

9. BỆNH THẬN MẠN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa bệnh thận mạn theo KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes)

Bệnh thận mạn là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 03 tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn (BTM) : dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

a- Triệu chứng tổn thương thận (có biểu hiện 1 hoặc nhiều)

- Có Albumine nước tiểu (tỷ lệ albumin creatinine nước tiểu > 30mg/g hoặc albumine nước tiểu 24 giờ >30mg/24giờ).

- Bất thường nước tiểu.

- Bất thường điện giải hoặc các bất thường khác do rối loạn chức năng ống thận.

- Bất thường về mô bệnh học thận.

- Xét nghiệm hình ảnh học phát hiện thận tiết niệu bất thường.

- Ghép thận

b- Giảm mức lọc cầu thận (Glomerular filtration rate: GFR) < 60ml/ph/1,73 m² (xếp loại G3a-G5)

Với mức lọc cầu thận được đánh giá dựa vào độ thanh lọc creatinine ước tính theo công thức Cockcroft Gault hoặc dựa vào độ lọc cầu thận ước tính (estimated GFR, eGFR) dựa vào công thức MDRD.

- Công thức creatinin từ creatinin huyết thanh.

- Công thức MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) ước đoán mức lọc cầu thận (estimated GFR, eGFR) từ creatinin huyết thanh.

- Công thức tính mức lọc cầu thận theo creatinin nội sinh.

2. Phân giai đoạn bệnh thận mạn:

Năm 2002, NKF- KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives) phân bệnh thận mạn thành 5 giai đoạn dựa vào GFR:

Bảng 1. Các giai đoạn của bệnh thận mạn		
Giai đoạn	Mô tả	Mức lọc cầu thận (ml/ph/1.73 m² da)
1	Tổn thương thận với MLCT bình thường hoặc tăng	≥ 90
2	Tổn thương thận với MLCT giảm nhẹ	60 – 89
3	Giảm MLCT trung bình	30 – 59
4	Giảm MLCT nặng	15 – 29
5	Bệnh thận mạn giai đoạn cuối	< 15 hoặc phải điều trị thận nhân tạo

Năm 2012, KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) của Hội Thận học Quốc Tế, giai đoạn 3 được tách thành 3a và 3b, kèm theo bổ sung albumine niệu vào trong bảng phân giai đoạn (hình 1) hỗ trợ cho việc đánh giá tiên lượng và tiến triển của BTM.

Albumine niệu kéo dài (tỷ lệ albumin/creatinin) (mg/g)		
A1	A2	A3

				Bình thường đến tăng nhẹ	Tăng trung bình	Tăng nhiều
				< 30	30 – 300	> 300
Phân loại theo GFR (ml/ph/1.73 m ²)	G1	Bình thường hoặc tăng	≥ 90			
	G2	Giảm nhẹ	60 - 89			
	G3A	Giảm nhẹ đến trung bình	45 – 59			
	G3B	Giảm trung bình đến nặng	30 – 44			
	G4	Giảm nặng	15 – 49			
	G5	Suy thận	≤ 15			

Màu	Nguy cơ bệnh thận tiến triển	Tần suất khám bệnh mỗi năm
	Nguy cơ thấp	Ít nhất 1 lần/năm
	Nguy cơ trung bình	Ít nhất 2 lần/năm
	Nguy cơ cao	Ít nhất 3 lần/năm
	Nguy cơ rất cao	Ít nhất 4 lần/năm

Cần lưu ý mức lọc cầu thận chỉ phản ánh chính xác giai đoạn BTM khi chức năng thận ổn định (không thay đổi trong 3 tháng xét nghiệm lặp lại) và sau khi đã loại bỏ các yếu tố làm nặng thêm tạm thời tình trạng suy thận.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

Chẩn đoán bệnh thận mạn dựa vào:

a- Lâm sàng có thể có hoặc không có biểu hiện lâm sàng của bệnh thận biểu hiện bệnh thận như phù toàn thân, tiểu máu,...

b- Cận lâm sàng tầm soát:

- Xét nghiệm định lượng creatinine huyết thanh:

- Xét nghiệm nước tiểu tìm protein hoặc albumine trong nước tiểu: với mẫu nước tiểu bất kỳ, tốt nhất là mẫu nước tiểu đầu tiên buổi sáng sau ngủ dậy.

