

Mấy ý kiến về vấn đề kết hợp y học cổ truyền dân tộc trên lâm sàng

TRẦN ĐỖ TRINH

Với thực tiễn công tác ở một bệnh viện y học hiện đại, nhất là trong một chu en khoa sâu, tác giả nêu lên một số suy nghĩ về nguyên nhân làm cho y học cổ truyền dân tộc chưa thật sự đi vào nhận thức và hành động của người cán bộ y tế, chưa được kết hợp một cách tư giác và có hiệu quả trong lâm sàng; qua đó kiến nghị một số biện pháp trước mắt nhằm góp phần đẩy mạnh việc kết hợp hai nền y học trong công tác điều trị và nghiên cứu khoa học.

LÀ một thầy thuốc chuyên khoa tim mạch, công tác ở một bệnh viện đa khoa tuyến trung ương từ nhiều năm nay, tôi xin nêu một vài ý kiến nhận thức về Y học cổ truyền dân tộc (YHCTDT) trong vị trí công tác của mình.

Có một điều khẳng định rõ ràng là YHCTDT đã có những đóng góp to lớn vào sự nghiệp chữa bệnh cho nhân dân ta. Hàng ngày hàng giờ, các bài thuốc đông nam y, châm cứu được sử dụng rộng rãi trong quần chúng nhân dân, nhất là ở nông thôn. Còn trong các cơ sở chữa bệnh, YHCTDT đã phát huy tác dụng tốt với các phương pháp chống đau cơ năng như đau thần kinh tọa, đau đầu, đau khớp, đau lưng..., chữa cảm cúm, châm tể phẫu thuật... Chính vì thế mà Hội đồng khoa học và Ban giám đốc Bệnh viện Bạch Mai đã toàn tâm toàn ý ủng hộ cho các đề tài y học dân tộc và đã đạt được một số thành công nhất định.

Chúng tôi cho rằng, dù sao nền YHCTDT của ta cũng vẫn là một nền y học hoàn chỉnh vì nó ra đời từ cổ xưa, phát triển lên thành những lý luận y lý mà nhiều đời công nhận, có thực tiễn chữa trị khỏi bệnh rõ ràng và có cả một đội ngũ thầy thuốc đông đảo, hành nghề có hiệu quả qua nhiều thế hệ. Có điều là nó còn có những chỗ hẫng, những chỗ phân tán, những chỗ chỉ kinh nghiệm chủ nghĩa, chưa được chứng minh một cách logic, khoa học vì không được các nền

văn minh tiếp nối nhau bồi dưỡng tôn tạo như y học hiện đại (YHHD).

Đi vào thực tế, chúng tôi nghĩ ta không nên nói xuôi chiều mà phải nhìn đúng sự thật là YHCTDT chưa thực sự đi vào đời sống cán bộ trong ngành y tế. Đa số cán bộ y tế chưa sử dụng YHCTDT. Trong rất nhiều lĩnh vực y học, không có mặt YHDT. Nhiều bệnh viện kể từ trung ương đến các địa phương sử dụng YHDT rất ít, không đáng kể. Trong nghiên cứu khoa học số công trình về YHDT còn quá ít, chất lượng chưa cao, vì chưa có sự hưởng ứng nhiệt tình. Song vì quan điểm và đường lối, thành tích hoạt động về YHDT vẫn được nêu trong các báo cáo tổng kết thi đua hàng năm của đơn vị một cách gượng ép, hình thức.

Tại sao YHCTDT lại chưa thực sự đi vào đời sống cán bộ trong ngành? Chúng tôi cũng không cho tư tưởng coi thường, thành kiến với YHDT là phổ biến trong ngành. Vấn đề là nhiều cán bộ làm YHHD chưa thấy tác dụng, hiệu quả rõ ràng của YHDT, chưa cảm thấy cần thiết, hoặc chưa có thói quen dùng nó. Hơn nữa có nhiều bài thuốc YHDT lúc đầu được phổ biến là rất hay, rất tốt nhưng sau quá trình kiểm nghiệm của thời gian cho thấy không có hiệu quả thật sự, làm giảm lòng tin.

