trở nên già, giảm khả năng tổng hợp collagen và chất cơ bản; qua đó làm giảm tính đàn hồi, giảm khả năng chịu lực của đĩa đệm và sụn khớp, gây nên tình trạng thoái hoá khớp. Theo một thống kê của Mỹ thì có tới 85% người trên 65 tuổi có biểu hiện thoái hoá khớp trên phim X-quang.

2.7. Sự thay đổi của hệ tiêu hoá

– *Gan*: cấu trúc và chức năng gan thay đổi ở người cao tuổi: giảm khối lượng, nhu mô có những chỗ teo, vỏ mô liên kết dày lên, mật độ gan chắc hơn. Cùng với hiện tượng teo nhu mô là hiện tượng thoái hoá mỡ ở gan: trữ lượng protid, kali, mức tiêu thụ oxy của tế bào gan đều giảm. Chức năng gan giảm dần, đặc biệt là chuyển hoá protein, giải độc, tái tạo tế bào gan.

– *Túi mật và đường dẫn mật*: từ tuổi 40 trở đi bắt đầu có sự giảm dần hồi của thành túi mật và ống dẫn mật, cơ túi mật bắt đầu teo, thể tích túi mật giảm. Do xơ hoá vòng cơ Oddi nên dễ có rối loạn điều hoà dẫn mật.

– *Tụy*: các nang tuyến của tụy teo dần, nhu mô bị xơ hoá, khối lượng của tụy giảm.

Giảm dịch tiết hệ tiêu hoá: dịch của hệ tiêu hoá bao gồm nước bọt, dịch vị, dịch ruột, dịch tụy, dịch mật.

+ *Nước bọt*: do các tuyến nước bọt mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và các tuyến nhỏ ở trong miệng bài tiết. Ở thời kỳ lão hoá, có sự giảm nhẹ số lượng tế bào hình hạt nhỏ của tuyến nước bọt. Vì vậy, việc sản xuất nước bọt của các tuyến mang tai giảm nhẹ, còn các tuyến nước bọt phụ không bị thay đổi.

+ *Dịch vị*: do các tuyến của niêm mạc dạ dày bài tiết. Thành phần của dịch vị bao gồm: các men tiêu hoá (pepsin, lipase, gelatinase), các chất vô cơ (HCl , Na^+ , K^+ , Mg^{++} , H^+ , Cl^- , HPO_4^- , SO_4^{--}), chất nhầy, yếu tố nội. Ở giai đoạn lão hoá, lượng dịch vị giảm do sự teo dẹt của niêm mạc dạ dày, giảm lượng tế bào viêm và tăng bạch cầu vùng kẽ.

+ *Dịch tụy*: do các tuyến tụy ngoại tiết bài tiết. Chức năng ngoại tiết của tuyến tụy giảm theo tuổi dẫn tới giảm lượng dịch tụy bài tiết vào ruột non. Đồng thời, hoạt tính của lipase, trypsin, amylase giảm; từ tuổi 60 trở đi, hoạt tính của các men tiêu hoá do tụy bài tiết giảm từ 2 đến 2,5 lần so với người trẻ.

+ *Dịch mật*: do gan bài tiết, theo đường dẫn mật tới túi mật. Ở người cao tuổi, thành phần của mật do gan bài tiết có sự thay đổi nên dễ có khả năng tạo sỏi.

– *Thực quản*: phì đại cơ vân ở một phần ba trên, dày lớp cơ trơn dọc theo chiều dài ở hai phần ba dưới, giảm số lượng các tế bào hạch mạc treo điều phối nhu động thực quản, biên độ nhu động thực quản giảm.

– Teo lớp màng nhầy của ống tiêu hoá dẫn đến giảm độ căng biểu mô che phủ, giảm diện tích tiếp xúc của màng nhầy với các chất chứa bên trong ruột, qua đó làm giảm quá trình hấp thu tại ống tiêu hoá, đặc biệt là quá trình hấp thu ở ruột non.

– Giảm trương lực và nhu động của đại tràng cùng với hiện tượng giảm cơ lực và trương lực cơ thành bụng, cơ vùng chậu hông; giảm hoạt động thể chất; giảm độ nhạy cảm với các kích thích thần kinh dẫn tới hiện tượng táo bón thường xảy ra ở người cao tuổi.

2.8. Sự thay đổi của hệ sinh dục – tiết niệu

2.8.1. Sinh dục

– Nữ giới:

+ Cơ quan sinh dục như tử cung, cổ tử cung teo nhỏ.

+ Teo bộ phận sinh dục ngoài (âm hộ, âm đạo). Thành âm đạo mỏng, hẹp, ngắn, kém đàn hồi, giảm tiết dịch, lượng acid dịch âm đạo giảm nên dễ nhiễm khuẩn.

– Nam giới: phì đại tuyến tiền liệt, có thể dẫn tới u xơ tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt.

2.8.2. Tiết niệu

– *Thận:*

+ Những thay đổi về hình thái học: hiện tượng lão hoá thận xảy ra trong suốt đời sống của cá thể. Bắt đầu từ 20 tuổi đã có những dấu hiệu thay đổi ở những động mạch nhỏ và trung bình của thận. Từ 30 tuổi trở lên, có sự co rút của lưới động mạch nhỏ ở cầu thận làm biến dạng một số cầu thận và làm teo các ống thận có liên quan. Độ dày màng đáy các mao mạch tiểu cầu thận tăng, diện tích lọc giảm. Vào khoảng 70 đến 80 tuổi, số lượng tiểu cầu thận (nephron) còn hoạt động giảm khoảng 1/3 hoặc 1/2 so với lúc mới sinh. Những tiểu cầu thận mất đi được thay thế bằng mô liên kết, đó là hiện tượng xơ hoá thận tuổi già.

+ Những thay đổi về chức năng: mức lọc cầu thận giảm dần. Lưu lượng máu qua thận giảm do tăng sức cản của các mạch máu tại thận. Hệ số thanh thải urê giảm theo tuổi. Độ thanh thải creatinin giảm nhưng creatinin huyết thanh không tăng lên do giảm khối cơ nạc của cơ thể khi tuổi già. Khả năng điều chỉnh pH chậm.

– *Niệu quản:* niệu quản dày lên, độ đàn hồi giảm theo tuổi. Giảm tính nhạy cảm của niệu quản với các ảnh hưởng thần kinh dẫn tới hiện tượng giảm sự tương quan giữa cơ thắt và đẩy ra của niệu quản, gây hiện tượng rối loạn bài xuất nước tiểu từ các đường niệu phía trên.

– *Bàng quang:* giảm độ đàn hồi, giảm sức chứa, khả năng co bóp của cơ thắt trong và ngoài bàng quang giảm, có thể gây các rối loạn tiểu tiện ở người cao tuổi.

2.9. Sự thay đổi của các bộ phận khác

– *Da:* rõ nhất là thay đổi về màu sắc do có sự giảm sút về số lượng tế bào biểu bì tạo hắc tố; da khô. Càng lớn tuổi thì số lượng các tế bào này càng giảm. Đồng thời, tuổi càng cao thì lớp hạ bì ngày càng mỏng. Đây là một trong những nguyên nhân gây thiếu máu cục bộ ở da và loét do tỳ đè. Độ dày: ở trẻ em, độ dày trung bình của da là 33,8 μ m; tới 80 tuổi, độ dày của da giảm và chỉ còn 27,3 μ m. Ngoài sự thay đổi về độ dày, từ 30 – 40 tuổi, da bắt đầu xuất hiện nếp nhăn. Các nếp nhăn ngày càng nhiều và hằn sâu theo sự tăng lên của tuổi tác. Độ đàn hồi của da cũng giảm dần.

– *Móng tay, móng chân* ngày càng mỏng và trở nên dễ gãy.

B. LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Theo cổ nhân trong “Linh khu – Vệ khí thất thường” viết: “... ngũ thập tuế dĩ thượng vi lão”, nghĩa là người từ 50 tuổi trở lên là người già.

Ngoài ra còn sắp xếp: 60 tuổi là hạ thọ; 80 tuổi là trung thọ; 100 tuổi là thượng thọ.

1. CƠ SỞ LÝ LUẬN CỦA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Trong “Hoàng đế nội kinh” đã thể hiện quan điểm: lão suy là quy luật phát triển tất yếu của quá trình sinh trưởng phát dục của con người; trong đó sau “ngũ thất”: 35 tuổi đối với nữ giới và sau “ngũ bát”: 40 tuổi đối với nam giới... thì cùng với sự gia tăng của tuổi tác, các dấu hiệu của lão suy, nhược lão ngày một rõ. Đàn ông sau 64 tuổi, và phụ nữ sau 49 tuổi thường thấy cửu khiếu bất lợi, tóc bạc, răng rụng, người nặng nề, đi đứng không thẳng và kém hoạt.

– Khái niệm “thiên niên”: chỉ giới hạn của tuổi thọ. Trong đó cho rằng con người có thể sống trên 100 tuổi.

– Sự thịnh suy của thận khí có vai trò chủ đạo trong quá trình sinh trưởng, phát dục cũng như lão hoá của con người.

– Các quan niệm về nguyên tắc điều trị cũng như phòng bệnh, đã xuất hiện từ rất sớm: Theo “Trị vị bệnh” – chữa từ lúc bệnh chưa phát; và “Lão giả phục tráng, tráng giả ích trị” – cần phục hồi sức khoẻ cho người già... thường dùng các phép “bình hành âm dương, điều hoà khí huyết” và “đĩ bát ích khứ thất tổn”...

2. BIẾN HOÁ SINH LÝ CỦA CÁC TẠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trong “Linh khu”, thiên “Niên” có đoạn: “Ngũ thập tuế, can khí thuỷ suy, can diệp thuỷ bạc, đởm trấp thuỷ giảm, mục thuỷ bất minh. Lục thập tuế, tâm khí thuỷ suy, khổ lưu bi, huyết khí giải đọa, cố hiệu ngọa. Thất thập tuế, tỳ khí hư, bì phu khô. Bát thập tuế, phế khí suy, phách ly, cố năng thiện ngộ. Cửu thập tuế, thận khí tiêu, tứ tạng kinh mạch không hư. Bách tuế, ngũ tạng giai hư, thần khí giai khứ...”.

Dịch nghĩa: 50 tuổi can khí bắt đầu suy, tạng can yếu đi, dịch mật giảm, mắt nhìn không rõ; 60 tuổi, tâm khí bắt đầu suy, hay suy tư buồn rầu, khí huyết suy nên thích nằm; 70 tuổi, tỳ khí hư suy nên da khô; 80 tuổi, phế khí suy nhược, phách lia nên hay nói năng lẫn lộn; 90 tuổi, thận khí tiêu, 4 tạng, kinh mạch hư rỗng; 100 tuổi, ngũ tạng đều hư, thần và khí mất...

2.1. Thận

Chức năng chủ yếu: thận tàng tinh, chủ thủy và nạp khí.

2.1.1. Thận tàng tinh

Tinh là chất cơ bản tạo thành cơ thể và thúc đẩy hoạt động sống của cơ thể. Tinh có hai loại: tinh tiên thiên và tinh hậu thiên.

– Tinh tiên thiên là tinh cảm thụ từ cha mẹ.

– Tinh hậu thiên là tinh đến từ thức ăn, nhờ sự hoá sinh của tỳ vị tạo thành.

Tinh tiên thiên và tinh hậu thiên có mối quan hệ chặt chẽ không thể tách rời.

Tinh có thể hoá khí. Khí do thận tinh hoá còn gọi là thận khí. Thận tinh hữu hình, thận khí vô hình. Thận tinh tán thì hoá thành thận khí, thận khí tụ lại biến thành thận tinh. Tinh và khí không ngừng chuyển hoá lẫn nhau.

Con người từ khi bắt đầu sinh ra, tinh khí của thận đã có. Theo thời gian, tinh khí của thận dần dần mạnh lên. Tới khi đứa trẻ bắt đầu thay răng thì tốc độ phát triển này ngày càng nhanh. Đến tuổi dậy thì, khi phát dục, tinh khí của thận đã đầy đủ. Nó sản sinh ra một loại vật chất mà y học cổ truyền gọi là “thiên quý”. Giới tính dần được hình thành rõ nét giúp chúng có khả năng duy trì nòi giống. Đến tuổi già, tinh khí của thận dần dần suy giảm kéo theo khả năng sinh thực giảm dần và mất hẳn, đồng thời về mặt hình thể cũng suy yếu dần.

Minh họa cho quy luật này, thiên “Tố vấn thượng cổ thiên chân luận” sách “Tố vấn” viết: “Nữ tử thất tuế, thận khí thịnh, xỉ canh phát trường; ... ngũ thất dương minh mạch suy, vu thượng, diện giải tiêu, phát thủy bạch; thất thất nhâm mạch hư, thái xung mạch nhược thiếu, thiên quý kiệt, địa đạo bất thông, cố hình hoại nhi vô tử dã. Trọng phu bát tuế thận khí thực, phát trường, xỉ canh; ... lục bát dương khí suy kiệt vu thượng, diện tiêu, phát tân ban bạch; thất bát can khí suy, cân bất năng động, thiên quý kiệt, tinh thiếu, thận tạng suy, hình thể giai cực; bát bát tác xỉ bất khứ.”.

Nghĩa là: “Con gái 7 tuổi thì thận khí thịnh vượng, thay răng, tóc dài; ... 35 tuổi kinh mạch dương minh sút kém, sắc mặt bắt đầu khô, nhãn nheo, kém tươi, tóc cũng bắt đầu bạc; 49 tuổi mạch nhâm hư, mạch thái xung suy yếu, thiên quý khô kiệt, kinh nguyệt hết từ đấy, cho nên thân thể già yếu mà không sinh đẻ được nữa. Con trai 8 tuổi thận khí sung túc, lông tóc dài ra, răng thay; ... 48 tuổi dương khí ở phần trên suy kiệt, sắc mặt khô ráo tiêu tụy, tóc điểm bạc; 64 tuổi răng rụng dần, tóc cũng rụng thưa.”.

Thận khí có chức năng điều tiết sự chuyển hoá và chức năng sinh lý của cơ thể. Chức năng này có được là do thông qua hai loại chức năng tương phản của tinh khí là thận dương và thận âm để thực hiện.

– Thận dương hay còn gọi là chân dương hay nguyên dương: là căn bản của dương khí trong cơ thể, có tác dụng ôn ấm và hóa sinh các tạng phủ và tổ chức.

– Thận âm hay còn gọi là chân âm hay nguyên âm: là căn bản của âm dịch trong cơ thể, có tác dụng nhu nhuận và dinh dưỡng các tạng phủ và tổ chức.

Đồng thời, thận còn là chỗ chứa của thủy hoả.

Vì vậy, ở giai đoạn lão hóa, khi tinh khí của thận suy giảm sẽ dẫn tới tình trạng thận dương và thận âm hư.

– Thận dương hư sẽ ảnh hưởng đến chức năng ôn ấm và hóa sinh các tạng phủ và tổ chức. Vì vậy, người già đặc biệt là nam giới thường thấy hiện tượng: người lạnh, chân tay lạnh, lưng gối mỏi yếu, phản ứng chậm chạp...

– Thận âm hư sẽ ảnh hưởng đến chức năng nhu nhuận và dinh dưỡng các tạng phủ và tổ chức. Vì vậy, người già đặc biệt là nữ giới thường thấy hiện tượng: người nóng, cảm giác bốc hỏa, đạo hãn, cảm giác đau mỏi, nóng nhức trong xương, đại tiện táo...

2.1.2. Thận chủ thủy

Thận chủ thủy là chỉ tác dụng chủ duy trì và điều tiết trao đổi tân dịch của cơ thể.

Thận dương chủ mở, thận âm chủ đóng. Nếu thận âm, thận dương mất thăng bằng, đóng mở bị rối loạn sẽ dẫn đến bài tiết nước tiểu bất thường.

Đồng thời, chức năng chủ thủy của thận còn thể hiện ở tác dụng chưng đốt, khí hóa tân dịch. Khi thủy dịch đi qua tạng thận, dưới tác dụng chưng đốt, khí hóa của thận dương, phân thành của dịch được hấp thu, trả lại cho cơ thể; phần trọc của dịch được đưa xuống trữ lại ở bàng quang, sau đó thải ra ngoài bằng đường tiểu tiện.

Đến khi lão hoá, có sự suy giảm công năng chủ thủy, chức năng của thận dương suy giảm, không đủ sức chưng đốt thủy dịch trong cơ thể nên phần lớn thủy dịch sẽ bị đưa xuống bàng quang để thải ra ngoài. Vì vậy, người già thường tiểu nhiều lần, tiểu ít, hay tiểu đêm.

2.1.3. Thận chủ nạp khí

Tuy phế chủ khí hô hấp nhưng khí vào đến cơ thể, nhất thiết phải đưa xuống thận. Do thận tàng tinh, chủ phong tàng và nhiếp nạp nên chức năng thận chủ nạp khí là biểu hiện cụ thể của nhiếp nạp trong quá trình hô hấp.

Khi con người trở nên lão hoá, thận tinh suy giảm làm ảnh hưởng đến chức năng nhiếp nạp của thận dẫn tới suy giảm công năng nạp khí nên người già thường thở ngắn, đoản hơi.

2.1.4. Thận chủ cốt, sinh tuỷ, vinh nhuận ra tóc

Thận tàng tinh, tinh sinh tuỷ, tuỷ nằm trong cốt và nuôi dưỡng cốt nên nói: thận chủ cốt, sinh tuỷ. Trên lâm sàng, khi thận tinh đầy đủ thì nguồn nuôi dưỡng cốt tuỷ được dồi dào, các xương được sự nuôi dưỡng đầy đủ của tuỷ trở nên rắn chắc. Trường hợp tuổi già thận tinh suy tổn, các xương không được nuôi dưỡng sẽ mềm yếu, lưng gối đau mỏi, răng rụng.

Thận tàng tinh, tinh sinh huyết; mà theo quan niệm của y học cổ truyền, tóc là phần dư của huyết, nguồn gốc nhuận dưỡng của tóc phải dựa vào huyết. Do đó, ở những người già, khi thận tinh suy thì huyết giảm, tóc trở nên bạc màu và dễ rụng.

2.1.5. Thận khai khiếu ra tai và nhị âm

Tai nghe được là nhờ vào sự nuôi dưỡng từ tinh khí của thận. Khi tinh khí đầy đủ thì cảm giác nghe mới nhạy cảm. Ở người già, khi thận tinh suy thường nghe kém.

Nhị âm bao gồm tiền âm và hậu âm. Tiền âm có chức năng bài tiết nước tiểu và sinh dục. Hậu âm là cơ quan bài xuất phân.

Thận chủ thủy ảnh hưởng rất lớn đến chức năng bài niệu. Nếu thận khí bất túc sẽ ảnh hưởng tới chức năng cố nhiếp, thường thấy hiện tượng đái dầm ở trẻ em, tiểu tiện kém hoặc tiểu tiện không tự chủ ở người già.

Chức năng cố tàng ở thận khí cũng có liên quan đến tính chất và sự bài tiết của phân. Ở người già, khi thận âm hư sẽ gây đại tiện táo kết; thận dương hư gây phân nát, ỉa lỏng.

2.2. Tỳ

Chức năng chủ yếu: chủ vận hoá, thăng thanh, thống nhiếp huyết dịch; tỳ chủ cơ nhục, tứ chi.

2.2.1. Tỳ chủ vận hoá

Chức năng vận hoá ở tỳ bao gồm hai mặt: vận hoá thức ăn và vận hoá thủy dịch.

– Vận hoá thức ăn: là tác dụng tiêu hoá thức ăn, hấp thu và vận chuyển các chất tinh vi lên phế, từ đó phân bố ra toàn cơ thể để nuôi dưỡng toàn thân.

– Vận hoá thuỷ dịch: tỳ có tác dụng hấp thu, vận chuyển thuỷ dịch và ngăn ngừa thuỷ dịch trong cơ thể ngưng trệ. Thuỷ dịch trong cơ thể thông qua sự hấp thu, chuyển hoá của tỳ, đưa lên phế, từ đó phân tán đi toàn thân.

Ở thời kỳ lão hoá, tỳ khí nhược, quá trình vận hoá của cơ thể suy giảm. Biểu hiện bằng các chứng: rối loạn tiêu hoá, phù...

2.2.2. Tỳ chủ thăng thanh

Tỳ chủ thăng thanh là chỉ tỳ khí đem các chất tinh vi của thuỷ cốc vận chuyển lên phế, thông qua tác dụng của phế hóa sinh thành khí huyết, sau đó đưa đi dinh dưỡng toàn thân.

Tỳ khí chủ thăng còn có tác dụng quan trọng giữ vị trí của nội tạng trong cơ thể. Nếu tỳ khí hư, không thể nâng giữ, trung khí hạ hãm sẽ gây nên các chứng sa.

Ở người già có hiện tượng suy giảm công năng thăng thanh nên có thể gây ra các chứng: thượng khí bất túc, giảm dinh dưỡng cho đầu và mắt (đầu mục thất dưỡng). Trong “Tỳ vị luận”, Lý Đông Viên viết: “khí bất túc, não vi chi bất mãn, nhĩ vi chi nhược minh, mục vi chi huyền... giai do tỳ vị tiên hư, khí bất thượng hành chi sở chí dã. “Chỉ rõ vì khí bất thượng hành do tỳ vị hư mà sinh ra các chứng hậu: giảm nuôi dưỡng não, ù tai, hoa mắt ...

2.2.3. Tỳ chủ thống huyết

Tỳ thống huyết là chỉ tỳ có tác dụng thống nhiếp huyết dịch vận hành trong nội mạch.

Tỳ khí đầy đủ thì chức năng thống nhiếp huyết dịch của khí mới bình thường, huyết dịch không thể chảy ra ngoài mạch. Ở người già, khi chức năng thống huyết của tỳ khí bị suy giảm làm cho huyết chảy ra ngoài mạch gây các chứng xuất huyết (đi ngoài ra máu, tiểu tiện ra máu, xuất huyết dưới da...). Y học cổ truyền gọi là “tỳ hư bất năng nhiếp huyết”.

2.2.4. Tỳ chủ cơ nhục, tứ chi

– Tỳ chủ cơ nhục biểu hiện: tỳ hoá sinh dinh huyết để nuôi dưỡng cơ nhục. Chức năng vận hoá mạnh yếu của tỳ có liên quan đến cơ nhục rắn chắc hay mềm yếu.

– Tỳ chủ tứ chi: thông qua tác dụng vận hoá thăng thanh của tỳ khí để vận chuyển các chất tinh vi của thuỷ cốc đến tận tứ chi của cơ thể, nhằm duy trì hoạt động sinh lý bình thường của tứ chi. Tỳ khí kiện vận tốt sẽ làm cho tứ chi được cử động linh hoạt, hoạt động nhanh, mạnh, có lực. Ngược lại, nếu tỳ mất kiện vận, tứ chi được nuôi dưỡng kém sẽ trở nên mệt mỏi, không muốn hoạt động.

Ở giai đoạn lão hoá, chức năng của tỳ giảm sút nên có biểu hiện giảm trương lực cơ, vận động của tứ chi chậm...

2.3. Phế

Chức năng chủ yếu: phế chủ khí, điều hoà hô hấp, chủ tuyên phát túc giáng, thông điều thuỷ đạo.

2.3.1. Phế chủ khí, hô hấp

Đó là nói lên chức năng của tạng phế là tham gia điều hoà hô hấp, đồng thời, phế là nơi khí ở bên trong và bên ngoài cơ thể trao đổi với nhau (thở cố nạp tân).

Khi hô hấp điều hoà, trọc khí sẽ được bài xuất, thanh khí sẽ được hít vào, nguồn gốc sinh thành của khí không bị thiếu hụt. Nếu chức năng hô hấp suy giảm, thanh khí hít vào không đủ, ảnh hưởng đến sinh thành khí mà dẫn đến khí hư.

Ở người già, công năng chủ khí và hô hấp suy giảm, gây các chứng khí đoản, suyễn...

2.3.2. Phế chủ tuyên phát túc giáng, thông điều thuỷ đạo, bên ngoài hợp với bì phu

Thông qua chức năng tuyên phát của tạng phế khiến cho vệ khí và tân dịch được phân bố toàn thân nhằm mục đích để ôn nhuận cơ biểu, tấu lý, bì phu.

Phế nằm ở thượng tiêu, khí của nó lấy thanh túc và hạ giáng làm thuận. Vận động tuyên phát, túc giáng của phế có tác dụng điều tiết sự phân bố, vận hành, và bài xuất tân dịch trong cơ thể.

Thiên "Kinh mạch biệt luận" sách "Tố vấn" viết: "Ấm nhập vu vị, du dật tinh khí, thượng thấu vu tỳ, tỳ khí tán tinh, thượng quy vu phế, thông điều thuỷ đạo, hạ thấu bàng quang, thuỷ tinh tứ bố, ngũ kinh tịnh hành...". Dịch nghĩa: "Đồ ăn uống vào vị, các chất dinh dưỡng của thức ăn được hấp thu rồi đưa tới tạng tỳ, tỳ khí đưa các chất tinh vi đi lên phế, phế thông điều thuỷ đạo đưa phần nước thải xuống bàng quang, phần nước tinh đi vào kinh mạch của năm tạng, sau đó phân bố khắp cơ thể...".

Nếu phế mất chức năng tuyên phát túc giáng sẽ ảnh hưởng đến chức năng thông điều thuỷ đạo, làm thuỷ dịch không thể đến được bì mao gây ra hiện tượng không có mồ hôi; hoặc thuỷ dịch không qua đường tam tiêu xuống bàng quang được mà ứ lại ở thượng tiêu gây phù ở trên (dương thủy).

Phế tuyên phát vệ khí đến bì phu nhằm ôn dưỡng bì phu, cùng bì phu chống lại ngoại tà.

Vì vậy ở người già, chức năng tuyên phát túc giáng của phế bị giảm sút nên có hiện tượng da nhăn nheo, mắt độ đàn hồi; vệ khí giảm nên dễ cảm ngoại tà.

2.4. Can

Chức năng chủ yếu: can chủ sơ tiết và tàng huyết.

2.4.1. Can chủ sơ tiết

Can có tác dụng duy trì khí cơ toàn thân thông suốt, thông mà không trệ, tán mà không uất. Đây là khâu quan trọng để thông đạt khí cơ toàn thân, thúc đẩy huyết và tân dịch vận hành.

Chức năng chủ sơ tiết của tạng can thể hiện ở những mặt sau:

– Có tác dụng làm thông suốt khí cơ, giúp cho vận động thăng, giáng, tụ, tán của khí điều hòa, vận hành của huyết và tân dịch theo đó cũng không trở ngại, kinh lạc thông lợi, hoạt động của các tạng phủ theo đó cũng được bình thường và điều hoà.

– Chức năng sơ tiết của can có được bình thường, khí cơ thông xướng thì chức năng vận hóa của tỳ vị mới được bình thường, tâm tình vui vẻ. Ngược lại, can mất sơ tiết, khí cơ không thông thì gây nên chứng can khí uất kết.

Khi con người ở giai đoạn lão hoá, can khí suy, làm cho chức năng sơ tiết của can bị suy giảm, ảnh hưởng đến sự thông xướng của khí cơ nên người già thường hay uất ức; khả năng thăng giáng, tiêu hoá thức ăn của tỳ vị bị ảnh hưởng. Can âm thường bất túc, làm cho can dương thượng cang nên tính tình không ổn định, dễ nóng nảy.

2.4.2. Can tàng huyết

Chức năng của tạng can là tàng chứa huyết dịch, điều tiết huyết lượng.

Huyết dịch trong cơ thể con người tùy theo tình trạng sinh lý khác nhau mà có nhu cầu phân bố khác nhau. Ví dụ: khi trong trạng thái nghỉ ngơi hoặc ngủ, nhu cầu về huyết dịch cho các hoạt động của cơ thể giảm, một lượng lớn huyết dịch sẽ được đưa vào tàng chứa ở can. Khi làm việc và vận động nhiều, nhu cầu huyết dịch cho các hoạt động của cơ thể tăng lên thì tạng can lại bài xuất lượng huyết dịch tàng chứa của mình để đáp ứng cho nhu cầu hoạt động của cơ thể.

Trường hợp can huyết bất túc, trên lâm sàng thường có biểu hiện: hoa mắt, chóng mặt.

Khi tới tuổi già, công năng tàng huyết của can có hiện tượng suy giảm, ảnh hưởng đến chức năng điều tiết huyết lượng, có thể gây rối loạn huyết động về số lượng cũng như phân bố huyết; can dương dễ thượng cang; dễ bị xuất huyết.

2.4.3. Can chủ cân, tàng hồn, vinh nhuận ra móng, khai khiếu ra mắt

Can chủ cân vì cân luôn luôn dựa vào sự nuôi dưỡng của can huyết. Khi can huyết đầy đủ, cân mới được nuôi dưỡng tốt mà duy trì sự vận động bình thường của cơ thể. Khi can huyết hư, trên lâm sàng biểu hiện chân tay co duỗi khó khăn.

Đồng thời, móng là phần dư của cân nên khi can huyết đầy đủ thì móng tay, móng chân tươi nhuận và rắn chắc; khi can huyết hư, móng nhợt nhạt, khô, giòn, dễ gãy.

Sách "Linh khu", thiên "Mạch độ" viết: "Can khí thông vu mục, can hoà tác mục năng biện ngũ sắc hĩ", nghĩa là tinh khí của tạng can thông ra mắt và có quan hệ mật thiết đối với thị lực. Sách "Tổ vấn", chương "Ngũ tạng sinh thành" viết: "Can thụ huyết nhi năng thị" nói lên mối quan hệ giữa chức năng tàng huyết của can với khả năng nhìn.

Do đó ở người già, chức năng sơ tiết và tàng huyết của can giảm, can khí suy, can huyết hư, mắt không được nuôi dưỡng nên thường khô, thị lực giảm, chân tay yếu và hay run, hôn bất an.

2.5. Tâm

Chức năng chủ yếu: chủ về huyết mạch và tàng thần.

2.5.1. Tâm chủ huyết mạch, kỳ hoa tại diện

Tâm có chức năng thúc đẩy huyết dịch vận hành trong mạch quản, thể hiện chức năng chủ huyết. Đồng thời, tâm còn chủ mạch, nghĩa là tạng tâm còn có chức năng giữ cho mạch quản được thông suốt. Tạng tâm có được những chức năng đó là nhờ tâm khí và tâm huyết.

Ở người bình thường, khi tâm khí sung túc, tâm huyết vượng thịnh sẽ làm cho huyết dịch trong mạch quản vận hành không ngừng, huyết đạo thông suốt, thể hiện bằng sắc mặt hồng nhuận, mạch tượng hoà hoãn, hữu lực.

Ở người già, có hiện tượng suy chức năng chủ huyết mạch, tâm khí suy nhược nên thường thấy các chứng khí hư huyết thiếu, sắc mặt kém nhuận. Tâm khí hư sẽ không còn lực để soái huyết sẽ dễ xuất hiện huyết ứ.

2.5.2. Tâm tàng thần

Thần nói lên biểu hiện các hoạt động mang tính chất sống còn của con người.

Y học cổ truyền cho rằng huyết dịch là cơ sở vật chất chủ yếu cho các hoạt động của thần chí. Khi khí huyết của tâm đầy đủ thì các hoạt động về mặt tinh thần được sáng khoái, linh hoạt, mãn tiệp.

Ở người cao tuổi, huyết dịch bị suy giảm, tâm huyết không đầy đủ nên ảnh hưởng tới các hoạt động tinh thần của con người. Biểu hiện: tinh thần không phấn chấn, mất ngủ, ngủ không sâu, hay mê, hay quên...

3. BIẾN HOÁ SINH LÝ CỦA CÁC PHỦ

3.1. Đờm

Chức năng của đờm là dự trữ và bài tiết dịch mật (đờm chấp), chủ về quyết đoán.

Biểu hiện chủ yếu ở người cao tuổi: giảm dự trữ, giảm tiết dịch mật và suy giảm công năng chủ quyết đoán. Từ đó có thể có các triệu chứng của giảm tiêu hoá; hay lo lắng, sợ sệt.

3.2. Vị

Chức năng của vị là chủ về thu nạp, nung nấu thủy cốc, chủ về thông giáng.

Biểu hiện chủ yếu ở người cao tuổi:

– Giảm công năng thu nạp thủy cốc, vị khí giảm. Biểu hiện: ăn uống kém, khả năng tiêu hoá giảm, hay có cảm giác đầy trướng. Trương Cảnh Nhạc viết: “Nhân tự sinh chí lão, phạm tiên thiên chi hữu bất túc giả, đắc hậu thiên bồi dưỡng chi lực, tắc bổ thiên chi công, diệc khả cư kỳ cường bán... vị cường tắc cường, vị nhược tắc nhược, hữu vị tắc sinh, vô vị tắc tử...”. Nghĩa là con người từ khi sinh ra đến khi già, mỗi khi tiên thiên bất túc đều cần tới sự nuôi dưỡng của thức ăn, nước uống. Việc này cần có sự tham gia chủ yếu của tỳ vị. Vị mạnh thì cơ thể được khoẻ mạnh, vị yếu thì cơ thể suy nhược; vị khí còn thì còn sự sống, vị khí hết thì tất tử vong. Điều đó nhấn mạnh vai trò của vị khí.

– Suy giảm công năng thông giáng: ảnh hưởng tới quá trình thu nạp, tiêu hoá đồ ăn thức uống.

3.3. Tiểu tràng

Chức năng của tiểu tràng là tiếp nhận, biến hoá vật chất và phân thanh trọc.

Biểu hiện chủ yếu ở người cao tuổi: giảm chức năng phân thanh trọc, chức năng biến hoá vật chất giảm. Kết quả là khả năng tiêu hoá, thu nạp ở người già giảm dần theo độ tăng của tuổi tác.

3.4. Đại tràng

Chức năng của đại tràng là tiếp nhận các chất cặn bã sau khi được phân thanh trọc từ tiểu tràng chuyển xuống, tiếp tục thu nạp một phần nước, phần còn lại là phân thành khuôn được bài tiết ra ngoài qua hậu môn.

Ở người già thường thấy suy giảm chức năng truyền tống, nên hay gặp các chứng đại tiện bí kết.

3.5. Bàng quang

Sách “Nội kinh, Linh lan bí điển luận” viết: “Bàng quang giả châu đô chi quan, tân dịch tàng yên, khí hoá tắc năng xuất yên”. Dịch nghĩa: bàng quang ở bộ vị dưới cùng trong cơ thể, là nơi tụ hội thủy dịch của tam tiêu; chức năng của bàng quang là tàng chứa tân dịch, dưới tác dụng của khí hoá thì bài xuất nước tiểu. Chức năng này có được là do thận khí.

– Dưới tác dụng cố nhiếp của thận khí, nước tiểu được tàng chứa ở bàng quang. Khi tuổi cao, thận khí hư suy, khả năng tàng trữ nước tiểu của bàng quang suy giảm nên người già thường có biểu hiện tiểu nhiều lần, di niệu.

– Dưới tác dụng khí hóa bàng quang của thận, nước tiểu được bài xuất ra ngoài. Ở người cao tuổi, do thận khí suy nên bàng quang giảm công năng bài xuất nước tiểu, hay gặp các chứng đái rắt, đái tắt, đái sót...

3.6. Tam tiêu

Sách “Nội kinh, Linh lan bí điển luận” viết: “Tam tiêu giả, quyết độc chi quan, thủy đạo xuất yên”. Dịch nghĩa: tam tiêu chủ việc khơi thông đường nước của toàn thân, là nơi hoá khí hành thủy trong cơ thể; ngoài ra tam tiêu còn là nơi các tạng phủ thực hiện chức năng của mình. Chức năng của tam tiêu được tóm tắt như sau:

– Thượng tiêu chủ về thăng phát và tuyên giáng khí.

– Trung tiêu chủ về tiêu hoá và hấp thu, thu nhận các chất tinh hoa của thủy cốc và hoá sinh thành khí huyết.

– Hạ tiêu chủ về bài tiết tinh và đại tiểu tiện.

Các chức năng này của tam tiêu có quan hệ mật thiết với công năng của các tạng phủ.

Ở người cao tuổi thường biểu hiện:

– Giảm công năng thông hành của nguyên khí do nguyên khí suy dần theo tuổi.

– Giảm sút công năng vận hành thủy dịch do công năng tạng phủ đều suy giảm ở người già. Sách “Loại kinh, Tạng tượng loại” viết: “Thượng tiêu bất trị tắc thủy phiểm cao nguyên, trung tiêu bất trị tắc thủy lưu trung quản, hạ tiêu bất trị tắc thủy loạn nhị tiện. Tam tiêu khí trị tắc thủy lạc thông nhi thủy đạo lợi”.

– Giảm lực tuyên phát và thăng giáng ở thượng tiêu.

- Giảm công năng vận hoá của trung tiêu.
- Giảm công năng bài tiết tinh và đại tiểu tiện ở hạ tiêu.

4. NHỮNG THAY ĐỔI SINH LÝ CỦA PHỦ KỲ HẰNG

Phủ kỳ hằng bao gồm: não, tủy, mạch, đờm, bào cung. Trong đó, đờm vừa là một trong lục phủ, vừa là phủ kỳ hằng. Vì đờm có chức năng dự trữ và bài tiết đờm chấp, trực tiếp giúp tiêu hóa thức ăn nên là một trong lục phủ. Nhưng đờm lại không có chức năng chứa đựng và chuyển hóa thủy cốc mà lại có chức năng “tàng” (tàng đờm chấp) nên thuộc phủ kỳ hằng.

4.1. Não

Não là tủy hải (bể của tủy). Sách “Linh khu, Hải luận” viết: “Tuỷ hải hữu dư, tắc khinh cân đa lực, tự quá kỳ độ, tuỷ hải bất túc, tắc não chuyên nhĩ minh, kinh toan huyền mao, mục vô sở kiến, giải đọa an ngoạ”. Dịch nghĩa: tuỷ hải đầy đủ thì cơ thể nhẹ nhàng, có sức, đảm nhận tốt mọi việc; não không đầy đủ thì đầu váng, tai ù, mắt hoa, chân yếu, ngất, mắt không thấy gì, nằm yên.

- Giảm công năng chủ tư duy, trí nhớ. Lý Thời Trân trong “Bản thảo cương mục”; tại điều “Tân di hạ” có ghi: “Não vi nguyên thân chi phủ” (Não là phủ của thân).

Khi về già, do thận tinh khuy hư, tuỷ hải bất túc, não thất tinh dưỡng, trí nhớ giảm... biểu hiện bằng các chứng hay quên, tư duy chậm, rối loạn tâm thần...

- Suy giảm công năng cảm nhận: cảm nhận của não về thị giác, thính giác, xúc giác, vị giác, khứu giác đều suy giảm.
- Suy giảm công năng chủ vận động của não.

4.2. Tuỷ

Tuỷ nằm trong cốt, là một loại vật chất dạng cao. Tuỷ không giống một bộ phận nào trong cơ thể. Tuỷ được tàng chứa ở vùng xương sống, trên thông với não và hội tụ với não. Mô tả về tuỷ, sách “Tổ vấn” viết: “Thận sinh não tuỷ” (Tổ vấn, Âm dương ứng tượng đại luận), “tuỷ giả cốt chi sung dã” (Tổ vấn giải tinh vi luận)

Tuỷ do tinh khí của thận và các chất tinh vi của thủy cốc nuôi dưỡng. Sách “Linh khu, Kinh mạch” viết: “Nhân như sinh, tiên thành tinh, tinh thành nhi não tuỷ sinh”.

Ở người già, do thận tinh suy yếu, tinh không thể sinh tuỷ nên tuỷ khuy. Đồng thời, tỳ vị hư nhược nên không thể hoá sinh đủ khí huyết để nuôi dưỡng tuỷ. Tuỷ

khuy không nuôi dưỡng được cốt, không phụng dưỡng được não; trên lâm sàng xuất hiện triệu chứng xương yếu, dễ gãy, não không linh hoạt.

4.3. Mạch

Mạch là một hệ thống ống dẫn khép kín trong cơ thể, tạo thành một mạng lưới thông suốt toàn thân giữa trên – dưới, trong – ngoài.

Mạch là phủ của huyết, lấy khí làm gốc, là nơi huyết chứa trong đó và vận hành theo quỹ đạo nhất định.

Mạch và tâm phế có mối liên hệ mật thiết với nhau. Tâm và mạch tiếp nối trực tiếp với nhau. Mạch là đường vận hành của huyết dịch. Theo “Tố vấn, Kinh mạch luận”: “Tâm chủ huyết mạch, phế triều bách mạch”. Như vậy: huyết tuần hoàn được trong mạch nhờ tâm; phế chủ khí, tất cả khí của 12 kinh mạch đều quy về phế.

Sự mạnh, yếu của mạch có quan hệ mật thiết với các tạng tâm, can, tỳ, phế, thận và huyết dịch.

Ở tuổi thanh niên, do công năng của tạng phủ thịnh vượng, điều hoà; công năng của tỳ vị kiện vận; thận tinh sung túc; khí huyết vượng thịnh; mạch đạo tràn trề nên nhịp mạch hoà hoãn, hữu lực.

Ở người già, ngũ tạng hư suy, nguồn khí suy huyết thiếu nên huyết hay ngưng trệ. Huyết hư nên mạch đạo không sung mãn, khí hư nên không thể là soái của huyết, huyết ngưng làm mạch đạo bị tắc. Hơn nữa, mạch của người cao tuổi giảm tính đàn hồi, trở nên xơ cứng nên mạch đập vô lực, còn gọi là mạch nhược.

4.4. Bào cung

Bào cung là nơi bắt đầu của hai mạch xung nhâm, có liên quan với các tạng tâm, can, thận, chủ về kinh nguyệt và nuôi dưỡng bào thai

Sách “Tố vấn”, chương “Thượng cổ thiên chân luận” viết: “thất thất, nhâm mạch hư, thái xung mạch nhược thiếu, thiên quý kiệt, địa đạo bất thông, cố hình hoại nhi vô tử dã”. Nghĩa là: (phụ nữ) khi $7 \times 7 = 49$ tuổi, mạch nhâm hư, mạch thái xung suy thiếu, thiên quý (kinh nguyệt) hết, địa đạo không còn thông, các cơ quan phụ khoa suy thoái và không thể sinh con được nữa.

5. SỰ THAY ĐỔI CỦA KINH LẠC

Kinh lạc trong cơ thể bao gồm kinh mạch và lạc mạch. Đó là nơi vận hành khí huyết đi khắp cơ thể; là nơi liên hệ giữa các tạng phủ, khớp xương. Kinh mạch có tác dụng nối liền trên – dưới, trong – ngoài, điều tiết sự thông suốt của các bộ phận trong cơ thể. Kinh là những đường tuần hành lớn, thẳng, cố định, ở sâu. Lạc

là những mạch nhỏ tạo thành mạng lưới ở cả phần nông và phần sâu của cơ thể. Kinh mạch và lạc mạch nối liền với nhau, liên hệ với nhau và có mối liên hệ mật thiết với các tạng phủ, hình thể, các khiếu... tạo thành một chỉnh thể thống nhất trong cơ thể.

Ở thời kỳ lão hoá:

– Công năng liên hệ, hiệp đồng giữa các tạng phủ, giữa trên – dưới, trong – ngoài cơ thể của kinh mạch bị suy giảm: do ở thời kỳ này, các tạng phủ trong cơ thể bị lão hoá nên sự liên lạc giữa các tạng phủ và tứ chi, tạng phủ với các khiếu thông qua hệ thống kinh lạc bị suy giảm; vì vậy nên việc liên lạc giữa tạng với phủ, tạng phủ với kinh mạch cũng bị giảm sút.

– Chức năng cảm ứng truyền dẫn: hệ thống kinh lạc có chức năng cảm nhận và truyền dẫn các loại thông tin trong cơ thể; ví dụ: những cảm nhận và truyền dẫn về cảm giác đau, nóng, lạnh...; chức năng này được thực hiện ở tại các đường kinh và do khí huyết vận hành trong cơ thể thực hiện. Ở người cao tuổi, do công năng của kinh lạc suy tổn nên công năng cảm ứng truyền dẫn bị giảm sút.

– Chức năng vận hành khí huyết toàn thân: ở thời kỳ lão hoá, do công năng của tạng phủ bị suy giảm, khí huyết khuỵu tổn, kinh khí suy nên khả năng vận hành khí huyết trong cơ thể bị suy giảm; kinh lạc không thể đưa khí huyết đi nuôi dưỡng, ôn ấm toàn thân, làm cho khí huyết của các tạng phủ không đầy đủ, tấu lý không được nhu dưỡng. Từ đó, một mặt làm chính khí hư, mặt khác là điều kiện cho ngoại tà thừa cơ xâm nhập vào cơ thể gây bệnh, như sách "Linh khu, Bì bộ luận" viết: "Tà khách vu bì tắc tấu lý khai, khai tắc tà nhập khách vu lạc mạch".

6. BIẾN ĐỔI CỦA DA, CƠ, XƯƠNG

6.1. Da

Chức năng của da (bì phu) cũng có sự thay đổi. Theo quan niệm của y học cổ truyền, da là bộ phận bao bọc bên ngoài, có chức năng bảo vệ cơ thể; đồng thời cũng là nơi điều tiết tân dịch, nhiệt độ của cơ thể thông qua cơ chế bài tiết mồ hôi.

Ngoài ra, da còn có quan hệ mật thiết với phế do chức năng "chủ bì mao" của phế. Phế vận chuyển các chất tinh vi của thủy cốc đến bì mao làm cho lông tóc tư nhuận; phế tuyên phát vệ khí đến bì phu để ôn dưỡng bì phu, cùng bì phu chống lại ngoại tà và khống chế sự đóng mở của tấu lý.

Ở giai đoạn lão hoá, chức năng của tạng phế suy giảm, bì phu không được tân dịch nhu dưỡng nên da không nhuận mà khô. Phế khí hư nên vệ khí không đầy đủ; khả năng đóng mở của tấu lý không còn linh hoạt nên khả năng điều tiết tân

dịch và nhiệt độ cơ thể giảm, đồng thời khả năng bảo vệ cơ thể cũng suy giảm. Vì vậy, ở người già mùa đông dễ bị ngoại cảm, mùa hè dễ bị trúng thử khi thời tiết thay đổi.

6.2. Cơ nhục

Theo y học cổ truyền, cơ nhục là phần bao bọc bên ngoài của lục phủ ngũ tạng, kinh mạch, cân cốt, có chức năng bảo vệ tạng phủ, kinh mạch, cân cốt, chống đỡ ngoại tà và có chức năng vận động.

Cơ nhục nằm ở dưới da, bám vào các xương và khớp. Phần phình to của cơ gọi là "quần". Những nếp nhăn trên cơ gọi là "tấu cơ". Tấu cơ cùng với các nếp vân trên da tạo thành "tấu lý", đây là cửa ngõ bảo vệ không cho ngoại tà xâm nhập vào cơ thể. Vệ khí đầy đủ thì tấu lý kín đáo, ngoại tà không thể xâm nhập; vệ khí hư, tấu lý thưa hở thì tà khí dễ dàng thừa cơ xâm nhập vào cơ thể.

Cơ nhục còn có liên quan mật thiết với tạng tỳ. Biểu hiện:

- Tỳ hóa sinh tinh khí để dưỡng cơ nhục.
- Bệnh ở cơ nhục lâu ngày không khỏi, nếu cảm phải ngoại tà sẽ truyền đến gây bệnh cho tỳ.

Sách "Linh khu", thiên "Niên" viết: "Nhị thập tuế, huyết khí như thịnh, cơ nhục phương trưởng, cố hảo xu. Tam thập tuế, ngũ tạng đại định, cơ nhục kiên cố, huyết mạch thịnh mãn, cố hảo bộ...". Nghĩa là: hai mươi tuổi thì khí huyết thịnh, cơ nhục phát triển; ba mươi tuổi thì ngũ tạng đã phát triển tốt bậc, huyết mạch thịnh vượng, cơ nhục săn chắc..., nói lên sự liên quan giữa tuổi tác với sự phát triển của cơ nhục.

Ở người cao tuổi, chức năng của tạng tỳ suy giảm, cơ nhục không được nuôi dưỡng tốt nên teo nhẽo, vận động chậm chạp; tấu lý thưa hở, khả năng chống đỡ với ngoại tà suy giảm nên dễ bị cảm ngoại tà.

6.3. Xương

Xương (cốt) tạo thành bộ khung của cơ thể. Trong cốt có ống rỗng chứa tủy nên nói "cốt là phủ của tủy".

Sách "Tố vấn", chương "Tuyên minh ngũ khí" viết: "Thận chủ cốt". Như vậy, cốt và thận có mối liên hệ mật thiết với nhau. Thận sinh tinh, tinh sinh tủy, tủy nằm trong cốt và nuôi dưỡng cốt. Khi thận tinh sung túc thì tủy nhiều, xương khoẻ mạnh, tứ chi vận động nhẹ nhàng, có lực. Khi thận tinh bất túc thì tủy ít, xương không được nuôi dưỡng nên giòn và vô lực.

Ở người cao tuổi, thận tinh suy, tuỷ ít, xương không được nuôi dưỡng trở nên giòn, yếu, dễ gãy, khi đã gãy thì khó liền.

7. BIẾN ĐỔI CỦA KHÍ, HUYẾT, TINH, TÂN DỊCH

7.1. Khí

Biểu hiện chủ yếu ở người cao tuổi:

– Suy giảm tác dụng kích hoạt của khí: khí là chất tinh vi cần thiết cho sự sống, có khả năng thúc đẩy sự sinh trưởng và phát triển của cơ thể cũng như hoạt động sinh lý của các tạng phủ, kinh lạc; là động lực thúc đẩy sự sinh thành, vận hành của huyết dịch cũng như sự sinh thành, thu nạp và bài tiết tân dịch. Ở người cao tuổi, do công năng của các tạng liên quan đến khí (phế, tỳ, thận) đều suy giảm (công năng của phế giảm nên hô hấp kém, lượng khí đưa vào cơ thể giảm sút; công năng của tỳ giảm nên không thể hoá sinh khí huyết từ các chất tinh vi của thủy cốc; thận tinh kém nên tinh không thể hoá khí) nên lượng khí trong cơ thể giảm, tác dụng kích hoạt của khí cũng suy giảm. Sự suy giảm này ở người cao tuổi làm cho huyết dịch và tân dịch trong cơ thể giảm về số lượng, vận hành chậm chạp, khả năng thu nạp và bài tiết đều giảm, có thể dẫn tới huyết ú, đàm ẩm trên lâm sàng.

– Giảm tác dụng làm ấm cơ thể: tác dụng làm ấm cơ thể có được là do dương khí hoá mà sinh nhiệt. Dương khí làm cho cơ thể được ấm nóng, các tạng phủ hoạt động bình thường, khí huyết và tân dịch vận hành trong cơ thể. Đối với người cao tuổi: dương khí suy, lực vận hành của khí kém, tác dụng ôn ấm giảm, người già thường cảm thấy chân tay lạnh, sợ lạnh, thích ấm, xuất hiện các biểu hiện bệnh lý của sự vận hành huyết và tân dịch chậm chạp.

– Giảm tác dụng phòng chống tà khí. Vệ khí trong cơ thể vừa có tác dụng chống lại sự xâm nhập của ngoại tà, vừa có tác dụng khu tà khí tà khí ở bên ngoài xâm nhập vào cơ thể. Vì vậy, khi cơ thể khoẻ mạnh, vệ khí vượng, tà khí ở bên ngoài không thể xâm nhập vào cơ thể; hoặc khi đã xâm nhập vào cơ thể thì không thể gây bệnh, hoặc nếu có gây bệnh thì cũng dễ chữa. Khi tác dụng phòng chống tà khí của vệ khí trong cơ thể bị giảm sút, cơ thể dễ bị ngoại tà xâm nhập gây nên các chứng cảm mạo, khó khỏi bệnh. Như vậy, tác dụng của vệ khí trong cơ thể có liên hệ mật thiết với quá trình phát sinh, phát triển, chuyển biến của bệnh tật. Ở người cao tuổi, vệ khí suy, ngoại tà dễ xâm nhập, nếu không chú ý chăm sóc sức khoẻ thì rất dễ cảm phải ngoại tà và phát bệnh.

– Suy giảm tác dụng cố nhiếp. Bình thường khí có tác dụng cố nhiếp các loại dịch của cơ thể: huyết dịch, tinh dịch, mồ hôi, nước tiểu, nước mắt, dịch vị... Tác dụng cố nhiếp của khí làm cho huyết dịch được vận hành bình thường trong mạch quản, không thoát ra ngoài, duy trì sự tuần hoàn bình thường; cố tinh, làm cho tinh dịch không thể tự động tiết ra ngoài; khống chế, điều tiết lượng mồ hôi, nước tiểu, nước mắt, dịch vị..., chống lại sự mất tân dịch của cơ thể. Ở người cao tuổi, thận khí suy nhược, chức năng cố nhiếp giảm, gây ra hiện tượng mất rất nhiều chất dịch trong cơ thể vì khí không thể cố nhiếp tân dịch nên gây tiểu nhiều, tiểu không cầm, chảy dãi...

Như vậy, khí vừa có tác dụng thúc đẩy sự vận hành của tân dịch, điều hoà sự hấp thu và bài tiết tân dịch trong cơ thể; vừa có tác dụng cố nhiếp tân dịch. Hai tác dụng này hiệp đồng với nhau trong việc điều hoà sự vận hành bình thường, phân bố và bài tiết tân dịch trong cơ thể. Tuy nhiên, ở người cao tuổi do khí suy nên hai tác dụng hiệp đồng của khí bị suy giảm, làm ảnh hưởng đến sự vận hành bình thường, phân bố và bài tiết tân dịch trong cơ thể. Ví dụ: người cao tuổi thường mắc chứng đại tiện bí kết là do tân dịch trong đại trường giảm làm tính nhu nhuận của đại trường giảm, đồng thời khí suy gây giảm lực thúc đẩy hoạt động đại tiện.

– Suy giảm tác dụng khí hoá. Khí hoá thực chất là một quá trình mà ở đó có sự thay đổi, chuyển hoá lẫn nhau giữa tinh, khí, huyết, tân dịch. Khí hoá là sự vận động biến hoá của khí, bao hàm hai nghĩa:

+ Sự vận động, biến hoá của lực khí trong tự nhiên.

+ Khái quát hoá cao độ quá trình chuyển hoá phức tạp trong cơ thể từ lúc sinh ra đến khi chết. Trong đó, khí thể hiện sự vận động, biến hoá của mình trong hoạt động sinh lý của các tạng phủ như: công năng của tạng phủ; sự phân bố, vận hành của khí huyết; sự lưu trú của kinh lạc. Thông qua bốn hình thức vận động cơ bản: thăng, giáng, xuất, nhập (khí cơ) của mình, khí đã làm cho các chất tinh, khí, huyết, tân dịch được sinh ra và chuyển hoá lẫn nhau; sản sinh cũng như bài tiết các chất cận bã.

Minh họa cho tác dụng này của khí, sách "Tố vấn, Âm dương ứng tượng đại luận" viết: "Vị quy hình, hình quy khí, khí quy tinh, tinh quy hoá. Tinh thực khí, hình thực vị, hoá sinh tinh, khí sinh hình... tinh hoá vi khí"... Nghĩa là: ăn uống tạo ra hình dáng cơ thể, khi cơ thể khoẻ mạnh thì chân khí vượng thịnh, chân khí vượng thịnh sẽ sinh tinh huyết, tinh huyết đầy đủ sẽ tạo ra khí hoá. Các quá trình

của khí hoá không diễn ra đơn lẻ mà có liên quan mật thiết với nhau như: tinh tuy do ăn uống sinh ra, song nếu cơ thể suy yếu thì không thể hấp thu các chất tinh vi của đồ ăn thức uống, và đồ ăn thức uống cũng không thể phát huy tác dụng được; chỉ khi cơ thể hấp thu được đồ ăn thức uống thì khí mới sinh hình... và tinh huyết đầy đủ mới hoá thành khí được. Hoạt động khí hoá trong cơ thể có liên quan đến tính mạng của con người. Nếu hoạt động khí hoá thất thường sẽ ảnh hưởng đến quá trình trao đổi chất trong cơ thể như: quá trình tiêu hoá và hấp thụ thức ăn; sự sinh thành và phân bố của khí, huyết, tân dịch; ảnh hưởng đến sự bài tiết mồ hôi, nước tiểu, phân... gây nên các bệnh về rối loạn chuyển hoá.

Ở người cao tuổi, công năng của các tạng phủ, kinh mạch, các tổ chức trong cơ thể bị suy giảm nên các hoạt động khí hoá suy giảm. Từ đó làm giảm sự tiêu hoá và hấp thụ thức ăn; sự sinh thành, chuyển hoá và phân bố của tinh, khí, huyết, tân dịch; sự bài tiết của nước tiểu, phân...

7.2. Huyết

Biểu hiện chủ yếu ở người cao tuổi:

– Giảm chức năng nuôi dưỡng tạng phủ, tổ chức toàn thân. Huyết có chức năng vận hành trong mạch quản để đưa các chất dinh dưỡng đi khắp toàn thân, nuôi dưỡng cơ thể để duy trì hoạt động bình thường của các cơ quan, tổ chức trong cơ thể. Ví dụ: chức năng ngửi của mũi, chức năng nhìn của mắt, chức năng nghe của tai, chức năng phát âm của hầu họng, chức năng cầm nắm của tay... có được đều do sự nuôi dưỡng của huyết. Sắc mặt, cơ nhục, da, lông, tóc là những nơi phản ánh sự nuôi dưỡng của huyết: sắc mặt hồng nhuận, cơ nhục đầy đặn, da nhuận, lông tóc mượt mà là biểu hiện sự sung túc của huyết. Khi huyết trong cơ thể đầy đủ thì tinh thần sáng khoái, minh mẫn. Ở người cao tuổi, do huyết suy giảm nên xuất hiện các biểu hiện lão suy: sắc mặt vàng nhợt, da khô, chân tay tê bì, hoạt động kém linh hoạt, tinh thần không phấn chấn; huyết hư không nuôi dưỡng được tâm dẫn tới hiện tượng tâm quý, tâm phiền, mất ngủ hoặc ngủ ít, hay mê...

– Giảm chức năng bình hành âm dương của huyết. Trong cơ thể: huyết thuộc âm, khí thuộc dương; âm – dương, khí – huyết phải bình hành để duy trì các hoạt động chuyển hoá trong cơ thể. Tuy nhiên, ở thời kỳ lão hoá tinh huyết trong cơ thể suy giảm làm âm suy, dương cương, mất sự bình hành của âm dương nên thường có biểu hiện của hội chứng âm hư hoả vượng như: ngủ ít, tiểu ít...

– Suy kiệt chức năng thai dục ở nữ. Ở người phụ nữ, khi 14 tuổi, nhâm mạch thông, thái xung mạch thịnh, thiên quý đến, xuất hiện hiện tượng kinh nguyệt, huyết hải tràn đầy và có thể có thai. Như vậy, việc mang thai của người phụ nữ phụ thuộc rất nhiều vào lượng huyết dịch trong cơ thể có được đầy đủ hay không. Ở thời kỳ lão hoá, do "địa đạo bất thông", kinh huyết bị bế tắc, người phụ nữ không thể có thai được nữa.

7.3. Tinh: kiệt dần theo tuổi tác

– Giảm công năng sinh tinh sinh dục. Thận tinh có chức năng sinh tinh sinh dục. Khi thận tinh được đầy đủ thì thiên quý tới, nữ giới có kinh nguyệt, cơ quan sinh dục của cả hai giới được thành thực và có thể có thai. Tuy nhiên, từ sau tuổi trung niên trở đi, thận tinh suy giảm, thiên quý giảm dần tiến tới cạn kiệt, khả năng sinh dục giảm, dần dần mất khả năng sinh dục.

– Giảm công năng hoạt động của các tạng phủ do tinh suy giảm. Thận tàng tinh, tinh hoá khí, tinh khí trong cơ thể do thận tinh mà thành, công năng của thận khí có được là do thận dương và thận âm. Đồng thời, sự hoạt động của các tạng phủ trong cơ thể do thận âm và thận dương điều khiển; sự thịnh – suy của thận âm và thận dương có liên quan mật thiết với hoạt động mạnh – yếu của lục phủ ngũ tạng trong cơ thể. Ở thời kỳ lão hoá, thận tinh khuy tổn nên tinh không đầy đủ, không thể nhu dưỡng tạng phủ, kinh mạch; đồng thời tinh khuy không thể hoá khí, làm cho khí của ngũ tạng bị suy giảm, làm giảm công năng hoạt động của các tạng phủ trong cơ thể. Trên lâm sàng thường có những biểu hiện: giảm chức năng vận hoá của tỳ, giảm chức năng hô hấp của khí, giảm chức năng sơ tiết của can...; đồng thời, tinh khuy làm cho não tủy, ngũ quan, cửu khiếu không được nuôi dưỡng nên thường mệt mỏi, hay quên, nghe kém, thị lực giảm, răng khô, tóc thưa.

– Giảm khả năng phòng chống tà khí. Tinh là cơ sở vật chất cơ bản của cơ thể, tinh hoá khí, khí có tác dụng tăng cường khả năng thích ứng của cơ thể với môi trường bên ngoài, phòng chống ngoại tà. Ở người cao tuổi, khi tinh khí suy giảm, khả năng thích ứng của cơ thể với môi trường bên ngoài và phòng chống ngoại tà giảm sút, tấu lý sơ thông, vệ ngoại bất cố, ngoại tà dễ xâm nhập vào cơ thể gây bệnh.

7.4. Tân dịch

Nguồn gốc của tân dịch là thủy cốc, do tỳ vị vận hoá thành.

Biểu hiện chủ yếu ở người cao tuổi:

– Giảm quá trình hoá sinh huyết dịch. Tân dịch thông qua tôn lạc để đi vào huyết mạch, là một trong những thành phần cơ bản của huyết dịch, không ngừng bổ sung cho huyết dịch, nhu dưỡng huyết mạch, làm cho huyết dịch vận hành bình thường trong mạch quản. Ở người cao tuổi, do khí của các tạng suy giảm, chức năng khí hoá của tam tiêu giảm, nguồn gốc hoá sinh thuỷ cốc suy nhược nên ảnh hưởng đến sự sinh thành, thu nạp, phân bố của tân dịch, lượng tân dịch trong cơ thể giảm làm cho lượng huyết dịch giảm. Trên lâm sàng xuất hiện bệnh lý của tân dịch khuy tổn, huyết thiếu.

– Suy giảm chức năng tư dưỡng, nhu nhuận. Tân dịch tán ra cơ biểu, có tác dụng tư dưỡng cơ nhục, bì phu, lông tóc; lưu trú tại các lỗ khiếu để tư dưỡng và bảo vệ mắt, mũi, miệng...; đi tới các tạng phủ để tư dưỡng nội tạng; vào cốt tuỷ để bổ sung và nuôi dưỡng cốt tuỷ, não tuỷ và tuỷ sống...; tới các khớp giúp cho việc gấp duỗi được linh hoạt. Ở người cao tuổi, tân dịch suy giảm làm cho chức năng tư dưỡng và nhu nhuận của tân dịch bị suy giảm; tân dịch thiếu nên bì phu không được nuôi dưỡng đầy đủ, da thô, nhăn nheo; cơ thể không được tân dịch nhu dưỡng nên trên lâm sàng biểu hiện một số triệu chứng của hội chứng tân khuy âm hư như: họng khô, miệng khát, nghe kém, đại tiện táo kết, các khớp hoạt động không linh hoạt.

– Giảm chức năng điều tiết bình hành âm dương. Quá trình trao đổi của tân dịch liên quan mật thiết với tình trạng sinh lý của cơ thể và điều kiện ngoại cảnh xung quanh. Đồng thời, sự trao đổi của tân dịch đóng vai trò quan trọng đối với việc điều tiết bình hành âm dương trong cơ thể. Đối với người cao tuổi, tân dịch giảm sút, mà tân dịch thuộc âm, do đó âm trong cơ thể người cao tuổi thường không đầy đủ, dương thường dư thừa (âm thường bất túc, dương thường hữu dư); trên lâm sàng thường có biểu hiện các triệu chứng của âm hư dương cương.

– Giảm công năng bài tiết. Quá trình trao đổi chất của tân dịch trong cơ thể đã tạo ra mồ hôi, nước tiểu và được thải ra ngoài qua đường mồ hôi và tiểu tiện; việc thải các chất bài tiết này giúp cho các tạng phủ trong cơ thể hoạt động bình thường. Ở người cao tuổi, tạng khí suy, chức năng khí hoá của tam tiêu suy giảm, xuất hiện các triệu chứng của hội chứng thu nạp và phân bố tân dịch thất thường như: phù chi dưới; hoặc do chức năng khí hoá suy giảm, tân dịch không được kìm giữ: bên ngoài dễ ra mồ hôi; bên dưới thường gặp di niệu, tiểu nhiều lần hoặc bí tiểu, tiểu tiện khó khăn; bên trên chảy nước mắt, nước dãi không ngừng.

*** Tóm lại:** lão hóa là một quy luật sinh lý của cơ thể con người. Theo y học cổ truyền, con người là một thực thể hòa hợp với thế giới tự nhiên và tuân theo sự vận động của quy luật tự nhiên, đó là quy luật “sinh, trưởng, hóa, thu, tàng”, vận

dụng vào cuộc sống của con người là quy luật “sinh, lão, bệnh, tử”. Sự suy giảm chức năng của tạng phủ, tinh, khí, huyết, thần khi bước vào giai đoạn lão hóa làm cho con người dễ mắc bệnh; tình trạng bệnh tật ở tuổi già lại càng làm suy giảm chức năng của tạng phủ, tinh, khí, huyết, thần; từ đó tạo thành vòng xoắn bệnh lý ở người cao tuổi. Nắm vững lý luận của y học cổ truyền về lão khoa là cơ sở để phòng tránh bệnh tật, làm giảm quá trình lão suy, tăng chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày quy định của Liên hợp quốc về người cao tuổi, đặc điểm sinh lý và bệnh lý của hệ nội tiết, tim mạch, cơ – xương – khớp ở người cao tuổi theo y học hiện đại.
2. Nêu những thay đổi về sinh lý, bệnh lý các tạng ở người cao tuổi.
3. Nêu những thay đổi về sinh lý, bệnh lý các phủ và phủ kỳ hằng ở người cao tuổi.
4. Nêu những thay đổi về sinh lý, bệnh lý hệ thống kinh lạc ở người cao tuổi.
5. Nêu những thay đổi về sinh lý, bệnh lý của khí, huyết, tinh, tân dịch ở người cao tuổi.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên tắc điều trị lão khoa y học cổ truyền.
- Vận dụng được nguyên tắc điều trị lão khoa y học cổ truyền vào thực tế điều trị, chăm sóc người cao tuổi.

Nêu được ứng dụng nguyên tắc điều trị vào bát pháp trong lão khoa y học cổ truyền.

1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Con người tuổi càng cao thì những biến đổi về sinh lý, bệnh lý của cơ thể ngày càng rõ rệt. Vấn đề chăm sóc, phòng bệnh và điều trị cho người cao tuổi có những đặc điểm riêng, khác với lứa tuổi thanh niên và trung niên. Ở người cao tuổi, khả năng đề kháng của cơ thể suy giảm, âm dương thất điều, khí huyết bất túc, tạng phủ hư suy. Vì vậy, trong chăm sóc, phòng bệnh và điều trị cho người cao tuổi, ngoài việc phải tuân theo những nguyên tắc chung của y học cổ truyền, còn phải tuân thủ những quy tắc sau đây:

1.1. Khi điều trị, phải chú ý đến tình trạng hoãn, cấp một cách hợp lý

Bệnh thường phân ra hoãn, cấp nên khi điều trị phải chú ý đến tiêu, bản. Đối với người cao tuổi, cơ thể suy nhược, sức đề kháng giảm sút, tình trạng bệnh tật thường là hoãn, song có khi biến đổi rất cấp. Trong điều kiện hiện nay, đối với những bệnh cấp tính có thể gây nguy hiểm cho người bệnh nên dùng y học hiện đại; khi có chỉ định kết hợp với y học cổ truyền thì phương châm là cần điều trị gấp, nhưng việc công tà không nên thái quá, tạo điều kiện để chính khí có thể phục hồi sau khi tà đã được giải. Trường hợp bệnh không cấp tính thì việc điều trị cần tiến hành từ từ. Bởi vì bệnh tật ở người cao tuổi thường là mạn tính, kèm theo chính khí hư suy, khả năng phục hồi chậm, nên nếu nóng vội thì việc điều trị sẽ không có hiệu quả.

1.2. Khí tà phải công bổ kiêm thi

Khi cơ thể ở giai đoạn lão hoá, công năng của tạng phủ, khả năng đề kháng của cơ thể giảm sút, âm dương mất tính bình hành. Khi cơ thể bị bệnh do tà khí, ngoài bệnh tật do chính khí hư còn kiêm bệnh do tà khí xâm nhập. Do đó, khi điều trị phải dùng phép công bổ kiêm thi để khi khí tà không làm tổn thương chính khí.

1.3. Phù chính phải tiến hành từ từ

Đối với người cao tuổi, trong quá trình điều trị tuy là lấy phép bổ làm chủ nhưng phải tiến hành từ từ. Trừ trường hợp đặc biệt, nói chung nên dùng điều bổ, không dùng tuấn bổ. Khi bổ chủ yếu dùng tiểu tễ, không nên dùng các đại tễ. Bởi vì tỳ vị khí ấy đã hư suy, công năng vận hoá giảm sút, khả năng hấp thu kém nên khi dùng thuốc bổ phải chú ý đến công năng của trường vị, bảo vệ trung châu. Nên tiến hành điều trị theo nguyên tắc: bổ mà không trệ, tư mà không ngấy, dương mà không táo... Trong khi dùng thuốc phải biết cách phối ngũ, sao cho có bổ có tả, có thăng có giáng, có đóng có mở. Tóm lại, khi dùng phép bổ đối với người cao tuổi không những cần tránh sự thiên lệch mà còn yêu cầu bổ mà không trệ, làm cho khí huyết lưu thông, tỳ vị kiện vận, âm dương bình hành.

1.4. Bổ hư phải chú ý hai tạng tỳ, thận

Con người sau 50 tuổi thì công năng của ngũ tạng dần dần bị hư suy; khi đó, bệnh tật rất dễ sinh ra và đó là nguyên nhân chủ yếu của cơ chế bệnh sinh ở người cao tuổi; trong đó, tỳ và thận là hai tạng chủ yếu. Bởi vì tỳ chủ hậu thiên, là nguồn gốc sinh hoá của khí huyết; thận chủ tiên thiên, là nơi chứa thủy hỏa, điều tiết âm dương. Do đó, khi điều trị bệnh cho người cao tuổi phải chú ý đến việc bồi bổ, bảo tồn công năng của ngũ tạng, lục phủ. Trong đó, đặc biệt chú ý hai tạng tỳ, thận và đương nhiên phải dựa trên cơ sở biện chứng luận trị. Dụng dược cũng không nên dùng quá mạnh, quá thiên lệch, kể cả bổ pháp cũng không nên dùng thuần bổ mà nên dùng điều bổ.

Các phương thuốc điều bổ tỳ thường dùng: Tứ quân tử thang, Hương sa lục quân tử thang, Sâm linh bạch truật tán, Dịch công tán...

Các phương thuốc điều bổ thận: Tả quy hoàn, Hữu quy hoàn, Lục vị, Bát vị...

1.5. Khi dùng thuốc, chủ yếu là sơ thông

Đối với người cao tuổi, công năng của tạng phủ suy giảm, khí cơ thăng giáng thất thường, khí ngưng nên huyết trệ; hoặc tính tình dễ bị ức chế, can khí không được sơ thông, uất lại mà gây bệnh; hoặc do người già có nhiều bệnh, khí huyết hư

suy mà uất lại. Vì vậy, khi điều trị loại bệnh này cần sơ thông khí huyết, thường dùng Tiêu dao tán, Sài hồ sơ can tán, Tứ nghịch tán...

1.6. Khi lập phương thuốc phải rõ ràng

Bệnh tình ở người cao tuổi thường diễn ra rất phức tạp: hư thực lẫn lộn, hàn nhiệt thác tạp, ngũ tạng khuy tổn, khí huyết bất túc. Khi điều trị, không những cần phải điều trị chủ chứng mà còn phải chú ý đến những chứng hậu kèm theo. Do đó, cần có sự phối ngũ các vị thuốc một cách nghiêm ngặt, chủ khách phân minh.

1.7. Chú ý chế độ dinh dưỡng trong quá trình điều trị

Do người cao tuổi chính khí hư suy, cơ thể suy nhược nên trong quá trình điều trị cần chú ý chế độ dinh dưỡng phù hợp với tình trạng bệnh tật để nâng cao sức đề kháng của cơ thể, đề phòng bệnh tật phát sinh. Đồng thời, chế độ dinh dưỡng cũng cần phù hợp với quá trình điều trị.

2. ỨNG DỤNG NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ VÀO BÁT PHÁP TRONG LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Pháp điều trị dùng trong Lão khoa cơ bản tương tự như đối với pháp điều trị thông thường. Tuy nhiên, do cơ thể người cao tuổi có sự suy giảm về sinh lý và đặc điểm riêng về bệnh lý nên khi ra pháp điều trị cũng nên chú ý tới những điểm riêng biệt đó.

