

GIÁO ÁN
KỸ THUẬT CHẨN TRỊ BỆNH
BẰNG PHƯƠNG PHÁP DC-ĐKLP
KẾT HỢP ĐÔNG TÂY Y



Lương-y Tạ Minh.

ĐTDD: 091.8388.718.

Blog: vn.360plus.yahoo.com/taminhdc

Email: taminhdc@yahoo.com - minhta2002@hotmail.com

Ấn bản năm 2011

<i>CHƯƠNG 1: GIAO LƯU</i>	1
1. LỜI TRI ÂN.....	1
2. VÀI LỜI TÂM SỰ.....	2
3. CÁCH SỬ DỤNG TÀI LIỆU	4
4. ĐIỆN CHẨN - ĐIỀU KHIỂN LIỆU PHÁP YẾU QUYẾT	5
5. MỘT SỐ KHÁI NIỆM THƯỜNG GẶP	6
<i>CHƯƠNG 2: NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN</i>	9
1. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN.....	9
2. CHẨN ĐOÁN ÂM – DƯƠNG, HÀN – NHIỆT VÀ HƯ - THỰC.....	13
3. CHẨN ĐOÁN NHANH HÀN – NHIỆT.....	17
4. CHẨN ĐOÁN VỀ HUYẾT VÀ KHÍ.....	18
5. CHẨN ĐOÁN ĐÀM THẮP THỦY	20
6. CHU KỲ 12 KINH KHÍ	22
7. CHU KỲ LỤC KHÍ	24
8. CHẨN ĐOÁN HÀN NHIỆT BẰNG HUYẾT ĐIỆN CHẨN	26
9. NGUYÊN TẮC CHUNG CHẨN TRỊ CHỨNG ĐAU NHỨC	28
<i>CHƯƠNG 3: NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ</i>	30
1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ.....	30
2. LÀM SAO ĐỂ ĐẠT TỨ ĐẮC	33
3. HƯỚNG DẪN VỀ KIÊNG CỬ.....	35
4. PHỤC HỒI CHÍNH KHÍ.....	38
<i>CHƯƠNG 4: CÁC BỘ HUYẾT CĂN BẢN ĐỂ ĐIỀU CHỈNH TỔNG TRẠNG</i>	40
1. BỘ THĂNG	40
2. BỘ GIÁNG	44
3. BỘ BỔ TRUNG.....	47
4. BỘ THIẾU DƯƠNG	48
5. BỘ ĐIỀU HÒA.....	50
6. BỘ TIÊU VIÊM.....	52
7. BỘ TIÊU VIÊM KHỬ Ứ.....	54
8. BỘ TIÊU VIÊM GIẢI ĐỘC.....	56

9. TRỪ ĐÀM THẤP THỦY	57
10. BỒ ÂM HUYẾT	61
11. ÔN LÝ GIẢI BIỂU.....	64
CHƯƠNG 5: CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP.....	65
CÁCH CHẨN ĐOÁN BỆNH DO LẠNH HAY DO NÓNG GÂY RA	65
1. BỆNH HỆ HÔ HẤP.....	66
1.1. VIÊM HỌNG.....	66
1.2. VIÊM MŨI.....	67
1.3. VIÊM XOANG.....	68
1.4. VIÊM PHẾ QUẢN VÀ HEN PHẾ QUẢN	70
1.5. HEN SUYỄN	71
1.6. SUYỄN	72
2. BỆNH HỆ NIỆU VÀ SINH DỤC	75
2.1. RỐI LOẠN TIÊU TIỆN	75
2.2. RỐI LOẠN KINH NGUYỆT	77
2.3. SỎI NIỆU.....	77
2.4. SUY NHƯỢC SINH DỤC	78
2.5. HIỂM MUỘN	79
3. BỆNH HỆ TIÊU HÓA.....	80
3.1. NUỐT NGHEN	80
3.2. ĂN VÀO ÓI RA	80
3.3. ĂN KHÔNG TIÊU	80
3.4. ĐAU BAO TỬ.....	81
3.5. SÔI RUỘT	81
3.6. TIÊU CHẢY	82
3.7. ĐI TIÊU RA MÁU	82
3.8. SA TRỰC TRÀNG (phụ: Sa nội tạng)	83
3.9. BÓN.....	83
3.10. VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN	83
3.11. ĐAU VÙNG BỤNG	84
4. BỆNH HỆ VẬN ĐỘNG	85

4.1. ĐAU GÁY VAI	85
4.2. ĐAU KHỚP VAI, KẾT KHỚP VAI	85
4.3. ĐAU LƯNG.....	85
4.4. ĐAU THẦN KINH TỌA.....	86
4.5. BONG GÂN.....	87
4.6. LIỆT MỘT CƠ PHẬN NÀO ĐÓ	87
4.7. THẤP KHỚP	87
4.8. THOÁI HÓA KHỚP.....	87
5. BỆNH HỆ THẦN KINH	89
5.1. MẤT NGỦ	89
5.2. SUY NHƯỢC THẦN KINH	89
5.3. CUÔNG	89
5.4. ĐIÊN	89
5.5. VIÊM THẦN KINH V	89
5.6. LIỆT MẶT	90
6. BỆNH HỆ TIM MẠCH	91
SƠ LƯỢC VỀ HỆ TIM MẠCH	91
PHƯƠNG PHÁP ĐO HUYẾT ÁP	92
BỆNH HỆ TIM MẠCH	93
6.1. RỐI LOẠN THẦN KINH TIM	93
6.2. THIỂU NĂNG MẠCH VÀNH	93
6.3. NHỒI MÁU CƠ TIM	93
6.4. HUYẾT ÁP THẤP	93
6.5. HUYẾT ÁP CAO	93
6.6. RỐI LOẠN TUẦN HOÀN NÃO	94
6.7. RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH	94
6.8. HỞ VÀ HẸP VAL TIM.....	94
6.9. TÂM DƯƠNG HƯ'	94
6.10. TÂM KHÍ HƯ'.....	95
PHƯƠNG HƯỚNG ĐIỀU TRỊ CÁC DI CHỨNG LIỆT	96
ĐIỀU TRỊ LIỆT DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO VÀ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.	99

7. BỆNH VỀ MẮT	105
7.1. ĐAU MẮT ĐỎ CẤP TÍNH (Viêm kết mạc mắt).....	105
7.2. THOÁI HÓA THẦN KINH THỊ GIÁC, THOÁI HÓA VÕNG MẠC	105
7.3. TĂNG NHÃN ÁP (Glaucome, Cườm nước).....	105
7.4. ĐỤC THỦY TINH THỂ (đục nhân mắt, đục pha lê thể, cườm khô, cườm đá).....	105
7.5. LÉ MẮT.....	106
7.6. CHẢY NƯỚC MẮT SỐNG.....	106
7.7. CẬN THỊ	106
7.8. GIẢM THỊ LỰC	106
7.9. CHẤP MẮT (Lẹo mắt)	106
7.10. SỤP MI MẮT	106
7.11. GIẬT MI MẮT	106
8. CÁC BỆNH LINH TINH	107
8.1. MỖ HÔI TAY CHÂN	107
8.2. KHỐI U LÀNH TÍNH.....	107
8.3. KHỐI U LÀNH TÍNH Ở VÚ	107
8.4. DỒI LEO (Zona).....	107
8.5. CẢM	107
8.6. CÚM	108
8.7. NGẮT XỈU	108
PHỤ LỤC.....	109
1. HUYỆT MỐC ĐỒ HÌNH	109
2. HÌNH VẼ CÁC HUYỆT TAY, CHÂN, LƯNG, BỤNG	111
2.1. Huyệ Diện Chẩn ở bàn chân (nghiêng).....	111
2.2. Huyệ Diện Chẩn ở bàn chân	112
2.3. Tuyến và huyệ Diện Chẩn trên bàn tay.....	113
2.4. Huyệ Diện Chẩn ở bụng	114
2.5. Huyệ Diện Chẩn ở lưng	115
3. KẾT LUẬN.....	116

CHƯƠNG 1: GIAO LƯU

1. LỜI TRI ÂN

Tôi chân thành cảm ơn:

- Trước hết là thầy **Bùi Quốc Châu** (người thầy khai tâm cho tôi về y học) đã truyền dạy DC-ĐKLP cho tôi.
- Thầy Hình Ích Viễn đã truyền dạy Đông y cho tôi.
- BS Võ Khôi Bửu đã giúp tôi rất nhiều về kiến thức tây y.
- Các bậc tiền bối trong ngành Đông lẫn Tây y, thông qua sách vở tài liệu giúp tôi tăng trưởng kiến thức y học.
- Các bệnh nhân đã giúp tôi có kinh nghiệm lâm sàng.
- Sau cùng là các học viên của tôi đã giúp tôi xác minh giá trị các nghiên cứu trong thực tế trị bệnh, đồng thời có những ý kiến đóng góp để hoàn chỉnh các phác đồ trị bệnh.

Nhờ đó mà tài liệu hoàn thành.

Lương-y Tạ Minh.

14-03-2007.

2. VÀI LỜI TÂM SỰ

Cùng các bạn.

Tôi đến với Diện Chân Điều Khiển Liệu Pháp một cách rất tình cờ. Tính đến nay là 16 năm lẻ 1 tháng (7-7-1986). Tôi vào sau một số anh chị em và trước một số khác. Điều đó có lẽ không quan trọng cho lắm. Quan trọng là..... tôi yêu thích DC một cách nồng nàn và dai dẳng. Có lẽ vì liệu pháp này quá hay, quá tuyệt. Suốt thời gian qua gần như tôi không dùng thuốc trong điều trị cho bệnh nhân. Dù rằng với một vài loại bệnh có tính nguy hiểm, tôi có đồng ý cho bệnh nhân kết hợp với thuốc nhưng rất hiếm.

Từ một người không biết gì về y học, tôi vào môn phái. Qua thời gian, tôi nghiệm dần dần những yếu lý của môn DC. Qua nghiên cứu lý thuyết (DC-ĐKLП và y lý Đông Tây y) và thực hành DC tôi đã xây dựng và thành công những phương thức điều trị nhiều loại bệnh tưởng chừng khó chạm tới.

Tôi còn nhớ lần đầu tiên tôi dùng DC là cho chính bản thân tôi. Sau ba ngày đọc sách và ngồi xem thầy Châu chữa bệnh. Sáng chủ nhật nọ tôi bị nhức đầu sau khi đi chơi về. Đã định lấy thuốc ra uống nhưng chợt nhớ đang học DC. Thử xem ra sao. Thế là lấy ngay salonpas, cắt dán vài huyệt. Chừng 30 phút sau, đầu tôi nhẹ hẳn. Từ thành công ban đầu này, tôi triển khai chữa bệnh cho tất cả người thân, bạn bè. Thời gian đầu hầu hết là thành công!!!! Đến mức tôi tưởng rằng chữa bệnh không khó!?? Vì có những ca bệnh kéo dài mấy năm, đã điều trị ở những thầy thuốc mà khi nghe tên họ tôi đã hoảng hồn vì họ đã thành danh từ lúc tôi còn “hỉ mũi chưa sạch”, vậy mà dùng DC chữa có vài lần bệnh đã khỏi hẳn?? Đến mức tôi tưởng rằng DC là “vô địch thiên hạ”!! Sau này mới biết vấn đề không như vậy!!!

Tôi được thầy Châu cho “xuống núi” sau 4 tháng học và tự thực hành ở nhà. Vào cộng tác tại Trung Tâm DC, tôi mới bắt đầu thấy khó. Bệnh trăm ngàn kiểu cách, bệnh nhân cũng chẳng ai giống ai. Áp dụng kinh nghiệm ở bệnh nhân này cho bệnh nhân khác có lúc thành công có lúc thua đậm mà chẳng hiểu tại sao!?? Tên bệnh đã không rành, cơ chế bệnh nguyên nhân bệnh lại càng mù tịt!! Mặc dù vẫn có những thành công ngoạn mục như vừa nói, nhưng rất nhiều lúc thua trắng tay, mà không hiểu tại sao!!

Thầy Châu chỉ dạy DC còn thì..... ông lờ đi nếu không muốn nói là ông dị ứng với tất cả các môn phái khác (giai đoạn đó) đến độ tôi và một số anh chị khác đã phải lên đi học thêm về Châm cứu và Đông y!! Học xong mới cho ông hay. Tuy nhiên học gì thì học tôi vẫn làm DC. Chỉ

có khác là vận dụng những y lý Đông và Tây vào DC để điều trị cho bệnh nhân chứ không hẳn chỉ dùng thuần túy theo sinh huyết đồ hình hay đồng ứng.....v.v.. Nếu có phối hợp huyết Thể châm thì cũng theo nguyên tắc sinh huyết. Có nghĩa là vận dụng nguyên lý của Diện Chẩn vào các phương pháp điều trị khác.

Tôi tham gia tổ huấn luyện từ năm 1987 và nhận vai trò tổ trưởng Tổ Giáo Vụ từ đó. Soạn giáo trình, tổ chức lớp theo chỉ đạo của thầy Châu. Năm 1988, tôi bắt đầu thấy sự cần thiết trong việc phổ biến kiến thức y lý cho học viên nhưng không được thầy Châu ủng hộ. Lý do như vậy thì chương trình huấn luyện kéo dài quá, không bảo đảm việc phổ biến rộng phương pháp cho mọi người.

Một hôm, 1993, sau khi tôi đi Nga về tôi được thầy Châu gọi vào và gợi ý cho phép dạy riêng cho những học viên nào có nhu cầu. Tôi bắt đầu phổ biến kinh nghiệm theo cách riêng của tôi: kết hợp y lý Đông Tây y vào Diện Chẩn. Lúc đầu, tôi chỉ nhận dạy những học viên đã theo học lớp cơ bản ở Trung Tâm, tôi chỉ dạy phần riêng của tôi mà thôi. Chương trình này kéo dài hơn ba tháng (khoảng 80 tiết học). Nhưng cũng chỉ được những điều cơ bản nhất của Đông Tây y và chuyên sâu về Diện Chẩn mà thôi. Thật ra, chương trình này chưa đủ để chẩn trị tốt cho mọi trường hợp bệnh lý, nhưng tạm đủ để hạn chế sai lầm trong chẩn đoán và điều trị.

Đến nay, chương trình này đã được thực hiện gần 10 năm. Tôi dạy không nhiều vì bận việc điều trị quá nhiều nhưng có điều an ủi là những anh chị em do tôi huấn luyện đều vững vàng, thành công và hầu hết đều đang theo nghề Diện Chẩn liên tục từ đó đến nay.

Bài giảng này được tôi biên soạn lại, có cập nhật những kinh nghiệm riêng mới nhất. Là tâm huyết của tôi trong hơn 16 năm học và làm Diện Chẩn. Chưa thỏa mãn lắm về chương trình này, nhưng thời gian có hạn và yêu cầu cấp bách, tôi tạm thời đúc kết để có tài liệu hướng dẫn các bạn. Mong các bạn thông cảm cho những gì mà các bạn cho rằng thiếu sót.

Lương y **Tạ Minh**, tháng 11-2002.

Tháng 8-2010, nhận lời mời của L.y. Đồng Văn Toán, tôi đến Hải Phòng bồi dưỡng về DC cho các thành viên CLB/DC ở đây. Sau đó lại đến Hà Nội, Bắc Ninh, Thái Bình. Nhận thấy cần bổ sung, chi tiết hóa hơn nội dung tập sách này, nên tôi biên tập lại và bổ sung các bài viết mới để cập nhật các kinh nghiệm mới về lý thuyết cũng như thực hành. Do đó có ấn bản này mong giúp ích thêm cho các bạn.

Hà Nội, 15-11-2010.

3. CÁCH SỬ DỤNG TÀI LIỆU

Vài điều cần nhớ khi đọc tập sách này:

- Tài liệu này là kinh nghiệm riêng nên vẫn cần dùng kèm với các tài liệu đã có do Thầy CHÂU xuất bản. Cụ thể cần nhất: DC-ĐKLP, Bài giảng DC-ĐKLP, Tuyển tập Đồ Hình, Hình huyết chính diện và trắc diện.
- Đọc kỹ một lần cho đến hết để biết đại cương tài liệu này trình bày những gì.
- Các phác đồ (công thức) điều trị trong tài liệu này luôn luôn mang tính tổng quát. Do đó không mấy khi dùng hết tất cả các huyết trong mỗi phác đồ. Nên dò sinh huyết dựa theo phác đồ đã nêu, chỉ dùng các huyết có báo bệnh, những huyết còn lại không cần dùng. Qua cách này dần dà các bạn sẽ quen với cơ chế bệnh lý và tìm thấy nhiều thú vị qua những trường hợp cùng tên bệnh mà chẳng ai giống ai. Từ đó, bạn sẽ tự rút ra được những kinh nghiệm bản thân. Đó là vốn liếng quý nhất cho mỗi người mà không ai có thể truyền dạy được và bạn sẽ nhớ mãi không quên.
- Những bộ huyết này không chỉ được sử dụng ở mặt mà có thể sử dụng ở các bộ phận phản chiếu khác như ở bàn tay, bàn chân, lưng, bụng. Vấn đề là biết xác định huyết ở các nơi này.
- Với những anh chị em có y lý vững, qua các bài này tôi hy vọng sẽ giúp hiểu sâu hơn và say mê hơn môn DC-ĐKLP, dù rằng tôi không giải thích lý pháp phương huyết. Việc lý giải xin hẹn dịp khác.
- Điều quan trọng nhất trong chẩn đoán là phải tìm cho ra bệnh thuộc âm-dương, khí huyết, hàn-nhiệt, hư thực, ... trong Bát Cương.

Tôi không có tham vọng giúp các bạn trở thành thầy thuốc giỏi nhưng mong rằng qua tập sách mỏng này các bạn vững bụng hơn và hạn chế sai lầm khi điều trị cho mình và cho gia đình

Tạ Minh.

Mobile: 091.8388.718

E-mail: taminhdc@yahoo.com, minhhta2002@hotmail.com

Blog: vn.360plus.yahoo.com/taminhdc

4. DIỆN CHẨN - ĐIỀU KHIỂN LIỆU PHÁP YẾU QUYẾT

Tạ Minh.

Muốn giỏi Diện chẩn – Điều khiển Liệu pháp các bạn cần thực hiện các điều sau đây:

- 1) Thuộc lòng tất cả đồ hình căn bản, các hệ thống phản chiếu phụ (là các đồ hình chưa được vẽ ra).
- 2) Thuộc và hiểu các thuyết DC và thuyết ĐKLP một cách tường tận chứ không chỉ hiểu nghĩa của câu văn. Điều này cần thực hành nhiều thì mới thấm sâu được.
- 3) Nắm vững tác dụng và kỹ thuật sử dụng, thao tác nhuần nhuyễn tất cả các dụng cụ chữa bệnh.
- 4) Biết những điểm đại cương cơ bản về giải phẫu cơ thể, sinh lý và bệnh lý nội khoa tây y.
- 5) Nắm vững lý thuyết cơ bản (như Âm Dương, ngũ hành, tạng tượng, bát cương, bát pháp...), bệnh lý nội khoa đông y.
- 6) Học thêm các phương pháp châm cứu, bấm huyệt khác – nếu giỏi càng tốt. Tìm cho ra sự giống nhau và sự khác nhau giữa chúng với nhau cũng như giữa chúng với DC.
- 7) Bạn cần nhớ “LINH ĐỘNG” không có nghĩa là bừa bãi, vì vậy cần tôn trọng các nguyên tắc chẩn đoán, điều trị để không gây phản ứng xấu cho bệnh nhân.

DC-ĐKLP dù sao cũng chỉ là **phương tiện chẩn đoán và điều trị** trong y học dân tộc như các phương tiện khác (Thể-Nhĩ-Đầu-Thủ-Túc châm, Chích lễ, Thập chỉ đạo.....v.v..), **y lý gồm cơ thể học, sinh lý học và bệnh lý học mới là nền tảng**. Nền tảng vững chắc thì mới phát huy tác dụng của phương tiện được, bằng không rất dễ gây rối rắm khi chữa bệnh mà không chẩn đoán, không biết y lý, không có nguyên tắc. Điều này không riêng gì cho DC-ĐKLP mà cho mọi phương pháp y học.

Tính đại chúng của DC-ĐKLP là không thể phủ nhận, nhưng căn bản y lý lại không thể không học. Nếu không, sẽ có lúc ta hại bệnh nhân mà không hề hay biết. Đó cũng là một cái tội trong ngành y vậy. Mong được sự đồng cảm của các anh chị em say mê Diện Chẩn.

TP. Hồ Chí Minh, 21-12-1998.

5. MỘT SỐ KHÁI NIỆM THƯỜNG GẶP

Trong Đông y, thường gặp những cặp khái niệm mà tuy đã giải thích khá chi tiết nhưng hình như vẫn tỏ ra khó hiểu với người sinh sau đẻ muộn như chúng ta như chính khí - tà khí, chủ khí – khách khí.....v.v.. Bài viết này trình bày những cái hiểu của riêng tôi theo ngôn ngữ của hiện đại và bổ sung những nhận thức của riêng tôi trên lâm sàng nhằm giúp các bạn hiểu phần nào các ý nghĩa đó. Mong rằng khi đọc sách Đông y các bạn sẽ thấy dễ hiểu hơn.

- **Chủ – Khách:** chủ là cơ thể, khách là yếu tố bên ngoài tác động đến cơ thể. Thời tiết và Thực phẩm là **khách** thường gặp của cơ thể. Khi ta ăn vào, thức ăn đã vào bộ máy tiêu hóa nhưng vẫn còn là khách. Chỉ khi nào tất cả thức ăn đó được tiêu hóa, hấp thu rồi biến thành dưỡng chất dự trữ để trong tương lai tạo thành các loại tế bào, là một thành phần của cơ thể, thì chúng mới biến thành chủ. Vì thế đã là chủ thì không bao giờ gây bệnh. Chỉ có khách mới có thể gây bệnh, nhưng không phải khách nào cũng gây bệnh. Chỉ những khách không hòa hợp được với cơ thể hay cơ thể không chịu đựng nổi không hóa giải nổi mới gây bệnh (tâm bổ quá mức cơ thể không đủ sức biến đổi thành dưỡng chất), thường được gọi là Tà Khách (khách tà).
- **Chính - Tà:** Chính khí là khí căn bản của cơ thể còn gọi là nguyên khí. Tà khí là khí của khách không hòa hợp với Chính khí. Trên nguyên tắc là chỉ khi nào Chính khí suy yếu thì tà khí mới xâm nhập và gây bệnh được. Nhưng trong thực tế khi Tà khí quá mạnh thì dù Chính khí không suy cơ thể vẫn có thể bị nhiễm bệnh được. Như ta thấy nếu bỗng nhiên đưa một người từ xứ nhiệt đới sang địa cực mà không có áo quần chống lạnh thì dù đang khỏe mạnh thế nào đi nữa họ cũng phải bị cảm lạnh.
- **Biểu – Lý:** Biểu là bên ngoài. Lý là bên trong. Mỗi tương quan này cũng nên hiểu một cách tương đối rộng chứ không chỉ là mối liên hệ tạng – phủ với nhau. Như ta thấy nếu da là biểu thì cơ là lý. Tạng là lý thì phủ là biểu. Kinh là biểu thì phủ tạng là lý. Lạc là biểu thì kinh là lý. Với DC-ĐKLP thì gần như biểu và lý là một. Vì ta đã biết khi bệnh nhân bị đau dạ dày (lý) hay đau theo kinh Vỵ (biểu) hay đau cạnh ngoài đùi (biểu) thì cũng đều cần huyết 39 trong chẩn đoán và điều trị. Các huyết còn lại - trong một phác đồ điều trị nào đó - được dùng để chữa theo cơ chế mà thôi.
- **Tiêu – Bản:** Tiêu là ngọn bệnh, Bản là gốc bệnh. Đây là một cặp ý niệm khá lý thú và rắc rối. Và..... cũng rất **tương đối**. Với những bệnh đơn giản mới mắc thì thường gốc – ngọn là một và thường là bệnh thực. Như thương thực gốc hay ngọn gì cũng ở Vỵ, ho khi bị cảm thì gốc

hay ngọn gì cũng ở Phế. Nhưng với những bệnh mắc phải đã lâu thì có thể ngọn và gốc cách nhau..... xa lắc xa lơ. Thậm chí có những trường hợp bệnh mới phát cũng có GỐC và NGỌN cách xa nhau. Ngoài ra tính tương đối còn thể hiện ở chỗ một GỐC này có thể là NGỌN của một GỐC khác.

Thí dụ như trong bệnh Thần kinh tọa. Ngọn của bệnh là đau chân, gốc của nó là một thương tổn của vùng thắt lưng – cùng. Nhưng bệnh lý ở thắt lưng – cùng có thể là ngọn của một trong những gốc: viêm khớp, vôi hóa, loãng xương, chấn thương, hàn thấp kết tụ, nhiệt thấp kết tụ.....v.v.. Trong chứng nhức đầu (ngọn) thì gốc có thể là huyết áp cao hay kinh mạch bế tắc và nhiều gốc khác nữa, nhưng huyết áp cao cũng chỉ là ngọn của một trong các gốc: hẹp mạch máu thận, rối loạn lipid máu, thiếu máu cơ tim.....v.v.. Còn kinh mạch bế tắc thì có thể có gốc do Dương hư, Âm hư, Hàn tà thực bế, nhiệt tà thực bế hay cũng có khi do tổn thương kinh mạch vì chấn thương cơ thể hay tinh thần.

Tuy nhiên các bạn cần biết rằng Đông và Tây y có cái nhìn khá khác nhau về gốc và ngọn của bệnh. Cần thận kéo có sự nhầm lẫn không đáng có.

Nhưng **theo ý kiến của riêng tôi** thì chỉ có hai GỐC: TIÊN THIÊN BẤT TÚC và HẬU THIÊN BẤT CHÍNH. TIÊN THIÊN BẤT TÚC là di truyền bẩm sinh của mỗi người tiếp thu từ cha mẹ. HẬU THIÊN BẤT CHÍNH là những hoạt động sai lầm của thể xác và tinh thần. Sinh hoạt thể xác như lao động, vui chơi, ăn uống sai lầm với cường độ cao hay kéo dài khiến cơ thể hư hao lệch lạc mà sinh bệnh. Do sinh hoạt tinh thần không đúng như để cho những ý niệm không tốt (nóng giận, hận thù, lo lắng...) kích động cơ thể thường xuyên khiến tinh thần bị bệnh hoặc cơ thể bị ảnh hưởng sinh bệnh.

Vì thế, GỐC bệnh sâu xa nhất là đây. Một cơ thể bị khiếm khuyết về gene thì có lẽ chỉ có mai sau khi liệu pháp gene hoàn chỉnh may ra mới chữa tốt được. Rõ ràng một cầu thủ không thể hết chấn thương gối khi còn mãi ra sân thi đấu, một bệnh nhân bị rối loạn tiêu hóa không thể khỏi bệnh khi mãi ăn uống thức sống - lạnh. Một bệnh nhân bị dị ứng không thể khỏi bệnh nếu cứ mãi tiếp xúc với kháng nguyên. Như vậy trị bệnh là **trị vào cơ thể bệnh nhân (gene) và sửa đổi các sinh hoạt không đúng** cho bệnh nhân thì **mới gọi là có TRỊ GỐC được**.

- **Hư – Thực:** Hư và Thực là hai hiện tượng luôn cần chẩn đoán đúng trong Đông y. Chẩn đoán Hư - Thực có đúng thì việc điều trị mới thành công an toàn và rất ráo được. Các sách thường định nghĩa Hư là suy yếu thiếu hụt, Thực là dư thừa. Ta thường gặp các ý niệm: “Hư là chính khí hư, Thực là tà khí thực” có nghĩa vì chính khí suy yếu nên phát bệnh (thuộc hư chứng),

vì tà khí mạnh gây ra bệnh (thuộc thực chứng), đây là nguyên tắc để phân định hư – thực. “Bệnh đã lâu thuộc hư, bệnh mới phát thuộc thực” có nghĩa bệnh đã lâu mà không trị dứt thì bệnh biến chuyển phức tạp hơn, phát triển ra ngoài cơ quan thụ bệnh ban đầu và làm cơ thể suy yếu dần nên chính khí bị hư, bệnh mới phát là do khách tà quá mạnh xâm nhập cơ thể mà chính khí chưa hư nên chỉ có tà khí thực. Nhưng theo tôi thì ý niệm này chỉ là một kinh nghiệm để tham khảo chứ không phải là nguyên tắc, vì trên lâm sàng có nhiều trường hợp không đúng.

- **Hoãn – Cấp:** Hoãn là thông thả, Cấp là gấp rút. Trong ngôn ngữ hiện đại chính là bệnh mãn tính và bệnh cấp tính. Một nghĩa khác là bệnh không nguy hiểm và bệnh nguy hiểm tức thời. Một nghĩa khác nữa là bệnh điều trị bình thường và bệnh thuộc diện cấp cứu. Ta thường gặp ý niệm “hoãn trị bản, cấp trị tiêu” (bệnh hòa hoãn thì trị gốc, bệnh cấp bách thì trị ngọn), đây là một hướng dẫn chính xác và tuyệt vời cho chúng ta trong Đông y. Khó khăn ở chỗ là cần phân định Gốc và Ngọn cho đúng để chữa trị kịp thời cho những bệnh thuộc loại cấp.

Lương y Tạ Minh.

CHƯƠNG 2: NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN

1. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN

Quan điểm chung:

- Tận dụng mọi phương pháp chẩn đoán hiện nay của y học.
- Sinh lý học Tây y, Bát-cương và Tạng-tượng của Đông y là căn bản để nghiên cứu bệnh lý, là chỉ tiêu để chẩn đoán và theo dõi diễn biến điều trị.

Các phương pháp chẩn đoán:

I/- TÂY Y

Đo huyết áp, sờ, nắn, nghe, hỏi về bệnh, xem các kết quả cận lâm sàng.

II/- ĐÔNG Y

1) **Vọng:** dùng mắt để quan sát các biểu hiện sinh lý bệnh lý của bệnh nhân.

– Động tác: chính xác, dứt khoát, lanh lẹ là bình thường. Quá mức là Dương chứng, yếu kém là Âm chứng.

– Ánh mắt: linh hoạt, có thần là bình thường. Long lanh phát ra ánh lạ là dương, lơ dờ vô định là âm.

– Da dẻ: tươi nhuận, đều màu, màu sắc hợp lý là bình thường. Màu sắc quá bóng là dương. Xỉn màu là âm (dù vàng hay đỏ).

– Niêm mạc: hồng đều (nên xem niêm mạc của trẻ khỏe mạnh từ 7 đến 15 tuổi để biết tiêu chuẩn). Xem thêm bài “Chẩn đoán về Huyết – Khí”.

2) **Văn:** dùng tai nghe để khảo sát:

– Cách diễn tả ý tưởng rõ ràng mạch lạc chừng mực (tùy trình độ của mỗi người) là bình thường. Diễn tả nhanh, nhảy đoạn là dương. Diễn tả chậm, ý tưởng trùng lặp là âm.

– Âm lượng vừa phải phù hợp với bối cảnh xung quanh là bình thường. Nói lớn, nói nhanh là dương. Nói nhỏ, bỏ lửng câu nói là âm. Tuy nhiên, khía cạnh này còn tùy thuộc nề nếp riêng của mỗi người.

– Hơi thở đều đặn nhẹ nhàng là bình thường. Thở nhanh mạnh là dương. Thở chậm quá nhẹ là âm. Nếu người có tập khí công thì cách chẩn đoán này không đúng.

3) **Thiết:** dùng xúc giác để khảo sát bệnh lý bằng cách sờ nắn, xem mạch.

– Da thịt cơ gân săn chắc phù hợp với thể trạng là bình thường. Co cứng là thực, lỏng nhão là hư.

– Nhiệt độ: bình thường da toàn thân có nhiệt độ tương đối đều. Khi có chênh lệch khác lạ là có bệnh. Nơi bất thường nhất là nơi có rối loạn: nóng là nhiệt, lạnh là hàn. Cách này để chẩn đoán tổng quát toàn thân. Đối với nơi đang bị đau (cục bộ) thì có thêm ý nghĩa khác: ngoài yếu tố hàn nhiệt ra còn có ý nghĩa nóng là do khí bế huyết ứ, lạnh là do khí thiếu, huyết kém.

– Mạch: xem thêm về sách mạch lý. Cần lưu ý nguyên lý về mạch cũng thường nhắc nhở: “xả mạch tòng chứng”. Vì vậy mạch cũng chỉ là một yếu tố tham khảo chứ không là yếu tố quyết định. Dĩ nhiên với người giỏi mạch thì việc sai lầm ít khi xảy ra, nhưng nếu không chú ý kết hợp với Vọng, Văn, Vấn thì khi sai lầm sẽ rất nghiêm trọng.

4) **Vấn**: theo tôi, đây là khâu quan trọng nhất và cần linh động khéo léo vận dụng kiến thức tổng quát (ngoài kiến thức y học) và suy luận trên thực tế.

Cần quan tâm đến các tình hình sau:

– Nghề nghiệp: nghề nghiệp rất ảnh hưởng đến sức khỏe. Nhất là tư thế làm việc và tinh thần khi làm việc.

– Nơi cư trú thường xuyên lâu dài (môi trường sống).

– Thói quen sinh hoạt: cường độ làm việc – nghỉ ngơi, những thú vui chơi, thói quen tắm rửa.

– Tình hình ăn uống. Cảnh giác với câu trả lời “ăn uống bình thường”. Phải hỏi cặn kẽ ăn một ngày mấy lần, mỗi lần ăn bao nhiêu, có ngon miệng hay không, có biết đói bụng hay không? Uống một ngày mấy lần, mỗi lần bao nhiêu. Tính cả phần thức ăn lỏng như canh, hủ tiếu..... v.v.. Trung bình mỗi người cần 1,5 đến 2 lít nước mỗi ngày. Nhưng cũng cần chú ý đến thời tiết, việc ra mồ hôi và việc tiểu tiện.

– Hỏi về tiểu tiện: số lần đi tiểu ngày và đêm, lượng nước tiểu (khoảng 1,5 lít / 24 giờ). Nước tiểu hơi vàng, trong trẻo, mùi khai nhẹ êm ái là bình thường. Trắng là hàn. Đục là có thấp. Đau xót, dễ hay khó – các hiện tượng này là triệu chứng chung của nhiều bệnh khác nhau, sẽ đề cập đến trong bệnh thuộc hệ Tiết Niệu.

– Hỏi về đại tiện: mấy ngày một lần. Có một số người hai ngày mới đi một lần đều đặn như thế thì đây cũng là bình thường vì họ có đại trường hơi dài. Tình trạng của phân: cứng khô hay nhão rời, to hay nhỏ, vàng hay có màu khác. Các hiện tượng này sẽ được đề cập trong bệnh hệ Tiêu hóa.

- Ngủ: dễ hay khó vào giấc, thẳng giấc hay bị trở giấc, lúc thức dậy tỉnh táo hay lơ đãng. Nằm đầu ngủ đó, ngủ khó thức dậy là khí suy. Ít ngủ, ngủ dễ thức nhưng ngủ lại không khó là khí thịnh. Khó ngủ dễ thức và khó ngủ lại là âm-huyết suy. Xem thêm bài “Mất ngủ”.
- Với phụ nữ nên hỏi thêm về kinh nguyệt. Chu kỳ đều hay không, chu kỳ dài (34 ngày) hay ngắn (23 – 25). Số ngày hành kinh, hình thức màu sắc của kinh.
- Hỏi về thời điểm bệnh tăng giảm, mùa nào giờ nào trong ngày bệnh tăng hay giảm. Tăng trong mùa nóng hay buổi trưa là nhiệt chứng dương chứng. Tăng trong mùa lạnh hay chiều tối là hàn chứng âm chứng. Nói chung là yếu tố dương (nhiệt - táo) hoặc âm (hàn - thấp) sẽ làm tăng thêm bệnh đồng tính với nó.
- Hỏi cảm giác:
 - Nhiệt: đau, ngứa, mẩn, nóng.
 - Hàn: nhức, tê, nặng nề, lạnh. Riêng trong bệnh thoái hóa các khớp tay chân, đĩa đệm cột sống, các đốt sống thì các triệu chứng này không có ý nghĩa hàn – âm tuyệt đối. Cần xét thêm bệnh tăng khi gặp yếu tố âm – hàn có xảy ra hay không mới có thể kết luận có hàn hay không. Vì luôn luôn các bệnh này làm bệnh nhân có các cảm giác nêu trên.
- Tính chu kỳ khí lực (xem bài chu kỳ khí lực và chu kỳ 6 thiên khí) nếu bệnh có quy luật về thời gian.

Về Vấn chẩn sẽ được đề cập chi tiết hơn trong mô tả triệu chứng các bệnh.

III/- DÒ HUYỆT

Là phương pháp chẩn đoán bằng cách ấn các huyết để dò tìm căn nguyên của bệnh. Thực chất cách này thuộc Thiết chẩn. Nhưng trên lâm sàng nó tỏ ra khá độc lập nếu chúng ta nắm vững các nguyên tắc và nhuần nhuyễn kỹ thuật của phương pháp. Ngoài DC-ĐKLP ta nên vận dụng thêm kiến thức của tất cả các phương pháp (môn phái, trường phái) hiện có như Thử châm, Nhĩ châm, Thủ – Túc châm..... v.v..

Khi dò huyết bằng que dò cần biết các đặc điểm sau: **khi vùng huyết bị cộm cứng là thực. Vùng huyết bị mềm lõm xuống là hư. Huyết bị đau một cách bình thường biểu hiện bệnh nhiệt nhưng cũng có thể là hàn nhẹ. Đau một cách đặc biệt không chịu nổi là nhiệt. Không đau dù đã dùng sức rất mạnh là hàn nhiều (cần thận trọng với bệnh nhân Tiểu đường). Xem thêm bài “Chẩn đoán hàn nhiệt bằng huyết DC”.**

Khi dò huyết bằng ngải cứu cần chú ý: huyết hút nóng nhanh là huyết quan trọng hơn huyết hút nóng chậm. Vừa nóng vừa buốt là hàn nhiều. Vừa nóng vừa ngứa là có nhiệt lẫn vào.

Nên nhớ chẩn đoán đúng thì điều trị mới đúng và ít có tai biến. Mà chẩn đoán bao giờ cũng khó hơn điều trị. Do đó cần kỹ lưỡng trong khi chẩn đoán để hạn chế sai sót. Và... bao giờ cũng tự hỏi rằng **“hay là mình đã sai?”**, khi kết quả điều trị không đạt như mong muốn. Không nên áp đặt rằng do lỗi của bệnh nhân vi phạm về sinh hoạt hay ăn uống.....v.v.. mặc dù không bỏ qua yếu tố này. Luôn cần quan tâm và tin cậy bệnh nhân sau khi bày tỏ quan điểm cần biết sự thật về bệnh chứng diễn tiến bệnh. Khi chúng ta tôn trọng và không làm họ sợ thì bệnh nhân sẽ tôn trọng và thành thật với ta. Nếu chúng ta nghi ngờ lời khai của bệnh nhân thiếu chính xác (vì họ ngoài ngành Y nên đôi khi không biết cách diễn tả) thì nên khéo léo kiểm chứng bằng phương pháp dò tìm sinh huyết hoặc có câu hỏi khác lời nhưng cùng ý để xác minh, không nên la rầy. **Nên ân cần với các bệnh nhân thuộc giới bình dân trình độ văn hóa thấp. Giới này thường nể sợ thầy thuốc hoặc có tâm trạng ngại ngần nên khai bệnh hay sai, sót.**

Lương y Tạ Minh, 1993.

2. CHẨN ĐOÁN ÂM – DƯƠNG, HÀN – NHIỆT VÀ HƯ – THỰC

Lương y Tạ Minh.