Ở khoa tim mạch Bệnh viện Bạch Mai, mặc dù khoa đã có qui định kết hợp dùng YHDT để điều trị bệnh nhân, nhưng phong trào cứ năng

lên rồi xẹp xuống. Có một thực tế gây khó khăn thêm là cứ thỉnh thoảng, trong báo cáo giao ban buổi sáng của bác sĩ trực hôm trước lại có những ca bệnh nhân đã được điều trị YHDT ở đâu đó, thậm chí ở cả các đơn vị YHDT tuyến trung ương, nhưng rồi bệnh nặng lên quá nhiều nên phải chuyển đến bệnh viện Bạch Mai. Xem kỹ tiến triển bệnh thì thấy có ca do YHDT điều trị không có hiệu quả, hoặc làm bệnh nặng lên. Và khoa chúng tôi lại phải cấp cứu căng thẳng, công phu mới cứu sống được bệnh nhân.

Ngoài ra khi nghe các báo cáo khoa học về YHDT, chúng tôi thấy nhiều chỗ tiêu chuẩn hơi lỏng lẻo, thiếu chặt chẽ, không có nhóm chứng, không có so sánh khách quan nên cũng thiếu tin tưởng.

Đề YHCTDT thực sự đi được vào đời sống cán bộ trong ngành, chúng tôi nghĩ điều hết sức cơ bản là phải nâng cao chất lượng của YHCTDT lên bằng cách đi sâu nghiên cứu đánh giá về hiệu quả thật sự và về lợi ích kinh tế của nó.

Chúng tôi không đồng tình với phương pháp kiểm tra hàng trăm, hàng nghìn bài thuốc rồi cứ đem ứng dụng, tức là cứ làm rồi đánh giá sau, mà thực tế là sau đó thường bỏ qua, chẳng có ai đánh giá cả. Chúng ta đã làm YHCTDT từ gần một nửa thế kỷ rồi cứ đầu có phải mới bắt đầu. Cho nên vấn đề đánh giá phải được coi là hết sức cấp bách. Hơn nữa kinh nghiệm cho biết là nếu tổ chức cẩn thận từ đầu, tuy mất một số kinh phí công sức nhưng sớm loại bỏ được những sai lầm và do đó tiết kiệm được rất nhiều.

Chúng ta rất trân trọng những kinh nghiệm y học ông cha ta để lại, nhưng ngày nay, với công cuộc đổi mới đang làm biến động lớn trong mọi ngành nghề xã hội, kể cả các nghị quyết của các cơ quan tối cao của Đảng và Nhà nước cũng đều phải chịu sự phân xét của thực tiễn xã hội thì ngành YHCTDT cũng không thể đứng ra ngoài quy luật chọn lọc tự nhiên. Hơn nữa cần so sánh với các phương pháp vật lý trị liệu hoặc xoa bóp khác thường được quen dùng lâu nay.

Về phương thức nghiên cứu, chúng tôi nghĩ hiện nay nếu bắt tất cả các thầy thuốc YHDT ngồi nghiên cứu lý luận YHDT rồi vận dụng vào lâm sàng (như các cuộc kiểm tra chéo hàng năm vẫn làm) thì thật là một điều không tưởng và hình thức. Nhưng nếu yêu cầu họ ứng dụng vào chữa bệnh các bài thuốc YHDT đã được thử nghiệm lâm sàng có hiệu quả cao thì lại là một việc làm dễ được chấp nhận và sẽ có những hiệu quả rõ ràng.

Chúng tôi nghĩ nên thành lập một hội đồng đặt ở Viện y học dân tộc trung ương làm nhiệm

vụ chọn lựa trong các bài thuốc đã được nghiên cứu, thí dụ trong danh mục 8-11 đề tài (với 529 đề tài lâm sàng) đã nghiên cứu trong 30 năm qua lấy ra các công trình có giá trị thực sự và thực tiễn, đánh giá lại và đề nghị với Bộ đề có biện pháp đưa vào sử dụng rộng rãi trong lâm sàng. Công trình nào kết luận còn chưa rõ thì cho qua thử nghiệm lâm sàng một lần nữa. Công trình nào không có tác dụng thì loại hẳn, không công nhận.