2.1. Hàn pháp

Là phương pháp thông qua làm ra mồ hôi để khử tà, giải biểu chứng (còn gọi là giải biểu). Phương pháp này sử dụng các vị thuốc tân ôn hoặc tân lương, còn gọi là các phép tân ôn giải biểu và tân lương giải biểu. Tuy nhiên, người cao tuổi khi bị ngoại cảm thường có các biểu hiện hư chứng kèm thực chứng. Vì vậy, trong điều trị thường sử dụng các pháp sau:

- Ích khí giải biểu: kết hợp ích khí với giải biểu; dùng cho người già ngoại cảm biểu chứng có kèm khí hư.
- Dưỡng huyết giải biểu: kết hợp thuốc dưỡng huyết và thuốc giải biểu; dùng cho người già biểu chứng kèm theo có huyết hư.
- Tư âm giải biểu: kết hợp thuốc tư âm với thuốc giải biểu; dùng cho người già bị ngoại cảm biểu chứng kèm âm hư.
- Trợ dương giải biểu: kết hợp thuốc ôn dương và thuốc giải biểu; dùng cho người già bị ngoại cảm kèm dương hư.

2.2. Thổ pháp

Thời gian gần đây hầu như không dùng do dễ gây tổn thương chính khí. Các trường hợp bệnh cần điều trị bằng thổ pháp theo y học cổ truyền thường thay bằng các phương pháp điều trị khác của y học hiện đại.

2.3. Hạ pháp

Là phương pháp thông qua việc thông hạ đại tiện để tống tà khí theo phân ra ngoài.

Khi vận dụng hạ pháp đối với người cao tuổi, nên tăng dùng các phép hoãn hạ, nhuận hạ, hoặc kết hợp với các thuốc phù chính. Không nên dùng phép tuấn hạ. Trong Lão khoa, thường dùng một số phép sau đây:

– Ích khí tả hạ: dùng cho người cao tuổi khí hư tiện bí và các chứng khác có lưu tà thực ở lý kiêm khí hư. Thường dùng thuốc ích khí kết hợp với thuốc tả hạ.

– Dưỡng huyết tả hạ: dùng cho người cao tuổi huyết hư, tràng vị táo, gây bí ỉa hoặc các chứng khác có thực tà nội lưu kiêm huyết hư. Thường dùng thuốc dưỡng huyết kết hợp với thuốc tả hạ.

– Tư âm tả hạ: dùng cho người cao tuổi có âm hư, tiện bí hoặc các chứng táo nhiệt thương tân, hoặc có thực tà nội lưu kiêm âm hư mà có chỉ định dùng phép tả hạ. Thường dùng thuốc tư âm kết hợp với thuốc tả hạ.

– Ôn dương tả hạ: dùng cho người cao tuổi dương hư hàn ngưng, tiện bí và các chứng thực tà nội lưu kèm theo dương hư. Thường dùng thuốc ôn dương kết hợp với thuốc tả hạ.

2.4. Hoà pháp

Là phương pháp dùng các thuốc hàn lương, ôn nhiệt, tân tán, bổ ích để sơ thông biểu lý, hoà giải hàn nhiệt, điều lý tạng phủ.

Người cao tuổi thường sống cô đơn, dễ có uất ức nên dễ xuất hiện các chứng can vị bất hoà, vị tràng thất điều... Vì vậy, hoà pháp thường được dùng ở người cao tuổi. Thường dùng một số phép sau đây:

– Hoà giải thiếu dương: dùng khi tà ở kinh thiếu dương đởm. Các chứng hàn nhiệt vãng lai, ngực sườn đầy tức, tâm phiền, buồn nôn, không muốn ăn.

– Điều hoà can tỳ: dùng trong trường hợp can khí uất kết, hoành nghịch phạm vị, hoặc tỳ hư bất vận ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của can gây chứng can tỳ bất hoà. Triệu chứng thường thấy: tức ngực, đau sườn, bụng trướng mãn, không muốn ăn, đại tiện lỏng.

– Điều hoà tràng vị: dùng trường hợp tà phạm tràng vị, hàn nhiệt thác tạp, thăng giáng thất điều. Triệu chứng thường thấy: tức ngực vùng trước tim, buồn nôn, nôn, đau bụng, sôi bụng.

2.5. Ôn pháp

Là phương pháp dùng thuốc ôn nhiệt để chữa chứng lý hàn.

– Ôn kinh tán hàn: dùng trong trường hợp dương khí bất túc, hàn tà xâm nhập vào kinh mạch, huyết dịch vận hành bất thông xương. Biểu hiện bằng các chứng: chân tay quyết lạnh; lưng đau gối mỏi; lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng; mạch trầm tế. Thường dùng phối hợp các thuốc ôn kinh tán hàn với dưỡng huyết thông mạch.

– Ôn trung khứ hàn: dùng cho các chứng trung tiêu hư hàn. Triệu chứng: chân tay lạnh, bụng trướng đầy hoặc đau do lạnh, không muốn ăn, lưỡi trắng nhuận, rêu mỏng, mạch trầm tế hoặc trầm trì. Thường dùng các thuốc ôn lý (ôn tỳ, ôn vị).

– Hồi dương cứu nghịch: dùng trong trường hợp âm thịnh dương suy, dương khí muốn tuyệt. Biểu hiện: tứ chi lạnh, sợ lạnh, thích nằm, tinh thần mệt mỏi, mạch trầm vi hoặc trầm tế. Thường dùng các thuốc đại ôn, đại nhiệt.

2.6. Thanh pháp

Là phương pháp dùng các thuốc hàn lương để chữa chứng lý nhiệt.

Đối với người già, khi vận dụng phép thanh nhiệt thường kết hợp với thuốc ích khí, thuốc tư âm, sinh tân, do nhiệt gây thương âm, thương tân và hại khí. Thường dùng các phép sau:

– Ích khí thanh nhiệt: dùng khi nhiệt thịnh ở phần khí và có kèm chứng khí hư.

– Tư âm thanh nhiệt: dùng trong trường hợp âm hư phát nhiệt và các chứng tà nhiệt thương âm.

– Thanh nhiệt sinh tân: thường dùng cho nhiệt thịnh ở phế vị; các chứng có tổn thương tân dịch.

2.7. Tiêu pháp

Là phương pháp dùng các thuốc có tác dụng tiêu tán để chữa các chứng tích trệ của khí, huyết, đàm, thức ăn, thủy, trùng. Đây là phép hay dùng trong Lão khoa. Một số phép thường dùng là:

– Hành khí: dùng cho chứng khí cơ uất trệ. Khi dùng cho người già, nên chọn các thuốc có tính bình hoà như phạt thủ; hoặc dùng kết hợp với các thuốc ích khí dưỡng âm.

- Khí ú: dùng khi huyết hành bất xứng, hoặc huyết phạm ú trệ; đều là những chứng hay gặp ở người cao tuổi. Chứng ú có thể chia thành bốn loại lớn là hàn, nhiệt, hư, thực.

+ Hàn chứng huyết ú: thường dùng phép hoạt huyết hoá ú kết hợp với ôn kinh tán hàn.

+ Nhiệt chứng huyết ú: nên kết hợp hoạt huyết hoá ú với thanh nhiệt giải độc, hoặc thanh nhiệt lương huyết hoặc tả nhiệt thông phủ.

+ Thực chứng huyết ú: nên dùng phép hoạt huyết hoá ú phối với lý khí hành khí.

+ Hư chứng huyết ú: nên phối với ích khí, dưỡng huyết, tư âm hoặc ôn dương. Người già đa phần do hư dẫn đến ú nên bổ hư khí ú là phép hay dùng.

- Lợi thấp: trong Lão khoa, căn cứ vào biện chứng luận trị, thường dùng các phép sau: ôn hoá thủy thấp, thanh nhiệt lợi thấp, lợi thủy thông lâm và lợi thủy tiêu thũng.

- Hoá đàm: đàm tà là một trong những nhân tố liên quan tới nhiều chứng bệnh ở người cao tuổi. Do vậy, hoá đàm là phép thường dùng. Có các phép thường dùng sau:

- + Táo thấp hoá đàm.
- + Ôn dương hoá đàm.
- + Thanh nhiệt hoá đàm.
- + Nhuận táo hoá đàm.
- + Túc phong hoá đàm.
- + Tiêu thực hoá đàm.
- + Dục đàm khai khiếu.
- + Nhuyễn kiên tiêu đàm...

- Tiêu đạo: người cao tuổi tỳ vị hư nhược, tỳ thất kiện vận, vị bất thụ nạp nên dễ gây tích trệ ẩm thực. Trong Lão khoa khi dùng phép tiêu đạo nên phối với thuốc kiện tỳ ích khí, hoặc với phép thanh nhiệt, hay thuốc hành khí đạo trệ... tùy theo biện chứng.

2.8. Bổ pháp

Là phương pháp để chữa các chứng khí hư, huyết hư, âm hư, dương hư.

Ở người già tạng phủ hư suy, chính khí bất túc, thể nhược đa bệnh, thường có hư là chính. Vì vậy, phép bổ đương nhiên là dùng nhiều trong Lão khoa. Có một số cách dùng sau:

- **Bổ khí:** thường bổ khí của hai tạng tỳ phế. Dùng cho các trường hợp khí hư, huyết hư.
- **Bổ huyết:** chữa các chứng huyết hư.
- **Bổ âm:** chữa các chứng âm hư.
- **Bổ dương:** thường chú trọng đến tỳ dương hư và thận dương hư.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày nội dung nguyên tắc điều trị lão khoa y học cổ truyền.
2. Trình bày nội dung của hòa pháp và bổ pháp ứng dụng trong điều trị ở người cao tuổi.
3. Trình bày nội dung của hãn pháp và ôn pháp ứng dụng trong điều trị ở người cao tuổi.
4. Trình bày nội dung của hạ pháp và tiêu pháp ứng dụng trong điều trị ở người cao tuổi.
5. Nêu ứng dụng của bổ pháp điều trị một trường hợp bệnh cụ thể ở người cao tuổi.

TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa tăng huyết áp, tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp của Liên ủy ban quốc gia về phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp (JNC).
- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp theo YHCT và YHHĐ.
- Chẩn đoán, điều trị, dự phòng được bệnh tăng huyết áp theo YHCT và YHHĐ.

ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp là một bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, nhất là ở các đô thị, với tỷ lệ mắc bệnh là từ 10 – 20% dân số.

Ở Việt Nam năm 2002, theo điều tra dịch tễ học bệnh tăng huyết áp của Viện Tim mạch phối hợp với các địa phương trong cả nước thì tỷ lệ tăng huyết áp ở Việt Nam là 16,62%. Riêng ở Hà Nội, tỷ lệ người mắc bệnh tăng huyết áp là 23% và số người bị tăng huyết áp có nguy cơ tăng dần. Trên thế giới, tỷ lệ đó dao động trong khoảng từ 8% đến 18%. Cụ thể: Thái Lan 27%, Mỹ 24%, Pháp 10 – 25%, Đài Loan trên 25%. Đối với người cao tuổi, tỷ lệ tăng huyết áp càng cao hơn, có khoảng 2/3 người trên 65 tuổi tăng huyết áp.

Có nhiều nguyên nhân gây tăng huyết áp như: uống rượu, hút thuốc, căng thẳng tinh thần, béo phì... Tuy nhiên, tăng huyết áp ở người lớn phần lớn là không có nguyên nhân (tăng huyết áp vô căn), chiếm tỷ lệ 90 – 95%, còn gọi là "bệnh tăng huyết áp".

Tăng huyết áp ảnh hưởng đến sức lao động, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi và có thể gây ra những biến chứng, di chứng nặng nề, thậm chí tử vong. Ngày nay có nhiều những yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch đi kèm bệnh tăng

huyết áp làm cho bệnh nặng và dễ biến chứng hơn. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở giai đoạn sớm có tác dụng làm tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh, góp phần giảm gánh nặng cho gia đình người bệnh và giảm chi phí cho xã hội.

Theo y học cổ truyền, tăng huyết áp nằm trong phạm vi chứng "huyễn vựng" (眩暈), "đầu thống" (頭痛).

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. ĐỊNH NGHĨA

Theo Hội nghị lần thứ 7, năm 2003 của Liên ủy ban quốc gia về phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp (JNC VII – 2003): một người lớn có tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân

Trong số những người bị tăng huyết áp, có khoảng 90 – 95% không có nguyên nhân, gọi là tăng huyết áp vô căn hoặc tăng huyết áp tiên phát, hoặc bệnh tăng huyết áp.

Chỉ có khoảng 5 – 10% tăng huyết áp có nguyên nhân, đó là tăng huyết áp thứ phát sau một số bệnh khác như:

- Nguyên nhân do thận:
 - + Viêm thận cấp
 - + Bệnh thận mạn tính
 - + Hẹp động mạch thận
 - + Thận đa nang
 - + Ú nước bể thận
 - + U tăng tiết renin
- Nguyên nhân nội tiết:
 - + Cường aldosteron tiên phát (hội chứng Conn)
 - + Hội chứng Cushing
 - + U tủy thượng thận
 - + Bệnh tuyến giáp hoặc cận giáp

- Nguyên nhân khác:
 - + Hẹp eo động mạch chủ
 - + Do thuốc hoặc liên quan đến thuốc...

Có rất nhiều yếu tố gây tăng huyết áp tiên phát như: hút thuốc lá, uống rượu, cách sống, sinh hoạt thay đổi, yếu tố tâm lý, béo phì, sự thay đổi về gen...

2.2. Cơ chế bệnh sinh

Huyết áp phụ thuộc vào cung lượng tim và sức cản ngoại vi theo công thức:

$$\text{Huyết áp} = \text{Cung lượng tim} \times \text{Sức cản ngoại vi}$$

** Vai trò của hệ thống renin – angiotensin:*

Renin do phức hợp cạnh cầu thận tiết ra và được dự trữ dưới dạng bất hoạt (gọi là prorenin). Khi huyết áp trong cơ thể xuống thấp, các phản ứng trong thận làm phân rã một số phân tử prorenin và giải phóng ra renin. Từ đó, renin tác dụng lên angiotensinogen để giải phóng ra angiotensin I. Dưới sự xúc tác của men chuyển đổi angiotensin (ACE – Angiotensin Converting Enzyme), angiotensin I chuyển thành angiotensin II.

Cơ chế làm tăng huyết áp của angiotensin II:

- Làm co thắt nhanh và mạnh các tiểu động mạch và tĩnh mạch, từ đó làm tăng sức cản ngoại vi. Co tĩnh mạch còn góp phần làm tăng cung lượng tim, do đó gây tăng huyết áp.

- Tác động lên thận:

- + Làm co mạch thận, từ đó làm giảm lưu lượng máu qua thận. Kết quả: dịch lọc giảm, dịch tái hấp thu tăng.

- + Kích thích vỏ thượng thận tăng tiết aldosteron, làm tăng tái hấp thu muối và nước ở ống thận.

Cả hai yếu tố tác động lên thận làm tăng thể tích dịch ngoài tế bào, từ đó làm tăng huyết áp.

** Vai trò của hệ thần kinh:*

Catecholamin (cụ thể là noradrenalin) do các tế bào thần kinh giao cảm tiết ra có tác dụng làm tăng sức co bóp của tim, tăng tần số tim, từ đó gây tăng cung lượng tim. Ngoài ra, catecholamin còn có tác dụng làm co hệ tĩnh mạch ngoại vi, giúp đưa máu về tim nhiều hơn, làm tăng cung lượng tim; tham gia vào cơ chế dinh dưỡng, làm phì đại thành mạch máu, từ đó làm tăng sức cản ngoại vi, gây tăng huyết áp.

** Vai trò của natri:*

Trong điều kiện cơ thể bình thường, các hormon và thận sẽ phối hợp trong việc điều hòa thái natri.

Khi chế độ ăn có nhiều natri (thức ăn có 2% muối và nước uống có 1% muối; hoặc ăn quá 5,8g muối/ngày) sẽ vượt quá khả năng điều chỉnh của cơ thể. Khi đó, nồng độ natri của thể dịch tăng, kích thích trung tâm khát, gây uống nhiều. Đồng thời, nồng độ muối trong cơ thể tăng sẽ kích thích cơ chế dưới đồi – hậu yên tiết hormon chống bài niệu, giữ nước trong cơ thể. Cả hai yếu tố trên có tác dụng làm tăng thể tích dịch ngoại bào, từ đó tăng thể tích máu, tăng cung lượng tim và gây tăng huyết áp.

Chế độ ăn nhiều natri cũng làm cho hệ thống động mạch trở nên nhạy cảm hơn với angiotensin II và noradrenalin.

** Vai trò của thành mạch:*

Khi huyết áp tăng, áp lực của dòng máu tăng cao liên tục tác động đến các tế bào nội mạc, làm cho các tế bào nội mạc bị tổn thương, ảnh hưởng đến chức năng bảo vệ thành mạch. Khi đó, các tế bào nội mạc mất khả năng tiết ra prostaglandin I_2 (PGI_2) có tên là prostacyclin (là các acid béo không bão hòa ở các mô, có vai trò như một chất trung gian hóa học của quá trình viêm và cảm nhận đau, ngoài ra còn có tác dụng sinh lý ở các mô riêng biệt). Tiểu cầu lập tức tách ra khỏi dòng máu, tập trung tại chỗ đó và kết dính lại, phóng thích ra nhiều chất, trong đó có yếu tố tăng trưởng. Yếu tố này kích thích sự di chuyển của các tế bào cơ trơn ở lớp trung mạc ra lớp nội mạc và phát triển mạnh tại đó. Các bạch cầu đơn nhân từ dòng máu cũng đến ngay chỗ tổn thương và được chuyển thành dạng đại thực bào. Các đại thực bào này ăn các LDL-C và trở thành các "tế bào bọt" tích đầy mỡ. Đến khi quá tải, các tế bào này bị vỡ và đổ cholesterol ra ngoài làm cho lớp dưới nội mạc dày lên, tạo nên các vạch lipid hay các mảng xơ vữa động mạch.

Cơ chế này thể hiện vòng xoắn bệnh lý: tăng huyết áp gây ra xơ vữa động mạch, các mảng xơ vữa làm cho thành mạch bị xơ cứng, làm tăng sức cản ngoại vi, từ đó gây tăng huyết áp, đặc biệt là tăng huyết áp tâm trương.

Đồng thời, PGI_2 còn tham gia điều hòa huyết áp thông qua cơ chế làm giãn mạch. Trong một số trường hợp tăng huyết áp, người ta thấy thiếu PGI_2 , có thể do tổng hợp không đủ hoặc do tăng thoái biến.

Ngoài ra, ở một số người sự phát triển mạnh của collagen ở tiểu động mạch cũng gây tăng huyết áp do làm tăng sức cản ngoại vi.

** Các yếu tố khác:*

– Vùng dưới đồi tăng tiết hormon chống bài niệu (vasopressin), làm tăng tái hấp thu ở ống thận, dẫn tới tăng lưu lượng tuần hoàn. Ngoài ra, vasopressin còn có tác dụng trực tiếp gây co mạch làm tăng sức cản ngoại vi, tăng áp suất trung bình. Tất cả các yếu tố trên dẫn tới tăng huyết áp.

– Nồng độ ion calci cao gây co mạch, dẫn tới tăng sức cản ngoại vi, làm tăng huyết áp.

– Di truyền: hiện nay khoa học đã phát hiện ra bệnh tăng huyết áp có liên quan đến gen di truyền. Những người có người thân trong gia đình bị tăng huyết áp dễ bị bệnh này hơn những người khác.

Tuy nhiên, cho dù cơ chế bệnh sinh là gì thì tăng huyết áp ở người cao tuổi cũng có đặc điểm riêng biệt, đó là hiện tượng giảm cung lượng tim và tăng sức cản ngoại vi.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Những người tăng huyết áp, đặc biệt là đối với tăng huyết áp giai đoạn đầu thường không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Một số người chỉ phát hiện tình trạng tăng huyết áp sau khi đã bị tai biến mạch máu não, suy thận hoặc giảm thị lực. Vì vậy, tăng huyết áp được mệnh danh là “kẻ giết người thầm lặng”.

Triệu chứng thường gặp của tăng huyết áp là đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi, nhìn mờ. Tuy nhiên, các triệu chứng này có thể chỉ xuất hiện thoáng qua hoặc là biểu hiện của một số bệnh khác nên thường bị người bệnh bỏ qua.

Các triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện sau khi người bệnh đã bị tăng huyết áp vài năm.

3.1.2. Triệu chứng thực thể

– Đo huyết áp động mạch. Theo Liên ủy ban quốc gia về phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp (JNC VII – 2003): một người lớn có tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$. Vì vậy, để phát hiện sớm bệnh tăng huyết áp, cần phải đo huyết áp thường xuyên trong những lần khám sức khỏe định kỳ.

– Soi đáy mắt: hình ảnh hẹp các động mạch võng mạc lan rộng hay khu trú. Trường hợp tăng huyết áp đã gây tổn thương các cơ quan khác, soi đáy mắt sẽ có hình ảnh xuất tiết hoặc xuất huyết võng mạc, có thể có phù gai thị.

– Tính chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index): xác định độ gầy – béo của người bệnh. Chỉ số này có tác dụng xác định nguyên nhân gây tăng huyết áp và tiên lượng bệnh.

– Trong một số trường hợp có thể nghe thấy tiếng thổi ở động mạch cảnh, động mạch chủ bụng, động mạch đùi, động mạch thận.

– Ngoài ra, cần khám kỹ các cơ quan, bộ phận khác để phát hiện các bệnh gây tăng huyết áp thứ phát hoặc các biến chứng của tăng huyết áp.

3.2. Cận lâm sàng

-- Điện tâm đồ: hình ảnh dày thất trái

– X.quang tim phổi: hình ảnh cung động mạch chủ phồng, hình ảnh dày thất trái.

– Siêu âm tim: hình ảnh dày thất trái.

– Protein niệu và/hoặc creatinin huyết tương tăng nhẹ.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Một người bệnh được chẩn đoán xác định tăng huyết áp khi đo huyết áp động mạch thấy huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

Việc đo huyết áp chính xác để giúp chẩn đoán xác định được thực hiện tối thiểu 2 lần trong 1 lần khám.

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để xác định nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát.

5. PHÂN LOẠI

Tăng huyết áp được phân loại theo sự thống nhất của Liên ủy ban quốc gia về phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp (JNC). Dưới đây là bảng phân loại huyết áp theo JNC VII – 2003:

Phân loại huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Bình thường	< 120	và < 80
Tiền tăng huyết áp	120 - 139	hoặc 80 - 89
Tăng huyết áp độ 1	140 - 159	hoặc 90 - 99
Tăng huyết áp độ 2	≥ 160	hoặc ≥ 100

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Mục tiêu điều trị

Theo JNC VII, mục tiêu cuối cùng của điều trị tăng huyết áp là giảm tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, thận và giảm tỷ lệ tử vong.

Hầu hết những người cao tuổi tăng huyết áp sẽ đạt được mục tiêu huyết áp tâm trương khi đã đạt được mục tiêu huyết áp tâm thu. Vì vậy, mỗi quan tâm đầu tiên khi điều trị tăng huyết áp là đạt mục tiêu huyết áp tâm thu.

– Huyết áp tâm thu và tâm trương đạt mục tiêu dưới 140/90mmHg sẽ làm giảm các biến chứng tim mạch.

– Đối với bệnh nhân tăng huyết áp kết hợp với đái tháo đường hoặc bệnh lý thận, mục tiêu huyết áp là dưới 130/80mmHg.

6.2. Điều chỉnh lối sống

Một lối sống lành mạnh, điều độ là tiêu chuẩn hàng đầu để ngăn ngừa và là một phần quan trọng trong điều trị tăng huyết áp. Việc thay đổi lối sống có tác dụng làm giảm huyết áp, tăng hiệu quả của thuốc hạ áp và giảm nguy cơ tim mạch.

Các yếu tố cần lưu ý trong quá trình điều chỉnh lối sống bao gồm:

- Giảm cân ở người tăng cân hoặc béo phì.
- Chế độ ăn giàu kali, hạn chế muối.
- Hạn chế các căng thẳng tinh thần quá mức.
- Hoạt động thể lực.
- Điều chỉnh lượng cồn tiêu thụ.

6.3. Điều trị bằng thuốc

Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi: khởi đầu chỉ dùng một loại thuốc, sử dụng liều thuốc khởi đầu thấp hơn, tăng dần liều cho tới khi đạt hiệu quả hạ huyết áp để tránh các biến chứng có thể xảy ra.

Trường hợp sử dụng một loại thuốc đã đạt tới liều điều trị mà vẫn không kiểm soát được huyết áp, cần thêm một thuốc thứ hai thuộc nhóm khác trong phạm vi các thuốc có tác dụng hạ áp. Trong đó phải có ít nhất một loại thuốc lợi tiểu.

Đối với người cao tuổi có tăng huyết áp, lợi tiểu là nhóm thuốc đầu tiên được lựa chọn sử dụng trong quá trình điều trị.

– Lợi tiểu: được coi là lựa chọn hàng đầu trong điều trị tăng huyết áp. Tác dụng: làm giảm khối lượng tuần hoàn, từ đó làm giảm huyết áp. Các nhóm thuốc lợi tiểu bao gồm:

+ Nhóm thiazide: đây là nhóm thuốc đầu tiên được khuyến cáo trong điều trị tăng huyết áp. Tác dụng không mong muốn: gây hạ kali máu, rối loạn lipid máu nếu dùng kéo dài. Một số thuốc thường dùng: chlorothiazide (Diuril), chlorthalidone, polythiazide (Renese), indapamide (Lozol, Fludex, Natrilix), metolazone (Zaroxolyn)...

+ Nhóm lợi tiểu tác động lên quai Henlé: là một nhóm thuốc lợi tiểu mạnh, làm rối loạn điện giải và có thể gây ngộ độc với tai. Các thuốc trong nhóm này bao gồm: bumetanide (Mumex), furosemide (Lasix), torsemide (Demadex)...

+ Nhóm lợi tiểu giữ kali (kháng aldosteron): ít khi dùng đơn độc. Khi phối hợp với một loại thuốc lợi tiểu khác sẽ có tác dụng làm tăng tác dụng lợi tiểu và hạn chế được tác dụng không mong muốn gây rối loạn điện giải đồ. Các thuốc thuộc nhóm kháng aldosteron bao gồm: amiloride (Midamor), triamterene (Dyrenium), eplerenone (Inspra), spironolactone (Aldactone)...

– Tác dụng lên hệ giao cảm:

+ Reserpin và các dẫn chất: tác động ở đầu tận cùng các sợi thần kinh giao cảm hậu hạch làm cho các hạt dự trữ noradrenalin phóng thích chất này vào trong bào tương để men mono-amin-oxydase (MAO) chuyển hóa thành những chất không có hoạt tính tim mạch. Reserpin còn ngăn cản không cho noradrenalin quay trở lại các hạt dự trữ, làm cạn nguồn noradrenalin cần thiết cho dẫn truyền thần kinh giao cảm, làm giảm trương lực giao cảm ngoại vi. Trên lâm sàng, thuốc có tác dụng làm giảm sức cản ngoại vi, chậm nhịp tim, an thần. Tác dụng không mong muốn: hạ huyết áp tư thế đứng. Một số thuốc thường dùng: reserpin (Rausedyl, Serpasil), rescinnamin (thành phần chính trong Tensitral, Diviator), metoserpidin (Decaserpyl), sirosingopin (Singoserp)...

+ Guanethidine (Ismeline): được coi là một chất liệt giao cảm hậu hạch. Thuốc có tác dụng đẩy noradrenalin ra khỏi hạt dự trữ để men mono-amin-oxydase (MAO) chuyển hóa. Đồng thời, thuốc còn ngăn cản không cho noradrenalin ở bào tương được tái hấp thu trở lại các đầu tận cùng thần kinh giao cảm, làm cạn nguồn noradrenalin cần thiết và làm giảm huyết áp. Ngoài ra, guanethidin còn ức chế các phản xạ co tĩnh mạch, làm giãn tĩnh mạch, dẫn đến giảm lượng máu về tim, giảm cung lượng tim, từ đó làm giảm huyết áp. Tác dụng không mong muốn: hạ huyết áp tư thế đứng và khi gắng sức.

+ Đồng vận α_2 trung ương và các thuốc tác dụng trung ương khác: các thuốc này có tác dụng làm giảm sức cản ngoại vi, giảm cung lượng tim, qua đó làm giảm huyết áp. Tác dụng không mong muốn: dễ gây giữ muối và nước nếu dùng lâu dài. Các thuốc thuộc nhóm này bao gồm: α -Methyldopa (Aldomet, Dopegyt), clonidine (Catares, Catapressan), rilmenidin (Hyperium)...

+ Chẹn α giao cảm: thuốc có tác dụng làm giãn mạch, giảm sức cản ngoại vi, từ đó làm giảm huyết áp. Tác dụng không mong muốn: hạ huyết áp tư thế đứng, dễ gây giữ muối và nước nếu dùng lâu dài. Các thuốc thuộc nhóm này bao gồm: doxazosin (Cardura), prazosin (Minipress), terazosin (Hytrin)...

+ Chẹn β giao cảm: thuốc có tác dụng làm giảm huyết áp; giảm cung lượng tim do giảm tần số tim và giảm cung lượng tâm thu, tuy nhiên sau vài tuần, cung lượng tim lại trở về mức cũ hoặc còn giảm rất nhẹ; làm giảm các đáp ứng thích nghi của cơ thể khi có sự tham gia của hệ giao cảm, tránh cho huyết áp tăng lên đột ngột. Một số thuốc thường dùng: propranolol (Avlocardyl, Inderal), acebutolol (Sectral), atenolol (Tenormin), metoprolol (Betaloc, Lopressor)...

+ Chẹn cả α và β : thuốc có tác dụng làm giãn mạch, giảm sức cản ngoại vi và giảm huyết áp. Các thuốc thuộc nhóm này bao gồm: carvedilol (Dilatren, Coreg), labetalol (Normodyne, Trandate)...

- Chẹn kênh calci: các thuốc thuộc nhóm này làm giãn hệ tiểu động mạch bằng cách làm chậm dòng calci vào trong tế bào cơ trơn thành mạch, từ đó có tác dụng giãn mạch, giảm sức cản ngoại vi, hạ huyết áp. Các thuốc chẹn kênh calci thường dùng: diltiazem extended release (Cardizem CD, Dilacor XR, Tiazac, Cardizem LA), verapamil (Calan, Isoptin, Covera HS, Verelan PM), amlodipine (Amlor, Norvase), nifedipine (Nifedipine, Adalat CC, Procardia XL, Adalat)...

- Ức chế men chuyển: các thuốc thuộc nhóm này có tác dụng cản trở việc hình thành angiotensin II, đồng thời cản trở quá trình phì đại, xơ hóa thất trái và thành mạch; làm cho bradykinin không bị thoái giáng thành các chất không có hoạt tính. Các thuốc thường dùng: captopril (Lopril), benazepril (Cibacene), enalapril (Renitec), quinapril (Accupril), imidapril (Tanatril)...

- Các chất đối kháng thụ thể angiotensin II: các chất này liên kết đặc hiệu với các thụ thể của angiotensin II, ngăn cản không cho angiotensin II gắn vào các thụ thể đó, dẫn tới làm mất hiệu lực của angiotensin II, từ đó làm giãn mạch, giảm sức cản ngoại vi. Các thuốc thường dùng: cadesartan (Atacand), irbesartan (Aprovel), losartan (Cozaar), telmisartan (Micardis), valsartan (Diovan)...

- Giãn mạch trực tiếp: thuốc có tác dụng làm giãn trực tiếp cơ trơn động mạch gây hạ huyết áp. Tuy nhiên, do có nhiều tác dụng không mong muốn nên đây không phải nhóm thuốc ưu tiên trong điều trị tăng huyết áp. Thuốc có ích cho những bệnh nhân kháng lại các thuốc hạ áp khác. Các thuốc thường sử dụng: hydralazine (Apresoline), minoxidil (Lonoten, Loniten).

Ngoài ra, đối với các trường hợp tăng huyết áp thứ phát, ngoài việc sử dụng các thuốc hạ áp, cần chú ý điều trị nguyên nhân.

Nhìn chung: trong quá trình điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi, thầy thuốc cần căn cứ vào đáp ứng và thể trạng của từng bệnh nhân cụ thể để lựa chọn loại thuốc cũng như liều điều trị thích hợp. Nên sử dụng liều thuốc khởi đầu thấp hơn, tăng dần liều cho tới khi đạt hiệu quả hạ huyết áp. Người bệnh không nên tự ý sử dụng các loại thuốc hạ huyết áp mà cần tuân theo chỉ định của bác sỹ. Điều trị tăng huyết áp là điều trị suốt đời, cần tuân thủ chế độ điều trị mới hạn chế được các biến chứng của bệnh.

7. DỰ PHÒNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

7.1. Quản lý bệnh tật có liên quan

Đối với các trường hợp tăng huyết áp thứ phát, ngoài việc theo dõi và điều trị huyết áp thường xuyên, cần tiếp tục điều trị các bệnh là nguyên nhân gây tăng huyết áp.

7.2. Ăn uống

Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn uống hợp lý để góp phần điều chỉnh huyết áp, trong đó cần chú ý tới các yếu tố có liên quan đến huyết áp cơ thể như: natri, kali, calci, mỡ động vật, đường và chất xơ.

– Natri: có ảnh hưởng lớn đối với huyết áp cơ thể. Mức natri có thể tạo ra từ hai nguồn chính: phần cho thêm vào thức ăn như muối, nước mắm, mì chính... (phần này phụ thuộc vào khẩu vị của từng người), natri được cho thêm vào trong quá trình chế biến, bảo quản thực phẩm như các thực phẩm đóng hộp, hun khói, sấy khô, ướp muối...; phần có sẵn trong thực phẩm. Hiện nay, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo không nên có chế độ ăn nhiều natri (không quá 2% muối trong thức ăn và 1% muối trong nước uống; hoặc không quá 5,8g muối/ngày). Trong thực đơn cần hạn chế các loại thức ăn nhanh, các thực phẩm chế biến công nghệ vì các thực phẩm này thường chứa nhiều muối.

– Lipid: đây là yếu tố ảnh hưởng tới hệ tim mạch nói chung và huyết áp nói riêng. Những chất béo chứa các acid béo no có ảnh hưởng tới quá trình vữa xơ động mạch (như mỡ bò, mỡ cừu, mỡ lợn). Những chất béo chứa các acid béo không no (có trong các loại dầu thực vật) không gây hại cho hệ tim mạch, đồng thời người ta nhận thấy các chất béo này còn có khả năng làm tan bớt các mảng vữa xơ. Chất béo có hại cho hệ tim mạch nhưng cũng rất cần cho cơ thể, chúng có tác dụng cung cấp năng lượng cho cơ thể, đồng thời là dung môi giúp hòa tan và hấp thu các vitamin cần thiết cho cơ thể như: vitamin A, D, E, K... Đối với người cao tuổi bị tăng huyết áp, không nên thực hiện chế độ kiêng chất béo tuyệt đối mà nên có chế độ ăn giảm chất béo. Những thực phẩm có thể sử dụng đối với người cao tuổi tăng

huyết áp bao gồm: lòng đỏ trứng; sữa đã loại bớt chất béo (sữa gầy); sữa chua; mỡ của một số loài gia cầm như gà, vịt; cá; các loại dầu ăn thực vật (dầu đậu nành, dầu vừng, dầu ôliu...). Một số loại thực phẩm chứa chất béo không nên ăn nhiều bao gồm: sữa chưa loại bỏ chất béo, bơ, các loại phủ tạng động vật (gan, óc, bầu dục...). Không nên ăn quá 30g lipid/ngày.

– Protid: là một phần quan trọng trong chế độ dinh dưỡng hằng ngày, một chế độ ăn cung cấp đủ protein giúp cơ thể hoạt động có hiệu quả. Người tăng huyết áp không cần hạn chế thịt, cá mà nên sử dụng các loại thức ăn này một cách hợp lý. Cá là một loại thức ăn tốt đối với hệ tim mạch. Nên sử dụng thịt nạc của gia súc, gia cầm như: trâu, bò, dê, lợn, gà, vịt, ngan, ngỗng... Ngoài ra, một số loại thức ăn có nguồn gốc từ thực vật cũng là một nguồn cung cấp protein rất tốt cho cơ thể như: các loại nấm, các loại đậu, vừng, lạc...

– Glucid: là nguồn cung cấp năng lượng chính của cơ thể, cần ăn đủ theo nhu cầu lao động và sinh hoạt. Nếu chế độ ăn quá nhiều glucid, cơ thể sẽ tự động dự trữ chất này tại các mô mỡ dưới dạng lipid, làm tăng lượng lipid trong cơ thể, từ đó tăng nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp. Glucid có trong rất nhiều các loại thực phẩm, chủ yếu là từ ngũ cốc, gạo, lúa mì, củ, các loại quả và sữa... Đối với người tăng huyết áp, nên dùng các hạt ngũ cốc nguyên vẹn như gạo tẻ, gạo nếp, khoai củ. Nên hạn chế sử dụng các loại đường, mật ong.

– Năng lượng: đối với người mắc chứng thừa cân, béo phì, ít hoạt động có tăng huyết áp, nên thực hiện chế độ ăn có năng lượng thấp (1200 – 1600 Kcal/ngày). Đối với người lao động ở mức độ vừa phải, nên hạn chế ở mức 1800 – 2000 Kcal/ngày.

– Rau và trái cây: là những thức ăn cần thiết đối với người tăng huyết áp. Loại thức ăn này chứa nhiều kali, hầu như không có natri nên có tác dụng làm giãn mạch, giảm huyết áp. Các loại rau và trái cây còn chứa nhiều chất xơ, các loại vitamin thiên nhiên và các chất chống oxy hóa, góp phần chống lão hóa, cần thiết cho hoạt động tiêu hóa, giúp thải trừ cholesterol...

– Không sử dụng hoặc hạn chế sử dụng rượu, thuốc lá, cà phê đối với người tăng huyết áp.

7.3. Tâm lý

Thầy thuốc cần thực hiện công tác tư vấn để người bệnh có thái độ tâm thần đúng mức trong cuộc sống.

Hướng dẫn người bệnh hạn chế các căng thẳng tâm lý bằng nhiều phương pháp như: ngủ đúng giờ và đủ giấc, có biện pháp giải tỏa tinh thần phù hợp giải quyết các xung đột tâm lý có ảnh hưởng tới huyết áp.

7.4. Sinh hoạt

- Nên tư vấn cho người bệnh để người bệnh có chế độ làm việc, tập luyện kết hợp với chế độ nghỉ ngơi hợp lý, tránh gây căng thẳng đầu óc, làm việc quá sức.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động mang tính chất thư giãn, phù hợp với nhu cầu và ý thích của mỗi người.
- Cần chú ý đến sự thay đổi khí hậu để có chế độ sinh hoạt phù hợp, hạn chế cơn tăng huyết áp.

7.5. Luyện tập

Hướng dẫn người bệnh tập thể dục hàng ngày với bài tập nhẹ nhàng, phù hợp với tình hình sức khỏe.

Khuyến người bệnh không nên tập thể dục vào thời gian quá sớm hoặc quá muộn trong ngày.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Tăng huyết áp thuộc phạm vi chứng “huyễn vựng” (眩晕), “đầu thống” (头痛) của y học cổ truyền. Nguyên nhân chủ yếu gây tăng huyết áp ở người cao tuổi là do can dương vượng lại thêm âm dương thất điều, thận tinh suy giảm do tuổi cao, do tình chí bị rối loạn, do bệnh lâu ngày ảnh hưởng đến chức năng của tạng phủ... gây nên tình trạng rối loạn chức năng của các tạng can, thận, tỳ. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh theo y học cổ truyền được phân loại như sau:

- Can dương thượng xung: do bẩm tố cơ thể dương vượng, lại thêm âm dương thất điều; hoặc do uất ức lâu ngày ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của tạng can, khiến cho can khí uất kết, lâu ngày hóa hỏa; hoặc do đột nhiên tức giận quá mức làm ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của tạng can, can dương vượng lên che lấp khiếu trên mà gây chứng huyễn vựng.

- Can thận âm hư, can dương vượng: do tuổi cao, thận tinh suy giảm; hoặc do khi còn trẻ phòng sự quá độ làm ảnh hưởng đến thận tinh. Thận tinh suy giảm khiến cho can âm không được tư dưỡng, âm không đủ để tiềm dương, làm cho can dương vượng lên mà gây bệnh.

- Âm dương lưỡng hư: thường gặp ở giai đoạn sau của bệnh. Do âm hư lâu ngày làm tổn thương phần dương dẫn tới hiện tượng âm dương lưỡng hư.

- Tỳ hư, đàm trệ: do ăn uống không điều độ, ăn quá nhiều đồ ngọt béo, hoặc do uống rượu quá nhiều, hoặc do lao lực quá độ, hoặc do nghỉ ngơi nhiều gây

thương tỳ, tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, tích lại thành đàm. Đàm thấp tích lại làm trở ngại trung tiêu lâu ngày hóa hỏa, đàm hỏa đưa lên che lấp khiếu trên, đồng thời đàm trọc cản trở lạc mạch khiến cho thanh dương không thăng, khiếu trên không được nuôi dưỡng mà gây bệnh.

Tất cả những nguyên nhân trên làm cho bệnh có biểu hiện bản hư tiêu thực. Bệnh có liên quan đến sự rối loạn chức năng của ba tạng: can, tỳ, thận nhưng chủ yếu là tạng can.

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh và triệu chứng lâm sàng theo y học cổ truyền, tăng huyết áp được chia thành các thể bệnh như sau:

- Can dương thượng xung.
- Can thận âm hư, can dương vượng.
- Âm dương lưỡng hư.
- Tỳ hư, đàm trệ.

Tăng huyết áp ở người cao tuổi có biểu hiện bản hư (can âm hư, thận hư, tỳ hư) tiêu thực (can dương vượng, đàm trệ) nên trong quá trình điều trị trước tiên cần chú ý điều chỉnh chức năng của ba tạng: can, tỳ, thận, nhưng chủ yếu là tạng can.

2.1. Thể can dương thượng xung

2.1.1. Chứng hậu

- Cảm giác đau căng đầu
- Hoa mắt, chóng mặt
- Û tai
- Hay cáu gắt
- Miệng khô, khát
- Tâm phiền, mất ngủ
- Mặt đỏ, mắt đỏ
- Đại tiện bí kết, tiểu tiện vàng sẫm
- Chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng
- Mạch huyền sác, hữu lực

2.1.2. Pháp điều trị: bình can, tiềm dương

2.1.3. Phương dược

– Cổ phương: *Thiên ma câu đằng ẩm*.

Thiên ma	10g	Câu đằng	12g
Thạch quyết minh	15g	Hoàng cầm	10g
Chi tử	10g	Đỗ trọng	10g
Tang ký sinh	12g	Hà thủ ô	15g
Phục thần	10g	Ngưu tất	12g
Ích mẫu	10g		

Sắc uống ngày 1 thang chia 2 lần. Cách sắc: thạch quyết minh đập vụn, sắc trước 30 phút. Sau đó cho các vị thuốc còn lại vào sắc cùng.

Gia giảm:

+ Can hỏa quá vượng: ngực sườn đau tức, miệng đắng, hoa mắt, chóng mặt, gia: long đởm thảo 12g, hạ khô thảo 08g, mẫu lệ 12g, đại giả thạch 08g, linh dương giác 08g.

+ Kiềm đàm trọc: đầu đau như bó, buồn nôn hoặc nôn, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch huyền hoạt sắc, gia: thiên trúc hoàng 08g.

+ Kiềm huyết ứ: chất lưỡi đỏ tía hoặc có điểm ứ huyết, thị lực giảm, mạch huyền hoạt sắc, gia: xuyên khung 12g, địa long 10g.

– Thuốc nam:

Rau má	15g	Rễ cỏ tranh	12g
Mướp đắng	12g	Chi tử	08g
Lá vông	12g	Lạc tiên	12g
Hà thủ ô	12g	Râu ngô	10g
Ngưu tất nam	10g	Hòe hoa sao vàng	12g
Thạch quyết minh	20g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. Châm cứu

– Châm tả: thái xung, hành gian, phong trì, suất cốc, bách hội, đầu duy; châm bổ: nội quan, thần môn. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: rãnh hạ áp, giao cảm, tuyến thượng thận, dưới vỏ não, thần môn, can, thận. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.5. Khi công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở. Thời gian: tối đa 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. Thể can thận âm hư, can dương vượng

2.2.1. Chứng hậu

- Đau đầu
- Hoa mắt, chóng mặt
- Ù tai
- Ngũ tâm phiền nhiệt
- Lưng gối mỏi yếu
- Chân tay tê bì
- Chất lưỡi đỏ, ít rêu
- Mạch huyền vi, bộ xích nhược

2.2.2. Pháp điều trị: tư âm tiềm dương

2.2.3. Phương dược

- Cổ phương: có thể dùng một trong các bài thuốc điều trị sau:

+ Lục vị quy thực:

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Đương quy	120g	Bạch thực	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Kỷ cúc địa hoàng hoàn:

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Kỷ tử	120g	Cúc hoa	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Âm hư nhiều: triều nhiệt, đạo hãn, cốt chưng, ngũ tâm phiền nhiệt, chất lưỡi đỏ giáng, rêu lưỡi vàng, mạch sắc, dùng **Tri bá địa hoàng hoàn**:

Thực địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Tri mẫu	120g	Hoàng bá	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

+ Can âm bất túc: hoa mắt, chóng mặt, thị lực giảm, run cơ, chân tay tê bì, gia: quy bản 12g, bạch thược 12g.

+ Can dương mạnh: mặt đỏ, mắt đỏ, miệng khát, ngực sườn đầy tức, gia: thiên ma 12g, câu đằng 12g, thạch quyết minh 08g.

+ Hồi hộp gia: trân châu mẫu 12g.

+ Đại tiện táo gia: ma nhân 08g.

+ Âm hư phong động, chân tay tê cứng gia: tang chi 12g, tang ký sinh 12g, hy thiêm thảo 08g.

– Thuốc nam:

Hà thủ ô	12g	Kê huyết đằng	12g
Mai ba ba	12g	Đỗ đen	12g
Táo nhân	12g	Lạc tiên	12g
Mã đề	10g	Cúc hoa	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu

– Châm tả: thái xung, hành gian, phong trì, suất cốc; châm bổ: tam âm giao, thái khê, nội quan, thần môn. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: rãnh hạ áp, giao cảm, tuyến thượng thận, dưới vỏ não, thần môn, can, thận. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể âm dương lưỡng hư

2.3.1. Chứng hậu

- Đau đầu
- Hoa mắt, chóng mặt
- Û tai
- Miệng khô đắng
- Cảm giác tức ngực, thở gấp khi vận động
- Hồi hộp, trống ngực, cảm giác hốt hoảng
- Mất ngủ, ngủ hay mê
- Tụ hãn, đạo hãn
- Tâm phiền, tinh thần ủy mị, hay quên
- Chất lưỡi đỏ hoặc đỏ giáng, rêu lưỡi trắng mỏng
- Mạch huyền hoặc huyền tế sắc

2.3.2. Pháp điều trị: dưỡng âm trợ dương.

2.3.3. Phương dược

- Cổ phương: **Thận khí hoàn.**

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Quế chi	40g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

+ Âm hư nhiều: triều nhiệt, đạo hãn, cốt chưng, ngũ tâm phiền nhiệt, gia: thạch hộc 120g, kỷ tử 160g.

+ Dương hư nhiều: người lạnh, chân tay lạnh, tụ hãn, ngũ canh tả, mạch trầm nhược, vô lực, gia: cao ban long 40g, đỗ trọng 160g.

- Thuốc nam:

Thỏ ty tử	12g	Tang ký sinh	12g
Cẩu tích	12g	Kê huyết đằng	12g
Ý dĩ	12g	Râu ngô	10g
Hà thủ ô	12g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

– Châm tả: thái xung, hành gian, phong trì, bách hội; châm bổ: tam âm giao, thái khê. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: rãnh hạ áp, giao cảm, tuyến thượng thận, dưới vỏ não, thần môn, thận. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4. Thể tỳ hư, đàm trệ

2.4.1. Chứng hậu

- Cảm giác đau nặng đầu, như bó
- Hoa mắt, chóng mặt
- Mệt mỏi
- Tâm phiền hoặc bụng ngực đầy tức
- Ăn ít, ngủ nhiều
- Chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng nhớt, mạch hoạt hoặc huyền hoạt; hoặc rêu lưỡi vàng nhờn, mạch huyền hoạt sắc.

2.4.2. Pháp điều trị: kiện tỳ, táo thấp, hóa đàm.

2.4.3. Phương dược

– Cổ phương: **Bán hạ bạch truật thiên ma thang.**

Bán hạ chế	10g	Bạch truật	12g
Thiên ma	08g	Quất hồng	08g
Bạch linh	12g	Cam thảo	04g

Cho thêm gừng tươi 2 lát, đại táo 2 quả, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

+ Nếu đờm nhiệt nhiều: bụng ngực đầy tức, rêu lưỡi vàng nhờn, gia: bối mẫu 08g, hạnh nhân 08g, đờm tinh 06g, trúc nhự 06g, thiên trúc hoàng 08g.

+ Nếu mất ngủ gia: viễn chí 06g.

+ Tỳ hư nhiều: mệt mỏi, chán ăn, cơ nhục nhẽo, đại tiện phân nát, gia: đảng sâm 12g.

+ Kiêm huyết ứ: đau nặng đầu ở một điểm, chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết, gia: ngư tất 12g, địa long 10g.

– Thuốc nam:

Hạt sen	12g	Ngũ gia bì	12g
Bán hạ chế gừng	12g	Kê huyết đằng	12g
Ý dĩ	12g	Râu ngô	10g
Hà thủ ô	12g	Rễ cỏ xước	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.4.4. Châm cứu

– Châm tả: phong long, bách hội, đầu duy; châm bổ: túc tam lý, tam âm giao, giải khê. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: rãnh hạ áp, giao cảm, tuyến thượng thận, dưới vỏ não, thần môn, tỳ, vị. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.5. Một số phương pháp điều trị khác

– Khí công: là một phương pháp luyện tập có tác dụng tốt đối với người cao tuổi bị tăng huyết áp. Tập khí công thường xuyên, phù hợp với tình hình sức khỏe có tác dụng thư giãn tinh thần, điều hòa hoạt động của cơ quan hô hấp, điều hòa khí huyết trong cơ thể, từ đó có tác dụng điều trị tăng huyết áp.

– Xoa bóp: thực hiện xoa bóp từng phần của cơ thể để điều trị triệu chứng. Xoa bóp vùng đầu mặt hoặc cổ gáy nếu đau đầu, hoa mắt, chóng mặt; xoa bóp vùng lưng nếu có biểu hiện đau mỏi vùng lưng – thắt lưng...

– Dục túc pháp: là phương pháp ngâm chân từ huyết phong long trở xuống. Dùng các thuốc có tác dụng hoạt huyết để chế thành nước ngâm. Người bệnh dùng nước nóng để ngâm. Tác dụng: dẫn hỏa quy nguyên, dùng để điều trị các chứng hỏa vượng.

– Ngoài ra, còn sử dụng một số phương pháp điều trị khác như: đắp thuốc, dán cao thuốc, bôi thuốc... Các phương pháp này đều sử dụng các vị thuốc y học cổ truyền có tác dụng hành khí, hoạt huyết để làm giãn mạch, giúp hạ huyết áp và điều trị triệu chứng.

3. DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP

Hướng dẫn người bệnh tập dưỡng sinh hằng ngày với các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình có tác dụng nâng cao sức khỏe, giúp thư giãn tinh thần nên đây là một môn thích hợp đối với người cao tuổi tăng huyết áp.

* **Tóm lại:** tăng huyết áp là một bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Tăng huyết áp ảnh hưởng đến sức lao động, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi và có thể gây ra những biến chứng, di chứng nặng nề, thậm chí tử vong. Việc điều trị tăng huyết áp cần dò liều để đạt được hiệu quả điều trị. Trong giai đoạn 1 có thể sử dụng phương pháp điều chỉnh chế độ ăn hoặc dùng thuốc y học cổ truyền đơn thuần, tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân. Ở giai đoạn 2: người bệnh bắt buộc phải sử dụng các loại thuốc hạ huyết áp của y học hiện đại, có thể dùng một loại thuốc hoặc kết hợp nhiều loại thuốc nếu cần. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm bệnh tăng huyết áp có tác dụng làm tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh, góp phần giảm gánh nặng cho gia đình người bệnh và chi phí cho xã hội.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa tăng huyết áp, tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp của Liên ủy ban quốc gia về phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp (JNC VII).
2. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp theo YHHD.
3. Trình bày nguyên tắc điều trị, các nhóm thuốc chính điều trị tăng huyết áp theo YHHD.
4. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc y học cổ truyền điều trị bệnh tăng huyết áp thể can dương thượng xung và thể can thận âm hư, can dương vượng.
5. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc y học cổ truyền điều trị bệnh tăng huyết áp thể âm dương lưỡng hư và thể tỳ hư đàm trệ.
6. Trình bày cách phòng bệnh tăng huyết áp theo YHCT và YHHD.

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa tai biến mạch máu não của Tổ chức Y tế Thế giới.
- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của tai biến mạch máu não theo YHCT và YHHĐ.
- Chẩn đoán, điều trị, dự phòng được bệnh tai biến mạch máu não theo YHCT và YHHĐ.

ĐẠI CƯƠNG

Tai biến mạch máu não (hay còn gọi là đột quỵ) là một bệnh xảy ra khi việc cung cấp máu lên một phần bộ não bị đột ngột ngừng trệ gây ra các triệu chứng thần kinh tồn tại quá 24 giờ.

Tai biến mạch máu não là một bệnh nặng gây tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt đối với người cao tuổi. Theo thống kê của Bộ Y tế nước ta, ở sáu bệnh viện lớn của Hà Nội vào cuối những năm 80, đầu những năm 90 của thế kỷ XX, tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Ở Mỹ có khoảng 750.000 trường hợp tai biến xảy ra mỗi năm và có 175.000 trường hợp tử vong. Tại Pháp, tỷ lệ tử vong do tai biến mạch máu não ở người cao tuổi là 12% và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở người cao tuổi.

Tần suất xuất hiện tai biến mạch máu não là 1,5 ca/1000 người/năm, tần suất này tăng dần theo tuổi; ở lứa tuổi trên 75, tần suất là 10 ca/1000 người/năm.

Khoảng 20% bệnh nhân tử vong trong vòng 1 tháng, 5 – 10% tử vong trong vòng một năm. Có khoảng 40% người bệnh phục hồi không để lại di chứng.

Nguyên nhân chủ yếu do tăng huyết áp, đái tháo đường, một số bệnh tim mạch (bệnh van tim, thiếu máu cơ tim, rung nhĩ), bệnh mạch máu ngoại biên, rối loạn lipid máu, lạm dụng thức uống có cồn (rượu, bia), rối loạn chức năng đông máu.

Theo y học cổ truyền, tai biến mạch máu não nằm trong phạm vi chứng “trúng phong” (中风), “bán thân bất toại” (半身不遂).

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. ĐỊNH NGHĨA

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: tai biến mạch máu não là "dấu hiệu phát triển nhanh chóng trên lâm sàng của một rối loạn khu trú chức năng của não kéo dài trên 24 giờ và thường do nguyên nhân mạch máu não".

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nhồi máu não

Nhồi máu não (thiếu máu não cục bộ) là hậu quả của sự giảm đột ngột lưu lượng tuần hoàn não do tắc một phần hoặc toàn bộ một động mạch não. Về mặt lâm sàng, tai biến nhồi máu não biểu hiện bằng sự xuất hiện đột ngột các triệu chứng thần kinh khu trú, hay gặp nhất là liệt nửa người.

Nhồi máu não xảy ra khi một mạch máu bị huyết khối hoặc bị lấp mạch. Khu vực não được động mạch đó cung cấp máu bị thiếu máu và hoại tử.

Nguyên nhân chủ yếu gây nhồi máu não bao gồm:

- Các bệnh về tim như:
 - + Bệnh cơ tim giãn nở.
 - + Viêm nội tâm mạc bán cấp nhiễm khuẩn.
 - + Rung nhĩ.
 - + Bệnh mạch vành.
 - + Khối u trong tim.
 - + Các bệnh van tim khác.
- Vỡ xơ động mạch.
- Tăng huyết áp.
- Viêm động mạch.
- Đái tháo đường.

Ở người bình thường, cấu trúc của đa giác Willis không hoàn toàn giống nhau. Khi cần, các nhánh nối thông của đa giác này có thể giãn to để cung cấp máu bù cho vùng bị giảm áp lực tưới máu.

Lưu lượng máu não không phụ thuộc vào lưu lượng tim với điều kiện huyết áp trung bình khoảng từ 7 – 15mmHg. Huyết áp trung bình là áp lực đẩy máu lên não được tính theo công thức:

Huyết áp trung bình = Huyết áp tâm trương + Huyết áp tâm thu

Việc điều hòa lưu lượng máu não thông qua cơ chế Bayliss: khi tim bóp mạnh, lượng máu lên não nhiều thì các động mạch não co lại để hạn chế tưới máu; khi máu lên não ít, các mạch máu não giãn ra để lượng máu lên não nhiều hơn. Như vậy: lượng máu lên não luôn hằng định ở mức 50ml/100g não/phút.

Trong tai biến nhồi máu não ở người cao tuổi, động mạch cảnh hoặc các nhánh có độ chít hẹp khoảng 70 – 80% đường kính. Nguyên nhân chủ yếu là do mạch máu bị xơ vữa gây nên tình trạng lấp mạch; hoặc do cục máu đông (được hình thành trong các bệnh van tim, vữa xơ động mạch, rối loạn chức năng đông máu...) bong ra, trôi lên não và dừng lại ở những mạch máu có đường kính nhỏ hơn cục lấp mạch. Có hai loại cục lấp mạch:

- Cục lấp mạch có thành phần chính là tiểu cầu có đặc điểm: không bền, dễ tan, có thể gây thiếu máu não cục bộ tạm thời, thường khỏi trong vòng 24 giờ.
- Cục lấp mạch có thành phần chính là hồng cầu có đặc điểm: bền vững, gây thiếu máu não cục bộ vĩnh viễn.

Vùng thiếu máu não cục bộ do lấp mạch hoặc do huyết khối có hai vùng:

- Vùng trung tâm với lưu lượng máu dưới 10ml/100g não/phút sẽ hoại tử trong vài giờ và không hồi phục.
- Vùng xung quanh (ngoại vi) có lưu lượng máu từ 20 – 30ml/100g não/phút: tại vùng này, các tế bào não không hoạt động điện nhưng chưa chết mà vẫn duy trì hoạt động sống tế bào. Đây là vùng tranh tối tranh sáng. Nếu tuần hoàn bàng hệ tốt hoặc được điều trị kịp thời, giúp cho tế bào hô hấp được thì vùng này có thể hồi phục. Tuy nhiên, khả năng hồi phục của các tế bào não ở vùng này chỉ xảy ra trong vài giờ rồi có thể chuyển sang hoại tử. Thời gian cứu vùng này gọi là “cửa sổ điều trị”.

Các trường hợp nhồi máu não do tim thường gặp hơn do vữa xơ động mạch.

2.2. Xuất huyết não

Xuất huyết não xảy ra khi máu thoát ra khỏi thành mạch vào nhu mô não.

Nguyên nhân chủ yếu gây xuất huyết não bao gồm:

- Tăng huyết áp.
- Rối loạn đông máu và dùng thuốc chống đông.
- Nhồi máu não diện rộng.
- U não.
- Dị dạng mạch máu não.

– Bệnh mạch máu não dạng tinh bột: thường gặp ở người già trên 75 tuổi. Trong bệnh này: chất dạng tinh bột lắng đọng trong thành các động mạch não và có thể là nguyên nhân phổ biến nhất của xuất huyết thùy ở người cao tuổi.

– Chấn thương sọ não.

Hiện nay đang tồn tại hai thuyết xuất huyết não do tăng huyết áp:

– Thuyết Charcot: mạch máu bị vỡ là do các túi phình vi mạch được hình thành khi động mạch bị thoái hóa do tăng huyết áp. Vị trí xuất huyết não thường là tại nhánh sâu của động mạch não giữa (động mạch đậu vên – động mạch Charcot) – tưới máu cho các hạch nền.

– Thuyết Ruochuox: trước khi xuất huyết đã có hiện tượng nhồi máu não. Khi có nhồi máu não, tại vùng này xuất hiện hiện tượng thiếu máu và hoại tử. Sau đó có một đợt tăng huyết áp. Áp lực máu tác động vào phần động mạch bị tắc, biến phần nhồi máu thành vùng xuất huyết; hoặc mạch máu tại vùng đó vỡ ra gây xuất huyết não.

Như vậy, có hai yếu tố quan trọng gây tai biến mạch máu não: thành mạch bị tổn thương và tăng huyết áp.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Đau đầu

– Các trường hợp xuất huyết dưới màng cứng thường biểu hiện đau đầu đột ngột, mãnh liệt. Người bệnh có cảm giác đau dữ dội nếu xuất huyết khoang dưới nhện. Đau đầu thường kèm theo nôn, cứng gáy và dấu hiệu màng não. Tuy nhiên, có khoảng 20 – 30% người bệnh đau đầu không điển hình hoặc không có cảm giác đau đầu.

– Xuất huyết nội não: khởi phát đau đầu đột ngột, hiếm gặp dấu hiệu màng não, trừ trường hợp xuất huyết não – màng não hoặc xuất huyết tràn não thất và khoang dưới nhện. Đau đầu thường kèm theo thiếu sót thần kinh tiến triển và biến đổi ý thức.

– Khoảng 20% bệnh nhân bị nhồi máu não có biểu hiện đau đầu ở mức độ nhẹ và thoáng qua.

3.1.2. Chóng mặt

Đây là dấu hiệu báo hiệu bộ phận tiền đình bị kích thích. Trong tai biến mạch máu não thường thấy biểu hiện kích thích vùng tiền đình trung ương. Nguyên

nhân chủ yếu là do rối loạn tuần hoàn vùng não sau như: huyết khối tiểu não hoặc thân não, chảy máu hoặc thiếu máu cục bộ động mạch sống – nên thoáng qua. Người bệnh ít khi có chóng mặt đơn thuần mà thường kết hợp với các biểu hiện chức năng khác của thân não hoặc tiểu não như: giật nhãn cầu, rối loạn vận nhãn, mất điều hòa vận động.

3.1.3. Rối loạn thị giác

– Mất thị lực một bên hoặc hai bên do tắc động mạch hoặc tĩnh mạch võng mạc trung tâm gây thiếu máu thị giác – võng mạc.

– Mù thoáng qua (mù Fugax) là hiện tượng thiếu máu võng mạc do tắc động mạch cảnh cùng bên.

3.1.4. Rối loạn ngôn ngữ

– Mất ngôn ngữ vận động: xảy ra khi tổn thương vùng Broca. Trong trường hợp này, người bệnh biết mình muốn nói gì nhưng không thể điều khiển được hệ phát âm (gồm dây thanh âm, môi, lưỡi...) để phát ra lời nói mà chỉ phát được tiếng ú ớ. Tuy nhiên, họ vẫn có khả năng hiểu được nội dung lời nói.

– Mất ngôn ngữ giác quan (mất ngôn ngữ Wernicke): xảy ra khi tổn thương vùng Wernicke. Người bệnh vẫn có khả năng nói bình thường, vẫn nghe được và nhắc lại được những gì mình đã nghe thấy, vẫn đọc hoặc chép lại được những chữ mà người bệnh nhìn thấy nhưng không hiểu được nội dung lời nói, nội dung những câu đã đọc hoặc đã chép lại.

3.1.5. Rối loạn cảm giác: thường gặp dấu hiệu tê bì. Rối loạn cảm giác thường kèm theo liệt nửa người, xảy ra khi tổn thương vỏ não.

3.1.6. Yếu hoặc liệt nửa người: là dấu hiệu thường gặp trong tai biến mạch máu não.

a) Liệt mềm nửa người

Bên liệt có biểu hiện:

– Giảm hoặc mất vận động hữu ý (cơ lực giảm): người bệnh không thể thực hiện được các động tác hoặc thực hiện một cách chậm chạp, yếu ớt.

– Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

– Giảm trương lực cơ.

– Giảm hoặc mất phản xạ da bụng, da bìu.

– Phản xạ bệnh lý bó tháp (Hoffmann, Babinski) có thể dương tính.

– Có thể kèm theo liệt mặt trung ương hoặc ngoại biên cùng bên hoặc đối bên với nửa người bên liệt, tùy theo vị trí tổn thương.

b) Liệt cứng nửa người

Bên liệt có biểu hiện:

- Trương lực cơ tăng, người bệnh thường có xu hướng gấp ở chi trên, duỗi ở chi dưới. Co cứng mang tính chất đàn hồi.
- Tăng phản xạ gân xương, có thể có dấu hiệu đa động, lan tỏa.
- Giảm hoặc mất phản xạ da bụng, da bìu.
- Phản xạ bệnh lý bó tháp (Hoffmann, Babinski) dương tính.
- Có thể kèm theo liệt mặt trung ương hoặc ngoại biên cùng bên hoặc đối bên với nửa người bên liệt, tùy theo vị trí tổn thương.

c) Thể liệt nhẹ, kín đáo

Bên liệt có biểu hiện:

- Người bệnh yếu nửa người. Khi đi lại: tay bên liệt ve vẩy ít hơn bên lành, đi lết chân bên liệt (dấu hiệu dáng đi phạt cò).
- Cơ lực giảm:
 - + Nghiệm pháp gọng kìm dương tính.
 - + Nghiệm pháp Barré chi trên dương tính.
 - + Nghiệm pháp Barré chi dưới dương tính.
 - + Nghiệm pháp Mingazzini dương tính.
 - + Nghiệm pháp gấp phối hợp đùi – mình dương tính.
- Giảm phản xạ da bụng bên liệt.
- Mất cân đối phản xạ gân xương hai bên.
- Có thể có dấu hiệu Hoffmann, Babinski bên liệt.

d) Liệt nửa người ở bệnh nhân hôn mê

Bên liệt có biểu hiện:

- Nhìn: bàn chân bên liệt đổ ra ngoài, má phập phồng theo nhịp thở.
- Khám:
 - + Phản xạ bệnh lý bó tháp (Hoffmann, Babinski) dương tính.
 - + Giảm trương lực cơ.
 - + Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.
 - + Làm nghiệm pháp phản xạ mắt búp bê để đánh giá mức độ và vị trí tổn thương:

. Đây là dấu hiệu chỉ điểm tổn thương thân não. Khi thầy thuốc quay nhanh đầu người bệnh sang hai bên hoặc cúi ngửa cổ nhanh, nếu phản xạ còn thì mắt của người bệnh sẽ di chuyển theo chiều ngược lại so với đầu. Nếu mắt người

bệnh vẫn giữ nguyên vị trí ở giữa thì đó là mất phản xạ mắt búp bê hoặc phản xạ mắt búp bê âm tính.

. Mất phản xạ mắt búp bê là dấu hiệu cần thiết để chẩn đoán chết não.

+ Trường hợp dấu hiệu Charles – Bell âm tính hoặc liệt VII trung ương: làm nghiệm pháp Pierre–Marie Foix (ấn góc hàm) để phát hiện dấu hiệu liệt VII.

3.1.7. Hôn mê: dựa vào thang điểm đánh giá hôn mê Glasgow để tiên lượng tình trạng bệnh.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner)

– Thiếu máu não cục bộ: hình ảnh giảm tỷ trọng tại vùng nhồi máu não.

– Xuất huyết não: hình ảnh tăng tỷ trọng tại vùng máu tụ hoặc vùng não thất có tràn máu.

3.2.2. Chụp cộng hưởng từ (MRI: Magnetic Resonance Imaging)

Cho hình ảnh chi tiết hơn CT Scanner, đặc biệt là trong các trường hợp nhồi máu nhỏ, tai biến mạch máu não giai đoạn sớm. Cộng hưởng từ được chỉ định trong các trường hợp kết quả CT Scanner không rõ ràng, nhồi máu hố sau.

3.2.3. Chụp động mạch não

Là phương pháp đáng tin cậy nhất, cho phép phát hiện sự bít tắc mạch máu, tổn thương thành mạch. Tuy nhiên, nếu sử dụng phương pháp này trong giai đoạn sớm của tai biến mạch máu não có thể gây xuất huyết não thứ phát hoặc gây nhồi máu não nặng hơn.

3.2.4. Chụp mạch máu xóa nền (DSA: Digital Subtraction Angiography)

Dùng kỹ thuật máy tính để làm nổi lên hoặc xóa bỏ hình ảnh không muốn theo thứ tự. Mục đích: làm nổi bật cấu trúc mạch máu trong và ngoài sọ. Ưu điểm: tiện lợi, ít tốn kém, sử dụng chất cản quang ít hơn các kỹ thuật khảo sát mạch máu khác nên ít gây biến chứng hơn, quan sát đầy đủ hơn các tổn thương mạch máu trong và ngoài sọ.

3.2.5. Điện tim và siêu âm tim

Dùng để phát hiện các bệnh tim mạn tính hoặc bệnh tim tiềm ẩn ở người tai biến mạch máu não, phát hiện các bệnh lý nguy cơ tai biến mạch máu não do tim.

3.2.6. Ngoài ra còn có các xét nghiệm khác về huyết động học, dịch não tủy, điện não đồ (EEG: Electroencephalography)...

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Căn cứ vào bệnh sử và các biểu hiện của người bệnh để tiến hành chẩn đoán.

- Bệnh xảy ra đột ngột với các dấu hiệu thần kinh cục bộ, bệnh kéo dài trên 24 giờ hoặc tử vong trong vòng 24 giờ (không giảm).
- Có dấu hiệu xuất huyết não hoặc nhồi máu não trên cận lâm sàng (CT, MRI, DSA, chụp động mạch não...).

4.2. Chẩn đoán định khu tổn thương

Mức độ liệt nửa người và một số biểu hiện kèm theo có thể giúp định khu tổn thương.

- Tổn thương vỏ não: liệt mặt trung ương cùng bên với liệt nửa người; liệt không đồng đều giữa tay và chân, không toàn bộ, không thuần túy vận động, thường kèm theo rối loạn cảm giác nửa người bên liệt.
- Tổn thương bao trong: liệt đồng đều giữa tay và chân, liệt toàn bộ, thuần túy vận động.
- Tổn thương đồi thị: liệt nửa người kín đáo kèm theo các rối loạn cảm giác kiểu đồi thị.
- Tổn thương thân não:
 - + Tổn thương cuống não: liệt dây III bên não bị tổn thương (sụp mí, giãn đồng tử, lác ngoài), liệt nửa người và liệt VII trung ương bên đối diện.
 - + Tổn thương cầu não (hội chứng Milliard – Gubler): liệt VII ngoại biên bên não bị tổn thương và liệt nửa người bên đối diện.

5. PHÂN LOẠI

Trên lâm sàng thường chia tai biến mạch máu não thành hai loại chính:

- Nhồi máu não (thiếu máu não cục bộ): trên phim CT hoặc cộng hưởng từ có hình ảnh giảm tỷ trọng vùng não bị tổn thương.
- Xuất huyết nội sọ: trên phim CT hoặc cộng hưởng từ có hình ảnh tăng tỷ trọng tại vùng máu tụ hoặc vùng não thất có tràn máu. Xuất huyết nội sọ được chia làm hai loại:
 - + Xuất huyết màng não: mạch máu tại màng não bị tổn thương, khối máu tụ nằm giữa xương sọ và màng não.
 - + Xuất huyết trong não: mạch máu trong tổ chức não bị tổn thương, khối máu tụ nằm trong tổ chức não hoặc có hiện tượng tràn máu não thất.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Xử trí cấp cứu

Khi xảy ra tai biến mạch máu não, cần thiết phải xử trí cấp cứu đối với bệnh nhân để giảm đến mức thấp nhất khả năng tử vong.

Xử trí cấp cứu một bệnh nhân tai biến mạch máu não bao gồm các bước sau:

- Đo, đánh giá chỉ số huyết áp. Kiểm soát huyết áp của người bệnh ở mức độ an toàn bằng các thuốc điều chỉnh huyết áp thích hợp.
- Đánh giá tình trạng hôn mê của bệnh nhân theo thang điểm Glasgow.
- Đảm bảo thông suốt đường thở, tốt nhất đặt người bệnh nằm nghiêng hoặc nằm đầu thấp. Hút đờm dãi. Thở oxy hỗ trợ bằng ống thông mũi 2 – 5 lít/phút. Duy trì PaCO₂ từ 25 – 30mmHg. Trường hợp người bệnh có nhồi máu não nặng hoặc xuất huyết não nặng, cần đặt ống nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.
- Theo dõi điện tim trong vòng ít nhất từ 48 đến 72 giờ, tới khi đảm bảo người bệnh không còn xuất hiện thêm các triệu chứng mới.
- Nếu điều kiện cho phép, chụp CT Scanner sọ não hoặc MRI sọ não để đánh giá vị trí và mức độ tổn thương.
- Kiểm soát đường huyết của người bệnh, để phòng trường hợp bệnh tiến triển nặng thêm do tăng đường huyết gây tổn thương não. Không truyền dung dịch có đường trong giai đoạn cấp của tai biến mạch máu não.
- Đối với các trường hợp nhồi máu não: sử dụng các thuốc chống đông máu trong vòng 3 giờ sau khi xảy ra tai biến mạch máu não để hạn chế cục lấp mạch hoặc nghẽn mạch.
- Đối với các trường hợp xuất huyết não: tuyệt đối không được sử dụng các thuốc chống đông máu vì sẽ làm cho tình trạng xuất huyết nặng thêm.
- Trường hợp tai biến mạch máu não có hôn mê hoặc chức năng nuốt bị ảnh hưởng (nuốt sặc): nuôi dưỡng ban đầu bằng dịch truyền tĩnh mạch. Tuy nhiên, không sử dụng dung dịch có đường và dung dịch nhược trương.

