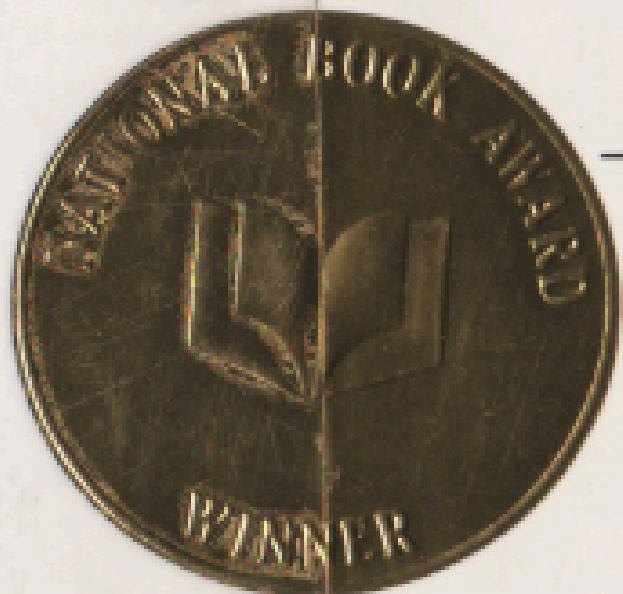


NATIONAL BESTSELLER

# How We Die



Reflections on Life's Final Chapter

SHERWIN B. NULAND

# How We Die

## Reflections on Life's Final Chapter

By **SHERWIN B. NULAND**

NATIONAL BESTSELLER  
(WINNER AWARD)

*VINTAGE BOOKS*  
*A Division of Random House, Inc.*  
*New York*

### **Cách Chúng Ta Chết**

### **Suy ngẫm về Chương Cuối của Cuộc Đời**

*Bởi SHERWIN B. NULAND*  
*CUỐN SÁCH BÁN CHẠY NHẤT TRÊN TOÀN QUỐC*  
*(ĐÃ ĐẠT GIẢI THƯỞNG)*

*Copyright © 1993*

Dịch bởi [Quyên Trúng Gà](#)

## LỜI NGƯỜI DỊCH

Gửi những linh hồn đồng cảm, những người tận tâm trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cận tử và các con cái sẵn sàng chăm sóc cha mẹ trong những ngày cuối đời, giữa bệnh tật hay tuổi già.

Cuốn sách này được một cô gái trẻ, không chuyên ngành y, nhưng đầy tâm huyết và tận tụy chuyển ngữ.

Như lời phát biểu của một vị sư già: "*Chúng ta nhìn thấy những gì ở tầm nhìn của mình [tức là trình-độ].*" Vì vậy, Quyên chỉ có thể mang đến bản dịch chân thành nhất, dù biết không sánh ngang nguyên bản tiếng Anh hay trọn vẹn ý đồ tác giả.

Phần nào nghĩ rằng sẽ gây khó hiểu hoặc giúp người nào muốn tra cứu lại bằng tiếng Anh, Quyên sẽ footnote nguyên văn tiếng Anh ở chân trang.

Bản dịch có thể có sai sót về chính tả, ngữ nghĩa hay thuật ngữ. Xin hãy nhìn nhận với lòng rộng lượng, vì Quyên làm việc một mình, không có ai hỗ trợ.

Mọi đóng góp, vui lòng gửi về [quyentrungga@gmail.com](mailto:quyentrungga@gmail.com).

*Cuối cùng, người dịch dành tặng cuốn sách này cho người bạn thân yêu - Harley.*

P/S: Quyên không phải nhân viên y tế, Quyên bán trứng gà ác và yến sào 😊 Lâu lâu mua ủng hộ tui nghen!

LỜI NGƯỜI DỊCH	2
VỀ TÁC GIẢ	4
LỜI CẢM ƠN	9
LỜI GIỚI THIỆU	14
CHƯƠNG I. TRÁI TIM BỊ XIẾT CHẶT	19
CHƯƠNG II. MỘT LÁ VALENTINE VÀ LÝ DO TẠI SAO NÓ KHÔNG THÀNH CÔNG	41
CHƯƠNG III. TUỔI THẤT TUẦN	47
CHƯƠNG IV. NGƯỠNG CỬA TỬ THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI	73
CHƯƠNG V. BỆNH ALZHEIMER	103
CHƯƠNG VI. ÁN MẠNG VÀ BÌNH YÊN	137
CHƯƠNG VII. TAI NẠN, TỰ TỬ VÀ CÁI CHẾT ÊM DỊU	163
CHƯƠNG VIII. CÂU CHUYỆN VỀ BỆNH AIDS	190
CHƯƠNG IX: SỰ SỐNG CỦA VIRUS VÀ CÁI CHẾT CỦA CON NGƯỜI	210
CHƯƠNG X. SỰ ÁC ĐỘC CỦA BỆNH UNG THƯ	239
CHƯƠNG XI. HY VỌNG VÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ	261
CHƯƠNG XII. BÀI HỌC RÚT RA	285
LỜI KẾT	309

## VỀ TÁC GIẢ

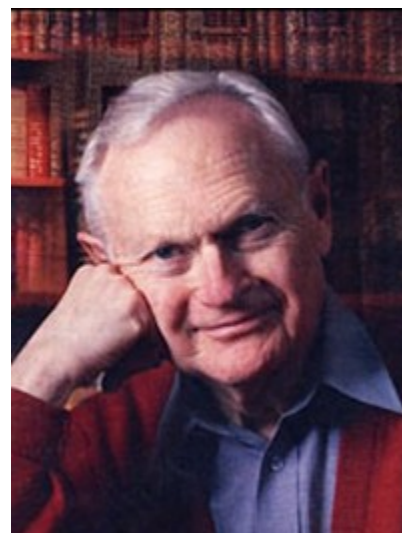
(Thông tin cập nhật từ [Goodread](#) – cập nhật bởi người dịch)

### **Sherwin B. Nuland**

Sinh: tại The Bronx, New York, Hoa Kỳ, ngày 8 tháng 12, 1930

Mất: ngày 3 tháng 3, 2014

Sherwin Nuland là một bác sĩ phẫu thuật người Mỹ và cũng là nhà văn, đã giảng dạy về đạo đức sinh học<sup>1</sup> và y học tại Trường Y Đại học Yale. Ông là tác giả của cuốn sách "**How We Die**" (Cách Chúng Ta Chết) - một bestseller của The New York Times và đoạt giải National Book Award. Nuland còn viết cho các tạp chí danh tiếng như The New Yorker, The New York Times, The New Republic, Time, và New York Review of Books.



Tìm hiểu thêm tại [www.goodreads.com](http://www.goodreads.com)

---

<sup>1</sup> Đạo đức sinh học (Bioethics): Là một ngành nghiên cứu liên quan đến các vấn đề đạo đức phát sinh từ tiến bộ trong sinh học và y học. Ví dụ, việc sử dụng thông tin di truyền của bệnh nhân có thể đặt ra các câu hỏi về quyền riêng tư và bảo mật thông tin.

## **Những Lời Ngợi Khen Dành Cho "Cách Chúng Ta Chết" của Sherwin B. Nuland**

“Câu chuyện này được kể bởi một người quan sát tinh tế... đã chứng kiến nhiều, suy tư sâu sắc và ghi chép lại mọi thứ với khả năng miêu tả xuất chúng... Suy ngẫm của Nuland... thể hiện sự hoài nghi có chừng mực, thấm nhuần lòng trắc ẩn đầy nhân văn.” - **Washington Post Book World**

“Một phong cách diễn đạt mạnh mẽ... mô tả không ngừng nghỉ, rõ ràng và sinh động về những con đường dẫn đến cái chết của đời người.” - **The New York Times**

“Mạnh mẽ và tinh tế, không khoan nhượng và không mù quáng như bất kỳ điều gì tôi đã đọc.” - **Oliver Sacks**

“Nuland đưa ra những gì mà hầu hết mọi người đã từng trải qua cái chết đều công nhận là lẽ thường... [Ông] không lảng tránh những ảnh hưởng văn hóa của nghề nghiệp mình... Bạn không thể đọc "Cách Chúng Ta Chết" mà không trở nên tỉnh táo về cơ thể mình, dù chỉ là... để đặt ra những câu hỏi không thể nói ra. Bạn đặt cuốn sách xuống chỉ để muốn đọc tiếp.” - **The New Yorker**

“Chân thực đến ngỡ ngàng... phá bỏ mọi mộng tưởng về những gì xảy ra khi cơ thể ngừng hoạt động.” - **Newsweek**

“Bất kỳ ai chưa thực sự nhận thức được sự chết chóc của bản thân... chắc chắn sẽ bị thay đổi một cách sâu sắc bởi cuốn sách này... Đây là tri thức mà tất cả chúng ta đều nên biết.” - **USA Today**

“Nuland pha trộn cái nhìn lâm sàng của một bác sĩ chuyên nghiệp với... sự suy tư đầy cảm xúc và triết lý.” - **Newsday**

## **Sherwin B. Nuland – CÁCH CHÚNG TA CHẾT**

Sherwin B. Nuland, Bác sĩ, là tác giả của "Các Bác Sĩ: Tiểu Sử Y Học" (Doctors: The Biography of Medicine). Ông dạy phẫu thuật và lịch sử y học tại Yale, kiêm Biên Tập Văn Học của "Connecticut Medicine" và Chủ Tịch Hội Đồng Quản Trị của "Tạp Chí Lịch Sử Y Học và Các Khoa Học Liên Quan".

Ngoài viết nhiều bài báo y khoa, ông còn đóng góp cho "The New Yorker", "The New Republic", và tạp chí "Discover". Cuốn sách của ông, "Nguồn Gốc Của Gây Mê" (The Origins of Anesthesia), là một phần của "Thư Viện Kinh Điển Y Học" (Classics of Medicine Library).

Tiến sĩ Nuland và gia đình ông sống tại Hamden, Connecticut.

### **Các sách khác cũng được viết bởi Bác sĩ Sherwin B. Nuland**

Nguồn gốc của gây mê (The Origins of Anesthesia)

Các bác sĩ: Tiểu sử y học (Doctors: The Biography of Medicine)

Thuốc men: Nghệ thuật chữa lành (Medicines: The Art of Healing)

Khuôn mặt của lòng thương xót (The Face of Mercy)

## LẦN XUẤT BẢN ĐẦU TIÊN CỦA VINTAGE BOOKS, THÁNG 1/1995

Bản quyền © 1993 bởi Sherwin B. Nuland

Minh họa bản quyền © 1993 bởi Michael R. Dulude

Đã đăng ký bản quyền theo Công ước Bản quyền Quốc tế và Pan-American. Được xuất bản tại Hoa Kỳ bởi Vintage Books, một bộ phận của Random House, Inc., New York, và cùng lúc tại Canada bởi Random House of Canada Limited, Toronto. Ban đầu được xuất bản bản bìa cứng bởi Alfred A. Knopf, Inc., New York, năm 1994.

Thư viện Quốc hội Mỹ đã lập mục lục cho ấn bản của Knopf như sau:

Nuland, Sherwin B. Cách Chúng Ta Chết / Sherwin B. Nuland. p. cm.

Bao gồm chỉ mục.

ISBN: 0-679-41461-4

1. Death. I. Title.

BD444.N85 1994

616.07'8-dczo 93-24590

CIP

Vintage ISBN: 0-679-74244-1

Sản xuất tại Hoa Kỳ

579C86



Dành tặng các anh trai của tôi,  
Harvey Nuland và Vittorio Ferrero

*"...cái chết có hàng ngàn cánh cửa khác nhau  
Cho con người tìm lối ra."*

– John Webster, Nữ Công tước xứ Malfi<sup>2</sup> (The Duchess of Malfi), 1612

---

<sup>2</sup> Đây là một câu trích dẫn nổi tiếng từ vở kịch **The Duchess of Malfi** của nhà văn và nhà viết kịch người Anh **John Webster** vào năm 1612. Nó nói về sự đa dạng của cái chết và những cách khác nhau mà con người có thể ra đi khỏi cuộc sống.

## LỜI CẢM ƠN

Nhà văn thế kỷ 18, Laurence Sterne, từng nói rằng<sup>3</sup> viết lách "*không gì khác ngoài một hình thức của đối thoại*". Nội dung và giọng điệu của một cuốn sách hay bài luận được quyết định bởi cách mà tác giả cảm nhận về phản ứng dự kiến của người đọc đối với mỗi câu văn khi nó được hình thành trên trang giấy - người đọc luôn là một phần không thể thiếu. Cuốn sách bạn sắp đọc ra đời chỉ với một mục đích duy nhất: đối thoại với những người muốn hiểu cái chết diễn ra như thế nào. Tôi đã cố gắng lắng nghe và hiểu cách một người đọc có thể phản hồi với những gì tôi trình bày. Bằng cách lắng nghe cẩn thận, tôi hy vọng có thể đáp lại mọi phản hồi một cách ngay lập tức và rõ ràng nhất có thể.

Tuy nhiên, cuộc đối thoại trong những chương này chỉ là đỉnh cao của những cuộc trò chuyện khác mà tôi đã có trong suốt cuộc đời mình - với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và đặc biệt là bệnh nhân của tôi - những người đã ở bên cạnh tôi và từ họ tôi tìm kiếm trí tuệ để hiểu rõ hơn về ý nghĩa của cuộc sống và cái chết. Tìm kiếm trí tuệ trong lời nói của người khác dễ dàng hơn nhiều so với việc tìm thấy nó trong trải nghiệm của họ. Tôi đã tìm kiếm nó ở mọi nơi tôi nghĩ rằng có thể tìm thấy. Ngay cả khi tôi không nhận ra rằng mình đang học hỏi từ một trong số vô số người đàn ông và phụ nữ mà cuộc sống của họ đã giao thoa với cuộc đời tôi, họ vẫn luôn dạy tôi, thường là không hề biết đến món quà họ đã trao cho tôi.

Mặc dù phần lớn kiến thức được học một cách tinh tế và không được nhận biết như vậy bởi cả người nhận và người trao, rất nhiều kiến thức lại phát triển từ loại hình trò chuyện quen thuộc hơn: sự trao đổi trực tiếp bằng lời nói giữa hai người. Trong trường hợp của tôi, những cuộc đối thoại sâu rộng nhất đã diễn ra không liên tục trong nhiều năm hoặc thậm chí hàng thập kỷ, trong khi một số khác chỉ diễn ra trong quá trình viết cuốn sách này. Nếu "*cuộc hội thảo [làm nên] người sẵn sàng*"<sup>4</sup> như Francis Bacon đã nói, thì tôi

<sup>3</sup> Nguyên văn: **writing "is but a different name for conversation."**

<sup>4</sup> Nguyên văn: **"conference [maketh] the ready man"**

đã được chuẩn bị sẵn sàng cho "Cách Chúng Ta Chết" qua vô số giờ cùng với những con người phi thường.

Một số đồng nghiệp của tôi trong Ủy ban Đạo đức Sinh học tại Bệnh viện Yale-New Haven đã không ngừng làm sắc bén thêm hiểu biết của tôi về những vấn đề quan trọng mà không chỉ bệnh nhân và chuyên gia y tế mà tất cả chúng ta đều phải đối mặt vào một thời điểm nào đó. Tôi đặc biệt biết ơn Constance Donovan, Thomas Duffy, Margaret Farley, Robert Levine, Virginia Roddy và Howard Zonanna. Cả riêng lẫn chung, họ đã cho tôi thấy một hình ảnh về đạo đức y khoa vừa nhân văn (và thậm chí còn tâm linh) vừa có kỷ luật trí tuệ.

Lời cảm ơn cũng được gửi đến một thành viên khác của ủy ban, Alan Mermann, một bác sĩ nhi khoa đã tìm thấy sức sống mới như một mục sư Tin Lành và là linh mục của trường y khoa của chúng tôi. Ông đã rất hào phóng trong việc giúp tôi hiểu cảm giác như thế nào khi sinh viên y khoa và bệnh nhân sắp chết trở thành bạn bè và chia sẻ nỗi sợ hãi và hy vọng lẫn nhau.

Ferenc Gyorgyey đã cung cấp nguồn tài nguyên lịch sử hùng hậu của bộ sưu tập tại Thư viện Cushing/Whitney của Yale, nhưng món quà lớn hơn nhiều trong suốt những năm qua chính là tài nguyên bao la của tình bạn và trí tuệ đa dạng của ông. Jay Katz, thông qua những cuộc trò chuyện và tác phẩm viết của mình, đã dạy tôi một sự nhạy cảm với quyết định y khoa vượt ra ngoài những sự kiện lâm sàng thuần túy của bệnh nhân và thậm chí cả những động cơ ý thức dường như quyết định lựa chọn phương án điều trị.

Vợ tôi, Sarah Peterson, dạy tôi một loại nhạy cảm khác, đôi khi được gọi là lòng từ thiện và đôi khi được gọi là tình yêu. Trong lòng từ thiện hay tình yêu có sự hiểu biết về quan điểm của người khác và còn có niềm tin không bao giờ tắt. Theo truyền thống của Sarah: "Dù tôi nói bằng lưỡi của loài người và của thiên thần mà không có tình yêu, tôi trở thành như một chiếc kèn vang dội hay một chiếc chũm chọe kêu leng keng." Ở đó chứa đựng một bài học

lớn không chỉ cho cá nhân mà còn cho các quốc gia và nghề nghiệp - đặc biệt là nghề nghiệp y khoa của tôi.

Trong suốt thập kỷ qua, tôi đã hưởng lợi từ tình bạn của Robert Massey. Với tư cách là một bác sĩ nội trú thực hành, một trưởng khoa y khoa, và một nhà sử học y khoa cũng như là một nhà bình luận về hiện tại và tương lai của nó, Bob Massey đã truyền đạt cho nhiều thế hệ đồng nghiệp bác sĩ của mình một chiều sâu hiểu biết và một ý thức nghĩa vụ y khoa vượt qua những mối quan tâm nhất thời của thời điểm và những mối quan tâm hẹp hòi của giới nghề nghiệp. Tôi đã tận dụng tình bạn của ông bằng cách biến ông thành bảng âm thanh của mình, người tiên tri của mình, và thậm chí là cơ quan thẩm quyền của mình cho những ẩn dụ cổ điển, chưa kể đến ngữ pháp Latinh. Gần như không có gì trong cuốn sách này mà ông và tôi không thảo luận. Niềm tin của ông vào giá trị của công việc này đã là nguồn năng lượng yên bình cho tôi trong suốt nhiều tháng làm việc.

Mỗi chương của "Cách Chúng Ta Chết" đều đã được một hoặc nhiều chuyên gia trong lĩnh vực nội dung đó xem xét. Trong mọi trường hợp, những gợi ý quan trọng đã được đưa ra từ quá trình đọc này, góp phần đáng kể vào khả năng của tôi trong việc làm rõ ràng nội dung. Các chương về tim mạch đã được Mark Applefeld, Deborah Barbour, và Steven Wolfson đánh giá; phần về lão hóa và bệnh Alzheimer bởi Leo Cooney; mục về chấn thương và tự tử bởi Daniel Lowe; các chương về AIDS bởi Gerald Friedland và Peter Selwyn; các khía cạnh lâm sàng và sinh học của ung thư bởi Alan Sartorelli và Edwin Cadman; cuộc thảo luận về mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân bởi Jay Katz. Các chuyên gia trong những lĩnh vực này sẽ dễ dàng nhận ra tên của từng người tư vấn của tôi - tôi tự hào khi ghi chép lại chúng ở đây. Họ đã hỗ trợ tôi nhiều hơn mong đợi.

Nhiều người đã giúp tôi trả lời các câu hỏi cụ thể và tìm kiếm nguồn thông tin: Wayne Carver, Benjamin Farkas, Janis Glover, James M. L. N. Horgan, Ali Khodadoust, Laurie Patton, Johannes van Straalen, Mary Weigand, Morris Wessel, Ann Williams, Yan Zhangshou, và thư ký tận tâm của tôi,

Rafaella Grimaldi. G. J. Walker Smith đã xem xét một loạt bài giảng pháp y cùng tôi và giúp đặt những phát hiện của nó vào ngữ cảnh của quá trình thoái hóa do tuổi tác. Một buổi sáng được dành cùng Alvin Novick đã mở rộng tầm mắt tôi về các khía cạnh chính trị và cực kỳ cá nhân của AIDS mà trước đây tôi chỉ mới đoán biết - có lẽ không dễ dàng gì cho AI khi phải bày tỏ nỗi đau trong trái tim vẫn đang tiếc thương của mình với một người xa lạ, nhưng rồi anh ấy đã tìm thấy sức mạnh để làm điều đó, và tôi sẽ không quên những gì anh ấy đã dạy tôi. Irma Pollock, người tôi ngưỡng mộ từ thuở nhỏ, đã nói chuyện với tôi qua nỗi đau khi nhớ lại bi kịch của bệnh Alzheimer, bởi vì bà muốn giúp đỡ người khác. Câu chuyện của bà đã củng cố niềm tin của tôi vào sức mạnh của tình yêu vị tha.

Toàn bộ nội dung của "Cách Chúng Ta Chết" đã được đọc bởi nhiều người từ các lĩnh vực khác nhau, và những nhận xét của họ đã chứng tỏ là cực kỳ hữu ích trong quá trình xem xét cuối cùng của tôi: Joan Behar, Robert Burt, Judith Cuthbertson, Margaret DeVane và James Ponet. Không cần phải nói, Bob Massey và Sarah Peterson đã đóng góp nhiều ý kiến phê bình quan trọng khi họ xem xét công việc đang phát triển, từng chương một. Phong cách của Bob là từ bi và ngoại giao, nhưng người phụ nữ tên Peterson kia thì không khoan nhượng trong việc theo đuổi những gì tôi đã gọi ở nơi khác là "nhận biết sự lan man và ngăn chặn sự lạc hướng." Tôi luôn thực hiện những thay đổi khi cô ấy chỉ ra - ngay cả lòng từ thiện của cô ấy cũng có giới hạn của nó.

Và cuối cùng, tới những người bạn mới của tôi trong thế giới xuất bản. "Cách Chúng Ta Chết" bắt nguồn từ tầm nhìn của Glen Hartley - không chỉ ý tưởng mà ngay cả tiêu đề cũng là của anh ấy. Theo gợi ý của Dan Frank, anh ấy và Lynn Chu đã tìm gặp tôi và trao cho tôi một sứ mệnh mà tôi không thể từ chối. Bản thảo cuối cùng đã được lọc qua bộ óc biên tập khéo léo của Dan; chỉ có tác giả của anh ấy mới có thể hoàn toàn đánh giá cao giá trị của sự hướng dẫn như vậy. Sonny Mehta đã dẫn dắt dự án này bằng đôi tay nhẹ nhàng của mình từ khi bắt đầu cho đến khi kết thúc, với tư cách

là biên tập viên, nhà xuất bản và người hỗ trợ chính. Nếu có một đội hình all-star trong ngành xuất bản, thì chắc chắn đây phải là nó.

---

Người ta nói rằng trong thế kỷ 20, chúng ta không còn các vị thần Muses, nhưng tôi đã tìm thấy một vị. Bà ấy tên là Elisabeth Sifton, và tôi đã cố gắng xử lý ý tưởng và ngôn ngữ Anh sao cho phù hợp với sự mong đợi của bà. Tôi không mong chờ điều gì hơn ngoài sự chấp nhận của bà.

Có một câu của Laurence Sterne áp dụng cho "Cách Chúng Ta Chết" ("How We Die") mà tôi rất tâm đắc: **"Trí tuệ của mỗi người phải xuất phát từ tâm hồn của chính họ, không phải từ bất kỳ ai khác."**

Đây là cuốn sách của riêng tôi. Dù có nhận được cảm hứng và sự đóng góp từ biết bao người khác, tôi vẫn khẳng định mỗi phần của nó - mỗi ý tưởng và mỗi hiểu lầm, mỗi sự thật và mỗi sai lầm, mỗi suy nghĩ có ích và mỗi lý giải không cần thiết - đều là của tôi. Chúng không thuộc về ai khác. "Cách Chúng Ta Chết" không thuộc về ai khác bởi vì cuốn sách này bắt nguồn từ tâm hồn tôi.

S. B. N.

## LỜI GIỚI THIỆU

Mọi người đều muốn biết những chi tiết về cái chết, dù ít ai dám thừa nhận điều này. Dù là để chuẩn bị cho bản thân trước những sự kiện của bệnh tật cuối đời, hay để hiểu rõ hơn về những gì đang xảy ra với người thân yêu đang đối mặt với cái chết, hoặc có lẽ do sự quyến rũ bẩm sinh với cái chết mà chúng ta đều chia sẻ - chúng ta được thu hút bởi suy nghĩ về kết thúc của cuộc sống. Đối với hầu hết mọi người, cái chết vẫn là một bí ẩn ẩn giấu, càng được quyến rũ bởi sự sợ hãi mà nó mang lại. Chúng ta bị hấp dẫn không thể cưỡng lại bởi chính những nỗi lo sợ mà chúng ta thấy đáng sợ nhất; chúng ta bị lôi cuốn bởi chúng thông qua một sự hứng khởi nguyên thủy phát sinh từ việc đùa giỡn với nguy hiểm. Bướm đêm và lửa, loài người và cái chết - không có gì khác biệt.

Chẳng ai trong chúng ta dường như có khả năng tâm lý để đối diện với ý tưởng về cái chết của chính mình, với ý tưởng về một trạng thái vô thức vĩnh viễn nơi không có sự trống rỗng hay chân không - nơi chỉ đơn giản là không có gì cả. Nó cảm thấy hoàn toàn khác biệt so với cái "không" mà trước khi có cuộc sống. Như với mọi nỗi kinh hoàng và cảm dỗ khác đang hiện hữu, chúng ta tìm cách phủ nhận sức mạnh của cái chết và sự bám giữ lạnh lẽo mà nó nắm giữ trên suy nghĩ của con người. Sự gần gũi liên tục của nó luôn là nguồn cảm hứng cho các phương pháp truyền thống mà chúng ta cố tình và không cố tình che giấu thực tế của nó, như truyện cổ tích, ẩn dụ, giấc mơ, và thậm chí là truyện cười. Trong những thế hệ gần đây, chúng ta đã thêm vào một cái mới: **Chúng ta đã tạo ra phương pháp "chết một cách hiện đại"**.

Cái chết hiện đại diễn ra trong bệnh viện hiện đại, nơi nó có thể bị ẩn giấu, được làm sạch khỏi sự ô nhiễm hữu cơ của mình, và cuối cùng được đóng gói cho việc chôn cất theo phong cách hiện đại. Chúng ta giờ đây có thể phủ nhận không chỉ sức mạnh của cái chết mà còn cả quyền lực của tự nhiên. Chúng ta che giấu khuôn mặt của mình khỏi nó, nhưng vẫn hơi hé

ngón tay ra, bởi vì có một điều gì đó bên trong chúng ta không thể cưỡng lại việc muốn nhìn lên.

Chúng ta tạo ra những kịch bản mà chúng ta khao khát thấy được thực hiện bởi người thân yêu của mình khi họ đang đối mặt với cái chết, và những màn trình diễn này thành công đủ để duy trì sự mong đợi của chúng ta. Niềm tin vào khả năng của một kịch bản như vậy từ lâu đã là truyền thống của các xã hội phương Tây, nơi mà trong quá khứ, một cái chết tốt đẹp được coi trọng như là sự cứu rỗi cho linh hồn và là một trải nghiệm nâng đỡ cho bạn bè và gia đình, được ca ngợi trong văn học và biểu đạt hình ảnh của "**ars moriendi**", nghệ thuật lâm chung.

Ban đầu, "ars moriendi" là một nỗ lực tôn giáo và tinh thần, được mô tả bởi nhà in thế kỷ 15 William Caxton như là "nghệ thuật để chết cho sức khỏe của linh hồn con người." Theo thời gian, nó đã phát triển thành khái niệm về cái chết đẹp, thực sự là cách đúng đắn để chết. Nhưng "ars moriendi" ngày nay trở nên khó khăn bởi chính thực tế của những nỗ lực ẩn giấu và làm sạch - đặc biệt là ngăn chặn - dẫn đến những cảnh tượng cuối đời xảy ra trong những nơi ẩn giấu chuyên biệt như các đơn vị chăm sóc tích cực, cơ sở nghiên cứu ung thư, và phòng cấp cứu. Cái chết tốt đẹp ngày càng trở thành một huyền thoại. Thực tế, nó luôn phần lớn là một huyền thoại, nhưng chưa bao giờ nhiều như ngày nay. Thành phần chính của huyền thoại là khát vọng lý tưởng về "**cái chết có phẩm giá**".

Không lâu trước đây, trong phòng khám của mình, tôi gặp một luật sư 43 tuổi, người mà tôi đã phẫu thuật vì bệnh ung thư vú giai đoạn đầu ba năm trước. Dù cô ấy đã không còn bệnh và hy vọng sẽ được chữa khỏi hoàn toàn, cô ấy tỏ ra khá bất an trong ngày hôm đó. Cuối cuộc thăm khám, cô ấy hỏi có thể ở lại thêm một chút để trò chuyện không. Sau đó, cô ấy bắt đầu kể về sự ra đi gần đây của mẹ mình ở một thành phố khác vì căn bệnh mà chính cô gần như chắc chắn đã được chữa khỏi. "Mẹ tôi chết trong đau khổ," cô ấy nói, "và dù các bác sĩ đã cố gắng hết sức, họ không thể làm cho mẹ tôi dễ dàng hơn. Đó không phải là cái kết yên bình mà tôi đã mong đợi.



Tôi tưởng tượng rằng nó sẽ là một trải nghiệm tâm linh, chúng tôi sẽ nói về cuộc đời của mẹ, về hai chúng tôi ở bên nhau. Nhưng điều đó chưa bao giờ xảy ra - có quá nhiều đau đớn, quá nhiều Demerol<sup>5</sup>." Và rồi, trong một cơn giận dữ đầy nước mắt, cô ấy nói, "Bác sĩ Nuland, cái chết của mẹ tôi không có phẩm giá!"

Bệnh nhân của tôi cần rất nhiều sự đảm bảo rằng không có gì bất thường về cách mẹ cô qua đời, rằng cô ấy không làm gì sai cản trở mẹ mình có được cái chết "có phẩm giá" mà cô ấy đã mong đợi. Tất cả nỗ lực và kỳ vọng của cô ấy đều trở nên vô ích, và bây giờ người phụ nữ rất thông minh này đang cảm thấy tuyệt vọng. Tôi đã cố gắng làm cho cô ấy hiểu rằng niềm tin vào khả năng của một cái chết có phẩm giá là cách chúng ta, và xã hội, cố gắng đối mặt với thực tế thường là một loạt các sự kiện phá hủy liên quan đến bản chất sự tan rã của nhân tính của người sắp chết. Tôi ít khi thấy nhiều phẩm giá trong quá trình chúng ta chết.

Nỗ lực đạt được phẩm giá thực sự thất bại khi cơ thể chúng ta không còn khả năng. Đôi khi, và chỉ đôi khi, một số người may mắn có được hoàn cảnh cái chết đặc biệt, phản ánh tính cách độc đáo của họ. Tuy nhiên, sự kết hợp may mắn như vậy hiếm gặp và không nên được kỳ vọng bởi hầu hết mọi người.

Tôi đã viết cuốn sách này để làm sáng tỏ quá trình chết, không phải để vẽ nên một bức tranh kinh hoàng về chuỗi sự kiện đau đớn và đáng ghê tởm, mà để trình bày nó dưới góc độ sinh học và lâm sàng, qua cái nhìn của những người chứng kiến và trải nghiệm nó. Chỉ khi chúng ta thảo luận một cách thẳng thắn về mọi chi tiết của cái chết, chúng ta mới có thể đối mặt tốt nhất với những điều khiến chúng ta sợ hãi. Hiểu biết sự thật và chuẩn bị cho nó giúp chúng ta loại bỏ nỗi sợ hãi trước terra incognita của cái chết, qua đó chấm dứt sự tự lừa dối và mất mộng.

---

<sup>5</sup> "Demerol" là tên thương mại của meperidine, một loại thuốc giảm đau thuộc nhóm opioid. Nó được sử dụng để giảm đau từ trung bình đến nặng, thường được sử dụng để giảm đau sau phẫu thuật hoặc cho các trường hợp đau nghiêm trọng khác.

Trên thế giới có rất nhiều tác phẩm văn học nói về cái chết và quá trình chết. Phần lớn nhằm mục đích giúp mọi người đối phó với tổn thương tình cảm liên quan đến quá trình đó và hậu quả của nó; chi tiết về sự suy giảm thể chất thường không được nhấn mạnh. Chỉ trong các tạp chí chuyên ngành, chúng ta mới tìm thấy mô tả về quá trình thực tế các bệnh khác nhau làm chúng ta kiệt sức và cuối cùng lấy đi sinh mạng.

Sự nghiệp và trải nghiệm suốt đời của tôi về cái chết đã xác nhận nhận định của John Webster rằng quả thật có "hàng nghìn cánh cửa khác nhau cho con người ra đi". Tôi mong muốn thực hiện lời cầu nguyện của nhà thơ Rainer Maria Rilke: "**Lạy Chúa, ban cho mỗi người chúng con cái chết của riêng mình.**" Cuốn sách này đề cập đến những cánh cửa và lối đi dẫn đến chúng; tôi đã nỗ lực viết nó sao cho, trong phạm vi các hoàn cảnh cho phép, chúng ta có thể lựa chọn cái chết của mình.

Tôi đã lựa chọn sáu hạng mục bệnh lý phổ biến nhất hiện nay [tại thời điểm trước 1993], không chỉ bởi vì chúng bao gồm các bệnh lý chết người sẽ lấy đi phần lớn chúng ta, mà còn vì chúng đại diện cho các quá trình tự nhiên mà ai cũng sẽ trải qua khi đối mặt với cái chết. Dừng tuần hoàn, thiếu oxy cung cấp đến mô, suy giảm chức năng não, hỏng hóc cơ quan, phá hủy các trung tâm sống còn – đây là vũ khí của mỗi kỵ sĩ tử thần. Hiểu biết về chúng giúp giải thích cách chúng ta chết bởi những căn bệnh không được mô tả cụ thể trong cuốn sách này. Các bệnh tôi chọn không chỉ là những con đường dẫn đến cái chết phổ biến nhất, mà còn là những con đường mà dấu chân của mỗi người chúng ta đều từng bước qua, bất kể sự hiếm có của căn bệnh cuối cùng.

Mẹ tôi qua đời vì ung thư đại tràng chỉ một tuần sau sinh nhật lần thứ 11 của tôi, và sự kiện này đã làm nên cuộc đời tôi. Tôi coi mọi thành tựu và những gì tôi chưa đạt được, đều có thể liên kết trực tiếp hoặc gián tiếp với cái chết của mẹ. Khi tôi bắt đầu viết cuốn sách này, anh trai tôi mới qua đời hơn một năm vì cùng một căn bệnh. Trong cả sự nghiệp và đời sống cá nhân, tôi đã sống bên cạnh bóng dáng của cái chết suốt hơn nửa thế kỷ và

dành gần như toàn bộ thời gian đó để làm việc trong bầu không khí nặng nề của nó, ngoại trừ 10 năm đầu. Đây là cuốn sách nơi tôi sẽ chia sẻ những bài học mà tôi đã rút ra.

New Haven

Tháng 6 năm 1993

Sherwin B. Nuland

## **GHI CHÚ CỦA TÁC GIẢ**

Ngoại trừ Robert DeMatteis, tên của tất cả bệnh nhân và gia đình họ đã được thay đổi để bảo vệ bí mật. Đáng chú ý, "Bác sĩ Mary Defoe", xuất hiện trong Chương VIII, thật ra là sự tổng hợp của ba bác sĩ trẻ tại Bệnh viện Yale-New Haven.

## CHƯƠNG I. TRÁI TIM BỊ XIẾT CHẶT

Mỗi cuộc đời là một câu chuyện độc nhất vô nhị, không giống bất kỳ cuộc đời nào đã qua, và mỗi cái chết cũng thế. Sự độc đáo của mỗi người chúng ta kéo dài ngay cả đến cách chúng ta rời bỏ cuộc sống này. Mặc dù hầu hết mọi người đều biết rằng các bệnh khác nhau đưa chúng ta đến những giờ phút cuối cùng theo nhiều con đường khác nhau, chỉ có rất ít người hiểu rõ về sự đa dạng vô tận của những cách thức mà linh hồn cuối cùng có thể tách rời khỏi cơ thể. Mỗi một hình thức của cái chết đều đặc biệt như khuôn mặt duy nhất mà mỗi người trong chúng ta hiện lên thế giới trong những ngày của cuộc sống. Mỗi người đàn ông sẽ trút hơi thở cuối cùng theo một cách mà trời cao chưa từng chứng kiến trước đây: mỗi người phụ nữ sẽ đi con đường cuối cùng theo cách của riêng mình.

Lần đầu tiên trong sự nghiệp chuyên môn của tôi, khi tôi nhìn thấy ánh mắt không khoan nhượng của cái chết, chúng đang nhìn chăm chăm vào một người đàn ông 52 tuổi, nằm dờn như thoả mái giữa những tấm ga trải giường mới được là phẳng, trong một phòng riêng tại một bệnh viện đại học lớn với chức năng giảng dạy. Tôi vừa bắt đầu năm thứ ba của trường y khoa, và đó là số phận không may mắn của tôi khi phải đối mặt với cái chết và bệnh nhân đầu tiên của mình cùng một lúc.

James McCarty là một giám đốc điều hành công trình xây dựng có thân hình vạm vỡ. Thành công trong kinh doanh đã khiến ông sa vào lối sống mà ngày nay chúng ta biết đến là tự hủy hoại. Tuy nhiên, những sự kiện về căn bệnh của ông diễn ra gần bốn mươi năm trước, khi kiến thức của chúng ta về nguy hiểm của "cuộc sống tốt đẹp" - khi hút thuốc, ăn thịt đỏ, thịt ba chỉ, bơ và phần bụng lớn được coi là những phần thưởng không rủi ro của thành công - còn hạn chế. Ông đã để mình trở nên mềm mại<sup>6</sup> và ít vận động hơn. Trước kia, ông từng trực tiếp chỉ đạo các đội ngũ của công ty xây dựng phát đạt của mình, nhưng giờ đây ông hài lòng với việc lãnh đạo từ phía sau bàn

---

<sup>6</sup> Flabby: mềm nhão; có thịt mềm nhão

làm việc. McCarty đưa ra các quyết định của mình từ một chiếc ghế xoay thoải mái, cho ông tầm nhìn không bị cản trở về New Haven Green và Quinnipiack Club, nơi ông thường xuyên thưởng thức bữa trưa xa hoa.

Những sự kiện về việc nhập viện của McCarty dễ dàng được ghi nhớ, bởi vì chúng bùng nổ một cách bất ngờ và đã in sâu vào tâm trí tôi. Tôi không bao giờ quên những gì tôi đã chứng kiến và làm vào đêm đó.

McCarty đến phòng cấp cứu của bệnh viện vào khoảng 8 giờ tối trong một buổi tối nóng và ẩm ướt vào đầu tháng Chín, phàn nàn về một áp lực co thắt phía sau xương ức dường như lan ra cổ họng và xuống cánh tay trái của ông. Áp lực bắt đầu một giờ trước, sau bữa tối nặng nề thường lệ, vài điếu Camel, và một cuộc điện thoại làm ông buồn từ đưa con út trong ba đứa con của ông, một cô gái trẻ được nuông chiều vừa bắt đầu năm nhất tại một trường cao đẳng nữ sinh thời thượng.

Bác sĩ thực tập đã thăm khám McCarty trong phòng cấp cứu và ghi nhận rằng ông trông tái mét và đầm đìa mồ hôi, nhịp tim không đều. Trong khoảng mười phút để đưa máy điện tâm đồ đến và kết nối với bệnh nhân, ông đã bắt đầu trông khá hơn và nhịp tim không ổn định của ông đã trở lại bình thường. Tuy nhiên, kết quả điện tâm đồ vẫn cho thấy đã xảy ra nhồi máu cơ tim<sup>7</sup>, có nghĩa là một phần nhỏ của thành tim đã bị tổn thương. Tình trạng của ông dường như ổn định, và đã chuẩn bị chuyển ông lên giường bệnh ở tầng trên - vào những năm 1950 không có các đơn vị chăm sóc đặc biệt cho bệnh nhân tim mạch. Bác sĩ riêng đã đến thăm McCarty và tự nhủ rằng bệnh nhân của mình giờ đã thoải mái và có vẻ như đã qua cơn nguy kịch.

McCarty được đưa lên tầng y tế vào lúc 11:00 tối, và tôi cũng đến cùng lúc. Không phải trực tối hôm đó, tôi đã tham gia buổi tiệc chào đón sinh viên mới mà hội sinh viên của tôi tổ chức để lôi kéo sinh viên năm nhất gia nhập.

---

<sup>7</sup> Nhồi máu cơ tim (Myocardial Infarction): Tình trạng tắc nghẽn mạch máu dẫn đến sự thiếu hụt oxy và chết tế bào ở cơ tim.

Một ly bia và không khí vui vẻ đã làm tôi cảm thấy tự tin hơn bình thường, và tôi quyết định ghé qua khu chăm sóc mà tôi mới được phân công vào buổi sáng cùng ngày, đánh dấu lần đầu tiên tôi tham gia vào các ca lâm sàng tại Khoa Nội. Sinh viên y khoa năm thứ ba, khi mới bắt đầu tiếp xúc với bệnh nhân, thường rất nhiệt huyết, và tôi cũng không ngoại lệ. Tôi đến khu vực để theo dõi bác sĩ thực tập, hy vọng sẽ chứng kiến một tình huống cấp cứu thú vị và giúp đỡ mọi cách có thể. Nếu có một thủ tục y tế cần thực hiện ngay lập tức, như chọc dò tủy sống<sup>8</sup> hoặc đặt ống thông ngực<sup>9</sup>, tôi muốn có mặt để thực hiện nó.

Khi tôi bước vào khu vực, bác sĩ thực tập Dave Bascom đã nắm lấy tay tôi như thể anh ta rất nhẹ nhõm khi thấy tôi.

*"Bạn có thể giúp mình một chút được không? Joe [sinh viên trực] và mình đang bận rộn ở cuối hành lang với một trường hợp bại liệt bulbar<sup>10</sup> đang trở nên xấu đi, và mình cần bạn làm việc khám sàng lọc khi nhập viện cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim<sup>11</sup> mới này sắp vào phòng 507 - được không?"*

Được chứ? Chắc chắn là được! Thực sự là quá tốt; đó chính xác là lý do tôi quay lại khu vực này. Sinh viên y khoa cách đây bốn mươi năm được trao quyền tự chủ nhiều hơn so với ngày nay, và tôi biết rằng nếu tôi thực hiện tốt các thủ tục nhập viện, tôi sẽ được giao nhiều công việc chi tiết hơn trong quá trình phục hồi của McCarty. Tôi đã chờ đợi một cách háo hức trong vài phút cho đến khi một trong hai y tá trực đã chuyển bệnh nhân mới của tôi từ cáng sang giường một cách thoải mái. Khi cô ấy vội vã chạy xuống cuối

---

<sup>8</sup> Spinal tap: Chọc dò tủy sống là một thủ thuật y tế liên quan đến việc lấy một lượng nhỏ dịch não tủy từ lưng dưới. Dịch não tủy bao quanh não và tủy sống, và nó có thể chứa thông tin quan trọng về sức khỏe của hệ thần kinh trung ương.

<sup>9</sup> Placement of a chest tube: Đặt ống ngực là một thủ thuật y tế liên quan đến việc đưa một ống nhựa nhỏ vào khoang màng phổi để thoát khí hoặc chất lỏng đã tích tụ. Tích tụ khí hoặc chất lỏng trong khoang màng phổi có thể do nhiều nguyên nhân, chẳng hạn như tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, viêm màng phổi, hoặc chấn thương ngực.

<sup>10</sup> **bulbar polio** đề cập đến chứng bại liệt ảnh hưởng đến thân não, dẫn đến khó nuốt, khó thở và nói. Đây là biến chứng nghiêm trọng của bại liệt vì có thể đe dọa tính mạng.

<sup>11</sup> Nguyên văn: "**new coronary**". Coronary đề cập đến tim (cụ thể là động mạch vành cung cấp máu cho cơ tim). Do đó, "new coronary" có nghĩa là một bệnh nhân mới đến với vấn đề về tim.

hành lang để giúp đỡ với tình huống khẩn cấp bại liệt, tôi lẻn vào phòng của McCarty và đóng cửa sau lưng. Tôi không muốn có nguy cơ Dave quay lại và tiếp quản công việc.

McCarty chào đón tôi với nụ cười gượng gạo, nhưng rõ ràng ông không thể cảm thấy an tâm với sự có mặt của tôi. Tôi đã từng tự hỏi, trong suốt nhiều năm qua, điều gì đã diễn ra trong tâm trí của người đàn ông quen chỉ huy những người đàn ông lớn và cứng cỏi kia khi ông ta nhìn thấy khuôn mặt trẻ trung của tôi (khi đó tôi mới hai mươi hai tuổi) và nghe tôi nói rằng tôi đến để thu thập tiền sử bệnh và khám cho anh. Dù suy nghĩ của ông ta là gì, ông ta cũng không có nhiều cơ hội để ngẫm nghĩ. Ngay khi tôi ngồi xuống bên giường ông ta, McCarty bất ngờ ngửa đầu ra sau và phát ra một tiếng gầm không lời, dường như vọng lên từ cổ họng, từ sâu thẳm bên trong trái tim đau khổ của mình. Ông ta đập nắm đấm vào phần trước ngực mình với sức mạnh đáng kinh ngạc trong một cú đập đồng bộ, đúng lúc khuôn mặt và cổ ông ta, trong nháy mắt, trở nên sưng và tím tái. Đôi mắt ông ta dường như muốn nháy ra khỏi đầu, phồng lên trong một cú đẩy mạnh. Ông ta lấy một hơi thở dài thật lâu, rít lên, và qua đời.

Tôi hét lên tên ông ấy, sau đó là tên Dave, nhưng tôi biết rằng không ai có thể nghe thấy tôi từ phòng bệnh bại liệt hỗn loạn ở cuối hành lang. Tôi có thể đã chạy xuống hành lang để tìm sự giúp đỡ, nhưng điều đó có nghĩa là việc mất đi những giây quý giá. Ngón tay tôi tìm kiếm động mạch cảnh trên cổ McCarty, nhưng nó không còn nhịp đập và hoàn toàn lặng lẽ. Vì lý do nào đó mà tôi không thể giải thích được, tôi lại lạ lùng bình tĩnh. Tôi quyết định phải tự mình hành động. Cơ hội gặp rắc rối vì những gì tôi sắp cố gắng thực hiện dường như ít rủi ro hơn nhiều so với việc để một người chết mà không cố gắng cứu chữa. Tôi không có sự lựa chọn nào khác.

Vào thời đó, mỗi phòng chăm sóc bệnh nhân tim mạch đều được trang bị một gói lớn bọc vải muslin chứa bộ dụng cụ mổ lồng ngực<sup>12</sup> - một bộ công cụ để mở ngực trong trường hợp ngừng tim. Phương pháp hồi sinh tim phổi

---

<sup>12</sup> Thoracotomy kit: Bộ dụng cụ phẫu thuật ngực

qua lồng ngực đóng, hay CPR<sup>13</sup>, chưa được phát minh, và kỹ thuật tiêu chuẩn trong tình huống này là cố gắng massage trực tiếp trái tim, bằng cách nắm giữ nó trong tay và thực hiện một chuỗi các nén nhịp nhàng dài.

Tôi xé bỏ lớp bao bì vô trùng của bộ dụng cụ và nhanh chóng lấy lưỡi dao mổ được đặt riêng trong một phong bì trên cùng để tiện lấy ra. Hành động tiếp theo của tôi diễn ra một cách tự động, mặc dù trước đó tôi chưa từng thực hiện hoặc chứng kiến nó. Với một động tác tay mượt mà đến không ngờ, tôi thực hiện một đường rạch dài bắt đầu ngay dưới núm vú trái của McCarty, từ xương ức và vòng ra sau càng xa càng tốt mà không cần di chuyển ông khỏi tư thế nửa ngồi. Chỉ có một ít chất lỏng màu đen nhẹ nhỏ ra từ các động mạch và tĩnh mạch tôi đã cắt qua, nhưng không có dòng máu thực sự chảy ra. Nếu tôi cần một xác nhận về cái chết do ngừng tim, đây chính là bằng chứng. Một đường cắt dài khác qua cơ bắp không chảy máu, và tôi đã vào được khoang lồng ngực. Tôi vớ tới và lấy cái kẹp giữ tự động hai cánh bằng thép, đưa nó vào giữa các xương sườn, và xoay nút chỉnh sao cho vừa đủ để tay tôi có thể chen vào bên trong và nắm lấy cái mà tôi mong đợi là trái tim không còn đập của McCarty.

Khi tôi chạm vào bao xơ<sup>14</sup> được gọi là màng ngoài tim<sup>15</sup>, tôi nhận thấy trái tim bên trong đang giãy giụa. Dưới đầu ngón tay tôi, có thể cảm nhận được sự giãy dụa không theo quy luật, không đều đặn mà tôi nhận ra từ mô tả trong sách giáo khoa là tình trạng cuối cùng được gọi là **rung tâm thất**<sup>16</sup> - hành động cuối cùng đau đớn của một trái tim đang dần chấp nhận sự nghi ngại vĩnh cửu. Với đôi tay trần không tiệt trùng, tôi lấy một đôi kéo và cắt toạc màng ngoài tim. Tôi nhẹ nhàng nhắc lấy trái tim đang co giật của ông

---

<sup>13</sup> CPR: Hồi sức tim phổi

<sup>14</sup> Fibrous sack (Bao xơ): Trong ngữ cảnh này, nó đề cập đến pericardium, tức là một bao xơ mỏng bao bọc bên ngoài tim.

<sup>15</sup> Pericardium (màng ngoài tim): Là một bao xơ mỏng, hai lớp bao bọc bên ngoài tim. Tim bao có vai trò bảo vệ tim, giữ tim ở đúng vị trí trong lồng ngực, ngăn tim không bị giãn quá mức và sản sinh chất dịch bôi trơn giúp tim co bóp dễ dàng.

<sup>16</sup> Ventricular fibrillation (Rung tâm thất): Là một rối loạn nhịp tim nghiêm trọng, trong đó các tâm thất (buồng bơm máu chính của tim) rung co giật không theo thứ tự, thay vì co bóp nhịp nhàng để đẩy máu đi khắp cơ thể. Rung tâm thất ngăn cản tim bơm máu hiệu quả, dẫn đến ngừng lưu thông máu và mất ý thức. Đây là một tình trạng đe dọa tính mạng đòi hỏi phải điều trị kịp thời bằng sốc điện tim (defibrillation).



McCarty và bắt đầu chuỗi các nén chặt, kiên định, không đồng nhịp được gọi là massage tim, nhằm duy trì dòng máu đến não cho đến khi có thể mang thiết bị điện đến để kích trái tim đang rung trở lại hoạt động bình thường.

Tôi đã đọc rằng cảm giác do một trái tim đang rung giống như việc cầm trên lòng bàn tay một túi gelatin ướt, chứa đầy giun đang hoạt động mạnh, và đó chính xác là những gì tôi cảm nhận. Tôi có thể nhận biết qua sức kháng cự giảm nhanh chóng đối với áp lực của những cái nén của tôi rằng trái tim không được lấp đầy bằng máu, và do đó, nỗ lực của tôi để ép cái gì đó ra khỏi nó trở nên vô ích, nhất là khi phổi không được cung cấp oxy. Nhưng tôi vẫn không ngừng cố gắng. Và đột nhiên, một điều gì đó kinh hoàng đến mức không thể tin được đã xảy ra - McCarty đã chết, linh hồn vào thời điểm đó đã hoàn toàn rời đi, một lần nữa ngửa đầu về phía sau và, nhìn lên trần nhà với ánh mắt đờ đẫn, không thấy gì, hét lên về phía trời xa một tiếng hú khàn khàn kinh hoàng nghe như tiếng chó sủa địa ngục sủa.

Chỉ sau đó tôi mới nhận ra rằng điều tôi đã nghe là phiên bản của *tiếng rên cuối cùng*<sup>17</sup> của McCarty, một âm thanh được tạo ra bởi co giật trong cơ của hộp thanh âm, do độ axit tăng lên trong máu của một người mới chết. Dường như, đó là cách của ông ấy muốn nói với tôi rằng **hãy dừng lại** - nỗ lực của tôi để đưa ông ấy trở lại cuộc sống chỉ có thể là vô ích.

Một mình trong căn phòng với cái xác, tôi nhìn vào đôi mắt đục ngầu và nhận ra điều tôi lẽ ra phải chú ý từ trước - đồng tử của McCarty giãn nở đen lớn, dấu hiệu của cái chết não<sup>18</sup>, và rõ ràng không bao giờ phản ứng với ánh sáng nữa. Tôi bước lùi khỏi cảnh tượng hỗn độn trên giường và chỉ bấy giờ mới nhận ra mình ướt đẫm. Mồ hôi rơi xuống mặt tôi, và đôi tay cùng chiếc

---

<sup>17</sup> Hay còn được gọi là **Death rattle** (Rên rít tử thần): Là âm thanh thô ráp, ọc ọc phát ra từ đường thở của một người sắp chết hoặc đã chết. Âm thanh này do co thắt cơ thanh quản gây ra, thường là do sự tăng tính axit trong máu sau khi chết. Rên rít tử thần không phải là dấu hiệu của sự sống và không nên nhầm lẫn với hơi thở agonal (gaspings breaths) - những hơi thở nông, yếu ớt có thể xảy ra ngay trước khi chết.

<sup>18</sup> Chết não (Brain death): Là tình trạng mà ở đó não bộ ngừng hoạt động hoàn toàn và vĩnh viễn, không thể phục hồi, thường được xác định thông qua các xét nghiệm lâm sàng và điện não đồ. Chết não được coi là một trong những tiêu chí để tuyên bố cái chết theo pháp luật.

áo blouse trắng ngắn của sinh viên y khoa đều ướt đẫm máu đen không còn sự sống từ vết mổ ngực của McCarty. Tôi khóc nức nở. Tôi cũng nhận ra rằng mình đã hét vào tai McCarty, yêu cầu ông sống, la tên ông vào tai trái như thể ông có thể nghe thấy tôi, và khóc không ngừng với sự thất vọng và đau buồn của thất bại, của tôi và của ông.

Cánh cửa bật mở và Dave xông vào phòng. Anh ta liếc nhìn và hiểu ngay toàn bộ tình hình. Vai tôi run rẩy, và tiếng khóc của tôi lúc đó đã vượt ngoài tầm kiểm soát. Anh ta bước tới bên tôi của giường, và sau đó, như thể chúng tôi là diễn viên trong một bộ phim Thế chiến thứ II, anh ta đặt tay lên vai tôi và nói rất nhẹ nhàng, *"Không sao đâu, không sao cả. Cậu đã làm hết sức mình rồi."*

Anh ta dìu tôi ngồi xuống nơi đầy dấu tích của cái chết và bắt đầu kiên nhẫn, nhẹ nhàng giải thích cho tôi tất cả các sự kiện lâm sàng và sinh học đã khiến cái chết của James McCarty không thể tránh khỏi và nằm ngoài tầm kiểm soát của tôi. Nhưng tất cả những gì tôi có thể nhớ về những gì anh ấy nói, với giọng dịu dàng, là: *"Shep, giờ cậu đã biết cảm giác làm bác sĩ là như thế nào rồi đó."*

Nhà thơ, nhà luận án, nhà ghi chép, những người hài hước, và những bậc trí giả thường viết về cái chết nhưng hiếm khi chứng kiến nó. Các bác sĩ và y tá, những người thường xuyên chứng kiến cái chết, lại ít khi viết về nó. Hầu hết mọi người chỉ chứng kiến cái chết một hoặc hai lần trong đời, trong những hoàn cảnh mà họ quá bị cuốn vào ý nghĩa cảm xúc của nó để có thể giữ lại những ký ức đáng tin cậy. Những người sống sót sau thảm họa hàng loạt nhanh chóng xây dựng những phòng tuyến tâm lý mạnh mẽ chống lại sự kinh hoàng của những gì họ đã chứng kiến, đến nỗi hình ảnh ác mộng làm méo mó các sự kiện thực tế mà họ đã là nhân chứng. Có rất ít mô tả đáng tin cậy về cách chúng ta chết đi.

Ngày nay, rất ít người trong chúng ta thực sự chứng kiến cái chết của những người mà chúng ta yêu quý. Không nhiều người chết tại nhà nữa, và những

người chết tại nhà thường là nạn nhân của các bệnh kéo dài hoặc các tình trạng thoái hóa mãn tính, nơi mà việc sử dụng thuốc và gây mê<sup>19</sup> hiệu quả che giấu những biến cố sinh học đang diễn ra. Trong số khoảng 80 phần trăm người Mỹ chết trong bệnh viện, hầu hết đều bị che giấu một phần lớn, hoặc ít nhất là các chi tiết của quá trình tiếp cận cái chết cuối cùng bị giấu kín khỏi những người đã ở gần họ nhất trong cuộc sống.

Một huyền thoại toàn bộ đã phát triển xung quanh quá trình chết đi. Như hầu hết các huyền thoại, nó dựa trên nhu cầu tâm lý bẩm sinh mà toàn thể loài người đều có. Các huyền thoại về cái chết được tạo ra để chống lại nỗi sợ hãi một mặt và nguyện vọng đối lập - mong muốn - mặt khác. Chúng được tạo ra để phục vụ chúng ta bằng cách giải trừ nỗi kinh hoàng về những gì thực tế có thể xảy ra. Trong khi nhiều người trong chúng ta hy vọng cho một cái chết nhanh chóng hoặc một cái chết trong giấc ngủ "để tôi không phải đau đớn," chúng ta cùng lúc bám lấy một hình ảnh về những phút cuối cùng của mình kết hợp ân sủng với một cảm giác hoàn tất; chúng ta cần tin vào một quá trình tinh tảo trong đó việc tổng kết cuộc đời diễn ra - hoặc đó, hoặc một sự chuyển biến hoàn hảo vào tình trạng vô thức không đau đớn.



*inspired by Leo Lingo Feller, R. A. - Joseph Pennell*

THE DOCTOR

*Wyeth, Philadelphia*

<sup>19</sup> Gây mê: Sử dụng thuốc để đưa bệnh nhân vào trạng thái ngủ sâu, vô cảm.

Biểu tượng nghệ thuật nổi tiếng nhất về ngành y học được biết đến là bức tranh năm 1891 của Sir Luke Fildes có tựa đề "Bác Sĩ" (The Doctor).

Cảnh tượng là một túp lều ngư dân giản dị trên bờ biển nước Anh, nơi một cô bé nằm lặng lẽ, dường như bất tỉnh, khi cái chết đang đến gần. Chúng ta thấy bố mẹ cô bé đau buồn và người bác sĩ trầm ngâm, đồng cảm đang thực hiện nghi thức canh giữ bên giường bệnh, bất lực trước sự siết chặt của tử thần. Khi được phỏng vấn về bức tranh, họa sĩ đã nói,

*"Đối với tôi, đề tài này sẽ cảm động hơn bất cứ điều gì, có thể là khủng khiếp, nhưng vẫn còn đẹp hơn."*

Fildes chắc chắn phải hiểu rõ hơn. Mười bốn năm trước, ông đã chứng kiến con trai mình chết vì một trong những bệnh truyền nhiễm đã cướp đi sinh mạng của rất nhiều trẻ em vào những năm cuối thế kỷ 19, ngay trước buổi bình minh của nền y học hiện đại. Chúng ta không biết bệnh gì đã giết chết Phillip Fildes, nhưng nó không thể mang lại một kết thúc yên bình cho cuộc đời trẻ thơ của cậu. Nếu là bệnh bạch hầu<sup>20</sup>, cậu hầu như đã bị ngạt chết; nếu là sốt scarlet<sup>21</sup> (sốt tinh hồng nhiệt), cậu có lẽ đã trải qua ảo giác và cơn sốt cao điên cuồng; nếu là viêm màng não<sup>22</sup>, cậu có thể đã bị co giật và đau đầu không thể kiểm soát.

Có lẽ đứa trẻ trong "Bác Sĩ" đã trải qua những đau đớn như vậy và giờ đây đang trong sự yên bình cuối cùng của hôn mê<sup>23</sup> tử vong - nhưng bất cứ điều gì xảy ra trong những giờ trước khi cô bé "qua đời một cách đẹp đẽ" chắc

---

<sup>20</sup> Diphtheria (Bạch hầu): Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* gây ra.

<sup>21</sup> Scarlet fever (sốt tinh hồng nhiệt): Sốt tinh hồng nhiệt (còn gọi là bệnh ban đỏ) là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn *Streptococcus pyogenes* gây ra.

<sup>22</sup> Meningitis (Viêm màng não): Là tình trạng viêm màng não và dịch não tủy (chất lỏng bao quanh não và tủy sống). Viêm màng não có thể do vi khuẩn, virus, nấm hoặc ký sinh trùng gây ra.

<sup>23</sup> Hôn mê (Coma): Là một trạng thái bất tỉnh sâu, trong đó bệnh nhân không thể phản ứng với môi trường xung quanh hay kích thích đau. Hôn mê có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, bao gồm chấn thương não, bệnh lý nội khoa, và sử dụng một số loại thuốc hoặc độc tố.

chấn phải là điều không thể chịu đựng được đối với cô bé và bố mẹ cô. Chúng ta hiếm khi có thể bước nhẹ nhàng vào cái đêm tốt lành ấy.

Francisco Goya, tám thập kỷ trước, đã thể hiện sự trung thực hơn - có lẽ bởi ông sống trong một thời đại mà cái chết hiện diện khắp nơi. Trong bức tranh của ông, có tên là **English Diphtheria** (Bạch Hầu) hoặc **The Croup** (Bệnh Croup), được vẽ theo phong cách hiện thực của Tây Ban Nha và trong giai đoạn hiện thực mạnh mẽ của đời sống châu u, chúng ta thấy một bác sĩ đang giữ đầu một bệnh nhân nhỏ không động đậy với một tay trên cổ, trong khi chuẩn bị đưa ngón tay của tay kia xuống cổ họng cậu bé để loại bỏ màng dịch hầu<sup>24</sup>, nếu không sẽ làm tắc nghẽn đường thở và cướp đi sinh mạng của cậu.



Tên gốc tiếng Tây Ban Nha của bức tranh, cũng như của căn bệnh, tiết lộ sự thẳng thắn của Goya, cũng như sự quen thuộc hàng ngày với cái chết trong thời đại đó. Ông gọi nó là **El Garrotillo**<sup>25</sup>, vì sự siết cổ mà nó giết chết nạn nhân. Những ngày đối mặt trực tiếp với thực tế của cái chết như vậy đã qua lâu rồi, ít nhất là ở phương Tây.

Sau khi chọn từ "đối mặt" vì lý do nào đó mà tâm hồn che khuất, tôi cần phải dừng lại. Tôi tự hỏi, sau gần bốn mươi năm với những James McCarty,

<sup>24</sup> Diphtheritic membrane (Màng bạch hầu): là một lớp màng dày, màu xám trắng do vi khuẩn bạch hầu hình thành trên niêm mạc mũi, họng, thanh quản.

<sup>25</sup> "El Garrotillo" là một từ tiếng Tây Ban Nha có nghĩa là "sự siết cổ".

liệu tôi có lúc nào đồng điệu với quan niệm thời đại, khi cái chết được xem là thách thức cuối cùng, thậm chí là tối thượng của đời người - một trận chiến căng thẳng cần phải chiến thắng. Theo quan điểm đó, cái chết là kẻ thù đáng sợ cần đánh bại, dù là bằng vũ khí hiện đại của y học công nghệ cao hay bằng sự chấp nhận ý thức về quyền lực của nó, một sự chấp nhận mang lại phong cách thanh thản mà ngôn ngữ hiện đại đã tạo ra thuật ngữ: "Cái chết tử tế" là cách biểu đạt của xã hội chúng ta về khát vọng chung đạt được một chiến thắng duyên dáng trước sự kết thúc chân thực và thường không dễ chịu của những phút cuối cùng của cuộc sống.

Nhưng thực tế, cái chết không phải là cuộc đối đầu. Nó chỉ là một sự kiện trong chuỗi nhịp điệu liên tục của tự nhiên. Không phải cái chết, mà bệnh tật mới là kẻ thù thực sự, là lực lượng xấu xa cần phải đối mặt. Cái chết là sự giải thoát đến khi cuộc chiến kiệt quệ đã thất bại. Ngay cả cuộc đối đầu với bệnh tật cũng cần được nhìn nhận với hiểu biết rằng nhiều căn bệnh của chúng ta chỉ là phương tiện cho hành trình không thể tránh khỏi, đưa mỗi người chúng ta trở về trạng thái vô hình về mặt vật lý, và có thể cả tinh thần, từ đó chúng ta xuất hiện từ lúc thụ thai. Mỗi chiến thắng trước một căn bệnh lớn, dù chiến thắng có vang dội đến đâu, cũng chỉ là sự hoãn lại trước kết thúc không thể tránh khỏi.

Khoa học y tế đã mang lại cho nhân loại ân huệ phân biệt được các quá trình bệnh lý có thể đảo ngược và không thể đảo ngược, liên tục mở rộng phương tiện để cân bằng ngày càng nghiêng về việc duy trì sự sống. Tuy nhiên, y học hiện đại cũng đã đóng góp vào quan niệm sai lầm khi mỗi người chúng ta phủ nhận sự đến chắc chắn của cái chết cá nhân. Mặc cho những tuyên bố của nhiều bác sĩ dựa vào phòng thí nghiệm, y học sẽ mãi là một Nghệ thuật, như người Hy Lạp cổ đã định nghĩa từ đầu. Một trong những đòi hỏi khắc nghiệt nhất mà nghệ thuật y học đặt ra cho bác sĩ là họ phải làm quen với những khu vực ranh giới mơ hồ giữa các phân loại điều trị với khả năng thành công được xếp là chắc chắn, có khả năng, có thể, hoặc không hợp lý. Trong những vùng mơ hồ giữa khả năng thành công và những điều không chắc chắn, bác sĩ thường tìm kiếm lối đi trong suy tư, dựa vào

trí tuệ và kinh nghiệm đời người để cung cấp sự hướng dẫn cho bệnh nhân của mình.

Khi cuộc đời của James McCarty kết thúc đột ngột, hậu quả của những rối loạn tim mạch đã trở nên không thể tránh khỏi. Dù kiến thức về bệnh tim đã khá phong phú từ đầu những năm 1950, các liệu pháp điều trị khi đó lại ít và thường không đáp ứng đủ. Ngày nay, bệnh nhân gặp vấn đề tương tự McCarty có thể kỳ vọng rời bệnh viện không chỉ sống sót mà còn với trái tim được cải thiện đáng kể, có thể kéo dài thêm nhiều năm tuổi thọ.

Các bác sĩ y khoa dựa vào các nghiên cứu từ phòng thí nghiệm đã đạt được những thành tựu lớn đến mức khoảng 80% bệnh nhân sống sót sau cơn đau tim đầu tiên có thể coi đó là điều may mắn nhất trong đời, bởi nó đã tiết lộ một tình trạng có thể đã sớm cướp đi mạng sống của họ nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

Thực tế, cân bằng đã thay đổi đến mức điều trị bệnh tim mạch thường xuyên mang lại kết quả tích cực. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là trái tim từng gặp nguy hiểm nay đã trở nên bất tử. Mặc dù phần lớn bệnh nhân tim mạch ngày nay sống sót sau cơn đau đầu tiên, nhưng vẫn có hơn nửa triệu người Mỹ hàng năm qua đời vì các dạng bệnh tương tự như của McCarty. Thêm 4,5 triệu người được chẩn đoán mới mắc phải. Tám mươi phần trăm người mà bệnh tim mạch cuối cùng giết chết họ là nạn nhân của hình thức cụ thể này: Bệnh tim thiếu máu cục bộ<sup>26</sup> (hoặc bệnh động mạch vành, hoặc bệnh tim mạch vành) là nguyên nhân chính gây tử vong ở các nước công nghiệp phát triển trên thế giới.

Trái tim của James McCarty đã ngừng đập vì không nhận đủ oxy; không đủ oxy vì thiếu hemoglobin<sup>27</sup>, protein trong máu chuyên chở oxy; thiếu

---

<sup>26</sup> Ischemic heart disease: Bệnh tim thiếu máu cục bộ là tình trạng tim không nhận đủ máu do tắc nghẽn hoặc hẹp động mạch vành. Động mạch vành là những mạch máu cung cấp máu giàu oxy cho cơ tim. Ngoài ra tác giả còn dùng các thuật ngữ khác là Coronary artery disease (Bệnh động mạch vành) và Coronary heart disease (Bệnh tim mạch vành) cũng để chỉ bệnh tim thiếu máu cục bộ.

<sup>27</sup> Hemoglobin: một loại protein trong hồng cầu có chức năng vận chuyển oxy từ phổi tới các mô của cơ thể.

hemoglobin do lượng máu không đủ; máu không đủ vì các động mạch vành - mạch máu nuôi dưỡng trái tim - bị xơ cứng và hẹp lại do xơ vữa động mạch<sup>28</sup>. Tình trạng này xuất phát từ chế độ ăn uống xa hoa, hút thuốc, thiếu vận động, huyết áp cao và yếu tố di truyền. Có lẽ, cuộc gọi từ con gái đã làm tăng cơn co thắt mạch máu, giống như cách nắm đấm của ông siết chặt trong tức giận. Sự co thắt cấp tính này đủ để làm vỡ một mảng xơ vữa trong lớp niêm mạc của động mạch vành chính. Mảng xơ vữa tạo điểm cho cục máu đông mới hình thành, làm tắc nghẽn hoàn toàn và cắt đứt dòng máu yếu ớt. Sự tắc nghẽn này gây ra "thiếu máu cục bộ" (ischemia<sup>29</sup>), khiến một phần lớn cơ tim (myocardium) của McCarty bị đói oxy, phá vỡ nhịp đập bình thường thành rung tâm thất hỗn loạn.

Có thể không có phần nào của cơ tim McCarty thực sự chết vì thiếu máu cấp tính. Thiếu máu cục bộ có thể gây rung tâm thất, nhất là ở trái tim đã tổn thương từ trước. Các hợp chất giống adrenaline do cơ thể sản xuất trong căng thẳng cũng có thể là nguyên nhân. Dù lý do gì đi nữa, hệ thống dẫn truyền điện<sup>30</sup> của trái tim McCarty, nền tảng cho sự điều đặn và phối hợp, đã sụp đổ, và cuộc đời ông cũng kết thúc theo.

"Thiếu máu cục bộ" không chỉ là một thuật ngữ y khoa mà còn mang một lịch sử đầy thú vị và những liên kết phong phú. Nó sẽ được nhắc đến nhiều lần trong những câu chuyện về cái chết, bởi vì nó là một yếu tố phổ biến và tinh vi, thúc đẩy quá trình dập tắt năng lượng sống. Dù sự thiếu máu của tim có thể là ví dụ rõ ràng nhất về nguy hiểm tiềm ẩn của nó, nhưng việc cắt giảm oxy và dinh dưỡng là điểm chung của nhiều bệnh tật chết người khác nhau.

Khái niệm và từ ngữ "thiếu máu cục bộ" được đưa ra vào giữa thế kỷ 19 bởi một nhà nghiên cứu Pomeranian (*từ này, khi dùng cho chó, gọi lên hình ảnh*

---

<sup>28</sup> Xơ vữa động mạch (atherosclerosis): tình trạng xơ cứng thành động mạch do cholesterol tích tụ dẫn đến hẹp và tắc mạch máu.

<sup>29</sup> Để giữ trọn lòng tôn trọng với tác giả, Quyên trích dẫn lại nguyên văn hướng dẫn của tác giả về cách phát âm, nguyên văn là "*pronounced iskeemeeya*"

<sup>30</sup> Electrical communication system (Hệ thống dẫn truyền điện): Là một mạng lưới các tế bào chuyên biệt trong tim chịu trách nhiệm tạo ra và dẫn truyền các xung điện điều hòa nhịp tim.



*một chú chó nhỏ bé nhưng tinh ranh và hùng hực sức sống, rất phù hợp với người đàn ông đang được miêu tả<sup>31</sup>)* tài năng và mạnh mẽ, người bắt đầu sự nghiệp đa dạng của mình như một nhà nghiên cứu trẻ tuổi nổi loạn và kết thúc sau sáu mươi năm với danh hiệu **Giáo hoàng Y học Đức**<sup>32</sup>. Không ai khác đã góp phần nhiều hơn vào việc hiểu biết cách thức bệnh tật tàn phá cơ quan và tế bào con người hơn Rudolf Virchow<sup>33</sup> (1821-1902).

Virchow, giáo sư bệnh học tại Đại học Berlin suốt gần năm mươi năm, đã viết hơn hai nghìn sách và bài báo, không chỉ về y học mà còn về nhân chủng học và chính trị Đức. Ông là một thành viên tự do của Reichstag đến nỗi Otto von Bismarck<sup>34</sup> độc tài đã từng thách thức ông một trận duel. Được quyền chọn vũ khí, Virchow đã làm cho cuộc đụng độ sắp tới không xảy ra bằng cách đề xuất chiến đấu bằng dao mổ.

Rudolf Virchow có nhiều sở thích nghiên cứu, trong đó ông đặc biệt quan tâm đến cách bệnh tật ảnh hưởng đến động mạch, tĩnh mạch và các thành phần máu. Ông đã giải thích nguyên tắc của tắc mạch (embolism), huyết khối (thrombosis), và bệnh bạch cầu (leukemia), đồng thời sáng tạo ra các từ ngữ để mô tả chúng. Tìm kiếm một thuật ngữ để chỉ định cơ chế khiến tế bào và mô bị mất nguồn cung cấp máu, Virchow đã chọn từ Hy Lạp **ischano** - **Tôi kiểm soát**<sup>35</sup>, hoặc **Tôi dập tắt**<sup>36</sup> - từ gốc Ấn-Âu **segh**<sup>37</sup>, có nghĩa là "bắt giữ," "giữ," hoặc **khiến cho tạm dừng**<sup>38</sup>. Kết hợp nó với **aima**, hay "máu," người Hy Lạp đã tạo ra từ **ischaimos**, để chỉ việc kiểm soát dòng chảy máu. Ischemia được Virchow chọn để chỉ hậu quả của việc giảm bớt hoặc hoàn

---

<sup>31</sup> Nguyên văn: "**The word, when applied to dogs, evokes a tiny and intensely spirited bundle of scrappy exuberance, which seems appropriate for the man being described**". Đây là một cách nói ẩn dụ để miêu tả tính cách của Virchow. Tác giả so sánh Virchow với một chú chó Pomeranian (chó Phốc sóc) - giống chó nhỏ nhắn nhưng năng động và dũng mãnh. Điều này nhằm nhấn mạnh sự thông minh, nhiệt huyết và kiên định của Virchow trong nghiên cứu khoa học.

<sup>32</sup> the Pope of German Medicine

<sup>33</sup> Rudolf Virchow (1821-1902): Bác sĩ người Đức, nhà nghiên cứu bệnh học (pathology) nổi tiếng. Ông được mệnh danh là "Giáo hoàng của Y học Đức". Virchow được biết đến với nhiều đóng góp cho y học.

<sup>34</sup> Otto von Bismarck (1815-1898): Thủ tướng đầu tiên của Phổ (Prussia) và sau đó là Đế chế Đức. Ông nổi tiếng với chính sách "Realpolitik" (chính trị thực dụng) và vai trò trong việc thống nhất nước Đức.

<sup>35</sup> "I hold in check"

<sup>36</sup> "I quench"

<sup>37</sup> Indo-European root **segh**

<sup>38</sup> "causing to pause"

toàn ngừng dòng máu đến một cấu trúc của cơ thể, từ nhỏ như một tế bào đến lớn như một chân hoặc một phần cơ tim.

"Giảm bớt" là một khái niệm tương đối. Khi hoạt động của một cơ quan tăng lên, nhu cầu oxy và máu của nó cũng tăng theo. Nếu các động mạch bị hẹp không thể mở rộng để đáp ứng nhu cầu này, hoặc nếu chúng co thắt chặt lại làm giảm thêm dòng chảy, cơ quan đó không nhận đủ máu và nhanh chóng trở nên thiếu máu cục bộ. Trong cơn đau và tức giận, trái tim phát ra cảnh báo, và tiếp tục như vậy cho đến khi nhu cầu máu được đáp ứng, thường là do phản ứng tự nhiên của nạn nhân, người - bị báo động bởi sự đau đớn trong lồng ngực - làm chậm hoặc dừng hoạt động đang làm tổn thương cơ tim của mình.

Một ví dụ điển hình là cơ bắp chân của một vận động viên cuối tuần bị làm việc quá sức khi trở lại chạy bộ mỗi năm vào tháng Tư khi thời tiết ấm lên. Sự chênh lệch giữa lượng máu cần thiết cho cơ bắp không được tập luyện và lượng máu có thể lưu thông qua động mạch cũng không được tập luyện có thể gây ra thiếu máu cục bộ. Bắp chân không nhận đủ oxy và phản ứng bằng cơn đau quặn quại, cảnh báo vận động viên cần dừng lại trước khi các tế bào cơ bị chết đói, quá trình này được gọi là nhồi máu. Tiếng kêu đau đớn trong cơ bắp chân quá tải được gọi là chuột rút (vộp bẻ) hoặc **charley horse**<sup>39</sup>. Khi nó xuất phát từ cơ tim, chúng ta gọi đó là đau thắt ngực. Đau thắt ngực không gì khác hơn là cơn chuột rút của trái tim. Nếu tình trạng này kéo dài, nạn nhân có thể bị nhồi máu cơ tim.

Đau thắt ngực (**angina pectoris**) là một cụm từ Latin, có nghĩa đen là "sự bóp nghẹt" hoặc "sự siết chặt" (angina) "của lồng ngực" (pectoris, dạng sở hữu của pectus, "lồng ngực"). Chúng ta phải biết ơn nhà ngôn ngữ học y

---

<sup>39</sup> Giả thuyết được ưa chuộng nhất về nguồn gốc của cụm từ "**charley horse**" liên quan đến thế giới đua ngựa. Theo giả thuyết này, cụm từ này là một phiên bản biến thể của "**charley horse muscle**", dùng để mô tả một dạng chấn thương cơ bắp thường gặp ở các chú ngựa đua. Loại chấn thương này biểu hiện qua việc cơ bắp bị kéo căng hoặc rách đột ngột, gây ra cảm giác đau nhức và tê cứng không thể bỏ qua. Câu chuyện trở nên thú vị hơn khi biết rằng ngựa đua thường được gọi bằng cái tên "**Charlie**", từ đó, người ta tin rằng cụm từ "charley horse" có nguồn gốc từ đây. Tuy nhiên, giả thuyết này thiếu bằng chứng lịch sử rõ ràng (ghi chú của ND).

khoa xuất sắc, bác sĩ người Anh thế kỷ 18, William Heberden (1710-1801), không chỉ cho thuật ngữ này mà còn cho một trong những mô tả tinh tế nhất về các triệu chứng liên quan. Trong một cuộc thảo luận năm 1768 về các loại đau ngực, ông viết:

*"Có một rối loạn của ngực, được đánh dấu bởi những triệu chứng mạnh mẽ và đặc trưng, đáng chú ý vì mức độ nguy hiểm của nó, và không quá hiếm gặp, xứng đáng được nhắc đến chi tiết hơn. Vị trí của nó và cảm giác bóp nghẹt cùng với sự lo lắng đi kèm, có thể khiến nó được gọi một cách chính xác là đau thắt ngực."*

*"Những người bị ảnh hưởng bởi nó, thường bị tấn công trong khi họ đang đi bộ, (đặc biệt là khi đi lên dốc và ngay sau khi ăn) với một cảm giác đau đớn và cực kỳ khó chịu trong lồng ngực, dường như có thể dập tắt sự sống nếu nó tăng lên hoặc kéo dài; nhưng ngay khi họ dừng lại, mọi sự khó chịu này biến mất."*

Heberden đã gặp đủ bệnh nhân - "gần một trăm người mắc phải rối loạn này" - để có thể nghiên cứu về sự xuất hiện và tiến triển của bệnh:

*"Nam giới có khả năng mắc bệnh này nhiều hơn, đặc biệt là những người đã qua tuổi năm mươi."*

*Sau một năm hoặc lâu hơn, cơn đau không còn dừng lại ngay lập tức khi người bệnh đứng yên; nó còn xuất hiện không chỉ khi họ đi bộ, mà cả khi họ nằm xuống, đặc biệt là khi nằm nghiêng về bên trái, buộc họ phải đứng dậy khỏi giường. Trong một số trường hợp dai dẳng, cơn đau cũng có thể bắt đầu từ việc cưỡi ngựa, đi xe, hoặc thậm chí từ việc nuốt, ho, đi vệ sinh, nói chuyện, hoặc bất kỳ sự xáo trộn nào của tâm trạng.*

Heberden nhận thấy sự tiến triển không ngừng của bệnh: "*Nếu không có tai nạn nào can thiệp và bệnh tiếp tục phát triển đến đỉnh điểm, bệnh nhân sẽ đột ngột ngã xuống và tử vong gần như ngay lập tức.*"

James McCarty không bao giờ trải qua nhiều cơn đau thắt ngực; ông ấy đã không qua khỏi ngay lần đầu tiên trải nghiệm thiếu máu cục bộ tim. Não ông ta ngừng hoạt động vì trái tim đang rung và cuối cùng đã ngừng đập không thể bơm máu đến não. Não bị thiếu máu cục bộ dần dần chuyển sang trạng thái không sống, theo sau là mọi mô khác trong cơ thể.

Vài năm trước, tôi đã gặp một người đàn ông được cứu sống một cách kỳ diệu sau một cơn đau tim đột ngột dường như đã cướp đi mạng sống của ông. Irv Lipsiner là một nhà môi giới chứng khoán cao lớn, vai rộng, đã là một vận động viên nhiệt huyết suốt đời ông. Mặc dù ông cần insulin để điều trị bệnh tiểu đường đã kéo dài, căn bệnh này dường như không ảnh hưởng đến sức khỏe dẻo dai của ông, ít nhất là theo cái nhìn đầu tiên. Tuy nhiên, ông đã trải qua một cơn nhồi máu cơ tim nhỏ khi ông 47 tuổi, đúng là tuổi mà cha ông qua đời vì cùng một nguyên nhân. Sự cố đó chỉ để lại tổn thương nhẹ cho cơ bắp tim của ông, và ông tiếp tục cuộc sống hoạt bát của mình mà không bị hạn chế.

Vào một buổi chiều muộn ngày thứ Bảy năm 1985, khi ông 58 tuổi, Lipsiner đang bắt đầu giờ chơi tennis thứ ba tại sân trong nhà của Đại học Yale khi hai người chơi cùng ông rời đi, buộc ông phải chuyển từ chơi đôi sang chơi đơn. Cuộc luyện tập vừa mới bắt đầu khi, không hề có cảnh báo hay cơn đau nào báo trước, ông đột ngột gục xuống sàn và bất tỉnh. Hai bác sĩ, may mắn đang chơi ở sân bên cạnh, vội vàng đến giúp đỡ và phát hiện ông có ánh mắt đờ đẫn, không phản ứng, và không thở. Không có nhịp tim. Giả định chính xác rằng ông đang trong trạng thái rung tâm thất (ventricular fibrillation), họ ngay lập tức bắt đầu hồi sinh tim phổi (cardiopulmonary resuscitation), tiếp tục trong thời gian dường như vô tận cho họ, cho đến khi xe cứu thương đến. Đến lúc đó, Lipsiner đã bắt đầu phản ứng, thậm chí nhịp tim tự nhiên đều đặn của ông cũng trở lại khi đường thở của ông được đặt

ống nội khí quản<sup>40</sup> và ông được đưa vào xe cứu thương. Chỉ trong chốc lát, ông đã hoàn toàn tỉnh lại tại phòng cấp cứu của Bệnh viện Yale-New Haven, bản khoăn không hiểu tại sao xung quanh mình lại náo động đến thế<sup>41</sup>.

Sau hai tuần, Lipsiner đã xuất viện, bình phục hoàn toàn từ cơn rung thất. Tôi gặp lại ông vài năm sau, tại trang trại nuôi ngựa nơi ông sinh sống. Mỗi ngày, ông đều dành thời gian tạm gác công việc để cưỡi ngựa hoặc chơi tennis, thường là đánh đơn. Dưới đây là lời kể của Irv Lipsiner về cảm giác như chết đi sống lại trên sân tennis:

*"Điều duy nhất tôi nhớ là mình không hề đau đớn, chỉ đột ngột gục xuống. Rồi tất cả trở nên tối tăm, như thể bạn đang trong một căn phòng nhỏ và vãn công tắc. Điểm khác biệt duy nhất là mọi thứ xảy ra rất chậm. Nói cách khác, ánh sáng không biến mất tức thì [ở đây ông búng tay mình hoạ]. Nó biến mất như thế này [ông vẽ một vòng tròn xuôi tay, như máy bay từ từ quay đều để hạ cánh], dần dần và theo một đường xoắn ốc, giống như- [ông ngáp ngừng một chút rồi thổi hơi ra từ từ]- thế này. Sự chuyển đổi từ sáng sang tối rất rõ ràng, nhưng tốc độ thì... rất từ từ."*

*"Tôi biết mình đã ngã. Cảm giác như ai đó đã rút hết sinh khí ra khỏi tôi. Tôi liên tưởng đến một cảnh tượng- tôi có một con chó bị xe cán, và khi tôi nhìn nó nằm trên mặt đất- nó đã chết- nó vẫn giống hệt con chó cũ, chỉ là như bị thu nhỏ lại. Bạn biết đấy, co lại một cách đồng đều. Đó là cảm giác của tôi. Tôi cảm như thế-[ông phát ra âm thanh như không khí thoát ra khỏi quả bóng]- 'Pffft'."*

Ánh sáng của Lipsiner tắt đi chính xác như vậy vì máu lưu thông đến não bỗng nhiên bị cắt đứt. Khi lượng oxy trong máu, nay đã không còn chảy, dần được tiêu thụ hết, não bắt đầu suy yếu - thị lực và ý thức giảm dần như thể được điều chỉnh bởi sự xoay từ từ của một núm vặn chứ không phải sự đột

---

<sup>40</sup> Nội khí quản (endotracheal tube): Một ống nhựa đặt qua miệng hoặc mũi để thông thoáng đường thở.

<sup>41</sup>Nguyên văn: "what the fuss was all about!"

ngọt của một công tắc. Đó là sự chuyển động chậm rãi của Irv Lipsiner vào quên lãng, và suýt nữa là cái chết. Việc thở miệng vào miệng<sup>42</sup> và massage ngực trong sự hồi sinh tim phổi đã thúc không khí vào phổi và đẩy máu đến các cơ quan thiết yếu cho đến khi trái tim ông, vì lý do riêng của nó, quyết định tiếp tục hoạt động. Giống như hầu hết các trường hợp tử vong đột ngột do tim ở những người không nằm viện, cơn giật của Irv Lipsiner được gây ra bởi rung thất.

Lipsiner không cảm thấy đau do thiếu máu cục bộ. Nguyên nhân có thể của cơn rung thất là do kích thích hóa học tạm thời lên một vùng cực kỳ nhạy cảm trên cơ tim, để lại sau cơn đau tim năm 1974. Không thể chắc chắn về lý do tại sao rung thất xảy ra vào lúc đó; tuy nhiên, một giả thuyết khá hợp lý là nó liên quan đến căng thẳng từ việc chơi tennis quá mức vào chiều thứ Bảy, có thể đã khiến adrenaline được giải phóng thêm vào máu, và điều này có thể đã khiến một động mạch vành co thắt và gây ra nhịp đập không đều. Đó là những biến chứng đôi khi xảy ra của bệnh tim thiếu máu cục bộ mà Lipsiner không hề bị tổn thương mới nào đến tim, mặc dù ông không bao giờ chơi quá hai giờ tennis liên tiếp nữa.

Thực tế là Lipsiner không cảm thấy đau tim kiểu chuột rút trước khi bắt đầu rung thất, làm cho trường hợp này của cơn đau tim trở nên khá bất thường - phần lớn những người đột tử có lẽ đã cảm nhận được cơn đau thiếu máu cục bộ đặc trưng. Giống như cảm giác ở bắp chân, sự khởi phát đau tim do thiếu máu cục bộ là đột ngột và dữ dội. Nó thường được miêu tả bởi người bệnh như là cảm giác siết chặt, hoặc như bị kẹp. Đôi khi nó biểu hiện dưới dạng áp lực nghiền nát, như một trọng lượng đè nặng không thể chịu đựng được, ép vào phần trước của lồng ngực và lan xuống cánh tay trái hoặc lên cổ và hàm. Cảm giác này đáng sợ ngay cả với những người đã trải qua nó nhiều lần, bởi mỗi lần nó tái phát, nó đều đi kèm với nhận thức về khả năng (và là nhận thức rất thực tế) của cái chết sắp đến. Người bệnh có thể đổ mồ hôi lạnh, cảm thấy buồn nôn, hoặc thậm chí nôn mửa. Thường xuyên có cảm giác khó thở.

---

<sup>42</sup> Còn gọi là **Hô hấp miệng miệng**

Nếu tình trạng thiếu máu cục bộ không được giải quyết trong khoảng mười phút, sự thiếu hụt oxy có thể trở nên không thể đảo ngược, và một số cơ tim bị ảnh hưởng sẽ tiếp tục chết đi, quá trình này được gọi là nhồi máu cơ tim (myocardial infarction). Nếu điều đó xảy ra, hoặc nếu sự thiếu hụt oxy đủ để làm rối loạn hệ thống dẫn truyền của tim, khoảng 20% người bệnh sẽ qua đời trong cơn đau đó trước khi kịp đến phòng cấp cứu. Con số này giảm ít nhất một nửa nếu việc vận chuyển đến bệnh viện có thể thực hiện được trong khoảng thời gian mà các bác sĩ tim mạch gọi là "giờ vàng."

Cuối cùng, khoảng 50 đến 60 phần trăm người mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ sẽ qua đời trong vòng một giờ sau một cơn đau tim, dù đó là lần đầu tiên hay lần sau. Với 1.5 triệu người Mỹ mỗi năm trải qua cơn nhồi máu cơ tim (trong đó 70 phần trăm xảy ra tại nhà), không khó để hiểu tại sao bệnh tim mạch vành lại là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở Mỹ, cũng như ở các quốc gia công nghiệp hóa khác trên thế giới. Hầu hết những người sống sót sau mỗi cơn nhồi máu cuối cùng cũng sẽ bị ảnh hưởng bởi sự suy giảm dần dần khả năng bơm máu của tim.

Khi xét đến tất cả nguyên nhân tự nhiên, khoảng 20 đến 25 phần trăm người Mỹ qua đời một cách đột ngột, được định nghĩa là cái chết bất ngờ trong vài giờ sau khi triệu chứng xuất hiện ở những người không nằm viện hoặc không bị giới hạn ở nhà. Trong số những cái chết này, 80 đến 90 phần trăm có nguyên nhân từ tim, phần còn lại do bệnh về phổi, hệ thần kinh trung ương, hoặc mạch máu mà thất trái bơm máu vào, động mạch chủ. Khi cái chết không chỉ đột ngột mà còn tức thì, chỉ có một số ít không phải do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Những nạn nhân của bệnh tim thiếu máu cục bộ bị phản bội bởi chế độ ăn uống, thói quen hút thuốc và sự không chú ý đến những công việc nhà đơn giản như tập thể dục và việc duy trì huyết áp bình thường. Đôi khi chỉ cần gia phả đã tiết lộ họ, qua tiền sử gia đình hoặc bệnh tiểu đường; đôi khi là tính nóng vội và hung hăng mà các bác sĩ tim mạch hiện nay gọi là tính

cách Loại A. Một cách nào đó, người mà cơ tim sẽ bị đau đớn bởi đau thắt ngực giống như học sinh quá tham vọng, người giơ tay lên một cách quyết đoán khi giáo viên tìm kiếm tình nguyện viên - "*Chọn em, chọn em; Em có thể làm tốt hơn bất kỳ ai khác!*" Anh ta dễ dàng được nhận diện, và cái chết sẽ chọn lựa anh ta. Có rất ít sự ngẫu nhiên trong những lựa chọn mà thiếu máu cục bộ tim đưa ra.

Lâu trước khi chúng ta biết đến những nguy hiểm tiềm ẩn của cholesterol, thuốc lá, tiểu đường và tăng huyết áp, giới y học đã bắt đầu nhận ra những đặc điểm cụ thể ở những người dường như đã được định mệnh cho cái chết do tim. William Osler, tác giả của cuốn sách giáo khoa y học đầu tiên vĩ đại của Mỹ vào năm 1892, có thể đã mô tả James McCarty khi ông viết, "Không phải người nhạy cảm thần kinh mà dễ mắc phải đau thắt ngực, mà là người khỏe mạnh, năng động về tâm trí và cơ thể, người đàn ông nhiệt huyết và tham vọng, chỉ số của động cơ luôn ở *tốc độ cao nhất*." Qua tốc độ đo của họ mà bạn biết họ.

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ y học, vẫn còn rất nhiều người chết với cơn đau tim đầu tiên của họ. Giống như Lipsiner may mắn, hầu hết họ không thực sự chịu cái chết của cơ tim mà trở thành nạn nhân của một nhịp đập đột ngột trở nên rối loạn do ảnh hưởng của thiếu máu cục bộ (hoặc đôi khi là thay đổi hóa học cục bộ) lên hệ thống dẫn điện đã nhạy cảm từ một tổn thương trước đó, dù nó được nhận biết hay không. Nhưng cách thường xuyên mà mọi người chết vì bệnh tim thiếu máu cục bộ ngày nay không phải là cách của Lipsiner hoặc McCarty. Sự suy giảm thường diễn ra từ từ, với nhiều cảnh báo và điều trị thành công trước khi bị triệu tập cuối cùng. Việc tiêu diệt từng phần cơ tim diễn ra trong một khoảng thời gian hàng tháng hoặc hàng năm, cho đến khi cái bơm bị bao vây và suy nhược đó đơn giản là thất bại. Sau cùng, nó đầu hàng, không phải vì thiếu sức lực mà bởi hệ thống điều khiển, trách nhiệm phối hợp các tín hiệu điện, không còn khả năng khôi phục sau một sự cố nữa.



Các bác sĩ phòng thí nghiệm, vững tin rằng y học là một ngành khoa học, đã đạt được nhiều thành tựu đến mức các bác sĩ lâm sàng, nhận thức được y học cũng là một nghệ thuật, thường xuyên có thể cung cấp cho bệnh nhân tim mạch những giai đoạn cải thiện và sức khỏe ổn định thông qua việc chọn lựa kỹ lưỡng thời điểm và phương pháp điều trị.

Tuy nhiên, mỗi ngày vẫn có khoảng một nghìn năm trăm người Mỹ qua đời vì thiếu máu cục bộ tim, dù bệnh tiến triển nhanh chóng hay chậm rãi. Dù các biện pháp phòng ngừa và phương pháp điều trị hiện đại đã giảm bớt con số này từ giữa những năm 1960, nhưng việc thay đổi bức tranh tổng thể cho phần lớn những người mang bệnh hiện nay hoặc sẽ được chẩn đoán trong thập kỷ tới là điều gần như không thể. Căn bệnh khắc nghiệt này, giống như nhiều nguyên nhân khác của cái chết, là một chuỗi tiến triển không ngừng, với vai trò cuối cùng là kết thúc sự sống của con người trên hành tinh này.

Để hiểu rõ chuỗi sự kiện dẫn đến việc mất dần khả năng bơm máu hiệu quả của trái tim, cần thiết phải nắm bắt những đặc tính kỳ diệu giúp nó hoạt động chính xác khi khỏe mạnh. Đây sẽ là nội dung chính của những trang đầu tiên trong chương tiếp theo.

## CHƯƠNG II. MỘT LÁ VALENTINE VÀ LÝ DO TẠI SAO NÓ KHÔNG THÀNH CÔNG

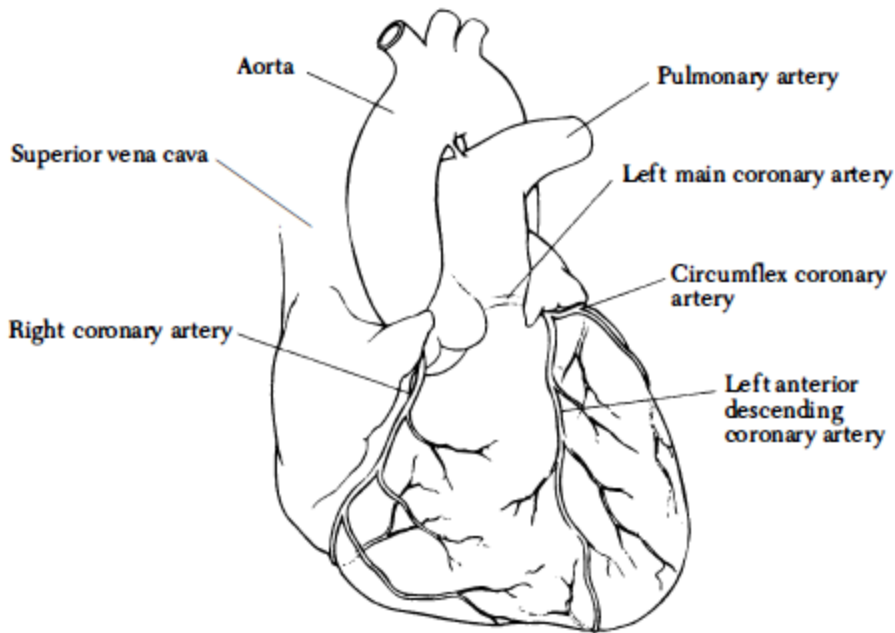
Như mọi đứa trẻ đều biết, trái tim có hình dáng rất giống với một lá valentine. Nó chủ yếu được tạo nên từ cơ, gọi là cơ tim (myocardium), bao quanh một không gian lớn ở trung tâm được chia thành bốn buồng. Một bức tường mô dọc từ trước ra sau, gọi là vách ngăn (septum), chia không gian lớn này thành hai phần phải và trái. Một tấm ngang, vuông góc với vách ngăn, chia mỗi phần thành phần trên và dưới, tạo nên tổng cộng bốn buồng.



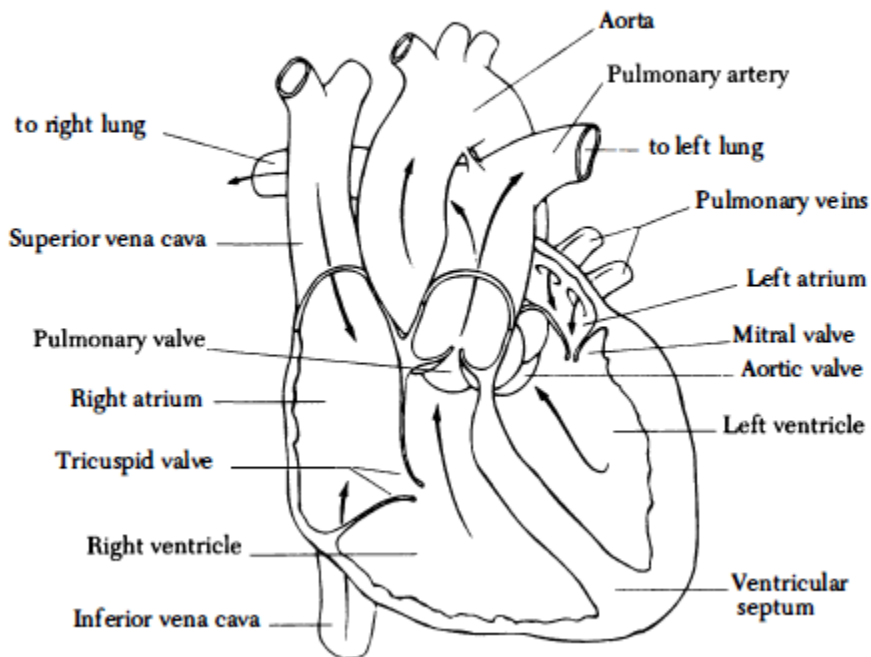
Do sự độc lập nhất định giữa chúng, các phần ở hai bên của vách ngăn dọc thường được gọi là tim phải và tim trái. Ở mỗi bên, tấm ngang phân chia phần trên và dưới có một lỗ trung tâm được trang bị van một chiều, cho phép máu dễ dàng từ buồng trên (tâm nhĩ) chảy xuống buồng dưới (tâm thất).

Trong trái tim khỏe mạnh, các van đóng chặt khi tâm thất đầy, để ngăn máu trào ngược trở lại tâm nhĩ. Tâm nhĩ chủ yếu là buồng tiếp nhận, và tâm thất là buồng bơm. Do đó, cơ tim xung quanh phần trên của trái tim không cần phải dày như phần dưới, nơi có các tâm thất mạnh mẽ hơn.

*Exterior of a normal adult heart showing the coronary arteries*



*Diagrammatic section cut through a normal heart with arrows indicating the blood flow*



Theo một nghĩa nào đó, chúng ta sở hữu không phải một mà là hai trái tim, gắn kề nhau qua vách ngăn; mỗi cái có một buồng trên để tiếp nhận và một buồng dưới để bơm máu. Hai trái tim này thực hiện các nhiệm vụ khác nhau rõ rệt: Trái tim bên phải tiếp nhận máu "đã được sử dụng" từ các mô và đẩy nó qua một quãng ngắn đến phổi, nơi nó được bổ sung oxy mới; ngược lại, trái tim bên trái tiếp nhận máu giàu oxy trở về nhưng không thể duy trì áp suất máu đủ cao để nuôi sống cơ thể, đặc biệt là não. Tình trạng cuối cùng này được gọi là sốc tim mạch (cardiogenic shock<sup>43</sup>). Sốc tim mạch và phù phổi<sup>44</sup> là những thách thức lớn nhất với tim mạch, luôn được giải quyết ở các khoa chăm sóc đặc biệt và phòng cấp cứu. Bệnh nhân cùng đội ngũ y tế thường chiến thắng trong hầu hết các trường hợp, dù chỉ là tạm thời.

Chúng kiến những cuộc chiến ác liệt này hàng ngàn lần, cùng với kinh nghiệm tham gia hoặc chỉ đạo trong nhiều năm, tôi nhận ra sự kết hợp nghịch lý giữa nỗi buồn con người và quyết tâm lạnh lùng trong lâm sàng. Điều này thúc đẩy cảm giác gấp gáp trong mỗi chiến binh đầy đam mê. Dù bận rộn và hỗn loạn, công việc vẫn được hoàn thành và đôi khi còn đạt được thành công.

Dù có vẻ hỗn loạn, tất cả quy trình hồi sức đều tuân theo một mô hình cơ bản nhất định. Bệnh nhân thường bất tỉnh do não không nhận đủ máu, và ngay lập tức được một nhóm y tế bao quanh với mục tiêu kéo họ trở về từ bờ vực tử thần bằng cách ngừng rung tâm thất hoặc đảo ngược phù phổi, hoặc cả hai. Một ống thở được đưa nhanh chóng qua miệng vào khí quản để bơm oxy dưới áp lực vào, làm giãn nở phổi đang chứa đầy dịch. Nếu bệnh nhân rung tâm thất, những miếng đệm kim loại lớn được đặt trên ngực và một xung điện 200 joule được sử dụng để cố gắng ngừng sự co giật không hiệu quả, hy vọng nhịp tim sẽ trở lại bình thường, điều này thường xảy ra.

---

<sup>43</sup> Sốc tim (cardiogenic shock): Là tình trạng nghiêm trọng khi tim không thể bơm đủ máu để đáp ứng nhu cầu của cơ thể, dẫn đến huyết áp quá thấp để duy trì sự sống.

<sup>44</sup> Phù phổi: Là tình trạng tích tụ dịch trong các phế nang của phổi, gây khó thở và là một tình trạng khẩn cấp y tế.

Nếu không có nhịp tim hiệu quả, một thành viên trong đội ngũ sẽ bắt đầu thực hiện ép tim có nhịp độ bằng cách dùng gót bàn tay ép mạnh vào phần dưới cùng của xương ức với tốc độ khoảng một nhịp mỗi giây. Bằng cách ép các tâm thất giữa xương ức phía trước và cột sống phía sau, máu được bơm ra hệ thống tuần hoàn, duy trì sự sống cho não và các cơ quan quan trọng khác. Khi phương pháp massage tim từ bên ngoài<sup>45</sup> này hiệu quả, mạch máu có thể cảm nhận được từ xa như ở cổ và háng. Mặc dù có thể nghĩ ngược lại, nhưng việc massage qua lồng ngực kín lại mang lại kết quả tốt hơn nhiều so với ép tim trực tiếp bằng tay, phương pháp duy nhất được biết đến từ cuộc gặp gỡ của tôi với sự cứng đầu của cơ tim James McCarty khoảng bốn mươi năm trước.