Bảng 3: Kết quả xét nghiệm albumine và protein trong nước tiểu

	Bình thường	Bất thường
Tỷ lệ albumine/creatinine niệu (ACR)	< 30mg/g < 3 mg/mmol	≥ 30 mg/g ≥ 3 mg/mmol
Albumine niệu 24 giờ	< 30 mg/24 giờ	≥ 30 mg/24 giờ
Tỷ lệ protein/creatinine niệu (PCR)	< 150 mg/g < 15 mg/mmol	≥ 150 mg/g ≥ 15 mg/mmol
Protein niệu 24 giờ	< 150 mg/24 giờ	≥ 150 mg/24 giờ
Protein niệu giấy nhúng	Âm tính	Vết đến dương tính

- Xét nghiệm khảo sát cặn lắng nước tiểu (tìm cặn lắng bất thường như hồng cầu, bạch cầu, các trụ niệu), xét nghiệm điện giải đồ.

- Xét nghiệm hình ảnh: siêu âm thận và hệ niệu (tìm sỏi, nang thận, kích thước thận)

Chẩn đoán xác định bệnh thận mạn, khi các xét nghiệm vẫn bất thường trong những lần xét nghiệm lặp lại sau trong vòng 03 tháng.

2. Các yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy thận:

Trước mọi trường hợp tăng đột ngột creatinin ở người bệnh bệnh thận mạn, hoặc trước mọi trường hợp người bệnh có creatinine huyết thanh tăng lúc nhập viện mà không biết creatinine huyết thanh cơ bản, cần tầm soát các yếu tố làm nặng thêm hoặc đang thúc đẩy tình trạng suy thận.

- Giảm thể tích máu lưu thông: mất dịch, mất máu, suy tim sung huyết.
- Thay đổi huyết áp như tăng hoặc hạ huyết áp (thường do thuốc hạ áp).
- Nhiễm trùng.
- Tắc nghẽn đường tiểu.
- Thuốc độc cho thận: aminoglycoside, kháng viêm non steroid, thuốc cản quang
- Biến chứng mạch máu thận: tắc động mạch thận do huyết khối, hẹp động mạch thận, thuyên tắc động mạch thận do cholesterol,...

3. Chẩn đoán biến chứng

Khi chức năng thận ổn định, ở mọi người bệnh có mức lọc cầu thận ≤ 60 ml/ph/1,73 m² da, cần đánh giá các biến chứng của BTM như:

- Tăng huyết áp: Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch.
- Thiếu máu mạn: Theo WHO, thiếu máu khi Hb <13 g/L ở nam và <12 g/L ở nữ.
- Tình trạng suy dinh dưỡng: dựa vào giảm albumin huyết thanh, cân nặng, bảng điểm đánh giá dinh dưỡng toàn diện chủ quan (Subjective Global Assessment, SGA), chế độ dinh dưỡng.
- Rối loạn chuyển hóa calcium và phospho: giảm calcium, tăng phospho, tăng PTH huyết thanh gây cường tuyến phó giáp thứ phát, giảm vitamine D, tổn thương xương.
- Bệnh lý thần kinh: ngoại biên, trung ương, hệ thần kinh thực vật.
- Biến chứng tim mạch.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH THẬN MẠN

1. Tiến triển của bệnh thận mạn:

Bệnh thận mạn có tiến triển suy giảm chức năng thận chậm trong nhiều năm, và không hồi phục đến giai đoạn cuối. Nếu người bình thường không bệnh thận, sau 30 tuổi, mỗi năm theo sinh lý, mức lọc cầu thận giảm trung bình 1ml/ph/1,73m² thì bệnh thận mạn được gọi là tiến triển nhanh khi mỗi năm mất ≥ 5 ml/ph (theo KDIGO 2012).

2. Các yếu tố ảnh hưởng lên tiến triển của bệnh thận mạn: 2 nhóm.

2.1. Nhóm yếu tố không thay đổi được:

- Tuổi: người lớn tuổi tiến triển bệnh nhanh hơn người trẻ.
- Giới tính: nam tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ.
- Chủng tộc: da đen mắc bệnh đái tháo đường nguy cơ suy thận mạn giai đoạn cuối tăng gấp 2-3 lần nhiều hơn người da trắng.