6.2. Điều trị duy trì

- Chống phù não: các rối loạn thần kinh do phù não thường xảy ra vào ngày thứ 2 hoặc ngày thứ 3 sau tai biến mạch máu não, tuy nhiên có thể xảy ra sớm hơn do nhồi máu diện rộng hoặc nhồi máu xuất huyết.

+ Nằm đầu cao 30°.

+ Hạn chế dịch truyền, chỉ dùng khoảng 1/2 – 3/4 nhu cầu bình thường.

+ Mannitol 20% với liều khởi đầu 1g/kg cân nặng trong 20 phút, sau đó truyền 0,25g/kg cân nặng sau 4 – 6 giờ. Chỉ dùng Mannitol sau chảy máu não 24 giờ, dùng không quá 2g/kg/24 giờ.

+ Furosemid 1mg/kg cân nặng/24 giờ, tiêm tĩnh mạch.

– Tim mạch:

+ Duy trì huyết áp của người bệnh ở một chỉ số thích hợp.

+ Thường xuyên theo dõi tim mạch, để phòng trường hợp bệnh tiến triển do các bệnh tim mạch gây ra.

– Hô hấp: đảm bảo thông suốt đường thở.

+ Đối với bệnh nhân hôn mê: hút đờm dãi, thở oxy hỗ trợ bằng ống thông mũi 0,5 – 2lít/phút, hoặc thở oxy qua nội khí quản và phương tiện hô hấp hỗ trợ. Hút đờm dãi thường xuyên.

+ Đối với bệnh nhân không hôn mê: cho người bệnh nằm nghiêng hoặc nằm đầu thấp, vỗ rung lồng ngực thường xuyên để tránh ứ đọng đờm dãi, để phòng viêm phổi do nằm lâu.

– Dinh dưỡng và chăm sóc:

+ Trường hợp tai biến mạch máu não có hôn mê hoặc chức năng nuốt bị ảnh hưởng (nuốt sặc): đặt ống thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân. Không đưa thức ăn qua đường miệng thông thường để tránh trường hợp sặc thức ăn vào phổi. Đối với những bệnh nhân không hôn mê: chia lượng thức ăn trong ngày thành nhiều bữa nhỏ, nên cho người bệnh ăn những thức ăn lỏng, mềm, dễ tiêu.

+ Duy trì cân bằng nước – điện giải.

+ Làm mềm phân, để phòng trường hợp táo bón hoặc giảm nhu động ruột.

+ Trường hợp tiểu tiện không tự chủ: đặt ống thông Foley để tránh ứ đọng nước tiểu tại bàng quang hoặc tiểu tiện tự động gây nhiễm trùng da. Trường hợp này cần theo dõi nước tiểu thường xuyên, tránh hiện tượng nhiễm trùng tiết niệu ngược dòng. Theo dõi lượng nước tiểu hàng ngày để đảm bảo cân bằng giữa lượng nước đưa vào cơ thể với lượng nước tiểu thải ra trong ngày.

+ Đối với bệnh nhân hôn mê: giữ vệ sinh sạch sẽ, sử dụng đệm nước hoặc đệm hơi, trở mình trên giường 1– 2 giờ/lần để hạn chế loét tại các điểm tỳ đè.

+ Xoa bóp, tập vận động sớm giúp bệnh nhân phục hồi chức năng, giảm nhẹ di chứng.

– Chống co giật hoặc động kinh: bằng các thuốc an thần (carbamazepin, phenytoin, lorazepam, diazepam).

- Sử dụng kháng sinh thích hợp để phòng chống bội nhiễm (viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu...).
- Điều trị đặc hiệu:
 - + Thiếu máu não cấp: sử dụng thuốc thuộc các nhóm sau:
 - . Thuốc tiêu huyết khối.
 - . Các loại enzym chống tạo sợi huyết: được sử dụng trong 3 giờ đầu sau đột quỵ.
 - . Thuốc chống đông máu: hạn chế cục máu đông và phòng ngừa tái phát.
 - . Thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu.
 - + Xuất huyết não:
 - . Điều chỉnh các rối loạn đông máu (nếu có).
 - . Điều trị phẫu thuật: dẫn lưu não thất, lấy máu tụ. Điều trị phẫu thuật được chỉ định khi bệnh cảnh lâm sàng nặng dần, đe dọa tính mạng người bệnh; hoặc trong một số trường hợp xuất huyết chưa rõ nguyên nhân, có nguy cơ tái phát. Chống chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp xuất huyết não lớn và mất hết các chức năng thân não.

6.3. Điều trị di chứng tai biến mạch máu não

Sau khi đã qua giai đoạn cấp cứu, các triệu chứng bệnh đã ổn định, người bệnh không còn xuất hiện thêm các triệu chứng mới, cần chuyển sang giai đoạn điều trị duy trì và phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não.

- Trường hợp chức năng nuốt bị ảnh hưởng: duy trì dinh dưỡng bằng cách cho ăn qua ống thông dạ dày.
- Chống táo bón.
- Trường hợp tiểu tiện không tự chủ: đặt ống thông Foley. Cần theo dõi nước tiểu thường xuyên, tránh hiện tượng nhiễm trùng tiết niệu ngược dòng.
- Giữ vệ sinh sạch sẽ, sử dụng đệm nước hoặc đệm hơi, trở mình trên giường 1– 2 giờ/lần để hạn chế loét tại các điểm tỳ đè.
- Chống co giật hoặc động kinh: bằng các thuốc an thần (carbamazepin, phenytoin, lorazepam, diazepam).
- Sử dụng thuốc thuộc các nhóm sau:
 - + Điều chỉnh các rối loạn đông máu (nếu có).
 - + Giúp nuôi dưỡng và phục hồi cấu trúc, chức năng tế bào thần kinh: cerebrolysin, citicoline (Cicolin, Cicostaline, Citimax).

+ Cải thiện tuần hoàn não: ginkgo biloba (Giloba), Duxil, buflomedil (Beefumethyl).

– Sử dụng kháng sinh thích hợp để chống bội nhiễm (viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu...) khi cần thiết.

7. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Đối với bệnh nhân liệt hoặc yếu nửa người, việc tập luyện phục hồi chức năng, tránh biến chứng là vô cùng quan trọng. Người bệnh cần tập càng sớm càng tốt. Tốt nhất là tiến hành luyện tập ngay từ những ngày đầu tiên bị tai biến mạch máu não, nếu điều kiện sức khỏe cho phép.

Tập phục hồi chức năng theo nguyên tắc: từ đơn giản đến phức tạp theo mức độ phục hồi của người bệnh.

Nguyên tắc phục hồi của các cơ liệt: cơ lớn và các cơ ở gốc chi phục hồi trước; cơ nhỏ và các cơ ở ngọn chi phục hồi sau. Vì vậy, trong quá trình tập luyện, nên tập vận động một cách toàn diện, tác động đồng thời tất cả các nhóm cơ bị liệt. Chú ý tập các động tác tinh vi, giúp phục hồi các cơ nhỏ ở ngọn chi.

* Đối với người yếu nửa người

– Ban đầu: giúp người bệnh tập vận động thụ động và chủ động trong giới hạn sức khỏe cho phép. Không nên tập quá sức, tránh gây tổn thương và mệt mỏi cho bên liệt.

– Tập vận động sớm để tránh cứng khớp.

– Nên tập vận động cả hai bên vì cơ thể là một khối thống nhất cân xứng.

– Sử dụng các phương tiện hỗ trợ vận động và luyện tập cho người bệnh như:

+ Các nẹp để tăng cường khớp gối, gậy và dây đeo treo bàn chân bên liệt để bàn chân không bị rơi khi tập đi, tránh dáng đi "phạt cỏ" và xoay găng khớp háng.

+ Bóng và dây chun để giúp người bệnh tập các động tác của tay...

* Đối với người liệt nửa người

– Sớm sửa các tư thế sai: người bệnh liệt nửa người thường có xu hướng co tay, duỗi chân. Vì vậy, cần chú ý không để người bệnh giữ tư thế đó. Cụ thể: khi nằm, người bệnh không để tay bên liệt lên ngực hoặc bụng mà nên để tay xuôi theo thân mình; dưới khoeo chân nên kê gối sao cho cẳng chân tạo với đùi một góc khoảng $175^{\circ} - 180^{\circ}$.

– Giúp người bệnh tập vận động thụ động trong điều kiện sức khỏe cho phép, góp phần phục hồi chức năng của các cơ liệt và tránh cứng khớp.

– Nên tập vận động cả hai bên vì cơ thể là một khối thống nhất cân xứng.

– Ở những giai đoạn sau, khi người bệnh đã có thể vận động chân tay một cách chậm chạp, khó khăn, thầy thuốc giúp người bệnh tập các động tác vận động chủ động từ đơn giản đến phức tạp, dần dần phục hồi chức năng của các nhóm cơ và các khớp.

8. ĐIỀU DƯỠNG

– Điều trị triệt để bệnh phối hợp và những bệnh có liên quan.

– Thường xuyên theo dõi huyết áp và các triệu chứng bất thường khác của người bệnh, để phòng xảy ra biến chứng.

– Người bệnh nên ở nơi yên tĩnh, tránh các xúc động hoặc căng thẳng tinh thần quá mức, có chế độ luyện tập, nghỉ ngơi và sinh hoạt phù hợp, để phòng bệnh tái phát.

– Đặt người bệnh nằm quay phần thân bên liệt ra phía ngoài giường, hoặc nằm quay ra phía giường thường xuyên đặt những đồ dùng cần thiết, làm cho người bệnh phải xoay trở để lấy vật dụng hoặc cử động, giúp người bệnh chóng phục hồi. Đồng thời giúp công việc chăm sóc người bệnh dễ dàng hơn.

– Võ rung lồng ngực hằng ngày để tránh ứ đọng đờm dãi, để phòng viêm phổi, đặc biệt là những bệnh nhân nằm lâu.

– Thực hiện chế độ dinh dưỡng đầy đủ như đối với dự phòng tai biến mạch máu não. Đối với trường hợp liệt nửa người:

+ Trường hợp chức năng nuốt bị ảnh hưởng (nuốt sặc): đặt ống thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân. Không đưa thức ăn qua đường miệng thông thường để tránh trường hợp sặc thức ăn vào phổi.

+ Trường hợp chức năng nuốt bình thường: chia lượng thức ăn trong ngày thành nhiều bữa nhỏ, nên cho người bệnh ăn những thức ăn lỏng, mềm, dễ tiêu, phù hợp với tình trạng bệnh tật.

9. DỰ PHÒNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Tai biến mạch máu não là một bệnh nặng gây tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt đối với người cao tuổi. Vì vậy, đối với những người có nguy cơ tai biến mạch máu não, thầy thuốc cần hướng dẫn các phương pháp dự phòng bệnh tật một cách cụ thể, hợp lý.

Các phương pháp dự phòng thường áp dụng đối với những người có nguy cơ tai biến mạch máu não bao gồm:

9.1. Quản lý bệnh tật có liên quan

– Cần chú ý theo dõi sự thay đổi về mạch, huyết áp, đường huyết, trạng thái tinh thần, hô hấp... với những người có tiền sử về một trong các bệnh: tăng huyết áp, đái tháo đường, vữa xơ động mạch, viêm động mạch, các bệnh về tim... Dùng thuốc hợp lý để có thể kiểm soát được huyết áp, đường máu, hạn chế nguy cơ tai biến mạch máu não.

– Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và kiểm soát những yếu tố nguy cơ có liên quan đến tai biến mạch máu não.

9.2. Ăn uống

Thầy thuốc cần hướng dẫn những người có nguy cơ tai biến mạch máu não thực hiện chế độ ăn uống để dự phòng tai biến mạch máu não như sau:

– Hạn chế bột lọc, chất béo, muối. Đặc biệt là hạn chế muối đối với người tăng huyết áp. Chỉ nên ăn khoảng 1g muối/ngày, đủ để đáp ứng cho các nhu cầu sinh lý của cơ thể. Người bình thường có nhu cầu ăn khoảng 3 – 8g muối/ngày. Vì vậy, để hạn chế muối đưa vào cơ thể, người bệnh cần điều chỉnh giảm dần, giúp cơ thể thích nghi với tình trạng mới.

– Hạn chế ăn các loại thịt, trứng.

– Nên ăn các loại thức ăn có nhiều chất xơ, chất khoáng.

– Chủ yếu sử dụng các loại ngũ cốc sơ chế như: ngô, đậu... vì trong đó có nhiều loại muối vô cơ và các chất vi lượng. Đặc biệt, lượng protein trong các loại đậu khá cao.

– Nên ăn các loại rau có màu xanh thẫm.

– Tốt nhất nên sử dụng các loại thức ăn tươi, không nên chế biến quá kỹ, sẽ làm mất các vi lượng cần thiết cho cơ thể.

– Các loại quả cũng có vai trò quan trọng như các loại rau. Tuy nhiên, không nên ăn quá nhiều hoa quả vì lượng đường trong đó khá cao.

– Nên sử dụng các loại sữa có hàm lượng cholesterol thấp, lòng trắng trứng, các loại cá.

– Nên ăn các loại nấm như: nấm Bắc Khẩu, nấm hương, mộc nhĩ... vì trong thành phần của nấm có nhiều acid amin.

– Trong thành phần của các loại rong biển như côn bố, tảo tía... chứa các chất có tác dụng chống ngưng tập hồng cầu, do đó có thể dự phòng nhồi máu não cục bộ do cục máu đông.

– Để dự phòng tai biến mạch máu não cũng cần chú ý: không nên ăn quá no vì như vậy sẽ làm tăng lưu lượng máu và ảnh hưởng đến hoạt động của các cơ quan trong cơ thể, dễ gây tai biến mạch máu não.

9.3. Tâm lý

Để dự phòng tai biến mạch máu não, cần giữ cho tinh thần được thư thái, tránh căng gien quá mức hoặc tránh gây ra các stress đối với những người có nguy cơ cao.

9.4. Sinh hoạt

Thầy thuốc cần hướng dẫn những người có nguy cơ cao thực hiện chế độ sinh hoạt đúng mức để dự phòng tai biến mạch máu não, bao gồm:

- Có chế độ làm việc, tập luyện kết hợp với chế độ nghỉ ngơi hợp lý, tránh gây căng thẳng đầu óc, làm việc quá sức.
- Nên tham gia các hoạt động mang tính chất thư giãn như: trồng hoa, chăm nuôi súc vật, các hoạt động đoàn hội phù hợp...
- Đối với người cao tuổi, cần chú ý đến sự thay đổi khí hậu để có chế độ sinh hoạt phù hợp, chống táo bón để hạn chế tai biến mạch máu não.

9.5. Luyện tập

- Đối với những người có nguy cơ cao đối với bệnh tai biến mạch máu não, thầy thuốc cần hướng dẫn thực hiện chế độ luyện tập thích hợp để tăng cường sức khỏe, hạn chế đến mức thấp nhất khả năng bị tai biến mạch máu não.
- Với những người đã từng bị tai biến mạch máu não: hướng dẫn người bệnh tập vận động tay nhẹ nhàng, giúp tăng cơ lực của bàn tay; tập đi bộ vừa sức... là cách phòng tránh tái phát tai biến mạch máu não.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Tai biến mạch máu não thuộc phạm vi chứng “trúng phong” (中風), “bán thân bất toại” (半身不遂) của y học cổ truyền. Đối với các trường hợp tai biến mạch máu não ở người cao tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do cơ thể hư yếu bên trong mà sinh phong; trường hợp ngoại cảm phong tà rất ít gặp. Nguyên nhân gây tai biến mạch máu não ở người cao tuổi bao gồm nội phong và ngoại phong:

– Ngoại phong: do cơ thể người già chính khí hư suy, vệ khí bất cố, lạc mạch hư trống, phong tà thừa cơ xâm nhập vào kinh mạch khiến cho kinh mạch bị bế tắc, khí huyết không thông mà gây bệnh.

– Nội phong – do đàm: do ăn uống không điều độ; hoặc do lo nghĩ quá độ; hoặc do uống rượu quá nhiều mà gây thương tý. Tý bị tổn thương không vận hóa được thủy thấp, làm thủy thấp đình trệ lại mà sinh đàm. Từ đó có hai cách gây bệnh:

+ Đàm nhiệt: đàm tích trệ trong cơ thể lâu ngày hóa hỏa, hỏa động sinh phong mà gây bệnh.

+ Phong đàm: do cơ thể dương hư, đàm thấp tích trệ, lại thêm phiền lao quá độ hoặc do tình chí bị kích thích làm cho phong dương nội động, phong cùng với đàm thấp đi lên che lấp khiếu trên mà gây bệnh.

– Do can thận âm hư: do người già thận tinh hư tổn không nuôi dưỡng được can âm, âm hư không tiềm được dương làm can dương vượng lên mà sinh phong; hoặc do người già can thận âm hư, can dương vượng, lại thêm tình chí uất ức lâu ngày, cáu giận quá độ làm ảnh hưởng tới chức năng sơ tiết của tạng can, can hỏa vượng thịnh sinh phong mà gây bệnh.

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Tùy theo biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng có hôn mê hay không có hôn mê mà chia thành hai nhóm bệnh lớn là trúng phong kinh lạc và trúng phong tạng phủ, đồng thời căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh mà chia ra các thể lâm sàng bao gồm: lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập; can thận âm hư; phong đàm; đàm nhiệt nội bế; nguyên khí bại thoát.

Trong điều trị tai biến mạch máu não ở người cao tuổi cần chú ý: đây là tình trạng bệnh bản hư (chính khí hư suy, can thận âm hư, tý hư), tiêu thực (can dương vượng, phong động, đàm thấp trở trệ) nên trong quá trình điều trị trước tiên cần sử dụng các vị thuốc có tác dụng nâng cao chính khí, điều chỉnh chức năng của các tạng can, tý, thận để trị bản. Sau đó tùy thuộc vào tình trạng bệnh tật mà sử dụng các vị thuốc phối cùng để trị tiêu.

2.1. Trúng phong kinh lạc

2.1.1. Thể lạc mạch hư trống, phong tà xâm nhập

a) Chứng hậu:

- Yếu hoặc liệt nửa người, có thể kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc liệt mặt bên đối diện
- Có thể thoáng vắng ý thức
- Cảm giác tê bì
- Hoa mắt, chóng mặt

- Sợ gió
- Rêu lưỡi trắng
- Mạch huyền tế hoặc phù sắc.

b) *Pháp điều trị:* ích khí dưỡng huyết, khu phong thông lạc

c) *Phương dược:* đối pháp lập phương

Đảng sâm	15g	Đương quy	15g
Hoàng kỳ	10g	Thục địa	12g
Đỗ trọng	12g	Phòng phong	15g
Xích thực	15g	Đan sâm	12g
Ngưu tất	12g	Xuyên khung	12g
Thiên ma	15g	Câu đằng	15g
Trần bì	06g		

Sắc uống ngày 01 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

- Cổ gáy tê cứng: tùy theo bệnh do phong hàn hay phong nhiệt gây ra mà gia: quế chi 08g hoặc cát căn 08g.

- Nếu bệnh do phong hàn: sợ gió, sợ lạnh, chân tay lạnh, chấy lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch phù khẩn, thêm bạch chỉ 08g.

- Nếu bệnh gây ra do phong nhiệt, kèm theo sốt cao, gia sinh thạch cao 15g.

d) *Châm cứu:* châm các huyết nửa người bên liệt.

Châm tả bách hội, tứ thần thông, phong trì, ế phong, thái uyên, huyết hải; châm bình bổ bình tả: kiên ngưng, khúc trì, nội quan, bát tà, lương khâu, dương lăng tuyền, huyền chung, bát phong... mỗi ngày 8 – 10 huyết. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

- Nếu kèm theo liệt mặt, châm: đầu duy, dương bạch, tinh minh, ty trúc không, thừa khấp, địa thương, giáp xa, hợp cốc bên đối diện.

- Nếu kèm theo ù tai: châm tả nhĩ môn, thính cung, thính hội.

- Nếu kèm theo đau cứng cổ gáy: châm tả đại chùy, đại trũ.

e) *Xoa bóp bấm huyết, tập phục hồi chức năng nửa người và mặt bên liệt.*

2.1.2. Thể phong đàm

a) *Chứng hậu:*

- Yếu hoặc liệt nửa người, có thể kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc liệt mặt bên đối diện

- Có thể thoáng vắng ý thức
- Lưỡi cứng, nói khó
- Chân tay co quắp, cử động khó khăn
- Cảm giác tê dại
- Đầu đau như bó
- Hoa mắt, chóng mặt
- Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng dày nhớt
- Mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt.

b) *Pháp điều trị:* ích khí, trừ đàm, thông lạc, khai khiếu.

c) *Phương dược: Dịch đàm thang.*

Trần bì	10g	Bán hạ chế	12g
Bạch linh	12g	Cam thảo	06g
Đảng sâm	12g	Đỗ nam tinh	06g
Thạch xương bồ	08g	Trúc nhự	04g
Sinh khương	04g	Đại táo	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

- Tỳ hư nhiều: mệт mỗi, chán ăn, bụng trướng, chậm tiêu, gia bạch truật 12g.
- Chân tay tê bì, vận động khó khăn, gia: kê huyết đằng 12g, mộc qua 12g.
- Chân tay yếu, vô lực, gia: tang ký sinh 12g, đỗ trọng 12g, kỷ tử 12g.
- Nếu thấp khớp tỳ dương: chân tay mình mẩy nặng nề, rã rời, miệng nhạt, buồn nôn, chậm tiêu, bụng đầy trướng, đại tiện phân nát, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng nhớt, mạch hoạt, gia: hoắc hương 08g, bội lan 08g.
- Bụng trướng, gia: sa nhân 06g, nhục đậu khấu 06g, bạch biển đậu 08g.
- Nôn nhiều, gia: đại giả thạch 10g.

d) *Châm cứu:* châm các huyết nửa người bên liệt.

- Châm bổ: tỳ du, vị du, tam âm giao, túc tam lý, giải khê; châm tả: phong long.
- Châm bình bổ bình tả: kiên ngưng, khúc trì, nội quan, bát tà, lương khâu, dương lăng tuyền, huyền chung, bát phong... mỗi ngày 8 – 10 huyết. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Nếu kèm theo liệt mặt, châm: đầu duy, dương bạch, tình minh, ty trúc không, thừa khắp, địa thương, giáp xa, hợp cốc bên đối diện.

+ Nói gọn thêm: ân môn, liên tuyến, thông lý.

e) *Xoa bóp bấm huyệt, tập phục hồi chức năng nửa người và mặt bên liệt.*

2.2. Trúng phong tạng phủ

Biểu hiện chính của trúng phong tạng phủ là có hôn mê, y học cổ truyền thường chú ý phân biệt bế chứng và thoát chứng. Bế chứng xảy ra khi tà khí thịnh mà nguyên khí trong cơ thể chưa hư (thực chứng). Thoát chứng xảy ra khi chân dương của ngũ tạng hư suy, dương khí muốn thoát (hư chứng). Như vậy, trong điều trị cần chú ý đến các triệu chứng để có pháp điều trị hợp lý: bế chứng cần khử tà, thoát chứng cần phù chính cứu thoát.

So sánh với y học hiện đại, trúng phong tạng phủ là biểu hiện nặng của tai biến mạch máu não. Ở giai đoạn này, cần có các xử trí cấp cứu để giảm đến mức thấp nhất khả năng tử vong bao gồm: hút đờm dãi, thở oxy hỗ trợ, kiểm soát huyết áp, đường máu...

Vì vậy, trong điều trị tai biến mạch máu não thể trúng phong tạng phủ trong những ngày đầu tiên, cần kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại:

– Đo, đánh giá chỉ số huyết áp. Kiểm soát huyết áp của người bệnh ở mức độ an toàn bằng các thuốc hạ huyết áp thích hợp (thuốc y học cổ truyền hoặc y học hiện đại) hoặc sử dụng phương pháp điều trị không dùng thuốc y học cổ truyền.

– Đảm bảo thông suốt đường thở, tốt nhất đặt người bệnh nằm nghiêng hoặc nằm đầu thấp. Hút đờm dãi. Thở oxy hỗ trợ bằng ống thông mũi 2 – 5 lít/phút. Duy trì PaCO₂ từ 25 – 30mmHg. Trường hợp người bệnh có nhồi máu não nặng hoặc xuất huyết não nặng, cần đặt ống nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.

– Theo dõi điện tim trong vòng ít nhất từ 48 đến 72 giờ, tới khi đảm bảo người bệnh không còn xuất hiện thêm các triệu chứng mới.

– Nếu điều kiện cho phép, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não để đánh giá vị trí và mức độ tổn thương.

– Kiểm soát đường huyết của người bệnh, để phòng trường hợp bệnh tiến triển nặng thêm do tăng đường huyết gây tổn thương não.

– Sử dụng các bài thuốc cấp cứu của y học cổ truyền phù hợp với thể bệnh. Trường hợp tai biến mạch máu não có hôn mê hoặc chức năng nuốt bị ảnh hưởng (nuốt sặc): cho người bệnh uống thuốc y học cổ truyền qua ống thông dạ dày.

Sau giai đoạn cấp cứu, khi các triệu chứng bệnh đã ổn định, người bệnh không còn xuất hiện thêm các triệu chứng mới thì có thể chuyển sang giai đoạn điều trị phục hồi chức năng bằng y học cổ truyền. Theo Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác:

khi đó, tùy theo trạng thái âm – dương, hư – thực của người bệnh mà xử phương điều bổ.

2.2.1. Thể đàm nhiệt nội bế

a) Chứng hậu:

- Bệnh thể cấp tính
- Hôn mê
- Liệt nửa người, có thể có kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc liệt mặt bên đối diện
- Thở khò khè, tiếng thở to
- Miệng hôi
- Răng cắn chặt, cắn khẩu
- Chân tay nắm chặt, co giật, vật vã
- Đại tiểu tiện bế
- Chất lưỡi đỏ giáng, rêu lưỡi vàng
- Mạch hoạt sắc.

* **Chú ý:** ở thể này, da số huyết áp của người bệnh tăng rất cao, thầy thuốc cần theo dõi sát để kịp thời điều chỉnh.

b) **Pháp điều trị:** thanh nhiệt, hóa đàm, khai khiếu, tỉnh thần.

c) Phương dược:

Dùng Chí bảo đơn hoặc An cung ngư hoàng hoàn cạy miệng cho uống, hoặc cho uống qua ống thông dạ dày để thanh nhiệt giải độc, trừ đàm, khai khiếu. Sau đó dùng bài **Linh dương cầu đằng ẩm** gia giảm để thanh nhiệt, **dưỡng âm tiềm dương**.

– Chí bảo đơn:

An tức hương	60g	Băng phiến	40g
Chu sa	40g	Đôi môi	40g
Hổ phách	40g	Hùng hoàng	40g
Nam tinh	20g	Ngư hoàng	20g
Nhân sâm	40g	Tê giác	40g
Thiên trúc hoàng	40g	Xạ hương	04g

Các vị thuốc trên (trừ nhân sâm) tán bột mịn, trộn đều, luyện mật làm viên (4g/viên), mỗi lần uống 1 viên. Khi uống: sắc nhân sâm lấy nước, tán nhỏ viên Chí bảo đơn, uống với nước nhân sâm. Ngoài ra, có thể cho nhân sâm vào tán cùng để làm hoàn. Uống 1 viên/lần với nước sôi để nguội.

– **An cung ngũ hoàng hoàn:**

Ngũ hoàng	40g	Uất kim	04g
Hoàng cầm	40g	Hùng hoàng	40g
Băng phiến	10g	Trân châu	20g
Chu sa	40g	Tê giác	40g
Hoàng liên	40g	Sơn chi	40g
Xạ hương	10g		

Tất cả các vị thuốc trên tán bột mịn, trộn đều, luyện mật làm hoàn 4g/viên.
Uống 1 viên/lần x 2 lần/ngày với nước sôi để nguội.

– **Linh dương cầu đằng ẩm:**

Bạch thực	12g	Bối mẫu	10g
Cam thảo	04g	Câu đằng	12g
Cúc hoa	12g	Linh dương giác	04g
Phục thần	12g	Sinh địa	16g
Tang diệp	12g	Trúc nhự	12g
Xương bồ	12g	Uất kim	08g
Hạ khô thảo	08g	Đan bì	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

- + Nếu chân tay co quắp, gia: toàn yết 08g, ngô công 08g, cương tàm 08g.
- + Nếu đờm nhiều, gia: trúc lịch 06g, đởm nam tinh 08g.
- + Nếu nhiều đờm, ngủ mê mệt: đổ nước trúc lịch vào mũi, mỗi lần 20g – 30g, cách 4 – 6 giờ/lần.
- + Táo bón, gia đại hoàng 08g.
- + Miệng khô, họng khô, gia: thiên hoa phấn 12g, sa sâm 12g.

d) **Châm cứu:** châm các huyết nửa người bên liệt.

- Cấp cứu: chích nặn máu thập tuyên hoặc 12 huyết tĩnh của 12 đường kinh.
- Châm tả: nhân trung, liêm tuyên, thừa tướng, hợp cốc, khúc trì, phong long; châm bổ: thái khê, nội đình. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

e) **Xoa bóp bấm huyết, tập phục hồi chức năng nửa người và mặt bên liệt**

2.2.2. **Thế đàm mê thanh khiếu**

Thấp đàm là âm tà, tích lại trong cơ thể lâu ngày làm tổn thương dương khí nên thường biểu hiện các triệu chứng không rầm rộ như chứng do đàm nhiệt gây ra.

a) *Chứng hậu:*

- Hôn mê
- Liệt nửa người, có thể có kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc liệt mặt bên đối diện
- Cấm khẩu
- Mặt nhợt, môi tái
- Chân tay mềm yếu, lạnh
- Đờm rãi nhiều
- Đại tiểu tiện bế
- Chất lưỡi đậm nhạt, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng nhớt
- Mạch trầm hoạt.

b) *Pháp điều trị:* ôn dương, hóa đàm, khai khiếu, tĩnh thần.

c) *Phương dược:*

Dùng gắp **Tô hợp hương hoàn** mài ra với nước nóng, cấy miệng cho uống, hoặc cho uống qua ống thông dạ dày để ôn dương, hóa đàm, khai khiếu. Sau đó dùng bài **Địch đàm thang** gia vị.

- **Tô hợp hương hoàn:**

Tô hợp hương	40g	Huân lục hương	40g
An túc hương	40g	Bạch đàn hương	40g
Trâm hương	40g	Đinh hương	40g
Mộc hương	40g	Hương phụ	40g
Bạch truật	40g	Chu sa	40g
Kha tử	40g	Tất bát	40g
Tê giác	40g	Băng phiến	10g
Xạ hương	04g		

Tô hợp hương, xạ hương, băng phiến tán nhỏ, để riêng từng vị. Các vị thuốc còn lại tán mịn, hoàn hồ. Lăn lượt dùng bột của 3 vị thuốc trên bao làm áo, sấy khô (5g/viên). Uống 1 – 2 viên/lần, ngày uống 3 lần, tối uống 1 lần.

- **Địch đàm thang:**

Bán hạ chế	10g	Đờm nam tinh	10g
Quất hồng	10g	Chỉ thực	10g
Phục linh	12g	Nhân sâm	12g
Xương bồ	10g	Trúc nhự	10g
Cam thảo	06g	Sinh khương	2 lát
Đại táo	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

+ Nếu triệu chứng của hàn rõ: người lạnh, chân tay lạnh, thở ngắn, gia: nhục quế 06g, phụ tử chế 06g.

+ Chân tay co quắp, gia: câu đằng 10g, toàn yết 08g, địa long 06g.

d) *Châm cứu*: châm các huyết nửa người bên liệt.

– Cấp cứu: chích nặn máu thập tuyên hoặc 12 huyết tĩnh của 12 đường kinh, nhân trung, liêm tuyến, thừa tương.

– Châm bổ và cứu: thận du, mệnh môn, thần khuyết, quan nguyên, khí hải, túc tam lý. Châm bổ: nội đình, phong long. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

e) *Xoa bóp bấm huyết, tập phục hồi chức năng nửa người và mặt bên liệt.*

2.2.3. Thể nguyên khí bại thoát

a) *Chứng hậu*:

- Đột nhiên hôn mê
- Liệt tứ chi, liệt mềm, có thể có kèm theo liệt mặt
- Sắc mặt trắng bệch
- Mắt nhắm, miệng há, lưỡi rụt
- Vã mồ hôi lạnh, lượng nhiều
- Tứ chi lạnh
- Đại tiểu tiện không tự chủ
- Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng nhớt
- Mạch trầm vi tế.

* **Chú ý**: ở thể này, người bệnh thường có biểu hiện huyết áp tụt hoặc không đo được huyết áp. Do đó, thầy thuốc cần theo dõi chặt chẽ huyết áp của người bệnh để có phương án xử trí kịp thời.

b) *Pháp điều trị*: ích khí hồi dương, phù chính cố thoát.

c) *Phương dược*:

Dùng ngay **Sâm phụ thang** là thuốc hồi dương để bảo toàn tính mệnh. Sau khi hồi dương, nếu người bệnh có biểu hiện mặt đỏ, chân lạnh, bứt rứt không yên, mạch nhược hoặc đột nhiên khuyếch đại là do chân âm hư tổn, dương không có chỗ dựa nên hư dương trôi lên muốn thoát. Khi đó có thể dùng bài **Địa hoàng âm tử** để dưỡng âm, bổ dương, hồi dương, cố thoát.

– **Sâm phụ thang:**

Nhân sâm	16g	Phụ tử chế	12g
----------	-----	------------	-----

Hai vị trên đổ nước vừa đủ một lần uống, sắc vừa lửa, để sôi 15 – 20 phút, uống ấm. Trường hợp hôn mê có thể cho uống qua ống thông dạ dày.

Gia giảm:

- + Nếu trung khí kém, gia bạch truật 12g.
- + Nếu suyễn thở, gia ngũ vị tử 08g.
- + Mồ hôi ra nhiều, gia: hoàng kỳ 12g, long cốt 12g, mẫu lệ 12g, sơn thù 08g.

– **Địa hoàng ẩm tử:**

Thục địa	12g	Ba kích (bỏ lõi)	12g
Sơn thù	12g	Thạch斛	12g
Nhục thung dung (tẩm rượu sao)	12g	Phụ tử chế	12g
Ngũ vị tử	12g	Nhục quế	12g
Phục linh	12g	Mạch môn (bỏ lõi)	12g
Xương bồ	12g	Viễn chí (bỏ lõi)	12g

Tất cả tán bột. Mỗi lần uống lấy 8g – 12g bột, sắc với sinh khương 5 lát, đại táo 10 quả, bạc hà 5 – 7 lá. Có thể dùng thang sắc uống.

d) **Châm cứu:**

- Cứu ngài: quan nguyên, khí hải, tam âm giao.
- Cứu cách muối: thần khuyết.
- Châm tả: nhân trung.
- Đại tiểu tiện không tự chủ: cứu bách hội, châm bổ thận du.

e) **Xoa bóp bấm huyệt, tập phục hồi chức năng nửa người và mặt bên liệt.**

2.3. Di chứng tai biến mạch máu não

Sau giai đoạn cấp (thông thường là từ ngày thứ 20 sau tai biến mạch máu não trở đi), khi các triệu chứng bệnh đã ổn định, người bệnh không còn xuất hiện thêm các triệu chứng mới thì có thể nói các triệu chứng còn lại là di chứng của tai biến mạch máu não. Lúc này, chính khí của cơ thể còn hư yếu, khí trệ huyết ứ, lạc mạch không thông, vì vậy cần sử dụng các thuốc và phương pháp điều trị có tác dụng nâng cao chính khí, hoạt huyết thông lạc.

2.3.1. Chứng hậu

– Yếu hoặc liệt nửa người, có thể kèm theo liệt mặt cùng bên hoặc liệt mặt bên đối diện.

- Lưỡi cứng, nói khó
- Chân tay cử động khó khăn
- Ngoài ra, có thể có các biểu hiện: cảm giác tê dại, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, tiểu tiện hoặc đại tiện không tự chủ, hoặc đại tiện bí kết
- Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng dày nhớt hoặc rêu lưỡi vàng
- Mạch trầm hoạt hoặc huyền hoạt.

2.3.2. Pháp điều trị: ích khí, hoạt huyết, thông lạc

2.3.3. Phương dược

- Cổ phương: **Bổ dương hoàn ngũ thang** gia vị.

Địa long	10g	Sinh kỳ	12g
Đào nhân	08g	Xích thực	12g
Hồng hoa	08g	Quy vĩ	12g
Xuyên khung	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

* **Chú ý:** trong các trường hợp xuất huyết não, chỉ sử dụng bài thuốc này khi đã chắc chắn không còn tình trạng xuất huyết.

Gia giảm:

- + Khí hư nhiều: mệt mỏi, thở ngắn, bụng trướng, đại tiện bí kết, gia: đảng sâm 12g.
- + Tỳ hư, đại tiện lỏng: giảm đào nhân, dương quy; gia bạch truật 12g, phục linh 12g, biển đậu 10g.
- + Chân tay tê bì, vận động khó khăn, gia: kê huyết đằng 12g, mộc qua 10g.
- + Chân tay mềm yếu, vô lực gia: tang ký sinh 12g, đỗ trọng 12g, kỷ tử 12g.
- + Lưỡi cứng, nói khó gia xương bồ 10g.

- Thuốc nam:

Đan sâm	15g	Hà thủ ô	12g
Kê huyết đằng	15g	Tô mộc	12g
Rễ vú bò	12g	Xương bồ	08g
Tang ký sinh	12g	Hy thiêm	12g
Cam thảo đất	08g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

Châm bình bổ bình tả các huyết nửa người bên liệt: kiên ngưng, tý nhu, khúc trì, thủ tam lý, nội quan, ngoại quan, hợp cốc, bát tà, hoàn khiêu, phục thổ, lương khâu, huyết hải, dương lăng tuyền, huyền chung, giải khê, thái xung, bát phong... mỗi ngày 8 – 10 huyết. Công thức huyết tùy theo thể bệnh và tình trạng bệnh.

– Nếu kèm theo liệt mặt: thêm đầu duy, dương bạch, tinh minh, ty trúc không, thừa khấp, địa thương, giáp xa bên liệt; hợp cốc bên đối diện.

– Nuốt sặc, nói ngọng thêm: ân môn, liêm tuyền, thông lý hai bên.

– Rối loạn khứu giác thêm nghinh hương hai bên.

– Nếu bàn tay nắm chặt, các ngón tay co duỗi khó khăn: châm tả hợp cốc xuyên lao cung.

– Đàm nhiều: chân tay nặng nề, mệt mỏi, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi nhớt, mạch hoạt, châm tả phong long; châm bổ: túc tam lý, tam âm giao.

– Huyết hư nhiều: sắc mặt nhợt, mệt mỏi, ngủ kém, hay mê, chân tay co duỗi khó khăn, châm bổ: huyết hải, túc tam lý, dương lăng tuyền, tam âm giao.

2.3.5. Xoa bóp bấm huyết phục hồi chức năng nửa người và mặt bên liệt

Ở giai đoạn này, việc xoa bóp bấm huyết phục hồi chức năng đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Đây là phương pháp điều trị có hiệu quả rõ rệt đối với người bệnh tai biến mạch máu não. Cần thực hiện ít nhất 1 lần/ngày dưới sự hướng dẫn, giúp đỡ của thầy thuốc. Ngoài ra, cần hướng dẫn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân xoa bóp phần thân bên liệt thường xuyên để giúp khí huyết lưu thông, phục hồi chức năng của các cơ nửa người bên liệt, tránh loét do nằm lâu.

3. PHÒNG BỆNH

Các phương pháp dự phòng tai biến mạch máu não bao gồm chế độ ăn uống, quản lý bệnh tật có liên quan... chúng tôi đã trình bày trong phần y học hiện đại. Trong phần này, chúng tôi đề cập đến các phương pháp dự phòng theo y học cổ truyền.

– Để dự phòng tai biến mạch máu não, thầy thuốc cần thực hiện công tác tư vấn để người bệnh luôn có thái độ tâm thần đúng mực trong cuộc sống, giữ cho tinh thần được thư thái, tránh cáu giận quá mức làm ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của tạng can, dễ gây động phong.

– Đối với những người có nguy cơ cao đối với bệnh tai biến mạch máu não: hướng dẫn người bệnh luyện tập khí công dưỡng sinh ở mức độ phù hợp có tác dụng tăng cường sức khỏe, giúp tinh thần thư thái, hạn chế đến mức thấp nhất khả năng bị tai biến mạch máu não.

– Với những người đã từng bị tai biến mạch máu não: hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập luyện ý và luyện thở của khí công dưỡng sinh. Đây là cách phòng tránh tái phát tai biến mạch máu não hữu hiệu của y học cổ truyền.

Để thực hiện tốt công tác dự phòng, thầy thuốc nên hướng dẫn người bệnh thực hiện các phương pháp dự phòng kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền một cách hợp lý để tăng tính hiệu quả trong việc phòng bệnh tai biến mạch máu não.

*** Tóm lại:** tai biến mạch máu não là tình trạng bệnh cấp tính, nguy hiểm, là một trong những nguyên nhân gây tỷ lệ tử vong cao ở người cao tuổi. Nguyên nhân chủ yếu do tăng huyết áp, đái tháo đường, một số bệnh tim mạch, bệnh mạch máu ngoại biên, rối loạn lipid máu, lạm dụng thức uống có cồn (rượu, bia), rối loạn chức năng đông máu. Khi xảy ra tai biến mạch máu não, cần thiết phải xử trí cấp cứu đối với bệnh nhân để giảm đến mức thấp nhất khả năng tử vong. Cùng với xử trí cấp cứu, cần áp dụng các biện pháp dinh dưỡng, chăm sóc, luyện tập một cách hợp lý để tránh bội nhiễm thứ phát, đồng thời giúp bệnh nhân phục hồi chức năng, giảm nhẹ di chứng. Cần kết hợp các phương pháp dự phòng của YHCT và YHHD để tăng tính hiệu quả trong việc phòng bệnh tai biến mạch máu não.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa tai biến mạch máu não của Tổ chức Y tế Thế giới.
2. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của tai biến mạch máu não theo YHHD.
3. Trình bày phương pháp điều trị cấp cứu, phục hồi chức năng và điều dưỡng bệnh nhân tai biến mạch máu não theo YHHD.
4. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị các thể bệnh trúng phong kinh lạc của tai biến mạch máu não.
5. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị các thể bệnh trúng phong tạng phủ của tai biến mạch máu não.
6. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị di chứng tai biến mạch máu não.
7. Trình bày các biện pháp phòng chống tai biến mạch máu não theo YHCT và YHHD.

RỐI LOẠN LIPID MÁU

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh rối loạn lipid máu theo YHCT và YHHĐ.
- Chẩn đoán, điều trị, dự phòng được bệnh rối loạn lipid máu theo YHCT và YHHĐ.

ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn lipid máu là tình trạng mất cân bằng giữa các thành phần lipoprotein trong máu. Trong các y văn trước đây thường hay đề cập đến tình trạng tăng lipid máu hoặc tăng cholesterol máu, nhưng một số nghiên cứu gần đây cho thấy rối loạn lipid máu là tình trạng tăng hoặc giảm một hoặc nhiều thành phần của lipoprotein trong máu. Tuy nhiên, rất hiếm khi xảy ra tình trạng giảm lipoprotein, trường hợp này thường do bẩm sinh, do một hoặc một số gen lặn chi phối. Trong bài này, chúng tôi đề cập đến một tình trạng hay gặp trên lâm sàng, đó là rối loạn lipid máu có tăng một hoặc nhiều thành phần lipoprotein.

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ của nhiều chứng bệnh ở người cao tuổi như: vữa xơ động mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường; từ đó có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như: tai biến mạch máu não, thiếu năng động mạch vành, nhồi máu cơ tim...

Rối loạn lipid máu thuộc phạm vi chứng “đàm trọc” (痰浊), “phì bạng” (肥胖)... của y học cổ truyền.

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. NHẮC LẠI SỰ CHUYỂN HOÁ VÀ TÁC DỤNG CỦA LIPID TRONG CƠ THỂ

Trong cơ thể, lipid được chuyển hóa theo hai chu trình là ngoại sinh và nội sinh.

– Chu trình ngoại sinh: lipid sau khi được đưa vào cơ thể qua đường thức ăn, một phần được tiêu hóa ngay từ tá tràng; tại đây, dưới tác dụng của men lipase, các acid béo được chuyển thành các dạng tự do, từ đó hấp thu vào cơ thể theo đường tĩnh mạch cửa để vào gan, tham gia vào chu trình nội sinh. Còn lại, phần lớn lipid từ thức ăn kết hợp với muối mật thành dạng nhũ tương (gọi là chylomicron) rồi được hấp thu qua đường bạch mạch ruột để vào tuần hoàn chung.

– Chu trình nội sinh: đây là chu trình tạo ra phần lớn lượng lipid trong cơ thể. Tại gan, các sản phẩm chuyển hóa của cơ thể như: acetyl Co-enzym A, glycerol-3-phosphate sẽ tham gia vào quá trình tổng hợp thành acid béo và glycerin, từ đó tạo thành lipid trong cơ thể.

Lipid được hấp thu vào cơ thể qua đường thức ăn và lipid được hình thành từ con đường nội sinh tại gan đều được đưa vào tuần hoàn chung bằng cách gắn với các apoprotein để tạo thành lipoprotein tỷ trọng rất thấp (VLDL – Very low density lipoprotein) mà thành phần chủ yếu là triglycerid.

VLDL theo đường tuần hoàn tới mô mỡ, sau khi trao phần lớn triglycerid cho mô mỡ, tỷ trọng tăng lên và lần lượt biến thành lipoprotein tỷ trọng trung gian (IDL – Intermediate density lipoprotein) rồi lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL – Low density lipoprotein) gồm đa số là cholesterol và phospholipid.

Sau khi trao cholesterol cho các tế bào theo nhu cầu, LDL chuyển thành lipoprotein tỷ trọng cao (HDL – High density lipoprotein). HDL có tác dụng vận chuyển cholesterol ra khỏi các mô ngoại vi về gan nếu mô thừa chất này.

Tác dụng của lipid trong cơ thể:

- Triglycerid được sử dụng vào việc cung cấp năng lượng cho cơ thể.
- Cholesterol, phospholipid và một số ít triglycerid tham gia cấu tạo nên màng tế bào, màng các bào quan ở bào tương, thực thi một số chức năng trong tế bào. Cholesterol còn là nguyên liệu ban đầu để tạo vitamin D, hormon sinh dục, hormon thượng thận và muối mật...

Một người được coi là có chỉ số lipid máu bình thường khi:

- Cholesterol: < 5,2mmol/l (200mg/dL)
- HDL: ≥ 0,9mmol/l (35mg/dL)
- LDL: < 3,4mmol/l (130mg/dL)
- Triglycerid: 1,7mmol/l – 2,3mmol/l (150mg/dL – 200mg/dL)

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Khi quá trình chuyển hóa lipid theo hai chu trình ngoại sinh và nội sinh diễn ra bình thường thì sẽ không xảy ra tình trạng rối loạn lipid máu. Trường hợp các

yếu tố tạo nên hai chu trình này bị tác động gây thừa hoặc thiếu sẽ gây rối loạn lipid máu. Các yếu tố đó bao gồm:

- Ăn quá nhiều chất béo bão hòa sẽ trực tiếp làm tăng lipid máu, đồng thời làm tăng acetyl Co-enzym A, là nguyên liệu để tổng hợp lipid tại gan. Chất béo bão hòa có trong thức ăn có mỡ, đặc biệt là sữa và các sản phẩm từ sữa, thịt mỡ, bơ động vật, dầu dừa, dầu cọ, các loại bánh như bích quy, ga tô...

- Ăn quá nhiều chất béo không bão hòa và không sử dụng các thức ăn chứa chất béo bão hòa trong thời gian dài sẽ làm giảm nồng độ cholesterol trong máu. Cơ chế làm hạ lipid máu của các acid béo không bão hòa hiện nay chưa rõ, nhưng chất xơ sợi của thức ăn làm acid mật không thể tái hấp thu từ ruột vào máu; thiếu acid mật, gan sẽ dùng cholesterol tạo acid mật, do đó làm giảm cholesterol.

- Ít vận động dẫn tới tình trạng béo phì: theo Tổ chức Y tế Thế giới, béo phì là tình trạng tích lũy mỡ quá mức và không bình thường tại một vùng cơ thể hay toàn thân đến mức ảnh hưởng tới sức khỏe. Tình trạng này gây nên sự tăng lipid một cách bất thường trong máu.

- Uống rượu, hút thuốc lá cũng là những nguyên nhân gây rối loạn lipid máu.

- Rối loạn lipid máu thứ phát: đái tháo đường, rối loạn chức năng một số tuyến nội tiết (tuyến yên, tuyến giáp, tuyến thượng thận...).

- + Đái tháo đường có kèm theo rối loạn lipid máu thường gặp ở người mắc đái tháo đường typ 2: do lượng glucose được đưa vào cơ thể quá nhiều, lượng insulin do tụy bài tiết ra không đủ để đáp ứng cho việc vận chuyển glucose trong cơ thể, gây nên tình trạng đái tháo đường; đồng thời, glucose được vận chuyển vào cơ thể quá nhiều sẽ tới gan để tham gia vào quá trình tạo thành acid béo và triglycerid, từ đó gây rối loạn lipid máu.

- + Rối loạn chức năng một số tuyến nội tiết: một số tuyến nội tiết như tuyến yên, tuyến giáp, tuyến thượng thận... bài tiết các hormon (GH, ACTH, tyrosin, corticoid, adrenalin, noradrenalin) có tác dụng tham gia vào quá trình chuyển hóa lipid trong cơ thể. Sự rối loạn chức năng của các tuyến nội tiết sẽ gây nên tình trạng rối loạn lipid máu.

- Ngoài ra, tình trạng rối loạn lipid máu còn có tính chất gia đình hoặc liên quan đến gen di truyền.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

Biểu hiện thường thấy nhất ở những người có rối loạn lipid máu là tình trạng thừa cân, béo phì. Triệu chứng này được xác định bằng cách tính chỉ số khối cơ thể (BMI):

$$\text{BMI} = \frac{W}{H^2}$$

Trong đó:

- BMI (Body Mass Index): chỉ số khối cơ thể
- W (Weight): cân nặng (kg)
- H (Height): chiều cao (m)

Tiêu chuẩn của chỉ số BMI ở người Việt Nam như sau:

- BMI < 18,5: thiếu cân
- $18,5 \leq \text{BMI} < 23$: bình thường
- $23 \leq \text{BMI} < 25$: thừa cân
- BMI > 25: béo phì

Ngoài ra, đối với người cao tuổi, tình trạng béo phì còn được xác định bằng vòng bụng, tỷ số giữa vòng eo và vòng hông:

– Béo phì ngoại vi: thường gặp ở nữ giới. Tình trạng béo phì thường xảy ra ở vùng dưới của cơ thể (từ hông trở xuống), còn gọi là béo phì hình quả lê.

– Béo phì trung tâm: thường gặp ở nam giới, nhưng cũng có khi gặp ở nữ giới. Tình trạng béo phì thường xảy ra ở phần trên cơ thể (vùng bụng, eo), còn gọi là béo phì hình quả táo. Người béo phì trung tâm có vòng eo ≥ 94 cm ở nam giới và ≥ 80 cm ở nữ giới.

– Tỷ số vòng eo trên vòng hông, hay còn gọi là tỷ số eo trên hông (waist-hip ratio – WHR) là giá trị của phép chia giữa số đo chu vi vòng eo và số đo chu vi vòng hông (tại vị trí lớn nhất có thể của vòng hông). Giá trị này có tác dụng xác định sự phân phối mỡ trên cơ thể. Người béo phì có WHR ≥ 1 đối với nam và $\geq 0,85$ đối với nữ.

3.2. Cận lâm sàng

Chủ yếu biểu hiện bằng sự thay đổi của các chỉ số sinh hóa máu:

- Cholesterol toàn phần: $\geq 5,2\text{mmol/l}$ (200mg/dL)
- HDL: $< 0,9\text{mmol/l}$ (35mg/dL)
- LDL: $\geq 3,4\text{mmol/l}$ (130mg/dL)
- Triglycerid: $\geq 2,3\text{ mmol/l}$ (200 mg/dL)
- Glucose: bình thường, hoặc có thể có glucose huyết tương lúc đói $\geq 7\text{mmol/l}$ (126mg/dL).

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Một người được chẩn đoán xác định có rối loạn lipid máu khi:

- Cholesterol toàn phần: $\geq 6,2\text{mmol/l}$ (240mg/dL)
- LDL: $\geq 4,1\text{mmol/l}$ (160mg/dL)
- Triglycerid: $\geq 2,3\text{mmol/l}$ (200mg/dL)
- Hoặc cholesterol toàn phần trong khoảng từ $5,2\text{mmol/l}$ (200mg/dL) đến $6,2\text{mmol/l}$ (240mg/dL), kèm theo có HDL: $< 0,9\text{mmol/l}$ (35mg/dL).

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Để chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây bệnh, cần khai thác kỹ các thông tin về cách sống, tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình người bệnh.

- Rối loạn lipid máu do chế độ ăn: ăn nhiều thức ăn có chứa các acid béo bão hòa, đường, tinh bột; uống rượu nhiều...
- Rối loạn lipid máu do thói quen trong sinh hoạt hằng ngày: môi trường sống tĩnh tại, ít vận động, hút thuốc lá...
- Rối loạn lipid máu thứ phát:
 - + Rối loạn lipid máu do đái tháo đường: thường gặp ở người mắc đái tháo đường typ 2, xác định bằng xét nghiệm glucose máu.
 - + Rối loạn lipid máu do rối loạn chức năng một số tuyến nội tiết: dựa vào biểu hiện lâm sàng đặc trưng của rối loạn nội tiết và xét nghiệm nồng độ các hormon có liên quan như: GH, ACTH, tyrosin, corticoid, adrenalin, noradrenalin...
- Rối loạn lipid máu có tính chất gia đình hoặc liên quan đến gen di truyền: khai thác các thông tin về tiền sử bệnh tật có liên quan của gia đình người bệnh.

5. PHÂN LOẠI

5.1. Phân loại quốc tế

Loại lipid máu \ Typ	I	Ila	Ilb	III	IV	V
Cholesterol	↑	↑↑	↑	↑	↑	↑
Triglycerid	↑↑		↑	↑	↑↑	↑↑
Chylomicron	↑↑					↑
VLDL			↑		↑↑	↑
LDL	↓	↑	↑			
IDL				↑		

- ↑ : tăng
- ↑↑: tăng cao
- ↓ : giảm

5.2. Phân loại theo de Gennes

- Tăng cholesterol máu đơn thuần:
 - + Cholesterol tăng cao
 - + Triglycerid bình thường
 - + Tỷ lệ cholesterol/triglycerid > 2,5
 - + LDL tăng
- Tăng triglycerid máu đơn thuần:
 - + Cholesterol tăng
 - + Triglycerid tăng cao
 - + Tỷ lệ triglycerid/cholesterol > 2,5
 - + LDL bình thường hoặc giảm
 - + Chylomicron tăng cao đơn thuần; hoặc VLDL tăng cao đơn thuần; hoặc tăng cả chylomicron và VLDL
- Tăng lipid máu hỗn hợp:
 - + Cholesterol tăng
 - + Triglycerid tăng
 - + Tỷ lệ cholesterol/triglycerid < 2,5
 - + LDL tăng; hoặc tăng VLDL và IDL

Để đánh giá một cách chính xác loại rối loạn lipid máu, nên áp dụng cả hai cách phân loại quốc tế và phân loại theo de Gennes.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt

- Để điều trị có hiệu quả tình trạng rối loạn lipid máu, trước tiên, người bệnh cần tuân thủ việc điều chỉnh chế độ ăn trong vòng 2 – 3 tháng. Không nên vội vã dùng thuốc đối với những trường hợp rối loạn lipid ở mức độ nhẹ. Chế độ ăn cho người rối loạn lipid máu bao gồm:

+ Hạn chế các loại thức ăn có chứa các chất béo bão hòa như: các loại thức ăn có mỡ, đặc biệt là sữa và các sản phẩm từ sữa, thịt mỡ, bơ động vật, dầu dừa, dầu cọ, các loại bánh như bích quy, ga tô...

+ Sử dụng các loại thức ăn có chứa các chất béo không no như dầu thực vật (đậu nành, vừng...), cá (có nhiều acid béo không no họ omega-3 có tác dụng làm giảm cholesterol máu).

+ Giảm các thức ăn chứa nhiều cholesterol như phủ tạng động vật; giảm các đồ ăn có nhiều đường, tinh bột.

+ Hạn chế bia, rượu, thuốc lá, đặc biệt là khi có tăng triglycerid.

+ Tăng sử dụng các loại rau, quả tươi, sữa đậu nành.

– Tăng cường hoạt động thể lực: nên chọn một môn thể dục thể thao phù hợp với tình trạng sức khỏe của người bệnh để nâng cao sức khỏe, tiêu hao nguồn năng lượng thừa, giảm cân (nếu thừa cân, béo phì). Nhìn chung, nên khuyến khích người cao tuổi vận động bằng cách đi bộ khoảng 30 – 45 phút/ngày, tập luyện hằng ngày hoặc ít nhất 3 lần/tuần.

– Trường hợp đã điều chỉnh chế độ ăn và thực hiện chế độ luyện tập thể lực mà cholesterol vẫn > 5,2mmol/l và/hoặc triglycerid > 2,3mmol/l thì cần phối hợp với sử dụng thuốc; đồng thời vẫn cần kết hợp với việc duy trì chế độ ăn bệnh lý và chế độ luyện tập phù hợp với tình hình sức khỏe người bệnh.

6.2. Dùng thuốc

6.2.1. Resin – bản chất là các nhựa trao đổi ion (Cholestyramin, Cholestipol)

– Tác dụng: thuốc uống không bị hấp thụ qua niêm mạc ruột, không bị các men tiêu hoá tác động, có khả năng trao đổi ion Cl^- với acid mật, làm cho acid mật ở dạng liên kết không bị hấp thu trở lại mà theo phân để thải ra ngoài; cắt chu trình ruột – gan của acid mật và làm giảm cholesterol, LDL, tăng nhẹ HDL. Thuốc có thể làm tăng triglycerid và VLDL. Sau khi ngừng dùng thuốc 3 – 6 tháng, lượng cholesterol toàn phần và LDL tăng trở lại.

– Tác dụng không mong muốn: dễ gây đầy bụng, buồn nôn, táo bón, cản trở hấp thu các vitamin tan trong lipid và một số thuốc khác (digitalis, thuốc chống đông, hormon tuyến giáp) khi qua ruột.

– Chỉ định: typ IIa.

– Chống chỉ định: tăng triglycerid máu, suy gan, tắc đường dẫn mật, táo bón nhiều.

6.2.2. Acid nicotinic (Dilexpal, Novacyl)

– Tác dụng: với liều cao 2 – 6g/ngày, acid nicotinic làm giảm VLDL; giảm triglycerid do ức chế quá trình tiêu lipid ở tổ chức mỡ; làm giảm lượng acid béo cần thiết cho gan tổng hợp VLDL; tăng chuyển hoá VLDL, qua đó giảm LDL. Ngoài ra, thuốc còn làm giảm lipoprotein(a), tăng nhẹ HDL.

- Tác dụng không mong muốn: dễ gây rối loạn tiêu hoá, cảm giác nóng rát dạ dày, suy thận, tăng nhãn áp.
- Do dùng liều cao và có nhiều tác dụng không mong muốn nên thuốc ít được dùng ở nước ta hiện nay.

6.2.3. Các acid béo không no omega-3 (Maxepa)

- Tác dụng: các acid béo không no họ omega-3 được chiết xuất từ cá biển, có tác dụng làm giảm triglycerid và VLDL máu là chính; giảm nhẹ cholesterol, LDL; tăng nhẹ HDL (hiệu lực chưa bằng Fibrat); làm giảm nguy cơ huyết khối do tác động đến chuyển hoá của prostaglandin.
- Thuốc ít có tác dụng không mong muốn.
- Chỉ định: typ IIa, IIb, III, IV.

6.2.4. Fibrat

- Các thuốc thuộc nhóm này bao gồm:
 - + Clofibrat (Misclerduon, Lipavlon)
 - + Benzafibrat (Bezalip)
 - + Fenofibrat (Lipanthyl)
 - + Gemfibrozil (Lopid) ...
- Tác dụng: giảm dòng acid béo về gan, giảm tổng hợp VLDL, tăng độ thanh thải VLDL, giảm hình thành LDL nhỏ và đặc dễ gây vữa xơ động mạch, giảm oxy hoá LDL. Kết quả là làm giảm cả triglycerid và cholesterol, giảm VLDL và LDL, tăng HDL; các fibrat còn làm giảm kết tập tiểu cầu, giảm fibrinogen, acid uric máu. Các fenofibrat còn làm giảm lượng lipoprotein(a). Gemfibrozil còn làm tăng tổng hợp apoprotein AI và AII.
- Tác dụng không mong muốn: đầy bụng, buồn nôn, ỉa lỏng, mẩn ngứa, có thể tăng men gan, yếu cơ, sỏi mật.
- Chỉ định: typ IIa, IIb, IV, V.
- Chống chỉ định: suy gan, suy thận, bệnh lý túi mật.

6.2.5. Statin

- Các thuốc thuộc nhóm này bao gồm:
 - + Atorvastatin (Lipitor)
 - + Fluvastatin (Lescol)
 - + Lovastatin (Mevacor)

- + Pravastatin (Elisor)
- + Simvastatin (Zocor)...

– Tác dụng: ức chế men hydroxy-methyl-glutaryl-Co-enzym A (HMGCoA reductase) làm cản trở quá trình sinh tổng hợp cholesterol trong tế bào, tăng tổng hợp các cảm thụ cho LDL để tăng thoái giáng LDL theo con đường thụ thể. Các statin làm giảm cholesterol và LDL là chính, làm giảm nhẹ triglycerid và tăng nhẹ HDL.

– Tác dụng không mong muốn: rối loạn tiêu hoá, đau đầu, nổi mẩn, đôi khi tăng các men gan, tổn thương cơ, tiêu hủy cơ vân.

– Chỉ định: typ IIa, có thể dùng cho typ IIb.

– Chống chỉ định: suy gan, suy thận.

– Giảm liều khi dùng cùng với các chất kháng vitamin K (trừ pravastatin).

Trong quá trình điều trị cần xét nghiệm định kỳ các chỉ số lipid máu để đánh giá tình trạng đáp ứng và điều chỉnh liều lượng thuốc.

Đồng thời, cần làm các xét nghiệm để đánh giá chức năng gan, thận do đa số các sản phẩm trên đều có những tác dụng không mong muốn, đặc biệt là khi người bệnh cần điều trị trong một thời gian dài.

Có thể phối hợp thuốc để tăng hiệu lực điều chỉnh rối loạn lipid máu nhưng cần lưu ý:

– Nếu phối hợp statin với resin thì phải uống statin vào lúc trước khi đi ngủ, cách 2 giờ sau khi uống resin.

– Không phối hợp statin với fibrat vì tăng tính độc của thuốc.

7. BIẾN CHỨNG

Vữa xơ động mạch: rối loạn lipid máu là một trong những nguyên nhân gây nên các mảng bám (mảng vữa xơ) tại thành động mạch, tạo ra hiện tượng xơ vữa và hẹp lòng động mạch. Từ đó dẫn tới tình trạng thiếu năng động mạch vành, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não. Đồng thời, vữa xơ động mạch cũng là yếu tố tham gia vào vòng xoắn bệnh lý tăng huyết áp.

8. DỰ PHÒNG RỐI LOẠN LIPID MÁU

Để phát hiện và điều trị sớm các biểu hiện ban đầu của bệnh rối loạn lipid máu một cách có hiệu quả, trước hết, thầy thuốc cần tư vấn cho người cao tuổi làm xét nghiệm về các chỉ số triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL, LDL định kỳ 5 năm/lần.

Cũng giống như bệnh đái tháo đường, vấn đề quan trọng nhất trong dự phòng rối loạn lipid máu là thay đổi lối sống. Đây là cách phòng bệnh mang lại hiệu quả cao và ít tốn kém nhất. Căn cứ vào thực tế cuộc sống hàng ngày của người bệnh, thầy thuốc cần có ý kiến tư vấn cho người bệnh một cách hợp lý về việc thay đổi lối sống, để người bệnh có thể thực hiện dự phòng rối loạn lipid máu một cách hiệu quả nhất.

Việc thay đổi lối sống bao gồm:

- Ăn uống: đây là yếu tố quan trọng nhất trong dự phòng rối loạn lipid máu.
 - + Người bệnh cần hạn chế các loại thức ăn có chứa các chất béo bão hòa như: các loại thức ăn có mỡ, đặc biệt là sữa và các sản phẩm từ sữa, thịt mỡ, bơ động vật, dầu dừa, dầu cọ, các loại bánh như bích quy, ga tô...
 - + Sử dụng các loại thức ăn có chứa các chất béo không no như dầu thực vật (đậu nành, vừng...), cá (có nhiều acid béo không no họ omega-3 có tác dụng làm giảm cholesterol máu).
 - + Giảm các thức ăn chứa nhiều cholesterol như phủ tạng động vật; giảm các đồ ăn có nhiều đường, tinh bột.
 - + Hạn chế bia, rượu, thuốc lá.
 - + Tăng sử dụng các loại rau, quả tươi, sữa đậu nành.
- Luyện tập: hướng dẫn người bệnh thường xuyên hoạt động thể lực, luyện tập thể dục thể thao ở mức độ sức khoẻ cho phép giúp tiêu hao nguồn năng lượng thừa trong cơ thể, hạn chế tình trạng thừa cân, béo phì, từ đó có tác dụng phòng ngừa rối loạn lipid máu.
- Đối với trường hợp mắc bệnh đái tháo đường hoặc bệnh do rối loạn chức năng một số tuyến nội tiết, cần điều trị triệt để (nếu có thể) hoặc quản lý tốt tình trạng bệnh tật để dự phòng rối loạn lipid máu thứ phát.
- Theo dõi các chỉ số lipid máu định kỳ, phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn lipid máu để có phương án điều trị và dự phòng thích hợp.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

Rối loạn lipid máu thuộc phạm vi chứng “đàm trọc” (痰浊), “phì bạng” (肥胖)... của y học cổ truyền.

1. NHẮC LẠI CHỨC NĂNG CỦA CÁC TẠNG LIÊN QUAN TỚI SỰ HÌNH THÀNH ĐÀM VÀ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐÀM THẤP TRONG CƠ THỂ

Sự vận hóa thủy dịch trong cơ thể có liên quan chủ yếu với các tạng phế, tỳ, can, thận:

– Phế chủ tuyên phát, tức giáng, thông điều thủy đạo khiến cho đường vận hành của thủy dịch trong cơ thể được thông suốt, thủy dịch được vận hành linh hoạt khắp cơ thể. Khi chức năng của phế bị rối loạn sẽ làm cho tân dịch bị đình trệ lại mà sinh đàm ẩm, từ đó gây nên các chứng: suyễn thở, đờm nhiều, ngực phiền...

– Tỳ chủ vận hóa bao gồm vận hóa thức ăn và vận hóa thủy dịch. Dưới tác dụng vận hóa của tỳ, thủy dịch được chuyển hóa thành tân dịch, lên phế và phân tán đi toàn thân, phát huy tác dụng tư dưỡng, nhu nhuận. Đồng thời, tỳ còn đem thủy dịch dư thừa sau khi các cơ quan tổ chức sử dụng đưa lên phế, từ đó đưa xuống thận, thông qua tác dụng khí hóa của phế và thận tạo thành mồ hôi và nước tiểu để đào thải ra ngoài. Khi chức năng chủ vận hóa của tạng tỳ bị rối loạn, thủy dịch không thể chuyển hóa hết thành tân dịch, phần còn lại bị đình trệ trong cơ thể, tạo thành đàm thấp. Biểu hiện: thể trạng béo, ngực bụng trướng đầy, chân tay nặng nề, đại tiện phân nát...

– Can chủ sơ tiết, có tác dụng duy trì khí cơ toàn thân thông suốt, thúc đẩy huyết và tân dịch vận hành. Chức năng này có liên quan mật thiết tới sự vận hóa của tạng tỳ, giúp khí cơ của tỳ thông sướng, chức năng thăng giáng được hài hòa. Khi chức năng sơ tiết của tạng can rối loạn làm ảnh hưởng tới chức năng vận hóa của tạng tỳ, khiến cho thủy thấp không được vận hành, đình trệ lại mà sinh đàm thấp. Trên lâm sàng thường có các biểu hiện: thể trạng béo, cảm giác đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, tức ngực, phiền nhiệt, cơ thể như bị bó.

– Thận chủ thủy, có chức năng chủ trì và điều tiết trao đổi tân dịch trong cơ thể. Thận dương có tác dụng thúc đẩy quá trình phân bố và bài tiết tân dịch; ngược lại, thận âm có tác dụng kìm hãm quá trình này. Do đó, người xưa nói: “thận dương chủ mở, thận âm chủ đóng”. Thận dương có tác dụng khí hóa, ôn ấm tỳ dương, từ đó làm cho chức năng vận hóa của tỳ được diễn ra bình thường, thủy dịch trong cơ thể được phân tán đi toàn thân. Khi thận dương hư khiến cho tỳ dương không được ôn ấm, chức năng vận hóa thất thường làm cho sự vận hành của thủy dịch trong cơ thể không được lưu lợi, tích lại trong cơ thể lâu ngày thành đàm thấp. Biểu hiện: hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi, vô lực, sợ lạnh, chân tay lạnh, lưng gối mỏi yếu.

Thủy, thấp, đàm, ẩm là sản phẩm bệnh lý được hình thành do rối loạn vận hóa thủy dịch của cơ thể.

Nguyên nhân hình thành thủy, thấp, đàm, ẩm trong cơ thể là do ngoại cảm lục dâm, nội thương thất tình, ăn uống thất thường, lao lực quá độ hoặc cuộc sống quá nhàn rỗi làm rối loạn chức năng của các tạng: phế, tỳ, can, thận, khiến cho sự vận hóa thủy dịch trong cơ thể bị trở ngại, thủy dịch bị đình trệ lại mà thành.

Quá trình hình thành các sản phẩm bệnh lý này tuân theo một quy luật sau: thấp tụ lại thành thủy, thủy tích thành ẩm, ẩm ngưng lại thành đàm. Về hình thái mà nói thì chất đục đặc là đàm, trong loãng là ẩm, thanh hơn là thủy; riêng thấp là trạng thái thủy dịch thấm đẫm lan tràn trong tổ chức cơ thể, hình thái của nó không rõ ràng như thủy, ẩm và đàm. Do thủy, thấp, đàm, ẩm đều hình thành từ sự ngưng trệ của tân dịch trong cơ thể nên trong nhiều trường hợp thủy, thấp, đàm, ẩm không thể phân biệt rạch ròi mà thường gọi chung là "thủy thấp", "thủy ẩm", "đàm thấp", "đàm ẩm"...

Đàm thấp sau khi được hình thành sẽ gây khốn tỳ, khiến cho chức năng vận hóa của tỳ bị rối loạn, từ đó không vận hóa được thủy thấp, thủy thấp đình trệ lại thành đàm, tạo thành một vòng xoắn bệnh lý.

Đàm thấp sinh ra một mặt làm trì trệ khí cơ, ảnh hưởng tới chức năng thăng giáng khí cơ của các tạng phủ; mặt khác có thể lưu trú ở kinh lạc, ngăn trở khí huyết vận hành, gây chứng khí trệ huyết ú. Đàm thấp có đặc điểm: nặng, đục, dính trở, vì vậy thường gây thể bệnh giàng co, tình trạng bệnh kéo dài.

2. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Như vậy, nguyên nhân gây chứng "thấp trọc", "phì bạng" chính là những nguyên nhân hình thành thủy, thấp, đàm, ẩm trong cơ thể, bao gồm:

– Do ăn uống không điều độ; hoặc do ăn quá nhiều thức ăn cao lương, đồ ngọt béo; hoặc do uống rượu quá nhiều lâu ngày làm tổn thương đến tỳ. Tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, làm thủy thấp đình trệ lại, lâu ngày hóa đàm, đàm ngưng nấu trong cơ thể mà gây bệnh.

– Do uất ức lâu ngày; hoặc do can đởm thấp nhiệt, khí cơ bất lợi ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của can đởm, từ đó ảnh hưởng đến quá trình vận hành, phân bố, chuyển hóa của dịch thể, khiến cho đàm thấp ú lại mà gây bệnh.