I/- HÀN – NHIỆT

Những triệu chứng của hàn nhiệt khá phong phú. Tùy theo bệnh mà có các chứng khác nhau. Nhưng mấu chốt vẫn là sự ưa hoặc sợ - nóng và lạnh, tăng hay giảm bệnh khi có điều kiện hàn nhiệt tác động. Cho nên rút gọn lại ta chỉ cần lưu ý các hiện tượng sau đây:

- 1) Những hiện tượng bệnh chứng thuộc hàn: với toàn thân ta có sợ lạnh, thích ẩm, bệnh tăng lên khi gặp yếu tố lạnh. Đối với cục bộ ta sờ vào vùng có bệnh thấy lạnh hơn các nơi khác.
- 2) Những hiện tượng thuộc bệnh nhiệt: với toàn thân ta có sợ nóng, ưa mát, bệnh tăng lên khi gặp yếu tố nóng. Với cục bộ ta sờ vào vùng có bệnh thấy nóng hơn các nơi khác.
- 3) Nói cách khác ta có một bệnh nhân có thể tổng trạng hàn hoặc nhiệt và mắc bệnh chứng hàn hay nhiệt. Tổng trạng và bệnh không bắt buộc phải cùng thể loại.

Không nên đặt các câu hỏi có tính áp chế như: “Hễ trời nóng thì bệnh nặng hơn phải không?”. Vì lúc này bệnh nhân sẽ dễ bị ám ảnh và hay trả lời xuôi theo câu hỏi “Phải, hễ nóng là đau hơn”, mà nên hỏi: “Bệnh tăng khi trời nóng hay trời lạnh?”. Với câu hỏi này bệnh nhân bắt buộc phải suy nghĩ và nhớ lại mới trả lời, thì câu trả lời sẽ khách quan hơn. Nếu bệnh nhân phân vân, ta nên khuyến khích bệnh nhân về xem xét lại và trả lời sau. Không nên hỏi thúc, bệnh nhân dễ bị rối trí và trả lời sai.

Ta thấy, trong bệnh Dương hư, luôn luôn bệnh nhân sợ lạnh, da lạnh. Trong bệnh Âm hư, bệnh nhân luôn sợ nóng, da nóng. Âm Dương đều hư thì nóng lạnh đều ghét. Biên độ chịu nóng và lạnh của họ rất hẹp. Chưa ai thấy nóng hay lạnh họ đã kêu nóng hoặc lạnh.

Trên lâm sàng hội chứng toàn thân và triệu chứng cục bộ (nơi có bệnh) có khi thống nhất có khi lại không thống nhất nhau. Vì thế cần chẩn đoán hai lần: toàn thân và cục bộ.

- 1) Khi toàn thân và cục bộ thống nhất thì toàn thân sợ cái gì thì cục bộ tăng triệu chứng theo khi gặp cái đó. Thí dụ: trong đau khớp, bệnh nhân sợ lạnh và khi trời lạnh thì khớp đau hơn. Hoặc bệnh nhân sợ nóng và khớp cũng đau hơn khi trời nóng.
- 2) Khi toàn thân và cục bộ không thống nhất thì yếu tố nóng và lạnh chỉ ảnh hưởng tới một khía cạnh mà thôi. Hoặc có khi ảnh hưởng trái ngược nhau. Ở đây sẽ khá phức tạp. Vì khớp là

loại bệnh chứng thường gặp nhất nên được nêu làm ví dụ điển hình, các bệnh khác cũng suy luận tương tự.

- Toàn thân ấm hay nóng mà khớp lạnh: thuần túy là do khớp bị nhiễm lạnh (khớp rất lạnh, đây là bệnh thuộc thực – xem ở phần hư - thực dưới đây) hoặc do toàn thân thiếu máu hoặc chỉ do khớp bị thiếu máu (tại khớp không lạnh lắm như trường hợp trước, đây là bệnh do hư – xem ở phần hư - thực ở dưới). Tuy nhiên trên thực tế các loại này hay trùng hợp nhau. Ở đây thì khi trời lạnh, khớp sẽ đau hơn. Khi trời nóng khớp lại đau ít.
- Toàn thân mát hay lạnh mà khớp nóng: khớp bị nhiễm nóng hoặc nhiễm trùng nhẹ (nếu nhiễm trùng nặng thì cơ thể bắt buộc phải sốt). Khi khớp nhiễm nóng thì sẽ giảm bệnh (đau) khi gặp yếu tố lạnh. Nếu là nhiễm trùng thì khớp không giảm đau mà có khi còn đau hơn khi gặp lạnh!!

Trên thực tế đôi lúc chúng ta sẽ lúng túng khi gặp các triệu chứng hàn và nhiệt cùng xuất hiện đến nỗi khó phân định là bệnh thuộc hàn hay nhiệt. Hãy bình tĩnh xem xét. Chú ý đến thể trạng bệnh nhân vì thể trạng là nguồn gốc của mọi vấn đề. Một thể trạng (chính khí) vững mạnh rất khó nhiễm bệnh. Xem xét trong cơ thể nơi nào lạnh hay nóng nhất. Nơi đó là nơi ngoại tà xâm nhập gây bế tắc cho toàn thân. Điều chỉnh nơi này cho bình thường lại và điều chỉnh tổng trạng cho cân bằng lại thì sự rối rắm nêu trên sẽ mất và các triệu chứng sẽ hiện rõ hơn. Trên lâm sàng nhiều khi tôi chỉ điều chỉnh tổng trạng xong thì bệnh chứng cũng tự biến mất.

II/- HƯ – THỰC

– Hư là trống rỗng, suy yếu, thiếu thốn. Là bệnh có nguyên nhân do suy yếu hay thiếu thốn. Thí dụ: suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, can dương hư, thận âm hư.....v.v.. Vì thế khi nói đến bệnh thuộc hư là nói đến tổng trạng của bệnh nhân hay một tạng phủ nào đó bị suy yếu hồng hóc. Nguyên nhân làm cho hư thì tùy, có lúc do bản chất tự hư, có khi do nguyên nhân bên ngoài tác động.

– Thực là đầy, là dư thừa. Là bệnh do sự dư thừa gây ra. Thí dụ: cảm lạnh là do cơ thể hấp thu nhiều khí lạnh nên bị dư thừa khí lạnh. Cảm nóng là do cơ thể hấp thụ quá nhiều hơi nóng sinh bệnh. Có thể nói bệnh thuộc thực là do nguyên nhân bên ngoài tác động vào khiến cơ thể không chịu đựng nổi mà phát bệnh.

Điều khó nhất là chẩn đoán đúng về Hư - Thực vì dương chứng có thể do dương vượng có thể do âm hư. Âm chứng có thể do âm vượng có thể do dương hư. Cần nhớ rằng chứng có thể

là chứng của tổng trạng có thể là chứng của riêng căn bệnh mà thôi. Phải biết phân biệt đâu là của toàn thân đâu là của riêng căn bệnh.

Trên thực tế, kinh nghiệm cho biết ***bệnh thuộc thực thì triệu chứng mạnh mẽ, dữ dội, ồn ào, rõ rệt. Bệnh thuộc hư thì triệu chứng nhẹ nhàng, dịu dàng, phơn phớt, kín đáo. Kín đáo đến mức đôi khi bệnh nhân không cảm nhận được.*** Tuy việc chẩn mạch sẽ cho biết tương đối rõ về bệnh hư thực nhưng việc học chẩn mạch không dễ. Cần sự truyền thụ trực tiếp giữa thầy và trò. Đồng thời cần kinh nghiệm nhiều trong việc xem mạch. Vì thế trong thời gian qua, sau khi tìm hiểu và theo dõi tôi tìm ra hiện tượng nêu trên. Điều còn lại là khi thấy triệu chứng thực hay hư thì phải tìm cho được vì đâu mà có triệu chứng này. Chỉ cần biết cách ***đặt câu hỏi cho phù hợp, kết hợp với óc suy luận phán đoán, khám kỹ theo tất cả các kỹ thuật khám bệnh đã biết thì việc chẩn đoán bệnh thuộc hư hay thực trở nên dễ dàng hơn.*** Cần xem thêm các bài “Chẩn đoán hàn nhiệt bằng huyết DC” và “Làm sao để đạt tứ đắc” của tôi.

III/- ÂM DƯƠNG

Trong Đông y, Âm Dương là tổng cương của 6 cương lĩnh kia (hàn, nhiệt, hư, thực, biểu, lý). Ba cương thuộc Dương là nhiệt (nóng), thực (dư thừa), biểu (bên ngoài). Ba cương thuộc âm là hàn (lạnh), hư (suy yếu), lý (bên trong). Có thể nói khi một bệnh nhân xuất hiện đủ triệu chứng của ba cương thuộc Âm hoặc Dương là có thể kết luận bệnh thuộc Âm hay bệnh thuộc Dương. Trong các y án, khi người ta nói “Dương chứng” có nghĩa là triệu chứng thuộc Dương (chứng nhiệt, chứng thực, chứng ở biểu) - tương tự cho từ ngữ “Âm chứng”. Nhưng có lúc chỉ có hai trong ba khía cạnh thôi, người ta cũng nói là Dương chứng hay Âm chứng. Điều này do thói quen và không ảnh hưởng gì đến kết quả chẩn đoán vì thường là bệnh đơn giản mới nói như vậy. Tuy nhiên trong thực tế thì hiếm khi triệu chứng lại thuần nhất đến như vậy mà thường pha trộn vài triệu chứng thuộc âm vài triệu chứng thuộc dương. Nếu bệnh phức tạp thì bắt buộc người ta sẽ nói kỹ hơn như một số từ thường gặp: hư nhiệt (nóng do hư), hư hàn (lạnh do hư), biểu nhiệt lý hàn (ngoài nóng trong lạnh), biểu hàn lý nhiệt (ngoài lạnh trong nóng), biểu hư lý thực (ngoài hư, trong thực).....v.v.. Hoặc cẩn thận hơn người ta sẽ liệt kê đầy đủ các triệu chứng thuộc âm và thuộc dương trước khi kết luận.

Tóm lại, Dương hay Âm chỉ là ***tổng kết triệu chứng*** của ba cương lĩnh thứ cấp của chúng trong Bát Cương mà thôi. Tuy nhiên nói như vậy là cũng chưa đầy đủ vì ÂM và DƯƠNG còn là 2 thành phần cơ bản của cơ thể. Có thể nói gọn: **Âm là cơ sở vật chất, Dương là năng lượng**

tạo nên, duy trì sự tồn tại và hoạt động của vật chất. Điều này khá phức tạp, xin được đề cập ở dịp khác.

KẾT LUẬN:

Như vậy, khi chẩn đoán bệnh ta luôn cần chẩn đoán bệnh thuộc hàn hay nhiệt, hư hay thực cùng lúc để có kết luận tương đối đủ và đúng. **Trong Đông y thì còn cần biết thêm về biểu (bên ngoài) và lý (bên trong), nhưng với DC thì hai yếu tố này không cần thiết nên tôi lược bỏ.** Xin xem thêm bài “Một số khái niệm thường gặp”.

CHÚ THÍCH:

- Dương chứng: chứng thuộc dương gồm có chứng nhiệt, chứng thực, chứng xuất hiện bên ngoài.
- Âm chứng: chứng thuộc âm gồm chứng lạnh, chứng hư, chứng thuộc bên trong.
- Biểu chứng: chứng xuất hiện bên ngoài cơ thể có thể thấy, sờ được như các bệnh ngoài da, bệnh viêm khớp.....
- Lý chứng: chứng thuộc bên trong là các bệnh chứng của tạng phủ như viêm gan, viêm dạ dày, suy thận.....
- Chính khí: sức lực tổng thể của bệnh nhân, sức mạnh nội tại, sức đề kháng. Còn được gọi là nguyên khí.
- Tà khí: yếu tố gây bệnh như vi khuẩn, thời tiết khắc nghiệt, môi trường ô nhiễm, thức ăn không hợp..... nên thường gọi là ngoại tà.
- Bát cương: là 8 cương lĩnh (giềng mối) dùng trong chẩn đoán của Đông y, gồm có Âm, Dương, Hư, Thực, Hàn, Nhiệt, Biểu, Lý. Rất đơn giản nhưng bao trùm phương pháp luận chẩn đoán của Đông y. Rất hiệu nghiệm nếu nắm vững kỹ thuật chẩn đoán này khi cùng phối hợp với Tạng tượng.

Bài viết này chưa phải là bài giảng về Bát Cương mà chỉ nêu lên những mấu chốt của Bát cương mong giúp các bạn sau này có cơ hội đọc sách Đông y sẽ dễ lĩnh hội hơn mà thôi.

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

3. CHẨN ĐOÁN NHANH HÀN – NHIỆT

Chẩn đoán bệnh thuộc hàn hay nhiệt là việc cần làm trước khi điều trị để tránh sai lầm. Việc này vừa dễ dàng vừa rắc rối. Dễ khi bệnh mới phát hay bệnh đơn giản. Rắc rối khi bệnh đã lâu hoặc bệnh phức tạp. Nhưng nếu các bạn nắm vững nguyên tắc sau đây thì vấn đề cũng không đến nỗi khó. Đó là cần tách ra hai phần riêng biệt: tổng thể và cục bộ.

Đối với toàn thân, toàn thân sợ cái gì là cơ thể đang mắc thể bệnh đó. Cơ thể đang bị nhiệt thì sẽ cảm thấy sợ những yếu tố nóng. Cơ thể đang bị hàn thì sẽ cảm thấy sợ những yếu tố lạnh. Các yếu tố nóng hay lạnh gồm thời tiết (nắng mưa gió bão), môi trường sinh hoạt (ngoài trời, trong nhà, phòng máy lạnh, nhà bếp...), thức ăn uống (nhiều hay ít năng lượng). Đối với cục bộ nơi có bệnh cụ thể (viêm xoang, đau thần kinh tọa, viêm dạ dày...vv.) cũng tương tự. Nhưng cũng có không ít trường hợp ngoại lệ, cần thận trọng. Xin xem thêm bài “Chẩn đoán theo Bát Cương”, Chẩn đoán hàn nhiệt bằng huyết DC”.

Trong bài này, tôi cống hiến thêm cho các bạn một phương pháp chẩn đoán hàn nhiệt thuần túy theo DC-ĐKLP mà tôi đã tìm ra sau nhiều năm thực hành, có thể nói rất chính xác trong chẩn đoán cục bộ nơi có bệnh.... mà lại dễ thực hành và kết quả nhanh chóng tức thì. **Dùng cây lăn đỉnh lăn trên mặt, vào vùng phản chiếu nơi có bệnh. Nếu có hiện tượng đau như kim châm chích là bệnh thuộc nhiệt; bạn sẽ dùng cây lăn đỉnh để trị. Nếu nơi lăn không đau thì bệnh thuộc hàn, phản chiếu sẽ báo nóng với ngải cứu; bạn sẽ dùng ngải cứu để trị. Nếu nơi lăn bằng lăn đỉnh không đau mà chỉ đau bằng que dò thì hàn nhẹ, có thể chỉ day hay cào có xoa dầu để trị bệnh chớ không cần hơ ngải; trường hợp này hơ ngải cũng được nhưng hơi mạnh hơn mức cần thiết, rất dễ bị quá liều gây phản ứng phụ không tốt.**

Thí dụ: bệnh nhân đau mũi trái, ta dùng lăn đỉnh lăn cánh mũi trái (phản chiếu mũi trái). Nếu cánh mũi trái đau khi lăn bằng lăn đỉnh thì mũi trái của bệnh nhân bị đau do nhiệt. Nếu cánh mũi trái của BN không đau, ta dùng ngải cứu dò vùng cánh mũi trái đúng kỹ thuật, vùng này sẽ hút nóng.

Mời các bạn dùng thử kỹ thuật đơn giản này để chẩn đoán về hàn nhiệt.

LƯU Ý: Giải pháp này có kết quả cao trong các bệnh đơn giản, bệnh mới phát lần đầu. Khi gặp bệnh khó, phức tạp thì giải pháp này có khi không nói lên hết vấn đề. Các bạn cần tham khảo thêm các bài về chẩn đoán khác, tổng hợp lại thì mới ra vấn đề.

Lương y Tạ Minh, 1993.

4. CHẨN ĐOÁN VỀ HUYẾT VÀ KHÍ

Lương y Tạ Minh.

I/- CHẨN ĐOÁN VỀ HUYẾT

Theo nhận định riêng của tôi, huyết không chỉ là máu, là hồng cầu, tiểu cầu màu đỏ mà bạch cầu, huyết tương và các vi chất cần thiết trong một cơ thể bình thường cũng thuộc huyết.

Chẩn đoán về huyết cần tổng hợp các khía cạnh sau:

- 1) Màu sắc của niêm mạc mắt và lưỡi (chất lưỡi): hồng đều là tốt. Niêm mạc mắt và môi quan trọng hơn vì có khi chất lưỡi biểu hiện bệnh lý của tim. Cần xem xét niêm mạc của trẻ khoảng từ 5 – 17 tuổi khỏe mạnh mà ta biết để lấy chuẩn. Về môi thì xem phía trong môi nơi tiếp xúc với răng lợi (nướu). Về mắt thì chia làm hai phần trong và ngoài của mắt trong mí mắt. Màu hồng phải trải đều. Nếu có ản màu vàng là có thấp, ản màu nâu là thiếu oxy, có tia máu là có huyết ứ. Nhạt hay trắng là huyết suy. Trong nhạt ngoài hồng là chỉ thiếu máu. Trong nhạt ngoài đỏ là thiếu máu có hư nhiệt. Đỏ toàn bộ thì hoặc thực nhiệt (bàn chân ảm) hoặc thượng nhiệt hạ hàn (bàn chân lạnh). Với trường hợp này sau khi giải quyết hiện trạng bệnh xong (do thực nhiệt hoặc do thượng nhiệt hạ hàn) ta cần xét lại mí mắt để biết tình trạng thật của huyết.
- 2) Màu sắc của da, độ tươi nhuận của da, màu sắc các móng tay chân. Màu sắc các nơi này cần hồng nhuận tươi bóng và thuần màu.
- 3) Đo huyết áp xem trị số và quan sát khoảng lui kim, tốc độ lui kim: thiếu máu khi huyết áp tâm thu từ 100 trở xuống kèm theo hiện tượng độ lui kim ít hơn 2 mmHg (1 nấc trên mặt đồng hồ) nhưng cũng có khi kèm thêm khí kém (chức năng kém) hay dương kém (sợ lạnh, thiếu sức bền). Có phối hợp với các yếu tố kể trên. Cần xem thêm bài “Cách đo huyết áp” trong “Các bệnh thường gặp”.
- 4) Xem mạch: thuộc kiểu mạch tiểu (nhỏ), mạch vô lực.
- 5) Xem xét về hiện trạng Thể dịch. Việc này cần tham khảo các xét nghiệm Cận lâm sàng.

Tổng hợp các yếu tố trên xong, phân tích để quyết đoán về huyết ở tình trạng nào: tổng lượng máu, thành phần máu, có tạp chất hay không, các nội tiết tố (cần xét nghiệm).

II/- CHẨN ĐOÁN VỀ KHÍ

Đông y mô tả Khí khá phức tạp và là thành phần vô hình, chỉ nhận biết mà không thấy được. Chữ Khí của Đông y bao gồm khí trời, khí của thức ăn và khí trong cơ thể. Chúng

thường được đề cập một cách hồn nhiên nên đôi khi gây hoang mang khó hiểu cho người mới học. Tuy nhiên theo tôi, nếu nói về Khí trong cơ thể thì Khí là chức năng các hoạt động của các cơ quan. Còn khí thiên nhiên do cơ thể hấp thu và sử dụng thì cần quy về thành phần của Thiên khí. Nói theo cách “Tây y” thì Khí là hệ thần kinh của bệnh nhân. Thí dụ: Phế khí suy là chức năng hô hấp kém, Vị khí dương suy là chức năng co bóp và Vị khí âm suy là chức năng tiết dịch vị của dạ dày kém, Đại trường khí suy là chức năng truyền tống kém (nhu động ruột) làm cho bón.....v.v.. Tương tự ta có khí toàn thân suy tổng quát là Nguyên Khí (Chân khí) suy là chức năng hoạt động thần kinh của toàn thân kém làm cơ thể lười nhác, uể oải, thiếu linh hoạt. Điều này thể hiện qua trạng thái hoạt động toàn thân và vẻ linh hoạt của mặt và mắt; trường hợp này thường được Tây y chẩn đoán là suy nhược thần kinh, là trầm cảm.

Đối với các tạng phủ thì xem xét dựa theo sinh lý của chúng để đánh giá. Với người giỏi mạch thì việc chẩn đoán về khí không khó. Nhưng nếu không biết xem mạch thì với việc phát huy cách đặt câu hỏi khéo léo cộng với sự quan sát bằng mắt, óc suy luận, dựa trên hiện tượng **khác với sinh lý bình thường** của tạng phủ ta vẫn có thể chẩn đoán về khí cũng không mấy khó khăn (bệnh lý chính là sự khác thường của sinh lý).

Điểm khác biệt giữa Dương suy và Khí suy là: Dương hư luôn có sợ lạnh, thiếu sức bền mặc dù vẫn siêng năng tích cực. Còn Khí suy thì không sợ lạnh, chỉ lười uể oải nhưng khi bị ép buộc thì sức làm việc vẫn bền bỉ. Muốn phân biệt Dương và Khí thì cần đặt câu hỏi theo hướng này.

Tóm lại, để dễ hiểu theo ngôn ngữ hiện đại, theo tôi thì **khí là thần kinh, huyết là thể dịch của cơ thể**.

Bài viết này là kinh nghiệm thực tế và không theo hẫu Đông y mà có đối chiếu với Tây y. Do đó sẽ hơi khác với các tài liệu Đông y đã có.

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

5. CHẨN ĐOÁN ĐÀM THẤP THỦY

Thấp là ẩm thấp, là độ ẩm của vật chất. Trong y học có 2 loại thấp: ngoại thấp và nội thấp. Ngoại thấp là thấp từ môi trường bên ngoài xâm nhập vào cơ thể. Nội thấp là thấp do cơ thể tự sinh ra. Thủy là nước. Nước là thành phần cần thiết cho cơ thể, nhưng có tỷ lệ nhất định đối với thể trạng cơ thể. Thiếu hay thừa nước đều gây bệnh. Nước thừa bị thân nhiệt làm nóng sẽ cô đọng lại thành thấp, để lâu hơn sẽ cô đọng hơn nữa và thành đàm. Cho nên thủy và thấp dễ trừ hơn đàm. Chỉ có ngoại thấp và thủy mới gây bệnh trực tiếp ngay tức thì cho cơ thể. Còn nội thấp và đàm vốn do cơ thể sinh ra nên không gây bệnh ngay mà chỉ gây trở ngại sinh lý cho cơ thể nếu còn ít. Khi có bệnh rõ ràng là thấp và đàm khá nhiều khiến sinh lý cơ thể khó hoạt động mà sinh bệnh.

Ta có thể hình dung như sau: một căn nhà muốn đi lại dễ dàng cần thông thoáng, đồ vật cần dùng trong nhà được bố trí hợp lý. Khi có quá nhiều vật dụng cũ kỹ (mà do tiếc của, đã để lại sau khi đã có đồ mới) và bố trí bừa bãi thì việc đi lại trong nhà sẽ khó khăn vì vướng víu. Cơ thể cũng vậy, Nội-Thấp và Đàm do chính cơ thể sinh ra, chúng không phải là độc tố ngoại lai nên hầu như không gây bệnh rõ ràng, nhưng chúng khiến sinh lý cơ thể hoạt động không linh hoạt thông suốt. Chính sự không thông suốt này lâu ngày gây bế tắc sinh bệnh. Đông y có một khái niệm rất hay “khí hành thì thấp tan, khí suy sinh thấp trệ”. Cho nên không chỉ mạch Hoạt mới có đàm thấp mà mạch Hoàn cũng có thể biểu hiện có thấp đàm.

Triệu chứng bệnh do đàm thấp thủy khá phong phú và phức tạp. Thậm chí có một số tác giả Đông y cho là “quái bệnh” (bệnh kỳ quái). Nhiều trường hợp bệnh nhân cảm thấy khó chịu không thoải mái, cảm thấy mình có bệnh nhưng thầy thuốc tìm không ra bệnh, nhất là khi dùng Tây y để chẩn đoán.

Thấp, đàm vốn không hàn không nhiệt. Nhưng rất dễ kết hợp với hàn nhiệt để tạo ra thấp-hàn, thấp-nhiệt, đàm-hàn, đàm-nhiệt. Do đó cần kết hợp với triệu chứng của hàn nhiệt để chẩn đoán và điều trị chính xác.

Một số triệu chứng thường gặp do thủy, thấp, đàm gây ra:

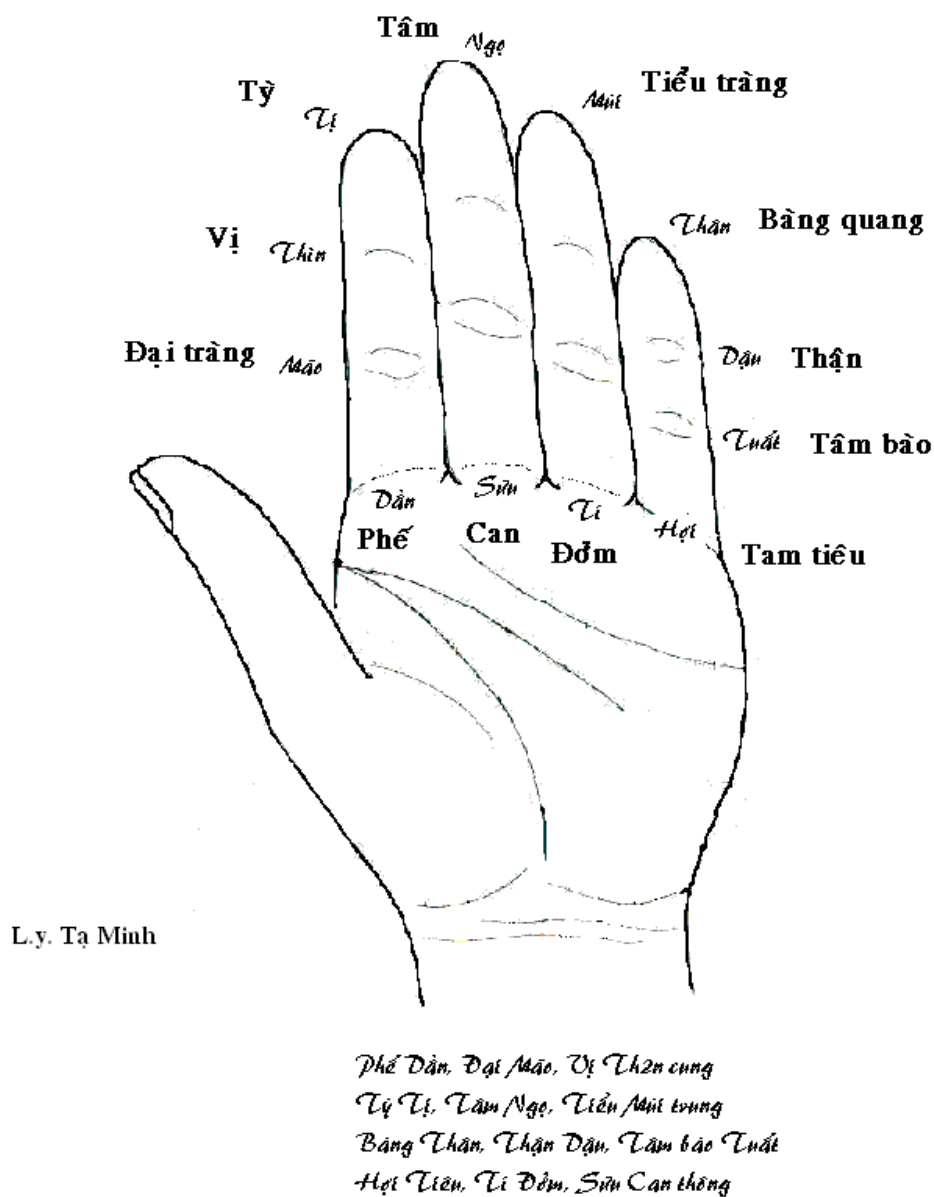
- Người luôn uể oải mệt mỏi không có lý do.
- Giấc ngủ mê mệt mà không khỏe khi thức giấc.
- Ngủ dễ hay khó thì cũng thức giấc khó khăn. Không tỉnh táo ngay khi thức giấc dù ngủ không thiếu.

- Tứ chi cảm thấy nặng nề hoặc mỏi vô cơ, nhất là lưng và chi dưới.
- Luôn cảm thấy lười biếng.
- Đầu óc không minh mẫn dù không thiếu ngủ hay vận dụng trí óc quá nhiều. Mà trước đây không có hiện tượng này, cũng không bị stress, có nghĩa không hề có vấn đề gì về tinh thần. Cũng không bị thiếu năng tuần hoàn não.
- Thay đổi màu sắc ở da, niêm mạc. Hoặc da mất độ tươi nhuận - theo lứa tuổi.
- Phù thũng (ấn vào vùng nhiều thịt ở cổ chân bàn chân bị lõm xuống mà khi thả ra không lồi lên ngay).
- Béo phì vô cơ, ăn ít ăn thiếu chất mà vẫn mập. Tuy nhiên với triệu chứng này cần xem xét thêm để loại trừ bệnh ở tuyến Yên.
- Những bệnh thuộc loại xơ hóa, sừng hóa đều thuộc dạng đàm.

Lương y Tạ Minh, 1988.

6. CHU KỲ 12 KINH KHÍ

Lương y Tạ Minh.



Cơ thể có 12 tạng phủ, khí của chúng liên lạc ra bên ngoài bằng 12 kinh. Mỗi kinh có giờ chủ đạo riêng. Đến giờ chủ nào, kinh khí đó vượng nhất. Thông qua hiện tượng này, người xưa dùng nó để tả hay bổ cho chúng. Nay, tôi lại dùng nó vào việc chẩn đoán truy tìm bệnh gốc thuộc

kinh khí nào và điều chỉnh kinh khí đó để điều trị. Chỉ khi nào bệnh thuộc lãnh vực khí của kinh thì biện pháp này mới có tác dụng. Đôi khi bệnh chỉ do kinh khí gây ra, có khi bệnh do cả tạng và kinh khí. Do đó, hiệu quả điều trị cho ta biết bệnh thuộc khía cạnh nào.

Trên nguyên tắc, khi kinh khí có bệnh thì cứ đến giờ chủ đạo của nó thì triệu chứng bệnh tăng lên. Có hai trường hợp thực và hư. Thực là kinh khí đó quá mạnh. Hư là kinh khí đó suy yếu. Thực thì làm giảm khí lực của nó. Hư thì tăng khí lực nó lên, nếu không hiệu quả thì ta giảm khí lực của kinh khí đối lập của nó, được tính theo giờ đối lập.

Thí dụ: một bệnh nhân khi ngủ hề cứ tới gần 2 giờ sáng là thức giấc, qua 3 giờ mới ngủ lại được, đây là giờ Sửu là giờ của Can khí. Nếu là chứng thực ta day hay áp lạnh 50, 70, nếu là chứng hư ta hơ nhẹ hay dán cao hay xúc dầu 50, 70. Vì hơ nhẹ, dán cao, hay xúc dầu là bổ, day hay áp lạnh là tả. Nếu không thành công ta chọn kinh khí có giờ đối lập là giờ Mùi, giờ của Tiểu trường. Tương tự cho các loại bệnh chứng khác.

Bài thơ vắn tắt diễn tả giờ chủ đạo của 12 kinh khí:

Phế Dân, Đại Mão, Vị Thìn cung,

Tỳ Tị, Tâm Ngọ, Tiểu Mùi trung.

Bàng Thân, Thận Dậu, Tâm bào Tuất,

Hợi Tiêu, Tí Đờm, Sửu Can thông.

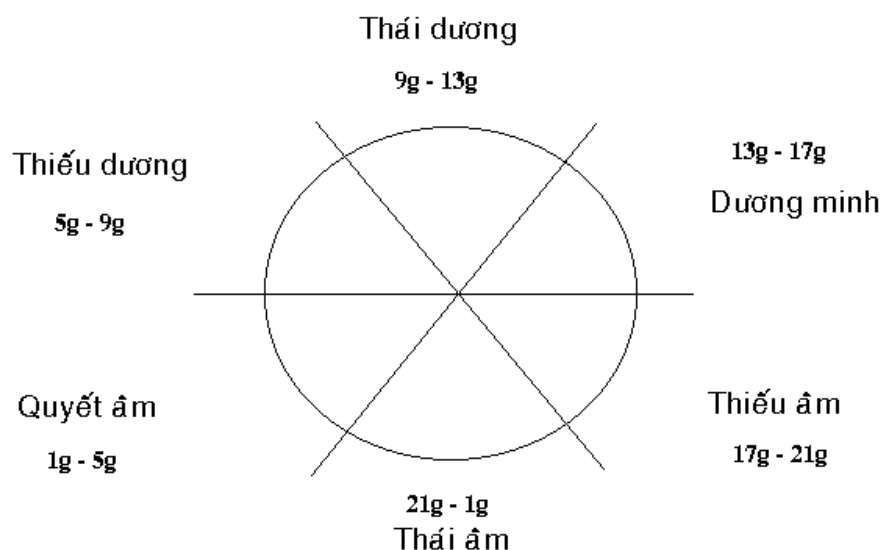
TP. Hồ Chí Minh, 1993.

7. CHU KỲ LỤC KHÍ

Trong cơ thể có 6 khí (chia ra 12 kinh khí) tương ứng với 6 khí trong thiên nhiên: Thái Dương, Thiếu Dương, Dương Minh, Thái Âm, Thiếu Âm, Quyết Âm. Trong một ngày 24 giờ, 6 khí luân chuyển theo từng 4 tiếng đồng hồ nối tiếp nhau. Trong giờ của khí nào, khí đó vượng nhất. Khí đó suy nhất khi thuộc giờ đối của nó (thí dụ: 9g đối với 21g). Áp dụng trong chẩn đoán ta có bệnh tăng hay giảm vào giờ thiên khí vượng hay suy. Suy ra:

- Nếu giờ thiên khí vượng mà bệnh tăng là kinh khí hay tạng phủ tương ứng bị thực. Hoặc kinh khí tạng phủ đối xứng của nó bị suy. Thí dụ: bệnh tăng từ 9 giờ đến 13 giờ, sau đó giảm nhẹ là giờ thuộc thiên khí Thái dương. Suy ra kinh khí Thái dương thực hay kinh khí Thái âm suy. Việc còn lại là tìm xem Thủ hay Túc kinh bị bệnh mà xử lý thích hợp.
- Nếu giờ thiên khí vượng mà bệnh giảm thì kinh khí hay tạng phủ tương ứng của nó bị suy. Ta chỉ bổ chính nó.

L.y. Tạ Minh



Để hiểu bài này và bài trước bạn cần biết, và hiểu càng tốt, về kinh mạch (thuộc ngành châm cứu – Thể châm). Ở đây tôi chỉ nói sơ lược vì thật ra việc ứng dụng hai bài này cũng không cần sâu sắc như một lương y châm cứu. Mà chỉ cần khái lược như dưới đây.

Thiên khí (khí của trời đất) có 6 khí như nêu trên, cơ thể cũng có 6 khí tương ứng với 6 khí của trời đất.

Sáu khí ở cơ thể được phân bố cho 12 kinh chạy trong người. Mười hai kinh lại chia làm 2 phần tay (Thủ) và chân (Túc). Như vậy một khí chia làm 2, một theo tay một theo chân giúp các kinh vận hành. Ta có:

- Túc Thái Dương Bàng Quang đồng khí với Thủ Thái Dương Tiểu trường.
- Túc Thiếu Dương Đờm đồng khí với Thủ Thiếu Dương Tam Tiêu.
- Túc Dương Minh Vị đồng khí với Thủ Dương Minh Đại tràng.
- Túc Thái Âm Tỳ đồng khí với Thủ Thái Âm Phế.
- Túc Thiếu Âm Thận đồng khí với Thủ Thiếu Âm Tâm.
- Túc Quyết Âm Can đồng khí với Thủ Quyết Âm Tâm Bào.

Tuy đồng khí nhưng giờ chủ đạo của mỗi kinh khác nhau, do đó không thể lẫn lộn. Tuy nhiên ta thấy khi một loại khí trong cơ thể có vấn đề ắt có thể gây trở ngại trực tiếp cho 2 kinh hay tạng phủ đồng khí (có tên khí giống nhau) hoặc có khí đối nhau (xem hình ở trên).

Thường thấy, nôm na là khi một cơn gió ập đến (tà khí) thì hoặc đau bụng tiêu chảy, hoặc viêm hô hấp. Vì khí Thái Dương ở kinh Bàng Quang bảo vệ bên ngoài cơ thể, không chống được tà khí thì hoặc truyền qua Thái Dương Tiểu Trường, Thái Âm Tỳ làm đau bụng tiêu chảy hoặc truyền qua Thái Âm Phế làm ho (viêm hô hấp). Hay khi ăn uống thức lạnh khí hàn nhiều, ngoài đau bụng ra ta có thể bị ớn lạnh, ho. Đây là hiện tượng bệnh thường gặp nhất trong cuộc sống.

Có bạn sẽ thắc mắc vậy tại sao có người trúng gió ngã ra rồi..... “đi luôn”, đó là vì bản thể người này vốn đã có bệnh về tim mạch. Cơn gió vô tội, nó không cố ý đánh vào Tâm, tội là ở chỗ Tâm (hệ tim mạch) đã có bệnh mà không phòng, không chữa!!!

Đông và Tây y gặp nhau ở điểm này.

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

Lương y Tạ Minh.

8. CHẨN ĐOÁN HÀN NHIỆT BẰNG HUYỆT ĐIỆN CHẨN

Tạ Minh.

TP. Hồ Chí Minh, 21-12-1993.

Bệnh nếu không thuộc hàn thì thuộc nhiệt hoặc hàn nhiệt lẫn lộn. Trung y đã có cách chẩn đoán hàn nhiệt. Còn DC thì sao? Đây là ưu tư của tôi từ khi học và làm DC. Thời gian đầu gần như tôi phải dựa hoàn toàn vào tứ chẩn của Trung y. Sau đó, qua lâm sàng dựa vào huyết tính và sinh huyết, tôi tìm cách xây dựng kỹ thuật chẩn đoán riêng cho DC. Trước, để thỏa mãn sự tìm tòi của mình; sau là để đáp ứng nhu cầu của học viên chưa biết Trung y. May mắn thay tôi đã làm được điều này, có thể chưa được hoàn chỉnh nhưng nó góp phần không nhỏ cho những ai chưa biết hay đã biết Đông y – vì trong lâm sàng có một số trường hợp nhờ nó mà sự định bệnh rõ ràng hơn. Xin thử xem và vui thú với phát hiện này.

Trước hết, ta cần nhớ các chứng hàn nhiệt vừa có toàn thân vừa có cục bộ và sự tương quan giữa chúng không có quy luật. Có nghĩa là có khi toàn thân là hàn mà cục bộ lại nhiệt, có khi toàn thân nhiệt mà cục bộ lại hàn. Có khi toàn thân lẫn cục bộ đều hàn hay nhiệt. Vì thế, khi chẩn đoán hàn nhiệt ta luôn cần xem xét cả hai khía cạnh toàn thân và cục bộ để hạn chế sai sót.

I/- CHẨN ĐOÁN HÀN NHIỆT TOÀN THÂN

Hai dụng cụ chính được sử dụng ở đây là que dò và ngải cứu. Cần thuần thục về kỹ thuật, nếu không ta sẽ bị báo hiệu sai và kết quả chẩn đoán sẽ sai theo.

1) Dùng que dò:

- đau ở 26 là nhiệt ở biểu.
- đau ở 143 là nhiệt ở lý.
- đau ở 1 hoặc 43 là hàn nhẹ ở lý.
- đau ở 19 là hàn nhẹ ở biểu.

2) Dùng ngải cứu: ngải cứu được dùng khi khám bằng que dò không có sinh huyết:

- nóng ở 1 hoặc 43 là hàn nặng ở lý. Khi 43 nóng là mất khả năng tàng trữ Dương khí. Khi 1 nóng là mất khả năng khai phát Dương khí.
- nóng ở 19 là hàn nặng ở biểu.
- nóng ở 143 là tinh huyết suy, mất khả năng tàng trữ Âm huyết. Khó trị hơn các trường hợp khác.

– nóng ở 26 là mất khả năng hấp thu dương khí.

LƯU Ý: phải dò cả 4 huyết xong rồi mới kết luận sau khi đã tổng hợp – xem ở phần “Kinh nghiệm lâm sàng”.

Nếu với cả hai phương tiện mà không thấy sinh huyết thì có thể kết luận toàn thân bệnh nhân bình hòa, không hàn không nhiệt. Chỉ còn cần khám hàn nhiệt cục bộ mà thôi.