- Yếu tố di truyền: Thận của trẻ sanh nhẹ cân (dưới 2500g), sanh thiếu tháng, thận của trẻ có mẹ bị bệnh hoặc dùng thuốc độc thận trong thai kỳ nhạy cảm với tổn thương hơn trẻ khác.

- Chức năng thận nền lúc phát hiện bệnh đã giảm.

2.2. Nhóm yếu tố có thể thay đổi được:

- Mức độ protein niệu: protein niệu càng nhiều thì tốc độ suy thận càng nhanh.

- Bệnh thận căn nguyên: đái tháo đường, bệnh cầu thận có tiến triển suy thận nhanh hơn tăng huyết áp, bệnh ống thận mô kẽ.

- Mức độ tổn thương ống thận mô kẽ trên sinh thiết thận càng nhiều thì suy thận càng nhanh.

- Tăng lipid máu.

- Hút thuốc lá làm thúc đẩy quá trình xơ hóa cầu thận, ống thận và mạch máu.

IV. ĐIỀU TRỊ

1 Mục tiêu điều trị

- Điều trị bệnh thận căn nguyên.

- Điều trị nguyên nhân gây giảm GFR cấp tính có thể hồi phục được.

- Điều trị làm chậm tiến triển của bệnh thận mạn.

- Điều trị các biến chứng tim mạch, và các yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Chuẩn bị điều trị thay thế thận khi thận suy nặng.

2. Nguyên tắc điều trị

Theo KDOQI 2002, chiến lược chung điều trị bệnh thận mạn được phân theo giai đoạn của phân độ bệnh thận mạn.

Bảng 4: Chiến lược điều trị bệnh thận mạn theo giai đoạn của BTM

Giai đoạn	Mức lọc cầu thận (ml/ph/1.73 m ²)	Việc cần làm (*)
1	≥ 90	Chẩn đoán và điều trị bệnh căn nguyên, giới hạn yếu tố nguy cơ gây suy thận cấp, làm chậm tiến triển bệnh thận, điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch.
2	60 – 89	Ước đoán tốc độ tiến triển bệnh thận
3	30 – 59	Đánh giá và điều trị biến chứng
4	15 – 29	Chuẩn bị điều trị thay thế thận
5	≤ 15	Điều trị thay thế thận nếu có hội chứng ure huyết

(*) giai đoạn sau tiếp tục việc của giai đoạn trước.

3. Điều trị bệnh thận căn nguyên: giữ vai trò quan trọng nhất trong bảo vệ thận và làm chậm tiến triển bệnh thận. Khi thận đã suy nặng (giai đoạn 4, 5), do việc chẩn đoán bệnh căn nguyên trở nên khó khăn, và việc điều trị trở nên kém hiệu quả, nên cân nhắc giữa lợi ích và tác hại của thuốc điều trị căn nguyên ở nhóm người bệnh này.

4. Điều trị làm chậm tiến triển của BTM đến giai đoạn cuối (bảng 5)

Bảng 5: Các biện pháp bảo vệ thận tối ưu

STT	Yếu tố cần can thiệp	Mục tiêu	Biện pháp
1	Giảm protein niệu, tiểu albumin	Protein/creatinin < 0.5 mg/g Albumine/creatinin niệu < 30 mg/g	- Kiểm soát huyết áp. - Điều trị bệnh căn nguyên. - Tiết chế protein trong khẩu phần. - Dung UCMC hoặc UCTT.