Đến thời điểm này, các ống truyền dịch tĩnh mạch<sup>46</sup> đã được gắn để truyền thuốc tim, và các ống nhựa lớn hơn gọi là đường truyền trung tâm<sup>47</sup> đang được chèn nhanh chóng vào các tĩnh mạch chính. Thuốc được tiêm vào ống truyền có nhiều mục đích: chúng giúp kiểm soát nhịp đập, giảm tính kích thích của cơ tim, tăng cường lực co bóp và loại bỏ dịch thừa từ phổi để thận có thể tiêu thụ. Mỗi ca hồi sức lại mang một kịch bản riêng. Dù có mô hình chung, nhưng mỗi chuỗi hành động, phản ứng với massage và thuốc, khả năng phục hồi của từng trái tim - tất cả đều không giống nhau. Điều chắc chắn, dù có được bày tỏ hay không, là đội ngũ y bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên đang chiến đấu không chỉ với cái chết mà còn với sự không chắc chắn của bản thân. Trong hầu hết các ca hồi sức, những nghi vấn này được giảm bớt xuống hai vấn đề chính: Chúng ta có đang thực hiện đúng phương pháp không? Và liệu chúng ta có nên hành động hay không?

Quá thường xuyên, mọi nỗ lực đều vô ích. Ngay cả khi câu trả lời chính xác cho cả hai câu hỏi là có một cách khẳng định, sự rung tâm thất có thể vượt qua khả năng chỉnh sửa, cơ tim không phản ứng với thuốc, trái tim ngày

---

<sup>45</sup> Massage tim bên ngoài: Là một kỹ thuật cấp cứu dùng để duy trì lưu thông máu khi tim ngừng đập, bằng cách áp dụng áp lực lên lồng ngực.

<sup>46</sup> Dây truyền tĩnh mạch (IV - Intravenous Therapy chứ không phải "số 4 La Mã"): Là phương pháp truyền dịch, dung dịch hoặc thuốc trực tiếp vào tĩnh mạch.

<sup>47</sup> Đường truyền trung tâm: Là ống truyền được đặt vào một tĩnh mạch lớn, thường được sử dụng để truyền thuốc, dịch nuôi dưỡng hoặc để đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

càng trở nên yếu ớt và kháng cự lại massage, rồi mọi nỗ lực cứu chữa đều trở nên vô nghĩa. Khi não bị thiếu oxy quá hai đến bốn phút, tổn thương trở nên không thể đảo ngược.

Trong thực tế, số người sống sót sau cơn ngừng tim rất ít, đặc biệt là trong số những bệnh nhân nặng đang được điều trị tại bệnh viện. Chỉ khoảng 15% bệnh nhân dưới 70 tuổi có khả năng được xuất viện sống, trong khi đó gần như không có hy vọng đối với những người cao tuổi hơn, ngay cả khi đội ngũ hồi sức tim (CPR) cố gắng hết sức. Đối với những trường hợp ngừng tim ngoài bệnh viện, chỉ có từ 20 đến 30% cơ hội sống sót, và thường là những người phản ứng nhanh với CPR. Nếu không có phản ứng khi đến phòng cấp cứu, cơ hội sống sót gần như không còn. Hầu hết những người phản ứng lại là nạn nhân của rung thất.

Các y bác sĩ trẻ tuổi, với sự kiên định, chứng kiến đồng tử bệnh nhân không còn phản ứng với ánh sáng và dần dần giãn ra thành những vòng tròn đen lớn, không thể xuyên thấu. Với sự miễn cưỡng, họ phải dừng lại tất cả nỗ lực, biến cảnh tượng từ một hình ảnh đầy sức sống của một việc cứu hộ hùng hồn thành một bầu không khí chìm trong thất vọng và u ám.

Bệnh nhân qua đời trong sự cô đơn giữa những khuôn mặt xa lạ - những người tốt bụng, đồng cảm và quyết tâm duy trì sự sống cho anh ta, nhưng rốt cuộc vẫn là những người lạ. Ở đây, không còn giữ được phẩm giá của cuộc sống. Khi những người Samaritan<sup>48</sup> trong lĩnh vực y tế này đã dừng cuộc đấu tranh của mình, căn phòng tràn ngập trong đông đảo nát của chiến dịch đã thất bại, thậm chí còn hơn cả trường hợp của McCarty vào buổi tối anh ta qua đời. Trung tâm của sự tàn phá là một thi thể, không còn thu hút sự quan tâm của những người, chỉ vài phút trước, còn đang nỗ lực giành lại sự sống cho linh hồn người đàn ông từng chiếm lấy nó.

---

<sup>48</sup> Trong ngữ cảnh này, "**những người Samaritan**" được sử dụng để mô tả những nhân viên y tế đang cố gắng cứu chữa bệnh nhân. Thuật ngữ này dựa trên câu chuyện "Người Samaritan nhân hậu" trong Kinh thánh, một người đã giúp đỡ một người đàn ông bị thương mà không quan tâm đến sự khác biệt về dân tộc hay tôn giáo giữa họ. Trong trường hợp này, "những người Samaritan" được dùng để nhấn mạnh lòng tốt, sự đồng cảm và cam kết mạnh mẽ của nhân viên y tế dành cho việc duy trì sự sống, bất chấp việc bệnh nhân là một người lạ mặt với họ.

Những gì đã xảy ra là điểm cao của một chuỗi sự kiện sinh học dễ hiểu. Dù do gen lập trình, thói quen cuộc sống tự áp đặt, hay như thường thấy, sự kết hợp của cả hai, các động mạch vành của người đàn ông không thể cung cấp đủ máu nuôi cơ bắp tim; nhịp tim trở nên không hiệu quả, não quá lâu không nhận oxy và người đàn ông qua đời. Khoảng 350.000 người Mỹ hàng năm gặp phải cơn ngừng tim, và đa số qua đời; ít hơn một phần ba xảy ra trong bệnh viện. Thường không có báo hiệu nào về cái chết đột ngột. Dù trái tim đã chịu đựng bao nhiêu thiếu máu (ischemia) trước đó, sự lỗi nhịp có thể xảy ra đột ngột. Khoảng 20% người, cái chết có thể đến, như trường hợp của Lipsiner, mà không hề đau đớn. Bí ẩn của cái chết được tạo nên bởi những người còn sống. Đó là sự tưởng nhớ cho tinh thần con người, khi cuộc sống trước đó chiến thắng trước cái xấu mà hầu hết chúng ta sẽ trải qua khi chết đi, hoặc khi chúng ta bước đến những khoảnh khắc cuối cùng.

Cái chết không chỉ liên quan đến trái tim. Đó là quá trình mà mỗi mô trong cơ thể tham gia, mỗi loại theo cách và tốc độ riêng của mình. Từ quan trọng ở đây là "quá trình", không phải hành động, khoảnh khắc, hay bất kỳ thuật ngữ nào khác ám chỉ một thời điểm ngừng khi linh hồn rời đi. Ở thể hệ trước, cái kết của nhịp tim yếu ớt được xem là dấu hiệu của cái chết, như thể sau đó sự im lặng đột ngột báo hiệu sự kết thúc không lời. Đó là một khoảnh khắc cụ thể, có thể được ghi lại trong lịch sử cuộc sống, đánh dấu dấu chấm hết sau từ cuối cùng.

Theo định nghĩa pháp lý hiện nay, cái chết được hiểu là khi não bộ ngừng hoạt động, dù trái tim vẫn có thể đang đập và tủy xương vẫn sản xuất tế bào mới. Cuộc đời của một người không thể kéo dài hơn não bộ của họ. Não chết dần, như chính Irv Lipsiner đã cảm nhận. Cùng với não, từng tế bào trong cơ thể cũng lần lượt bị chết đi, kể cả những tế bào mới sinh trong tủy. Quá trình này, mà qua đó các mô và cơ quan dần dần mất đi sinh khí trước và sau khi cái chết được chính thức xác nhận, chính là bản chất thực sự của việc chết. Dù chưa được bàn luận ngay, nhưng trước hết, ta cần nhìn nhận cái chết từng bước qua quá trình già đi.

## CHƯƠNG III. TUỔI THẤT TUẦN <sup>49</sup>

**Không ai chết vì tuổi già**, hoặc ít nhất là như vậy nếu những người làm công tác bảo hiểm được quyền lập pháp. Mỗi tháng Giêng, ngay khi sự khắc nghiệt của mùa đông đã siết chặt lấy mình với cái lạnh cắt da cắt thịt của nó, chính phủ Mỹ công bố **Báo cáo Sơ bộ về Thống kê Tử vong Cuối cùng**<sup>50</sup> hàng năm. Không có trong danh sách mười lăm nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cũng như bất cứ đâu trong bản tóm tắt vô hồn này có thể tìm thấy một danh mục cho những người trong số chúng ta chỉ đơn giản là phai mờ đi. Trong sự chần chừ của nó, Báo cáo gán một danh mục lâm sàng cụ thể của một số bệnh lý gây tử vong cho mỗi người cao tuổi và lão niên trong những cột dữ liệu gọn gàng của mình. Ngay cả những người ít ỏi có tuổi được ghi bằng ba con số cũng không tránh khỏi việc được gọi tên một cách trật tự bởi những người lập bảng.

Mọi người đều bắt buộc phải chết vì một tình trạng y khoa được đặt tên, theo lệnh không chỉ của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh mà còn của sắc lệnh toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới. Trong ba mươi lăm năm làm bác sĩ được cấp phép, tôi chưa bao giờ dám viết "Tuổi Già" trên một giấy chứng tử, biết rằng mẫu đơn sẽ được trả lại cho tôi với một ghi chú ngăn gọn từ một nhân viên ghi sổ chính thức thông báo tôi đã vi phạm pháp luật. Ở mọi nơi trên thế giới, việc chết vì tuổi già là bất hợp pháp.

Các nhà bảo hiểm dường như không thể chấp nhận một hiện tượng tự nhiên trừ khi nó được định nghĩa rõ ràng đến mức có thể phân loại một cách gọn gàng vào một danh mục riêng biệt và dễ mô tả. Báo cáo hàng năm của các kế toán tử vong liên bang rất ngăn nắp - không mấy sáng tạo và theo tôi, không hoàn toàn phản ánh được cuộc sống thực tế (và cái chết thực sự), nhưng dù sao vẫn rất ngăn nắp. Tôi tin chắc rằng có rất nhiều người chết vì tuổi già. Bất kể những chẩn đoán khoa học nào tôi đã ghi trên

---

<sup>49</sup> Three Score and Ten:  $20 \times 3 + 10 = 70$  😞

<sup>50</sup> Advance Report of Final Mortality Statistics



giấy chứng tử của tiểu bang để thỏa mãn Cục Thống kê Sinh tử<sup>51</sup>, tôi hiểu rõ hơn.

Tại bất kỳ thời điểm nào, khoảng 5% người cao tuổi của quốc gia chúng ta sống trong các cơ sở chăm sóc dài hạn. Nếu họ đã ở đó lâu hơn khoảng sáu tháng, phần lớn họ sẽ không bao giờ rời khỏi các viện dưỡng lão này khi còn sống, ngoại trừ có thể là một chuyến đi ngắn cuối cùng đến bệnh viện, nơi một bác sĩ trực nhà trẻ tuổi cuối cùng sẽ điền vào một trong những giấy chứng tử đúng mục đích. Những người cao tuổi này chết vì cái gì? Mặc dù các bác sĩ của họ cần mẫn ghi chép những tình trạng rõ ràng như đột quỵ, suy tim, hoặc viêm phổi<sup>52</sup>, những người già này thực sự đã chết vì một phần nào đó trong họ đã mòn. Trước khi y học khoa học phát triển, mọi người đều hiểu điều này.

Vào ngày 5 tháng 7 năm 1814, ở tuổi 71, Thomas Jefferson viết cho John Adams, lúc đó 78 tuổi, rằng: "Nhưng các cỗ máy của chúng ta giờ đã chạy được bảy mươi hoặc tám mươi năm, và chúng ta phải kỳ vọng rằng, mòn mỏi như chúng đã, ở đây một trục, ở đó một bánh xe, bây giờ một bánh răng, lần tới một lò xo, sẽ dần dần hỏng; và dù chúng ta có thể sửa chữa chúng một thời gian, cuối cùng tất cả sẽ ngừng hoạt động."

Dù biểu hiện thể chất của nó có thể rõ ràng trong não hay trong sự chậm chạp của hệ thống miễn dịch của người già, điều đó chẳng qua chỉ là sự cạn kiệt của sinh lực. Tôi không thực sự có ý cãi vã với những ai khẳng định áp dụng sự đặc thù của bệnh lý vi mô đã được nghiên cứu trong phòng thí nghiệm để đáp ứng yêu cầu khắt khe của quan điểm y sinh học của họ - tôi chỉ cho rằng họ đã bỏ qua điểm mấu chốt.

---

<sup>51</sup> The Bureau of Vital Statistics

<sup>52</sup> Viêm phổi (Pneumonia): Là một bệnh nhiễm trùng ảnh hưởng đến một hoặc cả hai phổi, gây viêm và tích tụ dịch trong các túi khí của phổi, làm khó thở, ho, sốt, và đôi khi đau ngực. Viêm phổi có thể do vi khuẩn, virus hoặc nấm gây ra và cần được điều trị bằng thuốc kháng sinh hoặc các biện pháp hỗ trợ khác tùy theo nguyên nhân.

Ngay khi tôi bắt đầu ý thức về cuộc sống, tôi cũng bắt đầu quá trình dài theo dõi ai đó dần dần qua đời vì tuổi già. Chưa từng có nhà thống kê nào thuyết phục được tôi rằng nguyên nhân tử vong được chứng nhận của bà tôi không phải là một sự lẩn tránh được hợp pháp hóa của quy luật tự nhiên lớn hơn. Bà tôi đã 78 tuổi khi tôi được sinh ra, mặc dù giấy tờ nhập cư đã ngả vàng của bà tuyên bố rằng bà chỉ mới 73 - 25 năm trước tại Đảo Ellis, bà đã chọn tự nhận mình trẻ hơn so với thực tế, bởi vì bà được bảo rằng con số 49 sẽ được chấp nhận dễ dàng hơn so với 54 bởi vị quan chức Mỹ nghiêm nghị, mặc đồng phục có nút cài đồng, người đã đặt ra những câu hỏi trực tiếp mà bà cho là quan trọng cho việc bà được nhập cảnh. Do đó, tôi không phải là người đầu tiên trong gia đình mình mà nỗi sợ bị chính phủ từ chối đã dẫn đến việc khai man.

Ba thế hệ gia đình tôi đã chia sẻ một căn hộ bốn phòng ở Bronx, tổng cộng sáu người: bà tôi, dì Rose độc thân của tôi, bố mẹ tôi, anh trai tôi và tôi. Vào thời điểm đó, việc gửi một bậc cha mẹ già đến một trong số ít các cơ sở có sẵn là điều không thể tưởng tượng được. Ngay cả khi có ý định, điều đó hiếm khi được thực hiện, đơn giản là không thể. Nửa thế kỷ trước, đối với người như chúng tôi, việc đuổi một bậc cha mẹ già được coi là một hành động lạnh lùng trốn tránh trách nhiệm và phủ nhận tình yêu thương.

Trường cấp ba của tôi chỉ cách nhà ở xã hội nửa khối nhà, và khoảng cách đến trường đại học của tôi cũng chỉ là một chuyến đi bộ không quá hai mươi phút. Mỗi sáng, bà tôi đều chuẩn bị cho tôi một chiếc bánh sandwich nhỏ và một quả táo, đặt chúng vào túi giấy nâu, mà sau đó tôi kẹp chặt giữa sách vở và cánh tay khi tôi lên khuôn viên xanh mướt trên đồi. Dọc đường, tôi được gặp gỡ bạn bè, những người tôi quen từ thời PS 33<sup>53</sup>. Đến giờ học thứ hai buổi sáng, chiếc túi thường trở nên nhờn nhợt vì lớp bơ dày mà bà tôi luôn bôi một cách rộng rãi trên bánh Silvercup. Đến tận bây giờ, tôi vẫn không thể nhìn thấy vết bẩn dầu trên giấy nâu mà không bị ám ảnh bởi nỗi nhớ ngọt ngào.

---

<sup>53</sup> Mình không biết dịch sao cho đúng, nên để lại nguyên văn: "I would be joined by chums whom I had known since PS 33"

Hàng ngày vào buổi sáng sớm, dì Rose và bố tôi đều ra đi, lên tàu điện ngầm tới nơi làm việc tại phân khu may mặc ở Manhattan. Mẹ tôi đã qua đời khi tôi mới mười một tuổi, và tôi là đứa cháu yêu quý của bà tôi. Trừ khi phải nhập viện vì viêm ruột thừa, và hai khoảng thời gian nửa tháng khi một người thân có điều kiện tài trợ cho tôi tham gia trại hè ngắn hạn, tôi đã dành phần lớn thời gian mỗi ngày bên bà. Mà không hề hay biết, tôi đã dành mười tám năm đầu đời quan sát bà tôi dần dần rời xa cuộc đời.

Khi sáu người cùng sống trong một căn hộ chỉ gồm bốn phòng nhỏ, hầu như không có bí mật nào được giữ kín. Trong tám năm cuối, bà tôi đã chia sẻ phòng ngủ với dì và tôi. Đến ngày tôi hoàn thành bài tập đại học cuối cùng, bài tập về nhà của tôi luôn được làm trên một bàn nhỏ đặt giữa phòng khách nhỏ của chúng tôi, trong khi các sinh hoạt gia đình tiếp diễn cách tôi chỉ vài bước chân. Khi tôi hoàn tất việc học, tôi sẽ gấp cái bàn và chiếc ghế gấp lại và cất chúng vào góc phòng, phía sau cánh cửa mở từ hành lang vào phòng khách. Nếu tôi để lại bất kỳ mảnh giấy nào, tôi sẽ nghe phàn nàn từ bà tôi.

Chúng tôi không gọi bà là "Bà", bởi "Bà" chỉ nói được một vài từ tiếng Anh đơn âm tiết. Tôi và anh trai tôi gọi bà bằng tên tiếng Yiddish<sup>54</sup>, "Bubbeh", và bà gọi chúng tôi là Herschel (tên thực của anh trai tôi là Harvey) và Shepsel. Đến tận bây giờ, mọi người vẫn gọi tôi là Shep, và đó là kỷ niệm về Bubbeh tôi.

Cuộc đời của Bubbeh chưa bao giờ thuận lợi. Như nhiều người nhập cư Đông u khác, chồng bà đã đi trước bà đến "miền đất hứa" của nước Mỹ, mang theo hai đứa con trai của họ, và để lại bà với bốn cô con gái nhỏ trong một ngôi làng nhỏ ở Belarus trong nhiều năm. Chỉ vài năm sau khi gia đình đoàn tụ tại một căn hộ chật hẹp ở Rivington Street, khu Lower East Side

---

<sup>54</sup> Tiếng Yiddish là một ngôn ngữ có nguồn gốc từ tiếng Đức với sự ảnh hưởng và vay mượn từ tiếng Do Thái, tiếng Slavic, và các ngôn ngữ khác. Ngôn ngữ này chủ yếu được nói bởi các cộng đồng Do Thái ở Trung và Đông u trước Thế chiến thứ hai và bởi các cộng đồng người Do Thái di cư trên khắp thế giới sau đó.

của New York - căn hộ này còn chật chội hơn vì phải chia sẻ với các họ hàng khác - ông nội tôi và cả hai cậu con trai đã qua đời liên tiếp nhau, không rõ là do lao hay cúm.

Vào thời điểm này, ba trong số bốn cô con gái đã bắt đầu làm việc tại các xưởng may, mang lại nguồn thu nhập nhất định cho gia đình. Bubbeh đã tận dụng một khoản trợ cấp từ một tổ chức từ thiện Do Thái để đặt cọc mua một trang trại rộng 200 mẫu Anh gần Colchester, Connecticut. Bà tham gia vào một nhóm lớn người cùng quốc tịch đang làm việc tương tự. Như những người khác, bà cũng bắt tay vào việc cạnh tranh với sự giúp đỡ của một loạt người làm thuê, chủ yếu là người nhập cư từ Ba Lan, những người không biết nhiều tiếng Anh hơn bà. Quãng thời gian khắc nghiệt này làm thế nào bà có thể vượt qua vẫn là một câu hỏi, bởi vì trang trại không mấy màu mỡ. Nguồn thu nhập chính, dù khiêm tốn, lại đến từ sự đóng góp của gia đình và bạn bè từ quê hương, những người tạm trú tại đây để tránh khỏi nguy cơ mắc bệnh lao từ sự đông đúc ở phường thứ mười của Lower Manhattan.

Bubbeh đã trở thành nguồn động viên và sức mạnh giúp họ đối mặt với cuộc sống hỗn loạn, mới mẻ tại Mỹ, giống như một người mẹ và thầy giáo cho những người nhập cư trẻ đang gặp khó khăn. Dù không thể giao tiếp bằng tiếng Anh một cách trôi chảy, bà vẫn hiểu được quy tắc và nhịp độ của cuộc sống ở đất mới. Nếu ở quê nhà có những **rabbi kỳ diệu**<sup>55</sup>, thì ở nơi mới này, họ đã tìm thấy một nguồn cảm hứng nữ mạnh mẽ, và gọi bà là Tante Peshe, một danh hiệu không thể dịch đầy đủ sang tiếng Việt, nghĩa là "Dì Pauline," người đã trở thành chỗ dựa tinh thần cho một cộng đồng lớn những người cháu tự nhận, một số trong số họ chỉ nhỏ hơn bà vài tuổi mà thôi. Khi tất cả các cô con gái, trừ một, đã lập gia đình, họ buộc phải bán đi trang trại. Nhưng trước khi điều đó xảy ra, Anna, cô con gái lớn nhất, đã qua đời vì sốt sau khi sinh con, và người chồng trẻ của cô đã rời bỏ họ để tiếp tục cuộc sống của mình. Đau buồn với đứa cháu nhỏ của Anna, Bubbeh đã

---

<sup>55</sup> wonder rabbis

nuôi nấng bé trên trang trại như con đẻ của mình. Bé đã ở tuổi thanh thiếu niên khi trang trại được bán và giai đoạn sống tại Bronx bắt đầu.

Khi tôi mới mười một tuổi, Dì Rose trở thành đứa con duy nhất còn sống của bà ngoại tôi. Một người em đã qua đời từ khi còn ấu thơ, còn các em khác đã mất ở đất mới nơi họ gửi gắm ước mơ. Bà ngoại, lúc bấy giờ đã 89 tuổi, là hình ảnh một người phụ nữ nhỏ bé, kiệt sức nhưng vẫn kiên trì giữ lửa cho cuộc sống vì ba đứa cháu nhỏ của mình: anh trai tôi, tôi, và Arline, cô em họ 13 tuổi.

Arline chuyển đến sống cùng chúng tôi hai năm trước, sau khi mẹ cô qua đời vì suy thận; cô đã rời đi sống với gia đình bên nội khi mẹ tôi mất vì ung thư, không lâu sau sinh nhật lần thứ mười một của tôi. Cuộc đời góa phụ dài của Bubbeh chìm trong nỗi buồn không nguôi với bao cuộc đấu tranh, bệnh tật, và cái chết. Những hy vọng của bà dần bị chôn vùi cùng chồng và sáu đứa con dưới lòng đất. Chỉ còn lại Dì Rose và ba đứa chúng tôi, sinh ra ở quê hương đã biến mơ ước thành nỗi đau.

Có lẽ sau khi mẹ tôi mất, tôi mới thực sự nhận ra bà ngoại của mình già nua đến nhường nào. Từ khi còn nhỏ, tôi thường tìm niềm vui bằng cách chơi với làn da chùng, thiếu đàn hồi trên mu bàn tay và khuỷu tay của bà, nhẹ nhàng kéo giãn như kẹo taffy, rồi quan sát nó từ từ trở lại vị trí ban đầu với vẻ thả lỏng khiến tôi nghĩ đến mật ong. Bà thường vờ giận dữ và tát vào tay tôi mỗi khi tôi làm vậy, khiến tôi cười khúc khích cho đến khi ánh mắt của bà lộ rõ niềm vui mắc cỡ. Thực tế, bà thích được tôi chạm vào, như tôi đã yêu quý những cái chạm của bà.

Về sau, tôi nhận ra mình có thể tạo nên một lõm nhỏ trên da chỉ bằng cách ấn mạnh da phủ qua chiếc tất lisle vào xương chân với đầu ngón tay<sup>56</sup>. Quá trình để lõm đó tự lấp đầy và mất đi mất một khoảng thời gian khá dài. Chúng tôi thường ngồi yên lặng, cùng nhau chứng kiến điều đó. Theo thời

---

<sup>56</sup> Có lẽ có 1 lỗi typo nhỏ trong tác phẩm, nguyên văn tiếng Anh: "**Later, I became aware that I could produce a shallow pit in the tissues of her *shin* simply by pressing the lislestockinged skin hard against the bone with my fingertip**". Có lẽ *shin* chính là *skin*.

gian, những lốm này trở nên sâu hơn và thời gian để chúng biến mất cũng kéo dài hơn.

Bà ngoại đi lại từng phòng một với đôi chân đi dép, luôn cẩn trọng. Theo thời gian, bước đi của bà chuyển thành lê chân, cuối cùng là kiểu trượt nhẹ nhàng, chân không bao giờ rời khỏi sàn nhà. Nếu cần di chuyển nhanh hơn một chút, hoặc khi bà tức giận với chúng tôi, bà bắt đầu thở gấp, dường như việc mở miệng thở sâu giúp bà dễ thở hơn. Đôi khi, bà để lưỡi lè ra một chút qua môi dưới, như thể muốn hấp thụ thêm oxy qua bề mặt lưỡi. Tôi không biết, nhưng thực ra bà đang bắt đầu quá trình chuyển sang suy tim tắc nghẽn. Chắc chắn, tình trạng này càng trở nên nghiêm trọng do sự giảm lượng oxy mà máu già có thể hấp thụ từ mô lão hóa của phổi già.

Dần dần, thị lực của bà cũng bắt đầu suy giảm. Ban đầu, nhiệm vụ của tôi là khâu chỉ vào kim may cho bà, nhưng khi bà không còn có thể điều khiển đôi tay mình, bà ngừng vá vén hoàn toàn, và những lỗ hổng trên tất và áo sơ mi của tôi phải đợi đến những phút giây buổi tối hiếm hoi mà dì Rose, dù luôn mệt mỏi, có thể giành ra. Dì đã cười nhạo những nỗ lực yếu ớt của tôi khi tự học cách may. (Nhìn lại, có vẻ như không tưởng tượng nổi rằng một ngày nào đó tôi sẽ trở thành một bác sĩ phẫu thuật; bà ngoại sẽ rất tự hào và ngạc nhiên.)

Sau vài năm, bà không còn thấy đủ rõ để rửa bát hay quét nhà nữa, vì bà không thể phân biệt được bụi bẩn. Dù vậy, bà không bao giờ từ bỏ, trong một nỗ lực vô ích nhằm giữ lấy chút ít bằng chứng về sự hữu ích của mình. Những nỗ lực kiên trì dọn dẹp của bà trở thành nguyên nhân của một số mâu thuẫn hàng ngày, có lẽ khiến bà cảm thấy càng ngày càng tách biệt khỏi chúng tôi. Khi bước vào tuổi thiếu niên, tôi chứng kiến những biểu hiện cố chấp cuối cùng của bà biến mất và bà trở nên gần như dịu dàng. Bà luôn nhẹ nhàng với chúng tôi, nhưng sự dịu dàng là điều mới mẻ - có lẽ đó không chỉ là sự dịu dàng mà là sự rút lui, một sự chấp nhận trước sức mạnh ngày càng lớn của các tật nguyên về thể chất, một cách tinh tế làm tăng khoảng cách giữa bà với chúng tôi và cuộc sống.

Bà ngoại đi lại từng phòng một với đôi chân đi dép, luôn cẩn trọng. Theo thời gian, bước đi của bà chuyển thành lê chân, cuối cùng là kiểu trượt nhẹ nhàng, chân không bao giờ rời khỏi sàn nhà. Nếu cần di chuyển nhanh hơn một chút, hoặc khi bà tức giận với chúng tôi, bà bắt đầu thở gấp, dường như việc mở miệng thở sâu giúp bà dễ thở hơn. Đôi khi, bà để lưỡi lè ra một chút qua môi dưới, như thể muốn hấp thụ thêm oxy qua bề mặt lưỡi. Tôi không biết, nhưng thực ra bà đang bắt đầu quá trình chuyển sang suy tim tắc nghẽn<sup>57</sup>. Chắc chắn, tình trạng này càng trở nên nghiêm trọng do sự giảm lượng oxy mà máu già có thể hấp thụ từ mô lão hóa của phổi già.

Dần dần, thị lực của bà cũng bắt đầu suy giảm. Ban đầu, nhiệm vụ của tôi là khâu chỉ vào kim may cho bà, nhưng khi bà không còn có thể điều khiển đôi tay mình, bà ngừng vá vén hoàn toàn, và những lỗ hổng trên tất và áo sơ mi của tôi phải đợi đến những phút giây buổi tối hiếm hoi mà dì Rose, dù luôn mệt mỏi, có thể giành ra. Dì đã cười nhạo những nỗ lực yếu ớt của tôi khi tự học cách may. (Nhìn lại, có vẻ như không tưởng tượng nổi rằng một ngày nào đó tôi sẽ trở thành một bác sĩ phẫu thuật; bà ngoại sẽ rất tự hào và ngạc nhiên.)

Sau vài năm, bà không còn thấy đủ rõ để rửa bát hay quét nhà nữa, vì bà không thể phân biệt được bụi bẩn. Dù vậy, bà không bao giờ từ bỏ, trong một nỗ lực vô ích nhằm giữ lấy chút ít bằng chứng về sự hữu ích của mình. Những nỗ lực kiên trì dọn dẹp của bà trở thành nguyên nhân của một số mâu thuẫn hàng ngày, có lẽ khiến bà cảm thấy càng ngày càng tách biệt khỏi chúng tôi. Khi bước vào tuổi thiếu niên, tôi chứng kiến những biểu hiện cố chấp cuối cùng của bà biến mất và bà trở nên gần như dịu dàng. Bà luôn nhẹ nhàng với chúng tôi, nhưng sự dịu dàng là điều mới mẻ - có lẽ đó không chỉ là sự dịu dàng mà là sự rút lui, một sự chấp nhận trước sức mạnh ngày càng lớn của các tật nguyên về thể chất, một cách tinh tế làm tăng khoảng cách giữa bà với chúng tôi và cuộc sống.

---

<sup>57</sup> **Congestive heart failure:** Suy tim đôi khi được gọi là suy tim sung huyết (Congestive Cardiac Failure - CCF), là tình trạng cơ tim bị suy yếu và không thể bơm tốt như bình thường. Các buồng bơm chính của tim (tâm thất) có thể thay đổi kích thước và độ dày, không co lại hoặc giãn ra như bình thường.

Những sự việc khác cũng dần xuất hiện. Theo thời gian, sự giảm dần khả năng di chuyển và sự không ổn định khiến Bubbeh không thể tự đến phòng tắm vào ban đêm, và do đó, bà phải sử dụng một lon cà phê Maxwell House lớn đặt dưới giường. Hầu hết các đêm, tôi thức giấc vì những nỗ lực vụng về của bà trong bóng tối để tìm nó, hoặc bởi tiếng nước yếu ớt của bà đổ vào bên trong lon. Nhiều lần, tôi nằm yên, quan sát qua phòng trong bóng tối mờ ảo, nhìn Bubbeh cúi mình bên giường, giữ lon cao dưới váy ngủ bằng một bàn tay run rẩy trong khi cố gắng ổn định cơ thể bên cạnh đệm với tay kia.

Tôi không hiểu tại sao Bubbeh thường xuyên phải dậy vào ban đêm cho đến nhiều năm sau, khi tôi được biết về sự giảm sút rõ rệt dung tích bàng quang theo tuổi tác. Khác với nhiều người già, Bubbeh không bao giờ mất khả năng kiểm soát bàng quang, mặc dù tôi chắc chắn có những lúc nhỏ tôi không hề biết. Chỉ cho đến những tháng cuối cùng, bà mới đôi khi để lộ mùi nước tiểu nhẹ, nhưng chỉ khi tôi đứng rất gần hoặc ôm chặt bà vào lòng. Bubbeh mất chiếc răng cuối cùng của mình khi tôi mới vào đầu tuổi vị thành niên. Bà đã giữ tất cả chúng trong một chiếc ví nhỏ, được cất giữ ở phía sau ngăn kéo trên cùng của chiếc tủ mà bà và Di Rose dùng chung. Một trong những nghi lễ bí mật của tôi khi còn nhỏ là lén vào ngăn kéo và đăm chiêu nhìn những chiếc răng màu trắng ngà đó trong vài phút, không hai chiếc nào giống nhau. Đối với tôi, chúng là những dấu mốc nhỏ bé của quá trình lão hóa của bà ngoại và lịch sử gia đình chúng tôi.

Dù không có răng, Bubbeh vẫn cố gắng ăn được hầu hết các loại thức ăn. Đến giai đoạn cuối, bà thậm chí không còn đủ sức để làm điều đó, khiến tình trạng dinh dưỡng của bà ngày càng đi xuống. Việc không nhận đủ chất dinh dưỡng đã làm tăng thêm sự suy giảm khối lượng cơ bắp mà quá trình lão hóa thường gây ra, và thay đổi dáng vẻ của bà, khiến bà trở nên gầy gò so với hình ảnh người phụ nữ cường tráng, hơi mũm mĩm mà tôi từng biết. nếp nhăn của bà ngày càng nhiều, làn da nhợt nhạt, khuôn mặt có vẻ như



da trở nên lỏng lẻo hơn, và vẻ đẹp xưa cũ mà bà giữ được cho đến thập kỷ 90 cuối cùng cũng mất đi.

Có những giải thích lâm sàng đơn giản cho nhiều điều tôi chứng kiến trong những năm giảm sút của bà, nhưng chúng dường như không đủ thỏa đáng ngay cả bây giờ. Nói về những yếu tố gây ra như giảm tuần hoàn máu não hay suy giảm tế bào não vì tuổi tác đến mức cần kính hiển vi điện tử để chứng minh là điều tốt, nhưng có một sự xa cách về mặt trí tuệ khi mô tả một cách khách quan cái chết của chính mô đã từng giúp một người nonagenarian (tức "người thọ chín mươi tuổi") suy nghĩ rõ ràng và đôi khi dám nghĩ lớn. Có thể trích dẫn công trình nghiên cứu của các nhà sinh lý học<sup>58</sup>, cũng như công việc của các nhà nội tiết học, các nhà tâm lý học thần kinh miễn dịch, và loại bác sĩ lão khoa hiện đại đang phát triển nhanh chóng, để giải thích mọi thứ diễn ra trước mắt tôi khi còn thanh thiếu niên. Tuy nhiên, việc thực sự quan sát mới đòi hỏi sự chú ý, là việc chứng kiến một quá trình mà tất cả chúng ta đều liên tục sống giữa. Dù có bị bao quanh bởi nó, mỗi người trong chúng ta đều có điều gì đó bên trong khiến ta quay mặt ý thức khỏi thực tế tuổi già của chính mình. Điều gì đó bên trong chúng ta không chấp nhận sự nhận thức ngay lập tức rằng, ngay cả khi chúng ta chứng kiến ở người già, cơ thể của chính chúng ta cũng đang dần trải qua cùng một quá trình không thể tránh khỏi, dẫn đến lão hóa và cái chết.

Và vì vậy, từ lâu trước đây, tế bào não của bà tôi đã bắt đầu chết dần, giống như tế bào của tôi ngày nay, và của bạn. Nhưng do bà già hơn tôi rất nhiều và bắt đầu rút lui khỏi sự kích thích của thế giới xung quanh, số lượng tế bào não giảm đi cùng với khả năng phản ứng giảm sút của chúng đã dẫn đến sự thay đổi rõ rệt trong hành vi của bà. Như mọi người già khác, bà ngày càng trở nên hay quên và cảm thấy khó chịu khi được nhắc nhở. Dù luôn được biết đến với sự thẳng thắn trong các mối quan hệ, bà trở nên dễ cáu kỉnh và mất kiên nhẫn với những người bên ngoài gia đình chúng tôi -

---

<sup>58</sup> Sinh lý học (physiology): Là ngành khoa học nghiên cứu về các chức năng và cơ chế hoạt động của cơ thể sống, từ cấp độ phân tử đến cấp độ toàn bộ cơ thể.

những người mà bà vẫn tiếp xúc, và bà dường như tự đánh thức mình bằng cách xúc phạm ngay cả những người từng tìm kiếm sự hướng dẫn từ bà. Sau đó, bà bắt đầu ngồi im lặng, ngay cả khi có khách, và cuối cùng chỉ nói khi thực sự cần thiết, một cách xa cách và thiếu cảm xúc.

Điều dễ nhận thấy nhất, nhưng chỉ khi nhìn lại, tôi phải thừa nhận, là sự dần rời xa khỏi cuộc sống. Khi tôi còn là một cậu bé và ngay cả khi bước vào tuổi thiếu niên, bà tôi vẫn cầu nguyện trong nhà thờ vào những ngày lễ quan trọng (High Holy Days). Dù hành trình hành hương năm dãy nhà (five-block pilgrimage) trở nên khó khăn, bà vẫn cố gắng thực hiện, vượt qua những vết nứt trên vỉa hè Bronx với cuốn kinh cầu được giữ chặt dưới nách, sợ rằng nếu để rơi sẽ phạm tội. Tôi đã đưa bà đi. Làm sao tôi ước giá như mình không bao giờ than phiền, ước giá như mình không - không phải đôi khi mà là thường xuyên - cảm thấy xấu hổ khi đi cùng bà, một hình ảnh sống sót của nền văn hóa shtetl gần như đã biến mất, dù bà cố chấp không chịu theo chúng xuống mồ. Các ông bà của những người khác dường như trẻ hơn nhiều, họ nói tiếng Anh và tự lập - bà tôi như một lời nhắc nhở không chỉ về thế giới đã mất của người Do Thái Đông Âu mà còn về cuộc xung đột bất ổn của bản thân tôi với gánh nặng cảm xúc mà giờ đây tôi gọi một cách mỉa mai là di sản của mình.

Với bàn tay tự do, Bubbeh thường nắm chặt lấy cánh tay tôi, thỉnh thoảng kéo mạnh vạt áo của tôi khi tôi dìu bà qua từng bước chân nặng nề trên đường phố, xuống những bậc thang dẫn vào phòng cầu nguyện của hội đường. Gia đình chúng tôi thường ngồi ở những hàng ghế giá rẻ nhất, và thậm chí đôi khi còn khó khăn để có thể chi trả cho chúng. Tôi sẽ dẫn bà đến chiếc ghế của mình, nơi bà ngồi giữa những bà cụ mà chúng tôi gọi là già, dù rằng ít ai trong số họ lạ lẫm và khắc khổ như bà. Chỉ vài phút sau, tôi để bà ở lại với cuốn sách cũ nhuộm nước mắt mà bà đã sử dụng để cầu nguyện từ khi còn là một cô gái. Những từ ngữ trong đó được in bằng cả tiếng Do Thái và Yiddish, nhưng bà chỉ cầu nguyện bằng tiếng Yiddish vì đó là ngôn ngữ duy nhất bà biết.

Qua nghi lễ dài của những buổi lễ, bà lẩm nhẩm những lời cầu nguyện một cách khế khàng, qua mỗi năm trở nên khó đọc hơn và cuối cùng là không thể. Khoảng năm năm trước khi bà qua đời, Bubbeh không thể đi bộ đến hội đường nữa, kể cả khi có sự giúp đỡ của hai cháu trai. Dựa vào trí nhớ dài hạn vẫn còn nguyên vẹn, bà đọc kinh phụng vụ tại nhà, ngồi bên cửa sổ mở như bà đã làm vào mỗi sáng thứ Bảy trong suốt những năm tôi biết bà. Sau vài năm, ngay cả điều đó cũng trở nên quá sức. Bà gần như không thể nhìn thấy những câu văn và trí nhớ về những bài cầu nguyện bà học từ thuở nhỏ cũng dần mất đi. Cuối cùng, bà đã ngừng cầu nguyện hoàn toàn.

Khi Bubbeh ngừng cầu nguyện, bà cũng dần dừng lại hầu như mọi hoạt động khác. Lượng thức ăn bà tiêu thụ trở nên ít ỏi, bà dành phần lớn thời gian mỗi ngày ngồi yên bên cửa sổ, và đôi khi, bà nói về cái chết. Tuy nhiên, bà không mắc bất kỳ bệnh tật cụ thể nào. Tôi tin chắc, một bác sĩ nào đó có thể đã chỉ ra rằng bà bị suy tim mãn tính và có khả năng mắc thêm xơ vữa động mạch, thậm chí có thể đã kê đơn Digitalis<sup>59</sup>. Đối với tôi, đó giống như việc làm nổi bật sự thoái hóa khớp bằng cách gọi nó là thoái hóa khớp. Đúng là bà bị viêm khớp và suy tim mãn tính, nhưng đó chỉ là vì "bánh răng và lò xo" của bà không còn hoạt động tốt dưới gánh nặng của tuổi tác. Bà chưa từng ốm một ngày nào trong đời.

Các nhà thống kê chính phủ và bác sĩ lâm sàng yêu cầu phải gán tên cho tình trạng tuần hoàn kém và trái tim già cỗi. Tôi không phản đối điều này, miễn là họ không khẳng định rằng việc đặt tên cho một trạng thái sinh học tự nhiên có nghĩa là nó chính là một căn bệnh. Giống như tế bào thần kinh, tế bào cơ của trái tim là một trong những loại không thể tái sinh - khi nó già đi, nó chỉ còn biết mòn mỏi và chết đi. Quá trình sinh học suốt đời tạo ra phụ tùng thay thế cho cấu trúc bên trong mỗi tế bào dần không còn đáp ứng kịp. Cơ chế mà theo đó một phần mới của màng tế bào hoặc cấu trúc

---

<sup>59</sup> "**Digitalis**" là tên gọi của một nhóm thuốc được sử dụng để điều trị suy tim và một số vấn đề về nhịp tim. Thuốc này hoạt động bằng cách tăng cường khả năng bơm máu của trái tim và ổn định nhịp tim. Digitalis được chiết xuất từ cây Digitalis purpurea, hay còn gọi là cây Foxglove, một loại cây có hoa đẹp nhưng chứa các hợp chất có thể gây ngộ độc nếu không được sử dụng đúng cách. Trong lịch sử, digitalis đã được sử dụng từ hàng trăm năm nay trong điều trị các bệnh về tim mạch, và nó vẫn là một phần quan trọng trong điều trị suy tim cho đến ngày nay.

nội bào thay thế một phần đã chết vì quá tải cuối cùng trở nên vô hiệu. Sau một đời sống tái tạo phụ tùng, khả năng phục hồi của tế bào thần kinh và cơ bắt đầu tắt dần. Chiến thuật tái tạo liên tục trong từng tế bào cơ tim sau cùng bị đánh bại bởi chiến lược áp đảo, qua đó quá trình lão hóa hoàn thành mục tiêu cuối cùng là phá hủy. Lần lượt, giống như răng của bà tôi, các tế bào cơ tim ngừng sống - trái tim mất dần sức mạnh. Quá trình tương tự cũng diễn ra trong não và toàn bộ hệ thần kinh trung ương. Ngay cả hệ thống miễn dịch cũng không thoát khỏi quá trình lão hóa.

Những biến đổi ban đầu, chỉ rõ ở cấp độ sinh hóa và tế bào, dần dần bộc lộ qua chức năng của các cơ quan. Cung lượng tim trong trạng thái nghỉ ngơi giảm dần, và khi tim phải đối mặt với áp lực từ việc tập thể dục hay xúc cảm, khả năng tăng cường của nó không đủ sức đáp ứng nhu cầu của cơ bắp, phổi và mọi bộ phận khác trong cơ thể. Tốc độ tối đa mà một trái tim hoàn toàn khỏe mạnh có thể đạt được giảm đi một nhịp mỗi năm, một công thức đáng tin cậy đến nỗi ta có thể ước lượng bằng cách lấy 220 trừ đi tuổi tác. Ví dụ, nếu bạn 50 tuổi, trái tim bạn khó có thể đạt quá 170 nhịp mỗi phút, ngay cả trong tình huống căng thẳng nhất về cảm xúc hay vận động. Đây chỉ là một trong số những biểu hiện cho thấy cơ tim già nua và cứng cáp mất dần khả năng thích ứng với những thách thức mà cuộc sống hàng ngày mang lại.

Sự lưu thông máu trở nên chậm chạp. Tâm thất trái mất nhiều thời gian hơn để đẩy máu và để thư giãn sau mỗi lần co bóp; mỗi nhịp tim bơm ra ít máu hơn so với trước đây, và thậm chí chỉ một lượng máu nhỏ hơn nữa được lưu thông. Có thể, như một nỗ lực để bù đắp, huyết áp dần dần tăng cao. Từ độ tuổi 60 đến 80, huyết áp có thể tăng thêm khoảng 20 milimet thủy ngân. Một phần ba số người trên 65 tuổi mắc chứng cao huyết áp.

Không chỉ là cơ bắp tim mà cả hệ thống dẫn truyền của nó cũng dần suy giảm theo thời gian. Khi bước vào tuổi 75, nút xoang nhĩ có thể mất đến

90% số tế bào của mình; bó His<sup>60</sup> giờ đây chỉ còn lại chưa đến một nửa số sợi nguyên thủy. Cùng với sự mất mát cơ và mô thần kinh này là những biến đổi trên điện tâm đồ, có thể dễ dàng nhận biết qua dấu vết mực in.

Khi "máy bơm" lão hóa, lớp niêm mạc và các van tim trở nên dày lên. Các vôi hóa xuất hiện trong van và cơ tim; màu sắc của cơ tim cũng thay đổi một phần vì sự tích tụ của sắc tố lipofuscin màu vàng-nâu trong mô. Giống như gương mặt khắc nghiệt của một ông lão sau nhiều năm phơi bày dưới thời tiết, trái tim cũng phản ánh đúng tuổi thực của mình và hoạt động theo đó. Không cần phải đổ lỗi cho bất kỳ căn bệnh nào để giải thích sự suy yếu của nó. Suy tim trở nên phổ biến gấp mười lần ở những người trên 75 tuổi so với những người trong độ tuổi từ 45 đến 65. Đó chính là lý do tôi có thể dễ dàng ấn lõm vào làn da của bà tôi, và không nghi ngờ gì nữa, cũng chính là nguyên nhân khiến bà dễ bị khó thở. Đây có lẽ cũng là lý do tại sao triệu chứng phổ biến nhất của cơn đau tim ở người già không phải là cơn đau ngực kéo dài không ngừng nghỉ, mà là suy tim nặng.

Không chỉ riêng tim, các mạch máu cũng chịu ảnh hưởng bởi thời gian. Thành động mạch trở nên dày lên và giống như chủ nhân của chúng, mất đi tính đàn hồi; chúng không còn có khả năng co lại và giãn ra một cách nhanh chóng như thời thanh xuân, làm cho việc điều chỉnh lượng máu cung cấp cho các cơ bắp và cơ quan theo nhu cầu thay đổi trở nên khó khăn hơn. Thêm vào đó, bệnh xơ vữa động mạch tiếp tục tiến triển không thể ngăn chặn với mỗi năm qua đi. Ngay cả khi không có nguyên nhân từ chế độ ăn giàu cholesterol, hút thuốc lá hoặc tiểu đường, thành động mạch vẫn dần hẹp lại do sự tích tụ mảng xơ vữa qua từng thập kỷ.

Trước khi ta biết, mọi cơ quan trong cơ thể đều bắt đầu nhận ít dưỡng chất hơn so với nhu cầu thực sự của chúng để hoàn thành nhiệm vụ mà tự nhiên giao phó. Lấy thận làm ví dụ, tổng lượng máu lưu thông đến nó giảm 10% sau mỗi thập kỷ kể từ khi chúng ta bước sang tuổi 40. Thật ra, việc suy

---

<sup>60</sup> "Bundle of His" (Bó His) là một cấu trúc quan trọng trong hệ thống dẫn truyền điện của trái tim. Nó đóng một vai trò cầu nối giữa các phần của trái tim, giúp truyền tải các tín hiệu điện từ nút AV (atrioventricular node - nút nhĩ thất) đến các phần dưới của tim, bao gồm tâm thất trái và tâm thất phải.

giảm chức năng thận không chỉ đơn thuần do lượng máu đến thận giảm và các mạch máu co lại, nhưng những yếu tố này lại càng làm trầm trọng thêm tình trạng lão hóa tự nhiên bên trong thận. Từ 40 đến 80 tuổi, thận bình thường mất đi khoảng 20% trọng lượng của mình và xuất hiện các vết sẹo trong cấu trúc. Sự dày lên của các mạch máu nhỏ bên trong thận làm giảm lượng máu lưu thông, dẫn đến việc hủy hoại các đơn vị lọc, là linh hồn của khả năng loại bỏ chất cặn bã trong nước tiểu. Dần dần, khoảng 50% số đơn vị lọc này sẽ chết đi.

Sự thay đổi trong cấu trúc khiến thận không còn hiệu quả như trước. Theo thời gian, thận không chỉ mất đi khả năng loại bỏ lượng natri dư thừa, mà ngay cả việc giữ natri khi cần thiết cũng trở nên khó khăn. Điều này gây ra tình trạng không ổn định trong việc duy trì lượng muối và nước trong cơ thể người cao tuổi, làm tăng nguy cơ mắc phải suy tim hoặc mất nước. Đây chính là một trong những thách thức lớn mà các bác sĩ tim mạch phải đối mặt khi điều trị cho người già, nằm giữa hai rủi ro: **tình trạng quá tải natri và suy tim** (*The Scylla of sodium overload and failure*), hoặc **nguy cơ mất nước do mô cơ thể khô cứng** (*The Charybdis of parched old tissues*).

#### **Ghi chú riêng của người dịch:**

*Trong văn bản gốc, "the Scylla of sodium overload and failure" và "the Charybdis of parched old tissues" được sử dụng như một phép ẩn dụ lấy từ truyền thuyết Hy Lạp, trong đó Scylla và Charybdis là hai quái vật biển nguy hiểm nằm ở hai bên của một eo biển hẹp, buộc thủy thủ đoàn phải chọn lựa giữa việc đối mặt với một trong hai để có thể tiếp tục hành trình.*

**1/ The Scylla of sodium overload and failure:** *Phép ẩn dụ này ám chỉ tình trạng quá tải natri trong cơ thể, một tình trạng mà ở đó lượng natri dư thừa có thể dẫn đến suy tim và các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng khác. Trong thần thoại, Scylla là một quái vật nhiều đầu luôn sẵn sàng nuốt chửng thủy thủ đoàn, tương tự như tình trạng quá tải natri "nuốt chửng" sức khỏe của người bệnh.*

**2/ The Charybdis of parched old tissues:** *Charybdis, một quái vật khác, tạo ra vòng xoáy nước khổng lồ hút mọi thứ xung quanh vào trong. Phép ẩn dụ này nói về tình trạng mất nước ở các mô cơ thể, đặc biệt là ở người già, khiến cho các mô trở nên*

*khô cứng và không thể hoạt động bình thường. Tương tự, vòng xoáy Charybdis "hút" mọi dưỡng chất và nước ra khỏi mô, làm suy giảm chức năng của chúng.*

*Cả hai hình ảnh này cùng nhau tạo nên một bức tranh về hai mối nguy hiểm mà các bác sĩ tim mạch phải cân nhắc khi điều trị cho người cao tuổi, giữa việc quản lý lượng natri trong cơ thể để tránh suy tim mà không làm cho tình trạng mất nước trở nên tồi tệ hơn. Điều này nhấn mạnh sự khó khăn trong việc tìm kiếm một cân bằng lý tưởng trong điều trị, giống như việc thuyền trưởng cố gắng lái thuyền qua eo biển mà không rơi vào vòng kiểm soát của hai quái vật.*

Hậu quả của những thiếu sót này là sự gia tăng khả năng thận không thể hoàn thành nhiệm vụ của mình. Kể cả khi thận không hoàn toàn thất bại nhưng chỉ gặp trục trặc, quá trình phục hồi diễn ra chậm chạp hơn so với một cơ quan trẻ khỏe và dễ dàng gây ra sự cố cho cơ thể, đặc biệt trong tình trạng căng thẳng nặng nề. Cái chết do suy thận là một trong những nguyên nhân thường gặp khi người già yếu đuối vì các bệnh lý khác, như ung thư giai đoạn cuối hoặc bệnh gan. Độc tố trong máu tích tụ, làm đầu độc các cơ quan khác, đặc biệt là não, và cái chết do chứng nhiễm độc máu ure<sup>61</sup> là không thể tránh khỏi, thường đi kèm với một khoảng thời gian hôn mê biến đổi. Sự kiện kết thúc cuộc đời của bệnh nhân suy thận thường là do rối loạn nhịp tim (rối loạn nhịp) do thận không thể loại bỏ lượng kali dư thừa khỏi máu. Các nạn nhân của suy thận thường không nhận ra mình đang dần dần trượt vào tình trạng nguy hiểm, rồi đột ngột qua đời do sự bất ổn của tim. Hiếm khi họ có cơ hội nói lời từ biệt hay giải hòa trước khi qua đời.

Mặc dù thận là bộ phận quan trọng nhất bị ảnh hưởng bởi sự lão hóa trong hệ tiết niệu, bàng quang cũng không tránh khỏi sự thay đổi. Bàng quang, về bản chất, là một cơ quan giống như quả bóng dày có thể co giãn nhờ thành cơ linh hoạt. Khi tuổi tác tăng lên, khả năng giãn nở của bàng quang giảm đi, khiến nó không thể chứa được nhiều nước tiểu như trước. Điều này giải

---

<sup>61</sup> Urê huyết / Urê máu / **Uremia** là tình trạng có nồng độ urê cao trong máu. Urê là một trong những thành phần chính của nước tiểu. Nó có thể được định nghĩa là sự dư thừa của các sản phẩm cuối cùng của chuyển hóa amino acid và protein, chẳng hạn như urê và creatinine, trong máu thường được bài tiết qua nước tiểu.

thích tại sao người già cần đi tiểu thường xuyên hơn, và là lý do bà tôi thường dậy một hoặc hai lần mỗi đêm để đi tiểu, vật lộn trong bóng tối với chiếc lon cà phê của mình.

Quá trình lão hóa cũng làm suy giảm sự phối hợp khéo léo giữa cơ bàng quang và cơ chế kiểm soát, làm nhiệm vụ ngăn chặn sự rò rỉ nước tiểu. Điều này dẫn đến tình trạng tiểu không tự chủ ở người cao tuổi, trở thành vấn đề nghiêm trọng với một số người, nhất là khi kèm theo nhiễm trùng, rắc rối với tuyến tiền liệt, rối loạn tâm thần hoặc phản ứng với thuốc. Các vấn đề về khả năng làm trống bàng quang thường là nguyên nhân chính gây nên nhiễm trùng đường tiểu, một mối nguy hại lớn với sức khỏe của người già yếu đuối.

Cũng như cơ tim, các tế bào não không có khả năng tái tạo. Chúng tồn tại qua hàng thập kỷ nhờ khả năng thay thế các bộ phận cấu trúc của mình khi chúng bị mòn, giống như các bộ chế hòa khí và bugi siêu vi. Mặc dù các nhà sinh học tế bào sử dụng ngôn ngữ chuyên môn phức tạp hơn như **organelle**<sup>62</sup>, **enzyme** và **mitochondria**<sup>63</sup>, nhưng những thành phần này cũng đòi hỏi một cơ chế thay thế hiệu quả như các bộ phận của xe hơi. Mỗi tế bào, giống như cơ thể và các cơ quan của nó, chứa đựng các bánh răng, bánh xe và lò xo tương đương. Khi cơ chế thay thế các phần tử lão hóa bằng phần mới bị suy giảm, tế bào thần kinh hoặc cơ không thể tiếp tục tồn tại trước sự phá hủy liên tục của các thành phần bên trong nó.

Cơ chế thay thế các bộ phận trong tế bào cần đến sự tham gia của những cấu trúc phân tử nhất định. Tuy nhiên, các phân tử trong hệ thống sinh học chỉ tồn tại một khoảng thời gian nhất định. Sau thời gian đó, do liên tục va chạm với nhau, chúng thay đổi và không còn khả năng tạo ra các bộ phận mới. Dần dần, qua quá trình mài mòn, chúng đạt đến giới hạn tuổi thọ, từ đó hạn chế tuổi thọ của tế bào não mà chúng phục vụ. Đây là quá trình sinh hóa mà các nhà khoa học gọi là lão hóa tế bào. Tế bào từ từ chết đi và quá

---

<sup>62</sup> Bào quang: dùng để chỉ một tiểu đơn vị chuyên ngành trong một tế bào có chức năng xác định. Mỗi bào quan thường được bao bọc bởi một lớp màng riêng.

<sup>63</sup> Ty thể: là một bào quan với màng kép và hiện diện ở tất cả sinh vật nhân thực.



trình này lan rộng, khi một lượng đủ lớn tế bào biến mất, não bắt đầu lộ rõ dấu hiệu lão hóa.

Sau tuổi năm mươi, cứ mỗi thập kỷ, não bộ mất đi 2% trọng lượng. Khi Bubbeh tôi mất ở tuổi 97, não bà nhẹ đi khoảng 10% so với khi bà đến nước này. Các gyri<sup>64</sup>, những phần nổi cuộn tròn trên vỏ não, nơi chúng ta thực hiện phần lớn công việc tiếp nhận và suy nghĩ, là nơi chịu tổn thất nặng nề nhất với sự teo nhỏ và mất đi tính nổi bật. Theo đó, các khoảng trống giữa chúng (các sulci) trở nên rộng hơn, cũng như các khoang chứa dịch ở sâu trong não, được gọi là tâm thất, giống như ở trái tim. Lipofuscin, một dấu hiệu sinh học của sự già đi, làm đổi màu các tế bào chất trắng và chất xám, khiến não bộ có màu vàng kem, màu sắc sẽ đậm dần theo tuổi tác.

Mặc dù những thay đổi có thể thấy được qua quan sát trực quan trong não lão hóa là rõ ràng, nhưng sự lão hóa còn được thể hiện rõ nét nhất qua kính hiển vi. Điều đáng chú ý là sự giảm số lượng tế bào thần kinh, hay nơron, kết quả của việc hỏng hóc các bộ phận thay thế. Vùng vận động của vỏ não trước mất tới 20 đến 50 phần trăm số nơron; vùng thị giác phía sau và phần cảm giác thể chất ở hai bên cũng mất tới 50 phần trăm số nơron. May mắn thay, các khu vực trí tuệ cao cấp của vỏ não có tỉ lệ mất tế bào thấp hơn đáng kể, và phần lớn sự mất mát này được bù đắp bởi sự chùng chèo và dư thừa chức năng. Có thể là số nơron ít đi tăng cường hoạt động, nhưng dù lý do là gì, khả năng lý luận và phán đoán thường vẫn không bị ảnh hưởng cho đến giai đoạn muộn của sự lão hóa.

Nghiên cứu mới đây đã chỉ ra rằng, sau khi đạt đến độ tuổi trưởng thành, một số tế bào thần kinh vỏ não thực sự trở nên dồi dào hơn. Những tế bào này đặc biệt nằm ở những khu vực quản lý các quá trình suy nghĩ phức tạp. Kết hợp với việc phát hiện ra rằng, các đui gai (các nhánh tế bào) của nhiều nơron tiếp tục phát triển ở những người cao tuổi khỏe mạnh không mắc bệnh Alzheimer, những thông tin này mở ra những khả năng thú vị: Các

---

<sup>64</sup> Nếp (fold), được gọi là hõm (gyrus, **gyri**) ở đại não và lá (folium, **folia**) ở tiểu não, với các rãnh được gọi là rãnh (sulcus, **sulci**) ở giữa gyri và folia. Có những sự khác biệt đáng kể giữa não hai cá thể và thậm chí là khác biệt giữa phải-trái ở trên cùng một cá thể.

nhà nghiên cứu thần kinh có lẽ đã tìm ra nguồn gốc của trí tuệ, điều mà chúng ta thường tin rằng có thể tích lũy được qua thời gian.

Vì vậy, trừ những khu vực cực kỳ cụ thể, vỏ não không chỉ mất đi các tế bào thần kinh mà hầu như tất cả các tế bào còn lại cũng cho thấy dấu hiệu lão hóa khi quá trình thay thế các phần tử nội bào ngày càng trở nên kém hiệu quả. Điều này dẫn đến việc não bộ nhỏ hơn so với thời thanh xuân và hoạt động kém đi. Trong đời sống hàng ngày, điều này được biểu hiện qua sự chậm trễ trong nhiều hoạt động mà chúng ta thường thấy ở người già và thậm chí là ở bản thân mình sớm hơn dự kiến. Não bộ do đó trở nên trì trệ trong chức năng và cũng chậm phục hồi từ những tổn thương sinh học, hiệu quả phục hồi kém sau các sự kiện đe dọa sự sống.

Một trong những nguy cơ lớn nhất là sự gián đoạn đến nguồn cung cấp máu. Khi dòng máu tới một vùng não cụ thể bị chặn lại (thường xảy ra một cách đột ngột), ngay lập tức sẽ dẫn đến sự suy giảm chức năng hoặc tử vong của mô thần kinh do động mạch bị tắc nghẽn nuôi dưỡng. Điều này chính là điều mà người ta gọi là **đột quy** (stroke). Đột quy có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân, nhưng ở người già, nguyên nhân phổ biến nhất là do xơ vữa động mạch chặn các nhánh của hai động mạch cảnh trong lớn nuôi não. Khoảng 20% bệnh nhân đột quy nhập viện qua đời ngay sau biến cố và thêm 30% cần phải được chăm sóc dài hạn hoặc tại cơ sở y tế cho đến cuối đời.

Trên giấy chứng tử của nạn nhân đột quy, người ta thường ghi các thuật ngữ như **tai biến mạch máu não** (cerebrovascular accident) hoặc **thrombosis não**<sup>65</sup> (cerebral thrombosis) (ngày nay, người ta thường dùng từ "đột quy", một thuật ngữ đơn giản nhưng bao hàm). Tuy nhiên, điều quan trọng hơn các thuật ngữ này là con số ghi ở mục "Tuổi" trên giấy tờ: Nó thường rất cao. Đàn ông và phụ nữ trên 75 tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao gấp mười lần so với những người từ 55 đến 59 tuổi.

---

<sup>65</sup> Huyết khối tĩnh mạch não (cerebral venous thrombosis) là thuật ngữ chung mô tả bệnh lý huyết khối của hệ thống tĩnh mạch não, bao gồm: Huyết khối xoang màng cứng (dural sinus thrombosis), hệ thống tĩnh mạch sâu (deep venous thrombosis) và tĩnh mạch vùng vỏ não (cortical venous thrombosis).

Trên giấy chứng tử của bà tôi, từ "Tai biến mạch máu não" được ghi rõ. Tuy nhiên, tôi hiểu sự việc sâu sắc hơn, ngay cả lúc bấy giờ. Mặc dù bác sĩ đã cố gắng giải thích ý nghĩa của những từ ngữ viết vội, chẩn đoán của ông ấy với tôi khi đó có vẻ mơ hồ và bây giờ càng trở nên khó hiểu hơn. Nếu ông ấy mô tả cái chết của Bubbeh tôi như một "sự kiện cuối cùng" hay thuật ngữ tương tự, tôi có lẽ đã dễ dàng hiểu hơn. Nhưng giải thích rằng, quá trình tôi chứng kiến trong suốt mười tám năm lại kết thúc bằng một bệnh cấp tính - thật không hợp lý.

Vấn đề này không chỉ là sự khác biệt về ngôn từ. Sự khác biệt giữa việc coi đột quy là một biến cố cuối cùng so với nguyên nhân gây tử vong nằm ở cách nhìn nhận việc chấp nhận quy luật tự nhiên không thể tránh khỏi so với quan điểm khoa học cố gắng chống lại những lực lượng giữ ổn định môi trường và nền văn minh của chúng ta. Tôi không phải là người chống đối tiến bộ - tôi trân trọng những thành tựu vĩ đại của khoa học hiện đại. Tôi chỉ hy vọng chúng ta sẽ sử dụng kiến thức ngày càng mở rộng của mình một cách khôn ngoan hơn. Trong các thế kỷ XVII và XVIII, những người tiên phong của phương pháp thí nghiệm, và do đó là của khoa học, thường xuyên đề cập đến "nền kinh tế sinh học" và "nền kinh tế tự nhiên" nói chung. Họ nói về một loại quy luật tự nhiên nhằm bảo vệ môi trường Trái Đất và các sinh vật sống. Quy luật này, theo tôi, được hình thành dựa trên nguyên tắc Darwin về sự sống còn của hành tinh, giống như mọi loài thực vật hay động vật. Để duy trì, loài người không thể phá vỡ sự cân bằng này bằng cách can thiệp vào một trong những yếu tố cốt lõi nhất của sự sống, đó là sự tái sinh trong từng loài và sự sống mới đi kèm. Đối với thực vật và động vật, sự tái sinh yêu cầu cái chết phải đến trước để thế hệ mới được thay thế bằng thế hệ tràn đầy sinh lực. Đây chính là chu kỳ tự nhiên. Không có bệnh lý gì hay đáng lo ngại trong chuỗi sự kiện này - thực tế, đó lại là bản chất của sức khỏe. Đặt tên một quá trình tự nhiên là một căn bệnh chính là bước đầu tiên trong nỗ lực chữa trị và do đó là ngăn chặn nó. Ngăn chặn điều này là bước đầu tiên hướng tới việc cản trở sự tiếp tục của chính điều chúng ta cố gắng bảo vệ, đó là trật tự và hệ thống của vũ trụ.

Và cuối cùng, Bubbeh cũng phải đối mặt với cái chết, giống như tất cả chúng ta sẽ phải làm một ngày nào đó. Qua nhiều năm dõi theo sức sống của bà tôi dần tiêu tan, tôi cũng ở bên cạnh bà khi dấu hiệu đầu tiên của sự kết thúc bắt đầu hiện hữu. Đó là một buổi sáng bình thường, khi chúng tôi cùng nhau thực hiện những công việc hàng ngày. Mới ăn sáng xong, tôi đang chăm chú vào trang thể thao của tờ Daily News, thì tôi chợt nhận ra có điều gì đó không ổn trong cách Bubbeh lau bàn bếp. Dù chúng tôi biết việc này vượt quá khả năng của bà, nhưng bà vẫn không bao giờ ngừng cố gắng, dường như không nhận thức được rằng sau mỗi lần bà rời đi, một trong chúng tôi lại thực hiện lại công việc đó. Nhưng khi tôi ngẩng đầu lên khỏi tờ báo, tôi thấy những đường vòng quét của bà càng kém hiệu quả hơn thường lệ. Động tác tay của bà trở nên mất mục tiêu, như thể tự động vận động mà không theo kế hoạch hay hướng dẫn nào. Những vòng tròn không còn là vòng tròn nữa mà chỉ là những cử chỉ lười biếng, vô dụng của miếng vải ẩm mềm được giữ lỏng lẻo trong bàn tay ers của bà, trượt trên bàn không mục đích hay trọng lượng. Khuôn mặt bà hướng thẳng về phía trước, như thể bà đang nhìn vào điều gì đó bên ngoài cửa sổ sau lưng tôi chứ không phải là cái bàn trước mặt. Ánh mắt của bà trống rỗng, không thấy gì, gương mặt không biểu lộ cảm xúc. Dù khuôn mặt lạnh lùng nhất cũng toát lên điều gì đó, nhưng trong khoảnh khắc trống rỗng tuyệt đối ấy, tôi biết mình đã mất đi bà. Tôi đã gọi, 'Bubbeh, Bubbeh!', nhưng không có gì thay đổi. Bà đã không thể nghe thấy tôi nữa. Miếng vải trượt khỏi tay bà và bà sụp xuống sàn nhà một cách yên lặng.

Tôi vội vàng chạy đến bên Bubbeh, gọi tên bà lần nữa nhưng mọi sự cố gắng của tôi đều bất lực, giống như việc tôi cố gắng hiểu điều gì đang xảy ra. Không biết bằng cách nào, tôi đã ôm bà và lê bước đến phòng chúng tôi chia sẻ. Tôi nhẹ nhàng đặt bà xuống giường của mình. Hơi thở của bà nặng nhọc và ồn ào, thổi phập phồng một cách mạnh mẽ từ một góc miệng, làm cho má bà phồng lên như cánh buồm bị gió lốc mỗi khi bà thở ra từ chiếc lò sưởi ồn ào sâu thẳm trong cổ họng. Tôi không thể nhớ rõ là bên nào, nhưng một nửa khuôn mặt bà dường như mất đi sức sống và trở nên nhão nhoét.

Tôi vội vàng gọi cho bác sĩ, văn phòng ông không xa lắm. Sau đó, tôi liên lạc với dì Rose ở xưởng may trên Đại lộ Thứ Bảy (Seventh Avenue) nơi dì ấy làm việc. Dì Rose đến nơi trước khi bác sĩ kịp rời khỏi phòng chờ chật cứng bệnh nhân buổi sáng, nhưng chúng tôi biết rằng dù sao ông ấy cũng không thể làm gì được. Khi bác sĩ đến, ông ấy thông báo rằng Bubbeh đã trải qua một cơn đột quy và sẽ không sống quá vài ngày nữa.

Bà đã khiến bác sĩ phải ngạc nhiên và kiên trì sống thêm. Chúng tôi, với sự kiên định của mình, từ chối buông bà ra - chưa bao giờ chúng tôi nghĩ sẽ làm ngược lại. Bubbeh tiếp tục nằm trên giường của tôi, dì Rose ngủ trên chiếc giường đôi mà bà đã chia sẻ với mẹ mình, và Harvey mang chiếc giường gấp của anh từ phòng mà anh và bố tôi ngủ sang. Điều này khiến anh trở nên lạc lõng và anh đã phải dành mười bốn đêm liền trên sofa phòng khách.

Chỉ sau bốn mươi tám giờ, chúng tôi đã phải đối mặt với nỗi đau khổ lớn nhất khi cuộc sống dần rút khỏi cõi đời người bạn già - Bubbeh. Hệ thống miễn dịch yếu ớt và đôi phổi đã cũ kỹ của bà không thể chống lại đợt tấn công dữ dội của lũ vi khuẩn. Hệ thống miễn dịch, một lực lượng vô hình, giúp chúng ta chống lại những mối đe dọa tiềm ẩn có thể gây chết người, những kẻ thù này cũng không thể nhìn thấy bằng mắt thường. Mà không cần chúng ta biết hay tham gia ý thức, các tế bào và phân tử miễn dịch luôn thích nghi với những thay đổi trong cuộc sống hàng ngày và những mối đe dọa không nhìn thấy được. Thiên nhiên, lá chắn mạnh mẽ nhất của chúng ta nhưng cũng là kẻ thù lớn, đã bao phủ chúng ta trong nó để chúng ta có thể tồn tại qua những cuộc chạm trán liên tục với môi trường mà nó tạo ra và đang cố gắng bảo vệ, đồng thời thách thức mọi sinh vật vượt qua những thử thách không ngừng. Khi chúng ta già đi, bức bình phong trở nên mỏng manh và lớp bảo vệ khô cạn - hệ thống miễn dịch của chúng ta, như mọi thứ khác, ngày càng không còn đáng tin cậy.

Sự suy giảm của hệ thống miễn dịch đã trở thành một trọng điểm quan trọng trong nghiên cứu của các nhà lão khoa. Họ đã chỉ ra không chỉ có

những sai sót trong phản ứng của cơ thể người già đối với các cuộc tấn công mà còn cả trong cơ chế giám sát, giúp cơ thể nhận diện kẻ tấn công. Kẻ thù dễ dàng xâm nhập vào khu vực kiểm soát bằng cách lẩn trốn khỏi sự giám sát của những người canh gác lão luyện; một khi đã vào bên trong, chúng làm cho lực lượng phòng thủ yếu ớt bị choáng ngợp. Trong trường hợp của Bubbeh, hậu quả là bệnh viêm phổi.

William Osler từng có những quan điểm đối lập về viêm phổi ở người cao tuổi. Trong phiên bản đầu tiên của **Những Nguyên Tắc và Thực Hành Y Học**<sup>66</sup>, ông mô tả bệnh viêm phổi như "kẻ thù đặc biệt của tuổi già", nhưng ông cũng từng bày tỏ một quan điểm hoàn toàn khác: "Viêm phổi có thể coi là người bạn của người già. Bệnh này giúp họ giải thoát qua một cơn bệnh cấp tính, ngắn ngủi và không quá đau đớn, giúp họ tránh khỏi những "giai đoạn suy giảm lạnh lẽo" làm cho giai đoạn cuối đời trở nên quá khổ sở."

Tôi không nhớ liệu bác sĩ có kê đơn penicillin để chống lại "người bạn của người già" hay không, nhưng tôi hoài nghi điều đó. Có lẽ hơi ích kỷ, tôi và mọi người trong gia đình không muốn Bubbeh ra đi. Bác sĩ, với cái nhìn thực tế và sự khôn ngoan hơn, đã biết rằng chúng tôi đang cố giữ lấy điều không thể.

Tình trạng hôn mê không động đậy của Bubbeh và việc mất khả năng ho đã ngăn chặn việc bà loại bỏ được chất nhầy đặc từ tiết dịch, làm tiếng rít trong khí quản mỗi khi thở. Harvey đã tìm đến hiệu thuốc gần đó và tìm thấy một thiết bị có thể được dùng để hút các chất dịch ngày càng đặc quánh đang bốc lên từ phổi Bubbeh, như một dấu hiệu báo trước cái chết. Thiết bị này, gồm hai đoạn ống cao su kết nối qua một buồng thủy tinh, cho phép anh ta hút đờm ra mỗi khi nó tích tụ lại. Việc này đòi hỏi anh phải chèn một đầu ống cao su vào khí quản Bubbeh và đầu kia vào miệng mình. Ngay cả dì Rose cũng không đủ can đảm thực hiện, và tôi chỉ có thể giúp được đôi khi, vì vậy nó trở thành việc Harvey làm cho Bubbeh, chúng tôi coi đó như một món quà.

---

<sup>66</sup> The Principles and Practice of Medicine

Nhờ vào sự thay đổi quyết định bất ngờ của Thần Chết - một hình tượng chỉ là trí tưởng tượng với tôi nhưng lại rất thực với những người tin vào thế giới cổ điển, Bubbeh đã vượt qua cơn viêm phổi, thậm chí còn vượt qua cả cơn đột quỵ. Có lẽ, nước mắt và lời cầu nguyện của chúng tôi còn quý giá hơn cả thiết bị hút mà Harvey tự vận hành bằng miệng và những dư chấn sức mạnh cuối cùng trong hệ miễn dịch đang yếu ớt của bà. Dù lý do là gì, bà ấy từ từ tỉnh lại từ cơn hôn mê, lấy lại phần lớn khả năng nói và một chút khả năng di động, sống tiếp thêm vài tháng như trước đây, phần lớn vì chúng tôi hơn là vì bản thân bà. Cuối cùng, thời gian của bà ấy cũng đến hồi kết, và bà đã qua đời do cơn đột quỵ thứ hai vào buổi sáng sớm của một ngày thứ Sáu lạnh giá tháng Hai. Theo luật Do Thái, thi thể của bà đã được chôn cất trước hoàng hôn của ngày hôm đó.

Tôi được biết đến với trí nhớ siêu phàm, mặc dù đôi khi nó lại trốn tránh tôi đúng lúc tôi cần nó nhất để ghi lại những kỷ niệm. Tuy nhiên, đa số, nó là một người bạn đồng hành đáng tin cậy trong việc lưu giữ những dữ liệu của cuộc đời tôi. Nhưng trong số vô vàn hình ảnh tôi lưu giữ, có một số tôi ước mình có thể quên đi. Một trong số đó là hình ảnh của một chàng trai mười tám tuổi đứng một mình bên cạnh chiếc quan tài gỗ thông giản dị của một bà lão mà anh khó có thể nhận ra, dù chỉ mười hai giờ trước, anh đã không cảm được nước mắt khi hôn lên má bà không còn cảm giác. Đối tượng nằm trong quan tài trông khác xa so với Bubbeh mà chúng tôi biết. Nó co lại và trắng bệch như sáp nến. Thi thể này đã thu mình lại, xa rời cuộc sống.

Ngày nay, bác sĩ được đào tạo với tư duy tập trung hoàn toàn vào cuộc sống và các bệnh tật đe dọa đến nó. Thậm chí cả những bác sĩ giải phẫu tử thi cũng tìm kiếm manh mối để chữa trị, nhằm phục vụ cho lợi ích của người sống; nói cách khác, công việc của họ như một nỗ lực quay ngược thời gian về những giờ phút cuối cùng khi trái tim còn đập, mục đích để tái hiện tội ác đã cướp đi sinh mạng của bệnh nhân.

Những người suy nghĩ sâu sắc nhất về cái chết thường không phải là các bác sĩ mà là triết gia hay nhà thơ. Tuy nhiên, cũng có một số bác sĩ nhận ra rằng cái chết và những gì xảy ra sau đó không phải là điều nằm ngoài phạm vi của con người, và do đó, xứng đáng được người chữa bệnh quan tâm.

Một trong số đó là Thomas Browne, sống trong thế kỷ XVII đầy đặc biệt, khi phương pháp khoa học và suy luận quy nạp lần đầu tiên bắt đầu ảnh hưởng đến tư duy của những người có học thức, khiến họ bắt đầu nghi ngờ những sự thật mà thế hệ cha ông trước đây coi trọng. Năm 1643, Browne đã xuất bản **Religio Medici**, hay **Tín ngưỡng của một bác sĩ**, mà ông mô tả là "một bài tập cá nhân dành riêng cho bản thân tôi". Kiệt tác nhỏ này thường được xuất bản cùng với **Thư gửi một người bạn** (A Letter to a Friend), một tập hợp suy tư về nỗi đau kéo dài của người sắp chết, nơi tác giả viết: 'Anh ấy gần như chỉ còn là nửa con người và để lại phần lớn bản thân mình mà không mang theo vào mộ. Thường xuyên, tôi đứng cùng gia đình bên giường tử biệt và chứng kiến sự khó tin của họ trước quá trình này, khi nó khám phá ra cảnh tượng đau đớn quá mức họ mong đợi. Họ tự hỏi tại sao nó lại khác biệt so với suy nghĩ của họ và tại sao dường như chỉ có họ phải trải qua một nỗi đau mà họ cho là độc nhất. Đó chính là sự độc đáo mà tôi nghĩ mình đã phải chịu đựng qua cái chết của Bubbeh, và sau đó là hình ảnh của thi thể xa lạ ấy.

Sức sống làm đầy các tế bào của chúng ta với sự sống động, và thổi bùng niềm tự hào về việc tồn tại. Dù rời đi trong bùng nổ như trường hợp của Irv Lipsiner, hay qua những tiếng nấc dài như với Bubbeh, thường nó để lại sau một vẻ ngoài thu hẹp không thực. Khi Charles Lamb chiêm ngưỡng thi thể của diễn viên hài nổi tiếng người Anh R. W. Elliston, anh đã bày tỏ, "Trời ơi, bạn nhỏ bé làm sao. Cũng vậy, tất cả chúng ta - từ vua chúa đến hoàng đế - đều trở nên mong manh khi chuẩn bị cho hành trình cuối cùng." Browne tự mình viết, "Tôi không quá sợ hãi trước cái chết, nhưng lại cảm thấy xấu hổ vì nó; đó là điều ô nhục nhất, khi chỉ trong phút chốc có thể làm cho chúng ta trở nên dị dạng, đến mức người thân, vợ con của chúng ta phải sợ hãi, ngỡ ngàng trước chúng ta."



Những lời của Thomas Browne, hay của Lamb, có lẽ đã làm tôi an ủi khi đứng trước quan tài của bà. Biết được rằng không chỉ riêng bà tôi, mà tất cả mọi người đều trở nên khiêm tốn hơn khi tinh thần lìa khỏi cơ thể - khi linh hồn con người bay đi, nó mang theo bản chất sống động của cuộc sống. Khi đó, chỉ còn lại thể xác không hồn, điều tối thiểu nhất của con người chúng ta. Nhìn lại những năm tháng vừa qua, tôi cũng có thể nhận ra sự chung chia của trải nghiệm cái chết qua một câu từ cuốn sách của Browne: "Chúng ta không biết mình đến với thế giới này bằng những cuộc vật lộn và đau đớn ra sao, nhưng rõ ràng là không dễ dàng gì để rời bỏ nó."

## CHƯƠNG IV. NGƯỠNG CỬA TỬ THẦN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

Bà tôi đã chọn một lối thoát không mấy khác biệt, "để thoát khỏi cuộc đời này," theo cách nói của Thomas Browne. Đột quy là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ ba ở các quốc gia phát triển, theo số liệu từ Tổ chức Y tế Thế giới. Hàng năm, hơn một trăm năm mươi nghìn người Mỹ qua đời vì đột quy, chiếm gần một phần ba số người mắc phải căn bệnh này. Một phần ba khác sẽ phải sống chung với tình trạng tàn tật nặng nề vĩnh viễn. Chỉ có bệnh tim và ung thư mới vượt qua được sức tàn phá của nó. Sau một thời gian dài chứng kiến sự giảm sút về số lượng ca bệnh, gần đây đã đạt đến một mức ổn định: khoảng 0.5-1.0 ca đột quy trên mỗi 1,000 dân số mỗi năm. Tuy nhiên, con số này áp dụng cho toàn bộ dân số.

Với những người cao tuổi, khả năng mắc bệnh tăng lên một cách tự nhiên. Chưa có số liệu chính xác cho những bà cụ người Do Thái sống ít vận động và duy trì chế độ ăn kosher<sup>67</sup> giàu cholesterol trong gần một thế kỷ, nhưng chúng ta biết rằng, trong một nhóm ngẫu nhiên gồm một nghìn người Mỹ hoặc châu u trên bảy mươi lăm tuổi, từ hai mươi đến ba mươi người sẽ bị đột quy mỗi năm. Đối với nhóm người cao tuổi nhất này, nguy cơ mắc bệnh cao gấp ba mươi lần so với những người khác.

Thuật ngữ "đột quy" dù quen thuộc nhưng đôi khi lại gây nhầm lẫn trong cách sử dụng. Đối với bác sĩ, đột quy là sự suy giảm chức năng thần kinh do lượng máu lưu thông qua động mạch nuôi não giảm sút. Đặc biệt, tình trạng này cần kéo dài hơn 24 giờ mới được gọi là đột quy. Ngược lại, những trường hợp suy giảm chức năng thần kinh tạm thời, thường biến mất trong vòng một giờ, được gọi là tình trạng thiếu máu cục bộ thoáng qua<sup>68</sup> (TIA).

---

<sup>67</sup> Chế độ ăn kosher là một hệ thống quy tắc ăn uống nghiêm ngặt dựa trên luật Do Thái, cụ thể là Torah. Từ "kosher" có nghĩa là phù hợp hoặc đủ điều kiện, ám chỉ thức ăn hoặc cách chế biến thức ăn đáp ứng các tiêu chuẩn này. Chế độ ăn này bao gồm nhiều quy định chi tiết, từ loại thực phẩm được phép ăn, cách thức giết mổ động vật, đến việc tách biệt giữa thịt và sữa.

<sup>68</sup> Transient ischemic attack

Cơ chế gây ra đột quy cũng tương tự như cách tim bị suy giảm khi một trong những động mạch của nó không cung cấp đủ máu. Đây là hiện tượng thiếu máu cục bộ, nơi lưu lượng máu bị gián đoạn và các mô trở nên khô héo, là nguyên nhân phổ biến gây chết tế bào ở nhiều bộ phận cơ thể. Hiện tượng này đã làm chết James McCarty, bà tôi, và theo một cách nào đó, sẽ làm chết hầu hết chúng ta. Đột quy gây hại bằng cách ngăn chặn sự nuôi dưỡng tới các mô, tương tự như sự tắc nghẽn trong động mạch vành của tim. Mảng xơ vữa tích tụ đến điểm tắc nghẽn hoàn toàn một nhánh của động mạch cảnh nội, dẫn đến tắc nghẽn. Tình trạng này có thể do quá trình xơ vữa động mạch hoàn thành hoặc một mảng bám tách ra và trở thành cục máu đông, chặn dòng máu lên não.

Đột quy và tình trạng thiếu máu cục bộ kèm theo có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau trong vấn đề rối loạn mạch máu não. Một trong số đó là xuất huyết não, một hiện tượng thường gặp ở người lớn tuổi do huyết áp cao kéo dài. Tường động mạch đã yếu đi sau nhiều năm chịu áp lực cao, dễ bị vỡ tại điểm nào đó, khiến máu tràn vào mô não xung quanh. Tỷ lệ tử vong từ xuất huyết não cao gấp đôi so với đột quy do tắc nghẽn, chiếm khoảng 25% tổng số trường hợp đột quy, còn lại là do tắc mạch máu.

Não cần một lượng năng lượng lớn để duy trì hoạt động hiệu quả. Gần như toàn bộ năng lượng này đến từ việc phân hủy glucose thành carbon dioxide và nước, quá trình này cần nhiều oxy. Não không thể dự trữ glucose và phụ thuộc vào nguồn cung cấp liên tục từ máu động mạch. Điều này cũng áp dụng cho oxy. Chỉ sau vài phút thiếu máu, não sẽ cạn kiệt oxy và glucose trước khi bị ngạt thở. Tế bào thần kinh rất nhạy cảm với tình trạng thiếu máu, và các thay đổi hủy hoại không thể đảo ngược bắt đầu xảy ra từ 15 đến 30 phút sau khi thiếu oxy. Chỉ sau một giờ thiếu máu, tổn thương não trở nên không thể tránh khỏi.

Các triệu chứng do sự phá hủy tế bào gây ra thay đổi tùy thuộc vào động mạch nào bị tắc nghẽn. Trong số nhiều nhánh của động mạch cảnh nội<sup>69</sup>, có ít nhất nửa tá nhánh dễ bị tắc nghẽn, nhưng động mạch não giữa thường xuyên bị ảnh hưởng nhất trong các trường hợp đột quy do thiếu máu cục bộ. Động mạch não<sup>70</sup> giữa cung cấp máu cho phần lớn bề mặt bên của bán cầu não và một số khu vực sâu bên dưới vỏ não.

Động mạch này nuôi dưỡng các khu vực cảm giác và vận động chính của vỏ não, bao gồm các vùng liên quan đến chuyển động của tay và mắt, cũng như mô cảm giác chuyên biệt dành cho thính giác. Nó cũng cung cấp máu cho các khu vực tham gia vào những gì được gọi là "chức năng tinh thần cao cấp", bao gồm nhận thức, suy nghĩ có tổ chức, cử động tự nguyện và sự phối hợp tích hợp tất cả những khả năng này. Trên bán cầu thống trị của não (bên phải đối với người thuận tay trái và bên trái cho 85% chúng ta), động mạch não giữa cung cấp cho các khu vực cảm giác và vận động liên quan đến ngôn ngữ. Điều này giải thích tại sao nhiều nạn nhân đột quy mất khả năng biểu đạt và hiểu ngôn ngữ nói và viết.

Nhiều trường hợp đột quy ở động mạch não giữa (MCA) không phải do chặn trực tiếp tại vị trí mà là do các mảnh từ mảng xơ vữa trong động mạch cảnh nội chính, hoặc từ chính trái tim dưới dạng cục máu đông cũ tổ chức. Các mảnh vỡ này sau đó trở thành **thuyên tắc** (embolus). Rudolf Virchow đã đưa ra thuật ngữ "embolos" từ tiếng Hy Lạp, có nghĩa là một cái nêm hoặc phích cắm, dẫn xuất từ việc "ném vào". Về cơ bản, một "phích cắm" được ném vào động mạch và sẽ di chuyển theo dòng máu cho đến khi nó kẹt vào một phần hẹp của động mạch và chặn hoàn toàn dòng chảy. Trong trường hợp thường gặp hơn, nơi sự tắc nghẽn không do thuyên tắc, nó là kết quả của việc mảng xơ vữa tích tụ hoàn toàn. Dù ở tình huống nào, vùng mô được cung cấp bởi động mạch sẽ ngay lập tức mất nguồn oxy và glucose và chỉ sau vài phút đã đủ tổn thương để gây ra triệu chứng. Nếu tắc nghẽn không được giải quyết kịp thời, vùng não đó sẽ chết do nhồi máu.

---

<sup>69</sup> The internal carotid

<sup>70</sup> Middle cerebral arteries - - The middle cerebral (MCA)

Nếu ai đó được yêu cầu chỉ ra yếu tố chung trong mọi cái chết, dù là ở cấp độ tế bào hay toàn cầu, chắc chắn đó sẽ là thiếu oxy. Bác sĩ Milton Helpern, người đã phục vụ 20 năm làm Giám Đốc Y Tế tại Thành Phố New York, được cho là đã phát biểu một cách rõ ràng trong một câu: "Cái chết có thể do nhiều loại bệnh tật và rối loạn, nhưng ở mọi trường hợp, nguyên nhân sinh lý cơ bản là sự cố trong chu trình oxy của cơ thể." Dù nghe có vẻ đơn giản, nhưng tuyên bố này bao trùm tất cả.

Có nhiều trường hợp đột quy nhỏ đến mức chúng gần như không gây ra bất kỳ triệu chứng nào ngay lập tức để báo hiệu về những gì đã xảy ra. Tuy nhiên, theo thời gian, những cơn đột quy nhỏ này tích tụ lại và dấu hiệu suy giảm dần dần trở nên rõ ràng ngay cả với những người quan sát không chuyên. Walter Alvarez, một bác sĩ lâm sàng nổi tiếng của Chicago từ một thế hệ trước, đã từng trích dẫn lời của "một bà lão khôn ngoan" đã nói với ông rằng, "Cái chết từng chút, từng chút lấy đi một phần của tôi." Như ông mô tả rõ trong bản ghi lâm sàng: Bà ấy nhận thấy với mỗi cơn chóng mặt, ngất xỉu hoặc lú lẫn, bà cảm thấy già đi, yếu đi và mệt mỏi hơn; bước chân của bà trở nên do dự, trí nhớ kém tin cậy, chữ viết khó đọc hơn, và sự quan tâm đến cuộc sống giảm sút. Bà biết rằng trong hơn 10 năm, bà đã từng bước một tiến gần đến ngôi mộ.

Về những người dường như bị cuộc sống bỏ rơi qua hệ thống tuần hoàn não<sup>71</sup> của họ, William Osler đã được cho là nói rằng, "Những người này mất thời gian chết dài như họ đã từng trưởng thành." *Điều này phản ánh một sự thật đau lòng về cách thức cuộc sống dần dần tuột khỏi tay họ qua từng cơn đột quy không được chú ý*<sup>72</sup>.

Gần 10% người cao tuổi được chẩn đoán mắc chứng mất trí do đột quy nhỏ, một hiện tượng được Alvarez đưa vào nghiên cứu từ năm 1946 sau khi

---

<sup>71</sup> Tuần hoàn não (Cerebral circulation): Hệ thống tuần hoàn máu cung cấp oxy và dưỡng chất cho não bộ, sự suy giảm của nó có thể dẫn đến tổn thương não và các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. .

<sup>72</sup> Lời ND

chứng kiến tình trạng của chính cha mình. Bây giờ, hiện tượng này được biết đến với tên gọi là chứng mất trí nhớ do nhiều nhồi máu (multi-infarct dementia<sup>73</sup>), đặc trưng bởi chuỗi cơn suy giảm đột ngột và không đều. Thú vị thay, dạng xơ vữa động mạch não này đã được Alois Alzheimer mô tả lần đầu tiên vào năm 1899, tám năm trước khi ông giới thiệu một loại suy giảm trí tuệ khác mà ngày nay chúng ta gọi theo tên ông.

Quá trình nhồi máu não một cách tinh vi này có thể tiếp tục diễn ra, tích lũy sự thoái hóa bất thường trong chức năng não suốt một thập kỷ hoặc lâu hơn, cho đến khi một cơn đột quỵ lớn hoặc quá trình khác gây tử vong xen vào, đánh dấu sự kết thúc đột ngột của quá trình chậm rãi tiến triển.

Nhồi máu lớn do đột quỵ ở động mạch não giữa (MCA) gây ra sự mất cảm giác và yếu ớt, đặc biệt là ở phần mặt và chi của bên cơ thể đối diện với bộ não nơi đột quỵ xảy ra. Nhồi máu cũng gây ra tình trạng được gọi là afasia<sup>74</sup> - mất khả năng biểu đạt, dù khả năng hiểu được bảo lưu khá tốt. Sự tắc nghẽn của các mạch máu khác tạo ra một loạt triệu chứng, phụ thuộc vào vùng não được mạch máu đó nuôi dưỡng và lượng dinh dưỡng từ nguồn cung máu phụ trợ có thể từ các mạch máu gần đó không bị ảnh hưởng. Rối loạn ngôn ngữ và thị giác, liệt, mất cảm giác, khó khăn trong việc giữ thăng bằng - tất cả đều là những biểu hiện phổ biến của đột quỵ.

Đột quỵ lớn thường gây ra tình trạng hôn mê. Nếu đột quỵ quá rộng hoặc gặp phải các biến chứng như huyết áp giảm hoặc giảm cung lượng tim do suy tim hoặc rối loạn nhịp, khả năng hồi phục sẽ bị cản trở và khu vực thiếu máu não có thể tăng lên. Nếu tình trạng này trở nên nghiêm trọng, mô não sẽ bắt đầu sưng lên. Bị giới hạn bởi hộp sọ không linh hoạt, não sưng tấy càng bị tổn thương nặng hơn khi bị đẩy chặt vào màng bao quanh và vỏ xương, phần nào của não có thể bị ép xuống qua một nếp gấp của màng,

---

<sup>73</sup> Với cả đột quỵ im lặng và đột quỵ có biểu hiện, nguy cơ chứng sa sút trí tuệ do mạch máu não tăng khi nhồi máu xảy ra nhiều lần. Loại chứng sa sút trí tuệ do mạch máu não liên quan đến nhiều cơn đột quỵ gọi là **sa sút trí tuệ nhồi máu đa dạng** (multi-infarct dementia).

<sup>74</sup> Bất lực ngôn ngữ (aphasia) là một chứng rối loạn khi khả năng sử dụng, tiếp nhận ngôn ngữ bị suy giảm hoặc mất đi. Người mắc chứng bệnh này có thể gặp khó khăn khi nói, đọc, hiểu, viết, và tính toán.

phân biệt giữa "bộ não cao cấp" và "bộ não thấp hơn", hay thân não - nơi diễn ra suy nghĩ so với những cơ chế tự động hơn như điều khiển tim và hô hấp, chức năng tiêu hóa và bàng quang, cùng nhiều chức năng khác. Khi điều này xảy ra, áp lực gây ra tổn thương nặng nề đến các trung tâm điều khiển của thân não, dẫn đến cái chết sớm từ rối loạn nhịp tim hoặc suy tim và hô hấp.

Sự sụp đổ của chức năng sống còn chỉ là một trong số các cơ chế tiềm ẩn khiến đột quỵ giết chết khoảng 20% số nạn nhân của nó, con số này còn cao hơn nếu nguyên nhân là xuất huyết não do cao huyết áp. Khi tổn thương não đủ lớn, mọi hệ thống kiểm soát bình thường đều trở nên rối loạn. Bệnh tiểu đường từ trước có thể trở nên khó kiểm soát đến mức độ axit huyết tăng cao không tương thích với sự sống; chức năng của phổi có thể bị ảnh hưởng do tê liệt các cơ thành ngực; huyết áp có thể tăng lên đến mức nguy hiểm - đây là một số biến chứng chết người phổ biến nhất của đột quỵ lớn.

Bệnh viêm phổi, theo câu chuyện của Bubbeh tôi, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở người già. Hơn bất kỳ hệ thống cơ quan nào khác, ngoại trừ da, phổi của người già phải đối mặt với mọi tác động tiêu cực từ môi trường ô nhiễm mà chúng ta đang sống. Dù là do mất đi tính đàn hồi theo thời gian hay chỉ đơn giản là quá trình lão hóa tự nhiên, khả năng phổi giãn nở hoặc co lại hoàn toàn ngày càng suy giảm. Cơ chế loại bỏ đờm trở nên yếu ớt hơn, và đường thở đã hẹp lại càng dễ bị tắc nghẽn bởi các chất rắn chứa bụi bẩn. Tình trạng càng trở nên tồi tệ do không thể duy trì độ ẩm và nhiệt độ thích hợp ở những nhánh phế quản nhỏ hơn. Những hạn chế về thể chất này càng trở nên phức tạp do sự giảm sản xuất kháng thể địa phương (local antibodies), một phần của phản ứng miễn dịch kém đi ở người già.

Vi khuẩn gây viêm phổi luôn rình rập, chờ đợi bất kỳ sự suy giảm nào có thể làm hại thêm đến hệ thống phòng thủ đã bị tổn thương của người già. Coma, trạng thái bất tỉnh, trở thành đồng minh hoàn hảo của chúng, loại bỏ

mọi cách phản kháng ý thức và thậm chí làm mất đi phản xạ ho kịp thời. Bất kỳ sự trào ngược hay vật lạ nào, dưới điều kiện bình thường sẽ được loại bỏ ngay lập tức khỏi đường thở, nay trở thành phương tiện cho vi khuẩn xâm nhập và chiếm lĩnh các mô hô hấp một cách chiến thắng. Các túi khí phổi, hay còn gọi là phế nang<sup>75</sup>, sau đó bị viêm và phá hủy. Điều này ngăn chặn sự trao đổi khí đúng cách, làm giảm oxy trong máu trong khi lượng carbon dioxide có thể tăng cao đến mức không còn khả năng duy trì sự sống. Khi mức oxy giảm xuống dưới điểm tới hạn, não bộ sẽ phản ứng bằng cách tiếp tục chết tế bào, và tim thì gặp phải tình trạng rung giật hoặc ngừng đập. Viêm phổi, qua đó, trở thành nguyên nhân dẫn đến cái chết.

Cuộc tấn công nhanh chóng của viêm phổi còn một cách khác để gây nguy hiểm: từ trụ sở bệnh tật nằm sâu trong phổi, nơi trở thành điểm tập kết cho vi khuẩn gây bệnh xâm nhập vào dòng máu và lan rộng ra mọi cơ quan trong cơ thể. Quá trình này, được gọi là nhiễm khuẩn huyết hoặc nhiễm trùng máu<sup>76</sup>, khởi đầu cho chuỗi sự kiện sinh lý dẫn đến sự sụp đổ của cấu trúc toàn vẹn của tim, phổi, mạch máu, thận và gan, cuối cùng gây ra sự giảm mạnh huyết áp đến mức sốc và tử vong. Trong tình trạng nhiễm trùng huyết, ngay cả những loại kháng sinh mạnh mẽ nhất cũng thường không thể chống lại sự tấn công áp đảo của vi khuẩn.

Dù kết thúc là do viêm phổi, suy tim, hay tình trạng nhiễm toan không thể kiểm soát từ bệnh tiểu đường, điều quan trọng về đột quy là nó luôn xuất hiện cùng với "bạn bè" của mình - những kẻ sát nhân không thể tránh khỏi của người già. Đột quy chỉ là một phần của hệ quả rộng lớn từ bệnh mạch máu não giai đoạn cuối, mà dù có thể bị thúc đẩy bởi lối sống tự hại nhưng không bao giờ có thể ngăn chặn được quỹ đạo cuối cùng của nó. Henry Gardiner, người biên soạn phiên bản năm 1845 của các tác phẩm của Thomas Browne, đã kèm vào phụ lục một trích dẫn dài của Francis Quarles, một nhà văn thế kỷ XVII, đã chính xác nói rằng:

---

<sup>75</sup> Phế nang (Alveoli): những túi khí nhỏ trong phổi nơi trao đổi khí diễn ra, oxy từ không khí được trao đổi vào máu và carbon dioxide từ máu được thải ra ngoài.

<sup>76</sup> Sepsis / septicemia (nhiễm trùng huyết): Tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng khi vi khuẩn xâm nhập và phát triển trong máu, thường dẫn đến sốc nhiễm trùng. .



*"Con người có thể chủ động rút ngắn hoặc gián tiếp tăng tốc đến cái chết, nhưng không thể kéo dài hay mở rộng giới hạn cuộc sống tự nhiên của mình."*

Và sau đó, với một lời khôn ngoan tuyệt vời, Quarles thêm rằng:

*"Chỉ người đó (nếu có) mới biết cách kéo dài ngọn đèn của mình, khi biết cách sử dụng nó một cách tốt nhất." Không có cách nào để ngăn cản tuổi già khỏi nhiệm vụ của nó, nhưng một cuộc sống đầy thành tựu bù đắp về chất lượng cho những gì không thể thêm vào về số lượng".*

Nhiều bác sĩ, đặc biệt là những người phần lớn thời gian làm việc trong phòng thí nghiệm, cùng với các nhà thống kê, bày tỏ sự nghi ngờ về việc cái chết từ tuổi già là điều không thể tránh khỏi. Qua câu chuyện về những ngày cuối đời của Bubbeh tôi, họ không nghi ngờ gì nữa đã nhận định rằng viêm phổi và các bệnh nhiễm trùng khác trở thành nguyên nhân gây tử vong phổ biến thứ hai sau tuổi tám mươi lăm, chỉ sau chứng xơ vữa động mạch. Bà tôi mắc cả hai tình trạng này và họ có thể khẳng định rằng cách chết của bà chứng minh cho quan điểm của họ và là lý do cho việc can thiệp tích cực để điều trị các bệnh lý này nhằm kéo dài cuộc sống. Đối với tôi, quan điểm này giống ngụy biện hơn là khoa học.

Tôi công nhận góc nhìn của những bác sĩ này, nhưng cũng có đầy đủ bằng chứng cho thấy cuộc sống tự nhiên có những giới hạn của nó. Khi đạt đến những giới hạn ấy, ngọn đèn cuộc đời, ngay cả khi không có bệnh tật hay tai nạn cụ thể nào, cũng sẽ tự tắt dần.

Rất may, đa số bác sĩ lâm sàng chuyên chăm sóc người cao tuổi đã nhận ra điều này. Các chuyên gia lão khoa xứng đáng nhận được sự khen ngợi cho những đóng góp lớn lao của họ trong việc làm rõ các bệnh lý ảnh hưởng đến những người dần bị đè nén bởi sự suy giảm sinh lực ở tuổi xế chiều. Nhưng quan trọng hơn, họ còn được tôn trọng vì lòng nhân ái họ đem lại

trong công việc. Tôi đã trao đổi về vấn đề này với giáo sư y học lão khoa của trường tôi, Bs Leo Cooney, người sau đó đã tóm tắt quan điểm của mình trong hai đoạn ngắn gọn trong một bức thư:

*"Hầu hết bác sĩ lão khoa đều ủng hộ quan điểm không áp dụng những biện pháp can thiệp mạnh mẽ chỉ với mục đích kéo dài sự sống. Chính họ luôn đặt câu hỏi với các chuyên gia thận học khi họ tiến hành lọc máu cho người già, các chuyên gia hô hấp khi họ đặt ống thở cho những người không còn chất lượng sống, và ngay cả các bác sĩ phẫu thuật, những người dường như không từ chối sử dụng dao mổ của mình đối với bệnh nhân mà viêm phúc mạc có thể là cách chết nhân từ.*

*Chúng tôi mong muốn nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi hơn là chỉ kéo dài cuộc đời họ. Chúng tôi ước ao người già có thể sống một cách tự lập và đầy phẩm giá trong thời gian dài nhất có thể. Chúng tôi nỗ lực giảm thiểu tình trạng mất kiểm soát bàng quang, giải quyết sự mơ hồ trong nhận thức, và hỗ trợ gia đình đối phó với các bệnh nghiêm trọng như Alzheimer.*

Có thể nói, bác sĩ lão khoa giống như bác sĩ gia đình cho người già, là giải pháp cho thế hệ hiện tại về sự thiếu vắng bác sĩ gia đình truyền thống, người hiểu bệnh nhân của mình cũng như chính bản thân họ. Chuyên môn của một bác sĩ lão khoa chính là toàn bộ vấn đề của người cao tuổi. Vào cuối năm 1992, chỉ có 4.084 bác sĩ lão khoa được chứng nhận ở Hoa Kỳ, trong khi có đến 17.000 chuyên gia tim mạch.