II/- CHẨN ĐOÁN HÀN NHIỆT CỤC BỘ

Như đã đề cập, khi một cục bộ có vấn đề (cơ quan bị bệnh), ta vẫn cần khám toàn thân để tìm sự liên hệ nếu có giữa toàn thân và cục bộ. Nếu toàn thân không có gì, ta chỉ cần khám cục bộ để biết bệnh thuộc hàn hay nhiệt.

- 1) Dùng que dò: tìm sinh huyết dựa theo đồ hình phản chiếu nơi bị bệnh - chủ yếu ở trên mặt. Nếu báo đau là bệnh nhiệt. Nếu là vùng phản chiếu như cả cánh tay, hay phóng chiếu xoang, ta dùng lằn đinh nhỏ lặn vào nơi này, nếu đau là bệnh nhiệt.
- 2) Dùng ngải cứu: khi bệnh chứng rõ ràng mà khám bằng que dò không thấy có huyết đau là bệnh hàn. Dùng ngải cứu dò sẽ thấy nóng.
- 3) Khi huyết không báo đau mà cũng không báo nóng là tìm chưa đúng, thay đổi hệ thống phản chiếu.
- 4) Khi huyết báo nóng lẫn báo đau là hàn nhiệt lẫn lộn, hoặc hàn nhẹ. Cần bình tĩnh xem xét kỹ.

Tuy vậy, theo kinh nghiệm, dò bệnh hàn nhiệt cục bộ bằng huyết khá phức tạp vì huyết chịu chi phối bởi nhiều quy luật - như đối xứng, giao thoa, phản hiện v.v.... cần có nhiều kinh nghiệm hỗ trợ mới ít sai lầm. Do đó, nên phối hợp với sờ tại chỗ để xét hàn nhiệt - xem bài “Làm sao để đạt tứ đắc”. Đồng thời nên hỏi triệu chứng tăng vào mùa nào trong năm, giờ nào trong ngày để tìm hiểu quy luật rồi suy ra./.

TP. Hồ Chí Minh, 1989.

9. NGUYÊN TẮC CHUNG CHẨN TRỊ CHỨNG ĐAU NHỨC

Lương y Tạ Minh.

Đau nhức là một triệu chứng rất thường gặp. Với Tây y, đây là một vấn đề khá lớn và phức tạp đến nỗi hiện nay người ta phải lập ra **chuyên khoa đau nhức** song song với các khoa khác đã có. Nói theo cách thông thường ta có nhiều nguyên nhân gây đau: sự nhiễm lạnh gây co cơ hoặc co mạch, khối u chèn ép, cục máu đông hay mảng xơ vữa mắc kẹt lại, sự thiếu máu cục bộ tại một căn cơ nào đó, một chấn thương. Tất cả những thứ đó đều có thể gây đau.

Với DC-ĐKLP thì việc giải quyết các chứng đau nhức tương đối tốt. Chủ yếu cần phán đoán bệnh do hàn hay nhiệt, có nguyên nhân cơ năng hoặc biến đổi thực thể. ***Luôn luôn cần phản chiếu hay đồng ứng nơi bị đau, có khi cần phải dùng đến hệ kinh mạch của Thể chân.***

– **Do hàn hay nhiệt:** thường đột ngột, thất thường, đau tăng khi gặp yếu tố thuận, giảm khi gặp yếu tố nghịch. Hiệu quả điều trị rất cao và triệt để. Tình huống có những trường hợp quá nặng điều trị không hiệu quả thì nên chuyển bệnh, thường là phải dùng thuốc tây thật mạnh chích thẳng vào nơi đau mới êm!! Gần đây có cây Hoàn ngọc (cây con khi) có tính giảm đau khá mạnh, có thể dùng 5 – 7 lá tươi cũng hiệu quả. Điều trị: hàn thì làm ấm, nhiệt thì làm cho mát.

– **Do viêm nhiễm:** đau cố định, kèm sốt. Đau tăng dần theo thời gian. Bộ Tiêu viêm làm chủ lực.

– **Do tắc mạch:** cũng đột ngột nhưng triệu chứng hàn nhiệt không rõ ràng, có điểm đau trên cùng và đau dọc theo đường dưới hoặc ngoài trọng điểm này, có khi kèm theo tê dại yếu sức. Bộ Tiêu viêm khử ứ làm chủ lực.

– **Do khối u:** cố định, khởi đầu khá mơ hồ như chỉ ê ẩm, từ từ đau tăng dần theo thời gian, không sốt. Nhưng cũng có thể đột ngột khi gặp u ác tính. Bộ Tiêu viêm làm chủ, phản chiếu khối u, lọc thấp. ***Ta điều trị tốt những trường hợp u mềm.*** Các u thuộc loại xơ cứng thì hiệu quả không cao và có hạn chế. Muốn biết chính xác thuộc loại nào thì phải nhờ cận lâm sàng. Theo tôi trường hợp u xơ nên ưu tiên cho phẫu thuật nếu không có gì đặc biệt. Hiện nay ngành phẫu thuật đã có những tiến bộ vượt bậc cần tận dụng. **LƯU Ý:** Không phải chúng ta không trị được bệnh này nhưng kết quả hơi thất thường và đây là loại bệnh có nhiều bất trắc, lại khó chẩn đoán bằng lâm sàng. Vì vậy hướng dẫn bệnh nhân theo Tây y để chẩn đoán là điều nên làm. Vì một khối u

có thể là lạnh tính mà cũng có thể là ung thư, chỉ có thể xác định bằng các biện pháp cận lâm sàng.

– **Do thiếu máu cục bộ:** triệu chứng y như do lạnh nhưng nhẹ nhàng, thường xuất hiện vào sáng sớm khi vừa thức giấc, giảm dần trong ngày. Tổng thể thường bị thiếu máu. Điều trị: dùng bộ Bô Âm huyết và phản chiếu. Trường hợp này có khi do nghẽn mạch nhẹ ở vị trí trên nơi bị đau, cần cảnh giác.

– **Do chấn thương:** điều trị: Bộ Tiêu viêm khử ứ, Tiêu viêm, phản chiếu, lọc thấp.

Trong việc tìm phản chiếu nơi có bệnh, thông thường dùng hệ phản chiếu trên mặt. Chỉ khi trên mặt không có sinh huyết hoặc có mà không hiệu quả ta mới nên tìm ở các hệ phản chiếu bàn tay, bàn chân, lưng, bụng. Nếu vẫn không như ý, ta vận dụng thuyết Đồng Ứng, Lân cận, Đối xứng..... để tìm sinh huyết. Nguyên tắc là như thế, nhưng nếu các bạn muốn nhanh thì áp dụng bài viết “Làm sao để đạt tứ đắc” và “Chẩn đoán hàn nhiệt bằng huyết DC” của tôi thì việc tìm sinh huyết phản chiếu nơi có bệnh sẽ nhanh gọn hơn và kỹ thuật tác động sẽ tốt hơn./.

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

CHƯƠNG 3: NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Lương y Tạ Minh.

Việc gì cũng đều có một số nguyên tắc thể hiện thực hiện, dù không ít ngoại lệ. Muốn thành công, muốn ít gặp biến cố cần biết và tuân thủ các nguyên tắc mà cũng không rời ngoại lệ. Việc khám chữa bệnh cũng vậy. Cần theo một số nguyên tắc cần thiết. Nguyên tắc đầu tiên là nhận biết và xử lý các trường hợp cần đến các kỹ thuật cấp cứu của bệnh viện.

I/- NHỮNG TRƯỜNG HỢP BỆNH CẤP CỨU

Những trường hợp sau đây thuộc loại cấp cứu tại bệnh viện:

- Đau dữ dội tại một nơi nào đó trong cơ thể thuộc vùng ngực, bụng hay đầu, kèm sốt cao (trên 38°C).
- Huyết áp số trên bằng hay cao hơn 170 hoặc huyết áp số dưới bằng hay hơn 110. Trong trường hợp tăng huyết áp.
- Huyết áp số trên thấp hơn 90 hoặc huyết áp số dưới thấp hơn 50. Trong trường hợp tụt huyết áp.

Với những trường hợp này ta chỉ tạm thời can thiệp khi xa bệnh viện hay trên đường đưa bệnh nhân đến bệnh viện mà thôi.

II/- NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- 1) Đối với bệnh mới phát hoặc bệnh có triệu chứng dữ dội, nếu không thuộc loại cấp cứu đã nêu trên thì ta nên điều trị vào triệu chứng trước rồi điều chỉnh tổng thể sau (cấp trị Tiêu).
- 2) Đối với bệnh mạn tính hay bệnh có triệu chứng tương đối nhẹ mà bệnh nhân chịu đựng được thì ta nên điều chỉnh tổng trạng trước rồi chữa triệu chứng sau (hoãn trị Bản).
- 3) Điều chỉnh tổng trạng thì theo các yếu tố chẩn đoán của tổng trạng. Điều trị triệu chứng cục bộ nơi có bệnh thì theo các yếu tố chẩn đoán của cục bộ.

Với các nguyên tắc sau:

- Hàn (lạnh) thì làm cho ấm: bằng các kỹ thuật hơ, dán cao, xức dầu. Nhiệt (nóng) thì làm cho mát: bằng các kỹ thuật áp lạnh, gõ mai hoa, day vaseline, lăn gai. Hai yếu tố này bao trùm các kỹ thuật tác động cho tất cả các cơ chế điều trị còn lại dưới đây.

- Dương hư thì bổ Dương bằng bộ Thăng có làm ấm bằng hơ hay dán cao hay xoa dầu. Âm hư thì bổ âm bằng bộ Bỏ Âm huyết day bằng vaseline. Khí hư thì bổ khí bằng bộ Thăng nhưng không gây ấm huyết. Huyết hư thì bổ huyết bằng bộ Bỏ Âm huyết nhưng kỹ thuật thì tùy hư hàn hay hư nhiệt mà chọn kỹ thuật tương ứng.
- Viêm thì Tiêu viêm.
- Huyết ứ thì khử huyết ứ bằng bộ Tan máu bầm nay là bộ Tiêu viêm khử ứ.
- Có đàm thấp thủy thì Trừ đàm thấp thủy.
- Nhiễm trùng thì Tiêu viêm bằng day ấn vaseline, hoặc dùng phản chiếu hệ bạch huyết, phối hợp với kháng sinh.
- Xuất tiết thì cầm lại (thu liễm) bằng bộ Tan máu bầm (còn có tên là bộ Thu liễm), bộ Bỏ trung hay bộ Thăng. Tuy nhiên ở đây cần chẩn đoán tìm nguyên nhân do âm hay dương hư gây xuất tiết. Đây là một vấn đề hơi khó, cần kinh nghiệm biện luận.
- Khô thì làm cho tươi nhuận bằng bộ Bỏ Âm huyết.
- Hưng phấn thì ức chế lại bằng bộ Giáng.
- Trầm cảm thì làm hưng phấn lên bằng bộ Thăng.

.....V..V.

III/- KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

Các triệu chứng thuộc rối loạn cảm giác như đau, nhức, mỏi, tê, nặng nề, yếu... cần phải:

- 1) Phải giảm bằng hay hơn 30% ngay tại chỗ các triệu chứng thì mới đúng. Nếu kém là còn thiếu sót.
- 2) Ngay tại chỗ giảm mà hôm sau tăng lại như cũ là trúng ngọn mà chưa trúng gốc.
- 3) Qua hôm sau tuy có tăng lại nhưng ít hơn ngày hôm trước là trúng cả gốc lẫn ngọn. Cứ thế tiếp tục.
- 4) Đang điều trị hoặc điều trị lần đầu tiên đã có giảm nhưng sau đó vài giờ triệu chứng tăng lên hơn lúc chưa điều trị, thì có thể:
 - Chẩn đoán và điều trị sai: triệu chứng kéo dài.
 - Chẩn đoán đúng nhưng điều trị chưa đủ liều lượng: triệu chứng tăng rồi giảm dần.
 - Bệnh nhân không giữ gìn kiêng cử về sinh hoạt, ăn uống.
- 5) Triệu chứng đang giảm mà dừng lại không giảm thêm, đó là bệnh chuyển sang giai đoạn mới. Cần thay đổi phương thức điều trị bằng cách chẩn đoán lại và đề ra phương án điều trị mới

cho phù hợp. Thường là tốt vì bệnh đã giảm nhẹ, nhưng không có nghĩa là đơn giản hơn và dễ trị hơn giai đoạn trước vì đến đây là vào gần hơn đến phần cốt lõi của bệnh.

IV/- KẾT LUẬN

Tuy đã khám kỹ rồi mới có kết luận chẩn đoán nhưng không phải lúc nào cũng có thể trúng 100% ngay trong lần khám đầu tiên với biện pháp lâm sàng (chính vì vậy mà Y học hiện đại phải cố công xây dựng các phương tiện khám cận lâm sàng để hạn chế sai lầm trong chẩn đoán bệnh). Ta chỉ chẩn đoán đúng khi bệnh đơn giản. Với những bệnh phức tạp thì có khi điều trị thử vài lần mới ra vấn đề. Mong các bạn không chủ quan tạo sai sót trong việc chẩn trị. Luôn luôn đặt lại vấn đề khi điều trị thấy không có kết quả như mong muốn.

TP. Hồ Chí Minh, 15 – 07 – 2002.

2. LÀM SAO ĐỂ ĐẠT TỨ ĐẮC

Tạ Minh.

Mạc Tư Khoa, 1992.

Dò tìm sinh huyết rồi tác động vào sinh huyết là việc chúng ta đã biết và đã từng làm. Nhưng dò tìm sinh huyết ở đâu, tác động như thế nào, bao nhiêu lâu để có thể đạt được TỨ ĐẮC (đắc thời, đắc vị, đắc pháp, đắc độ)? Bởi khuôn mặt đã là khó dò, rồi lại còn bàn tay, bàn chân, lưng, bụng, đầu, vành tai!!! Làm sao mà dò cho nổi... phải không các bạn?

Nay, tôi xin đóng góp một tâm đắc sau một thời gian dài nghiên cứu và thử nghiệm thấy rất tốt. Mong rằng những kinh nghiệm này sẽ giúp các bạn vững tâm và vững tay hơn trong việc sử dụng DC-ĐKLP.

Nguyên, đầu năm 1992 tôi sang Matxcova làm việc theo lời mời của họ và theo đề cử của thầy Châu. Lúc ấy đang là mùa đông, lại là xứ lạnh, hầu hết các trường hợp đều phải dùng ngải cứu để điều trị, hiệu quả tốt. Nhưng có một số trường hợp hơi mặt không có kết quả, thậm chí có lúc lại xấu hơn, mặc dù về chẩn đoán rõ ràng là thực hàn. Tôi rất ngạc nhiên. Trước đó, ở Việt Nam thỉnh thoảng cũng có gặp, nhưng rất ít khi và chưa tìm ra giải pháp tốt. Một phần do áp lực bệnh nhân quá đông không rảnh để nghiên cứu cho ra vấn đề. Mặt khác phương pháp chỉ mới bắt đầu triển khai ra toàn thân, lại không có giường nằm cho bệnh nhân. Cho nên việc áp dụng các hệ thống phản chiếu ngoài bộ mặt chưa được triệt để như hiện nay.

Ở Matxcova, đủ điều kiện, nên tôi quyết tâm nghiên cứu hiện tượng này. Tôi phát hiện ra nhiệt độ các vùng cơ thể của trên cùng một bệnh nhân không giống nhau. Từ nhận xét này, tôi chuyên tâm tìm những vùng có **nhệt độ bất hợp lý nhất** trên cơ thể bệnh nhân làm nơi chẩn đoán và điều trị. Từ đó hiệu quả điều trị được nâng cao hẳn vì nhanh hơn và chính xác hơn trước. **Ngoại trừ các trường hợp sốt cao làm rối loạn sinh lý huyết như đã trình bày. Hoặc một số trường hợp lạnh toàn thân vì một cơn đau kịch phát.**

Thế là vấn nạn “Làm sao để đạt tứ đắc” đã được giải.

I/- VẤN ĐỀ ĐẮC VỊ, ĐẮC THỜI?

Hai yếu tố đầu tiên là ĐẮC THỜI, ĐẮC VỊ sẽ đến cùng lúc khi ta tìm được vùng chẩn trị có sinh huyết nằm trong đó. Đó là **nơi lạnh nhất hay nóng nhất trong cơ thể bệnh nhân trong khi các nơi khác có nhiệt độ bình thường**. Thí dụ: Các nơi đều ấm riêng bàn chân lại lạnh thì

bàn chân là nơi khám và trị bằng ngón cứu. Các nơi đều mát mà mặt lại nóng thì mặt là nơi dò và trị bệnh bằng que dò.

II/- VẤN ĐỀ ĐẮC PHÁP?

Ta cũng biết, hễ bệnh nhân nóng thì giải nhiệt, bệnh nhân lạnh thì làm cho ấm, hễ đau tay thì chữa tay nhưng nếu đau tay do thiếu máu cơ tim thì chữa bệnh cho tim chứ không phải chữa cho tay; nhức đầu thì chữa đầu nhưng nhức đầu do táo bón thì lại chữa vào đại tràng chứ không chữa cho đầu v.v... Đó chính là đắc pháp, chứ không phải chỉ chọn dụng cụ là đã đắc pháp. Dĩ nhiên khi đã định được “pháp” rồi thì việc chọn dụng cụ kỹ thuật thích hợp là việc phải làm để phát huy tối đa sự ĐẮC PHÁP.

III/- VẤN ĐỀ ĐẮC ĐỘ?

Bệnh có nặng có nhẹ, có đơn giản có phức tạp. Thể trạng bệnh nhân có khỏe có yếu, có nhạy cảm có chậm đáp ứng. Mỗi trường hợp, mỗi thời điểm đều chẳng giống nhau. Các kỹ thuật với các mức độ đề ra như hơ nóng 3 lần, day lăn vài phút v.v... dù sao cũng chỉ gợi ý bình quân. Muốn đạt được yếu tố ĐẮC ĐỘ chúng ta phải chú ý thật kỹ các triệu chứng, diễn biến trên thực tế lâm sàng ngay trong lúc đang thao tác điều trị. Đồng thời vẫn tiếp tục khảo sát các diễn biến kế tiếp. Muốn vậy chúng ta ***cần ghi chép bệnh án đầy đủ***. Từ đó chúng ta mới có thể suy ra và phán đoán mức độ tác động thích hợp cho mỗi lần điều trị. Nếu không rất dễ làm quá lộ hoặc không đủ.

Muốn đạt được cao hai yếu tố PHÁP và ĐỘ chúng ta không thể không nghiên cứu sinh lý bệnh lý Đông y và Tây y để làm nền tảng trong phán đoán bệnh chứng. Riêng yếu tố ĐẮC ĐỘ thì cần kinh nghiệm riêng có được sau một thời gian thực hành nhiều, điều này khó truyền đạt.

Tôi vừa trình bày xong phương cách để đạt TỨ ĐẮC. Tuy không có gì bí hiểm nhưng muốn làm được chúng ta cần rèn luyện như mọi vấn đề khác. Mong các bạn thành công.

3. HƯỚNG DẪN VỀ KIÊNG CỬ

Lương y Tạ Minh.

Kiêng cử thực ra chỉ là tránh né những nguyên nhân gây bệnh do bên ngoài đưa tới như thức ăn uống, khí hậu thời tiết, sinh hoạt hằng ngày. Mỗi một ngày khi thức giấc, cơ thể chúng ta bắt đầu đón nhận những yếu tố mới tác động vào như nắng - mưa - gió - bão - bụi bặm - mùi hôi - khí thải.....v.v.. Khi bắt đầu ăn sáng là ta đưa một số chất mới vào. Chua có, cay có, đắng - mặn - ngọt có; cái nào hợp cái nào không hợp với ta?

Điều trị bệnh mà không kiêng cử thì hiệu quả điều trị rất kém, nếu không muốn nói là sẽ không có kết quả. Chúng ta thấy hiện nay xu hướng của Tây y cũng đã bắt đầu chú ý đến việc khuyên bệnh nhân kiêng cử trong khi trị bệnh. Trước đây vài mươi năm, hễ hỏi đến kiêng cử là y như rằng bệnh nhân sẽ bị bác sĩ cự nự cho một hồi. Nào là phải ăn cho đủ dinh dưỡng, nào là đã bệnh mà còn cử ăn thì làm sao khỏe mà trị bệnh được...vv...!!! Quả thật thì Đông y bắt bệnh nhân cử ăn hơi nhiều. Có nơi thấy bảng dặn dò kiêng cử ăn uống của bệnh nhân có đến vài chục món. Có lẽ việc này xảy ra là do bệnh nhân uống thuốc Đông y, luôn có sự tương tác qua lại giữa thuốc và thức ăn. Vì thực chất thuốc Đông y đều có nguồn gốc thực vật hay động vật, là một dạng thức ăn hơi đặc biệt vậy thôi.

Nếu chỉ dùng huyết để trị bệnh thì chúng ta không sợ những tương tác như đã nói mà chỉ cần kiêng cử những tác nhân gây bệnh mà thôi. Đó là một trong những ưu điểm của phương pháp trị bệnh không dùng thuốc. Vừa an toàn vừa đơn giản.

Trong quá trình hành nghề và nghiên cứu chọn lọc tôi nhận thấy chỉ cần kiêng cử theo các nguyên tắc:

- 1) Điều kiện môi trường không thích hợp: nóng - lạnh, ẩm - khô, trong sạch hay bụi bặm.
- 2) Điều kiện làm việc: thay đổi công việc hay ít ra cũng cải thiện thói quen trong làm việc đối với các bệnh do nghề nghiệp gây ra.
- 3) Thức ăn, uống: nếu kiêng cử như Đông y lâu nay tuân theo ta sẽ có một danh sách rất dài, thậm chí hầu như không còn gì để ăn ngoài mễ cốc (gạo, lúa mì...)!! Bệnh nhân sẽ dễ rơi vào tình trạng suy dinh dưỡng. Do đó tôi chỉ chú trọng vào những món trực tiếp gây bệnh một cách mạnh mẽ cho cơ thể mà thôi. Gồm các nhóm chính.

- **Nhóm gây lạnh cho cơ thể trong những bệnh do lạnh:** thức ăn uống ướp lạnh, các món có vị đắng mạnh như khổ qua, rau má, tim sen, rau ngổ, rau đắng..... Các món quá mát như cam, dừa, thanh long, rau đay, bồ ngót.....
- **Nhóm gây nóng ráo cho cơ thể:** các món ăn chiên, các thức có vị cay nồng như tiêu, ớt, tỏi, gừng..... Các món cung cấp năng lượng nhiều như chocolate, cacao, các loại kẹo bánh có dùng đường.....
- **Nhóm gây co cân - cơ:** các chất có vị chua đậm như chanh, cam, thơm (dứa)..... các chất làm lạnh cơ thể.
- **Nhóm gây trì trệ:** hầu hết các món có chất nhờn đều gây trì trệ ứ đọng cho cơ thể như đậu bắp, rau đay, mồng tơi, khoai mỡ..... và các chất làm hạ nhiệt.
- **Nhóm gây viêm:** hiện nay tôi chỉ phát hiện ra hai món gây viêm rất mạnh (trên cơ thể vốn bị viêm): thịt gà và các loại mắm như mắm tôm, mắm ruốc, mắm sặc, mắm thái... (nước mắm thì vô hại, có lẽ vì độ mặn cao và quá trình lên men đã hoàn chỉnh nên không có độc - hay ít độc??).
- **Nhóm có chất hóa học phát sinh:** tất cả các món trải qua quá trình lên men sinh học (khác với lên men công nghiệp như xì dầu, magie): như chao, tương, bánh mì, rượu, bia.....
LƯU Ý: các loại này đôi khi đã nấu chín vẫn không phân hóa được các hóa chất trong nó nên vẫn gây bệnh cho cơ thể khi dùng.

Nói chung khi bệnh có liên quan tới gan (Can) và tụy (Tỳ) thì cần kiêng cử khá nhiều, nghiêng về hướng chất gây viêm và chất có hóa chất lạ, vì gan và tụy là bộ máy chính trong xử lý hóa chất của cơ thể (Can chủ sơ tiết, mưu lự – Tỳ chủ hóa), dĩ nhiên ở tế bào cũng có những quy trình xử lý hóa chất nhỏ riêng. Với Gan ta còn cần kiêng cử thêm thịt bò, cá biển độc như cá ngừ, cá chuồn, cá nhám, cá nục... còn các loại cá hiền thì dùng được như cá chim, cá thu, cá bạc má... Với Tụy ta còn cần kiêng cử thêm các chất gây lạnh.

Còn các loại bệnh chứng liên quan ta cứ theo bảng hướng dẫn nêu trên mà khuyên bệnh nhân kiêng cử.

Theo triệu chứng ta có:

- **Chứng đau nhức:** cử nhóm gây lạnh, gây co cân cơ.
- **Chứng viêm (sưng + nóng + đỏ + đau), chấn thương:** cử nhóm gây viêm và nhóm gây co cân cơ, nhóm gây lạnh (nếu bệnh thuộc hàn), nếu là bệnh thuộc nhiệt thì ngược lại cần cử nhóm gây nóng.

- **Chứng ứ trệ, sưng nề (không nóng đỏ):** cử nhóm gây trì trệ, nhóm gây co cân cơ, nhóm gây lạnh (vì lạnh cũng là một nguyên nhân gây trì trệ cho cơ thể).
- **Chứng có nhiễm trùng hay viêm do nhiệt:** viêm do nhiễm trùng hay do nhiệt đều gây ra triệu chứng đau nhức. Thật ra trong Đông y thì phân chia khá rõ: đau thì do nhiệt, nhức là do hàn, nhưng hầu hết bệnh nhân không thể phân biệt được hai triệu chứng này mà họ thường gộp chung hoặc nói lẫn lộn. Loại này cần cử các món gây nóng ráo, nhóm gây viêm.
- **Các chứng có tính dị ứng, các loại bệnh ngoài da:** nhóm có hóa chất phát sinh.

Như vậy ta có một đường lối kiêng cử khá linh động vì theo gốc bệnh chứ không theo tên bệnh. Đo đó dễ nhớ để dặn dò bệnh nhân.

TP. Hồ Chí Minh, 12 – 6 – 2002.

4. PHỤC HỒI CHÍNH KHÍ

Lương y Tạ Minh.

Trong Đông y, cân bằng Âm Dương và điều bổ Khí Huyết là nguyên lý của việc chữa bệnh. Vì phục hồi sự cân bằng Âm Dương và điều bổ cho khí huyết đầy đủ là phục hồi được chính khí. Trên nguyên tắc, chính khí vững mạnh thì tà khí tự lui.

Thông thường nếu chính khí chưa bị suy yếu thì việc chữa bệnh khá đơn giản: chẩn đoán bệnh thuộc hàn hay nhiệt, tìm Sinh huyết theo đồ hình phản chiếu hay theo luật đồng ứng rồi tác động với kỹ thuật thích hợp là đã thành công. Phức tạp hơn một chút nữa là bệnh có cơ chế khác, không chỉ là hàn hay nhiệt. Và càng phức tạp hơn khi chính khí suy yếu. Lúc này hầu hết bạn chỉ làm giảm được triệu chứng ngay tại chỗ mà thôi.

Tôi may mắn đã tìm được cách phục hồi chính khí bằng Diện Chẩn-Điều Khiển Liệu Pháp thuần túy, mà trước đây tôi thường gọi là “điều chỉnh tổng thể”, “điều chỉnh tổng trạng”. Đã thực hiện trên lâm sàng từ năm 1995 đều có những thành công tốt đẹp. Hơn 15 năm thực nghiệm, rút tĩa kinh nghiệm. Nay xin phổ biến chính thức để những ai yêu thích Diện Chẩn cũng dùng được để rút ngắn thời gian, nâng cao và duy trì hiệu quả điều trị.

Trước hết, các bạn cần biết đo huyết áp theo kiểu của tôi, đã trình bày trong bài “Kỹ thuật đo huyết áp” và trong đĩa video “Chẩn đoán bằng huyết áp kế”. Cũng như trong Blog 360plus của tôi (vào 360plus của Yahoo Việt Nam, gõ taminhdc, các bạn sẽ tìm thấy trang blog này).

Sau khi đã có kết luận huyết áp của bệnh nhân thuộc Dương chứng hay Âm chứng, kế tiếp là chọn vùng thích hợp (vùng có nhiệt độ đặc biệt, theo bài “Làm sao để đạt tứ đắc”) là chúng ta có thể bắt tay vào việc cân bằng Âm Dương và điều bổ Khí Huyết.

Việc thực hiện phục hồi chính khí nêu trên theo hai vế Dương-Khí và Âm-Huyết như sau.

- **PHỤC HỒI DƯƠNG, KHÍ:** khi thấy huyết áp thuộc âm chứng thì ta biết Dương hoặc Khí bệnh nhân bị suy. Nếu bệnh nhân sợ lạnh hoặc làm việc không bền sức dù siêng năng là Dương suy. Nếu bệnh nhân không sợ lạnh, tuy ẻo oải lười biếng mà khi cần thì làm việc bền sức là Khí suy. Nếu các hiện tượng trên đều có là Dương và Khí đều suy.

Chọn vùng thích hợp, chọn kỹ thuật thích hợp, dùng bộ Thăng.

Nếu Dương suy, ta **làm ấm huyết** bằng một trong các kỹ thuật sau đây (có cường độ điều trị từ nhẹ đến mạnh): day có dầu, dán cao salonpas, hơ, hơ có dầu, day dầu rồi dán cao, day dầu

rồi hơ và dán cao. Việc chọn cường độ cần kinh nghiệm để ước lượng, nếu chưa kinh nghiệm bạn có thể chọn cường độ nhẹ trước rồi tăng dần khi thấy không hiệu quả.

Trường hợp này, vùng thích hợp thường là vùng lạnh nhất và thường xuất hiện ở bàn chân.

Nếu là Khí suy, bạn chỉ day bộ Thăng. Thường sẽ là vùng âm nhất trên cơ thể.

- **PHỤC HỒI ÂM, HUYẾT:** khi thấy huyết áp thuộc dương chứng thì ta biết Âm hoặc Huyết bệnh nhân bị suy, hoặc cả hai khía cạnh Âm và Huyết đều suy. Trường hợp này không cần chẩn đoán thêm như trên mà chỉ cần dùng bộ Bỗ Âm Huyết mà thôi. Bộ Bỗ Âm Huyết sẽ tự động bổ Âm hay bổ Huyết hay bổ cả hai cho cơ thể.

Nếu bàn chân lạnh, bạn cần hơ, **không được bôi dầu vào huyết**. Nếu bàn chân mát, bạn day có dầu. Nếu bàn chân bình thường hay ấm bạn day không dầu.

KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

1) Trong các lần điều trị sau bạn luôn cần khám nhanh lại trước khi điều trị: sờ mặt, bàn tay, bàn chân, mi mắt để xem có sự biến đổi nào. Nếu có biến đổi, bạn cần bám theo biến đổi đó để thay đổi vùng tác động, phác đồ và kỹ thuật cho thích ứng với tình hình mới. Có như vậy bạn mới thực hiện tốt việc phục hồi chính khí cho bệnh nhân.

2) Nếu huyết áp âm chứng mà niêm mạc mắt có lớp trong nhạt hay trắng là Dương hay Khí suy kèm Âm hay Huyết kém hoặc cả hai đều kém. Bạn phải dùng bộ Bỗ Âm Huyết-Thăng như sau: 22, 127, 63M + -, 17 + -, 113 + -, 7 + -, 63, 50, 19, 39, 37, 40, 481, 1, 73 - +, 189, 103, 300 - +, 0 + -.

Phần còn lại trong điều trị; bạn chọn phác đồ dựa theo cơ chế bệnh như: tiêu viêm, tiêu viêm khử ứ, tiêu viêm giải độc, lọc thấp, trừ thấp hay trục thấp, an thần, bộ Thiếu dương v.v... Chọn phản chiếu hoặc đồng ứng. Chọn kỹ thuật thích hợp để trị theo cơ chế bệnh chứng bệnh nhân đang mắc phải.

Đây chính là quy trình căn bản điều trị cần thiết vậy. Trên thực tế, có rất nhiều hiện tượng pha tạp chi tiết khó lòng trình bày cho hết. Bạn cứ ôm lấy căn bản này mà làm, các việc còn lại cơ thể sẽ tự điều chỉnh.

TP. Thái Bình, 1 giờ 22 phút, ngày 11-11-2010.

CHƯƠNG 4: CÁC BỘ HUYỆT CĂN BẢN ĐỂ ĐIỀU CHỈNH TỔNG TRẠNG

1. BỘ THĂNG

Tạ Minh.

Thăng và giáng là hai thủ pháp thường gặp trong y học cổ truyền. Chữ THĂNG ở đây là nói gọn cho dễ nhớ, nói đầy đủ là THĂNG BỔ DƯƠNG KHÍ. Hẳn nhiên nó không thay thế cho tất cả các liệu pháp tương tự đã có trong y khoa (cùng mục đích), cũng như giải quyết được tất cả các trường hợp hư suy dương-khí. Nhưng nó sẽ góp phần không nhỏ trong việc trị bệnh bằng Diện chẩn - ĐKLP. Qua quá trình tìm tòi thử nghiệm và đã thành công trên thực tế trong thời gian qua, nay tôi xin trình bày như sau.

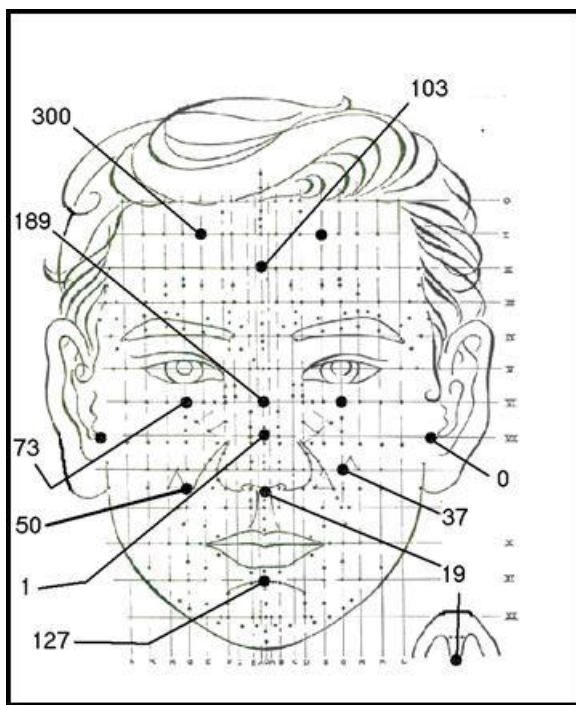
I/- PHÁC ĐỒ – KỸ THUẬT TÁC ĐỘNG

127, 50, 19, 37, 1, 73 - +, 189, 103, 300 - +, 0 - +.

Nguyên tắc chung: theo thứ tự từ dưới lên và từ trái sang phải.

Sức mạnh của phác đồ được sắp xếp theo thứ tự như sau:

- 1) Hơ rồi xoa dầu rồi dán cao.
- 2) Hơ, dán cao.
- 3) Hơ, xoa dầu.
- 4) Hơ thuần túy.
- 5) Châm kim nếu cần, tuy nhiên kỹ thuật này dễ gây vệt kim. Hiện nay chúng ta không còn dùng kim mà thay thế kim châm bằng kỹ thuật rung huyết.
- 6) Day ấn bằng dầu.
- 7) Day ấn, dán cao.
- 8) Dán cao hoặc xoa dầu.
- 9) Rung huyết hoặc day ấn bằng vaseline hoặc bất cứ một loại dầu nào khác không hại da như dầu ăn, dầu dừa, kem dưỡng da của phụ nữ..., nhằm mục đích tránh trầy da khi day quệt.



10) Lăn, gõ.

(Xem thêm bài “Hướng dẫn kỹ thuật sử dụng dụng cụ” trong sách Bài giảng).

II/- TÁC DỤNG

Bộ Thăng có những tác dụng chính sau đây:

- Thăng Khí, bổ khí, thăng Dương, bổ Dương. Tùy theo ý đồ mà chọn kỹ thuật thích hợp. Bổ Dương thì phải làm ấm huyết bằng dầu, cao salonpas hay hơ ngải cứu. Bổ Khí hay hành khí thì day không hay day có vaseline.
- Hành khí hành huyết nhưng hành khí mạnh hơn, rõ nét hơn.
- Tăng sức đề kháng về thời khí cho cơ thể.
- Làm ấm người toàn thân. Xua tan hàn khí nhiễm vào người.
- Làm hưng phấn thần kinh.

III/- CHỦ TRỊ

Bộ THĂNG có tác dụng hầu hết trong những bệnh chứng có gốc hàn, rõ nét nhất là do hàn tà thực. Có thể nêu một số bệnh chứng thường gặp như cảm lạnh, trúng gió lạnh, mắc mưa, viêm phế quản do lạnh (không có tác nhân hóa lý), sa nội tạng nhẹ, tự hãn v.v... Nhưng điều trị lâu dài cần nhận định đúng căn bệnh để linh động.

Ứng dụng của bộ THĂNG rất rộng, tuy nhiên muốn dùng tốt cần có một vốn y lý cơ bản Đông y để phân biệt hàn nhiệt hư thực.

IV/- CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bộ THĂNG rất mạnh khi dùng trọn bộ, nhất là với kỹ thuật hơ nóng dán cao, xoa dầu hoặc châm kim.

Không nên dùng bộ THĂNG trong các trường hợp sau:

- Bệnh nhân có thể trạng âm hư huyết kém, người gầy khô.
- Huyết áp cao dương chứng. Nhất là với các dạng huyết áp cao có cholesteron, có xơ mỡ động mạch.
- Các bệnh có nhiệt ở lý như: tiêu khát (tiểu đường), hư lao (suy nhược cơ thể nặng)...
- Các bệnh có nhiễm trùng vì dễ gây bội nhiễm.
- Các bệnh viêm loét vì dễ gây xuất huyết.

Ba trường hợp sau có thể dùng với kỹ thuật day vaseline khi có kèm bệnh cấp do hàn. Nhưng cần xem xét theo dõi kỹ để tránh sai lầm.

V/- KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

1) Trường hợp người bệnh vừa kém về huyết vừa suy về khí, nếu dùng trọn bộ THĂNG sẽ gây thiên lệch về khí huyết vì nó chủ thăng bổ khí. Trường hợp này nên dùng bộ BỔ ÂM HUYẾT-THĂNG thích hợp hơn (xem bài “Phục hồi chính khí”).

2) Cắt cơn tăng huyết áp âm chứng có các triệu chứng như sau: huyết áp tăng đột ngột mà trong lúc bình thường có thể thuộc loại thấp, toàn thân hay tứ chi hay chỉ bàn chân lạnh, đặc biệt huyết áp rất khó đo vì kim giật rất nhẹ, tiếng đập ở ống nghe rất nhỏ; dùng que dò khám thấy đau ở hai huyết 1 và 19 mà 26 và 143 không đau; có khi cả 4 huyết này đều không đau (xem bài “Chẩn đoán hàn nhiệt bằng huyết Diện chẩn”). Điều trị: Dùng ngải cứu hơ và xoa dầu mỗi huyết 3 lần.

LƯU Ý: phải hội đủ các triệu chứng kể trên, nếu không ta sẽ sai lầm lớn khi đó là một cơn cao huyết áp Dương chứng.

Nếu tứ chi lạnh ngắt mà cả 4 huyết đều đau thì đây là cơ địa Dương chứng mà trúng lạnh bất ngờ làm tăng thêm huyết áp, trường hợp này khó, không nên can thiệp nếu không kinh nghiệm, nên cho đi bệnh viện.

Việc điều trị chứng cao huyết áp về lâu dài cần hiểu sinh bệnh lý để tìm ra căn bệnh. Biện pháp nêu trên chỉ là tam thời cắt cơn mà thôi, không phải là giải pháp điều trị.

3) Nhức khớp: đau nhức mà không nóng đỏ, trái lại sờ tay vào khớp thấy lạnh hơn các nơi khác. Nếu bệnh nhân không bị thiếu máu quá ta có thể dùng bộ THĂNG. Kết quả nhanh và không tốn công dùng thêm các huyết phản chiếu bộ vị khi có nhiều khớp đau.