– Do bản tố thể trạng béo phì, dương khí bất túc; hoặc do bản tính ít hoạt động, lại thêm ăn uống nhiều loại cao lương; hoặc do làm việc trong môi trường tĩnh tại, ít hoạt động khiến cho sự vận hành của khí cơ không được thông xướng, ảnh hưởng đến sự vận hóa tân dịch trong cơ thể mà gây bệnh.

– Do tuổi cao, chức năng của thận khuy tổn. Thận dương hư khiến cho tỳ dương không được ôn ấm, chức năng vận hóa thất thường làm cho sự vận hành của thủy dịch trong cơ thể không được lưu lợi, tích lại trong cơ thể lâu ngày mà gây bệnh.

3. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Rối loạn lipid máu theo y học cổ truyền là tình trạng bản hư tiêu thực. Bệnh xảy ra chủ yếu là do ba tạng: can, tỳ, thận hư (bản hư), dẫn tới tình trạng đàm

thấp trở trệ, huyết ú (tiêu thực). Vì vậy, trong quá trình điều trị cần chú ý phân biệt các biểu hiện hư thực của bệnh.

3.1. Thể đàm trệ

3.1.1. Chứng hậu

- Thể trạng béo bệu
- Tức ngực
- Chân tay nặng nề, cảm giác rã rời, vô lực
- Bụng trướng
- Miệng dính, khó nuốt, cảm giác buồn nôn hoặc nôn
- Lưỡi dính nhớt
- Mạch huyền hoạt.

3.1.2. Pháp điều trị: tảo thấp hóa đàm, lý khí giáng trọc

3.1.3. Phương dược

- Cổ phương: **Nhị trần thang** gia vị.

Trần bì	10g	Bán hạ chế	08g
Bạch linh	15g	Cam thảo	06g
Sơn tra	12g	Thương truật	15g
Hậu phác	15g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Thấp nhiều: người nặng, cảm giác như bó, chất lưỡi bệu, nhớt, gia: xa tiền tử 12g, ngũ gia bì 12g.

+ Béo bệu kèm theo phù thũng gia: trạch tả 12g, trư linh 10g.

+ Tỳ khí hư kèm đàm thấp: người mệt mỏi, ăn kém, khó tiêu, bụng trướng đầy, đau, đại tiện phân nát, rêu lưỡi trắng dày, nhớt dùng bài **Hương sa lục quân**.

Nhân sâm	15g	Bạch linh	15g
Bạch truật	15g	Chích cam thảo	15g
Trần bì	08g	Bán hạ chế	08g
Mộc hương	08g	Sa nhân	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Nếu kèm theo đau đầu, hoa mắt, chóng mặt là đàm tích trệ lâu ngày hoá hoả, hoả động sinh phong. Pháp điều trị: kiện tỳ, thẩm thấp, hoá đàm, tức phong. Dùng bài **Bán hạ bạch truật thiên ma thang**.

Trần bì	10g	Bán hạ chế	08g
Bạch linh	15g	Cam thảo	06g
Bạch truật	12g	Thiên ma	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Đảng sâm	15g	Ý dĩ	12g
Mã đề	12g	Thương truật	12g
Hậu phác nam	12g	Ngũ gia bì	12g
Mộc hương nam	12g	Râu ngô	10g
Sơn tra	10g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

3.1.4. Châm cứu

– Châm bổ: tý du, túc tam lý, tam âm giao; châm tả: phong long, giải khê. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tý, vị, nội tiết, giao cảm, thần môn. Thời gian: 15 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.1.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.2. Thể thấp nhiệt

3.2.1. Chứng hậu

- Cảm giác đau đầu, hoa mắt, chóng mặt
- Cảm giác tức ngực, phiền nhiệt, cơ thể như bị bó
- Thể trạng béo
- Miệng khô, khát
- Đại tiện phân nát hoặc lỏng, cảm giác nóng hậu môn
- Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt
- Mạch hoạt hoặc hoạt sác

3.2.2. Pháp điều trị: thanh nhiệt lợi thấp.

3.2.3. Phương dược

- Cổ phương: *Tứ linh tán* hợp *Lục nhất tán* gia giảm.

Bạch linh	15g	Trư linh	15g
Bạch truật	15g	Trạch tả	15g
Hoạt thạch	25g	Cam thảo	04g
Thảo quyết minh	12g	Kim ngân đằng	12g
Ý dĩ	12g		

Các vị thuốc tán bột mịn, trộn đều, uống 12 – 18g/lần x 2 lần/ngày với nước ấm. Có thể làm thang sắc uống với liều thích hợp.

+ Đại tiện bí kết gia: đại hoàng 06g, bình lang 06g.

+ Thấp nhiệt thương âm: tâm phiền, người nóng, miệng khát, đại tiện phân nát hoặc lỏng, cảm giác nóng hậu môn sau khi đại tiện, tiểu tiện vàng đục, gia: sinh địa 15g, huyền sâm 12g.

– Thuốc nam:

Mã đề	12g	Ý dĩ	12g
Vỏ cây núc nác	08g	Bạch mao căn	12g
Hậu phác nam	12g	Ngũ gia bì	12g
Mộc hương nam	12g	Râu ngô	10g
Nhân trần	12g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

3.2.4. Châm cứu

– Châm bổ: túc tam lý, tam âm giao; châm tả: thái xung, phong long, giải khê. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tỳ, vị, can, thận, nội tiết, giao cảm, thần môn. Thời gian: 15 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.2.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.3. Thể khí trệ huyết ứ

3.3.1. Chứng hậu

- Đau tức ngực hoặc đau đầu, hoa mắt chóng mặt. Đau cố định một chỗ
- Chân tay tê bì
- Chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết
- Mạch vi sấp hoặc kết đại.

3.3.2. *Pháp điều trị:* hoạt huyết hóa ứ

3.3.3. *Phương dược*

– Cổ phương: ***Huyết phủ trục ứ thang*** gia vị.

Đào nhân	08g	Xuyên khung	10g
Đương quy	15g	Xích thược	15g
Sinh địa	10g	Ngưu tất	10g
Sài hồ	10g	Cát cánh	08g
Chỉ xác	08g	Cam thảo	06g
Hồng hoa	08g	Uất kim	08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Nếu kèm theo đàm trọc: đầu đau như bó, ngực bụng đầy trướng, hay có cảm giác buồn nôn, chán ăn, chậm tiêu, chất lưỡi bè to, rêu lưỡi dày nhờn có thể dùng ***Huyết phủ trục ứ thang*** hợp với ***Qua lâu giới bạch bán hạ thang***.

Đào nhân	08g	Xuyên khung	10g
Đương quy	15g	Xích thược	15g
Sinh địa	10g	Ngưu tất	10g
Sài hồ	10g	Cát cánh	08g
Chỉ xác	08g	Cam thảo	06g
Hồng hoa	08g	Qua lâu	10g
Giới bạch	08g	Bán hạ chế	08g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Đau tức ngực gia: giáng hương 06g, đan sâm 15g, tam thất 08g.

+ Đau đầu, hoa mắt chóng mặt gia: thiên ma 12g, câu đằng 12g.

– Thuốc nam:

Mộc hương nam	12g	Đan sâm	12g
Rễ cỏ xước	12g	Trần bì	08g
Hà thủ ô	12g	Râu ngô	10g
Nghệ đen	10g	Kê huyết đằng	10g
Sơn tra	12g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

3.3.4. *Châm cứu*

– Châm bổ: túc tam lý, tam âm giao; châm tả: phong long, giải khê, huyết hải, chiên trung, thái xung, kỳ môn. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tý, vị, can, nội tiết, giao cảm, thần môn. Thời gian: 15 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.3.5. *Khí công – dưỡng sinh:* sử dụng các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.4. *Thể thận dương hư*

3.4.1. *Chứng hậu*

- Hoa mắt chóng mặt
- Mệt mỏi, vô lực
- Sợ lạnh, chân tay lạnh
- Lưng gối mỏi yếu
- Nước tiểu nhiều, tiểu tiện nhiều lần
- Chất lưỡi đậm nhạt, rêu lưỡi trắng nhớt
- Mạch trầm vi.

3.4.2. *Pháp điều trị:* ôn bổ thận dương

3.4.3. *Phương dược*

– Cổ phương: ***Bát vị hoàn*** gia vị.

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Nhục quế	40g
Ngưu tất	120g	Ba kích	160g
Xa tiền tử	160g	Trư linh	40g
Dâm dương hoắc	160g		

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 12 – 16g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hàn thấp nhiều: người lạnh, cảm giác nặng nề, chân tay co duỗi khó khăn, đại tiện phân nát, tiểu tiện không lợi gia bào khương 20g.

+ Tỳ thận dương hư: tinh thần mệt mỏi, ngại nói, đoản hơi, ngũ canh tả, mạch nhu nhược, gia: can khương 20g, bạch truật sao 160g, đảng sâm 160g.

– Thuốc nam:

Cốt toái bổ	15g	Phá cố chỉ	15g
Hà thủ ô	12g	Kê huyết đằng	12g
Mộc hương nam	12g	Hạt mã đề	12g
Râu ngô	10g	Trâu cổ	06g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

3.4.4. Châm cứu

– Châm bổ: tỳ du, vị du, thận du, túc tam lý; châm tả: phong long, giải khê, huyết hải. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tỳ, vị, thận, nội tiết, giao cảm, thần môn. Thời gian: 15 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3.4.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

4. PHÒNG BỆNH

Để phòng bệnh rối loạn lipid máu một cách hiệu quả, ngoài việc hướng dẫn người bệnh thực hiện các phương pháp dự phòng như đã nêu trong phần y học hiện đại, thầy thuốc cần tư vấn và hướng dẫn để người bệnh kết hợp các phương pháp phòng bệnh của y học cổ truyền.

Các phương pháp phòng bệnh rối loạn lipid máu của y học cổ truyền bao gồm:

– Khí công – dưỡng sinh: hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập luyện thở, luyện hình thể phù hợp với thể trạng và tình hình bệnh tật của mỗi người. Các bài tập này ngoài tác dụng tăng cường sức khỏe, còn có tác dụng tăng quá trình tiêu hao năng lượng trong cơ thể, hạn chế tình trạng thừa cân, béo phì, từ đó có tác dụng phòng bệnh.

– Âm thực: hướng dẫn người bệnh cách sử dụng các loại thức ăn thanh đạm, hạn chế sử dụng các thức ngọt, béo; không nên sử dụng quá nhiều bia, rượu. Ngoài ra, nên hướng dẫn người cao tuổi sử dụng các món ăn – bài thuốc có tác dụng phòng bệnh của y học cổ truyền, bao gồm:

+ Rượu sơn tra: 60ml/ngày, chia 2 lần, dùng làm rượu khai vị trước bữa ăn.

+ Sơn tra 30g, tang thầm 15g, gạo tẻ 30g: nấu cháo ăn trong ngày.

- + Sơn tra 15g, hà diệp 15g: hãm uống trong ngày.
- + Sơn tra 10g, hòe hoa 10g: hãm uống trong ngày...

*** Tóm lại:** rối loạn lipid máu là tình trạng mất cân bằng giữa các thành phần lipoprotein trong máu. Trên lâm sàng thường gặp rối loạn lipid máu có tăng một hoặc nhiều thành phần lipoprotein. Bệnh thường xảy ra ở người cao tuổi có cuộc sống vật chất đầy đủ, tĩnh tại; hoặc thứ phát sau một số bệnh khác như đái tháo đường, rối loạn chức năng một số tuyến nội tiết. Việc điều trị chủ yếu điều chỉnh chế độ ăn, tăng cường vận động cơ thể, thể dục thể thao; có thể kèm theo sử dụng các loại thuốc điều chỉnh các thành phần lipid máu (nếu cần). Nếu là thứ phát, cần điều trị triệt để nguyên nhân gây bệnh (nếu có thể) hoặc quản lý tốt tình trạng bệnh tật có liên quan. Điều chỉnh chế độ ăn, tăng cường vận động, thể dục thể thao thích hợp để giữ ổn định cân nặng cơ thể trong giới hạn bình thường là biện pháp dự phòng rối loạn lipid máu hiệu quả nhất.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu theo YHHD.
2. Trình bày các phương pháp điều trị rối loạn lipid máu theo YHHD.
3. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc y học cổ truyền điều trị rối loạn lipid máu thể đàm trệ và thể thấp nhiệt.
4. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc y học cổ truyền điều trị rối loạn lipid máu thể khí trệ huyết ú và thể thận dương hư.
5. Trình bày cách phòng bệnh rối loạn lipid máu theo YHCT và YHHD.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa đái tháo đường, tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường theo YHHD.
- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường theo YHCT và YHHD.
- Chẩn đoán, điều trị, dự phòng được bệnh đái tháo đường theo YHCT và YHHD.

ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (hay còn gọi là hội chứng tăng glucose huyết) là một bệnh rối loạn chuyển hóa carbohydrate do tụy không có khả năng bài tiết hoặc giảm bài tiết insulin, hoặc do tụy bài tiết insulin bình thường nhưng không đủ để đáp ứng vận chuyển glucose trong cơ thể.

Đây là một trong những bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi gây tổn kém về kinh tế và ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe. Bệnh gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan như: mắt, thận, thần kinh... Các biến chứng của bệnh đái tháo đường có thể ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh như: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não...

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tới nay có khoảng 180 triệu người mắc bệnh đái tháo đường trên toàn thế giới. Ước tính đến năm 2010, trên thế giới có khoảng 221 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, đến năm 2025 sẽ là 330 triệu người (gần 6% dân số toàn cầu) và đến năm 2030 có khoảng 366 triệu người mắc bệnh này. Tỷ lệ phát triển của bệnh là 42% ở các nước phát triển và 170% ở các nước đang phát triển.

Ở Anh có khoảng 2,3 triệu người mắc bệnh đái tháo đường nhưng có khoảng hơn nửa triệu người không biết mình mắc bệnh. Tại Mỹ: theo số liệu năm 2005 của Viện nghiên cứu quốc gia về đái tháo đường, bệnh tiêu hóa và các bệnh thận, có

khoảng 20 triệu người mắc bệnh nhưng có khoảng 6 triệu người không biết mình đã mắc bệnh này, số người mắc bệnh tiếp tục tăng nhanh ở những năm sau.

Việt Nam không được xếp vào 10 nước có tỷ lệ đái tháo đường cao, nhưng nằm trong khu vực các nước đang phát triển ở Tây Thái Bình Dương có tỷ lệ gia tăng bệnh nhanh nhất thế giới (8 – 20%). Theo kết quả nghiên cứu mới nhất (tháng 10 năm 2008), tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam đang tăng mạnh từ 2,7% (năm 2001) lên tới 5% (năm 2008).

Về lứa tuổi mắc bệnh: số người từ 65 tuổi trở lên mắc bệnh đái tháo đường cao gấp hai lần so với lứa tuổi từ 45 đến 54.

Theo y học cổ truyền, đái tháo đường thuộc phạm vi chứng "tiêu khát" (消渴).

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. ĐỊNH NGHĨA

Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2002: "Đái tháo đường là một bệnh mạn tính gây ra do thiếu sản xuất insulin của tụy hoặc tác dụng của insulin không hiệu quả do nguyên nhân mắc phải và/hoặc do di truyền với hậu quả tăng glucose máu. Tăng glucose máu gây tổn thương nhiều hệ thống trong cơ thể, đặc biệt là mạch máu và thần kinh".

Theo hội Đái tháo đường Mỹ năm 2004: "Đái tháo đường là một nhóm các bệnh lý chuyển hóa đặc trưng bởi tăng glucose máu do khiếm khuyết tiết insulin, khiếm khuyết hoạt động insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose máu mạn tính trong đái tháo đường sẽ gây tổn thương, rối loạn chức năng hay suy nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu".

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân

2.1.1. Đái tháo đường do tụy

- Phẫu thuật cắt bỏ tụy (một phần hoặc toàn bộ).
- Sỏi tụy: đây là biến chứng ít gặp. Triệu chứng của sỏi tụy thường âm thầm, không đau như các loại sỏi khác. Thường tình cờ phát hiện thấy hoặc do mổ tử thi.
- U ác tính di căn tụy hoặc ung thư tụy: ít gặp. Các triệu chứng của ung thư thường lẫn át triệu chứng đái tháo đường.
- Di truyền: đái tháo đường typ 1 do di truyền thường liên quan với sự có mặt của hệ kháng nguyên bạch cầu người (Human Leucocyte Antigen – HLA) trong cơ

thể. Các kháng nguyên HLA loại B8, B14, B15, B18, Cw3, DR3, DR4 thường gặp ở chủng tộc da trắng. Đối với các chủng tộc khác ở châu Á, châu Phi và châu Mỹ Latin thường gặp đại tháo đường liên quan tới HLA loại DR3 và DR4.

– Yếu tố môi trường: các yếu tố môi trường tác động lên cơ thể làm tổn thương tuyến tụy, đặc biệt là tụy nội tiết bao gồm: virus (quai bị, rubella, coxsackie B4), tác nhân hóa học như các hợp chất có chứa nitơ (nitrit, nitrat...) và các chất độc hủy hoại tế bào khác như hydrogen cyanide từ bột sắn hồng hoặc từ củ sắn...

– Yếu tố miễn dịch: một số kháng thể tham gia vào miễn dịch dịch thể như kháng thể chống tế bào tiểu đảo tụy, tự kháng thể kháng tế bào tiểu đảo (ICA), kháng thể kháng insulin (IAA)... được tìm thấy ở bệnh nhân đại tháo đường typ 1. Ngoài ra, sự rối loạn tế bào lympho T cũng là một trong những nguyên nhân gây bệnh đại tháo đường typ 1.

2.1.2. Nguyên nhân ngoài tụy

– Cường thụ trước tuyến yên: vì một lý do nào đó gây cường thụ trước tuyến yên, làm tăng bài tiết GH (hormon sinh trưởng), gây ra tình trạng đại tháo đường tuyến yên.

– Cường vỏ thượng thận: tuyến vỏ thượng thận tăng bài tiết hormon cortisol làm tăng tạo đường mới và giảm tiêu thụ glucose ở tế bào, gây tình trạng đại tháo đường do tuyến thượng thận.

– Cường giáp trạng: do hormon tuyến giáp hầu như tác dụng lên tất cả các giai đoạn của quá trình chuyển hóa glucid nên cường giáp trạng có thể gây rối loạn chuyển hóa đường. Tuy nhiên, tình trạng đại tháo đường do cường giáp trạng không nặng bằng hai bệnh trên.

– Di truyền: những người có tiền sử gia đình mắc bệnh đại tháo đường typ 2 có nguy cơ mắc bệnh này cao hơn những người khác.

– Yếu tố môi trường: tuổi tác, béo phì, cuộc sống tĩnh tại là những nguyên nhân gây đại tháo đường typ 2.

2.2. Cơ chế bệnh sinh

Thông thường, đường được đưa vào cơ thể bằng con đường thức ăn và được bẻ gãy để tạo thành đường đơn như glucose. Sau khi lưu hành trong máu, glucose được đưa vào tế bào để sử dụng tạo thành năng lượng trong cơ thể.

Insulin là một hormon do các tế bào β của tuyến tụy nội tiết bài tiết, có tác dụng giúp vận chuyển glucose vào tế bào. Khi lượng glucose trong máu tăng cao, tuyến tụy sẽ bài tiết một lượng insulin vừa đủ để vận chuyển glucose vào trong tế bào. Khi lượng glucose trong máu xuống thấp, tuyến tụy sẽ ngừng bài tiết insulin.

Bình thường, cơ thể tiết ra một lượng insulin vừa đủ để đáp ứng vận chuyển glucose trong cơ thể.

– Đái tháo đường typ 1: vì một trong những lý do đã nêu ở trên, các tế bào β của tụy bị phá hủy, không thể bài tiết insulin phục vụ cho quá trình vận chuyển glucose vào tế bào, làm cho lượng đường trong máu tăng cao. Trường hợp này thường xảy ra ở những người trẻ, dưới 30 tuổi. Trường hợp người cao tuổi mắc đái tháo đường typ 1 rất hiếm gặp và thường là do tình trạng này đã xảy ra khi còn trẻ, kéo dài tới thời kỳ lão hóa. Chỉ có khoảng 5% – 10% người mắc đái tháo đường typ 1 trong tổng số người mắc bệnh đái tháo đường hiện nay.

– Đái tháo đường typ 2: ở những người mắc bệnh đái tháo đường typ 2, tuyến tụy bài tiết đủ insulin nhưng các tế bào trong cơ thể kháng lại tác dụng của insulin; hoặc do lượng glucose được đưa vào cơ thể quá nhiều, lượng insulin do tụy bài tiết ra không đủ để đáp ứng cho việc vận chuyển glucose trong cơ thể. Kết quả là lượng đường trong máu tăng cao, đến một mức nào đó sẽ bị đào thải ra nước tiểu, gây nên tình trạng đái tháo đường. Đái tháo đường typ 2 thường xảy ra ở người từ 35 tuổi trở lên. Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường typ 2 càng tăng. Số người mắc bệnh tỷ lệ thuận với chế độ ăn uống, lối sinh hoạt tĩnh tại và bệnh tật có liên quan. Có khoảng 90% – 95% người mắc đái tháo đường typ 2 trong tổng số người mắc bệnh đái tháo đường.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của đái tháo đường typ 1 và đái tháo đường typ 2 là như nhau.

– Đái nhiều: do đường máu tăng cao quá ngưỡng bài tiết của thận nên được đào thải qua nước tiểu. Đó là một loại lợi tiểu thẩm thấu làm bệnh nhân đái nhiều, có thể tới 5 – 7 lít/24 giờ.

– Uống nhiều: do đái nhiều, bệnh nhân mất nước nên rất khát, phải uống rất nhiều, thường là thích nước ngọt.

– Gầy nhiều:

+ Đây là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 1. Do tụy không thể sản xuất insulin nên glucose không được vận chuyển vào bên trong tế bào, dẫn tới tình trạng thiếu năng lượng. Vì vậy, cơ thể tăng dị hóa protid, lipid để đảm bảo cung cấp đủ năng lượng cho hoạt động của các tế bào, dẫn tới giảm khối cơ và tổ chức mỡ dưới da. Ngoài ra người bệnh còn gầy do mất nước. Người bệnh có thể sút 5 – 10kg trong vòng vài tháng.

+ Đối với các trường hợp đái tháo đường typ 2: do tụy vẫn sản xuất insulin nhưng không đáp ứng đủ cho việc vận chuyển glucose trong cơ thể nên việc giảm cân diễn ra từ từ, không dễ nhận thấy.

– Ăn nhiều: có một số trường hợp, bệnh nhân luôn có cảm giác đói nên ăn rất nhiều.

– Mệt mỏi: do glucose không được vận chuyển vào tế bào, hoặc việc vận chuyển glucose vào tế bào không đáp ứng đủ nhu cầu hoạt động dẫn tới tình trạng tế bào thiếu năng lượng hoạt động. Người bệnh có cảm giác mệt mỏi, kiệt sức.

– Ngoài ra, người bệnh còn có một số triệu chứng khác như: ngứa, cảm giác tê bì ở tay và chân, giảm thị lực, khô da... Những triệu chứng này thường là các biến chứng của bệnh đái tháo đường được nêu ở mục "6. Biến chứng".

3.2. Cận lâm sàng

– Định lượng glucose máu:

+ Glucose máu sau ăn hoặc bất kỳ: $\geq 11,1\text{mmol/l}$ ($\geq 200\text{mg/dL}$).

+ Glucose máu giờ thứ hai sau nghiệm pháp tăng đường máu (test dung nạp glucose bằng đường uống) $\geq 11,1\text{mmol/l}$ ($\geq 200\text{mg/dL}$). Nghiệm pháp này chỉ thực hiện đối với những người có nghi ngờ rối loạn dung nạp đường khi đói, giúp thầy thuốc chẩn đoán sớm bệnh đái tháo đường.

+ Glucose máu lúc đói (ít nhất 8 giờ sau ăn): $\geq 7\text{mmol/l}$ ($\geq 126\text{mg/dL}$).

+ Trường hợp glucose máu lúc đói từ 5,6 – 6,9mmol/l (100mg/dL – 125mg/dL) được gọi là "rối loạn dung nạp glucose khi đói".

* Cách làm nghiệm pháp tăng đường máu: người bệnh ăn uống bình thường trong 3 ngày, không dùng các thuốc làm tăng đường máu, không bị căng thẳng tinh thần. Sau đó nhịn đói 12 giờ (ăn bữa cuối vào 6 – 7 giờ tối hôm trước, không ăn gì thêm tính từ thời gian đó đến 6 – 7 giờ sáng hôm sau). Uống 57g đường glucose trong 250ml nước sôi để nguội. Sau 2 giờ tiến hành lấy máu xét nghiệm. Kết quả:

+ Glucose máu $> 11,1\text{mmol/l}$ (200mg/dL): chẩn đoán đái tháo đường.

+ 7,8mmol/l (140mg/dL) \leq glucose máu $< 11,1\text{mmol/l}$ (200mg/dL): giảm dung nạp glucose.

– Định lượng HbA_{1c}: để theo dõi lượng đường trung bình trong máu. Chỉ số này có tác dụng theo dõi sự kiểm soát đường huyết ở những bệnh nhân đái tháo đường. Ở người bình thường, chỉ số này là 5%. Đối với người đái tháo đường, đường máu cân bằng tốt nếu HbA_{1c} $< 6,5\%$. Dưới đây là bảng chỉ số tương ứng của tỷ lệ HbA_{1c} với lượng đường trung bình trong máu.

HbA _{1c} (%)	Lượng đường trung bình trong máu (mg/dL)
6	135
7	170
8	205
9	240
10	275
11	310
12	345

– Định lượng glucose niệu: chỉ có giá trị có hạn đối với việc theo dõi bệnh nhân ngoại trú.

– Ngoài ra còn lưu ý tới các chỉ số khác như: creatinin máu, mỡ máu, microalbumin niệu hoặc định lượng protein niệu để phát hiện các biến chứng.

– Điện tim: phát hiện sớm các biểu hiện thiếu máu cơ tim.

– Soi đáy mắt để phát hiện tổn thương các mạch máu võng mạc, biểu hiện bằng các triệu chứng: xuất tiết, xuất huyết võng mạc...

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định đái tháo đường chủ yếu dựa vào chỉ số glucose trong máu.

Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1999 (đã được xác định lại vào năm 2002), có ba tiêu chí để chẩn đoán xác định đái tháo đường như sau:

– Glucose huyết tương lúc đói (tối thiểu là 8 giờ sau ăn) $\geq 7\text{mmol/l}$ ($\geq 126\text{mg/dL}$).

– Glucose huyết tương giờ thứ hai sau nghiệm pháp tăng đường máu $\geq 11,1\text{mmol/l}$ ($\geq 200\text{mg/dL}$).

– Glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1\text{mmol/l}$ ($\geq 200\text{mg/dL}$), kèm theo các triệu chứng lâm sàng: đái nhiều, uống nhiều, gầy sút.

Xét nghiệm glucose trong máu phải được làm ít nhất 2 lần ở hai thời điểm khác nhau.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Một người bệnh có biểu hiện triệu chứng lâm sàng của đái tháo đường cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau:

- Đái tháo nhạt: xét nghiệm glucose máu bình thường, glucose niệu âm tính, tỷ trọng nước tiểu rất thấp.
- Đái tháo đường phối hợp với đái tháo nhạt: glucose máu cao không xứng với glucose niệu vì lượng nước tiểu quá nhiều.
- Đái tháo đường do thận: do thêm thận thấp làm cho đường thoát ra nước tiểu. Vì vậy, glucose máu không quá 6,1mmol/l (110mg/dL).

4.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Đái tháo đường do tụy:
 - + Sỏi tụy: chụp X quang vùng tụy để phát hiện sỏi.
 - + Di truyền: xét nghiệm tìm các kháng nguyên HLA loại B8, B14, B15, B18, Cw3, DR3, DR4.
 - + Yếu tố miễn dịch: xét nghiệm tìm kháng thể chống tế bào tiểu đảo tụy, tự kháng thể kháng tế bào tiểu đảo (ICA), kháng thể kháng insulin (IAA)...
 - + Đái đường da đồng (bệnh thiếu huyết tố - hemochromatose): đái tháo đường, xơ gan, da sạm màu đồng đen.
- Nguyên nhân ngoài tụy:
 - + Cường thụ trước tuyến yên: biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng của bệnh khổng lồ hoặc to viễn cực.
 - + Cường vỏ thượng thận: biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng của hội chứng Cushing.
 - + Cường giáp trạng: biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng cường giáp trạng.
 - + Di truyền và yếu tố môi trường: phát hiện bằng cách hỏi tiền sử gia đình, tuổi, thói quen sinh hoạt hằng ngày, đo chỉ số khối cơ thể... đối với những người mắc bệnh đái tháo đường typ 2.

5. PHÂN LOẠI

5.1. Tiền đái tháo đường

Tiền đái tháo đường là thuật ngữ dành cho các trường hợp có rối loạn dung nạp glucose mà chưa có biểu hiện lâm sàng. Các trường hợp này chỉ được phát hiện khi làm nghiệm pháp tăng glucose máu. Ngoài ra, còn có thể dùng corticoid để tăng độ nhạy của nghiệm pháp.

- Rối loạn dung nạp glucose nếu: glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp tăng glucose máu bằng đường uống trong khoảng từ 7,8mmol/l (140mg/dL) đến 11,0mmol/l (198mg/dL).

– Suy giảm dung nạp glucose máu lúc đói nếu: lượng glucose huyết tương lúc đói từ 5,6mmol/l (100mg/dL) đến 6,9mmol/l (125mg/dL) và lượng glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp tăng glucose máu bằng đường uống < 7,8mmol/l (< 140mg/dL).

5.2. Đái tháo đường typ 1

Đái tháo đường typ 1 còn được gọi là đái tháo đường phụ thuộc insulin.

Tiêu chuẩn phân loại:

- Khởi phát rầm rộ, đủ các triệu chứng
- Đái nhiều
- Uống nhiều
- Sút cân nhanh chóng
- Ceton niệu dương tính
- Có các kháng thể: ICA, anti GAP
- C-peptid thấp hoặc mất lúc đói hoặc sau ăn
- Thường kết hợp với bệnh tự miễn khác.

5.3. Đái tháo đường typ 2

Đái tháo đường typ 2 còn gọi là đái tháo đường không phụ thuộc insulin. Thường gặp ở người cao tuổi.

Tiêu chuẩn phân loại:

- Khởi phát chậm, các triệu chứng lâm sàng thường không biểu hiện rõ ràng
- Thể trạng béo
- Bệnh có liên quan mật thiết với tiền sử gia đình và đặc điểm bệnh lý của từng dân tộc
- Thường không có ceton niệu
- Không có các kháng thể: ICA, anti GAP
- C-peptid bình thường hoặc tăng vào lúc đói hoặc sau ăn
- Không kết hợp với bệnh tự miễn khác.

6. BIẾN CHỨNG

Biến chứng của bệnh đái tháo đường là không thể tránh khỏi. Chúng ta chỉ có thể làm chậm tiến triển và hạn chế mức độ của các biến chứng bằng cách quản lý tốt bệnh đái tháo đường.

Biến chứng xảy ra sớm hay muộn phụ thuộc vào cách quản lý bệnh và typ mắc bệnh.

6.1. Biến chứng cấp tính

Biến chứng cấp tính là những biến chứng xảy ra đột ngột, diễn biến nhanh, nếu không được cấp cứu kịp thời có thể đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

6.1.1. Hạ glucose máu

Là biến chứng hay gặp do người bệnh thực hiện chế độ ăn kiêng quá mức hoặc do dùng thuốc quá liều. Đối với người cao tuổi, tình trạng này thường khó phát hiện vì các triệu chứng mờ nhạt và không điển hình.

- Triệu chứng:
 - + Lời nói, cử chỉ chậm chạp
 - + Cảm giác mệt mỏi, buồn ngủ
 - + Ngoài ra có thể có đói bụng, run, yếu cơ, cồn cào, vã mồ hôi...
- Khi lượng glucose trong máu hạ đến một mức độ nào đó có thể xảy ra hôn mê.
- Đa số người bệnh có hiện tượng hạ glucose máu tiềm tàng hay còn gọi là hạ glucose máu không triệu chứng. Để chẩn đoán xác định, cần định lượng glucose máu. Nếu glucose máu $< 3,1\text{mmol/l}$ ($< 56\text{mg/dL}$) thì được coi là có hạ glucose máu tiềm tàng trên lâm sàng, cần có sự can thiệp của thầy thuốc chuyên khoa nội tiết.

6.1.2. Nhiễm toan ceton

Đây là tình trạng nhiễm độc do máu bị toan hóa vì tăng nồng độ acid acetic, là sản phẩm của chuyển hóa dở dang do thiếu insulin gây ra. Thường xảy ra ở đái tháo đường typ 1.

Triệu chứng lâm sàng:

- Chán ăn
- Khát và uống nước nhiều hơn
- Lượng nước tiểu nhiều hơn ngày thường
- Rát họng
- Đau đầu, đau bụng
- Đỏ da
- Đại tiện phân nát hoặc lỏng, nhiều lần trong ngày
- Hơi thở có mùi ceton.

Cận lâm sàng: có ceton trong nước tiểu

Nếu không được điều trị kịp thời có thể hôn mê do nhiễm toan ceton và dẫn tới tử vong.

6.1.3. Tăng glucose máu

Tăng glucose máu xảy ra khi lượng đường trong máu tăng trên 33,3mmol/l (> 600mg/dL). Chủ yếu xảy ra ở người bệnh đái tháo đường typ 2, do người bệnh không theo dõi lượng glucose trong máu hoặc không phát hiện ra mình mắc bệnh đái tháo đường. Tình trạng này cũng có thể xảy ra khi dùng corticoid liều cao, uống rượu với số lượng lớn, có bệnh lý khác hoặc nhiễm trùng kèm theo.

Bệnh thường nặng lên do phát hiện muộn vì các biểu hiện ban đầu được coi là do tuổi già, do thay đổi thời tiết...

Triệu chứng lâm sàng: khát nước, đái nhiều, yếu cơ, chuột rút ở chân, nhảm lẫn, co giật, có thể hôn mê và dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

6.2. Biến chứng mạn tính

6.2.1. Biến chứng về chuyển hóa

Rối loạn lipid máu: gặp ở cả 2 typ của đái tháo đường nhưng thường gặp ở người mắc đái tháo đường typ 2. Rối loạn lipid máu là nguyên nhân gây vữa xơ động mạch, từ đó gây ra các biến chứng khác của đái tháo đường.

6.2.2. Tổn thương mạch máu nhỏ

Nồng độ đường trong máu tăng cao và sự dao động lượng glucose trong máu là yếu tố chính gây tổn thương các mạch máu nhỏ. Nếu người bệnh có tăng huyết áp kèm theo thì sự hủy hoại các mạch máu nhỏ càng tăng.

– Bệnh lý thần kinh: hơn 50% số người bị đái tháo đường có biểu hiện tổn thương thần kinh. Nguyên nhân: do lượng đường trong máu quá cao làm tổn thương các mạch máu nhỏ nuôi dây thần kinh.

+ Biến chứng thần kinh ngoại vi: triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào thần kinh vùng nào bị ảnh hưởng. Thường gặp nhất là ảnh hưởng đến thần kinh cảm giác ở chân và cánh tay. Triệu chứng: cảm giác kiến bò, tê, bỏng rát, bắt đầu ở đầu ngón và lan dần lên phía trên.

+ Biến chứng thần kinh thực vật: tổn thương thần kinh thực vật điều khiển huyết áp, chi phối hoạt động của đường tiêu hóa, bàng quang, hệ thống sinh dục... gây các triệu chứng: tụt huyết áp, ngất, đổ mồ hôi, buồn nôn, nôn, tiểu tiện không hết, táo bón hoặc ỉa chảy, rối loạn chứng năng cương ở nam giới, lãnh cảm ở nữ giới...

– Bệnh lý võng mạc: do tổn thương các mạch máu võng mạc. Biểu hiện: xuất tiết, xuất huyết võng mạc, bệnh võng mạc tăng sinh và không tăng sinh... Biến chứng võng mạc do đái tháo đường có thể làm giảm thị lực hoặc gây mù.

– Bệnh lý cầu thận: thường xảy ra sau 5 năm mắc bệnh đái tháo đường đối với người đái tháo đường typ 1; tổn thương cầu thận ngay từ khi phát hiện bệnh đối với người đái tháo đường typ 2.

+ Nguyên nhân: tổn thương các mạch máu nhỏ tại cầu thận do đái tháo đường.

+ Triệu chứng: đái protein vi thể. Nếu không được điều trị có thể xuất hiện protein niệu. Bệnh cầu thận kéo dài sẽ gây tăng huyết áp, suy thận, thiếu máu...

– Bệnh lý bàn chân: do đặc điểm riêng về giải phẫu, chức năng mà chi dưới dễ bị tổn thương.

+ Đường huyết cao làm hủy hoại bộ phận tiếp nhận cảm giác của các dây thần kinh ngoại vi, gây rối loạn cảm giác chi dưới, người bệnh bị mất các cảm giác bảo vệ, không có cảm nhận về những tác động nguy hiểm đối với bàn chân như: cảm giác đau, nóng, lạnh... Do đó, người bệnh không biết mình bị thương. Một vết thương dù nhỏ cũng có thể bị loét rộng và trở thành trầm trọng. Triệu chứng thường gặp: rối loạn cảm giác (nóng ran hoặc lạnh) ở hai chân, ngứa hoặc tê bì, cảm giác bứt rứt, khó chịu.

+ Do đái tháo đường làm tổn thương các mạch máu nhỏ, làm giảm dòng máu tới bàn chân. Da bàn chân trở nên khô, nứt nẻ, dễ bị loét và nhiễm trùng. Biểu hiện thường gặp: thay đổi màu sắc da, cảm giác lạnh hoặc tê bì hai chân, đau chân lúc nghỉ ngơi...

+ Nếu tổn thương mạch máu ngoại vi kết hợp với bệnh thần kinh ngoại vi sẽ làm vết thương lâu lành. Đồng thời, lượng glucose trong máu tăng cao là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển và làm giảm sức đề kháng của cơ thể. Vì vậy, vết thương dễ bị loét, nhiễm khuẩn, có thể hoại tử, dẫn tới nguy cơ cắt cụt chi nếu không được điều trị đúng và kịp thời.

6.2.3. Tổn thương mạch máu lớn

Bệnh mạch vành:

– Có khoảng 75% người mắc đái tháo đường bị bệnh mạch vành. Biểu hiện biến chứng nhồi máu cơ tim ở người đái tháo đường không điển hình như người bình thường, người bệnh thường không có cơn đau thắt ngực mà chỉ có cảm giác mệt mỏi, tụt huyết áp...

– Biến chứng bệnh mạch vành gây tử vong ở người đái tháo đường cao gấp 4 lần so với người mắc bệnh mạch vành không kèm theo đái tháo đường.

Nguyên nhân của tình trạng tổn thương mạch máu trong đái tháo đường là do tăng nồng độ triglycerid, giảm nồng độ HDL (High density lipoprotein) trong máu.

6.3. Một số biến chứng khác

6.3.1. Ngoài da

- Ngứa ngoài da, trên da thường hay bị mụn nhọt.
- Da lòng bàn tay, bàn chân có màu ánh vàng (do rối loạn chuyển hoá vitamin A).
- Hoại tử mô da.
- Nhiễm khuẩn thứ phát: viêm mủ da, nhọt, nấm da.

6.3.2. Nhân khoa

Đục thủy tinh thể. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại nhận thấy đục thủy tinh thể ở người cao tuổi đái tháo đường với người cao tuổi không mắc bệnh đái tháo đường là tương đương.

6.3.3. Hô hấp

- Lao phổi.
- Viêm phổi, viêm phế quản.

6.3.4. Tiêu hoá

- Viêm quanh răng dẫn đến rụng răng.
- Viêm dạ dày.
- Ỉa chảy.
- Rối loạn chức năng gan; gan nhiễm mỡ.

7. ĐIỀU TRỊ

Điều trị đái tháo đường ở người cao tuổi cần lưu ý:

- Không nên đặt ra những yêu cầu quá cao trong điều trị (đối với chế độ luyện tập, chế độ ăn và sử dụng thuốc).
- Có thể cho phép duy trì hàm lượng đường máu cao hơn một chút so với người trẻ.
- Trong những ngày cơ thể cảm thấy mệt mỏi, không ăn được hoặc ăn uống kém, có thể không cần sử dụng thuốc. Trường hợp này người bệnh cần phải đến khám tại các cơ sở chuyên khoa nội tiết để có lời khuyên thích hợp.

– Trong quá trình điều trị, nếu người trẻ cần chú ý tới đường niệu thì người cao tuổi cần quan tâm nhiều tới đường huyết.

7.1. Chế độ ăn uống, luyện tập

Trong điều trị bệnh đái tháo đường, đầu tiên cần kiểm soát chế độ ăn uống và có phương pháp luyện tập phù hợp. Phương pháp điều trị này đặc biệt quan trọng và thường áp dụng đối với đa số người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường typ 2.

7.1.1. Chế độ ăn uống

Đây là một trong những chế độ điều trị quan trọng đối với bệnh nhân đái tháo đường. Thực hiện đúng chế độ ăn uống có thể giúp kiểm soát tốt lượng glucose trong máu và tránh được các biến chứng, đặc biệt là đối với người đái tháo đường typ 2.

Chế độ ăn cho người đái tháo đường cần đáp ứng được các yêu cầu sau:

- Đủ năng lượng cho hoạt động sống bình thường.
- Thức ăn đa dạng, nhiều thành phần. Có sự cân đối về tỷ lệ thành phần các chất lipid, protid, glucid.
- Đủ các yếu tố vi lượng.
- Thực hiện thời điểm ăn, số lượng bữa ăn trong ngày phù hợp với sự thay đổi sinh lý của từng lứa tuổi.
- Nếu người bệnh đái tháo đường kèm theo thừa cân hoặc béo phì, tỷ lệ các chất được đưa vào cơ thể cần giảm 10 – 20%.
- Kết hợp điều chỉnh chế độ ăn với dùng thuốc điều trị (nếu có).

Sau đây là các nhóm chất chính có trong thức ăn cần được điều chỉnh:

– Carbohydrate: là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể. Lượng carbohydrate cần chiếm 60 – 65% tổng số năng lượng cung cấp trong ngày. Có hai loại carbohydrate:

+ Các đường hỗn hợp: có trong các thực phẩm như khoai tây, ngũ cốc, bột mì, gạo, sữa và các loại rau quả khác.

+ Đường đơn: có trong đường trắng, mật ong, nước trái cây, bánh ngọt... Các đường đơn thường hấp thu nhanh vào máu, trong thực tế chỉ dùng để dự phòng hoặc cấp cứu trường hợp hạ đường huyết. Người mắc bệnh đái tháo đường nên tránh ăn loại đường này.

– Lipid: có trong mỡ động vật, dầu ăn, bơ động vật hoặc thực vật, kem... Đây là nhóm chất cần hạn chế, chỉ nên sử dụng 20% lipid trong tổng số năng lượng cung cấp trong ngày. Nếu sử dụng các loại thức ăn chứa acid béo no như mỡ

động vật, phomat..., nên hạn chế ở mức dưới 10% tổng số năng lượng cung cấp trong ngày.

- Protein: là yếu tố cần thiết cho cơ thể tạo ra các tế bào mới. Protein có trong thịt, cá, trứng, phomat, các loại nấm, các loại đậu... Nên sử dụng 10% protein (khoảng 8g/kg cân nặng/ngày) trong tổng số năng lượng cung cấp trong ngày.

- Chất xơ: có thể làm chậm hấp thu glucid, lipid và giảm tình trạng tăng đường máu sau khi ăn. Thức ăn có chất xơ gồm: đậu, rau tươi, cám, hoa quả... có thể làm giảm đường, đồng thời hạ cholesterol toàn phần và lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL).

- Vitamin và các chất khoáng: đây là những vi chất có lợi cho cơ thể. Vitamin và các chất khoáng có nhiều trong các loại hoa quả, sữa, thịt, trứng...

- Rượu, bia: bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường cần hạn chế bia, rượu. Rượu ức chế hình thành glycogen ở gan và có thể làm hạ đường huyết ở bệnh nhân đang dùng insulin hoặc thuốc hạ đường huyết. Loại rượu có đường có thể làm tăng đường huyết. Rượu cũng làm tăng triglycerid cấp và mạn tính, làm rối loạn chuyển hoá sulfamid. Những bệnh nhân có biến chứng thần kinh càng không được uống rượu để tránh biến chứng này nặng hơn.

Tuy nhiên, không thể áp dụng chung một chế độ ăn cho mọi người, thầy thuốc cần xây dựng một chế độ ăn thích hợp cho từng cá nhân. Chế độ ăn đó phụ thuộc vào các yếu tố:

- Cân nặng
- Giới tính
- Nghề nghiệp (mức độ lao động)
- Thói quen và sở thích.

7.1.2. Luyện tập

Đối với người mắc bệnh đái tháo đường nói chung và người cao tuổi mắc đái tháo đường nói riêng, luyện tập hàng ngày và đúng cách là một trong những yếu tố quan trọng trong điều trị. Luyện tập giúp cơ thể tiêu thụ glucose dễ dàng, giảm lượng đường trong máu, giảm trọng lượng cơ thể, từ đó làm giảm các nguy cơ biến chứng của bệnh đái tháo đường. Khi hướng dẫn chế độ luyện tập cho người cao tuổi, cần lưu ý những đặc điểm sau:

- Xây dựng chế độ luyện tập phù hợp với tình trạng sức khoẻ của người bệnh. Không nên luyện tập quá sức vì luyện tập cường độ cao làm gia tăng nguy cơ tim mạch và chấn thương. Nên hướng dẫn người cao tuổi các bài tập ở cường độ thấp và trung bình.

- Hướng dẫn người bệnh nên tập thể dục hằng ngày với bài tập nhẹ nhàng, phù hợp với tình hình sức khoẻ. Không nên tập thể dục vào thời gian quá sớm hoặc quá muộn trong ngày.
- Hướng dẫn người bệnh cách để phòng hạ đường máu trong khi tập.
- Không để người bệnh luyện tập khi đang mắc những bệnh cấp tính, lượng đường trong máu quá cao, ceton máu tăng cao nhiều lần, ceton niệu dương tính nặng.
- Thầy thuốc cần tư vấn cho người bệnh về mức độ và thời gian luyện tập, xác định cường độ tập tối đa để giúp người bệnh luyện tập đúng cách.

7.2. Dùng thuốc

7.2.1. Insulin

Người cao tuổi thường mắc đái tháo đường typ 2 (không phụ thuộc insulin). Tuy nhiên, ở một số người do bệnh đã tiến triển đến giai đoạn nặng hoặc mắc đái tháo đường typ 1 từ ngày còn trẻ, kéo dài đến khi cao tuổi nên cần sử dụng insulin trong điều trị. Dựa vào thời gian bắt đầu có tác dụng sau khi tiêm, thời gian có tác dụng duy trì đường máu, người ta chia insulin làm ba loại: nhanh, bán chậm, chậm.

Những lưu ý khi sử dụng insulin:

- Đường dùng truyền thống: tiêm dưới da. Nguyên tắc tiêm insulin:
 - + Ở mỗi vị trí tiêm, da phải được giữ sạch, cơ bắp và lớp mỡ dưới da vùng này phải hoàn toàn bình thường. Đây là điều kiện để insulin được hấp thu tốt.
 - + Sử dụng luân chuyển các vị trí tiêm, không được tiêm liên tục ở một vị trí.
 - + Nếu sử dụng từ hai mũi tiêm trở lên trong một ngày, phải tiêm vào các vị trí ở các vùng khác nhau.
- Các vị trí tiêm khác nhau sẽ làm cho insulin vào máu với tốc độ khác nhau:
 - + Vùng bụng: insulin vào máu nhanh nhất.
 - + Vùng cánh tay: insulin vào máu chậm hơn so với vùng bụng.
 - + Vùng mông: insulin vào máu chậm nhất.
- Thông thường chỉ dùng một loại insulin trong điều trị. Tuy nhiên, trong một vài trường hợp đặc biệt, để giữ đường máu ở giới hạn an toàn, có thể phối hợp hai nhóm insulin có thời gian tác dụng khác nhau.
- Ngoài ra, insulin còn có thể sử dụng bằng một số đường khác như: tiêm tĩnh mạch, uống, khí dung, xịt qua niêm mạc mũi. Tuy nhiên, chỉ có insulin nhanh mới sử dụng theo đường tĩnh mạch. Không nên sử dụng insulin nhanh trước khi đi ngủ, để phòng cơn hạ đường máu trong khi ngủ.

7.2.2. Các thuốc uống hạ đường máu

Đây là những nhóm thuốc được sử dụng để điều trị đái tháo đường typ 2.

– Nhóm sulphonylurea (sulphamid hạ đường máu): bao gồm các thuốc thế hệ 1 và thế hệ 2:

+ Thế hệ 1: tolbutamid (Butamid, Orabet, Orinase, Tolbusal...), carbutamid (BZ55, Oranil, Bucarban...), chlopropamid (Galiron, Diabese, Mellinese...). Các loại thuốc này có trọng lượng phân tử cao, dễ gây độc với thận nên hiện nay ít dùng.

+ Thế hệ 2:

. Glibenclamid (Hemidaonil, Daonil, Glibelhexal...). Nhóm thuốc này hiện nay ít sử dụng do tác dụng không mong muốn và dễ gây hạ đường máu. Không nên sử dụng nhóm thuốc này để điều trị đái tháo đường ở người cao tuổi.

. Gliclazid (Diamicon, Diamicon^dMR): kích thích tế bào β tiết insulin và giảm thanh thải insulin qua gan. Diamicon^dMR ít gây tai biến hạ đường máu hơn các sulphonylurea khác.

. Glimepiride (Amaryl): kích thích tế bào β tiết insulin; cải thiện sự nhạy cảm và dung nạp của các mô cơ, mô mỡ ngoại vi với insulin; giảm thu nạp insulin ở gan. Các chất chuyển hóa carboxy và hydroxy của glimepiride cũng có tác dụng hạ glucose nhẹ. Thuốc có tác dụng tương hợp với insulin, metformin. Đặc điểm: uống nguyên viên thuốc (không nhai) vào trước bữa ăn sáng. Nếu quên uống, không bao giờ được uống bù.

. Glipizid: kích thích tế bào β tiết insulin, giảm lưu lượng glucose ở gan vào máu. Đây là thuốc mạnh nhất trong các sulphonylurea. Người cao tuổi chỉ dùng liều bằng 1/2 người trẻ.

– Nhóm meglitinide (Repaglinide, Nateglinide): tương tác với kênh kali nhạy cảm với ATP giống các thuốc thuộc nhóm sulphonylurea.

– Nhóm biaguanide bao gồm buformin, phenformin, metformin. Hiện nay chỉ còn metformin được sử dụng vì buformin và phenformin có độc tính cao. Nhóm thuốc này không được sử dụng khi có suy gan, suy thận hoặc người bệnh đang ở trong tình trạng thiếu oxy máu cấp. Biệt dược của metformin được dùng phổ biến hiện nay là Glucophage, Glicofast, Siofor...

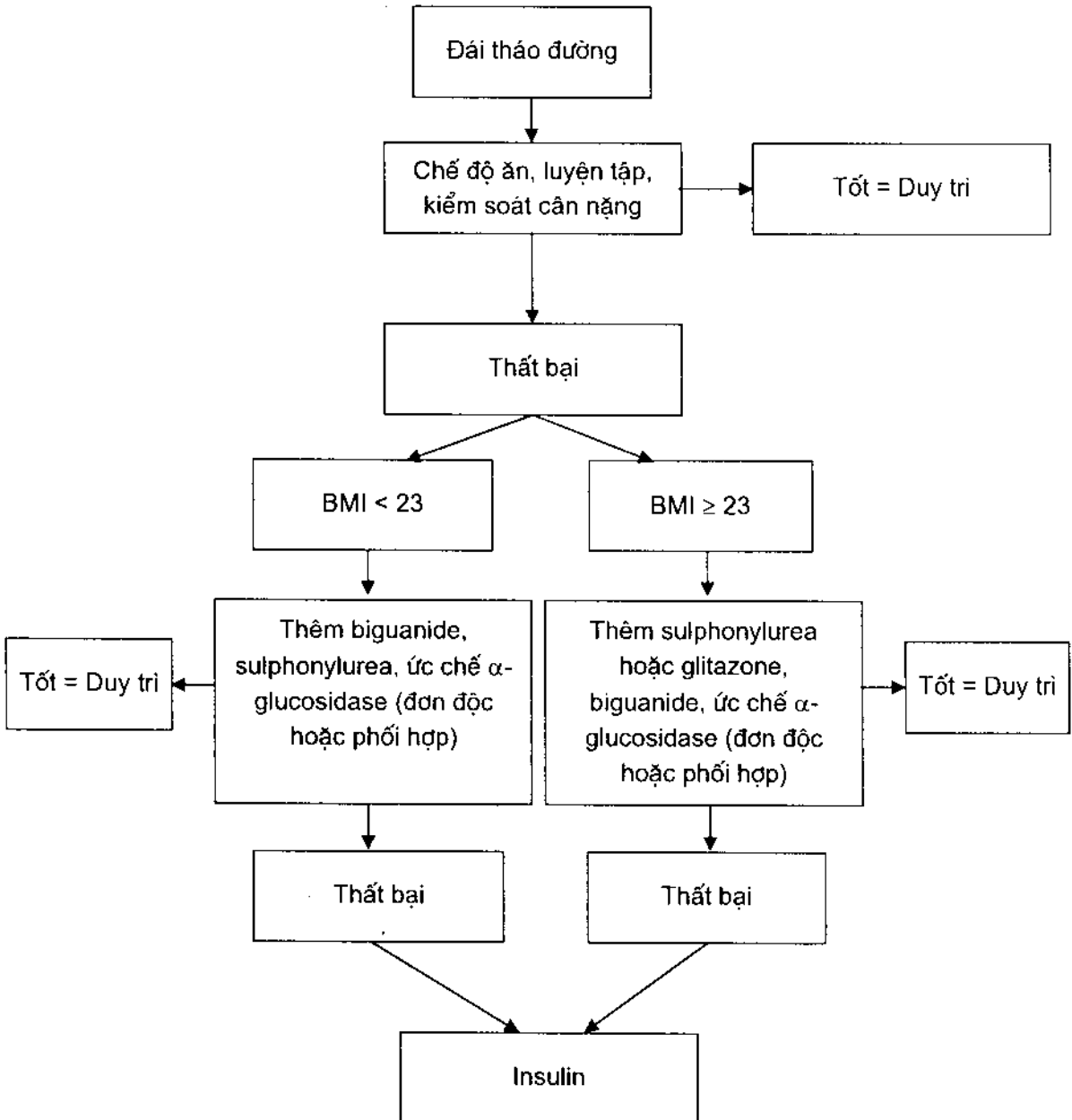
– Nhóm ức chế men α -glucosidase: thuốc có tác dụng ức chế α -glucosidase (một emzym nằm ở tế bào biểu mô niêm mạc ruột non, đảm nhận việc phân giải đường disaccharide và carbohydrate), làm giảm sự hấp thu đường tại ruột.

+ Nhóm Acarbose (Glucobay): thường gây tác dụng không mong muốn về tiêu hóa (đau bụng, ỉa chảy...) nên hiện nay ít dùng.

+ Nhóm Voglibose (Bazen): chủ yếu ức chế quá trình phân hủy đường đôi nên ít tác dụng không mong muốn hơn.

- Nhóm thiazolidinedione (Rosiglitazon, Pioglitazon): làm tăng sử dụng glucose ở mô ngoại biên (mô mỡ, mô cơ) dưới tác dụng của insulin (tức là làm tăng độ nhạy của mô với insulin hoặc làm giảm sự đề kháng insulin).

SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2



7.3. Phẫu thuật

Ghép tụy: được thực hiện đồng thời với ghép thận vì suy thận là một trong những biến chứng phổ biến nhất của người bị đái tháo đường. Tuy nhiên, do cơ chế đào thải mảnh ghép nên tỷ lệ thành công trong việc ghép tụy thấp. Phương pháp điều trị này thường chỉ áp dụng với những người đái tháo đường typ 1 dưới 45 tuổi có suy thận, không áp dụng cho người cao tuổi.

7.4. Điều trị các biến chứng thường gặp

– Tăng huyết áp: tất cả những người mắc bệnh đái tháo đường có tăng huyết áp cần sử dụng biện pháp can thiệp không dùng thuốc bao gồm:

- + Kiểm soát cân nặng.
- + Luyện tập thể lực đều đặn phù hợp với thể trạng.
- + Chế độ ăn hạn chế muối.
- + Hạn chế rượu, thuốc lá.

Trường hợp mức tăng huyết áp cần sử dụng thuốc điều trị, cần lưu ý:

- + Tốt nhất nên sử dụng các thuốc hạ áp thuộc nhóm ức chế men chuyển.
- + Tránh dùng các loại thuốc lợi tiểu thuộc nhóm thiazid vì có thể làm tăng rối loạn dung nạp glucose.

- + Đa số người mắc bệnh đái tháo đường có tăng huyết áp cần sử dụng hai loại thuốc hạ áp trở lên.

– Rối loạn lipid máu: đầu tiên cần sử dụng các biện pháp không dùng thuốc gồm:

- + Giảm lượng thức ăn có chứa các loại acid béo bão hòa.
- + Luyện tập thể lực đều đặn phù hợp với thể trạng.
- + Nếu thừa cân hoặc béo phì, cần có chế độ ăn uống, luyện tập phù hợp để giảm cân.

Nếu sau 2 – 3 tháng thực hiện chế độ can thiệp nói trên mà không thành công thì cần sử dụng thuốc điều trị.

– Loét bàn chân: sử dụng kháng sinh.

– Bệnh lý võng mạc và thủy tinh thể: cần phối hợp với chuyên khoa mắt để chẩn đoán và có biện pháp điều trị thích hợp.

8. ĐIỀU DƯỠNG

Với người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường, nếu được điều trị tốt và có chế độ chăm sóc hợp lý, đa số người bệnh sẽ có cuộc sống bình thường.

Do đặc điểm bệnh tật, người mắc bệnh đái tháo đường thường chung sống với bệnh trong một thời gian dài. Vì vậy, thầy thuốc cần hướng dẫn cho người bệnh biết cách tự chăm sóc bản thân để đề phòng các biến chứng, ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh và góp phần giảm gánh nặng cho xã hội.

– Duy trì chế độ ăn uống, luyện tập thích hợp để giữ lượng đường huyết và cân nặng cơ thể ở mức lý tưởng, đặc biệt là đối với người cao tuổi mắc đái tháo đường typ 2. Đánh giá mức cân nặng bằng chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index):

+ $18 \leq \text{BMI} < 23$: bình thường

+ $23 \leq \text{BMI} < 30$: thừa cân

+ $\text{BMI} \geq 30$: béo phì

– Kiểm tra đường huyết và chỉ số HbA_{1c} định kỳ:

+ Đường huyết: lý tưởng nhất là kiểm tra đường huyết 2 lần/ngày ngay sau bữa ăn hoặc 2 giờ sau khi ăn.

+ HbA_{1c}: lý tưởng nhất là theo dõi 3 – 6 tháng/lần, tùy theo bệnh cảnh lâm sàng; hoặc 12 tháng/lần để theo dõi sự kiểm soát đường huyết.

– Theo dõi huyết áp thường xuyên để phát hiện sớm các trường hợp tăng huyết áp do thận trong đái tháo đường.

– Kiểm tra các chỉ số lipid máu định kỳ.

– Khám mắt và răng – hàm – mặt định kỳ để phát hiện sớm các biến chứng.

– Chăm sóc bàn chân:

+ Vệ sinh bàn chân sạch sẽ hằng ngày.

+ Kiểm tra màu sắc và nhiệt độ da, cảm giác của bàn chân thường xuyên để phát hiện những bất thường. Cần kiểm tra kỹ cả các móng và kẽ giữa các ngón chân.

+ Không đi chân trần, tránh các tổn thương có thể gây nhiễm khuẩn bàn chân.

+ Đi giày làm bằng các chất liệu mềm, vừa chân. Không nên đi giày cao gót hoặc các loại giày bó lấy chân.

+ Sử dụng các loại tất mềm, thoáng khí, vừa chân, thay tất hằng ngày.

– Hạn chế hoặc không uống rượu, hút thuốc lá để hạn chế sự tiến triển của bệnh và phòng tránh các biến chứng.

9. DỰ PHÒNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Vấn đề quan trọng nhất trong dự phòng bệnh đái tháo đường là tích cực thay đổi lối sống, điều này càng quan trọng với những người có yếu tố nguy cơ. Đây là cách phòng bệnh mang lại hiệu quả cao và ít tốn kém nhất.

Thầy thuốc cần căn cứ vào thực trạng bệnh tật của người bệnh để có thể tư vấn cho người bệnh một cách hợp lý về việc thay đổi lối sống.

Việc thay đổi lối sống bao gồm:

– Ăn uống: đây là yếu tố quan trọng nhất để duy trì cân nặng lý tưởng, tránh hiện tượng thừa cân hoặc béo phì (một trong những yếu tố gây bệnh đái tháo đường). Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn ít chất béo, hạn chế các loại thức ăn có chứa các acid béo no; đồng thời tư vấn cho người bệnh không nên lạm dụng các loại thực phẩm chứa nhiều tinh bột, đường, đặc biệt là các loại nước ngọt có ga.

– Luyện tập: hướng dẫn người bệnh thực hiện các hoạt động thể lực, luyện tập thể dục thể thao thường xuyên ở mức độ sức khỏe cho phép, giúp tiêu hao glucose trong cơ thể, đồng thời hạn chế tình trạng thừa cân, béo phì, từ đó có tác dụng phòng ngừa bệnh đái tháo đường một cách có hiệu quả.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Đái tháo đường thuộc phạm vi chứng “tiêu khát” (消渴) của y học cổ truyền

– Bệnh được phát hiện và mô tả sớm từ thế kỷ thứ IV–V trước Công nguyên. Trong “Hoàng đế Nội kinh tố vấn” gọi là chứng “tiêu” hay “tiêu khát”.

– Sách “Linh khu, Ngũ biến thiên” viết: “Ngũ tạng giai nhu nhược giả, thiện bệnh tiêu đan”. Nghĩa là: “Ngũ tạng nhu nhược dễ bị bệnh tiêu”.

– Trong “Ngoại trị bị yếu, Tiêu khát môn” viết: “Tiêu khát giả, nguyên kỳ phát động, thủ tắc thận suy sở trí, mỗi phát tức tiểu tiện chí diêm”. Dịch nghĩa: “Bệnh tiêu khát ban đầu do thận suy nên mỗi khi tiểu tiện nước tiểu có vị ngọt”.

– Theo Tuệ Tĩnh (Tuệ Tĩnh toàn tập): tiêu khát là chứng trên thì muốn uống nước, dưới thì ngày đêm đi đái rất nhiều. Nguyên nhân do dâm dục quá độ, trà rượu không chừng, hoặc ăn nhiều đồ xào nướng, hoặc thường uống thuốc bằng kim thạch làm cho khô kiệt chất nước trong thận, khí nóng trong tâm cháy rục, tam tiêu nung nấu, ngũ tạng khô ráo, từ đó sinh ra chứng tiêu khát.

– Theo “Hải Thượng Y tông tâm lĩnh, Y trung quan kiện”: bệnh tiêu khát phần nhiều do hỏa làm tiêu hao chân âm, năm chất dịch bị khô kiệt mà sinh ra.

Theo sự ghi chép qua các thời đại, thấy có nhiều yếu tố liên quan. Yếu tố thứ nhất là tiên thiên bất túc, chỉ nguyên khí bị hư. Yếu tố thứ hai là hậu thiên: do điều kiện ăn uống thất thường, quá no hay quá đói, ăn quá nhiều chất béo ngọt. Yếu tố hậu thiên cũng cần kể tới là quá trình sống, trạng thái tinh thần không ổn định, căng thẳng quá mức kéo dài (lo lắng, bực tức, buồn phiền, kinh sợ). Các nguyên nhân này hay gặp ở người cao tuổi.

Nguyên nhân gây bệnh có khi có một nhưng đa số là nhiều nhân tố phối hợp:

– Tiên thiên bất túc: do bẩm tố tiên thiên bất túc, ngũ tạng hư yếu, tinh khí của ngũ tạng đưa đến tàng chứa ở thận giảm sút, dẫn tới tinh khuy dịch kiệt mà gây chứng tiêu khát.

– Ăn uống không điều độ: ăn quá nhiều thứ béo ngọt hoặc uống quá nhiều rượu, ăn nhiều đồ xào nướng lâu ngày làm nung nấu, tích nhiệt ở tỳ vị, nhiệt tích lâu ngày thiêu đốt tân dịch mà gây chứng tiêu khát.

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

– Phòng lao quá độ: do đam mê tử sắc, sinh hoạt bữa bãi làm cho thận tinh khuy tổn, hư hỏa nội sinh lại làm thủy kiệt thêm. Cuối cùng thận hư, phế táo, vị nhiệt, do đó xuất hiện tiêu khát.

– Dùng thuốc ôn táo kéo dài làm hao tổn âm dịch: ngày xưa có người thích dùng phương thuốc “Tráng dương chí thạch” là loại thuốc rất táo nhiệt, làm hại chân âm và sinh tiêu khát. Ngày nay không dùng thạch được để uống, muốn tăng hoạt động tình dục thì dùng thuốc tráng dương có tính ôn táo, lại uống kéo dài sẽ sinh táo nhiệt ở trong, âm dịch hao tổn nên sinh tiêu khát.

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Theo “Hoàng đế Nội kinh tố vấn” và “Kim quỹ yếu lược”, người xưa quan niệm chứng tiêu khát có ba thể: thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu. Cả ba thể này đều có các triệu chứng chủ yếu (hay còn gọi là các triệu chứng cổ điển) là ăn nhiều, uống nhiều, đại nhiều, gây nhiều.

Tuy nhiên, cùng với sự thay đổi về lịch sử, kinh tế, xã hội, mô hình bệnh tật hiện nay có sự thay đổi khá nhiều so với trước đây. Trong quá trình nghiên cứu và điều trị, các nhà lâm sàng học y học cổ truyền nhận thấy: cách phân chia thể bệnh

như trước đây không còn phù hợp. Với người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường hiện nay, biểu hiện của các triệu chứng cổ điển rất mờ nhạt, thay vào đó là các biểu hiện khác như: mụn nhọt, giảm thị lực, các bệnh hệ tim mạch (tăng huyết áp, thiếu năng động mạch vành...), rối loạn lipid máu... Vì vậy, các nhà khoa học và lâm sàng học y học cổ truyền đã đề ra cách chia thể bệnh mới, giúp công tác điều trị bệnh có hiệu quả hơn. Căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh và các triệu chứng lâm sàng mà tiến hành phân chia các thể lâm sàng của bệnh đái tháo đường theo y học cổ truyền như sau:

- Thể vị âm hư, tân dịch khuy tổn.
- Thể vị âm hư, vị hỏa vượng.
- Thể khí âm lưỡng hư.
- Thể thận âm hư.
- Thể thận dương hư.

Việc điều trị chủ yếu là điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt như đã nói ở phần điều trị của y học hiện đại. Ngoài ra, còn sử dụng các bài thuốc và vị thuốc theo lý luận của y học cổ truyền, hạn chế tối đa tốc độ phát triển của bệnh và phòng ngừa biến chứng.

Bệnh này khi gặp ở người cao tuổi chủ yếu là do âm hư, lâu ngày làm hư hỏa vượng lên mà gây chứng tảo nhiệt. Vì vậy, pháp điều trị trước tiên phải dưỡng âm, sau tùy thuộc vào tình trạng tảo nhiệt ở vị trí nào của cơ thể mà gia giảm các vị thuốc cho phù hợp.

Trong quá trình điều trị, cần chú ý các triệu chứng chủ yếu (chủ chứng) của tiêu khát, đó là: đái nhiều, uống nhiều, ăn nhiều. Ngoài ra, cũng cần điều trị một số các triệu chứng kèm theo (khách chứng) như: tê bì, ngứa, mụn nhọt... Các vị thuốc điều trị khách chứng thường thuộc các nhóm thuốc khu phong, thanh nhiệt giải độc, thanh nhiệt tảo thấp, thanh nhiệt lương huyết.

2.1. Thể vị âm hư, tân dịch khuy tổn

2.1.1. Chứng hậu

- Miệng khô, họng táo
- Ăn nhiều, mau đói
- Đại tiện bí kết
- Chát lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, hoặc rêu lưỡi trắng khô
- Mạch trầm huyền.

2.1.2. *Pháp điều trị:* dưỡng âm sinh tân

2.1.3. *Phương dược*

– Cổ phương: **Tăng dịch thang** gia giảm.

Sinh địa	15g	Huyền sâm	15g
Mạch môn	15g	Thiên hoa phấn	15g
Cát căn	10g	Thạch học	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Ăn nhiều gia ngọc trúc 12g.

+ Đại tiện bí kết nhiều gia: đại hoàng 06g, chỉ thực 08g.

+ Thấp nhiệt trở trệ: cảm giác buồn bực, người nặng nề, chân tay tê mỏi gia: nhân trần 10g, trạch tả 10g.

– Thuốc nam:

Củ sắn dây	12g	Mướp đắng	10g
Củ đậu	12g	Đỗ đen	10g
Kê huyết đằng	12g	Củ tót tiên	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. *Châm cứu:* ít dùng vì có thể gây nhiễm trùng thứ phát.

– Châm bổ: thận du, cách du, thái khê, phục lưu, thủy tuyền, tam âm giao. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: nội tiết, phế, vị, thận, bàng quang. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Mai hoa châm: gõ dọc kinh bàng quang hai bên cột sống từ phế du đến bàng quang du, kích thích vừa, mỗi lần 5 – 10 phút. Gõ cách nhật hoặc hằng ngày.

2.1.5. *Khí công – dưỡng sinh:* sử dụng phương pháp luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.6. *Xoa bóp bấm huyệt vùng lưng, tứ chi:* giúp tăng cường lưu thông khí huyết, giúp nâng cao thể trạng, hạn chế tiến triển của bệnh. Thời gian thực hiện: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. *Thể vị âm hư, vị hỏa vượng*

2.2.1. *Chứng hậu*

– Khát nước, uống nhiều

- Ăn nhiều, mau đói
- Cảm giác mệt mỏi, nóng trong
- Tiểu tiện nhiều lần, lượng nhiều, nước tiểu vàng đục
- Đại tiện bí kết
- Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng khô
- Mạch hoạt sắc.

2.2.2. Pháp điều trị: tư âm thanh nhiệt.

2.2.3. Phương dược

- Cổ phương: **Tăng dịch thang** hợp **Bạch hổ thang** gia giảm.

Thạch cao	15g	Tri mẫu	15g
Huyền sâm	15g	Sinh địa	15g
Mạch môn	10g	Thiên hoa phấn	15g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Vị nhiệt nhiều: cảm giác nóng vùng thượng vị, môi khô nẻ, gia: hoàng liên 12g, chi tử 08g.

+ Đại tiện bí kết gia: đại hoàng 06g, mang tiêu 06g.

+ Âm hư, tân dịch giảm: miệng khô, khát nước, cảm giác nóng trong, bốc hỏa: bội liệu sinh địa, mạch môn.

- Thuốc nam:

Quả dâu chín	12g	Kê huyết đằng	12g
Hà thủ ô	12g	Sinh địa	12g
Rau má	12g	Đỗ đen	10g
Thạch斛	12g	Ngọc trúc	12g
Bạch biển đậu	08g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu: ít dùng vì có thể gây nhiễm trùng thứ phát.

- Châm bổ: thận du, tý du, vị du, thái khê, phục lưu, tam âm giao; châm tả: thái xung, túc tam lý, phong long. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

- Nhĩ châm: nội tiết, vị, thận, bàng quang. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Mai hoa châm: gõ dọc kính bàng quang hai bên cột sống từ tỳ du đến bàng quang du, kích thích vừa, mỗi lần 5 – 10 phút. Gõ cách nhật hoặc hằng ngày.

2.2.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng phương pháp luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.6. Xoa bóp bấm huyết vùng lưng, tứ chi: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể khí âm lưỡng hư

2.3.1. Chứng hậu

- Miệng khô, họng táo
- Mệt mỏi, đoản khí
- Lưng gối mỏi yếu
- Hồi hộp, trống ngực, có thể kèm theo tức ngực hoặc đau thắt ngực
- Tụ hãn, đạo hãn
- Hoa mắt, chóng mặt, ù tai
- Chân tay tê bì, cảm giác vô lực
- Thị lực giảm
- Chát lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng
- Mạch trầm vi.

2.3.2. Pháp điều trị: ích khí dưỡng âm

2.3.3. Phương dược

– Cổ phương: **Sinh mạch tán** hợp **Tăng dịch thang** gia vị.