Có thể có nghi vấn về một số bằng chứng tôi đưa ra về việc giới hạn tự nhiên của đời sống con người không cho phép sự can thiệp quá mức. Thực tế, đã có những nghiên cứu cụ thể được thực hiện trên những người già vẫn còn khỏe mạnh. Trong những nghiên cứu đó, người ta đã đánh giá sự thay đổi chức năng theo độ tuổi ở nam và nữ mà không bị ảnh hưởng bởi bệnh lý nào. Kết quả chính xác như tôi đã mô tả: quá trình lão hóa tiếp diễn, bất kể có sự kiện nào khác đang diễn ra. Lão hóa có thể được coi là độc lập và

cùng tồn tại, vì nó không chỉ đóng góp vào bệnh tật mà còn có thể bị thúc đẩy bởi bệnh tật. *Dù có bệnh hay không, cơ thể vẫn tiếp tục già đi.*

Tôi không đồng tình với quan điểm của nhiều nhà nghiên cứu nghiên cứu sinh lý học lão hóa trong phòng thí nghiệm xung quanh triết lý điều trị bệnh. Khi có thể xác định được một bệnh bằng cách đặt tên cho nó, thì những tổn thương do bệnh gây ra sẽ trở thành đối tượng để điều trị, với mục tiêu tiềm năng là chữa khỏi. Và đó, rất cuộc, chính là lý do thực sự khiến một bác sĩ khoa học hiện đại trở thành chuyên gia. Cho dù ông ta tuyên bố quan tâm đến việc giảm nhẹ đau khổ của con người và cho dù những nỗ lực của ông ta là chân thành, bác sĩ chuyên khoa trung bình thực hiện công việc của mình bởi vì ông ta bị cuốn hút bởi những bí ẩn của bệnh tật và khao khát chinh phục chúng bằng cách giải quyết từng câu đố mà chúng đặt ra với trí tò mò của ông, dù ông là nhà nghiên cứu hay bác sĩ lâm sàng. Ở hai giai đoạn đầu và cuối đời, giai đoạn nhi khoa và lão khoa, bệnh nhân may mắn được hướng dẫn bởi những người tương đương với bác sĩ gia đình ngày nay

Chẩn đoán bệnh tật và nỗ lực vượt qua chúng bằng trí tuệ là thách thức thúc đẩy mọi chuyên gia giỏi trong lĩnh vực của mình. Họ đam mê với bệnh lý học. Khi phải đối mặt với sự thật là mình bất lực trong việc điều trị, những người muốn chữa lành thường bỏ cuộc. Nếu một câu đố vốn bất khả giải, nó không thể lâu dài thu hút được sự quan tâm của phần lớn các bác sĩ điều trị theo từng cơ quan và nhóm bệnh cụ thể.

Tuổi già khó giải quyết như nó vốn tất yếu. Bằng cách đặt tên khoa học cho những biểu hiện có thể điều trị của tuổi già, quá nhiều chuyên gia khoa lão được người cao tuổi tìm đến vẫn giữ câu đố và sự đam mê của mình. Họ cũng tin rằng họ đem lại một chút hy vọng cho bệnh nhân, mặc dù cuối cùng niềm hy vọng đó chứng tỏ là vô lý. Ngày nay (nếu tôi được sử dụng một thuật ngữ từ ngôn ngữ đời thường), việc thừa nhận một số người chết vì tuổi già không phải là điều đúng đắn về mặt chính trị.

Liệu có thể nghi ngờ rằng các quá trình vật lý bẩm sinh liên quan đến tuổi già khiến con người dần trở nên dễ bị tử vong hơn? Liệu có thể nghi ngờ rằng cứ một năm trôi qua, khả năng của chúng ta để đối phó với những nguy hiểm chết người luôn rình rập xung quanh lại càng giảm đi? Liệu có thể nghi ngờ rằng sự suy yếu dần này là do sức mạnh của các mô và cơ quan trong cơ thể chúng ta ngày càng bị tổn thương? Liệu có thể nghi ngờ rằng sự tổn thương đó là do sự suy giảm dần dần về cấu trúc và chức năng bình thường của cơ thể? Liệu có thể nghi ngờ rằng sự suy giảm đó, dù xảy ra với một chiếc máy hay con người, cuối cùng sẽ dẫn đến hỏng hoàn toàn? Liệu có thể nghi ngờ rằng Thomas Jefferson đã hiểu đúng vấn đề khi ông nói về điều này?

Sự hiểu biết được thể hiện bởi Jefferson thực ra đã có từ hàng thiên niên kỷ trước. Trong cuốn sách y học cổ xưa nhất còn tồn tại của Trung Quốc, hay bất cứ nơi nào khác - Hoàng Đế Nội Kinh Sơ Vấn (The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine – The Huang Ti Nei Ching Su Wen) - được viết cách đây khoảng 3.500 năm, vị hoàng đế huyền thoại đang được thái y lỗi lạc Kỳ Bảo (Chi Po) hướng dẫn về tuổi già:

*"Khi con người già đi, xương trở nên khô và giòn như rơm rạ (loãng xương<sup>77</sup>), da thịt chảy xệ và lồng ngực thường xuyên tích tụ không khí (tràn khí phổi<sup>78</sup>). Họ cũng thường xuyên cảm thấy đau bụng (rối loạn tiêu hóa mạn tính<sup>79</sup>), có cảm giác khó chịu trong lòng (cơn đau thắt ngực hoặc rối loạn nhịp tim mạn tính<sup>80</sup>). Gáy và đỉnh vai của họ co lại, toàn thân nóng rát (nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên), xương cọc lộ ra khỏi da thịt (sụt cân nặng, mất cơ). Mắt trũng sâu và lồi lên. Khi đó, mạch ở gan (suy tim phải<sup>81</sup>) đã có thể nhìn thấy nhưng mắt không còn phân biệt được các đường nối (đục thủy tinh thể<sup>82</sup>), cái chết*

<sup>77</sup> Loãng xương (osteoporosis): Tình trạng các xương trở nên mỏng, giòn và dễ gãy.

<sup>78</sup> Tràn khí phổi (emphysema): Tình trạng một số phần phổi bị xẹp và không thể trao đổi khí.

<sup>79</sup> Rối loạn tiêu hóa mạn tính: Các vấn đề về dạ dày, ruột kéo dài trong thời gian dài.

<sup>80</sup> Rối loạn nhịp tim mạn tính: Nhịp tim không đều hoặc quá chậm/nhanh trong thời gian dài.

<sup>81</sup> Suy tim phải: Tình trạng tâm thất phải của tim không thể bơm máu đi hiệu quả.

<sup>82</sup> Đục thủy tinh thể (cataract): Thủy tinh thể trong mắt mất đi tính trong suốt, làm giảm thị lực.

*sẽ đến gần. Giới hạn tuổi thọ của con người được nhận biết khi họ không thể vượt qua được bệnh tật của mình, lúc đó là lúc cái chết đã đến".*

Câu hỏi lớn không phải là liệu tuổi già có dẫn đến suy nhược, không vượt qua được bệnh tật rồi đến cái chết hay không, mà là tại sao các cá thể lại già đi ngay từ đầu. Nhà giảng đạo trong sách Truyền đạo<sup>83</sup> là một trong những người đầu tiên thuộc truyền thống phương Tây chỉ ra rằng "Muôn việc đều có thời, mọi việc dưới trời đều có lúc". Đó là một chủ đề quá phổ biến, vang vọng qua các tác phẩm văn học của chúng ta trong mọi thời đại. Trước nhà giảng đạo, Homer đã viết: "Giống loài người giống như giống loài lá cây. Một thế hệ đang trở bông, thế hệ khác thì tàn lụi". Và có những lý do chính đáng khiến một thế hệ phải nhường chỗ cho thế hệ kế tiếp, như đã được làm rõ trong một lá thư khác của Jefferson gửi cho nhà triết học đáng kính John Adams gần cuối đời:

*"Có một thời điểm chín muồi cho cái chết, liên quan đến người khác cũng như chính chúng ta, khi lẽ ra chúng ta nên ra đi và nhường chỗ cho một sự sinh trưởng mới. Khi đã sống trọn vẹn thế hệ của mình, chúng ta không nên muốn xâm phạm lấn sang thế hệ khác".*

Nếu đó là quy luật tự nhiên không cho phép chúng ta "xâm phạm" lấn sang thế hệ khác (và sự quan sát đơn giản khẳng định điều đó), thì tự nhiên phải có cách nào đó để đảm bảo rằng chúng ta, giống như lá cây của Homer, sẽ dần đạt tới giai đoạn phải "rơi rụng và nhường chỗ cho một sự sinh trưởng mới", như lời nông dân quý tộc Jefferson. Các nhà khoa học đã cố gắng xác định cơ chế khiến các sinh vật làm điều này, và chúng ta vẫn chưa biết chắc nó là gì.

Cơ bản có hai lập luận riêng biệt để giải thích quá trình lão hóa. Một lập luận nhấn mạnh vào sự hư hỏng ngày càng tăng mà các tế bào và cơ quan

---

<sup>83</sup> The Preacher of Ecclesiastes

phải gánh chịu trong quá trình thực hiện chức năng bình thường của chúng trong môi trường sống hằng ngày. Đây thường được gọi là lý thuyết "hao mòn" (wear and tear). Lập luận còn lại cho rằng lão hóa là do sự tồn tại của một tuổi thọ được xác định trước về mặt di truyền, không chỉ kiểm soát tuổi thọ của từng tế bào mà còn của các cơ quan và cả sinh vật như chúng ta. Khi mô tả luận điểm này, thường được ví von như một "mạch di truyền" (genetic tape) bắt đầu chạy ngay từ lúc thụ thai và theo một chương trình tuần tự định sẵn không chỉ quyết định giờ phút cái chết (ít nhất theo nghĩa bóng) mà còn cả thời điểm bắt đầu phát ra những âm thanh dẫn đến cái chết. Mang ý nghĩa cụ thể nhất, lý thuyết này có thể có nghĩa là ngày hoặc tuần mà tế bào ung thư lần đầu tiên phân chia đã được xác định ngay từ khi trứng vừa được thụ tinh.

Theo những người ủng hộ lý thuyết "hao mòn", môi trường có thể đề cập đến môi trường trên hành tinh này hoặc môi trường bên trong và xung quanh tế bào. Có thể là những yếu tố như bức xạ nền (cả mặt trời và công nghiệp), chất ô nhiễm, vi khuẩn và chất độc trong không khí dần dần gây ra những hư hỏng thay đổi bản chất thông tin di truyền được truyền từ tế bào này sang tế bào khác. Thậm chí, có thể môi trường không đóng vai trò gì - những sai lệch thông tin có thể bắt nguồn từ những lỗi ngẫu nhiên trong quá trình truyền đạt. Dù theo cách nào, những thay đổi tích tụ trong DNA cuối cùng có thể dẫn đến những sai sót trong chức năng của tế bào gây ra cái chết và những biến đổi rõ rệt trên toàn bộ cơ thể mà ta gọi là lão hóa. Quá trình này được một số người gọi là "thảm họa lỗi" (error catastrophe).

Một số mối nguy hiểm từ môi trường bắt nguồn ngay từ các mô trong cơ thể và bên trong tế bào. Tôi đã đề cập đến sự tấn công liên tục làm ảnh hưởng đến bản chất cơ bản của các phân tử, nhưng còn có những cơ chế khác nữa. Để duy trì sức khỏe tốt, các tế bào phải phân hủy hiệu quả các sản phẩm độc hại từ quá trình trao đổi chất của chính chúng. Nếu quá trình này bị thoát tầm kiểm soát ở bất kỳ mức độ nào, những sản phẩm phụ có hại có thể tích tụ và gây ảnh hưởng không chỉ đến chức năng mà còn đến cả DNA; dù nguyên nhân là môi trường, lỗi ngẫu nhiên trong quá trình truyền

đạt hay các sản phẩm độc hại từ trao đổi chất, nhiều người cho rằng sự hình thành những lỗi trong DNA là yếu tố chính gây ra quá trình lão hóa.

Mặc dù chúng ta không nên quá nghiêm túc với "văn học đáng sợ" của những người mô tả tận thế Thời đại Mới (New Age doom describers), không thể phủ nhận rằng một số khái niệm như aldehyt và gốc oxy tự do cần được quan tâm vì chúng có thể đóng vai trò trong việc gây tổn hại và lão hóa nguyên sinh chất nếu không được phân hủy đúng cách thành các chất ít độc hại hơn. Gốc tự do<sup>84</sup> là phân tử có quỹ đạo ngoài cùng chứa số lẻ electron. Những cấu trúc này cực kỳ phản ứng, vì sự ổn định chỉ đạt được khi nhận thêm hoặc mất đi một electron để tạo thành cặp đủ. Khả năng phản ứng mạnh mẽ của gốc tự do khiến chúng trở thành "thủ phạm" hoặc "anh hùng" trong nhiều lý thuyết sinh học, từ nguồn gốc sự sống trên Trái Đất cho đến các cơ chế gây lão hóa. Một số người muốn kéo dài tuổi thọ tin rằng bổ sung thêm beta-caroten, vitamin E hoặc C trong chế độ ăn sẽ bảo vệ các mô khỏi quá trình oxy hóa bởi gốc tự do. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có bằng chứng chắc chắn khẳng định điều đó.

Lý thuyết còn lại trong hai lý thuyết chính về lão hóa là giả thuyết cho rằng toàn bộ quá trình này được xác định trước bởi các yếu tố di truyền. Theo lập luận này, bên trong mỗi sinh vật tồn tại một chương trình di truyền có chức năng dần dần tắt đi các quá trình sinh lý của cuộc sống bình thường và cuối cùng là bất kỳ sự sống nào. Ở loài người, mỗi người lão hóa theo cách khác nhau, hoặc ít nhất là các đặc điểm nổi bật của quá trình này khác nhau ở từng người. Điều này dẫn đến những hiện tượng riêng biệt như suy giảm miễn dịch, nếp nhăn da, sự hình thành khối u, bệnh mất trí nhớ, giảm đàn hồi của mạch máu và nhiều biểu hiện lão hóa khác.

Lý thuyết di truyền được củng cố mạnh mẽ cách đây gần 30 năm khi Bs. Leonard Hayflick chỉ ra rằng tế bào người được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm sẽ từ từ ngừng phân chia sau một thời gian. Dần dần, chúng hoàn

---

<sup>84</sup> Gốc tự do (free radical): Phân tử có quỹ đạo ngoài cùng chứa số lẻ electron, nên rất phản ứng và dễ gây ra các phản ứng oxy hóa.

toàn ngừng phân chia và chết đi. Số lần phân chia tế bào tối đa luôn có giới hạn và khoảng 50 lần. Các nghiên cứu được tiến hành trên loại tế bào phổ biến gọi là tế bào nguyên bào sợi<sup>85</sup>, tạo nên khung cơ bản của mọi mô trong cơ thể, và kết quả có thể áp dụng cho các loại tế bào khác. Khả năng sinh sản dường như vô tận của tế bào ung thư thoát khỏi sự hữu hạn và trật tự của sự tồn tại bình thường.

Những nghiên cứu như của Hayflick giúp giải thích tại sao mỗi loài có tuổi thọ đặc trưng và tại sao tuổi thọ của mỗi cá thể trong cùng một loài thường tương đồng với tuổi thọ của cha mẹ chúng - cách đảm bảo tuổi thọ tốt nhất là chọn đúng bố mẹ.

Nhiều yếu tố lão hóa cụ thể đã len lỏi vào lĩnh vực khoa học. Tôi cho rằng phần lớn trong số chúng đều có một mức độ đúng sự thật nhất định. Nói cách khác, quá trình lão hóa rất có thể là hệ quả của tất cả các yếu tố kết hợp lại, với tầm quan trọng của từng yếu tố riêng lẻ là khác nhau đối với mỗi người.

Một số yếu tố là phổ biến ở mọi sinh vật sống, bao gồm những thay đổi xảy ra ở phân tử và bào quan (organelles). Những biến đổi diễn ra trong tế bào, mô và cơ quan có thể đặc trưng cho một loài duy nhất, giống như những gì xảy ra trong toàn bộ cơ thể cây hoặc động vật. Theo lời Bs HayRick, "bằng chứng cho thấy có rất nhiều nguyên nhân khác nhau dẫn đến tình trạng mất ổn định sinh học, những điều mà theo quan niệm phổ biến được coi là các biểu hiện của quá trình lão hóa".

Một số hiện tượng sinh học đã được miêu tả, như chương trình di truyền, sự hình thành gốc tự do, sự bất ổn của phân tử, tuổi thọ hữu hạn của tế bào và sự tích lũy các lỗi di truyền cùng lỗi trao đổi chất<sup>86</sup>. Có một số yếu tố khác có thể tác động và đã nhận được sự ủng hộ mạnh mẽ trong giới khoa học.

---

<sup>85</sup> Tế bào nguyên bào sợi (fibroblast): Loại tế bào tạo thành khung cấu trúc cơ bản của các mô trong cơ thể.

<sup>86</sup> Trao đổi chất (Metabolism): Là tổng hợp các phản ứng hóa sinh diễn ra trong tế bào nhằm cung cấp năng lượng, tổng hợp và phân hủy các phân tử cần thiết để duy trì sự sống.



Ví dụ, lipofuscin<sup>87</sup> (đốm đồi mồi) được một số nhà nghiên cứu cho rằng không chỉ đơn thuần là sản phẩm vô hại của quá trình phân hủy trong tế bào gây ra hiện tượng đổi màu ở các cơ quan lão hóa; họ tin rằng sự tích lũy của chất này gây chết người. Một số khác nhấn mạnh vai trò của những thay đổi nội tiết tố được điều tiết qua hệ thần kinh; có những người ủng hộ lý thuyết cho rằng một trong những thay đổi quan trọng nhất xảy ra trong hệ miễn dịch là khả năng nhận biết các mô của chính cơ thể giảm dần, dẫn đến các bệnh thoái hóa ở người già là do cơ thể đào thải một số mô của chính nó.

Một lý thuyết khác cho rằng các phân tử trong cơ cấu mô đặc biệt gọi là collagen<sup>88</sup> liên kết chéo<sup>89</sup> lẫn nhau. Sự tích tụ của các liên kết này cản trở dòng chảy dinh dưỡng và chất thải, đồng thời làm giảm không gian cần thiết cho các quá trình sống con diễn ra. Trong số tác động khác, liên kết chéo còn có thể gây tổn hại DNA, gây ra đột biến hoặc tử vong tế bào. Và có lý thuyết tương đối mới rằng các hệ thống sinh lý và những biến đổi giải phẫu có liên quan trở nên kém phức tạp hơn theo tuổi tác, dẫn đến hiệu năng giảm sút; sự đơn giản hóa này có thể là hệ quả của các quá trình cơ bản khác, có lẽ bao gồm một số đã được mô tả ở trên.

Gần đây, sự quan tâm dành cho hiện tượng chết tế bào theo chương trình phổ biến ở nhiều loài sinh vật đang gia tăng. Quá trình này, được các nhà khoa học đặt tên là apoptosis<sup>90</sup> (từ tiếng Hy Lạp có nghĩa "rơi rụng ra"), được khởi xướng bởi hoạt động của protein gen myc<sup>91</sup>, dẫn đến một chuỗi phản ứng di truyền mạnh mẽ trong điều kiện bất thường nhất định. Ví dụ, khi chất dinh dưỡng bị loại bỏ khỏi một số dòng tế bào nuôi cấy, gen myc

---

<sup>87</sup> Lipofuscin: Là một sắc tố màu nâu đỏ bắt đầu tích tụ trong các tế bào khi chúng già đi, do các sản phẩm phân hủy protein không thể được thoái hóa hoàn toàn.

<sup>88</sup> Collagen: Là một loại protein xơ tạo nên thành phần chính của mô liên kết như da, gân, xương... Collagen giữ vai trò quan trọng trong việc duy trì cấu trúc và độ đàn hồi của mô.

<sup>89</sup> Liên kết chéo (Cross-linking): Là quá trình hình thành các liên kết hóa học giữa các chuỗi phân tử, như giữa các sợi protein collagen với nhau. Hiện tượng này làm cứng và giảm đàn hồi của mô.

<sup>90</sup> Apoptosis: Là quá trình chết tự nhiên của tế bào theo chương trình di truyền, diễn ra trong chu trình sống bình thường hoặc trong điều kiện bất thường. Quá trình này khác với chết tế bào bệnh lý (necrosis).

<sup>91</sup> Gen myc: Là một gen điều hòa sự tăng trưởng tế bào, đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển và chết tự nhiên của tế bào. Khi bị kích hoạt bởi tín hiệu bất thường, gen này có thể khởi động chuỗi phản ứng dẫn đến apoptosis.

khởi động quá trình làm tế bào bị "nổ tung" và phá huỷ hoàn toàn chỉ trong khoảng 25 phút. Theo nghĩa đen, tế bào đã "rơi rụng ra khỏi" sự sống. Quá trình chết tế bào có chương trình này rất quan trọng cho sự phát triển của sinh vật trưởng thành, bởi nó là cách loại bỏ các tế bào không còn cần thiết để được thay thế bằng tế bào mới ở giai đoạn tiếp theo. Hiện tượng apoptosis cũng đã được quan sát ở các cá thể trưởng thành, do các yếu tố môi trường tác động lên tế bào.

Bởi apoptosis là tình trạng tế bào chết đi khi các gen được kích hoạt biểu hiện, việc suy đoán rằng protein myc<sup>92</sup> hoặc một cấu trúc tương tự có thể đóng vai trò như một "gen gây chết" trở nên hấp dẫn. Sự kích hoạt chết tế bào theo cơ chế di truyền này có thể do nhiều yếu tố môi trường và sinh lý khác nhau khởi xướng, và nó dường như đem lại sự tương đồng giữa một số lý thuyết khác nhau đã được đề cập ở trên. Hướng nghiên cứu này càng trở nên hứa hẹn hơn khi phát hiện ra mối liên hệ giữa protein myc và một protein khác tên là max<sup>93</sup>. Khi hai protein này liên kết, chúng sẽ hướng dẫn tế bào theo một cách thức chưa được làm sáng tỏ để thực hiện một trong ba quá trình: trưởng thành, phân chia hay tự huỷ bằng apoptosis. Do đó, tùy theo cách biểu hiện, gen myc đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển, điều hòa tăng trưởng và cuối cùng là trong quá trình chết tự nhiên có chương trình. Tầm ảnh hưởng của những khám phá mới này hiển nhiên là khó lường ở thời điểm hiện tại, không chỉ đối với việc hiểu biết về các quá trình bình thường mà còn đối với các quá trình bệnh lý, đặc biệt là ung thư.

Các nhà khoa học đang tìm cách thống nhất các quan điểm dường như khác biệt về nguyên nhân gây lão hóa. Ví dụ, sự thay đổi hệ miễn dịch ở tuổi già có thể là hệ quả của tác động hormone do các biến đổi thần kinh gây ra, và ngược lại là do yếu tố di truyền. Lý thuyết thì nhiều, người ủng hộ cũng đông và sự tương đồng giữa các khái niệm cũng không hề thiếu. Điều xuất

---

<sup>92</sup> Protein myc: Là một protein điều hòa sự tăng trưởng và phát triển của tế bào. Nó đóng vai trò quan trọng trong sự kích hoạt quá trình apoptosis.

<sup>93</sup> Protein max: Là một protein có khả năng liên kết với protein myc, hình thành phân tử đôi myc-max đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa quá trình tăng sinh, phát triển và chết theo chương trình của tế bào.

hiện từ tất cả dữ liệu thực nghiệm và suy đoán là sự tất yếu của quá trình lão hóa, và do đó là tính hữu hạn của cuộc sống.

Còn về những danh mục bệnh lý mang tên chính thức do chính phủ liên bang đài thọ kinh phí, bệnh tật khiến người cao tuổi phải trả giá bằng sinh mạng thường chỉ bao gồm những "nghị phạm thân quen". Trong hàng trăm căn bệnh đã biết và các yếu tố nguy cơ, khoảng 85% người cao tuổi sẽ qua đời do biến chứng của 7 bệnh lý chính: xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, tiểu đường tuổi già, béo phì, các rối loạn tâm thần như Alzheimer, ung thư và suy giảm miễn dịch. Nhiều người cao tuổi mắc đồng thời vài bệnh trong số này. Không chỉ vậy, các y bác sĩ khoa cấp cứu tại bệnh viện lớn đều có thể xác nhận nhiều bệnh nhân nguy kịch là nạn nhân của cả 7 "tử thần" này. Chúng tạo nên "đội quân hùng đen" tấn công và giết hại người già. Với đại đa số chúng ta sống qua tuổi trung niên, chúng là những "người lãnh đạo hàng ngũ tử thần".

Việc khám nghiệm tử thi ngày nay không còn phổ biến như trước đây vài thập kỷ. Nhờ hiện nay có thể chẩn đoán chính xác tỉ mỉ trước khi tử vong, nên khám nghiệm tử thi trong mắt nhiều bác sĩ lâm sàng chỉ là một thủ tục dư thừa trong lĩnh vực giải phẫu bệnh lý<sup>94</sup> mà thôi. Hiện nay, số người tử vong do chẩn đoán sai đã ít hơn rất nhiều so với thời trước - đa số là do chúng ta không thể thay đổi được quá trình của một căn bệnh đã được chẩn đoán chính xác.

Trong thập kỷ gần đây, tỷ lệ khám nghiệm tại bệnh viện của tôi chỉ còn khoảng 20%, trong khi trước đây nhiều năm nó vẫn luôn cao gấp đôi con số này. Tỷ lệ này trên toàn quốc hiện chỉ khoảng 13%.

Trong thời kỳ đỉnh cao của khám nghiệm, tôi có được phép khám nghiệm tử thi đối với hầu hết những bệnh nhân của mình đã qua đời. Ngày nay tôi

---

<sup>94</sup> Giải phẫu bệnh lý (pathology): nghiên cứu về bệnh tật và những thay đổi cấu trúc/chức năng trong cơ thể.

không nỗ lực nhiều như trước, nhưng nếu cố gắng, tôi vẫn luôn có mặt để xem xét các phát hiện cùng với bác sĩ giải phẫu bệnh lý khi họ mổ khám.

Sau 6 năm thực tập tại viện và 30 năm hành nghề, tôi đã chứng kiến khá nhiều ca khám nghiệm tử thi. Ở người già, sự xơ vữa mạch máu và teo tử cơ quan là hiện tượng phổ biến, và không đáng để bình luận khi bác sĩ giải phẫu đang tìm kiếm những vị trí mà bệnh ung thư đã lan tỏa hay nhiễm trùng. Khi cẩn thận quan sát các mô và bên trong các cơ quan, cả bác sĩ giải phẫu và phẫu thuật viên đều có xu hướng bỏ qua toàn cảnh thân thể đang già nua dần hiện ra sau từng nhát dao. Chuyện đó gần như không bao giờ được bình luận, cũng như lái xe không bình phẩm về một khung cảnh trụ lá vào mùa đông khi đang tìm địa chỉ - nó chỉ đơn giản là có đó, không gì khác.

Chưa hết, khi báo cáo khám nghiệm tử thi được gửi tới hộp thư của bác sĩ phẫu thuật vài tuần sau, tôi thường ngạc nhiên về trạng thái rất tiên tiến của các mảnh vụn sinh học hầu như không được chú ý qua đó nhà nghiên cứu bệnh học và tôi gần đây đã thực hiện. Trong quá trình phân tích chi tiết những phát hiện của mình, ông đã tỉ mỉ đã nhập vào mọi điểm khác biệt được phát hiện của anh ấy từ chuẩn mực sức khỏe. Khi tôi đọc bản tóm tắt của ông, tất cả đều hiện về trong trí nhớ và chiếm lấy vị trí của chúng cùng với những manh mối chính mà chúng ta đã toàn tâm toàn ý truy tìm. Chỉ khi điều này bắt đầu xảy ra tôi mới thực sự đánh giá cao toàn bộ bối cảnh mà bệnh nhân của tôi đã chết.

Một số kết quả khám nghiệm tử thi không liên quan gì đến hoàn cảnh của cái chết. Chúng đơn giản là kết quả của quá trình lão hóa, trong đó có một hoặc hai loại bệnh lý cụ thể xuất hiện để giết bệnh nhân. Những phát hiện không gây chết người như vậy có thể không góp phần trực tiếp vào cái chết, nhưng chúng cung cấp thông tin cơ bản cho ngữ cảnh xảy ra.

Gần đây, tôi đã tìm đến sự giúp đỡ của một đồng nghiệp tại Bệnh viện Yale-New Haven. Bs. G. J. Walker Smith là giám đốc dịch vụ khám nghiệm

tử thi, một chuyên gia kỳ cựu trong căn phòng lát đá cẩm thạch, nơi các bác sĩ của người chết nỗ lực mạnh mẽ để trả lời câu hỏi được đặt ra hơn hai trăm năm trước bởi người sáng lập chuyên môn u ám của họ, nhà giải phẫu người Padua Giovanni Battista Morgagni: "Ubi est morbus?" - "Bệnh ở đâu?" Cùng nhau, nhà nghiên cứu bệnh học và bệnh nhân mới qua đời thực hiện nghĩa vụ được hứa hẹn bởi lời thề truyền thống mà họ nhìn thấy trên tấm biển trên tường của hàng trăm phòng khám nghiệm tử thi trên khắp thế giới: "Hic est locus ubi mors gaudet succurso vitae" - "Đây là nơi mà cái chết hoan đến giúp đỡ sự sống."

Phòng khám nghiệm tử thi là nơi của Walker Smith, tương tự như phòng phẫu thuật là của tôi. Khi tôi nói với anh ấy rằng tôi muốn xác nhận ấn tượng lâu dài của mình bằng cách xem một số báo cáo cuối cùng về những bệnh nhân đã qua đời ở tuổi cao, anh ấy đã giúp tôi một cách tốt hơn. Anh ấy bắt đầu quan tâm và không lâu sau đó, anh ấy đã bị cuốn hút bởi dự án như tôi. Chúng tôi tìm thấy 23 hồ sơ bệnh nhân đã được nghiên cứu trước thời kỳ khan hiếm hiện tại. Cùng nhau, chúng tôi xem xét kết quả của 12 nam và 11 nữ, có độ tuổi từ 84 trở lên, đã qua đời trong khoảng thời gian mười sáu tháng từ tháng 12 năm 1970 đến tháng 4 năm 1972. Tuổi trung bình của họ là tám mươi tám, và người cao tuổi nhất là chín mươi lăm.

Mặc dù có sự khác biệt trong phân bố các bệnh lý như xơ vữa động mạch và suy giảm vi mô<sup>95</sup> của hệ thần kinh trung ương, nhìn chung, các phát hiện vẫn thể hiện một mức độ giống nhau đầy ấn tượng đối với cả hai chúng tôi.

Cái chết cụ thể của một người dường như phụ thuộc vào thứ tự các mô của họ bị ảnh hưởng trong quá trình thoái hóa. Điểm chung duy nhất giữa hai mươi ba bệnh nhân, ít nhất là qua lời báo tử đặc biệt của bác sĩ giải phẫu, là sự mất đi sức sống do đói và ngạt thở—khi các động mạch thu hẹp lại, khoảng cách giữa sự sống và cái chết cũng vậy. Chất dinh dưỡng giảm, lượng oxy ít đi, và khả năng phục hồi sau tổn thương kém đi. Mọi thứ đều

---

<sup>95</sup> Suy giảm vi mô (Microscopic deterioration): Là quá trình thoái hóa từng phần nhỏ ở cấp độ vi mô trong các cơ quan hoặc mô.

hoen gỉ và bong tróc cho đến khi cuộc sống tắt hẳn. Những gì chúng ta gọi là đột quy cuối cùng, nhồi máu cơ tim, hoặc nhiễm trùng huyết, chỉ đơn giản là kết quả của các yếu tố vật lý hóa học mà chúng ta chưa hiểu hết, nhằm khép lại màn diễn đã gần kết thúc hơn nhiều so với chúng ta nhận thức được, kể cả đối với người già vẫn còn tưởng chừng như khỏe mạnh.

Cụ ông 80 tuổi<sup>96</sup> qua đời vì nhồi máu cơ tim không chỉ là một người cao tuổi với căn bệnh tim mạch - ông là nạn nhân của một quá trình lão hóa âm thầm, ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể. Nhồi máu cơ tim chỉ là một biểu hiện của quá trình này, và trong trường hợp của ông, nó đã vượt qua các vấn đề sức khỏe khác. Mặc dù các vấn đề sức khỏe khác có thể đã làm nguy hiểm đến tính mạng ông nếu như không có sự can thiệp kịp thời của các bác sĩ trong đơn vị chăm sóc tim mạch.

Trong số các bệnh nhân lớn tuổi mà Walker Smith nghiên cứu, bảy người chết do nhồi máu cơ tim; bốn người khác chết vì đột quy; và tám người chết do nhiễm trùng, trong đó ba người ra đi cùng với 'người bạn già' của mình là bệnh viêm phổi. Nhóm này cũng ghi nhận ba ca ung thư tiến triển xa, tuy nhiên, cái chết cuối cùng của một số người lại do viêm phổi và đột quy.

Điều đặc biệt nổi bật, nhưng không bất ngờ, là mỗi người trong số hai mươi ba người này đều có bệnh xơ vữa động mạch nâng cao ở tim hoặc não, và hầu hết ở cả hai, dù họ không có triệu chứng cần điều trị cho đến khi sự việc xảy ra. Một trong hai 'động cơ' sống còn này của mỗi người lớn tuổi nghiên cứu đã gần như suy yếu hoàn toàn.

Một phát hiện khác không gây ngạc nhiên là sự hiện diện của các bệnh có thể đặt tên ở các cơ quan khác trong cơ thể, không liên quan đến cái chết của người bệnh. Trong các báo cáo giải phẫu, những bệnh này được gọi là 'ngẫu nhiên'. Ngoài ba bệnh nhân bị ung thư giết chết, ba người khác được phát hiện mang các khối u ung thư 'ngẫu nhiên' không lường trước được ở

---

<sup>96</sup> Octogenarian

phổi, tuyến tiền liệt và vú; hai phụ nữ và một đàn ông có phình động mạch<sup>97</sup> lớn ở bụng do suy yếu xơ vữa; và mười một người trong số hai mươi người có não được khám nghiệm dưới kính hiển vi cho thấy có những vết nhồi máu cũ, mặc dù chỉ một người từng có tiền sử đột quy; và mười bốn người có thay đổi lớn về xơ vữa ở động mạch của thận. Ngoài ra, một số người có nhiễm trùng đường tiết niệu hoạt động và một người đàn ông chết vì ung thư dạ dày rộng lớn bị hoại tử ở chân.

Người già thường chết vì những căn bệnh mà nếu còn trẻ hơn, họ có thể đã dễ dàng chiến thắng. Sự bất ngờ nằm ở mức độ phổ biến của điều này, ngay cả với những bệnh tưởng chừng đơn giản: một người trong nghiên cứu của chúng tôi đã qua đời do bị vỡ ruột thừa<sup>98</sup>, hai người khác do nhiễm trùng sau phẫu thuật túi mật hoặc ống mật, một người khác vì biến chứng của loét dạ dày thủng, và một người khác nữa vì viêm túi thừa<sup>99</sup>. Mỗi trường hợp này đều là bệnh nhiễm trùng. Nhiễm trùng là nguyên nhân gây tử vong thường gặp thứ hai chỉ sau xơ vữa động mạch ở những người từ 85 tuổi trở lên. Thêm vào đó, hai bệnh nhân khác qua đời do chảy máu: một người từ loét tá tràng và người kia do gãy xương chậu.

Trong khi đang thực hiện một hoạt động phẫu thuật sôi nổi, tôi đã chứng kiến các ca phẫu thuật này và có thể khẳng định rằng không có ai trong số bảy bệnh nhân này sẽ qua đời nếu họ ở độ tuổi năm mươi.

Chỉ có hai trong số hai mươi ba bệnh nhân của Walker Smith không bị tổn thương đáng kể mô não. Thực tế, một trong số họ chống chọi khá tốt với xơ vữa động mạch, ít nhất là ở não và tim. Mức độ vôi hóa trong động mạch vành của người đàn ông 89 tuổi này chỉ ở mức vừa phải, và ông đã chịu ít teo não hơn so với mức dự kiến cho một não ở tuổi tác này, theo báo cáo khám nghiệm tử thi. Tuy nhiên, ông đã bị tổn thương nghiêm trọng ở thận,

---

<sup>97</sup> Phình động mạch (Aneurysm): Là sự giãn nở bất thường của một phần của động mạch do yếu tường mạch, thường liên quan đến xơ vữa.

<sup>98</sup> ruptured appendix

<sup>99</sup> Diverticulitis

không chỉ là nơi của một nhiễm trùng mãn tính (viêm bể thận<sup>100</sup>) thường xuyên gieo rắc vi khuẩn đường ruột vào đường tiết niệu của mình, mà còn bị phá hủy các nhánh động mạch nhỏ và đơn vị lọc, cũng như có sẹo rõ rệt. Tuy nhiên, không phải bệnh thận mãn tính đã làm ông qua đời, mà là do một loại ung thư gọi là đa u tủy,<sup>101</sup> biến chứng bởi viêm phổi. Và như vậy, giống như mọi người khác trong số hai mươi ba người già này, người này cũng đã bị cuốn đi bởi một vài trong số bảy kỳ sĩ.

Người sót lại khỏi sự tàn phá của quá trình lão hóa não là một giáo sư tiếng Latinh 87 tuổi, từng là trưởng khoa của Yale. Dù trông rất nhanh nhẹn và khỏe mạnh (không có dấu hiệu lâm sàng của bệnh tim), qua khám nghiệm tử thi mới phát hiện ông suy tụt chút nữa đã bị nhồi máu cơ tim. Điều thú vị là mạch vành của ông bị xơ vữa nặng nhưng các mạch máu não lại ít bị ảnh hưởng. Thực tế, mạch vành của ông được mô tả là 'ống thép', một trong số đó bị tắc hoàn toàn. Trái tim đã chuyển sang màu nâu do teo cơ, và thận cũng đã cho thấy dấu hiệu tuổi tác.

Giáo sư đã tỉnh giấc vào một đêm lạnh giá tháng Mười Hai vì đau bụng dữ dội bất ngờ. Chẩn đoán ban đầu là thủng dạ dày do loét, được xác nhận tại phòng cấp cứu và sau đó là qua khám nghiệm tử thi bốn ngày sau đó, khi hệ thống miễn dịch yếu ớt và trái tim kém nuôi dưỡng của ông không thể bảo vệ ông khỏi viêm phúc mạc<sup>102</sup>. Cuối cùng, bộ não gần như không bị tổn thương của giáo sư đã không thể giúp ông khi sinh mạng ông bị đe dọa ở một nơi khác.

Bài học rút ra từ hai mươi ba ca lịch sử chỉ là sự xác nhận cho bài học hàng ngày mà chúng ta đã biết: Dù là do sự rối loạn sinh hóa hay kết quả trực tiếp của một quá trình di truyền được điều khiển cẩn thận đến cái chết, chúng ta chết vì tuổi già bởi vì cơ thể chúng ta đã bị mòn mỏi và lập trình để

---

<sup>100</sup> Viêm bể thận (Pyelonephritis): Là tình trạng nhiễm trùng mãn tính ở thận, thường do vi khuẩn từ đường ruột lây lan lên thận qua đường tiết niệu.

<sup>101</sup> Multiple myeloma

<sup>102</sup> Peritonitis



sụp đổ. Người già không đơn thuần là chết vì bệnh tật - họ từ từ suy sụp vào cõi vĩnh hằng.

Vì có quá ít con đường dẫn tới mộ phần của người già, và bởi vì các viên đá lát cơ bản của chúng thường xen kẽ lẫn nhau, là điều hợp lý khi tự hỏi tại sao sự phát triển của một con đường lại đồng thời mang đến nguy cơ cao về sự xuất hiện của các con đường khác. Liệu có phải tất cả những bệnh lý này đều chia sẻ một nguyên nhân chung, nguyên nhân này trở nên hoạt động mạnh mẽ hơn khi chúng ta già đi? Điều này đã được tích hợp vào các lý thuyết khác nhau về lão hóa. Chẳng hạn, một lý thuyết cho rằng quá trình phát triển và trưởng thành của chúng ta là một phần của mô hình chuyển hóa được điều khiển bởi một bộ phận trong não gọi là hạch dưới đồi<sup>103</sup>, nơi có thể điều chỉnh hoạt động của hormone. Cơ chế này, khởi đầu từ khi cuộc sống bắt đầu, cho phép cơ thể thích ứng với môi trường bên ngoài. Sự tiến triển của những thích ứng này cuối cùng dẫn đến sự phát triển, trưởng thành và sau đó là lão hóa, như thể đang tuân theo một lịch trình. Nếu giả thuyết về lão hóa thần kinh nội tiết này là đúng, thì sự xuất hiện của các bệnh của người già là cái giá mà sinh vật phải trả cho khả năng thích ứng suốt đời với môi trường xung quanh và các thay đổi trong chính các mô của mình.

Quá trình này diễn ra như thể là một phần của một kế hoạch tổng thể, một chiến lược lớn điều khiển sự phát triển của sinh vật từ giai đoạn phôi thai sớm cho đến lúc chết, hoặc ít nhất là đến thời điểm hỗn loạn ngay trước cái chết. Trong điều này, các nhà lý thuyết sinh lý học đồng ý với các nhà tư vấn tang lễ, những người nhấn mạnh giá trị của nguyên tắc rằng cái chết là một phần của cuộc sống.

Những suy ngẫm này, dù có phần trầm lắng hơn, vang vọng với vài câu từ một đoạn trong phụ lục của tập Thomas Browne do tôi viết. Trong một cuốn sách có tên **Người Buôn Bán và Tu Sĩ (Merchant and Friar)**, nhà sử

---

<sup>103</sup> Hạch dưới đồi hay vùng dưới đồi (Hypothalamus): Là một phần của não bộ có chức năng điều khiển các hoạt động của hormone, góp phần vào việc điều chỉnh nhiệt độ cơ thể, cảm giác đói, khát và các chức năng sinh lý khác.

học thế kỷ 19 Sir A. Palgrave đã viết: 'Ngay từ nhịp đập đầu tiên, khi các sợi cơ rung động và các cơ quan bắt đầu sống động, mầm mống của cái chết đã được gieo. Ngay trước khi các bộ phận của chúng ta được hình thành, mộ hẹp dành cho chúng đã được đào sẵn.' Cái chết bắt đầu ngay từ hành động đầu tiên của cuộc sống.

Đây là những khả năng khiến chúng ta phải suy đoán sâu sắc về ý nghĩa trong việc ra quyết định liên quan đến cuộc sống của chính mình. Khi một người đàn ông cao tuổi được đề nghị can thiệp giảm nhẹ<sup>104</sup> hoặc thậm chí chữa khỏi ung thư, miễn là ông sẵn sàng chịu đựng liệu pháp hóa trị gây suy nhược hoặc phẫu thuật triệt để, liệu ông nên phản ứng thế nào? Liệu ông có chịu đựng qua quá trình điều trị, chỉ để rồi chết vì bệnh xơ vữa động mạch não tiếp diễn vào năm sau không? Rốt cuộc, bệnh mạch máu não có thể là hậu quả của cùng một quá trình đã làm giảm miễn dịch của ông đến mức ông phát triển bệnh ung thư đang cố gắng giết chết ông. Tuy nhiên, các biểu hiện khác nhau của quá trình lão hóa tiến triển với tốc độ khác nhau, vì vậy có thể mất nhiều thời gian hơn ông dự kiến trước khi cơn đột quy thực sự xảy ra. Những khả năng này chỉ có thể được ước lượng bằng cách đánh giá tình trạng hiện tại của quá trình không ác tính, như mức độ cao huyết áp và tình trạng bệnh tim của ông.

Những suy ngẫm này nên được xem xét trong mọi quyết định lâm sàng liên quan đến người già, và các bác sĩ thông thái luôn sử dụng chúng một cách cẩn thận. Bệnh nhân thông thái cũng nên làm như vậy.

Mỗi sinh vật đều có một khoảng thời gian sống hữu hạn, dù do sự mòn mỏi, hao mòn và cạn kiệt nguồn lực, hay vì được lập trình về mặt di truyền. Mỗi loài lại có tuổi thọ riêng, đối với con người, tuổi thọ này dường như là khoảng 100 đến 110 năm. Điều này có nghĩa là, dù có thể ngăn ngừa hay chữa trị mọi bệnh tật khiến con người qua đời trước khi tuổi già tàn phá họ, hầu như không ai sống quá một thế kỷ hay hơn một chút.

---

<sup>104</sup> Cancer palliation

Mặc dù tác giả các bài thiên hát rằng 'Tuổi thọ chúng ta là bảy mươi năm,' người ta dường như quên rằng Ê-sai<sup>105</sup> lại là một nhà tiên tri tốt hơn, hay ít nhất là một người quan sát tinh tường hơn, đã tuyên bố với tất cả những ai sẵn lòng lắng nghe rằng 'đứa trẻ sẽ chết ở tuổi một trăm.' Ông đang nói về Jerusalem mới, nơi dự kiến không có tử vong trẻ sơ sinh hay bệnh tật: 'Không còn trẻ em qua đời non hay người già không sống trọn vẹn tuổi thọ của mình.' Nếu chúng ta lưu ý đến lời cảnh báo của Ê-sai, tránh mọi hành vi giống McCarty, giải quyết vấn đề nghèo đói, và yêu thương lẫn nhau, biết đâu chúng ta có thể tiến gần đến việc biến một nhà tiên tri thành hiện thực? Khoa học y tế và điều kiện sống được cải thiện đã giúp chúng ta tiến bộ đáng kể. Xã hội phương Tây đã làm tăng gấp đôi tuổi thọ trung bình của một đứa trẻ khi mới sinh trong chưa đầy một thế kỷ. Chúng ta đã thay đổi diện mạo của cái chết. Trong mô hình nhân khẩu học hiện đại, phần lớn chúng ta giờ đây đều sống đến ít nhất là thập kỷ đầu của tuổi già, và chúng ta định mệnh phải chết bởi một trong những thảm họa của nó.

Dù khoa học y sinh đã kéo dài đáng kể tuổi thọ trung bình của nhân loại, giới hạn tối đa vẫn không thay đổi theo lịch sử ghi chép được kiểm chứng. Ở các nước phát triển, chỉ có một trong mười nghìn người sống quá một trăm tuổi. Mỗi khi có cơ hội xem xét kỹ lưỡng các trường hợp được cho là phá kỷ lục tuổi thọ, chúng đều không được chứng minh. Tuổi cao nhất được xác nhận một cách vững chắc là 114 tuổi, và thật thú vị, con số này đến từ Nhật Bản, quốc gia có tuổi thọ trung bình cao nhất thế giới, với phụ nữ là 82.5 tuổi và nam giới là 76.2 tuổi. Con số tương đương đối với người Mỹ da trắng là 78.6 và 71.6. Ngay cả sữa chua làm tại nhà ở vùng Caucasus<sup>106</sup> cũng không thể thay đổi quy luật tự nhiên này.

Có nhiều bằng chứng khác ủng hộ giả thuyết rằng tuổi thọ của mỗi loài được xác định bởi các đặc điểm sinh học của chúng. Một trong những dấu hiệu rõ ràng nhất là sự khác biệt lớn về tuổi tối đa có thể đạt được giữa các

---

<sup>105</sup> Ê-sai là quyển sách chứa đựng những hiểu biết thuộc linh sâu sắc cùng lời tuyên bố thú vị về những lời hứa của Đức Chúa Trời. Thật vậy, sách Ê-sai đôi khi còn được biết đến với tên gọi 'quyển Phúc m thứ năm'.

<sup>106</sup> The home-cultured yogurt of the Caucasus

nhóm động vật khác nhau, đi kèm với tuổi thọ cụ thể rất đặc trưng cho mỗi loài. Một quan sát sinh học khác là số lượng con cái trung bình của mỗi loài động vật, thường có mối quan hệ nghịch đảo với tuổi thọ tối đa<sup>107</sup> của chúng. Con người, cần một thời gian thai nghén đáng kể và một khoảng thời gian dài trước khi con cái trở nên độc lập về mặt sinh học, đòi hỏi một vòng đời sinh sản kéo dài để đảm bảo sự sống còn của loài, và chính xác là những gì chúng ta đã nhận được. Con người là động vật có vú sống thọ nhất.

Quá trình lão hóa có giới hạn chặt chẽ, chỉ chịu sự ảnh hưởng của vài thay đổi rõ ràng trong thói quen cá nhân. Vậy mà, tại sao chúng ta vẫn cố gắng mở rộng tuổi thọ hơn cả những gì có thể? Liệu chúng ta có thể chấp nhận được quy luật bất biến của thiên nhiên? Trong những thập niên gần đây, mối quan tâm của chúng ta đến sức khỏe và tuổi thọ của cơ thể đã tăng lên đáng kể, một điều chưa từng thấy ở các thế hệ trước. Những nỗ lực kiếm tìm hy vọng này luôn là động lực cho ít nhất một số thành viên trong các xã hội đã để lại dấu ấn của họ. Từ thời Ai Cập cổ đại, đã có những bằng chứng về việc các vị lão niên tìm cách kéo dài sự sống - tài liệu Ebers Papyrus cách đây hơn 3,500 năm đã ghi chép về một phương pháp để làm trẻ lại.

Kể từ khi khoa học mở ra bình minh của y học hiện đại vào thế kỷ 17, Hermann Boerhaave, vị bác sĩ hàng đầu thời bấy giờ, đã khuyên một bệnh nhân già nên ngủ giữa hai cô gái trẻ để tìm lại sức khỏe, nhắc nhở về nỗ lực vô ích của Vua David làm điều tương tự. Lịch sử đã đưa chúng ta qua giai đoạn sử dụng sữa mẹ và thời kỳ khoa học giả với tuyến khí để làm tươi mới sức khỏe, và bây giờ là kỷ nguyên vitamin C và E. Chưa từng có ai thành công trong việc kéo dài thời gian sống của mình.

Gần đây, một số nhà nghiên cứu cho biết hormone tăng trưởng<sup>108</sup> có thể giúp tăng khối lượng cơ và mật độ xương, và một số người khẳng định điều

---

<sup>107</sup> "Tuổi thọ tối đa" (maximum lifespan): Độ dài tối đa mà một cá thể trong loài có thể sống được, trong điều kiện lý tưởng không bị ảnh hưởng bởi bệnh tật hay yếu tố bên ngoài khác.

<sup>108</sup> Hormone tăng trưởng: Hormone kích thích tăng trưởng và phát triển các tế bào trong cơ thể, có thể giúp tăng khối lượng cơ và mật độ xương.

này sẽ làm chúng ta trẻ lại. Hiện nay, đã có những báo cáo rằng liệu pháp gen<sup>109</sup>, thông qua việc cắt và nối DNA, có thể kéo dài tuổi thọ thêm hàng thập kỷ. Nhưng những nhà khoa học nghiêm túc đã cố gắng thuyết phục rằng điều này không đúng, và thực tế không nên như vậy. Bài học chưa bao giờ được tiếp thu - luôn có những người kiên trì tìm kiếm suối nguồn tươi trẻ<sup>110</sup>, hoặc ít nhất là trì hoãn điều không thể tránh khỏi.

Về phù phiếm trong tất cả những điều này làm giảm giá trị chúng ta. Thực tế, nó không mang lại vinh dự gì cho chúng ta. Chúng ta hoàn toàn có thể được thay thế, và nên chấp nhận điều đó. Những mộng tưởng về việc ngăn cản cái chết không phù hợp với lợi ích tốt nhất của loài người và sự tiếp nối tiến trình của nhân loại. Thậm chí, chúng còn trái ngược với lợi ích của chính con cháu chúng ta. Tennyson đã nói rất rõ: "Người già phải chết; nếu không, thế giới sẽ nảy sinh mồi meo và chỉ tái sinh quá khứ."

Chính qua đôi mắt của tuổi trẻ, mọi thứ liên tục được nhìn nhận mới mẻ và khám phá lại, với lợi thế hiểu biết những gì đã qua; tuổi trẻ không bị vướng bận bởi những cách tiếp cận cũ kỹ trước thách thức của thế giới không hoàn hảo này. Mỗi thế hệ mới đều khao khát chứng minh mình và trong quá trình đó, thực hiện những điều vĩ đại cho nhân loại. Đối với các sinh vật sống, cái chết và rời bỏ sân khấu là quy luật của tự nhiên - tuổi già là sự chuẩn bị cho sự ra đi, làm dịu dần cuộc sống để cái kết trở nên dễ chịu hơn không chỉ cho người già mà còn cho những người thừa kế thế giới này.

Tôi không phản đối một tuổi già năng động và đầy ý nghĩa. Tôi không ủng hộ việc buông xuôi nhẹ nhàng vào đêm tối của sự lão suy sớm. Miễn là còn khả thi, việc luyện tập thân thể và tinh thần một cách mạnh mẽ sẽ làm nổi bật mỗi khoảnh khắc sống, và ngăn chặn sự tách biệt khiến nhiều người trong chúng ta già đi trước tuổi. Tôi chỉ muốn nói đến sự phù phiếm vô ích trong những nỗ lực chống lại những điều chắc chắn, những yếu tố cần thiết của tình trạng con người. Sự kiên trì chỉ làm tan vỡ trái tim của những người

---

<sup>109</sup> Liệu pháp gen: Kỹ thuật y sinh học can thiệp vào DNA của tế bào để điều trị bệnh hoặc kéo dài tuổi thọ, thường thông qua việc cắt và ghép nối DNA.

<sup>110</sup> The Fountain of Youth

chúng ta yêu thương và chính chúng ta, chưa kể đến việc lãng phí ngân sách xã hội, nên được dùng để chăm sóc những người khác chưa sống hết thời gian được quy định của mình.

Khi mọi người chấp nhận rằng cuộc sống có những giới hạn rõ ràng, cuộc sống sẽ được nhìn nhận có tính đối xứng. Có một khuôn khổ cho cuộc sống, nơi mà mọi niềm vui và thành tựu, cũng như nỗi đau, đều góp phần. Những người cố sống quá giới hạn tự nhiên của mình sẽ mất đi khuôn khổ này, và với đó là mất đi mối quan hệ đúng đắn với những người trẻ hơn, chỉ thu về sự oán giận của giới trẻ vì đã xâm lấn vào sự nghiệp và tài nguyên của họ. Thực tế là có một khoảng thời gian có hạn để làm những điều có ý nghĩa trong đời chúng ta, điều này tạo ra sự gấp rút để thực hiện chúng. Nếu không, chúng ta có thể trì trệ trong sự trì hoãn. Chính việc luôn cảm nhận được 'xe ngựa thời gian với cánh đang vội vã tiến gần' ở phía sau, như nhà thơ đã cảnh báo, làm cho thế giới trở nên tuyệt vời và thời gian trở nên vô giá.

Michel de Montaigne, người Pháp thế kỷ XVI, đã sáng tạo ra hình thức văn học mà chúng ta gọi là tiểu luận. Là một nhà triết học xã hội, ông quan sát nhân loại qua lăng kính của thực tế trần trụi, không khoan nhượng và lắng nghe những sự tự lừa dối của con người với tâm thế một kẻ hoài nghi. Trong suốt cuộc đời 59 năm của mình, ông đã suy ngẫm sâu sắc về cái chết và đã viết rằng chúng ta cần chấp nhận mọi hình thức của cái chết như một phần tự nhiên của vũ trụ: "Cái chết của bạn là một phần của trật tự vũ trụ, là một phần của sự sống của thế giới, là điều kiện của sự tạo ra bạn." Trong cùng một tiểu luận, có tựa đề "Học triết học là học cách chết", ông viết, "Hãy nhường chỗ cho người khác, như người khác đã nhường chỗ cho bạn."

Montaigne tin rằng, trong thời đại bất ổn và đầy bạo lực của mình, cái chết sẽ dễ dàng hơn đối với những người đã suy nghĩ về nó nhiều nhất trong đời, như thể luôn sẵn sàng cho sự xuất hiện của nó. Chỉ có như vậy, mới có thể chết một cách từ tốn và hòa bình, "kiên nhẫn và điềm tĩnh", và trải nghiệm

cuộc sống một cách trọn vẹn hơn nhờ sự nhận thức liên tục rằng cuộc sống có thể sớm kết thúc. Từ triết lý này, ông khuyên rằng, "Giá trị của cuộc sống không nằm ở số ngày sống được mà ở cách sử dụng thời gian; một người có thể sống lâu nhưng thực tế lại sống rất ít."

## CHƯƠNG V. BỆNH ALZHEIMER

Mọi Bệnh Tật Đều Có Thể Mô Tả Qua Nguyên Nhân và Hậu Quả. Triệu chứng mà bệnh nhân trình bày với bác sĩ, và những phát hiện vật lý thu được qua quá trình khám xét, là hệ quả trực tiếp của những thay đổi bệnh lý rất cụ thể trong các tế bào, mô, và cơ quan, hoặc là của những rối loạn trong quá trình sinh hóa. Một khi những thay đổi nền tảng này được xác định, chúng có thể được chứng minh là không tránh khỏi dẫn đến các biểu hiện lâm sàng quan sát được. Mục tiêu của quá trình chẩn đoán là tìm ra nguyên nhân, sử dụng những hậu quả như là manh mối.

Ví dụ: Sự cản trở do xơ vữa trong động mạch nuôi dưỡng một phần cơ tim sẽ gây ra cơn đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim, với các triệu chứng kèm theo của những tình trạng đó; một khối u sản xuất quá nhiều insulin làm giảm mạnh lượng glucose trong máu, ngăn chặn sự nuôi dưỡng đúng đắn cho não và dẫn tới hôn mê; một virus tấn công các tế bào vận động trong tủy sống<sup>111</sup> gây liệt cơ mà các tế bào đó phải gửi thông điệp; một vòng ruột bị xoắn quanh một sợi mô sẹo sau phẫu thuật, và sự tắc nghẽn ruột tiếp theo gây phình bụng, nôn mửa, mất nước, và mất cân bằng hóa chất trong máu, từ đó có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim (rung tâm thất); một ruột thừa vỡ làm tràn ổ bụng bằng mủ và viêm phúc mạc kết quả gây ra làm tràn vào máu các vi khuẩn gây sốt cao, nhiễm khuẩn huyết (sepsis), và sốc. Danh sách ví dụ là vô tận, và chính là nội dung của sách giáo khoa y khoa.

Bệnh nhân đến gặp bác sĩ với một hoặc nhiều dấu hiệu hoặc triệu chứng: đau thắt ngực, hôn mê, chân bị liệt, nôn mửa kéo dài và bụng phình to, hoặc sốt kèm theo đau bụng.

Công việc điều tra bắt đầu. Điều này dẫn đến việc xác định chuỗi sự kiện đã gây ra các triệu chứng và phát hiện lâm sàng khác. Thuật ngữ "sinh lý bệnh học" (**pathophysiology**) mà bác sĩ sử dụng chính là việc tham chiếu đến

---

<sup>111</sup> Tủy sống (spinal cord) là đường dây thần kinh chính nối não với các dây thần kinh khác đi ra khắp cơ thể.



quá trình này. Sinh lý bệnh học là chìa khóa để hiểu về bệnh tật. Đối với bác sĩ, từ này không chỉ mang ý nghĩa về triết lý mà còn cả vẻ đẹp của thơ ca - không ngạc nhiên khi một phần của từ gốc Hy Lạp, "**physiologia**", có nghĩa là "sự khám phá về bản chất của vạn vật." Khi "**pathos**" - nghĩa là "đau khổ" hoặc "bệnh tật" - được thêm vào trước nó, ta có một cách diễn đạt đúng đắn về bản chất nhiệm vụ của bác sĩ: khám phá về bản chất của đau khổ và bệnh tật.

Trách nhiệm của bác sĩ là tìm ra nguyên nhân khởi phát của bệnh tật bằng cách theo dõi ngược lại quá trình cho đến khi xác định được thủ phạm chính - dù là vi khuẩn hoặc hormone, hóa chất hay cơ học, di truyền hoặc môi trường, ác tính hay lành tính, bẩm sinh hay phát triển sau này. Quá trình điều tra được thực hiện bằng cách theo dấu vết tổn thương có thể nhận biết trên cơ thể do thủ phạm gây ra. Từ đó, tội ác được tái hiện và phác đồ điều trị được lập ra, giúp bệnh nhân loại bỏ ảnh hưởng của tác nhân gây bệnh.

Như vậy, theo một nghĩa nào đó, mỗi bác sĩ cũng là một nhà sinh lý bệnh học, một điều tra viên xác định căn bệnh bằng cách truy vết nguồn gốc của các triệu chứng. Khi đó, phương pháp điều trị phù hợp có thể được chọn lựa.

Dù mục tiêu là loại bỏ bệnh lý, diệt trừ nó bằng thuốc hoặc tia X, kháng độc với thuốc giải, tăng cường các cơ quan mà bệnh tấn công, diệt vi khuẩn gây bệnh, hoặc đơn giản là kiểm soát bệnh cho đến khi hệ thống phòng thủ của cơ thể có thể vượt trội, một kế hoạch hành động cần được xây dựng đối với từng bệnh nếu bệnh nhân muốn có cơ hội chiến thắng. Khi một bác sĩ đối mặt và chiến đấu với tử thần của bệnh nhân, kiến thức về nguyên nhân và kết quả trở thành kho vũ khí mà anh ấy sẽ sử dụng để chọn lựa vũ khí của mình.

Kết quả của nghiên cứu y sinh trong thế kỷ qua cho thấy sinh lý bệnh học của phần lớn các bệnh đã được hiểu rõ, hoặc ít nhất là hiểu đủ để áp dụng các phương pháp điều trị hiệu quả. Tuy nhiên, vẫn còn một số bệnh mà mỗi

liên hệ giữa nguyên nhân và hậu quả chưa được làm sáng tỏ như chúng ta mong đợi, và một số trong số đó là những căn bệnh đáng sợ nhất của thời đại chúng ta. Căn bệnh ngày nay được gọi là "chứng mất trí nhớ kiểu Alzheimer" không chỉ rơi vào nhóm này mà còn gây ra sự phiền toái khi nguyên nhân chính của nó vẫn chưa được khoa học giải mã kể từ khi vấn đề được nhận diện lần đầu vào năm 1907.

Bệnh lý cơ bản của bệnh Alzheimer là sự suy giảm dần dần và mất mát lớn số lượng tế bào thần kinh ở những phần của vỏ não liên quan đến các chức năng cao cấp như trí nhớ, học tập và phán đoán. Mức độ và bản chất của chứng mất trí nhớ ở bệnh nhân tại bất kỳ thời điểm nào đều tương ứng với số lượng và vị trí của các tế bào bị ảnh hưởng. Sự giảm số lượng tế bào thần kinh là đủ để giải thích sự mất trí nhớ và các khuyết tật nhận thức khác, nhưng còn một yếu tố khác cũng đóng vai trò quan trọng, đó là sự giảm mạnh lượng **acetylcholine**, hóa chất mà các tế bào này sử dụng để truyền đạt thông điệp.

Đây là những yếu tố cơ bản về những gì chúng ta đã biết về bệnh Alzheimer, nhưng chúng quá ít để tạo nên một mối liên kết trực tiếp giữa các phát hiện về cấu trúc và hóa học với những biểu hiện cụ thể của bệnh nhân. Rất nhiều chi tiết về sinh lý bệnh học của bệnh vẫn là bí ẩn, dù có những nỗ lực kiên định nhất từ phía khoa học y tế để giải mã. Các tính năng liên tiếp trong danh sách dài các nguyên nhân, hậu quả và phương pháp điều trị được liệt kê trước đây không thể so sánh với trạng thái hiện tại của kiến thức (hoặc sự thiếu hiểu biết) về Alzheimer của chúng ta. Chúng ta chưa biết thêm bất cứ điều gì có thể chữa khỏi bệnh hơn là những gì có thể gây ra nó.

Do đó, khi mô tả cách bệnh Alzheimer giết chết nạn nhân, sẽ không thể ngừng lại ở đây và đó trong suốt quá trình để liên hệ các triệu chứng cụ thể với các giai đoạn của sinh lý bệnh mà chúng là biểu hiện. Những lần lạc đề giải thích như vậy sẽ không hài lòng và gây rối. Tuy nhiên, có một số việc rất thú vị mà chúng ta có thể làm, và tôi sẽ trình bày chúng ở đây trong một danh sách khác:

Chúng ta có thể mô tả những thay đổi bệnh lý cơ bản xảy ra trong não, và một số lĩnh vực nghiên cứu đang được tiến hành để làm sáng tỏ chúng; chúng ta sẽ có thể sử dụng sự phát triển lịch sử dần dần của kiến thức hiện tại về bệnh sao cho những khía cạnh thường khó hiểu của chức năng não bị rối loạn có thể được làm cho dễ hiểu; chúng ta có thể ghi chép lại sự tàn phá cảm xúc đối với gia đình của nạn nhân; và chúng ta sẽ có thể kể về những gì xảy ra với một người bị ảnh hưởng - và họ chết như thế nào.

*"Mọi thứ đạt đến điểm căng thẳng chỉ mười ngày trước kỷ niệm đám cưới lần thứ năm mươi của chúng tôi,"* Janet Whiting hồi tưởng về sáu năm đầy đau khổ khi chứng kiến chồng bà, Phil, dần suy sụp vào giai đoạn cuối của bệnh Alzheimer. Tôi đã biết Janet và Phil từ khi còn nhỏ. Họ là một cặp vợ chồng trẻ đẹp và lôi cuốn khi gia đình tôi lần đầu tiên ghé thăm căn hộ mới của họ vào cuối những năm 1930; anh ấy hai mươi hai tuổi và cô ấy hai mươi. So với cha mẹ tôi, những người nhập cư đã định cư vững chắc vào độ tuổi bốn mươi, Whitings trông như một cặp sao điện ảnh, quá trẻ để làm bất cứ điều gì trong căn hộ mới trang trí ngoại trừ việc chơi đùa như đang trong một ngôi nhà mơ ước.

Không phải tôi nghi ngờ sự chân thực của niềm phấn khích mà Janet và Phil dành cho nhau – điều tôi nghi ngờ là khả năng một cặp đôi với cuộc sống chung đầy vui vẻ thực sự có thể kết hôn với nhau. Tôi tin rằng họ chỉ đang thử nghiệm mối quan hệ; bởi tôi biết qua quan sát cá nhân rằng những người đã kết hôn không cư xử như vậy. Nếu nhà Whitings mong muốn mọi thứ tiếp diễn tốt đẹp, họ cần phải ngừng cư xử như thể họ đang mê mẩn nhau.

Họ không bao giờ thực sự làm như vậy. Trong cuộc hôn nhân này luôn tồn tại một sự tôn trọng lẫn nhau một cách nhẹ nhàng, điều mà tôi ngày càng trân trọng khi trưởng thành và hiểu biết thêm về mối quan hệ giữa đàn ông và phụ nữ. Biểu hiện tình cảm một cách tự nhiên và không ngần ngại của họ không bao giờ biến mất. Theo thời gian, Phil đã xây dựng sự nghiệp thịnh

vượng trong lĩnh vực bất động sản thương mại, và căn hộ ở Bronx dần được thay thế bằng một ngôi nhà đẹp ở Westport, Connecticut, nơi nuôi dưỡng ba đứa trẻ của gia đình Whiting. Sau khi các con đã trưởng thành, Janet và Phil chuyển đến một căn hộ cao cấp ở Stratford. Khi Phil nghỉ hưu ở tuổi sáu mươi bốn, các con của họ đã thành công và độc lập, họ có nhiều tiền và tương lai dường như rất vững chắc.

Sau vài thập kỷ không gặp gia đình Whiting từ khi tôi đầu hai mươi cho tới bốn mươi tuổi, tôi gặp lại họ vào năm 1978, khi họ đang sống trong căn hộ không xa nhà tôi gần New Haven. Dành một buổi tối với hai con người lớn lao này là để ngưỡng mộ sự điềm tĩnh trong mối quan hệ của họ và sự tôn trọng ân cần mà họ dành cho nhau ngay cả trong những lời nhắc nhở nhất. Mối liên kết của họ đã thực hiện vượt qua lời hứa của những tháng đầu tiên. Khi Phil nghỉ hưu hoàn toàn và ông ấy cùng Janet chuyển đến Delray Beach, Florida vĩnh viễn, vợ tôi và tôi cảm thấy như chúng tôi đã bị tách khỏi hai người bạn quý mến. Điều chúng tôi không biết là những điều lạ lùng nhỏ đã bắt đầu xảy ra.

Ngay trước khi chuyển đi, Phil, người có đầu óc nhạy bén luôn đảm mình trong các tác phẩm phi hư cấu trong mọi khoảng thời gian rảnh rỗi, đã ngừng đọc sách. Chỉ khi nhìn lại, điều đó mới trở nên kỳ lạ với Janet. Và chỉ khi nghiệm lại, nhiều năm sau cô mới hiểu được lý do tại sao ông ấy bắt đầu khăng khăng yêu cầu cô sắp xếp lịch trình của mình để ông không phải rời khỏi cô lúc nào.

"Tôi không về hưu để ở một mình," ông sẽ cầu nhàu khi cô chuẩn bị đi làm việc ở thị trấn một buổi chiều. Trong những ngày đầu, những trận cơn thịnh nộ hiếm khi xảy ra; nhưng sau đó, chúng trở nên thường xuyên hơn, và bùng nổ thành các cơn giận dữ trầm trọng trong những năm cuối cùng ở Stratford. Ngày càng nhiều, Phil dường như tìm ra lý do để chỉ trích con gái Nancy của mình - những lần cô đến thăm căn hộ chung cư thường kết thúc bằng nước mắt trước khi cô lên tàu trở về căn hộ ở New York. Sau khi chuyển đến Florida, những tình huống lẫn lộn khó có thể giải thích xảy ra với

tần suất gia tăng, và Phil phản ứng bằng sự hoài nghi và tức giận, như thể luôn có người khác gây ra vấn đề. Ví dụ, nhiều hơn một lần ông đã đến nhầm cửa hàng để cắt tóc thường lệ, rồi mắng nhiếc người thợ cắt tóc vô tội vì được cho là đã bỏ lỡ cuộc hẹn mà thực ra ông đã đặt ở một nơi khác. Trong một dịp, ông đe dọa sẽ đâm một người lái xe đang bơm xăng vì người này chỉ đơn giản là vớ tay ra để bơm xăng ở vòi cạnh đó - điều này đến từ một người đàn ông chưa bao giờ trong đời giơ tay hung hăng.

Cuối cùng, đã xuất hiện dấu hiệu đầu tiên cho thấy những khiếm khuyết mới này không đơn thuần chỉ là những đặc tính kỳ lạ ngày càng trầm trọng của một nhà quản lý lớn tuổi, luôn luôn cảm thấy bất an và không hài lòng với việc nghỉ hưu. Một tối nọ, Janet mời bạn bè Ruth và Henry Warner, những người mà cô và Phil chưa gặp trong vài năm qua, đến dùng bữa tối. Phil vốn luôn là một chủ nhà vui vẻ, tự hào về khả năng nấu ăn của vợ và kiến thức sâu rộng của mình về rượu vang. Mặc dù đã hơi mập từ khi còn trẻ, ông đã học cách mặc quần áo để che đi được vóc dáng phần nào, khiến cái bụng phệ và nụ cười hiền hậu trên gương mặt tròn trịa của mình góp phần tạo nên vẻ ngoài thân thiện. Ông là một người dễ mến, và biết cách tạo khí chất thân tình, thoải mái xung quanh mình. Dù ở nhà hay nhà khác - điều đó không khác nhau - Phil như một chủ quán giàu lòng nhân hậu, chỉ mong mọi người xung quanh được hạnh phúc.

Và buổi tối hôm ấy cũng diễn ra như vậy. Món ăn của Janet rất ngon, rượu do Phil chọn lựa tỉ mỉ, đàm đạo tại bàn ăn lúc căng thẳng lúc vui vẻ, bầu không khí thân mật thường thấy trong nhà Whiting bao trùm khắp nơi. Khi ra về, vợ chồng Warner vẫn còn mơ màng với cảm giác ấm áp quen thuộc từ những năm trước.

Nhưng sáng hôm sau, Phil hoàn toàn không nhớ gì về buổi tối hôm trước. Ông không hề nhận ra mình đã gặp vợ chồng Warner, và dù giải thích thế nào ông cũng không tin rằng họ đã đến thăm. "Và điều đó khiến tôi sợ hãi," Janet nhớ lại, người mà cho đến lúc ấy, tâm trí cô vẫn tìm cách hợp lý hóa những thay đổi không thể phủ nhận trong hành vi của Phil gần đây. Tuy

nhiên, ngay cả vào sáng hôm ấy khi tưởng chừng không thể trở lại được nữa, cô vẫn cố giải thích cho tình huống bất thường mới nhất mà cô hay quan sát thấy. "Tôi nghĩ, chà, đôi khi tôi cũng quên một số thứ, có lẽ ông ấy sẽ nhắc về việc này sau."

Cô tuyệt vọng đến mức cố gạt bỏ khỏi tâm trí những suy nghĩ kinh hoàng ngày càng ám ảnh, khiến cô gần như tự thuyết phục mình về tính nhỏ nhặt của sai lầm gần đây nhất của chồng mình.

Nhưng vài tuần sau, hàng phòng thủ mong manh của Janet đã sụp đổ trước một bằng chứng không thể chối cãi được. Nó đã buộc cô phải thừa nhận sự thật không thể phủ nhận, không thể làm lu mờ hay xóa tan bằng bất cứ lý lẽ nào.

Khi trở về nhà sau vài giờ vắng nhà một buổi chiều, cô phải đối mặt với Phil đang cáu giận, lớn tiếng buộc tội cô đã đi gặp người tình. Thậm chí còn đáng sợ hơn cả lời buộc tội là danh tính "người tình" giả định ấy: đó là Walter, anh họ của Phil, người đã qua đời nhiều năm trước. "Vào lúc đó, tôi thậm chí còn không biết Alzheimer là gì - tôi chỉ biết rằng mình đang rất sợ hãi. Có điều gì đó khủng khiếp đang xảy ra với Phil và tôi không thể phớt lờ hay giải thích nữa."

Tuy nhiên, dường như hành động có thể cuối cùng xác nhận điều không thể tránh khỏi, Janet vẫn đắn đo chưa muốn tìm kiếm sự chẩn đoán y tế. Có lẽ cô vẫn hy vọng rằng Phil chỉ đang trải qua một giai đoạn xáo trộn cảm xúc tạm thời, hoặc những hành vi bất thường của ông sẽ không trầm trọng thêm, thậm chí có thể biến mất sau một thời gian. Những tình huống ấy, dù sao cũng chỉ ngăn ngủi và sau đó ông cũng quên hết.

Ngay sau khi giai đoạn ấy qua đi, Phil dường như không nhận ra mình đã nói hay làm gì. Khi nghĩ lại bây giờ, Janet không thể nhớ nổi cô đã phải nói dối mình những điều gì để xoa dịu nỗi lo sợ ngày càng tăng và trì hoãn phán quyết vô vọng.

Nhưng rồi, không thể tiếp tục phủ nhận sự suy giảm trí tuệ của Phil. Ngày càng nhiều lần, ông thức giấc giữa đêm, lớn tiếng ra lệnh Janet phải ra khỏi giường của họ. "Em làm gì ở đây vậy?" ông hỏi vang. "Từ bao giờ chị em lại ngủ chung giường với nhau?" Mỗi lần như thế, cô đều kiên nhẫn làm theo yêu cầu của ông và để ông quần quai trong cơn thịnh nộ, còn mình thức trắng đêm nằm trên ghế salonf. Anh sẽ nhanh chóng chìm vào giấc ngủ yên bình, rồi sáng ra hoàn toàn không nhớ gì về cơn bùng nổ đêm trước.

Rồi đến lúc không thể trì hoãn thêm được nữa. Một ngày nọ, khoảng hai năm sau sự cố với vợ chồng Warner, Janet đã phải dùng một chiêu gì đó - giờ cô không nhớ nổi - để thuyết phục Phil đi khám bác sĩ gia đình của họ, sau khi cuối cùng cô cũng tự thuyết phục được bản thân. Sau khi nghe tiền sử và khám thực thể cẩn thận, bác sĩ bước ra khỏi phòng khám và đọc cho Janet nghe tên bệnh tật của Phil. Lúc đó, Janet đã phần nào quen với các đặc điểm của bệnh Alzheimer (bệnh suy giảm trí tuệ), nhưng ngay cả khi đã đoán trước chẩn đoán, cô vẫn không khỏi chấn động và cảm giác bi quan trước số phận này khi nghe thấy những từ ngữ ấy. Cô và bác sĩ quyết định không nói cho Phil biết. Dù có nói hay không thì cũng chẳng khác nhau gì - vì lúc ấy ông đã vượt quá tầm hiểu biết đầy đủ ý nghĩa của chẩn đoán này, và sẽ không thể ghi nhớ bất kỳ lời giải thích nào. Chỉ vài phút sau khi nghe họ, ông sẽ không còn nhận thức gì về tình trạng của mình, cũng như thể họ không hề nói với ông.

Trên thực tế, vài tháng sau, Janet có kể với ông về bệnh tình. Khi những trận hồ đồ của ông xảy ra thường xuyên hơn và sự sa sút trí nhớ kéo dài, đôi lúc cô không kiềm chế nổi cơn nóng nảy, và luôn cảm thấy tủi hổ khi đối xử thiếu kiên nhẫn hay lỡ lời nói gắt gỏng với người đàn ông hiền lành này. Một lần, sau một cuộc đối thoại gay gắt, cô đã bật ra: "Anh không thấy mình bị gì sao? Anh có biết mình mắc bệnh Alzheimer không?". Khi kể lại câu nói ấy, Janet nói với tôi: "Ngay lúc ấy, tôi đã cảm thấy thật khủng khiếp." Nhưng sự hối hận của cô là không cần thiết. Nó chỉ như một lời bình luận về thời tiết. Phil không hề nhận thức rõ hơn về hoàn cảnh của mình so với trước khi cô

lên tiếng. Với ông, không có gì bất thường xảy ra cả - ông thậm chí không thể nhớ mình quên đi những điều gì.

Janet đã làm điều mà hầu hết mọi người trong hoàn cảnh đau khổ tương tự cũng làm. Cô quyết định tự mình chăm sóc Phil lâu nhất có thể, và bắt đầu tìm đọc các cuốn sách để hiểu rõ hơn về tình trạng tâm lý của người mắc bệnh Alzheimer (bệnh suy giảm trí tuệ). Có một vài cuốn khá hay, nhưng hay nhất là cuốn có tựa đề rất hợp lý "The 36-Hour Day" (Ngày 36 Tiếng Đồng Hồ). Trong đó, cô tìm thấy những đoạn khẳng định lại điều bác sĩ đã nói với cô những ngày trước, như: "Thông thường bệnh này tiến triển chậm nhưng không ngừng", và "Bệnh Alzheimer thường gây tử vong trong vòng 7-10 năm, nhưng cũng có thể diễn biến nhanh hơn (3-4 năm) hoặc chậm hơn (khoảng 15 năm)." Khi tự hỏi liệu mình có đang chứng kiến hậu quả của tuổi già bình thường hay không, Janet đã đọc được câu: "Sự sa sút trí tuệ không phải là kết quả tự nhiên của quá trình lão hóa."

Và như vậy Janet nhanh chóng nhận ra đây là một căn bệnh thực sự mà cô sẽ phải đối mặt, một căn bệnh chắc chắn sẽ dẫn đến sự suy giảm và cái chết không thể tránh khỏi. Cuốn "The 36-Hour Day" và các cuốn sách khác đã chỉ cho cô những thay đổi về thể chất và tinh thần cô có thể mong đợi ở Phil, cũng như đưa ra những gợi ý quý báu về cách không chỉ chăm sóc ông mà còn chăm sóc chính bản thân trong những năm chịu áp lực và đau khổ sắp tới. Nhưng cuối cùng, cô nhận ra rằng: "Đó chỉ là lý thuyết - nó không thực sự len lỏi vào trái tim bạn. Điều giúp bạn có thể vượt qua là những gì ở trong trái tim mình." Bất kể cô đã đọc nhiều đến mức nào, dù đã chuẩn bị tinh thần thế nào cho khả năng như lời nói thẳng thắn trong "The 36-Hour Day" rằng: "Đôi khi người mất trí có thể đập phá đồ đạc xung quanh hoặc đánh bạn", cô vẫn không thể lường trước được chuỗi sự kiện khiến mọi chuyện thoát khỏi tầm kiểm soát của mình vào một buổi tối tháng 3/1987, sau một năm chăm sóc tận tụy. Đó là buổi tối "chỉ mười ngày trước lễ kỷ niệm 50 năm ngày cưới của chúng tôi", khi "mọi thứ đã đến hồi kịch tính". Năm năm sau, cô đã kể lại với tôi như sau:



Ông không nhận ra tôi - ông tưởng tôi đã đột nhập vào nhà và đang ăn trộm đồ của Janet. Sau đó, ông bắt đầu đẩy xô tôi xung quanh và ném bừa bãi các vật dụng khác về phía tôi. Ông làm vỡ mấy món đồ cổ của tôi vì không nhận ra chúng là gì cả. Rồi ông nói sẽ gọi cho Nancy để báo cáo chuyện đang xảy ra. Ừ, thật vậy, ông đã gọi cho cô ấy và cô ấy nhận ra ngay tình hình. Cô bảo ông: "Mẹ để nghe mẹ nói chuyện với người đó đi". Thế là ông đưa máy qua cho tôi, nói: "Đây - con gái ba sẽ nói chuyện với mày - nó sẽ bảo mày rút đi!". Khi tôi cầm máy, Nancy nói: "Mẹ ra khỏi nhà ngay đi. Con sẽ gọi cảnh sát". Sau khi tôi cúp máy, Phil cũng gọi cho đồn cảnh sát địa phương.

Ngu ngốc thật, tôi vẫn ở trong nhà, và ông ta bắt đầu đẩy xô tôi khắp nơi. Nên tôi cũng gọi cảnh sát. Tưởng tượng đi, ba xe cảnh sát đã đến và tôi thật xấu hổ! Cảnh sát bước vào, tôi cố giải thích tình hình thì Phil lại nói: "Cô ta không phải vợ tôi. Theo tôi vào, tôi sẽ chỉ cho các ông xem ảnh vợ tôi". Rồi ông lôi một viên cảnh sát vào phòng ngủ, chỉ tấm hình cưới của chúng tôi. Tất nhiên, khi nhìn thấy ảnh, viên cảnh sát nói: "Cô dâu trong ảnh trông giống hệt vợ ông, người đang đứng đây". Nhưng Phil khẳng khái: "Cô ta không phải vợ tôi!"

Trong lúc đó, người hàng xóm của chúng tôi đến và ông ấy nhận ra cô ấy. Khi cô ấy chứng kiến tình hình, cô ấy nói nhẹ nhàng với ông ấy: "Phil, bạn biết tôi yêu bạn và tôi không bao giờ nói dối bạn. Người phụ nữ này là Janet - hãy quay lại và nhìn cô ấy." Và ông ấy đã làm theo. Ông ấy quay lại và nhìn tôi như thể đây là lần đầu tiên ông ấy thấy tôi. "Janet," ông ấy nói, "Cảm ơn Chúa, em đã đến! Có người đang cố gắng lấy trộm quần áo của em." Và mọi chuyện kết thúc như vậy.

Một viên cảnh sát khéo léo dẫn Phil vào xe của mình. Lời nói của Phil, "Họ sẽ nghĩ anh đang bắt tôi," đã được đáp lại bằng, "Ồ không, họ chỉ nghĩ chúng ta đang đưa một người bạn đi dạo." Phil dường như hài lòng với lời giải thích giản dị đó. Ông ấy được đưa đến một bệnh viện gần đó, nơi ông ấy ở lại cho đến khi có thể sắp xếp một chỗ ở tại viện dưỡng lão.

Nancy đã bay đến để ở bên mẹ, và họ đến thăm bệnh viện hàng ngày. Ban đầu họ bất ngờ vì Phil dễ dàng thích nghi với thói quen của khoa, nhưng rồi họ nhận ra rằng ông ấy thực sự không biết mình đang ở đâu. “Ông ấy thường giới thiệu chúng tôi với nhân viên tại quầy lễ tân và nói rằng họ là thư ký của mình và bệnh viện là khách sạn do mình quản lý.” Ông thường nhận ra Janet, nhưng mỗi lần đều phải được nhắc nhở rằng người phụ nữ trẻ hơn là con gái mình. Cuối cùng, ông ấy sẽ bắt đầu nghĩ Janet là bạn gái mình, và rồi không còn nhận ra cô ấy nữa.

Chỉ trong một tuần lễ, một viện dưỡng lão tốt đã được tìm thấy và Phil đã được chuyển đến nơi đó. Vài ngày sau, Janet đã kỷ niệm ngày cưới lần thứ 50 của họ ở đó, bên cạnh một người đàn ông lúc nhớ lúc quên lý do cô ấy đến. ta không hề hay biết về tình trạng thực sự của trí óc mất trí và bi kịch đã ập đến gia đình mình.

Trong hai năm rưỡi sau đó, Janet dành hầu hết thời gian mỗi ngày bên Phil, ngoại trừ những khoảng thời gian ngắn được các con cô khuyến khích nghỉ ngơi. Họ nhận ra sự kiệt sức mãn tính của cô và biết đúng lúc để gián đoạn những khó khăn cô đang gặp. Ngay cả những lúc cô cảm thấy bất bình cũng không làm họ lạ lùng, nhưng họ hiểu và tha thứ cho cô dễ dàng hơn cô tự tha thứ cho mình. Dù cô có tận tâm đến đâu trong việc chăm sóc, người yêu và người bạn thân nhất của cô đã bỏ rơi cô để chìm vào một trạng thái mê man.

Janet đã trở thành tình nguyện viên ở khoa vật lý trị liệu, và trong một thời gian ngắn, cô tham gia vào hoạt động của nhóm hỗ trợ dành cho gia đình các bệnh nhân Alzheimer. Tuy nhiên, nhóm hỗ trợ chỉ có thể chia sẻ một phần gánh nặng. Không lâu sau, Janet nhận ra rằng mỗi người mắc bệnh sa sút trí tuệ đều gây ra nỗi đau đặc biệt cho những người thân yêu và cần có phản ứng đặc biệt để duy trì sức sống cho mỗi cá nhân. Ba người con cảm thấy không thể chứng kiến sự tan vỡ của người cha họ yêu mến, và điều này

lại tốt. Họ giúp mẹ mình tìm lại tinh thần, đảm bảo cô ấy có được sự nuôi dưỡng tinh thần để thực hiện những nhiệm vụ họ biết cô ấy cần phải làm.

Joey, người con út, đã tìm ra cách để thăm cha mình hai lần trong suốt thời gian dài ông bị giam lỏng, nhưng ông không nhận ra và cũng không nhớ đến Joey. Những chuyến thăm của anh ấy khiến anh ấy cảm thấy đau đớn không chịu nổi và không mang lại lợi ích gì cho cha mình. Điều giúp đỡ mẹ anh - và đây mới là sự giúp đỡ thực sự cần thiết - là sự chắc chắn về sự hỗ trợ không phải từ nhóm hỗ trợ hay sách vở mà từ tình yêu thương kiên định của gia đình và một vài người bạn trung thành, tình yêu là nguồn gốc của lòng trung thành của họ.

“Điều ở trong trái tim bạn là thứ khiến bạn có thể làm được điều này.” Điều trong trái tim Janet là làm cho Phil những điều mà chỉ cô - không phải y tá, không phải bác sĩ, không phải nhân viên xã hội - mới có thể làm. Dù ông ấy có nhận ra cô hay không - và cuối cùng là không - điều gì đó sâu thẳm bên trong ông vẫn phải giữ lại được sự hiểu biết mơ hồ, xa xôi rằng cô là sự an toàn, chắc chắn và đáng tin cậy trong một môi trường không thể kiểm soát, vô nghĩa.

“Khi ông ấy thấy tôi đến, ông ấy sẽ vẫy tay, nhưng ông ấy không biết tôi là ai. Ông ấy chỉ biết tôi là người đến thăm ông, người ngồi cùng ông.” Ban đầu, khá sốc khi chứng kiến sự suy giảm liên tục của Phil là kinh hoàng mỗi ngày. Một cách nào đó, Janet vẫn giữ được sự bình tĩnh khi ở bên ông, mặc dù không phải lúc nào cũng vậy: “Có những lúc trong năm đầu tiên ở viện, tôi đã sụp đổ. Và sau đó họ sẽ đưa tôi vào một phòng và nói chuyện với tôi, cho đến khi tôi cảm thấy đỡ căng thẳng một chút. Nhưng mỗi tối tôi sẽ về nhà và khóc lóc.” Dần dần, cô trở nên quen với việc Phil ngày càng tệ hơn, nhưng cô nhận ra rằng điều đó có thể khó khăn cho những người khác quan tâm đến ông. Và cô cũng muốn bảo vệ ông, muốn ông được nhớ như ông đã từng là, một người đàn ông đầy thiện chí và phong cách độc đáo của mình. “Tôi không muốn bạn bè của chúng tôi đến thăm viện - Tôi không muốn họ thấy ông ấy như thế.”

Ở viện, quá trình của Phil diễn ra đúng như lời sách đã tiên đoán: “tiến triển chậm rãi nhưng không ngừng.” Ban đầu, ông vẫn giữ được phần nào tính cách cởi mở, tốt bụng, dường như tin rằng mình là chủ nhà cho một đám đông người ốm và chịu trách nhiệm về sức khỏe của họ. Ông mặc đồ đầy đủ, đi từ người này sang người khác, hỏi han từng người với vẻ ân cần: “Hôm nay bạn thế nào? Tôi hy vọng bạn đang cảm thấy tốt.” Đôi khi, nếu Janet hoặc các y tá lơ là trong chốc lát, ông sẽ đẩy người ngồi xe lăn ra khỏi cửa chính của tòa nhà, để đi dạo. Sau đó, ông sẽ bị tìm thấy ở đâu đó trên đường phố, vui vẻ đẩy người bệnh qua dòng xe cộ và người đi bộ tấp nập.

Trong giai đoạn giữa của căn bệnh, Phil phát triển một sự không nhất quán rõ ràng giữa những suy nghĩ ông cố gắng truyền đạt và những từ ngữ thực sự được nói ra. Mặc dù điều này đôi khi xảy ra với nạn nhân của đột quỵ, họ thường ý thức được khó khăn trong việc tìm ra từ ngữ chính xác. Phil không hề biết về khuyết tật của mình. Janet nhớ lại một lần đặc biệt, khi họ đang đi bộ cùng nhau, ông bất ngờ nói với cô, “Tàu chạy muộn rồi - làm gì đó đi!” Khi cô trả lời rằng cô không biết tàu ở đâu, ông phản ứng giận dữ, “Mắt cô có vấn đề à, không thấy à?” và chỉ xuống dây giày của mình đang cởi. Bỗng nhiên, cô hiểu ra. “Ông ấy chỉ muốn tôi buộc dây giày, nhưng lại diễn đạt theo cách này. Ông biết mình muốn nói gì nhưng không thể chọn đúng từ, và thậm chí không nhận ra điều đó.”

Sau khi ở viện một thời gian, Phil bắt đầu tăng cân, tổng cộng thêm 45 pound (khoảng gần 20 ký rưỡi) so với thân hình đã nặng nề của mình. Nhưng sau đó ông ngừng ăn, thực sự quên mất cách nhai. Janet phải cho ngón tay vào miệng ông để lấy ra từng mẩu thức ăn kẻo ông bị nghẹn. Đến lúc đó, ông không còn nhớ tên mình nữa. Mặc dù khả năng nhai của ông trở lại, ông không bao giờ biết mình là ai nữa. Cho đến khi ông ngừng nói hoàn toàn, đôi khi ông vẫn nhìn Janet, chỉ trong một khoảnh khắc ngắn ngủi, với vẻ dịu dàng quen thuộc. Chọn lựa chính xác những lời ông đã nói hàng vô số lần trong suốt nửa thế kỷ sống chung, ông thì thầm, với tất cả sự dịu dàng và tận tâm của ngày xưa, **“Anh yêu em - em thật đẹp , và anh yêu**

em.”<sup>112</sup> Ngay khi những lời này được nói ra, ông luôn trở lại với thế giới quên lãng.

Cuối cùng, mọi liên lạc và mọi quyền kiểm soát đều bị mất. Phil trở nên hoàn toàn không kiểm soát được nhưng lại không hề ý thức được điều đó. Dù hoàn toàn tỉnh táo, ông không hề biết chuyện gì đã xảy ra. Quần áo ướt đẫm nước tiểu và đôi khi dính phân, ông cần phải được cởi bỏ để lau sạch những bẩn thỉu làm ô uế chút nhân tính còn sót lại. “Và đây là một người đàn ông,” Janet nói, “người luôn tự hào về ngoại hình và rất đàng hoàng. Có thể nói ông là người kín đáo. Thấy Phil đứng đó trần truồng trong khi các trợ lý đang tắm cho ông, mà ông không hề biết chuyện gì đang diễn ra... ” Và sau đó, đôi mắt cô ấy phản chiếu ánh sáng ẩm ướt đầu tiên của nước mắt, cô nói, “Đó là một căn bệnh suy nhược! Nếu có cách nào ông biết được những gì đang xảy ra với mình, ông sẽ không muốn sống. Ông quá tự hào để có thể chịu đựng nó, và tôi mừng là ông không bao giờ biết. Đó là điều quá sức chịu đựng của bất kỳ ai.”

Tuy nhiên, chính cô đã chịu đựng nó và không bao giờ nghi ngờ việc chịu đựng là điều cô sẽ làm. Cô thường xuyên gặp các con mình và ngồi cùng với những người vợ và chồng khác của bệnh nhân, những người cùng chia sẻ nỗi buồn. “Chúng tôi ngồi và khóc cùng nhau. Khi tôi mạnh mẽ hơn một chút, tôi sẽ cố gắng giúp họ. Bạn học cách chặn đứng một số điều - đó là những gì tôi tự dạy mình.” Cô ấy nhận ra rằng bệnh Alzheimer, mặc dù thường gặp ở người cao tuổi, cũng có thể ảnh hưởng đến người trẻ. Có một người đàn ông khoảng bốn mươi tuổi trong viện. Chỉ có đôi mắt ông ấy còn có thể cử động.

Khi cuộc đời sắp kết thúc, Phil bắt đầu giảm cân đáng kể. Trong năm cuối cùng của mình, làn da trở nên lỏng lẻo trên khuôn mặt; Janet buộc phải mua giày mới cho ông vì cỡ chân ông nhỏ hơn hai số. Ông trở nên nhăn nheo, gầy gò và trông già nua hơn rất nhiều.

---

<sup>112</sup> Vì câu này hay quá, nên mình xin phép trích lại nguyên văn: "I love you- you're beautiful, and I love you."

Người đàn ông từng khỏe mạnh, mặc vừa bộ com-lê cỡ 48 suốt đời trưởng thành, giờ chỉ còn nặng 63kg (139 pounds). Dầu vậy, ông không bao giờ ngừng đi bộ. Ông đi liên tục, mọi lúc nhân viên y tế cho phép.

Janet cố gắng theo kịp nhịp đi nhanh của ông nhưng sớm cảm thấy mệt mỏi. Dù sức khỏe yếu kém đến mức gần như không đứng vững, ông Phil vẫn kiên trì đi tới, đi lui trong khuôn viên. Khi kiệt sức, ông lão đảo cho đến khi Janet và y tá phải đỡ ông ngồi xuống ghế, quá mệt để đi tiếp.

Một khi ngồi xuống, cơ thể yếu ớt của ông nghiêng ngả vì không đủ sức giữ mình. Y tá phải buộc ông vào ghế để tránh ngã. Ngay cả lúc đó, đôi chân ông không ngừng động đậy. Ngồi đó, không ý thức về thế giới xung quanh, được buộc chặt bởi dây an toàn, hấp hối vì bệnh tật, nhưng ông vẫn cố gắng di chuyển đôi chân trong một nỗ lực vô vọng như thể đang đi bộ. Có lẽ, bên trong ông có điều gì đó nhận ra số phận của những người ở giai đoạn cuối của bệnh Alzheimer và ông đang cố gắng chạy trốn khỏi nó.

Trong tháng cuối cùng của cuộc đời mình, Phil phải được buộc vào giường vào ban đêm để ngăn ông đứng dậy và tiếp tục những bước đi không ngừng của mình. Vào tối ngày 29 tháng 1, 1990, vào năm thứ sáu của quá trình bệnh, sau một hành trình gấp rút, ông vấp ngã về phía chiếc ghế của mình và rơi xuống đất, không còn nhịp tim. Khi nhân viên cấp cứu đến vài phút sau, họ đã cố gắng sơ cứu nhưng không thành công và vội vã đưa ông đến bệnh viện, nơi nằm ngay cạnh đó. Bác sĩ cấp cứu tuyên bố ông đã qua đời vì rung tâm thất dẫn đến ngừng tim, sau đó gọi điện cho Janet.

Cô đã về nhà chưa đầy mười phút trước khi ông Phil bắt đầu hành trình cuối cùng đến với cái chết.

Và khi ông ấy qua đời, tôi thấy nhẹ nhõm. Tôi biết nghe có vẻ khủng khiếp, nhưng tôi mừng rằng ông đã được giải thoát khỏi căn bệnh đáng khinh này. Tôi biết ông ấy không hề đau đớn, và tôi biết ông ấy không hề biết chuyện gì đang xảy ra với mình, và tôi biết ơn điều đó. Đó là một ân phúc - đó là điều

duy nhất giúp tôi vượt qua những tháng, những năm dài đó. Nhưng việc chứng kiến điều đó xảy ra với người tôi yêu thương quá nhiều là một điều kinh khủng. Bạn biết đấy, khi tôi đến bệnh viện sau khi Phil qua đời, họ đã hỏi tôi có muốn nhìn thấy thi thể ông ấy không. Tôi đã từ chối. Bạn tôi, một người Công giáo sùng đạo, đã đi cùng tôi, và cô ấy không thể hiểu nổi sự từ chối của tôi. Nhưng tôi không muốn nhớ về khuôn mặt đã chết ấy. Bạn phải hiểu - điều đó không phải vì tôi mà tôi cảm thấy như vậy. Đó là vì ông ấy.

Và như thế, quá trình hủy hoại của Phil Whiting đã kết thúc. Ngay cả trong lúc tan vỡ đau lòng của ông vào bệnh teo não, gia đình ông được giữ khỏi cảnh tượng suy tàn cuối cùng thường diễn ra trên cơ thể nạn nhân mà họ không hay biết. Thường thấy ở giai đoạn cuối, bệnh nhân không còn giao tiếp được lại trở nên bất động, cơ thể họ chiếm lấy những tư thế quái dị khi họ cứng lại hoặc sụp đổ trước cái chết.

Tuy nhiên, lâu trước khi điều đó xảy ra, vấn đề giám sát cơ bản từng giờ trở nên quá sức với hầu hết các gia đình. Với hành vi khó lường, việc lang thang và hành vi phá hoại của bệnh nhân cần được ngăn chặn, hoặc ít nhất là xử lý vào những lúc, dù đã cảnh giác, người chăm sóc vẫn bị lơ mất và gây ra thiệt hại. Đó là lý do xác đáng mà các tác giả của cuốn "Ngày 36 Giờ" chọn tiêu đề như vậy. Một phút sơ suất có thể dẫn đến tổn thương cho bệnh nhân và người khác, hoặc một mâu thuẫn với hàng xóm buộc gia đình phải hành động trước khi họ sẵn lòng. Năng lượng cạn kiệt, kiên nhẫn giảm sút, và ngay cả những người chồng, người vợ quyết tâm nhất cũng sớm thấy mình bị đè nặng quá sức chịu đựng. Ngay cả những khía cạnh thường nhật của việc chăm sóc cũng trở thành một nhiệm vụ Sisyphean<sup>113</sup>, thách thức mọi nỗ lực của những người chăm sóc tận tâm và lành nghề nhất.

---

<sup>113</sup> Sisyphean bắt nguồn từ câu chuyện về Sisyphus trong thần thoại Hy Lạp. Sisyphus bị các vị thần phạt phải lăn một tảng đá nặng lên đỉnh của một ngọn đồi, chỉ để tảng đá đó lăn trở lại mỗi khi nó sắp chạm tới đỉnh. Do đó, công việc của Sisyphus không bao giờ kết thúc và không bao giờ đạt được kết quả cuối cùng, biểu tượng cho một nhiệm vụ vô vọng và vô tận. Khi áp dụng vào ngữ cảnh hiện đại, "Sisyphean" mô tả một nhiệm vụ rất khó khăn hoặc không thể hoàn thành, thường xuyên đòi hỏi sự nỗ lực lớn mà không đạt được kết quả cuối cùng hay có ý nghĩa.

Việc lựa chọn một cơ sở chăm sóc dài hạn uy tín để giao phó người thân yêu, người đã có ý nghĩa lớn trong đời ta, không hề đơn giản. Dù có nhiều nguyên nhân dẫn đến sự không đầy đủ này, nhưng lý do quan trọng nhất có thể là thống kê đáng ngạc nhiên: bệnh Alzheimer ảnh hưởng đến hơn 11% dân số Mỹ trên 65 tuổi. Tổng số người Mỹ bị ảnh hưởng, bao gồm cả bệnh nhân dưới 65, ước tính khoảng 4 triệu người. Gánh nặng lên nguồn lực sẽ tiếp tục tăng lên. Dự báo cho thấy vào năm 2030, số người Mỹ sống trên 65 tuổi sẽ đạt 60 triệu hoặc nhiều hơn. Với tổng chi phí trực tiếp và gián tiếp cho các dạng sa sút trí tuệ đạt ước tính 40 tỷ USD hàng năm (phần lớn là cho người mắc Alzheimer), mức độ của vấn đề càng trở nên choáng ngợp. Không có gì ngạc nhiên khi các gia đình lo lắng cố gắng hết sức mình thường xuyên cảm thấy quá tải và cần sự hướng dẫn.

May mắn thay, dù vẫn còn thiếu, nhưng đã tồn tại các cơ sở chăm sóc dài hạn phù hợp ở nước ta, như Janet Whiting đã tìm thấy. Một số trong số đó thậm chí còn có các chương trình nghỉ ngơi, cho phép người chăm sóc kiệt sức được nghỉ ngơi vài ngày hoặc vài tuần. Cũng có một số chương trình chăm sóc cuối đời (hospice programs). Dù gia đình có chần chừ đến mấy, việc nhập viện dài hạn thường là cách duy nhất để mang lại chút bình yên.

Khi thời gian trôi qua, bệnh nhân dần dần trở nên hoàn toàn phụ thuộc. Những ai không tử vong do các biến cố như đột quy hay nhồi máu cơ tim, rất có thể sẽ rơi vào tình trạng mà người ta thường gọi là trạng thái thực vật, một cách gọi vô cùng vô nhân đạo nhưng lại mô tả chính xác. Tại thời điểm này, họ mất hết mọi chức năng não bộ cao cấp. Ngay cả trước khi đạt đến giai đoạn đó, một số bệnh nhân đã không thể nhai, đi lại hoặc nuốt chất tiết của chính họ.

Nỗ lực cho ăn có thể gây ra các cơn ho và sặc thức ăn, tạo nên cảnh tượng đáng sợ cho người chứng kiến, nhất là khi họ cảm thấy mình phải chịu trách nhiệm. Đây là lúc gia đình phải đối mặt với những quyết định khó khăn về việc có nên đặt ống dẫn thức ăn và mức độ can thiệp y tế nhằm chống lại quy luật tự nhiên mà bệnh tật mang lại.



Nếu quyết định không nuôi qua ống, cái chết do đói có thể là một sự lựa chọn nhân từ cho những người không còn ý thức hoặc không cảm nhận được quá trình này. Trạng thái đói khát có thể được coi là ưa thích hơn so với việc bị tê liệt và suy dinh dưỡng, những tình trạng gần như không thể tránh khỏi ngay cả đối với bệnh nhân nặng được chăm sóc kỹ lưỡng. Sự không kiểm soát chức năng bài tiết, bất động và lượng protein trong máu thấp khiến việc tránh được vết loét do nằm lâu trở nên cực kỳ khó khăn, đến mức chúng có thể trở nên đáng sợ khi sâu đến lộ cơ, gân và thậm chí là xương, bị phủ bởi các lớp mô chết và mủ. Khi điều này xảy ra, sự tổn thương tâm lý lên gia đình chỉ được giảm bớt một chút nhờ việc biết rằng người bệnh không cảm nhận được nó.