Tuy nhiên, khi khớp bị thoái hóa thì liệu pháp này không kết quả, chỉ mang tính cắt cơn mà thôi. Không nên dùng lâu dài có hại cho khớp.

4) Nhức đầu mạn tính: có lúc hoàn toàn thoải mái, có lúc nhức dữ dội. Đó là lúc có lạnh xâm nhập. Dùng BỘ THĂNG để cắt cơn, điều trị lâu dài cần tìm hiểu tổng thể của bệnh nhân để điều chỉnh lại cho quân bình.

VI/- VẤN ĐỀ ĂN UỐNG, SINH HOẠT

Khi sử dụng bộ THĂNG cần kiêng cử:

- Ăn uống: không dùng các thứ quá mát lạnh như nước đá, kem, yaourt lạnh, nước ướp lạnh, cam, nước dừa, bia, khổ qua, đậu đen, đậu xanh, rau má, thanh long, các thứ có vị chua.
- Sinh hoạt: cửu tẩm đêm, dầm mưa, dùng quạt máy, phòng lạnh, nằm ở nền nhà không có nệm, đi chân trần trong nhà, khi ngủ nên mang vớ giữ ấm chân.

VII/- KẾT LUẬN

Tác dụng của bộ THĂNG rất rộng và rất mạnh. Khi áp dụng một cách máy móc dễ gây thiên lệch về âm dương khí huyết.

Chẩn đoán kỹ về âm dương, khí huyết, hàn nhiệt, hư thực là việc cần làm trước khi bắt tay vào điều trị.

Ước lượng tình hình, theo dõi sát sao diễn biến lâm sàng ngay tại chỗ và về sau để có giải pháp, cường độ điều trị thích hợp.

Luôn luôn dò sinh huyết để kiểm chứng trước và trong khi điều trị để đề phòng sai lầm. Không dùng bộ Thăng khi các huyết 19,1,189,103 đều không là sinh huyết (không báo đau cũng không báo nóng).

TP. Hồ Chí Minh, 08-12-1998.

2. BỘ GIÁNG

Tạ Minh.

Khái quát thì bộ Giáng có tính chất ngược lại với bộ Thăng. Tầm ứng dụng không rộng rãi như bộ Thăng và thuộc khía cạnh gần như đối lập.

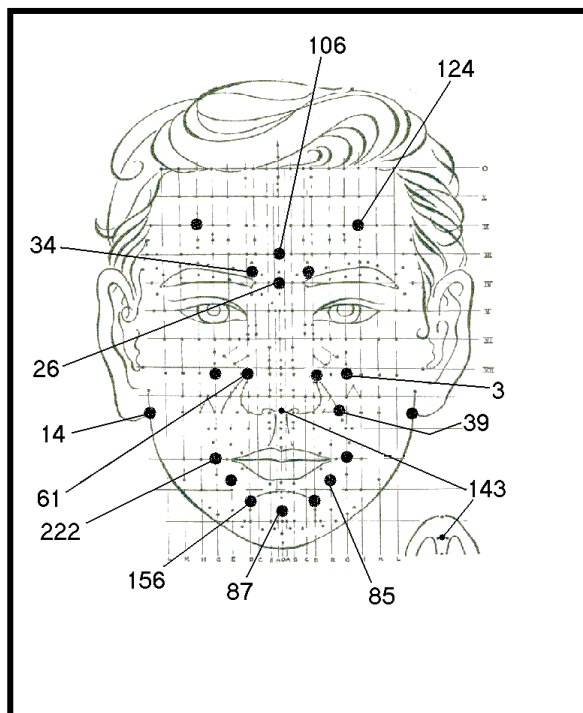
I/- PHÁC ĐỒ – KỸ THUẬT

124 + -, 106, 34 + -, 26, 61 + -, 3 + -, 143, 39, 14 + -, 222 + -, 85 + -, 156 + -, 87.

Không phải lúc nào cũng dùng trọn tất cả các huyết nêu trên. Phải dò sinh huyết để dùng cho thích ứng với tình hình bệnh. Có khi phải tùy theo tổng trạng của bệnh nhân mà chọn lọc lại, chỉ dùng một số trong số các sinh huyết được tìm thấy chứ không dùng tất cả các sinh huyết.

Dò và tác động huyết theo thứ tự nêu trên. Đối với các huyết kép thì tác động huyết bên phải trước, bên trái sau (của người bệnh).

Kỹ thuật an toàn và thích hợp nhất là dùng kỹ thuật rung huyết, hoặc dùng lăn và que dò để ấn day hoặc quẹt vào huyết bằng



vaseline hoặc các loại dầu nhờn vô hại như dầu ăn hoặc kem dưỡng da. Cũng có thể day thật nhẹ phon phớt không cần vaseline vào mặt da ở những người trẻ tuổi, da không quá khô.

Nếu sốt cao nên dùng nước đá áp vào huyết, mỗi huyết một phút để cắt cơn sốt.

II/- TÁC DỤNG

Các tác dụng chính:

- Giáng khí: tác dụng cao trong trường hợp thực nhiệt.
- Hạ nhiệt: tính hạ nhiệt khá mạnh khi dùng trọn bộ.
- An thần: tính an thần rõ nét.
- Tiêu viêm: chỉ có tính hỗ trợ, vì tính tiêu viêm của nó không mạnh bằng một số phác đồ khác.

III/- CHỦ TRỊ

BỘ GIÁNG là phác đồ chủ lực trị các bệnh thuộc THỰC NHIỆT. Trong lãnh vực hư nhiệt thì chỉ được dùng khi cần đối phó tạm thời với triệu chứng (khó dùng vì cần vững y lý Đông y và phải kỹ lưỡng), **không dùng trong điều trị lâu dài**.

Nên dùng cho các trường hợp sau: Các chứng sốt do nhiễm phải khí nóng đều cần dùng BỘ GIÁNG. Trước hết nó hạ sốt cho bệnh nhân, đề phòng chứng kinh giật do sốt cao – sau đó sẽ tìm nguyên nhân gây bệnh để điều trị tận gốc. Một số bệnh thường gặp: trúng nắng, sốt do nhiễm trùng dĩ nhiên chỉ để giảm sốt còn diệt trùng thì nên dùng kháng sinh, sốt không rõ nguyên nhân (với điều kiện chân không lạnh).

Qua tính an thần, giáng khí, hạ nhiệt, bộ GIÁNG được dùng cắt cơn tăng Huyết áp DƯƠNG CHỨNG, với các triệu chứng sau: mạch vùng Thái dương (màng tang) nổi cộm, mạch cổ tay thuộc dạng Kiên, Hoạt, Thực, **chân không lạnh**, mặt mắt có thể đỏ; đo huyết áp thấy kim đồng hồ giật mạnh, tiếng ở ống nghe đập lớn, hai huyết 26 và 15 có thể 143 rất đau. Trường hợp này nên day huyết 15 trước khi dùng BỘ GIÁNG.

Ngoài ra có thể dùng trong những trường hợp suyễn thực nhiệt. Trường hợp uất nhiệt bên trong tạng phủ như Vị, Tỳ, Can...v.v.. Những trường hợp mất ngủ do hưng phấn, lo lắng suy nghĩ nhiều làm mất ngủ (chỉ có giá trị khi thể trạng bệnh nhân chưa suy yếu). Những trường hợp thần kinh chức năng của một cơ quan hưng phấn gây xáo trộn sinh lý cơ quan, tạng phủ.

Lĩnh vực ứng dụng của BỘ GIÁNG khá rộng nhưng tốt nhất vẫn là dùng để trị các bệnh THỰC NHIỆT.

IV/- CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thực tế cho thấy **BỘ GIÁNG chỉ có tính tả chứ không có tính bổ**. Do đó không dùng bộ Giáng trong các chứng hư nhiệt (những triệu chứng nóng âm ỉ, nóng sau buổi trưa ở người bệnh suy nhược), những người bệnh mất ngủ lâu ngày, ăn uống kém, gầy yếu xanh xao.

V/- ỨNG BIẾN LÂM SÀNG

1) Cắt cơn sốt bằng nước đá áp vào huyết. Ở đây chỉ cần dùng các huyết sau đây theo thứ tự: 26, 3, 143 hay 173, 87. Với các cục nước đá chườm bằng đầu ngón tay cái, áp mỗi huyết chườm một phút rồi đổi sang huyết khác cho đến khi hết sốt.

2) Một số trường hợp bệnh tâm thần mới phát thuộc chứng cuồng trong Đông y, các chứng trúng nắng. Nên ứng biến như sau: chỉ dùng các huyết sau đây theo thứ tự 124 -, 106, 34 -, 26, 61 -, 3 -, 143, 39, 14 -, 222 -, 85 -, 87.

Có thể tùy nghi sử dụng các kỹ thuật áp lạnh, day bằng vaseline hoặc châm kim. Biện pháp này cũng dùng được trong trường hợp sốt cao do viêm nhiễm cấp (với điều kiện chân không lạnh).

VI/- KẾT LUẬN

Bộ GIÁNG hữu hiệu trong các chứng nhiệt dù ở biểu hay ở lý. Nhưng chỉ có tính TẢ CHỨ KHÔNG BỔ. Cần thận trọng khi sử dụng để không hại nguyên khí của bệnh nhân.

TP. Hồ Chí Minh, 9-12-1998.

3. BỘ BỔ TRUNG

Tạ Minh.

I/- PHÁC ĐỒ

127, 7 - +, 50, 19, 37, 1, 0 - +.

II/- KỸ THUẬT

Day vaseline, gỗ, day dầu hoặc dán cao hoặc hơi nóng xúc dầu. Tùy tình hình tổng trạng của bệnh nhân mà chọn kỹ thuật thích hợp.

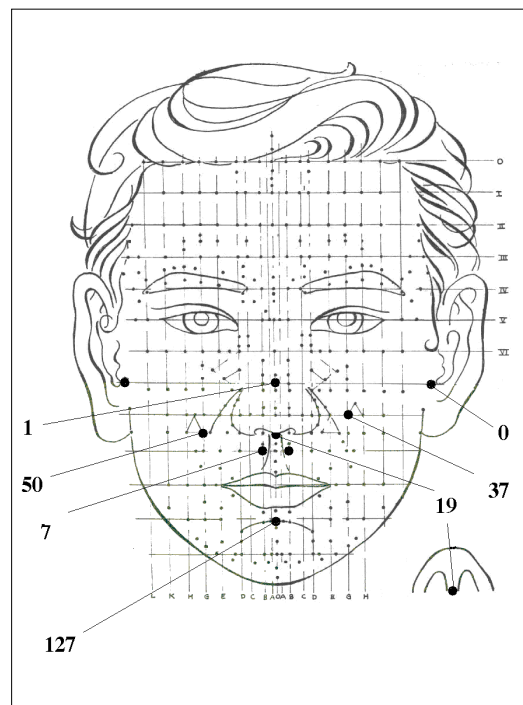
III/- TÁC DỤNG CHỦ TRỊ

Bổ trung tiêu, bổ nguyên khí ở cấp độ nhẹ, trợ tiêu hóa, tăng sức đề kháng, tăng lực nhẹ đến vừa phải. Hỗ trợ trong việc trị mọi bệnh chứng có hư suy. Có thể dùng bồi bổ cho các trường hợp suy nhược cơ thể nhẹ chưa ảnh hưởng đến phần âm huyết (đây là bộ huyết tiền đề cho bộ BỔ ÂM HUYẾT sau này).

IV/- KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

Có một số trường hợp bệnh nhân bị khí huyết lưỡng suy, hoặc âm dương lưỡng suy ta không thể dùng bộ THĂNG vì có thể làm lệch quân bình. Trường hợp này nên dùng bộ BỔ TRUNG ở bàn chân, phối hợp với BỔ ÂM HUYẾT ở mặt để bổ dương – khí và huyết chậm chậm vì lúc này sức chịu đựng của bệnh nhân rất kém, không thể bổ nhanh được. Bộ huyết này cũng thuộc loại an toàn nếu chỉ dùng day vaseline, nhưng không nên dùng trong trường hợp có *huyết áp cao dương chứng*.

Khi cần bổ Tý ta đưa huyết số 7 - + về cuối của phác đồ (sau huyết 0).



4. BỘ THIẾU DƯƠNG

Tạ Minh.

I/- PHÁC ĐỒ

324, 131, 41 (437), 235, 290, 184, 34, 156.

II/- KỸ THUẬT

Trước hết cần chẩn đoán bệnh thuộc hàn hay nhiệt rồi điều trị mới có kết quả (xem lại bài “Chẩn đoán hàn nhiệt bằng huyết Diện Chẩn”).

– **Bệnh thuộc hàn:** day dầu theo thứ tự trên, mỗi huyết 30 cái, dán cao salonpas nếu được. Nếu không đạt hiệu quả cao (giảm đau từ 3/10 trở lên ngay tại chỗ) thì nên dùng ngải cứu hơ nóng mỗi huyết 3 lần có bôi dầu.

– **Bệnh thuộc nhiệt:** hiệu quả cao nhất là áp lạnh (khó làm nếu chưa kinh nghiệm). Châm bằng kim cũng rất mạnh. Nếu không biết châm hoặc bệnh nhân không thích châm có thể day ấn bằng vaseline mỗi huyết 30 cái, ba vòng cho một lần điều trị, giải pháp này hiệu quả kém hơn. Có thể rung mỗi huyết 10 giây.

III/- TÁC DỤNG, CHỦ TRỊ

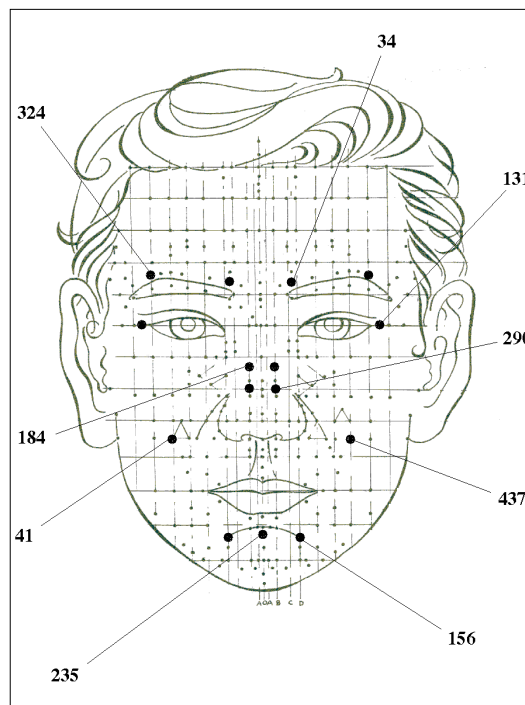
BỘ THIẾU DƯƠNG này chuyên hòa giải kinh khí Thiếu Dương.

Có thể dùng trong các bệnh: nhức nửa đầu (migrain, thiên đầu thống); tăng nhãn áp (glaucome, cườm nước), hàn nhiệt vãng lai (lúc nóng lúc lạnh); sốt rét (chỉ giúp hạ cơn, không phải điều trị); uất ức tâm lý (tức giận nhưng không phát tiết được, một dạng stress); một số rối loạn chức năng gan mật.

IV/- KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

– Trường hợp hiệu quả kém trong nhức đầu có thể thêm 12, 240, 107.

– Nếu có tăng nhãn áp thêm 16, 199. Tuy nhiên đây là một bệnh nguy hiểm vì có thể gây mù lòa khi không chữa được nên nếu không vững vàng thì không nên trị. Bệnh này sẽ được trình bày chi tiết trong mục “Bệnh mắt” ở cuối sách.



- Trường hợp stress, nếu hiệu quả kém có thể thêm 124, 34, 106, 173 hoặc 143, 3 -.
- Rối loạn gan mật cần xác định sinh huyết vùng gan mật.
- Nếu nhức đầu do dị dạng mạch máu não, biết được qua chụp CT hoặc MRI, chỉ giảm đau chứ không trị khỏi được. Khuyến bệnh nhân theo chỉ định của bệnh viện để giải phẫu khi cần. Vì đây cũng là một loại bệnh chứng nguy hiểm cho sức khỏe của bệnh nhân.

Chú ý: vị trí huyết 131 chính xác ở giữa tuyến L và khốe mắt ngoài, nó chính là huyết Ngư Vỹ trong Thể Châm, nay được thay bằng huyết 24 trong hình huyết ấn bản 2003 của thầy Châu. Huyết 199 ở giữa huyết 197 và 421.

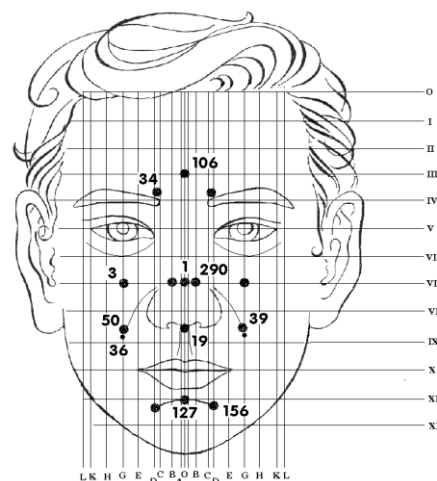
5. BỘ ĐIỀU HÒA

Tạ Minh.

Cơ thể như một cơ quan, xí nghiệp. Một cơ quan có đầy đủ các nhân viên phòng ban, nhưng nếu họ không hòa thuận mà bất hợp tác thì cơ quan này không thực hiện được chức năng, công việc đình trệ. Cơ thể cũng vậy, nhiều khi bệnh nhân thấy có bệnh mà các hệ thống cơ quan không hề có vấn đề gì. Trường hợp này nếu cố chữa, đôi khi lại gây thêm bệnh cho bệnh nhân.

Trong cơ quan muốn mọi việc trôi chảy, cần hòa giải mọi người với nhau, không cần khiển trách hay đổi thay nhân sự nào. Cơ thể cũng vậy, không thể trách cơ quan bộ phận nào mà chỉ nên tạo sự liên kết giữa chúng với nhau là được.

Tôi xin giới thiệu BỘ ĐIỀU HÒA có thể thực hiện ý định này.



I/- PHÁC ĐỒ - KỸ THUẬT

- 34, 290, 156, 39, 19, 50, 3, 36.
- 106, 1, 127, 39, 19, 50, 3, 36.

Dò huyết theo từng phác đồ, phác đồ nào có nhiều huyết báo đau hơn thì dùng phác đồ đó, day bằng vaseline chừng 30 cái nhẹ nhẹ mỗi huyết theo thứ tự. Cũng có thể dán cao, tùy trường hợp mà dùng.

II/- CHỈ ĐỊNH

Thông thường những trường hợp sau đây nên dùng Bộ Điều hòa:

- Cơ thể mất quân bình nhẹ, rối loạn chức năng nhẹ, bệnh nhân cảm thấy không thoải mái nhưng không có hiện tượng bệnh rõ ràng. Như ăn ngủ lúc được lúc không, người lúc mệt lúc khỏe...
- Thân nhiệt bệnh nhân không điều hòa nhẹ: trên dưới-trước sau-trong ngoài, nóng lạnh không đều nhẹ. Tương tự chứng tâm thận bất giao nhưng rất nhẹ.
- Một số trường hợp tăng huyết áp nhất là huyết áp vô căn.

– Triệu chứng có rất nhiều, không thể kể hết. Chỉ cần nhớ “bệnh mà hình như không phải bệnh”, “bệnh lúc có lúc không”, “bệnh giả đờ” là được.

III/- KẾT LUẬN

Ưu điểm của bộ huyết này là rất an toàn. Hầu như không gây sốc cho bất cứ ai. Nên dùng khi gặp những trường hợp phức tạp không chẩn đoán ra bệnh thuộc khía cạnh nào trong Bát cương. Sau khi dùng một thời gian, triệu chứng sẽ định hình dần lúc ấy ta chẩn đoán lại và định hướng điều trị lại cho phù hợp.

Yếu điểm của bộ huyết này là rất kém khi điều trị những bệnh rõ ràng trong lãnh vực Bát cương, hoặc những bệnh có đau nhức.

TP. Hồ Chí Minh, 7-1-1989.

6. BỘ TIÊU VIÊM

Tạ Minh.

I/- PHÁC ĐỒ

106, 26, 37, 50, 61, 38, 156, phản chiếu nơi bị viêm.

II/- KỸ THUẬT

Mỗi ngày điều trị một lần. Tùy hàn chứng hay nhiệt chứng nặng hay nhẹ mà chọn kỹ thuật thích hợp:

1) Hàn chứng

- Dán cao salonpas, lưu khoảng 2 tới 3 giờ.
- Day dầu 30 lượt mỗi huyết. Giữ khô vùng huyết tác động trong 2 giờ.
- Hơ: xúc dầu và hơ nóng 1 đến 3 lần mỗi huyết.

2) Nhiệt chứng

- Châm: lưu kim 20 phút.
- Day vaseline, mỗi huyết chừng 30 cái.
- Xung điện: tùy tần số nhanh chậm mà quyết định thời gian.
- Ấn: 30 giây mỗi huyết. Phải đếm theo đồng hồ mới chính xác.
- Gõ: 20-30 cái mỗi huyết.
- Rung huyết: mỗi huyết chừng 10 giây đồng hồ.

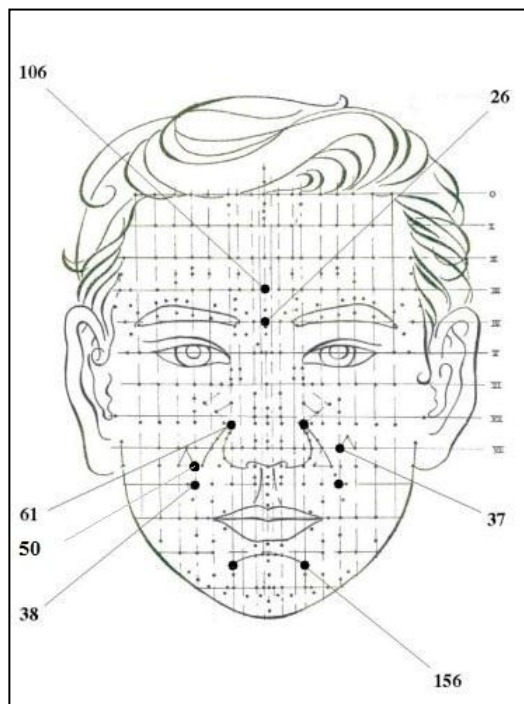
III/- PHẠM VI SỬ DỤNG

Bộ huyết này có tác dụng kháng viêm rất tốt. Đặc biệt những trường hợp viêm do chức năng. Những trường hợp này không cần phối hợp với thuốc vẫn đạt hiệu quả cao.

Kém tác dụng trong những trường hợp viêm do vi trùng, nên phối hợp với thuốc tây.

Vì vậy cần chẩn đoán đúng trước khi điều trị. Hoặc đơn giản hơn khi trị thấy không có hiệu quả rõ ràng thì ngưng trị ngay để chuyển hẳn cho Tây y hoặc phối hợp nếu thuận tiện.

IV/- KINH NGHIỆM



- Hiệu quả rất cao cho những u nhọt, mụn bọc, mụn lẹo (chấp mắt) khi dán cao salonpas. Nếu u nhọt chưa có mũ thì mụn tự tiêu, nếu mụn đã có mũ trắng thì có thể vỡ mũ trước rồi mới xẹp sau, cứ yên tâm điều trị tiếp cho đến khi khỏi hẳn.
- Khi kết hợp với kháng sinh hiệu quả nhanh hơn hẳn so với chỉ dùng thuần kháng sinh. Khi viêm cấp có sốt cao nên dùng nước đá phối hợp với bộ GIÁNG để tấn công bệnh càng nhanh càng tốt (khi hết sốt thì ngưng dùng nước đá).
- Cũng có thể dùng trong các trường hợp viêm nội tạng, áp-xe nội tạng.
- Đặc biệt hiệu quả cao trong viêm phế quản đối với trẻ em, dĩ nhiên cần phối hợp với phản chiếu phế quản. Ngoài ra còn được dùng trong điều trị viêm xoang rất tốt (cần thêm huyết 300). Các vấn đề này sẽ được trình bày chi tiết ở các bài khác.
- Bộ huyết này cũng giúp nhuận tràng khi thêm 365.

7. BỘ TIÊU VIÊM KHỬ Ứ

Tạ Minh.

Đây là bộ TAN MÁU BẦM đã được tôi thiết lập từ 1988, nay triển khai để hoàn chỉnh hơn.

I/- PHÁC ĐỒ

156 - +, 38 - +, 7 - +, 50, 37, 3 - +, 61 - +, 290 - +, 16 - +, 26. Phản chiếu bộ vị.

II/- KỸ THUẬT

- Châm kim: lưu kim 20 phút. Kết quả cao nhất.
- Gõ búa cao su nhỏ, hoặc day quệt: 30 cái mỗi huyết.
- Xung điện: 30 nhịp mỗi huyết.
- Rung huyết: mỗi huyết chừng 10 giây đồng hồ.

Phải tác động đúng thứ tự nêu trên mới phát huy hết tác dụng

III/- TÁC DỤNG

- Tan máu bầm và tan sưng do va chạm.

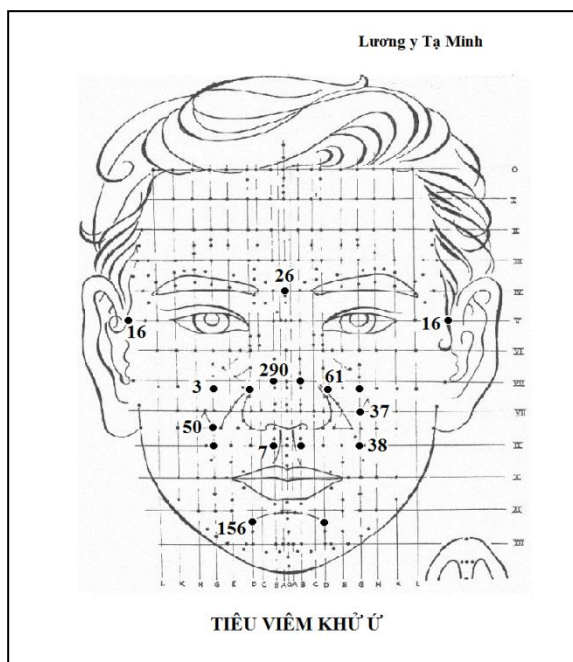
Tan sưng bầm do bong gân (nếu sái khớp thì phải nắn sửa khớp trước vì bộ huyết này không sửa khớp được).

- Tiêu các u bướu, các ứ tích chức năng hoặc thực thể.

IV/- KINH NGHIỆM

- Bộ huyết này hiệu quả càng cao khi điều trị càng sớm ngay trong ngày bị chấn thương, có thể chỉ sau 3 – 4 lần châm cách khoảng 3 – 4 giờ một lần là tan biến không còn dấu vết, không còn đau đớn gì. Nếu dùng các kỹ thuật khác thì hiệu quả kém hơn nhưng cũng vẫn nhanh hơn dùng các biện pháp khác như đắp muối, bóp rượu thuốc...

- Nếu để quá ngày mới điều trị thì kết quả cũng yếu nhưng vẫn tốt dù có khi bị đã vài tháng hay vài năm.



– Nếu mới bị va chạm, trị ngay mà không thấy có hiệu quả gì về mặt giảm đau hay giảm sưng thì phải nghĩ ngay đến trật khớp hay có tổn thương đến phần xương như nứt, gãy. Phải đến bệnh viện chụp X quang và bó bột ngay. Bệnh nhân thường mất cảnh giác ở những xương nhỏ như xương bàn hay xương ngón tay chân làm cho bị tật về sau.

– Bộ huyết này tối cần thiết trong các trường hợp bại liệt do chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não có xuất huyết.

Tôi từng điều trị cho một bệnh nhân chấn thương bị mổ sọ não 2 lần mới thoát chết, xuất viện Chợ Rẫy trong tình trạng liệt nửa người. Sau 2 tháng châm có kết hợp tập vật lý trị liệu, bệnh nhân đi đứng sinh hoạt bình thường, chỉ còn liệt nhẹ vùng bàn tay vận động bình thường nhưng lực yếu (vì một góc nhỏ não bị hoại tử phải cắt bỏ – theo lời thân nhân bệnh nhân).

Một trường hợp khác bị đập tủy cổ (kết quả MRI: mất cấu trúc chất trắng-xám nội tủy nặng nhất ở ngang C3-C4), liệt tứ chi, xuất viện đã hơn 2 tháng nhưng vẫn chưa tự tiêu tiểu được, tứ chi nhúc nhích được nhưng rất hạn chế. Tôi châm một tuần (6 lần), bệnh nhân đã điều khiển tiêu tiểu như ý, rút ống thông tiểu và không cần bơm thuốc khi đi cầu. Sau hai tuần chân có sức và bắt đầu tập đi. Sau một tháng đã đi được, có người dìu. Lúc bấy giờ bệnh nhân xin nghỉ để đến BV tập VLTL.

– Về bại liệt do di chứng xuất huyết não thì có nhiều. Kết quả rất tốt nếu được điều trị sớm ngay khi xuất viện.

LƯU Ý:

- **Không được dùng quá 3 tuần lễ.**
- **Có thể kỵ thai.**

8. BỘ TIÊU VIÊM GIẢI ĐỘC

Tạ Minh.

I/- PHÁC ĐỒ

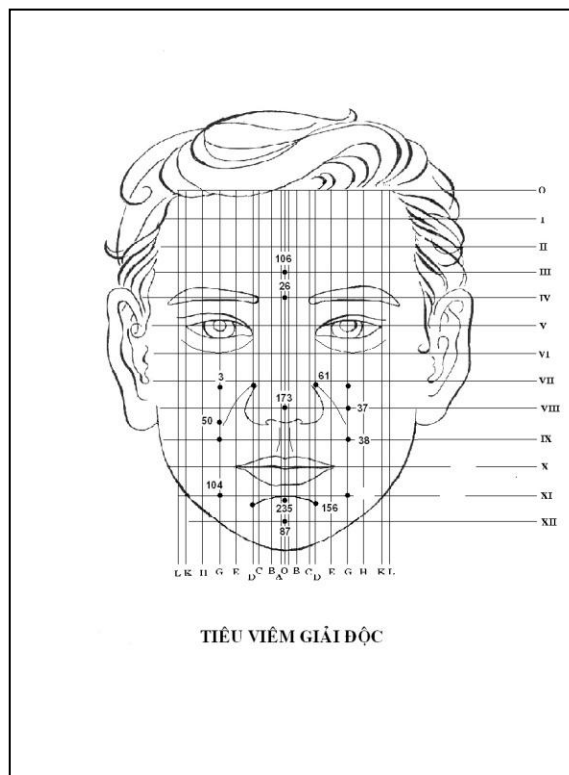
106, 26, 61 + -, 3 + -, 37, 50, 41, 17 - +, 38 + -, 104 + -, 156 + -, 235, 87, 143.

II/- KỸ THUẬT

Chẩn đoán hàn nhiệt, chọn kỹ thuật thích hợp. Tốt nhất là châm kim. Tuy nhiên trong tình trạng cơ thể như vậy, rất dễ bị vệt châm (ngắt xiu trong khi châm). Day dầu trong bệnh hàn, rung huyết hoặc day bằng vaseline trong bệnh nhiệt.

III/- TÁC DỤNG CHỦ TRỊ

Giải độc máu, lọc máu. Khu phong độc. Chống dị ứng do ăn uống (nếu cần có thể thêm bộ Bỏ trung). Giải độc cho cơ thể và làm tan viêm ứ do nhiễm độc. Dĩ nhiên cũng cần thêm vài huyết trong bộ Lọc thấp như 240, 290, 7, 347.



Nên dùng trong những trường hợp:

- Có nhiễm độc như côn trùng cắn, phỏng hóa chất (thêm phản chiếu nơi bị cắn, bị phỏng).
- Nhiễm độc thực phẩm – nếu mới bị nên thêm phản chiếu ống tiêu hóa; nếu bị đã vài ngày rồi thì không nên vì sẽ hạn chế vùng tác dụng trong khi chất độc đã phát tán toàn thân, chỉ dùng sau khi bệnh nhân đã tỉnh hẳn nhưng còn đau bụng. Nhiễm độc ở đây thuộc khía cạnh hóa chất, không phải nhiễm trùng, các triệu chứng giống nhau (đau bụng, sốt, tiêu chảy) chỉ thêm có **biểu hiện về thần kinh như choáng váng, ù tai, mờ mắt, nhức đầu**.
- Những bệnh do máu bị ô nhiễm mà ra như ghê nhọt, chàm lác, dị ứng thức ăn. Trường hợp này cần điều chỉnh tổng trạng để hỗ trợ.
- Có thể dùng vài lần đầu (3 đến 5 lần) trong những viêm xoang mạn tính.

LƯU Ý: Loại này gặp chưa nhiều, cần xác minh thêm.

Tạ Minh, 2006.

9. TRỪ ĐÀM THẤP THỦY

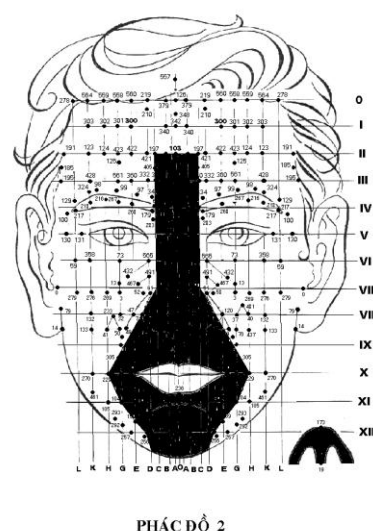
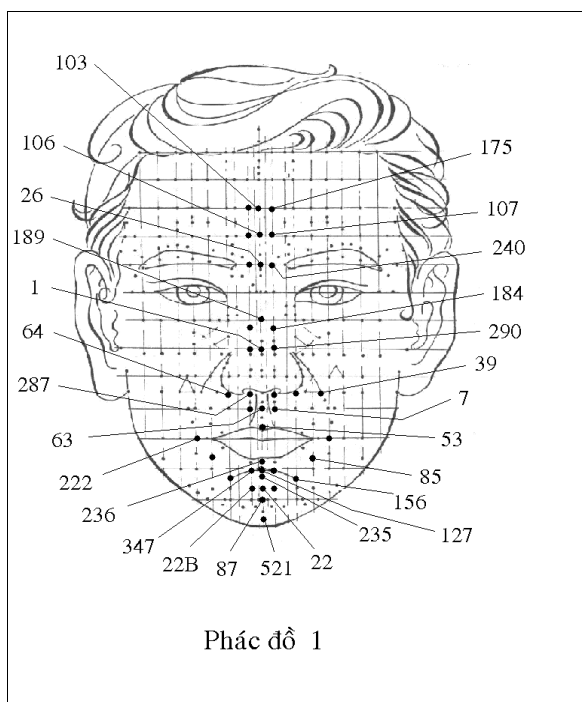
Tạ Minh.

Đàm, thấp và thủy là ba tác nhân gây bệnh thường có mặt trong nhiều loại bệnh chứng khác nhau. Chúng thường quấy rối cơ thể bệnh nhân và gây trở ngại cho việc trị bệnh chính cho bệnh nhân.

Bộ huyết TRỪ ĐÀM THẤP THỦY này được hình thành vào đầu năm 1990. Qua 3 năm thử nghiệm, truyền bá, bộ huyết này đã tỏ rõ hiệu năng của nó, kể cả với những học viên chưa nhiều kinh nghiệm hoặc chưa được học về Đông y. Tỉnh An Giang và thị xã Long Xuyên là nơi được phổ biến đầu tiên, sau khi tôi đạt được một số kết quả lâm sàng tại TT/DC-ĐKLP 19B Phạm Ngọc Thạch, quận 3, TP.HCM, nhân một dịp đi huấn luyện tại đó. Đồng bằng sông Cửu Long vốn nhiều sông nước, việc nhiễm thủy thấp là điều đương nhiên, nhất là với các bà con nông dân, càng phổ biến hơn ở nữ giới (thường tắm đêm ở ao, rạch sông ngòi).

I/- PHÁC ĐỒ - KỸ THUẬT TÁC ĐỘNG

Có 3 phác đồ dùng cho 3 mức độ bệnh khác nhau từ nhẹ tới nặng. Loại thấp là dùng cho trường hợp thấp nhẹ, trừ thấp được dùng cho mức độ thấp trung bình, trục thấp là trường hợp thấp nặng.



- **Lọc thấp:** 107, 240, 12, 184, 290, 7, 347.
- **Trừ thấp:** 521, 87, 22 B, 235, 127, 347, 236, 85, 29 (222), 53, 7, 63, 64, 287, 19, 39, 1, 290, 240, 26, 103.
- **Trục thấp:** tác động trọn ụ cằm; bờ môi dưới; bờ môi trên và cánh mũi (giới hạn bởi pháp lệnh), toàn bộ mũi kéo dài lên vùng huyết 103-175. Phác đồ này được dùng khi cần trục đàm thấp thủy thật mạnh.

Về mức độ bệnh Thấp Thủy cần điều trị nhiều mới có kinh nghiệm phán đoán. Nếu chưa kinh nghiệm các bạn có thể dùng phác đồ lọc thấp trước, nếu không hiệu quả mới tăng dần theo các phác đồ sau.

Chú ý:

- **Cần chẩn đoán về hàn nhiệt trước khi điều trị.**
- Rất ít khi phải dùng trọn bộ huyết nêu trên.
- Dò sinh huyết trước khi tác động.
- Sử dụng que dò có dầu cao trước, nếu không có tác dụng mới sử dụng ngải cứu trong những trường hợp bệnh thuộc hàn.
- Nếu sử dụng que dò thì day mỗi huyết chừng 30 cái với vaseline khi bệnh thuộc nhiệt, với dầu cao khi bệnh thuộc hàn.
- Dán cao khi bệnh thuộc thấp-thủy nặng (thường thuộc hàn chứng).
- Nếu sử dụng ngải cứu thì hơ nóng mỗi huyết 3 lần rồi xoa dầu cao vào huyết, khi bệnh thuộc hàn nặng.
- **Mỗi lần điều trị cần xem xét lại trước khi dùng, đề phòng sự quá liều rất dễ xảy ra.**

II/- KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

Một hay các hiện tượng sau đây sẽ xảy ra khi chẩn đoán đúng và điều trị đúng mức độ:

- Bệnh chứng thuyên giảm rõ rệt.
- Bệnh nhân có thể đột ngột đi tiêu lỏng, sệt hoặc có đàm nhớt lẫn trong phân. Có thể đau bụng hoặc không, nhưng **không quá 5 lần trong một ngày đêm, càng đi tiêu càng thấy người thoải mái chứ không mệt như các trường hợp đi tiêu lỏng khác.**
- Bệnh nhân có thể khát nước hơn, nên uống ngay nước ấm hay đun sôi để nguội (không nên uống nước ướp lạnh hay nước đá) và **uống từ từ chứ không uống nhanh. Khi cảm thấy hết khát thì ngưng ngay** chứ không uống cho hết nước đã rót ra ly. Tình trạng này có khi do tác động quá liều, do đó cần hỏi kỹ để ngưng kịp thời, tránh tác dụng xấu.

- Bệnh nhân có thể thấy choáng váng một lúc rồi tự hết, sau khi điều trị về. Đây là hiện tượng tốt.
- Bệnh nhân có thể thấy cơ bắp toàn thân rần rần như có cái gì chạy nhẹ nhẹ; rõ nhất ở vùng bụng dưới và hai chân. Có thể hai chân bông tê rần, mỏi nhừ hoặc yếu sức hoặc đau nhức (trước đây không có hoặc quá nhẹ); nhất là khi bệnh nhân đang có bệnh thuộc vùng bụng dưới thất lưng hay vùng chân.
- Bệnh nhân có thể bông bị nổi mụn ngứa (giống như bị dị ứng), cứ yên tâm vì khoảng ba ngày đến hai tuần sau sẽ tự hết tùy nhẹ hay nặng. **Đây là sự giải độc.**

LƯU Ý: khi bệnh nhân có một trong các hiện tượng sau đây là ta đã chẩn trị sai hoặc tác động quá liều về huyết hay về kỹ thuật.

- Bệnh nhân bông cảm thấy chán ăn hơn trước.
- Bệnh nhân bị nóng người, khô người, khát nước, uống nước thấy ngon uống thật nhiều mới thấy hết khát, người thấy mệt (không phải mỏi), hồi hộp tim, khó ngủ.