Hơn nữa Hội đồng còn đề xuất ra một chiến lược YHCTDT thật sát đúng về thừa kế các bài thuốc mới rồi cho thử nghiệm lâm sàng thật chặt chẽ. Về vấn đề này, chúng tôi cho rằng cần làm có trọng tâm, có lựa chọn, vì trong nghiên cứu, phải đảm bảo mức chặt chẽ tối đa nên không thể làm nhiều một lúc. Viện YHDT trung ương với labô thực nghiệm như hiện tại là một đềm mạnh nhưng cần phải đặt quan hệ chân rết với các chuyên khoa sâu trong ngành mới bảo đảm thử nghiệm lâm sàng tốt cho mọi đề tài cần thiết và trong nghiên cứu mỗi bài thuốc, ngoài hiệu quả và các phản ứng phụ độc hại, cần chú ý nhiều hơn đến khía cạnh tiện lợi cho bệnh nhân và thầy thuốc dễ thực hiện.

Riêng lĩnh vực tim mạch, chúng tôi thấy trong danh mục 8-11 công trình đã có kết có 11 công trình về chuyên khoa này, gồm 5 về Tăng huyết áp, 3 về loạn nhịp tim và 3 về viêm tắc động mạch chi. Thật là quá ít, và trong mỗi đề tài cũng còn ít cả về số ca nghiên cứu. Trong khi đó, được nghe rất nhiều đồng nghiệp YHDT nói châm cứu có tác dụng điều trị tăng huyết áp rất tốt, thí dụ châm cứu đã có tỷ lệ thành công chữa cao huyết áp lên tới 85%, nếu đúng như vậy thì quả là một tỷ lệ tuyệt vời vì điểm trong các phát minh lớn và hiện đại về các thuốc và phương pháp chống tăng huyết áp, loại tốt nhất cũng chỉ đạt 55 - 60% mà thôi. Chúng tôi cũng được biết có nhiều loại thuốc YHDT có tác dụng giảm áp khác như: Ngưu tất, cá dề, hoàng cầm, uy linh tiên, hy thiêm, long đóm thảo... Và các được liệu lợi tiêu sử dụng kết hợp như rễ cỏ tranh, bông mã đề, trạch tả, phục linh... Nhưng trong danh mục các đề tài nghiên cứu đã tổng kết, chúng tôi lại không thấy các công trình điều trị tăng huyết áp bằng châm cứu hoặc bằng các bài thuốc đó. Với tư cách là chủ nhiệm Chương trình nghiên cứu các bệnh tim mạch chúng tôi đã nhiều lần chủ động đề nghị các đồng nghiệp chuyên khoa YHCTDT phối hợp nghiên cứu nhưng chưa được đáp ứng.

Về tăng huyết áp, chúng tôi đang tiến hành đề tài thử nghiệm lâm sàng của 32 lô điều trị trong

đó có các lô không dùng thuốc, lô dùng Đông y, lô dùng Tây y với được liệu trong nước do Viện được liệu của ta nhiên cứu và các thuốc nhập ngoại hiện đại và mới nhất, được xếp vào 6 bậc thang điều trị có so sánh với nhau và với một nhóm Placebo rất nghiêm chỉnh có ngẫu nhiên hóa và mù kép.

Đã sơ kết 2 năm ở Hội thảo tăng huyết áp lần thứ 2 (tháng 3/1989) thấy có kết quả đáng khích lệ. Trong phương pháp nghiên cứu các bài thuốc tăng huyết áp cần chú ý đặc biệt đến một yếu tố là huyết áp của người bệnh rất hay dao động. Có khi vào viện chỉ sau một vài giờ, một vài ngày, không dùng thuốc gì, huyết áp đã tự nó xuống rồi. Nếu lúc đó ta cho một thứ thuốc hay châm cứu thì dễ ngộ nhận rằng huyết áp xuống là do hiệu quả tốt của thuốc hay châm cứu. Cho nên, điều cơ bản là phải đo huyết áp nhiều lần để nắm được huyết áp chính thống của bệnh nhân trước điều trị cũng như huyết áp chính thống sau đợt điều trị rồi dùng toán học so sánh với nhau thì mới đánh giá được chính xác hiệu quả của bài thuốc. Với cách làm như vậy, chúng tôi thấy Trạch tả không đem lại hiệu quả giảm áp có ý nghĩa thống kê.