Không tự chủ, bất động và việc cần phải sử dụng ống thông tiểu dẫn tới nhiễm trùng đường tiết niệu. Khả năng không thể nhận biết hoặc nuốt chất tiết tạo điều kiện cho việc hít phải chất nhầy, từ đó tăng khả năng mắc bệnh viêm phổi. Một lần nữa, gia đình phải đối mặt với các quyết định điều trị khó khăn, không chỉ dựa vào lương tâm cá nhân mà còn liên quan đến tín ngưỡng tôn giáo, quy chuẩn xã hội và đạo đức y tế. **Đôi khi, hành động tốt nhất có thể là không quyết định gì cả và để mặc cho tự nhiên.**

Một khi quyết định này được thực hiện, quá trình diễn ra có thể rất nhanh chóng. Phần lớn bệnh nhân Alzheimer trong trạng thái thực vật sẽ tử vong do nhiễm trùng, dù là ở đường tiết niệu, phổi, hay từ những vết loét tòi tẹt, nơi vi khuẩn sinh sôi. Trong quá trình phát sốt sau đó, gọi là nhiễm khuẩn máu, vi khuẩn nhanh chóng xâm nhập vào máu, gây sốc, rối loạn nhịp tim, rối loạn đông máu, suy thận và gan, cuối cùng dẫn đến cái chết.

Trên suốt quãng đường, các thành viên trong gia đình đã trải qua cảm xúc mâu thuẫn, bất lực, và khủng hoảng. Họ lo sợ không chỉ những gì họ đang chứng kiến mà còn cả những điều chưa thấy. Mặc dù được nhắc nhở nhiều lần, nhiều người vẫn tin rằng họ đang khiến người thân chịu đựng nỗi đau có ý thức. Tuy nhiên, việc buông bỏ luôn là quá khó khăn. Các công cụ pháp

lý như di chúc sống và ủy quyền vững chắc có thể hoạt động như hướng dẫn trước, nhưng thường chúng lại không tồn tại; người vợ, người chồng đang đau khổ, hoặc con cái đang đối mặt với những vấn đề gia đình của chính họ, lạc lõng giữa biển cảm xúc mâu thuẫn. Việc quyết định càng trở nên khó khăn khi sống chung với quyết định đó.

Bệnh Alzheimer là một trong những thảm họa, dường như được tạo ra để thách thức tinh thần con người. Sự cao quý và lòng trung thành của Janet Whiting không phải là cá biệt, có thể, ở một mức độ nào đó, là điều bình thường. Hành động của Janet không quá ngoại lệ, đến mức những người cung cấp sự hỗ trợ chuyên nghiệp gần như mong đợi rằng các gia đình sẽ ít khi nghi ngờ vai trò của mình trong quá trình chăm sóc. Chi phí, tất nhiên, là đáng kể. Về mặt tổn thương cảm xúc, sự sao nhãng mục tiêu và trách nhiệm cá nhân, mối quan hệ bị xáo trộn, và rõ ràng là về nguồn lực tài chính, gánh nặng là quá lớn để chịu đựng. Ít có bi kịch nào tổn kém hơn.

Gia đình những bệnh nhân Alzheimer thường cảm thấy lạc lõng, rời xa khỏi con đường đời tươi sáng, mắc kẹt trong những ngõ cụt đau khổ kéo dài hàng năm trời. Chỉ khi người thân qua đời, họ mới tìm thấy lối thoát. Nhưng ngay cả sau đó, ký ức và gánh nặng nặng nề vẫn còn đó, và sự giải thoát chỉ là một phần. Cuộc sống đã từng tràn ngập hạnh phúc và thành tựu, giờ đây chỉ còn lại qua lăng kính mờ đục của những năm tháng cuối cùng. Đối với những người ở lại, cuộc sống mãi mãi u ám và mất đi sự rực rỡ.

Có một quan niệm chung của tất cả các nền văn hóa rằng, việc đặt tên cho một con quỷ sẽ làm giảm bớt nỗi sợ hãi của nó. Tôi đôi khi tự hỏi, có phải lý do thực sự, có lẽ nằm sâu trong tiềm thức văn hóa, mà các bác sĩ tiên phong luôn cố gắng xác định và phân loại các bệnh cụ thể không chỉ để hiểu biết mà còn để đương đầu với chúng. Một khi đã gắn nhãn cho một thứ gì đó, chúng ta cảm thấy an toàn hơn, như thể việc đó khiến cho thú dữ tạm thời ngoan ngoãn và có vẻ như có thể thuần phục được; nó đặt dưới sự kiểm soát những gì trước kia là sự hoang dã của nỗi kinh hoàng không

kiềm chế. Khi chúng ta đặt tên cho bệnh tật, chúng ta đã văn minh hóa nó - buộc nó phải tuân theo quy tắc của chúng ta.

Đặt tên cho một căn bệnh là bước đầu tiên trong việc tổ chức chống lại nó. Không chỉ giới khoa học mà cả cộng đồng bệnh nhân, gia đình và tình nguyện viên cũng tạo nên một xã hội hiện đại, tương tự như các vòng tròn và quảng trường quân sự. Từ giữa thế kỷ này, bệnh nhân và người thân đã cùng nhau chia sẻ vấn đề và đôi khi là chi phí, thông qua các tổ chức như Quỹ Quốc gia chống Bại liệt ở Trẻ em<sup>114</sup>, Hội Ung thư Mỹ<sup>115</sup> và Hội Tiểu đường Mỹ<sup>116</sup>. Những người bị ảnh hưởng bởi những tai họa này, và những người quan tâm đến họ, không còn phải đối mặt một mình.

Trong trường hợp bệnh Alzheimer, hiếm khi bệnh nhân nhận ra nhu cầu có bạn đồng hành trong hành trình đầy gian khổ. Nhưng có lẽ không có tình trạng nào trong thời đại chúng ta mà sự có mặt của các nhóm hỗ trợ lại có thể giúp đỡ một cách quyết định để đảm bảo sự sống còn về mặt tình cảm của những người chứng kiến gần nhất quá trình suy tàn. Ở Hoa Kỳ, hiện có gần hai trăm chương và hơn một nghìn nhóm hỗ trợ thuộc Hiệp hội Bệnh Alzheimer và Các Rối loạn Liên quan<sup>117</sup> (ADRDA), và các tổ chức tương tự cũng tồn tại ở các quốc gia khác. Họ không chỉ cung cấp sự giúp đỡ mà còn là người ủng hộ việc tăng cường kinh phí cho nghiên cứu và cải tiến lâm sàng. Sức mạnh nằm ở số lượng, ngay cả khi chỉ là một hoặc hai người thấu hiểu có thể làm dịu đi nỗi đau bằng hành động lắng nghe đơn giản.

Nỗi đau của bệnh Alzheimer là sự kết hợp của nhiều yếu tố, và một số chỉ có thể được giải quyết bởi một người lắng nghe thông cảm và hiểu biết. Có thể không ai trong số những người bị căn bệnh này kéo theo không cảm thấy oán giận hay ghê tởm? Làm sao có thể chứng kiến một phần quan trọng của cuộc đời mình bị tổn thương mà không nổi giận? Có ai có thể

---

<sup>114</sup> The National Foundation for Infantile Paralysis

<sup>115</sup> The American Cancer Society

<sup>116</sup> The American Diabetes Association

<sup>117</sup> The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

bình tĩnh nhìn người mình yêu thương nhất dần mất đi khả năng hiểu biết và suy tàn?

Mỗi gia đình cần sự giúp đỡ để hiểu rõ sự tàn phá của bệnh tật, không chỉ đối với bệnh nhân mà còn đối với những người đồng hành cùng họ. Sự giúp đỡ không nhất thiết mang lại sự giải thoát khỏi đau khổ, nhưng nó có thể giúp hiểu và chia sẻ nỗi đau, mang lại sự nghỉ ngơi tạm thời. Việc nhận thức rằng cảm xúc tức giận và thất vọng là điều phổ biến và không thể tránh khỏi, cùng với sự đảm bảo rằng sẽ có người lắng nghe và chia sẻ, có thể giúp giảm bớt cảm giác cô đơn và tội lỗi không chính đáng, làm giảm bớt nỗi tuyệt vọng mà bệnh Alzheimer gây ra.

Con đường thoát khỏi cô lập bắt đầu từ việc đặt tên cho các triệu chứng đáng lo ngại. Hành động này khởi động quá trình mà qua đó các thành viên trong gia đình có thể đoàn kết sức mạnh với hàng triệu người khác. Tên của căn bệnh này không tồn tại cách đây một trăm năm, mặc dù các dấu hiệu của nó đã được quan sát và mô tả từ nhiều thế kỷ trước như một phần chưa được xác định của tình trạng lão suy.

**Chứng mất trí nhớ loại Alzheimer<sup>118</sup>** là tên chính thức của căn bệnh hiện đang được chẩn đoán mới ở hàng trăm nghìn người mỗi năm tại Hoa Kỳ. Nó chiếm từ khoảng 50% đến 60% trong số tất cả các bệnh mất trí nhớ ở những người trên 65 tuổi và cả những người ở độ tuổi trung niên.

Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ<sup>119</sup> mô tả khởi đầu của bệnh là âm thầm, với một quá trình “nói chung là tiến triển, xấu đi”, trong đó tất cả các nguyên nhân cụ thể khác đã được loại trừ qua bệnh sử, khám thực thể và xét nghiệm. Chứng mất trí nhớ liên quan đến sự mất mát nhiều mặt về khả năng trí tuệ như trí nhớ, phán đoán, suy nghĩ trừu tượng và các chức năng vỏ não cao cấp khác, cùng với những thay đổi về tính cách và hành vi.

---

<sup>118</sup> Dementia of the Alzheimer type

<sup>119</sup> The American Psychiatric Association

Bệnh sa sút trí tuệ được định nghĩa là: “Mất khả năng trí tuệ đủ để can thiệp vào hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp.” Phía sau những từ ngữ đơn giản này là hàng thế kỷ của sự không chắc chắn và những định nghĩa, phạm trù mờ nhạt.

Những tham chiếu đến điều mà ngày nay chúng ta gọi là bệnh mất trí nhớ do tuổi già, cũng như các quyết định pháp lý liên quan, đã xuất hiện trong hàng ngàn năm qua trong các ghi chép văn học và lịch sử của nền văn minh phương Tây. Các tác giả y học từ thời cổ đại đã mô tả nó, và các bác sĩ dần nhận ra rằng không chỉ người già, mà cả những người trẻ hơn cũng đôi khi phát triển các dấu hiệu của việc suy giảm khả năng phán đoán và trí nhớ, cũng như các khiếm khuyết trí tuệ chung có tính chất tiến triển.

Tuy nhiên, từ “mất trí nhớ” không xuất hiện như một thuật ngữ y học cho đến năm 1801, khi nó được giới thiệu bởi Philippe Pinel, lúc bấy giờ là bác sĩ cấp cao tại Le Salpetriere, một bệnh viện ở Paris. Tại đây, hàng nghìn phụ nữ mắc bệnh mãn tính và không thể chữa khỏi chia sẻ cơ sở với hàng trăm người bệnh và mất trí. Pinel được coi là cha đẻ của phương pháp điều trị bệnh tâm thần hiện đại, chủ yếu là vì tính chính xác của mô tả và phân loại của ông về các hội chứng tâm thần.

Pinel còn nổi tiếng vì đã đưa yếu tố lòng tốt của con người vào việc chăm sóc những người bệnh tâm thần được thể chế hóa, nhiều người trong số họ trước đây đã bị giam giữ trong chuỗi. Ông gọi nguyên tắc mới lạ của mình là **sự đối xử đạo đức với chứng điên cuồng**<sup>120</sup>.

Philippe Pinel đã hệ thống hóa các khái niệm của mình về bệnh tâm thần trong cuốn sách năm 1801, một tác phẩm kinh điển trong lịch sử y học tâm lý, “**Traite medico-philosophique sur l’alienation mentale**”. Trong sách, ông đã mô tả một hội chứng tâm thần rõ ràng, mà ông gọi là demence (trong tiếng Anh là “dementia”), được định nghĩa là một dạng “không mạch lạc” của các chức năng tinh thần.

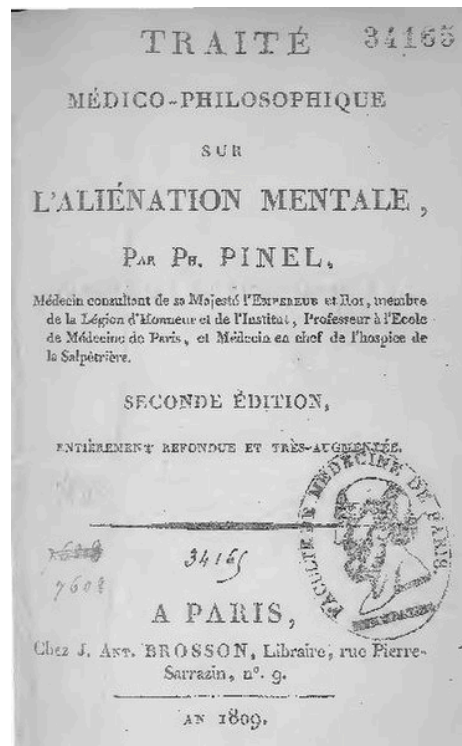
---

<sup>120</sup> Nguyên văn: “moral treatment of insanity”

Trong một đoạn văn ngắn có tựa đề “Đặc điểm cụ thể của chứng mất trí nhớ”, Pinel đã mô tả một nhóm triệu chứng mà bất kỳ ai đã chăm sóc một bệnh nhân mắc hình thức bệnh Alzheimer ngày nay đều có thể nhận ra ngay lập tức: Sự kế thừa nhanh chóng hoặc sự xen kẽ không ngừng của các ý tưởng riêng biệt, và cảm xúc phù du và không liên kết [không liên kết với nhau hoặc với các sự kiện thực tế bên ngoài]. Hành động lặp đi lặp lại không ngừng, quên lãng hoàn toàn mọi trạng thái trước đó, giảm nhạy cảm với ấn tượng bên ngoài, mất khả năng phán đoán, hoạt động không ngừng.

Các thuật ngữ “không mạch lạc” và “không liên kết” mà Pinel sử dụng đặc biệt phù hợp, phản ánh sự phù hợp với mạng lưới tế bào não bị tàn phá, các kết nối và chất truyền tin hóa học, những phát hiện cơ bản của bệnh hiện nay. Pinel đã phân biệt được chứng mất trí nhớ mà ông giới thiệu với sự già nua thường thấy khi tuổi tác tăng lên.

James Prichard, một bác sĩ cấp cao tại Bệnh xá Bristol của Anh, trong ấn phẩm năm 1835 của mình có tựa đề **Một luận thuyết về Sự điên rồ**<sup>121</sup>, đã chỉ ra rằng bệnh nhân trải qua một loạt các giai đoạn khi bệnh tiến triển, mà ông gọi là “nhiều mức độ của sự không mạch lạc”. Ông nhận ra bốn mức độ như vậy: suy giảm trí nhớ, sự phi lý và mất khả năng lý luận, sự khó hiểu, và cuối cùng là mất đi hành động bản năng và tự nguyện. Những quan sát này ngày nay vẫn còn hữu ích trong việc theo dõi sự suy thoái dần dần của từng bệnh nhân.



<sup>121</sup> A Treatise on Insanity

Jean Etienne Dominique Esquirol, học trò và người thừa kế trí tuệ của Philippe Pinel, đã tốt nghiệp từ trường y khoa ngàn năm tuổi ở Montpellier. Trong tác phẩm năm 1838 của mình, "**Des Maladies mentales**", Esquirol đã đưa ra những quan sát về chứng mất trí nhớ, những quan sát này đã chứng minh được giá trị qua thời gian. Một khi những điều này đã được nghiên cứu, ít cần thiết phải thảo luận thêm về các triệu chứng của bệnh mất trí nhớ cho những người muốn tìm hiểu về quá trình lâm sàng của nó như chúng ta thấy ngày nay.

Esquirol đã nói về bệnh nhân của mình:

*Họ không còn khao khát hay ác cảm; không hận thù cũng không yêu thương. Họ thờ ơ hoàn toàn đối với những thứ từng là quý giá nhất. Khi nhìn thấy người thân và bạn bè, họ không cảm thấy vui mừng, và khi chia xa, họ không hề luyến tiếc. Họ cảm thấy bất an vì những thiếu thốn mà họ phải chịu, và ít khi cảm thấy hạnh phúc với những niềm vui được mang đến. Những gì diễn ra xung quanh không còn làm họ quan tâm; và các sự kiện trong cuộc sống trở nên không quan trọng, bởi vì họ không thể kết nối với bất kỳ ký ức hay hy vọng nào. Họ thờ ơ với mọi thứ, không điều gì có thể ảnh hưởng đến họ... Tuy nhiên, họ vẫn dễ cáu kỉnh, giống như mọi sinh vật yếu đuối và những người có khả năng trí tuệ hạn chế. Nhưng cơn giận của họ chỉ kéo dài trong phút chốc...*

*Hầu hết những người mắc chứng sa sút trí tuệ đều có một số thói quen hoặc đam mê kỳ quặc. Một số người không ngừng đi lại, như thể họ đang tìm kiếm điều gì đó mà họ không thể tìm thấy. Bước đi của một số người khác thì chậm rãi, và họ di chuyển với sự khó khăn. Còn những người khác, họ có thể ngồi yên một chỗ hàng ngày, hàng tháng, thậm chí hàng năm, co ro trên giường hoặc nằm dài trên mặt đất. Người này thì liên tục viết lách, nhưng những suy nghĩ của họ không có sự liên kết hay mạch lạc. Từ ngữ chỉ đơn thuần là nối tiếp từ ngữ...*

*Rối loạn này làm suy giảm khả năng hiểu biết, kèm theo các triệu chứng sau. Khuôn mặt tái nhợt, đôi mắt mờ đục và đăm lẹ, đồng tử giãn nở, ánh nhìn không định hình, và nét mặt thiếu sức sống. Cơ thể lúc gầy gò, mảnh khảnh; lúc lại đầy đặn, phì nhiêu... Khi tình trạng liệt kết hợp với chứng mất trí, các biểu hiện của bệnh liệt xuất hiện lần lượt. Ban đầu, khả năng phát âm bị ảnh hưởng; sau đó, việc di chuyển trở nên khó khăn; và việc cử động cánh tay gây đau đớn... Người mắc chứng mất trí không tưởng tượng được, cũng không đắm chìm trong suy nghĩ. Họ có rất ít hoặc không có ý tưởng. Họ không có ý chí hay quyết định, mà chỉ đơn giản là tuân theo; bộ não của họ đang trong trạng thái yếu kém.*

Như tất cả các giáo sư y khoa Pháp lỗi lạc thời bấy giờ, Esquirol đã tự mình thực hiện khám nghiệm tử thi<sup>122</sup> cho bệnh nhân của mình khi họ chết. Trong thời đại mà kính hiển vi còn quá sơ khai để đạt được độ chính xác, ông phải dựa vào những biểu hiện bên ngoài để thực hiện quan sát. Tuy nhiên, những phát hiện vẫn rất nổi bật:

Các nếp gấp của não bị teo nhỏ, tách biệt lẫn nhau, trở nên nông cạn hoặc phẳng lì, bị nén chặt<sup>123</sup> và nhỏ lại, đặc biệt là ở vùng trán. Không hiếm gặp khi một hoặc hai nếp gấp trên bề mặt lồi của não bị ấn xuống<sup>124</sup>, teo nhỏ và gần như bị phá hủy, và khoảng trống được lấp đầy bằng dịch.

Esquirol đã nhận diện được sự teo nhỏ của não, giải thích cho sự suy giảm của trí tuệ. Những quan sát của ông đã được xác nhận đi xác nhận lại bởi các nhà nghiên cứu sau này. Tuy nhiên, phân tích vi mô sẽ phải chờ đến các nghiên cứu của **Alois Alzheimer**.

---

<sup>122</sup> Khám nghiệm tử thi (autopsy): là quá trình khám nghiệm cơ thể sau khi tử vong để xác định nguyên nhân chính xác của cái chết.

<sup>123</sup> compressed

<sup>124</sup> depressed (trường hợp này mình không biết nên dùng tính từ gì hay động từ thể bị động gì cho phù hợp)



Khoa học y tế đã trải qua nhiều thay đổi sâu sắc trong bảy thập kỷ giữa những đóng góp của Esquirol và những phát hiện của Alzheimer, nhưng không có gì quan trọng hơn sự phát triển của kính hiển vi độ phân giải cao. Việc sử dụng khéo léo của hệ thống quang học mới đã giúp các nhà khoa học tại các trường y khoa Đức đạt được nhiều phát hiện vĩ đại trong nửa cuối thế kỷ 19 và thập kỷ đầu tiên của thế kỷ 20. Chính trong truyền thống Đức về việc sử dụng kính hiển vi tỉ mỉ, Alois Alzheimer đã tiến hành nghiên cứu về chứng mất trí nhớ.

Ông Alzheimer ban đầu bắt đầu sự nghiệp của mình với tư cách là một bác sĩ lâm sàng quan tâm đến các bệnh thần kinh và tâm thần, nhưng ông đã được đào tạo bài bản về các phương pháp phòng thí nghiệm. Đã là một chuyên gia về khía cạnh lâm sàng của bệnh mất trí nhớ ở người già và bắt đầu được biết đến với sự rõ ràng trong mô tả của mình về bệnh lý vi mô<sup>125</sup>, ông được mời làm việc tại Đại học Heidelberg năm 1902 bởi Emil Kraepelin, một người tiên phong trong tâm thần học thực nghiệm. Khi Kraepelin được mời đến Đại học Munich vào năm sau để phụ trách một phòng khám và cơ sở nghiên cứu mới, ông đã đưa Alzheimer, khi ấy 39 tuổi, cùng đi. Kỹ năng của Alzheimer trong việc sử dụng các kỹ thuật nhuộm mô mới phát triển đã cho phép ông xác định được những thay đổi trong cấu trúc tế bào đi kèm với bệnh giang mai, bệnh Huntington<sup>126</sup>, xơ cứng động mạch, và sự lão hóa. Đặc điểm nổi bật nhất trong công việc của Alzheimer có lẽ là khả năng của ông, dựa trên kinh nghiệm bản thân với bệnh nhân, để liên kết các phát hiện vi mô sau khi chết với các triệu chứng mà các nạn nhân không may của những quá trình thoái hóa này thể hiện trước khi qua đời. Những mối liên kết như vậy là cơ sở để truy tìm nguyên nhân và hiệu quả của sinh lý bệnh.

Năm 1907, Alzheimer công bố một bài báo với tựa đề **Về một Dạng Bệnh Đặc trưng của Vỏ Não**<sup>127</sup>, trình bày về trường hợp của một phụ nữ được

---

<sup>125</sup> Bệnh lý vi mô (Microscopic pathology): Nghiên cứu về bệnh tật qua việc quan sát các mẫu mô dưới kính hiển vi, giúp xác định nguyên nhân và bản chất của bệnh.

<sup>126</sup> Bệnh Huntington (Huntington's disease): Một rối loạn di truyền dẫn đến suy giảm chức năng thần kinh, gây ra vấn đề về vận động và suy giảm nhận thức.

<sup>127</sup> On a Distinctive Disease of the Cerebral Cortex

nhập viện tâm thần vào tháng 11 năm 1901. Đây là nghiên cứu đầu tiên về một bệnh nhân mà trong đó, căn bệnh mang tên ông được nhận diện như một thực thể độc lập, cần được phân biệt với tất cả các trường hợp khác. Ngoại trừ việc ngôn từ cứng cáp hơn nhiều, ta có thể nghĩ rằng mình đang đọc Esquirol; ngoại trừ Alzheimer không cụ thể định rõ ranh giới của "bốn mức độ không mạch lạc," ta có thể tưởng tượng mình đang đọc Prichard. Alzheimer mô tả một người phụ nữ 51 tuổi, đã trải qua các triệu chứng liên tiếp như ghen tuông, suy giảm trí nhớ, hoang tưởng, mất khả năng suy luận, khó hiểu, sững sờ, và cuối cùng, sau 4 năm rưỡi mắc bệnh, bà qua đời. Cuối đời, bệnh nhân hoàn toàn hôn mê; nằm trên giường với chân co lên dưới mình, và mặc dù đã áp dụng mọi biện pháp phòng ngừa, bà vẫn phát triển loét do nằm lâu.

Mục đích của việc báo cáo trường hợp bệnh nhân không phải chỉ là để mô tả tình trạng lâm sàng của bà. Những trường hợp tương tự đã được các bác sĩ biết đến từ lâu, ngay cả trước thời của Pinel và Esquirol. Dù rằng hai bác sĩ lâm sàng người Pháp này là những người đầu tiên phân loại chúng vào nhóm bệnh mất trí nhớ mới. Trước cả khi Alzheimer công bố nghiên cứu của mình, thuật ngữ "bệnh mất trí nhớ ở tuổi trung niên" đã được sử dụng, từ năm 1868, để phân biệt những bệnh nhân bắt đầu có biểu hiện bệnh lý trong giai đoạn giữa cuộc đời. Alzheimer không chỉ muốn dừng lại ở việc mô tả thêm một trường hợp teo não dễ thấy bằng mắt thường. Ông muốn chia sẻ với mọi người những gì ông đã phát hiện khi ông cắt não bệnh nhân ra thành những lát mỏng, nhuộm chúng bằng các loại thuốc nhuộm đặc biệt và sau đó quan sát dưới kính hiển vi.

Alzheimer nhận ra rằng nhiều tế bào trong vỏ não chứa từ một đến nhiều sợi nhỏ giống như tóc<sup>128</sup>. Trong một số tế bào khác, những sợi này tụ lại thành từng nhóm có mật độ dày đặc hơn. Ở một giai đoạn có vẻ như muộn hơn, nhân tế bào và thậm chí cả tế bào tự nó đều bị phân hủy, chỉ để lại một bó sợi dày đặc ở vị trí của chúng. Alzheimer tin rằng việc các sợi này nhuộm

---

<sup>128</sup> Sợi nhỏ giống như tóc (Hairlike fibrils): Có thể hiểu là các cấu trúc protein nhỏ hình sợi được tìm thấy trong tế bào, ngày nay chúng ta biết là thường liên quan đến các bệnh lý như Alzheimer khi chúng tích tụ bất thường.

màu khác biệt so với tế bào bình thường chứng tỏ sự lắng đọng của một sản phẩm bệnh lý<sup>129</sup> nào đó từ quá trình trao đổi chất là nguyên nhân dẫn đến cái chết. Từ một phần tư đến một phần ba số tế bào vỏ não<sup>130</sup> của bệnh nhân chứa các sợi này hoặc đã biến mất hoàn toàn.

Bên cạnh việc phá hủy tế bào, bác sĩ Alzheimer còn phát hiện ra nhiều cụm vi mô, hay còn gọi là mảng bám, phân tán khắp vỏ não, không hấp thụ được thuốc nhuộm. Các nghiên cứu sau này cho thấy, những cụm này chứa các phần của sợi trục<sup>131</sup> thần kinh - những phần mở rộng cho phép các tế bào thần kinh liên lạc với nhau, đã bị thoái hóa, tụ tập xung quanh một lõi chất protein beta-amyloid<sup>132</sup>. Đến nay, sự hiện diện không thay đổi của các mảng bám lão khoa<sup>133</sup> và các sợi cơ rối là những tiêu chí chính để chẩn đoán bệnh Alzheimer dưới kính hiển vi.

Tuy nhiên, người ta nhận ra rằng, không chỉ trong bệnh Alzheimer mới có sự xuất hiện của mảng bám amyloid và các sợi cơ rối thần kinh<sup>134</sup>. Có một loạt các tình trạng mãn tính khác của não người mà trong đó, một hoặc cả hai hiện tượng này có thể được xác định. Thậm chí trong quá trình lão hóa bình thường, ít nhất một vài cấu trúc của cả hai loại này cũng xuất hiện, dù không nhiều như trong trường hợp của bệnh Alzheimer. Chúng ta sẽ biết thêm nhiều điều về quá trình lão hóa của não khi nguồn gốc của những mảng bám và cụm rối này trong bệnh được phát hiện.

Alzheimer đã thực sự sáng suốt khi nhận ra rằng "chúng ta dường như đang đối mặt với một quá trình bệnh lý đặc biệt." Người cố vấn của ông,

---

<sup>129</sup> Sự lắng đọng sản phẩm bệnh lý (Deposition of pathological product): Là quá trình tích tụ các chất không bình thường trong tế bào hoặc mô, gây ra bệnh lý.

<sup>130</sup> Tế bào vỏ não (Cortical cells): Là các tế bào nằm trong vỏ não, đóng vai trò quan trọng trong việc xử lý thông tin nhận thức.

<sup>131</sup> Sợi trục (Axon): Là phần dài của tế bào thần kinh, giúp truyền tín hiệu điện từ thân tế bào đến các tế bào thần kinh khác, cơ bắp, hoặc các loại tế bào khác.

<sup>132</sup> Beta-amyloid: Là một loại protein, khi tích tụ lại có thể tạo thành các mảng bám trong não, được cho là nguyên nhân chính gây ra bệnh Alzheimer.

<sup>133</sup> Mảng bám lão khoa (Senile plaques): Là những cụm protein tích tụ bất thường trong não, thường gặp ở người già và người mắc bệnh Alzheimer.

<sup>134</sup> Sợi cơ rối thần kinh (Neurofibrillary tangles): Là những cấu trúc protein bất thường tích tụ trong tế bào thần kinh, đặc trưng của bệnh Alzheimer.

Kraepelin, đã tiến xa hơn một bước: Trong ấn bản thứ tám của sách giáo khoa của mình vào năm 1910, ông đã đặt tên cho thực thể mới này là "**Bệnh Alzheimer**". Kraepelin tỏ ra không chắc chắn về ý nghĩa của việc bệnh nhân của Alzheimer có độ tuổi tương đối trẻ so với việc lịch sử bệnh của cô ấy rất giống với những người trước đây được phân loại là mắc bệnh mất trí nhớ do tuổi già.

Ông viết: "Ý nghĩa lâm sàng của Bệnh Alzheimer vẫn chưa rõ ràng. Mặc dù những phát hiện giải phẫu học cho thấy đây là một dạng nặng của bệnh mất trí nhớ do tuổi già, một số yếu tố lại phản bác lại điều này; cụ thể là bệnh có thể xuất hiện ngay cả ở cuối tuổi 50. Người ta có thể mô tả những trường hợp này ít nhất là **senium praecox**<sup>135</sup> (lão suy sớm), nếu không muốn nói rằng bệnh này khá độc lập với độ tuổi." Sự không chắc chắn này từ một người mà nhiều người coi là linh mục cao cấp của tâm thần học hữu cơ có thể đã ảnh hưởng đến các tác giả sau này, làm họ đặt nhiều ý nghĩa hơn vào việc Kraepelin sử dụng thuật ngữ 'senium praecox' và bỏ qua gợi ý của ông rằng "bệnh này khá độc lập với tuổi." Có lẽ do sự hiểu lầm này, quan niệm cho rằng Alzheimer là một dạng mất trí nhớ trước tuổi già đã được ấn định trong ngôn ngữ y học suốt hơn nửa thế kỷ.

Chỉ trong vài năm sau bài báo của Alzheimer, các nhà nghiên cứu khác cũng đã báo cáo về những bệnh nhân tương tự. Trong mỗi trường hợp, quá trình lâm sàng không khác biệt nhiều so với người phụ nữ đầu tiên của Alzheimer, và các cuộc khám nghiệm tử thi đã tiết lộ sự teo giảm lan tỏa của não<sup>136</sup>, đặc biệt là ở vỏ não. Qua kiểm tra dưới kính hiển vi, một số lượng lớn mảng bám lão suy và sợi cơ rối có thể được phát hiện. Đến năm 19xx, đã có thêm 12 báo cáo tương tự.

Sự trẻ trung tương đối của một số bệnh nhân dường như làm nổi bật những phát hiện so với các mô tả sau này về các cuộc khám nghiệm tử thi, nơi mà

---

<sup>135</sup> Senium praecox (Lão suy sớm): Một thuật ngữ lâm sàng cũ dùng để mô tả sự xuất hiện sớm của các dấu hiệu lão hóa, bao gồm mất trí nhớ, ở những người không đủ tuổi để được coi là lão khoa.

<sup>136</sup> Teo não lan tỏa (diffuse atrophy): Sự giảm kích thước và trọng lượng của não bộ, ảnh hưởng đến nhiều phần của não, thường xuyên gặp trong bệnh Alzheimer và các dạng mất trí nhớ khác.

các mảng bám lão khoa và sợi rối được tìm thấy ở người ở mọi lứa tuổi và có vẻ như có nhiều lịch sử lâm sàng khác nhau. Đến năm 1929, đã có bốn báo cáo về bệnh ở những bệnh nhân dưới 40 tuổi, và thậm chí có một trường hợp có triệu chứng bắt đầu khi chỉ mới 7 tuổi. Vấn đề này có thể đã trở nên phức tạp hơn do sự chọn lọc trong việc báo cáo - các bác sĩ có khả năng cao hơn trong việc ghi lại những trường hợp có vẻ bất thường hơn là những trường hợp thông thường. Hơn nữa, ở những quốc gia - và họ là đa số - nơi khám nghiệm tử thi không bắt buộc, phần lớn các cuộc khám nghiệm được thực hiện trên những bệnh nhân được coi là "thú vị". Còn điều gì thú vị hơn một người trẻ mắc bệnh của người già? Do đó, vào cuối những năm 1920, đa số các trường hợp bệnh Alzheimer được ghi chép trong văn học y khoa thế giới là những bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 50 đến 60 tương đối trẻ.

Mặc dù các bác sĩ lâm sàng nhạy bén rõ ràng đã nhận thức được rằng tiêu chí độ tuổi vẫn còn mơ hồ, hội chứng vẫn tiếp tục được gọi là chứng mất trí nhớ trước tuổi già của Alzheimer trong nhiều thập kỷ. Đó là cái tên mà tôi lần đầu tiên gặp phải trong sách giáo khoa trong những năm đi học y khoa của mình vào những năm 1950.

Quá trình chuyển đổi **chứng mất trí nhớ trước tuổi già của Alzheimer**<sup>137</sup> thành **chứng mất trí nhớ tuổi già theo kiểu Alzheimer**<sup>138</sup> chính xác hơn là một câu chuyện tiêu biểu cho cách văn hóa y sinh đã phát triển trong phần cuối cùng của thế kỷ 20. Tôi muốn nói đến sự kết hợp của khoa học, sự tham gia của chính phủ, và một yếu tố có thể được hiểu một cách tốt nhất qua thuật ngữ vận động quyền lợi người tiêu dùng.

Trong sáu mươi năm sau công trình ban đầu của Alzheimer, bằng chứng đã dần dần tích tụ rằng việc phân biệt giữa dạng bệnh già và trước tuổi già là không có cơ sở, khi cả hai đều được đặc trưng bởi cùng một bệnh lý vi mô. Sau khi điểm này cuối cùng được làm rõ tại một hội nghị về Alzheimer và

---

<sup>137</sup> Alzheimer's presenile dementia

<sup>138</sup> Senile dementia of the Alzheimer type

các tình trạng liên quan vào năm 1970, đã bắt đầu xuất hiện một sự đồng thuận khoa học rằng việc duy trì sự phân biệt tùy tiện như vậy không chỉ sai lầm mà còn gây hiểu nhầm.

Một trong những hậu quả rõ ràng của việc thay đổi thái độ là việc bao gồm một lượng lớn bệnh nhân cao tuổi và gia đình họ dưới một "mái che" chẩn đoán. Khi sự quan tâm nghiên cứu được thúc đẩy, các nhà khoa học một cách chính đáng bắt đầu đòi hỏi nguồn tài trợ nhiều hơn và tìm kiếm nó từ các nguồn chính phủ. Tại Hoa Kỳ, điều này có nghĩa là sự tham gia của Viện Y tế Quốc gia<sup>139</sup> (NIH) và sự hỗ trợ của mọi người ủng hộ người cao tuổi có ảnh hưởng chính trị. Việc thành lập Viện Nghiên cứu về Lão khoa Quốc gia<sup>140</sup> (NIA) là một phần tự nhiên của quá trình này. Sự phối hợp công sức của các nhà khoa học, NIA và người chăm sóc đã dẫn đến việc thành lập ADRDA. Một căn bệnh được cho là rất hiếm trong thời kỳ học y của tôi đến nỗi nó được sử dụng như một câu hỏi đố vui trong các buổi học khuya, đã trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới. Kết quả của tất cả nỗ lực phối hợp, ngân sách nghiên cứu Alzheimer tại Hoa Kỳ vào năm 1989 là khoảng tám trăm lần so với chỉ mười năm trước đó.

Mặc dù đã đạt được tiến bộ lớn trong thập kỷ rưỡi qua trong việc chăm sóc bệnh nhân và hỗ trợ những người cung cấp sự chăm sóc đó, nhưng sự tiến bộ trong các khía cạnh y học sinh học của bệnh, như nguyên nhân, điều trị và phòng ngừa, vẫn chưa dẫn đến việc phát hiện ra bất kỳ nguyên nhân cụ thể nào của bệnh, phương pháp chữa trị, hoặc cách thức nào có thể ngăn chặn bệnh.

Có một số bằng chứng cho thấy có thể có xu hướng di truyền đối với bệnh Alzheimer, nhưng nó ít thuyết phục đối với bệnh nhân lớn tuổi và chưa được chứng minh đầy đủ cho bệnh nhân trẻ hơn, mặc dù đã xác định được một số khiếm khuyết nhiễm sắc thể ở một số lượng nhỏ người mắc bệnh. Sự

---

<sup>139</sup> The National Institutes of Health (NIH)

<sup>140</sup> The National Institute on Aging (NIA)

khám phá về ảnh hưởng của các yếu tố bên ngoài như nhôm và các tác nhân môi trường khác, virus, chấn thương đầu, và giảm cảm giác đau vào đôi khi mang lại những phát hiện có ý nghĩa gợi ý, lúc khác thì không. Như ở các bệnh lý khác với nguyên nhân không rõ ràng, những thay đổi trong hệ thống miễn dịch đã được nghiên cứu mà không có kết quả cuối cùng, và thậm chí cả thuốc lá - tội đồ phổ biến - cũng đã bị một số người nghi ngờ. Điều dường như rất có khả năng là sẽ có nhiều con đường khác nhau, mỗi con đường cuối cùng đều dẫn đến quá trình thoái hóa của bệnh Alzheimer.

Một số thay đổi vật lý và hóa sinh đã được phát hiện là đi kèm với quá trình bệnh lý, nhưng vai trò của chúng vẫn chưa được làm rõ. Ví dụ, sinh thiết vỏ não của bệnh nhân cho thấy một sự giảm 60 đến 70% mức độ acetylcholine, một yếu tố quan trọng trong truyền dẫn hóa học các xung thần kinh. Trên thực tế, nỗ lực tìm kiếm điều trị hiệu quả đã tập trung nhiều vào việc tìm kiếm các loại thuốc có thể cải thiện các khiếm khuyết trong việc dẫn truyền thần kinh.

Bằng chứng gần đây đã chỉ ra rằng acetylcholine có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh sản xuất amyloid trong cơ thể. Khi nồng độ acetylcholine thấp, lượng amyloid tăng lên. Phát hiện này mở ra một khả năng kết nối trực tiếp giữa tính chất hóa học của bệnh và bệnh lý vi mô của nó, có thể dẫn đến các phương pháp điều trị mới. Thật kích thích khi nghe rằng beta-amyloid có thể độc hại đối với tế bào thần kinh. Nếu ý tưởng này, dù vẫn còn tranh cãi, có thể được chứng minh, chúng ta có lý do để lạc quan về việc tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả. Có một mức độ tranh cãi trong giới khoa học về việc liệu amyloid có phải là nguyên nhân gây thoái hóa tế bào thần kinh hay chỉ là hậu quả của sự phân hủy của chúng.

Thêm vào đó, một đặc điểm vi mô thứ ba đã được phát hiện ngoài sợi rối và mảng bám, đó là sự hiện diện của các khoảng trống được gọi là không bào (vacuoles), bao quanh bởi các hạt nhuộm màu sậm, mà ý nghĩa của chúng vẫn còn là một câu hỏi. **Hippocampus**, từ tiếng Hy Lạp nghĩa là cá ngựa (hải mã), được đặt cho cấu trúc uốn lượn mềm mại này trong thùy

thái dương của não vì hình dạng dài và cong của nó nhớ đến hình ảnh của sinh vật biển kỳ lạ này. Hippocampus hay **hồi hải mã** đóng một vai trò trong việc lưu trữ ký ức. Các chức năng khác của nó vẫn còn là một bí ẩn, và chưa ai chắc chắn về ý nghĩa của các không bào và hạt bên trong chúng.

Các nhà khoa học trong phòng thí nghiệm vẫn đang đối mặt với bí ẩn và tiếp tục nỗ lực không ngừng. Trong bối cảnh nghiên cứu đòi hỏi và nhiều phát hiện đã được nghiên cứu kỹ lưỡng, khó có thể tin rằng trạng thái hiện tại của kiến thức không phải là bước đệm cho một giai đoạn mà những khám phá nhỏ bắt đầu kết hợp lại thành những phát hiện lớn. Đúng là, theo cách khoa học thường tiến triển trong thế kỷ XX, thông qua những bước tiến nhỏ hơn chứ không phải là những bước nhảy vọt lớn.

Hiện nay, các bác sĩ có thể chẩn đoán chính xác khoảng 85% các trường hợp mà không cần phải thực hiện những thủ thuật cực đoan như sinh thiết não. Một trong những lý do quan trọng để chẩn đoán sớm là việc có một số bệnh lý có thể điều trị được mà biểu hiện nhiều đặc điểm giống với bệnh mất trí (dementia), từ đó có thể gây nhầm lẫn, làm tăng thêm nỗi đau của bị kích. Một số ví dụ bao gồm trầm cảm (depression), tác dụng phụ của thuốc (medications), thiếu máu (anemia), khối u não lành tính (benign brain tumor), suy giảm chức năng tuyến giáp (low thyroid function), và một số tác động có thể đảo ngược của chấn thương, như cục máu đông đè lên não (blood clots pressing on the brain).

Trong quá trình chẩn đoán bệnh Alzheimer, không hề có chút an ủi nào. Dù nỗi đau có thể phần nào được giảm nhẹ bằng sự chăm sóc tận tình, sự đồng hành của các nhóm hỗ trợ, và tình cảm của bạn bè và gia đình, nhưng rất cuộc, bệnh nhân và người thân yêu của họ cần phải cùng nhau bước đi qua "thung lũng bóng tối" quanh co, nơi mọi thứ sẽ thay đổi mãi mãi. Cái chết dưới hình thức này không mang lại bất kỳ phẩm giá nào. Đó là một hành động tùy tiện của tự nhiên và một sự xúc phạm đến nhân tính của những nạn nhân. Nếu có trí tuệ nào được tìm thấy, nó phải nằm ở sự hiểu biết rằng con người có khả năng về tình yêu và lòng trung thành vượt lên



trên không chỉ sự suy nhược về thể xác mà cả sự mệt mỏi về tinh thần sau những năm tháng buồn khổ.

## CHƯƠNG VI. ÁN MẠNG VÀ BÌNH YÊN

**Con người là sinh vật hiếu khí bắt buộc**<sup>141</sup>: Câu nói giản dị này, mang đầy tính chất trực tiếp như những lời trích dẫn nổi tiếng của Hippocrates cổ đại, tiết lộ bí mật của sự sống. Sự phụ thuộc vào không khí của loài người, và thực tế là tất cả các loài động vật trên cạn, đã được nhận biết từ xa xưa bởi những người thuộc các bộ lạc nguyên thủy, trước cả khi họ được phân biệt và gọi là những người chữa bệnh. Dù cho công nghệ hiện đại phát triển đến đâu, dù cho ngôn ngữ của các công trình nghiên cứu phân tử ngày càng trở nên khó hiểu, kiến thức luôn quay về điểm xuất phát của nó: Để tồn tại, con người cần có không khí.

Vào cuối thế kỷ 18, người ta khám phá ra rằng không phải toàn bộ không khí, mà chính oxy, một thành phần cụ thể, là yếu tố then chốt mà sự sống phụ thuộc." Quan niệm về con người như một sinh vật hiếu khí bắt buộc từ đó trở nên cụ thể hơn: Chúng ta không có sự lựa chọn - không có oxy, các tế bào của chúng ta chết và chúng ta cũng theo đó mà chết.

Sự hấp thụ oxy không lâu sau đó được chứng minh là nguyên nhân khiến màu máu chuyển từ màu tối của sự mệt mỏi sang màu đỏ rực rỡ của sự sống đầy sức sống khi nó lưu thông qua phổi; sự rời đi của nó vào các tế bào của các mô xa xôi trong cơ thể được nhận diện là nguyên nhân khiến máu kiệt sức, trở về với màu xanh thẫm sau hành trình dài, như thể đang thở hỗn hển vì không khí. Kể từ đó, vai trò của oxy - yếu tố thiết yếu nhất của tự nhiên - đã được hàng thế hệ nghiên cứu bởi hàng ngàn nhà khoa học, họ đã ghi lại phát hiện của mình bằng hầu hết các ngôn ngữ viết trên thế giới. Oxy chính là tâm điểm của lăng kính, thông qua đó quá trình duy trì sự sống của sinh vật cần được nghiên cứu.

Sau tất cả những năm tháng và mọi nghiên cứu, các học giả về sinh học con người luôn quay trở lại với những từ ngữ đã từng là bản năng của mỗi

---

<sup>141</sup> "Sinh vật hiếu khí bắt buộc" (obligate aerobe): Là loại sinh vật chỉ có thể sống trong môi trường có oxy.

cá nhân trong việc hiểu biết về điều cần làm để duy trì sự sống: **Con người là sinh vật hiếu khí bắt buộc**. Tôi có thể đã chọn một trong những biến thể của nguyên tắc này từ bất kỳ trong số vô số tác phẩm viết về đề tài này trong hai thế kỷ qua, nhưng nguồn gốc thực sự của nó rất đáng để học hỏi. Tôi tìm thấy nó trong một số gần đây của **Bản tin của Học viện Phẫu thuật Hoa Kỳ**<sup>142</sup>, có tựa đề **Có gì mới trong Phẫu thuật - 1992**<sup>143</sup>. Nó không xuất hiện như một lời khuyên cổ điển, mà là một sự thật đã được chứng minh qua thực nghiệm ở cấp độ phân tử. Còn điều có thể còn tiết lộ hơn nữa là bối cảnh của tuyên bố này; nó nằm ngay giữa một bài báo kỹ thuật cao về những phát triển mới nhất trong lĩnh vực chăm sóc cấp cứu, một chuyên ngành mới toanh (thuật ngữ thời thượng là **tiên tiến** hay *cutting edge*) được tạo ra để bảo vệ ranh giới mong manh của sự sống còn của một bệnh nhân đang đấu tranh giành giật từng hơi thở, chiến trường cuối cùng giữa lực lượng sống đang căng mình và những đợt tấn công mạnh mẽ của bệnh tật đang cố gắng để áp đảo chúng.

Chuyên ngành mới này được thực hiện tại phòng chăm sóc đặc biệt (The intensive care unit); chiến lược phòng thủ chính của nó là duy trì nguồn cung cấp oxy đáng tin cậy cho các tế bào đang chống chọi của cơ thể. Chắc chắn tổ tiên của chúng ta, những người từng sống trong hang động, cũng sẽ đồng ý rằng đây là việc làm đúng đắn. Milton Helpern quá cố, người mà phòng khám nghiệm tử thi của ông thường tiếp nhận bệnh nhân để nghiên cứu nếu như họ không thể chiến thắng bệnh tật, đã dành cả sự nghiệp của mình để tìm kiếm 'mười ngàn cánh cửa' dẫn đến cái chết, và ông luôn đi đến cùng một kết luận cơ bản: không đủ oxy.

Oxy đi theo một lộ trình trực tiếp đáng chú ý từ không khí hít vào đến tế bào sử dụng oxy để hô hấp. Oxy dễ dàng xuyên qua bức tường mỏng của các phế nang và mạng lưới mao mạch liên kết. Các phân tử oxy sau đó liên kết với sắc tố protein trong các tế bào hồng cầu, được gọi là hemoglobin. Được biết đến với tên gọi oxyhemoglobin, các phân tử này được vận chuyển từ

---

<sup>142</sup> The Bulletin of the American College of Surgeons

<sup>143</sup> What's New in Surgery-1992

phổi tới tim trái, sau đó qua động mạch chủ tới các mạch máu lớn và nhỏ trong hệ thống tuần hoàn động mạch, cho đến khi chúng đạt đến các mao mạch tại các mô mà chúng nuôi dưỡng.

Khi đến nơi, oxy tách ra khỏi bạn đồng hành của mình, huyết sắc tố (tức hemoglobin). Nó rời khỏi tế bào hồng cầu như một hành khách bước xuống từ toa tàu, và đi vào tế bào mô cùng với các chất sinh hóa cần thiết cho chức năng bình thường của tế bào. Trong một quá trình có thể coi là trao đổi, carbon dioxide khuếch tán vào máu lưu thông, đồng thời loại bỏ các sản phẩm phế thải của đời sống tế bào, để được phá hủy hoặc thải ra ngoài qua những cơ quan lọc đa năng tuyệt vời: gan, thận và phổi.

Giống như mọi hệ thống giao nhận hiệu quả (*giao trứng gà ác?*), sự vận hành này phụ thuộc vào dòng chảy ổn định và có thể dự báo được, trong trường hợp này là dòng máu. "Sốc" là thuật ngữ dùng để mô tả chuỗi sự kiện xảy ra khi lượng máu cung cấp không đủ để đáp ứng nhu cầu của các mô. Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây sốc, đa số trường hợp là do sự cố trong hoạt động bơm máu của tim (như trong cơn nhồi máu cơ tim) hoặc do lượng máu lưu thông giảm sút nghiêm trọng (như trong trường hợp chảy máu nặng). Hai nguyên nhân này lần lượt được gọi là sốc tim và sốc giảm thể tích<sup>144</sup>.

Một nguyên nhân khác thường gặp của sốc là nhiễm trùng huyết, khi các sản phẩm của nhiễm trùng xâm nhập vào máu. Sốc nhiễm trùng có ảnh hưởng sâu rộng đến chức năng tế bào, sẽ được thảo luận sau, nhưng một trong những tác động chính của nó là gây ra sự phân bố lại máu, khiến máu tụ lại ở những mạng lưới tĩnh mạch rộng lớn như tĩnh mạch ruột, từ đó mất đi khỏi tuần hoàn chung. Bất kể nguyên nhân, mọi hình thức sốc đều dẫn đến kết quả tương tự: Các tế bào bị tước đoạt nguồn cung cấp cho sự trao đổi sinh hóa và oxy, yếu tố cuối cùng dẫn đến cái chết của chúng.

---

<sup>144</sup> Sốc giảm thể tích (Hypovolemic shock): Tình trạng y khoa xảy ra do mất một lượng lớn máu hoặc dịch cơ thể, dẫn đến giảm áp lực máu và suy giảm chức năng cơ quan.

Liệu họ có chết hay không, và liệu có đủ số lượng tế bào chết để dẫn đến cái chết của bệnh nhân hay không, phụ thuộc vào thời gian kéo dài của tình trạng sốc. Nếu tình trạng sốc kéo dài đủ lâu, nó luôn là nguyên nhân gây tử vong. "Đủ lâu" tất nhiên là một khái niệm tương đối. Vậy thì bao lâu là "đủ lâu"? Điều này tùy thuộc vào mức độ thiếu hụt của tuần hoàn máu. Nếu dòng máu bị ngừng hoàn toàn, như trong trường hợp tim ngừng đập<sup>145</sup>, cái chết sẽ xảy ra trong vài phút; nếu lượng máu giảm chỉ còn mức độ thấp hơn mức cần thiết cho sự sống, quá trình chết sẽ mất nhiều thời gian hơn và diễn ra ở các tỷ lệ khác nhau trong các mô khác nhau, tùy thuộc vào lượng oxy mà tế bào của chúng cần. Não bộ, đặc biệt nhạy cảm với sự thiếu hụt oxy và glucose, sẽ suy yếu nhanh chóng; do khả năng hoạt động của não là tiêu chí pháp lý để xác định sự sống, rõ ràng là có một khoảng cách hết sức hẹp giữa cái chết và sự tồn tại tiếp tục ở những người có tuần hoàn não bị ảnh hưởng. Sự cản trở việc cung cấp oxy đến não là một yếu tố trong nhiều trường hợp cái chết bạo lực.

Mặc dù khả năng hoạt động của não bộ hiện là tiêu chí pháp lý để xác định tỷ lệ tử vong, nhưng vẫn còn giá trị trong cách mà các bác sĩ lâm sàng từ lâu đã chẩn đoán cái chết. **Chết lâm sàng**<sup>146</sup> là thuật ngữ dùng để mô tả khoảng thời gian ngắn sau khi tim ngừng đập, trong đó không có sự tuần hoàn, không thở và không có bằng chứng về chức năng não, nhưng việc cứu hộ vẫn còn khả thi. Nếu sự ngừng này xảy ra đột ngột, như trong trường hợp ngừng tim hoặc chảy máu lớn, vẫn còn một thời gian ngắn trước khi các tế bào quan trọng mất đi khả năng sống, trong đó các biện pháp như hồi sức tim phổi (CPR) hoặc truyền máu nhanh có thể thành công trong việc hồi sinh một người có vẻ như đã chết - thời gian này có lẽ không quá bốn phút. Đây là những khoảnh khắc kịch tính mà chúng ta đọc về và thấy được miêu tả trên màn hình truyền hình. Mặc dù những nỗ lực thường không thành công, chúng vẫn đủ thành công để, trong hoàn cảnh thích hợp, chúng nên được khuyến khích. Bởi vì những cá nhân có khả năng sống sót

---

<sup>145</sup> Tim ngừng đập (Cardiac arrest): Tình trạng y khoa cấp cứu khi tim ngừng đập và ngừng cung cấp máu đến các cơ quan, dẫn đến nguy cơ tử vong cao nếu không được cấp cứu kịp thời.

<sup>146</sup> Chết lâm sàng (Clinical death): Tình trạng y khoa trong đó tim và hô hấp đã ngừng hoạt động, nhưng việc hồi sức còn có thể khả thi.

cao nhất sau cái chết lâm sàng là những người có cơ quan nội tạng khỏe mạnh và không mắc bệnh ung thư giai đoạn cuối, xơ vữa động mạch nặng hoặc sa sút trí tuệ, sự tồn tại của họ vẫn có thể và có giá trị tiềm năng cao đối với xã hội, ít nhất là về khả năng đóng góp (*hiến tặng?*). Chính vì lý do này mà nguyên tắc của CPR nên được dạy cho mọi người có động lực.

Cái chết lâm sàng thường được báo trước (hoặc những dấu hiệu đầu tiên đi kèm) bởi một giai đoạn ngắn ngủi hơn gọi là giai đoạn cuối cùng (agonal phase<sup>147</sup>). Tính từ "agonal" được các bác sĩ lâm sàng sử dụng để mô tả những biến cố rõ ràng diễn ra khi sự sống đang cố gắng thoát khỏi nguyên sinh chất<sup>148</sup> đã quá suy yếu để duy trì nó. Giống như từ đồng nghĩa về nguồn gốc của nó, "agony" (đau đớn), từ này có nguồn gốc từ từ Hy Lạp "agon", có nghĩa là cuộc đấu tranh. Chúng ta nói về "nỗi đau của cái chết", mặc dù người đang chết đã quá xa để ý thức được chúng, và mặc dù phần lớn những gì xảy ra chỉ đơn giản là do co thắt cơ bắp do độ axit cuối cùng của máu gây ra. Những khoảnh khắc cuối cùng và toàn bộ chuỗi sự kiện mà chúng là một phần có thể xảy ra trong tất cả các hình thức của cái chết, dù là đột ngột hay sau một thời gian dài suy giảm do bệnh nặng, như ung thư.

Những cuộc vật lộn rõ ràng trong những khoảnh khắc cuối cùng giống như một cơn bùng nổ bạo lực, một sự phản đối dữ dội nảy sinh từ sâu thẳm trong tiềm thức nguyên thủy<sup>149</sup>, nổi giận chống lại sự ra đi quá vội vàng của linh hồn; không quan trọng việc chuẩn bị cho dù có thể kéo dài hàng tháng do bệnh tật, cơ thể thường tỏ ra miễn cưỡng chấp nhận sự chia ly. Trong những khoảnh khắc cuối cùng, sự khởi đầu nhanh chóng của sự quên lãng cuối cùng được đồng hành bởi sự ngừng thở hoặc một loạt những hơi thở gấp gáp và mạnh mẽ; trong những trường hợp hiếm hoi, có thể có cả những chuyển động khác, như sự co thắt mạnh mẽ của cơ thanh quản của James McCarty tạo ra một tiếng sủa kinh hoàng. Đồng thời, ngực hoặc vai đôi khi

---

<sup>147</sup> Giai đoạn cuối cùng (Agonal phase): Giai đoạn ngắn ngủi trước cái chết, khi các dấu hiệu cuối cùng của sự sống biểu hiện qua các phản ứng cơ bắp và sinh lý.

<sup>148</sup> Nguyên sinh chất (Protoplasm): Chất cơ bản tạo nên tế bào sống, bao gồm cytoplasm và nhân tế bào. .

<sup>149</sup> Tiềm thức nguyên thủy (Primitive unconscious): Mức độ sâu nhất của tiềm thức, nơi chứa đựng những bản năng và phản ứng tự nhiên nhất của con người.

sẽ nâng lên một hoặc hai lần và có thể có một cơn co giật ngắn ngủi. Giai đoạn cuối cùng này chuyển tiếp vào cái chết lâm sàng, và từ đó đi vào sự vĩnh viễn của cái chết.

Khuôn mặt không còn sức sống không thể lẫn với tình trạng bất tỉnh. Chỉ sau một phút tim ngừng đập, khuôn mặt lập tức chuyển sang màu xám trắng đặc trưng của cái chết; một cách kỳ lạ, các đường nét trên mặt nhanh chóng trở nên giống như xác chết, ngay cả với những người chưa từng thấy xác chết. Xác của người đàn ông trông như thể tinh thần của anh ta đã rời bỏ, và quả thực là như vậy.

Người đàn ông giờ đây trở nên phẳng phiu và không còn sắc thái, không còn được bơm phồng bởi hơi thở sống động mà người Hy Lạp gọi là pneuma. Sự đầy đặn và sinh động đã biến mất; anh ta như được “cởi bỏ” để chuẩn bị cho hành trình cuối cùng. Cơ thể của người đã khuất bắt đầu co lại, chỉ trong vài giờ, anh ta dường như “chỉ còn lại một nửa.” Irv Lipsiner đã tái hiện sự xẹp xuống bằng cách thổi hơi thở qua đôi môi mím chặt. Không có gì ngạc nhiên khi chúng ta nói rằng người mới mất đã “hết hạn.”

Cái chết lâm sàng mang một vẻ ngoài không thể lẫn. Chỉ cần vài giây quan sát nạn nhân của cơn ngừng tim hay chảy máu không kiểm soát là đủ để quyết định liệu có nên tiến hành hồi sức hay không. Nếu vẫn còn nghi ngờ, hãy nhìn vào đôi mắt. Khi mở ra, ban đầu chúng trở nên vô hồn (glassy) và không thấy gì, nhưng nếu không hồi sức, chỉ sau bốn hoặc năm phút, chúng sẽ mất đi ánh sáng và trở nên đục ngầu, đồng tử giãn ra và mất đi ánh sáng cảnh giác mãi mãi. Rất nhanh, một lớp màng mỏng màu xám như được phủ lên mỗi con mắt, khiến không ai có thể nhìn vào bên trong và nhận ra rằng linh hồn đã rời đi. Độ đầy đặn của nhãn cầu, vốn phụ thuộc vào thứ gì đó không còn nữa, sẽ nhanh chóng xẹp xuống, đủ để nhận biết. Đó là một sự phẳng lì mà không thể phục hồi.

Sự thiếu vắng tuần hoàn được khẳng định qua việc không cảm nhận được mạch đập. Người quan sát không thể phát hiện mạch đập dưới da ở cổ hay

háng, và các cơ bắp xung quanh, nếu không còn trong trạng thái co giật, đã bắt đầu trở nên mềm nhũn như thịt trong tủ kính của hàng thịt. Làn da mất đi độ đàn hồi, và ánh sáng phản chiếu nhẹ nhàng từ ánh sáng tự nhiên cũng biến mất. Tại thời điểm này, cuộc sống đã chấm dứt - không có lượng hồi sức tim phổi nào có thể khôi phục lại được.

Để được công nhận là đã chết hợp pháp, cần có bằng chứng không thể chối cãi rằng não đã ngừng hoạt động vĩnh viễn. Các tiêu chí về chết não hiện đang được áp dụng trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt và chấn thương rất rõ ràng. Chúng bao gồm các dấu hiệu như mất tất cả phản xạ, không phản ứng với kích thích mạnh từ bên ngoài, và không có hoạt động điện tử như thể hiện qua điện não đồ phẳng trong một khoảng thời gian đủ lâu. Khi những tiêu chuẩn này được đáp ứng (như trong trường hợp chết não do chấn thương đầu hoặc đột quỵ lớn), tất cả các hỗ trợ nhân tạo có thể được ngừng và tim, nếu chưa ngừng, sẽ sớm dừng lại, chấm dứt mọi sự tuần hoàn. Khi tuần hoàn ngừng lại, cái chết của tế bào sẽ hoàn tất. Hệ thần kinh trung ương chết trước và mô liên kết của cơ và cấu trúc sợi chết sau cùng. Với kích thích điện, đôi khi có thể gây ra co cơ ngay cả nhiều giờ sau cái chết. Một số quá trình sinh học, được gọi là kỵ khí vì chúng không cần oxy, cũng tiếp tục trong vài giờ, như khả năng của tế bào gan phân hủy rượu thành các thành phần của nó. Niềm tin rằng tóc và móng tay tiếp tục phát triển trong một thời gian sau cái chết không phải là sự thật - điều đó không xảy ra.

Trong hầu hết các trường hợp tử vong, tim ngừng đập trước khi não ngừng hoạt động. Đặc biệt trong các trường hợp tử vong đột ngột do chấn thương không liên quan đến đầu, việc tim ngừng đập gần như luôn là hậu quả của việc mất máu nhanh chóng vượt quá khả năng chịu đựng của cơ thể - bác sĩ phẫu thuật gọi hiện tượng xuất huyết này là **exsanguination**<sup>150</sup>, một thuật ngữ tinh tế hơn so với cụm từ thông thường là 'chảy máu ra ngoài'. Exsanguination có thể do rách mạch máu lớn trực tiếp hoặc do tổn thương

---

<sup>150</sup> Exsanguination (mất máu): Là thuật ngữ y khoa chỉ tình trạng mất một lượng lớn máu, thường do tổn thương mạch máu lớn hoặc các cơ quan chứa máu, dẫn đến tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời. Đây là một trong những nguyên nhân chính của tử vong đột ngột do chấn thương



các cơ quan chứa máu như lá lách, gan, hoặc phổi; đôi khi chính trái tim cũng bị rách.

Việc mất nhanh chóng khoảng một nửa đến hai phần ba lượng máu của cơ thể thường đủ để làm tim ngừng đập. Vì tổng lượng máu chiếm khoảng 7-8% trọng lượng cơ thể, việc mất 8 **pint**<sup>151</sup> máu (~3.78 L) ở người đàn ông nặng 170 pound hoặc 6 pint (~2.83 L) ở người phụ nữ nặng 130 pound có thể gây ra cái chết lâm sàng. Khi mạch máu lớn như động mạch chủ bị rách, quá trình này diễn ra trong chưa đầy một phút; một vết rách ở lá lách hoặc gan có thể mất vài giờ, thậm chí vài ngày, trong những trường hợp hiếm hoi khi dòng chảy máu không được kiểm soát.

Khi mất đi vài pint đầu tiên, huyết áp bắt đầu giảm và tim đập nhanh hơn trong nỗ lực bù đắp cho lượng máu giảm trong mỗi nhịp đập. Cuối cùng, không có sự điều chỉnh nào bên trong cơ thể có thể theo kịp với sự mất mát - áp suất và lượng máu đến não quá thấp để duy trì ý thức, và bệnh nhân chìm vào hôn mê. Vỏ não suy giảm đầu tiên, nhưng các phần 'thấp hơn' của não, như thân não và tủy, vẫn duy trì một chút lâu hơn, do đó quá trình hô hấp vẫn tiếp tục, mặc dù ngày càng không có tổ chức. Cuối cùng, trái tim gần như trống rỗng ngừng đập, đôi khi có hiện tượng rung cơ (fibrillating) trước khi nó ngừng hoàn toàn. Giai đoạn cuối cùng của sự sống bắt đầu, và cuộc sống dần tắt lịm.

Toàn bộ chuỗi sự kiện đau thương này - từ xuất huyết, mất máu cực độ, ngừng tim, những phút giây cuối cùng đầy đau đớn, cái chết lâm sàng, cho đến cái chết không thể cứu vãn - đã diễn ra trong một vụ án mạng cực kỳ tàn bạo cách đây vài năm tại một thành phố nhỏ ở Connecticut, không xa bệnh viện nơi tôi công tác. Vụ tấn công xảy ra giữa ban ngày tại một hội chợ đường phố đông đúc, dưới ánh mắt của hàng chục người chứng kiến nhưng

---

<sup>151</sup> "Pints" là một đơn vị đo lường thể tích, thường được sử dụng để đo lượng chất lỏng. **Một pint tương đương với khoảng 0.47 lít.** Trong hệ thống đo lường của Hoa Kỳ, một pint bằng một nửa quart, tức là 16 fl oz (fluid ounces), hoặc khoảng 473.176 ml. Trong hệ thống đo lường Anh, một pint bằng 20 fl oz, tức là khoảng 568.26 ml. Đây là đơn vị thông dụng khi nói về lượng máu hoặc các chất lỏng khác trong các tình huống y khoa.

đã bỏ chạy vì sợ hãi trước cơn thịnh nộ điên loạn của kẻ giết người. Hấn chưa từng gặp nạn nhân trước khi ra tay tàn nhẫn. Nạn nhân là một bé gái chín tuổi đầy sức sống và xinh đẹp.

Katie Mason cùng mẹ là Joan và em gái sáu tuổi Christine đến thăm hội chợ từ một thị trấn lân cận. Họ có bạn đồng hành là Susan Ricci, người bạn của Joan, cùng hai con của cô là Laura và Timmy, đều cùng tuổi với hai chị em nhà Mason. Katie và Laura, thực tế, là bạn thân và đã cùng nhau học múa ba lê từ khi cả hai mới ba tuổi.

Trong lúc lướt qua đám đông tại gian hàng vỉa hè trước cửa hàng Woolworth's địa phương, cô bé Christine kéo tay mẹ mình, muốn mẹ chú ý đến khu vực cưỡi ngựa con ở phía bên kia đường và nài nỉ được đưa qua đó. Joan để Katie ở lại với những người khác và cùng cô con gái nhỏ băng qua đường về phía khu vui chơi. Vừa đến vỉa hè bên kia, Joan nghe thấy tiếng ồn ào từ phía sau và sau đó là tiếng hét chói tai của một đứa trẻ. Cô quay lại, buông tay Christine và tiến về phía nguồn âm thanh. Mọi người đang tản ra mọi hướng, cố gắng tránh xa một người đàn ông lớn, tóc tai bù xù đang đứng trên một cô bé đã ngã, cánh tay phải của hắn đang đập dữ dội vào cô bé. Dù trong trạng thái bàng hoàng không hiểu chuyện gì đang xảy ra, Joan lập tức nhận ra rằng đứa trẻ nằm bên cạnh chân người đàn ông điên rồ kia chính là Katie. Ban đầu, cô chỉ thấy cánh tay, sau đó mới nhận ra rằng trong tay hắn cầm chặt một vật thể dài đâm máu. Đó là một con dao săn, dài khoảng bảy inch.

Người đàn ông dùng hết sức lực của mình, lên xuống không ngừng, như piston, đang chém vào mặt và cổ Katie. Trong phút chốc, mọi người đã bỏ chạy, kẻ sát nhân và nạn nhân bỗng chốc cô đơn. Không bị cản trở, người đàn ông cúi xuống và sau đó ngồi cạnh cô bé, tiếp tục chém với những cú đâm không ngừng của cánh tay dữ tợn. Vỉa hè nhuộm đỏ bởi máu của con gái, Joan, lúc đó cũng đứng một mình, cách đó khoảng hai mươi feet (~6m), bị chấn lại bởi sự không tin và kinh hoàng. Cô sau này nhớ lại rằng không khí dường như quá đặc, không cho phép cô di chuyển qua nó - cơ thể

cô cảm thấy ấm áp và tê liệt, và cô được bao bọc trong một làn sương mỏng mịn cách ly.

Ngoại trừ những cú chém không ngừng nghỉ của cánh tay kia, không ngừng giáng xuống đứa trẻ im lặng, cảnh tượng kỳ quái ấy hầu như không có chuyển động nào khác. Bất kỳ ai quan sát từ bên trong cửa hàng Woolworth's hay từ một nơi ẩn náu nào đó có thể đã chứng kiến một bức tranh điên loạn, một màn tàn sát đang diễn ra trên con phố không một tiếng động.

Dù Joan tin rằng cảnh tượng kinh hoàng ấy không bao giờ kết thúc, sự bất động của cô chỉ kéo dài vài giây. Trong khoảng thời gian ngắn ấy, cô chứng kiến con dao không ngừng đâm vào mặt và thân trên của đứa trẻ. Hai người đàn ông bất ngờ xuất hiện, túm lấy kẻ giết người, hét lên trong khi cố gắng hạ gục hắn. Nhưng hắn không hề nao núng - với sự quyết tâm điên loạn, hắn tiếp tục đâm vào Katie. Ngay cả khi một người đàn ông dùng những cú đá mạnh bằng ủng vào mặt hắn, hắn dường như không cảm nhận được, mặc dù đầu hắn bị đập từ bên này sang bên kia bởi sức mạnh của những cú đá. Một cảnh sát chạy đến và nắm lấy cánh tay cầm dao; chỉ sau đó, ba người đàn ông mới có thể khuất phục được kẻ điên cuồng đang vùng vẫy và ghim hắn xuống đất.

Khi kẻ tấn công điên rồ bị lôi ra khỏi Katie, Joan vội vàng tiến lên và ôm lấy con gái mình. Cô nhẹ nhàng lật Katie từ tư thế nằm nghiêng sang nằm ngửa và nhìn vào khuôn mặt bé nhỏ bị thương tổn, cô thì thầm, "Katie, Katie," như thể đang ru một đứa trẻ nằm trong nôi. Đầu và cổ của đứa trẻ phủ đầy máu, chiếc váy cũng ướt đẫm, nhưng ánh mắt của cô bé vẫn trong sáng.

*Con bé nhìn chăm chăm vào tôi và vượt qua tôi, và tôi cảm thấy ấm áp. Đầu con bé đã ngã ra sau. Sau đó tôi nâng con bé lên một chút và tôi nghĩ rằng con bé vẫn còn thở. Tôi gọi tên con bé vài lần và nói với con rằng tôi yêu con. Và sau đó tôi biết rằng tôi phải đưa con bé đến một nơi an toàn - tôi phải đưa nó ra khỏi người tên ác nhân này, nhưng mọi*

thứ đã quá muộn. Tôi bế con lên trong vòng tay mình. Tôi đã bế con tôi đi một quãng đường ngắn, và sau đó tôi tự hỏi, mình đang làm gì? Mình sẽ đưa con bé đi đâu? Tôi quỳ xuống và rất nhẹ nhàng đặt con bé xuống. Ngực con bé bắt đầu thở gấp và bắt đầu nôn mửa máu. Máu chảy ra liên tục với lượng lớn - tôi không nghĩ rằng con bé có thể có nhiều máu như vậy trong người; tôi biết con tôi đang mất hết máu trong cơ thể. Tôi hét lên cầu cứu, nhưng không có gì tôi có thể làm để ngăn chặn việc nôn mửa.

Khi tôi đến bên con lần đầu, tôi thấy ánh sáng lấp lánh trong mắt con, như thể có sự nhận biết. Nhưng khi tôi đặt con xuống đất, ánh mắt con bé đã thay đổi. Ngay cả khi con nôn máu, đôi mắt đã trở nên vô hồn hơn. Khi tôi đến bên con, con vẫn trông như còn sống - nhưng giờ đây không còn nữa. Trong mắt con không có vẻ đau đớn, mà là sự ngạc nhiên. Và sau đó, khi mọi thứ thay đổi, con vẫn giữ vẻ mặt đó, nhưng đôi mắt đã đục đi một chút. Một người phụ nữ đến - tôi đoán cô ấy là y tá. Cô bắt đầu làm hô hấp nhân tạo. Tôi không nói gì, nhưng tôi tự hỏi, tại sao cô ấy lại làm như vậy? Katie không còn trong cơ thể nữa. con ở phía sau tôi, trên cao và lơ lửng. Cuộc sống không còn trong con nữa, và con tôi không trở lại. Cơ thể con tôi giờ chỉ là một vỏ bọc. Tại thời điểm đó, mọi thứ đã khác so với khi tôi đến bên con tôi lần đầu - tôi nhận ra rằng con gái tôi đã qua đời. Tôi cảm nhận được rằng linh hồn con tôi đã không còn trong cơ thể, con bé đang ở một nơi khác.

Xe cứu thương đến, họ nhắc con tôi ra khỏi vũng máu và cố gắng thổi không khí vào phổi con bé bằng túi Ambu<sup>152</sup>. Đôi mắt con bé vẫn mở to và vẫn giữ vẻ như vô hồn. Vẻ mặt con bé là sự ngạc nhiên tuyệt đối, như thể đang hỏi "Chuyện gì đang xảy ra?" Đó là sự kết hợp giữa bất lực, bối rối và ngạc nhiên, nhưng chắc chắn không phải là vẻ mặt kinh hoàng, và tôi nhớ mình đã cảm thấy nhẹ nhõm vì điều đó, bởi vì lúc đó tôi đang tìm kiếm bất kỳ sự nhẹ nhõm nào có thể.

---

<sup>152</sup> Túi Ambu: là một thiết bị y tế dùng để cung cấp thông khí nhân tạo cho bệnh nhân không thể tự thở hoặc thở không đủ. Nó thường được sử dụng trong các tình huống cấp cứu hoặc khi chuyển bệnh nhân.

Sau đó, tôi đã trải qua nhiều tháng liền tự hỏi, con đã phải chịu đau đớn đến mức nào. Tôi cần phải biết điều đó. Tôi đã chứng kiến con bé nôn ra hết máu trong cơ thể. Ngực và khuôn mặt con bé đầy vết cắt và thương tích. Con tôi chắc hẳn đã cố gắng quay đầu từ bên này sang bên kia, đấu tranh để thoát khỏi người đàn ông đó. Sau này, tôi mới biết rằng hẳn ta xuất hiện từ đâu đó và đã đẩy Laura sang một bên. Hẳn ta đã túm tóc Katie và quăng con bé xuống đất. Người hét lên là Laura, không phải Katie. Tôi phải biết con bé đã trải qua những gì, cảm nhận ra sao.

Bạn có biết nó trông như thế nào không? Nó trông giống như một sự giải thoát. Sau khi chứng kiến hẳn ta tấn công con bé như vậy, tôi cảm thấy bình yên khi thấy vẻ mặt giải thoát đó. Con bé chắc hẳn đã tự giải thoát mình khỏi nỗi đau, vì khuôn mặt con bé không hề biểu hiện điều đó. Tôi nghĩ, có lẽ con bé đã rơi vào trạng thái sốc. Con trông ngạc nhiên nhưng không hề sợ hãi - dù đối với tôi thì đó là điều kinh hoàng, nhưng đối với con bé thì không.

Bạn tôi, Susan, cũng nhìn thấy vẻ mặt đó và nói rằng có lẽ Katie đã bỏ cuộc, nhưng khi tôi nói với cô ấy rằng tôi nghĩ đó là vẻ mặt của sự giải thoát, cô ấy nói, 'Đúng vậy, cậu nói đúng!'

Chúng tôi đã từng có một bức chân dung của con và đó là ánh mắt giống hệt như trong bức ảnh. Đôi mắt con mở to nhưng không phải vì kinh hoàng - chúng trông gần như ngây thơ - một sự giải thoát ngây thơ. Là mẹ của con, giữa biển máu và mọi thứ khác, thật sự rất an ủi khi nhìn vào mắt con. Đã có lúc, khi tôi ở bên con, tôi cảm nhận như thể con đã rời khỏi cơ thể mình, trôi lên cao và nhìn xuống chính mình. Mặc dù con không còn ý thức, tôi cảm nhận được rằng con biết tôi đang ở đó, rằng mẹ của con đang ở bên con khi con đang lìa đời. Tôi đã đưa con đến với thế giới này và tôi cũng ở đó khi con ra đi - mặc cho nỗi kinh hoàng và sợ hãi, tôi đã ở đó.

Chiếc xe cứu thương vội vã đưa Katie tới bệnh viện gần nhất, chỉ cách đó vài phút. Dù Katie không còn nhịp tim và đã chết não ngay khi nhập viện, vượt qua cả ranh giới của cái chết lâm sàng, đội ngũ cấp cứu đã không từ bất cứ biện pháp nào để cứu lấy cô, mặc dù biết trước rằng mọi nỗ lực có lẽ rồi cũng sẽ vô ích. Khi họ đành phải từ bỏ, nỗi thất vọng và giận dữ của họ biến thành nỗi buồn. Một trong những bác sĩ đã ghen ngào thông báo cho Joan điều mà cô đã biết từ trước.

Người đàn ông đã giết chết Katie Mason là Peter Carlquist, một bệnh nhân tâm thần phân liệt hoang tưởng<sup>153</sup> 39 tuổi. Hai năm trước, hắn ta đã được miễn tội do bị chứng mất trí trong vụ án cố gắng giết người bạn cùng phòng bằng dao, người mà hắn ta cáo buộc đã đưa khí độc vào bộ tản nhiệt của họ. Hắn có một lịch sử dài hành vi tấn công người khác, bao gồm cả em gái và nhiều bạn học cấp ba. Ngay từ khi mới sáu tuổi, hắn ta đã kể cho bác sĩ tâm thần nghe rằng quỷ dữ đã xuất hiện từ lòng đất và nhập vào cơ thể mình. Có thể, hắn nói đúng.

Sau vụ tấn công bạn cùng phòng, hắn ta, Carlquist, đã bị giam giữ trong một khu vực dành cho những tội phạm điên loạn tại bệnh viện tâm thần tiểu bang, nằm trên khuôn viên rộng lớn ở ngoại ô thành phố - nơi Katie Mason đã ghé thăm vào ngày tháng Bảy định mệnh. Chỉ một thời gian ngắn trước đó, hắn đã được một hội đồng tư vấn đánh giá là đã hồi phục đủ để chuyển đến một khu vực khác trong bệnh viện, nơi chứa đựng nhiều bệnh nhân tâm thần khác nhau và họ có thể tự ký giấy ra ngoài trong vài giờ. Vào buổi sáng hôm đó, hắn ta đã rời khuôn viên, đi xe buýt vào thành phố và ghé vào một cửa hàng phân vật liệu xây dựng. Sau khi mua một con dao sấn, hắn ta tình cờ đến hội chợ đường phố. Và đó, giữa đám đông bên ngoài cửa hàng Woolworth's, hắn ta nhìn thấy hai cô bé xinh xắn mặc váy giống hệt nhau. Đâu đó trong tâm trí rối loạn của hắn ta chứa đựng bí mật về lý do tại sao hắn lại chọn Katie tóc đen làm nạn nhân thay vì Laura tóc vàng. Hắn lao về

---

<sup>153</sup> Tâm thần phân liệt hoang tưởng (Paranoid schizophrenia): là một dạng của tâm thần phân liệt, nơi người bệnh có những ảo tưởng mạnh mẽ và thường xuyên, có thể bao gồm cảm giác bị theo dõi, bị hãm hại hoặc có người muốn giết họ.

phía trước, nắm lấy tay cô bé, quăng cô xuống đất và bắt đầu hành động quỷ dư của mình.

Katie Mason qua đời do xuất huyết cấp tính gây ra sốc giảm thể tích máu. Dù cô bị thương ở nhiều nơi trên phần thân trên, nguồn chảy máu chính là từ động mạch cảnh bị đứt hoàn toàn, làm rách thực quản. Máu chảy xuống dạ dày qua thực quản; đó là nguyên nhân của lượng máu trào ngược lớn.

Một chuỗi sự kiện cụ thể xảy ra ở những người chết vì mất máu. Ban đầu, họ thường thở gấp, cơ thể cố gắng bảo hòa lượng máu lưu thông giảm sút với càng nhiều oxy càng tốt; nhịp tim tăng nhanh vì lý do tương tự. Khi lượng máu tiếp tục mất đi, áp lực trong mạch máu giảm nhanh chóng và động mạch vành nhận được ít máu hơn. Nếu có điện tâm đồ đang chạy, nó sẽ chỉ ra dấu hiệu của thiếu máu cơ tim; thiếu máu này làm chậm nhịp tim thiếu oxy. Khi huyết áp và nhịp tim giảm xuống mức đủ thấp, não không nhận đủ oxy và glucose, dẫn đến bất tỉnh, tiếp theo là chết não. Cuối cùng, tim thiếu máu ngừng đập, thường không có rung nhĩ. Khi tim ngừng đập, tuần hoàn máu dừng lại, hô hấp ngừng, có một vài biến cố cuối cùng, và cái chết lâm sàng xảy ra. Khi một mạch máu lớn như động mạch cảnh bị cắt rộng, toàn bộ quá trình có thể diễn ra trong chưa đầy một phút.

Tất cả những điều này giải thích cách Katie Mason qua đời. Nhưng nó không làm sáng tỏ một hiện tượng mà mẹ cô đã chứng kiến, một hiện tượng tương đồng với những gì nhiều nhân chứng khác đã mô tả về những sự kiện kinh hoàng tương tự. Tại sao một đứa trẻ bất ngờ bị một kẻ tâm thần cầm dao rõ ràng muốn giết cô bé lại chết không chỉ mà không có vẻ sợ hãi trên khuôn mặt, mà thực sự trong trạng thái yên bình và giải thoát, với vẻ mặt ngạc nhiên hơn là kinh hoàng? Đặc biệt khi xét đến những hành động tàn bạo đang diễn ra trên khuôn mặt và phần thân trên của cô bé trong khoảng thời gian ngắn khi cô bé chắc chắn đã hoàn toàn tỉnh táo và chứng kiến những gì đang xảy ra với mình - tại sao lại không có bằng chứng nào của sự hoảng sợ, hay thậm chí là nỗi sợ hãi?

Những gì Joan Mason mô tả đã là nguồn của sự ngạc nhiên, thực tế, trong hàng trăm năm. Đối với một số người lính, sự thiếu vắng cảm giác đau đớn và sợ hãi đã trở thành yếu tố quyết định trong khả năng họ tiếp tục chiến đấu bất chấp những vết thương tạt nguyên, không cảm nhận được gì ngoại trừ có thể là cảm giác phấn khích của trận chiến cho đến khi nguy hiểm trực tiếp qua đi, sau đó mới là sự xuất hiện của đau đớn thể xác và tinh thần, hoặc cái chết. Có nhiều thứ đang diễn ra ở đây hơn là phản ứng **chiến đấu hoặc bỏ chạy**<sup>154</sup> nổi tiếng do sự bùng phát của adrenaline.

Trong bài tiểu luận **Sử dụng tạo nên sự hoàn hảo** (Use Makes Perfect), Michel de Montaigne đề xuất rằng việc quen thuộc với cái chết suốt đời sẽ làm dịu đi những giờ phút cuối cùng của một người:

*Tôi cho rằng có một cách nào đó để làm cho cái chết trở nên quen thuộc với chúng ta, và một cách nào đó để thử nghiệm nó. Chúng ta có thể tích lũy kinh nghiệm, nếu không hoàn toàn và hoàn hảo, thì ít nhất cũng không hoàn toàn vô ích đối với chúng ta, và có thể khiến chúng ta tự tin và yên tâm hơn. Nếu chúng ta không thể vượt qua nó, chúng ta có thể tiếp cận và quan sát nó, và nếu chúng ta không tiến xa đến mức pháo đài, ít nhất chúng ta cũng có thể khám phá và làm quen với các lối vào.*

Montaigne kể lại trải nghiệm bị hất khỏi lưng ngựa bởi một người cưỡi ngựa "đang lao với tốc độ chóng mặt trên chính con đường mà tôi đang vội vã." Bị thương và chảy máu, ban đầu ông nghĩ rằng mình đã bị bắn vào đầu bằng súng hỏa mai. Nhưng đến sự ngạc nhiên của mình, ông vẫn hoàn toàn bình tĩnh: "Tôi không chỉ trả lời một cách ngắn gọn các câu hỏi mà họ đặt ra, mà họ còn nói với tôi rằng tôi đã đủ tỉnh táo để ra lệnh cho họ đưa ngựa đến cho vợ tôi, người mà tôi thấy đang vật lộn và mệt mỏi trên đường."

---

<sup>154</sup> Phản ứng 1g chiến đấu hoặc bỏ chạy (Fight or flight response): là một phản ứng tự nhiên của cơ thể khi đối mặt với nguy hiểm, trong đó cơ thể chuẩn bị để chiến đấu hoặc bỏ chạy bằng cách tăng cường sản xuất adrenaline, làm tăng nhịp tim và huyết áp, và tập trung năng lượng vào các cơ quan cần thiết cho hành động.



Ông ấy mô tả cảm giác bình yên, dù đã từ chối thuốc an thần<sup>155</sup> được đưa cho mình, "với niềm tin chắc chắn rằng mình đã bị thương chết người ở đầu. Thực tế, tình trạng của tôi rất thoải mái và yên tĩnh, không gặp khổ đau nào, dù cho người khác hay bản thân; chỉ là sự mệt mỏi và yếu đuối cực độ, không hề có cảm giác đau đớn."

Ông đã trải qua hai hoặc ba giờ thanh bình chờ đợi cái chết không bao giờ đến, hoàn toàn hài lòng với việc "trôi đi một cách ngọt ngào và nhẹ nhàng." Vào cuối thời gian đó, "tôi bất ngờ cảm thấy đau đớn khủng khiếp, chân tay tôi bị thương nặng do cú ngã, và tôi đã rất ốm trong hai hoặc ba đêm sau đó, tôi nghĩ mình lại sắp chết, nhưng lần này là cái chết đau đớn hơn."

Dù không rõ thứ gì đã khiến tâm trí Montaigne, người bị thương nặng, trở nên yên bình, nhưng hiệu ứng đó đã biến mất. Sau khoảng thời gian đầu tiên vài giờ, ông phải chịu đựng cơn đau dữ dội. Sự thanh thản, sự mệt mỏi, và sự chấp nhận cái chết dễ dàng mà ông mong đợi đã không còn nữa. Thực tế về sự đau khổ và nỗi sợ hãi của ông trở nên không thể tránh khỏi.

Những câu chuyện như của Montaigne không phải là hiếm - chúng đôi khi được mô tả với một chất thần bí bởi những người kể lại, như thể một sự kiện không thể giải thích hoặc có thể là siêu nhiên đã xảy ra. Nhưng đối với một bác sĩ đã dành cả sự nghiệp của mình cho việc chăm sóc những chấn thương do phẫu thuật chữa trị và những chấn thương khác do bạo lực của cuộc sống hiện đại, có một nguyên mẫu cho những câu chuyện về sự thanh thản và sự thoải mái uể oải trước những vết thương đáng sợ và đau đớn. Nguyên mẫu đó là hậu quả của việc tiêm thuốc phiện<sup>156</sup> hoặc một loại thuốc giảm đau mạnh mẽ khác. Khi thuốc được chọn đúng và liều lượng đủ cao, nỗi sợ hãi biến mất và nỗi đau khổ của ngay cả những vết cắt hoặc thương tích khó chịu nhất cũng tan biến vào một đám mây mềm của sự thờ ơ. Nhiều bệnh nhân báo cáo cảm giác khỏe mạnh, và tôi thậm chí đã chứng

---

<sup>155</sup> Thuốc an thần (soporifics): là những loại thuốc được sử dụng để gây buồn ngủ hoặc giảm căng thẳng, thường được sử dụng trong y học để giúp bệnh nhân thư giãn hoặc ngủ.

<sup>156</sup> Thuốc phiện (opiate): là một nhóm các chất có nguồn gốc từ cây anh túc, thường được sử dụng trong y học để giảm đau hoặc gây buồn ngủ.

kiến sự hưng phấn nhẹ sau khi dùng một liều thuốc giảm đau mạnh mẽ giống morphine<sup>157</sup>.

Không phải là không có cơ sở khi tin rằng cơ thể con người biết cách tự tạo ra những chất giống morphine và biết cách điều chỉnh thời gian giải phóng chúng để phù hợp với thời điểm cần thiết. "Thời điểm cần thiết", thực tế, có thể chính là kích thích tạo ra quá trình này.

Thực tế, những loại thuốc phiện tự sinh như vậy tồn tại, và chúng được gọi là endorphin<sup>158</sup>. Chúng được đặt tên ngay sau khi được phát hiện khoảng hai mươi năm trước, bằng cách kết hợp hai từ mô tả chúng: Chúng là những hợp chất giống morphine nội sinh. "Nội sinh" xuất hiện trong từ điển y học ít nhất một thế kỷ trước, được chuyển thể từ tiếng Hy Lạp "endon", có nghĩa là "bên trong", và "gennao", có nghĩa là "tôi tạo ra". Do đó, nó đề cập đến những chất hoặc điều kiện mà chúng ta tạo ra trong cơ thể của chính mình. "Morphine", tất nhiên, gợi nhớ đến Morpheus, vị thần ngủ và mơ của người La Mã.

Nhiều cấu trúc trong não có khả năng tiết endorphin để phản ứng với căng thẳng, bao gồm vùng dưới đồi và khu vực gọi là chất xám quanh ống dẫn nước (hay chất xám quanh kênh - Periaqueductal Gray Matter), cùng với tuyến yên. Cùng với ACTH<sup>159</sup>, một hormone kích hoạt tuyến thượng thận, các phân tử endorphin được biết đến với khả năng liên kết, giống như các loại thuốc gây nghiện khác, vào các điểm tập trung gọi là thụ thể, trên bề mặt của một số tế bào thần kinh. Hiệu ứng là thay đổi nhận thức cảm giác bình thường. Endorphin dường như đóng vai trò quan trọng không chỉ trong việc nâng cao ngưỡng chịu đau mà còn trong việc thay đổi phản ứng cảm xúc. Ngoài ra, có bằng chứng cho thấy chúng còn tương tác với các hormone giống adrenaline.

---

<sup>157</sup> Morphine: là một loại thuốc giảm đau mạnh mẽ, thuộc nhóm opioid, thường được sử dụng để giảm đau nặng hoặc cấp tính.

<sup>158</sup> Endorphin: là những peptit nội sinh hoạt động như một loại thuốc giảm đau tự nhiên, được cơ thể sản xuất và giải phóng khi cảm thấy đau đớn hoặc stress.

<sup>159</sup> ACTH (Adrenocorticotrophic hormone): là một hormone kích thích tuyến thượng thận sản xuất cortisol, một hormone quan trọng trong việc phản ứng với stress.

Ở người bình thường không bị căng thẳng hay chấn thương, không có bằng chứng nào cho thấy tác dụng giảm đau và thay đổi tâm trạng của endorphin. Cần có một mức độ chấn thương nhất định, dù là về thể chất hay tinh thần, để endorphin bắt đầu hoạt động. Mức độ hoặc chất lượng của chấn thương cần thiết vẫn chưa được xác định. Ví dụ, có thể việc kích thích bằng kim châm cứu<sup>160</sup> dẫn đến việc tiết ra endorphin. Trong quá trình đi công tác chuyên nghiệp đến các trường y khoa Trung Quốc trong nhiều năm, tôi đã trở nên quan tâm đến châm cứu sau khi chứng kiến nhiều minh chứng về hiệu quả của nó như một phương pháp thay thế gây mê trong phẫu thuật lớn.

Năm 1990, tôi đã thăm Giáo sư Cao Xiaoding, một nhà sinh học thần kinh đứng đầu nhóm nghiên cứu gây mê và giảm đau châm cứu tại Đại học Y Thượng Hải, một tổ chức gồm ba mươi giảng viên và sáu phòng thí nghiệm về dược phẩm thần kinh, sinh lý thần kinh, hình thái thần kinh, hóa sinh thần kinh, tâm lý học lâm sàng và khoa học máy tính. Nhóm của Giáo sư Cao đã tạo ra một lượng lớn bằng chứng thực nghiệm và lâm sàng ấn tượng, chỉ ra rằng cơ sở của thành công không thể phủ nhận của châm cứu trong một số ứng dụng nhất định là việc kích thích tiết endorphin thông qua việc điều khiển kim rung động hoặc quay. Mặc dù sự tăng đáng kể của mức độ endorphin trong quá trình châm cứu đã được ghi nhận nhiều lần không chỉ ở Thượng Hải mà còn ở một số phòng thí nghiệm phương Tây, con đường thần kinh mà qua đó tín hiệu kích hoạt đến não vẫn chưa được làm sáng tỏ. Nó có thể giống với cơ chế kích hoạt phản ứng do căng thẳng quen thuộc.

Từ cuối những năm 1970, endorphin đã được phát hiện xuất hiện trong các trường hợp sốc do mất máu lớn hoặc nhiễm khuẩn huyết; sự tăng lượng của chúng trong mọi loại chấn thương cơ thể đã được ghi nhận rõ ràng trong văn bản y khoa. Cho đến gần đây, hiện tượng này chưa được nghiên cứu ở trẻ em, nhưng một báo cáo mới từ Đại học Pittsburgh đã chỉ ra một mô hình tương tự như ở người lớn - đó là, sự tăng lượng endorphin đáng kể

---

<sup>160</sup> Châm cứu (acupuncture): là một phương pháp điều trị trong y học cổ truyền Trung Quốc, sử dụng kim để kích thích các điểm cụ thể trên cơ thể nhằm cân bằng năng lượng và khuyến khích quá trình chữa lành tự nhiên của cơ thể.

hơn ở những bệnh nhân có chấn thương nặng hơn so với những người chỉ gặp chấn thương nhẹ. Thậm chí một số trẻ em chỉ bị xước da cũng cho thấy mức độ endorphin tăng lên một chút.

Chúng ta không thể biết chính xác mức độ endorphin của Katie Mason (và không ít đồng nghiệp lâm sàng của tôi yêu cầu bằng chứng sẽ phản bác giả thuyết này vì cho rằng nó quá cao), nhưng tôi tin rằng thiên nhiên đã can thiệp kịp thời. Như một lẽ thường tình, thiên nhiên đã mang đến đúng liều thuốc cần thiết để mang lại sự yên bình cho một đứa trẻ sắp lìa đời. Có vẻ như sự tăng cao của endorphin là một cơ chế sinh lý tự nhiên nhằm bảo vệ động vật có vú và có thể cả các loài động vật khác khỏi những nguy hiểm về cảm xúc và thể xác do sợ hãi và đau đớn. Đây là một phương tiện sinh tồn, và vì nó mang giá trị tiến hóa, có lẽ nó đã xuất hiện trong giai đoạn nguyên thủy của tiền sử chúng ta, khi mà những sự kiện đe dọa tính mạng xảy ra thường xuyên. Không ít mạng sống đã được cứu nhờ vào việc không phản ứng hoảng loạn trước nguy hiểm bất ngờ.

Joan Mason cũng được bảo vệ bởi endorphin của mình. Cô ấy cho tôi biết nếu không có cảm giác ấm áp siêu phàm và cảm giác được bao bọc trong một lớp khí quyển dày đặc, cô ấy tin rằng mình có thể đã bị đau tim và tử vong ngay tại chỗ cùng con gái. Những người tiền sử có hệ tim mạch không gục ngã trước nỗi kinh hoàng khi đối mặt với cuộc tấn công của động vật là những người sống sót để sinh con, và con cái của họ cũng có phản ứng tương tự.

Mặc dù có rất nhiều câu chuyện như thế này, nhưng ít nỗ lực nào được thực hiện để nghiên cứu chúng một cách có hệ thống. Chúng ta có thể đọc những bài học triết học của Montaigne, câu chuyện của một người lính, hoặc kể cả một người leo núi đã trải qua cảm giác bình yên bất thường khi đang rơi tự do đến cái chết bất ngờ. Một số chúng ta có những câu chuyện cá nhân để kể. Và đương nhiên, cũng có những lúc endorphin không cứu vãn được và cái chết ập đến trong đau đớn trầm trọng không thể giảm nhẹ.

Endorphin có thể liên quan đến cả thể xác lẫn tinh thần. Việc xem xét trải nghiệm của một người đàn ông lưu loát trong cả lời nói và mục tiêu chữa lành cả hai cũng rất có ích. Nhiều người quên mất rằng nhà thám hiểm vĩ đại David Livingstone cũng là một nhà truyền giáo y khoa. Ông đã thoát chết trong nhiều tình huống nguy hiểm trong những chuyến đi khám phá châu Phi. Có một ví dụ nổi bật cho thấy sự tương tác chặt chẽ giữa nguyên sinh chất và ngoại chất vào đúng thời điểm chúng dường như sắp chia tay mãi mãi.

Vào tháng Hai năm 1844, khi Livingstone 30 tuổi, ông bị một con sư tử bị thương tấn công khi đang cố gắng bảo vệ một số người dân bộ lạc trong nhóm của mình. Con vật giận dữ đã cắn vào cánh tay trái của ông, khiến ông bị nhấc lên không trung và bị lắc mạnh. Răng của con sư tử đã đâm sâu vào thịt ông, làm vỡ xương cánh tay dưới và xé rách da cùng cơ bắp, khiến máu chảy lên lóng. Một người trong nhóm của Livingstone, một cụ già đã cải đạo tên Mebalwe, đã nhanh trí cầm lấy khẩu súng trường và bắn cả hai hốc đạn, đủ để làm con sư tử hoảng sợ thả mồi và chạy trốn, chỉ để chết không xa đó vì vết thương do đạn của Livingstone gây ra ngay trước khi nó nhảy tới tấn công.

Nhà thám hiểm bị thương có rất nhiều thời gian để suy ngẫm về cuộc thoát hiểm trong gang tấc của mình trong hơn hai tháng ông ta dành để hồi phục từ tổn thất máu, gãy xương phức tạp nát (shattered compound fracture) nghiêm trọng và tình trạng nhiễm trùng dẫn đến chảy mủ chỉ sau một thời gian ngắn. Ông ta bất ngờ về sự sống sót của mình nhưng cũng ngạc nhiên không kém về sự bình tĩnh mà ông đã cảm nhận được khi đang trong nanh vuốt của con sư tử. Sau này, ông đã mô tả sự kiện và cảm giác bình yên khó tả này trong tác phẩm tự truyện được xuất bản năm 1857, Những Chuyến Du Hành Truyền Giáo và Các Nghiên Cứu ở Nam Phi (Missionary Travels and Researches in South Africa).

*Gầm gừ ngay sát tai, con sư tử lắc tôi như chó săn lắc con chuột. Cứ sốc đã tạo ra một trạng thái sống sờ tương tự như cảm giác của một*

*con chuột sau khi bị mèo lắc lần đầu. Điều này dẫn tới một trạng thái mơ màng, không hề có cảm giác đau đớn hay sợ hãi, mặc dù tôi hoàn toàn ý thức được mọi việc đang diễn ra. Đây giống như trải nghiệm của những bệnh nhân chỉ bị ảnh hưởng một phần bởi chloroform, họ thấy được toàn bộ quá trình phẫu thuật nhưng không cảm nhận được dao động. Trạng thái kỳ lạ này không phải do quá trình tâm lý nào gây ra. Sự rung chuyển đã xóa bỏ nỗi sợ và không cho phép cảm giác kinh hoàng khi nhìn quanh lấy con vật. Trạng thái này có lẽ cũng xuất hiện ở tất cả các loài động vật bị săn mồi giết chết; và nếu đúng vậy, đây là một sự an ủi từ Đấng Tạo Hóa của chúng ta, nhằm giảm bớt đau đớn của cái chết.*

Vào thời điểm mà khoa học thí nghiệm vừa mới bắt đầu kết hợp lâu dài với y học lâm sàng, lời giải thích của Livingstone về sự bình tĩnh kỳ diệu của ông là điều mà hầu hết mọi người có thể đồng ý. Đã cần phải có sự tiên đoán, hoặc có lẽ là sự từ bỏ đức tin, để nhắc đến sinh lý học vào những khoảnh khắc ban đầu, khi kính hiển vi và phân tích hóa học còn rất mới. Việc Livingstone có thể nhận thức trước về nguyên tắc thay đổi sinh hóa liên quan đến stress<sup>161</sup> và trạng thái ý thức là điều khó xảy ra. Không có sự nhậy vọt tiên tri vĩ đại, vượt quá khả năng của ngay cả một nhà truyền giáo Cơ đốc đã được phong chức, ông không thể lường trước được sự phát hiện của hiện tượng như vậy.

Tôi đã từng trải qua một sự kiện cá nhân như thế. Bản thân tôi không phải là người nhút nhát, nhưng có hai tình huống khiến tôi cảm thấy sợ hãi đến mức phi lý: khi nhìn xuống từ một độ cao lớn và khi bị ngập trong nước sâu. Chỉ cần nghĩ đến một trong hai tình huống này là đủ để gây ra cơn co thắt cứng ngắc ở mỗi cơ vòng của tôi, từ đầu đến cuối ống tiêu hóa. Sự thận trọng của tôi với nước sâu không chỉ đơn giản là sợ hãi – nó khiến tôi mất hết can đảm, trở nên nhát gan, sợ hãi cực độ. Trong một bể bơi có nhiều người trẻ khỏe, mỗi người đều có thể cứu tôi mà không gặp khó khăn gì, tôi

---

<sup>161</sup> Stress-related biochemical alteration: Sự thay đổi sinh hóa liên quan đến stress trong cơ thể, thường ảnh hưởng đến trạng thái ý thức và các phản ứng cơ thể đối với tình trạng căng thẳng hoặc lo lắng.

đã không chỉ một lần cảm thấy sự chắc chắn kinh hoàng về việc sắp bị đuối nước; cảm giác đó đã bùng nổ trong đầu tôi chỉ vì nhận ra rằng tôi đã đi quá xa so với độ sâu an toàn.

Cùng với một đồng nghiệp người Mỹ và sáu giảng viên của Đại học Y khoa Hồ Nam (The Hunan Medical University) gần thành phố Trường Sa<sup>162</sup> của Trung Quốc (à, nhân tiện Hoàng Sa và Trường Sa ở biển Đông là của Việt Nam nhé, còn Trường Sa trong đất liền của ai thì kệ, chả quan tâm đâu), tôi đang rời khỏi địa điểm của một bữa tiệc hoành tráng. Trong suốt bữa tiệc, tôi chỉ uống một chai bia Tsingtao (Thanh Đảo) trong phần đầu của bữa ăn kéo dài hai giờ. Chúng tôi trò chuyện và đi dọc theo một lối đi uốn lượn, kéo dài qua một hồ phản chiếu nông. Tôi mặc quần áo đầy đủ và đeo một túi xách không đầy trên vai. Tôi đã từng đến nhà khách này hai năm trước và không xa lạ với địa hình, nhưng có vẻ như tôi đã không tính đến độ hẹp của lối đi hay sự thiếu ánh sáng bên ngoài trong đêm không trăng. Khi tôi đang lơ đãng quay lại để nói chuyện với một người dẫn dắt đang đi sau tôi, bỗng nhiên tôi cảm thấy không có gì dưới chân phải. Ngay lập tức, tôi bị ngập sâu trong làn nước đen không thể nhìn thấu và tiếp tục chìm xuống. Cùng lúc đó, tôi cảm thấy ngạc nhiên, sửng sốt và có chút hài hước mỉa mai, như thể tôi đang tham gia vào một trò đùa đại đột nào đó không thành công như kế hoạch. Đồng thời, tôi cũng tức giận với bản thân vì đã nhận ra, ngay cả khi đang ở dưới nước và dường như đang đi qua một con đường hẹp dưới đất trở về New Haven, rằng sự vụng về này có thể cản trở việc hoàn thành nhiệm vụ của tôi ở Hồ Nam. Điều đáng ngạc nhiên nhất là tôi không hề cảm thấy sợ hãi và không nghĩ rằng mình có thể đang chết đuối.