Nhân sâm	15g	Mạch môn	10g
Ngũ vị tử	10g	Sinh địa	15g
Huyền sâm	15g	Hoàng kỳ	10g
Cát căn	10g	Hoài sơn	08g
Sơn thù	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

+ Nếu âm hư là chính: miệng khô, họng táo, lưng gối mỏi yếu, tụ hãn, hoa mắt, chóng mặt, ù tai: giảm sinh địa, huyền sâm, gia thạch斛 12g, ngọc trúc 12g.

+ Nếu khí âm lưỡng hư kèm theo huyết ứ: dùng bài **Sinh mạch tán** hợp **Tứ vật đào hồng** gia giảm.

Nhân sâm	15g	Mạch môn	10g
Ngũ vị tử	10g	Sinh địa	15g
Xuyên khung	10g	Đương quy	15g
Bạch thược	15g	Đào nhân	08g
Hồng hoa	08g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

- . Nếu chân tay tê bì gia: ngưư tất 12g, mộc qua 10g.
- . Nếu thị lực giảm nhiều gia: cốt tinh thảo 08g, thanh tương tử 08g.
- . Nếu tức ngực, gia: toàn qua lâu 08g.
- . Nếu phù nhẹ chi dưới gia: trạch tả 12g, xa tiền tử 12g.
- . Nếu tiêu khát có liệt do trúng phong, thiên về đàm nhiệt phủ thực, gia: toàn qua lâu 08g, chỉ xác 10g.

– Thuốc nam:

Hoài sơn	12g	Sâm nam	12g
Rau má	10g	Thiên hoa phấn	12g
Sa sâm	12g	Rể vú bò	12g
Củ tóc tiên	10g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu: ít dùng vì có thể gây nhiễm trùng thứ phát.

– Châm bổ: thận du, tý du, vị du, túc tam lý, tam âm giao. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: nội tiết, vị, thận, bàng quang. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Mai hoa châm: gõ dọc kinh bàng quang hai bên cột sống từ tý du đến bàng quang du, kích thích vừa, mỗi lần 5 – 10 phút. Gõ cách nhật hoặc hằng ngày.

2.3.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng phương pháp luyện ý, tập thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.6. Xoa bóp bấm huyệt vùng lưng, tứ chi: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4. Thể thận âm hư

2.4.1. Chứng hậu

– Miệng khát

- Mệt mỏi, lưng gối mỏi yếu
- Cảm giác nóng trong, có lúc bốc hỏa
- Ngủ ít, hay mê
- Đại tiện táo, tiểu tiện vàng sẫm
- Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày, khô
- Mạch trầm tế sác.

2.4.2. Pháp điều trị: tư bổ thận âm.

2.4.3. Phương dược

- **Cổ phương:** *Lục vị địa hoàng hoàn* gia giảm.

Sinh địa	320g	Hoài sơn	120g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Thiên hoa phấn	120g	Kỷ tử	120g
Thạch học	120g		

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Âm hư hỏa vượng nhiều: miệng khô, khát, người nóng, lưng gối mỏi yếu, tiểu tiện đục, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng khô, gia: tri mẫu 12g, hoàng bá 08g.

+ Nếu can thận âm hư, cân mạch thất dưỡng: chân tay mỏi yếu, vận động khó khăn, gia: câu tích 12g, ngư tất 12g.

+ Nếu can thận âm hư, kèm theo giảm thị lực, gia: cúc hoa 12g.

+ Nếu kèm theo có biểu hiện của can dương vượng: đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, tinh thần bực bội, dễ cáu gắt, cảm giác bốc hỏa, ngực sườn đầy tức, gia: thiên ma 12g, câu đằng 12g.

- Thuốc nam:

Thạch học	10g	Thiên hoa phấn	10g
Huyền sâm	12g	Kê huyết đằng	12g
Rau má	12g	Đỗ đen	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.4.4. Châm cứu: ít dùng vì có thể gây nhiễm trùng thứ phát.

- Châm bổ: thận du, thái khê, tam âm giao. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

- Nhĩ châm: nội tiết, thận, bàng quang. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.
- Mai hoa châm: gõ dọc kinh bàng quang 2 bên cột sống từ tỳ du đến bàng quang du, kích thích vừa, mỗi lần 5 – 10 phút. Gõ cách nhật hoặc hằng ngày.

2.4.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng phương pháp luyện ý, tập thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4.6. Xoa bóp bấm huyệt vùng lưng, tứ chi: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.5. Thể thận dương hư

2.5.1. Chứng hậu

- Miệng khát, không muốn uống nước
- Mệt mỏi, đoản khí
- Sợ lạnh, chân tay lạnh
- Phù mắt hoặc chân, sắc mặt u ám
- Tai khô, răng lung lay muốn rụng
- Không muốn ăn
- Liệt dương
- Đại tiện lỏng hoặc lúc lỏng lúc táo
- Tiểu tiện đục, lượng nhiều
- Chất lưỡi đậm tía, rêu lưỡi trắng khô
- Mạch trầm vi vô lực.

2.5.2. Pháp điều trị: bổ dương, ích khí, dưỡng thận.

2.5.3. Phương dược

- Cổ phương: **Thận khí hoàn** gia giảm.

Sinh địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Quế chi	40g
Kim anh tử	40g	Hoàng kỳ	120g
Khiếm thực	40g	Thiên hoa phấn	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Thận dương hư nhiều: đau lưng, mỏi gối, tiểu tiện nhiều lần, lượng nước tiểu nhiều, di tinh, gia: ích trí nhân 10g, phúc bồn tử 10g.

+ Nếu kiêm tỳ dương hư: người mệt mỏi, đầy bụng, đại tiện phân nát, gia: đảng sâm 12g, bạch truật 12g.

+ Khí uất, thấp trở: ngực sườn đầy tức, bụng trướng, chất lưỡi đậm nhạt, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi nhớt, gia: sài hồ 12g, thạch vĩ 12g.

+ Âm dương, khí huyết đều hư: người mệt mỏi, đoản khí, đoản hơi, ăn kém, đầy bụng, chậm tiêu, sắc mặt nhợt, tiểu tiện nhiều lần, nước tiểu đục, gia: đương quy 12g, kỷ tử 12g.

– Thuốc nam:

Ba kích	12g	Thỏ ty tử	12g
Phá cố chỉ	10g	Hoài sơn	12g
Thiên hoa phấn	10g	Thạch học	12g
Kỷ tử	12g	Trâu cổ	08g
Kim anh tử	08g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.5.4. Châm cứu: ít dùng vì có thể gây nhiễm trùng thứ phát.

– Châm bổ: thận du, thái khê, túc tam lý, tam âm giao. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: nội tiết, thận, bàng quang. Thời gian: 15 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Mai hoa châm: gõ dọc kinh bàng quang 2 bên cột sống vùng thắt lưng, kích thích vừa, mỗi lần 5 – 10 phút. Gõ cách nhật hoặc hằng ngày.

2.5.5. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng phương pháp luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: tối đa 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.5.6. Xoa bóp bấm huyệt vùng lưng, tứ chi: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3. PHÒNG BỆNH

Căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh của y học cổ truyền có thể đề ra phương pháp phòng bệnh đái tháo đường như sau:

– Thầy thuốc cần hướng dẫn người cao tuổi có nguy cơ đái tháo đường thực hiện chế độ ăn uống điều độ:

+ Hạn chế ăn các thức ăn béo ngọt, các đồ xào nướng.

+ Không uống quá nhiều rượu.

– Thực hiện công tác tư vấn để người cao tuổi có nguy cơ đái tháo đường có thái độ tâm thần đúng đắn, giữ cho tinh thần được thư thái, cơ thể khoẻ mạnh; thực hiện chế độ làm việc và nghỉ ngơi hợp lý.

– Khi điều trị bệnh đái tháo đường, thầy thuốc cần dùng thuốc một cách hợp lý, không nên lạm dụng thuốc, đặc biệt là không nên sử dụng các loại thuốc ôn tảo kéo dài, tránh làm hại chân âm.

– Hướng dẫn người cao tuổi có nguy cơ đái tháo đường tập khí công – dưỡng sinh hằng ngày với các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập: 20 – 30 phút/ngày. Tác dụng: giúp cơ thể khoẻ mạnh, tinh thần thư thái. Đây là phương pháp phòng bệnh có hiệu quả của y học cổ truyền.

– Xoa bóp bấm huyệt hằng ngày để tăng cường lưu thông khí huyết, giảm căng thẳng tinh thần, giúp nâng cao thể trạng cho người bệnh, từ đó hạn chế tiến triển của bệnh.

* **Tóm lại:** đái tháo đường (hay còn gọi là hội chứng tăng glucose huyết) là một bệnh rối loạn chuyển hóa carbohydrate. Đây là một trong những bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi gây tổn kém về kinh tế và ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ. Việc điều trị đái tháo đường ở người cao tuổi chủ yếu là điều chỉnh lối sống; thực hiện chế độ ăn cân đối, hợp lý; tăng cường hoạt động thể lực phù hợp với tình trạng sức khoẻ; có thể kết hợp sử dụng thuốc khi cần thiết. Nên thực hiện phòng bệnh sớm đối với những người có nguy cơ cao.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa, tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại đái tháo đường theo YHHD.
2. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh đái tháo đường theo YHHD.
3. Trình bày các phương pháp điều trị và phòng bệnh đái tháo đường theo YHHD.
4. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị đái tháo đường thể tân dịch khuy tổn và thể âm hư hỏa vượng.
5. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị đái tháo đường thể khí âm lưỡng hư và thể âm dương lưỡng hư.
6. Trình bày phương pháp điều dưỡng và phòng bệnh đái tháo đường theo YHCT và YHHD.

LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh loãng xương theo YHHĐ và YHCT.
- Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán, phòng và điều trị các thể bệnh loãng xương ở người cao tuổi theo YHHĐ và YHCT.

ĐẠI CƯƠNG

Trong những năm gần đây, loãng xương và gãy xương do loãng xương đã trở thành vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở các nước phát triển và các nước đang phát triển. Ở nước ta, với xu thế tuổi thọ ngày càng tăng, loãng xương cũng sẽ trở thành một vấn đề sức khỏe quan trọng của xã hội vì những phí tổn trong điều trị.

Hiện nay trên thế giới có khoảng 200 triệu người bị loãng xương và mỗi năm có thêm khoảng 25 triệu người, trong đó 80% là phụ nữ. Trong số những phụ nữ bị loãng xương có khoảng 80% người trên 65 tuổi. Khoảng 1/4 số phụ nữ ngoài 60 tuổi bị gãy xương do loãng xương. Mặc dù loãng xương chủ yếu xảy ra ở phụ nữ nhưng cũng có khoảng 1,5 triệu nam giới mắc bệnh này và có khoảng 3,5 triệu người có nguy cơ cao. Nguy cơ loãng xương tăng cao ở người cao tuổi.

Ở Mỹ năm 2000 có hơn 8 triệu người bị loãng xương và 17 triệu người bị giảm khối xương, có thể xếp vào loại có nguy cơ cao sẽ bị loãng xương.

Tại Australia, 100% phụ nữ và 1/3 nam giới trên 60 tuổi bị loãng xương. Loãng xương và gãy xương là những nguyên nhân chính gây thương tích, tật nguyên lâu dài và thậm chí gây tử vong ở người cao tuổi. 1/5 những người bị gãy xương sẽ bị tử vong trong vòng 6 tháng nếu không được chăm sóc y tế đầy đủ. Trong số những người không bị tử vong do gãy xương thì có tới 50% không di chuyển được hoặc phải nằm liệt giường nếu không có trợ giúp y tế thường xuyên.

Theo GS. TS. Trần Ngọc Ân, chủ tịch hội Thấp khớp học Việt Nam, cuối những năm 80 của thế kỷ XX, người Việt Nam không biết nhiều về loãng xương. Nhưng giờ đây, loãng xương đang là một căn bệnh khá phổ biến ở nhiều độ tuổi khác nhau và nguy cơ của nó cần phải được nhận thức ngay từ khi còn trẻ.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, đến năm 2050, số người bị gãy xương do loãng xương của châu Á (trong đó có Việt Nam) có thể sẽ chiếm tới 50% so với thế giới. Vì vậy, phòng chống loãng xương trong cộng đồng là hoạt động cần thiết.

Loãng xương có thể gặp ở cả hai giới nhưng phụ nữ dễ bị loãng xương hơn nam giới 8 lần. Loãng xương thường gặp ở phụ nữ sau 50 tuổi. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ lớn tuổi.

Loãng xương thuộc phạm vi các chứng: “yêu thống” (腰痛), “cốt khô” (骨枯), “cốt thống” (骨痛) của y học cổ truyền.

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. KHÁI NIỆM LOÃNG XƯƠNG

Khái niệm loãng xương đã được nhắc đến ở nửa đầu thế kỷ XIX do Jean Georges Chrétien Federic Martin Losten (1777–1835) nêu lên. Ban đầu, mọi người đều cho rằng sự giảm chất xương của toàn bộ xương trong cơ thể là loãng xương.

Tháng 10 năm 1990, một Hội nghị của châu Âu về loãng xương đã thống nhất định nghĩa: “Loãng xương là một bệnh được đặc trưng bởi một khối lượng xương thấp tới mức làm cho xương trở nên giòn và dẫn tới gãy xương”.

Tổ chức Y tế Thế giới năm 1994 định nghĩa loãng xương dựa trên mật độ chất khoáng của xương (Bone Mineral Density – BMD) theo chỉ số T (T score) như sau: “T score của một cá thể là chỉ số về mật độ xương BMD của cá thể đó so với BMD của nhóm người trẻ tuổi làm chứng”. Trên cơ sở đó, có các giá trị BMD như sau:

- BMD bình thường: T score > -1
- Thiếu xương (nhuyễn xương): $-2,5 \leq T \text{ score} \leq -1$
- Loãng xương: T score $\leq -2,5$
- Loãng xương nặng: T score $\leq -2,5$ và có một hoặc nhiều gãy xương

Như vậy, loãng xương là bệnh lý xương khớp có tính chất toàn thân do chất lượng xương bị giảm, thoái hoá kết cấu vi thể xương làm xương giòn, dễ phát sinh gãy xương.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Chuyển hoá calci và điều hoà chuyển hoá calci trong cơ thể

– Chuyển hoá calci: 40% calci từ thức ăn được hấp thu ở ruột qua một hệ thống đặc biệt phụ thuộc vào vitamin D. Calci được thải ra theo đường tiểu tiện và đường tiêu hoá. Lượng calci trong nước tiểu được quyết định bởi sự tái hấp thu chủ động tại ống thận dưới ảnh hưởng của hormon tuyến cận giáp, do đó chỉ một phần rất nhỏ calci bị thải ra ngoài. Lượng calci trong nước tiểu liên quan chặt chẽ với calci máu. Chỉ một thay đổi nhỏ về nồng độ calci máu cũng có thể gây nên thay đổi lớn ở calci niệu. Vì vậy, thận được coi là có vai trò chính trong điều hoà calci máu.

– Điều hoà chuyển hoá calci: có ba hormon chủ yếu liên quan đến điều hoà chuyển hoá chất khoáng ở xương: hormon tuyến cận giáp (TH), calcitonin và vitamin D. Ngoài ra còn có estrogen và testosteron.

+ Hormon tuyến cận giáp (PTH):

. Tại xương: PTH tác động lên các tế bào xương và tế bào tạo xương, hoạt hoá bơm calci có ở những màng tế bào này và giải phóng calci từ dịch xương vào máu. Ngoài ra, PTH còn tác dụng lên tế bào huỷ xương thông qua các "tín hiệu" chuyển đến từ tế bào xương và tế bào tạo xương để làm tăng quá trình huỷ xương, giải phóng ion calci vào dịch xương; hình thành các tế bào huỷ xương mới, làm tăng số lượng các tế bào huỷ xương. Dưới tác dụng của PTH, hiện tượng huỷ xương bao giờ cũng mạnh hơn tạo xương.

. Tại thận: PTH tác động lên ống thận để giảm tái hấp thu phosphat và tăng tái hấp thu ion Ca^{++} .

. Tại ruột: PTH tăng thành lập $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ giúp hấp thu calci tại ruột. Như vậy, dưới tác dụng của PTH, calci huyết tăng và phosphat máu giảm. Khi calci máu tăng đến mức độ nào đó thì dưới tác dụng của cơ chế phản hồi (feedback), tuyến cận giáp sẽ giảm tiết PTH và lượng calci trong máu giảm dần tới chu kỳ tăng lần sau.

+ Calcitonin là một hormon được tiết ra từ tế bào cạnh nang của tuyến giáp, tác dụng ức chế hoạt động của tế bào huỷ xương, làm giảm calci huyết, tăng lắng đọng calci ở xương; đồng thời làm giảm hình thành các tế bào huỷ xương mới. Tuy nhiên, những tác dụng này của calcitonin rất yếu ở những người cao tuổi.

+ Vitamin D: tại da, dưới tác động của tia cực tím từ ánh sáng mặt trời, 7-dehydrocholesterol chuyển thành cholecalciferol hay vitamin D_3 . Vitamin D_2 (ergocalciferol) có nguồn gốc từ thực vật được hấp thu vào máu qua đường tiêu hoá. Tại gan, vitamin D_2 và vitamin D_3 được hydroxy hoá thành 25-hydroxycholecalciferol

(25-OHD₃). Tại thận, chất này được hydroxy hoá một lần nữa để tạo thành 1,25(OH)₂D₃, đây là một hormon rất mạnh và rất hiệu quả (còn gọi là calcitriol). Vai trò chính của calcitriol là thúc đẩy hấp thụ calci tại ruột và calci hoá chất nền xương tại xương. Một chất khác là 24,24(OH)₂D₃ cũng được thành lập tại thận với số lượng rất lớn nhưng không hoạt động. Đây có thể là một thành phần dự trữ trong hệ kiểm soát (C₂₄ chuyển sang C₁).

+ Estrogen: có tác dụng làm tăng hoạt động của các tế bào tạo xương, kích thích gắn đầu xương vào thân xương, tăng lắng đọng muối calci-phosphat ở xương, làm nở rộng xương chậu.

+ Testosteron: có tác dụng tăng tổng hợp khung protein của xương, phát triển và cốt hoá sụn liên hợp ở đầu xương dài, làm dày xương, tăng lắng đọng calci-phosphat ở xương, làm hẹp đường kính khung chậu, tăng chiều dài của khung chậu, tăng sức mạnh của khung chậu.

2.2. Các giai đoạn phát triển của xương

Quá trình thay đổi khối lượng xương trong quá trình phát triển của cơ thể được tác giả Riggs chia thành ba giai đoạn:

- *Giai đoạn 1*: khối lượng xương tăng dần để đạt tới giá trị tối đa.
- *Giai đoạn 2*: giai đoạn mất xương chậm phụ thuộc vào tuổi, thường bắt đầu sau 40 tuổi ở các xương dài và xương xốp.
- *Giai đoạn 3*: giai đoạn mất xương nhanh, chỉ xuất hiện ở phụ nữ sau mãn kinh.

2.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Không có nguyên nhân đơn thuần gây loãng xương. Trong quá trình sinh trưởng và phát triển của con người có hai quá trình tác động lên xương là tạo xương và hủy xương. Từ sau tuổi 30 hoặc 40 trở đi, hoạt động của các tế bào tạo xương giảm, làm mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và quá trình hủy xương gây nên hiện tượng giảm số lượng các tế bào xương, dần dần dẫn tới loãng xương.

Ở nữ giới sau thời kỳ mãn kinh, do lượng estrogen giảm xuống mức thấp nhất đã ảnh hưởng đến quá trình tạo xương của cơ thể; thiếu estrogen làm tăng sự hủy xương, giảm hoạt động của các tế bào xương, giảm khung protein ở xương, giảm lắng đọng calci và phosphat ở xương. Ở thời kỳ này, sự mất xương trong cơ thể phụ nữ tăng nhanh (khoảng 1% – 2%/năm). Tình trạng xương bị mất do di chứng tắt kinh kéo dài khoảng 15 – 20 năm, lượng xương bị mất thay đổi tùy theo từng người, nhưng có nhiều người có thể mất tới 30% lượng tế bào xương của cơ thể trong thời gian này. Nếu vì lý do nào đó dẫn đến bị tắt kinh sớm (phẫu thuật cắt buồng trứng...), tế bào xương trong cơ thể sẽ bị mất sớm hơn.

Việc mất các tế bào xương ở nam giới diễn ra chậm hơn nữ giới. Ở nam giới, hormon sinh dục quan trọng nhất là testosterone được sản xuất tại tinh hoàn, các hormon sinh dục khác (trong đó có estrogen) được sản xuất tại tuyến thượng thận. Việc giảm estrogen cũng như testosterone trong cơ thể nam giới cao tuổi cũng góp phần gây loãng xương.

Ngoài ra, còn một số nguyên nhân khác gây loãng xương thứ phát như:

- Sử dụng các thuốc corticoid hoặc heparin kéo dài.
- Không vận động (do cân nặng quá mức hoặc liệt nửa người ...).
- Uống nhiều rượu.
- Dinh dưỡng không hợp lý.
- Giảm hấp thu.
- Bệnh Scorbut (do thiếu vitamin C trong thức ăn hằng ngày).
- Không dung nạp lactose.
- Quá trình tạo xương không hoàn chỉnh.
- Hội chứng Sudeck – Kienbock (Teo các xương nhỏ bàn tay và chân sau chấn thương do căn nguyên thần kinh).
- Rối loạn nội tiết (thiếu năng tuyến yên, to viễn cực, nhiễm độc tuyến giáp, đái tháo đường...).

3. CÁC YẾU TỐ THUẬN LỢI GÂY BỆNH LOÃNG XƯƠNG

- Yếu tố di truyền: chiếm 60 – 80% các trường hợp loãng xương.
- Mãn kinh ở nữ giới: yếu tố thuận lợi gây loãng xương tiến triển cao nhất ở phụ nữ là tình trạng mãn kinh. Trong thực tế, mãn kinh càng sớm thì tình trạng loãng xương xuất hiện càng sớm. Thông thường, tuổi mãn kinh của phụ nữ là từ 45 đến 55 tuổi. Sau khi mãn kinh, buồng trứng giảm sản xuất estrogen, dẫn tới giảm quá trình tạo xương và tăng quá trình mất xương.
- Phẫu thuật cắt tử cung, buồng trứng: những phụ nữ trẻ tuổi phải phẫu thuật cắt tử cung kèm theo buồng trứng là những người có nguy cơ loãng xương cao. Nguy cơ loãng xương giảm xuống nếu chỉ cắt bỏ tử cung mà không phẫu thuật cắt buồng trứng.
- Tuổi và giới: từ sau tuổi 30 – 40 trở đi, quá trình tạo xương và quá trình hủy xương diễn ra không đồng đều, tổng số tế bào xương tạo ra ít hơn tổng số tế bào xương mất đi. Sự mất xương ở phụ nữ diễn ra nhanh hơn so với nam giới. Ban đầu, người ta không nhận ra sự mất dần các tế bào xương nhưng từ tuổi 40 trở đi, đặc biệt là đối với phụ nữ thì tuổi tác và giới tính là những yếu tố thuận lợi dẫn đến loãng xương.

– **Chủng tộc và địa cư:**

+ Mặc dù loãng xương là một bệnh xảy ra ở hầu hết các chủng tộc người trên thế giới nhưng người da trắng chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là người da vàng, người da đen chiếm tỷ lệ thấp nhất. Theo một nghiên cứu của Mỹ thì tỷ lệ trọng lượng xương của người da đen cao hơn rất nhiều so với người da trắng, vỏ xương dày hơn, xương sống rất chắc nên tỷ lệ gãy xương thấp.

+ Ngoài ra, người ta cũng nhận thấy người sống ở thành thị có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với người sống ở nông thôn và miền núi.

+ Ở những nơi có khí hậu lạnh có tỷ lệ người bị loãng xương cao hơn ở những nơi khí hậu nóng. Điều này có khả năng liên quan tới cuộc sống lao động thể lực và thời gian mặt trời chiếu sáng. Trên thế giới, tỷ lệ người bị loãng xương dẫn đến gãy xương ở các vùng khác nhau cũng có sự khác biệt rất lớn; cao nhất là Mỹ, tiếp đến là các nước châu Âu, Hồng Kông, Singapo, Nam Phi.

+ Như vậy, tỷ lệ loãng xương và gãy xương có liên quan đến sự khác biệt về địa lý, chủng tộc, hoạt động thể lực, ánh nắng mặt trời và tập tục ăn uống.

– **Nhân tố sinh hoạt:**

+ Hoạt động cơ bắp có thể tăng lượng xương vì đó là một hình thức kích thích cơ giới làm tăng tính hoạt động của tế bào xương. Những người không hoạt động trong một thời gian dài thì yếu tố kích thích này bị giảm đi, số lượng tạo cốt bào suy giảm trong khi hủy cốt bào tăng tương đối làm lượng xương được tạo ra ít hơn lượng xương bị mất đi, từ đó dẫn đến loãng xương. Rèn luyện cơ thể có thể làm giảm quá trình mất xương và có tác dụng dự phòng loãng xương.

+ Những tập quá sinh hoạt không tốt như: hút thuốc lá, uống rượu quá nhiều cũng làm cho quá trình loãng xương phát sinh.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Lâm sàng

Người bị loãng xương thường không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng trong nhiều năm.

– Đau là triệu chứng thường gặp nhất. Cảm giác đau mỗi xương toàn thân, thường gặp nhất là đau lưng, đau có xu hướng lan ra xung quanh. Khi vận động hoặc những va chạm nhỏ làm cảm giác đau tăng lên, người bệnh cảm thấy rất khó chịu. Nguyên nhân chủ yếu là do sự thay đổi của xương quá nhanh, làm mất đi hệ thống lưới xương, đồng thời phá hoại thành phần chất xương dưới lớp hạ cốt mạc.

– Biến dạng cột sống: lưng còng, sụp cột sống, vẹo cột sống, giảm chiều cao. Chiều cao giảm dần theo tuổi, có trường hợp khi sờ có thể thấy các xương sườn ở cuối cùng chạm vào mào chậu, đến giai đoạn này thì việc giảm chiều cao sẽ ngừng.

– Gãy xương: khi mật độ chất khoáng của xương nhỏ hơn 100 mg/cm^2 thì chỉ cần một lực tác động nhỏ ở bên ngoài cũng có thể phát sinh gãy xương. Đặc điểm gãy xương trong bệnh loãng xương là di lệch xoắn vặn, có thể gãy xương hở hoặc gãy xương kín, gãy xương xảy ra ngay trong những điều kiện sinh hoạt thường ngày. Thường gặp nhất là gãy phần thấp cổ tay, cổ xương đùi, cổ xương cánh tay, xương sườn và cột sống.

Người bị loãng xương thường chỉ được phát hiện khi có những biểu hiện: thấy rõ triệu chứng gù vẹo cột sống, đau xương, gãy xương tự phát, bệnh lý gãy cổ xương đùi hoặc đốt sống cổ, gãy đầu dưới xương quay (Pouteau – Colles) sau một lần ngã nhẹ hoặc gãy xương hông.

4.2. Cận lâm sàng

* Dấu hiệu X.quang:

– Giảm độ cản quang của thân đốt sống: cột sống sáng hoặc có các khía thẳng đứng, viền xung quanh bằng một bờ đặc.

– Biến dạng cột sống:

+ Hình ảnh gãy xương ngang một đốt sống.

+ Hình ảnh lõm cong của đốt sống: khi thấy có hình ảnh lõm cong hai mặt của đốt sống thì khối lượng của xương cột sống đã giảm đi 50%.

+ Sụp xương cột sống: thường sụp phía góc trước của cột sống lưng do tình trạng gù tăng lên. Sụp xương có thể tạo thành hình bánh ép do tất cả các mặt xương đã xẹp thành mặt phẳng. Chỉ số Meunier > 11 .

+ Trên X.quang có thể thấy tình trạng mỏng dần vỏ xương nhưng đó là dấu hiệu muộn, chỉ xuất hiện khi các biến dạng của cột sống đã rõ ràng. Cột sống của người bị loãng xương thường ít có gai xương hơn so với người cùng tuổi.

Chỉ số Meunier: được tính trên một phim chụp nghiêng cột sống lưng – thắt lưng, tập trung vào D_{11} . Người ta nghiên cứu 6 đốt sống lưng cuối (từ D_7 đến D_{12}) và 4 đốt sống thắt lưng đầu (từ L_1 đến L_4) bằng cách cho các đốt sống này một hệ số tương đương:

+ 1: nếu đốt sống bình thường.

+ 2: nếu đốt sống lõm hai mặt.

+ 3: nếu đốt sống bị gãy, xẹp ở góc, dẹt hoặc có hai cung sâu với gãy mâm xương trên.

Chỉ số này bình thường bằng 10. Đây là chỉ số có giá trị vì đơn giản, không thay đổi và có lợi vì cho phép so sánh các giá trị số lượng của khối xương với giá trị số lượng của cường độ loãng xương.

Tác giả Renier cũng đưa ra chỉ số tương tự Meunier nhưng khác biệt đôi chút về cách cho điểm:

- + 0: đốt sống bình thường.
- + 1: mặt trên thân đốt sống không thẳng.
- + 2: mặt trên lõm rõ.
- + 3: lõm cả hai mặt trên dưới (hình ảnh thấu kính phân kỳ).
- + 4: đốt sống hình chêm.
- + 5: đốt sống hình lưới.



Hình ảnh đốt sống L₅ lõm hai mặt

Chỉ số Barnett và Nordin (chỉ số B và N): chụp xương đốt bàn tay thứ hai, đo đường kính của thân xương (D) và đường kính tủy xương (d), sau đó tính chỉ số B và N theo công thức:

$$\text{Chỉ số B và N} = \frac{D-d}{D} \times 100$$

Chỉ số B và N dưới 45 được coi là có loãng xương.

Chỉ số Singh: chụp đầu trên xương đùi tư thế thẳng. Bình thường thấy bốn hệ thống các dải xương hiện rõ. Khi các dải xương bị đứt, gãy, mất đi ít hay nhiều, tiến hành cho điểm từ 1 đến 7 (7 điểm là bình thường, 1 điểm là rất nặng).

* *Sinh hoá*: loãng xương thường không kèm theo bất cứ một dấu hiệu sinh hoá đặc biệt nào.

– Các chỉ số calci máu, phospho máu, phosphatase kiềm máu và hydroxyprolin niệu đều bình thường.

– Không có sự thay đổi tỷ lệ parahormon huyết thanh hoặc 25 hydroxy vitamin D.

– Calci niệu thường thấp.

– Nghiệm pháp tăng calci máu: tiêm tĩnh mạch 20 ml gluconat calci 10%, lấy toàn bộ nước tiểu trong vòng 9 giờ sau khi tiêm. Định lượng calci thải ra rồi so sánh với lượng calci thải ra trong 9 giờ ngày hôm trước lúc chưa tiêm. Ở người loãng xương sau khi tiêm, lượng calci thải ra cao hơn 30% so với lúc bình thường và khả năng hấp thu và giữ calci của người loãng xương kém hơn người bình thường.

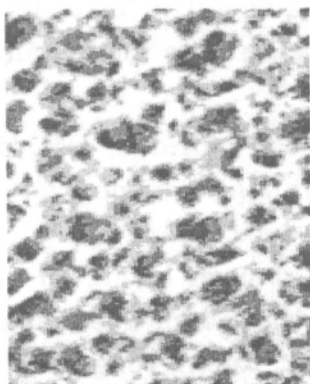
– Nghiệm pháp vitamin D₂: cho người bệnh uống 15 mg vitamin D₂ trong 2 ngày liền. Sau đó định lượng calci niệu 24 giờ sau, 48 giờ sau và 5 ngày sau. Bình thường, calci niệu tăng 50 – 100 mg trong 24 giờ đầu, sau đó trở về bình thường. Nếu có loãng xương thì lượng calci niệu tăng nhiều và kéo dài.

– Nghiệm pháp corticoid: cho người bệnh uống prednisolon 25 mg/ngày trong 5 ngày, định lượng calci niệu từng ngày. Bình thường: calci niệu không đổi; trường hợp loãng xương: calci niệu tăng nhiều và kéo dài. Chú ý: không sử dụng nghiệm pháp này cho những trường hợp loãng xương nặng.

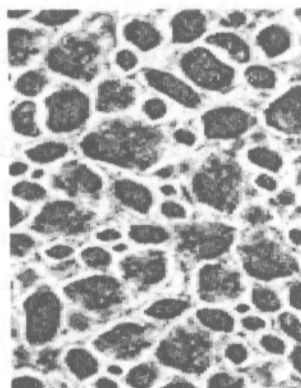
* *Tổ chức học*: sinh thiết vùng xương chày có thể biết hình ảnh tổ chức tổn thương. Các hình ảnh có thể thấy là:

– Vỏ xương mỏng.

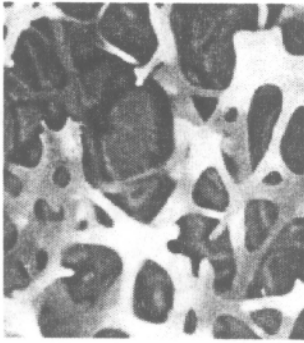
– Teo các bè xương xốp.



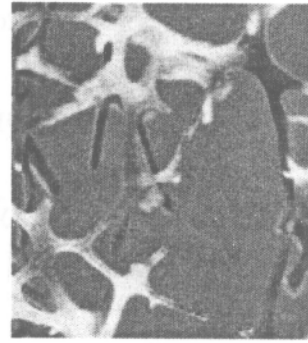
Hình ảnh xương bình thường



Hình ảnh loãng xương



Mật độ xương bình thường



Hình ảnh thưa xương

* *Sử dụng đồng vị phóng xạ:* uống Ca^{47} hoặc tiêm Ca^{45} sau đó theo dõi trong máu, nước tiểu và ghi xạ đồ. Với người loãng xương: khả năng cố định calci ở xương ít hơn so với người bình thường.

* *Đo mật độ khoáng của xương.*

– Đo độ hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA: Dual-energy X-ray absorptiometry): là phương pháp sử dụng hai chùm tia X để ước tính mật độ xương ở các đốt sống và xương chậu. Lượng tia bị cản bởi xương và các mô mềm của mỗi chùm được so sánh với nhau. Đây là phương pháp chính xác nhất để đo mật độ xương và có thể phát hiện được mức độ mất xương 2%/năm; đồng thời thao tác nhanh và sử dụng liều xạ thấp. DEXA có thể đánh giá nguy cơ giảm sức chống chịu của xương.

– Đo độ hấp thụ tia X năng lượng kép ngoại vi (P-DEXA: Peripheral dual-energy X-ray absorptiometry): được biến đổi từ phương pháp DEXA và thường được sử dụng để đo mật độ xương cổ tay nhưng không dùng để đo mức độ mất khoáng của các xương gần gầy (xương chậu hay cột sống).

– Đo độ hấp thụ photon kép (DPA: Dual photon absorptiometry): sử dụng chất phóng xạ để sản sinh bức xạ, có thể đo mật độ xương ở xương chậu và xương sống. DPA cũng sử dụng liều xạ thấp nhưng thời gian thực hiện chậm hơn các phương pháp khác.

– Siêu âm: thường được sử dụng trong chẩn đoán ban đầu. Đây là phương pháp sử dụng sóng âm để xác định mật độ xương (thường là xương gót). Nếu kết quả siêu âm cho thấy mật độ xương thấp thì DEXA được sử dụng để xác nhận lại kết quả. Phương pháp siêu âm nhanh, không gây đau và không sử dụng chất phóng xạ như phương pháp X-quang nhưng không đo được mật độ xương của các xương gần rạn, gãy do loãng xương như xương chậu, xương sống. Ngoài ra, tác dụng của siêu âm còn hạn chế khi kiểm tra ảnh hưởng của thuốc trong điều trị.

– Chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner): so sánh hình ảnh chụp với một bộ gam mẫu làm sẵn, dựa vào độ đậm nhạt để đánh giá mức độ loãng xương.

- Mật độ khoáng của xương:
- + Bình thường: $> 833\text{mg/cm}^2$.
- + Nhuyễn xương: $648 - 833\text{mg/cm}^2$.
- + Loãng xương: $< 648\text{mg/cm}^2$.

5. PHÂN LOẠI LOÃNG XƯƠNG

Loãng xương được chia làm ba nhóm lớn:

- Loãng xương nguyên phát: xuất hiện tự nhiên, không tìm thấy nguyên nhân nào khác ngoài tuổi tác và tình trạng mãn kinh.
- Loãng xương thứ phát: do bệnh tật, thuốc và một số nhân tố khác.
- Loãng xương đặc biệt: có thể gặp ở tuổi thanh thiếu niên, thường là do di truyền, gặp ở nữ nhiều hơn nam.

Trong những năm 30 – 40 của thế kỷ XX, Albright đã đề cập đến hai thể loãng xương tiên phát: một thể có liên quan đến sự suy giảm sinh dục ở phụ nữ sau mãn kinh và một thể ông cho rằng có liên quan tới sự suy giảm androgen thượng thận ở người già. Sau này, Riggs, Melton đã gọi hai dạng loãng xương trên là loãng xương typ 1 (loãng xương sau mãn kinh) và loãng xương typ 2 (loãng xương tuổi già).

5.1. Loãng xương typ 1 (loãng xương sau mãn kinh)

Thể này thường xuất hiện trong vòng 15 – 20 năm sau mãn kinh, đặc trưng bởi mất chủ yếu xương xốp (bè xương), thường gãy gãy xương ở những vị trí có thành phần xương xốp cao như cột sống, đầu dưới xương quay, đầu dưới xương chày.

Tổn thương điển hình là gãy, xẹp cột sống và gãy xương cổ tay.

Gãy xương cẳng tay (không phải Pouteau–Colles), gãy Pouteau–Colles, gãy cổ xương đùi là những loại gãy xương thường gặp nhất.

Nguyên nhân chủ yếu là do thiếu hụt estrogen; tăng bài niệu calci; giảm hoạt động của enzym 25–OH, vitamin $D_{1\alpha}$ –hydroxydase làm giảm sự hấp thu calci ở ruột.

5.2. Loãng xương typ 2 (loãng xương tuổi già)

Xuất hiện với tỷ lệ nữ/nam = 2/1.

Là hậu quả của sự mất xương chậm trong vòng vài chục năm.

Biểu hiện chính là gãy cổ xương đùi, gãy lún các đốt sống do tổn thương đồng đều trên cả xương đặc và xương xốp.

Loại loãng xương này liên quan đến hai yếu tố quan trọng là giảm hấp thu calci và giảm chức năng tạo cốt bào.

Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau nhức trong xương, giảm chiều cao, gù lưng, gãy xương và có thể có trở ngại hô hấp.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

6.1.1. Lâm sàng

– Đau xương. Chủ yếu là đau ở cột sống lưng hoặc thắt lưng sau một gắng sức nhẹ hoặc một động tác sai.

– Biến dạng cột sống: cong vẹo cột sống, giảm chiều cao.

– Gãy xương: thường xảy ra ở giai đoạn muộn.

6.1.2. Cận lâm sàng

– Hình ảnh cột sống sáng.

– Chỉ số Meunier > 10.

– Mật độ chất khoáng của xương được đo bằng độ hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA): đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định loãng xương. Chẩn đoán xác định có loãng xương khi:

+ Mật độ chất khoáng của xương dưới 648 mg/cm^2 .

+ Hoặc chỉ số T score $\leq -2,5$.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt loãng xương nguyên phát ở người cao tuổi với các loãng xương thứ phát:

– Di căn ung thư cột sống:

+ Suy nhược toàn thân

+ Máu lắng tăng cao

+ Calci máu cao

+ Hình ảnh tiêu xương góc cạnh cột sống.

– U tủy tiến triển:

+ Đau cột sống dữ dội, không giảm khi nghỉ ngơi

+ Đau dây thần kinh hoặc có dấu hiệu chèn ép tủy

- + Thiếu máu, giảm bạch cầu và tiểu cầu
- + Giảm chức năng tiểu cầu
- + Máu lắng tăng nhanh
- + Tăng calci máu
- + Số lượng bạch cầu tăng cao trong tuỷ xương
- + X.quang: tổn thương tuỷ xương, hình ảnh loãng xương
- Loãng xương do cường cận giáp trạng:
 - + Rối loạn tiêu hoá, tâm thần liên hệ với tăng calci máu
 - + Sinh hoá: calci máu tăng, calci niệu tăng, phosphatase máu tăng, hydroxyprolin máu tăng
 - + Giải phẫu bệnh: hình ảnh tiêu xương rộng và mạnh, hình ảnh xơ.
- Loãng xương do cường giáp trạng (ít gặp):
 - + Sinh hoá: calci máu bình thường hoặc tăng nhẹ, phospho máu bình thường, calci niệu tăng, hydroxyprolin niệu tăng, phosphatase kiềm tăng
 - + Giải phẫu bệnh: hình ảnh tăng tiêu xương.
- Loãng xương do bất động kéo dài: biểu hiện triệu chứng thường kín đáo và không đau.

7. ĐIỀU TRỊ

Mục đích chính là ngăn ngừa cho tế bào xương không bị mất thêm và tránh gãy xương.

7.1. Dùng thuốc

- Bisphosphonates gồm ba loại chính: risedonat, alendronate, etidronat (biệt dược: Fosamax, Actonel, Didronel, Aredia, Zometa, Reclast, Aclasta): là những loại thuốc không chứa kích thích tố nhằm giúp tăng độ đặc của xương và giảm thiểu các trường hợp bị gãy xương. Tác dụng không mong muốn: đau bụng dưới, rối loạn tiêu hoá, nhức bắp thịt hay khớp xương, buồn nôn, cảm giác khó chịu vùng thượng vị hoặc thực quản.

- Thuốc điều hoà lượng kích thích tố nữ (SERMs: Selective Oestrogen Receptor Modulator) bao gồm: raloxifene (biệt dược: Evista). Tác dụng: làm tăng độ đặc của xương, giảm nguy cơ xẹp đốt sống. Thường dùng để điều trị các trường hợp phụ nữ loãng xương do mãn kinh. Tác dụng không mong muốn: cảm giác bốc hỏa, đông máu tĩnh mạch, làm tăng đôi chút tỷ lệ ung thư vú, tai biến mạch máu não, đột quy tim.

– Kích thích tố tuyến cận giáp trạng teriparatide (biệt dược: Forteo): dùng để điều trị chứng loãng xương ở phụ nữ sau khi mãn kinh và nam giới có nguy cơ gãy xương cao. Tác dụng không mong muốn: buồn nôn, chuột rút, cảm giác choáng váng.

– Calcitonin (biệt dược: Calcimar, Miacalcin): 50 – 100IU/ngày. Tác dụng không mong muốn: bốc hỏa, kích thích tại chỗ tiêm.

– Calcium: 1 – 1,5g/ngày. Tác dụng không mong muốn: tăng calci máu.

– Vitamin D: 400IU (10mcg)/ngày với những người từ 50 tuổi đến 60 tuổi; 600IU (15mcg)/ngày với những người trên 70 tuổi ít tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Nếu sử dụng vitamin D₃ thì có thể dùng 400 – 800IU/ngày đối với những người dưới 50 tuổi và 800 – 1000IU/ngày với những người từ 50 tuổi trở lên. Ngộ độc vitamin D xảy ra khi sử dụng trên 2000IU/ngày.

7.2. Các phương pháp luyện tập điều trị loãng xương

Thầy thuốc nên hướng dẫn người bệnh lựa chọn luyện tập một trong số những môn thể thao có tác dụng tốt đối với bệnh loãng xương như: đi bộ, khiêu vũ, thể dục, chèo thuyền, đi xe đạp với một mức độ nhất định.

Tuy nhiên, những người đã được chẩn đoán loãng xương hoặc có mật độ xương thấp cần chú ý tư thế của các động tác tập. Các động tác như uốn cong cột sống về phía sau, bẻ gập về phía trước, xoay cổ tay và bẻ các ngón tay nhiều khi nguy hiểm. Vì vậy, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh phương pháp luyện tập phù hợp để tránh gãy xương.

8. ĐIỀU DƯỠNG

Tình trạng không vận động, nhất là các bệnh nhân bị bất động tại giường sẽ làm nặng thêm tình trạng loãng xương.

Trong các đợt đau cấp do nén cột sống, bệnh nhân cần được nghỉ ngơi và dùng thuốc giảm đau, nhưng tránh bất động hoàn toàn. Cần phải vận động thụ động và chủ động các chi để duy trì vận động các khớp và cơ, phòng các biến chứng do nằm lâu. Mặc áo nịt cứng hoặc nửa cứng giúp bệnh nhân dễ ngồi dậy nhưng chỉ trong vài tuần đầu sau khi bị nén cột sống. Ngoài cơn đau phải hướng dẫn bệnh nhân vận động nhẹ cột sống, thở nhẹ và sâu dần, tránh vận động quá mạnh có thể gây gãy xương.

Đối với những người đã được chẩn đoán loãng xương: tránh không để xảy ra gãy xương vì khi đó xương khó liền và có thể dẫn tới tử vong nếu người bệnh lớn tuổi bị gãy cổ xương đùi.

9. DỰ PHÒNG BỆNH LOÃNG XƯƠNG

Công tác tuyên truyền dự phòng loãng xương cần thực hiện tại cộng đồng. Trong đó, thầy thuốc cần nhấn mạnh những điểm cần lưu ý khi dự phòng bệnh loãng xương:

- Không nên để tới khi phát hiện ra tình trạng loãng xương mới điều trị.
- Nên phòng bệnh từ tuổi 30 hoặc trước đó để giảm thiểu những ảnh hưởng tới sức khỏe do loãng xương gây ra.

Để giúp cho công tác dự phòng bệnh loãng xương có hiệu quả, thầy thuốc cần nắm vững và thực hiện một số điểm cơ bản dưới đây:

9.1. Dinh dưỡng

Thầy thuốc cần hướng dẫn cộng đồng, đặc biệt là những người cao tuổi chú ý thực hiện chế độ dinh dưỡng có tác dụng dự phòng bệnh loãng xương, bao gồm:

- Cần chú ý đến các thức ăn giàu calci như: trứng, sữa và các sản phẩm từ sữa, đậu, tôm, cua, cá...
- Bổ sung vitamin D cho cơ thể bằng cách tăng cường các thức ăn có nguồn gốc từ cá, gan, sữa, nước cam, ngũ cốc.
- Sử dụng vừa phải lượng protein (đạm) trong khẩu phần ăn. Khi ăn nhiều đạm phải đảm bảo đủ calci vì chế độ ăn nhiều đạm làm tăng bài xuất calci theo nước tiểu.
- Tăng cường ăn các loại rau, quả, các thức ăn có nhiều estrogen thực vật như giá đỗ. Các loại rau, củ như: mùi tây, bắp cải, cà chua, dưa chuột, tỏi... cũng làm giảm hiện tượng mất xương và làm tăng chất khoáng trong xương.

9.2. Chế độ sinh hoạt

- Nên luyện tập thể thao sớm nhất khi có thể, tốt nhất từ khi chưa có các biểu hiện triệu chứng của loãng xương. Ban đầu nên tập những bài tập nhẹ nhàng, sau đó tăng dần cường độ và thời gian luyện tập. Thời gian tập khoảng 30 – 40 phút/lần, vài lần/tuần. Nên luyện tập với cường độ vừa phải, phù hợp với khả năng của từng người, không nên vận động quá sức. Để thực hiện được yêu cầu này, thầy thuốc cần tư vấn và hướng dẫn cụ thể cho từng trường hợp. Luyện tập thể dục thể thao có tác dụng:

- + Tăng sức mạnh cơ bắp, gián tiếp duy trì mật độ và sức mạnh của xương.
- + Tăng cường sức mạnh khối cơ cạnh sống, giữ cho cơ thể ở tư thế đứng thẳng, tránh tình trạng gù vẹo cột sống do loãng xương.

Bơi là môn thể thao tốt nhất có tác dụng tăng cường sức mạnh của khối cơ cạnh sống, qua đó gián tiếp làm tăng khối lượng xương cột sống.

- Người bệnh nên có thời gian hoạt động ngoài trời nhất định để tăng tổng hợp vitamin D trong cơ thể.
- Không nên sử dụng rượu, thuốc lá.
- Hoạt động thể lực vừa phải.
- Duy trì cân nặng "nên có" vì gây là một yếu tố nguy cơ của loãng xương.

9.3. Dự phòng loãng xương

- Dự phòng cấp I: cần tiến hành sớm cho trẻ nhỏ hoặc tuổi thiếu niên như: chú ý điều chỉnh chế độ dinh dưỡng hợp lý.

+ Cung cấp đủ calci, phospho cho sự phát triển của xương bằng cách sử dụng các thức ăn có nguồn gốc từ tôm, cá, sữa và các chế phẩm từ sữa, trứng gà, các loại đậu, vừng, hạt dưa, rau cải ...

+ Chú ý thường xuyên luyện tập thể dục thể thao.

+ Ra nắng để tăng tổng hợp vitamin D cho cơ thể.

+ Không uống rượu, hút thuốc lá; hạn chế sử dụng cà phê, các loại nước trà đặc.

+ Hạn chế sử dụng đường, muối, lòng trắng trứng.

- Dự phòng cấp II: áp dụng đối với những người ở lứa tuổi trung niên (từ 30 tuổi trở lên), đặc biệt là đối với những phụ nữ đã tắt kinh.

+ Nên có các biện pháp kiểm tra để xác định mật độ xương định kỳ.

+ Bắt đầu bổ sung nội tiết tố nữ đối với phụ nữ sau tắt kinh ba năm.

+ Bổ sung calci và vitamin D để đề phòng loãng xương.

+ Điều trị các bệnh có liên quan đến loãng xương như: đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp, viêm thận mạn, cường cận giáp, cường giáp trạng...

- Dự phòng cấp III: áp dụng đối với các trường hợp loãng xương tiến triển.

+ Sử dụng các thuốc điều trị loãng xương bao gồm: nội tiết tố nữ (estrogen), calci, vitamin D.

+ Trong hoạt động hằng ngày: đề phòng ngã, va đập để tránh gãy xương. Trường hợp bị gãy xương do loãng xương, cần kết hợp các phương pháp điều trị: cố định nơi gãy, vận động sớm, hướng dẫn người bệnh thực hiện đúng chế độ dinh dưỡng, bổ sung calci, giảm đau, sử dụng các thuốc duy trì mật độ xương để hạn chế tốc độ loãng xương, tăng cường miễn dịch cho cơ thể.

– Nếu được chẩn đoán là có nguy cơ mắc bệnh loãng xương do di truyền thì thầy thuốc nên hướng dẫn người bệnh áp dụng các biện pháp phòng bệnh như: tập thể dục, thể thao; chú ý chế độ ăn đủ calci, vitamin D; kiểm tra mật độ xương thường xuyên.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Đối với chứng loãng xương nguyên phát trong sách “Hoàng đế Nội kinh tố vấn” từ rất sớm đã có luận bàn về bệnh chứng liên quan. Theo y học cổ truyền, loãng xương thuộc phạm vi các chứng: “yêu thống” (腰痛), “cốt khô” (骨枯), “cốt thống” (骨痛).

Theo lý luận của y học cổ truyền: thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy nằm trong cốt và nuôi dưỡng cốt nên thận có chức năng chủ cốt tủy. Vì vậy, các bệnh lý của cốt trong cơ thể đều liên quan chủ yếu với tạng thận. Ngoài ra, các bệnh về cốt còn liên quan với tạng tỳ, can, tinh, huyết. Vì vậy, cơ chế bệnh sinh của chứng loãng xương theo y học cổ truyền bao gồm:

– Thận hư: do tiên thiên bất túc, lại thêm hậu thiên thất dưỡng hoặc phòng sự sinh dục quá độ làm tổn thương chân âm, nguyên dương dẫn đến tinh huyết bất túc, thận dương suy yếu không thể sinh tủy, mạnh cốt. Hoặc do nam quá 64 tuổi, nữ quá 49 tuổi mà không chú ý bảo dưỡng, thận hư tinh yếu không thể làm mạnh cốt sinh tủy mà thành bệnh loãng xương. Theo sách Tố vấn, thiên “Âm dương ứng tượng đại luận”: thận chủ cốt tủy, thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy ở trong cốt và nuôi dưỡng cốt. Thận tinh sung túc tắc cốt sinh hoá có nguồn, xương được sự nuôi dưỡng của tủy mà rắn chắc và rất khó bị gãy. Nếu thận tinh suy thì nguồn sinh hoá của xương giảm làm xương giòn, nhược, vô lực, toàn thân mỏi yếu, không chịu được lực mạnh, dễ gãy xương.

Thực tế các nghiên cứu chất khoáng trong xương đã chứng thực cho lý luận thận chủ cốt tủy: hàm lượng chất khoáng ở xương người bị thận hư thấp hơn so với người bình thường, thận hư và loãng xương có quan hệ mật thiết với nhau. Nghiên cứu ở Hàng Châu (Trung Quốc) cho thấy người già có đau lưng mạn tính gần như 100% bị loãng xương; phụ nữ bị thận hư thì có mật độ xương giảm rõ rệt so với phụ nữ không có thận hư. Cũng trong nghiên cứu này, ở những người hàm lượng khoáng chất xương giảm thì tỷ lệ thận hư chiếm 46,1%, thận âm hư hoặc thận dương hư chiếm 40,4%, thận âm dương lưỡng hư chiếm 13,5%.

– Tỳ vị hư nhược: do ăn uống không điều độ, ăn cao lương mỹ vị nhiều, uống nhiều rượu làm tỳ vị bị tổn thương; hoặc do dinh dưỡng bị thiếu, tinh hậu thiên bất túc không thể tư dưỡng được thận tinh, làm cho cốt bị thất dưỡng mà thành bệnh loãng xương.

Hoạt động kiện vận của tỳ để hoá sinh các chất tinh vi của thủy cốc cần có sự giúp đỡ của thận dương. Ngược lại, sự sung mãn của tinh khí trong thận cũng phải nhờ vào sự nuôi dưỡng từ các chất tinh vi của thủy cốc. Vì vậy, quan hệ giữa thận và tỳ là quan hệ giữa tiên thiên và hậu thiên, chúng tương trợ, thúc đẩy lẫn nhau. Quá trình phát sinh và phát triển bệnh lý cũng có sự tương quan giữa tỳ và thận. Những nghiên cứu của y học hiện đại cũng chứng minh cho học thuyết này: hoạt động cơ bắp có tác dụng thúc đẩy hoạt động của các tế bào tạo xương, làm tăng số lượng và mật độ tế bào xương.

– Can thận âm hư, phong thấp xâm nhập: nhân khi cơ thể ở giai đoạn lão hoá, thận tinh suy giảm, can thận âm hư, sức đề kháng của cơ thể giảm sút, tà khí (phong thấp) thừa cơ xâm nhập vào cơ thể, ú trệ ở cân cốt làm cho khí huyết tắc trở dẫn đến lưng, gối, khớp bị đau, làm nặng thêm bệnh loãng xương.

Bản bệnh phát chậm, kéo dài, thông thường ở thể ẩn. Thường gặp bệnh ở thể bản hư tiêu thực: thận dương hư, thận âm hư, can thận âm hư, tỳ hư là bản; phong thấp ú trệ, huyết ú trở lạc là tiêu. Người già dương khí của thận bị suy dần, thận tinh hư suy, cốt tuỷ sinh hoá bất túc, xương mất vinh dưỡng mà làm cho xương yếu không có lực. Lâm sàng thường biểu hiện là tứ chi, thắt lưng đau, đầu gối mỏi, sợ hàn chi lạnh. Sách “Linh khu, Kinh mạch” chỉ ra rằng: “Túc thiếu âm khí tuyệt tác cốt khô”, nghĩa là tinh khí của thận cùng với trạng thái kiện tráng của xương có quan hệ mật thiết với nhau.

Mặt khác do tinh huyết đồng nguyên, tinh suy thì nguồn sinh hoá của huyết cũng bị suy. Huyết suy rất dễ dẫn đến huyết ú. Huyết là mẹ của khí, khí phải dựa vào huyết và nhờ huyết vận hành, huyết hư, huyết ú sẽ làm nặng thêm dương khí hư tổn, từ đó hình thành vòng xoắn bệnh lý. Vì vậy, thận khí bất túc, tinh hư, huyết thiếu, ú huyết, trở trệ là cơ sở bệnh lý chủ yếu của chứng loãng xương.

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Theo lý luận của y học cổ truyền, loãng xương ở người có tuổi chủ yếu do chức năng của tạng thận suy giảm. Vì vậy, trong chẩn đoán cần chú ý khai thác nguyên nhân chính gây thận hư, từ đó mới có thể đề ra pháp điều trị phù hợp.

2.1. Thể thận dương hư

2.1.1. Chứng hậu

- Chủ yếu là đau vùng lưng, thắt lưng
- Cảm giác đau mỏi, không có lực, lạnh vùng lưng, thắt lưng
- Gù cong vùng thắt lưng
- Sợ lạnh, chi lạnh, các khớp tứ chi biến dạng, hoạt động hạn chế
- Lưỡi bè to, rêu lưỡi trắng mỏng
- Mạch trầm tế.

2.1.2. Pháp điều trị: ôn thận ích tủy.

2.1.3. Phương dược

- Cổ phương: **Hữu quy hoàn.**

Thục địa	320g	Sơn thù	160g
Hoài sơn	160g	Kỷ tử	120g
Đỗ trọng	120g	Thỏ ty tử	120g
Phụ tử chế	40g	Nhục quế	40g
Đương quy	120g	Lộc giác giao	40g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 12 – 16g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Gia giảm:

- + Mệt mỏi, ăn kém gia đẳng sâm 120g, sa nhân 30g.
- + Chi dưới trầm nặng gia phòng kỷ 100g.
- + Chân tay co duỗi khó khăn gia mộc qua, câu đằng.
- + Cảm giác đau mỏi trong xương gia cầu tích 120g, tục đoạn 120g, cốt toái bổ 120g, cốt khí 120g, đau xương 120g.

- + Ngoài ra còn có thể dùng **Bát vị hoàn.**

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Nhục quế	40g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Dây đau xương	15g	Cốt toái bổ	12g
Phá cố chỉ	10g	Tục đoạn	12g
Cẩu tích	12g	Rễ cỏ xước	12g
Cốt khí củ	08g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. Châm cứu

– Châm bổ, ôn châm các huyết: phục lưu, huyền chung, giáp tích L₂ – S₁, thận du, đại trường du, mệnh môn. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Đau vùng mông thêm trật biên.

+ Đau vùng thắt lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân thêm trật biên, thừa phù, ủy trung, thừa sơn.

+ Đau vùng cụt cụt thêm thứ liệu, bát liệu.

– Nhĩ châm: giao cảm, thận, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.5. Xoa bóp, bấm huyết vùng cơ thể bị đau (thường là vùng lưng, thắt lưng). Tuy nhiên, với những người có biểu hiện loãng xương nặng: không nên thực hiện động tác vận động cột sống vì dễ gây tai biến.

2.1.6. Khi công – dưỡng sinh: sử dụng các bài tập luyện thở, luyện hình thể để nâng cao sức khoẻ, giảm các triệu chứng, hạn chế sự tiến triển của bệnh. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. Thể thận âm hư

2.2.1. Chứng hậu

- Lưng và tứ chi đau mỏi
- Cốt chung, triều nhiệt
- Ngũ tâm phiền nhiệt
- Hồi hộp, trống ngực, có thể đau tức ngực
- Hoa mắt, chóng mặt, ù tai
- Chất lưỡi đỏ, ít rêu
- Mạch huyền vi sắc.

2.2.2. Pháp điều trị: tư bổ thận âm.

2.2.3. Phương dược

– Cổ phương: **Lục vị địa hoàng hoàn.**

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra, có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Ngoài ra, còn có thể dùng: **Tả quy hoàn.**

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Lộc giác giao	40g
Quy bản	40g	Ngưu tất	120g
Kỷ tử	120	Thỏ ty tử	100g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 12 – 16g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra, có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Dây đau xương	12g	Kỷ tử	12g
Rễ cỏ xước	12g	Hà thủ ô	12g
Cốt toái bổ	12g	Tang thầm	12g
Tục đoạn	12g	Đỗ đen	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu

– Châm bổ thái khê, tam âm giao, huyền chung, giáp tích L₂ – S₁, thận du, đại trường du, yêu nhân. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Đau vùng hông thêm trật biên.

+ Đau vùng thắt lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân thêm trật biên, thừa phù, uỷ trung, thừa sơn.

+ Đau vùng cụt cụt thêm thứ liệu, bát liệu.

– Nhĩ châm: giao cảm, thận, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.5. Xoa bóp, bấm huyết vùng cơ thể bị đau (thường là vùng lưng, thắt lưng). Tuy nhiên, với những người có biểu hiện loãng xương nặng: không nên thực hiện động tác vận động cột sống thắt lưng vì dễ gây tai biến.

2.2.6. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng các bài tập luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể can thận âm hư, phong thấp xâm nhập

2.3.1. Chứng hậu

- Lưng và tứ chi đau mỏi, vô lực, vận động khó khăn
- Họng khô, lưỡi táo
- Lòng bàn chân, bàn tay đỏ
- Tụ hãn, đạo hãn
- Lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng, ít rêu hoặc không rêu
- Mạch tế sác.

2.3.2. Pháp điều trị: bổ can thận, trừ phong thấp.

2.3.3. Phương dược

- Cổ phương: **Độc hoạt ký sinh thang.**

Độc hoạt	8g	Phòng phong	15g
Tang ký sinh	15g	Tế tân	8g
Tần giao	8g	Đương quy	15g
Cam thảo	6g	Quế chi	10g
Đỗ trọng	15g	Đảng sâm	15g
Ngưu tất	15g	Thục địa	15g
Bạch thược	10g	Xuyên khung	15g
Bạch linh	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống sau ăn 20 – 30 phút.

- + Đau nhiều gia cửu tích 12g, cốt toái bổ 12g, tục đoạn 12g.
- + Tụ hãn, đạo hãn gia long cốt 15g, mẫu lệ 15g.
- + Đại tiện bí gia nhục thung dung 08g.
- + Mồm miệng khô gia thiên hoa phấn 12g.
- Ngoài ra có thể dùng **Tam tý thang.**

Độc hoạt	8g	Tế tân	8g
Tân giao	8g	Đương quy	15g
Cam thảo	6g	Quế chi	10g
Đỗ trọng	15g	Đảng sâm	15g
Ngưu tất	15g	Thục địa	15g
Bạch thược	10g	Xuyên khung	15g
Phòng phong	15g	Hoàng kỳ	15g
Tục đoạn	15g	Bạch linh	10g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống sau ăn 30 phút.

– Thuốc nam:

Dây đau xương	12g	Kỷ tử	12g
Rễ cỏ xước	10g	Hà thủ ô	12g
Rễ lá lốt	12g	Tang thâm	12g
Rễ cây xấu hổ	12g	Cốt toái bổ	12g
Cẩu tích	12g	Cốt khí củ	08g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

– Châm bổ thái khô, tam âm giao, huyền chung, can du, thận du, đại trường du. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Cổ gáy đau thêm phong trì, kiên tinh, đại chùy

+ Đau vùng mông thêm trật biên.

+ Đau vùng thắt lưng lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân thêm trật biên, thừa phù, ủy trung, thừa sơn.

+ Đau vùng cụt thêm thứ liệu, bát liệu.

– Nhĩ châm: giao cảm, can, thận, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.5. Xoa bóp, bấm huyệt vùng cơ thể bị đau (vùng lưng, thắt lưng, tứ chi). Tuy nhiên, với những người có biểu hiện loãng xương nặng: không nên thực hiện động tác vận động cột sống thắt lưng vì dễ gây tai biến.

2.3.6. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng các bài tập luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4. Thể tỳ vị hư nhược

2.4.1. Chứng hậu

- Tứ chi mỏi, tê, không muốn vận động
- Sắc mặt kém nhuận
- Cảm giác chóng mặt
- Miệng nhạt, ăn kém
- Bụng đầy trướng
- Đại tiện phân nát, có thể sống phân
- Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng
- Mạch tế nhược, vô lực.

2.4.2. **Pháp điều trị:** kiện tỳ ích vị.

2.4.3. Phương dược

- Cổ phương: **Tứ quân tử thang** gia vị.

Đảng sâm	12g	Bạch linh	12g
Bạch truật	12g	Chích cam thảo	10g
Hoàng kỳ	10g	Đương quy	10g
Hoài sơn	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút.

Gia giảm: chân tay nặng nề gia phòng kỷ 12g.

Ngoài ra có thể dùng:

- + **Sâm trọng tử vật thang** gia vị.

Xuyên khung	15g	Đương quy	15g
Thục địa	15g	Bạch thược	15g
Nhân sâm	15g	Đỗ trọng	15g
Hoài sơn	12g	Liên nhục	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút.

- + **Bát trân thang** gia vị.

Đảng sâm	15g	Xuyên khung	12g
Bạch linh	12g	Đương quy	15g
Bạch truật	12g	Thục địa	15g
Cam thảo	06g	Bạch thược	12g
Hoài sơn	12g	Liên nhục	12g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút.

– Thuốc nam:

Bạch truật	15g	Ý dĩ	12g
Củ mài	12g	Rễ cỏ xước	10g
Sâm nam	12g	Tục đoạn	12g
Dây đau xương	12g	Kê nội kim	08g
Hạt sen	12g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.4.4. Châm cứu

– Châm bổ đại trũ, huyền chung, giáp tích, đại chuỳ, tỳ du, vị du, thận du, đại trường du, tam âm giao, túc tam lý. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Cổ gáy đau thêm phong trì, kiên tỉnh, đại trũ.

+ Lưng dưới đau kèm theo rối loạn tiêu hoá thêm công tôn.

– Nhĩ châm: giao cảm, thận, tỳ, vị, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4.5. Xoa bóp, bấm huyết vùng cơ thể bị đau (vùng lưng, thắt lưng, tứ chi). Tuy nhiên, với những người có biểu hiện loãng xương nặng: không nên thực hiện động tác vận động cột sống cổ, thắt lưng vì dễ gây tai biến.

2.4.6. Khí công – dưỡng sinh: sử dụng các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3. CHĂM SÓC

Ngoài công tác điều dưỡng đối với người bệnh loãng xương như đã nói ở trên, việc dùng y học cổ truyền trong chăm sóc đóng vai trò quan trọng.

Trong các đợt đau cấp, có thể châm cứu hoặc xoa bóp, bấm huyết để giảm đau.

Đồng thời, xoa bóp, bấm huyết hằng ngày còn giúp người bệnh được vận động một cách thụ động, duy trì hoạt động của các khớp và cơ, để phòng các biến chứng do nằm lâu.

Hướng dẫn người bệnh cách tập dưỡng sinh phù hợp với từng giai đoạn bệnh:

– Giai đoạn cấp, người bệnh cần nằm bất động tại giường: luyện ý, luyện thở.

– Khi người bệnh đã có thể ngồi dậy nhưng chưa thể đi lại được: luyện thở, tập các động tác dưỡng sinh nhẹ nhàng, phù hợp với tình trạng bệnh.

- Khi người bệnh có thể đi lại được: luyện thở, luyện hình thể với các bài tập phù hợp với sức khoẻ.

4. PHÒNG BỆNH

Phương pháp phòng bệnh loãng xương có hiệu quả nhất của y học cổ truyền là tự xoa bóp, tập khí công – dưỡng sinh hằng ngày. Ngoài ra, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh sử dụng các món ăn – bài thuốc có tác dụng phòng chống bệnh loãng xương một cách hợp lý.

Nên hướng dẫn người bệnh sử dụng phương pháp xoa bóp và tập khí công – dưỡng sinh sớm nhất khi có thể.

- Xoa bóp: hướng dẫn phương pháp để người cao tuổi tự xoa bóp hằng ngày. Đây là một cách giúp các cơ vận động thụ động, duy trì sức mạnh cơ bắp, gián tiếp duy trì mật độ và sức mạnh của xương.

- Khí công – dưỡng sinh: hướng dẫn người cao tuổi tập khí công – dưỡng sinh 20 – 30 phút/ngày bằng những bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể phù hợp với tình hình sức khoẻ của mỗi người giúp cơ thể thư giãn, tinh thần thoải mái, duy trì hoạt động bình thường của cơ thể. Đồng thời, việc tập khí công – dưỡng sinh ngoài trời cũng giúp cơ thể tăng tổng hợp vitamin D, từ đó ngăn ngừa bệnh loãng xương.

Các loại thức ăn có tác dụng phòng chống bệnh loãng xương đã được trình bày ở phần y học hiện đại .

* **Tóm lại:** loãng xương là tình trạng bệnh lý được đặc trưng bởi một khối lượng xương thấp tới mức làm cho xương trở nên giòn và dẫn tới gãy xương. Loãng xương và gãy xương là những nguyên nhân chính gây thương tích, tật nguyền lâu dài và thậm chí gây tử vong ở người cao tuổi. Không nên để tới khi phát hiện ra tình trạng loãng xương mới điều trị mà nên dự phòng ngay từ khi còn nhỏ tuổi hoặc tuổi trung niên, nhằm giảm thiểu những ảnh hưởng tới sức khoẻ do loãng xương gây ra. Trong các biện pháp dự phòng và điều trị loãng xương, cần chú ý chế độ dinh dưỡng và luyện tập thể lực, đây là hai biện pháp có tác dụng tăng cường thể lực, duy trì mật độ và sức mạnh của xương.

TỰ LƯỢNG GIÁ

- 1.** Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh loãng xương theo YHHD.
- 2.** Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán, điều trị bệnh loãng xương ở người cao tuổi theo YHHD.
- 3.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh loãng xương thể thận dương hư và thể thận âm hư.
- 4.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh loãng xương thể can thận âm hư và thể tỳ vị hư nhược.
- 5.** Trình bày cách chăm sóc, phòng bệnh loãng xương theo YHCT và YHHD.

THOÁI HOÁ KHỚP

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh thoái hóa khớp theo YHHĐ và YHCT.
- Trình bày được chẩn đoán, cách phòng và điều trị các thể bệnh thoái hóa khớp ở người cao tuổi theo YHHĐ và YHCT.

ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp là hiện tượng hư hỏng phần sụn đệm giữa hai đầu xương, kèm theo là phản ứng viêm và hiện tượng giảm thiểu lượng dịch nhầy giúp bôi trơn điểm nối giữa hai đầu xương.

Đây là tình trạng lão hóa của khớp. Sụn khớp bị lão hóa trở nên sần sùi, mất độ trơn nhẵn, giảm đàn hồi, khô và nứt nẻ, mòn, khuyết...

Thoái hóa khớp là một trong những bệnh khớp mạn tính thường gặp ở người cao tuổi. Bệnh gặp ở mọi chủng tộc, mọi thành phần xã hội, bệnh xảy ra ở nữ giới nhiều hơn nam giới.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, trong số những người mắc các bệnh về xương khớp thì có khoảng 20% bị thoái hóa khớp. Ở Việt Nam, thoái hóa khớp chiếm khoảng 10,4% các bệnh về xương khớp.

Càng cao tuổi, tỷ lệ người mắc bệnh thoái hóa khớp càng cao.

Các vị trí khớp thường bị thoái hóa được thống kê lần lượt theo thứ tự sau:

- Cột sống thắt lưng
- Cột sống cổ
- Khớp gối
- Khớp háng
- Các ngón tay

- Riêng ngón tay cái
- Các khớp khác

Bệnh làm giảm chức năng vận động, gây đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Thoái hóa khớp thuộc phạm vi chứng “tý” (痹) của y học cổ truyền.

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. GIẢI PHẪU BỆNH

1.1. Sụn khớp và đĩa đệm bình thường

Hầu hết các khớp trong cơ thể đều có cấu tạo gồm ba phần chính: đầu xương, sụn, phân mềm quanh khớp.

Sụn khớp là phần nối giữa hai phần xương, là nơi chịu lực và chịu sự ma sát khi vận động.

Thành phần chính của sụn bao gồm các tế bào sụn, sợi collagen và chất cơ bản. Các tế bào sụn có nhiệm vụ tổng hợp các sợi collagen và chất cơ bản, hai chất này có đặc tính hút và giữ nước rất mạnh (khoảng 70%), có tác dụng điều chỉnh sự đàn hồi, chịu lực của đĩa đệm và sụn khớp.

- Các sợi collagen là các phân tử acid amin lớn có cấu tạo chuỗi dài, đan vào nhau, làm thành một mạng lưới dày đặc.

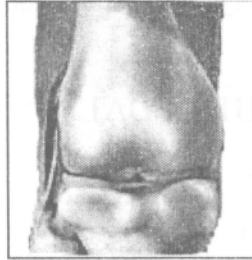
- Chondromucoprotein (hay còn gọi là chất cơ bản) là một chất trùng hợp của mucoprotein với chondroitin-4-sulphat và chondroitin-6-sulphat (thuộc nhóm mucopolysaccharid, hay còn gọi là nhóm proteoglycan), có thể có một lượng nhỏ keratin sulphat.

Sụn khớp bình thường có màu trắng ánh xanh, nhẵn bóng, rất cứng, có tính đàn hồi mạnh.

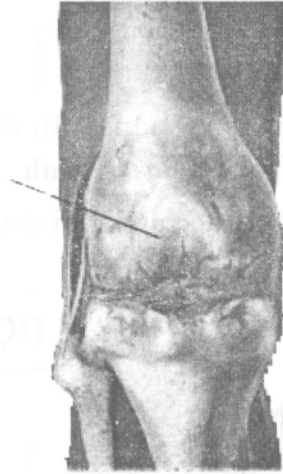
1.2. Thoái hóa khớp

Đại thể: khi khớp bị thoái hóa, sụn khớp và đĩa đệm có màu vàng nhạt, mờ đục, khô, mềm, mất dần tính đàn hồi, mỏng và nứt rạn.