2	Kiểm soát huyết áp	- Nếu người bệnh ACR < 30 mg/g, HA mục tiêu ≤ 140/90 mmHg. - Nếu ACR > 30 mg/g, HA mục tiêu ≤ 130/80 mmHg.	UCMC và UCTT angioténin II: ưu tiên chọn, nhất là ở người bệnh có tiểu albumin.
3	Ăn nhạt	Sodium < 2 g/ngày (hoặc NaCl < 5 g/ngày)	Tự nấu ăn, không ăn thức ăn chế biến sẵn, không chấm thêm.
4	Giảm protein trong khẩu phần	Áp dụng ở người bệnh GFR < 30 ml/ph/1.73, lượng protein nhập < 0.8 g/kg/ngày.	Giảm protein, chọn các loại đạm có giá trị sinh học cao (tư vấn chuyên gia dinh dưỡng).
5	Kiểm soát đường huyết	HbA1c = 7% HbA1c > 7% ở người bệnh có nguy cơ hạ đường huyết cao	Không dùng metformin khi GFR < 60 ml/ph/1.73.
6	Thay đổi lối sống	Đạt cân nặng lý tưởng, tránh béo phì, bỏ hút thuốc lá	Tập thể lực tùy theo tình trạng tim mạch và khả năng dung nạp (ít nhất 30 ph/lần/ngày x 5 lần/tuần).
7	Điều trị thiếu máu	Hb 11 – 12 g/dl	Erythropoietin, sắt, acid folic,...
8	Kiểm soát rối loạn lipid máu	LDLc < 100 mg/dl, HDLc > 40 mg/dl, TG < 200 mg/dl	Statin, gemfibrozil. Fibrate giảm liều khi GFR < 60 và không dùng khi GFR < 15.
9	Dùng thuốc UCMC hoặc UCTT angiotensin II	Dùng liều tối ưu để giảm protein niệu và kiểm soát huyết áp	Phòng ngừa và theo dõi các tác dụng phụ suy thận cấp và tăng kali, hay xảy ra ở người bệnh GFR giảm.

V. DỰ PHÒNG

Do bệnh thận mạn thường tiến triển âm thầm, không triệu chứng đến giai đoạn cuối, nên mục tiêu quan trọng là phát hiện bệnh sớm ở 3 đối tượng nguy cơ cao là người bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, và gia đình có người bệnh thận.

Các đối tượng này cần được làm xét nghiệm tầm soát định kỳ hằng năm và tích cực điều trị sớm tránh bệnh thận tiến triển đến giai đoạn cuối.

VI. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Dương thủy

1.1 Phong thủy nhiễm lạm (tràn lan):

- Triệu chứng: Phù mí mắt trước sau đó phù tứ chi mình, bệnh phát nhanh đa số kèm theo ó hản, sốt, đau khớp, tiểu không thông,... Thiên về phong nhiệt thường kèm theo đau đỏ họng hầu, lưỡi đỏ, mạch phù hoạt sác. Thiên về phong hàn thường kèm ó

hàn, ho, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoạt hoặc phù khản. Nếu phù nghiêm trọng sẽ xuất hiện mạch trầm.

- Trị pháp: Sơ phong thanh nhiệt, tuyên phế hành thủy.

- Phương dược: Việt cúc gia truat thang.

Ma hoàng; sinh thạch cao; bạch truật, cam thảo, sinh khương, đại táo. Có thể thêm: Phù bình, phục linh, trạch tả

Nếu phong nhiệt thịnh thêm: Liên kiều, cát cánh, bản lam căn, mao căn tươi - để thanh nhiệt lợi hầu, giải biểu tán kết.

Nếu phong hàn thịnh bỏ thạch cao thêm: Tô diệp, quế chi, phòng phong.

Nếu ho nhiều thêm: Hạnh nhân, tiền hồ.

Nếu thấy hạn xuất ó phong, nghĩa là vệ dương đã suy nên đổi dùng Phòng kỷ hoàng kỳ thang gia giảm để trợ vệ khí và hành thủy.

Nếu biểu chứng dần lui mà thân thể còn nặng nề, thũng không lui thì khi biện chứng nên dựa vào thủy thấp tầm tứ mà tiến hành điều trị.

1.2 Thấp độc tẩm dâm (xâm nhập):

- Triệu chứng: Phù hai mí mắt trước sau đó lan toàn thân, tiểu ít, tiểu khó, xuất hiện nốt hoặc ghê ngoài da, loét ngoài da, sợ gió, sốt, chât lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch phù sắc hoặc hoạt sắc.

- Trị pháp: Tuyên phế giải độc, lợi thấp tiêu thũng.

- Phương dược: Ma hoàng liên kiều xích tiểu đậu thang hợp với Ngũ vị tiêu độc ẩm.

Ở phương trước dùng ma hoàng, hạnh nhân, tang bạch bì; liên; xích tiểu đậu. Phương sau dùng kim ngân hoa, cúc hoa, bồ công anh, tử hoa địa đinh, tử bối thiên quỳ

Nếu nốt độc nhiều mủ, tăng lượng bồ công anh, tử hoa địa đinh. Nếu thấp thịnh mà lở loét nhiều thêm: Khô sâm, thổ phục linh.