Mặc dù không nhận ra, tôi dường như đã chạm đáy và bản năng đã đá mạnh như một người bơi lội giàu kinh nghiệm, khiến tôi bắt đầu nổi lên. Khi đầu tôi phá vỡ mặt nước, tôi đã nắm lấy bàn tay đang vẫy của các đồng nghiệp đang la hét, hoảng sợ và leo ra khỏi hồ, sử dụng những tảng đá lồi lõm bên cạnh làm điểm tựa. Chiếc túi vẫn còn trên vai tôi; tất cả những gì tôi mất chỉ là một cặp kính và một ít phẩm giá cần thiết mà người Trung

---

<sup>162</sup> The south-central Chinese city of Changsha (trong Đại Lục)

Quốc gọi là miànzi (面子), hay "thể diện." Vài phút sau đó, tôi đứng trên lối đi, cảm thấy ngớ ngẩn, xấu hổ, và bỗng nhiên thấy rất lạnh.

Dù vụ việc chỉ kéo dài vài giây, việc kích hoạt endorphin chỉ là một giả thuyết không thể chứng minh được. Tuy nhiên, tôi kể lại sự việc này như một minh chứng cá nhân về một tình huống bất ngờ không lường trước được mà lẽ ra phải khiến tôi mất kiểm soát hoàn toàn, nhưng thực tế lại chỉ khiến tôi giữ được bình tĩnh và đưa ra những quan sát hợp lý về hoàn cảnh khó khăn mà tôi đã rơi vào. Có vẻ như sự sốc tình cảm (emotional shock) đã khởi phát một phản ứng căng thẳng, làm giảm đi sự nhận thức về nguy hiểm và từ đó ngăn chặn sự hoảng loạn mà có thể đã xảy ra. Cuối cùng, tôi đã tránh được hành động vùng vẫy vô ích và việc hít phải vài lít nước đọng, chưa kể đến việc có thể bị đập đầu vào những tảng đá gồ ghề chỉ cách đó vài inch.

Những khoảnh khắc ngắn ngủi lâm nguy của tôi không thể sánh được với những trải nghiệm giác quan mạnh mẽ mà Montaigne hay Livingstone đã trải qua, và tôi không đủ vô cảm để so sánh chúng với bi kịch đã xảy ra với cô bé Katie Mason. Tuy nhiên, ngoại trừ sự khác biệt lớn về mức độ, tất cả dường như minh họa cùng một hiện tượng: sự bình yên thay vì hoảng sợ, và sự cam chịu thay vì đấu tranh tự phá hoại. Nhiều người đã suy ngẫm về lý do tại sao lại như vậy, và các câu trả lời đã được mở rộng trên một phạm vi triết học rộng lớn từ chủ nghĩa tâm linh đến khoa học. Dù nguồn gốc từ đâu, con người và nhiều loài động vật thường được bảo vệ trước khi cái chết bất ngờ ập đến—không chỉ bảo vệ khỏi nỗi kinh hoàng của cái chết mà còn khỏi những hành động phản tác dụng có thể xác nhận hoặc kéo dài nỗi đau của nó.

Tôi đang tiến vào một lãnh thổ đầy rẫy rủi ro nhưng không thể tránh khỏi. Hiện tượng được gọi là Trải nghiệm Cận Tử<sup>163</sup> đã được thảo luận rất nhiều

---

<sup>163</sup> Trải nghiệm Cận Tử (Near-Death Experience - NDE): Là hiện tượng mà nhiều người trải qua trong những trường hợp suýt chết hoặc lâm vào tình trạng y tế cực kỳ nghiêm trọng, thường mô tả như một cuộc "đi ra ngoài cơ thể", cảm giác an bình, và đôi khi là những trải nghiệm tâm linh hoặc gặp gỡ với các thực thể khác.



gần đây. Không một người quan sát nào có lý trí mà bỏ qua những câu chuyện từ hầu như ngưỡng cửa của cái chết đã được thu thập bởi các nhà điều tra uy tín phỏng vấn những người sống sót đáng tin cậy. Những người cố gắng giải thích những phát hiện của họ trên cơ sở khoa học vững chắc đã đưa ra nhiều nguyên nhân có thể, từ tâm lý đến sinh hóa. Những người khác tìm kiếm sự rõ ràng trong niềm tin tôn giáo hoặc nghiên cứu tâm linh, trong khi những người khác chấp nhận những trải nghiệm này theo giá trị của chúng, tin rằng chúng không chỉ thật mà thực tế là bước đầu tiên vào cuộc sống sau cái chết hạnh phúc, hầu như luôn là thiên đường hoặc tương đương kiểu kiểu vậy.

Nhà tâm lý học Kenneth Ring đã phỏng vấn 102 người sống sót sau các chấn thương hoặc bệnh tật có khả năng đe dọa tính mạng. Trong số đó, 49 người đáp ứng tiêu chuẩn trải nghiệm cận tử sâu hoặc trung bình, và 53 người được ông mô tả là "không trải nghiệm". Phần lớn các trường hợp bị bệnh nặng đều trải qua những cơn bất ngờ như nhồi máu cơ tim hoặc xuất huyết. Tiến sĩ Ring đã xác định một số yếu tố tuân tự cơ bản trong số những người có phản ứng tích cực: cảm giác bình yên và hạnh phúc; tách rời khỏi cơ thể; bước vào bóng tối; thấy ánh sáng; và đi vào ánh sáng. Những đặc điểm khác, ít phổ biến hơn, bao gồm ôn lại cuộc đời, gặp gỡ một "hiện thân", gặp lại người thân đã khuất, và quyết định trở lại. Một số bệnh nhân của ông đã suy yếu đến mức được cho là đã chết lâm sàng, nhưng hầu hết chưa đến mức đó, chỉ bị đe dọa tính mạng.

Tôi không có nhiều cơ sở để giải thích hội chứng Lazarus này hơn bất kỳ ai khác đã suy ngẫm về nó, nhưng tôi mong muốn tôn trọng những sự kiện quan sát được nhiều hơn một số người có ý định quá mơ mộng, đặc biệt là những người gọi hiện tượng mà họ nghiên cứu là Trải Nghiệm Sau Cái Chết. Để làm điều này, tôi thấy rằng việc nhìn nhận những hậu quả sinh học có thể xảy ra của hiện tượng này là hữu ích—nó có chức năng gì và lợi ích của nó trong việc bảo tồn cá nhân và loài như thế nào?

Tôi tin rằng trải nghiệm cận tử là kết quả của vài triệu năm tiến hóa sinh học và nó có chức năng bảo vệ sự sống cho loài. Rất có thể, nó tương tự như quá trình đã được mô tả trong những trang trước. Thực tế rằng nó đôi khi xảy ra ngay cả khi "cái chết" kéo dài hoặc tương đối không gây căng thẳng không làm thay đổi kỳ vọng của tôi rằng một ngày nào đó nó sẽ được chứng minh là do tác động của endorphin, hoặc một cơ chế sinh hóa tương tự. Tôi sẽ không ngạc nhiên nếu một số yếu tố khác từng được coi là nguyên nhân có thể có vai trò, như cơ chế phòng vệ tâm lý được gọi là phi nhân cách hóa, hiệu ứng ảo giác do nỗi sợ hãi, co giật xuất phát từ thùy thái dương của não, và sự thiếu oxy ở não. Thật ra, sự giải phóng các chất sinh hóa có thể là hậu quả hoặc là nguyên nhân khởi xướng một hoặc nhiều quá trình như vậy. Trong những trường hợp hiếm hoi hiện tượng xảy ra trong quá trình cái chết kéo dài của bệnh nhân giai đoạn cuối, các yếu tố khác có thể đóng vai trò, như việc tiêm thuốc giảm đau hoặc các chất độc do chính bệnh tật sản xuất.

Giống như nhiều lời giải thích sinh hóa khác cho những hiện tượng mơ hồ, có vẻ như là huyền bí, lập luận này không mâu thuẫn với quan điểm của những người theo đạo. Tôi không phải là người đầu tiên tự hỏi về những cách thức bí ẩn mà người ta nghĩ rằng Chúa thực hiện ý muốn khó hiểu của Ngài, cũng không phải là nguồn gốc của tin đồn rằng Ngài có thể sử dụng hóa chất để làm điều đó. Với tư cách là một người hoài nghi chính thức, tôi tin rằng chúng ta không chỉ nên đặt câu hỏi về mọi thứ mà còn phải sẵn sàng tin rằng mọi thứ đều có thể xảy ra. Tuy nhiên, trong khi một người hoài nghi thực thụ có thể sống hạnh phúc trong tình trạng bất khả tri, một số chúng ta lại mong muốn được thuyết phục. Có điều gì đó trong tâm hồn lý trí của tôi phản đối việc gọi cận tâm lý học, nhưng chắc chắn không phải là Chúa. Không có gì làm tôi hài lòng hơn là bằng chứng về sự tồn tại của Ngài, và cả một cuộc sống sau cái chết hạnh phúc nữa. Thật không may, tôi không thấy bằng chứng nào cho điều đó trong trải nghiệm cận tử.

Tôi không nghi ngờ sự tồn tại của hiện tượng cận tử và sự bình tĩnh đôi khi cảm nhận được khi cái chết đột ngột đe dọa. Tuy nhiên, tôi đặt câu hỏi về

tần suất xuất hiện của nó trong các hoàn cảnh khác ngoài những trường hợp đột ngột. Chắc chắn, sự thoải mái và bình yên, và đặc biệt là sự thanh thản có ý thức trong những ngày cuối cùng trên trái đất đã được nhiều nhà bình luận đánh giá quá cao; chúng ta không được phục vụ tốt bằng cách bị ru ngủ vào những kỳ vọng không có cơ sở.

## CHƯƠNG VII. TAI NẠN, TỰ TỬ VÀ CÁI CHẾT ÊM DỊU

Trong một bài phát biểu ít khi được trích dẫn vào năm 1904 tại Harvard, Bài giảng Ingersoll về Bất tử của Con người, William Osler đã nói về việc ông ta có trong tay hồ sơ lúc lâm chung của khoảng năm trăm người. Những hồ sơ này được ông nghiên cứu đặc biệt về các cách thức chết và cảm giác của người sắp qua đời. Osler cho biết, chỉ có chín mươi hồ sơ ghi nhận cảm giác đau đớn hoặc khổ sở. Trong số năm trăm người, đại đa số không thể hiện bất cứ dấu hiệu nào; giống như khi họ được sinh ra, cái chết của họ cũng chỉ là một giấc ngủ và quên lãng. Osler mô tả những người sắp chết thường "lẫn thẩn, không chắc chắn, phần lớn vô thức và thờ ơ." Lewis Thomas thậm chí còn bày tỏ: "Tôi chỉ từng thấy sự đau đớn trong cái chết một lần, đó là ở một bệnh nhân mắc bệnh dại<sup>164</sup>." Tại thời điểm những lời này được nói, cả Osler và Thomas đều là các học giả y khoa được tôn trọng nhất trong thời đại của họ.

Tôi vẫn còn băn khoăn. Tôi đã chứng kiến quá nhiều người chết trong đau đớn, quá nhiều gia đình phải chịu đựng nỗi dày vò khi bất lực chứng kiến người thân ra đi, để có thể cho rằng những quan sát lâm sàng của tôi chỉ là hiểu lầm về thực tế. Những tuần và ngày cuối cùng của nhiều bệnh nhân của tôi, nhiều hơn rất nhiều so với tỷ lệ một trong năm của Osler, luôn tràn ngập cảnh khổ ải như luyện ngục, và tôi đã tận mắt chứng kiến điều đó.

Có lẽ quan điểm khác biệt của Thomas là do phần lớn sự nghiệp của ông làm nghiên cứu trong phòng thí nghiệm; có lẽ sự giải thích của Osler về năm trăm hồ sơ phản ánh sự lạc quan nổi tiếng của ông rằng thế giới này thực sự tốt đẹp hơn nhiều so với những gì chúng ta nghĩ, và tinh thần nhiệt thành của ông trong vai trò người cố vấn toàn cầu để truyền bá triết lý tích cực đó. Dù lý do là gì, khiến hai học giả y học nhân ái nhất này đưa ra những tuyên bố của họ, tôi phải, như người ta thường nói trong những

---

<sup>164</sup> Bệnh dại (Rabies): Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính ở người và động vật, gây ra bởi virus rabies. Bệnh dẫn đến viêm não và thường kết thúc bằng cái chết sau khi triệu chứng lâm sàng bắt đầu.

trường hợp khó xử như thế này, khi dường như nghi ngờ vào những niềm tin sâu sắc của mình, lịch sự bày tỏ sự không đồng ý.

Nhưng có thể, tôi thực sự không hề bất đồng. Hoặc có lẽ chính Osler và Thomas không đồng ý với những lý tưởng hoá của chính họ nhưng chưa sẵn lòng thừa nhận điều đó. Có vẻ như họ cả hai đã lảng tránh vấn đề một cách khéo léo. Khi mô tả những gì họ cho là sự vắng bóng của đau đớn khi chết, họ đã tiện lợi bỏ qua những sự kiện diễn ra ngay trước những ngày hoặc giờ cuối cùng mà họ nói một cách an ủi. Với sự an thần sâu<sup>165</sup> (deep sedation) hoặc khoảnh khắc yên bình cuối cùng của hôn mê sâu<sup>166</sup>, điều mà một số người nhận được vào cuối cuộc đấu tranh gian khổ, thực sự thì thời điểm trái tim ngừng đập thường rất yên tĩnh. Nhiều người đã tránh được một hành trình đau khổ như vậy; nhưng nhiều người khác vẫn phải chịu đựng sự đau đớn về thể chất và tinh thần cho đến gần như phút cuối cùng, hoặc thậm chí đúng vào phút cuối. Sự kín đáo kiểu Victoria<sup>167</sup> trong việc phủ nhận khả năng của một lời mở đầu khốn khổ cho cái chết là điều mà mọi người muốn nghe.

Nếu hòa bình và phẩm giá là những gì chúng ta tự lừa dối mình để mong đợi, thì phần lớn chúng ta sẽ ra đi trong sự ngờ vực về những gì chúng ta hoặc bác sĩ của mình đã làm sai.

Đối với chính Osler, những giờ phút cuối đời của ông đã thực sự yên bình, nhưng giá phải trả cho điều đó là những đau khổ không thể vượt qua, ngay

---

<sup>165</sup> "Deep sedation" là một mức độ an thần y khoa, trong đó bệnh nhân được đưa vào trạng thái sâu của sự không ý thức, mất khả năng phản ứng đối với các kích thích môi trường, ngoại trừ những phản ứng về đau có thể vẫn còn nhưng rất giảm. Bệnh nhân trong trạng thái này thường cần có sự hỗ trợ về hô hấp và duy trì chức năng vận mạch.

<sup>166</sup> Hôn mê sâu (terminal coma): Là tình trạng bệnh nhân không còn ý thức và không phản ứng với các kích thích bên ngoài, xảy ra ở giai đoạn cuối của một số bệnh nặng hoặc chấn thương nghiêm trọng, thường đi kèm với việc sắp qua đời.

<sup>167</sup> Thuật ngữ "a nice Victorian reticence" (Sự kín đáo kiểu Victoria) ám chỉ một phong cách hoặc thái độ kín đáo, giữ kẽ, đặc trưng cho thời kỳ Victoria ở Anh (1837-1901). Đây là một cách miêu tả tính cách hoặc xử sự cố kỵ tránh đề cập đến các chủ đề gây tranh cãi, nhạy cảm hoặc không phù hợp về mặt xã hội. Trong ngữ cảnh này (có thể) ám chỉ việc phủ nhận hoặc không thừa nhận khả năng của một kết thúc đau khổ hay một hành trình cuối cùng đầy khổ đau, là điều mà người ta muốn tránh nói đến hoặc xem xét. Điều này phản ánh một thái độ chung của thời đại đó về cách tiếp cận và xử lý thông tin liên quan đến những điều được coi là không hợp lệ hoặc bất tiện để thảo luận công khai.

cả với bản chất lạc quan vốn có của ông. Căn bệnh cuối cùng của ông kéo dài hai tháng trên giường bệnh, bắt đầu với những triệu chứng được cho là cảm lạnh, sau đó là cúm và cuối cùng là viêm phổi. Dù ông đã cố gắng chịu đựng những cơn sốt cao và những cơn ho đau đớn không kiểm soát được, đôi khi việc trấn an vợ và bạn bè lo lắng của ông rằng sự lạc quan của ông không hề giảm sút lại trở nên khó khăn. Vào cuối đời, ông viết trong một bức thư gửi cho thư ký cũ của mình rằng:

*"Tôi đã trải qua một thời gian khủng khiếp - nằm trên giường sáu tuần - mắc một chứng viêm phế quản kịch phát không có trong sách của bạn! Không có dấu hiệu lâm sàng rõ ràng nào; ho liên tục, từng đợt ngắn rồi đến những cơn dữ dội, tẻ như ho gà... Rồi đêm nọ, lúc mười một giờ, tôi bị viêm màng phổi cấp tính. Một cơn đau nhói rồi bùng nổ như pháo hoa, đau khi ho và thở sâu, nhưng 12 giờ sau đó, một cơn đau khác xảy ra đã xé toạc mọi liên kết màng phổi, và theo đó là cơn đau đã biến mất... Mọi phương pháp điều trị bệnh phế quản đều vô ích - không có gì mà các bác sĩ giỏi của tôi không làm tôi thử, nhưng những thứ duy nhất có ích trong việc kiểm soát cơn ho là thuốc phiện - một ngậm lớn từ chai paregoric<sup>168</sup> hoặc một mũi tiêm morphine."*

Khi ấy, ngay cả tinh thần lạc quan của Osler cũng dần suy tàn, đồng thời ông mất dần khả năng truyền đạt sự lạc quan cho những người xung quanh. Ông đã trải qua hai cuộc phẫu thuật dưới gây mê toàn thân để dẫn lưu<sup>169</sup> mủ tích tụ trong ngực, mỗi cuộc chỉ mang lại sự cải thiện ngắn ngủi. Sự đau khổ khiến ông mong chờ cái chết mà ông đã mô tả từ mười lăm năm trước, nơi ông sẽ "chủ yếu vô thức và không quan tâm." Về cuối đời, Osler dũng cảm thừa nhận khó khăn của hành trình này và mong muốn được giải thoát khỏi sự đau khổ: "Nó kéo dài một cách khó chịu - và ở tuổi 71, bến bờ không còn xa."

---

<sup>168</sup> Paregoric: Là một loại thuốc chứa opioid, thường được sử dụng để giảm ho và làm dịu các triệu chứng đau. Paregoric là một dung dịch của morphine có nồng độ thấp, thường được dùng trong điều trị ho hoặc đau bụng do tính chất an thần và giảm đau của nó.

<sup>169</sup> Dẫn lưu (drainage): loại bỏ dịch hoặc mủ ra khỏi ổ nhiễm trùng.

Hai tuần sau, Osler qua đời ở tuổi bảy mươi. Ông đã sống đủ ba mươi năm và mười năm theo lời hứa trong Sách Thánh Vịnh (Book of Psalms). Bệnh viêm phổi của ông không phải là "cơn bệnh cấp tính, ngắn ngày, ít khi đau đớn" mà ông từng mô tả, và nó chắc chắn không đáp ứng được vai trò là "người bạn của người già," vì nếu không bị bệnh, ông chắc chắn sẽ có nhiều năm khỏe mạnh phía trước. Như vậy, cái chết của ông đã phản bội lại kỳ vọng của bản thân, như đối với hầu hết chúng ta.

Nhìn chung, cái chết là một quá trình lộn xộn. Mặc dù nhiều người cuối cùng trở nên "bất tỉnh và không quan tâm" (unconscious and unconcerned) do mất đi ý thức hoặc bị đưa vào trạng thái hôn mê hoặc bán tỉnh, mặc dù một số ít may mắn có được sự bình yên và nhận thức đáng kể khi kết thúc một căn bệnh khó khăn, mặc dù hàng nghìn người mỗi năm đột ngột qua đời mà không cảm thấy nhiều khó chịu, mặc dù nạn nhân của những chấn thương bất ngờ và cái chết đôi khi được ban cho món quà giải thoát khỏi nỗi đau dằn vặt—chấp nhận tất cả những khả năng này—rất ít người, thấp hơn nhiều so với tỷ lệ một trên năm, là người hưởng lợi từ những hoàn cảnh dễ dàng như vậy. Ngay cả với những người đạt được sự thanh thản khi ly thân, những ngày hoặc tuần lễ trước khi ý thức suy giảm hoàn toàn thường chứa đầy đau khổ tinh thần và gánh nặng thể xác.

Quá thường xuyên, bệnh nhân và gia đình họ ấp ủ những kỳ vọng không tưởng, khiến cái chết càng trở nên khó khăn hơn bởi sự thất vọng và chán nản đối với hiệu suất của cộng đồng y tế, những người có thể không làm tốt hơn được hoặc, tệ hơn, không cải thiện bởi vì họ tiếp tục chiến đấu dù biết thất bại là không thể tránh khỏi. Với niềm tin rằng đa số mọi người vẫn sẽ chết một cách thanh thản, các quyết định điều trị đôi khi được đưa ra vào cuối đời, đẩy người sắp chết vào chuỗi những khổ đau ngày càng trầm trọng mà không thể thoát ra—phẫu thuật không chắc chắn lợi ích và tỷ lệ biến chứng cao, hóa trị với tác dụng phụ nghiêm trọng và phản ứng không chắc chắn, cùng những giai đoạn chăm sóc đặc biệt kéo dài quá mức cần thiết. Tốt hơn là hiểu cái chết như thế nào và lựa chọn những phương án có

khả năng ngăn chặn tối đa những điều tồi tệ nhất. Những gì không thể ngăn chặn thường ít nhất cũng có thể được giảm nhẹ.

Dù một người có tự thuyết phục mình rằng quá trình lâm chung không đáng sợ đến mấy, anh ta vẫn sẽ bước vào giai đoạn cuối cùng của đời mình với nỗi sợ hãi. Nhận thức thực tế về những gì có thể xảy ra sẽ giúp phòng ngừa những ảo tưởng không kiểm chế về nỗi sợ vô cớ và lo sợ rằng mình không làm đúng mọi việc. Mỗi bệnh tật là một quá trình riêng biệt, mỗi loại mang một hình thức phá hoại đặc trưng trong khuôn khổ của các mô hình cụ thể. Khi chúng ta hiểu rõ mô hình của bệnh tật đang hành hạ mình, chúng ta có thể làm giảm bớt sự lo lắng của mình. Hiểu biết chính xác về cách một căn bệnh cướp đi sinh mạng giúp ta thoát khỏi nỗi sợ hãi không cần thiết về những gì ta có thể phải chịu đựng khi chết. Do đó, chúng ta có thể chuẩn bị tốt hơn để nhận ra những điểm mà tại đó ta có thể xin giảm nhẹ, hoặc có thể bắt đầu cân nhắc việc kết thúc hành trình.

Có những cái chết mà việc chuẩn bị trước là rất ít hoặc thậm chí không thể, và có lẽ không nên chuẩn bị. Cái chết do bạo lực thường liên quan đến giới trẻ. Dù có được cảnh báo trước, giới trẻ không màng đến những lời khuyên về việc làm quen với con đường dẫn đến cái chết. Thống kê cho thấy, chấn thương<sup>170</sup>, được định nghĩa là tổn thương thể chất hoặc vết thương, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở những người dưới 44 tuổi tại Hoa Kỳ. Mỗi năm, có khoảng 150.000 người Mỹ thuộc mọi lứa tuổi thiệt mạng và thêm 400.000 người khác bị tàn tật vĩnh viễn. Sáu mươi phần trăm số tử vong xảy ra trong vòng hai mươi bốn giờ đầu sau khi bị thương.

Không có gì ngạc nhiên khi nguồn gây chấn thương nghiêm trọng hàng đầu ở đất nước này là tai nạn giao thông. Khoảng 35% các vụ chấn thương nặng xảy ra với người ngồi trên ô tô và 7% với người đi xe máy. Ít nhất những chấn thương do phương tiện gây ra thường là không cố ý trong phần lớn các trường hợp. Khác hẳn với những thương tích do súng đạn gây ra (chiếm

---

<sup>170</sup> Chấn thương (Trauma): Được định nghĩa là một tổn thương thể chất hoặc vết thương xảy ra đột ngột, thường do tai nạn hoặc bạo lực. Chấn thương là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở những người dưới 44 tuổi, và có thể dẫn đến cái chết nhanh chóng hoặc gây ra các hậu quả lâu dài như tàn tật.



10% tổng số chấn thương nặng) và những vết đâm (chiếm tỷ lệ tương đương). Tai nạn với người đi bộ chiếm từ 7 đến 8%, cộng thêm 17% do ngã là những vụ thường xảy ra với người già và trẻ nhỏ. 15% chấn thương nặng còn lại bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm tai nạn lao động, va chạm xe đạp và một loạt các vụ tự tử gây thương tích.

Vào một ngày cuối mùa hè năm 1899, một nhà môi giới bất động sản 68 tuổi tên Henry Bliss bước ra khỏi xe điện và bị một chiếc ô tô đi ngang tông trúng dẫn đến tử vong, trở thành nạn nhân tử vong đầu tiên do tai nạn giao thông ở nước Mỹ. Kể từ đó, gần 3 triệu người đã thiệt mạng do tai nạn xe cộ. Nguyên nhân chính dẫn đến những cái chết này (có thể gọi là "đồng hành" của họ) chính là rượu bia<sup>171</sup>. Rượu bia liên quan đến khoảng 50% các vụ tử vong do tai nạn giao thông tại Hoa Kỳ. Một phần ba số người thiệt mạng là nạn nhân của việc người khác uống rượu lái xe.

Mặc dù đã lập luận rằng cái chết của cá thể là một phần tất yếu của chu trình sinh học, tôi xin nhấn mạnh rằng tự nhiên không cần sự trợ giúp. Chính các quá trình tế bào của nó đã làm cho việc giết hại lẫn nhau và tự tử trở nên không cần thiết và cuối cùng là phản tác dụng.

Chấn thương cướp đi con cháu của loài người và phá vỡ chu kỳ sự sống được đổi mới, tiến hoá. Cái chết đau thương của một con người không mang lại bất cứ lợi ích gì. Điều đó thật bi kịch, không chỉ với gia đình người quá cố mà còn với cả loài người.

Thật đáng buồn khi xã hội không tập trung đủ nỗ lực y sinh vào công tác phòng ngừa và điều trị chấn thương. Chỉ gần đây bạo lực mới được công nhận là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn ở Hoa Kỳ - tỷ lệ tử vong do súng đạn ở đất nước này gấp 7 lần so với Anh; tần suất tự tử, hình thái nghiêm trọng nhất của bạo lực, đã tăng gấp đôi ở trẻ vị thành niên trong 30

---

<sup>171</sup> "Đã uống rượu bia thì không lái xe" — Từ 01/01/2020 tại Việt Nam, Luật Phòng chống tác hại của rượu, bia cấm lái xe khi đã uống rượu bia (và cấm uống rượu bia trong giờ làm việc, học tập) — Ghi chú riêng của Quyên.

năm qua, phần lớn do súng đạn gây ra. Hiện tự tử là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ ba ở các lứa tuổi trẻ.

Có những người lập luận rất thuyết phục rằng con số tự tử thực tế còn cao hơn nhiều; số liệu không bao gồm những hành vi tự huỷ hoại dần dần được gọi là "tự tử mãn tính" (chronic habitual suicide): nghiện ngập, lái xe bất cẩn, thói quen tình dục nguy hiểm, tham gia băng đảng, và nhiều cách khác mà giới trẻ thách thức các chuẩn mực xã hội. Tự tử mãn tính không chỉ giới hạn tuổi thọ mà còn làm tổn hại chất lượng cuộc sống. Nó tước đoạt những tài năng, đam mê và đóng góp cho xã hội từ những cuộc đời chưa trọn vẹn mà chúng ta đang đánh mất, thường là từ rất sớm. Những tổn thất ấy thật khôn lường và chúng dần dần gạt đi những thành tựu của nền văn minh.

Thuật ngữ "trimodal" được dùng để chỉ trình tự thời gian của cái chết do chấn thương: tử vong tức thì, tử vong sớm và tử vong muộn. "Tử vong tức thì" xảy ra trong vòng vài phút sau khi bị thương. Loại hình này chiếm hơn một nửa số ca tử vong do chấn thương và luôn là kết quả của chấn thương não, tủy sống, tim hoặc mạch máu lớn. Quá trình sinh lý là hoặc tổn thương não nghiêm trọng hoặc mất máu cấp tính.

"Tử vong sớm" diễn ra trong vài giờ đầu tiên. Nguyên nhân thường là chấn thương vùng đầu, phổi hay các cơ quan bụng gây chảy máu khu trú. Tử vong có thể do chấn thương não, mất máu hoặc suy hô hấp. Trên thực tế, khoảng một phần ba ca tử vong do chấn thương là do tổn thương não và một phần ba khác là do chảy máu. Mặc dù "tử vong tức thì" nằm ngoài khả năng can thiệp y tế, nhiều bệnh nhân thuộc nhóm "tử vong sớm" có thể được cứu sống nhờ điều trị kịp thời. Yếu tố quyết định chính là vận chuyển nhanh, đội ngũ y tế chấn thương giỏi và khả năng sẵn sàng của phòng cấp cứu. Ước tính có 25.000 người Mỹ tử vong mỗi năm do thiếu những nguồn lực này. Bằng chứng hiệu quả của hệ thống vận chuyển nhanh có thể thấy qua những bài học từ các cuộc xung đột vũ trang của Mỹ. Trong 4 cuộc chiến tranh lớn gần đây, mỗi lần cải thiện về kiến thức y khoa đều đi kèm với

việc rút ngắn thời gian sơ tán. Điều này dẫn đến mô hình cải thiện đáng kể tỷ lệ tử vong từ chiến tranh này qua chiến tranh khác.

"Tử vong muộn" đề cập đến những trường hợp tử vong sau vài ngày hoặc vài tuần kể từ khi bị thương. Khoảng 80% ca tử vong này do biến chứng nhiễm trùng và suy các cơ quan như phổi, thận, gan. Những bệnh nhân này vượt qua giai đoạn mất máu ban đầu hoặc chấn thương sọ não nhưng thường có tổn thương các cơ quan khác như ruột thừa, lách/gan vỡ, hoặc chấn thương phổi không điển hình. Nhiều trường hợp cần phẫu thuật để cầm máu, ngăn ngừa viêm phúc mạc hoặc phục hồi cơ quan tổn thương, thậm chí lấy bỏ cơ quan đó. Thay vì hồi phục tốt, nhiều bệnh nhân trong vài ngày sẽ bắt đầu sốt, tăng bạch cầu<sup>172</sup> và xu hướng tràn máu ra ngoài lưu thông chung vào các vùng không thích hợp như mạch máu ruột. Tất cả những biểu hiện này đều đặc trưng của nhiễm trùng toàn thân hay nhiễm trùng huyết, trở nên kháng kháng sinh và các loại thuốc khác.

Nếu nguồn gốc của nhiễm trùng huyết là áp xe<sup>173</sup> hay vết mổ bị nhiễm trùng, thì dẫn lưu phẫu thuật thường sẽ giảm bớt tổn thương và giúp bệnh nhân hồi phục. Tuy nhiên, ở nhiều trường hợp không tìm thấy ổ nhiễm trùng để dẫn lưu, các triệu chứng sẽ ngày càng nặng lên. Vào cuối tuần đầu tiên sau chấn thương, suy hô hấp bắt đầu xuất hiện dưới dạng tràn dịch phổi<sup>174</sup> và tình trạng giống viêm phổi, gây giảm oxy máu. Phổi là cơ quan đầu tiên bị tấn công bởi nhiễm trùng huyết, nhưng ngay sau đó là gan và thận. Toàn bộ hội chứng này được cho là phản ứng viêm đáp lại sự hiện diện của các chất độc từ vi khuẩn và các tác nhân gây nhiễm trùng khác trong máu.

Các tác nhân gây nhiễm trùng có thể là vi khuẩn, virus, nấm hoặc thậm chí các mảnh mô chết nhỏ. Các vi khuẩn, nếu xác định được, thường có nguồn gốc từ đường tiết niệu, sau đó là đường hô hấp và tiêu hóa. Nhiều trường hợp, vết mổ và da là nơi xuất phát. Đáp lại các chất độc trong máu, phổi và các cơ quan khác giải phóng một số chất hóa học gây tác hại lên mạch

<sup>172</sup> Bạch cầu (white blood cell) là tế bào miễn dịch trong máu, tăng cao trong trường hợp nhiễm trùng.

<sup>173</sup> Áp xe (abscess): tụ mủ, ổ nhiễm trùng mủ tại một vùng cơ thể.

<sup>174</sup> Tràn dịch phổi (pulmonary edema): tình trạng tích tụ dịch bất thường trong phổi.

máu, cơ quan và tế bào, kể cả các thành phần của máu. Tế bào mô mất khả năng kéo oxy từ hemoglobin trong khi lượng hemoglobin lưu thông cũng giảm đi. Những biến cố này rất giống bệnh cảnh sốc tim hoặc sốc mất máu<sup>175</sup> nên được gọi chung là sốc nhiễm trùng<sup>176</sup>. Nếu sốc nhiễm trùng không đáp ứng với điều trị, các cơ quan quan trọng sẽ lần lượt suy kiệt.

Sốc nhiễm trùng không chỉ xảy ra ở bệnh nhân chấn thương. Tình trạng này còn thấy ở nhiều bệnh lý khác có liên quan đến suy giảm miễn dịch. Trên thực tế, không hiếm khi sốc nhiễm trùng là biến cố cuối cùng trong các bệnh như đái tháo đường, ung thư, viêm tụy, xơ gan, bông nặng, khiến nạn nhân tử vong với tỷ lệ từ 40-60%. Sốc nhiễm trùng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt ở Mỹ, cướp đi 100.000-200.000 sinh mạng mỗi năm.

Phổi mất một phần khả năng oxy hóa máu. Sự tuần hoàn cũng bị suy giảm do cơ tim yếu và máu ứ đọng ở ruột. Khi đó, một số cơ quan sẽ bị ảnh hưởng bởi tình trạng thiếu dinh dưỡng.

Não bị suy giảm chức năng. Gan không tạo ra đủ các chất cần thiết và không loại bỏ hết các chất không cần. Tình trạng suy gan cũng gây suy giảm hệ miễn dịch và giảm lượng chất chống nhiễm trùng.

Đồng thời, lượng máu đến thận giảm khiến quá trình lọc máu không đúng cách. Kết quả là nước tiểu không đủ và tình trạng nhiễm độc máu (uremia) ngày càng trầm trọng.

Tình trạng này còn phức tạp hơn khi lớp lót dạ dày và ruột bị phá hủy gây loét và chảy máu. Sốc, suy thận và chảy máu đường tiêu hóa thường là biến chứng cuối cùng dẫn đến tử vong do hội chứng suy đa tạng sau chấn thương.

---

<sup>175</sup> Sốc mất máu (hypovolemic shock): tình trạng sốc do mất quá nhiều máu.

<sup>176</sup> Hiện tượng sốc nhiễm trùng (septic shock) - một biến chứng nghiêm trọng của nhiễm trùng huyết, thường xảy ra sau chấn thương hoặc ở những bệnh nhân có hệ miễn dịch suy giảm.

Nói cách khác, suy đa tạng là giai đoạn cuối của nhiễm trùng huyết. Đây là kết cục chung của nhiều bệnh nhân mắc các bệnh lý chấn thương hoặc các bệnh khác. Dường như tất cả triệu chứng hội chứng này đều do tác động của chất độc lên các cơ quan trong cơ thể.

Số lượng cơ quan bị tổn thương quyết định tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Nếu có ba cơ quan bị suy thì tỷ lệ tử vong gần như 100%.

Thông thường, quá trình hội chứng suy đa tạng diễn ra từ hai đến ba tuần, đôi khi kéo dài hơn. Một trong những bệnh nhân của tôi bị nhiễm trùng huyết do bệnh viêm tụy cấp. Anh ấy phải trải qua nhiều tháng điều trị tích cực. Tất cả chúng tôi - bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ chuyên khoa, bác sĩ gây mê, nhân viên tập sự, điều dưỡng và kỹ thuật viên - đã cố gắng hết sức với mọi chẩn đoán và kỹ thuật điều trị hiện có tại Trung tâm Y tế Đại học. Tuy nhiên, không gì có thể ngăn chặn được quá trình suy đa tạng.

Chúng kiến bệnh nhân tử vong vì sốc nhiễm trùng thực sự khó khăn, đau đớn. Những biến cố dẫn đến tử vong diễn ra theo một quy luật nhất định. Đầu tiên là sốt cao, mạch nhanh và khó thở. Hoặc ít nhất cũng có dấu hiệu thiếu oxy trong máu sau khi xét nghiệm. Bệnh nhân sẽ được đặt nội khí quản để hỗ trợ hô hấp. Tuy nhiên, điều này không mang lại lợi ích đáng kể.

Nếu bệnh nhân chưa được gây mê, trạng thái ý thức sẽ bắt đầu dao động. Nhiều xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm máu được yêu cầu nhằm tìm nguồn nhiễm trùng. Tuy nhiên, thường thì vô ích. Các bác sĩ tư vấn tụ tập quanh giường, thảo luận nhưng chỉ làm tăng thêm sự bất an. Bệnh nhân liên tục phải di chuyển giữa phòng hồi sức và khoa chẩn đoán hình ảnh để tìm kiếm ổ nhiễm trùng hoặc ổ viêm. Mỗi lần di chuyển đều phức tạp vì phải tháo lắp nhiều dây truyền, ống thông.

Tinh thần và kế hoạch điều trị của gia đình, đội ngũ y tế thay đổi sau mỗi lần xét nghiệm mới. Chỉ có kết quả tốt mới được chia sẻ với bệnh nhân, nếu họ vẫn còn tỉnh táo để hiểu. Kháng sinh được bắt đầu, thay đổi, ngừng với hy

vọng tìm được loại vi khuẩn gây bệnh trong máu, rồi lại bắt đầu lại. Chỉ khoảng 50% bệnh nhân suy đa tạng có kết quả nuôi cấy<sup>177</sup> dương tính với vi khuẩn.

Xuất hiện các biến đổi khác nhau trong thành phần máu. Quá trình đông máu cũng bị ức chế, thậm chí dẫn đến tình trạng chảy máu tự phát. Suy gan đôi khi gây vàng da, trong khi thận bắt đầu cho thấy dấu hiệu suy giảm chức năng nghiêm trọng. Lọc máu có thể được áp dụng để kéo dài thời gian nếu vẫn còn hi vọng cải thiện tình hình. Đến lúc này, nếu chưa bị trước đó, bệnh nhân đau đớn bắt đầu nghi ngờ liệu các phương pháp điều trị có thể cứu sống mình hay không. Mặc dù anh ta không hay biết, các bác sĩ cũng đang thắc mắc điều tương tự.

Dù vậy, mọi người vẫn cố gắng vì cuộc chiến chưa kết thúc. Tuy nhiên, trong suốt thời gian qua, điều gì đó vô hình đã xảy ra. Bất chấp thiện ý, đội ngũ y tế dần xa rời bệnh nhân - người mà họ đang chiến đấu để cứu sống. Quá trình tách rời khỏi con người ấy đã bắt đầu diễn ra. Bệnh nhân ngày càng ít được coi là một con người, mà là một thách thức phức tạp trong điều trị tích cực, thử thách tài năng của những chiến binh lâm sàng xuất sắc nhất bệnh viện. Với phần lớn y tá và một vài bác sĩ từng quen biết anh ấy trước đây, vẫn nhớ phần nào con người thực sự của anh ta. Nhưng đối với các bác sĩ tư vấn chuyên môn cao, người theo dõi những dấu hiệu sức sống cuối cùng của anh, anh chỉ là một "ca bệnh", một trường hợp thú vị. Các bác sĩ trẻ hơn anh ba mươi tuổi gọi anh bằng tên riêng. Điều đó còn tốt hơn là gọi tên bệnh hay số giường bệnh.

Nếu may mắn, đến lúc này bệnh nhân đã không còn nhận thức được tình huống bi đát xung quanh. Anh đã đi từ trạng thái ý thức mơ hồ đến phản ứng tối thiểu, hoặc thậm chí hôn mê. Đôi khi tự phát do các cơ quan suy yếu, đôi khi do tác dụng của thuốc giảm đau<sup>178</sup> và các loại thuốc khác. Gia

---

<sup>177</sup> Xét nghiệm nuôi cấy (culture): Kỹ thuật nuôi cấy vi khuẩn trong môi trường nhân tạo để phát hiện vi khuẩn gây bệnh.

<sup>178</sup> Giảm đau (Narcotics): Nhóm thuốc có tác dụng giảm đau mạnh, thường được sử dụng trong trường hợp đau dữ dội.

đình anh đã trải qua chuỗi lo lắng, tuyệt vọng và cuối cùng là tuyệt vọng hoàn toàn.

Không chỉ gia đình mà cả y tá và bác sĩ đã theo dõi bệnh nhân từ đầu cũng dần bị ảnh hưởng bởi sự cực nhọc trong cuộc chiến đang thua này. Họ bắt đầu hoài nghi chính quy trình mà đội ngũ ra quyết định điều trị hay lựa chọn, với tuyệt vọng ngày càng lớn, theo đuổi bất kỳ manh mối chẩn đoán nào còn sót lại. Họ dần vật bản thân với nhận thức ngày càng rõ rệt rằng mình đang kéo dài đau khổ của đồng loại chỉ để duy trì hi vọng mong manh về phục hồi. Các bác sĩ thành thật nhất đối mặt với phần động cơ là niềm phấn khích khi giải đố và giành chiến thắng lừng lẫy tại phút chót khi trò chơi gần như không thể thắng nổi.

Sự tách biệt khỏi bệnh nhân khiến một số nhân viên y tế dần gần gũi hơn với gia đình, như thể sự đồng cảm được truyền qua những tuần lễ tình thức dài đằng đặc. Nhất là lúc cuối đời, niềm an ủi mà người sắp chết không thể cảm nhận được sẽ dành cho những người đã bắt đầu đau buồn. Những lời cuối cùng hiếm khi được thốt ra trong các phòng chăm sóc đặc biệt. Bất kỳ niềm an ủi nào cũng phải đến từ cái ôm ấm áp của y tá, từ những lời nói an ủi của bác sĩ.

Cuối cùng, ngay cả những người không thể buông bỏ hiểu lầm nào - thì họ cũng cảm nhận được sự nhẹ nhõm khi nỗi đau đớn kéo dài kết thúc. Tôi từng chứng kiến các y tá lành nghề khóc nức nở khi bệnh nhân tử vong. Tôi cũng từng thấy các bác sĩ phẫu thuật trung niên quay mặt đi để đồng nghiệp trẻ tuổi không nhìn thấy nước mắt. Không chỉ một lần, giọng nói và tinh thần của tôi cũng đã rạn nứt trước khi thốt ra những lời cần phải nói.

Tình trạng tử vong sớm vì bệnh tật hay bạo lực không chỉ diễn ra ở khoa Cấp cứu, mà còn cả tại các khoa lâm sàng và phòng cấp cứu khác. Sự ra đi đột ngột do ốm đau hay vì nạn bạo hành tàn bạo có thể được đón nhận một cách bình tĩnh bởi rất ít người trong số những ai chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên, khi cái chết xảy ra do hành vi tự tử, nó gây nên trạng thái tinh thần

hoàn toàn khác biệt so với cảm xúc sau một cái chết bình thường - không phải là sự bình thản. Trong một quyển sách viết về cách thức con người ra đi, từ "tự tử" (suicide) tự nó đã gây nên sự khó chịu, phiền muộn.

Chúng ta dường như tự đẩy mình ra khỏi chủ đề tự sát theo cách tương tự như một người muốn tự vẫn cảm thấy mình bị tách biệt khỏi những người khác xung quanh khi suy ngẫm về số phận mà họ sắp lựa chọn. Bị cô lập và cô độc, họ bị lôi kéo đến với cái chết vì dường như không còn nơi nào khác để đi. Đối với những người bị bỏ lại phía sau, việc lý giải hành động này trở nên bất khả thi.

Tôi từng chứng kiến thái độ của chính mình đối với việc tự hủy hoại được phản ánh qua phản ứng của đứa con lớn. Vợ tôi và tôi đã lái xe hơn 100 dặm để về thành phố nơi con gái học năm cuối cùng của khóa đại học. Vì chúng tôi đều đồng ý rằng chúng tôi nên ở bên con bé khi nghe tin sốc rằng một trong những người bạn thân nhất và rất ngưỡng mộ của con bé đã tự tử. Chúng tôi cố gắng nói với con gái một cách nhẹ nhàng và lúc đầu không đưa ra bất kỳ chi tiết nào từ những thông tin hạn hẹp chúng tôi có về sự việc. Chính tôi là người nói, và tôi kể tất cả chỉ trong hai ba câu ngắn gọn. Khi tôi kể xong, con bé nhìn chúng tôi một cách khó tin trong giây lát, trong khi nước mắt bắt đầu ứa ra trên đôi má đỏ bừng vì xúc động mạnh. Rồi trong cơn giận dữ và đau đớn tột cùng không thể kiểm soát được, con bé bật khóc: "Đứa trẻ ngốc nghếch ấy! Làm sao nó có thể làm như vậy?". Và cuối cùng, đó mới là vấn đề then chốt. Làm thế nào một người có thể tự làm tổn thương đến bạn bè, gia đình và những người khác xung quanh khi họ rất cần đến mình? Làm sao một đứa trẻ thông minh lại có thể làm một việc ngu ngốc như vậy khiến cho chúng ta phải đánh mất em ấy? Trong một thế giới có trật tự, không nên có chỗ cho những điều như thế này - chúng không bao giờ được xảy ra. Tại sao, mà không hỏi ý kiến bất kỳ ai trong chúng tôi, người phụ nữ trẻ đáng yêu này lại tự ý ra đi như vậy?

Những việc như thế dường như không thể lý giải đối với những ai đã từng biết về vụ tự tử. Nhưng với nhân viên y tế không liên quan trực tiếp, những



người lần đầu xem thi thể nạn nhân, còn có yếu tố khác khiến họ thiếu lòng trắc ẩn. Việc tự huỷ hoại bản thân một cách dữ dội khiến tâm trí tràn đầy sinh lực của người dành cả đời chiến đấu với bệnh tật trở nên bối rối, giảm sút hoặc thậm chí xoá nhòa đi lòng thương cảm. Những nhân viên y tế ngoài cuộc dù bị sửng sốt, thất vọng trước hành động đó hay tức giận vì sự vô nghĩa của nó, thì cũng hiếm khi thực sự đau xót trước thi hài nạn nhân tự tử. Trong kinh nghiệm của tôi, có ngoại lệ nhưng rất hiếm. Có thể có cảm xúc sốc, thương hại, nhưng khác hẳn với nỗi đau trước một cái chết không mong muốn.

Tự tử hầu như luôn là điều sai trái. Tuy nhiên, có hai trường hợp ngoại lệ. Đó là những đau khổ không thể chịu đựng của tuổi già tàn tật và sự tàn phá cuối cùng của bệnh nan y. Trong câu cuối, từ quan trọng không phải là danh từ mà là những tính từ cần được lưu tâm, vì đó là trọng tâm vấn đề và không thể được nhân nhượng: không thể chịu đựng, tàn tật, cuối cùng và vô phương cứu chữa.

Trong cuộc đời dài của mình, nhà hùng biện vĩ đại La Mã Seneca<sup>179</sup> đã suy ngẫm nhiều về tuổi già:

*"Tôi sẽ không từ bỏ tuổi già nếu nó vẫn để lại phần tốt đẹp nhất của cuộc đời tôi nguyên vẹn. Nhưng nếu nó khiến tâm trí tôi lung lay, phá huỷ khả năng của tôi từng chút một, biến tôi thành kẻ chỉ còn hơi thở chứ không còn cuộc sống, tôi sẽ ra đi khỏi tòa tháp đồ nát hoặc xiêu vẹo ấy. Tôi sẽ không lựa chọn cái chết để thoát khỏi bệnh tật miễn là nó vẫn có thể chữa khỏi và không làm tổn hại trí óc tôi. Tôi không gờ tay tự huỷ hoại bản thân chỉ vì đau đớn, bởi như vậy nghĩa là đã bị chinh phục. Nhưng nếu tôi phải đau đớn mà không còn hy vọng nào được giải thoát, tôi sẽ ra đi, không phải vì sợ hãi nỗi đau mà bởi nó ngăn cản tất cả những gì tôi muốn sống vì."*

---

<sup>179</sup> Một con người rất thú vị theo chủ nghĩa khắc kỷ. Mình có đọc nhiều về vị này trong các quyển "Chủ nghĩa khắc kỷ" và "Suy ngẫm". Tìm lại các bài post đó trên facebook của mình còn á.

Những lời này thật hợp lý đến mức ít ai có thể phản bác việc tự tử dường như là một lựa chọn đáng cân nhắc cho người già cần cỗi khi tuổi tác ngày càng khó khăn, ít nhất là với những ai không bị ràng buộc bởi niềm tin cá nhân. Có lẽ triết lý của Seneca giải thích điều thực tế là nam giới da trắng cao tuổi tự tử với tỷ lệ cao gấp 5 lần mức trung bình cả nước. Chẳng lẽ đó không phải là "tự tử lý trí" (rational suicide) vốn được bênh vực mạnh mẽ trên các tạp chí đạo đức và các bài bình luận trên báo chí hằng ngày của chúng ta?

Tuy nhiên, khó mà áp dụng quan điểm của Seneca trong mọi tình huống. Lỗi sai trong lập luận của ông chính là ví dụ điển hình cho sai lầm thường gặp trong hầu hết các cuộc thảo luận đề cập đến thái độ hiện đại về vấn đề tự tử - một tỷ lệ lớn người cao tuổi tự vẫn là do bị trầm cảm có thể điều trị được. Với thuốc và liệu pháp thích hợp, hầu hết họ sẽ thoát khỏi làn mây u tối bao trùm làm méo mó mọi lý trí, khi đó họ sẽ nhận ra rằng tình thế thực tế không đến nỗi tồi tệ như họ tưởng, và hy vọng thoát khỏi nỗi đau không hề vô vọng. Tôi từng nhiều lần chứng kiến người già suýt tự tử thoát khỏi trầm cảm, và nhờ đó tìm lại một người bạn tràn đầy sức sống. Khi những người như vậy nhìn nhận thực tại với tâm thế lạc quan hơn, nỗi cô đơn của họ trở nên nhẹ nhàng và đau đớn dần dễ chịu hơn, bởi cuộc sống lại trở nên thú vị và họ hiểu rằng vẫn còn những người cần đến mình.

Điều này không có nghĩa là không có trường hợp nào lời khuyên của Seneca đáng được lưu tâm. Nhưng nếu thực sự như vậy, triết lý của ông cần được xem xét kỹ càng, tư vấn và ủng hộ sau một thời gian dài suy ngẫm chín chắn. Quyết định chấm dứt cuộc đời phải được lý giải một cách thỏa đáng đối với những người mà chúng ta mong muốn sự tôn trọng cũng như đối với chính bản thân mình. Chỉ khi tiêu chí đó được đáp ứng, ai đó mới nên cân nhắc đến bước đi cuối cùng.

Đối chiếu với tiêu chuẩn trên, vụ tự tử của Percy Bridgman gần như không đáng chỉ trích. Bridgman là giáo sư của Đại học Harvard, những nghiên cứu về vật lý áp suất cao đã giúp ông đạt giải Nobel năm 1946. Ở tuổi 79, giai

đoạn cuối của bệnh ung thư, ông vẫn tiếp tục làm việc cho đến khi không còn khả năng. Sống tại nhà mùa hè ở Randolph, New Hampshire, ông đã hoàn thành bảng mục lục cho bộ sưu tập 7 tập các công trình khoa học của mình, gửi đi Nhà xuất bản Đại học Harvard, rồi tự sát vào ngày 20/8/1961, để lại lá thư tuyệt mệnh nêu rõ vấn đề gây nhiều tranh cãi:

*"Xã hội thật không tử tế khi bắt một người đàn ông phải làm điều này với chính mình. Có lẽ, hôm nay là ngày cuối cùng tôi có thể tự mình làm được việc đó."*

Khi qua đời, Bridgman có vẻ rất tỉnh táo và chủ động trong quyết định của mình. Ông làm việc cho đến ngày cuối cùng, giải quyết xong mọi việc dang dở và thực hiện kế hoạch đã định. Tôi không rõ ông có tham vấn nhiều người khác hay không, nhưng quyết định của ông chắc chắn không phải bí mật với bạn bè và đồng nghiệp, vì có nhiều bằng chứng cho thấy ít nhất ông cũng đã báo trước với một số người trong số họ. Bệnh tình đã trầm trọng đến mức ông nghi ngờ mình không còn đủ sức để thực hiện quyết tâm sắt đá của ông.

Trong lời nhắn cuối cùng, Bridgman bày tỏ lòng tiếc là mình phải thực hiện hành động tự vẫn một mình, không được trợ giúp. Một đồng nghiệp kể lại Bridgman từng nói: "Tôi muốn tận dụng hoàn cảnh hiện tại để thiết lập một nguyên tắc chung; cụ thể là khi cái kết cuối cuộc đời không thể tránh khỏi như hiện nay, cá nhân có quyền yêu cầu bác sĩ giúp mình ra đi." Nếu phải dùng một câu để tóm tắt cuộc tranh luận mà tất cả chúng ta đều đang tham gia, thì đó chính là câu trên đây. Không có cuộc thảo luận hiện đại nào về vấn đề tự tử, ít nhất từ góc nhìn của một bác sĩ, có thể bỏ qua vấn đề về vai trò của bác sĩ trong việc hỗ trợ bệnh nhân chấm dứt cuộc đời. Từ khóa quan trọng trong câu này là "bệnh nhân" - không đơn thuần là con người, mà chính là bệnh nhân của vị bác sĩ đang cân nhắc hỗ trợ họ. Giới y khoa không nên phát triển một chuyên ngành mới về "những người đưa tiễn cõi chết" để rồi các bác sĩ ung thư, phẫu thuật và các lĩnh vực khác bị dẫn dắt bởi lương tâm có thể giới thiệu những ai muốn ra đi khỏi thế giới này cho họ.

Mặt khác, mọi cuộc tranh luận về sự tham gia của các bác sĩ vào việc này đều đáng được hoan nghênh nếu nó đem lại sự công khai cho hành vi được giữ kín đã tồn tại từ rất lâu, kể từ khi Aesculapius (thần y học Hy Lạp) còn nằm nôi.

Tự tử, đặc biệt là hình thức mới đây vẫn còn nhiều tranh cãi, đã trở nên phổ biến trong thời gian gần đây. Xưa kia, trong nhiều thế kỷ, những ai tước đoạt sinh mạng của chính mình thì tốt nhất là bị coi đã phạm tội nghiêm trọng với bản thân; tệ hại nhất là hành động của họ bị xem là tội trọng. Cả hai quan niệm này đều ngụ ý trong lời của Immanuel Kant: "Tự tử không đáng tởm vì Chúa cấm nó; Chúa cấm nó bởi vì nó thật đáng tởm."

Thời nay, chúng ta đang đối mặt với một khía cạnh mới của vấn nạn tự tử - được hỗ trợ và có lẽ cũng được khuyến khích bởi những người tự xưng là cố vấn về giới hạn chịu đựng của con người (self-styled consultants on the limits of human suffering). Trên các tạp chí, báo lá cải, chúng ta đọc thấy những hành động của người quá cố trong một số hoàn cảnh đã được thừa nhận, họ được tôn vinh như những nhân vật anh hùng thời hiện đại (New Age heroes) mà một số người trong số đó dường như đã trở thành. Còn với những biểu tượng nổi tiếng trong lĩnh vực y tế và các lĩnh vực khác, những người hỗ trợ cho việc tự tử, chúng ta chứng kiến cảnh họ tự tin trình bày triết lý của mình trên các chương trình truyền hình nói chuyện. Họ tự tán dương lòng vị tha của chính mình dù hệ thống tư pháp đang tìm cách truy tố họ.

Năm 1988, trên Tạp chí Y khoa Hoa Kỳ (Journal of the American Medical Association), có đăng tải một câu chuyện do một bác sĩ phụ khoa trẻ tuổi kể lại. Vào một đêm muộn, vị bác sĩ này đã giết chết - không có từ nào khác để gọi hành động ấy - một phụ nữ 20 tuổi bị ung thư, vì ông cho rằng lời cầu cứu của bệnh nhân là lời mong muốn được chết mà chỉ mình ông có thể đáp ứng. Phương pháp mà ông dùng là tiêm liều morphine truyền tĩnh mạch gấp đôi liều lượng khuyến cáo, rồi đứng đó chờ hơi thở bệnh nhân "trở nên

bất thường rồi ngưng hẳn". Thực tế là người tự xưng mình là người cứu rỗi này chưa từng gặp nạn nhân trước đó cũng không ngăn được ông ta không chỉ thực hiện mà còn công khai đăng tải chi tiết về nhiệm vụ thương xót bị hiểu lầm của mình, thậm chí sự tự tin mù quáng về sự khôn ngoan của chính mình. Hippocrate nhắc nhở, còn những người kế thừa cuộc đời của ông đều khóc than trong tâm hồn.

Mặc dù các bác sĩ Mỹ nhanh chóng lên án hành vi của vị bác sĩ phụ khoa trẻ tuổi, nhưng ba năm sau, họ lại phản ứng rất khác trong một trường hợp hoàn toàn khác biệt. Đăng trên Tạp chí Y khoa New England (New England Journal of Medicine), một bác sĩ nội khoa từ Rochester, New York, miêu tả về bệnh nhân tên Diane mà ông đã cố tình giúp tự tử bằng cách kê đơn thuốc an thần theo yêu cầu của cô. Diane, một người mẹ có con trai đang tuổi đi học đại học, từng là bệnh nhân lâu năm của bác sĩ Timothy Quill. Cách đó 3 năm rưỡi, ông đã chẩn đoán Diane mắc một dạng bệnh bạch cầu nghiêm trọng và tình trạng bệnh đã trở nên tồi tệ đến mức "đau nhức xương khớp, suy nhược, mệt mỏi và sốt bắt đầu chi phối cuộc sống của cô ấy".

Thay vì đồng ý điều trị hóa chất mà khả năng chữa khỏi bệnh ung thư hiểm nghèo, ngay từ đầu Diane đã thẳng thắn chia sẻ với bác sĩ Quill và đồng nghiệp rằng cô sợ sự suy kiệt từ điều trị và mất kiểm soát cơ thể hơn là sợ cái chết. Từ từ, kiên nhẫn và nhờ lòng trắc ẩn hiếm có cùng sự hỗ trợ của đồng nghiệp, bác sĩ Quill đã chấp nhận quyết định và lý do chính đáng của Diane.

Quá trình dần nhận ra mình nên giúp Diane rút ngắn cuộc sống là tấm gương cho mối liên hệ nhân văn có thể tồn tại và được thắt chặt giữa bác sĩ và bệnh nhân mắc bệnh nan y. Đó là bệnh nhân có năng lực lựa chọn lý trí và được tư vấn xác nhận đây là cách đúng để ra đi thanh thản. Đối với những ai thế giới quan cho phép quyền lựa chọn này, cách xử lý gay gắt của bác sĩ Quill (sau này trình bày trong một cuốn sách thẳng thắn năm 1993) có thể trở thành mốc tham chiếu trong vấn đề y đạo đức. Các bác sĩ như vị

phụ khoa trẻ hay những người phát minh máy tự sát vẫn còn nhiều điều để học hỏi từ những người như Diane và Timothy Quill.

Bác sĩ Quill và vị phụ khoa trẻ đại diện cho hai cách tiếp cận trái ngược hoàn toàn chi phối tranh luận về vai trò của bác sĩ giúp bệnh nhân qua đời - họ là những đại diện lý tưởng và đáng sợ. Cuộc tranh luận đã dấy lên cơn phẫn nộ, và tôi hy vọng sẽ vẫn tiếp tục nổi lên xung quanh quan điểm mà cộng đồng y tế và các bên khác nên theo đuổi, với nhiều mức độ ý kiến khác nhau.

Tại Hà Lan, các hướng dẫn về việc an tử đã được xây dựng dựa trên sự đồng thuận chung. Quy định cho phép những bệnh nhân có năng lực trí tuệ và được thông tin đầy đủ được giúp ra đi trong hoàn cảnh được kiểm soát chặt chẽ. Phương pháp thường dùng là bác sĩ gây ngủ sâu bằng thuốc an thần, sau đó tiêm thuốc tê cơ gây ngừng thở. Giáo hội Tin lành Hà Lan (The Dutch Reformed Church) cũng đã áp dụng chính sách không cấm đoán việc tự nguyện chấm dứt cuộc sống khi căn bệnh gây khổ sở không thể chịu đựng. Ngay cả cách dùng từ của họ cũng phản ánh sự nhạy cảm trong việc phân biệt với tự tử thông thường hay "zelfmoord" (tự sát theo nghĩa đen). Thuật ngữ mới "zelfdoding" (có nghĩa là tự quyết định cái chết) được đưa ra để chỉ cái chết trong hoàn cảnh an tử.

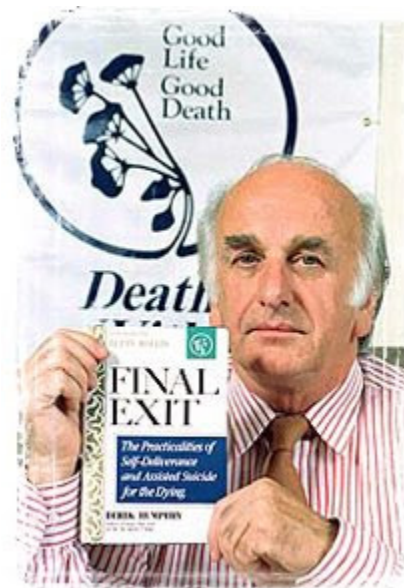
Mặc dù về mặt kỹ thuật, an tử vẫn bất hợp pháp tại Hà Lan, nhưng sẽ không bị truy tố nếu bác sĩ tuân thủ các hướng dẫn bao gồm: lặp đi lặp lại các yêu cầu không bị ép buộc để chấm dứt đau khổ tâm lý và thể xác từ bệnh nan y không khả năng chữa trị; các phương án điều trị khác đã được thử hoặc từ chối. Mỗi năm có khoảng 2.300 trường hợp an tử trên tổng dân số 14,5 triệu người, tương đương 1% tổng số ca tử vong. Hầu hết đều được thực hiện tại nhà riêng. Điều đáng chú ý là đa số các yêu cầu đều bị bác sĩ từ chối vì không đáp ứng tiêu chí.

Yếu tố thiết yếu là sự tham gia của các bác sĩ gia đình thường xuyên thăm khám tại nhà, những người cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế chính tại Hà

Lan. Khi bệnh nhân nan y yêu cầu an tử hay hỗ trợ tự tử, họ thường tìm đến bác sĩ quen thuộc hơn là chuyên gia. Trường hợp bác sĩ Timothy Quill không bị truy tố năm 1991 có lẽ bởi mối quan hệ lâu năm, chất lượng với bệnh nhân Diane.

Tại Hoa Kỳ và các nước dân chủ nói chung, thảo luận công khai các quan điểm khác nhau xung quanh vấn đề này có ý nghĩa không phải vì tìm được sự đồng thuận ổn định, mà để nhận ra điều đó là không thể. Qua nghiên cứu các góc nhìn đa chiều, chúng ta nhận thức nhiều khía cạnh hơn để đưa ra quyết định sáng suốt mà trước đó có thể bỏ qua. Những quyết định như vậy luôn nằm trong lĩnh vực lương tâm cá nhân, đó là điều hợp lý nhất.

Để giải quyết các vấn đề này, một tổ chức tên là Hiệp Hội Hemlock (Hemlock Society) đã xuất hiện. Những trang này không phải là nơi để phản biện những cách tiếp cận sai lầm mà tổ chức tự giúp đỡ này đã công khai chấp nhận quyết định tự sát của những người có thể không đủ khả năng phán đoán. Cũng không phải mục đích của tôi để bày tỏ quá nhiều sự miệt thị đối với cách mà Derek Humphry, người sáng lập Hiệp Hội Hemlock, đã tự thể hiện mình trong ánh đèn của truyền thông khi quảng bá cuốn sách "Final Exit" của mình. Tuy nhiên, không ai nên đưa ra phán xét cuối cùng về "Final Exit" mà không biết đến một thống kê đáng chú ý: Cuộc khảo sát năm 1991 của Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Dịch Bệnh Hoa Kỳ (United States government's Centers for Disease Control) cho thấy 27% trong số 11,631 học sinh trung học đã nghiêm túc suy nghĩ về việc tự sát trong năm trước, và một trong mười hai người đã thử làm điều đó. Hơn nửa triệu thanh niên Mỹ được biết là cố gắng tự tử mỗi năm, cộng thêm một số lượng lớn không thể phát hiện được những người đã không bao giờ tiết lộ nỗ lực của mình.



Trong một lá thư tháng Sáu năm 1992 gửi đến Tạp chí Hiệp Hội Y khoa Hoa Kỳ, hai bác sĩ tâm thần từ Trung tâm Nghiên cứu Trẻ em Yale (Yale Child Study Center) đã khuyến cáo rằng: "Với những ví dụ rùng rợn, hướng dẫn cụ thể và sự ủng hộ mạnh mẽ cho hành động tự tử, 'Final Exit' có thể có ảnh hưởng đặc biệt nguy hại đến các bạn trẻ, những người với tỷ lệ tự tử cao có vẻ nhạy cảm với những ảnh hưởng bất chước và các yếu tố văn hóa tôn vinh hoặc giảm bớt đi sự kỳ thị đối với tự tử."

Trầm cảm, sự chán nản thường trực của những người bệnh mãn tính, và sự hấp dẫn về cái chết trong một số phần của xã hội chúng ta không phải là lý do đủ mạnh để dạy mọi người cách giết chính mình, giúp họ làm điều đó, hoặc chúc phúc cho hành động ấy. Không ai với khả năng phán đoán suy giảm có thể đưa ra quyết định mang tính quan trọng về việc kết thúc cuộc đời mình. Về điểm này, không có sự bất đồng, ngay cả trong số các nhà đạo đức học luận bàn một cách thuyết phục nhất về khái niệm được gọi gần đây là **tự tử hợp lý**<sup>180</sup>. Như bác sĩ Quill đã chỉ ra, cuốn sách của Derek Humphry không giải quyết những bất ổn sâu sắc về mặt đạo đức và cá nhân mà nó đặt ra liên quan đến ý nghĩa của việc hỗ trợ tự tử và cái chết êm dịu. Với tất cả các vấn đề liên quan đến cuộc sống con người, không thể có câu trả lời chung, nhưng cần có một thái độ chung của sự khoan dung và tìm hiểu. Có thể là quá nhiều để yêu cầu phải có một phương pháp quyết định chung được nêu rõ hơn so với các hướng dẫn đã được mô tả. Cho đến khi có một phương pháp tốt hơn, phương pháp của Bs Quill—sự đồng cảm, thảo luận không vội vàng, tư vấn, đặt câu hỏi và thách thức các giả định—sẽ là phù hợp.

Dù triết lý của Humphry có thể bị chỉ trích, phương pháp của ông thì không. Kỹ thuật đã được biết đến rộng rãi, bao gồm việc nuốt một lượng lớn thuốc ngủ trước khi đặt đầu vào một túi nhựa kín không khí, vẫn hoạt động hiệu quả như Humphry đã đề xuất, dù không theo đúng cơ chế sinh lý mà ông

---

<sup>180</sup> Tự tử hợp lý (Rational suicide): Khái niệm chỉ việc một người lựa chọn kết thúc cuộc đời mình một cách có suy nghĩ, thường là do đau đớn không thể chịu đựng được hoặc bệnh tật nghiêm trọng không thể chữa khỏi.



mô tả. Vì túi nhỏ, lượng oxy nhanh chóng cạn kiệt, trước khi lượng carbon dioxide thở lại gây ra tác động đáng kể. Sự suy giảm não nhanh chóng xảy ra, nhưng nguyên nhân thực sự gây ra cái chết là do mức oxy trong máu thấp khiến tim chậm lại nhanh chóng đến mức ngừng hoàn toàn và ngưng tuần hoàn. Có thể có một số triệu chứng của cơn suy tim cấp tính<sup>181</sup> khi tốc độ co bóp của tâm thất giảm, nhưng điều đó không quan trọng bởi vì cái chết xảy ra quá nhanh chóng. Mặc dù có thể người ta cho rằng sẽ có cơn co giật cuối cùng hoặc nôn mửa bên trong túi, nhưng điều này hiếm khi, nếu có, xảy ra. Bác sĩ Wayne Carver, giám đốc y tế của bang Connecticut, đã chứng kiến đủ các trường hợp tự tử như vậy để khẳng định rằng khuôn mặt của họ không hề xanh hay sưng. Trên thực tế, họ trông rất bình thường, chỉ là đã chết. Mỗi năm, khoảng ba mươi ngàn người Mỹ tự tử, và phần lớn trong số đó là người trẻ. Con số này chỉ ám chỉ những cái chết mà có thể chắc chắn được coi là tự sát. Sự kỳ thị vẫn tồn tại đối với việc tự tử làm cho nhiều gia đình và chính những người này thường che giấu hoàn cảnh. Những người sống sót đôi khi tìm đến sự thông cảm của bác sĩ để viết một cái gì đó khác trên giấy chứng tử. Các cụ ông, như đã nêu trước đó, tự tử với tỷ lệ cao nhất mỗi ngàn người, nhưng bộ trước áp lực của bệnh tật và sự cô đơn, đặc biệt là dễ mắc phải chứng trầm cảm.

Phần lớn các vụ tự tử vẫn sử dụng các phương pháp cũ như sử dụng súng, đâm, treo cổ, thuốc và khí độc, hoặc kết hợp nhiều phương pháp. Thỉnh thoảng, một kế hoạch tự tử không được chuẩn bị kỹ lưỡng sẽ thất bại, đặc biệt khi do một người đang trong cơn quẫn trí về mặt cảm xúc thực hiện. Trong tuyệt vọng, những người này đôi khi tiếp tục cố gắng cho đến khi họ thành công, cuối cùng là phát hiện ra thi thể đã bị thương nặng, bị bắn, và cuối cùng là bị đầu độc hoặc treo cổ. Khi Seneca cuối cùng đã lấy mạng sống của mình, điều đó không phải do quyết định của bản thân mà là theo mệnh lệnh của hoàng đế Nero. Mặc dù có thể nghĩ rằng nhiều năm suy ngẫm về vấn đề này đã biến ông thành một chuyên gia trong lĩnh vực này, nhưng thực tế không phải vậy—ông là một nhà chính trị có tiếng, nhưng

---

<sup>181</sup> Suy tim cấp tính (Acute heart failure): Tình trạng y khoa mà trong đó tim không thể bơm máu hiệu quả để đáp ứng nhu cầu của cơ thể. Các triệu chứng có thể bao gồm khó thở, mệt mỏi, và sưng do tích tụ chất lỏng.

không hiểu nhiều về cơ thể con người. Trong quyết tâm chấm dứt mọi chuyện, ông đã đâm một lưỡi dao vào động mạch cánh tay của mình; khi máu không chảy đủ nhanh theo ý muốn của mình, ông đã cắt các tĩnh mạch ở chân và đầu gối. Khi điều đó vẫn không đủ, ông đã uống thuốc độc, cũng vô ích. Cuối cùng, Tacitus ghi lại, "Ông đã được đưa vào bồn tắm nước nóng, nơi mà hơi nóng đã làm ông ngạt thở."

Barbiturat, một tác nhân tự tử hiện đại, có thể giết người qua nhiều cách. Cơ hôn mê mà chất này gây ra rất sâu, đến mức đường thở trên có thể bị tắc nghẽn do đầu ngã vào một tư thế nguy hiểm, cản trở sự lưu thông không khí. Ngoài ra, nôn mửa có thể dẫn đến tình trạng ngạt thở. Ở liều lượng cao, barbiturat làm lỏng cơ thành động mạch, cho phép mạch máu giãn ra đủ để máu không lưu thông mà tụ lại. Ở liều lượng lớn như vậy, thuốc này ức chế khả năng co bóp của cơ tim, từ đó có thể gây ra ngừng tim.

Ngoài barbiturat, có nhiều chất dược phẩm khác thường được sử dụng để tự tử: Heroin và các chất gây nghiện khác khi tiêm tĩnh mạch có thể gây phù phổi nhanh chóng, mặc dù cơ chế cụ thể chưa được biết rõ; cyanide làm gián đoạn một quá trình sinh hóa giúp tế bào sử dụng oxy; arsenic làm tổn thương nhiều cơ quan và cuối cùng gây ra rối loạn nhịp tim, đôi khi kèm theo hôn mê và co giật.

Khi một người có ý định tự tử cắm một đầu ống vào ống xả của xe ô tô và hít khí ở đầu kia, họ đang tận dụng khả năng ưu tiên liên kết của hemoglobin với carbon monoxide, ưu tiên này mạnh hơn 200-300 lần so với oxy. Người bệnh tử vong do não và tim không nhận đủ oxy. Màu sắc do carboxyhemoglobin<sup>182</sup> tạo ra làm cho máu trông sáng hơn và, nghịch lý thay, còn rực rỡ hơn trạng thái bình thường, khiến da và màng nhầy của người chết do ngạt khí carbon monoxide có một màu đỏ anh đào đặc trưng. Sự thiếu vắng sự đổi màu xanh của tình trạng ngạt thở có thể khiến những

---

<sup>182</sup> Carboxyhemoglobin: một hợp chất của carbon monoxide và hemoglobin trong máu, khiến hemoglobin không thể vận chuyển oxy, dẫn đến ngạt thở.

người phát hiện ra thi thể với má hồng như đang khỏe mạnh nhưng đã chết, bị lừa.

Treo cổ cũng gây ra cái chết tương tự, nhưng thông qua một cơ chế ít nhẹ nhàng hơn nhiều. Trọng lượng cơ thể của nạn nhân tạo ra đủ lực để thắt chặt vòng thòng lọng và gây ra sự tắc nghẽn cơ học ở đường thở trên. Sự tắc nghẽn này đôi khi do sự ép chặt hoặc gây khí quản, nhưng cũng có thể do sự dịch chuyển lên của gốc lưỡi, chặn không khí vào. Do vòng thòng lọng siết chặt cắt đứt dòng chảy qua tĩnh mạch cảnh và các tĩnh mạch khác, máu không có oxy được ứ đọng trở lại trong các mô của mặt và đầu. Việc phát hiện ra một thi thể treo cổ kỳ quái với lưỡi sưng tấy, đôi khi bị cắn, nhô ra từ khuôn mặt xanh xám với đôi mắt trợn trừng là một cảnh tượng ám ảnh mà chỉ những người rất cứng rắn mới có thể nhìn mà không cảm thấy ghê tởm.

Trong trường hợp treo cổ theo pháp luật, người thi hành án cố gắng tránh tình trạng ngạt thở cho người bị kết án. Tuy nhiên, đôi khi họ không thành công. Nếu nút thắt được đặt đúng vị trí ngay dưới góc hàm của người đàn ông, sự rơi tự do từ năm đến bảy mét sẽ làm gãy và lệch cột sống tại gốc sọ. Điều này làm đứt dây thần kinh tủy, gây sốc tức thì và liệt hệ hô hấp. Cái chết, nếu không xảy ra ngay lập tức, sẽ rất nhanh chóng, mặc dù tim vẫn có thể đập trong vài phút.

Quá trình ngạt thở do treo cổ tự tử tương tự như trong mọi trường hợp ngạt thở cơ học, dù có chủ ý hay không, chẳng hạn như bị bịt miệng hoặc nghẹt thở. Ví dụ về nghẹt thở không tự tử là trường hợp "cơn đau tim trong quán cà phê" (cafe coronary), khi một miếng thức ăn lớn bất ngờ làm tắc nghẽn khí quản của một thực khách, thường là người say rượu. Người này hoảng loạn vì không thể thở, trong tình trạng kích động và tăng CO<sub>2</sub>, anh ta vùng vẫy vô ích, cố gắng nôn ra cái nút chặn thở trong khí quản. Ngay cả trong giây phút cuối, anh ta quá xấu hổ để làm điều đó trước mặt những người xung quanh đang ngạc nhiên và không thể hành động. Nếu ở nhà một mình,

anh ta có thể sẽ chết, nhưng nếu ở nơi công cộng, thủ thuật Heimlich<sup>183</sup> (Heimlich maneuver) có thể cứu mạng anh ta nếu có người xung quanh biết cách thực hiện.

Nếu thức ăn không được loại bỏ, quá trình ngạt thở tiếp tục không kiểm soát được. Nhịp tim tăng, huyết áp cao, và lượng carbon dioxide trong máu tăng nhanh chóng đến mức gọi là hypercarbia<sup>184</sup>, tạo ra cảm giác lo lắng cực độ. Thiếu oxy khiến nạn nhân trông xanh xao, hay tím tái. Anh ta cố gắng hết sức để hít thở qua vật cản, điều này chỉ khiến vật cản càng kẹt chặt hơn. Giống như trong trường hợp bị treo cổ, anh ta sẽ bất tỉnh, đôi khi kèm theo co giật do não thiếu oxy và tăng CO<sub>2</sub>. Sau một thời gian ngắn, nỗ lực thở trở nên yếu ớt và nông hơn. Nhịp tim trở nên bất thường và cuối cùng ngừng đập.

Đuối nước là một dạng ngạt thở, trong đó đường hô hấp bị nước chặn lại. Nếu người đuối nước tự tử, họ sẽ không chống cự việc hít nước vào. Ngược lại, nếu là tai nạn, họ sẽ cố gắng nín thở cho đến khi kiệt sức và không thể tiếp tục do tăng CO<sub>2</sub> trong máu. Lúc này, đường thở dẫn xuống phổi bị nước chặn, không khí không thể vào phổi. Nếu cuộc giằng co xảy ra gần mặt nước, nạn nhân có thể hít phải không khí tạo thành bọt, làm tình trạng càng tồi tệ hơn. Bọt và nước trong đường thở kích hoạt phản xạ nôn, đẩy dịch chất acid dạ dày lên miệng và có thể hít vào khí quản.

Nếu đuối nước xảy ra trong nước ngọt, nước được hấp thụ qua phổi vào máu, pha loãng máu và làm mất cân bằng hóa học và vật lý. Điều này phá hủy các tế bào hồng cầu, giải phóng kali vào máu, có thể làm tim ngừng đập. Trong trường hợp đuối nước trong nước biển, quá trình diễn ra ngược lại. Nước từ máu chảy vào phế nang, gây phù phổi. Phù phổi cũng có thể xảy ra khi đuối nước trong bể bơi do clo kích ứng mô phổi.

---

<sup>183</sup> Heimlich maneuver là một kỹ thuật cấp cứu được sử dụng để giải quyết tình trạng hóc, nghẹt thở do một vật lạ (thường là miếng thức ăn) gây tắc nghẽn đường thở. Kỹ thuật này được phát minh bởi bác sĩ Henry Heimlich vào năm 1974.

<sup>184</sup> Hypercarbia (tăng carbon dioxide trong máu): Tình trạng nồng độ carbon dioxide trong máu cao hơn mức bình thường, thường xảy ra do hô hấp kém, dẫn đến lo lắng, bối rối và các vấn đề về hô hấp.

Trong cuộc vùng vẫy của người đuối nước, việc hít nước vào ban đầu bị trì hoãn nhờ cơ chế tự vệ của cơ thể. Khi nước đầu tiên vào đường thở, thanh quản co thắt phản xạ và đóng lại để ngăn chặn việc hít thêm nước. Tuy nhiên, sau hai hoặc ba phút, lượng oxy giảm làm giãn cơ và nước tràn vào. Giai đoạn cuối cùng này khiến nước tràn vào nhiều đến mức có thể chiếm đến 50% thể tích máu khi đuối nước trong nước ngọt.

Cơ-thể-người-không-còn-sự-sống nặng hơn nước, và đầu là phần nặng nhất. Do đó, thi thể của nạn nhân đuối nước sẽ chìm đầu tiên xuống đáy và ở vị trí này cho đến khi quá trình phân hủy tạo ra đủ khí trong các mô để làm nó nổi lên mặt nước. Quá trình này có thể mất từ vài ngày đến vài tuần, tùy thuộc vào nhiệt độ và điều kiện của nước. Khi thi thể nổi lên, người phát hiện ra nó thường không thể tin rằng thứ gì đó đã từng là một con người và đã từng chia sẻ không khí mang lại sự sống với những người khác.

Đuối nước hàng năm cướp đi mạng sống của gần 5.000 người ở Hoa Kỳ, và rượu là nguyên nhân trong khoảng 40% các trường hợp. Trừ khi là tự sát hoặc giết người, tai nạn đuối nước thường xảy ra một cách đột ngột và không báo trước. Tuy nhiên, phần lớn nạn nhân đều ít nhiều nhận thức được nguy cơ này, bởi tai nạn thường xảy ra khi họ ở gần vùng nước sâu. Mỗi năm có khoảng một nghìn người Mỹ tử vong do điện giật, nhưng họ hầu như không bao giờ nghĩ mình sắp chết, ngay cả khi làm việc gần thiết bị điện cao thế. Nguyên nhân phổ biến nhất của cái chết sau khi bị điện giật là rung tâm thất do dòng điện đi qua tim. Điện áp cao đến não cũng có thể gây ra ngừng tim hoặc rung tâm thất. Nếu trung tâm điều khiển hô hấp của não bị tổn thương, ngừng thở sẽ là nguyên nhân gây ra cái chết. Dù phần lớn các trường hợp tử vong do điện giật xảy ra với nam giới làm việc gần dây cáp điện cao thế, tai nạn điện tại nhà cũng làm nhiều trẻ em và người lớn thiệt mạng mỗi năm.

Các nạn nhân của hành vi giết người, tự sát, và tai nạn đều bị tước đoạt nguồn cung cấp oxy cần thiết để duy trì sự sống. Việc trình bày các nguyên

nhân và tác động sinh lý không thể khép lại danh sách những người lính thuộc đội tử thần bạo lực. Cuộc thảo luận ngắn gọn về sự bình tĩnh trước cái chết, trải nghiệm cận tử, hoặc hỗ trợ tự tử chỉ mới khởi đầu cho việc giải quyết nhiều vấn đề mới mà gần đây đã được thêm vào danh sách dài các mối quan tâm cần được sự chú ý, thậm chí là sự xem xét kỹ lưỡng không chỉ bởi các triết gia và nhà khoa học mà còn bởi tất cả mọi người. Trong các vấn đề liên quan đến cái chết, yếu tố lâm sàng và đạo đức luôn gắn bó mật thiết đến mức chúng ta không thể nhìn vào một khía cạnh mà bỏ qua khía cạnh kia.

## CHƯƠNG VIII. CÂU CHUYỆN VỀ BỆNH AIDS

"Gọi tôi là Ishmael" — Cô ấy cười nhẹ khi nhớ về điều trớ trêu đó và ánh mắt cô đăm đăm nhìn qua tôi vào căn phòng nơi người cha trẻ đang lâm trọng bệnh. "Mới chỉ bốn tháng trước, nhưng nó như cả một đời người. Hôm đó, tôi bước vào phòng khám và thấy anh ấy đang ngồi trong phòng nhỏ, chờ đợi bác sĩ thần kỳ tới cứu mạng mình. Và bác sĩ ấy là tôi. "Chào buổi sáng, ông Garcia," tôi nói thật tươi tỉnh, như một sinh viên y khoa mới nên thể. Anh ấy vụt đứng dậy, anh chàng Latinh này với nụ cười tươi rói trên mặt. 'Gọi tôi là Ishmael,' anh nói — thật khó tin! Có lẽ anh chưa từng đọc cuốn sách đó. Ishmael của Melville sống sót<sup>185</sup>, nhưng Ishmael của tôi không bao giờ có cơ hội. Anh ấy sẽ không qua khỏi trong vài ngày nữa, nhưng tôi sẽ nhớ mãi về anh. Cô ấy dừng lại; tôi cảm nhận được lời nói tiếp theo như bị vướng mắc trong cổ họng cô, nghe như bị rách nát khi cô cuối cùng nói ra: "Anh ấy là bệnh nhân đầu tiên tôi điều trị mắc căn bệnh khốn kiếp này!"

Từ đó đến nay, biết bao khủng hoảng nối tiếp xảy ra kể từ buổi chiều hè ấy khi Ishmael Garcia đứng bật dậy từ ghế và đưa bàn tay ra bắt tay bác sĩ Mary Defoe. Cả hai người đã thay đổi rất nhiều so với trước kia. Dù đã gặp nhiều bệnh nhân AIDS<sup>186</sup> trong khi học y, Mary không bao giờ thực sự hiểu

---

<sup>185</sup> "Melville's Ishmael" đề cập đến nhân vật Ishmael từ cuốn tiểu thuyết nổi tiếng "Moby-Dick" của nhà văn Herman Melville. Ishmael là kể chuyện và nhân vật chính của cuốn sách, được biết đến với câu mở đầu nổi tiếng: "Call me Ishmael."

Trong "Moby-Dick", Ishmael là một người đàn ông trẻ tuổi tìm kiếm phiêu lưu trên biển và tham gia chuyến đi săn cá voi trên con tàu Pequod dưới quyền chỉ huy của Thuyền trưởng Ahab. Cuốn sách không chỉ là một câu chuyện săn cá voi mà còn chứa đựng nhiều tầng nghĩa sâu sắc về con người, tự nhiên và vũ trụ. Ishmael sống sót sau chuyến đi bi thảm của con tàu Pequod, khi hầu hết các thành viên khác đều thiệt mạng.

Việc bệnh nhân gọi mình là "Ishmael" và lời nhắc của bác sĩ rằng [nguyên văn] "**Melville's Ishmael survived, and mine never had a chance,**" sử dụng nhân vật Ishmael để tạo một sự tương phản đau lòng. Điều này không chỉ nhấn mạnh sự bi thảm của tình huống khi bệnh nhân không thể sống sót như Ishmael trong tiểu thuyết, mà còn cho thấy mức độ nghiêm trọng và tuyệt vọng của căn bệnh AIDS mà bệnh nhân này đang phải đối mặt.

<sup>186</sup> AIDS (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải): Là một bệnh do virus HIV gây ra, khiến hệ miễn dịch của người bệnh yếu đi, làm tăng nguy cơ nhiễm các bệnh nhiễm trùng khác và một số bệnh ung thư.

hết được mức độ nghiêm trọng của từng trường hợp cá nhân cho đến khi cô bắt đầu nhận trách nhiệm nặng nề của một bác sĩ mới tốt nghiệp.

Từ buổi chiều tháng Bảy nắng gắt, khi anh ta lần đầu tiên đến phòng khám AIDS, cho đến buổi sáng u ám, lạnh lẽo của tháng Mười Một, khi Bs Mary Defoe phải chứng nhận cái chết của anh, quan hệ bác sĩ - bệnh nhân giữa cô và Ishmael Garcia đã được thiết lập. Dù Ishmael có nằm viện hay đến phòng khám ngoại trú, anh luôn coi cô là bác sĩ riêng của mình. Thỉnh thoảng, các bác sĩ thực tập khác cũng chăm sóc anh trong những khi Mary chuyển sang phục vụ ở khu vực khác, nhưng cuối cùng họ lại tìm thấy nhau và tiếp tục con đường đến với kết cục bi thảm mà cả hai đều biết là không thể tránh khỏi.

Ngay từ những ngày đầu tiên trong sự nghiệp, nhiều bác sĩ đã phát triển mối quan hệ với bệnh nhân, và những mối quan hệ này trở thành mô hình cho cách họ phản ứng với bệnh tật và cái chết suốt đời. Đối với Mary Defoe, Ishmael Garcia chắc chắn là hiện thân của một hình ảnh đã mất từ lâu đối với thế hệ thầy thuốc hiện đại—sự bất lực trước một đại dịch khiến người trẻ tuổi phải ra đi.

Trong cuộc chiến chống lại cái chết, trước năm 1981, không ai có thể tính đến HIV, virus gây suy giảm miễn dịch ở người. Những dấu hiệu đầu tiên của sự bùng phát dữ dội của nó xuất hiện ngay khi khoa học y sinh bắt đầu tự hào một cách thận trọng về những tiến bộ đã đạt được, khi mà việc chinh phục các bệnh truyền nhiễm dường như đã nằm trong tầm tay. AIDS không chỉ làm rối loạn những người sẵn vi khuẩn mà còn làm lung lay niềm tin của chúng ta vào khả năng công nghệ và khoa học bảo vệ nhân loại khỏi những thay đổi bất ngờ của tự nhiên. Trong vài năm ngắn ngủi, hầu hết các bác sĩ trẻ trong quá trình đào tạo đều đã phải điều trị cho những bệnh nhân dù còn rất trẻ nhưng lại đang dần dần bị bệnh tật cướp đi mạng sống.

Bs Defoe và tôi nhẹ nhàng bước vào phòng của Ishmael, dù biết rằng anh ấy không còn nghe thấy bất cứ điều gì chúng tôi làm. Chúng tôi giữ im lặng



không chỉ vì sự tôn trọng nhiều hơn là nhu cầu. Khi một người đang ở những giây phút cuối cùng của đời mình, không gian xung quanh anh ta như được bao bọc bởi không khí của một nhà thờ, và chúng tôi bước vào nơi đó với sự kính cẩn.

Khung cảnh này hoàn toàn trái ngược với những diễn biến hỗn loạn thường thấy trong những giây phút cuối đời của bệnh nhân, khi mọi người đang cố gắng hết sức để kéo dài sự sống của anh ta thêm vài tuần hoặc vài tháng, đôi khi chỉ là vài giờ hoặc vài ngày. Sau những đau khổ không thể đong đếm được của Ishmael Garcia trong cơn sốt và mê sảng, giấc ngủ vĩnh hằng này là điều anh xứng đáng được hưởng; ít nhất thì sự ra đi của anh cũng không bị quấy rầy.

Ánh đèn trên cao trong phòng đã tắt và cửa sổ đã đóng lại để ngăn ánh nắng gay gắt của buổi trưa mùa thu. Không gian phòng bị bao trùm bởi ánh sáng dịu nhẹ, đồng đều. Người đàn ông bất tỉnh trên giường đang sốt cao, làn da vàng của anh ta nổi bật trên chiếc gối trắng tinh mới thay. Mặc dù căn bệnh đã khiến anh tiêu tụy, vẻ ngoài từng rất điển trai của anh vẫn còn đó.

Tôi đã đọc bệnh án của Ishmael và biết rằng, ngay cả trong hơi thở cuối cùng, sự yên tĩnh này sẽ bị phá vỡ bởi một nỗ lực hồi sinh quy mô lớn. Vài tháng trước, trong một khoảnh khắc hoảng sợ, anh đã nài nỉ vợ mình đảm bảo rằng các bác sĩ sẽ làm mọi điều có thể để bảo vệ mạng sống của anh - không cho phép họ từ bỏ. Và bây giờ, Carmen không thể tin được những gì đội điều trị AIDS nói với cô: điều có thể đã trở nên không thể. Cô ấy vẫn giữ lấy lời thề của mình, dù điều đó có thể phá hủy cơ hội ra đi nhẹ nhàng của linh hồn bất tử mà cô tin tưởng.

Mặc dù Ishmael đã ly thân với vợ mình ba năm trước khi anh ấy mắc bệnh, Carmen vẫn là người thân hợp pháp và đại diện cho gia đình anh. Thực tế, Carmen chỉ nói thay mặt cho bản thân mình, bởi vì cô ấy và chồng đã quyết

định giữ kín chẩn đoán bệnh. Cha mẹ và hai chị gái của Ishmael không hề biết tên bệnh của anh. Nếu họ biết, họ chưa bao giờ đề cập đến nó.

Khi nhận ra Ishmael bệnh nặng, Carmen đã cho anh trở về nhà. Cô ấy đã tìm thấy sức mạnh để bỏ qua những năm tháng không chung thủy và nghiện ngập của anh, cũng như hoàn cảnh khó khăn mà anh gây ra cho cô và ba đứa con gái của họ. Anh trở về để Carmen chăm sóc như một y tá và là người duy nhất trong gia đình hay bạn bè biết về cái kết cuối cùng của anh. Bất chấp tất cả, Carmen nói rằng anh vẫn là một người cha tốt và cô nợ anh nhiều điều. Vì ba đứa con gái và những ký ức về một cuộc sống đã qua, cô đã cho phép chồng mình trở về.

Carmen kiên quyết không để Ishmael chết khi đến lúc, bà tin rằng mình đang làm điều cuối cùng tốt đẹp cho anh - điều mà bà cho là mình đã hứa với anh. Bà từ chối thảo luận với các bác sĩ lý do tại sao bà không nghe theo lý lẽ của họ và không ai trong số họ có đủ can đảm để thúc ép bà. Họ nghĩ rằng, có lẽ sâu thẳm trong tâm thức, sự quan tâm mà Ishmael dành cho các con gái đã khiến Carmen cảm thấy có lỗi vì đã từ chối người chồng lầm lỡ và bỏ qua những cố gắng cải thiện của anh. Nhân viên y tế đã nhờ tới sự tư vấn của Chủ tịch Ủy ban Đạo đức Sinh học của bệnh viện (Hospital's Bioethics Committee), nhưng khi họ nói rằng có thể cứu sống anh, ông ta không thể phủ nhận quyết định của Carmen. Trong những hoàn cảnh như thế này, không ai biết trí tuệ nằm ở đâu.

Ishmael không bao giờ cô đơn trong căn phòng đó. Ba cô con gái luôn bên cạnh, dõi theo người cha yêu quý qua khuôn hình lớn treo trên bậu cửa sổ. Trong tấm ảnh, ba đứa trẻ tóc xoăn xinh đẹp mặc váy tiệc, nở nụ cười rạng rỡ hướng ra thế giới, như nhắc nhở về một ngày vui vẻ hơn những ngày tháng hiện tại. Tôi chỉ tay về phía bức ảnh, cảm lạnh đặt câu hỏi cho Mary.

"Vâng," cô ấy đáp lại, "hai đứa lớn hầu như mỗi ngày đều đến đây, nhưng Carmen không đưa đứa nhỏ nhất đến. Cô bé sáu tuổi thường chơi một mình quanh chân giường; cô bé chưa thực sự hiểu chuyện gì đang xảy ra.

Cô bé mười tuổi thì khóc, luôn đứng bên giường bố, lau mặt và vuốt ve ông, không thể ngừng rơi nước mắt. Tôi cố gắng tránh vào phòng khi họ ở đó—cảm xúc của họ nặng nề quá, tôi không chịu nổi."

Một cuốn Kinh Thánh tiếng Tây Ban Nha nằm dưới chân bức ảnh của các bé. Trang mở ra các chương 27 đến 31 trong Sách Thi Thiên (Book of Psalms), nhiều câu kinh được đánh dấu bằng màu sắc nổi bật. Tôi ghi lại số các câu và tìm hiểu ý nghĩa khi về nhà.

*Thi Thiên 27:9: "Xin Chúa đừng giấu mặt khỏi con, đừng để con bị lẻ loi trong giận dữ. Ngài là sự trợ giúp của con; xin đừng từ chối con, đừng bỏ rơi con, Chúa của sự cứu rỗi con."*

*Thi Thiên 27:10: "Dẫu cha mẹ con có bỏ rơi con, Chúa sẽ đón nhận con."*

*Thi Thiên 28:6: "Chúc tụng Chúa, vì Ngài đã lắng nghe lời van xin của con."*

Tôi chợt nhận ra rằng "Ishmael" trong tiếng Do Thái có nghĩa là "Chúa đã nghe". Câu chuyện của Ishmael trong Kinh thánh nói về người được Chúa lắng nghe và cứu rỗi, nhưng Ishmael nằm trên giường bệnh này dường như Chúa không nghe thấy. Dù vậy, gia đình vẫn kiên trì hy vọng và chờ đợi một phép màu.

Tôi thích tin rằng Chúa không can thiệp vào những việc như thế này. Chúng ta đang chứng kiến trong thời đại của mình một trong những thảm họa tự nhiên mà không có ý nghĩa, tiền lệ, và không thể tìm thấy một ẩn dụ hữu ích cho nó. Nhiều nhà lãnh đạo tôn giáo cũng đồng ý rằng Chúa không có vai trò trong những sự kiện như vậy. Trong tài liệu "Euthanasie en Pastoraat" được trích dẫn trong chương trước, các giám mục của Hội thánh Cải cách Hà Lan đã rõ ràng đề cập đến vấn đề lâu đời về sự can thiệp của Chúa

trong những đau khổ không giải thích được của con người: "Trật tự tự nhiên không nhất thiết phản ánh ý muốn của Chúa." Quan điểm này được nhiều giáo sĩ Cơ đốc và Do Thái từ nhiều giáo phái chia sẻ; bất kỳ quan điểm nào ít thông cảm hơn cũng được coi là vô cảm và thêm sự bất công cho những người đã phải chịu đựng quá nhiều. Mặc dù có nhiều bài học có thể rút ra từ đại dịch AIDS, những bài học đó nằm trong lĩnh vực khoa học và xã hội, không phải trong lĩnh vực giải thích tôn giáo. Chúng ta đang đối mặt không phải với một hình phạt mà là một tội ác; một trong những tội ác ngẫu nhiên mà thiên nhiên từng thực hiện đối với chính sinh vật của nó. Và thiên nhiên, như Anatole France đã nói, là thờ ơ; nó không phân biệt thiện và ác.

Có nhiều yếu tố về AIDS hơn là những thông tin lâm sàng cơ bản. Mặc dù điều này có thể áp dụng cho bất kỳ căn bệnh nào, nhưng với bệnh dịch này, sự thật còn sâu xa hơn. Tuy nhiên, dù bị ảnh hưởng văn hóa và xã hội như thế nào, việc hiểu biết các biểu hiện lâm sàng và khoa học của AIDS là cần thiết trước khi nhận thức được trọn vẹn bi kịch về cách thức nó cướp đi sinh mạng của những nạn nhân. Trường hợp của Ishmael Garcia là một ví dụ điển hình.

Vào tháng Hai năm 1990, Garcia nhận kết quả xét nghiệm máu dương tính với HIV. Xét nghiệm này là một phần của quá trình đánh giá một vết loét không lành trên cẳng tay trái của anh, khiến anh phải đến phòng khám tại Bệnh viện Yale-New Haven. Nhiễm trùng này gần như chắc chắn do thói quen sử dụng ma túy đường tĩnh mạch. Dù cảm thấy khỏe mạnh ở các phương diện khác, đặc biệt là khi vết thương nhanh chóng lành lại nhờ một đợt điều trị kháng sinh ngoại trú ngắn hạn, anh ta không quay lại bệnh viện sau lần được báo cáo về chẩn đoán.

Vào tháng Một năm 1991, anh bắt đầu ho khan, và tình trạng này ngày càng trở nên tồi tệ hơn trong vài tuần. Khi cơn ho tiến triển, một cảm giác chặt chẽ xuất hiện trong lồng ngực của Ishmael, càng trầm trọng hơn khi ho hoặc hít thở sâu. Sau hơn một tháng, khi mọi thứ ngày càng tồi tệ hơn, sự xuất hiện của sốt và khó thở khi hoạt động nhẹ đã làm anh lo lắng. Khi khó

thở của anh trở nên nghiêm trọng đến mức chỉ đi bộ trong phòng của mình ở khu Barrio tại New Haven cũng làm tăng khó khăn, anh biết đã đến lúc phải đến bệnh viện.

Trong phòng cấp cứu, phim chụp X-quang cho thấy phổi của Ishmael bị đầy ắp các hạt trắng mỏng, cho thấy sự lây nhiễm rộng khắp đã ngăn cản việc trao đổi khí đúng cách. Phân tích máu động mạch cho thấy một mức oxy thấp bất thường, phản ánh sự hấp thụ kém oxy của mô phổi bị nhiễm. Khi bác sĩ trực tiếp nhận xét miệng của bệnh nhân đang sốt, anh nhận ra dấu hiệu quen thuộc xuất hiện ở hầu hết các trường hợp mới mắc AIDS - lưỡi của Ishmael phủ một lớp nấm trắng đặc trưng của bệnh tưa miệng<sup>187</sup>.

Kết quả kiểm tra phổi cho thấy Ishmael mắc phải dạng viêm phổi thường gặp ở bệnh nhân AIDS, do ký sinh trùng *Pneumocystis carinii*<sup>188</sup> gây ra. Anh được nhập viện, và các bác sĩ đã sử dụng một thiết bị nội soi hình con rắn để lấy mẫu từ sâu trong khí quản của anh để xét nghiệm. Kết quả phân tích cho thấy cấu trúc hình cầu chặt chẽ của *Pneumocystis*. Ishmael được điều trị bằng thuốc chống nấm cho bệnh tưa miệng và khởi đầu liệu trình kháng sinh đặc hiệu pentamidine cho viêm phổi, và dần dần hồi phục. Trong thời gian nằm viện, anh được phát hiện thiếu máu và số lượng bạch cầu thấp.

Mặc dù Ishmael khẳng định rằng mình ăn uống tốt, nhưng anh vẫn bị suy dinh dưỡng đến mức nồng độ protein trong máu giảm. Khi cân, anh ngạc nhiên phát hiện mình đã mất 4 pounds (~1 ký 8 lạng) so với trọng lượng thường thấy là 140 pounds (~63 ký rưỡi). Tuy nhiên, thông tin đáng lo nhất mà anh nhận được là mức tế bào T4, hay CD4<sup>189</sup>, một dấu hiệu của nhiễm HIV, chỉ còn 120 trên mỗi milimét khối máu, thấp hơn nhiều so với mức bình thường.

---

<sup>187</sup> Bệnh tưa miệng (thrush): một loại nấm *Candida* gây ra các mảng trắng trên lưỡi và niêm mạc miệng, thường gặp ở những người suy giảm miễn dịch như bệnh nhân AIDS.

<sup>188</sup> *Pneumocystis carinii* (viêm phổi *Pneumocystis*): một loại ký sinh trùng gây ra bệnh viêm phổi ở người suy giảm miễn dịch, như bệnh nhân AIDS.

<sup>189</sup> CD4 lymphocytes: Các tế bào lympho CD4 là một loại tế bào miễn dịch chủ chốt trong hệ thống miễn dịch cơ thể, chịu trách nhiệm trong việc giúp cơ thể chống lại các loại vi khuẩn, virus và các tác nhân gây bệnh khác.

Không rõ Ishmael có tuân thủ chỉ dẫn sau khi xuất viện về việc dùng thuốc không. Các loại thuốc này nhằm ngăn chặn sự tái phát của bệnh viêm phổi mà anh đã gọi là PCP, tức viêm phổi *Pneumocystis carinii*. Có khả năng cao là anh đã không làm theo, bởi vì anh trở lại bệnh viện 11 tháng sau đó, vào tháng Giêng năm 1992, với các triệu chứng tương tự nhưng nghiêm trọng hơn. Lần này, anh còn than phiền về đau đầu dữ dội và buồn nôn, và có vẻ như bị lẩn. Qua kiểm tra dịch não tủy, các bác sĩ phát hiện bệnh viêm màng não do một loại nấm giống men gây ra tên là *Cryptococcus neoformans*<sup>190</sup>. Anh cũng bị nhiễm trùng tai phải nhưng không nhận thức được điều đó do tinh thần không minh mẫn. Số lượng tế bào CD4 của anh giảm xuống cực thấp, cho thấy sự phá hủy hệ miễn dịch bởi HIV đang tiến triển nhanh chóng.

Nhóm Y tế AIDS của Yale-New Haven đã cứu sống Ishmael khỏi cả ba loại nhiễm trùng, mặc dù anh đã suýt chết. Sau ba tuần nằm viện, anh đã xuất viện với một hóa đơn kê thuốc xù khoảng mười hai nghìn đô la. Vì đã mất bảo hiểm sau khi bị sa thải từ công việc do sử dụng ma túy, chi phí này đã được bang Connecticut đài thọ. Vào đầu tháng 7 năm 1992, trong khi đều đặn thăm khám bệnh viện, Ishmael đã phát triển một vết áp xe đau đớn dưới cánh tay trái, cần phải được dẫn lưu bằng phẫu thuật. Lần này, anh gặp Mary Defoe lần đầu tiên. Trong vài tuần tiếp theo, cô đã giám sát điều trị ngoại trú cho Ishmael cho bệnh viêm xoang và một nhiễm trùng tai khác, đồng thời chườm vết áp xe lạnh hần.

Trong tình trạng hồi phục từ căn bệnh vi khuẩn, Ishmael lưu ý rằng anh thường xuyên cảm thấy choáng váng và chóng mặt, đôi khi gặp khó khăn trong việc giữ thăng bằng. Ngay sau khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng đáng lo ngại này, trí nhớ của anh bắt đầu suy giảm và Carmen, vợ của anh, nhận ra rằng anh không luôn hiểu được cả những câu đơn giản. Các triệu chứng của Ishmael ngày càng trở nên nghiêm trọng, dẫn đến tình trạng rối

---

<sup>190</sup> *Cryptococcus neoformans*: một loại nấm men có thể gây ra bệnh viêm màng não, thường gặp ở những người có hệ miễn dịch yếu.

loạn và mệt mỏi hầu như suốt thời gian. Mặc dù Carmen biết ơn các bác sĩ, nhưng cô đã chấp nhận lời van nài của Ishmael không muốn được đưa vào phòng cấp cứu. Cả hai sợ hậu quả của việc nhập viện lần nữa và sự giảm cân nhanh chóng của Ishmael làm họ hiểu rằng một khi nhập viện có thể anh sẽ không bao giờ trở về nhà.