Nên dùng nước dừa, dưa hấu hoặc thanh long kèm với bộ BỔ ÂM HUYẾT để điền lại huyết dịch cho bệnh nhân.

III/- TÁC DỤNG

Loại trừ đàm, thấp và nước ứ đọng trong cơ thể bệnh nhân.

IV/- CHỦ TRỊ

- Giải quyết tất cả các bệnh do đàm ẩm gây ra; dứt điểm hoặc hỗ trợ cho các phương hướng điều trị khác. Tuy nhiên, giữ gìn và phục hồi chính khí của bệnh nhân là việc cần chú ý trước và sau khi dùng nó.
- Có thể dùng để điều trị các bệnh thường gặp như: ho đàm, thủy thũng, thấp khớp, trúng nước nặng (khi BỘ THĂNG tỏ ra kém hiệu quả), huyết trắng không có yếu tố nhiễm trùng, béo phì bệnh lý (mập nước), đại tiện phân nhão thường xuyên, ăn kém lâu ngày mà các loại thuốc bổ không có tác dụng (vì đàm thấp ứ đọng cản trở sự hấp thu của cơ thể).

V/- CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cũng như các phương án điều trị có tính tấn công khác, không nên dùng bộ huyết này cho các bệnh nhân suy nhược, suy tim, to tim. Tuy nhiên khi đàm thấp thủy là nguyên nhân gây bệnh thì rõ ràng phải trừ gấp để lập lại sự lưu lợi cho các tuyến sinh lý cơ thể, nếu không sẽ rất khó giải quyết các bệnh chứng liên quan (trường hợp này phải rất cẩn thận khi dùng).

VI/- CHẾ ĐỘ SINH HOẠT, ĂN UỐNG

Tránh tái nhiễm thủy âm suốt thời gian điều trị và sau khi điều trị xong khoảng ba tháng.

- 1) Về sinh hoạt, kiêng cử các hoạt động sau đây: tắm ban đêm, tắm nước nóng mà lâu (nên tắm nhanh), uống nước nhanh (nên uống từ tốn), tiếp xúc với nước nhiều, nằm ngủ dưới đất, tiếp xúc với sức nóng nhiều và lâu.
- 2) Về ăn uống: cử dùng các thứ quá mát hoặc lạnh, các thứ có chất nhớt như đậu bắp, mồng tơi, rau đay, khoai mỡ, sữa đặc, lòng trắng trứng... Các loại cà, măng và các thức chua kể cả các loại mứt làm từ thức chua như mứt me, mứt dâu v.v... Các món này có vẻ nghịch lý với Tây y nhưng kinh nghiệm thực tế cho thấy là phải cử!??

VII/- KẾT LUẬN

- Có thể là do ăn uống sai phép dưỡng sinh mà tạo ra bất ngờ. Nhưng thông thường Đàm Thấp Thủy là những sản phẩm được tạo ra khi có một trục trặc sinh lý nào đó. Tuy vậy bệnh nhân không chú ý vì quá trình tạo lập thường chậm chạp từng chút một cho đến khi đủ cường độ thì mới gây tác hại. Vì vậy ít ai cảnh giác mà có khi còn cho là sự tự nhiên của cơ thể! Do đó họ không kể ra khi khai bệnh.
- Tuy là một sản phẩm có vẻ bình thường (dưới mắt bệnh nhân) nhưng chính chúng là tác nhân gây bệnh và cản trở việc điều trị bệnh chính. Việc điều chỉnh đốn sinh lý cơ thể cho bệnh nhân là mục tiêu tối hậu, nhưng nếu không trừ chúng đi trước thì có khi cũng khó đạt mục tiêu tốt đẹp này.
- Vì là một phương pháp tấn công nên khi dùng bộ huyết này chúng ta cần theo dõi kỹ lưỡng diễn tiến lâm sàng để linh hoạt điều chỉnh mức độ điều trị cho thích hợp; để tấn công đúng lúc, dừng lại đúng lúc và bồi bổ (bằng bộ BỔ ÂM HUYẾT hoặc BỔ TRUNG) đúng lúc hầu đạt hiệu quả tốt. **Muốn thế xin quý vị lưu ý phần I và II của bài này.**

TP. Hồ Chí Minh, ngày 5-1-1994.

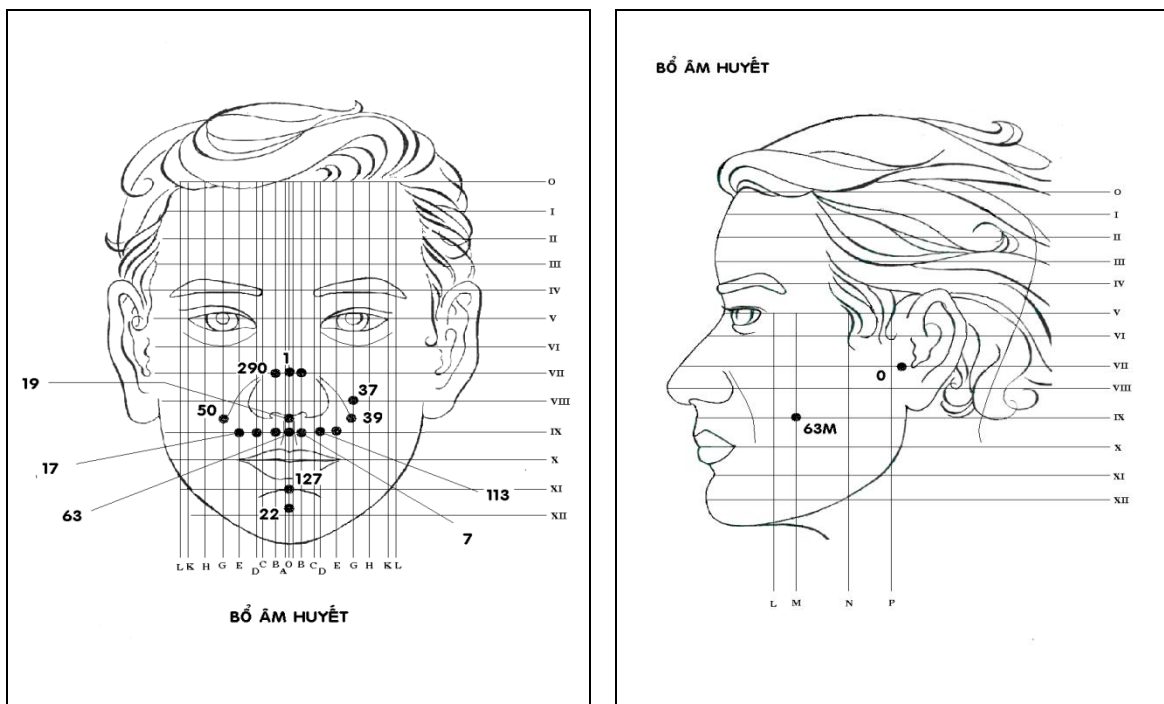
10. BỔ ÂM HUYẾT

Tạ Minh.

Âm huyết kém là nguyên nhân của rất nhiều bệnh chứng. Việc chẩn đoán âm huyết kém không khó. Khó là bồi bổ cho đạt yêu cầu. Có những trường hợp bệnh nhân đã uống thuốc bổ Đông dược hoặc Tây dược hằng mấy tháng vẫn không hề chuyển biến! Thật là khó hiểu và bất hợp lý. Trên lâm sàng không ít lần chúng ta bế tắc khi gặp trường hợp này. Bệnh vì âm huyết suy mà không bổ được thì không thể trị dứt bệnh mà chỉ làm giảm chứng. Thế thì cứ phải gặp nhau hoài, làm bệnh nhân nản lòng mà thầy thuốc nản hơn, đôi khi càng trị theo chứng lại càng làm âm huyết suy thêm. Cho nên khi xây dựng được bộ huyết BỔ ÂM HUYẾT này, tôi vô cùng mừng rỡ vì qua thực tế sử dụng thấy kết quả rất tốt ngoài ý muốn ban đầu. Xin trình bày để chúng ta cùng dùng, giúp cho bệnh nhân.

I/- PHÁC ĐỒ

22, 127, 63M + -, 17 + -, 113 + -, 7 + -, 63, 50, 19, 39, 37, 1, 290 + -, 0 + -.



Không phải lúc nào cũng sử dụng hết các huyết trên, mà chỉ dùng những huyết có báo bệnh.

II/- KỸ THUẬT

Trên lâm sàng thường có hai thể khác nhau: hàn và nhiệt.

- Hàn chứng thì người mát cho tới lạnh, cảm giác **tương đối** sợ lạnh hơn sợ nóng.
- Nhiệt chứng thì người ấm đến nóng, cảm giác **tương đối** sợ nóng hơn sợ lạnh.

Khi âm huyết kém thì nóng lạnh đều sợ. Thiên hạ chưa nóng mình đã nóng, chưa lạnh thì mình đã lạnh nên tôi dùng chữ **tương đối**.

1) Hàn chứng: ngải cứu hơi mỗi huyết nóng **một lần không xoa dầu, theo thứ tự trên**. Nếu BN không bị hàn rõ rệt thì chỉ cần day có một ít dầu cao. **LƯU Ý**: đã day dầu thì không hơi, đã hơi thì không chấm dầu vì sẽ gây quá liều.

2) Nhiệt chứng: dùng que dò chấm vaseline day mỗi huyết 30 cái nhẹ nhẹ theo thứ tự như trên (không cần day mạnh cho thật đau - vaseline ở đây chỉ nhằm bôi trơn chứ không có tác dụng gì).

III/- TÁC DỤNG VÀ CHỦ TRỊ

Qua thực tế áp dụng từ năm 1991 đến nay, tôi nhận thấy bộ huyết này có các tác dụng như sau:

- Giúp biết đói khi tới giờ ăn, ăn ngon miệng, tiêu hóa tốt, hấp thu tốt, biến dưỡng tốt.
- Sinh tân dịch, sinh cơ nhục, tạo hồng cầu.
- Điều hòa thành phần máu.

Qua đó, nó trị được các bệnh do huyết hư suy, thiếu tân dịch như: suy nhược cơ thể do ăn kém hoặc ăn tốt nhưng không hấp thu nên vẫn gầy kể cả các trường hợp đã uống nhiều thuốc bổ Đông Tây y; thiếu hồng cầu; thiếu huyết sắc tố trong máu, thiếu huyết tương; tiểu đường; cholesterol trong máu cao; giai đoạn đầu của các bệnh thuộc về sự thoái hóa (như thoái hóa võng mạc, thoái hóa thần kinh thị giác...); táo bón kinh niên dạng âm hư (phân dê)...

IV/- ỨNG BIẾN LÂM SÀNG

– Thông thường, chỉ sau ba lần điều trị là bệnh nhân đã bắt đầu chuyển biến như thấy đói bụng, ăn ngon miệng hơn... nhưng kết quả cuối cùng lên cân thì không nhanh được mà phải có thời gian.

– Nếu sau ba lần dùng bộ huyết này mà không thấy hiệu ứng gì thì thường do cơ thể ứ đọng thủy thấp quá nhiều, cản trở thấp trước rồi bổ âm huyết sau (xem bài “Trừ đàm thấp thủy bằng DC-ĐKLP”).

– Trong bệnh tiểu đường và cholesterol trong máu cao ta cần thêm huyết 347.

– Nếu thiếu hồng cầu hoặc huyết sắc tố ta phải dùng trọn tam giác Tỳ 37, 40, 481.

V/- KẾT LUẬN

BỘ BỔ ÂM HUYẾT này hiệu quả rất tốt trong nhiệm vụ bồi bổ cơ thể đơn thuần. Riêng khi dùng để chữa bệnh thì cần kết hợp linh động với các phác đồ khác một cách khéo léo mới mong đạt hiệu quả cao. Tuy nhiên với bệnh nhân trên 70 tuổi thì vấn đề khó khăn hơn.

TP. Hồ Chí Minh, 1-1-1999.

11. ÔN LÝ GIẢI BIỂU.

PHÁC ĐỒ: 108,8,3+,-,17-+,156,22,143,324,24(131 cũ).

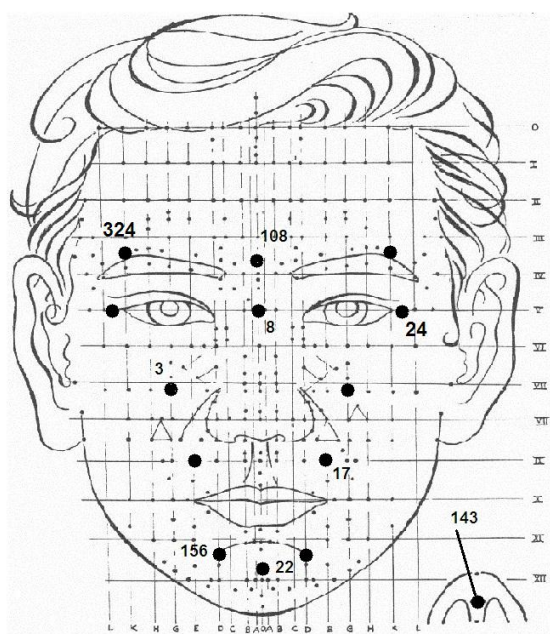
KỸ THUẬT: hơ và xúc dầu.

TÁC DỤNG: làm ấm bên trong sâu (Lý), đưa hàn khí ra ngoài (Biểu) và làm tan hàn khí.

Nên dùng trong những trường hợp nhiễm lạnh vào sâu bên trong, bộ Thăng không có tác dụng.

Những chứng cảm lạnh lâu ngày không khỏi, các Đông-y-sỹ đã kết luận “phong hàn nhập lý”, “cảm nhập lý” – nói như vậy để phân biệt trường hợp cảm lâu ngày do suy nhược. Những trường hợp nhiễm lạnh sâu lâu ngày gây đau nhức toàn thân mà các loại phương thang Bắc Nam không điều trị được vì kinh lạc bị khí lạnh làm bế tắc, phải uống thuốc giảm đau liên tục (thuốc Tây) – đây là bệnh thường gặp trên các bệnh nhân nông ngư nghiệp, có thời gian sống lâu ở miền Bắc nước ta.

TP.HCM. 15-02-2007.



ÔN LÝ GIẢI BIỂU

CHƯƠNG 5: CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP

Các bài viết sau đây giới thiệu cùng các bạn cách thức nhận diện và giải quyết một số bệnh thường gặp mà tôi đã thành công tương đối là chắc tay. Giá trị của phác đồ tương đối ổn định. Trong môn phái DC-ĐKLP có thể có nhiều phác đồ gọn hơn, hay hơn nhưng bắt buộc các bạn phải nhớ nhiều phác đồ cho một bệnh và phải mò mẫm tìm phác đồ thích hợp. Đó là điều hóa ra là khó chứ không phải dễ. Ở đây, tôi xây dựng kiểu điều trị theo cơ chế bệnh, mới đầu có vẻ khó nhưng khi quen thì lại rất dễ vì chỉ cần thuộc các phác đồ điều chỉnh theo cơ chế như bổ âm dương khí huyết, tiêu viêm, trừ thấp.....v.v.. sau đó là phản chiếu hay đồng ứng là xong.

Các bệnh được phân loại theo các hệ thống bệnh của Tây y. Về bệnh danh (tên bệnh) đa số cũng được dùng theo Tây y. Điều này giúp cho các bạn có thể áp dụng được khi biết tên của chứng bệnh mình đang can thiệp. Việc còn lại là cần chẩn đoán hàn - nhiệt (lạnh – nóng) cho đúng nữa là xong.

Chúc các bạn thành công. Mọi thắc mắc nếu có, hãy liên lạc về:

Lương y **Tạ Minh**.

Mobile (ĐTDD): 091.8388.718.

E-mail: taminhdc@yahoo.com, minhta2002@hotmail.com.

Blog: vn.360plus.yahoo.com/taminhdc.

CÁCH CHẨN ĐOÁN BỆNH DO LẠNH HAY DO NÓNG GÂY RA

– Bệnh do lạnh: đau tăng về đêm hay sáng sớm, trời trở lạnh, vào phòng lạnh, trời mưa hoặc ăn uống đồ lạnh đồ ít nhiệt lượng vào chừng 30 phút sau thì đau tăng. Tôi gọi là CÁC YẾU TỐ LẠNH.

– Bệnh do nóng: đau tăng vào buổi trưa, trời trở nóng, nắng gắt, đến gần lửa hoặc ăn uống đồ cay nóng nhiều nhiệt lượng chừng 30 phút sau thì đau tăng. Tôi gọi là CÁC YẾU TỐ NÓNG.

CÁCH ĐIỀU TRỊ

Sử dụng các công thức điều trị bệnh theo một trong hai cách dưới đây sau khi biết bệnh do lạnh hay do nóng gây ra.

– Bệnh do lạnh: nếu bệnh nặng (lạnh nhiều) thì hơ xức dầu, bệnh vừa vừa hoặc nhẹ các bạn dùng dầu day vào huyết hoặc quẹt hoặc cào các phản chiếu. Trường hợp bệnh do nhiễm âm thấp,

bạn dùng salonpas cắt nhỏ và dán lên huyệt hoặc vùng phản chiếu, để như vậy trong 2 - 4 tiếng đồng hồ.

– Bệnh do nóng: nếu bệnh nặng (nóng nhiều) dùng nước đá áp vào các huyệt 2 phút mỗi huyệt rồi đổi sang huyệt khác theo thứ tự trong công thức. Nếu bệnh vừa vừa, bạn dùng que dò lăn gai hay lăn đinh. Nếu bệnh nhẹ, bạn dùng cách rung huyệt, day ấn bằng que dò hoặc cào với vaseline.

1. BỆNH HỆ HÔ HẤP

1.1. VIÊM HỌNG

Những bệnh chứng thuộc viêm họng gồm có: viêm amidan, viêm họng hạt, viêm vòm khẩu cái, viêm thanh quản, viêm VA. Trong các bộ phận này thì VA là bộ phận có vị trí cao nhất, thanh quản có vị trí thấp nhất.

Viêm họng luôn đau họng có thể có ho, có thể có đàm. Nghe phổi thấy bình thường.

- 1) **Viêm Amidal:** nói và nuốt đều đau và có cảm giác nghẹn nghẹt hai bên cổ họng. Điều trị: Tiêu viêm, 12 đến 240, 275, 14, 277.
- 2) **Viêm họng hạt:** nói và nuốt đều đau, nuốt đau hơn. Điều trị: Tiêu viêm, phía sau dải tai, từ huyệt 56 đến 15, kéo dài xuống ngang khoảng 308.
- 3) **Viêm vòm khẩu cái:** nói đau hơn nuốt, không nghẹt, vùng giữa và trên họng (chỉ nghẹt khi viêm cấp tính và nặng). Điều trị: Tiêu viêm và đồng ứng (da hỏ khẩu bàn tay, cả hai mặt).
- 4) **Viêm VA:** đau vùng trên họng, chỉ tăng nhẹ khi nuốt, không nghẹt khi nuốt nhưng có thể có cảm giác nghẹt khi thở. Điều trị: Tiêu viêm, phản chiếu VA (vùng trước huyệt 57, vùng 108 – 26).
- 5) **Viêm thanh quản:** đau vùng dưới họng và nghẹt khi nói lẫn nuốt nhưng nói đau hơn. Điều trị: Tiêu viêm, phản chiếu (vùng từ 14 kéo thẳng xuống góc xương hàm dưới), đồng ứng (vùng đầu mũi).
- 6) **Viêm thanh đới:** Rè hoặc mất tiếng, thường sau một trận cảm. Điều trị: 127, 50, 19, 37, 1, 0 - +, Tiêu viêm, vùng từ 19 đến 173.

Có thể thêm Bỏ trung trước bộ Tiêu viêm.

Phải chẩn đoán hàn nhiệt để có kỹ thuật tương ứng. Có khi hàn nhiệt lẫn lộn thì cần trị theo hàn trước rồi nhiệt sau, cần đề phòng trường hợp viêm do nhiễm trùng. Cách nhận biết viêm

do nhiễm trùng: đau, có sốt đôi khi sốt cao, chữa bằng Điện Chân không có hiệu quả hay hiệu quả kém và trở bệnh lại ngay sau chừng 30 phút./.

1.2. VIÊM MŨI

Viêm mũi khá phức tạp, có 4 nguyên nhân điển hình: viêm mũi do hàn, viêm mũi do nhiệt, viêm mũi do hàn nhiệt lẫn lộn, viêm mũi do mùi bụi (kháng nguyên). Viêm mũi thường có 2 kiểu: dạng không ngứa và dạng có ngứa. Tuy nhiên trên thực tế may mắn lắm ta mới gặp một bệnh nhân viêm mũi chỉ có một nguyên nhân, mà thường là do 2 nguyên nhân trở lên và kiểu viêm thì tổng hợp.

1) **Viêm mũi do hàn:** hắt hơi khi gặp yếu tố lạnh như sáng sớm, chiều tối, mưa hay gió lạnh. Có thể sổ mũi nhưng đặc điểm là nước mũi loãng như nước không nhầy nhớt. Điều trị: dán bộ Thăng, lưu dán 2 giờ.

2) **Viêm mũi do nhiệt:** triệu chứng xảy ra khi gặp yếu tố nóng (ngược lại với ở trên). Nước mũi có chất nhầy nhớt. Điều trị: day vaseline hoặc rung huyết bộ Giáng hoặc bộ Tiêu viêm, cào hoặc lăn gai nhẹ phản chiếu mũi. Lưu ý về viêm nhiễm trùng.

3) **Viêm mũi do hàn nhiệt lẫn lộn:** hắt hơi sổ mũi khi thay đổi yếu tố nhiệt độ hoặc môi trường, nhiệt độ thời tiết. Nếu nặng có thể chỉ cần từ nơi nắng vào nơi bóng mát hoặc từ bóng mát ra nơi có nắng cũng đều hắt hơi và sổ mũi. Điều trị: chia làm 2 giai đoạn, giai đoạn đầu dùng bộ Bổ trung bằng dầu và phản chiếu mũi, giai đoạn sau day vaseline bộ Tiêu viêm và phản chiếu mũi.

4) **Viêm mũi do kháng nguyên (do mùi hoặc bụi):** hắt hơi sổ mũi khi gặp kháng nguyên. Kháng nguyên có thể là bụi đường, bụi khói xe, bụi mốc có trong vật dụng cũ, bụi trong nhà, lông thú vật, phấn hoa, mùi hóa chất. Điều trị: cũng chia làm 2 giai đoạn. Giai đoạn đầu điều trị như viêm mũi dạng hàn, giai đoạn sau dùng bộ Giáng phối hợp bộ Tiêu viêm và cào phản chiếu mũi.

Nêu trên là dạng không ngứa.

5) **Viêm mũi dạng ngứa:** triệu chứng chủ yếu là ngứa mũi, có thể kèm sổ mũi. Đây là dạng khó trị nhất vì có polyp trong mũi (dân gian thường gọi là thịt dư trong mũi, Đông Y gọi là Ty Trĩ), vừa có tính viêm phù nề vừa viêm xung huyết, vừa mang tính dị ứng với kháng nguyên rất đa dạng, thậm chí có khi có ảnh hưởng của yếu tố thần kinh. Nếu chỉ viêm phù nề thì tương đối dễ chữa, cần Tiêu viêm Lọc thấp phản chiếu polyp bằng dầu. Viêm xung huyết thì dai dẳng hơn, cũng Tiêu viêm phản chiếu polyp nhưng không dùng dầu, kết quả rất hạn chế. Đây là dạng

phức tạp nhất nên hiệu quả kém và cần luôn thay đổi phác đồ kỹ thuật đối phó với diễn biến hằng ngày.

Kiênq cũ: lạnh thì cũ lạnh, nhiệt thì cũ nóng, do kháng nguyên và có polyp thì tránh các kháng nguyên và lạnh – chua - gà - mắ - nếp - tôm cua - rau muống.

KẾT LUẬN: Trên lâm sàng ít khi gặp trường hợp điển hình như đã nêu mà thường có sự pha tạp nhau. Cần theo dõi triệu chứng mỗi ngày và biến đổi theo triệu chứng dựa vào các nguyên tắc nêu trên để đối phó triệu chứng kèm với điều trị gốc bệnh./.

PHÁC ĐỒ TỔNG QUÁT ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI:

Giữa năm 2007, tôi lại nghiên cứu ra một phác đồ chữa mọi thể loại viêm mũi, hiệu quả khá cao. Nay bổ sung vào bài này để các bạn dùng: 108, 312, 1, 64, 3, 34, 129, 24, 26, 61, 37, 50, 38, 156, cào tam giác Phế nhỏ, phản chiếu mũi theo Đồ hình Âm, Đồ hình Ngoại vi Vô Não (hai bên mang tai).

1.3. VIÊM XOANG

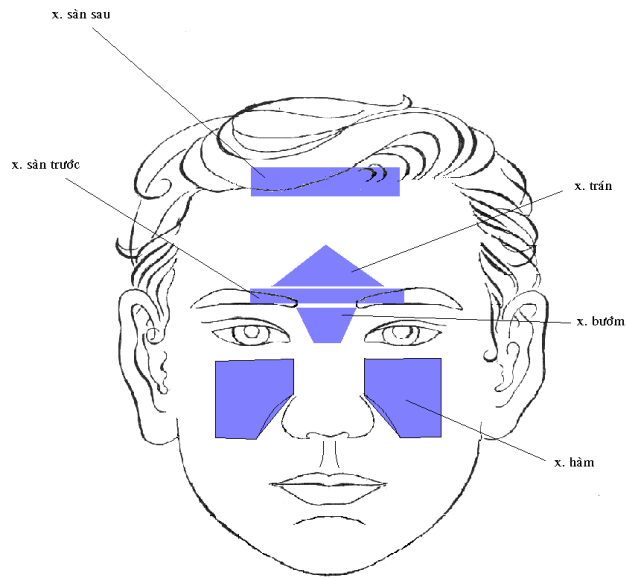
Xoang là những mảnh xương vùng mặt được cấu tạo không đặc mà đầy lỗ hang, có các dây thần kinh và đặc biệt là máu ra vào rất nhiều. Xoang bị viêm khi nhiễm trùng hoặc máu ứ lại và hoại tử trong nó. DC-ĐKLP điều trị bệnh này rất tốt vì ngoài tính kháng viêm còn tính khai thông tuần hoàn huyết ở đây.

Có hai loại xoang: xoang cạn (xoang hàm trên, xoang trán, xoang sàn trước) và xoang sâu (xoang sàn sau, xoang bướm), tổng cộng có 5 xoang. Ngoài ra trên thực tế ta thấy thỉnh thoảng có bệnh nhân bị viêm cả xương sống mũi, tuy nhiên đây không được coi là xoang. Trên thực tế người ta hay dùng từ VIÊM XOANG MŨI. Khi viêm hai xoang trở lên thì gọi là viêm đa xoang. Đa số bệnh nhân bị viêm đa xoang.

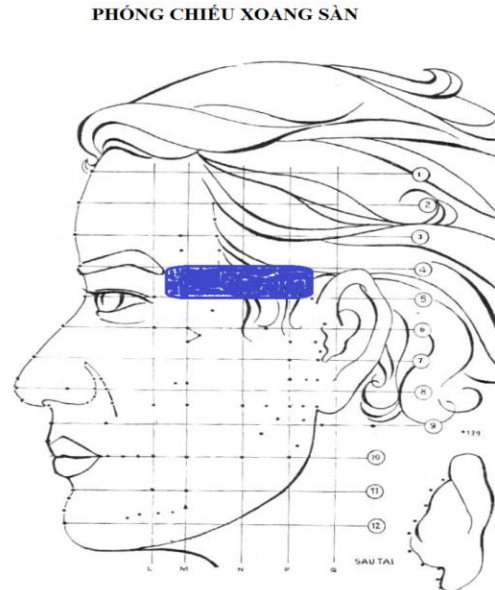
1) **Điều trị viêm xoang mãn:** Hàn chứng thì day có dầu bộ Tiêu viêm khứ ứ, 300, bộ vị phóng chiếu các vùng xoang. Nhiệt chứng: day bộ huyết nêu trên không có dầu, lăn đỉnh hay lăn gai các vùng xoang.

2) **Điều trị viêm xoang cấp:** Khi viêm xoang mãn thỉnh thoảng xoang bị viêm cấp thì bệnh nhân có sốt. Cần chẩn đoán hàn nhiệt để dùng kỹ thuật thích hợp. Hàn chứng thì cần hơ nóng và xoa dầu theo phác đồ nêu trên 3 lần mỗi huyết và vị trí các xoang; **khi hết sốt thì ngưng hơ và điều trị tiếp theo viêm mãn do hàn.** Nhiệt chứng thì đây là có nhiễm trùng, dùng nước đá áp lạnh hoặc lăn đỉnh và kết hợp với kháng sinh hoặc vạch theo 6 vùng phản chiếu bạch huyết cho

nhau. Sau khi bệnh nhân hết sốt thì ta lại điều trị theo cách trị viêm xoang mãn. Không nên hơ hay áp lạnh thêm, có thể gây hậu quả không tốt cho bệnh nhân sau này.



Phóng chiếu các xoang



Lương y Tạ Minh

LƯU Ý: trong xoang đang bị viêm thường có mủ, các lỗ thoát ra không nhiều và rất nhỏ, khi dùng ngải cứu hơ, mủ có thể bị cô đặc lại và khô cứng, không thể thoát ra cũng như rất khó tiêu đi. Tuy cách hơ có hiệu quả cao trong các bệnh do hàn, nhưng lại không an toàn trong viêm xoang. Do đó, bạn nào đã từng chữa viêm xoang hẳn đã có lúc thất bại mà không biết do đâu. Vì bệnh nhân thường biến mất sau vài lần điều trị!!!

KIÊNG CỬ: kiêng tuyệt đối các thức ăn uống sau: các thức từ tử lạnh, các thức chua, gà, mắm, nếp.

Trung bình từ 3 đến 7 lần điều trị là bệnh nhân hết nhức đầu. Nhưng các xoang chưa khỏi viêm hẳn, cần điều trị tiếp cho đến hết sinh huyết các vùng xoang. Được như vậy, bệnh nhân mới khó tái phát bệnh. Tuy nhiên cần kiêng cử thức lạnh lâu dài vài tháng sau đó.

Khi điều trị xong, bệnh nhân có thể ăn uống bình thường nhưng không nên lạm dụng các thức lạnh và các thức gây viêm như đã nêu trên. Vì cơ thể bệnh nhân kém chịu đựng các loại thức ăn uống này.

1.4. VIÊM PHẾ QUẢN VÀ HEN PHẾ QUẢN

Phải nói là viêm phế-khí quản mới đầy đủ. Trên thực tế hai bộ phận này riêng biệt nhau và có lúc viêm riêng lẻ nhưng đa số hễ viêm khí quản thì kèm viêm phế quản và ngược lại.

Ho là triệu chứng ban đầu, sau vài ngày không giảm có thể sẽ gây đau họng. Có thể có đàm hoặc không. Phổi có tiếng rít hay ran hoặc cả hai. Sốt nếu viêm cấp, không sốt trong trường hợp viêm mạn tính, nhưng khi viêm mạn thì thường dễ bị những đợt viêm cấp xen kẽ. Cần chú ý hiện tượng này để có giải pháp đúng kịp thời. Viêm phế quản mạn tính rất dễ chuyển thành hen phế quản (ngày nay người ta dùng thuật ngữ *hội chứng thuyên tắc phổi, hội chứng ho-khó thở phổi, hội chứng tắc nghẽn phổi, hội chứng tắc nghẽn hô hấp phổi* để chỉ tất cả triệu chứng khó thở do phổi và phế khí quản). Điều này riêng cá nhân tôi thấy rằng định nghĩa ngày xưa đúng hơn vì suyễn thì không có đàm mà hen thì bắt buộc phải có đàm dù có thể rất ít, đôi khi ít đến mức bệnh nhân không cảm thấy có đàm, nghe phổi cũng không rõ nét lắm, nhất là khi thể trạng bệnh nhân đã suy kiệt. Và trong thực tế nguyên nhân và cách điều trị hen và suyễn hoàn toàn khác nhau (nhất là điều trị bằng phương pháp Điện Chấn) dù rằng hiện tượng bệnh đều thể hiện ở phổi, trình bày trong bài Hen Suyễn.

1) **Viêm Phế quản:** ho, thông thường là có đàm, nếu ho nhiều thì kèm đau họng. Dùng bộ Tiêu viêm, phản chiếu khí phế quản, hàn thì làm ấm nóng bằng dầu hay ngải cứu, nhiệt thì day bằng vaseline và lăn gai. Nếu đàm nhiều thì nên dán cao. Lưu dán 2 giờ mỗi ngày. Nếu **viêm cấp** thì có sốt. Hàn chứng thì phải dùng ngải cứu hơi – xức dầu rồi dán cao phác đồ như trên. Nhiệt chứng là có thể có nhiễm trùng, nên phối hợp với kháng sinh, về thuốc tây nên khuyên bệnh nhân theo ý kiến bác sĩ vì thuốc tây không thuộc lãnh vực của chúng ta (chúng ta không rành thuốc tây bằng bác sĩ).

Nhưng nếu bệnh nhân gầy mòn, âm hư khô khan thì ***có thể không thấy có đàm, thậm chí nghe phổi chỉ nghe rít chứ không có tiếng ran***. Trường hợp này điều trị khó khăn vì bệnh nhân suy kiệt đã lâu. Cần vừa Bổ Âm huyết vừa day Tiêu viêm và phản chiếu khí phế quản. Kỹ thuật thì tùy nghi mà ứng biến cho phù hợp.

Có một số trường hợp bệnh nhân chỉ ho vài cơn trong ngày, trị bằng nhiều phương thức không khỏi. Trước khi ho là ngứa họng dữ dội, ho khan một lúc lâu cho đến khi khạc ra được một ít nhớt hay một hạt đàm chừng bằng hạt gạo mới ngưng ho. Nghe phổi thấy bình thường. Đây cũng là viêm Phế Quản nhưng vùng viêm rất nhỏ mà lại sâu. Dán Tiêu viêm, dò tìm sinh huyết vùng bị viêm. Lưu dán 2 giờ. Cũ tuyệt đối lạnh, chua, gà, mắm, nếp.

2) Hen phế quản: khi viêm phế quản lâu ngày mà không điều trị dứt được, bệnh có thể chuyển sang thể hen gọi là hen phế quản. Triệu chứng gồm có ho - ít hay nhiều tùy trường hợp, sau đó là nghẹt thở. Cách điều trị như viêm phế quản - vì bản chất là một - chỉ khác nhau cấp độ. Khi phế quản bớt viêm thì cũng giảm nghẹt thở.

Nêu trên là hai trường hợp còn có thể chữa được. Ngoài ra còn có các bệnh chứng cũng từ viêm phế quản mà ra nhưng rất nặng, chúng ta không trị được và ngay cả bệnh viện trị cũng rất khó khăn: dẫn phế quản, tâm phế mạn. Vì ho ngộp lâu ngày gây suy tim. Nhưng nếu mới bị ảnh hưởng vào tim ta cũng có thể chữa được, chỉ cần kiên trì và khéo léo, xem thêm về Hệ Tim Mạch.

1.5. HEN SUYỄN

Thông thường người ta hay gọi chung ngộp thở là hen suyễn. Trước đây khoảng vài chục năm – thập niên 60, y học chia làm hai loại với hai triệu chứng khác nhau khá rõ là: HEN thì vừa khó thở vừa có đàm kéo khò khè. SUYỄN thì chỉ khó thở mà không có đàm. Không hiểu vì lý do gì mà gần đây người ta lại gộp chung hen và suyễn lại thành HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN PHẾ QUẢN PHỔI và không còn phân biệt có đàm hay không có đàm nữa. Theo nhận định riêng của tôi thì định nghĩa trước đây là đã chính xác. Vì thực tế cho thấy nếu căn cứ theo Đông y thì hen và suyễn có những triệu chứng và nguyên nhân gây bệnh khá khác nhau cũng như cách điều trị rất khác. Nổi bật nhất là nếu điều trị theo các phương pháp sử dụng huyết thì phương huyết khác xa nhau (thể hiện rất rõ khi dùng DC-ĐKLP).

Cũng theo kinh nghiệm riêng của tôi thì HEN là một tiến triển nặng của viêm phế quản mạn tính mà gốc và ngọn đều ở phổi (Phế), dĩ nhiên các tạng phủ khác có ảnh hưởng đến nhưng chỉ là gián tiếp thông qua thể trạng chung – đã trình bày trong bài Viêm Phế Quản. Còn SUYỄN là một bệnh có ngọn ở phổi nhưng gốc có thể ở xa như ở can, tâm, thận, tỳ, tiểu trường, vị.....v.v.. Đặc điểm là khi lên cơn khó thở không có đàm (nghe phổi chỉ có tiếng rít thuần túy), lên cơn thường có quy luật và kèm với một triệu chứng thuộc nội tạng khác. ***Chẩn đoán và điều trị SUYỄN thì hoàn toàn theo biện chứng Đông y. Trong khi HEN phế quản thì lại chẩn đoán và điều trị theo biện chứng Tây y.*** Đây là một điều rất thú vị với tôi khi nghiên cứu và tìm ra giải pháp chẩn trị hai bệnh chứng giống mà khác nhau này. Ở đây chỉ đề cập đến Suyễn còn Hen được gộp với bài Viêm Phế Quản ở trên.

1.6. SUYỄN

Suyễn theo Tây y là một bệnh thuộc loại dị ứng có nguyên nhân là sức đề kháng kém, theo Đông y là do chính khí hư. Thực chất là cùng ý. Với Tây y thì điều trị triệu chứng là chủ yếu.

Tuy nhiên Đông y lại chữa trị tốt hơn vì cái nhìn về tổng thể bao quát hơn. Trong đó khái niệm về Âm Dương là đặc sắc riêng. Vì vậy bài này chỉ trình bày phương hướng điều trị bệnh này theo Đông y mà thôi.

Theo Đông y tạm chia suyễn ra làm 4 thể: thực nhiệt, thực hàn, hư nhiệt, hư hàn. Tuy nhiên bản chất của suyễn luôn thuộc hư. Sở dĩ có chứng thực vì gặp yếu tố bất lợi cho cơ thể, tương tự như Tây y nhận xét là trên nền bệnh mạn tính có những đợt cấp tính.

– Thực nhiệt: triệu chứng dữ dội, bệnh tăng khi gặp yếu tố nóng. Yếu tố thuộc nóng như thời tiết nóng, độ ẩm thấp (hanh khô), món ăn nóng (nhiều năng lượng) như chocolate, các loại trái cây có vị ngọt đậm. Điều trị: tả nhiệt mạnh bằng bộ Giáng, phản chiếu hệ hô hấp, về kỹ thuật thì tùy mức độ bệnh tùy thể trạng bệnh nhân mà chọn cho thích hợp. Kiêng cử: các yếu tố nóng.

– Thực hàn: triệu chứng dữ dội, bệnh tăng khi gặp yếu tố lạnh. Yếu tố lạnh như thời tiết lạnh, độ ẩm cao (ẩm ướt), món ăn ít nhiệt lượng như các loại rau, quả không ngọt lại nhiều nước như các loại dưa... Điều trị: tả hàn mạnh bằng bộ Thăng, phản chiếu hệ hô hấp. Về kỹ thuật thì tùy chọn cho thích hợp. Kiêng cử: các yếu tố lạnh, các yếu tố ẩm ướt.

– Hư nhiệt: triệu chứng nhẹ nhàng, bệnh tăng khi gặp yếu tố nóng, yếu tố gây mất sức. Điều trị: lương bổ tạng phủ gốc bệnh bằng bộ Bổ Âm huyết nếu huyết hư, bằng bộ Bổ trung nếu khí hư. Nếu cần thì thêm phản chiếu hệ hô hấp. Kỹ thuật tùy chọn. Kiêng cử các yếu tố gây tăng bệnh.

– Hư hàn: triệu chứng nhẹ nhàng, bệnh tăng khi gặp yếu tố lạnh, khi gặp yếu tố gây mất sức. Ôn bổ tạng phủ gốc bệnh bằng bộ Bổ Âm huyết nếu huyết hư, bằng bộ Bổ trung nếu khí hư. Nếu cần thì thêm phản chiếu hệ hô hấp. Kỹ thuật tùy chọn. Kiêng cử các yếu tố gây tăng bệnh.