Vi thể: số lượng tế bào sụn giảm, tế bào sụn thưa thớt; các sợi collagen gãy đứt nhiều chỗ, cấu trúc lộn xộn; phần xương dưới sụn có chỗ xơ hóa dày lên và có hốc nhỏ, trong chứa chất hoạt dịch; phần diềm xương và sụn mọc gai xương.



Khớp bình thường



Thoái hóa khớp

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Thoái hóa khớp xảy ra do sự mất cân bằng giữa hai quá trình tái tạo sụn và thoái hóa sụn.

– Lão hóa: tuổi càng cao thì quá trình tái tạo sụn càng giảm, đồng thời tốc độ thoái hóa sụn tăng lên. Sự mất cân bằng giữa hai quá trình này dẫn tới hiện tượng các tế bào sụn già không được thay thế, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysaccharide giảm và rối loạn. Từ đó, chất lượng sụn giảm dần, tính chất đàn hồi và khả năng chịu lực giảm.

– Yếu tố cơ giới:

+ Các dị dạng bẩm sinh làm thay đổi diện tích tỷ nén bình thường của khớp và cột sống.

+ Biến dạng thứ phát sau chấn thương, viêm, u, loạn sản làm thay đổi hình thái, sự tương quan của khớp.

+ Quá tải: tăng cân, béo phì, nghề nghiệp.

Theo thuyết cơ học: các yếu tố này tác động làm tăng bất thường lực nén trên một đơn vị diện tích bề mặt khớp hoặc đĩa đệm, lâu ngày gây tổn thương sụn khớp, từ đó gây thoái hóa khớp.

Theo thuyết tế bào: các tế bào sụn bị cứng lại do tăng áp lực, giải phóng ra các enzym tiêu protein. Enzym này làm hủy hoại dần chất cơ bản, dẫn tới thoái hóa khớp.

– Các yếu tố khác:

+ Di truyền: cơ địa già sớm.

+ Mãn kinh.

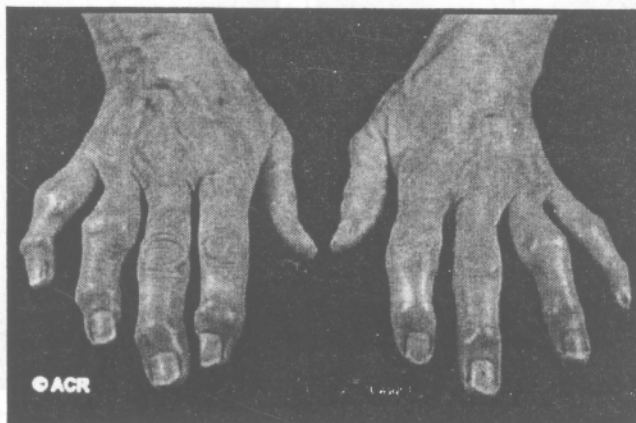
+ Đái tháo đường.

- + Loãng xương.
- + Bệnh goutte.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Lâm sàng

- Đau: là triệu chứng thường gặp nhất.
 - + Đau ở vị trí khớp bị thoái hóa
 - + Đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi
 - + Đau tại chỗ, ít khi đau lan (trừ trường hợp thoái hóa cột sống gây chèn ép rễ và dây thần kinh)
 - + Tính chất đau: âm ỉ, trường hợp thoái hóa cột sống có thể có cơn đau cấp, thường xuất hiện từng đợt kéo dài rồi giảm và hết, sau đó lại xuất hiện đợt đau khác khi vận động nhiều
 - + Một số ít trường hợp có sưng, nóng, đỏ tại vị trí khớp bị thoái hóa.
- Hạn chế vận động: hạn chế vận động chủ động và thụ động tại các khớp bị thoái hóa, mức độ hạn chế không nhiều và có thể chỉ hạn chế ở một số động tác. Trường hợp hạn chế động tác nhiều thường do các phản ứng cơ cơ kèm theo. Có thể có dấu hiệu “phá gỉ khớp” vào buổi sáng, sau khi ngủ dậy hoặc lúc bắt đầu hoạt động.
- Biến dạng khớp: các khớp bị thoái hóa không biến dạng nhiều như các bệnh khớp khác (viêm khớp dạng thấp, goutte...). Hiện tượng biến dạng khớp trong thoái hóa khớp do mọc các gai xương, lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.
 - + Đối với các ngón tay: khi bị thoái hóa khớp, các gai xương tạo nên hình hạt lồi lên ở khớp ngón xa, còn gọi là hạt Heberden; hoặc hạt lồi ở khớp ngón gần, còn gọi là hạt Bouchard.
 - + Đối với cột sống: thoái hóa khớp có thể gây biến dạng gù, vẹo cột sống.



– Các dấu hiệu khác:

+ Teo cơ: người bệnh đau do thoái hóa nên ít hoạt động, lâu ngày dẫn tới hiện tượng teo cơ chi phối vận động khớp đó.

+ Tiếng lạo xạo khi vận động.

+ Tràn dịch khớp: có thể gặp ở khớp gối do phản ứng xung huyết và tiết dịch của màng hoạt dịch.

3.2. Cận lâm sàng

** Dấu hiệu X.quang:*

– Hẹp khe khớp: hẹp không đồng đều, bờ không đều. Đối với cột sống: hình ảnh hẹp đốt sống biểu hiện bằng chiều cao đĩa đệm giảm. Thường hẹp khe khớp ở vùng chịu áp lực cao nhất.

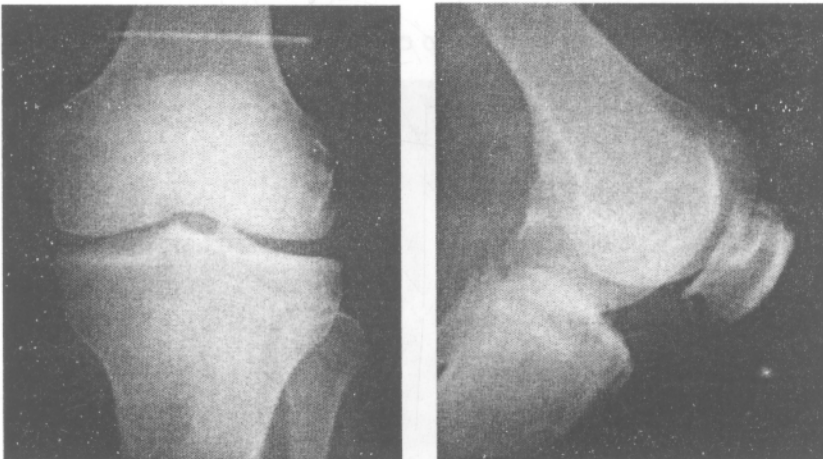
– Đặc xương dưới sụn: phần đầu xương, hõm khớp, mâm đốt sống kết đặc, biểu hiện bằng hình ảnh cản quang nhiều, trong phần xương đặc có một số hốc nhỏ sáng hơn.

– Chồi xương, gai xương: có hình ảnh gai xương ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch. Chồi xương, gai xương có hình thô, đậm đặc. Một số mảnh rời ra nằm trong ổ khớp hay phần mềm quanh khớp.

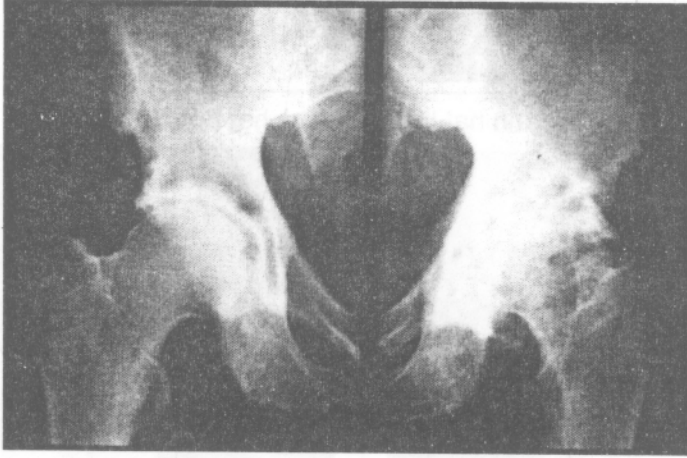
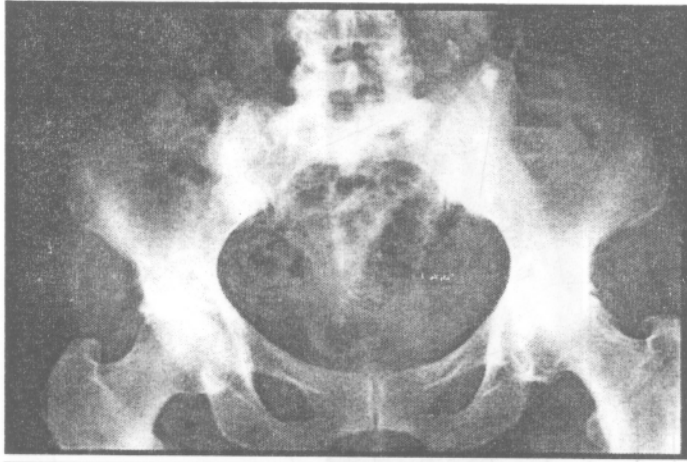
– Ngoài ra, một số phương pháp chụp đặc biệt có thể phát hiện sớm các tổn thương của sụn khớp, đĩa đệm như: chụp cắt lớp, chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner), chụp X.quang có bơm thuốc cản quang vào ổ khớp, đĩa đệm.

Tuy nhiên, chụp X.quang không phải là yếu tố quyết định để chẩn đoán thoái hóa khớp, vì có thể có những trường hợp biểu hiện trên phim X-quang nhưng không có triệu chứng lâm sàng, hoặc phải một thời gian rất lâu sau đó mới biểu hiện các triệu chứng lâm sàng.

Một số hình ảnh X.quang thoái hóa khớp thường gặp:



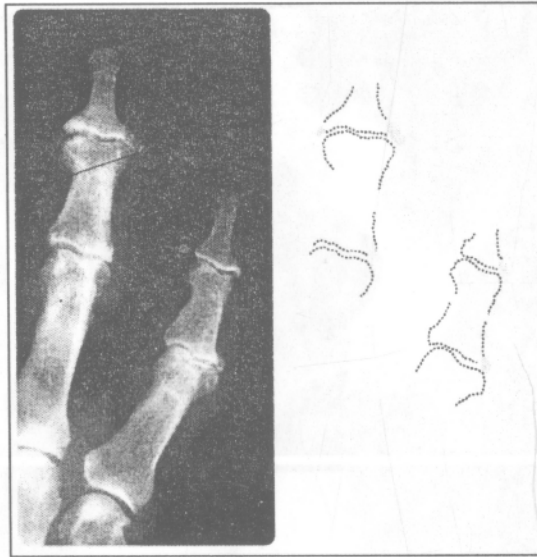
Thoái hóa khớp gối: hình ảnh gai mâm chày và thoái hóa xương bánh chè



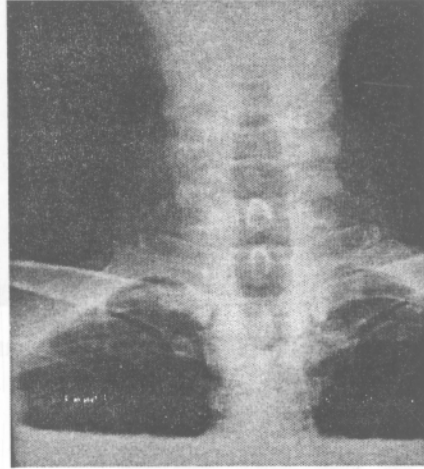
Hình ảnh tổn thương khớp háng và khớp cùng chậu bên trái



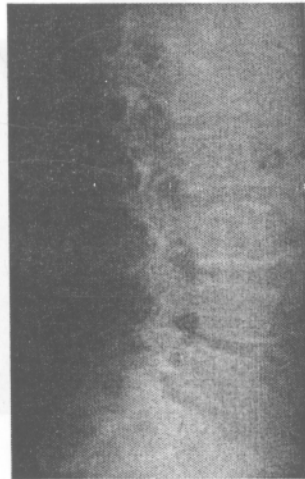
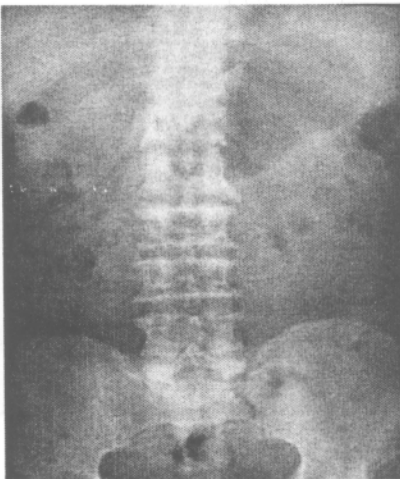
Hình ảnh thoái hóa khớp ngón tay



Hình ảnh hạt Heberden và hạt Bouchard



Hình ảnh thoái hóa đốt sống cổ



Hình ảnh thoái hóa đốt sống thắt lưng

* Công thức máu và sinh hoá máu: không có sự thay đổi.

* Dịch khớp:

– Dịch khớp bình thường trong suốt, màu vàng nhạt, độ nhớt cao, số lượng bạch cầu: dưới 150 bạch cầu/mm³, không có tinh thể, vô khuẩn.

– Trường hợp thoái hóa khớp: dịch khớp trong suốt, màu vàng chanh hoặc vàng rơm, độ nhớt cao, số lượng bạch cầu: dưới 3000 bạch cầu/mm³, không có tinh thể, vô khuẩn.

+ Nội soi khớp: thấy được các tổn thương thoái hóa của sụn khớp, phát hiện được các mảnh gai xương rơi trong ổ khớp. Cần kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để chẩn đoán phân biệt với các bệnh khớp khác.

+ Sinh thiết màng hoạt dịch: thường dùng để chẩn đoán phân biệt khi các dấu hiệu lâm sàng và X.quang không rõ ràng.

4. THOÁI HÓA KHỚP Ở MỘT SỐ VỊ TRÍ THƯỜNG GẶP

4.1. Thoái hóa đốt sống thắt lưng

– Đau âm ỉ vùng thắt lưng, không lan xa, đau tăng khi vận động nhiều, khi thay đổi thời tiết hoặc nằm bất động lâu, giảm khi nghỉ ngơi.

– Có thể hạn chế vận động ở một số động tác.

– Có thể có biến dạng cột sống như gù, vẹo.

– Trường hợp thoái hóa cột sống gây đau thần kinh tọa: nguyên nhân chủ yếu là do thoái hóa cột sống thắt lưng làm hẹp khe khớp, các gai xương kích thích đám rối thắt lưng – cùng; hoặc trên cơ sở đĩa đệm thoái hóa, dưới tác động của các động tác mạnh tạo nên áp lực quá cao, dẫn tới nhân nhầy bị đẩy ra phía sau hoặc thoát vào ống sống gây nên tình trạng thoát vị đĩa đệm, chèn ép vào các rễ thần kinh của đám rối thắt lưng – cùng, gây đau thần kinh tọa.

+ Đau từ thắt lưng lan xuống mông, vùng sau và ngoài đùi, cẳng chân.

+ Đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn, thay đổi tư thế.

+ Hạn chế vận động cột sống thắt lưng, chân và đùi bên đau.

+ Khám:

. Gù, vẹo cột sống

. Cơ cạnh sống bên đau co cứng

. Lasègue bên đau dương tính

. Hệ thống điểm Valleix ấn đau

. Có dấu hiệu bấm chuông bên đau

. Giảm hoặc mất phản xạ gân xương gân gót bên đau.

– X.quang: hẹp khe khớp, mọc gai xương ở thân đốt sống. Để biết rõ tình trạng thoái hóa và thoát vị đĩa đệm cột sống, cần sử dụng các phương pháp chụp đặc biệt như chụp bao rỗng cản quang, chụp đĩa đệm cản quang, chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) hoặc chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

4.2. Thoái hóa đốt sống cổ

Người bệnh có một hoặc nhiều triệu chứng sau:

- Cảm giác đau mỏi cổ gáy, hoặc đau vai gáy cấp, vẹo cổ cấp. Đôi khi đau lan xuống vai và cánh tay. Có thể tê một vùng ở cánh tay, cẳng tay và ngón tay.
- Hạn chế vận động cổ ở một hoặc nhiều tư thế.
- Đôi khi thấy có tiếng lạo xạo khi quay cổ.
- Đau đầu âm ỉ hoặc đau từng cơn, lan từ vùng chẩm ra thái dương, trán hoặc sau hố mắt, thường xuất hiện vào buổi sáng, không có dấu hiệu thần kinh.
- Hội chứng giao cảm cổ sau (Barré – Liéou): xảy ra do chấn thương hoặc thoái hóa đốt sống cổ 3 hoặc cổ 4, hoặc do thoái hóa đĩa đệm cột sống gây kích thích dây III và dây VIII gây nên các triệu chứng lâm sàng: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, loạn cảm thành sau họng, nuốt vướng.
- Hội chứng chèn ép tủy cổ: một số trường hợp gai xương mọc phía trong thân đốt sống chèn ép vào phần trước tủy gây liệt cứng nửa người hoặc liệt tứ chi tăng dần.
- X.quang: tương tự như thoái hóa cột sống thắt lưng.

4.3. Thoái hóa khớp gối

- Đau ở mặt trước hoặc trong khớp gối. Đau tăng khi vận động, đặc biệt là khi lên xuống dốc, lên xuống cầu thang, đứng lên ngồi xuống khi ngồi xổm.
- Có tiếng lạo xạo trong khớp khi vận động.
- Có thể hạn chế vận động, nhất là động tác gấp, có dấu hiệu “phá vỡ khớp” khi mới ngủ dậy hoặc lúc bắt đầu vận động.
- Có thể có dấu hiệu bập bênh xương bánh chè, sưng, nóng, đỏ khớp bị thoái hóa. Một số trường hợp có thoát vị bao hoạt dịch vùng khoeo.
- Trường hợp thoái hóa khớp gối nặng ảnh hưởng đến vận động của chi dưới lâu ngày sẽ dẫn đến hiện tượng teo các cơ ở đùi, dần dần có thể biểu hiện giống liệt chi dưới.
- X.quang khớp gối:
 - + Hẹp khe khớp.
 - + Đạc xương dưới sụn.

+ Mọc gai xương (thường gặp trên mâm chày hoặc xương bánh chè), hình ảnh dị vật trong khớp hoặc quanh khớp.

4.4. Thoái hóa khớp háng

– Đau vùng bẹn hoặc phần trên mông, lan xuống đùi. Có thể chỉ đau mặt trước đùi và khớp gối.

– Đau xuất hiện từ từ, đau tăng khi đi lại, đứng lâu, thay đổi thời tiết, giảm khi nghỉ ngơi.

– Có thể có dấu hiệu “phá vỡ khớp” khi ngủ dậy hoặc bắt đầu vận động.

– Hạn chế vận động khớp háng tăng dần theo tuổi tác.

– X.quang:

+ Hẹp khe khớp.

+ Đặc xương dưới sụn. Trong phần xương đặc thường có các hốc xương, có khi có hốc xương to mở thông vào ổ khớp.

+ Mọc gai xương.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Để chẩn đoán xác định thoái hóa khớp, trước tiên cần khai thác kỹ tiền sử của người bệnh và các triệu chứng sau:

– Đau và hạn chế vận động khớp bị thoái hóa.

– Có dấu hiệu “phá vỡ khớp” khi mới ngủ dậy hoặc khi bắt đầu vận động.

– Có tiếng lạo xạo trong khớp khi vận động.

– Có hạt Heberden và hạt Bouchard trường hợp thoái hóa khớp ngón tay.

– X.quang:

+ Hẹp khe khớp.

+ Đặc xương dưới sụn.

+ Gai xương.

– Ngoài ra, có thể chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hạt nhân để đánh giá chính xác vị trí và tình trạng thoái hóa.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

– Viêm khớp dạng thấp: có đủ các triệu chứng theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo Hội thấp khớp Mỹ (ARA) năm 1987.

– Viêm cột sống dính khớp: thường gặp ở người trẻ tuổi, hoặc mắc bệnh từ khi còn trẻ, kéo dài tới khi cao tuổi, tốc độ máu lắng tăng cao.

– Lao cột sống: X.quang cột sống có hình ảnh đốt sống bị phá hủy nham nhỏ, tìm thấy BK hoặc tổ chức tế bào đặc hiệu cho lao (lympho, bán liên, khổng lồ, bã đậu) khi sinh thiết vùng tổn thương cạnh cột sống.

6. PHÂN LOẠI

6.1. Thoái hóa khớp nguyên phát

– Xuất hiện tự nhiên, không tìm thấy nguyên nhân nào khác ngoài tuổi tác.

– Tình trạng thoái hóa xuất hiện ở nhiều vị trí, tiến triển chậm, tăng dần theo tuổi, mức độ không nặng.

6.2. Thoái hóa khớp thứ phát

– Phần lớn do nguyên nhân cơ giới.

– Khu trú ở một vài vị trí nhất định, nặng và tiến triển nhanh.

– Thoái hóa khớp thứ phát ở người cao tuổi thường do các nguyên nhân sau:

+ Chấn thương.

+ Bệnh xương sụn: hoại tử xương vô khuẩn hoặc hủy hoại sụn do viêm (viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn, bệnh Paget).

+ Các tổn thương cấu trúc dây chằng – bao khớp: quá giãn dây chằng, xơ cứng bao khớp.

+ Bệnh khớp vi tinh thể: goutte mạn tính, calci hóa sụn khớp.

+ Bệnh khớp do thần kinh: giang mai thần kinh, các bệnh thần kinh khác.

+ Bệnh nội tiết: bệnh Cushing, đái tháo đường, cường giáp trạng, cường cận giáp trạng...

+ Do thuốc: sử dụng corticoid kéo dài.

7. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc cơ bản trong phòng và điều trị thoái hóa khớp là:

– Làm chậm quá trình hủy hoại khớp, đặc biệt là ngăn sự thoái hóa của sụn khớp.

– Giảm đau.

– Duy trì khả năng vận động, hạn chế đến mức thấp nhất sự tàn phế.

7.1. Nội khoa

– Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh:

+ Các thuốc giảm đau thuộc nhóm non-steroid (NSAIDs): các thuốc giảm đau chống viêm non-steroid ức chế chọn lọc men COX-2 (celecoxib, valdecoxib) ít gây tác dụng không mong muốn hơn nhóm cổ điển (diclofenac, fenoprofen, ibuprofen, indomethacin, piroxicam...), dung nạp tốt đối với người cao tuổi.

+ Các thuốc giảm đau bôi ngoài da tại khớp đau như: voltarel emugel, profenid gel, geldene... có tác dụng giảm đau đáng kể và ít gây tác dụng không mong muốn hơn đường toàn thân.

+ Thuốc giảm đau chống viêm steroid không dùng đường toàn thân, chỉ sử dụng tiêm nội khớp nếu đau và sưng nhiều, đặc biệt là trong các trường hợp có viêm màng hoạt dịch kèm theo. Khi tiêm nội khớp, cần đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối, tránh để xảy ra các nhiễm khuẩn thứ phát như: viêm khớp mủ, nhiễm khuẩn huyết... Không lạm dụng thuốc.

Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc giảm đau chống viêm kéo dài hoặc không đúng cách sẽ gây ra nhiều tác dụng không mong muốn đối với người bệnh, đặc biệt hay gặp là gây viêm loét dạ dày – tá tràng thứ phát.

– Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm: thuốc không đạt hiệu quả tức thì mà thường phát huy tác dụng sau một thời gian dài điều trị (1 – 2 tháng). Tác dụng: kích thích tế bào sụn, tăng tổng hợp proteoglycan, từ đó làm tăng mucopolysaccharid, ức chế các men tiêu sụn, làm tăng chất nhầy của khớp... Thuốc dung nạp tốt, ít tác dụng không mong muốn. Các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm bao gồm:

+ Acid hyaluronic dưới dạng hyaluronate natri (biệt dược: Hyalgan, Synvisc). Thuốc hoạt động bởi ba cơ chế: bao phủ và bôi trơn bề mặt sụn khớp, ngăn cản sự mất proteoglycan, tạo ra được một độ nhớt bổ sung cho khớp. Đường dùng: tiêm nội khớp.

+ Glucosamin (Bosamin, Viatril-S, Golsamin): kích thích tế bào sụn tăng sinh tổng hợp proteoglycan, collagen; tăng sản xuất chất nhầy dịch khớp; kích thích sinh sản mô liên kết của xương, giảm quá trình mất calci của xương; ức chế một số men phá hủy sụn khớp và các enzym kích hoạt phản ứng viêm như: collagenase, phospholinase A₂; giảm các gốc tự do superoxide phá hủy các tế bào sinh sụn.

+ Chondroitin: ức chế các enzym có vai trò phá hủy sụn khớp, kích thích hoạt động của các enzym xúc tác phản ứng tổng hợp acid hyaluronic.

+ Piascledine: làm giảm tổng hợp các cytokinase, prostanoid, men tiêu protein, giảm nhẹ tác động hủy hoại của interleukin-1 beta (IL-1b) lên sụn khớp.

7.2. Ngoại khoa

– Nội soi khớp: ngày càng được ứng dụng rộng rãi, nhất là khớp gối. Nội soi khớp có tác dụng cắt các mảnh sụn, bao khớp bị rách do thoái hóa, bơm rửa làm kéo dài thời gian không đau của khớp, có thể cấy ghép các tế bào sụn nuôi để phục hồi bề mặt khớp.

– Điều trị ngoại khoa dự phòng: sửa chữa các dị dạng khớp, lệch trục để phòng thoái hóa khớp thứ phát như: gọt giữa xương chày trong lệch trục khớp gối, sửa chữa lại các thiếu sụn khớp háng bẩm sinh... Tuy nhiên, phương pháp này ít áp dụng đối với người cao tuổi.

– Thay khớp giả: chỉ định trong các trường hợp đau nhiều, chức năng vận động của khớp hạn chế nhiều và tổn thương cấu trúc khớp nặng trên X.quang, không đáp ứng với phương thức điều trị nội khoa. Thường chỉ định với khớp háng và khớp gối.

7.3. Các phương pháp điều trị khác

– Tránh cho khớp bị quá tải bởi trọng lượng và vận động:

+ Duy trì cân nặng hợp lý, giảm trọng lượng ở người béo phì.

+ Giữ cơ thể ở tư thế hợp lý, cân đối, tránh các tư thế: đứng lâu; ngồi vẹo, lệch, không cân đối.

+ Thay đổi tư thế thường xuyên, tránh đứng lâu, ngồi lâu một tư thế sẽ gây ứ trệ tuần hoàn, dinh dưỡng kém gây cứng khớp.

+ Tập luyện thường xuyên và vừa sức giúp cơ bắp khỏe mạnh, giảm áp lực tải trọng lên khớp khi vận động; lưu thông tuần hoàn dễ dàng, các tổ chức được dinh dưỡng tốt hơn, trong đó có sụn khớp (sụn khớp được nuôi dưỡng bằng cơ chế thẩm thấu). Không nên tập vận động quá mạnh hoặc quá lâu như: chơi tennis, chạy, đi bộ hàng giờ... làm cho khớp tổn thương nhiều hơn, khớp đau, sưng và khó vận động hơn. Với người cao tuổi, tốt nhất nên tập thể dục nhẹ nhàng, dưỡng sinh, bơi lội, đạp xe, đi bộ nhẹ nhàng trong khoảng thời gian 20 – 30 phút/ngày.

– Có chế độ sinh hoạt điều độ, thoải mái, tránh các stress, kết hợp hài hòa giữa lao động và nghỉ ngơi.

– Có chế độ dinh dưỡng hợp lý.

– Vật lý trị liệu (siêu âm, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp sóng khoáng, đắp bùn, luyện tập chỉnh sửa tư thế...) có tác dụng chữa các tư thế xấu, duy trì dinh dưỡng cho các cơ cạnh khớp, điều trị các trường hợp đau gân và cơ, kết hợp giảm đau.

8. ĐIỀU DƯỠNG VÀ DỰ PHÒNG BỆNH THOÁI HOÁ KHỚP

Để điều dưỡng và dự phòng tốt bệnh thoái hoá khớp ở người cao tuổi, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh thực hiện các chế độ luyện tập và dinh dưỡng như sau:

- Luyện tập thể dục thể thao hợp lý. Người cao tuổi bị thoái hóa khớp nên tập thể dục nhẹ nhàng như: thể dục buổi sáng, đi bộ 20 – 30 phút/ngày, bơi... Không tập các môn thể thao nặng với thời gian dài như: đi bộ hàng giờ, chạy, tennis...
- Hạn chế mang vác nặng, tránh gây tổn thương khớp.
- Hướng dẫn người cao tuổi thực hiện chế độ ăn hợp lý giúp duy trì cân nặng, giảm cân (đối với người thừa cân, béo phì).
- Thực hiện công tác tư vấn thường xuyên để người cao tuổi kiểm tra sức khoẻ định kỳ nhằm phát hiện và điều trị sớm các biểu hiện của thoái hóa khớp, hạn chế tốc độ tiến triển của bệnh.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Thoái hóa khớp thuộc phạm vi chứng “tý” (痹) của y học cổ truyền.

“Tý” nghĩa là đóng lại, là bế tắc. Sách “Hoàng đế Nội kinh tố vấn, Tý luận” viết: “Phong hàn thấp tam khí tạp chí, hợp nhi vi tý dã, kỳ phong khí thắng giả vi hành tý, hàn khí thắng giả vi thống tý, thấp khí thắng giả vi trước tý dã... Dĩ đông ngộ thủ giả vi cốt tý, dĩ xuân ngộ thủ giả vi cân tý, dĩ hạ ngộ thủ giả vi mạch tý, dĩ chú âm ngộ thủ giả vi cơ tý, dĩ thu ngộ thủ giả vi bì tý”. Dịch nghĩa: “Ba thứ tà khí phong, hàn, thấp cùng xâm nhập, hỗn hợp nhau mà thành. Trong đó có phong nặng hơn thì gọi là hành tý, hàn nặng hơn thì gọi là thống tý, thấp nặng hơn thì gọi là trước tý... Mùa đông bị bệnh thì gọi là cốt tý, mùa xuân bị bệnh thì gọi là cân tý, mùa hạ bị bệnh thì gọi là mạch tý, cuối hạ bị bệnh thì gọi là cơ tý, mùa thu bị bệnh thì gọi là bì tý.”

Nói về nguyên nhân gây bệnh, “Hoàng đế Nội kinh tố vấn, Tý luận” viết: “Thử diệc kỳ thực ẩm cư xử, vi kỳ bệnh bản dã; lục phủ diệc các hữu du, phong hàn thấp khí trúng kỳ du, nhi thực ẩm ứng chi, tuần du nhi thập ác kỳ xá phủ dã”. Nghĩa là “Cách ăn ở là nguyên nhân căn bản của tất bệnh. Lục phủ cũng đều có du huyết, tà khí phong hàn thấp trúng vào du huyết ở ngoài, mà ở trong lại bị thương về ăn uống; trong ngoài tập hợp với nhau, bệnh tà sẽ theo du huyết mà xâm nhập vào đều đóng lại ở phủ của huyết đó”.

Theo Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác, điều cốt yếu của chứng tý là do bên trong cơ thể bị hư suy, hai kinh can thận bị suy yếu khiến cho tinh huyết giảm, không nuôi dưỡng được gân xương, tà khí thừa cơ xâm nhập vào cơ thể mà gây nên bệnh. Sách Nội kinh có chia ra năm chứng tý, nhưng tóm lại không ngoài ba khí phong hàn thấp gây nên.

Như vậy, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh gây thoái hóa khớp theo y học cổ truyền bao gồm:

- Do tuổi cao, thận khí hư, vệ khí hư yếu. Vệ ngoại bất cố làm cho tà khí (phong, hàn, thấp, nhiệt) xâm nhập vào cơ thể, tà khí ứ lại ở cơ nhục, cân mạch, kinh lạc làm khí huyết không thông mà gây nên chứng "tý".

- Do tuổi cao, chức năng của các tạng trong cơ thể hư suy; hoặc do ốm đau lâu ngày; hoặc do bẩm tố cơ thể tiên thiên bất túc; hoặc do phòng dục quá độ khiến cho thận tinh hao tổn, thận hư không nuôi dưỡng được can âm, dẫn tới can huyết hư. Thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân mà gây nên chứng "tý".

- Do lao động nặng nhọc, gánh vác lâu ngày; hoặc do tuổi đã cao, cơ nhục yếu, lại thêm vận động sai tư thế; hoặc do ngã, va đập... làm tổn thương kinh mạch. Kinh mạch bị tổn thương dẫn tới đường đi của khí huyết không thông, khí huyết ứ lại mà gây chứng "tý".

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Các trường hợp thoái hóa khớp ở người cao tuổi là bản hư tiêu thực. Bệnh xảy ra chủ yếu là do tuổi cao, chức năng của can, thận hư yếu (bản hư), lại thêm tà khí (phong, hàn, thấp), sang thương... (tiêu thực) gây nên. Vì vậy các triệu chứng lâm sàng ngoài biểu hiện chứng thực, cần lưu ý khai thác chứng hư của bệnh.

Trong quá trình điều trị, cần chú ý các biểu hiện hư thực của bệnh để áp dụng các phương pháp điều trị cho hợp lý.

Theo Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác, về phép chữa chứng tý, chữa phong nên bổ huyết, chữa hàn nên bổ hỏa, chữa thấp nên kiện tỳ, tuy dùng thuốc phong thấp nhưng cần dùng nhiều thuốc bổ khí huyết để giảm chế đi, song cốt yếu là hai kinh can thận, bổ nguồn gốc của tinh huyết.

2.1. Thể thận khí hư, vệ ngoại bất cố, tà khí thừa cơ xâm nhập

2.1.1. Chứng hậu

- Cảm giác đau nhức các khớp xương, đặc biệt là vùng lưng, gối
- Hạn chế vận động các khớp

- Mệt mỏi, thờ ngẩn
- Sợ lạnh, chi lạnh
- Tiểu tiện nhiều lần
- Lưỡi bè to, rêu lưỡi trắng mỏng
- Mạch trầm tế.

2.1.2. Pháp điều trị: ích khí, dưỡng thận, khử tà, thông kinh lạc.

2.1.3. Phương dược

- Cổ phương: **Thận khí hoàn** gia vị.

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Quế chi	40g
Đỗ trọng	120g	Tục đoạn	120g
Cẩu tích	120g	Cốt toái bổ	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 12 – 16g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Nếu kiêm do phong hàn, dùng thang sắc uống, gia: phòng phong 15g, kinh giới 10g, tế tân 08g, đan sâm 15g, đương quy 15g.

+ Nếu kiêm do phong thấp, dùng thang sắc uống, gia: phòng phong 15g, tang chi 15g, tang ký sinh 15g, ké đầu ngựa 15g, đau xương 15g, mộc qua 12g.

+ Nếu kiêm do phong hàn thấp, dùng thang sắc uống, gia: phòng phong 15g, độc hoạt 10g, khương hoạt 10g, ngũ gia bì 12g, đan sâm 15g, xuyên khung 12g, thương truật 10g.

+ Thoái hóa khớp từ thất lưng trở lên kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp: dùng **Quyên tý thang** gia vị.

Khương hoạt	15g	Khương hoàng	15g
Đương quy	15g	Hoàng kỳ	15g
Xích thược	15g	Phòng phong	15g
Chích cam thảo	04g	Cốt toái bổ	15g
Đau xương	15g	Tang chi	15g
Đại táo	12g		

Tất cả tán bột. Mỗi lần uống 12 – 16g sắc với nước gừng tươi. Uống 2 lần/ngày, sau ăn 30 phút.

+ Ngoài ra, còn tùy thuộc vào vị trí khớp bị đau mà dùng các thuốc có tác dụng dẫn thuốc lên trên hoặc xuống dưới để đạt được hiệu quả điều trị.

– Thuốc nam:

Cốt toái bổ	12g	Bổ cốt chỉ	12g
Đảng sâm	12g	Kê huyết đằng	12g
Đau xương	12g	Rễ cỏ xước	10g
Rễ lá lốt	12g	Rễ xấu hổ	12g
Cẩu tích	12g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. Châm cứu

– Châm bổ: thận du, đại trường du, mệnh môn; châm tả: các huyết xung quanh khớp đau và các huyết: phong long, phong trì. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

Trường hợp thận dương hư kiêm phong hàn hoặc phong hàn thấp: dùng thủ pháp ôn châm.

– Nhĩ châm: thận, thần môn, giao cảm. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.5. Xoa bóp – bấm huyết: vùng cổ gáy, lưng, thắt lưng. Chú ý: đối với người cao tuổi, thoái hóa khớp thường đi kèm với tình trạng loãng xương nên khi xoa bóp, cần tiến hành vận động cổ gáy hoặc thắt lưng nhẹ nhàng, tránh gây sang thương thứ phát. Thời gian: 15 – 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.6. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. Thể can thận âm hư

2.2.1. Chứng hậu

- Lưng, cổ và tứ chi đau mỏi, hạn chế vận động
- Chân tay tê bì
- Đau đầu âm ỉ, ù tai
- Hoa mắt, chóng mặt

- Ngũ ít
- Lưỡi hồng, râu lưỡi mỏng
- Mạch huyền tế sắc.

2.2.2. Pháp điều trị: bổ can thận, thông kinh lạc.

2.2.3. Phương dược

- Cổ phương: **Lục vị địa hoàng hoàn** gia vị.

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Tục đoạn	120g	Đỗ trọng	120g
Cốt toái bổ	120g	Đan sâm	120g
Xuyên khung	40g	Đương quy	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 12 – 18g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Thoái hóa khớp từ vùng thắt lưng trở xuống do can thận âm hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp: dùng **Độc hoạt ký sinh thang** gia vị.

Độc hoạt	15g	Phòng phong	15g
Tang ký sinh	15g	Tế tân	08g
Tán giao	08g	Đương quy	15g
Cam thảo	04g	Quế chi	08g
Đỗ trọng	15g	Đảng sâm	15g
Bạch linh	10g	Ngưu tất	10g
Thục địa	15g	Bạch thực	15g
Xuyên khung	10g	Cẩu tích	15g
Cốt toái bổ	15g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống sau ăn 30 phút.

Trường hợp chứng hàn tý lâu ngày thêm: xuyên ô 08g, thiên niên kiện 12g, bạch hoa xà 08g để thông kinh lạc, trừ hàn thấp.

+ Thoái hóa khớp do chứng hư nhiều hơn: dùng **Tam tý thang** gia giảm, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống sau ăn 30 phút. **Tam tý thang** là bài **Độc hoạt ký sinh thang** bỏ tang ký sinh, thêm hoàng kỳ 15g, tục đoạn 15g.

- Thuốc nam:

Kỷ tử	15g	Hà thủ ô	15g
Ngũ gia bì	12g	Sâm nam	12g
Hy thiêm thảo	12g	Rễ cỏ xước	10g
Gối hạc	12g	Tang ký sinh	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu

– Châm bổ: thận du, đại trường du, tam âm giao, thái khê; châm tả: các huyết xung quanh khớp đau. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: can, thận, thần môn, giao cảm. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.5. Xoa bóp – bấm huyết: vùng cổ gáy, lưng, thắt lưng. Thời gian: 15 – 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.6. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể khí trệ huyết ứ

2.3.1. Chứng hậu

- Khớp xương đau nhức, không lan, hạn chế vận động
- Chân tay tê bì
- Sưng nóng một số khớp ở tứ chi
- Đau đầu
- Hoa mắt, chóng mặt
- Chát lưỡi hồng, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng
- Mạch trầm sáp

2.3.2. Pháp điều trị: hành khí hoạt huyết, thông kinh lạc.

2.3.3. Phương dược

- Cổ phương: **Tứ vật đào hồng** gia giảm.

Xuyên khung	15g	Đương quy	15g
Thục địa	15g	Bạch thược	15g
Đào nhân	08g	Hồng hoa	08g
Tục đoạn	15g	Đỗ trọng	15g
Cốt toái bổ	15g	Đan sâm	15g
Cẩu tích	15g	Cốt toái bổ	15g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Nếu đau nhiều, gia tang chi 15g hoặc ngư tấ 15g.

– Thuốc nam:

Sâm nam	15g	Cam thảo dây	06g
Kê huyết đằ	12g	Hà thủ ô	12g
Gối hạc	12g	Xuyên khung	12g
Rễ cỏ xước	10g	Kê huyết đằ	12g
Huyết giác	10g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

– Châm bổ: cách du, tam âm giao, thái khê; châm tả: huyết hải, các huyết xung quanh khớp đau. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: thận, thần môn, giao cảm. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.5. Xoa bóp – bấm huyết: vùng cổ gáy, lưng, thắt lưng. Thời gian: 15 – 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.6. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4. Một số phương pháp điều trị khác

– Dưỡng sinh: là một phương pháp luyện tập có tác dụng tốt đối với người cao tuổi bị thoái hóa khớp. Tập dưỡng sinh thường xuyên với các bài tập luyện thở, luyện hình thể phù hợp với tình hình sức khỏe có tác dụng tăng cường hoạt động của bộ máy vận động một cách hợp lý, giúp cơ bắp khỏe mạnh, lưu thông tuần hoàn dễ dàng, các tổ chức được dinh dưỡng tốt hơn, trong đó có sụn khớp. Thời gian tập: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Ngoài ra, còn sử dụng một số phương pháp điều trị khác như: đắp thuốc, dán cao thuốc, bôi thuốc... Các phương pháp này đều sử dụng các vị thuốc y học cổ truyền có tác dụng hành khí, hoạt huyết, tiêu thũng để giảm sưng nề, giảm đau.

3. CHĂM SÓC VÀ PHÒNG BỆNH

– Khi người cao tuổi đã bị thoái hóa khớp, thầy thuốc cần tư vấn và hướng dẫn để người bệnh thực hiện chế độ luyện tập, làm việc và nghỉ ngơi hợp lý. Tránh để người bệnh rơi vào một trong hai tình trạng:

+ Quá lo lắng về bệnh tật nên cố sức tập luyện để nhằm làm giảm các triệu chứng của bệnh.

+ Quá sợ bệnh sẽ tiến triển theo chiều hướng xấu nên nghỉ ngơi tuyệt đối, không dám vận động.

Cả hai tình trạng này đều ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe nói chung và các triệu chứng của bệnh thoái hóa khớp nói riêng. Hướng dẫn người cao tuổi bị thoái hóa khớp tập dưỡng sinh với các bài tập luyện thở, luyện hình thể nhẹ nhàng, phù hợp với sức khỏe và tình trạng bệnh tật. Ngoài ra, nên giúp người bệnh xoa bóp, vận động các khớp hằng ngày chống cứng khớp.

Để phòng bệnh thoái hóa khớp theo y học cổ truyền một cách có hiệu quả, thầy thuốc cần hướng dẫn người cao tuổi thực hiện các chế độ sinh hoạt, làm việc và nghỉ ngơi như sau:

– Thay đổi tư thế thường xuyên, tránh đứng lâu, ngồi lâu một tư thế; tránh các tư thế xấu, không cân đối.

– Tham gia các hoạt động thường nhật của gia đình, xã hội tùy theo thực trạng sức khỏe và ý thích của mỗi người. Tuy nhiên, không nên cố gắng quá sức, đặc biệt là đối với các hoạt động thể lực cần có sự vận động các khớp quá mức.

– Dưỡng sinh là một phương pháp phòng bệnh có hiệu quả của y học cổ truyền. Hướng dẫn người bệnh tập các bài luyện hình thể phù hợp với tình trạng sức khỏe, giúp cho các khớp vận động linh hoạt, hạn chế thoái hóa khớp.

– Tư vấn để người bệnh thực hiện chế độ ăn hợp lý: ăn đúng bữa, hạn chế các loại thức ăn quá béo ngọt, không sử dụng quá nhiều rượu bia để giúp duy trì cân nặng hợp lý, tránh gây tổn thương khớp.

* **Tóm lại:** thoái hóa khớp là một trong những bệnh khớp mạn tính thường gặp ở người cao tuổi. Bệnh làm giảm chức năng vận động, gây đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc điều trị chủ yếu là điều chỉnh sự mất cân bằng giữa hai quá trình tái tạo sụn và thoái hóa sụn. Duy trì cân nặng hợp lý, tránh các tư thế xấu trong sinh hoạt hằng ngày, luyện tập thể dục thể thao thường xuyên và hợp lý, tránh gây tổn thương khớp là biện pháp dự phòng hiệu quả nhất.

TỰ LƯỢNG GIÁ

- 1.** Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh thoái hóa khớp theo YHHD.
- 2.** Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại thoái hóa khớp theo YHHD.
- 3.** Trình bày các phương pháp điều trị, điều dưỡng và phòng bệnh thoái hóa khớp theo YHHD.
- 4.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh thoái hóa khớp thể thận khí hư, vệ ngoại bất cố, tà khí thừa cơ xâm nhập.
- 5.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh thoái hóa khớp thể can thận âm hư.
- 6.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh thoái hóa khớp thể khí trệ huyết ứ.

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh bệnh mất ngủ theo YHHD và YHCT.
- Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán, phòng và điều trị các thể mất ngủ ở người cao tuổi theo YHHD và YHCT.

ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn giấc ngủ là tình trạng thay đổi cả về thời lượng và chất lượng giấc ngủ. Người bệnh có thể ngủ ít, mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều.

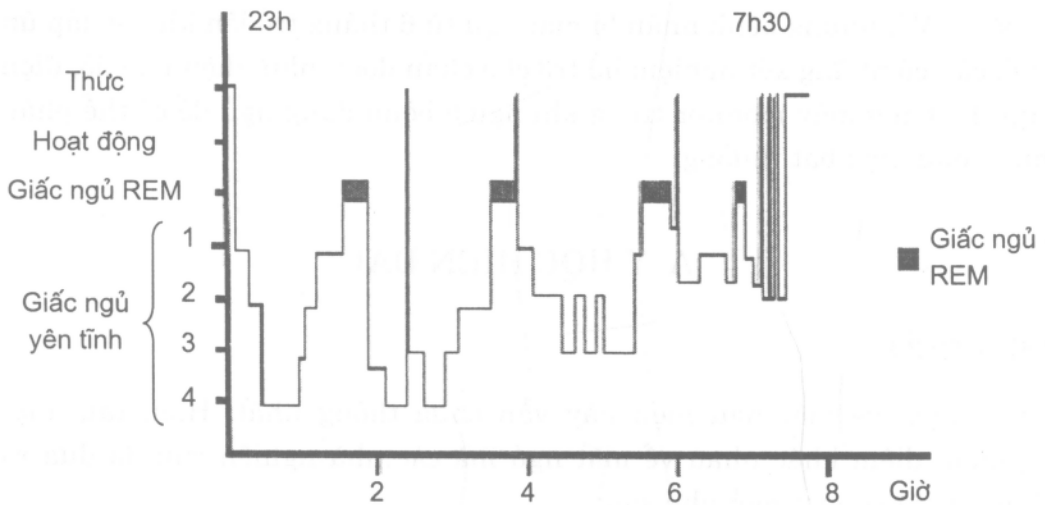
Tuy nhiên, đa số rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi là ngủ ít, mất ngủ. Người bệnh có thể lâm vào tình trạng khó vào giấc, hay tỉnh giấc, ngủ không sâu, hay mê... và do đó thường có cảm giác mệt mỏi, uể oải, ngủ gà vào ban ngày. Rối loạn giấc ngủ làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Giấc ngủ bình thường có ba phần chính:

- Giấc ngủ yên tĩnh: được chia thành bốn giai đoạn, càng về những giai đoạn sau, giấc ngủ càng sâu. Giấc ngủ yên tĩnh còn được gọi là giấc ngủ sâu.
- Giấc ngủ nhanh hay còn gọi là giấc ngủ REM (Rapid Eye Movement). Giấc ngủ này xảy ra khi mắt đã nhắm, có cảm giác chìm vào giấc ngủ nhưng não còn tỉnh táo, đồng tử hoạt động nhanh. Hầu hết các giấc mơ xảy ra ở giấc ngủ REM.
- Thời kỳ hoạt động ngắn trong khoảng từ 1 – 2 phút.

Trong thời gian ngủ mỗi đêm có khoảng 4 – 5 giấc ngủ yên tĩnh xen kẽ với 4 – 5 giấc ngủ REM, cứ khoảng 2 giờ thì có 1 – 2 phút xảy ra hiện tượng hoạt động ngắn, hiện tượng này thường xảy ra nhiều hơn vào cuối giấc ngủ.

Biểu đồ dưới đây thể hiện các pha trong giấc ngủ bình thường của người trưởng thành:



Mỗi cơ thể khác nhau có nhu cầu về thời gian ngủ khác nhau. Một số người khoẻ mạnh, không có cảm giác mệt mỏi vì nhiều nguyên nhân khác nhau trong ngày cần ngủ từ 3 – 4 giờ/đêm; tuy nhiên, đa số cần ngủ nhiều hơn, trung bình từ 6 đến 8 giờ/đêm. Thời gian ngủ bình thường được xác lập vào những năm đầu của tuổi trưởng thành; khi con người ở giai đoạn lão hoá, thời gian ngủ được rút ngắn hơn, dưới 6 giờ/đêm.

Do những ảnh hưởng không nhỏ tới cuộc sống mà tình trạng mất ngủ gây ra, năm 2001, Tổ chức Y tế Thế giới đã quy định lấy ngày 21 tháng 3 hàng năm là “ngày thế giới ngủ”.

Tình trạng mất ngủ tăng dần theo tuổi. Thông thường, có khoảng 10 – 20% người trưởng thành bị mất ngủ vì nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng tỷ lệ này tăng đến 50% đối với người cao tuổi. Tuy nhiên, tình trạng mất ngủ chỉ xảy ra với những người già mắc một bệnh nào đó hoặc có những vấn đề về sức khoẻ tâm thần.

Theo “Quỹ tài trợ về bệnh mất ngủ quốc gia Mỹ”, chỉ có khoảng 5% bệnh nhân đi khám bệnh do bị mất ngủ, 26% bệnh nhân tình cờ đề cập đến bệnh mất ngủ khi đi khám những bệnh khác và có tới 69% không hề kể với bác sỹ về tình trạng mất ngủ của mình. Vì vậy, người thầy thuốc cần phải hỏi thêm về tình trạng ngủ của người bệnh để chẩn đoán được những trường hợp mất ngủ kéo dài.

Để đạt được kết quả điều trị tốt, cần xác định được nguyên nhân gây mất ngủ. Vì vậy, trong quá trình hỏi bệnh, thầy thuốc phải nắm được các thông tin về tình trạng giấc ngủ của người bệnh (tốt nhất là những thông tin được cung cấp từ những người ngủ cùng người bệnh), giờ đi ngủ, thói quen trước khi ngủ, tiền sử

bệnh tật, những thuốc đang sử dụng, tình trạng sử dụng rượu, bia, thuốc lá... của người bệnh. Với những bệnh nhân bị mất ngủ từ 6 tháng trở lên không đáp ứng với điều trị, cần có những xét nghiệm hỗ trợ cho chẩn đoán như: điện não đồ, điện tim, đo nhịp thở bằng máy monitor trong khi người bệnh đang ngủ để có thể phát hiện ra những dấu hiệu bất thường.

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. ĐỊNH NGHĨA

Khái niệm về mất ngủ hiện nay vẫn chưa thống nhất. Hiện tại, dựa trên những quan điểm khác nhau về mất ngủ mà các nhà nghiên cứu đã đưa ra bốn loại định nghĩa về mất ngủ như sau:

– Định nghĩa 1: mất ngủ là triệu chứng với bốn biểu hiện chủ yếu:

+ Khó vào giấc.

+ Khó duy trì giấc ngủ.

+ Dậy sớm (bị mất ít nhất 1/3 thời gian ngủ so với bình thường).

+ Không tỉnh táo sau khi thức giấc.

– Định nghĩa 2: mất ngủ là một triệu chứng có một trong bốn biểu hiện như của định nghĩa 1, là hậu quả của các hoạt động ban ngày.

– Định nghĩa 3 (theo "Toàn cầu không hài lòng về giấc ngủ" – Maurice M. Ohayon, 1994): mất ngủ là một biểu hiện rối loạn về thời lượng và chất lượng giấc ngủ kéo dài ít nhất từ 6 tháng trở lên.

– Định nghĩa 4 (dựa vào tình trạng mất ngủ): mất ngủ phụ thuộc hoàn toàn vào tình trạng và những điều kiện khác nhau của mỗi cá thể. Có hai loại: mất ngủ tiên phát và mất ngủ thứ phát.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Có nhiều yếu tố gây mất ngủ ở người cao tuổi bao gồm: giảm hoạt động thể lực, ít tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, giảm ngưỡng bị đánh thức (dễ bị thức giấc hơn), thay đổi nhịp sinh học, giảm khả năng phục hồi các chức năng của cơ thể khi cơ thể bị lão hoá... Ngoài ra, các bệnh lý toàn thân như: sa sút trí tuệ, bệnh lý mạch máu não, viêm đường hô hấp, đau xương khớp, bệnh lý tim mạch... đều làm giảm chất lượng giấc ngủ. Những người nhàn rỗi, ít luyện tập thể dục thể thao hay phàn nàn rằng họ bị mất ngủ ban đêm nhưng trên thực tế, họ thường xuyên ngủ gà vào ban ngày và tổng số giờ ngủ trong ngày của họ đã đủ 8 giờ.

Có bốn nhóm nguyên nhân chính gây mất ngủ ở người cao tuổi:

– Các bệnh gây rối loạn giấc ngủ tiên phát: phổ biến nhất là hiện tượng ngừng thở khi ngủ; tình trạng này thường xảy ra ở nam giới béo có hiện tượng ngủ ngáy. Ở những người này, đường thở bị hẹp hoặc tắc nghẽn trong khi đang ngủ. Do giảm tổng lượng oxy tới phổi, gây cảm giác thiếu không khí nên người bệnh thường tỉnh giấc giữa chừng. Tuy nhiên, đối với những người ngủ ngáy nhưng không có hiện tượng ngừng thở khi ngủ vẫn có giấc ngủ bình thường. Ngoài ra, các hiện tượng chân tay cử động tự phát khi ngủ cũng gây rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi.

– Các bệnh gây rối loạn giấc ngủ thứ phát: các bệnh gây đau (thoái hoá khớp, viêm khớp, loãng xương, đau do thiếu năng động mạch vành...), các bệnh gây tiểu đêm (do u xơ tiền liệt tuyến, đái tháo đường...) hoặc gây khó thở (suy tim, viêm phế quản, hen phế quản...) thường xảy ra vào lúc nửa đêm về sáng, làm cho người bệnh bị tỉnh giấc giữa chừng và sau đó rất khó ngủ tiếp.

– Các bệnh lý tâm thần kinh: trầm cảm, hay lo âu (về uy tín, công việc xã hội, công việc gia đình, tình hình tài chính của bản thân và gia đình...), sa sút trí tuệ là những bệnh thường hay gây rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi.

– Do thuốc: một số loại thuốc khi sử dụng có ảnh hưởng tới giấc ngủ. Ví dụ:

- + Thuốc mê, cocaine, ma túy.
- + Các thuốc có tác dụng kích thích.
- + Các thuốc lợi tiểu.
- + Một số thuốc chống suy nhược.
- + Các loại thuốc steroid.
- + Các thuốc chẹn beta giao cảm.
- + Thuốc giảm đau có chứa caffeine.
- + Một số loại thuốc ho.

Đồng thời, nếu một người đang sử dụng các thuốc gây ngủ hoặc thuốc an thần mà dừng lại đột ngột thì có thể là nguyên nhân gây mất ngủ trở lại. Ngoài ra, một số chất kích thích như: rượu, caffeine, nicotine cũng là yếu tố gây mất ngủ.

3. TRIỆU CHỨNG

Đặc điểm mất ngủ ở người cao tuổi:

- Trằn trọc, khó vào giấc.
- Hay tỉnh giấc giữa chừng, khó quay trở lại giấc ngủ sau khi tỉnh giấc.
- Có thể rơi vào giấc ngủ một cách mệt mỏi, nhưng chỉ ngủ được khoảng 1 giờ, sau đó tỉnh giấc và không thể ngủ lại được.

- Cảm giác rất buồn ngủ nhưng khi lên giường lại không ngủ được.
- Thức giấc vào khoảng 4 giờ sáng.
- Tỉnh giấc nhiều lần trong đêm.

4. CHẨN ĐOÁN

Theo sách "Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các bệnh rối loạn tâm thần" của Mỹ năm 1994 (DMS-IV, 1994: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ tức thời bao gồm các triệu chứng: khó ngủ, ngủ không yên giấc hoặc khó quay lại giấc ngủ nếu bị tỉnh giấc giữa chừng.

5. PHÂN LOẠI

Mất ngủ thường chia thành bốn loại chính:

- Mất ngủ cấp tính: thời gian mất ngủ trong vòng 4 tuần.
- Mất ngủ bán cấp: thời gian mất ngủ từ 4 tuần trở lên đến 6 tháng.
- Mất ngủ mạn tính: thời gian mất ngủ trên 6 tháng.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều chỉnh chế độ sinh hoạt

Thầy thuốc cần tư vấn để người bệnh có thể điều chỉnh giấc ngủ của mình bằng cách thay đổi những thói quen thường ngày như:

- Thư giãn trước khi đi ngủ.
- Luyện tập cơ thể nhẹ nhàng trước khi đi ngủ.
- Chỉ sử dụng đến giường ngủ khi đã buồn ngủ.
- Tránh các giấc ngủ gà ban ngày. Tuy nhiên, người bệnh có thể ngủ khoảng 30 phút vào mỗi buổi trưa.
- Bữa tối chỉ nên ăn nhẹ, tránh việc ăn quá no để dẫn tới hiện tượng mất ngủ.
- "Hạn chế thời gian trên giường ngủ": các nhà khoa học cho rằng việc hạn chế thời gian nằm trên giường đối với bệnh nhân mất ngủ là một cách điều trị hiệu quả. Ví dụ: một người thường ngủ 5 giờ một ngày thì chỉ nên nằm trên giường 5 – 5,5 giờ; người bệnh nên đặt chuông đồng hồ báo thức vào một giờ nhất định; sau đó, thời gian nằm trên giường có thể tăng lên chút ít theo từng phân đoạn thời gian; tuy nhiên, người bệnh vẫn nên duy trì thời gian thức giấc vào một giờ nhất định; dần dần, thời gian ngủ của người bệnh sẽ tăng lên.

6.2. Dùng thuốc

* **Các chất benzodiazepine** (nitrazepam, flurazepam, loprazolam, lormetazepam, metazepam).

– Các chất benzodiazepine tác động lên thụ thể (receptor) GABA-A của hệ thần kinh trung ương, làm tăng lượng GABA (gama aminobutyric acid – một chất dẫn truyền thần kinh ức chế). Các chất benzodiazepine được sử dụng trong các trường hợp mất ngủ, lo âu, giảm đau.

– Thời gian tác dụng của nitrazepam và flurazepam dài hơn của loprazolam, lormetazepam và metazepam, do đó làm ảnh hưởng tới hoạt động của người bệnh vào ngày hôm sau, đồng thời do tác dụng an thần kéo dài nên có hiện tượng “tích lũy” thuốc. Vì vậy, nitrazepam và flurazepam ít được lựa chọn trong điều trị mất ngủ.

– Diazepam thường được sử dụng để điều trị các trường hợp mất ngủ kết hợp với lo âu.

– Các chất benzodiazepin có tác dụng kéo dài giấc ngủ, giảm hiện tượng thức giấc giữa chừng nhưng không có tác dụng làm giảm thời gian rơi vào giấc ngủ của người bệnh.

* **Các thuốc nhóm Z** (zopiclone, zaleplon, zopidem):

– Các thuốc nhóm Z cũng có tác động lên thụ thể (receptor) GABA-A của hệ thần kinh trung ương, nhưng tác dụng vật lý và hóa học của thuốc đối với cơ thể khác với các chất benzodiazepine cổ điển. Tuy nhiên, tác dụng gây ngủ của thuốc cũng giống như tác dụng tức thời của các chất benzodiazepine.

– Khi sử dụng các thuốc nhóm Z kéo dài cũng gây nên hiện tượng phụ thuộc thuốc, biểu hiện bằng tăng dần liều và có các triệu chứng của hội chứng cai nghiện khi ngừng thuốc.

– Mặc dù tác dụng của các thuốc nhóm Z ngắn hơn các chất benzodiazepine nhưng cũng có các tác dụng không mong muốn như: Zopiclone liều bình thường có thể gây suy giảm trí nhớ và ảnh hưởng đến khả năng lái xe ở người trưởng thành trong vòng 11 giờ.

– Các nghiên cứu hiện nay trên thế giới cho thấy: các thuốc nhóm Z không ưu việt hơn so với các chất benzodiazepine.

* **Các thuốc kháng histamine**

– Bản chất của các thuốc kháng histamine là các thuốc chống dị ứng. Tuy nhiên, một số loại thuốc khi sử dụng sẽ có hiện tượng buồn ngủ (như promethazine). Đây là tác dụng không mong muốn của thuốc.

– Một số người có thể lợi dụng tác dụng này của thuốc để điều trị chứng mất ngủ. Tuy nhiên, các thuốc kháng histamine chỉ có tác dụng đối với triệu chứng mất ngủ mà không có tác dụng điều trị nguyên nhân gây bệnh như các chất benzodiazepine và các thuốc nhóm Z. Nếu lạm dụng thuốc này để điều trị chứng mất ngủ sẽ gây hiện tượng mệt mỏi, ngủ gà vào ngày hôm sau. Nếu lạm dụng thuốc trong một thời gian dài, có thể gây ra hiện tượng mất ngủ thứ phát.

* **Các loại thuốc khác:** chlormethiazole, chloral, barbiturate là những thuốc an thần cổ điển, hiện nay ít sử dụng.

7. ĐIỀU DƯỠNG VÀ DỰ PHÒNG BỆNH MẤT NGỦ

Chăm sóc giấc ngủ và phòng chống bệnh mất ngủ ở người cao tuổi là việc rất quan trọng. Khi được ngủ đủ và chất lượng giấc ngủ được nâng cao sẽ làm cho tinh thần tỉnh táo, thoải mái vào ngày hôm sau, góp phần nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Để thực hiện được điều đó, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh thực hiện các chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt và tập luyện như sau:

– Ăn uống:

+ Người cao tuổi nên ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa không nên ăn quá no. Đặc biệt, nên ăn bữa tối trước giờ ngủ ít nhất 3 tiếng, đó là bữa ăn nhẹ nhàng nhất trong ngày. Nếu ăn quá no trước khi đi ngủ, người bệnh sẽ cảm thấy người mệt mỏi, bụng đầy trướng, khó vào giấc.

+ Nên dùng các thức ăn dễ tiêu như: các loại thức ăn làm từ đậu, cá, trứng, thịt gà, thịt lợn, các món rau xào qua. Nên có sự cân bằng về thành phần thức ăn, đảm bảo cung cấp đầy đủ protein, các loại muối vô cơ, các loại vi chất.

+ Uống đủ lượng nước mà cơ thể cần thiết trong ngày. Nếu lượng nước đưa vào ít hơn so với nhu cầu sử dụng của cơ thể sẽ dẫn tới hiện tượng háo khát, khó ngủ. Người trẻ tuổi bình thường cần từ 1,5 đến 2 lít nước trong 1 ngày. Người cao tuổi có thể uống lượng nước ít hơn, nhưng không thể uống dưới 1,5 lít nước/1 ngày. Tuy nhiên, nên chia đều lượng nước cần uống trong ngày, không nên uống nhiều nước vào buổi tối trước khi đi ngủ vì dễ gây nên hiện tượng tiểu đêm, dẫn tới mất ngủ.

– Sinh hoạt:

+ Cần tránh các giấc ngủ gà vào ban ngày. Do người cao tuổi thường có nhiều thời gian nhàn rỗi nên ban ngày thường hay ngủ gà, dẫn tới hiện tượng mất ngủ vào ban đêm. Nếu việc này xảy ra thường xuyên sẽ gây ra tình trạng rối loạn giấc ngủ.

+ Chỉ lên giường khi thực sự buồn ngủ, tránh việc lên giường quá sớm. Thời gian ngủ quá sớm cũng là một trong những nguyên nhân gây nên hiện tượng tỉnh giấc giữa chừng hoặc tỉnh dậy sớm hơn bình thường ở người cao tuổi.

+ Luyện tập thể dục thường xuyên, đặc biệt là các bài tập thể dục nhẹ nhàng có thể cải thiện được chất lượng giấc ngủ cũng như thời gian ngủ. Tuy nhiên, không nên thức dậy quá sớm để tập thể dục vì điều này sẽ làm giảm thời gian ngủ của người bệnh.

+ Hạn chế đến mức tối đa các tác động tâm lý có thể ảnh hưởng tới giấc ngủ của người cao tuổi.

– Điều trị các bệnh toàn thân làm giảm chất lượng giấc ngủ như: sa sút trí tuệ, bệnh lý mạch máu não viêm đường hô hấp, đau xương khớp, bệnh lý tim mạch...

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Theo y học cổ truyền, mất ngủ thuộc phạm vi chứng “thất miên” (失眠). Có rất nhiều nguyên nhân gây mất ngủ. Tùy theo từng thể bệnh mà có những nguyên nhân khác nhau.

Theo “Hoàng đế Nội kinh tố vấn”: âm dương không cân bằng, ngũ tạng thất hoà, tinh khí hư tổn là nguyên nhân chủ yếu của loại bệnh này. Người già mất ngủ là do tuổi già sức suy, khí huyết hư tổn, cơ nhục khô héo, dưỡng khí không thông, khí của ngũ tạng đảo lộn, âm huyết suy yếu, dương khí quá thịnh nội phá nên ban ngày không có tinh thần, ban đêm không ngủ được; hoặc tâm âm không đủ, hư hỏa bốc lên làm cho mạch dương kiểu thịnh gây ra mất ngủ vì mạch dương kiểu chủ về ngủ.

Tuệ Tĩnh trong “Nam dược thần hiệu” cho rằng: “Mất ngủ có ba nguyên nhân là người già yếu dương khí suy hay ốm khỏi còn yếu mà không ngủ được; đàm tụ ở đờm kinh, thần không yên mà không ngủ; lại có chứng tâm kinh nóng phiền, đờm kinh hàn lạnh mà không ngủ được”.

Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác trong “Y trung quan kiện” cho rằng: “Tâm là nơi chứa thần, thống nhiếp huyết mạch; can là nơi chứa hồn, chứa huyết; tỳ là nơi chứa ý và sinh ra huyết. Phạm chứng mất ngủ là do âm hư huyết kém; thần, hồn và ý đều bị thương tổn. Cho nên về phép chữa và xử phương cũng không ngoài ba kinh tâm, can và tỳ”.

Tóm lại: nguyên nhân gây mất ngủ ở người cao tuổi bao gồm:

– Khí huyết trong cơ thể hư suy, không nuôi dưỡng được tâm.

- Lo nghĩ quá độ mà ảnh hưởng đến tâm tỳ.
- Sợ hãi, lo lắng thái quá, không dám quyết đoán khiến cho tâm đờm khí hư, thần hồn không yên gây mất ngủ.
- Thận âm hư không tiềm được dương, không chế được hỏa, gây chứng tâm thận bất giao; hoặc thận tinh hư tổn, không sinh tủy, từ đó không nuôi dưỡng được não, làm cho não tủy thất dưỡng mà gây chứng mất ngủ.
- Ăn uống không điều độ gây thực tích sinh đờm thấp ủng trệ, làm vị bất hòa, dẫn đến mất ngủ.

Vì vậy, việc điều trị chủ yếu quan tâm đến các tạng phủ tâm, tỳ, thận, đờm.

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh mất ngủ theo y học cổ truyền, có thể chia thành năm thể bệnh sau:

2.1. Thể tâm huyết hư

2.1.1. Chứng hậu

- Mất ngủ
- Hồi hộp, trống ngực, ngũ tâm phiền nhiệt
- Hoa mắt chóng mặt
- Hay quên
- Miệng khát
- Chát lưỡi đỏ, ít rêu
- Mạch tế sác.

2.1.2. Pháp điều trị: dưỡng tâm, an thần.

2.1.3. Phương dược

- Cổ phương: *Thiên vương bổ tâm đan.*

Nhân sâm	10g	Đương quy	15g
Huyền sâm	10g	Thiên môn	15g
Đan sâm	15g	Mạch môn	15g
Bạch linh	10g	Bá tử nhân	15g
Ngũ vị tử	12g	Táo nhân	15g
Viễn chí	08g	Sinh địa	10g
Cát cánh	10g		

Các vị thuốc tán bột mịn, làm viên hoàn bằng hạt ngô, lấy thần sa làm áo, uống 12 – 16g/lần x 2 lần/ngày, uống lúc đói. Nếu dùng thang sắc thì uống 1 thang/ngày; sau khi sắc được nước thuốc, khi thuốc còn nóng, hòa thần sa 6g vào cho tan rồi uống. Kỳ tỏi, la bạc tử, ngư tinh thảo, rượu cao lương.

– Thuốc nam:

Tâm sen	10g	Lạc tiên	12g
Vông nem	12g	Hà thủ ô	12g
Bá tử nhân	12g	Long nhãn	10g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. Châm cứu

– Châm bổ nội quan, thần môn, cách du, tâm du, tam âm giao, trung đô. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tâm, thần môn, vùng dưới vỏ. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

2.1.5. Khi công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở. Thời gian tập tối đa: 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. Thể tâm tỳ lưỡng hư

2.2.1. Chứng hậu

- Mất ngủ, ngủ hay mê
- Hồi hộp, trống ngực
- Hay quên
- Chóng mặt
- Sắc mặt vàng nhợt, mệt mỏi
- Chán ăn
- Tứ chi tê nặng
- Chất lưỡi đậm nhạt
- Mạch nhược.

2.2.2. Pháp điều trị: dưỡng tâm, kiện tỳ, an thần.

2.2.3. Phương dược

- Cổ phương: **Quy tỳ thang.**

Đảng sâm	15g	Phục thần	12g
Bạch truật	15g	Cam thảo	06g
Hoàng kỳ	15g	Đương quy	15g
Táo nhân	12g	Viễn chí	06g
Mộc hương	10g	Long nhãn	12g
Đại táo	12g	Sinh khương	3 lát

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút. Có thể tán bột 10 vị thuốc ở trên, trộn với mật làm hoàn, uống 12 – 16g/ngày với nước sắc sinh khương, đại táo.

– Thuốc nam:

Rễ vú bò	15g	Hoài sơn	12g
Bạch truật	12g	Lạc tiên	12g
Long nhãn	12g	Vông nem	12g
Kê huyết đằng	12g	Hạt sen	08g
Lá dâu non	12g	Ý dĩ	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu

– Châm bổ nội quan, thần môn, thái bạch, tâm du, tỳ du, tam âm giao, túc tam lý. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tâm, tỳ, thần môn, vùng dưới vỏ. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

2.2.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở. Thời gian tập tối đa: 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể tâm đờm khí hư

2.3.1. Chứng hậu

- Mất ngủ, ngủ hay mê, dễ tỉnh giấc
- Cảm giác sợ hãi, hay giật mình
- Hồi hộp, trống ngực
- Sắc mặt nhợt
- Chất lưỡi nhạt
- Mạch huyền tế.

2.3.2. Pháp điều trị: ích khí trấn kinh, an thần định chí.

2.3.3. Phương dược

– Cổ phương: *An thần định chí hoàn* gia giảm.

Phục linh	15g	Viễn chí	12g
Nhân sâm	15g	Thạch xương bồ	06g
Long xỉ	12g	Táo nhân sao đen	12g
Phục thần	15g	Mẫu lệ	12g
Dạ giao đằng	12g		

Tất cả các vị thuốc sấy khô, tán bột mịn, làm hoàn với mật ong, uống 12 – 16g/lần x 2 lần ngày. Có thể dùng thang, sắc uống 1 thang/ngày, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Bình vôi	20g	Táo nhân sao đen	12g
Thạch quyết minh	12g	Thảo quyết minh sao đen	12g
Lạc tiên	12g	Vông nem	12g
Liên nhục	12g	Đan sâm	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

– Châm bổ nội quan, thần môn, tâm du, can du, cách du, đởm du, thái xung, tam âm giao. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tâm, đởm, thần môn, vùng dưới vỏ. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

2.3.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở. Thời gian tập tối đa: 20 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4. Thể thận âm hư

2.4.1. Chứng hậu

- Mất ngủ, ngủ hay mê, hay quên
- Hoa mắt chóng mặt, ù tai
- Lưng gối đau mỏi
- Di tinh, mộng tinh
- Đại tiện phân táo

- Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng
- Mạch trầm nhược.

2.4.2. Pháp điều trị: tư bổ thận âm, giao thông tâm thận.

2.4.3. Phương dược

- Cổ phương: **Lục vị địa hoàng hoàn** hợp **Giao thái hoàn**.