Carmen cuối cùng đã gọi xe cấp cứu khi cô phát hiện ra vào một buổi sáng rằng chồng mình đã quá yếu để chống lại. Khi đó, Ishmael gần như hôn mê, cánh tay trái của anh bắt đầu co giật không kiểm soát và anh chỉ phản ứng yếu ớt khi nghe lời chỉ dẫn được hét vào tai anh. Đôi khi, toàn bộ bên trái của anh bị co giật ngẫn. Kết quả của việc chụp CT chỉ ra các biểu hiện phù hợp nhất với loại nhiễm trùng não do một loài động vật nguyên sinh gọi là *Toxoplasma gondii*<sup>191</sup> gây ra, mặc dù các xét nghiệm máu không xác nhận được chẩn đoán đó. Các hình ảnh cho thấy nhiều khối u nhỏ ở cả hai bên não. Những tổn thương tương tự thường thấy ở bệnh nhân AIDS mắc một loại u ác tính gọi là lymphoma, nhưng tổn thương của Ishmael giống hơn với bệnh toxoplasmosis.

Dù chẩn đoán chưa được xác định chắc chắn, nhân viên y tế quyết định rằng việc bắt đầu điều trị cho *Toxoplasma* là an toàn nhất, do tần suất nhiễm *Toxoplasma* cao hơn so với u lymphoma ở bệnh nhân AIDS. Khi chỉ có một sự cải thiện nhỏ sau hai tuần điều trị thuốc, Ishmael được đưa vào phòng mổ, nơi các bác sĩ phẫu thuật thần kinh khoan một lỗ nhỏ trong hộp sọ và lấy một ít mô não để làm sinh thiết. Kiểm tra vi kính của mẫu mô không xác định được động vật nguyên sinh trong não, nhưng nó chỉ ra các thay đổi mà nhà nghiên cứu bệnh học tin là do sự hồi phục của bệnh do *Toxoplasma* gây ra. Điều này đã khích lệ nhóm AIDS tiếp tục điều trị, ngay cả khi vẫn còn sự không chắc chắn về chẩn đoán. Tuy nhiên, trong vòng một tuần, trạng thái của Ishmael trở nên tồi tệ hơn. Vì không có *Toxoplasma* xác định, những thành viên của nhóm bây giờ đề xuất điều trị bằng tia X cho một u lymphoma được giả định của não. Trước khi HIV xuất

---

<sup>191</sup> *Toxoplasma gondii*: Là một loài động vật nguyên sinh gây nhiễm trùng, thường được tìm thấy trong đất và thức ăn không đủ nấu chín. *Toxoplasma* có thể tấn công hệ thần kinh và gây ra các triệu chứng như mất trí nhớ, co giật, và rối loạn tâm thần.

hiện, u lymphoma não<sup>192</sup> rất hiếm, nhưng hiện nay thường xuyên được thấy ở bệnh nhân AIDS.

Lúc đầu, Ishmael phản ứng một phần với việc điều trị bằng tia X, bằng cách tỉnh dậy một phần từ trạng thái hôn mê sâu đã trở nên nghiêm trọng. Anh ấy thậm chí đã đạt được mức độ có thể nuốt được một lượng nhỏ bánh flan và thức ăn nghiền nhuyễn được đưa vào miệng bằng thìa của một y tá hoặc Carmen. Nhưng những tiến triển chỉ kéo dài trong thời gian ngắn. Sau đó, trạng thái hôn mê trở lại, sốt nhẹ của anh tăng lên đến mức 102°F-103°F (38.9°C ~ 39.4°C) mỗi ngày và anh phát triển viêm phổi do vi khuẩn cùng với một số nhiễm trùng tổng quát khác mà bản chất của nó không rõ ràng và, trong mọi trường hợp, kháng lại việc điều trị. Đó là tình hình vào buổi trưa tháng 11 đó khi Mary Defoe và tôi đứng bên giường của Ishmael.

Mặc dù đã mất ý thức sâu, gương mặt của Ishmael rất rối bời. Có lẽ có một chút hiểu biết thoáng qua về những nỗ lực của anh để hít thở qua các phổi bị nhiễm trùng, hoặc về việc lượng oxy giảm dần được vận chuyển đến các mô khốn khổ của anh. Anh đã nhiễm trùng máu, và toàn bộ cơ chế của cuộc sống anh đang mất. Hoặc có thể vẻ mặt rối bời của anh không liên quan gì đến sự đau khổ vật vã của các mô khó thở. Có thể, một điều gì đó bên trong anh đang cố gắng truyền đạt rằng anh quá mệt mỏi để tiếp tục - rằng anh đang cố gắng chết nhưng không thể. Nhưng liệu thực sự có thể anh khao khát cái chết không? Liệu bất kỳ cuộc chiến đấu nào cũng đáng giá những đau khổ, để có cơ hội nhìn thấy các cô con gái của mình một lần nữa không? Không ai biết tại sao gương mặt của những người đang chết lại trông như thế nào - một vẻ ngoài không thoải mái có thể cũng vô nghĩa như một vẻ ngoài yên bình.

Buổi sáng hôm sau, cuộc hành trình của Ishmael kết thúc. Carmen, cảm nhận sự gần gũi của cái chết, đã nghỉ làm một ngày ở nhà máy sản xuất hộp bìa cứng ở New Haven và ngồi bên giường anh. Khoảnh khắc giữa các

---

<sup>192</sup> U lymphoma não: Là một loại u ác tính xuất phát từ hệ thống lympho, thường thấy ở bệnh nhân AIDS. U lymphoma này có thể gây ra các triệu chứng như đau đầu, co giật, và suy giảm chức năng thần kinh.



hơi thở của anh dần dài ra, cho đến khi chúng dừng lại hoàn toàn. Mà không cần phải nói lại, cô đã thông báo với Mary từ đêm trước rằng sẽ không có phương pháp hồi sức nào được thực hiện - cô thấy rằng lời hứa với chồng đã được thực hiện đầy đủ; mọi điều có thể làm đã được thực hiện. Khi Ishmael ngừng hơi thở, cô chỉ đơn giản bước ra ngoài để thông báo với y tá đã ngồi cùng cô suốt buổi sáng. Và sau đó, Carmen đã làm điều mà cô từ chối nhiều lần trong khi Ishmael còn sống - cô yêu cầu được kiểm tra HIV.

Trong khu vực mà tôi sống ở Đông Bắc Hoa Kỳ, AIDS đã trở thành nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với nam giới từ 25 đến 44 tuổi - điều này diễn ra trong một khu vực mà các trường hợp tử vong ở nhóm tuổi này do bạo lực đường phố, nghiện ma túy và xung đột băng đảng là một phần quen thuộc của môi trường đô thị, như cùng với sự nghèo đói và tuyệt vọng tạo nên chúng. Làm thế nào để hiểu được cơn đau này? Chưa có tri thức nào được khám phá, chưa có bài học nào được tiết lộ.

AIDS như một phép tượng trưng, AIDS như một câu chuyện dài, AIDS như một biểu tượng, AIDS như một lời cảnh tỉnh, AIDS như một thách thức đối với lòng nhân ái của nhân loại, AIDS như một hình mẫu của sự đau khổ phổ biến - đó là những suy tư lo lắng mà tiêu tốn năng lượng trí tuệ của những người theo đạo đức và những người văn học ngày nay, như thể có điều gì đó tốt lành phải được giữ lại bằng mọi cách từ tai họa bản thủ này. Tuy nhiên, ngay cả lịch sử cũng không giúp ích được cho chúng ta; việc so sánh với những đại dịch trong quá khứ luôn là không đủ.

Chưa bao giờ có căn bệnh nào tàn khốc như AIDS. Cơ sở của tuyên bố này không chỉ nằm ở tính chất bùng phát mạnh mẽ và sự lan rộng toàn cầu của nó, mà còn ở sự kinh khủng của bệnh tật. Khoa học y tế chưa bao giờ đối mặt với một vi khuẩn phá hủy những tế bào miễn dịch chính mà nhiệm vụ của chúng là phối hợp sức đề kháng của cơ thể với nó; sự miễn dịch chống lại một số kẻ xâm lược thứ cấp được đánh bại trước khi nó có cơ hội tổ chức sự phòng thủ.

Ngay cả sự bắt đầu của AIDS cũng dường như là độc nhất. Hiện nay đã có đủ bằng chứng dịch tễ học để suy đoán về nguồn gốc có thể của sự bùng phát và các con đường mà nó đã thực hiện để giữ vững sự thống trị hiện tại của mình. Một số nhà nghiên cứu cho rằng virus đã từng tồn tại ở dạng khác trong số một số loài linh trưởng Trung Phi, trong đó nó không phải là mầm bệnh và do đó không gây ra bất kỳ căn bệnh nào. Có thể, máu của một con vật bị nhiễm bệnh có thể đã tiếp xúc với vết thương trên da hoặc màng của một hoặc nhiều cư dân trong một ngôi làng địa phương, sau đó dần dần lan truyền cho những người khác trong xung quanh. Dựa trên các mô hình toán học, những người ủng hộ lý thuyết này ước tính rằng sự lây truyền đầu tiên từ linh trưởng sang người có thể đã diễn ra cách đây hàng trăm năm. Do sự thiếu vắng của sự tương tác giữa các cộng đồng, căn bệnh này lan truyền chậm từ nguồn gốc giả định của nó. Khi các mô hình văn hóa bắt đầu thay đổi sau giữa thế kỷ XX và mọi người đi du lịch ngày càng nhiều từ nơi này đến nơi khác và trở nên đô thị hóa hơn, sự lan truyền của nhiễm trùng đã tăng tốc nhanh chóng. Khi một lượng lớn người nhiễm bệnh đã xuất hiện, các mô hình du lịch quốc tế đã mang virus đi khắp thế giới. AIDS là một cỗ máy phản lực sâu bệnh.

Trước khi bệnh AIDS bắt đầu thể hiện sự hiện diện của nó thông qua việc xảy ra ít nhất một trường hợp bệnh AIDS có thể xác định được, virus đã được lan truyền giữa hàng nghìn người không hề hay biết. Sự nhận biết đầu tiên về căn bệnh mới đến từ hai bài báo ngắn gọn trong các số xuất bản tháng 6 và tháng 7 năm 1981 của Báo cáo hàng tuần về Bệnh tật và Tử vong (Morbidity and Mortality Weekly Report) do Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC) phát hành. Các bài báo mô tả về việc xuất hiện của hai căn bệnh cực kỳ hiếm gặp trước đó ở tổng số 41 thanh niên đồng tính nam ở New York City và California. Một trong những căn bệnh đó là PCP, và cái kia là sừng đa nang Kaposi (KS). Pneumocystis carinii không gây bệnh ở những người có hệ thống miễn dịch nguyên vẹn. Gần như tất cả các trường hợp PCP được báo cáo trước đó đã xảy ra ở bệnh nhân có hệ thống miễn dịch bị ức chế cho mục đích ghép tạng, hoặc bằng hóa trị hoặc đói (starvation), mặc dù cũng có một số trường hợp bẩm sinh suy giảm

miễn dịch được ghi nhận. KS ở những người đồng tính nam này có một loại tấn công mạnh mẽ hơn nhiều so với bất kỳ lúc nào trước đây. Trong số 41 bệnh nhân, một số ít đã được kiểm tra máu để đánh giá lượng tế bào lympho T - một trong những trụ cột của hệ thống miễn dịch của cơ thể - và được phát hiện có số lượng giảm rõ rệt. Một yếu tố vẫn chưa được biết đến đã phá hủy một số lượng lớn tế bào này và từ đó làm suy yếu nghiêm trọng hệ miễn dịch của những chàng trai trẻ này.

Trong vài tháng qua, đã có nhiều bài viết khác nhau đề cập đến các trường hợp tương tự của những gì được gọi là hội chứng suy giảm miễn dịch liên quan đến đồng tính nam, hay còn được gọi là GRID. Tại các cuộc họp y tế, trong thư từ và qua điện thoại, các chuyên gia về bệnh truyền nhiễm đã chia sẻ với nhau về những bệnh nhân tương tự mà họ đang gặp phải. Đến tháng 12, một tuyên bố ngắn gọn trên các trang xuất bản của Tạp chí Y học New England đã phác họa những khía cạnh của vấn đề và, một cách nhạy cảm và gần như tiên tri, đã đề xuất khung những nghiên cứu cần phải được thực hiện, cũng như những tác động xã hội cần phải được xem xét: "Sự phát triển này đặt ra một câu đố cần phải giải quyết. Giải pháp của nó có thể sẽ thú vị và quan trọng đối với nhiều người. Các nhà khoa học (và những người chỉ tò mò) sẽ hỏi, Tại sao lại có nhóm này? Điều này có cho chúng ta biết về khả năng miễn dịch và nguồn gốc của khối u không? Sinh viên về các vấn đề sức khỏe cộng đồng sẽ muốn đặt dịch bệnh này vào góc nhìn xã hội. Các hiệp hội đồng tính nam thường hoạt động tích cực và được thông tin đầy đủ về các vấn đề sức khỏe thích hợp, sẽ muốn thực hiện các biện pháp để giáo dục và bảo vệ các thành viên của họ. Những người theo chủ nghĩa nhân đạo sẽ chỉ muốn ngăn chặn những cái chết và đau khổ không cần thiết." Mặc dù người viết bài, Tiến sĩ David Durack của Đại học Duke, có lẽ không biết rằng đã có khoảng 100,000 người trên toàn thế giới đã bị nhiễm bệnh này.

Bởi lúc này, đã có hơn một tá dạng vi sinh vật được xác định từ các mô của những người thanh niên mắc bệnh, và hầu hết chúng là những loại chỉ phát triển mạnh trong điều kiện miễn dịch bị suy giảm nghiêm trọng. Phần của

phản ứng miễn dịch bị ảnh hưởng đã được xác định là phụ thuộc vào tế bào lympho T, và điều này được chứng minh bằng việc sự giảm sút lớn về số lượng của một số trong những tế bào đó (tế bào T 4, hoặc tế bào CD4) trong máu. Do miễn dịch suy giảm cung cấp cơ hội cho các vi trùng thường khá lành tính gây ra vấn đề nghiêm trọng, các bệnh kết quả được gọi là các nhiễm trùng cơ hội. Khi bài biên tập của Tiến sĩ Durack được xuất bản, đã có thừa nhận rằng "tỷ lệ tử vong cực kỳ cao" và "các bệnh nhân duy nhất... không đồng tính luyến ái là người sử dụng ma túy."

Căn bệnh được đổi tên thành hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, hoặc AIDS.

Như đã đề cập trước đó, sự xuất hiện của AIDS, như một cú sốc từ đâu, đã là một đòn đánh vào những thành viên của cơ quan y tế công cộng, những người từ giữa đến cuối những năm 1970 đã tự thuyết phục mình rằng mối đe dọa từ các bệnh do vi khuẩn và virus đã trở thành một vấn đề thuộc về quá khứ. Những thách thức hiện tại và tương lai của y học, nhiều người tin chắc, sẽ tập trung vào việc chinh phục những tình trạng bệnh mãn tính như ung thư, bệnh tim, mất trí nhớ, đột quỵ và viêm khớp. Ngày nay, chưa đầy mười lăm năm sau, chiến thắng mà y học tưởng chừng đạt được trước các bệnh truyền nhiễm đã biến thành một ảo tưởng, trong khi các vi sinh vật chính bản thân lại đang giành chiến thắng những trận đánh không ngờ tới. Thập niên 1980 mang đến hai nguồn sợ hãi mới - sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn kháng thuốc và bệnh AIDS. Cả hai vấn đề này sẽ tiếp tục tồn tại với chúng ta trong thời gian dài. Tiến sĩ Gerald Friedland, chuyên gia hàng đầu quốc tế chỉ đạo đơn vị chống AIDS tại Đại học Yale, diễn đạt tình hình một cách đầy bi quan, báo trước về một mối đe dọa không hồi kết: **"AIDS hiện nay sẽ tồn tại cùng chúng ta trong suốt lịch sử của loài người."**

Bất kể những phản đối của một số nhà hoạt động chống AIDS, lượng thông tin đã được thu thập kể từ đó về virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và tiến bộ trong việc xây dựng một hệ thống phòng thủ chống lại sự tấn công của nó không gì khác ngoài một điều kinh ngạc. Thực tế, từ "kinh

ngạc" chính là từ được sử dụng để mô tả tốc độ tiến triển đáng kinh ngạc đến thời điểm năm thứ bảy của đại dịch. Năm 1988, Lewis Thomas, giữa những thành tựu nổi bật khác của ông là vai trò tiên phong trong lĩnh vực miễn dịch học, viết rằng:

*Trong suốt cuộc đời dài theo dõi nghiên cứu y sinh học, tôi chưa từng thấy bất cứ điều gì so sánh được với tiến bộ đã được đạt được trong các phòng thí nghiệm nghiên cứu về virus AIDS. Xét rằng căn bệnh này chỉ được nhận biết cách đây chỉ bảy năm và rằng tác nhân gây bệnh, HIV, là một trong những sinh vật phức tạp và gây bối rối nhất trên trái đất, thành tựu này thực sự là một điều kinh ngạc.*

Thomas tiếp tục chỉ ra rằng ngay cả vào thời điểm tương đối sớm đó, các nhà khoa học đã biết "nhiều hơn về cấu trúc, thành phần phân tử, hành vi và tế bào mục tiêu của HIV so với bất kỳ virus nào khác trên thế giới."

Không chỉ trong phòng thí nghiệm mà còn trong lĩnh vực điều trị, những dấu hiệu khích lệ đã xuất hiện cho thấy bệnh nhân ngày nay sống lâu hơn, thời gian không triệu chứng của họ ngày càng kéo dài và mức độ thoải mái của họ đang được cải thiện. Những thay đổi này đang diễn ra song song với việc hiểu biết ngày càng tăng về các con đường lây lan trên toàn thế giới, các biện pháp y tế công cộng và những thay đổi xã hội và hành vi sẽ là cần thiết nếu chúng ta muốn đạt được sự kiểm soát tối ưu đối với đại dịch.

Phần lớn tiến bộ đã được đạt được thông qua sự hợp tác tích cực của các trường đại học, chính phủ và ngành dược phẩm. Một sự kết hợp như vậy là một hiện tượng được hoan nghênh trong y học tại Hoa Kỳ, và sự tồn tại của nó phần lớn là nhờ vào các chiến dịch quyết liệt được tiến hành bởi các nhóm ủng hộ chống AIDS, đặc biệt là những người trong cộng đồng LGBT (nguyên văn: gay community). Các nhóm áp lực từ bệnh nhân là một yếu tố tương đối mới trong phương trình của nghiên cứu y học, nhưng ngày càng mạnh mẽ. Nhờ nỗ lực của các nhóm vận động chống AIDS cũng như những yêu cầu của các bác sĩ, khoảng 10 phần trăm trong tổng ngân sách 9 tỷ

USD của Viện Nghiên cứu Quốc gia về Sức khỏe (National Institutes of Health) đã được dành cho nghiên cứu về HIV. Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (The U . S . Food and Drug Administration) đã phải chịu áp lực không ngừng để nới lỏng các tiêu chuẩn nghiêm ngặt mà nó đã phát triển công phu trong việc đánh giá các loại thuốc thử nghiệm. Ở một số khía cạnh, điều này có lợi; việc phê duyệt có điều kiện đã được ban hành cho các tác nhân trị liệu đã chứng minh đủ hiệu quả dưới điều kiện phòng thí nghiệm. Tuy nhiên, mối nguy hiểm tiềm ẩn của việc nới lỏng các biện pháp bảo vệ khó khăn phải được lưu ý - ngay cả trong thời kỳ đại dịch.

Đặc biệt ấn tượng là chuỗi các phát hiện sớm diễn ra nhanh chóng, bắt đầu gần như ngay sau cảnh báo của CDC. Việc báo cáo một số trường hợp PCP ở những người nghiện ma túy qua đường tiêm không đồng tính (nonhomosexual IV) vào cuối năm 1981 đã làm nảy sinh khả năng rằng cách lây lan của căn bệnh mới tương tự như việc lây lan của viêm gan B, một loại virus thường gặp trong nhóm này. Người ta suy luận rằng tác nhân gây bệnh đang được tìm kiếm phải là một loại virus. Lý thuyết này được xác nhận vào năm 1982 thông qua một báo cáo của CDC, nói rằng chín trong số mười chín bệnh nhân đầu tiên ở khu vực Los Angeles có thể được liên kết thông qua quan hệ tình dục với một người đàn ông, và chín người này lần lượt liên kết với bốn mươi người khác đã được chẩn đoán ở mười thành phố khác nhau. Phát hiện này đã xác định khả năng lây truyền qua đường tình dục và sự lây nhiễm của căn bệnh một cách chắc chắn.

Đến giữa năm 1984, virus gây suy giảm miễn dịch ở người đã được phân lập và được chứng minh là tác nhân gây bệnh AIDS, và cách thức tấn công hệ thống miễn dịch đã được làm rõ. Đồng thời, các tác động lâm sàng của quá trình bệnh đã được đặc trưng và một phương pháp xét nghiệm máu đã được phát triển. Trong khi các nghiên cứu của các quan chức y tế công cộng và dịch tễ học đang tiến hành, họ đã làm sáng tỏ hình dáng và quy mô tổng thể của đợt bùng phát.

Ban đầu, có sự hoài nghi đáng kể trong cộng đồng khoa học về việc liệu có tồn tại bất kỳ loại thuốc nào có khả năng phá hủy trực tiếp virus không. Nhiều lo ngại phát sinh từ những hiểu biết về đặc điểm của virus, đặc biệt là sự sống sót của nó thông qua việc hòa nhập vào cấu trúc di truyền của các tế bào lympho mà nó tấn công. Không chỉ vậy, HIV còn có khả năng ẩn náu trong nhiều tế bào và mô khác nhau, nơi mà nó không chỉ được bảo vệ mà còn khó tìm thấy.

Đáng chú ý, HIV gạt bỏ phản ứng kháng thể của cơ thể bằng cách phủ một lớp vỏ protein của nó bằng carbohydrate. Điều này khiến cho cơ thể khó nhận biết và tiêu diệt virus. Thậm chí, HIV còn biến đổi một cách rộng lớn, cho phép nó trở thành một loại virus khác nếu cơ thể tìm cách tạo ra phản ứng kháng thể hoặc sử dụng một loại thuốc kháng virus mới.

Những hiểu biết này tiết lộ sự nguy hiểm của HIV và đặt ra thách thức lớn trong việc nghiên cứu và phát triển các phương pháp điều trị hiệu quả cho căn bệnh này.

Trước tất cả những thách thức này, cộng với việc HIV giết chết cột trụ của hệ thống phòng vệ của cơ thể bằng cách phá hủy các tế bào lympho mà nó sống trong đó, có lý do để nản lòng. Gần như trong tuyệt vọng, các nhà nghiên cứu bắt đầu tiến hành đánh giá trong phòng thí nghiệm về nhiều loại thuốc mà họ cho rằng có thể chiến đấu với virus lẩn tránh này. Đối diện với thực tế rằng sự lừa dối của HIV sẽ ngăn chặn sự phát triển sớm của một loại vắc xin để kích hoạt miễn dịch của cơ thể, các nhà khoa học đã áp dụng cùng một phương pháp trong việc chiến đấu chống lại AIDS như họ đã và đang sử dụng để chống lại các nhiễm trùng vi khuẩn: họ bắt đầu tìm kiếm các chất được phẩm hoạt động theo cùng cách như kháng sinh, bằng cách tiêu diệt vi khuẩn gây nhiễm trùng hoặc ngăn chặn sự sinh sản của chúng mà không phụ thuộc vào hệ thống miễn dịch như là đợt tấn công đầu tiên.

Một số chất được thử đã được dùng cho các mục đích khác, nhưng sau đó được phát hiện có hiệu quả hạn chế và bị đặt lại trên kệ. Khi kiến thức càng được mở rộng về các đặc điểm cụ thể của virus (đặc biệt sau khi HIV trở nên có sẵn dưới dạng có thể sử dụng trong phòng thí nghiệm, vào năm 1984), việc tìm kiếm các hợp chất hiệu quả hơn có thể được tập trung hơn. Đến cuối mùa xuân năm 1985, ba trăm loại thuốc đã được thử nghiệm tại Viện Ung thư Quốc gia (National Cancer Institute), và mười lăm trong số đó đã được phát hiện là có khả năng ngăn chặn sự sinh sản của HIV trong ống nghiệm. Trong số đó, có một chất được xem là hứa hẹn nhất, được mô tả lần đầu tiên là một loại thuốc chống ung thư vào năm 1978, mang mã hóa hóa học là 3-azido, 3-deoxy-thymidine, hoặc AZT (thường được gọi là zidovudine). AZT được áp dụng cho bệnh nhân đầu tiên vào ngày 3 tháng 7 năm 1984, và các nghiên cứu lâm sàng quy mô lớn đã được bắt đầu tại mười hai trung tâm y tế ở Hoa Kỳ. Đến tháng Chín năm 1986, đã có đủ bằng chứng để cho thấy loại thuốc này có thể giảm tần suất nhiễm trùng cơ hội và cải thiện chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân AIDS, ít nhất là cho đến khi virus biến đổi chống lại nó. Đó là liệu pháp hiệu quả đầu tiên từng được tìm thấy chống lại loại virus cụ thể mà HIV thuộc về, được gọi là retrovirus. Mặc dù loại thuốc này rất đắt tiền và có thể độc hại, nó nhanh chóng trở thành phương pháp điều trị chính cho HIV. Việc phát hiện ra hiệu quả của AZT đã khuyến khích việc tìm kiếm các chất tương tự khác. Chất đầu tiên được xác định là dideoxyinosine (ddi hoặc didanosine), và công việc vẫn đang tiếp tục.

Việc phát triển của AZT chỉ là một ví dụ cho thấy những nỗ lực mạnh mẽ đôi khi cần thiết để chiến đấu chống lại HIV vào thời điểm ban đầu đó. Từ đầu, một lượng thông tin đã được công bố, đôi khi gây kinh ngạc đối với những người không chuyên về lĩnh vực này.

Có những hiểu biết ngày càng sâu sắc về sinh học phân tử, các phương pháp giám sát và phòng ngừa cải thiện, việc điều chỉnh liên tục của báo cáo thống kê, sự hiểu biết gia tăng về sự tổn thương do các vi sinh vật cơ hội



gây ra, và, may mắn thay, có những loại thuốc mới chống lại những kẻ xâm lược truyền nhiễm đó và virus mà chúng kèm theo.

Không dễ dàng để giải thích hoặc hiểu cơ chế mà những kẻ xâm lược cơ hội này làm hại cho cơ thể của một người trưởng thành hoặc trẻ em mắc bệnh AIDS. Một loạt các vấn đề khó hiểu như vậy đang đối diện với những người nhiễm HIV và những người chăm sóc họ, khiến cho người ta không thể không ngưỡng mộ và biết ơn sâu sắc về những gì đã được đạt được. Khi một bác sĩ thuộc thế hệ của tôi đi làm vòng quanh bệnh viện với đội ngũ chuyên gia về AIDS, tất cả những gì anh ấy có thể làm là ngạc nhiên về mức độ hiểu biết của những bác sĩ và y tá có kỹ năng này, và có phần lớn trong số đó đã được học trong một thời gian ngắn như vậy. Mỗi bệnh nhân trong phòng đều mang theo nhiều loại nhiễm trùng và đôi khi cả một hoặc hai loại ung thư; mỗi người đều đang sử dụng từ bốn đến mười loại thuốc, thậm chí nhiều hơn mà không có sự chắc chắn về phản ứng hoặc độc tính có thể đoán trước được - Ishmael Garcia đã sử dụng mười bốn loại. Hàng ngày, và đôi khi thậm chí là nhiều hơn, các quyết định mới phải được đưa ra cho mọi bệnh nhân đang được điều trị (khu vực AIDS tương đối nhỏ của bệnh viện tôi có bốn mươi giường và luôn kín chỗ).

Trong một thực tế đầy rẫy những thách thức lâm sàng, các gia đình đau khổ chờ đợi câu trả lời và sự an ủi. Những báo cáo phải được nhân viên điền vào, biểu đồ phải được xem xét, các kiểm tra phải được yêu cầu, và còn nhiều hơn thế nữa.

Và luôn luôn, trách nhiệm quan trọng nhất là chăm sóc những người anh chị em đau khổ nhất của chúng ta, những người bị suy nhược, sốt, sưng tấy và thiếu máu. Mắt họ tìm kiếm sự an ủi và lời hứa không nói ra về sự giảm nhẹ từ nỗi đau, mà thường chỉ đến với cái chết. Bất kể sự kiên nhẫn và sức mạnh tinh thần mà nhiều bệnh nhân tỏ ra trước sự chắc chắn về cái chết, quá trình tàn nhẫn mà họ phải trải qua khiến họ chán nản mỗi khi nó tái diễn.

*Có một lực lượng lớn, từ bác sĩ đến y tá, từ nhà nghiên cứu đến nhân viên y tế, đang nỗ lực không ngừng nghỉ để giúp đỡ và chăm sóc những người đang chống lại căn bệnh đáng sợ này. Chúng ta cần nhìn vào họ với lòng biết ơn và tôn trọng vô hạn, vì họ đang là nguồn ánh sáng và hy vọng duy nhất cho những người đang chống lại HIV/AIDS.<sup>193</sup>*

---

<sup>193</sup> Đoạn này mình tự ý viết thêm vì một chút cảm xúc nhất thời.

## CHƯƠNG IX: SỰ SỐNG CỦA VIRUS VÀ CÁI CHẾT CỦA CON NGƯỜI

Các phát hiện mạnh mẽ về vòng đời của virus đã cung cấp nền tảng để tìm ra những điểm mà nó có thể bị tấn công. Nhìn chung, một virus không gì khác ngoài một hạt nhỏ chứa vật liệu di truyền được bọc trong lớp vỏ protein và chất béo. Virus là những sinh vật sống nhỏ nhất được biết đến và chúng mang ít thông tin di truyền. Bởi vì chúng không thể tồn tại mà không có sự trợ giúp của cấu trúc phức tạp hơn, chúng phải sống trong tế bào. Virus không thể tự sinh sản, do đó phải xâm nhập vào một tế bào và kiểm soát bộ máy di truyền của tế bào bằng cách tích hợp vào nó. HIV thực hiện điều này bằng một phương pháp ngược lại so với quá trình thông thường truyền tải thông tin di truyền; vì lý do đó, nó được gọi là retrovirus<sup>194</sup>.

Vật chất di truyền của tế bào được tạo thành từ các chuỗi phân tử gọi là axit deoxyribonucleic (DNA); DNA chính là nơi lưu trữ thông tin di truyền. Dưới điều kiện sinh sản bình thường, DNA được sao chép, hay "phiên mã", thành các chuỗi phân tử khác gọi là axit ribonucleic (RNA), mà chức năng như một khuôn mẫu để điều hướng sản xuất protein của tế bào mới. Tuy nhiên, trong một retrovirus, vật chất di truyền là RNA. Retrovirus cũng mang theo một enzyme được gọi là enzyme phiên mã ngược<sup>195</sup> (reverse transcriptase), mà khi virus xâm nhập vào tế bào chủ, enzyme này sẽ phiên mã RNA thành DNA, sau đó được dịch theo trình tự thích hợp thông thường thành protein.

Một chuỗi các sự kiện xảy ra khi một tế bào lympho bị nhiễm HIV đại khái như sau: Virus kết nối với các cấu trúc gọi là thụ thể CD4 trên màng bao quanh tế bào; tại những điểm đó, nó bong ra khỏi vỏ khi được đưa vào tế bào, nơi RNA của nó được phiên mã thành DNA. Sau đó DNA di chuyển vào nhân của tế bào lympho và tự chèn vào DNA của chính tế bào. Trong thời

---

<sup>194</sup> Retrovirus: một loại virus có khả năng tích hợp gen của nó vào gen của tế bào chủ một cách ngược lại so với quá trình truyền thống.

<sup>195</sup> Enzyme có khả năng chuyển đổi RNA thành DNA.

gian còn lại của cuộc đời tế bào lympho đó và thời gian tồn tại của con cháu, nó vẫn bị nhiễm virus.

Từ thời điểm này trở đi, mỗi khi một tế bào bị nhiễm phân chia, virus sẽ nhân đôi DNA cùng với gen của tế bào và giữ lại dưới dạng nhiễm trùng tiềm ẩn. Không rõ lý do, tại một thời điểm nào đó, DNA virus quyết định sản xuất RNA virus và protein virus mới; bằng cách này, virus mới được tạo ra. Chúng bám chồi từ màng tế bào của tế bào lympho, được giải phóng và sau đó tiếp tục lây nhiễm nhiều tế bào khác. Nếu quá trình này diễn ra đủ nhanh, nó có thể tiêu diệt tế bào lympho chứa nó, khiến chúng bị phá hủy khi các hạt virus bùng phát.

Một phương pháp khác để tiêu diệt tế bào lympho là sử dụng sự kết hợp của một số cấu trúc nhất định trên bề mặt của virus mới nảy chồi có thể liên kết với các tế bào T vẫn chưa bị nhiễm bệnh (still-uninfected T cells), kết quả là một lượng lớn các tế bào kết hợp với nhau thành các khối gọi là hợp bào. Do hợp bào không còn có khả năng hoạt động trong khả năng miễn dịch, sự kết tụ chúng tỏ là một cách rất hiệu quả để vô hiệu hóa nhiều tế bào lympho một lúc.

Tế bào bị tấn công bởi HIV là tế bào lympho T, một loại tế bào bạch cầu có vai trò quan trọng trong hệ thống miễn dịch của cơ thể. Cụ thể, đó là một tập hợp con của các tế bào T gọi là CD4, hoặc T 4, tế bào lympho (tên gọi khác là tế bào T trợ giúp) bị ảnh hưởng. Vì thế, tế bào CD4 chiếm ưu thế trong hoạt động tổng thể của hệ thống miễn dịch, nó được gọi là "tiền vệ."

HIV có thể ảnh hưởng đến tế bào CD4 theo nhiều cách khác nhau. Nó có thể sao chép trong tế bào, có thể nằm im trong thời gian dài và cũng có thể giết hoặc vô hiệu hóa chúng. Sự suy giảm nghiêm trọng của tế bào lympho CD4 dần dần xảy ra theo thời gian, đó là yếu tố chính trong việc ngăn chặn hệ thống miễn dịch của bệnh nhân hoạt động hiệu quả phòng chống các dạng nhiễm trùng khác nhau do vi khuẩn, nấm men, nấm mốc và các vi sinh vật khác.

HIV cũng tấn công một loại tế bào bạch cầu khác, được gọi là bạch cầu đơn nhân (monocyte), trong đó có tới 40% có thụ thể CD4 trong màng của chúng và do đó có thể tiếp nhận virus. Một nơi ẩn náu khác là đại thực bào hay macrophage (nghĩa đen là "kẻ ăn thịt lớn"), trong số chức năng của nó là ăn và tiêu hủy các mảnh vụn tế bào truyền nhiễm. Không giống như tế bào lympho CD4, cả macrophage lẫn bạch cầu đơn nhân đều không bị HIV phá hủy; chúng dường như được sử dụng làm bể chứa và những ngôi nhà an toàn trong đó vi khuẩn có thể nằm im trong thời gian dài.

Tất cả những điều đã nêu chỉ là một phác thảo sơ bộ về cách mà hệ thống miễn dịch bị HIV hủy hoại dần dần. Mặc dù một số người đã phản đối việc sử dụng các so sánh quân sự để mô tả bản chất của các bệnh lý, nhưng AIDS thì rất phù hợp với những so sánh mô tả như vậy.

Thực tế, quá trình này không khác gì việc tích tụ lực lượng dần dần, trong giai đoạn cuối cùng của đó, một cuộc tấn công pháo binh và không kích kéo dài phá hủy các hệ thống phòng thủ của một quốc gia, chuẩn bị cho một cuộc xâm lược đất liền khổng lồ được tiến hành bởi một liên minh lớn của các bên đấu tranh, liên minh với nhau để thực hiện sự tiêu diệt hoàn toàn. Đội quân vi khuẩn giết chết nạn nhân của AIDS sau khi HIV đã loại bỏ các tế bào CD4 của họ bao gồm nhiều loại phân đoạn khác nhau, và mỗi loại đều có mục tiêu và cơ chế tấn công chết người riêng của mình.

Các nhà dịch tễ học cẩn trọng nhất dự đoán rằng đến năm 2000<sup>196</sup>, sẽ có 20 đến 40 triệu người có huyết thanh dương tính trên hành tinh của chúng ta đang bị bao vây hoặc đã bị xâm lược. Mỗi năm, từ 40 đến 80 nghìn người Mỹ đang mắc phải bệnh mới và cùng một số lượng người chết.

---

<sup>196</sup> Do cuốn sách này được xuất bản vào 1993 (thế kỷ XX), và Quyên dịch cuốn này vào tháng 4/2024 (tức là đã **31 năm** trôi qua).

### Quyên xin phép cập nhật số liệu mới nhất:

1. Số lượng người có huyết thanh dương tính: Thay vì 20 đến 40 triệu người, thực tế là có ~39 triệu người trên toàn cầu đang sống với HIV vào cuối năm 2022. Điều này bao gồm cả người lớn và trẻ em.
2. Số lượng người mắc mới và tử vong hàng năm: thực tế là vào năm 2021, có khoảng 32.100 người Mỹ mắc mới HIV. Số lượng người mắc mới đã giảm 12% so với năm 2017. Số lượng người chết do HIV cũng đã giảm xuống.
3. Tỷ lệ người biết tình trạng HIV của mình: Thực tế là khoảng 87% người sống với HIV ở Mỹ biết tình trạng của mình.

### Nguồn tham khảo:

1. Thống kê toàn cầu về HIV và AIDS – Bảng thông tin | UNAIDS.  
<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
2. Chương trình HIV toàn cầu - Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).  
<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>.
3. Thống kê HIV tại Hoa Kỳ | HIV.gov.  
<https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics>.
4. Thống kê cơ bản | Cơ bản về HIV | HIV/AIDS | CDC.  
<https://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>.
5. Tổng quan về thống kê | Trung tâm thống kê | HIV/AIDS | CDC.  
<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/index.html>.
6. HIV tại Hoa Kỳ | Trung tâm thống kê HIV | HIV | CDC.  
<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html>.
7. HIV - Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).  
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>.

Theo như đã được xác định, chỉ có ba cách lây nhiễm có thể xảy ra: qua quan hệ tình dục, trao đổi máu (như sử dụng kim tiêm, ống tiêm hoặc máu bị ô nhiễm), hoặc lây truyền từ mẹ nhiễm bệnh sang con trong tử cung, lúc sinh nở hoặc thậm chí qua sữa mẹ sau sinh. HIV đã được phân lập trong phòng thí nghiệm từ máu, tinh dịch, dịch tiết âm đạo, nước bọt, sữa mẹ,

nước mắt, nước tiểu và dịch tủy sống, nhưng chỉ có máu, tinh dịch và sữa mẹ mới được phát hiện là có khả năng truyền bệnh.

Từ năm 1985, nguồn cung cấp máu đã được sàng lọc cẩn thận đến mức khả năng lây nhiễm HIV qua truyền máu là rất thấp. Ở Hoa Kỳ và hầu hết các quốc gia phát triển, phần lớn những người bị nhiễm bệnh qua đường tình dục là những người đồng tính nam hoặc lưỡng tính, nhưng ở Châu Phi và Haiti, phần lớn là những người có quan hệ tình dục khác giới. Mặc dù số ca lây truyền qua đường tình dục khác giới vẫn còn thấp ở phương Tây, nhưng nó đang dần tăng lên, cũng như số lượng trẻ sơ sinh nhiễm bệnh. Khoảng một phần ba số người Mỹ bị nhiễm bệnh mỗi năm là người sử dụng chất gây nghiện bằng đường tiêm, và ít nhất một số lượng bằng nhau là những người đồng tính nam. Phần còn lại, hầu hết là phụ nữ da đen và gốc Tây Ban Nha, mắc bệnh qua đường tình dục khác giới, và huyết thanh dương tính của họ giải thích tại sao có hai nghìn trẻ sơ sinh được sinh ra đã nhiễm bệnh mỗi năm.

AIDS là một căn bệnh có khả năng lây nhiễm thấp. HIV là một loại virus rất dễ bị tổn thương và không dễ bị nhiễm phải. Thuốc tẩy gia đơn giản ở tỷ lệ pha loãng 1:10 có khả năng tiêu diệt virus hiệu quả, cũng như rượu, nước oxy già, và Lysol<sup>197</sup>. Trong vòng hai mươi phút sau khi được đổ lên một bàn và để khô, chất lỏng chứa virus sẽ không còn khả năng lây nhiễm nữa. Không cần phải lo lắng về bốn "nguyên nhân sợ hãi" thường được người sợ vi khuẩn tránh: côn trùng, toilet, dụng cụ ăn uống, và hôn. Mặc dù có những trường hợp được cho là đã lây truyền thông qua một cuộc giao hợp, thường thì huyết thanh dương tính đòi hỏi một lượng virus rất lớn hoặc nhiều lần tiếp xúc. Tại Hoa Kỳ, nguy cơ bị nhiễm HIV thông qua mối quan hệ tình dục ngẫu nhiên là có thật nhưng rất nhỏ. Dù có thể cảm thấy an tâm khi suy nghĩ về những khó khăn mà virus phải vượt qua để lây nhiễm chúng ta, cảm giác an toàn biến mất khi chúng ta đối diện với sự thật đau lòng là khi đã bị

---

<sup>197</sup> "Lysol" là một thương hiệu sản xuất các sản phẩm khử trùng và tẩy rửa ở Mỹ. Sản phẩm của Lysol thường chứa các chất hoạt động kháng khuẩn và chất khử trùng, được sử dụng để làm sạch và khử trùng các bề mặt như bàn, chậu rửa, toilet, và các bề mặt khác trong nhà.

nhiễm, chúng ta có thể chết. Điều này một mình đã chứng minh sự cần trọng mà các cơ quan y tế công cộng khuyến nghị cho chúng ta.

Vi rút thường cho thấy dấu hiệu của nó rất sớm sau khi xâm nhập vào một "chủ nhân" mới. Trong vòng một tháng hoặc ít hơn, quá trình nhân lên nhanh chóng làm tăng nồng độ của nó trong máu lên mức cực kỳ cao, và nó duy trì ở mức đó trong khoảng hai đến bốn tuần. Mặc dù nhiều người mới bị nhiễm có thể không có triệu chứng, nhưng những người khác trong giai đoạn này phát triển các triệu chứng như sốt nhẹ, sưng hạch, đau cơ, phát ban, và đôi khi các triệu chứng của hệ thần kinh trung ương như đau đầu. Do những triệu chứng này không đặc hiệu và có thể đi kèm với cảm giác mệt mỏi chung, chúng thường bị hiểu lầm là cúm hoặc bệnh bạch cầu đơn nhân. Khi giai đoạn triệu chứng ngắn ngủi này kết thúc, các kháng thể đầu tiên chống lại HIV bắt đầu xuất hiện trong máu; một xét nghiệm máu sẽ phát hiện chúng, và từ đó bệnh nhân được xác định là huyết thanh dương tính. Mặc dù giai đoạn triệu chứng ngắn kết thúc, vi rút vẫn tiếp tục nhân lên.

Rất có thể, hội chứng ngắn giống bệnh bạch cầu đơn nhân là do phản ứng đầu tiên của hệ thống miễn dịch cơ thể đối với cảnh báo được gây ra bởi số lượng lớn hạt vi rút mới đã được sản xuất tới thời điểm đó. Ban đầu, cơ thể thành công và số lượng hạt vi rút trong máu giảm đột ngột xuống mức thấp. Điều dường như đã xảy ra tại điểm này là vi khuẩn còn lại rút lui vào các tế bào lympho CD4, các hạch bạch huyết, tủy xương, hệ thần kinh trung ương và lá lách, nơi chúng nằm im lặng trong nhiều năm hoặc nhân bản chậm đến mức tổng nồng độ thấp trong máu vẫn ổn định. Thực tế, chỉ có 2 đến 4 phần trăm số tế bào CD4 của cơ thể ở trong máu. Rất có thể, những tế bào này trong các hạch bạch huyết, lá lách và tủy xương đang dần bị phá hủy trong thời gian ngủ yên dài, nhưng sự phá hủy này không được phản ánh trong máu cho đến cuối thời gian này, khi số lượng CD4, vẫn ổn định cho đến lúc đó, bắt đầu giảm đột ngột, tạo điều kiện cho nhiều lần nhiễm trùng phụ sau đó mà đặc trưng cho AIDS. Tại điểm đó, lượng vi rút trong máu lại tăng lên. Nguyên nhân của giai đoạn dài không hoạt động tương



đối này vẫn chưa được biết, nhưng điều này gợi ý rằng hệ thống miễn dịch của cơ thể có thể đóng một vai trò nào đó trong việc giảm nhẹ sự lây nhiễm, ít nhất là một phần của nó được hạn chế trong máu. Khi hệ thống miễn dịch đã suy giảm đủ, lượng vi rút trong các tế bào lympho và tự do trong máu tăng đáng kể.

Dãy sự kiện này có thể giải thích tại sao hầu hết các người nhiễm HIV phát triển các hạch bạch huyết sưng to ở cổ và nách trong giai đoạn hai đến bốn tuần đầu của triệu chứng, mà không giảm đi vào cuối giai đoạn đó. Khi giai đoạn đó kết thúc, bệnh nhân vẫn tiếp tục cảm thấy khỏe mạnh trung bình từ ba đến năm năm hoặc thậm chí mười năm, vào cuối thời gian đó, xét nghiệm máu thường sẽ cho thấy số lượng tế bào CD4 đã giảm đáng kể, từ mức bình thường khoảng 800 đến 1.200 tế bào trên mỗi milimét khối xuống dưới 400. Điều này có nghĩa là khoảng 50 đến 60 phần trăm của những tế bào lympho này đã bị phá hủy. Trung bình sau mười tám tháng, các xét nghiệm da tiêu chuẩn cho dị ứng bắt đầu cho thấy rằng hệ thống miễn dịch đang trở nên suy yếu. Số lượng tế bào CD4 tiếp tục giảm, nhưng bệnh nhân ở giai đoạn này của bệnh có thể vẫn chưa bắt đầu biểu hiện bất kỳ dấu hiệu của lâm sàng của bệnh. Trong khi đó, mức độ virus trong máu đang tăng lên và các hạch bạch huyết sưng to đang dần bị phá hủy.

Khi số lượng tế bào CD4 giảm xuống dưới 300, phần lớn bệnh nhân sẽ phát triển bệnh nhiễm nấm ở lưỡi hoặc khoang miệng gọi là bệnh tưa miệng, biểu hiện dưới dạng các mảng trắng trong những khu vực đó. Các bệnh nhiễm trùng khác có thể bắt đầu xuất hiện khi số lượng tế bào CD4 dưới 200 là mụn rộp quanh miệng, hậu môn và bộ phận sinh dục, cũng như nhiễm trùng âm đạo nghiêm trọng do cùng một loại nấm gây ra bệnh tưa miệng. Một dấu hiệu đặc trưng là một tình trạng gọi là viêm nấm miệng hay **oral hairy leukoplakia** (từ tiếng Hy Lạp leukos- có nghĩa là "trắng" và plakoeis- có nghĩa là "phẳng"), một nhóm các mảng màu trắng dọc nhìn giống như những đoạn dọc như các rãnh dọc theo các mép bên của lưỡi. Những tổn thương này là do sự dày lên của các lớp bề mặt do virus gây ra

Trong vòng một hoặc hai năm kể từ thời điểm này, nhiều bệnh nhân bắt đầu phát triển các bệnh nhiễm trùng cơ hội ở các vùng ngoài da và các lỗ hổng trên cơ thể. Đến lúc đó, số lượng tế bào CD4 thường đã giảm đáng kể dưới 200 và đang giảm nhanh chóng. Toàn bộ hệ thống miễn dịch bắt đầu trở nên rõ ràng khi các bệnh lý xuất hiện do vi khuẩn thường sống trong môi trường hoàn toàn khỏe mạnh mà hệ thống miễn dịch bình thường của cơ thể sẽ ngăn chặn. Giai đoạn này là giai đoạn mà bệnh lý nghiêm trọng có thể được gây ra bởi bất kỳ sinh vật nào đòi hỏi sự hoạt động bình thường của hệ miễn dịch để chống lại. Mặc dù những người mắc bệnh AIDS rất dễ bị nhiễm các bệnh phổ biến như lao và viêm phổi do vi khuẩn, họ cũng bị tấn công bởi một nhóm các bệnh tật không bình thường khác do nhiều loại ký sinh trùng, nấm, men nấm, vi rút và thậm chí cả vi khuẩn mà các bác sĩ hiếm khi gặp trước khi HIV xuất hiện. Đối với một số trong số các sinh vật này, không có phương pháp điều trị hiệu quả cho đến cuối những năm 1980, khi các nỗ lực của các phòng thí nghiệm đại học và ngành công nghiệp dược đã được đền đáp bằng sự phát triển của một nhóm thuốc đã cho thấy mức độ thành công lâm sàng khác nhau.

Mọi loại kẻ xâm lược vi sinh vật tấn công các phòng thủ tan vỡ của người bị suy giảm miễn dịch với AIDS được trang bị vũ khí tấn công riêng biệt và chỉ đạo các cuộc tấn công của chúng chống lại mục tiêu cụ thể. Với ít sức kháng của tế bào CD4 còn lại để ngăn chặn đường đi của chúng, các đơn vị và đoàn quân cơ hội giết người tàn phá lãnh thổ bao gồm mô của bệnh nhân. Đôi khi bằng cách làm cạn kiệt năng lượng và dự trữ lực lượng hỏa lực của một người, và đôi khi bằng cách đánh gục một cấu trúc trung tâm như não, tim hoặc phổi, các mảnh vụn của lây nhiễm sẽ có cách của chúng. Mặc dù các cuộc tấn công của dịch bệnh có thể bị chậm lại hoặc ngừng lại một thời gian bằng cách sử dụng một trong những loại thuốc mới hơn, chúng sẽ luôn luôn trong thời gian tái bắt đầu, nếu không ở một hình thức này, thì ở một hình thức khác. Một trận đánh có thể thắng được ở đâu đó, hoặc một trận chiến có thể được ngăn chặn bằng cách sử dụng đúng lúc các loại thuốc phòng ngừa, và một số thắng ổn định có thể được đạt được, nhưng kết quả cuối cùng của cuộc chiến đã được định trước. Các kẻ xâm

lược vi sinh vật quyết định sẽ không chấp nhận bất kỳ điều gì ít hơn là sự đầu hàng vô điều kiện chỉ đến với sự chết của vật chủ không tự nguyện của chúng.

Mặc dù bệnh nhân mắc AIDS có thể tử vong do nhiều nguyên nhân bệnh lý khác nhau, nhưng một nhóm vi khuẩn tương đối nhỏ đóng vai trò quan trọng trong phần lớn các ca tử vong. Trong số đó, *Pneumocystis carinii* là một trong những loại vi khuẩn hàng đầu, đã được xác định ngay từ đầu của đại dịch AIDS trên toàn cầu. Số liệu hiện đang giảm đi nhờ vào việc sử dụng thuốc dự phòng, nhưng cho đến gần đây, hơn 80% bệnh nhân đã từng mắc ít nhất một lần bệnh PCP, và nhiều người đã tử vong trong một cơn bệnh, entweder từ suy hô hấp hoặc từ các vấn đề liên quan đến nó. Dựa vào cách mà cơn bệnh phát triển, từ 10 đến 50% số người mắc bệnh đã tử vong trước khi các biện pháp hiệu quả được áp dụng để đối phó. PCP vẫn là một yếu tố quan trọng gây ra cái chết của gần một nửa số bệnh nhân mắc AIDS, nhưng tỷ lệ này đang giảm dần.

Các triệu chứng của PCP về cơ bản giống như những gì Ishmael Garcia trải qua khi hơi thở của anh ngày càng trở nên khó khăn và anh phải tìm kiếm cách điều trị. Đôi khi, vi khuẩn này có thể được tìm thấy ở các phần khác của cơ thể ngoài phổi và trong các ca tử vong do nhiễm trùng này, vi khuẩn này đôi khi lan rộng khắp hầu hết các cơ quan chính, đặc biệt là não, tim và thận.

Như những bệnh nhân mắc các loại viêm phổi khác, những người tử vong vì PCP bị ngạt do phổi bị nhiễm trùng không thể hấp thụ được không khí. Khi các vùng mô rộng lớn bị ảnh hưởng, ngày càng nhiều phế nang bị phá hủy, và đến một điểm nào đó, mức độ oxy trong động mạch không thể tăng lên bất kể mọi biện pháp đang được áp dụng để ép oxy vào các mô bị ngạt nước và tắc nghẽn. Sự thiếu hụt oxy và sự tích tụ carbon dioxide gây tổn thương cho não và cuối cùng làm dừng tim. Đôi khi, sự phá hủy mô có thể rất nghiêm trọng, tạo ra các khoang trong các vùng mô đang phân hủy, tương tự như bệnh lao.

Trong số các cơ quan trong cơ thể, phổi là nơi thường xuyên bị tấn công nặng nề nhất bởi HIV/AIDS. Hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh này đều phải đối mặt với nguy cơ từ các loại vi khuẩn gây viêm mủ, bao gồm cả bệnh lao, và các khối u ác tính. Trong các buổi kiểm tra tại bệnh viện, các vấn đề thường gặp như lao, nhiễm trùng vi khuẩn gây mủ, virus giống herpes gây bệnh CMV, và toxoplasmosis thường được thảo luận nhiều nhất. Tất cả những vấn đề này đều tập trung vào mô màng phổi, tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của chúng.

Một điều đặc biệt đáng chú ý là tỷ lệ mắc bệnh lao ở bệnh nhân AIDS cao hơn gấp nhiều lần so với dân số tổng quát, lên đến khoảng năm trăm lần. Điều này làm tăng thêm gánh nặng và nguy cơ cho sức khỏe của họ.

Toxoplasmosis, một bệnh từng hiếm gặp, nay đã trở thành một trong những mối đe dọa lớn trong cuộc chiến chống lại HIV. Sinh vật gây bệnh này là một loại ký sinh trùng thường xuất hiện trong các loài chim, mèo và động vật nhỏ. Nó thường được truyền sang con người thông qua việc tiêu thụ thực phẩm chưa được chế biến hoàn toàn hoặc qua thức ăn bị nhiễm phân động vật.

Ở những người có hệ miễn dịch suy giảm, toxoplasmosis biểu hiện bằng một loạt các triệu chứng như sốt, viêm phổi, phì đại gan hoặc lá lách, phát ban, viêm màng não, viêm não và đôi khi ảnh hưởng đến tim và các cơ bắp khác. Đối với bệnh nhân AIDS, hệ thống thần kinh trung ương thường là nơi tập trung chính của sự tấn công, gây ra các triệu chứng như sốt, đau đầu, co giật và thay đổi tâm trạng.

Trên các hình ảnh CT, các vùng nhiễm trùng trong não thường giống với các tổn thương do bệnh lymphoma, gây khó khăn trong quá trình chẩn đoán. Điều này đã gây ra nhiều khó khăn trong việc chăm sóc sức khỏe cho những người bị ảnh hưởng, như Ishmael Garcia.

Đối với hầu hết bệnh nhân AIDS, hệ thống thần kinh không thể tránh khỏi sự tàn phá của căn bệnh này. Ngay cả trong giai đoạn sớm của nhiễm HIV, một số người phải đối mặt với những rối loạn thần kinh tạm thời, đôi khi xuất hiện trước khi AIDS bùng phát. May mắn là, biến chứng đau đầu này không phổ biến trong giai đoạn đầu của bệnh HIV so với giai đoạn muộn, khi nó trở nên nghiêm trọng hơn và được gọi là tổ hợp mất trí nhớ do AIDS (AIDS dementia complex).

Tác động của nó lên nhận thức, chức năng motor và hành vi có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng, nhưng thường xuất hiện ban đầu dưới dạng quên và mất tập trung đơn giản. Sau một thời gian, tình trạng thờ ơ và thu mình trở nên phổ biến, trong khi một số ít bệnh nhân phàn nàn về đau đầu hoặc trải qua cơn co giật. Nếu những biểu hiện này không biến mất khi xảy ra giai đoạn sớm trong nhiễm HIV, chúng sẽ dần trở nên nghiêm trọng hơn. Trong trường hợp đó hoặc ở những bệnh nhân phổ biến hơn có triệu chứng trong giai đoạn AIDS, chức năng trí tuệ thường suy giảm và khó giữ thăng bằng hoặc sự phối hợp cơ bắp xuất hiện. Ở giai đoạn cuối của tổ hợp, bệnh nhân mất trí nhớ trầm trọng và ít phản ứng với môi trường xung quanh; họ có thể bị liệt nửa người và đôi khi gặp phải cơn co giật.

Đối với hầu hết bệnh nhân AIDS, hệ thống thần kinh không thể tránh khỏi sự tàn phá của căn bệnh này. Ngay cả trong giai đoạn sớm của nhiễm HIV, một số người phải đối mặt với những rối loạn thần kinh tạm thời, đôi khi xuất hiện trước khi AIDS bùng phát. May mắn là, biến chứng đau đầu này không phổ biến trong giai đoạn đầu của bệnh HIV so với giai đoạn muộn, khi nó trở nên nghiêm trọng hơn và được gọi là tổ hợp mất trí nhớ do AIDS (AIDS dementia complex).

Tác động của nó lên nhận thức, chức năng motor và hành vi có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng, nhưng thường xuất hiện ban đầu dưới dạng quên và mất tập trung đơn giản. Sau một thời gian, tình trạng thờ ơ và thu mình trở nên phổ biến, trong khi một số ít bệnh nhân phàn nàn về đau đầu hoặc trải qua cơn co giật. Nếu những biểu hiện này không biến mất khi xảy ra giai

đoạn sớm trong nhiễm HIV, chúng sẽ dần trở nên nghiêm trọng hơn. Trong trường hợp đó hoặc ở những bệnh nhân phổ biến hơn có triệu chứng trong giai đoạn AIDS, chức năng trí tuệ thường suy giảm và khó giữ thăng bằng hoặc sự phối hợp cơ bắp xuất hiện. Ở giai đoạn cuối của tổ hợp, bệnh nhân mất trí nhớ trầm trọng và ít phản ứng với môi trường xung quanh; họ có thể bị liệt nửa người và đôi khi gặp phải cơn co giật.

Những biến chứng này tồn tại mà không có bất kỳ mối liên hệ nào với những quy trình gây ra bởi việc nhiễm toxoplasmosis não, u lymphoma não, hoặc các bệnh thần kinh cơ hội khác như viêm màng não do nấm men cryptococcus gây ra. Bệnh mất trí nhớ phức tạp do AIDS (AIDS dementia complex) được cho là do virus HIV chính, nhưng nguyên nhân chính xác vẫn chưa được biết, và sự teo nhỏ não được nhìn thấy trên CT scan và sinh thiết không liên quan đến bất kỳ yếu tố nào khác. Trong số nhiều vấn đề về thần kinh liên quan đến AIDS, bệnh này và toxoplasmosis là hai vấn đề phổ biến nhất. May mắn thay, tác dụng có ích của thuốc AZT đã gây ra một số sự suy giảm trong tần suất xuất hiện của chúng.

Hai anh em họ của vi khuẩn lao, *Mycobacterium avium* và *Mycobacterium intracellulare* (MAI), cùng được gọi là *Mycobacterium avium complex* (MAC), là hai loại vi khuẩn phổ biến nhất trên cơ thể của những người mắc bệnh AIDS. Khoảng một nửa số bệnh nhân AIDS khi qua đời có sự hiện diện của chúng, gây ra nhiều triệu chứng đa dạng trong suốt quá trình sống. Ngày nay, MAI là nguyên nhân gây tử vong thường xuyên hơn cả PCP. Sốt, đổ mồ hôi vào ban đêm, giảm cân, mệt mỏi, tiêu chảy, thiếu máu, đau đớn, và da vàng thường là những triệu chứng có thể được liên kết với hai loại vi khuẩn này. Mặc dù phức hợp này hiếm khi gây tử vong một cách độc lập, nhưng tác động lãng phí của chúng góp phần lớn vào tình trạng suy nhược chung và suy dinh dưỡng, làm yếu đi khả năng phòng vệ chống lại những kẻ xâm lược khác.

Dưới đây chỉ là một số biểu hiện của bệnh AIDS, nhưng danh sách này chỉ là phần nhỏ so với sự đa dạng của những vấn đề phổ biến khác mà bệnh nhân

phải đối mặt. Danh sách này thậm chí không thể nào tưởng tượng hết được những cảm giác của sự đau khổ: mù lòa do viêm võng mạc do nhiễm CMV hoặc Toxoplasma; tiêu chảy nặng với nhiều nguyên nhân khác nhau; viêm màng não hoặc viêm phổi do nấm cryptococcosis; tình trạng bị nấm candida gây ra viêm nhiễm ở miệng hoặc khó nuốt, có thể kèm theo các vết thương da nhờn và ướt; sự khó chịu vùng hậu môn do bị herpes; viêm phổi nấm hoặc nhiễm histoplasma vào máu; và nhiều loại vi khuẩn điển hình và không điển hình khác.

Có nhiều tên tuổi khác nhau cho những loại vi khuẩn này, nhưng hãy tưởng tượng chúng như những kẻ cướp đang hoạt động sau một thảm họa tự nhiên. Mặc dù chúng không gây nguy hiểm cho những người có hệ thống miễn dịch bình thường, nhưng mỗi loại vi trùng này đều là một tai họa đối với những người mắc bệnh AIDS và đã trải qua sự suy giảm của tế bào lympho CD4.

AIDS ảnh hưởng đến nhiều cơ quan trong cơ thể, bao gồm tim, thận, gan, tuyến tụy và đường tiêu hóa. Ngoài ra, các mô ít thường được coi là cơ quan cụ thể như da, máu và thậm chí cả xương cũng bị tác động.

Dưới đây là một số tác động của AIDS lên các cơ quan:

1. Da: AIDS có thể gây ra phát ban, lở loét chảy nước và chất thải độc hại trên da.
2. Máu: Các rối loạn đông máu bất thường có thể xuất hiện.
3. Tuyến Tụy và Đường Tiêu Hóa: Viêm tụy, buồn nôn, nôn mửa, loét đường tiêu hóa và chảy máu là những tác động thường gặp.
4. Xương: AIDS có thể gây viêm khớp và nhiễm trùng tủy xương.
5. Cơ Tim và Van Tim: Nhiễm trùng cơ tim và van tim cũng là một tác động của căn bệnh này.
6. Thận và Gan: Áp xe thận và gan cũng có thể xảy ra.

Không chỉ là việc căn bệnh này cạn kiệt và làm mất tinh thần, mà nhiều bệnh nhân còn cảm thấy bị sỉ nhục bởi chi tiết về cuộc sống của họ.

Chức năng thận và gan thường bị ảnh hưởng; có thể có sự dẫn truyền hoặc các bất thường về van tim; đường tiêu hóa phản bội chủ nhân của nó bằng mọi cách; tuyến thượng thận và tuyến yên các tuyến đôi khi mất đi sức mạnh của chúng. Khi nhiễm vi khuẩn không còn kiểm soát được nữa, hình ảnh quen thuộc về nhiễm trùng huyết lại xuất hiện.

Trong khi đó, tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu ngày càng làm suy yếu sức khỏe khả năng của cơ thể để làm chậm quá trình hủy diệt. Suy dinh dưỡng thường trở nên trầm trọng hơn do mất đi lượng protein lớn thông qua thận bị tổn thương, do tình trạng tiến triển nhanh chóng nguyên nhân không rõ ràng, được gọi là bệnh thận liên quan đến HIV (bệnh thận – HIV - associated nephropathy / kidney disease). Bệnh thận có thể tiến triển đến chứng tăng urê huyết giai đoạn cuối trong vòng ba đến bốn tháng kể từ khi khởi phát.

Ngay cả khi không có sự liên quan trực tiếp bởi nhiễm trùng, tim vẫn đôi khi trở nên to hơn và có thể thất bại, hoặc có thể phát triển nhịp điệu bất thường dẫn đến tử vong đột ngột. Gan cũng dễ bị tấn công, không chỉ vì bệnh AIDS mà còn vì có quá nhiều bệnh nhân đồng thời bị nhiễm virus viêm gan B, CMV, MAI, bệnh lao và một số bệnh nấm có ưu thế đối với gan. Cơ quan không may mắn là không chỉ bị hành hạ bởi căn bệnh mà còn bởi những nỗ lực chữa trị nó, như độc tính của thuốc ảnh hưởng đến hiệu quả của nó theo nhiều cách. Gan được phát hiện là bất thường theo cách này hay cách khác ở 85% bệnh nhân được khám nghiệm tử thi.

Toàn bộ chiều dài của đường tiêu hóa là một vòng xoắn lớn, đó là đường hầm cơ hội cho những kẻ săn mồi khác nhau của bệnh AIDS. Từ mụn rộp (herpes) và nhiều loại loét và nhiễm trùng xung quanh và trong miệng đến các vết loét đang chảy và các vấn đề về mất kiểm soát ở hậu môn, sự dày vò của những tháng cuối đời có thể được phóng đại bởi sự tham gia của rất



nhiều cấu trúc đến mức nó ức chế ăn uống, cản trở quá trình tiêu hóa và gây ra tình trạng chảy nước không kiểm soát được. Tiêu chảy không chỉ là nguyên nhân gây đau khổ thường xuyên tái diễn, mà còn gây khó khăn cho việc giữ gìn vệ sinh đúng cách vùng da xung quanh hậu môn và trực tràng. Tưởng tượng việc giữ lại một chút phẩm giá từ cái chết kiểu này vượt ra ngoài khả năng hiểu biết của hầu hết chúng ta. Tuy nhiên, sự sỉ nhục đôi khi mang lại những khoảnh khắc cao quý, vượt qua một thời gian thực tế của nỗi đau khổ. Nó phát sinh từ những nguồn sâu thẳm, khiến chúng ta chỉ có thể ngạc nhiên và kính phục, vượt qua khả năng hiểu biết thông thường.

Một hệ thống miễn dịch nguyên vẹn không chỉ cần thiết để chống lại nhiễm trùng mà còn để ức chế sự phát triển của khối u. Trong trường hợp thiếu một cơ chế phòng thủ hiệu quả, một số loại quá trình ác tính sẽ tìm được môi trường thuận lợi để phát triển. HIV đặc biệt có lợi cho một loại ung thư trước đây hiếm gặp, mà tôi chỉ gặp một trường hợp, ở một người nhập cư Nga lớn tuổi, kể từ khi tôi tốt nghiệp trường y gần bốn mươi năm trước. Tỷ lệ mắc bệnh ác tính này, sarcoma Kaposi (KS)<sup>198</sup>, đã tăng lên gấp hơn một nghìn lần - từ 0.2% dân số nói chung lên đến hơn 20% người Mỹ mắc bệnh AIDS. Đây là khối u phổ biến nhất được ghi nhận ở những người mắc HIV, và cho đến nay, vẫn chưa rõ nguyên nhân cụ thể. Đáng chú ý là tỷ lệ mắc bệnh này cao hơn đáng kể ở nam giới đồng tính luyến ái (40 đến 45%) so với người sử dụng ma túy qua tiêm (2 đến 3%) hoặc người mắc bệnh Hemophiliacs<sup>199</sup> (1%). Các con số này chỉ phản ánh tỷ lệ mắc bệnh được chẩn đoán khi còn sống. Khi tiến hành tử thi, tần suất mắc sarcoma Kaposi tăng thêm ba hoặc bốn lần, cho thấy bệnh thường xuất hiện ở mức độ cao hơn trong cơ thể của nam giới đồng tính.

---

<sup>198</sup> Sarcoma Kaposi (hay **Kaposi's sarcoma**, gọi tắt là **KS** trong phần sau) là một loại ung thư hiếm gặp, xuất phát từ mạch máu và mạch lymph, thường gây ra các khối u màu da hoặc dưới da. Nó thường được liên kết với vi-rút herpesumann (HHV-8) và thường xuất hiện ở những người có hệ miễn dịch suy yếu, như những người mắc HIV/AIDS. Các triệu chứng bao gồm các khối u màu đỏ, tím hoặc nâu trên da, đặc biệt là ở cánh tay, chân, mặt và niêm mạc của miệng.

<sup>199</sup> Hemophiliacs là những người mắc bệnh thiếu hụt một trong những yếu tố đông máu, thường là yếu tố VIII hoặc IX, làm cho họ dễ chảy máu và khó ngừng chảy khi bị thương. Đây là một loại bệnh di truyền và có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng nếu không được điều trị đúng cách, bao gồm cả nguy cơ mắc các bệnh về tiền liệt tuyến và gặp vấn đề về khớp.

Năm 1879, Moritz Kaposi, một giáo sư chuyên ngành da liễu tại Trường Y Đại học Vienna, đã mô tả một loại bệnh mà ông gọi là "nhiều sắc tố sarcoma" (multiple pigment sarcoma), bao gồm một nhóm các nốt sần màu đỏ nâu hoặc đỏ xanh bắt nguồn từ bàn tay và bàn chân và lan dần theo các chi đến khi lan rộng đến thân và đầu. Theo báo cáo của ông, các tổn thương này sau đó sẽ phát triển to lên, loét và lan rộng vào các cơ quan nội tạng. Giai đoạn này thường đi kèm với sốt, tiêu chảy ra máu, ho ra máu và suy dinh dưỡng, và kết thúc bằng cái chết. Khi thực hiện khám nghiệm tử thi, các nốt tương tự được tìm thấy trong số lượng lớn ở phổi, gan, lá lách, tim và ruột.

Thuật ngữ "sarcoma" xuất phát từ tiếng Hy Lạp "sark", có nghĩa là "thịt", và "oma", có nghĩa là "khối u". Những khối u này phát triển từ cùng loại tế bào tạo thành mô liên kết, cơ và xương.

Mặc dù Kaposi cảnh báo về căn bệnh của mình rằng "tiên lượng không thuận lợi... và cái chết không thể được ngăn chặn bằng cách loại bỏ, địa phương hoặc tổng thể, hoặc bằng cách sử dụng arsen [một phương pháp điều trị ung thư phổ biến vào thời điểm đó]", nhưng trong suốt một thế kỷ, các bác sĩ đã đánh giá thấp sự nguy hiểm của căn bệnh hiếm gặp này.

Bởi vì sự tiến triển của KS được biết là chậm, đòi hỏi "ba đến tám năm trở lên", các sách giáo khoa tiếp theo phổ biến nhất đã sử dụng từ "lười biếng" (indolent) để mô tả quá trình của nó. Như vậy đã truyền tải một thông điệp sai lầm về bản chất gây chết người cơ bản của bệnh ác tính, mặc dù một số nhà chuyên môn vẫn tiếp tục viết về các biểu hiện chết người của nó, chẳng hạn như chảy máu ruột nặng (massive intestinal bleeding). Trên thực tế, từ "lười biếng" đã xuất hiện trong bản gốc của các báo cáo năm 1981 trên các tạp chí y khoa Anh và Mỹ về sự bùng phát của sarcoma Kaposi ở những người đồng tính nam. Tuy nhiên, thật đáng lo ngại khi các tác giả của những báo cáo này bởi sự hung hãn đột ngột của một căn bệnh truyền thống được coi là uể oải mà bài báo Mỹ cho rằng cần nhắc nhở độc giả rằng quá trình đôi khi có thể "mạnh mẽ, với sự tham gia sâu rộng của các

nội tạng"; bài báo được xuất bản ở Anh cũng đưa ra trường hợp tương tự và làm nổi bật vấn đề rằng "một nửa số bệnh nhân của chúng tôi đã chết trong vòng 20 tháng sau khi được chẩn đoán." Rõ ràng, đây là một dạng mới của KS, đột nhiên đáng lo ngại hơn nhiều so với những cảnh báo của Kaposi.

Nhiều thập kỷ trước khi KS trở nên liên kết với nhiễm HIV trong tâm trí của các bác sĩ, nó đã được nhận biết quá thường xuyên để coi là một sự trùng hợp ngẫu nhiên khi đi kèm với các dạng ung thư hệ lympho khác nhau được gọi là lymphoma. Ngày nay, KS và lymphoma, không nhất thiết phải xảy ra đồng thời, là hai dạng ung thư ác tính hàng đầu tấn công những người mắc bệnh AIDS. Ngoại trừ lý do suy giảm miễn dịch, mối quan hệ giữa hai căn bệnh này vẫn chưa được làm rõ. Lymphoma liên quan đến AIDS (AIDS-related lymphoma), thường liên quan đến hệ thống thần kinh trung ương, đường tiêu hóa, gan và tủy xương, cũng không kém phần hung hãn như KS.

Không giống như bất kỳ dịch bệnh nào khác trước đây mà con người biết đến, HIV không hạn chế các lựa chọn chết người của nó. Không có nhiều cách cho một ung thư tuyến tụy, ví dụ, để giết người; khi tìm thất bại, hoặc thặng, các sự kiện rất cụ thể diễn ra; một cú đột quy chết người nhắm vào một điểm duy nhất trong não, bắt đầu nạn nhân của nó xuống con đường đánh dấu rõ ràng đến suy giảm. Không phải như vậy với HIV - nó cung cấp những lựa chọn dường như không giới hạn khi một hệ thống cơ quan này và sau đó là hệ thống cơ quan khác bị tấn công bởi một loạt vi khuẩn và ung thư.

Khi khám nghiệm tử thi, điều duy nhất có thể dự đoán là một sự suy giảm nghiêm trọng của mô bạch huyết là một phần của hệ thống miễn dịch. Tại bàn mổ, thậm chí các thành viên của đội chăm sóc bệnh AIDS cũng thường bị ngạc nhiên bởi các khu vực tham gia không mong đợi và mức độ mô bị lãng phí của bệnh nhân.

Suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, phá hủy mô não bởi khối u hoặc nhiễm trùng - đây là những nguyên nhân trực tiếp phổ biến gây ra cái chết; một số bệnh nhân chảy máu vào não, phổi, hoặc thậm chí đường tiêu hóa, và một số người chết vì lao lan rộng hoặc sarcoma; các cơ quan hỏng, mô chảy máu, nhiễm trùng khắp nơi. Và luôn luôn có tình trạng suy dinh dưỡng. Bất kể mức độ các biện pháp được kích hoạt để chống lại nó, đói (starvation) không thể ngăn chặn. Một đơn vị chăm sóc cho bệnh nhân AIDS cuối cùng được đóng đầy bởi những người đàn ông và phụ nữ gầy guộc, giống như ma quỷ, với đôi mắt nhỏ bé nhìn ra từ những khe mắt sâu, khuôn mặt thường không có cảm xúc, cơ thể nhăn nheo với sự yếu đuối teo tóp của tuổi già trước tuổi. Hầu hết họ đã vượt qua được sự can đảm. Virus đã cướp đi tuổi trẻ của họ, và sắp cướp đi phần còn lại của cuộc sống của họ.

Trong phẫu thuật tử thi, các nhà nghiên cứu phân biệt hai loại nguyên nhân cái chết: họ đề cập đến nguyên nhân gần gũi và nguyên nhân trực tiếp (được gọi chính thức bằng các từ viết tắt lần lượt là PCOD – Proximate Cause of Death và ICOD – Immediate Cause of Death). Đối với tất cả những người trẻ này, nguyên nhân gần gũi sẽ là AIDS - cái chết cụ thể hơn dường như không quan trọng. Mức độ đau khổ là như nhau đối với tất cả mọi người, mặc dù chất lượng khác nhau.

Một ngày không lâu trước, tôi đã trò chuyện về những vấn đề này với Bs Peter Selwyn, một trong số các giáo sư tại Yale, người tận tâm chăm sóc bệnh nhân AIDS và đã thúc đẩy nỗ lực của nhiều sinh viên tại trường chúng tôi. Mặc dù ông có những đóng góp có uy tín cho sự hiểu biết hiện tại về nhiễm HIV, ông là một người kín đáo và thường diễn đạt những ý tưởng lớn bằng vài từ. Ông đơn giản chỉ nói: "Tôi nghĩ bệnh nhân của tôi sẽ chết khi đến lúc".

Dường như là một tuyên bố không phù hợp, nổi lên trong bầu không khí của những vấn đề phức tạp về y sinh vẫn đang treo lơ lửng từ cuộc thảo luận dài về sinh học phân tử và quản lý bệnh nhân. Tuy nhiên, điều này có ý nghĩa. Cuối cùng, ông nói, có quá nhiều thứ xảy ra sai, đến một lúc, lực

lượng còn lại của cuộc sống đang thờ đốc dường như cạn kiệt. Cái chết đến với niềm trùng huyệt, suy tạng và đói, và với sự rời bỏ cuối cùng của tinh thần, tất cả cùng một lúc. Selwyn đã nhìn thấy điều này nhiều lần, và ông biết.

Tôi đang ở xa hàng trăm dặm khỏi bệnh viện. Đây là một trong những buổi chiều bất ngờ giữa mùa thu, khi mọi thứ dưới bầu trời xanh trong vắt của thiên nhiên trở nên chính xác như lẽ ra phải, nhưng gần như không bao giờ thế. Mùa hè vừa qua mưa nhiều, và có lẽ chính vì điều đó mà những đồi xung quanh trang trại của người bạn đã trở nên đầy màu sắc, đủ để làm tim tôi, một người sinh ra ở thành phố, cảm thấy hồi hộp và ngạc nhiên. Thiên nhiên đang ban phước mà không hề biết, nhưng cũng có thể tàn nhẫn mà không hề hay biết. Trong khoảnh khắc đó, dường như không có ngày nào khác có thể so sánh được với vẻ đẹp không thể tin nổi của ngày hôm nay. Ngay từ bây giờ, tôi đã cảm nhận được một nỗi nhớ về ngày hôm nay, ngay cả khi tôi vẫn đang sống trong đó. Tôi bị ám ảnh bởi sự ham muốn ghi nhớ hình ảnh của mỗi cây, bởi tôi biết rằng sự rực rỡ chói lọi của chúng sẽ bắt đầu phai mờ ngay từ ngày mai, và không bao giờ xuất hiện lại đúng như vậy. Khi một điều gì đó đẹp đẽ và tốt lành, nó phải được nhìn thấy một cách rõ ràng và ôm chặt đến mức không ai có thể quên được cảm giác và hình ảnh đó.

Tôi ngồi trong căn bếp ấm áp và rực rỡ nắng mặt trời của ngôi nhà nông thôn của John Seidm, một căn nhà được xây cách đây một thế kỷ, giữa hai mươi mẫu đất màu mỡ, gần thị trấn Lomontville ở phía bắc của tiểu bang New York. Trong một phòng ngủ ở tầng trên, mười năm trước đó, người bạn thân nhất của John, David Rounds, đã ra đi trong vòng tay của anh sau một cuộc bạo bệnh dài và đầy khó khăn. John và David không chỉ là bạn thân, họ còn chia sẻ một tình bạn sâu đậm mà nguyện vọng phải kéo dài mãi mãi. Nhưng bệnh ung thư đã quyết định khác điều đó. David đã rời bỏ John, và rời xa cả chúng tôi, những người yêu mến anh ấy bằng cách riêng của mình, vào thời điểm mà tương lai dường như an toàn và chắc chắn cho cả hai. Chỉ hai năm trước đó, David đã giành giải Tony (Tony Award) cho Nam

Diễn viên Phụ Xuất Sắc Nhất trên sân khấu Broadway (Best Supporting Actor on Broadway), và sự nghiệp sân khấu của John đang ngày càng có nhiều triển vọng. Tại ngôi nhà nông thôn ấy, nỗi đau mất mát kéo dài một thời gian trước khi cuộc sống trở lại với nhịp điệu tự nhiên của nó.

Tôi đã quen biết John Seidman suốt gần hai mươi năm, và Sarah, vợ tôi, đã sống chung với anh ấy (chia sẻ căn nhà) và David từ rất lâu trước đó. Anh ấy đã là một người bạn thân thiết với gia đình tôi đến mức hai đứa con nhỏ nhất của tôi gọi anh ấy là "Chú". Tuy nhiên, có một phần lớn trong cuộc đời của anh ấy mà chúng tôi chưa bao giờ thảo luận và tôi gần như không biết gì về nó. Trong ngày rục rở này, ngay trước khi vẻ đẹp thoáng qua của mùa thu biến mất, hai chúng tôi ngồi bên nhau và bắt đầu trò chuyện về cái chết và về căn bệnh AIDS.

Cái chết đã trở nên quá quen thuộc với John. Dường như sự mất mát của David chỉ là bước nền cho một chuỗi đau buồn liên tiếp, trong đó bạn bè, đồng nghiệp trong ngành kịch, và thậm chí cả những người quen biết đơn thuần đều mắc bệnh, suy sụp, và qua đời. Trong thập kỷ qua, John đã trải qua từng chu kỳ khám phá từng bước: khám phá sự dương tính với HIV, tiến triển của căn bệnh, việc chăm sóc cẩn thận, sự suy giảm dần đến giai đoạn cuối cùng của căn bệnh và cái chết. Ở tuổi đầu bốn mươi, anh là một trong những nhân chứng của bi kịch. Còn rất nhiều người khác, và không ít trong số họ đã ra đi. Những chàng trai trẻ và một số ít phụ nữ trẻ, đã đi cùng nhau đến nơi cuối đường, đã bị mất trong những năm đẹp nhất của cuộc đời họ - những gì có thể đã và những gì nên đã không còn nữa. Sức mạnh, tài năng và không thể phủ nhận là thiên tài của một thế hệ đã bị suy giảm, và xã hội của chúng ta cũng thế.

Chúng ta đề cập đến Kent Griswold, người bạn của John, đã qua đời vào năm 1990 vì bệnh toxoplasmosis và một loạt các vi khuẩn và vi rút gây bệnh như CMV, MAI, và PCP. Tôi tự hỏi, liệu có phải là một cái chết như vậy có bất kỳ phẩm giá nào không? Có thể cứu vãn được gì từ những gì đã từng tồn tại, để mang lại cảm giác về chính bản thân mình cho một người đàn

ông gần đến giờ cuối cùng của cuộc đời, khi anh ta đã trải qua nhiều khó khăn như vậy không? John suy nghĩ một thời gian dài trước khi trả lời, không phải vì anh ấy chưa bao giờ xem xét câu hỏi này trước đây, mà vì anh ấy muốn chắc chắn rằng tôi sẽ hiểu.

Việc tìm kiếm phẩm giá trong hoàn cảnh như vậy, ông nói, có thể trở nên không còn quan trọng đối với người sắp qua đời - họ đã trải qua cuộc chiến của mình, và thường khi đến gần cuối, những người xung quanh họ không thể phát hiện được suy nghĩ có ý thức nào có thể nhận biết được. Nhân phẩm là một khía cạnh, John nói, mà những người sống sót đã nắm giữ - nó tồn tại trong tâm trí họ, nếu nó tồn tại một cách hoàn toàn:

*Chúng ta, những người còn lại, tìm kiếm phẩm giá để không phải tự trách mình. Chúng ta cố gắng chuộc lỗi cho sự không thể của người bạn sắp qua đời trong việc đạt được một ít phẩm giá, có lẽ bằng cách ép buộc nó lên họ. Đó là chiến thắng duy nhất của chúng ta trong quá trình khủng khiếp này của cái chết. Với một căn bệnh như AIDS, chúng ta phải đối mặt với nỗi buồn khi chứng kiến một người bạn thân mất đi cái riêng biệt của mình, sự độc đáo của họ. Khi đến gần cuối, họ trở nên giống như người cuối cùng bạn thấy trải qua điều này. Bạn cảm thấy buồn khi thấy một người mất đi cá tính riêng và trở thành một mô hình lâm sàng (clinical model). Bao nhiêu phần của "cái chết tốt lành" dành cho người sắp chết và bao nhiêu phần dành cho người giúp đỡ? Chúng rõ ràng liên quan đến nhau, nhưng câu hỏi là thế nào. Đối với tôi, khái niệm về một cái chết tốt lành nói chung không phải là điều có thể quản lý được tốt cho người sắp qua đời. "Cái chết tốt lành" chỉ là một điều tương đối, và ý nghĩa thực sự của nó là giảm bớt sự lộn xộn.*

*Không có nhiều điều bạn có thể làm ngoài việc cố gắng duy trì sự gọn gàng và giảm đau đớn - giữ cho ai đó không cô đơn. Nhưng trước những khoảnh khắc cuối cùng đó, tôi nghĩ thậm chí ý nghĩa của việc không để ai đó cô đơn cũng là điều chúng ta cảm nhận được. Nhìn lại, và một cách nào đó, điều này nghe có vẻ tàn nhẫn, kinh nghiệm của*

*riêng tôi là phương tiện duy nhất để biết liệu chúng ta đã giúp ai đó có một cái chết tốt đẹp hơn là liệu chúng ta có cảm thấy hối tiếc hay không, hoặc có điều gì chúng tôi cảm thấy tiếc nuối hoặc chưa hoàn thành. Nếu chúng ta có thể thực sự nói rằng chúng ta không bỏ lỡ bất kỳ cơ hội nào để làm những gì chúng ta có thể, chúng ta đã làm tốt nhất có thể. Nhưng thậm chí điều đó, với tư cách là một thành tựu tuyệt đối, cũng chỉ có giá trị tuyệt đối đối với chính bản thân mình. Những gì bạn còn lại ở cuối cùng chỉ là một tình huống làm ai cũng không vui. Sự thật là bạn đã mất đi một ai đó. Không có cách nào để cảm thấy tốt về điều đó.*

*Tình yêu là một liên kết duy nhất mà chúng ta tin rằng hoàn toàn không thể phá vỡ trong cái chết. Nếu tình yêu là điều mà chúng ta cảm nhận đang đem đến trong những khoảnh khắc bí ẩn trước cái chết, có lẽ đó mới là điều làm nên một cái chết "đẹp đẽ", nếu có. Nhưng đó là một phẩm chất rất chủ quan.*

Trong những tuần cuối cùng ở bệnh viện, Kent không bao giờ cô đơn. Bất kể sự giúp đỡ nào họ có hoặc không thể cung cấp cho anh ấy trong những giờ phút cuối cùng, không có nghi ngờ gì rằng sự hiện diện liên tục của bạn bè đã giúp anh ấy thoải mái hơn so với những gì mà nhân viên y tế có thể đem lại, dù họ có chu đáo đến đâu. Quan sát các bệnh nhân AIDS đồng tính không thể không khiến người ta bị ấn tượng bởi cách một nhóm bạn bè, không nhất thiết phải đều là người đồng tính, hầu như luôn dễ dàng tự hợp lại như một gia đình của người đàn ông đó và đảm nhận trách nhiệm cho những việc mà vợ hoặc cha mẹ có thể làm. Bs Alvin Novick, một trong những nhà hoạt động phòng chống AIDS hàng đầu ở Mỹ và được tôn trọng mạnh mẽ, đã mô tả hiện tượng này như là "vòng bảo vệ chăm sóc." Đó không chỉ là một hành động của tình bạn, mà còn là một điều gì đó vượt ra ngoài. John miêu tả nó:

*AIDS đang ảnh hưởng đến nhiều người, đặc biệt là trong trường hợp của những người đàn ông đồng tính, họ đã tạo ra một gia đình thông*



*qua sự kết nối ý thức - chúng ta đã chọn những người sẽ là gia đình của chúng ta. Trách nhiệm của chúng ta đối với nhau không dựa trên các hình thức xã hội thông thường. Trong nhiều trường hợp, gia đình truyền thống đã từ chối chúng ta. Do đó, gia đình dựa trên tình cảm là điều quan trọng hơn rất nhiều.*

*Một phần lớn trong cộng đồng thực sự cảm thấy rằng những gì đang xảy ra với chúng ta là điều phải xảy ra - đó là một loại thăm viếng đối với chúng ta vì các hành vi tội lỗi và bất thường của chúng ta. Vì vậy, quan tâm đến việc không để một ai đó cô đơn trước sự phán xét của xã hội là lợi ích chung của chúng ta. Những người trong cộng đồng có tự ti có thể dễ dàng nghĩ về AIDS như một hình thức trừng phạt, nhưng thậm chí những người không nhận thức được rằng nhiều phần của xã hội đều nhìn nhận vấn đề đó theo cách đó. Bỏ bê những người bạn của chúng ta, những người phải đối mặt với căn bệnh một cách đơn độc, là một cách để họ phải đối mặt với sự phán xét của thế giới đối với người đồng tính.*

Trong những tuần cuối cùng của Kent, theo lời kể của John, giống như của rất nhiều người khác mắc bệnh AIDS, và của nhiều người mắc bất kỳ bệnh tật nào lâm vào tình trạng suy yếu dần. Sau những tháng dài phải đấu tranh với một loạt vấn đề bất ngờ, anh ta dường như đã trải qua một thời kỳ tạm ngưng mọi hiểu biết, rằng mỗi biến chứng mới đều làm giảm sự kiểm soát từng chút một. Khi anh ta ngừng cố gắng hiểu, anh ta cũng ngừng chống lại những cuộc tấn công liên tiếp, như thể giờ đây việc chống lại không còn quan trọng nữa - không còn ý nghĩa gì nữa. Hoặc có thể nỗ lực để hiểu rõ ý nghĩa của những sự kiện đơn giản là mất quá nhiều năng lượng hạn chế mà anh ta có.

Các chi tiết về cuộc tấn công mới nhất đã không còn gây ra sự cấp bách nữa. Một số người có thể gọi sự thờ ơ kiệt sức như thế là sự chấp nhận, nhưng từ "chấp nhận" đó ngụ ý một sự chào đón. Có lẽ đây là sự nhận ra về sự thất bại, việc thừa nhận không tự nguyện rằng đã đến lúc từ bỏ cuộc

chiến. Hầu hết những người đang đối mặt với cái chết, không chỉ trong trường hợp của AIDS mà còn trong bất kỳ căn bệnh nào kéo dài, dường như không nhận ra rằng họ đã ở giai đoạn này. Đối với một số ít, trí tuệ vẫn còn rất rõ ràng để họ tự ý thức ra quyết định, nhưng thường thì quyết định được đưa ra cho họ bởi sự giảm nhạy cảm hoặc thậm chí là tình trạng ngủ mê. Đây là giai đoạn của sự hấp hối mà William Osler và Lewis Thom hiếm khi thấy được gì ngoài sự thanh thản. Đối với hầu hết chúng ta, sẽ quá muộn để mang lại sự an ủi cho những người ngồi canh giường bệnh.

Trong quá trình Kent giảm bớt cảm giác bệnh tật, anh ta đôi khi đã bày tỏ lo lắng về mức độ đau đớn mà cơ thể anh có thể chịu đựng được, cũng như sự bất tiện của những tuần cuối cùng. Anh ấy đã thể hiện mong muốn tìm ra thời điểm quan trọng để tự quyết định liệu nên tiếp tục cuộc chiến hay chấp nhận sự kết thúc. Không ai trong số những người xung quanh anh có thể biết chắc liệu điều ước của anh đã được thực hiện hay không.

Một người bạn có ảnh hưởng nào đó đã thu xếp cho Kent một phòng riêng rộng rãi trong bệnh viện, và trong không gian lớn đó, anh ta trở nên nhỏ dần mỗi ngày. Đôi khi, anh ta dường như khó tìm kiếm dưới tấm chăn.

Ngay cả khi còn ở thời kỳ mạnh mẽ nhất, Kent vẫn cần sự giúp đỡ để đi tới nhà vệ sinh, nhưng phần còn lại của thời gian anh ấy hoàn toàn phải nằm liệt giường. Anh không bao giờ là người khổng lồ, và giờ đây anh dường như đang thu nhỏ dần. Khi John miêu tả sự suy tàn của Kent, tôi lại nghĩ về Thomas Browne, người đã quan sát người bạn sắp chết của mình trải qua quá trình tương tự 350 năm trước: 'Anh ấy trở nên gần như là một nửa của bản thân và để lại một phần lớn phía sau mà anh ấy không mang xuống mộ.'

Do toxoplasmosis, Kent đã mất khả năng nhận thức đến mức không thể hiểu được những gì đang diễn ra xung quanh anh ấy. Viêm võng mạc do CMV đã làm mù trước mắt này rồi đến mắt kia. Anh ấy suy giảm đến mức không thể nhận biết được khuôn mặt hoặc diễn đạt biểu cảm của mình -

liệu anh ấy có mỉm cười hay chỉ là một nụ cười cắn răng biểu lộ qua khóe miệng cam lạng của anh ấy? John nói rất đúng khi nói: 'Mất đi một hình thức giao tiếp khi một ai đó giảm sút.' Toàn bộ cơ thể người sắp chết trở nên rất tối, đặc biệt là khuôn mặt của họ.

Ngay từ đầu, Kent đã rõ ràng biểu hiện mong muốn không sử dụng bất kỳ liệu pháp tích cực nào khi nhận thấy rõ ràng rằng nó sẽ vô ích. Dựa trên điều đó, những người chăm sóc xung quanh đã tham khảo ý kiến của các bác sĩ và cùng nhau thảo luận và đưa ra những quyết định đúng đắn khi mỗi tình huống mới nảy sinh. Cuối cùng, không còn nhiều quyết định cần được đưa ra nữa. Mọi thứ đã trở nên rõ ràng đến mức không còn gì để làm. Đúng như Peter Selwyn đã nói, đến lúc của Kent rồi.

Kent ngày càng ít cảm nhận được bất kỳ cảm giác không thoải mái nào nữa. Không còn quan trọng nữa khi anh cần nhận bất kỳ sự giúp đỡ y tế nào. "Nhiệm vụ của chúng tôi chỉ đơn giản là giữ anh ta được bao quanh, giữ anh ta được kết nối, ít nhất là trong phạm vi anh ta vẫn cảm nhận được một chút kết nối. Điều quan trọng nhất là chúng tôi không muốn anh ta phải ở một mình." Cuối cùng, Kent đã trôi đi. John bây giờ tiếp tục câu chuyện đến phần cuối cùng.

Tôi không ở New York khi anh ấy qua đời - tôi ở trang trại này trong vài ngày. Tôi xuống từ xe buýt tại Trạm Port Authority và gọi điện vào máy của mình. Có một tin nhắn cho biết Kent đã ra đi, và điều đó làm tôi bất ngờ. Lần cuối cùng tôi nhìn thấy anh ấy, anh ấy đã không còn giống với một người sống, chắc chắn không phải là Kent quen thuộc. Mặc dù dự kiến anh ấy sẽ qua đời bất cứ lúc nào, nhưng bằng cách nào đó ý nghĩa rằng anh ấy đã thực sự ra đi - Tôi giả định rằng cú sốc đến từ việc sau tất cả thời gian tôi đã dành với anh ấy, tôi phải biết về điều đó theo cách tồi tệ như vậy - đứng đó một mình trong một căn phòng điện thoại khẩn cấp, nghe từ máy trả lời tự động của mình.

Kent qua đời trong sự hiện diện của những người bạn đã giúp đỡ anh trong hai năm cuối đời của mình. Anh không phải là một trong những người đồng tính hoặc người lạm dụng ma túy bị gia đình tẩy chay - anh là đứa con duy nhất của cha mẹ già và họ đã qua đời từ nhiều năm trước. Nếu không có sự tận tâm của những người bạn ấy, cả sự ra đi và cuộc đời của Kent cũng sẽ sớm bị quên lãng.

Không có gì trong những gì được viết ở đây nên được hiểu là ám chỉ rằng các gia đình truyền thống hiếm khi không tham gia vào việc chăm sóc con cái hoặc vợ chồng của họ đang mắc phải AIDS. Ngược lại, thực tế hoàn toàn khác. Gerald Friedland mô tả sự trở lại, sự đoàn tụ của cha mẹ, đặc biệt là các bà mẹ, với những đứa con mà trước đây họ từ chối cuộc sống và bạn bè của chúng. Điều này không chỉ đúng với gia đình của những người đồng tính nam mà còn đối với những gia đình của những người nghiện ma túy. Tất nhiên, không phải tất cả người đồng tính và không phải tất cả những người nghiện ma túy đã tách biệt khỏi gốc rễ của họ từ đầu, vì vậy không phải là hiếm khi thấy những tháng cuối cùng của một người trẻ hoặc người phụ nữ mắc phải AIDS được dành cho sự chăm sóc từ anh chị em hoặc cha mẹ, đôi khi cùng với một nhóm bạn bè hoặc người yêu của con họ.

Thường thì, việc rời bỏ công việc hoặc nhà ở xa sẽ dễ dàng hơn đối với cha mẹ thuộc tầng lớp trung lưu so với những gia đình từ khu vực nội thành hoặc barrio (an inner-city ghetto or barrio<sup>200</sup>), nơi một ngày vắng mặt không chỉ đồng nghĩa với việc mất thu nhập mà còn có thể mất cả công việc trả lương thấp. Tôi đã nghe kể về những bà mẹ có tới bốn đứa con cùng mắc phải AIDS cùng một lúc - sự tàn ác của virus này vượt ra ngoài bất kỳ thực tế nào có thể tưởng tượng được.

---

<sup>200</sup> "An inner-city ghetto or barrio" là một khu vực đô thị nằm trong thành phố có điều kiện kinh tế kém, thường được đặc trưng bởi tình trạng nghèo đói, tội phạm cao, và không an toàn. "Ghetto" thường ám chỉ đến một khu vực đô thị nơi mà một nhóm dân tộc, tôn giáo hoặc dân tộc bị phân biệt và phong cách sống của họ thường bị cô lập. Trong khi đó, "barrio" là một thuật ngữ Tây Ban Nha để chỉ một khu vực dân cư thường là nơi sinh sống của cộng đồng gốc Latino hoặc Hispano. Cả hai từ này đều có thể ám chỉ đến những khu vực đô thị có điều kiện sống kém, nơi mà những gia đình có thể đối mặt với nhiều thách thức về tài chính, an sinh xã hội và an ninh.

Tại giường bệnh của những người trẻ sắp qua đời, mẹ cha, vợ chồng, bạn đời, anh em, và bạn bè, đều cố gắng làm mọi thứ để giảm nhẹ những cú sốc của cái chết lộn xộn. Như trong những thời đại xa xưa khi một đứa trẻ bị bệnh tử vong, những lời thì thầm của cha mẹ được nghe thấy, đôi khi chỉ còn thoáng qua trong sự yên lặng trước lúc cuộc sống ra đi. Đó là những lời an ủi nhẹ nhàng và những lời cầu nguyện. Bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, và trong nhiều ngôn ngữ khác trên thế giới, đã được lặp đi lặp lại rất nhiều lần một biến thể hoặc một trong những lời nói của Vua David trong Kinh Thánh khi ông khóc trước thi thể của con trai bị giết của mình, Absalom, người mà ông đã bị xa cách nhiều năm qua:

*"O, con trai tôi, Absalom,  
con trai ta, con trai ta, Absalom!  
Lạy Chúa, tôi đã chết vì Ngài,  
Ôi Absalom, con trai ta, con trai ta."*

*"O, my son Absalom ,  
my son, my son Absalom!  
Would God I had died for thee,  
Oh Absalom , my son , my son"*

Gerald Friedland nói về "sự đảo ngược của vòng đời dự kiến" - cha mẹ đang chôn cất con cái của họ. Một sự sai lầm đã tái diễn từ những thế kỷ trước, ngay khi chúng ta đã tự mãn kết luận rằng khoa học của chúng ta đã chinh phục được nó. Không chỉ có virus quay lại phía trước mà còn là mô hình logic tự nhiên, nơi mà người trẻ nên chôn người già. Cuối cùng, cũng có một bài học ẩn dụ ở đây - trong liệu pháp hiện nay là phương tiện tốt nhất để chúng ta ức chế sự lây lan của HIV: Với AZT và các loại thuốc khác, chúng ta cố gắng dùng quá trình đảo ngược (reverse transcriptase), điều đó làm đảo lộn vòng đời của nó. Đề án của chúng ta hoạt động, nhưng không cũng như chúng ta mong muốn, và cái chết tiếp tục theo đuổi tuổi trẻ và ngay cả những người còn rất trẻ, trong khi những người lớn tuổi hơn chỉ có thể đứng bên cạnh và thương tiếc.

Cái gì quý giá hoặc ý nghĩa nào có thể được giành đi từ một cái chết như vậy sẽ mãi không biết đến, ngoại trừ những người mà cuộc sống của họ đã ôm trọn cuộc sống vừa mất. Những người trẻ chăm sóc cho những người trẻ qua đời - và ở đây, tôi không chỉ đề cập đến các bác sĩ và y tá mà còn đến mỗi người trong số những nhân viên tận tâm đó - nhìn nhận và ngỡ ngàng trước lòng nhân từ như vậy tồn tại trong một thế giới mà họ đã được dạy là hoài nghi. Các hành động hàng ngày của họ phủ nhận sự hoài nghi - họ, cũng là những anh hùng của một loại khác. Anh hùng của họ là hiện đại và duy nhất đối với con đường mà họ đã chọn, là những nhân viên y tế vượt qua nỗi sợ hãi của chính mình và chinh phục cảm giác mỏng manh của họ để giúp đỡ những người mắc bệnh AIDS. Họ không phán đoán đạo đức - họ không phân biệt tầng lớp xã hội, cách lây nhiễm, hoặc việc thuộc nhóm rủi ro. Camus đã miêu tả rất đúng: "Điều gì đúng với tất cả những điều xấu trong thế giới cũng đúng với dịch bệnh. Nó giúp con người vượt lên trên chính bản thân mình."

Trong lúc vẫn còn những câu chuyện về những bác sĩ không muốn ở đây hoặc những bác sĩ phẫu thuật sợ HIV ở kia. Hơn 20 phần trăm cư dân y tế Mỹ được khảo sát sẽ điều trị những người mắc HIV nhưng nếu có cơ hội, họ sẽ chọn không làm vậy. Tuy nhiên, đó là một điều đáng khích lệ khi biết rằng những người bị ảnh hưởng bởi AIDS đang được chăm sóc bởi những người như thế này.

Đối với những đứa trẻ của chúng ta, những người chăm sóc những đứa trẻ của chúng ta bị HIV, gánh nặng càng nặng thêm với nỗi buồn khi phải chứng kiến cái chết của những người đồng trang lứa hoặc có lẽ chỉ cao tuổi hơn một chút. Trong sự bất công ấy là nguồn gốc của sự phẫn nộ cao nhất trong những lời trách móc nhiều chúng ta gửi tới một tự nhiên không cảm xúc, những sự can thiệp không suy nghĩ đã tạo ra HIV.

Nó cướp đi những phần lớn của bức tranh mà chúng ta có quyền xây dựng tương lai của mình. Trong số những đội trẻ mất vì AIDS, đúng là nên nói

những lời được viết từ bảy mươi năm trước bởi bác sĩ phẫu thuật thần kinh Harvey Cushing khi anh đau buồn về những người bạn cùng trang lứa của mình hy sinh trong Thế chiến I.

Họ, Cushing than thở <sup>201</sup>, "**chết hai lần khi chết quá trẻ.**"

---

<sup>201</sup> Câu này thể hiện sự tiếc nuối sâu sắc của Cushing về sự mất mát của những người trẻ tuổi, khi họ không có cơ hội để trải qua và thực hiện những giấc mơ và mục tiêu của họ.

## CHƯƠNG X. SỰ ÁC ĐỘC CỦA BỆNH UNG THƯ

Ngày xưa ngày xưa, có một cậu bé quét ống khói nhỏ, và tên của cậu bé là Tom. Đó là một cái tên ngắn và bạn đã từng nghe về nó trước đó, nên bạn sẽ không gặp nhiều khó khăn khi nhớ đến nó. Tom sống trong một thị trấn lớn ở miền Bắc, nơi có rất nhiều ống khói cần phải quét, và có đủ tiền cho Tom kiếm và cho ông chủ của cậu ấy chi tiêu. Tom không biết đọc và viết, và cậu ấy cũng không quan tâm đến việc đó; và cậu ấy chẳng bao giờ tắm rửa, vì không có nước ở sân nơi cậu ấy sống. Cậu ấy không bao giờ được dạy cách cầu nguyện. Cậu ấy chưa từng nghe về Chúa, hoặc Chúa Kitô, ngoại trừ những từ bạn chưa từng nghe và những từ mà việc không nghe chúng sẽ tốt hơn. Cậu bé đã khóc một nửa thời gian và cười nửa kia. Cậu ấy khóc khi phải leo lên những ống khói tối tăm, làm tổn thương đầu gối và khuỷu tay của cậu; và khi tro bồ hóng vào mắt cậu, điều đó xảy ra mỗi ngày trong tuần; và khi cậu ấy không có đủ thức ăn, điều đó cũng xảy ra mỗi ngày trong tuần.