Cách phân định này dùng trong việc cắt cơn suyễn đang lên cao. Điều trị lâu dài thì khác.

Cách phân loại này chỉ áp dụng cho bệnh lý gây ra do ảnh hưởng của tổng thể lên hệ hô hấp (sức đề kháng kém - theo Tây y) chứ không do một tạng phủ nào bị lệch lạc gây ra. Do đó trên lâm sàng ta ít gặp suyễn thực, nếu gặp cũng chữa khá dễ dàng vì thường là bệnh mới phát hoặc phát đã lâu nhưng tổng trạng bệnh nhân chưa hư. Chỉ khi chữa không được, để lâu ngày tổng trạng bị suy yếu thì bệnh chuyển sang thể hư và khó chữa hơn. Rất khó khi thể trạng suy

nặng. Bốn thể bệnh này không có quy luật theo giờ giấc trong ngày, mùa trong năm hay theo món ăn riêng biệt mà chỉ theo quy luật nóng và lạnh hay mất sức mà thôi.

Nếu do các tạng phủ bị lệch lạc gây ra thì ta lại có các yếu tố liên quan đến tạng tượng hay chu kỳ kinh khí. Phân biệt thực và hư bằng triệu chứng bệnh của ngũ tạng, ngũ hành chính vị và xung khắc. Tuy nhiên cần lưu ý về khía cạnh âm dương, khí huyết.

THÍ DỤ:

- Lên cơn khi gặp gió, khi tức giận, khi ăn vị chua – vị cay (Can hợp với Tỳ gây bệnh), vào mùa Xuân, mùa Thu, vào giờ Sửu, giờ Mùi...v.v.. Là liên quan đến Can.
- Lên cơn khi gặp nóng hay lạnh, khi vui mừng, khi ăn vị khét - vị mặn (Tâm Tỳ hợp bệnh), vào mùa Hạ, mùa Đông, vào giờ Ngọ, giờ Tý. Là liên quan đến Tâm.
- Lên cơn khi gặp ẩm ướt hay khô hanh, khi lo nghĩ, sau khi ăn xong, vào mùa Trường hạ hay vào mùa mưa, vào mùa Xuân, vào giờ Tỵ, giờ Hợi...v.v.. Là thuộc Tỳ.
- Lên cơn khi gặp mùi lạ, khi buồn rầu, khi ăn vị cay – vị khét (Phế Tỳ hợp bệnh), vào mùa Thu, mùa Hạ, vào giờ Dần, giờ Thân. Là liên quan tới Phế.

Ở đây tôi chỉ đề cập đến các tạng, còn phủ thì sao ? Với phủ thì cũng tương tự như vậy chỉ khác giờ lên cơn mà thôi. Như với các triệu chứng của Can Mộc nhưng giờ lên cơn là giờ Tý – Ngọ thì ta phải nghĩ đến phủ Đờm chứ không phải tạng Can. Nhưng đừng quên Can Đờm là biểu lý. Tương tự cho các phủ khác.

Vậy, đối với bệnh suyễn ta cần phân biệt hàn nhiệt hư thực và tạng phủ nào bị trực trặc để điều chỉnh lại cho cân bằng dựa theo nguyên tắc HƯ THÌ BỔ, THỰC THÌ TẢ. Bệnh hàn thì dùng ôn, bệnh nhiệt thì dùng lương. Và như vậy không thể có phác đồ đặc hiệu cho bệnh Suyễn mà chỉ có phương án điều trị cho bệnh Suyễn mà thôi, vì cơ thể bệnh nhân và căn nguyên bệnh không ai giống ai.

Thí dụ:

- 1) Bệnh thuộc Can khi bệnh nhân lên cơn mỗi khi tức giận, hoặc ăn chất chua hoặc khi trời trở gió nhiều. Thường lên cơn giờ Sửu (Can thực) hoặc giờ Mùi (Can hư).
- 2) Bệnh thuộc Thận khi trời lạnh hoặc khi sợ hãi hoặc ăn mặn và thường lên cơn giờ Dậu (thực) hay giờ Mão (hư).

Tương tự cho các tạng phủ khác. Vì thế không có phác đồ mà chỉ có nguyên tắc điều trị: dựa theo triệu chứng của Đông y mà chẩn đoán tạng phủ gốc bị bệnh hư hay thực, điều chỉnh tạng phủ đó là chính, phế là phụ.

Bổ khí cho tạng phủ: 127, 7 - +, 50, 19, 37, 1, 0 - +. Nếu muốn bổ Dương thì làm ấm các huyết.

Tả khí cho tạng phủ: 124 + -, 34 + -, 106, 26, 61 + -, 156 + -.

Bổ Âm bổ Huyết cho tạng phủ thì dùng Bổ Âm Huyết, chỉ thay đổi kỹ thuật cho thích hợp.

Thí dụ: Nếu do Can thực thì tả Can: 124, 34, 106, 26, 61, 156, 50. Nếu do Can khí hư thì bổ Can khí: 127, 7 - +, 50, 19, 39, 37, 1, 0 - +, 41, 233, 50. Nếu do Can huyết hư thì dùng bộ Bổ Âm huyết, 50, 70.

Tương tự cho các tạng phủ khác./.

2. BỆNH HỆ NIỆU VÀ SINH DỤC

2.1. RỐI LOẠN TIỂU TIỆN

RLTT gồm có các triệu chứng tiểu ít, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt, tiểu khó, tiểu gấp, tiểu nhiều, tiểu đêm, tiểu vàng sẫm, tiểu đỏ, bí tiểu và vô niệu. Trung bình một ngày đêm mỗi người đi tiểu chừng 3 đến 5 lần. Như thế nếu tiểu ít lần thì mỗi lần phải tăng lượng lên, nếu tiểu lượng ít thì số lần phải tăng lên. Tổng lượng nước tiểu khoảng 1,5 lít màu hơi vàng nhạt hơn màu bia một chút. Tuy nhiên số lượng và lần đi tiểu thay đổi theo thời tiết, hoạt động và ăn uống của mỗi người. Vì lý do thời tiết hay hoạt động làm ra nhiều mồ hôi hay đang bị tiêu chảy thì nước tiểu sẽ giảm xuống và màu sắc đậm hơn. Chỉ xem là bệnh lý khi triệu chứng RLTT không thay đổi theo các yếu tố gây ảnh hưởng nêu trên.

1) **Tiểu ít:** Tiểu ít gồm có số lượng ít hay số lần đi tiểu ít. Nếu bệnh nhân ra nhiều mồ hôi thì gốc bệnh ở chỗ mồ hôi ra nhiều chứ không phải ở đường tiểu (cần điều trị làm giảm mồ hôi). Nếu bệnh nhân đi tiểu lỏng và nhiều lần trong ngày thì gốc ở đường đại tiện (cần điều trị tiêu chảy). Nếu tình hình mồ hôi và đại tiện của bệnh nhân bình thường thì đây mới là bệnh lý ở hệ niệu. Gốc bệnh do Tam tiêu không thông, ít chịu ảnh hưởng của hàn nhiệt. Chỉ cần tác động khai thông tam tiêu và phản chiếu thận.

2) **Tiểu gắt:** Tiểu gắt là hiện tượng tiểu ít kèm theo khó đi tiểu và có cảm giác khó chịu vùng bộ phận sinh dục khi đi tiểu. Trường hợp này đa số là do nhiệt uất ở vùng hạ tiêu và Tam tiêu không thông. Điều trị như trên nhưng cần thêm giải pháp hạ nhiệt.

3) **Tiểu lắt nhắt:** là hiện tượng đi tiểu với số lượng ít nhưng nhiều lần trong ngày. Đây là một triệu chứng rất thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau: thiếu máu (khám kỹ về huyết của bệnh nhân), cơ vòng bàng quang yếu (tiểu thì dễ mà nín tiểu thì khó), bàng quang bị chèn ép bởi một khối u trong hay ngoài nó hay sa bàng quang, có khi là phẩu tích bàng quang (luôn thấy nặng nề vùng này, có thể cần siêu âm để chẩn đoán phân biệt), viêm bàng quang mạn tính (kèm hiện tượng tiểu vàng, tiểu đục, khó chịu vùng bàng quang). Điều trị: theo cơ chế.

4) **Tiểu khó:** là mắc tiểu nhưng khi đi tiểu thì khó khăn, tiểu chậm chạp, đứng lâu mới tiểu được, thường són thêm nước tiểu sau khi tiểu xong. Nếu do sỏi bàng quang (sỏi tròn không gây đau – sỏi có cạnh bén thì gây đau) thì có lúc đi rất dễ dàng thông suốt, xem phần Sỏi niệu. Nếu do phì đại tiền liệt tuyến thì đi tiểu luôn luôn khó khăn. Đây là bệnh lý khó điều trị, kết quả chậm nếu u xơ, kết quả nhanh nếu phù nề. Chẩn đoán cần dựa vào kết quả siêu âm. Điều trị: viêm phù

nề thì tiêu viêm lọc thấp, phản chiếu tiền liệt tuyến. U xơ thì Bồ Âm huyết, tiêu viêm, phản chiếu. Đề phòng ung thư tiền liệt tuyến, cần chẩn đoán thêm theo cận lâm sàng của Tây y.

5) **Tiểu gắt:** là mắc tiểu thì phải đi tiểu ngay không nín được. Số lượng nước tiểu bình thường chứ không ít. Theo Tây y thì chưa rõ cơ chế. Nhưng với Đông y thì do dương khí hạ hãm ở hạ tiêu. Cần dùng bộ Thăng, cần chẩn đoán hàn nhiệt để chọn kỹ thuật thích hợp.

6) **Tiểu nhiều:** là nhiều về số lần đi tiểu lẫn số lượng nước tiểu. Cần cảnh giác với bệnh tiểu đường. Theo Tây y có thể do có rối loạn ở tuyến tụy, tuyến yên. Với Đông y thì do thận dương suy. Cần khám kỹ về Âm Dương. Thường dùng bộ Thăng. Biện pháp ôn ấm.

7) **Tiểu đêm:** Với trẻ em thì thường là tiểu mễ, tiểu dầm cần ổn định thần kinh. Với người lớn thì thường do thận dương suy – bộ Thăng làm chủ lực. Với người già thì cần lưu ý về tuyến tiền liệt.

8) **Tiểu vàng sẫm:** do nhiệt vùng hạ tiêu hoặc có thể ở tiêu trường. Thanh nhiệt tiêu viêm, phản chiếu.

9) **Tiểu đỏ:** là tiểu có máu. Đây là một bệnh viêm nhiễm đường niệu, **thuộc diện cấp cứu nếu mới phát, nên ưu tiên cho bệnh nhân đi theo bác sĩ** điều trị. Nếu đã điều trị theo Tây y mà không khỏi thì mới nên nhận điều trị vì nó đã chuyển sang viêm mạn. Chẩn đoán hàn nhiệt để dùng biện pháp chống viêm thích hợp. Tiêu viêm, phản chiếu nơi bị viêm trong hệ niệu dựa theo kết quả chẩn đoán của Tây y.

10) **Bí tiểu:** là mắc tiểu nhưng không tiểu được. Bụng dưới của bệnh nhân căng cứng lên. Đây là **trường hợp cấp cứu**, chỉ tạm can thiệp trong khi chờ nhập viện. Có thể do: sỏi niệu, co thắt cơ vòng bàng quang (cần chẩn đoán hàn nhiệt). **LƯU Ý:** Đôi khi chúng ta can thiệp ngay được nhưng coi chừng nếu do sỏi bàng quang thì rất dễ tái phát. Do đó siêu âm chẩn đoán là biện pháp nên làm dù đã điều trị được.

11) **Vô niệu:** là không có nước tiểu trong Bàng quang. Đôi khi bệnh nhân có cảm giác mắc tiểu nhưng không tiểu được, nếu không chẩn đoán kỹ ta sẽ lầm là bí tiểu! Cách chẩn đoán vô niệu là dùng tay ấn từ từ vào bụng dưới khu vực của bàng quang. Ta thấy không có lực đối kháng, hay nói cách khác ta sẽ cảm thấy vùng này trống rỗng (xẹp lép). Đây là một bệnh chứng do Thận mất khả năng lọc nước tiểu do đó không có nước tiểu. Là một loại bệnh khó, có nhiều nguyên nhân, tôi chưa thể kết luận được gì mặc dù đã có thành công!

2.2. RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

RLKN xét cho cùng là rối loạn tổng thể theo cả hai khía cạnh Đông và Tây y. Với Tây y thì cần quan tâm về tuyến nội tiết và thần kinh cũng như thành phần máu là chính. Với Đông y thì do rối loạn về khí huyết âm dương. Nhưng nói chung vẫn không ngoài các chứng suy yếu âm dương khí huyết gây bế tắc hoặc không đủ huyết để hành kinh. Ngoài ra, đối với châm cứu thì sự bế tắc kinh mạch cũng là một nguyên nhân thường gặp. Cần phân biệt hàn nhiệt. Hàn thì có thực hàn và hư hàn, nhiệt thì hầu như chỉ do hư nhiệt (có gốc từ âm huyết hư), rất ít khi do thực nhiệt.

Vì vậy, điều chỉnh RLKN chính là điều chỉnh âm dương khí huyết. Nói một cách cụ thể chính là điều chỉnh tổng thể. Ngày nào tổng thể cân bằng thì ngày đó kinh nguyệt được điều chỉnh xong. Do đó, không có phác đồ đặc hiệu.

Nhưng với nghiên cứu cụ thể của Tây y, ngày nay chúng ta thấy khi bệnh nhân có u bướu trong tử cung thì thường gây rong huyết hoặc ngày hành kinh kéo dài. Do đó cần lưu ý khi điều trị không có hiệu quả rõ rệt. Tốt nhất là cho bệnh nhân siêu âm để loại trừ bệnh căn này trước khi nhận điều trị. Vì một u bướu thường bị xuất huyết rất dễ biến chứng thành ung thư.

2.3. SỎI NIỆU

Sỏi niệu là có sỏi ở hệ thống bài tiết nước tiểu gồm thận, niệu quản và bàng quang. Sỏi được cấu tạo bằng nhiều chất và bằng nhiều phương thức khác nhau. Có loại rất dễ tan rã, có loại không tan được, nhưng siêu âm hay X quang không thể phân biệt được là loại nào (hiện nay, còn tương lai thì... chờ những tiến bộ của Tây y)!

Chẩn đoán hàn nhiệt tổng thể và cục bộ hệ niệu. Điều trị: Điều chỉnh tổng thể, với cục bộ ta có các phản chiếu thường gặp sau:

- 1) Hệ niệu thuộc Đồ hình phản chiếu nội tạng ở mặt.
- 2) Hệ niệu thuộc Đồ hình phản chiếu nội tạng trên trán.
- 3) Hệ niệu nằm trong phản chiếu Đồ hình Dương (vùng huyết 43 xuống đến 143, lan ra tuyến B hai bên).
- 4) Loạ tai là thận, môi và cằm là bàng quang, niệu quản chạy từ 0 xéo theo bờ dưới xương gò má xuống đến vùng huyết 38.

Kỹ thuật: với tổng thể ta chọn kỹ thuật thích hợp, điều chỉnh xong. Với cục bộ hệ niệu ta chọn lại kỹ thuật phù hợp, phản chiếu thì chỉ cần dùng hệ nào nhạy cảm nhất mà thôi:

- Có hàn: dùng ngải cứu hơi có xoa dầu theo hệ niệu.
- Có nhiệt: dùng lăn gai lăn mạnh theo hệ niệu. Lăn đỉnh hiệu quả cao hơn lăn cầu gai.

– Có thể kết hợp với kết quả cận lâm sàng: độ pH của nước tiểu thấp, ta cho bệnh nhân dùng thêm chất kiềm như rau ngò om, rau ngò gai... đại khái là chất chất. Độ pH của nước tiểu cao, ta cho bệnh nhân dùng thêm chất chua, trường hợp này chỉ dùng khi bệnh nhân không có tiền căn hay đang bị loét dạ dày tá tràng.

LƯU Ý:

– Ta nên khuyên bệnh nhân dùng mỗi ngày 4 - 5 hột Lười uoi (Ưoi, Đười uoi) ngâm nước nở hoàn toàn, bỏ vỏ và hột, uống phần còn lại, có thể pha đường cho dễ uống. Vì sỏi hình thành được là do các protein có trong nước tiểu kết dính các tinh thể lại với nhau, hạt Ưoi có thể làm tan các protein này giúp phân làm rã các tinh thể sỏi.

– Đa số các trường hợp sỏi thận lớn đều đưa đến huyết áp cao. Cần cẩn thận vì có thể gây tai biến tim mạch cho bệnh nhân.

– Ta thành công tương đối dễ dàng khi sỏi nhỏ 4-5 mm trở lại, nằm ở vùng bể thận, niệu quản hay bàng quang. Nếu sỏi nằm sâu trong nhu mô thận thì không thể trục xuất một cách dễ dàng được. Vì thế ta thấy có nhiều trường hợp thành công rực rỡ nhưng cũng không ít trường hợp thất bại.

– **Cần dặn bệnh nhân:** đang trong giai đoạn điều trị mà bỗng nhiên đau quặn bụng và vùng lưng tương ứng (cơn đau quặn thận) thì phải nhập viện ngay, đề phòng trường hợp khi sỏi đi ngang qua niệu quản làm rách niệu quản là một trường hợp thuộc dạng cấp cứu tại bệnh viện, nếu nằm ở nhà là không an toàn cho tính mạng bệnh nhân.

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

2.4. SUY NHƯỢC SINH DỤC

SNSD gồm có dương nuy, tảo tinh (sậu tinh), lãnh cảm. Có nhiều nguyên nhân:

- Do tổng trạng suy yếu: khả năng sinh hoạt tình dục giảm dần. Điều chỉnh tổng trạng.
- Do tâm lý: lúc mạnh lúc yếu, hoặc ân ái với người này thì tốt người kia thì không tốt. Điều trị như sau: dán cao 124, 34, 103, 106, 342, 340, 175, 107, 0 cho hàn chứng (dương nuy). Với nhiệt chứng (tảo tinh) thì day vaseline 0 + -, 124, 34, 106, 60. Tuy nhiên cũng cần điều chỉnh thêm về tổng trạng.
- Do bế tắc thần kinh vùng thắt lưng và xương cụt: tăng giảm thuận theo triệu chứng đau lưng, khám thấy có sinh huyết vùng này. Giải tỏa bế tắc vùng này.

2.5. HIẾM MUỘN

Trước hết cần biết hiếm muộn là một bệnh không liên quan đến khả năng hoạt động tình dục. Một người có năng lực tình dục mạnh vẫn có thể vô sinh hay hiếm muộn như thường. Những nam nhân bị tảo tinh vẫn có thể gây thụ thai cho phụ nữ bình thường, những phụ nữ lãnh cảm vẫn có thể sinh nở hàng chục lần. Chúng ta có thể điều trị tương đối dễ dàng những trường hợp hiếm muộn do cơ năng như co thắt ống dẫn tinh – vòi trứng, tinh loãng, noãn sào thiếu năng, tử cung lạnh. Nếu có biến đổi thực thể như u buồng thì khó khăn hơn, nhưng vẫn có thể điều trị những trường hợp buồng mềm lạnh tính.

Hầu hết nguyên nhân gây hiếm muộn là vùng hạ tiêu - sinh thực khí (vùng có cơ quan sinh dục) bị hàn khí và thấp khí nhiễm lâu ngày. Khí lạnh làm co thắt các cơ trơn cơ vòng và các mạch máu nuôi các cơ quan vùng này. Do đó chúng bị thiếu năng và sản sinh tinh trùng hoặc trứng không đủ số lượng hay chất lượng. Chưa kể sự co thắt ống dẫn tinh hay vòi trứng làm nghẽn tắc đường đi của tinh trùng và trứng. Với tử cung thì vì thiếu máu làm giảm khả năng nuôi dưỡng trứng dễ gây thụ thai sớm. (Tôi đã từng thành công một ca bệnh nhân còn trẻ dưới 30 tuổi hư thai 3 lần, bệnh viện đòi mổ và cột cổ tử cung khi có thai lần thứ tư, tôi dùng nguyên lý này làm ấm tử cung trong khoảng 2 tháng (bằng DC-ĐKLP), sau đó vì bận việc riêng, tôi tạm ngưng, kết quả là bệnh nhân sinh được một cháu trai vào tháng thứ 7, tuy sinh non nhưng vẫn khỏe mạnh và phát triển bình thường. Một năm sau khi cháu 1 tuổi tôi mới gặp lại bệnh nhân trên khi cô dẫn bạn đến nhờ tôi trị bệnh).

Với bệnh này, không có phác đồ mà chỉ là nguyên tắc điều chỉnh tổng trạng và làm ấm tử cung, buồng trứng, vòi trứng, tinh hoàn, ống dẫn tinh. Với vòi trứng và ống dẫn tinh thì còn cần biện pháp chống co thắt (gỗ phản chiếu với dầu).

Nếu bị chèn ép do u buồng trong hay ngoài đường ống thì cần phải trị cho tiêu u buồng này (loại này không dễ). Ngoài phác đồ chính để chỉnh tổng thể thì những vùng tác động phụ gồm có phản chiếu và phóng chiếu vùng này, vùng thần kinh cột sống liên quan từ L1 đến môm cụt.

Nếu do bế tắc thần kinh vùng cột sống thắt lưng (đau lưng mạn tính) thì chỉ cần giải tỏa bế tắc vùng này. Tôi cũng đã thành công loại này ở nam giới sau khi nhận thấy anh này hiếm muộn không do thận suy (theo Đông y) mà do thần kinh vùng này bị thiếu năng, trường hợp này chỉ điều trị một đợt 2 tuần trước ngày rụng trứng của vợ. Ngay lần đó vợ anh ta có thai.

3. BỆNH HỆ TIÊU HÓA

3.1. NUỐT NGHẸN

Nuốt vào khó khăn, thậm chí không nuốt thức ăn thức uống xuống được. Đây là có trở ngại vùng từ cổ họng đến cuối thực quản. Thường gặp do có một đoạn thực quản bị co thắt (do lạnh, do kích xúc thần kinh, do có tổn thương, do thiếu dinh dưỡng cục bộ, có thể do hỗn hợp), cũng có thể do có khối u trong hay ngoài thực quản chèn ép. Cũng có thể do val Tâm vị không mở, nguyên nhân cũng có nhiều. Khi chẩn đoán cần tìm cho ra nguyên nhân cụ thể, kết hợp với nội soi càng tốt. Điều trị: điều chỉnh tổng trạng, trị theo cơ chế, phản chiếu nơi có bệnh (cần dò sinh huyết dọc từ 312 đến 61 -).

3.2. ĂN VÀO ÓI RA

Thường do hàn tà ở Vị, điều trị: làm ấm dạ dày. Cũng có khi do dạ dày bị viêm loét, thức ăn cọ xát kích thích làm ói, điều trị: theo cơ chế. Cần kết hợp với Tây y. Triệu chứng này cũng thường gặp trong bệnh viêm họng ở trẻ em. Khác nhau ở chỗ viêm họng thì ăn vào là ói ngay không hoàn tất được bữa ăn, còn nếu do Vị hàn thì ăn xong một lúc sau mới ói.

3.3. ĂN KHÔNG TIÊU

Có nhiều cơ chế:

- Do dạ dày không co bóp hay co bóp yếu: thức ăn bị lên men chua nên sẽ có ợ chua, vừa đau vừa tức vùng thượng vị. Điều trị: day dầu Bỏ trung, phản chiếu dạ dày.
- Do dạ dày không tiết dịch vị: đau tức và xót xa bào bọt trong dạ dày càng lúc càng tăng; điều trị: dùng bộ Bỏ Âm huyết và phản chiếu dạ dày, hoặc uống nước dừa tươi một cách chậm rãi cho đến khi thấy hết xót xa thì ngưng, thường chỉ cần chừng ½ ly lớn. Do dịch vị dạ dày không đủ thành phần: chỉ đau tức mà không xót xa bào bọt; điều trị: dùng bộ Bỏ Âm huyết, phản chiếu dạ dày.
- Do Tiểu trường bị lạnh: dạ dày tức nhiều hơn đau, nhịn ăn thì giảm tức, không ợ hoặc ợ hôi. Còn hai trường hợp trên thì dù nhịn ăn vẫn không giảm đau tức có khi còn tăng lên. Điều trị: làm ấm Tiểu trường.

LƯU Ý: nếu dùng các giải pháp nêu trên mà không hiệu quả thì có thể có tổn thương thực thể như viêm loét, u bướu.

3.4. ĐAU BAO TỬ

Có hai dạng chính thường gặp là viêm và loét hoặc viêm lẫn loét. Phương pháp chẩn đoán chính xác nhất là nội soi. Dựa vào lâm sàng, có các bệnh sau:

- **Viêm bao tử do lạnh:** thường lên cơn đau về đêm khoảng 23g đến 3 giờ, khi đau hay ứa nước miếng (nước giải) lạt hoặc hơi mặn. Hơi xức dầu phản chiếu dạ dày. Cữ ăn uống lạnh.
- Loét dạ dày: đau tăng khi đói, cũng có lúc ăn xong đau hơn có thể gây ói. Cất cơn đau bằng vaseline hay nước đá. Nên trị theo Tây y công thức của Úc. ***Cữ chua tuyệt đối đến suốt đời thì mới không tái phát, tuy nhiên, thỉnh thoảng có thể dùng một lần với nồng độ thấp. Hoặc tốt nhất là dùng vitamin C loại tan trong ruột để bổ sung vit. C cho cơ thể có thể bị thiếu do cỡ chua.*** Nhưng theo tôi ở Việt Nam và các xứ nhiệt đới rất dồi dào rau quả nên khó thiếu vitamin C khi ta ăn uống với một chế độ hợp lý: không ăn uống thức gì lâu dài mà nên luôn thay đổi món ăn từng ngày, tránh trùng lặp.
- **Viêm dạ dày:**
 - **Viêm phù nề:** thường do lạnh, đau tăng khi ăn uống thức ướp lạnh hay các thức ăn quá mát, thường có những cơn đau về đêm kèm với hiện tượng ứa nước miếng hơi mặn hay nhạt. Điều trị: làm ấm dạ dày bằng xoa dầu, dán cao hay hơi ngải cứu phản chiếu dạ dày, day dầu tiêu viêm, 290, 7, 347.
 - **Viêm xung huyết:** cơn đau không có quy luật. Day vaseline Bỏ Âm huyết, Tiêu viêm, lăn gai phản chiếu dạ dày.
- **Sa dạ dày:** ăn vào thì cảm thấy nặng nề vùng dạ dày và mệt mỏi toàn thân tay chân như không có sức, nằm nghỉ một lúc thì hết, ngồi dậy hoặc đi đứng một lúc thì nặng nề và mệt mỏi lại (khi còn no bụng). Điều trị: lần đầu nên hơi xoa dầu bộ Thăng, phản chiếu dạ dày và vùng trên dạ dày. Các lần sau có thể day cào bằng dầu. Nặng thì có thể hơi xoa dầu tại vùng bụng theo nguyên tắc phóng chiếu. **LƯU Ý:** có một số bệnh nhân có thói quen uống thật nhiều nước vào sáng sớm, đây là một nguyên nhân thường gặp trong bệnh sa dạ dày. Uống nước nhiều vào sáng sớm mới thức dậy là theo một lý thuyết xuất phát từ Nhật nhằm mục đích dễ đại tiện, tuy nhiên có nhiều hậu quả xấu như to tim, sa giãn phúc mạc khiến sa nội tạng trong đó dạ dày dễ bị nhát, phù không rõ nguyên nhân...

3.5. SÔI RUỘT

Tiểu trường giảm chức năng, có thủy ảm trong ruột, thường đi cầu phân nhão hoặc lỏng lẫn đặc. Điều trị: làm ấm Tiểu trường bằng hơi xoa dầu hay dán cao, 290, 7, 347.

3.6. TIÊU CHẢY

- **Do nhiễm trùng:** đau bụng trước một thời gian từ 30 phút đến 1 giờ rồi mới bị đi cầu, khi đi cầu hậu môn có cảm giác bị nóng, phân rất hôi thối, lần đi cầu đầu tiên thường chỉ nhão chứ không lỏng. Diễn biến từ nhẹ tới nặng dần. Ấn vùng bụng thấy đau: đau vùng quanh rốn là viêm Tiểu trường, đau vùng hai bên hông là viêm Đại trường. Điều trị: Tiêu viêm, phản chiếu. Nên dùng nước đá áp lạnh, nên kết hợp với bác sĩ để dùng kháng sinh ngay, không nên để lâu có hại cho niêm mạc ruột biến thành rối loạn mạn tính khó trị về sau.
- **Do nhiệt tà:** đau bụng rồi tiêu chảy ngay một cách đột ngột. Hậu môn nóng, phân lỏng ngay từ lần đi cầu đầu tiên và hôi thối. Đặc điểm là vừa đi cầu vừa đánh rắm, có khi bắn tung tóe như phun vòi sen!! Điều trị: áp lạnh 124, 34, 106, 26, 143, phản chiếu Tiểu và Đại trường.
- **Do hàn tà:** đau bụng rồi đi cầu đột ngột, phân lỏng chảy như rót nước không đánh rắm, không hôi mà tanh, không nóng hậu môn. Điều trị: hơ xoa dầu sau đó dán cao bộ Thăng.
- **Do nhiễm độc thực phẩm:** triệu chứng không rõ rệt về mặt hàn hay nhiệt, có thể xuất hiện thêm những triệu chứng của nhiễm độc như chóng mặt, nhức đầu, buồn nôn, nôn. Đặc biệt là không đáp ứng rõ rệt với những liệu pháp điều trị nêu trên. Điều trị: bộ Tiêu viêm giải độc.

3.7. ĐI TIÊU RA MÁU

- Phân đen: tổn thương vùng dạ dày hoặc Tiểu trường.
- Ra máu bầm: tổn thương vùng kết tràng lên hoặc kết tràng ngang.
- Ra máu tươi: có tổn thương ở vùng kết tràng xuống, xuống đến vùng hậu môn. Có thể do viêm cấp, do u nhọt bị vỡ miệng, do loét, do trĩ.

Phác đồ chung: 26, 61 - +, 38 - +, 156 - +, 16 - +, 0 - +. Phản chiếu vùng bị tổn thương.

Cần chẩn đoán hàn hay nhiệt chứng. Dò sinh huyết, có thể kết hợp ấn vùng bụng tìm nơi đau tức.

- Trĩ, thực chất là một loại u nhọt trong trực tràng. Dân gian thường gọi là trĩ nội vì không thấy, không sờ được, nhưng có một số trường hợp mụn trĩ mọc sát bờ hậu môn nên cũng thấy và sờ được. Nếu là trĩ thì ngọn có thể có nhiệt nhưng gốc luôn là hàn. Do đó ban đầu trị theo hàn chứng, giai đoạn sau trị theo nhiệt chứng. Hàn chứng thì dùng hơ xức dầu hoặc day cào với dầu, nhiệt chứng thì dùng day cào với vaseline (không dùng nước đá, áp lạnh chỉ thích hợp với các bệnh cấp tính, trĩ là bệnh mạn tính). Trong thực tế có thể phức tạp hơn là phải biến đổi hàn – nhiệt như thế mấy lần mới xong. Đừng quên điều chỉnh tổng trạng.

3.8. SA TRƯỚC TRÀNG (phụ: Sa nội tạng)

Dân gian thường gọi là trĩ ngoại vì thấy và sờ được. Nói chung về *các chứng sa nội tạng đều cần Bộ Thăng*. Tùy thể trạng mà hơ xức dầu hay chỉ day ấn, luôn cần phản chiếu nội tạng bị sa và hệ thống mạc treo nội tạng đó. Có thể tác động theo hệ phóng chiếu.

3.9. BÓN

Hoặc vài ngày mới đi cầu một lần hoặc là đi cầu khó khăn. Phân có thể khô: bón táo, phân có thể nhão: bón ướt. Phân có thể to bình thường hay phân cũng có thể nhỏ chừng bằng ngón tay út. Các tình trạng phân thường gặp:

- Đầu cứng sau mềm, phân to bình thường: nhu động ruột kém, có thấp thủy nhẹ: day đầu Bỏ trung, cào dọc theo phản chiếu khung Đại tràng.
- Cứng từ đầu đến cuối, phân to bình thường: nhu động ruột kém, không có thấp thủy. Điều trị như trên nhưng không dùng dầu mà dùng vaseline.
- Từ mềm tới nhão, hình dáng bình thường: có thủy ẩm. Day đầu Bỏ trung, 290 - +, 7 - +, 347 - +, 87.
- Từ mềm tới nhão, phân nhỏ như ngón tay út: có thủy ẩm và phù nề niêm mạc đại tràng. Day đầu hoặc hơ xức dầu Bỏ trung, 290 - +, 7 - +, 347 - +, phản chiếu khung Đại tràng.
- Phân nhỏ cứng như phân dê: có co thắt hoặc khối u chèn ép vùng kết tràng ngang hoặc xuống hoặc vùng Sigma. Lâm sàng: đau cố định tại một điểm ở các vùng nêu trên trước khi mót cầu và đi cầu. Cận lâm sàng: phim cản quang hay nội soi. Điều trị: day vaseline Bỏ Âm Huyết, phản chiếu nếu do co thắt. Tiêu viêm, phản chiếu nếu do khối u. **LƯU Ý:** Trường hợp này nếu đau nhiều hoặc có máu và trị không dứt được thì nên nghĩ đến ung thư.

3.10. VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN

Có hai loại với hai triệu chứng khác nhau.

- Loại thứ nhất: tiêu chảy thường xuyên khi ăn uống phải thức ăn mát như rau quả tươi sống hay nấu chín hoặc một số loại thức ăn uống không thích hợp với cơ thể. Điều trị: day đầu và dãn Bỏ trung, tiêu viêm, phản chiếu khung Đại tràng, Tiểu tràng.
- Loại thứ hai: xen kẽ với những ngày bón không đi cầu là có ít nhất một ngày tiêu chảy. Chẩn đoán hàn nhiệt cục bộ vùng bẹn phải, dưới và bên phải rốn. Day tiêu viêm, vùng huyết 104+. Cần chẩn đoán hàn nhiệt để có kỹ thuật tương ứng.

3.11. ĐAU VÙNG BỤNG

Đây là loại triệu chứng thường gặp với hiện tượng đau cả vùng bụng, đôi khi không xác định được nơi đau chính xác cụ thể. Có khi điểm đau chạy lòng vòng, có khi đau lan tỏa cả vùng bụng, có khi lan ra tới lưng hay từ lưng lan ra trước bụng nhưng không gây đi cầu lỏng, nếu có thì chỉ một lần rồi thôi. Đặc điểm của nó là luôn có sốt, có thể cao. Đây là một triệu chứng của một cơ quan nào đó trong vùng bụng bị viêm cấp hoặc bế tắc như tắc mật, sỏi niệu.

Đối với triệu chứng này muốn chẩn đoán tương đối đúng cần ấn vùng bụng tìm điểm trung tâm của vùng đau. Khi tìm được trung tâm điểm đau thì dựa vào cơ thể học mà đoán cơ quan có vấn đề. Có thể kết hợp với những triệu chứng chi tiết kèm theo thì chẩn đoán gần với chính xác hơn. Thí dụ: khi viêm cơ thẳng bụng thì không thể tự ngồi dậy được vì trong khi cố ngồi dậy thì cơn đau tăng dữ dội; khi viêm tụy hay ống mật thì không thể ăn uống gì vì ăn vào là nôn ói ngay.....v.v.. Triệu chứng rất phong phú, cần kinh nghiệm nhiều. Điều trị: ***nên đưa ngay đến bệnh viện gần nhất vì đây thuộc loại cấp cứu, cần nhiều phương tiện kỹ thuật của bệnh viện.***

Các bạn cần ghi nhớ: ***an toàn cho bệnh nhân là trên hết. Cho nên không được giữ bệnh trong những trường hợp thuộc loại cấp cứu.***

4. BỆNH HỆ VẬN ĐỘNG

Lương y Tạ Minh.

4.1. ĐAU GÁY VAI

Gáy vai thường đau đột ngột sau một giấc ngủ. Nếu là lần đầu tiên hoặc lâu lâu (vài năm) mới bị một lần thì đa số là do nhiễm lạnh trong khi ngủ. Dùng giải pháp làm ấm cơ thể bằng day dầu hay hơ có dầu bộ Bồ trung hay bộ Thăng, phản chiếu hoặc đồng ứng gáy vai. Thông thường chỉ trị một lần là khỏi hẳn ngay tại chỗ. Nếu không khỏi hẳn ta điều trị tiếp như sau:

- Đau khi cúi đầu hoặc quay đầu qua bên này thì đau bên kia: hơ có dầu đồng ứng gáy ở cổ tay và cổ chân.
- Đau khi ngửa đầu hoặc quay đầu qua bên nào thì đau bên đó: dán salonpas bộ Tiêu viêm, phản chiếu gáy theo Đồ hình Dương.

Nếu là trường hợp thường xuyên, nhiều lần trong năm thì có thể có thoái hóa vùng cột sống cổ và cột sống lưng trên (đoạn từ D1 đến D4-5). Xem phần Thoái hóa cột sống.

4.2. ĐAU KHỚP VAI, KẾT KHỚP VAI

Khớp vai bị đau đến mức không thể đưa tay lên chải tóc hay ngoặc tay ra sau lưng được. Tây y gọi là viêm chu vai (viêm quanh vai). Lần đầu nên hơ xoa dầu bộ Thăng, Tiêu viêm, phản chiếu khớp vai Đồ hình Dương, Âm, Trắc diện, Vô não. Sấy có dầu tại khớp vai và quanh khớp. Các ngày sau chỉ cần day dầu bộ Tiêu viêm, phản chiếu khớp, sấy dầu tại khớp. Tuy nhiên việc duy trì bộ Thăng và hơ ngải cứu bao nhiêu ngày là tùy thể trạng bệnh nhân mà quyết định cho phù hợp, đề phòng sự quá liều về ngải cứu. Đây là một bệnh cấp nhưng lại mang tính chất của bệnh mạn tính, do đó nên điều trị theo dạng mạn tính. Bệnh nhân cần tập quay tay vòng tròn quanh khớp thì mới mau khỏi bệnh, khi quay cần thẳng tay chứ không cong.

4.3. ĐAU LƯNG

Hầu hết mọi trường hợp đau lưng nếu không do chấn thương viêm tấy thì đều do có trục trặc ở các khớp đốt sống hay chính các đốt sống. Với bệnh lý của chính đốt sống thì ta có gãy, vỡ, xẹp là những bệnh lý không thể điều trị được (cần phẫu thuật thay đốt sống giả). Các bệnh lý cột sống có thể điều trị:

- **Trượt đốt sống:** đau lưng kèm tê và yếu chân khi đứng và đi lâu, mất triệu chứng khi nằm lâu. Chỉ điều trị được khi rất nhẹ, theo kinh nghiệm những ca bệnh tôi đã điều trị thì khoảng

1/8 là còn trị được, ít hơn “trượt đốt sống độ 1” của Tây y, cần chụp X quang nơi bị đau, thường xảy ra ở vùng L4-L5 và L5-S1. Điều trị: chẩn đoán hàn nhiệt, day Bỗ trung với kỹ thuật thích hợp, phản chiếu. Bắt buộc bệnh nhân mang đai lưng để cố định cột sống. Hạn chế đi đứng, tuyệt đối không mang vác cái gì.

– **Viêm khớp đốt sống:** đau trong mọi tư thế. Chẩn đoán hàn nhiệt rồi chọn phương án thích hợp. Hàn thì làm ấm, Tiêu viêm, phản chiếu. Nhiệt thì chỉ Tiêu viêm, phản chiếu. Kiêng lạnh, chua, gà, mắm, nếp.

– **Thoái hóa đĩa đệm (xơ, cứng, xẹp, hẹp):** Xơ cứng thì đau nhiều khi chuyển động sau khi nằm yên lâu, như thức giấc sau khi ngủ dậy; hoạt động một lúc thì giảm dần nhưng không hết hẳn. Xẹp hay hẹp chỉ đau nhiều khi ngồi đứng, nằm thì đau giảm. Đau nhiều khi mang vác nặng, càng lúc càng tăng. Day Bỗ Âm huyết, phản chiếu. Hạn chế đi đứng nhiều, tuyệt đối không mang vác bất cứ cái gì. Nên nằm nhiều hơn ngồi, đứng. Nên tập các động tác làm dẻo lưng.