Mặt khác chúng tôi cũng đã sử dụng các phương pháp tác động cột sống và châm cứu để điều trị tăng huyết áp. Yêu cầu cơ bản trong điều trị là phải giữ được con số huyết áp thường xuyên bền vững ở mức bình thường, nghĩa là dưới 140/90 mmHg, có thể mới tránh được các biến chứng tim não thận. Vì vậy ngày nào bệnh nhân cũng phải uống một vài viên thuốc, (giống như điều trị đái đường). Bỏ thuốc mấy hôm, huyết áp sẽ lại lên cao. Châm cứu có thể làm hạ áp nhưng cũng chỉ chốc lát hoặc một vài ngày, do đó quanh năm, ngày nào bệnh nhân cũng sẽ phải đến thầy

thuốc để châm cứu. Đó là một điều không thể làm được trong thực tế nên nhiều bệnh nhân phải bỏ. Trước tình hình đó, chúng tôi lại nghiên cứu áp dụng châm cứu để điều trị những bệnh nhân bị các cơn huyết áp vọt lên quá cao để phòng tai biến, nên đã mời một bác sỹ có kinh nghiệm lâu năm về châm cứu, hàng ngày đến điều trị cho các ca đó, song không có kết quả (huyết áp không hề xuống, vẫn giữ rất cao). Nhưng chúng tôi vẫn muốn tiếp tục công trình này một cách nghiêm túc cũng như với các bài thuốc YHCTDT khác. Trong chương trình này, có điều lợi cơ bản là làm đồng thời các lô một lúc, với một phương pháp thống nhất và chặt chẽ dựa trên những kinh nghiệm mới nhất của tổ chức y tế thế giới năm 1988 do đó có thể dùng máy vi tính so sánh chéo nhiều phía giữa hiệu quả của các lô với nhau. Lại làm ở nhiều cơ sở khác nhau để bảo đảm tính khách quan. Chúng tôi xin chính thức đặt lời mời đến tất cả các đồng nghiệp có làm đề tài về điều trị bệnh tim mạch và tăng huyết áp tham gia vào Chương trình của chúng tôi. Thí dụ như loại thuốc hạ áp của ta (bác sĩ Bùi Chí Hiếu báo cáo) có cả tác dụng lợi niệu, an thần, hạ Cholesterol trong máu, đang được bán ở Liên Xô, chúng tôi rất mừng và rất muốn được thử nghiệm loại thuốc đó. Vì cho đến nay, nước ta vẫn còn rất thiếu các loại thuốc chống tăng huyết áp. Số dĩ 98% bệnh nhân tăng huyết áp ở nước ta không được điều trị đúng cách, bị thả nổi cho các tai biến, một phần là do ta thiếu thuốc. Chúng tôi hy vọng với sự kết hợp đầy trách nhiệm giữa YHCTDT và Y học hiện đại, chúng ta có thể sớm cải thiện được vấn đề này cũng như nhiều vấn đề nặng nề khác mà bệnh lý Việt Nam đang đặt lên vai chúng ta.

Biên tập: Nguyễn Chân Giác

HOÀNG LIÊN SƠN... (Tiếp theo trang 18)

chọn, có khả năng tiếp nhận của mình và khả năng đầu tư của bạn.

— Phải gắn cho được hợp tác trong nước và nước ngoài, hợp tác trong nước để thúc đẩy sản xuất và tạo điều kiện để có thể hợp tác với nước ngoài.

— Trong hợp tác phải tính toán hiệu quả kinh tế xã hội. Mục đích của hợp tác khoa học và kỹ thuật là mang lại hiệu quả kinh tế xã hội thiết thực.

— Phải có tự chủ và trách nhiệm của cơ sở. Xuất phát từ yêu cầu đòi hỏi của cơ sở sản xuất. Phải tạo mọi điều kiện thuận lợi cho họ (có đầu tư nhất định, tạo điều kiện thuận lợi để họ tiếp nhận nhanh hơn).

— Phải có quản lý tập trung, thống nhất và chặt chẽ để việc hợp tác nhanh cho hiệu quả của sản xuất.

— Phải tranh thủ sự ủng hộ, giúp đỡ, tạo điều kiện của các cơ quan Trung ương.

Người thực hiện: Nghiêm Phú Ninh