Nếu phong thịnh gây ngứa ngáy thêm thêm: Bạch tiễn bì, địa phu tử. Nếu huyết nhiệt mà sưng đỏ đau thêm: Đơn bì, xích thực. Nếu đại tiện không thông thêm: Đại hoàng, mang tiêu.

1.3 Thủy thấp tẩm tứ (ngâm):

- Triệu chứng: Phù toàn thân, tiểu ít, thân thể nặng nề, tức ngực, ăn uống kém, nôn ói, rêu lưỡi trắng dơ, mạch trầm hoãn. Thể này khởi bệnh chậm, bệnh trình dài.

- Trị pháp: Kiện tỳ hóa thấp, thông dương lợi thủy.

- Phương dược: Ngũ bì ẩm hợp Vị linh thang.

Phương trước dùng tang bạch bì, trần bì, đại phúc bì, phục linh bì, sinh khương bì. Phương sau dùng: bạch truật, phục linh; thương truật, hậu phác; trư linh, trạch tả; nhục quế. Nếu phù nhiều kèm suyễn thêm: Ma hoàng, hạnh nhân, đình lịch tử.

1.4 Thấp nhiệt úng thịnh (trệ):

- Triệu chứng: Toàn thân phù thũng, da căng bóng, ngực bụng đầy tức, phiền nhiệt khát nước, tiểu ít, đỏ, đại tiện khô táo, lưỡi đỏ rêu lưỡi vàng dơ, mạch trầm sắc hoặc hoạt sắc.

- Pháp trị: Thanh lợi thấp nhiệt.

- Phương dược: Sơ tạc ẩm tử.

- Phương dùng: Khương hoạt, tần giao; đại phúc bì, phục linh bì, sinh khương bì, hợp với khương hoạt, tần giao khứ thủy tại phần cơ phu (giữa cơ và da); trạch tả, mộc thông, tiêu mục (tiêu sọ), xích tiểu đậu hợp với thương lục, binh lang để thông lợi nhị tiện, làm cho thủy ở lý đi xuống bằng đường đại tiểu tiện. Sơ biểu có lợi cho thông

lý và thông lý cũng trợ giúp cho sơ biểu, vì vậy trên dưới biểu lý đều được tiêu trừ, thấp nhiệt chi tà cũng sẽ được thanh lợi tốt phù sẽ tự tiêu.

Nếu trường hợp phúc mãn (đầy bụng) không giảm, đại tiện không thông có thể phối hợp với Kỳ tiêu lịch hoàng hoàn để hỗ trợ công tá làm cho thủy thoát ra bằng đường đại tiện. Nếu triệu chứng kèm theo tiểu đau buốt, tiểu máu... Đây vẫn là do thấp nhiệt hạ chú (đi thẳng xuống) bàng quang gây ra tổn thương huyết lạc, lúc này nên thêm thuốc chỉ huyết lương huyết như: Đại tiêu kê, bạch mao căn. Nếu hiện tượng phù nặng nề đồng thời xuất hiện khó thở suyễn khò khè, phải ngồi dựa thở, không nằm được, mạch huyền hữu lực, thì chuyển qua dùng Đinh lịch đại táo tá phế thang hợp với Ngũ linh tán gia hạnh nhân, phòng kỷ, mộc thông để tá phế hành thủy, thượng hạ phân tiêu. Nếu thấp nhiệt lưu lại lâu ngày không giải hóa sẽ hóa thành táo tổn thương âm với triệu chứng miệng họng táo đại tiện táo bí, có thể dùng Trư linh tán để tư âm lợi thủy.

Nói về công trực thì đây là một phương pháp điều trị dương thủy như Nội kinh, đã nói: “Khứ uyển trần tỏa” nhưng chỉ được sử dụng ở giai đoạn đầu của bệnh và cơ thể còn mạnh khỏe và phù nhiều. Lúc này chính khí vẫn còn mạnh mẽ và chính xác là có đủ mạch chứng để dùng phương pháp công hạ. Triệu chứng thường là phù rất to, khí suyễn, tâm quý, bụng báng, tiểu ít, tiểu khó, mạch trầm mà hữu lực, lúc này nên tranh thủ thời cơ: Cấp tắc trị kỳ tiêu, dùng phương pháp công trực làm cho tà thủy tống ra ngoài bằng đường đại tiểu tiện, thường dùng Thập táo thang. Chờ cho phù rút sẽ chuyển qua dùng phương pháp điền bổ.