– **Thoát vị đĩa đệm:** với Tây y đây cũng thuộc thoái hóa đĩa đệm. Triệu chứng đặc trưng là khi đau khi không, không có quy luật. Day dầu Bỗ trung, phản chiếu. Kiêng chua lạnh, phải mang đai lưng. Tuy nhiên chỉ điều trị được những trường hợp rất nhẹ, chưa đánh giá được mức độ nào là còn chữa được vì X quang không chẩn đoán được. Với CT hay MRI thì chưa đủ số ca bệnh để kết luận.

– **Thoái hóa cột sống:** là một từ chỉ chung những thay đổi thực thể của cột sống: vôi hóa đốt sống (gai cột sống), xẹp đốt sống. Chỉ điều trị được vôi hóa cột sống. Đau nhiều thì day Bỗ trung với dầu, phản chiếu. Sau khi giảm đau nhiều mà không khỏi hẳn thì chuyển qua day vaseline bộ Bỗ Âm huyết, phản chiếu. Bệnh này điều trị lâu, kết quả chậm chạp và có khi không khỏi hẳn mà thành công có mức độ. Chú thích: có nhiều anh chị em điều trị thấy bệnh nhân hết đau hẳn thì cho rằng trị khỏi, nhưng thật ra là chỉ trị được sự viêm phần mềm quanh gai mà thôi chứ gai thì không giảm tí nào. Tuy nhiên có nhiều trường hợp gai biến mất là do may mắn có lẽ vì chất liệu cấu tạo gai mềm dễ tan rã, điều này có thực nhưng chưa biết chắc chắn nhờ đâu mà điềm vôi hóa mất hẳn - trường hợp này khá ít ỏi.

4.4. ĐAU THẦN KINH TỌA

Đau chân kèm có cảm giác khó chịu vùng thắt lưng hay vùng mông (đây là điềm khác biệt với đau chân do tắc mạch) vì đau thần kinh tọa luôn có gốc bệnh lý ở vùng cột sống, vùng khớp cùng-chậu hay vùng khớp chậu-đùi. Khám tại chỗ vùng thắt lưng, cùng-chậu, chậu-đùi để tìm gốc bệnh. Do đó chỉ cần điều trị tập trung vào vùng gốc bệnh, không nên điều trị vào vùng

chân (dù kết quả rất nhanh) vì khi mất triệu chứng đau chân bệnh nhân sẽ ngưng điều trị, và sau đó sẽ tái phát nhanh vì vùng gốc của bệnh chưa điều trị xong. Chẩn đoán hàn nhiệt, chọn kỹ thuật thích hợp, dùng bộ Tiêu viêm, phản chiếu và tác động thêm tại chỗ. **LƯU Ý:** vì là bệnh lý của xương khớp nên cần chẩn đoán thêm đau do nguyên nhân cơ chế nào (viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương gây biến dạng xương, thoái hóa đĩa đệm...) để có tiên lượng và phương án thích hợp.

4.5. BONG GÂN

Dùng bộ Tiêu viêm khử ứ phản chiếu.

4.6. LIỆT MỘT CƠ PHẬN NÀO ĐÓ

Dùng bộ huyết Liệt do tai biến mạch máu não và Chấn thương sọ não vì đây là do tổn thương khu trú tại não do vỡ mạch hay tắc mạch. Nếu bệnh nhân bị sốt cao trước hoặc trong khi liệt diễn tiến thì lại do siêu vi tấn công vào hệ thần kinh. Trường hợp này khó tìm phản chiếu, nên chẩn đoán hàn nhiệt, chọn kỹ thuật và phác đồ điều chỉnh tổng thể tương ứng, Tiêu viêm, phản chiếu não tủy và toàn thể cơ phận liệt. Thí dụ: liệt một cánh tay (hoặc bàn tay hoặc một vài ngón tay) thì phản chiếu ở đây sẽ là vùng đầu, cột sống cổ dài đến CS lưng trên (vùng D1 – D5), cánh tay bàn tay kể cả các ngón.

4.7. THẤP KHỚP

Đau, sưng, đỏ tại khớp. Nóng nhiều là nhiệt, âm ẩm là hàn. Dùng bộ Tiêu viêm – Lọc thấp - phản chiếu – tại chỗ (kích thích quanh khớp), kỹ thuật thì theo hàn nhiệt mà chọn. Với hạ ngã cứu (hàn chứng) thì mỗi huyết chỉ nên hạ kích nóng một lần, không nên hạ nhiều có hại về sau. Với nhiệt chứng thì nên lăn gai.

LƯU Ý: cần cảnh giác với bệnh Thấp tim là một thể đặc biệt của thấp khớp, có nhiễm trùng cho nên điều trị theo Tây y tốt hơn, ta chỉ nên hỗ trợ. Triệu chứng: thuở nhỏ hay bị viêm họng, sưng - nóng - đỏ - đau tại khớp, sốt từ 38⁰C trở lên, nhịp tim nhanh dù sốt hay không, có thể có rối loạn nhịp tim. Tự khỏi dù không điều trị gì cả, khi khỏi không để lại dấu vết gì. Tái đi tái lại nhiều lần.

4.8. THOÁI HÓA KHỚP

Triệu chứng đặc trưng là càng vận động cho khớp thì khớp càng đau. Nghỉ thì giảm. Loại này ta chỉ chữa triệu chứng giảm đau, không thể trị dứt được vì khớp đã hư hỏng. Dặn dò bệnh nhân không nên tập nặng cho khớp, không mang vác bất cứ cái gì. Điều trị: Bổ Âm huyết, Tiêu viêm, phản chiếu, khai thông tại khớp.

Đây chỉ là những bệnh điển hình thường gặp và có phương cách điều trị hơi đặc biệt. **Tất cả những trường hợp còn lại đều theo cách điều trị tổng quát: chẩn đoán tổng thể, chẩn đoán nguyên nhân cơ chế bệnh, phản chiếu. Điều trị đáp ứng theo các yếu tố vừa tìm được.**

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

5. BỆNH HỆ THẦN KINH

5.1. MẤT NGỦ

Là triệu chứng của một bệnh nào đó. Vì thế cần chẩn đoán tổng trạng, lưu ý đến yếu tố tinh thần.

- Về tinh thần thì bộ An thần (124, 34, 106, 26) là chủ lực. Nếu thuộc dạng hưng phấn ta thêm 3 + -, 222 + -, 156 + -, 87. Nếu thuộc dạng trầm cảm (và suy nhược thần kinh) ta thêm: bộ Thăng, 107, 175, 342, 340.
- Về thể chất thì điều chỉnh tổng trạng là chính.
- Đối với những trường hợp mất ngủ có quy luật. Ta dùng các quy luật về Kinh khí và Thiên khí đã biết để điều chỉnh.
- Đặc biệt có một loại mất ngủ không điều trị được là mất ngủ lâu năm nhưng không hề ảnh hưởng rõ rệt gì tới tổng trạng cả???? Bệnh nhân vẫn ăn uống sinh hoạt gần như bình thường, không hề giảm cân gầy mòn gì, khả năng làm việc trí óc vẫn tốt. Loại này khó trị.

5.2. SUY NHUỘC THẦN KINH

Vùng đầu có cảm giác khó chịu cho tới đau khi phải vận dụng trí óc. Khi bệnh nặng có thể gây mất ngủ. Giai đoạn đầu chẩn bộ Thăng, 124, 34, 340, 175, 107. Giai đoạn sau có thể day đầu.

5.3. CUỒNG

Là một thể bệnh tâm thần thuộc loại hưng phấn, bệnh nhân rất hung dữ. Nhưng nếu bệnh nhân còn có thể kiềm chế không hành hung thì có thể trị được, ở đây theo Tây y là rất nhẹ, tuy nhiên nếu không điều trị đúng mức thì có thể nặng thêm về sau. Bộ Giáng làm chủ lực trong giai đoạn đầu. Bộ Bổ Âm huyết trong giai đoạn sau khi khỏi bệnh. Vì hầu hết bệnh nhân mắc bệnh này đều có tình trạng Âm hư.

5.4. ĐIÊN

Là thể bệnh tâm thần trầm cảm, thuộc loại hiên lành không nói năng đùng chạm tới ai. Bộ Thăng làm chủ lực. Có thể thêm 106, 107, 175, 342, 340.

5.5. VIÊM THẦN KINH V

Triệu chứng: đau rát, nóng một vùng hay toàn bộ một bên mặt. Đau tăng khi có sự va chạm vào da mặt, khó thể đánh răng rửa mặt. Có khi chỉ cần một cơn gió thoảng qua cũng làm

đau tăng lên. Điều trị: áp lạnh Tiêu viêm, phản chiếu mặt ở mu bàn tay bàn chân. Cần điều chỉnh tổng trạng khi đã giảm triệu chứng bệnh.

5.6. LIỆT MẶT

Còn gọi là Liệt thần kinh VII. Bệnh này đa số là một dạng tai biến nhẹ nên cách điều trị cũng là phác đồ điều trị Tai biến mạch máu não (ngay lúc mới bị bệnh, nửa mặt bên liệt luôn luôn lạnh hơn bên lành). Cần tác động thêm cơ mặt bên liệt. Tuy nhiên cũng có trường hợp liệt mặt do virus tấn công làm tổn thương dây thần kinh VII (nửa mặt bên liệt nóng hơn bên lành). Trường hợp này thì nên dùng bộ Tiêu viêm, phản chiếu dây thần kinh VII. Loại này kết quả rất hạn chế vì một số dây thần kinh đã bị virus phá hỏng.

6. BỆNH HỆ TIM MẠCH

SƠ LƯỢC VỀ HỆ TIM MẠCH

Lương y Tạ Minh.

Quả tim là cơ quan có chức năng tạo một lưu lượng máu lưu thông cho toàn cơ thể, là một máy bơm máu đi và hút máu về. Gồm:

- Tâm nhĩ phải: hút máu đen từ tĩnh mạch chủ đổ về thông qua van tĩnh mạch chủ bằng cách giãn nở (tâm trương). Co bóp (tâm thu) để đưa máu đen xuống tâm thất phải thông qua van 3 lá.
- Tâm thất phải: hút máu đen từ tâm nhĩ phải bằng cách giãn nở (tâm trương) rồi co bóp (tâm thu) tống máu đen lên phổi thông qua van động mạch phổi.
- Tâm nhĩ trái: giãn để hút máu đỏ từ phổi về thông qua van tĩnh mạch phổi. Rồi co bóp tống máu đỏ xuống thất trái thông qua van 2 lá.
- Tâm thất trái: nở để hút máu đỏ từ nhĩ trái về rồi co để tống máu đỏ ra động mạch chủ thông qua van động mạch chủ.
- Tim được nuôi dưỡng bằng một hệ thống mạch máu dành riêng cho nó gọi là mạch vành. Mạch vành tim trái có số lượng nhiều gấp bội lần bên tim phải.
- Các động và tĩnh mạch là các ống dẫn để máu lưu thông.
- Máu đỏ từ tim theo động mạch chủ chảy ra các động mạch rồi các tiểu động mạch và các vi mạch (còn gọi là mao mạch) đến các cơ quan, tế bào. Máu đen từ các tế bào, cơ quan đổ về các vi tĩnh mạch, dồn về các tiểu tĩnh mạch, về các tĩnh mạch rồi dồn về tĩnh mạch chủ, về tim. Gọi chung là vòng đại tuần hoàn.
- Động mạch phổi dẫn máu đen từ tâm thất phải lên phổi. Tại phổi, máu nhả carbonic và nhận oxy để chuyển từ đen sang đỏ. Tĩnh mạch phổi dẫn máu đỏ từ phổi về tâm nhĩ trái. Gọi chung là vòng tiểu tuần hoàn.

PHƯƠNG PHÁP ĐO HUYẾT ÁP

Theo nguyên tắc, đo HA luôn cần ống nghe để nghe tiếng mạch đập. Nhưng trong thực tế tôi không dùng ống nghe mà chỉ theo dõi trạng thái hoạt động của kim mà phát hiện một số chức năng khác của huyết áp kể ngoài trị số tâm thu và tâm trương:

- Kim khựng lại ≥ 5 nhịp trước khi giật lui: ít nhất cũng bị thiếu năng vành, thường là thiếu máu cơ tim nếu chất lưỡi nhạt tới trắng.
- Kim giật lui ngắn một đoạn rồi giật lui dài hơn: có hở val 2 lá, nhiều hay ít tùy mức độ chênh lệch của 2 trạng thái ngắn và dài.
- Trị số tâm trương ≤ 50 : hở val động mạch chủ.
- Kim giật lui ngắn ≤ 2 mmHg (một nấc nhỏ trên mặt đồng hồ HA kế): trương lực tim yếu. Dương hư nếu có sợ lạnh. Nếu không sợ lạnh là tâm khí suy.
- Kim giật lui dài ≥ 4 mmHg (2 nấc nhỏ trên mặt HA kế): trương lực tim mạnh, máu loãng (thành phần đặc và lỏng của máu không đúng tỉ lệ: huyết tương nhiều hơn huyết cầu). Âm hư nếu sợ nóng, tâm khí thịnh nếu không sợ nóng. Kiểu giật lui kim này thường gặp trong bệnh Đường huyết hay Lipid huyết, và các trường hợp có sốt cao.
- Kim giật lui nhanh: máu loãng.
- Kim giật lui chậm: máu đặc (huyết tương thiếu, huyết cầu dư), hoặc có lipid huyết.
- Kim giật lui lúc nhanh lúc chậm hay lúc dài lúc ngắn hay có lúc bỏ nhịp: rối loạn thần kinh tim.
- Kim giật lui khoảng 3 – 4 mmHg: trương lực tim bình thường, Âm Dương tương đối cân bằng.

TP. Hồ Chí Minh, 1995.

BỆNH HỆ TIM MẠCH

Lương y Tạ Minh.

Bệnh thuộc hệ tim mạch đa số là loại bệnh có mức độ gây nguy hiểm cao cho sức khỏe và tính mạng. Sau đây là những bệnh thường gặp mà tôi đã có thành công phần nào trong hệ bệnh này.

6.1. RỐI LOẠN THẦN KINH TIM

Là tên gọi chung của các triệu chứng rối loạn nhịp tim (tim bỏ nhịp, tim đập lúc nhanh lúc chậm lúc mạnh lúc yếu, tim đập nhanh hay chậm đều nhưng quá mức bình thường): điều chỉnh tổng trạng, cào phản chiếu tim, phản chiếu các nút thần kinh tim và mạng Purkinge.

6.2. THIẾU NĂNG MẠCH VÀNH

Nếu nặng còn có tên gọi là Thiếu máu cơ tim: có những cơn nặng ngực khó thở, đau thắt ngực có khi lan lên đầu cổ và ra tay. Triệu chứng thường chỉ xuất hiện vài phút rồi tự biến mất, thường xuất hiện khi gắng sức, khi xúc động hay khi nhiễm lạnh. Lưỡi rất nhạt. Nguyên nhân do mạch vành bị co thắt hoặc bít hẹp vì máu đông hay mảng xơ vữa, cũng có thể do u bướu. Điều chỉnh tổng trạng, Tiêu viêm khử ứ, phản chiếu tim, phản chiếu mạch vành (có 6 tuyến phản chiếu mạch vành: từ 0 vòng lên 130 vào 65, từ 0 vào 73, từ 0 vào 61, từ 0 vào 7, từ 0 xéo xuống 29, từ 0 xéo xuống 347).

6.3. NHỒI MÁU CƠ TIM

Đây là tình trạng nặng đột xuất của thiếu máu cơ tim. Đau dữ dội vùng ngực, vã mồ hôi nóng, huyết áp cao đột ngột (HA tâm thu trên 170). Thuộc diện cấp cứu tại bệnh viện.

6.4. HUYẾT ÁP THẤP

Là một bệnh chứng còn nhiều bí ẩn về cơ chế và nguyên nhân gây bệnh. Tuy cũng có thành công nhưng không chắc chắn như các bệnh khác. Vẫn lấy điều chỉnh tổng thể làm chủ.

6.5. HUYẾT ÁP CAO

Là triệu chứng của một bệnh nào đó trong cơ thể. Phải tìm cho ra căn bệnh gốc này. Chữa bệnh gốc xong thì HA tự hạ và ổn định lâu dài. Trong thời gian chưa tìm ra gốc bệnh HA luôn dao động cao, cho nên cần duy trì thuốc hạ áp cho đến khi HA bắt đầu hạ ổn định 2 tuần liên tiếp thì giảm liều thuốc HA, cứ thế cho đến khi HA trở về mức bình thường, lúc này thử bỏ thuốc, nếu ổn định suốt 2 tuần liên tiếp thì có thể bỏ hẳn thuốc HA. Tuy vậy có nhiều ca không thể bỏ

thuốc hạ áp được mà phải uống một liều thấp nhất thích hợp đến suốt đời. Các bạn không nên chủ quan với loại bệnh này như chủ trương của một số thầy khác, vì có thể gây hại không cứu vãn được cho bệnh nhân.

Có hai trường hợp tổng quát về tăng HA. Huyết áp cao Âm chứng và Dương chứng. Trong cắt cơn tăng HA, dùng bộ Thăng khi HA cao Âm chứng, dùng bộ Giáng khi HA cao Dương chứng. Trong điều trị, điều chỉnh tổng trạng làm chủ lực. Tìm thêm tạng phủ có bệnh và điều chỉnh tạng phủ này. Tìm hiểu cơ chế gây bệnh cho tạng phủ như viêm – tắc mạch – xơ hóa – vôi hóa (sỏi).....v.v.. khiến tạng phủ mất hay giảm chức năng. Đôi khi tăng HA chỉ do tắc mạch một nơi nào đó trong cơ thể, thường xảy ra ở vùng cổ gáy hay vùng đầu (mạch cảnh hay mạch nền sọ), lúc này HA hai tay sẽ chênh lệch rõ ràng, thông mạch là xong.

6.6. RỐI LOẠN TUẦN HOÀN NÃO

Nặng đầu kèm choáng váng, tăng ở tư thế đứng, không thay đổi ở tư thế nằm khi trở mình. HA bình thường hoặc thấp. Điều trị: day dầu hay hơ có dầu Bộ Thăng, phản chiếu đầu (hàn chứng: thiếu năng tuần hoàn não). Day vaseline bộ Giáng, phản chiếu đầu (nhiệt chứng: huyết vùng đầu không thông, chưa phải là huyết ứ). Muốn khỏi bệnh lâu dài cần điều chỉnh tổng trạng.

6.7. RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

Chóng mặt, tăng khi thay đổi tư thế nhất là khi nằm trở mình. Huyết áp bình thường. Điều trị: day dầu hoặc hơ có dầu Bộ Thăng, phản chiếu đầu. Nhận xét: thông qua việc điều trị hai bệnh chứng này, tôi cho rằng rối loạn tiền đình là một dạng thiếu năng tuần hoàn não dạng đặc biệt chỉ xảy ra ở vùng Tiền đình. Đông y gọi bệnh thứ 6 và thứ 7 này là Huyền vạng.

6.8. HỞ VÀ HẸP VAL TIM

Bệnh val tim có 2 loại: bệnh chức năng (do thần kinh hoặc những nguyên nhân khác) và bệnh tổn thương thực thể (xơ hóa thường do thấp tim gây di chứng, bệnh tim bẩm sinh như thông nhĩ...). Chúng ta chỉ nên nhận điều trị những trường hợp bệnh lý chức năng. Chẩn đoán hàn nhiệt, phản chiếu val tim. Val tĩnh mạch chủ: vùng huyết 129 +. Val động mạch phổi: vùng 60 +. Val 3 lá: vùng 73 + và toàn bộ nửa mặt bên phải từ tuyến VI trở xuống. Val động mạch chủ: vùng 60 -. Val tĩnh mạch phổi: vùng 129 -. Val 2 lá: vùng 73 – và toàn bộ mặt bên trái từ tuyến VI trở xuống.

6.9. TÂM DƯƠNG HƯ

Hơ có dầu 19, nếu không hiệu quả thì hơ có dầu Bồ trung hay Thăng, 189. Triệu chứng: huyết áp âm chứng, không sợ lạnh, không làm việc được.

6.10. TÂM KHÍ HU'

Day vaseline 19. Nếu không hiệu quả thì dùng bộ Thăng, 189. Triệu chứng: huyết áp âm chứng, không sợ lạnh, làm việc nhẹ bình thường, làm việc nặng thì mệt.

Kiên cử: nói chung cần tránh những thay đổi đột ngột về môi trường sống, thời tiết, nhiệt độ, ăn uống. Không nên dễ bị cảm hay thương thực, những bức xúc tình cảm vui lẫn buồn cao độ. Và kiêng các thức ăn theo cơ chế gây bệnh trong đó LẠNH và CHUA là quan trọng hàng đầu vì hai vị này luôn làm co mạch, co cân cơ.

TP. Hồ Chí Minh, 1997.

PHƯƠNG HƯỚNG ĐIỀU TRỊ CÁC DI CHỨNG LIỆT

Lương y Tạ Minh.

Liệt do Tai Biến Mạch Máu Não (TBMMN, là tên gọi chung của xuất huyết não và nghẽn mạch máu não mà trước đây thường gọi là nhũn não), liệt do Chấn Thương Sọ Não (CTSN) và liệt do Viêm Não (VN) đều có căn nguyên từ việc tổn thương hoặc bế tắc trong não. Tương tự ta có liệt do Chấn Thương Tủy Sống, liệt do Viêm Tủy Cắt Ngang; hai trường hợp sau cũng đều do thương tổn hoặc chèn ép ở một đoạn tủy sống gây liệt.

Tuy nguyên nhân khác nhau nhưng các trường hợp nêu trên đều gây thương tổn và chèn ép bế tắc cho não hay tủy sống là hệ thần kinh (gồm nhiều dây thần kinh chằng chịt). Ta đã biết, hệ thần kinh hoạt động theo cơ chế giống như cơ chế của các máy dùng điện năng. Hệ thống này hoạt động tốt hay kém là do chất lượng máy, chất lượng dây dẫn; và do điện áp của hệ thống đủ hay thiếu.

Xét hệ thống quạt máy vận hành nhờ điện. Ta nhận biết hệ thống này vận hành được (thấy cánh quạt quay) nhờ các thông số: điện năng đến, động cơ, vật liệu dẫn điện, mạch điện thông suốt, cánh quạt. Điện áp yếu hay hệ thống động cơ và dây dẫn kém chất lượng thì quạt quay yếu; điện áp đủ, động cơ và dây dẫn tốt thì quạt quay mạnh; nếu quá kém thì quạt không quay nổi dù điện vẫn vào. Cánh quạt quay hay không là do những yếu tố trước nó hội đủ mức cần thiết hay yếu kém.

Tương tự như vậy. Ta nhận biết cơ bắp hoạt động được hay bị liệt lệ thuộc vào các thông số: năng lượng cung cấp từ máu; chất lượng hệ thống thần kinh từ não bộ đến tủy sống đến các dây thần kinh ngoại biên, chất lượng các khớp TK (sinap). Các thông số cần thiết này hội đủ một cách hoàn hảo thì hệ thần kinh chỉ huy các cơ vận động được như ý; một hoặc nhiều trong các thông số này khiếm khuyết thì các cơ vận động yếu hoặc ỳ ra dù tín hiệu thần kinh vẫn đến.

Quạt máy không quay nổi khi điện năng thiếu, nếu không biết ta cứ cho điện vào thì một thời gian sau hệ thống bị cháy. Tương tự (nhưng hơi khập khiễng), khi máu đến không đủ, hệ thần kinh không chỉ huy nổi các cơ bắp dù các tế bào TK vẫn còn thoi thóp sống. Nếu để thiếu máu lâu, vùng tế bào TK này có thể bị chết hẳn và việc phục hồi vận động cho cơ do chúng chỉ huy là không còn hi vọng.

Vì thế, việc phục hồi sinh lực cho hệ thần kinh là biện pháp chủ đạo của việc điều trị các thể bệnh bại liệt. Trước đây, Tây y dùng các loại thuốc chống xuất huyết, tan máu bầm, chống phù não nhằm giải tỏa các chèn ép; nửa cuối thập niên 90 Trung Quốc đề xướng và thực hiện việc mổ sọ não để hút máu ú cho bệnh nhân bị xuất huyết não cũng từ nguyên lý này. Từ đó việc cứu sống cho bệnh nhân xuất huyết não nặng không còn khó khăn. Hiệu quả điều trị di chứng liệt sau TBMMN cũng tiến bộ vượt bậc. Nhưng trên thực tế ta thấy còn không ít BN vẫn phải chịu di chứng nặng. Vì sao?

Thú vị ở chỗ là thực tế cho thấy việc cải thiện di chứng cho các bệnh nhân tổn thương não-tủy có kết quả tốt hơn vẫn thuộc lãnh vực dùng huyết dù thuộc bất cứ trường phái nào. Vì sao?

Năm 1988, tôi xây dựng được bộ Tan Máu Bầm có công dụng phá tan máu ú rất mạnh và được dùng phổ biến trong giới DC. Bộ huyết này hiện nay đã được tôi triển khai thêm và đặt lại tên mới TIÊU VIÊM KHỬ Ú vì nhận thấy tác dụng của nó rộng hơn việc làm tan máu bầm. Bộ huyết này luôn được sử dụng để giải quyết các di chứng của chấn thương, trong hậu phẫu và đều thành công tốt đẹp.

Nhưng mãi đến khoảng năm 1997-98 tôi mới áp dụng vào việc chữa liệt do TBMMN sau khi chữa thành công liệt do chấn thương tủy và chấn thương sọ não; và sau khi biết thông tin TQ tách hộp sọ hút máu ú trong xuất huyết não. Kết quả không ngờ là hiệu quả nhanh và cao hơn các phác đồ trước đã áp dụng từ 1987. Tôi đã công bố rộng rãi khám phá mới này trong “Kỷ Yếu 20 năm DC-ĐKLP” do Thầy Châu chủ biên.

Một thú vị bất ngờ khác nữa là vẫn có thể can thiệp tốt các trường hợp nghẽn mạch máu não gây tai biến mà trước đây thường được gọi là “nhũn não”. Kể cả trường hợp nghẽn mạch do mảng xơ vữa.

Khi áp dụng bộ TIÊU VIÊM KHỬ Ú vào việc chữa di chứng liệt do các nguyên nhân TBMMN, CTSN thành công, tôi vẫn luôn thắc mắc vì sao Tây y đã hút máu ú, đã dùng thuốc để tan máu ú mà BN vẫn còn liệt, nhất là với CTSN. Chỉ khi tôi trị thì chức năng vận động cơ mới tiến triển nhanh một cách rõ rệt?

Không có phương tiện để tìm hiểu, tôi đành tự nêu các vấn đề sau:

Có phải biện pháp hút máu ú bằng phẫu thuật chỉ giải quyết được các vùng máu lớn thấy được, CT hay MRI cũng chỉ thấy được còn máu ú lớn nên kiểm tra thấy rằng đã thông. Còn những hạt hồng cầu li ti kẹt đâu đó trong các vi mạch mà CT và MRI không thấy được vẫn có thể

gây thiếu máu cho các tế bào thần kinh của nó phụ trách. Vì thiếu máu nên các tế bào TK này không đủ năng lượng để chỉ huy các cơ liên quan, mặc dù tế bào TK này chưa chết hẳn.

Có phải thuốc không đánh tan hết được các hạt hồng cầu li ti còn lại trong các vi mạch máu? Có phải di chứng liệt vẫn còn vì máu ứ hay là vì một yếu tố khác khiến cho các tế bào TK không làm được việc?

Hay là do cả 2 yếu tố: huyết ứ li ti và cái gì khác máu ứ còn tồn đọng trong hệ thống thần kinh khiến hệ thống hoạt động kém hẳn.

Nêu thì nêu nhưng giải đáp được cho rõ ràng và chính xác thì tôi chịu thua vì ngoài khả năng kỹ thuật.

Không giải đáp được nhưng trên lâm sàng, tôi luôn thành công hơn các giải pháp khác. Bởi có nhiều BN đã bị vài năm từng được điều trị bằng các giải pháp khác, bởi những thầy thuốc khác và không chỉ một thầy thuốc mà vài thầy thuốc trước tôi. Tuy nhiên trong những trường hợp này, hiệu quả cải thiện không cao hơn nhiều, nhưng vẫn có tiến bộ thêm sau khi tôi điều trị. Còn những trường hợp mới bị, sau khi ổn định được huyết áp xuất viện hoặc sau khi mổ sọ não do chấn thương xuất viện mà được tôi trị ngay thì không ai là không đi đứng được, tuy rằng mức độ hồi phục có khác nhau.

Từ những kết quả đó tôi tin là mình đang đúng hướng và đúng nhất từ trước đến giờ. Bởi nguyên lý rất phù hợp với Tây y có kỹ thuật cận lâm sàng cụ thể. Nói lên điều này là một điều không hay xét về khía cạnh “khiêm tốn” theo Đông phương.

NHƯNG..... đã hơn 20 năm lăn lộn với nghề, lang thang trong bụi đường và mưa nắng khắp hang cùng ngõ hẻm của Sài Gòn-Chợ Lớn và các vùng lân cận như Bình Dương, Biên Hòa, Thủ Đức, Bình Chánh, Nhà Bè và hiện nay là Hà Nội, chúng kiến biết bao cảnh đời đau khổ của bệnh nhân và gia đình họ tôi không thể im lặng chỉ để được hai tiếng “khiêm tốn”!!

Tin và dùng kinh nghiệm nhỏ nhoi này của tôi hay không là tùy quý vị nhưng nghĩa vụ của tôi là phải nói lên sự thật. Nếu không, tôi có lỗi với những BN đã qua của tôi và với những BN có thể sẽ mắc phải trường hợp đau thương này.

Kính mong quý đồng nghiệp và quý bậc trưởng bối cảm thông và lượng thứ.

Bây giờ, tôi xin trình bày toàn bộ chi tiết kinh nghiệm của tôi, tuy đã được nói đến trong “Kỹ Thuật Chẩn Trị Bệnh Bằng DC-ĐKLP Kết Hợp Đông Tây Y” nhưng hơi ngắn gọn nên các anh chị em còn yếu về DC không dùng được vì không hiểu hoặc không tin vì thấy quá đơn giản.

Các bạn đã có tài liệu huấn luyện của tôi cần cập nhật theo bài dưới đây tuy rằng có chung tựa đề vì lần này tôi sẽ viết chi tiết hơn:

ĐIỀU TRỊ LIỆT DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO VÀ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.

Lương- y Tạ – Minh.

Tai biến mạch máu não(TBMMN) và chấn thương sọ não(CTSN) thường đưa đến liệt vận động, đôi khi liệt cả cảm giác và rối loạn năng lực tinh thần. Chỉ có một số ít trường hợp phục hồi hoàn toàn *theo cơ chế tự khôi và cơ chế bù*, tuy nhiên phải thấy rằng đây là nhờ tổn thương quá nhẹ. **Có 2 cơ chế bù: bù tại não là vùng não lành làm thay chức năng cho vùng não bị thương; cơ chế bù tại cơ là những cơ lành làm thay việc cho cơ bị tổn thương. Chưa hết, vào đầu thập niên 00 của thế kỷ 21, người Mỹ phát hiện ra rằng các tế bào TK có thể tái tạo nhưng phải mất khoảng hơn 3 năm. Chính nhờ các cơ chế này mà một số BN nghèo không đủ sức theo đuổi việc điều trị vẫn phục hồi được một số chức năng vận động sau một thời gian khá dài. Tuy nhiên, trên thực tế không phải ai cũng may mắn như thế. Vì cũng có một số BN bị liệt vài năm đến tôi chữa mới bắt đầu phục hồi.** Một số ít bệnh nhân thoát khỏi tình trạng liệt này một cách toàn diện do may mắn bị tổn thương tương đối nhẹ và **được điều trị ĐÚNG CÁCH NGAY TỪ ĐẦU**. Đa số là để lại cho bệnh nhân vài di tật về thể xác hoặc tinh thần khi bị hơi nặng hoặc được *điều trị không đúng cách kịp thời ngay từ đầu*.

Trong di chứng liệt do TBMMN và CTSN thì điều trị đúng cần phải kết hợp cả ba giải pháp đồng bộ một cách khéo léo: THUỐC MEN, TẬP LUYỆN, HUYẾT ĐẠO.

Việc dùng thuốc thì tùy, Tây hay Đông cũng được. Nhưng theo kinh nghiệm của tôi - trong TBMMN - thời gian đầu nên dùng thuốc tây (có BS chỉ định và theo dõi) cho đến khi HA ổn định thật sự, vì tuy đã xuất viện HA của BN vẫn có thể lại bất ổn và tai biến tiếp là điều rất dễ xảy ra. Việc ổn định HA khá phức tạp, dù phương pháp chúng ta có thể làm được nhưng đòi hỏi phải vận dụng y lý rất nhiều về Tây lẫn Đông y nên không thể trình bày trong bài viết này, các phác đồ về huyết áp hiện nay thường mang tính cắt con hơn là điều trị. **Cho nên các anh chị em nên kết hợp với bác sĩ chuyên khoa tim mạch để khống chế HA cho bệnh nhân, tránh tai biến rất dễ xảy ra tiếp theo khi HA còn dao động.**

Tập luyện có hai phần: thụ động và chủ động. Tập thụ động là kỹ thuật viên hay người nhà tập cho bệnh nhân, luôn luôn rất cần khi bị liệt cứng. Tập chủ động là bệnh nhân tự luyện tập

theo sự hướng dẫn kèm cặp của Kỹ thuật viên (trong thời gian đầu hoặc tự nghĩ ra các tư thế trong sinh hoạt thường ngày trong giai đoạn sau), chỉ cần từ khi bệnh nhân bắt đầu vận động được dù còn rất yếu ớt. Việc này đòi hỏi bệnh nhân phải có ý chí quyết thắng bệnh tật. Tuy nhiên không nên quá cố sức sẽ gây phản tác dụng. **Tốt nhất nên nhờ KTV trong thời gian đầu.**

Về huyết đạo, đúng hơn là về DC-ĐKLP, LÀ CHỦ ĐỀ CHÍNH CỦA BÀI NÀY. Tôi xin công hiến các kinh nghiệm sau đây sau mười mấy năm chuyên nghiên cứu và điều trị loại bệnh này. Có thể nói rằng đây là **phác đồ điều trị đặc hiệu cho bại liệt do TBMMN và CTSN.**

Phác đồ điều trị:

– Giai đoạn một: 156 - +, 38 - +, 7 - +, 50, 37, 61 - +, 3 - +, 290 - +, 16 - +, 26, 240, 347, phản chiếu đầu theo đồ hình Âm, Dương và Trắc diện **phía đối bên bị liệt.**

– Giai đoạn hai: khi bệnh nhân bắt đầu tự vận động được các cơ phận bị liệt dù còn yếu ớt, chúng ta bắt đầu tác động thêm phản chiếu hoặc cục bộ cơ phận bị liệt, **phía cùng bên bị liệt.** Gồm phản chiếu nửa lưng, tay chân bên liệt. Tuy nhiên chỉ tác động bình thường chứ không nên quá nhiều. Đồng thời khuyên bệnh nhân nên bắt đầu luyện tập chủ động một cách vừa sức. **Sự quá tải trong luyện tập sẽ gây phản tác dụng. Nên điều chỉnh tổng trạng cho bệnh nhân theo bài “Phục Hồi Chính Khí” để đạt hiệu quả cao hơn và hoàn chỉnh hơn.**

– Với tại chỗ ta tác động vào gáy, lưng, tay chân bên bị liệt.

– Trường hợp đã dùng bộ Tiêu Viêm Khử Ứ nêu trên 3 tuần mà BN vẫn chưa tự đứng, chưa tập đi được thì cần chú ý việc điều chỉnh tổng trạng cho BN. Vì thường do huyết khí kém quá nên cơ bắp không đủ sức nâng đỡ cơ thể.

– Khi lực chân của BN đã mạnh, tự đứng khá lâu không ngã nhưng hễ bước đi thì lại ngã là do có tổn thương vùng tiểu não, ta cần tác động phản chiếu tiểu não là vùng sơn căn ấn đường, vùng đầu mũi và môi, cằm (theo ĐH phản chiếu não bộ). Nếu kết quả CT hay MRI cho biết có tổn thương tiểu não thì ta cần can thiệp ngay vùng này từ đầu mới có kết quả cao được.

Kỹ thuật: day ấn hoặc rung các huyết và dùng cào nhỏ cào phản chiếu đầu hoặc cơ phận bị liệt theo các đồ hình nêu trên. **Nếu bên liệt lạnh mát hơn bên lành thì nên tác động huyết và vùng phản chiếu có bôi dầu cao, sau khi nhiệt độ 2 bên như nhau thì không dùng dầu nữa. Nếu nhiệt độ 2 bên như nhau thì không cần dùng dầu.**

Biện luận: TBMMN và CTSN đều làm tổn thương não. Hậu quả của sự tổn thương này là gây liệt cho các cơ phận vận động liên quan dưới não như mặt, tay chân...v.v. Vì vậy gốc bệnh là ở não, các cơ phận chỉ là ngọn. Do đó **cứu lấy não bộ là việc đầu tiên phải làm trong hai loại**

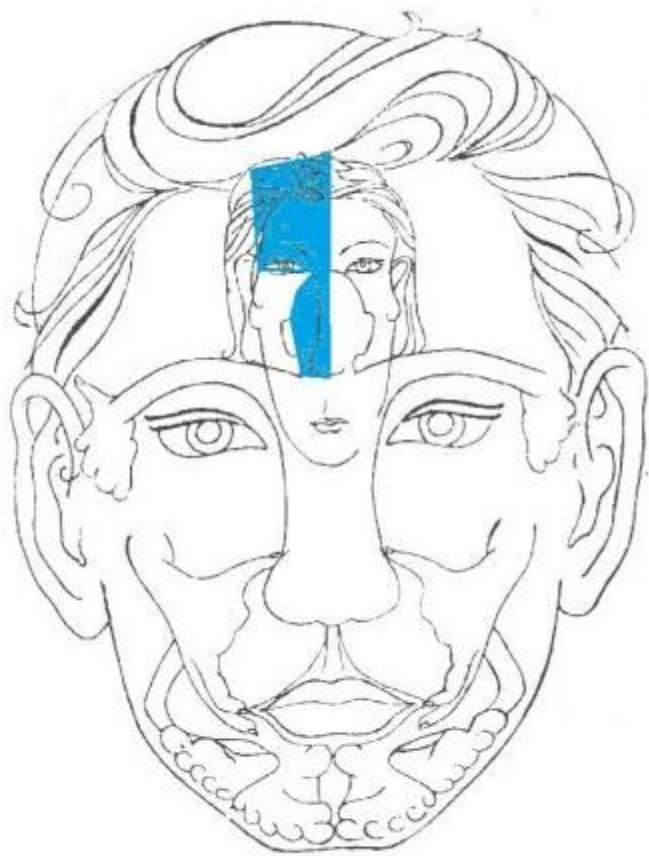
bệnh chứng này. Như vậy khi não bộ được phục hồi thì tay chân lập tức phục hồi. Chỉ những trường hợp lâu ngày cân cơ bị teo rút thì ta cần tác động mạnh trực tiếp vào các vùng tứ chi để tìm cách hồi phục các cân cơ này. Bộ huyết nêu trên có tác dụng tan máu bầm, chống viêm, lọc ứ ở não và cải thiện sự lưu thông máu ở não.

