

CẢM NHẬN ĐẦU TIÊN

GS. Phan Trinh

Để có một cái nhìn tổng quát về Liệu pháp, chúng tôi xin trích mượn "Lời tự thuật" của giáo sư Phan Trinh, nguyên Chủ nhiệm bộ môn Giải phẫu bệnh lý Bệnh viện Chợ Rẫy phát biểu khi giáo sư được trực tiếp theo dõi Tác giả Lê Thị Thu Cúc áp dụng Liệu pháp này cho vợ giáo sư là Bác sĩ Kim Thoa. Sau đây là lời tự thuật:

Ngày 23/6/1988 tôi được anh bạn chí thân, giáo sư Đỗ Đình Hồ viết một bức thư gửi gắm vợ tôi là Bác sĩ Kim Thoa vốn công tác tại Bệnh viện Chợ Rẫy, bị tai biến mạch máu não đêm 7/1/1986 cho lương y Lê Thị Thu Cúc chữa tai biến đang đe dọa trực tiếp sinh mạng.

Biến chứng này xảy ra do tôi quên đã dùng thuốc giãn mạch quá liều, với hậu quả là mạch kẹp ở cả hai tay là 90/75mmHg, còn có khả năng tụt xuống nữa.

Vì phải giải quyết cho số đông người bệnh tại cơ sở chữa trị nên bà Thu Cúc chưa đến kịp, tôi phải mời Bác sĩ V.N.T can thiệp bằng cách châm cứu: huyết Bách Hội, Khí Hải, để nâng huyết áp và huyết Trung quản, trị nước khó.

Kết quả huyết áp chỉ nhích lên 1,5mmHg đến 2 rồi cứ giữ lại mức ấy. Ngày hôm sau tình trạng cũng như vậy, có lúc lại xuống 1,5 tôi không còn hy vọng. Chờ Bà Thu Cúc mãi không thấy, tôi đành huy động con và dâu tôi chuẩn bị đưa vợ tôi vào BV Nguyễn Tri Phương cạnh nhà. Trong lúc bối rối, tôi trông thấy bà Thu Cúc đang ngồi trên giường cạnh vợ tôi. Bà bình tĩnh và khiêm tốn nói với tôi: "Xin phép GS cho tôi thử điều trị cho bà nhà trong khi chuẩn bị đưa bà vào bệnh viện". Và không đợi tôi trả lời, miệng Bà vừa nói tay bà vừa lấy ra một bộ dụng cụ xinh xắn và làm những động tác rất nhuần nhuyễn: Lăn, cào, gõ, day ấn, chà xát trên khắp vùng da Đầu, Mặt, Cổ, Lung của bệnh nhân. Khi đó tôi thấy da vợ tôi bắt đầu ấm nóng hơn các vùng không được kích thích.

Vừa làm, bà Thu Cúc vừa giải thích về phản xạ thần kinh, và khi kết thúc tất cả thao tác, bà nói với tôi: "Có khả năng huyết áp đã lên thừa giáo sư", tôi vội đo huyết áp và thấy khoảng cách 1,5 lên đến 2, rồi sau 20 phút lên 3 và cuối cùng sau 4 giờ 30 lên 4 tức là vào 8h30' tối huyết áp lên 120/80mmHg, là huyết áp lý tưởng mà tôi đang phấn đấu cho vợ tôi.

Một điểm đáng chú ý là từ khi huyết áp tụt dài, lưỡi vợ tôi sưng cứng, nước bọt chảy ràn rụa. Khi Bà Thu Cúc vừa thao tác xong tôi bảo vợ tôi mà trong thâm tâm tôi không nuôi một chút hy vọng bệnh nhân sẽ tiếp lời tôi: "Bây giờ em cảm ơn Bà thầy đi", thật kỳ lạ vợ tôi nói ngay: "Cảm ơn Bà thầy".

Và cũng từ ngày đó, tôi và một số đồng nghiệp khác cũng như rất nhiều người, kể cả những người đến để xin được chữa trị, đã chú tâm nghiên cứu theo dõi và học hỏi về liệu pháp này.

Tôi nhận thấy rằng giữa tôi và Bà Thu Cúc, hai người cùng làm một nghề liên quan đến lĩnh vực thần kinh, nhưng thuộc hai chuyên khoa khác nhau. Chuyên khoa của tôi là giải phẫu bệnh, đối tượng nghiên cứu là thương tổn trên tử

thì gồm đủ loại bệnh trên các phủ tạng, trong đó có thương tổn thần kinh là thương tổn phức tạp nhất, đa dạng nhất và khó nhận định nhất.