Bắt đầu từ cuốn sách kinh điển dành cho trẻ em của Charles Kingsley vào năm 1863, *The Water Babies*. Tom được giới quý tộc Anh mài mòn gọi là "cậu bé leo núi". Công việc của cậu không đòi hỏi sự huấn luyện kéo dài và không có yêu cầu đặc biệt để bắt đầu nghề. Hầu hết những người mới gia nhập ngành này thường làm công việc u ám này từ độ tuổi bốn đến mười. Mỗi ngày bắt đầu với một cách đơn giản: "sau một vài tiếng than vãn, và một cú đá từ chủ nhân, Tom bước vào lò sưởi và lên ống khói."

Những ống khói này không giống như những cột thẳng đứng của phong cách kiến trúc sau này. Ngay cả vào thời của Kingsley, vào giữa thế kỷ 18, chúng đã trở nên thẳng đứng hơn so với khi bác sĩ phẫu thuật người Anh Percivall Pott nghiên cứu về sự nguy hiểm của chúng vào năm 1775. Trong thời của Pott, chúng không chỉ quanh co và không đều, mà còn có thói quen khó chịu là chạy ngang một đoạn trước khi tiếp tục hướng dọc. Kết quả của tất cả những biến động cấu trúc này là có nhiều kẽ hở, kẽ nứt và bề mặt



phẳng để bò hóng tích tụ. Không chỉ thế, việc cậu bé leo núi vùng lên ống khói đầy mao hiểm cũng khiến cho da của cậu ta bị trầy xước ở nhiều bộ phận trên cơ thể, đặc biệt là những phần da tiếp xúc hoặc treo ra.

Từ "treo" được sử dụng ở đây với ý nghĩa chính xác như vậy; thường thì, những đứa trẻ "leo núi" làm công việc dơ bẩn của chúng mà không có sự bảo vệ của bất kỳ lớp quần áo nào giữa chúng và những bức tường dơ bẩn mà chúng phải trèo qua. Chúng hoàn toàn trần truồng. Có một lý do kinh tế hợp lý cho việc không mặc quần áo trong công việc này, hoặc ít nhất là các chủ nhân của chúng tưởng rằng đó là một lý do kinh tế hợp lý. Các ống khói rất hẹp, với đường kính khoảng từ mười hai đến hai mươi bốn inch (30 cm ~ 61 cm). Tại sao phải tốn công tìm kiếm những đứa trẻ nhỏ nếu chúng chỉ sử dụng không gian quý báu bằng cách mặc quần áo? Vì vậy, các chủ nhân tuyển chọn những đứa trẻ nhỏ nhất có thể tìm thấy, dạy chúng cách làm sạch ống khói, và đá chúng vào đó mỗi sáng, hét vào những ống khói chật chội, thiếu không khí để bắt đầu công việc hàng ngày.

Các vấn đề trở nên phức tạp hơn do thói quen cá nhân của những cậu bé quét ống khói nghèo. Bản thân chúng đến từ tầng lớp thấp nhất của cấu trúc xã hội Anh, chúng chưa bao giờ học cách coi trọng vệ sinh cá nhân. Hơn nữa, nhiều đứa trẻ không may mắn này, mặc dù phải làm việc trong môi trường lò sưởi, nhưng chúng không bao giờ được sự ấm áp của mái ấm gia đình. Chúng thường là những đứa trẻ bị bỏ rơi. Những hạt bụi bẩn vẫn ẩn chứa trong những nếp nhăn và rãnh da của chúng trong nhiều tháng, không ngừng ăn mòn cuộc sống của chúng trong khi sự tàn bạo của các chủ nhân ăn mòn tâm hồn của cậu.

Percivall Pott (1714-1788) là bác sĩ phẫu thuật nổi tiếng nhất ở London trong thế hệ của ông, và ông biết rất nhiều về cuộc sống khó khăn của những đứa trẻ thợ quét nhỏ tuổi ở Anh. Ông quan sát rằng "Số phận của những người này có vẻ đặc biệt khó khăn: khi còn nhỏ, chúng thường bị đối xử với sự tàn bạo, gần như bị đói và đói lạnh; chúng bị đẩy vào những ống khói hẹp, đôi khi còn nóng đến mức chúng bị bầm tím, bị bỏng và gần như

bị ngạt thở; và khi đến tuổi dậy thì, chúng trở nên đặc biệt dễ mắc phải một căn bệnh khó chịu, đau đớn và nguy hiểm nhất."

Những lời này được viết vào năm 1775; xuất hiện trong một phần ngắn của một bài viết dài của Pott, có tựa đề<sup>202</sup> "Quan sát phẫu thuật liên quan đến đục thủy tinh thể, polyp mũi, ung thư bìu, các loại đứt gãy khác nhau và sự biến đổi của ngón chân và bàn chân." Bài viết này chứa mô tả đầu tiên từng được ghi lại về một căn bệnh nghề nghiệp ác tính. Căn bệnh này mất nhiều năm mới phát triển, nhưng đôi khi nó bắt đầu xuất hiện từ thời kỳ dậy thì. Vào thập kỷ đầu tiên của thế kỷ 19, nó đã được báo cáo ở một đứa trẻ tám tuổi.

Không có nghi ngờ gì nữa rằng Pott đang mô tả một căn bệnh ác tính gây tử vong mà ngày nay chúng ta gọi là ung thư biểu mô tế bào vảy (squamous cell carcinoma). Điều ông ấy quan sát thấy ở bìu của các bệnh nhân trẻ tuổi của ông là "một vết loét bề ngoài, đau đớn, rách rưới, trông xấu xí, có bờ cứng và nhô lên: người trong nghề gọi nó là mụn cóc... Nó tiến lên dọc theo quá trình tinh trùng vào bụng... Khi đã đến trong bụng, nó ảnh hưởng đến một số cơ quan nội tạng và sau đó sớm tàn phá một cách đau đớn."

Pott rõ ràng hiểu rằng ung thư bìu, trừ trong vài trường hợp khi được phẫu thuật cắt bỏ ở giai đoạn rất sớm, đã giết chết mỗi nạn nhân của nó. Ông ấy đã thực hiện phẫu thuật chữa trị lặp đi lặp lại, ngay cả khi điều đó có nghĩa là, trong những ngày khủng khiếp trước khi thuốc mê được phát minh, ông phải trói một cậu bé đang la hét xuống bàn và giữ cậu ta bất động trong vòng kim kẹp mạnh mẽ của các trợ lý. Khả năng đủ điều kiện cho cuộc phẫu thuật này được hạn chế cho những cậu bé mà quá trình loét chỉ còn giới hạn ở một bên.

---

<sup>202</sup> Nguyên văn: "Chirurgical observations relative to the cataract, the polypus of the nose, the cancer of the scrotum, the different kinds of ruptures and the modification of the toes and feet"

Thủ tục này gây ra một cuộc tấn công lớn không chỉ về mặt thể chất mà còn về mặt tinh thần, khi nó bao gồm việc chém đi càng nhanh càng tốt tinh hoàn và một nửa bìu của những thiếu niên không may mắn này. Các mô chảy máu được xử lý bằng cách ấn một miếng sắt đỏ nóng trực tiếp vào chúng. Việc cố gắng khâu vết thương đen gớm luôn dẫn đến nhiễm trùng mủ, vì vậy khu vực phẫu thuật được để mở để dịch chuyển các mảnh vụn và chất lỏng thoát ra trong suốt nhiều tháng dài của quá trình lành chậm chạp.

Kết quả của Pott thường không đủ để chứng minh sự khắc nghiệt của thử thách này. Ông ấy cảm thấy chán nản khi theo dõi bệnh nhân trong thời gian dài: "Dù các vết loét sau phẫu thuật đôi khi đã lành dần và các bệnh nhân rời viện có vẻ khỏe mạnh, nhưng chỉ trong vài tháng, họ thường quay trở lại với bệnh ở tình hoàn còn lại, hoặc tuyến ở háng, hoặc có làn da nhợt nhạt, mất sức và đau đớn nội tạng, đủ chứng minh tình trạng bệnh tật của một số cơ quan và sớm sau đó là cái chết đau đớn."

Mặc dù các dấu phẩy của Pott có thể hơi phóng đại, nhưng mô tả của ông thì không. Nếu có điều gì, ông đã nhấn mạnh hơn về những đau khổ mà những chàng trai này phải trải qua trước khi qua đời.

Pott nhận ra rằng cái chết kinh hoàng này bắt đầu như một sự tăng trưởng không bình thường giới hạn ở một vị trí cụ thể, một quá trình sau đó mới bắt đầu lan rộng không ngừng bằng cách loét hủy hoại, xâm nhập vào các cấu trúc xung quanh. Ông đã công bố các nghiên cứu của mình vào thời điểm thuận lợi cho việc xây dựng một luận điểm liên quan đến ảnh hưởng của vật liệu ngoại lai đối với cơ thể. Một số nhà lý thuyết y học nổi tiếng gần đây đã bắt đầu đưa ra khái niệm rằng mô sống cần một kích thích, họ gọi là "sự kích thích" (irritation), để kích hoạt chúng thực hiện các chức năng bình thường. Từ nguyên lý này, chỉ còn một bước ngắn nữa là khái niệm rằng cơ quan bị bệnh do viêm nhiễm - nói cách khác, bị kích động quá mức. Pott lập luận rằng ung thư ở các bộ phận riêng tư của người làm lau kính ống khói là kết quả trực tiếp của tình trạng viêm nhiễm gây ra bởi hoạt động hóa học của bồ hóng.

Ngày nay, cảnh báo từ Tổng Y Sĩ (The Surgeon General) vẫn rục rĩ trên mọi quảng cáo thuốc lá, và ít ai mà không coi trọng điều đó. Không một người Mỹ trưởng thành nào không biết về tính gây ung thư của nhựa đường và nhựa thông, và hầu hết đều hiểu rằng những đặc tính đó phát sinh từ sự kích thích hóa học trong mô sống do tiếp xúc thường xuyên với các chất độc hại. Nhưng thực tế là, khái niệm này không phải lúc nào cũng được các bác sĩ đánh giá cao. Vào thời điểm Percivall Pott quyết định vượt ra ngoài việc chỉ mô tả lâm sàng về ung thư bìu bằng cách khẳng định ý kiến của mình rằng đó là kết quả của một phản ứng đặc biệt đối với bồ hóng, lý thuyết về kích thích và viêm vẫn còn mơ hồ, và hầu hết sau này đã bị loại bỏ. Mặc dù những người quét ống khói gọi căn bệnh của họ là "mụn cóc", họ dường như không nhận thức được rằng việc làm sạch bụi bẩn bằng cách giặt thỉnh thoảng có thể ngăn chặn được nó. Họ đơn giản chấp nhận rằng một số trong số họ sẽ phát triển tình trạng này và phải chịu cái chết đau đớn - rủi ro đi kèm với công việc.

Luận điểm của Pott cho rằng bồ hóng là nguyên nhân gây ra ung thư đã nhận được sự công nhận ngay lập tức. Điều này dẫn đến một sắc lệnh từ nghị viện rằng không ai được phép bắt đầu học nghề quét ống khói trước khi họ đủ tám tuổi và tất cả các cậu bé phải được tắm ít nhất một lần một tuần. Đến năm 1842, không ai dưới tuổi 21 được phép treo ống khói. Thật không may là luật này thường bị vi phạm và vẫn còn rất nhiều người trẻ dưới tuổi tham gia công việc này khi Charles Kingsley viết *The Water Babies* hai mươi năm sau đó.

Từ những ngày sớm nhất của thời Hippocrates và thậm chí cả trước đó, các bác sĩ Hy Lạp cổ đại đã có một sự hiểu biết rõ ràng về cách mà một khối u ác tính thường tiến triển một cách không thể ngăn cản của nó để phá hủy sự sống. Họ đã đặt một tên rất cụ thể cho những vết sưng cứng và vết loét mà họ thường thấy ở vú hoặc nhô ra từ trực tràng hoặc âm đạo; họ đặt tên này dựa trên bằng chứng của đôi mắt và đôi ngón tay của họ. Để phân biệt chúng với những vết sưng thông thường, mà họ gọi là oncos, họ sử dụng

thuật ngữ karkinos, hoặc "con-cua", có nguồn gốc thú vị từ một từ gốc Ấn- u có nghĩa là "cứng". Với hậu tố "oma" đề cập đến "khối u", karkinoma được sử dụng để chỉ sự phát triển của một khối u có tính ác tính. Nhiều thế kỷ sau đó, từ Latin có nghĩa là "con cua", cancer, trở nên phổ biến. Trong khi đó, oncos đã được áp dụng cho bất kỳ loại khối u nào, đó là lý do tại sao chúng ta gọi một chuyên gia về ung thư là một bác sĩ chuyên khoa ung thư - oncologist.

Theo giả thuyết, karkinoma được cho là do sự ứ đọng trong cơ thể của một lượng chất lỏng giả định gọi là mật đen, hoặc melancholos (từ melas, "đen" và chole, "mật"). Vì người Hy Lạp không thực hiện phẫu thuật mở cơ thể người, các khối u ung thư mà họ thấy đều là các khối u bị loét của vú hoặc da, cũng như của trực tràng và đường sinh dục nữ mà đã phát triển lớn đến mức chúng nhô ra qua các lỗ trên cơ thể. Do đó, giải thích tưởng tượng này được hỗ trợ bởi quan sát chung rằng bệnh nhân ung thư thực sự rất u sầu, và với lý do rõ ràng. Nguồn gốc của các thuật ngữ karkinos và karkinoma cũng được dựa trên nhiều quan sát và cảm giác đơn giản như vậy. Theo Galen, người thông dịch và biên soạn hàng đầu của y học Hy Lạp, vào thế kỷ thứ hai sau Công nguyên, sự xuất hiện của khối u này, xâm nhập như một khối đá, bị loét ở giữa mà ông ấy thường xuyên thấy ở vú phụ nữ, "giống như những chiếc chân cua vươn ra từ mọi phần của cơ thể nó." Và không chỉ có những chiếc chân đang đào sâu vào da của nạn nhân, mà trung tâm của chúng cũng đang ăn mòn trực tiếp qua da của họ.

Mô tả về ung thư giống như một loài ký sinh quỷ, bám chặt bề mặt phân hủy của con mồi bị đe dọa bằng những xúc tu có móng vuốt sắc nhọn. Những chiếc móng này không ngừng mở rộng tay cầm của chúng, trong khi phần lõi ghê tởm của sinh vật đào hang lặng lẽ ăn mòn sự sống, chỉ tiêu hóa được những gì nó đã phân hủy trước. Quá trình này diễn ra trong im lặng, không có điểm bắt đầu rõ ràng và chỉ kết thúc khi kẻ phá hủy đã tiêu thụ hết lực lượng quan trọng cuối cùng của nạn nhân.

Trước giữa thế kỷ 19, ung thư được coi là kẻ giết người trong bóng tối. Sức mạnh âm thầm của nó nằm dưới tấm che của bóng tối yên lặng, và cú chích đầu tiên chỉ cảm nhận được khi sự xâm nhập giết người đã bóp nghẹt quá nhiều mô bình thường, không còn khả năng phục hồi cho các phòng thủ của con mồi. Kẻ gây án sau đó nôn ra như một loại viêm mủ độc hại cuộc sống mà nó đã nhai nhỏ lẻo một cách âm thầm.

Nhưng bây giờ, chúng ta hiểu rõ hơn, nhờ vào việc nhìn thấy kẻ thù cũ qua kính hiển vi của khoa học đương đại. Ung thư, thay vì là kẻ thù lén lút, thực sự đang điên cuồng với sự hưng phấn độc hại của việc giết người. Bệnh này diễn ra một cách liên tục, không bị kiềm chế, theo một cuộc hành trình phá hủy vô điều kiện, trong đó nó không chú ý đến quy tắc, không tuân theo bất kỳ lệnh nào và phá hủy mọi sự kháng cự trong một cuộc hỗn loạn tàn phá. Tế bào của nó hành xử như các thành viên của một đám người hung dữ điên cuồng - không có lãnh đạo và không được chỉ đạo, nhưng với một mục đích duy nhất: cướp bóc mọi thứ trong tầm với. Đây chính là ý nghĩa của khái niệm **tự chủ**<sup>203</sup> trong ngôn ngữ của các nhà khoa học y tế.

Ung thư không phải là một loài ký sinh trùng. Các tế bào đầu tiên của nó là kết quả của sự phát sinh lỗi lạc từ những người cha mẹ không nghi ngờ, cuối cùng bị từ chối vì chúng xấu xí, dị dạng và không tuân thủ. Trong cộng đồng của các mô sống, đám đông không thể kiểm soát được của những kẻ không phù hợp ung thư hành xử giống như một nhóm thanh thiếu niên hoang dã vĩnh viễn.

Ung thư nên được xem như một căn bệnh của sự biến đổi về trưởng thành; đó là kết quả của một quá trình phát triển và sinh trưởng đi sai lạc. Dưới điều kiện bình thường, các tế bào bình thường luôn được bổ sung khi chúng chết, không chỉ thông qua sự sinh sản của những người sống sót trẻ hơn mà còn thông qua một nhóm tiền thân đang sinh sản tích cực được gọi là tế bào gốc. Tế bào gốc là các dạng rất non nớt với tiềm năng lớn để tạo ra

---

<sup>203</sup> Tự chủ (Autonomy): Trong ngữ cảnh y học, "tự chủ" được sử dụng để mô tả sự không kiểm soát của các tế bào ung thư, chúng phát triển và nhân lên mà không tuân thủ các quy tắc bình thường của cơ thể sống.

mô mới. Để tiến tới trạng thái trưởng thành bình thường, thể hệ sau của các tế bào gốc phải trải qua một loạt các bước. Khi chúng tiến gần đến trạng thái trưởng thành đầy đủ, chúng mất khả năng sinh sôi nảy nở nhanh chóng theo tỷ lệ với sự gia tăng khả năng thực hiện các chức năng mà chúng dự định như tế bào trưởng thành. Ví dụ, một tế bào ruột hoàn toàn trưởng thành hấp thụ chất dinh dưỡng từ khoang ruột hiệu quả hơn nhiều so với việc chúng sinh sản; một tế bào tuyến giáp hoàn toàn trưởng thành hoạt động tốt nhất khi tiết ra hormone, nhưng ít có xu hướng sinh sản hơn so với khi còn trẻ. Sự tương tự với hành vi xã hội của cả cơ thể, giống như chúng ta, là không thể tránh khỏi.

Tế bào khối u là những tế bào đã bị ngừng lại trong khả năng phân biệt, đó là thuật ngữ được sử dụng bởi các nhà khoa học để chỉ quá trình mà tế bào trải qua các bước giúp chúng đạt đến tuổi trưởng thành khỏe mạnh. Nhóm các tế bào bất thường chưa trưởng thành do sự ngăn chặn của quá trình phân biệt được gọi là khối u (neoplasm), bắt nguồn từ từ tiếng Hy Lạp có nghĩa là sự phát triển mới hoặc hình thành. Trong thời đại hiện đại, từ "khối u" được sử dụng đồng nghĩa với "tumor". Những khối u mà các tế bào của chúng đã bị ngăn chặn gần nhất với việc đạt được trạng thái trưởng thành là ít nguy hiểm nhất và do đó được gọi là lành tính. Một khối u lành tính đã giữ lại ít tiềm năng hơn cho sự sinh sản không kiểm soát; nó được phân biệt rõ ràng, dưới kính hiển vi, nó trông rất giống với tế bào trưởng thành mà nó đã gần trở thành. Nó phát triển chậm, không xâm nhập vào các mô xung quanh hoặc di chuyển đến các phần khác của cơ thể, thường được bao quanh bởi một cái bao xơ rời rạc và gần như không bao giờ có khả năng giết chết vật chủ của nó.

Một khối u ác tính - điều chúng ta gọi là ung thư - là một sinh vật khác biệt hoàn toàn. Một số yếu tố hoặc sự kết hợp của chúng, có thể là di truyền, môi trường hoặc khác, đã hoạt động như cơ chế kích hoạt để can thiệp sớm vào con đường trưởng thành, làm gián đoạn sự tiến triển của tế bào ở một giai đoạn khi chúng vẫn còn có khả năng sinh sản vô hạn. Tế bào gốc bình thường tiếp tục cố gắng tạo ra đứa con bình thường, nhưng sự phát

triển của chúng vẫn bị chặn. Chúng không đạt đến mức độ trưởng thành đủ để làm công việc mà chúng được thiết kế hoặc trông giống một chút ít như hình dạng trưởng thành mà chúng được dự định. Tế bào ung thư bị cố định ở một tuổi mà chúng vẫn quá trẻ để đã học được các quy tắc của xã hội mà chúng sống. Như với rất nhiều cá nhân chưa trưởng thành của mọi loài, mọi thứ chúng làm đều quá mức và không phù hợp với nhu cầu hoặc ràng buộc của "hàng xóm xung quanh".

Không hoàn toàn trưởng thành, một tế bào ung thư không tham gia vào một số hoạt động trao đổi chất phức tạp của mô không ác tính trưởng thành (mature nonmalignant tissue). Ví dụ, một tế bào ung thư ruột không hỗ trợ quá trình tiêu hóa như tế bào trưởng thành của nó; một tế bào ung thư phổi không tham gia vào quá trình hô hấp; điều này cũng đúng với hầu hết các loại ung thư khác. Các tế bào ác tính tập trung năng lượng của chúng vào việc sinh sản thay vì tham gia vào các nhiệm vụ mà mô phải thực hiện để duy trì sự sống của cơ thể. Con cái phiến hại của chúng (mặc dù vô tính) "quần quýt" không có nguồn lực để làm bất cứ điều gì ngoài việc gây phiền toái và gánh nặng cho cộng đồng làm việc chăm chỉ xung quanh chúng. Giống như tổ tiên của chúng, chúng sinh sản nhưng không sản xuất. Với tư cách cá nhân, chúng là nạn nhân của một xã hội nghiêm túc, tuân thủ.

Các tế bào ung thư thậm chí không tuân theo quy tắc cơ bản của tự nhiên khi chết. Trong tự nhiên, cái chết được coi là bước cuối cùng trong quá trình trưởng thành bình thường, nhưng tế bào ác tính không thể đạt đến điều đó - tuổi thọ của chúng không bao giờ kết thúc. Những nghiên cứu về tế bào được thực hiện bởi Bs Hayflick không áp dụng cho tế bào của khối u ung thư. Trong môi trường thí nghiệm, các tế bào ung thư không chỉ phát triển không ngừng mà còn có khả năng tạo ra những khối u mới một cách vô tận. Đó là lý do tại sao các nhà nghiên cứu gọi chúng là "bất tử" (immortalized). Sự kết hợp giữa cái chết muộn màng và sự sinh sôi không kiểm soát là điều lớn nhất làm suy sụp trật tự tự nhiên. Hai yếu tố này là nguyên nhân chính gây ra ung thư, làm cho nó tiếp tục phát triển trong suốt cuộc đời của mình.



Ung thư không biết đến quy tắc, nó không có đạo đức. Nó không biết mục đích khác ngoài việc phá hủy sự sống, điều này là không đạo đức. Một nhóm tế bào ung thư là một bọn thanh thiếu niên tự trị không tổ chức, cuồng nhiệt chống lại xã hội mà chúng bắt nguồn. Chúng như một băng đảng đường phố, quyết tâm gây ra hỗn loạn. Nếu chúng ta không thể giúp chúng trưởng thành, mọi cách để ngăn chặn chúng, loại bỏ chúng khỏi cộng đồng hoặc khiến chúng chết - bất kỳ hành động nào đạt được một trong những mục tiêu đó - đều là đáng khen ngợi.

Đến một thời điểm, sân nhà không còn đủ cho băng đảng nữa - những nhánh của băng đảng bắt đầu tự do, xâm chiếm các cộng đồng khác, và, được động viên bởi sự tàn phá không gặp trở ngại của chúng, gây ra hỗn loạn cho toàn bộ cơ thể. Nhưng cuối cùng, không có chiến thắng nào thuộc về ung thư. Khi nó giết nạn nhân của mình, nó cũng đồng thời giết chính bản thân mình. Ung thư sinh ra với một ý muốn tự diệt.

Ung thư, ở mọi khía cạnh có thể nghĩ đến, là một kẻ không tuân thủ. Nhưng, khác với một số cá nhân không tuân thủ mà có nhiều điều đáng ngưỡng mộ, tế bào ác tính không có một đặc điểm nào để chuộc lỗi. Nó làm mọi thứ có thể, không chỉ để tự tách rời khỏi nhóm mà còn để tiêu diệt cộng đồng tế bào đã sinh ra nó. Như muốn đảm bảo rằng nó không bị nhầm lẫn với các thành viên trưởng thành tuân thủ của gia đình gốc, tế bào ung thư vẫn giữ vẻ ngoài và hình dáng của một đứa trẻ không trưởng thành. Điều này được gọi là "anaplasia", từ nguyên văn tiếng Hy Lạp có nghĩa là "không có hình dạng". Tế bào thoái hóa sinh ra những con cháu không đồng dạng.

Nhưng dù cố gắng như thế nào, chỉ có một số ít ung thư đặc biệt được hình thành từ các tế bào đã thay đổi diện mạo của chúng đủ để trở nên không thể nhận ra là thành viên của bộ tộc gốc của chúng. Trừ trong những trường hợp cực đoan, một cái nhìn kỹ lưỡng vào một ít mô bệnh dưới ống kính hiển vi sẽ đủ để phát hiện ra dòng họ tổ tiên của nó. Do đó, một ung thư ruột có thể được nhận dạng là do nó vẫn giữ một số đặc điểm đặc trưng phản ánh nguồn gốc ruột của nó. Ngay cả khi xa quê hương, như khi máu đã mang tế

bào của nó đến gan, gương mặt của ung thư, gần như bất kể mức độ dị tật, thường sẽ phản ánh nó. Ngay cả ung thư, kẻ phản bội tàn nhẫn đã chạy trốn để tham gia vào thế giới sinh học tương đương của Murder, Inc.<sup>204</sup>, vẫn giữ lại một số đặc điểm đều nhận ra của gia đình cũ và những nghĩa vụ cũ của nó.

Hai đặc điểm song sinh của sự tự chủ và dị tật định nghĩa cho hiểu biết hiện đại về ung thư. Dù có thể coi chúng là "xấu xí, dị dạng và ngỗ ngược" hoặc học thuật hơn là "dị tật" và "tự trị", các tế bào của ung thư đều ác độc (malignant). Thực ra, từ "ác độc" mô tả tốt hơn, bởi vì nó mang hàm ý của một yếu tố ô uế.

Sự biến dạng và xấu xí của từng tế bào ung thư thể hiện rõ nhất qua sự không đồng nhất trong hình dạng biến dạng của chúng. Trong khi tế bào bình thường trong mô bình thường thường không có nhiều khác biệt so với những tế bào hàng xóm của chúng, thì hình dạng và kích thước của các tế bào trong quần thể ung thư thường không đồng nhất và không theo trật tự. Chúng có thể phồng lên, làm phẳng, kéo dài, tự làm tròn hoặc bằng một cách nào đó thể hiện rằng mỗi tế bào được tạo ra như có ý thức riêng - chúng là các đại diện độc lập. Ung thư là tình trạng mà sự suy vong đã xảy ra trong việc giao tiếp và phụ thuộc lẫn nhau giữa các tế bào. Chuỗi sự kiện được mô tả trước đó đã xảy ra, trong đó đặc điểm di truyền của các tế bào ác tính bị thay đổi, và tất cả các khía cạnh khác của căn bệnh này đều bắt nguồn từ thực tế đó. Một số nguyên nhân môi trường, lối sống và khác của sự biến đổi này đã được biết đến, một số đang được nghiên cứu và có lẽ một số vẫn chưa được nghi ngờ.

Mặc dù có vẻ hỗn loạn trong hình dạng và không đồng nhất về kích thước, cộng đồng của các tế bào ung thư không nhất thiết luôn luôn vô trật tự.

---

<sup>204</sup> "Murder, Inc." là một tên của một tổ chức tội phạm có thực trong thập niên 1930 và 1940 tại Hoa Kỳ. Tổ chức này được biết đến với việc thuê sát thủ chuyên nghiệp để thực hiện các hành vi ám sát và loại bỏ các mục tiêu của họ. Việc so sánh "biological equivalent of Murder, Inc." ám chỉ đến việc tế bào ung thư trở thành một thực thể tội phạm sinh học, thực hiện các hành động phá hoại và tàn bạo tương tự như các sát thủ chuyên nghiệp của tổ chức tội phạm đó.

Trong một số dạng ung thư, thực tế là, tất cả các cá nhân được tìm thấy có thể chọn một hình dạng thống nhất cụ thể phù hợp với một yếu tố chung trong ý chí của chúng. Các bệnh ác tính như vậy tồn tại như thể để chứng minh một sự từ chối cố chấp không tuân thủ với sự không hài hòa thông thường được mong đợi của chúng; các tế bào của chúng tái tạo ra hàng triệu bản sao gần như giống hệt nhau, giống như hàng triệu quả táo nhỏ độc (bạch tuyết và 7 chú lùn), có vẻ như giống hệt nhau nhưng khác biệt hoàn toàn so với mô gốc của chúng. Ngay cả tính dự đoán của sự không ổn định của ung thư cũng không thể dự đoán được.

Cấu trúc trung tâm của tế bào ung thư, gọi là nhân, lớn hơn và nổi bật hơn so với những tế bào trưởng thành, thường biến dạng giống như tế bào chính nó. Sức mạnh của nhân này trên chất cytoplasm xung quanh được cường đại bởi việc nhân này hấp thụ chất nhuộm tiêu chuẩn trong phòng thí nghiệm với sự ham muốn tăng cao, tạo ra một vẻ ngoài đen tối, đáng sợ. Nhân mắt ác (evil-eye nucleus) này tiết lộ sự độc lập bất thường của nó theo một cách khác: Thay vì chia đều thành hai nửa đối xứng trong quá trình sinh sản được gọi là nguyên phân (mitosis), các nhiễm sắc thể (các thành phần của nhân chứa DNA) tự sắp xếp thành các mẫu kỳ quặc, cố gắng với mức độ thành công khác nhau, ảm ý về sự nhân lên, mà không có bất kỳ yếu tố chính xác hoặc trách nhiệm. Tốc độ nguyên phân của một số loại ung thư nhanh đến nỗi một cái nhìn nhanh qua kính hiển vi sẽ bắt gặp nhiều lần số lượng tế bào đang cố gắng sinh sản so với số tế bào được tìm thấy trong mô bình thường trưởng thành, và mỗi tế bào dường như đang thực hiện điều đó theo cách hỗn loạn của riêng nó. Không có gì lạ khi các đứa con sống sót không phù hợp với môi trường xung quanh trong các mô của các cơ quan có trật tự, nhất quán mà ban đầu chúng được dự định sẽ là một phần của đó. Điều này làm cho các khối tế bào mới trở nên khác biệt đối với môi trường xung quanh đến mức chúng không chỉ xâm nhập mà còn đẩy các tế bào hàng xóm trưởng thành tuân thủ luật pháp của chúng ra khỏi đường đi khi chúng xâm nhập và chiếm giữ vùng lãnh thổ xung quanh.

Một cách dễ hiểu, ung thư là phi xã hội. Đã thoát khỏi những ràng buộc chi phối các tế bào không liên kết, các mô mới hình thành theo đuổi các mối quan hệ không kiểm soát và chiếm lĩnh với các cơ quan chủ của chúng và không thể bị hạn chế về biên giới xâm nhập của chúng đối với các tiêu điểm đã sinh ra chúng. Sự tăng trưởng không kiểm soát và không có mô hình cho phép ung thư cưỡng bức vào các cấu trúc quan trọng gần đó để chìm chúng, ngăn chúng hoạt động và làm suy yếu sức sống của chúng. Bằng cách này, và bằng cách tiêu diệt các cơ quan từ các tế bào gốc của chúng, các khối lượng tế bào ung thư tiêu diệt người bệnh dần dần sau khi đã ăn những chất dinh dưỡng được dự định sẽ nuôi dưỡng họ [tức bệnh nhân ung thư].

Mặc dù bắt đầu nhỏ như một hiện tượng vi mô, quá trình tăng trưởng ác tính, một khi đã thiết lập đúng đắn, sẽ tiếp tục cho đến khi có thể nhìn thấy bằng mắt thường hoặc cảm nhận được bằng tay. Trong một thời gian, khối u ngày càng lớn có thể vẫn quá nhỏ hoặc hạn chế để gây ra các triệu chứng, nhưng theo thời gian, nạn nhân của căn bệnh ung thư sẽ cảm nhận được có điều gì đó không ổn đang xảy ra với họ. Đến thời điểm đó, khối u ác tính có thể đã phát triển đến mức lớn đến nỗi nó không thể chữa trị. Đặc biệt là ở một số cơ quan, một khối u có thể đạt kích thước đáng kể trước khi làm cho chủ nhân của nó nhận biết sự hiện diện của nó. Điều này chính là lý do mà căn bệnh này đã có tiếng vang như một kẻ giết người âm thầm (noiseless killer).

Ví dụ, một thận có thể được phát hiện chứa một khối u cực kỳ lớn khi nó lần đầu tiên bộc lộ tình trạng bệnh tiến triển bằng cách tràn ra máu có thể nhìn thấy vào nước tiểu hoặc gây đau nhức ở sườn. Nếu một cuộc phẫu thuật được thực hiện vào thời điểm đó, nỗ lực của bác sĩ phẫu thuật sẽ bị đánh bại bởi sự lan rộng rộng lớn của các mô xung quanh. Nếu không, mặt trơn màu nâu đối xứng của cơ quan sẽ được phát hiện đã bị ăn mòn trên một khu vực lớn bởi một khối u xấu xí, lồi lõm và cứng màu xám đã xâm chiếm bề mặt, xâm nhập vào mỡ xung quanh và kéo tất cả các mô lân cận vào trong, tạo ra một khối u lớn gồm một loạt những sự hung ác nhần nheo.

Trong số tất cả các bệnh mà họ điều trị, ung thư là căn bệnh mà các bác sĩ phẫu thuật đã đặt danh hiệu cụ thể là "Kẻ Thù" (The Enemy).

Bệnh ung thư không chỉ có cấu trúc rõ ràng mà còn khả năng xâm lấn, đây chỉ là hai trong số nhiều dạng hình không ràng buộc của nó. Một trong những hành vi khôn lường nhất của bệnh ung thư là cách mà nó dường như lẩn tránh các hệ thống phòng thủ thường được cơ thể triển khai chống lại các mô mà nó cảm nhận là không thuộc về mình. Về mặt lý thuyết, ít nhất, các tế bào đã trở thành ung thư nên có thể được phát hiện là ngoại lai hoặc "khác" bởi một hệ thống miễn dịch vẫn hoạt động và sau đó bị tiêu diệt, giống như một loại virus. Việc này thực sự xảy ra đến một mức độ nào đó; một số nhà nghiên cứu tin rằng các mô của chúng ta liên tục tạo ra các khối u, điều này cũng giống như liên tục bị phá hủy bởi cơ chế như vậy. Bệnh ung thư lâm sàng sau đó sẽ phát triển trong những trường hợp hiếm hoi khi hệ thống giám sát thất bại. Một ví dụ hỗ trợ cho một luận điểm như vậy được tìm thấy ở tỷ lệ mắc bệnh ung thư ở những người mắc bệnh AIDS, chẳng hạn như lymphoma và sarkoma Kaposi. Nhìn chung, tỷ lệ mắc bệnh ung thư ở những người suy giảm miễn dịch là khoảng hai trăm lần so với dân số nói chung và đối với sarkoma Kaposi, con số này cao hơn gấp đôi so với khối u trung bình. Một trong những lĩnh vực nghiên cứu tiềm năng nhất của y học ngày nay là nghiên cứu về miễn dịch của khối u nhằm tăng cường phản ứng của cơ thể đối với các kháng nguyên mà bệnh ung thư có thể sản xuất. Mặc dù đã có một số kết quả hứa hẹn, nhưng hầu hết các tế bào mục tiêu vẫn đánh lừa các nhà khoa học. Các tế bào bình thường cần một hỗn hợp phức tạp các chất dinh dưỡng và yếu tố phát triển để tiếp tục hoạt động và duy trì khả năng tồn tại.

Khắp các mô của cơ thể, chúng được tắm trong một loại nước dinh dưỡng mang tính sống gọi là dịch ngoại bào (extracellular fluid), thứ này luôn được tái tạo và làm sạch bằng cách trao đổi chất với máu tuần hoàn. Thực ra, huyết tương trong máu chiếm một phần năm của dịch ngoại bào của cơ thể; hầu hết bốn phần năm còn lại nằm giữa các tế bào, được gọi là dịch kẽ (interstitial). Dịch kẽ chiếm khoảng 15% trọng lượng cơ thể; nếu bạn nặng

150 pound, các mô của bạn đang ngâm trong 22 pints (~10.4 L) của chất mặn. Người sinh lý học người Pháp thế kỷ 19 Claude Bernard giới thiệu thuật ngữ "milieu interieur" để đặt tên và mô tả chức năng của môi trường nội bộ này, trong đó các tế bào sống bên trong chúng ta. Giống như những nhóm tế bào tiên sử sớm nhất, khi chúng bắt đầu hình thành các cơ thể phức tạp ở độ sâu dưới đáy biển, chúng mang theo một phần của biển vào và xung quanh bản thân để tiếp tục được cung cấp dinh dưỡng bởi nó .

Một trong những đặc điểm độc đáo của các mô ác tính là sự giảm phụ thuộc vào dinh dưỡng và các yếu tố phát triển trong dịch ngoại bào. Sự giảm cần thiết từ môi trường xung quanh cho phép chúng phát triển và xâm chiếm thậm chí cả những khu vực vượt ra ngoài đường cung cấp lý tưởng (optimal supply lines).

Dù mỗi tế bào có thể tồn tại với ít dinh dưỡng hơn, sự tăng trưởng không kiểm soát trong dân số sẽ dẫn đến tích tụ một lượng lớn tế bào ác tính, làm tăng nhu cầu dinh dưỡng của toàn bộ khối u, mặc dù mỗi cá thể bên trong có thể cần ít hơn so với bình thường. Nếu tốc độ tăng trưởng đủ nhanh, cung cấp máu sau một thời gian sẽ không đủ để phục hồi chất dinh dưỡng đã sử dụng, đặc biệt là vì các mạch mới thường không xuất hiện đủ nhanh để đáp ứng nhu cầu của toàn bộ khối u mở rộng. Kết quả là một phần của khối u phát triển ngày càng lớn có thể chết, đơn giản là do thiếu dinh dưỡng và oxy.

Đó là lý do tại sao các khối u ác tính có xu hướng loét và chảy máu, đôi khi tạo ra các mảng mô tử nhiều và dày, ở trung tâm hoặc ở viền ngoài. Trước khi phẫu thuật cắt bỏ vú trở nên phổ biến chưa đầy một trăm năm trước, biến chứng đáng sợ nhất của bệnh ung thư vú không phải là cái chết mà là các vết loét hôi thối mà nó gây ra, khiến cho bộ ngực của phụ nữ bị xơ cứng. Đây chính là lý do mà người xưa đã gọi ung thư vú là "cái chết hôi thối".

Cuối thế kỷ XVIII, Giovanni Morgagni, tác giả của một tác phẩm độc đáo về giải phẫu bệnh lý, đã miêu tả căn bệnh ung thư mà ông thấy ở các bệnh nhân và trong cuộc khám nghiệm tử thi của họ như "một căn bệnh rất bản thủ". Ngay cả trong thời đại gần đây, khi chúng ta biết được nhiều hơn, các khối u ác tính vẫn tiếp tục được coi là nguồn gốc gây ra sự tự ghét và suy tàn, một điều đáng nhục nhã để che giấu sau các từ dịu dàng và sự dối trá. Có nhiều câu chuyện về phụ nữ mắc bệnh ung thư vú đã rút lui khỏi xã hội, sống ẩn mình tại nhà và trải qua những tháng cuối đời dưới hình thức người lạ, đôi khi thậm chí là trước mặt gia đình của họ. Trong thời kỳ đào tạo của tôi, cách đây khoảng ba mươi năm, tôi đã gặp một vài phụ nữ như vậy cuối cùng đã được thuyết phục đến phòng khám vì hoàn cảnh của họ trở nên không thể chịu đựng được. Trong số nhiều lý do khiến chúng ta vẫn do dự khi nói ra từ "ung thư" trước mặt bệnh nhân hoặc gia đình bị ảnh hưởng, thì di sản còn sót lại của những kết nối gớm ghiếc này chính là một trong những thứ khó xóa nhất đối với thế hệ của chúng ta.

Một khối u ác tính phát triển nhanh có thể xâm nhập vào cơ quan như gan hoặc thận một cách nhanh chóng, làm cho phần mô của cơ quan đó không còn đủ để hoạt động hiệu quả. Nó cũng có thể gây nghẽn đường ruột, làm cho quá trình tiêu hóa trở nên không thể thực hiện được. Thậm chí một khối u nhỏ cũng có thể phá hủy một phần quan trọng của cơ quan, khiến cho cơ thể không thể duy trì sự sống. Nó cũng có thể ăn mòn các mạch máu nhỏ hoặc gây loét, gây ra tình trạng thiếu máu nghiêm trọng trong các cơ quan như dạ dày hoặc ruột kết. Thậm chí, kích thước lớn của nó có thể làm cản trở sự thoát khí của chất thải, gây ra viêm phổi và suy hô hấp, là nguyên nhân phổ biến gây tử vong trong bệnh ung thư phổi. Các cách này chỉ liên quan đến hậu quả mà khối u gây ra tại vị trí gốc của nó, mà không cần phải di căn sang các cơ quan khác. Tuy nhiên, khối u cũng có thể di căn, tức là lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể, đây là cơ chế gây ra tử vong trong nhiều trường hợp ung thư. Điều này thường được gọi là di căn (metastasis).

Meta, một từ gốc Hy Lạp, có nghĩa là "ngoài" hoặc "cách xa", và stasis chỉ vị trí hoặc đặt. Từ này được sử dụng từ thời Hippocrates để chỉ sự chuyển đổi từ một dạng sốt sang dạng khác, sau này, nó được dùng cụ thể để miêu tả sự di chuyển của các mảnh khối u. Trong thời đại hiện đại, từ "di căn" (metastasis) đã trở thành đặc điểm xác định của bệnh ác tính - ung thư là một khối u có khả năng vượt ra khỏi nơi gốc và di chuyển đến nơi khác trong cơ thể. Di căn, thực ra, là việc cấy ghép một phần của khối u ban đầu sang một cấu trúc khác hoặc một phần xa trong cơ thể.

Khả năng di căn của ung thư không chỉ là đặc điểm nổi bật mà còn là đặc điểm nguy hiểm nhất của nó. Nếu một khối u ác tính không có khả năng di chuyển, các bác sĩ phẫu thuật có thể chữa khỏi hầu hết trừ những khối u ảnh hưởng đến các cấu trúc quan trọng, không thể loại bỏ mà không ảnh hưởng đến sự sống. Để di chuyển, khối u phải xâm nhập qua thành mạch máu hoặc mạch bạch huyết, sau đó một số tế bào của nó phải tách rời và lưu thông trong dòng chảy. Tế bào này, hoặc một cách riêng lẻ hoặc kết tụ lại thành tắc mạch, sau đó được mang đến một nơi khác trong cơ thể, nơi chúng cấy ghép và phát triển. Do hướng của dòng máu hoặc bạch huyết cũng như các yếu tố khác mà vẫn chưa rõ ràng, các loại ung thư khác nhau có xu hướng lắng đọng ở các cơ quan cụ thể. Ví dụ, ung thư vú thường di căn vào tủy xương, phổi, gan và các nút bạch huyết ở nách. Ung thư tuyến tiền liệt thường di chuyển đến xương. Trên thực tế, xương cùng với gan và thận là những nơi phổ biến nhất cho việc di căn, không phụ thuộc vào cơ quan nguồn gốc của khối u ác tính.

Để có thể cấy mầm<sup>205</sup> ở một vị trí xa, các tế bào khối u cần phải đủ mạnh mẽ để chống lại sự phá hủy trong suốt hành trình của chúng. Những nguy hiểm cơ học đơn giản của việc đi qua các chu trình tuần hoàn gây khó khăn cho khả năng tồn tại của chúng trước sự tấn công của hệ miễn dịch của vật [người] chủ trong quá trình di chuyển. Nếu chúng sống sót sau cuộc hành trình, các tế bào này phải thiết lập một ngôi nhà mới và được cung cấp

---

<sup>205</sup> Cấy mầm (Colonize): Việc tế bào ung thư thực hiện để thiết lập và phát triển tại một vị trí mới trong cơ thể.



nguồn dinh dưỡng đáng tin cậy. Điều này có nghĩa là từ ban đầu, một phần của khối u được cấy ghép không thể tạo ra một cộng đồng sống sót trên bờ xa mới trừ khi nó có khả năng kích thích sự phát triển của các mạch máu mới nhỏ để cung cấp cho nhu cầu của nó.

Việc đáp ứng tất cả những yêu cầu này khó khăn đến mức rất ít tế bào di căn có thể thành công trong việc xâm chiếm một vùng xa xôi. Khi các tế bào ung thư được tiêm thí nghiệm vào chuột, chỉ có một phần mười phần trăm sống sót sau 24 giờ; ước tính chỉ có một trong mỗi 100,000 tế bào nhập huyết trên thực tế sống sót để đến một cơ quan khác, và một tỷ lệ nhỏ hơn nhiều trong số đó cấy ghép thành công. Nếu không có những trở ngại như vậy, số lượng lớn di căn sẽ xuất hiện ngay sau khi một khối u trở nên đủ lớn để đưa ra hàng loạt tế bào vào tuần hoàn máu.

Bởi sức mạnh kép của sự xâm lấn cục bộ và di căn xa, ung thư dần dần gây trở ngại cho hoạt động của các mô khác nhau trong cơ thể. Các cơ quan ống (tubular organs) bị tắc nghẽn, quá trình trao đổi chất bị ức chế, các mạch máu bị ăn mòn đến mức gây ra xuất huyết nhỏ và đôi khi nghiêm trọng, các trung tâm quan trọng bị phá hủy, và sự cân bằng sinh hóa mong manh bị xáo trộn. Theo thời gian, sẽ đến một điểm mà sự sống không thể tiếp tục được nữa.

Ngoài ra, còn có những cách không trực tiếp để ung thư ảnh hưởng đến những người mà sự phát triển của nó không được kiểm soát, và thường là kết quả của sự suy nhược, dinh dưỡng kém và dễ bị nhiễm trùng đi kèm với quá trình bệnh ác tính. Suy dinh dưỡng là một hiện tượng phổ biến đến mức một thuật ngữ đã được tạo ra để mô tả tác động của nó: ung thư suy nhược<sup>206</sup> (cancer cachexia). Cachexia xuất phát từ hai từ tiếng Hy Lạp có nghĩa là "tình trạng tồi tệ", chính xác là tình trạng mà bệnh nhân ung thư ở giai đoạn cuối thấy mình trong đó. Nó được đặc trưng bởi sự yếu đuối, thiếu

---

<sup>206</sup> Suy nhược hay suy kiệt (Cachexia): Một tình trạng trong đó cơ thể mất trọng lượng, mất sức khỏe và suy giảm chức năng vì bệnh tật. Trong trường hợp này, nó là hậu quả của quá trình ung thư và được đặc trưng bởi sự yếu đuối, thiếu ăn, và sự lãng phí của cơ bắp và các mô khác.

ăn, sự thay đổi trong quá trình trao đổi chất và sự lãng phí của cơ bắp và các mô khác.

Trên thực tế, ngay cả khi bệnh ung thư còn ở giai đoạn đầu và khối u nhỏ, người bệnh vẫn có thể mắc chứng suy nhược do ung thư. Điều này chứng tỏ nguyên nhân không chỉ do khối u "ngốn" nguồn lực của cơ thể. Mặc dù khối u có thể làm cạn kiệt một số chất dinh dưỡng thiết yếu của cơ thể, nhưng việc coi đó như hành vi ký sinh chỉ là cách nhìn đơn giản về vấn đề phức tạp hơn nhiều. Ví dụ, sự thay đổi trong cảm nhận vị giác, tác động của khối u như gây tắc nghẽn và khó nuốt, cùng với điều trị hóa trị và xạ trị đôi khi cũng làm giảm lượng thức ăn nạp vào. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng người mắc bệnh ung thư có sự bất thường trong việc sử dụng carbohydrate, chất béo và protein, nhưng nguyên nhân vẫn chưa rõ. Đôi khi, khối u còn làm tăng lượng năng lượng tiêu hao của bệnh nhân, từ đó gây khó khăn trong việc duy trì cân nặng. Hơn nữa, một số tế bào ác tính và tế bào bạch cầu đơn nhân của cơ thể cũng có thể giải phóng chất gọi là cachectin, làm giảm cảm giác thèm ăn bằng cách tác động trực tiếp lên trung tâm điều khiển ăn uống trong não. Cachectin không phải là chất duy nhất có tác dụng này. Có thể các khối u khác nhau cũng tiết ra các chất giống hormone, gây ảnh hưởng đến dinh dưỡng, miễn dịch và các chức năng sống còn khác, điều mà trước đây thường được cho là do khối u ký sinh.

Suy dinh dưỡng không chỉ gây giảm cân và kiệt sức. Khi thiếu ăn, cơ thể khỏe mạnh thường sử dụng chất béo làm nguồn năng lượng chính, nhưng trong trường hợp ung thư, cơ thể phải dựa vào protein. Điều này, cùng với việc giảm lượng thức ăn nạp vào, không chỉ dẫn đến tình trạng teo cơ mà còn làm suy yếu chức năng các cơ quan và hệ thống enzyme, đồng thời ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng miễn dịch. Có bằng chứng rằng, các chất do tế bào ung thư tiết ra còn làm giảm khả năng miễn dịch. Mặc dù lý thuyết này có thể thúc đẩy sự phát triển của tế bào ung thư, hậu quả của việc suy giảm miễn dịch, đặc biệt khi kết hợp với điều trị hóa chất và xạ trị, lại càng nghiêm trọng hơn vì làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Viêm phổi, áp xe, nhiễm trùng đường tiết niệu và các loại nhiễm trùng khác thường trực tiếp dẫn đến

tử vong ở bệnh nhân ung thư. Suy nhược nặng không cho phép bệnh nhân ho hiệu quả hay thở đúng cách, làm tăng nguy cơ viêm phổi và ngạt thở do hít phải chất nôn. Những giờ phút cuối đời của họ đôi khi được đánh dấu bằng tiếng thở dốc nặng nề, gợi lên hình ảnh của tiếng kêu chết chóc, hoàn toàn khác với tiếng sủa đau khổ của James McCarty.

Gần cuối, lượng máu lưu thông và dịch ngoại bào thường xuyên giảm dẫn đến huyết áp giảm dần. Mặc dù điều này không dẫn đến sốc, nó có thể khiến các cơ quan như gan hoặc thận suy yếu do thiếu dinh dưỡng và oxy kéo dài, dù không trực tiếp liên quan đến khối u. Với nhiều bệnh nhân ung thư ở tuổi cao, sự suy giảm đa dạng thường gây ra đột quỵ, nhồi máu cơ tim hoặc suy tim. Rõ ràng, bệnh lý chuyển hóa toàn thân như tiểu đường cũng gây ra nhiều vấn đề phức tạp.

Cho đến nay, các loại ung thư được đề cập chủ yếu bắt đầu từ các khối u ban đầu chỉ ở một cơ quan hoặc mô cụ thể. Một nhóm nhỏ các bệnh ung thư có sự phân bố rộng rãi hơn ngay từ đầu, hoặc xuất hiện ở nhiều vị trí trong một loại mô nhất định, đặc biệt là hệ thống máu và bạch huyết. Bệnh bạch cầu (leukemia), chẳng hạn, là ung thư của các mô sản xuất tế bào bạch cầu, còn bệnh lymphoma là bệnh ác tính của các tuyến bạch huyết và các cấu trúc tương tự. Bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu và lymphoma rất dễ bị nhiễm trùng, và đây là nguyên nhân chính gây tử vong trong các trường hợp này. Bệnh Hodgkin là một dạng phổ biến của bệnh lymphoma.

Tôi không thể nhắc đến bệnh Hodgkin mà không nhấn mạnh tới một thành tựu nổi bật, được xem là tiêu biểu cho những thành tựu y sinh của ba phần tư cuối thế kỷ XX. Ba mươi năm trước, hầu như tất cả bệnh nhân mắc bệnh Hodgkin đều tử vong, trừ khi họ mắc bệnh khác trong khoảng thời gian từ lúc chẩn đoán đến giai đoạn cuối của bệnh. Kể từ đó, nhờ hiểu biết tốt hơn về cách thức lây lan của bệnh trong hệ thống tuyến bạch huyết và phản ứng với các liệu pháp hóa trị và X-quang công suất cao (supervoltage X-ray), tỷ lệ sống sót sau năm năm mà không mắc bệnh là khoảng 70%, và có thể lên tới 95% nếu bệnh được phát hiện sớm. Tỷ lệ tái phát sau giai đoạn này rất

thấp và giảm dần theo từng năm. Không chỉ bệnh Hodgkin mà cả lymphoma nói chung giờ đây là một trong những căn bệnh ung thư có khả năng chữa khỏi cao nhất.

Sự thay đổi trong quan điểm về điều trị lymphoma chỉ là một ví dụ về những tiến bộ phi thường trong việc điều trị ung thư. Một ví dụ khác là bệnh bạch cầu ở trẻ em. Bốn trong số năm trẻ em mắc dạng bệnh bạch cầu nguyên bào lympho cấp tính, trước đây là bệnh chắc chắn tử vong; ngày nay, tỷ lệ thuyên giảm<sup>207</sup> liên tục sau năm năm là 60%, và hầu hết các trẻ sẽ được chữa khỏi. Mặc dù cho đến nay chỉ có một số ít câu chuyện thành công tương tự, xu hướng chung trong cuộc chiến chống ung thư đủ khả quan để biện minh cho một sự lạc quan thận trọng. Nghiên cứu cơ bản, các cách tiếp cận mới trong việc giải thích các hiện tượng lâm sàng của bệnh, các ứng dụng sáng tạo từ dược phẩm và khoa học vật lý, cùng với sự sẵn lòng của bệnh nhân tham gia vào các thử nghiệm lớn về các phương pháp điều trị hứa hẹn, là những lý do chính cho những thay đổi lớn trong vài thập kỷ qua.

Vào năm tôi sinh ra, 1930, chỉ có một trong năm người được chẩn đoán mắc ung thư sống sót qua năm năm. Đến những năm 1940, tỉ lệ này tăng lên một trong bốn. Khả năng nghiên cứu của y sinh học hiện đại bắt đầu thể hiện tác động vào những năm 1960, khi tỷ lệ người sống sót đạt một trong ba. Hiện nay, 40% bệnh nhân ung thư sống sót sau năm năm kể từ khi được chẩn đoán; nếu tính đến những người chết vì các nguyên nhân khác như bệnh tim hay đột quy, con số này là 50%. Những người sống sót đến năm năm mà không tái phát bệnh có nguy cơ tái phát thấp hơn đáng kể. Hầu hết những tiến bộ này đều nhờ vào việc chẩn đoán sớm và cải thiện điều trị, dựa trên các yếu tố đã nêu bên trên.

Sự cải thiện trong điều trị và khả năng thành công của các phương pháp tiếp cận mới đối với bệnh tiến triển mang lại hy vọng cho bệnh nhân ung thư

---

<sup>207</sup> "Thuyên giảm" (remission): là giai đoạn bệnh tạm thời không tiến triển hoặc các triệu chứng bệnh giảm bớt, thường được sử dụng trong các bệnh ung thư và mãn tính.

ngày nay. Nghịch lý thay, chính hy vọng đó lại dẫn đến một số tình huống khó xử nhất mà bệnh nhân và bác sĩ phải đối mặt.

Sự nghiệp lâm sàng của tôi kéo dài trong một thời gian mà kỳ vọng thực tế về khả năng điều trị bệnh ác tính dựa trên hiểu biết về sinh học tế bào đã bắt đầu được cảm nhận. Khi hiểu biết về tế bào ung thư ngày càng tăng, những phương pháp mới và hiệu quả hơn đã được phát triển để chống lại sự tàn phá của chúng. Lạc quan từ những thành công trong điều trị đã tạo ra một thái độ tự tin, đôi khi vượt quá lý trí; điều này thể hiện qua quan điểm rằng điều trị phải được tiếp tục cho đến khi tính vô ích của nó được chứng minh, hoặc ít nhất là đến khi bác sĩ cảm thấy hài lòng.

Ranh giới của sự vô ích trong y khoa<sup>208</sup> luôn là một vấn đề khó xác định, và có lẽ chúng ta không nên kỳ vọng có thể làm rõ điều này. Chính vì vậy, một niềm tin đã phát triển mạnh mẽ giữa các bác sĩ: họ cảm thấy mình có trách nhiệm phải hành động nhiều hơn thay vì ít hơn khi điều trị cho bệnh nhân, ngay cả khi có sai sót. Thường thì việc làm nhiều hơn không chỉ giúp ích cho bệnh nhân mà còn phục vụ cho nhu cầu của bác sĩ. Sự thành công của các phương pháp trị liệu tinh vi thường khiến bác sĩ tin rằng họ có thể làm được điều gì đó vượt quá khả năng của mình và cứu những người nếu được để tự quyết định sẽ không chọn cách điều trị đó.

---

<sup>208</sup> Sự vô ích y tế (medical futility): chỉ tình huống trong y khoa khi một phương pháp điều trị không mang lại lợi ích đáng kể cho bệnh nhân, thường là trong bối cảnh bệnh tình quá nặng hoặc không còn phương pháp nào khác có hiệu quả.

## CHƯƠNG XI. HY VỌNG VÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ

Bài học quan trọng nhất mà một bác sĩ trẻ học được là không bao giờ để bệnh nhân mất hy vọng, kể cả khi họ đang ở giai đoạn cuối của cuộc đời. Điều này cho thấy, nguồn hy vọng của bệnh nhân phần lớn đến từ chính bác sĩ và những điều bác sĩ có thể làm; vì vậy, chỉ có bác sĩ mới có thể mang lại hy vọng, giữ hy vọng hoặc thậm chí lấy đi hy vọng. Dù có nhiều sự thật trong quan điểm này, nhưng nó không phải là toàn bộ câu chuyện. Ngoài khả năng y tế, sức mạnh thực sự thuộc về bệnh nhân và những người thân yêu của họ. Trong chương này và chương tiếp theo, tôi sẽ kể về những bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối, các hình thức hy vọng của họ, và cách tôi đã chứng kiến hy vọng đó được tăng cường, suy yếu và đôi khi là bị phá hủy hoàn toàn.

Hy vọng là một khái niệm khó nắm bắt. Thực tế, nó không chỉ là một từ đơn giản; hy vọng mang ý nghĩa khác nhau đối với mỗi người chúng ta, tùy vào từng thời điểm và hoàn cảnh trong cuộc sống. Ngay cả các chính trị gia cũng nhận thức được sức mạnh của hy vọng đối với tâm trí con người.

Trong từ điển Webster không rút gọn của tôi (Webster's Unabridged), tôi thấy có năm cách hiểu khác nhau về từ "hy vọng", và đó chưa kể đến các từ đồng nghĩa. Các nghĩa được liệt kê dao động từ "mức độ kỳ vọng có cơ sở cao nhất" cho đến "kỳ vọng ít nhất là nhỏ nhoi". Một ví dụ về cách sử dụng "hy vọng" như một động từ nội động từ có thể là điểm then chốt cho nhiều bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối: "hy vọng chống lại hy vọng", mà các nhà biên soạn từ điển mô tả là "có hy vọng dù nó có vẻ không có cơ sở". Không có nghĩa vụ nào quan trọng hơn đối với một bác sĩ là phải đảm bảo rằng không có hy vọng nào là vô căn cứ, nếu bác sĩ đã làm cho bệnh nhân tin vào điều đó.

Khi tham khảo Từ điển Oxford tiếng Anh, tôi tìm thấy không dưới sáu mươi ví dụ minh họa cho các cách sử dụng khác nhau của từ "hy vọng". Quả thực,

hy vọng tồn tại mãi mãi, nếu không phải trong trái tim con người, thì ít nhất cũng trong khả năng của con người khiến một từ mang ý nghĩa theo ý họ muốn - không hơn và không kém, như nhân vật Humpty Dumpty của Lewis Carroll đã từng khẳng định với Alice. Ý nghĩa của hy vọng có lẽ được Samuel Johnson thể hiện rõ nhất: "Hy vọng," vị chuyên gia về từ ngữ vĩ đại của nước Anh viết, "chính là một hình thức của hạnh phúc, và có lẽ là nguồn hạnh phúc chính mà thế giới này mang lại."

Mọi định nghĩa về hy vọng đều có một điểm chung: chúng liên quan đến kỳ vọng về điều tốt đẹp sắp đến, một cái nhìn về tương lai nơi mục tiêu mong muốn sẽ được đạt được. Trong một đoạn văn sâu sắc trong cuốn sách "Bản chất của Sự Đau Khổ" (The Nature of Suffering), nhà nhân văn y học Eric Cassell đã viết một cách nhạy cảm về ý nghĩa của niềm hy vọng trong thời điểm bệnh tật nặng nề: "Nỗi đau sâu sắc phát sinh khi mất đi tương lai - tương lai của cá nhân, của con cái, và của những người thân yêu khác. Chính trong không gian này, hy vọng tồn tại. Hy vọng là một trong những đức tính cần thiết cho một cuộc sống thành công."

Tôi cho rằng, trong số nhiều niềm hy vọng khác nhau mà một bác sĩ có thể giúp bệnh nhân tìm thấy vào những ngày cuối đời, niềm hy vọng bao trùm tất cả là niềm tin rằng vẫn còn một thành công cuối cùng có thể đạt được, lời hứa của nó sẽ xua tan nỗi đau khổ và buồn phiền tạm thời. Quá nhiều bác sĩ hiểu sai về các yếu tố tạo nên hy vọng, chỉ nghĩ nó liên quan đến việc chữa khỏi bệnh hoàn toàn hoặc làm giảm triệu chứng. Họ cảm thấy cần phải truyền đạt cho bệnh nhân ung thư, dù bằng ngụ ý hay lời nói trực tiếp, thông điệp sai lầm rằng vẫn có khả năng sống được nhiều tháng hoặc nhiều năm mà không có triệu chứng bệnh. Khi một bác sĩ hoàn toàn trung thực và thiện chí khác được hỏi tại sao lại làm như vậy, câu trả lời thường là "Bởi vì tôi không muốn cướp mất niềm hy vọng cuối cùng của người bệnh". Điều này được thực hiện với ý định tốt nhất, nhưng đường dẫn tới địa ngục đau khổ mà một người bệnh bị lừa dối phải đi qua trước khi không thể tránh khỏi cái chết là do chính những ý định tốt đẹp đó.

Đôi khi, thực chất là để duy trì niềm hy vọng của chính mình mà bác sĩ tự lừa dối bản thân bằng cách theo đuổi một hành động mà khả năng thành công dường như quá nhỏ để có thể bắt tay vào thực hiện. Thay vì tìm cách giúp bệnh nhân đối mặt với thực tế rằng cuộc sống sắp kết thúc, ông ta nuông chiều một người bệnh nặng và chính mình bằng một hình thức "làm gì đó" về mặt y khoa để phủ nhận sự hiện diện của cái chết đang tới gần.

Đây là cách thể hiện thái độ phủ nhận sự tồn tại của cái chết của toàn xã hội hiện nay trong nghề nghiệp y khoa. Trong những tình huống không còn hy vọng cứu chữa, một số bác sĩ vẫn tiến hành các biện pháp y tế vô hiệu nhằm kéo dài sự sống cho bệnh nhân một cách giả tạo, thay vì thừa nhận sự có mặt của cái chết.

Theo lời của Giáo sư William Bean về việc bác sĩ sử dụng "các dụng cụ y khoa bện rộn" để giữ cho bệnh nhân có một số dấu hiệu sống nhưng thực chất chỉ là "bóng dáng mơ hồ của cuộc sống chập chờn khi mọi hy vọng đã mất". Những hành động như vậy được miêu tả là "xa hoa và lối bịch", chỉ nhằm duy trì tạm thời một vài dấu hiệu đại diện của sự sống, trong khi không thể tránh khỏi cái chết cuối cùng và trọn vẹn.

Bác sĩ Bean không chỉ nói về các thiết bị hỗ trợ hô hấp và những biện pháp can thiệp cuối cùng khác (end-of-life artificialities), mà ông còn ám chỉ toàn bộ những chiến lược mà chúng ta sử dụng để tránh sự thật phũ phàng: thiên nhiên luôn chiến thắng. Đây là một hy vọng vô căn cứ, trái với mọi dự đoán; đó chính là loại "hy vọng trong tuyệt vọng" mà tôi đã không thể cưỡng lại vài năm trước, khi anh trai tôi được chẩn đoán mắc bệnh ung thư ruột di căn tràn lan (Widely metastatic intestinal cancer<sup>209</sup>).

Harvey Nuland, một người đàn ông 62 tuổi với sức khỏe tốt, chỉ đi khám bác sĩ khi cảm thấy lo lắng về một triệu chứng cụ thể. Ngoài ra, ông không

---

<sup>209</sup> Widely metastatic intestinal cancer đề cập đến tình trạng ung thư ruột đã lan rộng ra nhiều bộ phận khác của cơ thể, không chỉ giới hạn ở khu vực ruột mà còn di căn đến các cơ quan xa, chẳng hạn như gan, phổi hoặc hạch bạch huyết. Khi ung thư di căn rộng rãi, điều này chỉ ra rằng bệnh đã ở giai đoạn nặng và việc điều trị trở nên phức tạp hơn.



thường xuyên theo dõi sức khỏe. Ông có thể hơi thừa từ mười đến mười lăm pounds (4,5 ~ gần 7 kg) so với thể hình nhỏ gọn của mình, nhưng không đến nỗi béo phì. Công việc của ông là đối tác điều hành tại một công ty kế toán lớn ở New York, nơi ông tìm thấy niềm vui lớn, mặc dù nó đòi hỏi rất nhiều thời gian và trách nhiệm. Tuy nhiên, trọng tâm của cuộc đời Harvey không phải là công việc. Niềm hạnh phúc của ông nằm ở gia đình mình. Ông không kết hôn cho đến cuối tuổi ba mươi và chỉ trở thành cha sau tuổi bốn mươi. Có lẽ vì vậy, mối quan hệ gắn bó với gia đình đã trở thành điều quan trọng nhất trong đời ông, dường như được thánh hóa bởi sự xuất hiện muộn màng này.

Một buổi sáng trong tháng 11 năm 1989, Harvey gọi điện cho tôi báo rằng anh đã gặp các vấn đề về đường ruột và đau bụng trong vài tuần. Chiều hôm trước, bác sĩ đã phát hiện một khối u ở phía bên phải bụng anh. Anh sẽ có một cuộc chụp X-quang chi tiết vào cuối ngày và muốn tôi biết những gì đang xảy ra. Dù cố gắng nói một cách thực tế, chúng tôi đã trải qua quá nhiều điều cùng nhau khiến tôi không thể không nhận ra điều gì đó nghiêm trọng. Lời trấn an của tôi cũng không thể khiến Harvey yên lòng. Dù là người chất phác, Harvey không thể nguôi ngoai nỗi lo của mình. Chúng tôi hiểu nhau, như bao cặp anh em khác, nhưng chỉ mình tôi biết rằng chẩn đoán của anh ấy có thể sẽ rất xấu. Một khối u đau đớn ở người đàn ông 62 tuổi, có vấn đề về đường ruột và tiền sử gia đình mắc ung thư ruột, hầu như chắc chắn là một khối u ác tính gây tắc nghẽn một phần - và có thể đã tiến triển quá xa để điều trị hiệu quả.

Kết quả chụp X-quang đã xác nhận nỗi lo của tôi, và Harvey đã được nhập viện vào một trung tâm y tế đại học lớn. Anh ấy chọn nơi này vì công việc đã đưa anh tiếp xúc với một thành viên cao cấp trong bộ phận tiêu hóa của trung tâm. Bác sĩ phẫu thuật tôi giới thiệu thì đang đi dự một hội nghị quốc gia, và tình trạng bệnh của Harvey đòi hỏi can thiệp gấp. Cuộc phẫu thuật do một bác sĩ mà tôi không quen, nhưng được bác sĩ tiêu hóa khen ngợi cao, thực hiện. Harvey được phát hiện có một khối u ruột lớn xâm lấn vào các mô xung quanh ruột già bên phải và hầu như tất cả các hạch bạch

huyết lân cận. Khối u đã lắng đọng mảnh vụn của nó trên nhiều bề mặt và mô trong khoang bụng, di căn đến ít nhất sáu vị trí trong gan, và ngập tràn khoang bụng với dịch chứa tế bào ung thư - tình trạng không thể tệ hơn. Tất cả những điều này chỉ sau vài tuần triệu chứng đầu tiên xuất hiện.

Một cách nào đó, đội phẫu thuật đã loại bỏ được phần ruột nơi khối u hình thành, từ đó giải quyết được vấn đề tắc nghẽn của Harvey. Tuy nhiên, nhiều mô ung thư vẫn còn sót lại trong gan và các mô khác. Trong khi Harvey dần hồi phục sau cuộc đại phẫu, tôi phải đối mặt với hai vấn đề nan giải: sự trung thực và lựa chọn phương pháp điều trị. Tôi phải đưa ra quyết định bởi anh trai tôi luôn tuân theo lời khuyên của tôi.

Nhưng làm sao để tôi có thể khách quan khi phải đưa ra quyết định cho chính người thân của mình? Dẫu vậy, tôi không thể né tránh trách nhiệm bằng cách khóc lóc như một đứa em trai biết rằng người bạn đầu tiên trong đời mình sắp qua đời. Làm như vậy đồng nghĩa với việc bỏ rơi không chỉ Harvey mà còn cả vợ anh, Loretta, và hai đứa con đang học đại học của họ.

Tôi không thể mong đợi sự hướng dẫn hay thậm chí là sự thông cảm từ các bác sĩ của Harvey, những người đã tỏ ra quá xa cách và chỉ tập trung vào bản thân. Họ dường như quá tách biệt khỏi chính cảm xúc của mình để có thể cảm nhận được chúng tôi. Khi quan sát họ đi từ phòng này sang phòng khác một cách quan trọng trong các vòng kiểm tra nhanh chóng, tôi cảm thấy biết ơn cho những bi kịch trong đời mình, những điều đã giúp tôi không trở nên giống họ. Hàng thập kỷ quan sát những chuyên gia đại học được đào tạo bài bản, những người là đồng nghiệp của tôi, đã thuyết phục tôi về sự nhạy cảm của phần lớn và sự cô lập của một số ít. Ở đây, những người ít ỏi ấy dường như đang nắm quyền định đoạt mọi việc.

Với gánh nặng trách nhiệm nặng nề này trên vai, tôi đã mắc phải nhiều sai lầm. Dù lúc đó có ý định tốt, nhưng khi nhìn lại, tôi vẫn cảm thấy hối tiếc. Tôi tin rằng nói sự thật trần trụi với anh trai sẽ "cướp đi hy vọng cuối cùng của

anh ấy". Tôi đã làm đúng điều mà tôi vẫn khuyên người khác không nên làm.

Harvey có đôi mắt xanh biếc tuyệt đẹp. Tôi và các con cũng có đôi mắt màu xanh đẹp như vậy - đó là di sản từ mẹ. Trong ba tuần đầu sau ca phẫu thuật, mỗi lần đến thăm anh, đồng tử của anh co lại nhỏ tí vì tác dụng của thuốc morphin hoặc các loại giảm đau khác cần thiết để giảm bớt cơn đau dai dẳng từ vết mổ lớn từ xương sườn đến xương mu. Tuy bị cận thị nhưng lúc đó anh hầu như không đeo kính. Và tôi nhìn thấy trong đôi mắt xanh tuyệt vời ấy một vẻ ngây thơ và niềm tin tưởng giống như thuở bé, khi chúng tôi chỉ là hai đứa trẻ chơi đá bóng ở Bronx trong những giờ rảnh rỗi sau giờ học và làm việc. Dường như căn bệnh đã phục hồi lại vẻ trong trẻo, vô tư của tuổi mới lớn và niềm tin tưởng trong anh.

Giờ đây trông anh giống như một cậu bé bé bỏng, người anh trai mà tôi thường xuyên phải dựa vào lời khuyên và sự giúp đỡ. Trong khi đó, tôi với thể trạng khỏe mạnh vẫn là một người đàn ông trưởng thành. Những ngày sau ca phẫu thuật, tôi đã quyết tâm bảo vệ anh trai khỏi sự đau khổ mà những người biết không còn hy vọng phục hồi phải trải qua. Nhưng nhìn lại bây giờ, tôi nhận ra rằng lúc đó tôi cũng đang cố gắng tự bảo vệ chính mình.

Tôi biết rằng không có liệu pháp hóa chất hay miễn dịch nào có thể ngăn cản bệnh ung thư tiến triển của Harvey. Tại New Haven, tôi đã "thảo luận về trường hợp" này (cách nói giảm nhẹ cho việc tôi thực sự tìm kiếm ý kiến từ các bác sĩ ung thư để tìm một phép màu) với các đồng nghiệp. Tôi đã nhiều lần cố gắng bàn bạc với các bác sĩ của Harvey, nhưng chỉ thấy sự thất vọng và bài học về sự kiêu ngạo y khoa. Tôi được biết về một liệu pháp thử nghiệm mới, sử dụng sự kết hợp bất thường của hai loại thuốc theo cách chưa từng được thử trước đây. Thuốc S-fluorouracil can thiệp vào quá trình chuyển hóa của tế bào ung thư, và thuốc interferon, có tác dụng chống khối u theo cách chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Chương trình (phát đồ) S-fluorouracil-interferon đã làm giảm khối lượng khối u ở mười một trong mười chín bệnh nhân trong nhóm duy nhất đã được thử nghiệm, nhưng

không chữa khỏi cho ai. Số lượng bệnh nhân điều trị ít ỏi đã gặp phải nhiều tác dụng phụ độc hại nghiêm trọng, và thậm chí có một trường hợp tử vong do hóa trị gây ra.

Tôi đã tìm đến bác sĩ tại bệnh viện của Harvey, người có kinh nghiệm với sự kết hợp thuốc này. Tôi để cho bản năng của một người anh trai lẩn át lý trí của mình với tư cách là một bác sĩ phẫu thuật đã dành cả sự nghiệp để điều trị bệnh hiểm nghèo. Điều gì đã khiến tôi tin rằng một sự trùng hợp y học độc đáo đã xảy ra để giải quyết vấn đề mà lý trí tôi biết là không thể? Tôi thực sự có nghĩ rằng một phương pháp chữa bệnh tiềm năng hoặc thậm chí một biện pháp giảm nhẹ hợp lý đã xuất hiện kỳ diệu ngay khi anh trai tôi được chẩn đoán mắc bệnh ung thư không thể điều trị được? Nhìn lại, tôi không chắc mình đã nghĩ gì, tôi chỉ biết rằng mình được thúc đẩy bởi sự không thể nói với Harvey về tiên lượng thực sự của anh ấy.

Tôi không thể đối diện với anh trai mình và nói những lời mà lẽ ra phải được nói; tôi không chịu nổi gánh nặng của việc làm tổn thương anh ngay lập tức, nên tôi đã chọn hy vọng sai lầm thay vì sự an ủi mà cái chết không gượng ép có thể mang lại.

Tôi đã nhìn vào đôi mắt xanh ngầy thơ đầy tin tưởng ấy và thấy anh tôi đang cầu xin tôi giải thoát. Tôi biết mình không thể làm điều đó, nhưng tôi cũng không thể lấy đi hy vọng rằng tôi sẽ tìm ra một cách nào đó. Tôi đã nói với anh về căn bệnh ung thư đại trực tràng và sự di căn tới gan của anh, nhưng tôi đã quyết định không tiết lộ về sự lan rộng của các khối u khác hoặc tầm quan trọng của dịch trong cơ thể. Tôi chưa bao giờ nghĩ đến việc chia sẻ với anh rằng anh sẽ không thể sống tới mùa hè. Trong mọi trường hợp, tôi đã quay trở lại với quan điểm gia trưởng sai lầm mà các giáo sư của tôi đã dạy tôi từ một thế hệ trước: "*Hãy chia sẻ niềm lạc quan và giữ bí mật những điều bí quan cho riêng bạn*"<sup>210</sup>.

---

<sup>210</sup> "Share your optimisms and keep your pessimisms to yourself."

Trong tất cả những điều này, tôi lấy ánh mắt và lời nói của Harvey làm dấu hiệu. Không một bác sĩ nào từng điều trị bệnh nhân ung thư mà lại bỏ qua sức mạnh của cơ chế tiềm thức (the power of the subconscious mechanism) mà chúng ta gọi là sự phủ nhận, đó là bạn và cũng là kẻ thù của người bệnh nặng. Sự phủ nhận vừa bảo vệ vừa cản trở, và làm dịu đi những đau đớn nhất thời nhưng cuối cùng lại khiến mọi thứ trở nên khó khăn hơn. Dù tôi rất trân trọng nỗ lực của Elisabeth Kühler-Ross trong việc phân loại các phản ứng trước chẩn đoán của bệnh hiểm nghèo, mọi bác sĩ lâm sàng dày dặn kinh nghiệm đều biết rằng có những bệnh nhân không bao giờ thực sự vượt qua được sự phủ nhận; nhiều người khác vẫn giữ những yếu tố lớn của nó cho đến tận cùng, bất chấp mọi nỗ lực của bác sĩ để làm rõ từng vấn đề khi nó xuất hiện. Giải thích về sức mạnh của ảnh hưởng từ sự phủ nhận (the forcefulness of denial's influence) đôi khi cũng bị phủ nhận. Harvey Nuland có một trí tuệ xuất sắc và hai tai hoàn toàn tốt, chưa kể đến khả năng nhận thức sâu sắc thường thấy ở những người quen với thử thách, và một lần nữa tôi bị bất ngờ bởi mức độ phủ nhận của anh ấy, cho đến gần những ngày cuối cùng. Có điều gì đó trong anh ấy đã từ chối chấp nhận những bằng chứng rõ ràng. Nguyên vọng sống của anh đã lấn át mong muốn được biết sự thật.

Sự phủ nhận là một trong hai yếu tố làm phức tạp vô cùng các ý định tốt đẹp của chúng ta, khi với tư cách là bác sĩ hoặc người thân yêu của một người sắp chết, chúng ta cố gắng khiến họ trở thành một phần không thể thiếu trong các quyết định phải được đưa ra trong những ngày cuối cùng. Rất ít người sắp chết có sự hiểu biết rõ ràng về sự không thể tránh khỏi của quá trình bệnh tật của họ lại sẵn lòng chịu đựng những nỗ lực anh hùng và kiệt sức để chống lại cái kết đang đến gần. Tuy nhiên, chính trong "sự hiểu biết rõ ràng về quá trình bệnh tật" ấy, lý trí và logic đôi khi lại gặp trở ngại, và sự phủ nhận là một yếu tố chính cản trở. Sự phủ nhận là một yếu tố quan trọng, chẳng hạn như trong tần suất bất ngờ mà những người sắp chết từ chối đối mặt với sự cận kề của hoàn cảnh mà họ đã lường trước khi còn khỏe mạnh, khi họ đã ký vào các chỉ thị không cho phép các nỗ lực hồi sức lớn. Khi đến hồi quyết định, hầu như không ai muốn cuộc đời mình kết thúc,

và một cách tốt để tâm thức ý thức tránh điều đó là cho tâm thức vô thức phủ nhận rằng điều đó sắp xảy ra.

Trở ngại khác cho việc tham gia đầy đủ là sự từ chối của nhiều bệnh nhân trong việc thực hiện quyền suy nghĩ độc lập và tự quyết của mình (independent thought and selfdetermination) – nói cách khác, là quyền kiểm soát của họ. Nhà phân tâm học và học giả pháp lý Jay Katz đã dùng thuật ngữ "tự chủ tâm lý" (psychological autonomy) để chỉ quyền này. Nhiều bệnh nhân, suy yếu bởi bệnh tật hoặc bị áp lực bởi tình huống cấp bách, sẽ không sẵn lòng hoặc không thể về mặt cảm xúc sử dụng quyền tự chủ của họ. Nhu cầu được chăm sóc và giải thoát khỏi trách nhiệm không dễ dàng giải quyết trong những trường hợp như thế, và điều này có thể dẫn đến những quyết định sai lầm. Tuy nhiên, vấn đề này có thể được giảm bớt nếu cả bệnh nhân và người chăm sóc cùng suy ngẫm về nó. Khi việc này được thực hiện, một người đang trên bờ vực cái chết đôi khi sẽ quyết định tham gia tích cực hơn nhiều so với những gì họ nghĩ là mình có thể. Nếu họ không tham gia, điều này cũng cần được tôn trọng.

Trong quá trình cố gắng làm điều đúng đắn cho Harvey, tôi đã trở thành người mà anh ấy mong đợi, và qua đó, tôi đã thỏa mãn cả ảo tưởng của anh ấy về tôi lẫn của chính mình: cậu em trai thông minh đã đi học y khoa và trở thành bác sĩ toàn năng, hiểu biết mọi điều. Tôi không thể từ chối anh ấy một tia hy vọng mà anh ấy dường như rất cần. Tôi đã huy động toàn bộ lực lượng của y học tiên tiến để cứu anh ấy khỏi bờ vực cái chết. Đây là hình ảnh tự thức gần như phổ biến nhất của mọi bác sĩ, và ánh mắt của anh trai tôi đã thuyết phục tôi chấp nhận nó. Giá mà tôi khôn ngoan hơn, hoặc đã tham khảo ý kiến của các đồng nghiệp không thiên vị biết rõ về tôi, có lẽ tôi đã hiểu rằng cách tôi mang lại hy vọng cho Harvey không chỉ là một sự lừa dối, mà còn là nguồn gây thêm đau khổ chắc chắn, dựa trên những gì chúng tôi biết về độc tính của các thuốc thử nghiệm.

Harvey đã phải nhập viện thêm ba lần nữa trong vòng mười tháng sau ca phẫu thuật của mình. Ban đầu, anh ấy được nhập viện để theo dõi khi bắt

đầu quá trình hóa trị, và vào cuối thời gian, anh ấy phải trở lại bệnh viện khi khối u phát triển gây tắc nghẽn ruột trở lại, lần này là hoàn toàn. Tắc nghẽn này đã tự giải quyết phần nào, cho phép anh uống đủ lượng chất lỏng qua đường miệng để tránh phải mổ lại, nhưng không đủ để duy trì tình trạng dinh dưỡng đang suy giảm của anh. Dù giai đoạn cuối cùng tại bệnh viện này rất khó khăn, nhưng đó là lần trước đó đã để lại cho tôi nhiều ký ức đau khổ nhất.

Con trai Harvey, Seth, đã xin nghỉ một năm từ trường để làm việc tại một kibbutz ở Israel nhưng đã trở về nhà để chăm sóc chính cho cha mình, vì Harvey đã nhất quyết rằng vợ anh, Loretta, không từ bỏ công việc toàn thời gian tại một trường cao đẳng cộng đồng địa phương. Seth đã gọi điện cho tôi vào một tối thứ Sáu để thông báo rằng Harvey đã nằm trên cáng bên ngoài phòng cấp cứu của bệnh viện trong hai ngày, chịu đựng những tác dụng phụ nặng nề của việc ngộ độc thuốc và lúc tỉnh lúc mê. Cậu ấy, em gái mình Sara, và Loretta đã thay phiên nhau túc trực bên cạnh Harvey, mặc dù đôi khi anh ấy không nhận ra họ. Không có giường nào trống ở bất kỳ tầng nào trong toàn bộ tòa nhà. Tác dụng phụ của thuốc gây ra buồn nôn, tiêu chảy, và suy giảm khả năng tạo bạch cầu của tuỷ xương đã là vấn đề ngay từ đầu và gần đây càng trở nên khó kiểm soát.

Rõ ràng, mọi thứ đã nằm ngoài tầm kiểm soát. Giáo sư, bác sĩ ung thư của Harvey, đã đi nghỉ cuối tuần và các bác sĩ học viên của ông dường như không quan tâm hoặc không thể làm gì nhiều hơn ngoài việc chỉ định truyền dịch tĩnh mạch.

Khi tôi đến bệnh viện vào sáng hôm sau, mọi buồng cấp cứu đều đã kín chỗ trong tình trạng hỗn loạn. Hành lang hẹp bên ngoài chật kín bệnh nhân trên ít nhất bảy cáng, những người bệnh nặng nhất mà tôi từng thấy, và hầu hết họ đều mắc AIDS hoặc ung thư giai đoạn cuối. Lách qua kẽ hẹp giữa bệnh nhân và người thân đang lo lắng, tôi nhìn thấy cháu trai tôi đứng bên chiếc cáng có anh trai nằm bất tỉnh. Cháu gái tôi ngồi co ro ở chân cáng, mắt dán

vào sàn nhà. Cô bé ngẩng lên, cố gắng mỉm cười với tôi nhưng nước mắt lại tuôn rơi.

Trong suốt ba ngày đó, Harvey lúc tỉnh lúc mê trong hành lang bệnh viện lộn xộn, nhiệt độ cơ thể anh dao động từ 102 đến 104 độ F (~ 38.9 đến 40 độ C). Dù các y tá đã cố gắng hết sức để chăm sóc mọi người, Harvey vẫn phải nằm lâu trong dịch tiêu chảy tuôn ra không ngừng do tác dụng phụ của thuốc đối với ruột của anh. Thậm chí khi tỉnh táo, anh cũng không hoàn toàn minh mẫn, thường xuyên không biết mình đang ở đâu hoặc tình trạng ra sao.

Tôi đã nói chuyện với bác sĩ nội trú đang gặp khó khăn, người liên tục liên hệ với văn phòng tiếp nhận bệnh nhân (admitting office) để cố gắng đặt giường cho các bệnh nhân nặng nhất của mình. Cuối cùng, cô ấy cũng đồng ý thử một lần nữa, hài lòng với cơ hội sử dụng mối liên hệ y tế của tôi để giúp đỡ ít nhất một bệnh nhân. Một nhân viên lễ tân dễ ảnh hưởng đã giúp chiến lược của chúng tôi thành công—trong vòng hai giờ, Harvey đã được chuyển lên tầng điều dưỡng. Khi chúng tôi đẩy anh đến thang máy, tôi liếc nhìn cuối cùng, đầu áy náy về phía khu vực mà chúng tôi vừa rời khỏi, nơi có một cậu bé kiệt sức, không nhiều hơn cháu trai tôi, đang chăm sóc người bạn của mình, một thanh niên khác đang gần kề cái chết vì AIDS.

Harvey đã trả một cái giá quá đắt cho lời hứa hy vọng không thành. Tôi đã cho anh cơ hội thử thách điều không thể, mặc dù biết rằng sự thử thách đó sẽ đến với những đau khổ lớn. Khi là anh trai tôi, tôi đã quên mất, hoặc ít nhất là đã bỏ qua, những bài học rút ra từ hàng thập kỷ kinh nghiệm. Ba mươi năm trước, khi chưa có hóa trị liệu, Harvey có lẽ đã chết vào khoảng thời gian tương tự như cuối cùng anh ấy đã ra đi, với tình trạng suy kiệt, suy gan (insufficiency of the liver), và mất cân bằng hóa học mãn tính (chronic chemical imbalance), nhưng cái chết của anh ấy sẽ không phải chịu thêm sự tàn phá của những phương pháp điều trị không hiệu quả và quan niệm sai lầm về "hy vọng" mà tôi đã không nỡ từ chối anh và gia đình mình, cũng như bản thân tôi. Khi tôi đã giải thích về tần suất cao của độc tính nguy



hiếm của một số liệu pháp điều trị tuyệt vọng, một số bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối của tôi đã khôn ngoan lựa chọn không làm gì và tìm thấy hy vọng theo những cách khác.

Sau khi Harvey phục hồi từ cơn bệnh suy tụy chết, những khối u di căn ở gan, ban đầu đã co lại 50% nhờ điều trị mới, bắt đầu phát triển trở lại. Do đó và thực tế là các khối u khác không ngừng lớn, đã rõ ràng là không còn cơ sở để tiếp tục hóa trị. Anh ấy đã trở về nhà để đối mặt với cái chết.

Đúng vào thời điểm này, dịch vụ hospice địa phương (chăm sóc giảm nhẹ / chăm sóc cuối đời) đã được gọi đến. Tôi từng là thành viên hội đồng của Hospice Connecticut, và nhiều bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối của tôi đã được hưởng lợi từ sự chăm sóc của đội ngũ y tá và bác sĩ tận tụy này. Mục tiêu của họ là mang lại sự thoải mái, và khái niệm về sự thoải mái của họ bao gồm toàn bộ cuộc sống của bệnh nhân và gia đình họ. Nhà hospice địa phương đã nhanh chóng vào cuộc, hướng dẫn Loretta cách sắp xếp công việc gia đình để giảm thiểu sự khó chịu cho Harvey. Seth được hướng dẫn cách sử dụng thuốc giảm đau và chống buồn nôn, và học được những kỹ thuật hữu ích để giúp cha mình đi lại trong nhà.

Một lần nhập viện bổ sung trở nên cần thiết khi khối u phát triển gây tắc nghẽn ruột. Nhiều phần của ruột non đã bị dính chặt vào khối u mở rộng (encroaching tumor mass), khiến phẫu thuật trở nên bất khả thi. Đúng lúc tình hình tưởng chừng như đã đến hồi kết, ruột tự mở ra đủ để Harvey có thể trở về nhà. Lần này, tôi đã nhờ vị bác sĩ phẫu thuật ban đầu tiếp quản, và tôi sẽ mãi biết ơn ông ấy vì đã mang lại cho chúng tôi sự cam kết và lòng tốt, cũng như sự sáng suốt.

Dù có những chuyến thăm viếng của nhà tế bần thường xuyên và sự chăm sóc không mệt mỏi từ Seth, người giờ đã trở thành bạn đồng hành không rời của Harvey và là y tá của anh, những cơn đau và sự suy nhược ngày càng tăng đã rất khó để kiểm soát. Sự hẹp của đường ruột đã ngăn cản việc giữ lại bất cứ thứ gì ngoại trừ một chút dinh dưỡng; thuốc phải được

dùng qua đường hậu môn. Harvey đã mất rất nhiều cân, và giờ đây tình trạng suy nhược của anh ấy trở nên trầm trọng hơn nhanh chóng

Khi đến thăm, Harvey và tôi thường ngồi bên nhau trên chiếc ghế dài, cùng nhau động viên tinh thần lẫn nhau. Trong những khoảnh khắc riêng tư ngắn ngủi, chúng tôi đã tâm sự về Loretta và các con, về những gì sẽ xảy ra sau khi anh ấy ra đi. Thỉnh thoảng, chúng tôi không nhắc đến tương lai mà anh ấy sẽ mất, mà lại nhớ về quá khứ xa xôi, khi còn là những cậu bé ở Bronx, nói tiếng Yiddish với Bubbeh. Những bức bối nhỏ nhặt và mâu thuẫn thỉnh thoảng xuất hiện giữa hai anh em tính cách mạnh mẽ, khi mỗi người một hướng đi trong đời, giờ đều không còn nữa. Trong những tuần lễ cuối cùng, việc nhắc Harvey về những thời điểm khó khăn từ hàng chục năm trước, khi chỉ mình anh là người biết cách giúp đỡ tôi, thật sự mang lại cho tôi sự an ủi. Hơn hai mươi năm trước, tôi đã bỏ lại tất cả những gì quan trọng trong đời mình và lên đường đến một vùng đất xa xôi lạnh lẽo. Chỉ có niềm tin không bao giờ lung lay của anh ấy đã giúp tôi trở về. Dù có những khoảng cách đôi khi chen vào giữa chúng tôi, chúng tôi chưa bao giờ nghi ngờ tình yêu của nhau, nhưng giờ đây, việc bày tỏ điều đó trở nên quan trọng với mỗi người trong chúng tôi. Mỗi lần rời đi trở về New Haven, tôi đều hôn anh. Lần cuối cùng là hai ngày trước khi cuộc đấu tranh dài lâu của anh kết thúc một cách yên bình trên chiếc giường mà anh và Loretta đã chia sẻ bao năm tháng.

Trong những ngày sau lễ tang, mỗi sáng tôi cùng Seth và Sara đến giáo đường để tụng Kaddish<sup>211</sup>, lời cầu nguyện cho người đã khuất. Đây là nơi mà không lâu trước đây, chưa đầy hai năm, chúng tôi đã có một bữa tối tri ân, kỷ niệm Harvey sau khi anh hoàn thành nhiệm kỳ chủ tịch hội đồng. Tôi đã thuộc lòng lời cầu nguyện này, bởi vì tôi thường xuyên phải dùng đến chúng kể từ cái sáng lạnh giá của tháng 12, nửa thế kỷ trước, khi Harvey và tôi đứng bên mộ mẹ còn chưa lấp đất, lần đầu tiên đọc chúng.

---

<sup>211</sup> Kaddish là một lời cầu nguyện truyền thống trong nghi lễ của người Do Thái, thường được đọc trong các dịp tang lễ và kỷ niệm người đã mất. Được biết đến nhiều nhất là "Mourner's Kaddish" (Kaddish của người đưa tang), lời cầu nguyện này không nhất thiết phải nói về cái chết hay tang lễ, mà thay vào đó, nó ca ngợi và tôn vinh Thiên Chúa.

Trong thời đại y sinh công nghệ cao ngày nay, khi những khả năng chữa trị kỳ diệu mới mỗi ngày đều được trình bày như một lời hứa hẹn, sức hấp dẫn của hy vọng trị liệu là rất lớn, thậm chí trong những hoàn cảnh mà lẽ thường thường yêu cầu chúng ta cẩn trọng hơn. Việc trao hy vọng như vậy quá thường xuyên chỉ là một hình thức lừa dối, và theo thời gian, nó thường xuyên chứng minh là bất lợi nhiều hơn là những chiến thắng mà nó hứa hẹn ban đầu.

Tiếng nói của tôi không phải là tiếng nói đầu tiên gợi ý rằng, với tư cách là bệnh nhân, gia đình, và thậm chí là bác sĩ, chúng ta cần tìm kiếm hy vọng qua những con đường khác, những cách thức thực tế hơn so với việc theo đuổi những phương pháp chữa trị khó nắm bắt và đầy nguy hiểm. Trong quá trình chăm sóc các bệnh nặng như ung thư hay những căn bệnh khác cũng khó lường, hy vọng cần được hiểu theo một nghĩa mới. Những bệnh nhân nặng của tôi đã chỉ cho tôi thấy những hình thức hy vọng khác nhau có thể xuất hiện khi cái chết đã được định đoạt. Ước gì tôi có thể nói rằng có nhiều người như vậy, nhưng thực tế lại không phải vậy. Hầu như mọi người đều muốn thử vận may với những con số thống kê mong manh mà các bác sĩ ung thư đưa ra cho những bệnh nhân bị bệnh nặng. Thường thì họ phải chịu đựng đau khổ vì điều đó, lãng phí những tháng cuối cùng của đời mình, và cuối cùng vẫn qua đời, khiến gánh nặng cho bản thân và những người thân yêu của họ càng nặng nề hơn trong những khoảnh khắc cuối cùng. Mặc dù ai cũng mong muốn một cái chết yên bình, nhưng bản năng sinh tồn vẫn là một lực lượng mạnh mẽ hơn nhiều.

Khoảng mười năm trước, tôi đã chăm sóc một người đàn ông, nổi tuyệt vọng và sợ hãi điều trị khiến anh ta tìm kiếm hy vọng ngoài phương pháp y khoa. Anh đã từ bỏ khả năng được chữa lành và chấp nhận cái chết, hoặc ít nhất là quyết tâm rằng nếu có phép màu xảy ra, nó sẽ đến từ chính bên trong anh, chứ không phải từ bất kỳ bác sĩ ung thư nhiệt tình nào.

Robert DeMatteis, 49 tuổi, là một luật sư và cũng là một nhà lãnh đạo chính trị ở một thành phố nhỏ của Connecticut. Ông vô cùng sợ hãi bác sĩ. Cách đây mười bốn năm, tôi đã từng điều trị cho ông sau một vụ tai nạn xe hơi nghiêm trọng, và tôi thực sự ngạc nhiên trước khả năng chịu đựng kém của ông trong suốt thời gian nhập viện, khi mà ông không thể chịu đựng bất kỳ sự khó chịu nhỏ nhất hay thậm chí là cảm giác sợ hãi mỗi khi có thể xảy ra. Việc vợ ông, Carolyn, là một y tá không làm giảm đi chút nào sự lo lắng rõ ràng trong ông mỗi khi có ai đó mặc áo blouse trắng tiếp cận. Carolyn từng kể với tôi rằng ông thường yêu cầu cô thay quần áo ngay tại bệnh viện nơi cô làm việc, bởi vì chỉ cần nhìn thấy bộ đồng phục ấy tại nhà cũng khiến ông lo lắng.

Bob là một người đàn ông mà không ai có thể sai khiến. Ông tự hào về tính cách cứng đầu của mình, và một trong những biểu hiện của tính cách đó là sự thờ ơ với sức khỏe bản thân. Ông đã bỏ qua không chỉ sức khỏe mà còn tất cả mọi thứ khác liên quan đến cơ thể mình ngoại trừ sự thèm ăn to lớn đối với thức ăn ngon. Với chiều cao 5 feet 8 inch (~1m73), Bob DeMatteis nặng 320 pound (hơn 145 kg). Đối với gia đình, một vòng bạn bè rộng lớn, và nhiều người dân trong thị trấn đã tìm đến ông để giải quyết các vấn đề, người đàn ông trông có vẻ không thân thiện này lại là một con người ấm áp, dễ gần. Tuy nhiên, cái nhìn đầu tiên vào vóc dáng *Harry the Horse*<sup>212</sup> và gương mặt cau có của ông đã làm nản lòng những người yếu bóng vía. Ông rất mãnh liệt trong lòng trung thành và trong các cuộc xung đột của mình, một người đàn ông quen được người khác tôn trọng. Giọng nói trầm khàn đặc trưng của ông khiến ngay cả những lời nói dịu dàng cũng nghe như tiếng gầm.

Bob không phải là kiểu người sẽ sợ hãi khi thấy một người phụ nữ trẻ cầm kim tiêm. Anh ấy thường đùa về nỗi sợ của mình, nhưng đôi khi điều này đã cản trở việc chăm sóc y tế thích đáng, và nhiều lần trong quá trình điều trị

---

<sup>212</sup> Trong văn hoá phương Tây, "Harry the Horse" là một biệt danh hoặc một cụm từ chỉ người có vẻ ngoài lực lưỡng, to lớn và thường dùng để mô tả một người đàn ông cường tráng, thể hiện sức mạnh và sự cứng cỏi.

các chấn thương do tai nạn, nỗi sợ đã ngăn cản tôi chữa trị vết thương của anh ấy một cách tối ưu.

Với tất cả những ký ức cách đây mười bốn năm như một bối cảnh, tôi không mấy vui vẻ khi nhận được cuộc gọi của bác sĩ nội khoa của Bob vào một buổi chiều giữa tháng Năm. Bob đã được nhập viện vào buổi sáng sau khi đi ngoài phát hiện một lượng lớn máu tươi, và đã được truyền máu trên khoa nội. Khi tôi thăm khám, Bob đã cung cấp một manh mối thú vị khiến tôi nghĩ rằng anh ấy thực sự đã bị rỉ máu từng chút một trong vài tháng qua, trước khi bị xuất huyết bất ngờ. Anh ấy cho biết đã cảm thấy đau bụng ngày càng trầm trọng kể từ tháng Hai. Anh ấy cũng nhận thấy một sự thay đổi nhỏ nhưng rõ rệt về mùi của phân mình. Màu sắc không thay đổi, nhưng mùi mới không thể lẫn vào đâu được - do sự hiện diện của máu. Một tháng trước, khi Carolyn cuối cùng đã kéo anh đến gặp bác sĩ nội khoa, phản đối quyết liệt, một loạt chụp X-quang đã được thực hiện và phát hiện ra sự ăn mòn bề mặt của tá tràng nhưng không có loét. Sự dày lên đã được ghi nhận ở van hồi - manh tràng, nơi ruột non gặp ruột già. Bob được yên tâm rằng không có khối u nào được phát hiện.

Chảy máu nhanh chóng đã ngừng lại chỉ vài giờ sau khi Bob nhập viện Bệnh viện Yale-New Haven, điều này cho phép các bác sĩ tiến hành đánh giá toàn diện đường tiêu hóa của anh. Sự chú ý đã được tập trung vào đại tràng hơn là các phần trên vì những dấu hiệu dày lên đặc biệt trên phim X-quang cùng một số phát hiện lâm sàng. Chúng tôi không ngạc nhiên khi phát hiện ra một khối u tại van hồi manh tràng thông qua thiết bị nội soi sợi quang (fiberoptic visualizing instrument).

Có thể đoán trước, Bob đã phản ứng một cách hoảng loạn trước thông tin rằng anh cần phải phẫu thuật và ban đầu anh từ chối thẳng thừng. Khi tâm trạng của anh ấy bình tĩnh hơn một chút, anh bắt đầu bực bội, phàn nàn và thậm chí còn thốt ra một vài lời chửi thề, nhưng nhờ sự kiên nhẫn của vợ, anh đã đồng ý. Tôi chưa bao giờ đưa một người bệnh đáng sợ đến phòng mổ như vậy. Tôi luôn cố gắng ở bên cạnh bệnh nhân khi thuốc mê được

tiêm, để tôi có thể nói chuyện và nắm tay họ, nhưng ở bên cạnh Bob là một trải nghiệm hoàn toàn mới. Sau đó, tôi phải xoa bóp các ngón tay vài phút trước khi bắt đầu rửa tay phẫu thuật, bởi vì anh ấy đã nắm chặt tay tôi đến mức máu không lưu thông đến khi anh miễn cưỡng cho phép mình được gây mê.

Các phát hiện trong ca phẫu thuật đã thực sự làm chúng tôi bất ngờ. Thay vì một khối u nhỏ như dự đoán ban đầu, chúng tôi phát hiện một "ung thư biểu mô tuyến vảy kém phân hóa nguyên phát phát sinh ở manh tràng, ngay cạnh van hồi manh tràng" như được mô tả trong báo cáo bệnh lý. Khối u này đã xâm lấn xuyên qua thành ruột vào mô mỡ quanh đại tràng, với sự tham gia rộng rãi của hệ thống bạch huyết và mạch máu, di căn đến 8 trong số 17 hạch bạch huyết. Trung tâm của khối u đã hoại tử và bị loét sâu, gây ra cơn chảy máu nghiêm trọng trước đó.

*Nguyên văn từ báo cáo bệnh học: poorly differentiated primary adenosquamous carcinoma arising in cecum adjacent to ileocecal valve, exhibiting transmural [through the wall] invasion into peri-colic fat, extensive lymphatic and vascular involvement and metastases to 8 of 17 lymph nodes*

Dù chưa có bằng chứng về sự di căn xa rõ ràng, bệnh ung thư của Bob tỏ ra rất hung hăng. Do sự xâm lấn sâu rộng của ung thư vào các mạch máu và hệ thống bạch huyết, việc tồn tại một lượng lớn tế bào ung thư trong tuần hoàn chung là điều không thể tránh khỏi. Gần như chắc chắn rằng đã có một số tế bào ung thư lắng đọng tại gan mà hiện vẫn quá nhỏ hoặc quá sâu để có thể cảm nhận được. Chỉ là vấn đề thời gian trước khi chúng bắt đầu bộc lộ rõ ràng. Tiên lượng cho Bob thật sự rất tệ.

Bob DeMatteis là người thẳng thắn và rất bộc trực, anh ấy có khả năng nhận ra những lời nói vòng vo. Anh yêu cầu phải biết chính xác mình đang đối mặt với điều gì, không bỏ sót bất kỳ chi tiết nào. Dù đã cố gắng tạo điều kiện để bệnh nhân của mình có thể yêu cầu thông tin đầy đủ, tôi hoan nghênh những câu hỏi của anh, dù biết rằng có thể tôi sẽ hối tiếc về sự

thẳng thắn mà anh đòi hỏi. Tôi đã lấy lời nói của anh làm tin, dự đoán anh sẽ suy sụp và sau đó chìm vào trầm cảm sâu sắc. Nhưng điều đó chưa bao giờ xảy ra.