2. Âm thủy:

2.1 Tỳ dương hư suy:

- Triệu chứng: Thân phù rõ từ lưng trở xuống, ấn lõm khó hồi phục (vết lõm), bụng đầy tức, ăn giảm, tiêu phân lỏng, sắc mặt không tươi tỉnh, tinh thần uể oải, lưỡi biếng, tay chân lạnh, tiểu tiện ít, lưỡi nhạt, rêu trắng dơ hoặc trắng hoạt, mạch trầm hoãn hoặc trầm nhược.

- Trị pháp: Ôn vận tỳ dương, dĩ lợi thủy thấp.

- Phương dược: Thực tỳ ẩm.

Can khương, phụ tử, thảo quả nhân - ôn dương tán hàn; bạch truật, phục linh, cam thảo chế, sinh khương, đại táo - kiện tỳ bổ khí; đại phúc bì, phục linh, mộc qua - lợi thủy khứ thấp; mộc hương, hậu phác - lý khí hành thủy. Nếu triệu chứng kèm theo khí đoản, nói nhỏ vô lực, đây là biểu hiện khí suy, lúc này thêm: Nhân sâm, hoàng kỳ - kiện tỳ ích khí. Nếu tiểu khó tiểu ít thêm: Quế chi, trạch tả - để trợ bàng quang khí hóa mà hành thủy.

Vẫn còn một loại phù thũng do ăn uống thất thường lâu ngày, tỳ vị hư nhược, không vận hóa tốt với triệu chứng sắc mặt vàng héo, phù nhẹ toàn thân. Sáng sớm phù nhiều ở đầu mặt, sau vận động hoặc trưa chiều phù nhiều hai chi dưới, ăn được nhưng vẫn uể oải mệt mỏi, đại tiện bình thường hoặc hơi nhão, tiểu tiện lại nhiều, rêu lưỡi mỏng dơ, mạch nhuãn nhược. Đây khác với hiện tượng tỳ dương bất chấn đã nói ở trên, nó vẫn thuộc tỳ khí suy nhược nên khi điều trị dùng ích khí kiện tỳ, hành khí vận thấp, dùng Sâm linh bạch truật tán gia giảm. Nếu kèm dương hư thêm: Quế chi, hoàng kỳ - ích khí thông dương, hoặc thêm: Bỏ cốt chi, phụ tử - ôn thận trợ dương để tăng cường khí hóa, đồng thời chú ý dinh dưỡng.

2.2 Thận dương suy vi:

- Triệu chứng: Phù mắt, phù toàn thân nhưng rõ nhất từ lưng trở xuống, ấn lõm, tâm quý, khó thở, mỗi lưng, lượng nước tiểu giảm, tay chân lạnh ngắt, sắc mặt nhợt nhạt, chất lưỡi nhạt bệu, rêu trắng, mạch trầm tế hoặc trầm trì vô lực.

- Trị pháp: Ôn thận trợ dương, hóa khí hành thủy.

- Phương dược: Tế sinh thận khí hoàn hợp Chân võ thang.

Thận được coi là tạng thủy hỏa, căn cứ vào nguyên lý âm dương hổ căn nên khi bồi bổ dương tất phải nghĩ tới “ Âm trung cầu dương” thì nguồn sinh hóa mới vô tận, do đó khi dùng Lục vị địa hoàng hoàn để tư âm bổ thận nên dùng thêm: Phụ tử, nhục quế - để ôn bổ thận dương. Hai phương trên hợp lại người ta gọi là: Bổ thủy trung chi hỏa, ôn thận trung chi dương. Dùng bạch truật, phục linh, trạch tả, xa tiền tử - thông lợi tiểu tiện; sinh khương - ôn tán hàn thủy chi khí; bạch truật - điều hòa dinh âm; ngư tử - dẫn dược hạ hành (đem thuốc đi xuống trực tiếp hạ tiêu), cường tráng lưng gối.