Vì khi có thương tổn, chỉ gây rối loạn chức năng giản đơn mà đã gây chết nhanh, đột ngột: hoặc có khi thương tổn rầm rộ về thực thể mà chỉ gây chết bình thường.

Chuyên khoa của Bà thầy hiện nay là môn Phản xạ thần kinh học trên bệnh nhân đang sống mang bệnh lý thần kinh.

Do 2 đối tượng khác nhau cùng một lĩnh vực thần kinh, một bên là Tử thi kể cả Bệnh nhân thần kinh tử vong, một bên là bệnh nhân còn sống. Thấy thuốc điều trị nghiên cứu triệu chứng trên bệnh nhân là "Hiện tượng bệnh lý".

Có khi hiện tượng nói lên bản chất nhưng có khi hiện tượng không đi đôi với bản chất, do đó mà thầy thuốc lâm sàng hay bị đánh lừa và sự hợp tác giữa lâm sàng và giải phẫu bệnh lý đều có lợi cho bệnh nhân.

Bản thân tôi ỷ lại vào phương pháp chẩn đoán giải phẫu bệnh, nắm bản chất của bệnh lý là thương tổn nên hay coi thường những triệu chứng bệnh lý là hiện tượng bệnh lý.

Vì khi nắm được bản chất bệnh lý, tìm hiểu hiện tượng bệnh lý bản thân tôi nhiều khi lơ là, song đặc biệt bệnh lý về não và các dây thần kinh trong thực tế không dễ gì phát hiện mà dấu hiệu thần kinh lại xuất hiện rõ ràng hơn. Nếu cứ đòi hỏi phải phát hiện cho được thương tổn thần kinh như trong bệnh động kinh thì nhiều trường hợp phải thất vọng, thương tổn khó tìm, khó khu trú trong lúc dấu hiệu lâm sàng về động kinh chỉ nhìn thấy một lần thì nhớ mãi không cần phải có trình độ Y Bác sĩ. Do đó mà trên 30 năm trời làm giải phẫu bệnh, tôi ít có dịp đi sâu vào dấu hiệu lâm sàng của bệnh thần kinh và đối chiếu những dấu hiệu trên những bệnh nhân sống với những thương tổn của bệnh nhân ấy khi chết.

Bấy giờ đứng trước tình trạng éo le đó, vợ tôi bị huyết áp tụt dài, bị kẹp trong khoảng cách 1,5 mà Bà Thầy Thu Cúc chỉ thao tác nhẹ nhàng, uyển chuyển trên hệ thần kinh sọ não đã nâng được huyết áp lên.

Điều này cho tôi thấy được là bấy lâu nay tôi không chịu ra khỏi bốn bức tường của chuyên khoa giải phẫu bệnh của mình để tìm hiểu cơ chế có tính chất sinh lý học giản đơn mà hiệu nghiệm nhanh chưa cần phải đi sâu vào bệnh lý học thần kinh.

Do vậy điều này ngăn cản tôi không chịu nhìn vào chuyên khoa lâm sàng để học hỏi thêm về tầm quan trọng của triệu chứng mà cứ cho rằng thương tổn về thần kinh là bản chất bệnh lý tối hậu quyết định trong chẩn đoán thần kinh đòi hỏi tôi phải mổ tử thi đọc các thương tổn bệnh lý bằng mắt trần và dưới kính hiển vi mới chẩn đoán được, chứ các biểu hiện lâm sàng, các triệu chứng thần kinh chỉ là hiện tượng bệnh lý mà tôi hay coi thường vì trong mọi công trình nghiên cứu, hiện tượng bệnh lý làm gì có giá trị hơn bản chất bệnh lý.

Trong những ca bệnh thần kinh mà chẩn đoán giải phẫu bệnh xuất hiện chậm hoặc khó phát hiện, trong lúc chẩn đoán lâm sàng trên những ca ấy lại xuất hiện sớm và đậm nét hơn, có tác dụng thực tiễn như nhích lại gần một chẩn đoán về bản chất bệnh lý hơn là hiện tượng bệnh lý.