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Hoàng liên	120g	Nhục quế	40g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Thuốc nam:

Đỗ đen sao chín	15g	Vừng đen sao chín	10g
Lạc tiên	12g	Dây hà thủ ô	12g
Lá vông non	12g	Vỏ núc nác sao rượu	08g
Lá dâu non	12g	Thảo quyết minh sao đen	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.4.4. Châm cứu

– Châm bổ thái khê, thận du, nội quan, thần môn, tam âm giao. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

– Nhĩ châm: tâm, thận, thần môn, vùng dưới vỏ. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

2.4.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện ý, luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.5. Thể vị bất hòa

2.5.1. Chứng hậu

- Các triệu chứng thường xảy ra sau ăn nhiều
- Mất ngủ, ngủ không yên
- Bụng căng tức, đau, khó chịu, ợ hơi

- Đại tiện không thông khoái
- Rêu lưỡi dày
- Mạch hoạt.

2.5.2. Pháp điều trị: tiêu đạo, hòa vị, hóa đàm.

2.5.3. Phương dược

- Cổ phương: **Bảo hòa hoàn.**

Thần khúc	80g	Trần bì	40g
Sơn tra	240g	Liên kiều	40g
Phục linh	120g	La bạc tử	40g
Bán hạ chế	120g		

Các vị thuốc tán bột mịn, hòa nước cơm làm hồ, hoàn thành viên bằng hạt ngô, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước sắc mạch nha sao. Có thể dùng thang với liệu thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- Thuốc nam:

Sâm nam	15g	Hoài sơn	12g
Sơn tra	12g	Trần bì	08g
Vỏ vối	12g	Hạt cải trắng	08g
Chỉ xác	08g	Thần khúc	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.5.4. Châm cứu

- Châm tả trung quản, thiên khu, phong long, tỳ du, vị du, túc tam lý; châm bổ nội quan, thần môn, tam âm giao. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

- Nhĩ châm: tỳ, vị, giao cảm. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 lần/ngày.

2.5.5. Khí công – dưỡng sinh: tập các bài luyện thở, luyện hình thể. Thời gian tập tối đa: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

Ngoài ra, các trường hợp mất ngủ ở người cao tuổi có thể sử dụng phương pháp xoa bóp bấm huyệt cục bộ hoặc toàn thân để tạo cảm giác thư thái, nhẹ nhàng trước khi đi ngủ.

3. CHĂM SÓC VÀ PHÒNG BỆNH

Chăm sóc giấc ngủ và phòng chống bệnh mất ngủ ở người cao tuổi là việc rất quan trọng. Các phương pháp chăm sóc giấc ngủ và phòng chống bệnh mất ngủ đã

nêu ở phần y học hiện đại. Phần này đề cập đến một số cách phòng chống bệnh mất ngủ theo y học cổ truyền.

– Xoa bóp – bấm huyệt: hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân phương pháp xoa bóp bấm huyệt cục bộ hoặc toàn thân có tác dụng tạo cảm giác thư thái, nhẹ nhàng trước khi đi ngủ.

– Khí công – dưỡng sinh: hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể hằng ngày phù hợp với từng người có tác dụng giúp tinh thần thư thái, cơ thể khỏe mạnh. Từ đó giúp làm tăng thời lượng và chất lượng giấc ngủ cho người cao tuổi.

– Thầy thuốc cần khuyến khích người cao tuổi tham gia vào các hoạt động xã hội hoặc các công việc gia đình hằng ngày, tránh tình trạng nhàn rỗi quá mức, thường dẫn đến hiện tượng ngủ gà vào ban ngày, mất ngủ vào ban đêm. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý người cao tuổi không nên hoạt động quá sức, dễ dẫn đến tình trạng mệt mỏi, căng thẳng về thể chất và tinh thần gây mất ngủ.

– Ngoài ra, thầy thuốc nên hướng dẫn người cao tuổi sử dụng một số món ăn – bài thuốc có tác dụng an thần, giúp phòng chống bệnh mất ngủ như:

- + Thảo quyết minh sao đen: sắc uống hoặc hãm chè uống hằng ngày.
- + Tâm sen sao vàng, mỗi ngày 15g sắc nước uống thay trà.
- + Trà hoa nhài: hãm nước uống hằng ngày.
- + Hoa hiên, đường phèn: sắc nước uống trước khi đi ngủ.
- + Chè long nhãn.
- + Lá vông: mỗi ngày một nắm đun nước uống hoặc nấu canh ăn.
- + Hoa thiên lý: làm rau ăn hằng ngày...

* **Tóm lại:** mất ngủ là tình trạng giảm cả về thời lượng và chất lượng giấc ngủ. Mất ngủ gây ra cảm giác mệt mỏi, uể oải vào ngày hôm sau, ảnh hưởng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Trong điều trị và phòng bệnh, ngoài việc sử dụng các thuốc an thần, cần chú ý đến luyện tập thể dục thể thao, điều chỉnh các sinh hoạt hằng ngày (phát huy những thói quen tốt, loại bỏ những thói quen không có lợi cho sức khỏe), điều trị các bệnh toàn thân có thể ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Chăm sóc giấc ngủ và phòng chống bệnh mất ngủ là việc rất quan trọng, góp phần nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

- 1.** Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán và phân loại bệnh mất ngủ theo YHHD.
- 2.** Trình bày các phương pháp điều trị bệnh mất ngủ theo YHHD.
- 3.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh mất ngủ thể tâm huyết hư và thể tâm tỳ lưỡng hư.
- 4.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh mất ngủ thể tâm đởm khí hư, thể thận âm hư và thể vị bất hòa.
- 5.** Trình bày cách chăm sóc và phòng bệnh mất ngủ theo YHCT và YHHD.

SA SÚT TRÍ TUỆ

MỤC TIÊU

- Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh sa sút trí tuệ theo YHHD.
- Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán, điều trị sa sút trí tuệ theo YHHD.
- Trình bày được bệnh nguyên, bệnh cơ của sa sút trí tuệ theo YHCT.
- Trình bày được triệu chứng, pháp điều trị, phương điều trị các thể bệnh sa sút trí tuệ theo YHCT.
- Trình bày được cách chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ theo YHCT và YHHD.

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. SA SÚT TRÍ TUỆ LÀ GÌ?

Sa sút trí tuệ (dementia) là cụm từ dùng để mô tả một số bệnh rối loạn thực thể của não do những nguyên nhân khác nhau gây ra. Những bệnh này có điểm chung là suy giảm chức năng tâm thần, đặc biệt là trí nhớ. Các triệu chứng của sa sút trí tuệ bao gồm: lặp đi lặp lại một số câu hỏi, quên những nơi quen thuộc, không có khả năng điều khiển hành động, mất khái niệm về thời gian, quên những người xung quanh và nơi chốn; lơ là trong việc bảo vệ, vệ sinh, dinh dưỡng cho bản thân. Những người sa sút trí tuệ bị mất khả năng ở các mức độ khác nhau, gây khó khăn cho các hoạt động thường ngày và các quan hệ xã hội. Hai trong số những sa sút trí tuệ hay gặp nhất ở người cao tuổi là bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ đa nhồi máu (có khi còn gọi là sa sút trí tuệ do nguyên nhân mạch máu: Multi-infarct dementia). Bệnh thường tiến triển nặng dần, không suy giảm và cuối cùng là tử vong.

Sa sút trí tuệ không phải là dấu hiệu bình thường của tuổi già, không liên quan tới xã hội, kinh tế, dân tộc hoặc địa lý. Mặc dù tất cả mọi người đều có kiến

thức về chứng sa sút trí tuệ nhưng khi mắc bệnh, họ không còn khả năng tự chăm sóc bản thân và cần sự giúp đỡ về mọi mặt trong cuộc sống hàng ngày. Cho tới nay, vẫn chưa có biện pháp điều trị bệnh này.

2. ĐỊNH NGHĨA

Sa sút trí tuệ là cụm từ dùng để mô tả các triệu chứng xuất hiện do sự suy giảm chức năng của não.

3. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Cho tới nay, các nhà khoa học chưa biết đầy đủ về nguyên nhân của chứng sa sút trí tuệ. Đây không phải là chứng bệnh do một nguyên nhân gây ra mà do nhiều yếu tố tác động vào cơ thể ở các thời điểm khác nhau, trong đó, tuổi tác là một trong những yếu tố quan trọng nhất. Từ tuổi 65 trở đi, cứ sau 5 năm, số lượng bệnh nhân lại tăng lên gấp đôi.

Tiền sử gia đình là một yếu tố quan trọng. Ví dụ: sa sút trí tuệ liên quan với hệ phả gần trong gia đình, sa sút trí tuệ hiếm gặp thường xảy ra ở độ tuổi từ 30 đến 60 tuổi là do di truyền. Phổ biến hơn là sa sút trí tuệ liên quan với phả hệ xa, loại này xảy ra muộn hơn và yếu tố di truyền không rõ ràng khi điều tra ở tất cả các gia đình. Có một gen được cho là gây ra chứng sa sút trí tuệ liên quan với phả hệ xa, được tạo ra từ một loại protein có tên là apolipoprotein E (ApoE). Ai cũng có gen ApoE, chúng giúp vận chuyển cholesterol trong máu, trong đó chỉ có khoảng 15% có nguy cơ gây ra chứng sa sút trí tuệ. Điều này có nghĩa là những gen khác cũng có thể gây ra chứng sa sút trí tuệ hoặc chống lại chứng sa sút trí tuệ nhưng cho tới nay vẫn chưa được phát hiện ra.

Ngoài ra, sự tác động của giáo dục, môi trường, những tác nhân gây ra các bệnh tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thiếu vitamin, suy dinh dưỡng, phản ứng thuốc, chấn thương ở đầu... cũng có thể là nguyên nhân gây bệnh.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Các dấu hiệu sớm quan trọng nhất của bệnh sa sút trí tuệ

Sa sút trí tuệ thường xảy ra từ từ, triệu chứng của bệnh tăng dần theo tuổi, thường phát hiện ra khi bệnh đã nặng, do đó hiệu quả điều trị thấp. Vì vậy, việc phát hiện sớm các dấu hiệu của bệnh sa sút trí tuệ ở người cao tuổi là một việc cần quan tâm.

4.1.1. Hay quên

Hầu hết mọi người thỉnh thoảng quên tên, quên sự xuất hiện của mình hoặc quên chìa khóa, ví tiền... Nhưng người mắc chứng sa sút trí tuệ thì có thể bỏ quên đồ vật ở những nơi hoàn toàn không thể tìm ra. Ví dụ: bỏ quên bàn là trong tủ lạnh hoặc đồng hồ trong lọ đường.

Nếu việc này xuất hiện thường xuyên hơn kèm theo những rối loạn không thể giải thích được thì có nghĩa là trí nhớ của họ có vấn đề.

4.1.2. Các vấn đề về ngôn ngữ

Tất cả mọi người thỉnh thoảng cũng có khó khăn trong việc chọn đúng từ, nhưng những người mắc chứng sa sút trí tuệ thì thường xuyên không thể nhớ những từ đơn giản, thay vào đó họ sử dụng những từ không phù hợp để thay thế làm cho câu nói trở nên khó hiểu.

4.1.3. Các vấn đề định hướng không gian và thời gian

Bệnh nhân sa sút trí tuệ không thể định vị được về không gian và nhận biết về thời gian. Ví dụ: không biết nhà của họ ở đâu, họ đang ở đâu, tại sao họ đến đây và quay trở về nhà bằng cách nào.

4.1.4. Suy giảm khả năng phán đoán

Mọi người không phải lúc nào cũng chọn quần áo thích hợp với thời tiết, còn bệnh nhân sa sút trí tuệ thì có lúc mặc quần áo không thích hợp một chút nào. Ví dụ: họ mặc áo tắm trong cửa hàng hoặc áo khoác trong ngày nắng nóng.

4.1.5. Các vấn đề về suy nghĩ trừu tượng

Những người mắc chứng sa sút trí tuệ thường không nhận ra các con số và cũng không thể tính được những phép tính đơn giản.

4.1.6. Thay đổi tính khí và hành vi

Những người mắc chứng sa sút trí tuệ thường thay đổi tính khí đột ngột mà không có lý do.

4.1.7. Thay đổi nhân cách

Thông thường, khi tới tuổi già thì nhân cách của hầu hết mọi người đều có sự thay đổi đôi chút nhưng ở những người sa sút trí tuệ thì nhân cách thay đổi một cách đột ngột, rõ ràng hoặc thay đổi trong một thời gian dài. Ví dụ: một số người tính tình hòa nhã bất ngờ trở nên tức giận, đố kỵ hoặc rụt rè.

4.1.8. Mất khả năng thích nghi với công việc mới

Những người sa sút trí tuệ thỉnh thoảng bị mất hứng thú trong công việc, cảm thấy thoải mái với những thú vui riêng của họ mà hoàn toàn không thích những công việc mới.

4.2. Các biểu hiện của thời kỳ toàn phát

4.2.1. Mất trí nhớ ngày một tăng

- Trí nhớ ngắn hạn (không thể nhớ những sự kiện mới).
- Trí nhớ dài hạn (không thể nhớ những việc đã qua).

4.2.2. Không có khả năng tập trung

4.2.3. Suy giảm khả năng giải thích và phán đoán

4.2.4. Ảo giác

4.2.5. Thay đổi cảm giác hoặc nhận thức

4.2.6. Giảm sự nhận biết

- Không nhận ra người thân hoặc những người khác.
- Không nhận ra cảnh vật cũ.

4.2.7. Thay đổi giấc ngủ

- Mất ngủ.
- Thèm ngủ.
- Rối loạn giấc ngủ hoặc thay đổi chu kỳ thức – ngủ.

4.2.8. Suy yếu hệ thống vận động tự động

- Suy giảm chức năng của hệ thống vận động tự động (khó phối hợp động tác – apraxia):

- + Không có khả năng nhắc lại các con số phức tạp.
- + Không có khả năng bắt chước bằng tay.
- + Không có khả năng tự mặc quần áo.
- Thay đổi dáng đi.
- Động tác không phù hợp.
- Những rối loạn hệ thống vận động tự động khác.

4.2.9. Mất phương hướng

- Mất phương hướng về thời gian, nơi chốn, quên người.
- Mất phương hướng về thị giác và không gian.
- Không có khả năng giải thích những gì xảy ra xung quanh mình.

4.2.10. Những vấn đề về tư duy

- Không có khả năng tổng hợp.
- Mất khả năng suy nghĩ trừu tượng.
- Khả năng tính toán bị rối loạn.
- Mất khả năng học tập.

4.2.11. Rối loạn ngôn ngữ (mất khả năng nói hoặc khả năng hiểu ngôn ngữ từng phần hay toàn phần do bị chấn thương não – aphasia).

- Không có khả năng diễn đạt bằng lời.
- Không có khả năng đọc.
- Không có khả năng viết.
- Không có khả năng nói (trừ bệnh liệt cơ).
- Không thể hình thành từ.
- Không diễn đạt được mục tiêu cần nói.
- Phát âm nghèo nàn.
- Nói không thích hợp, dùng tiếng lóng hoặc sai từ.
- Không có khả năng nhắc lại câu nói.
- Lặp đi lặp lại những câu nói quen thuộc.

4.2.12. Thay đổi nhân cách

- Dễ nổi cáu.
- Giảm khả năng kiềm chế.
- Lo lắng.
- Chán nản cực độ.
- Không có tính quả quyết.
- Không nhường nhịn.
- Không có khả năng tiếp nhận thông tin.
- Sự tiếp nhận thông tin hoặc hành vi ứng xử không thích hợp.
- Rút lui khỏi các hoạt động xã hội.

- Không thể thực hiện các hoạt động xã hội hoặc của bản thân.
- Không thể tiếp tục làm việc.
- Giảm khả năng chăm sóc bản thân.
- Giảm hứng thú trong các hoạt động hằng ngày.

4.2.13. Mất tinh tự phát: bệnh nhân không thể tự khỏi bệnh mà không cần điều trị.

Ngoài ra có hai triệu chứng có mối quan hệ với chứng sa sút trí tuệ, đó là:

- Thay đổi khả năng chịu đựng (có thể tăng hoặc giảm).
- Đại tiểu tiện không tự chủ.

5. CÁC TEST KIỂM TRA

Một kiểm tra về thần kinh có thể phát hiện ra những bất thường. Dấu hiệu sớm của chứng sa sút trí tuệ bao gồm:

- Các vấn đề về ngôn ngữ.
- Mất phương hướng.
- Thay đổi nhân cách.
- Các vấn đề về thị giác và không gian.
- Suy nghĩ chậm chạp.
- Suy giảm chức năng hệ thống vận động tự động (khó phối hợp động tác – apraxia).
- Rối loạn nhận thức.
- Khó khăn trong việc lập kế hoạch và tổ chức.
- Sức khoẻ yếu.
- Đại tiểu tiện không tự chủ.
- Ngã.

Phạm vi của tổn thương và nguyên nhân của chứng sa sút trí tuệ có thể phát hiện bằng sự thay đổi (tăng hoặc giảm) của các xét nghiệm sau:

- Công thức máu.
- Calci huyết thanh.
- Các test kiểm tra chức năng tuyến giáp.
- Chức năng gan.
- Nồng độ vitamin B₁₂.
- Nồng độ thuốc hoặc cồn trong máu (loại trừ chất độc).

- Xét nghiệm nước tiểu.
- Phân tích khí máu.
- Rối loạn của các sóng điện não thể hiện trên điện não đồ.
- Tổn thương thực thể não thể hiện trên phim CT Scanner sọ não, cộng hưởng từ sọ não (MRI), phân tích dịch não tủy (CSF).

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định

Ngày nay, chỉ có một cách để chẩn đoán xác định chứng sa sút trí tuệ là tìm mảng tinh bột và sợi rối trong các tế bào não. Tuy nhiên, để tìm ra nguyên nhân bằng cách này thì người thầy thuốc phải chờ tới khi mổ tử thi sau khi bệnh nhân tử vong. Vì thế, thầy thuốc chỉ có thể chẩn đoán "có thể" bị sa sút trí tuệ khi bệnh nhân còn sống.

Chứng sa sút trí tuệ được chẩn đoán khi có từ hai chức năng của não trở lên bị rối loạn. Các rối loạn đó bao gồm:

- Rối loạn ngôn ngữ.
- Rối loạn trí nhớ.
- Dễ xúc động hoặc rối loạn nhân cách.
- Rối loạn khả năng nhận thức (khả năng tính toán, suy nghĩ trừu tượng, phán đoán, nhận thức về không gian).

Hay quên là triệu chứng xuất hiện đầu tiên trong chứng sa sút trí tuệ. Những triệu chứng khác có thể chỉ được phát hiện ra khi có sự kiểm tra về thần kinh hoặc sử dụng các test kiểm tra nhận thức.

Một số công cụ để giúp cho quá trình chẩn đoán bao gồm:

- Câu hỏi về tình trạng sức khỏe chung của người bệnh, những vấn đề về sức khỏe trước đây và khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày.
- Các test kiểm tra trí nhớ, giải quyết vấn đề, sự chú ý, tính toán và ngôn ngữ.
- Các xét nghiệm như: xét nghiệm máu, nước tiểu, dịch não tủy.
- Chụp cắt lớp não.

6.2. Chẩn đoán phân biệt

Đối với các trường hợp có biểu hiện các triệu chứng giống sa sút trí tuệ, cần kiểm tra kỹ bằng các bài kiểm tra về trí nhớ, nhận thức, các xét nghiệm có liên quan với các bệnh mà thầy thuốc nghi ngờ. Từ đó có thể giúp thầy thuốc tìm ra

nguyên nhân các triệu chứng của bệnh. Ví dụ: những vấn đề về tuyến giáp, phản ứng thuốc, u não, bệnh mạch não... có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng giống như chứng sa sút trí tuệ. Trong đó, một số bệnh có thể điều trị khỏi.

7. CÁC LOẠI SA SÚT TRÍ TUỆ

7.1. Rối loạn nhận thức nhẹ (MCI – Mild Cognitive Impairment)

Trong những năm vừa qua, các nhà khoa học đã tập trung vào một loại thay đổi trí nhớ, gọi là chứng rối loạn nhận thức nhẹ (MCI). MCI là sự khác nhau giữa chứng sa sút trí tuệ và sự thay đổi trí nhớ bình thường ở người cao tuổi. Những người mắc chứng rối loạn nhận thức nhẹ có trí nhớ bình thường, không có các thay đổi khác như: rối loạn trí nhớ, các vấn đề về chăm sóc bản thân và những khó khăn về ngôn ngữ.

7.2. Bệnh Alzheimer

Hầu hết các trường hợp mất trí xuất hiện ở người cao tuổi là bệnh Alzheimer, ban đầu là các chức năng tự suy nghĩ, trí nhớ và rối loạn ngôn ngữ. Mặc dù các nhà khoa học đã cố gắng rất nhiều nhưng cho tới nay vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân gây bệnh cũng như cách điều trị.

Tên bệnh Alzheimer được đặt theo tên của giáo sư Alois Alzheimer, một giáo sư người Đức. Năm 1906, giáo sư Alzheimer theo dõi sự thay đổi các tế bào não của một phụ nữ chết vì rối loạn tâm thần. Ông nhận thấy có một đám không bình thường (hiện nay gọi là mảng tinh bột) và đám sợi rối (hiện nay gọi là đám rối thần kinh) trong não người bệnh khi mổ tử thi. Ngày nay, mảng tinh bột và đám sợi rối này được coi như là một dấu hiệu của bệnh Alzheimer.

Các nhà khoa học cũng tìm ra những thay đổi khác trên bệnh nhân bị bệnh Alzheimer. Những tế bào thần kinh bị chết ở các vùng khác nhau của não có ảnh hưởng lớn đến trí nhớ và những khả năng khác về tâm thần của con người; đồng thời, khả năng liên kết giữa các tế bào thần kinh cũng bị phá vỡ; các chất dẫn truyền trong các tế bào thần kinh cũng ở mức thấp hơn bình thường. Alzheimer có thể phá hủy chất dẫn truyền thần kinh, làm giảm khả năng suy nghĩ và trí nhớ.

Alzheimer là một bệnh tiến triển chậm, bắt đầu với những dấu hiệu nhẹ về rối loạn trí nhớ và kết thúc bằng các triệu chứng nguy hiểm ở não. Chiều hướng tiến triển của bệnh thay đổi tùy từng bệnh nhân. Trung bình, mỗi bệnh nhân có thể sống từ 8 đến 10 năm sau khi được chẩn đoán xác định, thậm chí có bệnh nhân sống được 20 năm.

7.2.1. Dịch tễ học

Các nhà khoa học cho rằng có khoảng trên 4,5 triệu người Mỹ mắc bệnh và số lượng người mắc bệnh này sẽ tăng lên gấp 4 lần vào năm 2050. Bệnh thường bắt đầu từ sau tuổi 60 và tính chất của bệnh ngày càng tăng theo lứa tuổi. Trong khi đó, những người trẻ hơn cũng có thể mắc bệnh này nhưng với số lượng ít hơn. Có khoảng 5% bệnh nhân mắc ở lứa tuổi từ 65 đến 74 tuổi và gần 2,5% bệnh nhân ở lứa tuổi từ 85 trở lên.

Tuy nhiên, bệnh Alzheimer không phải là dấu hiệu bình thường ở người cao tuổi.

7.2.2. Các yếu tố thuận lợi

a) Tuổi tác

Bệnh Alzheimer thường ảnh hưởng đến những người trên 65 tuổi nhưng cũng có khi ảnh hưởng tới những người dưới 40 tuổi. Tuổi trung bình được chẩn đoán xác định là khoảng 80 tuổi. Những người mắc bệnh trong độ tuổi từ 65 đến 74 tuổi chiếm khoảng dưới 5%. Đối với những người già từ 80 tuổi trở lên thì con số này lên tới gần 50%.

b) Di truyền

Những người có quan hệ huyết thống với những người mắc bệnh Alzheimer (cha mẹ, anh chị em ruột) dễ mắc bệnh này hơn những người không có yếu tố di truyền. Mặc dù mối quan hệ về yếu tố di truyền trong bệnh Alzheimer cho đến nay vẫn chưa giải thích được nhưng các nhà nghiên cứu đã tìm thấy sự biến đổi gen xuất hiện trong một số gia đình. Có ba biến đổi gen được cho là nguyên nhân gây tiên triệu ở bệnh Alzheimer, trong đó gen apolipoprotein (ApoE) đẩy nhanh giai đoạn muộn của bệnh.

c) Cách sống

Cũng như những yếu tố thuận lợi gây bệnh tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, cách sống cũng có thể làm tăng tốc độ tiến triển của bệnh Alzheimer. Một số nghiên cứu cho rằng để hạn chế sự tiến triển của bệnh, cần luyện tập trí óc thường xuyên.

d) Môi trường

Sau các nghiên cứu về bệnh, các nhà khoa học thấy rằng: môi trường vừa là yếu tố thuận lợi làm tăng sự tiến triển của bệnh, vừa có tác dụng ngăn ngừa bệnh.

e) Chấn thương sọ não

Đây là một trong những nguyên nhân còn gây tranh cãi giữa các nhà khoa học trong hành trình đi tìm nguyên nhân gây bệnh.

g) Sự thay đổi hormon

Một số nhà khoa học cho rằng sự thay đổi của hormon trong cơ thể ở giai đoạn lão hóa có liên quan tới sự hình thành và tiến triển của bệnh. Tuy nhiên, vấn đề này cũng còn đang gây tranh cãi.

7.2.3. Bảy dấu hiệu báo trước của bệnh Alzheimer

1. Hỏi đi hỏi lại những câu hỏi giống nhau.
2. Nhắc đi nhắc lại một câu chuyện hoặc một từ nào đó.
3. Quên cách làm những việc trước đây có thể làm một cách dễ dàng và thường xuyên như: nấu ăn, chơi bài...
4. Không có khả năng tự chi trả cho bản thân hoặc tra cứu sách.
5. Quên những nơi xung quanh nhà mình hoặc địa chỉ nhà mình.
6. Không tắm rửa, không thay quần áo trong khi đó lại nghĩ rằng mình đã tắm rồi hoặc quần áo mình đang mặc vẫn còn sạch.
7. Dựa dẫm vào một ai đó (như chồng hoặc vợ) để đưa ra những quyết định hoặc trả lời những câu hỏi mà trước đây họ có thể tự giải quyết được.

Tuy nhiên, nếu một số người có một vài hoặc tất cả các dấu hiệu của bệnh thì không có nghĩa là người đó đã mắc bệnh. Để chẩn đoán xác định, cần phải có ý kiến của các nhà thần kinh học, tâm thần học, bệnh học nội khoa...

7.2.4. Các giai đoạn của bệnh Alzheimer

Đặc điểm của bệnh Alzheimer là ngày càng nặng lên, các triệu chứng của bệnh ngày càng biểu hiện rõ. Cùng với sự tăng lên của các triệu chứng, bệnh được phân chia thành ba giai đoạn:

a) Giai đoạn đầu:

- Khả năng nhớ và khả năng trí tuệ bị ảnh hưởng ngày càng nặng. Người bệnh dường như ngày càng quên nhiều hơn và quên rất nhanh những sự việc xảy ra trong thời gian gần.
- Bệnh nhân không thể tìm đúng từ, không hiểu cuộc trò chuyện hoặc không thể giải thích các sự kiện mà họ đang chứng kiến. Sau đó bệnh nhân bắt đầu phải sử dụng tới tiếng hét và xúc giác để tiếp xúc với cộng đồng.

Các hoạt động thường ngày như dùng đũa, thìa hoặc mặc quần áo ngày càng trở nên khó khăn.

- Người bệnh dường như mất đi sự khéo léo và khả năng hợp tác.
- Hay quên.

b) Giai đoạn giữa:

- Những người mắc chứng sa sút trí tuệ chuyển dần từ hay quên đến rối loạn trí nhớ.
- Người bệnh ngày càng mất khả năng điều khiển cơ thể và trí óc.
- Việc mất dần trí nhớ làm người bệnh không nhận ra ai đang nói với họ. Vốn từ của họ trở nên hạn chế và khi nói, các từ chồng chéo lên nhau, âm tiết ngập ngừng và câu nói trở nên ngắn.
- Người bệnh không còn có khả năng tiếp nhận những thông tin trong hiện tại nhưng những ý kiến của họ lại mang tính chủ quan và bảo thủ.
- Mất hứng thú trong công việc: người bệnh thường không còn hứng thú trong công việc, tất cả những công việc mới đều trở nên nhàm chán trong một thời gian ngắn và họ dễ dàng có những phản ứng nếu yêu cầu họ tiếp tục làm những công việc đó.
- Lo âu và ám ảnh: những người bệnh thường có thái độ lo lắng quá độ về một việc bình thường nào đó hoặc bị ám ảnh về những sự việc không có thật.
- Thái độ hay gây sự: người bệnh dễ phản ứng bằng thái độ khó chịu với một sự kiện nào đó có thể gây phiền phức cho họ.

c) Giai đoạn cuối:

- Bất lực: trong giai đoạn cuối (còn gọi là giai đoạn nặng của bệnh Alzheimer) người bệnh ngày càng trở nên bất lực và phụ thuộc. Việc giao tiếp với thế giới bên ngoài ngày càng trở nên khó khăn vì ngôn ngữ giao tiếp ngày càng khó hiểu. Trí nhớ của họ giảm dần và có những hành động lặp đi lặp lại có thể gây nguy hiểm như: lắc lư thân mình, cởi quần áo, đi lên đi xuống cầu thang liên tục...
- Ngã: cùng với sự cứng đờ của cơ thể, những rối loạn dáng đi làm cho người bệnh trở nên dễ ngã. Đây thường là hậu quả của việc nằm trên giường trong một thời gian dài.
- Vệ sinh: những người mắc bệnh Alzheimer thường quên cách vệ sinh cơ thể như: quên cách gội đầu, đánh răng và thay quần áo. Mặc dù chưa làm vệ sinh cơ thể nhưng người bệnh lại cho rằng họ đã làm việc đó rồi. Thỉnh thoảng, người bệnh không thể tìm thấy đường vào nhà vệ sinh hoặc không thể vệ sinh sạch cơ thể. Dần dần, những người mắc chứng sa sút trí tuệ và những người mắc bệnh Alzheimer không có khả năng điều khiển việc vệ sinh của họ, từ đó xảy ra tình trạng đại tiểu tiện không tự chủ.

7.3. Sa sút trí tuệ do thể Lewy

Bệnh Alzheimer là nguyên nhân chính của chứng sa sút trí tuệ, nó chiếm khoảng 50 – 60% các trường hợp bệnh. Cho tới gần đây, chứng sa sút trí tuệ do nguyên nhân mạch máu hay còn gọi là sa sút trí tuệ đa nhồi máu được cho là

nguyên nhân thứ hai của sa sút trí tuệ. Nó có thể xảy ra đơn độc hoặc phối hợp với bệnh Alzheimer. Trong những nghiên cứu mô tử thi khác nhau trên toàn thế giới, loại bệnh này đều được gọi là sa sút trí tuệ do thể Lewy (Dementia with Lewy bodies – DLB), chiếm khoảng 15 – 25% các trường hợp bệnh. Đây là bệnh có tổn thương thực thể rõ ràng, có thể nghiên cứu được qua việc khám nghiệm tử thi.

Cũng như đối với bệnh Alzheimer, không có test đặc hiệu để chẩn đoán sa sút trí tuệ do thể Lewy. Để chẩn đoán xác định, phải khám nghiệm các vùng khác nhau của não (thường làm sau khi bệnh nhân tử vong). Và người ta đã xác định rằng nguyên nhân gây bệnh là tại các tế bào não. Những theo dõi trong vòng 70 năm cho thấy chứng sa sút trí tuệ do thể Lewy là do các thoái hóa khác trong não, bệnh Parkinson. Mặc dù bệnh sa sút trí tuệ do thể Lewy với bệnh Parkinson đều kéo theo sự tăng lên của thể Lewy, nhưng sa sút trí tuệ do thể Lewy xảy ra ở cả cuống não và vùng vỏ của bán cầu đại não. Trong khi đó đối với bệnh Parkinson, thể Lewy chỉ tăng lên ở cuống não.

Hơn nữa, bệnh học của chứng bệnh này cũng giống bệnh Parkinson. Sa sút trí tuệ do thể Lewy cũng thường kết hợp với những thay đổi bệnh lý có đặc điểm như bệnh Alzheimer. Trong hai dấu hiệu chính để chẩn đoán xác định bệnh Alzheimer là mảng tinh bột và đám rối thần kinh thì dấu hiệu mảng tinh bột cũng thường xuất hiện ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ do thể Lewy nhưng lại có rất ít đám rối thần kinh. Cũng như vậy, những nghiên cứu bệnh lý học của chứng sa sút trí tuệ do thể Lewy cho thấy có sự chồng chéo giữa triệu chứng của bệnh này với bệnh Alzheimer và Parkinson. Đã có những cuộc tranh luận gay gắt trong thế kỷ qua về việc gọi tên chứng bệnh này như thế nào; một số thì cho rằng nên xếp vào nhóm bệnh Alzheimer, một số lại cho rằng nên xếp vào nhóm bệnh Parkinson. Mặc dù không hoàn toàn đi đến kết luận cuối cùng, nhưng nhìn chung các nhà khoa học đã đề xuất tiêu chuẩn chẩn đoán và đồng ý gọi chứng bệnh này là “sa sút trí tuệ do thể Lewy”.

Bệnh học và điều trị của chứng bệnh này nhìn chung gần giống với bệnh Alzheimer và Parkinson. Tuy nhiên, bệnh sa sút trí tuệ do thể Lewy có một số điểm khác trong điều trị.

Biểu hiện chủ yếu: trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng, giảm thị lực và rối loạn ngôn ngữ (giống như bệnh Alzheimer), có một số triệu chứng giống các triệu chứng cơ bản của bệnh Parkinson như: run lúc nghỉ ngơi, vận động chậm chạp, cứng, vẻ mặt giảm tính biểu cảm, còng lưng và đi lết chân.

**** Tiêu chuẩn chẩn đoán chứng sa sút trí tuệ do thể Lewy***

Dựa vào đề xuất của các nhà khoa học thuộc “Các tổ chức nghiên cứu khoa học quốc tế”, có thể chia thành ba tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh sa sút trí tuệ do thể Lewy như sau:

- Xuất hiện ít nhất hai trong số các dấu hiệu quan trọng của rối loạn nhận thức.
- Xuất hiện ít nhất hai trong số ba đặc điểm cơ bản sau:
 - + Sự tập trung thay đổi thất thường dai dẳng và đáng ngại.
 - + Có dấu hiệu ảo giác.
 - + Các động tác tự động ngoại tháp.
- Các đặc điểm có thể gợi ý cho chẩn đoán như:
 - + Giảm khả năng nhắc lại.
 - + Tụt huyết áp không rõ nguyên nhân hoặc có những chu kỳ mất ý thức ngắn.
 - + Các dấu hiệu rối loạn tâm thần khác như: ảo tưởng, rối loạn giấc ngủ và nhạy cảm với thuốc an thần.

Những dấu hiệu cuối cùng có thể rất nặng như: các biểu hiện tâm thần nặng, một số trường hợp bệnh nặng khi sử dụng thuốc an thần xuất hiện các động tác tự động ngoại tháp. Đối với các thuốc an thần như: risperidone (Rispedal) và olanzapin (Zyprexa) có thể có tác dụng tốt hơn cho một số bệnh nhân sa sút trí tuệ do thể Lewy. Theo kinh nghiệm của Viện sức khỏe Quốc gia Mỹ, các triệu chứng rối loạn tâm thần, đặc biệt là dấu hiệu ảo giác có thể được cải thiện bằng tác nhân ngăn chặn cholinesterase như: tacrine (Cognex) và donepezil (Aricept). Đối với những bệnh nhân chủ yếu có các động tác tự động ngoại tháp, việc sử dụng các thuốc điều trị bệnh Parkinson với liều lượng vừa phải có thể cải thiện được nhưng lại có thể làm xấu thêm các triệu chứng rối loạn tâm thần.

7.4. Sa sút trí tuệ trán – thái dương (Frontotemporeal Dementia – FTD)

Tập hợp các bệnh sa sút trí tuệ hiếm gặp gọi chung là sa sút trí tuệ trán – thái dương. Các chứng bệnh này có đặc điểm là sự tích lũy một loại protein không bình thường trong não gọi là tau protein.

Thông thường, khi nhắc tới sa sút trí tuệ thì người ta coi như đó là bệnh Alzheimer. Trong khi thực tế thì Alzheimer là nguyên nhân chủ yếu gây sa sút trí tuệ. Đồng thời, các nhà khoa học đã nhận thấy tình trạng tích lũy các thoái hóa neuron là nguyên nhân của các thể bệnh sa sút trí tuệ như: sa sút trí tuệ thuộc cơ, sa sút trí tuệ do thể Lewy và một loại sa sút trí tuệ hiếm gặp gọi là sa sút trí tuệ trán – thái dương. Các nhà khoa học nhận thấy rằng có sự giống và khác nhau trong các thoái hóa neuron thần kinh giữa các thể bệnh sa sút trí tuệ.

7.4.1. Sa sút trí tuệ trán – thái dương là gì?

Sa sút trí tuệ trán – thái dương thường ảnh hưởng đến thùy trán và phía trước thùy thái dương. Đó là những vùng điều khiển chức năng hành động như: lý trí,

nhân cách, ứng xử xã hội, hoạt động, lời nói, ngôn ngữ và các loại trí nhớ. Sa sút trí tuệ trán – thái dương thường xảy ra ở lứa tuổi từ 35 đến 75 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ là như nhau. Người bệnh thường mắc bệnh trong khoảng từ 2 đến 10 năm sau khi được chẩn đoán. Sa sút trí tuệ trán – thái dương là một bệnh hiếm gặp. Các nhà khoa học tin rằng sa sút trí tuệ trán – thái dương chỉ chiếm khoảng 3% trong tổng số các trường hợp sa sút trí tuệ. Bệnh có dấu hiệu di truyền khá rõ ràng. Trong số các trường hợp mắc bệnh, có khoảng từ 20% đến 40% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương.

7.4.2. Những thay đổi bệnh lý học của bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương

Một trong những thay đổi bệnh lý học của bệnh là sự tích lũy *tau* không bình thường bên ngoài các tế bào não. *Tau* là một loại protein cần thiết có chức năng giúp chống đỡ bên trong tế bào thần kinh và phục vụ quá trình vận chuyển các chất dinh dưỡng. Trong bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương, *tau* trở nên không bình thường và tập trung thành những đám rối. Những thay đổi này phá vỡ các tế bào thần kinh bình thường và nhanh chóng làm chết các tế bào. Những thay đổi khác bao gồm liên tiếp mất các tế bào thần kinh ở vùng trán và thái dương của não. Gliosis, một dạng sẹo mô ở trung tâm hệ thần kinh cũng xảy ra tạo thành các hốc ở vùng ngoại vi não.

7.4.3. Triệu chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương

Triệu chứng của sa sút trí tuệ trán – thái dương thay đổi theo từng cá thể. Tổn thương não bên trái hoặc bên phải có ảnh hưởng đến các triệu chứng của bệnh (rối loạn ngôn ngữ xảy ra khi tổn thương não bên trái, các vấn đề về ứng xử xảy ra khi tổn thương não bên phải).

Các triệu chứng của sa sút trí tuệ trán – thái dương bao gồm:

- Có các ứng xử xã hội không thích hợp và không kiểm chế (bệnh nhân bắt đầu làm những việc mà trước đây chưa bao giờ làm như: ăn trộm, dùng bát uống rượu trong bữa tiệc...).

- Hành vi tình dục không thích hợp.

- Mất ý thức hoặc không quan tâm đến việc thay đổi hành vi.

- Không quan tâm đến bản thân.

- Tăng cảm giác ngon miệng dẫn tới việc ăn không ngừng và tăng cân.

- Lãnh đạm, mất khả năng lái xe, mất tập trung hoặc những biểu hiện tương tự khác.

- Mất khả năng phát âm hoặc rối loạn ngôn ngữ (có thể xảy ra trong một thời gian trung bình hoặc dài).

- Âm ảnh hoặc có hành vi lặp đi lặp lại như: xin lỗi, tìm các đồ vật, rửa tay...
- Âm ảnh về việc ăn uống (bệnh nhân ăn tất cả những gì mà họ có được).

Biểu hiện này xảy ra vào giai đoạn muộn của bệnh.

- Mất trí: đây không phải là triệu chứng đầu tiên của bệnh và ít liên quan với các triệu chứng khác.

Những người mắc chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương cũng có biểu hiện vận động khó khăn như người mắc bệnh Parkinson. Đó là các triệu chứng bao gồm: cứng, mất thăng bằng, cử động khó khăn nhưng không run chân tay khi nghỉ ngơi như bệnh Parkinson. Sự khác nhau cơ bản giữa sa sút trí tuệ trán – thái dương với bệnh Alzheimer là những người bị bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương không bị mất trí nhớ như những người bị bệnh Alzheimer, người bệnh vẫn còn khả năng định vị về thời gian, nơi chốn; vẫn còn khả năng nhắc lại về những sự kiện đã qua và hiện tại. Thậm chí trong giai đoạn muộn, những người mắc chứng bệnh này vẫn nhận biết được những điều xung quanh và còn định vị được họ đang ở đâu.

7.4.4. Chẩn đoán bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương

Do đặc điểm của các triệu chứng, sa sút trí tuệ trán – thái dương thường được chẩn đoán thành các vấn đề về tâm thần hoặc bệnh Alzheimer. Tuy nhiên, các nhà khoa học có thể nêu ra những điểm nổi bật để chẩn đoán phân biệt sa sút trí tuệ trán – thái dương với các chứng bệnh khác.

- Hỏi kỹ tiền sử và kiểm tra các thay đổi về hành vi vì bệnh nhân không còn khả năng nhận thấy những thay đổi trong hành vi của họ. Những thông tin từ các thành viên trong gia đình người bệnh hoặc từ những người đã từng tiếp xúc với họ là rất quan trọng.

- Các kiểm tra thần kinh – tâm thần giúp đánh giá về ngôn ngữ, trí nhớ, chức năng hành xử, khả năng nhìn.

- Chẩn đoán hình ảnh về thần kinh để xác định vị trí tổn thương và đánh giá được tình trạng teo não.

7.4.5. Điều trị bệnh sa sút trí tuệ trán – thái dương

Hiện nay việc điều trị không có khả năng làm chậm hoặc ngừng sự tiến triển của bệnh. Tuy nhiên, các thuốc tâm thần có thể được sử dụng để điều trị một số triệu chứng. Ví dụ: ức chế giải phóng serotonin (SSRIs) hoặc các thuốc chống rối loạn tâm thần có thể làm giảm nhẹ một số triệu chứng của bệnh. Vấn đề cơ bản trong điều trị chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương là làm giảm các triệu chứng của bệnh.

Trong điều trị sa sút trí tuệ trán – thái dương, việc chẩn đoán xác định là rất cần thiết vì một số thuốc sử dụng điều trị cho các chứng bệnh tâm thần như cholinergic, các thuốc chống rối loạn tâm thần như thuốc ức chế giải phóng dopamin không có tác dụng và có thể gây hại cho những bệnh nhân mắc chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương.

7.4.6. Các dấu hiệu giống và khác nhau giữa sa sút trí tuệ trán – thái dương với bệnh Alzheimer

Đặc điểm	Sa sút trí tuệ trán - thái dương	Bệnh Alzheimer
Tuổi trung bình	40 - 65 tuổi	≥ 65 tuổi
Vùng não bị tổn thương	Thùy trán và thùy thái dương	Bắt đầu từ giữa vùng thái dương, thường tổn thương ở vùng chân hải mã, lan sang các vùng khác của não.
Đặc điểm bệnh học	<ul style="list-style-type: none"> - Mất các tế bào thần kinh - Không có các mảng tinh bột - Có đám rối <i>tau</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mất các tế bào thần kinh - Có các mảng tinh bột - Có đám rối <i>tau</i>
Triệu chứng	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu bằng những thay đổi về cơ thể và hành vi ứng xử của bản thân. Một số hành động quá mức còn những biểu hiện khác lại đỡ dần. - Mất sự quan tâm tới những người xung quanh. - Không có khả năng điều khiển các hành vi xã hội của bản thân. - Chỉ còn trí nhớ ngắn hạn. - Khó khăn trong việc diễn đạt bằng ngôn ngữ. - Nói khó, khó nuốt. - Trong giai đoạn muộn, người bệnh có biểu hiện mất khả năng vận động tự động, nói lắp và giật cơ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu bằng biểu hiện mất trí nhớ. - Bệnh nhân mất khả năng tiếp nhận những thông tin mới. - Không có khả năng định vị về thời gian và nơi chốn. Sau đó, xuất hiện các thay đổi về cơ thể và hành vi ứng xử. - Trong giai đoạn muộn, có thể có biểu hiện ảo giác.

8. ĐIỀU TRỊ

Mục đích của việc điều trị là làm giảm và hạn chế tiến triển các triệu chứng của sa sút trí tuệ. Có thể sử dụng các thuốc điều trị đặc hiệu. Biện pháp điều trị tại bệnh viện có thể cần thiết trong một thời gian ngắn.

Việc chăm sóc người bệnh có thể cải thiện được các triệu chứng của bệnh.

Việc dùng thuốc hoặc thay đổi thuốc có thể làm cho tình trạng bệnh xấu hơn. Các thuốc góp phần làm cho tình trạng bệnh xấu hơn bao gồm:

- Các thuốc kháng lại hệ cholinergic.
- Các thuốc giảm đau.
- Cimetidine.
- Các thuốc ức chế thần kinh trung ương.
- Lidocaine...

Trong đó, các thuốc giảm đau và các thuốc ức chế thần kinh trung ương có tác dụng ngược lại, người bệnh có cảm giác đau tăng hơn hoặc các kích thích thần kinh nặng lên.

Những nguyên nhân thực thể góp phần gây bệnh cũng phải được điều trị như: các bệnh tim mạch, giảm oxy máu (hypoxia), các rối loạn của tuyến giáp, thiếu máu, rối loạn dinh dưỡng, nhiễm trùng, và các bệnh tâm thần như trầm cảm.

Những thuốc được dùng trong bệnh này bao gồm:

- Thuốc chống rối loạn tâm thần (dùng vào buổi tối).
- Các thuốc ức chế serotonine như: trazodone, buspirone.

Các thuốc ức chế dopamine: haloperidole, risperidone, olanzapine, clozapine.

- Các thuốc ức chế men cholinesterase: donepezil (Aricept), rivastigmine (Exelon) hoặc một loại thuốc mới dùng để điều trị sa sút trí tuệ của bệnh Alzheimer là galantamine (Reminyl).

- Fluoxetine, imipramine, celexa có thể giúp ổn định tính tình của người bệnh.
- Các thuốc kích thích như methylphenidate có thể làm tăng hoạt động của người bệnh.
- Vitamin E.

Chức năng cảm giác phải được đánh giá thường xuyên và cần có đủ các dụng cụ đo thính lực, thị lực để theo dõi tình trạng bệnh.

Các hình thức điều trị bằng tâm lý như: tâm lý liệu pháp hoặc điều trị theo nhóm bệnh nhân hiếm khi có tác dụng vì có thể tạo ra tình trạng quá tải đối với sự nhận thức hạn chế ở những người sa sút trí tuệ.

Bệnh sa sút trí tuệ không thể điều trị khỏi. Tuy nhiên, trong giai đoạn sớm và nhẹ của bệnh thì các thuốc tacrine (Cognex), donepezil (Aricept), rivastigmine (Exelon) hoặc galantamine (Razadyne, trước đây là Reminyl) có thể ngăn chặn tiến triển của một số triệu chứng trong một thời gian nhất định. Các thuốc khác như memantine (Nameida) hiện nay được sử dụng để điều trị sa sút trí tuệ ở giai đoạn nặng mặc dù chúng cũng chỉ có tác dụng một cách hạn chế.

Cũng như vậy, một số thuốc có thể kiểm soát các triệu chứng của chứng sa sút trí tuệ như: mất ngủ, kích động, đe dọa, lo lắng và chán nản cực độ. Việc điều trị các triệu chứng trên thường làm cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái và làm cho họ chăm sóc bản thân dễ dàng hơn.

9. ĐIỀU DƯỠNG

Công tác điều dưỡng đối với bệnh nhân sa sút trí tuệ là một khâu rất quan trọng, có ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

Trong quá trình chăm sóc, cần chú ý các vấn đề sau:

- Nên chú ý tới tiền triệu của bệnh, dự phòng hoặc giảm nhẹ sự phát sinh hoặc nặng lên của các triệu chứng bệnh.

- Ăn uống:

- + Cần cung cấp cho bệnh nhân đầy đủ các chất dinh dưỡng, đặc biệt là các acid béo; các loại vitamin B₁, C; một số yếu tố vi lượng cần thiết khác như: kẽm, sắt, kali, calci... Đặc biệt, cần bổ sung kẽm (là yếu tố vi lượng có tác dụng điều trị dự phòng sa sút trí tuệ) một cách đầy đủ và hợp lý. Kẽm có nhiều trong sò, thịt, trứng, sữa...

- + Ngoài ra, cần cho người bệnh uống đủ nước trong ngày. Tổng số nước mà người bệnh nên đưa vào cơ thể mỗi ngày là 2 lít. Nên uống nhiều nước hoa quả, đặc biệt là những loại quả có chứa nhiều vitamin C.

- Giúp đỡ bệnh nhân trong các sinh hoạt thường ngày như: vệ sinh, ăn uống, đại tiểu tiện... Động viên bệnh nhân tham gia các hoạt động thể dục nhằm nâng cao sức khỏe, những hoạt động có tác dụng đối với tâm lý như: chăm sóc hoa, nuôi cá, vẽ, đi bộ... Ngoài ra còn có thể đọc báo, nghe đài, xem vô tuyến...

- Tăng cường khả năng tập luyện của bệnh nhân, chú ý đến khả năng tự lý giải trong sinh hoạt, giúp bệnh nhân tăng cường giao lưu, tham gia các hoạt động xã hội; tập luyện khả năng tư duy, ghi nhớ, tính toán... Qua đó làm tăng khả năng tư duy và cải thiện lời nói của bệnh nhân.

- Giữ an toàn cho bệnh nhân:

+ Đối với những bệnh nhân nặng, khi chăm sóc cần giữ an toàn cho người bệnh, không nên để người bệnh tự ra ngoài một mình vì dễ bị lạc đường. Tốt nhất nên thường xuyên để bệnh nhân mang theo một tấm danh thiếp trong đó có ghi họ tên bệnh nhân, địa chỉ, số điện thoại liên hệ. Nhìn chung nên có một người thường xuyên đi theo chăm sóc vì ngoài chuyện lạc đường, người bệnh còn có thể ngã gây chấn thương, gãy xương, đặc biệt là đối với những người ở trên tầng cao.

+ Khi bệnh nhân ăn uống, cần chú ý theo dõi vì các vật lạ có thể lọt vào khí quản gây tắc đường thở và có thể gây tử vong. Đặc biệt là khi trong thức ăn có món cá, cần đảm bảo gỡ bỏ hết xương trước khi cho người bệnh ăn.

+ Không nên để người bệnh ngủ một mình, phòng các trường hợp hoả hoạn, khí than gây ngộ độc.

+ Những vật dụng dễ gây nguy hiểm cho bệnh nhân như: bình nước nóng, các thuốc, các chất hoá học, ổ điện, dao... cần phải để ở những nơi an toàn (là những nơi không dễ lấy đối với bệnh nhân) để đề phòng người bệnh tự sát hoặc có những sự cố nguy hiểm ngoài ý muốn.

+ Tốt nhất là có một người luôn theo sát bệnh nhân để đề phòng những trường hợp xấu có thể xảy ra.

– Cải thiện không khí gia đình: không khí sinh hoạt của gia đình có tác động không nhỏ đến diễn biến bệnh sa sút trí tuệ. Không khí gia đình ấm áp sẽ có tác động tích cực đến tâm lý và tình trạng của bệnh nhân.

– Điều trị và dự phòng các bệnh cơ thể khác ở người sa sút trí tuệ. Người sa sút trí tuệ không biết cách tự chăm sóc cơ thể mình, không phân biệt được nóng lạnh và những nguy hiểm nên rất dễ phát sinh các loại bệnh tật khác. Vì vậy, nên thường xuyên chú ý tới những thay đổi của người bệnh, đặc biệt là về ăn uống, ngủ, đại tiểu tiện để phát hiện những bất thường, dễ dàng đưa bệnh nhân tới bệnh viện để khám và điều trị. Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời những bất thường hoặc các triệu chứng nặng lên của bệnh thì bệnh nhân có thể tử vong.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Theo y học cổ truyền, sách “Y học chính truyền” mô tả bệnh sa sút trí tuệ trong phạm vi chứng “ngu si” (愚痴), “Tư sinh kinh” mô tả trong “si chứng” (痴症), “Cảnh Nhạc toàn thư” gọi đây là chứng “si ngai” (痴呆), “Lâm chứng chỉ nam y án” gọi là chứng “thần ngai” (神呆)....

Y học cổ truyền cho rằng não là nơi cao nhất của cơ thể, là nơi mà từ đó đưa tinh hoa khí huyết của tạng phủ đi khắp cơ thể để phát huy tác dụng: trong thì làm thông tạng phủ, ngoài thì bảo vệ cơ thể. Khi cơ thể về già, hoặc do bệnh lâu ngày, tạng phủ hư suy, hoặc sau khi bị trúng phong, âm dương bất điều, khí huyết tinh tuỷ chuyển hoá thất thường, khí cơ thăng giáng nghịch loạn, đàm trệ huyết ngưng làm ảnh hưởng đến công năng của não mà gây bệnh.

Bệnh chủ yếu là ở não, có quan hệ mật thiết với ngũ tạng trong cơ thể. Theo y học cổ truyền: tâm tàng thần, can tàng hồn, tỳ tàng ý, phế tàng phách, thận tàng chí.

– Suy giảm trí nhớ và rối loạn ngôn ngữ đều liên quan đến tâm, thận (thần chí).

– Tính khí hành vi và thay đổi nhân cách liên quan đến can (hồn).

– Suy nghĩ trừu tượng liên quan đến tỳ (ý).

– Định hướng không gian, thời gian, cảm giác có liên quan đến phế (phách).

Về cơ chế gây bệnh: não tuỷ bất túc, âm dương khí huyết của ngũ tạng suy tổn là bản; khí trệ, huyết ngưng, đàm trọc là tiêu. Đâu là nơi hội tụ của dương khí. Khi thanh dương của lục phủ không thể hội tụ ở đâu, tuỷ hải bất túc, thần minh thất dưỡng, công năng thất thường, không thể bảo vệ được bên ngoài cơ thể và ngũ quan, chín khiếu, dần dần sẽ gây sa sút trí tuệ.

1.1. Thận khuy tuổi già

Y học cổ truyền cho rằng: thận chủ cốt, tàng chí, sinh tuỷ, não là bể của tuỷ. Khi thận tinh sung túc thì chức năng sinh tuỷ được thịnh vượng, não tủy dồi dào, tinh lực tràn trề, trí lực tốt, tai thính, mắt tinh, động tác linh lợi. Khi cơ thể trở nên lão hoá, thận tinh suy nhược, không sinh tuỷ để bổ sung cho não được gây giảm trí nhớ, giảm quyết định hành động mà thành sa sút trí tuệ.

1.2. Ăn uống không điều độ

Tỳ chủ vận hóa, tàng ý.

Do ăn quá nhiều đồ ngọt béo, hoặc uống nhiều rượu thành nghiện, làm tổn thương tỳ vị, chức năng vận hoá bị suy giảm, thấp trọc đình trệ lại ở bên trong cơ thể lâu ngày hoá đàm. Đàm trọc nội thịnh, đưa lên trên che lấp thanh khiếu, nhiễu loạn thần minh, làm ý không có chỗ tàng. Hoặc do trong cơ thể sẵn có đàm thấp nội thịnh, lại thêm ngoại cảm nhiệt tà, thấp nhiệt kết lại trong cơ thể, che lấp thanh khiếu, nhiễu loạn thần minh mà gây chứng sa sút trí tuệ.

1.3. Thất tình nội thương

Do tình chí bất toại kéo dài, lo âu quá độ, tâm tỳ hao tổn, khí huyết hư suy, làm cho thần chí thất dưỡng. Tỳ hư nên không thể hoá sinh khí huyết, thanh dương không thăng nên không thể bổ sung tinh hoa khí huyết cho não được. Hoặc do tình chí bất toại, can khí uất kết, khiến cho khí huyết nghịch loạn, nhiễu loạn thần minh. Hoặc do can uất bất đạt, khí cơ trở trệ lâu ngày khiến cho tân dịch đình trệ, đàm kết, ảnh hưởng đến lạc mạch của não, thần chí thất dưỡng, lâu ngày dẫn tới sa sút trí tuệ.

1.4. Mất cân bằng giữa làm việc và nghỉ ngơi

Do lao lực quá độ mà gây thương khí, lo lắng quá độ làm tổn thương tâm tỳ, dẫn tới khí huyết khuy tổn, não không được nuôi dưỡng. Hoặc do phòng dục quá độ làm thận tinh hư hao, tinh không thể sinh tủy, tủy hải hư suy đều là những tác nhân gây bệnh.

Quá an nhàn, không làm việc, khí huyết vận hành bất xương, tỳ vị không chủ được vận hoá sinh ra đàm thấp cũng là những nguyên nhân gây bệnh.

Như vậy, nguyên nhân gây sa sút trí tuệ chủ yếu là hư, tuy nhiên bệnh có cả hư lẫn thực. Tạng phủ khí huyết bất túc, âm dương thất điều, làm cho tủy hải không được sung túc, não suy, thần nhược là hư. Khí trệ, huyết ngưng, đàm trọc bít tắc các khiếu, làm mất sự linh hoạt của não là thực. Trên lâm sàng có thể đơn độc tồn tại chứng thực hoặc chứng hư; cũng có thể biểu hiện hư thực thác tạp.

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Theo y học cổ truyền, biểu hiện chủ yếu của sa sút trí tuệ là não tủy hư trống, các khiếu trở trệ, thần chí không thông. Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do tạng phủ, âm dương, khí huyết suy tổn, thất điều. Vì vậy, khi biện chứng luận trị cần giải thích được diễn biến bệnh của tạng phủ; tình trạng hư – thực của khí – huyết, âm – dương trong cơ thể; tính chất bệnh và gốc – ngọn của bệnh.

Do người bệnh suy giảm trí nhớ, không thể trả lời chính xác các câu hỏi của thầy thuốc làm ảnh hưởng rất nhiều tới chẩn đoán xác định, đặc biệt là chẩn đoán thể bệnh theo y học cổ truyền. Vì vậy, việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào quan sát chất lưỡi, rêu lưỡi và mạch chẩn.

Thông qua tứ chẩn, bát cương, kết hợp với biện chứng luận trị theo y học cổ truyền mà đề ra phương pháp điều trị thích hợp.

2.1. Thể thận tinh khuy tổn

2.1.1. Chứng hậu

- Tinh thần uỷ mị, nét mặt ngẩn ngơ
- Rối loạn ngôn ngữ
- Động tác hoặc hành động khó khăn
- Thân thái biểu hiện ra hai mắt giảm hoặc thất thần
- Hai gò má đỏ
- Liệt dương
- Đại tiểu tiện không tự chủ
- Chất lưỡi đậm, rêu lưỡi mỏng
- Mạch trầm vi.

2.1.2. Pháp điều trị: bổ thận ích tinh.

2.1.3. Phương dược

- Cổ phương: **Hữu quy hoàn** hợp **Quy lộc nhị tiên giao**.

Thục địa	320g	Sơn thù	160g
Hoài sơn	160g	Kỷ tử	160g
Đỗ trọng	160g	Đương quy	120g
Thỏ ty tử	160g	Lộc giác giao	160g
Nhục quế	80g	Phụ tử chế	80g
Quy bản	80g	Nhân sâm	80g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 16 – 18g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

- + Tiểu tiện không tự chủ: bội liều hoài sơn, gia ích trí nhân 120g.
- + Đại tiện bí kết: gia sinh thủ ô 120g, nhục thung dung 80g.
- + Ngoài ra có thể dùng **Lục vị địa hoàng hoàn** gia vị.

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Phụ tử chế	40g	Quế chi	40g
Kỷ tử	120g	Hoàng tinh	120g
Tử hà xa	1 cái		

Tử hà xa sấy khô, tất cả các vị thuốc tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 12 – 16g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Đỗ đen sao chín	15g	Hoàng tinh	15g
Hà thủ ô	12g	Tang thất	12g
Hạt dây tơ hồng	10g	Kỷ tử	12g
Sâm nam	12g	Ngọc trúc	10g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. Châm cứu

– Châm bổ tứ thân thông, thân đình, chi câu, thái khê, tam âm giao, nội quan, thần môn. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: thân môn, vùng dưới vỏ, thận. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. Thể khí huyết lưỡng hư

2.2.1. Chứng hậu

– Thờ ơ, mệt mỏi, ngại nói, đoản hơi, tinh thần không phấn chấn, dò dẫm, chậm chạp, trí tuệ giảm sút, hoảng sợ bất an

– Ngủ ngày, đêm ngủ ít, run chân tay

– Ăn kém

– Sắc mặt vàng nhợt

– Chất lưỡi hồng đậm

– Mạch vi vô lực hoặc tế nhược.

2.2.2. *Pháp điều trị*: ích khí bổ huyết, dưỡng tâm an thần.

2.2.3. Phương dược

– Cổ phương: **Bát trân thang** gia vị.

Đảng sâm	15g	Phục linh	15g
Bạch truật	15g	Chích cam thảo	10g
Xuyên khung	15g	Đương quy	15g
Thục địa	15g	Bạch thược	15g
Ích trí nhân	10g	A giao nướng	15g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút.

Ngoài ra có thể dùng **Quy tỳ thang** hợp **Đương quy thực dược tán**.

Đảng sâm	15g	Hoàng kỳ	15g
Bạch truật sao	15g	Phục thần	15g
Đương quy	15g	Táo nhân	15g
Viễn chí	6g	Long nhãn	15g
Mộc hương	10g	Bạch thực	15g
Xuyên khung	12g	Trạch tả	12g
Chích cam thảo	6g	Đại táo	12g
Sinh khương	3 lát		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút.

Gia giảm: huyết hư nhiều gia a giao 12g, thực địa 12g.

– Thuốc nam:

Sâm nam	12g	Quả dâu chín	12g
Đỗ đen sao chín	12g	Kê huyết đằng	12g
Long nhãn	12g	Liên nhục	12g
Củ mài	12g	Lạc tiên	10g
Rễ vú bò	15g	Hà thủ ô đỏ	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu

– Châm bổ tứ thần thông, thần đình, chi câu, túc tam lý, thái khê, tâm du, nội quan, thần môn, huyết hải, tam âm giao. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: thần môn, vùng dưới vỏ, tâm, tỳ, can, thận. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể đàm trọc trở khiếu

2.3.1. Chứng hậu

- Thể trạng béo, thờ ơ, động tác chậm chạp, trí tuệ giảm sút nhiều
- Đờm nhiều, ngủ ngáy
- Thể hiện ngôn ngữ khó khăn
- Lưỡi cứng, nói khó, chất lưỡi đậm bệu, rêu lưỡi trắng nhớt
- Mạch trầm hoạt.

2.3.2. Pháp điều trị: táo thấp hoá trọc, trừ đàm, khai khiếu.

2.3.3. Phương dược

– Cổ phương: có thể dùng một trong các bài thuốc điều trị sau:

+ **Địch đàm thang** gia giảm.

Bán hạ chế	10g	Trần bì	08g
Phục linh	10g	Chích cam thảo	06g
Đỗ nam tinh chế gừng	08g	Đảng sâm	12g
Xương bồ	08g	Trúc nhự	08g
Đại táo	10g	Sinh khương	3 lát
Phục linh	10g	Lục khúc	15g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

. Đại tiểu tiện bí, nước tiểu đỏ: gia đại hoàng 06g, mang tiêu 06g.

. Đàm hoả nội nhiều: hoa mắt, chóng mặt, cảm giác nóng trong, bốc hoả, hồi hộp trống ngực: gia hoàng liên 10g, xuyên bối mẫu 08g.

+ **Bán hạ bạch truật thiên ma thang.**

Bán hạ chế	08g	Bạch truật	15g
Thiên ma	15g	Phục linh	10g
Trạch tả	10g	Trần bì	06g
Cam thảo	06g	Sinh khương	3 lát

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

. Sắc mặt vàng nhợt, hoa mắt chóng mặt, hồi hộp: gia dương quy 12g, a giao 12g để dưỡng huyết định quý.

. Đoản khí: hồi hộp, trống ngực, thở ngắn, đoản hơi, gia hoàng kỳ 12g, bạch truật 12g để bổ khí kiện tỳ.

+ **Bảo hoà hoàn** gia giảm.

Thần khúc	80g	Trần bì	40g
Sơn tra	240g	Liên kiều	40g
Phục linh	120g	La bạc tử	40g
Bán hạ chế	120g	Đan sâm	120g
Xuyên khung	120g	Xích thực	120g
Viễn chí	40g	Thạch xương bồ	120g

Các vị thuốc tán bột mịn, hòa nước cơm làm hồ, hoàn thành viên bằng hạt ngô, uống 8 – 12g/lần x 2 – 3 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước sắc mạch nha sao. Có thể dùng thang với liều thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Nhị trần thang hợp Thông khiếu hoạt huyết thang.

Bán hạ chế	10g	Trần bì	08g
Phục linh	10g	Chích cam thảo	06g
Xích thực	15g	Xuyên khung	12g
Đào nhân	08g	Đại táo	12g
Hồng hoa	08g	Xạ hương	04g
Thông bạch	06g	Sinh khương	3 lát

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Hạt cải trắng	08g	Trần bì	10g
Xương bồ	08g	Sơn tra	10g
Bạch truật	12g	Củ mài	12g
Rễ cỏ xước	10g	Trúc nhự	08g
Ich trí nhân	08g	Củ chóc chế gừng	

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

– Châm bổ tứ thần thông, thần đình, chi câu, túc tam lý; châm tả: phong long. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

– Nhĩ châm: thần môn, vùng dưới vỏ, tý. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.4. Thể khí trệ huyết ngưng

2.4.1. Chứng hậu

- Nét mặt ngẩn ngơ, trí tuệ giảm sút
- Mắt thiếu linh hoạt
- Tứ chi lạnh
- Ngủ không ngon giấc
- Ảo giác, nói nhảm
- Môi nhợt, móng tay móng chân nhợt

- Chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết
- Mạch tế sáp.

2.4.2. Pháp điều trị: hoạt huyết hoá ứ, thông lạc lợi khiếu.

2.4.3. Phương dược

- Cổ phương: **Huyết phủ trục ứ thang** gia giảm.

Đương quy	15g	Xuyên khung	15g
Xích thược	15g	Hồng hoa	08g
Đào nhân	08g	Ngưu tất	15g
Chỉ xác	10g	Sài hồ	15g
Cát cánh	08g	Đại hoàng	06g
Cam thảo	06g	Địa long	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Huyết ứ lâu ngày hoá nhiệt: người nóng, lòng bàn tay, bàn chân nóng, cảm giác phiền táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng dày, mạch phù hoạt: dùng thang trên hợp với **Tê giác địa hoàng thang**.

Đương quy	15g	Xuyên khung	15g
Xích thược	15g	Hồng hoa	08g
Đào nhân	08g	Ngưu tất	15g
Chỉ xác	10g	Sài hồ	15g
Cát cánh	08g	Đại hoàng	06g
Cam thảo	06g	Địa long	06g
Tê giác	04g	Bạch thược	12g
Sinh địa	12g	Đan bì	10g

Tê giác tán bột mịn, hoà cùng với nước thuốc còn nóng, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

Khí trệ nhiều: ngực bụng đầy trướng, ợ hơi, gia uất kim 08g, hương phụ 08g.

- Thuốc nam:

Sâm nam	12g	Kê huyết đằng	12g
Huyết dụ	08g	Đan sâm	15g
Tô mộc	10g	Huyết giác	10g
Chỉ xác	08g	Xương bồ	10g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.4.4. Châm cứu

- Châm bổ tứ thân thông, thân đình, chi câu, túc tam lý, huyết hải. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.
- Nhĩ châm: thân môn, vùng dưới vỏ. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.5. Phương pháp điều trị khác

Ngoài các phương pháp điều trị kể trên còn có một trường phái cho bệnh nhân tắm hơi thuốc. Bài thuốc bao gồm các vị: ích trí nhân, xương bồ, tế tân, bạch chỉ, băng phiến, xuyên khung, cát căn, hương phụ, hồng hoa, viễn chí...

3. CHĂM SÓC

Các phương pháp chăm sóc và phòng chống bệnh sa sút trí tuệ đã nêu ở phần y học hiện đại. Phần này đề cập đến một số cách chăm sóc và phòng bệnh sa sút trí tuệ theo y học cổ truyền.

- Khí công – dưỡng sinh: hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể hằng ngày phù hợp với thực trạng sức khỏe. Các bài tập khí công – dưỡng sinh có tác dụng giúp tinh thần thư thái, cơ thể khoẻ mạnh, tăng cường trí nhớ, giúp cải thiện các triệu chứng của bệnh sa sút trí tuệ.

- Ngoài ra, cần hướng dẫn những người có trách nhiệm chăm sóc người bệnh và bản thân người bệnh sử dụng một số loại hoa quả, thực phẩm có tác dụng cải thiện các triệu chứng của bệnh sa sút trí tuệ như:

- + Vừng: bổ thận dưỡng não, dưỡng âm nhuận táo. Điều trị các trường hợp miệng khô họng khát do tinh khí của phế thận bất túc, đại trường táo nhiệt gây đại tiện bí kết...

- + Hạt sen: bổ tỳ, ích vị, dưỡng tâm an thần, bổ trí kiện não, bổ thận cố tinh. Dùng trong thể tỳ thận lưỡng hư, tiểu đục, lưng gối mỏi yếu.

- + Lạc: kiện tỳ, hoà vị, ngoài ra lạc lược còn có tác dụng nhuận phế. Ăn nhiều lạc có thể làm giảm quá trình lão suy, hạn chế sự thoái hoá của não, ức chế tập kết tiểu cầu, phòng ngừa sự tạo thành huyết khối, giảm cholesterol máu, dự phòng vữa xơ động mạch.

- + Tang thâm (quả dâu chín): có tác dụng điều trị các thể can thận khuy tổn, tâm tỳ khí huyết lưỡng hư của sa sút trí tuệ.

- + Vải quả: tác dụng đối với thể tâm tỳ khí huyết lưỡng hư, kiêm vị dương bất túc, tâm phiền, miệng khát.

+ Nho: có tác dụng tốt đối với người sa sút trí tuệ có khí huyết hư suy.

+ Hạt thông: dùng để phòng bệnh và điều trị sa sút trí tuệ. Có tác dụng tốt trong các trường hợp can thận tinh khuy tổn kèm theo phế táo, âm hư, ho khan, ít đờm, đại trường táo nhiệt, bí kết.

+ Ngoài ra, một số thức ăn có tác dụng tốt trong trường hợp sa sút trí tuệ như: trứng gà, đại đậu, mộc nhĩ, củ mài, hải sâm, nấm.

* **Tóm lại:** sa sút trí tuệ không phải là dấu hiệu bình thường của tuổi già, không liên quan tới xã hội, kinh tế, dân tộc hoặc địa lý. Triệu chứng cơ bản của sa sút trí tuệ là suy giảm chức năng tâm thần, đặc biệt là trí nhớ. Những người sa sút trí tuệ bị mất khả năng ở các mức độ khác nhau, gây khó khăn cho các hoạt động thường ngày và các quan hệ xã hội. Sử dụng thuốc và các biện pháp không dùng thuốc trong điều trị chỉ có tác dụng làm giảm các triệu chứng của bệnh sa sút trí tuệ. Chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ đúng cách sẽ góp phần cải thiện các triệu chứng của bệnh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa, nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh sa sút trí tuệ theo YHHD.
2. Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán, điều trị sa sút trí tuệ theo YHHD.
3. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị sa sút trí tuệ thể thận tinh khuy tổn và thể khí huyết lưỡng hư.
4. Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị sa sút trí tuệ thể đàm trọc trở khiếu và thể khí trệ huyết ngưng.
5. Trình bày được cách chăm sóc người bệnh sa sút trí tuệ theo YHCT và YHHD.

Phụ lục
MỘT SỐ VỊ THUỐC CỔ TRUYỀN THƯỜNG DÙNG
TRONG ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ

– Nhân sâm: nhân sâm có tác dụng rất tốt trong việc tăng cường miễn dịch cơ thể, phòng chống lão hoá, điều tiết hệ thống thần kinh, tăng khả năng tạo máu của cơ thể... Các vi chất trong nhân sâm có tác dụng tăng cường trí nhớ, tăng khả năng học tập. Thường dùng để điều trị các trường hợp sa sút trí tuệ, đặc biệt là đối với thể khí huyết lưỡng hư; hoặc kiêm phế khí hư, mệt mỏi, suyễn thở gấp, ra mồ hôi nhiều. Ngoài ra còn dùng trong các trường hợp cảm mạo phong nhiệt, ho có đờm, tâm can hoả vượng, thấp nhiệt trở trệ, không tiêu hoá được thức ăn.