Nếu tâm quý, môi tím tái, mạch hư nhược hoặc kết hoặc đại vẫn do thủy tà thượng nghịch làm tâm dương bị lấn át gây ra ứ huyết nội trở. Lúc này nên dùng phụ tử thêm: Quế chi, chế cam thảo, đan sâm - để ôn dương hóa ứ. Nếu thấy suyễn thúc thở hổn hển, ra mồ hôi, mạch hư phù mà sắc. Đây là thủy thũng tà lãng phệ (xâm lãng), thận bất nạp khí, lúc này dùng nhiều nhân sâm, cấp giới, ngũ vị tử, sơn thù nhục, mẫu lệ, long cốt - để phòng trường hợp suyễn thoát.

Đây là một bệnh dai dẳng khó hết nên chính khí sẽ mỗi ngày một suy nếu lại cảm phải ngoại tà, sẽ xuất hiện sốt, ó hản, phù sẽ nhiều lên, tiểu ít, lúc này nên dựa vào phong thủy để luận trị, cũng không quên chiếu cố đến chính khí hư suy, không thể dùng nhiều giải biểu, mà nên dùng bài Việt cúc tỳ làm chủ thêm chút đảng sâm, thỏ ty tử...

Nếu bệnh kéo dài tới thời kỳ cuối, do thận dương suy lâu ngày, dương tổn cập âm (dương hư sẽ dẫn đến âm hư), do đó thận âm cũng hư xuất hiện triệu chứng thủy thũng, phù thường tái phát, tinh thần ủy mị, mỗi lưng di tinh, miệng họng khô táo, ngũ tâm phiền nhiệt, lưỡi đỏ, mạch tế sắc...

Điều trị nên dùng phương pháp tư âm bổ thận kèm lợi niệu, nhưng tư âm cũng không thể quá lạnh đề phòng sẽ giúp thủy tà lại tổn thương thận dương khí, có thể dùng Tả qui hoàn gia trạch tả phục linh...

Nếu thận âm hư lâu ngày, thủy bất hàm mộc, can thận âm hư, can dương thượng kháng, hiện tượng thượng thịnh hạ hư sẽ xuất hiện với triệu chứng mặt đỏ, nhất là về chiều (triều hồng), đau đầu chóng mặt, hồi hộp mất ngủ, mỗi lưng di tinh, bước đi lảo đảo yếu ớt (bộ lữ phiêu phù vô lực: Đầu nặng chân nhẹ), hoặc tay chân run nhẹ. Điều trị nên dực âm tiềm dương dùng Tả qui hoàn gia thêm một số thuốc trọng trấn tiềm dương như: Trân châu mẫu, long cốt, mẫu lệ, miết giáp...

Chúng tỳ dương hư suy và thận dương hư thường đồng thời xuất hiện với biểu hiện tỳ thận dương hư, thủy thấp phỉm lạn (tràn lan). Do đó ôn thận và kiện tỳ là hai phương pháp thường dùng chung nhưng cần phân biệt tỳ thận dương hư cái nào là chính thì phải chú ý nó.

Thủy thũng lâu ngày cũng dẫn đến ứ huyết trở trệ, cho nên điều trị cần phối hợp hoạt huyết hóa ứ, nghĩa là huyết hành thủy diệc hành. Như “Y môn pháp luật - Trương bệnh chư phương”, có chỉ ra dùng đương quy, đại hoàng, quế tâm, xích thực, ... và thực nghiệm lâm sàng cũng chứng minh những thuốc trên có tác dụng lợi niệu tốt.

3. Thuốc thành phẩm

Tùy theo thể bệnh và triệu chứng lâm sàng, có thể sử dụng các loại thuốc sau:

- Lục vị-f: uống 3-4 viên, ngày 2 lần hoặc

- Bát vị: uống 02 viên, ngày 2 lần hoặc
- Bát trân: uống 2-3 viên, ngày 2-3 lần.

→ Hoặc có thể thay thế các thuốc khác có tác dụng tương đương.

Tài liệu tham khảo:

- 1. Bộ Y tế (2013).** Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, *Quyết định 792/QĐ-BYT* ban hành ngày 12/3/2013.
- 2. Bộ Y tế (2017).** Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh cấy chỉ và laser châm chuyên ngành châm cứu.