Nếu chẩn đoán giải phẫu bệnh là tối hậu quyết định bất kể trường hợp nào thì khi được mời chẩn đoán giải phẫu bệnh lý một bệnh động kinh, bác sĩ giải phẫu bệnh mới thấy lúng túng vì có thể mất rất nhiều thì giờ mà không khu trú được thương tổn bệnh động kinh, trong lúc Bác sĩ lâm sàng đã thấy trước được cơn co giật, nghiêng răng, sùi bọt mép, đi vào hôn mê ... của bệnh nhân động kinh.

Điểm này làm cho tôi thấy được rằng về thần kinh, triệu chứng lâm sàng không còn là một hiện tượng bệnh lý và trong nhiều trường hợp đóng vai trò bản chất bệnh lý.

Hơn nữa, trong mục bệnh lý thần kinh, y văn thế giới càng phát hiện một số bệnh mà thương tổn rất kín đáo, thậm chí kính hiển vi quang học không phát hiện nổi phải đòi hỏi kính hiển vi điện tử.

Thời gian tôi được học tại Trung tâm bệnh lý giải phẫu thần kinh ở Châu Âu tại Lyon. Giáo sư Tommasi nổi tiếng quốc tế đã từng thú nhận cái bất lực của chẩn đoán giải phẫu bệnh (mặc dù thế giới cho là chẩn đoán tối hậu quyết định). Giáo sư Tommasi đã từng được bầu làm Chủ tịch của nhiều cuộc họp quốc tế và đã từng đối chiếu chẩn đoán lâm sàng giải phẫu về bệnh lý Thần kinh buộc phải kết luận là đã từng mổ tử thi xóa trắng (autopsie blanche) và không phát hiện ra thương tổn giải phẫu bệnh thần kinh trên bệnh nhân tử vong vì bệnh lý thần kinh.

Ở đây Bà Thầy lại chú trọng các triệu chứng thần kinh không cần đi sâu vào bản chất bệnh lý dựa trên sự hiểu biết sâu xa của bà về giải phẫu học và sinh lý học thần kinh, cốt làm sao để kích thích hệ thần kinh cảm giác để đạt đến tủy não và giao cho hai vị thống soái thần kinh này khi nhận được kích thích sẽ chỉ huy sự điều hòa hoạt động các cơ quan, các bộ phận qua phản xạ, còn bản thân mình là người thấy thuốc tuyệt đối không nuôi ước vọng là can thiệp vào sự tự trị của hai vị thống soái trên.

Sự thành công của bà thầy khiến tôi suy nghĩ: Giá như tôi biết bổ sung vào chuyên khoa của tôi phương pháp của bà thầy đang đi sâu vào áp dụng môn sinh lý học thần kinh một cách uyển chuyển chứ không phải cố định như trên tử thi, mà biết tác động trên dây thần kinh khi bệnh nhân đang còn sống, chẳng hạn như vợ tôi đang bị đe dọa tuyệt áp tụt dài.

Nhìn thương tổn thần kinh một cách động chớ không phải tĩnh sẽ giúp cho tôi quán triệt được khái niệm săn sóc sức khỏe ban đầu trong lĩnh vực thần kinh như Y học phục hồi vậy.

Cái dốt của tôi trong lĩnh vực giải phẫu bệnh lý đi tìm thương tổn bệnh lý cố định như bị mất tôi không cho thấy sự uyển chuyển của thương tổn thần kinh ban đầu còn là sinh lý phục hồi được trước khi trở thành bệnh lý bất khả phục hồi. Nhưng khi tỉnh giấc ngủ trong lĩnh vực giải phẫu bệnh lý, tôi bước vào lĩnh vực sinh lý và giải phẫu thần kinh do Bà Thầy Thu Cúc dẫn đường đến lộ trình các dây thần kinh ngoại biên cảm giác hướng tâm để vào não tủy của vợ tôi, tôi mới thấy bật ra rằng Bà Thầy thành công bằng cách biết dùng quy luật sinh lý học thần kinh tác động trên giai đoạn dây thần kinh đang còn phục hồi được và Bà đã đặt tên cho phương pháp của mình là "liệu pháp phản xạ thần kinh - phản xạ xoa bóp da vùng đầu - mặt - cổ - lưng". Vậy liệu pháp này là gì? Và tại sao nó lại đạt được hiệu quả nhanh chóng như vậy? Vấn đề này sẽ được trình bày ở những chương sau.