– Câu kỷ tử: các nghiên cứu gần đây cho thấy câu kỷ tử có tác dụng làm giảm đường huyết, giảm mỡ máu, hạ cholesterol máu, nâng cao khả năng miễn dịch của cơ thể. Thường dùng điều trị sa sút trí tuệ ở các thể: can thận hư tổn, kiêm ho do hư lao, tâm phiền, tiêu khát...

– Nhục thung dung: thường dùng để điều trị các trường hợp sa sút trí tuệ. Có tác dụng tốt đối với thể can thận hư, thiên về âm hư, kèm theo lưng gối lạnh mỏi, chóng mặt ù tai, trường táo bí kết... Không dùng cho các trường hợp: âm hư hoả vượng, thực nhiệt, đại tiện phân lỏng, đàm thấp trở trệ.

– Thạch xương bồ: có tác dụng cải thiện trí nhớ, giãn mạch, hạ huyết áp... Thường dùng điều trị sa sút trí tuệ có đàm trọc gây tắc lạc mạch của não.

– Mạch môn đông: là vị thuốc có tác dụng làm cơ thể khoẻ mạnh, cường tráng. Mạch môn đông có tác dụng thanh phế dưỡng âm, ích vị sinh tân, ninh tâm trừ phiền, dưỡng trí bổ hư. Thường dùng điều trị sa sút trí tuệ có kèm thêm lưỡi khô miệng khát, tâm thần bất an, ho khan, đờm dính, đại trường táo nhiệt, đại tiện bí kết, trí nhớ giảm sút... Không dùng cho người đái tháo đường.

– Phục linh: có tác dụng chống oxy hóa, phòng lão suy, tăng khả năng miễn dịch của cơ thể, tăng cường tác dụng hoá sinh của tế bào đại não. Phục linh có tác dụng lợi niệu, điều trị viêm thận, tâm suy phù thũng. Ngoài ra, còn có tác dụng trấn tĩnh, có tác dụng tốt đối với các trường hợp suy nhược thần kinh.

- Viễn chí: có tác dụng điều trị sa sút trí tuệ có kèm triệu chứng khiếu.
- Hoàng kỳ: có tác dụng tăng cường và điều hoà hệ miễn dịch của cơ thể: giãn mạch, ức chế ngưng tập tiểu cầu, giảm độ nhớt máu, cải thiện lưu lượng tuần hoàn máu, đặc biệt là lưu lượng máu não. Trong hoàng kỳ còn có kẽm là yếu tố vi lượng có tác dụng điều trị dự phòng sa sút trí tuệ.
- Hoàng tinh: tác dụng bổ tỳ dưỡng khí, tư thận trấn tinh, dưỡng tâm an thần. Thường dùng điều trị sa sút trí tuệ có tâm tỳ lưỡng hư, can thận bất túc, cơ xương nhược nhợt, ăn kém miệng khát...
- Hải mã.
- Đông trùng hạ thảo: tác dụng bổ thận ích phế, ích khí dưỡng não... điều trị các trường hợp sa sút trí tuệ có can thận khuy tổn kèm theo phế hư, ho suyễn lâu ngày; cơ thể suy nhược không hồi phục; sợ lạnh, tự hãn; ho ra máu... Ngoài ra còn có tác dụng nâng cao khả năng miễn dịch của cơ thể và dự phòng vữa xơ động mạch.
- Hà thủ ô.
- Xuyên khung: có tác dụng làm giãn mạch não, cải thiện lưu lượng máu não: ức chế ngưng tập tiểu cầu và sự hình thành huyết khối. Ngoài ra còn có tác dụng trực tiếp gây giãn mạch ngoại vi làm hạ huyết áp. Tác dụng tốt trong điều trị sa sút trí tuệ ở tất cả các thể, đặc biệt là đối với các trường hợp khí trệ huyết ứ gây thiếu máu não.
- Cúc hoa: điều trị các trường hợp sa sút trí tuệ thể can thận âm hư, huyết hư gây chóng mặt hay quên, mất ngủ, phiền táo, hoa mắt chóng mặt, đau đầu, hồi hộp ...
- Nhục quế: tác dụng đối với thể khí huyết lưỡng hư, kiêm sợ lạnh, vô lực, mặt và chân phù thũng.
- Sơn tra: thường dùng trong các trường hợp sa sút trí tuệ kèm theo tăng mỡ máu, đái tháo đường, đầm trọc trở khiếu, khí huyết ngưng trệ.
- Đại táo: dưỡng huyết an thần, bổ dưỡng tâm tỳ. Có tác dụng đối với thể khí huyết lưỡng hư của sa sút trí tuệ.
- Ngoài ra còn có một số vị thuốc khác có tác dụng tốt trong điều trị sa sút trí tuệ như: dâm dương hoắc, đan sâm, ngũ gia bì gai, ngũ vị tử.

PARKINSON

MỤC TIÊU

- Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh Parkinson theo y học cổ truyền và y học hiện đại.
- Trình bày được các thể bệnh chính, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phòng bệnh Parkinson theo y học cổ truyền và y học hiện đại.

ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Parkinson được James Parkinson mô tả lần đầu tiên vào năm 1817 trong bài "Tiểu luận về bệnh liệt rung". Đó là một bệnh thoái hóa thần kinh do sự thoái hóa của các neurone trong não.

Các nhà khoa học cho rằng bệnh này ảnh hưởng đến khoảng 1 triệu người ở Mỹ. Bệnh có thể tăng lên theo tuổi. Bệnh Parkinson thường bắt đầu ở những người từ 50 đến 60 tuổi và tiến triển từ từ cùng với tuổi tác. Tuổi trung bình của bệnh nhân Parkinson là 62.4 tuổi. Ít trường hợp bệnh xảy ra ở tuổi 30 nhưng có khoảng 10% các trường hợp bắt đầu bị bệnh ở tuổi 40. Do chưa có thuốc điều trị đặc hiệu nên phần lớn các thuốc đang sử dụng, một số phương pháp phẫu thuật hoặc các phương pháp điều trị không dùng thuốc chủ yếu là để điều trị các triệu chứng.

Bệnh Parkinson thuộc phạm vi chứng "chiên" (癲) của y học cổ truyền.

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Vai trò của "liềm đen" trong bệnh Parkinson

Liềm đen (substantia nigra) là một vùng nhỏ của hệ thống não bộ nằm ở vùng thân não. Đây là trung tâm giúp cho việc điều khiển các hoạt động của con người. Các tế bào trong liềm đen sản xuất và giải phóng ra một chất hóa học gọi là dopamin. Dopamin là một chất dẫn truyền thần kinh điều khiển các hoạt động và thăng bằng. Chất này cũng cần thiết cho chức năng chính của hệ thống thần kinh

trung ương (Central Nervous System – CNS). Dopamine còn có chức năng giúp truyền tin bằng các dấu hiệu điện hóa học từ tế bào thần kinh này sang tế bào thần kinh khác. Vùng đích chính của dopamine là nhân đuôi (caudate) và nhân bèo (putamen).

Trong bệnh Parkinson, các tế bào của liềm đen bị thoái hóa, vì vậy không thể sản xuất đủ lượng dopamine. Khi đó, các neurone trong não cũng không thể hoạt động một cách đều đặn bình thường như trước. Hậu quả là mất điều khiển sự vận động, dẫn tới vận động chậm chạp, run và co cứng cơ ngoại tháp.

1.2. Môi trường

Sự ảnh hưởng của các chất độc trong môi trường sống tăng lên theo thời gian, cuối cùng dẫn đến sự biến đổi gen di truyền của người bệnh. Theo các nhà khoa học hiện nay, không thể tìm ra chất độc nào là nguyên nhân gây bệnh mặc dù có một vài yếu tố nguy cơ của môi trường được nhận diện qua các nghiên cứu dịch tễ học.

Các loại thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ làm ảnh hưởng đến cuộc sống vùng nông thôn, nguồn nước ăn lộ thiên, và công việc đồng áng cũng có thể là nguyên nhân hoặc góp phần gây bệnh Parkinson.

Tuy nhiên, tất cả những nguyên nhân này chỉ là những yếu tố đơn lẻ, không thể chắc chắn rằng đó là các yếu tố có tác dụng làm tăng tính chất của bệnh và sự vắng mặt của các yếu tố đó có thể phòng chống được bệnh.

1.3. Gen di truyền

Một vài gen được biết là nguyên nhân gây bệnh Parkinson nhưng chúng chỉ là nguyên nhân của rất ít các trường hợp bệnh, trong đó có một gen quan trọng nhất gọi là parkin. Gen parkin tạo ra một loại protein cũng gọi là parkin, nó giúp cho sự bẻ gãy các protein không hoàn chỉnh bên ngoài các tế bào thần kinh. Khi gen parkin bị biến đổi thì chức năng này bị rối loạn.

Ngoài ra, còn có một giả thuyết về việc các protein không hoàn chỉnh tích lũy lại và góp phần làm chết các tế bào thần kinh.

Có hai bản sao biến đổi của parkin có tác dụng làm tăng tình trạng bệnh Parkinson. Một bản thừa kế từ bản gốc gọi là di truyền lặn nhiễm sắc thể định hình, một bản khác là bản sao của gen không hoàn chỉnh được thừa kế từ hai bản trước. Sự biến đổi parkin là nguyên nhân gây tiên triệu của bệnh Parkinson. Các triệu chứng này thông thường bắt đầu xuất hiện trong những năm 40 tuổi. Những biến đổi của parkin là nguyên nhân di truyền chủ yếu của bệnh Parkinson.

Tuy nhiên, tất cả các giả thuyết đó vẫn chỉ giải thích cho khoảng dưới 1% tất cả các trường hợp bệnh.

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Yếu tố nguy cơ lớn nhất của bệnh Parkinson là tuổi tác. Tuổi mắc bệnh của nam giới thường cao hơn nữ giới. Tiền sử gia đình cũng là một yếu tố quan trọng. Những người trong tiền sử gia đình có người mắc bệnh Parkinson (bố mẹ hoặc anh chị em ruột) thì ước tính tỷ lệ mắc bệnh thường cao gấp đôi so với những người không có tiền sử gia đình.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Trong bệnh Parkinson, số lượng các tế bào thần kinh sản xuất dopamine vùng liềm đen bắt đầu giảm làm giảm lượng dopamine; đồng thời các chất hoá học của synap giảm để tương ứng với lượng dopamine giảm sút. Như vậy, một vùng lớn của não sẽ có hiện tượng thiếu dopamine. Hiện tượng này làm mất cân bằng giữa dopamine và acetylcholine khi mức acetylcholine ổn định, gây ra tình trạng mất sự phối hợp giữa các động tác, dẫn tới các triệu chứng lâm sàng như: run, co cứng cơ và khớp, và/hoặc khó vận động.

4. TRIỆU CHỨNG

Các triệu chứng về vận động chủ yếu là vận động chậm chạp (còn gọi là vận động chậm – bradykinesia), run khi nghỉ ngơi (run ở một cánh tay hoặc chân khi không cử động), co cứng cơ ngoại tháp và tư thế không ổn định.

Sau đây là các triệu chứng của bệnh Parkinson (nhưng không phải bệnh nhân nào cũng có đầy đủ các triệu chứng này).

4.1. Các triệu chứng vận động

- Run nhẹ.
- Cử động chậm.
- Biểu hiện co cứng cơ ngoại tháp ở một tư thế.
- Dáng đi khom và lết.
- Giảm độ ve vẩy tay khi đi lại.
- Khó đứng lên từ tư thế ngồi.
- Vẻ mặt vô cảm.
- Các hoạt động thường ngày biểu hiện một cách chậm chạp.
- Thiếu sự ổn định trong các động tác.

4.2. Các triệu chứng ngoài vận động

- Giảm khả năng ngủ.
Tiếng nói nhỏ.
- Đau chân làm giảm khả năng di chuyển.
- Rối loạn giấc ngủ.
Trầm cảm.
- Táo bón.
- Chảy dãi.
- Nhiều mồ hôi.
- Tiểu rắt, tiểu vãi.
- Rối loạn chức năng cương ở nam giới.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

Không có một nghiệm pháp hoặc yếu tố chỉ điểm nào chính xác để chẩn đoán bệnh Parkinson. Việc chẩn đoán bệnh dựa vào sự có mặt của ít nhất hai trong ba dấu hiệu chính là: run khi nghỉ ngơi, co cứng cơ ngoại tháp và vận động chậm chạp.

Để chẩn đoán bệnh Parkinson, cần kiểm tra các phản ứng, phản xạ tự nhiên và cử động của người bệnh, bao gồm:

- Kiểm tra vận động chậm bằng việc yêu cầu người bệnh thực hiện động tác đếm bằng đầu ngón tay hoặc gấp, ngửa bàn chân.
- Triệu chứng run được xác định bằng cách bảo người bệnh nhắm mắt, hai tay duỗi thẳng, cánh tay và cẳng tay vuông góc với thân mình. Quan sát triệu chứng run ở các ngón tay của người bệnh.
- Đánh giá độ co cứng cơ ngoại tháp bằng cách vận động cổ, vận động thụ động các chi khi bệnh nhân nghỉ ngơi và cảm thấy có sự đối kháng trong quá trình vận động đó.
- Hình dáng thiếu ổn định được kiểm tra bằng "test kéo". Trong test này, thấy thuốc đứng phía sau người bệnh và yêu cầu người bệnh giữ thẳng bằng khi kéo nhanh họ ra phía sau. Khi đó, thấy thuốc đánh giá khả năng lấy lại thăng bằng của người bệnh.

Đồng thời, cần hỏi rõ về tiền sử bản thân, đặc biệt là các thuốc điều trị có thể gây cản chức năng của dopamin trong não. Các thuốc đó bao gồm:

Gốc	(Tên thương mại)
Acetophenazine	(Tindal)
Amoxapine	(Asendin)
Chlorpromazine	(Thorazineđ)
Fluphenazine	(Permitil, Prolixin)
Haloperidol	(Haldol)
Loxapine	(Loxitane, Daxolin)
Mesoridazine	(Serentil)
Metaclopramide	(Reglan)
Molindone	(Lindone, Moban)
Perphenazine	(Trilafon or Triavil)
Piperacetazine	(Quide)
Prochlorperazine	(Compazine, Combid)
Promazine	(Sparine)
Promethazine	(Phenergan)
Thiethylperazine	(Torecan)
Thioridazine	(Mellaril)
Thiothixene	(Navane)
Trifluoperazine	(Stelazine)
Triflupromazine	(Vesprin)
Trimeprazine	(Temaril)

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Khi một người bệnh có các triệu chứng của bệnh Parkinson, cần chú ý chẩn đoán phân biệt với một số bệnh/triệu chứng sau:

- Run: có thể đây chỉ là một triệu chứng đơn thuần.
- Liệt trên nhân tăng dần: đặc điểm là người bệnh mất khả năng nhìn xuống.
- Suy da hệ thống: các triệu chứng độc lập xuất hiện sớm, dễ nhận biết.
- Mạch máu kiểu Parkinson, nguyên nhân là do nhiều tổn thương nhỏ gây ra.
- Ngộ độc carbon monoxide, magie hoặc hoá chất diệt côn trùng.
- Hội chứng tiểu não:

- + Run khi cử động hữu ý, giảm khi nghỉ ngơi.
- + Giảm trương lực cơ.
- + Mất phối hợp vận động, sai tâm, quá tâm: nghiệm pháp ngón tay trở mũi, ngón chân – đầu gối dương tính.

6. ĐIỀU TRỊ

Không giống như những bệnh thoái hoá thần kinh khác, việc điều trị đúng có thể tác động lên một số triệu chứng của bệnh Parkinson và duy trì trong một vài năm. Tuy nhiên, không có phương pháp điều trị nào có thể chữa khỏi hoặc làm giảm triệu chứng của bệnh.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh Parkinson bao gồm:

- Levodopa vẫn là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng tới các triệu chứng vận động và tất cả bệnh nhân bị bệnh này đều cần đến nó.
- Biến chứng do sử dụng levodopa lâu dài, ảnh hưởng đến việc điều trị.
- Các triệu chứng ngoài vận động tăng lên, đặc biệt là trầm cảm.
- Các phương pháp điều trị không dùng thuốc vẫn là một phần quan trọng trong điều trị bệnh Parkinson.

6.1. Điều trị nội khoa

Có năm loại thuốc được dùng để điều trị bệnh Parkinson.

6.1.1. Dẫn chất Dopamine

* **Levodopa** (tiền chất của dopamine).

Mục tiêu chủ yếu trong việc điều trị bệnh Parkinson là thay thế dopamin do não cung cấp bằng thuốc levodopa (L-dopa). Thuốc này có tác dụng kích thích não sản xuất nhiều dopamine hơn và được gọi là dopamine chủ vận, có tác dụng lên các tế bào đích giống hệt dopamine.

Levodopa là một loại acid amin, trong não sẽ chuyển thành dopamine. Levodopa được sử dụng để điều trị bệnh Parkinson từ những năm 60 của thế kỷ XX và hiện nay vẫn có tác dụng đối với các triệu chứng vận động của bệnh.

Vì levodopa là một loại acid amin nên cũng giống như các loại acid amin nói chung, để có thể vào được hệ thống tuần hoàn thì phải vượt qua hàng rào tiêu hoá. Công việc này cần phải dựa vào các chất vận chuyển đặc hiệu. Nếu người sử dụng levodopa đưa vào cơ thể một lượng thức ăn quá lớn sẽ làm chậm quá trình vận chuyển levodopa, và như vậy sẽ ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

Do đó cần lưu ý: những bệnh nhân mắc bệnh Parkinson trong thời gian sử dụng levodopa nên tránh ăn thịt hoặc giảm lượng thịt ăn vào mỗi ngày.

Cùng với sự tiến triển của bệnh, việc tăng liều levodopa phụ thuộc vào mức độ kiểm soát triệu chứng của thuốc và chỉ tăng liều khi triệu chứng rối loạn vận động tăng lên. Khi đạt tới liều cao nhất thì có thể chuyển sang biện pháp điều trị phẫu thuật.

Liều dùng tối ưu hằng ngày của levodopa phụ thuộc vào đáp ứng của từng bệnh nhân, vì vậy, thầy thuốc cần dò liều khi sử dụng. Tuy nhiên, có thể giảm liều duy trì khi người bệnh càng cao tuổi.

- Liều khởi đầu gợi ý: uống 125mg/ngày, chia 2 lần.
- Liều khởi đầu thông thường: uống 0,5g – 1g/ngày, chia làm hai hay nhiều lần.
- Nếu cần tăng liều thì cứ 3 đến 7 ngày tăng 1 lần, mỗi lần tăng từ 100mg – 750mg, tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân, có thể cho uống tới 8g/ngày, chia làm nhiều lần.
- Liều duy trì: uống 2,5g – 6g/ngày, không vượt quá 8g/ngày.

Tác dụng không mong muốn:

- Buồn nôn và nôn là hai triệu chứng thường gặp khi sử dụng levodopa. Hai biểu hiện này tỷ lệ thuận với sự tích lũy levodopa trong máu.

- Hạ huyết áp tư thế đứng thường xảy ra.
- Ảo giác và hoang tưởng tăng lên theo thời gian sử dụng thuốc.
- Ngủ gà: là biểu hiện hay gặp ở những người sử dụng levodopa và các thuốc khác tác động tới việc tiết dopamine. Biểu hiện tiền triệu: đột nhiên ngủ. Biểu hiện này xảy ra khi bắt đầu sử dụng levodopa, khi tăng liều thuốc hoặc chuyển thuốc khác.

- Rối loạn vận động là những vận động không kiểm soát được bao gồm: đau quằn quại, co giật và lắc. Rối loạn vận động là kết quả của sự kết hợp giữa việc sử dụng levodopa kéo dài với sự tiếp tục thoái hoá thần kinh. Rối loạn vận động nhẹ thường xảy ra sau 3 – 5 năm dùng thuốc và biểu hiện nặng hơn sau 5 – 10 năm dùng thuốc.

*** Thuốc hướng dopamine**

Thuốc hướng dopamine là loại thuốc mô phỏng theo hoạt động của levodopa trong não bằng cách ngay lập tức kích thích các receptor tiếp nhận dopamine, đồng thời kích thích bản thân dopamine. Sự tác động của thuốc hướng dopamine không bằng levodopa nhưng chúng làm nhẹ đi rất nhiều các triệu chứng của bệnh, làm chậm sự xuất hiện của các triệu chứng vận động.

Các loại thuốc hướng dopamine khác nhau không giống nhau về thời gian hoạt động, công thức hoá học, cách tác động và tác dụng không mong muốn. Các thuốc thuộc nhóm này bao gồm:

- Apomorphine (Apokyn)
- Bromocriptine (Parlodel)
- Cabergoline (không được chấp thuận tại thị trường Mỹ sau năm 2004)
- Lisuride (không được chấp thuận tại thị trường Mỹ sau năm 2004)
- Pergolide (Permax)
- Pramipexole (Mirapex)
- Ropinirole (Requip)

Các loại thuốc hướng dopamine như: pergolide, pramipexole, ropinirole có tác dụng đối với các triệu chứng vận động khi chỉ sử dụng thuốc đơn thuần trong giai đoạn sớm của bệnh. Các thuốc hướng dopamine thường có tác dụng tốt đối với triệu chứng phù, rối loạn tâm thần hơn levodopa, đặc biệt là các rối loạn vận động mức độ nhẹ. Tuy nhiên, đối với người cao tuổi mắc bệnh Parkinson cần sử dụng levodopa đơn độc trong điều trị.

Apomorphine là thuốc hướng dopamine có tác dụng giống dopamine. Tuy nhiên, apomorphine được sử dụng dưới dạng thuốc tiêm dưới da. Do đó, thời gian tác dụng của thuốc ngắn hơn so với levodopa.

Tác dụng không mong muốn:

- Buồn nôn, nôn, hạ huyết áp tư thế đứng, phù và rối loạn tâm thần.
- Xơ hoá là biến chứng nguy hiểm của việc sử dụng thuốc hướng dopamine trong điều trị. Xơ hoá thường xảy ra ở phổi, hoặc van tim.

6.1.2. Chất ức chế Catecho - O - Methyl transferase (COMT)

Các chất ức chế COMT kéo dài tác dụng của levodopa bằng cách ngăn chặn sự phân huỷ của levodopa. Trong nhóm này có hai loại thuốc được chấp nhận tại Mỹ là entacapone (Comtan) và tolcapone (Tasmar). Cả hai loại thuốc này đều có tác dụng làm giảm thời gian xuất hiện các triệu chứng của bệnh Parkinson, cho phép giảm liều levodopa khoảng 20 – 25%. Trong đó, tolcapone có tác dụng tốt hơn entacapone, nó có tác dụng làm giảm thời gian xuất hiện các triệu chứng của bệnh từ 2 đến 3 giờ, nhiều hơn 1 - 2 giờ so với entacapone.

- Entacapone (Comtan): được sử dụng cùng levodopa mỗi khi sử dụng thuốc với liều 200 mg/lần, liều tối đa là 1600mg/ngày. Tác dụng không mong muốn: ỉa chảy. Khi xảy ra tác dụng không mong muốn, cần dừng thuốc.

Tolcapone (Tasmar): liều sử dụng: 100 – 200mg/lần x 3 lần/ngày. Tác dụng không mong muốn: ỉa chảy. Tuy nhiên, tolcapone chỉ được 15% bệnh nhân lựa chọn trong điều trị. Theo ghi nhận của Cơ quan kiểm định chất lượng dược phẩm Mỹ (FDA) năm 1998, có 4 trường hợp người bệnh sử dụng tolcapone mắc bệnh gan nặng, 3 trường hợp tử vong. Vì vậy, các bác sỹ được khuyến cáo là chỉ nên sử dụng tolcapone khi không còn lựa chọn nào khác; và cần phải xét nghiệm kiểm tra chức năng gan thường xuyên 2 tuần/lần trong năm đầu tiên, kể từ khi bắt đầu điều trị. Khi biết chắc chắn thuốc không ảnh hưởng đến chức năng gan thì có thể theo dõi định kỳ 4 tuần/lần x 6 tháng; sau đó là 8 tuần/lần.

6.1.3. Chất ức chế Monoamine Oxidase Inhibitor – B (MAO-B) và bảo vệ thần kinh

Các chất ức chế MAO-B và bảo vệ thần kinh có tác dụng làm chậm sự phân hủy của levodopa trong não, bao gồm:

- Rasagiline (không được chấp thuận tại thị trường Mỹ sau năm 2004).

Selegiline (Eldepryl): có tác dụng đối với các triệu chứng mức độ nhẹ ở giai đoạn đầu của bệnh. Liều dùng: 5mg/lần x 1 – 2 lần/ngày. Tác dụng không mong muốn: mất ngủ, ảo giác, hạ huyết áp tư thế đứng. Với những người dị ứng thuốc giảm đau thì không nên sử dụng selegiline; nếu sử dụng có thể gây tăng huyết áp (còn gọi là hội chứng serotonin).

6.1.4. Thuốc kháng hệ cholinergic

Các thuốc kháng hệ cholinergic có tác dụng giới hạn đối với bệnh Parkinson. Khi mới sử dụng, các thuốc này làm tăng triệu chứng run và co cứng cơ ngoại tháp, đặc biệt là đối với người cao tuổi. Các thuốc kháng hệ cholinergic chủ yếu là:

Trihexyphenidyl (Artane): 2 – 15mg/ngày

- Benztropine: 1 – 4.5mg/ngày
- Ethopropazine: 10 – 200mg/ngày

Tác dụng không mong muốn thường gặp: mất trí nhớ, khô miệng, bí tiểu, táo bón, giảm đau, ảo giác, mê sảng.

6.1.5. Amantadine (Symmetrel)

Nhóm thuốc amantadine có tác dụng nhẹ lên các triệu chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson. Tuy nhiên, tác dụng quan trọng nhất là giảm triệu chứng rối loạn vận động. Liều dùng: 100mg/lần x 2 – 4 lần/ngày.

Tác dụng không mong muốn: ảo giác, mất ngủ, khó ngủ, cảm giác khó chịu, khó tập trung tư tưởng, khô miệng, đốm da. Amantadine có thể không có tác dụng với triệu chứng rối loạn vận động ở 1/3 số bệnh nhân sử dụng thuốc.

****Biến chứng của việc điều trị lâu dài***

Cũng như sự tiến triển của bệnh Parkinson, các biến chứng của việc điều trị lâu dài ngày càng tăng và khó có thể kiểm soát bằng cách sử dụng thuốc. Hay gặp nhất là biến chứng đối với các triệu chứng vận động, bao gồm rối loạn vận động và sự thay đổi bất thường của động tác.

- Rối loạn vận động xảy ra khi dùng levodopa liều rất cao.
- Sự thay đổi bất thường của động tác không hết khi sử dụng levodopa.

6.2. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật thần kinh là một lựa chọn có lợi cho bệnh nhân Parkinson. Những người được điều trị phẫu thuật phải đáp ứng được các điều kiện sau:

- Đáp ứng tốt với các thuốc tác động lên bài tiết dopamin.
- Có các biến chứng vận động.
- Có đủ sức khỏe cho một cuộc phẫu thuật.

Tuổi tác không phải là vấn đề cản trở phẫu thuật nhưng suy giảm nhận thức bao gồm: hay quên, giảm khả năng quyết định và suy giảm ngôn ngữ, mất dần chất não trong một thời gian dài (teo não) sẽ có khả năng làm giảm tối đa tác dụng của phẫu thuật và làm tăng sự nguy hiểm đối với bệnh nhân. Sự tin tưởng của bệnh nhân, tay nghề của đội ngũ bác sỹ phẫu thuật là những yếu tố có thể làm giảm nhẹ hoặc tăng thêm những tác động không mong muốn của phẫu thuật. Trong đó quan trọng nhất là khả năng tự quyết định và suy giảm ngôn ngữ của người bệnh.

Nhìn chung, phẫu thuật là phương pháp điều trị có kết quả tốt tương đương với sử dụng levodopa (trừ những trường hợp có rối loạn vận động). Vì vậy, nếu 50% các triệu chứng của bệnh nhân đáp ứng tốt với levodopa thì người bệnh đó không cần sử dụng phương pháp phẫu thuật. Chỉ nên phẫu thuật thần kinh trong thời gian bệnh nhân không đáp ứng với thuốc điều trị.

****Loại phẫu thuật***

Có hai loại phẫu thuật là phẫu thuật gây thương tổn và phẫu thuật kích thích não sâu.

Có ba vùng phẫu thuật là đồi não, cầu nhạt (Globus Pallidus – GPi), nhân dưới đồi (Subthalamic Nucleus – STN).

– Phẫu thuật gây thương tổn (ví dụ: cắt bó cầu nhạt, cắt đồi não): sử dụng xung điện với tần số năng lượng để đốt và cắt bỏ (hoặc phá hủy) vùng đích, nơi gây ra các hoạt động không bình thường.

– Kích thích não sâu (Deep brain stimulation – DBS): cấy dưới da các vật mạ điện có tác dụng kích thích vùng não tương ứng. Vật mạ điện có tác dụng gây nhiễu đối với các hoạt động không bình thường, có tác dụng điều trị như phương pháp phẫu thuật gây thương tổn. Tuy nhiên, phương pháp điều trị này không còn tác dụng khi lấy vật mạ điện đó ra khỏi cơ thể.

Khi dùng kim dẫn trong phẫu thuật não, người bệnh vẫn tỉnh táo. Có được điều này bởi hai lý do:

– Bản thân não được phẫu thuật không nhạy cảm và những tác động ban đầu (được gây tê tại chỗ bằng lidocaine) không gây đau.

– Người bệnh phải trả lời được các câu hỏi của bác sĩ phẫu thuật về cảm giác của bản thân. Đó là những kích thích mà người bệnh cảm thấy trong quá trình phẫu thuật khi các thao tác tình cờ tác động lên một vùng khác nào đó của não như: cảm thấy chớp sáng, ngứa, hoặc đột nhiên thấy xúc động. Khi đó, người bệnh phải mô tả lại ngay với bác sĩ phẫu thuật. Tránh kích thích những vùng não đó sẽ quyết định sự thành công của phẫu thuật.

Ngoài ra còn có các phương pháp điều trị phẫu thuật khác như: ghép tế bào, liệu pháp điều trị gen...

Vì việc phẫu thuật thường yêu cầu các động tác phải hết sức chính xác. Do đó, trước khi phẫu thuật não, người bệnh cần phải làm một số xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh như: chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) hoặc chụp X-quang não thất.

6.2.1. Cắt bó cầu nhạt

Cho tới sau những năm 90 của thế kỷ XX, cắt bó cầu nhạt vẫn là một phẫu thuật cơ bản để điều trị bệnh Parkinson, phẫu thuật này giải quyết sự phá hủy từng phần của bó cầu nhạt, giúp cho việc lập lại cân bằng hoạt động của não. Phẫu thuật này phát huy tác dụng điều trị ngay lập tức. Nó làm giảm được 70 – 90% triệu chứng rối loạn vận động, 25 – 50% triệu chứng run, co cứng cơ ngoại tháp, vận động chậm chạp và rối loạn dáng đi.

Cắt bó cầu nhạt có thể áp dụng cho một bên hoặc cả hai bên. Cắt bó cầu nhạt một bên ban đầu có tác dụng cải thiện các triệu chứng đối với cơ thể nhưng lại là một cách gây thương tổn đối với não. Cắt bó cầu nhạt cả hai bên có tác dụng cải thiện triệu chứng rối loạn vận động nhiều hơn nhưng lại làm tăng những ảnh hưởng xấu về nhận thức, khả năng nuốt và lời nói.

Những biến chứng của cắt bó cầu nhạt bao gồm: xuất huyết, suy nhược, giảm thị giác, khó nói hoặc nói lộn xộn. Tuy nhiên, tất cả những biến chứng này đều có thể được hạn chế nếu phẫu thuật được thực hiện bởi đội ngũ các bác sỹ phẫu thuật có tay nghề cao.

6.2.2. Phẫu thuật mở đôi não

Phẫu thuật mở đôi não có tác dụng chủ yếu tới triệu chứng run. Phẫu thuật này được áp dụng với những bệnh nhân Parkinson chỉ có triệu chứng run đơn thuần. Trong đó, quan trọng là việc chọn vùng đôi não cần được cắt bỏ. Khi đó, bác sỹ phẫu thuật sẽ sử dụng dụng cụ đặc biệt cho phép xác định vị trí phẫu thuật một cách chính xác theo không gian ba chiều. Phẫu thuật đôi não cả hai bên sẽ ảnh hưởng tới thị giác và các vấn đề về ngôn ngữ. Thông thường, người ta sử dụng phương pháp phẫu thuật vùng dưới đồi. Phương pháp này có thể cải thiện được triệu chứng run và các triệu chứng khác của bệnh Parkinson.

6.2.3. Kích thích não sâu

Không giống như các quá trình gây thương tổn khác, kích thích não sâu là đưa vật mạ điện vào trong não để tiếp tục kích thích. Vật mạ điện đó được điều khiển bằng một thiết bị kích thích (giống như máy điều hoà nhịp tim) cấy vào thành ngực. Thiết bị kích thích này được nối với vật mạ điện bằng những dây kim loại mỏng chạy dưới da vùng cổ và đầu. Có thể bật hoặc tắt thiết bị kích thích bằng một nam châm phía ngoài. Có nhiều bệnh nhân tắt thiết bị kích thích vào buổi tối hoặc khi vận động trong thời gian dài để tiết kiệm pin. Có thể thay thế pin của thiết bị kích thích. Tuổi thọ của pin thông thường là 5 năm.

Sau khi cấy thiết bị điều chỉnh dưới da, cần phải có thời gian để cơ thể và hệ thần kinh của người bệnh thích ứng với tác động của thiết bị này. Thời gian điều chỉnh có thể mất vài tuần hoặc vài tháng.

Biến chứng chủ yếu của kích thích não sâu là những biến chứng của phẫu thuật (xuất huyết, nhiễm trùng) và hỏng máy (đứt đường dẫn, sự cố vật mạ điện, hỏng thiết bị kích thích hoặc hỏng pin).

*** Kích thích đôi não**

Cũng giống như phẫu thuật đôi não, kích thích đôi não là biện pháp cơ bản để điều trị triệu chứng run. Có thể kích thích hai bên nhưng như vậy cũng có nghĩa là làm tăng sự nguy hiểm đối với người bệnh. So với phẫu thuật đôi não, kích thích đôi não ít nguy hiểm hơn.

*** Kích thích bó cầu nhạt**

Kích thích bó cầu nhạt có tác dụng giống như phẫu thuật cắt bó cầu nhạt, phẫu thuật này có tác dụng cải thiện triệu chứng rối loạn vận động, làm chậm tiến

triển của một số triệu chứng khác như run, co cứng cơ ngoại tháp, vận động chậm. Cơ thể chịu đựng kích thích bó cầu nhạt cả hai bên tốt hơn phẫu thuật cắt bỏ cầu nhạt hai bên.

***Kích thích vùng dưới đồi**

Nhân dưới đồi trở thành cái đích chủ yếu của kích thích não sâu. Rất nhiều nhà khoa học cho rằng vùng dưới đồi là nơi chủ yếu để điều trị bệnh Parkinson. Tác động vào vùng này có thể cải thiện được tất cả các triệu chứng vận động của bệnh Parkinson. Kích thích cả hai bên vùng dưới đồi tốt hơn kích thích một bên. Kích thích này chỉ làm tăng nhẹ sự nguy hiểm của các biến chứng.

Biến chứng:

- Các biến chứng nguy hiểm về tâm thần hiếm gặp nhưng có thể có.
- Một số bệnh nhân có tiền triệu hoặc biểu hiện của suy nhược.

6.3. Vật lý trị liệu

Có rất nhiều triệu chứng của bệnh Parkinson có thể sử dụng vật lý trị liệu. Các triệu chứng đó bao gồm:

- Các động tác tự động, vấn đề về thăng bằng, tư thế, dáng đi ...
- Khó khăn trong các hoạt động thường nhật.
- Khó nói và nuốt.
- Suy dinh dưỡng.
- Đau.
- Táo bón
- Suy giảm tình dục.
- Suy nhược.

Mục đích của vật lý trị liệu là duy trì hoặc tăng khả năng vận động, giảm các triệu chứng co cứng cơ ngoại tháp, run, vận động chậm chạp, tăng khả năng giữ thăng bằng và điều chỉnh các động tác tự động. Các biện pháp vật lý trị liệu bao gồm:

- Luyện tập thường xuyên. Ví dụ: đi bộ (khoảng 1.5km/ngày), bơi, chơi golf hoặc khiêu vũ. Việc luyện tập tùy thuộc vào ý thích hoặc khả năng của người bệnh.
- Kéo giãn và cố định tư thế.
- Luyện tập gắng sức như: đi bộ nhanh hoặc mang vật nặng.
- Tập vận động thụ động với sự giúp đỡ của người khác hoặc dụng cụ.
- Luyện tập để cải thiện tư thế, dáng đi và khả năng di chuyển.

6.4. Điều trị thử nghiệm

6.4.1. Cấy ghép tế bào

Cấy ghép tế bào liềm đen bào thai được áp dụng với khoảng vài trăm bệnh nhân trên toàn thế giới. Trong khi ở một vài trường hợp cho kết quả khả quan thì ở một nghiên cứu mù đôi cho thấy: biện pháp này chỉ có kết quả tốt đối với những bệnh nhân từ 60 tuổi trở xuống và có biểu hiện tác dụng không mong muốn ở một số trường hợp. Đặc biệt, một vài bệnh nhân sau khi sử dụng phương pháp điều trị này không còn khả năng đáp ứng với thuốc (cả levodopa và các thuốc hướng dopamine). Kết quả trái ngược nhau của phương pháp cấy ghép tế bào đòi hỏi các nhà khoa học cần nghiên cứu sâu hơn nữa trên động vật thực nghiệm trước khi thử nghiệm trên người.

Một phương pháp cấy ghép tế bào khác cho thấy có thể có triển vọng là cấy ghép tế bào biểu mô võng mạc. Phương pháp này được thực hiện trên 6 bệnh nhân tình nguyện và cho kết quả khả quan. Bắt đầu từ năm 2004, một nghiên cứu mù đôi để đánh giá tác dụng của phương pháp này đang được thực hiện.

6.4.2. Liệu pháp điều trị gen

Cũng vào năm 2004, liệu pháp điều trị gen trên thực nghiệm cho kết quả khả quan, liệu pháp này đã được áp dụng trên một vài bệnh nhân đang cho thấy kết quả tốt. Các nhà khoa học chỉ nghiên cứu gen tác động lên sự phân phối glutamic acid decarboxylase (GAD) cho vùng dưới đồi hoặc nhân dưới đồi. GAD là một enzym cơ bản trong việc sản xuất chất ức chế dẫn truyền thần kinh (GABA).

6.4.3. Sử dụng yếu tố tăng trưởng

Yếu tố dinh dưỡng của tế bào thần kinh đệm (Glial cell – derived neurotrophic factor – GDNF) có tác dụng kích thích sự phát triển của các neurone bài tiết dopamine trên mô hình động vật thực nghiệm. Nhận xét này được chứng minh bằng kết quả của một nghiên cứu lâm sàng mở ở một nhóm nhỏ người bệnh. Tuy nhiên, để khẳng định chắc chắn, cần có những nghiên cứu sâu hơn, đặc biệt là nghiên cứu làm sao để các yếu tố tăng trưởng tác động chính xác lên tế bào não.

6.5. Yếu tố quyết định điều trị

6.5.1. Giai đoạn sớm

Vấn đề quan trọng nhất trong điều trị bệnh Parkinson là thời điểm và tuổi bắt đầu điều trị.

6.5.2. Thời điểm bắt đầu điều trị

Quyết định thời điểm bắt đầu điều trị bệnh phụ thuộc vào người bệnh và thầy thuốc. Các yếu tố có liên quan đến thời điểm bắt đầu điều trị bao gồm:

- Mức độ tổn thương chức năng.
- Sự ảnh hưởng của các triệu chứng đối với công việc.
- Thái độ của người bệnh đối với thuốc điều trị.

Việc người bệnh hiểu rõ lợi ích và hạn chế của việc điều trị sẽ là yếu tố quyết định điều trị.

Việc quyết định điều trị đối với bệnh Parkinson là rất quan trọng, cần căn cứ vào tình trạng sức khỏe và phản ứng của người bệnh trước điều trị. Sau đó, nên điều trị nhắc lại và điều chỉnh liều trong suốt quá trình điều trị.

6.5.3. Lựa chọn thuốc điều trị ban đầu

Tuổi tác và tình trạng sức khỏe của người bệnh có ảnh hưởng rất lớn tới vấn đề lựa chọn thuốc điều trị ban đầu.

Levodopa là thuốc thường được lựa chọn trong điều trị bệnh Parkinson ở người cao tuổi do biến chứng tâm thần thấp hơn so với thuốc hướng dopamine. Thuốc hướng dopamine thích hợp hơn với những người bệnh trẻ tuổi.

Selegiline, amantadine hoặc thuốc kháng hệ cholinergic là những thuốc thích hợp trong điều trị ban đầu đối với các triệu chứng nhẹ.

Suy nhược và lo âu là hai triệu chứng xuất hiện sớm, đó là những triệu chứng đầu tiên cần lưu tâm trong việc lựa chọn thuốc điều trị ban đầu.

7. BIẾN CHỨNG

Có rất nhiều bệnh nhân Parkinson không gặp sự cố gì trong vài năm đầu điều trị. Những tế bào thần kinh còn lại của liềm đen được cho là còn khả năng duy trì hoạt động dưới tác dụng của lượng thuốc levodopa đưa vào cơ thể (lượng thuốc này có liên quan đến việc duy trì nồng độ dopamine trong cơ thể).

Trong quá trình tiến triển của bệnh, khả năng này sẽ giảm sút và người bệnh bắt đầu xuất hiện các biến chứng về vận động sau 5 năm hoặc lâu hơn. Ngoài ra, người bệnh còn có thể gặp các biến chứng ngoài vận động. Trong giai đoạn này, cần có sự tác động điều chỉnh thường xuyên của thuốc, sự phối hợp giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

7.1. Các biến chứng về vận động

Các biến chứng về vận động ở người bệnh Parkinson bao gồm:

– Rối loạn vận động: là những cử động mà người bệnh không muốn nó xảy ra. Loại rối loạn này thường xảy ra khi tác dụng của thuốc levodopa đạt đỉnh cao nhất.

– Rối loạn trương lực cơ: có thể xảy ra như là một biến chứng vận động, đặc biệt là vào buổi sáng, trước khi người bệnh dùng thuốc.

– Cứng đờ: bao gồm các biểu hiện vận động chậm chạp và nói ngắc ngứ. Biểu hiện này có thể xuất hiện trước khi người bệnh có một cử động nào đó. Loại rối loạn vận động này không đáp ứng với thuốc điều trị. Các giác quan như thính giác, thị giác, xúc giác được tận dụng để khắc phục những khó khăn trên.

– Hay ngã: thường chỉ gặp ở bệnh Parkinson tiến triển. Khi đó, người bệnh phải cần đến sự theo dõi của bác sĩ điều trị cũng như là sự hỗ trợ của gậy chống, xe lăn.

7.2. Các biến chứng ngoài vận động

Parkinson là một bệnh rối loạn vận động nhưng các triệu chứng ngoài vận động cũng là những dấu hiệu của bệnh. Những triệu chứng này cũng làm cho người bệnh tàn tật như các triệu chứng vận động. Việc điều trị các biến chứng ngoài vận động có thể cải thiện chất lượng cuộc sống cho cả người bệnh và gia đình hoặc những người chăm sóc họ. Nhận biết các triệu chứng này là bước rất quan trọng, có ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

– Suy nhược: là triệu chứng thường gặp ở trên 50% bệnh nhân Parkinson. Việc điều trị thường ảnh hưởng đến triệu chứng này, mặc dù các thuốc điều trị bệnh Parkinson thường không độc. Để điều trị triệu chứng này, thường sử dụng các thuốc chống suy nhược cổ điển như nhóm thuốc ức chế serotonin (SSRIs): Prozac, Paxil, Luvox, Zoloft..., hoặc các loại thuốc cổ điển khác như: thuốc chống suy nhược tricyclic (Elavil, Endep...). Gây tê, điều trị bằng shock điện có thể làm giảm triệu chứng suy nhược của bệnh Parkinson; tuy nhiên, những biện pháp điều trị này lại làm tăng triệu chứng vận động của bệnh.

– Lo âu và buồn: khi nặng lên, những triệu chứng này có thể được điều trị bằng các thuốc benzodiazepine.

– Rối loạn giấc ngủ: bao gồm các mức độ từ mất ngủ đến ngủ mê mệt. Việc điều trị triệu chứng suy nhược có thể cải thiện được tình trạng này.

– Hạ huyết áp tư thế đứng mức độ nhẹ: biện pháp điều trị bao gồm: giảm liều thuốc hạ huyết áp, sử dụng dung dịch natriclorua 9% truyền tĩnh mạch kết hợp với fludrocortisole uống 0,05mg – 0,3mg/lần/ngày vào buổi sáng, uống lúc no; hoặc midodrine uống 2,5 – 10mg/lần x 3 lần/ngày.

- Rối loạn tâm thần là hậu quả của việc sử dụng thuốc điều trị bệnh Parkinson. Biểu hiện ban đầu bao gồm: rối loạn giấc ngủ, ác mộng; sau đó dần tiến tới ảo giác, hoang tưởng và mất phương hướng. Vì vậy, việc đầu tiên nên làm khi điều trị một bệnh nhân Parkinson là giảm liều thuốc ở mức thấp nhất có thể, đầu tiên nên giảm thuốc kháng hệ cholinergic. Các thuốc an thần không điển hình rất tốt đối với bệnh nhân có các triệu chứng đang tiến triển. Clozapine (Clozarine) là loại thuốc có tác dụng tốt nhất nhưng cần theo dõi công thức máu, đặc biệt là công thức bạch cầu do thuốc gây ra chứng mất bạch cầu hạt. Ngoài ra, quetiapine (Seroquel) và olanzapine (Zyprexa) cũng có thể được sử dụng trong trường hợp này.

8. ĐIỀU DƯỠNG

Đối với bệnh nhân Parkinson, thư giãn, nghỉ ngơi kết hợp với lao động phù hợp với giai đoạn của bệnh là cách chăm sóc có hiệu quả.

- Giúp người bệnh vận động hợp lý, luôn để mắt tới người bệnh khi họ vận động để tránh các trường hợp ngã gây chấn thương. Trường hợp người bệnh phải nằm lâu nên nằm giường có đệm mềm, khô ráo; giúp người bệnh thường xuyên thay đổi tư thế để dự phòng loét và viêm phổi.

- Ăn uống: người bệnh cần được chăm sóc bằng chế độ ăn uống hợp lý, đầy đủ chất dinh dưỡng, bao gồm:

+ Có sự cân bằng giữa bốn nhóm thực phẩm thiết yếu. Trong tổng lượng thức ăn mỗi ngày của bệnh nhân Parkinson, nên phân chia tỷ lệ giữa các nhóm thực phẩm như sau: 2 – 3 phần thịt, 4 – 5 phần rau và hoa quả, 2 – 3 phần sữa và ít nhất là 6 phần ngũ cốc.

+ Cần chú ý nếu người bệnh bị giảm cân, đặc biệt là với những người có triệu chứng rối loạn vận động. Khi đó, cần tăng khẩu phần ăn cho người bệnh.

+ Cho người bệnh ăn nhiều hoa quả và các chất xơ để chống táo bón và ngăn ngừa các bệnh đường ruột. Chất xơ có nhiều trong ngũ cốc, hoa quả và rau. Người bệnh nên uống 1 – 1,5 lít nước mỗi ngày.

+ Không nên cho người bệnh ăn các thức ăn có nhiều chất béo no, cholesterol và các thức ăn nhiều protein.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. BỆNH NGUYÊN, BỆNH CƠ

Bệnh Parkinson thuộc phạm vi chứng “chiên” (顛) của y học cổ truyền. Nguyên nhân chủ yếu là do đàm nhiệt, khí huyết hư suy, can thận khuy tổn.

– Đàm nhiệt động phong: do ăn uống không điều độ, ăn quá nhiều các thức ngọt béo, uống rượu nhiều; hoặc do lo nghĩ quá nhiều, lao lực quá sức gây thương tý. Tý hư không vận hoá được thuỷ thấp làm thuỷ thấp đình trệ lại, dần dần tích tụ thành đàm, đàm tích lại lâu ngày hoá nhiệt, đàm nhiệt uẩn kết lâu ngày hoá hoả, đàm hoả thiêu đốt can kinh mà sinh phong, làm cân mạch không được nuôi dưỡng gây chứng run, cứng đờ, ngại vận động, hay quên, bụng ngực tức đầy, khạc đờm vàng, rêu lưỡi vàng nhớt ...

– Khí huyết hư suy: do cơ thể bị bệnh lâu ngày, hoặc do tuổi cao khí huyết hư suy. Khí hư không hành được huyết gây huyết ứ; huyết hư làm cho cân mạch không được nuôi dưỡng, hư phong động lên mà gây chứng run, cứng đờ, hoa mắt chóng mặt, đau đầu, tức ngực ...

– Can thận âm hư: do tuổi cao thận tinh suy giảm khiến cho can huyết không được nuôi dưỡng; hoặc do cơ thể bị bệnh lâu ngày, âm dương, khí huyết đều hư tổn, tinh huyết hao, can thận hư suy, thận thuỷ cạn kiệt, cân mạch không được nuôi dưỡng làm nội phong động lên mà gây chứng run, cứng đờ, ù tai, hoa mắt chóng mặt, lưng gối mỏi, hay quên ...

2. PHÂN THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Chứng “chiên” thường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên và người cao tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do chính khí hư suy hoặc không đầy đủ; đàm trọc ngưng trở làm cho huyết không vận hành; trọc tà lưu lại trong cơ thể lâu ngày khó giải gây tức ngực, kinh mạch và các khiếu không thông. Nếu đã sẵn có bệnh khác trong cơ thể thì sẽ làm cho bệnh tình nặng thêm và thời gian mắc bệnh kéo dài, khó có thể tự khỏi được. Các hội chứng thường gặp là đàm nhiệt động phong, khí huyết hư suy, can thận âm hư...

Biểu hiện chủ yếu trong chứng “chiên” là huyết ứ nên trong quá trình điều trị, ngoài việc dựa vào biện chứng luận trị ra, còn nên dùng thêm các thuốc hoạt huyết hoá ứ, kể cả ở thể nặng lẫn thể nhẹ, đồng thời sử dụng các phương pháp không dùng thuốc y học cổ truyền (châm cứu, xoa bóp, dưỡng sinh). Mục đích của các phương pháp điều trị không dùng thuốc y học cổ truyền là phát huy những động tác tự động có lợi cho người bệnh, đặc biệt là những động tác của ngón tay và bàn chân; làm giảm sự tiêu hao năng lượng cho các động tác, tăng tính an toàn và độc lập cho người bệnh. Khi đó, người bệnh sẽ có thể tự phục vụ mình trong các hoạt động hằng ngày.

2.1. Thể đàm nhiệt động phong

2.1.1. Chứng hậu

- Đầu và tay chân run giật, co cứng
- Tinh thần chậm chạp
- Ngực bụng đầy tức
- Đờm vàng, khó khạc
- Nước tiểu vàng, ít
- Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt
- Mạch huyền hoạt.

2.1.2. *Pháp điều trị*: thanh nhiệt hoá đàm, hoạt huyết tức phong.

2.1.3. Phương dược

- Cổ phương: *Địch đàm thang* hợp *Thiên ma câu đằng ẩm* gia giảm.

Trần bì	10g	Bán hạ chế	10g
Bạch linh	12g	Cam thảo	06g
Đờm nam tinh	10g	Đảng sâm	12g
Xương bồ	08g	Xích thược	12g
Thiên ma	12g	Câu đằng	12g
Thạch quyết minh	15g	Chi tử	08g
Hoàng cầm	12g	Đan sâm	15g
Chỉ xác	10g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Đàm nhiệt nội thịnh: chân tay nặng nề, cử động khó khăn, hoa mắt, chóng mặt, đờm nhiều, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi vàng nhớt, gia trúc lịch 08g, thiên trúc hoàng 08g.

+ Bụng trướng nhiều, đại tiện không thông: gia đại hoàng 06g.

+ Nếu kèm theo huyết ứ: cảm giác đau nhức một chỗ hoặc toàn thân, chất lưỡi tía, gia địa long 08g, đào nhân 08g.

+ Nếu kèm theo can hoá vượng: người nóng, hay cáu gắt, ngực sườn đầy tức, gia hạ khô thảo 12g, long đờm thảo 12g.

- Thuốc nam:

Trúc nhự	12g	Rễ cỏ xước	10g
Đảng sâm	12g	Đan sâm	12g
Câu đằng	12g	Chỉ xác	08g
Chi tử	08g	Hạ khô thảo	12g
Kê huyết đằng	15g	Huyết giác	12g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.1.4. Châm cứu

- Châm tả: bách hội, phong long, khúc trì, hợp cốc, dương lăng tuyền, thái xung; châm bổ: tý du, vị du, túc tam lý, âm lăng tuyền. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Đờm rãi nhiều châm liên tuyền, thiên đột.

+ Hàm dưới run châm thừa tương.

+ Đi không vững, chân tay run châm ngoại quan, hậu Khê.

- Nhĩ châm: vỏ não, dưới vỏ, thần môn, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.5. Xoa bóp bấm huyết vùng lưng, tứ chi giúp khí huyết lưu thông, chân tay vận động dễ dàng hơn, giúp người bệnh tránh được những viêm nhiễm, loét do nằm lâu hoặc do lâu ngày không vận động. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.1.6. Khí công – dưỡng sinh

Hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể phù hợp với tình trạng sức khỏe của từng người bệnh giúp cơ thể được thư giãn, tinh thần thoải mái, nâng cao sức khỏe, chân tay vận động linh hoạt hơn. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2. Thể khí huyết hư suy

2.2.1. Chứng hậu

- Đầu và tay chân run giật, cơ cứng kéo dài; chân tay run giật mạnh
- Tinh thần chậm chạp, ngại nói

- Sắc mặt nhợt
- Thở ngắn, hụt hơi
- Lưỡi bệu, chất lưỡi đậm, nhợt
- Mạch trầm tế, vô lực.

2.2.2. Pháp điều trị: bổ khí dưỡng huyết, hoạt huyết tức phong

2.2.3. Phương dược

- Cổ phương: **Bát trân thang** hợp **Linh dương câu đẳng thang** gia giảm.

Đảng sâm	15g	Phục thần	15g
Bạch truật	15g	Cam thảo	06g
Xuyên khung	15g	Đương quy	15g
Thục địa	15g	Xích thược	15g
Linh dương giác	06g	Đan sâm	15g
Câu đẳng	12g	Sinh kỳ	12g
Kê huyết đằng	15g		

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Hồi hộp, trống ngực: gia bá tử nhân 08g, viễn chí 08g, táo nhân 12g.

+ Huyết ứ nhiều: cảm giác đau nhức một chỗ hoặc toàn thân, chất lưỡi tía, mạch trầm hoạt, gia đào nhân 08g, hồng hoa 08g.

+ Khí hư gây đàm trệ: người nặng nề, mệt mỏi, gia trần bì 08g, bán hạ chế 08g, phục linh 12g.

+ Nếu kèm theo biểu hiện trung khí hư suy: chán ăn, bụng trướng đầy, ăn không tiêu, dùng **Bổ trung ích khí thang**.

Đảng sâm	15g	Hoàng kỳ	15g
Đương quy	15g	Bạch truật	15g
Thăng ma	12g	Sài hồ	12g
Trần bì	08g	Chích cam thảo	06g

Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

– Thuốc nam:

Sâm nam	15g	Củ mài	15g
Kê huyết đằng	15g	Huyết dụ	15g
Long nhãn	12g	Chi tử sao	08g
Rễ cỏ xước	10g	Đan sâm	12g
Rễ vú bò	12g	Quả dâu chín	12g
Câu đằng	12g	Hạ khô thảo	10g
Địa long	08g		

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.2.4. Châm cứu

– Châm tả: bách hội, huyết hải, khúc trì, hợp cốc; châm bổ: túc tam lý, tam âm giao, tý du, vị du, dương lăng tuyền. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

- + Đầu cổ cứng châm thiên trụ.
- + Hàm dưới run châm thừa tướng.
- + Đi không vững, chân tay run châm ngoại quan, hậu Khê.

– Nhĩ châm: vỏ não, dưới vỏ, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.5. Xoa bóp bấm huyết vùng lưng, tứ chi. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.2.6. Khí công – dưỡng sinh

Thực hiện các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể phù hợp với tình trạng sức khỏe của người bệnh. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3. Thể can thận âm hư

2.3.1. Chứng hậu

- Chứng “chiên” lâu ngày
- Chân tay run giật, hoạt động chậm chạp
- Mép chảy nước dãi
- Tinh thần chậm chạp, hay quên
- Người gầy
- Mất ngủ hoặc ngủ hay mơ

- Lưng gồi mồi
- Lưỡi gầy, chất lưỡi hồng nhạt; rêu lưỡi ít hoặc không rêu
- Mạch huyền tế hoặc tế sác.

2.3.2. Pháp điều trị: tư bổ can thận, dưỡng âm tức phong.

2.3.3. Phương dược

- Cổ phương: hằng ngày người bệnh nên dùng **Đại bổ âm hoàn** kết hợp với **Lục vị địa hoàng hoàn**.

+ **Đại bổ âm hoàn:**

Hoàng bá	160g	Tri mẫu	160g
Quy bản	240g	Thục địa	240g

Các vị thuốc tán bột mịn; tuỷ xương sống lợn vừa đủ hoà với nước, đun chín. Bột thuốc hoà với nước tuỷ xương sống lợn, luyện mật làm hoàn. Uống 8 – 12g/lần x 2 lần/ngày. Có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ **Lục vị địa hoàng hoàn:**

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 08g – 12g/lần x 2 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Can thận hư tổn, lưng gồi mồi nhiều: gia các vị thuốc sau vào bài **Lục vị địa hoàng hoàn**: đỗ trọng 120g, câu kỷ tử 120g, tử hà xa 1 cái.

+ Can thận âm hư, can hoả thượng viêm: mắt đỏ, ngứa, thị lực giảm: thay **Lục vị địa hoàng hoàn** bằng **Tri bá địa hoàng hoàn**.

Thục địa	320g	Hoài sơn	160g
Sơn thù	160g	Trạch tả	120g
Bạch linh	120g	Đan bì	120g
Tri mẫu	120g	Hoàng bá	120g

Tất cả tán bột mịn, luyện mật làm hoàn, uống 08g – 12g/lần x 2 lần/ngày với nước sôi để nguội hoặc nước muối nhạt. Ngoài ra có thể làm thang với liều lượng thích hợp, sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần.

+ Co cứng cơ ngoại tháp, run nhiều: gia các vị thuốc sau vào bài **Đại bổ âm hoàn**: trân châu mẫu 240g, long xỉ 240g, địa long 120g, toàn yết 120g.

Thuốc nam:

Kỷ tử	12g	Đỗ đen sao chín	12g
Huyết dụ	12g	Kê huyết đằng	12g
Hà thủ ô	12g	Hoàng tinh	12g
Rễ cỏ xước	10g	Miết giáp	12g
Rau má	12g	Trâu cổ	10g

Sắc uống ngày 1 thang. Cách sắc: cho một lượng nước vừa ngập mặt thuốc, đun sôi 15 – 20 phút, uống trong ngày.

2.3.4. Châm cứu

– Châm tả: bách hội, thái xung, khúc trì, hợp cốc; châm bổ: can du, thận du, thái khê, tam âm giao, dương lăng tuyền. Thời gian: 15 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

+ Đầu cổ cứng châm thiên trụ.

+ Hàm dưới run châm thừa tướng.

+ Đi không vững, chân tay run châm ngoại quan, hậu khê.

-- Nhĩ châm: võ não, dưới võ, thần môn, chi trên, chi dưới. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.5. Xoa bóp bấm huyết vùng lưng, tứ chi. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

2.3.6. Khí công – dưỡng sinh

Thực hiện các bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể phù hợp với tình trạng sức khỏe của người bệnh. Thời gian: 20 – 30 phút/lần x 1 – 2 lần/ngày.

3. CHĂM SÓC VÀ PHÒNG BỆNH

Ngoài việc điều chỉnh chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, thư giãn... như đã trình bày ở phần y học hiện đại, thầy thuốc cần hướng dẫn người bệnh thực hiện các phương pháp chăm sóc và phòng bệnh của y học cổ truyền để giúp cho việc chăm sóc và phòng bệnh Parkinson có hiệu quả hơn.

Các phương pháp chăm sóc và phòng bệnh Parkinson của y học cổ truyền bao gồm:

- Lao động phù hợp với tình hình sức khỏe ở mỗi lứa tuổi, kết hợp với nghỉ ngơi, thư giãn hợp lý là cách chăm sóc và phòng bệnh Parkinson có hiệu quả nhất.

- Xoa bóp bấm huyệt hàng ngày, giúp người bệnh thực hiện các động tác vận động thụ động là một trong những cách chăm sóc của y học cổ truyền. Xoa bóp bấm huyệt khiến cho khí huyết lưu thông, làm tứ chi cử động linh hoạt hơn, hạn chế tiến triển của các triệu chứng bệnh và phòng tránh các biến chứng có thể xảy ra.

- Hướng dẫn người bệnh tập khí công – dưỡng sinh hàng ngày với những bài tập luyện ý, luyện thở, luyện hình thể phù hợp với ý thích, tình trạng sức khỏe của mỗi người giúp tinh thần thư thái, nâng cao sức khỏe, chân tay cử động linh hoạt. Đây là một trong những phương pháp chăm sóc và phòng bệnh có hiệu quả của y học cổ truyền đối với bệnh Parkinson.

- Ẩm thực: hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn uống điều độ, thanh đạm, không sử dụng quá nhiều các loại thức ăn ngọt béo, các chất kích thích dễ gây thương tý dẫn đến mắc bệnh Parkinson.

- Sinh hoạt: thầy thuốc cần thực hiện công tác tư vấn để người bệnh có chế độ làm việc và nghỉ ngơi hợp lý, giữ cho tinh thần thư thái, tránh tình trạng lao碌 hoặc lo nghĩ quá nhiều có thể gây thương tý mà dẫn tới mắc bệnh Parkinson.

* **Tóm lại:** Parkinson là một bệnh xảy ra do các tế bào của liềm đen bị thoái hoá nên không sản xuất đủ lượng dopamine cần thiết cho cơ thể. Hậu quả là mất điều khiển sự vận động, dẫn tới vận động chậm chạp, run và co cứng cơ ngoại tháp. Cho tới nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra nguyên nhân gây bệnh cụ thể. Việc điều trị chủ yếu là sử dụng thuốc và các biện pháp không dùng thuốc để hạn chế tiến triển của bệnh và ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra.

TỰ LƯỢNG GIÁ

- 1.** Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh Parkinson theo YHHD.
- 2.** Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán, phương pháp điều trị nội khoa của bệnh Parkinson theo YHHD.
- 3.** Trình bày phương pháp điều trị ngoại khoa và vật lý trị liệu của bệnh Parkinson theo YHHD.
- 4.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh Parkinson thể đàm nhiệt động phong.
- 5.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh Parkinson thể khí huyết hư suy.
- 6.** Trình bày lý, pháp, phương, dược, các phương pháp không dùng thuốc YHCT điều trị bệnh Parkinson thể can thận âm hư.
- 7.** Trình bày cách chăm sóc và phòng bệnh Parkinson theo YHCT và YHHD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO TIẾNG VIỆT

1. **Bách khoa toàn thư mở**, (Online) <http://vi.wikipedia.org>
2. **Bộ Y tế**, Bệnh loãng xương, (Online) <http://www.moh.gov.vn>
3. **Bệnh học thực hành**, Loãng xương,
(Online) http://www.yhoccotruyen.htmmedsoft.com/benhhoc/htmdocs/Benh_VanL/LoangXuong.htm
4. **Trần Thị Minh Châu**, Điều trị loãng xương bằng hormon thay thế và vitamin D,
(Online) <http://www.ykhoanet.com/tapchihoc/9912/B2Chau4tr292-5.htm>
5. **Nguyễn Ý Đức**, Bệnh Parkinson, 2006.
(Online) <http://www.khoahoc.net/baivo/nguyenyduc/261006-benhparkinson.htm>
6. **Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác**, Hải Thượng Y tông tâm lĩnh, Nhà xuất bản Y học, 1997.
7. **Phạm Khuê**, Lão khoa đại cương, Nhà xuất bản Y học, 1990.
8. **Phạm Khuê**, Bệnh Alzheimer, Nhà xuất bản Y học, 2002.
9. **Đỗ Trung Phấn**, Thành tựu huyết học - truyền máu ở thế kỷ XX,
(Online) <http://www.cimsi.org.vn>, 2000.
10. **Thái Khắc Minh**, Bệnh Alzheimer - Nguy hiểm từ quá trình lão hóa,
(Online) <http://www.sinhhocvietnam.com>, 2007.
11. **Sức khỏe cộng đồng**, (Online) <http://suckhoecongdong.com>, 2002.
12. **Tham khảo thần kinh học**, (Online) <http://www.thankinhhoc.com>
13. **Nguyễn Tài Thu**, Châm cứu chữa bệnh, Nhà xuất bản Y học, 1997.
14. **Trần Đức Thọ**, Bệnh loãng xương ở người cao tuổi, Nhà xuất bản Y học, 1999.
15. **Tuệ Tĩnh**, Tuệ Tĩnh toàn tập, Nhà xuất bản Y học, 1995.
16. **Viện bảo vệ sức khỏe người cao tuổi**, Một số vấn đề lý luận và thực tiễn về lão khoa cơ bản, 1993.
17. **Viện bảo vệ sức khỏe người cao tuổi**, Một số vấn đề lý luận và thực tiễn về lão khoa lâm sàng, 1993.
18. **Viện lão khoa**, Bệnh tim mạch người già, Nhà xuất bản Y học, 1997.
19. **Viện lão khoa**, Bài giảng lão khoa, Nhà xuất bản Y học, 1999.
20. **Viện lão khoa**, Người cao tuổi ở Việt Nam, 2000.
21. **Viện nghiên cứu Trung y Thượng Hải**, Chữa bệnh nội khoa bằng y học cổ truyền Trung Quốc, Nhà xuất bản Thanh Hóa, 1993.
22. **Đoàn Yên**, Lão hoá, Nhà xuất bản Y học, 2002.

TIẾNG ANH

1. **Acucell - Disorder** (2000 - 2009), OSTEOPOROSIS: Nutritional Causes, Prevention and Therapies, (Online) <http://www.acu-cell.com/dis-ost.html>
2. **Alzheimer's Disease Aducation and Refferal Center, U.S. National Institute of Health, National Institute of Aging** (2005), Alzheimer's Information, (Online) <http://adam.about.com/encyclopedia/000739prv.htm><http://www.alzheimers.org>
3. **Central nervous system** (2006), Dementia, (Online) <http://adam.about.com/encyclopedia/000739prv.htm>
4. **Ehealth MD**, (Online) <http://www.ehealthmd.com>
5. **Health care.net**, Insomnia, (Online) <http://neurology.health-cares.net>
6. **Janssen-Cilag**, Dementia's Disease, (Online) <http://www.dementia.com>
7. **John Henkel**, New Treatments Slow Onslaught of Symptoms, *Parkinson's Disease*, (Online) http://www.fda.gov/fdac/features/1998/498_pd.html
8. **Mayoclinic**, (Online) <http://www.mayoclinic.com/health>
9. **Michelle Stephenson** (2006), Neuro psychiatry Reviews, *Diagnosis and management of chronic insomnia*, (Online) <http://www.neuropsychiatryreviews.com>
10. **National Institute of Neurological Disorder and Stroke**, Parkinson's Disease Research Web, (Online) http://www.ninds.nih.gov/disorders/parkinsons_disease/parkinsons_disease.htm#What_is
11. **Somerset Pharmaceuticals Inc.**, Parkinson's Information (Online) http://www.somersetpharm.com/about_parkinsons/brains.html
12. **The Merck Manual of Geriatrics** (2006), (Online) <http://www.merck.com>
13. **Worldwide Education and Awareness for Movement Disorders**, Parkinson's Disease (Online) <http://www.wemove.org/par/par.html>

TIẾNG TRUNG

1. Baidu (2006), 骨质疏松症, 失眠. (Online) <http://baike.baidu.com>
2. Sohu (2006), 中医治疗失眠有啥高招, 仙灵骨葆知识, 骨质疏松病... (Online) <http://health.sohu.com>
3. 卫生部中日友好医院神经内科熊新英(2006), 失眠诊断治疗新理念!, (Online) <http://health.sohu.com>
4. 周文泉 (1995), 中医老年病临床研究, 北京出版社
5. 周文泉, 李祥国 (2000), 实用中医老年病学, 人民卫生出版社
6. 林红兰, 李丽, 刘万芳, 李冬梅(2002), 陕海丽老年失眠症的中医辨证施护 (Online) <http://scholar.ilib.cn>

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:

Chủ tịch HĐQT kiêm Giám đốc Công ty CP Sách ĐH-ĐN
TRẦN NHẬT TÂN

Biên tập và sửa bản in:

BS. VŨ THỊ BÌNH – NGUYỄN HÀ XUÂN

Trình bày bìa:

ĐINH XUÂN DŨNG

Chế bản:

HÀ THÁI LINH

LÃO KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO BÁC SỸ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Mã số: 7K828Y9 – DAI

In 1.000 bản (QĐ : 76), khổ 19 x 27 cm. In tại Công ty Cổ phần In Phúc Yên.

Địa chỉ : Đường Trần Phú, thị xã Phúc Yên, Vĩnh Phúc.

Số ĐKKH xuất bản : 1040 – 2009/CXB/4 – 1960/GD

In xong và nộp lưu chiểu tháng 11 năm 2009.



CÔNG TY CỔ PHẦN SÁCH ĐẠI HỌC - DẠY NGHỀ

HEVOBCO

25 HÀN THUYỀN - HÀ NỘI

Website : www.hevobco.com.vn ; Tel : 043. 9724715

**TÌM ĐỌC SÁCH GIÁO KHOA Y HỌC
CỦA NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM**

- | | |
|--|---|
| 1. Sinh học phân tử | GS. TS. Nguyễn Văn Thanh (Chủ biên) |
| 2. Bào chế và sinh dược học – Tập 2 | PGS. TS. Lê Quan Nghiệm – TS. Huỳnh Văn Hoà (Đồng chủ biên) |
| 3. Thực vật dược | TS. Trương Thị Đẹp (Chủ biên) |
| 4. Ký sinh trùng | PGS. TS. Phạm Văn Thân (Chủ biên) |
| 5. Hoá đại cương | PGS. TSKH. Phan An (Chủ biên) |
| 6. Điều dưỡng cơ bản 1 | PGS. TS. Phạm Văn Linh – TS. Lê Văn An (Đồng Chủ biên) |
| 7. Điều dưỡng cơ bản 2 | PGS. TS. Hoàng Ngọc Chương
BSCKII. Trần Đức Thái (Đồng Chủ biên) |
| 8. Kiểm nghiệm thuốc | Trần Tích (Chủ biên) |
| 9. Nhân khoa | PGS. TS. Hoàng Thị Phúc (Chủ biên) |
| 10. Sinh lý học | GS. TS. Phạm Thị Minh Đức (Chủ biên) |
| 11. Phẫu thuật miệng – Tập 1 | TS. BS. Lê Đức Lành (Chủ biên) |
| 12. Hoá phân tích – Tập 1 | PGS. TS. Võ Thị Bạch Huệ (Chủ biên) |
| 13. Công nghệ bào chế dược phẩm | PGS. TS. Hoàng Minh Châu (Chủ biên) |
| 14. Dược lý học – Tập 1 | GS. TS. Đào Văn Phan (Chủ biên) |
| 15. Vệ sinh phòng bệnh | PGS. TS. Trần Văn Dân (Chủ biên) |
| 16. Dinh dưỡng | TS. Phạm Thị Thuý Hoà (Chủ biên) |
| 17. Sức khoẻ sinh sản | TS. Bùi Thị Thu Hà (Chủ biên) |
| 18. Lý thuyết thiết bị hình ảnh y tế – Tập 1 | KS. Trần Văn Sơn (Chủ biên) |
| 19. Lý thuyết thiết bị hình ảnh y tế – Tập 2 | KS. Lê Tiến Khoan (Chủ biên) |

Bạn đọc có thể mua tại các Công ty Sách – Thiết bị trường học ở các địa phương hoặc các Cửa hàng sách của Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam :

Tại Hà Nội : 25 Hàn Thuyên ; 187B Giảng Võ ; 232 Tây Sơn ; 23 Tràng Tiền ;

Tại Đà Nẵng : Số 15 Nguyễn Chí Thanh ; Số 62 Nguyễn Chí Thanh ;

Tại Thành phố Hồ Chí Minh : Cửa hàng 451B – 453, Hai Bà Trưng, Quận 3 ;

240 Trần Bình Trọng – Quận 5.

Tại Thành phố Cần Thơ : Số 5/5, đường 30/4 ;

Website : www.nxbgd.com.vn

Lưu khoa y học cơ tuyến (GD)



1305100000028

67,000

1



Giá: 67.000 đ