Không hề có sự bùng nổ cảm xúc nào. Thay vào đó, sự bình tĩnh, lý trí và chấp nhận đã chiếm lĩnh. Ngay từ khi còn hẹn hò, Bob đã nói với Carolyn (và cho đến ngày nay cô ấy vẫn không hiểu tại sao) rằng anh không nghĩ mình sẽ sống đến sinh nhật lần thứ năm mươi, và lời tiên tri của anh sắp trở thành sự thật. Sau cuộc trò chuyện đầu tiên sau phẫu thuật, Bob biết rằng anh sẽ chết vì căn bệnh ung thư, và anh đã quyết định để mọi chuyện xảy ra mà không can thiệp. Anh không phải là người theo đạo, nhưng anh có niềm tin sâu sắc vào bản thân, điều này giờ đây trở thành trụ cột giúp anh ổn định trong quãng đời còn lại. Anh đã không tính đến các bác sĩ ung thư. Dù tôi không đồng ý với việc can thiệp y tế khi bệnh đã tiến triển xa, quyền lựa chọn tư vấn đã được trao cho anh sau khi vợ và bác sĩ nội khoa của anh khởi xướng ý tưởng này. Cả anh và tôi đều không hào hứng, nhưng anh đã đồng ý gặp bác sĩ ung thư, chủ yếu để làm hài lòng Carolyn, người đã quyết tâm khám phá mọi khả năng. Đến thời điểm đó (và ngay cả bây giờ, sau hơn một thập kỷ), tôi chưa từng trải qua một cuộc tư vấn ung thư nào mà không dẫn đến lời khuyên điều trị, trừ khi bệnh đã được phẫu thuật chữa khỏi hoàn toàn. Trường hợp của Bob cũng không phải là ngoại lệ, và Carolyn đã thuyết phục anh chấp nhận phác đồ điều trị được đề xuất.

Việc điều trị hóa chất cho Bob DeMatteis đã phải hoãn lại vì một lý do hiếm gặp, thường chỉ thấy ở những người béo phì nặng: Lớp mỡ dưới da của anh quá dày, khiến tôi không thể khâu lại vết mổ ngay lập tức sau ca phẫu thuật, vì lo ngại nguy cơ phát triển áp xe ẩn sâu bên trong. Để đảm bảo vết thương lành sạch, tôi buộc phải để vết mổ tự lành từ trong ra ngoài, điều này đã kéo dài thời gian chờ đợi trước khi có thể bắt đầu điều trị hóa chất. Khi các liệu pháp này mới chỉ có thể khởi động, các khối u di căn ở gan của khối u đang phát triển nhanh chóng này đã lớn đến mức có thể nhận diện được qua các nghiên cứu đồng vị phóng xạ (radioactive isotope studies).

Trước khi bắt đầu liệu trình điều trị, bác sĩ ung thư đã có một cuộc thảo luận sâu rộng và thẳng thắn với Bob, mà sau này ông đã mô tả với tôi qua thư là "một cuộc trao đổi dài và thẳng thắn", trong đó ông đã thông báo chi tiết về tình trạng di căn của bệnh và cho Bob biết nếu hóa trị không hiệu quả, anh có thể sẽ nhanh chóng suy sụp và có thể qua đời trong vòng ba đến sáu tháng tới. Bác sĩ cho biết Bob "rất trân trọng cuộc trò chuyện thẳng thắn này và giữ một thái độ lạc quan thận trọng nhưng thực tế."

Vào thời điểm này, Bob đã lấy lại 20 pound (~9 kg) đã mất kể từ sau cuộc phẫu thuật và anh ấy không có bất kỳ triệu chứng nào. Thực tế, anh ấy cảm thấy rất khỏe mạnh. Anh hiểu rằng thuốc không thể chữa khỏi hoàn toàn nhưng được sử dụng như một phương pháp hỗ trợ hoặc phòng ngừa, như lời bác sĩ ung thư đã nói. Tôi nghi ngờ rằng Bob không thực sự kỳ vọng nhiều vào điều đó; có lẽ anh ấy chỉ tham gia vào quá trình điều trị vì Carolyn và con gái hai mươi tuổi của họ, Lisa. Việc điều trị đã được bắt đầu.

Chỉ trong hai tuần, Bob đã phát triển các triệu chứng sốt cao và táo bón xen kẽ với tiêu chảy. Làn da giữa hai bên hông của anh, nơi tích tụ nhiều mỡ, trở nên nhạy cảm và đỏ lên do tác động ăn mòn của phân lỏng. Việc điều trị hóa chất đã phải dừng lại. Vào khoảng thời gian này, thuốc giảm đau mạnh trở nên cần thiết để kiểm soát cơn đau do các khối u di căn ở gan ngày càng tăng. Không bao lâu sau, Bob không còn đủ sức khỏe để đến văn phòng làm việc nữa.

Với tốc độ chóng mặt, các khối di căn ngày càng to lên khiến Bob trở nên vàng da do gan bị ung thư thay thế dần. Khối u mới xuất hiện trong vùng xương chậu và đôi chân của anh nhanh chóng sưng phù do tĩnh mạch dẫn máu từ phần dưới cơ thể bị ung thư chèn ép, ngăn cản dòng chảy. Thời gian này, Bob gần như không thể di chuyển quanh nhà. Vì Carolyn phải đi làm, Lisa đã ở nhà để chăm sóc cho cha. Như cô sẽ kể lại với tôi nhiều năm sau, họ đã trải qua nhiều đêm dài trò chuyện về bản thân và về nhau. Mối quan hệ giữa họ đã trở nên khăng khít hơn bao giờ hết trong những tháng cuối đời của Bob.



Vào sáng sớm đêm Giáng sinh, tôi đã ghé thăm nhà DeMatteis. Gia đình họ sống trong khu rừng trên đồi, ngoại ô thành phố mà Bob đã từng là một phần quan trọng trong đời sống chính trị. Tuyết bắt đầu rơi vài giờ trước, như thể để vinh danh ước nguyện Giáng sinh của người đàn ông sắp chết. Đối với Bob, ngày lễ này luôn gắn liền với hình ảnh vui vẻ kiểu Dickens thế kỷ 19, nơi anh coi mình là tâm điểm của không khí lễ hội ấm áp. Mỗi năm vào đêm này, kể từ khi kết hôn, ngôi nhà của họ luôn đầy ắp khách mời thuộc mọi tầng lớp, ai cũng được chào đón chỉ vì Bob thích sự hiện diện của họ. Anh ấy luôn tỏa sáng giữa đám đông và càng vui vẻ bao nhiêu, lòng anh càng rộng mở bấy nhiêu. Ngay cả vẻ cau có thường thấy cũng tan biến trong niềm vui. Vào mỗi dịp Giáng sinh, Bob hoá thân thành ông Fezziwig và Scrooge đã thay đổi, theo truyền thống, anh thường đọc thuộc lòng chứ không đọc "A Christmas Carol" cho Lisa và Carolyn ngay khi mùa lễ bắt đầu. Thật không ngạc nhiên khi Dickens là tác giả yêu thích của anh, và câu chuyện này là tác phẩm Dickens yêu thích nhất của anh.

Vào sáng sớm đêm Giáng sinh, tôi đã ghé thăm nhà DeMatteis. Gia đình họ sống trong khu rừng trên đồi, ngoại ô thành phố mà Bob đã từng là một phần quan trọng trong đời sống chính trị. Tuyết bắt đầu rơi vài giờ trước, như thể để vinh danh ước nguyện Giáng sinh của người đàn ông sắp chết. Đối với Bob, ngày lễ này luôn gắn liền với hình ảnh vui vẻ kiểu Dickens thế kỷ 19, nơi anh coi mình là tâm điểm của không khí lễ hội ấm áp. Mỗi năm vào đêm này, kể từ khi kết hôn, ngôi nhà của họ luôn đầy ắp khách mời thuộc mọi tầng lớp, ai cũng được chào đón chỉ vì Bob thích sự hiện diện của họ. Anh ấy luôn tỏa sáng giữa đám đông và càng vui vẻ bao nhiêu, lòng anh càng rộng mở bấy nhiêu. Ngay cả vẻ cau có thường thấy cũng tan biến trong niềm vui. Vào mỗi dịp Giáng sinh, Bob hoá thân thành ông Fezziwig<sup>213</sup>

---

<sup>213</sup> Mr. Fezziwig là một nhân vật trong tác phẩm "A Christmas Carol" của Charles Dickens. Ông là người chủ cũ của Ebenezer Scrooge, nhân vật chính của câu chuyện. Mr. Fezziwig được mô tả là một người đàn ông phóng khoáng, vui vẻ và hào phóng. Trong câu chuyện, ông tổ chức một bữa tiệc Giáng sinh ấm áp và vui vẻ, nơi mà Scrooge, khi còn trẻ, đã từng làm việc. Ông là hình mẫu của sự nhân ái và lòng tốt, đối lập hoàn toàn với tính cách tham lam và ích kỷ mà Scrooge thể hiện khi đã già.

và Scrooge<sup>214</sup> đã thay đổi, theo truyền thống, anh thường đọc thuộc lòng chứ không đọc **A Christmas Carol**<sup>215</sup> cho Lisa và Carolyn ngay khi mùa lễ bắt đầu. Thật không ngạc nhiên khi Dickens là tác giả yêu thích của anh, và câu chuyện này là tác phẩm Dickens<sup>216</sup> yêu thích nhất của anh.

Bob quyết tâm rằng Giáng sinh cuối cùng của mình sẽ không khác gì những mùa Giáng sinh trước. Khi Carolyn, với nụ cười đầy dũng cảm, mở cửa, tôi bước qua ngưỡng cửa vào một ngôi nhà đã sẵn sàng cho một bữa tiệc vui vẻ nhất. Bàn tiệc đã được bày biện cho khoảng 25 người, đồ trang trí đã được trang hoàng, và gốc cây thông được trang trí lộng lẫy kín đáo bởi những món quà. Khách mời sẽ không đến trong ít nhất một giờ nữa, vậy nên Bob và tôi có nhiều thời gian để thảo luận về lý do tôi đến thăm. Tôi đến để nói về dịch vụ chăm sóc cuối đời (hospice) - tôi muốn Bob nhận được những lợi ích từ dịch vụ này. Lisa giờ đây đã khó có thể tự mình chăm sóc cha mình khi tình trạng của ông ngày càng xấu đi.

Chúng tôi ngồi cạnh nhau bên giường bệnh viện mà Bob thuê, và sau một hồi, tôi đã nắm lấy một bàn tay của ông. Việc làm này giúp tôi dễ dàng trò chuyện hơn. Chúng tôi, hai người đàn ông cùng tuổi với những trải nghiệm cuộc sống khác biệt, và một trong chúng tôi đã gần như cạn kiệt tương lai. Nhưng trong thời gian ngắn còn lại, Bob đã thấy được một tia hy vọng, thuộc về riêng mình. Đó là hy vọng anh ta sẽ là chính mình, Bob DeMatteis, cho đến hơi thở cuối cùng và sẽ được nhớ đến vì cách ông đã sống. Giữ Giáng sinh lần này một cách tốt nhất có thể là một phần không thể thiếu

---

<sup>214</sup> Ebenezer Scrooge là nhân vật chính trong "A Christmas Carol" của Charles Dickens. Scrooge ban đầu được mô tả là một người keo kiệt, lạnh lùng và không quan tâm đến những người xung quanh. Tuy nhiên, qua sự kiện được thăm bởi ba hồn ma của Giáng sinh (Quá Khứ, Hiện Tại và Tương Lai), Scrooge trải qua một sự biến đổi nội tâm sâu sắc, từ một người ích kỷ trở thành người hào phóng và yêu thương người khác.

<sup>215</sup> "A Christmas Carol" là một trong những câu chuyện Giáng sinh nổi tiếng nhất và được yêu thích rộng rãi, không chỉ vì nó mang tính giải trí cao mà còn vì thông điệp về sự cứu chuộc, lòng từ bi và sự thay đổi tích cực của con người. Câu chuyện đã trở thành một phần quan trọng của văn hóa Giáng sinh ở nhiều nơi trên thế giới, và việc nó trở thành tác phẩm yêu thích của Bob cho thấy anh ấy đánh giá cao những giá trị nhân văn mà Dickens trình bày trong đó.

<sup>216</sup> Charles Dickens là một nhà văn người Anh, sinh năm 1812 và mất năm 1870, được biết đến như một trong những cây bút vĩ đại nhất của kỷ nguyên Victoria.

trong việc hiện thực hóa hy vọng đó. Sau đó, ông nói với tôi, ông sẽ sẵn sàng để các y tá chăm sóc cuối đời đưa mình vào những ngày cuối cùng.

Khi tôi chào tạm biệt người đàn ông phi thường này, người đã tìm ra sự dũng cảm mà tôi không ngờ tới, chính tôi mới là người cảm thấy ghen ngào. Bob đang sốt sắng chuẩn bị quần áo trước khi vị khách đầu tiên đến, và tôi như một lời nhắc nhở về những gì anh ấy sẽ phải đối mặt sau bữa tiệc. Khi tôi sắp bước ra ngoài vào đêm tuyết, Bob đã gọi vọng từ phòng ngủ, dặn dò tôi hãy thận trọng trên những con dốc trơn trượt: "Ngoài kia rất nguy hiểm đấy Bs ạ, Giáng sinh không phải lúc để chết đâu."

Bob đã làm mọi thứ trở nên tốt đẹp vào buổi tối hôm đó. Anh ấy đã nhờ Carolyn vặn nhỏ đèn để khách không thể thấy rõ màu vàng da của anh ấy trong ánh sáng mờ. Tại bữa tối, anh ngồi ở đầu bàn, giả vờ ăn dù đã lâu không thể nạp đủ thức ăn để nuôi dưỡng cơ thể. Cứ hai giờ một lần suốt buổi tối dài, anh lại vất vả kéo mình vào bếp để Carolyn tiêm morphine giúp kiểm soát cơn đau.

Khi tất cả khách đã nói lời tạm biệt—nhiều người bạn lâu năm và thập kỷ sẽ không bao giờ gặp lại—và Bob đã trở lại giường, Carolyn hỏi anh về buổi tối. Đến nay, cô vẫn nhớ rõ từng lời anh nói: "Có lẽ đây là một trong những mùa Giáng sinh tuyệt vời nhất mà anh từng có." Sau đó anh thêm, "Em biết không, Carolyn, em cũng phải sống thật trọn vẹn trước khi qua đời."

Bốn ngày sau Giáng sinh, Bob đã tham gia chương trình chăm sóc tại nhà của hospice, không chút chần chừ. Bên cạnh cảm giác buồn nôn và nôn mửa, cơn đau từ khối u gan và chậu của anh ấy, giờ đây anh còn phải chịu đựng cơn sốt cao. Đêm Giao thừa, nhiệt độ cơ thể anh lên tới 106 độ F (~41.1 độ C). Bệnh tiêu chảy của anh lúc này khó kiểm soát, thường xuyên xảy ra mà anh không kịp phòng bị.

Tình hình tưởng chừng không thể tệ hơn, nhưng nó đã xảy ra. Cuối cùng, vào ngày 21 tháng 1, Bob đã đồng ý nhập viện tại cơ sở nội trú của Hospice

Connecticut ở Branford. Lúc bấy giờ, gan của anh, trong tình trạng bình thường không nên vượt quá lẽ sườn, có thể sờ thấy thấp hơn tới 10 inch (khoảng 25 cm). Nó đã phình to đáng kể và gần như toàn bộ là ung thư. Mặc dù suy dinh dưỡng nghiêm trọng, bản ghi nhận khi nhập hospice vẫn ghi nhận anh "vẫn còn rất béo phì."

Mặc dù không muốn chấp nhận, Bob thừa nhận rằng mình cảm thấy nhẹ nhõm hơn nhiều khi vào cơ sở điều trị nội trú. Lo lắng và bồn chồn tiềm ẩn trong anh lại một lần nữa trở thành vấn đề, yêu cầu phải dùng liều lượng lớn thuốc an thần ngoài morphine. Anh chỉ có thể uống một lượng lỏng hạn chế qua đường miệng; sau khi nhập viện, anh dường như yếu đi từng giờ. Anh vẫn cố gắng đứng dậy để đi tiểu và làm những nỗ lực không hiệu quả để đi lại. Dù đã chấp nhận cái chết, dường như anh không thể buông bỏ cuộc sống.

Chiều ngày thứ hai của Bob tại cơ sở nội trú hospice, anh bỗng nhiên trở nên bồn chồn hơn trước. Carolyn và Lisa bắt đầu khóc vì họ không thể giúp gì được cho anh khi anh nói rằng anh muốn chết ngay lập tức. Khi anh nhìn họ với ánh mắt cầu xin, anh đã dang rộng vòng tay tròn trịa và kéo hai người phụ nữ vào một cái ôm bảo vệ, cái ôm mà họ đã quá quen thuộc từ nhiều lần trước đó. Giữ gia đình mình lại như vậy, anh đã cầu xin họ, "Hai mẹ con phải nói với anh rằng anh có thể chết. Anh sẽ không làm vậy cho đến khi hai mẹ con nói với anh rằng nó ổn." Anh chỉ chấp nhận được sự cho phép của họ, và chỉ khi họ đã đồng ý, anh mới trở nên bình tĩnh. Ít phút sau, anh quay sang Carolyn và nói, "Anh muốn chết." Và rồi, giọng nói nhỏ nhẹ, anh thêm, "Nhưng anh muốn sống." Sau đó, anh lặng lẽ trở lại.

Bob đã mê man suốt ngày hôm đó. Đến chiều, anh chưa từng mở lời nhưng Carolyn tin rằng anh vẫn có thể nghe thấy giọng nói của cô. Cô nói nhẹ nhàng với anh, nói về ý nghĩa cuộc đời anh đã mang lại cho họ, khi bỗng nhiên khuôn mặt anh rạng rỡ nụ cười toả sáng, như thể anh đang nhìn thấy điều gì đó tuyệt vời qua đôi mắt nhắm nghiền. Carolyn sau đó kể với tôi

rằng, "Dù anh ấy đã thấy gì đi nữa, chắc chắn là điều gì đó rất đẹp." Chỉ vài phút sau đó, anh ấy đã qua đời.

Đám tang của Bob diễn ra với quy mô lớn, gần như một sự kiện công cộng tại thành phố của anh. Thị trưởng và đội danh dự cảnh sát đã tiếp đón quan tài của anh tại nhà thờ. Anh được chôn cất cùng bức thư từ biệt trong túi áo của mình, do Lisa viết. Khi quan tài bằng gỗ anh đào được hạ xuống mộ, chú của Carolyn nhận thấy nắp quan tài bị lem luốc bởi những giọt nước mắt của Lisa.

Bob được an táng tại một nghĩa trang Công giáo cách nhà tôi khoảng mười dặm. Không có tượng đài lớn tại những ngọn đồi xanh mượt của khu mộ được chăm sóc tốt, như để khẳng định sự bình đẳng của mỗi người trong cái chết; chỉ có những tấm đá mộ nhỏ ghi dấu nơi yên nghỉ. Trong lúc tôi viết những trang cuối này, tôi đã đến thăm mộ của Bob, để tưởng nhớ một người đàn ông đã tìm thấy ý nghĩa mới trong cuộc đời khi biết mình sắp qua đời. Anh ấy đã dạy tôi rằng hy vọng vẫn tồn tại, kể cả khi không thể cứu vãn được nữa. Tôi đã từng quên bài học ấy khi anh trai tôi mắc bệnh một thập kỷ sau đó, nhưng điều đó không làm giảm bớt sự thật của nó.

Carolyn đã nói với tôi rằng, khi còn có thể, Bob đã sắp xếp để những lời yêu thích nhất từ tác phẩm Dickens mà anh yêu thích được khắc trên bia mộ của mình. Dù đã được chuẩn bị, tôi vẫn bị xúc động mạnh khi thực sự thấy chúng. Được khắc ngang mặt đá granite của bia mộ là lời văn bia mà Bob DeMatteis đã chọn để mọi người nhớ về mình: "Người ta luôn nói về anh ấy rằng anh ấy biết cách giữ lễ Giáng Sinh thật tốt."

*Nguyên văn: "And it was always said of him that he knew how to keep Christmas well".*

## CHƯƠNG XII. BÀI HỌC RÚT RA

Trong những buổi lễ tưởng niệm, Rabbi <sup>217</sup> thường nói, "Cầu mong ký ức về người ấy mang lại phước lành." Đây là một cụm từ cố định không quen thuộc với những người không phải là Do Thái khi họ nghe thấy nó, và tôi đã không bao giờ nghe được nó trong nhà thờ. Dù thể hiện một điều ước rõ ràng là phổ quát, suy nghĩ giản dị này xứng đáng được chúng ta, mọi người, suy ngẫm thường xuyên hơn, không chỉ trong các nhà thờ.

Niềm hy vọng mang lại cho Bob DeMatteis một phần bình yên chính là trong ký ức mà anh ấy đã tạo dựng và ý nghĩa cuộc sống của anh ấy đối với những người ở lại sau khi anh ra đi. Bob là người luôn ý thức rằng cuộc sống của mỗi người không chỉ có hạn mà còn luôn tiềm ẩn nguy cơ kết thúc bất ngờ. Đó là nguồn gốc của nỗi lo âu khủng khiếp do y học gây ra, nhưng cũng chính là nơi bắt đầu của sự chấp nhận của anh khi căn bệnh cuối cùng bộc lộ.

Phẩm giá cao nhất mà chúng ta tìm thấy trong cái chết chính là những gì cuộc đời đã qua để lại. Đó là một hình thức hy vọng mà ai cũng có thể hướng tới, và đây là hy vọng bền vững nhất. Hy vọng ấy ẩn chứa trong ý nghĩa của cuộc đời mỗi người.

Có những nguồn hy vọng khác rõ ràng hơn, nhưng đôi khi chúng không thể trở thành hiện thực. Trong suốt sự nghiệp y của mình, tôi luôn cam kết sẽ làm mọi điều có thể để mang đến cho bệnh nhân của mình một cái chết nhẹ nhàng. Tuy nhiên, không ít lần tôi đã chứng kiến hy vọng ấy bị đánh gục, mặc cho những nỗ lực không ngừng của tôi. Ngay cả trong những trung tâm hospice, nơi mục tiêu duy nhất là sự an nhàn, cũng vẫn có thất bại. Giống như nhiều đồng nghiệp của tôi, tôi đã phải vi phạm pháp luật hơn

---

<sup>217</sup> "Rabbis" (số nhiều của "Rabbi") chỉ đến những người giáo sĩ trong tôn giáo Do Thái. Rabbis đóng vai trò quan trọng trong việc dẫn dắt các nghi lễ tôn giáo, giảng dạy về các luật lệ và truyền thống Do Thái, và thường là người hướng dẫn tinh thần cho cộng đồng của họ. Họ cũng tham gia vào các dịp quan trọng như lễ cưới, lễ tưởng niệm, và các buổi lễ đặc biệt khác, nơi họ cung cấp sự an ủi và hướng dẫn tinh thần cho người Do Thái.

một lần để làm dịu bớt những khó khăn cho bệnh nhân khi ra đi, bởi lời hứa của tôi, dù được nói ra hay chỉ ngụ ý, sẽ không thể giữ được nếu tôi không làm như vậy.

Một lời hứa chúng ta có thể giữ và một niềm hy vọng chúng ta có thể mang lại là sự chắc chắn rằng không ai phải chết cô độc. Trong nhiều cách để chết một mình, trường hợp cô đơn và thiếu thoải mái nhất chắc chắn là khi nhận thức về sự chắc chắn của cái chết bị che giấu. Thái độ “Tôi không thể lấy đi hy vọng của anh ấy” thường xuyên chính xác là lý do tại sao một hình thức hy vọng đặc biệt yên tâm không bao giờ có cơ hội hiện hữu. Chỉ khi chúng ta nhận thức được mình đang chết và hiểu rõ tình trạng sắp chết của mình, chúng ta mới có thể chia sẻ những khoảnh khắc cuối cùng có ý nghĩa với những người thân yêu. Không có khoảnh khắc này, dù họ có mặt ở đó lúc ta qua đời, chúng ta vẫn sẽ cảm thấy bị bỏ rơi và cô lập. Bởi vì, lời hứa về một sự đồng hành tinh thần vào phút chót mới thực sự mang lại cho chúng ta hy vọng, nhiều hơn là chỉ làm giảm bớt nỗi sợ hãi bị bỏ rơi về mặt thể xác.

Những người sắp chết cũng có trách nhiệm không để mình mắc kẹt trong nỗ lực sai lầm nhằm bảo vệ cảm xúc của những người có cuộc sống gắn bó với họ. Tôi đã chứng kiến hình thức cô đơn này và thậm chí đã từng một cách thiếu suy nghĩ mà tham gia vào nó, trước khi tôi học được cách tốt hơn.

Khi bà ngoại tôi không còn đủ sức khỏe, Dì Rose dần dần tiếp quản việc quản lý gia đình chúng tôi và chăm sóc hai cậu con trai. Ngay cả vai trò mẫu hệ trong gia đình lớn cũng dần chuyển giao cho dì ấy khi Bubbeh từ từ nhường lại qua từng năm. Mỗi buổi sáng sớm, dì Rose lại đến xưởng may trên phố Ba mươi bảy để khâu vá cho một nhà sản xuất quần áo, và sau mười giờ, dì trở về nhà để dọn dẹp và chuẩn bị bữa tối. Người Do Thái ở Thế giới Cũ không ăn uống đơn giản, và bữa tối của chúng tôi là kết quả của rất nhiều công sức lao động vất vả. Tôi đi khoảng cách xa cả về không gian lẫn thời gian so với số 2314 Đại lộ Morris, nhưng ký ức về những buổi tối thứ Năm vẫn rất sống động, khi Dì Rose chùi rửa mọi góc cạnh của căn hộ để

chuẩn bị cho ngày Sabbath, và cuối cùng gục ngã vào giường gần nửa đêm, kiệt sức. Sáng sớm hôm sau, dì lại dậy và tiếp tục công việc.

Dì Rose cố gắng tỏ ra nghiêm khắc, nhưng bản chất của dì ấy rất dễ thấy qua ánh mắt. Dì có đôi mắt xanh biểu tượng cho nhóm nhỏ của chúng tôi, và tia lấp lánh trong mắt dì luôn xuất hiện sau những cơn giận dữ như ánh nắng chói chang sau cơn mưa mùa hè ngắn ngủi. Dì rất dễ bị cảm động bởi một cái ôm, và khi chúng tôi lớn lên, nhu cầu phải tỏ ra khắt khe trong mong đợi của dì đối với hai đứa cháu trai của mình từ từ được tiết lộ là tình yêu thực sự của dì. Dù Harvey và tôi thường có thể làm cho dì người ngoài sự chỉ trích mà dì không ngần ngại bày tỏ về những mặt không đáng ngưỡng mộ trong hành vi của chúng tôi, chúng tôi vẫn luôn sợ sự không chấp thuận của dì, trong trường hợp của tôi thường được thể hiện qua những lời chỉ trích gay gắt, thường xuyên bằng tiếng Yiddish đầy màu sắc, về toàn bộ quan điểm và tính cách của tôi. Dì Rose là lương tâm nhỏ bé được nuôi dưỡng từ shtetl<sup>218</sup> của tôi. Harvey và tôi yêu mến dì ấy.

Trong năm thứ hai của tôi tại chương trình chuyên khoa phẫu thuật (surgical residency), khi dì Rose ở đầu những năm bảy mươi, dì đã trải qua sự bắt đầu từ từ của cơn ngứa chung khắp cơ thể và sau một thời gian, một tuyến hạch bạch huyết sưng to xuất hiện dưới cánh tay dì. Sinh thiết cho thấy một loại ung thư bạch cầu ác tính. Dì được điều trị bởi một bác sĩ huyết học ân cần và hiểu biết, người đã sử dụng một trong những loại thuốc hóa trị đầu tiên, chlorambucil, để đạt được một sự thuyên giảm xuất sắc. Khi bệnh tái phát vài tháng sau và dì Rose bắt đầu suy yếu, Harvey và tôi, với sự đồng ý của cô họ Arline của chúng tôi, đã thuyết phục bác sĩ huyết học rằng dì không nên được biết chẩn đoán của mình.

Có thể mà không nhận ra, chúng tôi đã phạm phải một trong những sai lầm tồi tệ nhất có thể xảy ra trong giai đoạn bệnh nan y - tất cả chúng tôi, kể cả dì Rose, đã quyết định một cách sai lầm và trái ngược với mọi nguyên tắc

---

<sup>218</sup> "Shtetl" là từ tiếng Yiddish chỉ những cộng đồng nhỏ của người Do Thái ở Đông Âu, thường là nông thôn hoặc các thị trấn nhỏ. "Shtetl-bred" ám chỉ rằng người này được nuôi dưỡng trong một môi trường văn hóa Do Thái truyền thống và sâu sắc.



sống chung của chúng tôi rằng việc bảo vệ lẫn nhau khỏi sự thừa nhận một sự thật đau lòng là quan trọng hơn việc đạt được một sự chia sẻ cuối cùng có thể đã giành được một sự an ủi bền vững và thậm chí một số phẩm giá từ sự thật đau đớn của cái chết. Chúng tôi đã từ chối cho mình những gì chúng tôi xứng đáng có được.

Dù không còn nghi ngờ gì, dì Rose biết mình đang chết vì ung thư. Tuy nhiên, chúng tôi chưa từng thảo luận về điều đó với dì, và dì cũng không bao giờ đề cập đến nó. Dì lo lắng cho chúng tôi, và chúng tôi cũng lo lắng cho dì, mỗi bên đều cho rằng sự thật sẽ quá nặng nề để chấp nhận. Chúng tôi biết tình hình sức khỏe của dì đang ra sao và dì cũng vậy; chúng tôi tự thuyết phục mình rằng dì không hề hay biết, mặc dù chúng tôi biết dì hiểu rất rõ. Vì thế, mọi chuyện diễn ra như một kịch bản quen thuộc, thường làm đắm chìm những ngày cuối đời của người mắc bệnh ung thư: chúng tôi biết - dì biết - chúng tôi biết dì biết - dì biết chúng tôi biết - và chẳng ai trong chúng tôi nói ra khi chúng tôi đều ở bên nhau. Chúng tôi duy trì trò chơi này cho đến phút cuối. Dì Rose đã bị tước đoạt cơ hội đoàn tụ thực sự, khi chúng tôi có thể đã nói cho dì biết cuộc đời dì đã mang lại những gì cho chúng tôi. Theo nghĩa này, dì Rose đã chết cô độc.

Sự cô đơn kinh khủng này là chủ đề của câu chuyện "Cái chết của Ivan Ilyich" của Tolstoy. Đối với các bác sĩ lâm sàng, câu chuyện này gây ám ảnh bởi sự chính xác đáng sợ và những bài học mà nó mang lại. Tolstoy đã viết như thể ông sở hữu một trí tuệ bẩm sinh, vượt xa bất kỳ kiến thức nào mà ông có thể đã tích lũy được trong đời. Làm sao khác ông có thể cảm nhận được nỗi cô đơn ghê gớm của một cái chết trở nên cô độc bởi việc giấu giếm sự thật - sự cô độc mà Ivan Ilyich trải qua khi ông nằm quay mặt về phía sau của chiếc đi văng, trong một thành phố đông đúc, giữa vòng vây bạn bè và gia đình - một nỗi cô đơn sâu sắc đến nỗi không có gì có thể sánh bằng, dù là trong lòng biển sâu hay dưới lòng đất. Ivan không thể chia sẻ kiến thức kinh hoàng của mình với ai cả, và ông phải sống một mình trên bờ vực của sự diệt vong, không một ai hiểu và thương xót.

Ivan không được bao quanh bởi những người yêu thương anh, phần nào có thể là lý do khiến anh ước ao được thương hại, dù đây là điều ít ai mong muốn ở cuối đời. Nguyên nhân vợ anh cố tình lừa dối có vẻ là do quyết tâm của cô ấy không muốn đối mặt với hậu quả tinh thần mà sự thật sẽ mang lại. Dù những sự lừa dối này xuất phát từ sự khinh thường hay tình cảm sai lầm, chúng luôn khiến nạn nhân phải đối diện với giây phút chia ly một mình. Trong trường hợp của cô, thái độ khinh miệt đã khiến cô tự thuyết phục mình rằng cái chết của chồng sẽ dễ dàng hơn cho cả hai nếu không được bàn luận. Cô ta chỉ nghĩ về bản thân, chứ không phải người chồng đang hấp hối, người mà căn bệnh của anh đã trở thành gánh nặng cho cô và gia đình.

Trong bầu không khí ấy, Ivan không thể tìm ra sức mạnh để đương đầu với hậu quả nếu anh ta buộc phải đối mặt với nó. Nỗi dằn vò lớn nhất của Ivan Ilyitch là sự dối trá, một lời nói dối được mọi người chấp nhận rằng anh chỉ đơn giản là bệnh tật chứ không phải đang chết, và anh chỉ cần bình tĩnh và tin tưởng vào các bác sĩ thì mọi chuyện sẽ ổn. Nhưng anh biết rằng dù có làm gì đi chăng nữa, không có gì có thể thay đổi được, ngoài nỗi đau khổ ngày càng tăng và cái chết. Lời nói dối này đã hành hạ anh; nó khiến anh đau đớn vì họ không sẵn lòng công nhận điều mà tất cả họ đều biết rõ như anh, nhưng lại thích nói dối anh về tình trạng kinh khủng của mình và khiến anh cũng trở thành một phần của lời nói dối đó. Lời nói dối này bám lấy anh cho đến tận buổi tối ngày anh qua đời, khiến cái chết trang trọng và kỳ lạ của anh bị coi nhẹ như những chuyến thăm viếng, rèm cửa hay món cá tầm cho bữa tối - điều này đã khiến Ivan Ilyitch cảm thấy đau đớn khủng khiếp. Và lạ thay, nhiều lần, khi họ đang diễn trò hề vì lợi ích của anh, anh gần như đã hét lên vào mặt họ:

"Hãy dừng lại những lời nói dối vô nghĩa đi! Các người biết rất rõ, giống như tôi, rằng tôi đang chết, vậy hãy thôi đừng nói dối nữa."

Nhưng anh ấy chưa bao giờ có đủ dũng khí để thực hiện điều đó.

Còn một yếu tố khác hiện nay thường góp phần làm cô lập người bệnh nặng. Tôi không thể tìm được từ nào khác để mô tả nó ngoài từ 'vô ích'. Đuổi theo việc điều trị dù biết khó khăn là rất lớn có thể được xem là hành động anh hùng đối với một số người, nhưng quá thường xuyên nó lại trở thành hành động phản tác dụng đối với bệnh nhân; nó làm mờ ranh giới của sự chân thành và bộc lộ một sự rạn nứt cơ bản giữa lợi ích tốt nhất của bệnh nhân và gia đình với bác sĩ.

Triết lý y học Hippocrates khẳng định rằng không điều gì quan trọng hơn đối với bác sĩ là lợi ích tốt nhất của bệnh nhân đến tìm kiếm sự chăm sóc từ họ. Mặc dù chúng ta đang sống trong một thời đại khi nhu cầu của xã hội lớn hơn đôi khi xung đột với phán đoán của bác sĩ về điều gì tốt nhất cho từng bệnh nhân cá nhân, nhưng chưa bao giờ có sự nghi ngờ nào về mục tiêu của chăm sóc y tế là để khắc phục bệnh tật và giảm bớt đau khổ. Mọi sinh viên y khoa đều được học rất sớm rằng đôi khi cần thiết phải làm tăng sự đau khổ của bệnh nhân trong một thời gian nhất định để giải quyết căn bệnh của họ, và rất ít người không hiểu và chấp nhận điều đó. Điều này đặc biệt đúng với hàng trăm bệnh khác nhau bao gồm các hình thức ung thư, nơi sự kết hợp của phẫu thuật hiệu quả, xạ trị và hóa trị thường dẫn đến các giai đoạn suy yếu và các đau đớn tạm thời nghiêm trọng khác, nếu không muốn nói là biến chứng rõ ràng. Rất ít người khi đối mặt với chẩn đoán của một căn bệnh ác tính có khả năng được điều trị nên từ bỏ cuộc chiến nếu có bất kỳ cơ hội hợp lý nào mà một hình thức điều trị hứa hẹn có sẵn để làm giảm những tổn hại của bệnh hoặc chữa khỏi nó. Hành động ít hơn không phải là biểu hiện của khắc kỷ (stoicism), mà là sự điên rồ.

Một lần nữa, thách thức mà chúng ta phải đối mặt trong những tình huống này nằm ở cách sử dụng ngôn ngữ. Các thuật ngữ như "hợp lý" và "đầy hứa hẹn" dường như rõ ràng nhưng thực sự lại mang nhiều ý nghĩa mơ hồ. Chính những từ ngữ này đã vô tình phơi bày khoảng cách giữa mục tiêu của các bác sĩ và người bệnh mà họ điều trị.

Để minh họa cho sự phát triển nghề nghiệp của mình như một bác sĩ, tôi xin kể lại hành trình từ một sinh viên y khoa, người chỉ muốn chăm sóc cho những người ốm yếu, nhưng không biết bản thân đã dần trở thành một người giải quyết vấn đề y sinh một cách vô thức.

Ngay khi còn nhỏ, tôi đã thấy rằng sự hiện diện của bác sĩ mang lại hy vọng cho một gia đình lo lắng. Những tình huống khẩn cấp kinh hoàng trong quá trình bệnh tật của mẹ tôi đã thay đổi hoàn toàn khi biết rằng có người đã gọi bác sĩ. Chỉ cần biết bác sĩ sắp đến đã khiến không khí trong căn hộ chật hẹp của chúng tôi từ sự tuyệt vọng chuyển sang niềm tin rằng mọi chuyện rồi sẽ ổn. Người đàn ông bước qua ngưỡng cửa, tự tin và am hiểu, chính là hình mẫu mà tôi muốn trở thành.

Trong những năm đầu tiên của trường y, tôi học về cách cơ thể hoạt động và bệnh tật phát triển. Từ năm thứ ba, tôi đã bắt đầu học cách giải thích câu chuyện của bệnh nhân và tìm hiểu các dấu hiệu bệnh lý từ lâm sàng đến hóa sinh, là sự kết hợp giữa các phát hiện hiển hiện và ẩn giấu. Tôi học cách thăm khám, đọc phim X-quang và phân tích các dữ liệu từ máu và các chất thải khác để tìm ra nguyên nhân bệnh lý, một quá trình được gọi là sinh lý bệnh học. Hiểu được sinh lý bệnh học chính là chìa khóa để chẩn đoán bệnh, từ đó mới có thể điều trị được bệnh. Mục tiêu của mọi bác sĩ khi đối mặt với bệnh nặng là tìm ra chẩn đoán chính xác và thiết kế phương pháp điều trị phù hợp. Đó là "Câu đố" lớn mà tôi luôn cố gắng giải quyết trong sự nghiệp y khoa của mình.

Khi tôi hoàn thành chương trình học y khoa, tôi đã khám phá ra những khía cạnh sâu sắc hơn trong việc chẩn đoán và những thách thức ngày càng lớn trong việc thực hiện các phương pháp điều trị thành công. Mục tiêu đã trở nên rõ ràng: hiểu biết sâu sắc về quá trình phát triển của bệnh để có thể đối phó chính xác bằng các phương pháp phẫu thuật, sửa chữa, điều chỉnh sinh hóa hoặc các biện pháp khác nhau ngày càng phát triển.

Sáu năm đào tạo chuyên sâu đã chuẩn bị cho tôi sẵn sàng giải quyết từng khía cạnh của "Câu đố" y khoa, một thử thách cuối cùng đã trở thành đam mê của đời tôi. Những người thầy của tôi đã thành công trong việc truyền đạt kiến thức và đam mê này cho tôi.

Bỏ qua ý định trở thành bác sĩ địa phương ở Bronx hay bất cứ đâu tương tự, tôi luôn nhớ tới tầm quan trọng của việc trở thành nguồn an ủi cho bệnh nhân giống như người bác sĩ gia đình đã làm cho gia đình tôi. Tuy nhiên, tôi nhận ra rằng hình ảnh ấy không còn là điều tôi ngưỡng mộ nhất. Tôi bị cuốn hút bởi việc giải quyết "Câu đố" y khoa, và người bác sĩ truyền cảm hứng cho tôi là người giỏi nhất trong việc giải quyết những bí ẩn ấy.

Trong suốt sự nghiệp của mình, tôi luôn nỗ lực trở thành loại bác sĩ mà tôi từng ngưỡng mộ, người đã truyền cảm hứng cho tôi lựa chọn nghề y để chữa lành cho mọi người. Tuy nhiên, bên cạnh tấm gương ấy, một thách thức khác cũng vô cùng mạnh mẽ luôn hiện diện, đó là động lực mạnh mẽ thôi thúc mỗi bác sĩ không ngừng nâng cao tay nghề của mình; đó là nỗ lực kiên trì tìm kiếm chẩn đoán và phương pháp chữa trị; đó là điều đã làm nên những bước tiến vượt bậc của y học lâm sàng vào cuối thế kỷ 20. Thách thức lớn nhất không chỉ đơn thuần là lợi ích của từng cá nhân mà là việc giải quyết "Câu đố" về bệnh của họ.

Chúng tôi cố gắng điều trị cho bệnh nhân với lòng cảm thông sâu sắc, luôn hướng dẫn họ đưa ra quyết định giảm nhẹ sự đau khổ của họ. Nhưng điều đó không đủ để duy trì và cải thiện kỹ năng của chúng tôi hoặc để giữ mãi niềm hứng khởi. "Câu đố" là động lực cho những bác sĩ giỏi nhất và tận tâm nhất của chúng tôi.

Hippocrates từng viết trong Những Lời Dạy của mình rằng<sup>219</sup> "Nơi có tình yêu thương loài người, ở đó cũng có tình yêu nghệ thuật y học", và điều này vẫn đúng như nó đã từng; nếu không, gánh nặng chăm sóc cho nhân loại sẽ sớm trở nên không thể chịu đựng nổi. Tuy nhiên, những giây phút chữa lành

---

<sup>219</sup> "Where love of mankind is, there is also love of the art of medicine"

đáng nhớ nhất của chúng tôi không đến từ trái tim mà từ trí óc của chúng tôi - nơi mà đam mê trở nên mãnh liệt nhất. Tôi đã nhận ra sự thật này và thậm chí là sự cần thiết phải như vậy. Là bác sĩ, chúng tôi phải đối mặt với điều này mỗi khi chăm sóc một con người khác; như là bệnh nhân, chúng ta cũng cần hiểu rằng nhiệm vụ của bác sĩ trong việc giải quyết "Câu đố" đôi khi có thể trái với lợi ích tốt nhất của chúng ta vào cuối đời.

Mỗi bác sĩ, khi đối diện với bệnh nhân của mình, đôi khi phải thừa nhận rằng mình đã thuyết phục bệnh nhân chấp nhận những phương pháp chẩn đoán hay điều trị không cần thiết, chỉ vì không muốn bỏ cuộc trước "Câu Đố" của bệnh tật. Đôi khi, nếu nhìn sâu vào chính mình, bác sĩ có thể nhận ra rằng động lực của những quyết định này không phải lúc nào cũng vì lợi ích của bệnh nhân. Dù bác sĩ có tốt bụng và ân cần, nhưng sức hút của việc giải quyết "Câu Đố" đã khiến họ phải lựa chọn việc gạt bỏ lòng tốt sang một bên.

Bệnh nhân thường ngưỡng mộ bác sĩ của họ, phát triển một mối quan hệ chuyển giao cảm xúc<sup>220</sup> sâu sắc theo đúng nghĩa của phân tâm học. Họ mong muốn làm hài lòng bác sĩ, hoặc ít nhất không làm họ thất vọng. Nhiều người tin rằng bác sĩ luôn biết chính xác những gì họ đang làm, và rằng sự không chắc chắn là điều hoàn toàn xa lạ với các chuyên gia điều trị bệnh nặng. Sự tin tưởng này càng tăng lên khi bác sĩ sử dụng các công nghệ tiên tiến, khiến bệnh nhân càng thêm tin rằng mỗi quyết định của bác sĩ đều có cơ sở khoa học vững chắc.

Bệnh nhân thường có những lý do vững chắc để từ chối tiếp tục điều trị khi chỉ còn một chút hy vọng mong manh về khả năng sống sót. Những lý do này có thể xuất phát từ quan điểm triết học, tâm linh, hoặc đơn giản là thực tế, họ tin rằng những gì thu được sau cuộc đấu tranh gian khổ không xứng đáng với những gì họ phải trải qua. Như một y tá ung thư giàu kinh nghiệm từng chia sẻ với tôi, "Đối với một số người, ngay cả khi biết chắc sẽ vượt

---

<sup>220</sup> "Chuyển giao cảm xúc" (transference): Thuật ngữ trong phân tâm học, dùng để chỉ tình trạng bệnh nhân dịch chuyển cảm xúc hoặc mong đợi từ quan hệ cá nhân trước đó sang bác sĩ.

qua được giai đoạn khó khăn, điều đó vẫn không đủ để biện minh cho giá trị thể chất lẫn tinh thần mà họ phải trả."

Bên cạnh tôi khi tôi viết những dòng này là hồ sơ của bà Hazel Welch, một cụ bà 92 tuổi sống trong khu dưỡng lão gần Yale-New Haven Hospital khoảng năm dặm. Dù tinh thần vẫn minh mẫn, bà cần sự chăm sóc y tế vì mắc phải bệnh viêm khớp nặng và tắc nghẽn mạch máu ở chân đến mức không thể đi lại một mình. Vào thời điểm bị bệnh cấp tính mà tôi điều trị, bà đang được xem xét để cắt bỏ một ngón chân trái do hoại tử. Bà đang điều trị viêm khớp nặng và đang trong giai đoạn thuyên giảm của bệnh bạch cầu mãn tính. "Lúc là trực quay, lúc là bánh xe, khi là bánh răng, lúc khác là lò xo" – tất cả đang dần suy yếu, và có lẽ Jefferson đã từng nói với tôi rằng, thật là điên rồ khi cố gắng ngăn cản cỗ máy này ngừng hoạt động hoàn toàn.

Vào buổi trưa ngày 23 tháng 2 năm 1978, bà Welch bất ngờ ngã xuống và bất tỉnh trước mặt một nhân viên y tế. Một xe cứu thương đã nhanh chóng đưa bà đến phòng cấp cứu của Bệnh viện Yale-New Haven, nơi các bác sĩ phát hiện bà không có huyết áp đáng kể; các dấu hiệu lâm sàng cho thấy bà bị viêm phúc mạc nặng. Sau khi truyền dịch nhanh chóng, bà đã đủ sức khỏe để thực hiện một cuộc chụp X-quang, phát hiện ra một lượng lớn không khí trong ổ bụng. Chẩn đoán là rất rõ ràng: Bà ấy chắc chắn bị thủng ống tiêu hóa, và nguyên nhân có khả năng nhất là do loét tá tràng, ngay sau dạ dày.

Tuy nhiên, khi đã hoàn toàn tỉnh táo và minh mẫn, bà Welch đã từ chối phẫu thuật. Với giọng điệu đậm chất Yankee, bà nói với tôi rằng mình đã sống trên đời "quá đủ rồi, chàng trai trẻ" và không muốn tiếp tục. Bà nói rằng không còn ai để sống vì; trên trang đầu của hồ sơ bệnh án, mục người thân để lại tên một sĩ quan tín thác tại Ngân hàng Quốc gia Connecticut (Connecticut National Bank). Đối với tôi, một người đang khỏe mạnh đứng bên giường bà, được bao quanh bởi gia đình và bạn bè, quyết định của bà thật không thể hiểu nổi. Tôi đã cố gắng sử dụng mọi lập luận có thể để thuyết phục bà rằng trí óc trong sáng và tình trạng bạch cầu đáp ứng tốt

của bà có nghĩa là bà còn nhiều năm tốt đẹp phía trước. Tôi đã thẳng thắn nói với bà rằng, với tình trạng xơ vữa động mạch và viêm phúc mạc hiện tại, khả năng phục hồi từ cuộc phẫu thuật chỉ khoảng một phần ba. "Nhưng," tôi nói, "một trong ba vẫn tốt hơn nhiều so với cái chết chắc chắn, điều sẽ xảy ra nếu bà không cho chúng tôi phẫu thuật." Điều đó dường như hiển nhiên, và tôi không thể tưởng tượng được làm sao một người khôn ngoan như bà lại có thể nghĩ khác. Bà ấy vẫn kiên quyết, và cuối cùng tôi để bà ấy một mình suy nghĩ về điều đó, trong khi cơ hội sống sót của bà ngày càng giảm theo từng phút trôi qua.

Mười lăm phút sau, tôi quay trở lại phòng. Bà Welch đang ngồi dựa trên cáng, ánh mắt nghiêm túc nhìn tôi như thể tôi là một thanh niên nghịch ngợm. Bà giơ tay ra, nắm lấy tay tôi và nhìn thẳng vào mắt tôi. Bà nói rằng nếu có điều gì sai sót xảy ra, bà sẽ coi đó là lỗi của tôi<sup>221</sup>. "Tôi sẽ đồng ý," bà Welch nói, "nhưng chỉ vì tôi tin tưởng cậu."

Đột nhiên, tôi cảm thấy không chắc chắn mình đang làm đúng. Trong cuộc phẫu thuật, tôi phát hiện ra một vết thủng lớn ở tá tràng, yêu cầu một cuộc phẫu thuật mở rộng hơn nhiều so với dự kiến. Dạ dày của bà Welch như thể bị bật ra khỏi tá tràng; bụng bà chứa đầy dịch tiêu hóa ăn mòn và các mảnh thức ăn từ bữa trưa vừa ăn trước khi bà ngất. Tôi đã thực hiện những gì cần thiết, khâu bụng lại và chuyển bà vào khu chăm sóc đặc biệt sau phẫu thuật<sup>222</sup>. Do không đủ sức hô hấp, ống thở của bác sĩ gây mê vẫn còn trong khí quản của bà.

Sau một tuần, sức khỏe của bà Welch đã khá hơn, mặc dù bà vẫn chưa tỉnh táo đủ để hiểu những gì đang diễn ra xung quanh. Cuối cùng, tâm trí bà hoàn toàn tỉnh táo, và cho đến khi ống thở được gỡ ra khỏi thanh quản hai ngày sau đó, bà dành mọi phút trong những lần tôi đến thăm hai lần một

---

<sup>221</sup> Mình không chắc có dịch đúng câu này không, nên xin phép trích nguyên văn: "**She reached out and took my hand, staring hard directly into my eyes as though charging me with a grave mission for whose failure she would hold me personally responsible**"

<sup>222</sup> Phòng chăm sóc đặc biệt phẫu thuật (surgical intensive care unit): khu vực chăm sóc đặc biệt dành cho bệnh nhân sau phẫu thuật, được trang bị đầy đủ trang thiết bị theo dõi và hỗ trợ sự sống.



ngày để nhìn tôi với ánh mắt trách móc. Khi có thể nói được, bà không chậm trễ gì trong việc cho tôi biết rằng tôi đã ra một trò xấu xa khi không để bà được chết như bà mong muốn. Tôi đã chiều theo bà về điều này, chắc chắn rằng mình đã làm đúng, và khi vẫn còn tấm gương sống trước mắt, tôi nghĩ điều đó đã minh chứng cho việc làm của tôi. Dù sao thì bà cũng đã sống sót. Nhưng bà lại nhìn nhận vấn đề theo cách khác và không ngần ngại cho tôi biết rằng tôi đã phản bội bà bằng cách làm nhẹ đi những khó khăn trong thời kỳ hậu phẫu. Biết rằng nếu biết rõ những gì người cao tuổi bị xơ vữa động mạch thường phải trải qua trong phòng chăm sóc đặc biệt phẫu thuật thì bà Welch sẽ từ chối ca phẫu thuật cứu mạng, nên trong việc mô tả các ngày hậu phẫu dự kiến, tôi đã làm nhẹ đi những gì bà có thể trải nghiệm trong thực tế. Bà đã đi qua quá nhiều thứ rồi, bà nói, và bà không còn tin tưởng tôi nữa. Rõ ràng bà thuộc nhóm người mà sự sống còn không đáng giá với chi phí bỏ ra, và tôi đã không hoàn toàn trung thực khi dự đoán những chi phí đó có thể là bao nhiêu. Mặc dù mục đích của tôi chỉ là phục vụ điều tôi cho là lợi ích của bà, nhưng tôi đã phạm phải tội danh tệ hại nhất của chủ nghĩa quan liêu và gia trưởng. Tôi đã giấu giếm thông tin vì lo sợ bệnh nhân có thể dùng thông tin đó để đưa ra quyết định mà tôi nghĩ là sai lầm.

Hai tuần sau khi bà được chuyển trở lại phòng cũ tại khu cư trú (residence unit) bà Welch đã bị đột quy nặng và qua đời chỉ trong vòng chưa đầy một ngày. Đúng theo những chỉ dẫn mà bà viết ra trước khi xuất viện trong khi có sự chứng kiến của người đại diện pháp lý, không có bất cứ nỗ lực nào được thực hiện để cứu sống bà ngoài việc chăm sóc y tá thông thường. Bà không muốn trải qua lại kinh nghiệm đau khổ gần đây và đã nhấn mạnh điều này trong tờ khai bằng văn bản. Mặc dù di chứng của bệnh viêm phúc mạc và ca phẫu thuật trước đó rõ ràng đã làm tăng khả năng bà bị đột quy, nhưng tôi nghi ngờ rằng nỗi bất mãn kéo dài của bà đối với hành động lừa dối tốt ý từ phía tôi cũng góp phần vào đó. Nhưng yếu tố quan trọng nhất dẫn đến cái chết của bệnh nhân có lẽ đơn giản là mong muốn không tiếp tục cuộc sống của bà đã bị dẫn dắt bởi ca phẫu thuật thiếu sáng suốt của

tôi. Tôi đã vượt qua được "Câu Đố" nhưng lại thua trận chiến lớn hơn là chăm sóc bệnh nhân một cách nhân đạo.

Nếu tôi đã cẩn trọng cân nhắc các yếu tố liên quan đến già yếu mà tôi đã mô tả trong các chương về tuổi già của cuốn sách này, tôi đã không vội vã đề xuất phẫu thuật như vậy. Với bà Welch, nỗ lực đó là hoàn toàn không phù hợp, bất kể kết quả thành công có thể đạt được, và tôi đã không đủ sáng suốt để nhận ra điều đó. Bây giờ tôi nhìn nhận mọi việc theo cách khác. Nếu có cơ hội được sống lại giai đoạn ấy, hoặc những trường hợp tương tự trong sự nghiệp của mình, tôi sẽ lắng nghe bệnh nhân nhiều hơn và đòi hỏi bệnh nhân phải lắng nghe tôi ít đi. Mục tiêu của tôi là giải quyết "Câu Đố" về y khoa, còn mục đích của bà là sử dụng cơn bệnh bất ngờ này như một cách ra đi nhẹ nhàng. Bà chỉ miễn cưỡng chiều theo mong muốn của tôi mà thôi.

Có một điều không trung thực trong đoạn văn bạn vừa đọc. Tôi đã ngụ ý rằng nếu có cơ hội, tôi sẽ hành động khác đi, mặc dù tôi biết rất có thể mình sẽ làm y hết một lần nữa, hoặc đối mặt với sự khinh miệt của đồng nghiệp. Chính trong những tình huống như vậy mà các nhà đạo đức học và nhà luân lý gặp khó khăn khi cố gắng phán xét hành động của các bác sĩ lâm sàng, bởi họ không thể nhìn thấy được thực tế chiến tuyến từ quan điểm xa cách của riêng họ. Nguyên tắc nghề nghiệp phẫu thuật đòi hỏi không được để bất kỳ bệnh nhân có khả năng sống sót như bà Welch phải chết nếu có thể cứu sống bằng một ca phẫu thuật đơn giản, và chúng tôi, những người vi phạm quy tắc cơ bản này, bất kể động cơ nhân văn đến đâu, cũng phải làm như vậy với rủi ro của chính mình. Từ góc nhìn của một bác sĩ phẫu thuật, quyết định của tôi hoàn toàn dựa trên lâm sàng, và đạo đức không nên được đặt ra để xem xét.

Nếu tôi để bà Welch được toại nguyện, tôi sẽ phải bảo vệ kết quả tại cuộc họp phẫu thuật hàng tuần (nơi chắc chắn sẽ coi đây là quyết định của tôi chứ không phải của bà), trước mặt những đồng nghiệp cố chấp, người sẽ xem cái chết của bà như một trường hợp đánh giá kém, nếu không muốn

nói là sự sơ suất nghiêm trọng trước nhiệm vụ rõ ràng là cứu sống mạng người. Tôi gần như chắc chắn sẽ bị khiển trách vì không bác bỏ một nguyện vọng dường như vô lý đó. Tôi có thể tưởng tượng những lời tôi sẽ phải nghe: "Tại sao anh lại để bà ấy thuyết phục như vậy?", "Liệu chỉ vì một bà lão muốn chết mà anh phải tham gia vào việc đó sao?", "Bác sĩ phẫu thuật chỉ nên đưa ra quyết định trên lâm sàng, và quyết định lâm sàng đúng đắn là tiến hành phẫu thuật - hãy để những vấn đề đạo đức cho các nhà tu hành!" Đây là một dạng áp lực đồng nghiệp mà tôi sẽ không tự phụ cho rằng mình đủ bất khả xâm phạm. Bằng cách này hay cách khác, niềm tin cứu sống bệnh nhân của y học công nghệ cao luôn chiến thắng, như hầu như lúc nào cũng vậy.

Cách điều trị của tôi đối với bà Welch không xuất phát từ mục tiêu của bà mà từ mục tiêu của riêng tôi, và từ nguyên tắc được chấp nhận trong lĩnh vực chuyên môn của tôi. Tôi theo đuổi một hình thức vô nghĩa đã cướp đi từ bà niềm hy vọng đặc biệt mà bà hằng mong muốn - hy vọng rằng bà có thể rời khỏi cõi đời này một cách nhẹ nhàng khi có cơ hội trình diện. Dù bà không có gia đình, các y tá và tôi đã có thể đảm bảo bà không phải chết cô đơn, ít nhất là theo cách các người lạ đồng cảm có thể làm cho một người già không có người thân. Thay vào đó, bà đã phải gánh chịu số phận của nhiều bệnh nhân hấp hối hiện nay, đó là bị tách lìa khỏi thực tại bởi chính kỹ thuật sinh học và các tiêu chuẩn nghề nghiệp nhằm đưa con người trở lại cuộc sống có ý nghĩa.

Đó là âm thanh píp-píp của những máy monitor, tiếng rờ rả của máy thở và những chiếc đệm có pitông, những tín hiệu điện tử nhấp nháy đa sắc màu - toàn bộ không khí công nghệ hóa ấy chỉ là màn hình cho những chiến thuật khiến chúng ta phải mất đi cảm giác bình yên mà chúng ta hoàn toàn có quyền hi vọng, và bị tách rời khỏi những người ít ỏi sẽ không để mình phải chết cô đơn. Bằng những phương tiện đó, công nghệ sinh học được tạo ra để mang lại niềm hy vọng lại thực sự cướp đi niềm hy vọng ấy, và để lại những người sống sót phải đau đầu với những hồi ức cuối cùng không thể

nào quên được - những ký ức đáng ra thuộc về những người đang ngồi bên cạnh khi ngày tàn của chúng ta đang kề cận.

Mỗi bước tiến của khoa học hoặc y khoa đều mang theo một ngụ ý văn hóa, và thường là một ẩn dụ. Chẳng hạn việc phát minh ra ống nghe vào năm 1816 có thể được xem là đã đặt nền móng cho quá trình khiến các bác sĩ ngày càng xa rời bệnh nhân của mình. Trên thực tế, một số nhà bình luận y khoa vào thời điểm đó đã coi đây là một trong những ưu điểm của dụng cụ này, bởi không phải bác sĩ lâm sàng nào, lúc bấy giờ hay hiện nay, cũng cảm thấy thoải mái khi phải áp tai lên ngực của bệnh nhân. Điều đó và hình ảnh của nó như một bằng chứng hữu hình về địa vị vẫn còn là lý do không được nói ra cho sự phổ biến của dụng cụ này cho đến tận ngày nay. Chỉ cần dành vài giờ đồng hành cùng các bác sĩ đang thực tập là có thể quan sát thấy các vai trò khác nhau của chiếc ống nghe treo lơ lửng này - một dấu hiệu quyền lực và sự tách biệt.

Nhìn từ góc độ lâm sàng nghiêm ngặt, chiếc ống nghe chẳng qua chỉ là một thiết bị truyền âm thanh; cũng theo lối suy luận tương tự, phòng chăm sóc đặc biệt không hơn gì một kho báu kỹ thuật cao đầy hy vọng nhưng lại được đặt trong lâu đài nơi chúng ta tách biệt những người bệnh để có thể chăm sóc họ tốt hơn. Những nơi thánh địa ấy tượng trưng cho hình thức thuần khiết nhất của sự phủ nhận tính tự nhiên, thậm chí là tính tất yếu của cái chết trong xã hội chúng ta. Đối với nhiều người sắp qua đời, sự chăm sóc đặc biệt với cảnh cô lập giữa những người xa lạ chỉ dập tắt niềm hy vọng của họ về việc không bị bỏ rơi trong những giờ phút cuối cùng. Trên thực tế, họ đã bị ruồng bỏ, mặc cho ý định tốt đẹp của những nhân viên y tế chuyên nghiệp giỏi giang nhưng hầu như chẳng hề quen biết họ.

Ngày nay, phong cách đang thịnh hành là che giấu cái chết khỏi tầm nhìn. Trong tác phẩm kinh điển về các phong tục liên quan đến cái chết, nhà sử học xã hội người Pháp Philippe Aries gọi hiện tượng hiện đại này là "Cái Chết Vô Hình". Ông chỉ ra rằng cái chết là điều xấu xí và nhơ nhớp, và chúng

ta không còn dễ dàng chấp nhận những gì xấu xí và nhơ nhớp nữa. Vì thế cái chết phải được cô lập và xảy ra tại những nơi bị đình chỉ:

*Cái chết ẩn giấu trong bệnh viện bắt đầu một cách kín đáo vào những năm 1930 và 1940, và trở nên phổ biến sau năm 1950. Khả năng chịu đựng của con người đối với những cảnh tượng và mùi hương liên quan đến cái chết, vốn là một phần của cuộc sống hàng ngày vào đầu thế kỷ 19, đã giảm sút đáng kể. Những tác động sinh lý của cái chết đã được chuyển từ đời sống thường nhật sang thế giới vô trùng của vệ sinh, y học và đạo đức. Bệnh viện, với kỷ luật tế bào (cellular discipline) chặt chẽ, là biểu hiện hoàn hảo nhất của thế giới này.*

*Mặc dù không được thừa nhận một cách rõ ràng, bệnh viện đã trở thành nơi các gia đình giấu đi những người bệnh nặng mà cả thế giới và họ không thể chịu đựng được. Bệnh viện đã trở thành nơi diễn ra những cái chết đơn độc.*

Hiện nay, 80% số ca tử vong ở Mỹ xảy ra trong bệnh viện. Tỷ lệ này đã tăng dần từ năm 1949, khi đó chỉ là 50%; vào năm 1958, con số này đạt 61% và đến năm 1977 là 70%. Sự gia tăng này không chỉ đơn thuần do nhu cầu chăm sóc cấp tính cao của nhiều người sắp chết, mà còn phản ánh sự thay đổi sâu sắc trong văn hóa đối với cái chết. Việc cô lập người hấp hối mang ý nghĩa biểu tượng văn hóa sâu sắc, đồng thời cũng thể hiện quan điểm y học về việc cải thiện khả năng tiếp cận các cơ sở và nhân viên chuyên môn. Tuy nhiên, đối với hầu hết bệnh nhân, ý nghĩa biểu tượng này còn quan trọng hơn nhiều.

Cái chết cô đơn giờ đây đã trở nên phổ biến đến mức xã hội của chúng ta đã chung tay chống lại nó, và điều này hoàn toàn hợp lý. Từ sự khôn ngoan của các văn bản pháp lý được gọi là chỉ thị trước cho người bệnh đến những triết lý đầy tranh cãi của các hội tự tử, có rất nhiều lựa chọn tồn tại, và mục tiêu cuối cùng của mỗi lựa chọn đều giống nhau: khôi phục lại sự chắc chắn rằng khi cái chết đến gần, vẫn còn một nguồn hy vọng - hy vọng

rằng những giây phút cuối cùng của chúng ta sẽ không được điều khiển bởi các kỹ sư sinh học mà bởi những người hiểu rõ con người chúng ta.

Niềm hy vọng này, sự đảm bảo rằng sẽ không có những nỗ lực vô lý để kéo dài cuộc sống, là sự khẳng định rằng phẩm giá cần tìm kiếm trong cái chết chính là sự trân trọng của người khác đối với những gì chúng ta đã trải qua trong cuộc đời. Đó là phẩm giá bắt nguồn từ một cuộc sống tốt đẹp và từ việc chấp nhận cái chết của chính mình như một quy luật tự nhiên cần thiết, cho phép loài người chúng ta tiếp tục tồn tại qua thế hệ sau, con cái của chúng ta và con cái của họ. Nó cũng là sự thừa nhận rằng sự kiện thực sự diễn ra vào cuối đời chúng ta là cái chết, chứ không phải những nỗ lực vô vọng để ngăn chặn nó. Bằng cách nào đó, chúng ta đã bị cuốn hút bởi những kỳ quan của khoa học hiện đại đến nỗi xã hội chúng ta đã đặt sai trọng tâm. Chính cái chết mới là điều quan trọng - nhân vật trung tâm trong vở kịch là người sắp chết; người lãnh đạo hào nhoáng của đội cứu hộ bận rộn chỉ là một khán giả, và là một khán giả bình thường.

Trong quá khứ, giờ phút lâm chung thường được coi là thời điểm thiêng liêng, là lúc con người kết nối tâm linh và chia tay những người thân yêu. Người sắp chết mong muốn được trải qua khoảnh khắc này một cách trọn vẹn, và điều đó thường được đáp ứng. Đây là niềm an ủi cho họ và gia đình, đặc biệt là sau những đau đớn và thử thách mà họ đã trải qua. Đối với nhiều người, sự hiệp thông cuối cùng này không chỉ là sự thanh thản khi đón nhận cái chết mà còn là niềm hy vọng vào sự tồn tại của Chúa và thế giới bên kia.

Thật mỉa mai khi nói về hy vọng, tôi lại phải nhắc đến một khía cạnh tương chừng như đã xa vời trong xã hội hiện đại. Ngày nay, khi đối mặt với cái chết, con người ít tìm đến Chúa và niềm tin vào thế giới bên kia hơn so với bất kỳ thời điểm nào khác trong thiên niên kỷ này. Vai trò của nhân viên y tế và những người hoài nghi không phải là đặt câu hỏi về đức tin của người khác, đặc biệt là khi họ đang ở ngưỡng cửa thiên đường. Ngay cả những người theo thuyết bất khả tri và vô thần cũng có thể tìm thấy niềm an ủi

trong tôn giáo vào những thời khắc khó khăn, và sự thay đổi quan điểm của họ cần được tôn trọng.

Còn nhớ khi còn là một bác sĩ phẫu thuật trẻ, tôi đã nhiều lần chứng kiến các bác sĩ và y tá chế giễu nghi thức xức dầu thánh, cho rằng đó chỉ là cách để "báo cho bệnh nhân biết cái chết sắp đến". Họ thường chần chừ trong việc gọi linh mục, người mà bệnh nhân nếu biết sự thật, có lẽ sẽ mong muốn được gặp hơn. Nhiều năm trước, bệnh viện nơi tôi làm việc có một danh sách gọi là "Danh sách Nguy hiểm" (Danger List). Khi tên của một bệnh nhân Công giáo được ghi vào danh sách này, linh mục của họ sẽ tự động được thông báo. Tuy nhiên, danh sách này đã bị loại bỏ vì nhiều lý do, trong đó có việc quan chức bệnh viện e ngại việc "dọa dẫm" bệnh nhân bằng hình ảnh một vị linh mục, bởi đây có thể là lời nhắc nhở rõ ràng về sự mong manh của cuộc sống. Bằng cách này, hy vọng của bệnh nhân đã bị phủ nhận, và thậm chí cả đức tin tôn giáo cũng bị gạt sang một bên.

Niềm hy vọng của một người sắp chết có thể xuất phát từ những điều tưởng chừng đơn giản, như mong ước được sống đến ngày con gái tốt nghiệp hay đón một ngày lễ đặc biệt. Y văn ghi nhận sức mạnh của loại hy vọng này, mô tả những trường hợp nó đã duy trì không chỉ sự sống mà còn cả tinh thần lạc quan cho người bệnh trong giai đoạn cuối đời. Nhiều bác sĩ và cả những người bình thường đều có thể kể về những cá nhân đã vượt qua những dự đoán tồi tệ nhất, sống sót thêm nhiều tuần chỉ để được trải qua một Giáng sinh cuối cùng hay gặp lại người thân yêu từ phương xa [hay như "ăn xong cái Tết này", hay như "chờ qua đám cưới Ngọc"... – ND].

Bài học rút ra từ những câu chuyện này rất rõ ràng: Hy vọng không chỉ nằm ở mong muốn được chữa khỏi bệnh hay giảm bớt nỗi đau. Đối với bệnh nhân sắp chết, hy vọng được chữa khỏi bệnh sẽ trở thành ảo tưởng, và ngay cả hy vọng được giải thoát khỏi đau đớn cũng thường tan biến. Khi thời điểm của tôi đến, tôi sẽ tìm kiếm hy vọng trong niềm tin rằng tôi sẽ được thoát khỏi sự đau đớn và những nỗ lực vô ích nhằm kéo dài sự sống; tôi sẽ tìm kiếm hy vọng trong sự an tâm rằng tôi sẽ không phải chết một mình; và

tôi đang tìm kiếm nó ngay từ bây giờ, qua cách tôi sống, để những người yêu quý tôi có thể trân trọng thời gian tôi ở bên họ và lưu giữ những kỷ niệm đẹp về những gì chúng tôi đã dành cho nhau.

Con người đối mặt với cái chết theo nhiều cách khác nhau. Có những người tìm thấy hy vọng trong đức tin và niềm tin vào một thế giới bên kia. Một số người mong chờ khoảnh khắc đạt được một mục tiêu quan trọng hay hoàn thành một nghĩa vụ cao cả. Thậm chí, có những người hy vọng duy trì sự kiểm soát để tự quyết định thời điểm cái chết hoặc tự tay ra đi một cách thanh thản. Dù dưới bất kỳ hình thức nào, mỗi chúng ta đều phải tìm kiếm hy vọng theo cách riêng của mình.

Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân ung thư cận kề cái chết, một hình thức bỏ rơi đặc biệt phổ biến lại xảy ra: đó là việc bị chính các bác sĩ bỏ rơi. Các bác sĩ hiếm khi muốn từ bỏ. Miễn là còn khả năng giải mã "câu đố" về căn bệnh, họ sẽ tiếp tục điều trị, và đôi khi cần có sự can thiệp của gia đình hoặc chính bệnh nhân để chấm dứt những nỗ lực y tế vô ích. Tuy nhiên, khi rõ ràng rằng không còn "câu đố" nào để giải nữa, nhiều bác sĩ sẽ đánh mất động lực đã từng thôi thúc nhiệt huyết của họ. Khi cuộc bao vây bệnh tật kéo dài và từng đợt điều trị thất bại, những nhiệt huyết ấy dần phai nhạt. Về mặt tinh thần, các bác sĩ có xu hướng xa lánh bệnh nhân; về mặt thể chất, họ cũng có thể gần như biến mất.

Nhiều lý do đã được đưa ra để giải thích hành vi bỏ rơi này. Các nghiên cứu cho thấy trong tất cả các ngành nghề, y học là một trong những ngành thu hút nhiều người có lo lắng cá nhân cao về cái chết. Chúng ta trở thành bác sĩ vì khả năng chữa bệnh mang lại cho ta quyền lực trước cái chết mà ta luôn sợ hãi. Việc mất đi quyền lực ấy là mối đe dọa lớn đến mức buộc chúng ta phải quay lưng lại với nó, và do đó, quay lưng lại với bệnh nhân - hiện thân cho sự yếu đuối của bản thân. Nhiều bác sĩ là những người thành công - đó là cách họ vượt qua sự cạnh tranh khốc liệt để đạt được bằng cấp y khoa, đào tạo và vị trí hiện tại. Giống như những người tài năng khác, họ cần được khẳng định liên tục về năng lực của mình. Thất bại đồng nghĩa với



một cú đánh vào lòng tự trọng, điều mà những người trong ngành nghề đề cao bản thân này khó có thể chấp nhận.

Ngoài nỗi sợ hãi cái chết, tôi còn nhận thấy một yếu tố khác trong tính cách của nhiều bác sĩ, có lẽ cũng liên quan đến nỗi sợ thất bại: đó là nhu cầu kiểm soát vượt quá mức độ hợp lý. Khi mất quyền kiểm soát, người yêu cầu nó cũng sẽ cảm thấy bối rối và khó có thể đối mặt với hậu quả của sự bất lực của bản thân. Trong nỗ lực duy trì sự kiểm soát, bác sĩ thường tự thuyết phục mình rằng họ hiểu rõ hơn bệnh nhân về hướng điều trị phù hợp. Họ chỉ cung cấp cho bệnh nhân lượng thông tin mà họ cho là cần thiết, từ đó ảnh hưởng đến quyết định của bệnh nhân theo cách mà họ không nhận ra là vì lợi ích cá nhân. Chính chủ nghĩa gia trưởng này là nguồn gốc sai lầm trong việc điều trị bà Welch của tôi.

Không có khả năng đối mặt với hậu quả của việc mất kiểm soát thường khiến bác sĩ né tránh những tình huống mà quyền lực của họ không còn tồn tại. Đây chắc chắn là một yếu tố dẫn đến việc bác sĩ chối bỏ trách nhiệm, điều thường xảy ra vào giai đoạn cuối đời của bệnh nhân. Trong công thức có cấu trúc mà họ nhìn thấy trong "câu đố" và cách giải quyết có hệ thống, các bác sĩ tạo ra trật tự từ sự hỗn loạn và tìm thấy sức mạnh để kiểm soát bệnh tật, thiên nhiên và vũ trụ cá nhân của họ. Khi "câu đố" không còn nữa, một bác sĩ như vậy sẽ giảm bớt sự quan tâm hoặc hoàn toàn mất đi. Việc ở lại và chứng kiến chiến thắng của thiên nhiên không thể kiểm soát được đồng nghĩa với việc thừa nhận sự bất lực của chính họ.

Hoặc, khi đã thua trong trận chiến lớn, bác sĩ vẫn duy trì được một chút quyền lực bằng cách tác động vào quá trình hấp hối của bệnh nhân - anh ta làm điều này bằng cách kiểm soát thời gian kéo dài và quyết định thời khắc cuối cùng để cho phép cái chết xảy ra. Như vậy, bác sĩ đã tước đoạt quyền kiểm soát chính đáng của bệnh nhân và người nhà. Ngày nay, nhiều bệnh nhân nhập viện chỉ ra đi khi bác sĩ cho rằng đúng lúc đã đến.

Ngoài sự hiếu kỳ và thách thức giải quyết vấn đề - những yếu tố cốt lõi của nghiên cứu khoa học, tôi tin rằng giấc mơ kiểm soát thiên nhiên chính là nền tảng của khoa học hiện đại. Ngay cả với tất cả nghệ thuật và triết lý, ngành y hiện đại đã trở thành một lĩnh vực khoa học ứng dụng với mục tiêu chinh phục được đề cao. Mục đích tối thượng của nhà khoa học không chỉ đơn thuần là kiến thức vì chính kiến thức, mà còn hướng tới kiến thức nhằm vượt qua những gì trong môi trường tự nhiên mà con người coi là thách thức, là thù địch. Không gì thù địch với con người bằng chính cái chết. Mỗi lần bệnh nhân qua đời, bác sĩ lại nhận ra rằng khả năng kiểm soát các lực lượng tự nhiên của con người là có giới hạn và mãi mãi sẽ như vậy. Cuối cùng, thiên nhiên luôn chiến thắng, điều đó phải xảy ra nếu muốn loài người tồn tại.

Sự thắng thế cuối cùng của thiên nhiên đã được mong đợi và chấp nhận trong các thế hệ trước đây. Bác sĩ xưa kia sẵn lòng nhìn nhận dấu hiệu thất bại và ít ngạo mạn hơn trong việc phủ nhận nó. Sự khiêm nhường của ngành y học trước sức mạnh thiên nhiên đã bị thất lạc, và cùng với nó là sự suy giảm uy quyền đạo đức của thời xa xưa. Song song với sự gia tăng kiến thức khoa học chính là sự suy giảm đáng kể trong việc thừa nhận con người vẫn kiểm soát được rất ít so với mong muốn. Các bác sĩ chấp nhận sự tự phụ (theo nghĩa đen và nghĩa bóng) mà khoa học đã mang lại: là sự toàn năng, và vì vậy họ là những người phán xử duy nhất đúng đắn về cách sử dụng năng lực của mình. Sự khiêm nhường lớn hơn đáng ra đi kèm với sự gia tăng kiến thức lại bị thay thế bằng tính tự đại trong y học: Vì chúng ta có thể làm được rất nhiều, nên không có giới hạn nào cho những gì nên được thử nghiệm - vào hôm nay, đối với bệnh nhân này.

Bác sĩ càng chuyên sâu, càng khát khao giải đáp những câu đố về bệnh tật. Nỗ lực tìm lời giải đã mang lại nhiều tiến bộ y khoa làm lợi cho bệnh nhân. Đồng thời, niềm say mê ấy cũng khiến chúng ta thất vọng khi kỳ vọng quá nhiều vào năng lực của bác sĩ - những gì họ không thể và cũng không nên được đòi hỏi.

Câu đố y khoa là tấm la bàn dẫn lối các bác sĩ trên con đường khoa học ứng dụng. Nhưng nó cũng trở thành gánh nặng khi họ phải đóng vai người chăm sóc nhân đạo. Các bác sĩ ung thư luôn nỗ lực tới phút cuối để chống lại số phận. Họ đồng cảm, tận tâm giải thích phương pháp điều trị, xem xét các biến chứng và xây dựng mối liên hệ thân thiết với bệnh nhân cũng như người nhà. Tuy nhiên, họ hiếm khi thực sự hiểu thấu về khía cạnh tinh thần của người bệnh và cảm nhận của họ trước sự hiện diện của tử thần.

Đáng buồn thay, đa số các bác sĩ chuyên khoa điều trị bệnh hiểm nghèo cũng mắc phải tình trạng ấy. Nhìn lại 30 năm hành nghề, tôi nhận ra mình chỉ là người giải quyết vấn đề y tế, chứ không phải người thực sự chăm sóc về mặt tinh thần.

Nếu chúng ta không mong muốn từ bác sĩ những điều ngoài tầm tay, làm cách nào để đưa ra quyết định hợp lý? Ban đầu, các bác sĩ vẫn có thể hướng dẫn chúng ta bằng kiến thức chuyên môn của họ. Biết rằng họ không thống trị quyền tự quyết, bác sĩ sẽ không ảnh hưởng đến quyết định của chúng ta quá nhiều. Tất cả bệnh nhân nên tự nghiên cứu bệnh tình của mình để nhận ra thời điểm điều trị trở nên phi lý. Trước hết, hãy tìm hiểu cơ thể khỏe mạnh hoạt động như thế nào. Điều này giúp bạn dễ dàng nắm bắt bệnh tình. Bệnh ung thư là lĩnh vực phù hợp với phương pháp này, và đại đa số mọi người đều có thể làm được.

Khi bàn về câu đố trong nghề y, tôi chưa nhắc đến những bác sĩ gia đình ít bị ảnh hưởng bởi nó hơn các bác sĩ chuyên khoa. Mối quan hệ giữa bệnh nhân và bác sĩ gia đình vẫn luôn là trọng tâm của công cuộc chữa trị, kể từ thời Hippocrates ghi lại suy ngẫm về vấn đề này. Khi không thể chữa khỏi, mối liên hệ ấy trở nên vô cùng quan trọng.

Chính phủ nên ủng hộ khái niệm chăm sóc sức khỏe ban đầu và y học gia đình (family practice), trọng tâm của bất cứ chương trình y tế nào. Việc đầu tư cho đào tạo lĩnh vực này tại trường đại học và bệnh viện cần được ưu tiên. Cần khuyến khích khả năng nghiên cứu của các bác sĩ tương lai. Trong

số các lợi ích tiềm năng, tôi không thấy gì quý giá bằng tác động nhân văn mà nó mang lại cho cách chúng ta về cuối đời. Lúc nhận tận số, ta không nên chỉ tìm kiếm lời khuyên từ người xa lạ chuyên môn, mà nên được người bác sĩ quen thuộc từ lâu định hướng với cái nhìn thấu hiểu.

Khi lìa khỏi cuộc sống, con người không chỉ chịu đau buồn mà còn mang theo gánh nặng hối tiếc. Trước khi chết, đặc biệt là người bệnh ung thư, qua một thời gian khó khăn, chắc chắn sẽ có nhiều điều dang dở, hối tiếc mà chúng ta phải gánh vác. Trong số đó là những xung đột chưa giải quyết, mối quan hệ tan vỡ chưa được hàn gắn, tiềm năng chưa kịp phát huy, lời hứa chưa giữ được và những năm tháng không thể trải qua. Hầu như ai cũng có điều gì dang dở. Duy chỉ có người già lắm mới thoát khỏi được, nhưng không phải lúc nào cũng vậy.

Có lẽ chính việc còn dang dở nhiều việc cũng là một niềm an ủi đáng quý, mặc dù nghe có vẻ nghịch lý. Chỉ người đã chết lâu trong lòng vẫn tồn tại mới không còn nhiều "lời hứa phải giữ, con đường phải đi trước lúc yên giấc". Tình trạng đờ đẫn ấy không đáng mơ ước. Đúng như lời khuyên khôn ngoan rằng hãy sống như ngày mai là ngày cuối, chúng ta nên thêm vào đó lời nhắn nhủ: Cũng hãy sống như thế sẽ tồn tại mãi trên cõi đời.

Chúng ta cũng nên tránh gánh nặng không đáng bằng cách ghi nhớ lời cảnh báo của Robert Burns về những kế hoạch hoàn hảo nhất vẫn dễ đổ vỡ.

Cái chết hiếm khi, nếu không muốn nói là không bao giờ, theo đúng kế hoạch hay dự tính của chúng ta. Tất cả đều muốn có một cách ra đi đúng mực, một phiên bản hiện đại của nghệ thuật ra đi trong thanh tịnh, với những giây phút cuối cùng tràn ngập vẻ đẹp. Từ khi con người biết viết, họ đã ghi lại khát vọng về một cái kết lý tưởng được gọi là "cái chết đẹp", dù không ai có thể chắc chắn hay kỳ vọng được như thế. Có những ngã rẽ quyết định khó lường và nhiều niềm hy vọng phải tìm kiếm. Nhưng hơn tất cả, chúng ta phải tha thứ cho chính mình khi không đạt được hình mẫu chết đẹp như tưởng tượng.

Thiên nhiên có công việc riêng. Nó hoàn thành theo cách phù hợp nhất với từng cá nhân do chính nó tạo ra. Người này dễ mắc bệnh tim, kẻ khác đột quỵ, người nọ ung thư; kẻ sống lâu trên đời, người ra đi quá sớm theo nhận định của con người. Nguồn gốc của sự sống đã định đoạt hoàn cảnh để thế hệ nọ kế tiếp thế hệ kia. Không gì có thể chiến thắng vĩnh viễn trước sức mạnh bất biến của tự nhiên và vòng tuần hoàn.

Khi giây phút cuối cùng đến, khi nhận ra mình đã "bước trên con đường của muôn loài" như lời nhà thơ Browning, chúng ta cần nhớ đó không chỉ là con đường của xác thịt mà của cả sự sống. Tự nhiên đã có chương trình riêng dành cho chúng ta. Dù chúng ta cố gắng trì hoãn bằng muôn cách tinh vi, vẫn không thể đảo ngược kế hoạch ấy.

Ngay cả những người tự tử cũng tuân theo vòng xoay của vũ trụ. Biết đâu động lực khiến họ hành động cũng đã được thiên nhiên sắp đặt từ trước trong một kịch bản vĩ đại hơn - thêm một minh chứng cho các quy luật bất biến của tự nhiên và nguồn gốc sự sống. Shakespeare có lời nhân vật Julius Caesar suy ngẫm:

*Trong tất cả điều kỳ diệu mà ta đã nghe,  
kỳ lạ nhất là con người  
lại sợ cái chết cần thiết ấy,  
dù nó sẽ đến vào lúc nó đến.*

*Of all the wonders that I yet have heard ,  
It seems to me most strange that men should fear;  
Seeing that death , a necessary end ,  
Will come when it will come.*

## LỜI KẾT

Tôi quan tâm đến thế giới nhỏ bé hơn là vũ trụ bao la; tôi hứng thú hơn với cách một người đàn ông sống cuộc đời của mình hơn là cách một ngôi sao tắt lịm; cách một người phụ nữ đi tìm đường đi của riêng mình trên thế gian này hơn là cách một sao chổi lướt ngang bầu trời. Nếu có Đấng Tối Cao, thì Ngài hiện diện trong việc tạo ra mỗi một chúng ta cũng như khi tạo dựng trái đất này. Thân phận con người, đó mới là điều bí ẩn lôi cuốn tôi, chứ không phải hoàn cảnh của vũ trụ.

Tìm hiểu về thân phận con người đã là công việc suốt cuộc đời tôi. Trong cuộc đời ấy, nay đã bước vào thập niên thứ bảy, tôi đã trải qua những niềm vui lẫn nỗi buồn của riêng mình. Đôi lúc tôi nghĩ mình đã nếm trải quá nhiều cả hai điều ấy, nhưng có lẽ đó chỉ là do chúng ta ai cũng có khuynh hướng nhìn nhận cuộc sống của chính mình như một trường hợp đặc biệt của kinh nghiệm phổ quát – một cuộc đời nào đó to lớn hơn cuộc sống bình thường và được cảm nhận một cách sâu sắc hơn.

Không ai có thể đoán trước liệu đây có phải là thập niên cuối cùng của đời tôi hay không, hoặc sẽ còn thêm nữa - thực tế là sức khỏe tốt cũng chẳng đảm bảo được điều gì. Điều duy nhất tôi chắc chắn về cái chết của chính mình chỉ là một trong những điều ước mà tất cả chúng ta đều có chung: tôi mong muốn cái chết ấy không đau khổ. Có người thì muốn ra đi nhanh chóng, đột ngột tức thì; nhưng cũng có người mong được nhẹ nhàng ra đi sau một cơn bệnh ngắn ngủi, không hề đau đớn, được bao quanh bởi những người thân yêu và những thứ mà họ yêu mến. Tôi thuộc về nhóm sau, và tôi tin rằng đa số mọi người cũng vậy.

Thật không may, điều tôi hi vọng lại không phải là điều tôi mong đợi. Tôi đã chứng kiến quá nhiều cái chết để không nhận ra rằng khả năng cái chết không xảy ra như ý muốn của mình là điều khó tránh khỏi. Cũng như đa phần mọi người, có lẽ tôi sẽ phải chịu đựng nỗi đau đớn về thể xác lẫn tinh

thần đi kèm với nhiều căn bệnh nguy hiểm. Và cũng như đa số người khác, khả năng cao là tôi còn phải trải qua thêm nỗi đau khổ vì không thể quyết định - liệu nên tiếp tục chiến đấu hay buông xuôi, liệu nên điều trị quyết liệt hay chỉ nhằm tạm thời an ủi, liệu có nên cố gắng giành lấy thêm thời gian hay thả lỏng buông tay đón nhận số phận - đó là hai khía cạnh đối lập của tấm gương mà những ai mắc phải các bệnh có nguy cơ tử vong đều phải đối mặt. Khía cạnh nào tôi chọn để nhìn vào và chiêm nghiệm chính mình trong những ngày cuối cùng thì có lẽ sẽ phác họa một hình ảnh bình lặng qua quyết định ấy, nhưng ngay cả điều đó cũng chưa chắc đã xảy ra.

Tôi viết cuốn sách này vừa cho chính bản thân mình, vừa cho tất cả những ai đọc nó. Bằng cách dẫn dắt đám kỵ binh tử thần băng qua tầm mắt của chúng ta, tôi hy vọng sẽ nhớ lại những gì mình đã chứng kiến và làm cho mọi người cũng quen thuộc với chúng. Không cần phải nhìn ngắm toàn bộ đoàn quân hùng hậu kéo dài vô tận ấy; quá nhiều kỵ binh chẳng ai trong chúng ta có thể chịu đựng nổi cả. Nhưng họ tất cả đều sử dụng vũ khí chẳng khác gì những vũ khí mà các bạn đã được đọc về.

Nếu chúng ta càng quen thuộc với họ hơn một chút, có lẽ những kỵ sĩ ấy cũng sẽ không còn đáng sợ như vậy nữa. Và có lẽ những quyết định khó khăn mà ta phải đưa ra cũng trở nên dễ dàng hơn trong bầu không khí ít căng thẳng hơn, ít lo lắng và nghi ngờ vô lý hơn. Đối với mỗi người chúng ta, đều có một cách chết phù hợp và chúng ta nên cố gắng tìm ra nó, đồng thời chấp nhận rằng điều đó cuối cùng có thể vượt quá tầm tay của mình. Căn bệnh cuối cùng từ tạo hóa ban cho sẽ quyết định bầu không khí mà chúng ta rời xa cuộc đời, nhưng lựa chọn của chính chúng ta, trong chừng mực có thể, nên là yếu tố quyết định phương cách ra đi của mình. Rilke đã viết:

*Lạy Chúa, xin ban cho mỗi người chúng con cái chết của chính mình,  
Cái chết xuất phát từ cuộc sống  
Trong đó anh có tình yêu, ý nghĩa và nỗi tuyệt vọng.*

*Oh Lord, give each of us his own death,*

*The dying, that issues forth out of the life  
In which he had love, meaning and despair .*

Nhà thơ coi đó là một lời cầu nguyện, và giống như mọi lời cầu nguyện khác, nó có thể không phải vậy. Có thể không có câu trả lời cho nó, ngay cả đối với Chúa. Đối với quá nhiều người trong chúng ta, cách thức của cái chết thường vượt quá tầm kiểm soát và không có kiến thức hoặc trí tuệ nào có thể thay đổi điều đó. Trong lúc chúng ta hoặc người thân yêu đang đối diện với cái chết, việc biết rằng vẫn còn rất nhiều điều mà hoàn cảnh không cho phép lựa chọn, thậm chí với những lực lượng tốt nhất và có động cơ tốt nhất của khoa học y sinh hiện đại ở phía chúng ta, là điều quý báu. Điều này không phải là một sự phán đoán về số phận của nhiều người, mà đơn giản là bản chất của cái chết.

Trong cuộc sống, đa số con người không rời bỏ thế giới này theo cách mà họ mong muốn. Trong những thế kỷ trước, người ta tin vào khái niệm "ars moriendi" - nghệ thuật của cái chết. Đó là thời kỳ khi thái độ duy nhất đối với sự tiến gần của cái chết là để nó diễn ra tự nhiên. Một khi các triệu chứng xuất hiện, không còn lựa chọn nào khác ngoài việc chấp nhận cái chết một cách tốt nhất, trong sự yên bình với Chúa.

Tuy nhiên, thậm chí trong tình huống đó, hầu hết mọi người đều phải trải qua giai đoạn đau khổ trước khi kết thúc cuộc đời. Chẳng có gì ngoài sự từ bỏ và sự an ủi từ lời cầu nguyện và tình thân để làm dịu đi những khoảnh khắc cuối cùng.

Trong cuộc sống, chúng ta đang sống trong thời đại không phải của nghệ thuật chết mà là của nghệ thuật cứu mạng. Những vấn đề nan giải trong nghệ thuật này rất đa dạng. Cách đây nửa thế kỷ, nghệ thuật vĩ đại khác, nghệ thuật y học, vẫn tự hào về khả năng quản lý quá trình cái chết, làm cho nó trở nên yên tĩnh nhất có thể. Tuy nhiên, ngoại trừ trong một số chương trình như nhà hospice (chăm sóc cuối đời), phần nghệ thuật đó hiện nay đã



hầu như bị mất đi, thay thế bởi sự cứu hộ rục rĩ và, không may, sự bỏ rơi quá phổ biến khi cuộc giải cứu không thể thực hiện được.

Cái chết thuộc về những người đang chết và những người yêu thương họ. Dù có thể bị làm bấn bởi sự tàn phá xâm nhập của bệnh tật, nó không được phép bị tiếp tục bị gián đoạn bởi những nỗ lực vô ích, dù có thiện ý. Quyết định về việc tiếp tục điều trị bị ảnh hưởng bởi sự nhiệt tình của các bác sĩ đề xuất chúng. Thông thường, những chuyên gia thành đạt nhất cũng là những người tin tưởng kiên cường vào khả năng của y sinh học để vượt qua thách thức do một quá trình bệnh lý gần đạt được yêu cầu của nó đưa ra; quá trình này gần đạt đến việc nạn nhân đang đối mặt. Một gia đình nắm bắt được một thống kê; những gì được đưa ra như là hiện thực lâm sàng khách quan thường là tính chủ quan của một đệ tử sùng đạo của triết lý rằng cái chết là một kẻ thù không thể xóa bỏ. Đối với những chiến binh như vậy, thậm chí một chiến thắng tạm thời cũng đủ để chấp nhận việc lãng phí những cánh đồng mà người đang chết đã trồng trọt suốt cuộc đời của mình.

Tôi nói những điều này không phải để chỉ trích các bác sĩ sử dụng công nghệ cao. Tôi cũng từng là một trong số họ và đã từng cảm nhận được sự phấn khích trong những cuộc chiến sinh tử cùng với niềm vui tột cùng khi chúng ta chiến thắng. Tuy nhiên, một số chiến thắng của tôi là chiến thắng của Pyrrhus<sup>223</sup>, nghĩa là chúng tôi đã phải trả một cái giá quá đắt. Đau khổ đôi khi không xứng đáng với thành công mà chúng tôi đạt được. Tôi cũng nghĩ rằng, nếu tôi có thể đặt mình vào vị trí của gia đình và bệnh nhân, tôi sẽ ít khi quyết định tiến hành những cuộc chiến tuyệt vọng đó.

Khi tôi mắc một căn bệnh nặng cần điều trị chuyên sâu, tôi sẽ tìm đến một bác sĩ giỏi trong lĩnh vực đó. Tuy nhiên, tôi không mong đợi người bác sĩ đó hiểu được giá trị, kỳ vọng cá nhân tôi và những người tôi yêu, bản chất tâm linh hay triết lý sống của tôi. Đó không phải là điều họ được đào tạo và cũng

---

<sup>223</sup> "Chiến thắng của Pyrrhus": Chiến thắng mà chi phí phải trả (về mặt tinh thần, thể chất hoặc tài chính) quá lớn so với những lợi ích đạt được, được đặt theo tên vị vua Pyrrhus của Epirus, người đã mất nhiều quân sĩ trong chiến thắng của mình đến nỗi cuối cùng cũng không thể giành được chiến thắng cuối cùng.

không phải là thế mạnh của họ. Điều đó không phải là động lực chính thúc đẩy sự xuất sắc của họ.

Vì những lý do đó, tôi sẽ không để một chuyên gia quyết định thời điểm buông xuôi. Tôi sẽ tự chọn lối đi riêng của mình, hoặc ít nhất làm cho các yếu tố của con đường đó trở nên rõ ràng đến mức, nếu tôi không thể tự quyết, người khác biết rõ về tôi có thể lựa chọn thay. Dù bệnh tình có thể không cho phép tôi 'chết một cách đẹp đẽ' hay với phẩm giá mà chúng ta lạc quan mong đợi, nhưng trong khả năng kiểm soát của tôi, tôi sẽ không chết muộn hơn lẽ ra chỉ vì lý do vô nghĩa rằng một bác sĩ công nghệ cao không hiểu tôi là ai.

Giữa những dòng chữ của cuốn sách này ẩn chứa một lời kêu gọi âm thầm về sự trở lại của vai trò bác sĩ gia đình. Mỗi chúng ta đều cần một người hướng dẫn, người không chỉ hiểu biết các con đường dẫn tới cái chết mà còn am hiểu chúng ta đến mức nào. Có quá nhiều con đường để đi qua những khu rừng dày đặc của bệnh tật, quá nhiều lựa chọn để đưa ra, và quá nhiều điểm dừng để chúng ta có thể nghỉ ngơi, tiếp tục hoặc kết thúc hành trình hoàn toàn. Cho đến những bước cuối cùng của chuyến đi, chúng ta cần có sự đồng hành của những người thân yêu và sự khôn ngoan để chọn lối đi riêng. Tính khách quan trong lâm sàng cần thiết cho các quyết định của chúng ta nên đến từ một bác sĩ quen thuộc với các giá trị của chúng ta và cuộc sống mà chúng ta đã trải qua, chứ không chỉ là một người lạ với những kỹ năng y sinh chuyên môn cao mà chúng ta tìm đến. Vào những lúc như thế này, điều chúng ta cần không phải là lòng tốt của người lạ mà là sự hiểu biết của một người bạn y tế lâu năm. Dù hệ thống chăm sóc sức khỏe của chúng ta được tổ chức lại như thế nào, sự phán đoán tốt đòi hỏi phải trân trọng sự thật giản dị này.

Chưa hết, ngay cả khi có một người đại diện y tế cực kỳ nhạy cảm, việc kiểm soát thực sự vẫn yêu cầu sự hiểu biết sâu sắc của chính bản thân chúng ta về bệnh tật và cái chết. Tôi đã chứng kiến nhiều người đấu tranh quá lâu, nhưng cũng thấy không ít người từ bỏ quá sớm, trong khi vẫn còn

nhiều biện pháp có thể được áp dụng để không chỉ duy trì sự sống mà còn cảm nhận được niềm vui. Càng hiểu biết nhiều về những thực tế của các bệnh chết người, chúng ta càng có thể lựa chọn khôn ngoan thời điểm dừng lại hoặc tiếp tục chiến đấu, và ít mong đợi một cái chết mà phần lớn chúng ta sẽ không trải qua. Đối với những người qua đời và những người yêu thương họ, sự kỳ vọng thực tế là con đường chắc chắn nhất dẫn đến bình yên. Khi chúng ta than khóc, nó nên là niềm đau mất mát tình yêu, chứ không phải là nỗi đau của lỗi lầm mà chúng ta nghĩ mình đã gây ra.

Kỳ vọng thực tế cũng đòi hỏi chúng ta phải chấp nhận rằng thời gian sống trên trái đất của mỗi người phải được hạn chế theo mức phù hợp với sự liên tục tồn tại của loài người. Con người, với tất cả những phẩm chất độc đáo của mình, cũng là một phần của hệ sinh thái như bất kỳ sinh vật động vật hay thực vật nào khác, và thiên nhiên không phân biệt. Chúng ta chết để thế giới này có thể tiếp tục tồn tại. Chúng ta được ban tặng cuộc sống diệu kỳ này bởi vì hàng nghìn tỷ tỷ sinh vật đã mở đường cho chúng ta và sau đó chết đi, theo một nghĩa nào đó, vì chúng ta. Chúng ta, đến lượt mình, chết đi để người khác có thể sống. Bi kịch của một cá nhân trở thành, trong cân bằng của tự nhiên, chiến thắng của cuộc sống liên tục.

Tất cả điều này làm cho từng giờ của cuộc đời mà chúng ta được trải qua trở nên quý giá hơn; nó yêu cầu cuộc sống của chúng ta phải thật sự hữu ích và đáng sống. Nếu bằng công việc và niềm vui, bằng những thắng lợi và thất bại, mỗi người trong chúng ta đều đang đóng góp vào quá trình tiếp nối không chỉ của loài người mà còn của toàn bộ hệ sinh thái, thì phẩm giá mà chúng ta tạo dựng trong khoảng thời gian được trao cho trở thành một phần của chuỗi liên tục với phẩm giá mà chúng ta đạt được bởi lòng vị tha trong việc chấp nhận cái chết là điều cần thiết.

Câu hỏi đặt ra là, tầm quan trọng của cảnh giường chết yên bình và từ biệt thế nào? Đối với hầu hết chúng ta, đó sẽ là hình ảnh của sự ao ước, một mục tiêu để phấn đấu, có thể tiếp cận, nhưng thường không đạt được trừ

khi một số ít người, với hoàn cảnh bệnh tật nặng cho phép, mới có thể thực hiện được.

Phần lớn chúng ta phải chấp nhận và làm việc với những gì được trao. Thông qua việc hiểu biết về các cơ chế gây bệnh chết người phổ biến nhất, nhờ vào trí tuệ từ những kỳ vọng thực tế, và thông qua một sự hiểu biết mới với các bác sĩ rằng chúng ta không yêu cầu họ những gì họ không thể cung cấp, cái chết của chúng ta có thể được quản lý với mức độ kiểm soát cao nhất mà quá trình bệnh lý cho phép.

Mặc dù giờ phút chết thường yên bình và thường đi trước là những giây phút không ý thức sáng khoái, sự thanh thản này thường phải trả bằng một cái giá đáng sợ—và cái giá đó chính là quá trình chúng ta trải qua để đạt tới điểm đó. Có một số người có khả năng đạt được những khoảnh khắc cao quý, nơi họ vượt qua những sự nhục nhã mà họ phải chịu đựng, và những khoảnh khắc này đáng được trân trọng. Tuy nhiên, những khoảng thời gian đó không làm giảm bớt sự đau khổ mà họ phải vượt qua chỉ trong chốc lát. Cuộc sống được đánh dấu bởi những giai đoạn đau đớn, và đối với một số người, đau đớn là điều tràn ngập. Trong cuộc sống thường ngày, nỗi đau được giảm nhẹ bởi những khoảng bình yên và niềm vui. Tuy nhiên, khi chết đi, chỉ còn lại là sự phiền muộn. Những khoảng nghỉ ngắn ngủi và sự lắng xuống của nó được biết là tạm thời và sớm được thay thế bởi sự quay trở lại của gian truân. Sự bình yên và đôi khi là niềm vui, có thể đến với sự giải thoát. Trong nghĩa này, thường có một sự thanh thản—đôi khi thậm chí là phẩm giá—trong hành động của cái chết, nhưng hiếm khi trong quá trình sắp chết.

Và vậy, nếu hình ảnh cổ điển về cái chết có phẩm giá cần phải được điều chỉnh hoặc thậm chí là loại bỏ, điều gì trong hy vọng của chúng ta có thể được cứu vãn cho những ký ức cuối cùng mà chúng ta để lại cho những người yêu thương chúng ta? Sự cao thượng mà chúng ta tìm kiếm trong cái chết phải được tìm thấy trong cách chúng ta sống cuộc đời mình với phẩm giá. 'Nghệ thuật chết' chính là 'nghệ thuật sống': Sự chân thành và duyên

dáng trong những năm tháng cuộc đời đang dần khép lại chính là thước đo thực sự cho cách chúng ta ra đi. Không phải trong những tuần hay ngày cuối cùng mà chúng ta tạo nên thông điệp được nhớ đến, mà là trong suốt những thập kỷ đã qua. Ai sống có phẩm giá, thì cũng sẽ chết trong phẩm giá. William Cullen Bryant mới chỉ hai mươi bảy tuổi khi ông viết thêm phần cuối cho suy ngẫm về cái chết trong 'Thanatopsis', nhưng ông đã hiểu, như thường lệ với các nhà thơ, rằng:

*Hãy sống sao cho khi tiếng gọi triệu tập bạn đến nhập vào  
Dòng người vô số kia đang tiến về cõi bí ẩn,  
Nơi mỗi người sẽ tìm chốn nghỉ ngơi trong các đại sảnh yên tĩnh của  
cái chết,  
Bạn không tiến vào, như một nô lệ mỏ đá trong đêm,  
Bị đánh đuổi đến hầm tối của mình, nhưng được nâng đỡ và an ủi,  
Bởi một niềm tin vững chắc, tiến đến mộ của mình,  
Như một người khoác lên mình tấm màn của chiếc giường,  
Và nằm xuống trong những giấc mơ ngọt ngào.*

*So live, that when thy summons comes to join  
The innumerable caravan, which moves  
To that mysterious realm , where each shall take  
His chamber in the silent halls of death,  
Thou go not, like the quarry-slave at night,  
Scourged to his dungeon, but, sustained and soothed  
By an unfaltering trust, approach thy grave,  
Like one who wraps the drapery of his couch  
About him, and lies down to pleasant dreams.*

Hết./.