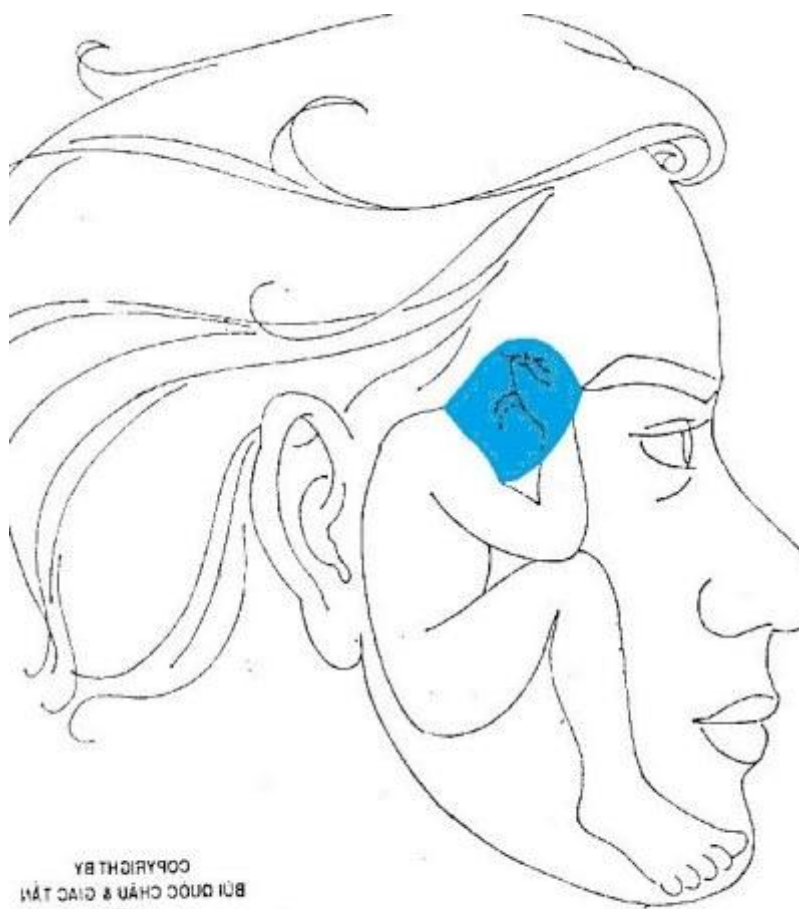
CHÚ Ý:

- **Cần kiêng cử không ăn uống các thức chua, lạnh và các thức gây viêm (xem bài “Hướng dẫn về kiêng cử”). Tránh tất cả các xúc động, các thay đổi đột ngột về nhiệt độ, về động tác.**
- Việc lăn thêm tuy cần thiết nhưng lăn quá nhiều ở tay chân (vài ba trăm lượt mỗi nơi) khi não chưa điều khiển chúng được chỉ khiến cho các cơ bị nhão thêm và gây khó khăn trong điều trị về sau mà thôi!! Tuy nhiên trong liệt cứng thì lăn là biện pháp tốt trong mọi giai đoạn nhưng cũng nên vừa phải.
- Việc xung điện vào tay chân cũng không nên dùng quá sớm vì rất dễ gây phản tác dụng khi tế bào TK còn yếu không chịu đựng nổi kích thích của dòng điện có thời lượng và cường độ cao hơn ngưỡng của nó lúc bấy giờ. Mà lúc này làm sao biết được sinh lực của tế bào TK là bao nhiêu nếu không được đo đạc bằng máy móc hiện đại? Nếu chúng ta dựa vào cảm giác của bệnh nhân để chọn cường độ và tần số xung, thì xung bao lâu là vừa đủ? Điều này không thể xác định bằng cảm giác chủ quan của bệnh nhân cũng như của chúng ta được. Vì vậy cần thận trọng trong việc xung điện.
- Trong CTSN chúng ta sẽ thường gặp ý kiến của BS cho rằng không được châm cứu mà chỉ cần tập VLTL. ***Tuy nhiên DC-ĐKLP không phải là châm cứu và chúng ta không đụng đến vết thương ở đâu mà chỉ dùng huyết ở xa vùng bị thương. Điều quan trọng là không nên dùng những kỹ thuật mạnh tay gây đau đớn cho bệnh nhân đang trong tình trạng suy yếu về hoạt động của hệ thống TK.*** Dù sao có điều trị thêm bằng huyết vẫn mau phục hồi hơn là chỉ luyện tập suông, điều này đã được xác định trên thực tế lâm sàng trong quá trình làm việc của tôi. Nay phổ biến cho các anh chị em cùng dùng.

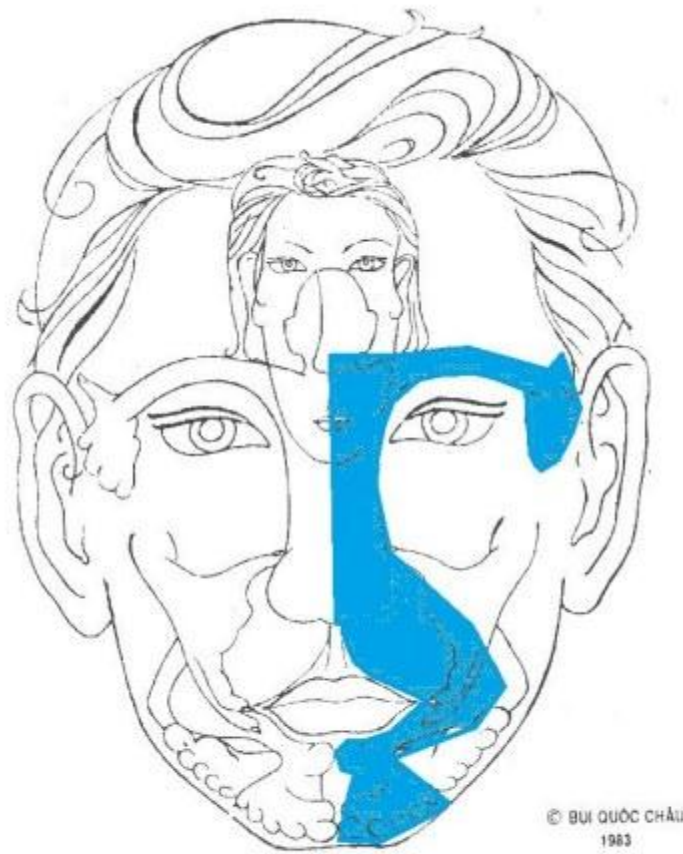
Chúc tất cả anh chị em thành công trong việc áp dụng bài viết này để điều trị những bệnh nhân bị bại liệt do hai nguyên nhân trên.

Trong bài này, tôi lấy ví dụ là BN bị liệt bên trái để minh họa hình vẽ vùng phản chiếu đầu các đồ hình Âm, Dương, Trắc diện.





BỘ HÌNH NGOẠI VI (TRẮC ĐIỆN)



ĐỒ HÌNH PHẢN CHIẾU NGOẠI VI CƠ THỂ
(ĐỒ HÌNH ÂM DƯƠNG)

CHÚ THÍCH: liệt do TBMMN là một bệnh của hệ thần kinh nhưng đó lại là hậu quả của những vấn đề của những nội tạng bên dưới não và hệ tuần hoàn. Do đó muốn điều trị tốt loại bệnh này thì ta cần điều trị tốt các bệnh của các nội tạng sau khi các triệu chứng liệt đã giảm. Có như vậy thì mới có thể đạt được mong muốn giữ kết quả điều trị ổn định cho bệnh nhân lâu dài, tránh và ngăn ngừa tái phát cho bệnh nhân được, vì loại bệnh này rất dễ tái phát. Vì vậy mà tôi xếp loại bệnh này sau các bệnh hệ thống khác. Bởi vì khi học đến đây các bạn đã phần nào có hiểu biết về bệnh của các hệ thống kia.

7. BỆNH VỀ MẮT

7.1. ĐAU MẮT ĐỎ CẤP TÍNH (Viêm kết mạc mắt)

Có hai thể hàn và nhiệt. Hàn thì day dầu hoặc bơ hoặc dán cao Tiêu viêm, phản chiếu mắt ở mặt. Nhiệt thì áp lạnh Tiêu viêm, phản chiếu mắt ở mu bàn tay và mu bàn chân, môi.

7.2. THOÁI HÓA THẦN KINH THỊ GIÁC, THOÁI HÓA VÕNG MẠC

Hai bệnh này về cơ bản có cách chữa giống nhau. Là loại bệnh thuộc nội chương trong Nhân Khoa của Đông y. Nếu thuộc bạch, thanh (thật ra là màu lam) hay hoàng chương thì còn dễ trị. Nếu thuộc xích chương thì rất khó trị. Nếu thuộc Hắc chương thì không còn trị được. Xét theo triệu chứng thì bệnh nhân cảm thấy trước mắt mình như có một màn khói trắng (bạch chương), khói lam (thanh chương), khói vàng (hoàng chương), khói đỏ (xích chương) hay một màn đen tối mịt (hắc chương). Hắc chương bất trị vì lúc này các tế bào thần kinh đã chết hẳn không còn khả năng tiếp thụ ánh sáng nữa. Có trường hợp bệnh nhân chỉ thấy màn khói xuất hiện ở một vài điểm hay vùng hay một góc nào đó trong mắt (một phần trong thị trường của bệnh nhân).

Điều trị: day vaseline Bộ Bỏ Âm Huyệt, cào vaseline phản chiếu mắt của đồ hình Âm (vùng huyết 197, 421). Phác đồ này chỉ mới được ứng dụng thành công với Bạch chương và Thanh chương.

7.3. TĂNG NHÃN ÁP (Glaucome, Cườm nước)

Đau đầu và nhức mắt xuất hiện cùng lúc với giảm thị lực. Khi bị tăng nhãn áp một bên thì triệu chứng y hệt như Thiên đầu thống (migrain). Hãy nghĩ ngay đến tăng nhãn áp khi xuất hiện bốn triệu chứng cùng lúc: nhức đầu, nhức mắt, buồn nôn (ói), giảm thị lực. Tuy nhiên muốn chính xác cần đo nhãn áp ở chuyên khoa mắt. Với những bệnh nhân nghèo không đi đo được ta có thể dò theo bộ huyết sau đây. Điều trị: chẩn đoán hàn nhiệt xong, chọn kỹ thuật thích hợp.

Phác đồ: 324, 131, 41 (437), 235, 290, 184, 16, 34, 199.

LƯU Ý: huyết 199 là trung điểm của huyết 421 và 197, huyết 131 này chính là huyết Ngưu Vỹ của Thể Châm (hình huyết hiện nay vẽ sai vị trí của 131, vị trí của nó bị thay thế bằng huyết số 24????!! Đây là một trục trặc trong việc điều hành chuyên môn của nhóm nghiên cứu DC-ĐKLP sau năm 1996!!).

7.4. ĐỤC THỦY TINH THỂ (đục nhân mắt, đục pha lê thể, cườm khô, cườm đá)

Loại bệnh này có đặc điểm là sau mỗi lần điều trị thì bệnh nhân cảm thấy mắt sáng hẳn lên - chừng hai tiếng đồng hồ. Khiến chúng ta lẫn bệnh nhân hồ hởi nhưng thật ra kết quả cuối

cùng là con số không. Hiện nay tôi vẫn còn đang nghiên cứu thêm về bệnh này. Vì trên nguyên tắc đã đúng ngọn mà chưa đúng gốc.

7.5. LÉ MẮT

Không trị được nếu là bệnh bẩm sinh. Trị được do bệnh, chẩn đoán hàn nhiệt tổng thể và hàn nhiệt cục bộ mắt. Khám tìm cơ điều khiển mắt bị bệnh. Hoặc do bên này yếu (hay liệt) hoặc do bên kia bị co rút. Điều trị theo cơ chế đã tìm thấy.

7.6. CHẢY NƯỚC MẮT SÓNG

Có 2 trường hợp, một là do tuyến lệ hoạt động quá mạnh, hai là do tuyến thoát lệ bế tắc. Cả hai đều có nguyên nhân do đang viêm hoặc di chứng của viêm. Viêm có thể do nhiễm trùng cũng có thể do chức năng. Chẩn đoán nguyên nhân gây viêm để có phương thức phù hợp. Điều trị: dùng bộ Tiêu viêm, phản chiếu bộ phận bị viêm, tắc.

7.7. CẬN THỊ

Loại bệnh này có cơ chế khá phức tạp và kết quả điều trị không chắc chắn. Còn cần nghiên cứu thêm.

7.8. GIẢM THỊ LỰC

Chẩn đoán và điều chỉnh tổng trạng, phản chiếu mắt. Có kết quả tốt với điều kiện không do tuổi già.

7.9. CHẤP MẮT (Lẹo mắt)

Dán bộ Tiêu viêm, phản chiếu mụn lẹo. Nếu mụn chưa mưng mủ thì mụn sẽ tiêu, nếu mụn đã mưng mủ thì sẽ vỡ mủ và tiêu sau đó.

7.10. SỤP MI MẮT

Day dầu Bỏ trung, 1 đến 26, hơ phản chiếu mắt Đồ hình Âm, có thể hơ thêm theo các sinh huyết vùng cung mày. Tối đa 3 ngày điều trị không thấy hiệu quả thì nên day thêm bộ Tiêu viêm khứ ứ. Tuy nhiên đây là một bệnh có khá nhiều nguyên nhân phức tạp, tôi chưa gặp hết mọi trường hợp. Phác đồ này chỉ chữa ngọn mà thôi.

7.11. GIẬT MI MẮT

Nếu mới giật, giật nhíp thừa (máy mắt): day dầu bộ Bỏ trung, Tiêu viêm, phản chiếu mắt, các huyết quanh ổ mắt. Nếu bị giật mạnh và nhíp độ nhanh đến mức nhắm hắt lại thì rất khó trị, chỉ giảm sau mỗi đợt điều trị chứ không khỏi hẳn vì do virus làm hỏng dây thần kinh điều khiển mi mắt.

8. CÁC BỆNH LINH TINH

Các bệnh sau đây thật ra có thể xếp vào các hệ bệnh theo Tây y. Nhưng vì hơi chông chéo và lẻ loi cho nên tôi tạm xếp chúng vào bệnh linh tinh.

8.1. MỒ HÔI TAY CHÂN

Có 3 thể.

- Thể Âm hư: hơ Bỏ Âm huyết ở bàn chân.
- Thể Dương hư: hơ Bỏ trung hoặc bộ Thăng ở bàn chân.
- Thể rối loạn thần kinh thực vật: không thuộc một trong hai thể kia, day dầu hoặc day vaseline (theo hàn hay nhiệt chứng) Hoa Đà Giáp Tích. Nhưng trong thực tế hay có sự pha trộn giữa ba thể với nhau nên cần linh động.

8.2. KHỐI U LÀNH TÍNH

Chẩn đoán hàn nhiệt để chọn kỹ thuật tương ứng, Tiêu viêm, phản chiếu khối u.

8.3. KHỐI U LÀNH TÍNH Ở VÚ

Điều trị như trên. Riêng phản chiếu thì dùng ổ mắt, bằng cách định hướng khối u theo mặt đồng hồ với núm vú là trục kim, hướng của khối u được tính theo hướng của kim chỉ giờ. Thí dụ: khối u thẳng ngay trên núm vú là ở vị trí 12 giờ, đối chiếu lên ổ mắt với con người là trục kim đồng hồ thì phản chiếu khối u thẳng trên con người; khối u bên phải của núm vú ở vị trí 3 giờ thì phản chiếu của nó ở bên phải của con người ở vị trí 3 giờ (bệnh nhân phải nhắm mắt và nhìn thẳng).

8.4. DỜI LEO (Zona)

Tây y xem là bệnh thần kinh liên sườn bị virus tấn công (viêm TK liên sườn). Nên chỉ có biện pháp phòng chống bội nhiễm, DC-ĐKLP điều trị khá tốt. Triệu chứng: nổi mụn rộp, đau – nóng – rát. Điều trị: áp lạnh Tiêu viêm, phản chiếu (hay nhất là Đồ hình Dương và Đồ hình trắc diện). Một cách khác, dùng máy sấy tóc sấy cho nóng, nóng nẩy người, nghỉ vài giây đồng hồ, 3 lần như vậy. Hai giờ sau sấy lại. Cứ thế cho đến khi khỏi hẳn.

8.5. CẢM

Cảm gồm có cảm lạnh (bàn chân lạnh trong khi cơ thể sốt nóng), cảm nóng (bàn chân ấm nóng), cảm nước (bàn chân bình thường, cơ thể thấy ớn lạnh chứ không sốt rõ rệt). Cảm lạnh và cảm nóng luôn có kèm theo cảm gió (phong hàn, phong nhiệt). Cảm lạnh thì dùng bộ Thăng, tùy theo mức độ bệnh mà chọn kỹ thuật thích hợp. Cảm nóng thì dùng bộ Giáng, tùy mức độ mà

chọn kỹ thuật thích hợp. Cảm nước thì dùng ngải cứu hơ bộ Trừ đàm thấp thủy từ dưới lên trên. Nên cho bệnh nhân xông hơi là giải pháp tốt nhất cho cảm nước. **LƯU Ý:** nếu chẩn đoán và điều trị đúng mà kết quả kém, chỉ giảm mà không dứt hẳn, thì đây là có nguyên nhân suy nhược cơ thể kèm theo, cần bồi dưỡng cho bệnh nhân bằng các loại thuốc bổ.

8.6. CÚM

Triệu chứng như cảm, kèm theo là đau nhức toàn thân từ xương, khớp, cơ bắp. Lần điều trị đầu tiên dùng ngải cứu hơ bộ Thăng rồi dán cao, lưu dán 2 giờ. Gỡ cao cho huyết nghỉ 1 giờ rồi dán lại. Cứ thế cho đến cuối ngày. Có thể lưu dán khi đi ngủ. Thông thường thì sau 3 ngày là bệnh lui hoàn toàn, lúc này bệnh nhân sẽ thấy cơ thể nóng bức thêm tẩm, có thể tắm được vì đã khỏi bệnh hoàn toàn. Cũng cần lưu ý đến nguyên nhân suy nhược cơ thể kèm theo.

8.7. NGẮT XỈU

Có nhiều nguyên nhân khiến bệnh nhân ngắt xiu. Biện pháp sau đây chỉ nhằm cứu tỉnh cho bệnh nhân tạm thời mà thôi. Bấm mạnh 19 bằng một ngón tay cái cho đến khi thấy bệnh nhân có hơi nhúc nhích thì để nhẹ ngón tay cái còn lại vào 127, hai ngón trỏ vào hai huyệt 60, hai ngón áp út vào hai huyệt số 0 cho đến khi bệnh nhân tỉnh hẳn. Có trường hợp bệnh nhân tỉnh lại rồi, ta buông tay ra thì bệnh nhân lại xỉu ngay thì đây là do bệnh nhân đang đói bụng cần cho bệnh nhân ăn bất cứ một món gì được làm bằng bột ngũ cốc thì bệnh nhân sẽ tỉnh luôn được. Theo Đông y, Cốc khí (khí của ngũ cốc) hành khí rất nhanh.

TP. Hồ Chí Minh, 1993.

Lương y Tạ Minh.

PHỤ LỤC

1. HUYỆT MỐC ĐỒ HÌNH

1) ĐỒ HÌNH DƯƠNG:

ĐH Dương diễn tả mặt sau cơ thể vì mặt sau cơ thể theo Đông y thuộc Dương. Dùng để dò tìm sinh huyết các bệnh thuộc vùng này.

- Đỉnh đầu: 103 - Chẩm: 106 - Tai: 332 - Cột sống cổ: 108 – 26
- Cột sống lưng trên (cột sống ngực): 26 – 189 - Cột sống thắt lưng: 189- 23
- Cột sống cùng: 23 - 173 - Mõm cụt: 173-143. - Mõm vai: 65
- Nách: 179 - Khuỷu tay (cùi chỏ): 98 - Cổ tay: vùng 130
- Ngón tay cái: 180 - Ngón tay trỏ: dưới 180 - Ngón tay giữa: 460
- Ngón tay áp út: 459 - Ngón tay út: 60 - Thắt lưng: 1 - Eo: 61
- Mông: 5 - Đầu gối: 270 - Khoeo chân: 29 - Cổ chân: 347
- Gót chân: 127 - Ngón chân cái: 254 - Ngón chân trỏ: 255 - Ngón chân giữa: 256
- Ngón chân áp út: 257 - Ngón chân út: 292 - Dương vật: 19 - 53.

2) ĐỒ HÌNH ÂM:

ĐH Âm diễn tả mặt trước cơ thể vì theo Đông y thì mặt trước cơ thể thuộc Âm. Dùng để dò tìm sinh huyết các bệnh thuộc vùng này.

- đỉnh đầu: 557 - giữa mí tóc trán: 126 - mắt: vùng 175
- mũi: 103 – 26 - môi miệng: vùng 8 - mõm vai: 88 - cùi chỏ: 28
- cổ tay: vùng 133 - ngón tay cái: 61 - ngón trỏ: vùng 35 - ngón giữa: vùng 7
- ngón áp út: 29 - ngón út: 85 - vú: vùng 12 - rún: 1
- gối: 9 - cổ chân: vùng 156 - gót chân: 156 - ngón chân út: 293
- ngón áp út: 346 - ngón giữa: 345 - ngón trỏ: 344 - ngón cái: 343.

3) ĐỒ HÌNH TRẮC DIỆN:

- đỉnh đầu: 215 - gáy: vùng 555 - mõm vai: 88 - thắt lưng: 275
- mông: 63P - mõm cụt: 94

4) ĐỒ HÌNH ĐỊNH KHU VỖ NÃO:

- ngón chân út: 26 - ngón áp út: 240 - ngón giữa: 65 - ngón trỏ: 26/97
- ngón cái: 97 - gối: vùng 175 - mõm cụt: 126 - mông: vùng 219
- thắt lưng: 560 - vai: 564 - chỏ: vùng mí tóc mai gập tuyến I

- cổ tay: 191 - ngón tay út: 191 - ngón áp út: 185 - ngón giữa: 195
- ngón trỏ: 177 - ngón cái: 183 - gáy: 16 - mũi: 138
- môi miệng: 79 - cằm: 14 - hầu họng: 277.

5) ĐỒ HÌNH NỘI TẠNG:

5.1) Các huyết điều chỉnh chức năng cho các nội tạng:

- Can (gan): 50 - Tâm (tim): 189 - Tỳ (Tỳ và Lách): 7, 37.
- Phế (phổi): 3, 13 - Thận: 17, 300 - Đờm (mật): 41 - Tiểu trường (ruột non): 22
- Vị (dạ dày, bao tử): 39 - Đại trường (ruột già): 104 - Bàng quang (bọng đái): 87

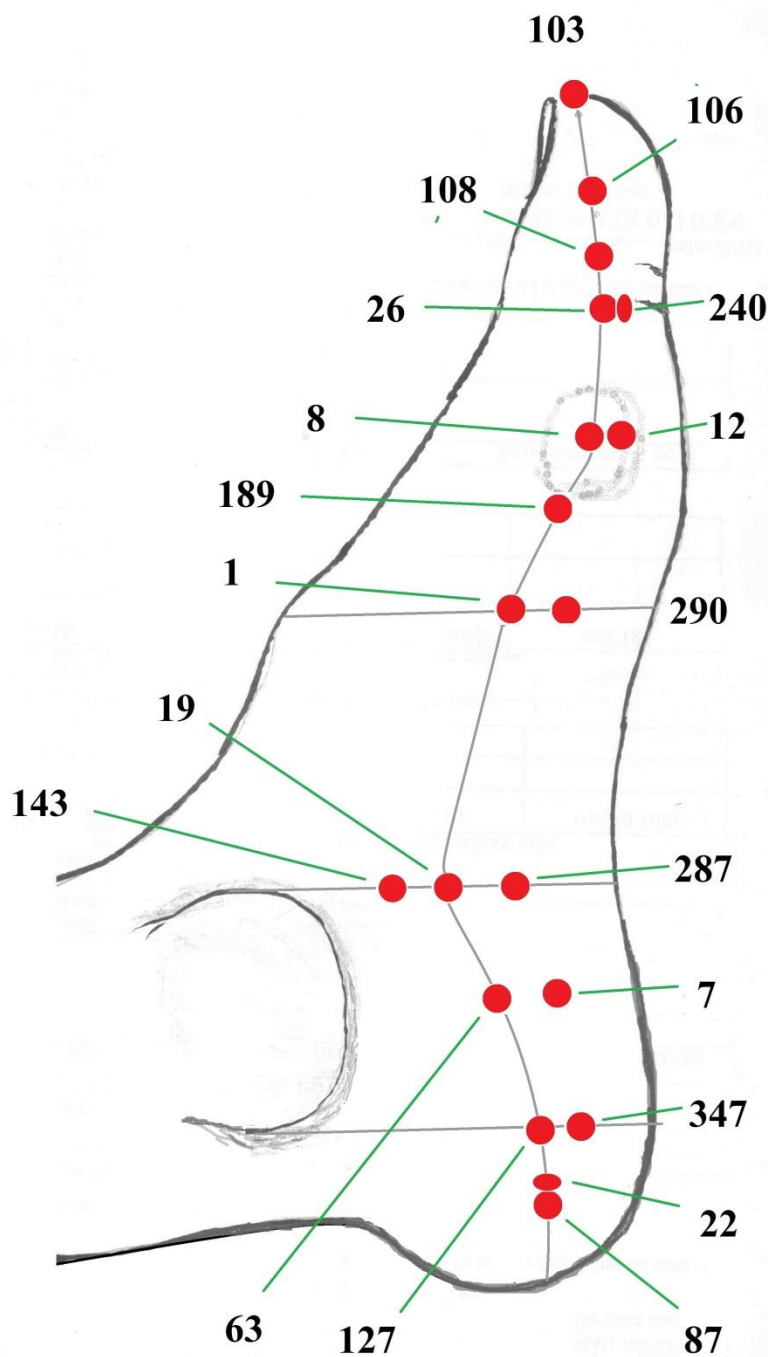
5.2) Các vùng huyết giới hạn các tạng phủ (tương đối):

- Gan: 58-279-28-63M-K.IX - Tim: xung quanh 189 - Lách: xung quanh 37
- Tỳ: 37-39-113-7-511+ - Phổi: 34-61-39-133-28-180 - Thận: 17-38-29-222
- Ống dẫn tiêu (niệu quản): 29-85-156 - Mật: xung quanh 41
- Ruột non: xung quanh viền môi trên và vùng 222-156-22 - Dạ dày: 290-61-39-113-63
- Tá tràng: 63-, 7+
- Ruột già: chạy từ 104+ lên 50 xuống 63 qua 70 xuống 104- vào 22 - Trực tràng: 22-521.

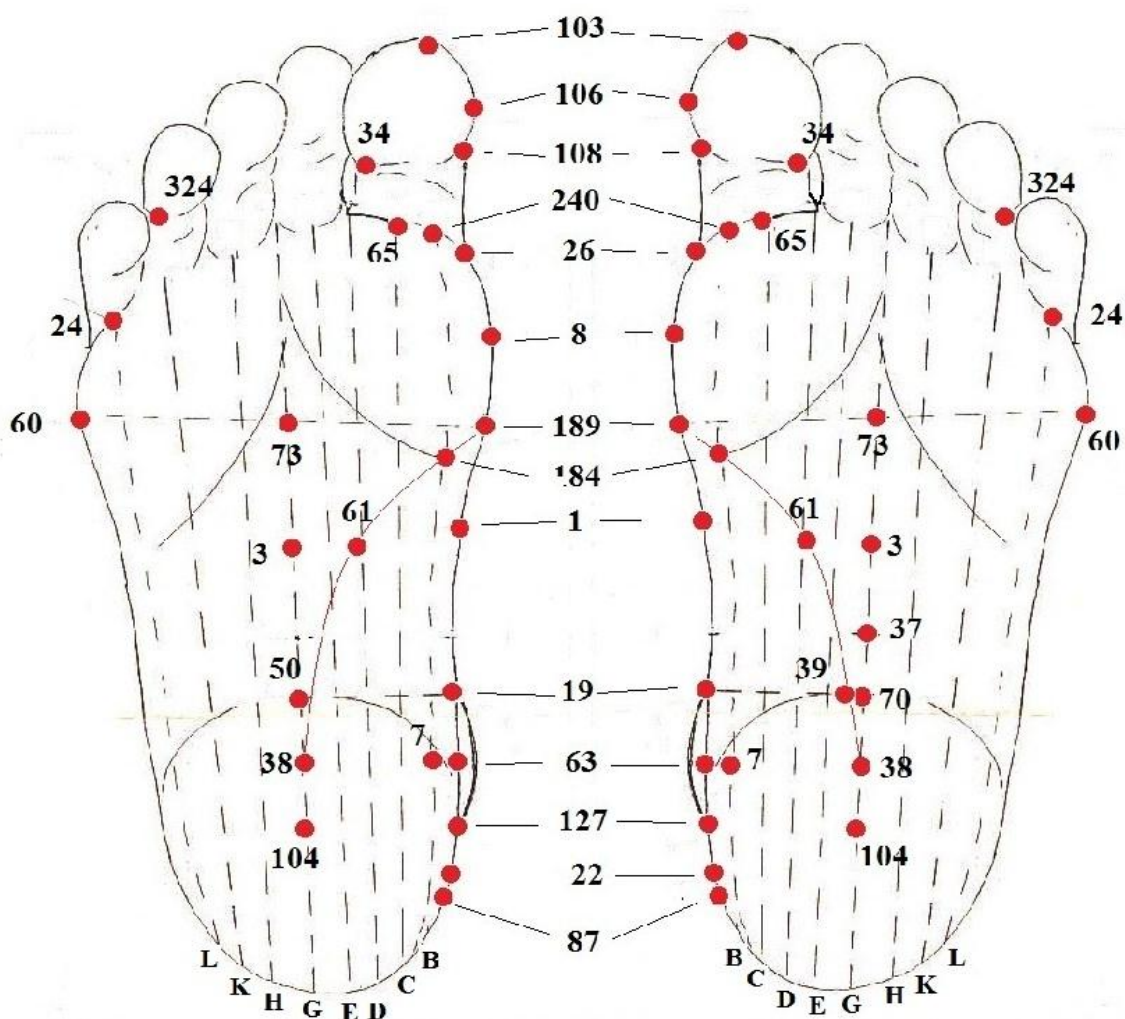
Lương-y Tạ Minh. 1986.

2. HÌNH VẼ CÁC HUYỆT TAY, CHÂN, LƯNG, BỤNG

HUYỆT DC Ở BÀN CHÂN. LƯƠNG Y TẠ MINH. 1992.MAXCOVA

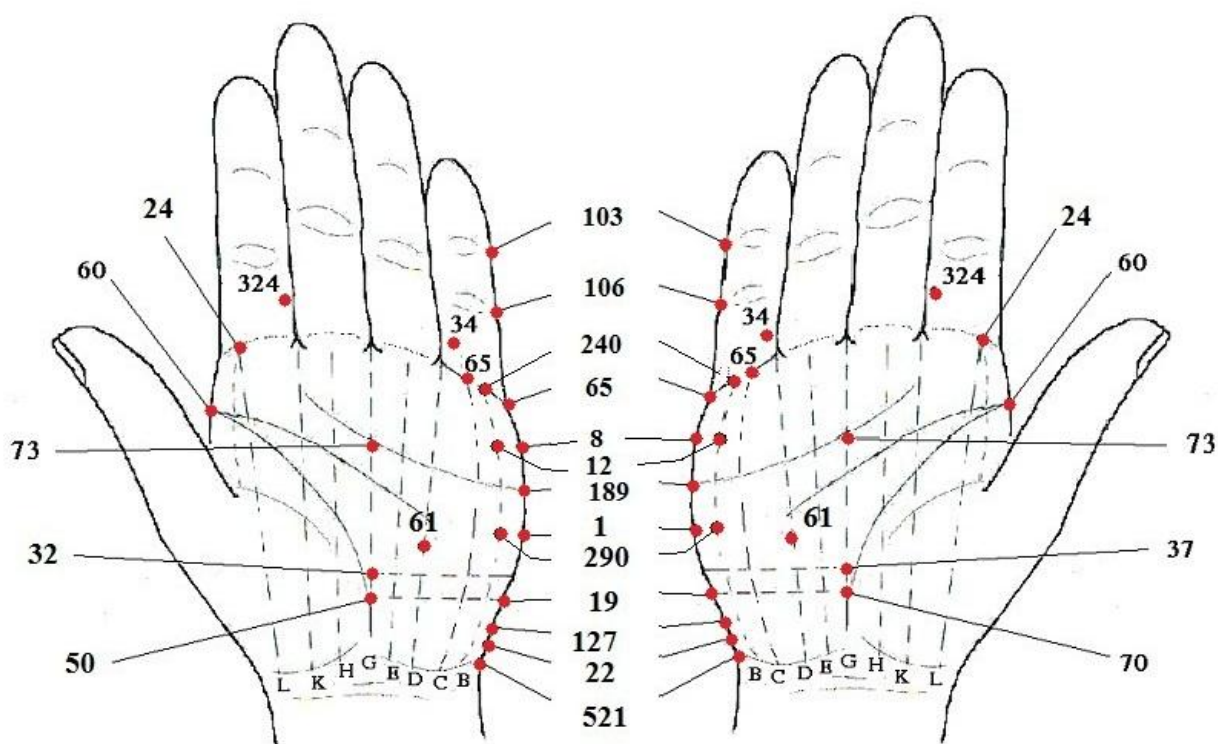


2.1. Huyệт Diện Chân ở bàn chân (nghiêng)



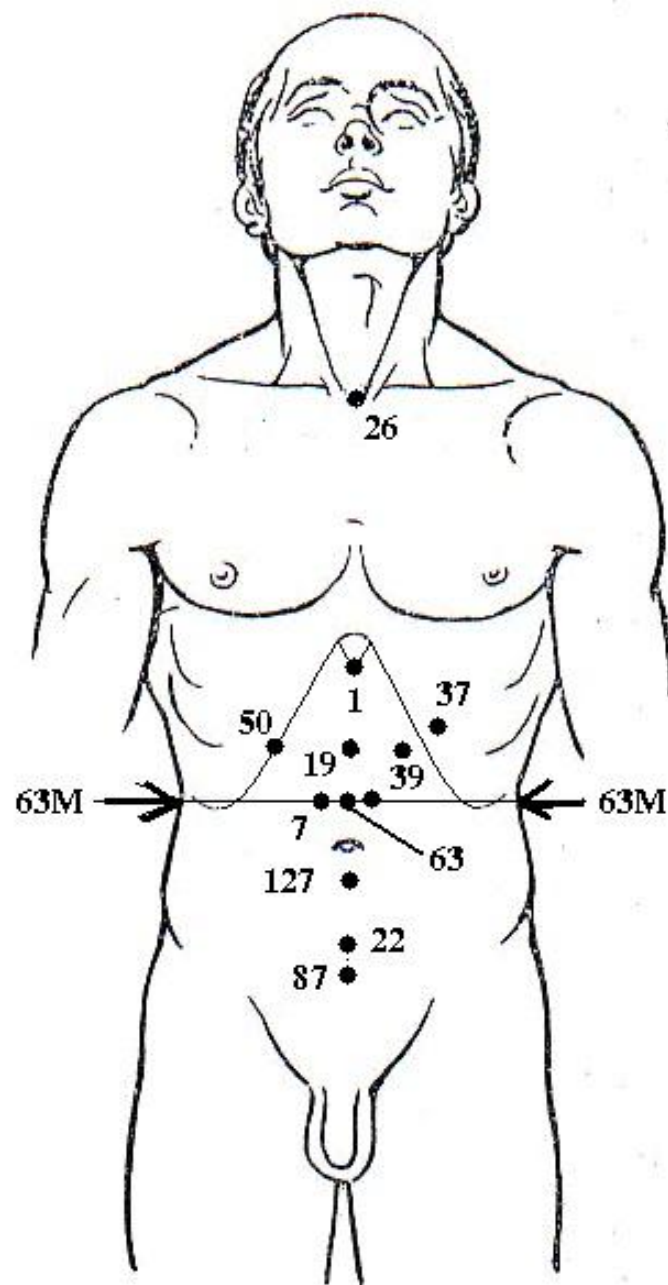
HUYỆT ĐC TRÊN BÀN CHÂN. TẠ MINH NGHIÊN CỨU
XÁC ĐỊNH 1992, MẠC TỬ KHOA.

2.2. Huyết Diện Chân ở bàn chân



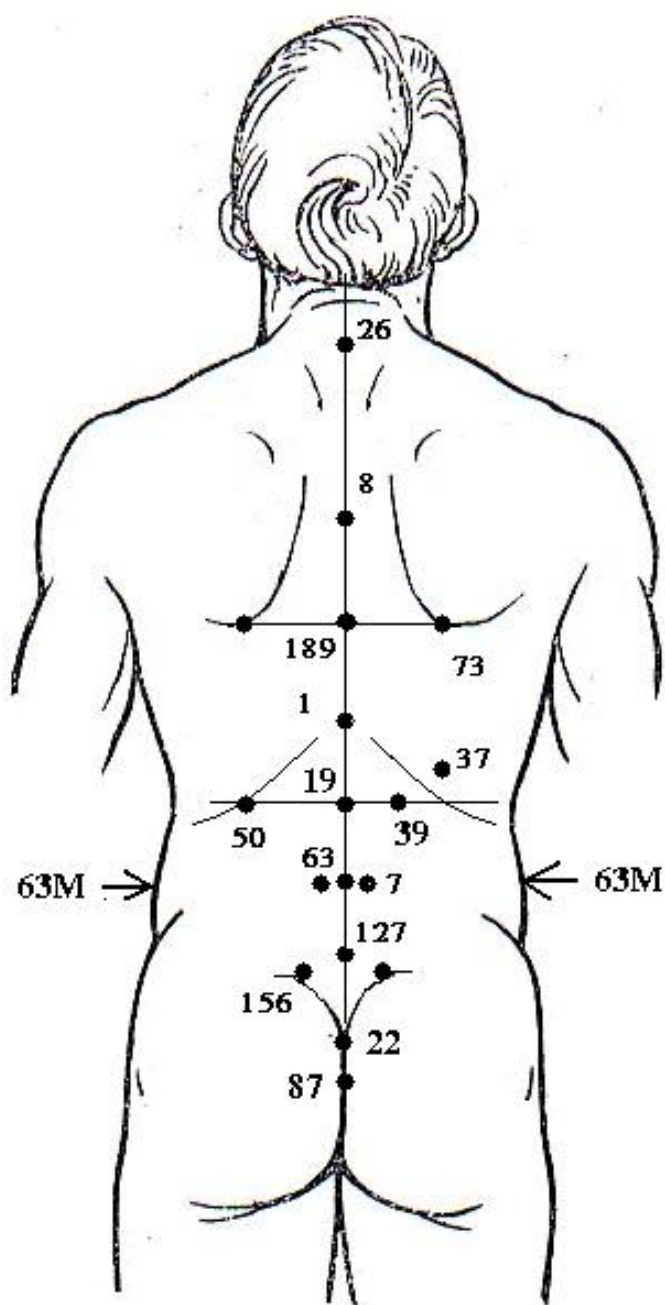
**TUYẾN VÀ HUYỆT DC TRÊN BÀN TAY. TẠ MINH NGHIÊN
CỨU, HOÀN THÀNH 1992 TẠI MẠC TƯ KHOA.**

2.3. Tuyến và huyết Diện Chẩn trên bàn tay



Huyệt DC ở bụng
Tạ Minh nghiên cứu 1992 tại Maxcova

2.4. Huyệt Diện Chẩn ở bụng



Huyết DC ở lưng
Tạ Minh nghiên cứu 1992 tại Maxcova

2.5. Huyết Diện Chẩn ở lưng

3. KẾT LUẬN

Trên đây là những kinh nghiệm tâm huyết thực tế trên lâm sàng của tôi sau nhiều năm áp dụng và nghiên cứu DC-ĐKLP trong việc trị bệnh thu được nhiều kết quả không ngờ. Tuy đã cố gắng khách quan và thận trọng trong nghiên cứu nhưng năng lực có hạn và lại đơn độc nên có thể còn sai sót. Chưa kể có nhiều loại bệnh chứng chưa hề gặp. Nhưng không thể nói những gì mà mình chưa hề va chạm hoặc va chạm còn ít chưa đủ kết luận. Cho nên số lượng bệnh chứng được đề cập không nhiều, nhưng tất cả đều từ thực tế điều trị mà rút ra quy luật và xây dựng thành phác đồ. Tôi mong các bạn tiếp tục tìm tòi và xác định thêm phác đồ điều trị cho những bệnh chứng còn lại chưa được nói đến ở đây và mong được trao đổi kinh nghiệm hầu xây dựng môn DC-ĐKLP ngày càng hoàn thiện hơn.

Xin liên hệ:

Lương y **Tạ Minh**

Điện thoại di động: 091.8388718.

E-mail: taminhdc@yahoo.com, minhhta2002@hotmail.com

Blog: vn.360plus.yahoo.com/taminhdc